

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

Cognitieve gedragstherapie voor angststoornissen bij kinderen

Effectiviteit van CGT voor angststoornissen bij kinderen met en zonder autismespectrumstoornissen

BONNY VAN STEENSEL, ARDY QUAEDACKERS, HANS KROT, MYRNA
KMIECIK, MARGREET OCKHUIJSEN, MARLIES VAN DIJK & SUSAN BÖGELS

Samenvatting

.....

In deze studie is de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie (CGT) voor angststoornissen onderzocht, en of deze verschilt (1) voor kinderen met en zonder een autismespectrumstoornis (ASS), en (2) voor kinderen < 12 jaar versus kinderen \geq 12 jaar. De angstklachten werden gemeten voor de start van de behandeling, direct na behandeling, na 3 maanden, na 1 jaar en 2 jaar na behandeling. Na afloop waren de kinderen met ASS minder vaak vrij van al hun angststoornissen, maar er werd geen verschil gevonden tussen de groepen wat betreft het percentage dat vrij was van de belangrijkste (primaire) angststoornis. De angstsymptomen waren 1 jaar na afloop van behandeling iets sterker verminderd bij kinderen \geq 12 jaar dan bij kinderen < 12 jaar. CGT is een effectieve interventie voor het behandelen van angststoornissen bij kinderen van 8 tot 18 jaar met en zonder ASS.

Trefwoorden: cognitieve gedragstherapie, angststoornissen, autismespectrumstoornissen, kinderen

INLEIDING

.....

Kinderen met autismespectrumstoornissen (ASS) worden gekenmerkt door tekorten in de sociale interactie en de communicatie, en door repetitieve, stereotiepe gedrag patronen en beperkte interesses (APA, 2000). Naast deze hoofdkenmerken hebben kinderen met ASS vaak last van allerlei bij-

komende problemen, zoals angsten, gedragsproblemen of problemen met aandacht en concentratie. De comorbiditeit van andere psychiatrische stoornissen als angststoornissen, stemmingsstoornissen en ADHD is bij kinderen met ASS dan ook hoog (onder anderen de Bruin, Ferdinand, Meester, de Nijs, & Verheij, 2007; Simonoff et al., 2008). Angststoornissen lijken een van de meest voorkomende problemen bij kinderen met ASS en komen bij ongeveer 40% van de kinderen met ASS voor (van Steensel, Bögels, & Perrin, 2011).

Angststoornissen bij kinderen met en zonder ASS zijn soortgelijk (van Steensel, Bögels, & Dirksen, 2012). Een uitzondering hierop vormt de specifieke fobie; deze komt relatief vaker voor bij kinderen met ASS. Verder bleek uit het onderzoek van van Steensel et al. (2012) dat angststoornissen bij kinderen met ASS een negatieve invloed hebben op de kwaliteit van leven: er werd gevonden dat zowel ASS-symptomen als de ernst van de angststoornissen (statistisch) voorspellend waren voor een lagere kwaliteit van leven. Daarnaast werd gevonden dat angststoornissen additionele kosten met zich meebrengen voor de samenleving (van Steensel, Dirksen, & Bögels, 2013b). In een groep kinderen met ASS en comorbide angststoornissen bleek dat ongeveer 14% van de totale kosten toegeschreven kon worden aan de comorbide angstproblemen (terwijl 80% van de kosten kon worden toegeschreven aan ASS). Ook werd gevonden dat de kosten die gepaard gingen met de angstproblemen niet verschillend waren voor kinderen met ASS en comorbide angststoornissen en kinderen met angststoornissen (zonder ASS). In vergelijking met kinderen uit de normale populatie waren de kosten gerelateerd aan de angstproblemen in beide klinische groepen significant hoger. Vanwege de extra kosten en de beïnvloeding van de kwaliteit van leven is het belangrijk om een effectieve behandeling voor deze comorbide angstproblemen te vinden.

Voor de behandeling van angststoornissen bij kinderen zonder ASS wordt veelal cognitieve gedragstherapie (CGT) toegepast. CGT is een effectieve interventie gebleken voor de behandeling van angststoornissen bij kinderen zonder ASS. Ongeveer 64-72% van de kinderen is na afloop van CGT vrij van hun primaire angststoornis (Cartwright-Hatton, Roberts, Chitsabesan, Fothergill, & Harrington, 2004; In-Albon & Schneider, 2007). Voor kinderen met ASS is nog veel minder bekend over de effectiviteit van CGT. Er zijn in de internationale literatuur een aantal studies verschenen die hebben onderzocht wat de effectiviteit is van CGT voor de behandeling van angsten bij kinderen met ASS. De belangrijkste studies worden hieronder besproken.

In een studie van Chalfant, Rapee en Caroll (2007) werden 47 kinderen met ASS en een comorbide angststoornis (leeftijd 8 tot 13 jaar) ingedeeld in twee groepen: kinderen die geen therapie ontvingen ('wachtlisjconditie') en kinderen die CGT ontvingen. Na afloop van de CGT bleek dat 71% van de kinderen met ASS vrij was van hun primaire angststoornis, tegenover 0% van de kinderen in de wachtlisjconditie.

In een soortgelijke studie van Wood et al. (2009) werden 40 kinderen met ASS en een comorbide angststoornis (leeftijd 7 tot 11 jaar) ingedeeld in twee groepen: een groep met CGT en een groep zonder behandeling. Uit deze studie bleek ook dat CGT effectiever was dan geen behandeling: na CGT was 53% van de kinderen vrij van alle angststoornissen, tegenover slechts 9% van de kinderen die geen behandeling hadden ontvangen (merk op dat het percentage van 53% nog wel kinderen met een specifieke fobie omvatte. De specifieke fobie werd in deze studie namelijk niet meegerekend in het percentage dat vrij was van alle angststoornissen). Ook bleek dat na afloop van de CGT de zelfredzaamheid van de kinderen met ASS verbeterd was (Drahota, Wood, Sze, & Van Dyke, 2011).

