



Interventie

Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting adapted to Autism (VIPP-AUTI)

Erkenning

Erkend door Deelcommissie jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie
d.d 21-04-2017

Oordeel: Effectief volgens goede aanwijzingen

De referentie naar dit document is: : I.E. Poslawsky (januari 2017).

Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting adapted to Autism (VIPP-AUTI)'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Inhoud

Inhoud	3
Samenvatting	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal	4
Onderbouwing	5
Onderzoek.....	5
1. Uitgebreide beschrijving	6
1.1 Doelgroep	6
1.2 Doel.....	7
1.3 Aanpak	8
2. Uitvoering	11
3. Onderbouwing	15
4. Onderzoek	23
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	23
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	24
5. Samenvatting Werkzame elementen	26
6. Aangehaalde literatuur	27

Samenvatting

Korte samenvatting van de interventie

Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting adapted to Autism (vanaf nu VIPP-AUTI) is een ontwikkelingsgerichte gedragsinterventie voor jonge kinderen tot 6 jaar met (een vermoeden van) een autisme spectrum stoornis (ASS) en hun ouders/verzorgers¹. Het programma is gericht op het vergroten van sociale communicatievaardigheden van het kind door de kwaliteit van ouder-kind interacties te verbeteren. Door middel van video-feedback op positieve ouder-kind interacties leren ouders de specifieke behoeften van het kind met autisme herkennen, begrijpen en sensitief te reageren. De interventie vindt thuis plaats in vijf huisbezoeken van 1 tot 1,5 uur.

Doelgroep

VIPP-AUTI is bedoeld voor kinderen in de leeftijd tot 6 jaar met een (vermoeden van) een ASS en hun ouders.

Doel

Het doel van VIPP-AUTI is sociaal communicatieve vaardigheden van het kind te vergroten door ouderlijke sensitiviteit voor autisme te verbeteren, waarbij de ouder het kind op passende wijze kan stimuleren en zich toegerust voelt om het kind op te voeden.

Aanpak

Een thuisbegeleider geeft competentiegerichte feedback op video-opnames van persoonlijke ouder-kind interacties met de focus op ouderlijke sensitiviteit voor de autismekenmerken van het kind. Het programma bestaat uit vijf huisbezoeken in een periode van drie maanden. Per huisbezoek staat een thema centraal dat gerelateerd is aan de voornaamste kenmerken van ASS bij jonge kinderen in het algemeen en bij het individuele kind in het bijzonder.

Materiaal

Een methodiekhandleiding voor zorgprofessionals (Naber & Poslawsky e.a, 2016) en een schriftelijk informatiedossier voor ouders (UMC Utrecht, 2015) zijn beschikbaar. Een VIPP-AUTI-training is ontwikkeld, inclusief video-voorbeelden om te oefenen, voor zorgprofessionals met kennis over ASS en die in het bezit zijn van een VIPP-SD₂-certificaat. Een cursushandleiding (Poslawsky, 2016) is beschikbaar.

¹ Verder ouders genoemd

² Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (zie omschrijving VIPP-SD)

Onderbouwing

Bij kinderen met ASS is aangetoond dat de mate van vroege sociale communicatievaardigheden, waaronder het vermogen om aandacht te delen met een ander, positief gerelateerd is aan de kwaliteit van ouder-kind interacties. De kwaliteit van ouder-kind interacties, inclusief de vaardigheid tot het delen van aandacht, blijkt te beïnvloeden met vroege interventies. Een belangrijk kwaliteitsaspect van ouder-kind interacties is ouderlijke sensitiviteit; het adequaat reageren van ouders op signalen van het kind. De signalen van een jong kind met ASS zijn echter lastig te interpreteren vanwege beperkingen van het kind op sociaal en communicatief gebied. Ook is bekend dat ouders die positief denken en voelen over (de opvoeding van) het kind met ASS beter op het kind afgestemd zijn dan ouders met negatieve gevoelens.

VIPP-AUTI leert ouders welke autismekennmerken, uit het brede spectrum, bij het individuele kind van toepassing zijn en te reflecteren op eigen reacties op het gedrag van het kind door video-feedback in dagelijkse situaties.

Onderzoek

In een gerandomiseerde studie met controlegroep zijn effecten onderzocht bij 78 kinderen met ASS (16-61 maanden oud) en hun ouders (Poslawsky e.a., 2015). In vergelijking met de controlegroep, bleek VIPP-AUTI effectief om ouderlijke intrusiviteit (een vorm van overstimulatie, die niet sensitief is) te verminderen en zelfvertrouwen in de opvoeding te vergroten. Bij de follow-up meting bleek een therapeutisch effect van VIPP-AUTI op specifieke communicatievaardigheden van het kind; het initiatief om aandacht te delen. Het spelgedrag toonde in beide groepen eenzelfde vooruitgang. Ouders in beide groepen waren tevreden met de thuisbegeleiding.

1. Uitgebreide beschrijving

Beschrijving interventie

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

VIPP-AUTI is voor kinderen met (een vermoeden van) ASS in de leeftijd tot 6 jaar.

Intermediaire doelgroep

Ouders van kinderen in de leeftijd tot 6 jaar met (een vermoeden van) ASS, die behoefte hebben aan opvoedingsondersteuning.

Selectie van doelgroepen

Via de praktijk van zorgprofessionals komen kinderen jonger dan 6 jaar met (een vermoeden van) ASS en hun ouders in aanmerking voor VIPP-AUTI. Dit betreft kinderen met een diagnose ASS op grond van DSM-IV of DSM-V classificatie (American Psychiatric Association, 2000 en 2013) en/of afkapscores van standaard meetinstrumenten; ADOS-G (Lord, 2000) en ADI-R (De Bildt e.a., 2015). Het vaststellen van de diagnose ASS valt primair onder verantwoordelijkheid van een psychiater. VIPP-AUTI is ook geschikt voor kinderen zonder, of in afwachting van, een diagnose, mits er sprake is van vroege signalen van problemen in communicatie en sociale ontwikkeling, volgens screeningsinstrumenten, zoals de CoSoS, kleuterchecklist van de CHAT en communicatie- en symbolisch gedragsprofiel van de SCQ (Oosterling e.a., 2009)³. Op de consultatiebureaus vindt vroege screening met de CoSoS plaats, zodat jeugdartsen (in overleg met ouders) een vermoeden van ASS kunnen waarnemen, zonder dat zij voortijdig een diagnose hoeven te (laten) stellen. Bij baby's in het eerste levensjaar, is de variatie van het ontwikkelingstempo groot, zodat er geen duidelijke aanvangsleeftijd voor de interventie aan te geven is. Samen met ouders wordt bepaald wanneer VIPP-AUTI kan starten.

Contra-indicaties worden vastgesteld door bovengenoemde zorgprofessionals en zijn:

- andere medische problematiek dan ASS dat op de voorgrond staat (bijv. intensieve behandeling voor epilepsie, ziekenhuisopname)
- ouders die de Nederlandse taal niet spreken en begrijpen

³ CoSoS: Communicatieve en Sociale ontwikkelingssignalen, voorheen: Early Screening of Autistic Traits Questionnaire; CHAT: Checklist for Autism in Toddlers; SCQ: Social Communication Questionnaire

- ouders die (het vermoeden van) een diagnose ASS niet herkennen of de methodiek afwijzen
- ernstige gezinsproblematiek waarvoor behandeling nodig is (bijv. kindermishandeling)
- andere aanwezige steunstructuren, die interfereren met VIPP-AUTI (bijv. ouderbegeleiding vanuit een medisch kinderdagverblijf of andere oudermediërende gedragsinterventies, zoals ABA, PRT, Floorplay en JASPER-training⁴).

VIPP-AUTI is in principe toepasbaar voor alle kinderen met kenmerken van ASS, ongeacht het niveau van verstandelijk functioneren en de culturele achtergrond.

Betrokkenheid doelgroep

VIPP-AUTI is een aanpassing van een bestaande vroege, evidence-based interventie Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting (VIPP; Juffer e.a., 2008). De aanpassing voor een nieuwe doelgroep; kinderen met ASS en ouders, is ontwikkeld vanuit kinderpsychiatrische expertise en gedragstherapeutische principes (Poslawsky, Naber, Bakermans-Kranenburg, e.a., 2014), volgens een systematische benadering voor ontwikkeling van complexe, verpleegkundige interventies (Van Meijel e.a., 2004). Bij vier gezinnen met kinderen met ASS is een pilotstudie verricht (2008), waarbij de interventie is verfijnd met enkele aanpassingen in de handleiding. Een definitie van stereotiep gedrag is bijvoorbeeld toegevoegd, om de waarneming op de film van stereotiep gedrag bij het kind te standaardiseren.

1.2 Doel

Hoofddoel

Het hoofddoel is sociaal communicatieve vaardigheden van kinderen met ASS in de leeftijd tot 6 jaar te vergroten door ouderlijke sensitiviteit voor autisme te verbeteren, waarbij de ouder het kind op passende wijze kan stimuleren en zich toegerust voelt om het kind op te voeden.

In samenspraak, stellen ouders en thuisbegeleider de graad van behalen van doelen vast.

