

Research Paper



## Investigating the Effectiveness of Emotion-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (ECBT) on the Worry and Anxiety Sensitivity Anxiety Children



Mahbobeh Karbalaie<sup>1</sup>, Kamran Yazdanbakhsh<sup>2\*</sup>, Aseih Moradi<sup>3</sup>

1. PhD student, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran.
2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran.



DOI: [10.22034/JMPR.2022.54361.5295](https://doi.org/10.22034/JMPR.2022.54361.5295)

URL: [https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article\\_17980.html](https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_17980.html)



### ARTICLE INFO

**Keywords:**  
Anxiety, Emotion-Focused Cognitive-Behavioral Therapy, Worry, Anxiety Sensitivity, Children

Received: 2022/12/05  
Accepted: 2022/12/27  
Available: 2024/05/13

### ABSTRACT

One of the most common clinical problems in children is anxiety disorders, which are associated with significant psychopathology. This research was conducted to investigate the effectiveness of emotion-focused cognitive-behavioral therapy group on worry and anxiety sensitivity in anxious children. The research method was a quasi-experimental type with a pre-test-post-test research design and follow-up with a control group. The research population included all female students in the second year of elementary school who studied in the elementary schools of Kahrizak district in the academic year 1400-1401. First, through cluster sampling, 672 people responded to the research tool, including questionnaires of Youth Anxiety Measure for DSM5 (2017), anxiety sensitivity (1991), and worry (1997), in the second stage, 30 people from among the students who Based on the Youth Anxiety Measure for DSM5 (2017) and clinical interview, they met at least one of the criteria of anxiety disorders, they were selected as samples and randomly assigned to two experimental and control groups. To analyze the data, analysis of variance with repeated measurements was used through SPSS-25 software. Data analysis showed that emotion-focused cognitive- behavioral therapy group was effective in worry and anxiety sensitivity in children with anxiety disorders ( $P < 0/05$ ). Based on the findings of the research, it can be concluded that emotion-focused cognitive- behavioral therapy affects on worry and anxiety sensitivity, according to this evidence, the use of emotion-focused cognitive- behavioral therapy for emotional disorders in clinical work with anxious children is recommended.



\* **Corresponding Author:** Kamran Yazdanbakhsh  
**E-mail:** karbalaie1981@gmail.com



## بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری هیجان‌مدار (ECBT) بر نگرانی و حساسیت اضطرابی کودکان مضطرب



محبوبه کربلایی<sup>۱</sup>، کامران یزدانبخش<sup>۲\*</sup>، آسیه مرادی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکترا، گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.
۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.
۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.



DOI: [10.22034/JMPR.2022.54361.5295](https://doi.org/10.22034/JMPR.2022.54361.5295)

URL: [https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article\\_17980.html](https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_17980.html)



### چکیده

### مشخصات مقاله

یکی از رایجترین مشکلات بالینی در کودکان اختلالات اضطرابی است که با آسیب‌شناسی روانی قابل توجهی همراه است. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری هیجان‌مدار بر نگرانی و حساسیت اضطرابی در کودکان مضطرب انجام شد. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پژوهش از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر دوره دوم دبستان بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ در دبستانهای ابتدایی بخش کهریزک تحصیل می‌کردند. ابتدا از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای ۶۷۲ نفر به ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های اضطراب کودکان و نوجوانان مبتنی بر DSM-5 (۲۰۱۷)، حساسیت اضطرابی (۱۹۹۱) و نگرانی (۱۹۹۷) پاسخ دادند، در مرحله دوم ۳۰ نفر از بین دانش‌آموزانی که براساس مقیاس‌های پرسشنامه اضطراب کودکان و نوجوانان مبتنی بر DSM-5 (۲۰۱۷) و مصاحبه بالینی حداقل یکی از ملاک‌های اختلالات اضطرابی را برآورده کرده بودند، به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گماشته شدند. جهت تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS-25 استفاده شد. تحلیل داده‌ها نشان داد گروه درمانی شناختی رفتاری هیجان‌مدار بر نگرانی و حساسیت اضطرابی در کودکان دارای اختلالات اضطرابی اثرگذار بود (سطح معناداری ۰/۰۵). براساس یافته‌های پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که گروه درمانی شناختی رفتاری هیجان‌مدار در بهبود نگرانی و حساسیت اضطرابی تاثیر دارد، با توجه به این شواهد استفاده از گروه درمانی شناختی رفتاری هیجان‌مدار برای اختلالات هیجانی در کار بالینی با کودکان مضطرب توصیه می‌گردد.

### کلیدواژه‌ها:

اضطراب، درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار، نگرانی، حساسیت اضطرابی، کودکان

دریافت شده: ۱۴۰۱/۰۹/۱۴

پذیرفته شده: ۱۴۰۱/۱۰/۰۶

منتشر شده: ۱۴۰۳/۰۲/۲۴

\* نویسنده مسئول: کامران یزدانبخش

رایانامه: karbalaie1981@gmail.com

## مقدمه

اختلالات اضطرابی<sup>۱</sup> در دوران کودکی و نوجوانی شروع می‌شوند و در حال حاضر یکی از شایع‌ترین اختلالات دوران کودکی هستند (مریکانگاس، ناکامورا و کسلر<sup>۲</sup>، ۲۰۲۲)، این اختلالات سیر مزمن و مداوم دارند و اگر درمان نشوند با اختلالات کوتاه مدت و بلندمدت قابل توجهی همراه هستند و کودکان را در معرض خطر بالای اختلالات خلق و خوی بعدی، اختلالات سوء مصرف مواد، رفتارهای مخرب، خودکشی، عدم موفقیت تحصیلی قرار می‌دهند (اسلمن، ویچن، لیب، و بیسودو باوم<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸؛ ویسواناتان، والاس، میدلتون، کندی، مک‌کیمن، هادسون و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۲۲). عوامل روانشناختی مختلفی بر اضطراب تاثیرگذارند، در این میان نگرانی و حساسیت اضطرابی از جمله مولفه‌های فراتشخیصی هستند که در پیدایش، حفظ و گسترش اختلالات اضطرابی اثرگذارند.

نگرانی<sup>۵</sup> یکی از اجزای شناختی اضطراب است و به زنجیره‌ای از افکار و تصاویر تکراری مملو از عاطفه منفی و نسبتاً غیرقابل کنترل اشاره دارد. فرآیند نگرانی نشان‌دهنده تلاشی برای درگیر شدن در حل مشکل ذهنی در مورد موضوعی است که نتیجه آن نامشخص است اما احتمال یک یا چند پیامد منفی را در خود دارد (بروکوک، رابینسون، پروزینسکی و دیپیری<sup>۶</sup>، ۱۹۸۳؛ گریس، مجیا، اینهوف راپرت، و تیروف<sup>۷</sup>، ۲۰۲۱). از منظر نظریه اجتناب نگرانی، نگرانی اجتناب از تصویرسازی و برانگیختگی فیزیولوژیکی مرتبط با احساسات منفی را تسهیل می‌کند (منین، هایمبرگ، ترک و فرسکو<sup>۸</sup>، ۲۰۰۵؛ منین و همکاران، ۲۰۰۲)؛ از سوی دیگر نگرانی، با کنترل ضعیف توجه و تمایل به توجه به اطلاعات منفی (سوگیری توجه) و تفسیر منفی ابهام (سوگیری تفسیر) حفظ می‌شود (فنگ، کراهه، کوستر، لائو و هیرش<sup>۹</sup>، ۲۰۲۰). یک کودک یا نوجوان مستعد نگرانی ممکن است تمایل به انجام تفسیرهای تهدیدآمیز داشته باشد و احتمالاً هنگام مواجهه با یک موقعیت مبهم توجه خود را به سمت پیامدهای بالقوه منفی سوق دهد. شواهد نشان می‌دهد که سوگیری‌های منفی پردازش اطلاعات و نقص‌های شناختی در فرآیندهای کنترل اجرایی نقش مهمی در نگرانی و اضطراب کودکان و نوجوانان دارد. (سونگکو، هادسون و فاکس<sup>۱۰</sup>، ۲۰۲۰). مرور ادبیات تحقیق شواهدی از ارتباط نگرانی با عوامل مرتبط با اضطراب مانند کژکاری راهبردهای تنظیم هیجان و باورهای ناکارآمد ارائه می‌دهد (پالمر، اوسترهوف و گنتزلر<sup>۱۱</sup>، ۲۰۲۱؛ آنیان، موروته و همجدال<sup>۱۲</sup>، ۲۰۲۰؛ سالگورو، راموس سجدو و گارسایسانچو<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۹). از سوی دیگر باید توجه داشت که سطوح بیش از حد نگرانی، زمانی

