

INTERVENTIETHEORIE

THEORETISCHE ONDERBOUWING VAN DE METHODE

CONTACTGERICHT SPELEN EN LEREN

DOOR SARAH CLAUWAERT (M.SC)

JULI 2015

KU LEUVEN

INHOUD

Inleidend kader en kernprobleem	2
Verantwoording doelen, doelgroep en aanpak van de CSL-methode.....	2
1. Ouders van kinderen met ASS	3
1.1 Betekenisgeving van ouders van kinderen met ASS	3
1.2 Opvoedingsgedrag van ouders van kinderen met ASS	7
2. Kinderen met ASS	9
2.1 Betekenisgeving van kinderen met ASS.....	9
2.2 Gedrag van kinderen met ASS	13
3. Ouder-kind interactie tussen kinderen met ASS en hun ouders	15
Conclusie aanpak en werkwijzen.....	17
Bronvermelding	20

THEORETISCHE ONDERBOUWING (INTERVENTIETHEORIE) CSL-METHODE

INLEIDEND KADER EN KERNPROBLEEM

Autismespectrumstoornissen (ASS) zijn complexe ontwikkelingsstoornissen met levenslange gevolgen (Lauritsen, 2013; Seltzer, Shattuck, Abbeduto, & Greenberg, 2004). De prevalentie situeert zich tussen 0,6 en 0,7%, of 1 op 143 à 160 personen, waarbij de ratio mannen/vrouwen gesitueerd wordt op 5:1 (Elsabbagh et al., 2012; Fombonne, Quirke, & Hagen, 2011). ASS wordt gekenmerkt door een enorme variatie in ontwikkelingsproblemen en de ernst en mate waarin deze zich manifesteren (Goldstein & De Vries, 2013). Het gebeurt zelden dat twee kinderen met ASS identieke symptomen vertonen, en factoren als ontwikkelingsniveau, taalvermogen en IQ brengen extra complicaties met zich mee op vlak van symptoomrepresentatie (Lecavalier, 2014).

Ook ouders van kinderen met ASS ervaren, doorheen de prominente en invloedrijke rol die ze opnemen in het leven en de ontwikkeling van hun kind, een zware impact van de problematiek en moeilijkheden van hun kinderen (Ozturk, Riccadonna, & Venuti, 2014). Deze problematiek, en de hieruit volgende specifieke noden van kinderen met ASS, leiden ertoe dat deze kinderen een aangepaste en gespecialiseerde opvoedingsaanpak vragen. Dit stelt hun ouders voor een grote uitdaging, en maakt dat ze een veeleisende en gevarieerde ouderrol moeten vervullen (Lambrechts, Van Leeuwen, Boonen, Maes, & Noens, 2011; Maljaars, Boonen, Lambrechts, Van Leeuwen, & Noens, 2014).

Naast de impact op het kind en de ouder is er ook een zware impact van ASS op de ouder-kind interactie. De specifieke problematiek van kinderen met ASS, en dan voornamelijk de beperkingen in sociale interactie en communicatie, maar ook repetitieve gedragingen en beperkte interesses, maakt het voor dyades van kinderen met ASS en hun ouders moeilijk om tot wederkerige interacties te komen, en deze interactiemomenten in stand te houden (Doussard-Roosevelt, Joe, Bazhenove, & Porges, 2003; Hudry et al., 2013; Watson 1998). Het is voor deze dyades ook moeilijk om samen productieve, aangename en interactieve spelervaringen te beleven (Freeman & Kasari, 2013).

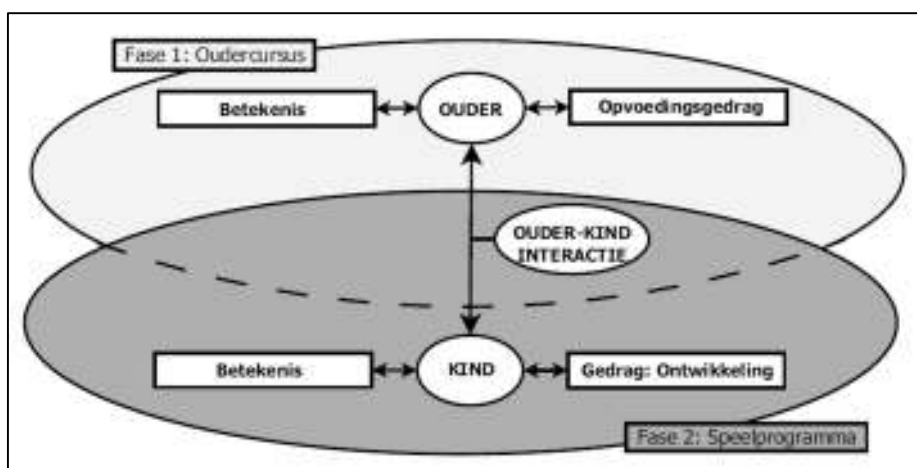
De grote opvoedopgave van ouders met kinderen met ASS, de complexe problematiek van deze kinderen, en de impact op de ouder-kind interactie, maken dat zowel kinderen met ASS als hun ouders nood hebben aan optimale ondersteuning d.m.v. kwaliteitsvolle interventies (Schothorst et al., 2009; Steiner, Koegel, Koegel, & Ence, 2012). Algemene werkwijzen van zulke interventies omvatten oudertraining en psycho-educatie voor ouders (Goldstein en De Vries, 2013; McConachie en Diggle, 2007), het stimuleren van de ontwikkeling van kinderen met ASS door ouder-geïmplementeerde handelingen en strategieën (Mahoney & Wiggers, 2007; McConachie en Diggle, 2007), en het werken aan de ouder-kind interactie en tegelijk inzetten van deze interactie als basis voor leren en ontwikkeling (Casenhiser, Shanker, & Stieben, 2013).

VERANTWOORDING DOELEN, DOELGROEP EN AANPAK VAN DE CSL-METHODE

De CSL-methode richt zich, door middel van de bovengenoemde algemene werkwijzen, op het opvoedingshandelen van ouders van kinderen met ASS, op de ouder-kind interactie, en op de problematiek van het kind met ASS. Hiermee wil CSL de bovengenoemde kernproblemen aanpakken en de vooropgestelde doelen (zie "doel van de interventie") bereiken. Dit inwerken op ouder, kind en de ouder-kind interactie kan beschouwd worden als "een inwerken op het geheel van de opvoeding of de ouder-kindrelatie". Colpin en Grietens (2000) situeren in deze opvoedingsrelatie twee componenten: enerzijds een objectieve component van observeerbaar gedrag dat ouders en kinderen stellen, en anderzijds een subjectieve component van mentale en emotionele processen (betekenissen) van ouders en kinderen in verband met de opvoedingsrelatie.

Deze componenten van gedrag en betekenis komen samen in de ouder-kind interactie, als een wederzijds beïnvloedend proces (Bell, 1979). Figuur 1 stelt de opvoedingsrelatie schematisch voor, met een link naar de twee fasen van de CSL-interventie (oudercursus en speelprogramma).

Deze conceptualisatie van de opvoedingsrelatie (aan de hand van de gedrags- en betekeniscomponent) zal in de verdere tekst gebruikt worden als een kapstok om de complexe problematiek van kinderen met ASS en hun ouders, alsook de risico- en protectieve factoren die hier een rol in spelen, en de werkwijzen van CSL om daarop in te spelen, aan op te hangen. Hierbij wordt telkens tussen haakjes verwezen naar de overeenkomstige “werkzame bestanddelen” die zijn opgelijst in de conclusie van de beschrijving van de CSL-methodiek.



Figuur 1. Conceptualisatie van de opvoedingsrelatie gelinkt aan de fasen van de CSL-methode

1. OUDERS VAN KINDEREN MET ASS

Het kernprobleem van ouders met een kind met ASS kan benoemd worden als de grote en specifieke uitdaging waar ze voorstaan in de opvoeding van hun kind (Lambrechts et al., 2011; Maljaars et al., 2014). Dit probleem heeft een impact op hun opvoedingsgedrag en betekenisgeving in de opvoeding.

1.1 BETEKENISGEVING VAN OUDERS VAN KINDEREN MET ASS

De betekeniscomponent wordt door Colpin en Grietens (2000) in drie aspecten verdeeld: conatief, cognitief en affectief. Voor ouders worden deze aspecten ingevuld met de termen opvoedingsdoelen, opvoedingscognities en opvoedingsbelevingen (Colpin & Grietens, 2000).

1.1.1 OPVOEDINGSDOELEN

Opvoedingsdoelen van ouders worden bepaald door hun waarden, en door de concrete doelstellingen die ze beogen in specifieke opvoedingssituaties (Colpin & Grietens, 2000). Ouders van kinderen met ASS ervaren na de diagnose een **blokkade van de doelen en verwachtingen** die ze voor ogen hadden een gezond kind. Ze ervaren ook een sterke onzekerheid voor de toekomst en een constante potentiële bedreiging van de opvoedingsdoelen die ze vooropstellen. Deze onzekerheid brengt voor hen veel stress met zich mee (Wong & Heriot, 2007).

Opvoedingsdoelen van ouders worden enerzijds beïnvloed door een ruimer (cultureel bepaald) geheel van **ouderlijke overtuigingen**, waarden, attitudes, kennis en abstracte opvoedingsintenties (Colpin & Grietens, 2000; Rowe & Casillas, 2011) en anderzijds door de **concrete doelstellingen** die ouders nastreven in specifieke opvoedingssituaties (Colpin & Grietens, 2000; Dix, 1992). Opvoedingsdoelen kunnen in twee types verdeeld

worden: ouder-gecentreerde of zelfbeelddoelen (gericht op de noden van de ouder), en empathische of meelevende doelen (gericht op de noden van het kind en een positieve ouder-kindrelatie) (Conti, 2015; Hastings & Grusec, 1998). Het is protectief om ouders van kinderen met ASS te ondersteunen bij het verwerven van realistische verwachtingen, zodat ze hun doelen van daaruit kunnen opstellen (Wong & Heriot, 2007), en om in te zetten op het ondersteunen van de ontwikkeling van meelevende opvoedingsdoelen, omdat deze het inzicht van ouders in hun kind kunnen vergroten. Hierdoor kunnen ouders een hoger gevoel van competentie en zelfzekerheid ervaren in de ouderrol, wat op zijn beurt kan bijdragen tot stressvermindering (Conti, 2015).

