

Vroege interventie bij autismespectrumstoornissen: *State of the art*

Claudine Dietz, Janne Visser, Ina van Berckelaer-Onnes & Nienke Peters-Scheffer

Aanleiding

De afgelopen decennia is de kennis over de vroege ontwikkeling van autismespectrumstoornissen (ASS) toegenomen, hetgeen geresulteerd heeft in betere mogelijkheden voor vroegsignalering en interventie. Hierdoor zijn de ontwikkelingskansen van kinderen met ASS verbeterd. Waar eerdere interventies voornamelijk gericht waren op de kernsymptomen van ASS en het leren omgaan met de beperkingen van het kind, zijn interventies tegenwoordig meer gericht op de gehele ontwikkeling van het kind en de ondersteuning van het gezin. In de loop der jaren zijn er vanuit verschillende theoretische invalshoeken vele vroege interventies ontwikkeld die van elkaar verschillen in focus, intensiteit en duur. Hoewel interventies steeds vaker wetenschappelijk worden getoetst, is er nog niet altijd sprake van klinische en wetenschappelijk consensus over de effectiviteit van interventies. Inzicht in de werkwijze en doelen van interventies is cruciaal om goed geïnformeerd beslissingen te kunnen nemen ten aanzien van interventies.

In dit artikel, dat tot stand is gekomen vanuit een samenwerking tussen professionals uit het Landelijk Netwerk Autisme Jonge Kind (LNAJK), willen we een overzicht geven van de interventies die anno 2018 in Nederland aan jonge kinderen en hun ouders worden geboden. De focus van dit artikel komt te liggen op vroege interventies voor kinderen tot zes jaar met (vermoeden van) ASS.

Inleiding

ASS worden gedefinieerd door beperkingen in sociaal-communicatief functioneren, door beperkte, repetitieve gedragspatronen en interesses en activiteiten, en door afwijkende gevoeligheid en/of interesse voor sensorische prikkels of en/of ongewone interesse voor sensorische aspecten in de omgeving (DSM-5, APA, 2013). Naast ASS wordt in de Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood,

zero to five (2016; DC 0-5) ook Early Atypical Autism Spectrum Disorder (EA-ASD) beschreven. Deze classificatie kan worden toegepast bij jonge kinderen tussen 9 en 36 maanden oud die enkele kenmerken van ASS laten zien, maar niet aan alle criteria voor ASS voldoen. Hun ontwikkelingsproblemen zijn echter dusdanig dat passende interventie noodzakelijk is. Hiermee wordt onnodige ontwikkelingsvertraging voorkomen. Deze classificatie dient niet gebruikt te worden bij kinderen bij wie symptomen verklaard kunnen worden vanuit een cognitieve, taal- of ontwikkelingsstoornis of andere psychopathologie.

De prevalentie van ASS wordt geschat rond de één procent (Van Berckelaer-Onnes e.a., 2015). ASS zijn sterk heterogeen wat betreft manifestatie, beloop en ernst. Kenmerken van ASS volgen in de bevolking een dimensionale verdeling van subklinische kenmerken tot ernstige klinische beelden. De heterogeniteit van het beeld hangt ook samen met bijkomende problemen of stoornissen op medisch, cognitief, gedragsmatig en emotioneel gebied. Van belang tenslotte is dat de ASS-kenmerken en bijkomende problemen ook variëren afhankelijk van de afstemming en eisen door de (opvoedings-) contexten (Constantino & Charman, 2016). Samenvattend houdt het voorgaande in dat ieder kind een uniek profiel heeft van problemen, beperkingen en mogelijkheden, dat zich over de tijd ontwikkelt en nauw samenhangt met contextuele factoren. Dit vraagt om interventies op maat, passend bij de mogelijkheden en beperkingen van het kind op dit moment en binnen de context waarin hij of zij opgroeit.

Mels

Mels, 2,5 jaar, groeit op als oudste in een gezin met twee babyzusjes. Sinds kort gaat hij twee dagdelen per week naar een peuterspeelzaal. Dit gaat boven verwachting goed, Mels is nieuwsgierig en geïnteresseerd in bepaalde speeltjes. Het valt echter op dat hij veel herhalend spelgedrag laat zien en weinig gericht is op zijn sociale omgeving. Mels heeft een grote woordenschat en kletst de hele dag door. Hij gebruikt taal echter weinig in de interactie met zijn omgeving: hij reageert meestal niet wanneer je hem iets vraagt, of hij herhaalt je letterlijk (echolalie). Thuis valt met name op dat Mels gevoelig is voor geluiden. Hij raakt volledig in paniek wanneer een van de baby's huilt. Mels vraagt veel aandacht en kan zich moeilijk zelf vermaken, behalve wanneer hij een filmpje mag kijken. Daarnaast slaapt Mels zeer licht en is hij elke nacht verschillende keren wakker. Eten gaat moeizaam; naast dat Mels zeer langzaam eet en nog gevoerd wil worden, is hij een kieskeurige eter. Groente en fruit eet hij alleen wanneer het gepureerd is en van een specifiek

merk. Hij drinkt melk en pap alleen uit een flesje en weigert op een andere manier te drinken.

