

Handleiding

SASKO-J

Vragenlijst voor sociale angst en sociale tekortkomingen
bij jongeren



Nederlandse bewerking van de oorspronkelijke
Duitse vragenlijst door Carolin Fernandez Castelao,
Sabine Kolbeck en Uwe Ruhl

SASKO-J

Vragenlijst voor sociale angst bij jongeren

Handleiding

Carolin Fernandez Castelao
Sabine Kolbeck
Uwe Ruhl

Eerste druk, 2019

Vormgeving: BVGO Design & Development

Redactie: Renske Kroondijk

Fragebogen zu sozialer Angst und sozialen Kompetenzdefiziten – Version für Jugendliche (SASKO-I) by Carolin Fernandez Castelao,
Sabine Kolbeck, Uwe Ruhl

Copyright © 2017 by Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG

Nederlandse bewerking: © 2019 Hogrefe Uitgevers B.V., Amsterdam.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Artikelnummer: 5706302

1 Inhoud

1	Theoretische achtergrond	5
1.1	Sociale angst bij kinderen en jongeren	5
	Risicofactoren	6
1.2	Tekortkomingen in sociale vaardigheden	6
1.3	Interactie tussen sociale angsten en tekortkomingen in sociale vaardigheden	8
1.4	Diagnostiek en behandeling	10
	Moeilijkheden bij de diagnostiek van een sociale-angststoornis	11
1.5	Diagnostische instrumenten	12
	Algemene angstvragenlijsten	13
	Het meten van tekortkomingen in sociale vaardigheden	13
1.6	Meetpretentie van de SASKO-J	14
1.7	Doelgroep en gebruiksdoel	14
1.8	Toepassing	14
2	Afname en scoring	17
2.1	Materialen	17
2.2	Afname van de vragenlijst	17
2.3	Scoring	18
	Berekenen van de ruwe scores	18
	Ontbrekende antwoorden	19
	Bepalen van de normscores	19
	Het bepalen van het betrouwbaarheidsinterval rond de <i>T</i> -score	19
2.4	Afname van de digitale versie van de SASKO-J	19
3	Interpretatie	23
3.1	Algemene interpretatie van de normscores	23
3.2	Interpretatie van de totaalscore en schaalscores	24
	Totaalscore	24
	Interpretatie op schaalniveau	25
3.3	Voorbeeldcasus	25
	Anamnese van de jongere zelf	25
	Anamnese van de ouders	26
	Anamnese van de leerkrachten	26
	Diagnostiek	26
	Psychotherapie	27
4	Ontwikkeling van de SASKO-J	29
4.1	Ontwikkeling van de oorspronkelijke Duitse versie	29

4.2	Ontwikkeling van de Nederlandstalige bewerking	30
	Vertaling van de items	30
	Kenmerken van de Nederlandse normeringssteekproef	30
5	Psychometrische eigenschappen	33
5.1	Effecten van leeftijd en geslacht	33
5.2	Betrouwbaarheid	34
	Interne consistentie	34
	Consistentie over de tijd (test-hertest)	35
5.3	Validiteit	35
	Constructvaliditeit	35
	Convergente validiteit	37
	Onderzoek bij klinische groepen	38
	Referenties	39
	Bijlage A: Normtabellen	47
	Bijlage B: Omzetten van <i>T</i>-scores naar percentielen	49

1 Theoretische achtergrond

1.1 Sociale angst bij kinderen en jongeren

De interesse voor sociale angsten en de sociale-angststoornis bij kinderen en jongeren is de laatste jaren duidelijk gegroeid in de media en in onderzoek, maar ook bij ouders, leerkrachten, psychotherapeuten en artsen. Dit kan te maken hebben met de stijgende prevalentiecijfers en de ernstige gevolgen van deze angsten. Tegenwoordig behoort de sociale-angststoornis tot één van de meest voorkomende en meest uitdagende psychische stoornissen bij kinderen en jongeren (Beidel & Bunnell, 2014; Petermann, 2013; Rosellini, Rutter, Bourgeois, Emmert-Aronson & Brown, 2013; Stein & Stein, 2008).

Hoewel sociale angsten op elke leeftijd kunnen optreden, begint een sociale-angststoornis vaak al in de kindertijd of in de adolescentie (Fehm et al., 2005; Kessler et al., 2005), meestal voor het eerst tussen het tiende en negentiende levensjaar (Stein & Stein, 2008; Wittchen, Lieb, Schuster & Oldehinkel, 1999). Zowel de jaarlijkse prevalentie als de levenslange prevalentie in deze leeftijdsgroep is klinisch en maatschappelijk relevant. In epidemiologische studies worden prevalenties genoemd van 5 tot 10 procent bij kinderen en jongeren in de algemene bevolking (Essau, Karpinski, Petermann & Conradt, 1998; Petermann, 2013; Ranta, Kaltiala-Heino, Rantanen & Marttunen, 2009; Wittchen, Stein & Kessler, 1999). Een sociale-angststoornis komt ongeveer twee keer zo vaak voor bij meisjes en jonge vrouwen als bij jongens en jonge mannen (Di Blasi et al., 2015; Essau et al., 1998; Stein et al., 2001; Wittchen & Fehm, 2001).

Volgens Blumenthal et al. (2011) kunnen de oorzaken voor een toename in prevalentie van de sociale-angststoornis bij kinderen en jongeren worden gezien in de emotionele, sociale en biologische uitdagingen die bij deze ontwikkelingsfase horen. Het toenemende belang van de mening van leeftijdsgenoten, de grotere uitdagingen op school en de intensieve zoektocht naar de eigen identiteit, eigenwaarde en autonomie leiden vaak tot grotere onzekerheid met betrekking tot het zelfbeeld en sociale relaties (Deardorff et al., 2007; La Greca & Harrison, 2005). Als gevolg van de cognitieve veranderingen die kenmerkend zijn voor de adolescentie, reflecteren jongeren kritischer en intensiever op hun gedrag en hun sociale relaties. Dit kan de angst voor hoe anderen hen beoordelen, het vermijdingsgedrag en daarmee ook sociale angsten verhogen. (Alfano, Beidel & Ullrich, 2006; Alfano, Beidel & Turner, 2002; Miers, Blote, Heyne & Westenberg, 2014).

Een sociale-angststoornis begint vaak onopvallend, maar verloopt over het algemeen chronisch en verergert over de tijd. De stoornis wordt stabielere wanneer deze vroeg optreedt (voor het elfde levensjaar) en naarmate hij langer bestaat (Beesdo et al., 2007; Keller, 2006; Melfsen & Warnke, 2009; Wittchen & Fehm, 2003; Wittchen & Fehm, 2001). Wanneer de sociale-angststoornis er eenmaal is, blijft deze onbehandeld meestal vele jaren en vaak tot op volwassen leeftijd bestaan. (Beesdo et al., 2007; Nelemans et al., 2014; Wittchen et al., 1999; Wittchen & Fehm, 2003). In de studie van Müller (2001) vertoonden 14- tot 24-jarige jongeren ook na vijftien jaar nog sociale angsten. In andere studies was dit zelfs na twintig of dertig jaar nog het geval (Beesdo et al., 2007; Keller, 2006).