In een studie van Sofronoff, Attwood en Hinton (2005) werden 71 kinderen met de stoornis van Asperger en comorbide angsten (leeftijd 10-12 jaar) ingedeeld in drie groepen (merk op dat een comorbide angststoornis in deze studie niet formeel werd vastgesteld): kinderen ontvingen een kindgerichte CGT, een familiegerichte CGT (kind en ouder) of geen behandeling ('wachlijst'). Uit dit onderzoek bleek dat zowel de kindgerichte als de familiegerichte CGT effectiever was dan geen behandeling. Daarnaast bleek dat familiegerichte CGT effectiever was dan kindgerichte CGT, wat suggereert dat de betrokkenheid van ouders een gunstig effect heeft op de effectiviteit van CGT bij kinderen met ASS (merk op dat voor kinderen zonder ASS een meerwaarde van familiegerichte CGT ten opzichte van kindgerichte CGT niet altijd is gevonden; bijvoorbeeld Bodden et al., 2008; In-Albon & Schneider, 2007).

In het onderzoek van Reaven, Blakeley-Smith, Culhane-Shelburne en Hepburn (2012) werden 47 kinderen met ASS met klinische scores op een angstvragenlijst (leeftijd 7 tot 14 jaar) toegewezen aan ofwel CGT (merk op dat een deel van de kinderen naast de CGT ook medicatie ontving), ofwel reguliere behandeling (bestaande uit bijvoorbeeld medicatie voor angsten, socialevaardigheidstraining, pestprogramma's, individuele psychosociale interventies of gezinsgerichte interventies). Van de kinderen in de CGT-conditie liet 50% een positief behandelingseffect zien (zoals gemeten met de Clinical Global Impressions Scale – Improvement ratings, CGIS-I; National Institute of Mental Health, 1970), tegenover 9% van de kinderen die reguliere behandeling ontvingen.

Uit bovengenoemde studies blijkt dat CGT een effectieve interventie kan zijn voor kinderen met ASS en dat ze waarschijnlijk effectiever is in vergelijking met geen behandeling of reguliere behandeling. Een beperking van voorgaande studies is dat zij voornamelijk jongere kinderen (tot 14 jaar) geïnccludeerd hebben, waardoor weinig bekend is of CGT ook (even goed) werkt voor oudere kinderen (adolescenten) met ASS. Wat betreft het effect van leeftijd op de effectiviteit van de angstbehandeling bij kinderen zonder ASS zijn de bevindingen inconsistent. De studie van Bodden et al. (2008) vond bijvoorbeeld dat jongere kinderen meer profiteerden van een angstbehandeling.

deling dan oudere kinderen. Dit terwijl in een overzichtartikel van Rapee, Schniering en Hudson (2009) werd gevonden dat er weinig aanwijzingen zijn voor een effect van leeftijd, en een recente meta-analyse juist bewijs vond dat oudere kinderen meer profiteren van de angstbehandeling (Reynolds, Wilson, Austin, & Hooper, 2012).

Naast de mogelijke invloed van leeftijd is niet eerder onderzocht of de effectiviteit van CGT verschilt voor kinderen met en zonder ASS. Het doel van de huidige studie was daarom om de effectiviteit van een individuele CGT te onderzoeken voor kinderen met en zonder ASS. De algemene resultaten van de studie zijn terug te vinden in een internationaal artikel van van Steensel en Bögels (2015) en in een nationaal artikel van van Steensel, Bögels en Dirksen (2014). Specifiek voor de huidige studie is dat er een onderscheid is gemaakt in kinderen < 12 jaar en kinderen \geq 12 jaar, om te onderzoeken of CGT even goed werkt voor jongere en oudere kinderen met (en zonder) ASS.

METHODE

.....

Participanten

.....

Alle kinderen die aan het onderzoek deelnamen hadden één of meerdere angststoornissen en waren in afwachting van een CGT-behandeling. Er zijn in totaal 174 kinderen (leeftijd 7 tot en met 18 jaar) gestart met de behandeling: 79 kinderen met ASS en comorbide angststoornissen (verder aangeduid als 'ASS-groep') en 95 kinderen met angststoornissen zonder ASS (verder aangeduid als 'Angstgroep'). Het Autisme Diagnostisch Interview – Revised (ADI-R; Lord, Rutter, & Le Couteur, 1994) is bij de ouder(s) van 60 kinderen met ASS afgenomen (merk op dat dit instrument later aan het onderzoek is toegevoegd, waardoor niet voor alle kinderen deze gegevens beschikbaar waren). Hiervan voldeed respectievelijk 97%, 88% en 70% van de kinderen met ASS aan het ADI-R afkappunt voor beperkingen in de sociale interactie, communicatie en het repetitieve gebied (zie voor meer informatie: van Steensel & Bögels, 2015).

De ASS-groep bestond uit 58 jongens en 21 meisjes, met een gemiddelde leeftijd van 11,76 jaar (SD = 2,68). De angstgroep bestond uit 46 jongens en 49 meisjes, met een gemiddelde leeftijd van 12,85 jaar (SD = 2,81). Zowel de verhouding jongens/meisjes als de gemiddelde leeftijd bleek significant tussen de groepen te verschillen, waarbij de ASS-groep – in vergelijking met de Angstgroep – bestond uit meer jongens en een lagere gemiddelde leeftijd had (van Steensel & Bögels, 2015). De soort (primaire) angststoornis verschilde niet tussen de ASS- en de Angstgroep. De meest voorkomende primaire angststoornissen waren: sociale angststoornis (32%), specifieke fobie (30%), generaliseerde angststoornis (20%) en separatie-angststoornis (14%). Naast

de primaire angststoornis hadden bijna alle kinderen één of meerdere comorbide angststoornissen: specifieke fobie (49%), gegeneraliseerde angststoornis (41%), sociale angststoornis (25%), separatie-angststoornis (20%), obsessieve-compulsieve stoornis (15%), agorafobie (14%), paniekstoornis (11%) en posttraumatische stressstoornis (9%). De kinderen met ASS hadden gemiddeld meer angststoornissen dan de kinderen in de Angstgroep (5,51 versus 4,64; van Steensel & Bögels, 2015). Voor het huidige artikel zijn de ASS-groep en de Angstgroep verder opgesplitst in twee leeftijdscategorieën: kinderen < 12 jaar en kinderen ≥ 12 jaar. Voor een beschrijving van de demografische gegevens van deze groepen, zie tabel 1.

