

EEN PILOTSTUDIE NAAR DE EFFECTEN VAN FLOORPLAY: EEN OUDER-KIND INTERACTIEBEHANDELING

Pieta van Dishoeck, Claudine Dietz, Nicolle van de Wiel

SAMENVATTING

Probleemstelling. De kwaliteit van de ouder-kind interactie is van groot belang voor de ontwikkeling van jonge kinderen. Deze interactie verloopt minder vanzelfsprekend wanneer er sprake is van autisme bij het kind. **Doel.** Nagaan of de sociaal-emotionele ontwikkeling van het jonge kind met autisme kan verbeteren middels het optimaliseren van de ouder-kind interactie. **Methodie.** Twintig kinderen met een gemiddelde leeftijd van 45 maanden en hun ouders werden behandeld middels de methodiek FloorPlay (groepsbehandeling) op een reguliere GGZ instelling. De gemiddelde behandelduur was 19 weken. **Resultaten.** Na de behandeling zijn bij het kind de sociaal-emotionele problemen afgenomen en is de functioneel emotionele ontwikkeling verbeterd. **Discussie.** FloorPlay onderscheidt zich van de meer kindgerichte behandelmethoden doordat de emotionele band tussen de ouder en het kind centraal staat. Doordat de ouders versterkt worden in het ouderschap en vaardigheden aangereikt krijgen om de interactie met hun kind met autisme te optimaliseren is de verwachting dat de resultaten blijvend zijn en hiermee relatief goedkoop. De resultaten van deze pilotstudy nodigen uit tot verder onderzoek.

SUMMARY

Problem. The quality of parent-child interaction is of great importance for the development of young children, however, this interaction is less natural when the child has autism spectrum disorder. **Goal.** Consider the possibility of improving social and emotional development of young children with autism through the optimization of the parent-child interaction. **Method.** Twenty children with an average age of 41 months and their parents followed FloorPlay (group therapy), with an average duration of 19 weeks. **Results.** After treatment social-emotional problems of the child decreased and the functional emotional development improved. **Discussion.** FloorPlay stands out from the more child-centred treatment methods because the emotional interaction between the parent and child is the main focus. Since the parents are strengthened in their parenthood and they are provided

EEN OUDER-KIND INTERACTIEBEHANDELING

with skills to optimize the interaction with their child we expect that the results are permanent and relatively inexpensive. These positive results give rise to further research.

De afgelopen decennia is er veel aandacht besteed aan vroegherkenning van autismespectrumstoornissen. Grote studies zoals het Screening Onderzoek Sociale Ontwikkeling (SOSO) en het Diagnostiek en vroege Interventie Autisme NEDerland (DIANE) –project hebben bijgedragen aan de huidige kennis in Nederland over autisme op jonge leeftijd (Werkgroep Vroegherkenning, z.j.). Desondanks laat de diagnose soms lang op zich wachten (Crane, Chester, Goddard, Henry, & Hill, 2015). Zo werden in 2014 in Nederland 1.509 kinderen in de leeftijd 0-5 jaar en 16.065 kinderen in de leeftijd van 5-10 jaar behandeld in de curatieve geestelijke gezondheidszorg voor autisme (Centraal Bureau voor Statistiek, 2015), terwijl de meeste ouders zich zorgen maakten over de ontwikkeling van hun kind nog voor het tweede levensjaar. Tegelijkertijd is er steeds meer evidentie dat vroegbehandeling effectief is en secundaire beperkingen kan voorkomen zoals gedrags- en emotionele problemen (Pickles, Anderson, & Lord, 2014; Rogers & Vismara, 2008).

Tot nu toe worden in Nederland vooral gedragstherapeutische interventies ingezet en onderzocht, gericht op het kind. Voorbeelden van deze zogenaamde Early and Intensive Behavioral Interventions (EIBI's) zijn Pivotal Response Treatment en Discrete Trial Teaching (Didden & Huskens, 2008; Peters-Scheffer, 2015). Toch zien we dat een verschuiving gaande is van behandeling gericht op alleen het kind naar meer ouder-kind interactiegerichte interventies in een natuurlijke omgeving; de zogenaamde Naturalistic Developmental Behavioral Interventions (NDBI's). Hierbij krijgen ouders handvatten aangereikt om de ontwikkeling van hun kind met autisme in een natuurlijke situatie te stimuleren. Niet alleen verbetert de ouder-kind interactie, maar ook passen ouders 'therapiegetrouwer' de vaardigheden toe wanneer de behandeling is afgerond (Stadnick, Stahmer, & Brookman-Frazee, 2015).

