



## חרדות ופחדים נורמאליים וחריגים בילדים ומתבגרים

מרכז אדלר לחקר ההתפתחות ■ יונתן קושניר ופרופ' אבי שדה

**מבוא** והפסיכופתולוגיה של הילד, החוג לפסיכולוגיה, אוניברסיטת ת"א

פחדים וחרדות הינן תופעות נפוצות בילדות, אולם ברוב המקרים הן נפתרות תוך פרק זמן קצר (Craske, 1997). עובדה זו הובילה בעבר, פסיכולוגים רבים למסקנה המוטעית, שלא כדאי להתייחס יותר מידי ברצינות לתופעות אלו וכתוצאה מכך הן קבלו תשומת לב מחקרית מעטה. בעשור האחרון דעה זו השתנתה ומחקרים החלו יותר ויותר להראות כי מיעוט משמעותי של ילדים אכן סובלים מרמות גבוהות של פחדים וחרדות ויש צורך לאבחנם כסובלים מהפרעות חדה. למעשה, מחקרים אפידמיולוגים הראו שהפרעות חדה הן בין ההפרעות הפסיכופתולוגיות הנפוצות בקרב ילדים צעירים (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003). בנוסף, ישנן עדויות המראות כי לחלק משמעותי מהפרעות החרדה בילדות יש מסלול כרוני ולמרות שלעיתים הן משנות את צורתן, הן יכולות להימשך עד לבגרות (Biederman et al., 2005).

### הגדרות של פחד וחרדה

למרות שנעשה שימוש תדיר במונחים של "פחד" ו"חרדה" בצורה חלופית, שני מונחים אלו שונים במשמעותם. המונח הראשון – פחד, מאופיין בעוררות אוטונומית, ובצורות של התנהגות המאופיינות בתגובות של "הלחם או ברח". המונח השני – חרדה, מתאפיין במתח, חשש ודאגה. פחד מתעורר, בעיקר כשהאיום קרוב מבחינת הזמן והמקום – כאשר הוא ודאי או גלוי. חרדה לעומת זאת, יכולה להתעורר גם ללא נוכחות של סכנה מיידית. דאגה הינה הדוגמה הטיפוסית של חרדה. כשאדם דואג, הוא עסוק בחשיבה על דברים שליליים שעלולים להתרחש. כך שהמונח פחד מתייחס להפרעות פוביות, שכולן מתאפיינות בתגובה רגשית שלילית חסרת פרופורציה לגבי האיום של גירוי או מצב מסוים, ואילו המונח של חרדה מתייחס להפרעות חרדה, שמתאפיינות במתח, חשש, דאגה ומצוקה כללית שמתרחשות ללא מקור אובייקטיבי של סכנה.

### פחדים וחרדות נורמטיביים

מחקרים על פחדים נורמטיביים בילדים, הסתמכו בעיקר על שאלונים שכוללים מגוון רחב של גירויים ומצבים פוטנציאליים מעוררי פחד, כגון FSSC-R\* (Ollendick, 1983). מחקרים שונים שבהם נעשה שימוש בכלי זה הראו כי עשרת הפחדים הנפוצים בקרב קבוצות לא קליניות של ילדים צעירים הם: (1) חוסר יכולת לנשום (2) להיפגע ממכונת או משאית (3) פחד מהתקפת פצצות או מפלישה (4) להישרף (5) נפילה ממקום גבוה (6) פורץ שנכנס הביתה (7) רעידת אדמה (8) מוות/אנשים מתים (9) מחלות (10) נחשים (Muris, 2007). בגרסאות מעודכנות של כלי מחקרי זה שכוללות פחדים ומצבים מעוררי פחד יותר עכשוויים (בית ספר, אלימות, פגיעות מיניות, אלימות ביתית, גירושי הורים, התעללות והזנחה), נמצא כי למרות שרוב הפחדים הנפוצים עדיין עוסקים בנושאים של סכנה ונזק, מספר מפריטי הפחד החדשים מדורגים בין עשרת הפחדים הנפוצים ביותר. בנוסף למחקרים אלו, נערכו גם מחקרים שהתמקדו בשכיחות סימפטומים של חרדה בקרב ילדים צעירים. מחקרים אלו מראים כי אף בקרב ילדים צעירים מאוד, סימפטומים של חרדה הם מאוד שכיחים. למשל, מחקרים מראים כי פחדו לילה, חלומות מפחידים וסיוטים, סימפטומים פיזיולוגיים הקשורים לחרדה, הפרעת פאניקה, וטכסים טורדניים כפייתיים הינם מאוד שכיחים בקרב ילדים צעירים (Muris, 2007). ממצאים אלו מחזקים את המסקנה שפחדים וחרדות הינם חלק מההתפתחות הנורמאלית של ילדים.