Ouders zijn overbelast, geven aan structureel slaapgebrek te hebben en hierdoor mogelijk ook te toegeeflijk te zijn. Moeder is thuis sinds Mels is geboren maar geeft aan op het randje van een burn-out te zitten; ook vader zit sinds kort thuis vanwege oververmoeidheid en migraine.

Amir

Amir, 2,5 jaar, groeit op als jongste in een Marokkaans gezin met nog drie zussen van 8, 10 en 12 jaar oud. Hij zit sinds kort vijf ochtenden op een voorschool waar het prima lijkt te gaan. Wel gaat Amir zijn eigen gang en gaat hij de andere kinderen steeds uit de weg. Hij zit dan veel onder een tafel of stoel en vermaakt zich in zijn eentje met een blokje, een touwtje of de wieltjes van een autootje. Moeder is thuis met de kinderen, vader werkt. Ouders maken zich zorgen over Amir omdat hij nog weinig taal heeft, veel op zichzelf is, weinig oogcontact maakt en weinig speelt. Het liefst zit hij gewoon op de bank en kijkt hij tv. Wat hij wel heerlijk vindt is stoeien met zijn zussen. Hoewel hij op die momenten veel plezier heeft, zal hij hier zelf niet om vragen; het initiatief komt altijd van zijn zussen. Zijn ontwikkeling op het gebied van taal maar ook motoriek, verloopt vertraagd. Amir spreekt nog niet en loopt sinds twee maanden. Amir eet en slaapt goed. Hij vraagt heel weinig aandacht.

Hoewel beide jongens kenmerken laten zien van een stoornis binnen het autistische spectrum, is hun individuele profiel zeer verschillend, net als de context waarbinnen ze opgroeien en de hulpvragen van hun ouders. De ouders van Mels hebben weinig reserves over en vragen dringend om ontlasting bij de meer basale zorg, met name rondom het slapen en eten. Hun lijdensdruk is zeer hoog. Amir daarentegen is eigenlijk een (te) gemakkelijk kind. Ouders hebben geen last van hem maar maken zich vooral zorgen over zijn toekomst. Zij zijn op zoek naar handvaten hoe zij Amir gerichter kunnen stimuleren in het contact, de communicatie en het spel.

Het belang van vroegtijdige interventie

Het is van groot belang dat interventies bij kinderen met ASS zo vroeg mogelijk worden ingezet, bij voorkeur voor het derde levensjaar. Internationaal onderzoek toont een positief effect aan van vroege interventies, beginnend in de eerste levensjaren. Hiervoor zijn meerdere verklaringen die elkaar niet

uitsluiten. Ten eerste is de plasticiteit van het brein op jonge leeftijd relatief hoog, waardoor het leren van nieuw gedrag en het veranderen van dysfunctioneel gedrag gemakkelijker optreedt (Dawson, 2008). Ten tweede ontwikkelen ASS zich over de tijd in toenemend heterogene en complexe beelden die steeds moeilijker te beïnvloeden zijn. Ten derde is het begrijpen van en de afstemming op het kind met ASS van begin af aan lang niet vanzelfsprekend. Het risico op het ontstaan van dysfunctionele interactiepatronen en toenemende overbelasting van de ouders is dan ook groot. Door in vroege stadia gerichte hulp in te zetten kan de overbelasting van het gezin deels verholpen en zelfs deels voorkomen worden. Dit geldt ook voor de vaak (secundair) optredende gedrags- en emotionele problemen, en leerproblemen. Tot slot kan de omgeving van het kind met ASS op een vroeger moment worden aangepast. Hierbij wordt gestreefd naar een juiste balans tussen enerzijds rekening houden met de overgevoeligheden van het kind en anderzijds, ondanks de weerstand tegen verandering bij het kind, het creëren van voldoende nieuwe leerervaringen zodat het kind zich zo volledig mogelijk kan ontwikkelen. Hierdoor kan worden voorkomen dat de achterstand op leeftijdsgenoten groter wordt.