Zowel de EIBI's als de NDBI's zijn gestoeld op gedragstherapeutische principes; middels bekrachtiging en beloning worden specifieke communicatieve vaardigheden van het kind vergroot. De behandelingen zijn echter intensief, duur en hierdoor niet voor iedereen beschikbaar (Croen, Najjar, Ray, Lotspeich, & Bernal, 2006). Daarnaast is er meer onderzoek nodig om aan te tonen dat geleerde vaardigheden door het kind kunnen worden gegeneraliseerd naar het dagelijks leven (Reichow, 2012).

Greenspan en Wieder behandelden reeds in de jaren '90 kinderen met autisme op basis van

EEN OUDER-KIND INTERACTIEBEHANDELING

een model waarin niet gedrag, maar de ouder-kind interactie en de natuurlijke ontwikkeling van het kind centraal stonden; het Developmental, Individual and Relationship (DIR) model (Wieder & Greenspan, 2003). Zij veronderstelden een samenhang tussen de ontwikkeling (Developmental stages) van kinderen, het unieke biologische profiel van het kind (Individual differences) en de ouder-kind relatie (Relationship based). Het model gaat er vanuit dat wanneer de ouder-kind interactie in het dagelijks leven congruent, wederkerig en affectief is, de emotionele ontwikkeling van het kind fasegewijs en aan de hand van ontwikkelingsstadia zal verlopen.

Inmiddels zijn er meerdere behandelmethodes op basis van het DIR-model ontwikkeld, onderzocht en effectief gebleken. Voorbeelden zijn Floortime (Greenspan & Wieder, 2005; Pajareya & Nopmaneejumruslers, 2011) en The Play and Language for Autistic Youngsters-project (Pickles, Anderson, & Lord, 2014; Solomon, Necheles, Ferch, & Bruckman, 2007). Een werkgroep FloorPlay van de centrale Rino-groep heeft op grond van het DIR-model en de speltechnieken van PLAY de methodiek FloorPlay ontwikkeld om ook in Nederland een behandelmethode te hebben waarbij waarin de ouder-kind interactie centraal staat.

Dit artikel beschrijft de resultaten van een pilotstudy naar de methodiek FloorPlay op een nieuw gestarte groepsbehandeling bij Altrecht Jeugd, een Geestelijke Gezondheidszorg (GGz) instelling in de regio Utrecht. Ouder(s) en kind komen 1 ochtend per week naar de groepsbehandeling waar zij begeleid worden middels coaching, modeling en videofeedback. Er zitten vier kinderen in de leeftijd van één tot en met zes jaar in een groep met vier ouders. De behandeling richt zich op het optimaliseren van de ouder-kind interactie middels het versterken van de sensitiviteit van de ouder voor het unieke biologische profiel van het kind. waardoor het kind groeit in diens sociaal-emotionele ontwikkeling. De verwachting is dat Floorplay een positief effect heeft op de ouder-kind interactie en de sociaal-emotionele en gedragsmatige ontwikkeling van het kind.

METHODE

DEELNEMERS

Twintig kinderen (13 jongens, 7 meisjes) met autisme (American Psychiatric Association, 2000) in de leeftijd van 13 tot 77 maanden en hun ouder(s). De gemiddelde leeftijd van de kinderen was 45 maanden. De gemiddelde behandelduur was 19 weken (range: 12 tot 52 weken). De helft van de kinderen volgde één behandelfase van drie maanden, acht kinderen volgden twee behandelfases, één kind drie en één kind vier. Dertien kinderen hadden de

EEN OUDER-KIND INTERACTIEBEHANDELING

Nederlandse etnische achtergrond en zeven kinderen een niet-Nederlandse etnische achtergrond. Van negen kinderen volgden de moeders het behandelprogramma, van vier kinderen de vaders, en van zeven kinderen volgden beide ouders afwisselend, het behandelprogramma. In het laatste geval zijn de vragenlijsten en video-observaties van de moeders meegenomen in het onderzoek. Zestien kinderen waren gediagnosticeerd met PDD-NOS en vier kinderen met autisme. De diagnose autisme werd gesteld door een kinder en jeugdpsychiater of klinisch psycholoog. Vaak was er sprake van fors disfunctioneren van het kind thuis, op de dagopvang of op school en stond de ouder-kind relatie onder druk. Kinderen met autisme van alle cognitieve niveaus en met of zonder taal werden geïncludeerd. Indien er bij de ouders sprake was van onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal of dat er substantiële problemen in het gezin waren anders dan die gerelateerd aan de stoornis van het kind, was de groepsbehandeling niet geïndiceerd. Alle ouders die met hun kind met autisme op de groepsbehandeling FloorPlay kwamen in de periode september 2011 tot en met december 2013 zijn benaderd voor deze studie. Nadat ouders toestemming hadden gegeven voor deelname aan het onderzoek werd een afspraak gemaakt met de onderzoeksassistent voor de voormeting. Bij afsluiting van de behandeling vond de nameting plaats. Drie maanden na afsluiting zijn ouders uitgenodigd voor een follow-up meting.