Anxiety by Thaddeus Carl

\*Survey Schedule for Children

## דפוסים התפתחותיים של פחדים וחרדות

במחקר שבחן את שכיחותם של פחדים, דאגות וחלומות מפחידים בקרב ילדים בין הגילאים 4-12, נמצא דפוס התפתחותי של חלומות מפחידים ופחדים (Muris, Kindt, Bogels, Merckelbach, Gadet, & Moulaert, 2000). במחקר נמצא כי חלומות מפחידים ופחדים היו שכיחים בגילאי 4-6, הפכו לשכיחים יותר בגילאי 7-9, ואז תדירותם ירדה בקרב בני 10-12. הדפוס ההתפתחותי של דאגה היה שונה מדפוס הפחד. תופעה זו הייתה באופן ברור שכיחה יותר בקרב גילאים גדולים יותר (גילאי 7-12) מאשר בגילאים צעירים. באשר לתדירותם של סוגי פחד ספציפיים, נמצאו מספר דפוסים התפתחותיים. למשל, השכיחות של פחדים וחלומות מפחידים המתייחסים ליצורים דמיוניים פחתה עם הגיל, אולם דאגה לגבי ביצוע בבית ספר עלתה ככל שהילדים היו מבוגרים יותר.

במחקר נוסף נמצאו הבדלים ההתפתחותיים בביטויים של סימפטומים של חרדה בקרב ילדים ובהם סימפטומים של חרדת פרידה, הפרעת חרדה מוכללת ופוביה חברתית (Weems & Costa, 2005). התוצאות הראו כי חרדת פרידה הייתה שכיחה יותר בגילאי 6-9, אך ירדה באופן קבוע עם הגיל. הדפוס ההפוך נמצא לסימפטומים של הפרעת חרדה מוכללת ופוביה חברתית, שהיו יחסית לא נפוצים בקרב הגילאים הצעירים אולם שכיחותם עלתה בגיל ההתבגרות.

## פחדים, חרדות, התפתחות קוגניטיבית והבדלים בין המינים

מחקרים מראים כי לפחדים ולחרדות יש מסלול צפוי וההנחה היא כי גורם חשוב בהקשר זה הינו התפתחות היכולות הקוגניטיביות. דבר זה אינו מפתיע מכיוון שפחדים וחרדות נובעים מאיומים, ואיומים צריכים להיות מומשגים. המשגה, בתורה, תלויה באופן קריטי ביכולות קוגניטיביות ואיומים צריכים להיות מומשגים. המשגה, בתורה, תלויה באופן קריטי ביכולות קוגניטיביות (Vasey, 1993). כך שבגילאים מאוד צעירים, פחדים וחרדות קשורים בעיקר לאיומים מידיים וקונקרטיים (למשל, קולות חזקים, איבוד תמיכה פיסית) וכשהיכולות הקוגניטיביות מגיעות לרמת הבשלה מסוימת, פחדים וחרדות נהיים מתוחכמים יותר. למשל, בגיל 9 חודשים ילדים לומדים להבחין בין פרצופים מוכרים ולא מוכרים וכתוצאה מכך מופיעות חרדת פרידה ופחד מזרים. לאחר מכן מתפתחים פחדים מיצורים דמיוניים, וההשערה היא כי תופעה זו קשורה לחשיבה מאגית של פעוטות. בנוסף, גם פחד מחיות מתפתח בשלב זה וההנחה היא כי ההתפתחות של פחדים אלו קשורה באופן פונקציונאלי ליכולת התנועה המוגברת של הילד וחקירתו של העולם החיצוני. מגיל 7 ואילך, ילדים יכולים להסיק באופן גובר על יחסים פיזיים של סיבה ותוצאה ולצפות לתוצאות שליליות אפשריות. שינויים קוגניטיביים אלה מרחיבים את הטווח של גירויים מעוררי פחד ומגבירים את הביטויים הקוגניטיביים יותר של החרדה (דאגה). לסיכום, במהלך חייהם, ילדים נתקלים במגוון רחב של נושאים התפתחותיים שאותם הם צריכים לפתור. דבר זה יקבע במידה רבה את התוכן של פחדיהם וחרדותיהם.

