

|                                                                         |           |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. INLEIDING PERVASIEVE ONTWIKKELINGSSTOORNISSEN:</b>                | <b>3</b>  |
| <b>2. AUTISME</b>                                                       | <b>5</b>  |
| 2.1 Wat is autisme                                                      | 5         |
| 2.2 Kenmerken van een autistische stoornis:                             | 6         |
| 2.2.1 Specifieke kenmerken:                                             | 6         |
| 2.2.2 Non-specifieke kenmerken bij autistische kinderen:                | 7         |
| 2.3 Mogelijke oorzaken:                                                 | 7         |
| 2.4 Autismen en zwakzinnigheid                                          | 8         |
| 2.5 Prognose:                                                           | 8         |
| 2.6 Signalering en diagnose:                                            | 9         |
| 2.6.1 Klavertje Vier                                                    | 9         |
| 2.6.2 Criteria autisme DSM IV                                           | 9         |
| 2.6.3 Auti-R observatieschaal                                           | 10        |
| 2.7 Behandeling                                                         | 10        |
| 2.7.1 Structuurverlening:                                               | 12        |
| 2.7.2 Operante conditionering                                           | 13        |
| 2.7.3 Medicamenteuze behandeling:                                       | 13        |
| <b>3. PERVASIEVE ONTWIKKELINGSSTOORNIS (niet anders omschreven):</b>    | <b>14</b> |
| 3.1 Wat is PDD-NOS:                                                     | 14        |
| 3.2 Kenmerken van PDD-NOS:                                              | 14        |
| 3.3 Co-morbiditeit tussen PDD-NOS, - ADHD en - Borderline               | 15        |
| 3.3.1 PDD-NOS versus ADHD                                               | 15        |
| 3.3.2 PDD-NOS versus Borderline:                                        | 16        |
| 3.3.3 PDD-NOS versus Asperger                                           | 16        |
| 3.4 Prognose:                                                           | 17        |
| 3.5 Signalering en diagnose                                             | 17        |
| 3.5.1 Klavertje vier                                                    | 17        |
| 3.5.2 Criteria PDD-NOS DSM IV                                           | 17        |
| 3.5.3 Auti-R observatieschaal                                           | 18        |
| 3.6 Behandelingsadviezen PDD-NOS:                                       | 18        |
| 3.6.1 Algemene concrete handelingsadviezen:                             | 19        |
| 3.6.2 Handelingsadviezen met betrekking tot schoolse vaardigheden:      | 20        |
| <b>4. STOORNIS VAN ASPERGER:</b>                                        | <b>21</b> |
| 4.1 Wat is de stoornis van Asperger:                                    | 21        |
| 4.2 Kenmerken van de stoornis van Asperger:                             | 22        |
| 4.3 Signalering en diagnose:                                            | 23        |
| 4.3.1 Klavertje vier                                                    | 23        |
| 4.3.2 Criteria DSM IV, stoornis van Asperger                            | 24        |
| 4.3.3 Auti-R observatieschaal                                           | 25        |
| 4.4 Aanzetten tot handelen in de groep:                                 | 25        |
| 4.4.1 Handelingsadviezen m.b.t. sociale relaties en interacties:        | 26        |
| 4.4.2 Handelingsadviezen m.b.t. beperkte interesses en ongewoon gedrag: | 26        |
| 4.4.3 Handelingsadviezen m.b.t. aandacht en concentratie:               | 27        |
| 4.4.4 Handelingsadviezen m.b.t. de motoriek:                            | 27        |
| 4.4.5 Handelingsadviezen m.b.t. de cognitieve ontwikkeling:             | 28        |
| 4.4.6 Handelingsadviezen m.b.t. de emotionele ontwikkeling:             | 28        |
| <b>5. KLAVERTJE VIER</b>                                                | <b>30</b> |

|     |                             |    |    |
|-----|-----------------------------|----|----|
| 5.1 | Autisme                     | 30 |    |
| 5.2 | PDD-NOS .....               |    | 31 |
| 5.3 | Stoornis van Asperger ..... |    | 32 |
| 6.  | LITERATUURLIJST: .....      |    | 33 |

## 1. INLEIDING PERVASIEVE ONTWIKKELINGSSTOORNISSEN:

Een autistisch kind is gewoon een kind, geen gewoon kind, maar een gehandicapt kind, dat hulp nodig heeft. Dit kind vraagt om een zeer bijzondere opvoedingsomgeving.

Autisme is een niet gemakkelijk te vatten handicap, zelfs een eenduidige naamgeving aan de stoornis van deze kinderen blijkt geen eenvoudige zaak en is onderhevig aan veranderende wetenschappelijke inzichten.

De Nederlandse Vereniging voor Autisme (NVA) spreekt over een "spectrum van autistische stoornissen". Het is een veelkleurige waaier. Zij willen daarmee aangeven, dat een autistische stoornis op heel verschillende wijze tot uiting kan komen.

Kinderen en volwassenen met een autistische stoornis vormen een bont gekleurd gezelschap. Geen autistisch kind is hetzelfde. Ze verschillen onderling zo erg dat er altijd "hulp-op-maat" geboden moet worden. Meestal is er sprake van een zeer problematische opvoedingssituatie, die vraagt om intentioneel opvoeden en dan nog staan we vaak met lege handen.

Van een receptenboek voor éénduidige handelingsadviezen kan geen sprake zijn. Steeds wordt opnieuw een appèl gedaan op de inventiviteit en creativiteit van de opvoeder.

De term "pervasief" is in het Nederlands moeilijk te omschrijven. Pervasief wil zeggen dat het gaat om een stoornis die in het totale ontwikkelingsverloop, vaak diep, doordringt.

Dit betekent dat behalve de ontwikkeling van sociale relaties en vaardigheden, taal en voorstellingsvermogen, ook de ontwikkeling van de motoriek, zelfbeeld, gevoelens, spel, fantasie, begrip van de omringende wereld, erg verstoord kan verlopen.

In de literatuur wordt de volgende onderscheiding aangebracht in de pervasieve ontwikkelingsstoornissen:

- Specifieke stoornis:
  - Autisme
  - Rett-syndroom
  - Desintegratieve stoornis van de kinderleeftijd
- De laatste twee specifieke stoornissen worden hier niet beschreven, omdat ze amper voorkomen. Het zijn regressiestoornissen. Na een vrij gewone start is er een enorme terugval. Het gaat dan om een verlies van verworven vaardigheden, om abnormaal gedrag en een lage intelligentie.
- Algemene stoornis:
  - PDD-NOS
  - Stoornis van Asperger

Kinderen en volwassenen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis hebben als gezamenlijk kenmerk:

- Een stoornis in de ontwikkeling van wederkerige sociale interacties.

- Een stoornis in de verbale (talige) en of non-verbale communicatie (gebaren).
- Een stoornis in het verbeeldend vermogen (fantasie) met als gevolg starre gedragspatronen en beperkte gebieden van interesses.

Deze stoornissen hoeven zich niet altijd op alle fronten te manifesteren, maar de problematiek, als gevolg van de stoornis is voor de persoon zelf "ingrijpend" en voor zijn omgeving vaak "onbegrijpelijk".

Bij "autisme" beschrijven we uitgebreid de specifieke- en non-specifieke kenmerken. Voor de andere stoornissen binnen dit spectrum zijn de karakteristieken gelijk, alleen minder ernstig, soms ietwat anders in hun verschijningsvorm.

Bij het onderdeel "autisme" geven we alleen algemene handelingsadviezen, die in wezen voor alle kinderen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis gelden.

Bij de delen "PDD-NOS" en de "Stoornis van Asperger" besteden we expliciet aandacht aan meer concrete richtlijnen en handelingsadviezen voor de leerkracht in de groep. We maken dit onderscheid, omdat kinderen met een zuivere vorm van autisme onze school niet of nauwelijks zullen bezoeken.

Binnen de SBO komen de andere vormen binnen het spectrum van autisme zoals PDD-NOS en het Syndroom van Asperger nogal eens voor. Kinderen met de stoornis van Asperger hebben altijd het NLD-syndroom. Vandaar dat de verschillen en overeenkomsten hier tussen worden aangegeven.

Vaak worden deze kinderen niet of veel te laat gesignaleerd, waardoor hun toch al moeizame ontwikkeling stagneert. We moeten proberen het "kinderlijk-leed" zoveel mogelijk te verzachten. Het aanbieden van een "groei-kans-scheppende" leefwereld is voor deze kinderen ontzettend belangrijk. Dit betekent het inrichten van een leefwereld gericht op het stimuleren van hun persoonlijke ontwikkeling.

## 2. AUTISME

### 2.1 Wat is autisme

Bij autisme gaat het om een ernstige in aanleg aanwezige ontwikkelingsstoornis. Het is een organische stoornis ten gevolge van een beschadiging in de hersenen, die voor, tijdens, of vlak na de geboorte is ontstaan. De ernst van de beschadiging kan per kind anders zijn. Hierdoor verschillen autistische kinderen onderling soms sterk in hun gedrag en ontwikkelingsmogelijkheden.

Autisme is in wezen een **cognitieve stoornis**, die leidt tot afwijkende ontwikkelingen van sociale relaties, affectiviteit en emotionaliteit. Autisme moet echter niet geïnterpreteerd worden als een affectieve stoornis.

Het basisprobleem van een autistisch kind is de **informatieverwerking**.

De informatieverwerking verloopt gestoord. De binnenkomende informatie wordt anders verwerkt en opgeslagen. De wereld bestaat voor kinderen met deze stoornis uit losse fragmenten. De logische samenhang ontbreekt en er ontstaat onvoldoende inzicht in hetgeen men ervaart. Ze leggen daardoor onvoldoende of vreemde associaties en het vermogen om opgedane kennis op een breder vlak toe te passen is ontoereikend (generalisatie).

Door de informatieverwerkingsstoornis hebben autistische kinderen erg veel moeite met **betekenistoekenning**. Ze blijven steken in de nabije zintuiglijke waarneming (tasten, proeven, ruiken). Ze kunnen deze informatie onvoldoende tot een zinvol geheel samenvoegen.