MEETINSTRUMENTEN

Primaire uitkomstmaat was de Functional Emotional Assessment Scale (FEAS). De FEAS is een leeftijds-genormeerde, klinische beoordelingschaal waarmee de functioneel emotionele ontwikkeling van het kind en de aansluiting van de ouder bij de ontwikkelingsfase van het kind wordt gemeten (Couturier, 2009; Greenspan & DeGangi, 2001). De FEAS is gebaseerd op het DIR-model van Greenspan en onderscheidt zes Functional Emotional Developmental Levels ofwel functioneel emotionele ontwikkelingsniveaus voor het kind (maximale totaalscore: 66): 1. Zelfregulatie en belangstelling voor de omringende wereld; 2. Intimiteit; 3. Wederzijdse communicatie; 4. Gedragsorganisatie; 5. Voorstellend vermogen en emotionele ideeën; 6. Representatieve differentiatie. Tabel 1 beschrijft in welke leeftijdsfase kinderen normaliter een functioneel emotioneel ontwikkelingsniveau kunnen behalen, welke vaardigheden elke fase omvat en wat de maximaal haalbare score is per ontwikkelingsniveau.

Tabel 1: Ontwikkelingsniveau's Functional Emotional Assessment Scale

EEN OUDER-KIND INTERACTIEBEHANDELING

Leeftijdsgroep in mnd	Functioneel Emotioneel Ontwikkelingsniveau	Max. score
0-3	Zelfregulatie en belangstelling voor de omringende wereld (rustig, oplettend geïnteresseerd raken in de omgeving en verwerven van interne regulatie)	14
2-7	Intimiteit (betrokken raken en relatievorming)	16
3-10	Wederzijdse communicatie (intentioneel wederzijds communiceren)	8
9-18	Gedragsorganisatie (problemen leren oplossen, communicatie uitbreiden)	4
18-36	Voorstellend vermogen en emotionele ideeën (verbeeldend spel, emotioneel spel)	14
36-48	Representatieve differentiatie (emoties uitspelen, logisch denken)	10

De beoordeling wordt gedaan aan de hand van een video-opname van 12-15 minuten waarin ouder en kind samenspelen. De instructie is te spelen zoals zij dat normaal thuis ook doen. De video-opname wordt gescoord aan de hand van een observatielijst door specifiek getrainde onderzoeksassistenten onder supervisie van een eveneens getraind klinisch psycholoog in opleiding. Volgens Greenspan kunnen zich normaal ontwikkelende kinderen alle FEONs behalen wanneer zij 48 maanden oud zijn. Kinderen met autisme behalen echter bepaalde FEONs niet en andere FEONs (die pas in een latere leeftijdsgroep ontstaan) ontwikkelen zij wel, maar vertraagd (Solomon, Necheles, Ferch, & Bruckman, 2007). Hierdoor is de FEAS ook geschikt voor kinderen met autisme ouder dan 48 maanden. Naast de FEAS-kindscore is er ook een FEAS ouderscore, waarbij er gekeken wordt in hoeverre de ouder capaciteiten heeft om aansluiting te vinden bij de ontwikkelingsniveaus van het kind (maximale score: 54), en een FEAS totaalscore (maximale score: 120).

Secundaire uitkomstmaten waren gericht op het probleemgedrag en het sociaal emotioneel en gedragsmatig functioneren van het kind.

Voor het probleemgedrag van het kind werd aan ouders gevraagd een 'Top 3' (Weisz, Chorpita, Frye, Ng, Lau, Bearman, et.al., 2011) te formuleren van probleemgedragingen van hun kind waarvoor zij in behandeling kwamen. Deze Top 3 werd door hen beoordeeld op een schaal van 0 (niet problematisch) tot 10 (zeer problematisch). Voorbeelden van probleemgedragingen genoemd door ouders waren: 'Ik krijg geen contact met mijn kind', 'Mijn kind heeft woedebuien' of 'Mijn kind komt niet tot spel'. Het sociaal emotioneel en gedragsmatig functioneren van het kind is beoordeeld aan de hand van de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 2001; Goedhart, Treffers, & Widenfelt, 2003). Ondanks het feit dat deze schaal nog niet genormeerd is voor kinderen onder de drie jaar, is de lijst voor de hele onderzoeksgroep gebruikt.