TABEL 1 *Demografische gegevens van de verschillende groepen*

	Angstgroep			ASS groep		
	< 12 jaar (n = 34)	≥ 12 jaar (n = 61)	Totaal (n = 95)	< 12 jaar (n = 40)	≥ 12 jaar (n = 39)	Totaal (n = 79)
Geslacht jongen (n, %)	14 (41,2)	32 (52,5)	46 (48,4)	30 (75,0)	28 (71,8)	58 (73,4)
Leeftijd (M, SD)	9,65 (1,10)	14,64 (1,63)	12,85 (2,81)	9,53 (1,22)	14,05 (1,61)	11,76 (2,68)

Instrumenten

Angststoornissen werden gemeten met de ADIS-C/P (Anxiety Disorder Interview Schedule – Parent and Child version; Silverman & Albano, 1996). Er wordt middels dit interview nagegaan of er voldaan wordt aan de symptomen van de volgende DSM-IV-angststoornissen: separatie-angststoornis, sociale angststoornis, specifieke fobie, gegeneraliseerde angststoornis, obsessieve-compulsieve stoornis, paniekstoornis, agorafobie en posttraumatische stressstoornis. Wanneer aan de symptoomcriteria voldaan wordt, wordt de informant gevraagd in hoeverre de angststoornis een beperking is voor het dagelijkse leven van het kind. De informant wordt hierbij gevraagd een ernstcijfer te geven tussen 0 en 8. Wanneer het cijfer 4 of hoger is, kan worden gesproken van een angststoornis. De kind- en ouderrapportage kan vervolgens worden geïntegreerd, waardoor er een samengestelde diagnose ontstaat (zie Silverman, Saavedra, & Pina, 2001). De overeenstemming tussen de ouder- en kindrapportage wat betreft de aan- of afwezigheid van angststoornissen bij de voormeting was voldoende en niet verschillend voor de ASS- en de Angstgroep (zie van Steensel, Deutschman & Bögels, 2013a). De ADIS is niet alleen een maat voor de aan- of afwezigheid van angststoornissen

nissen, maar er kan ook een totale ernstscore mee berekend worden, en wel door de ernstcijfers van alle angststoornissen op te tellen. De ADIS heeft goede psychometrische eigenschappen (bijvoorbeeld: Silverman et al., 2001) en is ook in eerdere studies gebruikt om angststoornissen bij kinderen met ASS in kaart te brengen (bijvoorbeeld: Reaven et al., 2012; Wood et al., 2009).

Angstsymptomen werden gemeten aan de hand van de SCARED-71 (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders-71; Bodden, Bögels, & Muris, 2009). De SCARED-71 is een vragenlijst die bestaat uit 71 items, welke worden beoordeeld op basis van de mate van voorkomen op een driepuntsschaal: nooit (= 0), soms (= 1) of vaak (= 2). Er kan een totaalscore berekend worden, en verschillende subschaalscores voor symptomen van separatie-angststoornis, sociale angststoornis, gegeneraliseerde angststoornis, specifieke fobie, paniekstoornis, obsessieve-compulsieve stoornis en posttraumatische stressstoornis. De psychometrische gegevens van de SCARED-71 zijn goed, zowel voor kinderen met als zonder ASS (Bodden et al., 2009; van Steensel et al., 2013a).

Procedure

Alle kinderen die deelnamen aan het onderzoek waren verwezen naar een van de volgende tweedelijnszorginstellingen: RIAGG Maastricht, Mondriaan Heerlen, MET ggz, GGz Centraal, Dimence, 't Centrum, UvA minds. Het klinisch team binnen deze instellingen stelde vast of een angstbehandeling geïndiceerd was en of gezinnen wilden deelnemen aan het onderzoek. Inclusiecriteria om aan het onderzoek deel te nemen waren: (1) het kind moest gediagnosticeerd zijn met een angststoornis; en (2) ten minste één ouder moest bereid zijn deel te nemen aan het onderzoek. Exclusiecriteria voor het onderzoek waren: (1) IQ < 70; (2) psychotische stoornis; (3) suïcidaliteit; (4) misbruik; en (5) CGT hebben ontvangen voor de behandeling van angststoornissen in het afgelopen jaar. Daarnaast moest eventuele medicatie stabiel zijn geweest ten minste een maand voorafgaand aan de CGT en gedurende de CGT. Kinderen en hun ouders werden geïnterviewd en vulden vragenlijsten in voorafgaand aan de behandeling (voormeting), direct na afloop van de CGT (nameting), 3 maanden na CGT (follow-up 1), een jaar na CGT (follow-up 2), en twee jaar na CGT (follow-up 3). Voor meer informatie over het verloop van de onderzoeksmetingen en de drop-out per meetmoment, zie: van Steensel en Bögels (2015). De studie is goedgekeurd door de medisch-ethische commissie van het azM/UM en de deelnemende gezinnen tekenden een toestemmingsverklaring.

De CGT die in het onderzoek werd toegepast is genaamd *Denken + Doen = Durven* en is ontwikkeld door prof. dr. Susan Bögels. De individuele behandeling bestaat in totaal uit 15 sessies in een tijdsbestek van ongeveer 3 maanden. Tijdens de behandeling wordt aandacht besteed aan psycho-educatie, ont-

spannings- en aandachtsoefeningen, cognitieve herstructurering, en blootstelling aan de angst door middel van exposures en gedragsexperimenten. Ook de ouders worden bij de behandeling betrokken door middel van enkele gezamenlijke sessies met het kind en drie aparte ouderbijeenkomsten (voor meer informatie over de behandeling, zie: Bögels, 2008).

Analyses

Om de effectiviteit van de behandeling te onderzoeken is gekeken naar verschillende dichotome en continue uitkomstmaten. Dichotome uitkomstmaten waren: het percentage kinderen vrij van hun primaire angststoornis en het percentage kinderen vrij van *alle* angststoornissen (zoals gemeten met de ADIS-C/P) bij de nameting en follow-up metingen. De chi-kwadraattoets werd gebruikt om te onderzoeken of de ASS- en de Angstgroep verschillen met betrekking tot deze percentages. Deze toets werd tevens gebruikt om te kijken of er binnen de ASS- en de Angstgroep verschillen waren voor kinderen < 12 jaar versus kinderen \geq 12 jaar. Er werd hierbij gebruikgemaakt van de methode *last observation carried forward* voor de gezinnen die niet meer aan het onderzoek deelnamen bij de nameting of de follow-up metingen. Bij deze methode worden de data die ontbreken compleet gemaakt door gebruik te maken van de data van de voorgaande meting.

