

## **Interventie**

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

---

## Erkenning

Erkend door deelcommissie Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie

Datum: 2 februari 2024

Oordeel: Effectief volgens eerste aanwijzingen voor effectiviteit

De referentie naar dit document is: Hesselink, Pijl en Janssen-de Ruijter (november 2023).

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](http://www.nji.nl/jeugdinterventies).

# Inhoud

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Samenvatting .....</b>                            | <b>4</b>  |
| Doelgroep .....                                      | 4         |
| Doel .....   | 4         |
| Aanpak .....   | 4         |
| Materiaal .....                                      | 5         |
| Onderbouwing .....                                   | 5         |
| Onderzoek.....                                       | 5         |
| <b>1. Uitgebreide beschrijving interventie .....</b> | <b>7</b>  |
| 1.1 Doelgroep.....                                   | 7         |
| 1.2 Doel .....                                       | 8         |
| 1.3 Aanpak.....                                      | 10        |
| <b>2. Uitvoering .....</b>                           | <b>13</b> |
| <b>3. Onderbouwing.....</b>                          | <b>16</b> |
| <b>4. Onderzoek.....</b>                             | <b>24</b> |
| 4.1 Onderzoek naar de uitvoering.....                | 24        |
| 4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten.....         | 25        |
| <b>5. Samenvatting werkzame elementen .....</b>      | <b>27</b> |
| <b>6. Aangehaalde literatuur.....</b>                | <b>28</b> |

## Samenvatting

VIPP-AUTI is een kortdurende interventie voor ouders/verzorgers van jonge kinderen met (een vermoeden van) een diagnose in het autisme spectrum. Gedurende zes huisbezoeken worden video-opnames gemaakt van ouder en kind tijdens verschillende spelmomenten en een eetmoment. De video-opnames worden samen met de ouder teruggekeken en besproken. De competentiegerichte video-feedback richt zich op het vergroten van de ouderlijke sensitiviteit voor de signalen van het jonge kind met autisme. In de huisbezoeken is er sprake van een opbouw, waarbij de focus in eerste instantie vooral gericht is op het kind. Later is er meer aandacht voor de rol van de ouder zelf.

### Doelgroep

Jonge kinderen (0 t/m 5 jaar) met (een vermoeden van) een diagnose in het autisme spectrum (vervolgens autisme genoemd) en hun primaire verzorgers (vader, moeder, pleegouder, adoptieouder).

### Doel

Het doel van VIPP-AUTI is om door het verbeteren van de ouderlijke sensitiviteit voor signalen van het kind: 1) de sociaal-communicatieve en spelvaardigheden van het jonge kind met autisme te vergroten en 2) de positieve interactie tussen ouder en kind te vergroten. Ouderlijke sensitiviteit wordt, gebaseerd op de Ainsworth schaal<sup>1</sup>, beschreven als: een ouder die accuraat observeert, de signalen van het kind juist interpreteert en er prompt en adequaat op reageert (ook wel 'sensitieve responsiviteit' genoemd). Een sensitieve ouder reageert sensitief op het (al dan niet) lichamelijk contact zoeken van het kind, interfereert niet te snel als het kind exploreert, maar brengt wel structuur aan waar nodig. De ouder is responsief/affectief en stimulerend in speelse interacties met het kind, zonder hierbij de grenzen van het kind te overschrijden en hij/zij houdt rekening met de eigenschappen behorend bij autisme.

### Aanpak

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

---

<sup>1</sup> AINSWORTH, M.D.S., BELL, S.M., & STAYTON, D J. Infant-mother attachment and social development: 'socialisation' as a product of reciprocal responsiveness to signals. In M.P. Richards (Ed.), *The Integration of a child into a social world*. London: Cambridge University. Press, 1974. Pp. 99-135.

## Materiaal

- Videocamera/mobiele telefoon
- Laptop om de beelden samen op terug te kijken
- Statief
- Speelgoed zoals:
  - theeserviesje en 2 knuffels
  - gekleurde blokken
  - boekje
  - speelgoed camera
  - puzzeltoren
  - staafje en een piepbeestje
  - xylofoon
  - bellenblaas
  - fruitsetje
  - flapboekje
  - knikkerbaan
- Een methodiekhandleiding voor zorgprofessionals (Naber & Poslawsky e.a, 2016)
- Schriftelijk informatiedossier voor ouders (UMC Utrecht, 2015)

## Onderbouwing

Bij kinderen met autisme is aangetoond dat de mate van vroege sociaal-communicatieve vaardigheden, 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 blijkt te kunnen worden beïnvloed door middel van vroege interventies. Een belangrijk aspect van ouder-kind interacties is ouderlijke sensitiviteit; het adequaat observeren, interpreteren en reageren door ouders op signalen van het kind. De signalen van een jong kind met autisme zijn echter vaak lastig te interpreteren vanwege beperkingen van het kind op sociaal-communicatief gebied. Ook is bekend dat ouders die positief denken en voelen over (de opvoeding van) het kind met autisme beter op het kind afgestemd zijn dan ouders met negatieve gevoelens.

VIPP-AUTI ondersteunt ouders in de kennis over welke autismekkenmerken, 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 een experimentele en controle groep zijn effecten onderzocht bij 78 kinderen met autisme (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 communicatieve vaardigheden van het kind, namelijk het initiatief om aandacht te

delen. Het spelgedrag toonde in beide groepen eenzelfde vooruitgang. Ouders in beide groepen waren tevreden met de thuisbehandeling.

# 1. Uitgebreide beschrijving interventie

## 1.1 Doelgroep

### Uiteindelijke doelgroep

VIPP-AUTI is ontwikkeld voor kinderen met (een vermoeden van) een diagnose binnen het autismespectrum (ASS, hierna autisme genoemd) in de leeftijd tot 6 jaar, met ouders/verzorgers die behoefte hebben aan opvoedondersteuning. Wanneer er sprake is van een licht verstandelijke beperking (LVB) bij het kind kan de leeftijdsgrens worden verhoogd. Dat wil zeggen dat ouders van kinderen tot (en met) 8 jaar met LVB ook in aanmerking komen voor de VIPP-AUTI.

### Selectie van doelgroepen

Kinderen jonger dan 6 jaar met (een vermoeden van) autisme en hun ouders komen in aanmerking voor VIPP-AUTI. Dit betreft kinderen met een diagnose op grond van de DSM-V classificatie (American Psychiatric Association, 2013). Het vaststellen van autisme valt onder de verantwoordelijkheid van een psychiater en/of GZ-/klinisch psycholoog. Nadat de classificatie is vastgesteld wordt er een individueel behandelplan opgesteld waarin wordt bekeken welke behandeling het best passend is bij het diagnostisch profiel van het kind en de hulpvraag van ouders. De betrokken behandelaren bepalen daarin of VIPP-AUTI passend is voor het gezin.