EEN OUDER-KIND INTERACTIEBEHANDELING

GROEPSBEHANDELING FLOORPLAY

De behandeling bestaat uit een observatie-fase van vier tot zes weken en een of meerdere behandel-fasen van twaalf weken. In de observatie-fase krijgen ouders psycho-educatie over de methodiek FloorPlay en kunnen ouder(s) en kind wennen aan de routines op de behandelgroep. Er wordt een video-observatie gedaan van een spelmoment tussen ouder(s) en kind welke wordt gecodeerd aan de hand van de FEAS. De observatie-fase wordt afgesloten met een evaluatiegesprek met ouders. Hierin wordt besproken welke ontwikkelingsniveaus van de FEAS (nog) niet zijn behaald. Ieder kind, iedere ouder en iedere ouder-kind interactie is uniek en op basis van de uitkomsten van de FEAS worden specifieke behandel-doelen gesteld waaraan gewerkt zal worden in de aansluitende behandel-fase.

De behandel-fase bestaat uit een periode van twaalf weken waarin ouders coaching, modeling en video-feedback krijgen om de FloorPlay-technieken toe te passen. Iedere behandel-dag krijgen ouders een verslag waarin individuele doelen en technieken staan om de interactie tussen ouder en kind te verbeteren en het plezier tussen hen te vergroten. Ouders krijgen coaching gedurende begeleide spelmomenten en psychomotorische therapie. De behandelaren helpen de ouder(s) sensitief te worden voor de subtiele signalen van hun kind en modelen FloorPlay technieken door met ouder en kind mee te spelen. Door aan te sluiten bij het ontwikkelingsniveau van het kind (binnen de zone van de naaste ontwikkeling) wordt voorkomen dat het kind wordt overvraagd en afhaakt in het samenspel. Tot slot worden met ouders regelmatig video-opnames van spelmomenten van ouder en kind nabesproken. Na de behandel-fase van twaalf weken wordt opnieuw een FEAS gecodeerd om te bekijken op welk emotioneel ontwikkelingsniveau het kind functioneert. De resultaten worden besproken met de ouder(s). Indien geïndiceerd door behandelaren en gewenst door ouders, kan de behandeling verlengd worden met een nieuwe behandel-fase van twaalf weken.

DROP-OUT

Tussen de voor- en nameting zijn er geen ouder-kind paren uitgevallen voor het onderzoek. Vanwege vormfouten was het echter niet mogelijk om op enkele meetinstrumenten de voor- en nameting met elkaar te vergelijken doordat bij de ene ouder de voormeting was afgenomen en bij de andere ouder de nameting. Ook bleek een enkele vragenlijst niet volledig ingevuld te zijn. Slechts dertien ouders en kinderen deden mee aan de follow-up meting. Redenen waarom ouders niet meededen aan de follow-up waren; gebrek aan tijd, bezwaar tegen reistijd en te belastend voor het kind. Twee ouders vulden alleen de vragenlijsten in omdat zij de video-opname ten behoeve van de FEAS te

EEN OUDER-KIND INTERACTIEBEHANDELING

belastend vonden.

RESULTATEN

Het cognitief ontwikkelingsniveau is gemeten voorafgaand aan de groepsbehandeling of tijdens de observatie-fase. Dit was overigens géén uitkomstmaat, maar is wel meegenomen in de onderzoeksdata om zo een goed beeld te geven van de populatie van de groepsbehandeling. Het gemiddelde IQ was 90 en lag tussen de 66 en 108. Deze score is berekend aan de hand van de genormeerde scores van de WPPSI-III-NL (N=15), de SON-R 2,5 – 7 (N=1) en de BSID-II-NL (N=1). Bij drie kinderen is de Mullens Scale of Early Learning afgenomen vanwege de leeftijd of beperking in testbaarheid. Bij de voormeting liep de functioneel emotionele ontwikkeling bij 18 kinderen (90%) ver achter bij hun kalenderleeftijd. Vooral vroege ontwikkelingsmijlpalen bleken niet behaald door de jonge kinderen. Acht kinderen (30%) hadden het ontwikkelingsniveau Zelfregulatie nog niet behaald. Ook op het ontwikkelingsniveau Intimiteit (2-7 maanden) en Wederzijdse communicatie (9-18 maanden) was er bij een aantal kinderen sprake van ‘gaten’ in de vroegemotionele ontwikkeling. Het ontwikkelingsniveau Gedragsorganisatie was door opvallend veel kinderen wél behaald (n=13).