که درمان نشود، یک عامل خطر برای ایجاد اختلالات اضطرابی است، بسیاری از بزرگسالان گزارش دادند که شروع نگرانی‌های بیش از حد آنها در دوران کودکی یا نوجوانی بوده است (کاستلو، ایگر و آنگولد<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۵؛ پاین، کوهن، گورلی، بروک، و ما<sup>۱۵</sup>، ۱۹۹۸). نگرانی مرضی در کودکان و نوجوانان با عملکرد ضعیف تحصیلی، غیبت از مدرسه، مشکل شدید تمرکز، کناره‌گیری از فعالیت‌های اجتماعی و اختلال در الگوهای خواب همراه است (سونگکو، هادسون و فاکس، ۲۰۲۰). مشخص شده است که نگرانی به عنوان یک سازه فراتشخیصی به طور قابل توجهی با اضطراب و افسردگی مرتبط است (ریوم، کنیر، همجدال، هاگن، هالورسن و سولم<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۷؛ شروود، کاریدپاس، ویلان و امرسون<sup>۱۷</sup>، ۲۰۲۰؛ مک ایوی و برانس<sup>۱۸</sup>، ۲۰۱۳). همچنین برخی از پژوهش‌ها شواهدی مبتنی بر تاثیرپذیری سازه نگرانی از مداخله‌های روانشناختی ارائه می‌دهند (منین، فرسکو، اوتول و هایمبرگ<sup>۱۹</sup>، ۲۰۱۸؛ عقیقی، محمدی، رحیمی تغانکی و ایمانی، ۲۰۲۰؛ تقی‌پور، بشرپور، حاجی‌لو و نریمانی، ۲۰۲۱).

یکی دیگر از عوامل مرتبط با اضطراب حساسیت اضطرابی<sup>۲۰</sup> است. حساسیت اضطرابی (AS) به عنوان ترس از علائم مرتبط با اضطراب (مانند تپش قلب، عرق کردن، لرزش و...) به دلیل این باور که این علائم دارای پیامد منفی هستند، تعریف می‌گردد (ریس و مک نالی، ۱۹۸۵). با توجه به اینکه تجربه ذهنی علائم اضطراب در واقع خنثی هستند و شخص آنها را تهدید بالقوه و منفی ادراک می‌کند، این ساختار به عنوان یک سوگیری تفسیر چارچوب بندی شده است (فرانسیس، نوئل و رایان<sup>۲۱</sup>، ۲۰۱۹)؛ حساسیت اضطرابی باعث می‌شود فرد با باور مضر بودن علائم اضطراب، «ترس از ترس» داشته باشد، در نتیجه ترس اولیه را در حلقه‌های بازخورد مکرر تشدید می‌کند (ریس<sup>۲۲</sup>، ۱۹۸۷؛ پاتل و هینتون<sup>۲۳</sup>، ۲۰۲۰). از سوی دیگر حساسیت اضطرابی به عنوان شکلی از سوگیری توجه نیز تصور می‌شود، زیرا افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا به طور انتخابی بر روی احساسات مربوط به اضطراب تمرکز می‌کنند (هو، دای، مک و لیو<sup>۲۴</sup>، ۲۰۱۸). حساسیت اضطرابی میزان انزجار از طیف وسیعی از تجربیات جسمی (تپش قلب، تنگی نفس و...) را تقویت می‌کند و در نتیجه باعث راه‌اندازی انگیزه اجتناب و فرار می‌شود، از جمله استفاده از استراتژی‌های ناسازگار برای جلوگیری از وقایعی که احساساتی همانند اضطراب تولید می‌کنند (مانند سخنرانی، حوادث استرس‌زا، یا سایر تحریکات جسمی مانند ترک مواد)، نقش حساسیت اضطرابی این است که میزان انزجارپذیری این احساسات را تقویت کرده و

1. anxiety disorders
2. Merikangas, Nakamura & Kessler
3. Asselmann, Wittchen, Lieb & Beesdo Bam
4. Viswanathan, Wallace, Middleton, Kennedy, McKeeman, Hudson & et al
5. worry
6. Borkovec, Robinson, Pruzinsky & DePree
7. Grace, Mejia, Inhofe Rapert & Thyroff
8. Mennin, Heimberg, Turk & Fresco
9. Feng, Krahé, Koster, Lau & Hirsch
10. Songco, Hudson & Fox
11. Palmer, Oosterhoff & Gentzler
12. Anyan, Morote & Hjerdal

13. Salguero, Ramos-Cejudo & García-Sancho
14. Costello, Egger & Angold
15. Pine, Cohen, Gurley, Brook & Ma
16. Ryum, Kennair, Hjerdal, Hagen, Halvorsen & Solem
17. Sherwood, Carydias, Whelan & Emerson
18. McEvoy & Brans
19. Mennin, Fresco, O'Toole & Heimberg
20. anxiety sensitivity
21. Francis, Noël & Ryan
22. Reiss
23. Patel & Hinton
24. Ho, Dai, Mak & Liu

عنوان سرخ‌های برای مدیریت اضطراب است. شناسایی فرایندهای شناختی مرتبط با بیش برانگیختگی اضطرابی، آموزش دادن راهبردهای شناختی برای مدیریت اضطراب و آرمیدگی رفتاری و فرصت تمرین عملی به صورت متوالی، در راهنمای درمانی آمده‌اند تا هر مهارت را بر مهارت دیگر بنا کنند. در هر جلسه هم درک هیجانی (برای مثال بازنشاسی سرخ‌های هیجانی، دانش مربوط به علل و پیامد هیجان و حالت‌های هیجانی متغیر و خود به خود) و هم تنظیم هیجان (برای مثال مقابله با هیجانات، استفاده صحیح از قوانین ابراز هیجان) آموخته می‌شود (سوگ و کندال، ۲۰۰۵).

با توجه به اینکه کودکان مضطرب هیجانات را با شدت بیشتری تجربه می‌کنند و کمتر قادر به تنظیم هیجانات خود هستند (سوگ و زمان، ۲۰۰۴؛ متیوز، کوهن، ابطی و کرنز<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۶)، نیاز به انجام پژوهش‌های گسترده برای بررسی کارایی و نحوه اثرگذاری درمان‌های که کار بر روی مولفه‌های هیجانی را در کاربست خود جای می‌دهند، مانند درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار، مشهود است. همچنین با توجه به اینکه درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار برای درمان اختلالات اضطرابی کودکان به تازگی توسعه یافته است و در مقایسه با درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار بزرگسالان پژوهش‌های کمتری به خود اختصاص داده است، نیاز به بررسی بیشتر این درمان بر روی کودکان اهمیت می‌یابد، لذا هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار بر نگرانی و حساسیت اضطرابی دختران دانش‌آموز مضطرب دوره‌ی ابتدایی است.

## روش

روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پژوهش از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. در طرح‌های آزمایشی آزمودنی به صورت تصادفی انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل گماشته می‌شوند و اثر متغیر مستقل بر وابسته بررسی می‌شود. جامعه پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر دوره دوم دبستان (کلاس چهارم تا ششم ابتدایی) است که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ در دبستانهای ابتدایی بخش کهریزک شهرستان ری در استان تهران تحصیل می‌کردند. بر اساس آمار اداره آموزش و پرورش کهریزک، بخش کهریزک ۷۸ مدرسه ابتدایی دارد، از این تعداد ۴۵ مدرسه روستایی و ۳۳ مدرسه شهری است. در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ تعداد دانش‌آموزان دختر دوره دوم دبستان بخش کهریزک ۴۵۶۱ نفر بود، از این تعداد ۲۴۶۳ دانش‌آموز در مدارس شهری و ۲۰۹۸ دانش‌آموز در مدارس روستایی تحصیل می‌کردند. جمعیت دانش‌آموزان دختر به تفکیک هر پایه شامل، ۱۵۳۳ نفر در پایه چهارم، ۱۵۴۸ نفر در پایه پنجم و ۱۴۸۰ نفر در پایه ششم بود. در نهایت نمونه‌ای شامل

پاسخ‌های اجتنابی ناسازگار را برانگیزد (اسمیتس، اتو، پاورز و بیرد<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹). مطالعات طولی بیانگر آن است که برخی ابعاد حساسیت اضطرابی در کودکان و نوجوانان می‌تواند وقوع علائم اضطرابی و افسردگی در آینده را پیش‌بینی کند (هو، دای، مک و لیو، ۲۰۱۸). مرور مطالعات پژوهشی بیانگر آن است که حساسیت اضطرابی ریسک فاکتور خطرآفرین مرتبط با انواع اختلالات اضطرابی است (باک، لی و کیم<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹؛ اینتری و نیوول<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰؛ نپ، فلدنر، آلن، اسمیت، کیو و لین فلدنر<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰). همچنین برخی از پژوهش‌ها حاکی از آن است که سازه حساسیت اضطرابی از مداخله‌های روانشناختی که در بدنه آن تکنیک‌های برای اصلاح شناخت‌های ناسازگار وجود دارد، تاثیر می‌پذیرد (کاپرون، نور، آلن و اسمیت<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷؛ اسنایی، تایلر، مک کان، براون و ژانگ<sup>۶</sup>، ۲۰۲۰؛ نواکوفسکی، روا، آنتونی و مک کیب<sup>۷</sup>، ۲۰۱۶؛ اسمیت، بری، تارت و پاور<sup>۸</sup>، ۲۰۰۸).

