

University of Groningen

Als wetenschap iets anders zegt dan intuïtie

Dekker, Vera; Nauta, Maaïke; Timmerman, Marieke; Mulder, Erik; van der Veen-Mulders, L.; van den Hoofdakker, Barbara; van Warners, Sjoukje; Vet, Leonieke ; Hoekstra, Pieter J.; Bildt, Annelies

Published in:
 Kind en Adolescent Praktijk

DOI:
[10.1007/s12454-016-0019-x](https://doi.org/10.1007/s12454-016-0019-x)

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
 Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
 2016

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Dekker, V., Nauta, M., Timmerman, M., Mulder, E., van der Veen-Mulders, L., van den Hoofdakker, B., van Warners, S., Vet, L., Hoekstra, P. J., & Bildt, de, A. (2016). Als wetenschap iets anders zegt dan intuïtie: Het geringe effect van sociale vaardigheidstraining bij kinderen met ASS. *Kind en Adolescent Praktijk*, 15(2), 14-21. <https://doi.org/10.1007/s12454-016-0019-x>

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

ALS WETENSCHAP IETS ANDERS ZEGT DAN INTUÏTIE

HET GERINGE EFFECT VAN SOCIALE VAARDIGHEIDSTRAINING BIJ KINDEREN MET ASS

Sociale vaardigheidstrainingen (SoVa's) worden in de klinische praktijk in allerlei vormen en op allerlei plaatsen ingezet om de sociaal-communicatieve vaardigheden van kinderen met een autismespectrumstoornis (ASS) te verbeteren. Onder ouders is de vraag naar deze trainingen groot, maar wetenschappelijk onderzoek leidt niet tot een eenduidige conclusie over de effectiviteit ervan. Uit het ESTIA-onderzoek blijkt een minimaal effect van de SoVa-groepstraining. Het is belangrijk dat behandelaars dit beperkte effect afzetten tegen de enorme investering van kinderen, ouders, leerkrachten en therapeuten. De hier beschreven botsing tussen intuïtie en wetenschap moet eigenlijk gevolgen hebben voor de klinische praktijk.

VERA DEKKER, MAAIKE NAUTA, MARIEKE TIMMERMAN, ERIK MULDER, LIANNE VAN DER VEEN-MULDERS, BARBARA VAN DEN HOOFDAKKER, SJOUKJE VAN WARNERS, LEONIEKE VET, PIETER J. HOEKSTRA, ANNELIES DE BILD

Sociale vaardigheidstrainingen (SoVa's) worden in de klinische praktijk in allerlei vormen en op allerlei plaatsen ingezet om de sociaal-communicatieve vaardigheden van kinderen met een autismespectrumstoornis (ASS) te verbeteren. Onder ouders is de vraag naar dit soort trainingen groot, maar wetenschappelijk onderzoek geeft geen eenduidig oordeel over de effectiviteit ervan. In ons ESTIA-onderzoek (*Efficacy of Social skills Training In Autism*) hebben we de effectiviteit onderzocht van een sociale vaardigheidstraining bij ASS, aangeboden in een groep. In dit artikel bespreken we de uitkomsten van ons onderzoek, dat we in een eerder stadium beschreven in dit tijdschrift in de rubriek 'Werk in uitvoering' (Dekker e.a., 2015).

ACHTERGROND

Kinderen met ASS hebben, per definitie, beperkte sociaalcommunicatieve vaardigheden (APA, 2013). Om deze vaardigheden te verbeteren, maken behandelaars in de klinische praktijk breed gebruik van SoVa's (Reichow e.a., 2012). Behandelaars en ouders vinden dit type behandeling vaak waardevol, maar er wordt nog maar relatief kort onderzoek naar het effect van SoVa's gedaan, en vaak in kleine groepen kinderen. Pas de laatste jaren verschijnen er studies van voldoende kwaliteit, waarbij bijvoorbeeld sprake is van

een controlegroep en een voldoende grote onderzoeksgroep (Kaat & Lecavalier, 2014). Op basis van die onderzoeken is nog steeds geen eenduidige conclusie te trekken over het effect van een SoVa, vanwege de uiteenlopende bevindingen en de onvergelijkbaarheid van studies.

Voor het meer definitief bepalen van de effectiviteit van een behandeling zijn gerandomiseerd gecontroleerde studies (zogenoemde *randomized controlled trials*) van groot belang. In een RCT zet de onderzoeker het effect van een onderzochte behandeling af tegen een bestaande behandeling waarvan de effectiviteit bekend is, en/of tegen een groep die geen

BEHANDELAARS EN OUDERS VINDEN SOVA'S VAAK WAARDEVOL

behandeling krijgt ('gecontroleerd'; McMahon e.a., 2013; Kaat & Lecavalier, 2014). Bovendien bepaalt loting welke kinderen aan welke behandelvorm in het onderzoek meedoen (bijvoorbeeld SoVa of controle; 'gerandomiseerd'). Deze opzet heeft als doel om



