

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Er (niet) in duiken

Angststoornissen bij kinderen met een autismespectrumstoornis

JACQUELINE T. BAILLY & PETER J. DAANSEN

Samenvatting

Bij kinderen met angststoornissen is cognitieve gedragstherapie (CGT) een effectieve behandelmethode, die veelvuldig wordt toegepast. Minder evidentie bestaat er voor de toepassing van CGT bij kinderen met een autismespectrumstoornis (ASS) en comorbide problematiek, zoals angst of een obsessieve-compulsieve stoornis. ASS is een complicerende factor bij het toepassen van CGT, die de therapie-uitkomst nadelig kan beïnvloeden. In dit artikel willen we laten zien hoe CGT bruikbaar kan zijn voor de behandeling van angstklachten bij kinderen met ASS, en op welke manier de behandeling aangepast kan worden om aan te sluiten bij de autismespectrumproblematiek. We starten met een beschrijving van de relevante literatuur, en zullen vervolgens de behandeling illustreren met een gevalbeschrijving. We sluiten af met een korte discussie.

Trefwoorden: autismespectrumstoornis, CGT, angst

INLEIDING

Een autismespectrumstoornis (ASS) is een pervasieve ontwikkelingsstoornis, die gekenmerkt wordt door beperkingen in de sociale communicatie en interactie, en door een beperkt repertoire van gedragspatronen, interesses of activiteiten (American Psychiatric Association (APA), 2013). Hoewel er in de voorgaande versie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) nog sprake was van verschillende autismespectrumstoornissen, zoals de autistische stoornis, stoornis van Asperger en PDD-NOS, zal in het vervolg in lijn met de criteria van de DSM-5 gesproken worden van een autismespectrumstoornis. Ten tijde van de behandeling van de cliënt in de in dit artikel besproken casus was er sprake van de diagnose 'stoornis van Asperger'.

De aard en ernst waarmee de symptomatologie van een patiënt met ASS zich manifesteert is niet alleen tussen individuen wisselend, maar kan ook bij een en hetzelfde kind op verschillende tijdstippen in zijn leven anders tot uitdrukking komen (APA, 2013). Mensen met een ASS kennen vaak een zwakke centrale coherentie, een beperkte *Theory of Mind* (inlevingsvermogen) en hebben moeite met executieve functies (Frith, 2005). Aanwijzingen voor een zwakke centrale coherentie zijn het benoemen van veel (irrelevante) details, moeite met de integratie tot een geheel, moeite met het leggen van logische en juiste oorzaak-gevolgverbanden, en het onvermogen om hoofd- en bijzaken van elkaar te onderscheiden. Een beperkte Theory of Mind blijkt uit het onvermogen om voldoende af te stemmen op de behoeften van anderen. Een verminderde flexibiliteit, moeite met het overzien van het geheel, en tegen problemen aanlopen in planning en organisatie van gedrag, passen bij problemen in het executieve functioneren.

PREVALENTIE VAN ASS

.....

In de Verenigde Staten bedraagt de prevalentie van ASS naar schatting 1,5% onder 8-jarige kinderen (Baio, 2014). In Nederland wordt bij kinderen tussen de 4 en 12 jaar op basis van ouder rapportage een hoger cijfer gevonden, en wel 2,8%. Voor deze stoornis is daadwerkelijk 1,9% in behandeling (Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), 2014). In de Verenigde Staten steeg de geschatte prevalentie van autismespectrumstoornissen tussen 2006 en 2008 met 23% procent, en tussen 2002 en 2008 zelfs met 78% (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2014). Onder 3-jarigen die geboren zijn in 2000 is de prevalentie van de stoornis met 18% toegenomen ten opzichte van 3-jarigen uit 1994 (CDC, 2012). De oorzaak van deze toename is niet duidelijk, maar een mogelijke verklaring is dat deze veroorzaakt is door de veranderende diagnostische criteria in de DSM-IV ten opzichte van de oudere DSM-III-R (King & Bearman, 2009). De invoering van de DSM-5 zal naar verwachting wederom van invloed zijn op de prevalentie cijfers (Mayes, Black, & Tierney, 2013; van der Sijde, 2013).

COMORBIDE ANGSTKLACHTEN BIJ ASS

.....

Een ASS gaat vaak gepaard met comorbide psychiatrische stoornissen, zoals angststoornissen, obsessieve-compulsieve stoornissen en depressieve stoornissen (Mazzone, Ruta, & Reale, 2012; van Steensel, Bögels, de Bruin, & Dirksen, 2013). De prevalentie cijfers van comorbide klachten zijn echter niet eenduidig. Volgens Simonoff et al. (2008) heeft 70% van de kinderen met ASS één as-I-stoornis en heeft 40% zelfs twee of meer as-I-stoornissen. Ongeveer 40% van de kinderen met ASS is klinisch angstig (van Steensel,

Bögels, & Perrin, 2011). Dit zijn aanzienlijk meer kinderen dan in de reguliere populatie, waar percentages worden gevonden tussen de 2,2% en 27%. Gemiddeld komt een angststoornis twee maal vaker voor bij kinderen met ASS in vergelijking tot zich normaal ontwikkelende kinderen (Costello, Egger, & Angold, 2005). Vooral de specifieke fobie (29,8%) en obsessieve-compulsieve stoornis (17,4%) worden vaak gediagnosticeerd (van Steensel et al., 2011).

Er zijn verschillende mogelijke verklaringen voor de hoge comorbiditeit van angststoornissen bij ASS. Een eerste verklaring is dat angstklachten bij mensen met ASS veroorzaakt worden door hun verhoogde gevoeligheid voor omgevingsprikkels en hun sensorische sensitiviteit (Pfeiffer, Kinnealey, Reed, & Helzberg, 2005). Een andere verklaring is dat angst bij mensen met een ASS ontstaat door de sociale problemen die samengaan met ASS. Dit lijkt vooral van toepassing op hoogfunctionerende kinderen met een ASS, aangezien zij zich vaker bewust zijn van hun sociale tekorten (White, Oswald, Ollendick, & Scahill, 2009). Diagnostisch is onderscheid maken tussen ASS en een angststoornis niet eenvoudig. Kinderen met angststoornissen vertonen namelijk meer kenmerken van ASS, en andersom laten kinderen met een ASS meer angstig gedrag zien dan kinderen uit de normale populatie. Uit onderzoek bleek dat kinderen met een ASS wel meer problemen hebben in het sociale domein dan kinderen met een angststoornis (van Steensel, de Bruin, & Bögels, 2012). Zij hebben namelijk meer problemen in het contact met leeftijdsgenoten, maken minder gebruik van non-verbale communicatie en zijn minder sociaal mededeelzaam. Daaruit is te concluderen dat differentiaal-diagnostisch vooral de sociale ontwikkeling onderscheidend is tussen een ASS en een angststoornis.

BEHANDELING BIJ ASS

.....

