

**EFICIENȚA UNEI PLATFORME WEB VALIDATE EMPIRIC PENTRU REDUCEREA ANXIETĂȚII LA COPII
ȘI ADOLESCENȚI: iDARE**

RAPORT ȘTIINȚIFIC

Rezumatul etapei nr. 2

Proiectul iDARE: obiective și prezentarea progresului realizat până în prezent

Obiectivul principal al acestui proiect este construirea și testarea unei platforme web menită să ofere informații științifice adresate într-un limbaj de interfață copiilor și adolescenților cu simptome/tulburări de anxietate, părinților și profesorilor acestora, precum și medicilor de familie la care cei mai mulți dintre acești copii și adolescenți ajung într-o primă fază. În plus, scopul nostru este să oferim servicii de psihoterapie computerizată persoanelor din comunitate (copii și adolescenți care suferă de tulburări de anxietate, ca și părinților acestora care se confruntă cu propriile lor probleme emoționale). Protocolul de psihoterapie cognitiv-comportamentală computerizată pe care dorim să-l implementăm este gândit să includă elemente inovative: o componentă de intervenție auto-administrată adresată părinților (pe lângă componenta adresată copiilor) și o componentă de modificare a procesărilor implicite de informație.

Activitățile realizate în etapa a doua de implementare a proiectului (ianuarie-decembrie 2013) au inclus:

- (1) Focus grupuri cu psihoterapeuți.
- (2) Construirea și administrarea unui chestionar adresat medicilor psihiatrici români care lucrează în practica lor clinică curentă cu copii și adolescenți. Chestionarul a fost folosit de asemenea și drept ghid pentru realizarea unor focus grupuri cu unii dintre medicii psihiatrii care au completat chestionarul.
- (3) Traducerea, adaptarea și validarea preliminară a unui număr de 10 instrumente specifice utilizate pentru screening-ul și evaluarea tulburărilor de anxietate la copii și adolescenți, precum și a mecanismelor implicate în acestea, după cum urmează:

- SCARED: Screen for Childhood Anxiety-Related Disorders - Child Self-Report (Birmaher et al., 1997, 1999); Chestionarul de screening al tulburărilor de anxietate – versiunea pentru copii
- SCARED: Screen for Childhood Anxiety-Related Disorders - Parent-Report (Birmaher et al., 1997, 1999); Chestionarul de screening al tulburărilor de anxietate – versiunea pentru părinți
- SAS-A: Social Anxiety Scale for Adolescents (La Greca and Lopez, 1998); Scala de evaluare a anxietății sociale – versiunea pentru adolescenți
- SAS-C: Social Anxiety Scale for Adolescents Parent Version (La Greca and Lopez, 1998); Scala de evaluare a anxietății sociale – versiunea pentru părinți
- CASI-R: Children and Adolescent Scale of Irrationality – revised version (Bernard & Cronan, 1999); Scala de evaluare a iraționalității în cazul copiilor și adolescenților
- CATS: Children Automatic Thoughts Scale (Hogendoorn et al., 2010); Scala de evaluare a gândurilor automate ale copiilor
- ASQ-C: Ambiguous Scenarios Questionnaire – Child version (Barrett, Rappe, Dadds, & Ryan, 1996); Chestionarul situațiilor ambigue – versiunea pentru copii. Pe baza acestui chestionar, am dezvoltat o versiune alternativă, ce măsoară expectanțele părinților referitoare la modul în care copiii lor vor dezambiguiza situațiile ambigue incluse în chestionar – ASQ-EM/F: Ambiguous Situations Questionnaire – Expectations of Mother/Father.
- ASQ-P: Ambiguous Scenarios Questionnaire – Parent version (Barrett, Rappe, Dadds, & Ryan, 1996); Chestionarul situațiilor ambigue – versiunea pentru părinți; Pe baza acestui chestionar, am dezvoltat o versiune alternativă, ce măsoară expectanțele copiilor referitoare la modul în care părinții lor vor dezambiguiza situațiile ambigue incluse în chestionar – ASQ-EC: Ambiguous Situations Questionnaire – Expectations of Children.

- PSWQ-C: Penn State Worry Questionnaire for Children (Chorpita, Tracey, Brown, Collica, & Barlow, 1997); Chestionarul pentru evaluarea îngrijorării – versiunea pentru copii
 - PSWQ: Penn State Worry Questionnaire (Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990); Chestionarul pentru evaluarea îngrijorării - versiunea pentru adulți
- (4) Specificarea și designul protocolului de evaluarea standardizată (ce urmează să fie livrat online) adresat copiilor și tinerilor ce vor fi incluși în studiul clinic controlat.
 - (5) Realizarea protocolului standardizat pentru tratamentul tulburărilor de anxietate în cazul copiilor și adolescenților.
 - (6) Evaluarea fezabilității implementării platformei iDARE, în termeni de factori care trebuie avuți în vedere în procesul de construire a conținutului și formei platformei, astfel încât aceasta să-și atingă scopul.
 - (7) Construirea unei aplicații computerizate inovative care va fi utilizată în protocolul de intervenție pentru modificarea distorsiunilor atenționale ale copiilor și adolescenților cu tulburări de anxietate, suplimentând astfel intervenția clasică de tip cognitiv-comportamental.
 - (8) Dezvoltarea protocolului de intervenție *self-help* adresat părinților, în vederea managementului propriilor lor probleme emoționale.
 - (9) Dezvoltarea și extinderea materialelor informaționale oferite pe web site-ul proiectului: idare.granturi.ubbcluj.ro.
 - (10) Menținerea web site-ului proiectului: idare.granturi.ubbcluj.ro
 - (11) Acțiuni de diseminare a proiectului, concretizate în (a) prezentări la conferințe științifice naționale și internaționale și (b) publicații științifice.

Detaliem pe scurt, în cele ce urmează, fiecare dintre activitățile implementate:

Focus grupuri cu psihoterapeuți. Scopul acestor focus grupuri a fost stabilirea/construirea (a) protocolului de screening și evaluare psihologică a copiilor și adolescenților cu simptomatologie anxioasă, și (b) protocolului de intervenție psihoterapeutică

adresat copiilor și adolescenților cu tulburări de anxietate, pe de o parte, respectiv părinților lor cu eventuale probleme emoționale, protocoale ce urmează a fi implementate în mediul online. Pe baza informațiilor colectate în cadrul focus grupurilor, am schițat/dezvoltat protocoalele de intervenție.