De CSL-methode speelt op twee wijzen in op de opvoedingsdoelen van ouders met kinderen met ASS:

- Er wordt **ingewerkt op het geheel van ouderlijke overtuigingen** door in de cursus kennis aan te reiken (over de problematiek en moeilijk te begrijpen gedrag van het kind), en door te werken rond het aanpassen van de verwachtingen ten aanzien van het kind, het omgaan met eigen oordelen en oordelen van buitenaf, het geloven in zichzelf als ouder en in het kind. Ook worden ouders getraind op vlak van attitude en bewustzijn omtrent hun attitude (houdingsbewustzijn). Op die manier worden ouders gestimuleerd tot meelevende, kindgerichte opvoedingsdoelen. [Werkwijze A: subcategorieën a, b, c en e, en Werkwijze B]
- Ook wordt er **ingewerkt op de concrete doelen** die ouders vooropstellen in concrete opvoedingssituaties: door het aanreiken van kennis (over ontwikkeling, de problematiek van het kind, het inzetten van interesses van het kind, enz.) om tot gepaste doelen te komen, en door het aanleren van vaardigheden om gericht de ontwikkeling van het kind te stimuleren (via de techniek van contactgericht leren waarbij wordt uitgegaan van de noden, motivaties en het perspectief van het kind). Ouders worden hierin praktisch ondersteund bij het opstellen van concreet werkplan met doelen en strategieën. [Werkwijze A: subcategorie a, Werkwijze D: subcategorie d, en Werkwijze E: subcategorie a]

1.1.2 OPVOEDINGSCOGNITIES

Opvoedingscognities omvatten het beeld dat ouders hebben van de opvoedingsrelatie, hun eigen rol en de rol van het kind hierin (Colpin & Grietens, 2000). De inhoud van deze cognities omvat onder meer kennis (Bornstein, Hahn, & Haynes, 2011), het gevoel van “self-efficacy” (gevoel van competentie in de ouderrol), en attributies over gedrag van het kind (Grusec, Hastings, & Mammone, 1994). Ouders van kinderen met ASS ervaren, omwille van de specifieke problematiek van hun kind, meer **stress** dan ouders van typisch ontwikkelende kinderen, wat een sterke impact heeft op hun opvoedingscognities, en vooral op hun gevoel van “self-efficacy” (Kuhn & Carter 2006; Meirsschaut, Roeyers, & Warreyn, 2010; Wachtel & Carter, 2008).

Factoren die invloed hebben op opvoedingscognities omvatten enerzijds **aspecten van opvoedingscognities** die elkaar onderling beïnvloeden (Kuhn & Carter, 2006) waarbij het gevoel van “self-efficacy” beïnvloed wordt door het gevoel van “agency” (gevoel van ouders over de mate waarin ze een actieve rol opnemen in het stimuleren van de ontwikkeling van hun kind), en “agency” op zijn beurt beïnvloed wordt door de mate van kennis die ouders hebben over de ontwikkeling en ASS. Daarnaast worden de attributies van ouders over het gedrag van hun kind (de redenen waaraan ze dit gedrag toeschrijven) beïnvloed door het inzicht dat ze hebben in de problematiek van hun kind (Kuhn & Carter 2006). Een hoger gevoel van “self-efficacy” is protectief omdat het samenhangt met minder stress bij ouders (Kuhn & Carter 2006) en met een complexer patroon van denken over de ontwikkeling van het kind, wat ouders meer in staat stelt om in te spelen op de noden van het kind en om adaptief en flexibel te handelen ten aanzien van het kind (Deković, Gerris, & Janssens, 1991; Siller, Reyes, Hotez, Hutman, & Sigman, 2013). Attributies kunnen protectief of net risicovol zijn voor opvoedingsgedrag:

ouders die hun kind verantwoordelijk stellen voor maladaptief of problematisch gedrag, in plaats van dit gedrag toe te schrijven aan de problematiek van het kind, ervaren hierbij meer negatief affect en reageren agressiever en hardhandiger ten aanzien van hun kind (Kuhn & Carter 2006). Het is dus protectief als ouders inzicht verkrijgen in de problematiek van het kind, en hun attributies over gedrag op dit inzicht kunnen baseren. Opvoedingscognities worden verder ook beïnvloed door **gevoelsmatige processen** zoals het verwerken van de diagnose en de gevoelens die hieraan gekoppeld zijn; ouders die nog sterk vastzitten in de verwerking van de diagnose zijn minder in staat zijn om zich af te stemmen op noden en behoeften van hun kind (Kuhn & Carter, 2006; Wachtel & Carter, 2008).

De CSL-methode werkt op twee wijzen in op de opvoedingscognities van ouders:

- Ze werkt in op de **verschillende aspecten van opvoedingscognities**. Zo worden het begrip (gelinkt aan attributies over gedrag) en de kennis van ouders vergroot via het aanreiken van informatie en het aanleren van vaardigheden om gedrag te analyseren, om er zo meer inzicht in te verwerven. Ook wordt, via het aanleren van vaardigheden en kennis om doelgericht de ontwikkeling van het kind te stimuleren, ingewerkt op het vergroten van het gevoel van “agency” bij ouders. Doorheen het inzetten van deze vaardigheden en kennis kan het gevoel van “self-efficacy” bij ouders vergroten en kan hun stress verminderen (Kuhn & Carter, 2006). [Werkwijze A: subcategorieën a en c, Werkwijze D: subcategorieën b en d, en Werkwijze E: subcategorie a]
- Er wordt in de CSL-cursus niet expliciet ingewerkt op de **gevoelsmatige factoren**, er wordt wel ingegaan op de impact van de verwerking en emoties, en op het belang van zelfzorg en ondersteuning, en manieren waarop ouders deze zaken voor zichzelf kunnen organiseren. [Werkwijze A: subcategorieën d en f]

1.1.3 OPVOEDINGSBELEVINGEN

Opvoedingsbelevingen omvatten de gevoelens die teweeggebracht worden door het eigen gedrag van ouders en dat van het kind, en de gevoelens die het gedrag van de ouder beïnvloeden (Colpin & Grietens, 2000). De opvoedingsbelevingen van ouders van kinderen met ASS worden sterk beïnvloed door de **hoge mate van stress** die ze ervaren (Hayes & Watson, 2013; Sanders & Morgan, 1997).

Ondersteuning (zowel professioneel als via het eigen netwerk), en **ontspanning** kunnen bijdragen aan stressvermindering (Sanders & Morgan, 1997). Daarnaast is het mogelijk om **in te werken op het opvoedingshandelen en de attitude** van ouders om van daaruit hun opvoedingsbelevingen te beïnvloeden. Zhou en Yi (2014) geven aan dat het opvoedingshandelen van ouders met een kind met ASS sterk aangedreven wordt door hun emoties. Zo zijn er ouders die vooral gedreven worden vanuit een angst en onzekerheid voor de toekomst, en die daardoor sterk geneigd zijn om de rol van “coach” (sturend en veeleisend) op te nemen in het stimuleren van de ontwikkeling van hun kind. Ouders die daarentegen gedreven worden vanuit positieve emoties zijn meer in staat om hierin een zorgende rol (responsief en acceptierend) op te nemen. Hierbij komt dat de emoties van ouders samenhangen samen met de emoties van hun kinderen (Zhou & Yi, 2014). Ouders die veel negatieve emoties ervaren (angst, kwaadheid, frustratie) kunnen in een vicieuze cirkel kunnen terechtkomen doordat ze het kind stress geven, waardoor het kind meer symptomen vertoont, minder vlot vooruitgang boekt en zo bij de ouders weer negatief affect oproept. Anderzijds kunnen ouders die veel positieve emoties ervaren in een vruchtbare cirkel terechtkomen doordat het kind meer ontspannen wordt, minder symptomen vertoont, meer vooruitgang maakt, en zo bij ouders meer positief affect oproept. Het is bijgevolg protectief om ouders te stimuleren tot een positieve en accepterende attitude en een zorgende rol ten aanzien van het kind (Zhou & Yi, 2014).

De CSL-methode werkt op twee wijzen in op de opvoedingsbelevingen van ouders:

- Ze **speelt in op ondersteuning en ontspanning** door in de cursus manieren te bespreken waarop ouders voor zichzelf ondersteuning kunnen organiseren, en door te wijzen op het belang van ontspanning en tijd voor jezelf. [Werkwijze A: subcategorie f]
- Daarnaast speelt de methode **intensief in op positief opvoedingshandelen en attitude**: (1) Ouders leren in de cursus hoe ze hun verwachtingen kunnen aanpassen (vanuit kennis over ASS en moeilijk te begrijpen gedrag); (2) Ouders leren over emotionele overdracht tussen zichzelf en het kind, en het belang van een ontspannen, positieve en speelse houding ten aanzien van het kind (houdingsbewustzijn); (3) Doorheen de cursus staat de focus op contact, de ouder-kindrelatie en spelen centraal, vanuit het belang om positieve gevoelens en interacties te bevorderen; En (4) bij informatie en vaardigheden rond het stimuleren van de ontwikkeling van het kind wordt de nadruk gelegd op responsiviteit, positieve interacties en plezier maken, en niet op het “coachen” of sturen. [Werkwijze A: subcategorieën a, b, c en e, Werkwijze B, Werkwijze C, Werkwijze D: subcategorie d]

1.2 OPVOEDINGSGEDRAG VAN OUDERS VAN KINDEREN MET ASS

Het kernprobleem met betrekking tot ASS en opvoedingsgedrag kan worden benoemd als de nood van kinderen met ASS aan een gespecialiseerde opvoedingsaanpak, en de hieruit volgende **uitdaging waar hun ouders voorstaan in de opvoeding** (Lambrechts et al., 2011; Maljaars et al., 2014). Hierbij vormen de veelvoorkomende **gedragsproblemen bij kinderen met ASS** een specifieke moeilijkheid voor ouders in hun zoektocht naar gepaste handelingswijzen en strategieën (Boonen et al., 2014; Maljaars et al., 2014).

