

**Thérapie cognitive-comportementale pour les troubles anxieux
chez les enfants et les jeunes atteints d'autisme à haut
fonctionnement : mise en œuvre d'une intervention psychosociale
fondée sur des données probantes**

**Cognitive Behavioural Therapy for Anxiety Disorders in Children and
Youth with High-Functioning Autism: Implementing an Evidence-Based
Psychosocial Intervention**

BOUDARI Azeeddin,

¹ Université BOUDIAF Mohamed M'sila

Date Soumission : 01/04/2019

Date Acceptation : 20/07/2019

Date Publication :30/09/2019

Résumé :

Des chiffres récents suggèrent qu'environ 1% de la population du Royaume-Uni a une condition du spectre autistique (Baird et coll., 2006; Brugha et coll., 2011). La co-occurrence des problèmes d'anxiété a été bien établie chez les personnes atteintes d'autisme (Chalfant et al., 2007; Gillot et coll., 2001; de Bruin et coll., 2007; Klin, Pauls, Schultz et Volkmar, 2005). Les interventions psychosociales telles que les médicaments et la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ont souvent été considérées comme des options de traitement fondées sur des données probantes pour les troubles anxieux et d'autres problèmes de santé mentale. Comme la CBT possède une solide base de données probantes, et est efficace dans la remise et la prévention des problèmes d'anxiété chez les jeunes enfants et les adultes (Barrett et Turner, 2004), plusieurs chercheurs (Chalfant, Rapee et Carroll, 2007; Sofronoff, Attwood et Hinton, 2005; Sze et Wood, 2007; Reaven et coll., 2009, 2012) ont tenté d'examiner son efficacité en l'adaptant pour répondre aux besoins des individus sur le spectre autistique. Cet article éclaire la preuve de certaines modifications de la CBT qui ont été mises en œuvre dans le traitement des problèmes d'anxiété chez les enfants et les jeunes atteints d'autisme à haut fonctionnement (HFA). En outre, les implications cliniques de ces résultats de recherche et les barrières potentielles dans la pratique clinique ont également été abordées.

Mot clés : Thérapie cognitive-comportementale - les troubles anxieux chez les enfants et les jeunes atteints d'autisme intervention psychosociale fondée sur des données probantes-.

Abstract :

Recent figures suggest that approximately 1% of the population in the United Kingdom has an autism spectrum condition (Baird et al., 2006; Brugha et al., 2011). The co-occurrence of anxiety issues has been well established in individuals with autism (Chalfant et al., 2007; Gillot et al., 2001; de Bruin et al., 2007; Klin, Pauls, Schultz and Volkmar, 2005). Psychosocial interventions such as medication and Cognitive Behavioural Therapy (CBT) have often been considered as valuable evidence-based treatment options for anxiety disorders and other mental health issues. As CBT has a strong evidence base, and is efficacious in the remission and prevention of anxiety issues in young children and adults (Barrett and Turner, 2004), several researchers (Chalfant, Rapee and Carroll, 2007; Sofronoff, Attwood and Hinton, 2005; Sze and Wood, 2007; Reaven et al., 2009, 2012) have attempted to examine its efficacy by adapting it to meet the needs of individuals on the autism spectrum.

This article sheds light on the evidence for some modifications of CBT that have been implemented in dealing with anxiety issues in children and youth with high-functioning autism (HFA). Moreover, clinical implications of these research findings and potential barriers in clinical practice have also been addressed.

Key words: Cognitive Behavioural Therapy - Anxiety Disorders in Children and Youth with High-Functioning Autism - Implementing an Evidence-Based Psychosocial Intervention.

● أستاذ محاضر قسم-أ-، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم

- Introduction :

Troubles du spectre autistique (TSA) est le terme générique de plus en plus utilisé pour décrire l'ensemble des troubles du développement omniprésent qui comprenait le diagnostic de l'autisme, syndrome d'Asperger, et trouble du développement omniprésent non spécifiés ailleurs dans DSM IV. il s'agit d'un groupe de troubles caractérisés par des difficultés omniprésentes dans une combinaison des principaux domaines d'interaction entre les communications sociales et des comportements ou activités répétitifs restrictifs Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (le DSM-5), libéré par l'Association psychiatrique américaine, a éliminé officiellement de nombreux Diagnostics de spectre autistique familiaux et les a maintenant incorporés dans le diagnostic unique du spectre autistique Trouble. Dans le DSM-IV, le syndrome d'Asperger a été différencié de façon diagnostique de l'autisme par l'absence d'un retard significatif de la langue et le fonctionnement intellectuel dans la gamme normale.

