



FLOORPLAY

De 'kracht' van ouders in de behandeling



Auteurs:
Judith Hoevenaars, Natasja van Kollenburg
en Petra van Alphen

Koninklijke
Kentalis

Samen sterk in communicatie

© Juli 2016, Koninklijke Kentalis, Sint-Michielsgestel

Alle rechten voorbehouden: niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Kentalis.

T 073 558 81 11 - TT 073 558 84 40
www.kentalis.nl
KvK 41055843

Theestraat 42
5271 GD Sint-Michelsgestel
Postbus 7
5270 BA Sint-Michelsgestel

FLOORPLAY

De 'kracht' van ouders in de behandeling

Datum 27 mei 2016 © Kentalis

Kenmerk

Versie 4

Auteur Judith Hoevenaars, Natasja van Kollenburg & Petra van Alphen

T 073 558 8330

E j.hoevenaars@kentalis.nl

Inhoud

<i>Voorwoord</i>	3
Samenvatting.....	4
<i>1 Inleiding</i>	5
1.1 Theoretische achtergrond en probleemstelling	5
1.2 Vraagstellingen	10
1.3 Beschrijving onderzoeksopzet en resultaten.....	12
1.4 Instrumenten	12
<i>2 Onderzoeksopzet Vroegbehandelingsgroep</i>	13
2.1 Proefpersonen	13
2.2 Interventie: FloorPlay	14
2.3 Analyses.....	15
<i>3 Resultaten Vroegbehandelingsgroep</i>	15
<i>4 Onderzoeksopzet ambulante groep</i>	19
4.1 Proefpersonen	19
4.2 Interventie: FloorPlay	20
4.3 Analyses.....	21
<i>5 Resultaten Ambulante groep</i>	21
<i>6 Discussie en Conclusie</i>	25
6.1 Discussie	25
6.2 Conclusie en aanbevelingen	27
6.3 Aanbevelingen scholing FloorPlay binnen Zorgprogrammering Vroegbehandeling TOS.....	28
Bijlage 1	30
Bijlage 2.....	34
Bijlage 3.....	35
Literatuurlijst	38

Voorwoord

Het rapport dat voor u ligt, is het resultaat van een pilot-effectstudie naar de effecten van FloorPlay binnen Kentalis. De studie begon in 2013 tijdens het voortraject in het aanvragen van een voucher. Lianne Vermeulen heeft mij hier bijgestaan en wist de juiste mensen te vinden om een start te maken FloorPlay te implementeren binnen Kentalis. Na toekenning van de voucher voor dit traject, Na toekenning van de voucher voor dit traject, onder leiding van Petra van Alphen vanuit de Kentalis Academie, kon er een start gemaakt worden met verzamelen van gegevens.

Tijdens het voortraject lieten collega's in regio West weten dat zij graag wilden deelnemen aan het voucherproject als experimentele groep. Hierbij wil ik dan ook de collega's in Goes, Rotterdam, Zoetermeer en Rijswijk bedanken. Zij hebben het mogelijk gemaakt dat FloorPlay handen en voeten heeft gekregen binnen de Vroegbehandeling.

Bij de ambulante trajecten heb ik mogen samenwerken met Natasja van Kollenburg. Daarnaast heeft zij meegeschreven met de rapportage die voor u ligt. Bedankt Natasja! Ook Ineke Verbunt, werkzaam in Eindhoven, heeft een belangrijke rol gespeeld in het verzamelen van gegevens, en wel de controlegroep. Zij was degene die erop uit ging en video-opnames op de verschillende vroegbehandelingslocaties maakten.

Judith Hoevenaars

April 2016, Sint-Michielsgestel

Deze effectstudie is tot stand gekomen door: Judith Hoevenaars, Natasja van Kollenburg, Petra van Alphen, Ineke Verbunt, Elfri Stoop, Roos Bruin, Carolina Dubbeldam, Yvonne Frankhuizen, Annemieke Levoleger.

Samenvatting

Probleemstelling. De taal en communicatie van het jonge kind ontwikkelt zich met name in de interactie met de ouders/verzorgers. Bij kinderen met een taalontwikkelingsstoornis (TOS) verloopt deze interactie minder vanzelfsprekend. Als gevolg hiervan kunnen sociale, emotionele of gedragsproblemen ontstaan of in stand worden gehouden en kunnen taalproblemen mogelijk verergeren. **Doel.** Nagaan wat de effecten van FloorPlay zijn op de sociaal-emotionele en communicatieve ontwikkeling van kinderen met TOS die ambulante (FloorPlay in de thuissituatie) of binnen een Vroegbehandelingsgroep worden behandeld met FloorPlay. Bij FloorPlay staat de ouder-kind interactie centraal en worden ouders sterker gemaakt in het sensitief afstemmen op het ontwikkelingsniveau van het kind. **Methode.** Om de effecten van FloorPlay binnen de Vroegbehandelingsgroep te meten, is gewerkt met een experimentele groep van zes peuters met TOS die gedurende zes maanden FloorPlay binnen de 4-daagse vroegbehandeling aangeboden kregen en een controlegroep van zes peuters met TOS die geen FloorPlay binnen de 4-daagse vroegbehandeling aangeboden kregen. De ouders van de experimentele groep werden maandelijks op Kentalis begeleid in het toepassen van de FloorPlay-principes in interactie met hun kind. Daarbij werd gebruik gemaakt van coaching, modeling en videofeedback. Daarnaast pasten de pedagogisch behandelaars op de groep de FloorPlay-principes toe. De ambulante onderzoeksgroep bestond uit zes peuters met (een vermoeden van) TOS en hun ouders. Er was geen controlegroep. Het ambulante FloorPlay-traject vond voornamelijk plaats in een spelkamer van Kentalis en bestond uit 15 sessies over een gemiddelde periode van zes maanden. Minimaal één FloorPlay-sessie vond bij ouders thuis plaats. Tijdens de FloorPlay-sessies begeleidde de FloorPlay-behandelaar de ouder om tijdens speelse interactie met zijn/haar kind de FloorPlay-principes toe te passen. Daarbij werd gebruik gemaakt van coaching, modeling en videofeedback. **Resultaten.** Na zes maanden behandeling binnen een Vroegbehandelingsgroep met FloorPlay laten de kinderen een significante vooruitgang zien in hun sociaal-emotionele en communicatieve ontwikkeling (gemeten met de FEAS). Ook de ouders van deze kinderen laten een significante vooruitgang zien in de mate waarin zij afstemmen op de ontwikkeling van hun kind. Bij de kinderen en ouders die binnen de Vroegbehandeling geen FloorPlay hebben gehad is geen significante vooruitgang op deze gebieden te zien. De kinderen die met het ambulante FloorPlay-traject behandeld zijn laten eveneens een significante groei in hun sociaal-emotionele ontwikkeling zien, en hun ouders blijken beter in staat te zijn de ontwikkeling van hun kind op de verschillende mijlpalen te ondersteunen en te stimuleren. Ouders zijn positief over de wijze waarop ze binnen FloorPlay worden begeleid en geven vrijwel allemaal aan dat de communicatie van hun kind verbeterd is. Zij beoordelen de FloorPlay-behandeling met een gemiddeld rapportcijfer van 8,7. **Conclusie.** FloorPlay zet de ouders in hun kracht om de sociaal-emotionele en communicatieve ontwikkeling van het kind te stimuleren. Uit dit onderzoek blijkt dat jonge kinderen met TOS hier ook van kunnen profiteren en na behandeling met FloorPlay (zowel als ambulante hulpvorm als binnen de Vroegbehandelingsgroep) groeien in hun sociaal-emotionele en communicatieve ontwikkeling. Hoewel we op basis van deze kleine onderzoeksgroepen (n=6) geen betrouwbare uitspraken kunnen doen over de effectiviteit van FloorPlay, laten de resultaten van dit pilot onderzoek een positieve trend zien.

1 Inleiding

1.1 Theoretische achtergrond en probleemstelling

1.1.1 Ontwikkeling bij kinderen met specifieke taalstoornissen in transactioneel perspectief

Binnen de vroegbehandeling van Kentalis worden kinderen met een taalontwikkelingsstoornis (TOS) behandeld. De kinderen zijn in de leeftijd van 2 tot 5 jaar. De taal en communicatie van het jonge kind ontwikkelt zich met name in de interactie met de ouders/Verzorgers. Van belang is de ontwikkeling van het jonge kind met TOS dan ook te bekijken binnen de context van de relatie met de ouders/primaire verzorgers. Het is door deze relatie dat het kind de wereld gaat begrijpen, interacties met anderen aangaat en een gevoel van competentie en eigenwaarde ontwikkelt. Het op deze manier kijken naar de ontwikkeling van het jonge kind is de essentie van de Infant Mental Health visie (Rexwinkel, et al., 2011). De taalontwikkeling –die samenhangt met de ontwikkeling van het kind op sociaal-emotioneel en cognitief gebied- maakt onderdeel uit van dit geheel en is het resultaat van een transactioneel proces (Sameroff & Fiese, 2000). Het verloop van de ontwikkeling wordt niet bepaald door afzonderlijke kindfactoren of omgevingsfactoren, maar juist door de kwaliteit van het samenspel hiertussen. Er is sprake van een voortdurende wederzijdse beïnvloeding van kind en omgeving. Deze wederzijdse beïnvloeding hangt nauw samen met de betekenissen die een persoon aan zijn ervaringen geeft. Plezier in de interactie en communicatie is dan ook een belangrijke motor voor de ontwikkeling. De mate waarin ouders sensitief-responsief afstemmen op het kind is van groot belang voor de taalontwikkeling (Leigh, et. al, 2011). Ouders die sensitief zijn, zijn in staat om de signalen van hun kind op te vangen en op een juiste manier te interpreteren. Responsief verwijst naar alle verbale en niet-verbale reacties van ouders op de communicatieve pogingen van hun kind. Responsieve ouders stemmen hun handelen af op de signalen en mogelijkheden van hun kind.

Wanneer een kind een taalontwikkelingsstoornis (TOS) heeft verloopt de interactie tussen ouder en kind veelal minder vanzelfsprekend. Bij kinderen met TOS komt de interactie vaak niet goed op gang doordat het kind zich minder goed uit kan drukken en deze raakt veelal verder verstoord doordat ouders gaandeweg minder responsief worden en uiteindelijk minder betrokken zijn bij de verbale interacties met hun kind (Drenthen & Riksen-Walraven, 1997). De beïnvloeding is dus wederzijds: de taal van het kind ontwikkelt zich onder invloed van de interactie en communicatiestijl van de ouders, maar de taalproblemen van het kind roepen bij ouders vaak een andere communicatiestijl op (Baxendale & Hesketh, 2003). Het kind heeft slechts beperkte mogelijkheden om zich duidelijk maken. Het is voor ouders vaak lastig te begrijpen wat hun kind bedoelt. Ouders van kinderen met TOS nemen vaker een regulerende rol in de interactie door te vragen om verduidelijking, door gebrekkige taaluitingen van hun kind te corrigeren of door het kind meer te laten benoemen of nazeggen (Goorhuis-Brouwer, Nakken & van den Berg, 1996). Dit onderbreekt het natuurlijke verloop van de communicatie en werkt averechts op de spontane ouder-kind-interactie. Als gevolg hiervan kunnen de taalproblemen mogelijk verergeren; er ontstaat een vicieuze cirkel.

Als bij het kind met een taalontwikkelingsstoornis ook nog sprake is van andere problematiek, bijvoorbeeld problemen op het gebied van de zintuiglijke informatieverwerking, een vermoeden van een autisme spectrum stoornis (ASS) of een verstandelijke beperking, wordt de ouder-kind-interactie nog eens extra bemoeilijkt. Bij kinderen met ASS raakt de vroege interactie vaak verstoord doordat het voor de ouders moeilijker is om consequent sensitief en responsief te reageren op de onduidelijke signalen van het kind (Rigter, 2002 en Van IJzendoorn, 2008).

Spraak-taalmoeilijkheden en een belemmerde ouder-kind interactie lijken een belangrijke rol te spelen bij het ontstaan en het in stand houden van sociale, emotionele of gedragsproblemen bij een kind (Goorhuis-Brouwer, et. al., 2004). De gedragsproblemen kunnen zich uiten als externaliserende (op de omgeving gerichte) of internaliserende (naar binnen gerichte) gedragsproblemen. Ook worden vaker sociale problemen in de omgang met leeftijdgenootjes gezien en cognitieve problemen, zoals problemen met aandacht en concentratie, impulsbeheersing en informatieverwerking (van Daal, Verhoeven & van Balkom, 2007). Als gevolg van de bemoeilijkte ouder-kindinteractie en de mogelijk bijkomende gedragsproblemen kan het opvoedingsproces meer en meer onder druk komen te staan. Veel ouders ervaren de opvoeding van een kind met spraak-taalmoeilijkheden als een zware belasting, zeker als het kind ook gedragsproblemen ontwikkelt (Drenthen & Riksen-Walraven, 1997).

Gelet op bovenstaande en de kritische periode voor taalleren, in verband met de plasticiteit van het brein, is van belang zo vroeg mogelijk behandeling in te zetten bij kinderen met TOS en daarbij de ouder-kind interactie als uitgangspunt te nemen. Aangezien de ontwikkeling van het jonge kind (0-6 jaar) op de verschillende ontwikkelingsgebieden (sociaal-emotioneel, communicatief, cognitief) nauw met elkaar verweven is in wisselwerking met de omgeving, lijkt een interventiemodel dat vanuit het optimaliseren van de ouder-kind interactie tracht de sociaal-emotionele, communicatieve en cognitieve ontwikkeling van het jonge kind met TOS te bevorderen uitermate passend.