در بحث درمان با توجه به اینکه مشکلات تنظیم هیجان یکی از ویژگی‌های اصلی اختلالات اضطرابی (ADs) در کودکان است، بنابراین درمان‌های با تمرکز خاص بر تنظیم هیجان می‌تواند در کاهش اختلالات اضطرابی موثر باشند (سوگ، کندال، کامر و رایب<sup>۹</sup>، ۲۰۰۶؛ سوگ، جونز، داویس، جیکوب، مورلن، توماسین و همکاران<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۸). یکی از این درمان‌های مؤثر بر علائم اضطراب کودکان درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار<sup>۱۱</sup> (ECBT) است که با تأکید بر مهارتهای شناسایی و تشخیص هیجانات خود و دیگران، نحوه صحیح ابراز هیجان با توجه به موقعیت اجتماعی، کاهش شدت هیجانات منفی پیش از بروز پاسخ، در کنار فن‌های شناختی و رفتاری تأثیرگذار بر اضطراب و سایر هیجانات شدید منفی به درمان اضطراب کودک می‌پردازد (افشاری، امیری، نشاط دوست، رضایی، ۲۰۱۵). بطور کلی درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار تمام مؤلفه‌های تجربی درمان شناختی-رفتاری سنتی را به کار می‌گیرد و شامل مؤلفه‌های اضافی برای رفع نقص‌های هیجانی مربوط به مسائلی است که توسط هر بیمار تجربه می‌شود. تفاوت اساسی بین CBT و ECBT ادغام سیستماتیک مفهوم هیجان در رویکرد ECBT است (ستییواتی<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۷). در حقیقت پروتکل درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار برای کودکان مضطرب کلیه مولفه‌های به کار رفته در برنامه درمانی شناختی - رفتاری برای کودکان دارای اختلالات اضطرابی مانند آموزش روانشناختی، بازسازی شناختی، آرمیدگی و سلسله مراتب مواجهه را در بر دارد؛ بعلاوه محتوای بیشتری برای اثر بر آگاهی هیجانی، فهم و ابراز هیجان و تنظیم هیجان که نقایص مرتبط با اضطراب این دسته از کودکان است (سوتام-گرو و کندال<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۲؛ سوگ و زمان<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۴). هدف کلی درمان، آموزش شناسایی علائم ناخواسته برانگیختگی ناشی از اضطراب به کودکان و همچنین استفاده از این علائم به

9. Suveg, Kendall, Comer & Robin
10. Suveg, Jones, Davis, Jacob, Morelen, Thomassin & et al
11. emotion-focused cognitive-behavioral therapy
12. Setiyowati
13. Southam-Gerow & Kendall
14. Suveg & Zeman
15. Mathews, Koehn, Abtahi & Kerns

1. Smits, Otto, Powers & Baird
2. Baek, Lee & Kim
3. Intrieri & Newell
4. Knapp, Feldner, Allan, Schmidt, Keough & Leen-Feldner
5. Capron, Norr, Allan & Schmidt
6. Asnaani, Tyler, McCann, Brown & Zang,
7. Nowakowski, Rowa, Antony & McCabe
8. Smits, Berry, Tart & Powers

۶۷۲ نفر پرسشنامه‌ها را پر کردند، از بین آنها ۳۰ نفر که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارتند از: الف. نمره کسب شده در یکی از زیر مقیاس‌های پرسشنامه اضطراب کودکان و نوجوانان مبتنی بر DSM5 حداقل ۱/۵ انحراف معیار بالاتر از میانگین باشد، ب. در مصاحبه بالینی حداقل یکی از ملاکهای اختلالات اضطرابی را برآورده می‌کردند، پ. والدین برای شرکت در پژوهش رضایت داشته باشند، شرکت‌کنندگان در سه ماه گذشته تحت نظر روانپزشک و روانشناس قرار نگرفته باشند و داروهای روانپزشکی مصرف نکنند. آزمودنی‌های که ملاکهای لازم برای ورود به پژوهش را داشتند و به دو گروه درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار و کنترل، هر گروه شامل ۱۵ نفر، به صورت تصادفی گمناشته شدند. لازم به ذکر است که سه نوبت عدم حضور در جلسات درمانی به عنوان ملاک افت در نظر گرفته شد و داده‌های آزمودنی‌های که غیبت آن‌ها سه جلسه یا بیشتر بود، از تحلیل کنار گذاشته شد. به علت افت آزمودنی‌ها در نهایت داده‌های ۱۲ نفر برای هر کدام از گروه‌ها مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. پس از گمارش تصادفی جلسات درمانی به صورت گروهی انجام پذیرفت. گروه درمانی شناختی رفتاری هیجان‌مدار شامل ۱۶ جلسه درمانی بود. هر هفته ۲ جلسه درمانی برای گروه آزمایش در اتاق مشاوره یکی از مدارس بخش کهریزک توسط دانشجوی دکتری روانشناسی برگزار شد. گروه کنترل تا پایان پژوهش هیچ درمانی دریافت نکرد. در آخرین جلسه درمانی مجدداً پرسشنامه‌های حساسیت اضطرابی و نگرانی توسط هر دو گروه تکمیل گردید. پیگیری درمان دو ماه پس از درمان انجام پذیرفت و گروه آزمایش و کنترل پرسشنامه‌های مذکور را مجدداً کامل کردند. لازم به ذکر است پژوهش حاضر با رعایت اصول اخلاقی از جمله کسب رضایت‌نامه کتبی به منظور شرکت در پژوهش؛ احترام به اصل رازداری در پژوهش به طوری که جهت محرمانه بودن اسامی و اطلاعاتی که موجب شناسایی هویت شرکت‌کنندگان می‌گردید، حذف شد و اطلاعات شرکت‌کنندگان تنها با کد شناسایی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت؛ ارائه اطلاعات کافی در مورد چگونگی پژوهش به تمام والدین کودکان شرکت‌کننده و آزاد بودن آنها برای خروج از روند پژوهش انجام شد. همچنین در پایان پژوهش پنج نفر از افراد گروه کنترل که تمایل به دریافت درمان شناختی- رفتاری هیجان‌مدار داشتند در جلسات انفرادی شرکت کردند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روشهای آماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر) استفاده گردید. کلیه تحلیل‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد.

#### ابزارهای اندازه‌گیری

**پرسشنامه اضطراب کودکان و نوجوانان مبتنی بر DSM5 (YAM-5):** پرسشنامه اضطراب کودکان و نوجوانان مبتنی بر DSM-5 توسط موریس و همکاران در سال ۲۰۱۷ ارائه گردید. اخیراً در تلاش برای ساخت مقیاس غربالگری مطابق با سیستم دسته‌بندی جدید DSM-5 برای اندازه‌گیری علائم اضطراب کودکان و نوجوانان، مقیاس اضطراب جوانان مبتنی بر DSM-5 را با ویژگی‌های روان‌سنجی خوب ارائه دادند. مقیاس DSM-5 از دو بخش تشکیل شده است: بخش I علائم اختلالات اضطرابی اصلی (اختلال