Subdoelen

Het vergroten van sociale communicatieve vaardigheden van het kind met ASS uit zich bijvoorbeeld in:

- Het kind deelt uit zich zelf aandacht met een ander (bijv. door aanwijzen, laten meekijken, vertellen)
- Het kind speelt samen met de ouder
- Het kind ontdekt nieuw materiaal op eigen wijze

⁴ ABA: Applied Behavioral Analysis; PRT: Pivotal Response Treatment; JASPER: Joint Attention Symbolic Play, Engagement and Regulation

- Het kind speelt gevarieerd
- Het kind laat merken dat het plezier heeft
- Het kind toont affectie
- Het kind luistert naar de ouder
- Het kind reageert op complimenten
- Het kind gebruikt de voorbeelden van de ouder

Het verbeteren van ouderlijke sensitiviteit voor autisme uit zich bijvoorbeeld in:

- De ouder reageert direct op signalen en gevoelens van het kind
- De ouder benoemt het gedrag/de intenties van het kind en geeft complimenten
- De ouder benoemt de emoties van het kind en kan stereotiep gedrag interpreteren
- De ouder geeft korte en duidelijke boodschappen
- De ouder bespreekt/vraagt niet meer dan één ding tegelijk
- De ouder praat veel met het kind om de taalontwikkeling te stimuleren
- De ouder biedt structuur en voorspelbaarheid (bijv. met behulp van pictogrammen en beloningsprogramma's)
- De ouder geeft duidelijk grenzen aan het kind en spreekt verwachtingen uit
- De ouder geeft het kind de tijd en ruimte om nieuwe dingen te ontdekken
- De ouder sluit eerst aan bij de interesses van het kind om vandaaruit (spel)variatie aan te brengen
- De ouder oefent dagelijks kort met spelletjes

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

VIPP-AUTI is een kortdurende interactie-gerichte interventie. De aanpak is gestandaardiseerd en tevens afgestemd op het individuele ouder-kind paar. Een getrainde thuisbegeleider ondersteunt gezinnen thuis en maakt video- opnames van individuele ouder-kind interacties in dagelijkse situaties. Aan de hand van de filmopnames geeft de thuisbegeleider vervolgens psycho-educatie over autisme en persoonlijke feedback over de interactie met het kind om positieve interactie te vergroten.

Voorafgaand aan de interventie maakt de thuisbegeleider een voorbereidende filmopname van 15 minuten bij het gezin thuis of in de zorginstelling. Deze opname wordt gebruikt om het eerste interventie-huisbezoek voor te bereiden. Totaal vinden vijf interventie-huisbezoeken plaats van één tot anderhalf uur, meestal elke 14 dagen (in overleg met het betreffende gezin). De thuisbegeleider werkt volgens een gedetailleerde handleiding en bereidt in de periode tussen de huisbezoeken de video-feedback voor. Ieder huisbezoek heeft eenzelfde vaste opbouw; eerst een filmopname van een spel- of een maaltijdsituatie en aansluitend geeft de thuisbegeleider de video-feedback. Aan het eind van ieder huisbezoek krijgt de ouder een deel schriftelijke informatie over

autismekkenmerken voor in een verzameldossier, passend bij de focus tijdens het betreffende huisbezoek. Na afloop van elk huisbezoek vult de thuisbegeleider een logboek in met relevante ervaringen.

Inhoud van de interventie

De werkwijze is zo min mogelijk belastend voor het gezin. Dagelijkse situaties worden gefilmd (bijv. samen spelen, speelgoed opruimen, tafel dekken) om persoonlijke adviezen te geven over de interacties tussen ouder en kind. Het gezin heeft de regie tijdens de filmopname en speelt en eet zoals het gewend is. Tijdens het filmen houdt de thuisbegeleider zich bewust op de achtergrond (achter de camera) om een zo natuurlijk mogelijke interactiesituatie te creëren. De thuisbegeleider geeft dan geen advies of reactie op de situatie.

Na het filmen volgt de video-feedback volgens de richtlijnen van de interventiehandleiding. Het kind mag, maar hoeft daar niet bij te blijven. De thuisbegeleider toont de film van het vorige huisbezoek en bespreekt geselecteerde fragmenten. Het is belangrijk om met de ouder samen te ontdekken welke autismekkenmerken meer of minder aanwezig zijn, vanwege de grote variatie binnen het autismespectrum. In combinatie met thema's over sensitiviteit komt het hanteren van het kind met ASS aan bod. De feedback is competentiegericht; de thuisbegeleider pauzeert de film vooral op positieve en succesvolle momenten. De thuisbegeleider laat de ouder zien wanneer en waarom acties-reacties positief verlopen. De ouder reflecteert dan op eigen gedragspatronen en competenties als tegenwicht voor ervaren onzekerheden binnen de opvoedingsrol. Ook toont de thuisbegeleider videobeelden met reacties van het kind, die anders verlopen dan verwacht, om het gedrag van het kind te zien en begrijpen in relatie met ASS (bv. moeite om van activiteit te wisselen of een driftbui). De video-feedback eindigt altijd met een positieve boodschap.

Het VIPP-AUTI programma heeft een geleidelijke opbouw rond een vaste volgorde van thema's; de eerste twee huisbezoeken zijn vooral observerend en verkennend. Vanaf het derde huisbezoek start de thuisbegeleider met concrete feedback over de ouder-kind interactie, advies en psycho-educatie aan de ouder. De volgende thema's over *sensitiviteit in relatie tot specifieke autismekkenmerken van het kind* worden behandeld:

Huisbezoek 1:

Gehechtheid en exploratie in relatie met spel en motivatie: het laten zien op welke manier het kind contact zoekt met de ouder, zelfstandig speelt/exploreert, wat het spelniveau en de spelvariatie is. Uitleg geven over mogelijkheden om het kind te stimuleren tot contact en variatie/uitbreiding van spel (gebaseerd op de Floor time-methode van Wieder en Greenspan, 2003), Floor time is een methode waarbij de ouder aansluit bij het spontane spel van het kind en via een actief interactieproces stapsgewijs symbolische en emotionele vaardigheden van het

kind stimuleert. Aan het eind krijgt de ouder algemene schriftelijke informatie uit de brochure 'Mijn kind en autisme'; 'Inleiding' en hoofdstuk 1: 'Samen spelen'.

Huisbezoek 2:

'Speaking for the child' in relatie met 'aandacht delen': het stimuleren van een nauwkeurige waarneming van signalen van het kind door de gezichtsuitdrukkingen en (vaak subtiele) non-verbale signalen te benoemen en laten zien in welke mate het kind communiceert en uit zichzelf aandacht deelt met de ouder. Kennis vergroten over informatieverwerking en speciale communicatiebehoeften van het kind en uitleg geven over mogelijkheden om het 'aandacht delen' van het kind te stimuleren. Na afloop krijgt de ouder hoofdstuk 2: 'Gedeelde aandacht' uit de schriftelijke informatie.

Huisbezoek 3:

Sensitiviteitsketens in relatie met structuur en regelmaat: het laten zien van sensitieve reacties van de ouder op signalen van het kind tijdens een maaltijdsituatie. Een sensitiviteitsketen bestaat uit drie delen: 1) het positieve of negatieve signaal van het kind, 2) de sensitieve reactie van de ouder en 3) de positieve reactie van het kind. Inzicht vergroten in tijdige en adequate reacties van de ouder om het kind op te voeden/te stimuleren (sensitiviteit) en uitleg geven over het belang van voorspelbaarheid in dagelijkse patronen en omstandigheden (relatie met autismekarakteristieken). Om na te lezen krijgt de ouder hoofdstuk 3: 'Structuur en regelmaat' met o.a. algemene tips over eten en slapen en hoofdstuk 5: 'Pictogrammen' (een communicatiehulpmiddel gebaseerd op TEACCH van Mesibov & Shea, 2010).

Huisbezoek 4:

Delen (herkennen) van emoties in relatie met stereotiep gedrag en emoties: het laten zien van affectieve afstemming (bijv. samen plezier hebben) en op welke wijze het kind gevoelens uit. Het interpreteren van stereotiep gedrag; de uiting van negatieve en positieve gevoelens van het kind. Uitleg geven over het hanteren van gevoelens en het belang dat het kind zich begrepen voelt. De ouder ontvangt hoofdstuk 4 'Gedrag en emoties' met o.a. algemene informatie over stereotiep gedrag en omgaan met driftig gedrag.

Huisbezoek 5:

Herhaling van alle voorgaande thema's in aanwezigheid van de tweede ouder of naastbetrokkene. Aan het eind krijgt de ouder een kort schriftelijk advies, waarin de thuisbegeleider individuele competenties van het kind beschrijft en aandachtspunten t.a.v. de opvoeding. Tevens krijgt de ouder het laatste hoofdstuk van de schriftelijke informatie; hoofdstuk 6: 'Signaleringsplan' (een hulpmiddel bij gedragsproblemen, gebaseerd op de Massachusetts Department of Mental Health Safety Tool for Kids, 2006).

2. Uitvoering

Materialen

De volgende materialen zijn beschikbaar.

- Handleiding VIPP-AUTI (in Nederlands en Engels) voor uitvoerend professionals met uitgebreide beschrijving van het doel, de werkwijze en thema's per huisbezoek. Professionals ontvangen de handleiding in een readeruitgave van het UMC Utrecht tijdens de VIPP-AUTI-training.
- Informatiedossier 'Mijn kind en autisme' voor ouders met algemene informatie over ASS, passend bij de interventiethema's en extra tips, ontwikkeld door het UMC Utrecht, copyright 2015. Professionals ontvangen een exemplaar tijdens de VIPP-AUTI-training. Vervolgens ontvangen zij een digitale versie van de inhoud voor extern gebruik in eigen praktijk.
- Poster met informatie over de VIPP-AUTI-training voor de werving van zorgprofessionals, verkrijgbaar bij het UMC Utrecht, afdeling Psychiatrie, I.E.Uitewaal@umcutrecht.nl .
- Website: <http://www.vippleiden.com> en Facebook pagina: <https://nl-nl.facebook.com/VIPP-Training-and-Research-Leiden-University-602289099812611> van de Universiteit Leiden met de agenda van cursusdata van VIPP- en VIPP-AUTI-trainingen.
- Onderwijsmateriaal, waaronder de cursushandleiding, voorbereidende literatuur, presentatie/hand-outs, praktische oefeningen met video-voorbeelden.
- Evaluatieformulier voor deelnemers na afloop van de VIPP-AUTI-training en een follow-up evaluatie een jaar na de training over de toepassing van VIPP-AUTI in de eigen praktijk. Zorgprofessionals evalueren bij de gezinnen op eigen wijze de ervaringen met VIPP-AUTI.

