

KU LEUVEN

FACULTEIT PSYCHOLOGIE EN
PEDAGOGISCHE WETENSCHAPPEN

Onderzoekseenheid Gezins- en Orthopedagogiek

**‘CONTACTGERICHT SPELEN EN LEREN’ ALS
INTERVENTIE VOOR KINDEREN MET
AUTISMESPECTRUMSTOORNIS EN HUN OUDERS**

Een praktijkgestuurd effectonderzoek

Masterproef aangeboden tot het
verkrijgen van de graad van
Master of Science in de
pedagogische wetenschappen

Door

Sarah Clauwaert

promotor: Prof. Dr. Dieter Baeyens

copromotor: Prof. Dr. Ilse Noens

2015

KU LEUVEN

FACULTEIT PSYCHOLOGIE EN
PEDAGOGISCHE WETENSCHAPPEN

Onderzoekseenheid Gezins- en Orthopedagogiek

**‘CONTACTGERICHT SPELEN EN LEREN’ ALS
INTERVENTIE VOOR KINDEREN MET
AUTISMESPECTRUMSTOORNIS EN HUN OUDERS**

Een praktijkgestuurd effectonderzoek

Masterproef aangeboden tot het
verkrijgen van de graad van
Master of Science in de
pedagogische wetenschappen

Door

Sarah Clauwaert

promotor: Prof. Dr. Dieter Baeyens

copromotor: Prof. Dr. Ilse Noens

2015

SAMENVATTING

Sarah Clauwaert, 'Contactgericht spelen en leren' als interventie voor kinderen met autismespectrumstoornis en hun ouders. Een praktijkgestuurd effectonderzoek.

Masterproef aangeboden tot het verkrijgen van de graad van: Master of Science in de pedagogische wetenschappen

Examenperiode: Juni 2015

Promotor: Prof. Dr. Dieter Baeyens

Copromotor: Prof. Dr. Ilse Noens

Het hedendaagse aanbod van interventies voor kinderen met autismespectrumstoornis (ASS) en hun ouders is zeer ruim en divers. Hier zijn voordelen aan verbonden in termen van keuzevrijheid voor ouders en professionals, maar ook twee grote nadelen. Het eerste nadeel is dat een aanzienlijk deel van de interventies geen garantie biedt op vlak van professionele uitvoering en effectiviteit, omwille van een gebrek aan onderbouwing. Het tweede nadeel is dat de diversiteit van het aanbod voor ouders en hulpverleners leidt tot moeilijkheden om in te schatten welke interventies relevant zijn voor hun situatie. Het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) wil bijdragen aan de oplossing van dit probleem door het beoordelen van jeugdinterventies, en het beheren van een databank waarin de effectief bevonden interventies worden opgenomen. Contactgericht Spelen en Leren (CSL) is een interventie voor kinderen met ASS en hun ouders. De aanbieder wil graag dat CSL opgenomen wordt in de NJI-databank, maar heeft tot op heden geen gedetailleerde omschrijving of wetenschappelijke onderbouwing op papier gezet.

Dit probleem vormt het uitgangspunt van het "praktijkgestuurd effectonderzoek" (van Yperen & Veerman, 2008) in deze masterproef, waarin via verschillende onderzoeksmethoden wordt toegewerkt naar descriptieve en theoretische bewijskracht, maar ook mogelijke verbeterpunten, voor de CSL-interventie. Na een algemene inleidende literatuurstudie over ASS, interventies voor ASS en praktijkgestuurd effectonderzoek, is de masterproef in drie fasen uitgevoerd aan de hand van drie onderzoeksmethoden: documentenanalyse, focusgroepen en literatuurstudie. In de *eerste fase* is via een documentenanalyse een antwoord gezocht op de vraag "wat is de CSL-methode en hoe zit ze in elkaar?". Het resultaat van deze fase bestaat uit beschrijvende informatie over de CSL-interventie. In de *tweede fase* zijn twee focusgroepen ingezet om te onderzoeken wat het probleem is dat men met de CSL-interventie wil aanpakken, en welke factoren hier een beïnvloedende rol in spelen. Op basis van deze fase werd een overzicht opgesteld van de probleemfactoren en beïnvloedende factoren, en een schema waarin deze factoren en hun onderlinge verbanden zijn verwerkt. In de *derde fase* van het onderzoek zijn de resultaten uit de tweede fase, in combinatie met de concrete CSL-werkwijze en aanpak, uitvoerig onderzocht en getoetst door middel van een literatuurstudie. Op basis hiervan was het enerzijds mogelijk om hiaten en knelpunten vast te stellen in de factoren uit de focusgroepen, en in de CSL-werkwijze. Anderzijds konden elementen uit de onderzochte literatuur ingezet worden bij de theoretische onderbouwing van de CSL-methode door middel van een interventietheorie.

Met dit onderzoek is een bijdrage geleverd aan de descriptieve bewijskracht en theoretische onderbouwing van de CSL-methode via een ruim bestand aan beschrijvende data en literatuur. Het onderzoek resulteerde ook in verscheidene aanbevelingen met verbeterpunten voor CSL en richtlijnen voor mogelijk vervolgonderzoek.

DANKWOORD

Wanderer, your footsteps are the road, and nothing more; wanderer, there is no road, the road is made by walking. By walking one makes the road, and upon glancing behind one sees the path...

— Antonio Machado (1979)

Twee jaar geleden begon ik aan deze masterproef, een volledig nieuwe uitdaging waarin ik mijn weg moest zoeken en nog helemaal moest ontdekken hoe deze er zou uitzien. Nu ik op het einde achterom kijk zie ik een zeer leerrijk, boeiend en veelzijdig traject waar ik me met veel inzet en energie op heb toegelegd. Er zijn een aantal mensen die doorheen de masterproef (stukjes) met me meewandelden, en een aantal mensen zonder wie dit eindresultaat er nooit was geweest. Ik wil hen hier expliciet en uitgebreid bedanken.

Allereerst wil ik mijn promotor Prof. Dr. Baeyens bedanken voor de kans om deze masterproef over mijn eigen onderwerp te realiseren. Daarnaast wil ik Prof. Dr. Baeyens en mijn copromotor Prof. Dr. Noens samen bedanken voor hun intensieve begeleiding, uitgebreide feedback, methodologische en inhoudelijke expertise, algemene betrokkenheid op de masterproef en concrete tips en adviezen. Deze begeleiding vormde een enorme meerwaarde voor de masterproef en mijn ontwikkelingsproces als masterstudent.

Vervolgens gaat mijn oprechte dank uit naar Janne, Mart, Leen en Veerle. Zonder jullie was ik nooit in contact gekomen met de CSL-methode, en was deze masterproef er nooit geweest. Het samenzijn met de kinderen was voor mij doorheen de voorbije twee jaar ook steeds een moment van ontspanning, waarna ik met vernieuwde energie verder kon. Bedankt voor alles, ook voor jullie luisterend oor en het delen van jullie ervaringen met CSL.

Tijdens het onderzoeksproces leerde ik veel nieuwe mensen kennen die zeker niet mogen ontbreken in dit dankwoord. Anneke, bedankt om mij de kans en het vertrouwen te geven om dit onderzoek over CSL uit te voeren. Ik wil je samen met Wendy ook bedanken voor de cursus, het was een zeer leerrijke ervaring waaruit ik veel meeneem. Ook de moeders en spelers die ik leerde kennen tijdens de cursus wil ik bedanken voor hun openheid, vriendelijkheid en acceptatie. Verder richt ik me nog tot Annemarie, heel erg bedankt dat ik tijdens de cursus mocht logeren in je knusse huisje in Amsterdam. Bedankt voor de gastvrijheid en de gezellige avondmaaltijden. Tot slot wil ik alle deelnemers van de focusgroepen bedanken voor hun openheid, oprechte bijdrage, inzet, volharding en enthousiasme. Jullie waren een geweldig participantenteam.

Ook mijn vrienden en familie mogen hier zeker niet ontbreken. Sanne, bedankt voor alles, je was een steun en toeverlaat in de voorbije jaren, en je hebt me enorm geholpen met je assistentie bij de focusgroepen. Wendy en Myrthe, mijn taalkundige vriendinnen, bedankt voor het nalezen van deze masterproef, maar ook voor veel meer natuurlijk. Giel, mijn vriend, bedankt voor je onvoorwaardelijke steun, eindeloze geduld en begrip, de massa's hulp, en nog oneindig veel andere dingen. Ook mijn ouders wil ik bedanken voor hun steun en de kans om deze opleiding aan te gaan. Tot slot wil ik mijn dankbaarheid uitdrukken voor een bijzonder persoon, nooit uit mijn gedachten en mijn eeuwige inspiratiebron.

TOELICHTING AANPAK EN EIGEN INBRENG

Na mijn opleiding tot professionele bachelor in de orthopedagogie, en drie jaar in het werkveld bij personen met ASS, begon ik in 2012 vol energie aan mijn schakeljaar voor de master in de pedagogische wetenschappen. Vanuit mijn “gebetenheid” door autisme was het me van meet af aan duidelijk dat ik mijn masterproef over een ASS-gerelateerd onderwerp wou schrijven. Op toevallige wijze kwam ik tijdens het schakeljaar in aanraking met de ‘Contactgericht Spelen en Leren methode’, en enkele maanden later begon ik te werken rond mijn eigen onderwerp met Prof. Dr. Baeyens als promotor, en vanaf het tweede semester Prof. Dr. Noens als copromotor.

Prof. Dr. Baeyens reikte bij de start het theoretisch kader van praktijkgestuurd effectonderzoek aan als basis voor het onderzoeksopzet, en bood veel ondersteuning bij de concrete uitwerking hiervan. Doorheen het verdere verloop van de masterproef vormde de feedback van Prof. Dr. Baeyens en Prof. Dr. Noens telkens een concrete leidraad voor stappen in het onderzoeks- en schrijfproces. Via het delen van hun inzichten en expertise, en het geven van concrete tips en adviezen met betrekking tot theoretische kaders en literatuur, hebben ze zowel inhoudelijk als methodologisch een zeer ondersteunende bijdrage geleverd aan de masterproef.

Vanuit stichting Horison (de aanbieder van de CSL-methode) werd bij aanvang van de masterproef een pakket aan informatie, bronnen en documenten over de CSL-methode, alsook een lijst met achtergrondliteratuur, beschikbaar gesteld. Ook mijn deelname aan de CSL-cursus werd voorzien. Na de cursus werkten we samen voor de organisatie van de focusgroepen, en ging stichting Horison zelf op zoek naar deelnemers op basis van de criteria die we vastlegden. De locatie voor de focusgroepen werd eveneens door de stichting aangeboden. Tijdens de focusgroepen kreeg ik de vrijwillige en welwillende hulp van een collega-studente die de taak van observator op zich nam.

Mijn eigen inbreng in de masterproef is: (1) het uitvoeren van een documentenanalyse en verwerken van de resultaten hiervan; (2) het voorbereiden, modereren, letterlijk transcriberen en verwerken van de resultaten van twee focusgroepen; (3) het uitvoeren van een literatuurstudie om de resultaten uit de focusgroepen te toetsen op basis van ASS-specifieke literatuur over negen thema's; en (4) het samenbrengen van de resultaten uit de literatuurstudie tot een interventietheorie over de CSL-methode.

INHOUD

Samenvatting.....	I
Dankwoord	III
Toelichting aanpak en eigen inbreng.....	V
Inhoud	VII
Lijst met tabellen.....	XI
Lijst met figuren	XIII
Lijst met afkortingen	XV
Inleiding.....	1
Hoofdstuk 1: Begrippenkader	3
1.1 Autismespectrumstoornissen	3
1.1.1 Gedragskenmerken	3
1.1.2 Cognitieve verklaringsmodellen	4
1.1.3 Opvoeding en ASS	5
1.2 Interventies voor ASS	6
1.2.1 Richtlijnen en algemene interventiedoelen	6
1.2.2 Uitgebreide behandelingsmodellen (Comprehensive Treatment Models – CTMs).....	7
1.2.3 Ouderlijke betrokkenheid in CTMs.....	9
1.3 De Contactgericht Spelen en Leren methode	10
Hoofdstuk 2: Duiding van de studie	11
2.1 Doel van de masterproef.....	11
2.1.1 Het Nederlands Jeugdinstituut (NJI).....	11
2.1.2 Praktijkgestuurd effectonderzoek.....	11
2.1.3 Onderzoeksvragen	13
2.2 Verloop van de masterproef.....	13
2.2.1 Via descriptieve bewijskracht naar niveau 1: Een potentieel effectieve interventie	14
2.2.2 Via theoretische bewijskracht naar niveau 2: Een veelbelovende interventie.....	15

Hoofdstuk 3: Toewerken naar descriptieve bewijskracht voor niveau 1 d.m.v. documentenanalyse.....	17
3.1 Methodologie: Documentenanalyse	17
3.2 Verloop documentenanalyse.....	17
3.2.1 Fase 1: Kennismaking met de methode	17
3.2.2 Fase 2: Achtergrondinformatie verzamelen	18
3.2.3 Fase 3: Concepten afleiden en kernconcepten definiëren.....	20
3.3 Resultaat: Informatie vereist voor 'veelbelovend' of 'in theorie effectief'	22
Hoofdstuk 4: Toewerken naar descriptieve & theoretische bewijskracht – voor de afwerking van niveau 1 en de opstap naar niveau 2 – d.m.v. focusgroepen	34
4.1 Methodologie: Focusgroepen.....	34
4.1.1 Deelnemers	34
4.1.2 Voorbereiding en verloop focusgroepen	35
4.1.3 Data-analyse.....	37
4.2 Resultaat	38
4.3 Voorbereiding literatuurstudie: Van praktijkmodel naar theoretisch model	45
4.2.1 Vereenvoudiging van het praktijkmodel.....	45
4.2.2 Opbouw van het theoretisch model	53
4.2.3 Situeren van de risico- en protectieve factoren op dimensies.....	55
4.2.4 Conclusie voorbereiding literatuurstudie	56
Hoofdstuk 5: Toewerken naar theoretische bewijskracht voor niveau 2 d.m.v. literatuurstudie.....	59
5.1 Methodologie: Literatuurstudie	59
5.1.1 Opzet	59
5.1.2 Dataverzameling	60
5.1.3 Dataverwerking	60
5.2 Uitwerking van de negen elementen van het theoretisch model en toetsing van de CSL-factoren en werkwijzen.....	62
5.2.1 De betekeniscomponent	62
5.2.2 De gedragscomponent	74
5.2.3 De interactiecomponent.....	79
5.2.4 Conclusie toetsing van de CSL-factoren en werkwijzen	82

5.3 Resultaat: De interventietheorie van CSL	84
Hoofdstuk 6: Discussie	87
6.1 Bespreking van de onderzoeksresultaten	87
6.1.1 Resultaat op niveau 1: Omschrijving van de CSL-interventie (Fase 1).....	87
6.1.2 Resultaat op niveau 2: Praktijkmodel (Fase 2a & 2b).....	90
6.1.3 Resultaat op niveau 2: Toetsing factoren/werkwijzen en Interventietheorie (Fase 3a & 3b).....	92
6.2 Aanbevelingen voor de CSL-methode	97
6.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	99
6.4 Sterktes en beperkingen van het onderzoek.....	99
Algemene conclusie	101
Bronvermelding	103
Bijlagen	115
Bijlage A: Mindmaps van de "bouwstenen van de CSL-methode" per thema	116
Bijlage B: Lijst met concepten uit de documenten-analyse	121
Bijlage C: Verslag focusgroep 2 – Verbanden tussen kernconcepten & verantwoording.....	127
Bijlage D: Volledige uitwerking Stappen 1 & 2 van de elementen uit de literatuurstudie.....	136
Bijlage E: Overzichtstabel Probleemfactoren uit het Praktijkmodel onder Elementen Theoretisch model	156
Bijlage F: Overzichtstabel van Dimensies en CSL-werkwijzen per Element uit het Theoretisch Model.....	157
Bijlage G: Overzichtstabel van Dimensies van Risico- en Protectieve factoren gekoppeld aan Elementen en CSL-werkwijzen	163
Bijlage H: Interventietheorie CSL-methode	169

LIJST MET TABELLEN

Tabel 1	<i>Vereiste Gegevens voor het Eerste Niveau van Effectiviteit (van Yperen & Veerman, 2008, p. 36)</i>	14
Tabel 2	<i>Vereiste Gegevens voor het Tweede Niveau van Effectiviteit (van Yperen & Veerman, 2008, p. 36)...</i>	15
Tabel 3	<i>Geraadpleegde Achtergrondliteratuur documentenanalyse</i>	20
Tabel 4	<i>Geanalyseerde Documenten over de CSL-interventie</i>	21
Tabel 5	<i>Kernconcepten van de CSL-methode o.b.v. Documentenanalyse</i>	23
Tabel 6	<i>Resultaat van de Dataverzameling- en Verwerking op Niveau 1: Omschrijving van de CSL-interventie</i>	24
Tabel 7	<i>Overzicht Deelnemers focusgroep 1 & 2</i>	35
Tabel 8	<i>Omschrijving van de Doelgroep van de CSL-interventie</i>	39
Tabel 9	<i>Lijst met Kernconcepten van de CSL-methode en hun Omschrijvingen o.b.v. de Focusgroepen</i>	40
Tabel 10	<i>Nieuwe factoren na Reductie Gelinkt aan Originele factoren</i>	51
Tabel 11	<i>Originele Risico- en Protectieve factoren gesitueerd onder Overkoepelende Dimensies.....</i>	57
Tabel 12	<i>Overzicht van de Werkwijzen van de CSL-methode.....</i>	61
Tabel 13	<i>Ontbrekende Factoren of Werkwijzen op basis van Literatuurstudie.....</i>	83

LIJST MET FIGUREN

<i>Figuur 1.</i> Niveaus van bewijskracht in praktijkgestuurd effectonderzoek (van Yperen & Veerman, 2008, p. 25) ..	12
<i>Figuur 2.</i> Schematisch overzicht van het verloop van de masterproef	14
<i>Figuur 3.</i> Elementen van de interventietheorie (van Yperen & Veerman, 2008, p. 40)	15
<i>Figuur 4.</i> Overzichts-mindmap 'bouwstenen CSL'	19
<i>Figuur 5.</i> Praktijkmodel van de ontstaanstheorie van de CSL-methode	44
<i>Figuur 6.</i> Vereenvoudigde versie praktijkmodel.....	52
<i>Figuur 7.</i> Theoretisch model o.b.v. literatuur over het thema opvoeding.....	54
<i>Figuur 8.</i> Fasen van de interventie gekaderd in het theoretisch model	84
<i>Figuur 9.</i> Schematische weergave interventietheorie: Fase 1 Oudercursus	85
<i>Figuur 10.</i> Schematische weergave interventietheorie: Fase 2 Speelprogramma	86

LIJST MET AFKORTINGEN

ASS	Autismespectrumstoornis ¹
ASS-ouders	Ouders van kinderen met autismespectrumstoornis
CSL	Contactgericht spelen en leren
NJI	Nederlands Jeugdinstituut
TO-kinderen	Typisch ontwikkelende kinderen

¹ In de masterproef wordt op regelmatige basis het woord “autisme” gebruikt in tabellen en figuren, dit is het gevolg van de replicatie van bewoordingen van praktijkwerkers in de focusgroepen en documenten over de CSL-methode. Met de term “autisme” wordt telkens hetzelfde bedoeld als met de term autismespectrumstoornissen.

INLEIDING

Autismespectrumstoornissen (ASS) zijn complexe ontwikkelingsstoornissen met levenslange gevolgen. Ze worden gekenmerkt door een enorme variatie in ontwikkelingsproblemen en de ernst en mate waarin deze zich manifesteren (Lauritsen, 2013; Goldstein & De Vries, 2013; Seltzer, Shattuck, Abbeduto, & Greenberg, 2004). Ook ouders van kinderen met ASS ervaren een zware impact van de problematiek en moeilijkheden die hun kinderen dagelijks ondervinden (Ozturk, Riccadonna, & Venuti, 2014). Kinderen met ASS hebben namelijk nood aan een aangepaste en gespecialiseerde opvoedingsaanpak. Dit stelt hun ouders voor een grote uitdaging die gepaard gaat met het vervullen van een veeleisende en gevarieerde ouderrol (Lambrechts, Van Leeuwen, Boonen, Maes, & Noens, 2011; Maljaars, Boonen, Lambrechts, Van Leeuwen, & Noens, 2014). Omwille van deze grote uitdaging en complexe problematiek hebben zowel kinderen met ASS als hun ouders nood aan optimale ondersteuning door middel van kwaliteitsvolle interventies (Steiner, Koegel, Koegel, & Ence, 2012).

De ontwikkeling van zulke gepaste en effectieve interventies voor ASS is, omwille van de pervasieve impact van de problematiek, doorheen de jaren op een intensieve wijze nagestreefd (Irwin, MacSween, & Kerns, 2011). Dit heeft geleid tot een proliferatie van interventieprogramma's die erop gericht zijn om de symptomen van ASS te verbeteren (Livanis, Benvenuto, Mertturk, & Hanthorn, 2013). De aanwezigheid van dit ruime en diverse aanbod brengt voordelen met zich mee op vlak van keuzevrijheid voor ouders en professionals (Freeman, 1997), maar heeft ook twee grote nadelen. Een eerste nadeel is dat een groot deel van de interventies die worden aangeboden niet of amper onderzocht zijn op vlak van professionele uitvoering en effectiviteit (van Berckelaer-Onnes, 2008; van Yperen & Veerman, 2008), wat maakt dat ouders of hulpverleners zelf de inschatting moeten maken of een interventie werkzaam kan zijn en al dan niet professioneel wordt uitgevoerd. Een tweede nadeel is dat er voor ouders een massa aan informatie en mogelijkheden beschikbaar is, waardoor het moeilijk, maar tegelijk wel essentieel is, om in te schatten welke informatie en interventies relevant zijn voor hun situatie en hun kind (Freeman, 1997; Maljaars et al., 2014).

Een instantie die wil bijdragen aan de oplossing van het bovengenoemd probleem is het Nederlands Jeugdinstituut (NJI); dit door middel van het beheer van een databank met effectieve jeugdinterventies, waarin heldere en overzichtelijke informatie beschikbaar is over de effectiviteit en doelgroep van erkende interventies (NJI, n.d.). Aanbieders van interventies kunnen hun methode ter beoordeling voorleggen aan het NJI, waarna deze een plaats kan krijgen in de databank, indien ze effectief wordt bevonden. Eén van de aanbieders die graag een plaats wil verkrijgen in de databank is Stichting Horison, een centrum in Nederland. De stichting organiseert cursussen in de 'Contactgericht Spelen en Leren methode'; een interventie die ouders van kinderen met ASS wil ondersteunen in de opvoeding en het stimuleren van de ontwikkeling van hun kind. De CSL- interventie wordt al meer dan tien jaar uitgevoerd in de praktijk, maar er is tot op heden geen gedetailleerde omschrijving of wetenschappelijke onderbouwing van op papier gezet.

Omwille van dit gebrek aan onderbouwing kan gesteld worden dat de CSL-methode momenteel een “willekeurige interventie uit het aanbod is”, zonder garantie met betrekking tot de professionaliteit van de stichting of werkzaamheid van de interventie. Om verandering te brengen in deze situatie heeft Horison zich opengesteld voor onderzoek in het kader van deze masterproef. Via dit onderzoek wil de stichting een wetenschappelijke basis verkrijgen die hen enerzijds richting kan geven in het bijschaven en optimaliseren van de interventie, en hen anderzijds op pad kan zetten naar een officiële NJI-erkenning van de methode. In de masterproef wordt ingegaan op deze vraag aan de hand van een “praktijkgestuurd effectonderzoek” (van Yperen & Veerman, 2008) waarin via verschillende onderzoeksmethoden wordt toegewerkt naar descriptieve en theoretische bewijskracht voor de CSL-interventie.

Om de masterproef in te leiden wordt in Hoofdstuk 1 een beknopt begrippenkader geschetst omtrent ASS en interventies, en worden in Hoofdstuk 2 het doel en verloop van de masterproef toegelicht aan de hand van het begrip “praktijkgestuurd effectonderzoek”. Na dit inleidende deel zijn er drie hoofdstukken die ingaan op de dataverzameling, verwerking en onderzoeksresultaten van de drie onderzoeksmethoden die zijn toegepast in de masterproef. In Hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de documentenanalyse die werd ingezet voor het verzamelen van descriptieve bewijskracht voor de CSL-methode. Hoofdstuk 4 handelt over twee focusgroepen waarmee de basis werd gelegd voor een interventietheorie over CSL. In Hoofdstuk 5 wordt de laatste stap van het onderzoek omschreven: een literatuurstudie om de informatie uit voorgaande fasen te toetsen en uiteindelijk samen te brengen tot een interventietheorie. De masterproef wordt in Hoofdstuk 6 afgerond met een uitgebreide discussie waarin de onderzoeksresultaten worden nabesproken, aanbevelingen worden geformuleerd voor toekomstig onderzoek, en de beperkingen van de studie worden omschreven. Tot slot volgt een algemene conclusie om de masterproef mee af te sluiten.

HOOFDSTUK 1: BEGRIPPENKADER

1.1 AUTISMESPECTRUMSTOORNISSEN

Autismespectrumstoornissen (ASS) zijn complexe ontwikkelingsstoornissen met levenslange gevolgen (Lauritsen, 2013; Seltzer et al., 2004). Ze werden voor het eerst op de kaart gezet door Leo Kanner in 1943, en zijn sinds dan ontelbare malen omschreven en geherdefinieerd (Irwin et al., 2011). Campbell, Davarya, Elsabbagh, Madden, en Fombonne (2011) geven aan dat het moeilijk is om de prevalentie van ASS juist vast te stellen omdat de diagnose gebaseerd is op gedragskenmerken, wat leidt tot uiteenlopende conclusies omwille van verschillen in dataverzameling, analyse en interpretatie. Resultaten uit literatuurreviews over de prevalentie van ASS wijzen in de richting van 0,6% – of 1 op 160 personen (Elsabbagh et al., 2012), en 0,7% – of 1 op 143 personen, waarbij de ratio mannen/vrouwen gesitueerd wordt op 5:1 (Fombonne, Quirke, & Hagen, 2011). Ook opmerkelijk is de overlap tussen ASS en verstandelijke beperking; aanvankelijk werd geschat dat ongeveer 70% van de ASS-populatie bijkomend een verstandelijke beperking heeft. Dit cijfer staat ondertussen echter sterk ter discussie omwille van uiteenlopende resultaten (tussen 26% en 68%) over studies heen (Lecavalier, Snow, & Norris, 2011).

1.1.1 Gedragskenmerken

Autismespectrumstoornissen worden 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). Veelal wordt ASS gedefinieerd aan de hand van de “klassieke triade” van kenmerken; deze bestaat uit kwalitatieve tekorten in sociale interacties, kwalitatieve tekorten in communicatie, en beperkte, zich herhalende en stereotiepe patronen van gedrag, belangstelling en activiteiten. Sinds de publicatie van de vijfde versie van de “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM-5) in mei 2013 (American Psychiatric Association, 2013) is deze triade echter vervangen door twee domeinen van kenmerken: een eerste “sociaal-communicatief domein” waarin de tekorten in sociale interacties en communicatie zijn samengevoegd, en een tweede domein dat repetitieve gedragingspatronen en beperkte interesses omvat (Lauritsen, 2013). De diagnostische criteria in de DSM-5 geven het meest recente beeld van de typerende gedragskenmerken van ASS. Het eerste criterium omvat *persistente tekorten in sociale communicatie en sociale interactie* over verschillende contexten, deze manifesteren zich als (1) tekorten in sociaal-emotionele wederkerigheid; (2) tekorten in non-verbale communicatieve gedragingen in sociale interacties; en (3) tekorten in het tot stand brengen, onderhouden en begrijpen van relaties. Het tweede criterium omvat *beperkte en repetitieve patronen van gedrag, belangstelling en activiteiten* (waarvan er minstens twee moeten voorkomen), deze kunnen zich manifesteren als (1) stereotiepe of repetitieve bewegingen, gebruik van voorwerpen of taal; (2) aandringen op gelijkheid, non-flexibele gehechtheid aan routines of rituelen; (3) zeer beperkte, gefixeerde interesses met een abnormale intensiteit of focus; en (4) hyper- of hyporeactiviteit op sensorische input of ongebruikelijke interesses in sensorische aspecten van de

omgeving. De ernst van deze symptomen wordt per criterium gespecificeerd op een ernstschaal met drie niveaus. Daarnaast wordt aangegeven dat de symptomen aanwezig moeten zijn vanaf de vroege ontwikkeling en dat ze het dagelijks functioneren ernstig moeten beperken of verstoren (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.2 Cognitieve verklaringsmodellen

Autismespectrumstoornissen zijn gedragsmatig gedefinieerde stoornissen met een biologische basis. De genetische, biologische, en gedragskenmerken representeren beschrijvende aspecten van de problematiek. Om te kunnen begrijpen hoe de biologische en genetische kenmerken het gedrag beïnvloeden, en bijgevolg een verklaring te bieden voor ASS, is het noodzakelijk om de cognitieve processen te bevatten die hier een mediërende rol in spelen (Lind & Williams, 2011). Ook voor het toewerken naar gepaste bejegeningswijzen en interventies is inzicht in deze cognitieve processen vereist (Happé & Frith, 2006; Noens, Maljaars, & Steyaert, 2015). Tot hiertoe zijn er drie toonaangevende modellen ontwikkeld die trachten om vanuit een cognitief perspectief ASS te verklaren: Theory of Mind Deficit; Zwakke Centrale Coherentie (Weak Central Coherence – WCC); en Executieve Disfuncties (Lind & Williams, 2011). Omwille van het waardevol en invloedrijk perspectief van deze modellen op ASS (Rajendran & Mitchell, 2007) worden ze hieronder kort besproken. Het is echter belangrijk om eerst op te merken dat elk van de modellen reeds bekritiseerd is in termen van: (1) universaliteit, de modellen zijn niet van toepassing op alle personen met ASS; (2) specificiteit, de verschillen of tekorten die de modellen benoemen komen ook voor in andere klinische populaties; en (3) verklaringskracht, geen van de modellen kan alle symptomen van ASS verklaren (Happé, Ronald, & Plomin, 2006; Lind & Williams, 2011; Rajendran & Mitchell, 2007). Een tweede aanvullende opmerking is dat er recent meer aandacht is voor de problemen die personen met ASS ervaren in de sensorische informatieverwerking. Deze problemen vormen, naast de bovengenoemde modellen, een interessante insteek om naar de cognitie van kinderen met ASS te kijken. Het menselijk sensorisch systeem vormt namelijk de basis om informatie en kennis over de wereld te verkrijgen, en hier adaptief op te reageren. Bij kinderen met ASS is die basis verstoord (Hilton, 2011).

a) Theory of Mind (ToM) Deficit

Theory of Mind is het mechanisme dat mensen in staat stelt om zich in te leven in het perspectief, de gedachten en de gevoelens van anderen; het vermogen om de innerlijke toestand van anderen te bevatten. Het ToM-model stelt dat kinderen met ASS op dit vlak een specifiek tekort vertonen, dat een onderliggende verklaring kan bieden voor problemen die ze op andere vlakken ervaren (Baron-Cohen, Leslie, & Frith, 1985). Dit tekort maakt ook dat ze het gedrag van mensen rondom hen onvoorspelbaar, verwarrend en zelfs beangstigend kunnen vinden (Baron-Cohen, 2009).

b) Zwakke Centrale Coherentie (WCC – Weak Central Coherence)

Het concept “centrale coherentie” representeert de inherente aandrang van mensen om samenhang (coherentie) te zoeken in grote hoeveelheden van stimuli, en om zaken te generaliseren over contexten heen (Happé & Frith, 2006; Lind & Williams, 2011). De originele WCC-theorie stelt dat personen met ASS gekarakteriseerd worden door een zwakke of afwezige drang naar centrale coherentie, waardoor ze niet of moeilijk in staat zijn om een

geheel te overzien en omvattende conclusies te trekken uit een context (Happé, 1991). Ondertussen is de theorie geëvolueerd; personen met ASS zouden een andere cognitieve stijl hanteren met een voorkeur voor detail-gefocusste verwerking, maar bezitten tegelijk wel de capaciteit tot globale verwerking (Happé & Frith, 2006).

c) Executieve Disfuncties

De term “executieve functies” is een paraplubegrip voor verschillende functies die ons handelen en denken aansturen en reguleren; ze omvatten onder andere planningsvaardigheden, werkgeheugen, impulscontrole, inhibitie, mentale flexibiliteit, en het initiëren en controleren van handelingen. Deze functies worden gelinkt aan de frontale structuren van het brein, en meer bepaald aan de prefrontale cortex (Hill, 2004). Kinderen met ASS vertonen aanzienlijke problemen op vlak van executief functioneren. Ze ondervinden voornamelijk moeilijkheden met planningsvaardigheden, wat een grote impact heeft op het uitvoeren van dagelijkse levensactiviteiten, en met cognitieve flexibiliteit, wat onder andere invloed heeft op hun vermogen om zich aan te passen aan veranderingen (Hill, 2004; Van Eylen et al., 2011).

d) Op zoek naar een “nieuwe theorie over ASS”

Cognitieve theorieën over ASS hebben over het algemeen getracht om één primaire cognitieve beperking aan te duiden als causale factor voor alle gedragskenmerken. Het wordt echter meer en meer duidelijk dat geen van de bovengenoemde theorieën op zichzelf een toereikende verklaring kan bieden voor het volledige spectrum aan gedragskenmerken die ASS typeren. Bijgevolg is er een nieuwe beweging in de richting van “multiple deficit accounts”, hierbij wordt aangegeven dat het niet noodzakelijk is om tot een eenduidige verklaring voor ASS te komen, en wordt mogelijkheid overwogen om de verschillende domeinen van kenmerken via verschillende modellen te verklaren (Happé, Ronald, & Plomin, 2006; Lind & Williams, 2011).

1.1.3 Opvoeding en ASS

Omwille van de prominente en invloedrijke rol die ouders opnemen in het leven en de ontwikkeling van hun kind, ervaren ook zij een zware impact van de problematiek en moeilijkheden die kinderen met ASS dagelijks ondervinden (Ozturk et al., 2014). Deze problematiek, en de hieruit volgende specifieke noden, leiden ertoe dat kinderen met ASS een aangepaste en gespecialiseerde opvoedingsaanpak vragen. Dit stelt hun ouders voor een grote uitdaging, en maakt dat ze vaak een zeer veeleisende en gevarieerde ouderrol moeten vervullen (Lambrechts et al., 2011; Maljaars et al., 2014). Deze uitdaging gaat bij ouders vaak gepaard met een verhoogd stressniveau, een laag gevoel van “self-efficacy”, een verhoogde kans op depressie en oververmoeidheid, en een algemene bezorgdheid en onzekerheid over hun eigen toekomst en die van hun kind (Giallo, Wood, Jellet, & Porter, 2013; Kuhn & Carter 2006; Meirsschaut, Roeyers, & Warreyn, 2010; Wachtel & Carter, 2008; Wong & Heriot, 2007).

Ondanks de zware draaglast en emotionele moeilijkheden, zijn er aanzienlijke sterktes van deze ouders te benoemen. Zo komt uit twee studies naar voor dat ouders van kinderen met ASS (tussen 6/8 en 18 jaar), sterk aangepast en specifiek opvoedingsgedrag vertonen; ze passen bijvoorbeeld de omgeving meer aan aan de noden van het kind, en zijn meer bezig met het stimuleren van de ontwikkeling (Lambrechts et al., 2011; Maljaars

et al., 2014). Ook in het omgaan met probleemgedrag vertonen deze ouders (met kinderen tussen 6 en 12 jaar) aangepaste strategieën en zijn ze meer geneigd om te zoeken naar mogelijke oorzaken (Boonen et al., 2014).

Omwille van het belang van adaptief opvoedingsgedrag, en de zware uitdaging waar ouders van kinderen met ASS voorstaan, is het belangrijk om interventies niet alleen te richten op de problematiek van kinderen met ASS, maar ook op ondersteuning van hun ouders in hun opvoedingsopgave (Steiner, Koegel, Koegel, & Ence, 2012). Dit kan onder meer door via interventies in te spelen op hun opvoedingshandelen. Het reeds aanwezige adaptieve gedrag kan zo versterkt en meer efficiënt worden, en ouders kunnen nieuwe strategieën leren voor het omgaan met probleemgedrag (Boonen et al., 2014; Maljaars et al., 2014). Omwille van de positieve impact op de ontwikkeling en het probleemgedrag van kinderen met ASS is het hierbij belangrijk om toe te werken naar het vergroten van responsiviteit bij ouders (Ruble et al., 2008; Wachtel & Carter, 2008; Boonen et al., 2014).

1.2 INTERVENTIES VOOR ASS

De pervasieve en negatieve impact van ASS op het ontwikkelingsverloop, het adaptieve gedrag, de sociale interactie en de leerkansen van kinderen, maakt dat de ontwikkeling van gepaste en effectieve interventies doorheen de jaren op intensieve wijze is nagestreefd (Irwin et al., 2011). Dit heeft geleid tot een aanzienlijke verzameling interventies die verdeeld kan worden in twee types: (1) Specifieke en strategische interventies die ontworpen zijn om bepaalde gedragingen of gespecificeerde uitkomsten te bevorderen; deze worden meestal voor een beperkte tijdsduur ingezet en streven een specifieke verandering na één gedragsdomein; (2) Uitgebreide behandelingsmodellen (Comprehensive Treatment Models – CTMs) die een bredere impact nastreven op de ontwikkeling van het kind en de kernsymptomen van ASS, deze worden meestal over een langere tijd ingezet en focussen zich op meerdere domeinen (Goldstein & De Vries, 2013; Odom, Boyd, Hall, & Hume, 2010). Omwille van de relevantie voor de masterproef ligt de focus hier voornamelijk op het tweede type.

1.2.1 Richtlijnen en algemene interventiedoelen

In publicaties van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, de Belgische Hoge Gezondheidsraad, en het Belgisch Federaal Kenniscentrum voor de Zorg kunnen aanbevelingen en richtlijnen voor ASS-interventies geraadpleegd worden. Een beknopte samenvatting van deze richtlijnen en aanbevelingen levert de volgende kernpunten op: (1) ASS-interventies moeten steeds *geïndividualiseerd* zijn, met aandacht voor sterke en zwakke punten van het kind en het gezin; (2) Interventies gaan best *vroegtijdig* van start; (3) Interventies omvatten zowel *kindgerichte componenten* als elementen ter *ondersteuning van de ouders*; (4) Het is raadzaam om eerst in te werken op *symptomen die tot het meeste disfunctioneren leiden*, en om *comorbide problematieken* (bijvoorbeeld motorische problemen, ADHD, enz.) te behandelen; (5) *Psycho-educatie* is een belangrijk onderdeel van interventies, zowel voor ouders als voor kinderen met ASS; (6) Voor kinderen en jongeren zijn *sociaal-communicatieve interventies* die via spel-gebaseerde strategieën met ouders/zorgfiguren inwerken op gedeelde aandacht, wederkerigheid en betrokkenheid aan te raden; en (7) Het is belangrijk om een *aangepaste en groeiende omgeving* te creëren (Hoge Gezondheidsraad, 2013; Schothorst et al., 2009; Veereman et al., 2014).

Naast deze richtlijnen voor interventies zijn er in de literatuur ook algemene interventiedoelen terug te vinden. Aangezien ASS tot op heden niet “genezen” kan worden, zijn deze interventiedoelen gericht op het verminderen van symptomen, het leren omgaan met de gevolgen van ASS en het verbeteren van uitkomsten voor personen met ASS (Freeman, 1997; Noens et al., 2015). Freeman (1997) geeft aan dat deze uitkomsten best gedefinieerd worden aan de hand van “kwaliteit van leven-indicatoren”: empowerment op vlak van leven, wonen, leren, mobiliteit en ontspanning, en dit alles in een natuurlijke omgeving met vrienden en familie. De specifieke invulling van ASS-interventiedoelen kan gekaderd worden in de behandelingsdoelen van Rutter (Lambrechts et al., 2011; Noens et al., 2015). Deze zijn enerzijds gericht op de omgeving: zowel de materiële omgeving (die optimaal moet aangepast worden aan de noden van het kind), als de sociale omgeving (waarbij het belangrijk is om in te zetten op het verminderen van draaglast en vergroten van draagkracht van ouders). Anderzijds zijn ze gericht op het kind zelf, waarbij ingezet moet worden op: het bevorderen van een typische ontwikkeling; het reduceren van ASS-specifiek maladaptief gedrag; en het elimineren van niet-ASS-specifiek maladaptief gedrag (Lambrechts et al., 2011; Noens et al., 2015).

1.2.2 Uitgebreide behandelingsmodellen (Comprehensive Treatment Models – CTMs)

Alle aspecten uit de bovengenoemde algemene interventiedoelen (het verbeteren van uitkomsten, het inzetten op de omgeving, het bevorderen van de ontwikkeling of reduceren van probleemgedrag) vormen in meer of mindere mate uitgangspunten van de uitgebreide behandelingsmodellen. Het concept van deze CTMs bestaat al ruim 30 jaar, en er is een blijvende ontwikkeling van nieuwe modellen in samenloop met de vooruitgang van wetenschappelijke kennis over ASS. Kenmerkend voor CTMs is dat ze gedurende een lange periode worden ingezet (een jaar of meerdere jaren), en dat ze intensief zijn in hun toepassing (gemiddeld 25u per week). Ze kunnen vaak geïdentificeerd worden aan de hand van een “merknaam” (een consistent gebruikte naam) zoals “Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children” (TEACCH), of de “Lovaas methode” (Goldstein & De Vries; Odom et al., 2010).

In een recente evaluatiestudie werden 30 interventies als CTM geïdentificeerd; hiervan is de grootste groep gebaseerd op de principes van ABA (Applied Behavioural Analysis), een tweede groep bestaat uit ontwikkelings- of relatie-gebaseerde modellen, en een derde groep was zodanig gevarieerd op vlak van aanpak dat ze als “idiosyncratisch” zijn bestempeld (Odom et al., 2010). Noens en collega's (2015) maken ook dit onderscheid, maar situeren de verschillende CTMs eerder op een continuüm van meer klassieke benaderingen die uitgaan van gedragsmodificatie (zoals ABA), naar gedragsbenaderingen die meer ingebed zijn in de natuurlijke omgeving, tot ontwikkelingsgerichte sociaal-pragmatische werkwijzen. Dit impliceert dat elk van de CTMs in meer of mindere mate componenten uit de gedragsmodificatie bevat. Hieronder worden de kenmerken van de twee uitersten van het continuüm kort besproken.

Het basismodel van de meer “klassieke zijde” van het continuüm, zijnde ABA (Applied Behavioural Analysis), is gegrond in de principes van gedragstherapie (Irwin et al., 2011). ABA is erop gericht om zinvolle sociale en educatieve gedragsrepertoires op te bouwen, alsook problematisch gedrag te verminderen, door het gebruik van

specifieke en zorgvuldig geprogrammeerde interventies. Hierbij wordt gebruik gemaakt van basisprincipes uit de leertheorie (zoals positieve bekrachtiging, “shaping”, het geven van “prompts”, het negeren van ongewenst gedrag, enz.) die op een zeer consistente wijze worden uitgevoerd aan de hand van vooropstelde trainersprotocollen. ABA-trainers (“behaviour analysts”) worden dan ook zeer intensief opgeleid, en voorzien zelf training voor alle betrokkenen (ouders, leerkrachten) die met het kind aan de slag zullen gaan (Foxy, 2008).

De andere zijde van het continuüm, of de tweede groep interventies volgens Odom en collega's (2010), is gebaseerd op ontwikkelings- of relatie-gebaseerde modellen. Het is niet mogelijk om een basiskader aan te duiden dat ten grondslag ligt aan al deze methoden (zoals dat wel kan voor de eerste groep). Interventies in deze categorie baseren hun programma veelal op ontwikkelingstheorieën en benadrukken het belang van relatie-opbouw en interacties als manier om noodzakelijke processen te stimuleren voor de ontwikkeling van het kind (Odom et al., 2010). De invloed van principes uit de gedragstherapie mag in deze groep echter niet onderschat worden. Een voorbeeld om dit te duiden is Early Start Denver Model (ESDM). Dit model is gebaseerd op ABA-technieken in combinatie met een meer naturalistische, relatie-gebaseerde benadering. Bij de start wordt de ontwikkeling van het kind in kaart gebracht, waarna er op elk ontwikkelingsdomein twee à drie kortetermijndoelen worden opgesteld en alles in een 12-weken plan wordt gegoten (dat na afloop wordt geëvalueerd en bijgewerkt). De interventie wordt uitgevoerd door opgeleide professionals, maar ook ouders worden getraind om de strategieën thuis in te zetten. Er wordt sterk ingezet op spel en positieve wederkerige interacties, om zo via een geïndividualiseerd curriculum te werken aan ontwikkelingsdoelen (Princiotta, & Goldstein, 2013).

Van de laatste groep “idiosyncratische interventies” is TEACCH als “historische CTM” waarschijnlijk de meest bekende interventie (Odom et al., 2010). TEACCH is ontwikkeld in 1970, maar is in constante evolutie om bij te blijven met recente wetenschappelijke ontwikkelingen. De voornaamste strategie in het model is “gestructureerd leren”, waarbij de nadruk ligt op visuele en organisatorische ondersteuning door middel van het structureren van de omgeving (materieel, in de tijd, binnen activiteiten, enz.). De methode is sterk gericht op samenwerking met ouders en andere familieleden, en maakt veel aanspraak op de expertise van ouders als waardevolle bijdrage in het programma (Van Bourgondien, & Coonrod, 2013). TEACCH kan binnen de behandelingsdoelen van Rutter gekaderd worden als een voorbeeld van een interventie die sterk inzet op de omgevingscomponent (Noens et al., 2015), dit in tegenstelling tot de bovengenoemde interventies waarin de focus meer op de kindcomponent (en sociale omgeving) ligt.

Odom en collega's (2010) geven in hun evaluatiestudie van CTMs aan dat een substantieel deel van de interventies onvoldoende omschreven is, niet gerepliceerd is (door een onafhankelijke uitvoerder die de interventie aanbiedt), en geen gepubliceerd bewijs van effectiviteit kan aantonen. Van de 30 onderzochte modellen hebben er 16 geen enkele publicatie omtrent mogelijke effectiviteit, de 14 anderen kunnen één of meer publicaties voorleggen. De auteurs concluderen dat een aantal interventies relatief goede bewijskracht kan aandragen (voornamelijk de interventies die behoren tot de ABA-groep), maar dat de andere interventies slechts tot zeer gemengde of zwakke bewijskracht komen.

1.2.3 Ouderlijke betrokkenheid in CTMs

Goldstein en De Vries (2013) geven aan dat er talrijke “single case” studies zijn die de positieve effecten van oudertraining en oudergerichte interventies hebben aangetoond. Veel CTMs bevatten dan ook componenten voor ouders; dit wordt geïllustreerd door de bovengenoemde behandelingsmodellen waarin ouderlijke betrokkenheid telkens op één of andere wijze aanwezig is. Mahoney en Wiggers (2007) geven aan dat deze betrokkenheid enorm belangrijk is, voornamelijk in vroegtijdige interventies voor kinderen met ASS. Ze dragen hiervoor drie redenen aan. De eerste reden is dat ouders als primaire zorgfiguren de belangrijkste invloed hebben op de ontwikkeling van hun kind; bijgevolg kunnen de leerkansen van kinderen in dagelijkse interacties gemaximaliseerd worden als er wordt ingezet op ouderlijke betrokkenheid. De tweede reden is dat ouders volgens de auteurs de meest aangewezen personen zijn om de ontwikkeling van hun kind te beïnvloeden, ze hebben hier namelijk veel meer de kans toe dan professionals of leerkrachten. Een laatste reden is het aangetoonde succes van vroegtijdige interventies waarin ouders betrokken worden, en waarbij de ontwikkelingsuitkomsten vooral gerelateerd zijn aan ouderlijke responsiviteit. Het is dus zeker zinvol en belangrijk om dit aspect op te nemen in interventies.

Ook Thompson en McFerran (2015) pleiten voor het samenwerken met ouders in interventies, ze benoemen vanuit de literatuur vijf voordelen: (1) een meer samenhangende aanpak van de thuisomgeving en educatieve omgeving (school, dagopvang, enz.); (2) meer relevante interventiedoelen voor het kind; (3) betere communicatie tussen therapeuten/zorgverleners en ouders; (4) meer kansen voor ouders om uit eerste hand te ervaren wat hun kind motiveert; en (5) kansen voor ouders om vaardigheden te leren die hen in staat stellen de ontwikkeling van hun kind te verbeteren. Ook positieve uitkomsten bij ouders, waaronder stressvermindering, een afname van depressieve symptomen en een toename in positieve gezinsinteracties, worden geassocieerd met oudertraining (Estes et al., 2014; McConachie & Diggle, 2007; Van Bourgondien & Coonrod, 2013).

De intensiteit van ouderlijk betrokkenheid in interventies varieert sterk. Interventies met een hoge mate van betrokkenheid, waarbij ouders actief helpen bij het implementeren van de interventie, worden omschreven als “ouder-geïmplementeerde interventies”. Binnen deze categorie is er echter nog veel verschil in de mate waarin ouders en/of professionals elkaar aanvullen (McConachie & Diggle, 2007). Het Amerikaanse “National Professional Development Center - Autism Spectrum Disorders” (NPDC-ASD) erkent ouder-geïmplementeerde interventies als een empirisch gebaseerde interventiestrategie voor ASS, maar stelt hieraan zeer strikte eisen en gaat uit van een hoge mate van professionele betrokkenheid bij het opstellen en opvolgen van de interventie (NPDC-ASD, 2010). Ook de invulling van oudertraining (als onderdeel van “ouder-geïmplementeerde interventies”) kan verschillend zijn; groepstraining zou bevorderend zijn voor wederzijdse steun tussen de deelnemers, maar in individuele training kan meer specifiek ingegaan worden op individuele vragen en noden van ouders (McConachie & Diggle, 2007).

Op basis van de studie van McConachie en Diggle (2007) kan algemeen geconcludeerd worden dat alle CTMs in meer of mindere mate ouders betrekken, en dat dit werken met ouders als “co-therapeuten” kan leiden tot een consistente aanpak en de zekerheid dat interventies toewerken naar het verbeteren van de eerste sociale contacten van het kind. De auteurs besluiten op basis van uit een systematische review van de (zeer beperkte hoeveelheid) beschikbare literatuur over ouder-geïmplementeerde interventies, dat oudertraining een positief effect teweegbrengt op het sociale en communicatieve gedrag van het kind, op ouderlijke prestaties, en op de ouder-kind interactie. Het zal echter belangrijk zijn om in toekomstig onderzoek meer gedetailleerd in te gaan op dit thema en te onderzoeken hoe deze effecten tot stand komen (McConachie & Diggle, 2007).

1.3 DE CONTACTGERICHT SPELEN EN LEREN METHODE

Contactgericht Spelen en Leren (CSL) is een relatiegerichte methode die wordt aangeboden door stichting Horison in Nederland. De methode wil ouders van kinderen met ASS ondersteunen in de opvoeding en het stimuleren van de ontwikkeling van hun kind. Hiervoor wordt gewerkt via een intensieve oudertraining (twee modules van drie dagen) waarin ouders kennis, vaardigheden en inzichten opdoen die hen in staat stellen tot meer adaptief opvoedingsgedrag en het opzetten van een thuisprogramma voor hun kind. In dit programma wordt eerst toegewerkt naar contact met het kind, om vervolgens vanuit dit contact en via bewuste doelen verschillende ontwikkelingsgebieden en vaardigheden te stimuleren (“Contactgericht Spelen en Leren”, n.d.).

De CSL-methode kan gekaderd worden in het concept van een uitgebreid behandelingsmodel (CTM), en sluit aan bij de tweede categorie van interventies (de ontwikkelings- of relatie-gebaseerde modellen). In deze categorie worden door Odom en collega's (2010) overigens ook twee modellen gesitueerd (Son Rise en Floortime/DIR – Developmental, Individual difference, Relationship-based model) waaraan de CSL-methode een aantal basisprincipes (zoals relatiegerichtheid en ontwikkeling stimuleren) en strategieën (zoals het gebruik van een speelkamer) ontleent. Aangezien de CSL-methode wordt gekenmerkt door een zeer hoge mate van ouderlijke betrokkenheid kan ze, op basis van bovenstaand theoretisch kader, zeker omschreven worden als een ouder-geïmplementeerde interventie (McConachie & Diggle, 2007). Hierbij komt ze echter niet in aanmerking voor de criteria die gehanteerd worden door het NPDC-ASD (NPDC-ASD, 2010), omwille van de nadruk op “eigen regie door ouders”: het programma wordt uitgewerkt en geleid door ouders, en niet door een professional.

De CSL-methode is een interventie die in de praktijk tot stand is gekomen en doorheen de jaren is geëvolueerd tot een afgebakend interventiepakket met kenmerkende strategieën en werkwijzen. Tot op heden is er echter geen gedetailleerde en omvattende omschrijving van de methode voorhanden, en is er ook geen theoretische onderbouwing op papier gezet. Hier wil deze masterproef verandering in brengen door middel van een praktijkgestuurd effectonderzoek (van Yperen & Veerman, 2008).

HOOFDSTUK 2: DUIDING VAN DE STUDIE

2.1 DOEL VAN DE MASTERPROEF

De doelstelling van deze masterproef is het in kaart brengen en onderzoeken van, alsook bijdragen aan, de wetenschappelijke onderbouwing van de 'Contactgericht Spelen en Leren methode'. Hierbij wordt op een zodanige wijze gewerkt dat de onderzoeksresultaten de methode op weg kunnen zetten naar een erkenningsaanvraag bij het Nederlands Jeugdinstituut, en dat er vanuit een wetenschappelijk perspectief verbeterpunten kunnen aangereikt worden. De CSL-methode zal hiervoor eerst gesitueerd worden op de effectladder, om vervolgens doorheen de masterproef stappen te zetten in de richting van wetenschappelijke onderbouwing en mogelijke verbeterpunten, door middel van een praktijkgestuurd effectonderzoek (van Yperen & Veerman, 2008).

2.1.1 Het Nederlands Jeugdinstituut (NJI)

Het NJI is het Nederlands kennisinstituut voor jeugd- en opvoedingsvraagstukken. Het ontwikkelt, beheert en implementeert kennis, ter verbetering van de kwaliteit van de jeugd- en opvoedingssector. Eén manier waarop het NJI deze taak vervult is door het beheer van een databank met effectieve jeugdinterventies (NJI, n.d.).

De CSL-methode zou, volgens de NJI-definitie van het concept *interventie*, in aanmerking kunnen komen voor een plaats in deze databank. CSL is namelijk een programma dat (1) gericht is op de vermindering, de compensatie of het draaglijk maken van de uitingsvormen van autismespectrumstoornissen in de ontwikkeling van een jeugdige; (2) geleid wordt door een theoretisch en praktisch weldoordachte, doelgerichte en systematische werkwijze; (3) gericht is op de jeugdige zelf, zijn opvoeders en zijn opvoedingsomgeving; en (4) afgebakend is in de tijd, met een nader omschreven tijdsduur en frequentie.

Organisaties als stichting Horison kunnen een interventie ter beoordeling voorleggen aan het NJI. Indien een interventie effectief bevonden wordt zal deze, met vermelding van het niveau van effectiviteit, opgenomen worden in de databank. Het theoretisch kader dat het NJI hanteert ter beoordeling van interventies is dat van de "effectladder", ontwikkeld door Tom van Yperen en Jan Willem Veerman (2008). In dit kader wordt de effectiviteit van interventies opgedeeld in een aantal niveaus, waarbij vormen van effectonderzoek worden gekoppeld aan het ontwikkelingsstadium waarin een interventie verkeert. Afhankelijk van het niveau van bewijskracht dat geleverd wordt voor de interventie zal er een hoger niveau van erkenning toegekend worden.

2.1.2 Praktijkgestuurd effectonderzoek

Ook in deze masterproef is ervoor gekozen om uit te gaan van het theoretisch kader van praktijkgestuurd effectonderzoek (van Yperen & Veerman, 2008). Dit omwille van de grote bruikbaarheid van het kader voor het specifieke doel van de masterproef, maar eveneens om een vlotte aansluiting te bieden van de masterproef op het theoretisch kader van het NJI. Het concept "praktijkgestuurd effectonderzoek" wordt door van Yperen en Veerman aangedragen als een manier om tegemoet te komen aan de toenemende vraag naar wetenschappelijke onderbouwing van interventies in de jeugdzorg. De vraag van stichting Horison kan in deze trend gesitueerd worden en vormt bijgevolg de aanzet voor het praktijkgestuurd effectonderzoek in deze masterproef.

Van Yperen en Veerman (2008) geven aan dat de toenemende vraag naar wetenschappelijke onderbouwing moeilijk kan ingevuld worden wanneer er wordt uitgegaan van een strikt wetenschappelijk perspectief op effectiviteit. Hierbij komt dat er een grote discrepantie is tussen de praktijk-gebaseerde en de wetenschappelijke invulling van dit begrip. Vanuit het perspectief van de praktijk wordt een interventie namelijk effectief bevonden als de vooropgestelde doelen zijn bereikt en er cliënttevredenheid is. Vanuit een strikt wetenschappelijke blik wordt een interventie pas effectief genoemd als men kan aantonen dat het effect alleen door de interventie wordt veroorzaakt, en niet door andere aspecten.

De wetenschappelijke manier van effectonderzoek is moeilijk te realiseren voor het merendeel van de interventies die momenteel worden aangeboden in de praktijk. Om deze reden stellen de auteurs het alternatief van het ontwikkelen van “practice-based evidence” voor; dit is het verzamelen van bewijzen voor de effectiviteit van interventies die in de praktijk worden uitgevoerd door middel van praktijkgestuurd effectonderzoek. In dit soort onderzoek is er een samenwerking tussen de onderzoekers en praktijkwerkers, met als doel het effect van hun handelen te verhelderen, te toetsen, te verbeteren en te legitimeren ten aanzien van buitenstaanders.

De uitvoering van dit onderzoek zal een andere vorm aannemen afhankelijk van het niveau van bewijskracht dat behaald kan worden bij een specifieke interventie. Dit is het concept van de “effectladder”, eveneens gehanteerd door het NJI, en schematisch voorgesteld in Figuur 1.

Bewijskracht	Omschrijving	Soorten onderzoek	Kwalificatieniveau interventie
Causaal	Als 1 tot en met 3, maar nu is er evidentie dat positieve uitkomsten veroorzaakt worden door de interventie en is er zicht op de werkzame ingrediënten.	Experimenteel onderzoek Herhaalde case-studies (N=1) ----- Quasi-experimenteel onderzoek Veranderingstheoretisch onderzoek	4. Werkzaam
Indicatief	Als 1 en 2, maar nu kan empirisch worden aangetoond dat de gestelde doelen zijn bereikt, problemen afgenomen en competenties toegenomen, en cliënten tevreden zijn.	Normgerelateerd onderzoek ----- Veranderingsonderzoek Doelrealisatieonderzoek Cliënttevredenheidsonderzoek	3. Doeltreffend
Theoretisch	Als 1, maar nu is er ook een geloofwaardige interventietheorie over welke factoren met de problemen van de doelgroep samenhangen en waarom de interventie de beoogde uitkomsten bereikt.	Meta-analyse Literatuurstudio Kennisontlokkend onderzoek	2. Veelbelovend
Descriptief	De kernelementen van een interventie (doelgroep, interventie, uitkomsten) en de personele, organisatorische en materiële context en randvoorwaarden zijn duidelijk en begrijpelijk beschreven.	Descriptief onderzoek Observationeel onderzoek Documentanalyse Interviews	1. Potentieel

Figuur 1. Niveaus van bewijskracht in praktijkgestuurd effectonderzoek (van Yperen & Veerman, 2008, p. 25)

De CSL-methode bevindt zich volgens het NJI op niveau 0 van de effectladder; het gaat om een interventie die “in de hoofden” van de uitvoerders zit. Stichting Horison werkt namelijk al meer dan tien jaar op een specifieke manier, maar de exacte werkwijze en waarom deze zou werken is voor anderen niet duidelijk neergeschreven. Hierdoor is de interventie moeilijk overdraagbaar aan andere praktijkwerkers (NJI, n.d.). Het praktijkgestuurd effectonderzoek over de CSL-methode moet bijgevolg starten bij het verzamelen van descriptieve bewijskracht op niveau 1. Omdat voor een erkenningsaanvraag bij het NJI eveneens bewijskracht op niveau 2 vereist is, wordt hiertoe in de masterproef ook reeds een aanzet gegeven door het toewerken naar een theoretische basis voor de CSL-methode.

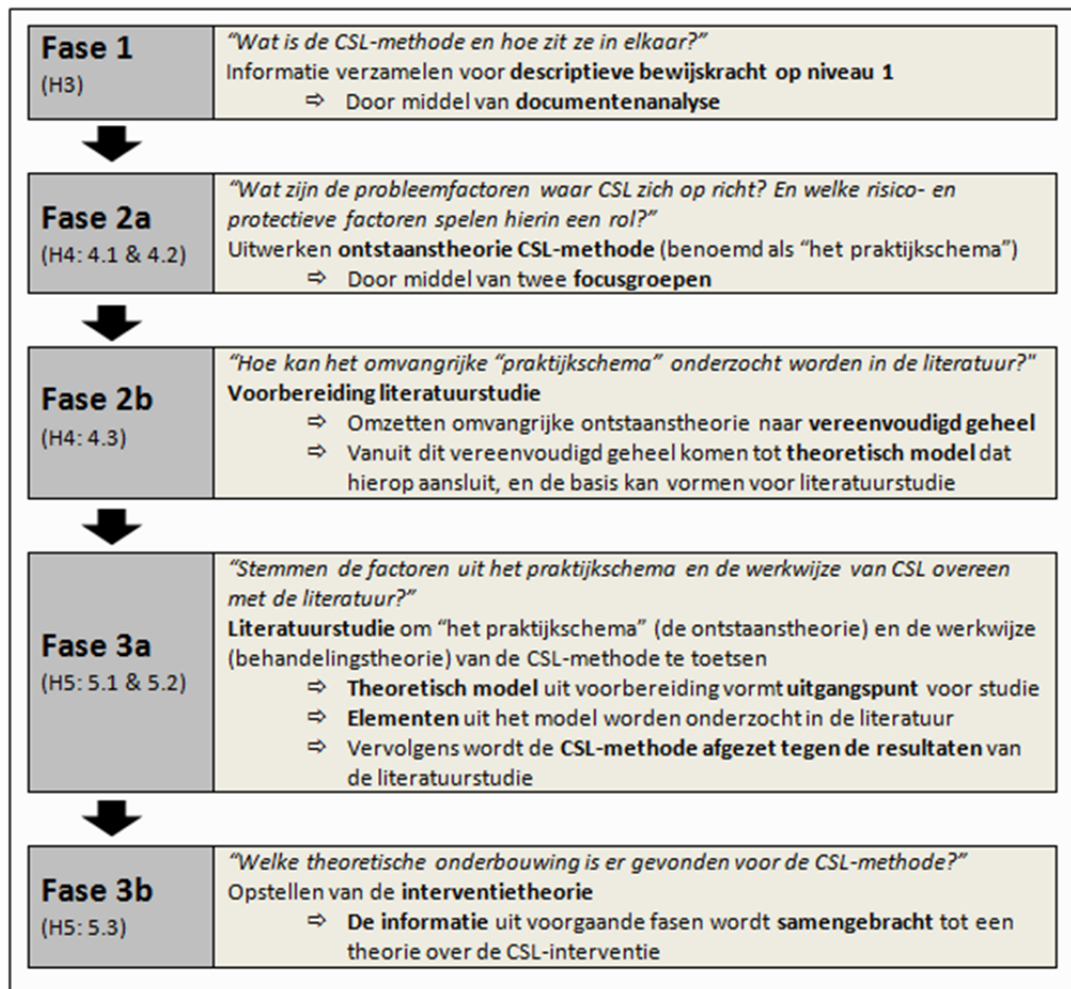
Deze eerste twee niveaus van de effectladder worden door van Yperen en Veerman (2008) bestempeld als “de springplank”. Het eerste niveau geeft een beeld van de potentiële effectiviteit van een interventie. Op het tweede niveau wordt de werkzaamheid van de interventie “op papier” aannemelijk gemaakt en wordt aangegeven waarom de interventie, in theorie, als effectief beschouwd mag worden. De auteurs geven aan dat het onderzoek op deze niveaus vaak wordt overgeslagen of niet geheel wordt doorlopen, ondanks het grote belang ervan. Ze linken dit aan het gegeven dat de onderzoeksresultaten van deze niveaus minder hard en eenduidig zijn; het gaat namelijk om kwalitatieve gegevens, wat ze minder aantrekkelijk maakt voor beleidsmakers en de academische wereld. Nochtans zijn deze gegevens een voorwaarde om degelijke bewijzen te verzamelen op de hogere trappen van de effectladder.

2.1.3 Onderzoeksvragen

Uit de bovenstaande omschrijving van praktijkgestuurd effectonderzoek (op niveau 1 en 2) kan afgeleid worden dat de richtinggevende onderzoeksvragen in deze masterproef voornamelijk vragen naar een “beschrijving” van de methode zijn, met tegelijk ook aandacht voor mogelijke knelpunten en tekorten. Op het eerste niveau is er de vraag “hoe zit de methode CSL in elkaar en waaruit is ze samengesteld?”. Op het tweede niveau is de vraag “wat is de interventietheorie achter de CSL-methode en hoe kan deze worden omschreven?”. De onderzoeksvragen kunnen opgedeeld worden in meerdere deelvragen, deze worden verder uitgeklaard in de omschrijving van het verloop van de masterproef (§ 2.2).

2.2 VERLOOP VAN DE MASTERPROEF

Van Yperen en Veerman (2008) formuleren een aantal concrete aanbevelingen omtrent het onderzoek op de eerste twee niveaus van de effectladder. Zo geven ze aan dat er liefst een grote bijdrage is van de praktijkwerkers en dat het proces best stapsgewijs wordt uitgevoerd, met veel tijd en aandacht voor niveau 2. Rekening houdend met deze aanbevelingen is dit onderzoek stapsgewijs en in nauwe samenwerking met stichting Horison uitgebouwd op de eerste twee niveaus van de effectladder. In Figuur 2 is schematisch het verloop van de masterproef weergegeven, uitgaand van de centrale onderzoeksvraag in elke fase.



Figuur 2. Schematisch overzicht van het verloop van de masterproef

2.2.1 Via descriptieve bewijskracht naar niveau 1: Een potentieel effectieve interventie

De beschrijvende informatie die vereist is om de interventie op niveau 1 (potentieel effectief) te brengen staat opgelijst in Tabel 1.

Tabel 1

Vereiste Gegevens voor het Eerste Niveau van Effectiviteit (van Yperen & Veerman, 2008, p. 36)

Informatie vereist voor 'potentieel' (niveau 1)
• naam van de interventie; • doel van de interventie; • doelgroep van de interventie; • aanpak: - o beschrijving van de methodiek; - o uitvoeringseisen en kwaliteitsbewaking; • context / overige randvoorwaarden voor toepassing; • overeenkomsten met andere interventies; • bronvermelding.

Om de vereiste gegevens te verzamelen is het mogelijk om gebruik te maken van de verschillende onderzoeksmethoden die op dit niveau zijn opgesomd in Figuur 1. In deze masterproef werd gekozen voor documentenanalyse om in Fase 1 (zie Figuur 2) de informatie voor niveau 1 in kaart te brengen, maar ook om vanuit de documenten een conceptueel kader tot stand te brengen voor de rest van het onderzoek. De concrete methodologie en onderzoeksresultaten worden besproken in Hoofdstuk 3.

2.2.2 Via theoretische bewijskracht naar niveau 2: Een veelbelovende interventie

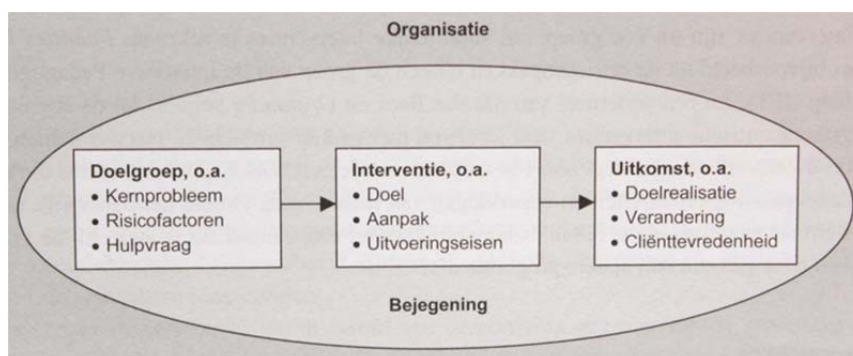
Op het eerste niveau wordt het *hoe* van de interventie-opbouw onderzocht, op dit tweede niveau wordt gezocht naar het *waarom*: “waarom zou de interventie in theorie effectief kunnen zijn?”. Tabel 2 omvat een overzicht van de informatie die hiervoor vereist is.

Tabel 2

Vereiste Gegevens voor het Tweede Niveau van Effectiviteit (van Yperen & Veerman, 2008, p. 36)

Informatie vereist voor ‘veelbelovend’ of ‘in theorie effectief’ (niveau 2)	
• aanpak:	o theoretische onderbouwing (het wat, hoe, waarom);
• onderzoek:	o beschrijving type en resultaten buitenlands effectonderzoek naar de interventie (‘indirect bewijs’);
	o beschrijving type en resultaten Nederlands onderzoek naar soortgelijke interventie (‘indirect bewijs’);
• bronvermelding.	

Zoals hierboven kort aangegeven is in deze masterproef, op het tweede niveau, de opstap naar theoretische onderbouwing (onderdeel “aanpak” in Tabel 2) van de CSL-methode opgenomen. Voor toekomstig onderzoek zal bijgevolg best ingepikt worden bij het plaatsen van de methode binnen ander interventieonderzoek (onderdeel “onderzoek” in Tabel 2). De theoretische onderbouwing wordt volgens van Yperen en Veerman best uitgewerkt aan de hand van een *interventietheorie*: “een expliciete theorie over de belangrijkste kenmerken van het risico of kernprobleem en de hulpvraag van de doelgroep waarop de interventie is gericht, het doel (de gewenste uitkomsten), de aanpak en condities waaronder de interventie uitgevoerd moet worden” (van Yperen & Veerman, 2008, p. 40). De verschillende elementen van de interventietheorie zijn afgebeeld in Figuur 3.



