

ABC Psychologen Onze werkwijze uitgezet voor professionals

Visie

Elke kind kan leren, echter gaat de ontwikkeling soms niet helemaal vanzelf. Wij vinden dat elk kind recht heeft op leren en dit is dan ook wat wij met passie doen. Samen met ouders en eventueel andere betrokkenen kijken we naar de wensen, behoefte en mogelijkheden om de ontwikkeling van het kind zo goed mogelijk te stimuleren door het bieden van kind behandeling en ouderbegeleiding. Wij focussen met name op het jonge kind en het systeem die nog onvoldoende profiteert van een groepssetting (of uitvalt bij groepsbehandeling). Hierbij zijn aandacht, afstemming en plezier voor ons belangrijke pijlers.

Voordat we onze behandeling aanbieden, brengen wij in eerste instantie de ontwikkeling van het kind en zijn/haar omgeving (het systeem) goed in kaart op allerlei gebieden. Denk hierbij aan cognitieve ontwikkeling, taalontwikkeling, spelontwikkeling, zelfredzaamheid, als ook sociaal emotionele ontwikkeling, prikkelverwerking en de interactie tussen kind en ouders (of andere opvoeders). De laatste 3 vinden wij de basis om tot leren te komen en dus zeer belangrijk in de behandeling.

Gezien de afhankelijk van het jonge kind, is de directe (thuis) omgeving erg van belang voor de ontwikkeling; hierom nemen we zowel de thuissituatie mee als ook de ouder-kindrelatie. Ouderbegeleiding/ouderparticipatie is dan ook een verplicht onderdeel. We onderzoeken de functie van het gedrag van het kind (positief als negatief) en brengen we ook samen met ouders hun eigen krachten en behoeften in kaart. We weten uit onderzoek dat trauma negatief invloed kan hebben op de ontwikkeling. Daarnaast is deze kwetsbare doelgroep ook vatbaarder voor stress en eventueel trauma. Wij zijn ons bewust van de impact van trauma op de ontwikkeling en ouder-kind interactie waar door we dit standaard uitvragen en er eventuele behandeling op inzetten.

Voor de behandeling gericht op het kind passen wij (hoofdzakelijk) intensieve gedragstherapie toe, waarbij de wet van leren een basis is. We maken dan ook veel gebruik van conditionering. Hierdoor hoeven kinderen nog niet een bepaalde ontwikkelingsleeftijd te hebben om bv taal te begrijpen en leren ze door te doen, vanuit de motivatie. Bekrachtiging en beloning gebruiken we om gedragingen te stimuleren, vanuit de motivatie van het kind. Hierbij is intrinsieke motivatie van het kind en positiviteit een heel belangrijk onderdeel. Wij stimuleren de ontwikkeling zo maximaal mogelijk door de juiste vaardigheden, op het juiste moment, met juiste stappen en waar nodig passende hulp te stimuleren. Daarnaast is het van belang om dit met de juiste snelheid af te bouwen. Wij bieden deze therapie 1:1 aan, waarbij we in een groepssetting werken waar mogelijk. Hierbij werken we vanuit positiviteit en intrinsieke motivatie naar "leren leren is leuk". Om toe te werken naar een groepssetting, worden de kinderen gestimuleerd om onderling samen te spelen en te werken (waarbij elk hun eigen behandelaars hebben ter ondersteuning). Deze intensieve (1:1) therapie bouwen we zo snel mogelijk af met als doel uitstroom naar een groepssetting, waarbij een vorm van onderwijs voorliggend is.

Vroegtijdige behandeling is van belang om de ontwikkelingsachterstand (en eventuele gedragsproblemen) niet onnodig op te laten lopen. Bovendien is het jonge brein nog zeer plastisch en hierdoor sterk leerbaar. Op deze manier is hoe sneller, hoe korter de behandeling. Daarnaast merken wij dat wanneer een kind uitvalt op onderwijs, de zorg voorliggend wordt, waardoor het didactische aanbod (vrijwel) geheel komt te vervallen. Na behandeling heeft het kind regelmatig een -nog grotere- didactische achterstand opgelopen. Hierdoor wordt instroom al dan niet in een hogere groep complexer. Elk kind heeft recht op leren, en om bovenstaande redenen ligt onze focus op het bieden van vroegtijdige intensieve behandeling vanaf een leeftijd vanaf 2 jaar.

