

درمان شناختی رفتاری برای کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات اضطرابی: یک مطالعه مروری

سارا نورسیده

کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد واحد بندرعباس، بندرعباس، ایران

چکیده

اختلالات اضطرابی در کودکان از مشکلات روانشناختی رایج هستند که می‌توانند تأثیرات عمیقی بر زندگی روزمره آنها بگذارند. درمان شناختی-رفتاری (CBT) به‌عنوان یکی از موثرترین روش‌ها برای درمان این اختلالات شناخته شده است. این مقاله به بررسی روش‌های درمانی درمان شناختی-رفتاری، شواهد حمایتی، و پیش‌بینی‌کننده‌های نتایج درمانی در اختلالات اضطرابی کودکان می‌پردازد. در این رویکرد درمانی، ابتدا به کودکان و مراقبان آنها آموزش‌های روانشناختی در خصوص ماهیت اضطراب و اختلالات اضطرابی داده می‌شود. سپس استراتژی‌های مدیریت اضطراب مانند آگاهی احساسی، آموزش آرامش، حل مسئله، و بازسازی شناختی معرفی می‌شود. مواجهه به‌عنوان یکی از اجزای اصلی درمان درمان شناختی-رفتاری برای اختلالات اضطرابی کودکان در نظر گرفته شده است. این تکنیک شامل قرار گرفتن مکرر در معرض موقعیت‌های ترسناک و یادگیری اطلاعات جدید برای کاهش ترس است. تحقیقات نشان داده‌اند که درمان شناختی-رفتاری، به‌ویژه مواجهه، مؤثرترین درمان برای اختلالات اضطرابی در کودکان است. مطالعات مختلف اثربخشی درمان شناختی-رفتاری را با نرخ‌های بهبودی ۴۷-۶۶٪ و نرخ‌های پاسخ ۵۷-۶۰٪ گزارش کرده‌اند. علاوه بر این، درمان شناختی-رفتاری نسبت به درمان‌های دیگر از جمله دارودرمانی، نتایج بهتری ارائه داده است. تحلیل‌های متا نشان داده‌اند که مواجهه بیشتر در جلسات درمانی، یکی از عوامل کلیدی برای بهبود نتایج درمانی است. درمان شناختی رفتاری یک درمان بسیار مؤثر برای اختلالات اضطرابی در کودکان است و استفاده از استراتژی‌هایی مانند مواجهه و بازسازی شناختی می‌تواند به بهبود چشمگیر علائم اضطرابی منجر شود. همچنین، مشارکت والدین در درمان می‌تواند نتایج مثبت‌تری را به همراه داشته باشد.

کلمات کلیدی؛ اختلالات اضطرابی؛ کودکان؛ نوجوانان؛ روان‌درمانی شناختی رفتاری؛ درمان شناختی-رفتاری

۱-مقدمه

اختلالات اضطرابی یکی از شایع‌ترین مشکلات روانی در کودکان و نوجوانان به شمار می‌آید که می‌تواند تأثیرات عمیق و منفی بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد بگذارد. این اختلالات شامل انواع مختلفی از اضطراب‌ها نظیر اضطراب اجتماعی، اضطراب جدایی، اختلال اضطراب فراگیر و ترس‌های خاص هستند که در صورت عدم درمان، می‌توانند منجر به مشکلات تحصیلی، اجتماعی و حتی عاطفی در طولانی‌مدت شوند (کرین^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). مطالعات نشان می‌دهند که این اختلالات در سنین کودکی و نوجوانی آغاز شده و بدون مداخلات مناسب، احتمال بروز اختلالات اضطرابی مزمن در بزرگسالی افزایش می‌یابد (والکاپ^۲ و همکاران، ۲۰۲۳).

مبانی درمان شناختی-رفتاری بر تغییر الگوهای فکری، عاطفی و رفتاری متمرکز است. در این فرآیند، کودکان یاد می‌گیرند که چگونه علائم اضطرابی خود را شناسایی کرده، آنها را ارزیابی کرده و تکنیک‌های مختلفی همچون مواجهه تدریجی، بازسازی شناختی و مهارت‌های حل مسئله را برای کاهش اضطراب خود به کار گیرند (جانیدز^۳ و همکاران، ۲۰۲۵). در این راستا، یکی از مؤلفه‌های اصلی درمان، مواجهه است که بر اساس اصول یادگیری انطفاء عمل می‌کند، به گونه‌ای که تکرار مواجهه با محرک‌های ترس بدون وقوع عواقب منفی، باعث کاهش پاسخ‌های ترس به‌طور دائمی می‌شود (سیمون^۴ و همکاران، ۲۰۲۱). در سال‌های اخیر، درمان شناختی-رفتاری به‌عنوان یکی از روش‌های اصلی درمانی برای اختلالات اضطرابی کودکان شناخته شده است. این درمان مبتنی بر اصول شناختی و رفتاری است که هدف آن تغییر تفکرات و رفتارهای منفی است که موجب ایجاد یا تشدید اضطراب در فرد می‌شود. در این رویکرد، کودکان یاد می‌گیرند که چگونه به اضطراب خود واکنش‌های مناسب نشان دهند و از طریق تکنیک‌هایی مانند مواجهه با موقعیت‌های ترسناک، بازسازی شناختی و حل مسئله به کاهش اضطراب خود کمک کنند (شیموشونی^۵ و همکاران، ۲۰۲۴). مطالعات متعدد نشان داده‌اند که درمان شناختی-رفتاری برای کودکان با اضطراب مؤثر است و بهبود قابل توجهی در کاهش علائم اضطرابی ایجاد می‌کند (سیمون و همکاران، ۲۰۲۱).

تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که ترکیب درمان‌های شناختی-رفتاری با مشارکت والدین، به‌ویژه در زمینه کاهش تسکین‌دهی مفرط و رفتارهای اجتنابی والدین، می‌تواند به نتایج مؤثرتری منجر شود (سیفگه-کرنکه و ولز^۶، ۲۰۲۴). علاوه بر این، نوآوری‌هایی مانند درمان‌های دیجیتال و مبتنی بر واقعیت مجازی در حال گسترش هستند و شواهد نشان می‌دهند که این روش‌ها می‌توانند به‌طور مؤثر در درمان اختلالات اضطرابی در کودکان استفاده شوند. این نوآوری‌ها به‌ویژه در راستای افزایش دسترسی به درمان و کاهش موانع موجود در درمان‌های حضوری اهمیت دارند (فلیپ^۷ و همکاران، ۲۰۲۲).

علاوه بر این، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ترکیب درمان‌های روان‌شناختی با مشارکت والدین در فرایند درمان می‌تواند به نتایج بهتر و پایدارتری منجر شود. آموزش والدین به‌ویژه در زمینه مدیریت اضطراب و کاهش پاسخ‌های تسکینی (مثل تایید و اطمینان‌دهی مفرط) به کودکان، تأثیرات مثبتی بر درمان این اختلالات دارد (سیفگه-کرنکه و ولز، ۲۰۲۴). در همین راستا، مداخلات جدیدتر و روش‌های نوآورانه‌ای مانند درمان شناختی-رفتاری دیجیتال و درمان‌های مبتنی بر واقعیت مجازی نیز در حال رشد هستند و نشان داده‌اند که در بعضی موارد، حتی نتایج مشابهی با درمان‌های حضوری ایجاد می‌کنند (فلیپ و همکاران، ۲۰۲۲).