De problemen die gelinkt zijn aan **betekenisc component** (1.1) hebben een grote impact op het handelen van ouders. Zo geven Wachtel en Carter (2008) aan dat ouderlijke stress, en de mate van “successful resolution” (de mate waarin ouders de ASS-diagnose hebben geaccepteerd, in hun realiteit hebben opgenomen, en kunnen weerstaan aan schuldgevoelens hierover) sterk gelinkt is aan hun opvoedingsgedrag in termen van actieve betrokkenheid en ontwikkelings-stimulerend handelen. Daarnaast heeft de **manier waarop ouders omgaan met probleemgedrag** ook een grote invloed. Indien ze het gedrag ongewenst bekrachtigen kunnen ze terecht komen in coërcieve cirkels die moeilijk te doorbreken zijn (Boonen et al., 2014). Een laatste aspect dat invloed heeft op het opvoedingsgedrag van ouders is **interventie**; ouders van kinderen met ASS stellen reeds aangepast en specifiek opvoedingsgedrag (Lambrechts et al., 2011; Maljaars et al., 2014), dat versterkt/bijgestuurd kan worden door middel van oudergerichte interventies. Hierbij kan ingespeeld worden op (1) het **vergroten van responsiviteit en synchronisatie**, omwille van de positieve impact op de ontwikkeling van het kind en op probleemgedrag (Ruble, McDuffie, King, & Lorenz, 2008; Siller & Sigman, 2002; Wachtel & Carter, 2008; Boonen et al., 2014); (2) het **aanpassen van de omgeving en het bieden van leerkanen** (Maljaars et al., 2014); en (3) manieren waarop ouders **omgaan met probleemgedrag** (Boonen et al., 2014; Maljaars et al., 2011).

De CSL-methode speelt in op vier wijzen in op het opvoedingsgedrag van ouders:

- Er wordt ingespeeld op de **betekenisc component** door middel van de werkwijzen die bij deze component omschreven zijn. Daarnaast wordt specifiek ingewerkt op deze component met het oog op opvoedingsgedrag. Zo wordt er in de cursus informatie gegeven over de manier waarop zorgen en emoties van ouders meespelen in hun houding, en hoe ze zo hun opvoedingsgedrag kunnen beïnvloeden. Ook worden er manieren aangereikt om (naar aanleiding van specifieke situaties) het eigen gedrag en de achterliggende attitude en emoties te onderzoeken. [Werkwijze B: subcategorie b]
- Er wordt ingespeeld op het **omgaan met problematisch gedrag** door in de cursus informatie te geven over mogelijke redenen achter “moeilijk te begrijpen gedrag”, en hierbij een duidelijk onderscheid te maken tussen gedrag dat functioneel is voor kinderen (bijvoorbeeld sensorische regulatie), en problematisch gedrag (gesteld met het oog op een specifieke reactie, en in stand gehouden door die reactie: coërcieve cirkels). Alleen deze laatste soort wordt benoemd als “ongewenst gedrag”. Ouders leren vaardigheden om het gedrag van hun kind te analyseren om zo te zoeken naar de mogelijke functie, en leren strategieën om op ongewenst gedrag te reageren en gewenst gedrag te bekrachtigen. [Werkwijze A: subcategorieën a en c, en Werkwijze D: subcategorie a]
- Er wordt ingespeeld op het **vergroten van responsiviteit en synchronisatie** door ouders het verband te leren zien tussen verwachtingen, attitude en opvoedingsgedrag (bijvoorbeeld verwachten dat een kind bepaald gedrag stelt, hierdoor een zeer directieve attitude aannemen en het kind heel dwingend of streng benaderen). Ouders leren hoe ze hun verwachtingen kunnen aanpassen en hoe ze zich in hun attitude en in contact kunnen afstemmen op de noden van het kind (door manieren om responsief te zijn, waaronder meedoen met wat het kind doet, sensitief zijn voor signalen, inspelen op de interesses van het kind, enz). [Werkwijze A: subcategorieën b en e, Werkwijze B en Werkwijze C: subcategorie a]
- Tot slot wordt er ingespeeld op het **aanpassen van de omgeving en het bieden van leerkanen** door ouders te trainen in specifieke strategieën om de ontwikkeling van hun kind te stimuleren. Hierbij wordt veel aandacht besteed aan het inrichten van de speelkamer als “optimale speel- en leeromgeving” voor het kind, maar ook aan het inzetten van de eigen houding als manier om af te

stemmen op het kind. De informatie in de cursus is voornamelijk gericht op het werken in de speelkamer, maar er wordt ook uitgegaan van “de speelkamer als concept”, waarbij ouders aan specifieke doelen kunnen werken in alledaagse situaties (eten, verzorging, enz.) via de principes van de speelkamer. Informatie over manieren om de materiële omgeving aan te passen aan de noden van het kind, en de omgeving tegelijk “verrijkend” te maken voor leerprocessen, vormt hierin een belangrijk element. [Werkwijze A: subcategorie a, Werkwijze D subcategorie: d, en Werkwijze E: subcategorieën a en b]

2. KINDEREN MET ASS

Het kernprobleem van kinderen met ASS situeert zich in de uiteenlopende en pervasieve ontwikkelingsproblematiek die deze kinderen vertonen (Goldstein & De Vries, 2013; Thurm, Bishop & Shumway, 2011). De problematiek heeft een impact op de betekenisgeving en het gedrag.

2.1 BETEKENISGEVING VAN KINDEREN MET ASS

De betekeniscomponent bij kinderen kan eveneens verdeeld worden in drie aspecten: conatief, cognitief en affectief (Colpin & Grietens, 2000).

2.1.1 HET CONATIEVE ASPECT BIJ KINDEREN

Het conatieve aspect bij kinderen omvat de motieven en doelen die door kinderen in de opvoedingsrelatie nagestreefd worden (Colpin & Grietens, 2000). Hierbij staat de behoefte naar zelfverwerkelijking centraal; de nood om de eigen mogelijkheden te ontwikkelen, om te groeien en zichzelf te ontplooien (van Heteren, Smits, & van Veen, 2000). Er is geen specifieke literatuur voorhanden over de betekenisgeving van kinderen met ASS m.b.t. de doelen die ze nastreven in de opvoedingsrelatie, of hun behoefte aan zelfverwerkelijking. De literatuur over zelfdeterminatie bevat echter wel een aantal aanknopingspunten omdat (het streven naar) zelfverwerkelijking hier een belangrijk deel van uitmaakt (Eisenman & Tascione, 2002; Wehmeyer, Shogren, Zager, Smith, & Simpson, 2010). Zelfdeterminatie bestaat uit de attitudes en mogelijkheden die individuen in staat stellen om voor zichzelf doelen te definiëren, en initiatieven te nemen in het bereiken van die doelen (Wehmeyer et al., 2010).

Personen met ASS vertonen een lagere mate van zelfdeterminatie dan hun peergroep zonder ASS (Wehmeyer et al., 2010) en ondervinden specifieke uitdagingen op vlak van de benodigde vaardigheden om tot zelfdeterminatie te komen (Field & Hoffman, 1999). Ze hebben onder meer **moelijkheden met relatievaardigheden** (Field & Hoffman, 1999), zoals het initiëren van sociaal gedrag (Ruble, 2001), en het handelen in functie van gedeelde aandacht (Kasari & Patterson, 2012). Daarnaast hebben ze **moelijkheden met communiceren**, waardoor ze problemen kunnen ondervinden bij het overbrengen van de eigen noden en wensen aan de omgeving (Field & Hoffman, 1999). Een laatste moeilijkheid wordt gelinkt aan de problemen met planningsvaardigheden die kinderen met ASS ondervinden (Geurts & Bringmann, 2010), ze **missen als het ware de vaardigheden om zichzelf aan te sturen**.

Zelfdeterminatie wordt beïnvloed door kindfactoren en omgevingsfactoren. De mate van **zelfwaardering** van het kind, en de mate waarin het kind de **benodigde vaardigheden** bezit om te komen tot zelfdeterminatie (relatie, communicatie, en planningsvaardigheden) hebben een invloed op het vermogen van het kind om uiting te geven aan zijn/haar nood tot zelfverwerkelijking (Field & Hoffman, 1999). De omgevingsfactoren omvatten de mate waarin de **omgeving autonomie-ondersteunend omgaat** met het kind, de mate waarin ze het kind **stimuleert tot zelfdeterminatie** (door bijvoorbeeld keuzemogelijkheden aan te bieden), en de mate waarin ze het kind de **benodigde vaardigheden tot zelfdeterminatie aanleert** (Field & Hoffman, 1999; Wehmeyer et al., 2010). Zo is het bijvoorbeeld heel belangrijk om kinderen met ASS leren hoe ze sociale gedragingen moeten initiëren, en niet alleen hoe ze moeten reageren op anderen (Ruble, 2001).

De CSL-methode werkt op drie manieren in op het conatieve aspect bij kinderen met ASS:

- Doorheen de oudercursus wordt ingewerkt op de **omgevingsfactoren**: Ouders worden gestimuleerd om autonomie-ondersteunend met hun kind om te gaan (responsief en vanuit empathie, afstemming, noden van het kind en basishouding). Ze leren ook gericht de ontwikkeling van hun kind stimuleren en kunnen, vanuit deze basis, in het speelprogramma doelen opnemen omtrent de benodigde vaardigheden voor zelfdeterminatie.