Belang van stimuleren van sociaal emotionele ontwikkeling

Zoals aangegeven zien wij vaak dat de prikkelverwerking iets anders verloopt dan bij sommige kinderen. Wij proberen om deze reden de prikkelverwerking goed in kaart te brengen om mede hierdoor het gedrag te kunnen begrijpen en lezen. Daarnaast vinden we de sociaal emotionele ontwikkeling een onderdeel die vanuit een ABA-programma onderbelicht is, ondanks dat dit een hele belangrijke vorm van ontwikkeling is om verder te kunnen ontwikkelen op allerlei gebieden. Vandaar dat wij de PRT pairing uitgebreid toepassen. PRT pairing is de eerste stap bij PRT waarin je goed naar het kind kijkt, het kind volgt en vanuit het volgen van deze motivatie en interesse aan te sluiten om vervolgens in contact te komen – en soms letterlijk in beeld te komen- bij het kind. Deze methode lijkt op Floorplay, waar we ook mee werken. Wanneer er interesse is, volgt er verbinding en zal er gedurende de behandeling meer contact zijn, meer gerichtheid op materialen, personen en omgeving en komt er ruimte voor gedeeld plezier (joint attention). Dit is zo belangrijk omdat joint attention echt een intrinsieke motivatie is om contact te maken. Deze juiste aansluiting is voor elk kind belangrijk, maar bij sommige kinderen lastiger dan bij andere kinderen. Omdat deze binding zo van belang is, nemen we ouders ook altijd mee in deze stappen (waarbij psycho-educatie en senso-responsiviteit een belangrijk onderdeel zijn) om de interactie te optimaliseren en sociaal

emotionele ontwikkeling onder andere hierdoor te stimuleren. Om goed aan te kunnen sluiten op het kind vanuit de naaste omgeving, zien wij steeds meer het belang van de ouders en andere direct betrokkenen. Vanuit o.a. de IMH-visie brengen wij de ouder-kindrelatie, als ook de herkomst van ouderlijk gedrag in kaart te brengen om met elkaar te begrijpen wat er gebeurt wat er gebeurt. Van hieruit bouwen we de gedragstherapie eventueel uit.

Belang van betrokken ouders

Het onvoldoende tot leren komen, kan allerlei oorzaken hebben. Het kan worden veroorzaakt door belemmeringen in de ontwikkeling (denk aan ASS), omgeving (trauma) en/of een combinatie hiervan. De interactie kan zowel positieve als negatieve invloed hebben op het gedrag. Omdat het (jonge) kind een zogenoemd “product is van de omgeving” en nog zeer afhankelijk van de omgeving, worden ouders en de ouder-kind interactie ook een belangrijk onderdeel van de behandeling. Dit is om bovenstaande reden dan ook een verplicht onderdeel. Met name in dit onderdeel maken we gebruik van de IMH-visie. IMH staat voor Infant Mental Health wat je kunt vertalen als mentale gezondheid van het jonge kind. Bij IMH worden invloeden van biologische factoren (genen), omgeving (opvoeding, omgeving) als de ouder-kindrelatie in kaart gebracht en meegenomen in adviezen. Ook hier maken we gebruik van de pijlers aandacht, afstemming en plezier. Juist op jonge leeftijd is de ouder-kindrelatie nog van belang omdat jonge kinderen nog erg afhankelijk zijn van ouders vanwege basisbehoefte (onderdak, eten, drinken) en anderzijds ook op emotioneel vlak. Een jong kind heeft een veilige volwassene nodig die kan helpen met reguleren (rustig worden), geborgenheid en emotionele veiligheid (om tot leren te kunnen komen).

Ouders zijn belangrijk, maar ook andere disciplines. Waar nodig stemmen we af met andere disciplines (logopedie, fysiotherapie, ergotherapie etc) om doelen te integreren of af te stemmen ten gunste van de behoeften van het kind. De ouders kennen het kind goed en deze ervaring wordt uiteraard gebruikt. Zij zijn betrokken en het programma wordt afgestemd op hun hulpvragen en wensen. Hieruit volgen doelen voor het kind, maar ook doelen voor de ouders.

Prikkelverwerking

Het stressniveau wisselt bij kinderen continu en in de loop van de dag. Er is een zone waarbinnen de stress te hanteren is en waarbij iemand optimaal functioneert, zogenoemde Window of Tolerance (Ogden & Minton, 2000). Wanneer de stressreactie binnen de window of tolerance blijft, werken het stressnetwerk en de rest van de hersenen en de organen optimaal. Bij sommige kinderen verloopt de prikkelverwerking anders en kan er sprake zijn van overprikkeling of onderprikkeling. Hierdoor is er ook meer kans op inalertheid of verhoogde kans op stress. De prikkelverwerking -welke bestaat uit stappen zoals waarnemen, filteren, organiseren en interpreteren- proberen wij zo goed mogelijk in kaart te brengen. Vervolgens kunnen we een kind met co-regulatie proberen zo goed mogelijk in de Window of Tolerance te laten komen en blijven om zo goed mogelijk tot leren te komen. Er is hierbij ook een zorgzame omgeving nodig. De window of Tolerance proberen we vervolgens eventueel te vergroten zodat er minder snel sprake is van onder- of overprikkeling.