1. Crane

2. Walkup

3. Johnides

4. Simon

5. Shimshoni

6. Seiffge-Krenke & Volz

7. Philippe

با توجه به شواهد موجود، درمان شناختی-رفتاری برای اختلالات اضطرابی کودکان به‌عنوان یک روش مؤثر و مستند شناخته شده است؛ اما همچنان نیاز به پژوهش‌های بیشتر در زمینه بهبود تکنیک‌های درمان شناختی-رفتاری و ترکیب آن با سایر روش‌ها احساس می‌شود، به‌ویژه در راستای افزایش دسترسی به درمان و ارائه آن در قالب‌های دیجیتال و آنلاین برای کاهش موانع موجود در درمان اختلالات اضطرابی در کودکان است.

در نتیجه، درمان شناختی-رفتاری به‌عنوان یک رویکرد علمی و معتبر برای درمان اختلالات اضطرابی کودکان شناخته می‌شود و شواهد بسیاری از اثربخشی آن حمایت می‌کنند. با این حال، نیاز به پژوهش‌های بیشتر در زمینه بهبود تکنیک‌ها، تطبیق درمان‌ها با شرایط مختلف و استفاده از روش‌های نوین دیجیتال همچنان وجود دارد.

۲- مدل شناختی-رفتاری اضطراب کودکی

اختلالات اضطرابی — مانند هراس‌های خاص، اختلال اضطراب فراگیر، هراس اجتماعی و اختلال اضطراب جدایی — رایج‌ترین دسته از شرایط روان‌پزشکی در میان کودکان و نوجوانان هستند، با نرخ شیوع تخمینی در طول عمر بین ۱۵٪ تا ۳۰٪ پیش از رسیدن به بزرگسالی. هم‌زمانی بین اختلالات مختلف اضطرابی در جوانان بالا است، و اختلالات هم‌زمان خلقی و برونی‌سازی نیز رایج‌اند (کوپلند^۱ و همکاران، ۲۰۲۴). افزون بر این، کودکان و نوجوانانی که به اختلالات اضطرابی مبتلا هستند، اغلب دچار نقص عملکردی قابل توجهی در حوزه‌های آموزشی، اجتماعی و خانوادگی می‌شوند که این امر به نقص عملکردی ادامه‌دار در بزرگسالی و افزایش بار اقتصادی منجر می‌گردد. ناراحتی و نقص عملکردی که جوانان مبتلا به اختلالات اضطرابی تجربه می‌کنند، بر نیاز به مداخلات مبتنی بر شواهد برای این شرایط تأکید دارد. همان‌طور که در ادامه بررسی می‌شود، درمان شناختی-رفتاری (درمان شناختی-رفتاری) دارای پایه‌های نظری قوی بوده، از مؤلفه‌های اصلی درمانی برخوردار است که از نظریه و عمل الهام گرفته‌اند، و پشتوانه پژوهشی قابل توجهی دارد که آن را به‌عنوان درمان معیار طلایی برای اختلالات اضطرابی کودکی معرفی می‌کند (استید^۲ و همکاران، ۲۰۲۳).

مدل شناختی-رفتاری اضطراب کودک، اضطراب را به‌عنوان ساختاری سه‌گانه توصیف می‌کند که شامل مؤلفه‌های فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری است. الگوهای شناختی ناسازگار (مانند نگرانی بیش از حد، باورهای ناکارآمد، وسواس‌ها) منجر به تجربه ذهنی اضطراب می‌شوند که به نوبه خود رفتارهای ناسازگاری را برای کاهش اضطراب تحریک می‌کند (مانند اجتناب، طلب اطمینان). برانگیختگی فیزیولوژیکی (مانند علائم جسمانی) نقش مهمی در این فرآیند ایفا می‌کند، به‌طوری که برانگیختگی فیزیولوژیکی کودک می‌تواند افکار ناسازگاری را ایجاد کند که به اضطراب دامن می‌زنند (مثلاً: «قلبم تند می‌زند، یعنی اتفاق بدی در حال افتادن است»). هم نظریه و هم شواهد تجربی بر عوامل شناختی و رفتاری زیر تأکید دارند که در ایجاد و تداوم اضطراب کودک نقش دارند (رپی^۳ و همکاران، ۲۰۰۹).

عوامل شناختی؛ نظریه‌های پردازش شناختی بر این باورند که سوگیری‌های شناختی در ایجاد و تداوم اختلالات اضطرابی دوران کودکی نقش دارند. نخست، کودکانی که به اختلالات اضطرابی مبتلا هستند، بیشتر از دیگران به اطلاعات تهدیدآمیز توجه می‌کنند تا به اطلاعات خنثی یا مثبت (یعنی سوگیری توجه). (دودنی^۴ و همکاران، ۲۰۱۵). دوم، این کودکان تمایل دارند تفسیرهای منفی یا تهدیدآمیز از محرک‌های خنثی یا مبهم داشته باشند (یعنی سوگیری تفسیر). سطوح بالاتر سوگیری تفسیر با شدت بیشتر علائم اضطرابی مرتبط است، به‌ویژه زمانی که محتوای محرک‌های مبهم با نوع خاصی از اضطراب هم‌خوانی دارد. این سوگیری‌ها در طول زمان پایدار هستند و تغییرات در اضطراب را پیش‌بینی می‌کنند. سوم، کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی

¹. Copeland

². Stiede

³. Rapee

⁴. Dudeney

بیشتر از دیگران اطلاعات تهدیدآمیز را نسبت به اطلاعات خنثی یا مثبت رمزگذاری و به خاطر می‌سپارند (یعنی سوگیری حافظه). این سوگیری‌های شناختی، به‌طور مستقل و جمعی، در بروز مشکلات اضطرابی در نوجوانان نقش دارند (کرسول و اوکانر^۱، ۲۰۱۱). مدل انتظاری اضطراب بر این اصل استوار است که ترس و اجتناب تابعی از انتظارات فرد از نتیجه‌ای ترسناک و حساسیت نسبت به آن نتیجه است. حساسیت اضطرابی — یعنی تمایل به تفسیر پیامدهای جسمانی، شناختی و اجتماعی اضطراب به‌عنوان تهدیدآمیز (مانند تغییر دمای بدن، تند شدن افکار، یا متوجه شدن دیگران به واکنش‌های اضطرابی فرد) — یکی از عوامل شناختی مهم در شکل‌گیری و تداوم اختلالات اضطرابی در جوانان است (ویانا^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). حساسیت اضطرابی با شدت علائم اضطرابی در کودکان و نوجوانان مرتبط است، و افراد مضطرب نسبت به هم‌سالان غیرمضطرب خود، سطوح بالاتری از حساسیت اضطرابی گزارش می‌دهند. این حساسیت اضطرابی، پیش از بروز اضطراب شکل می‌گیرد و به‌طور پیش‌بینی‌کننده علائم اضطرابی را در طول زمان مشخص می‌کند؛ نکته‌ای که نقش آن را در ایجاد اختلالات اضطرابی بیشتر برجسته می‌کند (اشمیت^۳ و همکاران، ۲۰۱۰).

