

Kinderen met een autismespectrumstoornis en angst

Wat is er bekend?

Karen van Rooijen
November 2016

Kinderen met autisme hebben vaker last van angsten dan kinderen zonder autisme. Toch is er nog maar weinig onderzoek gedaan naar bijvoorbeeld uitingsvormen van angst bij kinderen met autisme en de juiste behandeling ervan. In dit artikel zet ik op een rij wat we tot nu toe weten, inclusief praktische tips voor professionals en ouders.

Het begrip autismespectrumstoornis (ASS) wordt gebruikt voor verschillende soorten stoornissen, zoals de stoornis van Asperger en de pervasieve ontwikkelingsstoornis. De belangrijkste kenmerken van ASS zijn beperkingen in de sociale communicatie en de aanwezigheid van beperkt, zich herhalend gedrag (Nji, 2016). Deze symptomen verschillen in ernst van mild tot zeer zwaar en blijven gewoonlijk het hele leven bestaan (Lang, Regeester, Lauderdale, Ashbaugh & Haring, 2010). Angst is een beklemmende, onaangename emotionele toestand die wordt veroorzaakt door dreiging of gevaar. Angst is in principe nuttig, maar wordt problematisch wanneer zij het normale functioneren negatief gaat beïnvloeden. Er bestaan verschillende soorten angst, zoals scheidingsangst, sociale angst en dwanggedachten (Nji, 2016).

Prevalentie van angst bij autisme

Dat angsten vaker voorkomen bij kinderen met autisme dan bij kinderen zonder autisme, is in verschillende studies bevestigd (Gillot, Furniss & Walter, 2001; Bellini, 2004; Lang et al, 2010). Angsten lijken bovendien vaker voor te komen bij kinderen met autisme dan bij kinderen met andere problemen (zoals gedragsstoornissen of leerproblemen) (Burnette, Mundy, Meyer, Sutton, Vaughan & Charak, 2005; Green, Gilchrist, Burton & Cox, 2000).

Het percentage kinderen met ASS dat last heeft van angsten is niet zomaar te geven. Verschillende studies vinden uiteenlopende percentages (van slechts 11% tot wel 74%). Deze verschillen hangen bijvoorbeeld samen met verschillen in definities van angst (sommige studies nemen alleen gediagnosticeerde angststoornissen mee, andere studies kijken ook naar mildere angstproblemen) en verschillen in methoden om angst vast te stellen (Lang et al, 2010). Ook lijkt er een samenhang tussen angst en het type autismespectrumstoornis. Zo vonden Weisbrot, Gadow, DeVincent & Pomeroy (2005) in hun studie dat de meest ernstige angsten voorkwamen bij kinderen met Asperger, gevolgd door kinderen met PDD-NOS en vervolgens kinderen met autisme.

Al met al wordt geschat dat angststoornissen bij ongeveer 40% van de kinderen en adolescenten met een autismespectrumstoornis voorkomen (van Steensel, Bögels, & Perrin, 2011; Rosen, Connell & Kerns, 2016). Onderzoek heeft aangetoond dat deze angsten door kinderen en ouders zelf als problematisch worden gezien (Mills & Wing, 2005; Wood, Drahota, Sze, Har, Chiu & Langer, 2009). Zij hebben een negatieve invloed op de kwaliteit van leven en kunnen, als zij niet worden aangepakt, ook op de langere termijn negatieve gevolgen hebben. Overmatige angst kan leiden tot sociaal isolement, maar bijvoorbeeld ook tot de ontwikkeling van depressieve klachten, gedragsproblemen of zelfbeschadigend gedrag (Rosen et al, 2016).

