

Rapport om fagutviklingsprosjektet

”Kognitiv atferdsterapi (KAT) ved psykiske vansker hos personer med autismespektertilstander”

Bakgrunn og formål

Personer med autismespektertilstander (AST) får ofte ikke tilbud om behandling for psykiske vansker innenfor barnepsykiatri, voksenpsykiatri eller habiliteringsenheter. Samtidig foreligger det godt grunnlag for at slik behandling bør tilbys da psykiske tilleggsvansker er vanlige i denne gruppen. Det er dokumentert at mange barn og unge med slik lidelse, i tillegg til å ha vansker med sosial samhandling, har høyere forekomst av komorbide lidelser som angst og depresjon (Bjåstad, 2011; Helverschou & Steindal, 2011). Tilrettelagt kognitiv atferdsterapi har vist lovende resultater for gruppen med Asperger syndrom og høytfungerende autisme, spesielt ved angstlidelser og som del av trening i sosiale ferdigheter (Bjåstad, 2011).

Det foreliggende fagutviklingsprosjektet har vært gjennomført i regi av Helse Vest RFM, v/leder/psykologspesialist Bente Ubostad. Prosjektansvarlig for den kliniske opplæringen i kognitiv atferdsterapi og veiledning i prosjektførløpet er psykologspesialist/ doctor of psychology (clinical) Jon Fauskanger Bjåstad, BUPA, Helse Stavanger/ RKBV Vest, Uni Research Helse. Prosjektet har hatt som formål å heve kompetansen blant ansatte i Helse Vest som jobber med barn og unge med Asperger syndrom og høytfungerende autisme i forhold til KAT som metode. Videre har prosjektet hatt som mål å skaffe erfaring med og kunnskap om hvilke tilpasninger som er nødvendige for å benytte kognitiv atferdsterapi (KAT) i behandling av angst og depresjon i denne pasientgruppen.

Kognitiv atferdsterapi bygger på antagelser om at det er sammenheng mellom følelser, atferd, kroppslige reaksjoner og hvordan personen tenker. KAT har blitt tilpasset barn og unge med Aspergers syndrom eller høytfungerende autisme. På norsk har programmet ”Å utforske følelser” blitt oversatt og tilpasset barn og unge med autismespektertilstander (Attwood, 2009a,b). Programmet er et strukturert behandlingsprogram med fokus på angstmestring eller sinnemestring hos barn med autismespektertilstander, utviklet av professor Tony Atwood. Programmet består av i alt seks trinn i en kognitiv atferdsterapeutisk intervensjon som har som mål å øke disse barnas kognitive kontroll over følelser. Programmet er laget for små grupper med barn (alder 9 - 12 år), men kan tilpasses andre aldersgrupper. Kognitiv atferdsterapi anvendes også med voksne med autismespektertilstander (Gaus, 2007), men det har vært forsket mye mindre på effekten av KAT hos voksne enn hos barn.

Deltakerne i veiledningsgruppen har gjennomført gruppeveiledning der samlingene har bestått av faglig innlegg fra veileder og gruppeveiledning på deltakernes pågående saker. Deltakerne har også gjennomført gruppearbeid i veiledningssamlingene og presentert eget kasus som de har i KAT behandling for veiledningsgruppen.

I prosjektet har deltakerne fått opplæring i:

- Generell innføring i kognitiv atferdsterapi
- Forståelse av autismespektertilstander og anbefalte tiltak
- KAT programmet ”Å utforske følelser”.
- Komorbiditet hos personer med AS (angstlidelser/depresjon)
- Angstbehandling (eksponeringsterapi for angst og fobier)
- Annen tematikk som ”Jenter/kvinner med AST, seksualitet og AS).

- Kartlegginginstrumenter for angst/depresjon

Kartleggingsinstrumentene som vi har hatt opplæring i skåring/bruk av er som følger:

- Children's Automatic Thoughts Questionnaire (CATS; Schniering & Rapee, 2002) som mål på barnas automatiske tanker ved oppstart og avslutning.
- Spence Children's Anxiety Scale (SCAS; Spence, 1998). SCAS måler angstsymptomer og er mye brukt i intervensjonsstudier hos barn og ungdom. Skalaen har gode psykometriske egenskaper (Spence, Barrett & Turner, 2003)
- Children Anxiety Life Interference Scale (CALIS); Lyneham et al., 2014). CALIS måler i hvilken grad barnets angstproblematikk påvirker barnets eller familiens liv.
- Short Mood & Feeling Questionnaire (SMFQ) er et screening instrument for depresjon som består av 13 spørsmål, og måler depressive symptomer de siste to ukene (Angold et al., 1995). SMFQ har godkjente psykometriske kvaliteter (Costello, Benjamin, Angold, & Silver, 1991) og fylles ut av både barn og foreldre.
- The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997) som er et mye anvendt screeninginstrument for vurdering av psykisk helse hos barn og unge. Består av en forelderversjon, lærerversjon og barne/ungdomsversjon for barn 11 år eller eldre). SDQ er validert for bruk i Norge (Obel et al., 2004; Sanne, Torsheim, Heiervang, & Stormark, 2009).
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond & Snaith, 1983). HADS er et instrument som måler angst og depresjonssymptomer hos voksne. Instrumentet har gode psykometriske egenskaper (Bjelland, Dahl, Haug & Neckelmann, 2002).