בנות מפגינות רמות גבוהות יותר של פחדים וחרדות מאשר בנים. כאשר בוחנים נושא זה בעזרת שאלוני דיווח עצמי, ראיות להבדלים אלו מצויות בשפע, ובכל הגילאים. לא ברור האם ההבדל נובע מכך שבנות הן אכן חרדות יותר, או שההבדל נובע מנכונות גבוהה יותר של הבנות לדווח על פחדים וחרדות. יש לציין כי כשההורים נדרשים לדרג סימפטומים אלו, ההבדל פחות ברור. למשל, במחקר בו הסתמכו על דיווחי ילדים, נמצאו הבדלים משמעותיים בין הבנים לבנות ברמות הפחד והחרדה. אולם כשהשתמשו בדיווחי ההורים, נמצאה השפעה למין רק על רמת הפחדים ולא על רמת החרדה (Muris, Meesters, & Knoop, 2005). הסבר אפשרי הוא, שקל יותר להבחין בסימפטומים של פחד מאשר בחרדה. כלומר, להורים קל יותר לראות כשילדיהם מפחדים, אולם סימפטומים של חרדה, כגון דאגה והרגשות גופניות יכולים להישאר חבוים כשהילד אינו מדווח עליהן.

## החומרה של פחדים וחרדות בילדות

כפי שהוזכר, פחדים וחרדות הינן תופעות נפוצות בקרב ילדים ומתבגרים רבים. אולם, ישנם ממצאים המדגישים את הנקודה כי הסימפטומים של חרדות ופחדים בילדות, הם לעיתים רבות חמורים במידה כזו שהם מטרידים, גורמים למצוקה ומתבטאים במחשבות שליליות והתנהגויות הימנעותיות (McCathie & Spence, 1991). במחקר נמצא כי מרבית הילדים (מעל 60%) דיווחו שפחדיהם הפריעו במידה ניכרת לפעילותם היום-יומית. בנוסף, בקרב אוכלוסיות לא



קליניות של צעירים, סימפטומים של פחדים וחרדות מלווים ברמות גבוהות של דיכאון, קשיים בבסוס יחסים חברתיים ורומנטיים, ליקויים רגשיים, ליקויים בתפקוד בית-ספרי ובמקרים מסוימים גם בשימוש באלכוהול (Muris, 2007). למרות שבספרות הייתה נטייה לתאר פחדים וחרדות בילדות באופן מתון ולא באופן פתולוגי, מחקרים עכשוויים מדגימים כי ישנן לפחות תת קבוצות של ילדים המראות הפרעות חדה ופוביות משמעותיות, שלא רק שמפרעות לתפקוד בהווה אלא גם עלולות להוות השפעה שלילית עתידית (Vignoli, Croity-Belz, Chapeland, de) (Fillipis, & Garcia, 2005).

### **חרדות ופחדים חריגים בילדים ומתבגרים**

חרדות ופחדים חריגים בילדים ומתבגרים בדרך כלל מבוססים במונחים של הפרעות חדה ופוביות כפי שמוגדר ב-DSM IV-TR. למרות השונות בשכיחותן של הפרעות חדה ספציפיות שנעות בין 2% ל-27%, באופן כללי, הפרעות של פחדים וחרדות הן בין הבעיות הפסיכולוגיות הנפוצות ביותר בילדים ומתבגרים (Costello, Egger, & Angold, 2004). פוביות ספציפיות, פוביה חברתית, הפרעת חדה מוכללת וחרדת פרידה הן הנפוצות ביותר, בשכיחות נמוכה יותר נמצאות אגרופוביה והפרעה פוסט-טראומטית ולבסוף הכי פחות שכיחות הן הפרעות פאניקה והפרעה טורדנית-כפייתית. נמצא כי רק שכיחותן של הפרעות מהספקטרום של הפרעות התנהגות, כגון הפרעת קשב וריכוז והפרעת התנהגות מתנגדת-מתרסה, היא גבוהה יותר.