Team

Wij werken met name met intensieve gedragstherapie. We maken gebruik van o.a. de ABA-principes, waarbij we met name Pivotal Response Treatment (PRT) pairing gebruiken voor het stimuleren van de sociaal emotionele ontwikkeling en PRT met name voor stimuleren en versterken van spel en taalvaardigheden (inclusief communicatieve randvoorwaarden). Dit is een methodiek om vanuit de motivatie van het kind vaardigheden aan te leren en te versterken. Voor meer informatie over ABA en de effectiviteit verwijzen we naar het kopje onderstaand wetenschappelijke informatie over ABA. De therapie is gebaseerd op de “wet van leren” en kan krachtig werken. Echter verkeerde uitvoering (zoals onvoldoende analyses, te snel of juist te late opbouw van stappen of afbouw hulp) kan negatief werken. Vandaar dat wij met goed opgeleide mensen werken, waarbij elk team bestaat uit een gevarieerd (multidisciplinair) team met minimaal een gedragswetenschapper (WO+), psycholoog/ orthopedagoog (WO) en RBT en PRT geschoolde collega's. Ons team heeft minimaal een HBO-opleiding in de zorg en/of onderwijs. Een deel heeft o.a. ervaring opgedaan op/geschoold in ACT, IMH, prikkelverwerking, BEER training, ouderinterventie (BPTG), trauma behandeling (EMDR en story Telling).

Aanbod

Wij bieden volgens onze visie meerdere programma's die zowel los als gecombineerd ingezet kunnen worden. Hierbij is onderzoek wel een voorwaarden voor meerdere behandelvormen.

- Onderzoek (gericht op kind, ouder-kind interactie en systemisch)
- Psycho-educatie
- BEER training
- PRT Pairing

- PRT behandeling
- ABA behandeling
- Schaduw programma
- Ouderbegeleiding (volgens principes IMH, systeemtherapie, gebruik van EFST, BPTG)
- Intensieve ambulante thuisbegeleiding (BPTG)
- Zindelijkheidsprogramma
- Traumabehandeling (EMDR, Story Telling, OKTT)
- Ouder-kind interventie (Floorplay, NIKA)

Daarnaast is het mogelijk om groepsaanbod voor ouders te bieden ten tijde van wachtlijst (elders)

- Groepsouderbegeleiding (EFST, PBTG)

Intensieve voorbereidende groep

In een 1:1 behandeling stimuleren wij de ontwikkeling van basisvaardigheden op allerlei gebieden. Echter is het stimuleren van sociale vaardigheden, omgang met meer prikkels en groepsvaardigheden gemakkelijker in een groepssetting. Meestal bestaan behandel- of onderwijsgroepen uit 8 of zelfs meer kinderen. In zo'n groep wordt een groter beroep gedaan op meerdere gebieden, zoals zelfstandig reguleren van emotie, gedrag en prikkels. Dit is voor deze kinderen snel te veel, waardoor deze overgang vaak te groot is. Daarnaast zijn de wachtlijsten voor een passende groep lang, waardoor stagnatie in de ontwikkeling op de loer ligt.

Om deze kinderen beter aan te laten sluiten op een reguliere behandel- of onderwijsgroep zijn wij bezig om een intensieve voorbereidende behandel-/onderwijsgroep (hierna aangeduid als Intensieve Voorbereidende Groep) als tussenvorm aan te bieden. Dit vanuit een bekende en veilige omgeving voor de kinderen en met een geleidelijke -en passende- afbouw in zorg.

In deze groep zal doorgaans met twee behandelaren op vier kinderen worden gewerkt. De focus ligt hierbij voornamelijk op het aanleren van sociaal emotionele- en groepsvaardigheden. Wanneer de kinderen tijdens de één op één behandeling voldoende basisvaardigheden hebben aangeleerd, zullen zij doorstromen naar onze intensieve voorbereidende groep om zo klaargestoomd te worden voor de overgang naar een groepssetting.

Wetenschappelijke informatie

Onze doelgroep zijn kinderen met ontwikkelingsachterstand en/of gedragsproblemen. Hierbij zien wij graag zo jong mogelijk kinderen, om zo een zo goed mogelijk uitstroomprofiel te kunnen bewerkstelligen. Zo zien we veelal kinderen met ADHD en/of ASS, maar ook kinderen met selectief mutisme, syndroom van Down of kinderen met kenmerken van (overgeneratieel) trauma. Daarnaast zien we vaak dat de ouder-kind interactie die soms zo van belang is, juist wat verstoord raakt of is geraakt.