Erfaringer fra gjennomføringen av veiledningsgruppen tilsier at det kan være nyttig å gjennomføre en del spørreskjemaer i intervjuform hos personer med autismspektertilstander, for å sikre at spørsmålene er forståelige. Videre har veiledningsgruppen hatt gode erfaringer med å bruke visuelle hjelpemidler (visuelle skalaer med f.eks svaralternativene og to kopier av samme spørreskjema tilgjengelig slik at pasienten kan lese samtidig som intervjuer). Det har blitt vurdert som hensiktsmessig å bruke flere informanter i kartleggingen, samt at det er viktig å forklare pasienten hvorfor vi gjør kartleggingen og å være tilstede under kartleggingen for å hjelpe til ved eventuelle spørsmål.

Veiledningene ble gjennomført i en periode som gikk over 1,5 år fra desember 2012-juni 2014. Totalt ble det avholdt 12 veiledningsmøter hvorav 3 samlinger gikk over to dager mens de resterende samlingene var dagssamlinger. Det var totalt 13 personer i veiledningsgruppen og 10 personer fullførte veiledningen. Frafall underveis var 3 personer (1 skiftet jobb fra Helse Vest og 2 kunne ikke delta videre pga andre arbeidsforpliktelser).

Som del av prosjektet gjennomførte RFM en undersøkelse blant veiledningsgruppen om deres erfaringer ved å delta på prosjektet. Følgende er en sammenstilling av resultatene, som er basert på de svarene vi har mottatt (7 av 10 som fullførte veiledningen har besvart undersøkelsen).

Spørreundersøkelse om erfaringene ved deltakelse i veiledningsprosjektet

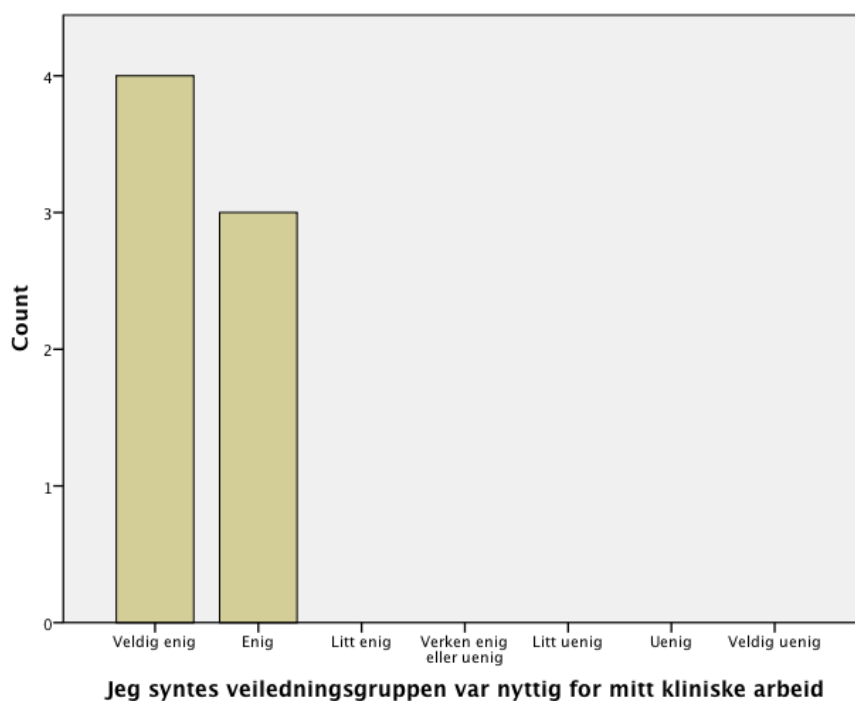
Bakgrunnsinformasjon:

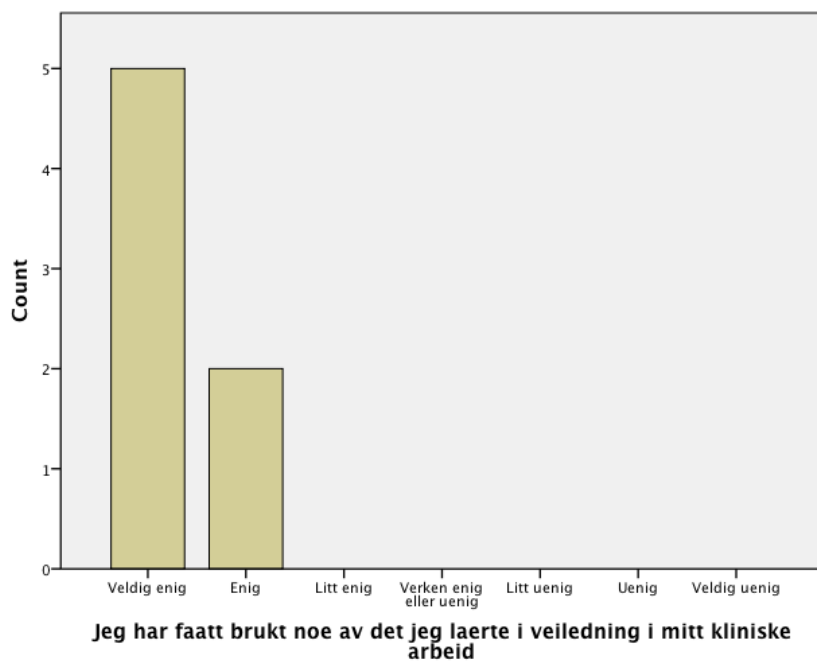
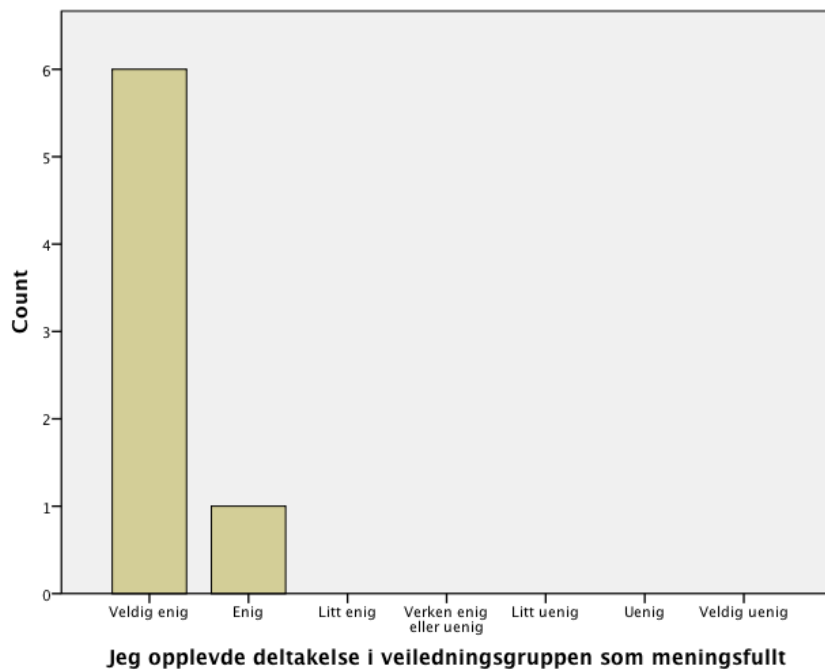
Spørreundersøkelsen er besvart av fire kvinner og tre menn (7 av 10 som fullførte veiledningen). Av disse jobber en med voksne pasienter og resten med barn. Antall pasienter som har fått KAT i veiledningsforløpet (basert på 7 av 10 deltakeres besvarelser, så reelt antall er estimert å være litt høyere): 21 personer (15 KAT intervensjoner startet opp ilt veiledningsperioden). Den primære grunn til behandling for de som deltok var i prioritert rekkefølge basert på respondentenes pasienter angst, depresjon, fobier og stressreaksjoner.