عوامل رفتاری؛ عوامل رفتاری نیز در تقویت اضطراب مشکل‌ساز نقش مهمی دارند. نظریه یادگیری پیشنهاد می‌دهد که اضطراب از طریق چند مسیر وابسته به یادگیری ایجاد می‌شود، از جمله شرطی‌سازی کلاسیک آزردهنده، یادگیری مشاهده‌ای یا الگوبرداری، و انتقال اطلاعات. هنگامی که یک محرک خنثی با یک رویداد آزردهنده همراه شود، آن محرک خنثی توانایی برانگیختن پاسخ اضطرابی پیدا می‌کند — فرآیندی که با عنوان شرطی‌سازی کلاسیک آزردهنده شناخته می‌شود. برای مثال، کودکی که توسط یک سگ گاز گرفته شده است، ممکن است سگ‌ها (محرک خنثی) را با گاز گرفته شدن (رویداد آزردهنده) مرتبط کند؛ در نتیجه، ترس خود را به تمام سگ‌ها تعمیم دهد و هر سگی بتواند پاسخ فوبیایی در او ایجاد کند (استید و همکاران، ۲۰۲۳).

کودکان همچنین می‌توانند از طریق یادگیری مشاهده‌ای به‌صورت غیرمستقیم دچار ترس شوند. کودکی که شاهد ترس والدین خود از نزدیک شدن به گروهی جدید از افراد است، ممکن است غیرمستقیم بیاموزد که این‌گونه تعاملات اجتماعی خطرناک‌اند، که می‌تواند به بروز علائم اضطراب اجتماعی کمک کند. در نهایت، کودکان می‌توانند ترس‌ها را به‌صورت غیرمستقیم از طریق اطلاعات کلامی دریافتی از دیگران کسب کنند (موریس^۴، ۲۰۰۶).

زمانی که یادگیری ترس شکل گرفت، رفتارهای اجتنابی باعث حفظ این ترس یادگرفته‌شده می‌شوند. وقتی کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی با یک محرک ترسناک مواجه می‌شوند و در نتیجه اضطراب را تجربه می‌کنند، واکنش غریزی آن‌ها اجتناب از آن محرک است. این اجتناب، تسکین موقتی اضطراب ایجاد می‌کند و بنابراین از طریق تقویت منفی پایدار می‌شود (یعنی احتمال بروز مجدد آن افزایش می‌یابد)؛ اما با تکرار این چرخه، کودکان به این باور می‌رسند که محرک ترسناک واقعاً خطرناک است و آن‌ها توانایی مقابله با اضطراب حاصل از آن را ندارند. در طول زمان، پاسخ‌های اضطرابی می‌توانند ریشه‌دارتر و شدیدتر شوند (استید و همکاران، ۲۰۲۳).

۳- عناصر اصلی درمان درمان شناختی-رفتاری برای اضطراب کودکی

اگرچه برخی از برنامه‌های درمان شناختی-رفتاری برای اضطراب به‌صورت اختصاصی برای اختلال خاصی طراحی شده‌اند (مثلاً «درمان اثربخشی اجتماعی برای کودکان»)، اما اغلب برنامه‌های درمان شناختی-رفتاری رویکردی گسترده را اتخاذ می‌کنند که دامنه‌ای از اختلالات اضطرابی را هدف قرار می‌دهد (مانند برنامه «Coping Cat»). در حالی که توضیح جزئیات هر برنامه درمان

¹. Creswell & O'Connor

². Viana

³. Schmidt

⁴. Muris

شناختی-رفتاری خارج از حوصله این مرور است، در ادامه مروری بر عناصر اصلی درمانی که در بیشتر برنامه‌ها مشترک‌اند ارائه شده است (هیگا-مک میلان^۱ و همکاران، ۲۰۱۶).

آموزش روانی؛ در ابتدای درمان، به کودکان و مراقبان آن‌ها آموزش روانی در مورد ماهیت اضطراب، اختلالات اضطرابی، مدل درمان شناختی-رفتاری و جزئیات درمان داده می‌شود. در جلسه اول، تأکید بر ایجاد ارتباط مناسب با کودکان و والدین آنهاست، زیرا پیوند درمانی پیش‌بینی‌کننده نتایج مثبت درمان است. آن‌ها یاد می‌گیرند که اضطراب یک واکنش طبیعی به تهدیدهای درک‌شده است و هدف تکاملی آن حفظ ایمنی ماست (لیبر^۲ و همکاران، ۲۰۱۱). از سوی دیگر، اختلالات اضطرابی با اضطرابی تعریف می‌شوند که نسبت به وضعیت واقعی نامتناسب است و با عملکرد روزمره کودک تداخل می‌کند (برای مثال، «آزیر آتش خراب»). آموزش روانی درباره اختلالات اضطرابی برای عادی‌سازی تجربه کودک ارائه می‌شود. یک مرور کلی از مدل درمان شناختی-رفتاری ارائه می‌شود که بر تعاملات میان احساسات فیزیولوژیکی، افکار، رفتارها و احساسات کودک تأکید دارد. در نهایت، جزئیات درمان توضیح داده می‌شود تا انتظارات واضحی ایجاد شود و دلیل منطقی پشت درمان بیان گردد (کندال و هدکه^۳، ۲۰۰۶).

۴- استراتژی‌های مدیریت اضطراب

آموزش آگاهی عاطفی؛ هدف از آموزش آگاهی عاطفی این است که کودکان نشانه‌های جسمانی، رفتاری و شناختی اضطراب را شناسایی کنند تا بتوانند از دیگر تکنیک‌های مدیریت اضطراب به‌طور مؤثرتری استفاده کنند. کودکان استراتژی‌هایی می‌آموزند تا اضطراب خود را شناسایی کرده، آن را از سایر احساسات متمایز کنند و از مقیاس واحدهای ذهنی اضطراب (SUDS) برای ارزیابی شدت اضطراب استفاده کنند که معمولاً از ۰ (بدون اضطراب) تا ۱۰ (حداکثر اضطراب) ارزیابی می‌شود (استید و همکاران، ۲۰۲۳).

آموزش آرام‌سازی؛ با توجه به نقش برانگیختگی فیزیولوژیکی در اضطراب، آموزش آرام‌سازی معمولاً در برنامه‌های درمان شناختی-رفتاری گنجانده می‌شود. تمرینات تنفس دیافراگمی و آرام‌سازی عضلات تدریجی ممکن است به کودکان آموزش داده شود تا برانگیختگی فیزیولوژیکی را کاهش دهند. با این حال، تحقیقات اخیر نشان می‌دهند که آموزش آرام‌سازی ممکن است جزء کمتری از درمان شناختی-رفتاری برای اختلالات اضطرابی کودکان باشد (وایتساید^۴ و همکاران، ۲۰۲۰).