Ze nemen de wereld als het ware in losse deeltjes waar.

Ze hebben erg veel moeite met het herkennen van emoties en kunnen deze emoties moeilijk met elkaar in verband brengen. Er is sprake van een gebrek aan **inlevingsvermogen**. Autistische kinderen begrijpen niet dat er een verschil is tussen wat zich in hun innerlijk afspeelt en datgene wat er in een andermans hoofd kan omgaan. Met andere woorden: ze kunnen zich niet of moeilijk verplaatsen in de gedachten, gevoelens en belevingen van de ander.

Er is nauwelijks wederkerigheid, interactie, empathie.

Door het gebrek aan betekenistoekenning en inlevingsvermogen komt de wereld chaotisch op ze over. Autistische kinderen reageren op deze "boze buitenwereld" met extreme, schijnbaar onlogische angsten en/of met stereotype gedragingen. De angstige "binnenwereld" van deze kinderen kan leiden tot onvoorspelbare en heftige paniek- of woedeaanvallen.

Het autistische kind zoekt in de voor hem onoverzichtelijke, bizarre wereld, zekerheid en veiligheid, door zich vast te klampen aan details en vaste gewoontes.

Vaak is er sprake van een alles overheersende gedachte of bezigheid, die steeds wordt herhaald (pre-occupatie). Veranderingen kunnen hen in grote verwarring brengen. Daarom hebben autistische kinderen ontzettend veel behoefte aan **voorspelbaarheid** en **controleerbaarheid**.

Kort samengevat:

- Autisme is een organisch defect
  - er is sprake van een prikkel- en informatieverwerkingsstoornis.
  - op vele functiegebieden, dus een pervasieve ontwikkelingsstoornis.
- Wederkerigheid in het contact ontbreekt
  - gebrek aan betekenis-toekenning
  - gebrek aan inlevingsvermogen
- De omringende wereld wordt ervaren als chaotisch.
  - extreme, schijnbaar onlogische angsten
  - stereotype gedragingen.
- Er is zeer veel behoefte aan
  - veiligheid
  - voorspelbaarheid
  - controle

## **2.2 Kenmerken van een autistische stoornis:**

### **2.2.1 Specifieke kenmerken:**

De specifieke kenmerken, op basis van de criteria van de DSM IV zijn:

- Kwalitatieve stoornis in het leggen van sociale contacten, ofwel een beperking in de sociale interactie.

Het gaat hierbij om een contactstoornis, die zijn invloed heeft op de kwaliteit van de sociale relaties. Hun inlevingsvermogen in sociale situaties is beperkt en ze nemen nauwelijks initiatieven in de sociale omgang. Er is geen sprake van sociale wederkerigheid. Men kan spreken van een onvermogen om sociale relaties aan te gaan.
- Kwalitatieve stoornis in de ontwikkeling van taal en spraak.

Gesproken taal ontwikkelt zich moeizaam of helemaal niet. Het taalgebruik is ongewoon en het taalbegrip is vaak gestoord. Ze nemen alles letterlijk op. Er is sprake van een beperkt vermogen om met de ander te communiceren door gesproken taal of gebaren.
- Beperkte interesses en activiteiten.

Er is sprake van abnormale rigiditeit. Dit uit zich in een eenzijdige belangstelling voor dingen. Ze hebben een grote weerstand tegen veranderingen ofwel een dwangmatig verlangen naar hetzelfde. Autistische kinderen zoeken houvast in vaste routines en rituelen. Dit betekent een opvallend beperkt repertoire van interesses en activiteiten. Soms raken ze geobsedeerd door bepaalde voorwerpen of weten bijvoorbeeld alles over een onderwerp. Eenzelfde activiteit kan hen langdurig boeien.

Mevr Ina van Berckelaer Onnes voegt hier de volgende gedragskenmerken aan toe:

- Opvallende motorische activiteiten.

De motoriek wordt soms gekenmerkt door stereotype bewegingspatronen en een "verwongen" manier van bewegen.

Deze stereotype bewegingspatronen kunnen zich al op jongere leeftijd manifesteren en zijn door de opvoeder vaak moeilijk te doorbreken.

Veel van deze stereotype bewegingen hebben een zelfstimulerend, lustvol karakter voor het kind.

- Opvallende zintuiglijke verschijnselen.

De zintuiglijke waarneming kenmerkt zich door het blijven steken in een vroeg ontwikkelingsstadium. Namelijk in de wereld van de nabijheidszintuigen. (ruiken, proeven, tasten).

- Extreme, schijnbaar onlogische angsten.

Autistische kinderen zijn vaak extreem angstig, dikwijls voor dingen of gebeurtenissen waar een ander kind in het geheel geen angst voor toont. De angsten zijn onvoorspelbaar en voor anderen oninvoelbaar. Bij deze kinderen kan men spreken van een angstige binnenwereld. De angst wordt vaak verklaard vanuit het zwakke integratievermogen. Ze hebben erg veel moeite met het leggen van verbanden.

In de puberteit krijgen de angsten meer het karakter van paniekreacties.

### **2.2.2 Non-specifieke kenmerken bij autistische kinderen:**

- Slaapproblemen.

Veel autistische kinderen hebben last van slaapproblemen. Ze hebben grote moeite met inslapen. Dit kan vaak gepaard gaan met huilen en gillen.

Soms is er sprake van een verstoord dag- en nachtritme.

- Drift- en gilbuien.

Jonge autistische kinderen hebben vaak driftbuien, omdat zij niet over woorden beschikken, waarmee zij kunnen vragen om de dingen, die ze willen hebben. Bovendien is het voor autistische kinderen als gevolg van hun geringe communicatievaardigheden vaak niet mogelijk het de ander duidelijk te maken, als zij zich niet prettig voelen, onrustig zijn of zich ziek voelen.

- Zelfverwondend gedrag (automutilatie).

Bij zelfverwondend gedrag gaat het om herhaaldelijk, voorkomende gedragspatronen, die fysiek letsel aan het lichaam zelf teweegbrengen.

Dit gedragsprobleem komt regelmatig voor in de vorm van krabben, bijten en hoofdbonken.

- Gevaar, last voor anderen.

Deze gedragsproblemen zijn terug te voeren op het beperkte sociaal inzicht. Ze hebben een gebrekkig besef van sociale conventies en taboes. Autistische kinderen tonen vaak geen angst voor werkelijke gevaren.

### **2.3 Mogelijke oorzaken:**

Autisme is wellicht het best onderzochte syndroom in de kinder- en jeugdpsychiatrie.

Klinische, genetische, cognitieve en neuro-psychologische onderzoeken zijn alle gericht op het verkrijgen van fundamenteel inzicht in de mogelijke oorzaken van de stoornis.

Onderzoeksbevindingen hebben duidelijk gemaakt, dat autisme een door erfelijke en prenatale factoren veroorzaakte ontwikkelingsstoornis van het centrale zenuwstelsel is; een neuro-psychiatrische aandoening, getypeerd door stoornissen in de cognitieve informatieverwerking en in het talig functioneren. Het autistisch syndroom komt voor bij 5 op de 10.000 kinderen, dit cijfer is geldig voor Westerse zowel als niet-Westerse landen.

Jongens zijn vaker aangedaan dan meisjes. De sekse-ratio is ongeveer 3:1 (van Engeland).

## **2.4 Autisme en zwakzinnigheid**

Driekwart van de autistische kinderen functioneert op zwakzinnig niveau. Het autistisch syndroom lijkt bij deze kinderen een enigszins andere kleur te krijgen. Bij hen worden vaak neurologische stoornissen aangetroffen.

In de adolescentie ontwikkelen zij vaker epilepsie dan autistische kinderen met een hoger I.Q.

De stoornis in het sociale, met name het affectieve contact, blijkt bij zwakzinnige autistische kinderen ernstiger en dieper van aard te zijn. Bovendien vertonen zij meer stereotypieën in hun gedrag en vervallen zij vaker tot zelfverwondend gedrag. (van Engeland)

## **2.5 Prognose:**

De prognose is voor het merendeel van de autistische kinderen slecht wat betreft hun intellectuele ontwikkeling, de algemene aanpassing en de mogelijkheid om in sociale situaties te functioneren. Ongeveer 60% van de autistische kinderen blijft ernstig gehandicapt.

Slechts 10% bereikt een niveau van redelijk verstandelijk functioneren.

Degenen, die een redelijk zelfstandig leven kunnen leiden, houden vaak moeilijkheden in hun sociale contacten, terwijl ze hun handicap vaak pijnlijk beseffen. Zelfs de best functionerende autistische kinderen hebben meer steun en begeleiding nodig dan hun normale leeftijdsgenootjes. (van Engeland)

Uit onderzoek blijkt dat de prognose beïnvloed wordt door de volgende factoren:

- Intelligentieniveau: autistische kinderen met een I.Q. boven de 70 maken de meeste kans op verbetering van hun functioneren.
- Organische factoren: aantoonbare hersenbeschadiging, vooral samen voorkomend met een laag I.Q. is de prognose ongunstig.
- Spraak-taalontwikkeling: wanneer er voor het vijfde jaar geen spraak-taalontwikkeling op gang is gekomen, hetgeen in de helft van de gevallen zo is, is de prognose ongunstig.
- Ernst van de symptomen: hoe ernstiger het klinisch beeld is en hoe trager de verbetering in de eerste levensjaren optreedt, hoe slechter de prognose is.
- Behandeling: een gestructureerde leef- en onderwijssetting, optimale stimulering en harmonieuze gezinsomstandigheden spelen een gunstige rol en wel meer naar mate het autistisch kind minder gehandicapt is.

## 2.6 Signalering en diagnose:

### 2.6.1 Klavertje Vier

We vatten de kenmerken van autisme samen in het "Klavertje vier".

Het "klavertje vier" is slechts een eenvoudig middel om eventueel autisme op te sporen.