- Door de speelkamer als veilige, afgestemde omgeving (zowel materieel als op vlak van attitude van ouders of spelers) wordt een sfeer gecreëerd die kan bijdragen aan een beter emotioneel welbevinden en meer **zelfwaardering** bij het kind.
- In de speelkamer worden meerdere **vaardigheden** gestimuleerd die nodig zijn om uitdrukking te geven aan de eigen nood tot zelfverwerkelijking. Zo wordt de controle tijdens het spelen helemaal bij het kind gelegd, en wachten ouders/spelers af tot het kind initiatief neemt. Het kind kan zo leren om sociale gedragingen te initiëren, wat een basisvaardigheid is voor het overbrengen van de eigen noden en wensen aan de omgeving (Ruble, 2001). Daarnaast krijgt het kind, doorheen de contacten in de speelkamer, de kans om te oefenen op relatie en communicatievaardigheden, en wordt het hier door ouders/spelers in gestimuleerd. [Werkwijze B, Werkwijze C, en Werkwijze D]

2.1.2 HET COGNITIEVE ASPECT BIJ KINDEREN

Het cognitieve aspect bij kinderen verwijst naar het kennen en weten; het beeld dat kinderen hebben van de opvoedingssituatie, en van hun eigen rol en de rol van hun ouders daarin (Colpin & Grietens, 2000). De ontwikkeling hiervan hangt samen met het vergaren en structureren van kennis, waardoor kinderen stelselmatig meer grip krijgen op, en inzicht in, de wereld (van Heteren, Smits, & van Veen, 2000).

De cognitie van kinderen met ASS wordt gekenmerkt door een verschil in de cognitieve stijl die ze hanteren (Baron-Cohen, 2009; Happé, 1999; Peeters, 2006). De **ontwikkelingsproblemen** die de kern vormen van ASS tonen zich ook in de cognitieve ontwikkeling, onder andere doorheen problemen met executieve functies (Hill, 2004), waardoor kinderen met ASS het **moeilijk hebben om zichzelf aan te sturen**, en doorheen **problemen in de sensorische informatieverwerking**, waardoor hun basis om informatie en kennis over de wereld te verkrijgen, en hier succesvol en adaptief op te reageren, verstoord is (Hilton, 2011).

De beïnvloedende factoren van het cognitieve aspect situeren zich voornamelijk in de omgeving. Zo is het protectief als ouders (en andere zorgfiguren) **inzicht hebben in de manier waarop het kind denkt**. Vanuit dit inzicht kunnen ze anticiperen op moeilijke situaties en kunnen ze het kind helpen om hiermee om te gaan (Happé & Frith, 2006; Noens, Maljaars, & Steyaert, 2015). Daarnaast kan het **gericht stimuleren van de cognitieve ontwikkeling** een positieve invloed hebben op het leren van cognitieve vaardigheden en functies (Kasari, Freeman en Paparella, 2006; Ozonoff, 1998). Hierbij is voornamelijk een **focus op gedeelde aandacht en spel belangrijk** (Kasari, Freeman & Paparella, 2006): gedeelde aandacht speelt namelijk een cruciale rol in de ontwikkeling van taal en communicatievaardigheden (Thurm, Bishop, & Shumway, 2011), en symbolisch spel vormt de basis om als kind allerlei cognitieve, sociale, en planningsvaardigheden te oefenen (Bergen, 2002). Een laatste factor die invloed heeft is de mate waarin kinderen last ondervinden van hun **sensorische informatieverwerkingsproblemen**. Hierbij kan een afgestemde omgeving protectief zijn, en kan eventueel rechtstreeks ingespeeld worden op de problemen via specifieke therapieën of methodieken (Hilton, 2011).

De CSL-methode werkt via de vier bovengenoemde elementen in op het cognitieve aspect bij kinderen met ASS:

- In de cursus krijgen ouders informatie over de cognitieve verwerking van kinderen met ASS. Er wordt onder andere ingegaan op centrale coherentie, ToM en executieve functies, en de gevolgen van problemen op deze vlakken voor de denkwijze en informatieverwerking van kinderen met ASS. Deze informatie kan bijdragen aan het **inzicht van ouders in de manier waarop het kind denkt**. [Werkwijze A: subcategorie a en c bij werkwijzen voor de ouders]
- Ouders worden sterk gestimuleerd tot **spelen** met hun kind en tot het toewerken naar **gedeelde aandacht** in de speelkamer. Ze krijgen in de cursus informatie over manieren om met het kind in contact te treden, waarbij de focus ligt op spel en gedeelde aandacht. Ouders zetten deze

vaardigheden in tijdens de sessies in de speelkamer. [Werkwijze C voor ouders, Werkwijze B en D voor het kind]

- In de speelsessies wordt het kind uitgenodigd tot leren, ouders kunnen (vanuit de kennis en vaardigheden uit de cursus) in hun programma specifieke aspecten opnemen voor het **stimuleren van de cognitieve ontwikkeling** van het kind. [Werkwijze C voor het kind]
- Er wordt ingespeeld op de **sensorische informatieverwerkingsproblemen** door ouders in de cursus te leren hoe ze zichzelf en de omgeving kunnen afstemmen op de sensorische noden van het kind. Ouders zetten deze kennis in bij het inrichten van de speelkamer, tijdens speelsessies, en in hun dagelijkse interacties met het kind. Ze krijgen ook informatie over manieren om een sensorisch profiel op te stellen voor het kind (profiel van onder- en overgevoeligheden) en over specifieke methodieken en therapieën (zoals sensorische integratietherapie) waaruit ze (indien wenselijk voor het kind) aspecten kunnen opnemen in het speelprogramma. [Voor ouders: Werkwijze A: subcategorieën a en c, Werkwijze C: subcategorie a. Voor kinderen: Werkwijze A en Werkwijze B]

2.1.3 HET AFFECTIEVE ASPECT BIJ KINDEREN

De affectieve dimensie verwijst naar de gevoelens die kinderen hebben over het eigen gedrag en dat van hun ouders, en de gevoelens die het gedrag van het kind aansturen (Colpin & Grietens, 2000). De problemen die kinderen met ASS ervaren op de affectieve dimensie, omvatten enerzijds moeilijkheden in de interactie met de omgeving; kinderen met ASS **verzenden en ontvangen op een andere manier emotionele signalen** (Nuske, Vivanti, & Dissanayake, 2013). Anderzijds ervaren deze kinderen veel innerlijke problemen, waarvan het meest prominente bestaat uit het ervaren van **angsten en fobieën** (Kim, Szatmari, Bryson, Streiner, & Wilson, 2000; Mayes et al., 2013; White, Oswald, Ollendick, & Scahill, 2009; Williams, Leader, Mannion, & Chen, 2015), daarnaast ervaren ze ook **veel stress** (Mayes et al., 2013; Spratt et al., 2012).

De **problemen die kinderen met ASS op andere vlakken ondervinden** (zoals aandacht, perceptie, communicatie, enz.) hebben een sterke impact op hun vermogen tot het uitdrukken/verwerken (interpreteren) van emoties (Nuske et al., 2013). Ook **sociale contacten** hebben een invloed op de affectieve beleving van kinderen met ASS. Zo stellen veel van deze kinderen sociaal vermijdingsgedrag (Pouw et al., 2013; Rieffe et al., 2000), zijn ze vaak bang om uitgelachen te worden (Wu et al., 2015) en beseffen ze dat ze “er moeilijker bij horen” (Hill, Berthoz, & Frith, 2004). Een derde beïnvloedende factor is de **sensorische verwerking/sensorische gevoeligheden van het kind**, deze gevoeligheden hangen sterk samen met de angsten en fobieën die kinderen met ASS ervaren, bv. een angst voor stofzuigers/mixers omwille van een overgevoeligheid aan geluid (Mayes et al., 2013; White et al., 2009). Ook het **emotioneel welbevinden** van het kind heeft een impact op het affectieve aspect, dit emotioneel welbevinden kan omschreven worden als de balans tussen positief en negatief affect (Charles, Reynolds & Gatz, 2001). De mate waarin het kind met ASS negatief affect ervaart hangt samen met meer probleemgedrag en meer onbehagen tijdens spel- en interactiemomenten (Gulsrud, Jahromi, & Kasari, 2010). Vanuit de omgeving is de **manier waarop ouders met emoties van hun kind omgaan** een belangrijke factor, alsook **inzicht en kennis** van ouders over de problematiek van hun kind (bijvoorbeeld over specifieke fobieën van het kind).

De CSL-methode werkt via de zes bovengenoemde factoren in op het affectieve aspect bij kinderen met ASS:

- Door de speelkamer als veilige, afgestemde omgeving (zowel materieel als op vlak van attitude van ouders of spelers) wordt een sfeer gecreëerd die kan bijdragen aan een **beter emotioneel**

welbevinden en minder negatief affect bij het kind. Daarnaast is deze omgeving afgestemd op de **sensorische problemen** van het kind. [Werkwijze A en Werkwijze B voor het kind]

- De speelkamer is een plaats waar het kind **sociale contacten kan oefenen**, zo kan ingewerkt worden op de angsten met betrekking tot sociale interacties (die kunnen leiden tot vermijdingsgedrag). Het kind wordt in de speelkamer benaderd vanuit een houding van onvoorwaardelijke acceptatie, wat kan leiden tot een vermindering van de angst om uitgelachen te worden en om er niet bij te horen. [Voor kind: Werkwijze B: subcategorieën a en c, en Werkwijze D, subcategorie a]

Daarnaast wordt in de cursus sterk het **belang van contact** benadrukt, en wordt het aspect contact besproken vanuit het perspectief van het kind (contact als beangstigend, geneigdheid tot vermijding).

