

KBT-insatser för barn och ungdomar med autism - en forskningsöversikt

Verksamhet:	Barn- och ungdomshabiliteringen Habilitering & Hjälpmedel, Region Skåne
Enhetschef:	Karin Begander Barn- och ungdomshabiliteringen (Bou)
Projektansvarig:	PTP-psykolog Camilla Herlin Bou, Eslöv camilla.herlin@skane.se
Handledare vid FoU-enheten:	Forsknings- och utvecklingsledare, fil dr Stine Thorsted FoU-enheten, Region Skåne
Utgivning:	April 2013
ISBN:	978-91-7261-256-3
Layout:	Ulla Götesson

FoU-enheten strävar efter att publicera rapporter av hög kvalitet i ett kortfattat format. Syftet är att öka tillgängligheten och användningen av den kunskap som utvecklats inom vår förvaltning. Det finns alltid möjlighet att kontakta oss på FoU-enheten för att få ytterligare information.

Läs mer på vår hemsida www.skane.se/habilitering/fou

Sammanfattning

Ångestproblematik är vanligt förekommande hos barn och ungdomar med autismspektrumtillstånd. KBT är den metod som generellt sett rekommenderas av Socialstyrelsen för behandling av sådana svårigheter. I det kliniska arbetet har emellertid många psykologer upplevt att traditionell KBT inte fungerar för barn och ungdomar med autismspektrumtillstånd, utan att anpassningar av metoden behöver göras.

Denna kunskapsöversikt syftar till att systematiskt gå igenom den vetenskapliga litteratur som finns när det gäller KBT-behandling vid ångest hos barn och ungdomar med autismspektrumtillstånd. Sökningar gjordes i databaserna PsychInfo och PubMed med sökord i olika kombinationer, ett arbete som slutligen resulterade i nio artiklar, publicerade mellan 2005 och 2012. Sex av dessa var randomiserade studier och tre var översiktsartiklar. I de randomiserade studierna in gick både individualbehandlingar och gruppbehandlingar.

Sammanfattningsvis pekar samtliga studier på positiva effekter av att använda anpassad KBT vid behandling av ångestproblematik hos barn och ungdomar med autismspektrumtillstånd. Några av de anpassningar som diskuteras är att använda mer konkreta och visuella tekniker (t.ex. bilder, arbetsblad med flervalsfrågor, seriesamtal och rollspel), att ha högre grad av föräldramedverkan, att arbeta specifikt med sådant som försvårar exponeringsarbetet (t.ex. brister i social och adaptiv förmåga) och att bygga på barnens specialintressen för att främja motivationen.

Forskningsområdet som sådant är fortfarande relativt nytt och det behövs betydligt mer forskning innan man har tillräcklig kunskap för att dra några säkra slutsatser. En diskussion behöver föras inom Barn- och ungdomshabiliteringen och mellan Barn- och ungdomspsykiatrien och Barn- och ungdomshabiliteringen för att komma fram till på vilket sätt metoden bäst kan användas i kliniskt arbete.

Innehållsförteckning

Förord	5
Bakgrund	6
Definitioner och förklaringar av begrepp	7
Syfte	8
Metod	8
Resultat	8
Individualbehandlingar	9
Gruppbehandlingar	11
Översiktsartiklar	14
Diskussion	16
Skillnader i inklusionskriterier	16
Skillnader i definition av ångest	17
Skillnader i behandlingsprogram	17
Behov av vidare forskning	18
Slutsatser	18
Implementering	19
Referenser	20

Förord

Habiliterings- och hjälpmedelsförvaltningens vision är att stärka ett gott liv utifrån egna val. Vi ska med professionella insatser göra livet mera möjligt för barn, ungdomar och vuxna med varaktig funktionsnedsättning. I samarbetet mellan Forsknings- och utvecklingsenheten och verksamheterna sker en ständig granskning av rådande metoder och prövning av nya för att kontinuerligt förbättra kvaliteten i olika habiliteringsinsatser.

Forsknings- och utvecklingsenheten har ansvar för att driva och utveckla kunskap utifrån det kunskapsbehov som finns inom förvaltningen, allt i enlighet med uppdraget: utveckla ny kunskap inom habiliterings- och hjälpmedelsområdet, sprida kunskap om funktionsnedsättning, skapa en kultur av kritiskt och vetenskapligt tänkande, stimulera och stödja systematisk kunskaps- och kompetensutveckling.

Dessa olika delar i uppdraget kombineras i de forsknings- och utvecklingsarbeten som genomförs och redovisas som FoU-rapporter. De utgår från en frågeställning i praktiken, som relateras till aktuell forskning och erfarenhet och leder vidare till en studie på vetenskaplig grund. En viktig del i arbetena är att visa hur resultaten kan användas och kommuniceras i verksamheten för att på så sätt bidra till kunskapsutvecklingen. Här är stödet från ledningen en grundläggande förutsättning.

Arbetet innebär samtidigt att det kritiska tänkandet utvecklas. Den praktiska erfarenheten värderas gentemot generell kunskap/forskning och förståelsen för praktiken växer. För kunskapsområdet habilitering, rehabilitering och hjälpmedel innebär varje rapport ett bidrag till evidensbaserad praktik.

I detta arbete granskar Ptp-psykolog Camilla Herlin vid Bou, Eslöv och Hässleholm forskningen över KBT-behandling vid ångest hos barn och ungdomar med AST och diskuterar i förlängningen om KBT som behandlingsmetod för denna grupp är ett alternativ inom ramen för Bou:s arbete.

Forsknings- och utvecklingsledare vid FoU-enheten fil dr Stine Thorsted har varit handledare. Arbetet har genomförts med stöd av enhetschef Karin Begander och verksamhetschef Margareta Nilsson, som även har granskat arbetet. Vi riktar ett tack till leg psykolog Lotti Rosenkvist, Camilla Herlins Ptp-handledare, som även har granskat arbetet och har varit med att initiera diskussionen om hur KBT kan användas i arbetet med barn och ungdomar med autism.