VIPP-AUTI is ook geschikt voor kinderen zonder, of in afwachting van, een classificatie, mits er sprake is van vroege signalen van problemen in de sociaal-communicatieve ontwikkeling. Door middel van screeningsinstrumenten (bijvoorbeeld de CoSoS, Dietz & Oosterling 2017) kan al op vroege leeftijd een screening worden uitgevoerd, bijvoorbeeld op consultatiebureaus door jeugdartsen, zonder dat er al een classificatie wordt vastgesteld. Ook in andere settings kan het zijn dat de diagnose autisme (nog) niet of uitgesteld wordt vastgesteld, terwijl de doelen van VIPP-AUTI wel heel erg passend zijn bij de hulpvraag van ouders. Dit wordt dan ook op die manier aan ouders uitgelegd.

Bij baby's in het eerste levensjaar, is de variatie van het ontwikkelingstempo groot, waardoor er geen duidelijke aanvangsleeftijd voor de interventie te bepalen is. In overleg met ouders en betrokken zorgprofessionals wordt bepaald wanneer VIPP-AUTI kan starten.

Contra-indicaties worden vastgesteld door bovengenoemde zorgprofessionals en zijn:

- andere medische problematiek dan autisme die op de voorgrond staat (bijvoorbeeld intensieve behandeling voor epilepsie, ziekenhuisopname);
- ouders die de Nederlandse taal niet voldoende spreken en begrijpen;
- ouders die (het vermoeden van) een diagnose autisme niet herkennen of de methodiek afwijzen;
- ernstige gezinsproblematiek waarvoor behandeling nodig is (bijvoorbeeld kindermishandeling);

- andere aanwezige steunstructuren, die interfereren met VIPP-AUTI (bijvoorbeeld ouderbegeleiding vanuit een medisch kinderdagverblijf of andere ouder-mediërende gedragsinterventies, zoals ABA, PRT, Floorplay en JASPER-training<sup>2</sup>).

VIPP-AUTI is in principe toepasbaar voor alle kinderen met kenmerken van autisme, ongeacht het niveau van verstandelijk functioneren.

### Betrokkenheid doelgroep

VIPP-AUTI is een aanpassing van een bestaande vroege, evidence-based interventie, namelijk Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting (VIPP; Juffer e.a., 2008). De aanpassing voor een nieuwe doelgroep, kinderen met autisme en hun 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 autisme 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. In aanvulling hierop zijn gedurende de implementatie van de interventie enkele kleine aanpassingen in de handleiding gedaan naar aanleiding van ervaringen uit de praktijk.

## 1.2 Doel

### Hoofddoel

Het hoofddoel van VIPP-AUTI is om de ouderlijke sensitiviteit voor de signalen van het kind te verbeteren, waarbij de ouder het kind op passende wijze kan stimuleren en zich toegerust voelt om het kind op te voeden. Als gevolg van de verbeterde ouderlijke sensitiviteit kunnen zowel de sociaal-communicatieve en spelvaardigheden van kinderen met autisme in de leeftijd tot 6 jaar als de positieve interactie tussen ouder en kind verbeteren.

### Subdoelen

Na zes huisbezoeken is de ouderlijke sensitiviteit vergroot, hetgeen zich uit in één of meerdere van de onderstaande vaardigheden.

| Ouderfactoren                                     | Subdoelen   |
|---|---|
| Herkenning van en begrip voor de autismekenmerken | De ouder benoemt herkent de emoties van het kind<br>De ouder kan stereotiep gedrag van het kind interpreteren<br>De ouder biedt structuur en voorspelbaarheid aan het kind (bijvoorbeeld met behulp van pictogrammen en beloningsprogramma's) |

<sup>2</sup> ABA: Applied Behavioral Analysis; PRT: Pivotal Response Treatment; JASPER: Joint Attention Symbolic Play, Engagement and Regulation



|  |   |
|--|---|
|  | De ouder geeft duidelijk grenzen aan het kind en spreekt verwachtingen uit  |
| Sensitieve respons op (subtiële) signalen van het kind   | De ouder reageert direct en sensitief op signalen en gevoelens van het kind<br>De ouder geeft het kind de tijd en ruimte om nieuwe dingen te ontdekken  |
| Zelfvertrouwen in eigen opvoedingsvaardigheden door een stimulerende manier van spelen en communiceren | De ouder herkent en benoemt positief gedrag/de intenties van het kind en geeft complimenten<br>De ouder geeft korte en duidelijke verbale boodschappen aan het kind<br>De ouder vraagt maar één ding tegelijk aan het kind<br>De ouder praat veel met het kind om de taalontwikkeling te stimuleren<br>De ouder sluit eerst aan bij de interesses van het kind om vandaaruit (spel)variatie aan te brengen<br>De ouder oefent dagelijks met spelen met het kind |

Na zes huisbezoeken zijn één of meer van de onderstaande sociaal-communicatieve en spelvaardigheden van het kind met autisme vergroot.

| <b>Kindfactoren</b>     | <b>Subdoelen</b>   |
|-------------------------|--|
| Spelgedrag van het kind | Het kind speelt samen met de ouder<br>Het kind ontdekt nieuw materiaal op eigen wijze<br>Het kind speelt gevarieerd  |
| Mate van aandacht delen | Het kind deelt uit zich zelf aandacht met een ander (bijvoorbeeld door aanwijzen, laten meekijken, vertellen)  |
| Wijze van emoties uiten | Het kind laat merken dat het plezier heeft (bijvoorbeeld door lachen, verbale uitingen, opgaan in spel)<br>Het kind toont affectie aan de ouder(s) (bijvoorbeeld door lachen, fysieke aanrakingen of taal)   |
| Responsiviteit          | Het kind luistert naar de ouder wanneer deze tegen het kind praat<br>Het kind reageert op complimenten (bijvoorbeeld door glimlach, fysieke/verbale interactie, oogcontact)<br>Het kind gebruikt voorbeeldgedrag van de ouder (bijvoorbeeld door te kijken hoe een ouder speelt, doet het kind het na) |

Na zes huisbezoeken is de positieve interactie tussen ouder en kind verbeterd. Dit uit zich in subdoelen die ook bij de andere doelen aan bod komen, bijvoorbeeld dat de ouder positief gedrag van het kind benoemt en complimenten geeft en het kind tijdens spel gedeeld plezier laat zien en affectie aan ouders toont.

### **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 ambulante behandelaar ondersteunt gezinnen thuis en maakt video-opnames van ouder-kind interacties in dagelijkse situaties. Aan de hand van de opnames geeft de ambulante behandelaar vervolgens psycho-educatie over autisme en persoonlijke feedback over de interactie met het kind met het doel de ouderlijke sensitiviteit en daarmee de positieve interactie te vergroten.