Construirea și administrarea unui chestionar adresat medicilor psihiatrici români care lucrează în practica lor clinică curentă cu copii și adolescenți, precum și realizarea unor focus grupuri cu medici psihiatri români, în baza chestionarului. S-a urmărit în acest fel realizarea unei imagini de ansamblu asupra practicilor actuale privind tulburările anxioase (diagnostic, terapie, management al cazului) din serviciile specializate de psihiatrie pediatrică din țară. În ultimii ani, datorită accesului relativ facil la resurse informaționale adecvate sau campaniilor de destigmatizare a tulburărilor psihice, solicitarea serviciilor specializate de psihiatrie pediatrică a crescut considerabil. În același timp, numărul de instrumente disponibile de screening sau evaluare, precum și posibilitățile de intervenție, au devenit din ce în ce mai variate. Cu toate acestea, utilizarea algoritmilor de diagnostic recomandați de experți sau utilizarea terapiilor bazate pe dovezi (*evidence-based psychotherapies*) este de cele mai multe ori restricționată. Acest fapt poate fi explicat, în contextul creșterii numărului de pacienți, de resursele umane sau financiare insuficiente pentru a oferi servicii de calitate optimă într-un interval de timp limitat. Astfel, prin aplicarea chestionarului, am încercat pe de o parte evaluarea metodelor actuale de intervenție utilizate în practica curentă de către pedopsihiatri, și pe alta parte, evaluarea percepției și disponibilității acestora de a folosi intervenția online. Chestionarul a inclus cinci secțiuni: date generale legate de practica clinică a medicului respondent (grad de specializare, mediul de lucru – privat, instituție publică etc., număr de cazuri de copii/adolescenți cu tulburări de anxietate văzuți, în medie, lunar, tipuri de tulburări de anxietate diagnosticate etc.), precum și date legate de practicile de tratament implementate de respectivul medic în practica lui curentă; date legate de modalitatea de alegere a intervenției; date legate de percepția includerii psihoterapiei ca modalitate de intervenție; date legate de percepția psihoterapiei online ca modalitate de intervenție; date legate de informațiile și atitudinile pe care medicii respondenți le au în ceea ce privește psihoterapia online.

Patruzeci și nouă de medici (39 de femei și 10 bărbați), cu vârsta medie de 33.77 (abaterea standard a vârstei: 8.04) au completat chestionarul. Dintre aceștia, 35 au fost medici rezidenți, 5 au fost medici specialiști și 9 medici primari. Medicii au raportat, în medie, un număr de 29.31 cazuri de copii/adolescenți care se prezintă lunar în cabinetele lor cu tulburări anxioase,

reprezentând aproximativ o treime dintre copiii/adolescenții care ajung în cabinetul unui medic psihiatru. Cele mai frecvente tulburări de anxietate diagnosticate de medicii respondenți au fost, conform raportării lor, fobiile specifice, tulburarea de panică cu/fără agorafobie, tulburarea de anxietate generalizată, stresul acut și tulburarea de stres posttraumatic. Conform relatărilor medicilor, se constată o creștere progresivă a prevalenței diagnosticării tulburărilor anxioase în rândul copiilor și adolescenților. În ceea ce privește tratamentul medicamentos pe care îl recomandă în practica lor clinică curentă, majoritatea au raportat că preferă ca primă linie de tratament benzodiazepinele sau antidepresivele de tip SSRI. Cele mai puțin recomandate medicamente pentru tratamentul anxietății la copii/adolescenți, conform raportării medicilor, sunt antipsihoticele și neuroborantele (acizi omega, ginkobiloba etc.). În ceea ce privește psihoterapia, 37.5% dintre medicii respondenți au spus că ei personal au specializare în psihoterapie (cognitiv-comportamentală și/sau de familie, terapii de grup, terapii sistemice și psihanaliză). În practica clinică curentă, majoritatea medicilor au spus că utilizează frecvent educația pentru tratament, psihoeducația și oferirea de tratamente scrise. Medicii au considerat că materialele informative contribuie la înțelegerea adecvată a tulburării, a posibilităților de tratament, și ajută pacientul și familia acestuia să monitorizeze evoluția simptomelor. Majoritatea medicilor au indicat că, în ceea ce privește psihoterapia tulburărilor anxioase la copii și adolescenți, preferă terapia cognitiv-comportamentală, psihoeducația, grupurile de suport și materialele informative despre tulburare sau tratament. Majoritatea medicilor au considerat că psihoterapia cognitiv-comportamentală este prima linie de intervenție în cazul tulburărilor anxioase ale copilului și adolescentului, dar că singură nu este suficientă pentru a obține ameliorare semnificativă a simptomelor. Conform raportărilor medicilor, psihoterapia ar trebui implementată de către un psihoterapeut.

Traducerea, adaptarea și validarea preliminară a unui număr de 9 instrumente specifice utilizate pentru screening-ul și evaluarea tulburărilor de anxietate la copii și adolescenți, precum și a mecanismelor implicate în acestea. Selectarea domeniilor de conținut ale acestor instrumente, precum și a instrumentelor propriu-zise s-a făcut în baza focus-grupurilor realizate cu psihoterapeuți și în funcție de disponibilitatea și gradul de popularitate în lumea științifică a acestor instrumente. Mai specific, principiile de bază care ne-au ghidat alegerea instrumentelor cu care vom lucra pe parcursul implementării acestui proiect au fost:

- (a) evaluarea multi-dimensională a problemelor de anxietate ale copiilor și adolescenților, utilizând informatori multipli. Cu alte cuvinte, pentru evaluarea tabloului clinic al copiilor și adolescenților ce prezintă simptome de anxietate, am căutat să obținem atât auto-raportări din partea copiilor/adolescenților, cât și evaluări ale simptomelor prin prisma părinților. În plus, am căutat să includem atât instrumente de screening, ce pot fi făcute disponibile în mod gratuit pe platforma iDare (de exemplu, SCARED), cât și instrumente care să evalueze specific dimensiuni/aspecte ale anxietății cu incidență ridicată în rândul copiilor și adolescenților (de exemplu, anxietate socială – vezi SAS-A și SAS-C, și anxietate generalizată/îngrijorare – vezi PSWQ-C). Acestea din urmă vor fi făcute disponibile ca parte a pachetului de evaluare accesibil prin intermediul platformei online iDare, odată ce copilul/adolescentul a fost înscris în programul de intervenție.
- (b) selectarea instrumentelor de evaluare în baza studiilor realizate până în prezent, care au folosit respectivele instrumente și au raportat proprietăți psihometrice adecvate pentru ele.