Ouders krijgen manieren aangeleerd om, op de voorwaarden van het kind in de speelkamer, naar contact toe te werken en het kind hier positieve ervaringen mee te laten opdoen (hiermee kunnen ze het vermijdingsgedrag doorbreken). [Werkwijze C voor ouders, Werkwijze B en D voor kind]

- In de cursus wordt de omgeving (de ouders) beïnvloed door:
 - o **Kennis en inzicht te vergroten:** Via informatie over angsten en stress bij het kind, mogelijke redenen hiervoor (waaronder sensorische problemen), de manieren waarop deze angsten zich kunnen uiten (moeilijk te begrijpen gedrag), hoe ouders meer inzicht kunnen krijgen in dit gedrag, en de nood van kinderen met ASS aan “houvast”. Ook manieren om de emoties van het kind te reguleren en het belang van emotionele ontlading bij kind worden besproken. [Voor ouders: Werkwijze A: subcategorieën a, c en d, en Werkwijze D: subcategorie b]
 - o Het bespreken van **manieren waarop ouders kunnen omgaan met de angsten en stress** van hun kind (waaronder afstemmen in houding, het aanpassen van de omgeving, het “uit handen geven van controle” waarmee ze houvast geven aan het kind) om zo angst en stress bij het kind te verminderen. De beïnvloeding van de opvoedingsbelevingen van ouders (zie 1.1.3) met betrekking tot opvoedingshandelen en attitude speelt hierin een belangrijke rol. [Voor ouders: Werkwijze A: subcategorie b, Werkwijze C, Werkwijze D subcategorie c]
- Ouders kunnen, op basis van hun vaardigheden en kennis uit de cursus, de ontwikkeling van hun kind bewust stimuleren in de speelkamer. Hierbij kunnen ze enerzijds inwerken op aspecten die belangrijk zijn voor het uitdrukken/interpreteren van emoties (emotieregulatie), en anderzijds op andere **problemen van het kind** die een rol spelen in het verzenden en ontvangen van emotionele signalen (communicatie, oogcontact, enz.) [Voor het kind: Werkwijze C]

2.2 GEDRAG VAN KINDEREN MET ASS

De gedragscomponent van het kind is ingevuld vanuit het concept ontwikkeling. De ontwikkeling van kinderen kan worden omschreven als de “onomkeerbare veranderingen in de tijd die in een vaste volgorde, cumulatief en in de richting van een grotere complexiteit verlopen” (Verhulst, 2005, p. 3). In iedere fase van de ontwikkeling worden bouwstenen gelegd voor de volgende fasen, en er treden veranderingen op in het lichaam, de geest, en het gedrag. Dit proces wordt voortdurend beïnvloed door een samenspel van factoren in de omgeving, de aanleg, en de zelfbepaling van het kind (Struyven, Baeten, Kyndt, & Sierens, 2009).

Het kernprobleem van kinderen met ASS situeert zich in deze ontwikkeling; ASS is een vroeg optredende **ontwikkelingsstoornis** met een pervasieve impact. Tegelijk wordt ASS ook beïnvloed door de ontwikkeling; symptomen kunnen doorheen de tijd veranderen, als gevolg van ontwikkelingsgerelateerde factoren (Thurm et al., 2011). De problemen van kinderen met ASS worden veelal omschreven aan de hand van de “klassieke triade” van beperkingen op vlak van communicatie, beperkingen in de sociale interactie, en het vertonen van repetitieve gedragingen en beperkte interesses (Lauritsen, 2013). De problemen op vlak van **communicatie** manifesteren zich zowel in de verbale als de non-verbale communicatie (Noens & van Berckelaer-Onnes, 2004; Thurm et al., 2011). Deze problemen worden gelinkt aan de vaststelling dat kinderen met ASS minder komen tot de twee voorlopers van taalontwikkeling: intentionaliteit (op dit vlak vooral problemen met gedeelde aandacht) en symboolvorming (Maljaars, Noens, Scholte, & van Berckelaer-Onnes, 2012). De problemen op vlak van **sociale interactie** manifesteren zich op zeer uiteenlopende wijze, ze worden onder andere gekenmerkt door: moeilijkheden bij het gebruik van non-verbaal gedrag om sociale interacties te reguleren, beperkingen in het delen van interesse en/of plezier met anderen, en een algemeen gebrek aan sociale of emotionele wederkerigheid (Seltzer, Shattuck, Abbeduto, & Greenberg, 2004). Deze problemen worden gelinkt aan het verminderd vermogen van kinderen met ASS tot gedeelde aandacht en gedeelde betrokkenheid (bijvoorbeeld samen een spel spelen) (Kasari & Patterson, 2012). De **repetitieve gedragingen en beperkte interesses** komen voor bij alle kinderen met ASS, maar variëren sterk in uitingvorm en ernst. Binnen één individu veranderen ze vaak doorheen de tijd, maar blijven ze meestal wel levenslang aanwezig. Ze worden gelinkt aan beperkingen in de verbeelding en in de ontwikkeling van symboolvorming (Honey, Leekam, Turner, & McConachie, 2007). Naast de drie bovengenoemde kernsymptomen ervaren kinderen met ASS ook aanzienlijke moeilijkheden op vlak van **motoriek en sensorische informatieverwerking** (Case-Smith, Weaver, & Fristad, 2014; Hilton, 2011). Deze problemen zijn vaak aan elkaar gelinkt, ze omvatten onder andere: (1) Sensorische modulatieproblemen, een over- of ondergevoeligheid voor bepaalde sensorische input. Kinderen kunnen hierop reageren met vermijdend of stimulus-zoekend gedrag, maar ook met hyper-waakzaamheid of stress (Case-Smith et al., 2014); (2) Sensorische discriminatie-problemen, moeilijkheden met het interpreteren of onderscheiden van bepaalde stimuli; en (3) Sensorisch-gebaseerde motorische problemen, waaronder dyspraxie, omwille van de moeilijkheden met het discrimineren van sensorische stimuli, en de hieruit volgende problemen voor het opbouwen van het lichaamsschema (Hilton, 2011). Een laatste belangrijk aspect onder de gedragscomponent is **probleemgedrag**. ASS hangt samen met een veelheid aan externaliserend probleemgedrag zoals woedebuien, agressie, zelfverwonding, stereotypieën en weigerachtigheid (Dijkxhoorn, 2003; Goldstein & De Vries, 2013). Dijkxhoorn (2003) maakt hierbij het onderscheid tussen (1) ASS-specifiek probleemgedrag, zoals rituelen, dwangmatig of stereotiep gedrag, weerstand bieden tegen veranderingen, reageren op problemen in de sensorische informatieverwerking, enz. Dit gedrag kan worden beschouwd als een adaptieve reactie in een zeer complexe omgeving; en (2) ASS-gerelateerd probleemgedrag, zoals agressie, zelfverwonding, eetproblemen, slaapproblemen, enz. Dit gedrag kan worden beschouwd als een uiting van het onvermogen van het kind om tegemoet te komen aan de eisen van de omgeving, en wordt gelinkt aan communicatieproblemen.

De omgeving kan een sterke invloed uitoefenen op het gedrag en de ontwikkeling van kinderen met ASS. Een eerste beïnvloedende factor is de **mate van kennis en inzicht** die de omgeving heeft in het gedrag van het kind, om hier gepast op te kunnen reageren of inspelen (Dijkxhoorn, 2003). Daarnaast is het (al dan niet) **stimuleren**

van de ontwikkeling door de ouders een belangrijke beïnvloedende factor. Ouders hebben, als primaire zorgfiguren, de belangrijkste invloed op de ontwikkeling van hun kind, en hebben in dagelijkse interactiemomenten veel mogelijkheden om de leeransen van hun kind te maximaliseren, meer dan professionals of leerkrachten (Mahoney & Wiggers, 2007). Het **stimuleren van sociale en communicatieve vaardigheden, en adaptief gedrag**, vertrekkend vanuit een uitgebreide **assessment** van de ontwikkeling en vaardigheden van het kind, en uitgaand van **intrinsieke motivatie en interesses** van het kind, in een **verrijkende omgeving**, kan een protectieve invloed hebben op het gedrag en de ontwikkeling van kinderen met ASS (Freeman, 1997; Goldstein & De Vries, 2013). Ook het **stimuleren van gedeelde aandacht en spel** kan protectief zijn voor de ontwikkeling van latere sociale en communicatieve vaardigheden (Kasari, Freeman & Paparella, 2006). Een laatste belangrijke factor is de mate waarin de omgeving afgestemd is, en eventueel hulpmiddelen aanreikt, om de last die het kind ondervindt van **sensorische problemen** te verminderen. Hierin kan ook de mate waarin kinderen hun sensorische verwerking zelf reguleren (door het stellen van vermijding of stimulus-zoekend gedrag) een rol spelen (Case-Smith, Weaver, & Fristad, 2014; Hilton, 2011).