Dieper, meer gespecialiseerd onderzoek is dan nodig om uit te maken of er echt wel autisme in het geding is.

#### **De werkwijze is als volgt:**

Zodra je het kind voldoende kent, vul je het "Klavertje vier" in.

Je begint met het aankruisen van de primaire kenmerken. Heeft het kind enkele saillante primaire kenmerken, dan kruis je de **knipperende lamp** aan.

Je gaat nu de andere drie probleemvelden inventariseren.

Worden ook hier veel kenmerkenesignaleerd, dan kan er sprake zijn van autisme.

De kinderen voor wie het **droeve gezichtje** aangekruist wordt, kunnen, na toestemming van de ouders, beter worden onderzocht door deskundigen.  
(verwijzing GGZ)

Raadpleeg tevens de criteria vanuit de DSM IV en vul eventueel de Auti-R observatieschaal in.

### 2.6.2 Criteria autisme DSM IV.

Volgens de DSM IV spreekt men van autisme als:

- Een totaal van zes of meer items van (1), (2) en (3) met tenminste twee van (1), (2) en (3):
  1. Kwalitatieve beperking in de sociale interacties zoals blijkt uit ten minste twee van de volgende:
    - Duidelijke stoornissen in het gebruik van verschillende vormen van non-verbaal gedrag, zoals oogcontact, gelaatsuitdrukking, lichaamshouding en gebaren om de sociale interactie te bepalen.
    - Er niet in slagen met leeftijdsgenoten tot relaties te komen, die passen bij het ontwikkelingsniveau.
    - Tekort in het spontaan proberen met anderen plezier, bezigheden of prestaties te delen (bijv. het niet laten zien, brengen of aanwijzen van voorwerpen die van betekenis zijn).
    - Afwezigheid van sociale of emotionele wederkerigheid.
  2. Kwalitatieve beperkingen in de communicatie zoals blijkt uit ten minste een van de volgende:
    - Achterstand in of volledige afwezigheid van de ontwikkeling van gesproken taal (niet samengaand met een poging dit te compenseren met alternatieve communicatiemiddelen zoals gebaren en mimiek).

- Bij individuen met voldoende spraak duidelijke beperkingen in het vermogen een gesprek met anderen te beginnen of te onderhouden.
  - Stereotiep en herhaald taalgebruik of eigenaardig woordgebruik.
  - Afwezigheid van gevarieerd spontaan fantasiespel (doen-alsof spelletjes) of sociaal imiterend spel (nadoen-spelletjes) passend bij het ontwikkelingsniveau.
3. Beperkte, zich herhalende stereotiepe patronen van gedrag, belangstelling en activiteiten zoals blijkt uit ten minste een van de volgende:
- Sterke pre-occupatie met een of meer stereotiepe en beperkte patronen van belangstelling die abnormaal is ofwel in intensiteit ofwel in richting.
  - Duidelijk rigide vastzitten aan specifieke niet functionele routines of rituelen.
  - Stereotiepe en zich herhalende motorische maniërismen (bijv. hand of vinger op en neer bewegen of draaien of complexe bewegingen met het hele lichaam).
  - Voortdurende pre-occupatie met delen van voorwerpen.
  - 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.
  - De stoornis is niet eerder toe te schrijven aan de stoornis van Rett of een desintegratiestoornis van de kinderleeftijd.

### 2.6.3 Auti-R observatieschaal

Deze observatieschaal moet na het invullen geïnterpreteerd worden door een psycholoog / orthopedagoog.

## 2.7 Behandeling

### *Inleiding*

We zullen in dit gedeelte, dat specifiek over autisme gaat, minder aandacht schenken aan concrete handelingsadviezen voor de leerkracht in de groep. Echte autistische kinderen worden maar hoogstzelden binnen ons SBO geplaatst.

In de twee volgende gedeelten worden wel concrete handelingsadviezen gegeven, bij PDD-NOS en bij de Stoornis van Asperger.

Hieronder beschrijven we de algemene behandelingsuitgangspunten, die voor alle kinderen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis gelden, al kunnen de individuele verschillen groot zijn.

Prof. Rutter en Prof. Berkelaer Onnes spreken bij kinderen met autisme van een abnormale ontwikkeling, veelal samengaan met gedragsproblemen. Het ontwikkelingsverloop is vaak grillig.

Prof. Rutter verdeelt de problemen van kinderen met autisme in problemen die direct voortvloeien uit het autisme en problemen die met het autisme geassocieerd kunnen worden en ook bij andere stoornissen voorkomen. Vervolgens geeft hij drie kernpunten aan, waarop de behandeling van kinderen met een autistische stoornis gebaseerd zou moeten zijn:

- Stimulering van de normale ontwikkeling.  
Het geven van gerichte stimulering en training ter compensatie van een algehele ontwikkelingsachterstand. Het aanleren van allerlei vaardigheden op sociaal en cognitief gebied.
- Vermindering van de specifieke verschijnselen.  
Met de specifieke verschijnselen worden de verschijnselen bedoeld, die direct uit het autistisch syndroom voortvloeien, zoals rigiditeit en stereotypie.  
Het gaat hierbij om het afleren of verminderen van gedrag, dat voor de omgeving onhanteerbaar is en dat het leren op schools en sociaal gebied belemmert.
- Eliminering van de non-specifieke verschijnselen.  
Hierbij gaat het om het voorkomen van het ontstaan van onnodige, secundaire verschijnselen, die zich ontwikkelen als gevolg van de primaire defecten. (bijv.: drift- en woedeaanvallen, overactiviteit, slaap- en eetstoornissen.)

Rutter maakt onderscheid tussen vermindering en eliminatie, daarmee al het verschil in prognose van specifiek en non-specifiek gedrag aangevend. De problemen, direct voorkomend uit het autistisch syndroom kunnen verminderen, maar zullen nooit echt verdwijnen. Dit in tegenstelling tot de non-specifieke gedragsproblemen, die wel kunnen verdwijnen, al vraagt het vaak een lange adem.

Onderzoek heeft uitgewezen, dat de beste resultaten bereikt worden in de alledaagse leefsituatie. Binnen de behandeling voor autistische kinderen krijgt het alledaagse leefklimaat de nadruk. Opvoeden en opvoeding worden als basis van de behandeling genomen.

***Orthopedagogische hulpvraag:***

*Ik zit opgesloten in mijn binnenwereld.*

*Ik kan heel moeizaam deelnemen aan jullie wereld.*

*Ik heb nauwelijks weet van sociale interacties.*

*Het invoelingsvermogen in de ander is bij mij zeer beperkt.*

*Ik heb erg veel moeite om jullie taal en afspraken aan te leren en te begrijpen.*

*Voor mij is jullie wereld een chaos.*

*Ik zoek veiligheid.*

*Ik heb ontzettend veel behoefte aan een gestructureerde, zakelijke omgeving.*

*Maak voor mij de wereld voorspelbaar en controleerbaar.  
Help mij om mijn geringe mogelijkheden te ontwikkelen.  
Leer mij ook de onhebbelijkheden af.  
Word niet boos als ik jullie regelmatig teleurstel.*

De leefwereld van het kind met een pervasieve ontwikkelingsstoornis moet een "groeikans-scheppende" leefwereld zijn. Een specifieke leefwereld die zo goed mogelijk het gemis van deze kinderen opheft of compenseert.

Deze kinderen vragen op de eerste plaats om een gestructureerde aanpak met maximale voorspelbaarheid, veiligheid, individuele aandacht en continuïteit.

Voor het inrichten van deze leefwereld betekent dit:

- orde scheppen
- verwachtingen duidelijk maken
- situaties en gebeurtenissen voorspelbaar maken
- het overzichtelijk maken.

### 2.7.1 **Structuurverlening:**

Het sleutelwoord binnen de begeleiding van autistische kinderen is **structuurverlening**.

Bij structuurverlening gaat het om ordenen, vereenvoudigen, verhelderen en overzichtelijk maken. Daardoor krijgt het kind meer vat op zijn omgeving.

De structuur moet op verschillende gebieden aangeboden worden:

- **Structuur in de tijd:**  
Help de leerling de tijd overzien. Een gevisualiseerd dagrooster laat zien welke activiteiten wanneer gebeuren. Het moet voor een kind duidelijk zijn hoe lang het aan een taak moet werken en wat daarna komt. Kondig wijzigingen in het programma vooraf aan.
- **Structuur in de ruimte:**  
Leren, spelen en eten hebben elk een vaste plek in de klas. Materialen liggen geordend op vaste plaatsen. De leerling heeft zijn eigen opbergplaats.
- **Structuur in de opdrachten:**  
Het gaat erom dat het kind exact weet wat er van hem verwacht wordt. Verdeel opdrachten in deeltaken en geef concreet en gevisualiseerd aan wat de leerling precies moet doen en wat de leerling moet doen wanneer hij klaar is.
- **Structuur in de persoon:**  
De leerkracht moet consequent en helder zijn in zijn gedrag en verwachtingen.  
Hij straalt vertrouwen uit. Zorg voor veiligheid en een intensieve sociale ondersteuning.  
De leerkracht spreekt in begrijpelijke taal, korte zinnen en concreet.

Het aanbieden van structuur is een middel om autistische kinderen te leren vat te krijgen op hun omgeving en op deze manier hun ontwikkeling te stimuleren. We moeten de leerling zo min mogelijk afhankelijk maken van de aangeboden structuur.

Structuur moet:

- uitnodigend zijn
- veiligheid-biedend-zijn
- positief bevestigend zijn
- geen doel zijn, maar middel tot.

### **2.7.2 Operante conditionering**

Wil je een autistisch kind iets "nieuws" leren, dan moet je het kind meenemen over een drempel. Het verleggen van grenzen is niet een aangeboren innerlijke drijfveer.

De intrinsieke motivatie, om iets nieuws te leren, ontbreekt.

De motivatie om te leren moet van buitenaf aangebracht worden. Dit kunnen we het beste doen met behulp van een beloningssysteem. De directe beloning geeft het beste resultaat.