1.1.2 FloorPlay: een interventiemodel dat aansluit bij het transactioneel perspectief

Kentalis biedt hulp aan het jonge kind met TOS in de vorm van ambulante behandeling (Behandeling Cliënt en Systeem) of Vroegbehandeling in een groep. Binnen de Vroegbehandelingsgroepen wordt een ontwikkelingsstimulerend orthocommunicatief klimaat geboden. De focus binnen de behandeling ligt op taal en taalontwikkeling vanuit een brede ontwikkelingspsychologische integrale, interdisciplinaire aanpak. Hierbij wordt altijd individuele communicatieve taaltherapie, groepsgewijze communicatieve taaltherapie en systeeminterventie ingezet. Binnen het orthocommunicatieve klimaat en de gehanteerde behandelmethodieken wordt de behandeling afgestemd op de individuele hulpvragen van kind en ouders.

Bij sommige kinderen die binnen de Vroegbehandelingsgroepen behandeld worden, is naast de taalontwikkelingsstoornis sprake van bijkomende sociaal-emotionele en/of gedragsproblematiek. Naast specifieke kind-factoren kan sprake zijn van omgevingsfactoren of

kenmerken bij de ouders die van invloed zijn op de ouder-kind-relatie. Al deze factoren dienen meegenomen te worden in het vinden van de passende interventies. Een interventiemodel dat uitgaat van de samenhang van de verschillende ontwikkelingsgebieden in wisselwerking met de interactie met de omgeving (bij voorkeur de relatie met ouders) zou bij deze kinderen met complexe problematiek, mogelijk sneller zicht geven op de verschillende kind- en omgevingsfactoren die een rol spelen en sneller een passend antwoord op de specifieke hulpvragen kunnen bieden. Gezien de beperkte duur (9 maanden) waarin Vroegbehandeling ingezet kan worden, is van belang bij elk kind zo snel mogelijk de juiste behandelinstek te vinden.

FloorPlay is zo'n interventiemodel. FloorPlay is een behandelmethodede waarbij de ouders gecoacht worden in de speelse interactie met hun kind teneinde het contact met en de ontwikkeling van hun kind te stimuleren. FloorPlay is gebaseerd op het gedachtegoed van Greenspan zoals hij dat beschreven heeft in het Floortime/D.I.R. model (Greenspan, Wieder & Simons, 2003; Greenspan & Wieder, 2006) en het Play and Language for Autistic Youngsters – (PLAY-) project van Solomon (Solomon, Necheles, Ferch & Bruckman, 2007). Binnen het D.I.R.-model beschrijft Greenspan samen met Wieder de samenhang tussen cognitieve en emotionele ontwikkeling, met integratie van genetische en rijpingsfactoren enerzijds, en omgevingsfactoren en betekenisverlening anderzijds. Binnen de methodiek Floortime, die Greenspan baseerde op zijn D.I.R.-model, gaan ouders een aantal keren per dag zo'n 20 tot 30 minuten met hun kind 'aan het werk' door interactie en spel. Het kind wordt op deze manier spelenderwijs, doch systematisch gestimuleerd in zijn ontwikkeling. Solomon heeft het model verder uitgewerkt in het PLAY-project. Binnen het PLAY-project worden ouders getraind in de intensieve (spel)begeleiding van hun kind vanuit de visie van het D.I.R./Floortime model. In Nederland is vanuit de RINO Noord-Holland (een nascholings- en opleidingsinstituut voor hulpverleners binnen de GGZ), een werkgroep opgericht om de Floortime methode in Nederland meer bekendheid te geven onder de naam FloorPlay.

1.1.3 Het theoretische D.I.R. model waarop FloorPlay gebaseerd is

Het D.I.R.-model gaat uit van het unieke biologische profiel van het kind (I: Individual difference), de wijze waarop dit profiel de interacties met de ouders/verzorgers beïnvloedt (R: Relationship based) en de wijze waarop de patronen van de ouders het ontwikkelingsproces van het kind beïnvloeden (D: Developmental).

Het uitgangspunt van het D.I.R. model is dat fasespecifieke structuren ten grondslag liggen aan zowel sociaal-emotionele als cognitieve ervaringen. Beide ervaringen worden verwerkt vanuit eenzelfde set van organisaties of structuren. Deze structuren wijzigen zich in de loop van de ontwikkeling naar steeds hogere niveaus. Greenspan beschrijft zes structurele ontwikkelingsniveaus, ook wel mijlpalen genoemd (Greenspan & Shanker, 2006). Elk ontwikkelingsniveau (D) wordt bepaald door het voorgaande niveau in wisselwerking met constitutionele en rijpingsfactoren (I) en de relatie met ouders, gezins- en omgevingsfactoren (R).

De 6 ontwikkelingsniveaus zijn: 1. Zelfregulatie en belangstelling voor de wereld om zich heen; 2. Relatievorming, hechting en betrokkenheid; 3. Wederkerige doelgerichte communicatie; 4. Complexe communicatie, gedragsorganisatie en probleemoplossend vermogen; 5. Voorstellend vermogen en emotionele ideeën; 6. Differentiatie van het voorstellend vermogen en verbindingen leggen tussen ideeën (Couturier, 2011).

Elk ontwikkelingsniveau vraagt een andere benadering van ouders. Binnen FloorPlay wordt zicht verkregen op het niveau waarin de ontwikkeling van het kind zich bevindt om in de benadering zo goed mogelijk aan te kunnen sluiten bij het kind teneinde de ontwikkeling op de opeenvolgende ontwikkelingsniveaus te kunnen stimuleren. Vanuit het volgen van de natuurlijke emotionele interesses van het kind wordt middels gedeeld plezier geprobeerd het kind uit te dagen in zijn sociale, communicatieve, emotionele en intellectuele ontwikkeling. Om goed bij het kind aan te kunnen sluiten wordt tevens rekening gehouden met het unieke biologische profiel van het kind (de I binnen het D.I.R. model). Elk kind gaat anders om met de informatie die bijvoorbeeld via het gehoor, de visus of de tast binnenkomt. Het ene kind is bijvoorbeeld gevoeliger voor geluid en aanraking dan het andere. Kennis over hoe een kind reageert op verschillende zintuiglijke prikkels is van belang om het kind te kunnen begrijpen en daarop een passende benadering af te stemmen. Hierin is tevens van belang rekening te houden met hoe de ouder/verzorger omgaat met zintuiglijke informatie teneinde te komen tot een optimale afstemming met het kind. Bij FloorPlay speelt de relatie (de R binnen het D.I.R. model) een belangrijke rol. Affectieve interacties bevorderen de sociaal-emotionele en cognitieve ontwikkeling. Binnen de affectieve interactie leert het kind communiceren en de taal spreken. De relatie tussen ouder(s)/verzorger(s) en kind wordt binnen FloorPlay dus ingezet om het kind te kunnen laten groeien op de opeenvolgende ontwikkelingsniveaus. Ouders worden geholpen om op positieve wijze de affectieve interactie met hun kind aan te gaan en spelenderwijs de ontwikkeling van hun kind te stimuleren.

Greenspan model, waarop FloorPlay gebaseerd is, verbindt theorie, diagnostiek en behandeling met elkaar waardoor een samenhangende visie ontstaat om jonge kinderen en hun ouders te begrijpen en een gemeenschappelijke taal met hen te kunnen ontwikkelen (Couturier, 2011). Het gedachtegoed waarop FloorPlay is gebaseerd, het D.I.R.-model, impliceert in de eerste plaats een grondhouding, welke thuis, binnen de Vroegbehandelingsgroep en individuele therapie vorm krijgt. Het biedt ouders en hulpverleners concrete handvatten om de ontwikkeling van het kind, welke vanwege een taalontwikkelingsstoornis en mogelijk bijkomende problematiek niet vanzelfsprekend verloopt, te stimuleren. FloorPlay is in te zetten naast andere behandelingen zoals individuele en groepsgewijze communicatieve taaltherapie.

1.1.4 Effectiviteit Floortime en PLAY-project

De effectiviteit van Floortime en het PLAY-project is tot op heden voornamelijk onderzocht bij kinderen met een autisme spectrum stoornis (ASS). Er is nog geen onderzoek gedaan naar de effectiviteit van Floortime of FloorPlay bij kinderen met een taalontwikkelingsstoornis.

In 1997 deden Greenspan en Wieder een dossieranalyse van 200 kinderen met ASS, in de leeftijd van 22 maanden tot 4 jaar, waaruit bleek dat de kinderen met ASS die behandeld waren

middels de Floortime methodiek op de lange termijn meer vooruitgang lieten zien in de sociaal-emotionele ontwikkeling (gemeten met de Functional Emotional Assessment Scale; FEAS (Greenspan, de Gangi, 1997)) dan kinderen met ASS die reguliere zorg ontvingen (Greenspan & Wieder, 1997). Deze vooruitgang werd gezien minimaal 2 tot maximaal 8 jaar na aanvang van de behandeling die bestond uit 1-op-1 begeleiding in de thuissituatie, meerdere keren per dag. Twee jaar na de interventie liet 58% van de behandelde kinderen een dusdanige vooruitgang zien dat zij niet meer voldeden aan de criteria voor ASS. In 2015 volgde een follow-up studie door Greenspan & Wieder bij 16 van de kinderen die deel uit maakten van de 58% van de behandelde kinderen die in voorgaande studie zo'n grote vooruitgang hadden laten zien. Deze kinderen, allen jongens, waren inmiddels in de leeftijd van 12-17 jaar. 10 tot 15 jaar na het einde van de D.I.R./Floortime-interventie hadden deze jongens zich ontwikkeld tot empathische, creatieve en op zichzelf reflecterende jongens met gezonde peer-relaties en adequate schoolse vaardigheden (Greenspan & Wieder, 2005a). In 2007 heeft Solomon vanuit The PLAY-project een grote groep kinderen (n=68) met ASS thuisbegeleiding in de vorm van Floortime aangeboden. Ongeveer de helft van de kinderen die deelnamen aan The PLAY-project liet aanzienlijke vooruitgang zien in de emotionele ontwikkeling (Solomon, et.al., 2007). In 2011 hebben Pajareya & Nopmaneejumrulers een gerandomiseerde pilotstudie met controlegroep uitgevoerd bij jonge kinderen met ASS die behandeld zijn middels de Floortime methodiek. De kinderen kregen gemiddeld 15 uur per week 1-op-1 Floortime, gedurende 3 maanden. De met Floortime behandelde kinderen lieten, vergeleken met kinderen uit de controlegroep die reguliere zorg ontvingen, meer progressie zien in hun emotionele ontwikkeling (gemeten met de FEAS) en de autistische kenmerken namen af (gemeten met de Childhood Autism Rating Scale) (Pajareya & Nopmaneejumrulers, 2011).

Solomon heeft in de periode van 2010-2014 een gerandomiseerde, gecontroleerde studie gedaan bij 128 kinderen met de diagnose Autisme of PDD-NOS (DSM IV) (verderop kortweg ASS genoemd) in de leeftijd van 2;8 tot 5;11 jaar (Solomon, et.al., 2014). Deze 128 kinderen werden behandeld binnen het PLAY-project, naast reguliere zorg die zij ontvingen en zij werden vergeleken met 128 kinderen met ASS die enkel reguliere zorg ontvingen. Binnen het PLAY-project werden ouders gedurende 1 jaar 1 maal per maand tijdens een huisbezoek van 3 uur begeleid door een behandelaar (homeconsultant) in het toepassen van Floortime. Daarnaast kregen zij videofeedback per mail. De interventie had grote effecten op de ouder-kind relatie. Ouders binnen het PLAY-project lieten na de interventie een grotere mate van sensitiviteit en responsiviteit zien en waren beter in staat het aantal communicatiecirkels in de interactie met hun kind te vergroten, dan de ouders in de controlegroep. De kinderen binnen het PLAY-project lieten een significante groei zien op de functioneel emotionele ontwikkelingsniveaus (gemeten met de FEAS). Tevens lieten zij een grotere vooruitgang zien ten aanzien van de diagnostische categorieën binnen de ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule), vergeleken met de controlegroep-kinderen. Depressieve kenmerken bij ouders in het Play-project namen af.

De Floortime-methodiek is vanuit verschillende onderzoeken effectief gebleken bij kinderen met ASS. Daarbij is vooral een vooruitgang te zien in de ouder-kind-relatie en de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind (gemeten met de FEAS). De verwachting is dat FloorPlay ook bij kinderen met een taalontwikkelingsstoornis, al dan niet in combinatie met (een vermoeden van) ASS en/of overige kind-factoren een effectieve behandelmethodiek is om de sociaal-emotionele ontwikkeling en met name de (voorwaarden voor) communicatie te verbeteren. Tevens is de

verwachting dat de ouder-kind interactie verbetert en ouders zich competentere voelen in het ouderschap.

1.1.5 Doelstelling effectonderzoek FloorPlay binnen Kentalis

Het doel van dit pilot-onderzoek is om bij een kleine groep peuters met TOS het effect van FloorPlay te onderzoeken voor zowel de toepassing van FloorPlay binnen de Vroegbehandeling als voor de toepassing van FloorPlay als ambulante behandelvorm, binnen Behandeling Client en Systeem (BCS). Om de effecten van FloorPlay binnen de Vroegbehandelingsgroep te meten, wordt gewerkt met een experimentele groep van kinderen die FloorPlay binnen de vroegbehandeling aangeboden krijgen en een controlegroep van kinderen die geen FloorPlay binnen de vroegbehandeling aangeboden krijgen. Bij het effectonderzoek van FloorPlay als ambulante behandelvorm is geen gebruik gemaakt van een controlegroep en meten we dus de doeltreffendheid.

Naast het meten van de effecten van FloorPlay als interventie binnen de vroegbehandeling en BCS (Behandeling Cliënt & Systeem), heeft dit onderzoek tot doel de methodiek verder te standaardiseren en protocolleren zodat deze binnen Kentalis op verschillende plekken op een eenduidige manier uitgevoerd kan worden.

1.2 Vraagstellingen

De vraagstellingen voor het effectonderzoek zijn apart uitgeschreven voor de Vroegbehandelingsgroep en de Ambulante groep, aangezien het gaat om een verschillende onderzoeksopzet per groep.

