



## Shared Movement Approach (SMA) Individuele danstherapie ter bevordering van de non-verbale afstemming<sup>1</sup> bij kinderen en adolescenten met autisme spectrum stoornissen (ASS)

---

AUTEUR/ONTWIKKELAAR Rosemarie Samaritter PhD (2020)

**Context:** Ambulante GGz/zorgprogramma kind en adolescent/Zorgpad autisme.

### Probleemomschrijving

#### Probleem

De DSM-5 diagnose classificatie *autisme spectrum stoornis* (ASS) is een cluster diagnose met een brede spreiding van verschijningsvormen (APA, 2013). De stoornis heeft een pervasief karakter, met vooral belemmeringen in de communicatieve vaardigheden, verminderde sociale belangstelling en frequente voorkeur voor stereotype routines (Rogers, 2006). De sociale afstemming, zoals de oriëntatie op andere kinderen tijdens spelsituaties, de betrokkenheid bij de activiteiten van anderen en de synchronisatie met acties van anderen, verloopt bij kinderen met een ASS anders dan bij kinderen met een neuro-typische ontwikkeling. Het is daardoor voor het kind zelf lastig om zich in interacties af te stemmen op anderen, maar ook voor de omgeving is het dikwijls moeilijk om een afstemming te vinden die aansluit bij het kind met ASS (Hobson & Hobson, 2007).

Naast deze factoren heeft de sensomotorische ontwikkeling bij kinderen met ASS vaak een ander beloop dan bij kinderen met een neuro-typische ontwikkeling. Dit kan zich uiten in een zwak lichaamsbesef en een verstoorde lichaamsorganisatie (Donellan, Hill & Leary, 2013), hetgeen de flexibele aanpassing aan veranderende situaties zoals bijvoorbeeld in de non-verbale afstemming op communicatiepartners kan belemmeren (Mundy e.a., 2014).

Het huidige behandelaanbod voor jonge cliënten met ASS in de GGZ is vooral gericht op de ontwikkeling van sociale cognitie met behulp van training van sociale gedragingen (NJI, 2016)

Ontwikkelingsgerichte en ervaringsgerichte interventies die gericht zijn op het bewerkstelligen van een spontane non-verbale afstemming en wederkerigheid door het kind met ASS op anderen zijn voor de Nederlandse context nog amper beschreven (Zorgstandaard ASS, 2017).

#### Spreiding

In Nederland wordt volgens een enquête van CBS bij ongeveer 3% van de 4 tot 12-jarigen de diagnose ASS gesteld (NJI, 2016). Het betreft een ontwikkelingsstoornis, die ook voorbij de kinderleeftijd blijft voortbestaan.

---

<sup>1</sup> De formulering “non-verbale afstemming” is gekozen voor een concept dat oorspronkelijk afkomstig uit de ontwikkelingspsychologie, in de Engelstalige literatuur over het algemeen wordt aangeduid met het begrip “attunement”, maar ook als “interpersonal attunement”, intersubjective attunement”, “non-verbal attunement” of “social attunement”. In de non-verbale afstemming gaat het dus altijd om de non-verbale afstemming tussen twee of meer personen op elkaars gedragingen.

### *Gevolgen*

Kinderen en adolescenten met ASS ervaren vaak problemen in de non-verbale afstemming met anderen (Baird et al., 2001), hetgeen de ontwikkeling van het interpersoonlijke contact ernstig kan belemmeren. Kinderen met ASS missen daardoor dikwijls de aansluiting bij activiteiten in de leeftijdsgroep. Dit kan forse spanningen en stressreacties in de omgang met anderen tot gevolg hebben (Amos, 2013). De afstemmingsproblemen kunnen tot sociaal isolement leiden. Veel mensen met ASS beschrijven de behoefte aan sociaal contact (Savarese, 2010), maar kunnen er door de atypische non-verbale afstemming moeilijk vorm aan geven.

### **Doelgroep**

De interventie Shared Movement Approach (SMA) is ontwikkeld als behandelaanbod in de ambulante GGZ voor kinderen en adolescenten met ASS, met problemen in de non-verbale afstemming tijdens sociale interacties.