حل مسئله؛ کودکان یاد می‌گیرند که وضعیت‌های اضطراب‌زا را با استفاده از یک فرایند گام‌به‌گام حل مسئله کنند: شناسایی مشکل، تولید چندین راه‌حل، ارزیابی هزینه‌ها و منافع هر راه‌حل، انتخاب و اجرای بهترین راه‌حل، و ارزیابی نتایج. معمولاً، راه‌حلی که در این فرایند تولید می‌شوند، شامل رفتارهای اجتنابی یا «رفتارهای نزدیک‌شدن» (یعنی مواجهه با وضعیت ترسناک) هستند. کودکان یاد می‌گیرند که مزایا و معایب این رفتارها را ارزیابی کنند و در نهایت رفتارهای نزدیک‌شدن را انتخاب کنند (استید و همکاران، ۲۰۲۳).

ساختاردهی مجدد شناختی؛ مطابق با نظریه‌های شناختی اختلالات اضطرابی کودکان، کودکان یاد می‌گیرند که افکار ناسازگاری که به اضطراب آن‌ها کمک می‌کند را شناسایی کرده و آن‌ها را با افکار سازگارتر متعادل کنند. برای کمک به تولید افکار جایگزین، کودکان به‌طور سیستماتیک از خود پرسش‌هایی می‌پرسند تا ارزیابی کنند و بزرگ‌نمایی تهدید (مثلاً «چقدر احتمال دارد بدترین سناریو اتفاق بیفتد؟») و بزرگ‌نمایی عواقب منفی (مثلاً «در واقع چقدر بد خواهد بود؟») را به چالش بکشند. کودکان ممکن است یک دفترچه افکار برای جلسات بین درمانی داشته باشند که در آن وضعیت‌هایی که باعث اضطراب شده، افکار منفی خودکار، افکار جایگزین، تغییرات در SUDS و پاسخ‌های رفتاری‌شان را ثبت کنند (وایتساید و همکاران، ۲۰۲۰).

¹. Higa-McMillan

². Liber

³. Kendall & Hedtke

⁴. Whiteside

مواجهه؛ مواجهه عنصر کلیدی و فعال در درمان شناختی-رفتاری برای اختلالات اضطرابی کودکان است (ونده وورت^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). تکنیک‌های مواجهه بر اصول یادگیری انقراض استوار هستند، به این معنا که ارائه‌های مکرر یک محرک ترسناک بدون نتیجه منفی، منجر به انقراض پاسخ ترس می‌شود. اخیراً، مدل بازداری یادگیری برای توضیح فرآیند تغییر در طول مواجهات پیشنهاد شده است. این مدل استدلال می‌کند که به‌جای فراموش کردن ترس، از طریق مواجهه با وضعیت ترسناک در زمینه‌های مختلف، کودکان اطلاعات جدیدی می‌آموزند (مثلاً «این عنکبوت احتمالاً مرا نیش نمی‌زند، و حتی اگر بزند، من می‌توانم با آن کنار بیایم») که ترس را بازداری می‌کند (مثلاً «این عنکبوت می‌خواهد مرا نیش بزند و این بسیار بد خواهد بود!»). (گوزینگ^۲ و همکاران، ۲۰۲۰).

کودکان و درمانگران به‌طور مشترک یک سلسله‌مراتب مواجهه ایجاد می‌کنند که مجموعه‌ای از وضعیت‌های ترسناک را بر اساس دشواری که کودک تصور می‌کند، مرتب می‌کند. مواجهه‌ها می‌توانند خیالی (مواجهه‌ای که شامل استفاده از تخیل است، مانند نوشتن داستان یا کشیدن تصویر)، واقعی (مواجهه‌ای که در آن با وضعیت ترسناک واقعی تعامل می‌شود) یا ترکیبی از هر دو باشند. در حالی که انتخاب مواجهه‌ها یک فرآیند مشارکتی است، درمانگران باید اطمینان حاصل کنند که ترس اصلی کودک هدف قرار گرفته است. اولین مواجهه باید یکی باشد که درمانگر انتظار دارد کودک بتواند به‌طور منطقی با آن کنار بیاید، به‌طوری که احتمال موفقیت آن زیاد باشد و تجربه تسلط به کودک ارائه دهد (کراسک^۳ و همکاران، ۲۰۱۴). تسلط می‌تواند با تمرین همان مواجهه چندین بار برای آزمایش اینکه آیا نتیجه ترسناک اتفاق می‌افتد یا نه، و نشان دادن به کودکان که می‌توانند اضطرابی را که قبلاً غیرقابل تحمل می‌دیدند تحمل کنند، تقویت شود (مک گوایر و استورچ^۴، ۲۰۱۹).

پیشگیری از عود؛ نزدیک به پایان درمان، درمانگر، کودکان و مراقبان آن‌ها بررسی می‌کنند که چگونه کودکان در آینده با وضعیت‌های اضطراب‌زا مقابله خواهند کرد. خاتمه درمان نه زمانی است که کودک بتواند وضعیت‌های تسهیل‌شده توسط درمانگر را تحمل کند، بلکه زمانی است که کودک قادر باشد مهارت‌های خود را به‌طور مستقل به موقعیت‌های مختلف تعمیم دهد. پس از خاتمه، جلسات «تقویتی» ممکن است در فواصل زمانی بیشتری برگزار شوند تا اطمینان حاصل شود که دستاوردهای درمانی پس از درمان حفظ می‌شوند (استید و همکاران، ۲۰۲۳).

۵- پشتیبانی پژوهشی برای درمان شناختی-رفتاری در اضطراب کودکان

درمان شناختی-رفتاری—به ویژه مواجهه—استاندارد طلایی برای درمان اختلالات اضطرابی در کودکان است، همان‌طور که توسط شواهد تجربی پشتیبانی می‌شود (هیگا-مک میلان و همکاران، ۲۰۱۶؛ اوست و اولندیک^۵، ۲۰۱۷؛ وارویک^۶ و همکاران، ۲۰۱۷). مطالعات کنترل شده تصادفی (RCTs) کارایی آن را اثبات کرده‌اند، با نرخ بهبودی پس از درمان بین ۴۷-۶۶ درصد و نرخ پاسخ‌دهی بین ۵۷-۶۰ درصد (بلیک^۷ و همکاران، ۲۰۲۲). درمان شناختی-رفتاری برای اختلالات اضطرابی کودکان همچنین دارای پذیرش و ایمنی است، بدون عوارض جانبی و با نرخ ترک کمتری نسبت به دارو درمانی یا دارونما (وانگ^۸ و همکاران، ۲۰۱۷).