Vroegbehandeling (VB):

Primaire vraagstellingen VB:

1. Verbetert het sociaal-emotioneel en communicatief functioneren (gemeten met de FEAS¹) van jonge kinderen met TOS die binnen de Vroegbehandelingsgroep (VB) worden behandeld met FloorPlay? Is de verbetering groter dan die bij kinderen die binnen de VB niet met FloorPlay zijn behandeld?
2. Is de ouder na de FloorPlay-behandeling beter in staat om af te stemmen op de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind (gemeten met de FEAS)? Is de verbetering groter dan die bij kinderen die binnen de VB niet met FloorPlay zijn behandeld?

Naast deze primaire vraagstellingen is het interessant om te bekijken wat neveneffecten zijn van de FloorPlay-behandeling, welke getoetst worden aan de hand van de hieronder beschreven secundaire vraagstellingen.

Secundaire vraagstellingen VB:

¹ In paragraaf 1.4 worden de gebruikte meetinstrumenten uitvoerig beschreven

3. Vermindert de eventuele gedragsproblematiek (gemeten met de CBCL) van jonge kinderen met TOS die binnen de Vroegbehandelingsgroep (VB) worden behandeld met FloorPlay? Is de afname van probleemgedrag groter dan die bij kinderen die binnen de VB niet met FloorPlay zijn behandeld?

Met het effectonderzoek willen we ook zicht krijgen op het effect van de FloorPlay-behandeling op de beleving bij ouders ten aanzien van de opvoedingsbelasting, het gezinsfunctioneren en de wijze waarop zij de FloorPlay behandeling hebben ervaren:

4. Ervaren ouders een lagere opvoedingsbelasting (gemeten met de OBVL) na deelname aan FloorPlay? Is dit effect groter dan bij ouders die geen FloorPlay hebben gehad?
5. Wordt door ouders een verbetering in het gezinsfunctioneren en dan specifiek de wijze waarop zij de opvoeding vormgeven (gemeten met schaal Opvoeding van de VGFO) ervaren na deelname aan FloorPlay? Is dit effect groter dan bij ouders die geen FloorPlay hebben gehad?
6. Kwalitatief: Hoe ervaren ouders de FloorPlay behandeling (gemeten met een tevredenheidsvragenlijst)?

Ambulante behandeling (AB):

Primaire vraagstellingen (AB):

7. Verbetert de communicatie en het sociaal-emotioneel functioneren (gemeten met de FEAS) van jonge kinderen met TOS die ambulantly worden behandeld met FloorPlay?
8. Is de ouder na de FloorPlay-behandeling beter in staat om af te stemmen op de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind (gemeten met de FEAS)?

Secundaire vraagstellingen (AB):

9. Vermindert de eventuele gedragsproblematiek (gemeten met de CBCL) van jonge kinderen met TOS die ambulantly worden behandeld met FloorPlay?
10. Ervaren ouders een lagere opvoedingsbelasting (gemeten met OBVL) na deelname aan FloorPlay?
11. Wordt door ouders een verbetering in gezinsfunctioneren en dan specifiek de wijze waarop zij de opvoeding vormgeven (gemeten met schaal Opvoeding van de VGFO) ervaren na deelname aan FloorPlay?
12. Kwalitatief: Hoe ervaren ouders de FloorPlay behandeling (gemeten met tevredenheidsvragenlijst)?

1.3 Beschrijving onderzoeksopzet en resultaten

Aangezien er sprake is van een verschillende onderzoeksopzet en verschillende vraagstellingen voor de Vroegbehandelingsgroep en Ambulante groep worden de beschrijving van de opzet van het onderzoek en de resultaten van het onderzoek apart beschreven in respectievelijk Hoofdstuk 2 en 3 voor de Vroegbehandelingsgroep en in Hoofdstuk 4 en 5 voor de Ambulante groep. De gebruikte instrumenten zijn voor beide experimentele groepen gelijk en zullen in paragraaf 1.4 beschreven worden.

1.4 Instrumenten

In Tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de gebruikte instrumenten, vragenlijsten en meetmomenten binnen het onderzoek. Voor een beschrijving van de instrumenten, vragenlijsten en te verwachten effecten wordt verwezen naar Bijlage 1.

Tabel 1. Overzicht metingen

Meetinstrument	Meetdomein	Vraag	Ingevuld door
FEAS	Sociaal-emotioneel functioneren kind, waarvan de communicatie een belangrijk onderdeel uitmaakt (van eenvoudige communicatie naar meer complexe), mate waarin ouder interactie op niveau van het kind afstemt en ontwikkeling stimuleert.	1, 2, 7, 8	2 observatoren waarvan minimaal 1 niet betrokken is bij cliënt (voor- en nameting).
CBCL	Internaliserende en externaliserende gedragsproblematiek bij het kind. Totaalscore CBCL.	3, 9	Ouder(s) (voor- en nameting).
OBVL; totaalscore en Opvoeder-kind-relatie	Mate van ervaren opvoedingsbelasting. Schaal Opvoeder-kind-relatie: mate waarin ouder opvoedingsrelatie met kind als belastend en problematisch ervaart.	4, 10	Ouder(s) (voor- en nameting).
VGFO; schaal Opvoeding	Schaal Opvoeding: mate van adequaat opvoedingsgedrag met voldoende aandacht en ruimte voor kind, beloning en flexibel toepassen van regels.	5, 11	Ouder(s) (voor- en nameting).
Sensory Profile	Sensorische informatieverwerking van kind om I van DIR-profiel in kaart te brengen.		Ouder(s) (voormeting)
Cliënttevredenheids-vragenlijst FloorPlay (zie Bijlage 3)	Kwalitatieve vragenlijst om te inventariseren hoe ouders de FloorPlay behandeling hebben ervaren en hoe tevreden zij zijn over de behandeling.	6, 12	Ouder(s) (nameting)

2 Onderzoeksopzet Vroegbehandelingsgroep

2.1 Proefpersonen

Binnen het onderzoek naar de effecten van FloorPlay binnen de Vroegbehandeling van Kentalis is gewerkt met een experimentele groep en een controlegroep. Binnen de experimentele groep is FloorPlay geboden, binnen de controlegroep niet.

De experimentele groep bestond uit kinderen binnen de 4-daagse vroegbehandeling op locatie Rijswijk, Rotterdam, Goes en Zoetermeer. Op deze locaties was eerder al de keuze gemaakt om medewerkers te scholen in FloorPlay middels een incompany-opleiding bij de RINO-Noord Holland. Behandelcoördinatoren werden opgeleid tot FloorPlay-specialist en een aantal pedagogisch behandelaars tot FloorPlay-coach. De kinderen binnen de controlegroep kregen 4-daagse vroegbehandeling op de locaties Eindhoven en Tilburg.

Alle behandelcoördinatoren die verbonden waren aan de vroegbehandelingslocaties voor de experimentele groep en de controlegroep zijn benaderd met informatie over het onderzoek en de vraag of zij deel wilden nemen aan het effectonderzoek. Hen is gevraagd kinderen te selecteren die voldeden aan de criteria voor deelname. Criteria voor deelname van kinderen bestonden uit: leeftijd tussen 1;5 en 6 jaar, een (vermoeden van een) taalontwikkelingsstoornis (TOS) en mogelijk (niet noodzakelijk) bijkomende sociaal-emotionele of gedragsproblemen. Tevens was een criteria voor deelname dat het kind net gestart was binnen de Vroegbehandelingsgroep voor 4-daagse behandeling en nog minimaal 6 maanden behandeling zou krijgen. Alle ouders van de kinderen die voldeden aan de criteria voor deelname zijn benaderd voor deze studie. Deze ouders zijn geïnformeerd over de werkwijze en doelstelling van het onderzoek en hen is schriftelijk om toestemming gevraagd (informed consent).

Voor de experimentele groep was het streven om minimaal 15 kinderen te includeren in het onderzoek. Dit bleek niet haalbaar. Gestart is met 10 kinderen. Doordat bij één kind de ouders besloten te stoppen met de vroegbehandeling, viel dat kind af. Daarnaast konden drie kinderen uiteindelijk niet meegenomen worden binnen de effectmeting doordat de behandelcoördinator de FloorPlay-behandeling niet kon afmaken door factoren zoals ziekte, zwangerschap en te hoge werkdruk. De experimentele groep bestond uiteindelijk uit zes kinderen (vier jongens en twee meisjes) en hun ouder(s). De kinderen hadden bij aanvang van de behandeling een gemiddelde leeftijd van 42 maanden (range 36 mnd. tot 46 mnd.). Bij alle kinderen was er sprake van een taalontwikkelingsstoornis (TOS). Twee van de zes kinderen werd meertalig opgevoed.

Voor de controlegroep werden aanvankelijk meerdere kinderen geselecteerd op grond van de hierboven genoemde criteria. Na toestemming van ouders bleven er uiteindelijk zeven kinderen over die hebben deelgenomen aan het onderzoek. Bij één kind kon de eindmeting niet plaats vinden doordat het kind was geplaatst binnen het onderwijs. De controlegroep bestond uiteindelijk uit zes kinderen (allen jongen) en hun ouder(s). De kinderen hadden bij aanvang van de behandeling een gemiddelde leeftijd van 46 maanden (range 42 mnd. tot 50 mnd.). Bij alle kinderen was er sprake van een taalontwikkelingsstoornis (TOS). Drie van de zes kinderen werd meertalig opgevoed.

Voor alle kinderen binnen zowel de experimentele groep als de controlegroep hebben de voormetingen voor het effectonderzoek aan het begin van hun behandeling binnen de Vroegbehandelingsgroep plaats gevonden. De nametingen voor het effectonderzoek vonden na 6 maanden behandeling plaats. Om de experimentele groep en de controlegroep zo goed mogelijk met elkaar te kunnen vergelijken zijn de bij de voormeting en de nameting de taalcijfers en niet talige intelligentiecijfers opgevraagd. Helaas ontbraken bij de voor- en nameting bij met name de kinderen van de controlegroep de testgegevens op het gebied van de spraak-taalontwikkeling en niet-talige intelligentie. Door praktische omstandigheden (beperkte toegang tot dossiers, behandelcoördinatoren die niet bereikbaar waren of reageerden) konden deze gegevens gedurende de onderzoeksperiode niet meer achterhaald worden. Bij de experimentele groep ontbraken de taalcijfers en niet-talige-intelligentiegegevens van één kind bij de voormeting. Bij de nameting ontbraken die bij drie kinderen. Hierdoor zijn in onderhavig onderzoek de taalcijfers en het niet-talige intelligentieniveau niet als variabele meegenomen in de analyses. Alle kinderen binnen zowel de experimentele groep als de controlegroep behoorden tot de doelgroep van Kentalis. Er is hierbij niet specifiek gekeken naar bijkomende problematiek.

2.2 Interventie: FloorPlay

Alle kinderen binnen zowel de experimentele groep als de controlegroep kregen vier dagen per week behandeling binnen de Vroegbehandelingsgroep. Zij kregen binnen de behandel tijd op de groep FloorPlay aangeboden door een pedagogisch behandelaar die opgeleid was als FloorPlay-coach. De behandeling op de groep bestond uit het toepassen van de FloorPlay – principes gedurende de gehele dag tijdens interactieve momenten en tijdens vrij spelmomenten van het kind. Daarnaast werden ouders gecoacht in FloorPlay door een FloorPlay-behandelaar (behandelcoördinator). De totale duur van de behandeling was zes maanden. De behandelcoördinator was geschoold tot FloorPlay Specialist of bevond zich in het laatste deel van de opleiding tot FloorPlay Specialist, namelijk het supervisie-traject.

Het FloorPlay-begeleidingstraject met ouders zag er als volgt uit:

Intakegesprek: Ouders werden uitgenodigd voor een intakegesprek waarin uitleg werd gegeven over FloorPlay. Indien ouders akkoord waren en voldoende gemotiveerd om te starten met FloorPlay werd er een vervolgspraak gemaakt.

Diagnostiek: De ouder werd uitgenodigd om 20 minuten te spelen met zijn/haar kind in de spelkamer van Kentalis. Dit spelmoment werd opgenomen op video. De video werd door de behandelcoördinator en minimaal één andere collega (bijvoorbeeld een collega behandelcoördinator of pedagogische behandelaar) geanalyseerd aan de hand van de FEAS. Ouders werd gevraagd een Sensory Profile List in te vullen om de zintuiglijke informatieverwerking in kaart te brengen.

Opstellen behandelplan: Met de informatie uit de FEAS, SP-lijst en intake werd voor het kind het ontwikkelingsbeeld aan de hand van het DIR-model beschreven in het handelingsplan. Dit is door de behandelcoördinator met ouders besproken en in samenspraak met ouders zijn doelen opgesteld voor de FloorPlay-behandeling.

Behandeling met FloorPlay: De FloorPlay-sessies met ouders vonden plaats op de groep in een afgebakende hoek of in een spelkamer van Kentalis. Tijdens een FloorPlay sessie coachte de FloorPlay-behandelaar de ouder om tijdens speelse interactie met zijn/haar kind de FloorPlay-principes toe te passen. Daarbij maakte de FloorPlay-behandelaar video-opnames die op een later moment tijdens een apart gesprek met ouders werden teruggekeken en waarbij zij feedback kregen op hun handelen. Deze gesprekken bestonden uit psychoeducatie, uitleg over de methodiek FloorPlay en over de technieken en activiteiten die ouders in de thuissituatie konden uitvoeren zodat zij hun kind ook thuis met behulp van FloorPlay konden stimuleren in de ontwikkeling. Ouders werden gestimuleerd om naast de maandelijkse FloorPlay-sessies op Kentalis ook thuis FloorPlay in te zetten tijdens spel en dagelijkse situaties met hun kind.