BOX 1: SoVa-conditie

In de SoVa-conditie kregen de kinderen een sociale vaardigheidstraining van 15 wekelijkse sessies van 90 minuten (Van Warners e.a., 2010). Twee maanden na de vijftiende sessie vonden nog drie *boostersessies* plaats, waarin specifieke vaardigheden werden herhaald. Een SoVa-groep bestond uit vier tot zes kinderen en werd gegeven door twee therapeuten. De SoVa was gebaseerd op gedragstherapeutische principes en de sociale leertheorie. Het doel van de training was dat de kinderen leerden communiceren met andere kinderen en dat ze ervoeren dat dit leuk kan zijn. De kinderen leerden vaardigheden door middel van uitleg en van positieve feedback, van observatie, rollenspellen en het maken van huiswerk. De therapeuten analyseerden het gedrag van de kinderen, stelden individuele doelen op, lokten gewenst sociaal gedrag uit en beloonden dit. Waar mogelijk negeerden zij ongewenst gedrag. De training was onderverdeeld in fasen, waarin steeds een ander doel werd nagestreefd. Nadat in de eerste vier sessies een veilige situatie was gecreëerd waarin kinderen leerden oefenen, kwamen in fase twee verschillende vaardigheden aan de orde. Elke sessie had dezelfde opbouw. Het eerste onderdeel was 'welkom en mededelingen'. Het tweede was 'bijpraten'. Vervolgens werd de vaardigheid en het huiswerk (de 'klus') van de vorige week besproken. Daarna legden de therapeuten een nieuwe vaardigheid uit; de kinderen bespraken die, oefenden ermee en kregen een klus mee om thuis te oefenen. Als afsluiting van de sessie was er wat drinken en een spel. De laatste fase bestond uit de *boostersessies*, waarin de geleerde vaardigheden werden herhaald.

bijvoorbeeld persoonlijke voorkeuren van ouders, kinderen of verwijzers uit te sluiten bij de toewijzing aan een behandelvorm, zodat een eventueel effect niet daardoor beïnvloed kan zijn. Studies naar SoVa bij ASS met zo'n gerandomiseerd gecontroleerd opzet worden nog maar relatief kort uitgevoerd (Kaat & Lecavalier, 2014).

Er zijn verschillende redenen waarom het zo moeilijk is om algemene conclusies te trekken uit het onderzoek tot nu toe (RCT en andere designs). Studies maken vaak gebruik van verschillende instrumenten om het complexe construct 'sociaal-communicatieve vaardigheden' (en veranderingen daarin) van kinderen met ASS te meten. Bovendien maken lang niet alle studies gebruik van verschillende bronnen (ouders, kind zelf, leerkracht, et cetera) voor informatie over het sociaal-communicatieve gedrag van kinderen. De steekproefgrootte loopt uiteen: van kleine *case studies* in het vroege onderzoek naar SoVa, tot grotere groepen in de latere RCT's. De onderzochte leeftijdsgroep varieert in de verschillende studies en loopt van begin basisschool tot aan de volwassenheid. Bovendien bleven tot nu toe twee belangrijke vragen onderbelicht: is een SoVa bij ASS op langere termijn effectief? En: generaliseren kinderen met ASS de vaardigheden die zij in een training leren naar hun dagelijks leven? Deze vragen hebben wij geprobeerd te beantwoorden in ons ESTIA-onderzoek.

ESTIA-ONDERZOEK

Het onderzoek was een RCT naar de effectiviteit van een geprotocolleerde sociale vaardigheidstraining voor kinderen met ASS in de groepen 6, 7 en 8 van het

basisonderwijs, met drie condities. De SoVa-conditie betrof een SoVa van 15 sessies voor het kind, gevolgd door drie *booster*-sessies. In de SoVa-PLUS-conditie kregen de kinderen dezelfde training als in de SoVa-conditie en werden ook de ouders en de leerkracht structureel bij de training betrokken. De ouders volgden acht sessies voorafgaand aan en gedurende de training, waarin zij leerden hoe zij hun kind konden ondersteunen in het toepassen van vaardigheden die zij in de training leerden. Leerkrachten hadden één bijeenkomst met de therapeuten voorafgaand aan de

THERAPEUTEN LOKTEN GEWENST SOCIAAL GEDRAG UIT EN BELOONDEN DIT

training. Zij kregen daarna tweewekelijks telefonische begeleiding bij het ondersteunen van het kind in het toepassen van de vaardigheden uit de training op school. In de *care-as-usual*conditie namen de kinderen geen deel aan een SoVa-training of een andere behandeling die daarop leek. In box 1 t/m 3 beschrijven wij wat de verschillende condities in het ESTIA-onderzoek inhielden.