In totaal vinden zes interventie-huisbezoeken plaats van één tot anderhalf uur, in principe elke 14 dagen (in overleg met het betreffende gezin). De ambulante behandelaar 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 ambulante behandelaar videofeedback op de filmopname van het huisbezoek ervoor. Aan het eind van ieder huisbezoek krijgt de ouder een deel van de schriftelijke informatie over autismekkenmerken voor in een verzameldossier, passend bij het thema van het betreffende huisbezoek. Na afloop van elk huisbezoek vult de ambulante behandelaar een logboek in met relevante ervaringen.

#### **Inhoud van de interventie**

De werkwijze is erop gericht zo min mogelijk belastend te zijn voor het gezin. Dagelijkse situaties worden in de thuissituatie gefilmd (bijvoorbeeld samen spelen, speelgoed opruimen, samen eten) 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 ambulante behandelaar zich bewust op de achtergrond (achter de camera) om een zo natuurlijk mogelijke interactiesituatie te creëren. De ambulante behandelaar geeft dan geen advies of reactie op de situatie.

De volgorde van een huisbezoek is om eerst samen met ouder en kind de opnames van de speelmomenten/eetmoment te maken. Dit omdat het kind over het algemeen een korte aandachtspanne heeft. Daarnaast heeft het kind vaak de verwachting dat de ambulante behandelaar met nieuw en leuk spel materiaal komt. Het kan dus moeilijker wachten om te mogen spelen. Na het maken van de nieuwe opnames gaat de behandelaar met ouder(s) de opnames van de vorige keer terugkijken. Het kind kan dan eventueel nog spelen met het meegebrachte speelgoed van de behandelaar of iets anders gaan doen.

Na het filmen volgt de video-feedback volgens de richtlijnen van de interventiehandleiding. Het kind mag, maar hoeft daar niet bij te blijven. De ambulante behandelaar toont de film van het vorige huisbezoek en bespreekt geselecteerde fragmenten. Het is belangrijk om met de ouder samen te ontdekken welke autismekkenmerken in meer of mindere mate aanwezig zijn, vanwege de grote variatie binnen het autismspectrum. In combinatie met thema's over sensitiviteit komt omgaan met het kind met autisme aan bod. De feedback is competentiegericht; de ambulante behandelaar pauzeert de film vooral op positieve en succesvolle momenten. De ambulante behandelaar 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 ambulante behandelaar videobeelden met reacties van het kind, die anders verlopen dan verwacht, om het gedrag van het kind te zien en te begrijpen in relatie tot autisme (bijvoorbeeld moeite om van activiteit te wisselen of een driftbui). De video-feedback eindigt altijd met een positieve boodschap.

Gedurende het hele traject is er zorg op maat, waarbij er rekening wordt gehouden met (culturele) gezinsfactoren.

### **Huisbezoeken**

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 ambulante behandelaar met concrete feedback over de ouder-kind interactie, advies en psycho-educatie aan de ouder. Verschillende thema's over sensitiviteit in relatie tot specifieke autisme kenmerken van het kind worden behandeld.

#### Huisbezoek 1:

Dit is een kort huisbezoek waarin kennismaking centraal staat. Ook worden de eerste opnames gemaakt van drie spelmomenten tussen ouder en kind. Er vindt nog geen video-feedback plaats.

#### Huisbezoek 2:

Tijdens dit huisbezoek staan de thema's '*Gehechtheid en exploratie*' en '*Spel en motivatie*' centraal. Er wordt in kaart gebracht op welke manieren het kind contact zoekt met de ouder, zelfstandig speelt/exploreert, wat het spelniveau en de spelvariatie is. Er wordt uitleg gegeven over mogelijkheden om het kind te stimuleren tot contact en variatie/uitbreiding van spel, hetgeen gebaseerd wordt op de Floortime-methode van Greenspan & Wieder (2007). Aan het eind van het huisbezoek krijgt de ouder algemene schriftelijke informatie uit de brochure 'Mijn kind en autisme'; 'Inleiding' en Hoofdstuk 1 'Samen spelen'.

#### Huisbezoek 3:

De thema's '*Speaking for the child*' en '*Aandacht delen*' staan centraal. Er wordt uitleg gegeven over het stimuleren van een nauwkeurige waarneming van signalen van het kind. De ambulante behandelaar benoemt hiervoor de gezichtsuitdrukkingen en (vaak subtiele) non-verbale signalen van het kind en laat zien in welke mate het kind communiceert en uit zichzelf aandacht deelt met de ouder. Dit huisbezoek is gericht op het vergroten van kennis over informatieverwerking en speciale communicatiebehoeften van het kind en over mogelijkheden om het 'aandacht delen' van het kind te stimuleren. Na afloop van het huisbezoek ontvangt de ouder Hoofdstuk 2 'Gedeelde aandacht' voor het verzameldossier.

#### Huisbezoek 4:

Dit huisbezoek richt zich op '*Sensitiviteitsketens*' en '*Structuur en regelmaat*'. 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. Tijdens de video-feedback wordt bewust stil gestaan bij deze keten. Op deze manier wordt het inzicht van de ouder vergroot in zijn/haar adequate reacties om het kind op te voeden/te stimuleren (sensitiviteit). Tevens wordt uitleg gegeven over het belang van voorspelbaarheid in dagelijkse patronen en omstandigheden (in relatie tot autisme kenmerken). Aan het eind van het huisbezoek krijgt de ouder Hoofdstuk 3 '*Structuur en regelmaat*' met onder andere algemene tips over eten en slapen en Hoofdstuk 5 '*Pictogrammen*' (een communicatiehulpmiddel gebaseerd op TEACCH van Mesibov & Shea, 2010).

#### Huisbezoek 5:

De volgende thema's staan centraal: '*Delen (herkennen) van emoties*' en '*Stereotiep gedrag en emoties*'. Op de videobeelden wordt specifiek gekeken naar de affectieve afstemming (bijvoorbeeld samen plezier hebben) en op welke wijze het kind zijn/haar gevoelens uit. Daarnaast wordt er betekenis gegeven aan mogelijk stereotiep gedrag, hetgeen een uiting kan zijn van negatieve en positieve gevoelens van het kind. Ten slotte wordt de ouder geïnformeerd over het hanteren van gevoelens en het belang dat het kind zich begrepen voelt. De ouder ontvangt Hoofdstuk 4 '*Gedrag en emoties*' met onder andere algemene informatie over stereotiep gedrag en omgaan met driftig gedrag.