Malmö i april 2013

Kerstin Liljedahl
Leg psykolog, fil dr
Forsknings- och utvecklingschef

Bakgrund

Barn och ungdomar med autismspektrumtillstånd har ofta ångestproblematik och de löper en ökad risk att drabbas av psykisk ohälsa (White, Oswald, Ollendick & Scahill, 2009). Tidigare studier visar att mellan 11 och 84 % av de individer som har en diagnos inom autismspektrumet även uppvisar kliniskt signifikanta nivåer av ångest (ibid). Som framgår är variationerna stora, men enligt White m.fl. uppvisar barn med autismspektrumtillstånd som har en högre kognitiv förmåga generellt sett mer ångest än de som även har en utvecklingsstörning. Individer som lider av ångestproblematik undviker ofta situationer som upplevs som obehagliga. För ett barn med autismspektrumtillstånd kan det t.ex. innebära att det undviker vissa sociala situationer och därmed begränsar sina möjligheter att utveckla en redan nedsatt förmåga att relatera till andra. På så sätt kan ångestproblematiken på sikt förstärka symptom som är kopplade till autismspektrumtillståndet (ibid).

I de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom (Socialstyrelsen, 2010) rekommenderas i första hand kognitiv beteendeterapi (KBT) som metod för behandling av barn och ungdomar som lider av ångest, då denna metod är väl studerad i forskning och anses ha god evidens. I klinisk praxis har man emellertid upplevt att de sociala, kognitiva och språkliga svårigheter som individer med autismspektrumtillstånd har kan försvåra KBT-behandlingen. Därför finns det många, både kliniker och forskare, som har ifrågasatt huruvida KBT är den mest effektiva behandlingsmetoden även för denna grupp (Anderson & Morris, 2006). De flesta forskare är dock överens om att KBT kan fungera även för barn med autismspektrumtillstånd, förutsatt att man anpassar behandlingen på olika sätt.

Barn- och ungdomshabiliteringen (Bou) i Region Skåne har bl.a. som uppgift att arbeta för att förebygga psykisk ohälsa hos barn och ungdomar med autismspektrumtillstånd, rörelsehinder och/eller utvecklingsstörning (Region Skåne, 2012a). Förebyggande insatser kan t.ex. handla om att ge barnen så bra förutsättningar som möjligt att fungera på ett självständigt sätt i samhället genom att de får utveckla sina starka sidor, träna eller kompensera för sådant de har svårt för; det gäller dessutom att anpassa miljön och ge stöd till barnens familjer så att de kan hantera situationen på ett bra sätt (Region Skåne, 2012b). Ansvaret för att diagnostisera och behandla psykisk ohälsa som har uppkommit ligger hos Barn- och ungdomspsykiatrien som är en annan förvaltning inom Region Skåne. Samarbete mellan de båda instanserna är emellertid nödvändigt för att befintlig kompetens ska komma barnen tillgodo på bästa sätt (Region Skåne, 2012a).

I en FoU-rapport (FoU-rapport 2/2010) lyfte Bryngelson frågan om KBT är en behandlingsmetod som även kan vara användbar när det gäller ångest hos barn och ungdomar med autismspektrumtillstånd, samt om en sådan behandling kan ske inom ramen för Bou:s verksamhet. Bryngelson prövade behandlingen på sju barn och ungdomar med positivt resultat. Utifrån detta begränsade material är det dock svårt att dra några generella slutsatser om behandlingens användbarhet.

Definitioner och förklaringar av begrepp

Autismspektrumtillstånd är ett samlingsbegrepp för diagnoserna autistiskt syndrom, Aspergers syndrom och Atypisk autism (SBU, 2013:13). I den nya versionen av diagnosmanualen DSM, (DSM-V), har det föreslagits att diagnosen autismspektrumtillstånd ska ersätta alla de nu befintliga autismdiagnoserna (American Psychiatric Association (APA), 2012). Gemensamt för de diagnoser som går in under begreppet autismspektrumtillstånd är att individen har svårigheter när det gäller kommunikation och social interaktion samt har begränsade, repetitiva mönster i beteende, intressen och aktiviteter. Symptomen måste finnas redan i den tidiga barndomen och påverka individens fungerande i vardagen för att kunna resultera i en diagnos (Gillberg, 1999). Artiklarna som denna kunskapsöversikt grundar sig på högfungerande autism, Aspergers syndrom och Atypisk autism. I samtliga fall är deltagarna barn och ungdomar utan utvecklingsstörning. För enkelhetens skull kommer samlingsbegreppet autismspektrumtillstånd (AST) att användas genomgående.

I **Kognitiv beteendeterapi (KBT)** utgår man ifrån att människans tankar, känslor och beteenden ömsesidigt styr och påverkar varandra. Personen i behandling får lära sig att identifiera och förändra felaktiga antaganden, katastroftankar och automatiska tankar för att på så sätt även kunna förändra sitt beteende (Kåver, 2006). Generellt sett finns det sex huvudkomponenter i KBT (Velting, Setzer & Albano, 2004):

- psykoedukati (information om KBT som metod och om de problem som ska behandlas, t.ex. ett ångestsyndrom)
- strategier för att hantera fysiologiska reaktioner (t.ex. avslappning)
- kognitiv omstrukturering (som handlar om att förändra tankeprocesser)
- problemlösning
- exponering (att utsätta sig för situationer som man finner obehagliga)
- återfallsprevention.

När det gäller diagnostiserade **ångestsyndrom** finns det ett antal som är specificerade i diagnosmanualen DSM-IV-TR (APA, 2002). De som är vanligast förekommande i de studier som ingår i denna kunskapsöversikt är social fobi, separationsångest, generaliserat ångestsyndrom och, i viss mån, tvångssyndrom. Gemensamt för ångestdiagnoserna är att de rör ångest som är överdriven eller orimlig i förhållande till den situation eller det objekt som den är knuten till. Ihållande ångest kan vara ett hinder i vardagen även om barnet inte uppfyller kriterierna för en ångestdiagnos. Barn med AST måste ofta vistas i sammanhang som de har svårt att förstå och hantera utifrån sin funktionsnedsättning. Detta kan i sig vara mycket ångestväckande och det handlar då om en ångest som är av mer rationellt slag. I den forskning som finns skiljer definitionerna av ångest sig åt. Ibland syftar man på diagnostiserade ångestsyndrom och ibland inkluderar man även ångestproblematik av mer rationellt slag. Därför kommer en bred syn på begreppet att hållas i kunskapsöversikten, så att båda dessa sätt att definiera ångest rymms i frågeställningen.