اضطراب جدایی، اختلال اضطراب تعمیم‌یافته، اختلال وحشت، اختلال اجتماعی و سکوت انتخابی) را اندازه‌گیری می‌کند و بخش II علائم فوبیای مختلف (انواع مختلف فوبیای مشخص و آگورافوبیا) را برآورد می‌کند. بخش I 28 (گویه) علائم اختلالات اضطراب اصلی در کتاب DSM-5 را ارزیابی می‌کند و شامل زیرمقیاس‌های اختلال اضطراب جدایی (۶ گویه)، سکوت انتخابی (۴ گویه)، اختلال اضطراب اجتماعی (۶ گویه)، اختلال وحشت (۶ گویه) و اضطراب اختلال تعمیم‌یافته (۶ گویه) است. بخش II (۲۲ گویه) نیز از ۵ زیرمقیاس تشکیل شده است که پوشش‌دهنده‌ی انواع مختلف فوبیا شامل فوبیای حیوانات (۵ گویه)، محیط طبیعی (۴ گویه)، جراثیم، تزریق، خون (۳ گویه) و فوبیای دیگر (۴ گویه) و فوبیای موقعیتی که از نظر محتوای ترس با آگورافوبیا شباهت دارند (۶ گویه) است. همه گویه‌ها با استفاده از یک مقیاس لیکرت ۴ نمره‌ای، از هرگز تا همیشه نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کلی و نمره‌ی هر زیرمقیاس می‌تواند با جمع‌کردن نمره‌های گویه‌های مرتبط با آن به دست آید که نمرات بالاتر، نشان‌دهنده سطوح بالا علائم اضطراب هست. مقیاس YAM-5 پرسشنامه‌ای منبع باز است که به زبانهای انگلیسی، اسپانیایی و هلندی ترجمه و هنجاریابی شده است. در تمامی فرهنگ‌ها و زبان‌ها اعتبار و روایی پرسشنامه مناسب گزارش شده است. در مطالعه سیمون، باس، و ربون، اسمکینز و موریس (۲۰۱۷) اعتبار به شیوه‌ی باز آزمایی برای بخش‌های I در دامنه ۰/۵۴ و برای بخش II در دامنه ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ قرار گرفت. به علاوه روایی محتوایی تشخیصی دو بخش ابزار مناسب گزارش شده است. همبستگی بین مؤلفه‌های بخش I با خرده مقیاس‌های غربالگری اضطراب مرتبط با اختلالات هیجانی کودکان و نوجوانان در دامنه ۰/۲۸ تا ۰/۷۲ و برای بخش II در دامنه ۰/۳۶ تا ۰/۷۰ قرار گرفت. در مطالعه گارسیا-لوپز، سائزکاستیلو و فوننتس‌رودریگز (۲۰۱۷) ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کلی ۰/۸۴ و برای خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۸۵ قرار گرفت. به‌علاوه همبستگی بین نمره کلی بخش I با خرده مقیاس‌های پرسشنامه اضطراب و فوبی اجتماعی و خرده مقیاس‌های اضطراب اجتماعی نوجوانان در دامنه ۰/۵۳ تا ۰/۷۰ قرار گرفت. همچنین در این مطالعه شاخص‌های تحلیل عاملی تأییدی حاکی از برازندگی مدل است. در مطالعه‌ی پیرزا و آهی (۱۳۹۷) که روی ۳۰۰ آزمودنی شرکت‌کننده در پژوهش ۱۱۸ پسر و ۱۸۲ مورد دختر در دامنه سنی بین ۱۲ تا ۱۸ سال با میانگین سنی ۱۳/۳۹ و انحراف معیار ۱/۴۴ بود صورت گرفت که نتایج به دست آمده، یافته‌های مطالعات پیشین را تأیید کرد. ضریب آلفای کرونباخ عوامل به دست آمده در دامنه‌ی ۱/۶۵ تا ۰/۸۵ گزارش شده و همچنین آلفای کرونباخ کلی آزمون در هر دو عامل به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۱ گزارش شده است. میکائیلی منیع و آب‌خیز (۱۳۹۹) ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه را در ۴۰۰ کودک و نوجوان ۸ تا ۱۵ سال مورد بررسی قرار دادند، نتایج پژوهش آنان آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۹ و دامنه مقادیر ضرایب همسانی درونی، دونیمه‌کردن و بازآزمایی مؤلفه‌ها (۰/۶۰ تا ۰/۹۰) بود که همسانی درونی و پایایی خوب این مقیاس و زیرمقیاس‌هایش را نشان می‌دهد و نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، ۱۰ عامل با مقدار ویژه بیش‌تر از یک را آشکار کرد که در

مجموع ۴۸/۶۴٪ از واریانس کل را تبیین می‌کردند. شاخص‌های برازش کلی دلالت بر برازش مطلوب مدل ده عاملی این سنجه داشت.

**پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا کودک و نوجوان (PSWQ-C):** این پرسشنامه توسط کورپیتا، تریسی، کولیکا و بارلو (۱۹۹۷)، ساخته شده است که دارای ۱۴ گزاره هست و میزان شدت، گستردگی و غیرقابل کنترل بودن نگرانی را می‌سنجد. سؤالات به صورت چهاردرجه‌ای، نمره‌گذاری می‌شوند؛ یعنی به صورت هرگز صحیح نیست=۰، گاهی اوقات صحیح است=۱، اغلب اوقات صحیح است=۲، همیشه صحیح است=۳. نمره کلی این پرسشنامه از جمع تمامی آیتم‌ها به دست می‌آید. کورپیتا و همکاران (۱۹۹۷) این فرم را برای کودکان و نوجوانان انطباق سازی کردند و هم در گروه بالینی و هم در گروه غیر بالینی اجرا نمود. پرسشنامه‌ی نگرانی پنسیلوانیا کودک و نوجوانان (PSWQ-C) دارای ۱۴ گزاره هست که برای ارزیابی ویژگی‌های روند نگرانی غیرطبیعی (مانند غیرقابل کنترل بودن) به جای فراوانی یا محتوای نگرانی، به کار می‌رود. در پژوهش کورپیتا و همکاران (۱۹۹۷)، پرسشنامه مربوط به کودکان و نوجوانان یک عاملی به دست آمد. همچنین اعتبار آزمون و باز آزمون آن برابر ۰/۹۲ به دست آمد. برای ۱۴ عبارت فرم اصلی آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. به دلیل اینکه تحقیقات آن‌ها نشان از تفاوت‌های رشدی داده بود، در این پژوهش نمونه به دو گروه سنی ۶ تا ۱۱ سال و ۱۲ تا ۱۸ سال تقسیم شدند تا همسانی درونی برای هر دو گروه بر اساس تفاوت‌های رشدی بیاید. آلفای کرونباخ مربوط به گروه کودکان کوچک‌تر ۰/۸۱ و برای کودکان بزرگ‌تر ۰/۹۰ به دست آمد. همچنین نتایج این مطالعه برازش نسبتاً خوب آزمون را گزارش کردند. همچنین موریس، مسترز و گوپل (۲۰۰۱) نیز در پژوهش خود، به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه نگرانی کودک و نوجوان پنسیلوانیا (PSWQ-C) پرداختند. آن‌ها آلفای کرونباخ پرسشنامه را در نمونه ۸ تا ۱۲ ساله، برابر ۰/۸۲ به دست آوردند و در ادامه ذکر کردند که در صورت حذف سه آیتم ۹،۷،۲ که همبستگی مطلوبی با سایر سؤالات نداشتند، آلفای کرونباخ کل پرسشنامه به ۰/۸۹ می‌رسد. آن‌ها ذکر کردند که بهتر است هنگام استفاده از این پرسشنامه برای کودکان ۸ تا ۱۲ ساله، این سه آیتم (که به صورت منفی نمره‌گذاری می‌شوند) حذف گردد. در این مطالعه تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره نگرانی در دختران و پسران یافت شد. به طوری که دختران بیش از پسران نگران بودند، ولی هیچ‌گونه تفاوت معنی‌داری بین سطوح سنی، در میانگین نمره نگرانی یافت نشد. در این پژوهش سه آیتم ۹،۷،۲ به علت نداشتن همبستگی با سایر آیتم‌ها برای کودکان ۸ تا ۱۲ ساله حذف گردید و یک فرم کوتاه ۱۱ سؤالی برای استفاده‌ی نهایی پیشنهاد شد. در این حالت روایی سازه پرسشنامه افزایش یافت و همچنین همبستگی نمره نگرانی با نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و دیگر اختلالات اضطرابی نیز افزایش یافت (موریس، مسترز و گوپل، ۲۰۰۱). علت حذف این سه آیتم، عدم توانایی درک دو کلمه منفی در یک جمله برای کودکان است. بنابراین، هنگام استفاده برای کودکان سن ۸ تا ۱۲ ساله بهتر است از فرم کوتاه موریس، مسترز، گوپل (۲۰۰۱) استفاده شود و در هنگام کار با کودکان بزرگ‌تر، از فرم بلند ۱۴ سؤالی استفاده گردد (کورپیتا و همکاران، ۱۹۹۷). در مطالعه‌ای که توسط مقدسین، ارجمند و

محمد خانی (۱۳۹۸) بر روی ۱۱۰۰ آزمودنی (۵۰۰ کودک ۸ تا ۱۲ ساله در مقطع دبستان ۲۸۶ دختر و ۲۱۴ پسر با میانگین سنی ۱۰/۱۹ و انحراف معیار ۲/۴۹) و ۶۰۰ نوجوان ۱۳ تا ۱۵ ساله مقطع دوره متوسطه اول (۱۵۰ دختر و ۱۵۰ پسر با میانگین سنی ۱۳/۸۶ و انحراف معیار ۲/۰۲) و ۳۰۰ نوجوان ۱۶ تا ۱۸ ساله در مقطع دوره متوسطه دوم (۱۴۵ دختر و ۱۵۵ پسر با میانگین سنی ۱۶/۹۸ و انحراف معیار ۲/۱۳) در شهر تهران انجام شد، نتایج مطالعات پیشین تایید شد. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس کلی نگرانی در این پژوهش در کودکان ۰/۸۵ و در نوجوانان ۰/۸۶ به دست آمد که نشان دهنده همسانی درونی مطلوب پرسشنامه است.