¹. Vande Voort

². Guzik

³. Craske

⁴. McGuire & Storch

⁵. Öst & Ollendick

⁶. Warwick

⁷. Bilek

⁸. Wang

مقایسه با گروه کنترل فهرست انتظار؛ تحلیل‌های متا به طور مداوم نشان می‌دهند که درمان شناختی-رفتاری در بهبود علائم اصلی اضطراب از گروه‌های کنترل فهرست انتظار یا بدون درمان برتری دارد (سیگورینزدوتیر^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). درمان شناختی-رفتاری بیش از چهار برابر بیشتر از فهرست انتظار یا عدم درمان موجب بهبود و پاسخ به درمان می‌شود. نسخه‌های کوتاه، فشرده و متمرکز درمان شناختی-رفتاری نیز در مقایسه با گروه کنترل فهرست انتظار پس از درمان برتری دارند (اوست و اولندیک، ۲۰۱۷).

مقایسه با درمان‌های فعال؛ شواهد مربوط به برتری درمان شناختی-رفتاری نسبت به سایر درمان‌های فعال امیدوارکننده است. یک تحلیل متا نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بر کنترل توجه (مثلاً آموزش روانشناسی برای اعضای خانواده، آرام‌سازی، حمایت از درمانگر) برتری دارد (سیگورینزدوتیر و همکاران، ۲۰۲۰). در حالی که این تحلیل نشان داد که درمان شناختی-رفتاری تفاوت قابل توجهی با درمان‌های معمول نداشت، اما تفاوت‌های زیادی بین آزمایش‌ها وجود داشت که نشان می‌دهد این نتایج باید با احتیاط تفسیر شوند (وانگ و همکاران، ۲۰۱۷). نسخه‌های کوتاه، فشرده و متمرکز درمان شناختی-رفتاری پس از درمان از کنترل توجه (مثلاً آموزش/حمایت، درمان غیر مستقیم) برتری داشتند، اما تفاوت قابل توجهی با سایر درمان‌های فعال (مثلاً درمان با حرکات چشم یا EMDR) نداشتند. در ارتباط با دارو درمانی، درمان شناختی-رفتاری از فلوکستین تنها و سرتالین تنها برتر است و ترکیب درمان شناختی-رفتاری و سرتالین نیز از هر دو درمان به تنهایی و دارونما برتری دارد (کروزه^۲ و همکاران، ۲۰۱۸).

عناصر اصلی درمان شناختی-رفتاری؛ اگرچه پروتکل‌های معمول درمان شناختی-رفتاری با استراتژی‌های مدیریت اضطراب شروع می‌شوند (یعنی آگاهی عاطفی، آموزش آرام‌سازی، ساختاردهی مجدد شناختی)، مطالعات اخیر (واند وورت و همکاران، ۲۰۱۰؛ مک گوایر و همکاران، ۲۰۱۵)؛ که به تجزیه و تحلیل عناصر درمانی پرداخته‌اند، نشان می‌دهند که مواجهه عنصر کلیدی است که به نتایج مثبت درمانی منجر می‌شود استراتژی‌های مدیریت اضطراب به تنهایی با بهبود علائم اضطراب همراه نیستند و حتی ممکن است با بهبود عملکرد ارتباط منفی داشته باشند (واند وورت و همکاران، ۲۰۱۰؛ مک گوایر و همکاران، ۲۰۱۵). در مطالعه مهم "مطالعه چندوجهی اضطراب کودکان/نوجوانان"، معرفی مواجهه و ساختاردهی مجدد شناختی باعث تسریع بهبودی در علائم کودکان شد؛ در حالی که معرفی تکنیک‌های آرام‌سازی تأثیر کمی داشت (پریس^۳ و همکاران، ۲۰۱۵). علاوه بر این، زمان بیشتری که به مواجهات دشوار (نه آسان یا متوسط) اختصاص می‌یابد و افزایش همکاری و تسلط کودک در جلسات مواجهه به نتایج بهتر مرتبط است (وایت ساید و همکاران، ۲۰۱۸).

مشارکت خانواده در درمان؛ تعدیل رفتار خانواده (یعنی تغییر رفتار والدین برای کمک به کودکان در اجتناب یا کاهش استرس ناشی از اضطراب) با افزایش شدت علائم، آسیب‌پذیری و نتایج درمانی بدتر برای اختلالات اضطرابی کودکان مرتبط است (لبوویتز^۴ و همکاران، ۲۰۱۴)؛ بنابراین، چندین برنامه درمان شناختی-رفتاری والدین را در درمان گنجانده‌اند. مطالعات گذشته (بارمیش و کندال^۵، ۲۰۰۶؛ رینولدز^۶ و همکاران، ۲۰۱۲) نتایج متفاوتی را در مورد افزایش کارایی درمان با مشارکت والدین نشان داده‌اند؛ با این حال، این مطالعات ممکن است بر برخی انواع مشارکت خانواده تأکید نکرده باشند. در مقابل، هنگامی که مشارکت خانواده به‌طور خاص به هدف تعدیل رفتارهای والدین در کمک به اجتناب کودک متمرکز باشد، همانطور که در اختلال وسواس فکری-عملی (OCD) مشاهده شده است، به نظر می‌رسد که گنجاندن خانواده‌ها به بهبود نتایج کمک می‌کند (ماریک^۷ و همکاران، ۲۰۱۸).

1. Sigurvinsdóttir

2. Kreuze

3. Peris

4. Lebowitz

5. Barmish & Kendall

6. Reynolds

7. Maric

نوآوری در ارائه درمان شناختی-رفتاری؛ تحقیقات اخیر در زمینه درمان شناختی-رفتاری به بررسی مداخلات دیجیتال سلامت روان پرداخته‌اند تا دسترسی و کارایی درمان را بهبود بخشند (خانا و کارپر^۱، ۲۰۱۸). یک تحلیل متا از اثربخشی درمان شناختی-رفتاری از طریق تله‌درمانی در مقابل درمان رو در رو برای اختلالات اضطرابی در نوجوانان و بزرگسالان هیچ تفاوتی در کاهش علائم اضطراب، اتحاد کاری درمانگر یا رضایت مشتری پیدا نکرد (کرزیزانیاک^۲ و همکاران، ۲۰۲۴). در مطالعات بررسی‌شده، شرکت‌کنندگان عمدتاً دارای تشخیص اصلی اختلال OCD یا اختلال اضطراب فراگیر بودند (فیتزپاتریک^۳ و همکاران، ۲۰۱۷)، بنابراین نیاز به تحقیقات بیشتر برای تعمیم این یافته‌ها به تمام اختلالات اضطرابی وجود دارد. همچنین یک تحلیل متا از برنامه‌های مبتنی بر کامپیوتر که درمان شناختی-رفتاری برای اضطراب نوجوانان ارائه می‌دهند، نشان داد که درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر کامپیوتر نتایج مشابهی با درمان‌های فعال در مقایسه با کنترل‌های فعال (یعنی درمان شناختی-رفتاری رو در رو یا درمان به‌طور معمول) داشت (کریست^۴ و همکاران، ۲۰۲۰).

در نهایت، اپلیکیشن‌های موبایل ابزارهای دیگری هستند که می‌توانند به عنوان مکمل درمان شناختی-رفتاری برای کمک به نظارت بر تکالیف خانگی و راهنمایی اجرای مواجهه استفاده شوند. اپلیکیشن‌های Anxiety Coach و SmartCat دو اپلیکیشن موبایلی هستند که اثربخشی مقدماتی به‌عنوان مکمل درمان نشان داده‌اند (سیلک^۵ و همکاران، ۲۰۲۰).