Multi-level-analyses werden gebruikt om de verandering in de totale ernst van de angststoornissen (ADIS-C/P) en de angstsymptomen (SCARED-71) over tijd te onderzoeken. Multi-level-analyses kunnen gebruikt worden wanneer data op meerdere niveaus verzameld zijn. In de huidige studie zijn er verschillende meetmomenten (voormeting, nameting, follow-up 1, 2 en 3) en verschillende informanten (kinderen, moeders, vaders). Deze meetmomenten en informanten zijn aan elkaar gekoppeld en delen bepaalde overeenkomsten (zo zijn de voormeting, nameting en follow-up 1, 2 en 3 alle ingevuld door hetzelfde kind, moeder of vader; en het kind, de vader en de moeder behoren tot hetzelfde gezin). Het voordeel van multi-level-analyses is dat hiermee rekening gehouden wordt en dat alle informatie (van alle meetmomenten en informanten) in een gezamenlijk regressiemodel kan worden meegenomen. Ook heeft het gebruik van multi-level-analyses als voordeel dat alle beschikbare data gebruikt worden zonder dat deze compleet hoeven te zijn (zo wordt de informatie van kinderen of moeders toch meegenomen, ook al deed de vader niet mee). In de huidige studie zijn de totale ernstscores van de angststoornissen (ADIS) en de totaalscores van de angstsymptomen (SCARED-71) gebruikt als afhankelijke variabelen. De predictoren waren: tijd (nameting en de follow-up metingen afgezet tegen de voormeting), groep (kinderen met ASS afgezet tegen kinderen zonder ASS), leeftijd (kinderen \geq 12 jaar afgezet tegen kinderen < 12 jaar), en de mogelijke interacties tussen tijd, groep en leeftijd (om te onderzoeken of de effectiviteit van CGT verschillend is voor kinderen met en zonder ASS, en voor kinderen < 12 jaar versus kinderen

≥ 12 jaar). Alle continue variabelen zijn omgezet naar gestandaardiseerde Z-scores, zodat de waarde van een predictor (*parameter estimate*) geïnterpreteerd kan worden als een maat van effect, namelijk als Cohens *d*.

RESULTATEN

Percentage vrij van (primaire) angststoornis

In tabel 2 is het percentage kinderen vrij van (primaire) angststoornis weergegeven per meetmoment. Het percentage kinderen dat vrij is van hun primaire angststoornis is niet verschillend voor de ASS-groep en de Angstgroep. Binnen de ASS- en de Angstgroep is het percentage kinderen dat vrij is van

TABEL 2 Aantal kinderen (%) vrij van primaire angststoornis en vrij van alle angststoornissen, direct na behandeling (nameting), 3 maanden na behandeling (follow-up 1), 1 jaar na behandeling (follow-up 2) en 2 jaar na behandeling (follow-up 3)

	Angstgroep			ASS groep		
	< 12 jaar (n = 34)	≥ 12 jaar (n = 61)	Totaal (n = 95)	< 12 jaar (n = 40)	≥ 12 jaar (n = 39)	Totaal (n = 79)
<i>Primaire angststoornis</i>						
Nameting	17 (50%)	30 (49%)	47 (49%)	20 (50%)	12 (31%)	32 (41%)
Follow-up 1 (3 mnd)	22 (65%)	33 (54%)	55 (58%)	23 (58%)	21 (54%)	44 (56%)
Follow-up 2 (1 jaar)	22 (65%)	41 (67%)	63 (66%)	21 (53%)	22 (56%)	43 (54%)
Follow-up 3 (2 jaar)	23 (68%)	38 (62%)	61 (64%)	24 (60%)	24 (62%)	48 (61%)
<i>Alle angststoornissen</i>						
Nameting	10 (29%)	18 (30%)	28 (29%)	6 (15%)	4 (10%)	10 (13%)
Follow-up 1 (3 mnd)	16 (47%)	25 (41%)	41 (43%)	10 (25%)	10 (26%)	20 (25%)
Follow-up 2 (1 jaar)	18 (53%)	32 (52%)	50 (53%)	15 (38%)	12 (31%)	27 (34%)
Follow-up 3 (2 jaar)	20 (59%)	32 (52%)	52 (55%)	15 (38%)	16 (41%)	31 (39%)

de primaire angststoornis ook niet verschillend voor de kinderen < 12 jaar versus de kinderen \geq 12 jaar. Voor de uitkomstmaat percentage vrij van *alle* angststoornissen is er wel een verschil gevonden: de kinderen uit de ASS-groep zijn op alle meetmomenten minder vaak vrij van *alle* angststoornissen in vergelijking met de kinderen uit de Angstgroep (p 's < .05). Binnen de ASS- en de Angstgroep verschilt het percentage kinderen dat is vrij is van *alle* angststoornissen echter niet voor kinderen < 12 jaar en kinderen \geq 12 jaar.

Ernst van angststoornissen

In tabel 3 zijn de resultaten van de multi-level-analyse te vinden wat betreft de ernst van de angststoornissen. In figuur 1 zijn deze resultaten grafisch weergegeven. De predictoren tijd zijn significant. De parameter estimates zijn negatief, wat betekent dat de totale ernstscores van de angststoornissen bij de nameting en de follow-up metingen zijn afgenomen ten opzichte van de voormeting (zie ook figuur 1). De afname in ernst van de angststoornissen is groot: de parameter estimates van tijd, te interpreteren als Cohens d , zijn groter dan .80, wat indicatief is voor een groot effect (Cohen, 1992). De predictoren groep en leeftijd, evenals de interacties, zijn niet significant (tabel 3). Dit betekent dat het voor de ernst van de angststoornissen, evenals voor de effectiviteit van de CGT, niet uitmaakt of een kind wel of niet gediagnosticeerd is met ASS, en of het kind < 12 jaar of \geq 12 jaar is. Dit is in figuur 1 te zien: de grafieklijnen van de verschillende groepen lopen daarin ongeveer parallel.