Alle ouders behaalden bij de voormeting een hogere FEASscore dan hun kind, waaruit afgeleid zou kunnen worden dat zij op zich voldoende vaardigheden hadden om aan te sluiten bij het ontwikkelingsniveau van het kind. Dit betekent echter niet dat ook alle ouders daadwerkelijk de aansluiting vonden bij het ontwikkelingsniveau van hun kind. Zo bleek ontwikkelingsniveau 4 moeilijk voor meerdere ouders; dit niveau betreft de capaciteit van de ouder om de communicatie met het kind in stand te houden en te verdiepen. Het door ouders als meest problematisch ervaren gedrag (Top 3 probleemgedragingen) betrof in 63% autisme gerelateerde problemen zoals rigiditeit, niet kunnen samenspelen, moeite met communiceren of geen contact maken. In 30% betrof het co-morbide regulatieproblemen zoals eetproblemen of aandacht vragend gedrag en in 7% betrof het gedragsproblemen. Het gemiddelde cijfer op de Top 3 (de Top 3 probleemgedragingen gedeeld door drie) bij aanvang van de behandeling op een schaal van 0 (niet problematisch) tot 10 (zeer problematisch) was een 7,2. Volgens de SDQ was er bij geen van de kinderen een ‘normale’ sociaal emotionele en gedragsmatige ontwikkeling, waarbij 20% van de ouders zeer ernstige problemen rapporteerden. Het betrof vooral problemen met leeftijdsgenoten en een gebrek aan pro-sociaal gedrag. Het merendeel van de ouders (75%) gaf aan dat de problemen van hun kind een grote tot zeer grote impact had

EEN OUDER-KIND INTERACTIEBEHANDELING

op het gezinsleven.

Verschillen in de scores op de meetinstrumenten voor-, na- en drie maanden na afsluiting (follow-up) van de behandeling werden getoetst met een gepaarde t-test. De grootte van de verschillen werd uitgedrukt in Cohens *d* effectgrootten. Effectgrootten tussen 0,2 en 0,5 wijzen op kleine effecten, tussen 0,5 en 0,8 op middelmatige effecten en boven 0,8 op grote effecten (Cohen, 1988). Tabel 2 laat de gemiddelden en standaarddeviaties zien bij de voor-, na- en follow-up meting, alsook de resultaten van de gepaarde t-tests en de effectgrootten voor de uitkomstmaten van de behandeling.

Tabel 2: Gemiddelden (M), standaard deviaties (SD), t-waardes (t), vrijheidsgraden (df) en effectgroottes (Cohens *d*) van de uitkomstmaten; FEAS = Functional Emotional Assessment Scale; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire.

Uitkomstmaat	Voormeting	Nameting	Follow up	Voor-Na test		Na-Follow up test	
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	<i>t</i> (df)	<i>d</i>	<i>t</i> (df)	<i>d</i>
FEAS (totaal) ***	66,39 (18,29)	74,67 (16,10)	92,90 (18,95)	-2,00 (17)	0,48	-3,75 ** (9)	1,04
FEAS (kind) ***	32,33 (10,84)	39,11 (9,11)	48,40 (13,42)	-2,35* (17)	0,68	-3,61** (9)	0,80
FEAS (ouder) ***	34,06 (8,58)	35,56 (8,83)	44,50 (7,55)	-0,89 (17)	0,17	-3,18** (9)	1,09
Top 3 (opgeteld)	21,71 (4,74)	14,12 (5,70)	12,82 (5,96)	7,08** (16)	1,45	1,36 (10)	0,22
SDQ total	15,90 (4,97)	13,95 (5,93)	14,31 (5,02)	2,14* (19)	0,36	-0,68 (12)	0,06
SDQ impact	3,25 (2,25)	2,55 (2,46)	2,62 (2,53)	1,34 (19)	0,30	-0,26 (12)	0,03

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** een hogere score betekent een toename van interactie of gevoelens van competentie en tevredenheid

Tabel 2 geeft aan dat na de behandeling er op de meeste uitkomstmaten een vooruitgang te zien is: op meerdere uitkomstmaten is er sprake van een significant verschil tussen voor-, en nameting, en tussen na-, en follow-up meting. Op de primaire uitkomstmaat, de FEAS, is er een significante vooruitgang in het functioneel emotioneel ontwikkelingsniveau van de kinderen (FEAS kind). De FEAS totaal laat bij nameting een ogenschijnlijke verbetering zien, maar het verschil is niet significant. Bij de follow-upmeting zijn de verschillen op zowel de FEAS van de ouder als de FEAS totaal wél significant.