**پرسشنامه حساسیت اضطرابی کودکان (CASI):** پرسشنامه حساسیت اضطرابی کودکان یک پرسشنامه خود سنجی است که برای ترس کودکان از احساسات اضطرابی طراحی شده است (سیلورمن، فلسیگ، رابیان و پترسون، ۱۹۹۱). این پرسشنامه ۱۸ آیتم دارد که نمره گذاری آن بر مبنای طیف لیکرت سه درجه ای از هیچ = ۱، برخی اوقات ۲- و بسیار زیاد = ۳ نمره گذاری می‌شود. مجموع نمرات میتواند بین ۱۸ تا ۵۴ باشد. در پژوهش سیلورمن و همکاران (۱۹۹۱) آلفای کرونباخ پرسش نامه حساسیت اضطرابی کودکان ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی این پرسشنامه  $r = 0.76$  برآورد شد که حاکی از آن است که پرسشنامه از ثبات درونی و پایایی بالایی برخوردار است. یافته‌های پژوهش ویمز، هاموندلورانس، سیلورمن و وگینسبورک (۱۹۹۸) نشان می‌دهد بین پرسشنامه حساسیت اضطرابی کودکان و اضطراب همبستگی بالایی (۲)  $(0.69 - 0.52 =$  وجود دارد. یافته‌های پژوهش پورشریفی، باباپور، علیلو، خانجانی و زینالی (۱۳۹۶) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۳ به دست آورد. نتایج مطالعه‌ی فلاحی سرشت و همکاران (۱۴۰۱) بر روی ۵۹۲ دانش‌آموز ۱۱ تا ۱۳ ساله، نشان‌دهنده آن بود که مقیاس حساسیت اضطرابی کودکان از پایایی مناسبی برخوردار است، خرده مقیاس نگرانی فیزیکی، نگرانی اجتماعی و نگرانی روانی به ترتیب دارای آلفای کرونباخ ۰/۷۵، ۰/۷۸ و ۰/۷۸ بود و آلفای کرونباخ مقیاس حساسیت اضطرابی کل ۰/۸۵ بود. همچنین بر اساس نتایج این پژوهش میزان همبستگی بین دوبار اجرای آزمون مقیاس حساسیت اضطرابی کودکان در فاصله دو هفته در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۹۲ می‌باشد که بیانگر پایایی بازآزمایی مناسب آزمون است و در زمینه روایی همزمان یافته‌های آنان مبین همبستگی مثبت و معنادار مقیاس حساسیت اضطرابی و سه خرده مقیاس آن (نگرانی فیزیکی، نگرانی اجتماعی و نگرانی روانی) با مقیاس چند بعدی اضطراب است.

### روش اجرا

به منظور اجرای طرح پس از اخذ مجوزهای لازم از آموزش و پرورش، با هماهنگی مسولین مدرسه ابزارهای پژوهش بر روی نمونه مورد نظر اجرا گردید. برای بررسی میزان اضطراب از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شد، برای این کار ۶ مدرسه ابتدایی دخترانه شهری و ۷ مدرسه ابتدایی روستایی به صورت تصادفی انتخاب گردید و از هر مدرسه ۳ کلاس به تصادف انتخاب شد و پرسشنامه‌های اضطراب کودکان و نوجوانان مبتنی بر DSM-5، نگرانی و حساسیت اضطرابی را تکمیل کردند. برای ترغیب دانش‌آموزان به همکاری بر محرمانه بودن اطلاعات آنان تاکید شد.

چندین مفهوم اساسی به صورت مرحله به مرحله، به کودک یا نوجوان در طی بخش‌های درمانی معرفی میشوند، که با آگاهی از واکنش‌های هیجانی به احساسات شروع می‌شود و به ایجاد بازشناسی واکنش‌های اختصاصی اضطراب و تنظیم هیجان می‌انجامد. از طریق درمان مفاهیم با ترتیبی از ساده به سخت معرفی می‌شوند. در هر جلسه و در طی برنامه آموزشی سطح اضطراب به تدریج افزایش می‌یابد که با موقعیت‌های بدون استرس شروع و به تدریج با سطوح افزایشی اضطراب همراه می‌شود. به علاوه تکالیف (STIC) بعنوان تکالیفی تعیین شده اند تا خارج از مجموعه درمانی کامل شود و به تقویت آنچه در طی جلسات مطرح شده اند، کمک کنند. صورت جلسات درمان شناختی - رفتاری هیجان‌مدار برای کودکان مضطرب که در این پژوهش اجرا گردیده، به شرح زیر است:

گروه درمانی شناختی رفتاری هیجان‌مدار، برنامه ای ۱۶ جلسه ای را توصیف می‌کند که سوگ و کندال (۲۰۰۵) برای درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات اضطرابی طراحی کردند. رویکرد کلی در کتابچه راهنمای ECBT، شناختی - رفتاری است. این درمان ترکیبی از موارد کارآمد رویکرد رفتاری به اضافه تاکید بر عوامل پردازش اطلاعات شناختی مرتبط با اضطراب هر فرد و تمرکز بر نقایص مرتبط با هیجان موجود در کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی است. برنامه آموزشی به دو بخش تقسیم میشود. هشت جلسه اول بخش آموزشی و هشت جلسه دوم تمرینی (مواجهه) است. از ۱۶ جلسه درمانی، دو جلسه برای والدین کودک برگزار می‌گردد. ECBT از ایفای نقش، الگوبرداری، آرمیدگی، بازسازی شناختی، تقویت شرطی، تکالیف، تصویرسازی تخیلی و قرار گرفتن در معرض استفاده می‌کند.

### جدول ۱: شرح جلسات درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار

جلسه	شرح جلسه
اول	برقراری رابطه درمانی، جهت دهی کودک نسبت به درمان؛ معرفی هیجان شادی
دوم	جلسه‌ای برای کمک به شناسایی احساس اضطراب و شروع شناسایی پاسخ‌های جسمانی، معرفی هیجان غم و ناراحتی و معرفی استفاده از کتاب‌کار
سوم	مروری بر احساس اضطراب و سرنخ‌های جسمانی و شناسایی پاسخ‌های جسمانی کودک، معرفی هیجان خشم
چهارم	جلسه ای برای فراهم آوردن اطلاعات بیشتر در مورد درمان برای والدین و ترغیب کردن آنها به مشارکت
پنجم	معرفی آموزش آرمیدگی و معرفی هیجان غرور و مباهات
ششم	معرفی نقش خودگویی مضطربانه و معرفی هیجان گناه
هفتم	جلسه ای برای اصلاح کردن بیشتر خودگویی مضطربانه به سمت خود گویی مقابله ای، آموزش راهبردهای حل مسئله و معرفی حسادت
هشتم	معرفی خود ارزیابی و خود پاداش دهی برای موفقیت در مدیریت کردن اضطراب و مرور همه مهارت‌های قبلی با معرفی "طرح نگران"
نهم	ارائه اطلاعات و تشویق مشارکت والدین در برنامه درمانی
دهم	تمرین مدل ۴ مرحله ای در موقعیت‌های کمتر اضطراب‌انگیز
یازدهم	ادامه تمرین مدل ۴ مرحله‌ای در موقعیت‌های کمتر اضطراب‌انگیز و تمرین مقابله با تجارب هیجان‌برانگیز خفیف
دوازدهم	کاربرد مهارت‌های مقابله ای در موقعیت‌های تصویری و واقعی که اضطراب متوسطی را ایجاد می‌کنند
سیزدهم	ادامه تمرین مدل ۴ مرحله ای در موقعیت‌های که سطوح متوسطی از اضطراب و سایر هیجان‌ها را بر می‌انگیزد
چهاردهم	کاربرد مدل ۴ مرحله ای در موقعیت‌های تصویری که سطوح بالایی از اضطراب را بر می‌انگیزد.
پانزدهم	تمرین مهارت‌های مقابله ای در موقعیت‌های واقعی که سطوح بالایی از اضطراب و سایر هیجان‌ها را بر می‌انگیزد.
شانزدهم	تداوم تمرین مهارت‌های مقابله ای در موقعیت‌های با اضطراب بالا، مرور خلاصه ای از برنامه درمان و خداحافظی و خاتمه دادن به رابطه درمانی

### یافته‌ها

در این پژوهش میانگین سن آزمودنی‌ها (۱۰/۸۶) سال بوده است. جهت بررسی معنی‌داری تفاوت‌ها، ابتدا مفروضه‌های آزمون‌های پارامتریک بررسی شد. نتایج حاصل از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که سطح معناداری متغیر در گروه‌ها از ۰/۰۵ بیشتر بود که این امر بیانگر نرمال بودن توزیع داده‌ها در این متغیرها است ( $p > 0/05$ ). پیش فرض همگنی مارتنیس‌های واریانس به وسیله شاخص آماره آزمون لوین برای متغیرها بررسی شد که عدم معنادار بودن این آزمون نشان داد که این پیش فرض