Een sociale-angststoornis is een stoornis met een zeer heterogeen beeld. Zowel het aantal, de vorm en de intensiteit van de gevreesde situaties, alsmede de symptomen en reacties bij sociale angsten kunnen namelijk sterk van elkaar verschillen. Vanwege zowel het feit dat de symptomen zo zeer van elkaar kunnen verschillen, als het

vaak sluimerende begin van de stoornis, is het moeilijk om sociale angsten vroegtijdig te herkennen en daarmee ook vroegtijdig te behandelen. Wanneer we kijken naar de vele mogelijke gevolgen van een sociale-angststoornis, wordt juist het belang van vroegtijdig ingrijpen bijzonder duidelijk.

De grote verscheidenheid in de concrete vormen van een sociale-angststoornis wordt ook zichtbaar in de gevolgen die sterk van elkaar kunnen verschillen: deze kunnen variëren van lichte beperkingen tot extreme beperkingen in de levenskwaliteit. Kinderen en jongeren met een sociale-angststoornis hebben op school of in de opleiding vaak problemen met leeftijdsgenoten en met intieme relaties, wat kan leiden tot schooluitval, werkloosheid, verminderde sociale integratie en relatieproblemen (Blote, Kint & Westenberg, 2007; Greco & Morris, 2005; Hebert, Fales, Nangle, Papadakis & Grover, 2013; Kristensen, 2008; Matthejat, Eimecke & Pauschardt, 2011; Rao et al., 2007; Wittchen & Fehm, 2003). Deze psychosociale gevolgen kunnen zo ook de psychologische, emotionele, cognitieve en sociale ontwikkeling van kinderen en jongeren beperken (Hoyer, Braeuer, Crawcour, Klumbies & Kirschbaum, 2013; Stein, 2000; Wittchen, 2000; Wittchen & Fehm, 2003). Bovendien verhogen sociale-angststoornissen het risico op de ontwikkeling van andere psychische stoornissen. De psychische stoornissen die vaak voorkomen in combinatie met de sociale-angststoornis zijn depressieve stoornissen, andere angststoornissen, eetstoornissen en middelenmisbruik (Beesdo et al., 2007; Chartier et al., 2003; Dahne, Banducci, Kurdziel & MacPherson, 2014; Essau et al., 1998; Ranta et al., 2009; Tomlinson, Cummins & Brown, 2013; Zehe, Colder, Read, Wiczorek & Lengua, 2013). Ook de vermijdende-persoonlijkheidsstoornis wordt daarnaast vaak gediagnosticeerd. Naast de gevolgen voor de patiënten zelf, leidt dit alles ook tot maatschappelijke kosten (Bodden, Dirksen & Bögels, 2008; Rao et al., 2007; Wittchen & Fehm, 2003).

Risicofactoren

Bij de risicofactoren voor het ontwikkelen van een sociale-angststoornis wordt tegenwoordig uitgegaan van een multifactorieel model, waarin zowel genetische, neurobiologische en dispositionele factoren (bijvoorbeeld verlegenheid of gedragsremming) alsmede sociale factoren een rol spelen, zoals bijvoorbeeld aversieve of traumatiserende sociale ervaringen, een ongunstige opvoedstijl of maladaptieve ouder-kind-interactie (Biederman et al., 2001; Lewis-Morrarty et al., 2015; Lieb et al., 2000; Rapee & Spence, 2004; Stangier & Fydrich, 2002; Wittchen et al., 1999). Daarnaast worden in dit verband (vooral als in standhoudende mechanismen) ook cognitieve oorzaken (bijv. Clark & Wells, 1995; Schreiber, Hofling, Stangier, Bohn & Steil, 2012) en een verminderd zelfbeeld genoemd (Di Blasi et al., 2015).

1.2 Tekortkomingen in sociale vaardigheden

De huidige onderzoeken laten zien dat niet alleen angsten, maar ook tekortkomingen in sociale vaardigheden een belangrijke rol kunnen spelen bij een sociale-angststoornis. In de klinische praktijk wordt vaak gezien dat beide symptomen gemeenschappelijk optreden (Beidel, Turner & Morris, 1999; Kolbeck & Mas, 2009; Wlazlo, 1989). In deze context kunnen vastgestelde sociale tekortkomingen verschillende oorzaken hebben. Enerzijds kan het zijn dat sociale competenties door de individuele levensgeschiedenis niet of onvoldoende geleerd of ontwikkeld zijn. Anderzijds is het mogelijk dat bepaalde vaardigheden wel aanwezig zijn, maar dat deze door angsten beperkt of geblokkeerd worden en uiteindelijk verdwijnen (Beidel et al., 2014; Clark & Wells, 1995; Kolbeck & Maß, 2009, p. 12). De richting van de samenhang tussen sociale angsten en sociale tekortkomingen is tot dusverre nog niet duidelijk (Kolbeck & Maß, 2009).

Ondanks dat tekortkomingen in sociale vaardigheden veelvuldig voor komen bij mensen met een sociale-angststoornis, krijgt dit geen aandacht bij de beschrijving van de stoornis in de huidige classificatiesystemen (ICD-10, World Health Organization/Dilling et al., 2011; DSM-5, American Psychiatric Association, 2013). Ook in het onderzoek naar sociale angst spelen de tekortkomingen in sociale vaardigheden tot dusverre een ondergeschikte rol. Als hieraan aandacht wordt besteed, dan gaat het voornamelijk om waarneembare sociale vaardigheden die betrekking hebben op prestaties. Bijna nooit gaat het om stoornisspecifieke, niet direct waarneembare tekortkomingen (Fydrich, 2002).

Om *tekortkomingen in sociale vaardigheden* te kunnen operationaliseren, moet eerst gekeken worden naar de definitie van 'sociale vaardigheden'. Omdat dit een zeer heterogeen en complex concept blijkt, is het lastig om

een eenduidige definitie te vinden. De moeilijkheden beginnen al bij de beschrijving van sociale vaardigheden, waarvoor verschillende termen worden gebruikt waarmee hetzelfde wordt bedoeld of die ten dele overlappen (bijvoorbeeld sociale competenties, interpersoonlijke vaardigheden, zelfverzekerdheid, emotionele intelligentie, enzovoort). Een eenduidige en accurate bepaling van dit concept is alleen om deze reden al nauwelijks mogelijk. Over het algemeen wordt onder 'sociale vaardigheden' een aantal bekwaamheden verstaan, die nuttig of zelfs noodzakelijk zijn voor sociale interactie (zie Beck, Caesar en Leonhardt, 2007; Kanning, 2009). Hinsch en Pflingsten (1998) beschrijven sociale vaardigheden iets concreter, namelijk als "...de beschikbaarheid en toepassing van cognitieve, emotionele en motorische gedragingen, die in specifieke sociale situaties tot een langdurig gunstige verhouding van positieve en negatieve consequenties leidt" (voor verder commentaar op de definitie van sociale vaardigheden, zie Kolbeck & Maß, 2009).

Sociale vaardigheden worden geleerd door interacties met de omgeving. Dientengevolge worden deze bij een gebrek aan beschikbaarheid van leermogelijkheden niet (of niet voldoende) ontwikkeld (Beck et al., 2007). Bepaalde vaardigheden zijn waarneembaar voor anderen (bijv. gebaren, oogcontact, stemvolume, het initiëren van een gesprek, een verhaal vertellen), maar er zijn ook vaardigheden die niet zichtbaar zijn. Hiertoe behoren onder andere aspecten van sociale waarneming, het decoderen en interpreteren van informatie, het reguleren van de aandacht, het controleren van gedrag en het vermogen tot empathie (Kolbeck & Dimension, 2009). Deze niet direct waarneembare, bewuste en onbewuste vaardigheden worden in relatie met een sociale-angststoornis vaak ook *procesgerichte* sociale vaardigheden genoemd ("kennisvaardigheden"). Deze subjectieve, cognitieve aspecten van sociale competenties kunnen afgezet worden tegen *resultaatgerichte* sociale vaardigheden, die betrekking hebben op objectieve, motorische aspecten ("prestatievaardigheden") (Fydrich, 2002; Kanning, 2009; Kolbeck & Maß, 2009). Deze vaardigheden zijn waarneembaar en komen tot uiting als het resultaat van sociale vaardigheden op motorisch en verbaal niveau in de vorm van het eerder genoemde gedrag (bijv. oogcontact, het initiëren van een gesprek).