Een ASS is een levenslange handicap, die niet te genezen is en waarvoor nog geen *evidence-based* behandeling bestaat. Gerandomiseerd onderzoek naar de effectiviteit van de gedragsmatige interventies bij ASS is schaars (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), 2009). Tot op heden zijn er in Nederland slechts vier goed onderbouwde en effectieve interventies gericht op de behandeling van kinderen met autisme (Nederlands Jeugdinstituut (NJI), 2015). De kennis op het gebied van de behandeling van ASS is voornamelijk *expert-based*: over het algemeen zijn klinici het eens welke werkzame bestanddelen een behandeling moet bevatten. Een effectieve behandeling is volgens hen gebaseerd op de educatieve benadering van Howlin en Rutter (1994) (NVvP, 2009; van Rooijen & Rietveld, 2013). Hierin staan het stimuleren van de ontwikkeling, het beperken van de nadelige gevolgen van de stoornis en het aanpakken van comorbiditeit centraal. Dit advies vinden we ook in de Engelse richtlijnen voor behandeling van ASS bij kinderen en

jongeren terug, waarin geadviseerd wordt om bij comorbide angstklachten cognitieve gedragstherapie te overwegen (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2013). In de praktijk zien we dan ook steeds vaker dat cognitieve gedragstherapie wordt ingezet (Connolly, Suarez, & Sylvester, 2011; Creswell, Waite, & Cooper, 2014; Rotheram-Fuller & MacMullen, 2011; Silverman, Pina, & Viswesvaran, 2008). Cognitieve gedragstherapie richt zich bij mensen met ASS onder andere op psycho-educatie, aandacht voor het herkennen van, en omgaan met, emoties en het aanleren van strategieën om beperkingen die voortkomen uit de ASS te compenseren. Daarnaast kan de therapie gericht zijn op het verminderen van klachten en van comorbide stoornissen, het vergroten van copingvaardigheden en zelfregulatie, en het bevorderen van constructief gedrag en zelfacceptatie (NVvP & Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), 2013).

BEHANDELING VAN COMORBIDE ANGSTSTOORNISSEN BIJ ASS

.....

Onderzoek heeft aangetoond dat CGT bij kinderen met een ASS en comorbide angststoornis tot een significante afname van angststoornissen leidt (Chalfant, Rapee, & Carroll, 2007; Reaven, Blakeley-Smith, Culhane-Shelburne, & Hepburn, 2012; Sofronoff, Attwood, & Hinton, 2005; Sze, & Wood, 2007, 2008; White et al., 2010; Wood et al., 2009). In de behandeling van psychische klachten hebben wetenschappelijk onderbouwde protocollen over het algemeen de voorkeur boven *tailor made* protocollen (Keijsers, van Minnen, & Hoogduin, 2011; Schulte, Kinzel, Pepping, & Schulte-Bahrenberg, 1992). Het kan echter voorkomen dat een protocol niet of onvoldoende werkt, of dat er een terugval plaatsvindt. Dit kan zeker het geval zijn bij kinderen met een ASS en een comorbide angststoornis. De ASS-specifieke kenmerken kunnen namelijk interfereren met de behandeling van de angststoornis en deze bemoeilijken (Wood et al., 2009). De gebrekkige interesses en stereotypieën kunnen het aangaan van sociale relaties verminderen, en een tekort aan sociale vaardigheden kan de effectiviteit van traditionele CGT verminderen (Sofronoff et al., 2005; Wood et al., 2008). Tevens hebben kinderen met een ASS meer problemen gedachten en gevoelens te beschrijven (Lang, Regester, Lauderdale, Ashbaugh, & Haring, 2010). Daarom dient het aanpassen van het standaard CGT-behandelprotocol te berusten op individuele gedragsanalyses (Sofronoff et al., 2005; Wood et al., 2008). Moree en Davis III (2010) adviseren in het aanpassen van standaard CGT het gebruik van stoornisspecifieke hiërarchieën, het gebruik van concreet visueel materiaal, het gebruikmaken van de specifieke interesses van het kind en betrokkenheid van de ouders in de behandeling. Hierbij moet echter wel opgemerkt worden dat de onderzoekers hun advies baseerden op onderzoek bij hoogfunctionerende kinderen met ASS, waardoor de resultaten niet zonder meer gegeneraliseerd kunnen worden naar de algehele ASS-populatie.

Bovendien bestaan er verschillen in welke angstsymptomen mensen met ASS vertonen en kunnen de symptomen ook in diverse levensfasen verschillend tot uiting komen.

Voor de behandeling van kinderen en jeugdigen met angststoornissen wordt in Nederland vaak gebruikgemaakt van het protocol Denken + Doen = Durven van Bögels (2008). In het programma worden verschillende cognitief-gedragstherapeutische principes gebruikt, zoals het opsporen en uitdagen van negatieve gedachten en het formuleren van een helpende gedachte, experimenten, helpend gedrag (ontspanning en taakconcentratie), *exposure*, beloning en rollenspellen. Het programma bestaat uit twaalf sessies voor het kind en drie sessies voor de ouders. Denken + Doen = Durven bleek zowel in een *randomized controlled trial* als in de klinische praktijk effectief (Bodden et al., 2008; Jongerden, Bögels, & Peijnenburg, 2011). Denken + Doen = Durven richt zich op de behandeling van angst en is niet specifiek bedoeld voor kinderen met ASS. Hendriks en Bögels (2008) vonden echter dat het protocol ook effectief was in het reduceren van angst bij kinderen met ASS. Zij vergeleken 21 kinderen met ASS en angststoornissen met 30 kinderen met alleen een angststoornis. Beide groepen vertoonden evenveel effect op de reductie van de angstklachten. Opvallend is dat in dit onderzoek, in tegenstelling tot hetgeen in veel andere onderzoeken beschreven wordt, de effecten bij kinderen met lage intelligentie significant hoger waren.

Weber (2009) stelt een aantal aanpassingen van de standaardbehandeling Denken + Doen = Durven voor bij de behandeling van comorbide angst bij ASS. Zij adviseert het gebruik van technieken als aandacht verschuiven, aandacht/concentratie- en ontspanningsoefeningen. Met aandacht verschuiven wordt geprobeerd de aandacht voor de angstige situatie om te buigen en te veranderen naar een situatie die voor het kind prettig is. Aandacht/concentratieoefeningen bevatten de volgende elementen: 3-minuten ademruimte, kijken zonder mening en één ding tegelijk doen. De achterliggende gedachte is dat het interpreteren van de situatie kinderen met ASS angstig maakt. In de behandeling wordt geprobeerd de kinderen naar feiten te laten kijken om onderscheid te kunnen maken tussen fantasie en realiteit. De technieken zijn er, samen met ontspanningsoefeningen, op gericht om de angst tot dusdanige proporties te reduceren dat deze voor het kind (en zijn omgeving) hanteerbaar wordt. Het gebruik van cognitieve herstructurering bij de behandeling van angst bij kinderen met ASS wordt afgeraden, om te voorkomen dat het kind verstrikt raakt in gedachten die hij niet snapt.

CASUS DAAN

.....

Aan de hand van de casus Daan illustreren we een cognitief-gedragstherapeutische behandeling van een angststoornis, die het beste gerangschikt kan worden als specifieke fobie NAO bij een jongen met ASS.