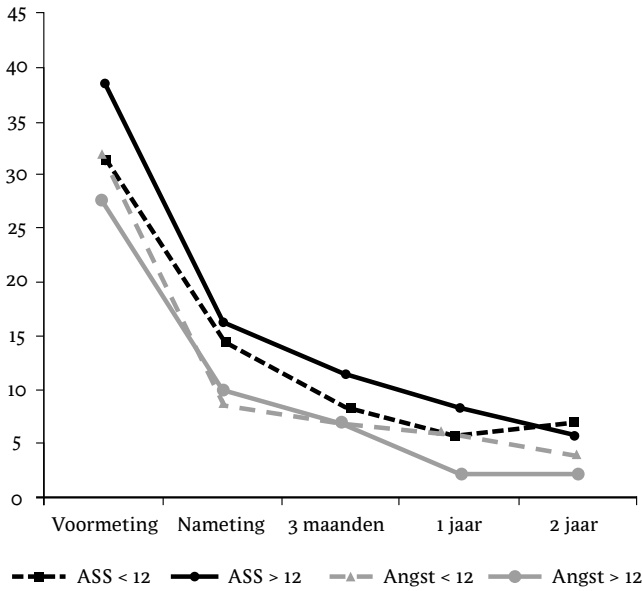
Angstsymptomen

In tabel 3 zijn ook de resultaten van de multi-level-analyse te vinden wat betreft de angstsymptomen. Figuur 2 geeft deze resultaten grafisch weer. De predictoren tijd zijn significant, wat betekent dat ten opzichte van de voormeting de angstsymptomen zijn afgenomen bij de nameting en de follow-up metingen (zie ook figuur 2). Ook hier is het effect van verandering groot (de parameter estimates van tijd zijn groter dan .80). De predictor groep is significant, wat betekent dat over alle onderzoeksmetingen heen (dus gemiddeld genomen over de voormeting, de nameting en de follow-up metingen) de kinderen uit de ASS-groep hogere scores hebben op de SCARED-71 (angstsymptomen) dan de kinderen uit de Angstgroep. De grootte van het effect is medium. De interacties tussen tijd en groep zijn niet significant, wat betekent dat het effect van de CGT voor de ASS-groep en de Angstgroep niet verschillend is (ook te zien aan de overwegend parallel lopende grafieklijnen in figuur 2). De predictor leeftijd is niet significant, wat betekent dat de ernst van de angstsymptomen niet verschillend is voor kinderen < 12 jaar of \geq 12 jaar. De interacties tussen tijd en leeftijd zijn niet significant, op één uitzondering na: de interactie leeftijd*tijd 3 is significant ($p = .049$), wat be-

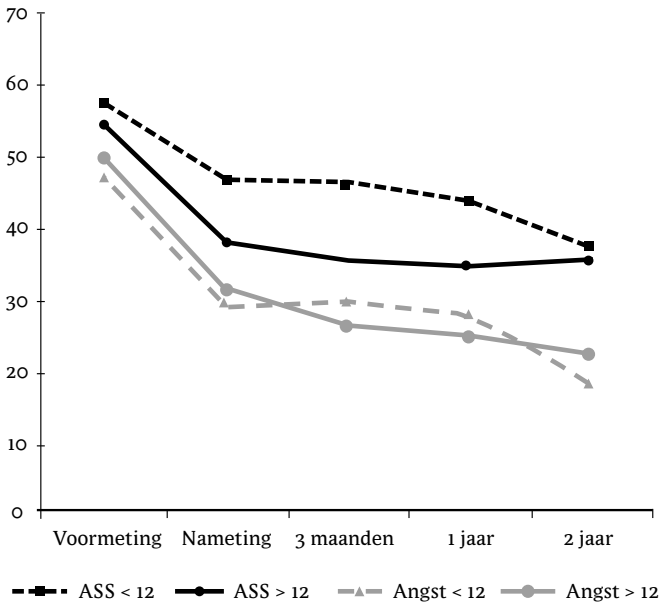
TABEL 3 Resultaten van de multi-level-analyses, waarbij gekeken is naar het effect van tijd (nameting en follow-ups afgezet tegen de voormeting), leeftijd (≥ 12 jaar afgezet tegen < 12 jaar) en groep (ASS afgezet tegen Angst), en naar de interacties tussen deze variabelen

Predictoren	Ernst angststoornissen		Angstsymptomen	
	Parameter estimate ¹	Standaard error (SE)	Parameter estimate ¹	Standaard error (SE)
Groep (ASS versus Angst)	-0,04	0,27	0,49**	0,18
Leeftijd (≥ 12 jaar versus < 12 jaar)	-0,27	0,25	0,17	0,16
Tijd 1 (nameting)	-1,19***	0,18	-0,89***	0,10
Tijd 2 (follow-up 1: 3 mnd)	-1,45***	0,17	-0,95***	0,12
Tijd 3 (follow-up 2: 1 jaar)	-1,51***	0,18	-0,89***	0,14
Tijd 4 (follow-up 3: 2 jaar)	-1,57***	0,19	-1,16***	0,13
Interactie Groep*Leeftijd	0,65	0,36	-0,32	0,23
Interactie Groep*Tijd 1	0,27	0,24	0,18	0,13
Interactie Groep*Tijd 2	0,25	0,23	0,26	0,16
Interactie Groep*Tijd 3	0,15	0,25	0,17	0,18
Interactie Groep*Tijd 4	0,21	0,26	0,12	0,18
Interactie Leeftijd*Tijd 1	0,22	0,22	0,02	0,12
Interactie Leeftijd*Tijd 2	0,37	0,21	-0,04	0,15
Interactie Leeftijd*Tijd 3	0,14	0,23	-0,34*	0,17
Interactie Leeftijd*Tijd 4	0,18	0,24	-0,15	0,17
Interactie Groep*Leeftijd*Tijd 1	-0,51	0,32	-0,16	0,17
Interactie Groep*Leeftijd*Tijd 2	-0,59	0,31	-0,16	0,21
Interactie Groep*Leeftijd*Tijd 3	-0,37	0,33	0,29	0,24
Interactie Groep*Leeftijd*Tijd 4	-0,61	0,34	0,27	0,24

Noot: Parameter estimates zijn interpreteerbaar als een maat van effect (Cohens d), waarbij .30 een klein effect, .50 een middelgroot effect en .80 een groot effect representeert (Cohen, 1992); * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$



FIGUUR 1 *Afname van de ernst van de angststoornissen (ADIS) voor de verschillende onderzoeksgroepen*



FIGUUR 2 *Afname van de ernst van angstsymptomen (SCARED-71) voor de verschillende onderzoeksgroepen*

tekent dat bij follow-up 2 (een jaar na behandeling) – onafhankelijk van wel/ geen ASS-diagnose – de angstsymptomen voor de kinderen ≥ 12 jaar iets sterker zijn afgenomen in vergelijking met de kinderen < 12 jaar (zie figuur 2). Voor de overige meetmomenten (nameting, 3 maanden na behandeling en 2 jaar na behandeling) geldt dat het voor de afname van angstsymptomen over tijd (behandeleffectiviteit van CGT) niet uitmaakt of het kind < 12 jaar of ≥ 12 jaar is.