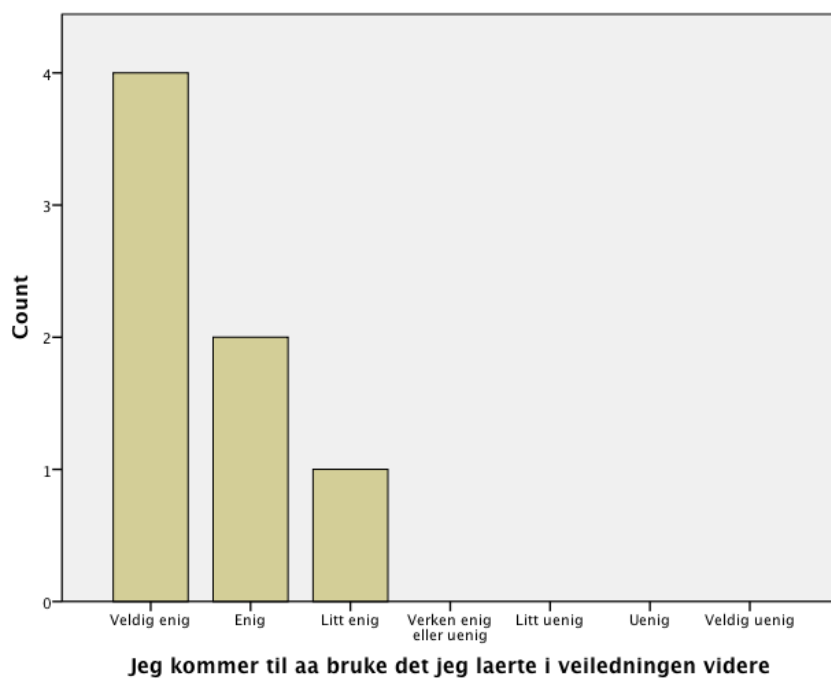
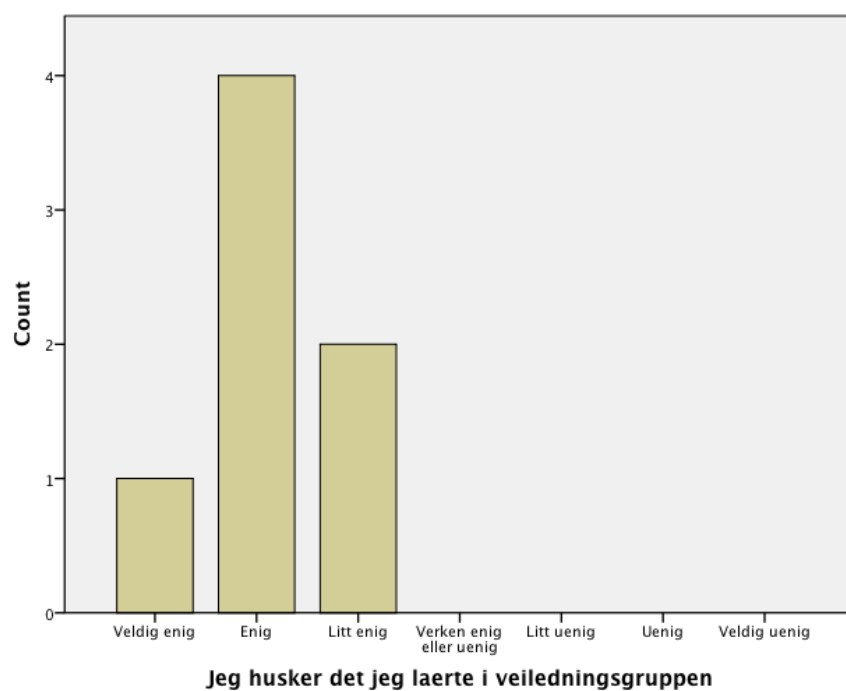
Fornøydhet med veiledningen

Deltakerne besvarte spørsmål om fornøydhet med veiledningen (figur 1-5) og veilederen (figur 6).

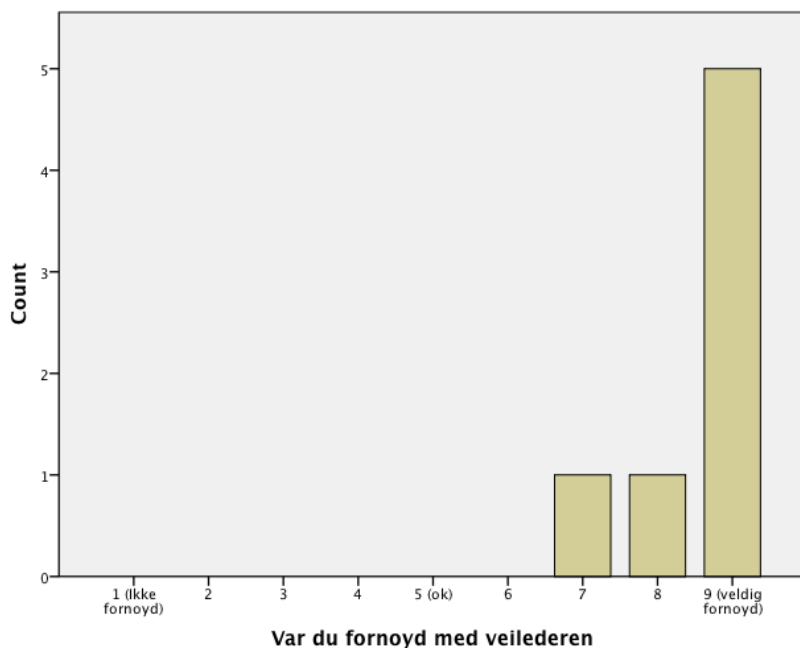
Figur 1: Jeg synes veiledningsgruppen var nyttig for mitt kliniske arbeid (N=7)



Figur 2: Jeg har fått brukt noe av det jeg lærte i veiledningen i mitt kliniske arbeid ($N=7$)Figur 3: Jeg opplevde deltakelse i veiledningsgruppen som meningsfullt ($N=7$)

Figur 4: Jeg kommer til å bruke det jeg lærte i veiledningen videre ($N=7$)Figur 5: Jeg husker det jeg lærte i veiledningsgruppen ($N=7$)

Figur 6: Var du fornøyd med veilederen? (N=7)