مورد تایید است ( $p > 0/05$ ). برای بررسی پیش فرض همگنی ضرایب رگرسیونی، معنی داری اثر متقابل بین متغیر مستقل (گروه‌های مورد مطالعه) و متغیر همراه (نمرات پیش‌آزمون) به صورت جداگانه در مقاطع پس‌آزمون و پیگیری آزمون شد. نتایج بیانگر آن است که اثر متقابل معنی داری بین متغیر مستقل و متغیر همراه در مقطع پیگیری وجود ندارد. جهت بررسی پیش فرض خطی بودن از روش نمودار پراکندگی استفاده شد. نتایج نشان داد که بین نمرات متغیرهای حساسیت اضطرابی و نگرانی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون رابطه خطی وجود دارد.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای حساسیت اضطرابی و نگرانی در گروه‌های آزمایش و کنترل در موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

P	آماره کولموگروف اسمیرنوف	گروه کنترل		گروه درمان شناختی رفتاری هیجان مدار		متغیر
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۰/۲۰۰	۰/۱۲۹	۵/۰۶	۳۴/۱۶	۸/۸۴	۲۷/۴۱	پیش‌آزمون نگرانی
۰/۱۴۷	۰/۱۵۴	۵/۰۲	۳۳/۶۷	۹/۵۲	۱۹/۲۶	پس‌آزمون نگرانی
۰/۹۸۱	۰/۱۶۷	۵/۵۰	۳۴/۵۸	۹/۶۹	۲۰/۶۶	پیگیری نگرانی
۰/۲۰۰	۰/۱۱۵	۵/۵۰	۳۲/۸۳	۵/۲۳	۳۳/۱۶	پیش‌آزمون حساسیت اضطرابی
۰/۰۷۳	۰/۱۶۹	۵/۳۷	۳۲/۷۵	۵/۸۳	۳۱	پس‌آزمون حساسیت اضطرابی
۰/۲۰۰	۰/۱۳۸	۴/۸۳	۳۲/۹۱	۵/۶۶	۳۱/۳۳	پیگیری حساسیت اضطرابی

نتایج جدول نشان می‌دهد که حساسیت اضطرابی و نگرانی در موقعیت پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس آمیخته با سنجش‌های تکراری در متن مانوای آمیخته روی نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری حساسیت اضطرابی و نگرانی در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	SS	DF	MS	F	P	اندازه اثر	توان آماری
حساسیت اضطرابی	۲۹۴۶۹/۴۴	۱	۲۹۴۶۹/۴۴	۳۹۹/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۹۷۳	۱
نگرانی	۱۸۱۳۵/۱۱	۱	۱۸۱۳۵/۱۱	۸۴/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۸۸۵	۱

دارد. جهت مقایسه زمان‌های اندازه‌گیری از آزمون بونفرونی استفاده شد که نتایج در جدول زیر ارائه شده است.

نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهند که تحلیل واریانس‌های آمیخته با سنجش‌های تکراری در متغیر حساسیت اضطرابی و نگرانی معنی‌دار می‌باشند. بنابراین می‌توان بیان کرد که بین میانگین نمرات متغیر حساسیت اضطرابی و نگرانی در دو گروه آزمایش و کنترل، تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۴: نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیر حساسیت اضطرابی و نگرانی در گروه آزمایش

متغیر	موقعیت	تفاوت میانگین‌ها	SD	P
حساسیت اضطرابی	پس‌آزمون	۷/۵۰	۰/۹۳۳	$P \leq 0.001$
	پیش‌آزمون	۶/۱۶	۰/۸۰۶	$P \leq 0.001$
	پیگیری	-۱/۳۳	۰/۷۴۲	۰/۲۹۹
	پس‌آزمون	-۷/۵۰	۰/۹۳۳	$P \leq 0.001$
نگرانی	پس‌آزمون	۸/۱۶	۲/۲۰	$P \leq 0.011$
	پیش‌آزمون	۶/۷۵	۲/۴۳	$P \leq 0.054$
	پیگیری	-۱/۴۱	۱/۲۴	۰/۸۳۲
	پس‌آزمون	-۸/۱۶	۲/۲۰	$P \leq 0.011$

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار (ECBT) در کاهش نگرانی و حساسیت اضطرابی کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی بود. نتایج پژوهش نشان داد مداخله‌ی صورت گرفته به طور معنی‌داری باعث کاهش نگرانی و حساسیت اضطرابی در کودکان مضطرب می‌گردد.

بر اساس داده‌های جدول ۴، نتایج نشان داد که بین نمرات درون‌گروهی پیش‌آزمون و پس‌آزمون (اثر مداخله) تفاوت وجود دارد. بین پس‌آزمون و پیگیری (اثر زمان) در نمرات متغیر حساسیت اضطرابی و نگرانی تفاوت وجود ندارد. به عبارت دیگر مداخله در گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری در طی زمان تاثیر ثابتی را داشته است.



از تاثیر درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار در بهبود تنظیم هیجان ارائه می‌دهد (سوگ و همکاران، ۲۰۱۸؛ افشاری و همکاران، ۲۰۱۵)، که احتمالاً این تغییرات منجر به افزایش توانایی در مدیریت نگرانی می‌گردد.

یافته‌ی دیگر پژوهش حاضر نشان‌دهنده تاثیر درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار (ECBT) بر بهبود حساسیت اضطرابی کودکان مضطرب بود، همانند نگرانی جستجو پژوهشگران برای دستیابی به پژوهشی که به بررسی اثر درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار بر حساسیت اضطرابی باشد، فاقد نتیجه بود. در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت حساسیت اضطرابی، با فرضیه ایس که ایده‌های غیرمنطقی سطح ناراحتی از احساسات ناخوشایند را افزایش می‌دهد، مرتبط است. حساسیت اضطرابی سبب می‌گردد فرد با باور آسیب‌رسان بودن علائم اضطراب، «ترس از ترس» را تجربه کند (پاتل و هینتون، ۲۰۲۰). این سازه به عنوان باورهای توصیف می‌شود که اضطراب علاوه بر ناخوشایندی، پیامدهای نامطلوبی نیز دارد، باورهای مانند این که اضطراب شرم آور است، منجر به بیماری روانی می‌شود و باعث بیماری جسمی می‌شود؛ هر یک از این باورها نشان‌دهنده وجود حساسیت اضطرابی است. هر چه فرد باورهای اضطرابی بیشتری داشته باشد، و هر چه این باورها قویتر باشد، سطح حساسیت اضطرابی بالاتر است (ریس، ۱۹۸۷). منطقی به نظر می‌رسد مداخله‌های که کار بر روی افکار و باورهای ناکارآمد یکی از اجزای اصلی فرایند درمان است منجر به کاهش حساسیت اضطرابی شوند، پژوهش‌ها نیز یافته‌های در تایید کارایی درمان‌های که شناخت‌ها و باورهای ناکارآمد را آماج قرار می‌دهند، در کاهش حساسیت اضطرابی ارائه می‌دهند (کاپرون و همکاران، ۲۰۱۷؛ اسنای و همکاران، ۲۰۲۰). با توجه به این که درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار کلیه مولفه‌های به کار رفته در برنامه درمانی شناختی - رفتاری را از جمله تکنیک‌های شناختی مانند آموزش روانشناختی و بازسازی شناختی را در خود جای داده است، می‌توان انتظار داشت این در مان مانند درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار نیز کار بر روی مولفه‌های هیجانی از جمله تنظیم هیجان را در کاربست خود جای داده است، می‌توان انتظار داشت این درمان با کاهش نگرانی همراه باشد. این درمان با مشارکت کودکان در انواع فعالیت‌های تجربی طراحی شده برای افزایش درک احساسات مختلف می‌تواند آگاهی هیجانی و تنظیم هیجان را بهبود بخشد. سوگ و همکاران (۲۰۱۸) معتقدند چنین فعالیت‌هایی ممکن است به جوانان کمک کند تا شدت‌های مختلف احساسات، نحوه تمایز بین احساسات و موقعیت‌هایی را که احتمالاً منجر به تجربه احساسات مختلف می‌شود، تشخیص دهند. در مجموع، این مهارت‌ها مولفه‌های کلیدی هستند که زیربنای شناسایی و تنظیم مؤثر هیجان محسوب می‌گردند. در درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار، کودک یاد می‌گیرد با هیجان‌ات ناخوشایند خود مواجه گردد (که احتمالاً این فرایند منجر به کمرنگ شدن اثر تقویتی اجتناب مرتبط با نگرانی می‌گردد)، سپس از کودک خواسته می‌شود تا آن تجربیات هیجانی را مدیریت کند و در پایان به فرد این فرصت داده می‌شود تا در موقعیت واقعی تجربه هیجانی و نحوه مدیریت آن را تکرار کند. در نتیجه بیمار توانایی مدیریت انواع مختلف هیجان‌ها را کسب خواهد کرد (ستیواتی، ۲۰۱۷، افشار و همکاران، ۲۰۱۵). مرور ادبیات پژوهشی شواهدی