پیش‌بینی‌کننده‌های نتایج درمانی؛ شناسایی پیش‌بینی‌کننده‌های نتایج درمانی به تلاش‌ها برای شخصی‌سازی درمان شناختی-رفتاری برای اختلالات اضطرابی کودکان کمک می‌کند. نتایج درمانی ضعیف‌تر پیش‌بینی می‌شود در صورت وجود اضطراب شدیدتر در ابتدا، علائم/اختلالات بیرونی همراه، و تشخیص اولیه اختلال اضطراب اجتماعی. همچنین، افسردگی همراه، اختلالات روانی والدین و اضطراب والدین نیز ممکن است پیش‌بینی‌کننده‌های نتایج ضعیف درمانی باشند (نایت^۶ و همکاران، ۲۰۱۴)، اما این شواهد کمتر منسجم هستند. پیش‌بینی‌کننده‌های دیگر نتایج ضعیف درمانی برای کودکان مبتلا به اضطراب در حال دریافت درمان شناختی-رفتاری شامل جنسیت زنانه و سطوح بالاتر استرس مراقبتی هستند (کامپتون^۷ و همکاران، ۲۰۱۴).

راهنمایی‌های عملی؛ مطابق با شواهد تجربی، راهنمای عمل بالینی آکادمی روانپزشکی کودک و نوجوان آمریکا، توصیه سطح ۱ (یعنی قوی‌ترین توصیه) را برای درمان شناختی-رفتاری در درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی، اضطراب عمومی، اضطراب جدایی، اختلال پانیک، و فوبیاهای خاص ارائه می‌دهد (والتر^۸ و همکاران، ۲۰۲۰). به طور مشابه، بر اساس بررسی ۱۱۱ مطالعه نتایج درمان، راهنمای عمل انجمن روانشناسی بالینی کودک و نوجوان درمان شناختی-رفتاری را به عنوان یک درمان مبتنی بر شواهد «کاملاً اثبات‌شده» (یعنی قوی‌ترین سطح حمایت تجربی) برای جوانان مبتلا به اختلالات اضطرابی شناسایی کرده است (هیگا-مک میلان و همکاران، ۲۰۱۶).

محدودیت‌ها؛ در حالی که ادبیات پژوهشی مربوط به RCT‌ها در درمان اختلالات اضطرابی کودکان با درمان شناختی-رفتاری گسترده است، محدودیت‌هایی از جمله گزارش‌گری ناهماهنگ یا محدود از معیارهای نتایج، اثرات بلندمدت درمان شناختی-رفتاری، و متغیرهای بالینی مرتبط (مانند اطلاعات جمعیت‌شناختی) وجود دارد (وانگ و همکاران، ۲۰۱۷). علاوه بر این، تعداد نسبتاً کمی از RCT‌ها شامل کودکان خارج از محدوده سنی ۷-۱۴ سال، مقایسه درمان شناختی-رفتاری با شرایط درمان فعال،

1. Khanna & Carper

2. Krzyzaniak

3. Fitzpatrick

4. Christ

5. Silk

6. Knight

7. Compton

8. Walter

بررسی درمان‌های بستری یا درمان‌های سرپایی فشرده، ارزیابی اثرات جانبی، یا بررسی سازگاری‌های درمان شناختی-رفتاری (مثلاً درمان شناختی-رفتاری با کمک فناوری، درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر والدین (هستند. در نهایت، از آنجا که RCT ها معمولاً در محیط‌های کنترل‌شده با درمانگران با آموزش بالا و نظارت دقیق انجام می‌شوند، اطلاعات کمتری در مورد قابلیت تکرار این نتایج در مراقبت‌های روزمره وجود دارد (وارویک^۱ و همکاران، ۲۰۱۷).

۶- بحث و نتیجه‌گیری

اختلالات اضطرابی به‌طور مکرر در کودکان و نوجوانان تشخیص داده می‌شوند و می‌توانند منجر به اختلال در چندین حوزه شوند. درمان شناختی-رفتاری (درمان شناختی-رفتاری (استاندارد طلایی درمان اختلالات اضطرابی در دوران کودکی است، که از پشتیبانی شواهد تجربی و دستورالعمل‌های عملیاتی برخوردار است. علاوه بر این، مطالعات تفکیکنشان داده‌اند که مواجهه‌ها جزو مؤلفه‌های اصلی درمان شناختی-رفتاری برای اختلالات اضطرابی کودکی هستند، زیرا استراتژی‌های مدیریت اضطراب به تنهایی با بهبود علائم اضطراب همراه نیستند (استید و همکاران، ۲۰۲۳). این تحقیق به بررسی چند مؤلفه مهم در خصوص ارائه درمان شناختی-رفتاری برای اختلالات اضطرابی کودکی و نحوه غلبه بر چالش‌های مرتبط با درمان پرداخت.

همان‌طور که در بالا ذکر شد، مواجهه‌ها جزو مواد کلیدی برای دستیابی به نتایج مثبت درمانی در درمان شناختی-رفتاری برای اختلالات اضطرابی کودکی هستند. با این حال، وایت ساید و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند که درمانگرانی که کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی را درمان می‌کنند، به‌ندرت از مواجهه‌ها استفاده می‌کنند، زیرا باورهای منفی غیرمستند مرتبط با ایمنی، تحمل‌پذیری و اخلاقی بودن مواجهه‌ها وجود دارد. تکنیک‌های دیگری مانند متوقف کردن افکار و جایگزینی افکار منفی با حواس‌پرتی مثبت بیشتر استفاده می‌شوند. این امر متأسفانه موجب اجتناب از اضطراب می‌شود، که درمان را طولانی‌تر کرده و اثربخشی درمان را کاهش می‌دهد. علاوه بر این، زمانی که مواجهه‌ها در درمان به کار می‌روند، معمولاً به‌صورت خودهدایت‌شده توسط بیمار انجام می‌شوند تا تحت کمک درمانگر، که این معمولاً کم‌تر مفید است. خوشبختانه، باورهای منفی درمانگران در رابطه با مواجهه‌ها قابل اصلاح هستند. آموزش‌های دایکتیک (آموزشی) برای درمانگران که شامل یادگیری تجربی و شهادت‌های بیماران مرتبط با مواجهه‌ها باشد، نشان داده شده است که این باورهای منفی را کاهش می‌دهد. انتشار درمان شناختی-رفتاری باید همچنان بر منطق و ایمنی مواجهه‌ها برای درمانگران تأکید کند. کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات اضطرابی معمولاً شرایط روانپزشکی هم‌ابتلا^۲ دارند، مانند سایر اختلالات اضطرابی، اختلالات خلقی و اختلالات رفتاری. این هم‌ابتلائی‌ها اغلب منجر به پیچیدگی‌ها و چالش‌های اضافی می‌شوند؛ بنابراین، ارزیابی دقیق، مفهوم‌سازی موردی و برنامه‌ریزی درمانی برای دستیابی به بهترین نتایج درمانی حیاتی است. درمانگران باید ارزیابی کنند که چگونه هم‌ابتلائی‌ها ممکن است بر درمان تأثیر بگذارند و بررسی کنند که آیا باید هم‌ابتلائی‌ها را به‌طور هم‌زمان یا به‌صورت تدریجی نسبت به اختلال اضطراب اصلی درمان کنند. ویز^۳ و همکاران (۲۰۱۲) اشاره کردند که گنجاندن ماژول‌های مستقل از سایر درمان‌های مبتنی بر شواهد برای شرایط هم‌ابتلا ممکن است به بهبود نتایج منجر شود. درمان شناختی-رفتاری برای اضطراب نوجوانان همچنین برای برخی شرایط خاص مانند اختلال طیف اوتیسم (ASD) تطبیق یافته است. مداخلات رفتاری برای اضطراب در کودکان مبتلا به اوتیسم، که شامل هسته اصلی درمان شناختی-رفتاری و ماژول‌هایی برای مهارت‌های اجتماعی، رفتارهای برهم‌زننده در مدرسه و رفتارهای خاص OCD است، منجر به اندازه اثرات درمانی متوسط شده است.