Bij een beloningssysteem maken we gebruik van versterkers.

We laten een activiteit volgen door iets prettigs (een versterker).

De materiële versterker is de meest krachtige beloning voor een autistisch kind.

### **2.7.3 Medicamenteuze behandeling:**

Bij autisme neemt de medicamenteuze behandeling een bescheiden plaats in.

Er is geen op het ziektebeeld toegespitste medicatie voorhanden, waarmee de kernproblemen van het autistische kind gunstig worden beïnvloed.

Medicijnen kunnen autisme niet genezen. Ze kunnen wel gebruikt worden om bijkomende, vaak gedragsproblemen te verminderen, zoals slaapproblemen, angst, depressie, overbeweeglijkheid en concentratieproblemen.

### 3. PERVASIEVE ONTWIKKELINGSSTOORNIS (niet anders omschreven):

#### 3.1 Wat is PDD-NOS:

Het kind met PDD-NOS heeft minder ernstige en meer gevarieerde symptomen dan het kind met autisme.

De symptomen beginnen meer geleidelijk aan en minder uitgesproken. Hierdoor krijgt de opvoeder/leerkracht pas veel later het vermoeden dat er iets niet in orde is.

De herkenning is minder gemakkelijk. Dit kind heeft van jongs af aan wel oogcontact.

De taalontwikkeling is wel, maar veelal wat later op gang gekomen. Het kind praat wel meer over zijn eigen interesses. Het is wat onhandig, als het met meer dingen tegelijk moet handelen.

Het gaat bijzonder om met informatie. Vaak reageert het kind nauwelijks op pijn, terwijl het kan schrikken van een duwtje. Het heeft minder bizarre fantasieën.

Het kind is wel in staat om contacten met anderen te leggen, alleen gaat dit zeer moeizaam. Met leeftijdsgenootjes ligt het vaak in de clinch.

Zolang het kind met een beperkt aantal mensen te maken heeft, kan het nog redelijk goed gaan. Naarmate het kind meer in de buitenwereld komt (bijv. school) wordt het voor hem moeilijker. Er wordt dan meer en meer van het kind geëist, dat het zich aanpast aan die buitenwereld. Voor dit kind, dat het gedrag van anderen niet goed kan doorgronden, valt dit niet mee. Het kind wordt steeds onzekerder en banger.

Bij het kind met PDD-NOS staat de sociale stoornis centraal.

Dit kind heeft een gestoord of gebrekkig **sociaal snapvermogen**.

Het kind zit te vast in zijn eigen belevingswereld. Het kan informatie "van buiten" niet voldoende laten meesturen in zijn gedrag naar anderen. Het kind stemt zijn gedrag onvoldoende af op wat een ander van hem verwacht. Daardoor kunnen de reacties heel onvoorspelbaar zijn.

#### 3.2 Kenmerken van PDD-NOS:

- **Sociale ontwikkeling:**

Centraal staat de sociale stoornis. Het kind ontwikkelt een gebrekkig sociaal snapvermogen. Het zit opgesloten in zijn eigen binnenwereld. Het kan zich moeilijk inleven in de gevoelens van een ander. Het is vaak best bereid om te helpen, maar dan op zijn manier. Het kind is ik-gericht. Van wederkerigheid is weinig sprake. De contacten met leeftijdsgenootjes verlopen moeizaam. Het samen iets doen heeft de interesse niet.

Het kind is gewoon niet sociaal vaardig.

- **Taalontwikkeling:**

De taal komt later wel redelijk op gang, maar taal wordt niet communicatief.

Het kind neemt taal vaak letterlijk. Het heeft veel moeite met een dubbele

boodschap. Het kind praat vaak formeel en gebruikt taal uit de volwassenwereld. Het maakt zinnen volgens vaste patronen en de zinsmelodie is meestal vlak.

- **Motorische ontwikkeling:**

De motoriek van dit kind is over het algemeen niet slecht.

Op bepaalde momenten, wanneer het kind niet lekker in zijn vel zit, kan het ineens superonhandig zijn. Het weet opeens bij de eenvoudigste dingen niet meer hoe ze de handen, benen moeten laten samenwerken.

Problematisch zijn meestal de spelen. De samenhang van het spel ontgaat ze vaak. Daarnaast speelt de onhandigheid ook een negatieve rol.

- **Zintuiglijke ontwikkeling:**

Het kind heeft moeite met de informatieverwerking. Er is vooral een slechte verwerking van auditieve prikkels. Het kan hoofd- en bijzaken moeilijk scheiden. De keuze wordt meestal bepaald door de nabijheidszintuigen.

Ook de interne gedachtenwereld krijgt voorrang op wat in de buitenwereld gebeurt. Soms weet het kind niet eens of iets in het echt is gebeurd of dat het in zijn gedachten heeft beleefd.

Het kind lijkt hierdoor vaak te "liegen".

- **Cognitieve ontwikkeling:**

Kinderen met PDD-NOS voorspellen niet. Ze maken nauwelijks gebruik van hun kennis om vooruit te lopen op wat komen gaat.

Het plangedrag is vaak chaotisch. Ze kunnen zelf moeilijk een ordening in hun denken aanbrengen.

Ze hebben ook moeite met het verbeeldend denken, met andere woorden, ze kunnen zich slecht een voorstelling van iets maken, dat er niet letterlijk is.

Er bestaan geen of onvoldoende grenzen tussen fantasie en realiteit.

De creatieve vakken zijn vaak een crime voor deze kinderen.

### **3.3 Co-morbiditeit tussen PDD-NOS, - ADHD en - Borderline**

#### **3.3.1 PDD-NOS versus ADHD**

Bij kinderen met PDD staat de sociale stoornis centraal.

In tweede instantie kunnen ze druk en rusteloos gedrag vertonen, dat op het eerste gezicht lijkt op ADHD.

Maar er is een groot verschil. Als bij ADHD de concentratie toeneemt, verbetert het sociale contact en de sociale vaardigheden.

Als bij PDD kinderen de concentratie verbetert, dan komt het sociaal onvermogen nog sterker aan het licht.

Bij PDD moeten we constateren dat de sociale informatieverwerking een blijvende handicap is. Als bij ADHD de aandacht en impulsiviteit verbetert, zal de sociale informatieverwerking steeds beter verlopen.

Bij PDD weerspiegelt die onrust de innerlijke verwarring.

Bij ADHD wordt het kind afgeleid door uitwendige prikkels.

Kinderen met ADHD kun je medicamenteus behandelen. Bij kinderen met PDD kun je de sociale informatieverwerkingsstoornis nauwelijks behandelen. Je kunt alleen de omgeving zo aanpassen, dat er zoveel mogelijk gezonde ontwikkeling

plaats vindt. Bijkomende verschijnselen zoals angsten of agressie kun je wel reguleren met medicatie.

Zowel kinderen met PDD-NOS als ADHD trekken een zware wissel op de leerkracht. Zij vragen beiden om een zeer intentionele opvoeding.

### 3.3.2 PDD-NOS versus Borderline:

Borderline kinderen hebben een voor de buitenwereld storend of oninvoelbaar en grillig gedrag.

De onderstaande symptomen komen bij de meeste Borderline kinderen voor:

- Sociale isolatie ten gevolge van een onvermogen contacten met anderen te leggen of te onderhouden. De empathie voor de ander ontbreekt.
- Sterke angst, paniekaanvallen komen vaak voor.
- De inhoud van de angst is meestal primitief.
- Kunnen tijdelijk belangrijke cognitieve functies verliezen (taal, spraak).
- Deze kinderen hebben vaak uitgesproken bizarre interesses of fantasieën.
- De gewetensfunctie is meestal gestoord (deliquent gedrag).

Hoewel borderline kinderen mogelijk tot de kinderen met PDD gerekend kunnen worden, zijn er toch enige verschillen tussen het Borderline kind en het kind met PDD.

Bij Borderline kinderen komen de volgende symptomen vaak voor:

onvoorspelbaar eisend en aanklampend gedrag in het contact, gevoelens van eenzaamheid, uitgesproken fantasieën en achterdocht.

Kinderen met PDD vertonen vaker teruggetrokkenheid, wensvervullende relaties, taal- en spraakstoornissen en geobsedeerd zijn door uitzonderlijke interesses zoals lichtknopjes, ronddraaiende voorwerpen.

De behandelingsstrategieën voor borderline kinderen is bijna gelijk aan het kind met PDD.

Ook deze kinderen zijn gebaat met een omgeving, die duidelijkheid, structuur, voorspelbaarheid en consistente zorg biedt.

### 3.3.3 PDD-NOS versus Asperger

Het **verschil** tussen **Asperger** en **PDD-NOS** zit vooral in de taalvaardigheid.

Vaak is bij de laatste groep sprake van een vertraagde taalontwikkeling, van een slechte verwerking van de auditieve prikkels. Later komt de taal wel op gang, maar wordt niet communicatief. Het is heel letterlijk, formeel, het is taal uit de volwassenwereld. De motoriek is beter, maar kan in bepaalde situaties (waarbij het kind zich niet lekker in het vel voelt) heel onhandig worden.

De sociale cognities zijn niet aanwezig. Het PDD-NOS kind snapt de sociale wereld niet. Het kan zich moeilijk inleven in de ander, is opgesloten in de eigen binnenwereld. De cognitieve ontwikkeling wordt negatief bepaald doordat het oorzaak-gevolgredeneren moeilijk is; ze kunnen niet goed voorspellen en anticiperen.

Het **verschil** tussen **Asperger** en **andere contactstoornissen zoals autisme** is vooral de taalvaardigheid die goed genoemd kan worden en de wens om te communiceren, om bij een groep te horen.

De verschillen tussen **Asperger (AS)** en **hoogfunctionerende autisten (HFA)** zijn:

- AS en HFA doen het beiden slecht op sociale taken, maar AS doen het ook slecht op alle visuele perceptietaken. HFA daarentegen doen het op niet-sociale perceptietaken wel goed.
- AS zijn slechter in ruimtelijke taken
- AS zijn motorisch onhandiger
- AS hebben een meer disharmonisch beeld: het verschil tussen de verbale factor en de performale factor ten gunste van de eerste
- Bij AS is er sprake van een rechterhemisfeerproblematiek, bij HFA van een linkerhemisfeerproblematiek.