### **הבדלים בין המינים בהפרעות חדה בילדות**

בדומה לסימפטומים של פחדים וחרדה, שכיחותן של פוביות והפרעות חדה אחרות בקרב בנות היא גבוהה יותר, מאשר שכיחותן בקרב בנים (Craske, 2003). למשל, מחקר הראה כי עד גיל 16, 12.1% מהבנות סבלו מהפרעת חדה לעומת 7.7% אחוז מהבנים (Costello et al., 2003). לבנות יש סיכוי גבוה פי שניים לפתח הפרעת חדה, יחסית לסיכוייהם של בנים (Costello et al., 2004), אולם סיכויים אלו משתנים מהפרעה אחת לאחרת. נמצא כי בנות סובלות יותר מבנים מפוביות ספציפיות, חרדת פרידה והפרעת חדה מוכללת, בעוד שלגבי ההפרעה של פוביה חברתית והפרעה טורדנית כפייתית קיימים מעט, אם בכלל, הבדלים בין המינים (Craske, 2003).

באופן מעניין, מחקרים הראו כי שיעור הסיכונים המצטברים להפרעות חדה לבנים ובנות מתחילים להסתעף כבר בגיל 6.

### **מהלך חרדות חריגות בילדים צעירים**

ישנן עדויות המראות כי פוביות והפרעות חדה נוספות הינן תופעות חולפות אצל רוב הילדים והמתבגרים. אולם, בקרב תת קבוצה של ילדים צעירים, ביטויים פתולוגיים אלו של פחדים וחרדות הופכים לכרוניים וגורמים לבעיות משמעותיות, המקשות על התפקוד היומיומי למשך שנים. למרות שלעיתים הן יכולות לשנות את צורתן, הן עלולות אף להמשיך לבגרות (Biederman et al., 2005). למשל, במחקר נמצא כי לרוב האנשים שסבלו מהפרעות חדה בגיל 21, היו הפרעות חדה כבר בגיל צעיר יותר (Newman, Moffitt, Caspi, Magdol, Silva, & Stanton, 1996). במחקר נוסף נמצא, כי למתבגרים שסבלו מהפרעות חדה היה סיכון מוגבר פי 2-3 לסבול מהפרעת חדה בבגרות. כשמצרפים את תוצאותיהם של מחקרים אלו ומספר מחקרים נוספים, ניתן להסיק כי בעוד שהפרעות החרדה ניתנות לשינוי במשך הילדות, נראה כי הן הופכות ליותר ויותר יציבות לקראת סוף תהליך ההתבגרות ונמשכות אף לתוך הבגרות (Muris, 2007).

### **חומרה ותחלואה כפולה של הפרעות חדה בילדות**

למרות שברור שעל-פי הגדרתן הפרעות חדה קשורות בהפרעה משמעותית בתפקוד היומיומי, מחקרים הבוחנים את החומרה של הפרעות חדה בקרב צעירים, מציינים שסוג זה של הפרעות פסיכיאטריות קשורות בליקויים קליניים משמעותיים. למשל במחקר נמצא שאחוז משמעותי מקרב הצעירים שסובלים מהפרעות חדה פנו לקבלת טיפול בבעיותיהם (29.5%), השתמשו בתרופות פסיכיאטריות (9.9%), אושפזו במשך השנה האחרונה בבית חולים כתוצאה

מהסימפטומים (4.2%) ואף עשו ניסיון אובדני (7.2%) (Newman et al., 1996). עדויות אלו מציעות שאכן הפרעות אלו משקפות בעיות חמורות שמהן סובלים צעירים. מחקרים נוספים הראו כי להפרעות חרדה יש השפעה על הישגים לימודיים, איכות החיים ותפקוד רגשי. לבסוף, מחקרים מראים כי ישנם אחוזים גבוהים של תחלואה כפולה בין פוביות בילדות לבין הפרעות חרדה נוספות ובין הפרעות חרדה לבין הפרעות פסיכיאטריות נוספות, במיוחד עם דיכאון (Muris, 2007).

### פגיעות גנטית

חלק מהילדים והמתבגרים הם בעלי פגיעות גדולה יותר ולכן בעלי סיכוי מוגבר לפתח פוביות והפרעות חרדה נוספות. מחקרים הראו כי ניתן לשייך בערך כשליש מהשונות בביטויים נורמאליים או חריגים של פחדים וחרדות למרכיב הגנטי. בספרות מתוארים מספר גורמים גנטיים של פגיעות, שלחלקם תפקיד חשוב בהתפתחות מגוון רחב ולא ספציפי של הפרעות חרדה. למשל, גורם של דיכוי התנהגותי (Behavioral Inhibition), שמוגדר כנטייה מולדת להיות עצור, מפוחד וביישן, בנוכחות אנשים שאינם מוכרים ולהגיב בריסון, זהירות ואף לסגת במצבים או בנוכחות אובייקטים חדשים. גורמים נוספים מקושרים לפגיעות להפרעות חרדה ספציפיות, למשל רגישות לגועל, שנקשר לפגיעות לסוגים מסוימים של פוביות. הליכים ביולוגיים גם כן מוזכרים כרלוונטיים בהקשר של הפרעות חרדה בילדות. הליכים אלו מערבים בעיקר עוררות יתר של אזורים מוחיים תת-קורטיקליים, בעיקר לימביים, שמגבירים את רגישות הילדים לפחד וחרדה. המחקר ההתנהגותי-גנטי מראה באופן ברור כי מעבר לתורשה, גם לגורמים סביבתיים יש תפקיד חשוב בהתפתחות של חרדה פתולוגית של ילדים צעירים.