Locatie en type organisatie

De interventie vindt plaats in de natuurlijke omgeving van het kind; bij het gezin thuis. Diverse (GGZ) organisaties kunnen VIPP-AUTI uitvoeren, indien zij mogelijkheid hebben voor ambulante thuisbegeleiding, zoals kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen, instellingen voor jeugdzorg, infantteams, (medisch) kinderdagverblijven, wijk- en buurtteams en vrijgevestigde zorgpraktijken.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

Het VIPP-AUTI programma is een geprotocolleerde methode, waarvoor een training is vereist. Een korte VIPP-AUTI-training is beschikbaar, bestaande uit een twee-daagse workshop, drie dagen groepsopervisie tijdens een oefentraject met een klinisch gezin en individuele supervisie op alle video-feedback-scripts. De training is toegankelijk voor zorgprofessionals die in het bezit zijn van een

VIPP-Sensitief Disciplineren (SD)-certificaat. Tijdens de VIPP-SD-training, gegeven vanuit de Universiteit Leiden, leren deelnemers de theorie over overeenkomstige VIPP-thema's en oefenen zij met film en script bij een niet-klinisch gezin. In de VIPP-AUTI-training, gegeven vanuit het UMC Utrecht, leren deelnemers vervolgens de focus verleggen naar klinische kinderen door in plaats van thema's over sensitief disciplineren thema's over autisme kenmerken te combineren met de VIPP-thema's. Zij leren de theoretische onderbouwing van de VIPP-AUTI-thema's en zij oefenen het film en script bij een gezin met een kind met ASS. Deelnemers zijn na afloop getraind om beide VIPP-programma's toe te passen in de praktijk. Ook is een incompanytraining mogelijk voor zorgprofessionals zonder VIPP-SD-certificaat. Een VIPP-SD trainer geeft dan een 4-daagse workshop over de theorie en inhoud van VIPP-SD en een VIPP-AUTI trainer geeft vervolgens bovenstaande VIPP-AUTI-training. Deelnemers kunnen na afloop van deze incompanytraining het VIPP-AUTI programma in de praktijk uitvoeren.

Om met VIPP-AUTI te leren werken is kennis en ervaring vereist over kinderen met ASS. De training is bedoeld voor zorgprofessionals van diverse disciplines, zoals (psychiatrisch) verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, sociotherapeuten, kinderpsychiaters, gedragswetenschappers, sociaal (maatschappelijk) hulpverleners, (ortho)pedagogen en psychologen, werkzaam met jonge kinderen met ASS. Om deel te kunnen nemen aan de training heeft de professional gelegenheid om een jong kind met ASS in de thuissituatie te begeleiden (in eigen praktijk of netwerk).

Kwaliteitsbewaking

Tijdens het supervisietraject beoordeelt de VIPP-AUTI-trainer de kwaliteit van de uitvoering van de interventie volgens de handleiding.

Voorafgaand aan het eerste, derde en laatste huisbezoek geeft de trainer groepssupervisie. Iedere deelnemer toont de opgenomen filmfragmenten en bespreekt het script, profiel en logboek. De meerwaarde van groepssupervisie is het leren van elkaar, van diverse gezinssituaties en van de variatie in mate en ernst van autisme kenmerken. De deelnemer toont een kopie van schriftelijke toestemming van beide ouders, om het filmmateriaal tijdens de training te mogen gebruiken. Tevens zorgt de deelnemer voor veilig vervoer (bijv. een beveiligde usb-stick) en bewaring van het filmmateriaal.

Naast groepssupervisie geeft de trainer, voorafgaand aan het tweede en vierde huisbezoek, individuele feedback op het script van de deelnemer (per mail).

De kwaliteit van de uitvoering van de interventie valt onder verantwoordelijkheid van de organisatie en zorgprofessional die de zorg aan het gezin levert volgens de wet en regelgeving (bijv. Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst, Kwaliteitswet zorginstellingen, Wet bescherming persoonsgegevens, meldplicht datalekken).

De VIPP-AUTI trainers evalueren jaarlijks de ervaringen van ex-cursisten met de uitvoering van de interventie, via een enquête. Tevens zijn een regionaal intervisiesysteem en landelijke herregistratie in voorbereiding.

Randvoorwaarden

Organisatorische randvoorwaarden zijn visie en beleid om VIPP-AUTI toe te passen, gericht op empowerment van cliënten en kortdurende behandeling. Verder zijn een aantal materiële zaken nodig, zoals vervoersmogelijkheid voor de uitvoerder (auto/autokostenvergoeding), een filmcamera, zo nodig afspeelapparatuur (laptop) en speelgoed, passend bij de interventie en leeftijdscategorie.

Contextuele randvoorwaarden zijn zicht hebben op en samenwerken met overige ondersteuningsmogelijkheden voor de doelgroep om ouders 'op maat' (vervolg)advies te kunnen geven, zoals (gespecialiseerde) dagopvang of onderwijs, (gespecialiseerde) vrijetijdsbesteding, belangenorganisaties (Nederlandse Vereniging voor Autisme), logeeropvang, kind stimulerende behandelingsmogelijkheden (bv. sensorische integratie therapie, sociale vaardigheidstraining, cognitieve gedragstherapie).

Implementatie

Op lokaal of organisatieniveau is VIPP-AUTI eenvoudig te implementeren in het zorgaanbod na training van medewerkers en aanschaf van het benodigde materiaal (zie ook randvoorwaarden).

Op landelijk niveau is belangstelling voor VIPP-AUTI bij GGZ-organisaties deels bekend en wordt nader geïnventariseerd, evenals de interesse van jeugdzorgorganisaties met diverse doelgroepen, zoals gemeentelijke buurt- en wijkteams, medisch kinderdagverblijven en kinderdagcentra. Informatie over het VIPP-AUTI programma is gegeven op relevante nationale en internationale symposia/congressen. Informatie over de VIPP-AUTI-training is verspreid met een poster, die toegestuurd is aan GGZ-instellingen, Landelijk Netwerk Autisme Jonge Kinderen, Nederlandse Vereniging voor Autisme, medisch kinderdagverblijven, dagcentra en wijkteams in regio Utrecht. Een vervolg PR-plan is in ontwikkeling.

Kosten

Totale kosten van VIPP-AUTI per gezin zijn personele kosten: gemiddeld 20,5 uur, materiële kosten: mapjes voor het informatiedossier (A5 ringband à €2 per stuk), druk/printkosten voor inhoud informatiedossier (32 A5-pagina's) en reiskosten voor huisbezoeken, afhankelijk van het woonadres.

Een VIPP-AUTI behandeling is verspreid over een periode van gemiddeld drie maanden.

De totale tijdsinvestering van de thuisbegeleider is gemiddeld ruim 20 uur per gezin (ongeveer 1,5 - 2 uur per week).

- 6,5 uur face-to-face contact
- 8 uur voorbereiding/uitwerking
- 6 uur reistijd (op grond van 6 huisbezoeken op niet meer dan 30 minuten afstand)

Afhankelijk van het aantal gezinnen op jaarbasis is de benodigde fte te berekenen.

Bijv. voor VIPP-AUTI aan 10 gezinnen per jaar is 0,1 fte nodig (gebaseerd op 1872 bruto jaaruren).

Overige kosten zijn:

- Aanschaf filmcamera, speelgoed, eventueel afspeelapparatuur (eenmalig)
- Trainingskosten (eenmalig per zorgprofessional): €650 VIPP-AUTI-training, inclusief handleiding

3. Onderbouwing

Probleem

Kinderen met ASS hebben beperkte sociaal communicatieve vaardigheden, in combinatie met stereotiepe en rigide gedragspatronen voortkomend uit een aangeboren aandoening in de hersenen (American Psychiatric Association, 2013). De beperkingen en ongewone gedragspatronen ontstaan voor het derde levensjaar bij ongeveer 1%-2% van de bevolking (Fombonne, 2009; Charman, 2011; Lord, 2011). In Nederland betekent dit een prevalentie van ASS bij ongeveer 1800 kinderen, gebaseerd op het aantal kinderen jonger dan 4 jaar (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2015).

ASS heeft een chronisch beloop met variërende prognose van blijvende, ernstige beperkingen tot een hoog niveau van zelfstandig functioneren (Howlin et al., 2004). Vaak is ASS gecombineerd met nog andere neurologische aandoeningen (Levy e.a., 2010), bijv. epilepsie of secundaire problemen, zoals slaap- (Couturier e.a., 2005), eet- (Laud e.a., 2009) en gedragsproblemen (Matson e.a., 2011), wat een risico vormt voor ouderlijke opvoedingsbelasting (Eisenhower e.a., 2005).