Het herkennen van angsten en diagnosticeren van angststoornissen

Hoewel angststoornissen veel voorkomen bij kinderen met een ASS, zijn er nog maar weinig gestandaardiseerde meetinstrumenten die geschikt zijn om angsten bij deze doelgroep vast te stellen. Het herkennen en diagnosticeren van angst bij kinderen met een ASS is lastiger dan bij kinderen zonder ASS. Dit hangt samen met het feit dat er vaak sprake is van beperkingen in cognities en taal,



dat kinderen met ASS hun emoties niet of nauwelijks kunnen herkennen en benoemen, dat angstsymptomen vaak overlappen met symptomen die horen bij de ASS (zoals het vermijden van oogcontact en het vermijden van sociale situaties), en dat angst vaak gemaskeerd wordt door gedrag dat niet direct aan angst doet denken (bijvoorbeeld woedeaanvallen) (Vasa, Mazurek, Mahajan, Bennett, Bernal, Nozzolillo et al, 2016).

Vasa et al (2016) deden uitgebreid onderzoek naar geschikte manieren om angst vast te stellen bij kinderen en jongeren met een ASS en bieden in hun artikel een mooi stappenplan voor een systematische aanpak.

1. Om angstsymptomen goed te kunnen vaststellen, is het van belang meerdere betrokkenen te ondervragen en gebruik te maken van verschillende methoden

Om een goede en betrouwbare inschatting te kunnen maken van de aanwezigheid en ernst van angstsymptomen, is het van belang meerdere betrokkenen te bevragen (denk aan kinderen zelf, maar ook aan ouders en leerkrachten) en om daarbij gebruik te maken van verschillende meetmethoden (vragenlijsten, klinische interviews, gedragsobservaties).

Zelfrapportage is alleen nuttig als een kind zelf kan vertellen over zijn symptomen, en in staat is om emoties te begrijpen en te uiten. Dit kan gecheckt worden door vragen te stellen als 'Weet je wat het betekent om nerveus of bang te zijn?' en 'Vertel me eens over een keer dat je nerveus was'. Als een kind weinig inzicht heeft in zijn eigen emoties, dan moeten de uitkomsten op de zelfrapportage heel voorzichtig geïnterpreteerd worden. Sommige kinderen reageren beter op gesloten vragen ('ja' of 'nee') dan op open vragen, en het gebruik van visuele hulpmiddelen (plaatjes, videobeelden) kan nuttig zijn om vragen te verduidelijken.

Als een kind niet in staat is tot zelfrapportage, is het van belang om gedrag te *observeren*.

Gedragingen die een uiting kunnen zijn van angst, zijn onder meer: huilen of vermijdend gedrag in reactie op bepaalde stimuli of contexten, 'bevrozen', plakkerig gedrag, toegenomen herhalend gedrag, woedeaanvallen, agressie, verergerde slaapproblemen, zelfbeschadiging.

Ook het bevragen van ouders (of andere verzorgers) over de angstsymptomen van hun kind, is van belang. Als er verschillen zijn in de uitkomsten van de zelfrapportage bij kinderen en de ouderrapportage, is het van belang om aanvullende informatie te verzamelen, bijvoorbeeld op school of bij andere verzorgers.

Er zijn weinig gevalideerde instrumenten waarmee angstsymptomen betrouwbaar kunnen worden vastgesteld bij kinderen met een ASS. Daarom wordt vaak gebruik gemaakt van reguliere vragenlijsten zoals de Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED), de Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) en de bredere Sociaal Emotionele Vragenlijst (SEV). Deze instrumenten zijn ook in Nederland beschikbaar. Zij kunnen in principe ingezet worden bij kinderen en jongeren met een ASS, hoewel zij allemaal hun beperkingen hebben bij deze doelgroep en de uitkomsten daarom altijd voorzichtig moeten worden geïnterpreteerd (van Steensel, 2013; Magiati, Tay & Howlin, 2014).

Om angst betrouwbaar vast te kunnen stellen is het volgens Vasa et al (2016) bovendien van belang om zowel lichamelijk als psychisch onderzoek te doen. Verschillende punten zijn daarbij van belang. Zo kan een verhoogde hartslag of bloeddruk veroorzaakt worden door klinische angst, maar deze kan ook een gevolg zijn van situationele angst (angst voor het onderzoek zelf). Ditzelfde geldt voor bijvoorbeeld disruptief gedrag; het kan een uiting zijn van angst, maar kan ook veroorzaakt worden doordat het kind graag weg wil uit de situatie. Andere tekenen van angst zijn trillen, nagelbijten, kale plekjes op het hoofd die veroorzaakt zijn door het uittrekken van het haar en beschadigingen op de huid. Check ook of een slecht werkende schildklier niet de oorzaak kan zijn van angstsymptomen.