Autisme spectrum stoornis (ASS)

Wij zien regelmatig kinderen met autisme spectrum stoornis. Autisme spectrum stoornissen (ASS) behoren tot één van de meest voorkomende ontwikkelingsstoornissen bij kinderen. ASS wordt door de DSM-5 gekenmerkt door beperkingen in de sociale interactie en communicatie en stereotype, beperkte patronen van gedrag, belangstelling en activiteiten (APA, 2013). Kinderen verschillen onderling sterk in hun kenmerken, de mate van beperkingen en bijkomende gedrags- en psychiatrische problematiek zoals agressie, angst, slaapproblemen, ADHD, en zelfverwondend gedrag (Huskens & Didden, 2015). Ongeveer de helft van mensen met ASS heeft ook een verstandelijke beperking (Gezondheidsraad, 2009; Huskens & Diddens, 2015). Bij kinderen met ASS kan er op diverse gebieden sprake zijn van een ontwikkelingsachterstand, waaronder imitatie, het opvolgen van instructie, taalgebruik en begrip, spel en zelfredzaamheid (Peters-Scheffer, Verschuur, Huskens, & Didden, 2014). Het is van belang om de behandeling en begeleiding van kinderen met ASS zo vroeg mogelijk in te zetten om deze kinderen de mogelijkheid te bieden om zo goed mogelijk deel te nemen aan de maatschappij (gezondheidsraad 2009).

Prikkelverwerking

Er is een zone waarbinnen de stress te hanteren is en waarbij iemand optimaal functioneert, zogenoemde Window of Tolerance (Ogden & Minton, 2000). Bij zeer lage stressniveaus (hypo-arousal) kan het kind niet adequaat reageren en is er kans op passiviteit. Hyper-arousal is wanneer het stressniveau te hoog is. Het stressnetwerk is dan zeer actief. Het kind dreigt door emoties overweldigd te raken, wordt angstig en het denken wordt hierdoor (automatisch) uitgeschakeld. Het emotionele brein neemt het dan over. Wanneer dit te veel en/of te lang aanhoudt, ontstaat er chronische stress en activeert het stressnetwerk langdurig. Dit soort stress veroorzaakt in meerdere of mindere mate een blijvende ontregeling van en zelfs schadelijke gevolgen voor verschillende hersenfuncties, zoals zelfregulatie, werkgeheugen en cognitieve functies (Vanneste, Y., et al. 2021).

Trauma

Traumatische ervaringen zijn gebeurtenissen die worden ervaren als bedreigend en kunnen significante effecten hebben op het functioneren. Enerzijds zijn er sterke aanwijzingen dat kinderen met een ontwikkelingsachterstand een verhoogd risico hebben op het meemaken van traumatische gebeurtenissen en ook vatbaarder zijn voor de nadelige effecten die een traumatische gebeurtenis kan hebben. Moeilijkheden op het gebied van communicatie, emotieregulatie, sensorische informatieverwerking, het begrijpen van context en sociale situaties lijken hier risicofactoren voor (Kerns & Berkowits, 2015). Anderzijds kan stress tijdens een zwangerschap (Kinney, Munir, Crowley & Miller, 2008) of een trauma in de vroege kindertijd ook zorgen voor een achterstand in de ontwikkeling, waaronder cognitieve, taal-, motorische en sociale vaardigheden (Van der Kolk, 2005; Went 2014).

In alle gevallen speelt de mate van het kunnen reguleren van de emoties een belangrijke rol. Zowel bij kinderen met een ontwikkelingsachterstand als tijdens de vroege kindertijd beschikken de kinderen vaak nog niet over voldoende vaardigheden om met de effecten van overmatige stress om te gaan. Er kan een vicieuze cirkel ontstaan: moeilijkheden in de emotieregulatie verhogen het risico op het ontwikkelen van traumatische stress, welke op hun beurt weer de moeilijkheden in de emotieregulatie kunnen verergeren (Turner, Finkelhor & Ormrod, 2010). Op het moment dat kinderen onvoldoende hun eigen emoties kunnen reguleren zijn ze afhankelijk van de beschikbaarheid en co-regulatievaardigheden van anderen (Went, 2014; White et al., 2014). Daarnaast beschikken veel kinderen met een algemene ontwikkelingsachterstand over onvoldoende verbale communicatieve vaardigheden. Het is dan lastig om, net als in de vroege kindertijd, emoties, behoeften en ervaringen met andere te delen (Levy et al., 2010). Ongenoegen wordt dan op andere manieren geuit, waarbij emotieregulatie ook weer een belangrijke rol speelt.