Syfte

Syftet med denna kunskapsöversikt är att systematiskt gå igenom den vetenskapliga litteratur som finns när det gäller KBT-behandling vid ångest hos barn och ungdomar med AST. I förlängningen är tanken att utforska om KBT som behandlingsmetod för denna grupp är ett alternativ inom ramen för Bou:s arbete.

Metod

Studien har genomförts som en systematisk litteratursökning. Sökningar gjordes i databaserna PsychInfo och PubMed med följande sökord: *autism, asperger* och *autistic disorder* i olika kombinationer med *cognitive behavior therapy, cognitive behavioral therapy, CBT, cognitive behavioral treatment* och *cognitive behavior treatment*. Amerikansk stavning har använts genomgående.

Vid en första överblick över forskningen konstaterades att det område som verkar vara mest undersökt när det gäller KBT för barn och ungdomar med AST är olika typer av ångestproblematik. Endast ett fåtal artiklar rör andra områden, t.ex. affektreglering och sociala färdigheter. De inklusionskriterier som sattes upp var:

- artikel publicerad i vetenskaplig tidskrift
- skriven på engelska eller svenska
- fokuserar på barn och ungdomar upp till 18 år utan utvecklingsstörning
- fokuserar tydligt på KBT som behandlingsmetod
- fokuserar primärt på effekten av KBT på ångestproblematik i den aktuella målgruppen.

Sammanlagt resulterade sökningen i 285 träffar i PsychInfo och 43 träffar i PubMed. En första gallring gjordes genom att titel och abstracts lästes utifrån inklusionskriterierna. Totalt kvarstod då 25 artiklar som förekom sammanlagt 117 gånger i databaserna. De 25 artiklarna lästes i sin helhet. Inklusionskriterierna modifierades för att begränsa materialet ytterligare så att endast randomiserade studier och översiktsartiklar togs med i underlaget. Några artiklar sorterades också bort, då de vid närmare granskning föll utanför frågeställningen. Slutresultatet blev nio artiklar, varav sex var randomiserade studier och tre var översiktsartiklar.

Resultat

De randomiserade studierna testade olika KBT-program (manualbaserade interventioner bestående av flera sessioner), antingen i grupp eller som individualterapi. I en del studier utgick man ifrån redan existerande KBT-program, som visat sig vara effektiva vid behandling av ångest hos normalutvecklade barn, och anpassade dessa för målgruppen. I andra fall utvecklade författarna programmen själva och testade dem systematiskt i forskning. Gemensamt för alla artiklar var att man ansåg att modifieringar och anpassningar behöver göras av traditionella KBT-behandlingar för att de ska fungera för barn och ungdomar med AST. I majoriteten av studierna involverades barnens föräldrar i behandlingen, men det varierade både i vilken grad detta gjordes och på vilket sätt. Nedan kommer huvuddragen av innehållet i de nio artiklarna att redovisas. De randomiserade studierna är uppdelade efter individualbehandlingar och gruppbehandlingar och sist beskrivs de viktigaste punkterna i de tre översiktsartiklarna.

Individualbehandlingar

McNally Keehn, R. H., Lincoln, A. J., Brown, M. Z. & Chavira, D. A. (2013). The Coping Cat Program for children with anxiety and autism spectrum disorder: a pilot randomized controlled trial.

Studien gick ut på att testa ett redan existerande manualbaserat KBT-program, "the Coping Cat", på barn med AST. KBT-programmet har tidigare visat sig vara effektivt vid behandling av ångest hos barn utan AST.

Metod: Deltagarna var 22 barn, mellan 8 och 14 år, med AST och någon av följande ångestdiagnoser: separationsångest, social fobi eller generaliserat ångest-syndrom (GAD). Barnen fördelades slumpvis till två grupper, en som fick individuell KBT-behandling och en kontrollgrupp som fick stå på väntelista. Alla barn, oberoende av vilken grupp de tillhörde, kunde ta del av annan behandling under tiden som studien pågick, t.ex. medicinsk behandling. Barnens ångest mättes genom självskattningar och föräldraskattningar, och en klinisk intervju gjordes för att fastställa ångestdiagnoser. En klinisk intervju är ett samtal, som kan vara mer eller mindre strukturerat och som ger underlag för bedömning. Skattningar och bedömningar gjordes såväl före som efter behandlingen och följdes upp två månader efter avslutad behandling.

Insats: "The Coping Cat" innehåller i originalversionen 16 sessioner och målet med behandlingen är att barnen ska lära sig att känna igen tecken på ångest och att de då ska kunna använda sig av olika strategier för att hantera känslan. Den första delen av programmet fokuserar på färdighetsträning, t.ex. psykoedukation kring känslor, medvetenhet om fysiska tecken på ångest och kognitiv omstrukturering. Den senare delen av behandlingen fokuserar på exponering. Man har även två sessioner som bara är till för föräldrarna. De handlar om psykoedukation och om att hjälpa föräldrarna att stötta sina barn i behandlingen. Varje vecka får barnen en hemuppgift för att förstärka och generalisera färdigheterna. Författarna modifierade programmet utifrån existerande litteratur för att det bättre skulle passa barn och ungdomar med AST. Anpassningarna bestod bl.a. i att sessionerna förlängdes tidsmässigt, att visuellt stöd användes i större utsträckning, att språket var mera konkret och att specialintressen togs i bruk för att främja barnens motivation; man fokuserade också mer på de beteendemässiga än de kognitiva elementen i programmet.

Resultat: Efter avslutad behandling uppvisade barnen i KBT-gruppen en signifikant större reduktion av ångestsymptom än barnen i kontrollgruppen. 58 % av barnen i KBT-gruppen hade förbättrats så att de inte längre hade kliniskt signifikanta ångestsymptom, att jämföra med att inga barn i kontrollgruppen kunde visa någon sådan förbättring. Reduceringen av ångestsymptom kvarstod till stor del vid uppföljningen två månader efter avslutad behandling. Något som inte stämmer med resultatbilderna är barnens egna skattningar av sin ångest, som inte visade på några signifikanta skillnader mellan grupperna. I tidigare studier, som författarna refererar till, har man ifrågasatt riktigheten i de självskattningar som barn med AST gör av sitt mående (Sofronoff, Attwood & Hinton, 2005). Författarna spekulerar i om det är barnens svårigheter att bedöma sitt eget mående som gör att man inte kan se någon skillnad mellan grupperna när effekten av behandlingen utvärderas med självskattningar.