2. Beoordeel angstsymptomen in het licht van de kernsymptomen van ASS

Veel kinderen en jongeren met een ASS voldoen aan de criteria voor een angststoornis volgens de Diagnostic and Statistical Manual, Fifth Edition (DSM-5). Vooral de sociale angststoornis, gegeneraliseerde angststoornis en specifieke fobie komen veel voor. Daarnaast hebben veel kinderen met ASS echter ook te maken met zogenaamde atypische angstsymptomen: symptomen die verbonden zijn aan de kernsymptomen van ASS en niet goed in DSM-5 categorieën passen. Een voorbeeld daarvan is angst voor aanraking, geuren of smaken, overgangen of sociale situaties zonder de begeleidende angst van negatieve evaluatie. Het is van belang dat er, bij het vaststellen van angst bij kinderen met een ASS, zowel gekeken wordt naar de categorische als deze atypische symptomen. Symptomen van angst en ASS kunnen overlappen. Het vermijden van sociale situaties kan bijvoorbeeld een gevolg zijn van angst voor het onbekende, maar ook van sociale ongevoeligheid, wat een kernkenmerk is van ASS. Herhalend gedrag is een kernsymptoom van ASS, maar komt ook voor bij bepaalde angststoornissen, waaronder de obsessief compulsieve stoornis, gegeneraliseerde angststoornis en separatieangst. Het herhalend gedrag kan dienen om angst te verminderen of kan helemaal los staan van angst en negatieve emoties. Een verwijzing naar een gedragsmatige psycholoog, die een functionele gedragsanalyse kan verrichten, kan helpen om dit onderscheid beter te maken. Daarnaast kan het stellen van bepaalde vragen behulpzaam zijn: zoals de vraag of het ontwijken van sociale situaties samengaat met angstige gevoelens, geagiteerdheid of fysiologische symptomen; de vraag of het kind altijd menigtes heeft vermeden, of dat dit nieuw gedrag is; de vraag of ASS symptomen (bijvoorbeeld het repeterende gedrag) recentelijk verergerd zijn en of er een relatie is tussen blootstelling aan bepaalde stimuli en dit gedrag.

3. Stel vast of er andere psychiatrische of medische stoornissen zijn die angst kunnen veroorzaken of verergeren en behandel deze

Bepaalde psychiatrische symptomen komen relatief veel voor bij kinderen en jongeren met een ASS, zoals onoplettendheid, hyperactiviteit, geagiteerdheid, agressie, zelfverwonding en woedeaanvallen. Dit kunnen uitingen zijn van angst, maar zij kunnen ook bij een andere stoornis horen, maar vervolgens wel angst oproepen (symptomen van ADHD op school kunnen bijvoorbeeld leiden tot leerproblemen en daardoor angst over het schoolwerk oproepen). Het behandelen van andere stoornissen die de angst kunnen verergeren, moet daarom onderdeel zijn van het behandelplan en mogelijk moeten zij eerst worden behandeld, voordat de angststoornis kan worden aangepakt. Ook bepaalde medische stoornissen komen relatief vaak voor bij jongeren met ASS, maar kunnen ook een reflectie zijn van angst. Maag-darmklachten of slaapproblemen kunnen bijvoorbeeld angst veroorzaken of verergeren, maar er ook door veroorzaakt worden. Ook bepaalde medicatie kan angst veroorzaken (zoals psychostimulantia, luchtwegverwijders, allergiemedicatie) en moet mogelijk aangepast worden.

4. Pak psychosociale stressoren aan die de angst in stand kunnen houden

Kinderen met ASS hebben een sterke behoefte aan continuïteit en voorspelbare routines en schema's. Veranderingen in de omgeving (of deze nou groot of heel klein zijn) kunnen veel stress en angst oproepen.