L'épidémiologie des TSA est approximativement estimée à 30 en 10 000, bien qu'avec une prise de conscience accrue du trouble, cela a entraîné des taux de diagnostic plus élevés, des estimations plus récentes suggèrent que le taux peut être aussi élevé que 60 en 10 000 3. Les TSA peuvent être aussi fréquents que 1 chez tous les 68 enfants selon le Centre des États-Unis pour le contrôle des maladies.

Les difficultés rencontrées dans la compréhension de la prévalence possiblement liée à des études précoces reposant sur des cas cliniquement identifiés plutôt que sur des enquêtes communautaires, qui ont peut-être entraîné des cas de non-traitement ont été manquées, et peut-être seulement les plus sévères cas d'enregistrement. Les estimations précédentes peuvent également avoir été incorrectes en raison de définitions de cas antérieures plus étroites. Comme les méthodes d'échantillonnage ont amélioré et de meilleurs instruments de diagnostic sont utilisés plus de cas ont été identifiés et il y a eu une meilleure délimitation des TSA d'autres troubles psychotiques. Comme plus d'enfants atteints

d'ASD sont identifiés, il y aura une augmentation probable du nombre de familles et d'enfants qui recherchent un traitement.

1- Troubles anxieux dans les TSA : description et prévalence :

Troubles du spectre autistique sont un groupe de syndromes neurodéveloppementaux présentant des déficiences dans l'interaction sociale, la communication sociale, et la flexibilité limitée (American psychiatrie Association, 2004). Avec l'introduction du DSM-5 en mai 2013, le syndrome d'Asperger et le trouble du développement omniprésent, non précisés ailleurs (PDD-NOS), ont été subsumés sous le terme ASD (Wood, Madhavi et Ryan, 2013). Les aspects cliniques sont divisés en déficits persistants dans la communication sociale et les comportements, les intérêts et les activités restreints et répétitifs (Tanguay, 2011). L'autisme à haut fonctionnement (HFA) est un terme appliqué aux personnes atteintes d'autisme qui sont considérés comme cognitivement «plus de fonctionnement» ($IQ > 70$) que d'autres personnes atteintes d'autisme (Sanders, 2009).

L'anxiété est un état d'humeur de l'émotion négative mélangée et l'excitation neuronale qui se produit lors de l'anticipation d'une menace future (Wood, 2009). L'anxiété de séparation, la phobie sociale et l'anxiété généralisée sont quelques-unes des questions d'anxiété courantes observées chez les personnes atteintes d'autisme (Wood, 2009). Le trouble anxieux est irréaliste, l'anxiété invalidante associée à la détresse personnelle causant une déficience substantielle dans le fonctionnement social et/ou académique (Reaven et coll., 2009).

Les taux de prévalence des problèmes d'anxiété chez les enfants atteints d'autisme à haut fonctionnement (HFA) suggèrent que l'anxiété est une difficulté de base (Chalfant et al., 2007) et les troubles anxieux affectent 30-80% des enfants atteints d'autisme (deBruin et al., 2007; Klin, Pauls, Schultz et

Volkmar, 2005). Lors de l'examen de 15 enfants avec HFA (à partir d'auto-rapports), Gillot et coll. (2001) a trouvé 47% présenté avec des niveaux cliniquement significatifs d'anxiété. En outre, les difficultés d'anxiété surviennent plus fréquemment chez les enfants atteints de TSA que dans d'autres populations pédiatriques comme les enfants présentant un trouble linguistique (Gillot et al., 2001). Dans une enquête menée par la société nationale autistique, l'anxiété est le deuxième problème le plus cité rapporté par les parents (Mills et Wing, 2005). Les personnes atteintes du syndrome d'Asperger sont «manifestement sujettes à un stress, une anxiété, une frustration et un épuisement émotionnel considérables» (Attwood, 2007, p. 129).