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.

Författarna menar att existerande KBT-program behöver utökas med moduler som behandlar svårigheter som är kopplade till AST för att programmet ska ge önskad effekt på ångestproblematiken. De anser att dessa svårigheter annars kan hindra barnen ifrån att lyckas med exponeringsövningar. Tre sådana svårigheter som de tar som exempel är bristande social förmåga, dåliga adaptiva färdigheter samt stereotypier och begränsade intressen. Författarnas tanke är att man måste hjälpa barnen med dessa svårigheter innan man låter dem utsätta sig för de situationer som skrämmer dem.

Metod: I denna studie testades en modifierad version av KBT-programmet "Building Confidence" på 40 barn, mellan 7 och 11 år, med AST och separationsångest, social fobi och/eller tvångssyndrom. Deltagarna fördelades slumpvis till antingen en KBT-grupp eller en kontrollgrupp som fick stå på väntelista. Barnens ångest mättes genom självskattningar, föräldraskattningar och kliniska intervjuer.

Insats: Programmet omfattade 16 sessioner, där en del av tiden ägnades åt barnen och en del av tiden åt deras föräldrar. För att underlätta för barnen att tillgodogöra sig behandlingen infördes fyra nya moduler för barnen, fyra moduler för föräldrarna och en modul för skolan. Modulerna gick t.ex. ut på att barnen skulle utveckla sina sociala färdigheter och bli mer självständiga i vardagen. Föräldrarnas, och även till viss del skolpersonalens, roll blev att coacha barnen i vardagen, utifrån det som lärts ut under behandlingen. På så sätt kunde barnen få hjälp av vuxna direkt i problematiska situationer som uppstod, snarare än att de själva skulle applicera sina nya kunskaper i en helt ny kontext. Ett belönings-system användes för goda prestationer, både för att uppmuntra barnen och för att stävja eventuella beteendeproblem. Programmet var flexibelt och moduler kunde väljas till eller väljas bort för att individualisera behandlingen.

Resultat: Resultatet visade att barnens ångest, skattad av deras föräldrar, var signifikant lägre i KBT-gruppen än i kontrollgruppen efter behandlingen. I KBT-gruppen var det också 64,3 % som inte längre uppfyllde kriterierna för någon ångestdiagnos i jämförelse med 9,1 % i kontrollgruppen. Dessa förbättringar kvarstod vid uppföljning tre månader efter avslutad behandling. Barnens egna skattningar av sin ångest visade däremot inte på några statistiska skillnader.

Gruppbehandlingar

Chalfant, A. M., Rapee, R. & Carrol, L. (2007). Treating anxiety disorders in children with high functioning autism spectrum disorders: a controlled trial.

Studien undersökte effekten av KBT-behandling i grupp hos barn med AST och någon form av diagnostiserat ångestsyndrom. I denna studie koncentrerade man sig på barn med irrationell ångest och oro, som gick utöver vad man tänkte sig följde av deras AST. Barn som snarare bedömdes lida av befogad ångest inför en vardag som de hade svårt att förstå och hantera uteslöts ifrån studien.

Metod: De 47 deltagarna, som var barn i åldern 8-13 år, fördelades slumpvis till antingen en KBT-grupp eller en kontrollgrupp som fick stå på väntelista. Barnens ångest skattades både av barnen själva, föräldrar och lärare, före och efter interventionen.

Insats: KBT-programmet som användes var en modifierad version av "Cool Kids". Det är ett manualbaserat KBT-program som har god effekt på ångest hos barn generellt sett. I KBT-behandlingen träffades man 12 gånger i grupper om 6-8 barn. De fick lära sig att identifiera känslor och oroliga tankar hos sig själva och andra, förstå och förklara hur olika tankar påverkar känslorna och hitta på tankar som kan hjälpa till att ändra på känslorna. Varje vecka fick de exponeringsövningar som hemuppgifter. Anpassningarna av programmet bestod bl.a. i längre intervaller mellan sessionerna samt bruk av visuella hjälpmedel och strukturerade arbetsblad; man använde sig av flervalsfrågor och presenterade alternativ, snarare än att barnen var tvungna att generera egna förslag på lösningar. Större fokus lades på konkreta övningar, som avslappning och exponering, och de kognitiva momenten förenklades. Parallellt med barngruppen hölls en föräldragrupp, som till stor del handlade om psykoedukation kring ångest.

Resultat: Resultatet pekade entydigt på att KBT-gruppen upplevde en signifikant lägre grad av ångest och mindre emotionella svårigheter efter interventionen än kontrollgruppen gjorde. Både självskattningar, föräldraskattningar och lärarskattningar bekräftade detta. I KBT-gruppen var det också signifikant fler som inte längre uppfyllde kriterierna för någon ångestdiagnos enligt instrumentet ADIS-C/P än i kontrollgruppen (71,4 % jämfört med 0 %). Effekten av behandlingen visade sig dessutom i flera kontexter, både hemma och i skolan.

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.

Denna studie jämförde ett manualbaserat KBT-program, som är anpassat för barn med AST, med alternativ behandling.

Metod: 50 barn med AST, mellan 7 och 14 år, deltog i studien och samtliga hade med en förälder i behandlingen. Alla barn hade kliniskt signifikanta symptom på ångest inom diagnoserna separationsångest, social fobi och/eller generaliserat ångestsyndrom. Barnen fördelades slumpvis till antingen en KBT-grupp eller en

kontrollgrupp som fick olika typer av alternativ behandling under den tid studien pågick. Den alternativa behandlingen valdes av deltagarna själva och kunde t.ex. bestå av medicinering eller interventioner som syftade till att öka sociala färdigheter. Författarna noterade vad denna alternativa behandling bestod i men det var inte en variabel som man kontrollerade för. De undersökte barnens grad av ångest och antal ångestdiagnoser före och efter behandlingen, samt tre och sex månader senare.