#### Huisbezoek 6:

Tijdens dit laatste huisbezoek zijn in principe beide ouders aanwezig of sluit, als dat niet mogelijk is, een andere steunende volwassene aan. Tijdens dit huisbezoek komen alle thema's uit voorgaande huisbezoeken terug. Tijdens dit huisbezoek worden er geen opnames meer gemaakt van ouder en kind. Ouders ontvangen een kort schriftelijk advies, waarin de ambulante behandelaar individuele competenties van het kind en aandachtspunten ten aanzien van de opvoeding beschrijft. Tevens ontvangen ouders 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 autisme, 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.
- Website: <https://www.karakter.com/opleiding-onderzoek> voor de VIPP-AUTI-trainingen.
- Onderwijsmateriaal, waaronder de cursushandleiding, voorbereidende literatuur, presentatie/hand-outs, praktische oefeningen met video-voorbeelden.
- Evaluatieformulier voor zorgprofessionals na afloop van de VIPP-AUTI-training.

### Locatie en type organisatie waar VIPP-AUTI ingezet kan worden

- Basisvoorziening voor alle kinderen en jongeren
- Voorziening voor lichte hulp en ondersteuning
- Gespecialiseerde hulp

De interventie vindt plaats bij het gezin thuis, in de natuurlijke omgeving van het kind. (GGz-)organisaties kunnen VIPP-AUTI uitvoeren, als zij ambulante behandeling kunnen bieden. Dit zijn organisaties 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 door middel van een blended leertraject via de Karakter Academie. Het eerste theoretische gedeelte vindt volledig online plaats. Iedere deelnemer kan de digitale leeronderdelen op een zelfgekozen tijdstip in eigen tempo volgen. Vervolgens zijn er vijf bijeenkomsten op locatie. Twee bijeenkomsten ter voorbereiding op het oefentraject en drie bijeenkomsten gedurende het oefentraject, waarin het delen en bekijken van de gemaakte videobeelden van de gezinnen met de daarbij behoorde feedback centraal staat.

Om met VIPP-AUTI te leren werken is kennis en ervaring vereist van kinderen met autisme. De training is bedoeld voor zorgprofessionals van diverse disciplines (tenminste HBO geschoold), zoals gezinsbehandelaren, (psychiatrisch)

verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, sociotherapeuten, kinderpsychiaters, gedragswetenschappers, sociaal (maatschappelijk) hulpverleners, (ortho)pedagogen en psychologen werkzaam met jonge kinderen met autisme. Om deel te kunnen nemen aan de training is het van belang dat de professional de mogelijkheid heeft om een jong kind met (een vermoeden van) autisme in de thuissituatie te behandelen.

### **Kwaliteitsbewaking**

- Tijdens het oefentraject beoordeelt de VIPP-AUTI-trainer de kwaliteit van de uitvoering van de interventie volgens de handleiding.
- Voorafgaand aan het eerste, derde en laatste huisbezoek is er een groepsbijeenkomst met alle cursisten en de trainer. Iedere deelnemer toont de opgenomen filmfragmenten en bespreekt het script, profiel en logboek. De meerwaarde van groepsbijeenkomsten is het leren van elkaar, van diverse gezinssituaties en van de variatie in mate en ernst van autismerkennmerken. 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 veilige opslag van het filmmateriaal.
- Naast de groepsbijeenkomsten geeft de trainer, voorafgaand aan het tweede en vierde huisbezoek, per mail individuele feedback op het script van de deelnemer.
- 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 (bijvoorbeeld 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 is er een jaarlijkse terugkomdag.

### **Randvoorwaarden**

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

Ook contextuele randvoorwaarden spelen een rol, waaronder 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 (bijvoorbeeld 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 en wordt gedeeld op sociale media en in de vorm van advertenties in het Vakblad Vroeg. In dit vakblad is ook een interview met een gezin dat mee heeft gedaan aan VIPP-AUTI verschenen. 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. Daarnaast wordt voor de implementatie en kennisdeling samengewerkt met Stichting Autisme Jonge Kind. De Karakter Academie is doorlopend actief om VIPP-AUTI op de landelijke sociale kaart te krijgen.

## 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.

De totale tijdsinvestering van de ambulant behandelaar is gemiddeld ruim 20 uur per gezin (ongeveer 1,5-2 uur per week) verspreid over een periode van gemiddeld drie maanden. Deze uren zijn verdeeld in:

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

Overige kosten zijn:

- Aanschaf filmcamera, speelgoed, laptop;
- Trainingskosten (eenmalig per zorgprofessional): €1990 VIPP-AUTI-training.

### 3. Onderbouwing

#### Probleem

Een autismespectrumstoornis is een neurobiologische ontwikkelingsstoornis die bij 1-2% van de bevolking voorkomt (Dietz e.a., 2020). Volgens de DSM-5 criteria is er bij autisme sprake van 1) beperkingen in de sociale communicatie en interactie, en 2) beperkte, repetitieve patronen van gedrag, interesses of activiteiten, waaronder ook over- of ondergevoeligheden voor sensorische prikkels (American Psychiatric Association, 2013). De klinische presentatie van autisme is uiteenlopend; de ernst van de symptomen en het verloop over tijd kunnen zeer verschillen tussen personen. Vaak gaat autisme samen met andere psychiatrische stoornissen, zoals ADHD, angst-, of slaapstoornissen (Lai et al., 2019). Ook komen bepaalde vormen van somatische problemen vaker voor bij individuen met autisme, zoals epilepsie of auto-immuunziekten (Rydzewska et al., 2021). Deze comorbiditeit van problemen is een risicofactor voor ouderlijke opvoedingsbelasting (Eisenhower et al., 2005). De diagnose autisme wordt meestal gezien als een levenslange diagnose, maar op basis van onderzoek lijkt de inzet van vroege behandeling een positief effect te hebben op de latere ontwikkeling (hoe vroeger, hoe beter). Gezien de flexibiliteit van het zeer jonge brein, kunnen gerichte interventies een positiever effect hebben op de ontwikkeling en het leren (Webb e.a., 2014).

Zoals in de DSM-5 is beschreven, zijn symptomen van autisme reeds zichtbaar in de vroegkinderlijke ontwikkeling. Bij een vermoeden van autisme is er sprake van de volgende signalen (Pijl & Oosterling, 2021):