Het belang van sociale vaardigheden bij kinderen en jongeren wordt met name duidelijk wanneer je de gebieden bekijkt waarin deze leeftijdsgroep zich dient te ontwikkelen. Voor veel van deze ontwikkelingsdomeinen zijn sociale interacties een belangrijke basis, bijvoorbeeld voor het ontwikkelen en het in stand houden van vriendschappen en liefdesrelaties (Blumenthal et al., 2011; La Greca & Harrison, 2005). Hierdoor kunnen moeilijkheden of tekortkomingen in sociale vaardigheden ertoe leiden dat iemand zich niet goed kan ontwikkelen op belangrijke gebieden, waardoor een gezonde psychosociale ontwikkeling van kinderen en jongeren gevaar loopt (Greco & Morris, 2005; Nangle, Erdley, Newman, Mason & Carpenter, 2003).

Verschillende studies tonen aan dat kinderen en jongeren met een sociale-angststoornis zich in sociale situaties minder adequaat gedragen dan niet-angstige leeftijdsgenoten (Alfano et al., 2006; Banerjee & Henderson, 2001; Miers, Blute & Westenberg, 2010). Deze kinderen en jongeren blijken niet alleen door onafhankelijke beoordelaars als minder sociaal competent gezien, ook zij zelf schatten hun gedrag in als slechter in vergelijking met anderen. Zo geven zij aan dat zij het moeilijk vinden om gezichtsuitdrukkingen te herkennen en te interpreteren of om empathisch gedrag te laten zien (Alfano et al., 2006; Melfsen & Florin, 2002; Simonian, Beidel, Turner, Berkes & Long, 2001). Observerende buitenstaanders gaven aan dat sociaal-angstige jongeren minder zelfverzekerd gedrag lieten zien in rollenspellen (Inderbitzen-Nolan, Anderson & Johnson, 2007) en minder vaak sociale interacties begonnen (Spence, Donovan & Brechman-Toussaint, 1999). Miers et al. (2010) lieten zien dat sociaal-angstige jongeren met betrekking tot gezichtsuitdrukking, houding, lichaamstaal en manier van spreken een slechtere beoordeling kregen dan hun niet-angstige leeftijdsgenoten. Er zijn echter ook studies die geen tekortkomingen in sociale vaardigheden hebben geconstateerd bij jongeren met een sociale-angststoornis (Cartwright-Hatton, Chernitz & Gomersall, 2005; Miers, Blöte, Bokhorst & Westenberg, 2009; Morgan & Banerjee, 2006). Met betrekking tot volwassenen vonden Beidel et al. (2010) alleen bij mensen met een gegeneraliseerde sociale-angststoornis (niet bij het niet-gegeneraliseerde subtype) klinisch significante tekortkomingen in sociale vaardigheden. Het feit dat de resultaten uiteenlopend zijn, suggereert dat een sociale-angststoornis vaak, maar niet noodzakelijk samengaat met tekortkomingen in sociale vaardigheden. Het lijkt daarom zinvol te zijn om bij jongeren met sociale angsten ook te kijken naar hun sociale vaardigheden.

Tabel 1 Uiting van de stoornis en therapiesucces (naar Kolbeck & Maß, 2009, blz. 12, tabel 1).

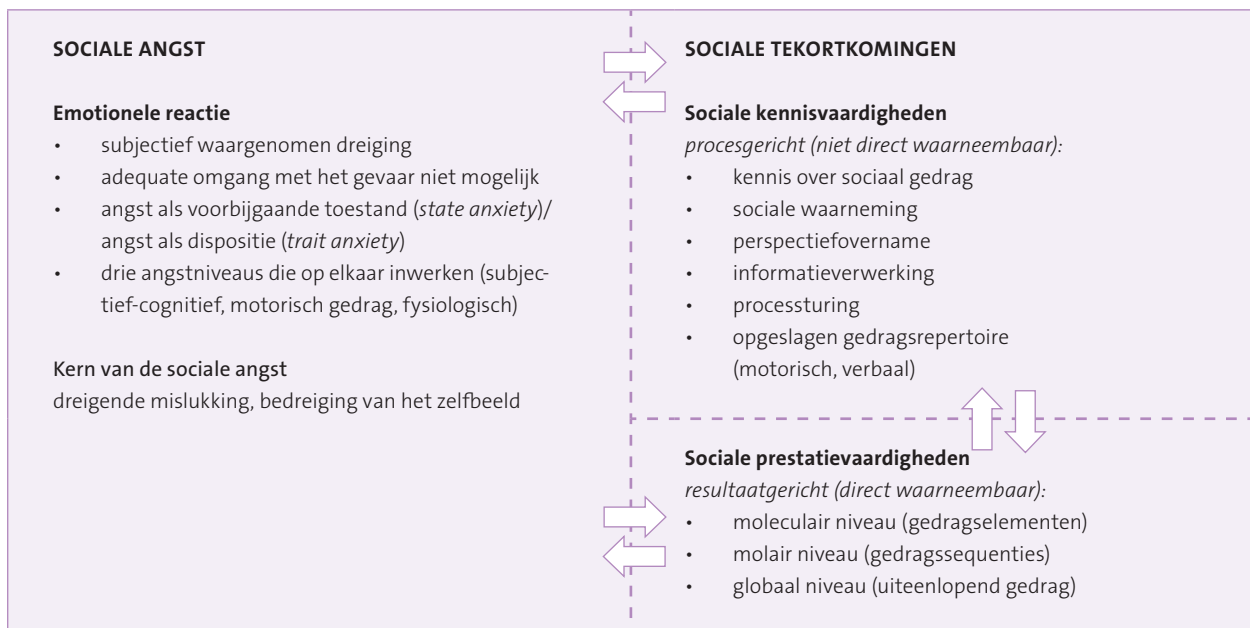
		ANGST	
		weinig	veel
TEKORTKOMINGEN	weinig	normaal gedrag	voornamelijk angst makkelijker te behandelen (omgaan met angst, angstreductie, angstmanagement)
	veel	voornamelijk tekortkomingen moeilijker en langdurig te behandelen (intensieve sociale-vaardigheidstraining)	angsten en tekortkomingen, extreme beperkingen ernstige vormen van de sociale-angststoornis met en zonder vermijdende-persoonlijkheidsstoornis, uitvoerige en moeilijke behandelingen, vaak heeft de therapie geen succes

Opmerking: persoonlijkheidsstoornissen spelen alleen een rol bij jongeren vanaf 16 jaar, omdat deze pas vanaf deze leeftijd kunnen worden gediagnosticeerd.