#### *Indicatie*

SMA is geschikt voor kinderen en adolescenten met ASS in de leeftijd tussen 6 en 18 jaar, die problemen ervaren in de non-verbale afstemming met leeftijdgenoten of volwassenen. Op de achtergrond kan daarbij sprake zijn van problemen in de (senso-)motorische organisatie en regulatie.

#### *Contra-indicaties*

Kinderen/adolescenten die zich niet voldoende kunnen reguleren in een open bewegingssituatie.

#### *Verwijzing en selectie*

Verwijzing naar SMA is mogelijk op indicatie van een multidisciplinair overleg (MDO) of een bevoegde verwijzer, zoals huisarts, psychiater of klinisch psycholoog.

### **Doelen**

#### *Algemeen behandeldoel:*

Verbetering sociaal-emotioneel functioneren van het kind/de adolescent met ASS door verbetering van de non-verbale afstemming.

#### *Hoofddoel:*

Bevordering van de non-verbale afstemming in sociale interacties bij kinderen/adolescenten met ASS via de ontwikkeling en ondersteuning van (senso-)motorische regulatie en non-verbale regulatie tijdens interacties met een partner.

#### *Subdoelen:*

- Het kind/de adolescent kan tijdens het bewegen met de therapeut (senso-)motorische impulsen reguleren en afstemmen op de gezamenlijke bewegingssituatie.
- Het kind/de adolescent kan in de omgang met de therapeut spontaan afstemmen op de non-verbale gedragingen van de ander. Dit wordt zichtbaar in i) de *oriëntatie* op de therapeut (b.v.: tijdens het bewegen richt het kind zijn bewegingen naar de therapeut), ii) de actieve betrokkenheid, *de intentionele gerichtheid* op de gezamenlijke bewegingssituatie (b.v.: het kind zet tijdens het gezamenlijke bewegen met de therapeut actief gewicht in om de gezamenlijke beweging te beïnvloeden) en iii) de *synchronisatie* met de ritmes en de timing van de therapeut (b.v.: het kind past zijn bewegingstempo aan bij dat van de therapeut).
- Het kind/de adolescent komt tot wederkerigheid in het non-verbale contact en de non-verbale interactie met leeftijdgenoten en volwassenen.

### **Beschrijving van de interventie-aanpak**

SMA is een semigestructureerde ontwikkelingsgerichte danstherapeutische interventie.

#### *Architectuur van de interventie*

De therapie bestaat uit twaalf bijeenkomsten van 50 minuten met een wekelijkse frequentie. De SMA behandeling verloopt in vier fasen (zie *Inhoud van de Interventie*). Bij start bepalen therapeut, deelnemer en ouders/verzorgers in gezamenlijk overleg de behandeldoelen. Na afloop van de therapie evalueren therapeut, deelnemer en ouders/verzorgers samen de behandeling tijdens een aparte evaluatiebijeenkomst.

#### *Inhoud van de interventie*

SMA werkt met bewegingsmateriaal afkomstig uit dans en bewegingspelen. De toegepaste werkvormen zijn gebaseerd op improvisatie en creatieve processen. De therapeut stemt de werkvormen nauwkeurig af

op de bewegingsmogelijkheden en de non-verbale afstemmingsmogelijkheden van de deelnemer (Samaritter, 2010 & 2015). De nadruk ligt daarbij op ontwikkeling en uitbreiding van de aanwezige capaciteiten bij het kind/de adolescent (Tortora, 2010; De Jaegher, 2013). Elke bewegingsactie van de deelnemer beantwoordt de therapeut met een nauwkeurig afgestemde, op de non-verbale interactie gerichte bewegingsrespons.

#### *Concrete activiteit*

De beginfase van de therapie is gericht op het ontwikkelen van de non-verbale oriëntatie. In deze fase worden werkvormen aangeboden die de oriëntatie op de bewegingspartner uitlokken en die uitnodigen om bewegingsacties te richten naar de partner.

De tweede fase van de therapie is gericht op het uitlokken en ontwikkelen van non-verbale intentionaliteit. Het bewegingsaanbod nodigt uit tot actieve inzet van gewicht in de bewegingsacties met de therapeut. Door gewicht in te zetten en te reguleren kan de beweging een intentie meegeven aan de beweging. De aangeboden werkvormen kunnen ook het integrale gebruik van non-verbale oriëntatie en non-verbale intentionaliteit aanspreken.