DISCUSSIE

.....

De belangrijkste bevindingen kunnen als volgt worden samengevat: (1) het percentage kinderen dat vrij is van hun primaire angststoornis na CGT is niet verschillend voor de ASS-groep en de Angstgroep, maar kinderen met ASS zijn – in vergelijking met kinderen zonder ASS – wel minder vaak vrij van *alle* angststoornissen; (2) binnen de ASS- en de Angstgroep verschillen kinderen < 12 jaar en kinderen ≥ 12 jaar niet van elkaar wat betreft de percentages vrij van (primaire) angststoornissen; (3) de effectiviteit van CGT op basis van de totale ernstscores van de angststoornissen (ADIS) en op basis van de ernst van de angstsymptomen (SCARED-71) is niet verschillend voor kinderen met en zonder ASS; en (4) er zijn – met uitzondering van de angstsymptomen één jaar na afloop van behandeling – geen aanwijzingen dat de effectiviteit van behandeling verschillend is voor kinderen < 12 jaar en kinderen ≥ 12 jaar.

Hoewel het percentage kinderen vrij van hun primaire angststoornis niet verschillend was voor de ASS- en de Angstgroep, was het percentage vrij van alle angststoornissen wel verschillend. Dit kan mogelijk verklaard worden doordat bepaalde ASS-kenmerken samenhangen met bepaalde angststoornissen (specifieke fobieën). Zo bleken kinderen met ASS vaker een specifieke fobie te hebben dan kinderen zonder ASS (van Steensel et al., 2012). Er wordt gesuggereerd dat specifieke fobieën samenhangen met prikkelgevoeligheid en sterke (negatieve) reacties op sensorische stimuli (bijvoorbeeld angst voor harde geluiden, tandartsen, dokters, ballonnen, liften, verjaardagsfeestjes; zie bijvoorbeeld: Green & Ben-Sason, 2010). Bovendien blijkt dat wanneer de specifieke fobie buiten het percentage vrij van ‘alle’ angststoornissen wordt gelaten, het percentage vrij van ‘alle’ angststoornissen niet verschilt tussen de ASS-groep en de Angstgroep. Op basis van de totale ernst van de angststoornissen en angstsymptomen bleek ook dat de effectiviteit van CGT niet verschillend was voor kinderen met en zonder ASS. Deze resultaten impliceren dat CGT voor de behandeling van angststoornissen ook ingezet kan worden bij kinderen met ASS.

Aangezien vorige studies (Chalfant et al., 2007; Reaven et al., 2012; Sofronoff et al., 2005; Wood et al., 2009) veelal de effectiviteit van CGT hebben onderzocht voor jongere kinderen (≤ 14 jaar), is een belangrijke bevinding

van de huidige studie dat CGT voor de behandeling van angststoornissen niet verschillend effectief is voor kinderen met ASS < 12 jaar en kinderen met ASS \geq 12 jaar. Overigens werd ook voor kinderen zonder ASS geen verschil in effectiviteit gevonden tussen kinderen < 12 jaar en kinderen \geq 12 jaar. De resultaten van voorgaande studies naar de relatie tussen leeftijd en de effectiviteit van CGT bij kinderen met angststoornissen (zonder ASS) zijn inconsistent. Sommige studies suggereren dat een hogere leeftijd geassocieerd is met een slechtere therapie-uitkomst (onder anderen Bodden et al., 2008; Southam-Gerow, Kendall, & Weersing, 2001), terwijl andere studies geen verschil vonden wat betreft de effectiviteit van CGT voor jongere en oudere kinderen (onder anderen Kendall, Hudson, Gosch, Flannery-Schroeder, & Suveg, 2008; Nauta, Scholing, Emmelkamp, & Minderaa, 2003). Het is ook goed mogelijk dat de leeftijd van het kind niet een direct effect heeft op de effectiviteit van CGT, maar dat andere factoren een rol spelen en dat die interacteren met de leeftijd van het kind. Uit de studie van Bodden et al. (2008) bleek bijvoorbeeld dat jonge kinderen (8-12 jaar) van ouders met angststoornissen in vergelijking met jonge kinderen van ouders zonder angststoornissen minder profiteerden van CGT, terwijl dit verschil in effectiviteit niet gevonden werd voor oudere kinderen van 13-18 jaar. Oudere kinderen profiteren van CGT ongeacht een eventuele angststoornis bij ouders. Verder onderzoek naar mogelijke therapiefactoren lijkt dus gerechtvaardigd.

Deze goed opgezette studie (met onder meer een grote groep kinderen met ASS, een grote leeftijdsrange en een controlegroep van kinderen zonder ASS) heeft ook een aantal beperkingen. Een eerste beperking is dat er geen vergelijking is gemaakt met een controlegroep. De behandeling lijkt dus effectief, maar we weten niet hoe de effectiviteit van de behandeling is vergeleken met geen behandeling of een andere soort behandeling. Nu is bijvoorbeeld niet duidelijk of de kinderen en hun ouders minder angstklachten rapporteren vanwege het effect van CGT of vanwege een verwacht effect van de behandeling, omdat zij 12 weken inspanningen hebben moeten leveren om naar de therapie te komen en aan de slag te gaan met de angsten. Een tweede beperking is dat alle kinderen die deelnamen aan het onderzoek een IQ > 70 hadden. Hierdoor kunnen geen uitspraken gedaan worden over de effectiviteit van CGT bij kinderen met ASS en een lager IQ. Een laatste beperking is dat er in de studie meetinstrumenten gebruikt zijn die in eerste instantie niet ontwikkeld zijn voor kinderen met ASS, en dat studies naar de betrouwbaarheid en validiteit van deze meetinstrumenten schaars zijn.

CGT aanpassingen voor ASS

Hoewel uit de bevindingen van deze studie geconcludeerd kan worden dat de effectiviteit van CGT niet verschillend was voor kinderen met en zonder ASS – en voor kinderen < 12 jaar en \geq 12 jaar – worden er in de internationale literatuur een aantal aanpassingen voor kinderen met ASS voorgesteld.