Figuur 3. Elementen van de interventietheorie (van Yperen & Veerman, 2008, p. 40)

De interventietheorie maakt volgens de auteurs duidelijk waarom en hoe – bij een bepaalde doelgroep en met een bepaald doel – via een bepaalde benadering en in de aangegeven situatie specifieke uitkomsten te verwachten zijn. Hiervoor worden de elementen die op niveau 1 beschreven zijn logisch met elkaar in verband gebracht doorheen een grondige uitwerking van de ontstaanstheorie en behandelingstheorie.

De *ontstaanstheorie* van een interventie bestaat uit het overzicht van de risico- en protectieve factoren die een rol spelen bij het ontstaan, de instandhouding, de versterking of de afname van het probleem. Uit dit overzicht kan afgeleid worden welke van die factoren zich kunnen lenen als aangrijppingspunt voor de interventie. In deze masterproef zijn twee focusgroepen ingezet om tot een ontstaanstheorie over CSL te komen (Fase 2a in Figuur 2). De focusgroepen kunnen gekaderd worden in het “kennis-ontlokkend onderzoek” dat valt onder de mogelijke onderzoeksmethoden op niveau 2 van de effectladder.

In de focusgroepen zijn de probleem-, risico- en protectieve factoren, die volgens de deelnemers aan de basis liggen van CSL, gedefinieerd en in een samenhang gegoten. Hieruit is een “praktijkschema” tot stand gekomen van de ontstaanstheorie van CSL, het schema is afgebeeld in Figuur 5 en wordt toegelicht in Hoofdstuk 4 (§ 4.2). Omdat dit “praktijkschema” echter te omvangrijk bleek om in een duidelijke theorie te bevatten is het omgezet naar een “vereenvoudigde versie” om zo de ontstaanstheorie verder uit te werken (Fase 2b in Figuur 2). De vereenvoudigde versie van het praktijkschema is afgebeeld in Figuur 6 en wordt eveneens toegelicht in Hoofdstuk 4 (§ 4.3). Door naar de factoren in dit vereenvoudigde schema te kijken, en de vraag te stellen welke theorie hierop aansluiting kan bieden, kon een theoretisch kader uitgewerkt worden. Dit theoretisch kader is de toetssteen geworden voor het originele praktijkschema, en bijgevolg ook het uitgangspunt voor de verdere literatuurstudie omtrent de ontstaans- maar ook behandelingstheorie. De resultaten van de focusgroepen en de concrete aanpak en uitwerking van bovenstaande stappen zijn uitgebreid omschreven in Hoofdstuk 4.

Naast de ontstaanstheorie moet ook de *behandelingstheorie* goed uitgewerkt zijn. Volgens van Yperen en Veerman (2008) wordt in deze theorie aangegeven wat de werkzame componenten van de interventie zijn, en hoe die inwerken op de mechanismen en factoren die het probleem veroorzaken of instandhouden, om te komen tot de doelstelling van de interventie. Doorheen een literatuurstudie, eveneens een onderzoeksmethode op niveau 2 van de effectladder, wordt nagegaan of de “werkzame bestanddelen van CSL” (afgeleid uit de documentenanalyse) doordat ze inspelen op de risico- en probleemfactoren, kunnen leiden tot het bereiken van de vooropgestelde doelen (Fase 3a in Figuur 2). Het verloop en de resultaten van deze literatuurstudie zijn omschreven in Hoofdstuk 5.

Door het samenvoegen van de “ontstaanstheorie” en “behandelingstheorie” kan vervolgens gekomen worden tot het totaalpakket dat de “interventietheorie” vormt (Fase 3b in Figuur 2). Het uiteindelijke doel is het komen tot een logisch verhaal waarin wordt aangegeven waarom en op welke manier de aanpak bij de doelgroep tot de gewenste resultaten leidt (van Yperen & Veerman, 2008).

HOOFDSTUK 3: TOEWERKEN NAAR DESCRIPTIEVE BEWIJSKRACHT VOOR NIVEAU 1 D.M.V. DOCUMENTENANALYSE

In de eerste fase van het onderzoek is, zoals kort geschetst in Hoofdstuk 2, via een documentenanalyse toegewerkt naar beschrijvende informatie over de CSL-methode (zie Figuur 2). Deze beschrijvende informatie is vereist voor bewijskracht op niveau 1 van de effectladder. Er werd gekozen voor documentenanalyse omdat de methode zeer geschikt is voor het verzamelen van descriptieve informatie. Van Yperen en Veerman (2008) stellen de methodiek ook voor als één van de mogelijke onderzoeksmethoden op niveau 1 van de effectladder.

3.1 METHODOLOGIE: DOCUMENTENANALYSE

Documentenanalyse wordt, door Stake en Yin (1995 in Bowen, 2009), omschreven als heel goed toepasbaar op kwalitatieve gevalsstudies: intensieve studies die rijke beschrijvingen produceren van een fenomeen, gebeurtenis, organisatie of programma. Bowen (2009) omschrijft de methode als een systematische procedure voor het inspecteren of evalueren van documenten; zowel gedrukt als elektronisch materiaal. Daarbij kunnen de documenten die gebruikt worden allerlei vormen aannemen (boeken, brochures, handleidingen, rapporten, enz.) en kan de analyse, binnen het kader van een ruimer onderzoeksopzet, verschillende functies hebben.

Ook in deze masterproef heeft de documentenanalyse verschillende functies gediend. Het voornaamste doel was het komen tot descriptieve bewijskracht. Daarnaast werden er doorheen het proces verschillende vragen opgeroepen, en hiaten in de informatie opgemerkt, die richtinggevend waren voor het verdere onderzoek. Ook heeft de informatie gezorgd voor een duidelijke schets van de achtergrond en context van de methode. Dit was voornamelijk zinvol bij het definiëren van de kernconcepten en het verkrijgen van een conceptueel kader voor de rest van het onderzoek. Tot slot is er de functie van “toetssteen van de data” voor een aantal bevindingen uit de focusgroepen en additionele informatie die door stichting Horison werd voorzien. De documentenanalyse heeft in deze masterproef dus een vrij gevarieerde maar ook centrale rol vervuld.

3.2 VERLOOP DOCUMENTENANALYSE

De documentenanalyse verliep in drie fasen en nam een viertal maanden in beslag. In eerste instantie was het de bedoeling om de methode goed te leren kennen en veel achtergrondinformatie te verzamelen. Vervolgens was het mogelijk om, vanuit dit opgebouwde referentiekader, concepten af te leiden en kernconcepten te definiëren.

3.2.1 Fase 1: Kennismaking met de methode

De eerste kennismaking met de methode bestond uit twee activiteiten: het uitgebreid lezen van de handleidingen van de basiscursus en een deelname aan deze cursus (24-26 oktober & 21-23 november 2013). Door de persoonlijke deelname was het mogelijk om als onderzoeker een doorleefd en “op ervaring gebaseerd” beeld te verkrijgen van het verloop en de inhoud van de cursus. Daarbij vormden persoonlijke cursusnota's een waardevol extra document dat dienst deed tijdens de verdere analyse.

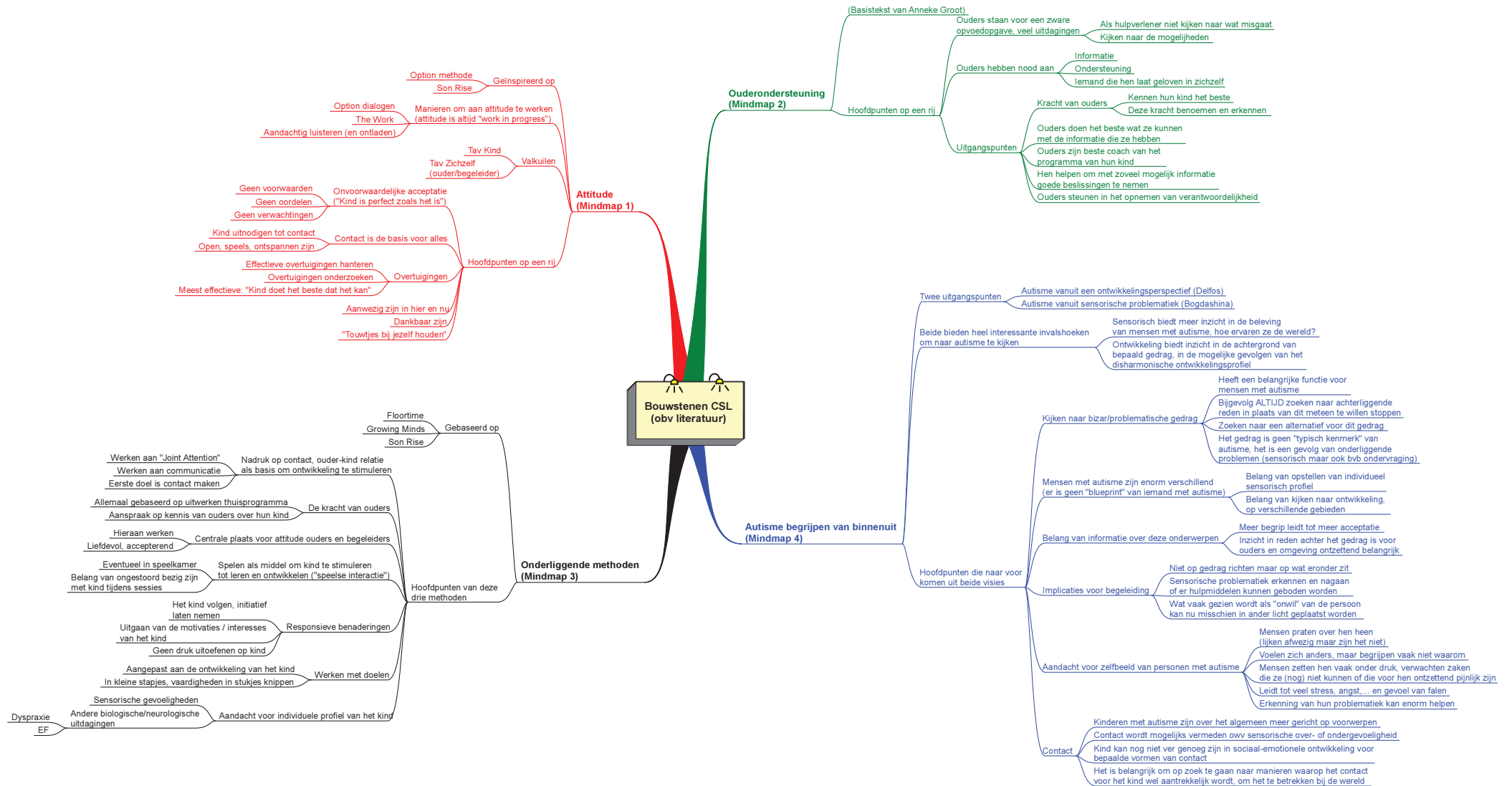
3.2.2 Fase 2: Achtergrondinformatie verzamelen

In de tweede fase werd gestart met het bestuderen van achtergrondinformatie over de CSL-methode, alvorens van start te gaan met de effectieve analyse van de CSL-documenten. Vanuit de achtergrondinformatie kon namelijk een conceptueel kader tot stand komen als kapstok voor kernconcepten en denkwijzen van de methode.

Om tot dit kader te komen werd, in samenspraak met de stichting, een lijst opgemaakt van relevante literatuur, geselecteerd uit het aanbod aan verplichte leesstof voor toekomstige CSL-trainers. Deze literatuur bevat enerzijds methoden waarvan door Horison wordt aangegeven dat ze aan de basis liggen van CSL, en anderzijds concepten die belangrijk worden geacht binnen het theoretisch kader, de visie en de concrete werkwijzen van de stichting. Een overzicht van referenties naar de geraadpleegde boeken en teksten is terug te vinden in Tabel 3. Om deze literatuur te bevatten en te kaderen binnen de CSL-methode is er van elk document een korte samenvatting gemaakt. Tijdens het samenvatten werd constant een mentale heen en weer beweging gemaakt tussen de CSL-cursus, de handleidingen en de literatuur. Op basis daarvan werden voornamelijk linken tussen de literatuur en de CSL-methode aangeduid en opgenomen.

Het document met samenvattingen werd vervolgens gebruikt als basis om vijf mindmaps op te stellen van de "bouwstenen van de CSL-methode". Hierbij werd eerst gezocht naar hoofdthema's in de achtergrondliteratuur om vervolgens per thema gemeenschappelijke en/of belangrijke elementen samen te brengen. Er zijn vier mindmaps met hoofdthema's uitgewerkt: Attitude, Ouderondersteuning, Autisme begrijpen van binnenuit, en Onderliggende methoden, alsook één laatste mindmap die al deze thema's samenbrengt. De laatste mindmap wordt afgebeeld in Figuur 4, de mindmaps per hoofdthema zijn terug te vinden in Bijlage A.

Doorheen deze fase kwam een ruimer inzicht in de methode en de zaken die eraan ten grondslag liggen tot stand. Daarnaast resulteerde de fase in twee concrete handvatten (samenvattingen en mindmaps) die de basis vormen voor de volgende stap in de documentenanalyse.



Figuur 4. Overzichts-mindmap 'bouwstenen CSL'

Tabel 3

Geraadpleegde Achtergrondliteratuur documentenanalyse

Literatuur over methoden aan de basis van CSL
Greenspan, S. I., Wieder, S., & Simons, R. (2003). <i>Als uw kind speciale aandacht nodig heeft. Intellectuele en emotionele groei stimuleren</i> (A. Hazenberg, J. B. Kanon, & E. Strijbos, Trans.). Antwerp, Belgium: Kosmos-Z&K.
Kaufman, B. N. (1998). <i>Verbroken stilte</i> (8th ed.), (K. Gerritsen, Trans.). Houten, The Netherlands: Holkema & Warendorf.
Wertz, S. R. (2007). <i>Growing minds. Advanced training workshop syllabus</i> . Unpublished manuscript.
Literatuur over theoretische kaders, visie en werkwijzen
Bogdashina, O. (2004). <i>Waarneming en zintuiglijke ervaringen bij mensen met Autisme en Aspergersyndroom. Verschillende ervaringen, verschillende werelden</i> (J. Siebelink, Trans.). Antwerp, Belgium: Garant.
de Bruin, C. (2004). <i>Geef me de vijf. Een praktische houvast bij de opvoeding en begeleiding van kinderen met autisme</i> . Doetinchem, The Netherlands: Graviant educatieve uitgaven.
Delfos, M. F., & Groot, N. (2013). <i>Autisme vanuit een ontwikkelingsperspectief</i> (2 nd ed.). Amsterdam, The Netherlands: SWP.
Groot, A. (2005). <i>Ouderondersteuning</i> . Unpublished manuscript.
Groot, A., & Wesseling-ten Thije, W. (2010). <i>Aandachtig luisteren en ontladen</i> . Unpublished manuscript.
Kaufman, B. N. (1999). <i>Kies voor geluk</i> (2nd ed.) (K. Gerritsen, Trans.). Utrecht, The Netherlands: Spectrum.

3.2.3 Fase 3: Concepten afleiden en kernconcepten definiëren

In deze laatste fase werd, uitgaand van het referentiekader dat doorheen de vorige fasen tot stand kwam, de effectieve analyse van de CSL-documenten uitgevoerd. Tijdens de analyse was het in eerste instantie de bedoeling om alle concepten die vervat zitten in de CSL-documenten op te lijsten. Hierbij zijn alle woorden of kortzinnen die een bepaald begrip, idee of een cognitieve eenheid representeren opgenomen in een lijst. Vervolgens zijn alle concepten in categorieën verdeeld onder gemeenschappelijke noemers. Deze noemers vormen de kernconcepten van CSL; ze representeren algemene basisideeën, uitgangspunten of centrale componenten van de methode. Een overzicht van de geanalyseerde documenten is terug te vinden in Tabel 4. Naast deze documenten werd gebruikt gemaakt van persoonlijke cursusnota's van de basiscursus CSL.

Tabel 4

Geanalyseerde Documenten over de CSL-interventie

Documenten over de CSL-interventie
Groot, A., & Hendriks, I. (2013). <i>Handleiding trainer CSL</i> . Unpublished manuscript.
Groot, A., & Wesselink-ten Thije, W. (2013). <i>Handleiding basiscursus. Contactgericht spelen en leren module 1</i> . Unpublished manuscript.
Groot, A., & Wesselink-ten Thije, W. (2013). <i>Handleiding basiscursus. Contactgericht spelen en leren module 2</i> . Unpublished manuscript.
Groot, A., & Wesselink-ten Thije, W. (2013). <i>Werkboek contactgericht spelen en leren</i> . Unpublished manuscript.

Fase 3 – Stap 1: Concepten afleiden

De concepten werden afgeleid doorheen een proces van systematisch en grondig doornemen van alle documenten. Daarbij werden de gevonden concepten in een lijst opgenomen, en werd telkens nagegaan of er geen concepten dubbel in de lijst kwamen te staan. Tijdens het opstellen van de lijst bleek het mogelijk om, op basis van tekstuele connotatie of betekenis, de concepten in drie *categorieën* te vatten: (1) concepten die in de tekst werden gekaderd als een probleem, moeilijkheid of uitdaging; (2) concepten die in de tekst werden benoemd als positieve, helpende of protectieve elementen; en (3) concepten die in de tekst werden beschreven als specifieke CSL-acties of ideeën. Deze categorieën vormen een startpunt voor het latere opdelen van de kernconcepten in probleem-, protectieve- en risicofactoren.

Om de lijst te structureren en overzichtelijk te houden, werden de concepten eveneens onder een aantal *hoofdthema's* geplaatst. Hierbij werd, per thema, de structuur van de drie bovengenoemde categorieën bewaard. De hoofdthema's kwamen tijdens de analyse tot stand door het zoeken naar gemeenschappelijkheden in de concepten. Er werden negen thema's benoemd: (1) Ouders; (2) Maatschappij-Omgeving; (3) Ontwikkeling-Leren; (4) Sensorische informatieverwerking; (5) Kind met ASS; (6) Attitude; (7) Contact; (8) Ruimte; en (9) Moeilijk te begrijpen gedrag. Indien het niet mogelijk bleek om een concept onder slechts één hoofdthema te plaatsen werd het meerdere malen opgenomen, dit wordt in de lijst aangegeven met het symbool "(2)" achter het concept. In totaal zijn er 259 concepten opgenomen in de lijst en verdeeld over de hoofdthema's en categorieën. Hierbij is telkens aangegeven uit welke documenten de concepten zijn afgeleid, om ze indien nodig vlotter terug te vinden in hun originele context. Deze lijst (met linken naar de kernconcepten via afkortingen) is opgenomen in Bijlage B.

Fase 3 – Stap 2: Kernconcepten definiëren

In de tweede stap werd vanuit de 259 specifieke CSL-concepten toegewerkt naar een lijst met overkoepelende kernconcepten van de CSL-methode. Deze kernconcepten kwamen stelselmatig tot stand door het heen- en weer bewegen tussen informatie uit de voorgaande fasen en de concepten zelf (indien nodig in hun context). Er werd gezocht naar centrale thema's die omvattend en representatief zijn voor groepjes van concepten. Hierbij is

overkoepelend gewerkt met betrekking tot de hoofdthema's en categorieën in de lijst: elk concept werd apart behandeld, los van de toegewezen categorie of het toegewezen hoofdthema.

Uiteindelijk zijn er 40 kernconcepten gedefinieerd. Deze concepten werden op hun beurt ingedeeld in drie categorieën: Probleemfactoren (10), Risicofactoren (13) en Protectieve factoren (17). Binnen elke categorie is ook telkens het onderscheid gemaakt tussen beïnvloedbare en niet-beïnvloedbare factoren. Om de factoren te verdelen is voor elke factor apart een inschatting gemaakt aan de hand van twee vragen: (1) Is de factor al dan niet beïnvloedbaar door interventie? en (2) Is de factor deel van het kernprobleem waarmee cliënten zich melden bij stichting Horison, of vormt hij een risico voor dit probleem door het erger te maken/in stand te houden, of kan hij het probleem verzachten en/of bijdragen aan de oplossing ervan? (van Yperen & Veerman, 2008). Deze inschatting werd gemaakt op basis een inleidende literatuurstudie over interventies en ASS (uitgeschreven in Hoofdstuk 1) en de verworven informatie over de CSL-methode en haar achtergrond. Het is belangrijk om hierbij op te merken dat de verdeling van de factoren (voornamelijk het onderscheid beïnvloedbaar-niet beïnvloedbaar) discutabel is omdat er voor meerdere factoren argumenten zijn om ze in andere categorieën te plaatsen. De verdeling is echter uitsluitend uitgevoerd als voorbereiding op de focusgroepen en wordt verderop in het onderzoek herbekeken naar aanleiding van deze focusgroepen (zie Tabel 9).

De lijst met kernconcepten, weergegeven in Tabel 5, biedt een overzicht van de verschillende factoren die, vanuit de documentenanalyse, centraal lijken te staan in de CSL-methode. Dit overzicht vormt, door het vervullen van een centrale rol in (de voorbereiding van) de focusgroepen, een eerste basis voor de theoretische onderbouwing op niveau 2. De rol van de kernconcepten in de focusgroepen wordt omschreven in Hoofdstuk 4. Ook op het huidige (eerste) niveau hebben de concepten en de gehele documentenanalyse een essentiële rol gespeeld. Ze hebben het namelijk mogelijk gemaakt om, op relatief korte tijd en vanuit de “outsiderpositie” van de onderzoeker, de methode heel grondig en diepgaand te leren kennen, en bijgevolg ook op die manier te omschrijven.

3.3 RESULTAAT: INFORMATIE VEREIST VOOR ‘VEELBELOVEND’ OF ‘IN THEORIE EFFECTIEF’

In Tabel 6 is het resultaat weergegeven van de dataverzameling en verwerking op niveau 1. De informatie is ingebracht in de structuur van “vereiste gegevens voor het eerste niveau van effectiviteit” die staat weergegeven in Tabel 1. Het was, op basis van de documentenanalyse, mogelijk om alle vereiste gegevens in te vullen, met uitzondering van de doelgroep van de CSL-interventie. In de geanalyseerde documenten ontbreekt namelijk informatie over dit aspect, waardoor werd besloten om het op te nemen in de focusgroepen (Hoofdstuk 4). Alle informatie in Tabel 6 is rechtstreeks afgeleid uit de documentenanalyse, met uitzondering van de omschrijving van het doel van de interventie. Deze omschrijving kwam tot stand door het vergelijken en samenbrengen van informatie uit de documentenanalyse met de doelen die werden vastgelegd in een werkgroep van stichting Horison. Het ontbreken van informatie over de doelgroep, en de moeilijkheid om de CSL-doelen rechtstreeks af te leiden uit de documenten, kunnen op dit niveau als eerste algemene knelpunten benoemd worden.

Tabel 5

Kernconcepten van de CSL-methode o.b.v. Documentenanalyse

Probleemfactoren			
<u>Beïnvloedbaar</u>	<u>Afkorting</u>	<u>Niet beïnvloedbaar</u>	<u>Afkorting</u>
Problematische / disharmonische ontwikkeling kind	Ontw	Normalisatievisie	NormV
Problematisch / bizar gedrag kind	Gedrag	Ouders staan voor grote opvoedopgave	GrOp
Kind mist vaardigheden om zichzelf aan te sturen	VH aanst	Negatieve maatschappelijke visie op / angst voor mensen met autisme	Neg MV
Kind mist sociale vaardigheden	Mis SocVH		
Kind leeft in een chaotische wereld	Chaos		
Sensorische uitdagingen / beperkingen kind	Sens		
Moeilijke ouder-kindrelatie	MOKR		
Risicofactoren (verergeren/houden in stand)			
<u>Beïnvloedbaar</u>	<u>Afkorting</u>	<u>Niet beïnvloedbaar</u>	<u>Afkorting</u>
Onzekerheid ouders	OnzO	Onvoldoende ondersteuning door/samenwerking met de Zorg	ZorgOnv
Ouders hebben (voor)oordelen over het kind	OordO	Oordelen van buitenaf	OordB
Emotionele last ouders (verwerking, zorgen,...)	EmoL	Negatieve prognose door diagnosticus	Negprog
Directieve benadering, druk uitoefenen op kind, willen normaliseren	Direct	Bijkomende problematiek (dyspraxie, dyslexie,...)	BP
Onbegrip voor / misinterpretatie gedrag kind	Misint G	Isolement van ouders	Isol
Kind maakt weinig/geen contact, drukt zich niet uit	Gn Cont		
Leren gaat moeizaam, kind komt niet tot imitatie-gedrag, "joint attention"	Leren		
Emotioneel welbevinden kind niet goed (angst, frustratie,...)	EmoK		
Protectieve factoren (verzachten, lossen op)			
<u>Beïnvloedbaar</u>	<u>Afkorting</u>	<u>Niet beïnvloedbaar</u>	<u>Afkorting</u>
Kracht, competentie en deskundigheid ouders, nemen de leiding	Kracht	Financiële mogelijkheden en tijd van ouders	FinTijd
Oudertraining / psycho-educatie / zelfstudie	Educat	Uitgebreid sociaal netwerk ouders en kind	SocNW
Inzicht in problematiek en specifieke noden van kind	InzProb	Vlot samenwerkingsverband met de zorg, ondersteunen de ouders	ZorgSam
Autisme van binnenuit begrijpen	Binnen		
Inzicht in en zoeken naar mogelijke functie van "bizar gedrag"	InzG		
Uitgaan van motivatie en interesse kind	MotInt		
Spelen, speelse interactie, aandacht delen	Spel		
Werken aan ouder-kindrelatie, contact initiëren	WerkOKR		
Sensitief- responsieve benadering van kind	SRB		
Positieve, ontspannen, geduldige houding tav kind, uitgaan van mogelijkheden	PosH		
Onvoorwaardelijke acceptatie	OnvA		
Ontwikkeling en leren stimuleren in veilige omgeving	Stimul		
Vrijwilligers/hulpverleners die ouders ondersteuning, erkenning, vertrouwen bieden	Vrijw		
Kind zoekt sensorische balans, rust in gedrag	Balans		

Tabel 6

Resultaat van de Dataverzameling- en Verwerking op Niveau 1: Omschrijving van de CSL-interventie

Naam van de interventie
Contactgericht Spelen en Leren (CSL)
Doel van de interventie
<u>Algemene doelstellingen</u> van de CSL-methode: - Het kind met ASS en zijn/haar ouders hebben wederzijds contact met elkaar; - De ouders hebben zelf de regie over de begeleiding van en zorg voor hun kind. Ze bezitten en hanteren vaardigheden, kennis en een accepterende basishouding bij het opvoeden en stimuleren van de ontwikkeling van hun kind; - Het kind ontwikkelt zich op vlak van communicatie, interactie en adaptief gedrag in een omgeving die open en veilig is. Deze algemene doelstellingen worden <u>geoperationaliseerd</u> door volgende subdoelen: Ouders: - Ouders voelen zich competent en ervaren minder stress in hun ouderrol; - Ouders begrijpen het gedrag van hun kind in een situatie; - Ouders creëren een veilige en open omgeving voor hun kind; - Ouders stimuleren doelgericht, doordacht en planmatig de ontwikkeling van hun kind; - Ouders handelen op een manier die past bij het kind en de situatie op dat moment; - Ouders communiceren begrijpend en invoelend met hun kind; - Ouders volgen het kind in zijn/haar activiteiten (bv. spel); - Ouders zijn rustig, ontspannen en accepterend in het contact met hun kind. Kind: - Het kind communiceert op een manier die begrepen wordt door zijn/haar omgeving (praten, gebaren, wijzen, meenemen); - Het kind toont acceptabel gedrag dat hem/haar helpt in een situatie die hij/zij moeilijk begrijpt of aankan; - Het kind beschikt over probleemoplossende vaardigheden; - Het kind is in staat tot emotieregulatie (bv. laat zichzelf kalmeren, kan zelfstandig rustig worden, kan gevoelens uitdrukken); - Het kind heeft plezier; - Het kind heeft een gevoel van invloed hebben op – en gehoord worden door – de omgeving; - Het kind maakt een leerproces door waarin het leert vanuit intrinsieke motivatie. <i>Opmerking: Omwille van de centrale plaats die “maatwerk” inneemt in de CSL-interventie is het niet mogelijk om doelen te formuleren die tegelijk heel specifiek zijn én voor elk kind toepasbaar zijn. Bovenstaande doelen zijn bijgevolg vrij algemeen geformuleerd en vormen het kader waarbinnen de meer specifieke doelen individueel per kind opgesteld worden tijdens de interventie. Een voorbeeld om dit te duiden is het concept communicatie. Stichting Horison kan niet de algemene doelstelling vooropstellen dat “het kind verbaal kan communiceren op niveau van de differentiatiefase in taalontwikkeling” omwille van de enorme individuele verschillen tussen kinderen met ASS. Sommige kinderen kunnen reeds vlot verbaal communiceren bij aanvang van de interventie, waar het voor ander kinderen al een grote stap kan zijn dat ze hun favoriete koekje kunnen aanwijzen. Ook de brede leeftijdscategorie waar stichting Horison zich op richt (zie doelgroep in Tabel 8), en het principe dat ouders de doelen opstellen en hierin dus prioriteiten kunnen aangeven, maken dat de interventiedoelen op een algemeen niveau geformuleerd zijn en pas tijdens de interventie per individu gespecificeerd worden.</i>
Doelgroep van de interventie
Dit element kon nog niet ingevuld worden op basis van de documentenanalyse. Het werd opgenomen in de focusgroepen en is terug te vinden in Tabel 8, Hoofdstuk 4.

Aanpak

A. Beschrijving van de methodiek

Inleiding

Contactgericht Spelen en Leren is een relatiegerichte methode die ontwikkeld is door Anneke Groot, directeur van stichting Horison (opgericht in 1998). CSL wil ouders van kinderen met autismespectrumstoornis (ASS) ondersteunen in de opvoeding en in het stimuleren van de ontwikkeling van hun kind. Enerzijds door hen vaardigheden te leren ter **versterking en/of bijsturing van hun opvoedingshandelen**. Anderzijds door hen handvatten te bieden om een **optimale leeromgeving** te creëren voor contact met en ontwikkeling van hun kind, in de vorm van een thuisprogramma. Horison kijkt naar ontwikkeling vanuit de visie van Martine Delfos (2013), zij stelt dat kinderen met ASS een ontwikkelingsvertraging en/of een ontwikkelingsversnelling kunnen hebben. Om hierop af te stemmen moeten steeds ontwikkelingsdoelen op maat worden gesteld. Vanuit deze doelen worden leerervaringen aangeboden die afgestemd zijn op de (emotionele) ontwikkelingsleeftijd van een kind. De kern van de CSL-interventie is het **houdingsbewustzijn** (attitude en bewust werken/bezig zijn met attitude) dat ouders ontwikkelen.

Ouders staan centraal in de methode; zij worden door stichting Horison ondersteund en opgeleid om hen in staat te stellen zelf de regie te nemen over de zorg voor hun kind. Hierbij wordt maximaal aanspraak gemaakt op de ervaringsdeskundigheid en eigen kracht van ouders.

De eerste fase van de interventie bestaat uit een oudercursus, de “basiscursus CSL”. Deze cursus wordt aangeboden in twee modules van drie dagen en wordt meerdere malen per jaar georganiseerd op verschillende locaties in Nederland. De kostprijs voor deelname is €285 per module, inclusief cursusmateriaal. De actuele cursusagenda kan op de website van stichting Horison geraadpleegd worden. Tijdens de cursus krijgen ouders de methodiek en visie van CSL in de vingers.

De tweede fase van de interventie bestaat er vervolgens uit dat ouders aan de slag gaan met de CSL-methode door het opstarten van een speelprogramma voor hun kind, en door het hanteren van de principes en uitgangspunten van CSL in hun alledaagse opvoeding. Op die manier kunnen ouders actief werken aan de ontwikkeling en moeilijkheden van hun kind, maar ook aan hun eigen competentie en attitude. Ouders kunnen de tweede fase in principe zelfstandig uitvoeren na het volgen van de cursus. Ze kunnen echter ook op verschillende manieren en momenten de ondersteuning van stichting Horison inroepen.

FASE 1: Ouders volgen de basiscursus Contactgericht Spelen en Leren

De basiscursus Contactgericht Spelen en Leren is in twee modules van drie dagen (elke dag +/- 9 tot 17u) opgedeeld. De modules worden georganiseerd met één maand tussentijd. Meestal zijn er een 10-tal deelnemers en één of twee trainers. De aanwezigheid van andere ouders zorgt voor een interactief gebeuren waarbij deelnemers elkaar inspireren en kunnen helpen om tot bepaalde inzichten te komen. In de eerste module staat het geven van informatie centraal, daarnaast wordt er gewerkt aan de basishouding die essentieel is voor het programma en het contact maken met het kind. In de tweede module wordt er meer concreet gewerkt rond het uitbouwen van een programma. Ouders krijgen van de twee modules een handleiding mee naar huis en een werkboek om concreet aan de slag te gaan. Daarnaast krijgen ze veel informatie omtrent boeken, materiaal en eventueel aanvullende cursussen die voor hun specifieke situatie interessant kunnen zijn.

Opmerking: Horison organiseert ook een introductiecursus over de methode. Deze cursus is bedoeld voor mensen die geïnteresseerd zijn in de principes van CSL, maar (nog) niet in het opzetten van een thuisprogramma. De interventie Contactgericht Spelen en Leren omvat het totaalpakket, wat wil zeggen dat het opzetten van een thuisprogramma met speelkamer geïmpliceerd is. Hiervoor is het noodzakelijk om de basiscursus te volgen.

VERLOOP VAN MODULE 1

Na een introductie over CSL, de achterliggende methoden en stichting Horison, krijgen ouders eerst en vooral informatie over ASS. Dit is echter niet de “standaard” informatie, die de meeste ouders reeds kennen, maar net informatie die ouders inzicht geeft in de problematiek en de beleving (manier waarop het kind de wereld ervaart) van hun kind. De problematiek wordt belicht vanuit het perspectief van personen met ASS. Hierbij komen zaken als sensorische informatieverwerking, cognitieve informatieverwerking, dyspraxie en ontwikkeling aan bod. Er wordt zowel een ruim kader aan informatie aangereikt als concreet ingegaan op de betekenis van deze zaken voor het kind en de manier waarop het in de wereld staat.

Vertrekkend vanuit deze informatie en het vernieuwde inzicht in de problematiek worden ouders vervolgens uitgenodigd om hun eigen **attitude** ten aanzien van het kind onder de loop te nemen. Het uitgangspunt is de visie dat de attitude van mensen, ten aanzien van anderen, aangestuurd wordt door hun overtuigingen over die mensen (Kaufman, 1999). In de cursus worden manieren aangereikt om de eigen overtuigingen te onderzoeken en na te gaan welke invloed deze hebben op de attitude en het handelen ten aanzien van het kind. Ouders kunnen ervoor kiezen om bewuster om te gaan met hun overtuigingen en op die manier hun attitude te veranderen. Zo kunnen ze tot de onvoorwaardelijk accepterende basishouding komen die de essentie vormt van CSL. Het inzicht dat voortkomt uit de informatie in het eerste stuk van de cursus kan hierbij helpen. Net omdat ouders beter begrijpen hoe hun kind de wereld beleeft kunnen ze hier anders over gaan denken, en zich vervolgens ook anders opstellen ten aanzien van hun kind.

In een volgend stuk wordt ingegaan op **contact**. Ouders krijgen handvatten aangereikt om met hun kind in contact te treden. Het hebben van contact vormt namelijk de ingang voor het werken aan ontwikkeling. Contact maken is voor kinderen met ASS een grote uitdaging, de informatie die de ouders aan het begin van de cursus kregen geeft hen inzicht in de moeilijkheden die kinderen hierbij kunnen ondervinden. Door vanuit deze informatie te vertrekken en hier rekening mee te houden, en door het kind tegemoet te treden vanuit een basishouding van acceptatie, kan er contact ontstaan of kan het huidige contact uitbreiden. Ouders leren zaken als afstemmen op het kind, controle geven, meedoen en hun expressie gebruiken. Op die manier krijgen ze een rugzak aan bagage waarmee ze thuis het contact met hun kind kunnen uitbouwen. Het laatste aspect dat in deze module wordt besproken is dat van **“moeilijk te begrijpen gedrag”**. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de verschillende redenen waarom kinderen zulk gedrag stellen, en manieren om ermee om te gaan. Zo krijgen ouders aangeleerd hoe ze best reageren op uitdagend gedrag (niet bekrachtigen, rustig blijven,...) en hoe ze situaties kunnen analyseren om meer inzicht te krijgen in de functie van- of de reden achter het gedrag (ABC-schema). Ook wordt er gesproken over emoties en emotionele ontlading.

Conclusie module 1: Ouders verkrijgen door deze module een basis die ze actief kunnen inzetten in de opvoeding van hun kind. Ze hebben enerzijds kennis verkregen, die hen een dieper inzicht geeft in de beleving en de problematiek van hun kind. Anderzijds hebben ze manieren geleerd om aan hun eigen basishouding te werken, en om die houding in te zetten. Deze basis van informatie en attitude kunnen ouders gebruiken bij het bewust contact maken met hun kind, maar ook in het alledaagse opvoedingsgebeuren, en in situaties waarin hun kind **“moeilijk te begrijpen gedrag”** stelt. Hiermee zijn ze gestart met het traject van de interventie. De ouders hebben nu een maand de tijd om aan de slag te gaan met de zaken die ze tot nu toe geleerd hebben, zich eventueel te verdiepen in boeken die werden aangeraden, hun kind te observeren vanuit hun vernieuwd inzicht, en zo hun vragen of bedenkingen te verzamelen voor het tweede deel van de cursus.

VERLOOP VAN MODULE 2

Bij de start van deze module worden er eerst en vooral **ervaringen uitgewisseld**. Startvragen zijn: “Hoe is het gegaan de afgelopen maand?” en “Wat willen jullie zeker nog leren?”. Hierbij nemen de cursusleiders nota van de zaken waarbij ouders vragen hebben of die ze als moeilijk ervaren hebben. Ze proberen deze zaken op te nemen op relevante momenten en zeker voor het einde van de cursus te behandelen.

Na dit uitwisselmoment wordt de cursus gestart met een korte **herhaling** van de vorige module. De belangrijkste punten worden kort overlopen. Vervolgens is er een uitbreiding van het stuk rond **attitude** dat in de vorige module aan bod kwam. Er wordt concreet geoefend met de **“option-dialoog”** (Kaufman, 1999), een vraaggesprek tussen een **“mentor”** en een **“zelfonderzoeker”** waarin overtuigingen onderzocht worden om van daaruit aan attitude te werken.

In module 1 werd veel aandacht besteed aan het maken of uitbouwen van contact met het kind. In deze module wordt verdergegaan: wat als het contact er is? Eens ouders contact hebben met hun kind kunnen ze hem/haar gaan uitnodigen om te leren. Hierbij is attitude echter weer heel belangrijk, want eens er gesproken wordt over leren is er het risico dat ouders hun kind onder druk gaan zetten, wat het leerproces niet ten goede komt. Om dit te vermijden wordt er gewerkt rond het **“geloven in je kind”**, waarbij het essentieel is dat ouders geloven dat hun kind allerlei zaken kan bijleren en zich kan ontwikkelen, maar dat ze dit niet nodig hebben om zich goed te voelen. Ouders leren in deze fase dat ze hun doelen hoog mogen stellen, maar hun verwachtingen niet. Ze leren manieren om hier, in zichzelf, aan te werken. Zo komen ze tot een rustige, maar gemotiveerde houding zonder stress over dat het kind **“dit of dat moet bereiken”**, en waardoor het kind geen druk ervaart om iets te **“moeten leren”**.

Na het stuk rond attitude wordt er ingegaan op de **techniek van contactgericht leren**. Er wordt, aan de hand van het werkboek dat ouders stelselmatig invullen, gewerkt rond: Doelen opstellen (SMART), Motivatie van het kind (zoeken naar datgene wat het kind interesseert/motiveert en dit inzetten), Opdrachten communiceren (kleine stapjes, kind de tijd

geven,...) en Bekrachten (als ook maar het kleinste stapje gelukt is). Verder wordt er uitleg gegeven rond de fasen in het proces van spelen en leren. Er wordt namelijk gestart met “meedoen”, volledige controle bij het kind, maar geleidelijk aan werkt men via wederkerigheid toe naar de laatste fase waarin spelen en leren op voorwaarde van de ouder gebeuren. Deze fasen zullen nooit volledig afgelijnd verlopen; in één sessie kunnen er momenten zijn van controle bij het kind en de ouder. Na deze informatie wordt er tijd gemaakt voor het opstellen van een “werkplan” waarin ouders hun korte- en lange-termijndoelen noteren en deze combineren met de motivaties van hun kind. Zo komen ze tot een plan dat de basis vormt voor hun programma. De cursusleiders inspireren en geven tips, maar ook deelnemers ondersteunen elkaar met ideeën. In de handleiding vinden ouders informatie rond ontwikkeling, deze kan hen helpen bij het opstellen van de doelen. In het laatste deel van de cursus wordt er ingegaan op de concrete organisatie van het opzetten van een programma: Hoe maak je een speelkamer (welke materialen, wat is gepast voor mijn kind,...)? Wat als mijn kind niet in de speelkamer wil? Ga ik aan de slag met spelbegeleiders (spelers)? Indien ja, hoe stel ik een spelersteam samen en hoe manage ik dit?... Ook wordt er ingegaan op de rol van ouders die een programma draaien: hoe omgaan met leiderschap en onzekerheden omtrent leiding nemen, bv. “moet ik dan alles weten als ouder?”. De eigen kracht van ouders wordt nogmaals benadrukt, het vertrouwen in de ouders uitgesproken. Er worden ook manieren besproken waarop ouders zelfzorg kunnen inbouwen. De cursus wordt afgesloten met een kringgesprek rond inspiratiebronnen. Dan volgt het afscheid, waarbij de deelnemers, die elkaar doorheen de cursus heel goed hebben leren kennen, vaak gegevens uitwisselen om contact te houden en hun netwerk uit te breiden.

Conclusie module 2: Ouders hebben, na het doorlopen van deze module, concrete handvatten, ideeën en technieken verkregen die hen in staat stellen om zelfstandig het programma uit te bouwen. In de cursus hebben ze “de theorie” geleerd, nu moeten ze zelf aan de slag.

Ouders die na de cursus extra ondersteuning van Horison willen, kunnen beroep doen op:

- Telefonische ondersteuning (€50 per uur)
- E-coaching, pakket van 13 modules dat ouders stelselmatig verder helpt met hun programma (€75)
- Coaching aan huis: mensen van Horison komen op huisbezoek, de prijs is afhankelijk van de lengte van het bezoek.
- Intensieve coaching: hierbij komen twee mensen van Horison 2 à 3 dagen aan huis om mee het programma op te starten, met het kind te spelen, spelers op te leiden,... De prijs is eveneens afhankelijk van de lengte van het bezoek.

Daarnaast wordt er één keer per jaar een spelerscursus georganiseerd, ouders die hun spelbegeleiders willen trainen kunnen hen inschrijven voor deze cursus.

Opmerking: De tarieven van de cursussen en coachings zijn gebaseerd op de draagkracht van het gemiddeld Nederlands gezin. Als de tarieven voor bepaalde gezinnen te hoog liggen kunnen deze steeds contact nemen met Horison om na te gaan of er een andere financiële regeling mogelijk is.

FASE 2: Ouders draaien een programma

Een CSL-programma is steeds volledig op maat van het kind en zijn/haar gezin. Bijgevolg is er geen vast protocol dat ouders moeten volgen bij het uitwerken en draaien van zo'n programma. Er zijn ook geen voorschriften op gebied van intensiteit of duur van het programma. Horison gaat wel uit van het idee dat “hoe intensiever men werkt, hoe meer uitkomsten er zullen zijn”. Ouders kiezen de intensiteit van het thuisprogramma aan de hand van de zorgvraag van hun kind en de draagkracht van het gezin; de cursus biedt ouders de informatie om keuzes te maken over hoe intensief zij CSL willen toepassen voor hun kind. Dit intensief werken mag echter nooit in strijd zijn met de draagkracht en/of motivatie van de ouders en het kind. Bijgevolg neemt Horison de “eigen regie door ouders” als uitgangspunt m.b.t. de intensiteit en duur van het programma. Als men aan ouders zou opleggen hoeveel ze moeten spelen met hun kind, of hoe lang ze hun programma moeten draaien, zou er voorbijgegaan worden aan dit principe. Horison vertrouwt erop dat ouders, vanuit hun ervaring en kennis over hun kind en met de bagage van de cursus, een programma kunnen opstellen dat ze zelf haalbaar vinden en dat afgestemd is op de noden en draagkracht van het kind.

Het feit dat er geen voorschriften of protocollen zijn voor het verloop, de intensiteit of de duur van het programma, wil niet zeggen dat er geen kader is waarbinnen het programma uitgebouwd wordt. Dit kader wordt aan ouders meegegeven doorheen de cursus en bestaat uit de verschillende elementen die hier uitgebreid beschreven worden.

De speelkamer

Ouders kiezen in hun huis een ruimte die ze zullen inrichten als speelkamer. Idealiter is dit een ruimte die voor niets anders gebruikt wordt. Dit is echter niet voor iedereen mogelijk, in dat geval kan bijvoorbeeld de slaapkamer van het kind gebruikt worden. De speelkamer wordt prikkelarm ingericht, bij voorkeur met een egale vloer (die nat mag worden), volspectrum licht, ramen die afgeplakt zijn met licht-doorlatende folie en planken aan de muur waarop het speelgoed kan. Vervolgens richt men de kamer in met meubels en speelgoed dat bij de individuele noden van het kind past. Wil men bijvoorbeeld nog veel op de vloer zitten spelen en rollebollen, dan kan een matras of dikke mat voorzien worden. Is het kind al wat ouder en maakt het graag tekeningen, puzzels, of andere knutselwerkjes, dan kan men een tafel met twee stoelen zetten. Als men graag aan grove motoriek wil gaan werken kan een trampoline, grote bal of spiegel in de ruimte geplaatst worden. Als het kind veel interesse heeft in water kunnen er emmertjes en potjes voorzien worden,... De lijst gaat eindeloos door. Ouders hebben tijdens de cursus de interesses en motivatie van het kind opgelijst en kunnen hier rekening mee houden bij het inrichten van de speelkamer. Verder weten ze, via hun doelen, welke richting ze uitwillen op gebied van ontwikkeling, en kunnen ze hiervoor reeds materiaal voorzien. Het belangrijkste is dat de speelkamer een aangenaam en gezellig gevoel geeft. De ruimte wordt helemaal op maat van het kind ingericht, waardoor het kind zich er veilig kan gaan voelen. Ouders kunnen er helemaal tijd nemen voor hun kind en even alle andere zaken (huishouden, werk,...) loslaten.

Ouders die dit willen kunnen in de speelkamer een webcam installeren, of een one-way-screen maken in de deur. Zo kunnen ze andere spelers of hun partner observeren, en eventueel beelden maken van de sessies om te gebruiken als leer- of feedbackmateriaal voor zichzelf of anderen.

Contact

De basis van CSL is contact maken door afstemming op het kind. Eens de speelkamer klaar is kunnen ouders starten met speelsessies in de kamer. De lengte van een sessie ligt niet vast, dit kan in het begin een kwartiertje zijn en verder opgebouwd worden, of meteen al één of twee uur zijn als dit lukt voor ouder en kind. Ouders zullen zelf moeten aanvoelen hoe lang een sessie kan duren voor hen en hun kind. Het eerste doel is dat ouders contact maken, door volledig op het kind af te stemmen vanuit hun attitude van onvoorwaardelijke acceptatie en door rekening te houden met de prikkelverwerking en ontwikkelingsleeftijd van hun kind. Dit doen ze tijdens het spelen in de speelkamer, maar kunnen ze ook blijven doen tijdens andere momenten (eten geven, verzorging,...). Het bijzondere aan de speelkamer is dat het kind de controle heeft, de ouders volgen het kind in zijn/haar activiteiten. Ze doen mee met wat het kind doet (bv. ook met rituelen van het kind), ze wachten tot het kind initiatief neemt, ze zijn expressief en trachten steeds op één of andere manier te participeren in de activiteit van het kind. Ouders proberen ook op speelse manieren oogcontact te maken, bv. door spelletjes via de spiegel. Tijdens het contact maken oordelen ouders niet en stellen ze geen verwachtingen.

De lengte van deze fase zal afhangen van kind tot kind en het contact maken zal de ene dag al wat beter lopen dan de andere. Ouders zullen doorheen deze fase manieren ontdekken om contact te krijgen met hun kind en dit vast te houden. Wanneer ze zich hiermee vertrouwd genoeg voelen en momenten van speels contact beleven met hun kind is de basis gelegd voor de volgende fase: leren en ontwikkeling.

Uitnodigen tot leren

Ouders hebben, aan de hand van het cursusmateriaal (en eventueel extra literatuur), doelen opgesteld voor hun kind. Deze doelen kunnen gaan over taalontwikkeling, fijne en grove motoriek, sociale vaardigheden, aandacht, zintuiglijke vaardigheden,... In het cursusmateriaal vinden ouders verwijzingen naar manieren om de ontwikkeling van hun kind in kaart te brengen (bv. ABLLS), maar ook om bv. zicht te krijgen op het sensorische profiel van hun kind. Voor sommige ouders kan zo'n assessment helpen om hen een duidelijker startpunt te geven voor het opstellen van doelen. Andere ouders hebben een goed zicht op wat ze hun kind eerst willen aanleren en kunnen zo starten met het stimuleren van de ontwikkeling. Bij het werken aan doelen tijdens sessies in de speelkamer is het belangrijk om steeds vanuit de volgende CSL-principes te werken:

- Motivatie en interesse van het kind vormen het uitgangspunt
 - Eigen attitude is en blijft essentieel (ontspannen, speels, onvoorwaardelijk acceptierend)
 - Contact met het kind blijft de basis, ouders zullen dus actief hun ervaring uit de vorige fase moeten inzetten
 - "Leren is leuk": via spel en op speelse wijze kan het kind enorm veel leren. Zeker in de beginfase waarin de controle nog erg bij het kind ligt zal de ouder heel creatief en speels omspringen met het aanbieden van leerervaringen. In latere fasen, waarin de ouder meer controle kan nemen, kan er eventueel afwisselend "speeltijd" en "leertijd" ingebouwd worden in de sessies.
-

Het is belangrijk dat ouders bijhouden welke stappen hun kind heeft gezet in zijn/haar leerproces, en dat hun doelen actueel blijven. Dat wil zeggen dat ze doorheen hun programma bepaalde doelen kunnen afsluiten als die bereikt zijn, en nieuwe doelen in de plaats kunnen laten komen. Ouders kunnen hun programma draaien zolang ze dat willen, ze kunnen op bepaalde momenten de intensiteit verminderen of net opdrijven. Sommige ouders stoppen met hun programma omdat ze hun doelen bereikt hebben, anderen blijven doorheen de hele kindertijd het programma draaien. Hier geldt opnieuw het principe van “eigen regie door ouders”, zij bepalen.

Spelers

Ouders kunnen ervoor kiezen om de speelsessies niet alleen uit te voeren, en spelbegeleiders in te zetten in hun programma. Deze begeleiders worden “spelers” genoemd. Ouders kunnen één of meerdere spelers in hun team hebben, vrijwillig of tegen betaling (bv. via persoonsgebonden budget). De voordelen zijn dat een kind met zijn/haar spelers meer speelsessies kan hebben, dat het andere mensen leert kennen, dat spelers kunnen meedenken over het kind en de invulling van de speelsessies,... Ouders moeten echter wel tijd investeren in de spelers en hen begeleiden in een leerproces. Voor de meeste ouders wegen de voordelen en de verrijking voor het programma die spelers met zich meebrengen sterk op tegen de investering die ze voor hen doen.

Conclusie: De werkzame bestanddelen (werkwijzen) van CSL in een notendop

Voor de ouders (doorheen de cursus):

- A. Het aanbieden van kennis en inzichten over:
 - a. De problematiek, ontwikkeling, gevoeligheden, uitdagingen en leefwereld van het kind met ASS.
 - b. Attitudes en overtuigingen (van ouders, maar ook van de omgeving), en hun impact op het handelen.
 - c. Moeilijk te begrijpen gedrag van het kind met ASS.
 - d. Emoties en het belang van emotionele ontlading.
 - e. Verwachtingen en doelen (belang van het “niet nodig te hebben” dat doelen worden bereikt).
 - f. Het belang van zelfzorg en steun voor ouders.
 - B. Training op vlak van houdingsbewustzijn (zowel over houding t.a.v. zichzelf als ouder als t.a.v. het kind):
 - a. Aanzetten tot “algemene zelfreflectie” en zelfonderzoek.
 - b. Concrete manieren om de eigen houding en overtuigingen te onderzoeken (vanuit concrete situaties).
 - C. Het aanbieden van concrete handvatten/werkwijzen om met het kind in contact te treden:
 - a. Leren hoe af te stemmen op het kind (vanuit de noden en het perspectief van het kind).
 - b. Leren controle te geven aan het kind, mee te doen met het kind en de eigen expressie te gebruiken.
 - D. Aanleren van concrete vaardigheden:
 - a. Voor het omgaan met moeilijk te begrijpen gedrag (bv. niet bekrachtigen)
 - b. Voor het analyseren van situaties met moeilijk te begrijpen gedrag (bv. ABC-schema's – Om inzicht te verwerven in de mogelijke functie van gedrag, het beter te begrijpen).
 - c. Om met emoties om te gaan (bv. emotionele ontlading).
 - d. Om de ontwikkeling van het kind stimuleren doorheen de techniek van contactgericht leren (doelen opstellen, vertrekken vanuit motivaties en interesses kind, manieren om te bekrachtigen,...)
 - E. Praktische ondersteuning:
 - a. Bij het opstellen van een werkplan (korte- en lange termijn doelen, strategieën,...)
 - b. Bij de concrete organisatie van het speelprogramma (bv. speelkamer inrichten, planning opmaken,...)
 - c. Bij het werven van vrijwilligers (spelers) voor het speelprogramma.
- ⇒ Deze werkwijzen worden allen aangeboden vanuit de visie “kracht en empowerment van ouders”.

Voor het kind (in het speelprogramma):

- A. De speelkamer als optimale speel- en leeromgeving:
 - a. Afgestemd op de sensorische noden, interesses en motivaties van het kind.
 - b. Een veilige ruimte waar het kind de controle heeft.
 - B. Ouders (spelers) die in hun houding en gedrag volledig afstemmen op het kind:
 - a. Leggen de controle bij het kind, wachten tot het kind initiatief neemt.
 - b. Participeren optimaal in activiteiten van het kind.
 - c. Oordelen niet, stellen geen verwachtingen, leggen geen druk op het kind.
-

-
- C. Leer- en ontwikkelingskansen (uitnodiging tot leren):
- Vanuit de interesses en motivaties van het kind en op een leuke manier.
 - Op maat van het kind, zonder druk.
- D. Sociale contacten in de speelkamer:
- Contact in een veilige omgeving op voorwaarde van het kind.
 - (Spelers die het netwerk van het kind vergroten.)
- ⇒ Deze werkwijzen worden allen aangeboden vanuit houding van onvoorwaardelijke acceptatie en afstemming.
-

B. Uitvoeringseisen en kwaliteitsbewaking

Uitvoeringseisen:

De eerste fase van de interventie bestaat uit de cursus die wordt aangeboden door medewerkers van stichting Horison. Er zijn geen andere organisaties die de cursus aanbieden. Om cursusleider te kunnen worden moet men de "trainerscursus CSL" volgen die aangeboden wordt door stichting Horison. Voorwaarden om de trainerscursus te kunnen volgen zijn:

- Kennis van en ervaring met de methode, minimaal 2 jaar;
- Zelf module 1 en 2 gevolgd hebben;
- HBO (Hoger Beroepsonderwijs²) gevolgd hebben of ervaringsdeskundige zijn (ouder, speler), of heel nauw betrokken zijn;
- Ervaring hebben in het begeleiden van groepen en ouders;
- Basiskennis hebben (op HBO niveau) over de ontwikkeling van een kind en ASS in het algemeen;
- Bewust zijn van eigen houding en bereid zijn om deze steeds weer te onderzoeken;
- Een levenshouding hebben die een referentie vormt voor het gedachtegoed van de methode;
- Bereid zijn om huiswerkopdrachten te maken, intervisie en attitudetraining te volgen;
- Bevoegd zijn: VOG – Verklaring Omtrent Gedrag³, VAR – Verklaring ArbeidsRelatie⁴, HBO-niveau, verzekerd, positieve reacties van ouders, keurmerk voor de zorg;

De tweede fase wordt volledig uitgevoerd door de ouders zelf, tenzij ze extra ondersteuning inroepen van stichting Horison. De personen die deze extra ondersteuning bieden zijn "gekwificeerde CSL-coaches" van de stichting. Daarnaast kunnen ouders beroep doen op de spelersvereniging van de stichting om spelers in te zetten in het programma van hun kind. Deze spelers zijn eveneens opgeleid door Horison en vormen samen "vereniging Berk".

Voor de ouders zelf zijn er geen eisen, behalve de indicaties en contra-indicaties die terug te vinden zijn onder "doelgroep". Ouders die zelf spelers inzetten in hun programma zijn verantwoordelijk om hen op te leiden en zo te zorgen voor een goede overdracht de methode.

Kwaliteitsbewaking:

Gedurende de cursus wordt de kwaliteit bewaakt door een voortdurende terugkoppeling naar de deelnemers, door gezamenlijke oefeningen en kringgesprekken. Op die manier verzekeren de cursusleiders zich ervan dat de deelnemers met alles mee zijn en tegen het einde van de cursus alle informatie en vaardigheden hebben verworven die nodig zijn om een programma op te zetten. Hun houvast is hierbij de handleiding van de cursus, waarin de inhoud staat omschreven.

De kwaliteitsbewaking in de tweede fase gebeurt door de ouders zelf, zij zijn verantwoordelijk voor hun programma en bijgevolg ook voor de kwaliteit ervan. Het kind vormt hierbij eigenlijk de toetssteen.

Context / overige randvoorwaarden voor toepassing

Hier worden kort een aantal zaken herhaald die verwerkt zijn in bovenstaande omschrijving van de interventie.

Bejegeningaspecten:

- Voor de ouder (door de CSL-cursusleiders):
 - o Empowerment;
 - o Benadrukken van "eigen kracht van ouders".

² in België professionele bachelor aan een hogeschool

³ In België uittreksel uit het strafregister

⁴ In België statuut zelfstandige/freelancer

-
- Voor het kind (door de ouders/spelers):
 - o Basishouding van onvoorwaardelijke acceptatie (zonder oordelen en verwachtingen t.a.v. het kind);
 - o Ontspannen, speelse en open houding;
 - o Geloof in de mogelijkheden van het kind;
 - o Gebruik van de eigen expressie (bv. "groot" reageren bij stapjes in de goede richting, "klein" reageren bij uitdagend gedrag, dit niet bekrachtigen).

Materiële, financiële en organisatorische aspecten:

- Materieel:
 - o Ouders kunnen een ruimte inrichten als speelkamer
 - o Ouders kunnen de speelkamer inrichten met spel- en ontwikkelingsstimulerend materiaal
- Financieel:
 - o Kostprijs van de cursus: €285 per module (*maar zie opmerking na conclusie module 2*)
 - o Verplaatsing van- en naar de cursus, maaltijden tijdens de cursus
 - o Kosten van materiaal voor inrichten speelkamer
- Organisatorisch:
 - o Ouders (of één van de ouders) moet(en) zich kunnen vrijmaken om de cursus te volgen
 - o Ouders moeten het programma uitwerken en opstarten, dit vergt tijd en organisatie

Overeenkomsten met andere interventies

De Contactgericht Spelen en Leren-methode is gegroeid uit de persoonlijke ervaringen van A. Groot en een combinatie van aantal relatiegerichte interventies die bedoeld zijn om de ontwikkeling van kinderen (met ASS) te stimuleren. Concreet gaat het om: de Son Rise-methode, de Growing Minds-methode en de Floortime methode. Dit zijn alle drie methoden die uitgevoerd (kunnen) worden door ouders, die kind-gecentreerd zijn en die de ouder-kindrelatie als basis nemen om het kind te stimuleren in zijn/haar ontwikkeling. Hier wordt kort een overzicht gegeven van de voornaamste kenmerken van deze methoden en de gelijkenissen en verschillen met CSL. Het is belangrijk om te weten dat deze methoden aan de basis liggen van CSL, maar dat de methode zelf een sterke eigenheid en uniciteit heeft, voornamelijk omwille van de "eigen regie door ouders"-instek en de ruime doelstelling (zowel beïnvloeden van opvoedingshandelen als attitude ouders, werken aan ouder-kind interactie en stimuleren ontwikkeling kind) die erin vervat zit. Ook omwille van culturele verschillen is het Nederlandse CSL verschillend van deze, in origine, Amerikaanse interventies (die ondertussen ook in Nederland aangeboden worden).

Son Rise (Kaufman)

Het Son Rise programma kan gezien worden als de methode die, op het eerste zicht, het meest gelijkenis vertoont met CSL. Het is een relatiegerichte methode waarbij attitude eveneens een essentieel element vormt. Binnen Son Rise gebruikt men de "option methode" om overtuigingen te onderzoeken, deze methode wordt ook gebruikt in CSL. Het traject van de methode is eveneens gelijkaardig. Er wordt gestart met een cursus waarin ouders manieren leren om contact te maken met hun kind en inzicht verwerven in zijn/haar beleavingswereld. Het werken aan attitude neemt ook een belangrijke plaats in. Na de cursus starten ouders met een thuisprogramma waarbij ook een speelkamer ingezet wordt.

Er zijn echter een aantal belangrijke verschillen tussen Son Rise en CSL. Het eerste verschil is dat Son Rise claimt dat ze kinderen met ASS kunnen "genezen". Ze spreken dan ook over "treatment" en promoten dit concept op hun website door middel van getuigenissen van ouders die aangeven dat hun kind genezen is van ASS. Stichting Horison staat niet achter deze verwoording en visie. Ze gaan niet akkoord met het idee dat kinderen met ASS "behandeld" moeten worden in termen van genezing, want ze beschouwen hen niet als "ziek". Een tweede verschil is de uitvoering van de methode door ouders. Bij CSL kiezen ouders zelf de intensiteit van hun programma, de frequentie van hun speelsessies, of ze al dan niet spelers willen,... In het Son Rise programma zijn er verschillende mogelijkheden op vlak van intensiteit en het inzetten van vrijwilligers, maar deze liggen duidelijk vast in protocollen en moeten door ouders op die manier opgevolgd worden. De uitvoering van de methode wordt dus veel strikter vastgelegd, en ouders worden minder vrij gelaten in hun keuzes over het programma. Een laatste verschil is dat bij Son Rise de nadruk meer lijkt te liggen op "relatie- en contact" en minder op het doelgericht en stapsgewijs de "ontwikkeling stimuleren". Voor inspiratie over werkwijzen voor het stimuleren van ontwikkeling heeft CSL zich bijgevolg gebaseerd op andere methodes.

Growing Minds (Wertz)

Growing Minds is een relatiegerichte methode die als doel heeft om kinderen met ASS te stimuleren in hun ontwikkeling op een zodanige manier dat het kind, na het doorlopen van het traject, naar school kan gaan. Attitude vormt een belangrijke component, naast het werken op maat en het opbouwen van de relatie met het kind. Alvorens gestart kan worden brengen ouders de ontwikkeling van hun kind in kaart doorheen een uitgebreide observatielijst. De methode loopt vervolgens in vier fasen. In de eerste fase wordt gestart met “volgen”; ouders geven hun kind de leiding, zijn hyper-responsief en richten zich vooral op relatie-opbouw. Deze fase wordt gevolgd door “geven en nemen”, nadien komt een fase met duidelijk afgelijnde “speeltijd en schooltijd” en als laatste fase de integratie van het kind in een school. Ouders krijgen aan de start van de interventie een cursus, waarna ze hun programma uitwerken. Het educatieve element staat in Growing Minds erg op de voorgrond. Men verwijst in deze methode ook naar methodieken als ABA (applied behavioural analysis) om het kind zaken aan te leren, maar benadrukt hierbij dat de achterliggende attitude sterk verschillend is. Bij ABA is de “leraar” meestal heel neutraal en staat de relatie niet centraal. Binnen Growing Minds is de relatie met het kind het uitgangspunt en wordt er heel warm en enthousiast omgesprongen met het kind tijdens leermomenten. Het verschil met CSL is dat er niet expliciet gebruik gemaakt wordt van een speelkamer en dat de doelstelling gericht is op het kind en vooral op het educatieve element. Er is dus niet zozeer een gerichtheid op het opvoedingshandelen van de ouders en op het opvoedingsproces in ruimere zin, zoals bij CSL. Gelijkenissen met CSL zijn vooral te vinden in het stimuleren van ontwikkeling (waarvoor CSL veel inspiratie heeft gehaald uit Growing Minds) en in het relatiegerichte in combinatie met attitude.

Opmerking: De hierboven gegeven omschrijving is slechts een ruwe schets van de Growing Minds methode. Op de website van de organisatie kunnen allerlei interventies gevonden worden die meer of minder intensief zijn, en die gericht zijn op specifieke doelgroepen binnen de groep van kinderen met ASS.

Floortime (Greenspan)

De floortime-methode is een ontwikkelingsgerichte benadering die uitgewerkt is voor kinderen met allerlei beperkingen en problematieken, dus niet alleen voor kinderen met ASS. Binnen Floortime is men geen voorstander van het labelen van kinderen, en gaat men uit van het unieke in elk kind om hier dan op in te spelen met een aanpak op maat. De methode vertrekt vanuit een theorie over zes ontwikkelingsmijlpalen die elk kind bereikt doorheen zijn leven. Normaal gesproken bereiken kinderen deze mijlpalen spontaan, maar kinderen met nood aan “speciale aandacht”, hebben hier hulp en ondersteuning bij nodig. In de methodiek is het sensorische profiel van het kind, en het in rekening brengen van diens gevoeligheden en sterke kanten, heel belangrijk. Ouders starten met een observatie van het kind, brengen in kaart welke mijlpalen het kind reeds gehaald heeft en wat de gevoeligheden en sterktes van hun kind zijn. Vervolgens worden er manieren omschreven om het kind naar de volgende mijlpaal te leiden via het inzetten van diens sterktes en het werken aan gevoeligheden. Dit doorheen de “floortime”: korte speelsessies van 20 à 30 minuten met het kind, om te werken aan concrete zaken in zijn/haar ontwikkeling. Over de methodiek is een uitgebreid boek geschreven waarmee ouders in principe aan de slag kunnen. Daarnaast worden er cursussen georganiseerd voor ouders, maar zijn er ook therapeuten die getraind zijn in de methodiek en die ouders professioneel kunnen ondersteunen. Een element dat heel belangrijk is in Floortime en dat ook teruggevonden wordt in CSL is het aanspreken van de motivaties en interesses van je kind, om deze op allerlei manieren te verwerken in leersituaties. Ook het afstemmen op het profiel van je kind en het inzetten van zijn/haar sterktes zijn zaken die in CSL verwerkt zijn. Attitude is belangrijk in Floortime, maar vormt niet de kern van de methode, zoals dit bij CSL wel het geval is. De verschillen tussen CSL en Floortime zijn gelijkaardig aan de verschillen tussen CSL en Growing Minds. Het “eigen kracht van ouders”-stuk dat sterk in CSL terugkomt is minder in Floortime verwerkt; de doelstelling is voornamelijk gericht op het kind, en ook vooral op het educatieve stuk. Daarnaast wordt er geen gebruik gemaakt van een speelkamer en kan de methode ook uitgevoerd worden door professionals in plaats van door ouders.

Bronvermelding

Contactgericht Spelen en Leren-methode:

Contactgericht Spelen en Leren. (n.d.). Retrieved from <http://www.horison.nl/>

Groot, A., & Hendriks, I. (2013). *Handleiding trainer CSL*. Unpublished manuscript.

Groot, A., & Wesselink-ten Thije, W. (2013). *Handleiding basiscursus. Contactgericht spelen en leren module 1*. Unpublished manuscript.

Groot, A., & Wesselink-ten Thije, W. (2013). *Handleiding basiscursus. Contactgericht spelen en leren module 2*. Unpublished manuscript.

Groot, A., & Wesselink-ten Thije, W. (2013). *Werkboek contactgericht spelen en leren*. Unpublished manuscript.

Contactgericht Spelen en Leren achtergrondinformatie:

Visie op ontwikkeling:

Delfos, M. F., & Groot, N. (2013). *Autisme vanuit een ontwikkelingsperspectief* (2nd ed.). Amsterdam, The Netherlands: SWP.

Visie op sensorisch functioneren van kinderen met ASS:

Bogdashina, O. (2004). *Waarneming en zintuiglijke ervaringen bij mensen met Autisme en Aspergersyndroom. Verschillende ervaringen, verschillende werelden* (J. Siebelink, Trans.). Antwerp, Belgium: Garant.

Attitude:

Kaufman, B. N. (1999). *Kies voor geluk* (2nd ed.), (K. Gerritsen, Trans.). Utrecht, The Netherlands: Het Spectrum.

Overeenkomstige interventies:

Son Rise:

Kaufman, B. N. (1998). *Verbroken stilte* (8th ed.) (K. Gerritsen, Trans.). Houten, The Netherlands: Holkema & Warendorf.

The son rise program. (n.d.). Retrieved from <http://www.autismtreatmentcenter.org/>

Growing Minds:

Wertz, S. R. (2007). *Growing minds. Advanced training workshop syllabus*. Unpublished manuscript.

Growing minds autism programs. (n.d.). <http://www.autism-programs.com/index.htm>

Floortime:

Greenspan, S. I., Wieder, S., & Simons, R. (2003). *Als uw kind speciale aandacht nodig heeft. Intellectuele en emotionele groei stimuleren* (A. Hazenberg, J. B. Kanon, & E. Strijbos, Trans.). Antwerp, Belgium: Kosmos-Z&K.

The Greenspan floortime approach. (n.d.). Retrieved from <http://www.stanleygreenspan.com/>

HOOFDSTUK 4: TOEWERKEN NAAR DESCRIPTIEVE & THEORETISCHE BEWIJSKRACHT – VOOR DE AFWERKING VAN NIVEAU 1 EN DE OPSTAP NAAR NIVEAU 2 – D.M.V. FOCUSGROEPEN

In de tweede fase van het onderzoek is aanvullende descriptieve bewijskracht verzameld voor het afwerken van de lijst met vereiste gegevens (Tabel 1) voor niveau 1, en is toegewerkt naar de ontstaanstheorie van de CSL-methode als opstap voor theoretische bewijskracht op niveau 2 (Fase 2a in Figuur 2). Hiervoor zijn twee focusgroepen ingezet die als “kennis-ontlokkend onderzoek” gesitueerd kunnen worden op niveau 2 van de effectladder (van Yperen & Veerman, 2008). Focusgroepen bieden de unieke mogelijkheid om data tot stand te brengen doorheen de interactie tussen deelnemers in een groepsdiscussie (Howitt, 2010). Deze mogelijkheid werd in dit onderzoek benut om de benodigde data voor de ontstaanstheorie (probleem-, risico-, en protectieve factoren en hun relatie tot elkaar) te produceren.