Les résultats d'une méta-analyse de van Steensel et de Bogels (2011) ont révélé que 40% des enfants et des adolescents atteints d'ASD avaient un taux d'anxiété cliniquement élevé ou au moins un trouble anxieux. Les taux de troubles anxieux spécifiques dans cette population cliente étaient plus de deux fois plus élevés que chez les enfants en développement (Costello et coll., 2005). Compte tenu de ces taux de prévalence, traiter les problèmes d'anxiété dans l'autisme devient absolument nécessaire. Les chercheurs ont proposé des médicaments, la formation des parents et/ou des enseignants, et la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) comme options de traitement pour cette population cliente (Namerow et al., 2003; Sofronoff & Attwood, 2003).

2- CBT dans ASD: modifications et adaptations :

Les approches comportementales cognitives ont été utilisées pour l'anxiété et la dépression chez les personnes atteintes de HFA fondées sur des preuves solides de soutien dans la population générale (ministère de la santé, 2008). Des améliorations significatives dans les compétences en interaction sociale, la compréhension émotionnelle et la résolution de problèmes sociaux ont été démontrées dans une

intervention de CBT fondée sur des groupes pour les enfants (âgés de 8-17 ans) avec l'autisme (Bauminger, 2002). Dans une étude de Chalfant et al. (2004), les enfants anxieux ont pu identifier les pensées qui reflétaient leur état émotionnel (exigence d'aptitude à la TCC). Compte tenu des preuves plus récentes concernant la théorie de l'esprit et la théorie de la cohérence centrale chez les enfants atteints de TSA, le TCC est devenu une option d'intervention potentielle pour les enfants anxieux atteints de HFA (Chalfant et al., 2007).

De l'une des premières études du RCT examinant l'efficacité de la CBT pour les problèmes d'anxiété chez les enfants atteints de TSA (tranche d'âge: 8-13 ans), (Chalfant et coll. (2007) ont démontré que 71,4% des participants traités (différence significative par rapport au groupe témoin) ne remplissent pas les critères diagnostiques d'un trouble anxieux pour diverses mesures de post-traitement qui comprenaient des entrevues cliniques et des rapports enfants/parents/enseignants. Dans leur étude, Lyneham, Abbott, Wignall, & Rapee (2003) ont adapté le programme «Cool Kids» (les matériaux ont été rendus plus visuels et concrets, des séances de relaxation ont été incluses, les familles ont été impliquées et les activités cognitives ont été simplifiées) pour répondre aux besoins des enfants avec HFA. Bien qu'il existe certaines limitations (la taille de l'échantillon était faible, les données ne sont peut-être pas une véritable représentation de la population de HFA avec des troubles anxieux; et les évaluateurs n'étaient pas aveugles à l'intervention), cette étude fournit des preuves corroborantes pour la TCC en tant que l'option de traitement pour les enfants anxieux avec HFA.

Sze et Wood (2009) ont observé des réponses positives au traitement dans une étude de cas d'un garçon de 10 ans souffrant du syndrome d'Asperger. Ils ont démontré qu'un programme de TCC (Building confiance CBT Manual de Wood et McLeod, 2008), lorsqu'il est modifié et amélioré, pourrait devenir une approche de traitement efficace pour les

enfants anxieux atteints de TSA. Les mesures d'évaluation après traitement (entrevue diagnostique, échelle d'amélioration clinique globale, données de questionnaire, etc.) ont suggéré une amélioration clinique significative. En outre, les données qualitatives ont montré une amélioration du fonctionnement global de l'enfant, ce qui indique que le traitement a été largement couronné de succès. Y compris les améliorations axées sur les TSA (utilisation des aides visuelles et des intérêts particuliers pour se concentrer sur les compétences d'amitié, la conscience de soi, la suppression des stéréotypes et des compétences d'auto-assistance) permis de surmonter les obstacles liés aux TSA à la réduction de l'anxiété et fonctionnelle Amélioration. Comme il s'agit d'une étude de cas unique, il n'y a aucun contrôle pour la comparaison et donc les jugements concernant l'efficacité de cette amélioration de la CBT peuvent être contestables.