De derde fase van de therapie is gericht op het uitlokken en ontwikkelen van synchronisatie tussen de cliënt en de therapeut. Het bewegingsaanbod is gericht op gezamenlijke timing, gefaseerde afwisseling van bewegingsacties en rust of individueel bewegen en samen bewegen bevorderen regulatie in timing en synchronisatie tussen bewegers.

In de eindfase van de therapie komen zoveel mogelijk werkvormen aan bod, die een integrale inzet van non-verbale oriëntatie, non-verbale intentionaliteit en non-verbale synchronisatie aanspreken. In deze laatste fase komen daarom werkvormen aan de orde die gericht zijn op *kinaesthetic partnering* (Samaritter, 2017), dit zijn bewegingsvormen die een hoge mate van afgestemde non-verbale interactie aanspreken zoals die ook voorkomen in partnerdansen en groepsdansen.

De opbouw van de afzonderlijke sessies volgt een improvisatorisch fasemodel. Dit stelt de therapeut in staat om op geleide van de ontwikkeling van de deelnemer te wisselen tussen de fases. Elke sessie start met een opwarming, die tot doel heeft de aandacht van de cliënt te richten op de waarneming van het lichaam en de inzet van bewegingsacties. De kern van de sessie wordt gekenmerkt door semigestructureerde bewegingsactiviteiten, die organisch uit elkaar voort kunnen vloeien of losjes op elkaar kunnen volgen. De afronding van de sessie sluit de bewegingsactiviteit af en maakt de overgang naar de situatie van alledag. Indien mogelijk kan deze fase een reflectie bevatten op de centrale onderwerpen van het bewegingsproces.

#### *Rol therapeut*

De therapeut heeft in deze interventie een actieve rol en speelt actief in op de non-verbale afstemmingsmogelijkheden van de deelnemer. Bij start van de therapie maakt de therapeut via systematische bewegingsobservatie een profiel van de non-verbale afstemmingspatronen van de deelnemer. De therapeut ontwerpt vanuit dit profiel activiteiten die nauw aansluiten bij de mogelijkheden van de deelnemer. De therapeut kan in improvisatorische dansvormen flexibel inspelen op de non-verbale afstemmingsgedragingen (oriënteren, engageren, synchroniseren) van de deelnemer. De therapeut creëert door zijn eigen non-verbale afstemming een situatie die uitnodigt tot samen bewegen en onderlinge afstemming.

Gedurende het verloop van de therapie verschuift de therapeutische attitude van een meer volgende afstemming in de beginfase naar een meer uitlokkende attitude in de laatste fase van de therapie.

Ten behoeve van de afstemming op de deelnemer hanteert de therapeut verschillende relationele modaliteiten (Eberhard-Kaechele, 2009; Koch et al., 2014; Koehne et al., 2016; Samaritter, 2017):

- 'witnessed movement'<sup>2</sup> (observerend): de therapeut heeft de rol van een aandachtige toeschouwer, geeft eventueel verbale ondersteuning, spiegeling, commentaar
- 'joint movement'<sup>3</sup> (eenzijdig of wederzijds responsief): wanneer de deelnemer de therapeut in de gezamenlijke bewegingssituatie betreft, zal deze hierop telkens spiegelend responsief ingaan; therapeut en deelnemer komen tot co-creatie van dans- en bewegingsthema's
- bewegingsdialoog: therapeut en deelnemer bewegen alternerend, spelen in op elkaars bewegingsimpulsen, spinnen voort op aangedragen bewegingselementen

In de beginfase van de interventie worden spiegel- en 'witnessing'/(observerende)-modaliteiten dominant ingezet. In de loop van de therapie vindt een verschuiving plaats naar dominant gebruik van bewegingsdialoog.

---

<sup>2</sup> Omdat er nog geen eenduidige Nederlandse terminologie voor deze relationele modi bestaat, zijn in deze tekst de termen 'witnessed movement' en 'joint movement' gebruikt in navolging van de internationale danstherapeutische literatuur. Achter elk begrip wordt een suggestie gegeven voor een Nederlandse vertaling.