Op de secundaire uitkomstmaten zijn de resultaten eveneens positief. Het grootste behandel-effect werd gemeten op de Top 3 probleemgedragingen (Cohens *d* 1,45). Ouders ervaren het probleemgedrag van hun kind aanzienlijk minder problematisch na de behandeling. Het gemiddelde cijfer op de Top 3 bij aanvang van de behandeling op een schaal van 0 (niet problematisch) tot 10 (zeer problematisch) was een 7,2. Bij afsluiting van de behandeling was het gemiddelde een 4,7, drie maanden na afsluiting

EEN OUDER-KIND INTERACTIEBEHANDELING

van de behandeling was dit een 4,3. Het sociaal emotioneel en gedragsmatig functioneren van de kinderen verbeterde significant bij nameting (SDQ questionnaire). De impact van de aanwezige problemen op het dagelijks functioneren van het kind vermindert niet significant. Drie maanden na afsluiting van de behandeling blijven de resultaten op alle secundaire maten behouden.

In tabel 3 is te zien dat tijdens de groepsbehandeling de grootste vooruitgang wordt behaald op de onderste ontwikkelingsniveaus van Greenspan (besproken in tabel 1), ontwikkelingsniveaus die normaliter behaald zijn voor het eerste levensjaar. Bij de follow-up meting is er ook op latere ontwikkelingsniveaus een significante vooruitgang waar te nemen.

Tabel 3: Gemiddelden (M) en standaard deviaties (SD), t-waardes (t) en vrijheidsgraden (df) van de FEAS van het kind

<i>FEAS kind</i>	Voormeting M (SD)	Nameting M (SD)	Follow up meting M (SD)	Voor-Na test <i>t</i> (df)	Na-follow up test <i>t</i> (df)
Zelfregulatie en aandacht voor de omgeving	11,78 (3,32)	13,11 (2,32)	13,30 (1,64)	-2,18* (17)	-7,12 (9)
Intimiteit	10,61 (3,74)	12,33 (3,22)	14,80 (3,55)	-1,48 (17)	-3,74 (9)**
Communicatie	5,44 (1,95)	7,00 (1,65)	7,10 (2,33)	-2,99** (17)	-0,56 (9)
Gedragsorganisatie	2,33 (1,45)	3,11 (0,90)	3,30 (1,37)	-1,74 (17)	-0,80 (9)
Voorstellend vermogen en emotionele ideeën	2,35 (3,29)	3,59 (3,48)	7,10 (4,68)	-1,26 (17)	-2,94 (9)*
Representatieve differentiatie	0,50 (1,61)	0,93 (1,27)	4,00 (3,22)	-1,31 (17)	-2,71 (9)**

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

DISCUSSIE

De methodiek FloorPlay, gebaseerd op het DIR-model van Greenspan, is uitgebreid onderzocht en effectief bevonden in internationaal onderzoek (o.a. Greenspan & Wieder, 2005; Pajareya & Kaewta, 2011; Solomon, Van Egeren, Mahoney, Huber, & Zimmerman, 2014). Dit onderzoek is een eerste klinische verkenning van deze veelbelovende behandelmethode in Nederland. Floorplay werd geïmplementeerd op een afdeling van een reguliere GGZ instelling waar jonge kinderen met autisme worden behandeld. Focus van de behandeling is driedelig, conform het DIR-model van Greenspan. De behandeling is gericht op het stimuleren van de sociaal emotionele ontwikkeling (Developmental), houdt rekening met de individuele constitutie van het kind (Individual differences) en richt zich op het

EEN OUDER-KIND INTERACTIEBEHANDELING

optimaliseren van de ouder-kind interactie (Relationshipbased) .

In deze pilotstudy is de behandeling van 20 kinderen met autisme in de leeftijd van 13 tot 77 maanden geëvalueerd middels een voor-, na-, en follow-up meting. Na de behandeling zijn bij het kind de sociaal-emotionele problemen afgenomen (gemeten met de SDQ en de Top-3) en is er een toename in de functioneel emotionele ontwikkeling (gemeten met de FEAS). Ouders en kind volgden 3 uur per week een groepsbehandeling, gedurende gemiddeld 19 weken. In vergelijking met de meer gedragstherapeutische interventies waar geadviseerd wordt om meer dan 35 uur per week te oefenen met het kind (Eldevik, Hastings, Hughes, Jahr, Eikeseth, & Cross, 2010) is dit een aanzienlijk minder grote investering van kind, ouder en professional. Ouders leren in de behandeling meer oog te krijgen voor het ontwikkelingsniveau en het unieke biologische profiel van hun kind en krijgen handvatten om het kind te stimuleren in de (zone van de naaste) ontwikkeling middels FloorPlay technieken. Hierdoor is de verwachting dat de behandeling op langere termijn goedkoper zal zijn dan behandelingen waarbij de therapeut een centrale rol blijft spelen. De resultaten van de follow-up meting in dit onderzoek lijken deze aanname te onderbouwen. Drie maanden na de behandeling blijken de positieve veranderingen niet alleen stabiel, maar verbetert de score op de FEAS van kind en ouder nog significant. Nadat het kind in ontwikkeling is gekomen (tijdens de behandelfase), lijkt de ouder , ook na de behandeling, aan te sluiten op hogere ontwikkelingsniveaus en te verbeteren op de FEAS.