Annem informasjon fra kursdeltakerne

Deltakernes tilbakemeldinger på hva de likte best med veiledningsgruppen

- Gjennomgang av kognitiv atferdsterapi samt tilpasningene vi må gjøre med AST.
- Gjennomgang av kartleggingsinstrumenter for pasientpopulasjonen
- Møtet med andre terapeuter og erfaringsutveksling
- Drøfting av case/problemstillinger
- Refleksjon over eget arbeid, tilbakemelding fra veilederen
- Presentasjon av faglitteratur og utredningsmateriale
- Film- og videopresentasjoner
- Har fått lært mye mer om pasientgruppen og hvordan jeg tilpasser KAT og annet i møte med denne gruppen og pårørende.
- Har lært mer om AST ved å møte andre som også jobbet med det samme.
- Måten veiledningsgruppen var lagt opp på, med noe teori eller en presentasjon og så gruppediskusjon.
- Det var nyttig at vi var så få deltakere, alle fikk tid og ble hørt, at vi brukte case som eksempel og diskuterte dette.
- Veileder og deltakernes egne erfaringer har vært nyttige å høre om
- Faglig påfyll hver gang.
- Nyttige tema som har truffet den kliniske hverdagen.
- Det at det varte over tid – at gruppen ble kjent med hverandre
- Veldig god veileder.
- Få økt kunnskap om KAT

Deltakernes tilbakemeldinger på hva de likte minst med veiledningsgruppen

- Det kunne vært oftere og vi kunne fortsatt med denne formen for veiledning nærmest i det uendelige.

- At det har vært vanskelig å selv få forberedt seg skikkelig i en travel hverdag – ingen minus med veiledningen i seg selv.
- Endags-samlinger uten overnatting har vært utfordrende da det kan være lange dager for oss som har lengre reisevei.
- Ulik deltakergrad – for stor variasjon på hvem som har vært med og ikke.
- At det ikke ble et studie/pilot. For få krav til klinisk arbeid.

Stikkord fra hva de husker fra veiledningssamlingene:

- Gode kliniske eksempler fra veilederen!
- Godt tilrettelagt undervisning med en god sammenheng av presentasjon av KAT samt relevant kunnskap om AST.
- Motiverende presentasjoner/forelesninger.
- Den kognitive diamant
- Ensesjonsbehandling på film
- Sokratiske spørsmål
- Eksponering ved å bruke trappetrinnsmodell
- Rollespill
- Læring KAT
- Case-presentasjoner
- Innføring i AST og KAT øvelsene – nyttig gjennomgang.
- Ny forskning rundt angst og depresjon i AST-gruppen
- Gruppearbeid
- Drøftinger

Andre kommentarer fra deltakerne:

- Interessant og spennende presentasjon av tema fra veileder.
- God blanding mellom bruk av powerpoint presentasjon, film og egenaktivitet.
- Nyttig presentasjon av egne saker og drøfting.
- Det beste med veilederen var at han har bred kunnskap på autismefeltet og kan formidle dette og sin egen erfaring på en lett forståelig måte.
- Gjennomgåelse av videoklipp med ekte terapisesjoner har gitt trygghet til å bruke terapiteknikker.
- Har vært vanskelig å ”selge inn” forandringsarbeid med AST gruppen, og har tatt lang tid (motivasjonsarbeid).
- Nyttig å ha en modell og holde fast på denne gjennom forløpet.
- Jeg kommer til å bruke KAT mye mer

Hva bestod behandlingene av (kort oppsummering fra deltakerne)

- Kartlegging, bevisstgjøring av tanker og følelser, strukturering, trening i hverdagen og hjemmeoppgaver.
- Psykoedukasjon, bruk av den kognitive diamant, eksponering.
- Behandling av komorbid depresjon – psykoedukasjon og aktivitetsplan. En del fokus på emosjonsbevissthet. Angstbehandling var primært fokus i en annen sak der pas var preget av hypersensitivitet sansemessig. Noe fobisk angst som ble behandlet med eksponering og realitetstesting.
- Ukentlige samtaler med pasient mer enn 20 ganger, og foreldre involvert enten ved telefonsamtale eller kom inn i slutten av timen. Bruk av den kognitive diamant for å forsøke å lære pasienten at tanker, følelser og atferd henger sammen, og ved å påvirke eller gjøre noe med den ene vil man få konsekvenser for de andre. Trappetrinnsmodell for eksponering.

- Motivasjonsarbeid som tok lang tid. Kartlegging (som pasienten har likt pga det ble konkret og praktisk – var et godt utgangspunkt). Psykoedukasjon om angst og depresjon og læring av metoder for angstmestring.
- ”Mestringskatten” og intervensjon i hjem og på skole ift struktur, belønning, KAT kasse, m.m.

Som del av veiledningen fikk deltakerne opplæring i bruk av ”Å utforske følelser” programmet til Tony Attwood. Vi undersøkte om KAT baserte programmer som ”Å utforske følelser” og ”KAT kassen” ble brukt av klinikerne i veiledningsperioden (se tabell 1).