Wij voerden ons onderzoek uit op de poliklinieken in Groningen en Drachten van Accare en van het Autisme Team Noord Nederland van LentisJonx. De dataverzameling startte in de zomer van 2010; in de zomer van 2014 zijn de laatste metingen uitgevoerd. De studie had een RCT-*design*, dus loting bepaalde in welke van de drie condities een kind terechtkwam. Na het besluit om mee te doen aan het onderzoek ondertekenden ouders, leerkrachten en het kind (indien 12 jaar) een *informed consent*-formulier waarmee zij aangaven dat zij goed geïnformeerd waren over de studie en op basis daarvan hun beslissing hadden genomen. Het onderzoek is goedgekeurd door de Medisch Ethische Toetsingscommissie van het UMCG in Groningen. Het belangrijkste doel van het ESTIA-onderzoek was het bepalen van de effectiviteit van de SoVa. Dit deden we door de sociale vaardigheden van de kinderen in alle condities op drie verschillende momenten te meten: 1) een voormeting voorafgaand aan de loting; 2) een meting zes maanden later (na afloop van de vijftiende sessie van de SoVa of eenzelfde periode in de *care-as-usual*-conditie) en 3) een follow-upmeting zes maanden na de meting. Onze hypothese was dat kinderen in beide behandelcondities meer vooruit zouden gaan dan kinderen uit de *care-as-usual*-conditie.

Om de effectiviteit te kunnen bepalen, was het voldoende om een behandelde groep te vergelijken met een onbehandelde groep. Omdat ons tweede doel was te bepalen of de betrokkenheid van ouders en leerkrachten de generalisatie van geleerde vaardigheden naar het dagelijks leven verbeterde, moesten we twee behandelcondities vergelijken met de wachtlijstconditie

én met elkaar. Onze hypothese was dat de generalisatie van de geleerde vaardigheden naar de dagelijkse situatie zou toenemen wanneer ouders gedragstherapeutische principes leerden om hun kind te ondersteunen bij het oefenen van sociaal-communicatieve vaardigheden, en wanneer de leerkracht actief werd begeleid in het ondersteunen van het kind (SoVa PLUS) ten opzichte van een training alleen voor de kinderen (SoVa).

Daarnaast wilden we onderzoeken welke factoren mogelijk van invloed zijn op de effectiviteit van een SoVa, in de hoop daarmee preciezer te kunnen bepalen welke specifieke groepen kinderen met ASS meer of juist minder profiteren van een SoVa. Hiervoor namen we de ernst van de ASS-symptomen en de verbale intelligentie mee.

DEELNEMERS

Kinderen in het onderzoek hadden een klinische ASS-diagnose (autisme, syndroom van Asperger of pervasieve ontwikkelingsstoornis - niet anders omschreven [PDD-NOS]). Bij alle kinderen zijn, eventueel na inclusie, het Autisme Diagnostisch Observatie Schema (ADOS, NL versie De Bildt e.a., 2008) en het Autisme Diagnostisch Interview-Revised (ADI-R; NL versie De Jonge, e.a., 2014) afgenomen,

als maat voor de ernst van de ASS-problematiek. De bedoeling was dat kinderen een IQ van minimaal 80 zouden hebben, maar tijdens de dataverzameling is een enkeling ingestroomd met een IQ net daaronder. Therapeuten hadden in alle gevallen bepaald dat het kind in aanmerking kwam voor SoVa en in staat was om mee te doen. Gebaseerd op dit klinische oordeel zijn deze kinderen meegenomen in de studie en in de analyses, om de klinische praktijk zo goed mogelijk weer te geven. Kinderen in het onderzoek zaten in de tweede helft van groep 6, in groep 7 of 8 van de basisschool, of op een overeenkomstig niveau binnen het speciaal basisonderwijs (SBO). Met deze spreiding over groepen bleef de leeftijdsgroep homogeen genoeg voor het onderzoek. Tot slot was een voorwaarde dat zowel het kind als de ouders gemotiveerd waren voor de training. Comorbiditeit of het gebruik van medicatie was geen reden voor exclusie.

In totaal hebben 122 kinderen meegedaan aan het onderzoek (103 jongens, 19 meisjes), waarvan 47 in de SoVa-conditie, 51 in de SoVa-PLUS-conditie en 24 in de *care-as-usual*-conditie. Van de 122 kinderen hadden 17 een DSM-IV-TR-diagnose Autisme (14 procent), 25 hadden de diagnose syndroom van Asperger (20 procent) en 80 een diagnose PDD-NOS (66 procent). De gemiddelde leeftijd van de kinderen was

Tabel 1. Kindkenmerken op de voormeting ($n = 122$).