Ook de therapeuten die deelnamen aan het huidige onderzoek noemden een aantal punten waarop de CGT aangepast zou kunnen worden. Hoewel de mogelijke meerwaarde van deze aanpassingen niet empirisch onderzocht is, lijkt het wel belangrijk om met een aantal factoren rekening te houden. Het lijkt zinvol de behandeling op een aantal punten aan te passen (voor informatie over specifieke aanpassingen aan het protocol van *Denken + Doen = Durven*, zie: van Steensel & Bögels, 2014). Ten eerste lijkt het belangrijk om tijdens de behandeling rekening te houden met de specifieke moeilijkheden van kinderen met ASS, zoals moeilijkheden met betrekking tot (1) *Theory of Mind* (moeite met het inzicht in eigen en andermans emoties); (2) centrale coherentie (moeite met het overzicht hebben); en (3) executieve functies (moeite met plannen, organiseren, flexibiliteit en veranderingen). Hierbij kan gedacht worden aan meer visueel werken (bijvoorbeeld het laten tekenen van een eigen situatie, met gedachtewolken voor bange en helpende gedachten) en de therapie sessies (nog meer) voorspelbaar en gestructureerd te maken. Daarnaast wordt gesuggereerd om het materiaal, de taken en de discussies aan te passen aan de cognitieve en verbale mogelijkheden van kinderen met ASS, bijvoorbeeld door de sessies goed voor te bereiden en minder abstracte voorbeelden of taal te gebruiken (Chalfant et al. 2007; Reaven et al., 2009; Sofronoff et al., 2005). Een paar voorbeelden die ook door de deelnemende therapeuten werden aangedragen, betreffen: (1) niet de voorbeelden uit het werkboek gebruiken, maar werken met voor het kind concrete situaties; (2) het gebruik van meerkeuzelijsten in plaats van het kind zelf helpende gedachten laten verzinnen; en (3) de nadruk leggen op het uitvoeren van *exposures* en eventueel de gedragsexperimenten achterwege laten. Ten tweede lijkt het belangrijk om ouders (nauw) te betrekken bij de behandeling. Tot dusver werden in alle studies bij kinderen met ASS parallelsessies met de ouders georganiseerd, werd de aanwezigheid van de ouder(s) tijdens (een gedeelte van) de sessie in het programma opgenomen, of werd gekozen voor een gezinsgerichte CGT in plaats van een kindgerichte CGT (Chalfant et al., 2007; Reaven et al., 2009; Sofronoff et al., 2005; Wood et al., 2009). Ten derde werd door de deelnemende therapeuten opgemerkt dat de intrinsieke motivatie bij kinderen met ASS niet altijd heel groot was, maar dat kleine externe beloningen daarentegen vaak leken te helpen. Ook wordt geopperd om de specifieke interesses of sterke kanten en talenten van kinderen met ASS als bekrachtigers te gebruiken om de motivatie te verhogen (Reaven et al., 2009, 2012; Wood et al., 2009). Ten vierde wordt voorgesteld om het aanleren van communicatieve en sociale vaardigheden deel te laten uitmaken van de behandeling (Sofronoff et al., 2005; White, Ollendick, Scahill, Oswald & Albano, 2009; White et al., 2010; Wood et al., 2009). Als laatste wordt als belangrijk punt aangehaald het creëren van oefengelegheden in de dagelijkse situaties (bijvoorbeeld op school of met leeftijdsgenoten), zodat generalisatie van het geleerde plaats kan vinden (Moree & Davis III, 2010; Reaven et al., 2012). Afhankelijk van de soort angststoornis

zal dan bekeken moeten worden hoe oefeningen geïntegreerd kunnen worden in het dagelijkse leven. Een voorbeeld is dat een kind met een sociale fobie van de leerkracht de opdracht krijgt om een boek te gaan halen in een andere klas, of dat het kind naar de menukaart vraagt of de bestelling doorgeeft aan de ober, wanneer het gezin uit eten gaat.

Conclusie

De resultaten van de huidige studie laten zien dat CGT voor de behandeling van angststoornissen ook voor kinderen en jongeren met ASS effectief kan zijn. Daarnaast werd aangetoond dat de effectiviteit niet verschillend was voor kinderen met en zonder ASS, en voor kinderen < 12 jaar en ≥ 12 jaar. Aangezien angststoornissen vaak lijken voor te komen bij kinderen met ASS, is het belangrijk dat deze angststoornissen herkend en behandeld worden. Hoewel meer onderzoek nodig is naar bijvoorbeeld voorspellers van therapie-effectiviteit (waarom de behandeling voor het ene kind beter werkt dan voor het andere kind), werkzame componenten en de mogelijke meerwaarde van de voorgestelde aanpassingen voor ASS, lijkt CGT een goed toepasbare en werkzame interventie voor de behandeling van angststoornissen bij kinderen met ASS.

Bonny van Steensel en **Susan Bögels** zijn beiden verbonden aan het Research Institute of Child Development and Education, Research Priority Area Yield, Universiteit van Amsterdam, en aan het UvA minds Academisch Behandelcentrum voor Ouder en Kind. UvA Minds: Plantage Muidergracht 14, 1018 TV Amsterdam.

Ardy Quaedackers is verbonden aan RIAGG Virenze, Afdeling Kinder & Jeugd Parallelweg 45-47, 6221 BD Maastricht.

Hans Krot is verbonden aan Mondriaan Kinderen en Jeugdigen – Leo Kannerhuis Limburg, Kloosterkensweg 8, 6419 PJ Heerlen.

Myrna Kmiecik is verbonden aan MET ggz Roermond (locatie Venlo), Hogeweg 99, 5914 BC Venlo.

Margreet Ockhuijsen is verbonden aan Dokter Bosman, Agoraweg 2, 8224 BX Lelystad.

Marlies van Dijk is verbonden aan Virenze, Kind en Jeugd, Infantteam, Stationsweg 19, 9201 GG Drachten.