De CSL-methode werkt via de cursus en speelkamer in op de beïnvloedbare factoren:

- De basis voor de werkwijzen op dit niveau wordt gelegd in de cursus. Ouders worden aangesproken op hun expertise, en van daaruit aangespoord om een centrale rol op te nemen in **het stimuleren van de ontwikkeling van hun kind**:
 - o De ouders hebben in de cursus **kennis en inzichten** meegekregen waardoor ze beter in staat zijn om gepast op het gedrag van het kind in te spelen (zie “1.2 opvoedingsgedrag ouders”, omgaan met problematisch gedrag).
 - o Ouders hebben in de cursus vaardigheden geleerd voor het **creëren van een optimale omgeving en het bieden van leeransen**. Ze kunnen aan de slag met de principes van “contactgericht leren”, waarin wordt vertrokken vanuit een assessment van de vaardigheden van het kind, om vervolgens doelen op te stellen en deze te koppelen aan de motivaties en interesses van het kind. Op deze manier kunnen ze aan de slag om concrete vaardigheden te stimuleren op verschillende domeinen (zie 1.1.1 “opvoedingsdoelen”, concrete doelen opstellen; en 1.2 “opvoedingsgedrag ouders”, vaardigheden voor het aanpassen van de omgeving en het bieden van leeransen).
 - o Ouders hebben in de cursus geleerd hoe ze contact kunnen maken met hun kind **vanuit spel en doorheen het zoeken naar, en komen tot, gedeelde aandacht**.
 - o Ouders hebben in de cursus uitgebreide informatie gekregen over de **sensorische problemen** van het kind en manieren om hierop af te stemmen. Er is ook informatie aangeboden over manieren om het kind te leren hoe het zijn/haar sensorische verwerking kan reguleren, onder andere door het aanreiken van hulpmiddelen, of door het inzetten van aspecten uit sensorische therapieën in het speelprogramma (zie 2.1.2 sensorische informatieverwerkingsproblemen).
- In de speelkamer wordt door ouders/spelers ingewerkt op de ontwikkeling en het gedrag van kinderen met ASS door:
 - o Het **stimuleren van vaardigheden** (oogcontact, motoriek, cognitie, taalbegrip, taalexpressie, emotie, enz.) door middel van het aanbieden van leer- en ontwikkelingsansen. [Werkwijze C kind]
 - o Het aanbieden van een optimale **speel- en leeromgeving** die verrijkend is, maar tegelijk ook afgestemd op de sensorische noden van het kind, en waarin ouders/spelers afstemmen op het kind. [Werkwijze A en Werkwijze B kind]
 - o Het stimuleren van **gedeelde aandacht en spel** doorheen de sessies en het contact in de speelkamer. [Werkwijze D kind]

3. OUDER-KIND INTERACTIE TUSSEN KINDEREN MET ASS EN HUN OUDERS

Ouder en kind (met elk hun betekenisaspecten en gedrag) zijn met elkaar verbonden doorheen de ouder-kind interactie (Figuur 1). Deze interactie bestaat uit een wederzijdse beïnvloeding, waarin het gedrag van de ene partij een invloed heeft op de betekenisaspecten en het gedrag van de andere, en omgekeerd (Bell, 1979). Ouder-kind interacties kunnen bijgevolg beschouwd worden als een bidirectioneel gegeven dat is ingebed in de ouder-kindrelatie; hierbij vormen concrete interacties de bouwstenen voor de ouder-kindrelatie, en vormt de relatie de context voor ouder-kind interacties (Loulis & Kuczynski, 1997).

Het is voor ouders van kinderen met ASS een **grote uitdaging om interacties met hun kind tot stand te brengen en te onderhouden** (Doussard-Roosevelt et al., 2003; Watson 1998). De **specifieke problematiek en kenmerken van kinderen met ASS**, en dan voornamelijk de beperkingen in sociale interactie en communicatie, maar ook repetitieve gedragingen en beperkte interesses, hebben een impact op de typisch patronen van ouder-kind interacties. Kinderen met ASS ervaren onder andere moeilijkheden met het richten en delen van aandacht, gebruiken minder/geen oogcontact, hebben beperkingen in de verbale en non-verbale communicatie; en zoeken/onderhouden weinig contact met hun zorgfiguren (Hudry et al., 2013; Doussard-Roosevelt et al., 2003; Watson, 1998). Deze problemen en beperkingen zorgen voor moeilijkheden in de ouder-kind interactie, maar maken ook dat **kinderen met ASS weinig, zwakke, of slecht getimed signalen uitzenden naar hun omgeving**, die bijgevolg snel gemist of verkeerd geïnterpreteerd worden (Hudry et al., 2013).

Hudry en collega's (2013) geven aan dat er zowel vanuit de ouder, als vanuit het kind, factoren zijn die bijdragen aan een meer of minder "optimale" dyadische interactiestijl. Zo'n "optimale stijl" wordt gekenmerkt door een hoge mate van ouderlijke synchronisatie, veel inbreng van het kind die door het kind geïnitieerd is, en een hoge mate van dyadisch gedeelde aandacht. De *kindfactoren* die de dyadische stijl positief beïnvloeden zijn: **minder ASS-symptoom-representatie** (waaronder beperkingen in sociale interacties, zoals moeilijk komen tot gedeelde aandacht, maar ook de mate van repetitief gedrag, vermoedelijk omwille van de beperkte aandacht van het kind voor de omgeving tijdens dit gedrag, en de grotere moeilijkheid voor ouders om hierbij aan te sluiten), een hoger niveau van **verbale en non-verbale communicatie**, en een hoger niveau van **cognitief functioneren** (Beurkens, Hobson, & Hobson, 2013; Hudry et al., 2013). De *ouderfactoren* situeren zich op twee vlakken: interactiestijl en interactiestrategieën. Op vlak van **interactiestijl** is een synchrone stijl protectief voor de ouder-kind interactie: ouders met een synchrone (responsieve) interactiestijl ondersteunen de interesses van hun kind, en volgen het kind in zijn/haar aandachtsfocus, ze sluiten in communicatie en gedrag aan bij datgene waar het kind mee bezig is. Ouders die daarentegen een asynchrone stijl hanteren, gaan eerder handelen en communiceren op een manier die de aandacht van het kind probeert te heroriënteren, en zijn/haar gedrag probeert te veranderen. De ouderlijke interactiestijl heeft een grote impact op het verloop van ouder-kind interacties, en op de ontwikkeling van het kind. Zo is er een sterke samenhang tussen synchronisatie en initiatie van het kind: vermoedelijk geven responsieve ouders het kind meer ruimte om inbreng te doen, en merken ze het meer op wanneer een kind dit doet (Hudry et al., 2013; Siller & Sigman, 2002). Op vlak van interactiestrategieën is het protectief voor de ouder-kind interactie als **ouders "letterlijke of hoogintensieve" strategieën inzetten** (bijvoorbeeld fysiek contact maken, voorwerpen gebruiken, in het gezichtsveld van het kind gaan staan) (Doussard-Roosevelt et al., 2003; Watson 1998). Met betrekking tot spelinteracties is het protectief voor langdurige spelbetrokkenheid als ouders hun spelgedrag afstemmen op het spelniveau van het kind, en als ze imitatiegedrag vertonen en deelnemen aan wat het kind doet. Wanneer ouders echter zelf opdrachten of suggesties geven, en de aandacht van het kind proberen te heroriënteren, leidt dit tot kortere spelinteracties (Freeman & Kasari, 2013). Een laatste beïnvloedende (protectieve) factor is het **werken aan de ouder-kind interactie zelf**. Dit kan door middel van synchronisatie van ouders in interactiemomenten (via strategieën als "joinen" of meedoen, en co-regulatie van emoties), door het afstemmen van de omgeving op het kind, en door het stimuleren van communicatie en initiatie bij het kind (Beurkens et al., 2013; Casenhiser, Shanker, & Stieben, 2013). Casenhiser en collega's (2013) geven hierbij aan

dat het mogelijk is om ontwikkelingscapaciteiten van kinderen te stimuleren in interactiemomenten, door het creëren van een context waarin allerlei sociale en communicatieve gedragingen voor het kind zinvol zijn.

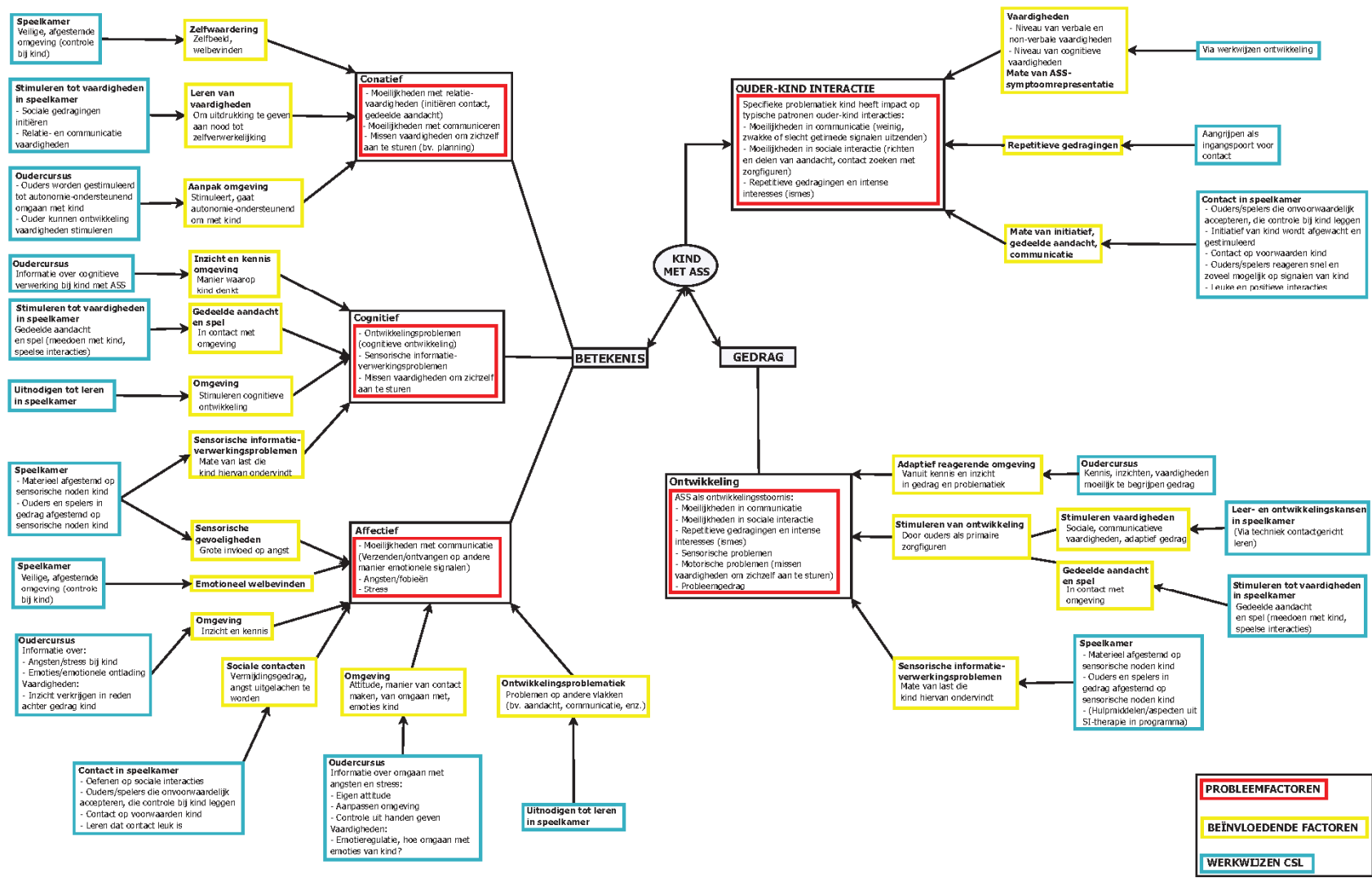
De CSL-methode speelt doorheen de cursus en in de speelkamer in op de beïnvloedende factoren van de ouder-kind interactie:

- In de speelkamer wordt ingewerkt op verschillende kindfactoren:
 - o Er wordt ingewerkt op **communicatieve, sociale en cognitieve vaardigheden** van het kind door het bieden van leer- en ontwikkelingskansen in de speelkamer (zie werkwijzen 2.2 “Ontwikkeling kind”).
 - o Specifiek met betrekking tot de ouder-kind interactie worden **communicatie en initiatie bij het kind gestimuleerd** doordat ouders zich afstemmen op het kind, de controle bij het kind leggen en afwachten tot het kind initiatief neemt. Het kind wordt gestimuleerd tot contact op zijn/haar voorwaarden en om het initiatief te nemen in activiteiten en interacties. [Werkwijze B en Werkwijze D voor het kind]
 - o Het **repetitieve gedrag** van het kind, dat een risico vormt voor een moeilijke ouder-kind interactie (Beurkens et al., 2013; Hudry et al., 2013), wordt in de speelkamer aangegrepen als ingangspoort voor contact. Er wordt dus niet op ingewerkt met het oog op eliminatie van dit gedrag, maar er wordt wel op ingespeeld omwille van de mogelijkheid tot “joinen” van het kind (zie werkwijzen ouders).
- In de cursus wordt ingewerkt op de ouderlijke interactiestijl, strategieën, en manieren waarop ouders expliciet aan de ouder-kind interactie kunnen werken:
 - o Er wordt ingewerkt op de **ouderlijke interactiestrategieën** door geven van informatie: in de cursus leren ouders mogelijke redenen waarom hun kind niet of moeizaam reageert op hun toenaderingen of communicatie. Ze leren hoe ze hiermee kunnen omgaan, en welke strategieën wel effectief kunnen zijn (bijvoorbeeld kind tijd geven om te reageren, in het gezichtsveld van het kind gaan staan, expressief zijn, enz.). [Voor ouders: Werkwijze A: subcategorie a]
 - o Er wordt ingewerkt op de **ouderlijke interactiestijl**: ouders leren in de cursus om in hun gedrag en houding af te stemmen en responsief te zijn. Ze leren een houding die overeenstemt met de omschrijving van een synchrone interactiestijl (Hudry et al., 2013), en ze leren manieren om aan te sluiten bij de interesses, bezigheden en het spel van het kind (“joinen”, meedoen met wat het kind doet, het kind imiteren). [Voor ouders: Werkwijze A: subcategorieën b en e, Werkwijze B, en Werkwijze C]
 - o Ouders leren hoe ze een “ideale context” kunnen creëren om te **werken aan de ouder-kind interactie** (vanuit hun kennis over de noden en problematiek van het kind, over attitude, en over het inzetten van de speelkamer). Daarnaast leren ze concrete manieren om contact tot stand te brengen en te onderhouden (bv. het aanspreken van repetitieve gedraging als ingangspoort, het meedoen met wat het kind doet, responsief zijn en meteen reageren op signalen van het kind, het kind imiteren in zijn/haar spelgedrag, enz.). Het stimuleren van initiatief van het kind wordt in de cursus benadrukt, alsook het belang van plezier maken in contactmomenten. [Werkwijze C]

CONCLUSIE AANPAK EN WERKWIJZEN

In de eerste fase van de interventie (de oudercursus) wordt ingewerkt op de probleemfactoren van ouders, en worden ouders voorbereid op de tweede fase (het speelprogramma), waarin ze zelf de problematiek van hun kind aanpakken en bewust werken aan wederzijdse interacties met het kind. Ouders krijgen een pakket van kennis, inzichten, vaardigheden, strategieën en methodieken aangeleerd die ze kunnen inzetten voor zichzelf en voor het kind. Dit stelt hen in staat om zelf de regie te nemen over de begeleiding van en zorg voor hun kind, en om de ontwikkeling van hun kind te stimuleren door middel van een speelprogramma dat ze zelf managen en organiseren. De probleemfactoren, beïnvloedende factoren en werkwijzen van de CSL-methode in Fase 1 zijn afgebeeld in Figuur 2.

In de tweede fase van de interventie wordt ingewerkt op de probleemfactoren van het kind, en op de ouder-kind interactie, door middel van het speelprogramma. Er wordt toegewerkt naar wederzijds contact tussen ouder en kind, en naar vooruitgang in de ontwikkeling van het kind op vlak van communicatie, interactie en adaptief gedrag. De probleemfactoren, beïnvloedende factoren en werkwijzen van de CSL-methode in Fase 2 zijn afgebeeld in Figuur 3.



Figuur 3. Schematische weergave van de elementen in de tweede fase van de CSL-interventie

BRONVERMELDING

- Baron-Cohen, S. (2009). Autism: the empathizing–systemizing (E-S) theory. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156(1), 68-80.
- Bell, R. Q. (1979). Parent, child, and reciprocal influences. *American Psychologist*, 34(10), 821.
- Bergen, D. (2002). The role of pretend play in children's cognitive development. *Early Childhood Research & Practice*, 4(1).
- Beurkens, N. M., Hobson, J. A., & Hobson, R. P. (2013). Autism severity and qualities of parent–child relations. *Journal of autism and developmental disorders*, 43(1), 168-178.
- Boonen, H., Maljaars, J., Lambrechts, G., Zink, I., Van Leeuwen, K., & Noens, I. (2014). Behavior problems among school-aged children with autism spectrum disorder: Associations with children's communication difficulties and parenting behaviors. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(6), 716-725.
- Bornstein, M. H., Hahn, C. S., & Haynes, O. M. (2011). Maternal personality, parenting cognitions, and parenting practices. *Developmental psychology*, 47(3), 658.
- Case-Smith, J., Weaver, L. L., & Fristad, M. A. (2014). A systematic review of sensory processing interventions for children with autism spectrum disorders. *Autism*, 19(2), 133–148.
- Casenhiser, D. M., Shanker, S. G., & Stieben, J. (2013). Learning through interaction in children with autism: preliminary data from a social-communication-based intervention. *Autism*, 17(2), 220-241.
- Charles, S.T., Reynolds, C.A., & Gatz, M. (2001). Age-Related Differences and Change in Positive and Negative Affect Over 23 Years. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(1), 136-151.
- Colpin, H., & Grietens, H. (2000). *De gezinsopvoeding: Concepten en instrumenten*. Retrieved from <http://www.expo.be/kennisdocumenten/de-gezinsopvoeding-concepten-en-instrumenten>
- Conti, R. (2015). Compassionate Parenting as a Key to Satisfaction, Efficacy and Meaning Among Mothers of Children with Autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 1-11.
- Deković, M., Gerris, J. R., & Janssens, J. M. (1991). Parental cognitions, parental behavior, and the child's understanding of the parent-child relationship. *Merrill-Palmer Quarterly (1982-)*, 523-541.
- Dijkxhoorn, Y. M. (2003). *Unravelling challenging behaviour: a study into the factors that influence the occurrence of challenging behaviour of children with an Autistic Spectrum Disorder* (Unpublished doctoral dissertation). Universiteit van Leiden.
- Dix, T. (1992). Parenting on behalf of the child: Empathetic goals in the regulation of responsive parenting. In I.

- Sigel, A. McGillicuddy-DeLisi, & J. Goodnow, (Eds.), *Parental belief systems: The psychological consequences for children* (2nd ed., pp. 319–346). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Doussard-Roosevelt, J. A., Joe, C. M., Bazhenove, 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(02), 277-295.
- Eisenman, L. T., & Tascione, L. (2002). “How Come Nobody Told Me?” Fostering Self-Realization Through a High School English Curriculum. *Learning Disabilities Research & Practice*, 17(1), 35-46.
- Elsabbagh, M., Divan, G., Koh, Y. J., Kim, Y. S., Kauchali, S., Marcín, C., ... & Fombonne, E. (2012). Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. *Autism Research*, 5(3), 160-179.
- Field, S., & Hoffman, A. (1999). The importance of family involvement for promoting self-determination in adolescents with autism and other developmental disabilities. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 14(1), 36-41.
- Fombonne, E., Quirke, S., & Hagen, A. (2011). Epidemiology of pervasive developmental disorders. In D. G. Amaral, G. Dawson., & D. H. Geschwind (Eds.), *Autism spectrum disorders*. NY, New York: Oxford University Press.
- Freeman, B. J. (1997). Guidelines for evaluating intervention programs for children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27(6), 641-651.
- Freeman, S., & Kasari, C. (2013). Parent–child interactions in autism: Characteristics of play. *Autism*, 17(2), 147-161.
- Geurts, H. M., & Bringmann, L. F. (2010). Planningsvaardigheden bij autismespectrumstoornissen: een kwalitatief en kwantitatief overzicht. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 2010(1), 4-17.
- Goldstein, S., & De Vries, M. (2013). Autism Spectrum Disorder Enters the Age of Multidisciplinary Treatment. In S. Goldstein, & J. A. Naglieri, J. A. (Eds.). *Interventions for Autism Spectrum Disorders* (pp. 3-18). New York, NY, Springer.
- Gulsrud, A. C., Jahromi, L. B., & Kasari, C. (2010). The co-regulation of emotions between mothers and their children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(2), 227-237.
- Happé, F. (1999). Autism: cognitive deficit or cognitive style?. *Trends in cognitive sciences*, 3(6), 216-222.
- Happé, F., & Frith, U. (2006). The weak coherence account: detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 36(1), 5-25.
- Hastings, P., & Grusec, J. (1998). Parenting goals as organizers of responses to parent–child disagreement. *Developmental Psychology*, 34, 465–479.
- Hayes, S. A., & Watson, S. L. (2013). The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(3), 629-642.