Pentru *evaluarea tabloului clinic al copiilor/adolescenților*, am tradus, adaptat și validat preliminar următoarele instrumente (descrise pe scurt mai jos):

- Chestionarul de screening al tulburărilor de anxietate – versiunea pentru copii (Screen for Childhood Anxiety-Related Disorders – SCARED - Child Self-Report; Birmaher et al., 1997, 1999): este un chestionar care evaluează simptomele tulburărilor anxioase la copiii și adolescenții cu vârste cuprinse între 8-18 ani. Cuprinde 41 de itemi, divizați în cinci factori: panică/somatică (13 itemi), anxietate generalizată (9 itemi), anxietate de separare (8 itemi), fobie socială (7 itemi), fobie școlară (4 itemi). Pentru fiecare item respondentul alege frecvența cu care fiecare simptom s-a manifestat în ultimele trei luni, pe o scală likert de la 0 (Nu este adevărat sau este foarte rar adevărat în cazul meu) la 2 (E foarte adevărat în cazul meu sau mi se întâmplă așa de cele mai multe ori). Scorurile totale variază de la 0 la 82, scorurile mai ridicate indicând un nivel mai ridicat de anxietate. Exemple de itemi: “Când mă simt speriat(ă) sau mi-e frică, respir cu greutate”, “Mă îngrijorez că nu fac lucrurile suficient de bine”, “Când sunt speriat(ă), simt că nu mai am aer

(mă sufoc)”. Chestionarul are proprietăți psihometrice adecvate (Birmaher et al., 1997).

- *Scala de evaluare a anxietății sociale în cazul adolescenților* (Social Anxiety Scale for Adolescents, SAS; La Greca and Lopez, 1998), versiunea pentru adolescenți (SAS-A) și versiunea pentru părinți (SAS-C): este o adaptare a Scalei de Anxietate Socială pentru Copii revizuită (*Social Anxiety Scale for Children-Revised*, SASC-R; La Greca & Stone, 1993) și conține 22 de itemi. Răspunsurile sunt distribuite pe o scală Likert cu cinci trepte, unde 1 înseamnă Deloc și 5 înseamnă Tot timpul. Exemple de itemi: “Mă îngrijorez că alții ar putea râde de mine”, “Mi-e teamă să-i invit pe alții să facă lucruri împreună cu mine, fiindcă mă gândesc că vor spune *nu*,”Sunt timid(ă) chiar și în prezența celor pe care îi cunosc bine”. Scala include trei subscale: Frica de Evaluare Negativă (FNE: 8 itemi), Evitare socială și Distres resimțit în situațiile noi și cu persoanele nefamiliare (SAD-New: 6 itemi), Evitare socială și Distres general resimțit în compania covârșnicilor (SAD-General: 4 itemi). Itemii fiecărei subscale sunt însumați astfel încât scoruri mai mari arată un nivel crescut de anxietate socială, iar scorurile celor trei subscale sunt însumate pentru a calcula un scor total ce poate varia între 1 și 90. Scala are proprietăți psihometrice adecvate (La Greca & Lopez, 1998; García-López, Olivares, Hidalgo, Beidel, & Turner, 2001; La Greca & Lopez, 1998; Olivares, Ruiz, Hidalgo, & García- López, 1999).
- *Chestionarul Penn State de evaluare a îngrijorării – versiunea pentru copii* (Penn State Worry Questionnaire for Children, PSWQ-C; Chorpita, Tracey, Brown, Collica, & Barlow, 1997): este un chestionar ce conține 14 itemi și măsoară nivelul general de îngrijorare la copiii cu vârste cuprinse între 6-18 ani. Copiii aleg răspunsurile pe o scală de la 0 (Complet neadevărat în ceea ce mă privește) la 3 (Perfect adevărat în ceea ce mă privește). Exemplele de itemi includ: Îngrijorările mele mă deranjează destul de tare; Dacă vreau mă pot opri ușor din îngrijorare; Mă îngrijorez tot timpul. Trei dintre itemi sunt scorati invers, după care sorul total se calculează prin însumarea tuturor itemilor. Scorurile variază de la 0-42, valorile mai mari indicând o tendință mai mare spre îngrijorare. Acest chestionar are proprietăți psihometrice adecvate (Chorpita și colab., 1997).

- *Chestionarul pentru evaluarea îngrijorării - versiunea pentru adulți* (Penn State Worry Questionnaire, PSWQ; Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990): conține 16 itemi și măsoară nivelul general de îngrijorare al adulților. Aceștia aleg răspunsurile pe o scală de la 1 la 5, unde 1 = Complet neadevărat în ceea ce mă privește, 3 = Oarecum adevărat adevărat, iar 5 = Perfect adevărat în ceea ce mă privește. Exemple de itemi: „Chiar dacă nu am suficient timp pentru a termina tot ceea ce am de făcut, nu mă îngrijorez din această cauză.”; „Toată viața mea am fost o persoană care își face griji.”; „Odată ce încep să mă îngrijorez, nu mă mai pot opri”. Scorurile variază de la 16 la 80 iar un scor între 16-39 reprezintă un nivel scăzut al îngrijorării, un scor de 40-59 reprezintă un nivel moderat de îngrijorare, iar un scor de 60-80 reprezintă un nivel crescut de îngrijorare. Studiile au indicat proprietăți psihometrice adecvate ale instrumentului (Meyer și colab., 1990; Brown, Antony, & Barlow, 1992; Olatunji și colab., 2007).