در خصوص یافته‌ی این پژوهش که نشان‌دهنده تاثیر درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار (ECBT) بر کاهش نگرانی کودکان مضطرب بود، لازم به ذکر است بررسی ادبیات پژوهشی به منظور دستیابی به شواهدی مربوط به بررسی تاثیر درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار در زمینه‌ی نگرانی، نتیجه‌ای در برداشت. با این وجود نتایج پژوهش‌های که اثربخشی مداخله‌های با تمرکز ویژه بر فرآیندهای هیجانی، مانند پژوهش حاضر، در بهبود نگرانی را بررسی می‌کردند، همسو با این پژوهش نشان‌دهنده اثربخشی این درمان‌ها در کاهش نگرانی است (منین و همکاران، ۲۰۱۸؛ تقی‌پور و همکاران، ۲۰۲۱). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت نگرانی بعنوان جریانی از افکار و باورهای منفی در مورد آینده توصیف می‌گردد (فنگ و همکاران، ۲۰۲۰). منین و همکارانش (۲۰۰۲) معتقدند که تفاوت‌های فردی مهم در تجربه و تنظیم احساسات ممکن است باعث ایجاد نگرانی به عنوان یک استراتژی اجتنابی شود. این تجربه از احساسات به عنوان شدید، نامشخص و بد، همراه با فقدان راهبردهای تنظیم مؤثر، ممکن است افراد را به جستجوی ابزارهای اجتناب عاطفی برانگیزد. از آنجایی که اضطراب از طریق تلاش برای اجتناب حفظ و تشدید می‌شود، فرد ممکن است به طور فزاینده‌ای نسبت به تجربه هیجانی خود احساس سردرگمی کند و نسبت به آن بیزار باشد، در نتیجه تلاش‌های خودکار یا استراتژیک بیشتری برای اجتناب از طریق نگرانی ایجاد می‌کند (منین و همکاران، ۲۰۰۵؛ منین و همکاران، ۲۰۰۲). پژوهش‌ها از وجود نقص در تنظیم هیجان افراد مبتلا به نگرانی حمایت می‌کنند (سالگورو و همکاران، ۲۰۱۹؛ پالمرو و همکاران، ۲۰۲۱). به نظر می‌رسد هر درمانی که به بهبود فرایند تنظیم هیجان منجر شود، احتمالاً به کاهش نگرانی منجر می‌گردد، شواهدی در زمینه کاهش نگرانی در نتیجه بهبود راهبردهای تنظیم هیجان وجود دارد (منین و همکاران، ۲۰۱۸؛ تقی‌پور و همکاران، ۲۰۲۱؛ عقیقی و همکاران، ۲۰۲۰). با توجه به اینکه درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار نیز کار بر روی مولفه‌های هیجانی از جمله تنظیم هیجان را در کاربست خود جای داده است، می‌توان انتظار داشت این درمان با کاهش نگرانی همراه باشد. این درمان با مشارکت کودکان در انواع فعالیت‌های تجربی طراحی شده برای افزایش درک احساسات مختلف می‌تواند آگاهی هیجانی و تنظیم هیجان را بهبود بخشد. سوگ و همکاران (۲۰۱۸) معتقدند چنین فعالیت‌هایی ممکن است به جوانان کمک کند تا شدت‌های مختلف احساسات، نحوه تمایز بین احساسات و موقعیت‌هایی را که احتمالاً منجر به تجربه احساسات مختلف می‌شود، تشخیص دهند. در مجموع، این مهارت‌ها مولفه‌های کلیدی هستند که زیربنای شناسایی و تنظیم مؤثر هیجان محسوب می‌گردند. در درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار، کودک یاد می‌گیرد با هیجان‌ات ناخوشایند خود مواجه گردد (که احتمالاً این فرایند منجر به کمرنگ شدن اثر تقویتی اجتناب مرتبط با نگرانی می‌گردد)، سپس از کودک خواسته می‌شود تا آن تجربیات هیجانی را مدیریت کند و در پایان به فرد این فرصت داده می‌شود تا در موقعیت واقعی تجربه هیجانی و نحوه مدیریت آن را تکرار کند. در نتیجه بیمار توانایی مدیریت انواع مختلف هیجان‌ها را کسب خواهد کرد (ستیواتی، ۲۰۱۷، افشار و همکاران، ۲۰۱۵). مرور ادبیات پژوهشی شواهدی

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار (ECBT) بر بهبود نگرانی و حساسیت اضطرابی کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی مؤثر است. لازم به ذکر است این مطالعه همانند مطالعات دیگر شامل برخی از محدودیت‌هاست؛ نخست این که استفاده از روش‌های خود گزارش‌دهی ممکن است سوگیری در پاسخ شرکت‌کنندگان را به همراه داشته باشد. بعلاوه نمونه پژوهش حاضر دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال‌های اضطرابی بخش کهریزک بود، بنابراین تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها باید با احتیاط صورت گیرد؛ به همین دلیل پیشنهاد می‌شود اثربخشی این درمان در مردان و سایر گروه‌های سنی نیز مورد مطالعه قرار گیرد. به منظور بررسی دقیق‌تر اثربخشی این رویکرد درمانی در کودکان مضطرب به پژوهشگران توصیه می‌گردد، در پژوهش‌های آتی به مقایسه این درمان با رویکردهای درمانی دیگر در بهبود عوامل زمینه ساز اضطراب کودکان بپردازند. در نهایت یافته‌های این پژوهش می‌تواند به عنوان راهنمایی برای متخصصان و درمانگران کودک استفاده شود.

## تشکر و قدردانی

این پژوهش بخشی از رساله‌ی دکتری است و در اجرای آن از هیچ سازمانی کمک مالی دریافت نشده است. پژوهشگران از اداره کل آموزش و پرورش شهرستان‌های استان تهران، اداره آموزش و پرورش کهریزک، مدیران دبستان‌های دخترانه بخش کهریزک، دانش‌آموزان و خانواده‌های آنان که در روند اجرای این پژوهش همکاری نمودند کمال قدردانی و تشکر را دارند.

## منابع

- کندال، فیلیپ و سووگ، سینا. (۲۰۰۵). درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار برای کودکان مضطرب نسخه دوم مخصوص درمانگر. ترجمه افروز افشاری و همکاران (۱۳۹۶). اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی.
- پیرزاد، علی و آهی، قاسم. (۱۳۹۷). بررسی ساختار عاملی، اعتبار و روایی پرسشنامه اضطراب کودکان و نوجوانان (YAM-5) مبتنی بر DSM-5. اندیشه و رفتار، ۱۳(۵۰)، ۷-۱۶.
- پورشریفی، حمید؛ یلباپور، جلیل؛ علیلو، مجید محمود؛ خانجانی، زینب و زینالی، شیرین. (۱۳۹۶). طراحی و آزمون مدلی برای اضطراب کودکان بر اساس متغیرهای والد و کودک. *دوفصلنامه روانشناسی خانواده*، ۴(۱)، ۱۷-۲۸.
- فلاحی سرشت، شیوا؛ کریمی، پروانه، رحیمی، علی؛ دریکوند، فتنه؛ یزدانبخش، کامران و کربلایی، محبوبه (۱۴۰۱). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه حساسیت اضطرابی در کودکان. *مجله سلامت روان کودک*. در دست چاپ.
- مقدسین، مریم؛ ارجمند، فتنه و محمد خانی، شهرام. (۱۳۹۸). هنجاریابی و بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه نگرانی (PSWQ-C) در کودکان و نوجوانان ۸ تا ۱۸ ساله. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۰(۳)، ۱-۲۶.
- میکائیلی منبع، فرزانه و آب‌خیز، شلر. (۱۳۹۹). بررسی ویژگی‌های روانسنجی سنجۀ اضطراب کودکان و نوجوانان بر اساس DSM-5. *مجله روانشناسی بالینی*، ۱۲(۴).
- Afshari, A., Amiri, S., Neshat Doost, H. T., & Rezaie, F. (2015). Comparing effectiveness of group Emotion-focused cognitive-behavioral therapy and group cognitive-behavioral therapy on children with social anxiety disorder. *Studies in Medical Sciences*, 26(3), 194-204.
- Aghighi, A., Mohammadi, N., Rahimi Taghanaki, C., & Imani, M. (2020). Effectiveness of emotion regulation group therapy on symptom reduction, worry and emotion dysregulation in individuals with panic disorder. *Bianual Journal of Applied Counseling*, 10(1), 65-88.
- Anyan, F., Morote, R., & Hjemdal, O. (2020). Prospective relations between loneliness in different relationships, metacognitive beliefs, worry and common mental health problems. *Mental Health & Prevention*, 19, 200186.
- Asnaani, A., Tyler, J., McCann, J., Brown, L., & Zang, Y. (2020). Anxiety sensitivity and emotion regulation as mechanisms of successful CBT outcome for anxiety-related disorders in a naturalistic treatment setting. *Journal of affective disorders*, 267, 86-95.
- Asselmann, E., Wittchen, H. U., Lieb, R., & Beesdo Baum, K. (2018). Sociodemographic, clinical, and functional long term outcomes in adolescents and young adults with mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(1), 6-17.