Omdat de aanwezigheid van sociale tekortkomingen invloed kan hebben op de ernst van de stoornis, de inhoud van de therapie en daardoor ook op het succes van de behandeling (Beidel, Rao, Scharfstein, Wong & Alfano, 2010; Harb & Heimberg, 2002; Kolbeck & Maß, 2009; Melfsen, 2006; Rodebaugh, Holaway & Heimberg, 2004; Scharfstein & Beidel, 2011; Scharfstein, Beidel, Finnell, Distler & Carter, 2011; Wlazlo, Schroeder-Hartwig, Hand, Kaiser & Munchau, 1990; zie ook Tabel 1), moeten mogelijke tekortkomingen in sociale vaardigheden in aanvulling op de symptomen van sociale angst voorafgaand aan de therapie in kaart worden gebracht. Alleen een omvattend begrip van de individuele samenstelling van de symptomen maken het immers mogelijk om een sociale-angststoornis adequaat te kunnen behandelen (Helbig & Franz, 2008).

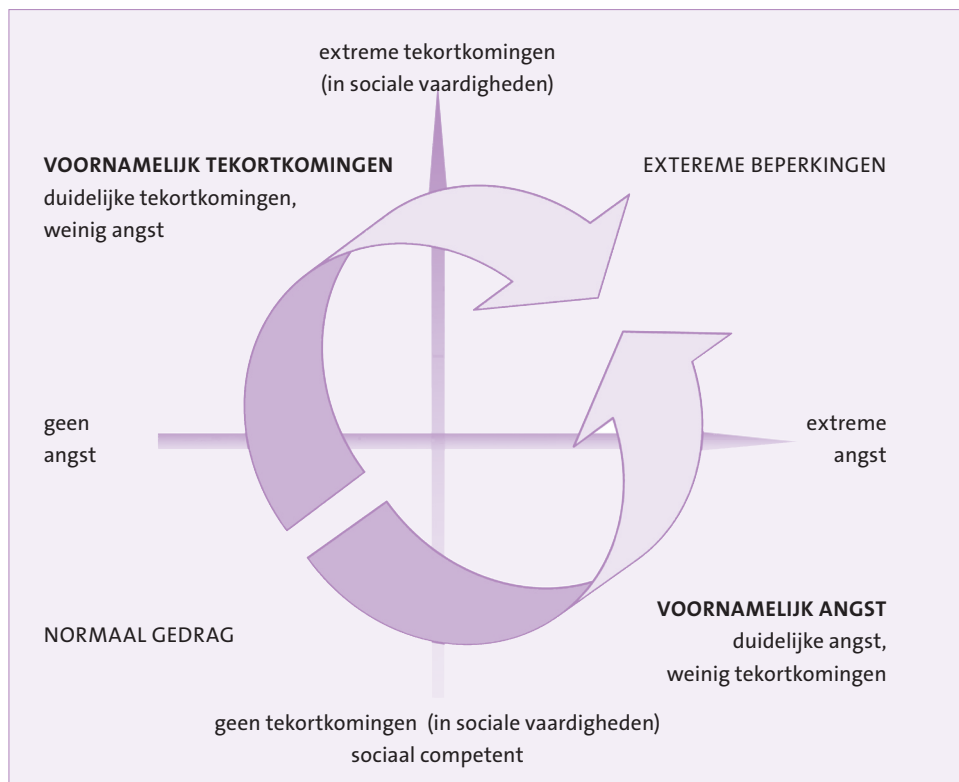
1.3 Interactie tussen sociale angsten en tekortkomingen in sociale vaardigheden

Zoals hierboven beschreven, kan worden aangenomen dat sociale angsten en tekortkomingen in sociale vaardigheden in de context van een sociale-angststoornis op elkaar inwerken. Daarom moeten beide elementen niet los van elkaar bekeken worden. In Figuur 1 worden de typische kenmerken van beide componenten van de stoornis getoond en hoe deze op elkaar inwerken.

**Figuur 1** Sociale angst, sociale tekortkomingen en mogelijke interacties (Kolbeck & Maß, 2009)

Er zijn veel modellen voor het ontstaan en het in stand houden van een sociale-angststoornis, die elk gericht zijn op verschillende aspecten van de stoornis, bijv.: het diagnostisch model van sociale geremdheid (Wlazlo, 1989), het cognitieve model van de sociale-angststoornis (Clark & Wells, 1995), het procesmodel van sociaal competent/incompetent gedrag (Hinsch & Pflingsten, 1998), het multimodaal verklingsmodel van sociale angsten (Döpfner, 2000), het competentie- en prestatiegerichte stoornismodel van de sociale-angststoornis (Fydrich, 2002). Van al deze modellen hebben alleen Wlazlo (1989) en Döpfner (2000) het zwaartepunt gelegd op de beide componenten van de stoornis: *sociale angst* en *sociale tekortkomingen*.

Voor het model van Wlazlo (1989) is zeer geschikt om de meetpretentie te illustreren van het onderliggende concept van de SASKO-I, waarin sociale angsten en sociale tekortkomingen gezien worden als aparte dimensies van de sociale-angststoornis. Dit model gaat uit van vier kenmerken (normaal gedrag, primair angst, primair tekortkomingen, extreme beperkingen), die elk voortkomen uit een combinatie van twee gradatievormen (laag versus hoog) van de beide stoorniscomponenten (zie Figuur 2). Hierbij wordt aangenomen dat de gradatievormen op een continuüm liggen, variërend van “niet aanwezig” tot “extreem”. Hoewel dit model de complexiteit van een sociale-angststoornis vermindert door de fenomenologische benadering, brengt het desalniettemin de mogelijke ernst van de symptomen tot uitdrukking. De samenstelling van de beide kenmerken (primaire symptomen) bieden aanwijzingen voor het noodzakelijke zwaartepunt van de therapie: cognitieve angstbehandeling (Clark & Wells, 1995) of sociale vaardigheidstraining, of een combinatie.



Figuur 2 Diagnostisch model van sociale geremdheid (Wlazlo, 1989)

Het model van Döpfner (2000) laat eveneens zien dat bij sociale angsten ook sociale tekortkomingen in de interactie en in de informatieverwerking een belangrijke rol kunnen spelen. In dit multimodale verklingsmodel van sociale angsten worden vier hoofdcomponenten van sociale angsten beschreven: sociale angst (1), negatief zelfbeeld (2), ineffectief interactiegedrag (3) en ineffektieve sociale informatieverwerking (4). Bij kinderen en jongeren kan het sterk verschillen welk van deze symptoomgebieden op de voorgrond treedt. Omdat de componenten elkaar echter wederzijds beïnvloeden of versterken, brengen problemen in een van de componenten over het algemeen ook moeilijkheden met zich mee in een of meer van de andere gebieden, waardoor het geheel

aan symptomen kan verergeren of in stand worden gehouden. In dit model kunnen sociale angsten daarom in verschillende gebieden geplaatst worden.

1.4 Diagnostiek en behandeling

De diagnose 'sociale-angststoornis' is pas sinds enkele decennia te vinden in de huidige classificatiesystemen voor psychische stoornissen (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013; ICD-10, Wereldgezondheidsorganisatie/Dilling et al., 2011). In 1980 en begin jaren 90 werd de sociale-angststoornis voor het eerst als een op zichzelf staande angststoornis opgenomen in respectievelijk de DSM-III en de ICD-10.