Insats: KBT-programmet, "Facing Your Fears", är en manualbaserad intervention som syftar till att hjälpa barn med AST att lära sig hantera sin ångest. Det innefattade 12 sessioner i grupper bestående av 3-6 barn och deras föräldrar. Varje session bestod av arbete i stor grupp, där alla jobbade tillsammans, arbete i mindre grupp (barn för sig och föräldrar för sig) och arbete i par (barn med respektive förälder). Barnen fick en introduktion om vad ångest är och fick lära sig strategier för att hantera den. De fick även möjlighet att utveckla sina sociala färdigheter genom gruppaktiviteter och exponeringsträning. Föräldradelen bestod av psykoedukation samt diskussion kring föräldrarollen, i relation till både ångestproblematiken och AST. Anpassningarna i programmet bestod bl.a. i användning av visuell struktur och förutsägbara rutiner, förstärkningsprogram för önskat grupp beteende, arbetsblad med flervalfrågor, många konkreta aktiviteter, fokus på specialintressen samt många möjligheter till repetition och övning.

Resultat: Efter avslutad behandling visade barnen i KBT-gruppen en signifikant större reduktion av ångestsymptom än kontrollgruppen i de kliniska bedömningarna. De uppfyllde också signifikant färre diagnoser efter interventionen än kontrollgruppen gjorde enligt instrumentet ADIS-P. Den positiva effekten höll i sig över tid, utifrån de uppföljningar som gjordes tre och sex månader senare.

Sofronoff, K., Attwood, T. & Hinton, S. (2005). A randomised controlled trial of a CBT intervention for anxiety in children with Asperger syndrome. I denna studie tittade man på effekten av ett KBT-program på ångest hos barn med AST och undersökte även den eventuella effekten av att inkludera barnens föräldrar i behandlingen.

Metod: 71 deltagare, mellan 10 och 12 år, med Aspergers syndrom fördelades slumpvis till en av tre grupper: KBT-behandling för barnet (behandlingsgrupp 1), KBT-behandling för barnet och föräldragrupp för barnets föräldrar (behandlingsgrupp 2) eller en kontrollgrupp som fick stå på väntelista. Barnens ångest och sociala ängslan skattades av föräldrarna före och efter behandlingen samt vid uppföljning sex veckor senare. I studien mättes även barnens egen förmåga att generera lösningar på ett relevant fiktivt problem.

Insats: KBT-behandlingen för barnen var densamma i de båda första grupperna. I behandlingen, som pågick under sex veckor, fick de bl.a. utforska ångestkänslan och prata om hur den påverkar kroppen, tänkandet och beteendet och sedan hitta strategier för att hantera känslan. Vid den sista gruppträffen gjordes ett individuellt program upp för varje barn vilket skulle hjälpa dem att arbeta vidare efter behandlingens slut. I behandlingsgrupp 2 bildades föräldragrupper parallellt med barngrupperna, där föräldrarna tränades att bli medterapeuter i alla programmens komponenter. På så sätt kunde föräldrarna fungera som coacher till barnen vid hemuppgifter och generellt i vardagen.

Resultat: Föräldraskattningarna av barnens ångest visade på signifikant lägre ångest efter behandlingen i båda behandlingsgrupperna. Författarna noterar att effekten i många fall inte visade sig förrän vid uppföljningen sex veckor efter avslutad behandling. De menar att det kan bero på att barn med AST behöver längre tid på sig att börja implementera de strategier de har lärt sig. Vid uppföljningen sex veckor efter interventionen rapporterade föräldrar i behandlingsgrupp 2 en signifikant lägre grad av ångest hos sina barn än föräldrar i behandlingsgrupp 1 gjorde. Barnen i behandlingsgrupp 2 var också signifikant bättre på att generera förslag på strategier att hantera ångest utifrån en fiktiv berättelse. Kvalitativa iakttagelser vid studien var att många av barnen fick vänner i gruppen, och föräldrarna uppfattade att deras barn hade stärkts socialt genom att träffa barn med liknande svårigheter.

Sung, M., Ooi, Y. P., Goh, T. J., Pathy, P., Fung, D. S. S., Ang, R. P., Chua, A. & Lam, C. M. (2011). Effects of cognitive-behavioral therapy on anxiety in children with autism spectrum disorders: a randomized controlled trial.

De flesta av de studier som har gjorts jämför manualbaserade KBT-program, anpassade för barn med AST, med barn som står på väntelista för behandling. Man vet således inte hur dessa KBT-program står sig gentemot andra typer av behandling. I denna studie jämfördes effekten av ett KBT-program, anpassat för barn med AST, med en annan typ av program, Social Recreational Program (SR).

Metod: De 70 deltagarna, mellan 9 och 16 år, var barn med AST och ångestproblematik. Barnen fördelades slumpvis mellan behandlingsgrupperna, KBT respektive SR. I båda programmen träffades barnen i små grupper om 3-4 barn under sexton sessioner med en intensitet av en session per vecka. Barnens ångest skattades både av dem själva och av en kliniker.

Insats: Det manualbaserade KBT-programmet utgick ifrån redan existerande KBT-program, t.ex. "Coping Cat" och "Exploring Feelings", men anpassades för att kunna fungera för barn och ungdomar med AST. Under de första sessionerna fick barnen lära sig att känna igen och förstå känslor hos sig själva och andra. Sedan ägnade man sig åt tekniker för att hantera ångest, t.ex. avslappningsövningar och kognitiv omstrukturering, och de sista sessionerna handlade om problemlösningstrategier. Anpassningarna bestod bl.a. i att man använde sig mer av struktur, visuella strategier, rollspel och sociala berättelser. SR går ut på att göra olika saker tillsammans i grupp, t.ex. leka samarbetslekar och lära sig att göra mellanmål.

Översiktsartiklar

Moree, B. N. & Davis, T. E. (2010). Cognitive-behavioral therapy for anxiety in children diagnosed with autism spectrum disorders: modification trends.

Författarna har gjort en sammanställning av den forskning som bedrivits fram till 2010 kring KBT-behandlingar för barn och ungdomar med AST och ångestproblematik. Där summeras och diskuteras de trender som finns när det gäller att anpassa redan befintliga KBT-program för att de bättre ska lämpa sig för barn och ungdomar med AST. Författarna menar att fyra övergripande aspekter framträder:

- att rangordna ångestproblemen på ett sätt som tar hänsyn till AST

Som en del av metoden ingår en kartläggning där ångestproblemen rangordnas och utifrån denna rangordning läggs de olika sessionerna upp. Istället för att utslutande fokusera på problemområden som har med ångest att göra, vilket är huvudmålet för KBT-behandlingen, tar man här även hänsyn till andra svårigheter som är kopplade mer direkt till AST. Exempel på sådana svårigheter är brister i social förmåga liksom brister i adaptiv förmåga. Tanken är att svårigheter som har med autismdiagnosen att göra kan ha ett samband med ångesten och dessutom stå i vägen för ett lyckat behandlingsresultat.