Beschrijving casus

Daan is een 14-jarige jongen met een autismespectrumstoornis (voorheen: stoornis van Asperger; DSM-IV-TR), die op het gymnasium zit. Hij meldt zich aan bij de ggz met angstklachten, waar hij sinds vijf jaar last van heeft en die de laatste tijd toenemen. Zijn angsten richten zich op moord, martelwerktuigen en executies. Wanneer hij daar iets over hoort of ziet, wordt hij angstig en gaat hij hyperventileren. Dit gebeurt ongeveer twee tot drie keer in de week. Wanneer hij op dat moment in een les is, verlaat hij het klaslokaal en gaat hij naar de gang. Soms begeleidt een medeleerling hem hierbij. Na ongeveer vijftien minuten is hij weer rustig, maar hij keert daarna vaak niet meer terug naar de les. Hij verzuimt de les (vermijding) als hij weet dat er iets besproken gaat worden dat betrekking heeft op zijn angsten. Docenten geven vaak voor aanvang van de les aan dat er een onderwerp besproken wordt dat hem angstig kan maken en adviseren hem om uit de les te gaan. Hierdoor lijkt school een actieve rol te spelen bij het in stand houden van het vermijdingsgedrag. Ook buiten school is Daan zeer bedreven in het vermijden; hij onderneemt niets alleen, leest geen kranten, kijkt geen journaal en durft alleen voor hem bekende films te kijken. Zijn angsten belemmeren hem hierdoor ernstig in het dagelijks functioneren. Daan kan goed over zijn problemen praten, hij moet hier eerder in afgeremd dan gestimuleerd worden.

In het kader van de intake werd een aantal binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie veelgebruikte vragenlijsten afgenomen om gedrags- en emotionele problemen te inventariseren, de Gedragsvragenlijst voor Kinderen (Child Behavior Checklist/CBCL 6-18) en de Youth Self Report (YSR). Daarnaast werden de SCARED-NL en de SCL-90 afgenomen. Uit de ingevulde vragenlijsten kwam een beeld naar voren van een jongen met ASS en internaliserende problemen, zich met name uitend in paniek, angsten, gebrekkige zelfcontrole en onzekerheden ten aanzien van het eigen functioneren.

Ontstaan angstklachten

De angstklachten van Daan zijn in groep 6 van de basisschool ontstaan. In deze periode is zijn karateleraar plotseling overleden en zijn er op school videobeelden van martelingen getoond. Daan zegt bij beide gebeurtenissen heftige emoties te hebben gevoeld, waar hij zich geen raad mee wist. Vanaf die tijd ervaart hij heftige angst- en paniekgevoelens wanneer hij afbeeldingen/beelden ziet van martelwerktuigen, moord of executies. Ook de verwachting hier iets over te horen of te zien roept angst op. Zelf denkt hij de vaardigheden te missen om met deze emoties om te gaan. De enige methode die hij heeft om ervoor te zorgen dat hij niet overspoeld raakt door zijn angst

is vermijding. Het vermijden lijkt een copingmechanisme te zijn voor het niet kunnen hanteren van angstgerelateerde emoties.

Behandelgeschiedenis

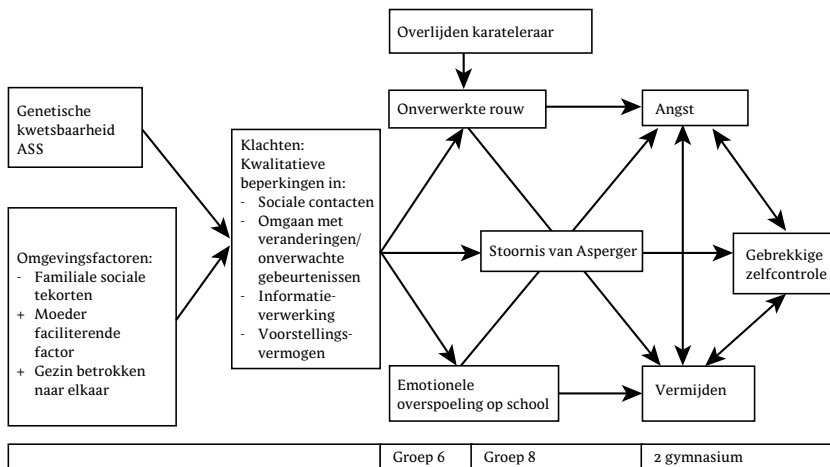
Nadat bij Daan op 11-jarige leeftijd de diagnose ASS was gesteld, hebben zijn ouders een cursus psycho-educatie gevolgd. Zijn moeder heeft vervolgens de geprotocolleerde oudertraining ASS gevolgd (van Wanders & van den Hoofdakker, 2008), waarin gedragsverandering centraal stond. Daarnaast volgde moeder een cursus speciaal gericht op de problematiek bij jongeren met ASS in het voortgezet onderwijs. Naar eigen zeggen heeft zij hierdoor meer kennis over en inzicht gekregen in de problematiek van Daan. Het jongere broertje van Daan heeft ook een autismespectrumstoornis, en binnen het gezin wordt ervan uitgegaan dat ook vader dezelfde stoornis heeft. Op 12-jarige leeftijd heeft Daan cognitieve gedragstherapie gevolgd vanwege zijn angstklachten. Hierbij is gebruikgemaakt van het al eerder besproken protocol Denken + Doen = Durven (Bögels, 2008). Hij heeft geleerd dat negatieve gedachten zijn angst versterken en dat hij deze kan uitdagen en vervangen door helpende gedachten. Het lukte Daan om zijn gedachten te identificeren en nieuwe, meer helpende gedachten te formuleren. Er is destijds een angsthiërarchie gemaakt om door middel van exposure stap voor stap de situaties die hij vermeed weer aan te gaan. Op de lagere treden van de angsthiërarchie stonden klachten als het niet alleen naar school durven fietsen, iets installeren op de computer en met het openbaar vervoer reizen. Op de drie bovenste treden stonden de angsten voor martelwerktuigen, executie en moord. Na het gemotiveerd doorlopen van de onderste zeven treden was Daan tevreden en heeft hij de behandeling beëindigd. Hij durfde het niet aan om met de bovenste drie treden (moord, martelwerktuigen en executie) aan de slag te gaan. De therapie is toen beëindigd. Voorzichtig kon geconcludeerd worden dat het programma voor Daan op dat moment onvoldoende ondersteuning bood om zijn drie laatste angsten aan te durven pakken. Nu Daan zich opnieuw aanmeldt, zal hier expliciet aandacht aan besteed worden.

Therapiefase 1: Start

Aan Daan zelf werd gevraagd om behandeldoelen op te stellen. Hij formuleerde voor zichzelf de volgende vier doelen:

- 1 minder vermijden;
- 2 minder heftig in paniek raken;
- 3 plaatjes ervan kunnen zien en erover kunnen lezen;
- 4 bewegende beelden ervan zien en emoties onder controle houden.