- **Babytijd:** in de eerste 6 maanden zijn er meestal nog geen duidelijke signalen zichtbaar. Richting het einde van het eerste levensjaar wordt bij een deel van de kinderen met autisme een zogenoemd 'prodromaal' autismebeeld gezien (Yirmiya en Charman, 2010). Bij deze kinderen valt bijvoorbeeld op dat zij niet reageren op hun naam, niet of nauwelijks oogcontact maken, en weinig brabbelen. Ook de ontwikkeling van het delen, het volgen, en het richten van de aandacht (joint attention) verloopt vaak anders of vertraagd.
- **Peutertijd:** vanaf het eerste levensjaar worden signalen in de meeste gevallen duidelijker. Naast beperkingen op het gebied van het delen van aandacht wordt vaak gezien dat kinderen nog weinig tot geen gebruik maken van woorden of ondersteunende gebaren. De integratie van verschillende communicatieve vormen (bijvoorbeeld oogcontact en een gebaar) verloopt vaak minder soepel. Daarnaast is er nog weinig variatie in spel, en de ontwikkeling van doen-alsof spel komt niet op gang. Er is sprake van een beperkte interesse in de ander en het imiteren van handelingen is beperkt. Ook kunnen kinderen extreem reageren op veranderingen of nieuwe situaties en sterk de neiging hebben vast te houden aan hun eigen plan.
- **Kleutertijd:** bij kleuters liggen autisme specifieke signalen en symptomen in het verlengde van de signalen bij de jongere kinderen. Zo worden bij



kleuters vaak bijzonderheden in taalgebruik gezien (bijvoorbeeld een monotone intonatie) en is er een beperkt inzicht in sociale situaties en relaties. Het is vaak moeilijk om vriendschappen te onderhouden. Daarnaast hoeven niet alleen kernsymptomen van autisme een rol te spelen, maar kan er inmiddels ook sprake zijn van belemmeringen die samengaan met autisme, bijvoorbeeld gedragsproblemen.

## Oorzaken

### Kindfactoren

De diagnose autisme wordt gesteld op basis van gedragskenmerken, maar neurobiologische processen lijken ten grondslag te liggen aan het waarneembare gedrag. De etiologie van autisme is complex en nog niet volledig ontrafeld, maar het aandeel van genetische factoren lijkt groot al dan niet in interactie met omgevingsfactoren (Buitelaar e.a. 2021). De geschatte bijdrage van erfelijke factoren aan verschillen tussen mensen in autisme kenmerken ligt tussen de 64% en 91% (op basis van tweelingonderzoeken, Tick e. a. 2016). Omgevingsfactoren spelen hierbij een belangrijke rol. Zo treedt een verhoogd risico op autisme op wanneer de leeftijd van de moeder bij geboorte hoger is dan 35 jaar of bij gebruik van antidepressiva (SSRI's) tijdens de zwangerschap (Kim et al., 2019). Naast genetische en omgevingsfactoren spelen immunologische factoren en micro-organismen in de darmen waarschijnlijk een rol. Daarnaast wordt gezien dat kinderen met autisme al op vroege leeftijd verschillen laten zien in cognitie, en in de bouw en functie van het brein (Lord et al., 2020). Vanuit een cognitief perspectief worden verschillende verklaringsmodellen gehanteerd: 1) '*Theory of mind*' (de vaardigheid zich kunnen verplaatsen in een ander blijkt beperkt), 2) '*Executieve functies*' (deze functies ontwikkelen zich vaak minder goed), en 3) '*Centrale coherentie*' (beperking om informatie te integreren). Een meer recente theorie is de '*Predictive Coding Theory*', waarbij verondersteld wordt dat mensen met autisme van tevoren minder duidelijke verwachtingen hebben van een situatie, waardoor informatie enerzijds objectiever binnenkomt, maar anderzijds als onvoorspelbaar en indrukwekkend kan worden ervaren (Pellicano en Burr, 2012).

### Ouder-kind interactie

Naast bovenstaande factoren speelt de kwaliteit van de ouder-kind interactie een rol in de vroege cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen (1001kritiekedagen.nl). 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 e.a., 2014). Ondanks de opluchting die ouders vaak ervaren na de diagnose, omdat bevestigd wordt dat het kind anders (beperkt responsief) reageert dan verwacht, twijfelen ouders regelmatig aan eigen opvoedingsvaardigheden (Van Bockel, 2009). Ouders van kinderen met autisme ervaren meer stress dan ouders van kinderen met een gezonde ontwikkeling, hetgeen ook weer van invloed is op het welbevinden van ouders, hun relatie met

het kind en belangrijke anderen en hun zelfvertrouwen t.a.v. de opvoeding (Sacca e.a. 2019). Een negatief welbevinden is een risicofactor voor negatieve gedachten en gevoelens over het kind, waardoor een op elkaar afgestemde ouder-kind interactie kan worden belemmerd (Hutman e.a., 2009, Kuhn & Carter, 2006). Verder blijkt dat ouders van kinderen met autisme, mede door de beperkte of ongewone signalen van het kind, het soms moeilijk vinden de mate van stimuleren goed af te stemmen op hun 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 jonge kinderen met ASS zijn bijvoorbeeld positief ouderschap, adequate opvang- en/of onderwijsmogelijkheden voor het kind, en, in een zo vroeg mogelijk stadium, therapiemogelijkheden voor het kind (Gialloreti e.a., 2019; Zachor & Curatolo, 2014; Vivanti e.a., 2012). Hoe eerder jonge kinderen en hun ouders worden ondersteund, hoe groter de kans is op een positieve ontwikkeling en een betere ouder-kindrelatie (Pickles e.a., 2016; Rogers e.a., 2019; Whitehouse e.a., 2021).

### **Interventiemogelijkheden**

Voor kinderen met autisme 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 (Webb e.a. 2013; Baghdadli e.a., 2012). Ondanks dat ouders vaak al duidelijke zorgen hebben rond de leeftijd van 2 of 3 jaar (Zuckerman e.a. 2015; Sacrey e.a. 2015), wordt een diagnose autisme gemiddeld pas rond de kleutertijd of later vastgesteld (Begeer, 2017). Ouder-mediërende interventies voor jonge kinderen met autisme blijken effectief om de kwaliteit van ouder-kind interacties te verbeteren, het taalbegrip te vergroten en de ernst van autismerkennissen te verminderen (Oono et al., 2013; Pickles e. a., 2016; Rogers e. a., 2019).

### **Aan te pakken factoren**

VIPP-AUTI richt 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 autismerkennissen, bijbehorende subdoelen zijn: *de emoties van het kind benoemen, stereotiep gedrag interpreteren, structuur en voorspelbaarheid bieden (bijvoorbeeld 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.*

Tevens richt VIPP-AUTI zich op de volgende kindfactoren om sociaal-communicatieve en spelvaardigheden 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.*

Door het vergroten van deze ouder- en kindfactoren wordt ook de positieve interactie tussen ouder en kind verbeterd.

## **Verantwoording**

VIPP-AUTI is een kortdurende, ouder-mediërende interventie voor kinderen met (een vermoeden van) autisme, jonger dan 6 jaar, bestaande uit videofeedback van ouder-kind interacties in dagelijkse situaties en psycho-educatie aan ouders over algemene en persoonlijke autismekenmerken van het kind. Doel is om, via ouderlijke sensitiviteit voor autismekenmerken, sociaal-communicatieve en spelvaardigheden bij het kind te vergroten. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat vroege ouder-mediërende interventies voor kinderen met autisme succesvol zijn voor sociaal-communicatieve vaardigheden van het kind, opvoedingssucces van ouders en/of kwaliteit van ouder-kind interacties (Pickles et al., 2016; Oono, 2013). Interventies in de natuurlijke omgeving zijn effectief, omdat de generaliseerbaarheid van aangeleerd gedrag in een andere omgeving bij kinderen met autisme vaak beperkt is (Beversdorf e.a., 2007).