<sup>3</sup> Zie opmerking voetnoot 2

### *Materialen*

Voor de evaluatie van veranderingen in het non-verbale afstemmingsgedrag kunnen voorafgaand aan de therapie en na afloop de volgende meetinstrumenten worden ingezet:

De *SEAM observatie* lijst (Samaritter & Payne, 2017) brengt het non-verbale afstemmingsprofiel van kinderen/adolescenten met ASS in kaart.

De Social Responsiveness Scale (SRS), meet de sociale beperkingen van kinderen/adolescenten met ASS. De SRS is in de Nederlandse versie beschikbaar voor de leeftijdsgroep van 4- tot 18-jarigen (Roeiers et al., 2011).

Voor de in de jeugd-GGZ gebruikelijke ROM metingen voor en na de therapie kunnen de Child Behavior Check List (CBCL) en de Youth Self Report (YSR) ingezet worden. De CBCL is in de Nederlandse versie beschikbaar in twee versies, voor 1,5 tot 5-jarigen en voor 6 tot 18-jarigen (Verhulst et al., 1996). De YSR is in de Nederlandse versie beschikbaar voor de leeftijdsgroep 5 tot 19-jarigen (Verhulst et al., 1997).

### **Onderbouwing**

#### *Welke factoren veroorzaken het probleem?*

Kinderen/adolescenten met ASS ervaren vaker problemen in de (senso-)motorische regulatie en organisatie. Zij kunnen erg gevoelig reageren op zintuiglijke prikkels en overprikkeling kan tot hoge spanningen leiden (Erfer, 1995; Loman, 1995; Devereaux, 2012). Het omzetten van zintuiglijke indrukken naar goed gereguleerde en op de omgeving afgestemde handelingen kan hierdoor problematisch verlopen (Robledo et al., 2012).

#### *Factoren die door middel van de interventie aangepakt/behandeld/beïnvloed worden*

Alle typen dans- en bewegingstherapie (DBT) spreken via dansante werkvormen de non-verbale betrokkenheid en de non-verbale expressie aan (Stanton-Jones, 1992). Dans- en bewegingsactiviteiten doen bovendien een sterk appèl op lichaamsorganisatie en het verloop van de senso-motorische organisatie. Zij hebben daarmee ook een impact op hoe het kind met ASS zijn bewegingen kan organiseren en reguleren met als gevolg een verminderde kans op overprikkeling (Hartshorn e.a., 2001). De relatie tussen cliënt en therapeut ontwikkelt zich in DBT in het gezamenlijke bewegen en dansen (Payne, 1992/2006). In de gezamenlijke bewegingservaringen kan het kind leren om zich op het bewegen van de therapeut te oriënteren (b.v. waar is de ander in de ruimte?). Het kind kan leren om zich intentioneel te engageren in de bewegingservaring met de therapeut en deze zelf ook intentioneel te beïnvloeden (b.v. door veel of juist weinig kracht aan een beweging mee te geven). Tijdens het dansen kan het kind leren om zich qua timing af te stemmen op de timing van de therapeut. Wanneer deze drie aspecten gezamenlijk worden ingezet is er sprake van non-verbale afstemming en wederkerigheid (Samaritter, 2015). Door de lichaamsgerichte werkwijze kunnen deelnemers de nieuwe ervaringen direct toevoegen aan hun repertoire van handelingsmogelijkheden en zijn deze ook goed toepasbaar in situaties buiten de therapie (Martin, 2014).