Naast erfelijke factoren spelen ook omgevingsinvloeden een rol bij de ernst van autismekenmerken. Vanaf jonge leeftijd zijn autismekenmerken zichtbaar op de volgende gebieden: sociale communicatie (bijv. 'aandacht delen', responsiviteit en affect), taal-, cognitieve- en spelontwikkeling, visuele, sensorische en motorische reacties (Zwaigenbaum e.a., 2009), met grote variatie in mate en ernst. Bij een vermoeden van ASS is er sprake van de volgende signalen:

- **baby's** met moeite om een stabiele vertrouwensband met de ouder op te bouwen (zie ook Vanuit Autisme Bekeken, 2015a, visiedocument), bijv. door minder (oog)contact te zoeken, niet te reageren op zijn/haar naam, zich niet te laten troosten, weinig te brabbelen
- **peuters** met moeite om aandacht te delen met een ander, te exploreren, te imiteren, gevarieerd, sociaal en symbolisch te spelen, te luisteren, taakjes te begrijpen, emoties en prikkels te reguleren
- **kleuters** met moeite om samen te spelen met anderen, zich in te leven in anderen, grappen en spreekwoorden (impliciet taalgebruik) te begrijpen, te reageren op onverwachte gebeurtenissen, hulp te vragen

Vanwege de beperkte of ongewone signalen van het kind met ASS, is het voor ouders vaak moeilijk om de behoeften van het kind te interpreteren en sensitief te reageren. Bijv. de ouder pakt het kind op om te troosten na een val, maar het kind raakt extra overstuur, omdat het fysiek contact niet verdraagt. Wat gewoonlijk een sensitieve reactie van de ouder is, is niet altijd sensitief voor het kind met ASS. Door het ongewone gedrag en verminderde responsiviteit van het kind kunnen ouders ook toenemend onzeker worden over eigen opvoedingsvaardigheden (Bekhet e.a., 2012; Giallo e.a., 2011) met negatieve

gevolgen voor de opvoedingsstijl. Ouders van kinderen met ASS hebben bijvoorbeeld de neiging om het kind te overvragen in plaats van zijn/haar signalen en tempo te volgen (Wan e.a., 2012). Dergelijke afstemmingsproblemen tussen ouder en kind kunnen een toename van ontwikkelingsproblemen van het kind veroorzaken.

Oorzaken

Kindfactoren

Voor meer dan 90% is ASS erfelijk bepaald (Nicolson & Szatmari, 2003), waarbij genetische factoren een rol spelen (Birney e.a., 2007, Van der Zwaag e.a., 2009, Vorstman e.a., 2011). ASS op zich is een blijvende aandoening, maar de mate van beperkingen kan veranderen tijdens de levensloop in een, op jonge leeftijd, nog onvoorspelbare richting. De beperkingen in sociale communicatieve vaardigheden van kinderen met ASS worden onder andere verklaart vanuit een ongewoon cognitief functioneren, waaronder beperking van 'theory of mind'; zich kunnen verplaatsen in een ander, en de centrale coherentie theorie; beperking om informatie te integreren (Noens & Bercelaer-Onnes, 2005). Deze andere manier van informatieverwerking beïnvloedt onder andere de taal- en spelontwikkeling. Naast aanlegfactoren is de kwaliteit van ouder-kind interacties van invloed op ontwikkelingsvaardigheden van jonge kinderen (Ainsworth, 1978), zoals het niveau van cognitief functioneren (Murray e.a., 1996), rijping van de hersenen (Johnson, 2001) en risico op angst of depressie op volwassen leeftijd (Murray & Greenberg, 2006). Een beschermende factor voor jonge kinderen met ASS is de kwaliteit van ouder-kind interacties, die van invloed is op de vroege taal- en spelontwikkeling. Wanneer de kinderen een stabiele vertrouwensband hebben met de ouder blijkt het vermogen om aandacht te delen met anderen kwalitatief beter (Claussen e.a., 2002, Naber, Swinkels, e.a., 2008) en tonen zij meer gevarieerd, sociaal en symbolisch spelgedrag (Marcu e.a., 2009, Naber, Bakermans-Kranenburg, e.a., 2008) dan kinderen met een instabiele vertrouwensband. Ouder-mediërende interventies voor jonge kinderen met ASS blijken effectief om de kwaliteit van ouder-kind interacties te verbeteren, het taalbegrip te vergroten en de ernst van autisme kenmerken te verminderen (Oono e.a., 2013).

Ouderfactoren

Een belangrijk kwaliteitsaspect van de ouder-kind interactie is ouderlijke sensitiviteit; de mate waarin de ouder adequaat en tijdig reageert op de behoeften/signalen van het kind (Bakermans-Kranenburg e.a., 2003). Bij ouders van kinderen met ASS kan sensitiviteit belemmerd worden door zorgen over de ontwikkeling van het kind en een zoektocht naar een diagnose tijdens de eerste levensjaren (Poslawsky, Naber, Van Daalen, e.a., 2014). Ondanks vaak

opluchting na de diagnose, omdat bevestigd wordt dat het kind anders (beperkt responsief) reageert dan verwacht, twijfelen ouders regelmatig aan eigen opvoedingsvaardigheden (Van Bockel, 2009). Zij lopen het risico op oververmoeidheid en gebrek aan zelfvertrouwen t.a.v. de opvoeding (Giallo e.a., 2011). Dit heeft negatieve gevolgen voor het welbevinden van ouders, waaronder slaapproblemen, stress, angst en depressie. Een negatief welbevinden is een risicofactor voor negatieve gedachten en gevoelens over het kind, waardoor een op elkaar afgestemde ouder-kind interactie wordt belemmerd (Hutman e.a., 2009, Kuhn & Carter, 2006). Verder blijkt een risicofactor dat ouders soms moeilijk een balans kunnen vinden in de mate van stimuleren van het kind. Enerzijds, kunnen ouders het kind te weinig stimuleren. Bijvoorbeeld, ouders die weinig praten met het kind kunnen soms onbedoeld stimulatie van de taalontwikkeling stagneren (Burgess e.a., 2013). Anderzijds kunnen ouders het kind te veel willen leren en stimuleren (Wan e.a., 2012), waardoor het kind onvoldoende ruimte krijgt zich op eigen wijze en tempo te ontplooiën. Beschermende factoren voor ouders zijn bijv. een steunend gezins- en familiefunctioneren, adequate opvang-, onderwijs- of therapiemogelijkheden voor het kind, en, in een zo vroeg mogelijk stadium, kennis over ASS en afgestemde, positieve interacties met het kind (Bronfenbrenner & Ceci, 1994).

Maatschappelijke factoren

Voor kinderen met ASS is het niveau van functioneren op lange termijn nog moeilijk voorspelbaar, maar wel blijken vroege interventies, nog voor het derde levensjaar, gunstig te zijn voor ontwikkelingsuitkomsten in de adolescentie (Baghdadli e.a., 2012). Het percentage kinderen jonger dan vijf jaar dat behandeling krijgt in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) is echter zeven tot negen keer lager dan kinderen ouder dan vijf jaar (Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, 2015).

Aan te pakken factoren

VIPP-AUTI richt zich op de volgende kindfactoren om sociaal communicatieve vaardigheden van het jonge kind te vergroten:

- Spelgedrag van het kind, bijbehorende subdoelen zijn: *samen spelen met de ouder, nieuw speelgoed ontdekken op eigen wijze en gevarieerd spelen*
- Mate van aandacht delen, bijbehorende subdoelen zijn: *uit zichzelf aandacht delen*
- Wijze van emoties uiten, bijbehorende subdoelen zijn: *laten merken plezier te hebben en affectie tonen*
- Responsiviteit, bijbehorende subdoelen zijn: *luisteren naar de ouder, reactie op complimenten en voorbeelden gebruiken van de ouder*

Tevens richt VIPP-AUTI zich op de volgende ouderfactoren om ouderlijke sensitiviteit voor autisme te verbeteren, waarbij de ouder het kind op passende wijze kan stimuleren en zich toegerust voelt om het kind op te voeden:

- Herkenning van en begrip voor de autismekkenmerken, bijbehorende subdoelen zijn: *de emoties van het kind benoemen, stereotiep gedrag interpreteren, structuur en voorspelbaarheid bieden (bijv. met behulp van pictogrammen en beloningsprogramma's) en duidelijk grenzen stellen aan het kind en verwachtingen uitspreken*
- Sensitieve respons op (subtiële) signalen van het kind, bijbehorende subdoelen zijn: *directe reactie op signalen en gevoelens van het kind en het kind tijd en ruimte geven om nieuwe dingen te ontdekken*
- Zelfvertrouwen in eigen opvoedingsvaardigheden door een stimulerende manier van spelen en communiceren, bijbehorende subdoelen zijn: *samen spelen en plezier hebben (affectieve wederkerigheid), aansluiten bij de interesses van het kind om vandaaruit (spel)variatie aan te brengen, dagelijks kort oefenen met spelletjes, het gedrag/de intenties van het kind benoemen en complimenten geven, korte en duidelijke boodschappen geven, niet meer dan één ding tegelijk bespreken/vragen en veel praten met het kind om de taalontwikkeling te stimuleren*

Verantwoording

VIPP-AUTI is een kortdurende, oudermediërende interventie voor kinderen met (een vermoeden van) ASS, jonger dan 6 jaar, bestaande uit video-feedback van ouder-kind interacties in dagelijkse situaties en psycho-educatie aan ouders over algemene en persoonlijke autismekkenmerken van het kind. Doel is om, via ouderlijke sensitiviteit voor autismekkenmerken, sociale communicatievaardigheden bij het kind te vergroten. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat vroege oudermediërende interventies voor kinderen met ASS succesvol zijn voor sociale communicatievaardigheden van het kind, opvoedingssucces van ouders en kwaliteit van ouder-kind interacties (McConachie & Diggle 2007; Oono, 2013). Binnen de hulpverlening aan jonge kinderen met ASS worden individueel gerichte interventies in de thuissituatie aanbevolen, die zich richten op sensitieve ouder-kind interacties (Wallace & Rogers, 2010). Interventies in de natuurlijke omgeving zijn effectief, omdat de generaliseerbaarheid van aangeleerd gedrag in een andere omgeving bij kinderen met ASS vaak beperkt is (Beversdorf e.a., 2007).