Duur/frequentie interventie: De behandeling werd na zes maanden weer afgerond en afgesloten met een observatie van de ouder-kind interactie tijdens spel waarna opnieuw de FEAS ingevuld werd. De frequentie waarin ouders gecoacht zijn binnen de experimentele groep varieert van in totaal drie tot zeven sessies. Alle ouders hebben na elke sessie een nabespreking gehad aan de hand van de tijdens de sessie gemaakte video-opnames.

2.3 Analyses

Per vraagstelling (zie 1.2) zijn de uitkomsten van de voor- en nameting (op de bijbehorende meetinstrumenten, zie Tabel 1) door middel van een gepaarde t-test met elkaar vergeleken. Deze analyses zijn per groep (experimentele groep en controlegroep) uitgevoerd. Indien er sprake was van een significant verschil tussen de voor- en de nameting in één of beide groepen is per kind een verschilscore berekend (nameting min voormeting). Vervolgens is met behulp van een ongepaarde t-toets gekeken of er een significant verschil was in de verschilcores tussen de experimentele groep en de controle groep.

3 Resultaten Vroegbehandelingsgroep

In dit hoofdstuk zullen per genummerde vraagstelling de resultaten van het effectonderzoek van FloorPlay binnen de Vroegbehandeling besproken worden.

Primaire vraagstellingen (VB-FloorPlay)

- 1. Verbetert de communicatie en het sociaal-emotioneel functioneren (gemeten met de FEAS) van jonge kinderen met TOS die binnen de Vroegbehandelingsgroep worden behandeld met FloorPlay (VB-FloorPlay)? Is de verbetering groter dan die bij kinderen die binnen de VB niet met FloorPlay zijn behandeld (VB-Controlegroep)?***

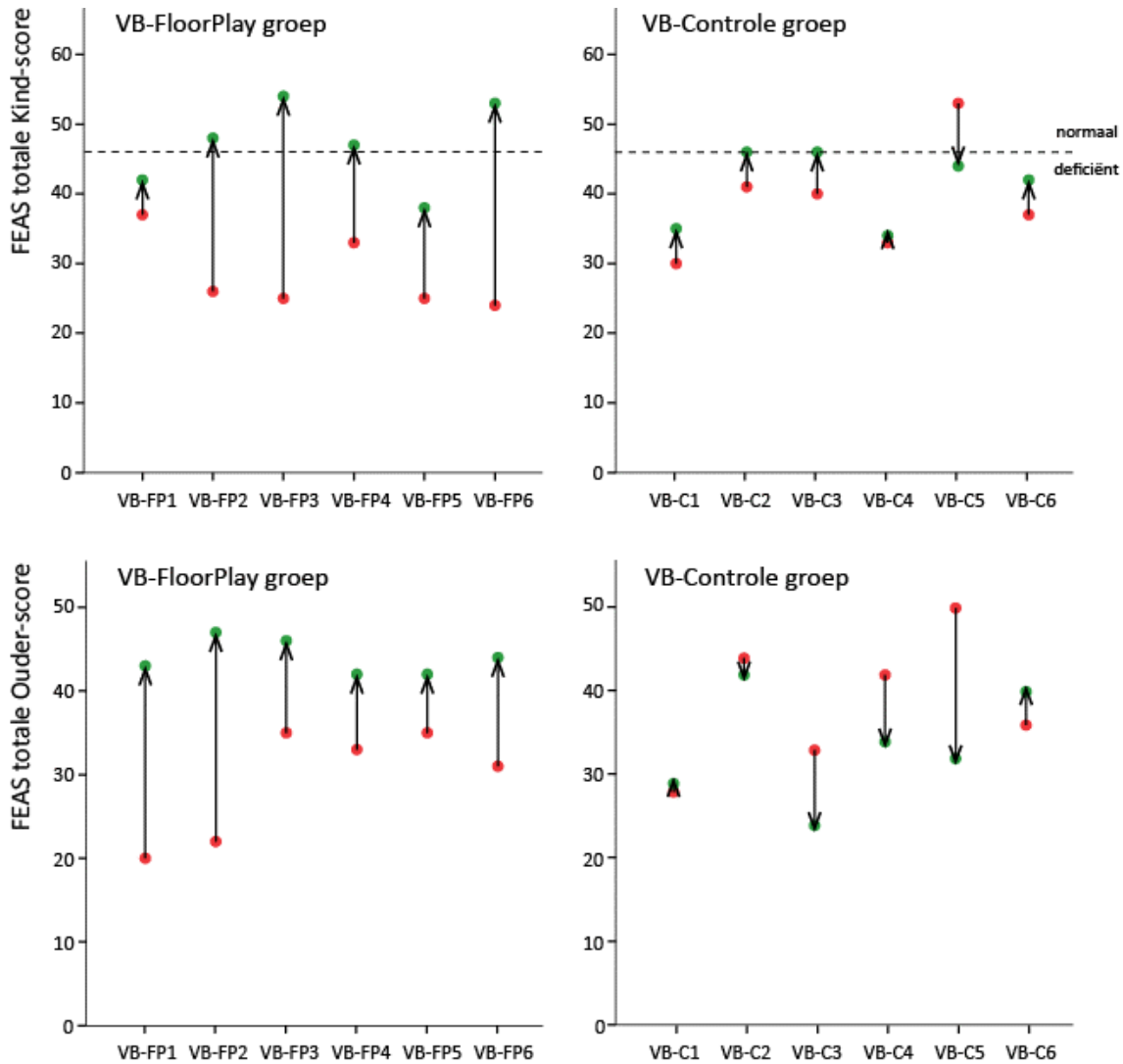
Om te bepalen of er een groei is in sociaal-emotioneel en communicatief functioneren van het kind na behandeling met FloorPlay is voor beide groepen de totale Kind-score op de FEAS bij de nameting vergeleken met de totale Kind-score op de FEAS bij de voormeting. De kinderen uit de VB-FloorPlay-groep laten een significante vooruitgang zien op de totale Kind-score van de FEAS. De kinderen uit de VB-Controlegroep die geen FloorPlay-behandeling hebben gehad laten geen significante groei zien op de totale Kind-score (zie tabel 2).

Als gekeken wordt naar het verschil in vooruitgang tussen de VB-FloorPlay en VB-Controlegroep dan blijkt er een significant verschil te zijn tussen de twee groepen: de kinderen die binnen de vroegbehandeling FloorPlay hebben gehad gaan significant meer vooruit, dan de kinderen die geen FloorPlay-behandeling hebben gehad.

Tabel 2. Vooruitgang op totale Kind-score FEAS VB-FloorPlay en VB-Controlegroep

	Gem score voormeting (sd)	Gem score nameting (sd)	Verschilscore (sd)	T-toets (verschil tussen voor- en nameting)
VB-FloorPlay	28.3 (5.4)	47.0 (6.2)	18.7 (9.6)	t(5) = 4.7, p < .01
VB-Controlegroep	39.0 (8.0)	41.2 (5.4)	2.2 (5.7)	t(5) = .09, n.s.
T-toets (verschil tussen twee groepen)			t(10) = 3.6, p < .01	

Belangrijk is om rekening te houden met mogelijke verschillende beginscores op de FEAS voor de VB-FloorPlay en de VB-Controlegroep. Om de twee groepen echt goed met elkaar te kunnen vergelijken zou het beginniveau van sociaal-emotioneel functioneren ongeveer gelijk moeten zijn. Dit blijkt niet het geval te zijn. De kinderen uit de VB-FloorPlay-groep hadden een gemiddelde beginscore van 28 en de kinderen uit de VB-Controlegroep hadden een gemiddelde beginscore van 39. Dit verschil is significant ($t(10) = 2.7, p < .05$). Echter alle kinderen binnen zowel de VB-FloorPlay groep als de VB-Controlegroep hadden beginscores die in de klinische range 'deficiënt' lagen, met uitzondering van één controle-groep-kind.



Figuur 1. Totale Kind-score (bovenste twee grafieken) en totale Ouder-score (onderste twee grafieken) op de FEAS, apart voor de experimentele groep (links) en de controle groep (rechts) in de Vroegbehandeling. De rode stip geeft de score op de voormeting aan en de groene stip de score op de eindmeting. De pijl geeft de richting van de verandering tussen voor- en nameting weer. Voor de FEAS totale Kind-score is met een stippellijn de grens weergegeven tussen een deficiënte score en een normale score (grensscore is 47).

In *Figuur 1* is te zien hoe de vooruitgang op de totale Kind-score per kind binnen de VB-FloorPlay-groep en de VB-Controlegroep eruit zag. Het is duidelijk te zien dat bijna alle kinderen in de FloorPlay-groep meer vooruitgang laten zien dan de kinderen die geen FloorPlay hebben gehad. Tevens is te zien dat vier van de zes kinderen die FloorPlay hebben gehad een groei laten zien van een deficiënt sociaal-emotioneel ontwikkelingsniveau naar een normaal sociaal-emotioneel ontwikkelingsniveau.

2. Is de ouder na de FloorPlay-behandeling beter in staat om af te stemmen op de communicatieve en sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind (gemeten met de FEAS)? Is de verbetering groter dan die bij kinderen die binnen de VB niet met FloorPlay zijn behandeld?

Om te bepalen of de ouders van de VB-groep die FloorPlay hebben gehad beter in staat zijn om af te stemmen op de communicatieve en sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind dan ouders die geen FloorPlay hebben gehad (VB-Controlegroep) is voor beide groepen de totale Ouder-score op de FEAS bij de nameting vergeleken met de totale Ouder-score op de FEAS bij de voormeting. De ouders die FloorPlay hebben gehad laten bij de nameting een significante vooruitgang zien op de totale Ouder-score van de FEAS. De ouders uit de VB-Controlegroep die geen FloorPlay-behandeling hebben gehad laten helemaal geen significant verschil zien tussen de voor- en nameting op de totale Ouder-score. Zij gaan helemaal niet vooruit. Uit de analyses is niet op te maken wat de reden is dat er geen vooruitgang zichtbaar is.

Als gekeken wordt naar het verschil in vooruitgang tussen de VB-FloorPlay-groep en de VB-Controlegroep, dan blijkt dat de ouders van de VB-groep die FloorPlay behandeling hebben gehad significant meer vooruit gaan, dan de ouders die geen FloorPlay-behandeling hebben gehad. Ouders stemmen na de FloorPlay-behandeling dus beter af op de sociaal-emotionele ontwikkeling die hun kind op de verschillende mijlpalen laat zien.

Ook hier is van belang rekening te houden met mogelijk verschillende beginscores bij beide groepen. Waren de ouders van beide groepen vanaf de start al wel even goed afgestemd op de ontwikkeling van hun kind, of waren hierin bij de beginmeting al verschillen? Na toetsing blijkt dat er een significant verschil bestaat van beginscores tussen beide groepen. De ouders uit de VB-FloorPlay-groep behaalden een significant lagere beginscore op de Totale Ouderschaal van de FEAS (gemiddelde totaalscore van 29) dan de ouders uit de VB-Controlegroep (gemiddelde totaalscore van 39). Zie Tabel 3 voor een overzicht van de totale Ouder-scores op de FEAS bij voor- en nameting voor de experimentele en controlegroep.

Tabel 3. Verschil totaalscore Ouder FEAS voor- en nameting VB-FloorPlay en VB-Controlegroep

	Gem score voormeting (sd)	Gem score nameting (sd)	Verschilscore (sd)	T-toets (verschil tussen voor- en nameting)
VB-FloorPlay Ouder	29.3 (6.7)	44.0 (2.1)	14.7 (7.5)	t(5) = 4.8, p < .01
VB-Controlegroep Ouder	38.8 (8.0)	33.5 (6.7)	-5.3 (8.0)	t(5) = 1.6, n.s.
T-toets (verschil tussen twee groepen)			t(10) = 2.2, p < .05	

In *Figuur 1* wordt de groei zichtbaar gemaakt op de totale Ouder-score op de FEAS voor elke ouder apart in de experimentele groep en de controlegroep. Te zien is dat alle ouders die FloorPlay hebben gehad vooruit gaan en na FloorPlay behandeling beter afstemmen op de sociaal-emotionele ontwikkeling van hun kind. Daar waar het kind een groei laat zien na behandeling met FloorPlay, lijkt de ouder deze groei te stimuleren en ondersteunen doordat

deze eveneens aansluit op het hogere ontwikkelingsniveau van het kind, hetgeen zich uit in een hogere totale Ouder-score op de FEAS bij de nameting.

Secundaire vraagstellingen VB-FloorPlay

Bij de voormeting hebben alle ouders uit zowel de experimentele groep als de controlegroep de CBCL, OBVL en VGFO ingevuld. Met het onderzoek willen we namelijk ook bekijken of FloorPlay ervoor zorgt dat eventuele gedragsproblematiek (gemeten met de CBCL) vermindert (vraag 3), of de ervaren opvoedingsbelasting afneemt (OBVL) (vraag 4) en of er een verbetering optreedt in de opvoedingsvaardigheden (VGFO-Opvoeding) (vraag 5).

Op geen van de genoemde vragenlijsten werden echter klinische scores behaald bij de voormeting. Dit wil zeggen dat ouders bij aanvang van de behandeling geen problemen ervoeren ten aanzien van het gedrag van het kind, de opvoedingsbelasting of opvoedingsvaardigheden. De kinderen binnen de experimentele groep behaalden geen van allen een klinisch significante score op de totale schaal internaliserende problematiek, de totale schaal externaliserende problematiek, noch op de totale CBCL-score. Ouders ervoeren bij aanvang van de behandeling dus al geen gedragsproblemen bij hun kinderen. Dit geldt ook voor de wijze waarop ouders de opvoeding ervoeren bij aanvang van de behandeling. Uit de voormeting binnen de experimentele groep blijkt dat ouders de opvoeding niet als belastend ervaren en de opvoeder-kind-relatie niet als problematisch (OBVL). Ook ervaren zij geen problemen op het vlak van de opvoedingsvaardigheden (VGFO).