Bij de behandeling van kinderen met een ontwikkelingsachterstand is het belangrijk om uit te sluiten of er een traumatische ervaring ten grondslag ligt aan deze achterstand. In geval van trauma is het belangrijk om deze te behandelen. Tevens is het ook van belang om de emotieregulatie vaardigheden van kinderen met een ontwikkelingsachterstand te versterken, om zo beter te kunnen omgaan met stressvolle situaties. Wanneer het kinderen onvoldoende lukt om zichzelf te kunnen reguleren moet er ook gekeken worden naar de mate waarin het ouders lukt hun kinderen hierin te ondersteunen. Mochten ouders hier moeilijkheden in ervaren dan moet er gekeken worden hoe zij hierin ondersteund kunnen worden.

Ouder-Kind interactie

In de praktijk zien we vaak dat er moeilijkheden zijn in interactie tussen ouder en kind. Uit de literatuur komt naar voren dat deze moeilijkheden het resultaat zijn van een wisselwerking tussen ouder en kind. Zo kunnen vroege sociaal-emotionele tekortkomingen van een kind hun vermogen om deel te nemen aan sociale interacties met hun ouders beïnvloeden. Deze kinderen missen bijvoorbeeld het vermogen stabiele verwachtingen te vormen omdat het ze de reacties van ouders niet kunnen begrijpen (Rogers et al., 1991), zijn minder afhankelijk van benaderingen, maken minder oogcontact of reageren minder goed op de benadering van ouders (Doussard-Roosevelt, Joe, Bazhenova & Porges, 2003). Dit kan ertoe leiden dat ouders uiteindelijk ook minder responsief worden richting het kind (Meirsschaut, Warreyn & Roeyers, 2011), waardoor de sociaal-emotionele ontwikkeling weer minder gestimuleerd wordt. Tevens rapporteren ouders van kinderen met moeilijkheden in de ontwikkeling meer stress te ervaren en voelen zij lagere gevoelens van zelfredzaamheid en competentie als ouder (Davis & Carter, 2008; Meirsschaut, Warreyn & Roeyers, 2011). Daarnaast is het ook mogelijk dat ouders kampen met gevoelens van onverwerkt verlies (Janssen et al., 2002): wat zij hadden voorgesteld bij ouderschap komt niet overeen met de werkelijkheid. Deze factoren kunnen van invloed zijn op de kwaliteit van de ouder-kind interactie, met name op de sensitiviteit van de ouder naar het kind toe (Wijnroks, 2004). Deze moeilijkheden in de ouder-kind interactie kunnen implicaties hebben voor de ontwikkeling van het kind. Zo kunnen er moeilijkheden ontstaan in het emotionele, sociale en cognitieve functioneren (Scudder et al., 2019). Het is dan ook van belang om moeilijkheden in de ouder-kind interactie zo vroeg mogelijk te signaleren en ouders hierin te ondersteunen.

ABA

Applied Behavior Analysis (ABA) is een vorm van intensieve gedragstherapie. Hierbij worden de leerprincipes uit de experimentele gedragsanalyse toegepast in de praktijk. ABA-principes worden al meer dan vijftig jaar gebruikt om interventies voor kinderen met autisme spectrum stoornissen (ASS) te ontwikkelen. Helaas is ABA op dit moment slecht in het licht gekomen. Uiteraard is het goed om hier uitgebreid onderzoek naar te doen. Uit het onderzoek is met name naar voren gekomen dat goed opgeleide professionals nodig zijn voor het bieden van effectieve therapie en dat er gewerkt wordt met de nieuwste inzichten van ABA; hier sluiten wij ons (als mede lid van DABA) volledig bij aan. Deze bevindingen (zowel het onderzoek als visie vanuit DABA zijn te vinden op de website van DABA; www.daba.nl). Recent (november 2025) is er onderzoek door NJi gedaan over de inzet van ABA. Hieruit komt naar voren dat het niet schadelijk is. Wel is -uiteraard- zorgvuldigheid, ethiek en maatwerk belangrijk.

Bij kinderen met ASS is het lastig om de ontwikkeling in zijn geheel te stimuleren, omdat ze vaak op meerdere gebieden vastlopen. Door interventies aan te bieden die zich richten op verschillende vaardigheden, kunnen al deze vaardigheden worden getraind (Peters-Scheffer, Verschuur, Huskens, & Didden, 2014). Er bestaan meerdere begeleidingsvormen, die onderdeel kunnen zijn van een ABA programma die zich richten op deze vaardigheden, waaronder Discrete Trial Training (DTT) en Pivotal Response Treatment (PRT) (Huskens & Didden, 2015; Koegel & Koegel, 2012).