Ouders maken zich soms in het eerste levensjaar al zorgen over contactproblemen met het kind (Poslawsky e.a., 2014). Toch is er een diagnostisch uitstel van gemiddeld ruim twee jaar (Dietz e.a. 2007; Vanuit Autisme Bekeken, 2015b). Vanwege de zeer jonge leeftijd van kinderen met grote variatie aan ontwikkelingsvaardigheden, kan een diagnose vaak nog niet met zekerheid gesteld worden. Echter een beleid van afwachten verhindert interveniëren om positieve omgevingsinvloeden te creëren voor de ontwikkeling van het kind. Sinds 2015 zijn screeningsvragen van de CoSoS opgenomen in het

Van Wiechenschema op de consultatiebureau's. Vermoedens van een risico op ASS zijn daarmee te onderbouwen (Nederlands Centrum Jeugdgezondheidszorg, 2015). Consultatiebureaus monitoren de ontwikkeling van 99% baby's in het eerste levensjaar (Centraal Bureau voor Statistiek, 2014). Door de korte duur en weinig belastende aard van de interventie, is VIPP-AUTI geschikt voor laagdrempelige hulpverlening aan ouders die zich zorgen maken over de manier waarop het kind contact maakt. De individuele interactie tussen ouder en kind, in het hier en nu, staat centraal, waarbij een vastgestelde diagnose ASS van ondergeschikt belang is. VIPP-AUTI beoogt positieve interactiemomenten tussen ouder en kind zichtbaar te maken, om lastige opvoedingssituaties te compenseren en opvoedproblemen te voorkomen. Lange termijn effecten van de interventie zijn echter onbekend en vooralsnog niet onderzocht.

Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting (VIPP), ontwikkeld door Juffer en collega's (2008), is een programma gebaseerd op de gehechtheidstheorie van Bowlby (1969) en Ainsworth (1978). Het programma is bedoeld voor specifieke doelgroepen met een verhoogde kans op opvoedproblemen en met succes toegepast bij verschillende klinische en niet-klinische doelgroepen, bijv. vroeggeboren kinderen, kinderen met ernstige huidaandoeningen, adoptiekinderen en kinderen met gedragsproblemen. De diverse VIPP-programma's bevorderen sensitief ouderschap (Juffer e.a., 2008; Juffer e.a., 2009) met klein tot middelgrote effecten (Cohen's *d* variërend tussen de 0,35 en 0,78).

Door de methodiek met video-feedback worden positieve ouder-kind interacties zichtbaar. Uit wetenschappelijk onderzoek (Bakermans-Kranenburg e.a., 2003) bleken interventies met video-feedback effectiever dan interventies zonder video-feedback (bijv. interventies met gesprekken of het gebruik van voorbeelden van anderen). Met actuele video-opnames is precies te zien wat zich in het hier en nu afspeelt, waardoor ouders niet afhankelijk zijn van herinneringen. De feedback stimuleert ouders tot observatie en reflectie en laat met positieve interacties zien waarom het kind op bepaalde wijze reageert. Daarmee leren ouders hun gedrag af te stemmen op de behoeften en mogelijkheden van het kind. Ook een korte duur van interventies (minder dan 5 of 5 tot 16 sessies) bleek effectiever dan langdurige interventies van meer dan 16 sessies. Het VIPP-AUTI-programma is dan ook beperkt tot vijf interventiesessies.

De video-feedback is competentiegericht, waarbij de thuisbegeleider zich richt op de aanwezige krachten en mogelijkheden die de ouder en het kind hebben. Door het laten zien van interactieketens met positieve respons van het kind

bekrachtigt het kind zelf, en niet de thuisbegeleider, het succesvolle gedrag van de ouder (Juffer e.a.,2008). Deze afstemming tussen ouder en kind draagt bij aan positieve gevoelens over de (opvoeding van) het kind en kan daarmee het zelfvertrouwen van ouders in de opvoeding vergroten.

In het oorspronkelijke VIPP-programma staan vier gehechtheidsgerelateerde thema's centraal; 1) gehechtheid en exploratie, 2) 'speaking for the child' (het perspectief van het kind benoemen), 3) sensitiviteitsketen (sensitieve, ouderlijke responsiviteit op signalen van het kind) en 4) gevoelens delen (Juffer e.a., 2008). In het VIPP-AUTI-programma zijn deze VIPP-thema's gecombineerd met aanvullende thema's, die de voornaamste en gerelateerde autisme kenmerken bevatten om bij ouders het begrip en sensitiviteit voor autisme te verbeteren; 1) spel en motivatie, 2) aandacht delen, 3) structuur en regelmaat en 4) stereotiep gedrag en emoties. Deze kenmerken zijn gerelateerd aan ontwikkelingsaspecten bij kinderen met ASS, die direct of indirect, gunstig te beïnvloeden zijn met positieve ouder-kind interacties (Poslawsky, Naber, Bakermans-Kranenburg, e.a., 2014). De thema's zijn als volgt gericht op de interventiedoelen.

Spel en motivatie

Aan spelgedrag zijn diverse ontwikkelingsgebieden gekoppeld, zoals de cognitieve, sociaal-emotionele en taalontwikkeling (Jordan, 2003). Met speelgoed beleven kinderen plezier, sensorische motorische exploratie en symbolische functies door fysieke interactie met materialen (Baranek e.a. 2005). Daarnaast is spelinteractie met andere personen van belang; sociaal spel geheten (Lockett e.a., 1993). Het bevorderen van positieve spelinteracties tussen ouder en kind kan een stimulerende werking hebben op sociale ontwikkelingsgebieden van het kind (*samen spelen met de ouder*). Kinderen met ASS vertonen beperkingen in de spelontwikkeling (Rutherford & Rogers, 2003). Een theoretisch, wetenschappelijk onderbouwde methode om spel te stimuleren bij kinderen met ASS is de Floortime methode (Wieder & Greenspan, 2003). Bij deze methode is meespelen met het kind een eerste stap om contact te maken en de aandacht van het kind te krijgen. Vandaaruit kan een volgende stap gezet worden door het kind iets nieuws aan te bieden (*gevarieerd spelen*).

Vier van de vijf sessies van VIPP-AUTI bevatten opnames van korte spelsituaties; samenspel met de ouder of alleen spelen (*nieuw speelgoed ontdekken op eigen wijze*). De feedback richt zich daarbij op de afstemming van de ouder op de interesse van het kind en mogelijkheden tot stimulatie van spel, waarbij de wijze van spelen geïntegreerd is met de VIPP-thema's gehechtheid (de wijze van contact zoeken met ouder) en exploratie. Tevens dienen de filmopnames als voorbeeld voor ouders om dagelijks met het kind kort te oefenen met spelletjes.

Aandacht delen

Aandacht delen is het vermogen om samen met een andere persoon hetzelfde voorwerp of onderwerp te bekijken of te bespreken (bv. door aanwijzen, blik volgen). Aandacht delen is een aspect van sociale communicatie en voorloper van de taalontwikkeling (Mundy e.a., 2009). Kinderen met ASS kunnen

profiteren van vroege interventies die gericht zijn op het bevorderen van de vaardigheid tot aandacht delen (Patten & Watson, 2011). De kwaliteit van ouder-kind interacties is een beïnvloedende factor voor de mate van aandacht delen bij kinderen met ASS (Bruinsma e.a., 2004; Kasari e.a., 2010; Naber, Swinkels, e.a., 2008). Daarnaast is de vaardigheid om aandacht te delen bij kinderen met ASS gerelateerd aan sensitieve respons van ouders tijdens spelinteracties (Siller & Sigman, 2002). VIPP-AUTI leert ouders hoe zij de aandacht voor speelgoed met het kind kunnen delen op een niet-eisende en volgende manier door video-feedback te geven over de wijze van spelen. Vanaf de tweede sessie van VIPP-AUTI blijft de wijze van aandacht delen van het kind (uit zichzelf aandacht delen) het onderwerp van feedback. Met het gecombineerde VIPP-thema 'speaking for the child' leert de ouder de intenties en emoties van het kind te benoemen.

Structuur en regelmaat

Vanaf de derde sessie van VIPP-AUTI komt de gezinssituatie aan de orde met video-feedback op een dagelijkse maaltijdsituatie en het laten zien van sensitiviteitsketens (*directe reactie op signalen en gevoelens van het kind*). Centrale onderwerpen zijn voorspelbaarheid voor het kind, een consequente opvoedingsstijl en steunfactoren uit de omgeving. Deze onderwerpen zijn gebaseerd op het ecologische transactioneel model (Bronfenbrenner & Ceci, 1994), dat de wisselwerking beschrijft tussen ouder-kind interactie, kind-, ouder- en gezinskenmerken, toegang tot steunsystemen (bv. dagopvang, vrije tijd) en cultuur. De kindkenmerken bij ASS zijn een andere manier van informatieverwerking (Noens & van Berkelaer-Onnes, 2005; Ploog, 2010) en beperkte gevoeligheid voor sociale boodschappen (Doussard-Rooseveldt e.a., 2003; Gervais e.a., 2004). Dit vraagt orthopedagogische vaardigheden van ouders, waarbij VIPP-AUTI zich richt op sensitiviteit voor de specifieke, autisme gerelateerde behoeften van het kind. In dit kader wordt met video-feedback het geven van enkelvoudige, korte boodschappen aangeleerd (*luisteren naar de ouder*), evenals het extra duidelijk maken van verwachtingen (*reactie op complimenten en voorbeelden gebruiken van de ouder*), het belonen van kleine stapjes van wenselijk gedrag (gebaseerd op gedragstherapeutische principes) en het gebruik van visuele communicatiehulpmiddelen (bijv. pictogrammen) om voorspelbaarheid te creëren. Het gebruik van pictogrammen is gebaseerd op de evidence-based interventie Treatment and Education of Autistic and related Handicaped CHildren (TEACCH; Mesibov & Shea, 2010). Ook aspecten van sensitief disciplineren, zoals een sensitieve time-out, komen aan de orde als er sprake is van gedragsproblemen. Gedragsproblemen kunnen ontstaan door dwang te gebruiken in opvoedingssituaties (coërsiviteitstheorie van Patterson, 1982). Met sensitief disciplineren leert het kind gewenst gedrag zonder het gebruik van dwang.