		SoVa		SoVa PLUS		CAU		ANOVA <i>p</i> -waarde
		gem. (SD)	bereik	gem. (SD)	bereik	gem. (SD)	bereik	
<i>n</i>	jongen:meisje	47 (41:6)		51 (40:11)		24 (22:2)		
leeftijd	jaren	10,9 (0,7)	9,9-12,6	10,9 (0,8)	9,6-12,7	11,2 (0,9)	9,8-13,0	0,12
ADOS	sociaal affect	8,7 (4,5)	2-10	7,9 (3,8)	0-20	8,6 (3,3)	3-15	0,58
	restricted and repetitive behavior	1,0 (0,9)	0-30	1,3 (1,1)	0-50	1,1 (1,2)	0-40	0,38
	vergelijkingsscore	5,6 (2,4)	1-10	5,4 (2,3)	1-10	5,7(2,1)	2-90	0,85
ESTIA-TS	moeilijkheid	73,0 (15,4)	42-106	68,6 (12,8)	47-102	74,4 (12,5)	53-103	0,15
	frequentie	88,5 (15,3)	58-124	94,3 (15,3)	64-126	92,3 (13,2)	71-118	0,15
SSRS-P	cooperation	7,5 (4,1)	1-17	8,2 (3,2)	2-13	7,8 (4,2)	2-16	0,67
	assertion	9,8 (3,0)	4-19	10,6 (3,1)	3-19	10,3 (2,6)	4-15	0,40
	self-control	7,2 (3,5)	0-16	7,7 (3,3)	1-16	7,5 (3,5)	3-13	0,70
	responsibility	9,7 (3,6)	0-18	10,9 (3,2)	3-17	10,7 (2,4)	7-17	0,20
SSRS-T	cooperation	13,5 (4,0)	4-20	13,0 (4,7)	2-20	12,4 (4,5)	7-20	0,59
	assertion	9,2 (4,1)	0-16	8,2 (4,0)	1-17	8,5 (4,2)	0-17	0,52
	self-control	10,5 (4,1)	3-20	9,0 (4,3)	2-18	9,0 (3,7)	4-18	0,15
Vineland	communicatie	111,4 (8,0)	95-126	112,1 (8,6)	88-129	115,3 (8,1)	94-128	0,19
	dagelijkse vaardigheden	120,2 (14,7)	70-145	121,2 (13,7)	93-149	125,6 (13,1)	98-150	0,29
	socialisatie	79,5 (12,9)	53-107	82,4 (16,1)	26-118	86,8 (14,8)	52-115	0,14
WISC	totaal IQ	102,5 (14,8)	72-135	98,7 (16,4)	73-132	105,6 (13,1)	73-126	0,17
	verbaal IQ	104 (15,7)	73-139	101,8 (16,6)	72-145	107,8 (14,3)	79-137	0,32
	performaal IQ	100,2 (15,5)	71-135	96 (17,9)	60-139	101,9 (15,3)	65-128	0,27

ADOS = Autism Diagnostisch Observatie Schema; CAU = care-as-usual; ESTIA-TS = ESTIA-Training Specifiekevragenlijst; SSRS-P = Social Skills Rating Scale-Parents; SSRS-T = Social Skills Rating Scale – Teacher; SoVa = Socialevaardigheidstraining; SoVa-PLUS Socialevaardigheidstraining– ouder- en leerkrachtbetrokkenheid; Vineland = Vineland Adaptive Behavior Scales; WISC = Wechsler Intelligence Scale for Children.



11 jaar ($SD = 0,75$; range = 9,5-13,0), en het gemiddelde IQ was 101,5 ($SD = 15,3$; range 72-135). In tabel 1 hebben we de kenmerken van de kinderen op een rijtje gezet, onderverdeeld naar behandelconditie. Op geen van de kenmerken verschilden de behandelcondities van elkaar.

METINGEN

Op de drie meetmomenten werden verschillende instrumenten gebruikt om sociale vaardigheden in kaart te brengen. Op het eerste meetmoment, voorafgaand aan de loting, was iedereen blind voor de behandelconditie. Tussen de voor- en de nameting volgden de kinderen in de behandelcondities een training. Tussen de nameting en de follow-upmeting volgden de kinderen in de behandelcondities een aantal *boostersessies* om geleerde vaardigheden vast te houden. Kinderen in de *care-as-usual*conditie volgden geen sociale vaardigheidstraining of een behandeling die daarop leek. Van de leerkrachten konden we alleen informatie verzamelen tijdens de voor- en nameting, vanwege de overgang naar een volgende klas met een andere leerkracht aan het einde van het schooljaar.

Met drie maten probeerden we sociale vaardigheden op een breed vlak te meten. Het belangrijkste uitkomst domein was het sociale gedrag in het dagelijks leven, gemeten met het Socialisatie domein van de *Vineland* (Nederlandse versie De Bildt & Kraijer, 2003). De *Vineland* is een semi-gestructureerd ouder-

interview voor sociale redzaamheid. Hiermee brachten we de sociale vaardigheden in kaart zoals die in het dagelijks leven worden toegepast, dus relatief ver van de trainingssituatie af. We verwachtten hiermee een indruk te krijgen van het effect van een SoVa-training op het dagelijkse sociale leven van het kind.