Dit praktijkgestuurd onderzoek in een reguliere GGZ instelling kent vele interferenties en tekortkomingen. Zo zijn er in deze pilot verschillen tussen de kinderen in etniciteit, cognitief ontwikkelingsniveau, behandelde ouder en behandelduur. Daarnaast maakt de kleine onderzoeksgroep het lastig om betrouwbare uitspraken te doen over de effectiviteit. Echter, wanneer bij zo'n kleine onderzoeksgroep een dergelijk groot effect wordt gemeten kan minimaal gesproken worden van een positieve trend. Ook kan door het ontbreken van een controlegroep niet met zekerheid worden gesteld dat de verbeteringen het gevolg zijn van de groepsbehandeling, in plaats van bijvoorbeeld een natuurlijke ontwikkeling. Toch lijkt deze suggestie onwaarschijnlijk aangezien de grootste vooruitgang van de emotionele ontwikkeling van de behandelde kinderen werd gezien op met name de onderste ontwikkelingsniveaus van de FEAS, ontwikkelingsniveaus die normaliter al voor het eerste levensjaar behaald zijn. De

EEN OUDER-KIND INTERACTIEBEHANDELING

kans dat kinderen in een natuurlijke ontwikkeling nog op onderliggende niveaus herstellen lijkt niet aannemelijk.

Deze studie moet dan ook misschien wel niet zozeer gezien worden als een wetenschappelijke studie naar de effectiviteit van FloorPlay, maar als een eerste klinische verkenning van deze methode die in het buitenland effectief is gebleken. Het is altijd afwachten of effectief bewezen behandelmethodes ook toepasbaar zijn in de weerbarstige praktijk van alledag. Zeker bij jonge kinderen is er zelden sprake van een eenduidig klachtenpatroon en is comorbiditeit eerder regel dan uitzondering wat behandeling indiceren moeilijker maakt. Tegelijkertijd hebben ouders zorgen en dreigt de interactie tussen ouder en kind, en hiermee de ontwikkeling van het kind, te stagneren. Dit pleit dan ook voor een meer dimensionelere aanpak waarbij in plaats van probleemgedrag, de ouder-kind interactie en op maat gesneden doelen centraal staan. De behandelmethode FloorPlay is dan ook niet alleen geschikt voor kinderen met autisme, maar ook wanneer er sprake is van bredere ontwikkelingsproblemen

CONCLUSIE

FloorPlay is een in Nederland relatief nieuwe behandelmethode voor jonge kinderen met ontwikkelingsproblemen, waaronder autisme spectrum stoornissen. FloorPlay onderscheidt zich van de meer kindgerichte, en veelal gedragstherapeutische behandelingen, doordat de emotionele band tussen de ouder en het kind centraal staat, en niet het (probleem)gedrag van het kind. Floorplay gaat er van uit dat de emotionele verbinding tussen ouder en kind de basis is voor gedragsverandering en de resultaten van deze pilotstudy onderbouwen deze aanname. Wanneer ouders technieken aangereikt krijgen om aan te sluiten bij het emotioneel ontwikkelingsniveau van hun kind en oog krijgen voor het unieke biologische profiel van hun kind dan blijkt dit een positief effect te hebben op zowel de emotionele ontwikkeling van het kind nemen sociaal-emotionele gedragsproblemen van het kind en door ouders gerapporteerd probleemgedrag af. Verder onderzoek naar het effect van ouder-kind gerichte interventies bij jonge kinderen met autisme (of andere ontwikkelingsproblemen) waarbij in plaats van gedragsverandering van het kind, de ouder-kind interactie, plezier en op maat gesneden doelen centraal staan, is gewenst en noodzakelijk.

AUTEURSGEGEVENS

EEN OUDER-KIND INTERACTIEBEHANDELING

Pieta van Dishoeck, gz-psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog, cognitief gedragstherapeut VGCT, Altrecht Jeugd, Utrecht (p.van.dishoeck@altrecht.nl)

Claudine Dietz, klinisch psycholoog, Altrecht. Utrecht (c.dietz@altrecht.nl)

Nicolle van de Wiel, klinisch psycholoog, Altrecht Jeugd, Utrecht (n.van.de.wiel@altrecht.nl)

REFERENTIES

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision (DSM-IV-TR)*. American Psychiatric Association.