Stereotiep gedrag en emoties

Jonge kinderen met ASS hebben een beperking om gezichten te herkennen (Vlamings e.a., 2010; Magrelli e.a., 2013), wat het moeilijk maakt om diverse emoties bij anderen te onderscheiden. Tegelijk is het voor ouders soms lastig om emoties van het kind te begrijpen door ongewone reacties. Het kind gaat bijvoorbeeld lachen als een ander zich pijn doet. Autisme kenmerkt zich ook door stereotiep gedrag, d.w.z. beperkt of herhalend gedrag (Lam e.a., 2008). Beperkt gedrag is te zien door een eenzijdige focus, inflexibiliteit en aanhoudende interesse in steeds dezelfde activiteit/interesse op dezelfde manier. Herhalend gedrag uit zich in ritmische motorische bewegingen, herhaling in spraak, routines en rituelen. Er zijn grote individuele verschillen in de mate en accenten van stereotiep gedrag m.b.t. beperking of herhaling. De aanwezigheid van stereotiep gedrag is onder andere geassocieerd met een beperking van de spelontwikkeling (Van Berckelaer-Onnes, 2003; Williams, 2003). Vanaf de vierde sessie van VIPP-AUTI is de feedback gericht op emoties en het benoemen daarvan (het wederzijds herkennen en begrijpen van emoties (*laten merken plezier te hebben en affectie tonen*) en de interpretatie van stereotiep gedrag.

Tijdens de video-feedback geeft de thuisbegeleider ook individueel gerichte psycho-educatie. Psycho-educatie is een vorm van behandeling, waarbij men kennis opdoet over wat ASS inhoudt en hoe dit zich uit in dagelijkse situaties (Autisme Kennis Centrum, 2016). Psycho-educatie en vroege interventies zijn aanbevolen behandelingen, die met zo weinig mogelijk middelen, de voornaamste en gerelateerde autismekenmerken behandelen (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2009). Vanaf de derde sessie informeert de thuisbegeleider, indien van toepassing, het gezin ook nader over specialistische zorg, belangenorganisaties en nieuwe ontwikkelingen op het gebied van ASS. Aanvullend wordt algemene psycho-educatie gegeven in de vorm van een schriftelijk informatiedossier. Het gebruik van schriftelijk materiaal behoort tot een effectief onderdeel van VIPP-programma's (Juffer e.a., 2008).

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Voorafgaand aan onderzoek naar effecten is een pilotstudie verricht naar de uitvoering van VIPP-AUTI (voorjaar 2008). Dit is een niet-gepubliceerde studie bij vier klinische gezinnen, vanuit het UMC Utrecht, uitgevoerd door twee mede-ontwikkelaars en onderzoekers van VIPP-AUTI (F.B.A. Naber, I.E. Poslawsky) en twee thuisbegeleiders van de experimentele interventiegroep (R.H. Houben, C. Wasmus). Voorafgaand aan ieder huisbezoek vond intervisie plaats om gezamenlijk de huisbezoeken voor te bereiden.

Aansluitend op een diagnose ASS bij het kind, volgens de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2000), kregen ouders informatie over de pilotstudie en gaven zij toestemming voor deelname. De deelnemende kinderen waren jongens tussen de 3,5 en 5 jaar oud. Deelnemende ouders waren drie moeders en één vader met een middel tot hoge sociaal economische status.

De pilotstudie was bedoeld om het werken volgens de handleiding en tevredenheid van kind en ouders te toetsen.

Werkwijze volgens de handleiding

De handleiding VIPP-AUTI was goed uitvoerbaar. De aanvullende thema's m.b.t. autismekennmerken van het kind waren bij alle deelnemers herkenbaar en bespreekbaar met de ouders. Er zat zichtbaar groei in het inzicht en de aanpak van de ouders volgens de bedoelde opbouw van de interventie. Het filmen vroeg enige oplettendheid t.a.v. de belichting (bijv. de vraag of een gordijn dicht mag). Tijdens de video-feedback maakte het niet uit of het kind meekeek of zelf ging spelen; variaties waren werkbaar. Ook broertjes/zusjes waren goed bezig te houden met eigen of meegebracht speelgoed. Het voorbereiden van de scripts kostte relatief veel tijd, mede door de intervisie. Over de inhoud van de scripts n.a.v. de filmbeelden werd steeds consensus bereikt. De handleiding werd op enkele punten tekstueel aangepast, bijv. een definiëring van het begrip stereotiep gedrag.

Tevredenheid van kind en ouders

De tevredenheid is gemeten met de Client Satisfactory Questionnaire (CSQ-8; Attkisson & Zwick, 1982).

Alle ouders waren tevreden tot zeer tevreden met VIPP-AUTI. Eén moeder had ervaring met voorgaande begeleiding bij haar eerste kind met ASS. Zij vond de meerwaarde van VIPP-AUTI dat er vanuit het kind en zijn bijzonderheden gekeken werd en niet vanuit (verhalen van) de ouder. Een andere ouder had voldoende handvatten gekregen om zelf verder te kunnen en had geen behoefte meer aan vervolgbehandeling. Naast tevredenheid, miste één van de ouders een

focus op interactie met andere kinderen. Bij de kennismaking is het daarom een aandachtspunt om goed het doel en de afbakening van de VIPP-AUTI te bespreken; ouder-kind interactie.

De tevredenheid van het kind bleek uit het enthousiasme bij aankomst en de snelle acceptatie van de thuisbegeleider. De standaard structuur van de huisbezoeken droeg daaraan bij; filmopname en film bespreken. Ook waren het meegebrachte speelgoed en het spelen met de eigen ouder een prettige en niet-belastende activiteit voor de kinderen.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Behaalde effecten van VIPP-AUTI zijn onderzocht op de afdeling Psychiatrie van het UMC Utrecht in samenwerking met het Centrum voor Gezinsstudies van de Universiteit Leiden, in de periode van 2008 t/m 2012.

Publicatie: Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting adapted to Autisme (VIPP-AUTI): A randomized controlled trial. Poslawsky I.E., Naber F.B.A., Bakermans-Kranenburg M.J., Van Daalen E., Van Engeland H., & Van IJzendoorn M.H. 2015. Autism. *The International Journal of Research and Practice*, 19(5); 588-603.

Type onderzoek

De studie was een gerandomiseerde studie met een controlegroep (N=78). Tijdens het behandelingstraject van het UMC Utrecht, kregen 40 gezinnen VIPP-AUTI en 38 gezinnen de gebruikelijke, even intensieve thuisbegeleiding zonder video-feedback (gemiddeld vijf huisbezoeken).

Selectiecriteria waren kinderen met een recente diagnose ASS tussen de 0 en 5 jaar, verblijvend op hetzelfde adres als de ouder, een ondertekend toestemmingsformulier van ouders met bevoegd gezag en geen interfererende (medische) problematiek of andere behandeling/begeleiding.

De leeftijd van de kinderen was gemiddeld 43 maanden (16-61 maanden) en ruim de helft was het eerstgeboren kind. De diagnose ASS (DSM-IV-TR en ADOS-G) varieerde van zeer ernstig tot licht. Het cognitief functioneren varieerde van mentale retardatie tot hoog niveau. Ongeveer de helft van de kinderen had een taalachterstand van meer dan 6 maanden. Van de ouders deed de primaire opvoeder mee, waarvan 90% moeders. De ouders hadden een gemiddelde leeftijd van 37 jaar (25-52 jaar). Het aantal gescheiden of alleenstaande ouders was 18%. De sociaal economische status was bij de meerderheid middel tot hoog (gebaseerd op statuscores van het Centraal Bureau voor de Statistiek, 2010). Ouders met een andere dan Nederlandse culturele achtergrond waren in de minderheid, zonder dominante cultuur.

Meetmomenten en -instrumenten

Er vonden drie meetmomenten plaats; voorafgaand aan de interventie, na afloop van de interventie drie maanden later en een follow-up meting zes maanden later (periode van drie maanden zonder interventie).

Naast diagnostische metingen voor ASS, cognitief functioneren en taalontwikkeling, respectievelijk ADOS-G, Mullen Scales of Early Learning en de Reynell/Schlichting test, zijn ouder-kind interacties gemeten met de Emotional Availability Scales (EAS; Biringen e.a., 2000). De EAS bestaat uit vier ouderschalen; sensitiviteit, structurering, intrusiviteit en afwijzing, en twee kindschalen; responsiviteit en betrokkenheid. Het spelgedrag (spelniveau en -variatie) is gecodeerd van vrij-spel-filmopnames met een ethogram (Naber, Bakermans-Kranenburg, e.a., 2008), voorheen ontwikkeld door Ungerer & Sigman (1981). Met de Early Social and Communication Scales (ESCS; Mundy e.a., 2003) is 'aandacht delen' gemeten. Daarnaast vulden ouders vragenlijsten in over gedragsproblemen bij kinderen met ASS, inclusief stereotiep gedrag (Aberrant Behavior Checklist), de taalontwikkeling als het kind niet-testbaar was (MacArthur-Bates Communicative Developmental Inventories; N-CDIs), eigen zelfvertrouwen in de opvoeding (Parental Efficacy Questionnaire), de opvoedingsbelasting (Parental Daily Hassles) en tevredenheid over de thuisbegeleiding (CSQ-8).

Samenvatting van de meest relevante uitkomsten

Na behandeling met VIPP-AUTI bleken ouders minder intrusief in vergelijking met de controlegroep (effectgrootte: Cohen's $d = 0.49$). Ook rapporteerden ouders een grotere toename van zelfvertrouwen in de opvoeding dan ouders die de gebruikelijke thuisbegeleiding hadden gekregen (Cohen's $d = 0.61$). Niet direct na de interventie, maar bij de follow-up meting toonden kinderen uit de VIPP-AUTI-groep een significante vooruitgang in het initiatief om aandacht te delen met een ander. Dit therapeutisch effect van VIPP-AUTI, was geen mediatie-effect van de gemeten ouderuitkomsten. De cliënttevredenheid over de interventie was in beide groepen positief tot zeer positief. In tegenstelling tot de controlegroep, was er geen uitval tijdens het VIPP-AUTI programma. Ouders benoemden bij de follow-up meting de doelstellingen van VIPP-AUTI als behaalt, bijv. door via de film het tempo of stereotiep gedrag van het kind te leren begrijpen. Ook waardeerden ouders het schriftelijke informatiedossier. Om de uitvoering volgens protocol te waarborgen, kregen de getrainde thuisbegeleiders feedback bij de voorbereiding van alle huisbezoeken in wekelijkse supervisiebijeenkomsten. Daarnaast vond monitoring plaats over de uitvoering van VIPP-AUTI bij 20% van de huisbezoeken door de onderzoeksgroep van het Centrum voor Gezinsstudies in Leiden.