علاوه بر این، درمانگران باید درمان شناختی-رفتاری را با توجه به سن کودک یا نوجوان تطبیق دهند. به‌عنوان مثال، درمان شناختی-رفتاری در نوجوانان پیش از بلوغ باید شامل مشارکت بیشتر والدین، با آموزش روان‌شناسی مناسب برای سن کودک و

¹. Warwick

². comorbid

³. Weisz

آموزش مهارت‌های مدیریت رفتار برای والدین باشد. درمانگران همچنین باید نیازهای خاص رشدی نوجوانان را در نظر گرفته و درمان را به‌طور متناسب تنظیم کنند. علاوه بر این، چندین برنامه برای کودکان خردسال و نوجوانان مبتلا به اضطراب طراحی شده است که به نیازهای خاص آنها پاسخ می‌دهند.

درمان شناختی-رفتاری مؤثرترین درمان برای کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات اضطرابی است، با پشتیبانی از یک پایگاه ادبیاتی قوی که بهبودهای قابل توجهی در علائم اضطراب و اختلالات پس از درمان نشان می‌دهد. بر اساس ادبیات موجود، توصیه‌های زیر در مورد درمان اختلالات اضطرابی در جوانان ارائه می‌شود:

- استفاده از ارزیابی چندرشد و چندمنبعی برای توسعه یک مفهوم‌سازی موردی و برنامه درمانی که متناسب با نیازهای جمعیت متنوع جوانان مبتلا به اختلالات اضطرابی باشد.
- تمرینات مواجهه که به نگرانی‌های خاص کودک یا نوجوان مربوط می‌شود باید جزو مؤلفه‌های اصلی درمان باشد.
- ارزیابی پیچیدگی‌های بالینی و نیازهای رشدی هنگام شخصی‌سازی درمان شناختی-رفتاری برای جوانان مبتلا به اضطراب.

منابع و مآخذ

1. Barmish, A. J., & Kendall, P. C. (2005). Should parents be co-clients in cognitive-behavioral therapy for anxious youth?. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(3), 569-581.
2. Bilek, E., Tomlinson, R. C., Whiteman, A. S., Johnson, T. D., Benedict, C., Phan, K. L., ... & Fitzgerald, K. D. (2022). Exposure-focused CBT outperforms relaxation-based control in an RCT of treatment for child and adolescent anxiety. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 51(4), 410-418.
3. Christ, C., Schouten, M. J., Blankers, M., van Schaik, D. J., Beekman, A. T., Wisman, M. A., ... & Dekker, J. J. (2020). Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis. *Journal of medical Internet research*, 22(9), e17831.
4. Compton, S. N., Peris, T. S., Almirall, D., Birmaher, B., Sherrill, J., Kendall, P. C., ... & Albano, A. M. (2014). Predictors and moderators of treatment response in childhood anxiety disorders: results from the CAMS trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(2), 212.
5. Copeland, W. E., Angold, A., Shanahan, L., & Costello, E. J. (۲۰۱۴). Longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: the Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, ۵۳(۱), ۲۳-۲۱.
6. Crane, M. E., Phillips, K. E., Maxwell, C. A., Norris, L. A., Rifkin, L. S., Blank, J. M., ... & Frank, H. E. (۲۰۲۱). A qualitative examination of a school-based implementation of computer-assisted cognitive-behavioral therapy for child anxiety. *School mental health*, ۱۳, ۳۶۱-۳۴۷.
7. Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour research and therapy*, 58, 10-23.

8. Creswell, C., & O'Connor, T. G. (2011). Interpretation bias and anxiety in childhood: Stability, specificity and longitudinal associations. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(2), 191-204.
9. Dudeney, J., Sharpe, L., & Hunt, C. (2015). Attentional bias towards threatening stimuli in children with anxiety: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 40, 66-75.
10. Fitzpatrick, K. K., Darcy, A., & Vierhile, M. (2017). Delivering cognitive behavior therapy to young adults with symptoms of depression and anxiety using a fully automated conversational agent (Woebot): a randomized controlled trial. *JMIR mental health*, 4(2), e7785.
11. Guzick, A. G., Schweissing, E., Tendler, A., Sheth, S. A., Goodman, W. K., & Storch, E. A. (2022). Do exposure therapy processes impact the efficacy of deep TMS for obsessive-compulsive disorder?. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 35, 100756.
12. Higa-McMillan, C. K., Francis, S. E., Rith-Najarian, L., & Chorpita, B. F. (2016). Evidence base update: 50 years of research on treatment for child and adolescent anxiety. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(2), 91-113.
13. Higa-McMillan, C. K., Francis, S. E., Rith-Najarian, L., & Chorpita, B. F. (2016). Evidence base update: 50 years of research on treatment for child and adolescent anxiety. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(2), 91-113.
14. Johnides, B. D., Borduin, C. M., Sheerin, K. M., & Kuppens, S. (۲۰۲۵). Secondary benefits of family member participation in treatments for childhood disorders: A multilevel meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, ۱۵۱(۱), .۱
15. Kendall, P. C., & Hedtke, K. A. (2006). Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual. Workbook Publishing.
16. Khanna, M. S., & Carper, M. (2022). Digital mental health interventions for child and adolescent anxiety. *Cognitive and Behavioral Practice*, 29(1), 60-68.
17. Knight, A., McLellan, L., Jones, M., & Hudson, J. (2014). Pre-treatment predictors of outcome in childhood anxiety disorders: a systematic review. *Psychopathology Review*, 1(1), 77-129.
18. Kreuze, L. J., Pijnenborg, G. H. M., De Jonge, Y. B., & Nauta, M. H. (2018). Cognitive-behavior therapy for children and adolescents with anxiety disorders: A meta-analysis of secondary outcomes. *Journal of anxiety disorders*, 60, 43-57.
19. Krzyzaniak, N., Greenwood, H., Scott, A. M., Peiris, R., Cardona, M., Clark, J., & Glasziou, P. (2024). The effectiveness of telehealth versus face-to face interventions for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 30(2), 250-261.
20. Lebowitz, E. R., Scharfstein, L. A., & Jones, J. (2014). Comparing family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder, anxiety disorders, and nonanxious children. *Depression and Anxiety*, 31(12), 1018-1025.
21. Liber, J. M., McLeod, B. D., Van Widenfelt, B. M., Goedhart, A. W., van der Leeden, A. J., Utens, E. M., & Treffers, P. D. (2010). Examining the relation between the therapeutic