#### *Theoretische verantwoording*

Recent onderzoek naar neurobiologische factoren ondersteunt een ontwikkelingsgericht perspectief, zoals dat in de SMA/danstherapie op de voorgrond staat. Het brein is een veranderend orgaan, en de ontwikkeling van het brein is bovenal afhankelijk van ervaringen en dus gebonden aan belichaming, ook vaak aangeduid als *embodiment* (Catmur, 2015). Bovendien is de ontwikkeling van de menselijke hersenen op zichzelf een lichamelijk proces (Filipetti et al., 2015). Bewegingservaringen dragen bij tot de vorming van neuronale verbindingen en netwerken en hebben aldus een impact op de neurale plasticiteit (Calvo-Merino et al., 2006). Alhoewel onderzoek door Dapretto et al. (2006) bij kinderen met ASS verminderde neuronale activiteit in de spiegelneuronen (senso-motorische cortex) liet zien, toonden Bastiaansen et al. (2011) aan dat volwassenen met ASS geen afwijkingen vertoonden in de mate van activiteit in de spiegelneuronengebieden. De menselijke hersenen zijn onderhevig aan rijping. De voor de sociale cognities relevante neuronale circuits ontwikkelen zich pas gedurende de adolescentie (Blakemoore, 2012). De hersenen van kinderen en adolescenten met ASS vertonen een vertraagd groeiproces van de witte materie in hersengebieden die betrokken zijn in de sociale hersengebieden (Hua et al., 2013), daardoor ontwikkelen zij mogelijk de sociale functies later dan neurotypische kinderen (Blakemoore, 2012). Anderzijds zouden de verschillen in uitkomsten over de activiteit van spiegelneuronen tussen kinderen en volwassenen mogelijk te verklaren zijn met de hoeveelheid sociale ervaringen en de daarmee gepaard gaande ontwikkeling van de sociale neuronale netwerken die proefpersonen gedurende hun ontwikkeling hadden opgedaan. De genoemde uitkomsten van neurowetenschappelijk onderzoek laten zien dat neuronale constellaties geen statisch gegeven zijn, maar een aan ontwikkeling onderhevig samenspel en derhalve mogelijk ook beïnvloedbaar door gerichte interventies.

In een ontwikkelingsgerichte werkwijze is de goede afstemming op de reeds aanwezige capaciteiten van de individuele cliënt van cruciaal belang. In de bewegingsinteractie zal de therapeut zo nauwkeurig

mogelijk aansluiten bij de aanwezige non-verbale afstemmingspatronen van de cliënt om het reeds aanwezige afstemmingsgedrag te verdiepen en nieuw afstemmingsgedrag uit te lokken en te bestendigen (Samaritter & Payne, 2017). De non-verbale afstemming door de therapeut biedt een context waarin de deelnemer de interpersoonlijke situatie conform zijn eigen vermogens kan reguleren. De deelnemer ervaart door de non-verbale respons door de therapeut een positieve bevestiging van zijn/haar capaciteiten, hetgeen (verdere) pathologisering kan voorkomen.

#### *Wetenschappelijke onderbouwing voor werkzame elementen van danstherapie bij ASS*

Onderzoek naar de effecten van danstherapeutische interventies bij deelnemers met ASS heeft laten zien dat danstherapie kan bijdragen tot

- toename van de senso-motorische regulatie (Hartshorn e. a., 2001)
- toename van welbevinden en sociaal-emotionele afstemming (Koch et al., 2014)
- toename van de non-verbale afstemming (Samaritter, 2015)
- vermindering van atypisch sociaal gedrag (Rosenblatt et al., 2011)

### **Randvoorwaarden en kosten uitvoering interventie-aanpak**

#### *Uitvoering*

Materialen: Informatiefolder voor deelnemers.

Ter voorbereiding voor de therapeut: Product+ SMA en artikel *Shared Movement Approach* (Samaritter 2017).

#### *Organisatorische randvoorwaarden*

De interventie vindt plaats in een bewegingsruimte met een minimale afmeting van vijf bij zeven meter.

De vloer dient van antislip kwaliteit te zijn.

In de ruimte dient een muziekinstallatie en expressie- bewegingsmaterialen aanwezig te zijn (sjaaltjes, linten, hoepels, stokken, fysiballen, kleine handinstrumenten zoals trommels of ritmestokjes)

#### *Randvoorwaarden voor de cliënt*

De cliënt komt wekelijks naar de therapie-instelling. Indien nodig verzorgen ouders of verzorgers het vervoer.

De cliënt is gekleed voor een bewegingsactiviteit.

#### *Opleiding en competenties*

De therapeut is opgeleid tot vaktherapeut dans BA of MA Arts Therapies, specialisatie danstherapie.

De therapeut heeft een trainingsmodule SMA gevolgd.