Centraal Bureau voor Statistiek (2015). Curatieve GGZ, aantallen per diagnose, leeftijd en aantal diagnoses. Geraadpleegd op 15-05-2015 van <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=81549NED&D1=0,2&D2=a&D3=1-3&D4=0&D5=8-10&D6=l&HD=140814-1507&HDR=G3,G5,T,G1&STB=G2,G4>.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New York: Academic press.

Couturier, G.L.G. (2009), *Vertaling FEAS* (versie 2.7). Pro manuscripto.

Crane, L., Chester, J.W., Goddard, L., Henry, L.A., & Hill, E. (2015). Experiences of autism diagnosis: a survey of over 1000 parents in the United Kingdom. *Autism*. Epub ahead of print.

Croen, L.A., Najjar, D.V., Ray, G.T., Lotspeich, L., & Bernal, P. (2006). A comparison of health care utilization and costs of children with and without autism spectrum disorders in a large group-model health plan. *Pediatrics*, 118, e1203- e1211.

Diden, R. & Huskens, B. (2008). *Begeleiding van kinderen en jongeren met autisme*. Bohn Stafleu van Loghum.

Eldevik, S., Hastings, R.P., Hughes, J.C., Jahr, E., Eikeseth, S., & Cross, S. (2010). Using participant data to extend the evidence base for Intensive Behavioral Intervention for children with autism. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 115, 381-405.

Goedhart, A., Treffers, F., & Widenfelt, B. (2003). Vragen naar psychische problemen bij kinderen en adolescenten: de Strengths and Difficulties Questionnaire. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 58, 1018-1035.

EEN OUDER-KIND INTERACTIEBEHANDELING

- Goodman, R.** (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1337-1345.
- Greenspan, S.I. & DeGangi G.** (2001). Research on the FEAS: test development, reliability, and validity studies. In S. Greenspan, G DeGangi, & S. Wieder (Eds.), *The Functional Emotional Assessment Scale (FEAS) for infancy and early childhood. Clinical and research applications* (pp. 167-247). Interdisciplinary council on developmental and learning disorders. Bethesda, md.
- Greenspan, S.I. & Wieder, S.** (2005). Can children with autism master the core deficits and become empathetic, creative and reflective? A ten to fifteen year follow-up of a subgroup of children with autism spectrum disorders (ASD) who received a comprehensive developmental, individual-difference, relationship-based (DIR) approach. *The Journal of Developmental and Learning Disorders*, 9, 39-61.
- Pajareya, K. & Nopmaneejumruslers, K.** (2011). A pilot randomized controlled trial of DIR/Floortime™ parent training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders. *Autism*, 15, 563-577.
- Peters-Scheffer, N.C.** (2015). Discrete Trial Teaching: een stap vooruit voor kinderen met een autismespectrumstoornis en/of een verstandelijke beperking. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 1, 21-30.
- Pickles, A., Anderson, D.K., & Lord, C.** (2014). Heterogeneity and plasticity in the development of language: a 17-year follow-up of children referred early for possible autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55, 1354-1362.
- Reichow, B.** (2012). Overview of meta-analyses on early intensive behavioral intervention for young children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42, 512-520.
- Solomon, R., Necheles, J., Ferch C., & Bruckman, D.** (2007). Pilot study of a parent training program for young children with autism: the PLAY Project Home Consultation program. *Autism*, 11, 205-224.
- Solomon, R., Van Egeren, L.A., Mahoney, G., Huber, M.S.Q., & Zimmerman, P.** (2014). Play project home consultation intervention program for young children with autism spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 35, 475-485.
- Stadnick, N.A., Stahmer, A., & Brookman-Frazee, L.** (2015). Preliminary effectiveness of project ImPACT: a parent-mediated intervention for children with

EEN OUDER-KIND INTERACTIEBEHANDELING

autism spectrum disorder delivered in a community program. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1-13.

Weisz, J.R., Chorpita, B.F., Frye, A., Ng, M.Y., Lau, N., Bearman, S.K., Ugueto, A.M., Langer, D.A., Hoagwood, K. & the research network on youth mental health (2011). Youth top problems: using idiographic, consumer-guided assessment to identify treatment needs and track change during psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 369-380.

Werkgroep Vroegherkenning. Zonder jaartal. Geraadpleegd op 15-05-2015 van <http://autisme-samendoen.nl/werkgroepen/vroegherkenning>.

Wieder, S. & Greenspan, S.I. (2003). Climbing the symbolic ladder in the DIR model through floor time/interactive play. *Autism*, 7, 425-435.