4.1 METHODOLOGIE: FOCUSGROEPEN

Er werden drie doelstellingen vooropgesteld voor de focusgroepen: (1) het benoemen en afbakenen van de doelgroep van de CSL-interventie; (2) het benoemen en omschrijven van de kernconcepten van CSL; en (3) het leggen en verantwoorden van verbanden tussen deze kernconcepten. Doelstellingen (1) en (2) zijn opgenomen in de eerste focusgroep op donderdag 12 december 2013, doelstelling (3) werd nagestreefd in de tweede focusgroep op donderdag 6 februari 2014. De twee focusgroepen vormen bijgevolg één geheel waarin de tweede sessie aansluit en voortbouwt op de eerste.

4.1.1 Deelnemers

Aangezien de twee focusgroepen één geheel vormen werd ervoor gekozen om een vaste groep van deelnemers te zoeken die tijdens beide delen aanwezig kon zijn. In totaal waren op de twee focusgroepen telkens zeven personen aanwezig, Tabel 7 geeft een overzicht van deze deelnemers en hun achtergrond. Bij aanvang bestond de groep uit negen deelnemers, hiervan waren er zes op beide focusgroepen aanwezig. Eén deelnemer kon twee maal niet aanwezig zijn, een andere deelnemer was wel aanwezig op de eerste focusgroep maar niet op de tweede, en een laatste deelnemer kon niet aanwezig zijn op de eerste focusgroep en wel op de tweede.

Bij het plannen van de focusgroepen werden twee criteria vastgelegd voor potentiële deelnemers: een diepgaande kennis van de CSL-methode en uitgebreide ervaring met de methode in de praktijk. De verwachting ten aanzien van de deelnemers was namelijk tweeledig: enerzijds op een abstract niveau kunnen nadenken over de methode; en anderzijds dit abstracte denken kunnen aanvullen en staven met eigen ervaringen uit de praktijk. Hiervoor was de combinatie van kennis en ervaring noodzakelijk. Het rekruteren van de deelnemers verliep in nauwe samenwerking met stichting Horison omwille van de contacten met potentiële participanten en de kennis over wie al dan niet in aanmerking zou komen. De definitieve groep werd samengesteld uit personen die voldoen aan beide criteria, maar die tegelijk vanuit verschillende achtergronden (bv. ervaringsdeskundige en/of opleiding als pedagoog, psycholoog, enz.) diverse invalshoeken en denkwijzen konden inbrengen.

Tabel 7

Overzicht Deelnemers focusgroep 1 & 2

Deelnemers focusgroepen		
<u>Deelnemer</u>	<u>Focusgroep</u>	<u>Relevante achtergrond – opleiding – ervaring</u>
1.	1 & 2	• Kinderpsychologe • Volgde opleiding Son Rise & Floortime • Werkt met gezinnen met kinderen met ASS & geeft cursussen aan ouders
2.	1 & 2	• HBO opleiding jeugdwelzijnswerk • Grondlegger CSL en directie stichting Horison • Zoon met ASS
3.	1 & 2	• Econoom • Penningmeester Horison • Zoon met ASS – Veel praktijkervaring met speelprogramma
4.	1 & 2	• Orthopedagoge • Cursus CSL & cursus Growing Minds gevolgd • Werkt met gezinnen (volgens methode CSL)
5.	1 & 2	• Ervaringsdeskundige: 15 jaar geleden de Son Rise cursus van Kaufman • Nadien cursussen CSL en Growing Minds • Dochter met ASS (draait al 15 jaar een speelprogramma)
6.	1 & 2	• Ervaringsdeskundige: In 1990 Son Rise cursus • Begeleidt gezinnen met speelprogramma (samen met deelnemer 1) • Zoon met ASS (heeft zes jaar speelprogramma gedraaid)
7.	1	• Lange en brede achtergrond in gezondheidszorg (wou niet specificeren) • Son Rise cursus (Nederland 15j geleden en nadien ook Amerika) • Zoon met ASS (jarenlang speelprogramma gedraaid)
8.	2	• GGZ-psycholoog • Werkt sinds 2005 samen met Horison • Schreef samen met deelnemer 2 boek “contactgericht ondersteunen”

4.1.2 Voorbereiding en verloop focusgroepen*Voorbereiding*

De *inhoudelijke voorbereiding* van de focusgroepen gebeurde grotendeels in de fase van de documentenanalyse. Hier werd onder andere geconstateerd dat er in de documenten informatie ontbreekt met betrekking tot de doelgroep van CSL, waarna werd besloten om dit thema op te nemen in de focusgroepen. Daarnaast werd veel voorbereidend werk verricht door het afleiden en benoemen van de concepten en kernconcepten uit de CSL-documenten. Het overzicht van de kernconcepten werd namelijk in de fase van de focusgroepen gehanteerd als toetssteen om na te gaan of de data uit de focusgroepen overeenstemmen met datgene wat uit de documenten werd afgeleid. Een laatste stap in de voorbereiding was het opstellen van hypothesen over mogelijke linken tussen de kernconcepten, op basis van de informatie uit de documentenanalyse. De hypothesen werden opgesteld om als onderzoeker vanuit een dieper inzicht de focusgroepen te kunnen leiden.

De focusgroepen werden *praktisch voorbereid* via een concrete leidraad voor elke sessie. De leidraden werden opgebouwd aan de hand van: (1) een concrete tijdsplanning; (2) een takenplanning van de moderator en observator; (3) een overzicht van de te geven informatie bij de introductie: uitleg over het doel van de focusgroep, toelichten van de focusgroep-grondregels (Howitt, 2010), ondertekenen “informed consent”, enz.; (4) een lijst met startvragen en ondersteunende vragen per onderdeel; en (5) de afsluiter van de focusgroep.

Verloop eerste focusgroep

De eerste focusgroep vond plaats in Deventer en duurde drie uur, er was één moderator en één observator. Achtereenvolgens kwamen volgende zaken aan bod:

- Inleiding en verwelkoming (voorstelling onderzoeker en observator, doel focusgroep toelichten, “informed consent” laten tekenen);
- Toelichting inhoudelijk verloop focusgroep en grondregels;
- Voorstellingsronde deelnemers (naam, ervaring met CSL, achtergrond en/of opleiding);
- *Thema “afbakenen doelgroep”*: Het gesprek werd op gang gebracht door de vraag “wie behoort er volgens jullie tot de doelgroep voor de CSL-interventie?”. Nadien werd dieper ingegaan op de specificaties van de doelgroep door het bevragen van kenmerken (van de kinderen en de ouders) en indicaties en contra-indicaties (voor kinderen en ouders). De moderator spoorde deelnemers aan om alle genoemde kenmerken en indicaties concreet en helder te benoemen en te omschrijven.
- *Thema “kernconcepten”*: Hier werd het gesprek op gang gebracht door een uitleg over wat probleem-, risico-, en protectieve factoren zijn, vergezeld van een voorbeeld. Vervolgens is er een brainstorm opgestart die spontaan overging tot het concreet benoemen van concepten vanuit de deelnemers. Hier werd bij elk concept gevraagd om het toe te wijzen aan een categorie, het concept werd dan op een post-it geschreven (rood voor probleem, geel voor risico, groen voor protectief) en opgehangen. Vervolgens werd gevraagd naar een heldere omschrijving van het concept en tot slot of het concept al dan niet beïnvloedbaar is door middel van interventie. De kernconcepten uit de documentenanalyse werden tijdens de discussie door de observator afgevinkt van een lijst indien ze benoemd werden. Op het eind zijn de concepten die nog niet waren afgevinkt ingebracht in de groep om ze vervolgens op bovengenoemde wijze te bespreken. De moderator stelde doorheen het gesprek gerichte vragen om de deelnemers te begeleiden bij het benoemen, categoriseren en omschrijven van de concepten;
- Afsluiten focusgroep (ronde om ervaringen te delen, deelnemers bedanken).

Verloop tweede focusgroep

De tweede focusgroep vond eveneens plaats in Deventer en duurde 3,5 uur, er was één moderator en één observator. Achtereenvolgens kwamen volgende zaken aan bod:

- Inleiding en verwelkoming (idem focusgroep 1);
- Toelichting inhoudelijk verloop focusgroep en herhaling grondregels;
- Overlopen resultaten van vorige focusgroep (deelnemers kregen schema met kernconcepten en omschrijving ervan - ter ondersteuning van het leggen van linken tussen deze concepten);

- Thema “*linken tussen kernconcepten*”: De verbanden werden gelegd aan de hand van een groot overzichtsblad met alle concepten waarop de observator concreet pijlen tussen de concepten kon trekken en nummeren. Het gesprek werd op gang gebracht met een toelichting van de concrete opdracht, alsook een voorbeeld van een link tussen twee concepten en een mogelijke verantwoording hiervan. Vervolgens werd vanuit een brainstorm overgegaan naar het benoemen van concrete linken. De deelnemers kregen de opdracht om over elk verband overeenstemming te bereiken, alsook elk verband helder te verantwoorden vanuit hun praktijkervaring (de verantwoording mocht dus niet zijn “omdat dit werkt bij CSL” maar moest concreet gestoeld zijn in ervaring). De moderator hield voornamelijk de rode draad vast en zag erop toe dat elke link helder benoemd en verantwoord werd;
- Afsluiten focusgroep (idem focusgroep 1).

4.1.3 Data-analyse

De geluidsopnamen van beide focusgroepen zijn letterlijk getranscribeerd en vormen de basis voor een “transcript-gebaseerde analyse” (Krueger & Casey, 2000). Naast het transcript is bij de analyse gebruik gemaakt van aanvullende informatie uit nota’s van de observator en moderator, en van materiaal uit de focusgroepen (post-its met kernconcepten, schema met linken tussen de concepten). Tijdens het analyseren is vooral toegewerkt naar een helder en beknopt verslag van de informatie die relevant was om de doelstellingen van de focusgroepen te bereiken. Hierbij is gewerkt volgens de aanbeveling van Krueger en Casey (2000) dat het doel van het onderzoek de analyse moet aansturen.

Concreet zijn in de transcripties alle tekstpassages aangeduid die relevant zijn voor de drie doelstellingen. Zo is omtrent de doelgroep alle informatie aangeduid over kenmerken, indicaties en contra-indicaties. Omtrent de kernconcepten is steeds het concept zelf aangeduid, (stukken van) de omschrijving, de categorisatie (probleem-, risico- of protectieve factor), en of het concept beïnvloedbaar is of niet (eventueel met verantwoording). Omtrent de linken tussen de concepten is de omschrijving van de link aangeduid, het nummer van de link op het schema en de verantwoording ervan.

Deze informatie is vervolgens samengebracht in een document en aangevuld met gegevens uit notities van de observator en moderator, alsook met informatie uit het materiaal van de focusgroep. Hierbij is het belangrijk om op te merken dat, tijdens het analyseren en verwerken van de linken tussen de kernconcepten, duidelijk werd dat in de focusgroep niet alle mogelijke verbanden tussen kernconcepten zijn gelegd. Dit bleek uit twee zaken: enerzijds delen van de transcriptie waarin deelnemers verbanden benoemen die achteraf gezien niet zijn opgenomen omdat de rest van de groep een ander verband aanhaalt of uitdiept, en anderzijds het ontbreken van een aantal verbanden die door de onderzoeker als voorbereiding op de focusgroep gelegd waren (aan de hand van informatie uit de documentenanalyse). Om volledigheid na te streven werd besloten om deze ontbrekende verbanden, die afgeleid konden worden uit de transcriptie en de voorbereiding van de onderzoeker, alsnog op te nemen; niet als tekst omwille van een gebrek aan concrete invulling door de focusgroep-deelnemers, maar wel visueel door ze te verwerken in het praktijkschema (zie verder).

Om alle gegevens samen te brengen is van de twee focusgroepen een verslag opgesteld waarin alle informatie en resultaten overzichtelijk zijn opgenomen. Het verslag van focusgroep 1 omvat de omschrijving van de doelgroep en een lijst met de kernconcepten en hun omschrijving, de informatie uit dit verslag is verwerkt in Paragraaf 4.2. Het verslag van focusgroep 2 omvat een lijst met 68 verbanden tussen de kernconcepten en de verantwoording ervan, dit verslag is opgenomen in Bijlage C. De aanvullende verbanden zijn niet opgenomen in dit verslag maar wel verwerkt in de visuele weergave die is afgebeeld in Figuur 5. Het totaal aantal verbanden is hiermee gestegen van 68 naar 100. De transcripties van de focusgroepen zijn niet opgenomen in bijlage wegens te lang, ze zijn wel ter inzage beschikbaar via de onderzoekseenheid.

4.2 RESULTAAT

Het resultaat van de focusgroepen bestaat uit drie delen. Het eerste deel is de *omschrijving van de doelgroep* van de CSL-methode; deze staat weergegeven in Tabel 8 en kan gekaderd worden als onderdeel van “de vereiste informatie voor een goed omschreven interventie” in Tabel 6. Het tweede deel is de *definitieve lijst met kernconcepten*, deze bestaat uit 13 probleemfactoren, 14 risicofactoren en 16 protectieve factoren, en is terug te vinden in Tabel 9. Elk kernconcept wordt toegelicht aan de hand van de omschrijving die eraan is toegekend tijdens de focusgroep. Daarnaast wordt aangegeven op wie het concept betrekking heeft en of de deelnemers het concept al dan niet als “beïnvloedbaar door interventie” omschreven (bij een aantal concepten wordt hierbij een extra toelichting gegeven).

Het derde deel is een schema waarin alle kernconcepten met hun onderlinge verbanden zijn verwerkt, dit schema vormt het *praktijkmodel* van de ontstaanstheorie van de CSL-methode, het is afgebeeld in Figuur 5. Het schema omvat de visuele weergave van 100 verbanden tussen kernconcepten: enerzijds de 68 verbanden die in de tweede focusgroep zijn gelegd, en anderzijds de aanvullende 32 verbanden die door de onderzoeker werden toegevoegd om, zoals hierboven omschreven, volledigheid van het schema na te streven. In het schema zijn de verschillende soorten concepten aangeduid door het gebruik van drie kleuren: rood voor probleemfactoren, geel voor risicofactoren en groen voor protectieve factoren. De meeste linken zijn gelegd tussen aparte kernconcepten en worden aangeduid met dunne pijlen, er zijn echter ook een aantal linken die lopen tussen een concept en een cluster van problemen (bv. problematiek kind met ASS), deze zijn aangeduid met dikke pijlen.

Het praktijkmodel (Figuur 5) en de bijhorende omschrijving van concepten en verbanden zijn het “vanuit de praktijk gevormde uitgangspunt” voor onderbouwing van de CSL-methode op niveau 2 van de effectladder. In het schema is concreet uitgewerkt wat het probleem is dat men met CSL wil aanpakken, alsook welke risicofactoren op welke manier (delen van) dit probleem in stand houden of verergeren, en welke protectieve factoren op welke manier (delen van) het probleem kunnen doen afnemen of verhelpen. In de volgende fase wordt de link gelegd tussen deze praktijk-gebaseerde informatie en aansluitende theoretische kaders.

Tabel 8

Omschrijving van de Doelgroep van de CSL-interventie

Doelgroep van de interventie

De doelgroep bestaat uit:

- Kinderen met (een vermoeden van) autismespectrumstoornis.
- Ouders van kinderen met (een vermoeden van) autismespectrumstoornis.

Indicaties en contra-indicaties:

De ouders zijn de kern van de interventie. Omdat zij het programma voor hun kind draaien wordt de werkzaamheid van de interventie door hen gegarandeerd. Omwille van deze essentiële rol, die vervuld wordt door de ouders, zijn er voornamelijk indicaties voor hen geformuleerd.

Indicaties voor de ouders:

1. De ouders moeten bereid zijn tot zelfreflectie.
2. De ouders willen de regie nemen over de zorg voor hun kind.
3. De ouders zijn op zoek naar een methode die vertrekt van hun kind en waar maatwerk de standaard is. Ze geloven in de mogelijkheden van hun kind en zijn op zoek naar een methode die uitgaat van deze mogelijkheden. (Wat impliceert dat dit geen methode is voor ouders die op zoek zijn naar een standaard programma dat vastligt in voorschriften en protocollen.)
4. De ouders zijn bereid om de tijds- en de financiële investering te doen die verbonden zijn aan de interventie.
5. De ouders willen de ontwikkeling van hun kind stimuleren.
6. De ouders maken zelf de bewuste en goed geïnformeerde keuze om te starten met deze interventie. (Wat impliceert dat de interventie nooit opgelegd kan worden.)

Indicaties voor de kinderen:

1. Een (vermoeden van) autismespectrumstoornis (Een officiële diagnose is dus geen voorwaarde, enerzijds omdat stichting Horison geen kinderen wil uitsluiten die nog een diagnostisch traject aan het doorlopen zijn, anderzijds omdat men geen ouders wil uitsluiten die, na het lezen van informatie over de methode, het gevoel hebben dat ze hierin de ondersteuning vinden die ze zoeken.)
2. Ontwikkelingsleeftijd tussen 0 en 12 jaar (Een jongere van bijvoorbeeld 15 jaar met een ontwikkelingsleeftijd van 6 jaar behoort dus tot de doelgroep.)

Contra-indicaties voor ouders:

Ouders die zich psychisch gezien niet in een stabiele situatie bevinden op het moment van inschrijving voor de interventie. Hierbij denkt stichting Horison aan problematieken als een burn-out of depressie.

Contra-indicaties voor kinderen:

Voor kinderen zijn er geen contra-indicaties geformuleerd. Er zijn geen beperkingen op basis van IQ, comorbiditeit, meervoudige handicaps, gebruik van medicatie,... Net omdat de methode volledig op maatwerk is gebaseerd, is het mogelijk om het programma aan te passen aan de eigenheid van elk kind (dat binnen bovenstaande indicaties valt).

Opmerking: Indien ouders, na het lezen van bovenstaande informatie, twijfelen of zij (of hun kind) binnen de doelgroep passen, kunnen ze steeds vrijblijvend contact nemen met stichting Horison.

Tabel 9

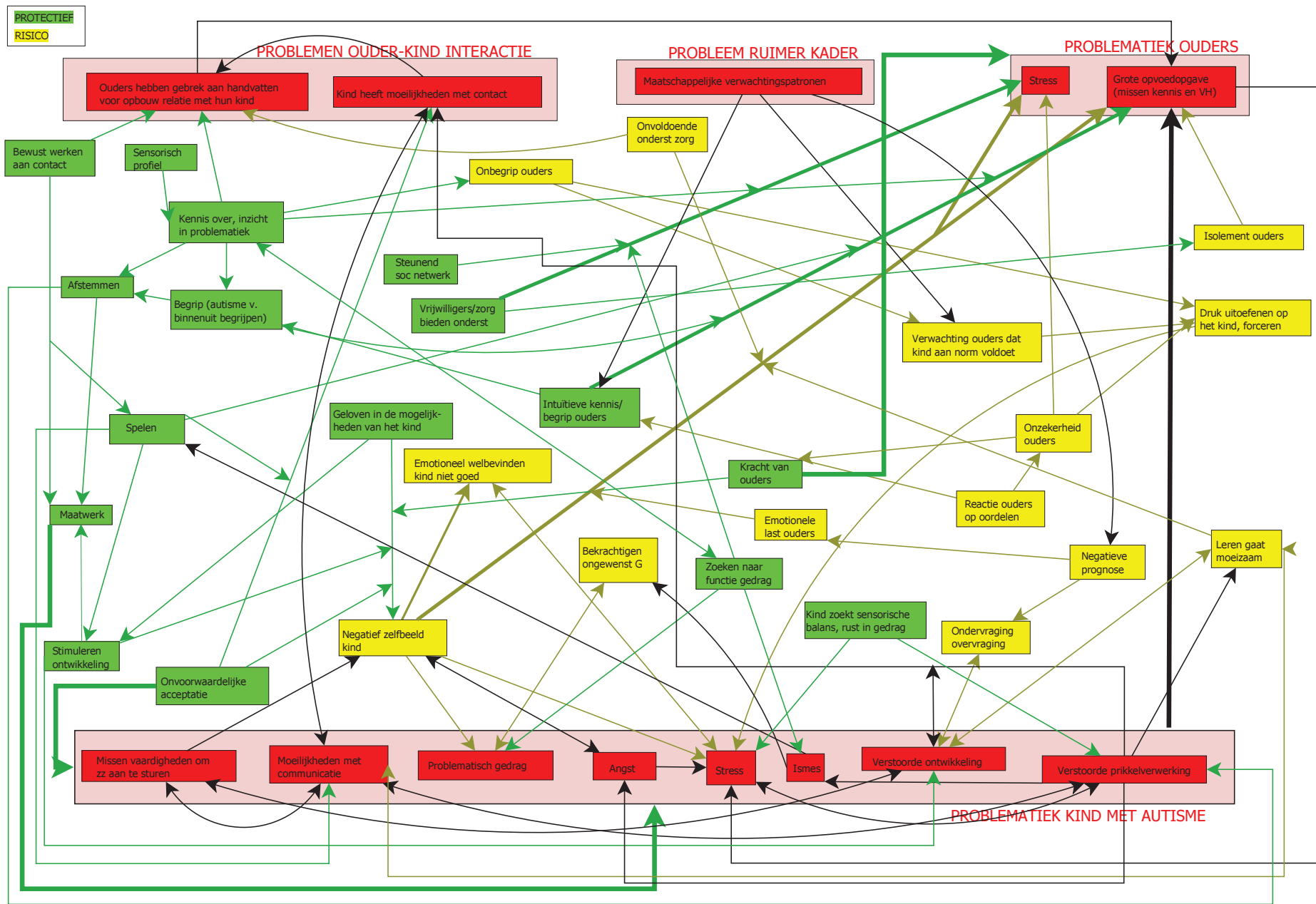
Lijst met Kernconcepten van de CSL-methode en hun Omschrijvingen o.b.v. de Focusgroepen

Probleemfactoren		
Factor en omschrijving	Probleem bij	Beïnvloedbaar ja/nee
1. Verstoorde prikkelverwerking = Een informatieverwerkingsprobleem met gevolgen op meerdere terreinen, waaronder de executieve functies.	Kind	Ja
2. Verstoorde ontwikkeling = Vertraging en versnelling in de ontwikkeling van het kind. Een ontwikkelingsverloop waarbij nood is aan extra stimulatie, opvolging.	Kind	Ja (Niet de ontwikkeling an sich maar factoren in de ontwikkeling)
3. Stress kind = Door de verstoorde prikkelverwerking, de onduidelijkheid, de druk die uitgeoefend wordt,... hebben kinderen met autisme stress.	Kind	Ja
4. Moeilijkheden met contact (o.a. wederkerigheid) = Kinderen met autisme kunnen om allerlei redenen moeilijkheden hebben met (wederzijds) contact met hun ouders en personen uit de omgeving. Dit probleem staat vrij centraal.	Kind	Ja
5. Moeilijkheden met communiceren = Sommige kinderen kunnen heel moeilijk komen tot communicatie, niet alleen spreken maar communicatie op allerlei vlakken. Dit heeft invloed op allerlei vlakken en kan voor de kinderen ook veel frustratie, gevoelens van "niet begrepen worden" en onduidelijkheid teweeg brengen.	Kind	Ja
6. Ismes = Repetitief gedrag, intense interesses, gedrag om tot sensorische balans te komen, gedrag om zichzelf te stimuleren,...	Kind	Ja
7. Problematisch gedrag en "button-pushing" = Uitdagend gedrag, driftaanvallen,... Kinderen weten dat mensen op een bepaalde manier gaan reageren en dagen hen uit omdat ze de reactie leuk vinden. Ze stellen dit gedrag met het oog op een reactie.	Kind	Ja
8. Angst = Het ontbreken v. een basisveiligheid, angst die op allerlei gebieden aanwezig is.	Kind	Ja (maar niet zoveel als we zouden willen)
9. Kind mist vaardigheden om zichzelf aan te sturen = Dit kunnen we linken aan problemen met executieve functies maar evengoed met sensorische informatieverwerking en communicatie. Het gaat om moeilijkheden met planning, organisatie, komen tot bepaalde handelingen of opeenvolgingen van gedrag.	Kind	Ja
10. Ouders staan voor grote opvoedopgave, ze missen kennis en vaardigheden voor opvoeding van hun speciale kind = De ouders hebben geen eigen regie, krijgen de kans niet om het beste uit hun kind te halen ook al is dat wat ze willen. Ze verwachtten een "gewoon kind" en zijn niet voorbereid op hun speciale kind. Hierdoor missen ze kennis, vaardigheden en ervaringen om zich op te baseren voor de opvoeding.	Ouder	Ja
11. Voldoende liefde maar gebrek a. handvatten voor opbouw relatie = De ouders missen handvatten, een gebruiksaanwijzing om de relatie met hun kind op te bouwen. Dit is iets wat normaal spontaan groeit maar bij kinderen met autisme verloopt die opbouw moeilijker. Ouders ervaren dat, voelen zich soms afgewezen, weten niet hoe ze hiermee verder moeten,...	Ouder	Ja
12. Stress ouders = Er zijn allerlei zaken (gelinkt a. opvoeding v. kind met ASS) die voor ouders stress met zich meebrengen. Dit kan zeker als probleem benoemd worden.	Ouder	Ja (niet de oorzaken maar hun omgaan met en beleving van)
13. Maatschappelijke verwachtingspatronen (normalisatievisie) = De verwachtingspatronen die heersen op maatschappelijk niveau en die leiden tot een bepaalde visie op mensen met autisme en hun ouders.	Algemeen maatschappelijk	Nee

Risicofactoren		
Factor	Risico vanuit/voor	Beïnvloedbaar ja/nee
1. Negatief zelfbeeld kind = Het kind heeft weinig zelfvertrouwen, voelt druk vanuit de buitenwereld en kan daardoor geen houvast vinden in zichzelf.	Kind	Ja
2. Leren gaat moeizaam = Als onderdeel van het ontwikkelingsproces kan bij sommige kinderen leren heel moeilijk lopen. Ze komen bv. niet tot imitatiegedrag of gedeelde aandacht.	Kind	Ja
3. Emotioneel welbevinden kind is niet goed = Om allerlei redenen kan het emotioneel welbevinden van het kind niet goed zijn, is vaak te linken aan de interactie tussen het kind en de omgeving. Het kan allerlei domeinen beïnvloeden.	Kind	Ja
4. Isolément van ouders = Geen (of heel klein) sociaal netwerk, eenzaamheid.	Ouder	Ja
5. Reactie van ouders op oordelen van zichzelf en van buitenaf = De omgeving van de ouders oordeelt over het kind en over hen. Ouders gaan dan op basis van deze oordelen anders reageren, zich anders gedragen, zich onzeker voelen,... Ouders oordelen ook over zichzelf en/of over hun kind en kunnen hierdoor druk gaan uitoefenen op het kind, negatieve gevoelens krijgen over zichzelf als ouder,...	Ouder	Ja (De oordelen niet maar de reactie van ouders wel)
6. Ouders bekrachtigen het ongewenste gedrag = Als ouders op een bepaalde manier reageren op ongewenst gedrag lopen ze het risico om dit te gaan bekrachtigen doordat het kind hun reactie leuk vindt. Het kind gaat dit gedrag dan meer stellen om deze reactie uit te lokken.	Ouder	Ja
7. Emotionele last van ouders (verwerking, zorgen) = De ouders kunnen een stuk emotie meedragen dat ze een plek moeten geven, dit is een proces dat ze doorlopen en dat invloed heeft op alledaagse zaken.	Ouder	Ja
8. Druk uitoefenen op het kind, willen forceren, directief benaderen = De ouders willen dat het kind bepaald gedrag stelt en pushen het om zijn/haar gedrag veranderen zonder de oorzaak te kennen of te zoeken.	Ouder	Ja
9. Onzekerheid = De ouders voelen zich onbegrepen, wanhopig ("waarom werkt dit bij andere kinderen en niet bij mijn kind?"). Ze worden ook onzeker door maatschappelijke verwachtingen, door opmerkingen van mensen in de omgeving. Hierdoor gaan ze druk uitoefenen, of hun onzekerheid uitstralen naar het kind.	Ouder	Ja
10. Onbegrip ouders = De ouders begrijpen het gedrag niet, waarom gedraagt het kind zich zo? Ze proberen het soms te stoppen zonder de oorzaak te kennen. Dit hangt vaak samen met een gevoel van onmacht.	Ouder	Ja
11. Verwachting ouders dat kind aan de norm voldoet = Ouders verwachten dat het kind zich gedraagt volgens wat als "normaal wordt gezien" in de maatschappij.	Ouder	Ja
12. Onvoldoende ondersteuning door of samenwerking met de zorg = De ouders kunnen onvoldoende aanspraak maken op mensen uit de zorg (of uit het onderwijs) om een zinvolle bijdrage te leveren aan de zorg voor hun speciale kind. De samenwerking loopt niet vlot.	Ouder	Ja (niet de mensen uit de zorg maar de manier waarop ouders met hen omgaan)
13. Ondervraging of overvraging kind (gelinkt aan protocollaire doelen) = Het kind wordt ondergestimuleerd of niet meer gestimuleerd, vaak vanuit het idee dat het niet meer kan of niets meer kan leren. Het tegenovergestelde kan ook, men verwacht teveel van het kind, heeft een bepaald standaarddoel voor ogen waar het kind nog niet aan toe is. Beide zijn kenmerkend voor een niet-afgestemde aanpak.	Algemeen maatschappelijk	Ja
14. Negatieve prognose door diagnosticus = De manier waarop de diagnosticus nieuws aan ouders overbrengt kan nog jaren blijven doorwegen. Als hij een negatieve uitspraak doet heeft dit invloed.	Algemeen maatschappelijk	Nee

Protectieve factoren		
Factor	Protectief vanuit/voor	Beïnvloedbaar ja/nee
1. Het kind zoekt sensorische balans, rust in gedrag = <i>Het zelfregulerende mechanisme dat het kind hanteert om zichzelf in balans te brengen. Om niet overladen te worden of niet weg te zakken door onderprikkeling.</i>	Kind	Ja
2. Onvoorwaardelijk accepterende houding = <i>Afstemmen op het kind, zonder oordeel zijn, onderzoekend zijn. De houding aan de basis van het programma. Het kind zien als leraar van zichzelf en van ons. (Positief, ontspannen, geduldig zijn.)</i>	Ouder	Ja
3. Kracht, competentie en deskundigheid ouders, nemen de leiding = <i>Dit zijn de instrumenten die ouders inzetten om voor zichzelf en voor hun kind te zorgen.</i>	Ouder	Ja
4. Intuïtieve kennis, begrip en deskundigheid van ouders over eigen kind = <i>Ouders hebben een enorme basis van informatie en kennis opgebouwd over hun kind. Dit is hun innerlijke deskundigheid. De manier waarop ze hun kind aanvoelen, wat ze allemaal over het kind weten,... Ouders zijn meer in hun kracht als ze deze innerlijke basis bewust aanspreken en gebruiken.</i>	Ouder	Ja
5. Geloven in de mogelijkheden van het kind = <i>Vertrekken vanuit de visie "het kind is helemaal compleet, wat erin zit halen we eruit". Niet het idee dat je het kind moet "vullen" met zaken die het leert, net het tegenovergestelde, op die manier geloof je in het kind.</i>	Ouder	Ja
6. Kennis, inzicht in de problematiek en specifieke noden van het kind = <i>Kennis is de sleutel voor ouders om hun kind te begrijpen, meer inzicht te verwerven in het gedrag en de noden van hun kind. Deze kan voortkomen uit zelfstudie, oudertrainingen, psycho-educatie,...</i>	Ouder	Ja
7. Autisme van binnenuit begrijpen = <i>Dit is het joinen, het voelen en ervaren door mee te gaan in de wereld van het kind om zo tot een ruimer begrip te komen. Het is en blijft echter "bij benadering".</i>	Ouder	Ja
8. Inzicht in en zoeken naar de mogelijke functie van ismen en problematisch gedrag = <i>Het observeren, onderzoeken van het gedrag van het kind om tot meer begrip te komen. Weten dat het kind dit doet om een reden, dat het gedrag een functie heeft. Hier naar op zoek gaan.</i>	Ouder	Ja
9. Maatwerk = <i>Aanpak volledig aansluiten bij het kind, het kind als vertrekpunt nemen.</i>	Ouder & Kind	Ja
10. Bewust werken aan contact = <i>Aansluiten bij het kind, het kind volgen, meedoen met het kind. Contact opbouwen vanuit acceptatie en respect voor de eigenheid van het kind. Op een heel bewuste manier uitnodigen tot verbinding.</i>	Ouder & Kind	Ja
11. Het sensorisch profiel van het kind opstellen = <i>Een profiel waarin de sensorische over- en ondergevoeligheden van het kind duidelijk omschreven staan. Het kan bijdragen aan meer begrip voor het kind en vormt ook een uitgangspunt voor bvb. het opstellen van doelen.</i>	Ouder & Kind	Ja
12. Spelen, speelse interactie, aandacht delen = <i>Op een ontspannen manier samen tijd doorbrengen, spelen met het kind, op een leuke en positieve wijze in interactie treden, samen aandacht hebben voor zaken,...</i>	Ouder & Kind	Ja
13. Stimuleren ontwikkeling (vanuit motivaties en verbinding) = <i>Het kind stimuleren in zijn/haar ontwikkeling, in het contact, in communicatie,... Dit steeds vanuit een verbinding tussen jezelf en het kind, niet omdat het moet maar vanuit oprechte belangstelling voor en samen zijn met het kind.</i>	Ouder & Kind	Ja (Niet de motivatie of interesse zelf maar het gebruiken ervan)

<u>Factor</u>	<u>Protectief vanuit/voor</u>	<u>Beïnvloedbaar ja/nee</u>
14. Afgestemde aanpak en omgeving (sensitief-responsief) = <i>In je aanpak volledig afstemmen op het kind. Je laten leiden door de noden van het kind. Ook een omgeving creëren aangepast aan de sensorische noden.</i>	Ouder & Kind	Ja
15. Vrijwilligers/mensen uit de zorg die ouders vanuit erkenning en vertrouwen ondersteuning bieden = <i>Mensen die behoren tot "het team van de ouders", waar ze een vlotte samenwerking met aangaan en die hen vraaggericht ondersteunen. De ouders kunnen op hen beroep doen zonder het gevoel te hebben de regie uit handen te geven.</i>	Ouder & Kind	Ja (<i>Niet de mensen uit de zorg maar wel de ouders bij het zoeken naar de mensen die ze nodig hebben</i>)
16. Uitgebreid sociaal netwerk ouders en kind = <i>Een netwerk biedt zowel aan de ouders als het kind mogelijkheden tot contact, ondersteuning,...</i>	Ouder & Kind	Ja



Figuur 5. Praktijkmodel van de ontstaanstheorie van de CSL-methode

4.3 VOORBEREIDING LITERATUURSTUDIE: VAN PRAKTIJKMODEL NAAR THEORETISCH MODEL

Het praktijkmodel van de ontstaanstheorie van de CSL-methode, dat tot stand kwam doorheen de focusgroepen, is in de derde fase van het onderzoek theoretisch onderbouwd. Deze theoretische onderbouwing gebeurde aan de hand van een literatuurstudie over de benoemde kernconcepten (factoren) en de verbanden hiertussen. Bij het maken van de overgang naar deze literatuurstudie werden echter een aantal struikelblokken vastgesteld: (1) de factoren uit het praktijkmodel zijn op een zodanige wijze omschreven dat ze moeilijk/niet in wetenschappelijke literatuur terug te vinden zijn; (2) een aantal protectieve en risicofactoren bevinden zich op eenzelfde continuüm, tegenover elkaar; en (3) de grote hoeveelheid aan factoren kon onmogelijk binnen het tijdsbestek van één masterproef onderzocht worden. Om deze struikelblokken te overwinnen is ervoor gekozen om het praktijkmodel eerst en vooral te vereenvoudigen, en vervolgens na te gaan of er een theoretisch model kon uitgewerkt worden dat hierop aansluiting biedt (Fase 2b in Figuur 2). Het uitwerken van zo'n theoretisch model maakte het mogelijk om de literatuurstudie op dit model te focussen, en daarbij voor elke factor uit het originele praktijkschema na te gaan hoe deze een plaats kan krijgen in dat model. In dit laatste deel van Hoofdstuk 4 is de concrete vereenvoudiging van het praktijkschema uitgewerkt, Hoofdstuk 5 handelt over de literatuurstudie.

4.2.1 Vereenvoudiging van het praktijkmodel

Om het praktijkmodel te vereenvoudigen, en zo de overstap te maken naar een theoretisch meer toegankelijk model, is ervoor gekozen om eerst en vooral het aantal risico- en protectieve factoren te reduceren tot een minimum. Dit gebeurde door middel van een zoektocht naar overkoepelende concepten die meerdere factoren kunnen omvatten. Er is hierbij geen reductie uitgevoerd van de probleemfactoren omdat elke probleemfactor deel uitmaakt van het kernprobleem dat stichting Horison met de CSL-interventie wil aanpakken.

De reductie is uitgevoerd aan de hand van een (heel kleinschalige) *thematische analyse*, waarbij de onderzoeker over een hele dataset heen op zoek gaat naar herhaalde betekenispatronen (Braun & Clarke, 2006). Deze betekenispatronen worden volgens Braun en Clarke gevat in thema's die representatief zijn voor een bepaalde gemeenschappelijke betekenis binnen de dataset. De analyse kan zowel inductief zijn (waarbij thema's ontstaan vanuit de data) als theoretisch (waarbij de analyse gedreven wordt vanuit een specifieke onderzoeksvraag). In dit geval werden de analyses aangestuurd vanuit een concrete vraag. Bij de risicofactoren is gezocht naar gemeenschappelijkheden in wat de factoren mogelijks teweegbrengen (of waar ze mogelijks invloed op hebben) bij de ouders of het kind, bij de protectieve factoren is gezocht naar mogelijks positieve uitkomsten of doelen die men voor ogen heeft bij het inzetten of aanspreken van deze factor.

De concrete uitvoering van de analyse is geïnspireerd op het protocol dat Braun en Clarke (2006) voorschrijven voor de overstap van een veelheid aan codes, die gelinkt zijn aan concrete stukjes transcript, naar overkoepelende thema's. Hierbij werd elke factor beschouwd als een code en op een aparte post-it geschreven, waarna het mogelijk was om groepjes van factoren samen te stellen, aangestuurd vanuit de bovengenoemde vragen. Bij het vormen van de groepjes zijn de omschrijvingen van de factoren erbij genomen en werd extra literatuur geraadpleegd met betrekking tot de inhoud en omschrijving van bepaalde concepten. Op die manier

werd voor elk groepje getracht om tot een thema te komen en hier een passende naam op te kleven. De benamingen van de thema's (nieuwe concepten na reductie) zijn in een aantal gevallen overgenomen van de originele kernconcepten (in het geval één origineel kernconcept overkoepelend kan zijn voor meerdere kernconcepten), daarnaast zijn er een aantal nieuwe benamingen aan overkoepelende concepten toegewezen.

Na het reduceren van de factoren was het mogelijk om een nieuwe, vereenvoudigde versie te maken van het originele praktijkschema in Figuur 5. De nieuwe versie werd opgebouwd door de originele verbanden tussen kernconcepten te herstellen. Elk verband dat bestond werd nagekeken en geplaatst in het kader van de nieuwe concepten, om vervolgens hersteld te worden (bijvoorbeeld: In het originele schema is er een verband tussen risicofactor “9. Onzekerheid ouders” die nu valt onder nieuwe risicofactor 3, en risicofactor “8. Druk uitoefenen op het kind, willen forceren, directief benaderen” die nu valt onder nieuwe risicofactor 4. Dit verband is hersteld door in het nieuwe schema risicofactor “3. Problemen/moeilijkheden in emotioneel welbevinden ouders” te verbinden met risicofactor “4. Directief handelen/benaderen ouders”).

Door bovenstaand reductieproces kon het aantal risicofactoren teruggebracht worden van 14 naar 4 factoren, het aantal protectieve factoren van 16 naar 6, en het aantal verbanden van 100 naar 54. Twee factoren zijn buiten de nieuwe concepten gevallen, deze krijgen echter wel een plaats binnen het theoretisch kader dat in Paragraaf 4.2.2 is uitgewerkt. Tabel 10 bevat een overzicht van de nieuwe factoren (na reductie) en de originele factoren die onder een nieuwe factor vallen. In Figuur 6 is de nieuwe visuele weergave van de verbanden te vinden in de vorm van ‘het vereenvoudigde praktijkmodel’.

Reductie van de risicofactoren

Er zijn bij de risicofactoren vier thema's/ overkoepelende nieuwe factoren benoemd:

1. Problemen/moeilijkheden in emotioneel welbevinden kind

Deze factor is een voorbeeld van een nieuw concept waarbij de naam is overgenomen van een originele factor. Het nieuwe concept omvat de originele factoren “1. Negatief zelfbeeld kind” en “3. Emotioneel welbevinden kind is niet goed”. Emotioneel welbevinden wordt in de literatuur (Charles, Reynolds & Gatz, 2001) omschreven als de balans tussen positief en negatief affect. Schalock (2004) benoemt zelfbeeld als een beïnvloedende factor voor het emotioneel welbevinden. Bijgevolg kan een “negatief zelfbeeld” beschouwd worden als een factor die kan leiden tot het verhogen van negatief affect, en kan de factor onder “problemen/moeilijkheden in emotioneel welbevinden kind” geplaatst worden.

2. Leermoeilijkheden (secundaire leerproblemen)

Deze factor omvat alleen het originele concept “2. Leren gaat moeizaam”. Het concept kon namelijk moeilijk worden samengevoegd met andere concepten en is bijgevolg herbenoemd naar een meer specifieke factor. Secundaire leerproblemen zijn leerproblemen die het gevolg zijn van omstandigheden buiten het leren van de schoolse vaardigheden zelf, en die dus niet het gevolg zijn van een leerstoornis. De problemen kunnen gelegen zijn in de omgeving of in andere problemen van kind zelf (handicap, gedrags-of emotionele problemen, enz.) (Ghesquière, Boets, Gadeyne, & Vandewalle, 2010). Deze

omschrijving impliceert een verenging van de originele factor die omvattend was voor het leren van vaardigheden in het algemeen (zowel schoolse vaardigheden als praktische zaken, bv. leren aankleden, eten, enz.). Het moeilijker leren van niet-schoolse vaardigheden zit namelijk mee opgenomen in de probleemfactor “verstoorde ontwikkeling” en hoeft niet vervat te zijn in deze risicofactor.

3. Problemen/moeilijkheden in emotioneel welbevinden ouders

Onder deze nieuwe factor zijn vijf originele concepten geplaatst: “4. *Isolement van ouders*”, “7. *Emotionele last van ouders (verwerking, zorgen)*”, “9. *Onzekerheid*”, “12. *Onvoldoende ondersteuning door of samenwerking met de zorg*” en “14. *Negatieve prognose door diagnosticus*”. Deze vijf concepten omvatten zaken die, volgens de omschrijvingen van deze concepten in de focusgroep, het emotioneel welbevinden van ouders negatief kunnen beïnvloeden. Hierdoor kan de bovengenoemde balans tussen positief en negatief affect (Charles et al., 2001) naar het negatieve gaan overhellen. Omwille van dit gemeenschappelijk kenmerk zijn de concepten onder deze noemer samengebracht.

4. Directief handelen/benaderen

Onder deze nieuwe factor zijn zeven originele concepten geplaatst (waarvan twee concepten zowel voorkomen bij deze factoren als bij factor “3. *Emotioneel welbevinden ouders niet goed*”, omwille van de invloed op beide factoren). De zeven concepten zijn: “5. *Reactie van ouders op oordelen van zichzelf en van buitenaf*”, “8. *Druk uitoefenen op het kind, willen forceren, directief benaderen*”, “9. *Onzekerheid*”, “10. *Onbegrip ouders*”, “11. *Verwachting ouders dat kind aan de norm voldoet*”, “13. *Ondervraging of overvraging kind (gelinkt aan protocolaire doelen)*”, en “14. *Negatieve prognose door diagnosticus*”. Deze concepten omvatten allemaal elementen die gelinkt kunnen worden aan wat stichting Horison omschrijft als “een directieve benadering”. In de focusgroepen werd dit vooral omschreven als “*handelen volgens een bepaalde verwachting of een bepaalde standaard waaraan ouders willen dat het kind voldoet*”. Ouders zouden dan, bijvoorbeeld vanuit onzekerheid, onbegrip, maar ook als reactie op oordelen van buitenaf, of om hun kind te doen “passen” in een bepaald leerprotocol, hun kind op een dwingende of strikte manier aansturen tot het stellen van gewenst gedrag. Een aantal concepten zijn kenmerken of uitingvormen van zo’n benadering, andere concepten bestaan uit elementen die een aanleiding kunnen vormen tot het “sterk directief benaderen” van het kind. Een opvoedingsstijl waarbij dit directieve element sterk aanwezig is en het responsieve aspect minder tot uiting komt wordt door Baumrind (1971 in Van Crombrugge, 2009) gesitueerd tussen een autoritaire en autoritatieve opvoedingsstijl, en gekenmerkt door een hoge mate van controle en een gemiddelde mate van warmte.

Reductie van de protectieve factoren

Er zijn bij de protectieve factoren zes thema’s/ overkoepelende nieuwe factoren benoemd:

1. Ontwikkeling stimuleren (op maat van het kind)

Deze nieuwe factor omvat drie originele concepten: “9. *Maatwerk*”, “12. *Spelen, speelse interactie, aandacht delen*”, “13. *Stimuleren ontwikkeling (vanuit motivaties en verbinding)*”. Er is voor gekozen om het concept “Ontwikkeling stimuleren” te gebruiken als hoofdconcept, omwille van de centrale rol die in

CSL wordt toegekend aan het stimuleren van de ontwikkeling van het kind. Delfos (2013) omschrijft dit concept als het extra en specifieke aandacht geven aan ontwikkelingsgebieden waarop de ontwikkeling van kind niet geheel vanuit zichzelf komt. Dit stimuleren wordt binnen CSL op een heel specifieke manier ingevuld: volledig op maat van het kind en vanuit het spelen/de speelse interactie met het kind. Omdat deze twee concepten kenmerkend zijn voor de manier waarop men in CSL werkt zijn ze onder deze factor geplaatst.

2. Ouder-kindrelatie opbouwen

Deze nieuwe factor omvat twee originele concepten: *“10. Bewust werken aan contact”* en *“12. Spelen, speelse interactie, aandacht delen”*. Factor 12 komt hier terug omdat het spelen binnen CSL even belangrijk is als middel bij het op/uitbouwen van contact met het kind als bij het stimuleren van de ontwikkeling (protectieve factor 1). Broberg (2000) geeft aan dat dit idee (het verbeteren of versterken van de ouder-kindrelatie met als uiteindelijke doel het beïnvloeden van de ontwikkeling van het kind) het uitgangspunt is in talrijke interventies die gericht zijn op de ouder-kindrelatie. De factor is herbenaemd naar een theoretisch meer toegankelijk begrip en impliceert nu ook eerder het toewerken naar een doel (relatie opbouwen/versterken) dan een actie (werken aan contact).

3. Netwerk

Deze nieuwe factor omvat twee originele concepten: *“15. Vrijwilligers/mensen uit de zorg die ouders vanuit erkenning en vertrouwen ondersteuning bieden”* en *“16. Uitgebreid sociaal netwerk ouders en kind”*. De twee concepten zijn samengenomen in het overkoepelende begrip “netwerk” omdat een netwerk zowel kan bestaan uit persoonlijke contacten (bv. familie en vrienden) als uit professionele contacten (bv. vrijwilligers of professionals) die de ouders en het kind kunnen steunen. Dedeurwaarder (2008) definieert een sociaal netwerk als “de verzameling van alle mensen die we rondom ons hebben en waarmee we contacten onderhouden: familie, vrienden, burens, kennissen, hulpverleners. Deze contacten verrijken ons leven en helpen ons bij problemen” (p. 12).

4. Kennis

De nieuwe factor “kennis” omvat vijf originele factoren: *“4. Intuïtieve kennis, begrip en deskundigheid van ouders over eigen kind”*, *“6. Kennis, inzicht in de problematiek en specifieke noden van het kind”*, *“7. Autisme van binnenuit begrijpen”*, *“8. Inzicht in en zoeken naar de mogelijke functie van ismen en problematisch gedrag”*, en *“11. Het sensorisch profiel van het kind opstellen”*. Al deze factoren hebben het element “kennis” gemeenschappelijk en zijn daarom samengebracht onder deze noemer. Dichtelmiller (1992) omschrijft ouderlijke kennis als een aspect van de sociale cognitie van volwassenen dat iemands inzicht in de kinderlijke ontwikkeling, in zorg- en opvoedingsvaardigheden en ontwikkelingsnormen omvat. Deze kennis komt doorheen het leven tot stand en is gegrond in de levenservaringen die mensen opdoen als kind en als volwassene. Ouderlijk kennis is dus een begrip dat vrij ruim kan ingevuld worden, wat hier geïllustreerd wordt door de verschillende factoren. Enerzijds zijn er factoren die eerder een “intuïtieve kennis” van ouders over het kind omvatten, anderzijds zijn er factoren waarin “verworven kennis” centraal staat. Deze beide vormen kunnen gezien worden als

“ouderlijke kennis” en kunnen ingezet worden om het begrip en/of inzicht van ouders in hun kind en zijn/haar handelen of gedrag te vergroten.

5. Basisattitude

Deze nieuwe factor omvat drie originele concepten: “2. *Onvoorwaardelijk accepterende houding*”, “5. *Geloven in de mogelijkheden van het kind*”, en “14. *Afgestemde aanpak en omgeving (sensitief-responsief)*”. De basishouding die het uitgangspunt vormt van de CSL-methode is opgebouwd uit deze drie concepten en kan gekaderd worden binnen het humanisme en de Rogeriaanse grondhouding. Deze humanistische insteek wordt enerzijds gekenmerkt door een basishouding van empathie, onvoorwaardelijke acceptatie en echtheid (Leijssen, 2006) en anderzijds door een geloof in de actualiseringstendens van mensen: het geloof dat in ieder persoon de mogelijkheden besloten liggen om te groeien en te ontwikkelen tot zijn/haar volledig potentieel (Mooren, n.d.). Om al deze elementen bevattelijk samen te brengen is gekozen voor de overkoepelende term “basisattitude”.

6. Competentie en zelfzekerheid ouders

Deze nieuwe factor omvat de twee originele concepten “3. *Kracht, competentie en deskundigheid ouders, nemen de leiding*” en “4. *Intuïtieve kennis, begrip en deskundigheid van ouders over eigen kind*”. Binnen CSL wordt sterk aanspraak gemaakt op de competentie en deskundigheid van ouders, waarbij dit element ook steeds gelinkt wordt aan de intuïtieve kennis, het begrip en de deskundigheid die ouders hebben over hun eigen kind. Omwille van deze sterke link tussen de concepten, waarbij intuïtieve kennis voornamelijk bijdraagt aan competentie en zelfzekerheid, werd ervoor gekozen om ze samen te brengen onder deze noemer. Het concept kan binnen de literatuur gekaderd worden in het begrip “self-efficacy”: het idee dat ouders hebben over hun eigen mogelijkheid om controle te kunnen uitoefenen op de opvoedingssituatie (Bandura in Colpin & Grietens, 2000).

Toelichting bij de vereenvoudigde versie van het praktijkmodel

Zoals hierboven toegelicht is de vereenvoudigde versie van het praktijkmodel tot stand gekomen door het herstellen van de originele verbanden uit de focusgroepen. Zowel in de nieuwe, vereenvoudigde versie (Figuur 6) als in de originele versie (Figuur 5) zijn er vier probleemclusters: (1) problematiek kind met autisme; (2) problematiek ouders; (3) problemen in de ouder-kind interactie; en (4) probleem ruimer kader. Deze probleemclusters zijn samengesteld op basis van de originele kernconcepten die in de eerste focusgroep zijn omschreven als “*onderdeel van het kernprobleem dat we met CSL willen aanpakken*”. De clusters worden als geheel beïnvloed door elkaar of door protectieve- of risicofactoren, wat wordt aangeduid door het gebruik van dikke pijlen. De aparte factoren in de clusters kunnen ook beïnvloed worden, om dit aan te duiden is gebruik gemaakt van dunne pijlen. Hieronder worden de voornaamste verbanden kort toegelicht vanuit de praktijkvisie van de focusgroep-deelnemers.

Bij de probleemfactoren is te zien dat de factor “*maatschappelijke verwachtingspatronen*” geen rechtstreekse invloed heeft op de andere probleemfactoren; de invloed loopt uitsluitend via de twee risicofactoren “problemen/moeilijkheden in emotioneel welbevinden ouders” en “directief handelen/benaderen”. De probleemcluster “*problematiek kind*” beïnvloedt in zijn geheel de cluster “*problematiek ouders*”, daarnaast heeft *stress bij het kind* ook invloed op de hele ouder-cluster, en wordt het er op zijn beurt door beïnvloed. *Problemen in de ouder-kind interactie* hebben als geheel invloed op de cluster “*problematiek ouders*”, en worden vanuit het kind beïnvloed door *moeilijkheden met contact*, die op hun beurt beïnvloed worden door *moeilijkheden met communicatie* en *verstoorde prikkelverwerking*. Binnen de probleemcluster van het kind heeft deze verstoorde prikkelverwerking verder invloed op *angst*, *stress* en *ismes*. De *moeilijkheden met communicatie* en *verstoorde prikkelverwerking* beïnvloeden elkaar onderling, daarnaast worden de moeilijkheden met communicatie beïnvloed door *verstoorde ontwikkeling* en het *missen van vaardigheden om zichzelf aan te sturen* (wat op zijn beurt door de moeilijkheden met communicatie wordt beïnvloed).

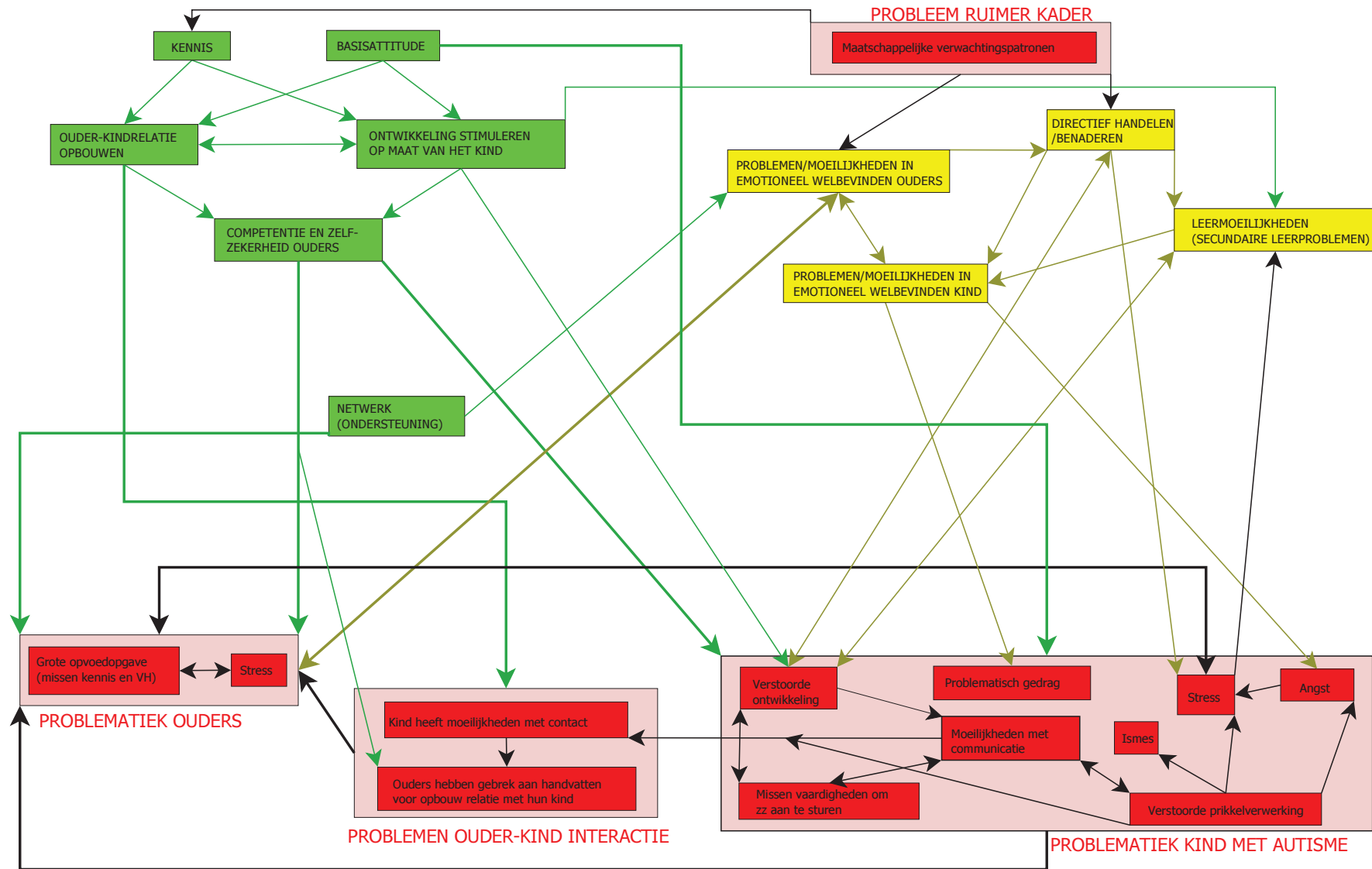
Met betrekking tot de protectieve factoren kunnen een aantal verbanden gelegd worden. In het schema staan *kennis* over het kind en een *basishouding* van acceptatie en afstemming bovenaan als voorwaarden om als ouder bewust te kunnen gaan *werken aan de ouder-kindrelatie* en de *ontwikkeling te gaan stimuleren*. Hierbij kan de probleemfactor “maatschappelijke verwachtingspatronen” de protectieve factor “*kennis*” negatief beïnvloeden (bijvoorbeeld ideeën over hoe je je kinderen zou moeten opvoeden, oordelen van mensen vanuit dit verwachtingspatroon en ook ideeën van ouders kunnen ervoor zorgen dat ze deze kennis niet durven gebruiken of aanspreken). De factor *basisattitude* is rechtstreeks protectief voor de probleemcluster van het kind. Wanneer ouders de twee elementen “*ontwikkeling stimuleren*” en “*relatie opbouwen*” bewust opnemen en met hun kind aan de slag kunnen gaan kan dit hun gevoel van *competentie* en *zelfzekerheid* als ouder verhogen. Dit is protectief voor de twee grote probleemclusters “problematiek ouders” en “problematiek kind met autisme”. Als laatste is er de protectieve factor *netwerk*, deze kan het emotioneel welbevinden van ouders vergroten en de balans meer doen overhellen naar positief affect. Hij is ook protectief voor de probleemcluster “problematiek ouders” omdat de opvoedopgave van ouders verlicht kan worden, alsook hun stress kan verminderen, als ze een netwerk hebben om op terug te vallen.

Bij de risicofactoren lopen de verbanden minder helder en rechtlijnig dan bij de protectieve factoren. De vier risicofactoren beïnvloeden elkaar onderling en worden ook beïnvloed door allerlei probleemfactoren. Er worden twee probleemfactoren van het kind (stress en verstoorde ontwikkeling) beïnvloed door het *directief handelen/benaderen* van ouders (en omgekeerd), daarnaast heeft een *slecht emotioneel welbevinden van ouders* mogelijks een impact op het *slecht emotioneel welbevinden van het kind* en omgekeerd. Verder kan een slecht emotioneel welbevinden van ouders invloed hebben op de probleemcluster “problematiek ouders”, maar kan het hierdoor op zijn beurt ook beïnvloed worden. Een *slecht emotioneel welbevinden bij het kind* kan invloed hebben op de probleemfactoren *angst* en *problematisch gedrag*, maar ook omgekeerd. *Leermoeilijkheden* bij het kind kunnen invloed hebben op, en beïnvloed worden door, de verstoorde ontwikkeling van het kind en kunnen op hun beurt beïnvloed worden door, en invloed uitoefenen op, stress bij het kind.

Tabel 10

Nieuwe factoren na Reductie Gelinkt aan Originele factoren

Risicofactoren	
<u>Nieuwe factor (na reductie)</u>	<u>Originele factoren onder nieuwe factor</u>
1. Problemen/moeilijkheden in emotioneel welbevinden kind	1. Negatief zelfbeeld kind 3. Emotioneel welbevinden kind is niet goed
2. Leermoeilijkheden kind (secundaire leerproblemen)	2. Leren gaat moeizaam
3. Problemen/moeilijkheden in emotioneel welbevinden ouders	4. Isolement van ouders 7. Emotionele last van ouders (verwerking, zorgen) 9. Onzekerheid 12. Onvoldoende ondersteuning door of samenwerking met de zorg 14. Negatieve prognose door diagnosticus
4. Directieve handelen/benaderen ouders	5. Reactie van ouders op oordelen van zichzelf en van buitenaf 8. Druk uitoefenen op het kind, willen forceren, directief benaderen 9. Onzekerheid 10. Onbegrip ouders 11. Verwachting ouders dat kind aan de norm voldoet 13. Ondervraging of overvraging kind (gelinkt aan protocollaire doelen) 14. Negatieve prognose door diagnosticus
Overige	6. Ouders bekrachtigen het ongewenste gedrag
Protectieve factoren	
<u>Nieuwe factor (na reductie)</u>	<u>Originele factoren onder nieuwe factor</u>
1. Ontwikkeling stimuleren (op maat van het kind)	9. Maatwerk 12. Spelen, speelse interactie, aandacht delen 13. Stimuleren ontwikkeling (vanuit motivaties en verbinding)
2. Ouder-kindrelatie opbouwen	10. Bewust werken aan contact 12. Spelen, speelse interactie, aandacht delen
3. Netwerk	15. Vrijwilligers/mensen uit de zorg die ouders vanuit erkenning en vertrouwen ondersteuning bieden 16. Uitgebreid sociaal netwerk ouders en kind
4. Kennis	4. Intuïtieve kennis, begrip en deskundigheid van ouders over eigen kind 6. Kennis, inzicht in de problematiek en specifieke noden van het kind 7. Autisme van binnenuit begrijpen 8. Inzicht in en zoeken naar de mogelijke functie van ismen en problematisch gedrag 11. Het sensorisch profiel van het kind opstellen
5. Basisattitude	2. Onvoorwaardelijk accepterende houding 5. Geloven in de mogelijkheden van het kind 14. Afgestemde aanpak en omgeving (sensitief-responsief)
6. Competentie en zelfzekerheid ouders	3. Kracht, competentie en deskundigheid ouders, nemen de leiding 4. Intuïtieve kennis, begrip en deskundigheid van ouders over eigen kind
Overige	1. Het kind zoekt sensorische balans, rust in gedrag



Figuur 6. Vereenvoudigde versie praktijkmodel

4.2.2 Opbouw van het theoretisch model

In de tweede voorbereidingsfase van de literatuurstudie is een theoretisch model opgebouwd dat aansluit op de elementen van het vereenvoudigde praktijkschema (Figuur 6). Het uitgangspunt voor het opbouwen van dit model is de bevinding dat de elementen uit dit schema, en de dimensies waarop ze zich situeren, sterk aansluiten bij *algemene theoretische kaders over opvoeding*. Omwille van deze bevinding, en de algemene insteek van CSL als interventie voor opvoedingsondersteuning, is ervoor gekozen om te putten uit deze kaders bij de opbouw van het theoretisch model.

Opvoeding – Omgeving

Hellinckx, Grietens en Geeraert (2002) geven aan dat de *kern* van het opvoeden bestaat uit de veelvuldige *interacties* tussen een kind en een opvoeder, maar omschrijven opvoeden eveneens als een *complex fenomeen* dat samenhangt met alle andere aspecten van het gezinsleven. Dit concept van opvoeden als complex geheel kan eveneens teruggevonden worden bij Ter Horst (1980) die de nadruk legt op de opvoedingssituatie als *holon*, waarin allerlei factoren met elkaar verweven zijn en niet als afzonderlijke entiteiten kunnen beschouwd worden. Deze twee aspecten van opvoeden (de kern die zich bevindt in de ouder-kindrelatie en het complexe geheel van de opvoedingssituatie) worden beide vertegenwoordigd in het model van de CSL-methode. De nadruk ligt op de ouder-kindrelatie, maar daarnaast wordt sterk aanspraak gemaakt op de beïnvloeding van, en invloed vanuit, de omgeving, en de complexiteit en samenhang daarvan. Om deze reden wordt in het model de factor “omgeving” opgenomen en ingevuld volgens de holistische visie van Ter Horst. De factor wordt gevormd door het geheel van de opvoedingssituatie als omvattend kader waarbinnen alles plaatsvindt, en waarin geen enkel aspect als afzonderlijke entiteit kan benaderd worden.

Opvoeding – Componenten, Ouder-kindrelatie

Opvoeding in termen van de ouder-kindrelatie wordt door Peterson en Rollins (1987 in Colpin & Grietens, 2000) opgedeeld in twee componenten. Ze omschrijven enerzijds de objectieve component van *observeerbaar gedrag* van ouders en kinderen in de opvoedingsrelatie, en anderzijds de subjectieve of betekeniscomponent van *mentale en emotionele processen* in verband met de ouder-kindrelatie.

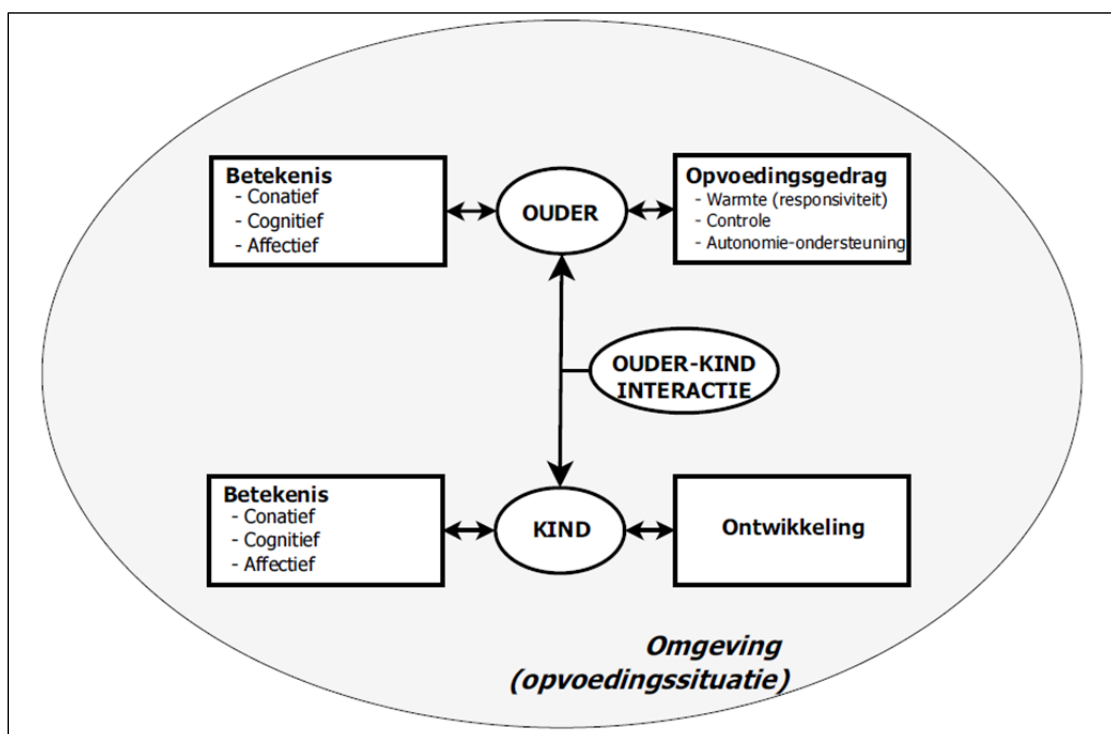
Colpin, Soenens en Goossens (2007) onderscheiden vier opvoedingsdimensies op de objectieve of gedragsmatige component voor ouders. De eerste dimensie is die van *responsiviteit*: de mate van ondersteuning, warmte en liefde in de relatie tussen ouder en kind. De tweede en derde dimensies gaan over controle, enerzijds *gedragsmatige controle*: de mate waarin ouders toezicht houden, regels opstellen, en erop toezien dat die regels consequent worden gevolgd. Anderzijds is er *psychologische controle*: het op indringerige wijze inspelen op de emoties, doelen en gedachten van het kind. De vierde dimensie is die van *autonomieondersteuning*, kenmerkend hier is dat ouders keuzemogelijkheden aanbieden, empathie tonen voor het perspectief van het kind en het kind aanmoedigen om te handelen op basis van intrinsieke motivatie. De gedragsmatige component van het kind wordt omschreven als “ontwikkeling”.

De betekeniscomponent wordt door Colpin en Grietens omschreven aan de hand van drie dimensies die gelijkaardig zijn voor ouders en kind: de conatieve, cognitieve en affectieve dimensie.

De *conatieve* dimensie verwijst naar de doelen die door opvoeders en kinderen in de opvoedingsrelatie nagestreefd worden. Daarnaast hebben opvoeder en opvoeding een beeld van de opvoedingsrelatie, van de rol die zij daar zelf in spelen en de rol van de andere daarin. Dit beeld zal mee bepalen welke doelen gesteld worden, op welke manier men zal pogen die doelen te bereiken en welke gevoelens men daarbij heeft. Dit verwijst naar de *cognitieve* dimensie. Tot slot zal het eigen gedrag en dat van de andere partij bij de opvoeder en opvoeding ook bepaalde gevoelens teweeg brengen, en omgekeerd, wordt het gedrag ook beïnvloed door gevoelens; dit is de *affectieve* dimensie. (Colpin & Grietens, 2002, p. 10)

Aansluiting praktijkmodel – theoretisch model

De visuele weergave van het theoretische model dat is samengesteld op basis van bovenstaande literatuur is afgebeeld in Figuur 7.



Figuur 7. Theoretisch model o.b.v. literatuur over het thema opvoeding

Het vereenvoudigde praktijkmodel van de CSL-methode (Figuur 6) sluit aan op dit theoretisch model. De *risicofactoren* “problemen/moeilijkheden in emotioneel welbevinden ouders” en “problemen/moeilijkheden in emotioneel welbevinden kind” kunnen in de betekenisdimensie geplaatst worden. Daarnaast kan de risicofactor “leermoeilijkheden” bij het kind gesitueerd worden in de ontwikkelingsdimensie. De laatste risicofactor “directief handelen/benaderen” sluit aan bij de dimensie opvoedingsgedrag. De risicofactor die niet is opgenomen in de vereenvoudigde versie van het praktijkmodel, “ouders bekrachtigen het ongewenste gedrag”, kan hier wel geplaatst worden in de dimensie opvoedingsgedrag.