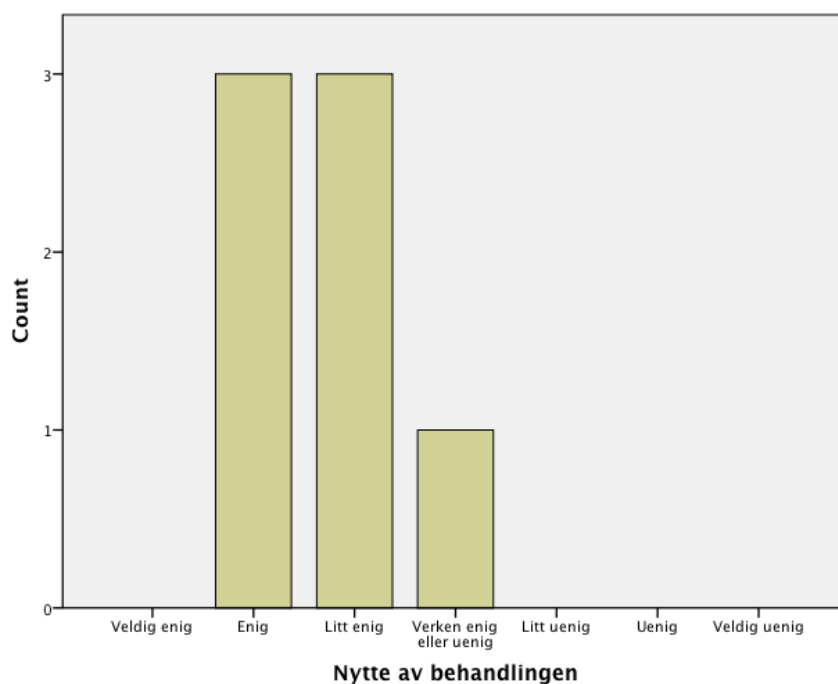
Tabell 1: Bruk av eksisterende KAT materiell tilpasset personer med autismespektertilstander og involvering av foresatte og hjemmeoppgaver i behandlingen (N=7)

Spørsmål stilt i undersøkelsen	Respondentenes svar		
	Ja	Nei	Ikke besvart
Ble ”Å utforske følelser” brukt?	1	4	2
Ble ”KAT kassen” brukt?	3	2	2
Gjennomførte pasientene hjemmeoppgaver?	6	1	0
Ble foresatte involvert i behandlingen?	4	2	1

Notat: Andre KAT intervensjoner ble også brukt i løpet av veiledningsforløpet: Mestringskatten, Psykologisk førstehjelp.

Terapeutenes egenvurdering av behandlingseffekt for deltakerne

Figur 7: Vurdering av om pasientene har hatt nytte av behandlingen (N=7)



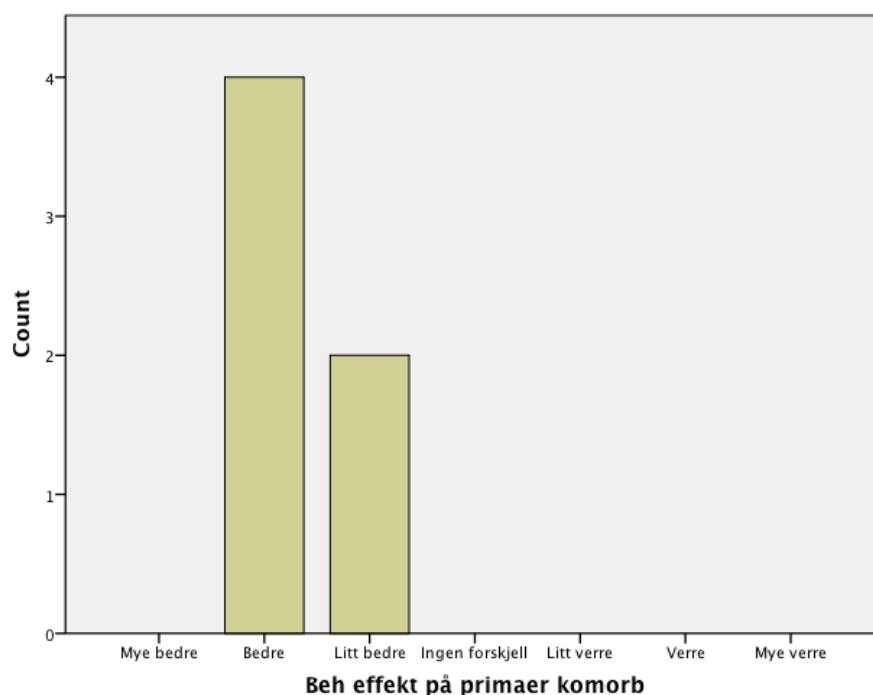
Kommentarer:

- Sakene jeg valgte å behandle hadde trolig ikke høyt nok lidelsestrykk til at de fikk tydelig eller godt nok utbytte av behandlingen. Depresjonsbehandlingen ble også gjort

medikamentelt. Sak med angst var trolig mest hypersensitivitet og ikke ren fobisk angst.

- To pasienter hadde god effekt av et KAT terapiforløp – jobber fremdeles med de to andre.
- Svært usikker om behandlingsmetoden bedrer livssituasjonen til voksne med Asperger syndrom som har langvarig nedstemthet og vanskelig livssituasjon.
- Foreldre er fornøyd og mener pasient er blitt bedre. Pasienter ser fremgang men forståelsen er veldig konkret. Det er stor forskjell i behandling og foreldreinvolvering i de ulike sakene. Tenker det er viktig at foreldre er motiverte for å involvere seg i behandlingen.
- Pasient begynner etter ett år å referere til KAT modellen – ser i perioder bedring i depresjon. Vi klarer å finne noe positiv endring hver gang. Pasienten sier det er nyttig men klarer ikke beskrive hva som er nyttig – vil fortsette.
- Pasient har effekt, men hjem og skole må være tett på og involvert. Det er i tillegg viktig å fortsette med samtaler for å holde det levende.