De therapie werd gestart met het opstellen en bespreken van de holistische theorie. De ouders van Daan werd gevraagd om geregeld bij de therapiesessies aanwezig te zijn, in overeenstemming met de aanbeveling van Moree en Davis III (2010). Bij het ontstaan en in stand houden van de problematiek van Daan leek een aantal factoren een rol te spelen die voortkomen uit zijn autismespectrumstoornis. Een ASS gaat vaak gepaard met onder andere moeite met betekenisverlening, voorstellingsvermogen, en emotieherkenning en -regulatie (Happé & Frith, 1996). Deze problemen kwamen bij Daan naar voren doordat het voor hem onduidelijk was hoe zijn angst voor moord, executie en martelwerktuigen is ontstaan, en waardoor hij het in de vorige behandeling niet aandurfde om eraan blootgesteld te worden. Het maken van oorzaak-gevolgrelaties is voor hem mogelijk lastiger dan op basis van zijn intelligentie verwacht mag worden. Daan gaf aan emoties in zijn lichaam te signaleren, maar het lukte hem niet om zelf het verband te leggen met de gebeurtenissen waardoor de emoties opgeroepen werden. Mogelijk heeft hij een verkeerd verband gelegd tussen de dood van zijn karateleraar, de martelbeelden en zijn emoties. Hij was bang geworden om angstig te worden en zijn angsten niet onder controle te kunnen houden. Het 'gevaar' om controle te verliezen lag voor hem continu op de loer doordat hij geen goed (in)zicht had op de uitlokkende factoren. Zijn strategie om angst te voorkomen was om steeds minder te ondernemen, op school vaak het lokaal uit te gaan en het lezen van kranten, en het kijken van journaal en films op televisie, te vermijden. Hij gaf aan niet te weten wat hij moest doen om zijn angsten te voorkomen, te verminderen of te stoppen. Naar eigen zeggen was zijn zelfbeeld in de loop van de tijd steeds negatiever geworden (zie ook figuur 1 voor een schematische weergave van de holistische theorie).



FIGUUR 1 Schematische weergave van de holistische theorie bij Daan

Therapiefase 2: Psycho-educatie

Na het opstellen van de holistische theorie kreeg Daan psycho-educatie over ASS en hoe die een rol kon hebben gespeeld in het ontstaan en voortbestaan van zijn angsten. Het gezamenlijk in gesprek zijn over factoren die meegepeeld kunnen hebben in het ontstaan en de verergering van zijn klachten leverde bij Daan meer zelfkennis op, en werkte positief op de werkalliantie.

Therapiefase 3: Voorbereidende fase

Voordat de therapie daadwerkelijk gericht werd op de angstklachten (Moree & Davis III, 2010) werd conform het advies van Wood et al. (2009) eerst aandacht besteed aan Daans copingvaardigheden. Via registratieopdrachten leerde hij het verschil tussen stress en angst, waar hij zich niet eerder van bewust was. Angsten werden voor hem veroorzaakt door gedachten over executies, martelwerktuigen en moord. De stress die hij ervoer was daarentegen meer gerelateerd aan zijn ASS, en werd meestal veroorzaakt door overprikkeling en onvoorspelbaarheid of onduidelijkheid. Door deze herlabeling en de koppeling van de klachten met zijn ASS begreep Daan beter waardoor hij de gevoelens van angst had, en lukte het hem beter de stress te verdragen.

De volgende sessies werden besteed aan ademhalings- en ontspanningsoefeningen (Weber, 2009), zelfbekrachtiging, goed-oud-gevoel, gedachte-stop om zijn zelfbeeld te versterken en vaardigheden aan te leren die hij kan gebruiken bij het onder controle houden van zijn emoties. Vanwege zijn ASS heeft de therapeut veel aandacht besteed aan expliciteren, visualiseren, herhalen en checken of het uitgelegde begrepen en goed uitgevoerd werd. Daarnaast werd stilgestaan bij het generaliseren van de oefeningen, en vaardigheden naar huis en school.

Therapiefase 4: Exposure

Vervolgens werd overgestapt op de angstklachten. In gesprek met Daan werd op basis van de functieanalyses (figuren 2 tot en met 5) een angsthiërarchie opgesteld.

De angsthiërarchie zag er als volgt uit:

- 1 executies;
- 2 martelmachines;
- 3 moord;
- 4 gepest worden;
- 5 onvoldoendes halen voor een schriftelijke overhoring/repetitie;

- 6 onverwachte gebeurtenissen (bijvoorbeeld een onverwachte schriftelijke overhoring);
- 7 ergens heen gaan/iets gaan doen waarvan ik nog niet weet wat het is.

Sd	R	Consequenties
Situaties waarin hij mogelijk blootgesteld wordt aan plaatjes/beelden van martelwerktuigen/moord/executie	Vermijden (weglopen)	Sr-representatie van positieve gedragsconsequenties: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Voorkomen paniekaanval (~S-) ▶ Vermindering spanning (-S-) ▶ Geen ervaren controle over emoties (-S+)
		Feitelijke negatieve gedragsconsequenties: <ul style="list-style-type: none"> Incompetentie (+S-)

FIGUUR 2 *Functionanalyse over 'vermijden'*

Sd	R	Consequenties
Confrontatie met plaatjes/beelden van martelwerktuigen/moord/executie	Verlies zelfcontrole (hyperventilatie)	Sr-representatie van positieve gedragsconsequenties: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Aandacht (+S+) ▶ Schaamte (+S-) ▶ Spanning (+S-) ▶ Geen lessen kunnen volgen (-S-)
		Feitelijke negatieve gedragsconsequenties: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Incompetentie (+S-) ▶ Niet kunnen deelnemen aan eindexamen (-S+)

FIGUUR 3 *Functionanalyse over 'verlies zelfcontrole'*

CS: Confrontatie met plaatjes/
beelden van martelwerktui-
gen, executies of moord



UCS/UCR-representatie:
S: Beelden van martelingen
B: Ik kan het niet verdragen
R: Hyperventilatie



CR: Angst

FIGUUR 4 *Betekenisanalyse van angst voor martelwerktuigen, executies of moord*

Verliezen van zelfcontrole
(intrinsiek)



S: Eerdere faalervaringen
B: Ik kan het niet aan
R: Hyperventileren
Negatieve gebeurtenissen
waarin hij controle verloor



Angst

FIGUUR 5 *Betekenisanalyse van angst voor verlies van zelfcontrole*

Met de nieuwe kennis over ASS concludeerde Daan dat de angst en stress op trede 4, 5, 6 en 7 ASS-gerelateerd waren. Hierdoor snapte en verdroeg hij deze beter, en verwijderde hij ze uit de angsthiërarchie. Door de aangeleerde ontspanningsoefeningen in combinatie met de gedachtestop toe te passen en door zich te richten op een goed-oud-gevoel, lukte het Daan steeds vaker angstaanvallen te voorkomen. Van de eerder opgestelde angsthiërarchie bleven de eerste drie treden over en daar werd gezamenlijk een exposureplan voor gemaakt. Bij executies, martelwerktuigen en moorden maakte het qua angstintensiteit uit of hij er op papier, via beelden of in werkelijkheid aan werd blootgesteld. Dit onderscheid werd daarom in het exposureplan opgenomen (zie figuur 6).

Vervolgens werd iedere trede uit het exposureplan in de sessie met de therapeut en daarna thuis geoefend. Daan deed dit vaak met zijn moeder. Als aanpassing aan zijn ASS, om het impliciete meer expliciet te maken, vulde hij voorafgaand aan iedere exposure een vragenlijst in met zijn verwachtingen (figuur 7). Tijdens de exposure schreef hij daar de veranderingen in angst-

Trede 5	Films kijken die nog niemand in zijn gezin kent
Trede 4	Onbekende films kijken met moord (die bekend zijn bij familie)
Trede 3	Naar het journaal kijken
Trede 2	Bekende films kijken waarin een moord plaatsvindt
Trede 1	Krant lezen

FIGUUR 6 *Exposureplan Daan***Vooraf**

Waar ben ik bang voor?