- att använda konkreta och visuella tekniker

Några tekniker som är vanliga är bilder och teckningar, visuella arbetsblad, historier och sociala berättelser samt rollspel. Dessa tekniker används primärt när man arbetar med psykoedukation och kognitiv omstrukturering. De hjälper barnen att identifiera känslor, förstå empati och att klara av sociala situationer.

- att bygga på specialintressen

Barnens specialintressen integreras i behandlingen för att upprätthålla motivationen och engagemanget. Senare under behandlingen kan fokus på specialintressen behöva minskas för att de inte ska anta orimliga proportioner.

- att inkludera föräldramedverkan

Att involvera föräldrarna i behandlingen har visat sig ge bättre resultat som också håller i längden. Genom att föräldrarna inkluderas underlättas generaliseringen av nya färdigheter till nya kontexter för barnet. Det blir lättare att öva hemma och föräldrarna förstår vad programmet går ut på. Hur denna föräldramedverkan ser ut varierar dock från program till program.

Reaven, J. (2011). The treatment of anxiety symptoms in youth with high-functioning autism spectrum disorders: developmental considerations for parents.

I en sammanställning av forskning kring KBT-behandling av ångestproblematik hos barn med AST fokuserar författaren på föräldrarnas roll i behandlingen. Hon diskuterar även hur denna roll kan behöva förändras allteftersom barnen blir äldre.

Författaren pekar på att tonåren kan vara en tid som är särskilt tuff för ungdomar med AST. Ofta är de mer beroende av sina föräldrar än vad jämnåriga är, samtidigt som de förväntas börja frigöra sig ifrån föräldrarna. När ungdomarna får en ökad medvetenhet om sina sociala svårigheter och om att de är annorlunda, ökar risken för att utveckla olika typer av ångestproblematik (White, S. W., Albano, A. M., Johnson, C. R., Kasari, C., Ollendick, T., Klin, A. et al. (2010), refererad i Reaven, 2011). Många utsätts för samma ökade sociala krav som sina jämnåriga kamrater men utan att ha de resurser som krävs för att kunna hantera de nya kraven. Även föräldrarna kan ofta uppleva en ökad stress allteftersom deras ungdomar blir, eller förväntas bli, mer självständiga. När det gäller behandling av ångest hos barn generellt sett är betydelsen av att ha föräldrarna med i behandlingen väl dokumenterad, särskilt för de yngre barnen (Barrett, Healy-Farrell & March, 2004; Cobham, Dadds & Spence, 1998; Reaven & Hepburn, 2006, refererade i Reaven, 2011). I litteraturen om KBT för barn med AST har vikten av detta poängterats ännu mer. Författaren menar att det är få som har undersökt hur denna föräldramedverkan behöver förändras allteftersom barnen blir äldre. Utifrån den litteratur som finns ger hon följande förslag på komponenter som behöver ingå i föräldradelen av KBT-behandlingen för äldre barn och ungdomar med AST:

- använda psykoedukation med introduktion till ångestproblematik och till KBT
- uppmuntra föräldrarnas roll som coach
- lyfta upp och prata om den stress som kan upplevas inom familjen på grund av barnets problematik
- öka medvetenheten om hur föräldrarnas känslor och sätt att hantera problematiken, i kombination med de svårigheter AST innebär, påverkar barnets beteende
- prata om hur social ångslan (som ångestproblematiken ofta handlar om) kan höra ihop med brister i social förmåga
- vara medveten om att brist på social motivation eller intresse också kan vara tecken på social ångslan
- lyfta fram den unges styrkor och uppmuntra positiv interaktion i familjen.

Rotheram-Fuller, E. & MacMullen, L. (2011). Cognitive- behavioral therapy for children with autism spectrum disorders.

Författarna har sammanställt forskningen kring KBT-behandling för barn och ungdomar med AST och ångestproblematik och fokuserar på hur dessa program kan anpassas för användning i skolmiljön.

De lyfter fram några av de anpassningar av KBT-programmen som har gjorts för att dessa ska fungera bättre för barn med AST:

- använda ett mer konkret språk
- ha större fokus på konkreta aktiviteter
- använda visuellt stöd och explicita direkta instruktioner
- fokusera på barnets styrkor
- använda strategier för generalisering av kunskap och beteenden över olika kontexter
- använda belöningsystem för att öka barnens motivation att delta i behandlingen.

Författarna noterar att skolan kan vara en bra miljö att implementera KBT-programmen i, eftersom många av de problem som barnen upplever blir tydliga där. Med tanke på att barn med AST ofta har svårt att generalisera kunskap till nya kontexter, kan det vara en fördel om inläringen sker i den miljö där kunskapen behövs bäst. KBT har tidigare använts i skolmiljön för barn utan AST och har då visat sig vara effektivt för att minska ångestproblematik (Barrett, Sonderegger & Xenos, 2003, refererad i Rotheram-Fuller & MacMullen, 2011). I nuläget finns det dock ingen forskning kring hur KBT-programmen fungerar i skolmiljö för barn med AST och ångestproblematik.

Diskussion

De randomiserade studier som granskats här har alla ett liknande upplägg. Syftet är att fastställa effekten av ett anpassat KBT-program på ångestproblematiken hos barn och/eller ungdomar med AST. Barnens ångest mäts före och efter behandlingen samt vid uppföljning. Det finns en kontrollgrupp som man jämför med och barnen fördelas slumpmässigt mellan grupperna. Det finns emellertid även många skillnader i studierna som gör att det inte går att generalisera resultaten. Nedan följer en diskussion kring några av dessa skillnader.