Ook de *protectieve factoren* kunnen in het model gesitueerd worden. De factor “ontwikkeling stimuleren” valt zowel binnen de gedragsdimensie van het kind (als “ontvanger” van deze factor) als binnen het opvoedingsgedrag van ouders (als “uitvoerders” van de factor). De factor “ouder-kindrelatie opbouwen” situeert zich in het midden, omdat het werken aan een relatie wederzijdse acties en belevingen impliceert. De factor “netwerk” situeert zich dan weer ruimer, binnen de omgevingsdimensie. De twee factoren “kennis” en “basisattitude” worden achtereenvolgens gesitueerd binnen de cognitieve dimensie en de dimensie responsiviteit. De laatste factor “competentie en zelfzekerheid ouders” is, zoals in de omschrijving van de factor reeds werd aangehaald, vergelijkbaar met datgene wat door Bandura (in Colpin & Grietens, 2000) omschreven wordt als het cognitieve schema van “self-efficacy”. Deze factor kan binnen de cognitieve dimensie gekaderd worden. De factor “het kind zoekt sensorische balans, rust in gedrag”, die niet opgenomen kon worden in de vereenvoudigde versie van het praktijkmodel, kan wel een plaats krijgen in dit model onder de ontwikkelingsdimensie. Het zoeken van sensorische balans kan gezien worden als “functioneel gedrag” dat bevorderlijk kan zijn voor de ontwikkeling van het kind.

4.2.3 Situeren van de risico- en protectieve factoren op dimensies

In de literatuurstudie (Hoofdstuk 5) is het de bedoeling om na te gaan hoe alle originele factoren uit de focusgroepen (Tabel 9) een plaats kunnen krijgen in bovenstaand theoretisch model (Figuur 7). Bij het kaderen van de risico- en protectieve factoren in dit model wordt echter duidelijk dat de factoren zich vaak situeren op een continuüm, waarbij de ene zijde als risico wordt beschouwd en de andere protectief kan zijn. Zo kan een slecht emotioneel welbevinden bijvoorbeeld een risico vormen voor het instandhouden of verergeren van een aantal probleemfactoren, maar kan een goed emotioneel welbevinden hier net protectief voor zijn.

Omwille van deze vaststelling is er besloten om de opstelling van de factoren (als risico- en protectief tegenover elkaar) eerst zichtbaar te maken door alle factoren op algemene dimensies/continua te situeren. Op die manier kunnen risico- en protectieve factoren, die zich tegenover elkaar bevinden, benaderd worden als één concept in de literatuurstudie. Hierbij kan de literatuur vervolgens aantonen in welke mate een bepaalde dimensie risico's inhoudt of protectief kan zijn.

Tabel 11 bevat een overzicht van de originele risico- en protectieve factoren (Tabel 9), gesitueerd onder overkoepelende dimensies. Van een aantal factoren werd in de focusgroepen geen tegenhanger benoemd, in deze gevallen is door de onderzoeker zelf de tegenhanger ingevuld, wat in de tabel staat aangegeven door de afkorting (N.b.) – Niet Benoemd. De dimensies waaronder zowel de risico- als protectieve zijde zijn ingevuld met originele factoren, kwamen tot stand door de factoren als tegenhangers te koppelen vanuit de inhoud van de focusgroepen en de achtergrond en informatie over de CSL-methode. Een aantal protectieve factoren zijn hierbij “als pakket” onder een bepaalde dimensie gesitueerd omdat ze als geheel protectief zijn tegenover een bepaalde risicofactor.

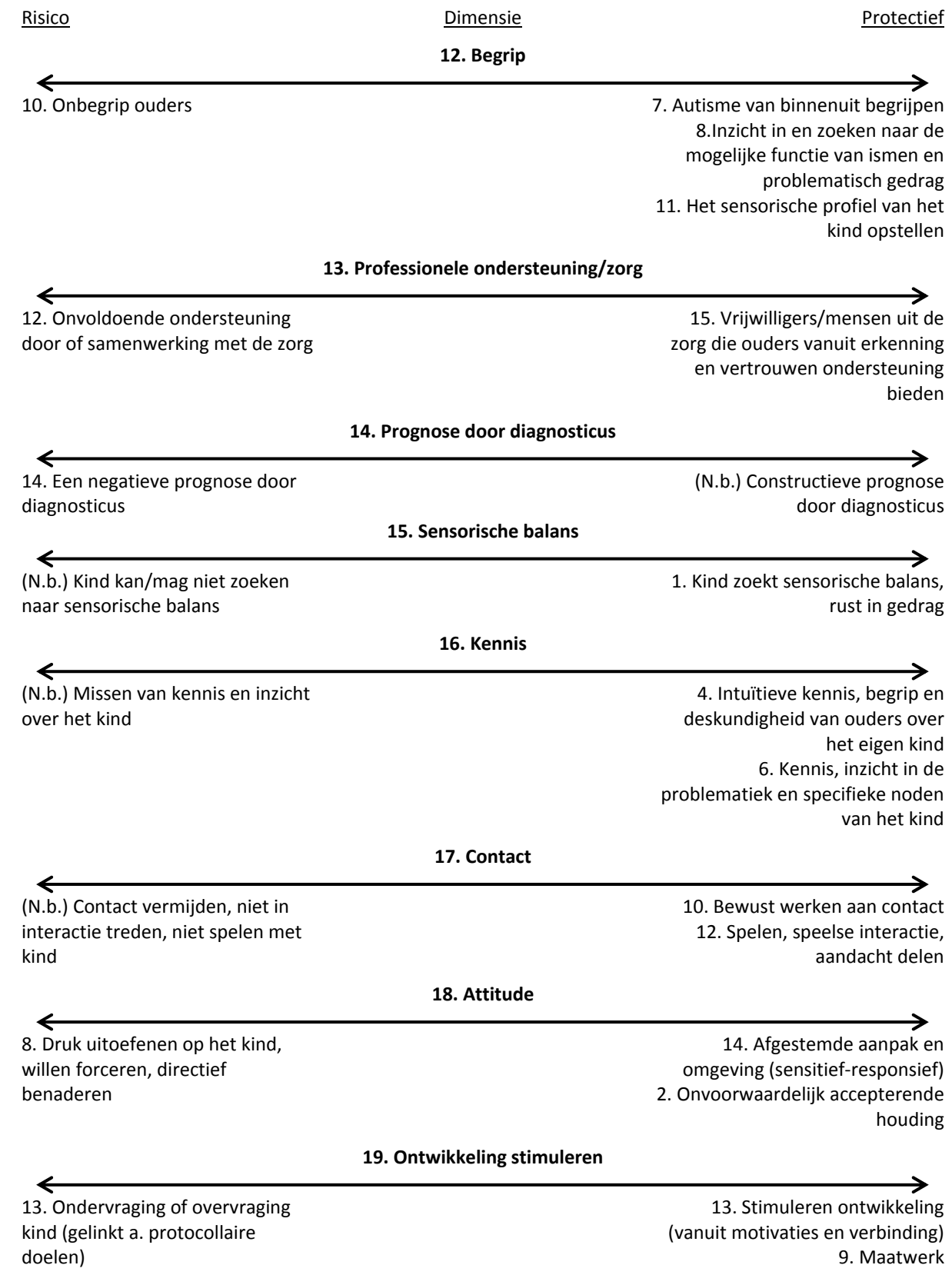
4.2.4 Conclusie voorbereiding literatuurstudie

In deze fase van het onderzoek is de literatuurstudie stelselmatig voorbereid door eerst het originele praktijkmodel (Figuur 5) en de originele kernconcepten (Tabel 9) om te zetten naar een vereenvoudigd model (Figuur 6) doorheen een reductie van de concepten (Tabel 10). Het vereenvoudigde model kon vervolgens gebruikt worden basis voor het uitwerken van een theoretisch model, dat gegrond is in algemene kaders over opvoeding (Figuur 7), en dat in Fase 3 van het onderzoek (zie Figuur 2) het uitgangspunt vormde voor de literatuurstudie. Vanuit dit model werd duidelijk dat meerdere originele kernconcepten zich situeren op continua tegenover elkaar. Hierdoor is besloten om deze concepten te vatten onder overkoepelende dimensies (Tabel 11) en ze in die vorm te onderzoeken in de literatuurstudie. Deze voorbereiding (het theoretisch model en de dimensies) vormde het vertrekpunt voor de literatuurstudie, waarmee definitief de overstap kon gemaakt worden naar theoretische onderbouwing van de CSL-methode, zoals uitgeschreven in Hoofdstuk 5.

Tabel 11

Originele Risico- en Protectieve factoren gesitueerd onder Overkoepelende Dimensies

Risicofactoren en protectieve factoren gesitueerd als dimensies		
Risico	Dimensie	Protectief
1. Zelfbeeld kind		
1. Negatief zelfbeeld van het kind		(N.b.) Positief zelfbeeld kind
2. Leren kind		
2. Leren gaat moeizaam		(N.b.) Kind leert vlot
3. Emotioneel welbevinden kind		
3. Emotioneel welbevinden kind is niet goed		(N.b.) Emotioneel welbevinden kind is goed
4. Netwerk		
4. Isolement van ouders		16. Uitgebreid sociaal netwerk van ouders en kind
5. Omgaan met oordelen		
5. Reactie van ouders op oordelen van zichzelf en buitenaf		2. Onvoorwaardelijk accepterende houding
6. Geloof in kind		
(N.b.) Weinig/geen geloof in mogelijkheden kind		5. Geloven in de mogelijkheden van het kind
7. Omgaan met ongewenst gedrag		
6. Ouders bekrachtigen het ongewenste gedrag		(N.b.) Ouders reageren gepast op ongewenst gedrag
8. Emotionele draagkracht ouders		
7. Emotionele last van ouders (verwerking, zorgen)		(N.b.) Grote emotionele draagkracht en ondersteuning
9. Aanpak kind		
8. Druk uitoefenen op het kind, willen forceren, directief benaderen		9. Maatwerk
10. Verwachtingen t.a.v. kind		
11. Verwachting ouders dat kind aan norm voldoet		2. Onvoorwaardelijk accepterende houding
11. Zekerheid in ouderrol		
9. Onzekerheid		3. Kracht, competentie en deskundigheid ouders, nemen de leiding



HOOFDSTUK 5: TOEWERKEN NAAR THEORETISCHE BEWIJSKRACHT VOOR NIVEAU 2 D.M.V. LITERATUURSTUDIE

In de derde en laatste fase van het onderzoek is het praktijkmodel van de CSL-ontstaanstheorie (Figuur 5), in combinatie met de concrete CSL-werkwijze (Tabel 6), uitvoerig onderzocht in een literatuurstudie (Fase 3a in Figuur 2). Het theoretisch model (Figuur 7), dat is opgesteld op basis van de vereenvoudigde versie van het praktijkmodel (Figuur 6), fungeerde hierbij als uitgangspunt en toetssteen. Het einddoel van deze fase is het samenbrengen van de informatie uit voorgaande fasen in een theoretisch onderbouwd model: de interventietheorie van de CSL-methode (Fase 3b in Figuur 2).

5.1 METHODOLOGIE: LITERATUURSTUDIE

5.1.1 Opzet

De literatuurstudie is opgebouwd aan de hand van het theoretisch model dat werd uitgewerkt in de vorige fase (Figuur 7). Het model is gebaseerd op algemene kaders over opvoeding (zie § 4.2.2) en omvat drie componenten: de betekeniscomponent (van ouders en kinderen), de gedragscomponent (eveneens van ouders en kinderen), en de interactiecomponent (de ouder-kind interactie waarin betekenissen en gedragingen van ouder en kind samenkomen en elkaar wederzijds beïnvloeden). De drie componenten zijn gesitueerd in het geheel van de opvoedingssituatie; deze vormt het omvattend kader waarbinnen alle betekenissen, gedragingen en interacties plaatsvinden in relatie tot elkaar en de ruimere omgeving.

Omdat CSL als interventie gekaderd kan worden binnen opvoeding, en omdat de interventie zowel inwerkt op ouders, kinderen, als op de ouder-kind interactie, vormt het bovengenoemde model een goed uitgangspunt om de methode vanuit de literatuur te onderzoeken. Het is hiervoor verdeeld in negen elementen: (1) Betekenis ouder – Conatief; (2) Betekenis kind – Conatief; (3) Betekenis ouder – Cognitief; (4) Betekenis kind – Cognitief; (5) Betekenis ouder – Affectief; (6) Betekenis kind – Affectief; (7) Gedrag ouder; (8) Gedrag kind; en (9) Ouder-kind interactie. Voor elk element zijn telkens drie stappen doorlopen in de literatuurstudie:

- **Stap 1:** Een beknopt basiskader schetsen over het element vanuit algemene literatuur over opvoeding (bijvoorbeeld “Wat is de conatieve dimensie in de ouderlijke betekenisgeving van opvoeding?”). De uitwerking van deze stap is voor elk element volledig opgenomen in Bijlage D.
- **Stap 2:** Een kader schetsen over het element vanuit ASS-specifieke literatuur; nagaan hoe dit element eruit ziet voor kinderen met ASS en/of hun ouders (bijvoorbeeld “Hoe ziet opvoedingsgedrag van ASS-ouders eruit?”), en nagaan wat mogelijke problemen en beïnvloedende factoren zijn. De uitwerking van deze stap is eveneens voor elk element volledig opgenomen in Bijlage D.
- **Stap 3:** Deze stap kan in twee delen opgesplitst worden en is volledig uitgeschreven in § 5.2:
 - o **Stap 3a:** Het toetsen van de *ontstaanstheorie van de CSL-methode* vanuit het praktijkmodel met probleemfactoren (Tabel 9) en de dimensies van risico- en protectieve factoren (Tabel 11).

Er werd nagegaan of in het praktijkmodel alle probleem- en beïnvloedende (risico/protectieve) factoren, die uit de literatuurstudie naar voor kwamen, afgedekt zijn.

- o **Stap 3b:** Het toetsen van de *behandelingstheorie van de CSL-methode* vanuit de concrete werkwijze van CSL (volledig uitgeschreven in het onderdeel “Aanpak” in Tabel 6, gemakshalve apart in kernpunten hernomen in Tabel 12), op basis van de literatuurstudie over elk element. Hierbij werd nagegaan of (en hoe) de CSL-methode inspeelt op de beïnvloedende factoren uit de literatuur, om zo te komen tot oplossing/vermindering/verbetering van de probleemfactoren.

5.1.2 Dataverzameling

De literatuur werd verzameld door middel van zoekopdrachten in twee databases: “Limo” en “Web of Science”. Daarnaast werd gebruik gemaakt van basisliteratuur over opvoedingsmodellen. Voor het schetsen van het beknopt basiskader (Stap 1) is voornamelijk gebruik gemaakt van de basisliteratuur waaruit het theoretisch kader (Figuur 7) is opgebouwd, indien nodig werd aanvullende literatuur geraadpleegd. Het zoeken naar ASS-specifieke literatuur (Stap 2) gebeurde op basis van de volgende criteria:

- De literatuur handelt over kinderen met ASS en/of ouders van kinderen met ASS. Hierbij is geen onderscheid gemaakt tussen kinderen met een bijkomende verstandelijke beperking of niet. Indien dit onderscheid relevant is voor de resultaten staat het aangegeven in de tekst.
- Er is steeds eerst gezocht naar literatuur-reviews of meta-analyses. Indien deze beperkt aanwezig waren of niet bestonden werd verder gezocht naar andere relevante publicaties.
- Er is geen beperking gehanteerd met betrekking tot het publicatiejaar van de literatuur. Indien er voldoende recente (gepubliceerd na 2000) artikels beschikbaar waren ging de voorkeur hier wel naar uit.
- Bij thema's die veel publicaties opleveren is er literatuur verzameld tot aan een saturatiepunt (nieuwe artikels leveren geen extra informatie meer op).

Het is belangrijk om hier op te merken dat over elk van de bovengenoemde componenten een zeer uitgebreide en gedetailleerde studie mogelijk is. Deze literatuurstudie is dus zeker niet volledig, en er werd ook geen volledigheid nagestreefd. Het streefdoel was om over elk element een beknopt en helder beeld te schetsen dat voldoende mogelijkheden omvat om de CSL-methode aan te toetsen.

5.1.3 Dataverwerking

Per element zijn de drie stappen achtereenvolgens doorlopen. Eerst werd de literatuur over het basiskader doorgenomen, waarna de resultaten meteen werden samengevat en neergeschreven (Stap 1 in Bijlage D). Vervolgens werden alle geselecteerde artikels over het element grondig gelezen en werd relevante informatie gemarkeerd. Na de eerste leesronde werden de artikels een tweede maal gelezen, waarbij de hoofdzaken uit elk artikel werden neergeschreven en uiteindelijk samengevoegd tot een tekst (Stap 2 in Bijlage D). Voor de derde stap werd gezocht naar aansluitingspunten tussen de literatuur en de factoren en werkwijzen van de CSL-methode. De factoren werden, waar mogelijk, ingepast in de literatuur (Stap 3a). Nadien werd nagegaan hoe CSL inspeelt op het desbetreffende element (Stap 3b). Dit geheel werd uitgeschreven, om na afronding telkens over te gaan naar een volgend element.

Tabel 12

Overzicht van de Werkwijzen van de CSL-methode

De werkwijzen van de CSL-methode	
Voor de ouders* (doorheen de cursus)	
A. Het <u>aanbieden van kennis en inzichten</u> over: - De problematiek, ontwikkeling, gevoeligheden, uitdagingen en leefwereld van het kind met ASS. - Attitudes en overtuigingen (van ouders, maar ook van de omgeving), en hun impact op het handelen. - Moeilijk te begrijpen gedrag van het kind met ASS. - Emoties en het belang van emotionele ontlading. - Verwachtingen en doelen (belang van het “niet nodig te hebben” dat doelen worden bereikt). - Het belang van zelfzorg en steun voor ouders. B. Training op vlak van <u>houdingsbewustzijn</u> (zowel over houding t.a.v. zichzelf als ouder als t.a.v. het kind): - Aanzetten tot “algemene zelfreflectie” en zelfonderzoek. - Concrete manieren om de eigen houding en overtuigingen te onderzoeken (vanuit concrete situaties). C. Het aanbieden van <u>concrete handvatten/werkwijzen om met het kind in contact</u> te treden: - Leren hoe af te stemmen op het kind (vanuit de noden en het perspectief van het kind). - Leren controle te geven aan het kind, mee te doen met het kind en de eigen expressie te gebruiken. D. Aanleren van <u>concrete vaardigheden</u>: - Voor het omgaan met moeilijk te begrijpen gedrag (bv. niet bekrachtigen) - Voor het analyseren van situaties met moeilijk te begrijpen gedrag (bv. ABC-schema's – Om inzicht te verwerven in de mogelijke functie van gedrag, het beter te begrijpen). - Om met emoties om te gaan (bv. emotionele ontlading). - Om de ontwikkeling van het kind stimuleren doorheen de techniek van contactgericht leren (doelen opstellen, vertrekken vanuit motivaties en interesses kind, manieren om te bekrachtigen,...) E. <u>Praktische ondersteuning</u>: - Bij het opstellen van een werkplan (korte- en lange termijn doelen, strategieën,...) - Bij de concrete organisatie van het speelprogramma (bv. speelkamer inrichten, planning opmaken,...) - Bij het werven van vrijwilligers (spelers) voor het speelprogramma. ⇒ Deze werkwijzen worden allen aangeboden vanuit de visie “kracht en empowerment van ouders”.	
Voor het kind* (in het speelprogramma)	
A. <u>De speelkamer</u> als optimale speel- en leeromgeving: - Afgestemd op de sensorische noden, interesses en motivaties van het kind. - Een veilige ruimte waar het kind de controle heeft. B. Ouders (spelers) die in hun <u>houding en gedrag volledig afstemmen</u> op het kind: - Leggen de controle bij het kind, wachten tot het kind initiatief neemt. - Participeren optimaal in activiteiten van het kind. - Oordelen niet, stellen geen verwachtingen, leggen geen druk op het kind. C. <u>Leer- en ontwikkelingskansen</u> (uitnodiging tot leren): - Vanuit de interesses en motivaties van het kind en op een leuke manier. - Op maat van het kind, zonder druk. D. <u>Sociale contacten</u> in de speelkamer: - Contact in een veilige omgeving op voorwaarde van het kind. (Spelers die het netwerk van het kind vergroten.) ⇒ Deze werkwijzen worden allen aangeboden vanuit houding van onvoorwaardelijke acceptatie en afstemming.	

* In de tekst worden de werkwijzen voor ouders aangeduid met (O), bv. Werkwijze A(O), en die voor kinderen met (K)

5.2 UITWERKING VAN DE NEGEN ELEMENTEN VAN HET THEORETISCH MODEL EN TOETSING VAN DE CSL-FACTOREN EN WERKWIJZEN

Dit deel omvat de uitwerking van de negen elementen van het theoretisch model, gekaderd onder hun overkoepelende componenten. Omwille van de omvang van de tekst over Stappen 1 (basiskader) en 2 (ASS-specifiek kader) voor elk element, was het noodzakelijk om de volledige uitwerking hiervan te verplaatsen naar Bijlage D. Het is raadzaam om deze bijlage te consulteren bij onduidelijkheid of nood aan meer informatie. De uitwerking van Stappen 3a en 3b is hieronder per component uitgeschreven. In deze uitwerking ligt de focus sterk op inhoud. Om tegelijk ook het overzicht te bewaren van welke probleemfactoren (uit Tabel 9), beïnvloedende factoren (dimensies risico- en protectieve factoren uit Tabel 11), en CSL-werkwijzen (uit Tabel 12) via de literatuurstudie gekaderd zijn in welke van de negen elementen, zijn drie overzichtstabellen opgesteld.

De eerste overzichtstabel omvat een overzicht van de probleemfactoren per element en is opgenomen in Bijlage E. De tweede tabel (opgenomen in Bijlage F) omvat een overzicht van welke dimensies invloed hebben op welk element, en welke CSL-werkwijzen (Tabel 12) worden ingezet om op deze dimensies in te spelen. Omdat de werkwijzen in Tabel 12 in algemene termen geformuleerd zijn, worden ze in de tekst onder Stap 3b concreet ingevuld. Hierbij wordt telkens tussen haakjes verwezen naar de overeenkomstige werkwijze uit Tabel 12 via een letter (bijvoorbeeld Werkwijze A) en eventueel de letter van de subcategorie (bijvoorbeeld Werkwijze A: a). Er is ook telkens opgenomen of het gaat om de werkwijze voor ouders (O) of kinderen (K). Een totaalbeeld van de werkwijzen per element kan geraadpleegd worden in Bijlage F. De derde overzichtstabel (opgenomen in Bijlage G) gaat uit van de 19 dimensies, en hun link met de negen elementen, en omvat een beeld van hoe wordt ingewerkt op welke dimensie (bijvoorbeeld aan welke elementen is Dimensie 1. “Zelfbeeld” gelinkt en hoe wordt de dimensie beïnvloed?).

De uitwerking van Stappen 3a en 3b wordt per element kort ingeleid door een algemene omschrijving van het element. Vervolgens wordt vanuit de literatuurstudie ingegaan op de ontstaanstheorie in Stap 3a, en op de behandelingstheorie in Stap 3b. Bij nood aan een kapstok of een totaalbeeld per element (of dimensie) kunnen de bovengenoemde overzichtstabellen geconsulteerd worden.

5.2.1 De betekeniscomponent

De linkerzijde van het theoretisch model (Figuur 7) is opgebouwd uit de betekeniscomponent voor ouders en kinderen. Bij het uitwerken van deze component voor ouder en kind is uitgegaan van de dimensies die Colpin en Grietens (2000) hieronder situeren: de conatieve, cognitieve en affectieve dimensie.

Element 1: Betekenis – Het conatieve aspect bij de ouder

Het conatieve aspect omvat de opvoedingsdoelen van ouders; deze worden bepaald door de waarden van ouders (abstracte opvoedingsintenties en attitude met betrekking tot de wenselijkheid van gedrag) en door concrete doelstellingen die ouders beogen in specifieke opvoedingssituaties (Colpin & Grietens, 2000).

Stap 3a: Toetsing van CSL-factoren (ontstaanstheorie) op basis van literatuur over Element 1

Het uitgangspunt van problemen die ASS-ouders kunnen ervaren op deze conatieve dimensie wordt door Wong en Heriot (2007) benoemd als de blokkade van doelen en verwachtingen die ouders zouden hebben voor een gezond kind, en de onzekerheid voor de toekomst waardoor er een constante potentiële bedreiging is van de opvoedingsdoelen die ouders vooropstellen. Deze onzekerheid brengt op zijn beurt stress met zich mee. In het praktijkmodel van de CSL-methode staan twee probleemfactoren die samenhangen met het bovengenoemde probleem. De eerste factor *“10. Ouders staan voor een grote opvoedopgave, ze missen kennis en vaardigheden voor opvoeding van hun speciale kind”* kan aan het probleem gelinkt worden omwille van de verwijzing ernaar in de omschrijving (Tabel 9): *“ze verwachtten een gewoon kind en zijn niet voorbereid op hun speciale kind”*. Het is echter problematisch dat de factor zo ruim omschreven is en meerdere aspecten omvat die niet onder dit element te plaatsen zijn (zoals kennis en vaardigheden). Om deze reden wordt hier een deel van de factor afgesplitst en herbenoemd naar *“Grote opvoedopgave: blokkade doelen en verwachtingen voor gewoon kind”*. De tweede factor die bij het probleem aansluit is Factor 13. *“Maatschappelijke verwachtingspatronen”*. Deze factor impliceert bepaalde verwachtingspatronen waaraan kinderen met ASS niet kunnen voldoen. Hij maakt deel uit van de bovengenoemde blokkade, maar is ook gelinkt aan oordelen en verwachtingen van mensen buiten het gezin, die op hun beurt de verwachtingen en opvoedingsdoelen van ouders kunnen beïnvloeden.

Uit de literatuur komen twee elementen naar voor die de opvoedingsdoelen van ouders beïnvloeden. Enerzijds een ruimer geheel van *ouderlijke overtuigingen*, waarden, attitudes, kennis en abstracte opvoedingsintenties (Colpin & Grietens, 2000; Rowe & Casillas, 2011) en anderzijds de *meer concrete doelstellingen* in specifieke opvoedingssituaties of interacties met het kind (Colpin & Grietens, 2000; Dix, 1992). In het CSL-praktijkmodel zitten negen dimensies van risico- en protectieve factoren vervaard die een beïnvloedende rol kunnen spelen in de opvoedingsdoelen van ouders: Dimensies 5. *“Omgaan met oordelen”*; 6. *“Geloof in kind”*; 10. *“Verwachtingen t.a.v. kind”*; 11. *“Zekerheid in ouderrol”*; 12. *“Begrip”*; 14. *“Prognose door diagnosticus”*; 16. *“Kennis”* en 18. *“Attitude”* kunnen gesitueerd worden in het stuk van ouderlijke overtuigingen. Dimensie 19. *“Ontwikkeling stimuleren”* kan gesitueerd worden in de concrete doelstellingen. Uit de literatuur komt eveneens naar voor dat er twee types van opvoedingsdoelen zijn; ouder-gecentreerd versus empathisch (Dix, 1992; Hastings & Grusec, 1998), of – anders benoemd – zelfbeelddoelen versus meelevende doelen (Conti, 2015). Van de negen bovengenoemde CSL-dimensies kan worden gesteld dat ze vanuit hun risico-zijde sterk aansluiten bij de ouder-gecentreerde of zelfbeelddoelen (gericht op de noden van de ouder) en vanuit hun protectieve zijde bij empathische of meelevende doelen (gericht op de noden van het kind en een positieve ouder-kindrelatie). Een voorbeeld om dit te duiden is Dimensie 5. *“Omgaan met oordelen”*: Als ouders hun opvoedingsdoelen opstellen vanuit de risico-zijde (*“reactie van ouders op oordelen van zichzelf en buitenaf”*) worden de doelen bepaald vanuit hun eigen nood om gunstig beoordeeld te worden. Wanneer ze echter hun doelen opstellen vanuit de protectieve zijde (*“onvoorwaardelijk accepterende houding”*), doen ze dit vanuit acceptatie van- en inlevingsvermogen in de leefwereld van het kind. Uit het praktijkmodel komt bijgevolg een duidelijke oriëntatie op *“meelevende opvoedingsdoelen”* als protectief gegeven naar voor.

Stap 3b: Toetsing van CSL-werkwijzen (behandelingstheorie) op basis van literatuur over Element 1

Via het inspelen op de negen dimensies die gekaderd zijn als beïnvloedende factoren op de conatieve component voor ouders, kan ingewerkt worden op de problemen die ouders op dit vlak kunnen ervaren. Hierbij sluit de algemene oriëntatie van de CSL-methode op “meelevende opvoedingsdoelen” als protectief gegeven aan bij aanbevelingen uit de literatuur om: (1) ouders te ondersteunen bij het verwerven van realistische verwachtingen en hier doelen op af te stemmen (Wong & Heriot, 2007), en (2) in te zetten op het ondersteunen van de ontwikkeling van meelevende opvoedingsdoelen (Conti, 2015). Hierbij kan zowel ingewerkt worden op de ouderlijke overtuigingen als op de concrete doelen die ouders vooropstellen in specifieke opvoedingssituaties (Colpin & Grietens, 2000; Dix, 1992).

De CSL-methode werkt op verschillende manieren in op het element van ouderlijke overtuigingen. Enerzijds wordt in de cursus informatie aangereikt over attitudes, overtuigingen, verwachtingen, en doelen, en hun impact op het ouderlijk handelen [inwerken op Dimensies 5. “Omgaan met oordelen”; 6. “Geloof in kind”; 10. “Verwachtingen t.a.v. kind”; 11. “Zekerheid in ouderrol” via Werkwijze A(O): b en e]. Zo wordt bijvoorbeeld het belang benadrukt om als ouder “je touwtjes bij jezelf te houden”, en je handelen niet te laten aansturen door oordelen van buitenaf. Ook wordt ingegaan op oordelen die ouders zelf hebben, en de manier waarop deze hun verwachtingen en (on)zekerheid beïnvloeden. Het belang van geloven in het kind en jezelf als ouder wordt benadrukt, en er wordt gewerkt rond manieren om verwachtingen aan te passen. Daarnaast worden in de cursus kennis en inzichten aangereikt [hiermee wordt ingewerkt op Dimensies 12. “Begrip” en 16. “Kennis” via Werkwijze A(O): a en c], en wordt er ingewerkt op attitude [Dimensie 18. “Attitude” via Werkwijze A(O): a en Werkwijze B(O)]. Uit de bovenstaande literatuur blijkt dat deze elementen deel uitmaken van het geheel van ouderlijke overtuigingen dat een impact heeft op opvoedingsdoelen (Colpin & Grietens, 2000; Rowe & Casillas, 2011). Door hierop in te spelen kan de CSL-methode ouders ondersteunen in het verwerven van realistische verwachtingen en het opstellen van meelevende opvoedingsdoelen (Conti, 2015).

Naast het beïnvloeden van de ouderlijke overtuigingen wordt via de cursus ook ingewerkt op de concrete doelen die ouders opstellen in specifieke situaties [Dimensie 19. “Ontwikkeling stimuleren” via Werkwijze A(O): a, Werkwijze D(O): d, en Werkwijze E(O): a]. Hierbij wordt eerst kennis aangereikt over de ontwikkeling en het gedrag van kinderen met ASS, om van daaruit te komen tot gepaste en meelevende doelen. Ouders krijgen ook vaardigheden aangereikt om specifieke doelen op te stellen voor hun kind en deze in een werkplan te koppelen aan zijn/haar ontwikkelingsniveau, motivaties en interesses (techniek van contactgericht leren). Ouders worden zo concreet ondersteund in het opstellen en nastreven van specifieke doelen in concrete situaties.

Door het inzetten van de bovengenoemde werkwijzen ondersteunt de CSL-cursus ouders bij het verwerven van realistische verwachtingen en het ontwikkelen van meelevende opvoedingsdoelen. Deze elementen kunnen het inzicht in het kind vergroten, waardoor ouders een hoger gevoel van competentie en zelfzekerheid kunnen ervaren in de ouderrol, wat op zijn beurt kan bijdragen tot stressvermindering (Conti, 2015).

Element 2: Betekenis – Het conatieve aspect bij het kind

Het conatieve aspect bij kinderen omvat de motieven en doelen die kinderen in de opvoedingsrelatie nastreven (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).

Stap 3a: Toetsing van CSL-factoren (ontstaanstheorie) op basis van literatuur over Element 2

In het praktijkmodel van de CSL-methode zijn drie probleemfactoren benoemd die overeenstemmen met de probleemelementen gelinkt aan het komen tot zelfdeterminatie bij personen met ASS – en bij benadering tot zelfverwerkelijking (het conatieve aspect) – uit de literatuur. De eerste factor “4. *Moelijkheden met contact (o.a. wederkerigheid)*” kan gekaderd worden in algemene moeilijkheden met relatievaardigheden (Field & Hoffman, 1999), maar eveneens in meer specifieke moeilijkheden zoals minder sociaal gedrag initiëren (Ruble, 2001) en minder handelen in functie van gedeelde aandacht (Kasari & Patterson, 2012). De tweede factor “5. *Moelijkheden met communiceren*” stemt overeen met de moeilijkheden in communicatie die Field en Hoffman (1999) aanhalen als probleemfactor bij het overbrengen van de eigen noden en wensen aan de omgeving. De laatste factor “9. *Het kind mist vaardigheden om zichzelf aan te sturen*” kan gekaderd worden in de problemen met planningsvaardigheden (Geurts & Bringmann, 2010).

De drie componenten van zelfdeterminatie uit het model van Field en Hoffman (1999) omvatten verschillende factoren die een invloed hebben op de mate van zelfdeterminatie van een persoon. Op de interne component kunnen, vanuit het praktijkmodel van de CSL-methode, twee dimensies van risico- en protectieve factoren gesitueerd worden: Dimensie 1. “*Zelfbeeld kind*” en Dimensie 3. “*Emotioneel welbevinden kind*”. Emotioneel welbevinden is hierbij eerder een overkoepelend concept dat de factor zelfbeeld omvat. Op zijn beurt is zelfbeeld dan weer opgebouwd uit, onder andere, identiteit en zelfwaardering (Schalock, 2004). Deze samenhang linkt de dimensies aan de factoren zelfkennis en zelfwaardering uit de interne zelfdeterminatiecomponent. Hierbij kan de protectieve zijde van de dimensies bevorderlijk zijn voor zelfdeterminatie, en bij benadering voor het nastreven van doelen die bijdragen aan zelfverwerkelijking in de opvoedingsrelatie; en kan de risicozijde een belemmerende rol spelen. Op de interactiecomponent kan Dimensie 9. “*Aanpak kind*” gesitueerd worden omwille van de rol die de omgeving speelt in de kansen van kinderen om tot zelfdeterminatie te komen (Field & Hoffman, 1999; Wehmeyer, Shogren, Zager, Smith, & Simpson, 2010). Een omgeving die zich op vlak van aanpak eerder autonomie-ondersteunend dan sturend opstelt zal, vanuit empathie en het aanbieden van keuzemogelijkheden (Colpin et al., 2007), gunstiger zijn voor de ontwikkeling van zelfdeterminatie (Field & Hoffman, 1999), en bij benadering ook voor zelfverwerkelijking. Omwille van het belang van specifieke vaardigheden in het komen tot zelfdeterminatie kunnen eveneens de dimensies “2. *Leren kind*”; “17. *Contact*”; en “19. *Ontwikkeling stimuleren*” onder dit element gekaderd worden. Ze kunnen alle drie vanuit hun protectieve zijde bevorderlijk zijn voor het ontwikkelen van vaardigheden met betrekking tot zelfdeterminatie (kind leert vlot, ouders/omgeving werken bewust aan contact en/of stimuleren contact doorheen spel, ouders/omgeving stimuleren op maat ontwikkeling kind) en vanuit hun risicozijde een belemmering vormen (kind leert moeizaam, ouders/omgeving vermijden contact, ouders/omgeving onder- of overvragen kind en/of spelen niet in op ontwikkelingsnoden).

Stap 3b: Toetsing van CSL-werkwijzen (behandelingstheorie) op basis van literatuur over Element 2

De zes bovengenoemde dimensies kunnen in interventie aangesproken worden voor het bevorderen van zelfverwerkelijking of zelfontplooiing bij kinderen met ASS. Wehmeyer en collega's (2010) raden aan om hierbij zowel op de omgeving in te werken als op de individuele vaardigheden van de persoon met ASS.

Het inwerken op de individuele vaardigheden van het kind gebeurt in de CSL-methode op verschillende manieren. Een eerste werkwijze is het afstemmen op het kind [inspelen op Dimensie 9. "Aanpak kind" via Werkwijze B(K): alle subcategorieën, maar zeker a], door in de speelkamer de controle helemaal bij het kind te leggen en te wachten tot het 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). Een tweede werkwijze is het contact met het kind in de speelkamer [Dimensie "17. Contact" via Werkwijze D(K): alle subcategorieën]. Door contacten in de speelkamer krijgt het kind de kans om te oefenen op de relatievaardigheden die nodig zijn voor het uitdrukken van persoonlijke wensen en noden. Ook het concreet stimuleren van benodigde vaardigheden om uitdrukking te geven aan de nood tot zelfverwerkelijking (bijvoorbeeld communicatie, voorkeur uitdrukken, keuzes maken, enz.) is een mogelijke werkwijze in de speelkamer [inspelen op Dimensies "2. Leren kind" en "19. Ontwikkeling stimuleren" via Werkwijze C(K): alle subcategorieën]. Een laatste werkwijze is het creëren van een veilige en afgestemde omgeving (zowel materieel als op vlak van attitude ouders/spelers) in de speelkamer, om zo toe te werken naar een beter emotioneel welbevinden bij het kind [Dimensies 1. "Zelfbeeld kind" en 3. "Emotioneel welbevinden kind"]. Tijdens de oudercursus wordt de basis gelegd voor het uitvoeren van deze werkwijzen. Hier vindt de beïnvloeding van de omgeving plaats door het aanleren van manieren om autonomie-ondersteunend met het kind om te gaan (vanuit empathie, afstemming, noden van het kind en basishouding) en om de ontwikkeling van het kind te stimuleren op vlakken die essentieel zijn voor het komen tot zelfverwerkelijking.

Uit de bovenstaande werkwijzen kan vastgesteld worden dat de CSL-aanpak niet alle aspecten van dit element afdekt. Zo wordt er eerder onrechtstreeks gewerkt aan de interne component (zelfwaardering, zelfkennis) via het algemeen kader van emotioneel welbevinden, en wordt er niet expliciet gewerkt aan alle benodigde vaardigheden voor zelfdeterminatie (zoals planning) indien ouders deze elementen niet vooropstellen als doelen. Ouders worden in de cursus gestimuleerd om autonomie-ondersteunend te zijn, maar ze worden niet expliciet gevormd over de behoefte aan zelfverwerkelijking en het belang om hun kind hierin te ondersteunen.

Element 3: Betekenis – Het cognitieve aspect bij de ouder

Dit aspect omvat de opvoedingscognities van ouders (Colpin & Grietens, 2000). Deze cognities worden beschouwd als basiscomponenten van de opvoeding die ouderlijk gedrag genereren en organiseren (Bornstein, Hahn, & Haynes, 2011). De inhoud van deze cognities omvat onder meer kennis (Bornstein et al., 2011), het gevoel van "self-efficacy", en attributies over gedrag van het kind (Grusec, Hastings, & Mammone, 1994).

Stap 3a: Toetsing van CSL-factoren (ontstaanstheorie) op basis van literatuur over Element 3

Uit de literatuur komen vooral stress en een verhoogde kans op depressie – als reactie op de specifieke problematiek van het kind met ASS – naar boven als **probleemfactoren** met een grote impact op de opvoedingscognities van ASS-ouders (Giallo et al., 2013; Kuhn & Carter 2006; Meirsschaut et al., 2010; Wachtel & Carter, 2008). Twee probleemfactoren uit het CSL-praktijkmodel kunnen hierin gekaderd worden: Factor 10. *“Ouders staan voor grote opvoedopgave, ze missen kennis en vaardigheden voor de opvoeding van hun speciale kind”*, die de specifieke uitdagingen van ASS-ouders (als gevolg van de specifieke problematiek van het kind) omvat; en Factor 12. *“Stress ouders”*, die overeenstemt met de stress-factor uit de literatuur. De verhoogde kans op depressie is in het praktijkmodel niet als probleemfactor benoemd.

In de literatuur worden meerdere factoren benoemd die een invloed hebben op opvoedingscognities. Hierbij kan onderscheid gemaakt worden tussen aspecten van opvoedingscognities die elkaar onderling beïnvloeden (zoals omschreven door Kuhn & Carter, 2006) en andere omstandigheden of elementen die een invloed kunnen uitoefenen. Vanuit het CSL-praktijkmodel kunnen, gebaseerd op de studie van Kuhn en Carter (2006), vier dimensies van risico- en protectieve factoren gekaderd worden in aspecten van opvoedingscognities: Dimensie 11. *“Zekerheid in ouderrol”*, stemt overeen met het aspect “self-efficacy”; Dimensie 12. *“Begrip”*, omvat de mate waarin ouders het gedrag en de problematiek van hun kind begrijpen en er inzicht in hebben, en kan gekoppeld worden aan de attributies die ouders aan het gedrag toeschrijven; Dimensie 16. *“Kennis”*, die overeenstemt met het aspect kennis; en Dimensie 19. *“Ontwikkeling stimuleren”*, die gekoppeld kan worden aan het gevoel van “agency” (gevoel van ouders over de mate waarin ze actieve rol opnemen het stimuleren van de ontwikkeling).

Er zijn vier dimensies van risico- en protectieve factoren die gekaderd kunnen worden als elementen met een invloed op opvoedingscognities. Informele steun (Dimensie 4. *“Netwerk”*) en formele steun (Dimensie 13. *“Professionele ondersteuning/zorg”*) worden aangehaald als helpend bij het verwerken van de diagnose en de gevoelens die hieraan gekoppeld zijn (Kuhn & Carter, 2006; Wachtel & Carter, 2008), maar ook bij een laag gevoel van “self-efficacy”, een hoge mate van stress, schuldgevoelens of depressie bij ASS-ouders (Kuhn & Carter, 2006). De aanwezigheid en het inzetten van formele en informele ondersteuning (protectieve zijde van Dimensies 4 en 13) kan de negatieve invloed van probleem/risicofactoren (zoals stress, verwerking diagnose, enz.) op opvoedingscognities verminderen. Omwille van de focus op de diagnose en de hieraan gekoppelde verwerking en emoties bij ouders worden ook Dimensies 8. *“Emotionele draagkracht ouders”* en 14. *“Prognose door diagnosticus”* hier gekaderd als mogelijk protectieve of risicovolle invloeden op opvoedingscognities. De invloed van oververmoeidheid (Giallo et al., 2013) is niet opgenomen in het praktijkmodel.

Stap 3b: Toetsing van CSL-werkwijzen (behandelingstheorie) op basis van literatuur over Element 3

Via de bovengenoemde acht dimensies kan ingewerkt worden op de opvoedingscognities van ASS-ouders. In de CSL-cursus wordt enerzijds ingewerkt op een aantal deelaspecten van opvoedingscognities, en anderzijds op een aantal beïnvloedende factoren van opvoedingscognities. Er wordt niet ingewerkt op Dimensie 14. *“Prognose door diagnosticus”*; deze is omschreven als “niet beïnvloedbaar door interventie”.

In de cursus worden het begrip (gelinkt aan attributies over gedrag) en de kennis van ouders vergroot door het aanreiken van informatie en het aanleren van vaardigheden om gedrag te analyseren, en er zo meer inzicht in te verwerven [Dimensies 12. “*Begrip*” en 16. “*Kennis*” via Werkwijze A(O): a en c, en Werkwijze D(O): b]. Ook wordt, via het aanleren van manieren om doelgericht de ontwikkeling van het kind te stimuleren, ingewerkt op het vergroten van het gevoel van “agency” bij ouders [“Dimensie 19. “*Ontwikkeling stimuleren*” via Werkwijze A(O): a, Werkwijze D(O): d, en Werkwijze E(O): a]. Daarnaast leren ouders over emoties en het belang van ondersteuning en zelfzorg [inspelen op Dimensie 8. “*Emotionele draagkracht ouders*” via Werkwijze A(O): d en f], wat belangrijk is in het tegengaan van de negatieve invloed van probleem/risicofactoren (zoals stress, verwerking diagnose, enz.) op opvoedingscognities (Kuhn & Carter, 2006), maar ook om oververmoeidheid te voorkomen of tegen te gaan (Giallo et al., 2013). Verder wordt het belang van het uitbouwen van een netwerk, en de mogelijkheden om professionele zorg in te zetten als zinvolle bijdrage voor de ouders zelf of voor het speelprogramma besproken in de cursus [Dimensies 4. “*Netwerk*” en 13. “*Professionele ondersteuning/zorg*” via Werkwijze A(O): f]. Door het geheel van deze werkwijzen, die worden ingezet voor het vergroten van kennis, begrip, vaardigheden en ondersteuning, wordt ingespeeld op het gevoel van “self-efficacy” [Dimensie 11. “*Zekerheid in ouderrol*”], ook de algemene bejegening van de cursus zet in op het vergroten van de zelfzekerheid van ouders.

De aanbevelingen uit de literatuur met betrekking tot opvoedingscognities situeren zich enerzijds op niveau van psycho-educatieve en/of gezinsgerichte interventies, en anderzijds op niveau van interventies die specifiek gericht zijn op het emotioneel welbevinden van ouders (Kuhn & Carter, 2006). CSL kan hierbij eerder gekaderd worden in de eerste groep omdat er vooral wordt ingewerkt op opvoedingscognities door middel van psycho-educatie. Hierbij worden de kernelementen omtrent attributies, “self-efficacy”, kennis en “agency” uit de literatuur afgedekt. De elementen omtrent de verwerking van de diagnose en oververmoeidheid komen eerder impliciet en oppervlakkig aan bod in de CSL-methode. Ze kunnen echter eerder gekaderd worden als thema's voor de groep interventies die zich specifiek richten op het emotioneel welzijn van ouders.

Element 4: Betekenis – Het cognitieve aspect bij het kind

De cognitieve dimensie bij kinderen verwijst naar het kennen en weten; ze omvat 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 van dit aspect 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).

Stap 3a: Toetsing van CSL-factoren (ontstaanstheorie) op basis van literatuur over Element 4

Het kernprobleem op vlak van cognitie bij kinderen met ASS wordt vanuit de literatuur gesitueerd in de verschillende cognitieve stijl die ze hanteren (Baron-Cohen, 2009; Happé, 1999; Peeters, 2006). De aanleiding tot dit verschil wordt gekaderd vanuit meerdere perspectieven: moeilijkheden met het begrijpen van de sociale omgeving door een beneden-gemiddeld vermogen tot ToM (Baron-Cohen, Leslie, & Frith, 1985) of empathie (Baron-Cohen, 2009); een andere perceptie en verwerking door problemen in sensorische informatieverwerking

(Hilton, 2011), een zwakke centrale coherentie (Happé & Frith, 2006), of een sterke focus op systematiseren (Baron-Cohen, 2009); en problemen in de ontwikkeling van de executieve functies (Hill, 2004; Hughes, Russell, & Robbins, 1994). In het praktijkmodel van de CSL-methode zijn drie probleemfactoren opgenomen die verwijzen naar een aantal van deze perspectieven. Factor 1. “*Verstoorde prikkelverwerking*” verwijst naar het sensorisch informatieverwerkingsprobleem. Factor 2. “*Verstoorde ontwikkeling*” verwijst naar problemen in de ontwikkeling van allerlei functies, waarvan de inhoud niet gespecificeerd wordt, hierin kunnen de algemene problemen in de cognitieve ontwikkeling gekaderd worden. Factor 9. “*Kind mist vaardigheden om zichzelf aan te sturen*” stemt overeen met de problemen in executieve functies, maar verwijst in de omschrijving ook naar andere problemen die het moeilijk maken om te komen tot adaptief gedrag (zoals moeilijkheden met communiceren en problemen in de sensorische informatieverwerking). Het model verwijst niet expliciet naar alle bovengenoemde perspectieven.

Er zijn vanuit het praktijkmodel zeven dimensies van risico- en protectieve factoren die gekaderd kunnen worden in de hierboven beschreven literatuur. De factoren kunnen vanuit hun protectieve zijde bevorderlijk zijn voor de ontwikkeling van cognitie bij kinderen met ASS, en vanuit hun risicozijde bijdragen aan de instandhouding en/of verergering van problemen op dit vlak. Gezien de impact van de cognitie op het handelen van kinderen met ASS, is het belangrijk voor ouders om te begrijpen hoe hun kind denkt; zo kunnen ze anticiperen op moeilijke situaties en hun kind helpen om hiermee om te gaan (Happé & Frith, 2006; Noens et al., 2015). Hier kunnen Dimensies 12. “*Begrip*” en 16. “*Kennis*” een belangrijke rol in spelen. Uit de aanbevelingen om te interveniëren (Kasari, Freeman & Paparella, 2006; Ozonoff, 1998) komt naar voor dat het gericht stimuleren van de cognitieve ontwikkeling een positieve invloed kan hebben op het leren van cognitieve vaardigheden en functies. Onder deze invloed van leerprocessen en ontwikkeling kunnen Dimensies 2. “*Leren kind*” en 19. “*Ontwikkeling stimuleren*” gekaderd worden. Specifiek vanuit de aanbevelingen met betrekking tot gedeelde aandacht en symbolisch spel kan ook Dimensie 17. “*Contact*” gezien worden als mogelijke protectieve of risicofactor. Onder de protectieve zijde van deze dimensie valt “*bewust werken aan contact*” en “*spelen of speelse interactie met het kind*”, deze elementen vormen de basis voor interventies gericht op gedeelde aandacht en spel (Kasari et al., 2006). Een laatste aspect dat invloed uitoefent op de cognitie van kinderen met ASS is hun sensorische informatieverwerking (Hilton, 2011). Dimensie 15. “*Sensorische balans*” kan hierin gekaderd worden als een mogelijks protectieve factor vanuit het kind zelf; indien het kind minder last ondervindt van problemen in de sensorische informatieverwerking kan dit bevorderlijk zijn voor zijn/haar cognitieve ontwikkeling. Ook Dimensie 18. “*Attitude*”, en meer bepaald het element “*afgestemde aanpak en omgeving*” dat hieronder valt, kan gekaderd worden onder het aanpassen van de omgeving aan de sensorische noden van het kind. Dit kan bevorderlijk zijn voor het verminderen van de problemen die het kind ondervindt op vlak van sensorische informatieverwerking, en zo ook een positieve invloed hebben op de cognitieve ontwikkeling.

Stap 3b: Toetsing van CSL-werkwijzen (behandelingstheorie) op basis van literatuur over Element 4

Er kan door de CSL-methode ingespeeld worden op de cognitie van kinderen met ASS door het beïnvloeden van zeven dimensies. Een eerste werkwijze die hiervoor gehanteerd wordt is het geven van informatie en inzichten in de cognitieve verwerking van kinderen met ASS in de cursus inspelen op Dimensies 12. “*Begrip*” en 16. “*Kennis*”

via Werkwijze A(O): a en c]. 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. Een tweede werkwijze is het stimuleren van ouders tot spelen met hun kind en toewerken naar gedeelde aandacht in de speelkamer [Dimensie 17. “Contact” via Werkwijze C(O) en Werkwijze D(K)]. Deze elementen worden in de literatuur aangehaald als fundamentele aspecten voor de cognitieve ontwikkeling (Kasari et al., 2006). Een derde werkwijze is het stimuleren van cognitieve vaardigheden bij het kind; ouders leren doorheen de cursus welke vaardigheden ze op welke manier kunnen stimuleren en kunnen in de speelkamer met deze kennis aan de slag [Dimensies 2. “Leren kind” en 19. “Ontwikkeling stimuleren” via Werkwijze C(K)]. Een laatste werkwijze is het aanpassen van de omgeving aan de sensorische noden van het kind, wat helpend kan zijn voor de problemen in sensorische informatieverwerking (Hilton, 2011). Ouders leren in de cursus hoe ze zichzelf en de omgeving op de sensorische noden van het kind kunnen afstemmen en zetten deze kennis in in de speelkamer [Dimensie 18. “Attitude” via Werkwijze A(K) en Werkwijze B(K)]. Er wordt niet ingewerkt op Dimensie 15. “Sensorische balans”. In de focusgroepen is aangegeven dat dit wel kan, doordat ouders bijvoorbeeld elementen van interventies die gericht zijn op sensorische informatieverwerkingsproblemen opnemen in hun speelprogramma, maar dit is geen standaard aspect.

Op basis van bovenstaande werkwijzen kan geconcludeerd worden dat de CSL-aanpak de mogelijkheid biedt om alle beïnvloedbare aspecten met betrekking tot de cognitieve ontwikkeling af te dekken, maar dat het niet vastlegt welke aspecten al niet worden opgenomen omwille van het typerende CSL-uitgangspunt van “maatwerk”. Een aantal andere aspecten (zoals gedeelde aandacht, omgeving afstemmen, enz.) zijn wel standaard opgenomen.

Element 5: Betekenis – Het affectieve aspect bij de ouder

Het affectieve aspect bij de ouder omvat de opvoedingsbelevingen: de gevoelens teweeggebracht door het eigen gedrag en dat van het kind, en de gevoelens die het gedrag van de ouder beïnvloeden (Colpin & Grietens, 2000).

Stap 3a: Toetsing van CSL-factoren (ontstaanstheorie) op basis van literatuur over Element 5

Uit literatuur over de affectieve dimensie bij ASS-ouders komen voornamelijk stress (Hayes & Watson, 2013; Sanders & Morgan, 1997) en sterke negatieve emoties (Myers, Mackintosh, en Goin-Kochel, 2009; Zhou & Yi 2014) naar boven als probleemfactoren. In het praktijkmodel van de CSL-methode wordt de probleemfactor stress benoemd (Factor 12. “Stress ouders”), maar is er geen probleemfactor die overeenstemt met de negatieve emoties die in de literatuur worden aangehaald (angst, verdriet, wanhoop, enz.). De risicozijde van Dimensie 8. “Emotionele draagkracht ouders” – zijnde “Emotionele last van ouders, verwerking-zorgen” (in de focusgroep omschreven als “De ouders kunnen een stuk emotie meedragen dat ze een plek moeten geven, dit is een proces dat ze doorlopen en dat invloed heeft op alledaagse zaken”) – kan hier wel in gekaderd worden. De factor is in de focusgroep benoemd als risico, en niet als kernprobleem, vanuit het idee dat ouders heel verschillend met deze emotie kunnen omgaan, en dat dit emotionele stuk geen deel uitmaakt van de kernproblematiek van elke ouder. Dit is een aspect dat, op basis van de onderzochte literatuur, herbekeken kan worden.

De literatuur reikt vanuit twee invalshoeken elementen aan die een invloed kunnen hebben op de affectieve dimensie bij ASS-ouders. Een eerste invalshoek is die van stressvermindering (Sanders & Morgan, 1997), hierin spelen ondersteuning (professioneel of via het eigen netwerk of steungroepen) en ontspanning een belangrijke rol. Vanuit het praktijkmodel van de CSL-methode kunnen Dimensies 4. “*Netwerk*” en 13. “*Professionele ondersteuning/zorg*” hierin gekaderd worden. Er is geen dimensie die overeenstemt met het aspect ontspanning. De tweede invalshoek is die van opvoedingshandelen en attitude (Zhou & Yi 2014): opvoedingshandelen dat gericht is op de ouder-kindrelatie en op positieve interacties, geïnspireerd op een positieve attitude, kan bevorderlijk zijn voor de ouderlijke affectieve dimensie. De denkwijze achter de CSL-methode sluit sterk aan bij deze invalshoek, waardoor er in het praktijkmodel vier dimensies vanuit hun protectieve zijde overeenstemmen met de aanbevelingen van Zhou en Yi (2014) om toe te werken naar relatiegericht opvoedingsgedrag, een positieve attitude en een zorgende (geen coachende) rol bij het aanleren van vaardigheden: Dimensies 10. “*Verwachtingen t.a.v. kind*”; 17. “*Contact*”; 18. “*Attitude*”; en 19. “*Ontwikkeling stimuleren*”. Vanuit hun risicozijde stemmen deze dimensies overeen met de factoren die Zhou en Yi (2014) linken aan negatief affect.

Stap 3b: Toetsing van CSL-werkwijzen (behandelingstheorie) op basis van literatuur over Element 5

Uit de onderzochte literatuur zijn zes dimensies afgeleid die zich lenen als aangrijpingspunt voor werkwijzen gericht op opvoedingsbelevingen. Enerzijds is er de invalshoek van stressvermindering (Sanders & Morgan, 1997), hier wordt in de CSL-cursus op ingespeeld door het bespreken van manieren waarop ouders voor zichzelf ondersteuning kunnen organiseren, en door te wijzen op het belang van ontspanning en tijd voor jezelf [Dimensies 4. “*Netwerk*” en 13. “*Professionele ondersteuning/zorg*” via Werkwijze A(O): f]. Anderzijds is er de invalshoek van positief opvoedingshandelen en attitude als bevorderlijk voor positieve opvoedingsbelevingen (Zhou & Yi 2014), waar via meerdere werkwijzen op wordt ingespeeld. Zo leren ouders doorheen de cursus hun verwachtingen aanpassen [Dimensie 10. “*Verwachtingen t.a.v. kind*” via Werkwijze A(O): b en e], leren ze verbanden te onderzoeken tussen hun eigen emoties en de onderliggende overtuigingen, en leren ze over emotionele overdracht tussen zichzelf en het kind en het belang van een ontspannen houding [Dimensie 18. “*Attitude*” via Werkwijze A(O): b en Werkwijze B(O)]. In het werken rond contact met het kind staat de focus op de ouder-kindrelatie en spelen centraal [Dimensie 17. “*Contact*” via Werkwijze C(O)] en bij het stimuleren van de ontwikkeling van het kind is het uitgangspunt steeds maatwerk, contact met het kind, en een open, ontspannen stemming zonder hoge verwachtingen of een “coachende” (Zhou & Yi 2014) houding [Dimensie 19. “*Ontwikkeling stimuleren*” via Werkwijze D(O): d].

Op basis van de onderzochte literatuur kan gesteld worden dat de aanpak van de CSL-methode alle elementen met betrekking tot opvoedingsbelevingen afdekt. Het is echter belangrijk om op te merken dat de hoeveelheid literatuur over het thema en concrete werkwijzen beperkt is.

Element 6: Betekenis – Het affectieve aspect bij het kind

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). Bij baby's en jonge kinderen zijn deze gevoelens gebaseerd op primaire behoeften, als het kind ouder wordt, verruimt de gevoelsbeleving en vindt gevoelsdifferentiatie plaats (van Heteren, Smits, & van Veen, 2000).

Stap 3a: Toetsing van CSL-factoren (ontstaanstheorie) op basis van literatuur over Element 6

De problemen van kinderen met ASS op de affectieve dimensie omvatten enerzijds moeilijkheden in de interactie met de omgeving: het op een andere manier emotionele signalen verzenden en ontvangen, minder "emotionele competentie" (Begeer, Koot, Rieffe, Terwogt, & Stegge, 2008; Nuske, Vivanti, & Dissanayake, 2013), en meer uitingen van negatief affect (Gulsrud, Jahromi, & Kasari, 2010; Wilson, Berg, Zurawski, & King, 2013). Anderzijds ervaren kinderen met ASS veel innerlijke problemen, met als meest prominente probleem 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), maar ook stress (Mayes et al., 2013; Spratt et al., 2012), stemmingsproblemen (Kim et al., 2000) en depressieve gevoelens (Hill, Berthoz, & Frith, 2004; Pouw, Rieffe, Stockmann, & Gadow, 2013). Er zijn vier probleemfactoren uit het praktijkmodel van de CSL-methode die in deze bevindingen kunnen gekaderd worden. De factoren 3. "*Stress kind*" en 8. "*Angst kind*" stemmen letterlijk overeen met de factoren angst en stress. Daarnaast kan probleemfactor 1. "*Verstoorde prikkelverwerking*" hier gesitueerd worden omdat deze sterk samenhangt met de probleemfactor angst (Mayes et al., 2013; White et al., 2009), en er in een aantal gevallen zelfs de oorzaak van vormt. De laatste factor 5. "*Moeilijkheden met communiceren*" kan gekaderd worden in interactieproblemen met de omgeving (het op een andere wijze emotionele signalen verzenden/ontvangen). In het praktijkmodel zijn geen factoren opgenomen die overeenstemmen met stemmingsproblemen, depressieve gevoelens en uitingen van negatief affect.

De elementen die een invloed hebben op het affectieve aspect, of ermee samenhangen, kunnen opgedeeld worden in factoren van het kind, en omgevingsfactoren. Hieraan kunnen negen dimensies van risico- en protectieve factoren uit het praktijkmodel gekoppeld worden. Een eerste beïnvloedende factor omvat de problemen die kinderen met ASS op andere vlakken (zoals aandacht, perceptie, communicatie, enz.) ondervinden, omwille van hun sterke impact op het uitdrukken/verwerken van emoties (Nuske et al., 2013). Het kan bevorderlijk zijn om de ontwikkeling op deze vlakken te stimuleren (Dimensie 19. "*Ontwikkeling stimuleren*"). Een tweede factor die samenhangt met de affectieve dimensie is die van sociaal contact (Dimensie 4. "*Netwerk*"): kinderen met ASS stellen sociaal vermijdingsgedrag (Pouw et al., 2013; Rieffe et al., 2000), zijn bang om uitgelachen te worden (Wu et al., 2015) en beseffen dat ze "er moeilijker bij horen" (Hill et al., 2004). Aan deze factor kan enerzijds Dimensie 1. "*Zelfbeeld kind*" gekoppeld worden, omwille van de link met de laatste twee elementen (angst om uitgelachen te worden, gevoel er niet bij te horen); kinderen met een eerder positief zelfbeeld zullen hier vermoedelijk minder last van ondervinden. Anderzijds is Dimensie 17. "*Contact*", mogelijks protectief omwille van bewuste inzet om met het kind in contact te treden, en zo vermijdingsgedrag tegen te gaan. Ook het aspect "toewerken naar gedeelde aandacht" kan bevorderlijk zijn (Gulsrud et al., 2010). Een derde

factor is de sensorische informatieverwerking die sterk samenhangt met angst (Mayes et al., 2013; White et al., 2009), hierin kan Dimensie 15. “*Sensorische balans*” gekaderd worden, en als helpend worden beschouwd vanuit de protectieve zijde. Een vierde factor die een sterke impact heeft is de mate waarin het kind met ASS negatief affect ervaart (Gulsrud et al., 2010; Wilson et al., 2013), hierin kan Dimensie 3. “*Emotioneel welbevinden kind*” gekaderd worden als balans tussen positief en negatief affect (Charles, Reynolds & Gatz, 2001). Een vijfde factor die een rol speelt is de manier waarop ouders met de emoties van hun kind omgaan (Gulsrud et al., 2010; Wilson et al., 2013), hierin kan Dimensie 18. “*Attitude*” gekaderd worden. Concreet met betrekking tot angst (Mayes et al., 2013; White et al., 2009) kan therapie voor het kind een positieve invloed hebben (Dimensie 13. “*Professionele ondersteuning/zorg*”), maar is het ook belangrijk om een goed zicht te krijgen op de individuele problematiek van het kind (Dimensie 12. “*Begrip*”) en om ouders te informeren (Dimensie 16. “*Kennis*”).

Stap 3b: Toetsing van CSL-werkwijzen (behandelingstheorie) op basis van literatuur over Element 6

Er zijn tien dimensies waar op ingespeeld kan worden met betrekking tot het affectieve aspect bij kinderen. De CSL-methode werkt hierop in door middel van de cursus en de speelkamer. In de cursus wordt uitgebreid ingegaan op 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 de rol die ouders hierin kunnen spelen (door middel van hun attitude en door het “uit handen geven van controle” waarmee ze houvast geven aan het kind) wordt uitgebreid besproken [Dimensies 12. “*Begrip*” en 16. “*Kennis*” via Werkwijze A(O): a, b, c en d, en Werkwijze D(O): b]. 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 krijgen 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 [Dimensie 17. “*Contact*” via Werkwijze C(O) en Werkwijze D(K)]. Verder wordt ingegaan op het concept van afstemmen en het aanpassen van de omgeving om angst en stress bij het kind te verminderen. Ouders zetten deze zaken in in de speelkamer. De beïnvloeding van de opvoedingsbelevingen (Element 5) met betrekking tot de dimensie attitude speelt hierin een belangrijke rol [Dimensie 18. “*Attitude*” via Werkwijze A(K) en Werkwijze B(K)]. De speelkamer kan daarbij ingezet worden als veilige, afgestemde omgeving (zowel materieel als op vlak van attitude ouders/spelers) waarin kan worden toegewerkt naar een verhoging in positief affect en een beter emotioneel welbevinden bij het kind [Dimensies 1. “*Zelfbeeld kind*” en 3. “*Emotioneel welbevinden kind*”]. De speelkamer kan ook gezien worden als plaats om sociale contacten te oefenen en uit te breiden, bijvoorbeeld door middel van spelers, en zo in te werken op de angsten en problemen met betrekking tot sociale interacties [Dimensie 4. “*Netwerk*” via werkwijze D(K)]. Tot slot kunnen ouders de ontwikkeling van hun kind bewust stimuleren in de speelkamer, waarbij ze kunnen inwerken op aspecten die belangrijk zijn voor het uitdrukken/interpreteren van emoties [Dimensie 19. “*Ontwikkeling stimuleren*” via Werkwijze C(K)]. Er wordt door CSL voor dit element niet ingewerkt op Dimensies 13. “*Professionele ondersteuning/zorg*” en 15. “*Sensorische balans*”.

De CSL-methode dekt in haar werkwijze een groot deel van de beïnvloedbare aspecten af, maar niet alles. Zo wordt er in de cursus geen informatie gegeven over interventie bij angstproblemen, en wordt er niet expliciet ingewerkt op het zelfbeeld en emotioneel welbevinden van het kind. Ook het stimuleren van de ontwikkeling in relatie tot belangrijke vaardigheden voor “emotionele competentie” (Nuske et al., 2013) zit niet standaard in het programma verwerkt. Met betrekking tot attitude valt nog op te merken dat de CSL-methode vanuit haar eigen principes manieren aanreikt om met emoties om te gaan, maar dat deze niet helemaal overeenstemmen met de methode van “emotionele coaching” die wordt aangereikt vanuit de literatuur (Wilson en collega’s, 2013).

5.2.2 De gedragscomponent

De rechterzijde van het theoretisch model dat het kader vormt voor deze literatuurstudie (Figuur 7), is opgebouwd uit het gedrag van ouders en kinderen. De uitwerking van de ouderlijke gedragscomponent in dit model is gebaseerd op de dimensies die Colpin, Soenens en Goossens (2007) hieronder situeren: responsiviteit, controle en autonomieondersteuning. De gedragscomponent van het kind is uitgewerkt aan de hand van het concept ontwikkeling. In het originele opzet van de literatuurstudie werd uitgegaan van de drie ouderlijke opvoedingsdimensies als aparte elementen. Doorheen de studie is echter gebleken dat deze dimensies zelden los van elkaar onderzocht worden (Barber, Stolz, & Olsen, 2005), en dat de hoeveelheid ASS-specifieke literatuur hierover zeer beperkt is. Bijgevolg is er besloten om opvoedingsgedrag als één element te besturen.

Element 7: Opvoedingsgedrag ouder

De inhoud van ouderlijk opvoedingsgedrag kan worden weergegeven in drie opvoedingsdimensies: (1) responsiviteit (affectief, zorgend en empathisch gedrag); (2) controle, gedragsmatige controle (regels, toezicht houden) en psychologische controle; en (3) autonomieondersteuning (aansporen tot eigen keuzes) (Barber et al., 2005; Colpin et al., 2007). Het samenspel van deze dimensies uit zich in de opvoedingsstijl: het emotioneel-affectieve klimaat waarin opvoedingsgedrag gesteld wordt (Colpin et al., 2007).

Stap 3a: Toetsing van CSL-factoren (ontstaanstheorie) op basis van literatuur over Element 7

Het kernprobleem met betrekking tot opvoedingsgedrag en ASS wordt in de literatuur benoemd als de nood van kinderen met ASS aan een gespecialiseerde opvoedingsaanpak, en de hieruit volgende uitdaging waar ASS-ouders voorstaan in de opvoeding (Lambrechts et al., 2011; Maljaars et al., 2014). Daarnaast speelt ook de betekenisgeving van ouders – en vooral hun stress – een grote rol (Wachtel & Carter, 2008), en vormen gedragsproblemen bij het kind een specifieke moeilijkheid (Boonen et al., 2014; Maljaars et al., 2014). In het praktijkmodel van de CSL-methode stemt probleemfactor 10. “*Ouders staan voor een grote opvoedopgave, ze missen kennis en vaardigheden voor de opvoeding van hun speciale kind*” overeen met de uitdaging van ouders die in de literatuur wordt benoemd. Met deze factor hangt het geheel van de problematiek van het kind samen, zoals omschreven onder Elementen 2, 4, 6, en 8. Omwille van de specifieke plaats van probleemgedrag in de bovengenoemde literatuur is het belangrijk om Factor 7. “*Problematisch gedrag en button-pushing*” hier expliciet te benoemen en te koppelen aan gedragsproblemen. Tot slot is er Factor 12. “*Stress ouders*” die aansluit bij de stressfactor uit de literatuur.

Met betrekking tot beïnvloedende factoren ligt in de onderzochte literatuur sterk de nadruk op factoren die door het opvoedingsgedrag beïnvloed worden, en niet zozeer op factoren die een invloed hebben op het opvoedingsgedrag van ASS-ouders. Uit de literatuur die omschreven is onder Elementen 1, 3, en 5 wordt duidelijk dat de *betekenisgeving* van ouders een grote impact heeft op hun opvoedingsgedrag (en omgekeerd). Dit wordt door Wachtel en Carter (2008) concreet ingevuld door de link van stress en “succesful resolution” (verwerking van de diagnose) met actieve betrokkenheid en ontwikkelings-stimulerend gedrag. De factor “succesful resolution” kan, vanuit de dimensies van protectieve en risicofactoren in het praktijkmodel, gekaderd worden in Dimensie 8. “*Emotionele draagkracht ouders*”, waarvan de protectieve zijde bevorderend is voor adaptief opvoedingsgedrag, en de risicozijde belemmerend. Een tweede element met een aanzienlijke invloed op het opvoedingsgedrag is dat van gedragsproblemen, waarbij ouders in coërcieve cirkels kunnen terechtkomen als ze dit gedrag ongewenst bekrachtigen (Boonen et al., 2014; Maljaars et al., 2014). In dit element kan Dimensie 7. “*Omgaan met ongewenst gedrag*” gekaderd worden. Ouders kunnen coërcieve cirkels doorbreken door gepaste reacties op ongewenst gedrag, wat protectief is voor hun toekomstig opvoedingshandelen.