5. Samenvatting Werkzame elementen

VIPP-AUTI is een ontwikkelingsgerichte gedragsinterventie bij kinderen met een (vermoeden van) ASS, jonger dan 6 jaar, en hun ouders met als doel sociale communicatievaardigheden van het kind te vergroten door sensitief ouderschap te verbeteren, waarbij de ouder het kind op passende wijze kan stimuleren en zich toegerust voelt om het kind op te voeden.

Inhoudelijke werkzame elementen

- Oudermediatie bij kinderen met ASS in de leeftijd tot 6 jaar: heeft positief effect op sociaal communicatievaardigheden het kind, de kwaliteit van ouder-kind interacties en opvoedingssucces van ouders
- Het geprotocolleerde VIPP-programma: heeft positief effect op sensitief ouderschap
- Gebruik van video-feedback: heeft meer effect dan interventies zonder video-feedback
- Competentiegerichte video-feedback door nadruk op positieve ouder-kind interacties: het kind bekrachtigt de ouder (eigen rolmodel); vergroot het zelfvertrouwen van ouders in eigen opvoedingsvaardigheden
- De korte interventieduur: heeft meer effect dan interventies van meer dan 16 sessies
- Focus op thema's gerelateerd aan ontwikkelingsaspecten van kinderen met ASS, die door positieve ouder-kind interacties, direct of indirect, te beïnvloeden zijn
- Geven van psycho-educatie (zowel tijdens de video-feedback als schriftelijk): ouders leren autismekkenmerken van het kind herkennen en begrijpen

Praktische werkzame elementen

- Werkwijze volgens een gedetailleerde handleiding: duidelijk voor zorgprofessionals om de interventie uit te voeren
- Gebruik van diverse spelvormen en -materialen: geven inzicht in autismekkenmerken en ouder-kind interacties, zijn prettig voor het kind en tevens voorbeeldmateriaal voor het gezin
- Gebruik van dagelijkse situaties in eigen omgeving (spel en maaltijd) en vaste interventiestructuur: is voorspelbaar en minimale belasting voor het gezin
- Breed toepasbaar binnen de doelgroep: onafhankelijk van ontwikkelingsniveau en mate van autisme van het kind
- Inpasbaar in de ambulante werkwijze van diverse zorgorganisaties en disciplines: sluit aan bij screening en vroegdiagnostiek voor kinderen met sociaal communicatieve problemen

6. Aangehaalde literatuur

- Autisme Kennis Centrum (2016). *Psycho-educatie*. Binnengehaald 12 april 2016 van <https://autismekenniscentrum.nl/behandeling/psycho-educatie>
- Ainsworth, M. D. S. (1978). Bowlby-Ainsworth attachment theory. *Behavioral and Brain Sciences*, 1(3), 436-438.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Fifth Edition, ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Fourth Edition, Tekst Revision ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Attkisson, C.C. & Zwick, R. (1982). The client satisfaction questionnaire: psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and Program Planning* 5(3), 233-237.
- Baghdadli, A., Assouline, B., Sonié, S., Pernon, E., Darrou, C., Michelon, C.,... Pry, R. (2012). Developmental trajectories of adaptive behaviors from early childhood to adolescence in a cohort of 152 children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 42, 1314-1325.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H. & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129(2), 195-215.
- Baranek, G. T., Barnett, C. R., Adams, E. M., Wolcott, N. A., Watson, L. R. & Crais, E. R. (2005). Object play in infants with autism: Methodological issues in retrospective video analysis. *The American Journal of Occupational Therapy.: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 59(1), 20-30.
- Bekhet, A. K., Johnson, N. L., & Zauszniewski, J. A. (2012). Resilience in family members of persons with autism spectrum disorder: A review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(10), 650-656.
- Beversdorf, D. Q., Narayanan, A., Hillier, A. & Hughes, J. D. (2007). Network Model of Decreased Context Utilization in Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 37, 1040-1048.
- Biringen, Z., Robinson, J. L. & Emde, R. N. (2000). Appendix A: The emotional availability scales (2nd ed.; an abridged infancy/Early childhood version). *Attachment & Human Development*, 2(2), 251-270.
- Birney, E., Stamatoyannopoulos, J.A., Dutta, A., Guigó, R., Gingeras, T.R., Margulies, E.H., et al. (2007). Identification and analysis of functional elements in 1% of the human genome by the ENCODE pilot project. *Nature*, 447. doi: 10.1038/nature05874
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol 1. attachment*. New York: Basic Books.
- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. J. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review*, 101(4), 568-586.

- Bruinsma, Y., Koegel, R. L., & Koegel, L. K. (2004). Joint attention and children with autism: A review of the literature. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 10(3), 169-175.
- Burgess, S., Audet, L., Harjusola-Webb, S. (2013). Quantitative and qualitative characteristics of the school and home language environments of preschool-aged children with ASD. *Journal of Communication Disorders* 46, 428-439.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. *Hoeveel jongeren zijn er in Nederland? Tabel 2015*. Binnengehaald 18 januari 2016 van <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/dossiers/jongeren/faq/specifiek/faq-hoeveel-jongeren.htm>
- Charman, T. (2011). The Highs and Lows of Counting Autism. *American journal of Psychiatry* 168, 873-875.
- Claussen, A. H., Mundy, P. C., Mallik, S. A., & Willoughby, J. C. (2002). Joint attention and disorganized attachment status in infants at risk. *Development and Psychopathology*, 14(2), 279-291.
- Couturier, J. L., Speechley, K. N., Steele, M., Norman, R., Stringer, B. & Nicolson, R. (2005). Parental perception of sleep problems in children of normal intelligence with pervasive developmental disorders: Prevalence, severity, and pattern. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(8), 815-822.
- De Bildt, A., Sytema, S., Zander, E., Bölte, S., Sturm, H., Yirmiya, N., ... Oosterling, I.J. (2015). Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) Algorithms for Toddlers and Young Preschoolers: Application in a Non-US Sample of 1,104 Children. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 45 (7): 2067-2091.
- Dietz, C., Swinkels, S.H., Van Daalen, E., Van Engeland, H. & Buitelaar, J.K. (2007). Parental compliance after screening social development in toddlers. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161: 363-368.
- Doussard-Roosevelt, J. A., Joe, C. M., Bazhenova, O. V. & Porges, S. W. (2003). Mother-child interaction in autistic and nonautistic children: Characteristics of maternal approach behaviors and child social responses. *Development and Psychopathology*, 15(2), 277-295.
- Eisenhower, A. S., Baker, B. L., & Blacher, J. (2005). Preschool children with intellectual disability: syndrome specificity, behaviour problems, and maternal well-being. *Journal of Intellectual Disability Research : JIDR*, 49(Pt 9), 657-671.
- Fombonne, E. (2009). Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatric Research*, 65(6), 591-598. Green, V.A., Pituch, K.A., Itchon, J., Choi, A., O'Reilly M. & Sigafos, J. (2006). Internet survey of treatments used by parents of children with autism. *Research in Developmental Disabilities*, 27, 70-84.
- Gervais, H., Belin, P., Boddaert, N., Leboyer, M., Coez, A., Sfaello, I., . . . Zilbovicius, M. (2004). Abnormal cortical voice processing in autism. *Nature Neuroscience*, 7(8), 801-802.
- Giallo, R., Wood, C. E., Jellett, R., & Porter, R. (2011). Fatigue, wellbeing and parental self-efficacy in mothers of children with an autism spectrum disorder. *Autism : The International Journal of Research and Practice*, doi:10.1177/1362361311416830
- Howlin, P., Goode, S., Hutton, J. & Rutter, M. (2004). Adult outcome for children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 212-229.

- Hutman, T., Siller, M. & Sigman, M. (2009). Mother's narratives regarding their child with autism predict maternal synchronous behavior during play. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(10), 1255-1263.
- Johnson, M. H. (2001). Functional brain development in humans. *Nature Reviews Neuroscience*, 2(7), 475-483.
- Jordan, R. (2003). Social play and autistic spectrum disorders: a perspective on theory, implications and educational approaches. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 7(4), 374-360.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M.J. & Van IJzendoorn, M.H., eds. (2008). *Promoting Positive Parenting. An Attachment-Based Intervention*. New York/ London: Lawrence Erlbaum Associates/ Taylor & Francis Group
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J. & Van IJzendoorn, M. H. (2009). *Attachment-based interventions: Heading for evidence-based ways to support families*. *ACAMH Occasional Papers*, 29, 47-57.
- Kasari, C., Gulsrud, A. C., Wong, C., Kwon, S. & Locke, J. (2010). Randomized controlled caregiver mediated joint engagement intervention for toddlers with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(9), 1045-1056.
- Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (2015). *Prevalentie en incidentie GGZ 0-6 jarigen*. Binnengehaald 18 januari 2016 van <http://www.kenniscentrum-kjp.nl/Professionals/GGZ-0-6-jarigen/Inleiding-25/Prevalentie-en-incidentie>
- Kuhn, J.C. & Carter, A.S. (2006). Maternal self-efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 76(4), 564-575.
- Lam, K. S., Bodfish, J. W. & Piven, J. (2008). Evidence for three subtypes of repetitive behavior in autism that differ in familiarity and association with other symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 49(11), 1193-1200.
- Laud, R. B., Girolami, P. A., Boscoe, J. H. & Gulotta, C. S. (2009). Treatment outcomes for severe feeding problems in children with autism spectrum disorder. *Behavior Modification*, 33(5), 520-536.
- Levy, S.E., Giarelli, E., Lee, L-C., Schieve, L.A., Kirby, R.S., Cunniff, Ch. ,...Rice, C.E. (2010). Autism Spectrum Disorder and Co-occurring Developmental Psychiatric, and Medical Conditions Among Children in Multiple Populations of the United States. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 31(4), 267-275.
- Lord, C., Risi, S., Lambrecht, L., Cook, E.H. Jr., Leventhal, B.L., Dilavore, P.C., et al. (2000). The autism diagnostic observation schedule-generic: a standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 205-223.
- Lord, C. (2011). Epidemiology: How common is autism? *Nature*, 474(7350), 166-168.
- Luckett, T., Bundy, A. & Roberts, J. (2007). Do behavioural approaches teach children with autism to play or are they pretending? *Autism*, 11(4), 365-388.