Bij DTT worden vaardigheden in kleine stapjes opgedeeld en gestructureerd. Technieken die worden toegepast binnen deze interventie zijn onder andere belonen en prompts (Odom et al., 2003). Prompts is het aanbieden van een stimulus (bijvoorbeeld iets voorzeggen of het geven van een instructie), die ervoor zorgt dat het kind het gewenste gedrag vertoont. Het uiteindelijke doel is dat het kind dit gedrag gaat laten zien, zonder dat het voorafgegaan wordt door de prompt (Ingvarsson & Hollobaugh, 2011). PRT is een benadering die zich in eerste instantie richt op de motivatie tot interactie. Over het algemeen nemen kinderen van nature van jongs af aan veel initiatieven om contact met anderen te maken, waardoor ze spelenderwijs allerlei soorten vaardigheden aanleren. Kinderen met autisme of ontwikkelingsproblematiek nemen dat initiatief in mindere mate of helemaal niet, waardoor ze belangrijke leermomenten missen. PRT richt zich op deze beperkte motivatie om zich tot anderen te richten. Door hierop te focussen, komen andere vaardigheden vanzelf ook tot ontwikkeling. Het gaat om de volgende vier kernvaardigheden: motivatie (tot interactie), sociaal initiatief nemen, het kunnen reageren op meerdere kenmerken en zelfmanagement (Huskens & Diddens, 2015; Koegel & Koegel, 2012).

Effectiviteit bij ASS en/of verstandelijke beperking

Uit meerdere onderzoeken komt naar voren dat kinderen met ASS na een jaar ABA een significante vooruitgang boeken op het gebied van gewenst gedrag (Bibby, Eikeseth, Martin, Mudford, & Reeves, 2002; Cohen, Amerine-Dickens, & Smith, 2006; Howard, Sparkman, Cohen, Green, & Stanislaw, 2005; Luiselli, Cannon, Ellis, 2000; Sallows & Gaupner 2005; Smith, Buch, & Gamby, 2002). Kinderen met ASS en/of verstandelijke beperking verbeteren verder in taal- spel-, en school-, sociale-, adaptieve-, en cognitieve vaardigheden na het toepassen van ABA (Luiselli et al., 2000; Peters-Scheffer et al., 2010; Peters-Scheffer, 2013; Peters-Scheffer, Verschuur, Huskens, & Didden, 2014). Naast het toenemen van gewenst gedrag en vaardigheden laat onderzoek ook een toename in ontwikkelingsleeftijd en IQ zien (Peters-Scheffer et al., 2010; Peters-Scheffer, 2013).

De Gezondheidsraad (2009) heeft de effectiviteit van 11 therapeutische interventies voor autisme onderzocht en ABA is het meest effectief gebleken met betrekking tot het verbeteren van cognitieve, communicatieve en sociale vaardigheden en ook het verminderen van probleemgedrag van kinderen met een ASS. Naast het toenemen van vaardigheden en gewenst gedrag, neemt ongewenst gedrag ook af na het toepassen van ABA-technieken (Bibby et al., 2001; Cohen et al., 2006; Howard et al., 2005; Luiselli et al., 2000; Sallows & Gaupner 2005; Smith et al., 2002). Zo rapporteren Sallows en Gaupner (2005) bijvoorbeeld een zeer sterke afname van ongewenst gedrag bij bijna de helft van hun participanten uit hun onderzoek.

Continuïteit & Optimalisering

De blijvende effecten van ABA voor jonge kinderen zijn gerelateerd aan onderliggende neurale mechanismen (Thompson, 2005). Onderzoek heeft aangetoond dat de ontwikkeling van hersensystemen gestuurd kan worden door middel van een gedragsinterventie, met name wanneer het kind nog jong is (Dawson & Zanolli, 2004). Daarom is het belangrijk om gedragstherapie zo vroeg mogelijk in te zetten (Huskens & Didden, 2015). Naast het vroeg inzetten van behandeling, is een hoge intensiteit van ABA ook aangeraden in vergelijking met een lage intensiteit van ABA voor betere resultaten (Huskens & Didden, 2015; Peters-Scheffer, 2013; Virués-Ortega, 2010). Ook in financieel opzicht zorgt een intensieve behandeling tot positieve uitkomsten. Peters-Scheffer (2012) heeft onderzoek gedaan naar de opbrengsten van ABA ten opzichte van de kosten. Een intensieve behandeling van ABA is duur, maar op de lange termijn bespaart het veel kosten, omdat het kind in zijn latere leven minder ondersteuning nodig heeft. Uit het onderzoek komt naar voren dat er op de lange termijn in totaal zo'n 1 miljoen (€1.103.067) bespaard wordt per persoon (levenslang). Het is van belang een goede continuïteit van de behandeling te waarborgen en deze niet vroegtijdig af te breken, vanwege het risico dat het kind blijft achterlopen in zijn of haar ontwikkeling, wat leidt tot meer moeilijkheden en kosten in de toekomst (BABC, 2014). Een vroegtijdige, intensieve behandeling van ABA leidt dus tot verbetering in sociaal functioneren, besparing in de kosten en het belangrijkste: het biedt deze kinderen de goede kansen op ontwikkeling en groei.