Een laatste element dat het opvoedingsgedrag van ASS-ouders kan beïnvloeden, en tegelijk de sleutel vormt om via hun opvoedingsgedrag andere factoren te beïnvloeden, is oudertraining of oudergerichte interventie (Boonen et al., 2014; Maljaars et al., 2011; Ruble, McDuffie, King, & Lorenz, 2008; Wachtel & Carter, 2008). Vanuit het praktijkmodel kan hier algemeen Dimensie 13. “*Professionele ondersteuning/zorg*” aan gekoppeld worden. ASS-ouders stellen reeds sterk aangepast en specifiek opvoedingsgedrag (Lambrechts et al., 2011; Maljaars et al., 2014), dat nog versterkt/bijgestuurd kan worden door middel van interventie. Hierbij kan ingewerkt worden op (1) het stimuleren van positief opvoeden en het vergroten van responsiviteit en synchronisatie (Ruble et al., 2008; Siller & Sigman, 2002; Wachtel & Carter, 2008; Boonen et al., 2014), wat gekoppeld kan worden aan Dimensies 9. “*Aanpak kind*” en 18. “*Attitude*”; (2) kennis over het aanpassen van de omgeving en het bieden van leerkansen (Maljaars et al., 2014), wat gekoppeld kan worden aan Dimensies 18. “*Attitude*” (omwille van het stuk rond afgestemde omgeving) en 19. “*Ontwikkeling stimuleren*”; en (3) training in het omgaan met probleemgedrag (Boonen et al., 2014; Maljaars et al., 2011), wat gekoppeld kan worden aan Dimensie 7. “*Omgaan met ongewenst gedrag*”.

Stap 3b: Toetsing van CSL-werkwijzen (behandelingstheorie) op basis van literatuur over Element 7

Er zijn, op basis van de onderzochte literatuur, zes dimensies benoemd waarop ingespeeld kan worden voor het beïnvloeden van opvoedingsgedrag van ouders. Twee van deze dimensies hebben een rechtstreekse invloed, de overige dimensies bestaan uit elementen die opgenomen kunnen worden in oudergerichte interventies om via die weg het opvoedingsgedrag van ASS-ouders te beïnvloeden. Hierbij kan het totaalpakket van CSL-interventie gezien worden als een oudergerichte interventie die werkt door middel van oudertraining [Dimensie 13. “*Professionele ondersteuning/zorg*”].

De betekenisgeving van ouders, en voornamelijk de mate van stress die ze ervaren en de mate van “succesful resolution” (Wachtel & Carter, 2008) is een aspect dat een rechtstreeks invloed heeft op het opvoedingsgedrag.

In de CSL-cursus wordt hierop ingespeeld door het geven van erkenning voor de zorgen en emoties die ouders meedragen. Er wordt gewerkt rond de manier waarop deze zorgen en emoties meespelen in de attitude en het opvoedingsgedrag van ouders, en er worden manieren aangereikt om de eigen attitude te onderzoeken en na te gaan welke emoties hieraan ten grondslag liggen [Dimensie 8. “Emotionele draagkracht ouders” via Werkwijze A(O): d en f, en Werkwijze B(O) b]. Ook het problematisch gedrag van kinderen met ASS heeft een rechtstreekse invloed op het opvoedingsgedrag van hun ouders (Boonen et al., 2014; Maljaars et al., 2014). De CSL-methode speelt hier in de cursus op in door een duidelijk onderscheid te maken tussen moeilijk te begrijpen gedrag dat functioneel is voor kinderen (bijvoorbeeld sensorische regulatie), en problematisch gedrag dat gesteld wordt met het oog op een specifieke reactie, en dat in stand wordt gehouden door die reactie (verwijzing naar coërcieve cirkels). Alleen deze laatste soort wordt benoemd als “ongewenst gedrag”. Ouders leren in de cursus hoe ze gedrag kunnen analyseren om te zoeken naar de mogelijke functie, en hoe ze op ongewenst gedrag kunnen reageren en gewenst gedrag kunnen bekrachtigen [Dimensie 7. “Omgaan met ongewenst gedrag” via Werkwijze A(O): a en c, en Werkwijze D(O): a en b].

Het inwerken op het vergroten van responsiviteit en synchronisatie gebeurt in de CSL-cursus door ouders het verband te leren tussen verwachtingen, attitude en opvoedingsgedrag (bijvoorbeeld verwachten dat een kind bepaald gedrag stelt, hierdoor een overmatig directieve attitude aannemen en het kind heel dwingend of streng benaderen). Ouders leren hoe ze hun verwachtingen kunnen aanpassen en hun attitude en de omgeving kunnen afstemmen op de noden van het kind. Daarbij leren ze manieren om responsief te zijn (waaronder meedoen, sensitief zijn voor signalen, inspelen op de interesses van het kind, enz.) [Dimensies 9. “Aanpak kind” en 18. “Attitude” via Werkwijze A(O): b en e, Werkwijze B(O) en Werkwijze C(O): a]. Het geven van informatie over het aanpassen van de omgeving en het bieden van leerkansen zit in de CSL-cursus vervat door het trainen van ouders in concreet opvoedingsgedrag om de ontwikkeling van hun kind te stimuleren en zich af te stemmen op het kind. De informatie uit 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 (afstemmen, contact, enz.). Het afstemmen van de omgeving (waaronder het inrichten van de speelkamer, het rekening houden met de noden van het kind in de ruimere omgeving, enz.) vormt hierin een belangrijk element [Dimensie 19. “Ontwikkeling stimuleren” via Werkwijze A(O): a, Werkwijze D(O): d, en Werkwijze E(O) a en b].

Op basis van de bovenstaande omschrijving kan gesteld worden dat de CSL-methode een groot deel van de beïnvloedende factoren van opvoedingsgedrag aanspreekt in haar werkwijze. Hierbij kan echter opgemerkt worden dat de verhouding tussen de opvoedingsdimensies responsiviteit, controle en autonomieondersteuning zeer onevenwichtig is, waardoor onvoldoende wordt ingespeeld op alle aspecten van “positief opvoeden”. Zo ligt er een grote nadruk op responsiviteit, maar is autonomieondersteuning eerder impliciet aanwezig, en wordt er nogal negatief naar controle gekeken (controle lijkt binnen CSL gezien te worden als de tegenpool van responsiviteit). Het concept “positief opvoeden” impliceert echter een evenwicht van deze drie dimensies (Sanders, Markie-Dadds, & Turner, 2003), die een evenwaardige en aanvullende rol spelen.

Element 8: Gedrag kind – 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).

Stap 3a: Toetsing van CSL-factoren (ontstaanstheorie) op basis van literatuur over Element 8

De ontwikkelingsproblemen van kinderen met ASS, en hun gevolgen op vlak van handelen en functioneren, zijn zeer uiteenlopend. Probleemfactor 2. “*Verstoorde ontwikkeling*” uit het praktijkmodel stemt overeen met deze algemene problemen in de ontwikkeling. Meer specifiek komen vanuit de literatuur in eerste instantie de drie kernsymptomen van ASS naar voor: beperkingen op vlak van communicatie, beperkingen in de sociale interactie, en het vertonen van repetitieve gedragingen en beperkte interesses (Levy & Perry, 2011; Seltzer et al., 2004). Daarnaast worden problemen benoemd op vlak van motoriek en sensorische informatieverwerking (Case-Smith, Weaver, & Fristad, 2014; Hilton, 2011), en tot slot is er aandacht voor het thema probleemgedrag, als veelvoorkomend gegeven bij deze doelgroep (Dijkxhoorn, 2003; Goldstein & De Vries, 2013). In het praktijkmodel van de CSL-methode zijn zes probleemfactoren opgenomen die de bovengenoemde literatuur – op een aantal nuanceverschillen na – volledig afdekken. Factoren 4. “*Moeilijkheden met contact (o.a. wederkerigheid)*”; 5. “*Moeilijkheden met communiceren*”; en 6. “*Ismes*” (omschreven als “*repetitief gedrag, intense interesses, gedrag om tot sensorische balans te komen, zichzelf te stimuleren, enz.*”) stemmen overeen met de drie kernsymptomen. Daarnaast zijn er Factoren 1. “*Verstoorde prikkelverwerking*” en 9. “*Kind mist vaardigheden om zichzelf aan te sturen*”, die overeenstemmen met de problemen in sensorische informatieverwerking en motoriek. Factor 9 omvat het element motoriek (in de omschrijving “*moeilijkheden met het komen tot bepaalde handelingen of opeenvolgingen van gedrag*”) maar is ruimer. Er wordt ook vooral verwezen naar kenmerken van dyspraxie en niet van posturale stoornis, zoals benoemd door Hilton (2011). Een laatste Factor is 7. “*Problematisch gedrag en button-pushing*”, deze stemt overeen met probleemgedrag.

Omdat het niet mogelijk was om onder dit element alle beïnvloedende factoren op te nemen van alle ontwikkelingsdomeinen, is ervoor gekozen om te focussen op algemene aanbevelingen en factoren. Een eerste observatie op basis van de literatuur is de variëteit aan factoren die bij kinderen met ASS kunnen leiden tot gedrag dat door de omgeving als bizar, onaangepast of problematisch kan worden ervaren (prikkel-zoekend of repetitief gedrag, communicatieproblemen, onaangepast sociaal gedrag, vreemde bewegingen, enz.). Om hier gepast op te kunnen inspelen is het belangrijk om te zoeken naar mogelijke oorzaken van dit gedrag, en eventueel achterliggende problemen die het kunnen veroorzaken (Dijkxhoorn, 2003). In deze zoektocht naar oorzaken kunnen, vanuit het CSL-praktijkmodel, Dimensies 12. “*Begrip*” en 16. “*Kennis*” gekaderd worden als bevorderende of helpende factoren vanuit hun protectieve zijde (Begrip omvat onder andere “*inzicht in en zoeken naar mogelijke functie van ismen en problematisch gedrag*”, en specifiek met betrekking tot sensorische problemen “*het sensorisch profiel van het kind opstellen*”). De risicozijde van deze factoren kan een belemmering

vormen in de zoektocht naar oorzaken (bijvoorbeeld doordat ouders op het gedrag reageren vanuit onbegrip, of omdat ze kennis missen over mogelijke aanleidingen of functies van het gedrag voor het kind). Specifiek met betrekking tot de problemen in sensorische informatieverwerking kan Dimensie 15. *“Sensorische balans”* gekaderd worden als beïnvloedende factor. Case-Smith en collega's (2014) en Hilton (2011) geven aan over- of ondergevoeligheid voor bepaalde prikkels kan leiden tot stress of hyperwaakzaamheid. Het zoeken naar balans door het stellen van bepaald gedrag kan in dit opzicht gezien worden als een zelf-beschermend mechanisme om stress of negatieve sensorische ervaringen op te vangen of te vermijden.

Bij de algemeen beïnvloedende factoren wordt het belang benadrukt van het stimuleren van sociale en communicatieve vaardigheden en adaptief gedrag (Freeman, 1997; Goldstein & De Vries, 2013). Dit kan gekaderd worden in de invloed van gedeelde aandacht en symboolvorming op de latere communicatieve-, sociale-, en spelvaardigheden (Honey, Leekam, Turner, & McConachie, 2007; Kasari & Patterson, 2012; Maljaars, Noens, Scholte, & van Berckelaer-Onnes, 2012), maar ook in de invloed van communicatieproblemen op probleemgedrag (Dijkxhoorn, 2003). Vanuit het praktijkmodel kunnen Dimensies 17. *“Contact”*; 19. *“Ontwikkeling stimuleren”*; en 2. *“Leren kind”* hierin gekaderd worden. De aanbeveling van Goldstein en De Vries (2013) om hierbij in te spelen op de intrinsieke motivatie van het kind zit vervat in de protectieve zijde van Dimensie 19 (*“Stimuleren ontwikkeling vanuit motivaties en verbinding”*), en het stimuleren van gedeelde aandacht en spel zit vervat in de protectieve zijde van Dimensie 17 (*“Spelen, speelse interactie, aandacht delen”*). Ook het creëren van een optimale omgeving (Dimensie 18. *“Attitude”*, vanuit protectieve zijde *“afgestemde aanpak en omgeving”*), stimuleren van contacten met de peergroep (Dimensie 4. *“Netwerk”*), zoeken naar interventies afgestemd op het individuele profiel van het kind (Dimensie 9. *“Aanpak kind”*, vanuit protectieve zijde *“Maatwerk”*) en het inzetten van (getrainde) ouders/zorgfiguren in interventies (Dimensie 11. *“Zekerheid in ouderrol”*, vanuit protectieve zijde *“Kracht, competentie en deskundigheid ouders, nemen de leiding”*) worden aangehaald als protectief voor het verbeteren van de ontwikkeling (Freeman, 1997; Goldstein & De Vries, 2013).

Stap 3b: Toetsing van CSL-werkwijzen (behandelingstheorie) op basis van literatuur over Element 8

Er zijn, op basis van de literatuurstudie, meerdere elementen benoemd waarop ingespeeld kan worden voor het beïnvloeden van de ontwikkeling van het kind met ASS, hieraan zijn tien dimensies gekoppeld. Een eerste element is het gepast kunnen inspelen op gedrag, waarvoor inzicht en kennis is vereist in de mogelijke oorzaken en functies hiervan (Dijkxhoorn, 2003). In de CSL-cursus wordt uitgebreid ingegaan op het gedrag van kinderen met ASS. Moeilijk te begrijpen gedrag wordt gelinkt aan mogelijke oorzaken, achterliggende problemen en mogelijke functies. Er wordt gekeken vanuit het perspectief van het kind (met de nadruk op de complexiteit van de omgeving). Ook wordt er ingegaan op hoe ouders het gedrag beter kunnen begrijpen (zoeken naar functie), en hoe ze er gepast op kunnen reageren [Dimensies 12. *“Begrip”* en 16. *“Kennis”* via Werkwijze A(O): a, b en c, en Werkwijze D(O): b]. Een tweede element is het stimuleren van sociale en communicatieve vaardigheden en adaptief gedrag (Freeman, 1997; Goldstein & De Vries, 2013). Dit is in de CSL-cursus opgenomen door het aanreiken van een informatiepakket dat ouders handvatten geeft om op maat de ontwikkeling van hun kind te stimuleren. Hierbij wordt uitgegaan van assessment (Freeman, 1997) en wordt doorverwezen naar allerlei

boeken, cursussen en extra informatie zodat ouders zich (indien nodig) extra kunnen verdiepen. Ouders kunnen na de cursus de geleerde vaardigheden inzetten in de speelkamer. Hierbij ligt de nadruk op intrinsieke motivatie van het kind en wordt de omgeving verrijkend ingericht (Goldstein & De Vries, 2013) [Dimensies 9. “Aanpak kind”; 19. “Ontwikkeling stimuleren”; en 2. “Leren kind”, via cursus - Werkwijze A(O): a, Werkwijze D(O): b, en Werkwijze E(O): a, via speelkamer - Werkwijze C(K)]. In het stimuleren van sociale en communicatieve vaardigheden en adaptief gedrag zijn gedeelde aandacht en spel belangrijke aspecten. Deze worden in de CSL-cursus opgenomen door informatie over het belang van spelen en gedeelde aandacht, en over manieren om deze elementen op te nemen in het speelprogramma en ernaartoe te werken door middel van contact. Ouders kunnen met deze informatie en vaardigheden aan de slag in de speelkamer [Dimensie 17. “Contact” via Werkwijze C(O) en Werkwijze D(K)]. Ook het creëren van een optimale omgeving wordt benoemd als een belangrijk aspect in het stimuleren van de ontwikkeling van kinderen met ASS (Goldstein & De Vries, 2013). Ouders leren in de CSL-cursus hoe ze zichzelf en de omgeving optimaal kunnen afstemmen op de noden van het kind en gebruiken deze kennis in de speelkamer [Dimensie 18. “Attitude”, via Werkwijze A(K) en Werkwijze B(K)]. Een laatste aspect dat wordt benoemd is het inzetten van ouders/zorgfiguren in interventies, dit is een aspect dat wordt beïnvloed door het geheel van de CSL-methode als oudergerichte interventie die ouders stimuleert om een centrale rol op te nemen in het stimuleren van de ontwikkeling van hun kind [Dimensie 11. “Zekerheid in ouderrol”]. Er wordt niet ingespeeld op Dimensie 15. “Sensorische balans”, ook Dimensie 4. “Netwerk” wordt niet beïnvloed vanuit de aanbeveling uit de literatuur om contacten met de peergroep te stimuleren (Freeman, 1997). Uitbreiding van het netwerk van het kind via spelers is wel opgenomen in de interventie, indien ouders ervoor kiezen om met spelers te werken [via Werkwijze E(O): c, en Werkwijze D(K) b].

De algemene aanbevelingen uit de onderzochte literatuur worden grotendeels afgedekt door de CSL-methode (met uitzonderingen zoals contact met peergroep), en belangrijke elementen zoals het stimuleren van gedeelde aandacht en spel (Honey et al., 2007; Kasari & Patterson, 2012; Maljaars et al., 2012), en het zoeken naar de functie van gedrag (Dijkxhoorn, 2003) zijn standaard opgenomen. De methode reikt een ruim kader aan, met een aantal vaste componenten, dat specifiek door ouders wordt ingevuld. Hierdoor wordt er niet expliciet ingegaan op elk aspect van de ontwikkeling, en nemen ouders zelf een grote rol op in de invulling van het programma.

5.2.3 De interactiecomponent

De link tussen ouder en kind (met elk hun betekenisaspecten en gedrag) is in het theoretisch model (Figuur 7) opgebouwd uit de ouder-kind interactie. Deze interactie bestaat uit een wederzijdse beïnvloeding, waarin gedrag van de ene partij een invloed heeft op betekenisaspecten en gedrag van de andere, en omgekeerd (Bell, 1979). In deze component komen dus alle aspecten van ouder en kind samen in een wederzijds beïnvloedend proces.

Element 9: Ouder-kind interactie

Ouder-kind interacties zijn een bidirectioneel gegeven dat is ingebed in de ouder-kindrelatie: concrete interacties vormen de bouwstenen voor de ouder-kindrelatie, en deze relatie vormt de context voor de ouder-kind interacties (Loulis & Kuczynski, 1997).

Stap 3a: Toetsing van CSL-factoren (ontstaanstheorie) op basis van literatuur over Element 9

De specifieke problematiek van kinderen met ASS, en dan voornamelijk de beperkingen in sociale interactie en communicatie, maar ook repetitieve gedragingen en beperkte interesses, maken het voor dyades van ASS-ouders en hun kinderen 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). Daarnaast is het voor deze dyades ook moeilijk om samen productieve, aangename en interactieve spelervaringen te beleven (Freeman & Kasari, 2013). In het CSL-praktijkmodel zijn vier probleemfactoren opgenomen die gekaderd kunnen worden in de literatuur. Factoren 4. *“Moeilijkheden met contact (o.a. wederkerigheid)”*; 5. *“Moeilijkheden met communiceren”*; en 6. *“Isms”* (omschreven als *“repetitief gedrag, intense interesses, gedrag om tot sensorische balans te komen, enz.”*) stemmen overeen met de probleemelementen vanuit het kind. Factor 11. *“Voldoende liefde maar gebrek aan handvatten voor opbouw relatie”* stemt overeen met de moeilijkheden vanuit de ouders om tot spontane en wederkerige interacties te komen. Een verschil is dat de factor uit het praktijkmodel gekaderd wordt in het concept “relatie”, in tegenstelling tot het concept “interactie” in de literatuur. De problemen van kinderen met ASS om tot symbolisch en gezamenlijk spel te komen zijn niet opgenomen in het praktijkmodel.

Bij de beïnvloedende factoren kunnen zowel kind- als ouderfactoren onderscheiden worden die een invloed hebben op de mate waarin ASS-ouders en hun kinderen een meer of minder “optimale dyadische stijl” hanteren (Hudry et al., 2013). De kindfactoren die een invloed hebben zijn dezelfde als de probleemfactoren, maar de mate waarin ze invloed hebben wordt bepaald door ernstigheidsgraad waarin ze zich manifesteren (Beurkens, Hobson, & Hobson, 2013; Hudry et al., 2013), of met andere woorden het ontwikkelingsniveau van het kind op deze vlakken (taal, interactie, enz.). Bijgevolg kan het stimuleren van de ontwikkeling op deze vlakken protectief zijn voor de ouder-kind interactie (Dimensie 19. *“Ontwikkeling stimuleren”*). Een tweede factor vanuit het kind is hechting (Hudry et al., 2013), het is echter niet duidelijk hoe een veilige hechting bij kinderen met ASS tot stand komt, aangezien de belangrijkste predictor bij TO-kinderen (sensitiviteit) geen predictor blijkt te zijn van veilige hechting bij kinderen met ASS (Hudry et al., 2013; Rutgers et al., 2007).

De ouderfactoren situeren zich op twee vlakken: interactiestijl en interactiestrategieën. Hierbij is een synchrone interactiestijl protectief voor de ouder-kind interactie, en voor de ontwikkeling van het kind, en vormt een asynchrone stijl een risico voor de ontwikkeling omdat hij belemmerend is voor gedeelde aandacht en initiatie van het kind (Hudry et al., 2013). In het concept interactiestijl kunnen twee dimensies uit het praktijkmodel gesitueerd worden, ze sluiten beide aan bij de synchrone stijl vanuit hun protectieve zijde, en bij de asynchrone stijl vanuit hun risicozijde: Dimensies 9. *“Aanpak kind”* en 18. *“Attitude”*. Op vlak van interactiestrategieën geven Doussard-Roosevelt en collega's (2003) aan dat het protectief is als ouders weten welke strategieën ze bij hun kind kunnen inzetten (bijvoorbeeld meer fysiek contact maken en meer voorwerpen gebruiken). Dit kan gekaderd worden in het geven van kennis (Dimensie 16. *“Kennis”*) maar ook in een afgestemde aanpak (Dimensie 18. *“Attitude”*). Met betrekking tot spel is het protectief voor langdurige spelbetrokkenheid als ouders hun spelgedrag afstemmen op het spelniveau van het kind (en dus dit niveau kennen), en als ze imitatiegedrag vertonen en deelnemen aan wat het kind doet. Het is belemmerend als ouders zelf opdrachten geven (Freeman & Kasari, 2013). Deze aspecten

kunnen gekaderd worden in Dimensie 17. “Contact” (onderdeel “Spelen, speelse interactie, aandacht delen”), maar ook in Dimensie 18. “Attitude”, omwille van het afstemmen op het spel van het kind.

Een laatste beïnvloedende (protectieve) factor is het werken aan de ouder-kind interactie zelf (Beurkens et al., 2013; Casenhiser, Shanker, & Stieben, 2013). Hiervoor kunnen richtlijnen gevonden worden in de DSP-interventies (Developmental Social Pragmatic interventions) die door Casenhiser en collega's (2013) worden aangehaald. In deze interventies wordt gewerkt aan de ouder-kind interactie, en wordt deze interactie ingezet als basis voor leerprocessen. De interventies zijn gebaseerd op synchronisatie van ouders (strategieën als “joinen”, co-regulatie van emoties), op het afstemmen van de omgeving, en op het stimuleren van communicatie en initiatie bij het kind. Vanuit het praktijkmodel kunnen hier Dimensies 17. “Contact”; 18. “Attitude”; en 19. “Ontwikkeling stimuleren” aan gekoppeld worden, telkens vanuit hun bevorderende bijdrage voor de ouder-kind interactie aan de protectieve zijde, en hun belemmerende of stagnerende invloed aan de risicozijde.

Stap 3b: Toetsing van CSL-werkwijzen (behandelingstheorie) op basis van literatuur over Element 9

Uit de onderzochte literatuur blijkt het mogelijk om de ouder-kind interactie te beïnvloeden door in te spelen op kindfactoren, ouderfactoren, en de ouder-kind interactie zelf. Er zijn vijf dimensies uit het CSL-praktijkmodel die hieraan gekoppeld kunnen worden, en waar de CSL-methode op inwerkt doorheen de cursus en in de speelkamer. Het inspelen op de kindfactoren die gekoppeld zijn aan het ontwikkelingsniveau van het kinderen (Beurkens et al., 2013; Hudry et al., 2013), kan door het stimuleren van de ontwikkeling [Dimensie 19. “Ontwikkeling stimuleren”]; dit gebeurt in de CSL-methode via alle werkwijzen die worden inzet onder Element 8. Daarnaast kan specifiek worden ingespeeld op de ouder-kind interactie door het bevorderen van communicatie en initiatie bij het kind (Casenhiser et al., 2013), hier zijn de werkwijzen onder Element 8 - Dimensie 17. “Contact” van toepassing [om in de context van dit element in te spelen op Dimensie 19. “Ontwikkeling stimuleren”].

Het inspelen op ouderfactoren en de ouder-kind interactie kan door het bevorderen van een responsieve en synchrone interactiestijl van ouders, adaptieve spel- en interactiestrategieën (Doussard-Roosevelt et al., 2003; Freeman & Kasari, 2013), alsook het afstemmen van de omgeving (Casenhiser et al., 2013). Hier wordt in de CSL-cursus op verschillende wijzen op ingespeeld. De eerste werkwijze is het geven van informatie: doorheen 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.) [Dimensie 16. “Kennis” via Werkwijze A(O): a]. Een tweede werkwijze is het werken rond 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). Ouders gaan in de speelkamer aan de slag vanuit deze houding [Dimensies 9. “Aanpak kind” en 18. “Attitude” – cursus via Werkwijze A(O): b en e, Werkwijze B(O), en Werkwijze C(O) – speelkamer via Werkwijze A(K) en Werkwijze B(K)]. Tot slot leren ouders in de cursus hoe ze een “ideale

context” kunnen creëren om tot contact te komen met hun kind (vanuit kennis over de noden en problematiek van het kind, over attitude, en over het inzetten van de speelkamer), en leren ze concrete manieren om contact tot stand te brengen en te onderhouden. Hierbij wordt het initiatief van het kind benadrukt (in de speelkamer steeds de controle bij het kind) en is het vooral belangrijk dat de momenten samen positief en leuk zijn voor beide partijen. Dit maken en onderhouden van contact met het kind vormt de basis van alles wat ouders doen in de speelkamer (spelen en leren) [Dimensie 17. “Contact” via Werkwijze C(O), Werkwijze B(K) a en b, en Werkwijze D(K)].

De ouder-kind interactie (of het contact tussen ouder en kind) vormt, zoals hierboven aangehaald, de basis voor het werken in de speelkamer. Op basis van de onderzochte literatuur kan gesteld worden dat de CSL-methode hiervoor inwerkt op alle beïnvloedbare factoren (ontwikkeling kind, interactiestijl en strategieën ouders, en inspelen op ouder-kind interactie zelf), en dat de werkwijze aansluit bij aanbevelingen uit de literatuur. Een factor die niet benoemd is als risico of protectief in het model is hechting, hier wordt ook niet op ingewerkt.

5.2.4 Conclusie toetsing van de CSL-factoren en werkwijzen

De literatuurstudie (uitgewerkt in Bijlage D) over de negen elementen uit het theoretisch model (Figuur 7) vormde het uitgangspunt om het praktijkmodel en de werkwijzen van de CSL-methode te toetsen. De overzichtstabellen (tabel met probleemfactoren in Bijlage E en de tabellen met dimensies, elementen en werkwijzen in Bijlagen F en G) vatten de uitkomsten van deze toetsing samen. Uit dit deel van de studie kan enerzijds afgeleid worden welke probleemfactoren en beïnvloedende factoren ontbreken uit het praktijkmodel, en op welke beïnvloedende factoren de CSL-methode niet inspeelt. Een overzicht van deze “ontbrekende elementen” is opgenomen in Tabel 13 en wordt uitgebreid besproken in de discussie (Hoofdstuk 6). Anderzijds is het mogelijk om uit de literatuurstudie theoretische bouwstenen af te leiden voor het eindresultaat van deze onderzoeksfase: de interventietheorie van de CSL-methode (zie § 5.3).

Tabel 13

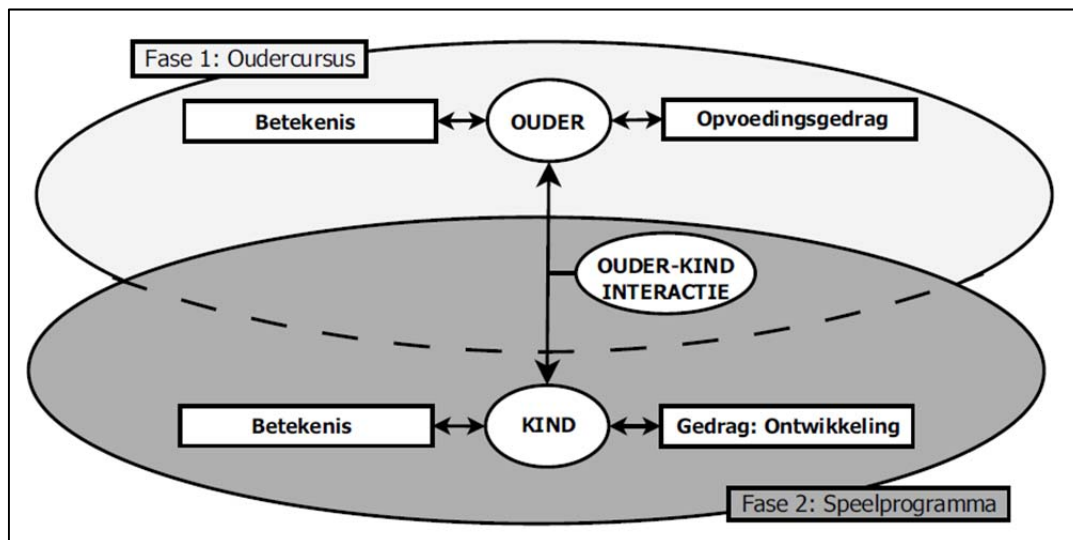
Ontbrekende Factoren of Werkwijzen op basis van Literatuurstudie

Overzicht ontbrekende factoren of werkwijzen per element	
<u>Element</u>	<u>Ontbrekende factoren</u>
Element 1: Conatief ouder (opvoedingsdoelen)	*Op basis van de onderzochte literatuur geen ontbrekende factoren of werkwijzen in het praktijkmodel of de aanpak van de CSL-methode.
Element 2: Conatief kind (zelfverwerkelijking)	* Alle probleem- en beïnvloedende factoren afgedekt in praktijkmodel * Niet alle mogelijke beïnvloedbare factoren afgedekt in werkwijze: - Er wordt niet expliciet ingewerkt op de interne component van zelfdeterminatie - Er wordt niet ingewerkt op de benodigde vaardigheden voor zelfdeterminatie als ouders deze niet vooropstellen als doelen - De cursus bevat geen vorming over problemen van kinderen met ASS op vlak van zelfverwerkelijking, en het belang om hen hierin te ondersteunen.
Element 3: Cognitief ouder (opvoedingscognities)	* Probleemfactor “verhoogde kans op depressie” ontbreekt uit praktijkmodel * Beïnvloedende factor “oververmoeidheid” ontbreekt uit praktijkmodel * De CSL-aanpak dekt alleen het psycho-educatieve stuk rond opvoedingscognities af, en werkt niet specifiek in op het aspect “emotioneel welbevinden” van ouders.
Element 4: Cognitief kind (kennen en weten)	* De problemen die kinderen met ASS ervaren op vlak van cognitieve verwerking zijn niet als aparte probleemfactor opgenomen (wel verwerkt in andere factoren). * De beïnvloedende factoren uit de literatuur zijn afgedekt. * Er wordt niet ingewerkt op alle beïnvloedbare factoren als ouders deze niet opnemen in hun doelen, er zijn wel een aantal aspecten standaard opgenomen.
Element 5: Affectief ouder (opvoedingsbelevingen)	* De probleemfactor “negatieve emoties bij ouders” ontbreekt, is wel opgenomen als risicofactor, kan herbekeken worden op basis van literatuur. * Zelfzorg als beïnvloedende factor ontbreekt uit het praktijkmodel. * Doorheen de werkwijze zijn alle beïnvloedbare factoren afgedekt (ook zelfzorg), maar dit is sterk te nuanceren omwille van beperkte hoeveelheid literatuur.
Element 6: Affectief kind	* Er ontbreekt een probleemfactor met betrekking tot stemmingsproblemen, depressieve gevoelens en uitingen van negatief affect. * De werkwijze is niet volledig: Er ontbreekt informatie over aanvullende interventies voor bijvoorbeeld angstproblematiek, er wordt niet expliciet ingewerkt op het zelfbeeld van het kind, en de werkwijze voor attitude omtrent emoties stemt niet volledig overeen met aanbevelingen uit literatuur.
Element 7: Opvoedingsgedrag ouder	*Op basis van de onderzochte literatuur geen ontbrekende factoren in het praktijkmodel. * In werkwijzen onvoldoende evenwicht tussen dimensies van opvoedingsgedrag, hierdoor wordt onvoldoende ingewerkt op alle aspecten van positief opvoeden.
Element 8: Gedrag kind (ontwikkeling)	* Er ontbreekt een aparte probleemfactor met betrekking tot motorische problemen, deze zitten wel vervat in andere ruimere factor. * De beïnvloedende factoren uit de literatuur zijn afgedekt. * Er wordt niet ingewerkt op alle beïnvloedbare factoren als ouders deze niet opnemen in hun doelen, er zijn wel een aantal aspecten standaard opgenomen. Het belang van contacten met de peergroep ontbreekt uit de werkwijze.
Element 9: Ouder-Kind interactie	* De probleemfactor uit het praktijkmodel wordt benoemd als “problemen in opbouw relatie”, in tegenstelling tot “problemen met komen tot interactie” in de literatuur. Interactie en relatie zijn verschillende concepten. * De problemen van kinderen met ASS om tot symbolisch en gezamenlijk spel te komen zijn niet benoemd in het praktijkmodel. * Hechting ontbreekt uit het praktijkmodel als beïnvloedende factor. * Doorheen de werkwijze zijn alle beïnvloedbare factoren afgedekt, met uitzondering van hechting.

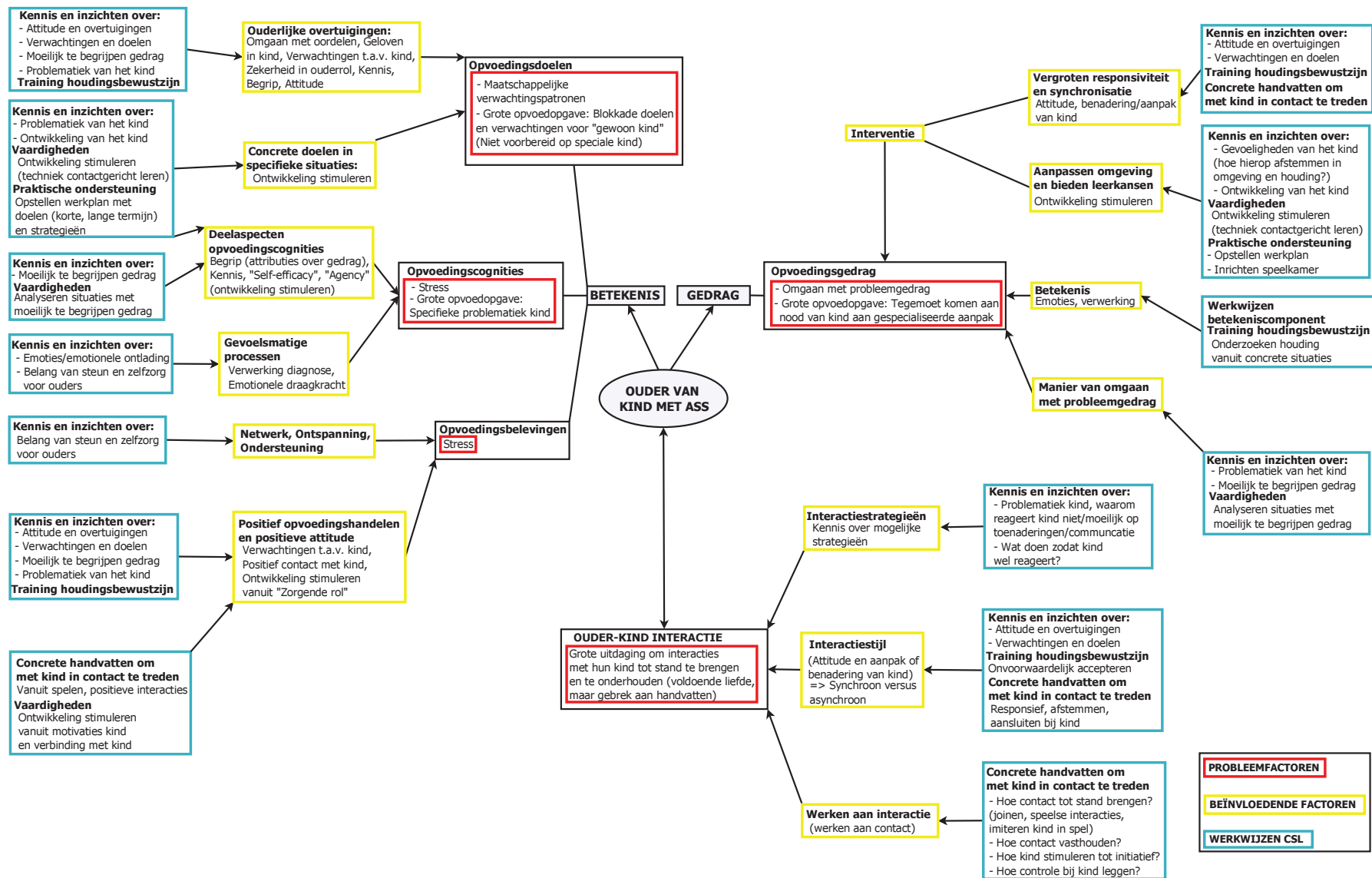
5.3 RESULTAAT: DE INTERVENTIETHEORIE VAN CSL

Van Yperen en Veerman (2008) geven aan dat het samenvoegen van de “ontstaanstheorie” en de “behandelingstheorie” leidt tot het totaalpakket dat de “interventietheorie” vormt. In deze theorie wordt, doorheen een logisch verhaal, aangegeven waarom en hoe de aanpak van de interventie bij de doelgroep tot de gewenste resultaten leidt. Uit de literatuurstudie (§ 5.2) zijn zowel elementen naar boven gekomen die niet afgedekt worden door CSL, als elementen die wel overeenstemmen met de factoren uit het praktijkmodel (ontstaanstheorie) en de werkwijzen van CSL die op deze factoren inspelen (behandelingstheorie). In deze laatste fase van het onderzoek was het mogelijk om de “overeenstemmende” theoretische elementen (de elementen die afgedekt zijn door CSL) samen te brengen tot een “logisch verhaal” (interventietheorie), dat kan bijdragen aan de eerste theoretische onderbouwing van de methode op het tweede niveau van de effectladder (Figuur 1).

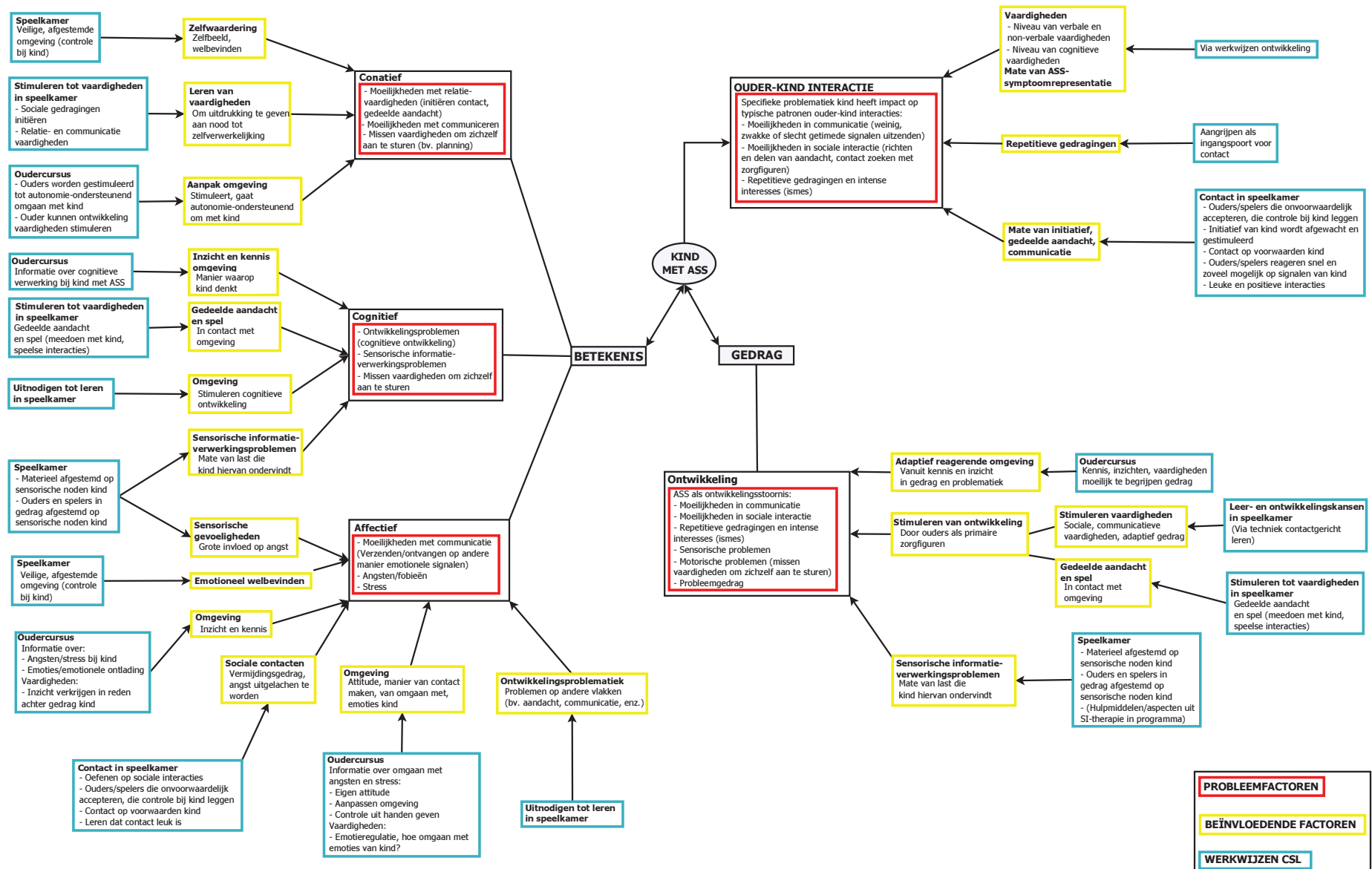
De theorie is uitgeschreven aan de hand van het theoretisch model dat tot hertoe gehanteerd werd om de factoren en werkwijzen te onderzoeken, en is opgenomen in Bijlage H. De schematische weergave van de theorie is in twee fasen afgebeeld: Figuur 8 geeft een overzicht van de twee fasen, gekaderd in het theoretisch model, Figuur 9 bevat de problemen, beïnvloedende factoren en werkwijzen voor ouders (Fase 1 van de interventie: de oudercursus), en Figuur 10 bevat de componenten voor kinderen (Fase 2: het speelprogramma).



Figuur 8. Fasen van de interventie gekaderd in het theoretisch model



Figuur 9. Schematische weergave interventietheorie: Fase 1 Oudercursus



Figuur 10. Schematische weergave interventietheorie: Fase 2 Speelprogramma

HOOFDSTUK 6: DISCUSSIE

Deze masterproef over de 'Contactgericht Spelen en Leren methode' ging van start met de vaststelling dat de interventie, omwille van het gebrek aan een gedetailleerde omschrijving en wetenschappelijke onderbouwing, momenteel een "willekeurige interventie uit het aanbod is", zonder garantie met betrekking tot de professionaliteit van de aanbieder of de werkzaamheid van de interventie. Om verandering te brengen in deze situatie is in dit onderzoek toegewerkt naar een descriptieve en wetenschappelijke basis voor de CSL-methode. Deze kan richting geven voor het bijschaven en optimaliseren van de interventie, alsook een eerste stap zijn op het pad naar een erkenningsaanvraag bij het Nederlands Jeugdinstituut (NJI).

Omwille van de grote bruikbaarheid voor het specifieke doel van het onderzoek, en om aansluiting te bieden op het theoretisch kader van het NJI, is de masterproef uitgewerkt aan de hand van het concept "praktijkgestuurd effectonderzoek" (van Yperen & Veerman, 2008). Bij aanvang is vastgesteld dat de CSL-methode zich op "niveau 0" van de effectladder (Figuur 1) bevindt, waarna het onderzoek van start ging met het in kaart brengen en verzamelen van descriptieve bewijskracht op niveau 1, en het opbouwen van een eerste basis voor theoretische bewijskracht op niveau 2. De bevindingen van de masterproef situeren zich op deze twee niveaus, met als voornaamste resultaten de omschrijving van de interventie op niveau 1 (Tabel 6 en de aanvulling van de doelgroep in Tabel 8), en de interventietheorie van CSL op niveau 2 (Figuren 9 en 10, en Bijlage H). Doorheen het onderzoek zijn een aantal knelpunten en hiaten vastgesteld op deze twee niveaus; in de bespreking van de resultaten wordt hier uitgebreid op ingegaan. Op basis van deze bespreking worden vervolgens een aantal concrete aanbevelingen geformuleerd voor de CSL-interventie en voor mogelijkheden tot vervolgonderzoek. Tot slot wordt er ingegaan op de sterktes en beperkingen van de masterproef.

6.1 BESPREKING VAN DE ONDERZOEKSRESULTATEN

Zoals hierboven kort aangehaald kunnen de onderzoeksresultaten gesitueerd worden op niveau 1 en niveau 2 van de effectladder (van Yperen & Veerman, 2008). De resultaten worden hier per niveau besproken, met de nadruk op de knelpunten en hiaten die tijdens het onderzoek en in de nabeschouwing ervan naar voor kwamen.

6.1.1 Resultaat op niveau 1: Omschrijving van de CSL-interventie (Fase 1)

De dataverzameling op niveau 1 vond plaats door middel van een documentenanalyse. De informatie uit deze analyse werd aangevuld met informatie uit een werkgroep van stichting Horison over de interventiedoelen (opgestart naar aanleiding van de masterproef), en met informatie uit de focusgroep omtrent de doelgroep (kenmerken en indicatiecriteria die in de eerste focusgroep werden vastgelegd). Daarnaast werden persoonlijke cursusnota's (uit de deelname van de onderzoeker aan de CSL-cursus) ingezet als extra document in de analyse om te komen tot een gedetailleerde omschrijving van de aanpak en het verloop van de interventie. De noodzaak om op dit niveau aanvullende informatiebronnen te gebruiken, wijst op een eerste algemeen knelpunt: er ontbreekt in de CSL-documenten directe informatie over de doelen en doelgroep, en de documenten bevatten op zichzelf onvoldoende concrete informatie over de aanpak en het verloop van de interventie. Door het opvangen

van dit knelpunt was het mogelijk om een omschrijving van de CSL-methode uit te werken die alle elementen omvat uit de lijst aan “vereiste gegevens voor het eerste niveau van effectiviteit” (van Yperen & Veerman, 2008), zoals weergegeven in Tabel 1. In de omschrijving (zie Tabel 6, met aanvulling van de doelgroep in Tabel 8) is alle beschikbare informatie uit de dataverzameling samengebracht. Deze informatie schetst een overzichtelijk beeld van de kernelementen en aanpak van de CSL-interventie, maar bevat tegelijk een aantal vage aspecten en inhoudelijke knelpunten. De voornaamste worden hier per element besproken.

a) Doelgroep

Stichting Horison formuleerde in de focusgroepen geen contra-indicaties voor kinderen, en slechts twee indicaties: (een vermoeden van) ASS, en een ontwikkelingsleeftijd tussen 0 en 12 jaar. Dit is opmerkelijk, gezien de grote heterogeniteit binnen de groep van kinderen met ASS, en de hieruit volgende uitdaging voor het ontwikkelen en selecteren van gepaste interventies (Freeman, 1997; Happé et al., 2006). Naar interventie toe kan het zinvol zijn om kinderen met ASS te verdelen over subgroepen, op basis van hun functioneringsniveau (Stevens et al., 2000), of op basis van sociaal subtype (Beglinger & Smith, 2005). Binnen CSL wordt geen expliciete gerichtheid op een bepaalde subgroep benoemd. Met betrekking tot functioneringsniveau wordt er uitsluitend verwezen naar de ontwikkelingsleeftijd, maar zijn er geen indicaties op vlak van IQ, taal, enz. Daarnaast is het opvallend dat er geen oriëntatie wordt uitgesproken op een sociaal subtype, hoewel de aanpak en werkwijzen van de CSL-methode voornamelijk gericht lijken op kinderen die contact vermijden of zich sterk terugtrekken, en in de literatuur worden omschreven als het “passieve subtype” of het “aloof subtype” (Beglinger & Smith, 2001). Er wordt in de documenten weinig aandacht besteed aan kinderen die wel actief contact maken. Deze tegenstrijdigheid tussen de indicatiecriteria en de werkwijzen getuigt van de nood aan een concretere afbakening van de CSL-doelgroep, of aan meer werkwijzen gericht op andere ASS-subtypes.

Naar de ouders toe heeft stichting Horison zes specifieke indicaties (bijvoorbeeld “*ouders willen de regie nemen over de zorg voor hun kind*”) en één contra-indicatie (“*ouders die zich psychisch gezien niet in een stabiele situatie bevinden op het moment van inschrijving*”) geformuleerd. Gezien de intensiteit van het speelprogramma, en de grote rol die ouders hierin opnemen, zijn deze indicatiecriteria essentieel. Er kan echter de vraag gesteld worden of ze voldoende in verhouding zijn met de verwachtingen die aan ouders gesteld worden, en of er niet meer contra-indicaties nodig zijn. Giallo en collega's (2013) geven aan dat tijdsintensieve interventies in de thuisomgeving tot goede resultaten kunnen leiden voor kinderen met ASS, maar dat ze af te raden zijn ingeval van een hoge mate van ouderlijke stress en een gebrek aan tijd en energie bij ouders. Vanuit dit oogpunt zijn de indicaties voor ouders eerder vaag omschreven (bijvoorbeeld “*bereid zijn tot tijdsinvestering*” - hoeveel tijd?), en kan de beperkte uitwerking van de contra-indicaties gezien worden als een knelpunt.

b) Interventiedoelen

De algemene interventiedoelen schetsen een concreet beeld van de situatie die de CSL-methode beoogt voor ouder, kind en hun onderlinge interactie, maar de operationalisatie van deze doelen is eerder vaag uitgewerkt, voornamelijk voor het kind (bijvoorbeeld “*het kind beschikt over probleemoplossende vaardigheden*”). De reden

hiervoor zit in het concept van maatwerk dat het uitgangspunt vormt voor de CSL-methode, en in de ruime doelgroep waar de interventie zich op richt. Deze redenen nemen echter niet weg dat het gebrek aan concrete doelen kan beschouwd worden als een groot knelpunt van de methode. Hier wordt uitgebreid op ingegaan bij de bespreking van de resultaten op niveau 2.

c) Aanpak

In de algemene aanpak van de CSL-methode, zoals omschreven in Tabel 6 (de oudercursus als eerste fase met twee modules, en het speelprogramma als tweede fase met verschillende stappen), zijn alle fragmenten van informatie over de interventie samengebracht tot een chronologisch geheel dat een concreet beeld schetst van het verloop en de inhoud van de interventie. In de bespreking van de resultaten op niveau 2 wordt, aan de hand van de “toetsing van de CSL-werkwijzen”, meer specifiek ingegaan op deze inhoud. Op dit eerste niveau zijn twee algemene knelpunten vast te stellen. Het eerste is een algemene bedenking over de informatie die gegeven wordt tijdens de interventie; het aspect “kennis en inzicht” speelt een centrale rol in de oudercursus, maar stichting Horison geeft geen verantwoording voor “het waarom” achter de inhoud van het informatiepakket dat ze aanbieden. Hieruit rijst de vraag waarop hun keuze voor deze specifieke informatie gebaseerd is, en waarom ouders net baat zouden hebben bij deze informatie. De richtlijnen over psycho-educatie/oudertraining en ASS zijn echter zeer beperkt uitgewerkt (van Rooijen & Rietveld, 2013), wat maakt dat er weinig algemene referentiekaders beschikbaar zijn om het totale informatiepakket van de CSL-methode tegen af te zetten.

Een tweede bedenking gaat over de intensiteit van het programma. De stichting geeft aan dat ouders zelf de intensiteit van hun speelprogramma bepalen, en legt geen minimum (of maximum) op met betrekking tot de duur en frequentie van de speelsessies. Hierbij kan de vraag gesteld worden of alle ouders in staat zijn om zelf deze inschatting te maken, en of de werkzaamheid van de interventie op deze manier wel gegarandeerd kan worden. In de richtlijnen van het Amerikaanse NPDC-ASD, met betrekking tot ouder-geïmplementeerde interventies, wordt aangegeven dat de frequentie en duur van trainingssessies individueel bepaald moeten worden per gezin (NPDC-ASD, 2010), maar dat ze wel samen met het gezin vastgelegd worden bij de opstart van het programma, en afhankelijk zijn van de vooropgestelde doelen. Op basis hiervan kan gesteld worden dat het knelpunt van de CSL-methode niet zozeer zit in het uitgangspunt dat de frequentie en duur van de sessies individueel bepaald kunnen worden per gezin, maar wel in het uit handen geven van deze beslissing, en het gebrek aan een link tussen de intensiteit van het programma en de doelen die hierin worden nagestreefd.

d) Uitvoeringseisen en kwaliteitsbewaking

De uitvoeringseisen en kwaliteitsbewaking van een interventie moeten in principe leiden tot een optimale “behandelingsintegriteit”, die op zijn beurt moet leiden tot goede resultaten. Een hoge behandelingsintegriteit wordt gekenmerkt door een betrouwbare en correcte implementatie van de interventie, volgens de theoretische en methodische componenten van het algemene interventiemodel, zoals beoogd door de ontwikkelaars van de methode. Een belangrijke factor hierin is het aanbieden van frequente trainingsmomenten en supervisies voor praktijkwerkers (Livanis et al., 2013). De CSL-interventie wordt uitgevoerd door medewerkers van stichting

Horison (die de training geven en eventueel verdere ondersteuning aanbieden), maar ook door ouders en spelers (die de speelsessies uitvoeren met het kind). Op vlak van medewerkers zet stichting Horison concrete stappen om de behandelingsintegriteit te garanderen, zo voorzien ze een uitgebreide training, en organiseren ze op regelmatige basis supervisie en herhalingstrainingen. Ook de voorwaarden voor potentiële trainers zijn uitgebreid vastgelegd, hoewel hierbij kan opgemerkt worden dat ze een aantal vage componenten bevatten (bijvoorbeeld *“een levenshouding hebben die een referentie vormt voor het gedachtegoed van de methode”*). Met betrekking tot de ouders en spelers is het echter zeer onduidelijk hoe stichting Horison de integriteit van de CSL-methode garandeert. Zo is er geen checklist of assessment om na te gaan of ouders na het volgen van de cursus alle benodigde vaardigheden bezitten voor het opstarten van een speelprogramma. Er is ook geen opvolging van het verloop van de speelprogramma's na de training. Daarnaast zijn ouders zelf verantwoordelijk voor het opleiden van spelers (spelbegeleiders die intensief in het programma worden ingezet en dus over de CSL-basisvaardigheden moeten beschikken), of kunnen ze hen inschrijven voor de spelerscursus. Hierbij kan de vraag kan gesteld worden of ouders wel voldoende “in staat” zijn om spelers op te leiden, en waarom een inschrijving voor de spelerscursus niet standaard is. Deze knelpunten omtrent behandelingsintegriteit kunnen niet alleen een impact hebben op de uitvoeringskwaliteit van CSL, maar ook op toekomstig onderzoek over de interventie. Onderzoekers zullen namelijk niet in staat zijn om de effecten van de interventie te evalueren, indien deze niet op een overeenstemmende wijze wordt geïmplementeerd door alle uitvoerders (Livanis et al., 2013).

6.1.2 Resultaat op niveau 2: Praktijkmodel (Fase 2a & 2b)

Het onderzoek naar bewijskracht op niveau 2 ging van start met twee focusgroepen om tot de basis te komen voor de ontstaanstheorie van de CSL-methode. In deze focusgroepen werd vastgesteld wat het probleem is dat stichting Horison met de CSL-interventie wil aanpakken, alsook welke risicofactoren op welke manier (delen van) dit probleem in stand houden of verergeren, en welke protectieve factoren op welke manier (delen van) het probleem kunnen doen afnemen of verhelpen. In de eerste focusgroep zijn deze factoren opgelijst, omschreven, en bestempeld als “beïnvloedbaar of niet”. In de tweede focusgroep werden ze met elkaar in verband gebracht. Het uiteindelijke resultaat van de focusgroepen bestaat uit een lijst met factoren en hun omschrijving (Tabel 9), en een visuele weergave van deze factoren en hun onderlinge verbanden (in de masterproef benoemd als “het praktijkschema” - Figuur 5).

Met de factoren en het schema zijn een aantal knelpunten geassocieerd die op zichzelf opmerkelijk zijn, en die ook de overstap naar de literatuurstudie voor theoretische onderbouwing bemoeilijkt hebben (zoals omschreven in § 4.3). De omvang van het schema is hier één van, alsook het gehanteerde jargon dat niet in overeenstemming is met de veelvoorkomende termen of begrippen in wetenschappelijke literatuur. Een laatste aspect is de samenhang tussen een groot aantal van de protectieve en risicofactoren, omwille van hun opstelling tegenover elkaar op twee zijden van hetzelfde continuüm. Door het uitwerken van de vereenvoudigde versie van het praktijkmodel (Figuur 6), en de lijst met dimensies van risico- en protectieve factoren (Tabel 11), was het mogelijk om de problemen omtrent de gehanteerde begrippen en samenhang van de factoren op te lossen voor de overstap naar de literatuurstudie. De bedenking dat stichting Horison niet de “gangbare begrippen” hanteert

om de factoren te omschrijven blijft echter wel aanwezig. Ook de risico- en protectieve factoren die tegenover elkaar gesitueerd zijn blijven een opvallend gegeven, waarbij de vraag kan gesteld worden of dit getuigt van een tekort aan “op zichzelf staande factoren”, of dat dit gegeven van een continuüm net een zinvol uitgangspunt kan zijn om naar de benoemde risico- en protectieve factoren te kijken.

De omvang van het praktijkschema kan gelinkt worden aan de ruime doelstelling van de CSL-interventie, die gericht is op ouders, het kind, en de ouder-kind interactie. Hierbij kan opgemerkt worden dat er, met betrekking tot deze drie richtpunten, meer en andere probleem- of beïnvloedende factoren kunnen benoemd worden, zoals aangetoond via de literatuurstudie. Het is bijgevolg niet duidelijk waarom bepaalde probleemfactoren vanuit de CSL-methode wel aandacht krijgen en andere niet, of waarom bepaalde probleemgebieden zeer gedifferentieerd zijn opgenomen in het model, en andere eerder als een geheel. Zo wordt bijvoorbeeld de problematiek van de ouders voornamelijk gerepresenteerd in één probleemfactor (“*grote opvoedopgave*”), hoewel het zeker mogelijk is (en ook reeds noodzakelijk was voor de literatuurstudie) om deze factor op te splitsen in meerdere deelp Problemen (waaronder de “blokkade van doelen en verwachtingen”, het omgaan met de specifieke noden van het kind, enz.). In tegenstelling hiermee is problematiek van het kind via negen probleemfactoren opgenomen. Het is ook opvallend dat de risico- en protectieve factoren voornamelijk gelinkt zijn aan de ouders, en niet zozeer aan het kind. Een mogelijke verklaring voor deze tegenstrijdigheid is dat de focus van stichting Horison voornamelijk ligt op de beïnvloeding van de problematiek van het kind via het aanspreken van beïnvloedbare factoren bij de ouder. Dit neemt echter niet weg dat bepaalde factoren bij het kind ook een impact kunnen hebben op de werkzaamheid van de interventie, en dat het zinvol is om deze mee in kaart te brengen. Hierbij kan gedacht worden aan het functioneringsniveau van het kind op vlak van taal en IQ (Stevens et al., 2000) en aan comorbide psychiatrische problematieken (Matson & Nebel-Schwalm, 2007).

Een laatste bedenking betreft de onevenwichtige verhouding tussen beïnvloedbare en niet-beïnvloedbare factoren in het praktijkmodel. Van Yperen en Veerman (2008, p. 46) geven aan de beïnvloedbare factoren kunnen beschouwd worden als “de knoppen waaraan men kan draaien” om gewenste veranderingen tot stand brengen, en dat de niet-beïnvloedbare factoren, als moderator, een grote rol kunnen spelen in de werkzaamheid van de interventie. In het praktijkmodel zijn, op basis van de focusgroepen, slechts één probleemfactor en één risicofactor benoemd als “niet-beïnvloedbaar”. Alle andere probleem-, risico-, en protectieve factoren zijn benoemd als “beïnvloedbaar”. Het zeer beperkte aantal “niet-beïnvloedbare factoren” kan op twee wijzen verklaard worden. De eerste mogelijke verklaring is dat de inschatting in de focusgroepen “te optimistisch” was, en dat er in de praktijk meer factoren zijn die niet beïnvloed worden door de CSL-interventie. Een tweede verklaring is dat er te weinig aandacht is besteed aan het benoemen van niet-beïnvloedbare factoren in de focusgroepen. Deze tweede verklaring lijkt het meest plausibel op basis van de bevindingen uit het onderzoek. De eerste verklaring wordt namelijk voor de probleemfactoren weerlegd door de interventietheorie, waaruit blijkt dat er op alle benoemde probleemfactoren wordt ingewerkt, behalve op Factor 13. “*Maatschappelijke verwachtingspatronen*”, die benoemd is als “niet beïnvloedbaar”. Voor de risico- en protectieve factoren wordt ze weerlegd door de tabel in Bijlage G, waaruit blijkt dat er op alle dimensies van risico- en protectieve factoren

wordt ingewerkt, behalve op Dimensie 14. “*Prognose door diagnosticus*”, die werd omschreven als “niet-beïnvloedbaar”, en op Dimensie 15. “*Sensorische balans*”, waarbij is aangegeven dat hier wel op ingewerkt kan worden (wat bevestigd wordt in de literatuur – Hilton, 2011), maar dat dit niet standaard in het programma is opgenomen. De tweede verklaring wordt bevestigd doordat het mogelijk is om “niet-beïnvloedbare factoren” te bedenken die niet benoemd zijn in de focusgroepen, maar wel een impact kunnen hebben op de werkzaamheid van de interventie. Zo zou een halftijds werkende ouder protectief kunnen zijn, en zouden twee voltijds werkende ouders als een risicofactor kunnen beschouwd worden, omwille van veel/weinig tijd voor het speelprogramma. Ook financiële middelen om materiaal te kopen en spelers in te schrijven voor de spelerscursus kunnen protectief zijn en bijdragen aan een grotere slaagkans van de interventie, maar ze zijn niet beïnvloedbaar. Het ontbreken van deze factoren uit het praktijkmodel is een belangrijk knelpunt.

6.1.3 Resultaat op niveau 2: Toetsing factoren/werkwijzen en Interventietheorie (Fase 3a & 3b)

In de laatste fase van het onderzoek is het praktijkmodel van de CSL-ontstaanstheorie (Figuur 5), in combinatie met de concrete CSL-werkwijzen (Tabel 6 en Tabel 12), uitvoerig onderzocht en getoetst door middel van een literatuurstudie. Het theoretisch model (Figuur 7), dat is opgesteld op basis van de vereenvoudigde versie van het praktijkmodel (Figuur 6), fungeerde hierbij als uitgangspunt en toetssteen. Er werd in de literatuurstudie voor elk van de negen elementen uit het theoretisch model gezocht naar algemene literatuur (als basiskader) en ASS-specifieke literatuur, als uitgangspunt om de CSL-factoren en aanpak te toetsen. Deze manier van werken leverde twee grote voordelen op voor het onderzoek. Enerzijds zorgde ze voor de garantie van een objectieve insteek bij het zoeken naar literatuur, omdat vanuit algemene concepten werd vertrokken in plaats van vanuit concrete factoren uit het praktijkmodel. Hierdoor ontstond de mogelijkheid om niet alleen onderbouwing te vinden voor de CSL-methode, maar om tegelijk ook na te gaan welke aspecten er ontbreken uit de methode en verbeterpunten aan te reiken. Anderzijds bood het model een handige manier om de veelheid aan factoren uit het praktijkmodel op een overzichtelijke wijze te onderzoeken, en hierbij de link te leggen tussen het jargon dat gehanteerd wordt in het praktijkmodel, en de wetenschappelijke begrippen uit de literatuur.

De resultaten van deze laatste onderzoeksfase zijn tweeledig: Het eerste deel omvat de aspecten die ontbreken uit de CSL-methode (zoals weergegeven in Tabel 13 en uitgeschreven in de toetsing van elk element). Het tweede deel omvat de concrete linken tussen CSL-factoren (ontstaanstheorie) en werkwijzen (behandelingstheorie) op basis van de literatuur, zoals weergegeven in de drie overzichtstabellen (tabel in Bijlage E met probleemfactoren, en tabellen met dimensies, elementen en werkwijzen in Bijlagen F en G), en in de interventietheorie. De resultaten worden hier achtereenvolgens besproken vanuit de probleemfactoren, dimensies van risico- en protectieve factoren, werkwijzen en de interventietheorie. De nadruk in de bespreking ligt voornamelijk op de ontbrekende elementen, omdat dit aspect doorheen de masterproef minder op de voorgrond stond.

a) *Probleemfactoren*

Bij de vergelijking tussen de probleemfactoren uit de literatuur en het praktijkmodel zijn er meerdere hiaten en knelpunten opgemerkt. Een eerste algemeen knelpunt is dat de problematiek van ouders onvoldoende

gedifferentieerd is opgenomen in het praktijkmodel. Dit blijkt uit de koppeling tussen de probleemfactoren uit het praktijkmodel en de elementen uit het theoretisch model: dezelfde probleemfactor (Factor 10. *“Ouders staan voor een grote opvoedopgave, ze missen kennis en vaardigheden voor opvoeding van hun speciale kind”*) wordt namelijk gekoppeld aan drie elementen uit het theoretisch model (opvoedingsdoelen, opvoedingscognities en opvoedingsgedrag van de ouder). Een tweede vaststelling is dat de probleemfactoren uit het praktijkmodel veelal gekoppeld kunnen worden aan elementen uit het theoretisch model, maar dat ze vaak op zichzelf niet verwijzen naar de inhoud van dit element. Zo zijn de probleemfactoren die in de literatuur geassocieerd worden met het conatieve element wel afgedekt bij ouder en kind, maar wordt er in de CSL-methode niet expliciet verwezen naar de opvoedingsdoelen van ouders, noch naar de nood aan zelfverwerkelijking bij het kind. Deze aspecten zijn dus eerder onderliggend aanwezig, hoewel ze uit de literatuur (Wehmeyer et al., 2010; Wong & Heriot, 2007) wel als belangrijke probleemdomeneinen naar voor komen. Een derde opmerkelijke vaststelling is het gebrek aan probleemfactoren met betrekking tot negatief affect en stemmingsproblemen, zowel bij de ouders als bij het kind. Ouders van kinderen met ASS hebben een verhoogde kans op depressie (Kuhn & Carter 2006; Meirsschaut et al., 2010; Wachtel & Carter, 2008), en kunnen sterke negatieve emoties ervaren (Myers et al., 2009; Zhou & Yi 2014). In het praktijkmodel van de CSL-methode ontbreken deze factoren volledig. Er is wel een risicofactor die verwijst naar het emotionele stuk (Factor 7. *“Emotionele last van ouders”*), maar deze dekt onvoldoende de lading die de factoren in de literatuur hebben. Ook de stemmingsproblemen (Kim et al., 2000) en depressieve gevoelens (Hill et al., 2004; Pouw et al., 2013) bij kinderen met ASS zijn niet opgenomen in het praktijkmodel. De risicofactor omtrent emotioneel welbevinden verwijst hier wel naar, maar stemt er zeker niet mee overeen. Een vierde knelpunt is dat er specifiek met betrekking tot de problematiek van het kind belangrijke factoren ontbreken. Zo wordt er onrechtstreeks wel verwezen naar aspecten van problemen op vlak van cognitie en motoriek, maar zijn er geen factoren die deze elementen volledig omvatten. Factor 9. *“Het kind mist vaardigheden om zichzelf aan te sturen”* is in dit opzicht problematisch; de factor omvat zowel aspecten van cognitie als van gedrag, waardoor teveel aspecten samenkomen in één factor en geen ervan volledig wordt afgedekt. Er is geen factor die verwijst naar de problemen die kinderen met ASS ervaren op vlak van symbolisch en gezamenlijk spel, hoewel hier in de aanpak en werkwijzen van CSL veel aandacht aan wordt besteed. Tot slot is er de opmerking dat de probleemfactor rond ouder-kind interactie in het praktijkmodel wordt benoemd als “problemen in de opbouw van de relatie”, waar in de literatuur op dit vlak wordt verwezen naar “problemen met het komen tot interactie”. Beurkens en collega's (2013) geven aan dat problemen in de ouder-kind interactie niet expliciet samenhangen met de kwaliteit van de ouder-kindrelatie. Ouders die veel moeilijkheden rapporteren in concrete interacties kunnen wel een hoge mate van tevredenheid en kwaliteit in de ouder-kindrelatie beleven.