Om deze reden gaan we niet verder in op de uitkomsten en analyses met de scores op de CBCL, OBVL en VGFO. Er kunnen dus geen uitspraken worden gedaan over de effecten van FloorPlay op eventuele gedragsproblematiek bij het kind, op de ervaren opvoedingsbelasting en opvoedingsvaardigheden van ouders, omdat deze problemen er bij aanvang al niet waren. Voor inzicht in de behaalde scores op de CBCL, OBVL en VGFO binnen zowel de experimentele groep als de controlegroep wordt verwezen naar Tabel 5 in Bijlage 2.

6. *Kwalitatief: Hoe ervaren ouders de FloorPlay behandeling (gemeten met een tevredenheidsvragenlijst)?*

De beschrijving van de resultaten uit de cliënttevredenheidsvragenlijst die ouders hebben ingevuld, wordt beschreven voor zowel de ouders uit de experimentele groep als die uit de ambulante groep tezamen. Zie hiervoor de beschrijving bij vraag 12 in hoofdstuk 4.

4 Onderzoekopzet ambulante groep

4.1 Proefpersonen

In het onderzoek naar de effecten van FloorPlay als ambulante behandeling is niet gewerkt met een controlegroep. Voor de ambulante groep zijn kinderen geselecteerd die op locatie Eindhoven of Sint Michielsgestel na onderzoek binnen het AC-spraak-taalteam een indicatie hadden gekregen voor ambulante behandeling met FloorPlay. Kinderen die in aanmerking kwamen voor het effectonderzoek moesten voldoen aan de volgende criteria: een leeftijd tussen

1;5 en 6 jaar, spraak-taalproblemen en een (vermoeden van) TOS, de behandeling met FloorPlay was nog niet gestart en na start kon deze tijdens het effectonderzoek (binnen 9 maanden) afgerond worden met een totale duur van 6 maanden. De ambulante groep bestond bij aanvang uit zes kinderen (allen jongens) en hun ouder(s) en niemand is gedurende de loop van het onderzoek afgevallen. De kinderen hadden bij aanvang van de behandeling een gemiddelde leeftijd van 38 maanden (range van 24 mnd. tot 56 mnd.). Bij twee kinderen is de FEAS voor kinderen van 25-35 maanden bij de voor- en nameting ingevuld, gezien de jonge leeftijd. Bij de overige kinderen is de FEAS voor 3-4 jaar gebruikt. Bij alle kinderen was er sprake van een (vermoeden van een) taalontwikkelingsstoornis (TOS), echter de taalcijfers liepen vrij sterk uiteen. Vier van de zes kinderen hadden naast expressieve taalproblemen ook een fors taalbegripsprobleem (TBQ van 54). Bij één jongen was naast een forse achterstand op het gebied van de spraak-taalontwikkeling, tevens sprake van blindheid vanaf de geboorte. Twee kinderen werden meertalig opgevoed. Door de variatie in gebruikte taaltesten (bijv. Lexilijst of Schlichting) en taalcijfers, zijn deze variabelen niet meegenomen in de analyses.

4.2 Interventie: FloorPlay

De kinderen binnen de ambulante experimentele groep kregen samen met hun ouders FloorPlay sessies in een spelkamer op Kentalis. Daarnaast kregen zij geen verdere hulpverlening vanuit Kentalis. Ouders meldden hun kind aan bij Kentalis omdat de spraak-taalontwikkeling onvoldoende op gang kwam of een achterstand vertoonde, waarvoor (logopedische) behandeling vanuit de periferie niet voldoende was.

Het ambulante FloorPlay-traject zag er als volgt uit:

Intake: Tijdens de intake werden de hulpvragen van ouders geïnventariseerd en werd er uitleg gegeven over FloorPlay. Tevens werd ouders schriftelijk om toestemming gevraagd voor deelname aan het effectonderzoek.

Diagnostiek: Video-analyse aan de hand van de FEAS van een opname van 20 minuten van de speelse interactie tussen ouder en kind in een spelkamer van Kentalis. De FEAS-scoring vond plaats door twee FloorPlay-behandelaars, waarvan er minimaal één niet betrokken was bij de cliënt, teneinde zo objectief mogelijk te scoren. Ouders vulden een Sensory Profile List (SP) in. Handelingsplan: In het handelingsplan werd met de verkregen informatie uit de FEAS, intakegesprek en SP-lijst het ontwikkelingsbeeld aan de hand van het DIR-model beschreven. Dit werd besproken met ouders aan de hand van de video-opname, waarna doelen voor behandeling werden opgesteld.

Behandeling en frequentie: Het ambulante FloorPlay traject vond plaats in een spelkamer van Kentalis en bestond uit 15 sessies. Bij één cliënt bestond deze uit 12 sessies. De eerste 10 sessies vonden wekelijks plaats, de laatste 5 sessies twee-wekelijks. Bij elk ambulante traject heeft minimaal 1 FloorPlay-sessie bij ouders thuis plaats gevonden, teneinde de transfer naar thuis te vergroten. Tijdens de FloorPlay-sessies coachte de FloorPlay-behandelaar de ouder om tijdens speelse interactie met zijn/haar kind de FloorPlay-principes toe te passen. Daarbij maakte de FloorPlay-behandelaar video-opnames die tijdens de evaluatiebesprekingen met ouders werden teruggekeken. Na elke 5 sessies werd een evaluatiegesprek met ouders gepland waarin de behandeling van het kind aan de hand van de tijdens de FloorPlay-sessies gemaakte video-opnames werd geëvalueerd. Tijdens deze evaluatiegesprekken kregen ouders

video-feedback op hun eigen handelen en een verdergaand inzicht in de ontwikkeling van hun kind en hoe zij de FloorPlay-principes konden toepassen om de ontwikkeling van hun kind tijdens dagelijkse situaties te stimuleren. Ouders werden gestimuleerd om naast de wekelijkse FloorPlay-sessies op Kentalis ook thuis zo vaak mogelijk FloorPlay in te zetten tijdens spel en dagelijkse situaties met hun kind. Ouders kregen bij aanvang van de behandeling een werkboekje mee naar huis met daarin informatie over het ontwikkelingsmodel (D.I.R.) van FloorPlay en praktische tips en technieken per mijlpaal. Dit werkboekje is ontwikkeld door J. Hoevenaars en N. van Kollenburg.

De bij de ambulante FloorPlay betrokken FloorPlay-behandelaars waren opgeleid tot FloorPlay-specialist bij de RINO-Noord-Holland.

Afsluiting en nameting: De behandeling werd na 15 sessies weer afgerond en afgesloten met een observatie van de ouder-kind interactie tijdens spel waarna opnieuw de FEAS ingevuld werd. De behandeling werd aan de hand van video-opnames met ouders geëvalueerd, waarmee de behandeling werd afgesloten. De ambulante trajecten duurden gemiddeld 6 maanden.

4.3 Analyses

Per vraagstelling (zie 1.2) zijn de uitkomsten van de voor- en nameting (op de bijbehorende meetinstrumenten, zie Tabel 1) door middel van een gepaarde t-test met elkaar vergeleken.

5 Resultaten Ambulante groep

In dit hoofdstuk zullen per vraagstelling de resultaten van het effectonderzoek van FloorPlay als ambulante behandeling besproken worden.

Primaire vraagstellingen (FloorPlay-Ambulant)

7. *Verbeterd het sociaal-emotioneel en communicatief functioneren (gemeten met de FEAS) van jonge kinderen met TOS die ambulante worden behandeld met FloorPlay?*

Om te bepalen of het sociaal-emotioneel functioneren en de communicatie gemeten met de FEAS verbetert bij kinderen met TOS die FloorPlay als ambulante behandeling krijgen aangeboden, is gekeken naar het verschil op de totale Kind-score op de FEAS bij de voor- en nameting. Hieruit blijkt dat de kinderen na ambulante FloorPlay-behandeling gemiddeld genomen significant vooruitgaan in hun totale score op de FEAS (zie Tabel 4). Zij laten dus een betekenisvolle groei zien op de verschillende mijlpalen binnen de sociaal-emotionele ontwikkeling.

8. *Is de ouder na de FloorPlay-behandeling beter in staat om af te stemmen op de communicatieve en sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind (gemeten met de FEAS)?*

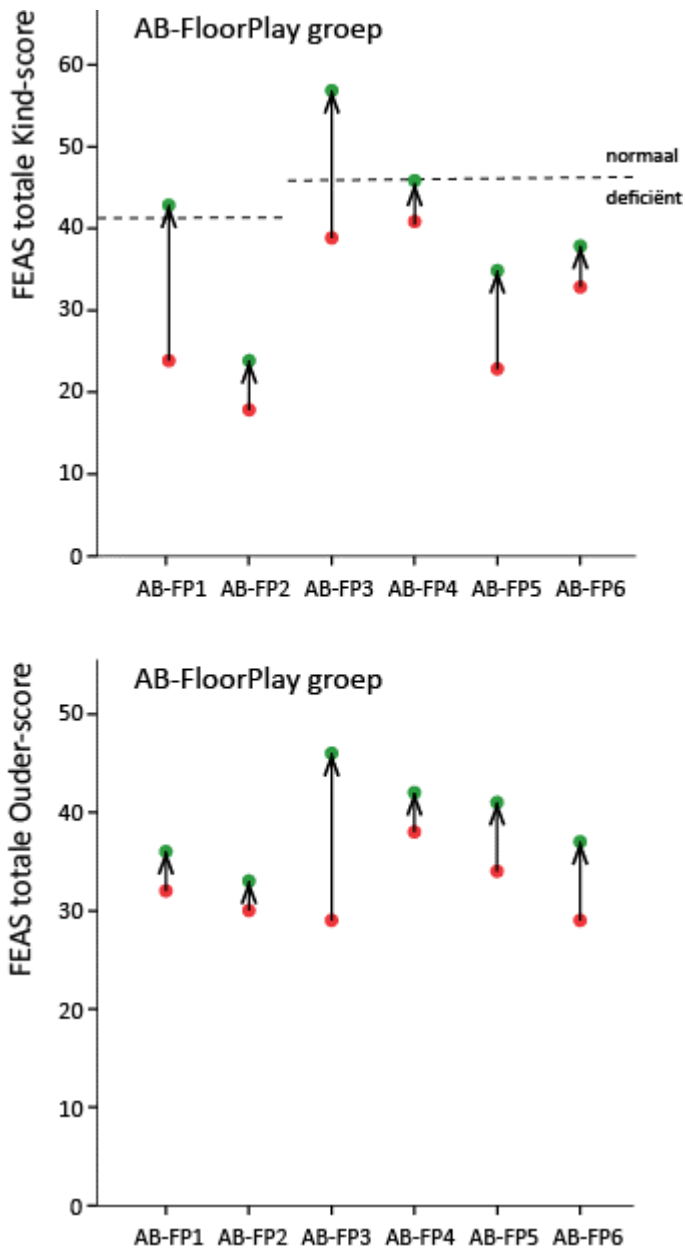
De ouders uit de Ambulante groep laten bij de nameting een significante vooruitgang zien op de totale Ouder-score van de FEAS (zie Tabel 4). Ouders stemmen na de FloorPlay-behandeling

dus beter af op de sociaal-emotionele ontwikkeling die hun kind op de verschillende mijlpalen laat zien.

Tabel 4. Gemiddelden op de totale Kind-score en totale Ouder-score op de FEAS bij de voor- en nameting van de Ambulante groep en uitkomsten van de t-toets

	Gem score voormeting (sd)	Gem score nameting (sd)	Verschilscore (sd)	T-toets (verschil tussen voor- en nameting)
FEAS totale Kind-score	29.7 (9.4)	40.5 (11.1)	10.8 (6.5)	t (5) = 4.1, p < .01
FEAS totale Ouder-score	32.0 (3.5)	39.2 (4.7)	7.2 (5.2)	t (5) = 13.4, p < .05

In *Figuur 2* wordt de groei zichtbaar gemaakt op de totale Kind-score en de totale Ouder-score op de FEAS voor elk kind en elke ouder uit de ambulante groep apart. Te zien is dat alle ouders die FloorPlay hebben gehad vooruit gaan en na FloorPlay behandeling beter afstemmen op de sociaal-emotionele ontwikkeling van hun kind. Ook alle kinderen die ambulante FloorPlay hebben gehad gaan vooruit. Twee van de in totaal zes kinderen maken een ontwikkeling door van een deficiënt sociaal-emotioneel ontwikkelingsniveau naar een normaal sociaal-emotioneel ontwikkelingsniveau en functioneren na de FloorPlay behandeling dus binnen de mijlpaal die passend is bij hun kalenderleeftijd.



Figuur 2. Totale Kind-score (bovenste grafiek) en totale Ouder-score (onderste grafiek) op de FEAS, voor de experimentele groep in de Ambulante behandeling. De rode stip geeft de score op de voormeting aan en de groene stip de score op de eindmeting. De pijl geeft de richting van de verandering tussen voor- en nameting weer. Voor de FEAS totale Kind-score is met een stippellijn de grens weergegeven tussen een deficiënte score en een normale score. Bij Kind AB-FP1 en AB-FP2 is, passend bij de leeftijd, de FEAS voor 25-35 maanden gebruikt waarbij de grens tussen een deficiënte en normale ontwikkeling iets lager ligt (grensscore is 41) dan bij de FEAS voor 3-4 jarige kinderen (grensscore is 47).

Secundaire vraagstellingen (FloorPlay- Ambulant)

Bij de voormeting hebben alle ouders die ambulante FloorPlay kregen de CBCL, OBVL en VGFO ingevuld. Dit om zicht te krijgen op het effect van FloorPlay op de eventueel ervaren gedragsproblematiek bij het kind (gemeten met de CBCL): vermindert deze na FloorPlay behandeling? (vraag 9). Neemt de ervaren opvoedingsbelasting af? (OBVL) (vraag 10). En treedt er een verbetering op in de opvoedingsvaardigheden? (VGFO-Opvoeding) (vraag 11).