Dans un essai de contrôle randomisé examinant l'efficacité d'un manuel de la CBT pour les enfants anxieux atteints de HFA (tranche d'âge: 7-11 ans), Wood et coll. (2009) ont démontré que la rémission des difficultés d'anxiété est clairement réalisable. Une intervention de CBT ciblée individuellement a été développée et évaluée empiriquement dans la population DMPS. Le CBT a été élargi pour remédier aux mauvaises aptitudes sociales et à la prise de perspective; compétences adaptatives insuffisantes; et les stéréotypes qui peuvent causer ou composer des symptômes d'anxiété. Après un algorithme de traitement (Sze et Wood, 2007), des modules thérapeutiques ont été choisis sur une base hebdomadaire (16 séances) en utilisant une approche centrée sur l'enfant. Les étudiants formés qui étaient aveugles à l'intervention ont évalué une série de mesures d'anxiété (entrevue diagnostique, rapports parents et enfants). Huit des dix enfants (groupe d'intervention), soit 80%, étaient exempts de diagnostics au cours du suivi, trois mois après l'intervention. La rémission de tous les troubles anxieux pour plus de la moitié des enfants dans le groupe de traitement après l'intervention et le suivi, et

un taux élevé de réponse au traitement positif sur l'échelle clinique mondiale d'amélioration de l'impression (78,5% des analyses d'intention-à-traiter) ont été Atteint. Cependant, les scores signalés par les enfants n'ont pas eu d'effet significatif pour le groupe de traitement et la taille de l'échantillon était très faible. Bien que cette étude semble prometteuse pour les troubles anxieux chez les enfants sur le spectre, de nouvelles recherches sont nécessaires pour reproduire ces résultats.

Sofronoff et coll. (2005) ont évalué une brève intervention de la CBT (6 séances hebdomadaires de 2 heures) pour l'anxiété chez les enfants (71 enfants âgés de 10-12 à 17 ans) avec le syndrome d'Asperger dans un RCT avec trois conditions (enfant seulement, enfant et parent et un contrôle de liste d'attente). Les parents dans les deux groupes d'intervention ont rapporté des réductions significatives de l'anxiété, et la participation des parents a été jugée bénéfique. Ces résultats devront peut-être être répliqués avec des échantillons plus volumineux. Les parents n'étaient pas aveugles à l'intervention et, par conséquent, ces résultats devraient être considérés avec prudence. Reaven et coll. (2009) ont examiné leur programme de CBT manualisé (12 séances hebdomadaires de 1,5 heures, qui comprenaient le temps de groupe, d'individu, d'enfant-parent) pour l'anxiété chez les enfants (33 enfants âgés de 7-14) avec le HFA. Les résultats étaient prometteurs malgré la petite taille de l'échantillon et d'autres limitations méthodologiques. Plus récemment, Reaven et coll. (2012) se sont développées face à vos peurs-version adolescente d'un programme de groupe CBT et a démontré son efficacité dans un groupe de vingt-quatre enfants (avec HFA âgés de 13-18 ans) après l'intervention ainsi qu'à trois mois de suivi. Cependant, la petite taille de l'échantillon et l'absence de groupe témoin posent comme limitations dans cette étude.

Une étude pilote réalisée par Scarpa et Reyes (2011) a été menée pour déterminer l'efficacité d'une approche de groupe modifiée et structurée de CBT (sessions plus courtes,

utilisation plus importante d'histoires et d'activités de jeu et formation des parents) pour enseigner les États émotionnels et la régulation émotionnelle jeunes enfants (5-7 ans) avec le HFA. Les résultats suggèrent une amélioration de la régulation émotionnelle ainsi que la confiance des parents dans la capacité de gérer les émotions de leurs enfants. La petite taille de l'échantillon et les différences initiales de groupe peuvent être considérées comme des limitations dans cette étude.

Un autre essai pilote randomisé par Keehn et coll. (2013) a évalué l'efficacité d'une version modifiée du programme d'adaptation du chat (16 séances hebdomadaires de TCC à base individuelle) pour réduire l'anxiété chez les enfants atteints de TSA (âgés de 8-14 à 15 ans). Les enfants dans la condition de la TCC (58% n'ont pas satisfait aux critères d'anxiété) ont eu des réductions significativement plus importantes de l'anxiété que le groupe liste d'attente et ces gains de traitement ont été maintenus à un suivi de deux mois. La petite taille de l'échantillon et les rapports parents (les parents n'étaient pas aveugles au traitement) peuvent soulever des questions concernant la généralisabilité de ces résultats de recherche. Plus récemment, Storch et coll. (2013) ont examiné l'efficacité d'une intervention modulaire de CBT par rapport au traitement comme d'habitude dans un RCT avec 45 enfants (7-11 ans) atteints d'autisme à haut fonctionnement. Des effets de grand traitement ont été observés dans le groupe d'intervention, qui ont été maintenus à 3 mois de suivi.