Het ervaren van angst vooronderstelt de waarneming van een objectief vast te stellen bedreiging of subjectief ervaren angst, waarop niet of niet adequaat kan worden gereageerd (Kolbeck & Maß, 2009). Volgens de classificatiesystemen is een van de hoofdcriteria van de sociale-angststoornis een duidelijke angst voor en/of de vermindering van sociale situaties of contexten waarin prestatie belangrijk is. Omdat sociale situaties objectief gezien doorgaans niet gevaarlijk zijn, wordt de centrale rol van de *subjectieve* waarneming van gevaar duidelijk. De centrale angst in deze situaties heeft betrekking op het in het middelpunt van de aandacht te staan, of het vertonen van beschamend of gênant gedrag. Dit alles is te herleiden naar het feit dat er gevreesd wordt voor een aantasting van het gevoel van eigenwaarde. Typische situaties zijn spreken of eten in het openbaar, feestjes of presentaties (Steil, Matulis, Schreiber & Stangier, 2011). Jongeren zijn bijvoorbeeld bang om een fout te maken of om lichamelijk zichtbare angstsymptomen te tonen (bijvoorbeeld trillen of blozen) en dat dit vervolgens door anderen wordt waargenomen en negatief wordt beoordeeld (Beidel & Bunnell, 2014; Steil et al., 2011). In de gevreesde situaties en vaak ook al van tevoren kunnen verschillende angstsymptomen optreden, zowel algemene angstsymptomen (bijvoorbeeld hartkloppingen, zweten, ademhalingsproblemen, misselijkheid) als ook specifieke angstsymptomen van de sociale-angststoornis (bijvoorbeeld angst om over te geven, blozen, trillen, angst om te plassen). In de classificatiesystemen worden daarom bij de classificatiecriteria van de sociale-angststoornis drie niveaus van angst onderscheiden: het cognitieve niveau (bijvoorbeeld angst voor iets specifiek, overtuigingen), het motorische niveau (bijvoorbeeld vermindering) en het fysiologische niveau (bijvoorbeeld verhoogde hartslag, zie Kolbeck & Maß, 2009).

In de DSM-5 (en de voorgaande versies) wordt onderscheid gemaakt tussen twee subtypen: de specifieke sociale angst (die betrekking heeft op specifieke sociale situaties) en de gegeneraliseerde, chronische sociale angst (die bijna alle sociale situaties betreft). Bij het gegeneraliseerde subtype wordt uitgegaan van chronische en ernstig beperkende angst (Steil et al., 2011). Sommige studies wijzen uit dat er bij kinderen en jongeren met een sociale-angststoornis voornamelijk sprake is van het gegeneraliseerde subtype (Beidel & Morris, 1995; Hofmann et al., 1999). Sociale angsten worden doorgaans als van blijvende aard beschouwd; de neiging om (enkele of vele) sociale situaties als bedreigend te zien is relatief stabiel (Modini, Abbott & Hunt, 2015; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983).

Met de introductie van de DSM-IV zijn enkele criteria voor de sociale-angststoornis aangepast voor kinderen en jongeren (American Psychiatric Association, 2000). Wanneer de gedragingen van toepassing zijn op kinderen, zijn zij ook bij jongere adolescenten en deels ook bij ouderen nog van toepassing (Steil et al., 2011). Zo dient bijvoorbeeld gekeken te worden of kinderen leeftijdsadequate relaties met vertrouwde personen hebben en moeten hun sociale angsten ook betrekking hebben op leeftijdsgenoten. Kinderen kunnen ook andere angstreacties vertonen (bijvoorbeeld schreeuwen, aanklappen) en het is niet altijd duidelijk of deze angsten worden overdreven. Om sociale angsten te onderscheiden van ontwikkelingsgerelateerde tendensen, dienen de symptomen minstens een half jaar aanwezig te zijn.

Zoals eerder genoemd, krijgen aspecten van tekortkomingen in sociale vaardigheden geen aandacht in de bekende classificatiesystemen (DSM, ICD). Desalniettemin komt dit vaak voor in het klinische beeld van een sociale-angststoornis. Om recht te doen aan de waarnemingen in de klinische praktijk, wordt daarom in behandelingsplannen van sociale-angststoornissen bij jongeren vaak een module met sociale-vaardigheidstraining

aangeboden (Büch & Döpfner, 2012; Joormann & Unnewehr, 2011; Stangier, Heidenreich & Peitz, 2011; Steil et al., 2011; Tuschen-Caffier & Kühl, 2009). Zonder kennis te hebben over de samenhang tussen de individuele symptomen van de patiënt (gaat het primair om sociale angsten of tekortkomingen in sociale vaardigheden, of allebei?) is het voor de therapeut moeilijk over de noodzaak of het nut van deze module te beslissen. De praktijk wijst uit dat een sociale-vaardigheidstraining vaak (zonder concrete diagnostische basis) 'standaard' uitgevoerd wordt (zie bijvoorbeeld de richtlijnen van Bandelow, Lichte, Rudolf, Wiltink & Beutel, 2015; Schneider & Döpfner, 2004). Volgens Ahrens-Eipper, Leplow en Nelius (2010, p. 37) is "een sociale vaardigheidstraining geïndiceerd, wanneer de problemen met de sociale vaardigheden het enige of centrale onderdeel van het totale symptoombeeld is, dus bij sociale onzekerheid, sociale angsten en fobieën. (...) In de therapie kan het ingezet worden wanneer tekortkomingen in sociale vaardigheden een wezenlijke (mede-)oorzaak van de primaire stoornis zijn, of wanneer de bevordering van de sociale vaardigheden de kansen op herstel of succesvolle omgang met de primaire stoornis verhoogt...". Onderzoek wijst uit dat sociale-vaardigheidstrainingen bij sociale-angststoornis soms, maar niet altijd effectief zijn (Beidel, Turner & Morris, 2000; Döpfner, Schlüter & Rey, 1981; Fedoroff & Taylor, 2001; Spence, Donovan & Brechman-Toussaint, 2000). De combinatie van sociale-vaardigheidstraining met cognitieve therapie of *exposure*-therapie leidt tot de beste resultaten (Beidel et al., 2014; Herbert et al., 2005). Beidel et al. (2010) stellen dat sociale-vaardigheidstrainingen vooral effectief zijn bij patiënten met een gegeneraliseerde sociale-angststoornis. Over het algemeen kan worden aangenomen dat de tekortkomingen in sociale vaardigheden bij deze mensen meer tijd- en situatie-overstijgend zijn dan bij mensen met een specifieke sociale-angststoornis. In dit verband moet worden opgemerkt dat sociale-vaardigheidstrainingen meestal meer gericht zijn op de (waarneembare) *resultaatgerichte* sociale vaardigheden en minder op de cognitieve (niet direct waarneembare) *procesgerichte* sociale vaardigheden (Aderka, McLean, Huppert, Davidson & Foa, 2013; Cartwright-Hatton et al., 2005; Halls, Cooper & Creswell, 2015; Öst, Cederlund & Reuterskiöld, 2015). Sociale-vaardigheidstrainingen hebben daarom vaak een vrij brede doelgroep. Hoewel zij vaak voor verschillende doelgroepen worden aangepast (angstige versus agressieve kinderen/jongeren; Lauth, Linderkamp, Schneider & Brack, 2008), zijn de trainingen niet altijd afgestemd op de specifieke behoeften, problemen en angsten van mensen met een sociale-angststoornis (Beck et al., 2007). Nangle, Erdley, Carpenter en Newman (2002) benadrukken het belang van een gedifferentieerde indicatie voor verschillende klinische groepen.