Dincolo de evaluarea tabloului clinic al copiilor/adolescenților cu probleme de anxietate, am inclus în pachetul de evaluare *instrumente ce evaluează mecanisme* implicate în instalarea și menținerea tulburărilor de anxietate (de exemplu, distorsiuni de interpretare negativă a situațiilor ambigue – vezi chestionarele ASQ, credințe iraționale – vezi CASI-R, și gânduri automate negative – vezi CATS). Un element inovativ al acestui pachet de evaluare a mecanismelor implicate în anxietate îl constituie includerea explicită a unor instrumente ce evaluează mecanisme considerate importante din punct de vedere al modelelor teoretice ale anxietății, dar care nu erau evaluate în mod uzual până acum în contextul unor studii clinice controlate, menite să ofere servicii de psihoterapie cognitiv-comportamentală: anume, distorsiunile de interpretare negativă a situațiilor ambigue, și expectanțele pe care copiii/părinții le au în ceea ce privește dezambiguizarea situațiilor ambigue. Luarea în calcul a expectanțelor privind dezambiguizarea situațiilor ambigue nu a mai avut loc până acum, după cunoștințele noastre, nici măcar în context experimental. Credem că prin considerarea acestui factor țintim una dintre variabilele ce pot explica modul în care distorsiunile de interpretare negativă ale părinților și ale copiilor se influențează reciproc, într-o manieră care promovează anxietatea copiilor/adolescenților. Astfel, țintim componenta de inovare a acestui proiect, încercând să găsim mecanisme cognitive noi pe care le putem viza ulterior în cadrul intervenției.

Instrumentele pentru evaluarea mecanismelor traduse, adaptate și validate preliminar pentru scopurile acestui proiect sunt următoarele:

- *Scala de evaluare a iraționalității în cazul copiilor și adolescenților* (Children and Adolescent Scale of Irrationality – revised version, CASI-R; Bernard & Cronan, 1999): este o scală dezvoltată pentru măsurarea cognițiilor iraționale la copii și adolescenți și constă în 36 de itemi la care copilul își exprimă acordul/dezacordul pe o scală Likert cu 5 trepte unde 1 = Dezacord puternic, 3 = Neutru, 5 = Acord puternic. Exemple de itemi: “Nu pot suporta că trebuie să respect reguli acasă”, “Copiii care sunt răi cu mine nu sunt persoane valoroase”, “Ar fi cel mai rău lucru din lume dacă aș face o greșeală”. Se calculează șase subscoruri pentru fiecare subscală (Auto-deprecieri, Dependență, Conformitate, Toleranță scăzută la frustrare, Intoleranță la disconfort) și de asemenea, se calculează un scor total de iraționalitate.
- *Scala de evaluare a gândurilor automate ale copiilor* (Children Automatic Thoughts Scale, CATS; Hogendoorn et al., 2010): este utilizată pentru a măsura gândurile negative și pozitive ale copiilor atât pentru problemele de internalizare cât și pentru cele de externalizare. Este o adaptare pentru populația de copii a Scalei de gânduri automate dezvoltată de Schniering and Rapee (2002). Ea constă în 22 de itemi evaluați pe o scală Likert de la 0 (Deloc) la 4 (Tot timpul). Scala conține cinci subscale, patru dintre acestea evaluând gândurile automate negative (subscaele: Amenințare fizică, Amenințare socială, Eșec personal și Ostilitate), iar cealaltă evaluând gândurile automate pozitive. Exemple de itemi: “Copiii vor crede despre mine că sunt prost/proastă”, “Majoritatea oamenilor sunt împotriva mea”, “Mi-e frică să nu pierd controlul”. Subscaele „Amenințare fizică”, „Amenințare socială” și „Eșec personal” se însumează și formează un scor total, iar subscala „Gânduri pozitive” este independentă de celelalte patru subscale. Scorul total al CATS este dat de raportul dintre scorul total al scalei de gânduri pozitive și suma scorurilor scalelor de gânduri negative plus cele pozitive. Scala are proprietăți psihometrice bune (Hogendoorn et al., 2010).
- *Chestionarul situațiilor ambigue – versiunea pentru copii* (Ambiguous Scenarios Questionnaire – Child version, ASQ-C; Barrett, Rappe, Dadds, & Ryan, 1996): copiilor le sunt prezentate 12 situații ambigue; în cazul fiecăreia

dintre ele, ei pot alege între două variante de răspuns, fie o variantă care sugerează o interpretare negativă a evenimentului prezentat, fie una care sugerează o interpretare neutră a acestuia. După prezentarea situației (ex: „Te duci până la un prieten și un câine mare vine spre tine.”), copilul trebuie să aleagă dintre cele două variante prezentate pe cea pe care o consideră cea mai probabilă (exemplu de item pentru interpretarea negativă: „Câinele are de gând să te muște.”; exemplu de item pentru interpretarea neutră: „Câinele vrea să te miroasă și să-l mângâie”). În cazul alegerii unei variante negative, scenariul respectiv este cotate cu 1, iar în cazul alegerii de către copil a unei variante neutre, scenariul este cotate cu 0, astfel încât un scor mai mare semnifică un nivel mai ridicat al distorsiunilor de interpretare negativă. Pe baza acestui chestionar, am dezvoltat o versiune alternativă, ce măsoară expectanțele părinților referitoare la modul în care copiii lor vor dezambiguiza situațiile ambigue incluse în chestionar – ASQ-EM/F: Ambiguous Situations Questionnaire – Expectations of Mother/Father. În această versiune alternativă părinților le sunt prezentate 12 posibile situații în care s-ar putea afla copilul lor și li se cere să aleagă între două variante de răspuns cea variantă care corespunde cel mai bine cu modul în care cred ei că ar reacționa copilul lor în respectiva situație. De exemplu: „Copilul dvs. e la școală și observă că îi lipsește una dintre cărțile lui preferate. Ce ar crede el/ea că s-a întâmplat cu cartea, cel mai probabil?”. Variante de răspuns: „Probabil ar crede că a uitat-o acasă.” versus „Probabil ar crede că i-a furat-o cineva.” Cotarea se realizează ca și la ASQ-C.