In het algemeen kan geconcludeerd worden dat het praktijkmodel van de CSL-methode niet alle probleemfactoren van kinderen met ASS en hun ouders omvat, en dat het model baat zou hebben bij herformulering en opsplitsing van een aantal factoren. Hierbij kan nog opgemerkt worden dat ook de literatuurstudie op dit vlak vermoedelijk niet volledig is, waardoor er waarschijnlijk nog meer probleemfactoren ontbreken uit het CSL-model dan diegene die tot hertoe benoemd zijn. De knelpunten die geassocieerd zijn met

de probleemfactoren kunnen mogelijks verklaard worden vanuit de omschrijving die van Yperen en Veerman (2008) hanteren voor het concept “kernprobleem”. Ze geven aan dat het kernprobleem (het centrale probleem waarop interventies zich richten) veelal de problematiek omvat waarmee cliënten zich bij de hulpverlener melden, en dat het logischerwijs sterk aansluit bij de hulpvraag van de cliënt. CSL is een interventie die gegroeid is vanuit de praktijk, en die in dat opzicht vermoedelijk sterk gebaseerd is op de hulpvragen die doorheen de jaren gesteld werden door ouders. Het kan dus dat de probleemfactoren die geformuleerd zijn in de focusgroepen net die factoren zijn die voor stichting Horison deel uitmaken van het kernprobleem. Daarnaast kan de specifieke visie van de stichting, met betrekking tot de problematiek van kinderen met ASS, ook ten grondslag liggen aan de factoren die ze benoemd hebben. Desalniettemin kan opgemerkt worden dat er belangrijke aspecten ontbreken waar zeker op ingespeeld moet worden om de algemene doelstellingen van de CSL-methode te realiseren.

b) Dimensies van risico- en protectieve factoren

De beïnvloedende factoren van de probleemelementen uit de literatuur zijn veelal afgedekt door de dimensies van risico- en protectieve factoren uit het CSL-praktijkmodel. Er zijn echter wel een aantal factoren die volledig ontbreken: “hechting” bij het kind, gekaderd als beïnvloedende factor in de ouder-kind interactie (Hudry et al., 2013), en “zelfzorg” bij de ouders, gekaderd als protectief voor stressvermindering (Sanders & Morgan, 1997) en oververmoeidheid (Giallo et al., 2013). De factor “oververmoeidheid” ontbreekt ook als risicofactor voor opvoedingscognities. Daarnaast is er één dimensie waarvan de invulling een groot knelpunt vormt: 9. “*Aanpak kind*”. De dimensie stemt overeen met het opvoedingshandelen van ouders, in de literatuur geconceptualiseerd als het samenspel van drie opvoedingsdimensies: responsiviteit, controle en autonomieondersteuning (Colpin, et al., 2007). Het kan protectief zijn voor het opvoedingshandelen als ouders worden gestimuleerd tot positief opvoeden (Maljaars et al., 2014), wat een evenwicht impliceert van de drie opvoedingsdimensies (Sanders et al., 2003). In de CSL-methode wordt het protectieve aspect van opvoedingshandelen echter voornamelijk ingevuld aan de hand van responsiviteit, en wordt controle hier als tegenpool en risicofactor tegenover geplaatst. Autonomieondersteuning wordt niet expliciet benoemd in het model. De invulling die de CSL-methode geeft aan opvoedingshandelen is bijgevolg onvolledig en niet correct, en vormt in dat opzicht een belangrijk knelpunt.

Los van de ontbrekende factoren en het grote knelpunt met betrekking tot opvoedingshandelen, is het opvallend dat de benoemde risico- en protectieve factoren sterker overeenstemmen met de literatuur dan de probleemfactoren. Een mogelijke verklaring is de grote hoeveelheid aan dimensies (19) die ruim omschreven zijn, en daardoor vermoedelijk vlotter aansluiten bij verschillende elementen uit de literatuur. Een tweede mogelijke verklaring is dat de beïnvloedende factoren (van verschillende probleemdomen) uit de literatuur gebaseerd zijn op gelijkaardige concepten (bijvoorbeeld informeren van ouders, het belang van attitude, het aanpassen van de omgeving, het belang van ondersteuning voor ouders, het stimuleren van de ontwikkeling, enz.) die per probleemdomen concreet worden ingevuld. Op basis van de vaststelling dat veel gelijkaardige beïnvloedbare concepten terugkomen in literatuur over verschillende probleemdomen, en dat 11 van de 19 CSL-dimensies aan minstens drie probleemdomen gekoppeld zijn (zie Bijlage G), lijken beide verklaringen plausibel.

c) Werkwijzen van de CSL-methode

Met betrekking tot de werkwijzen van de CSL-methode zijn er een aantal grote knelpunten, maar eveneens een aantal aanzienlijke sterktes te benoemen. De sterktes worden hieronder besproken bij de interventietheorie. Van de knelpunten is het eerste, en meteen ook belangrijkste punt, het gebrek aan een concrete operationalisatie van de interventiedoelen. Bij drie van de vier elementen voor het kind (conatief, cognitief en gedrag) staat aangegeven dat de CSL-methode inwerkt op de beïnvloedbare factoren *als* ouders deze opnemen in hun doelen. Dit betekent concreet dat er nooit een garantie is met betrekking tot de doelen die ouders zullen opnemen, en op welke problemen er zal ingespeeld worden. Stichting Horison reikt een ruim kader aan en geeft informatie over het stimuleren van de ontwikkeling op verschillende terreinen, maar er is geen vorm van controle over de doelen die ouders uiteindelijk opstellen (en of ze hier effectief aan werken). Dit vormt een groot probleem in termen van potentiële werkzaamheid van de interventie en behandelingsintegriteit. Een tweede vaststelling is dat er zeer beperkt wordt ingespeeld op het emotioneel welbevinden van ouders en kind. Zo worden er geen rechtstreekse werkwijzen benoemd om het zelfbeeld en emotioneel welbevinden van het kind te beïnvloeden (behalve het totaalpakket van de speelkamer en attitude van ouders), en wordt er ook niet rechtstreeks ingespeeld op de emoties en de verwerking van ouders. Dit hoeft geen knelpunt te zijn indien de CSL-methode helder aangeeft dat ze niet specifiek op deze aspecten inwerkt. Indien dit echter wel een doel is dat ze beogen, is de werkwijze zeer beperkt. Momenteel zit het knelpunt dus in het gebrek aan informatie over het al dan niet specifiek willen inspelen op deze aspecten. Een derde vaststelling is dat er niet wordt ingespeeld op een aantal belangrijke elementen, met als grootste probleem het onvolledig inspelen op het opvoedingshandelen, zoals hierboven aangekaart bij de beïnvloedende factoren. In de visie en werkwijzen van de CSL-methode ligt een sterke nadruk op responsiviteit, die ten koste gaat van controle en autonomieondersteuning, en waarbij controle foutief wordt voorgesteld als “onverenigbaar met responsiviteit”. De ondervertegenwoordiging van autonomieondersteuning is onder andere merkbaar in het gebrek aan informatie over de problemen die kinderen met ASS kunnen ervaren op vlak van zelfdeterminatie, en het belang om hen hierin te stimuleren (Field & Hoffman, 1999; Wehmeyer et al., 2010). Daarnaast zijn er geen werkwijzen die inspelen op de contacten van het kind met de peergroep, hoewel dit zeer belangrijk wordt geacht voor de ontwikkeling van het kind (Freeman, 1997). Ook over specifieke interventies bij angstproblemen wordt in de cursus niet gesproken, hoewel stichting Horison veel aandacht besteedt aan angstproblemen en in de cursus een ruim aanbod bespreekt van mogelijke ondersteunings- en therapievormen die ouders aanvullend kunnen inzetten voor hun kind. Het laatste knelpunt bevindt zich eerder op niveau van de literatuurstudie en gaat over de concrete inhoud van de werkwijzen. Voor drie elementen (opvoedingsdoelen, opvoedingsbelevingen, opvoedingsgedrag) is aangegeven dat de CSL-methode grotendeels de beïnvloedbare aspecten afdekt. Hierbij kan echter de bedenking gemaakt worden dat het niet zeker is of de manier waarop ingespeeld wordt op deze aspecten doeltreffend is. Doorheen de literatuurstudie was het vinden van concrete richtlijnen voor de inhoud van interventies een zeldzaam gegeven. Over de meeste elementen kan dus hoogstens gezegd worden dat de CSL-methode erop inwerkt, maar kan er geen kader geschetst worden over de wijze waarop dit best gebeurt, of is het kader slechts op één studie gebaseerd.

Over de werkwijzen kan geconcludeerd worden dat CSL niet op alle beïnvloedbare aspecten inspeelt, waarbij de knelpunten omtrent doelen en opvoedingshandelen belangrijke aandachtspunten zijn. Hierbij kan ook de vraag gesteld worden waarom bepaalde aspecten (zoals gedeelde aandacht en spel) wel standaard zijn opgenomen in de werkwijze, en anderen niet. De vaststelling dat er niet (even sterk) op alle beïnvloedbare aspecten wordt ingespeeld hoeft op zich geen probleem te vormen. Van Yperen en Veerman (2008) geven aan dat het zelden voorkomt dat een interventie alle beïnvloedbare aspecten aanspreekt. Het is echter wel belangrijk om als interventie duidelijk aan te geven op welke aspecten wel wordt ingespeeld (en waarom), en op welke niet. Voor de CSL-interventie is dit momenteel onduidelijk, en bijgevolg een knelpunt.

d) De interventietheorie

Los van de bovengenoemde knelpunten en hiaten bleek doorheen de literatuurstudie dat een pakket van factoren uit het praktijkmodel, gekoppeld aan CSL-werkwijzen, wel in overeenstemming is met de literatuur. Door het samenbrengen van deze factoren en elementen (met de focus op “wat is er wel?”), vanuit de structuur van het theoretisch model (Figuur 7), was het mogelijk om te komen tot een interventietheorie over de CSL-methode (uitgeschreven in Bijlage H en schematisch afgebeeld in Figuur 9 en Figuur 10).

Vanuit deze interventietheorie zijn zes algemene sterktes van de CSL-methode te benoemen. Als eerste is er de grote focus op de attitude van ouders ten aanzien van het kind. De CSL-methode stimuleert ouders intensief tot responsiviteit en synchronisatie, wat vanuit de literatuur als een belangrijk element wordt benoemd voor de ouder-kind interactie, de ontwikkeling van het kind, het verhogen van autonomie-ondersteunend handelen ten aanzien van het kind, en in het omgaan met problematisch gedrag (Boonen et al., 2014; Hudry et al., 2013; Ruble et al., 2008; Siller & Sigman, 2002; Wachtel & Carter, 2008). Een tweede sterkte is het stimuleren van houdingsbewustzijn bij ouders. Doorheen de CSL-cursus worden ouders gestimuleerd tot een permanent bewustzijn van de eigen gedachten en oordelen over zichzelf en het kind, en de manier waarop deze gedachten en oordelen een invloed hebben op hun opvoedingshandelen. Dit bewustzijn speelt een belangrijke rol in attributies over het gedrag van het kind (Kuhn & Carter 2006), en in het komen tot meelevende (kindgerichte) opvoedingsdoelen (Conti, 2015). Een derde sterkte zit in het aanleren van concreet opvoedingsgedrag en interactiestrategieën. Hierbij ligt de focus op manieren om met problematisch gedrag om te gaan (Boonen et al., 2014), om in dagelijkse situaties leerkansen te bieden en de ontwikkeling van het kind te stimuleren (Maljaars et al., 2014), en om met het kind in interactie te treden (Doussard-Roosevelt et al., 2003; Watson 1998). Een vierde element dat gezien kan worden als een grote sterkte is de visie van stichting Horison op problematisch en moeilijk te begrijpen gedrag van kinderen met ASS. Er wordt uitgegaan van het idee dat dit gedrag functioneel is, en dat er enorm veel oorzaken aan ten grondslag kunnen liggen. Deze manier van denken stemt overeen met de visie van Dijkxhoorn (2003), en het algemene concept van functie-analyse (Hermans, Eelen, & Orlemans, 2007), waar ook de vaardigheden die ouders aangeleerd krijgen (bijvoorbeeld ABC-schema's) om te zoeken naar de mogelijke functie van gedrag in gekaderd kunnen worden. In dit opzicht is ook de focus van stichting Horison op de sensorische problemen van kinderen met ASS belangrijk. Deze problemen worden onder andere gekoppeld aan vermijdend of stimulus-zoekend gedrag en stress (Case-Smith et al., 2014; Hilton, 2011), maar

ook aan angst, en hieruit volgend vermijdingsgedrag (Mayes et al., 2013). Een vijfde sterkte van de CSL-methode is de focus op gedeelde aandacht en spel. Deze elementen worden in de literatuur vanuit verschillende oogpunten als centrale beïnvloedbare factoren aangehaald. Zo zijn beide belangrijke voorlopers de van taal- en communicatieontwikkeling (Maljaars et al., 2012; Thurm et al., 2011); speelt gedeelde aandacht een belangrijke rol in emotie co-regulatie (Gulsrud et al., 2010), in de ontwikkeling van sociale interactievaardigheden (Kasari & Patterson, 2012), en in de ouder-kind interactie (Beurkens et al., 2013; Hudry et al., 2013); en is symbolisch spel een belangrijke manier om allerlei cognitieve, sociale en planningsvaardigheden te oefenen (Bergen, 2002; Kasari et al., 2006). Een laatste grote sterkte van de CSL-methode is de focus op het afstemmen van de omgeving, met het concept van de speelkamer als centrale werkwijze. Het afstemmen van de omgeving wordt in de literatuur herhaaldelijk benoemd als een belangrijk concept in interventies voor personen met ASS. Zo maakt het onder meer deel uit van de ASS-behandelingsdoelen van Rutter (Lambrechts et al., 2011; Noens et al., 2015), wordt het centraal gesteld als manier om de impact van sensorische problemen te verminderen (Case-Smith et al., 2014; Hilton, 2011), is het een belangrijke manier om een verrijkende leeromgeving te creëren (Goldstein & De Vries, 2013), en kan het een belangrijke rol spelen in het werken aan de ouder-kind interactie (Beurkens et al., 2013; Casenhiser et al., 2013).

Uit deze algemene sterktes van de CSL-methode kan geconcludeerd worden dat voornamelijk de werkwijzen gericht op de ouders, de omgeving en de ouder-kind interactie onderbouwd zijn. Naar het kind toe wordt ook hier het grote knelpunt rond operationalisatie van doelen zichtbaar. Hierbij kan opgemerkt worden dat het vooral belangrijk is dat stichting Horison helder aangeeft op welke problemen er wordt ingewerkt bij het kind en welke concrete doelen daaraan gekoppeld zijn, alsook op welke aspecten er niet wordt ingewerkt en waarvoor eventueel een parallelle interventie aangewezen is. In het algemeen moet de interventietheorie over de CSL-methode “op papier” aantonen waarom de interventie effectief kan zijn (van Yperen & Veerman, 2008). In de beoordeling hiervan zal de verhouding tussen de sterktes en de knelpunten of hiaten van de CSL-methode doorslaggevend zijn, waarbij de grote hoeveelheid aan knelpunten het momenteel onzeker kan maken of de interventie in aanmerking komt voor het predicaat “veelbelovend” (van Yperen & Veerman, 2008).

6.2 AANBEVELINGEN VOOR DE CSL-METHODE

Op basis van de knelpunten en hiaten die zijn vastgesteld doorheen het onderzoek, kan een aantal concrete aanbevelingen geformuleerd worden voor de CSL-methode. Een eerste aanbeveling is het herzien en bijschaven van de doelgroep en indicatiecriteria. Naar de kinderen toe lijkt het zinvol om na te gaan voor welke subgroepen van kinderen met ASS de CSL-methode gepast is, en voor welke niet. Naar de ouders toe lijkt het zinvol om na te gaan of de indicatiecriteria concreter geformuleerd kunnen worden (bijvoorbeeld hoeveel tijd moeten ouders minstens vrij hebben per week?), en of er niet meer of strengere contra-indicaties moeten opgenomen worden, gezien de grote rol die ouders opnemen in de interventie en de hoge verwachtingen die aan hen worden gesteld. Het herzien van deze criteria kan gekoppeld worden aan het herzien of aanvullen van de “niet-beïnvloedbare factoren” die een impact kunnen hebben op de werkzaamheid van de CSL-interventie. Een aantal van deze factoren zou als indicatie of contra-indicatie opgenomen kunnen worden, omwille van hun grote protectieve of

belemmerende invloed op de effectiviteit van de interventie. Hierbij kan gedacht worden aan aspecten zoals tijd of financiële middelen van de ouders, maar ook comorbide psychiatrische problematieken bij het kind, of een onstabiele gezinssituatie (recente scheiding of overlijden gezinslid, ouder met psychiatrische problematiek, enz.).

De tweede aanbeveling betreft de doelen en intensiteit van de interventie. Omwille van de verschillende knelpunten die voortkomen uit het gebrek aan concrete en geoperationaliseerde doelen voor de kinderen, lijkt het zinvol dat stichting Horison een systeem uitwerkt waarmee dit gebrek kan worden opvangen, maar waarbij tegelijk wel de kernvisie van maatwerk kan behouden worden. Een mogelijkheid zou zijn om te starten met het uitwerken van een eigen systeem voor assessment van de ontwikkeling, dat door alle ouders standaard ingevuld wordt in de periode tussen de twee cursusmodules. Dit systeem zou het uitgangspunt kunnen vormen om tijdens de tweede module samen met ouders doelen vast te leggen, en hierbij een aantal standaard criteria te hanteren (bijvoorbeeld minimum één doel per ontwikkelingsgebied waarop het moeilijk loopt). Aan deze uitwerking van de doelen zou vervolgens ook de intensiteit van het programma gekoppeld kunnen worden, waarbij stichting Horison met verschillende “niveaus van intensiteit” zou kunnen werken, afhankelijk van de doelen die vooropgesteld zijn. Inspiratie voor het uitwerken van een concreet systeem kan gevonden worden in interventies die uitgaan van assessment en het opstellen van een plan met individuele doelen, zoals het Early Start Denver Model (Princiotta, & Goldstein, 2013) of de SCERTS-interventie – Social Communication, Emotional Regulation, and Transactional Support (Rubin, Prizant, Laurent, & Wetherby, 2013).

Een derde aanbeveling betreft het zoeken naar manieren om de behandelingsintegriteit te verbeteren. Met betrekking tot toekomstige trainers kan een aantal aspecten uit de lijst met voorwaarden concreter uitgewerkt worden, en kan meer zichtbaar gemaakt worden hoe de supervisies en herhalingstrainingen vorm krijgen. Met betrekking tot ouders en spelers zijn grotere aanpassingen nodig. Hierbij kan het een startpunt zijn om een profiel op te stellen met de vaardigheden en kennis die ouders en spelers moeten bezitten, alvorens ze speelsessies kunnen uitvoeren. Op basis hiervan kunnen ouders een soort van zelfevaluatie doen, en zich indien nodig extra verdiepen in een aantal vaardigheden of thema's. Ouders zouden dit profiel ook kunnen gebruiken bij het opleiden van spelers. Voor deze spelersopleidingen door ouders zou het tevens zinvol kunnen zijn dat Horison een soort van “basis opleidingspakket” aanbiedt, waarin ouders richtlijnen, materiaal en tips kunnen vinden voor het trainen van hun spelers. Een laatste aspect dat ingebouwd kan worden om de behandelingsintegriteit te verhogen is het organiseren van opvolgsessies (bijvoorbeeld na drie maanden en een half jaar), waarin belangrijke aspecten van de cursus worden hernomen, en waarin ouders vragen kunnen stellen en advies kunnen vragen voor het bijsturen of aanpassen van hun speelprogramma.

Een laatste aanbeveling gaat over de interventietheorie van de CSL-methode. Gezien het belang van deze theorie voor vervolgonderzoek, en voor het indienen van een erkenningsaanvraag, lijkt het zinvol dat stichting Horison deze zoveel mogelijk optimaliseert. Hierbij kan gestart worden met het herzien van de probleemfactoren, en het nagaan of de factoren meer gedifferentieerd kunnen worden, en eventueel herbenoemd kunnen worden naar begrippen vanuit het wetenschappelijk jargon. Daarnaast zal het belangrijk zijn om de risico- en protectieve

factoren te herzien, zowel vanuit het onevenwicht tussen beïnvloedbare en niet beïnvloedbare factoren, als vanuit de onduidelijkheid met betrekking tot het inwerken op alle benoemde factoren, en vanuit de onvolledige en incorrecte invulling van de factoren met betrekking tot opvoedingshandelen. Vanuit deze herzieningen kan ook de werkwijze van de CSL-methode geoptimaliseerd worden (in combinatie met de bovengenoemde aanpassingen met betrekking tot doelen, intensiteit en doelgroep), en kan onderbouwing en verantwoording gezocht worden voor de specifieke inhoud en vormgeving van de werkwijzen (bijvoorbeeld het aangeboden informatiepakket en de standaard opgenomen aspecten). Door het scherpstellen en bijwerken van de ruwe basis die doorheen deze masterproef tot stand kwam (doelgroep, doelen, kernprobleem, beïnvloedbare factoren en werkwijzen), kan stichting Horison stelselmatig de knelpunten van de methode wegwerken en de sterktes vergroten.

6.3 AANBEVELINGEN VOOR VERVOLGONDERZOEK

Gezien de grote bruikbaarheid van het kader van “praktijkgestuurd effectonderzoek” (van Yperen & Veerman, 2008) voor het bijdragen aan de wetenschappelijke onderbouwing van interventies zoals de CSL-methode, lijkt het zinvol dat eventueel vervolgonderzoek via dit kader doorgaat. Hierbij kan het een eerste stap zijn om de resultaten van het huidige onderzoek te verfijnen of bij te werken, indien stichting Horison besluit om in te gaan op de bovengenoemde aanbevelingen. Vervolgens kunnen de vereiste gegevens voor het tweede niveau van effectiviteit, zoals gepresenteerd in Tabel 2, vervolledigd worden. In dit onderzoek is namelijk het eerste onderdeel “aanpak” (theoretische onderbouwing) opgenomen, waardoor de draad kan opgepikt worden bij het tweede onderdeel “onderzoek”, via het verzamelen van indirecte bewijskracht uit studies over gelijkaardige interventies. Hierbij kan gedacht worden aan interventies zoals Son Rise en Floortime/DIR, die door Odom en collega’s (2010) in de categorie van ontwikkelings- of relatie-gebaseerde modellen gesitueerd worden, en waaraan de CSL-methode een aantal basisprincipes en strategieën ontleent. Daarnaast kunnen aanknopingspunten gevonden worden in het concept van “Developmental Social Pragmatic interventions” (Casenhiser et al., 2013) dat vanuit de beschikbare literatuur sterk lijkt aan te sluiten op de CSL-methode. Indien toekomstig onderzoek erin slaagt om het tweede niveau van bewijskracht af te ronden voor de CSL-methode, is er een goede basis om door te gaan met onderzoek naar bewijskracht op niveau 3, bijvoorbeeld door middel van doelrealisatie-onderzoek of cliënttevredenheidsonderzoek (van Yperen & Veerman, 2008).

6.4 STERKTES EN BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK

Deze studie wordt gekenmerkt door een gedifferentieerd en dynamisch onderzoeksopzet, omwille van het gebruik van verschillende onderzoeksmethoden (documentenanalyse, focusgroepen en literatuurstudie), en de wendingen die op bepaalde momenten zijn gemaakt vanuit vaststellingen in onderzoeksresultaten (bijvoorbeeld het aspect doelgroep opnemen in de focusgroepen omwille van gebrek aan informatie in de documenten, en het opstellen van een theoretisch model als uitgangspunt voor de literatuurstudie). Vanuit de zoektocht naar manieren om het praktijkgestuurd effectonderzoek in deze masterproef vorm te geven, en het uiteindelijke resultaat, kunnen een aantal sterktes en beperkingen benoemd worden.

Een eerste sterkte van het onderzoek zit in de gedetailleerde en transparante wijze waarop het opzet en de onderzoeksmethoden omschreven en verantwoord zijn; hiermee werd een hoge mate van repliceerbaarheid nagestreefd. Deze repliceerbaarheid is niet alleen belangrijk in termen van betrouwbaarheid (Mortelmans, 2007), maar kan er ook toe leiden dat het onderzoeksopzet een inspiratie of uitgangspunt vormt voor studies die een gelijkaardig doel nastreven. Het theoretisch kader van “praktijkgestuurd effectonderzoek” (van Yperen & Veerman, 2008) biedt namelijk vooral algemene richtlijnen, die door onderzoekers nog concreet ingevuld moeten worden. Deze studie bezit een “generatief vermogen”, of biedt met andere woorden “handelingsmogelijkheden”, (Wardekker, 2007) die hierbij helpend kunnen zijn. Een tweede sterkte zit in het toepassen van het triangulatieprincipe voor bepaalde stukken van de data, door het vergelijken van de informatie uit de documentenanalyse, focusgroepen en literatuurstudie, wat kan leiden tot een hogere mate van interne validiteit (Mortelmans, 2007; Wardekker, 2007). Een laatste sterkte is de praktische bruikbaarheid van de resultaten voor stichting Horison, een element dat door Wardekker (2007) wordt benoemd als belangrijk criterium voor de kwaliteit van onderzoek binnen de sociale wetenschappen.

In het algemeen was het doorheen het onderzoek moeilijk om een evenwicht te vinden tussen het in kaart brengen en tot stand brengen van bewijskracht, en het tegelijk vaststellen van knelpunten en hiaten in de CSL-interventie. Het uitgangspunt van het onderzoek was vooral een “zoeken naar wat er is”, waardoor het soms moeilijk was om de stap achteruit te zetten en het geheel op een kritische wijze te beschouwen. Dit “afstand houden” is echter belangrijk in termen van interne validiteit en de kwaliteit van het handelen van de onderzoeker (Wardekker, 2007). Om deze beperking zo goed mogelijk op te vangen is getracht om in de discussie wel expliciet en uitgebreid aandacht te besteden aan de knelpunten en hiaten van de CSL-methode.

Naast dit algemene knelpunt zijn er nog een aantal concrete beperkingen te benoemen. Met betrekking tot de focusgroepen kan opgemerkt worden dat de resultaten slechts voortkomen uit één groep van deelnemers. Het was praktisch moeilijk haalbaar geweest om een tweede groep samen te stellen, en de focusgroepen twee maal uit te voeren, maar dit was wel interessant geweest in termen van betrouwbaarheid en volledigheid van de onderzoeksresultaten. Met betrekking tot de literatuurstudie kan opgemerkt worden dat de studie, omdat er over negen thema's literatuur gezocht werd, slechts oppervlakkig kon ingaan op elk thema. Hierdoor zijn een aantal aspecten van de CSL-methode slechts door één studie onderbouwd, en konden weinig specifieke richtlijnen afgeleid worden met betrekking tot de concrete werkwijzen van de CSL-methode. Het is ook belangrijk om aan te geven dat de concrete link tussen de factoren uit het praktijkmodel, om praktische redenen, niet werden opgenomen in de literatuurstudie. Dit is een beperking omdat het onderzoeken van deze verbanden extra informatie had kunnen opleveren over de overeenstemming tussen het praktijkmodel en de literatuur.

ALGEMENE CONCLUSIE

In deze masterproef is, aan de hand van drie onderzoeksmethoden, een praktijkgestuurd effectonderzoek uitgevoerd over 'Contactgericht Spelen en Leren' als interventie voor kinderen met ASS en hun ouders. De vaststelling dat deze methode geen garantie biedt omtrent potentiële effecten of werkzaamheid, omwille van het gebrek aan een heldere omschrijving en wetenschappelijke onderbouwing, vormde hierbij het uitgangspunt. Doorheen de masterproef is in drie fasen toegewerkt naar descriptieve en theoretische bewijskracht voor de CSL-methode, en zijn tegelijk mogelijke verbeterpunten en knelpunten in kaart gebracht.

In de eerste fase is via een documentenanalyse toegewerkt naar beschrijvende informatie over de CSL-interventie. Het resultaat is een beschrijving van de interventie die een concreet beeld schetst van het verloop en de inhoud, maar die tegelijk een aantal vage aspecten en knelpunten bevat. In de tweede fase zijn twee focusgroepen ingezet om tot een basis te komen voor de ontstaanstheorie van de CSL-methode. In deze focusgroepen werd vastgesteld wat het probleem is dat stichting Horison met de CSL-interventie wil aanpakken, welke factoren hier een beïnvloedende rol in spelen, en hoe deze probleem- en beïnvloedende factoren zich ten opzichte van elkaar verhouden. Het resultaat van deze fase omvat een lijst met probleemfactoren en beïnvloedende factoren, en een schema waarin deze factoren en hun onderlinge verbanden verwerkt zijn.

In de derde fase van het onderzoek zijn de resultaten uit de tweede fase, in combinatie met de concrete CSL-werkwijze en aanpak, uitvoerig onderzocht en getoetst door middel van een literatuurstudie. Op basis hiervan kon enerzijds vastgesteld worden welke probleem- en beïnvloedende factoren ontbreken in de resultaten van de focusgroepen, en wat er ontbreekt uit de CSL-werkwijze. Anderzijds konden op basis van de literatuurstudie bouwstenen afgeleid worden voor theoretische onderbouwing van de CSL-methode door middel van een interventietheorie.

Doorheen deze drie fasen is bewijskracht verzameld voor de CSL-methode op de eerste twee niveaus van de effectladder (van Yperen & Veerman, 2008), maar zijn tevens aanzienlijke knelpunten en hiaten vastgesteld. In de discussie zijn deze knelpunten en hiaten omgezet naar concrete aanbevelingen voor de CSL-methode, en zijn tevens aanbevelingen geformuleerd voor vervolgonderzoek. In het algemeen kan geconcludeerd worden dat de masterproef, via een ruim bestand aan beschrijvende data en literatuur, een concrete bijdrage levert aan de potentiële verbetering en theoretische onderbouwing van de CSL-methode.

BRONVERMELDING

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-5®)*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Barber, B.K., Stolz, H.E., & Olsen, J.A. (2005). Parental support, psychological control, and behavioral control: Assessing relevance across time, culture and method. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 70*(4), 1-147.
- Baron-Cohen, S. (2009). Autism: the empathizing–systemizing (E-S) theory. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1156*(1), 68-80.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition, 21*(1), 37-46.
- Begeer, S., Koot, H. M., Rieffe, C., Terwogt, M. M., & Stegge, H. (2008). Emotional competence in children with autism: Diagnostic criteria and empirical evidence. *Developmental Review, 28*(3), 342-369.
- Beglinger, L. J., & Smith, T. H. (2001). A review of subtyping in autism and proposed dimensional classification model. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 31*(4), 411-422.
- Beglinger, L., & Smith, T. (2005). Concurrent validity of social subtype and IQ after early intensive behavioral intervention in children with autism: A preliminary investigation. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 35*(3), 295-303.
- 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.
- Bowen, G. A. (2009). Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative research journal, 9*(2), 27-40.

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Broberg, A. G. (2000). A review of interventions in the parent-child relationship informed by attachment theory. *Acta Paediatrica*, 89(s434), 37-42.
- Bryce, C. I., & Jahromi, L. B. (2013). Brief report: Compliance and noncompliance to parental control strategies in children with high-functioning autism and their typical peers. *Journal of autism and developmental disorders*, 43(1), 236-243.
- Campbell, C. A., Davarya, S., Elsabbagh, M., Madden, L., & Fombonne, E. (2011). Prevalence and the controversy In J. L. Matson & P. Sturmey (Eds.), *International handbook of autism and pervasive developmental disorders* (pp. 25-35). New York, NY: Springer.
- 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 asocial-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.expoo.be/kennisdocumenten/de-gezinsopvoeding-concepten-en-instrumenten>
- Colpin, H., Soenens, B., & Goossens, L. (2007). Hoofdstuk 12. Opvoedingsfactoren en gezinsfunctioneren. In K. Verschueren & H. Koomen (Eds.), *Handboek Diagnostiek in de leerlingenbegeleiding* (pp. 199-214). Belgium, Antwerpen: Garant.
- Contactgericht Spelen en Leren*. (n.d.). Retrieved from <http://www.horison.nl/>
- 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.
- Coplan, R. J., Hastings, P. D., Lagacé-Séguin, D. G., & Moulton, C. E. (2002). Authoritative and authoritarian mothers' parenting goals, attributions, and emotions across different childrearing contexts. *Parenting*, 2(1), 1-26.
- Crowell, J. A. (2003). Assessment of attachment security in a clinical setting: Observations of parents and children. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 24(3), 199-204.

- Dedeurwaerder, L. (2008). *Een sociaal netwerk voor ouders met een verstandelijke beperking: een haalbare kaart?* (Unpublished master's thesis). Universiteit Gent, Faculteit Psychologie en Pedagogische wetenschappen, Gent, Belgium.
- 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.
- Delfos, M. F., & Groot, N. (2013). *Autisme vanuit een ontwikkelingsperspectief* (2nd ed.). Amsterdam, The Netherlands: SWP.
- Dichtelmiller, M., Meisels, S. J., Plunkett, J. W., Bozytnski, M. E. A., Claflin, C., & Mangelsdorf, S. C. (1992). The relationship of parental knowledge to the development of extremely low birth weight infants. *Journal of Early Intervention*, 16(3), 210-220.
- 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. (1991). The affective organization of parenting: Adaptive and maladaptive processes. *Psychological bulletin*, 110(1), 3-25.
- 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.
- Eigsti, I. M., de Marchena, A. B., Schuh, J. M., & Kelley, E. (2011). Language acquisition in autism spectrum disorders: A developmental review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(2), 681-691.
- 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.
- Estes, A., Vismara, L., Mercado, C., Fitzpatrick, A., Elder, L., Greenson, J., ... & Rogers, S. (2014). The impact of parent-delivered intervention on parents of very young children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(2), 353-365.

- 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.
- Fox, R. M. (2008). Applied behavior analysis treatment of autism: The state of the art. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 17(4), 821-834.
- 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.
- Ghesquière, P., Boets, B., Gadeyne, E., & Vandewalle, E. (2010). *Dyslexie: een beknopt wetenschappelijk overzicht*. Retrieved from https://perswww.kuleuven.be/~u0032380/papers/Pol_Dyslexie_Boek%20Lessius_definitief.pdf
- Giallo, R., Wood, C. E., Jellett, R., & Porter, R. (2013). Fatigue, wellbeing and parental self-efficacy in mothers of children with an autism spectrum disorder. *Autism*, 17(4), 465-480.
- 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.
- Goswami, U. (1998). *Cognition in children*. Hove, United Kingdom: Psychology Press.
- Grusec, J. E., Hastings, P., & Mammone, N. (1994). Parenting cognitions and relationship schemas. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 1994(66), 5-19.
- 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. (1991). *Theory of mind and communication in autism* (Unpublished doctoral dissertation). University of London, Department of Psychology, Londen, United Kingdom.
- 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.
- Happé, F., Ronald, A., & Plomin, R. (2006). Time to give up on a single explanation for autism. *Nature neuroscience*, 9(10), 1218-1220.
- 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.
- Hellinckx, W., Grietens, H., & Geeraert, L. (2002). Opvoeden, opvoedingsproblemen en opvoedingsondersteuning. In: W. Hellinckx, H. Grietens, & L. Geeraert. *Hulp bij opvoedingsvragen*. (p. 13-50). Leuven, Belgium: Acco.
- Hermans, D., Eelen, P., & Orlemans, H. (2007). Van Leerprincipe naar functie-analyse. In D. Hermans, P. Eelen, & H. Orlemans (Eds). *Inleiding tot de gedragstherapie* (6th ed.), (pp. 151-172). Houten, The Netherlands: Bohn Stafleu Van Loghum.
- 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.
- Hoge Gezondheidsraad (2013). *Levenskwaliteit van jonge kinderen met autisme en hun gezin*. Retrieved from http://health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@shc/documents/ie2divers/19102443_nl.pdf
- 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.
- Howitt, D. (2010). *Introduction to qualitative methods in psychology*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

- 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.
- Hughes, C., Russell, J., & Robbins, T. W. (1994). Evidence for executive dysfunction in autism. *Neuropsychologia*, 32(4), 477-492.
- Irwin, J. K., MacSween, J., & Kerns, K. A. (2011). History and evolution of the autism spectrum disorders. In J. L. Matson & P. Sturmey (Eds.), *International handbook of autism and pervasive developmental disorders* (pp. 3-16). New York, NY: Springer.
- 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.
- Krueger, R.A., & Casey, M.A. (2000). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- 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.
- Lecavalier, L. (2014). Phenotypic Variability in Autism Spectrum Disorder: Clinical Considerations. In T.E. Davis III, S. W. White, & T.h. Ollendick, (Eds.), *Handbook of Autism and Anxiety* (pp. 15-29). New York, NY: Springer.
- Leijssen, M. (2006). *Gids voor gesprekstherapie*. Utrecht, The Netherlands: De Tijdstroom.

- Levy, A., & Perry, A. (2011). Outcomes in adolescents and adults with autism: A review of the literature. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(4), 1271-1282.
- Lind, S. E., & Williams, D. M. (2011). Behavioural, biopsychosocial, and cognitive models of autism spectrum disorders. In J. L. Matson & P. Sturmey (Eds.), *International handbook of autism and pervasive developmental disorders* (pp. 99-114). New York, NY: Springer.
- Livanis, A., Benvenuto, S., Mertturk, A., & Hanthorn, C. A. (2013). Treatment integrity in autism spectrum disorder interventions. In S. Goldstein, & J. A. Naglieri, J. A. (Eds.). *Interventions for Autism Spectrum Disorders* (pp. 19-37). 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.
- Matson, J. L., & Nebel-Schwalm, M. S. (2007). Comorbid psychopathology with autism spectrum disorder in children: An overview. *Research in developmental disabilities*, 28(4), 341-352.
- 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.
- Mooren, J. H. (n.d.). Humanistische psychologie. Retrieved from <http://www.humanistischecanon.nl/>
- Mortelmans, D. (2007). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven, Belgium: Acco.

- Myers, B. J., Mackintosh, V. H., & Goin-Kochel, R. P. (2009). "My greatest joy and my greatest heart ache:" Parents' own words on how having a child in the autism spectrum has affected their lives and their families' lives. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3(3), 670-684.
- Nederlands Jeugdinstituut. (n.d.). *Databank effectieve jeugdinterventies*. Retrieved from <http://www.nji.nl/nl/Kennis/Databanken/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies>
- Nederlands Jeugdinstituut. (n.d.). *Over het Nederlands jeugdinstituut*. Retrieved from <http://www.nji.nl/nl/Het-Nederlands-Jeugdinstituut/Over-het-Nederlands-Jeugdinstituut.html>
- 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.
- NPDC-ASD. (2010). *Parent-Implemented Intervention*. Retrieved from <http://autismpdc.fpg.unc.edu/sites/autismpdc.fpg.unc.edu/files/imce/documents/Parent-Implemented-Intervention-Complete10-2010.pdf>
- 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.
- Odom, S. L., Boyd, B. A., Hall, L. J., & Hume, K. (2010). Evaluation of comprehensive treatment models for individuals with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(4), 425-436.
- 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.
- Princiotta, D., & Goldstein, S. (2013). Early start Denver model. In S. Goldstein, & J. A. Naglieri, J. A. (Eds.). *Interventions for Autism Spectrum Disorders* (pp. 59-73). New York, NY, Springer.

- Rajendran, G., & Mitchell, P. (2007). Cognitive theories of autism. *Developmental Review*, 27(2), 224-260.
- 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.
- Rubin, E., Prizant, B.M., Laurent, A. C., & Wetherby, A. M. (2013). Social Communication, Emotional Regulation, and Transactional Support (SCERTS). In S. Goldstein, & J. A. Naglieri, J. A. (Eds.). *Interventions for Autism Spectrum Disorders* (pp. 107-128). New York, NY, Springer.
- 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.
- Rutgers, A. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Berckelaer-Onnes, I. A. (2004). Autism and attachment: a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(6), 1123-1134.
- Rutgers, A. H., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Swinkels, S. H., van Daalen, E., Dietz, C., ... & van Engeland, H. (2007). Autism, attachment and parenting: A comparison of children with autism spectrum disorder, mental retardation, language disorder, and non-clinical children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(5), 859-870.
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., & Turner, K. (2003) Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P-Positive Parenting Program. A population approach to the promotion of parenting competence. *Parenting Research and Practice*, 1.
- 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.
- Schalock, R. L. (2004). The concept of quality of life: what we know and do not know. *Journal of intellectual disability research*, 48(3), 203-216.
- 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.
- Soenens, B., Vansteenkiste, M., Lens, W., Luyckx, K., Goossens, L., Beyers, W., & Ryan, R. M. (2007). Conceptualizing parental autonomy support: Adolescent perceptions of promotion of independence versus promotion of volitional functioning. *Developmental psychology*, 43(3), 633.
- 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.
- Sroufe, L. A. (1997). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- 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.
- Stevens, M. C., Fein, D. A., Dunn, M., Allen, D., Waterhouse, L. H., Feinstein, C., & Rapin, I. (2000). Subgroups of children with autism by cluster analysis: a longitudinal examination. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(3), 346-352.
- Struyven, K., Baeten, M., Kyndt, E., & Sierens, E. (2009). *Groot worden* (2nd ed.) . Leuven, Belgium: Lannoo Campus.
- Ter Horst, W. (1980). *Algemene orthopedagogiek, proeve van een theorie-concept*. Kampen, The Netherlands: Uitgever J.H. Kok.
- 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.

- Thompson, G., & McFerran, K. S. (2015). "We've got a special connection": qualitative analysis of descriptions of change in the parent-child relationship by mothers of young children with autism spectrum disorder. *Nordic Journal of Music Therapy*, 24(1), 3-26.
- van Berckelaer-Onnes, I. (2008). Autisme: van beeldvorming naar evidence-based (be) handelen: een proces in ontwikkeling. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 2, 44-57.
- Van Bourgondien, M. E., & Coonrod, E. (2013). TEACCH: An intervention approach for children and adults with autism spectrum disorders and their families. In S. Goldstein, & J. A. Naglieri, J. A. (Eds.). *Interventions for Autism Spectrum Disorders* (pp. 75-105). New York, NY, Springer.
- Van Crombrugge, H. (2009). *Ouders in soorten*. Antwerpen, Belgium: Garant.
- Van Eylen, L., Boets, B., Steyaert, J., Evers, K., Wagemans, J., & Noens, I. (2011). Cognitive flexibility in autism spectrum disorder: Explaining the inconsistencies?. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(4), 1390-1401.
- van Heteren, M., Smits, P. J. M., & van Veen, M. L. H. (2000). *Orthopedagogiek: Antwoorden op vraagstellingen*. Amsterdam, The Netherlands: SWP.
- van Oeffelt, P.W.H.M. (1986). *Ontwikkeling van eigenheid in perspectief. Over specifiek opvoeden van adolescenten in residentiële settingen*. Leuven, Belgium: Acco.
- van Rooien, K. & Rietveld, L. (2013). *Wat werkt bij autisme? Dossier Nederlands Jeugdinstituut*. Retrieved from [http://www.nji.nl/nl/\(311053\)-nji-dossierDownloads-Watwerkt_Autisme.pdf](http://www.nji.nl/nl/(311053)-nji-dossierDownloads-Watwerkt_Autisme.pdf)
- van Yperen, T., & Veerman, J. W. (2008). *Zicht op effectiviteit: handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft, The Netherlands: Eburon.
- Veereman G., Holdt Henningsen K., Eyssen M., Benahmed N., Christiaens W., Bouchez M. H., ..., & Croonenberghs, J. (2014). *Management of autism in children and young people: A good clinical practice guideline*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). Retrieved from https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_233As_Autisme_Synthese.pdf
- 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.
- Wardekker, W. (2007). Criteria voor de kwaliteit van onderzoek. In B. Levering & P. Smeijers (Eds.). *Opvoeding en onderwijs leren zien. Een inleiding in interpretatief onderzoek* (2nd ed.), (pp. 50-68). Amsterdam, The Netherlands: Boom.

- 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.
- Wilson, B. J., Berg, J. L., Zurawski, M. E., & King, K. A. (2013). Autism and externalizing behaviors: Buffering effects of parental emotion coaching. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(6), 767-776.
- 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.

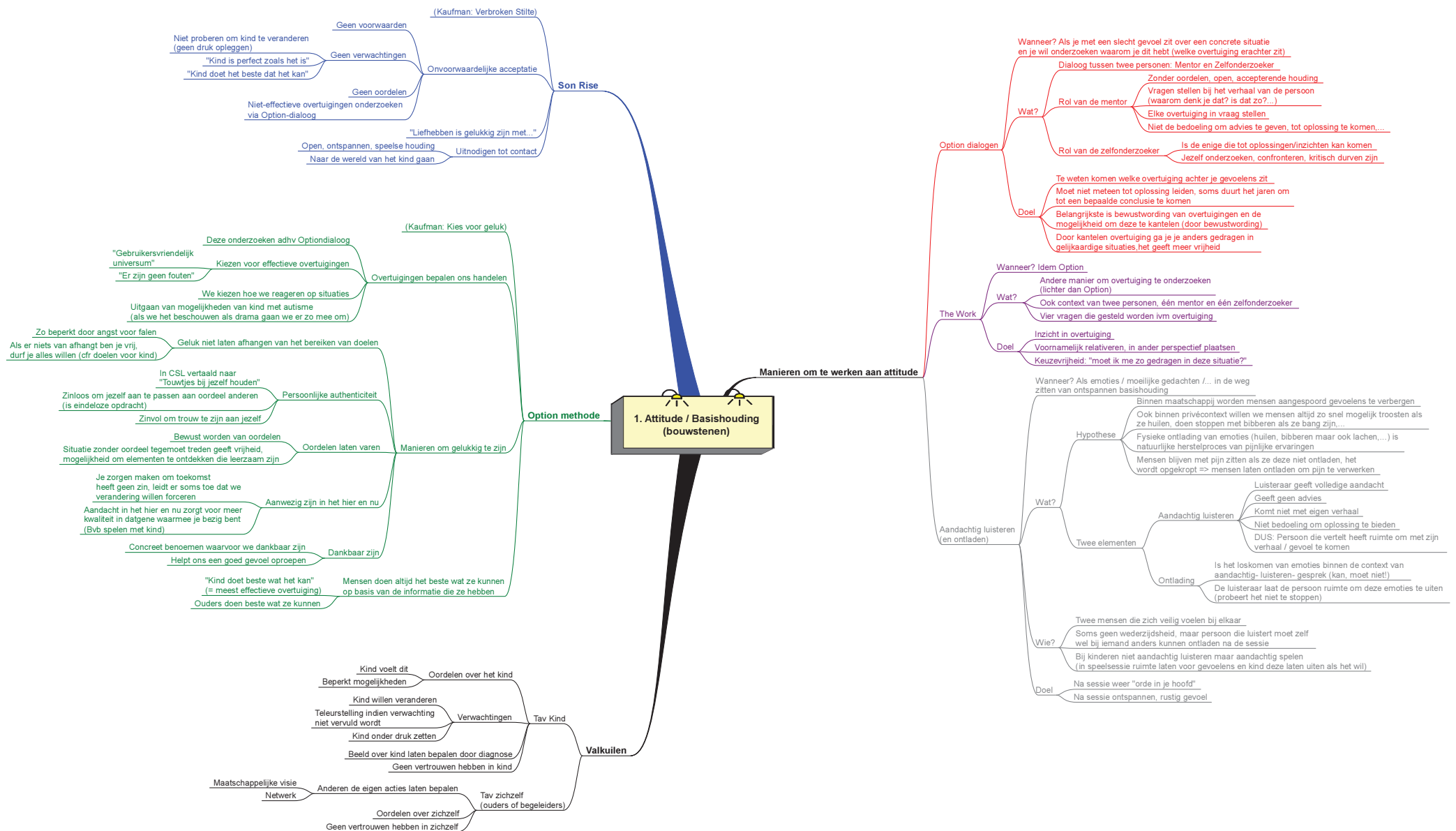
BIJLAGEN

Overzicht van de bijlagen:

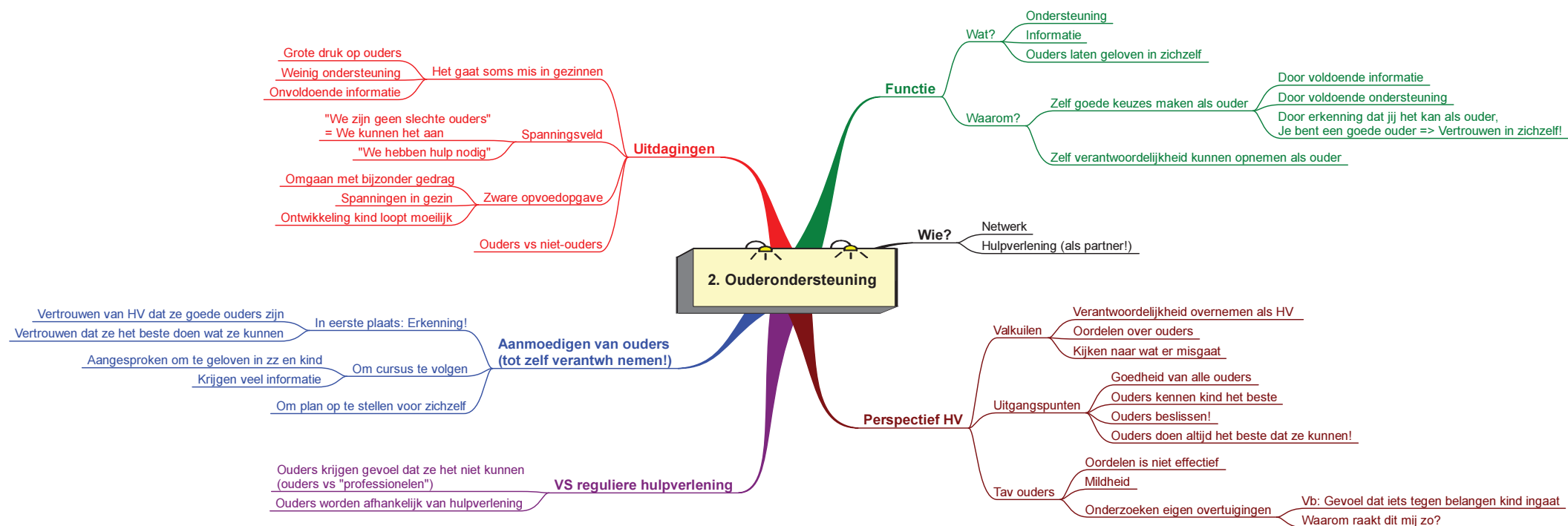
<u>Bijlage A:</u>	Mindmaps van de “bouwstenen van de CSL-methode” per thema
<u>Bijlage B:</u>	Lijst met concepten uit de documentenanalyse
<u>Bijlage C:</u>	Verslag focusgroep 2 – Verbanden tussen kernconcepten & verantwoording
<u>Bijlage D:</u>	Volledige uitwerking Stappen 1 & 2 van de elementen uit de literatuurstudie
<u>Bijlage E:</u>	Overzichtstabel Probleemfactoren uit het Praktijkmodel onder Elementen Theoretisch model
<u>Bijlage F:</u>	Overzichtstabel van Dimensies en CSL-werkwijzen per Element uit het Theoretisch Model
<u>Bijlage G:</u>	Overzichtstabel van Dimensies van Risico- en Protectieve factoren gekoppeld aan Elementen en CSL-werkwijzen
<u>Bijlage H:</u>	Interventietheorie CSL-methode

BIJLAGE A: MINDMAPS VAN DE "BOUWSTENEN VAN DE CSL-METHODE" PER THEMA

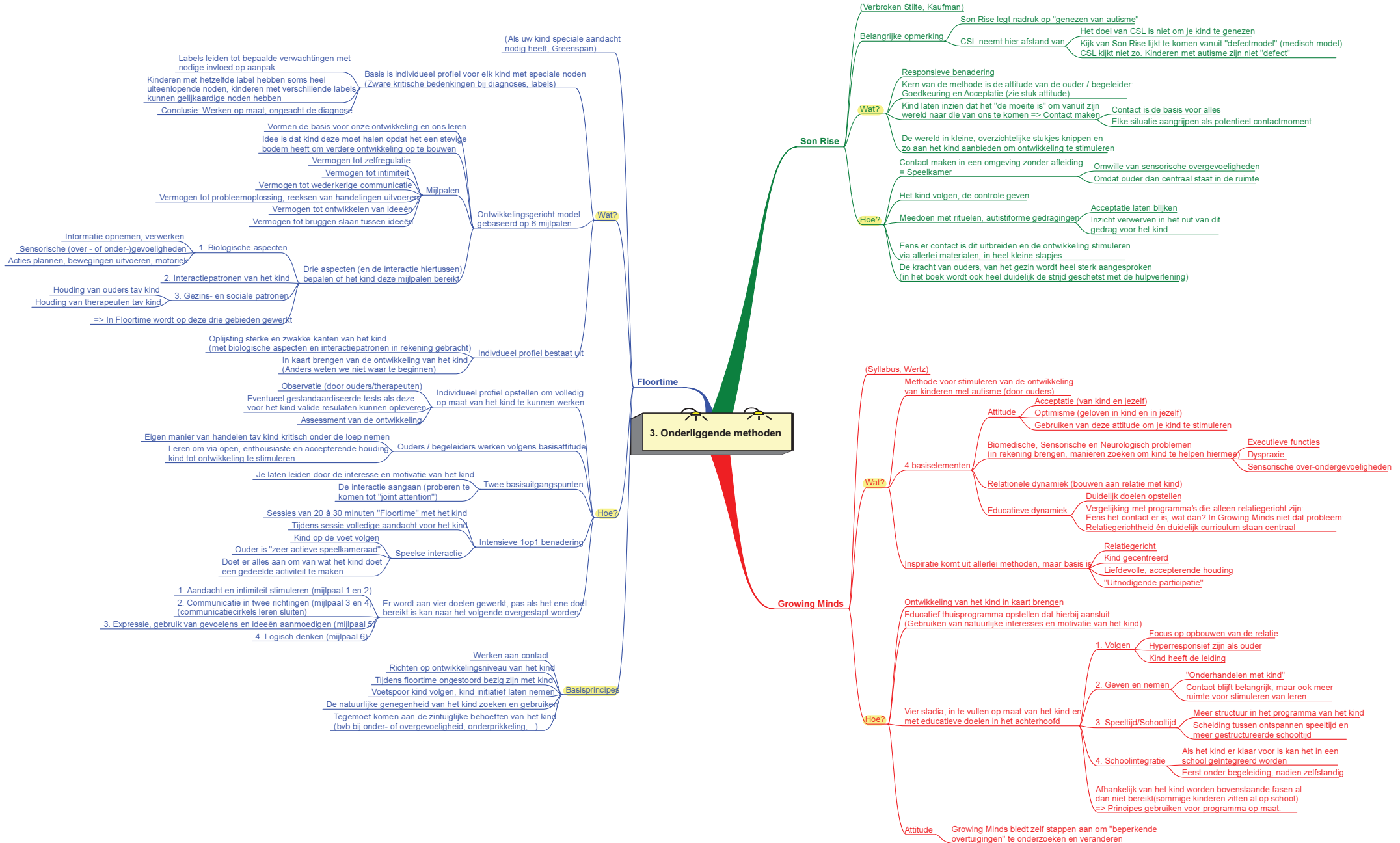
Bijlage A.1 Mindmap thema Attitude – Basishouding



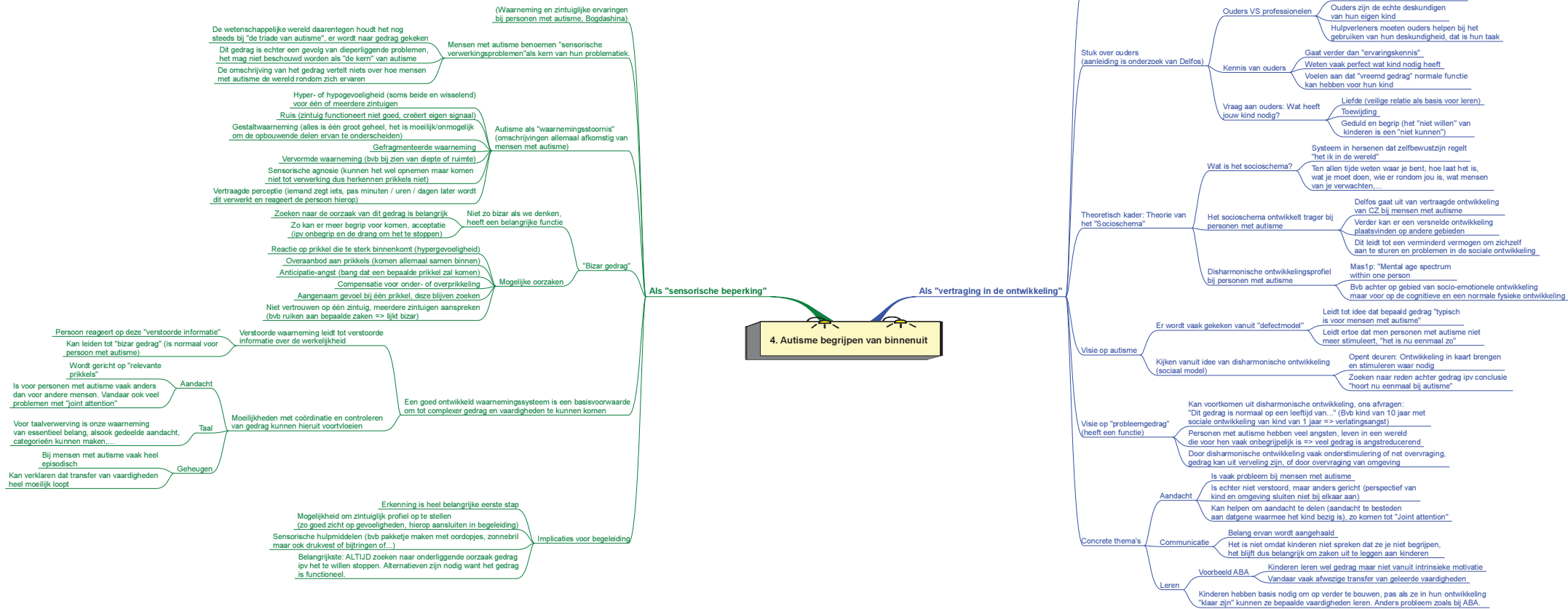
Bijlage A.2 Mindmap thema Ouderondersteuning



Bijlage A.3 Mindmap thema Onderliggende methoden



Bijlage A.4 Mindmap thema Autisme begrijpen van binnenuit



BIJLAGE B: LIJST MET CONCEPTEN UIT DE DOCUMENTEN-ANALYSE

Concepten	Kernconcept	Handleidingen ouders	Trainershandleiding	Cursusnota's
Ouders				
Problemen/Uitdagingen				
Moeilijkheden met contact	MOKR	X		
Kind is magneet voor oordelen	OorB	X		X
Kloof professionelen - ouders	ZorgOnv	X		
Ouders weinig/niet betrokken door HV	ZorgOnv	X		
Gevecht tegen maatschappelijke visie	Neg MV			X
Gevoelens verwerken	EmoL	X		X
Isolement	Isol	X		
Grote opvoedopgave	GrOp		X	
Spanningen	EmoL		X	
Omgaan met bijzondere gedrag	Gedrag		X	
Begrijpen gedrag niet, misinterpreteren	MisintG			X
Zorgen over ontwikkeling kind	EmoL		X	
Kind grote impact op gezin(sleven)	EmoL		X	
Moeilijke ouder-kind-relatie	MOKR		X	
Twijfel	EmoL			X
Protectieve factoren				
Dankbaarheid	PosH	X		X
Kracht van ouders	Kracht	X		X
Kennen kind als geen ander	Kracht	X		X
Loslaten	Kracht	X		
Ouders zijn motor van het programma (2)	Kracht	X		
Willen zorg thuis inzetten	Kracht		X	
Ondersteuning en training	Educat		X	X
Gelijkwaardig partnerschap met HV	Zorgsam		X	
Houdingsbewustzijn (2)	PosH		X	
Afstemming op kind	SRB		X	
Oudertraining	Educat		X	
Psycho-educatie	Educat		X	
Boeken lezen geschreven door PMASS	Educat	X		
Werken via relatiegerichte methode	WerkOKR		X	
Kind als inspiratiebron	PosH			X
Acties CSL				
Eigen regie door ouders	Kracht	X		X
Thuisprogramma opzetten	Kracht	X		
Ouders zijn motor van het programma (2)	Kracht	X		
Helder zicht op noden kind	InzProb		X	
Kennis over problematiek kind	Educat		X	
Expert worden in opvoeding kind	Educat		X	
Versterken opvoedstijl	Kracht		X	
Houdingsbewustzijn (2)	PosH		X	
Optimale leeromgeving creëren	Stimul		X	
Leren afstemmen op kind	SRB		X	
Optimale ouder-kind-relatie	WerkOKR		X	
Verminderen van spanning/stress	PosH		X	
Geluk	PosH		X	
Ouders worden coach van kind	Kracht		X	X
Feedback leren geven	Kracht	X		X
Maatschappij/Omgeving				
Problemen/Uitdagingen				
Normalisatie	NormV	X		X
Beperkt zorgaanbod (hiernaar voegen)	ZorgOnv		X	
Bang voor personen met ASS	Neg MV			X
Kapitalistische visie: "brengen niet op"	Neg MV			X
Visie: "PMA hebben geen emoties"	Neg MV			X
KMA hebben een plafond	Negprog			X

Protectieve factoren				
Aandachtig luisteren	SocNW	X		X
Ondersteuning	Vrijw + ZorgSam	X		
Spelers	Vrijw	X		
Door spelers groter netwerk	SocNW	X		
Spelers denken mee	Vrijw	X		
Ontwikkeling/Leren				
Problemen/Uitdagingen				
Term VB te snel gebruikt	Negprog	X		X
Ontwikkelingsachterstand	Ontw	X		
Ontwikkelingsvertraging	Ontw	X		X
Disharmonisch ontwikkelingsprofiel	Ontw	X		X
Leren niet uit fouten	Leren			X
Strategieën voor faken sociale VH (2)	Mis Soc VH			X
Nieuwe dingen leren is niet makkelijk	Leren	X		
Kind ziet soms de zin er niet van in	Leren	X		
Ouder heeft bereiken doel "nodig"	Direct	X		X
Angst voor de toekomst	EmoL	X		X
Protectieve factoren				
Uitnodigen tot leren in contactmomenten	Contact		X	
Contactgericht leren	Contact	X		
Goed aansluiten bij ontwikkelingsfase	InzProb	X	X	X
Uitgaan van mogelijkheden kind	PosH + SRB	X	X	X
Goede info over ontwikkeling	Educat	X	X	X
Prompts bieden (op weg zetten)	Stimul			X
Maatwerk	InzProb		X	X
Elk klein stapje bekrachtigen	Stimul	X		X
Pogingen erkennen en waarderen	Stimul	X		X
Uitnodigen (niet dwingen)	SRB			X
Onmiddellijk bekrachtigen	Stimul	X		X
Bekrachtigen op allerlei manieren	Stimul + MotInt	X		X
Kind leidt de weg	SRB	X		X
Langetermijndoelen (richtinggevend)	Stimul	X	X	X
Kortetermijndoelen (concreet)	Stimul	X	X	X
Kortetermijndoelen meetbaar (AMORE)	Stimul	X	X	X
Doelen in kleine werkbare stukjes	Stimul	X	X	X
In doelen mag alles, is krachtig	Stimul	X		X
Leren is leuk (motivatie)	MotInt	X		X
Interesses = Ingangspoort	MotInt	X		X
Duidelijke, heldere, eenduidige opdracht	Stimul	X		
Geef kind de tijd	SRB + PosH	X		
Aandacht	Spel	X		
Fantasiespel	Spel	X		
Vertrouwen in het kind	PosH			X
Doelen hoog stellen, zonder verwachting	Stimul			X
"Kind is al perfect, moet niet veranderen"	OnvA			X
Acties CSL				
Kind weer "leerbaar"	Stimul	X		X
Ontwikkeling in kaart brengen	InzProb	X	X	X
Ontwikkeling stimuleren	Stimul	X	X	X
Imitatie en communicatie	Stimul + WerkOKR	X		
Alternatieven aanleren	Stimul	X		X
Kind leren "neen" zeggen	Stimul	X		
Werkplan maken: Doelen	Stimul	X	X	X
Combineren doelen en motivatie kind	MotInt	X	X	X
Intrinsieke motivatie kind	MotInt			X
Doelen in je rugzak	Stimul			X

Sensorische informatieverwerking				
Problemen/Uitdagingen				
Centraal volgens PMA maar niet in DSM	Sens			X
Zintuiglijke beperking (2)	Sens	X		X
Sensorische uitdaging	Sens		X	
Andere manier van info-verwerking	Sens	X		X
Over- of ondergevoelig	Sens	X		X
Wisselende over-of ondergevoeligheid	Sens			
Overprikkeling	Sens	X		X
Overdonderd worden door prikkels	Chaos	X		
Onderprikkeling	Sens	X		X
Invloed op alertheidsniveau	VH aanst	X		X
Invloed op aandacht	VH aanst	X		X
Meer dan 20 zintuigreceptoren	Sens	X		X
Moeite om "passend te reageren"	VH aanst	X		X
Fysieke wereld voelt anders aan	Chaos	X		X
Centrale Coherentie niet ok	VH aanst	X		
Executieve functies niet ok	VH aanst	X		X
Dyspraxie (DCD)	VH aanst + BP	X		X
Protectieve factoren				
Prikkels vermijden/afweren	Balans	X		
Zoeken naar extra prikkels	Balans	X		
Zoeken sensorische balans in gedrag	Balans	X		X
Zintuiglijke ontwikkeling is leerproces	Stimul	X		
SI-therapie	Stimul	X		
Herkennen en erkennen (2)	Binnen			X
Acties CSL				
Juiste weg leren aanleggen in hoofd	Stimul	X		X
Herkennen en erkennen (2)	Binnen			X
Kind met autisme				
Problemen/Uitdagingen				
Zorg vraagt speciale insteek (maatwerk!)	InzProb		X	
Laat zich zien in grote verscheidenheid	Binnen		X	
Zintuiglijke beperking (2)	Sens	X		X
Weinig houvast	Chaos	X		X
Weinig vertrouwen	Emok	X		
Niet verwerken tot zinvol geheel	Chaos	X		X
Zich afsluiten (2)	Balans	X		
Zich afsluiten voor mensen (2)	Balans	X		
Wereld chaotisch	Chaos	X		
Wereld ziet er anders uit	Chaos	X		
Confrontatie met anders zijn	Emok	X		X
Negatief zelfbeeld	Emok	X		X
"Andere cultuur"	Binnen	X		
Problemen met sociale vaardigheden	Mis Soc VH	X		X
Frustratie (onmacht)	Emok	X		X
Theory of Mind	Mis Soc VH	X		
Minder grip op de wereld	Chaos	X		
Strijd om te overleven (angst)	Emok			X
Missen VH om zichzelf aan te sturen	VH aanst	X		
Verliezen van contact met de omgeving (2)	Balans	X		
Zich niet kunnen uitdrukken	Emok + Mis Soc VH	X		X

Protectieve factoren				
Functionaliteit van ritueelgedrag	Balans	X		X
Houvast in rituelen	Balans	X		
Rituelen ≠ probleemgedrag	InzG	X		X
"Ontmoeting tussen culturen"	Binnen	X		
Vraag lezen die schuilgaat achter gedrag	InzG		X	
Responsieve benadering (ivp directief)	SRB		X	
Attitude				
Problemen/Uitdagingen				
Oordelen over kind	Oordo	X		X
Vooronderstellingen over kind	Oordo	X		X
Anderen jouw acties laten bepalen	OordB	X		X
Druk uitoefenen op kind	Direct	X		X
Kind "normaal" willen maken	Direct			X
Kind is gevoelig voor gemoedstoestand	EmoK	X		X
Kind is gevoelig voor je houding (accept)	EmoK + OnvA			X
Protectieve factoren				
Basishouding	PosH	X		X
Ontspannen, Speels, Open zijn	PosH + Spel			X
Gedrag kind begrijpen	InzG	X		X
Contact als basis	WerkOKR	X		X
Effectieve overtuigingen hanteren	PosH	X		X
Onvoorwaardelijke acceptatie	OnvA	X		X
Acceptatie als ingang tot contact	OnvA	X		X
Geen vooronderstellingen over kind	PosH	X		
Touwtjes in eigen handen	Kracht	X		X
Uitgaan van mogelijkheden kind	PosH	X		X
Vertrouwen hebben in kind	PosH	X		X
Niet proberen kind te veranderen	OnvA	X		X
Geen druk uitoefenen	SRB	X		X
Hier en nu zijn	PosH	X		X
Zorg voor jezelf	Kracht	X		X
"Kind doet het beste wat hij kan"	PosH	X		X
Aandachtig luisteren	SocNW	X		X
Kind altijd als uitgangspunt	PosH			X
Niet willen normaliseren	OnvA			X
"Fouten maken = leren"	Kracht	X		X
Overtuigingen onderzoeken: Optiondialoog	PosH		X	X
Acties CSL				
Veilige/Voorspelbare wereld aanbieden	Stimul	X		X
Liefdevolle wereld aanbieden	PosH	X		X
Zonder oordeel kijken (loslaten oordelen)	PosH	X		X
Bewust van eigen innerlijke houding	PosH	X		X
Bewust van overtuigingen/oordelen	PosH	X		X
Kantelen van overtuigingen/oordelen	PosH	X		X
Bewust van keuzevrijheid in reactie	Kracht	X		X
Groeien in innerlijke basishouding	PosH	X		
Kind bodem onder voeten geven	SRB			X
Contact				
Problemen/Uitdagingen				
Kind sluit zich volledig af (2)	Balans	X		
Kind sluit zich af voor mensen (2)	Balans	X		
Kind verliest contact met de omgeving (2)	Gn Cont	X		
Strategieën voor faken sociale VH (2)	Mis Soc VH			X
Kind komt niet tot imitatie/communicatie	Leren	X		

Protectieve factoren				
Spelen	Spel	X		X
Afstemming op kind	SRB	X		X
In speelkamer (niet gestoord worden)	Stimul	X		X
Controle geven	SRB	X		X
Door controle houvast bieden	SRB			X
Voorspelbaar zijn door controle te geven	SRB	X		
Volg het kind (kind bepaalt alles)	SRB			X
"Neen" respecteren	SRB	X		X
Wachten	PosH	X		
Kind voorbereiden op wat er komt	SRB	X		
Meedoen met rituelen	WerkOKR + OnvA	X		X
Meedoen als zoeken naar functie G	InzG			X
Meedoen als "mee ervaren"	InzG			X
Meedoen als acceptatie	OnvA			X
Expressief zijn	WerkOKR	X		X
Echt zijn	Kracht	X		X
Oogcontact moet niet	SRB	X		X
Uitnodigen tot oogcontact	WerkOKR	X		X
Oogcontact kan bedreigend zijn	Gn Cont			X
Responsief zijn	SRB	X		X
Bekrachtigen	Stimul	X		X
Acties CSL				
Imitatie en communicatie initiëren	Stimul + WerkOKR	X		
Optimale ouder-kind-relatie	WerkOKR		X	
Verminderen van spanning/stress	PosH		X	
Geluk	PosH		X	
Contact als ingang tot leerproces	WerkOKR	X	X	X
Ruimte (speelkamer)				
Is het middel!				
Contactgericht spelen	Spel	X		X
Wereld van het kind	InzProb	X		X
Heeft controle	SRB	X		X
Biedt veiligheid	SRB	X		X
Alleen spelen -> Samen spelen	Spel	X		
In de wereld van het kind zijn	Spel	X		
Speels sociale vaardigheden oefenen	Stimul	X		
Spel rond emoties	Spel	X		
Prikkelarm	InzProb	X		
Materiaal om ontwikkeling te stimuleren	Stimul	X		X
Spelers observeren	Kracht	X		
Speelkamer als concept	WerkOKR			X
Moeilijk te begrijpen gedrag				
Problemen/Uitdagingen				
Veel mogelijke redenen	InzG	X		X
Fysieke problemen (pijn/honger/...)	InzG	X		
Kind kan niet anders	InzG	X		X
Kind zoekt prikkels	Balans	X		X
Kind zoekt demping	Balans	X		X
Kind is onder- of overvraagd	Balans			X
Kind zoekt emotionele ontlading	InzG	X		X
Kind zoekt jouw "aanknopje"	InzG	X		X
Kind heeft nood aan controle	InzG			X
Kind wil iets gedaan krijgen (drama)	InzG	X		X
Kind zoekt kleurrijke reactie (interessant)	InzG			X
Term agressie met negatieve gevolgen	Neg MV			X

Protectieve factoren				
"Straffen is niet zinvol"	SRB	X		X
Altijd zoeken waarom	InzG	X		X
Kleurloze reacties	Stimul	X		X
Kleurrijke reacties	Stimul	X		X
Lachen als ontlading	EmoK	X		X
Niet oordelen	OnvA	X		X
ABC-methode	InzG	X		X
Gedrag filmen	InzG	X		
Benoem gedrag dat je wil zien	Stimul			X
Acties CSL				
Alternatieven aanleren	Stimul	X		
Alternatieven zoeken voor jezelf	Kracht	X		
Achterliggende reden vinden	InzG	X		X

BIJLAGE C: VERSLAG FOCUSGROEP 2 – VERBANDEN TUSSEN KERNCONCEPTEN & VERANTWOORDING

Verslag focusgroep 2

Donderdag 6/02/2014, Deventer

Overzicht van de gelegde linken tussen concepten met hun onderbouwing

De linken werden gelegd via een groot schema waarop alle concepten afgebeeld waren. Telkens is letterlijk de pijl getrokken tussen twee concepten (elke pijl kreeg een cijfer) en werd de link onderbouwd met praktijkervaringen.