### 3.4 Prognose:

Over de prognose van PDD-NOS zijn nog weinig systematische gegevens bekend.

We mogen veronderstellen dat de prognose van deze kinderen afhankelijk zal zijn van dezelfde factoren die bij het kinderlijk autisme een rol spelen, zoals de positieve relatie tussen de prognose en het niveau van de taal-spraakontwikkeling en het niveau van de intelligentie.

### 3.5 Signalering en diagnose

#### 3.5.1 Klavertje vier.

We vatten de kenmerken van PDD-NOS samen in het "Klavertje vier".

Het "Klavertje vier" is slechts een eenvoudig middel om eventueel PDD-NOS op te sporen.

Dieper, meer gespecialiseerd onderzoek is dan nodig om uit te maken of er echt wel PDD-NOS in het geding is.

#### De werkwijze is als volgt:

Zodra je het kind voldoende kent, vul je het "Klavertje vier" in.

Je begint met het aankruisen van de primaire kenmerken. Heeft het kind enkele saillante primaire kenmerken, dan kruis je de **knipperende lamp** aan.

Je gaat nu de andere drie probleemvelden inventariseren.

Worden ook hier veel kenmerken gesignaleerd, dan kan er sprake zijn van PDD-NOS

De kinderen voor wie het **droeve gezichtje** aangekruist wordt, kunnen, na toestemming van de ouders, beter worden onderzocht door deskundigen (verwijzing GGz).

Raadpleeg tevens de criteria vanuit de DSM IV en vul eventueel de Auti-R observatieschaal in.

#### 3.5.2 Criteria PDD-NOS DSM IV

Deze categorie moet volgens de DSM IV gebruikt worden als er een ernstige en pervasieve tekortkoming is in de ontwikkeling van de wederkerige sociale

interactie of van de verbale en non-verbale communicatieve vaardigheden, of als stereotiep gedrag, interesses en activiteiten aanwezig zijn, terwijl niet voldaan wordt aan de criteria voor een specifieke pervasieve ontwikkelingsstoornis, schizofrenie, schizotypische persoonlijkheidsstoornis of ontwijkende persoonlijkheidsstoornis.

Zo behoren tot deze categorie ook de atypische autismebeelden 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.

### **3.5.3 Auti-R observatieschaal**

Deze observatieschaal moet na het invullen geïnterpreteerd worden door een psycholoog / orthopedagoog.

### **3.6 Behandelingsadviezen PDD-NOS:**

Neem eerst kennis van de algemene handelingsadviezen zoals beschreven bij het onderdeel "Autisme".

Deze adviezen gelden voor de te onderscheiden groepen, Autisme, PDD-NOS, en de Stoornis van Asperger.

Het zijn uitgangspunten voor het inrichten van een adequaat pedagogisch leefklimaat voor deze kinderen.

In dit gedeelte geven we meer concrete handelingsadviezen voor de leerkracht in de groep.

In het onderdeel "Stoornis van Asperger" geven we concrete handelingsadviezen voor de leerkracht op de te onderscheiden kenmerken.

Voor de goede orde: de handelingsadviezen in alle drie de onderdelen vormen één geheel.

Met betrekking tot pervasieve ontwikkelingsstoornissen kunnen we grofweg drie groepen onderscheiden:

- Kinderen die blijvend aangewezen zijn op een zeer sterk gestructureerde leef-leeromgeving (autisme).
- Kinderen die enige mate greep kunnen krijgen op denken, voelen en handelen. Het accent blijft liggen op het aanleren en intrainen van vaardigheden binnen een gestructureerde omgeving.(PDD-NOS sterk).
- Kinderen die enigszins komen tot zelfstandig greep krijgen, zelf probleem oplossend kunnen denken (PDD-NOS mild).

De hieronder beschreven handelingsadviezen gelden zowel voor kinderen met PDD-NOS, als kinderen die lijden aan de Stoornis van Asperger.

#### ***Orthopedagogische hulpvraag:***

*Ik maak heel moeilijk contact met mijn leeftijdsgenootjes.*

*Ik begrijp ze vaak niet.*

*Ik ben teveel gericht op mijn binnenwereld.*

*Soms ben ik erg egocentrisch en zoals jullie dat noemen egoïstisch.*

*Daarom leer ik zo moeilijk jullie sociale vaardigheden.*

*Contacten met andere kinderen zijn vaak aanleiding voor ruzie.*

*Ik hou niet van veranderingen.  
 Bij het leren heb ik moeite met geordend werken.  
 Ik ben een chaoot, werk vaak slordig.  
 Mijn denkwijze is star.  
 Soms ben ik druk en rusteloos.  
 Geef mij daarom een veilige, gestructureerde leef-leeromgeving.  
 Maak alles voor mij overzichtelijk en voorspelbaar.  
 Ik heb heel veel behoefte aan sociale ondersteuning.  
 Irriteer je niet aan mijn zonderling gedrag.  
 Het kost jou veel energie om mij te begeleiden.  
 Hou er rekening mee, dat ik me niet bewust misdraag.  
 Het overkomt me gewoon.*

### 3.6.1 Algemene concrete handelingsadviezen:

- **Sociale doelen** mogen niet te hoog gesteld worden. Tussendoelen, kleine stapjes, veel herhalingen zijn noodzakelijk voor het aanleren van eenvoudige sociale vaardigheden. Het kind blijft vaak steken in technische kennis. De transfer verloopt vaak moeizaam. Er blijft altijd een zekere mate van handelingsverlegenheid op sociaal vlak bestaan.
- Stel **duidelijke grenzen**. Het kind kan een enorme zuigkracht op de omgeving uitoefenen. Een claimend gedrag is kenmerkend voor deze kinderen. Corrigeer negatief gedrag meteen. Beloon **gewenst gedrag** met een materiële versterker.
- Een **neutrale benadering** is wenselijk. Neutraal betekent niet koud, maar zakelijk. Van de leerkracht wordt een **consequente houding** verwacht. Deze houding vereist structuur, orde en regelmaat.
- Zorg voor een **veilige, voorspelbare** leef-leeromgeving.
- Probeer **preventief** in te grijpen, voordat het kind vervalt in rigide gedrag, of paniekreacties gaat vertonen. Probeer opwindning te vermijden. Het is belangrijk zoveel mogelijk vast te houden aan regels en gewoontes. Mocht een kind toch ontsporen, biedt hem dan een werkje aan, dat hij leuk en interessant vindt (ontspannen).
- Laat je **niet** door de gedragingen van het kind **irriteren**. Het kind handelt niet bewust. Denk eraan dat het **pure onmacht** is. Het kind heeft jouw **ondersteuning** en **vertrouwen** hard nodig. Weet dat het koppig gedrag een uiting van onvermogen is.
- Gebruik **simpele en duidelijke taal**. Boodschappen met een dubbele betekenis worden meestal niet opgepikt. Beeldspraak en grapjes worden niet begrepen.
- Verbaal mag het kind **niet overvraagd** worden.
- Maak gebruik van de goede **visuele waarneming** en van het goede **visuele geheugen**:
  - dagritmeprogramma via pictogrammen
  - intrainen van gedragsregels via visuele aanwijzingen.

### 3.6.2 Handelingsadviezen met betrekking tot schoolse vaardigheden:

- Leg het accent op **communicatie** en uitbreiding van de **woordenschat**. Ondersteuning door logopedie is aan te bevelen.
- Verbetering van de **taak-werkhouding**, de **concentratie** en vermindering van de **afleidbaarheid** is gewenst (zie Concentratieoefeningen P. Langendijk.)
- Bij **voorbereidend rekenen** zijn problemen te verwachten. Vooral het aanleren van de talige rekenbegrippen en hoeveelheidsbegrippen gaan moeizaam. Het kind is sterk afhankelijk van visuele ondersteuning.
- De **leesvoorwaarden** geven eveneens problemen, omdat het besef van taal als systeem van regels en afspraken slecht ontwikkeld is. Ze hebben erg veel moeite met de auditieve componenten. Algemene regel: oefenen, trainen is beter dan uitleg. Probeer via de **visuele component te compenseren** door tegelijkertijd auditief en visueel aan te bieden. Het inschakelen van alle kanalen verdient de voorkeur.
- Zeer **gestructureerde reken- en leesvoorwaardentraining** is gewenst. Kleine leerstapjes met veel automatiseringsmomenten. De visuele component moet overgeaccentueerd worden. Waar mogelijk moet verbale uitleg en instructie vervangen worden door visuele voorstellingen. Maak veelvuldig gebruik van **computerondersteuning**.
- De **schrijfvoorwaarden** moeten extra geoefend worden vanwege de vaak onhandige fijne motoriek. Werk van groot naar klein. Van vrijheid naar begrenzing. Gebruik aangepast schrijfgerei. Ook **oog-handcoördinatie** oefeningen zijn zinvol. Bij een moeizame ontwikkeling, schakel dan fysiotherapie of MRT in.
- **Leesproces:**
  - De methode moet een sterke opbouw- en inprentingsmethodiek hebben. (klank-synthetische methode.)
  - Extra training van de auditieve voorwaarden, gekoppeld aan visuele beelden.
  - Extra accent op het aanleren van de teken-klankkoppeling, inschakeling van zoveel mogelijk kanalen.
- **Aanvankelijk rekenen:**
  - Strakke opbouw, eenduidige rekenhandelingen
  - Leg geen nadruk op inzichtelijke rekenhandelingen.
  - Realiteitsrekenen is meestal niet haalbaar.
  - Uitgangspunt is het mechanisch rekenen.
  - Stel niet te hoge rekeneisen.