Wat kan er gebeuren?

Wat heb ik geleerd om te gebruiken als ik angstig word?

Tijdens

Angst meten en scoren

Na afloop

Hoe was het?

Is er gebeurd wat je verwacht had?

FIGUUR 7 *Vragenlijst voor exposure*

score op, en na afloop vulde hij in hoe hij het ervaren had en of er gebeurd was wat hij verwachtte.

Bij het bekijken van een voor hem bekende film (trede 2) verwachtte Daan dat het gemakkelijk ging worden, aangezien hij de film al meerdere keren gezien had. Toch leverde het kijken van de film hem enige spanning op (1-2 op een schaal tot 10). Achteraf vertelde hij dat niet het zien van een moord in de bekende film het spannende deel is, maar de gedachte dat het script mogelijk veranderd is, of dat het een andere versie is dan die hij kent. Hierdoor bestaat er voor hem de mogelijkheid dat een film onbekende scènes bevat met onbekende beelden van martelwerktuigen, executies of moorden. Dit geeft een goede illustratie van hoe de ASS een rol kan spelen bij angst, en dat het niet altijd vooraf voorspelbaar is wat de angst oproept. Tijdens de sessie waarin trede 4 aan de orde kwam, het kijken naar een film die Daan niet kent maar een gezinslid wel, werd duidelijk hoe weinig copingmechanismen hij had en hoe hij door iedereen overschat werd. Wat opviel bij het bekijken van de film was dat Daan in voorovergebogen houding naar de film op de laptop keek. Deze houding werd expliciet met hem besproken: door zo voorover te

buigen zat hij dicht op de film, kon hij letterlijk en figuurlijk geen afstand nemen en dook hij als het ware in de film. Daan was zich niet bewust van het effect van dicht op een film zitten. Hij vertelde dat hij ook niet wist dat anderen soms even wegstijgen wanneer er iets spannends gebeurt, of bijvoorbeeld even opstaan om iets onbenulligs te doen om de spanning de baas te blijven. Hij was verbaasd dat mensen dit weten zonder dat het hen verteld is; het was nieuw voor hem dat mensen vaardigheden leren door naar anderen te kijken en te imiteren. Hij benoemde dat het voor hem heel verhelderend was om hierachter te komen, en het leek hem te helpen om te weten dat het niet echt aan hem lag, maar aan iets wat hij vanwege zijn stoornis niet heeft opgepakt.

Na het doorlopen van de angsthiërarchie bedachten Daan en zijn therapeut als afsluitende oefening een gedragsexperiment. Afsproken werd dat hij samen met zijn moeder naar een museum zou gaan waarin allerlei martelwerktuigen tentoongesteld stonden, waarbij hij geconfronteerd zou worden met verhalen over marteling, pijn en de dood. Na afloop van het bezoek aan het museum stuurde Daan een mail naar zijn therapeut dat hij zelf verbaasd was dat hij het langer had volgehouden dan hij aanvankelijk dacht. Ook gaf hij aan dat zijn angst lager was gebleven dan verwacht.

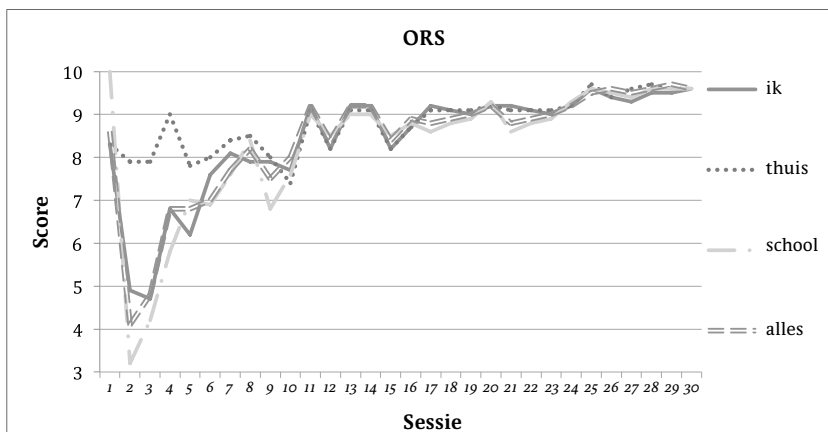
In de laatste sessie is om terugval te voorkomen een lijst gemaakt van de technieken die Daan in de behandeling hebben geholpen om zijn angsten te verminderen en zichzelf onder controle te houden. Aangezien volgens Daan de kans bestond dat hij de technieken uiteindelijk zou vergeten, hebben hij en de therapeut de lijst digitaal gemaakt. Hij vond het geruststellend dat de kans op vergeten of kwijtraken zo minimaal was.

Meetinstrumenten

In de handleiding van het protocol Denken + Doen = Durven (Bögels, 2008) wordt beschreven dat het werken met idiosyncratische meetinstrumenten veel inzicht verschaft, eenvoudig toe te passen is en behandelresultaten er goed mee te detecteren zijn. Hierdoor kan letterlijk zichtbaar gemaakt worden welk effect de therapie heeft. In de dertig sessies durende behandeling van de klachten van Daan zijn drie meetinstrumenten gebruikt. Bij het meten werd rekening gehouden met de ASS van Daan, en werd geprobeerd te voorkomen dat hij zijn motivatie zou verliezen, iets wat in de vorige therapie speelde.

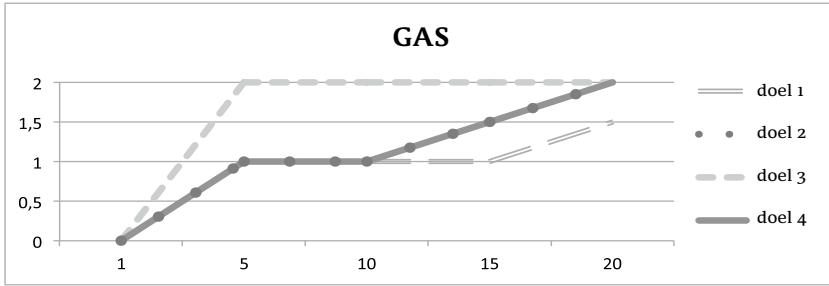
Aan het begin van iedere sessie heeft Daan de Outcome Rating Scale (ORS) ingevuld. Deze schaal is onderdeel van de CDOI (Cliënt Directed Outcome Informed) die is ontwikkeld door Miller, Duncan, Brown, Sparks, en Claud (2003), en meet de door cliënt ervaren verandering ten opzichte van de vorige sessie, zowel bij hemzelf, thuis als op school. Het invullen van de ORS had een tweeledig doel: enerzijds gaf het Daan inzicht in zijn vorderingen en anderzijds hielp het de breedsprakigheid van Daan in te perken. De CDOI bestaat oorspronkelijk uit twee formulieren: de ORS en de SRS (Session Rating

Scale). De laatste wordt ingevuld vlak voor het einde van de sessie en vraagt naar hoe de cliënt de therapeutische relatie in deze sessie heeft ervaren. Voor deze laatste lijst is niet gekozen, aangezien deze aanspraak doet op relationele aspecten, die juist zo ingewikkeld zijn voor mensen met de stoornis van Asperger. De scores op de ORS werden weergegeven in een grafiek (zie figuur 8) en iedere vijf sessies met Daan besproken. De eerste sessies scoorde Daan opvallend hoog. Hij verklaarde dat dit kwam doordat het vakantie was en dat hij daarom weinig werd blootgesteld aan zijn angsten. Dit verklaart dan ook de sterke daling van zijn score in de tweede sessie. Toen de vakantie voorbij was en Daan weer naar school ging, verwachtte hij veel angstaanvalen, wat de stijging in de score verklaart. Thuis heeft Daan geen problemen ervaren. Dit is terug te zien in een stabiele ORS-score: zijn oordeel over hoe het met hem thuis ging was steeds een 7 of hoger. Hieruit kon geconcludeerd worden dat 'thuis' echt zijn veilige basis was. Vanaf sessie 5 scoorde Daan op alle items een voldoende.