Met behulp van de *Social Skills Rating System* (SSRS; Gresham & Elliot, 1990) brachten we de algemene sociale vaardigheden thuis (ouderversie) en op school (leerkrachtversie) in kaart. We namen hierbij alle subschalen mee: 'Cooperation' (bijvoorbeeld delen en anderen helpen), 'Assertion' (bijvoorbeeld initiatief nemen), 'Self-control' (bijvoorbeeld gedragingen in conflict situaties) en 'Responsibility' (bijvoorbeeld de vaardigheid om met volwassenen te communiceren en rekening te houden met eigendommen of werk). Voor de leerkrachtversie was deze laatste subschaal niet van toepassing. De subschalen formuleerden iets concretere sociale vaardigheden dan de *Vineland*, maar waren nog steeds geen rechtstreekse weergave van de vaardigheden die in de training aan de orde kwamen.

Tot slot gebruikten we een specifieke vragenlijst van de ESTIA-training waarop ouders konden aangeven hoe vaak kinderen alle vaardigheden toepasten die in de training aan de orde kwamen (op een vijfpuntschaal), en hoe moeilijk ze dat vonden (op een vierpuntschaal). Deze laatste maat stond het dichtst bij de geleerde vaardigheden uit de training.

RESULTATEN

Op basis van de ouderrapportages vonden we op twee van de uitkomstmaten een klein effect van de beide versies van de SoVa, direct na afloop van de training, namelijk op 'Socialisatie' van de Vineland en 'Cooperation' van de SSRS. Op alle andere uitkomstmaten was er een significante verbetering in sociaal gedrag voor alle condities, dus ook voor de kinderen die niet meededen aan de training. Daardoor was er

OOK KINDEREN DIE NIET MEEDEDEN AAN TRAINING TOONDEN VERBETERING

op deze schalen geen effectverschil tussen de condities. Bovendien vonden we geen verschillen tussen de SoVa en de SoVa PLUS. Op de langere termijn (een half jaar na de training) bleven de uitkomsten op de maten in alle condities stabiel en trad in geen van de condities verdere verbetering op.

Op basis van de leerkrachtrapportages vonden we geen verbetering in sociaal gedrag bij kinderen in de *care-as-usual*- en in de SoVa-conditie. We vonden wel een significante verbetering in de SoVa-PLUS-conditie op de SSRS, ten opzichte van zowel de *care-as-usual*-conditie (SSRS alle schalen) als de SoVa-conditie (SSRS 'Cooperation' en 'Self-control').

Het verbale IQ en de ernst van de ASS-symptomen tijdens de voormeting speelden geen rol in de effectiviteit van de training.

DIRECT EFFECT VAN SOVA EN SOVA PLUS

Op basis van de informatie van ouders verbeterden kinderen in de SoVa- en de SoVa-PLUS-conditie significant meer dan kinderen in de *care-as-usual*-conditie op twee van de zeven subschalen. Tegen onze verwachting in, gingen kinderen in de *care-as-usual*-conditie op de andere vijf subschalen ook significant vooruit in de tijd tussen de voor- en nameting.

We weten niet hoe het komt dat kinderen ook vooruitgingen terwijl ze geen training volgden. Dit zou de ontwikkeling in de tijd kunnen zijn. Ook mogelijk is dat alleen al de indicatie voor SoVa of het meedoen aan het onderzoek maakte dat ouders zich bewuster werden van het belang van het stimuleren van sociale interactie tussen hun kind en anderen. Overigens speelt dit laatste ook in de behandelcondities; alle metingen in alle drie condities kunnen dus beïnvloed zijn door enkel het feit dat het metingen waren in het kader van een onderzoek. De geringe verschillen tussen de drie condities kunnen mogelijk ook verklaard worden door de instrumenten die we gebruikten. Hoewel we geprobeerd hebben instrumenten te gebruiken die internationaal gangbaar zijn in het onderzoek naar SoVa bij ASS, zou het kunnen dat deze onvoldoende sensitief zijn om verandering te meten.

BOX 2: SoVa-PLUS-conditie

Kinderen in de SoVa-PLUS-conditie kregen exact dezelfde training als de kinderen in de SoVa-conditie. Aanvullend waren er nog acht ouderbijeenkomsten en werd de leerkracht (in levenden lijve en via telefoon en e-mail) betrokken bij de training (Van Warners & Vet, 2010).