Skillnader i inklusionskriterier

I fem av de randomiserade studierna inkluderas barn med autism, Aspergers syndrom och Atypisk autism under paraplybegreppet AST. Den sjätte artikeln handlar enbart om Aspergers syndrom. I samtliga studier exkluderar man barn som, förutom sin autismspektrumdiagnos, även har en utvecklingsstörning. Inklusionskriterierna ser dock lite olika ut. Det vanligaste är att man sätter en gräns vid intelligenskvot (IK) 70, men ibland är denna gräns högre satt och ibland sätts en lägsta gräns för nivå av verbal intelligens. De typiska symptomen för personer med autismspektrumtillstånd gällande kommunikation, social interaktion och begränsade repetitiva mönster i beteende, intressen och

aktiviteter förekommer i varierande grad hos olika individer (Gillberg, 1999). Även detta bidrar sannolikt till stora olikheter i symptombilden hos de barn och ungdomar som deltagit i studierna. Utifrån de frågor som finns kring hur autismsymptomen eventuellt påverkar förmågan att ta till sig KBT-behandling (Anderson & Morris, 2006) skulle forskningsresultaten bli mer användbara om man hade mer homogena urvalsgrupper.

Skillnader i definition av ångest

I en del av studierna inkluderas barn som uppfyller kriterierna för någon form av ångestdiagnos enligt diagnosmanualen DSM-IV-TR (APA, 2002). Vilka diagnoser som räknas in varierar mellan studierna, men de vanligast förekommande är social fobi, separationsångest, generaliserat ångestsyndrom och/eller tvångssyndrom. Gemensamt för ångestdiagnoserna är att de rör ångest som är överdriven eller orimlig i förhållande till den situation eller det objekt som den är knuten till. Barn med AST måste ofta vistas i sammanhang som de har svårt att förstå och hantera utifrån sin funktionsnedsättning. Detta kan i sig vara mycket ångestväckande och det handlar då om en ångest som är av mer rationellt slag. I en del av studierna inkluderas även denna typ av ångestproblematik. Att diagnostisera ångestsyndrom hos barn med AST kan vara extra komplicerat. En del ångestsymptom liknar autismsymptom. Exempelvis kan stereotypier som är knutna till AST se likadana ut på ytan som tvångshandlingar vid tvångssyndrom (Muris, Steereman, Merckelbach, Holdrinet & Meesters, 1998). Instrumenten som används, både för att diagnostisera och mäta barnens ångest, varierar i olika studier. Även tillvägagångssättet varierar. Ibland används självskattningar, ibland föräldraskattningar och/eller lärarskattningar, ibland görs kliniska bedömningar. Ofta används flera tillvägagångssätt i samma studie för att fånga ångestproblematiken bättre. Ingen effekt av behandlingen har kunnat påvisas genom självskattningarna. Barnens egen förmåga att skatta sin ångestnivå på ett tillförlitligt sätt har dock ifrågasatts (Sofronoff, Attwood & Hinton, 2005).

Skillnader i behandlingsprogram

Behandlingsprogrammen som används skiljer sig åt mellan studierna, liksom de anpassningar som gjorts av dem för att de ska fungera bättre för barn och ungdomar med AST. En del av programmen bygger på redan existerande KBT-program, sedan tidigare väl utprovade på barn utan AST, och andra är specifikt konstruerade för den enskilda studien. Även om programmen bygger på samma grundprinciper är det mycket som är olika i dem, exempelvis:

- längden på interventionen
- om interventionen sker i grupp eller individuellt
- hur mycket fokus som läggs på varje moment
- tillägg av moment som syftar till att öka färdigheter som är bristfälliga hos barnen (t.ex. sociala och adaptiva färdigheter)
- grad av och form för föräldramedverkan.

Vilka typer av anpassningar som man lägger mest tyngd vid varierar också. Vanligt förekommande anpassningar, förutom autismspecifika moment enligt ovan, är t.ex. att använda sig mer av konkreta och visuella tekniker, att lägga större vikt vid föräldramedverkan och att beakta barnens specialintressen för att främja motivationen. Det finns sällan några utförliga beskrivningar i artiklarna av hur detta görs. Även om många av programmen är manualbaserade tillåts en stor flexibilitet för att behandlingen ska passa de enskilda individerna. Interventionerna som testas i studierna är således inte särskilt enhetliga och det är därför svårt att jämföra effekterna av behandlingar.

Behov av vidare forskning

I alla studier är man överens om att KBT-behandlingen behöver anpassas för att den ska fungera för barn och ungdomar med AST och ångestproblematik. Det går emellertid inte att finna någon forskning där man systematiskt har provat redan existerande KBT-program utan särskilda anpassningar på denna grupp. Vidare forskning behövs när det gäller att fastställa, om anpassningarna är nödvändiga och vilka anpassningar som i så fall är mest verksamma. Det är också möjligt att olika typer av anpassningar behövs beroende på t.ex. grad av autismsymptom och hur ångestproblematiken ser ut.

I de flesta av studierna har man jämfört en grupp som fått KBT-behandling med en kontrollgrupp som fått stå på väntelista. Endast en av studierna jämför KBT-programmet med en annan specifik typ av behandling (Social Recreational Program). I det fallet kunde man inte påvisa att KBT-behandlingen fungerade bättre än den alternativa behandlingen. Även om man, utifrån de studier som finns, kan vara försiktigt positiv till anpassade former av KBT-behandling för barn och ungdomar med AST och ångestproblematik, är det viktigt att undersöka hur metoden står sig i förhållande till andra behandlingsmetoder.

Slutsatser

Sammanfattningsvis pekar samtliga studier på positiva effekter av att använda anpassad KBT vid behandling av ångestproblematik hos barn och ungdomar med AST. Det är dock ett område som har börjat utforskas systematiskt först under de senaste 5-10 åren och arbetet med att belägga effekterna i studier är ännu i sin linda. Vid systematiska sökningar i databaserna PsychInfo och PubMed blir det tydligt att samtliga artiklar inom området är relativt nya. De studier som ingår i denna kunskapsöversikt är utförda under åren 2005-2012, trots att inga begränsningar har gjorts tidsmässigt i urvalet. Några av de anpassningar som diskuteras är att använda mer konkreta och visuella tekniker (t.ex. bilder, arbetsblad med flervalsfrågor, seriesamtal och rollspel), att ha högre grad av föräldramedverkan, att arbeta specifikt med sådant som försvårar exponeringsarbetet (t.ex. brister i social och adaptiv förmåga) och att bygga på barnens specialintressen för att främja motivationen. Även om resultaten tyder på att KBT är en verksam metod också för barn med AST behövs det mer forskning innan man har tillräcklig kunskap för att dra några säkra slutsatser, vilket stämmer överens med resultaten i SBU-rapporten *Autismspektrumtillstånd Diagnostik och insatser, vårdens organisation och patientens delaktighet. En systematisk litteraturoversikt* (2013).