Stressoren in de omgeving zijn bijvoorbeeld: opvoedingspatronen die niet goed aansluiten bij wat het kind nodig heeft, stress in het gezin, ouders die zelf angstig zijn en daarmee angstig gedrag modelleren, pesten op school en onvoldoende begeleiding op school.

Het is van belang inzicht te krijgen in mogelijke stressoren in de omgeving en om samen met ouders (en eventueel de school) te werken aan het verminderen van de stressoren. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat ouders worden geholpen bij het zoeken van ondersteuning voor hun eigen problemen, dat er met ouders wordt gekeken hoe zij hun thuissituatie stabiel kunnen krijgen, of dat er met leerkrachten wordt gesproken over extra ondersteuning op school.

5. Stel vast in hoeverre de angst het kind beperkt

Als alle informatie over het kind en zijn omgeving is verzameld, moet worden vastgesteld in hoeverre het kind in zijn dagelijks leven door de angst wordt beperkt. Op basis daarvan kan worden bepaald wat de beste vervolgstappen zijn.

Aanknopingspunten voor behandeling

Als de klinische angst blijft bestaan, ondanks het aanpakken van mogelijke oorzaken van angst (stressoren in de omgeving, andere stoornissen of medische problemen), dan is behandeling aanbevolen. Voor de behandeling van angst bij kinderen met een ASS geldt hetzelfde als voor het diagnosticeren ervan: er is nog vrij weinig onderzoek gedaan naar de beste manier om de angsten aan te pakken. Vasa et al (2016) bieden wel een helder stappenplan.

1. Psycho-educatie en coördinatie van zorg zijn de eerste stappen van de behandeling

Het voorlichten van het kind en het gezin over angstsymptomen is een belangrijke eerste stap. Geef daarbij ook aan tot welke (zichtbare) uitkomsten de behandeling kan leiden (bijvoorbeeld minder vermijdingsgedrag, weer in de eigen kamer slapen). Het coördineren van het behandelplan met ouders en andere betrokkenen (therapeuten, schoolpersoneel) is van belang.

2. Angst kan worden aangepakt met aangepaste cognitief-gedragstherapeutische technieken

In de reguliere behandeling van angststoornissen, is cognitieve gedragstherapie (CGT) het meest effectief. CGT is een verzamelnaam voor behandelingen waarin kinderen leren hoe ze beter kunnen omgaan met hun angstige gedachten en gevoelens over zichzelf en hun omgeving. Door deze therapie leren ze hun stemming beter te beheersen en hun gedrag beter af te stemmen op wat ze willen bereiken. Technieken die in cognitieve gedragstherapie vaak gebruikt worden zijn cognitieve herstructurering, psycho-educatie en blootstelling of 'exposure' (Foolen & Ince, 2013). Cognitieve gedragstherapie kan het beste ingezet worden vanaf een leeftijd van zes jaar (CartwrightHatton, Robers, Chitsabesan, Fothergill & Harrington, 2004). Het kan individueel of groepsmatig worden toegepast en ouders zijn vaak betrokken.

Aan het toepassen van cognitieve gedragstherapie bij kinderen met ASS zitten haken en ogen. De kern van CGT is abstract denken en het benoemen van gevoelens en gedachten. CGT vraagt kinderen niet alleen om hun angstige gedachten op te sporen, maar ook om deze te verwoorden, ze te koppelen aan gevoelens en ze te bespreken met de therapeut. Kinderen en jongeren met een ASS hebben vaak juist moeite met het herkennen van gedachten en gevoelens (zowel bij zichzelf, als bij anderen). Dit maakt het 'naar binnen kijken', wat de kern is van cognitieve gedragstherapie, lastig (Lang et al, 2010; Rosen et al, 2016). Ook hebben zij vaak meer moeite met het kenbaar maken van hun angsten. Om de mogelijkheden van CGT voor kinderen en jongeren met ASS te verbeteren, hebben veel onderzoekers behandelingen aangepast of uitgebreid met extra modules.