Visie op ASS-interventie

Autisme staat dankzij Leo Kanner sedert 1943 op de kaart (Kanner, 1943). Toch heeft het tot 1961 geduurd voor de eerste wetenschappelijke artikelen over de behandeling van kinderen met autisme verschenen. In 1985 publiceerde de Engelse kinderpsychiater Rutter een duidelijke visie op de behandeling van kinderen met autisme en hun ouders, een visie die nog altijd van toepassing is. Hij formuleert een aantal behandelingsdoelen en stelt dat er twee behandelingslijnen onderscheiden kunnen worden; één gericht op de omgeving en één op het individuele kind (Box 1). Rutter maakt verder onderscheid tussen reductie en eliminatie van probleemgedraging om aan te geven dat specifieke autistische gedragingen op zich waarschijnlijk nooit helemaal zullen verdwijnen maar wel gereduceerd kunnen worden. Met deze visie op ASS-interventie pleitte Rutter voor een brede focus, hetgeen recht doet aan het pervasieve karakter van de stoornis waarbij problemen vóórkomen op meerdere ontwikkelingsgebieden. Het doet eveneens recht aan de sterke heterogeniteit van de stoornis en het gegeven dat kinderen met ASS zowel wat betreft hun kenmerken als interventiebehoeften sterk verschillen. Vanuit deze visie is het logisch dat er over de levensloop en naar gelang de ontwikkelingsstaken veranderingen optreden: 1) in ASS-kenmerken,

bijkomende problemen en competenties en 2) in de taken en behoeften van ouders en opvoeders, waardoor ook de interventiebehoeften met de tijd veranderen.

Box 1. Algemene doelen van behandeling bij autisme (Rutter, 1985)

- A** De lijn die de vermindering van de draaglast, inclusief de vergroting van draagkracht, van de opvoeders in brede zin beoogt;
- B** De lijn die is gericht op het individu met autisme en drie doelstellingen omvat:
 - 1** Stimuleren van de normale ontwikkeling in brede zin;
 - 2** Reduceren van specifiek probleemgedrag direct voortvloeiend uit autisme (rigiditeit, inflexibiliteit, stereotypieën);
 - 3** Elimineren van non-specifieke problemen, d.w.z. problemen die zich ook bij andere stoornissen kunnen voordoen (bijv. slaap- en eetproblemen, driftbuien, agressie, angst).

De huidige focus van ASS-interventie bij het jonge kind wijkt niet af van Rutters visie. Bij het jonge kind ligt het accent wel meer op de ontwikkelingsbevordering ofwel het stimuleren van de normale ontwikkeling en op het optimaliseren van de ouder-kind interactie dan bij oudere kinderen, adolescenten en volwassenen.

Gedurende de vroege ontwikkeling leren kinderen het meest in de context van de continue interactie met hun ouders of verzorgers. Ouders brengen relatief veel tijd door met hun jonge kind en kunnen voor continuïteit zorgen over de verschillende settings heen. Interventies zijn zoveel mogelijk gericht op het dagelijkse leven thuis en op het functioneren van het kind op het kinderdagverblijf, de peuterspeelzaal of de school. De rol van de ouder bij interventie is bij het jonge kind veel explicieter dan bij het schoolgaande kind. Hierop aanhakend is het van belang aan te sluiten bij de cultureel-maatschappelijke belevingswereld, de gebruiken, normen, waarden en voorkeuren van de familie en bij het verwachtingspatroon dat zij hebben ten aanzien van de ontwikkeling en positie van hun kind en familie. In diverse wetenschappelijke artikelen wordt nadrukkelijk aandacht gevraagd voor diversiteit van culturen en niet-westerse waarden en normen, zonder echter al te veel uit te wijden over de consequenties die dit zou kunnen hebben voor de interventie van ASS.