Moeilijkheden bij de diagnostiek van een sociale-angststoornis

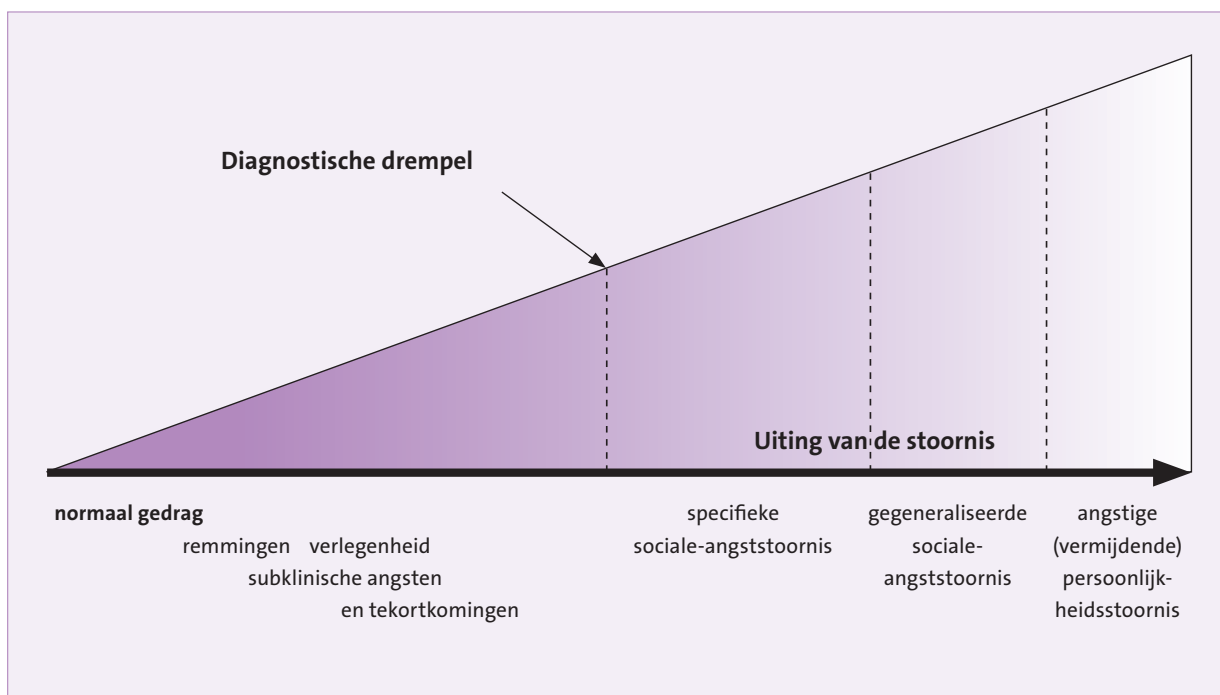
Een fundamentele moeilijkheid bij diagnostiek is altijd het afgrenzen van differentiaaldiagnoses (zoals hierboven al vermeld, moet met betrekking tot de diagnose van een *sociale-angststoornis* vooral gekeken worden naar andere angststoornissen, depressieve stoornissen, eetstoornissen, stoornissen in het autistisch spectrum en stoornissen gerelateerd aan middelen of verslavingen). Bovendien brengt de diagnostiek van een sociale-angststoornis andere, meer specifieke problemen met zich mee.

Een wezenlijk probleem is dat sociaal-angstige kinderen en jongeren meestal gedurende lange tijd niet opvallen, in tegenstelling tot leeftijdsgenoten met externaliserend probleemgedrag (Ahrens-Eipper et al., 2010; Petermann & Petermann, 2010). Niet alleen duurt het lang voordat deze jongeren zelf therapeutische hulp zoeken, maar ook ouders en leraren valt de lijdensdruk en de psychosociale gevolgen door het aangepaste en teruggetrokken gedrag van sociaal-fobische kinderen en jongeren vaak pas na een bepaalde tijd op.

Verder moet in aanmerking worden genomen dat sociale angsten moeilijk te onderscheiden zijn van verlegenheid. Verlegenheid als een stabiel temperamentskenmerk moet niet gelijkgesteld worden met een sociale-angststoornis (voor criteria om dit onderscheid te maken, zie Turner, Beidel & Townsley, 1990). Sociale angsten die klinisch relevant zijn en verlegenheid kunnen het beste als een continuüm gezien worden. Tijdelijke onzekerheden, spanning, onbehaaglijke gevoelens en remmingen in contact met anderen behoren bij veel kinderen en jongeren tot het normale ontwikkelingsverloop. Met name in de adolescentie zijn sociale onzekerheden en sociale angsten wijd verspreid en een begrenzing tussen subklinische en klinisch significante angsten is niet makkelijk (Steil et al., 2011). Als verdere moeilijkheid bij de diagnostiek van een sociale-angststoornis noemen Kolbeck en Maß (2009) enerzijds het maken van onderscheid tussen de beide subtypen (specifiek versus gegeneraliseerd) en anderzijds ook de afbakening van de vermijdende-persoonlijkheidsstoornis (dit aspect speelt echter alleen een rol bij jongeren vanaf

16 jaar, omdat persoonlijkheidsstoornissen pas vanaf deze leeftijd mogen worden gediagnosticeerd). De auteurs stellen voor om de verschillende uitingen van sociale angst dimensionaal te bekijken (zie Figuur 3).

Als verdere moeilijkheid komt daarbij dat veel mensen bij het diagnostisch onderzoek zelf angstig zijn, sociaal wenselijk antwoorden of wegens vermijding geen of weinig ervaring hebben met sociale situaties (Ahrens-Eipper et al., 2010). Dit kan de resultaten aanzienlijk vertekenen en het moeilijk maken om een goede inschatting te maken. Ervaring en intuïtie van de diagnosticus zijn daarom bijzonder belangrijk. Omdat het bij de symptomen van een sociale-angststoornis voornamelijk om innerlijke processen gaat die alleen het kind kan beoordelen, mag in het diagnostisch proces de zelfrapportage niet worden weggelaten (Mesman & Koot, 2000).



Figuur 3 Continuümhypothese (Kolbeck & Maß, 2009, afb. 3, blz. 21, gebaseerd op Stangier en Fydrich, 2002, blz. 23).

1.5 Diagnostische instrumenten

In het Nederlandse taalgebied zijn er nog niet veel goede instrumenten voor het meten van sociale angst. Veel vragenlijsten beschikken niet over Nederlandse normen of zijn inmiddels aardig verouderd. Een van de vragenlijsten die in eerste instantie voor volwassenen is ontwikkeld is de Sociale Angst Schaal (SAS; Willems, L.F.M., Tuender-de Haan, H.A., & Defares, P.B., 1973). Deze korte vragenlijst, bestaande uit 24 items, komt uit 1974 en is daarmee sterk verouderd. Deze vragenlijst geeft alleen een totaalscore, die vervolgens geclassificeerd kan worden als "normaal", "sociaal angstig" of "zeer sociaal angstig". Voor kinderen is hierna een aparte versie, de SAS-K ontwikkeld (Dekking, Y.M., 1983). Hoewel de lijst in de jaren tachtig op validiteit is getest en hier voldoende uitkwam, zijn de normen inmiddels sterk verouderd.