Correspondentieadres: Bonny van Steensel, Research Institute of Child Development and Education, Research Priority Area Yield, Universiteit van Amsterdam, Postbus 15667, 1001 NG Amsterdam. E-mail: f.j.a.vansteensel@uva.nl

Summary In the present study we examined the effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) for anxiety disorders, and whether this effectiveness differed between (1) children with and without autism spectrum disorders (ASD), and (2) children < 12 years versus children ≥ 12 years. Anxiety was measured on

several occasions: before the start of treatment, after treatment, at 3 months follow-up, one year follow-up and two year follow-up. Children with ASD were less likely to be free from all anxiety disorders. However, with respect to being free from their primary anxiety disorder no group differences were found. It was found that one year after treatment anxiety symptoms were somewhat more reduced for children ≥ 12 years compared to children < 12 years. CBT is an effective intervention for treating anxiety disorders in children aged 8-18 years, with and without ASD.

Keywords: *cognitive behavioral therapy, anxiety disorders, autism spectrum disorders, children*

Literatuur

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bodden, D. H. M., Bögels, S. M., Nauta, M. H., de Haan, E., Ringrose, J., Appelboom, C., ... Appelboom-Geerts, K.C.M.M.J. (2008). Child versus family cognitive-behavioral therapy in clinically anxious youth: An efficacy and partial effectiveness study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 1384-1394.
- Bodden, D. H. M., Bögels, S. M., & Muris, P. (2009). The diagnostic utility of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders-71 (SCARED-71). *Behaviour Research and Therapy*, 47, 418-425.
- Bögels, S. M. (2008). *Behandeling van angststoornissen bij kinderen en adolescenten met het cognitief-gedragstherapeutisch protocol Denken + Doen = Durven*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Cartwright-Hatton, S., Roberts, C., Chitsabesan, P., Fothergill, C., & Harrington, R. (2004). Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 421-436.
- 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.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- de Bruin, E. I., Ferdinand, R. F., Meester, S., de Nijs, P. F. A., & Verheij, F. A. (2007). High rates of psychiatric co-morbidity in PDD-NOS. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 877-886.
- Drahota, A., Wood, J. J., Sze, K. M., & Van Dyke, M. (2011). Effects of cognitive behavioral therapy on daily living skills in children with high-functioning autism and concurrent anxiety disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, 257-265.
- Green, S. A., & Ben-Sasson, A. (2010). Anxiety disorders and sensory over-responsivity in children with autism spectrum disorders: Is there a causal relationship? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 1495-1504.
- In-Albon, T., & Schneider, S. (2007). Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 15-24.
- Kendall, P. C., Hudson, J. L., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E., & Suveg, C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: A randomized clinical trial evaluating child

- and family modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 282-297.
- Lord, C., Rutter, M., & Le Couteur, A. (1994). Autism Diagnostic Interview – Revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 659-685.
- 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.
- National Institute of Mental Health. (1970). CGI: Clinical global impressions. In W. Guy, & R. R. Bonato (Eds.), *Manual for the ECDEU assessment battery* (2nd Rev. ed.) (pp. 121-126). Chevy Chase, MD: National Institute of Mental Health.
- Nauta, M. H., Scholing, A., Emmelkamp, P. M. G., & Minderaa, R. B. (2003). Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: No additional effect of a cognitive parent training. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1270-1278.
- Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 311-41.
- 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.
- Reaven, J. A., Blakeley-Smith, A., Nichols, S., Dasari, M., Flanigan, E., & Hepburn, S. (2009). Cognitive-behavioral group treatment for anxiety symptoms in children with high-functioning autism spectrum disorders: A pilot study. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 24, 27-37.
- Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J., & Hooper, L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 32, 251-262.
- Silverman, W. K. & Albano, A. M., (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-C/P): Child and Parent version*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Silverman, W. K., Saavedra, L. M., & Pina, A. A. (2001). Test-retest reliability of anxiety symptoms and diagnoses with the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and parent versions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 937-944.
- 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 and Adolescent Psychiatry*, 47, 921-929.
- Sofronoff, K., Attwood, T., & Hinton, S. (2005). A randomized controlled trial of a CBT intervention for anxiety in children with Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 1152-1160.
- Southam-Gerow, M. A., Kendall, P. C., & Weersing, V. R. (2001). Examining outcome variability: Correlates of treatment response in a child and adolescent anxiety clinic. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 422-436.
- van Steensel, F. J. A., & Bögels, S. M. (2014). Individuele cognitieve gedragstherapie voor de behandeling van angststoornissen bij kinderen met autismespectrumstoornissen: *Denken + Doen = Durven bij ASS*. In C. Braet & S. Bögels (Eds.), *Protocollaire behandelingen voor kinderen en ado-*

- lescenten met psychische klachten I* (herziene versie) (pp. 423-441). Amsterdam: Boom.
- van Steensel, F. J. A., & Bögels, S. M. (2015). CBT for anxiety disorders in children with and without ASD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. doi: 10.1037/a0039108
- van Steensel, F. J. A., Bögels, S. M., & Dirksen, C. D. (2012). Anxiety and quality of life: Clinically anxious children with and without autism spectrum disorders compared. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41, 731-738.
- van Steensel, F. J. A., Bögels, S. M., & Dirksen, C. D. (2014). Is cognitieve gedragstherapie voor de behandeling van angststoornissen (kosten)effectief voor kinderen met een autismespectrumstoornis? *Wetenschappelijk Tijdschrift voor Autisme*, 3, 92-100.
- 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.
- van Steensel, F. J. A., Deutschman, A. A. C. G., & Bögels, S. M. (2013a). Examining the SCARED-71 as an assessment tool for anxiety in children with high-functioning autism spectrum disorders. *Autism*, 17, 681-692.
- van Steensel, F. J. A., Dirksen, C. D., & Bögels, S. M. (2013b). A cost of illness study of children with autism spectrum disorders and comorbid anxiety disorders as compared to clinically anxious and typically developing children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. doi: 10.1007/s10803-013-1835-6
- White S. W., Ollendick, T., Scahill, L., Oswald, D., & Albano, A. M. (2009). Preliminary efficacy of a cognitive-behavioral treatment program for anxious youth with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 1652-1662.
- White, S. W., Albano, A. M., Johnson, C. R., Kasari, C., Ollendick, T., Klin, A., Oswald, D., & 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.
- Wood, J. J., Drahota, A., Sze, K., Har, K., Chiu, A., & Langer, D. A. (2009). Cognitive behavioral therapy for anxiety in children with autism spectrum disorders: A randomized, controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 224-234.