Figur 8: Vurdering av behandlingens effekt på pasientenes primære komorbiditet/ tilleggspromblematikk (eks. angst, depresjon, sinne) (N=7)



Kommentarer:

- Behandling i en kontorsituasjon versus behandling/oppfølging i miljø kan ha forskjellig effekt.
- Når jeg på et senere tidspunkt skal sette i gang med nye saker vil jeg trolig gjøre grundigere kartlegging av komorbid lidelse med tydeligere behandlingsbehov.
- Ser at pasientene trenger lang oppfølging og at selv om man ser bedring så betyr ikke det at man er ferdig. Viktig at foreldre følger opp videre og fortsetter med eksponering.

Spesielle utfordringer som terapeut i å drive KAT for personer med AST:

- At pasienten har store problemer med å sette ord på sine tanker og følelser.
- At pasient har hatt språkvansker

- At pasienter viser uregelmessighet/uteblir fra timene.
- Konsentrasjonsvansker
- At hjemmelekse ikke blir gjort uten at det er støttepersoner på hjemmebane som følger opp
- Å vite at en legger trening på emosjonsbevissthet og ferdighetstrening på et nivå som er passe for pasienten. Vanskelig (på grunn av mindre feedback fra pasienten) å vite at har forstått det en ønsker å formidle
- Motivasjon hos pasient.
- Foreldre med pasient som har samme type fobi som man ønsket pasienten skulle kvitte seg med, men som ikke har vært interessert i å jobbe med sin egen fobi. I dette tilfellet ser jeg fremskritt når foreldrene ikke er med i terapitimen. Har hatt to andre tilfeller som har vært vellykket hvor pasientene har ”tatt” opplegget fort og skjønt tanken bak.
- Forklare behandlingsrasjonalet.
- Bedre sykdomsinnsikt hos foreldre enn hos pasient selv.
- Det er tidsskrevende når man må tilpasse opplegget til hver pasient. Det har noen ganger vært vanskelig å motivere, og noen ganger utfordrende for pasient ikke selv ønsker endring eller rapporterer at angste ikke synker over tid når man øver seg på ting slik den skal ifølge angstkurven.
- Noen ganger har det vært utfordrende å få med foreldre på laget – noen foreldre ønsker mest at man skal ”fikse barnet for dem”.
- Negativitet hos pasient mot andre
- Lite selvinnsikt
- Det har vært veldig vanskelig å jobbe med følelser.
- Rollespill var vanskelig.

Spesielle elementer ved KAT for denne pasientpopulasjonen som oppleves som positive:

- Strukturen – godt å ha faste rammer og at det er systematisk.
- Det konkrete – at en bruker termometer for å måle følelser, at en lager trappetrinn for å nå et mål, at en tegner på tavlen og viser at tanker, følelser og atferd henger sammen. At hver time har likt oppsett, og det gir struktur, at det strukturerer meg som terapeut og at jeg har et mål med behandlingen og ikke bare prater.
- Tilnærmingen/eksponering var lett å tilpasse pasientens behov.
- Greie kartleggingsinstrumenter som pasienten likte.
- Hjemmeoppgaver både til hjem og til foreldre har hatt avgjørende betydning.
- Visuelt materiell

Hvilke tilpasninger anbefaler du til KAT med personer som har AST:

- Individuelle tilpasninger i noen tilfeller, men i andre tilfeller er det ikke nødvendig.
- Visuelt materiale (forklaringsmodeller)
- Mer og mye grunnleggende trening på emosjonsbevissthetstrening.
- Forklaringer på hva som er ”vanlig” at folk med AST opplever/er redd for (eks. depresjon som komorbid lidelse).
- Mer grundig forklaring på hvordan og hvorfor behandling virker/er lurt å gjennomføre.
- Tilpasse arbeidstempo og kommunikasjon til personens behov
- Lengre terapiforløp med flere timer enn standard KAT.
- Foreldrestøtte (eks. oppfølging av hjemmeoppgaver)
- Tilpasse utredning med å gå gjennom spørreskjemaene sammen med pasient for å forklare spørsmålene ved behov og evt. gi støtte/forklaringer for å hjelpe personen å besvare spørsmålene.

- Kort oppsummert tilpasse det meste til AST for best mulig kommunikasjon og forståelse.
- Viktig å skille mellom grunnlidelsene og komorbide lidelser når en utreder og behandler.
- Stressmestring er viktig for denne gruppen.
- Motivasjonsarbeid
- Bruke kjent materiell som KAT kassen, psyk.førstehjelp, sosiale historier, tegneseriesamtaler.
- Involvering av skole
- Mer fakta orientering.
- Viktig at rammene/miljøet. Er på plass og at en har jobbet med psykoedukasjon – kan referere til at slik er det for mange med autisme.