Een ander veelgebruikt instrument is de *Social Phobia and Anxiety Inventory for Children* (SPAI-C; Utens & Ferdinand, 2000). Dit is de Nederlandstalige adaptie van de *Social Anxiety Inventory for Children* van Beidel, Turner & Morris (1995). Deze kan worden ingezet bij kinderen en jongeren van 8 tot 14 jaar en is met 26 items een relatief korte vragenlijst. Hoewel de betrouwbaarheid in het buitenland goed is gebleken, is hier nog geen Nederlands onderzoek mee gedaan. Deze test heeft dus geen Nederlandse normen. Voor jongeren vanaf 16 jaar kan de Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA; C.M.J. Dam-Baggen & F.W. Kraaimaat, 2000) worden ingezet. Dit is een vragenlijst voor het meten van sociale angst en sociale vaardigheden bij adolescenten. Deze test kan niet ingezet worden bij jongere kinderen, en is gezien het publicatiejaar (2000) aardig verouderd.

Hoewel er een aantal stoornisspecifieke vragenlijsten zijn voor zowel volwassenen als kinderen en jongeren, zijn de meeste inmiddels verouderd of hebben ze geen relevante Nederlandse normen. Daarnaast hebben veel vragenlijsten een beperkte leeftijdsrange, waardoor met name jongeren van ongeveer 15 jaar buiten te boot vallen. Hiermee is de SASKO-J een nieuwe aanvulling op het gebied van sociale-angststoornis bij kinderen en jongeren.

Algemene angstvragenlijsten

Naast de vragenlijsten die specifiek gericht zijn op de sociale-angststoornis, zijn er ook instrumenten voor angst of algemene psychopathologie bij kinderen en jongeren, die toch ook enkele aspecten van sociale angst in kaart brengen. In dit verband kan de SCARED-NL (Muris, Bodden, Hale, Birmaher & Mayer, 2007) worden ingezet. De SCARED-NL is een van de meest gebruikte angst-vragenlijsten. Deze vragenlijst, bestaande uit 69 items behorende bij 9 subschalen, meet de symptomen van de belangrijkste angststoornissen volgens de DSM-IV-TR. Een van de subschalen is sociale angst. Deze schaal bestaat echter uit slechts zeven items. De SCARED-NL is geschikt voor kinderen en adolescenten van 7-19 jaar en heeft daarmee een breed leeftijdsbereik. Omdat deze vragenlijst angststoornissen in het algemeen meet, is deze wel langer en minder specifiek dan de SASKO-J.

Voor jongere kinderen kan de Vragenlijst voor Angst bij Kinderen (VAK; Oosterlaan, Prins, Hartman & Sergeant, 1995) worden genoemd. Deze vragenlijst is met 80 items aan de lange kant en kan worden afgenomen in ongeveer 20 minuten. Hij heeft geen schaal voor sociale angst, maar wel een schaal voor 'falen en kritiek'. Deze vragenlijst komt uit 1995 en is daarmee verouderd. Een angstvragenlijst met een breder leeftijdsbereik is de Multidimensional Anxiety Schale for Children (MASC; Utens & Ferdinand, 2000). Deze is geschikt voor kinderen van 8 tot 18 jaar. Deze vragenlijst bestaat uit 39 items verdeeld over vier schalen, waaronder een schaal 'sociale angst'. Een groot nadeel van deze test is dat er geen Nederlandse handleiding en geen Nederlandse normen zijn. Informatie over de betrouwbaarheid en validiteit van deze test in het Nederlands is er dan ook niet.

Voor uitgebreider onderzoek naar angststoornissen kan ook de ADIS-C (Siebelink & Treffers, 2001) worden overwogen. Dit is geen vragenlijst maar een semigestructureerd interview waarmee onder ander sociale angst in kaart kan worden gebracht. Dit is echter een vrij lange procedure, en meet niet alleen sociale angst maar ook een heel aantal andere angstklachten. De ADIS-C kan worden ingezet bij kinderen en jongeren van 7 tot en met 17 jaar.

Het meten van tekortkomingen in sociale vaardigheden

De in voorgaande paragraaf beschreven instrumenten, die bij de diagnostiek van de sociale-angststoornis bij kinderen en jongeren ingezet worden, richten zich voornamelijk op symptomen van angst en vermijding in sociale situaties, maar besteden niet expliciet aandacht aan tekortkomingen in sociale vaardigheden die gerelateerd zijn aan de stoornis (Tulbure, Szentagotai, Dobreaan & David, 2012). Hooguit worden bij deze instrumenten afzonderlijke aspecten van sociale vaardigheden meegenomen. In studies worden vaak ook rollenspellen gebruikt voor de diagnostische inschatting van sociale vaardigheden (bijv. Inderbitzen-Nolan et al., 2007; Spence et al., 1999). Hierbij moet men echter rekening houden met het feit dat het bij een rollenspel puur om een informantenbeoordeling gaat en er geen psychometrische informatie beschikbaar of mogelijk is. Bovendien kunnen zulke methoden geen inzicht bieden in de niet-waarneembare (cognitieve) tekortkomingen (zoals bijv. in de informatieverwerking (Becker & Heimberg, 1988).

De Nederlandse SIVT (Van Rest, Vriens, Matthys & Van Nieuwenhuijzen, 2019) is een goed aanvullend instrument om eventuele beperkingen in sociale vaardigheden in kaart te brengen. Deze interactieve test voor kinderen en jongeren biedt kinderen een aantal realistische en leeftijdsadequate sociale probleemsituaties aan, waar zij vervolgens op moeten reageren. Hieruit kan onder andere blijken dat kinderen de sociale informatie niet goed begrijpen en daarom agressief of juist passief handelen. Deze test kan waardevolle informatie verschaffen over de achterliggende oorzaken van sociaal probleemgedrag. Dit is een van de weinige digitale gedragstesten op dit gebied. De SIVT is te gebruiken bij kinderen van 8 tot en met 17 jaar.

1.6 Meetpretentie van de SASKO-J

De SASKO-J is een zelfbeoordelingsinstrument waarmee klinisch significante sociale angsten en tekortkomingen in sociale vaardigheden bij kinderen jongeren van 12 tot en met 17 jaar in kaart worden gebracht. De symptomen die gemeten worden zijn in eerste instantie (maar niet uitsluitend) gerelateerd aan de *sociale-angststoornis* (mogelijk ook de *vermijdende-persoonlijkheidsstoornis*; zie de DSM-5 of ICD-10). In deze context is het van belang dat de SASKO-J kan worden ingezet voor de diagnostiek van de classificatiecriteria van een sociale-angststoornis, om zo de waarschijnlijkheid van de diagnose in te kunnen schatten. Met name bij kinderen en jongeren zijn ook andere indicatiestellingen relevant en is de vraag naar aanwezige sociale vaardigheden van belang. Dit wordt weerspiegeld in het relatief brede toepassingsgebied van sociale-vaardigheidstrainingen in het klinische bereik (bijv. Petermann & Petermann, 2010) en in de verschillende toepassingen in de preventie. Er bestaat dus een breed veld voor het potentieel gebruik van de SASKO-J, waarbij men ondersteuning kan vinden bij het in kaart brengen van twee dimensies van de sociale-angststoornis.