- *Chestionarul situațiilor ambigue – versiunea pentru părinți* (Ambiguous Scenarios Questionnaire – Parent version, ASQ-P; Barrett, Rappe, Dadds, & Ryan, 1996): părinților le sunt prezentate 12 situații ambigue ipotetice în care se pot afla ei se află împreună cu copilul lor (de ex: „Mergeți împreună cu copilul dvs. pe stradă. La un moment dat vedeți un câine liber, fără stăpân, la mică distanță în fața dumneavoastră. Nu sunteți sigură dacă câinele este prietenos sau nu. Cum ați reacționa dvs. în această situație?”) și li se cere să aleagă varianta de răspuns care se potrivește cel mai bine cu ce ar face sau ce ar gândi ei înșiși în respectiva situație. Modalitatea de cotare a chestionarului este similară cu cotarea versiunii pentru copii (vezi mai sus). Pe baza acestui chestionar, am dezvoltat o versiune alternativă, ce măsoară expectanțele copiilor

referitoare la modul în care părinții lor vor dezambiguiza situațiile ambigue incluse în chestionar – ASQ-EC: Ambiguous Situations Questionnaire – Expectations of Children. Această versiune alternativă cuprinde 12 situații ambigue care descriu evenimente în care se copiii se pot regăsi împreună cu mamele/tații lor, și care pot fi interpretate fie ca amenințătoare, fie ca neutre. Copiilor li se cere să prezică ce ar face/zice mama/tatăl lor în respectiva situație. De ex: „Mergi cu mama/tatăl ta/tău pe stradă și vezi pe cealaltă parte a străzii pe unul dintre colegii tăi de școală. Îi faci cu mâna, dar el nu îți răspunde. Nu știi de ce nu ți-a făcut și el cu mâna înapoi. Ce crezi că ar gândi, ar spune sau ar face mama/tatăl ta/tău”. Alegerea variantei de interpretare negativă (de ex: „Ți-ar spune că probabil colegul tău e supărat pe tine”) se cotează cu 1, iar alegerea variantei de interpretare neutră (de ex: „Ți-ar spune că probabil colegul tău nu te-a văzut.”) se cotează cu 0 , astfel încât un scor mai mare indică un nivel mai ridicat al distorsiunilor de interpretare negativă raportate de copil despre părintele său.

Toate instrumentele traduse și adaptate pentru scopurile acestui proiect au fost aplicate în vederea validării preliminare unui lot de 600 de copii cu vârsta cuprinsă între 11 și 16 ani, precum și unui număr de aproximativ 400 dintre părinții acestor copii (cel puțin unul dintre părinți a completat chestionarele adresate părinților). Datele obținute indică proprietăți psihometrice adecvate în cazul majorității instrumentelor (cu mici excepții pe anumite subscale, excepții ce vor fi investigate și remediate în perioada imediat următoare).

Specificarea și designul protocolului de evaluarea standardizată (ce urmează să fie livrat online) adresat copiilor și tinerilor ce vor fi incluși în studiul clinic controlat. Astfel, am stabilit că anumite instrumente (de ex., cele de screening) vor fi făcute disponibile public și gratuit, online, pe platforma iDare, în timp ce altele (de ex., cele care evaluează mai fin dimensiuni specifice ale anxietății vor fi incluse în pachetul de evaluare ce va putea fi accesat doar după înscrierea în programul de intervenție. Evaluarea standardizată cuprinde și o componentă de monitorizare a simptomelor și mecanismelor anxietății pe parcursul implementării intervenției, componentă ce va fi încorporată în protocolul de intervenție livrat online.

Realizarea protocolului standardizat pentru tratamentul tulburărilor de anxietate în cazul copiilor și adolescenților. Protocolul de intervenție standardizat a fost

construit pornind de la protocolul propus și testat anterior de Kendall și colaboratorii săi (Kendall, 1994; Kendall et al., 1997). În acest sens, am tradus și adaptat protocolul mai sus menționat, însă am inclus totodată și o componentă de modificare a procesărilor implicite de informație (anume, antrenament atențional și de interpretare, menit să contracareze distorsiunile atenționale și de interpretare caracteristice anxietății. Descriem pe scurt în ceea ce urmează (a) structura protocolului lui Kendal și colab (1994, 1997).; (b) sarcina inovativă de antrenament atențional pe care am construit-o pentru includerea în protocolul de intervenție; și (c) sarcina de contracarare a interpretărilor negative, tradusă și adaptată după sarcinile care au fost folosite în acest scop în literatura de specialitate, cu copii.

(a) Protocolul de intervenție cognitiv-comportamentală tradițională (Kendall, 1994; Kendall et al., 1997; Kendall, Hudson et al., 2008). Protocolul original este adresat copiilor cu vârste cuprinse între 8 și 12 ani, dar există și o variantă gândită pentru adolescenți (în variante pentru adolescenți, structura protocolului de intervenție este aceeași, însă activitățile și exemplele furnizate sunt adaptate nivelului de dezvoltare a adolescenților). Intervenția vizează reducerea simptomelor relaționate cu anxietate generalizată, anxietatea de separare și anxietatea socială (cele mai frecvente tulburări de anxietate la această categorie de vârstă), iar eficiența lui a fost testată deja în mai multe studii clinice controlate (Kendall, 1994; Kendall et al., 1997; Kendall, Hudson et al., 2008). Strategiile de intervenție propuse reprezintă o combinație de strategii comportamentale și strategii cognitive, incluzând modelarea comportamentelor/cognițiilor dezirabile, relaxare/controlul supra-activării fiziologice, sarcini de expunere în imaginar și *in vivo*, managementul contingențelor, rezolvare de probleme, evaluarea realistă a abilităților personale de a face față situațiilor temute, precum și antrenarea/dezvoltarea acestor abilități. Protocolul de intervenție include 16 ședințe, dintre care primele 8 sunt destinate psihoeducației și construirii de abilități (anume, educație emoțională, psihoeducație referitoare la ce este și cum poate fi controlată anxietatea, ca emoție disfuncțională, identificarea și restructurarea gândurilor anxiogene, antrenament de relaxare, rezolvare de probleme, și întăriri pozitive/recompensarea efortului). În partea a doua a protocolului de intervenție (următoarele 8 ședințe) psihoterapeutul asistă copilul/adolescentul în planificarea și implementarea unor sarcini de expunere destinate să-i ofere acestuia din urmă contextul exersării abilităților dobândite, crescându-i astfel auto-eficacitatea percepută privind propria capacitatea de a controla anxietatea. Prima parte a programului (partea