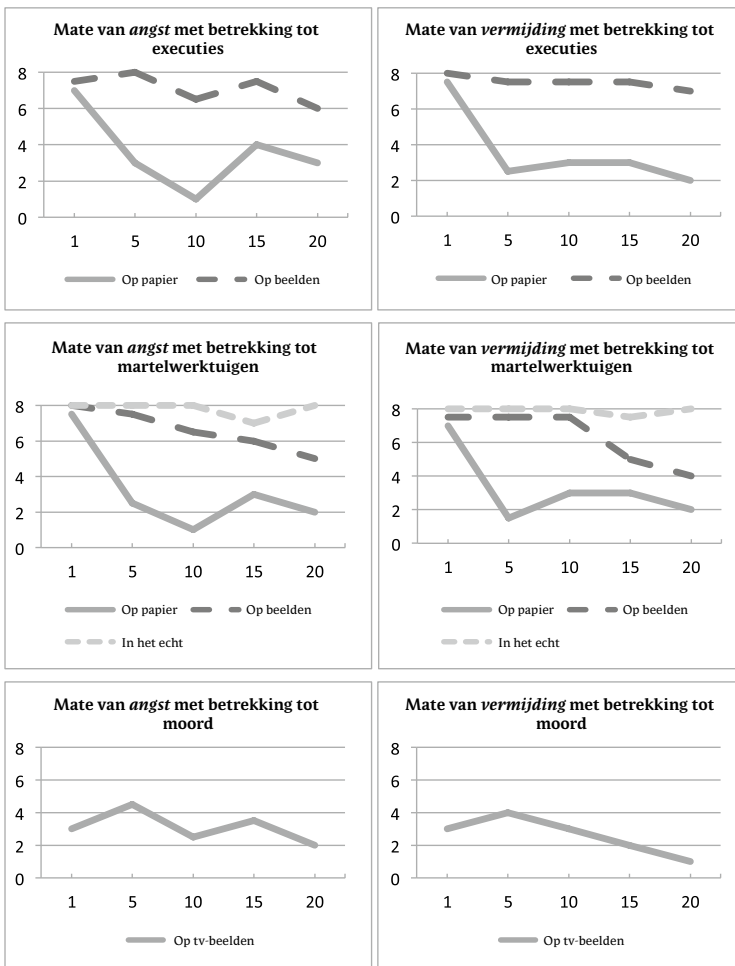


FIGUUR 8 *Outcome Rating Scale van Daan*

Vervolgens is er een Goal Attainment Scale gemaakt (Schlosser, 2004) van de door Daan gestelde doelen. De doelen zijn meetbaar gemaakt door een schaalverdeling te maken van -1 naar 2. Daan is gevraagd om vervolgens heel concreet bij -1: de teruggang te beschrijven, bij 0: de huidige situatie, bij 1: enige vooruitgang en bij 2: het uiteindelijke doel. Zo was voor hem vooraf duidelijk hoe de verslechtering en hoe de verbetering eruit zou zien. Iedere vijf sessies is Daan gevraagd om zijn doelen op deze schaal te scoren. De resultaten werden in een grafiek verwerkt (zie figuur 9) en met Daan besproken.



FIGUUR 9 Goal Attainment Scale van Daan



FIGUUR 10 Mate van angst en vermijding bij Daan

Tot slot werd Daan gevraagd om na elke vijf sessies zijn angsten en vermijding te scoren op een achtpuntsschaal (waarbij 0 = helemaal geen angst/vermijding en 8 = volledige paniek/totale vermijding). Ook deze resultaten werden in een grafiek verwerkt (zie figuur 10) en met Daan besproken. Dit had een tweetal redenen: ten eerste bracht het zijn vorderingen in beeld en ten tweede werd daarmee inzichtelijk waar nog aan gewerkt moest worden.

Kijkend naar de drie metingen, is er een duidelijke verbetering te zien rond sessie 10, zowel op de ORS als op de GAS, maar waarschijnlijk vermeed Daan nog veel triggers. Rond sessie 15 begonnen ook de mate van angst en vermijding te verminderen. Door het gebruik van meerdere meetinstrumenten werd duidelijk zichtbaar dat zijn klachten gedurende de therapie verminderden, maar zijn doelen pas behaald waren na het doorlopen van alle treden van de angsthiërarchie. Hierdoor bleef Daan gemotiveerd tot het einde van de therapie.

DISCUSSIE

.....

De beschreven casus ondersteunt de in de literatuur genoemde effectiviteit van CGT voor jongeren met ASS en comorbide angstklachten. De casusbeschrijving toont aan dat met de juiste aanpassingen tegemoet kan worden gekomen aan de specifieke, aan autismespectrumstoornis gerelateerde problematiek van deze doelgroep, zodat succesvolle behandeling van angst mogelijk is, en uit- en terugval wordt voorkomen. Tevens wordt aangetoond dat het belangrijk is het gehele gedragstherapeutische proces te doorlopen, inclusief holistische theorie, en niet zonder meer met een protocollaire behandeling te starten. Een schematische weergave kan helpen de data te ordenen, een therapeutische relatie op te bouwen, een behandelplan te formuleren en te voorkomen dat er te vroeg wordt geïntervenieerd, zeker bij een complexe casus als deze (Bieling & Kuyken, 2003; de Raedt & Schacht, 2004; Hermans, Eelen, & Orlemans, 2007; Ingram, 2006). De holistische theorie hielp om niet te snel op de angstklachten te focussen.

Van fundamenteel belang waren het onderzoek naar de functie van het probleemgedrag en de inventarisatie van de aanwezigheid van de benodigde copingvaardigheden. Dit bleken essentiële bestanddelen om de behandeling succesvol te doorlopen. Indien benodigde copingvaardigheden afwezig zijn, behoort dit de eerste focus van behandeling te worden vóór het direct behandelen van de angstklachten via exposure. Hier schuilt gevaar voor behandelaars die onvoldoende bekend zijn met ASS-problematiek. Zij zullen vaak kiezen voor een protocollaire behandeling gericht op de comorbide problematiek, zonder rekening te houden met de al genoemde specifieke aanpassingen die nodig zijn door de ASS. In de eerste fase dient daar uitvoerig aandacht aan besteed te worden, waarna met de behandeling van de angstklachten gestart kan worden.