Interventiemethodieken in Nederland

Begin jaren zestig van de vorige eeuw lieten Fester (1961) en Fester en DeMeyer (1962) zien dat tastbare beloners zoals voedsel gebruikt konden

worden om mensen met ASS vaardigheden aan te leren. In deze studies werd ASS vooral gezien als een beperking in het leren uit de sociale omgeving en aanvankelijk werden dan ook voornamelijk principes uit de leertheorie toegepast in de interventies voor kinderen met ASS. Specifieke methodieken die voortgekomen zijn uit het leertheoretische kader zijn Applied Behaviour Analysis (ABA) zoals die van Lovaas (1987) waarbij kinderen in kleine stapjes nieuw gedrag aangeleerd krijgen; Discrete Trial Teaching (DTT; Peters-Scheffer & Didden, 2014) waarbij kinderen eveneens vaardigheden aanleren binnen gestructureerde één-op-één sessies; Pivotal Response Training; (PRT; Koegel & Koegel 2006; 2012) waarbij met motiverende technieken de gerichtheid op de ander en het nemen van initiatieven in contact en communicatie binnen dagelijkse situaties worden bevorderd. Methodieken die afgeleid zijn van het theoretisch Developmental Individual Relationship based-model van Greenspan (DIR; Greenspan, 1992; Greenspan, Wieder, & Simons, 2003) zijn eveneens gericht op het vergroten van de motivatie tot en initiatief nemen in contact en communicatie. Het verschil ten opzichte van ABA, DTT en PRT is dat de volwassene het huidige sociaal-emotioneel niveau en de interesses van het kind volgt. Het DIR-model gaat uit van de veronderstelling dat elke ontwikkelingsfase alsook individuele verschillen om andere manieren van interacteren vraagt (bijvoorbeeld meer of minder actief), en is gebaseerd op relatievorming. Voorbeelden hiervan zijn Floortime; Play Project; FloorPlay (Solomon, Necheles, Ferch, & Bruckman, 2007). Ook de Sunrise/Option-methodiek gaat uit van het belang van het aansluiten bij de belevingswereld van het kind en het op gang brengen van ontwikkeling via spel (Kaufman, 1999). De Hanen-methodiek vindt eveneens zijn oorsprong in deze hoek en richt zich specifiek op het initiëren van de communicatieve ontwikkeling bij kinderen met ontwikkelingsstoornis, waarbij er een variant specifiek aangepast is voor kinderen met ASS (Süssman, 2016). Het ESDM (Early Start Denver Model; Rogers & Dawson, 2010) is een model met elementen uit zowel het leertheoretisch kader als DIR./Floortime. Leren wordt hier op een speelse manier bevorderd binnen de ouder-kindinteracties. De Jasper-training (Kasari, 2015) richt zich op het bevorderen van joint attention, spel en emotieregulatie, specifiek bij jonge kinderen.

Naast methodieken om de ontwikkeling van kinderen met ASS te stimuleren zijn er ook diverse psycho-educatie methodieken ontwikkeld waarbij primair kennis wordt overgedragen over autisme en de ontwikkeling van jonge kinderen en de ouder leert om de (vaak onduidelijke) signalen van het kind met ASS waar te nemen en te begrijpen. Doel hiervan is ouders te helpen sensitiever te worden voor het autisme van hun kind en met die kennis

de omgeving voor het kind aan te passen (bijvoorbeeld prikkelreductie, structuur of juist extra stimulering). De Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting adapted to Autism (VIPP-auti; Poslawsky e.a., 2015) is een methodiek waarbij psycho-educatie wordt gecombineerd met videointeractiebegeleiding, waarbij ouders geholpen worden om de signalen van ASS bij hun kind te herkennen en zo te leren beter aan te sluiten bij de mogelijkheden en beperkingen van hun kind.

Steeds meer klinische en wetenschappelijke evidentie is ook te zien bij therapeutische bewegingsmethodieken. Psychomotorische therapie (PMT) is een ervaringsgerichte behandelvorm waarbij op een methodische manier gewerkt wordt aan individuele doelen via lichaam- en bewegingsgerichte oefeningen in individueel verband of tijdens ouder-kindinteracties. Sensorische integratietherapie is vooral gericht op de zintuiglijke informatieverwerking. Ook op het gebied van communicatie, met name ten aanzien van ondersteunende communicatie, worden de nodige successen behaald (Brandts e.a. 2017). Bij muziektherapie is muziek het middel om plezier te leren beleven aan contact en communicatie (Pater & Van Yperen, 2017). Tot slot is van belang dat de bovenbeschreven methodieken op verschillende manieren in de praktijk gebruikt worden; de variatie in intensiteit en methodiek kan enorm zijn. Een mooi overzicht hiervan is te vinden in ‘*Dit is autisme*’, waarin Colette de Bruin (2017) een heldere beschrijving geeft van verschillende interventies, voorzien van vele concrete voorbeelden.