psihoeucațională și de construire de abilități) este construită în jurul așa numitului „plan FEAR” (tradus în românește ca „planul SAAR”). Numele planului este de fapt un acronim, menit să-i amintească copilului/adolescentului următoarele întrebări: **Sentimente:** Ce simt?/Mă simt speriat(ă)?; **Așteptări:** La ce mă aștept?/ Mă aștept să se întâmple lucruri rele?; **Atitudini:** Ce atitudine am și cum acționez?; **Rezultate & Recompense:** Cum îmi pot sărbători efortul/succesul? Traducerea „planului FEAR” drept „planul SAAR” a avut în vedere păstrarea esenței mesajului acronimului (anume, reamintirea aspectelor principale ale „planului”), alături de transmiterea unui mesaj cu sens în limba română (copiilor/adolescenților li se va explica faptul că numele planului face trimitere la ideea depășirii/săririi peste un obstacol și că fiecare dintre noi putem face asta cu ușurință dacă ne antrenăm). Astfel, am urmărit păstrarea unui limbaj de interfață, prietenos, pe parcursul întregului program de intervenție livrat online. În prima fază a „planului SAAR” (Sentimente) copiii/adolescenții sunt învățați să: identifice emoțiile, să identifice semnele somatice ale anxietății (de exemplu, să distingă între senzațiile fizice caracteristice anxietății versus cele caracteristice altor emoții), să utilizeze semnele anxietății drept indicii de implementare a „planului SAAR”, să își controleze activarea fiziologică prin implementarea unor tehnici specifice de relaxare și/sau control al respirației. Al doilea pas al „planului SAAR” (Așteptări) se referă la identificarea conținutului și calității gândurilor pe care copilul/adolescentul le are în situații anxiogene. În acest sens, copilul/adolescentul învață să identifice „capcanele” de gânduri (adică să eticheteze gândurile negative, astfel încât să-i fie mai ușor să le recunoască. Tehnicile principale folosite pentru construirea acestei abilități sunt modelarea și jocul de rol. În pasul al treilea al „planului SAAR” (Atitudini), copilul/adolescentul învață practic cum să controleze ceea ce simte, restructurându-și gândurile nerealiste/iraționale și construindu-și gânduri adaptative alternative, personalizate. În plus, copilul/adolescentul este învățat abilități practice de rezolvare de probleme. Ultimul pas al „planului SAAR” (Rezultate & Recompense) pune accentul pe recompensarea efortului, indiferent dacă succesul a fost deplin sau doar parțial. Copilul/adolescentul este învățat să-și auto-monitorizeze emoțiile și comportamentele și să-și facă managementul contingențelor de așa manieră încât să promoveze comportamentele/emoțiile adaptative în detrimentul celor dezadaptative. Scopul abilităților construite în cadrul acestui „pas” este susținerea generalizării câștigurilor din terapie. Pe parcursul implementării protocolului de intervenție, recompensarea efortului este modelată prin acordarea anumitor „puncte”

corespunzătoare realizării sarcinilor asupra cărora copilul/adolescentul și terapeutul au convenit. Primele 8 ședințe ale protocolului de intervenție pe care îl vom livra prin intermediul platformei iDare sunt similare ca și conținut cu protocolul lui Kendall (presupunând, totuși, adaptări care țin de specificul culturii românești). Ele se vor desfășura în mare parte în regim de *self-help*, cu sport minim din partea terapeutului, fiind gândite să implice conținuturi și exemple interactive livrate online. Pe parcursul acestor ședințe, copilul/adolescentul va fi familiarizat cu ideea de tratament psihologic și ce presupune acesta (incluzând rațiunea/scopurile tratamentului, nevoia participării active, implementarea propriu-zisă în viața de zi cu zi a lucrurilor învățate teoretic, ideea „temelor de casă”, distincția dintre anxietate și alte emoții, normalizarea convingerilor copilului cu privire la anxietate, identificarea răspunsurilor somatice la anxietate, crearea unei ierarhii personalizate a situațiilor anxiogene pentru copilul/adolescentul respectiv etc.). Următoarele 8 ședințe, deși se vor desfășura de asemenea exclusiv online, vor presupune un contact mai strâns cu psihoterapeutul, care-l va ajuta/asista pe copil să proiecteze și să implementeze sarcini de expunere. Protocolul include de asemenea două „întâlniri” dedicate părinților – reprezentate pe site prin secțiuni accesibile doar părinților. Scopul acestor sesiuni pentru părinți îl constituie familiarizarea părinților cu ideea de tratament psihologic al anxietății (de exemplu, cum acționează, cât e de eficient, ce presupune, ce conține, în mare, programul online pe care îl urmează copiii lor), precum și oferirea unor idei privind modalitățile concrete prin care părinții se pot implica pe parcursul tratamentului și pot sprijini progresele făcute de copiii lor. Părinții vor fi încurajați să contacteze terapeutul cu care lucrează copilul lor și să coopereze cu acesta pe parcursul implementării programului. Totodată, ei vor fi informați asupra posibilității de a urma, în paralel, un program de intervenție în regim de *self-help*, destinat îmbunătățirii abilităților lor de a face față propriilor probleme emoționale.

- (b) Sarcina inovativă de antrenament atențional: Sarcina de antrenament atențional pe care am dezvoltat-o pornind de la limitele sarcinilor existente de modificare a distorsiunilor atenționale a fost concepută să funcționeze ca un joc, adaptat pentru calculatoare și dispozitive mobile. Dincolo de modificarea distorsiunilor atenționale, aceasta a fost concepută pentru a promova, de asemenea, gândirea adaptativă. În timpul acestei sarcini, participanților le sunt prezentați o serie de stimuli neutri, pozitivi și negativi (mai exact, fotografiile cu fețe umane având o expresie neutră,