De ouderbijeenkomsten waren gekoppeld aan de sessies van de kinderen en beoogden ouders te leren hoe zij de kinderen gedurende de training konden begeleiden en de therapie konden ondersteunen. Zij kregen hiervoor onder andere gedragsoefeningen, rollenspellen en huiswerkopdrachten. Het doel van deze gecombineerde training was om generalisatie van de geleerde sociale vaardigheden te bewerkstelligen naar situaties buiten de training, zodat de kinderen deze vaardigheden ook in het dagelijks leven kunnen toepassen. Een ander doel van de training was het inzicht van ouders te vergroten in de problematiek van hun kind. Drie ouderbijeenkomsten vonden plaats voorafgaand aan de kindertraining. Tijdens deze bijeenkomsten kregen de ouders uitleg over ASS en antecedente en consequente interventies. De overige vijf ouderbijeenkomsten vonden plaats op vaste momenten tijdens de training van de kinderen. Gedurende deze sessies gingen de therapeuten meer in op de sociale vaardigheden van het kind. Eerst leerden de ouders sociaal gewenst gedrag en sociaal ongewenst gedrag van elkaar te onderscheiden. Vervolgens leerden zij hoe ze gewenst sociaal gedrag kunnen uitlokken en bekrachtigen, en leerden zij omgaan met ongewenst sociaal gedrag. Voorafgaand aan de kindertraining kregen de leerkrachten van de therapeuten uitleg over ASS, werden gedragstherapeutische principes besproken en kregen ze uitleg over het doel en de opzet van de training. De leerkrachten ontvingen na afloop van de bijeenkomst een map met een overzicht van alle bijeenkomsten van de kinderen en het wekelijkse huiswerk voor de kinderen. Gedurende de training waren er vijf telefonische contacten tussen de leerkracht en een van de therapeuten om het verloop van de training en de mogelijkheden voor het oefenen van het wekelijkse huiswerk te bespreken.

Op de twee subschalen waarop de kinderen na de training vooruitgang lieten zien, was die vooruitgang klein. Op de Vineland, 'Socialisatie', gingen kinderen ongeveer 6 punten vooruit (ruwe scores) tussen de beginmeting en de nameting. Deze vooruitgang geeft een ontwikkeling weer van grofweg zes tot acht maanden, in feite dus overeenkomstig met de verstreken tijd tussen de voor- en nameting. Het niveau van functioneren was op dit vlak nog steeds ver beneden leeftijdsniveau: bij een gemiddelde leeftijd van 11,5 jaar op de nameting vonden we een leeftijdsequivalent van 6,5 jaar. Kinderen die niet meededen aan de training, verbeterden helemaal niet tussen de voor- en nameting en liepen dus een grotere achterstand op vergeleken met leeftijdgenootjes.

Opvallend was dat de vooruitgang, gemeten op basis van de ouderrapportages, in de beide behandelgroepen gelijk bleek. De specifieke behandelvorm deed kennelijk niet ter zake. Dit gaat in tegen onze verwachtingen.

MOGELIJK WAREN MEETINSTRUMENTEN ONVOLDOENDE SENSITIEF

BOX 3: Care-as-usual-conditie

Kinderen in de *care-as-usual*-conditie volgden geen SoVa. Alle andere soorten behandeling, zoals medicatie en oudertraining, waren toegestaan zolang de primaire focus niet op sociale vaardigheden lag. De frequentie en de duur van andere behandelingen werden gerapporteerd. Kinderen uit deze conditie konden na een jaar instromen in een SoVa.

gen dat de SoVa PLUS een groter effect zou hebben, vanwege de grotere steun in de omgeving die in de SoVa PLUS werd beoogd.

Leerkrachten gaven een iets ander beeld dan de ouders. Op basis van leerkrachtrapportages bleek tussen de voor- en nameting geen vooruitgang in sociale vaardigheden voor kinderen uit de *care-as-usual*- of de SoVa-condities. Wél bleek er vooruitgang bij de kinderen uit de SoVa-PLUS-conditie, de behandeling waarin de leerkracht zelf en de ouders een rol hadden gespeeld. Deze bevinding staat haaks op de bevinding van McMahon en collega's (2013), die beschreven dat leerkrachten zelden verbetering in sociale vaardigheden rapporteren na een interventie. Hun conclusie was toen dat kinderen kennelijk de geleerde vaardigheden niet toepasten in situaties buiten de training. De verbetering die leerkrachten in onze studie zagen, zou erop kunnen wijzen dat verbetering buiten de training wel mogelijk is als ouders en leerkrachten het kind ondersteunen tijdens de training. Aan de andere kant zouden leerkrachten in de SoVa-PLUS-variant ook verbetering kunnen zien, omdat ze zelf zo intensief betrokken waren. Zo zouden zij vanwege die betrokkenheid geleerd kunnen hebben om beter naar gedrag te kijken, of om sociaal gedrag beter te interpreteren. Ook is het mogelijk dat leerkrachten verbeteringen overschat hebben, omdat ze zelf hard gewerkt hebben aan de sociale vaardigheden van het kind in de SoVa-PLUS-conditie. Dit geldt echter ook voor de ouders. Toch vonden we onder ouders geen grotere vooruitgang in de SoVa-PLUS-conditie dan in de SoVa, en slechts een iets grotere verbetering ten opzichte van de *care-as usual*-conditie.