In het kader van passende kinderopvang en passend onderwijs gaan jonge kinderen met ASS steeds vaker naar een reguliere dagopvang of peuterspeelzaal, waarbij coaching van de medewerkers geboden wordt vanuit een KDC of de GGZ. Andere kinderen gaan naar een kinderdagcentrum (KDC), Medisch Kleuter Dagverblijf (MKD) of een gespecialiseerd centrum voor taalstoornissen waar op specialistische behandelgroepen zorg, behandeling en/of onderwijs geboden wordt, bijvoorbeeld in groepen met onderwijs-zorgarrangementen. Kinderdagcentra (KDC's) bieden zorg en behandeling, al dan niet in combinatie met onderwijs, voor jonge kinderen met een ontwikkelingsachterstand en daarnaast ASS. MKD's (Medisch Kleuter Dagverblijven) bieden zorg en onderwijs aan jonge kinderen met ASS zonder ontwikkelingsachterstand, terwijl een gespecialiseerd centrum voor taalstoornissen hulp biedt aan kinderen die naast ASS ook een taalstoornis hebben. Veel instellingen werken eclecticisch en bieden een therapeutische (groeps)setting van waaruit gewerkt wordt in plaats van bijvoorbeeld één-op-éénbehandeling. Tot slot bestaan in ons land verschillende varianten van diagnose/behandelgroepen voor peuters en kleuters. Vaak is het aanbod voor

gespecialiseerde dagopvang voor jonge kinderen met ASS echter ontoereikend en moeten kinderen ofwel lang wachten ofwel veel wisselingen doormaken in dagcentra.

Samen met de (specialistische) GGZ kan, naast een specifiek op sociale communicatie, flexibiliteit en prikkelverwerking gerichte behandeling, behandeling worden ingezet op comorbide/bijkomende problemen. Te denken valt aan taal-spraak, leer- en motorische ontwikkelingsproblemen, en/of hardnekkige problemen met de regulatie van gedrag (hyperactiviteit, driftbuien) en emoties (angsten) die het functioneren en leren belemmeren. Het is van essentieel belang om deze bijkomende problemen te benaderen vanuit een geïntegreerde aanpak zodat rekening gehouden kan worden met de specifieke prikkelverwerking en leerstijl van het kind met ASS en bijkomende problemen in het gezin. De werkzaamheid van eventueel afzonderlijk ingezette methodieken dient dan ook regelmatig vanuit het totale plaatje geëvalueerd te worden, dit om te voorkomen dat er disbalans ontstaat op andere ontwikkelingsgebieden.

Wat de medicamenteuze behandeling betreft is, buiten de eventuele somatische indicaties, deze geen eerste keus bij jonge kinderen met ASS. Meest voorkomende redenen om medicatie te overwegen zijn forse prikkelbaarheid/overprikkeling, aandachtsdeficiëntie en hyperactief gedrag en soms zeer hardnekkige angstsymptomen. Voor specifieke informatie verwijzen wij naar de website van het Kenniscentrum voor Kinder en Jeugdpsychiatrie (www.kenniscentrum-kjp.nl/Professionals/GGZ-0-6-jarigen/medicatie).

Alhoewel er meerdere interventiemogelijkheden bestaan waar het gaat om behandeling bij het jonge kind met ASS en zijn/haar ouders, zijn direct ook verschillende kanttekeningen te plaatsen. ASS zijn zeer divers in uitingsvorm en ernst waardoor adviezen ten aanzien van de aanpak ook erg uiteen kunnen lopen. De onderbouwing van het behandeladvies op basis van een individueel profiel wordt door professionals nog te weinig expliciet gedaan. Te vaak wordt nog geredeneerd vanuit het al dan niet beschikbaar zijn van het behandel aanbod dat bovendien per regio erg lijkt te verschillen. Tot slot is er te weinig aandacht voor de chroniciteit van ASS en de hieruit voortvloeiende levensloop begeleiding. De Gezondheidsraad (2009) pleit ten behoeve van de zorg voor het individu met ASS voor een levensloopcoach die voorziet in continuïteit in levensfasen en integratie op verschillende levensgebieden zoals zorg, onderwijs, arbeid en gemeentelijke voorzieningen. Met de transitie in de jeugdzorg zijn sinds 1 januari 2015 de gemeentes verantwoordelijk in de jeugdzorg en zou de levensloopcoach ASS hier logischerwijs ondergebracht

kunnen worden. De realiteit is dat specifieke kennis en ervaring met ASS vaak ontbreekt binnen de buurt- en wijkteams.