Ouders maken zich in veel gevallen al duidelijk zorgen in het 2<sup>e</sup> of 3<sup>e</sup> levensjaar (Zuckerman e.a. 2015; Sacrey e.a. 2015). De gemiddelde leeftijd van diagnose ligt in Nederland nog vrij hoog, rond de 5 jaar (Begeer, 2017). In de praktijk gebeurt het vaak dat pas duidelijk wordt wat er aan de hand is ongeveer 2 jaar nadat problemen zijn gesignaleerd (Vanuit Autisme Bekeken, 2015b). Die vertraging wordt door experts als onwenselijk gezien en is vaak ook niet nodig. Het kan (deels) worden voorkomen, omdat autisme bij veel kinderen al betrouwbaar kan worden vastgesteld rond de tweede verjaardag (Charman & Baird, 2002). Een beleid van afwachten verhindert vroegtijdige interventies om daarmee positieve omgevingsinvloeden te creëren voor de ontwikkeling van het kind. VIPP-AUTI is vanwege de korte duur en weinig belastende aard zeer 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 autisme van ondergeschikt belang is. VIPP-AUTI beoogt positieve interactiemomenten tussen ouder en kind zichtbaar te maken, om lastige opvoedingsituaties te compenseren en opvoedproblemen te voorkomen. Lange termijn effecten van de interventie zijn echter onbekend en voorsnog niet onderzocht.

### **Achtergrond VIPP-AUTI**

De VIPP-AUTI is gebaseerd op de VIPP en VIPP-SD, waarvoor sterke evidentie bestaat. 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, bijvoorbeeld 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). De effectiviteit van de VIPP-SD op het bevorderen van sensitief opvoedingsgedrag werd aangetoond in twaalf onderzoeken met gerandomiseerde opzet (RCTs) (Juffer, Bakermans-Kranenburg, & Van IJzendoorn, 2016).

VIPP is een interventie die gebaseerd is op videofeedback.. Uit wetenschappelijk onderzoek naar vroege (preventieve) interventies voor het vergroten van de ouderlijke sensitiviteit en veilige gehechtheid (Bakermans-Kranenburg e.a., 2003) bleken interventies met videofeedback effectiever dan interventies zonder videofeedback (bijvoorbeeld interventies met gesprekken of het gebruik van voorbeelden van anderen). Het voordeel van videofeedback is dat met actuele video-opnames precies te zien is wat zich in het hier en nu afspeelt, waardoor mensen niet afhankelijk zijn van hun herinneringen. Ook bleek uit dit onderzoek dat een korte duur van interventies (minder dan 5 of 5 tot 16 sessies) effectiever was dan langdurige interventies van meer dan 16 sessies. Het VIPP-AUTI-programma sluit daar, met zes interventiesessies, goed op aan. De videofeedback tijdens VIPP-auti kan ouders stimuleren tot observatie en reflectie en kan met positieve interacties laten zien waarom het kind op bepaalde wijze reageert. Daarmee leren ouders hun gedrag af te stemmen op de behoeften en mogelijkheden van het kind.

Om veranderingen te bewerkstelligen, is het van belang dat het inzicht in de problematiek vergroot wordt. Bij VIPP-AUTI gebeurt dit door middel van de videofeedback die ouders helpt om de autismekarakteristieken van hun kind beter te leren herkennen en te begrijpen. Dit verhoogde inzicht in de problematiek bij ouders kan bijdragen aan een positieve ouder-kindinteractie, waardoor de ontwikkeling van de sociaal-communicatieve vaardigheden van het kind positief gestimuleerd kan worden (Green & Garg, 2018).

De videofeedback is competentiegericht, waarbij de ambulant behandelaar 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 ambulant behandelaar, 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 autismekenmerken 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 autisme, 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*

Kinderen met autisme vertonen beperkingen in de spelontwikkeling (Lang e.a. 2014). 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 (Luckett 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*). Een theoretisch, wetenschappelijk onderbouwde methode om spel te stimuleren bij kinderen met autisme is de Floortime methode (Greenspan & Wieder, 2007). 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*). Verschillende studies hebben de effectiviteit van de Floortime/Floorplay methode aangetoond (Solomon, 2007; Dishoeck e.a. 2016).

Vijf van de zes sessies van VIPP-AUTI bevatten opnames van korte spelsituaties<sup>3</sup>; 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

---

<sup>3</sup> Bij één sessie wordt een maaltijd gefilmd.

voorwerp of onderwerp te bekijken of te bespreken (bijvoorbeeld door aanwijzen, blik volgen). De vaardigheid de aandacht te kunnen delen, volgen en/of richten (ook wel joint attention genoemd) is een aspect van sociale communicatie en voorloper van de taalontwikkeling (Bottema-Beutel 2016). Kinderen met autisme kunnen profiteren van vroege interventies die gericht zijn op het bevorderen van deze vaardigheid (Kasari e.a. 2014). De kwaliteit van ouder-kind interacties is een beïnvloedende factor voor de mate van aandacht delen bij kinderen met autisme (Bruinsma e.a., 2004; Kasari e.a., 2010; Naber, Swinkels, e.a., 2008). Daarnaast is de vaardigheid om aandacht te delen bij kinderen met autisme 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 videofeedback 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 videofeedback 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 ecologisch transactioneel model (Bronfenbrenner & Ceci, 1994). Volgens dit model vindt (vroege) menselijke ontwikkeling plaats door processen van wederkerige interactie met personen in de omgeving (bijvoorbeeld de interactie van een kind met zijn ouders). Deze processen zijn het meest effectief voor de ontwikkeling als ze op een regelmatige basis langere perioden plaatsvinden.

Een kindkenmerk tijdens de peuter- of kleuterleeftijd bij autisme kan bijvoorbeeld een beperkte interesse in de ander zijn, of een sterke neiging vast te houden aan het eigen plan (Pijl & Oosterling, 2021). Dit vraagt pedagogische vaardigheden van ouders. VIPP-AUTI richt zich op sensitiviteit bij ouders voor de specifieke, autisme gerelateerde behoeften van het kind. In dit kader wordt met videofeedback 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 (bijvoorbeeld 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, naast autisme, sprake is van gedragsproblemen. Met sensitief disciplineren leert het kind gewenst gedrag zonder het gebruik van dwang.