EFFECT OP IETS LANGERE TERMIJN

In geen van de condities bleken in het halfjaar na de training de sociale vaardigheden verder vooruit te zijn gegaan. Daaruit trekken we twee conclusies. Ten eerste, hoewel sociale vaardigheden tijdens de training weliswaar een klein beetje kunnen verbeteren, lijkt deze vooruitgang niet door te zetten nadat de training is afgelopen. Zelfs met de *boostersessies* in de huidige studie, waarin de individuele aandachtspunten opnieuw werden geoefend en besproken, wonnen de kinderen niets. De training heeft dus niet het gehoopte sneeuwbal-effect, waarbij de geleerde vaardigheden kinderen beter toerusten voor sociale interacties waarin ze weer meer sociale vaardigheden toepassen en leren, en waardoor hun sociale vaardigheden blijven vooruitgaan. Ten tweede was er geen effect op langere termijn van de intensieve rol van ouders en leerkrachten, met als doel kinderen te kunnen

bijstaan in natuurlijke sociale situaties. Met andere woorden, kennelijk zijn een training voor het kind en een getrainde omgeving onvoldoende voorwaarden voor het kind om te groeien in sociale vaardigheden nadat de training is afgelopen. Dit terwijl wij verwachtten dat als ouders en leerkracht geleerd hadden hoe zij het kind konden ondersteunen en stimuleren in sociale situaties, deze kinderen ook na de training zouden functioneren in een omgeving die hen vaker en langduriger uitdaagt, en bovendien ondersteunt in het toepassen en verder ontwikkelen van sociaal gedrag. Twee andere SoVa-studies deden een follow-up voor zowel de getrainde als de controlegroep. Eén vond eenzelfde beperkt effect (Soorya e.a., 2015). Hoewel deze onderzoekers meer vooruitgang zagen in de sociale vaardigheden van de behandelgroep, bleek er drie maanden na afloop van de behandeling geen verschil meer tussen de condities. De andere studie rapporteerde wel een effect van training boven *care-as-usual* drie maanden na afronding (Freitag e.a., 2015) op basis van ouderinformatie. Op basis van leerkrachtrapportage was er geen verschil meer tussen de twee groepen, drie maanden na afloop van de training. Overigens moeten we hier bedenken dat in onze studie alleen follow-upgegevens beschikbaar waren van ouders en niet van leerkrachten, vanwege het veranderen van leerkracht bij de start van het nieuwe schooljaar.

GENERALISATIE

Kinderen profiteren van een training als zij daarna in staat zijn om ook in hun dagelijks leven de geleerde vaardigheden toe te passen. Onze studie wijst niet uit dat kinderen dat hebben bereikt. Ook de behandelvorm die als doel had de omgeving in te zetten als ondersteuning en stimulans, droeg onvoldoende bij. Mogelijk speelden de motivatie van een kind en het daadwerkelijk oefenen tussen de bijeenkomsten een rol in wat ze bereikten. In onze studie konden we dit niet goed bekijken, dus verder onderzoek is nodig om meer zicht te krijgen op het proces van generaliseren van geleerde vaardigheden in het gewone leven.

In de praktijk zeiden therapeuten vaak dat ze vooral vooruitgang zagen in het gevoel van competentie van kinderen. Mogelijk is verbetering van dat competentiegevoel heel belangrijk voor de verdere ontwikkeling van kinderen, ook op sociaal gebied. We hebben het competentiegevoel echter niet gemeten en kunnen daar dus helaas niets over zeggen. Hetzelfde geldt overigens voor de nog langere termijn. Hoe ontwikkelt een kind zich op de middelbare school? Zou het kunnen dat het kind daar met de verworven vaardigheden of het gevoel van competentie letterlijk in een nieuwe ronde nieuwe kansen krijgt of creëert? Wij hebben dit niet gemeten en kunnen hierover dus geen uitspraken doen. Voor vervolgonderzoek is het meten hiervan zeker aan te bevelen.

BEÏNVLOEDENDE FACTOREN

Het niveau van de verbale intelligentie en de ernst van de ASS-symptomen bij de start van de behande-

ling hadden geen invloed op het langetermijneffect. Deze bevinding komt overeen met die van Yoo en collega's (2014) die ook geen relatie vonden tussen kind-kenmerken (leeftijd, sekse, IQ, medicatie) en de uitkomst van de behandeling. Soorya en collega's (2015) vonden echter juist wel dat kinderen met een hoger verbaal IQ iets meer vooruitgingen in sociaal gedrag na de behandeling dan kinderen met een lager verbaal IQ, hoewel verbaal IQ geen invloed had op de vooruitgang in sociale cognitie.

De voorkeuren van ouders, kinderen, leerkrachten en therapeuten kunnen een rol gespeeld hebben in de vooruitgang tijdens de behandeling of *care-as-usual*-periode (Jonsson e.a., 2015). Ook de tevredenheid van ouders en kinderen kan meegespeeld hebben in de effectiviteit, waarbij een grotere tevredenheid is gerelateerd aan een grotere vooruitgang in sociale vaardigheden (McMahon e.a., 2013). We kunnen deze factoren niet nagaan in onze studie, omdat we de voorkeur en tevredenheid niet in kaart hebben gebracht.