- Magrelli, S., Jermann, P., Noris, B., Ansermet, F., Hentsch, F., Nadel, J. & Billard, A. (2013). Social orienting of children with autism to facial expressions and speech: A study with a wearable eye-tracker in naturalistic settings. *Frontiers in Psychology*, 4, 840-840.
- Marcu, I., Oppenheim, D., Koren-Karie, N., Dolev, S. & Yirmiya, N. (2009). Attachment and symbolic play in preschoolers with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(9), 1321-1328.
- Massachusetts Department of Mental Health Safety Tool for Kids. (2006). Binnengehaald 12 maart 2008 van <http://www.mass.gov/eohhs/docs/dmh/rsri/safety-tool-for-kids-sample.pdf>
- Matson, J. L., Kozlowski, A. M., Worley, J. A., Shoemaker, M. E., Sipes, M. & Horovitz, M. (2011). What is the evidence for environmental causes of challenging behaviors in persons with intellectual disabilities and autism spectrum disorders? *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 693-698.
- McConachie, H. & Diggle, T. (2007). Parent implemented early intervention for young children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13(1), 120-129.
- Mesibov, G.B., Shea, V. (2010). The TEACCH Program in the ERA of Evidence-based Practice. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 40, 570-579.
- Mundy, P., Delgado, C., Block, J., Venezia, M., Hogan, A. & Seibert, J. (2003) *A Manual for the Abridged Early Social Communication Scales (ESCS)*. University of Miami. Binnengehaald 14 mei 2008 en 23 november 2012 van http://www.ucdmc.ucdavis.edu/mindinstitute/ourteam/faculty_staff/escs.pdf
- Mundy, P., Sullivan, L. & Mastergeorge, A. M. (2009). A parallel and distributed-processing model of joint attention, social cognition and autism. *Autism Research : Official Journal of the International Society for Autism Research*, 2(1), 2-21.
- Murray, C., & Greenberg, M. (2006). Examining the importance of social relationships and social contexts in the lives of children with high-incidence disabilities. *Journal of Special Education*, 39(4), 220-233.
- Murray, L., FioriCowley, A., Hooper, R., & Cooper, P. (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Development*, 67(5), 2512-2526.
- Naber, F. B., Swinkels, S. H., Buitelaar, J. K., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Dietz, C., . . . van Engeland, H. (2007). Attachment in toddlers with autism and other developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(6), 1123-1138.
- Naber, F. B., Swinkels, S. H., Buitelaar, J. K., Dietz, C., van Daalen, E., Bakermans-Kranenburg, M. J., . . . van Engeland, H. (2008a). Joint attention and attachment in toddlers with autism. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(6), 899-911.
- Naber, F. B., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Swinkels, S. H., Buitelaar, J. K., Dietz, C., . . . van Engeland, H. (2008b). Play behavior and attachment in toddlers with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(5), 857-866.

- Nederlands centrum Jeugdgezondheidszorg, *Richtlijn Autisme spectrumstoornissen* (2015). Binnengehaald 12 januari 2017 van <https://www.ncj.nl/aanbod/richtlijnen/jgzrichtlijnenwebsite/details-richtlijn/?richtlijn=25>
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. *Richtlijn diagnostiek en behandeling autismspectrumstoornissen bij kinderen en jeugdigen* (2009). Binnengehaald 29 februari 2016 van <http://www.nvvp.net/website/richtlijnen/overzicht-richtlijnen>
- Nicolson, R., & Szatmari, P. (2003). Genetic and neurodevelopmental influences in autistic disorder. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 48(8), 526-537.
- Noens, I.L.J. & Van Berckelaer-Onnes, I.A. (2005). Captured by details: sense-making, language and communication in autism. *Journal of Communication Disorders* 38, 123-141.
- Oono, I., Honey, E. & McConachie, H. (2013) Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD009774-CD009774.
- Oosterling, I.J., Swinkels, S.H., Van der Gaag, R.J., Visser, J.C., Dietz, C., Buitelaar, J.K., Comparative Analysis of Three Screening Instruments for Autism Spectrum Disorder in Toddlers at High Risk. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 39: 897-909.
- Patten, E., & Watson, L. R. (2011). Interventions targeting attention in young children with autism. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 20(1), 60-69. doi:10.
- Patterson, G.R. (1982). *Coersive family process: A social learning approach*. Eugene, OR: Castlia
- Ploog, B. O. (2010). Stimulus overselectivity four decades later: A review of the literature and its implications for current research in autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(11), 1332-1349.
- Poslawsky, I.E., Naber, F.B.A., Van Daalen, E. & Van Engeland, H. (2014). Parental reaction to early diagnosis of their children's Autism Spectrum Disorder: an exploratory study. *Child Psychiatry and Human Development*, 45(3); 294-305.
- Poslawsky, I.E., Naber, F.B.A., Bakermans-Kranenburg, M.J., De Jonge, M.V., Van Engeland, H. & Van IJzendoorn,
- M.H. (2014). Development of a Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting for Children with Autism (VIPP-AUTI). *Attachment and Human Development*, 16(4); 343-355.
- Poslawsky, I.E., Naber, F.B.A., Bakermans-Kranenburg, M.J., Van Daalen, E., Van Engeland, H. & Van IJzendoorn,
- M.H. (2015). Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting adapted to Autism (VIPP-AUTI): A Randomized Controlled Trial. *Autism. The International Journal of Research and Practice*. 19(5); 588-603.
- Rutherford, M. D. & Rogers, S. J. (2003). Cognitive underpinnings of pretend play in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33(3), 289-302
- Siller, M, & Sigman, M. (2002). The behaviors of parents of children with autism predict the subsequent development of their children's communication. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32(2), 77-89.
- Ungerer, J. A. & Sigman, M. (1981). Symbolic play and language comprehension in autistic children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20(2), 318-337.

- Van Berckelaer-Onnes, I. A. (2003). Promoting early play. *Autism : The International Journal of Research and Practice*, 7(4), 415-423.
- Van Bockel, J. (2009). *IJskastmoeder. Leven met een aspergerkind*. Tiel: Lannoo NV
- Van der Zwaag, B., Franke, L., Poot, M., Hochstenbach, R., Spierenburg, H. A., Vorstman, J. A., . . . Staal, W. G. (2009). Gene-network analysis identifies susceptibility genes related to glycobiology in autism. *PloS One*, 4(5), e5324.
- Van Meijel, B., Gamel, C., Swieten-Duijfjes, B. & Grypdonck, M. (2004). The development of evidence-based nursing interventions: Methodological considerations. *Journal of Advanced Nursing*, 48(1), 84-92.
- Vanuit Autisme Bekeken (2015a). *Onze visie op autisme. Wat het voor ons is, wat het niet is en wat het mogelijk zou kunnen zijn*. Binnengehaald 18 januari 2016 van http://www.vanuitautismebekeken.nl/sites/default/files/documenten/webversie_visie_def_0.pdf
- Vanuit Autisme Bekeken (2015b). *Autismediagnostiek: eerder, sneller, beter*. Binnengehaald 14 oktober 2015 van http://www.vanuitautismebekeken.nl/sites/default/files/documenten/autismediagnostiek_web_def.pdf
- Vlamings, P. H., Jonkman, L. M., van Daalen, E., van der Gaag, R. J. & Kemner, C. (2010). Basic abnormalities in visual processing affect face processing at an early age in autism spectrum disorder. *Biological Psychiatry*, 68(12), 1107-1113.
- Vorstman, J. A., van Daalen, E., Jalali, G. R., Schmidt, E. R., Pasterkamp, R. J., de Jonge, M., . . . Ophoff, R. A. (2011). A double hit implicates DIAPH3 as an autism risk gene. *Molecular Psychiatry*, 16(4), 442-451.
- Wan, M., Green, J., Elsabbagh, M., Johnson, M., Charman, T. & Plummer, F. (2012). Parent-infant interaction in infant siblings at risk of autism. *Research in Developmental Disabilities*, 33(3), 924-932.
- Wallace, K. S. & Rogers, S. J. (2010). Intervening in infancy: Implications for autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 51(12), 1300-1320.
- Wieder, S. & Greenspan, S. (2003). Climbing the symbolic ladder in the DIR model through floor time/interactive play. *Autism*, 7(4), 425-435.
- Williams, E. (2003). A comparative review of early forms of object-directed play and parent-infant play in typical infants and young children with autism. *Autism : The International Journal of Research and Practice*, 7(4), 361-377.
- Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Rogers, T., Roberts, W., Brian, J. & Szatmari, P. (2005). Behavioral manifestations of autism in the first year of life. *International Journal of Developmental Neuroscience : The Official Journal of the International Society for Developmental Neuroscience*, 23(2-3), 143-152.

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Kenniscentrum Sport, Vilans, het Trimbos Instituut en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