### *Stereotiep gedrag en emoties*

Jonge kinderen met autisme 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 beperkte, zich herhalende patronen van gedrag, interesses of activiteiten, waaronder stereotiepe en repetitieve motorische bewegingen (bijvoorbeeld met de handen fladderen), gebruik van voorwerpen (bijvoorbeeld speelgoed ordenen), of gebruik van taal (bijvoorbeeld echolalie) (APA, 2013). Deze patronen van gedrag komen vaker en in meer ernstige vorm voor bij kinderen dan bij volwassenen (Esbensen e. a. 2009). Er zijn grote individuele verschillen in de mate en accenten van stereotiep gedrag m.b.t. beperking of herhaling. Vanaf de vierde sessie van VIPP-AUTI is de feedback gericht op emoties en het benoemen daarvan (het wederzijds herkennen en begrijpen van emoties) en de interpretatie van stereotiep gedrag. Ouders krijgen inzicht in het idee dat stereotiep gedrag gerelateerd is aan het reguleren van emoties.

Tijdens de videofeedback geeft de ambulant behandelaar ook individueel gerichte psycho-educatie. Psycho-educatie is de eerste stap in behandeling en een vorm van voorlichting, waarbij men kennis opdoet over wat autisme inhoudt en hoe dit zich uit in dagelijkse situaties (Diepman & Luteijn, 2021). Psycho-educatie en vroege interventies zijn aanbevolen behandelingen, die met zo weinig mogelijk middelen, de voornaamste en gerelateerde autismekenmerken behandelen. Vanaf de derde sessie informeert de ambulant behandelaar, indien van toepassing, het gezin ook nader over specialistische zorg, belangenorganisaties en nieuwe ontwikkelingen op het gebied van autisme. 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 vanuit het UMC Utrecht, uitgevoerd door twee mede-ontwikkelaars en onderzoekers van VIPP-AUTI (F.B.A. Naber, I.E. Poslawsky) en twee thuisbehandelaren van de experimentele interventiegroep (R.H. Houben, C. Wasmus). Het doel van deze pilotstudie was de toepasbaarheid van de handleiding van de VIPP-AUTI te toetsen en daarnaast de tevredenheid van ouders en kind in kaart te brengen.

Aan de pilot studie namen 4 klinische gezinnen deel met een kind tussen 3,5 en 5 jaar oud met een diagnose autisme. Deelnemende ouders waren drie moeders en één vader met een middel tot hoge sociaal economische status. Ouders ontvingen informatie over de pilotstudie en gaven toestemming voor deelname. Alle deelnemende gezinnen hebben de interventie afgerond.

Allereerst bleek de handleiding VIPP-AUTI goed uitvoerbaar. De aanvullende thema's m.b.t. autismekennmerken van het kind waren bij alle deelnemende kinderen te herkennen en bespreekbaar te maken met ouders. Tijdens het bespreken van de videofeedback 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. Over de inhoud van de scripts n.a.v. de filmbeelden werd steeds consensus bereikt. Er waren wel enkele aandachtspunten met betrekking tot het filmen en de scripts. Het filmen vroeg enige oplettendheid t.a.v. de belichting (bijvoorbeeld de vraag of een gordijn dicht mag). Het voorbereiden van de scripts kostte relatief veel tijd, mede door de intervisie.

Ten tweede bleek dat alle ouders tevreden tot zeer tevreden waren na inzet van de VIPP-AUTI. De tevredenheid werd gemeten middels de Client Satisfactory Questionnaire (CSQ-8; Attkisson & Zwick, 1982).

Eén moeder had ervaring met voorgaande behandeling bij haar eerste kind met autisme. 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 ambulante behandelaar. De standaard structuur van de huisbezoeken droeg daaraan bij; 1) filmopname en 2) video-feedback. Ook waren het meegebrachte speelgoed en het spelen met de eigen ouder een prettige en niet-belastende activiteit voor de kinderen.

Naar aanleiding van deze pilotstudie is de handleiding op enkele punten aangepast, bijvoorbeeld een definitie van het begrip stereotiep gedrag. Ook is er extra aandacht bij aanvang van de behandeling voor het bespreken van het doel en de werkwijze van de VIPP-AUTI.



## 4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

### Studie 1 – publicatie 1.1

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd. ja / nee\*
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). ja / nee\*
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. ja / nee
- Er is een voormeting. ja / nee
- Er is een nameting. ja / nee
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. ja / nee

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.

- a) Videofeedback Intervention to promote Positive Parenting adapted to Autism (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.
- b) Deze studie betreft een gerandomiseerd design met een experimentele en controle groep (N=78). Tijdens het behandelingstraject binnen het UMC Utrecht ontvingen 40 gezinnen VIPP-AUTI en 38 gezinnen de gebruikelijke, vergelijkbaar intensieve thuisbegeleiding zonder videofeedback (gemiddeld vijf huisbezoeken). Selectiecriteria waren kinderen met een recente diagnose autisme 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 autisme (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 gemiddeld 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.
- c) Er vonden drie meetmomenten plaats; voorafgaand aan de interventie, na afloop van de interventie (ongeveer drie maanden later) en een follow-up meting drie maanden na afloop van de interventie. Naast diagnostische

metingen voor autisme, 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 autisme, 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).

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  $d = 0.61$ ). Ten aanzien van ouderlijke sensitiviteit en het bieden van structuur werden geen significante veranderingen over tijd aangetoond, hetgeen mogelijk gerelateerd was aan een plafondeffect. Ten aanzien van de kinderen binnen de VIPP-AUTI groep was niet direct na de interventie, maar ten tijde van de follow-up meting (3 maanden na de interventie) een significante vooruitgang zichtbaar op het gebied van de sociale communicatie, namelijk in het nemen van initiatief om aandacht te delen met een ander. Dit therapeutische effect van VIPP-AUTI was geen mediatie-effect van de gemeten ouderuitkomsten. Het spelgedrag van het kind toonde in beide groepen eenzelfde vooruitgang. 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 opgestelde doelstellingen van VIPP-AUTI als behaald, bijvoorbeeld door middel van de filmbeelden 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 thuisbehandelaren 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) autisme, jonger dan 6 jaar, en hun ouders, met als doel sociaal-communicatieve en spelvaardigheden van het kind te vergroten en de positieve interactie tussen ouder en 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 autisme in de leeftijd tot 6 jaar heeft een positief effect op sociaal-communicatieve en spelvaardigheden, de kwaliteit van ouder-kind interacties en opvoedingssucces van ouders.
- *Het geprotocolleerde VIPP-programma* heeft een positief effect op sensitief ouderschap.
- *Gebruik van videofeedback* heeft meer effect dan interventies zonder videofeedback (REF).
- *Competentiegerichte videofeedback* door nadruk op positieve ouder-kind interacties: het kind bekrachtigt de ouder (eigen rolmodel); het zelfvertrouwen van ouders in eigen opvoedingsvaardigheden wordt vergroot.
- *De korte interventieduur*: heeft meer effect dan interventies van meer dan 16 sessies (REF).
- *Focus op thema's* gerelateerd aan ontwikkelingsaspecten van kinderen met autisme, die door positieve ouder-kind interacties, direct of indirect, te beïnvloeden zijn.
- *Geven van psycho-educatie* (zowel tijdens de videofeedback als schriftelijk): ouders leren autismekennmerken 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 autismekennmerken 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.
- Buitelaar, J., Velders, J. & Jonge, de M. (2021). Autisme in het licht van het biopsychosociaal model. In A. de Bildt, I.J. Oosterling & M. de Jonge (Red.), *Autisme bij kinderen: Signalering, diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- 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.
- Dietz, C. & Oosterling, I. (2017). Vragenlijst Communicatieve en Sociale Ontwikkelings Signalen. <https://autismejongekind.nl/cosos/>
- Dietz, P.M., Rose, C.E., McArthur, D., & Maenner, M. (2020). National and State Estimates of Adults with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50 (12), 4258-4266.
- 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. & Sigafoos, 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
- Gialloreti, L. E., Mazzone, L., Benvenuto, A., Fasano, A., Alcon, A. G., Kraneveld, A. D., Moavero, R., Raz, R., Riccio, M. P., Siracusano, M., Zachor, D. A., Marini, M., & Curatolo, P. (2019). Risk and Protective Environmental Factors Associated with Autism Spectrum Disorder: Evidence-Based Principles and Recommendations. *Journal of Clinical Medicine*, 8(2), 217. <https://doi.org/10.3390/jcm8020217>