Componenten die kunnen worden toegevoegd om een CGT behandeling geschikter te maken voor kinderen met autisme (o.a. Attwood, 2004; Anderson & Morris, 2006; Lyneham, Abbott, Wignall & Rapee, 2003):

- Het gebruik van meer visuele middelen en concreet taalgebruik.
- Het gebruik van social stories om complexe scenario's en verwachtingen uit te leggen. Social stories (Gray, 2001; NVvP, 2009; van Rooijen en Rietveld, 2013) zijn verhaaltjes die een bepaalde situatie omschrijven. Zij geven kinderen met ASS inzicht in de verschillende aspecten van een situatie (waar, wanneer, wat, wie, hoe etc.) en geven directe richtlijnen voor gepast gedrag. Ook worden in de verhaaltjes gevoelens en reacties van de betrokken personen besproken en wordt een verbinding gemaakt met vergelijkbare situaties. Het doel is om sociale signalen voor kinderen duidelijker en inzichtelijker te maken en kinderen reacties aan te reiken die in bepaalde sociale situaties gepast zijn. 'Social stories' kunnen ingezet worden vanaf ongeveer drie jaar (Schellingerhout, Ramakers, Derwort & van de Lavoir, 2010).
- Emoties zichtbaar maken met tastbare objecten (bijvoorbeeld een scrapbook maken met relevante foto's, tekeningen van gevoelens en gedachten maken).
- Meer nadruk op copingstrategieën die niet vragen om het gebruik van abstract taalgebruik (bijvoorbeeld ontspanningstechnieken, aandacht-concentratie-oefeningen).
- Gebruik van alternatieve communicatiemodes (bijvoorbeeld online chatmodules).
- Meer nadruk op het aanleren van sociale vaardigheden. Kinderen met ASS hebben vaak een gebrek aan sociale vaardigheden en kunnen de gedachten en intenties van anderen vaak niet inschatten. Resultaat daarvan is dat zij zich apart kunnen gedragen in sociale situaties, wat kan leiden tot pesten en stigmatisering. Dit kan gevoelens van angst oproepen, die niet het gevolg zijn van cognitief disfunctioneren. Het aanleren van basale sociale vaardigheden is dan van belang, voordat de jongere wordt blootgesteld aan gevreesde sociale situaties (Kasari, Chamberlain & Bauminger, 2001; Wood et al, 2009; Lang et al, 2010).
- Veel mogelijkheden bieden om te oefenen.
- Beloningen aan laten sluiten bij interesses van het kind; dit verhoogt de motivatie voor de behandeling (Wood et al., 2009).
- Exposure/blootstelling aan de angstige situatie in kleinere stappen laten plaatsvinden (en soms ook niet als er echte overprikkeling of overgevoeligheid optreedt).
- Meer actieve ouderbetrokkenheid.

Op basis van onderzoek kan voorzichtig geconcludeerd worden dat aangepaste CGT effectief is in de behandeling van kinderen en adolescenten met **hoogfunctionerend** ASS en DSM-5 angststoornissen (Lang et al, 2010; Rosen et al, 2016). Sommige jeugdigen met hoger functionerend ASS kunnen de basisconcepten van CGT begrijpen en daardoor ontvankelijk zijn voor zowel de cognitieve als de gedragsmatige elementen van CGT. Het is onduidelijk of deze bevindingen ook gelden voor jeugdigen met ASS en zwaardere beperkingen.

Wat werkt dan het beste voor laagfunctionerende jeugdigen met autisme? Er zijn wat aanwijzingen dat nog meer nadruk op gedragsmatige therapie van belang is, omdat kinderen met lagerfunctionerend ASS problemen kunnen hebben met de cognitieve componenten van CGT. Rosen et al (2016) hebben specifiek gekeken welke technieken binnen gedragsmatige interventies de beste effecten hebben bij mensen met laagfunctionerend ASS. Aanmoediging en systematische desensitisatie blijken goed te werken. In systematische desensitisatie wordt het kind stapje voor stapje ongevoelig gemaakt voor situaties die angst oproepen. Daarbij wordt een angsthiërarchie gemaakt met situaties die oplopend



eng zijn. Het kind wordt vervolgens onder begeleiding, met behulp van bijvoorbeeld ontspanningsoefeningen, opbouwend met deze situaties geconfronteerd, beginnend met de minst enge situatie. Het modelleren van dapper gedrag, prompting (het uitlokken van bepaald gedrag door middel van extra stimuli, hulpsignalen of hints (prompt) om het vervolgens positief te bekrachtigen) en anti-angst stimuli (afleiding) zijn mogelijk ook effectief. Ook Lang et al (2010) benadrukken de positieve effecten van het beschrijven van gewenst gedrag in concrete termen en het vervolgens systematisch aanmoedigen. Dit biedt wat voorzichtig bewijs dat gedragsmatige behandelingen positief kunnen werken bij kinderen met lagerfunctionerend ASS (Rosen et al, 2016).