À partir de leur examen des résultats de la recherche actuelle, Binnie et Blainey (2013) ont conclu que la TCC peut être une intervention efficace pour les problèmes de santé mentale comorbides comme l'anxiété et la dépression (chez les adultes souffrant de HFA), mais il est peu probable qu'elle modifie le noyau cognitif et déficits sociaux associés aux TSA. Le biais personnel du premier auteur et la portée limitée de cette recherche ont peut-être influé sur les conclusions tirées de cet examen.

Laugeson et Park (2014) ont présenté un aperçu de l'un des seuls programmes de compétences sociales soutenus empiriquement, la méthode PEERS (comprend le traitement de groupe, les leçons didactiques, l'interrogatoire socratique, le jeu de rôle, les exercices de répétition comportementale, la performance des devoirs et la participation des parents), qui ont utilisé les principes de la TCC pour améliorer le fonctionnement social chez les adolescents atteints d'ASD. Les résultats de quatre ECR ont révélé des améliorations significatives des compétences sociales dans les groupes d'intervention, suggérant l'efficacité de ces méthodes de CBT. Toutefois, un éventuel conflit d'intérêts peut être présent puisque le premier auteur perçoit des redevances pour les ventes des manuels utilisés dans ce programme.

3- Implications cliniques :

Dans un programme de CBT à l'école mis en œuvre pour 26 enfants avec HFA sur sept mois par Bauminger (2007), des améliorations positives dans la cognition sociale de l'intervention de groupe ont été observées. Cependant, ces améliorations n'ont pas généralisé à l'établissement de terrain de jeu. Rotheram-Fuller et MacMullen (2011) ont recommandé que les prestataires de services scolaires reçoivent une formation à la fois sur les méthodes de TCC et sur les caractéristiques communes des TSA afin d'effectuer des évaluations avant d'entreprendre des interventions appropriées en matière de TCC.

Le besoin de l'heure est que les cliniciens deviennent plus impliqués dans la recherche (ce qui permet de combler les lacunes entre la recherche et la pratique clinique) en améliorant leur base de connaissances sur les développements cliniques actuels/la recherche, et en utilisant des interventions attestées. Plusieurs modifications et améliorations du CBT ont été recommandées pour traiter les problèmes d'anxiété chez les personnes atteintes de HFA, qui peuvent être laissées à la discrétion des cliniciens, ainsi que leurs connaissances

préalables et leur expérience clinique. L'impact de cette intervention psychosociale doit être déterminé en examinant ses effets à long terme sur l'amélioration de la qualité de vie des individus en question.

Accès limité à la recherche déterminer en examinant ses effets à long terme sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes en question.

L'accès limité aux preuves de recherche, ou le manque de connaissances/compétences pourraient constituer des barrières potentielles pour certains professionnels (p. ex. orthophonistes) impliqués dans des programmes d'intervention pour l'autisme, qui peuvent avoir des effets néfastes parce que les problèmes d'anxiété, s'il n'est pas abordé, peut causer de graves ramifications dans cette population cliente. Les orthophonistes peuvent être tenus de faire des renvois appropriés et de consulter d'autres professionnels (approche multidisciplinaire d'équipe) tout en planifiant des interventions ciblées pour les besoins spécifiques des clients. Par conséquent, les personnes anxieuses recevraient une aide et un soutien opportuns.

Plus important encore, les récentes initiatives de pratique du Royaume-Uni (lignes directrices de NICE) sur la reconnaissance, le diagnostic et la gestion des enfants et des adultes autistes (NICE, 2011, 2012, 2013) et les normes de qualité de NICE pour la prestation de services de santé et de soins sociaux pourraient assurer une amélioration de la formation reçue par les professionnels concernés et, à leur tour, améliorer les soins et le soutien offerts aux personnes atteintes de cette condition (Pellicano et coll., 2014).

- **Conclusion :**

Lors de l'examen approfondi de la littérature actuelle, il semble y avoir un consensus général selon lequel certaines modifications spécifiques (développement de hiérarchies spécifiques aux troubles; utilisation de tactiques concrètes et visuelles; y compris les intérêts propres aux enfants; et les

parents participation), le TCC peut être utilisé pour traiter les troubles anxieux dans le HFA (Moree et Davis, 2010). L'utilisation créative du CBT avec le syndrome d'Asperger semble prometteuse, mais d'autres recherches sont nécessaires pour évaluer son efficacité (Anderson et Morris, 2006). Dans leur livre sur la CBT pour les enfants et les adolescents avec HFA, Scarpa, White et Attwood (2013) fournissent une vaste base de données probantes qui indique clairement les avantages des méthodes modifiées de la CBT dans cette population (Jassi, 2014). Les traitements utilisant la TCC modifiée ont largement réussi à remettre en question l'anxiété dans les TSA (White et coll., 2009).