De casus ondersteunt het advies van Wood et al. (2008) om, ondanks de klinische complexiteit en de daarmee verbonden beperkingen van ASS, de focus van behandeling op de angstklachten te blijven richten. De behandeling van de angstklachten berust grotendeels op de bekende werkwijzen, die in de protocollen uitvoerig zijn besproken. De aanpassingen betreffen vooral de therapeutische attitude. Meer dan in gewone angstbehandelingen moet de therapeut letten op taalgebruik, is zijn houding sturender en directiever dan bijvoorbeeld idealiter bij het socraatistisch interviewen het geval is, moet hij checken of de opdrachten goed zijn begrepen en moet hij ook specifiek aandacht besteden aan de generaliseerbaarheid van het geleerde naar andere situaties.

Hoewel de wetenschappelijke onderbouwing van cognitieve gedragstherapie voor angstproblematiek bij ASS steeds sterker wordt (Chalfant et al., 2007; Reaven et al., 2012; Sofronoff et al., 2005; Sung et al., 2011) en zij in de praktijk met de juiste aanpassingen steeds vaker wordt ingezet (Storch et al., 2013; Sze & Wood, 2007, 2008; White et al., 2010), is er nog een slag te slaan om de behandeling beter aan te laten sluiten bij de specifieke (comorbide) ASS-problematiek van kinderen en jongeren. Verder onderzoek is noodzakelijk om te kijken of deze kennis generaliseerbaar is. Hopelijk werpt dit artikel een nieuw licht op een bekende zaak (moeilijke behandelbaarheid van comorbide problematiek bij ASS) en zullen behandelaren met een nieuwe kijk hun cliënten met ASS in behandeling nemen.

De in dit artikel beschreven casus baseert zich op de gelijknamige N=1-studie van de eerste auteur voor het verkrijgen van het lidmaatschap van de VGCT, onder supervisie van A. M. van Dijke.

We bedanken Maarten van 't Hof en Hannah van Dijk voor hun commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

JACQUELINE BAILLY is psychotherapeut en manager zorg, en is werkzaam bij Sarr, Expertisecentrum Autisme in Rotterdam, onderdeel van Lucertis/ Parnassia Groep.

PETER J. DAANSEN (MBA) is klinisch psycholoog en bedrijfskundige, en is werkzaam bij PsyQ, Parnassia Groep. Hij is tevens opleider en supervisor van de VGCT. *Adres:* PsyQ Beverwijk, Leeghwaterweg 1a, 1951 NA Velsen-Noord.

Correspondentieadres: Jacqueline Bailly, Sarr Expertisecentrum Autisme, Carnisingel 51, 3083 JA Rotterdam. E-mail: j.bailly@lucertis.nl

Summary For children with autism spectrum disorder (ASD), cognitive behavioural therapy (CBT) is considered an effective method of treatment that is widely applied. However, there is limited evidence for applying CBT in the treatment of children with autism spectrum disorder and comorbid problems, such as anxiety or an obsessive compulsive disorder. ASD's are a complicating factor when applying CBT and can be disadvantageous to the outcome of the therapy. We will

discuss how to implement and adapt CGT in the treatment of anxiety problems in children with ASD. After an overview of the relevant literature, the treatment will be illustrated with a case study, followed by a brief discussion on implementing CBT in the treatment of children with ASD.

Keywords: *autism spectrum disorder, CBT, anxiety*

Literatuur

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Baio, J. (2014). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2010. *CDC Morbidity and Mortality Weekly Report*, 63, 1-21.
- Bieling, P., & Kuyken, W. (2003). Is cognitive case formulation science or science fiction? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 52-59. doi:10.1093/clipsy.10.1.52
- Bodden, D. H. M., Bögels, S. M., Nauta, M. H., de Haan, E., Ringrose, J., Appelboom, C., Brinkman, A. G., & Appelboom-Geerts, K. C. (2008). Child versus family cognitive-behavioral therapy in clinically anxious youth: An efficacy and partial effectiveness study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 1384-1394. doi: 10.1097/chl.0b013e318189148e.
- Bögels, S. M. (2008). *Behandeling van angststoornissen bij kinderen en adolescenten met het cognitiefgedragstherapeutisch protocol 'Denken + Doen = Durven'*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Centers for Disease Control and Prevention (2012). Prevalence of autism spectrum disorders – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 sites, United States, 2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 61(SS03), 1-24.
- Centers for Disease Control and Prevention (2014). Prevalence of autism spectrum disorders – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 63(SS02), 1-21.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2014). *Prevalentiecijfers over autisme*. CBS-schatting prevalentie autisme: Wat betekenen deze cijfers? Verkregen van [http://www.autisme.nl/over-autisme/onderzoek-naar-autisme.aspx](http://www.autisme.nl/over-autisme/onderzoek-naar-autisme/prevalentiecijfers-over-autisme.aspx) op 01-12-2014
- Chalfant, A. M., Rapee, R., & Carroll, L. (2007). Treating anxiety disorders in children with high functioning autism spectrum disorders: A controlled trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1842-1857. doi: 10.1007/s10803-006-0318-4
- Connolly, S. D., Suarez, L., & Sylvester, C. (2011). Assessment and treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Current Psychiatry Reports*, 13, 99-110. doi: 10.1001/archpsyc.60.8.837
- Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A. (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: Phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14, 631-648. doi: 10.1017/cbo9780511994920.004
- Creswell, C., Waite, P., & Cooper, P. J. (2014). Assessment and management of anxiety disorders in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 99, 674-678. doi: 10.1136/archdischild-2013-303768

- de Raedt, R., & Schacht, R. (2004). Een empirisch model voor probleemidentificatie binnen het gedragstherapeutisch proces. *Gedragstherapie*, *36*, 197-222.
- Frith, U. (2005). *Autisme: Verklaringen van het raadsel*. Berchem: EPO.
- Happé, F., & Frith, U. (1996). The neuropsychology of autism. *Brain*, *119*, 1377-1400. doi: 10.1093/brain/119.4.1377
- Hendriks, M. C. H. P., & Bögels, S. M. (2008). Cognitieve gedragstherapie voor kinderen met een autismespectrumstoornis en angststoornissen: Effectiviteit en variabelen die het therapie succes beïnvloeden. *Tijdschrift voor de Orthopedagogiek*, *47*, 312-324.
- Hermans, D., Eelen, P., & Orlemans, H. (2007). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Howlin, P. & Rutter, M. (1994). *Treatment of autistic children*. (Wiley Series on Studies in Child Psychiatry). New York: John Wiley & Sons.
- Ingram, B. L. (2006). *Clinical case formulations: Matching the integrative treatment plan to the client*. London: Wiley.
- Jongerden, L., Bögels, S., & Peijnenburg, D. (2011). Maar hoe werkt het in het echt? De implementatie van 'Denken+Doen = Durven', een cognitieve gedragstherapie voor kinderen en jongeren met angststoornissen. *Gedragstherapie*, *44*, 313-325.
- Keijsers, G., van Minnen, A., & Hoogduin, K. (2011). Toepassing van protocollaire behandeling bij psychische klachten. In G. Keijsers, A. van Minnen, & K. Hoogduin (eds.). *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten* (pp.13-34). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- King, M., & Bearman, P. (2009). Diagnostic change and the increased prevalence of autism. *International Journal of Epidemiology*, *38*, 1224-1234. doi: 10.1093/ije/dyp261
- Lang, R., Regester, A., Lauderdale, S., Ashbaugh, K., & Haring, A. (2010). Treatment of anxiety in autism spectrum disorders using cognitive behaviour therapy: A systematic review. *Developmental Neurorehabilitation*, *13*, 53-63. doi: 10.3109/17518420903236288
- Mayes, S. D., Black, A., & Tierney, C. D. (2013). DSM-5 under-identifies PDD-NOS: Diagnostic agreement between the DSM-5, DSM-IV, and Checklist for Autism Spectrum Disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *7*, 298-306. doi: 10.1016/j.rasd.2012.08.011
- Mazzone, L., Ruta, L., & Reale, L. (2012). Psychiatric comorbidities in asperger syndrome and high functioning autism: Diagnostic challenges. *Annals of General Psychiatry*, *25*, 16. doi:10.1186/1744-859X-11-16
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J., & Claud, D. (2003). The outcome rating scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of Brief Therapy*, *2*, 91-100.
- Moree, B. N., & Davis III, T. E. (2010). Cognitive-behavioral therapy for anxiety in children diagnosed with autism spectrum disorders: Modification trends. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *4*, 346-354. doi: 10.1016/j.rasd.2009.10.015
- National Institute for Health and Care Excellence (2013). *Autism: The management and support of children and young people on the autism spectrum*. Issued: August 2013. NICE clinical guideline 170, guidance.nice.org.uk/cg170
- Nederlands Jeugdinstituut (2015). *Erkende interventies*. Verkregen van <http://nji.nl/nl/Databanken/> Databank-Effectieve-Jeugd interventies/Erkende-interventies
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2009). *Richtlijn diagnostiek en behandeling autismespectrumstoornis-*