## 4. STOORNIS VAN ASPERGER:

### 4.1 Wat is de stoornis van Asperger:

Het kind met de stoornis van Asperger functioneert op het continuüm van het autistisch spectrum op het hoogste cognitieve niveau. Het is een aan autisme verwante contactstoornis, die oppervlakkig gezien niet direct opvalt.

Het veroorzaakt veel leed bij het kind. De volwassene schat het kind vaak te hoog in. Het kind zelf wil relaties aangaan, maar weet niet hoe dit moet. Deze stoornis is na vele discussies opgenomen in de DSM IV.

Volgens de DSM IV heeft iemand deze stoornis als hij soortgelijke problemen heeft met sociale interacties als autisten, even beperkte interesses heeft en star gedrag vertoont. Echter hun contactstoornis verschilt essentieel van andere autistische stoornissen. Minder ingrijpend voor de buitenwereld. Zij hebben ook veel minder taalproblemen. De communicatie komt vroeg op gang. Vaak is het éénrichtingsverkeer.

Asperger beschreef een klinisch beeld dat binnen het Speciaal Onderwijs regelmatig voorkomt. Het betreft meestal jongens.

Bij het kind met deze stoornis komt de taalontwikkeling gewoon op tijd op gang. Het taalgebruik bevat echter wel veel eigenaardigheden: een pseudo-volwassen plechtstatige spraak.

Het kind blijkt niet alleen sociaal, maar ook letterlijk onhandig.

Er zijn aanwijzingen dat het intelligentieprofiel onevenwichtig is. Ze scoren verbaal hoog en per formaal beduidend lager. Deze disharmonie is misleidend.

Het kind met deze stoornis wordt vaak hoog ingeschat, terwijl het allerlei eenvoudige (sociale) zaken helemaal niet doorziet. Buitenshuis kan het kind in een groot sociaal isolement raken. Thuis kan het kind in extreme vormen zijn frustraties botvieren.

Echte autisten leven in hun eigen binnenwereld. Dit kind leeft in onze wereld, maar doet dit op zijn eigen eigenzinnige manier. Het kind heeft moeite om zich op empathische wijze te verplaatsen in de ander.

De stoornis van Asperger wordt meestal pas na groep 2 op de basisschool manifest.

Leven met het Aspergersyndroom of het hebben van een familielid met dit syndroom heeft veel gevolgen:

- **Leed bij de omgeving**

Moeders van deze kinderen voelen zich vaak wanhopig en murw, voelen zich vaak schuldig. Dit komt door de aard van de contactstoornis.

Aspergerkinderen ervaren de medemens vaak als storend en in gebreke blijvend (terwijl autistische kinderen de medemens nauwelijks in hun wereld betrekken). Dit houdt in dat er wel een zekere mate van contact is en er ook een appèl vanuit gaat. Hierdoor gaan ouders voortdurend de kwellende confrontatie aan met wat gemist wordt, met wat binnen het bereik lijkt te liggen maar net niet gehaald wordt.

- **leed bij zichzelf**

Aspergerkinderen zijn intelligent genoeg om zoveel van de sociale omgang te begrijpen, dat ze weten dat zij het niet redden. Ze willen "sociaal leren" maar falen steeds. Hierdoor zijn sommige kinderen agressiever (uitgesproken, maar steeds gefrustreerde behoefte aan contact). Ook heeft dit kind vaak een gering gevoel van eigenwaarde en is het zelfbeeld negatief. Aspergerkinderen hebben een gestoorde maar wel aanwezige empathie en een uitgesproken behoefte aan contact. Maar het contact lukt niet; ze spreken niet de taal van de andere kinderen, ze gedragen zich anders. Hun pogingen om contacten te leggen worden door veel leeftijdsgenoten afgewezen.

Het Aspergersyndroom **komt** bij 1000 normaal intelligente kinderen ongeveer 10-25 keer **voor** (0,1 tot 0,3%).

#### 4.2 Kenmerken van de stoornis van Asperger:

- **Beperkingen in sociale relaties en interacties:**

Het kind begrijpt de complexe regels van onze sociale interactie minder goed.

Het is meestal naïef, ik-betrokken.

Het praat tegen de ander in plaats van met de ander. De taal is goed ontwikkeld, maar het kind kan slecht communiceren. Het heeft een gering empathisch vermogen. Het is niet erg gevoelig en mist tact. Het kind kan door de anderen "misbruikt" worden. Het heeft niet in de gaten, dat de anderen hem voor het karretje spannen. Het kind heeft in de regel wel de wens om deel te nemen aan onze sociale wereld. Dit lukt hem echter maar zeer moeizaam.

- **Beperkte interesses en ongewoon gedrag:**

Het kind heeft zonderlinge gewoontes. Soms sterke fixaties. Het is weinig flexibel. Het heeft problemen met het loslaten van de eigen ideeën. Het kind kan amper compromissen sluiten. Hierdoor ontstaan vaak conflicten. Het kind heeft moeite opdrachten te maken buiten zijn interesse sfeer. Het is door de geringste verandering uit zijn evenwicht te brengen. Het is snel ongerust en maakt zich zorgen over wat er te wachten staat (blijven doorvragen). Dit kind wordt in deze situaties snel druk en overbeweeglijk.

- **Slechte aandacht en concentratie:**

Het kind is vaak niet "bij de les". Het is snel afgeleid door externe prikkels, maar ook door de leerstof, die het kind te weinig boeit. Dit kind neigt zich snel terug te trekken in zijn binnenwereld (dagdromen). Door het gebrekkig sociaal functioneren heeft het moeite om samen te werken, samen te leren. De werkwijze is meestal chaotisch. Het kind springt van de hak op de tak.

- **Zwakke motoriek:**

Dit kind is motorisch klungelig en onhandig. Het loopt houterig, vaak op de tenen.

Het heeft weinig succes bij spelletjes, waar de motoriek bij betrokken is.

Vaak heeft het veel moeite met schrijven. De werkverzorging is meestal vrij slordig.

- **Cognitieve ontwikkeling:**

Dit kind heeft een gemiddelde tot bovengemiddelde intelligentie. Het intelligentieprofiel is disharmonisch van aard. De verbale component is vaak sterk tot zeer sterk ontwikkeld. De performale begaafdheid is meestal zwak.

De taalontwikkeling komt gewoon op gang. Het kind heeft een goed ontwikkeld taalgebruik.

Dit kind heeft een goed ontwikkeld "mechanisch geheugen", maar hierdoor reageert het vaak als een video die afgespeeld wordt.

Het echte probleem oplossend vermogen is zwak. Het kind volgt zijn eigenzinnige maniertjes om problemen te analyseren en op te lossen. De denkwijze is moeilijk te volgen. Het schoolse leren verloopt moeizaam, omdat het niet goed verdraagt een bepaalde werkwijze opgelegd te krijgen. Het kind trekt het liefst zijn eigen plan.

- **Emotionele ontwikkeling:**

Dit kind is emotioneel kwetsbaar. Door de negatieve ervaringen met de buitenwereld heeft het een geringe eigenwaarde. Het zelfbeeld is meestal negatief. Het kind, vooral pubers, neigen naar depressies.

Interacties met anderen en het kunnen voldoen aan de gewone dagelijkse verwachtingen is voor dit kind een hele klus.

Ze reageren vaak angstig en of agressief. Er bestaat voortdurend "miscommunicatie".

**Gillberg en Gillberg** komen in 1989 tot de volgende **kenmerken**:

- sociaal gehandicapt (extreem egocentrisch): problemen in de wederzijdse sociale interactie
- beperkt interesseveld: een allesomvattende nauwe interesse, die in de loop van de jaren wel kan wijzigen
- repetitieve routines
- eigenaardigheden in spraak en taal
- problemen met de non-verbale communicatie
- motorische onhandigheid

## 4.3 **Signalering en diagnose:**

### 4.3.1 **Klavertje vier**

We vatten de kenmerken van de "Stoornis van Asperger" samen in het "Klavertje vier" Het Klavertje vier is slechts een eenvoudig middel om eventueel de stoornis van Asperger op te sporen.

Dieper, meer gespecialiseerd onderzoek is dan nodig om uit te maken of er echt wel de stoornis van Asperger in het geding is.

**De werkwijze is als volgt:**

Zodra je het kind voldoende kent, vul je het "Klavertje vier" in.

Je begint met het aankruisen van de primaire kenmerken. Heeft het kind enkele saillante primaire kenmerken, dan kruis je **de knipperende lamp** aan.

Je gaat nu de andere drie probleemvelden inventariseren.  
Worden ook hier veel kenmerken gesignaleerd, dan kan er sprake zijn van de "Stoornis van Asperger".

De kinderen voor wie het **droeve gezichtje** aangekruist wordt, kunnen, na toestemming van de ouders, beter worden onderzocht door deskundigen (verwijzing GGZ).

Raadpleeg tevens de criteria vanuit de DSM IV en vul eventueel de Auti-R observatieschaal in.

#### 4.3.2 Criteria DSM IV, stoornis van Asperger

De DSM IV spreekt van stoornis van Asperger als:

- Kwalitatieve beperkingen in de sociale interactie, zoals blijkt uit tenminste twee van de volgende:
  - Duidelijke stoornissen in het gebruik van veelvuldig non-verbaal gedrag zoals oogcontact, gelaatsuitdrukking, lichaamshouding en gebaren om de sociale interactie te bepalen.
  - Er niet in slagen met leeftijdsgenoten tot bij het ontwikkelingsniveau passende relaties te komen.
  - Tekort in het spontaan proberen met anderen plezier, bezigheden of prestaties te delen (bijv. het laten zien, brengen of aanwijzen van voorwerpen die van betekenis zijn)
  - Afwezigheid van sociale of emotionele wederkerigheid.
- Beperkte, zich herhalende en stereotiepe patronen van gedrag, belangstelling en activiteiten zoals blijkt uit tenminste een van de volgende:
  - Sterke pre-occupatie met een of meer stereotiepe en beperkte patronen van belangstelling die abnormaal is in ofwel intensiteit of aandachtspunt.
  - Duidelijk rigide vastzitten aan specifieke niet-functionele routines of rituelen.
  - Stereotiepe en zich herhalende motorische handelingen (bijv. fladderen of draaien met hand of vingers of complexe bewegingen met het hele lichaam.
  - Aanhoudende pre-occupatie met delen van voorwerpen.
- De stoornis veroorzaakt significante beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- Er is **geen significante algemene achterstand in taalontwikkeling** (bijv. het gebruik van enkele woorden op de leeftijd van twee jaar, communicatieve zinnen op de leeftijd van drie jaar).
- Er is **geen significante vertraging in de cognitieve ontwikkeling** of in de ontwikkeling van bij de leeftijd passende vaardigheden om zichzelf te helpen, gedragsmatig aanpassen (anders dan binnen sociale interacties) en nieuwsgierigheid over de omgeving.
- Er is niet voldaan aan de criteria van een andere specifieke pervasieve ontwikkelingsstoornis of schizofrenie.