In november 2017 is de Zorgstandaard Autisme uitgekomen waarin vooral het belang van maatwerk wordt benadrukt. Psychologische behandeling kan zeer divers worden ingezet afhankelijk van wat op dat moment de meeste aandacht behoeft. In de *Richtlijn Autisme: signalering, begeleiding en toeleiding naar diagnostiek* (Van Berckelaer-Onnes e.a., 2015), wordt gepleit voor een vroege signalering van problemen die mogelijk richting autisme kunnen wijzen, zodat al heel vroeg gerichte hulp geboden kan worden. Deze hulp is vooral gericht op ontwikkelingsafwijkingen en/of vertragingen. Hiervoor is de diagnose autisme nog niet direct nodig, maar wel ontwikkelingsgerichte opvoedingsondersteuning. Ouders krijgen handvatten op die domeinen waar problemen zijn gesignaleerd. Voor meer informatie over vroeg interventie bij eerste kenmerken van ASS verwijzen we naar de website www.autismejongekind.nl.

Wat is de evidentie?

Behandelprogramma's die effectief zijn verschillen in concrete inhoud, intensiteit, uitvoering en uitkomstmaten. Er zijn echter tegelijkertijd ook veel overeenkomsten tussen deze programma's. Het gegeven dat veel methodieken eclecticisch worden gebruikt, maakt onderzoek lastig. Interventies zijn nog nauwelijks onderzocht op het effect op lange termijn of bijvoorbeeld op bijkomende comorbide factoren. In termen van 'evidence based' interventies zijn in de literatuur vooral gedragstherapeutische technieken beschreven gebaseerd op de Applied Behavior Analysis, zoals Pivotal Response Treatment en Discrete Trial Treatment. Bij deze programma's staat operante conditionering centraal, met name gericht op cognitieve groeimogelijkheden en gedragsmodificatie. Studies met de Early Start Denver Model (ESDM) en Floortime laten zien dat deze meer sociaal pragmatische methodieken eveneens gunstige effecten op de vroege ontwikkeling sorteren (Dawson e.a., 2010; Solomon e.a., 2014). Behalve van het kindprofiel zal men daarom ook steeds uitgaan van de voorkeuren en mogelijkheden van de ouders. Zo spelen kenmerken van ouders, zoals sensitiviteit, waarschijnlijk een grote rol bij de werkzaamheid van interventies. Wat betreft de kindfactoren lijken de gevoeligheid voor sensorische prikkels en het cognitief functioneringsniveau belangrijk in de keuze voor meer of minder intensieve begeleiding. Er is echter nog weinig bekend over de intensiteit die nodig is om de ontwikkeling van een kind dat een autistische ontwikkeling doormaakt, gunstig te beïnvloeden. Tot

voor kort werden zeer intensieve interventies geadviseerd van vaak meer dan dertig uur per week. Dit blijkt echter onvoldoende onderbouwd. Inmiddels zijn nu studies gepubliceerd waarbij positieve ervaring is opgedaan met minder intensieve varianten van een interventie (Sallow & Gaupner, 2005; Peters-Scheffer e.a., 2013).

Discussie

Zoals boven is aangegeven zijn er verschillende interventies mogelijk. De vraag is echter wat de factoren zijn die specifiek bijdragen aan de werkzaamheid van vroege interventies. Wallace en Rogers (2011) onderscheiden basiskenmerken waaraan psychosociale interventies moeten voldoen. Hiermee kwamen zij tot de volgende aanbevelingen:

Box 2: Vier basiskenmerken van effectieve vroege interventies (Wallace & Rogers, 2011)

- 1 Nauwe participatie van ouders, inclusief ouder-coaching gericht op responsiviteit en sensitiviteit t.a.v. de signalen van het kind en op het zelf toepassen van (onderdelen van) interventies.
- 2 Geïndividualiseerd; afgestemd op het individuele ontwikkelingsprofiel van het kind.
- 3 Brede focus: gericht op meerdere leerdoelen.
- 4 Tijdgebonden: beginnend zodra de risico's gesignaleerd worden en intensief qua frequentie en duur.