- Baek, I. C., Lee, E. H., & Kim, J. H. (2019). Differences in anxiety sensitivity factors between anxiety and depressive disorders. *Depression and anxiety*, 36(10), 968-974.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour research and therapy*, 21(1), 9-16.
- Capron, D. W., Norr, A. M., Allan, N. P., & Schmidt, N. B. (2017). Combined "top-down" and "bottom-up" intervention for anxiety sensitivity: Pilot randomized trial testing the additive effect of interpretation bias modification. *Journal of Psychiatric Research*, 85, 75-82.
- Chorpita, B. F., Tracey, S. A., Brown, T. A., Collica, T. J., & Barlow, D. H. (1997). Assessment of worry in children and adolescents: An adaptation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour research and therapy*, 35(6), 569-581.
- Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A. (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 14(4), 631-648.
- Feng, Y. C., Krahé, C., Koster, E. H., Lau, J. Y., & Hirsch, C. R. (2022). Cognitive processes predict worry and anxiety under different stressful situations. *Behaviour research and therapy*, 157, 104168.
- Francis, S. E., Noël, V. A., & Ryan, S. L. (2019). A systematic review of the factor structure of anxiety sensitivity among children: Current status and recommendations for future directions. *In Child & Youth Care Forum*, 48(5), 603-632. Springer US.
- Grace, S. C., Mejia, J. M., Inhofe Rapert, M., & Thyroff, A. (2021). Emotional awareness in time of disruption: The impact of tolerance for ambiguity, worry, perceived stress, helpful communication, and past experience on student satisfaction. *Marketing Education Review*, 31(3), 226-240.
- Garcia-Lopez, L.-J., Saez-Castillo, A. J., & Fuentes-Rodriguez, G. (2017). Psychometric properties of the Youth Anxiety Measure for DSM-5, Part I (YAM-5-I) in a community sample of Spanish-speaking adolescents. *Journal of affective disorders*, 208, 455-459.
- Ho, S. M., Dai, D. W. T., Mak, C., & Liu, K. W. K. (2018). Cognitive factors associated with depression and anxiety in adolescents: A two-year longitudinal study. *International journal of clinical and health psychology*, 18(3), 227-234.
- Intrieri, R. C., & Newell, C. B. (2020). Anxiety sensitivity not distress tolerance as a predictor of generalized anxiety symptoms and worry. *Current Psychology*, 1-11.
- Knapp, A. A., Feldner, M., Allan, N. P., Schmidt, N. B., Keough, M. E., & Leen-Feldner, E. W. (2020). Test of an Anxiety Sensitivity Amelioration Program for at-risk youth (ASAP-Y). *Behaviour Research and Therapy*, 126, 103544.
- Mathews, B. L., Koehn, A. J., Abtahi, M. M., & Kerns, K. A. (2016). Emotional competence and anxiety in childhood and adolescence: A meta-analytic review. *Clinical child and family psychology review*, 19(2), 162-184.
- McEvoy, P. M., & Brans, S. (2013). Common versus unique variance across measures of worry and rumination:

- Silverman, W. K., Fleisig, W., Rabian, B., & Peterson, R. A. (1991). Childhood anxiety sensitivity index. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 20(2), 162-168.
- Simon, E., Bos, A. E., Verboon, P., Smeekens, S., & Muris, P. (2017). Psychometric properties of the Youth Anxiety Measure for DSM-5 (YAM-5) in a community sample. *Personality and Individual Differences*, 116, 258-264.
- Setiyowati, A. J. (2017). Emotion Focussed Cognitive Behavioral Therapy: An Attempt to Resolve Emotional Deficiency and Strengthen Cognitive Behavioral Therapy Efficacy. In 3rd International Conference on Education and Training (ICET 2017), 261-264. Atlantis Press.
- Sherwood, A., Carydias, E., Whelan, C., & Emerson, L. M. (2020). The explanatory role of facets of dispositional mindfulness and negative beliefs about worry in anxiety symptoms. *Personality and Individual Differences*, 160, 109933.
- Smits, J. A., Berry, A. C., Tart, C. D., & Powers, M. B. (2008). The efficacy of cognitive-behavioral interventions for reducing anxiety sensitivity: A meta-analytic review. *Behaviour research and therapy*, 46(9), 1047-1054.
- Smits, J. A., Otto, M. W., Powers, M. B., & Baird, S. O. (2019). Anxiety sensitivity as a transdiagnostic treatment target. In *The Clinician's Guide to Anxiety Sensitivity Treatment and Assessment*, 1-8.
- Songco, A., Hudson, J. L., & Fox, E. (2020). A cognitive model of pathological worry in children and adolescents: A systematic review. *Clinical child and family psychology review*, 23(2), 229-249.
- Southam-Gerow, M. A., & Kendall, P. C. (2002). Emotion regulation and understanding: Implications for child psychopathology and therapy. *Clinical psychology review*, 22(2), 189-222.
- Suveg, C., & Zeman, J. (2004). Emotion regulation in children with anxiety disorders. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 33(4), 750-759.
- Suveg, C., Jones, A., Davis, M., Jacob, M. L., Morelen, D., Thomassin, K., & Whitehead, M. (2018). Emotion-focused cognitive-behavioral therapy for youth with anxiety disorders: A randomized trial. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46(3), 569-580.
- Suveg, C., Kendall, P. C., Comer, J. S., & Robin, J. (2006). Emotion-focused cognitive-behavioral therapy for anxious youth: A multiple-baseline evaluation. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(2), 77-85.
- Taghipuor, B., Basharpour, S., Hajilo, N., & Narimani, M. (2021). The effectiveness of Emotion Regulation on Anxiety Sensitivity and worry of women with panic disorder. *Journal of Psychological Studies*, 17(1), 145-160.
- Weems, C. F., Hammond-Laurence, K., Silverman, W. K., & Ginsburg, G. S. (1998). Testing the utility of the anxiety sensitivity construct in children and adolescents referred for anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(1), 69-77.
- Viswanathan, M., Wallace, I. F., Middleton, J. C., Kennedy, S. M., McKeeman, J., Hudson, K., & Kahwati, L. (2022). Screening for anxiety in children and adolescents: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*, 328(14), 1445-1455.
- Predictive utility and mediational models for anxiety and depression. *Cognitive therapy and research*, 37(1), 183-196.
- Mennin, D. S., Fresco, D. M., O'Toole, M. S., & Heimberg, R. G. (2018). A randomized controlled trial of emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder with and without co-occurring depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 86(3), 268.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 43(10), 1281-1310.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder.
- Merikangas, K. R., Nakamura, E. F., & Kessler, R. C. (2022). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in clinical neuroscience*.
- Muris, P., Meesters, C., & Gobel, M. (2001). Reliability, validity, and normative data of the Penn State Worry Questionnaire in 8-12-yr-old children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 32(2), 63-72.
- Muris, P., Simon, E., Lijphart, H., Bos, A., Hale, W., & Schmeitz, K. (2017). The youth anxiety measure for DSM-5 (YAM-5): development and first psychometric evidence of a new scale for assessing anxiety disorders symptoms of children and adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, 48(1), 1-17.
- Nowakowski, M. E., Rowa, K., Antony, M. M., & McCabe, R. (2016). Changes in anxiety sensitivity following group cognitive-behavior therapy for social anxiety disorder and panic disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 40(4), 468-478.
- Palmer, C. A., Oosterhoff, B., & Gentzler, A. L. (2021). Don't worry, be happy: associations between worry and positive emotion regulation. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14(3), 417-435.
- Patel, A., & Hinton, D. (2020). Two Peas in a Pod? Understanding Cross-Cultural Similarities and Differences in Anxiety Disorders. In E. Bui, M. E. Charney, A. W. Baker (Eds.), *Clinical Handbook of Anxiety Disorders*, 59-75. Cham: Humana.
- Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., & Ma, Y. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of general psychiatry*, 55(1), 56-64.
- Reiss, S. (1987). Theoretical perspectives on the fear of anxiety. *Clinical Psychology Review*, 7(6), 585-596.
- Reiss, S., & McNally, R. J. (1985). Expectancy model of fear. In S. Reiss, R. Bootzin (Eds). *Theoretical issues in behavior therapy inside*. New York: Academic Press.
- Ryum, T., Kennair, L. E. O., Hjemdal, O., Hagen, R., Halvorsen, J. Ø., & Solem, S. (2017). Worry and metacognitions as predictors of anxiety symptoms: a prospective study. *Frontiers in Psychology*, 8, 924.
- Salguero, J. M., Ramos-Cejudo, J., & García-Sancho, E. (2019). Metacognitive beliefs and emotional dysregulation have a specific contribution on worry and the emotional symptoms of generalized anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(3), 179-190.