3. Bepaalde medicatie kan overwogen worden in de behandeling van angst

Sommige kinderen met ASS zijn resistent voor therapie of zo extreem angstig tijdens de therapie dat het niet werkbaar is (bijvoorbeeld als blootstelling aan een enge situatie leidt tot zware woedeaanvallen). In zulke gevallen moeten arts en ouders samen beslissen of medicatie het kind meer ontvankelijk kan maken voor therapie.

Er is nog zeer weinig onderzoek gedaan naar medicatie bij kinderen met ASS en angststoornissen, dus het is lastig om iets over dosering te zeggen (Vasa et al, 2016 geven een overzicht van doseringen gebaseerd op onderzoek onder kinderen zonder ASS). De aanbeveling is om met een lage dosering te beginnen en dit langzaam op te bouwen, onder voortdurende monitoring. Omdat er veel onduidelijkheid is over de werkzaamheid en mogelijke bijwerkingen van bijvoorbeeld antidepressiva (als SSRI's) bij kinderen en jongeren, en omdat het Nederlands College ter Beoordeling van Geneesmiddelen antidepressiva voor de behandeling van kinderen en jongeren onder de 18 jaar afraadt, wordt in dit artikel niet verder ingegaan op de toepassing van medicatie. Voor een overzicht van doseringen bij specifieke problemen, zie Vasa et al, 2016.

4. Doorverwijzen als de angst extreem beperkend is of niet reageert op interventies

Kinderen met complexe problematiek of kinderen die niet tot nauwelijks reageren op de behandeling, moeten worden doorverwezen naar bijvoorbeeld een kinderpsychiater. Als er sprake is van zelfverwonding, is het van belang dat er interventies ingezet worden om het kind veilig te houden, bijvoorbeeld een (gedeeltelijke) opname.

Aanknopingspunten voor ouders

Ouders kunnen een belangrijke rol spelen in het terugdringen van angstproblemen. Zij worden daarom vaak bij de therapie betrokken, of krijgen zelf training in het ondersteunen van het kind.

Enkele tips voor ouders om beter om te kunnen gaan met het angstige gedrag van hun kind:

1. Zorg voor rust en veiligheid. Wees voorspelbaar en geef veranderingen tijdig aan.
2. Blijf positief. Ook als het even wat minder gaat en je kind meer angstig gedrag vertoont. Het is vooral belangrijk te kijken naar de dingen die wel goed gaan. Spreek trots uit wanneer je kind dingen doet die hij/zij moeilijk vindt.
3. Spreek vertrouwen uit. Als ouders laten zien dat zij ervan overtuigd zijn dat hun kind in staat is om zichzelf door beangstigende situaties heen te werken, dan verhoogt dit het zelfvertrouwen.
4. Zorg voor voldoende ontspanning.
5. Stimuleer en beloon moedig gedrag. Stimuleer je kind om sociale situaties niet uit de weg te gaan. Bedenk beloningen voor moedig gedrag en laat deze aansluiten bij de interesses van het kind.
6. Als je kind angstig of boos is (wat een uiting kan zijn van angstig gedrag), zorg dan voor afleiding om weer tot rust te komen



7. Bespreek de angsten met je kind, denk mee over oplossingen. Probeer samen oplossingen te bedenken voor lastige situaties, of denk mee over manieren waarop je kind het beste met de angst om kan gaan
8. Wees een goed voorbeeld. Kinderen en jongeren imiteren vaak gedrag van hun ouders. Wanneer ouders zelf oplossingsgericht omgaan met enge situaties, dan heeft dit een positieve invloed op hun kinderen.
9. Heb realistische verwachtingen
10. Zorg goed voor jezelf. Gestreste, depressieve of angstige ouders verhogen de kans op angstig gedrag bij hun kinderen. Zorg dus voor voldoende ontspanning en zoek eventueel extra ondersteuning om je te ontlasten.