#### *Kosten van de interventie*

Kosten voor de therapeut bedragen vergoeding vaktherapeut dans conform FWG voor de duur van veertien sessies/uren face to face contact, plus vijftien minuten verslaglegging per sessie.

Kosten voor de inrichting bewegingsruimte met basispakket dansmateriaal.

Kosten informatiefolder

#### *Locatie en uitvoerders*

De danstherapie vindt plaats op de afdeling Kind en Adolescent (K&A) van een ambulante GGZ-instelling, en wordt uitgevoerd door een vaktherapeut dans (BA of MA).

#### *Kwaliteitsbewaking*

De therapeut evalueert samen met deelnemers en ouders/verzorgers na afloop van de therapie.

De therapeut bespreekt de resultaten van deze evaluatie in het MDO.

De therapeut evalueert de uitkomsten met behulp van een bewegingsspecifiek meetinstrument.

Bij uitvoering in de sGGZ zijn ROM-metingen van toepassing.

### **Subtypen**

De interventie Shared Movement Approach kan individueel of in een groep aangeboden worden.

De interventie SMA is inzetbaar bij kinderen, adolescenten en volwassenen met ASS.

### **Ontwikkelgeschiedenis**

Dit product is ontstaan vanuit de klinische toepassing van danstherapie bij kinderen en adolescenten met ASS binnen een multidisciplinair behandelteam bij Zuyderland GGZ Sittard, afdeling Kind en Adolescent en bij EDT Maastricht, GGZ-instelling voor experiëntiële therapie.

De ontwikkeling en toepassing van de methode Shared Movement Approach werd onderzocht in het promotieonderzoek van R. Samaritter aan de University of Hertfordshire, UK (Samaritter, 2015). Daarin werd de interventie SMA beschreven vanuit retrospectieve videoanalyse van klinische danstherapie met deelnemers met ASS. In een tweede studie werd de methode toegepast in een serie van single cases met deelnemers met ASS. Daarbij werden pre-post therapie metingen naar sociale en somatische probleembeleving getrianguleerd met uitkomsten uit bewegingsobservaties en uitkomsten uit vragenlijsten over het sociale afstemmingsgedrag van de deelnemers met ASS. De interventie werd bovendien geëvalueerd met deelnemers en ouders/verzorgers. Verdere toetsing van de interventie is in ontwikkeling.

### Consensus based interventie:

Deze tekst is tot stand gekomen onder raadpleging van collega danstherapeuten Inge Djoubate Merckx (DaTh), Eefje Prins (DaTh), Sabine Sijerlin (DaTh) en Denise Willemse (DaTh).