pozitivă – de exemplu, zâmbet -, sau negativă – de exemplu, dezgust, furie), și sunt rugați să "selecteze" stimulii pozitivi și neutri și să evite stimulii negativi. Pentru a realiza această cerință, participanții sunt obligați să proceseze fiecare stimul și să decidă rapid dacă stimulul este unul țintă sau nu. Pentru fiecare răspuns corect, participanții pot câștiga o serie de puncte. Pentru fiecare eroare (de exemplu, stimul negativ selectat), participanții vor pierde o serie de puncte. Cu scopul de a promova angajamentul în sarcină și pentru a potența efectul acesteia asupra atenției, s-a realizat o asocieră a unui sunet plăcut specific cu fiecare răspuns corect, în timp ce cu erorile sunt asociate cu un sunet neplăcut. De asemenea, pentru a motiva participantul să scaneze toți stimulii țintă posibili, a fost introdus un sistem cu "vieți". Acest lucru semnifică faptul că participanții vor avea mai multe "vieți". În momentul în care aceștia eșuează în selectarea unui stimul țintă, ei pierd o "viață". "Viețile" pot fi recâștigate în momentul în care participantul selectează corect toți stimulii țintă în următoarele câteva sesiuni de prezentare a acestora. Stimulii sunt prezentați aleator pe ecran. Numărul de stimuli prezentați într-un anumit moment și viteza de mișcare a stimulilor pe ecran variază considerabil, pornind de la unu-doi stimuli prezentați într-un ritm lent de până la 10 stimuli prezentați într-un ritm foarte alert. Combinația dintre complexitatea sesiunilor de prezentare a stimulilor (ușor/mediu/complex) și viteza de prezentare a acestora pe ecran delimitează diferite niveluri de dificultate ale jocului. Foarte important, nivelul de dificultate este ajustat în mod permanent bazat pe performanța jucătorului, în scopul de a-l păstra pe acesta motivat. Performanța jucătorului este monitorizată online, și acesta poate vedea modificările care apar în scorul total al punctelor sale pe măsură ce aceste modificări apar. Jocul se termină atunci când participanții rămân fără nicio viață. Considerăm că această sarcină inovativă de training atențional este întemeiată solid pe baza teoriilor existente în paradigma de modificare a distorsiunilor atenționale, are validitate ecologică mai mare și potențialul de a angrena participanții mai puternic față de sarcinile existente de modificare a distorsiunilor atenționale. Ca atare, credem că această sarcină îmbunătățită are potențialul de a spori utilitatea clinică a modificării procesărilor atenționale implicite implicate în anxietate.

- (c) Sarcina de contracarare a interpretărilor negative – a fost tradusă și adaptată după sarcinile care au fost folosite în cazul copiilor cu anxietate, în literatura de specialitate. În cadrul acestei sarcini, copilului/adolescentului îi este prezentat un scenariu ambiguu

scurt, urmat de două posibile interpretări, dintre care una este negativă, cealaltă fiind pozitivă/neutră. Copilului/adolescentului i se cere să aleagă una dintre cele două interpretări. În funcție de alegerea lui, răspunsul îi este întărit (prin confirmare și explicarea alegerii corecte pe care a făcut-o), respectiv corectat, dacă este cazul (prin explicarea rațiunii pentru care interpretarea neutră/pozitivă este mai plauzibil în situația dată decât interpretarea negativă). În urma exercițiilor repetate, copiii/adolescenții care au tendința automată de a interpreta negativ situațiile ambigue manifestă într-o măsură mai mică această tendință și anxietatea lor scade.

Sarcinile de modificare a distorsiunilor cognitive (atenționale și de interpretare) vor fi integrate în protocol în pasul al doilea al planului SAAR. Copiilor/adolescenților li se va explica că nu e întotdeauna posibil să ne identificăm toate gândurile/că o parte a minții noastre funcționează inconștient, dar că putem modifica totuși aceste procesări automate prin exercițiu, iar jocurile pe care le propunem noi au tocmai acest efect.

Evaluarea fezabilității implementării platformei iDARE, în termeni de factori care trebuie avuți în vedere în procesul de construire a conținutului și formei platformei, astfel încât aceasta să-și atingă scopul. În acest sens, am construit un instrument pentru evaluarea atitudinilor și cunoștințelor medicilor psihiatrii români care lucrează cu copii și adolescenți în ceea ce privește fezabilitatea, utilitatea percepută și disponibilitatea de a folosi o astfel de platformă. Au fost colectate date preliminare de la un eșantion de 49 de medici psihiatri. Datele obținute au indicat că majoritatea medicilor manifestă o atitudine pozitivă față de această modalitate de livrare a psihoterapiei. Ei au subliniat disponibilitatea categoriei de vârstă reprezentate de copii și adolescenți pentru accesarea serviciilor online și au spus că probabil o astfel de opțiune ar asigura un screening mai rapid și complet, precum și o îmbunătățire a accesului la tratament și complianței cu tratamentul. Medicii respondenți nu consideră că accesul gratuit la psihoterapie online ar împiedica pe cei cu anxietate severă să contacteze medicul psihiatru. Ei spun că, de regulă, pacienții tineri cu forme ușoare de anxietate nu se adresează serviciilor specializate de psihiatrie. Conform percepției lor, psihoterapia online ar putea funcționa ca adjuvant în intervenția psihiatrică sau psihologică, în sensul că, după stabilirea unui diagnostic și a unei scheme de tratament, pacienții ar putea utiliza o platformă web pentru monitorizarea și ținerea sub control a simptomatologiei (de exemplu, prin completarea scalelor, sau prin exersarea tehnicilor psihoterapeutice). Majoritatea medicilor au spus că sunt de părere că psihoterapia online este utilă indiferent de severitatea afectării. Ca limite ale psihoterapiei online, au fost menționate limitarea relației

terapeutice, utilitatea mai evidentă pentru cazurile cu diagnostic singular, dificultatea implementării unei scheme terapeutice individualizate. În ciuda atitudinii pozitive exprimate în ceea ce privește psihoterapia online, jumătate dintre respondenți au declarat că nu știu exact ce presupune și cum se desfășoară o astfel de intervenție, dar și-au arătat disponibilitatea de a folosi, în special ca adjuvant la terapia față în față, o platformă web.

Am tradus și adaptat, de asemenea, un instrument pentru evaluarea atitudinilor și cunoștințelor psihologilor clinicieni și psihoterapeuților români vis-a-vis de o astfel de platformă (Stallard, Richardson, & Velleman, 2010). În plus, am tradus și adaptat un instrument destinat evaluării percepțiilor utilizatorilor finali – copii/adolescenți și părinți – vis-a-vis de platformă (Carper, McHugh, Murray, & Barlow, 2012).

Construirea unei aplicații computerizate inovative care va fi utilizată în protocolul de intervenție pentru modificarea distorsiunilor atenționale ale copiilor și adolescenților cu tulburări de anxietate, suplimentând astfel intervenția clasică de tip cognitiv-comportamental. Această activitate se referă la construirea sarcinii de modificare a distorsiunilor atenționale, descrise mai sus. Realizarea acestei activități a presupus: realizarea și imlementarea algoritmului jocului computerizat, în termeni de: specificare a instrucțiunilor, regulilor de „livrare” a stimulilor pe ecran și de calculare (respectiv, pierdere) a punctajelor, exprimate în puncte brute și „vieți”; implementarea tehnică a regulilor (programarea jocului), astfel încât să funcționeze atât pe computere, cât și pe dispozitive mobile; gândirea și implementarea designului; gândirea și implementarea modalităților de colectare a datelor de interes în urma accesării jocului (de exemplu, numărul de erori, scoruri finale, timp de reacție etc.).