- alliance, treatment adherence, and outcome of cognitive behavioral therapy for children with anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 41(2), 172-186.
22. Maric, M., van Steensel, F. J., & Bögels, S. M. (2018). Parental involvement in CBT for anxiety-disordered youth revisited: family CBT outperforms child CBT in the long term for children with comorbid ADHD symptoms. *Journal of Attention Disorders*, 22(5), 506-514.
 23. McGuire, J. F., & Storch, E. A. (2019). An inhibitory learning approach to cognitive-behavioral therapy for children and adolescents. *Cognitive and behavioral practice*, 26(1), 214-224.
 24. McGuire, J. F., Piacentini, J., Lewin, A. B., Brennan, E. A., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2015). A meta-analysis of cognitive behavior therapy and medication for child obsessive-compulsive disorder: Moderators of treatment efficacy, response, and remission. *Depression and anxiety*, 32(8), 580-593.
 25. Muris, P. (2006). The pathogenesis of childhood anxiety disorders: Considerations from a developmental psychopathology perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 30(1), 5-11.
 26. Öst, L. G., & Ollendick, T. H. (2017). Brief, intensive and concentrated cognitive behavioral treatments for anxiety disorders in children: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, 97, 134-145.
 27. Peris, T. S., Compton, S. N., Kendall, P. C., Birmaher, B., Sherrill, J., March, J., ... & Piacentini, J. (2015). Trajectories of change in youth anxiety during cognitive—behavior therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(2), 239.
 28. Philippe, T. J., Sikder, N., Jackson, A., Koblanski, M. E., Liow, E., Pilarinos, A., & Vasarhelyi, K. (۲۰۲۲). Digital health interventions for delivery of mental health care: systematic and comprehensive meta-review. *JMIR mental health*, ۹(۵), e۳۵۱۵۹.
 29. Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (۲۰۰۹). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual review of clinical psychology*, ۵(۱), ۳۴۱-۳۱۱.
 30. Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J., & Hooper, L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 32(4), 251-262.
 31. Schmidt, N. B., Keough, M. E., Mitchell, M. A., Reynolds, E. K., MacPherson, L., Zvolensky, M. J., & Lejuez, C. W. (2010). Anxiety sensitivity: Prospective prediction of anxiety among early adolescents. *Journal of anxiety disorders*, 24(5), 503-508.
 32. Seiffge-Krenke, I., & Volz, M. (۲۰۲۴). Effectiveness of psychodynamic treatment: Comparing trajectories of internalizing and externalizing psychopathology of adolescents in treatment, healthy and physically ill adolescents. *Development and Psychopathology*, ۳۶(۱), ۴۹۳-۴۷۸.
 33. Shimshoni, Y., Rebecca, G. E., & Lebowitz, E. R. (۲۰۲۴). Parent-Only Treatment for Child Anxiety. *Advances in Psychiatry and Behavioral Health*.

34. Sigurvinsdóttir, A. L., Jensínudóttir, K. B., Baldvinsdóttir, K. D., Smáráson, O., & Skarphedinnsson, G. (2020). Effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) for child and adolescent anxiety disorders across different CBT modalities and comparisons: a systematic review and meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(3), 168-180.
35. Silk, J. S., Pramana, G., Sequeira, S. L., Lindhiem, O., Kendall, P. C., Rosen, D., & Parmanto, B. (2020). Using a smartphone app and clinician portal to enhance brief cognitive behavioral therapy for childhood anxiety disorders. *Behavior therapy*, 51(1), 69-84.
36. Simon, N. M., Hofmann, S. G., Rosenfield, D., Hoepfner, S. S., Hoge, E. A., Bui, E., & Khalsa, S. B. S. (۲۰۲۱). Efficacy of yoga vs cognitive behavioral therapy vs stress education for the treatment of generalized anxiety disorder: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, ۷۸(۱), ۲۰-۱۳.
37. Stiede, J. T., Trent, E. S., Viana, A. G., Guzik, A. G., Storch, E. A., & Herschfield, J. (۲۰۲۳). Cognitive behavioral therapy for children and adolescents with anxiety disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, ۳۲(۳), ۵۵۸-۵۴۳.
38. Vande Voort, J. L., Svecova, J., Jacobson, A. B., & Whiteside, S. P. (2010). A retrospective examination of the similarity between clinical practice and manualized treatment for childhood anxiety disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(3), 322-328.
39. Viana, A. G., Trent, E. S., Raines, E. M., Woodward, E. C., Storch, E. A., & Zvolensky, M. J. (2021). Childhood anxiety sensitivity, fear downregulation, and anxious behaviors: Vagal suppression as a moderator of risk. *Emotion*, 21(2), 430.
40. Walkup, J. T., Shechner, T., & Strawn, J. R. (۲۰۲۳). Anxiety Disorder in Youth: Separation Anxiety, Social Anxiety, and Generalized Anxiety Disorders. In *Tasman's Psychiatry* (pp. ۲۳-۱). Cham: Springer International Publishing.
41. Walter, H. J., Bukstein, O. G., Abright, A. R., Keable, H., Ramtekkar, U., Ripperger-Suhler, J., & Rockhill, C. (2020). Clinical practice guideline for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(10), 1107-1124.
42. Wang, Z., Whiteside, S. P., Sim, L., Farah, W., Morrow, A. S., Alsawas, M., ... & Murad, M. H. (2017). Comparative effectiveness and safety of cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy for childhood anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 171(11), 1049-1056.
43. Warwick, H., Reardon, T., Cooper, P., Murayama, K., Reynolds, S., Wilson, C., & Creswell, C. (2017). Complete recovery from anxiety disorders following Cognitive Behavior Therapy in children and adolescents: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 52, 77-91.
44. Warwick, H., Reardon, T., Cooper, P., Murayama, K., Reynolds, S., Wilson, C., & Creswell, C. (2017). Complete recovery from anxiety disorders following Cognitive Behavior Therapy in children and adolescents: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 52, 77-91.

45. Weisz, J. R., Chorpita, B. F., Palinkas, L. A., Schoenwald, S. K., Miranda, J., Bearman, S. K., ... & Research Network on Youth Mental Health. (2012). Testing standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety, and conduct problems in youth: A randomized effectiveness trial. *Archives of general psychiatry*, 69(3), 274-282.
46. Whiteside, S. P., Sim, L. A., Morrow, A. S., Farah, W. H., Hilliker, D. R., Murad, M. H., & Wang, Z. (2020). A meta-analysis to guide the enhancement of CBT for childhood anxiety: exposure over anxiety management. *Clinical child and family psychology review*, 23, 102-121.