Op geen van de genoemde vragenlijsten werden echter klinische scores behaald bij de voormeting. Dit wil zeggen dat ouders bij aanvang van de behandeling geen problemen ervoeren ten aanzien van het gedrag van het kind, de opvoedingsbelasting of opvoedingsvaardigheden. De kinderen binnen de ambulante groep behaalden geen van allen een klinisch significante score op de totale schaal internaliserende problematiek, de totale schaal externaliserende problematiek, noch op de totale CBCL-score. Ouders ervoeren bij aanvang van de behandeling dus al geen gedragsproblemen bij hun kinderen. Dit geldt ook voor de wijze waarop ouders de opvoeding ervoeren bij aanvang van de behandeling. Uit de voormeting binnen de experimentele groep blijkt dat ouders de opvoeding niet als belastend ervaren en de opvoeder-kind-relatie niet als problematisch (OBVL). Ook ervaren zij geen problemen op het vlak van de opvoedingsvaardigheden (VGFO).

Om deze reden gaan we niet verder in op de uitkomsten en analyses met de scores op de CBCL, OBVL en VGFO. Er kunnen dus geen uitspraken worden gedaan over de effecten van ambulant aangeboden FloorPlay op eventuele gedragsproblematiek bij het kind, op de ervaren opvoedingsbelasting en opvoedingsvaardigheden van ouders, omdat deze problemen er bij aanvang al niet waren. Voor inzicht in de behaalde scores op de CBCL, OBVL en VGFO binnen de ambulante groep wordt verwezen naar tabel 6 in Bijlage 2.

12. Kwalitatief: Hoe ervaren ouders de FloorPlay behandeling (gemeten met tevredenheidsvragenlijst)?

Aan de ouders die FloorPlay hebben gehad vanuit de Vroegbehandelingsgroep en de ouders die FloorPlay hebben gehad als ambulant traject, is gevraagd om na de behandeling een cliënttevredenheidsvragenlijst (zie Bijlage 3) in te vullen. Op deze manier is getracht een indruk te verkrijgen van hoe ouders de FloorPlay behandeling van hun zoon/dochter hebben ervaren. Tien ouders van de in totaal twaalf kinderen die FloorPlay behandeling hebben gehad, hebben gereageerd.

89% van de ouders vond de opbouw van de FloorPlay sessies prettig. Slechts één gezin had behoefte aan meer FloorPlay sessies, voor 56% van de ouders was het aantal sessies voldoende. 33% gaf een andere reden op; één ouder van de Vroegbehandelingsgroep gaf aan dat er een lange periode tussen de sessies zat, een andere ouder gaf aan dat je altijd door kan gaan, doordat je je benadering als ouder moet aanpassen als je kind zich verder ontwikkelt. Zowel de behandeling door middel van coachen als het terugkijken van video-opnames wordt door nagenoeg alle ouders als prettig ervaren (90%). De meeste ouders geven aan dat hun kind ruim voldoende of goed geholpen is met de methode FloorPlay. Het grootste deel van de ouders geeft aan het meest geholpen te zijn met de nieuwe ideeën die zij aangeboden kregen om tijdens spel met hun kind toe te passen en met het accent dat op het plezier ligt tijdens het

spelen. 78% Geeft aan dat de communicatie van hun kind verbeterd is. Alle ouders zouden dan ook FloorPlay willen aanbevelen aan andere ouders als behandelmethodede voor hun kind. Een belangrijk punt van aandacht was dat de theorie over FloorPlay niet altijd duidelijk was, maar wel tijdens de behandeling duidelijk werd. Ouders hebben een rapportcijfer (1-10) mogen geven om aan te geven hoe zij de gehele behandeling met FloorPlay hebben ervaren en het gemiddelde was een 8,7. Het laagste cijfer dat door ouders gegeven werd was een 8 en het hoogste een 10.

6 Discussie en Conclusie

6.1 Discussie

In onderhavig onderzoek zijn de effecten gemeten van FloorPlay toegepast bij de doelgroep jonge kinderen met TOS. Deze methodiek is inmiddels uitgebreid onderzocht en effectief gebleken in internationaal onderzoek toegepast bij kinderen met ASS (o.a. Greenspan & Wieder, 2005; Pajareya & Nopmaneejumrulers, 2011; Solomon, et.al., 2014). Voor het onderzoek binnen Kentalis werd FloorPlay toegepast als methodiek binnen de Vroegbehandelingsgroep en als ambulante behandelvorm. Ouders werden daarbij gecoacht in het beter afstemmen op de ontwikkeling van hun kind, waardoor de ouder-kind-interactie werd geoptimaliseerd. Na 6 maanden behandeling binnen een Vroegbehandelingsgroep, waarbij ouders en pedagogisch behandelaars FloorPlay toepasten in de interactie met het kind, blijkt dat de kinderen een significante vooruitgang laten zien in het functioneel emotioneel ontwikkelingsniveau op de FEAS. Dit wijst op een vooruitgang in sociaal-emotioneel en communicatief functioneren. Ook de ouders van deze kinderen laten na 6 maanden een significante vooruitgang zien in de mate waarin zij goed afstemmen op de ontwikkeling van hun kind (totale Ouder-score op de FEAS). Bij de kinderen en ouders die binnen de Vroegbehandeling geen FloorPlay hebben gehad is geen significante vooruitgang op deze gebieden te zien. De kinderen die met het FloorPlay-traject behandeld zijn, laten eveneens een significante groei zien in hun sociaal-emotionele ontwikkeling, gemeten met de FEAS. Hun ouders blijken tevens een significante vooruitgang te laten zien in de wijze waarop zij de ontwikkeling van hun kind op de verschillende mijlpalen ondersteunen en stimuleren.

Dit pilot onderzoek kent een aantal interferenties en tekortkomingen. Zo zijn de onderzoeksgroepen uiteindelijk erg klein (n=6). Hierdoor kunnen er geen betrouwbare uitspraken worden gedaan over de effectiviteit van FloorPlay voor de gehele populatie van jonge kinderen met TOS die binnen Kentalis behandeld worden. Ondanks de kleine groepen worden sterke effecten van FloorPlay gemeten die niet in de controlegroep naar voren komen, hetgeen wijst op een positieve tendens. De ouders worden door middel van FloorPlay weer in hun kracht gezet en sterker gemaakt in het afstemmen op en stimuleren van de ontwikkeling van hun kind, waardoor generalisatie naar belangrijke leefsferen buiten enkel de behandelgroep vergroot wordt.

Doordat niet van alle kinderen die deelnamen aan het onderzoek de taalcijfers en niet-talige intelligentiecijfers bij de voormeting te achterhalen waren, zijn deze gegevens niet meegenomen in het onderzoek. Hierdoor is moeilijk te bepalen in hoeverre de kinderen uit de experimentele groep (die FloorPlay hebben gehad) en de kinderen uit de controlegroep wat betreft talig en non-verbaal intelligentieniveau wel voldoende met elkaar te vergelijken waren.

Binnen de ambulante groep verschilden de kinderen onderling sterk in leeftijd, taalontwikkelingsniveau en non-verbaal intelligentieniveau. Ondanks deze verschillen wordt bij alle kinderen die met FloorPlay zijn behandeld een vooruitgang gemeten in de sociaal-emotionele ontwikkeling die gemiddeld genomen significant is en welke niet gevonden wordt bij kinderen die niet met FloorPlay zijn behandeld.

Er is in het onderzoek binnen de vroegbehandeling niet gecontroleerd voor de hoeveelheid tijd dat de pedagogisch behandelaar FloorPlay toepaste bij een kind en evenmin voor het aantal sessies dat ouders zijn gecoacht. Dit bleek in de praktijk niet haalbaar. Hierdoor verschilt dit enigszins per kind. Een aanbeveling vanuit ervaringen van behandelcoördinatoren die de ouders binnen het onderzoek hebben begeleid, is om ouders één keer per maand te coachen en steeds twee weken later een video-bespreking met ouders te hebben.

In onderhavig onderzoek hebben we niet kunnen meten of behandeling met FloorPlay zorgt voor vermindering van gedragsproblemen bij het kind (gemeten met de CBCL), hetgeen wel één van de secundaire vraagstellingen was. Geen enkel kind in de experimentele groep of ambulante groep liet bij de voormeting een klinische score op de totale score van de CBCL zien. Hetzelfde geldt voor de mogelijke effecten van FloorPlay op hoe ouders de opvoeding ervaren (gemeten met de OBVL en VGFO). Geen van de onderzochte ouders die FloorPlay kregen (binnen VB of ambulant) ervoeren problemen op dit vlak, waardoor het mogelijke effect van FloorPlay op deze variabelen niet gemeten is. In ieder geval had FloorPlay geen negatief effect op het gedrag van het kind, de ervaren opvoedingsbelasting, opvoedingsvaardigheden en opvoeder-kind-relatie.

Ten tijde van de duur van het effectonderzoek binnen de Vroegbehandelingsgroepen waren een aantal medewerkers nog bezig met de opleiding tot FloorPlay-coach of –specialist, waardoor niet de meest optimale behandelcondities beschikbaar waren. Dit biedt wellicht nog meer kansen voor positieve effecten van FloorPlay op het moment dat deze condities wel beter zijn.

De totale Kind- en totale Ouder-scores op de FEAS waren binnen de experimentele groep bij aanvang (voormeting) significant lager dan die in de controlegroep. Je zou dus de kanttekening kunnen plaatsen dat de kinderen die FloorPlay kregen meer ruimte hadden om te groeien in de sociaal-emotionele ontwikkeling dan de controlegroep kinderen. Echter, hoewel de scores gemiddeld wat hoger lager, bleken in de controlegroep nog steeds vijf van de zes kinderen bij de voormeting in de deficiënte range te vallen, en dus een klinisch relevante achterstand in de sociaal-emotionele ontwikkeling te hebben. Ook de controlekinderen hadden dus nog ruime groeimogelijkheden.

Naast het meten van de effecten van FloorPlay als interventie binnen de vroegbehandeling en BCS (Behandeling Cliënt & Systeem), had dit onderzoek tot doel de methodiek verder te standaardiseren en protocolleren zodat deze binnen Kentalis op verschillende plekken op een eenduidige manier uitgevoerd zou kunnen worden. Inmiddels is er een tweedaagse kennismakingstraining FloorPlay voor Kentalis medewerkers beschikbaar. Tevens is er een werkboek ontwikkeld voor medewerkers dat gebruikt kan worden als naslagwerk en in de begeleiding van ouders met FloorPlay. Om FloorPlay toe te kunnen passen binnen de Vroegbehandeling dienen medewerkers in voldoende mate te beschikken over kennis en vaardigheden op het gebied van FloorPlay. Voor aanbevelingen hiervoor, wordt verwezen naar paragraaf 6.3.2.

Bij start van onderhavig onderzoek was nog niet bekend dat FloorPlay als één van de mogelijke methodieken opgenomen zou worden binnen de Zorgprogrammering van de Vroegbehandeling binnen Kentalis. M. de Zeeuw en E. Stoop, beiden behandelcoördinator binnen de vroegbehandeling van Kentalis, hebben een eerste opzet gemaakt voor de wijze waarop FloorPlay binnen de Zorgprogrammering kan worden ingezet. Reflectie hierop valt buiten het bestek van deze voucher.

6.2 Conclusie en aanbevelingen

Dit onderzoek is een eerste klinische verkenning van de effecten van de behandelmethode FloorPlay binnen de vierdaagse en ambulante behandeling van jonge kinderen met TOS. Na 6 maanden behandeling binnen een Vroegbehandelingsgroep of ambulante behandeling met FloorPlay blijkt dat de kinderen een significante vooruitgang laten zien in hun sociaal-emotionele ontwikkeling gemeten met de FEAS. Ook de ouders van deze kinderen laten na 6 maanden een significante vooruitgang zien in de mate waarin zij goed afstemmen op de ontwikkeling van hun kind. Bij de kinderen en ouders die binnen de Vroegbehandelingsgroep geen FloorPlay hebben gehad is geen significante vooruitgang op deze vlakken te zien. Aangezien het onderzoek slechts een kleine groep kinderen betrof, waarbij onduidelijk is in welke mate de kinderen verschillen laten zien in de ernst van hun spraak-taalproblematiek, is het lastig om betrouwbare uitspraken te doen over de effectiviteit voor de totale populatie van jonge kinderen met TOS. Echter, wanneer bij zo'n kleine onderzoeksgroep een dergelijk groot effect wordt gemeten, kan minimaal gesproken worden van een positieve trend. Zeker aangezien de kinderen en ouders uit de controlegroep die geen FloorPlay hebben gehad niet een dergelijke vooruitgang laten zien.

FloorPlay gaat uit van het belang van de ouder-kind-interactie waarbinnen het kind zich ontwikkelt. Wanneer ouders beter leren aansluiten bij het ontwikkelingsniveau van hun kind en oog hebben voor het unieke biologische profiel van hun kind, heeft dit een positief effect op de sociaal-emotionele en communicatieve ontwikkeling van het kind. Ouders ervaren de wijze waarop zij binnen de FloorPlay methodiek begeleid worden ook als positief en 78% van de ouders geeft aan dat de communicatie van hun kind verbeterd is.

Verder onderzoek naar de effectiviteit van FloorPlay bij kinderen met TOS waarbij gebruik gemaakt wordt van een grotere en meer homogene experimentele en onderzoeksgroep is gewenst. Tevens onderzoek van toepassing van FloorPlay bij kinderen met aantoonbare internaliserende en/of externaliserende gedragsproblemen (op CBCL) zodat het effect op het gedragsmatig functioneren van het kind eveneens bepaald kan worden.