Pijl	Concept...	Beïnvloedt concept...	Onderbouwing
1	R1 Negatief zelfbeeld kind	R4 Problemen/moeilijkheden in emotioneel welbevinden kind	Als kinderen een negatief zelfbeeld hebben voelen ze zich onzeker, gaan ze negatieve zaken vaker aan zichzelf toeschrijven. Het kan ervoor zorgen dat ze zich droevig voelen, ongelukkig,... Een negatief zelfbeeld vormt dus een risico voor het verergeren en/of in stand houden van een slecht emotioneel welbevinden.
2 ↑	R4 Problemen/moeilijkheden in emotioneel welbevinden kind	P1 Stress kind	Kinderen die zich niet goed in hun vel voelen, die negatieve emoties ervaren, ongelukkig zijn zullen een verhoogde stress ervaren.
3 ↓	P3 Stress kind	R4 Problemen/moeilijkheden in emotioneel welbevinden kind	Als kinderen verhoogde stress ervaren voelen ze zich niet goed in hun vel. Het heeft een weerslag op hun emotioneel welbevinden. Voorbeeld van zoon Ani die bij verhoogde stress emotioneel heel instabiele reacties kan vertonen, schijnbaar zonder aanleiding.
4 ↑	P3 Stress kind	P1 Verstoorde prikkelverwerking	Door de stress "zit het kopje vol, zit er teveel ruis in je lijf". Het kind heeft door de stress geen energie meer vrij om de prikkelverwerking erbij te nemen. Deze is reeds zwaar of verstoord maar als het kind onder stress staat kan ze als zwaarder ervaren worden. Stress veroorzaakt reeds een sensorische "overload" en heeft dus een negatieve invloed op de verstoorde prikkelverwerking. (Voorbeelden van kinderen die bij stress minder willen aanraken, heftiger reageren op aanrakingen, minder geluiden kunnen verdragen.)
5 ↓	P1 Verstoorde prikkelverwerking	P3 Stress kind	Als een kind zich niet goed voelt, bijvoorbeeld pijn heeft of bepaalde prikkels ervaart in zijn lichaam die het niet goed begrijpt dan kan dit stress geven. Ook anticipatieangst op het ervaren van een bepaalde prikkel die voor het kind heel onaangenaam is (bepaalde geluiden, aanrakingen,...) kan voor het kind een stressgevoel geven. De verstoorte prikkelverwerking kan dus stress van het kind vergroten of veroorzaken. (Voorbeeld dochter Rin die bang is van honden omdat ze denkt dat die gaan blaffen.)
6	R11 Reageren uit onbegrip	P3 Stress kind	Als ouders (of anderen) het gedrag van het kind niet begrijpen en van daaruit het kind gaan forceren of bekritisieren dan zal dit de stress van het kind verhogen. Vooral als het gedrag dat door hen niet begrepen is functioneel is voor het kind om bijvoorbeeld stress te reduceren. (Voorbeeld van zoon Ann die ondersteboven op de zetel gaat staan met voeten tegen de muur omdat dit hem rust geeft, de druk op zijn hoofd, als Ann hierop

			zou reageren uit onbegrip en het gedrag zou verbieden of haar kind ervoor zou straffen zou dit de stress verhogen.)
7	R12 Reageren vanuit verwachting dat het kind aan de norm voldoet	P3 Stress kind	Doordat ouders een bepaalde verwachting hebben naar het kind toe (dat het zich bijvoorbeeld leeftijdsadequaat gedraagt) gaan ze druk uitoefenen op het kind. Het kind ervaart die druk en voelt dat het niet aan de verwachting kan voldoen. Dit veroorzaakt stress. Opmerking: Ouders leggen niet altijd bewust die druk op, ook als ze spontaan een bepaalde verwachting hebben kan dit voor het kind stress opleveren.
8	R11 Reageren uit onbegrip	R12 Reageren uit verwachting dat het kind aan de norm voldoet	Omdat ouders niet begrijpen waarom hun kind zich op een bepaalde manier gedraagt (= onbegrip) gaan ze blijven verwachten dat het kind zich "normaal" (= volgens de norm) gedraagt. Autisme is voornamelijk ook zichtbaar in gedrag, en gedrag is snel gekoppeld aan onbegrip met als reactie daarop de verwachting dat kinderen "normaal moeten gaan doen".
9	Pt6 Inzicht in problematiek kind	R11 Reageren uit onbegrip	Als ouders meer inzicht hebben in wat autisme is en hoe dit bij hun kind tot uiting kan komen zullen ze meer begrijpen vanwaar bepaald gedrag komt. Als je begrijpt vanwaar het gedrag kan komen zal je minder reageren uit onbegrip. (Voorbeeld van Rin die bij haar dochter inzicht had in de letterlijke link die ze legt tussen een voorwerp en het gebruik ervan => op school lag verf op kleine schoteltjes, dus haar dochter at die verf op. Door het inzicht kon ze adequaat reageren en de verf in iets anders aanbieden, waardoor haar dochter deze niet meer opat. Zonder dat inzicht had ze vermoedelijk gereageerd uit onbegrip door te zeggen, "dat mag niet, stop daarmee".)
10	Pt6 Inzicht in problematiek kind	Pt7 Autisme van binnenuit begrijpen	Door meer kennis over autisme en dus inzicht in de problematiek zal je autisme beter kunnen begrijpen. Zal je meer snappen wat er achter gedrag schuilgaat. Mensen kunnen op een intuïtieve manier wel veel begrijpen maar door de kennis over de problematiek eraan te koppelen kunnen ze tot een dieper begrip komen.
11	R7 Reactie ouders op oordelen van zichzelf of van buitenaf	Pt7 Autisme van binnenuit begrijpen	Ouders hebben vaak een intuïtief aanvoelen of begrip voor het gedrag van hun kind. Ze voelen aan dat dit gedrag functioneel kan zijn, en begrijpen vaak goed waarom hun kind bepaalde dingen doet (zonder persé de kennis hierachter te hebben). Dit begrip kan echter onderuit gehaald worden doordat ouders beginnen twijfelen aan zichzelf en gaan reageren op het gedrag vanuit een bepaald oordeel (van zichzelf of van de omgeving). Voorbeeld van Ann die aanvoelde dat ze haar zoon controle moest laten hebben omdat hij ziek was en hij zich zo veiliger of beter voelde => Nadat de maatschappelijk werker hierover een opmerking maakte ging ze in strijd met haar zoon om de controle. Haar intuïtieve begrip en aanvoelen werden dus onderuit gehaald door de opmerking (het oordeel).
12	Pt1 Kind zoekt sensorische balans, rust in gedrag	P1 Verstoorde prikkelverwerking	Kinderen met autisme gaan zelf zoeken naar sensorische balans om te compenseren voor hun verstoorde prikkelverwerking. Het is goed om ons hiervan bewust te zijn, dit helpt bij het inzien van de functionaliteit van dit gedrag voor kinderen met autisme. Een voorbeeld is de zoon van Ann die op zijn hoofd gaat staan om daar meer druk te creëren, hij compenseert zo voor een tekort aan dit gevoel, wat hem rust brengt.

13	Pt2 Onvoorwaardelijke acceptatie	P3 Stress kind	Doordat je een houding van onvoorwaardelijk accepteren aanneemt heb je een bepaalde uitstraling naar het kind toe. Dit geeft rust, werkt stress-reducerend. Voorbeeld van kind dat in een activiteitscentrum rond zat te rennen, het liep steeds weg van zijn begeleidster, had geen rust. Hij liep binnen in de ruimte waar Ann met haar zoon en nog een speler was. Het kind werd rustig en begon mee te spelen. Hij voelde zich welkom door de houding die uitstraald werd en kon tot rust komen.
14	P1 Verstoorde prikkelverwerking	P13 Moeilijkheden met communiceren (deze risicofactor wordt verderop in de focusgroep als probleem geherdefinieerd)	Als kinderen problemen ervaren bij de prikkelverwerking die bijvoorbeeld met praten te maken heeft (het kan een heel vreemd gevoel geven, of ze kunnen, als ze hun mond niet goed voelen moeilijk woorden vormen), zal communiceren bemoeilijkt worden. Met het gebruiken van gebaren of dingen aanwijzen hetzelfde probleem. Ook het voorbeeld van kinderen waarbij het heel lang duurt om informatie te verwerken. Als je de info pas heel laat ontvangt door de trage verwerking is het moeilijk om nog te reageren, of wordt je reactie niet begrepen. (Voorbeeld van dochter van Rin: Kan niet praten in een gesloten ruimte als douche of auto, ze kan daar geen woord uitbrengen omdat ze overgevoelig lijkt voor wat er daar met geluid gebeurt.)
15	P13 Moeilijkheden met communiceren	P1 Verstoorde prikkelverwerking	Als kinderen moeilijk (of niet) kunnen communiceren kunnen ze geen invloed uitoefenen op hun omgeving om prikkels waarvan ze last hebben te doen stoppen of te reduceren. Ze kunnen bijvoorbeeld niet zeggen dat de muziek te luid staat. (Voorbeeld van jongen waarvan men jaren dacht dat hij op een heel laag niveau functioneerde, hij kan nu communiceren via facilitated communication en geeft aan dat zijn prikkelverwerking minder een probleem vormt nu hij erover kan communiceren.)
16	P1 Verstoorde prikkelverwerking	R3 Leren gaat moeizaam	Doordat bijvoorbeeld het verwerken van auditieve informatie trager gaat, of doordat de kinderen de hoofden bijzaken van geluiden niet kunnen onderscheiden missen ze informatie in bijvoorbeeld een klascontext. Ook door andere problemen in sensorische verwerking of door over- of onderprikkeling kunnen kinderen minder leer- en ontwikkelingskansen krijgen. (Voorbeeld van jongen die alles wat hij in zijn hand had weggooide, hij kon het niet vasthouden.) Door onder andere dyspraxie (komt vaak samen voor met autisme) komen kinderen minder vlot tot imitatiegedrag. Doordat de kinderen vaak hun aandacht op een andere manier delen (door de verstoorde prikkelverwerking), bijvoorbeeld dat ze beter kunnen opletten als ze mogen rondwandelen, en mensen dit niet opmerken of niet begrijpen, gaat men ervan uit dat er geen gedeelde aandacht is en krijgt het kind ook minder leerkansen aangeboden.
17	P1 Verstoorde prikkelverwerking	P5 Ismes	"Het kopje mag leeg", het kind brengt zichzelf weer in balans door in zijn gedrag te compenseren voor teveel (of net te weinig) prikkels. Nadien is er weer ruimte. De ismes zijn dempende of zelfstimulerende gedragingen als reactie op de verstoorde prikkelverwerking. De verstoorde prikkelverwerking veroorzaakt dus de ismes.

18	P5 Ismes	R8 Bekrachtigen ongewenst gedrag	Kinderen met autisme vertonen ismes als compensatie voor hun verstoorde prikkelverwerking. Deze ismes zijn vaak gedragingen die niet “sociaal wenselijk” zijn. Ze geven er aanleiding toe dat ouders op een bepaalde manier gaan reageren. Als kinderen deze reactie leuk of grappig vinden kunnen we stellen dat ze bekrachtigend is voor het gedrag dat ouders als ongewenst ervaren. Het gedrag (isme) veroorzaakt dus een reactie die bekrachtigend kan zijn.
19	R8 Bekrachtigen ongewenst gedrag	P6 Problematisch gedrag	Doordat ouders op een bepaalde manier (die door kinderen als leuk ervaren wordt) gaan reageren op bepaald gedrag (zoals ismes) kan dit gedrag veranderen in wat we “problematisch gedrag” noemen. Het kind gaat dit gedrag dan vertonen om een bepaalde reactie los te krijgen. Een voorbeeld hiervan is de zoon van Ann die spuwde als compensatie voor een verhoogde druk of lastig gevoel in zijn mond (=isme). Omdat Ann hierop reageerde met “oh nee, niet op mij!” beseftte haar zoon dat hij grappige reacties van mensen kon loskrijgen als hij op hen spuwt. Op die manier werd zijn (in origine functionele gedrag) problematisch omdat hij het ging inzetten om reacties op te wekken. Dit gedrag hoeft niet altijd te starten vanuit een isme, het kan ook toevallig gedrag zijn dat een kind stelt (per ongeluk een glas limonade omgooien en mama die komt toegesnel) waardoor het leert wat er gebeurt als dit gedrag gesteld wordt. De bekrachtigende reactie veroorzaakt het problematisch gedrag, het kind doet dit namelijk om een reden, zijnde het uitlokken van die reactie. Als het bekrachtigen stopt, dan stopt het gedrag. (Voorbeeld van jongen die zegt dat buschauffeur hem slaagt op de bus, bleek niet waar te zijn, hij zei dat omdat hij dan heel veel aandacht kreeg. Men stopte met hier zo op te reageren en de jongen stopte met dit te zeggen.)
20	Pt11 Maatwerk	P1 Verstoorde prikkelverwerking	Door in je werk met het kind volledig afgestemd te zijn op de sensorische noden van het kind (= maatwerk) zorgt het maatwerk ervoor dat het kind enerzijds minder over-of onderprikkel is, je speelt daar namelijk op in. Anderzijds kan er gewerkt worden aan de prikkelverwerking, door net op die momenten waarop een kind meer aan kan ook meer prikkels aan te bieden. Zo ontstaat een bepaalde gewenning, ontstaan nieuwe en positieve ervaringen voor het kind. Op langere termijn kan de verstoorde prikkelverwerking hierdoor deels geremedieerd worden.
21	Pt13 Sensorisch profiel	Pt11 Maatwerk (Rechtstreekse laten vallen)	Door het opmaken van een sensorisch profiel van het kind voeg je een stukje kennis toe. In maatwerk gaat men reeds heel intuïtief afstemmen op het kind, met de kennis die toegevoegd wordt door het sensorisch profiel kan proces bewuster en gericht plaatsvinden. (Eigen opmerking: Via Inzicht laten lopen.)
22	Pt13 Sensorisch profiel	Pt6 Inzicht in problematiek kind	Door het opmaken van het sensorische profiel van het kind krijg je meer inzicht in de problematiek van het kind. Zo leer je de onder- en overgevoeligheden kennen. Voorbeeld van een jongen waarbij ouders een sensorisch profiel lieten opmaken omdat ze er niet uitkwamen. Bleek dat de jongen heel snel heen en weer ging tussen over- en onderprikkel. Het sensorisch profiel draagt dus bij aan de kennis en het inzicht in de problematiek.

23	Pt6 Inzicht in problematiek kind	Pt16 Afstemmen	Als je meer kennis hebt over, en inzicht hebt in de problematiek van het kind kan je je aanpak beter afstemmen. Je hebt een duidelijker beeld van de noden en moeilijkheden. Voorbeeld van dochter Rin die overgevoelig is voor licht. Nu ze dat weten doen ze gewoon de gordijnen toe en is het ok. Als ze dat niet hadden geweten hadden ze niet op die manier kunnen afstemmen. Dus inzicht leidt tot beter afstemmen.
24	Pt16 Afstemmen	Pt11 Maatwerk	Afstemmen op het kind leidt tot beter maatwerk. Als je op maat van het kind wil werken kan dit een programma op maat zijn, activiteiten op maat,... Door hierbij dan af te stemmen in je houding en op het sensorische profiel van het kind bijvoorbeeld zal het maatwerk nog meer "op maat" zijn. (Voorbeeld van vrouw die afstemde op een sensorische nood van haar kind, druk geven op de kin, door dit in haar programma actief te gebruiken als beloning, zo werd het programma meer op maat.)
25	R14 Ondervraging of overvraging	P2 Verstoorde ontwikkeling	Kinderen met autisme ontwikkelen niet zoals andere kinderen, ze komen door allerlei factoren niet tot het gewone ontwikkelingstraject. Ondervraging of overvraging van deze kinderen kan die verstoorde ontwikkeling in stand houden. Door ondervraging krijgen ze geen kansen om te leren. Door overvraging is er druk en komt er faalangst. Als het kind niet het aanbod krijgt dat nodig is om te ontwikkelen zal de ontwikkeling niet op gang komen.
26	P2 Verstoorde ontwikkeling	R14 Ondervraging of overvraging	Kinderen met autisme laten door hun verstoorde ontwikkeling vaak niet zien wat er aan de binnenkant zit. Hierdoor gaan mensen hen onderschatten of overschatten en dus ondervragen of overvragen. Het probleem veroorzaakt ten dele dus de onder- of overvraging.
27	R1 Negatief zelfbeeld	P3 Stress kind	Doordat het kind een negatief zelfbeeld heeft zal het met een negatief gevoel of faalangst bepaalde situaties instappen. Dit kan stress opleveren. Voorbeeld van jongen die op zijn vorige stage te horen had gekregen dat hij het eigenlijk niet zo goed deed, en daardoor het beeld ontwikkeld had dat hij geen goede stagiair is. Toen hij naar een nieuwe stageplaats moest leverde dit enorm veel stress op, hij ging ervan uit dat het toch niet goed zou gaan.
28	R1 Negatief zelfbeeld	P9 Ouders staan voor grote opvoedopgave	Als een kind een negatief zelfbeeld heeft dan heeft dat weerslag op de ouders. Ouders willen dat het goed komt met hun kind en dat hun kind gelukkig is, daarnaar streven maakt deel uit van je opvoedopgave. Een negatief zelfbeeld van het kind maakt de opvoedopgave dus zwaarder. De risicofactor versterkt het probleem. (Voorbeeld van vrouw wiens zoon echt een heel negatief zelfbeeld had, niet meer wou leven, het maakte het heel zwaar voor haar.)
29	P8 Kind mist vaardigheden om zichzelf aan te sturen	R1 Negatief zelfbeeld	Kinderen voelen heel sterk aan wanneer ze iets niet goed kunnen, of wanneer het voor hen moeilijker is dan voor andere kinderen. Dit nemen ze op in hun zelfbeeld. Het probleem is één van de veroorzakende factoren van het risico.

30	R1 Negatief zelfbeeld	P11 Stress ouders	Weten dat je kind een negatief zelfbeeld heeft levert voor ouders stress op. Het is dus een factor die de stress mee veroorzaakt. Bij kinderen met een negatief zelfbeeld gaat het vaker om tieners en adolescenten, hier kunnen ouders een soort van "haastgevoel" ontwikkelen, het idee van "het moet nu in orde zijn met mijn kind voor hij volwassen is". Een negatief zelfbeeld bij het kind kan dat gevoel versterken. Daarbij komt dat je er als ouder niet rechtstreeks invloed op kan uitoefenen.
31	R1 Negatief zelfbeeld	P6 Problematisch gedrag	Kinderen met een negatief zelfbeeld kunnen op zoek zijn naar bevestiging van dit beeld. Zo kan een negatief zelfbeeld ertoe leiden dat kinderen meer problematisch gedrag gaan stellen. Om te laten zien "kijk, ik doe het toch niet goed".
32	Pt5 Geloven in de mogelijkheden van het kind	R1 Negatief zelfbeeld	Door te geloven in de mogelijkheden van het kind laat je zien dat je niet zozeer gelooft in de "onmogelijkheden". Als het kind aangeeft dat het bepaalde dingen niet kan laat jij zien wat het wel kan. Dit kan het zelfbeeld positief beïnvloeden.
33	Pt2 Onvoorwaardelijke acceptatie	R1 Negatief zelfbeeld	Door als ouder je kind onvoorwaardelijk te accepteren en die acceptatie te laten zien geef je aan het kind mee dat het mag zijn wie het is. Door de acceptatie te bieden laat je andere wegen zien, laat je zien dat het negatieve beeld niet de enige manier is om naar het kind te kijken.
34	Pt3 Kracht van ouders	R1 Negatief zelfbeeld	Ouders die stevig in hun schoenen staan zullen beter gewapend zijn om niet mee te gaan in het negatieve gevoel van hun kind. Ze geven hun kind het gevoel er te staan als het misloopt, maar geven het de vrijheid om zelf te ontdekken, te ervaren en dus zijn zelfbeeld te vormen.
35	Pt15 Stimuleren uit verbinding	R1 Negatief zelfbeeld	Als kinderen gestimuleerd worden vanuit een verbinding met hun ouders of iemand anders uit de omgeving krijgen ze de kans om te leren, succeservaringen op te doen, samen aan de slag te gaan. Deze positieve ervaringen kunnen bijdragen aan een positiever zelfbeeld.
36	P7 Angst bij het kind	R1 Negatief zelfbeeld	Kinderen die bang zijn van bepaalde zaken in hun omgeving zullen minder vrij zijn om dingen te ontdekken, dingen te doen. Ze kunnen dan het gevoel krijgen dat ze minder kunnen omdat ze minder durven. De angst kan dus mee een negatief zelfbeeld veroorzaken.
37	R3 Moeizaam leren	P13 Moeilijkheden met communiceren	Het ontwikkelen van communicatievaardigheden (verbaal, nonverbaal, begrijpen en interpreteren) is een leerproces. Wanneer je als kind moeizaam leert zal dit invloed hebben op je communicatievaardigheden.
38	P13 Moeilijkheden met communiceren	R3 Moeizaam leren	Communicatie tussen mensen is een voorwaarde om te leren van elkaar. Kinderen die moeilijkheden hebben met communiceren zullen moeilijker leren. De twee factoren beïnvloeden elkaar.
39	P12 Maatschappelijke verwachtingspatronen	R12 Reageren vanuit de verwachting dat je kind aan de norm voldoet	Door de verwachtingspatronen in de maatschappij (algemene ideeën over hoe kinderen opgroeien, wat kinderen op een bepaalde leeftijd moeten kunnen, hoe ze zich horen te gedragen) hebben ouders een bepaald beeld over hoe hun kind zou moeten zijn, de patronen definiëren een norm. De verwachtingspatronen zijn dus de aanleiding tot het reageren op je kind vanuit de

			verwachting dat het aan de norm voldoet. Het valt voor ouders vaak pas op wanneer ze hun kind vergelijken met andere kinderen, dus wanneer het naar school of crèche gaat.
40	R3 Moeizaam leren	P11 Stress ouders	Het moeizaam leren van het kind kan bij ouders stress veroorzaken. Ze willen dat het kind leert zoals andere kinderen, als dat niet lukt is dat stresserend.
41	Pt17 Vrijwilligers bieden ondersteuning	P11 Stress ouders	Ouders die ondersteuning krijgen van vrijwilligers en mensen uit de zorg zullen minder stress ervaren met betrekking tot hun kind dan ouders die er helemaal alleen voor staan.
42	Pt18 Sociaal netwerk	P11 Stress ouders	Een sociaal netwerk dat de ouders ondersteunt en niet oordeelt kan stress verminderen. Het kan voor ouders simpelweg al ontspannend zijn om met deze mensen een activiteit te doen, de gedachten te verzetten,...
43	R13 Onvoldoende ondersteuning door de zorg	P10 Gebrek aan handvatten voor opbouwen relatie	Ouders krijgen onvoldoende ondersteuning bij het opbouwen van een relatie met hun kind door mensen uit de zorg. Dit is een aspect dat in de zorg onvoldoende aandacht krijgt en bijgevolg draagt het bij aan het probleem.
44	Pt6 Inzicht in problematiek	P10 Gebrek aan handvatten voor opbouwen relatie	Door inzicht te krijgen in de problematiek van kinderen met autisme ga je meer aanknopingspunten vinden om de relatie met je kind uit te bouwen. Dit zowel door kennis over de problematiek als door voorbeelden en inspiratie van andere ouders/hulpverleners/...
45	Pt12 Bewust werken aan contact	P10 Gebrek aan handvatten voor opbouwen relatie	Ouders van een kind met autisme merken dat de relatie met het kind moeilijk op te bouwen is. Ouders die er bewust voor kiezen om aan dit contact te werken geven zichzelf eigenlijk doorheen het opdoen van ervaring met hun kind meer handvatten. Deze factor kan het probleem oplossen.
46	P4 Moeilijkheden met contact	P10 Gebrek aan handvatten voor opbouwen relatie	Het probleem dat ouders moeilijk manieren vinden om het contact met hun kind op te bouwen wordt veroorzaakt door het probleem van kinderen met autisme met het aangaan van relaties, het hebben van contact. (Voorbeeld is de dochter van Rin die absoluut geen contact maakte, ze keerde haar moeder de rug toe, liet op geen enkele manier interesse zien voor mensen rondom haar. Voor Rin was het dus heel moeilijk om toch manieren te vinden om dat contact te zoeken, om de relatie met haar dochter op te bouwen.)
47	Pt2 Onvoorwaardelijke acceptatie	P4 Moeilijkheden met contact	Om een band met je kind op te bouwen, om door de moeilijkheden met contact te breken, is er acceptatie nodig. Als je accepteert dat het kind het moeilijk heeft met contact en het kind accepteert zoals het is sta je open om zo aan de slag te gaan. Als het kind voelt dat het veroordeeld wordt zal het zich afsluiten.
48	Pt17 Vrijwilligers bieden ondersteuning	R6 Isolement ouders	Vrijwilligers kunnen ouders helpen om weer "op hun plooi te komen", ruimte en tijd vrijmaken voor ouders. Hierdoor kunnen ze stilaan weer sociale contacten opbouwen en uit hun isolement komen. Ouders krijgen het gevoel er niet meer alleen voor te staan en eindelijk nog een keer tijd voor zichzelf en elkaar te hebben.

49	Pt4 Ouders gebruiken innerlijke kennis	P9 Ouders staan voor grote opvoedopgave	Ouders hebben door hun ervaringen met het kind een grote basis aan intuïtieve, innerlijke kennis over het kind opgebouwd. Door hier bewust over na te denken en deze kennis in te zetten zullen ze zich competent en zekerder voelen in de opvoeding. Het verlicht dus de opvoedopgave als ouders hun innerlijke kennis efficiënt inzetten.
50	Pt14 Spelen	P13 Moeilijkheden met communiceren	Door het spelen wordt wederkerigheid gestimuleerd, samen spelen, dingen doen. Door het stimuleren van- en werken aan wederkerigheid wordt communicatie op gang gebracht. Spelen kan dus bijdragen aan communicatievaardigheden.
51	Pt14 Spelen	P4 Moeilijkheden met contact	Samen spelen is een vorm van contact. Als kinderen positieve contactervaringen opdoen met spelen kunnen deze doorgetrokken worden naar andere situaties. De wederkerigheid wordt gestimuleerd in spel, kinderen worden zich bewust van andere mensen en de mogelijkheden van contact met deze mensen. Spelen kan dus bijdragen aan komen tot contact.
52	Pt14 Spelen	P9 Ouders staan voor grote opvoedopgave	Door te gaan spelen met je kind kom je uit een mogelijk negatieve sfeer en kan je als ouder een groter competentiegevoel krijgen. Het gaat om leuke dingen doen met het kind, samenzijn. Het spelen kan het zware aanvoelen van de opvoedopgave verlichten door ouders positieve ervaringen te bieden, een gevoel van competentie en succes.
53	Pt14 Spelen	P5 Ismes	Door te spelen worden ismes minder. <i>(Eigen opm.: weglaten, onvoldoende verklaard, teveel vanuit spelen zoals in CSL gedefinieerd, niet gewoon spelen)</i>
54	P5 Ismes	Pt14 Spelen	De ismes, wanneer we ze zien als specifieke interesses of bezigheden van het kind, kunnen gebruikt worden als ingang voor spel. Meedoen met het kind, joinen. Het probleem kan dus ingezet worden als oplossing, als ingang tot speels contact.
55	Pt3 Kracht van ouders	P11 Stress ouders	Als ouders zich "in hun kracht voelen", wat wil zeggen dat ze zich sterk in hun schoenen voelen als ouder, dat ze de regie nemen over de zorg voor hun kind, zal dit de stress verminderen. Ouders hebben dan namelijk veel meer het gevoel om controle te hebben, de dingen zelf in handen te hebben, en niet (of toch minder) afhankelijk te zijn van anderen. Afhankelijkheid brengt stress met zich mee, onzekerheid, gaan anderen het wel goed doen? De kracht brengt (zelf)zekerheid en kan dus stress verminderen.
56	Pt3 Kracht van ouders	P9 Ouders staan voor grote opvoedopgave	Wanneer je je als ouder "in je kracht voelt" zal de zware opvoedopgave waar je voorstaat minder zwaar aanvoelen dan wanneer je je incompetent en onzeker voelt. Ouders die zich bewust zijn van hun deskundigheid met betrekking tot hun kind zullen de opvoedopgave beter aankunnen. (Voorbeeld van Rin, helaas niet volledig in transcript, besproken tijdens moment met door elkaar-gepraat, dat ze blog bijhield doorheen het proces met haar dochter, als ze die nu leest is ze verbaasd over wat ze toen allemaal kon, wat "haar kracht" haar gegeven heeft en hoe die haar in staat stelde om de opvoedopgave beter aan te kunnen.)

57	R9 Emotionele last ouders	P11 Stress ouders	Het stuk verdriet, verwerking en rouw van ouders is iets wat ze meedragen en wat de stress kan verhogen. Vooral de rouw om “wat had kunnen zijn” kan soms heel confronterend zijn en leiden tot verwachtingen die moeilijk of niet ingelost kunnen worden, wat stress met zich meebrengt. Ook het opeenvolgen van problemen en het gevoel van niet toe te komen aan tijd voor jezelf om te verwerken kan stress opleveren.
58	Pt8 Zoeken naar de functie van gedrag	P6 Problematisch gedrag	Als ouders proberen om de functie van het gedrag te achterhalen en inzien waarom hun kind bepaald gedrag stelt, in dit geval problematisch gedrag omwille van de reactie van ouders, zullen ze hier beter op kunnen inspelen en kan het gedrag stoppen. (Voorbeeld bij link 19 ook hier van toepassing.)
59	Pt8 Zoeken naar de functie van gedrag	P5 Ismes	Wanneer de oorzaak van een isme (bijvoorbeeld over- of onderprikkeling, veiligheid zoeken,...) duidelijk is kunnen ouders hierop inspelen en kan het isme overbodig worden, of kan een alternatief gezocht worden als het isme bijvoorbeeld ongezond of zelf-verwondend gedrag inhoudt.
60	Pt8 Zoeken naar de functie van gedrag	P11 Stress ouders	Als ouders weten waarom hun kind bepaald gedrag stelt kan dit rustgevend zijn. Gedrag dat hen stress geeft of irritatie opwekt zal dat minder doen wanneer ouders begrijpen vanwaar het komt of waarom het kind het stelt.
61	Pt8 Zoeken naar de functie van gedrag	Pt6 Inzicht in problematiek	Als je op zoek gaat naar de mogelijke functie van gedrag van het kind kan dit meer inzicht geven in de problematiek van het kind.
62	Pt6 Inzicht in problematiek	P11 Stress ouders	Meer inzicht in de problematiek maar vooral ook de noden van je kind kan stress-reducerend zijn. Onzekerheid wordt verminderd.
63	R15 Negatieve prognose	R14 Ondervraging of overvraging	Door de negatieve prognose zullen ouders minder gaan verwachten van het kind. Een negatieve beeldvorming zal zorgen voor ondervraging, of net overvraging wanneer ouders willen laten zien dat hun kind wel aan de norm kan voldoen.
64	R15 Negatieve prognose	P11 Stress ouders	Een negatieve prognose zadelt ouders meteen op met zorgen voor de toekomst, angst voor de opvoeding van hun kind,... Het is een veroorzakende factor van stress.
65	P12 Maatschappelijke verwachtingspatronen	Pt4 Ouders gebruiken innerlijke kennis	Door de maatschappelijke verwachtingspatronen omtrent ontwikkeling en opvoeding kan de intuïtieve kennis van ouders onderuitgehaald worden. Ze kunnen hieraan beginnen twifelen vanuit het idee van “hoe het hoort”.
66	R7 Reactie ouders op oordelen	R10 Reageren uit onzekerheid	Door oordelen van zichzelf over “hoe het hoort” en oordelen van de omgeving worden ouders onzeker en gaan ze reageren vanuit die onzekerheid.
67	R10 Reageren uit onzekerheid	P9 Ouders staan voor grote opvoedopgave	Als ouders zich onzeker voelen zal dit hun gevoel omtrent de opvoedopgave waar ze voorstaan verzwaren.
68	P9 Ouders staan voor grote opvoedopgave ←→	P3 Stress kind	Het gevoel van ouders over de zware opvoedopgave komt terecht bij het kind. Omgekeerd draagt ook de stress van het kind bij aan de opvoedopgave. Deze factoren beïnvloeden elkaar.

BIJLAGE D: VOLLEDIGE UITWERKING STAPPEN 1 & 2 VAN DE ELEMENTEN UIT DE LITERATUURSTUDIE

Element 1: Betekenis – Het conatieve aspect bij de ouder

Stap 1: Beknopt basiskader van het conatieve aspect bij ouders

Colpin en Grietens (2000) gebruiken de term “opvoedingsdoelen” voor de conatieve opvoedingsdimensie bij ouders. Ze geven aan dat opvoedingsdoelen zowel bepaald worden door de waarden van ouders (abstracte opvoedingsintenties en attitude met betrekking tot wenselijkheid van gedrag) als door de concrete doelstellingen die ouders beogen in specifieke opvoedingssituaties. Rowe en Casillas (2011) beschrijven opvoedingsdoelen vanuit een sociologisch perspectief. Ze geven aan dat culturele normen en waarden gepresenteerd worden doorheen opvoedingsdoelen, en kaderen het concept in een ruimer geheel van ouderlijke overtuigingen dat bepaald wordt door kennis, attitude, waarden, cognitie, enz. Dix (1992) omschrijft opvoedingsdoelen dan weer concreter als resultaten die ouders voor ogen hebben, en willen bereiken, doorheen specifieke interacties met hun kind. Hij maakt hierbij het onderscheid tussen ouder-gecentreerde doelen (gericht op de eigen noden van de ouder) en empathische doelen (gericht op de noden van het kind en een positieve ouder-kindrelatie). Hastings en Grusec (1998) sluiten aan bij dit onderscheid en geven aan dat ouder-gecentreerde doelen vooral gericht zijn op het verwerven van gezag en gehoorzaamheid, waar empathische doelen gericht zijn op gezamenlijk acceptabele uitkomsten en het opbouwen van liefde en vertrouwen.

Stap 2: Het conatieve aspect bij ouders van kinderen met ASS

Het onderzoek en de literatuur over het thema opvoedingsdoelen bij ASS-ouders is zeer beperkt. Het stellen en nastreven van opvoedingsdoelen is voor deze groep ouders nochtans geen vanzelfsprekendheid. De diagnose brengt bij hen een blokkade teweeg van doelen en verwachtingen die ze zouden hebben voor een gezond kind, alsook een onzekerheid voor de toekomst waardoor er een constante potentiële bedreiging is van de opvoedingsdoelen ze vooropstellen (Wong & Heriot, 2007). Wong en Heriot (2007) onderzochten “*vicarious futurity*” (hoop die iemand heeft voor iemand anders zijn/haar toekomst) bij ASS-ouders. Ze stelden vast dat 80% van de ouders met een kind met ASS een lage mate van hoop en een hoge mate van wanhoop heeft met betrekking tot de toekomst van hun kind. Deze hoop of wanhoop hangt volgens de onderzoekers samen met de verwachtingen van ouders, en komt tot uiting in de doelen die ouders vooropstellen voor hun kind.

Conti (2015) onderzocht de impact van twee types opvoedingsdoelen bij moeders van kinderen met ASS: meelevende opvoedingsdoelen en zelfbeeld-opvoedingsdoelen (Conti, 2015). Deze types sluiten aan bij de bovengenoemde empathische en ouder-gecentreerde opvoedingsdoelen (Dix, 1992; Hastings & Grusec, 1998). *Meelevende opvoedingsdoelen* zijn gericht op kijken vanuit het kind zijn perspectief, het uiten van waardering voor interesses/vaardigheden van het kind, en het afstemmen van opvoedingshandelen op de individuele noden van het kind. Ze hangen samen met een verhoogde ouderlijke ondersteuning. *Zelfbeeld-opvoedingsdoelen* zijn gericht op het vormen van het kind zijn/haar gedrag zodat het de ouder in een goed daglicht stelt, het ontwikkelen van vaardigheden zodat het kind op gunstige wijze vergeleken kan worden met anderen, en het inzetten van opvoedingshandelen op een zodanige wijze dat sterktes van het kind erkend worden en moeilijkheden verborgen.

Ze hangen samen met verhoogde psychologische controle (Conti, 2015). Uit de resultaten blijkt dat moeders van kinderen met ASS meer meelevende opvoedingsdoelen nastreven dan moeders uit de vergelijkingsgroep (met kinderen zonder ASS), en dat deze meelevende opvoedingsdoelen positief samenhangen met een hogere tevredenheid over het ouderschap en een hoger gevoel van “efficacy” als ouder.

Naar interventies toe geven Wong en Heriot (2007) aan dat het belangrijk is om ouders te ondersteunen bij het verwerven van *realistische verwachtingen*, niet om hoop te verminderen, maar net om aangepast opvoedingsgedrag te stimuleren. Via realistische verwachtingen wordt het namelijk mogelijk om doelen op te stellen of te herformuleren, en te zoeken naar nieuwe strategieën en manieren om eraan te werken. Conti (2015) concludeert uit haar studie dat ouder-interventies die inzetten op het uitbouwen en ondersteunen van de ontwikkeling van meelevende opvoedingsdoelen, heel vruchtbaar kunnen zijn als buffer tegen ouderlijke stress, en om het welzijn van de ouders te verhogen. Ouders kunnen namelijk, door een focus op meelevende opvoedingsdoelen, meer inzicht ontwikkelen in hun kind, waardoor ze een meer effectieve ondersteuning kunnen bieden. Vanuit deze ondersteuning kunnen positieve interacties met het kind bevorderd worden, wat op zijn beurt bevorderlijk is voor de banden in het gezin en het welzijn van de ouders. Daarnaast kan de stress van ouders verminderd worden door een hoger gevoel van “efficacy” en zelfzekerheid in de ouderrol.

Element 2: Betekenis – Het conatieve aspect bij het kind

Stap 1: Beknopt basiskader van het conatieve aspect bij kinderen

Het conatieve betekenisaspect bij kinderen omvat, volgens Colpin en Grietens (2000), de motieven en doelen die door kinderen in de opvoedingsrelatie nagestreefd worden. Hierbij staat de behoefte naar zelfverwerkelijking centraal; de nood van kinderen om hun mogelijkheden te ontwikkelen, om te groeien en om zichzelf te ontplooiën (van Heteren, Smits, & van Veen, 2000). Kinderen zoeken daarbij naar manieren en kansen om hun eigenheid te ontplooiën door het aftasten van de eigen grenzen en de grenzen van de context (van Oeffelt, 1986).

Stap 2: Omschrijving van het conatieve aspect bij kinderen met ASS

Er is geen specifieke literatuur voorhanden over de betekenisgeving van kinderen met ASS met betrekking tot 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 et al., 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. Deze attitudes en mogelijkheden ontwikkelen zich stelselmatig doorheen de levensloop, en stellen individuen in staat om causale actoren te worden in hun eigen leven (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). Het concept zelfdeterminatie omvat drie componenten: (1) een *interne component* van zelfkennis (toekomstdromen, inschatten eigen mogelijkheden, kennis van sterktes en zwaktes, noden en voorkeuren) en zelfwaardering (zichzelf accepteren en waarderen, zelfzorg, eigen rechten en verantwoordelijkheden kennen en respecteren), (2) een *planningscomponent* (doelen opstellen op basis van de interne component, plannen maken om deze doelen te bereiken), en (3) een *component van interactie* met de omgeving, waarin kracht, mogelijkheden en vaardigheden worden ingezet om te handelen op basis van de interne component (Field & Hoffman, 1999). De conatieve betekeniscomponent (het streven naar zelfverwerkelijking) kan hier, vanuit de bovengenoemde omschrijvingen (Colpin & Grietens, 2000; van Heteren, Smits, en van Veen, 2000), vooral gesitueerd worden in de interne- en planningscomponent van zelfdeterminatie, maar ook deels in de interactiecomponent, omwille van het aftasten van grenzen (van Oeffelt, 1986).

In de literatuur ligt de focus vooral op de moeilijkheden die personen met ASS ondervinden in de interactie-component (het naar buiten brengen van, en handelen volgens, de eigen noden en wensen). Zo initiëren kinderen met ASS minder gedrag om de aandacht op zichzelf te vestigen of om te reageren op anderen (Ruble, 2001), vertonen ze minder handelingen (bijvoorbeeld speelgoed tonen) om de aandacht tussen een sociale partner en een object te coördineren (Kasari & Patterson, 2012), en ondervinden ze in het algemeen moeilijkheden in de communicatie- en relatievaardigheden die noodzakelijk zijn voor het overbrengen van hun wensen en noden (Field & Hoffman, 1999). Met betrekking tot de planningscomponent kan gedacht worden aan moeilijkheden omwille van problemen in het executief functioneren van personen met ASS (Geurts & Bringmann, 2010). Omwille van de wisselwerking tussen de interne-, plannings- en interactiecomponent hebben de bovengenoemde moeilijkheden vermoedelijk een impact op de betekenisgeving van personen met ASS in verband met de doelen die ze nastreven in de opvoedingsrelatie. Toekomstig onderzoek kan hopelijk meer inzicht geven in de manier waarop deze impact vorm krijgt, en in de mogelijks specifieke moeilijkheden en uitdagingen die personen met ASS ondervinden in de interne component.

Naar interventie toe geven Wehmeyer en collega's (2010) aan dat het stimuleren van zelfdeterminatie zowel gericht moet zijn op het uitbreiden en verbeteren van individuele capaciteiten, als op het vormen van de omgeving en steunbronnen, opdat deze de nadruk leggen op keuzes en autonomie in interactie met de persoon met ASS. Met betrekking tot het verbeteren van individuele capaciteiten benadrukt Ruble (2001) dat het belangrijk is dat kinderen met ASS leren hoe ze sociale gedragingen moeten initiëren, en niet alleen hoe ze moeten reageren op anderen. Hierbij kunnen ouders getraind worden in manieren om initiatie en responsiviteit bij het kind aan te moedigen. Ook Field en Hoffman (1999) geven aan dat ouders hun kind kennis, vaardigheden en waarden met betrekking tot zelf-gedetermineerd handelen moeten aanleren, en dat ze hierin zelf een belangrijk rolmodel zijn. Daarnaast benadrukken ze het belang van interacties tussen ouder en kind als momenten om zelfdeterminatie te stimuleren in kinderen: door het kind kansen te geven om keuzes te maken, zijn/haar mening te geven, mogelijkheden te verkennen, enz. In deze interacties is het ook belangrijk dat ouders leren om empathisch te luisteren naar het kind, op die manier stimuleren ze het kind namelijk tot zelfbewustzijn en zelfvertrouwen.

Element 3: Betekenis – Het cognitieve aspect bij de ouder

Stap 1: Beknopt basiskader van het cognitieve aspect bij ouders

Colpin en Grietens (2000) gebruiken de term *opvoedingscognities* voor de ouderlijke cognitieve opvoedingsdimensie; deze cognities omvatten het beeld dat ouders hebben van de opvoedingsrelatie, hun eigen rol en de rol van het kind hierin. Bornstein, Hahn, en Haynes (2011) geven aan dat ouderlijke cognities basiscomponenten zijn van de opvoeding die meerdere functies dienen: ze genereren en organiseren het ouderlijk handelen, geven er vorm aan, en modereren de effectiviteit ervan. De inhoud van ouderlijke cognities omvat onder andere ouderlijke kennis over opvoeding en ontwikkeling (Bornstein et al., 2011), het ouderlijke gevoel van zelfeffectiviteit, en ouderlijke attributies over gedrag van het kind (Grusec, Hastings, & Mammone, 1994). Ouderlijke cognities kunnen naast inhoud ook variëren op vlak van complexiteit. Deković, Gerris, en Janssens (1991) geven aan dat het ouderlijk redeneren over opvoeding, kinderen en de relatie met het kind, zich op verschillende niveaus kan bevinden met toenemende mate van complexiteit, op vlak van inzicht in de noden van het kind en de bidirectionaliteit van de ouder-kindrelatie. Ouders die zich op een hoger niveau van complexiteit bevinden zijn meer geneigd tot adaptief en flexibel handelen ten aanzien van hun kind.

Stap 2: Omschrijving van het cognitieve aspect bij ouders van kinderen met ASS

Studies over opvoedingscognities van ASS-ouders vertrekken veelal vanuit de vaststelling dat deze ouders, omwille van de specifieke problematiek van hun kind, meer stress ervaren dan ouders van TO-kinderen, en dat ze een verhoogd risico hebben op depressie. Deze twee elementen kunnen een grote impact hebben op de opvoedingscognities, en voornamelijk op het gevoel van “self-efficacy” van deze ouders (Giallo, Wood, Jellet, & Porter, 2013; Kuhn & Carter 2006; Meirsschaut, Roeyers, & Warreyn, 2010; Wachtel & Carter, 2008). Naast de factoren stress en depressie hebben ook de verwerking van de diagnose en de mate van vermoeidheid van ouders een invloed op opvoedingscognities. Zo geven Wachtel en Carter (2008) aan dat ouders die nog sterk vastzitten in de verwerking van de diagnose, minder in staat zijn om zich af te stemmen op noden en behoeften van hun kind. Giallo en collega's (2013) stelden vast dat moeders van kinderen met ASS significant meer oververmoeidheid (“fatigue”: aanhoudend gevoel van fysieke en mentale uitputting, niet makkelijk verlicht door rust) rapporteren dan moeders van TO-kinderen. Deze vermoeidheid heeft, omwille van de impact op het energieniveau, de helderheid en de probleemoplossende vaardigheden van ouders, een negatief effect op het gevoel van “self-efficacy” en de tevredenheid over zichzelf als ouder.

Kuhn en Carter (2006) geven aan dat cognities over ontwikkelingsstoornissen en ouderschap een invloed kunnen hebben op de manier waarop ASS-ouders het maladaptieve gedrag en de problemen van hun kind interpreteren, alsook op hun gevoel van competentie in de ouderrol (“self-efficacy”). In hun onderzoek brengen ze de samenhang tussen “self-efficacy” en drie andere aspecten van opvoedingscognities (perceptie van “agency”, schuldgevoelens en kennis) bij moeders van kinderen met ASS in kaart; dit vanuit de vaststelling dat deze moeders het heel moeilijk hebben om een hoog gevoel van “self-efficacy” te bewaren, omwille van de stress en uitdagingen die hun kinderen met zich meebrengen. Ze stelden vast dat: (1) Een hogere perceptie van “agency”

(mate waarin moeder actieve rol opneemt in het stimuleren van de ontwikkeling van haar kind) samenhangt met een hoger gevoel van “self-efficacy”; (2) Meer schuldgevoelens bij de moeder (vaak gelinkt aan de diagnose) samenhangen met een lager gevoel van “self-efficacy”; en (3) Meer kennis van ASS en ontwikkeling niet rechtstreeks samenhangen met het gevoel van “self-efficacy”, maar wel met een hogere mate van “agency”.

Omwille van de impact van ouderlijke cognities op opvoedingsgedrag en andere factoren, wordt in de literatuur sterk het belang van interventies benadrukt. Zo stelden Meirsschaut en collega's (2010), in hun studie over opvoedingscognities bij moeders met een TO-kind én een kind met ASS, vast dat het gevoel van “self-efficacy” en “agency” dat moeders hebben over het ene kind, significant samenhangt met deze gevoelens over het andere kind. Typisch ontwikkelende broers/zussen kunnen bijgevolg ook baat hebben bij interventies die de “self-efficacy” van hun moeder vergroten. Siller en collega's (2013) geven dan weer aan dat ASS-ouders die een hoger gevoel van “self-efficacy” hebben, en een complexer patroon van denken vertonen over de ontwikkeling van hun kind, meer in staat zijn om in te spelen op de noden van het kind, en meer aanspraak maken op diensten en interventies om de gezondheid en het leerproces van hun kinderen te garanderen. Een laatste belangrijke bevinding is dat ouders die meer inzicht hebben in de problematiek van hun kind, maladaptief gedrag eerder zullen toeschrijven aan de ASS dan dat ze het kind verantwoordelijk gaan stellen. Ouders die daarentegen hun kind verantwoordelijk stellen voor maladaptief of problematisch gedrag ervaren hierbij meer negatief affect en reageren agressiever en hardhandiger ten aanzien van hun kind (Kuhn & Carter 2006).

Naar interventies toe wordt vooral aangeraden om het gevoel van “self-efficacy” van ouders te vergroten (Kuhn & Carter, 2006; Meirsschaut et al., 2010). Er kan ingewerkt worden op het ouderlijke gedrag via het veranderen en bijsturen van de ouderlijke cognities, bijvoorbeeld door middel van psycho-educatie en gezinsgerichte interventies, of door specifieke interventies gericht op het emotioneel welbevinden van ouders, zoals steungroepen of individuele psychotherapie (Kuhn & Carter, 2006). Verder wordt er aangeraden om met ouders te werken rond hun gevoelens over de diagnose (Wachtel & Carter, 2008) en om hen te ondersteunen bij de schuldgevoelens die de diagnose met zich kan meebrengen (Kuhn & Carter, 2006). Giallo en collega's (2013) raden ten slotte aan om met ASS-ouders te werken rond oververmoeidheid. Dit door psycho-educatie over de risico's en gevolgen die samenhangen met dit probleem, en over mogelijke strategieën om deze vermoeidheid te voorkomen of te verminderen (bijvoorbeeld manieren om zelfzorg in te bouwen en het aanspreken van het sociaal netwerk voor steun).

Element 4: Betekenis – Het cognitieve aspect bij het kind

Stap 1: Beknopt basiskader van het cognitieve aspect bij kinderen

Colpin en Grietens (2000) geven aan dat de cognitieve dimensie verwijst naar het kennen en het weten; in de opvoeding omvat ze het beeld dat kinderen hebben van de opvoedingssituatie, en van hun eigen rol en de rol van hun ouders daarin. De ontwikkeling van de cognitieve dimensie hangt samen met het vergaren van kennis en het structureren hiervan, kinderen krijgen hierdoor stelselmatig meer grip op de wereld en meer inzicht in hoe deze

wereld in elkaar zit (van Heteren, Smits, & van Veen, 2000). Kennis is echter niet de enige belangrijke factor in de cognitieve ontwikkeling (Goswami, 1998); ook de rijkheid en veelzijdigheid van de omgeving, de kwaliteit van onderwijs en ondersteuning, en allerlei innerlijke processen (zoals perceptie, de ontwikkeling van de prefrontale cortex, het geheugen, enz.) hebben een belangrijke invloed.

Stap 2: Omschrijving van het cognitieve aspect bij kinderen met ASS

Baron-Cohen, Leslie, en Frith (1985) geven aan dat kinderen met ASS een diepgaande stoornis hebben in het begrijpen van, en omgaan met, hun sociale omgeving. Zelfs de nabije sociale omgeving is voor deze kinderen vaak onvoorspelbaar en onbegrijpelijk. Deze stoornis in het begrijpen of in de zingeving is gelinkt aan de cognitie, en wordt door diverse auteurs omschreven als *het hanteren van een andere cognitieve stijl* door personen met ASS (Baron-Cohen, 2009; Happé, 1999; Peeters, 2006). Deze cognitieve stijl is het onderwerp van verschillende verklaringsmodellen en theorieën over ASS; het niveau van de cognitie stelt onderzoekers namelijk in staat om problemen op biologisch- en gedragsniveau met elkaar in verband te brengen (Lind & Williams, 2011), en is daarom een belangrijk onderzoeksthema. In Hoofdstuk 1 is reeds ingegaan op verklaringsmodellen zoals Theory of Mind, Centrale Coherentie, en Executieve Functies. In dit onderdeel zal de focus niet liggen op het bespreken van deze modellen, maar wel op informatie die ze bieden over de cognitie van kinderen met ASS, en mogelijke implicaties voor interventie.

Een eerste model met interessante aanknopingspunten is dat van Theory of mind (ToM). Baron-Cohen, Leslie, en Frith (1985) geven aan dat kinderen met ASS een specifiek tekort vertonen op dit vlak. Hierdoor hebben ze een verminderd vermogen om zich in te leven in het perspectief, de gedachten en de gevoelens van anderen. Dit maakt dat ze het gedrag van mensen rondom hen onvoorspelbaar, verwarrend en zelfs beangstigend kunnen vinden (Baron-Cohen, 2009). Het verminderd vermogen tot ToM bij kinderen met ASS wordt onder andere gelinkt aan de vaststelling deze kinderen moeilijk tot gedeelde aandacht en minder tot symbolisch spel komen (Baron-Cohen, 2009; Lind & Williams, 2011). Gedeelde aandacht is belangrijk in de latere ontwikkeling van taal en communicatievaardigheden (Thurm, Bishop, & Shumway, 2011), en symbolisch spel vormt een belangrijke manier om allerlei cognitieve, sociale, en planningsvaardigheden te oefenen (Bergen, 2002). Kasari, Freeman en Paparella (2006) stelden vast dat kinderen met ASS gedeelde aandacht en symbolisch spel kunnen leren doorheen gerichte interventies, en dat ze deze aangeleerde vaardigheden ook kunnen generaliseren. Ze raden aan om interventies zeker te richten op deze twee aspecten.

De Weak Central Coherence theory (WCC – zwakke centrale coherentietheorie) stelt dat personen met ASS niet of moeilijk in staat zijn om rijke en omvattende conclusies te trekken uit een context. Hierdoor kunnen ze tot bizarre of opmerkelijke interpretaties komen (Happé, 1991). Ze hebben in hun waarneming een sterk oog voor detail en kunnen daardoor moeilijker het geheel overzien (Happé & Frith, 2006). Happé en Frith (2006) geven aan dat de WCC-theorie inzicht geeft in de unieke cognitieve stijl van personen met ASS, maar dat ze nog moet omgezet worden naar toepassingen in de praktijk. Naar interventie toe lijkt het dus zinvol om ouders informatie te geven over centrale coherentie en ASS, maar kunnen er nog geen concrete aanbevelingen gegeven worden met

betrekking tot aanpak. De Empathizing – Systemizing theory (E-S theory) van Baron-Cohen (2009) is in dit opzicht vergelijkbaar met de WCC-theorie, omdat ze inzicht geeft in de cognitie van personen met ASS, maar nog geen concrete link omvat naar interventies of aanpak. De theorie stelt dat personen met ASS beneden gemiddeld scoren op empathie, maar gemiddeld of boven gemiddeld op systematiseren (de drijfkracht om systemen te analyseren, zoeken naar de onderliggende regels die het systeem aansturen om zo te voorspellen hoe het zich zal gedragen). De discrepantie tussen empathie en systematiseren is kenmerkend voor ASS en representeert de andere cognitieve stijl die deze personen hanteren.

Hughes, Russell en Robbins (1994) geven aan dat kinderen met ASS een sterk executief disfunctioneren vertonen op vlak van planning en cognitieve flexibiliteit, en concluderen dat deze problemen specifiek gelinkt kunnen worden aan ASS. Hill (2004) bevestigt deze vaststelling en geeft aan dat de moeilijkheden op vlak van planning zich vooral uiten in problemen bij het uitvoeren van dagelijkse levensactiviteiten. De problemen met cognitieve flexibiliteit zijn gelinkt aan moeilijkheden om zich aan te passen aan veranderingen in situaties en zijn vooral zichtbaar in de beperkte interesses, problemen met motoriek en het persevereren van personen met ASS. Ozonoff (1998) geeft aan dat het belangrijk is om doorheen interventie in te spelen op de bovengenoemde problemen, omwille van de gevolgen die kinderen met ASS hierdoor kunnen ervaren in hun dagelijkse leven op school en thuis. Ze beschrijft allerlei mogelijke interventies, gericht op verschillende executieve functies en toepasbaar in de thuisomgeving: het aanleren van meta-cognitieve strategieën en zelfregulatie; stimuleren tot doelen opstellen en plannen maken; praktische aanpassingen om tijd, ruimte en materialen te organiseren; oefeningen om cognitieve flexibiliteit te promoten (bijvoorbeeld sorteeropdrachten, in één activiteit wisselen tussen verschillende objecten); enz. Deze interventies vragen veel van ouders maar zijn volgens Ozonoff (1998) de enige manier om de ontwikkeling van executieve functies bij kinderen met ASS expliciet te stimuleren.

Een laatste interessante insteek om naar de cognitie en cognitieve ontwikkeling van kinderen met ASS te kijken is die van perceptie. Hilton (2011) geeft aan dat het sensorische systeem van mensen de basis vormt om informatie en kennis over de wereld te verkrijgen en hier succesvol en adaptief op te reageren. Deze basis is bij kinderen met ASS verstoord doordat ze problemen ervaren in de sensorische informatieverwerking. Vanuit de algemene theorie over cognitieve ontwikkeling als het vergaren van kennis (van Heteren, Smits, & van Veen, 2000) met perceptie als invloedrijke factor (Goswami, 1998) kan gesteld worden dat deze sensorische informatieverwerkingsproblemen een impact hebben op de cognitieve ontwikkeling. Hilton (2011) geeft aan dat het mogelijk is om te interveniëren op vlak van sensorisch verwerking, maar dat de effecten van deze interventies tot hiertoe onduidelijk zijn. Interventies kunnen enerzijds gericht zijn op het kind zelf (sensorische integratietherapie, hulpmiddelen voor het reguleren van sensorisch input, een sensorisch dieet, enz.) en op de omgeving (de fysieke omgeving aanpassen aan over-of ondergevoeligheden van het kind).

Element 5: Betekenis – Het affectieve aspect bij de ouder

Stap 1: Beknopt basiskader van het affectieve aspect bij ouders

Colpin en Grietens (2000) verwijzen naar de ouderlijke affectieve opvoedingsdimensie met de term *opvoedingsbelevingen*: de gevoelens teweeggebracht door het eigen gedrag en dat van het kind, en de gevoelens die het gedrag van de ouder beïnvloeden. Coplan, Hastings, Lagacé-Séguin, en Moulton (2002) spreken in deze context over ouderlijke emoties of de affectieve component van de opvoeding; deze component omvat de affectieve ervaring die gepaard gaat met ouder-kind interacties, en de gevoelens van ouders tijdens specifieke opvoedingssituaties. Dix (1991) geeft aan dat de emoties van ouders aan de basis liggen van de opvoeding; ouderlijke emoties reflecteren de kwaliteit van de ouder-kindrelatie en zijn barometers voor de kwaliteit van de opvoeding en de vermoedelijke ontwikkelingsuitkomsten voor kinderen. De “concerns” (belangen) van ouders vormen volgens Dix de aanzet tot emotionele processen in de opvoeding: ouders ervaren negatief affect wanneer gebeurtenissen in de weg staan van hun belangen, en positief affect als gebeurtenissen hieraan bijdragen. Daarbij komt dat stress en andere problemen in het gezin een grote impact kunnen hebben op de emotionele processen van ouders en kunnen leiden tot meer negatief affect.

Stap 2: Omschrijving van het affectieve aspect bij ouders van kinderen met ASS

Hayes en Watson (2013) geven aan dat ouderlijke stress het meeste onderzochte onderwerp is met betrekking tot opvoedingsbelevingen in gezinnen met kinderen met een handicap. In hun meta-analyse over ouderlijke stress en ASS stellen ze vast dat ASS-ouders meer ouderlijke stress ervaren dan ouders van TO-kinderen of kinderen met andere beperkingen. Deze stress hangt vooral samen met de specifieke gedragingen van kinderen met ASS, en met meer depressie, angst, een globaal verminderd emotioneel welbevinden en meer praktische beslommeringen in het dagelijks leven van de ouders. De auteurs raden aan om interventies te richten op ouderlijke stress, en liefst zo snel mogelijk na de diagnose, omwille van de positieve impact op het opvoedingsgedrag van de ouder, het gedrag van het kind, en op rust en balans in het gezin. Sanders en Morgan (1997) geven een aantal adviezen met betrekking tot interventies voor stress bij ASS-ouders. Ze geven aan dat het belangrijk is dat ouders vrije tijd nemen voor ontspannende activiteiten (een leven buiten het gezin), dat ouders ondersteuning krijgen in het maken van toekomstplannen (zowel praktisch als financieel, vooral op lange termijn), en dat ouders hun bezorgdheden en emoties kunnen uiten bij hun netwerk, in therapie of steungroepen.

Myers, Mackintosh, en Goin-Kochel (2009) onderzochten in een kwalitatieve studie (n=500) hoe ASS-ouders hun ouderschap, en de impact van een kind met ASS op hun leven, ervaren. Ze stelden vast dat een grote groep ouders een zeer paradoxale beleving heeft met betrekking tot hun kind. De ouders ervaren enerzijds sterk negatieve en moeilijke emoties zoals verdriet, depressie, schuld en wanhoop; zo schrijven veel ouders over een diepgaande pijn en een constante strijd met depressieve gevoelens. Anderzijds ervaren deze ouders heel positieve gevoelens en geven ze aan dat het kind hun leven verrijkt heeft en hun welzijn heeft verbeterd; ouders schrijven bijvoorbeeld dat ze veel geleerd hebben van het kind en benoemen zaken als nederigheid, begrip, volharding, empathie, veerkracht, vastberadenheid en onvoorwaardelijke liefde. ASS-ouders brengen in hun

dagelijks leven, doorheen een constant veranderend proces, deze twee emotionele uitersten samen. Hierbij kunnen ze van de ene kant in de andere vallen, maar “omarmen” ze tegelijk de paradox.

Zhou en Yi (2014) geven aan dat ouders van kinderen met ASS vaak zowel een coachende als zorgende rol opnemen in de opvoeding. Ze komen doorheen een grounded theory onderzoek – naar de samenhang tussen ouderlijke emoties, opvoedingsstijl en het functioneren van kinderen met ASS – tot vier opvoedingsstijlen van ASS-ouders die samenhangen met emoties: (1) Training-priority: Deze ouders nemen sterk de coachende rol op en leggen een grote nadruk op vaardigheidstraining. Ze spenderen veel tijd aan het trainen van het kind en hebben grote verwachtingen voor vooruitgang. Tijdens trainingsmomenten zijn ze strikt en stellen ze hoge eisen. De drijvende emotie van deze ouders is angst, ze ervaren de training als een manier om hun angst voor de toekomst te verminderen. (2) Relationship-precedence: Deze ouders leggen de nadruk op de ouder-kindrelatie en verkiezen de zorgende rol boven de coachende. De ouders spelen veel met hun kind, besteden veel aandacht aan de noden en interesses van het kind, lijken een grote tolerantie te hebben voor de problematiek van het kind en passen hun verwachtingen ten aanzien van het kind aan. De drijvende emotie van deze ouders is een positief en rustig gevoel, de ouders trainen het kind wel maar vinden het daarbij prioritair dat het kind in een positieve stemming is en dat de training aangepast is aan zijn/haar mogelijkheden. (3) Alternating: Deze ouders wisselen tussen het eerste en het tweede type, ze kunnen geen balans vinden tussen de rol van coach en zorgfiguur, ze voelen zich vaak bang, bezorgd en verward. (4) Letting-alone: Deze ouders hebben weinig hoop op beterschap en weinig motivatie om deel te nemen aan interventies. Ze voelen vooral machteloosheid en hopeloosheid, en stellen zich heel negatief op ten aanzien van het kind. Deze vier stijlen kunnen veranderen doorheen de tijd.

Naast de vier opvoedingsstijlen doen Zhou en Yi (2014) nog een interessante vaststelling: emoties van ASS-ouders hangen samen met de emoties van hun kinderen. Hieruit volgt dat ouders die veel negatieve emotie ervaren (angst, kwaadheid, frustratie) 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 emotie 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. Vanuit deze vaststelling roepen de auteurs op om ouderlijke stress niet alleen te verminderen door in te werken op het gedrag van het kind, maar ook op de attitude van ouders. Ze raden aan om interventies te starten met het begeleiden van ouders in hun emotieregulatie; dit door ouders te informatie te geven over mogelijke emotionele overdracht van zichzelf op het kind, hen te leren om hun verwachtingen aan te passen, op een positieve manier naar het kind te kijken en zingeving te vinden in hun zorgende rol. De auteurs geven ook aan dat de zorgende rol een beter uitgangspunt is voor het aanleren van vaardigheden dan de trainersrol. Daarom raden ze aan om in interventies te focussen op positieve ouderschapsvaardigheden en zo de kwaliteit van de ouder-kindrelatie te verbeteren.

Element 6: Betekenis – Het affectieve aspect bij het kind

Stap 1: Beknopt basiskader van het affectieve aspect bij kinderen

Colpin en Grietens (2000) geven aan dat de affectieve dimensie verwijst naar het gevoelsmatige; ze omvat de gevoelens die kinderen hebben over het eigen gedrag en dat van de ouders, en de gevoelens die het gedrag van het kind aansturen. Bij baby's en jonge kinderen zijn deze gevoelens gebaseerd op primaire behoeften, naarmate het kind ouder wordt verruimt de gevoelsbeleving en vindt gevoelsdifferentiatie plaats onder invloed van de cognitieve ontwikkeling en taalverwerving (van Heteren, Smits, & van Veen, 2000). Ook de sociale ontwikkeling hangt nauw samen met de emotionele ontwikkeling; Sroufe (1997) geeft aan dat kinderen doorheen interacties met zorgfiguren evolueren van een dyadische emotieregulatie naar zelfregulatie, en dat ze tegelijk, door stappen in hun emotionele ontwikkeling, meer en op een complexer niveau kunnen participeren aan sociale contacten.

Stap 2: Omschrijving van het affectieve aspect bij kinderen met ASS

Kinderen met ASS krijgen vaak de omschrijving dat ze moeilijk op emoties reageren, en problemen hebben bij het herkennen of uiten van emoties. Deze moeilijkheden zijn echter niet universeel aanwezig in alle personen met ASS, en kunnen ook niet gelinkt worden aan één specifiek domein in hun functioneren (Nuske, Vivanti, & Dissanayake, 2013). De globale bevindingen uit het review-artikel over ASS en emoties van Nuske en collega's (2013) wijzen er eerder op dat personen met ASS emoties op dezelfde manier beleven, maar op een andere manier emotionele signalen verzenden en ontvangen. Hierbij kunnen ze op verschillende vlakken (aandacht, perceptie, ToM, enz.) problemen ondervinden die in hun totaliteit bijdragen aan moeilijkheden in de emotieverwerking en regulatie. Deze problemen worden groter naarmate de complexiteit van de situatie toeneemt en er meer vaardigheden geïntegreerd moeten worden. De bevindingen uit het review-artikel van Begeer, Koot, Rieffe, Terwogt, en Stegge (2008) sluiten hierbij aan. Deze auteurs geven aan dat kinderen met ASS weinig "emotionele competentie" vertonen: ze slagen er niet in om hun sociale interacties te reguleren door het afstemmen van hun emoties op de situatie, ze bezitten wel de basisvaardigheden zoals het herkennen van emoties, maar kunnen deze vaardigheden moeilijk integreren.

Kinderen met ASS ondervinden op emotioneel vlak niet alleen problemen in de interactie met hun omgeving, maar ervaren ook aanzienlijke innerlijke problemen. Zo geven Kim, Szatmari, Bryson, Streiner, en Wilson (2000) aan dat er bij kinderen met ASS een hogere prevalentie is van angst- en stemmingsproblemen dan bij TO-kinderen. Ook White, Oswald, Ollendick, en Scahill (2009) stelden – in hun literatuuronderzoek over ASS en angst – vast dat angst een probleem vormt voor een substantiële groep van personen met ASS (cijfers variërend tussen 11% en 84% in 40 artikels). Deze angst hangt onder meer samen met sensorische problemen, een verminderd inzicht in sociale situaties en emoties, en moeilijkheden met de regulatie van stress en algemene overprikkeling. Het idee dat kinderen met ASS meer stress ervaren, wordt door Spratt en collega's (2012) bevestigd in een studie naar cortisollevels. Ze stelden vast dat kinderen met ASS een sterkere verhoogde activiteit hebben van de HPA-as in vergelijking met de controlegroep wanneer ze worden blootgesteld aan stress en nieuwe stimuli, wat suggereert dat deze kinderen verhoogde stressniveaus ervaren in hun dagelijks leven.