- Hill, E. (2004). Evaluating the theory of executive dysfunction in autism. *Developmental review, 24*(2), 189-233.
- Hill, E., Berthoz, S., & Frith, U. (2004). Brief report: Cognitive processing of own emotions in individuals with autistic spectrum disorder and in their relatives. *Journal of autism and developmental disorders, 34*(2), 229-235.
- Hilton, C. L. (2011). Sensory processing and motor issues in autism spectrum disorders. In J. L. Matson & P. Sturmey (Eds.), *International handbook of autism and pervasive developmental disorders* (pp. 175-193). New York, NY: Springer.
- Honey, E., Leekam, S., Turner, M., & McConachie, H. (2007). Repetitive behaviour and play in typically developing children and children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 37*(6), 1107-1115.
- Hudry, K., Aldred, C., Wigham, S., Green, J., Leadbitter, K., Temple, K., ... & PACT Consortium. (2013). Predictors of parent-child interaction style in dyads with autism. *Research in developmental disabilities, 34*(10), 3400-3410.
- Kasari, C., Freeman, S., & Paparella, T. (2006). Joint attention and symbolic play in young children with autism: A randomized controlled intervention study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*(6), 611-620.
- Kasari, C., & Patterson, S. (2012). Interventions addressing social impairment in autism. *Current psychiatry reports, 14*(6), 713-725.
- Kim, J. A., Szatmari, P., Bryson, S. E., Streiner, D. L., & Wilson, F. J. (2000). The prevalence of anxiety and mood problems among children with autism and Asperger syndrome. *Autism, 4*(2), 117-132.
- Kuhn, J. C. & Carter, A. S. (2006). Maternal Self-Efficacy and Associated Parenting Cognitions Among Mothers of Children With Autism. *American Journal of Orthopsychiatry, 76*(4), 564-575.
- Lambrechts, G., Van Leeuwen, K., Boonen, H., Maes, B., & Noens, I. (2011). Parenting behaviour among parents of children with autism spectrum disorder [corrected]. *Research in Autism Spectrum Disorders, 5*(3), 1143-1152.
- Lauritsen, M. B. (2013). *Autism spectrum disorders*. European child & adolescent psychiatry, 22(1), 37-42.
- Lecavalier, L., Snow, A. V., & Norris, M. (2011). Autism spectrum disorders and intellectual disability. In J. L. Matson & P. Sturmey (Eds.), *International handbook of autism and pervasive developmental disorders* (pp. 37-51). New York, NY: Springer.
- Loulis, S., & Kuczynski, L. (1997). Beyond one hand clapping: Seeing bidirectionality in parent-child relations. *Journal of Social and Personal Relationships, 14*(4), 441-461.
- Mahoney, G., & Wiggers, B. (2007). The role of parents in early intervention: Implications for social work. *Children & Schools, 29*(1), 7-15.
- Maljaars, J., Boonen, H., Lambrechts, G., Van Leeuwen, K., & Noens, I. (2014). Maternal parenting behavior and

- child behavior problems in families of children and adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(3), 501-512.
- Maljaars, J., Noens, I., Scholte, E., & van Berckelaer-Onnes, I. (2012). Language in low-functioning children with autistic disorder: Differences between receptive and expressive skills and concurrent predictors of language. *Journal of autism and developmental disorders*, 42(10), 2181-2191.
- Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Aggarwal, R., Baker, C., Mathapati, S., Molitoris, S., & Mayes, R. D. (2013). Unusual fears in children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(1), 151-158.
- 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.
- Meirsschaut, M., Roeyers, H., & Warreyn, P. (2010). Parenting in families with a child with autism spectrum disorder and a typically developing child: Mothers' experiences and cognitions. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(4), 661-669.
- Noens, I., Maljaars, J., & Steyaert, J. (2015). Hoofdstuk 10 Interdisciplinaire begeleiding en behandeling bij kinderen en jongeren. In: H. Geurts, B. Sizoo, & I. Noens (Eds.), *Autismespectrumstoornis: Interdisciplinair handboek* (pp. 131-148). Leusden, Nederland: Diagnosis Uitgevers.
- Noens, I., & van Berckelaer-Onnes, I. (2004). Making Sense in a Fragmentary World Communication in People with Autism and Learning Disability. *Autism*, 8(2), 197-218.
- Nuske, H. J., Vivanti, G., & Dissanayake, C. (2013). Are emotion impairments unique to, universal, or specific in autism spectrum disorder? A comprehensive review. *Cognition & emotion*, 27(6), 1042-1061.
- Ozonoff, S. (1998). Assessment and remediation of executive dysfunction in autism and Asperger syndrome. In E. Schopler, G. B. Mesibov, & L. J. Kunce (Eds.), *Asperger syndrome or high-functioning autism?* (pp. 263-289). New York, NY: Springer.
- Ozturk, Y., Riccadonna, S., & Venuti, P. (2014). Parenting dimensions in mothers and fathers of children with Autism Spectrum Disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(10), 1295-1306.
- Peeters, T. (2006). *Autisme, van begrijpen tot begeleiden* (9th ed.). Antwerp, Belgium: Houtekiet.
- Pouw, L. B., Rieffe, C., Stockmann, L., & Gadow, K. D. (2013). The link between emotion regulation, social functioning, and depression in boys with ASD. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(4), 549-556.
- Rieffe, C., Terwogt, M. M., & Stockmann, L. (2000). Understanding atypical emotions among children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(3), 195-203.
- Rowe, M. L., & Casillas, A. (2011). Parental goals and talk with toddlers. *Infant and child development*, 20(5), 475-494.
- Ruble, L. (2001). Analysis of social interactions as goal-directed behaviors in children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 31(5), 471-482.

- Ruble, L., McDuffie, A., King, A. S., & Lorenz, D. (2008). Caregiver responsiveness and social interaction behaviors of young children with autism. *Topics in Early Childhood Special Education, 28*(3), 158-170.
- Sanders, J. L., & Morgan, S. B. (1997). Family stress and adjustment as perceived by parents of children with autism or Down syndrome: Implications for intervention. *Child & Family Behavior Therapy, 19*(4), 15-32.
- Schothorst P. F., van Engeland H., van der Gaag R. J., Minderaa R. B., Stockmann A. P. A. M., Westermann G. M. A., Floor-Siebelink H. A. (2009). *Richtlijn diagnostiek en behandeling autismespectrumstoornissen bij kinderen en jeugdigen*. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Utrecht, Nederland: De Tijdstroom; 2009.
- Seltzer, M. M., Shattuck, P., Abbeduto, L., & Greenberg, J. S. (2004). Trajectory of development in adolescents and adults with autism. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews, 10*(4), 234-247.
- Siller, M., Reyes, N., Hotez, E., Hutman, T., & Sigman, M. (2013). Longitudinal change in the use of services in autism spectrum disorder: Understanding the role of child characteristics, family demographics, and parent cognitions. *Autism, 18*(4), 433-446.
- 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.
- Spratt, E. G., Nicholas, J. S., Brady, K. T., Carpenter, L. A., Hatcher, C. R., Meekins, K. A., ... & Charles, J. M. (2012). Enhanced cortisol response to stress in children in autism. *Journal of autism and developmental disorders, 42*(1), 75-81.
- Steiner, A. M., Koegel, L. K., Koegel, R. L., & Ence, W. A. (2012). Issues and theoretical constructs regarding parent education for autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders, 42*(6), 1218-1227.
- Struyven, K., Baeten, M., Kyndt, E., & Sierens, E. (2009). *Groot worden* (2nd ed.) . Leuven, Belgium: Lannoo Campus.
- Thurm, A., Bishop, S., & Shumway, S. (2011). Developmental issues and milestones. In J. L. Matson & P. Sturmey (Eds.), *International handbook of autism and pervasive developmental disorders* (pp. 99-114). New York, NY: Springer.
- van Heteren, M., Smits, P. J. M., & van Veen, M. L. H. (2000). *Orthopedagogiek: Antwoorden op vraagstellingen*. Amsterdam, The Netherlands: SWP.
- Verhulst, F. C. (2005). *De ontwikkeling van het kind*. Assen, Nederland: Koninklijke Van Gorcum.
- Wachtel, K., & Carter, A. S. (2008). Reaction to diagnosis and parenting styles among mothers of young children with ASDs. *Autism, 12*(5), 575-594.
- Watson, L. R. (1998). Following the child's lead: Mothers' interactions with children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 28*(1), 51-59.

- Wehmeyer, M. L., Shogren, K. A., Zager, D., Smith, T. E., & Simpson, R. (2010). Research-based principles and practices for educating students with autism: Self-determination and social interactions. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, 475-486.
- White, S. W., Oswald, D., Ollendick, T., & Scahill, L. (2009). Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Clinical psychology review*, 29(3), 216-229.
- Williams, S., Leader, G., Mannion, A., & Chen, J. (2015). An investigation of anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 10, 30-40.
- Wong, M. G., & Heriot, S. A. (2007). Vicarious futurity in autism and childhood dementia. *Journal of autism and developmental disorders*, 37(10), 1833-1841.
- Wu, C. L., An, C. P., Tseng, L. P., Chen, H. C., Chan, Y. C., Cho, S. L., & Tsai, M. L. (2015). Fear of being laughed at with relation to parent attachment in individuals with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 10, 116-123.
- Zhou, T., & Yi, C. (2014). Parenting styles and parents' perspectives on how their own emotions affect the functioning of children with autism spectrum disorders. *Family process*, 53(1), 67-79.