In dit onderzoek hebben we niet bekeken welke elementen de interventie effectief maken. We hebben alleen gekeken naar de effecten van FloorPlay op het sociaal-emotioneel en communicatief functioneren van het kind en de wijze waarop de ouder de ontwikkeling van het kind voldoende ondersteund en stimuleert. Vervolgonderzoek naar de factoren in de methodiek die het meest bepalend zijn voor de effectiviteit zou kunnen uitwijzen wat er precies werkt, voor welke kinderen en ouders en onder welke omstandigheden. Met name onderzoek naar de correlatie tussen de mate waarin de ouder goed afstemt op het ontwikkelingsniveau en de individuele behoeften van het kind enerzijds en de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind anderzijds, is aan te bevelen. In huidig onderzoek worden hierin duidelijke tendensen gezien voor een positieve correlatie. Doordat de ouders versterkt worden in het goed afstemmen op de ontwikkeling van hun kind en vaardigheden aangereikt krijgen om de interactie met hun kind

met TOS te optimaliseren, is de verwachting dat de resultaten meer blijvend zijn en hiermee relatief goedkoop.

6.3 Aanbevelingen scholing FloorPlay binnen Zorgprogrammering

Vroegbehandeling TOS

6.3.1. FloorPlay binnen Kentalis

Binnen de nieuwe zorgprogrammering (Kentalis-P5COM werkdocumenten januari en februari 2016) is besloten FloorPlay op te nemen als één van de mogelijk toe te passen behandelmethodieken binnen de vroegbehandeling TOS. Hierbij gaat het om de behandelprogramma's: 'Elkaar Begrijpen en Samen Praten' (6.1), 'Leren praten' (6.2.2, 6.2.4) en 'Taal begrijpen en leren Praten' (6.3.2, 6.3.4).

FloorPlay is op dit moment beschreven als mogelijk in te zetten methodiek binnen de aanvullende module 'sociaal-emotioneel Kind' binnen 6.1, 'Communicatieve voorwaarden Kind' binnen 6.1 en de behandelmodule 'Kind' binnen 6.2.2, 6.2.4, 6.3.2 en 6.3.4.

In de Contextdocumenten Zorgprogrammering wordt beschreven dat bij de aanvullende modules 'sociaal-emotioneel Kind' en 'Communicatieve voorwaarden Kind' binnen 6.1 de methodiek FloorPlay de voorkeur geniet. Binnen de module Kind in het zorgprogramma 6.2 en 6.3 kan –afhankelijk van de leerstijl en de problematiek van het kind- gekozen worden voor FloorPlay of een gedragstherapeutische techniek. Criteria voor het inzetten van de module 'sociaal-emotioneel Kind' en 'Kind' zijn:

- Op basis van de intakeochtend wordt ingeschat dat de ZG-behandeling zal stagneren als gevolg van de internaliserende en/of externaliserende problemen van de cliënt.
- Behandeling moet gericht zijn op de relatie tussen de ZG-problematiek en de gedragsproblemen.

Voor beschrijving van de wijze waarop FloorPlay binnen de genoemde modules kan worden ingezet, wordt verwezen naar het werkdocument "Behandelprogramma 'Leren praten, Taal begrijpen en leren praten' Module Kind" van M. de Zeeuw en E. Stoop, d.d. 1 februari 2016.

6.3.2. Vereiste kennis en vaardigheden

Om FloorPlay goed in te kunnen zetten binnen de zorgprogrammering vroegbehandeling TOS is het van belang dat het multidisciplinair team in voldoende mate bekend is met de methodiek. Onder multidisciplinair team wordt verstaan: de pedagogisch behandelaren en logopedisten, de behandelcoördinator en de ouderbegeleider. Van belang is dat zij over voldoende kennis beschikken over het theoretische ontwikkelingsmodel (D.I.R.-model) waarop FloorPlay gebaseerd is. Voor de pedagogisch behandelaren die rechtstreeks met het kind werken is van belang dat zij tevens beschikken over de praktische vaardigheden om FloorPlay toe te passen in de interactie met het kind.

Hierin adviseren wij de volgende opleidingen voor het hele multidisciplinaire team:

- Het volgen van een kennismakingscursus of introductiecursus FloorPlay waarbij de deelnemer kennis maakt met de methodiek en hoe deze toe te passen in de praktijk. Binnen de Kentalis Academie is hiervoor de tweedaagse kennismakingstraining FloorPlay ontwikkeld.

Voor de pedagogisch behandelaren die FloorPlay-behandeling op de groep gaan bieden is het advies:

- Coaching en/of intervisie begeleid door een professional die beschikt over het certificaat FloorPlay-specialist. Hierbij kan gedacht worden aan een behandelcoördinator, een speltherapeut of andere behandelaar die een opleiding tot FloorPlay-specialist bij de RINO Noord Holland afgerond heeft. De coaching kan aangeboden worden door iemand van een andere locatie of werkzaam binnen het team.

Voor de behandelcoördinator wordt de volgende scholing en niveau van kennis en vaardigheden geadviseerd:

- Kennis van de methodiek FloorPlay middels de tweedaagse kennismakingstraining FloorPlay van Kentalis.
- Geschoold zijn in het afnemen van de FEAS.
- Geschoold zijn in het opstellen van het DIR-profiel van het kind en dit kunnen vertalen in behandeldoelen.

Bijlage 1

Beschrijving van Meetinstrumenten en Vragenlijsten

FEAS (Functional Emotional Assessment Scale)

De FEAS is een schaal om observaties van de interactie tussen kind en ouder/verzorger gestructureerd te beoordelen. De schaal is ontwikkeld door Greenspan en deGangi (Greenspan, DeGangi en Wieder (2001)) en vertaald in het Nederlands (Couturier & Hoevenaars, 2011). De FEAS is ontwikkeld voor de observatie van kinderen in de leeftijd van zeven maanden tot vier jaar en heeft als doel het in kaart brengen van de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind in interactie met de ouder of verzorger. Er wordt gekeken naar het gedrag van het kind en naar het gedrag van de ouder/verzorger. Op deze manier wordt in kaart gebracht hoe het kind zich sociaal-emotioneel ontwikkelt op de verschillende mijlpalen volgens het D.I.R. model van Greenspan (zie paragraaf 1.1.3) en in hoeverre de ouder in staat is om de ontwikkeling van het kind op de verschillende mijlpalen te ondersteunen. Binnen de sociaal-emotionele ontwikkeling op de verschillende mijlpalen speelt de communicatieve ontwikkeling een belangrijke rol. Binnen de eerste twee mijlpalen gaat het daarbij vooral om voorwaarden voor communicatie zoals vermogen tot zelfregulatie, gedeelde aandacht en het gaan reageren op de ouder. Vanaf mijlpaal 3 ontstaat wederkerige communicatie en gaat het kind zelf initiatieven nemen in de communicatie. Vanaf mijlpaal 3 ontstaat steeds meer en complexere communicatie (aantal communicatiecirkels binnen de interactie neemt toe en het kind gaat verbale taal gebruiken).

Ouder en kind wordt gevraagd zowel bij de voormeting als de nameting ongeveer 15 tot 20 minuten samen te spelen, waarvan een video opname wordt gemaakt. Deze opname wordt gescoord aan de hand van de FEAS. Binnen het effectonderzoek is voor alle proefpersonen binnen de vroegbehandeling (experimentele en controlegroep) de FEAS voor 3 tot 4-jarigen gebruikt. Deze is ook gebruikt voor vier van de zes kinderen in de ambulante groep. Voor twee kinderen binnen de ambulante groep, is gezien hun jonge leeftijd bij de voor- en nameting de FEAS voor 25-35 maanden gebruikt.

De FEAS meet per mijlpaal wat het kind in de ontwikkeling laat zien en hoe de ouder het kind al dan niet ondersteunt en stimuleert bij die ontwikkeling. De items worden gescoord met: 0 = helemaal niet gezien of zeer kort, 1 = enige tijd aanwezig, meerdere keren gezien, 2 = consistent aanwezig, frequent gezien. Er wordt binnen het effectonderzoek gekeken naar de ruwe totale score op de schaal Ouder en de ruwe totale score op de schaal Kind. Hoe hoger de ruwe totaalscore op de schaal Kind, hoe verder het kind sociaal-emotioneel gezien ontwikkeld is op de mijlpalen. Hoe hoger de ruwe totaalscore op de schaal Ouder, hoe beter de ouder afstemt in de interactie op de ontwikkelingsmogelijkheden die het kind op de mijlpalen laat zien. De totaalscore Ouder moet altijd in relatie tot de totaalscore Kind bekeken worden. Als een kind van 4 jaar in de ontwikkeling bijvoorbeeld niet verder komt dan mijlpaal 3, zal een ouder vooral moeten stimuleren op de eerste 3-4 mijlpalen en geen scores behalen op mijlpaal 5 en 6, waardoor de totale ruwe score op de schaal Ouder lager uitvalt.

De totaalscores Kind worden ingedeeld naar een klinische classificatie die duidt op een deficiënte, risico- of normale ontwikkeling, vergeleken met leeftijdsgenootjes. Deze klinische classificatie geeft weer in hoeverre de ontwikkeling van het kind op de verschillende mijlpalen gemiddeld is vergeleken met leeftijdsgenootjes (range 'normaal') of dat deze afwijkt en een achterstand in sociaal-emotionele ontwikkeling betekent (range 'deficiënt').

De verwachting is dat voor zowel de experimentele groep Vroegbehandeling als voor de Ambulante groep tussen de voor- en nameting een significante groei te zien is op:

- de totale score Ouder, die de mate meet waarin de ouder de ontwikkeling van het kind op de verschillende mijlpalen voldoende ondersteunt en stimuleert;
- de totale score Kind, die het sociaal-emotionele en communicatieve ontwikkelingsniveau op de mijlpalen weergeeft.

Tevens is de verwachting dat de groei op beide totaalscores (Ouder en Kind) bij de Experimentele groep Vroegbehandeling significant groter is dan die bij de Controlegroep.

Vragenlijsten

Zowel bij de voormeting als de nameting hebben ouders een 3-tal vragenlijsten ingevuld. Dit zijn de volgende vragenlijsten: De Vragenlijst Gezinsfunctioneren volgens Ouders (VGFO), de Opvoedingsbelastingvragenlijst (OBVL) en de Child Behavior Checklist (CBCL). De OBVL en CBCL worden –naast andere meetvariabelen- binnen Kentalis ook gebruikt binnen de Routing Outcome Monitoring (ROM) om de effecten van de behandeling te meten.

Bij de voormeting hebben we ouders ook een vragenlijst die een beeld geeft van de zintuiglijke prikkelverwerking van hun kind laten invullen. Voor de kinderen van 3 jaar en ouder is dit de Sensory Profile-NL (SP-NL) en voor de kinderen van 0-3 jaar is dit de Infant/Toddler Sensory Profile oudervragenlijst (ITSP).

Vragenlijst Gezinsfunctioneren volgens Ouders (VGFO)

Deze vragenlijst richt zich op vijf aspecten die het gezinsfunctioneren –zoals beoordeeld door ouders- meten:

1. Basiszorg: Deze schaal verwijst naar de mate waarin de ouder in staat is het huishouden en de financiën te beheren, contacten met school te onderhouden en in de dagelijkse zorg voor het kind te voorzien.
2. Jeugdbeleving: De mate waarin de ouder met plezier terugkijkt op de eigen jeugd en de relatie met de eigen ouders.
3. Opvoeding: De mate waarin de ouder in staat is een prettige sfeer te creëren met voldoende ruimte en aandacht voor het kind. Tevens de mate waarin de ouder goed gedrag van het kind beloont en de regels in de opvoeding op flexibele wijze toe kan passen indien nodig.

4. Partnerrelatie: De mate waarin de ouder tevreden is over de partner, de relatie en de manier waarop de ouders samen vorm geven aan de opvoeding.
5. Sociale contacten: De mate waarin de ouder contact heeft met burens of familie en vrienden en of de ouder bij hen terecht kan voor steun indien nodig.

De lijst kent 28 vragen die door een van de ouders wordt ingevuld.

Er is een lijst voor kinderen van 0 t/m 3 jaar en een lijst voor kinderen van 4 t/m 18 jaar.

In de handleiding wordt aangegeven dat de VGFO gebruikt kan worden voor wetenschappelijk onderzoek of effectmeting en na drie maanden weer afgenomen kan worden. Bij het effectonderzoek is de vragenlijst pas na zes maanden weer afgenomen.

Opvoedingsbelastingvragenlijst (OBVL)

Deze vragenlijst richt zich op vijf aspecten die de opvoedingsbelasting meten:

1. Problemen opvoeder-kindrelatie: Deze schaal verwijst naar de mate waarin de ouder de opvoeder-kind relatie als belastend en problematisch ervaart.
2. Problemen met opvoeden: De mate waarin de ouder het opvoeden van het kind als belastend ervaart en over te weinig vaardigheden beschikt om adequate controle te hebben over het kind.
3. Depressieve stemmingen: De mate waarin een ouder (on)gelukkig is met zichzelf en zijn levensomstandigheden.
4. Rolbeperking: De mate waarin de ouderlijke rol als inperking op de eigen vrijheid wordt ervaren, en van frustratie op pogingen om de eigen identiteit te handhaven.
5. Gezondheidsklachten: De mate waarin de ouder zich gezond voelt.

De lijst kent 34 vragen die door een van de ouders wordt ingevuld.

Er is een lijst voor kinderen van 0 t/m 3 jaar en een lijst voor kinderen van 4 t/m 18 jaar.

Child Behavior Checklist (CBCL)

De CBCL is een diagnostisch instrument om probleemgedrag en vaardigheden van kinderen en jeugdigen op gestandaardiseerde wijze te kwantificeren. Er bestaan twee versies: één voor kinderen van 1,5 tot en met 5 jaar, en één voor kinderen en jongeren van 6 tot en met 18 jaar.