Kosten

Wij bieden specialistische behandeling aan in 1:1 vorm. Wij zijn bezig om -waar mogelijk- groepsouderinterventie op te zetten. Enerzijds om zorgen te uiten, ideeën te delen. Anderzijds om kosten te besparen. Het is een intensief en hiermee kostbare behandeling. Ondanks de hoge kosten is vanuit kosten-baten analyse gebleken dat de kosten op lange termijn minder zijn na inzet van intensieve behandeling in vergelijking zonder aanbod van intensieve behandeling volgens ABA methode. Voor meer informatie over behandelingen en kosten baten: zie het proefschrift van Nienke Peters-Scheffer (2013).

Literatuurlijst

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- BABC. (2014). *Applied Behavior Analysis treatment of Autism Spectrum Disorder: Practice Guidelines for healthcare funders and managers*. Opgehaald van Behavior Analyst Certification Board: https://www.bacb.com/wp-content/uploads/2017/09/ABA_Guidelines_for_ASD.pdf
- Bibby, P., Eikeseth, S., Martin, N.T., Mudford, O.C., & Reeves, D. (2002). Progress and outcomes for children with autism receiving parent-managed intensive interventions. *Research in developmental disabilities*, 23, 81-104.
- Cohen, H., Amerine-Dickens, M., & Smith, T. (2006). Early intensive behavioral treatment: Replication of the UCLA model in a community setting. *Development and behavioral pediatrics*, 27, S145-S155.
- Dawson, G., & Zanolli, K. (2004). Early intervention and brain plasticity in autism. *Autism: Neural basis and treatment possibilities*, 266-280.
- Doussard-Roosevelt, J. A., Joe, C. M., Bazhenova, O. V., & Porges, S. W. (2003). Mother-child interaction in autistic and nonautistic children: Characteristics of maternal approach behaviors and child social responses. *Development and Psychopathology*, 15(2), 277-295.
- Gezondheidsraad (2009). *Autismespectrumstoornissen: Een leven lang anders*. Den Haag.
- Huskens, B., & Didden, R. (2015). *Applied Behavior Analysis bij kinderen en adolescenten met autisme: Een inleiding voor ouders, begeleiders en leerkrachten*. Arnhem: CCD Uitgevers.
- Nederlands jeugdinstituut (2020, april 7). Opgehaald van <https://www.nji.nl/>.
- Howard, J. S., Sparkman, C. R., Cohen, H. G., Green, G., & Stanislaw, H. (2005). A comparison of intensive behavior analytic and eclectic treatments for young children with autism. *Research in developmental disabilities*, 26, 359 - 383.
- Ingvarsson, E. T. & Hollobaugh, T. (2011). A comparison of prompting tactics to establish intraverbals in children with autism. *Journal of applied behavior analysis*, 44(3), 659-664.
- Janssen, C.G.C., Schuengel, C. & Stolk, J. (2002). Understanding challenging behaviour in people with severe and profound intellectual disability: a stressattachment mode.
- Kerns, C. M., Newschaffer, C. J., & Berkowitz, S. J. (2015). Traumatic childhood events and autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 45, 3475-3486.
- Kinney, D. K., Munir, K. M., Crowley, D. J., & Miller, A. M. (2008). Prenatal stress and risk for autism. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32(8), 1519-1532.
- Koegel, R. L., & Kern Koegel, L. (2012). *Pivotal response treatment. Focus op motivatie en communicatie bij autisme*. Huizen: Uitgeverij Pica.
- Levy, S. E., Giarelli, E., Lee, L. C., Schieve, L. A., Kirby, R. S., Cunniff, C., et al. (2010). Autism spectrum disorder and cooccurring developmental, psychiatric, and medical conditions among children in multiple populations of the United States. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 31, 267-275.
- Luiselli, J.K., Cannon, B.M., Ellis, J.T., & Sisson, R.W. (2000). Home-based behavioural intervention for young children with autism/pervasive developmental disorder. *Autism*, 4, 426- 438.
- Meirsschaut, M., Warreyn, P., & Roeyers, H. (2011). What is the impact of autism on mother-Child interactions within families with a child with autism spectrum disorder? *Autism*