- sen bij kinderen en jeugdigen. Utrecht: NVvP.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie & Nederlands Instituut van Psychologen (2013). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Pfeiffer, B. Kinnealey, M. Reed, C., & Helzberg, G. (2005). Sensory modulation and affective disorders in children and adolescents with Asperger's disorder. *The American Journal of Occupational Therapy*, 59, 335-345. doi: 10.5014/ajot.59.3.335
- Reaven, J., Blakeley-Smith, A., Culhane-Shelburne, K., & Hepburn, S. (2012). Group cognitive behavior therapy for children with high-functioning autism spectrum disorders and anxiety: A randomized trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 410-419. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02486.x
- Rotheram-Fuller, E., & MacMullen, L. (2011). Cognitive-behavioral therapy for children with Autisme Spectrum Disorders. *Psychology in the Schools*, 48, 263-271. doi: 10.1002/pits.20552
- Russel, A. J., Jassi, A., Fullana, M. A., Mack, H., Johnston, K., Heyman, I. ... Mataix-cols, D. (2013). Cognitive behavior therapy for comorbid obsessive-compulsive disorder in high-functioning autism spectrum disorders: A randomized controlled trial. *Depression and Anxiety*, 30, 697-708. doi: 10.1002/da.22053
- Schlosser, R. W. (2004). Goal attainment scaling as a clinical measurement technique in communication disorders: A critical review. *Journal of Communication Disorders*, 37, 217-239. doi: 10.1016/j.jcomdis.2003.09.003
- Schulte, D., Kinzel, R., Pepping, G., & Schulte-Bahrenberg, T. (1992). Tailor made versus standardized therapy of phobic patients. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 14, 67-92. doi: 10.1016/0146-6402(92)90001-5
- Silverman, W. K., Pina, A. A., & Viswesvaran, C. (2008). Evidence based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 105-130. doi: 10.1080/15374410701817907
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler S., Loucas, T., & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: Prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47, 921-929. doi: 10.1097/chi.0b013e318179964f
- Sofronoff, K., Attwood, T., & Hinton, S. (2005). A randomized controlled trial of a CBT intervention for anxiety disorders in children with Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 1152-1160. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.00411.x
- Storch, E. A., Arnold, E. B., Lewin, A. B., Nadeau, J. M., Jones, A. M., De Nadai, A. S., ... Murphy, T. K. (2013). The effect of cognitive-behavioral therapy versus treatment as usual for anxiety in children with autism spectrum disorders: A randomized, controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52, 132-142. doi: 10.1016/j.jaac.2012.11.007
- Sung, M., Ooi, Y. P., Goh, T. J., Pathy, P., Fung, D. S. S., Ang, R. P., ... Lam, C. (2011). Effects of cognitive-behavioral therapy on anxiety in children with autism spectrum disorders: A randomized controlled trial. *Child Psychiatry and Human Development*, 42, 634-649. doi: 10.1007/s10578-011-0238-1
- Sze, K., & Wood, J. (2007). Cognitive behavioral treatment of comorbid anxiety disorders and social difficulties in children with high-functioning autism: A case report. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 133-143. doi: 10.1007/s10879-007-9048-y

- Sze, K. M., & Wood, J. J. (2008). Enhancing CBT for the treatment of autism spectrum disorders and concurrent anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 403-409. doi: 10.1017/s1352465808004384
- van der Sijde, A. (2013). Autisme in de DSM-5. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 12, 40-49.
- van Rooijen, K., & Rietveld, L. (2013). *Wat werkt bij autisme?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- van Steensel, F. J. A., Bögels, S. M., de Bruin, E. I., & Dirksen, C. D. (2013). Angststoornissen bij kinderen met autismespectrumstoornissen. *Kind & Adolescent Praktijk*, 12, 110-117. doi: 10.1007/s12454-013-0036-y
- van Steensel, F. J. A., Bögels, S. M., & Perrin, S. (2011). Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14, 302-317. doi: 10.1007/s10567-011-0097-0
- van Steensel, F. J. A., de Bruin, E. I., & Bögels, S. M. (2012). ASS in breder perspectief: Een vergelijking tussen kinderen uit de normale populatie, kinderen met angststoornissen en kinderen met PDD-NOS. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 11, 111-118.
- van Wanders, S. & van den Hoofdakker, B. (2008). Protocol oudertraining bij kinderen met autisme. In Braet, C. & Bögels, S. (red.). *Protocolaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten* (pp. 201-228). Amsterdam: Boom.
- Weber, C. (2009). De behandeling van angst bij ASS: Een geautoriseerd verslag van een lezing van Carolien Gevers, klinisch psycholoog-psychotherapeut. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 3, 72-74.
- White, S. W., Albano, A. M., Johnson, C. R., Kasari, C., Ollendick, T., Klin, A., & Scahill, L. (2010). Development of a cognitive-behavioral intervention program to treat anxiety and social deficits in teens with high-functioning autism. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13, 77-90. doi: 10.1007/s10567-009-0062-3
- White, S. W., Oswald, D., Ollendick, T., & Scahill, L. (2009). Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Clinical Psychology Review*, 29, 216-229. doi: 10.1016/j.cpr.2009.01.003
- Wood, J. J., Drahotá, A., Sze, K., Har, K., Chiu, A., & Langer, D. A. (2008). Cognitive behavioral therapy for anxiety in children with autism spectrum disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 224-234. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01948.x
- Wood, J. J., Drahotá, A., Sze, K., Van Dyke, M., Decker, K., Fujii, C., ... Spiker, M. (2009). Brief report: Effects of cognitive behavioral therapy on parent-reported autism symptoms in school-age children with high-functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 1608-1612. doi: 10.1007/s10803-009-0791-7