Bij vroege interventies voor kinderen met autisme is de betrokkenheid van ouders cruciaal (basiskenmerk 1: nauwe participatie ouders). De meeste programma's besteden aandacht aan de interactie ouder-kind. Zij delen hun eerste focus op de vroege communicatie in de context van (dyadische) relationele interacties (inclusief elementen van joint attention, imitatie, doe-alsof spel, betrokkenheid, wederkerigheid en emotionele afstemming) (Mc Conachie e.a., 2015). Afstemming op het individuele ontwikkelingsprofiel is van belang (basiskenmerk 2) maar wordt lang niet altijd geëxpliciteerd. Doelen, tempo van leren en verwachtingen ten aanzien van de realisatie van doelen variëren afhankelijk van onder andere het individuele ontwikkelingsprofiel. In de meeste programma's wordt de ontwikkeling van het kind breder ingezet dan alleen op de domeinen waar problemen zijn gesignaleerd (basiskenmerk 3: brede focus). Tenslotte geven Wallace en Rogers (2011) aan dat de interventie tijdgebonden moet zijn en snel moet beginnen zodra problemen worden gesignaleerd. Bij ASS is sprake van een blijvende stoornis. Toch zullen er periodes zijn waarin geen directe interventie nodig is. Bij de toename van de leeftijd worden andere vragen gesteld, met name door de ouder

(Van Berckelaer-Onnes & Hansen, 2004). Bovenal is het van belang dat een interventie zo vroeg mogelijk wordt ingezet en bij voorkeur binnen de eigen leefomgeving plaatsvindt, waarbij ouders expliciet betrokken zijn.

Hoe nu verder?

Het landelijk netwerk autisme jonge kind (LNAJK) stelt zich tot doel de zorg voor het jonge kind met (vermoeden) van ASS te verbeteren op het gebied van 1) vroege signalering; 2) vroege diagnostiek; 3) vroege interventie. Met dit huidig artikel beogen we een overzicht te bieden van interventies die in Nederland worden aangeboden. Daarnaast hebben we onze visie gedeeld op de bestanddelen van de interventie.

Naast het delen van deze kennis met professionals, vinden we het van belang dat ouders beter geïnformeerd zijn over de mogelijkheden van behandeling voor hun kind. Via de website www.autismejongekind.nl willen we in deze behoefte voorzien.

Tot slot pleiten we voor interventie bij de allereerste mogelijke kenmerken van autisme in plaats van wachten tot het diagnostisch beeld uitgekristalliseerd is. Er bestaat een aanzienlijke vertraging van gemiddeld enkele jaren tussen de allereerste zorgen die ouders hebben over de ontwikkeling van hun kind en het moment dat er daadwerkelijk een diagnose ASS gesteld is (*Vanuit autisme bekeken*, 2015). Hierdoor gaat kostbare tijd verloren. Het moge duidelijk zijn dat vroege interventies voor kinderen met (een vermoeden van) ASS nog veel wetenschappelijk onderzoek behoeven voordat harde uitspraken over effecten kunnen worden gedaan. Er wordt momenteel zowel internationaal als nationaal veel research op dit gebied verricht, waarin ook de klinische beoordeling en de waarden en voorkeuren van de cliënt en zijn/haar ouders worden meegenomen.

Samenvatting

In Nederland zijn diverse interventies beschikbaar voor jonge kinderen tot zes jaar met autisme spectrum stoornissen en hun ouders. Het aanbod lijkt per regio nog erg te verschillen en lijkt te weinig afgestemd op het individuele profiel van het kind. Bovendien bestaat er nog weinig klinische en wetenschappelijke consensus ten aanzien van de effectiviteit van de interventies. Interventies dienen meer op maat te worden geboden, passend bij de actuele mogelijkheden en beperkingen van het kind en aansluitend bij de leefomgeving van het kind.

Dr. C. Dietz is klinisch psycholoog en werkzaam bij Karakter en Altrecht.

Email: claudinedietz@hotmail.com

Dr. J. Visser is kinder-en jeugdpsychiater en werkzaam bij Karakter.

Dr I. Van Berckelaer-Onnes is emeritus hoogleraar in de orthopedagogiek.

Dr. N. Peters-Scheffer is universitair docent en werkzaam bij Radboud Universiteit en de Driestroom.

Literatuur

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: APA.

Berckelaer-Onnes, I.A. van & Hansen, M.A.T. (2004). Een leven lang ouderen. In P.F.A. de Nijs (red.). *Ontwikkeling langs de levenslijnen* (pp. 53-61). Apeldoorn: Garant.

Berckelaer-Onnes, I.A. van, Glind, G. van de, Anzion, P., & Werkgroep richtlijn ASS-JGZ (2015). *JGZ-richtlijn Autismespectrumstoornissen: Signalering, begeleiding en toeleiding naar diagnostiek*. Utrecht: Nederlands Centrum voor Jeugdgezondheidszorg.

Bruin, C. de (2017). *Dit is autisme*. Doetinchem: Graviant Educatieve Uitgaven.