De CBCL 1,5 – 5, die binnen het effectonderzoek gebruikt is, bevat 99 vragen over gedrags- en emotionele problemen bij het kind, zoals waargenomen door de ouder. Na scoring wordt een indeling gemaakt in verschillende probleemschalen: Internaliserend (Emotioneel Reagerend, Angstig/Depressief, Lichamelijke Klachten, Teruggetrokken), Externaliserend: (Aandachtsproblemen, Agressief Gedrag), slaapproblemen. De scores op de schalen Internaliserend en Externaliserend gedrag vormen samen de score op de schaal Totale Problemen. Ook kunnen de vragen worden ingedeeld in 5 DSM schalen: Affectieve Problemen, Angstproblemen, Pervasieve Ontwikkelingsproblemen, Aandachtstekort/Hyperactiviteitsproblemen en Oppositioneel- Opstandige Problemen.

Ouders vullen de CBCL 1,5 – 5 in bij zowel de voor- als de nameting.

Binnen het effectonderzoek wordt gekeken naar de totale scores op de schaal Externaliserende problematiek, Internaliserende problematiek en de totale score op de CBCL. Dit zijn T-scores.

(Infant) Sensory Profile (SP of ITSP)

De ITSP en de SP zijn vragenlijsten die het hele spectrum en niveau van sensorische prikkelverwerking van jonge kinderen (0-3 jaar en 3-10 jaar) in kaart brengt. De vragenlijst wordt ingevuld door de ouder/Ouder en behandelt sensorische aspecten als horen, zien, proeven, ruiken en aanraken.

De resultaten op de vragenlijst geven inzicht in hoe het kind informatie via de verschillende zintuiglijke kanalen verwerkt. Deze vragenlijst wordt alleen bij de voormeting ingevuld om het individuele sensorische profiel (de I uit het D.I.R. model) van het kind inzichtelijk te krijgen. Deze informatie is van belang om binnen de FloorPlay behandeling goed op het kind af te kunnen stemmen en de mogelijkheden tot contact te vergroten. De informatie wordt in die zin dus niet gebruikt voor de effectmeting.

Cliënttevredenheidsvragenlijst FloorPlay (zie Bijlage 3)

Om een indruk te verkrijgen van hoe ouders de FloorPlay behandeling van hun zoon/dochter hebben ervaren, is een cliënttevredenheidsvragenlijst FloorPlay ontwikkeld. Daarin staan een 11-tal meerkeuze vragen, met mogelijkheid tot schriftelijke toelichting, over hoe ouders een aantal aspecten van de behandeling hebben ervaren, zoals: de opbouw van de sessies, het aantal sessies, plaats van de sessies (op Kentalis/thuis), wijze van coaching, gebruik van video-opnames, in hoeverre adviezen helpend waren, de theorie bij FloorPlay, of ouders FloorPlay vanuit Kentalis bij anderen zouden aanbevelen, een rapportcijfer om de gehele FloorPlay behandeling te beoordelen, algemene indruk/eventuele op- en/of aanmerkingen.

Bijlage 2

Tabel 5. Gemiddelden en uitkomsten van de *t*-toets op de schalen van de CBCL, OBVL en VGFO bij voor- en nameting van experimentele en controlegroep.

Meetvariabele	VB-FloorPlay (n=6)			VB-Controlegroep (n=6)		
	Voormeting Gem (sd)	Nameting M (sd)	T-toets (verschil tussen voor- en nameting)	Voor Gem (sd)	Na Gem (sd)	T-toets (verschil tussen voor- en nameting)
CBCL totaal	53.2 (11.0)	51.3 (8.6)	t(5) = .85, p = .44	64.8 (11.5)	57.5 (8.4)	t(5) = 2.50, p = .05
CBCL internal.	52.2 (11.1)	53.3 (6.3)	t(5) = .33, p = .75	62.5 (10.7)	58.5 (9.3)	t(5) = 1.64, p = .16
CBCL external.	53.2 (11.9)	50.5 (8.7)	t(5) = 1.44, p = .21	63.7 (10.7)	57.5 (6.4)	t(5) = 2.65, p = .05
OBVL totaal	50.7 (14.9)	52.3 (15.4)	t(5) = .29, p = .78	57.8 (13.8)	56.7 (15.2)	t(5) = .53, p = .62
OBVL opv.-kind	47.3 (18.2)	52.5 (6.2)	t(5) = .56, p = .601	55.2 (6.8)	58.8 (8.4)	t(5) = 1.31, p = .25
VGFO opvoeding	45.8 (16.8)	50.3 (15.2)	t(5) = .74, p = .50	43.0 (18.5)	42.2 (16.0)	t(5) = .22, p = .84

Tabel 6. Gemiddelden en uitkomsten van de *t*-toets op de schalen van de CBCL, OBVL en VGFO bij voor- en nameting van ambulante groep

Meetvariabele	VB-Ambulant (n=6)		
	Voormeting M (sd)	Nameting M (sd)	T-toets (verschil tussen voor- en nameting)
CBCL totaal	57.2 (9.9)	51.5 (10.9)	t(5) = 1.77, p = .14
CBCL internal.	57.7 (15.2)	50.5 (12.5)	t(5) = 2.26, p = .07
CBCL external.	55.3 (10.0)	51.2 (11.8)	t(5) = 1.52, p = .19
OBVL totaal	53.0 (7.5)	51.5 (11.3)	t(5) = .70, p = .52
OBVL opv.-kind	55.0 (9.4)	55.7 (8.7)	t(5) = .19, p = .86
VGFO opvoeding	46.7 (11.4)	42.2 (15.0)	t(5) = 1.28, p = .26

Bijlage 3

Cliënttevredenheidsvragenlijst FloorPlay

Waarom deze vragenlijst?

Als behandelaars van FloorPlay willen wij graag goede zorg verlenen. Daarom is het belangrijk om te weten hoe ouder(s)/ verzorger(s) de FloorPlay behandeling van hun zoon/dochter hebben ervaren. Voldoet de (kwaliteit van de) FloorPlay behandeling aan de verwachtingen van de ouder(s)/ verzorger(s)?

Om dit te meten is deze vragenlijst ontwikkeld. Wij zijn vooral benieuwd naar uw mening over FloorPlay en de behandeling zoals die op dit moment wordt vormgegeven. U kunt meerdere antwoorden aankruisen en er opmerkingen bij schrijven indien u dit nodig acht.

Datum:.....

Ingevuld door: vader / moeder / verzorger

Vragen

1. FloorPlay is opgebouwd uit 5 sessies behandeling en dan een (video) evaluatie. Daarna volgen opnieuw 5 sessies etc. Wat vindt u van deze opbouw?

- Niet prettig
- Redelijk
- Prettig
- Anders namelijk:

.....
.....

2. Had u behoefte aan meer FloorPlay sessies?

- Ja
- Nee
- Anders namelijk:

.....
.....

3. Had u behoefte aan sessies in de thuissituatie?

- Ja
- Nee
- Anders namelijk:

.....
.....

4. Bij FloorPlay wordt u als ouder gecoacht door de behandelaar. Wat vindt u van deze manier van behandelen?

- Niet prettig
- Redelijk
- Prettig

Anders namelijk:

Bij FloorPlay wordt gebruikt gemaakt van video-opnames en het terugkijken naar video-opnames. Hoe heeft u dit ervaren?

- Niet prettig
- Redelijk
- Prettig
- Anders namelijk:

5. In hoeverre hebben de adviezen u en uw kind geholpen?

- Niet van toepassing
- Slecht
- Matig
- Voldoende
- Ruim voldoende
- Goed

6. Wat vond u van de theorie over FloorPlay?

- Moeilijk
- Redelijk te volgen
- Duidelijk
- Tijdens de behandeling duidelijk geworden
- Anders namelijk:

7. Wat heeft u het meest geholpen tijdens deze behandeling? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- Inzicht in de mogelijkheden van mijn kind
- Praktisch toepassen van de richtlijnen van FloorPlay
- Nieuwe ideeën tijdens spelen toepassen
- Meer zelfvertrouwen
- Meer opvoedingsvaardigheden
- Meer mogelijkheden om te communiceren met mijn kind
- Plezier tijdens het spelen
- Communicatie bevorderen tijdens dagelijkse situaties
- De communicatie van mijn kind is verbeterd
- Het gedrag van mijn kind is verbeterd
- De relatie tussen mijn kind en mij is nog sterker geworden
-
-
- Anders namelijk.....

8. Zou u andere mensen FloorPlay aanbevelen?

- Ja
- Nee
- Anders namelijk:

.....
.....

9. Kunt u een cijfer geven over uw ervaring van FloorPlay bij Kentalis (tussen 0 en 10, waarbij 0 staat voor helemaal niet tevreden en 10 staat voor heel tevreden).

.....
.....

10. Graag horen wij van u wat u het meest is bijgebleven van de behandeling. U mag hieronder schrijven wat u kwijt wilt over de behandeling, de behandelaar en FloorPlay bij Kentalis. Ook als u op- of aanmerkingen heeft of tips ter verbetering, kunt u dit in onderstaande ruimte aangeven.

Extra informatie:

Literatuurlijst

- Baxendale, J. & Hesketh, A. (2003). Comparison of the effectiveness of the Hanen Parent Programme and traditional clinic therapy. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 38, p. 397-415.
- Couturier, G.L.G. en Hoevenaars, J. (2011). Vertaling FEAS (versie 2.8). Pro manuscripto.
- Couturier, G.L.G. (2011). Het ontwikkelingsmodel van Greenspan. Hoofdstuk 4.5 uit: *Handboek Infant Mental Health*. Van Gorcum, pp. 249-262.
- Daal, J. van, L. Verhoeven & H. van Balkom (2007). Behaviour problems in children with language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(11), pp. 1139-1147.
- Drenthen, M.C.B. & Riksen-Walraven, J.M.A. (1997). De interactie tussen spraak-taalgestoorde kinderen en hun ouders. Relatie met kinderlijke gedragsproblemen en ouderlijke opvoedingsbeleving. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 36 (7/8), pp. 313-326.
- Goorhuis-Brouwer, S.M., Nakken, H. & Berg, H. van den (1996). De relatie tussen specifieke taalstoornissen, gedrag van het kind en beleving van ouders. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 35 (7/8), pp. 352-360.
- Goorhuis-Brouwer, S.M., F. Coster, H. Nakken & H. Lutje Spelberg (2004). Environmental factors in developmental language disorders. In L. Verhoeven & H. van Balkom (Red.), *Classification of developmental language disorders. Theoretical issues and clinical implications* (pp. 159-171). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Greenspan, S. I., & DeGangi, G. (1997). *The Functional Emotional Assessment Scale: Revised Version and Reliability Studies*. Unpublished study.
- Greenspan, S.I. & Wieder, S. (1997). Developmental Patterns and Outcomes in Infants and Children with Disorders in Relating and Communicating: A Chart Review of 200 Cases of Children with Autistic Spectrum Diagnoses. *Journal of Developmental and Learning Disorders*. 1, pp. 87-141.
- Greenspan, S.I., Wieder, S. & Simons R. (2003). *Als uw kind special aandacht nodig heeft*. Utrecht: Kosmos.
- Greenspan, S.I. & Wieder, S. (2005a). Can children with autism master the core deficits and become empathetic, creative and reflective? A ten to fifteen year follow-up of a subgroup of children with autism spectrum disorders (ASD) who received a comprehensive developmental, individual-difference, relationship-based (D.I.R.) approach. *Journal of Developmental and Learning Disorders*, 9, pp. 39-61.
- Greenspan, S.I. & Shanker, S. G. (2006), A Developmental framework for depth

- psychology and a definition of healthy emotional functioning. PDM Task Force (2006), Psychodynamnic diagnostic manual. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Greenspan, S.I. & Wieder, S. (2006). Engaging Autism: The Floortime approach to helping children relate, communicate and think. Reading, MA: Persues Books.
- Greenspan, S.I. & Wieder, S. (2006). Infant and Early Childhood Mental Health – A Comprehensive Developmental Approach to Assessment and Intervention. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, Inc.
- Greenspan, S.I., DeGangi, G.A. en Wieder, S. (2001). The Emotional Assessment Scale (FEAS) for infancy and early childhood; clinical and research applications. Bethesda, MD: ICDL.
- Leigh, P., Nievar, M.A. & Nathans, L. (2011). Maternal sensitivity and language in early childhood: a test of the transactional model. *Perceptual and Motor Skills*, 113, pp.281-299.
- Pajareya, K. & Nopmaneejumruslers, K. (2011). A pilot randomized control trial of D.I.R./Floortime parent training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders. *Autism*, 15 (2), pp. 1-15.
- Rexwinkel, M., Schmeets, M., Pannevis, C., Derkx, B., red. (2011). Handboek Infant Mental Health. Inleiding in de ouder-kindbehandeling. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Rigter J. (2002), Ontwikkelingspathologie bij kinderen en jeugdigen. Bussum, Uitgeverij Couthinho.
- Sameroff, A.J. & Fiese, B.H. (2000). Transactional regulation and early intervention. The developmental ecology of early intervention. In Shonkoff, J.P. & S. J. Meisels (Red.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 135-159). Cambridge: University Press.
- Solomon, R., Necheles, J., Ferch C. & Bruckman, D. (2007). Pilot study of a parent-training program fot young children with autism: the PLAY Project Home Consultation Program. *Autism*, 11(3), pp. 205-224.
- Solomon, R., Van Egeren, L.A., Mahony, G., Huber, M.S.Q. & Zimmerman, P. (2014). PLAY Project Home Consultation Intervention Program for Young Children With Autism Spectrum Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 35(8), pp. 475-485.
- Van IJzendoorn, M.H. (2008), Opvoeding over de grens. Gehechtheid, trauma en veerkracht. Amsterdam, Boom Academic.
- Vermulst, A., Kroes, G., De Meyer, R., Nguyen, L., & Veerman, J.W. (2012). *Opvoedingsbelastingvragenlijst (OBVL): Handleiding*. Nijmegen: Praktikon BV.

Koninklijke Kentalis
Kentalis Academie
Postbus 7
5270 BA Sint-Michielsgestel
T 073 55 88 426