Referenties

- Anderson, S., & Morris, J. (2006). Cognitive behaviour therapy for people with Asperger syndrome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(03), 293-303.
- Attwood, T. (2004). Cognitive behaviour therapy for children and adults with Asperger's syndrome. *Behaviour Change*, 21(03), 147-161.
- Bellini, S. (2004). Social skill deficits and anxiety in high-functioning adolescents with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 19(2), 78-86.
- Burnette, C. P., Mundy, P. C., Meyer, J. A., Sutton, S. K., Vaughan, A. E., & Charak, D. (2005). Weak central coherence and its relations to theory of mind and anxiety in autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 35(1), 63-73.
- 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(4), 421-436.
- Foolen, N. & Ince, D. (2013). *Cognitieve gedragstherapie*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Gillott, A., Furniss, F., & Walter, A. (2001). Anxiety in high-functioning children with autism. *Autism*, 5(3), 277-286.
- Gray, C. (2001). *The new social story book (Revised edition)*. Arlington, MA: Future Horizons Incorporated.
- Green, J., Gilchrist, A., Burton, D., & Cox, A. (2000). Social and psychiatric functioning in adolescents with Asperger syndrome compared with conduct disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 279-293.
- Kasari, C., Chamberlain, B., & Bauminger, N. (2001). *Social emotions and social relationships: can children with autism compensate?*.
- Lang, R., Regeister, 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.
- Lyneham, H. J., Abbott, M. J., Wignall, A., & Rapee, R. M. (2003). The cool kids family program—therapist manual. *Sydney, Australia: Macquarie University*.
- Magiati, I., Tay, X. W., & Howlin, P. (2014). Cognitive, language, social and behavioural outcomes in adults with autism spectrum disorders: A systematic review of longitudinal follow-up studies in adulthood. *Clinical Psychology Review*, 34(1), 73-86.
- Mills, R., & Wing, L. (2005). Researching interventions in ASD and priorities for research: Surveying the membership of the NAS. *London: National Autistic Society*.
- Nederlands Jeugdinstituut. *Dossier 'Autisme.'* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd op 24 oktober 2016, van www.nji.nl/autisme.
- Nederlands Jeugdinstituut. *Dossier 'Angst'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd op 24 oktober 2016, van www.nji.nl/angst.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2009). *Richtlijn Diagnostiek en behandeling autismspectrumstoornissen bij kinderen en jeugdigen*. Utrecht: NVvP.
- Rooijen, K. van & Rietveld, L. (2013). *Wat werkt bij autisme?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Rosen, T. E., Connell, J. E., & Kerns, C. M. (2016). A Review of Behavioral Interventions for Anxiety-Related Behaviors in Lower-Functioning Individuals with Autism. *Behavioral Interventions*.
- Schellingerhout, R., Ramakers, C., Derwort, A. & Lavoit, A. van de (2010). *Interventies voor kinderen met een autisme spectrum stoornis en/of een verstandelijke beperking*. Nijmegen: ITS, Radboud Universiteit Nijmegen.
- Steensel, F. J. van, 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(3), 302-317.
- Steensel, F.J.A. van (2013). *Anxiety disorders in children with autism spectrum disorders: A clinical and health care economic perspective*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam (dissertatie).



Vasa, R. A., Mazurek, M. O., Mahajan, R., Bennett, A. E., Bernal, M. P., Nozzolillo, A. A., ... & Coury, D. L. (2016). Assessment and treatment of anxiety in youth with Autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 137(Supplement 2), S115-S123.

Weisbrot, D. M., Gadow, K. D., DeVincent, C. J., & Pomeroy, J. (2005). The presentation of anxiety in children with pervasive developmental disorders. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 15(3), 477-496.

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(3), 224-234.