Andre kommentarer:

- Det har vært veldig lærerikt og kjekt å være med i denne gruppen.
- Veldig kjekt å være med på slike prosjektet som dette – hjelper mye i klinisk hverdag!

Oppsummering

Veiledningsgruppen har vært en møteplass for klinikere som jobber med samme type komorbiditet hos personer med autismspektertilstander, og har fungert som et forum for å få veiledning på pågående saker, samt til faglig påfyll og innføring i kognitiv atferdsterapi. En av deltakerne valgte også å skrive sin spesialistoppgave i psykologi om temaet ”Modifisering av kognitiv atferdsterapi for behandling av komorbide psykiske lidelser hos barn og unge med høytfungerende autismspekterforstyrrelser”.

GFXGenerelt viser tilbakemeldingene at deltakerne har opplevd deltakelse i veiledningsgruppen som svært positivt, lærerikt, og det vurderes også av deltakerne at bruk av KAT kan ha en positiv effekt på komorbiditet hos personer med autismspektertilstander. Det presiseres at vi ikke har gjennomført en effektevaluering av KAT hos personer med autismspektertilstander, så vi kan ikke si noe om effekten av KAT for vår gruppe utover feedback fra klinikerne som har vært involvert. Internasjonal forskning støtter i alle fall opp om at bruk av KAT for angstlidelser hos personer med autismspektertilstander kan gi gode resultater på komorbiditet (Scarpa, White & Attwood, 2013), og således vil det være viktig å gjennomføre forskningsprosjekter på dette også i Norge i fremtiden.

Referanser

- Angold, A., Prendergast, M., Cox, A., Harrington, R., Simonoff, E., Rutter, M. (1995). The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Psychological Medicine*, 25, 739-753.
- Attwood, T. (2009a). *Å utforske følelser: Kognitiv atferdsterapi for angstmestring. Asperger syndrom, høytfungerende autisme og beslektede vansker* (J. F. Bjåstad, oversatt og tilrettelagt). Stavanger: Hertervig Forlag.
- Attwood, T. (2009b). *Å utforske følelser: Kognitiv atferdsterapi for sinnemestring. Asperger syndrom, høytfungerende autisme og beslektede vansker* (J. F. Bjåstad, oversatt og tilrettelagt).
- Bjåstad, J.K. (2011). Kan barn og unge med Aspergersyndrom og høytfungerende autisme ha nytte av kognitiv atferdsterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 69-74.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res*, 52(2), 69-77.
- Costello, E. J., Benjamin, R., Angold, A., & Silver, D. (1991). Mood variability in adolescents: a study of depressed, nondepressed and comorbid patients. *Journal of Affective Disorders*, 23, 199-212.
- Gaus, V. L. (2007). *Cognitive-behavioral therapy for adult Asperger syndrome*. New York: Guilford Press.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586. doi:10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x
- Helverschou, S.B., & Steindal K. (2011). Autisme – kjennetegn, forekomst og årsaker. I Mæhle, Eknes, & Houge (red.), *Utviklingshemning: Årsaker og konsekvenser*. Universitetsforlaget (s. 228-237).
- Lyneham H. J., Sbrulati, E. S., Abbott, M. J., Rapee, R. M., Hudson, J. L., Tolin, D. F., & Carlson, S. E. (2013). Psychometric Properties of the Child Anxiety Life Interference Scale (CALIS). *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 711-719.
- Obel, C., Heiervang, E., Rodriguez, A., Heyerdahl, S., Smedje, H., Sourander, A., et al. (2004). The strengths and difficulties questionnaire in the Nordic countries. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13(2), II/32-II/39.
- Sanne, B., Torsheim, T., Heiervang, E., Stormark, K. M. (2009). The Strengths and Difficulties Questionnaire in the Bergen Child Study: A conceptually and methodically motivated structural analysis. *Psychological Assessment*, 23, 352-364.
- Scarpa, A., White, S. W., & Attwood, T. (2013). *CBT for children and adolescents with high-functioning autism spectrum disorders*. New York: The Guilford Press.

- Schniering, C. A., & Rapee, R. M. (2002). Development and validation of a measure of children's automatic thoughts: The Children's Automatic Thoughts Scale. *Behaviour Research & Therapy, 40*, 1091-1109.
- Schniering, C. A. & Rapee, R. M. (2004). The Structure of Negative Self-Statements in Children and Adolescents: A Confirmatory Factor-Analytic Approach. *Journal of Abnormal Child Psychology, 32*, 95-109.
- Spence S.H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behav Res Ther, 36*, 545-66.
- Spence, S. H., Barrett, P. M., Turner, C. M. (2003). Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with young adolescents. *Journal of Anxiety Disorders, 17*, 605-625.
- Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J., & Endicott, J. (1996). Global Assessment of Functioning (GAF) Scale. In L. I. Sederer & B. Dickey (Ed.), *Outcomes assesment in clinical practice* (pp. 76-78).
- Zigmond, A. S., Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psyciatr Scand, 67*, 361-370.