Constantino, J.N., & Charman, T. (2016). Diagnosis of autism spectrum disorder: Reconciling the syndrome, its diverse origins, and variation in expression. *Lancet Neurology*, 15 (3), 279-291.

Dawson, G. (2008). Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder. *Development and Psychopathology*, 20, 775-803.

Dawson, G., Rogers, S., Munson, J., e.a. (2010). Randomized, controlled trial of an intervention of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. *Pediatrics*, 125 (1), 17-23.

Brands, T., Denteneer-van der Pasch, W. Sande, K. & Versteegen, M. (2015). *Concept ondersteunende communicatie*. Ibook. Amsterdam: Kentalis.

Fester, C.B. (1961). Positive Reinforcement and Behavioral Deficits of Autistic Children *Child Development*, 32, 437-456.

Fester, C.B. & Demeyer, M.K. (1962). A method for the experimental analysis of the behavior of autistic children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 32, 89-98.

Gezondheidsraad (2009). *Autismespectrumstoornissen: Een leven lang anders*. Den Haag: Gezondheidsraad.

- Greenspan, S.I., (1992). *Infancy and Early Childhood: The Practice of Clinical Assessment and Intervention with Emotional and Developmental Challenges*. Madison, CT: International Universities Press.
- Greenspan, S.I., Wieder, S. & Simons, R. (2003). *Als uw kind speciale aandacht nodig heeft. Intellectuele en emotionele groei stimuleren*. Utrecht/Antwerpen: Kosmos-Z&K Uitgevers.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
- Kasari, C. (2015). Update on behavioral interventions for autism and developmental disabilities. *Current Opinion in Neurology*, 28 (2),124-129.
- Kaufman B.N. (1999). *Power dialogues: The ultimate system for personal change*. Epic Century Publishers.
- Koegel R.L. & Koegel, L.K. (2006). *Pivotal Treatments for Autism: Communication, Social and Academic Development*. Baltimore: Brookes Publishing Co.
- Koegel, R.L., & Koegel L.K. (2012) *Pivotal Response Treatments, focus op motivatie en communicatie bij autisme*. Huizen: Pica.
- Lovaas, O.I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (1), 3-9.
- McConachie, H., Parr, J.R., Glod, M., e.a. (2015). Systematic review of tools to measure outcomes for young children with autism spectrum disorder. *Health Technology Assess*, 19, 1-506.
- Pater, M. & van Yperen, T. (2017) Muziektherapie voor kinderen en jongeren met ASS. *Kind & Adolescent*, 38, 233-259.
- Peters-Scheffer, N.C., & Didden, R. (2014). Discrete Trial Teaching: een stap vooruit voor kinderen met autisme en een verstandelijke beperking. In B. Twist & J. de Bruin (red.), *Handboek Verstandelijke Beperking* (pp. 181-196). Amsterdam: Boom.
- Peters-Scheffer, N., Didden, R., Mulders, M., & Korzilius, H. (2013). Effectiveness of low intensity behavioral treatment for children with autism spectrum disorder and intellectual disability. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7, 1012-1025.
- Poslowsky, I.E., Naber, F.B.A., Bakermans-Kraneneburg, M.J., e.a. (2015). Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting adapted to Autism (VIPP-AUTI): A randomized controlled trial. *Autism*, 19 (5), 588-603.
- Rogers, S. & Dawson, G. (2010). *Early Start Denver Model for Young Children with Autism*. New York, NY: The Guilford Press. (Nederlandse

- vert.: 2011, *Het ESDM voor jonge kinderen met autisme*. Amsterdam: Pearson)
- Rutter, M. (1985). The Treatment of Autistic Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 193-214.
- Sallows, G.O. & Graupner, T.D. (2005). Intensive behavioral treatment for children with autism: Four-year outcome and predictors. *American Journal on Mental Retardation*, 110, 417-438.
- 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., e.a. (2014). PLAY Project Home Consultation intervention program for young children with autism spectrum disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Developmental and Behavioral Paediatrics*, 35 (8), 475-485.
- Süssman F. (2016). *Meer dan woorden*. Amsterdam: SWP.
- Vanuit autisme bekeken (2015). *Autismediagnostiek: eerder, sneller, beter*. Drukkerij Practicom.
- Wallace, K.S., & Rogers, S.J. (2010). Intervening in infancy: Implications for autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 51, 1300-1320.
- Zero to three (2016). *DC 0-5: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*. Washington (DC): Zero to three.