Uit een studie van Mayes en collega's (2013) komt naar voor dat meer dan de helft van de onderzochte kinderen met ASS (n=1033) significante angsten of fobieën heeft, waarvan 41% last heeft van ongewone angsten (angst voor zaken waar TO-kinderen niet bang voor zijn, met als voornaamste categorie "mechanische dingen" zoals mixers, stofzuigers, wasmachines, enz.). Een deel van deze angsten kan gekoppeld worden aan sensorische problemen (zoals moeilijk verdragen van geluiden mechanische voorwerpen), maar veel angsten kunnen niet verklaard worden of zijn irrationeel (bijvoorbeeld kinderen die bang zijn om opgezogen te worden door de stofzuiger). Deze angsten hebben een enorme impact op het dagelijks functioneren, omdat ze een constante zorg vormen voor het kind, en omdat veel kinderen vermijdingsgedrag gaan stellen. Hierbij komt de vaststelling van Williams, Leader, Mannion, en Chen (2015) dat angsten bij kinderen met ASS sterk samenhangen met gastro-intestinale- en slaapproblemen. Ze geven eveneens aan dat het voorkomen van angst in deze doelgroep toeneemt naarmate de leeftijd stijgt. Mayes en collega's (2013) en White en collega's (2009) raden aan om interventies te richten op deze angsten. Hierbij kunnen de "standaard therapieën" zoals exposure helpen, maar is het vooral belangrijk om de individuele angsten van het kind goed in kaart te brengen en ook te zoeken naar de risicofactoren (zoals sensorische problemen) die er invloed op hebben. Ook de ouders betrekken en informeren, zodat ze het kind kunnen helpen om de transfer te maken naar het dagelijkse leven, is belangrijk.

De innerlijke problemen (angst, stress) van kinderen met ASS kunnen een sterke impact hebben op hun sociale contacten, wat op zijn beurt weer een impact kan hebben op hun beleving. Zo geven Rieffe, Terwogt, en Stockmann (2000) aan dat deze kinderen vaak situaties vermijden die een verhoging van hun stressniveau teweegbrengen, waaronder sociale interacties. Ze stellen dat kinderen met ASS misschien wel de benodigde vaardigheden hebben op socio-emotioneel vlak, maar dat deze niet inzetten (en dus ook niet verder ontwikkelen) omdat sociale contacten teveel stress veroorzaken. Ook Pouw, Rieffe, Stockmann, en Gadow (2013) geven aan dat kinderen met ASS vaak vermijding inzetten als strategie in stresserende (sociale) situaties, dit kan op korte termijn een goede oplossing zijn, maar op lange termijn leiden tot sociale uitsluiting, eenzaamheid en depressie. Niet alleen stress en vermijdingsgedrag zijn gelinkt aan problemen in de sociale interactie; Wu en collega's (2015) stelden vast dat kinderen met ASS significant meer angst hebben om uitgelachen te worden dan andere kinderen, en Hill, Berthoz, en Frith (2004) geven aan dat kinderen met ASS meer depressieve gevoelens rapporteren door het besef dat ze moeilijker bij de groep horen.

Er worden vanuit de literatuur twee methoden benoemd die ouders kunnen inzetten om hun kind met ASS te helpen bij het omgaan met negatieve emoties. Gulsrud, Jahromi, en Kasari (2010) stelden vast dat kinderen met ASS frequent negatief affect en stress tonen tijdens spelmomenten met hun moeder, en geven aan dat dit een sterk teken is van emotionele disregulatie omdat spelmomenten een ontspannende context vormen waarin weinig eisen worden gesteld aan het kind. Ze raden aan om in te werken op gedeelde aandacht tijdens deze spelmomenten, waardoor de co-regulatie van emoties bij moeder en kind kan verbeteren. Door de toename in gedeelde aandacht kunnen moeders hun kind afleiden van stressbronnen en het kind weer betrekken in positieve spelactiviteiten. Wilson, Berg, Zurawski, en King (2013) geven aan dat "ouderlijke emotie-coaching" een buffer kan vormen tegen emotie-gedreven externaliserend probleemgedrag van kinderen ASS, en raden aan om ouders

hierin te trainen. De aanpak impliceert een specifieke attitude en werkwijze: ouders waarderen (negatieve) emotionele ervaringen en zien ze als een kans tot intimiteit en om het kind iets aan te leren, ze helpen het kind om zijn/haar emotie te benoemen, werken samen met het kind aan een oplossing en drukken hun respect en empathie uit voor de emotie die het kind ervaart.

Element 7: Opvoedingsgedrag ouder

Stap 1: Beknopt basiskader over opvoedingsgedrag bij ouders

Colpin, Soenens en Goossens (2007) geven aan dat ouders op verschillende manieren vormgeven aan hun opvoedingsgedrag; zo kan bijvoorbeeld het gedrag “huiswerk begeleiden” op heel uiteenlopende wijzen (zeer strikt, veel overnemen, ondersteunend, enz.) gesteld worden. Deze verschillen in vormgeving bepalen de ouderlijke opvoedingsstijl: het emotioneel-affectieve klimaat waarin specifiek opvoedingsgedrag gesteld wordt (Colpin, et al., 2007). De inhoud van het ouderlijke opvoedingsgedrag wordt in de literatuur veelal weergegeven in twee *dimensies*: (1) responsiviteit, de ondersteunende component die betrekking heeft op affectief, zorgend, en empathisch gedrag waarmee de ouder warmte, begrip en acceptatie toont; en (2) controle, de component die betrekking heeft op regulerend en disciplinerend gedrag waarmee ouders het gedrag van hun kind proberen te beïnvloeden (Barber, Stolz, & Olsen, 2005; Colpin & Grietens, 2000). De controle-component kan worden opgedeeld in gedragsmatige controle (mate van toezicht, regels opstellen) en psychologische controle (mate van indringerig inspelen op emoties, ambities en cognities) (Colpin, et al., 2007). Een derde dimensie die meer recent wordt onderscheiden is die van autonomieondersteuning: gedrag waarmee ouders hun kind aanmoedigen om te handelen op basis van de eigen persoonlijke interesses en waarden (Soenens et al., 2007). Uit het samenspel van de opvoedingsdimensies kunnen verschillende *types van opvoedingsstijlen* worden afgeleid (Colpin, et al., 2007). Eén van de meest geciteerde modellen van ouderlijke opvoedingsstijlen is dat van Baumrind (Van Crombrugge, 2009), gebaseerd op de combinatie van de dimensies responsiviteit en controle (in hoge of lage mate), waaruit vier stijlen naar voren komen: (1) Democratisch, hoge responsiviteit en voldoende controle; (2) Permissief, hoge responsiviteit en onvoldoende controle; (3) Autoritair, hoge controle in een laag responsief klimaat (koud en afstandelijk); en (4) Verwaarlozend, lage responsiviteit en controle (Colpin, et al., 2007; Van Crombrugge, 2009). Twee andere theorieën die vermeldenswaardig zijn in de context van ouderlijk gedrag zijn: (1) de theorie van Patterson, over wederzijdse dwang tussen ouders en kinderen (coërcieve cirkels die ontstaan door bekrachtiging van ongewenst gedrag), deze theorie kan gezien worden als een operationalisatie van de controledimensie; en (2) de hechtingstheorie, waarin de sensitiviteit van ouders (de mate waarin ouders hun gedrag afstemmen op de noden van het kind) wordt gezien als een centrale kwaliteit van het opvoedend handelen (Colpin & Grietens, 2000).

Stap 2: Omschrijving van het opvoedingsgedrag bij ouders van kinderen met ASS

Kinderen met ASS vragen, omwille van hun specifieke noden en problematiek, een aangepaste en gespecialiseerde opvoedingsaanpak. Dit stelt ASS-ouders voor een grote uitdaging, en maakt dat ze vaak een

zeer veeleisende en gevarieerde ouderrol moeten vervullen (Lambrechts, Van Leeuwen, Boonen, Maes, & Noens, 2011; Maljaars, Boonen, Lambrechts, Van Leeuwen, & Noens, 2014). In tegenstelling tot de aanzienlijke hoeveelheid studies over de manier waarop ASS-ouders deze uitdaging beleven, is er tot op heden weinig onderzoek over hun concrete opvoedingsgedrag (Lambrechts et al., 2011). Dit gedrag speelt nochtans een belangrijke rol in interventies (Boonen et al., 2014; Maljaars et al., 2014; Ruble, McDuffie, King, & Lorenz, 2008; Wachtel & Carter, 2008), en hangt samen met gedragsproblemen (Boonen et al., 2014; Maljaars et al., 2014) en ontwikkelingsuitkomsten bij het kind (Ruble et al., 2008; Siller, & Sigman, 2002). Het hangt ook sterk samen met de ouderlijke betekeniscomponent; 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 gedrag.

Over het algemeen verschilt het opvoedingsgedrag van ASS-ouders niet substantieel van dat van ouders met TO-kinderen. Zo stelden Bryce en Jahromi (2013) vast dat de controlestrategieën van ASS-ouders (van kinderen met hoog functionerend autisme) in een opruimsituatie niet anders waren dan die van de controlegroep (ouders TO-kinderen). Ook Lambrechts en collega's (2011) en Maljaars en collega's (2014) stelden grote gelijkenissen vast, maar eveneens een aantal specifieke verschillen: ASS-ouders straffen minder; stellen meer belonend gedrag door middel van beloningssystemen (wat gekaderd kan worden als een aanpassing omwille van de lage respons van kinderen met ASS op sociale beloningen); blijven hetzelfde niveau van ondersteuning en probleemoplossend gedrag behouden in de adolescentie, waar dit bij ouders van TO-kinderen afneemt (wat gekaderd kan worden in een blijvende afhankelijkheid of nood aan ondersteuning van adolescenten met ASS); en stellen meer ASS-specifiek opvoedingsgedrag, zoals het aanpassen van de omgeving (door bijvoorbeeld afleidende stimuli weg te nemen en hun communicatie aan te passen), en het stimuleren van de ontwikkeling van hun kind. Maljaars en collega's (2014) concluderen dat ASS-ouders reeds sterk aangepast opvoedingsgedrag stellen, maar dat niet alle ouders hier (even goed) toe in staat zijn. Bijgevolg raden ze aan om interventies te richten op ouders en hen te leren hoe ze de omgeving kunnen aanpassen en hoe ze leerkansen kunnen creëren voor hun kind. Dit kan een positieve impact hebben op de ontwikkeling omdat ouders zo dagelijks en in verschillende situaties de ontwikkeling kunnen stimuleren.

Aansluitend bij de vaststelling over de mate van aanpassing die ASS-ouders vertonen in hun opvoedingsgedrag, is de bevinding van Siller en Sigman (2002) over de mate van synchronisatie van ASS-ouders (sensitiviteit van ouders voor de zaken waar hun kind aandacht voor heeft en voor de interesses van het kind, alsook aansluiting van het gedrag van de ouder bij deze aandachtspunten en interesses van het kind): ASS-ouders synchroniseren evenveel met hun kind als ouders van TO-kinderen. Dit is opmerkelijk gezien de specifieke problematiek van kinderen met ASS, en de hieruit volgende moeilijkheid om te weten waar de aandacht van het kind juist naartoe gaat en om te begrijpen wat het kind juist interesseert. Siller en Sigman concluderen hieruit dat ASS-ouders succesvol hun interactiegedrag kunnen aanpassen aan het niveau en de interesses van hun kind, wat ook positief is in termen van autonomieondersteuning. Hun concept van synchronisatie kan eveneens gelinkt worden

aan de dimensie responsiviteit. Watson (1998) geeft aan dat moeders van kinderen met ASS over het algemeen zeer responsief zijn, waarbij ze zich in hun gedrag sterk aanpassen aan de moeilijkheden die hun kinderen ondervinden op vlak van sociale interactie en communicatie. Ruble en collega's (2008) bestudeerden responsief oudergedrag bij ASS-ouders, gekenmerkt door het onmiddellijk, gepast en affectief/positief reageren op de communicatie van het kind, maar ook het aansluiten bij activiteiten van het kind in spelsituaties en het onderhouden van de betrokkenheid van het kind in leeractiviteiten. Ze stelden vast dat kinderen van meer responsieve ASS-ouders een hoger mate van initiatie vertonen in contacten met volwassenen. Hierbij geven ze aan dat responsief oudergedrag een belangrijke bijdrage levert aan de cognitieve, sociale en emotionele ontwikkeling, en raden ze aan om hierop in te zetten bij interventies. Ook Wachtel en Carter (2008) geven dit advies.

Twee studies (Boonen et al., 2014; Maljaars et al., 2014) bestudeerden het verband tussen gedragsproblemen bij kinderen met ASS en het opvoedingsgedrag van hun ouders. Kinderen met ASS stellen aanzienlijk meer probleemgedrag dan TO-kinderen, wat bij ouders kan leiden tot stress en minder adaptieve reacties op het gedrag van hun kind, omwille van deze stress. Anderzijds is stress van ASS-ouders ook een significante predictor van probleemgedrag bij hun kinderen. Boonen en collega's (2014) stelden vast dat negatief controlerende oudergedragingen (waaronder strikte discipline en hardvochtig straffen) een significante en uniek bijdrage leveren aan externaliserend probleemgedrag van kinderen met ASS. Deze bevinding is consistent met algemene literatuur over gedragsproblemen, waarin wordt aangegeven dat bepaalde vormen van ouderlijk gedrag (inconsistente of hardvochtige disciplinestrategieën, schuldinductie, liefde onthouden, enz.) een risicofactor kunnen vormen in de ontwikkeling van gedragsproblemen. Boonen en collega's (2014) stelden eveneens vast dat ASS-specifiek (aangepast) opvoedingsgedrag een positieve invloed heeft op internaliserende problemen. Ook deze bevinding is consistent met algemene literatuur waarin wordt aangegeven dat ouderlijke sensitiviteit, positief affect en acceptatie protectief kunnen zijn in de context van gedragsproblemen. Maljaars en collega's (2014) stelden dan weer vast dat moeders van kinderen met ASS minder regels stellen en minder discipline hanteren dan ouders van TO-kinderen: ondanks de grotere mate van probleemgedrag bij hun kinderen leggen ze, zowel in de kindertijd als in de adolescentie, minder nadruk op het naleven van regels, en stellen ze minder strikt controlegedrag. Ze leggen ook minder de focus bij de negatieve gevolgen van het gedrag, en richten zich in plaats daarvan meer op het veranderen van de antecedenten hiervan, en op het uitleg geven over wat gepast gedrag is aan hun kind. Dit kan te maken hebben met het gegeven dat ze de gedragsproblemen van hun kinderen anders interpreteren (bijvoorbeeld doordat ze oorzaken zoeken in sensorische problemen, onverwachte veranderingen, enz.). Het proces kan echter ook gekaderd worden in de theorie van Patterson over coërcieve cirkels: doordat ouders hun discipline verminderen, of regels laten vallen, kan het probleemgedrag van hun kind bekrachtigd worden. Beide studies concluderen dat het belangrijk is om in te zetten op oudertraining over het omgaan met probleemgedrag, zowel voor ASS-ouders als voor hun kinderen.

Element 8: Gedrag kind – Ontwikkeling

Stap 1: Beknopt basiskader over de ontwikkeling van kinderen

Verhulst (2005) definieert het ontwikkelingsproces van kinderen als de “onomkeerbare veranderingen in de tijd die in een vaste volgorde, cumulatief en in de richting van een grotere complexiteit verlopen” (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 (de lichamelijke, motorische, perceptuele, cognitieve, taal, socio-emotionele ontwikkeling, enz.). 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).

Stap 2: Omschrijving van de ontwikkeling bij kinderen met ASS

ASS is een ontwikkelingsstoornis die levenslange gevolgen met zich meebrengt (Seltzer, Shattuck, Abbeduto, & Greenberg, 2004) en gekenmerkt wordt door een enorme variatie in ontwikkelingsproblemen en de ernst en mate waarin deze zich manifesteren (Goldstein & De Vries, 2013). Thurm en collega's (2011) omschrijven een opvallend kenmerk van ASS: de problematiek heeft een sterke invloed op de ontwikkeling, maar wordt hier tegelijk ook sterk door beïnvloed. ASS wordt beïnvloed door de ontwikkeling omdat symptomen doorheen de tijd kunnen veranderen, als gevolg van ontwikkelingsgerelateerde factoren. Tegelijk is ASS een vroeg optredende ontwikkelingsstoornis met een pervasieve impact. Omwille van de centrale plaats van de ontwikkeling in ASS valt het buiten het bestek (en het doel) van deze masterproef om hier volledig en gedetailleerd op in te gaan. Bijgevolg wordt in dit onderdeel een zeer beknopt overzicht gegeven van de implicaties van ASS voor de ontwikkeling van kinderen, en meer bepaald voor hun handelen en functioneren.

Longitudinale studies naar de ontwikkeling van personen met ASS zijn grotendeels gericht op de drie kenmerkende symptomen van de problematiek: beperkingen op vlak van communicatie, beperkingen in de sociale interactie, en het vertonen van repetitieve gedragingen en beperkte interesses. De resultaten van deze studies zijn zeer uiteenlopend, maar over het algemeen is de conclusie dat het overgrote deel van personen met ASS matig vooruitgaan op de bovengenoemde vlakken, het lukt hen zelden om tot een volledig “normaal” functioneren te komen (Levy & Perry, 2011; Seltzer et al., 2004).

De problemen op vlak van *communicatie* manifesteren zich zowel in de verbale als non-verbale communicatie (Noens & van Berckelaer-Onnes, 2004; Thurm et al., 2011). De verbale communicatie wordt vaak gekenmerkt door idiosyncratisch taalgebruik, prosodische eigenaardigheden (intonatie, volume), en opvallende kenmerken zoals echolalie en neologismen. Bij de non-verbale communicatie komen veel moeilijkheden voor met oogcontact, gelaatsuitdrukkingen, zaken aanwijzen, enz (Noens & van Berckelaer-Onnes, 2004). Eigsti, de Marchena, Schuh, en Kelley (2011) geven aan dat de taalontwikkeling van kinderen met ASS gekenmerkt wordt door een enorme vertraging (eerste woorden gemiddeld op 38 maanden, in tegenstelling tot 8 à 14 maanden bij TO-kinderen). Deze vertraging kan gelinkt worden aan de vaststelling dat kinderen met ASS minder komen tot de twee voorlopers van taalontwikkeling: intentionaliteit (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 bij personen met ASS, ze worden onder andere gekenmerkt door: moeilijkheden bij het gebruik van non-verbaal gedrag om sociale interacties te reguleren, moeilijkheden bij het maken van vrienden, beperkingen in het delen van interesse en/of plezier met anderen, en een algemeen gebrek aan sociale of emotionele wederkerigheid (Seltzer et al., 2004). Kasari en Patterson (2012) linken deze problemen in de sociale interactie aan het verminderd vermogen tot gedeelde aandacht en gedeelde betrokkenheid (bijvoorbeeld samen een spel spelen) van kinderen met ASS, en raden aan om interventies op deze aspecten te richten.

Thurm en collega's (2011) geven aan dat de *repetitieve gedragingen en beperkte interesses* van kinderen met ASS vaak gekarakteriseerd worden als positieve symptomen van ASS (in tegenstelling tot de negatieve symptomen zoals de beperkingen op vlak van sociale interactie en communicatie). Ze 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 (Honey, Leekam, Turner, & McConachie, 2007). Bij jonge kinderen komen voornamelijk repetitieve gedragingen (zoals motorische maniërismen, repetitief gebruik van voorwerpen) en ongebruikelijke sensorische interesses voor. Oudere kinderen vertonen meer gedragingen gelinkt aan "insistence on sameness" (aandringen op gelijkheid), zoals rituelen en weerstand tegen verandering (Thurm et al., 2011). Honey en collega's (2007) geven aan dat deze gedragingen gelinkt zijn aan beperkingen in de verbeelding en in de ontwikkeling van symboolvorming bij kinderen met ASS, ze stelden ook vast dat repetitieve gedragingen negatief gecorreleerd zijn aan spel.

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). Meer dan 80% van de kinderen met ASS ervaart sensorische verwerkingsproblemen (Case-Smith et al., 2014). Hilton (2011) geeft aan dat de problemen op sensorisch en motorisch vlak aan elkaar gelinkt zijn, ze omvatten: (1) Sensorische modulatieproblemen, waarbij kinderen reageren vanuit een over- of ondergevoeligheid voor bepaalde sensorische input, ze kunnen bijvoorbeeld vermijdend of stimulus-zoekend gedrag stellen, maar ook hyper-waakzaam of gestresseerd reageren (Case-Smith et al., 2014); (2) Sensorische discriminatieproblemen, waarbij kinderen moeilijkheden hebben met het interpreteren van bepaalde stimuli, of met het onderscheiden hiervan; en (3) Sensorisch-gebaseerde motorische problemen, omwille van de moeilijkheden met het discrimineren van sensorische stimuli, en hieruit volgende problemen voor het opbouwen van het lichaamsschema. De motorische problemen omvatten onder andere dyspraxie en posturale stoornis (hypo- of hypertonische spierspanning, moeilijkheden met het controleren van bewegingen).

Een laatste belangrijk aspect om onder dit element te beschrijven 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 ASS-specifiek probleemgedrag (zoals rituelen, dwangmatig of stereotiep gedrag, weerstand bieden tegen veranderingen, reageren op problemen in de sensorische informatieverwerking, enz.), gezien als

adaptief gedrag in een zeer complexe omgeving, en ASS-gerelateerd probleemgedrag (zoals agressie, zelfverwonding, eetproblemen, slaapproblemen, enz.), gezien als een uiting van het onvermogen om tegemoet te komen aan de eisen van de omgeving, en gelinkt aan communicatieproblemen. Ze benoemt het belang van een grondige assessment om te zoeken naar oorzaken en achterliggende problemen alvorens interventies op te starten, en van ouder-ondersteuning en begeleiding.

Er zijn in de literatuur een aantal algemene richtlijnen geformuleerd voor interventies die gericht zijn op het verbeteren van de ontwikkeling van kinderen met ASS. Freeman (1997) benadrukt vooral het belang van het zoeken naar gepaste interventies die zijn afgestemd op het individuele profiel van het kind. Hierbij moet rekening gehouden worden met het ontwikkelingsniveau van de persoon (dat bijgevolg zeker in kaart moet gebracht worden), maar ook met diens leeftijd en levenservaring. Daarnaast benoemt hij de positieve impact van ouderlijke betrokkenheid in de interventie, van curricula die focussen op de ontwikkeling van sociale en communicatieve vaardigheden, en van integratie van het kind in de peergroep. Goldstein en De Vries (2013) benoemen de positieve resultaten van PBS-interventies (Positive Behaviour Approach). Deze worden gekenmerkt door een focus op: (1) het creëren van een optimale omgeving waarin het kind beter kan functioneren en kan leren uit aangeboden ervaringen; (2) het aanleren van adaptief gedrag; en (3) het inspelen op de intrinsieke motivatie van het kind om zo de kans op generalisatie van de geleerde vaardigheden te vergroten. Deze auteurs benoemen eveneens het belang en de positieve effecten van integratie van interventies in de thuis- en schoolomgeving, het inzetten van zorgfiguren bij interventies, en het trainen van ouders en aanbieden van ouder-gerichte interventies.

Element 9: Ouder-kind interactie

Stap 1: Beknopt basiskader van de ouder-kind interactie

Loulis en Kuczynski (1997) omschrijven ouder-kind interacties als een bidirectioneel gegeven dat ingebed is in de ouder-kindrelatie: concrete interacties vormen de bouwstenen voor de ouder-kindrelatie, en deze relatie vormt de context voor de ouder-kind interacties. Kenmerkend voor de ouder-kindrelatie is dat ze zich situeert in allerlei contexten en situaties, en dat ze verankerd is in een verleden, maar ook een gezamenlijke toekomst impliceert. Het verleden en de gerichtheid op de toekomst maken dat ouders en kinderen bepaalde verwachtingen hanteren in hun interacties, en dat ze samen streven naar het behoud van hun relatie. Een voorbeeld van deze verwachtingen kan gevonden worden in het concept van hechting: kinderen bouwen verwachtingen op over het al dan niet zorgende gedrag van hun ouders, en passen hun eigen gedrag hieraan aan (Loulis & Kuczynski, 1997). In het algemeen vormt de hechtingstheorie een zinvol kader om te kijken naar ouder-kindrelaties; een veilige hechting kan worden beschouwd als protectief en adaptief voor de band tussen ouder en kind (Crowell, 2003).

Stap 2: Omschrijving van de ouder-kind interactie bij ASS

Het is voor ASS-ouders een grote uitdaging om interacties met hun kind tot stand te brengen en te onderhouden (Doussard-Roosevelt, Joe, Bazhenove, & Porges, 2003; Watson 1998). De specifieke problematiek en kenmerken van kinderen met ASS hebben een impact op de typisch patronen van ouder-kind interacties; deze

kinderen ervaren onder andere moeilijkheden met het richten en delen van aandacht, gebruiken minder/geen oogcontact, hebben beperkingen in de verbale en non-verbale communicatie, hebben moeilijkheden met symbolisch en gezamenlijk spel; en zoeken/onderhouden weinig contact met hun zorgfiguren (Freeman & Kasari, 2013; 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. De moeilijkheden kunnen er ook toe leiden dat ouders meer geneigd zijn om directief gedrag te stellen (gedrag waarmee ze de aandacht van het kind zelf op iets proberen te richten, in plaats van de focus van het kind te volgen of de aandacht van het kind te delen), wat de kansen tot het ontwikkelen van communicatievaardigheden bij het kind sterk kan verminderen (Hudry et al., 2013).

Hudry en collega's (2013) geven aan dat ASS-ouders een grote variatie vertonen in de interactiestijl die ze hanteren ten aanzien van hun kinderen. Ze maken hierbij het onderscheid tussen een synchrone en asynchrone interactiestijl, gebaseerd op het werk van Siller en Sigman (2002), dat eveneens besproken is onder Element 7. Ouders met een synchrone interactiestijl ondersteunen de interesses van hun kind en volgen het in zijn/haar aandachtsfocus, ze sluiten in communicatie en gedrag aan bij datgene waar het kind mee bezig is. Ouders met een asynchrone stijl gaan eerder handelen en communiceren op een manier die de aandacht van het kind probeert te heroriënteren, en zijn/haar gedrag probeert te veranderen. Deze ouderlijke interactiestijl heeft een grote impact op het verloop van ouder-kind interacties (dyadische stijl), 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.

Ook vanuit het kind zijn er een aantal factoren die bijdragen aan een meer of minder "optimale" dyadische stijl. 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 (Hudry et al., 2013). Kindfactoren die samenhangen met een meer optimale stijl zijn: minder ASS-symptoomrepresentatie (waaronder de mate van repetitief gedrag, vermoedelijk omwille van de beperkte aandacht 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, een hoger cognitief niveau, en een veilige hechting (Beurkens, Hobson, & Hobson, 2013; Hudry et al., 2013). Belangrijk om hierbij op te merken is dat de bovengenoemde kindfactoren niet expliciet samenhangen met de kwaliteit van de ouder-kindrelatie. Beurkens en collega's (2013) stelden vast dat ouders die veel moeilijkheden rapporteren in concrete interacties, wel een hoge mate van tevredenheid en kwaliteit in de ouder-kindrelatie kunnen beleven. Vanuit de ouders blijkt hun betekenisgeving over het kind en zichzelf als ouder ("self-efficacy", stress, positieve of negatieve gevoelens over het kind) wel een impact te hebben op de kwaliteit van de relatie (Beurkens et al., 2013) en op de interactiestijl, zo gedragen ouders die meer positieve gevoelens hebben over het kind zich responsiever en sensitiever (Hudry et al., 2013). Op basis van de vaststellingen over ouder-kind interactie wordt aangegeven dat interventies zich best richten op het promoten van synchronisatie en

responsiviteit van ouders (zeker bij weinig verbale en/of cognitief zwakke kinderen), en op communicatie en gedeelde aandacht in de ouder-kind interactie (Beurkens et al., 2013; Hudry et al., 2013).

Naast de algemene interactiestijl van ouders hebben ook de concrete strategieën die ze inzetten tijdens interacties een grote invloed. Zo stelden Doussard-Roosevelt en collega's (2003) en Watson (1998) vast dat moeders van kinderen met ASS meer "letterlijke" of "hoog-intensieve" strategieën gebruiken wanneer ze hun kind benaderen en tot gedeelde aandacht willen komen. Zo gaan ze het kind vaker aanraken en maken ze meer gebruik van objecten in hun communicatie (bijvoorbeeld door voorwerpen in het gezichtsveld van het kind te brengen). Ze maken minder gebruik van sociaal-verbale benaderingen, zoals praten over een voorwerp of ernaar wijzen. Uit de studie van Doussard en collega's (2003) blijkt dat kinderen met ASS over het algemeen minder gepaste reacties vertonen op benaderingswijzen van de omgeving, maar dat ze wel opvallend meer reageren op de bovengenoemde strategieën, waarin fysiek contact of objecten gebruikt worden. Bijgevolg raden ze aan om deze strategieën te promoten in interventies, en hierbij eventueel gebruik te maken van video-opnames om met ouders na te gaan op welke strategieën hun kind adaptief reageert. Ook in spel zijn de interactiestrategieën van ouders belangrijk. Freeman en Kasari (2013) geven aan dat ASS-ouders het moeilijk hebben om te komen tot productieve, aangename en interactieve spelervaringen met hun kind. Interacties waarin spelbetrokkenheid langdurig in stand wordt gehouden zijn echter cruciaal zijn voor de ontwikkeling. In hun onderzoek gingen ze na welke strategieën van ouders bijdragen tot lange spelmomenten van gedeelde betrokkenheid tussen ouder en kind. Ze concluderen dat het belangrijk is dat ouders het spelniveau van hun kind kennen, om hierbij aan te sluiten of net boven dit niveau te spelen (concept van "werken in zone van naaste ontwikkeling" - Struyven, Baeten, Kyndt, & Sierens, 2009). Daarnaast stelden ze vast dat het geven van opdrachten en suggesties door ouders resulteert in de kortste interacties, en het imiteren van spel en handelingen van het kind in de langste. Imitatiegedrag is dus zeker een belangrijke strategie die aandacht en responsiviteit bij het kind kan vergroten.

Aansluitend op de algemene en spel-interactiestrategieën van ouders, kan gekeken worden naar strategieën die ouders kunnen zetten in interacties als leermomenten. Casenhiser, Shanker, en Stieben (2013) geven aan dat een specifieke groep interventies (DSP – Developmental Social Pragmatic interventions) zich richt op leren doorheen ouder-kind interacties voor kinderen met ASS. In deze interventies ligt de focus op het stimuleren van ontwikkelingscapaciteiten in interactiemomenten, in tegenstelling tot het specifiek aanleren van bepaald gedrag. Een voorbeeld om dit te duiden is oogcontact: de auteurs geven aan dat oogcontact een specifieke functie heeft in de communicatie en het delen van aandacht, en dat het bijgevolg logischer is om de context te creëren waarin oogcontact zinvol is (en dan spontaan tot uiting kan komen), in plaats van het gedrag op zich aan te leren (zonder link met de functie die het dient). DSP-interventies werken volgens vier vaste principes: (1) De ouder sluit aan bij de aandachtsfocus van het kind; (2) De ouder past omgeving aan om initiatie van het kind aan te moedigen, (3) Pogingen tot communicatie van het kind worden steeds als doelgericht beschouwd; en (4) Het uitdrukken van emoties en het delen van affect worden benadrukt. Hierbij worden strategieën ingezet als co-regulatie van emoties (afstemmen van de eigen emoties op het kind); "joining" (aansluiten bij aandachtsfocus van het kind in plaats van deze te heroriënteren); het aanmoedigen van wederkerigheid bij het kind; het ondersteunen van

onafhankelijk denken bij het kind (niet overnemen maar hints en voldoende tijd geven); en het uitdrukken van plezier in het samenzijn met het kind (Casenhiser et al., 2013).

Een laatste aspect dat onder het element ouder-kind interactie valt is dat van hechting. Rutgers, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, en Berckelaer-Onnes (2004) voerden een meta-analyse uit over hechting en ASS. Ze concluderen dat kinderen met ASS, ondanks hun veelvuldige problemen in de sociale interactie, signalen kunnen vertonen van veilige hechting. Deze signalen zien er bij kinderen met ASS echter niet helemaal hetzelfde uit als bij TO-kinderen. Zo zoeken en onderhouden ze minder contact met hun moeder, maar gaan ze na separatie wel duidelijk de nabijheid van hun moeder zoeken en verkiezen ze de aanwezigheid van hun moeder boven die van een vreemde. Ook Rutgers en collega's (2007) geven aan dat het "secure-base behaviour" van kinderen met ASS er anders kan uitzien, en dat de ontwikkeling ervan vermoedelijk vertraagd is in deze doelgroep. Kinderen met ASS en hun ouders hebben meer tijd (en meer expliciete inspanning) nodig om een voorspelbaar en goed afgestemd patroon te ontwikkelen. Opvallend is ook dat de sensitiviteit van ouders, die bij TO-kinderen een predictor is van veilige hechting, hier bij kinderen met ASS niet mee samenhangt. De reden hiervoor is tot hiertoe onduidelijk (Hudry et al., 2013; Rutgers et al., 2007). Ondanks deze verschillen en moeilijkheden komt uit de meta-analyse van Rutgers en collega's (2004) naar voor dat 53% van de kinderen met ASS veilig gehecht is.

BIJLAGE E: OVERZICHTSTABEL PROBLEEMFACTOREN UIT HET PRAKTIJKMODEL ONDER ELEMENTEN THEORETISCH MODEL

Overzicht probleemfactoren per element	
Element	Probleemfactoren onder dit element
Element 1: Conatief ouder (opvoedingsdoelen)	* Factor 10. "Ouders staan voor een grote opvoedopgave, ze missen kennis en vaardigheden voor opvoeding van hun speciale kind" → Afsplitsing "Grote opvoedopgave: blokkade doelen en verwachtingen voor gewoon kind" * Factor 13. "Maatschappelijke verwachtingspatronen"
Element 2: Conatief kind (zelfverwerkelijking)	* Factor "4. Moeilijkheden met contact (o.a. wederkerigheid)" * Factor "5. Moeilijkheden met communiceren" * Factor "9. Het kind mist vaardigheden om zichzelf aan te sturen"
Element 3: Cognitief ouder (opvoedingscognities)	* Factor 10. "Ouders staan voor grote opvoedopgave, ze missen kennis en vaardigheden voor de opvoeding van hun speciale kind" * Factor 12. "Stress ouders"
Element 4: Cognitief kind (kennen en weten)	* Factor 1. "Verstoorde prikkelverwerking" * Factor 2. "Verstoorde ontwikkeling" * Factor 9. "Kind mist vaardigheden om zichzelf aan te sturen"
Element 5: Affectief ouder (opvoedingsbelevingen)	* Factor 12. "Stress ouders"
Element 6: Affectief kind	* Factor 3. "Stress kind" * Factor 8. "Angst kind" * Factor 1. "Verstoorde prikkelverwerking" * Factor 5. "Moeilijkheden met communiceren"
Element 7: Opvoedingsgedrag ouder	* Factor 7. "Problematisch gedrag en button-pushing" * Factor 10. "Ouders staan voor een grote opvoedopgave, ze missen kennis en vaardigheden voor de opvoeding van hun speciale kind" * Factor 12. "Stress ouders"
Element 8: Gedrag kind (ontwikkeling)	* Factor 1. "Verstoorde prikkelverwerking" * Factor 2. "Verstoorde ontwikkeling" * Factor 4. "Moeilijkheden met contact (o.a. wederkerigheid)" * Factor 5. "Moeilijkheden met communiceren" * Factor 6. "Ismes" * Factor 9. "Kind mist vaardigheden om zichzelf aan te sturen" * Factor 7. "Problematisch gedrag en "button-pushing"
Element 9: Ouder-Kind interactie	* Factor 4. "Moeilijkheden met contact (o.a. wederkerigheid)" * Factor 5. "Moeilijkheden met communiceren" * Factor 6. "Ismes" * Factor 11. "Voldoende liefde maar gebrek aan handvatten voor opbouw relatie"

BIJLAGE F: OVERZICHTSTABEL VAN DIMENSIES EN CSL-WERKWIJZEN PER ELEMENT UIT HET THEORETISCH MODEL

Overzicht elementen en hieraan gekoppelde dimensies en werkwijzen op basis van literatuurstudie		
Element	Dimensies die element beïnvloeden	CSL-werkwijzen die inspelen op deze dimensies
Element 1: Conatief ouder (opvoedingsdoelen)	5. Omgaan met oordelen & 6. Geloof in kind & 10. Verwachtingen t.a.v. kind & 11. Zekerheid in ouderrol	* Werkwijze A(O) . Aanbieden van kennis en inzichten over: b. Attitudes en overtuigingen (van ouders maar ook van de omgeving), en hun impact op het handelen” e. Verwachtingen en doelen (belang van het “niet nodig hebben” dat doelen worden bereikt)
	12. Begrip & 16. Kennis	* Werkwijze A(O) . Aanbieden van kennis en inzichten over: a. De problematiek, ontwikkeling, gevoeligheden, uitdagingen en leefwereld van het kind met ASS c. Moeilijk te begrijpen gedrag van kind met ASS
	18. Attitude	* Werkwijzen: → Werkwijze A(O) . Aanbieden van kennis en inzichten over: b. Attitudes en overtuigingen (van ouders en van de omgeving), en hun impact op het handelen) → Werkwijze B(O) . Training op vlak van houdingsbewustzijn
	19. Ontwikkeling stimuleren	* Werkwijzen: → Werkwijze A(O) . Het aanbieden van kennis en inzichten over: a. De problematiek, ontwikkeling, gevoeligheden, uitdagingen en leefwereld van het kind met ASS → Werkwijze D(O) . Aanleren van concrete vaardigheden: d. Om de ontwikkeling van het kind stimuleren doorheen techniek contactgericht leren (doelen opstellen, vertrekken vanuit motivaties en interesses kind, enz.) → Werkwijze E(O) . Praktische ondersteuning: a. Bij opstellen werkplan (korte- en lange termijn doelen, strategieën, enz.)
	14. Prognose door diagnosticus	* Is omschreven als “niet beïnvloedbaar door interventie” → wordt niet op ingewerkt
Element 2: Conatief kind (zelfverwerkelijking)	1. Zelfbeeld kind & 3. Emotioneel welbevinden kind	* Totaalpakket van de speelkamer als veilige, afgestemde omgeving
	9. Aanpak kind	* Werkwijze B(K) . Ouder/speler die in houding en gedrag volledig afstemt op kind.

Element	Dimensies die element beïnvloeden	CSL-werkwijzen die inspelen op deze dimensies
Element 2 (vervolg):	17. Contact	* Werkwijze D(K) . Sociale contacten in de speelkamer.
	2. Leren kind & 19. Ontwikkeling stimuleren	* Werkwijze C(K) Leer- en ontwikkelingskansen (uitnodiging tot leren).
Element 3: Cognitief ouder (opvoedingscognities)	4. Netwerk & 13. Professionele ondersteuning/zorg	* Werkwijze A(O) . Het aanbieden van kennis en inzichten over: f. Het belang van zelfzorg en steun voor ouders
	14. Prognose door diagnosticus	* Is omschreven als “niet beïnvloedbaar door interventie” → wordt niet op ingewerkt
	8. Emotionele draagkracht ouders	* Werkwijze A(O) . Het aanbieden van kennis en inzichten over: d. Emoties en het belang van emotionele ontlading f. Het belang van zelfzorg en steun voor ouders
	11. Zekerheid in ouderrol	* Totaalpakket van cursus (vergroten van kennis, begrip en vaardigheden) & Bejegening doorheen cursus (Inzetten op kracht en empowerment ouders)
	12. Begrip & 16. Kennis	* Werkwijzen: → Werkwijze A(O) . Aanbieden van kennis en inzichten over: a. De problematiek, ontwikkeling, gevoeligheden, uitdagingen en leefwereld van het kind met ASS c. Moeilijk te begrijpen gedrag van kind met ASS → Werkwijze D(O) . Aanleren van concrete vaardigheden: b. Voor het analyseren van situaties met moeilijk te begrijpen gedrag.
	19. Ontwikkeling stimuleren	* Werkwijze volledig idem zoals uitgewerkt voor deze dimensie onder Element 1
Element 4: Cognitief kind (kennen en weten)	2. Leren kind & 19. Ontwikkeling stimuleren	* Werkwijze C(K) Leer- en ontwikkelingskansen (uitnodiging tot leren).
	12. Begrip & 16. Kennis	* Werkwijze volledig idem zoals uitgewerkt voor deze dimensies onder Element 1
	15. Sensorische balans	* Wordt niet op ingewerkt . <i>In de focusgroepen is aangegeven dat dit wel kan (doordat ouders bv. elementen van interventies gericht op sensorische informatieverwerkingsproblemen opnemen in het programma), maar dit is geen standaard aspect. Ouders leren zich wel afstemmen op de sensorische noden van het kind, maar concreet inwerken op de vaardigheden van het kind om zijn/haar sensorische verwerking te reguleren is een ander gegeven.</i>

<u>Element</u>	<u>Dimensies die element beïnvloeden</u>	<u>CSL-werkwijzen die inspelen op deze dimensies</u>
Element 4 (vervolg):	17. Contact	* Werkwijzen: → Werkwijze C(O) . Het aanbieden van concrete handvatten/werkwijzen om met het kind in contact te treden → Werkwijze D(K) . Sociale contacten in de speelkamer.
	18. Attitude	* Werkwijzen: → Werkwijze A(K) . De speelkamer als optimale speel- en leeromgeving. → Werkwijze B(K) . Ouder/speler die in houding en gedrag volledig afstemt op kind.
Element 5: Affectief ouder (opvoedingsbelevingen)	4. Netwerk & 13. Professionele ondersteuning/zorg	* Werkwijze A(O) . Het aanbieden van kennis en inzichten over: f. Het belang van zelfzorg en steun voor ouders
	10. Verwachtingen t.a.v. kind	* Werkwijze volledig idem zoals uitgewerkt voor deze dimensie onder Element 1
	17. Contact	* Werkwijze C(O) . Het aanbieden van concrete handvatten/werkwijzen om met het kind in contact te treden
	18. Attitude	* Werkwijze volledig idem zoals uitgewerkt voor deze dimensie onder Element 1
	19. Ontwikkeling stimuleren	* Werkwijze D(O) . Aanleren van concrete vaardigheden: d. Om de ontwikkeling van het kind stimuleren doorheen techniek contactgericht leren (doelen opstellen, vertrekken vanuit motivaties en interesses kind, enz.)
Element 6: Affectief kind	1. Zelfbeeld kind & 3. Emotioneel welbevinden kind	* Totaalpakket van de speelkamer als veilige, afgestemde omgeving
	4. Netwerk	* Werkwijze D(K) . Sociale contacten in de speelkamer:
	12. Begrip & 16. Kennis	* Werkwijzen: → Werkwijze A(O) . Aanbieden van kennis en inzichten over: a. De problematiek, ontwikkeling, gevoeligheden, uitdagingen en leefwereld van het kind met ASS b. Attitudes en overtuigingen (van ouders maar ook van de omgeving), en hun impact op het handelen c. Moeilijk te begrijpen gedrag van kind met ASS d. Emoties en het belang van emotionele ontlading → Werkwijze D(O) . Aanleren van concrete vaardigheden: b. Voor het analyseren van situaties met moeilijk te begrijpen gedrag.

Element	Dimensies die element beïnvloeden	CSL-werkwijzen die inspelen op deze dimensies
Element 6 (vervolg):	17. Contact	* Werkwijze volledig idem zoals uitgewerkt voor deze dimensies onder Element 4
	18. Attitude	
	19. Ontwikkeling stimuleren	
	13. Professionele ondersteuning/zorg	* Er wordt niet ingewerkt op deze dimensie voor dit element.
	15. Sensorische balans	* Wordt niet op ingewerkt . (Zie toelichting bij Element 4)
Element 7: Opvoedingsgedrag ouder	7. Omgaan met ongewenst gedrag	* Werkwijzen: → Werkwijze A(O) . Aanbieden van kennis en inzichten over: a. De problematiek, ontwikkeling, gevoeligheden, uitdagingen en leefwereld van het kind met ASS c. Moeilijk te begrijpen gedrag van kind met ASS → Werkwijze D(O) . Aanleren van concrete vaardigheden: a. Voor het omgaan met moeilijk te begrijpen gedrag. b. Voor het analyseren van situaties met moeilijk te begrijpen gedrag.
	8. Emotionele draagkracht ouders	* Werkwijzen: → Werkwijze A(O) . Het aanbieden van kennis en inzichten over: d. Emoties en het belang van emotionele ontlading f. Het belang van zelfzorg en steun voor ouders → Werkwijze B(O) . Training op vlak van houdingsbewustzijn: b. Concrete manieren om de eigen houding en overtuigingen te onderzoeken (vanuit concrete situaties).
	9. Aanpak kind & 18. Attitude	* Werkwijzen: → Werkwijze A(O) . Aanbieden van kennis en inzichten over: b. Attitudes en overtuigingen (van ouders maar ook van de omgeving), en hun impact op het handelen e. Verwachtingen en doelen (belang van het “niet nodig te hebben” dat doelen worden bereikt) → Werkwijze B(O) . Training op vlak van houdingsbewustzijn → Werkwijze C(O) . Het aanbieden van concrete handvatten-werkwijzen om met het kind in contact te treden: a. Leren hoe af te stemmen op het kind (vanuit noden en perspectief kind)
	13. Professionele ondersteuning/zorg	* Totaalpakket van CSL als professionele ondersteuningsvorm .

<u>Element</u>	<u>Dimensies die element beïnvloeden</u>	<u>CSL-werkwijzen die inspelen op deze dimensies</u>
Element 7 (vervolg):	19. Ontwikkeling stimuleren	* Werkwijzen: → Werkwijze A(O). Het aanbieden van kennis en inzichten over: a. De problematiek, ontwikkeling, gevoeligheden, uitdagingen en leefwereld van het kind met ASS → Werkwijze D(O). Aanleren van concrete vaardigheden: d. Om de ontwikkeling van het kind stimuleren doorheen techniek contactgericht leren (doelen opstellen, vertrekken vanuit motivaties en interesses kind, enz.) → Werkwijze E(O). Praktische ondersteuning: a. Bij opstellen van werkplan (korte- en lange termijn doelen, strategieën, enz.) b. Bij de concrete organisatie van het speelprogramma (bv. speelkamer inrichten, planning opmaken,...).
Element 8: Gedrag kind (ontwikkeling)	2. Leren kind & 9. Aanpak kind & 19. Ontwikkeling stimuleren	* Werkwijzen: → Werkwijze A(O). Het aanbieden van kennis en inzichten over: a. De problematiek, ontwikkeling, gevoeligheden, uitdagingen en leefwereld van het kind met ASS → Werkwijze D(O). Aanleren van concrete vaardigheden: d. Om de ontwikkeling van het kind stimuleren doorheen techniek contactgericht leren (doelen opstellen, vertrekken vanuit motivaties en interesses kind, enz.) → Werkwijze E(O). Praktische ondersteuning: a. Bij opstellen werkplan (korte- en lange termijn doelen, strategieën, enz.) → Werkwijze C(K). Leer- en ontwikkelingskansen (uitnodiging tot leren).
	4. Netwerk	* Werkwijzen: → Werkwijze E(O). Praktische ondersteuning: c. Bij het werven van vrijwilligers (spelers) voor het speelprogramma → Werkwijze D(K). Sociale contacten in de speelkamer: b. Spelers die het netwerk van het kind vergroten
	12. Begrip & 16. Kennis	* Werkwijzen: → Werkwijze A(O). Aanbieden van kennis en inzichten over: a. De problematiek, ontwikkeling, gevoeligheden, uitdagingen en leefwereld van het kind met ASS b. Attitudes en overtuigingen (van ouders maar ook van de omgeving), en hun impact op het handelen c. Moeilijk te begrijpen gedrag van kind met ASS → Werkwijze D(O). Aanleren van concrete vaardigheden: b. Voor het analyseren van situaties met moeilijk te begrijpen gedrag.

Element	Dimensies die element beïnvloeden	CSL-werkwijzen die inspelen op deze dimensies
Element 8 (vervolg)	11. Zekerheid in ouderrol	* In zijn totaliteit stimuleert de CSL-methode ouders om een centrale rol op te nemen in het stimuleren van de ontwikkeling van hun kind.
	15. Sensorische balans	* Wordt niet op ingewerkt . (Zie toelichting bij Element 4)
	17. Contact	* Werkwijze volledig idem zoals uitgewerkt voor deze dimensies onder Element 4 en 6
	18. Attitude	
Element 9: Ouder-Kind interactie	9. Aanpak kind & 18. Attitude	* Werkwijzen: → Werkwijze A(K). De speelkamer als optimale speel- en leeromgeving → Werkwijze A(O). Aanbieden van kennis en inzichten over: b. Attitudes en overtuigingen (van ouders maar ook van de omgeving), en hun impact op het handelen e. Verwachtingen en doelen (belang van het “niet nodig te hebben” dat doelen worden bereikt) → Werkwijze B(K). Ouder/speler die in houding en gedrag volledig afstemt op kind. → Werkwijze B(O). Training op vlak van houdingsbewustzijn → Werkwijze C(O). Het aanbieden van concrete handvatten-werkwijzen om met het kind in contact te treden: a. Leren hoe af te stemmen op het kind (vanuit noden en perspectief kind)
	16. Kennis	* Werkwijze A(O). Aanbieden van kennis en inzichten over: a. De problematiek, ontwikkeling, gevoeligheden, uitdagingen en leefwereld van het kind met ASS
	17. Contact	* Werkwijzen: → Werkwijze C(O). Het aanbieden van concrete handvatten/werkwijzen om met het kind in contact te treden → Werkwijze B(K). Ouder/speler die in houding en gedrag volledig afstemt op kind. a. Leggen de controle bij het kind, wachten tot het kind initiatief neemt b. Participeren optimaal in activiteiten van het kind → Werkwijze D(K). Sociale contacten in de speelkamer.
	19. Ontwikkeling stimuleren, 2x beïnvloedende factor:	1. Werkwijze volledig idem zoals uitgewerkt voor deze dimensie onder Element 8 2. Werkwijze volledig idem zoals uitgewerkt voor Dimensie 17. Contact onder Element 8
	1. Ouder-kind interactie beïnvloed door ontwikkelingsniveau kind	
	2. En beïnvloed door stimuleren relatie-vaardigheden	

BIJLAGE G: OVERZICHTSTABEL VAN DIMENSIES VAN RISICO- EN PROTECTIEVE FACTOREN GEKOPPELD AAN ELEMENTEN EN CSL-WERKWIJZEN

Dimensies van risico- en protectieve factoren gekoppeld aan elementen waarop ze inspelen en CSL-werkwijzen waardoor ze beïnvloed kunnen worden		
Dimensie	Elementen beïnvloed door deze dimensie	CSL-werkwijzen die inspelen op deze dimensie
1. Zelfbeeld kind <i>RZ¹: Negatief zelfbeeld van het kind</i> <i>PZ¹: Positief zelfbeeld kind</i>	* Element 2: Conatief kind (zelfverwerkelijking) * Element 6: Affectief kind	* Totaalpakket van de speelkamer als veilige, afgestemde omgeving
2. Leren kind <i>RZ: Leren gaat moeizaam</i> <i>PZ: Kind leert vlot</i>	* Element 2: Conatief kind (zelfverwerkelijking) * Element 4: Cognitief kind (kennen en weten) * Element 8: Gedrag kind (ontwikkeling)	* Werkwijze C(K) Leer- en ontwikkelingskansen (uitnodiging tot leren).
3. Emotioneel welbevinden kind <i>RZ: Emotioneel welbevinden niet goed</i> <i>PZ: Emotioneel welbevinden goed</i>	* Element 2: Conatief kind (zelfverwerkelijking) * Element 6: Affectief kind	* Totaalpakket van de speelkamer als veilige, afgestemde omgeving
4. Netwerk <i>RZ: Isolement van ouders</i> <i>PZ: Uitgebreid sociaal netwerk van ouders en kind</i>	* Element 3: Cognitief ouder (opvoedingscognities) * Element 5: Affectief ouder (opvoedingsbelevingen) * Element 6: Affectief kind * Element 8: Gedrag kind (ontwikkeling)	* Werkwijze A(O) . Het aanbieden van kennis en inzichten over: f. Het belang van zelfzorg en steun voor ouders * Werkwijze D(K) . Sociale contacten in de speelkamer: * Werkwijzen: → Werkwijze E(O) . Praktische ondersteuning: c. Bij het werven van vrijwilligers (spelers) voor het speelprogramma → Werkwijze D(K) . Idem affectief kind ↑
5. Omgaan met oordelen <i>RZ: Reactie van ouders op oordelen van zichzelf en buitenaf</i> <i>PZ: Onvoorwaardelijk accepterende houding</i>	* Element 1: Conatief ouder (opvoedingsdoelen)	* Werkwijze A(O) . Aanbieden van kennis en inzichten over: b. Attitudes en overtuigingen (van ouders maar ook van de omgeving), en hun impact op het handelen” e. Verwachtingen en doelen (belang van het “niet nodig hebben” dat doelen worden bereikt)
6. Geloof in kind <i>RZ: Weinig/geen geloof in mogelijkheden kind</i> <i>PZ: Geloven in de mogelijkheden van het kind</i>	* Element 1: Conatief ouder (opvoedingsdoelen)	* Werkwijze A(O) . Aanbieden van kennis en inzichten over: b. Attitudes en overtuigingen (van ouders maar ook van de omgeving), en hun impact op het handelen e. Verwachtingen en doelen (belang van het “niet nodig hebben” dat doelen worden bereikt).

¹ RZ = Risico-Zijde, PZ = Protectieve Zijde

<u>Dimensie</u>	<u>Elementen beïnvloed door deze dimensie</u>	<u>CSL-werkwijzen die inspelen op deze dimensie</u>
7. Omgaan met ongewenst gedrag <i>RZ: Ouders bekrachtigen het ongewenste gedrag</i> <i>PZ: Ouders reageren gepast op ongewenst gedrag</i>	* Element 7: Opvoedingsgedrag ouder	* Werkwijzen: → Werkwijze A(O) . Aanbieden van kennis en inzichten over: a. De problematiek, ontwikkeling, gevoeligheden, uitdagingen en leefwereld van het kind met ASS c. Moeilijk te begrijpen gedrag van kind met ASS → Werkwijze D(O) . Aanleren van concrete vaardigheden: a. Voor het omgaan met moeilijk te begrijpen gedrag. b. Voor het analyseren van situaties met moeilijk te begrijpen gedrag.
8. Emotionele draagkracht ouders <i>RZ: Emotionele last van ouders (verwerking, zorgen)</i> <i>PZ: Grote emotionele draagkracht en ondersteuning</i>	* Element 3: Cognitief ouder (opvoedingscognities) * Element 7: Opvoedingsgedrag ouder	* Werkwijze A(O) . Het aanbieden van kennis en inzichten over: d. Emoties en het belang van emotionele ontlading f. Het belang van zelfzorg en steun voor ouders * Werkwijzen: → Werkwijze A(O) . Idem opvoedingscognities ↑ → Werkwijze B(O) . Training op vlak van houdingsbewustzijn: b. Concrete manieren om de eigen houding en overtuigingen te onderzoeken (vanuit concrete situaties).
9. Aanpak kind <i>RZ: Druk uitoefenen op het kind, willen forceren, directief benaderen</i> <i>PZ: Maatwerk</i>	* Element 2: Conatief kind (zelfverwerkelijking) * Element 7: Opvoedingsgedrag ouder * Element 8: Gedrag kind (ontwikkeling) * Element 9: Ouder-Kind interactie	* Werkwijze B(K) . Ouder/speler die in houding en gedrag volledig afstemt op kind. * Werkwijzen: → Werkwijze A(O) . Aanbieden van kennis en inzichten over: b. Attitudes en overtuigingen (van ouders maar ook van de omgeving), en hun impact op het handelen e. Verwachtingen en doelen (belang van het “niet nodig te hebben” dat doelen worden bereikt) → Werkwijze B(O) . Training op vlak van houdingsbewustzijn → Werkwijze C(O) . Het aanbieden van concrete handvatten-werkwijzen om met het kind in contact te treden: a. Leren hoe af te stemmen op het kind (vanuit noden en perspectief kind) * Werkwijze volledig idem zoals uitgewerkt voor Dimensie 19 “Ontwikkeling stimuleren” – Element 8: Gedrag kind Werkwijzen: → Werkwijze A(O) , B(O) , C(O) volledig idem opvoedingsgedrag → Werkwijze A(K) . De speelkamer als optimale speel- en leeromgeving → Werkwijze B(K) . Idem conatief kind ↑

<u>Dimensie</u>	<u>Elementen beïnvloed door deze dimensie</u>	<u>CSL-werkwijzen die inspelen op deze dimensie</u>
10. Verwachtingen t.a.v. kind <i>RZ: Verwachting ouders dat kind aan norm voldoet</i> <i>PZ: Onvoorwaardelijk accepterende houding</i>	* Element 1: Conatief ouder (opvoedingsdoelen) * Element 5: Affectief ouder (opvoedingsbelevingen)	* Werkwijze A(O) . Aanbieden van kennis en inzichten over: b. Attitudes en overtuigingen (van ouders maar ook van de omgeving), en hun impact op het handelen” e. Verwachtingen en doelen (belang van het “niet nodig hebben” dat doelen worden bereikt)
11. Zekerheid in ouderrol <i>RZ: Onzekerheid</i> <i>PZ: Kracht, competentie en deskundigheid ouders, nemen de leiding</i>	* Element 1: Conatief ouder (opvoedingsdoelen) * Element 3: Cognitief ouder (opvoedingscognities) * Element 8: Gedrag kind (ontwikkeling)	* Werkwijze A(O) . Aanbieden van kennis en inzichten over: b. Attitudes en overtuigingen (van ouders maar ook van de omgeving), en hun impact op het handelen e. Verwachtingen en doelen (belang van het “niet nodig hebben” dat doelen worden bereikt) * Totaalpakket van cursus (vergroten van kennis, begrip en vaardigheden) & Bejegening doorheen cursus (Inzetten op kracht en empowerment ouders) * In zijn totaliteit stimuleert de CSL-methode ouders om een centrale rol op te nemen in het stimuleren van de ontwikkeling van hun kind.
12. Begrip <i>RZ: Onbegrip ouders</i> <i>PZ:</i> <i>* Autisme van binnenuit begrijpen</i> <i>*Inzicht in en zoeken naar de mogelijke functie van ismen en problematisch gedrag</i> <i>*Het sensorische profiel van het kind opstellen</i>	* Element 1: Conatief ouder (opvoedingsdoelen) * Element 4: Cognitief kind (kennen en weten) * Element 3: Cognitief ouder (opvoedingscognities) * Element 6: Affectief kind	* Werkwijze A(O) . Aanbieden van kennis en inzichten over: a. De problematiek, ontwikkeling, gevoeligheden, uitdagingen en leefwereld van het kind met ASS c. Moeilijk te begrijpen gedrag van kind met ASS * Werkwijzen: → Werkwijze A(O) . Idem opvoedingsdoelen ↑ → Werkwijze D(O) . Aanleren van concrete vaardigheden: b. Voor het analyseren van situaties met moeilijk te begrijpen gedrag. * Werkwijzen: → Werkwijze A(O) . Aanbieden van kennis en inzichten over: a. De problematiek, ontwikkeling, gevoeligheden, uitdagingen en leefwereld van het kind met ASS b. Attitudes en overtuigingen (van ouders maar ook van de omgeving), en hun impact op het handelen c. Moeilijk te begrijpen gedrag van kind met ASS d. Emoties en het belang van emotionele ontlading → Werkwijze D(O) . Idem opvoedingscognities

<u>Dimensie</u>	<u>Elementen beïnvloed door deze dimensie</u>	<u>CSL-werkwijzen die inspelen op deze dimensie</u>
12. Begrip (vervolg)	* Element 8: Gedrag kind (ontwikkeling)	* Werkwijzen: → Werkwijze A(O) . Aanbieden van kennis en inzichten over: a. De problematiek, ontwikkeling, gevoeligheden, uitdagingen en leefwereld van het kind met ASS b. Attitudes en overtuigingen (van ouders maar ook van de omgeving), en hun impact op het handelen c. Moeilijk te begrijpen gedrag van kind met ASS → Werkwijze D(O) . Aanleren van concrete vaardigheden: b. Voor het analyseren van situaties met moeilijk te begrijpen gedrag.
13. Professionele ondersteuning/zorg <i>RZ: Onvoldoende ondersteuning door of samenwerking met de zorg</i> <i>PZ: Vrijwilligers/mensen uit de zorg die ouders vanuit erkenning en vertrouwen ondersteuning bieden</i>	* Element 3: Cognitief ouder (opvoedingscognities) * Element 5: Affectief ouder (opvoedingsbelevingen) * Element 6: Affectief kind * Element 7: Opvoedingsgedrag ouder	* Werkwijze A(O) . Het aanbieden van kennis en inzichten over: f. Het belang van zelfzorg en steun voor ouders * Er wordt niet ingewerkt op deze dimensie voor dit element. * Totaalpakket van CSL als professionele ondersteuningsvorm .
14. Prognose door diagnosticus <i>RZ: Negatieve prognose door diagnosticus</i> <i>PZ: Constructieve prognose</i>	* Element 1: Conatief ouder (opvoedingsdoelen) * Element 3: Cognitief ouder (opvoedingscognities)	* Is omschreven als “niet beïnvloedbaar door interventie” → wordt niet op ingewerkt
15. Sensorische balans <i>RZ: Kind kan/mag niet zoeken naar sensorisch balans</i> <i>PZ: Kind zoekt sensorische balans, rust in gedrag</i>	* Element 4: Cognitief kind (kennen en weten) * Element 6: Affectief kind * Element 8: Gedrag kind (ontwikkeling)	Wordt niet op ingewerkt . <i>In de focusgroepen is aangegeven dat dit wel kan (doordat ouders bv. elementen van interventies gericht op sensorische informatieverwerkingsproblemen opnemen in het programma), maar dit is geen standaard aspect. Ouders leren zich wel afstemmen op de sensorische noden van het kind, maar concreet inwerken op de vaardigheden van het kind om zijn/haar sensorische verwerking te reguleren is een ander gegeven.</i>
16. Kennis <i>RZ: Missen van kennis en inzicht over het kind</i> <i>PZ:</i> <i>*Intuïtieve kennis, begrip en deskundigheid van ouders over het eigen kind</i> <i>*Kennis, inzicht in de problematiek en specifieke noden van het kind</i>	* Element 1: Conatief ouder (opvoedingsdoelen) * Element 4: Cognitief kind (kennen en weten) * Element 3: Cognitief ouder (opvoedingscognities) * Element 6: Affectief kind	* Werkwijze A(O) . Aanbieden van kennis en inzichten over: a. De problematiek, ontwikkeling, gevoeligheden, uitdagingen en leefwereld van het kind met ASS c. Moeilijk te begrijpen gedrag van kind met ASS * Werkwijzen: → Werkwijze A(O) . Idem opvoedingsdoelen & cognitief kind ↑ → Werkwijze D(O) . Aanleren van concrete vaardigheden: b. Voor het analyseren van situaties met moeilijk te begrijpen gedrag. * Werkwijze volledig idem zoals uitgewerkt voor Dimensie 12 “Begrip” – Affectief kind

<u>Dimensie</u>	<u>Elementen beïnvloed door deze dimensie</u>	<u>CSL-werkwijzen die inspelen op deze dimensie</u>
16. Kennis (vervolg)	* Element 8: Gedrag kind (ontwikkeling) * Element 9: Ouder-Kind interactie	* Werkwijze volledig idem zoals uitgewerkt voor Dimensie 12 “Begrip” – Gedrag kind * Werkwijze A(O). Aanbieden van kennis en inzichten over: a. De problematiek, ontwikkeling, gevoeligheden, uitdagingen en leefwereld van het kind met ASS
17. Contact <i>RZ: Contact vermijden, niet in interactie treden, niet spelen met kind</i> <i>PZ:</i> <i>*Bewust werken aan contact</i> <i>*Spelen, speelse interactie, aandacht delen</i>	* Element 2: Conatief kind (zelfverwerkelijking) * Element 4: Cognitief kind (kennen en weten) * Element 6: Affectief kind * Element 8: Gedrag kind (ontwikkeling) * Element 5: Affectief ouder (opvoedingsbelevingen) * Element 9: Ouder-Kind interactie	* Werkwijze D(K). Sociale contacten in de speelkamer. * Werkwijzen: → Werkwijze C(O). Het aanbieden van concrete handvatten/werkwijzen om met het kind in contact te treden → Werkwijze D(K). Idem conatief kind ↑ * Werkwijze C(O). Het aanbieden van concrete handvatten/werkwijzen om met het kind in contact te treden * Werkwijzen: → Werkwijze C(O). Idem opvoedingsbelevingen ↑ → Werkwijze B(K). Ouder/speler die in houding en gedrag volledig afstemt op kind. a. Leggen de controle bij het kind, wachten tot het kind initiatief neemt b. Participeren optimaal in activiteiten van het kind → Werkwijze D(K). Idem conatief kind ↑
18. Attitude <i>RZ: Druk uitoefenen op het kind, willen forceren, directief benaderen</i> <i>PZ:</i> <i>*Afgestemde aanpak en omgeving (sensitief-responsief)</i> <i>*Onvoorwaardelijk accepterende houding</i>	* Element 1: Conatief ouder (opvoedingsdoelen) * Element 5: Affectief ouder (opvoedingsbelevingen) * Element 4: Cognitief kind (kennen en weten) * Element 6: Affectief kind * Element 8: Gedrag kind (ontwikkeling) * Element 7: Opvoedingsgedrag ouder * Element 9: Ouder-Kind interactie	* Werkwijzen: → Werkwijze A(O). Aanbieden van kennis en inzichten over: b. Attitudes en overtuigingen (van ouders en van de omgeving), en hun impact op het handelen) → Werkwijze B(O). Training op vlak van houdingsbewustzijn * Werkwijzen: → Werkwijze A(K). De speelkamer als optimale speel- en leeromgeving. → Werkwijze B(K). Ouder/speler die in houding en gedrag volledig afstemt op kind. * Werkwijze volledig idem zoals uitgewerkt voor Dimensie 9 “Aanpak kind” – opvoedingsgedrag ouder * Werkwijze volledig idem zoals uitgewerkt voor Dimensie 9 “Aanpak kind” – Ouder-Kind interactie

<u>Dimensie</u>	<u>Elementen beïnvloed door deze dimensie</u>	<u>CSL-werkwijzen die inspelen op deze dimensie</u>
19. Ontwikkeling stimuleren <i>RZ: Ondervraging of overvraging kind (gelinkt a. protocollaire doelen)</i> <i>PZ:</i> <i>*Stimuleren ontwikkeling (vanuit motivaties en verbinding)</i> <i>*Maatwerk</i>	* Element 1: Conatief ouder (opvoedingsdoelen) * Element 3: Cognitief ouder (opvoedingscognities) * Element 2: Conatief kind (zelfverwerkelijking) * Element 4: Cognitief kind (kennen en weten) * Element 6: Affectief kind * Element 5: Affectief ouder (opvoedingsbelevingen) * Element 7: Opvoedingsgedrag ouders * Element 8: Gedrag kind (ontwikkeling) * Element 9: Ouder-Kind interactie, 2x beïnvloedende factor: 1. Ouder-kind interactie beïnvloed door ontwikkelingsniveau kind 2. En beïnvloed door stimuleren relatie-vaardigheden	* Werkwijzen: → Werkwijze A(O). Het aanbieden van kennis en inzichten over: a. De problematiek, ontwikkeling, gevoeligheden, uitdagingen en leefwereld van het kind met ASS → Werkwijze D(O). Aanleren van concrete vaardigheden: d. Om de ontwikkeling van het kind stimuleren doorheen techniek contactgericht leren (doelen opstellen, vertrekken vanuit motivaties en interesses kind, enz.) → Werkwijze E(O). Praktische ondersteuning: a. Bij opstellen werkplan (korte- en lange termijn doelen, strategieën, enz.) * Werkwijze C(K). Leer- en ontwikkelingskansen (uitnodiging tot leren). * Werkwijze D(O). Idem opvoedingsdoelen & opvoedingscognities ↑ * Werkwijzen: → Werkwijzen A(O), D(O) idem opvoedingsdoelen & opvoedingscognities ↑ → Werkwijze E(O). Praktische ondersteuning: a. Bij opstellen van werkplan (korte- en lange termijn doelen, strategieën, enz.) b. Bij de concrete organisatie van het speelprogramma (bv. speelkamer inrichten, planning opmaken,...). * Werkwijzen: → Werkwijze A(O), D(O), E(O) idem opvoedingsdoelen & opvoedingscognities ↑ → Werkwijze C(K) idem conatief, cognitief, affectief kind ↑ 1. Werkwijze volledig idem gedrag kind ↑ 2. Werkwijze volledig idem zoals uitgewerkt voor Dimensie 17 “Contact” – Gedrag kind

BIJLAGE H: 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).

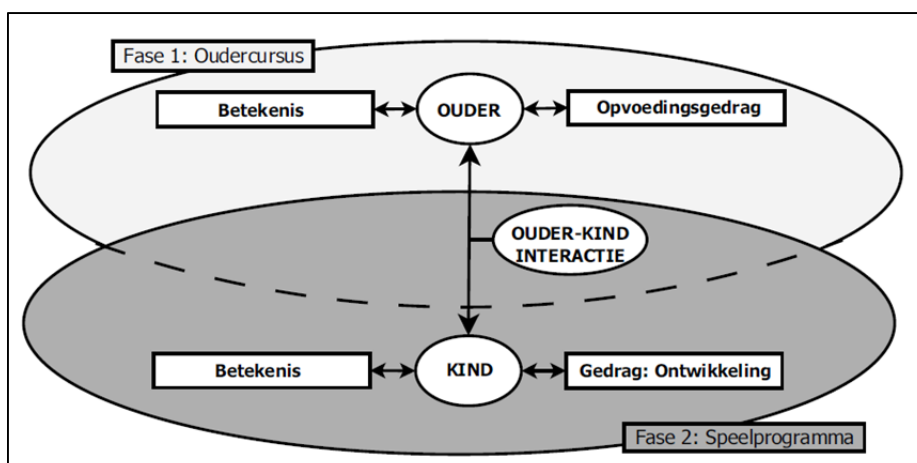
Naast de impact op het kind en de ouder is er ook een zware impact van ASS op de ouder-kind interactie. De specifieke problematiek van kinderen met ASS, en dan voornamelijk de beperkingen in sociale interactie en communicatie, maar ook repetitieve gedragingen en beperkte interesses, maakt het voor dyades 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 oudergeïmplementeerde 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 accepterend) 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 betekeniscomponent (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 “succesful 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 leerkansen (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 betekeniscomponent 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 leerkansen 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 moeilijkheden 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 moeilijkheden 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 leerkansen 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 vermijdend of stimuluszoekend gedrag) een rol spelen (Case-Smith et al., 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 leerkansen. 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 leerkansen).
 - 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 manier 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 ontwikkelingskansen. [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 getimedede 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 2⁵.

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 3⁵.

⁵ Deze figuren zijn opgenomen in de tekst van de masterproef (Figuur 9 en Figuur 10)

Bronvermelding interventietheorie

- 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 asocial-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.expoo.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. Kuncie (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 autismspectrumstoornissen 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.