#### 4.3.3 Auti-R observatieschaal.

Deze observatieschaal moet na het invullen geïnterpreteerd worden door een psycholoog / orthopedagoog.

#### 4.4 Aanzetten tot handelen in de groep:

Ook voor het kind met de stoornis van Asperger gelden de algemene behandelingsuitgangspunten beschreven onder het gedeelte "Autisme" en de meer concrete handelingsaanzetten beschreven bij het gedeelte PDD-NOS. In dit gedeelte proberen we zoveel mogelijk concrete handelingsadviezen te geven voor het begeleiden van deze kinderen in de groep. Het begeleiden van dit kind vraagt ontzettend veel energie van de leerkracht. De leerkracht zal de omgeving voor dit kind moeten boetsen. Zo inrichten, dat de omgeving veilig en voorspelbaar is. Het kind vraagt om intentionele opvoedingssituaties. Het "vreet" sociale ondersteuning van de opvoeder. **Het kind vraagt onze speciale zorg.** Wees ervan bewust dat je als leerkracht veel kunt betekenen voor dit kind. Hou er rekening mee dat je voortdurend teleurgesteld kunt worden. Veranderingen gaan zeer langzaam en aan sommige normen en waarden uit onze wereld zal dit kind nooit kunnen voldoen. We moeten er ons steeds van bewust zijn, dat het negatieve gedrag geen **onwil** , maar pure **onmacht** is.

##### *Orthopedagogische hulpvraag:*

*Ik ben een gewoon "ongewoon" kind.*

*Omdat ik best redelijke verbale mogelijkheden heb, schatten jullie mij vaak te hoog in.*

*Ik ben sociaal, maar ook letterlijk erg onhandig.*

*Vaak raak ik in een sociaal isolement.*

*Jij en de kinderen begrijpen mij niet zo goed.*

*Ik word daarom vaak gepest.*

*Ik mis tact om met de ander om te gaan.*

*Dat leidt vaak tot ruzie en woedeaanvallen van mijn kant.*

*Bij het leren heb ik beperkte interesses.*

*Lezen kan ik best aardig.*

*Ik lees ook erg graag.*

*Rekenen vind ik meestal moeilijk.*

*Ik volg mijn eigenzinnige maniertjes.*

*Soms ben ik druk, rusteloos en ongeconcentreerd.*

*Ik laat veel dingen slingeren.*

*Geef mij daarom extra ondersteuning.*

*Vooral het trainen van sociale vaardigheden vind ik belangrijk.*

*Ik wil best deelnemen aan jullie wereld, maar het lukt mij niet zo best.*

*Ik heb vooral behoefte aan veiligheid, voorspelbaarheid en structuur.*

*Ik vreet energie in de begeleiding bij mijn ontwikkeling.  
Word niet teleurgesteld, wanneer het mij niet meteen lukt.  
Blijf mij steunen. Ik probeer mij te handhaven.*

#### **4.4.1 Handelingsadviezen m.b.t. sociale relaties en interacties:**

- Probeer zo vroeg mogelijk het kind met deze stoornis te signaleren. Herkenning leidt tot erkenning en tot adequaat handelen.
- Bescherm het kind tegen intimidaties en tegen pestgedrag van de anderen. Bespreek met het kind zijn echte problemen. Beschrijf zijn sociale problemen als een echt onvermogen (eind basisschoolleeftijd).
- Leg het probleem uit aan de klasgenootjes. Hierdoor kunnen pesterijen voorkomen worden, terwijl gelijktijdig empathie en tolerantie bij andere kinderen aangewakkerd kan worden. Probeer als leerkracht zo'n omgeving te creëren, dat dit kind zichzelf mag zijn, met al zijn onhebbelijkheden.
- Laat het kind vooral met andere kinderen samenwerken op de gebieden waarin het uitblinkt. Hierdoor voelt het zich competent. Het zelfvertrouwen neemt toe.
- Het kind wil deelnemen aan onze sociale wereld, maar weet simpelweg niet hoe dat moet. Het kind vraagt veel sociale ondersteuning van de leerkracht.
- Sociale vaardigheidstraining kan zinvol zijn. Het sociaal inzicht verbetert alleen, nadat het vaardigheden en regels heeft geleerd, die andere kinderen intuïtief oppikken, m.a.w. het kind moet leren "menselijk gedrag na te apen". (sociale cognitie)
- Alhoewel het kind de persoonlijke gevoelens van anderen niet aanvoelt, kan het kind worden geleerd wat de juiste manier is om te reageren. Als het kind onbedoeld beledigt, tactloos of ongevoelig is geweest, moet het uitgelegd worden waarom deze reactie niet gepast is en wat de juiste reactie moet zijn (cognitieve gedragsverandering).
- Het wat oudere kind heeft voordeel bij een "buddy-systeem". De leerkracht kan een klasgenootje, die de problemen van dit kind aanvoelt, vragen om dit kind in speciale situaties te coachen.
- Het kind neigt naar individualistisch gedrag. De leerkracht moet samenwerken aanmoedigen. Probeer het terugtrekken in eigen interesses zoveel mogelijk te voorkomen.

#### **4.4.2 Handelingsadviezen m.b.t. beperkte interesses en ongewoon gedrag:**

- De speciale interesses van het kind kunnen leiden tot momenten van intens contact tussen het kind en de leerkracht.
- Het biedt veel kansen voor de leerkracht om de communicatie wederkerig te laten worden.
- Het kind moet men prijzen wanneer het "normaal" sociaal gedrag vertoont, dat voor anderen vanzelfsprekend wordt gevonden. Bekrachtig dit gedrag meteen. Doe dit altijd op een positieve manier

- Maak duidelijke en kernachtige afspraken over het werk dat gemaakt moet worden. Dit kind heeft moeite met het afmaken van werk buiten zijn interessegebied.
- Een tip voor kinderen die moeite hebben met het plannen van hun werk is het laatjessysteem.
  - Een kastje met laatjes. Het kind opent het bovenste laatje. Het vindt daarin de taak en zijn spulletjes, die het nodig heeft en gaat beginnen.
  - Taak klaar.
  - Het werkje wordt in het nakijklaatje gelegd.
  - Het volgende laatje wordt geopend met daarin de nieuwe opdracht.
  - Na verloop van tijd kun je samen met het kind de laatjes vullen.
  - Beloon hem meteen, wanneer het kind een opdracht volbracht heeft.
- Zorg voor een voorspelbare en veilige omgeving
- Minimaliseer veranderingen. Breidt veranderingen gedoseerd uit.
- Vermijd verrassingen. Bereidt het kind grondig voor op veranderingen.
- Probeer de angst voor het onbekende te verminderen, door het kind van tevoren kennis te laten maken met nieuwe activiteiten, de nieuwe leerkracht, de andere klas.

#### **4.4.3 Handelingsadviezen m.b.t. aandacht en concentratie:**

- Zorg voor een gestructureerde leeromgeving.  
Probeer zoveel mogelijk negatieve prikkels uit te bannen.
- Zet het kind binnen je blikveld.
- Oogcontact is belangrijk.
- Probeer je instructie te richten tot het kind.
- Ga steeds na of de instructie door het kind opgenomen is.
- Laat het kind de instructie met eigen woorden herhalen.
- Zorg ervoor dat de opdrachten klein en overzichtelijk zijn. Laat het kind alleen die opdrachten maken, die het redelijkerwijs binnen de gestelde tijd af kan hebben. Beloon het kind direct (competent voelen).
- Zorg ervoor dat het kind precies weet hoe het de taak moet aanpakken. Help hem bij het plannen hiervan.
- Werkt men met een "buddy", laat ze dan samenwerken.

#### **4.4.4 Handelingsadviezen m.b.t. de motoriek:**

- Is de motorische ontwikkeling erg achter, dan is doorverwijzing naar fysiotherapeut of motorische remedial teacher aan te bevelen.
- Dit kind heeft vaak extra begeleiding nodig bij het aanleren van het schrift.
- Het automatiseren van de juiste lettervormen is een crime. Benut zoveel mogelijk kanalen bij het aanleren van de lettervormen. Bij onleesbaar schrift kan men de computer als hulpmiddel inschakelen.
- Minimaliseer schriftelijke opdrachten, zodat het kind de mogelijkheid krijgt, om verzorgd te schrijven.

- Stel duidelijke eisen aan de werkverzorging.