CONCLUSIE

In dit onderzoek naar SoVa bij ASS, uitgevoerd in de klinische praktijk, met verwezen kinderen en hooggekwalificeerde en ervaren therapeuten, vonden we nauwelijks bewijs voor de effectiviteit op sociale vaardigheden. Ouders rapporteerden een klein effect direct na afloop van de interventie, en we vonden geen verschil tussen de beide interventies. Leerkrachten rapporteerden direct na afloop een iets groter effect van de intensieve vorm.

Nu blijkt dat deze SoVa in de klinische praktijk op korte termijn maar een gering effect heeft op de sociale vaardigheden van kinderen met ASS, moeten behandelaars heel goed overwegen of dit effect de enorme investering van kinderen, ouders, leerkrachten en therapeuten in deze intensieve en dure vorm van behandeling waard is. Die vraag is des te belangrijker, omdat op lange termijn ook geen effect bleek van de extra ondersteuning in de SoVa PLUS. De uitkomst van dit onderzoek roept de vraag op of de keuze voor een intensieve groeps-SoVa bij kinderen met ASS aan het einde van de basisschool en verder onderzoek naar factoren in de eventuele effectiviteit van SoVa nog te rechtvaardigen is. Mogelijk moeten we onze energie richten op het ontwikkelen en onderzoeken van andere vormen van behandeling, bijvoorbeeld bij jongere kinderen, meer individueel, en gebruik makend van nieuwe technieken zoals *gaming* en *virtual reality*.

De ESTIA-studie is gefinancierd door ZonMw Zorg voor Jeugd, nummer 157003005.

LITERATUUR

- > American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- > Bildt, A.A. de, & Kraijer, D.M. (2003). *Sociale redzaamheid voor kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking*. Vineland-Z. Leiden: PITS B.V.
- > Dekker, V., Nauta, M.H., Mulder, E.J., Bildt, A. de. (2015). ESTIA: Effectiviteit van sociale vaardigheidstraining bij kinderen met een autismespectrumstoornis. *Kind en Adolescent Praktijk*, 14 (1), 26-29.
- > Freitag, C.M., Jensen, K., Elsuni, L., Sachse, M., Herpertz-Dahlmann, B., Schulte-Rüther, M., Hänig, S., Von Gontard, A., Poustka, L., Schad-Hansjosten, T., Wenzl, C., Sinzig, J., Taurines, R., Geißler, J., Kieser, M., & Cholemkery, H. (2016). Group-based cognitive behavioral psychotherapy for children and adolescents with ASD: the randomized, multicentre, controlled SOSTA – net trial. *J Child Psychol Psychiatry*, 57(5), 596-605.
- > Gresham, F.M., & Elliott, S.N. (1990). *Social skills rating system*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- > Jonge, M.V. de, & Bildt, A. de. (2014). *Autisme diagnostisch interview-revised*. Amsterdam: Hogrefe.
- > Jonsson, U., Olsson, N.C., & Bölte, S. (2016). Can findings from randomized controlled trials of social skills training in autism spectrum disorder be generalized? The neglected dimension of external validity. *Autism*, 2016 Apr;20(3):295-305. Epub 11 Mei 2015.
- > Kaat, A.J., & Lecavalier, L. (2014). Group-based social skills treatment: A methodological review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8, 15-24.
- > McMahon, C.M., Lerner, M.D., Britton, N. (2013). Group-based social skills interventions for adolescents with higher-functioning autism spectrum disorder: a review and looking to the future. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 4, 23-38.
- > Reichow, B., Steiner, A.M., & Volkmar, F. (2012). Cochrane review: social skills groups for people aged 6 to 21 with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, 1-48.
- > Soorya, L.V., Siper, P.M., Beck, T., Soffes, S., Halpern, D., Gorenstein, M., Kolevzon, A., Buxbaum, J., & Wang, A.T. (2015). Randomized comparative trial of a social cognitive social skills group for children with autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy for Child and Adolescent Psychiatry*, 54(3), 208-216.
- > Warners, S. van, & Vet, L. (2010). *SST-PT-ASD. Social skills training Groningen for children with ASD, parent and teacher protocol*. Groningen: Accare Universitair Centrum; interne uitgave/werkversie.
- > Warners, S. van, Vet, L., Veen-Mulders, L. van der, & Hoofdakker, B.J. van den. (2010). *SSTG-C-ASD: Social Skills Training Groningen for children with ASD*. Groningen: Accare Universitair Centrum, interne uitgave/werkversie.
- > Yoo, H.J., Bahn, G., Cho, I.H., Kim, E.K., Kim, J.H., Min, J.W., Lee, W.H., Seo, J.S., Jun, S.S., Bong, G., Cho, S., Shin, M.S., Kim, B.N., Kim, J.W., Park, S., & Laugeson, E.A. (2014). A randomized controlled trial of the Korean version of the PEERS Parent-Assisted Social Skills Training Program for Teens With ASD. *Autism Research*, 7(1), 145-161.