- Research, 4(5), 358–367. <http://doi.org/10.1002/aur.217>.
- Odom, S. L., Brown, W. H., Frey, T., Karasu, N., Smith-Canter L. L. & Strain P. S. 64 (2003). Evidence-based practices for young children with autism: Contributions for single-subject design research. *Focus on autism and other developmental disabilities*, 18(3), 166-175.
- Ogden, P., & Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy: one method for processing traumatic memory. *Traumatology*, 3(3), 149-173. <https://doi.org/10.1177/153476560000600302>
- Peters-Scheffer, N., Didden, R., Korzilius, H., Matson, J. (2012). Cost comparison of early intensive behavioral intervention and treatment as usual for children with autism spectrum disorder in the Netherlands. *Research in developmental disabilities*, 33, 1763-1772. doi:10.1016/j.ridd.2012.04.006
- Peters-Scheffer, N.C. (2013). *Fostering development in young children with autism spectrum disorders and intellectual disability: A center-based discrete trial approach* (Proefschrift). Opghaald van <https://abacentrum.nl/wp-content/uploads/sites/11/2017/09/Fostering-development-in-young-children-with-autism.pdf>
- Peters-Scheffer, N.C., Didden, R., Mulders, M., & Korzilius, H. (2010). Low intensity behavioral treatment supplementing preschool services for young children with autism spectrum disorders and severe to mild intellectual disability. *Research in developmental disabilities*, 31(6), 1678–1684. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.04.008>
- Peters-Scheffer, N. C., Verschuur, R., Huskens, B. E., & Didden, R. (2014). Applied Behavior Analysis bij kinderen met autisme spectrum stoornissen en/of verstandelijk beperking. In P. Goudena, R. de Groot, & J. Janssens, *Orthopedagogiek: State of the art* (pp. 133-141). Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Sallows, G. O., & Graupner, T. D. (2005). Intensive behavioral treatment for children with autism: Four-year outcome and predictors. *American journal on mental retardation*, 110, 417–438.
- Scudder, A., Wong, C., Ober, N., Hoffman, M., Toscolani, J., & Handen, B. L. (2019). Parent–Child interaction therapy (PCIT) in young children with autism spectrum disorder. *Child & Family Behavior Therapy*, 41(4), 201–220. <https://doi.org/10.1080/07317107.2019.1659542>.
- Thompson, T. (2005). Paul, E., Meehl and B. F. Skinner: Autitaxia, autitypy, and autism, *Behavior and philosophy*, 33, 101-131.
- Turner, H. A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2010). Poly-victimization in a national sample of Children and youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 38, 323–330. doi:10.1016/j.amepre.2009.11.012.
- Smith, T., Buch, G.A., & Gamby, T. E. (2002). Parent-directed, intensive early behaviour treatment for children with pervasive developmental disorder. *American journal on mental retardation*, 105, 269-285.
- Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental. *Psychiatric annals*, 35(5), 401.
- Van der Sluis, C. M., van Steensel, F. J., & Bögels, S. M. (2015). Parenting and children’s Internalizing symptoms: How important are parents?. *Journal of child and family studies*, 24, 3652-3661.
- Vanneste, Y., Wessels, E.J., van den Haak, L., Frans Pijpers, F., & Feron, F. (2021). Stress bij kinderen: zo houden we het gezond; Hoe chronische stress tijdens het opgroeien de gezondheid negatief beïnvloedt en wat er kan worden gedaan om dit te voorkomen – een biologisch perspectief. *Tijdschrift Kinder- en Jeugdpsychotherapie* , 48, 2.

- Virues-Ortega, J. (2010). Applied behavior analytic intervention for autism in early childhood: Meta- analysis, meta-regression and dose-response meta-analysis of multiple outcomes. *Clinical psychology review*, 30(4), 387-399.
- Went, M, A, T. (2014). Ouder-kind-trauma-therapie: Een geïntegreerde psychotherapeutische behandeling met EMDR voor kinderen met preverbaal trauma. *GZ-psychologie*, 40(6), 18-24.
- White, S. W., Mazefsky, C. A., Dichter, G. S., Chiu, P. H., Richey, J. A., & Ollendick, T. H. (2014). Social cognitive, physiological and neural mechanisms underlying emotion regulation impairments: Understanding anxiety in autism spectrum disorder. *International Journal of Developmental Neuroscience*, 39, 22–36.
- Wijnroks, L. (2004). Hechting bij kinderen met een autistische stoornis en een verstandelijke handicap. *Kind & Adolescent Praktijk*, 3, 39-47.