- Green, J., & Garg, S. (2018). Annual Research Review: The State of Autism Intervention Science: Progress, target Psychological and Biological mechanisms and Future Prospects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(4), 424-443. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12892>
- Greenspan, S. & Wieder, S. (2007). The DIR/Floortime approach to autistic spectrum disorders. In E. Hollander & E. Anagnostou (Red.), *Clinical manual for the treatment of autism* (pp. 179-210). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- 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.
- Kasari, C., Siller, M., Huynh, L. N., Shih, W., Swanson, M., Helleman, G. S., & Sugar, C. A. (2014). Randomized controlled trial of parental responsiveness intervention for toddlers at high risk for autism. *Infant Behavior and Development*, 37(4), 711-721.
- 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>

- Kim, J. Y., Son, M. J., Son, C. Y., Radua, J., Eisenhut, M., Gressier, F., ... & Fusar-Poli, P. (2019). Environmental risk factors and biomarkers for autism spectrum disorder: an umbrella review of the evidence. *The Lancet Psychiatry*, 6(7), 590-600.
- 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.
- Lai, M. C., Kassee, C., Besney, R., Bonato, S., Hull, L., Mandy, W., ... & Ameis, S. H. (2019). Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 819-829.
- Lang, R., O'Reilly, M., Rispoli, M., Shogren, K., Machalicek, W., Sigafoos, J., & Regester, A. (2009). Review of interventions to increase functional and symbolic play in children with autism. *Education and Training in Developmental Disabilities*, 44(4), 481-492.
- 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.
- Lord, C., Brugha, T. S., Charman, T., Cusack, J., Dumas, G., Frazier, T., ... & Veenstra-VanderWeele, J. (2020). Autism spectrum disorder. *Nature reviews Disease primers*, 6(1), 1-23.
- 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](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.

- Pellicano, E., & Burr, D. (2012). When the world becomes 'too real': a Bayesian explanation of autistic perception. *Trends in cognitive sciences*, 16(10), 504-510.
- Pickles, A., Le Couteur, A., Leadbitter, K., Salomone, E., Cole-Fletcher, R., Tobin, H. e. a. 2016. Parent-mediated social communication therapy for young children with autism (PACT): Long-term follow-up of a randomized controlled trial. *The Lancet*, 388(10059), 2501-2509.
- Pijl, M.K.J. & Oosterling, I.J. (2021). (Vroeg)Herkenning en screening. In A. de Bildt, I.J. Oosterling & M. de Jonge (Red.), *Autisme bij kinderen: Signalering, diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- 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-Kraneneburg, 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-Kraneneburg, 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.
- Rogers, S. J., Estes, A., Vismara, L., Munson, J., Zierhut, C., Greenson, J., ... & Talbott, M. (2019). Enhancing low-intensity coaching in parent implemented Early Start Denver Model intervention for early autism: A randomized comparison treatment trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(2), 632-646.
- Rutherford, M. D. & Rogers, S. J. (2003). Cognitive underpinnings of pretend play in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33(3), 289-302
- Rydzewska, E., Dunn, K., & Cooper, S. A. (2021). Umbrella systematic review of systematic reviews and meta-analyses on comorbid physical conditions in

- people with autism spectrum disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 218(1), 10-19.
- Saccà, A., Cavallini, F., & Cavallini, M. C. (2019). Parents of children with autism spectrum disorder: a systematic review. *Journal of Clinical & Developmental Psychology*, 1(3), 30-44.
- 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.
- Tick, B., Bolton, P., Happé, F., Rutter, M., & Rijdsdijk, F. (2016). Heritability of autism spectrum disorders: a meta-analysis of twin studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(5), 585-595.
- 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 glycolysis 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](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](http://www.vanuitautismebekeken.nl/sites/default/files/documenten/autismediagnostiek_web_def.pdf)

- Vivanti, G., Manzi, B., & Benvenuto, A. (2012). An Italian prospective study on autism treatment: The earlier, the better? *Autism-open access*, 01(01). <https://doi.org/10.4172/2165-7890.1000102>
- 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.
- Webb, S. J., Jones, E. J., Kelly, J., & Dawson, G. (2014). The motivation for very early intervention for infants at high risk for autism spectrum disorders. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 16(1), 36-42.
- Whitehouse, A.J.O., Varcin, K.J., ... Hudry, K. (2021). Effect of preemptive intervention on developmental outcomes among infants showing early signs of autism: A randomized clinical trial of outcomes to diagnosis. *JAMA Pediatrics*, 175(11).
- Yirmiya, N., & Charman, T. (2010). The prodrome of autism: early behavioral and biological signs, regression, peri-and post-natal development and genetics. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(4), 432-458.
- Zachor, D. A., & Curatolo, P. (2014b). Recommendations for Early Diagnosis and Intervention in autism Spectrum Disorders: An Italian-Israeli consensus conference. *European Journal of Paediatric Neurology*, 18(2), 107-118. <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2013.09.002>
- Zuckerman, K. E., Lindly, O. J., & Sinche, B. K. (2015). Parental concerns, provider response, and timeliness of autism spectrum disorder diagnosis. *The Journal of pediatrics*, 166(6), 1431-1439.
- 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 Kenniscentrum Sport & Beweging, 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.