1.7 Doelgroep en gebruiksdoel

De SASKO-J is ontwikkeld voor de klinische diagnostiek van een sociale-angststoornis bij kinderen en jongeren (12-17 jaar) en is gebaseerd op de versie voor volwassenen (SASKO; Kolbeck & Maß, 2009). De vragenlijst meet sociale angsten en tekortkomingen in sociale vaardigheden en is vooral bedoeld voor gebruik in de diagnostiek en voor het opstellen van behandelplannen. Door het opstellen van een individueel “angst-tekortkoming-profiel” kunnen de samenstelling en uitingen van de symptomen van sociale angsten en tekortkomingen in kaart worden gebracht. Daarnaast kunnen aanwijzingen voor noodzakelijke aandachtspunten voor de behandeling worden afgeleid uit de resultaten (behandeling van angsten of sociale-vaardigheidstraining of beiden). Ook kan de SASKO-J worden ingezet om het effect van een behandeling inzichtelijk te maken. Tot slot is de vragenlijst ook geschikt voor gebruik in niet-klinische contexten (bijv. screening, preventie).

De SASKO-J is een vragenlijst die bedoeld is als diagnostisch hulpmiddel, waarmee het therapieproces begeleid kan worden en daardoor als basis kan dienen voor een succesvolle behandeling. Omdat de bestaande diagnostische instrumenten voor sociale-angststoornissen bij kinderen en jongeren niet expliciet aandacht besteden aan sociale tekortkomingen en bovendien vaak verouderd zijn, vormt de SASKO-J een belangrijke aanvulling op de instrumenten die vandaag de dag in de praktijk gebruikt worden.

1.8 Toepassing

De SASKO-J kan een hulpmiddel zijn voor de indicatiestelling of er bij een patiënt het beste gekozen kan worden voor een angstbehandeling (zie bijv. Clark & Wells, 1995; Clark et al., 2006), een klassieke sociale-vaardigheidstraining, of allebei. Op basis van de relatief hoge correlaties tussen de schalen (zie Hoofdstuk 5) kan aangenomen worden dat sociale angsten en sociale tekortkomingen vaak gemeenschappelijk voorkomen. Veel kinderen en jongeren laten echter ook intra-individuele verschillen zien tussen de schalen en dimensies. De SASKO-J biedt de mogelijkheid om de individuele samenstelling van de symptomen in beeld te brengen en kan daardoor betere informatie leveren voor het opstellen van een behandelplan dan andere instrumenten.

Daarnaast kan de SASKO-J ingezet worden tijdens een behandeling (voor-/nameting), ook al is dit nog niet specifiek in studies onderzocht. Naast de interpretatie van de gestandaardiseerde schaalscores zijn hier ook de scores op de individuele items van belang, omdat deze belangrijke aanvullende aanwijzingen kunnen geven voor de therapeutische voortgang.

De vragenlijst bestaat uit vijf schalen, waarvan vier kunnen worden ingedeeld bij de dimensie *Angst* of de dimensie *Tekortkomingen in sociale vaardigheden*. De subschalen *Spreek- en middelpuntangst* (12 items) en *Angst voor afwijzing* (10 items) hebben betrekking op sociale angst; de subschalen *Interactieproblemen* (9 items) en *Informatieverwerkingsproblemen* (8 items) meten sociale tekortkomingen. De totaalscore van de SASKO-J bestaat

zodoende uit 39 items. Daarnaast is er een vijfde, aanvullende schaal die betrekking heeft op *Eenzaamheid* (5 items). Hoewel bij de empirische beoordeling werd aangetoond dat de items van de aanvullende schaal niet van toegevoegde waarde zijn voor de totaalscore (Kolbeck & Maß, 2009), levert deze schaal toch waardevolle informatie op, aangezien het ervaren van eenzaamheid onder jongeren dikwijls voorkomt. De beslissing om de aanvullende schaal *Eenzaamheid* te behouden is daarmee meer genomen vanuit klinisch-inhoudelijke oogpunt dan op test-theoretische gronden.

De schaal *Spreek- en middelpuntangst* heeft voornamelijk betrekking op angsten en onzekerheden aangaande spreken in sociale situaties (bijv. op school), falen in interactie- en communicatiesituaties (bijv. met leeftijdsgenoten of volwassenen) en situaties waarin het kind of de jongere in het middelpunt staat. Daarnaast worden met deze schaal angsten gemeten, die samen kunnen gaan met de genoemde situaties (bijv. de angst om een slechte indruk te maken). De hier beschreven angsten omvatten daarbij zowel sociale situaties waarin gestructureerde prestaties vereist zijn (bijv. het geven van een presentatie), als ook ongestructureerde interactiesituaties (bijv. ongedwongen gesprekken in de vriendenkring).

De schaal *Angst voor afwijzing* heeft betrekking op angsten om anderen te irriteren of tot last te zijn, maar ook angst voor negatieve kritiek, gezichtsverlies en afwijzing. Hierbij richten enkele items zich op het beoordelingsaspect, oftewel de reactie van anderen. Ook deze schaal weerspiegelt in bepaalde mate de cognitieve componenten van angstervaringen in sociale situaties (bijv. het idee om bekritiseerd te worden is moeilijk te verdragen). Kolbeck en Maß (2009) wijzen erop dat met deze schaal mogelijk een meer fundamentele angst voor algemene afwijzing aangesproken wordt, die verband houdt met het zelfbeeld.

De schaal *Interactieproblemen* bevat items die voornamelijk betrekking hebben op afstandelijk, geremd interactiegedrag (bijv. in relatie tot 'small talk'). Verder wordt met twee items het angst-veroorzakende effect van mensenmenigtes beschreven, wat een aanwijzing kan zijn voor de aanwezigheid van agorafobie (Kolbeck & Maß, 2009). De schaal *Informatieverwerkingsproblemen* representeert onzekerheden en beperkingen ten aanzien van een adequate waarneming en interpretatie van gedrag, verwachtingen, intenties en motieven van andere mensen. Daarnaast worden concentratieproblemen en de zorgen om het eigen gedrag in sociale situaties met deze schaal gemeten.

De aanvullende schaal *Eenzaamheid* beschrijft een subjectief waargenomen tekort aan sociale contacten (privé en/of op school) met een gerelateerde lijdensdruk en wens naar meer contacten. De aanvullende schaal *Eenzaamheid* is inhoudelijk van bijzonder grote betekenis bij jongeren. De wens naar sociale contacten bestaat onafhankelijk van de diagnose. Juist jongeren zijn echter geneigd om deze wens bij directe bevragingen te ontkennen. Kenmerkend voor de adolescentie is enerzijds het verlangen naar sociale contacten en anderzijds het gevoel van "anders zijn" en "er niet bij horen". In deze ontwikkelingsfase keren jongeren zich af van hun gezin en keren zich toe naar groepen met leeftijdsgenoten (Oerter & Montada, 2008). In deze fase kan met name de aanvullende schaal *Eenzaamheid* betekenisvolle aanwijzingen geven over de problemen in deze belangrijke ontwikkelingsperiode van jongeren.

Op basis van de deels matige psychometrische eigenschappen van de schaal *Eenzaamheid* in de Duitse SASKO is nadere verkenning noodzakelijk. Naast de zelfrapportage van de jongere dient hierbij ook informatie over de jongere verzameld te worden van ouders, leraren en zorgverleners. Ook andere instrumenten met een informantenbeoordeling kunnen aanvullende informatie bieden (bijv. de DESSA (LeBuffe, Naglieri & Shapiro, 2013), die de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen in kaart brengt). Bovendien is het met name bij kinderen en jongeren aan te raden om andere informanten te raadplegen om ontkenningen en/of het vervormen van de eigen waarnemingen (bijv. door gevoelens van schaamte) bij de jongere bloot te leggen (bijv. Schneider & Döpfner, 2004; Steil et al., 2011).