Dezvoltarea protocolului de intervenție *self-help* adresat părinților, în vederea managementului propriilor lor probleme emoționale. Protocolul dezvoltat ca și conținut este gândit să acopere aspecte fundamentale necesare managementului adecvat al propriilor emoții, și anume: cunoștințe referitoare la ce sunt emoțiile și cum apar ele, ideea de responsabilitate emoțională și de posibilitate de control a emoțiilor (cu accent pe rolul factorilor cognitivi implicați în emoții), strategii de control al emoțiilor (cognitive și comportamentale). Aceste conținuturi sunt prezentate părinților într-un format atractiv, ușor de parcurs și presărat cu exemple în care se pot regăsi cei mai mulți dintre ei. Multe dintre exemplele folosite vizează direct relația părintelui cu copilul, precum și managementul unor emoții frecvent relaționate cu familia în general și/sau cu copilul/copiii în principal (de

exemplu, vinovăție – „Eu sunt de vină pentru problemele copilului.” sau furie – „Nu mai suport!”).

Dezvoltarea și extinderea materialelor informaționale oferite pe web site-ul proiectului (www.idare.granturi.ubbcluj.ro). Materialele informaționale au fost elaborate în funcție de grupul țintă căruia i se adresau, și anume: copiilor și adolescenților, părinților, specialiștilor în sănătate mintală (psihologi clinicieni, psihoterapeuți, medici psihiatri) și medicilor de familie (unde ajung în prima fază cei mai mulți dintre copiii și adolescenții diagnosticați ulterior cu tulburări de anxietate. Materialele conțin informații referitoare la specificul tulburărilor de anxietate în cazul copiilor și adolescenților, diagnostic și tratament.

Menținerea web site-ului proiectului (www.idare.granturi.ubbcluj.ro). Această activitate a presupus atât actualizarea tehnică și optimizarea web site-ului, cât și actualizarea conținutului prezentat prin intermediul web site-ului.

Acțiuni de diseminare a proiectului, concretizate în (a) prezentări la conferințe științifice naționale și internaționale și (b) publicații științifice. Astfel, în termeni de publicații, în intervalul ianuarie-decembrie 2013 au fost publicate următoarele articole:

- Podină, I.R., Mogoșe, C., & Dobrea, A. (2013) Intergenerational transmission of anxiety: evidence for the mediating role of the negative interpretation bias. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 13(2), 309-320.
- Mogoșe, C., Podină, I.R., Sucală, M., & Dobrea, A. (2013). Evaluating the unique contribution of irrational beliefs and negative bias interpretations in predicting child anxiety: implications for cognitive bias modification interventions. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 13(2a), 529-546.

În termeni de conferințe, au fost prezentate următoarele lucrări de către membri ai echipei de proiect:

- Dobrea, A. (2013). *Interventii validate stiintific in tulburarile de anxietate la copii*. Conferinta " A X-a CONFERINȚĂ NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE MINTALĂ A COPILULUI ȘI ADOLESCENTULUI" Bucuresti, 4-7 Septembrie 2013.
- Mogoșe, C. (2013). *CBT interventions based on the cognitive bias modification paradigm*, Congresul “The 7th World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies“, din 22 – 25 iulie, 2013, Lima, Peru

Bibliografie

Barrett, P. M., Rapee, R. M., Dadds, M. M., & Ryan, S. M. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(2), 187–203.

Bernard, M. E., & Cronan, F. (1999). The Child and Adolescent Scale of Irrationality: Validation data and mental health correlates. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 13, 121-132.

Birmaher B, Brent DA, Chiappetta L, Bridge J, Monga S, Baugher M (1999): Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders Scale (SCARED): A replication study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38:1230–1236.

Birmaher B, Khetarpal S, Brent DA, Cully M, Balach L, Kaufman J, et al (1997): The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:545–553.

Brown, T.A., Anthony, M.M., & Barlow, D.H. (1992). Psychometric properties of the Penn State Worry Questionnaire in a clinical anxiety disorders sample. *Behaviour Research and Therapy*, 30(1), 33-37. doi:10.1016/0005-7967(92)90093-V.

Carper, M. M., McHugh, R. K., Murray, H. W., & Barlow, D. H. (2012). Psychometric Analysis of the Perceptions of Computerized Therapy Questionnaire-Patient Version (PCTQ-P). *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 1-10.

Chorpita, B.F, Tracey, S.A, Brown, T.A, Collica, & 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.

García-López, L.J., Olivares, J., Hidalgo, M.D., Beidel, D.C. and Turner, S.M. (2001). Psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory, the Social Anxiety Scale for Adolescents, the Fear of Negative Evaluation scale and the Social Avoidance and Distress scale in an adolescent Spanish sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 51-59.

Hogendoorn, S. M., Wolters, L. H., Vervoort, L., Prins, P. J. M., Boer, F., Kooij, E. & De Haan, E. (2010). Measuring negative and positive thoughts in children: an adaptation of the Children's Automatic Thoughts Scale (CATS). *Cognitive Therapy and Research*, 34, 467–478. doi:10.1007/s10608-010-9306-2

Kendall PC, Hudson JL, Gosch E, Flannery-Schroeder E, Suveg C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *J. Consult. Clin. Psychol.* 76:282–97

Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100-110.

Kendall, P. C., MacDonald, J., Henin, A., & Treadwell, K. (1997). *Parent ratings of anxiety in children: Development and validation of the CBCL-A*. Manuscript submitted for publication, Temple University.

La Greca, A. M., & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83–94.

Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487e495.

Olatunji, B., Wolitzky-Taylor, B., Sawchuk, C., Ciesielski, B. (2010). Worry and the anxiety disorders: A meta-analytic synthesis of specificity to GAD. *Applied and Preventive Psychology* 14 (2010) 1– 24

Olivares, J., Ruiz, J., Hidalgo, M.D., and García-López, L.J. (1999, November). *An analysis of the factor structure of the Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A) in Spanish population*.

Paper presented at the Iberoamerican Meeting of Clinical and Health Psychology. Granada, Spain.

Stallard, P., Velleman, S. and Richardson, T. (2010). Computer use and attitudes towards computerised therapy amongst young people and parents attending Child and Adolescent Mental Health Services. *Child and Adolescent Mental Health*, 15, 80–84.