Au vu des résultats empiriques récents, la thérapie cognitive-comportementale semble être une option thérapeutique prometteuse pour traiter les problèmes d'anxiété chez les enfants et les jeunes adultes atteints d'autisme (Chalfant, Rapee et Carroll, 2007; Sofronoff, Attwood et Hinton, 2005; Sze et Wood, 2007; Reaven et coll., 2009, 2012; Keehn et coll., 2013; Laugeson et Park, 2014). Toutefois, en raison des variations méthodologiques, un large éventail d'adaptations et de modifications, une petite taille d'échantillon, des tranches d'âge variées, l'absence de groupe témoin dans certaines études (Sze et Wood, 2009; Reaven et coll., 2012), et des mesures de suivi limitées, ces résultats devraient être examinés avec prudence. Puisque ces études de RCT ont été menées dans des contextes spécifiques, la généralisation des réponses de traitement dans d'autres arrangements (école, aire de jeux, maison, arrangements sociaux etc.) peut soulever des questions concernant l'efficacité. Bien que de nombreuses études aient démontré une importance statistique dans les mesures de résultats post-intervention (ce qui indique seulement qu'il ne s'agissait pas d'une occurrence aléatoire), il n'y a pas suffisamment d'informations sur la taille de l'effet (qui est la véritable indication de l'efficacité du traitement). En outre, la plupart des études ont été menées aux États-Unis et, par conséquent, si elles sont répliquées au Royaume-Uni, il

serait possible de valider davantage l'utilisation des modifications CBT dans le traitement de l'anxiété chez les personnes atteintes d'autisme.

Les rapports de famille, les auto-rapports et les entrevues fournissent des mesures de résultats précieuses aux utilisateurs de services. Cependant, dans certaines études (Sofronoff et coll., 2005), les évaluateurs (membres de la famille) n'étaient pas aveugles à l'intervention et, par conséquent, cela peut constituer une limitation méthodologique. Les perspectives d'utilisation des services pourraient être envisagées en utilisant des conceptions de recherche mixtes (qualitatives et quantitatives) afin de comprendre leurs expériences vécues (étude phénoménologique). Les cotes de qualité de vie peuvent également être utilisées pour déterminer les effets à long terme. Par conséquent, les perspectives des utilisateurs de services peuvent être reconnues en veillant à ce que le financement de la recherche soit utilisé de manière optimale comme bénéfique pour la population cliente en question (Pellicano et coll., 2014).

En conclusion, des sessions régulières dans des contextes structurés, des thérapeutes cohérents, l'exposition sociale et l'utilisation de stratégies favorables à l'autisme sont des aspects significatifs d'un cadre efficace de TCC dans le traitement des problèmes d'anxiété chez les enfants et les adolescents avec l'autisme (Sung et coll., 2011). D'autres recherches rigoureuses sont nécessaires pour déterminer l'impact des CBT (études longitudinales) sur la vie des personnes atteintes de HFA et des problèmes d'anxiété (Reaven et coll., 2012).