#### **4.4.5 Handelingsadviezen m.b.t. de cognitieve ontwikkeling:**

- Dit kind heeft vaak een uitstekende technische leesvaardigheid. Het begrijpend lezen is daarentegen minder goed ontwikkeld. Overschat het kind dus niet.
- Het korte als lange termijn geheugen is goed ontwikkeld. Het weergeven van feitelijke informatie is een sterk punt. Laat het kind hierop extra excelleren om zich competent te voelen.
- Het probleemoplossend vermogen is zwak. Het kind heeft meestal een impulsieve, onkritische werkhouding. De werkwijze is er meestal een van "gissen en missen".
- Bij het aanleren van het juiste aanpakgedrag kan men gebruik maken van de cognitieve gedragstheorie:
  - Demonstreren van het aanpakgedrag (voordoen plus verbaliseren)
  - Fysieke en verbale ondersteuning, eventueel met een visuele steun (samendoen plus verbaliseren wat er gebeurt).
  - Verbale ondersteuning, eventueel visuele steun (zelf doen, terwijl de leerkracht verbaliseert).
  - Zonder leerkracht, eventueel met visuele ondersteuning (zelfstandig uitvoeren. Liefst met het zacht verwoorden van de handelingen).
- De leerresultaten zijn vaak niet al te best, omdat dit kind niet of weinig gemotiveerd is om extra inspanning te leveren op terreinen, waarin het niet geïnteresseerd is. Probeer via externe stimuli (versterkers) de interesses voor andere vakgebieden te vergroten.
- Biedt het kind zoveel mogelijk individuele leerroutes aan, aangepast aan zijn mogelijkheden. Meestal heeft dit kind de grootste moeite met inzichtelijk rekenen (denkhandelingen). Bepaal minimumdoelen, waaraan dit kind kan voldoen. Start met het aanleren van de basisvaardigheden en algoritmen. Het rekenen via de context gaat heel moeizaam.
- Biedt dit kind zonodig visuele ondersteuning via pictogrammen bij het aanleren van een adequaat aanpakgedrag. Dit kind is geneigd om zijn eigen maniertjes te blijven volgen.

#### **4.4.6 Handelingsadviezen m.b.t. de emotionele ontwikkeling:**

- Wees consequent, duidelijk en standvastig in de begeleiding. Toon als leerkracht geduld. Wees altijd rustig. Reageer niet geïrriteerd. Dit kind handelt niet bewust "ongewoon".
- Zorg voor een helder leefklimaat. Bepaal als leerkracht de grenzen.
- Bereidt het kind voor op veranderingen in de dagelijkse routine om stress te verminderen (woede-uitbarstingen)
- Leer dit kind hoe het moet handelen wanneer het overmand wordt door stress. Het kan extreem reageren. Help het kind om een lijstje op te stellen van concrete stappen. Bijv.:
  - drie keer ademhalen

- tel langzaam op je vingers tot tien
- zoek daarna hulp bij de leerkracht.

Schrijf de stappen op een kaartje en verduidelijk het kaartje met pictogrammen.

- Wees als leerkracht alert op veranderingen in het gedrag. Oudere kinderen hebben vaak last van depressies. Het kind is meestal niet in staat zijn eigen emoties in te schatten. Het zoekt geen troost bij de ander.

## 5. KLAVERTJE VIER

### 5.1 Autisme



#### Primaire kenmerken:

- ☐ Stoornis in de sociale interactie
- ☐ Stoornis in de communicatie
- ☐ Abnormale rigiditeit, beperkte interesses
- ☐ Opvallende motorische activiteiten
- ☐ Opvallende zintuiglijke waarnemingen
- ☐ Extreme, schijnbaar onlogische angsten

#### Affectieve kenmerken:

- ☐ Geen of te weinig intentionele gerichtheid op de ander
- ☐ Kan zich niet verplaatsen in de ander (empathie)
- ☐ Gebrek aan wederkerigheid (eenrichtingsverkeer)
- ☐ Geen of gebrekkige exploratiedrang
- ☐ Geen of vluchtig oogcontact
- ☐ Afkerig van lichamelijk contact
- ☐ Geen of gebrekkige imitatie
- ☐ Solitair spel
- ☐ Spel vaak gericht op details
- ☐ Geen fantasiespel
- ☐ Zoekt geen troost op momenten van verdriet

#### Cognitieve kenmerken:

- ☐ Profiteren nauwelijks van leerervaringen (geen transfer)
- ☐ Moeite met toepassen van het geleerde in andere situatie
- ☐ Starheid in denken
- ☐ Vooral routinematige handelingen
- ☐ Neemt zelf weinig initiatief
- ☐ Vooral gericht op details, komt moeilijk tot integratie
- ☐ Auditief-verbale informatie wordt moeilijk verwerkt
- ☐ Eilandjes kennis
- ☐ Goed geheugen voor visuele beelden
- ☐ Onvermogen om taal communicatief te gebruiken
- ☐ Weinig of geen symbolische taal
- ☐ Duidelijke afwijking van de spraak
- ☐ Echolalie (papegaaien)
- ☐ Onrijp taalgebruik (ik is jij)
- ☐ Visueel-ruimtelijk sterker dan verbaal
- ☐ Beperkte verstandelijke capaciteiten
- ☐ Moeilijk aanspreekbaar

#### Secundaire kenmerken:

- ☐ Dwangmatig verlangen naar dezelfde toestand
- ☐ Ongewone gehechtheid aan voorwerpen
- ☐ Beperkt repertoire van activiteiten en interesses
- ☐ Opvallende motorische verschijnselen (wapperen met armen)
- ☐ Opvallende lichamelijke overactiviteit of extreme passiviteit
- ☐ Grote interesse voor draaiende voorwerpen
- ☐ Schijnbaar ongevoelig voor pijn
- ☐ Driftbuien, woedeaanvallen, paniecreacties
- ☐ Zelfverwondend gedrag (bijten, krabben)
- ☐ Ziet geen werkelijk gevaar





### Primaire kenmerken:

- ☐ Problemen met de sociale interactie
- ☐ Gebrekkig sociaal snapvermogen
- ☐ Opvallend rigide gedrag
- ☐ Beperkte interesses
- ☐ Vertraagde spraak-taalontwikkeling
- ☐ Gericht op hun binnenwereld

### Affectieve kenmerken:

- ☐ Begrijpt de sociale wereld om zich heen amper
- ☐ Reageert niet alert op zijn sociale omgeving
- ☐ Kan zich moeilijk in andermans gevoelens verplaatsen
- ☐ Egocentrisch ingesteld
- ☐ Contacten met anderen verlopen moeizaam
- ☐ Geringe sociale vaardigheden

### Cognitieve kenmerken:

- ☐ Starre denkhandelingen
- ☐ Chaotisch plangedrag
- ☐ Moeite met het alsof spel
- ☐ Visueel ingesteld
- ☐ Geringe verbale en non-verbale communicatie
- ☐ Concreet taalgebruik
- ☐ Vlak stemgebruik
- ☐ Concentratiezwakte bij auditief-verbale taken

### Secundaire kenmerken:

- ☐ Is vaak angstig
- ☐ Sterk gefixeerd op bepaalde voorwerpen
- ☐ Is vaak druk en rusteloos
- ☐ Ongewone pijngrens
- ☐ Houterige motoriek
- ☐ Sprake van leerproblemen
- ☐ Friemelen, ogen wrijven



## 5.3 Stoornis van Asperger



### Primaire kenmerken:

- ☐ Normale taalontwikkeling
- ☐ Moeite met het leggen van sociale contacten
- ☐ Oppervlakkige sociale relaties
- ☐ Beperkte interesses
- ☐ Ongewoon gedrag
- ☐ Emotioneel kwetsbaar

### Cognitieve kenmerken:

- ☐ Gemiddelde verbale intelligentie
- ☐ Zwakkere performale intelligentie
- ☐ Chaotische denkwijze (gissen en missen)
- ☐ Starre denkhandelingen
- ☐ Gering probleemoplossend vermogen
- ☐ Goed mechanisch geheugen
- ☐ Pseudo-volwassen spraak
- ☐ Eigenaardig taalgebruik

### Affectieve kenmerken:

- ☐ Beperkte sociale vaardigheden
- ☐ Gering invoelingsvermogen
- ☐ Mist tact in de omgang
- ☐ Egocentrisch ingesteld
- ☐ Vaak extreme reacties
- ☐ Weinig hechtingsgedrag
- ☐ Geringe eigenwaarde
- ☐ Wordt vaak gepest
- ☐ Neiging tot depressiviteit

### Secundaire kenmerken:

- ☐ Ongewone fantasiën
- ☐ Motorisch houterig
- ☐ Onhandig, slordig schrift
- ☐ Grote druk leidt tot agressie
- ☐ Druk, beweeglijk
- ☐ Zwakke taak-werkhouding
- ☐ Verhoogd afleidbaar
- ☐ Stagnerende rekenontwikkeling
- ☐ Goede technische leesontwikkeling



## **6. LITERATUURLIJST:**

**Leerboek Kinder- en Jeugdpsychiatrie.**

Prof. Dr. J.A.R. Sanders-Woudstra e.a.  
Assen/Maastricht, Van Gorcum, 1993

**Kinder- en Jeugdpsychiatrie**

**Behandeling en begeleiding.**

Prof. Dr. F. Verhey (e.a.)  
Assen, Van Gorcum, 1996.

**Kinderen en Autisme**

**Onderkenning, behandeling en begeleiding.**

Ina Bercelaer Onnes (e.a.)  
Meppel, Boom, 1990.

**DSM IV.**

American Psychiatric Association,  
Lisse, Swets en Zeitlinger, 1995

**Juf ik wil wel,**

A. Paternotte,  
Bilthoven, Balans, 1998

**Wij hebben een kind met PDD-NOS.**

A. Paternotte,  
Bilthoven, Balans, 1999

**Autistische stoornissen,**

NVA voorlichtingsfolder, 1996.

**Autistische kinderen op school,**

M. Fenenga,  
Amsterdam/Duivendrecht P.I., 1993

**Behandelingsstrategie m.b.t. Autistische kinderen.**

NVA voorlichtingsfolder, 1990

**Neuropsychologische aspecten van problemen op school.**

A. Ruysenaars en P. Ghesquière (e.a.)  
Leuven, Acco, 1999

**Oren en ogen de kost geven.**

A. Paternotte,  
Bilthoven, Balans, 1999

**Kinderen met ruimtelijk-visuele problemen.**

K. Timmerman en D. v.d. Schoot,  
Leuven, Acco, 1999

**Psychopathologie bij kinderen en adolescenten**

Dictaat De Waarden  
Nijmegen, KUN, 1998