### Literatuur

- Amos, P. (2013). Rhythm and timing in autism: Learning to dance. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 7(27). DOI: 10.3389/fnint.2013.00027.
- APA American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th edition). Washington, DC: American Psychiatric Association. 2013.
- Baird, G., Charman, T, Cox, A., Baron-Cohen, S., Swettenham, J., Wheelwright, S. & Drew, A. (2001). Screening and surveillance for autism and pervasive developmental disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 84(6), 468-475.
- Bastiaansen, J. A., Thioux, M., Nanetti, L., van der Gaag, C., Ketelaars, C., Minderaa, R., & Keysers, C. (2011). Age-related increase in inferior frontal gyrus activity and social functioning in autism spectrum disorder. *Biol Psychiatry*, 69(9), 832-838. doi:10.1016/j.biopsych.2010.11.007
- Blakemore, S.-J. (2012). Development of the social brain in adolescence. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 105(3), 111–116. <http://doi.org/10.1258/jrsm.2011.110221>
- Calvo-Merino, B., Grezes, J., Passingham, E. & Haggard, P. (2006). Seeing or doing? Influence of visual and motor familiarity in action observation. *Current Biology*, 16(19), 1905-1910.
- Catmur, C. (2015). Understanding intentions from actions: Direct perception, inference, and the roles of mirror and mentalizing systems. *Consciousness and Cognition*, 36, 426-433.
- De Jaegher, H. (2013). Embodiment and sense-making in autism. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 7(15).
- Devereaux, C. (2012). Moving into relationships. Dance/Movement therapy with children with autism. In: L. Gallo-Lopez & L. Rubin (Eds.) *Play-based interventions for children and adolescents with autism spectrum disorders*. New York: Routledge.
- Eberhard-Kaechele, M. (2009). Von der Ko-Regulation zur Selbstregulation: Spiegelungsphänomene in der Tanz- und Ausdruckstherapie. in M. Thielen (Hrsg.), *Körper – Gefühl – Denken. Körperpsychotherapie und Selbstregulation*. (S. 251-264). Gießen: Psychosozial.
- Hartshorn, K., Olds, L., Filed, T., Delage, J., Dullen, C. & Escalona, A. (2001). Creative movement therapy benefits children with autism. *Early Child Development and Care*, 166, 1-5.
- Hobson, R.P., Lee, A. & Hobson, J.A. (2007). Only Connect? Communication, identification, and autism. *Social Neuroscience*, 2, 320–335.
- Koch, S. C., Mehl, L., Sobanski, E., Sieber, M. & Fuchs, T. (2014). Fixing the mirrors: A feasibility study of the effects of dance movement therapy on young adults with autism spectrum disorder. *Autism*, 19(3), 338-350.
- Koehne, S., Behrends, A., Fairhurst, M.T., Dziobek, I. (2016). Fostering Social cognition through an imitation- and synchronization-based dance/movement intervention in adults with autism spectrum disorder: a controlled proof-of concept study. *Psychotherapy and psychosomatics*, 85(1), 27-35.
- Loman, S. (1995). The case of Warren: A KMP approach to autism. In: F. Levy (Ed.), *Dance and other expressive art therapies*. New York: Routledge.
- Martin, M. (2014). Moving on the spectrum: Dance/movement therapy as a potential early intervention tool for children with Autism Spectrum Disorders. *The Arts in Psychotherapy*, 41(5), 545-553.
- Mundy, P., Sigman, M., Ungerer, J. & Sherman, T. (2014). Defining the social deficits of autism: the contribution of non-verbal communication measures. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27(5), 657–669.
- Payne, H. (2003). *Dance movement therapy: Theory and practice*. London: Taylor & Francis.

- Robledo, J., Donnellan, A. M. & Strandt-Conroy, K. (2012). An exploration of sensory and movement differences from the perspective of individuals with autism. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 16, 6-107.
- Samaritter, R. (2010). A non-verbal approach to intersubjectivity. In S. Bender (Ed.), *Movement Analysis of Interaction /Bewegungsanalyse von Interaktionen*. (pp. 241-257). Berlin: Logos.
- Samaritter, R. (2015). Inside the mirror: Effects of attuned dance-movement intervention on interpersonal engagement as observed in changes of movement patterns in children and adolescents with autism spectrum disorder. (Doctoral dissertation). Retrieved from UH theses archive: <http://uhra.herts.ac.uk/handle/2299/108>
- Samaritter, R., & Payne, H. (2017). Through the Kinesthetic Lens: Observation of Social Attunement in Autism Spectrum Disorders. *Behavioral Sciences*, 7(1), 14.
- Samaritter, R. (2017). Shared movement: A dance-informed contribution to non-verbal interpersonal relating in Autism Spectrum Disorders. In Payne, H. (2017) *Essentials of Dance Movement Psychotherapy* (pp. 112-128). London: Routledge.
- Savarese, E. T. (2010). What we have to tell you: a roundtable with self-advocates from AutCom. *Disability Studies Quarterly*, 30(1). Retrieved on november 3, 2014 from <http://dsq-sds.org/article/view/1073/1239>
- Tortora, S. (2010). Ways of seeing: An early childhood integrated therapeutic approach for parents and babies. *Clinical Social Work Journal*, 38(1), 37–50. DOI: 10.1007/s10615-009-0254-9.
- Verhulst, F.C., Ende, J. van der & Koot, H.M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Sophia Kinderziekenhuis, Erasmus MC.
- Verhulst, F.C., Ende, J. van der & Koot, H.M. (1997). *Handleiding voor de Youth Self-Report (YSR)*. Rotterdam: Sophia Kinderziekenhuis, Erasmus MC.
- Website NJI (2016) <http://www.nji.nl/Autisme> Accessed: 4 october 2016.