- **References:**

1. Anderson, S., & Morris, J. (2006). Cognitive behaviour therapy for people with Asperger syndrome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(03), 293-303.
2. Baird, G., Simonoff, E., Pickles, A., Chandler, S., Loucas, T., Meldrum, D., & Charman, T. (2006). Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP). *The lancet*, 368(9531), 210-215.
3. Baird, G., Douglas, H. R., & Murphy, M. S. (2011). Recognising and diagnosing autism in children and young people: summary of NICE guidance. *BMJ*, 343.
4. Barrett, P. M., & Turner, C. M. (2004). Prevention of childhood anxiety and depression. *Handbook of interventions that work with children and adolescents*. Chichester: Wiley, 429-74.
5. Binnie, J., & Blainey, S. (2013). The use of cognitive behavioural therapy for adults with autism spectrum disorders: a review of the evidence. *Mental Health Review Journal*, 18(2), 93-104.
6. Brugha, T. S., McManus, S., Bankart, J., Scott, F., Purdon, S., Smith, J., ... & Meltzer, H. (2011). Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community in England. *Archives of general psychiatry*, 68(5), 459-465.
7. 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(10), 1842-1857.
8. de Bruin, E. I., Ferdinand, R. F., Meester, S., de Nijs, P. F., & Verheij, F. (2007). High rates of psychiatric co-morbidity in PDD-NOS. *Journal of autism and developmental disorders*, 37(5), 877-886.
9. Dollaghan, C. A. (2007). *The handbook for evidence-based practice in communication disorders*. Paul H. Brookes Pub..
10. Donoghue, K., Stallard, P., & Kucia, J. (2011). The clinical practice of Cognitive Behavioural Therapy for children and young people with a diagnosis of Asperger's Syndrome. *Clinical child psychology and psychiatry*, 16(1), 89-102.
11. Klin, A., Pauls, D., Schultz, R., & Volkmar, F. (2005). Three diagnostic approaches to Asperger syndrome: implications for

research. Journal of autism and developmental disorders, 35(2), 221-234.

12. Laugeson, E. A., & Park, M. N. (2014). Using a CBT approach to teach social skills to adolescents with autism spectrum disorder and other social challenges: The PEERS® method. Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 32(1), 84-97.

13. Namerow, L. B., Thomas, P., Bostic, J. Q., Prince, J., & Monuteaux, M. C. (2003). Use of citalopram in pervasive developmental disorders. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 24(2), 104-108.

14. Jassi, A. (2014). CBT for Children and Adolescents with High Functioning Autism Spectrum Disorders Angela Scarpa, Susan Williams White and Tony Attwood (Eds.) New York: Guilford Press, 2013. pp. 329,£ 30.99 (hb). ISBN: 978-1-4625-1048-1. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 42(03), 379-380.

15. Keehn, R. H. M., 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.

16. Mills, R., Wing, L. (2005). National Autistic Society Membership Survey. International Conference Proceedings. London UK: National Autistic Society

17. 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(3), 346-354.

18. Pellicano, E., Dinsmore, A., & Charman, T. (2014). What should autism research focus upon? Community views and priorities from the United Kingdom. Autism, 1362361314529627.

19. 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(1), 27-37.

20. Reaven, J., Blakeley-Smith, A., Leuthe, E., Moody, E., & Hepburn, S. (2012). Facing your fears in adolescence: cognitive-behavioral therapy for high-functioning autism spectrum disorders and anxiety. Autism research and treatment, 2012.

21. Rotheram-Fuller, E., & MacMullen, L. (2011). Cognitive-behavioral therapy for children with autism spectrum disorders. *Psychology in the Schools*, 48(3), 263-271.
22. Sackett, D. L., Rosenberg, W., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *Bmj*, 312(7023), 71-72.
23. Sanders, J. L. (2009). Qualitative or quantitative differences between Asperger's disorder and autism? Historical considerations. *Journal of autism and developmental disorders*, 39(11), 1560-1567.
24. Scarpa, A., & Reyes, N. M. (2011). Improving emotion regulation with CBT in young children with high functioning autism spectrum disorders: a pilot study. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 39(04), 495-500.
25. 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.
26. Storch, E. A., Arnold, E. B., Lewin, A. B., Nadeau, J. M., Jones, A. M., De Nadai, A. S., Jane Mutch P., Selles R. R., Ung D., & Murphy, T. K. (2013). The effect of cognitive-behavioral therapy versus treatment as usual for anxiety in children with autism spectrum disorders: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(2), 132-142.
27. Sung, M., Ooi, Y. P., Goh, T. J., Pathy, P., Fung, D. S., Ang, R. P., ... & Lam, C. M. (2011). Effects of cognitive-behavioral therapy on anxiety in children with autism spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Child Psychiatry & Human Development*, 42(6), 634-649.
28. Sze, K. M., & Wood, J. J. (2008). Enhancing CBT for the treatment of autism spectrum disorders and concurrent anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(04), 403-409.
29. van Steensel, F. J., 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.
30. Woods, A. G., Mahdavi, E., & Ryan, J. P. (2013). Treating clients with Asperger's syndrome and autism. *Child Adolesc Psychiatr Ment Health*, 7(1), 32.

31. 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.
32. Wood, J.J (2009) CBT for anxiety in autism spectrum disorders (ASD). Retrieved on 20/06/2014 from Autism uk