Implementering

Inom Bou i Region Skåne används redan KBT i viss utsträckning i kontakten med barn och ungdomar med AST, åtminstone i de individuella kontakterna. Utifrån resultaten i föreliggande rapport behöver en fortsatt diskussion föras på olika nivåer om i vilka sammanhang KBT är relevant att använda och hur en sådan insats kan beskrivas i ett KBT-program (en manualbaserad intervention bestående av flera sessioner).

Enligt det nya samverkansdokumentet (Region Skåne, 2012a) ska Bou arbeta för att förebygga psykisk ohälsa medan Barn- och ungdomspsykiatrien har ansvar för att diagnostisera och behandla psykisk ohälsa som redan har uppkommit. Inom Bou arbetar man generellt för att förebygga psykisk ohälsa och att främja självständighet, t.ex. genom att hjälpa barnen att utveckla en förståelse för funktionshindret och att stärka deras förmågor. Detta görs både i grupp och enskilt. Ett sätt att försöka skilja på förebyggande och behandlande insatser när det gäller anpassade KBT-program för barn med AST och ångestproblematik är att göra en distinktion mellan att 1) stärka barnens förmågor (förebyggande) och 2) lära dem att hantera sin ångest (behandlande). I praktiken kan det vara svårt att göra en sådan tydlig distinktion. Diskussioner behövs om huruvida samverkansformer för behandling av denna typ av problematik kan utarbetas. Sådana diskussioner kommer att föras i psykologgruppen inom Bou. Frågan kommer även att tas upp i ledningsgruppen och behandlas på verksamhetsnivå.

Referenser

APA. (American Psychiatric Association) (2002). *MINI-D IV: diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR*. Danderyd: Pilgrim Press.

American Psychiatric Association (2012-01-20). *DSM-5 proposed criteria for autism spectrum disorder designed to provide more accurate diagnosis and treatment*. Hämtad 1 november, 2012 från <http://www.dsm5.org/Documents/12-03%20Autism%20Spectrum%20Disorders%20-%20DSM5.pdf>

Anderson, S. & Morris, J. (2006). Cognitive behaviour therapy for people with Asperger syndrome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34: 293-303.

Barrett, P., Healy-Farrell, L. & March, J. S. (2004). Cognitive-behavioral family treatment for childhood obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43: 46-62.

Barrett, P. M., Sonderegger, R. & Xenos, S. (2003). Using friends to combat anxiety and adjustment problems among young migrants to Australia: a national trial. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8(2): 241-260.

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.

Cobham, V. E., Dadds, M. R. & Spence, S. H. (1998). The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66: 893-905.

FoU-kort-rapport 2/2010. KBT som behandlingsmetod för ungdomar med autismspektrumtillstånd av B. Bryngelson. FoU-enheten, Habilitering & Hjälpmedel, Region Skåne.

Gillberg, C. (1999). *Autism och autismliknande tillstånd hos barn, ungdomar och vuxna*. Stockholm: Natur och Kultur.

Kåver, A. (2006). *KBT i utveckling: en introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur och Kultur.

McNally Keehn, R. H., Lincoln, A. J., Brown, M. Z. & Chavira, D. A. (2013). The coping cat program for children with anxiety and autism spectrum disorder: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(1): 57-67.

Moree, B. N. & Davis, 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.

Muris, P., Sterneman, P., Merckelbach, H., Holdrinet, I. & Meesters, C. (1998). Comorbid anxiety symptoms in children with pervasive developmental disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 12: 387-393.

Reaven, J. (2011). The treatment of anxiety symptoms in youth with high-functioning autism spectrum disorders: Developmental considerations for parents. *Brain Research*, 1380: 255-263.

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 (4): 410-419.

Reaven, J. & Hepburn, S. (2006). The parent's role in the treatment of anxiety symptoms in children with high-functioning autism spectrum disorders. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 9: 73-80.

Region Skåne. (2012a). *Riktlinjer för samverkan mellan Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och Barn- och ungdomshabiliteringen (Bou) inom Region Skåne*. Hämtad 27 augusti, 2012, från <http://www.skane.se/upload/Webbplatser%20Internt/Hab%20intra/styrandedokument/barnhab/200-riktlinjer-samverkan-bup-bou.pdf>

Region Skåne. (2012b). *Verksamhet*. Hämtad 27 augusti, 2012, från Region Skåne, <http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Habilitering-Hjalpmedel/Barn-ungdom/Var-Verksamhet/>

Rotheram-Fuller, E. & MacMullen, L. (2011). Cognitive-behavioral therapy for children with autism spectrum disorders. *Psychology in the schools*, 48 (3): 263-271.

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering (2013-03-20) *Autismspektrumtillstånd Diagnostik och insatser, vårdens organisation och patientens delaktighet En systematisk litteraturöversikt*. <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Autismspektrumtillstand---Diagnostik-och-insatser-vardens-organisation-och-patientens-delaktighet/>

Hämtad 4 april 2013.

Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångest-syndrom 2010: stöd för styrning och ledning*. Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17948/2010-3-4.pdf>

Sofronoff, K., Attwood, T. & Hinton, S. (2005). A randomised controlled trial of a CBT intervention for anxiety in children with Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46 (11): 1152-1160.

Sung, M., Ooi, Y. P., Goh, T. J., Pathy, P., Fung, D. S. S., Ang, R. P., Chua, A. & Lam, C. M. (2011). Effects of cognitive-behavioral therapy on anxiety in children with autism spectrum disorders: A randomized controlled trial. *Child Psychiatry Hum Dev*, 42: 634-649.

Velting, O. N., Setzer, N. J. & Albano, A. M. (2004). Update on and advances in assessment and cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35: 42-54.

White, S. W., Albano, A. M., Johnson, C. R., Kasari, C., Ollendick, T., Klin, A. et al. (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.

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.

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.