### השפעות סביבתיות

גורמים סביבתיים תורמים רבות להתפתחותם של פחדים וחרדות בקרב ילדים צעירים. גורמים סביבתיים אלו כוללים לא רק גורמים כגון לחץ של האם לפני הלידה, אירועים טראומטיים, אירועי חיים שליליים וחוויות שליליות מותנות, אלא גם הליכי למידה עדינים יותר שמבוססים על מידע שלילי שילדים ומתבגרים מקבלים לגבי אירועים וגירויים מגוונים (Field, 2006). סביר, שמידע שלילי לא יהיה מספיק בדרך כלל, כדי ליצור רמות פתולוגיות של פחד וחרדה, אך יש להניח, כי מידע זה מסייע ומגביר הליכי רכישה של פחד מאוחרים יותר. בנוסף, נראה כי מספר גורמים משפחתיים משחקים תפקיד בהיווצרות של הפרעות חרדה פתולוגיות בילדות, כולל מודלים הוריים, היקשרות לא בטוחה והתנהגויות גידול הוריות שליליות. לבסוף, ישנן מספר עדויות המצביעות על כך, שלגורמים תרבותיים ישנה גם השפעה במידה מסוימת להתפתחותם של פחדים וחרדות. בהקשר זה, ישנם מחקרים המראים כי בעשורים האחרונים חלה נטייה לעלייה ברמות החרדה של ילדים (Twenge, 2000). ישנם חוקרים הסוברים כי סביבות הגידול של ילדים צעירים השתנו באופן דרמטי במהלך העשורים האחרונים, כשילדים ומתבגרים גדלים בסביבות הרבה יותר מסובכות, מלחיצות ובעולם מאיים יותר. במקביל, תפקיד המשפחה השתנה בצורה כזו שהיא מספקת פחות הגנה ובטחון. כך, שמנקודת ראות סביבתית, העלייה ברמות החרדה בקרב ילדים צעירים היא בהחלט הגיונית. אולם, גם כשילדים נחשפים לרמות חמורות של לחץ ואיום, חלק מהם מראים עמידות ראויה לציון ואינם מפתחים הפרעות חרדה (Masten, 2001).

### גורמים מגנים

בספרות מצוינים מספר גורמים המגנים מפני פחדים וחרדות בילדות הכוללים: יכולות קשביות (למשל, מאמץ מוכוון Effortful-Control), הערכה עצמית, יכולת עצמית ושליטה עצמית נתפשת, אסטרטגיות התמודדות, מנגנוני הגנה, ויסות רגשי, תמיכה חברתית, וחוויה של אירועי חיים חיוביים (Masten, 2001). ניתן להסיק כי גורמים אלו מעורבים בתופעות (פתולוגיות) של פחדים וחרדות בקרב ילדים צעירים, אולם, צריך לזכור שלגורמים מגנים אלו לעיתים רבות ישנו תפקיד בתיווך, או במיתון תהליכים בין תפישת האיום והלחץ מצד אחד, ולביטוי של רמת פחדים או חרדות גבוהה מצד שני. כלומר, בסופו של דבר גורמים אלו יכולים לגרום להבדל בין תגובות נורמאליות של פחד או חרדה לבין תגובות חריגות.

## גורמים משמרים פחדים וחרדות

ישנם מספר גורמים המוזכרים בספרות ככאלו שמשמרים את הסימפטומים של פחדים וחרדות בילדים ומתבגרים: הראשון, לפי המודל הדו-שלבי של מאורר, התנהגות של הימנעות הינה אחראית להמשכיות של הפרעות חרדה. כשילדים נמנעים מחשיפה או התמודדות עם הגירויים ומצבים מעוררי הפחד, רמת החרדה יורדת והתנהגות ההימנעות מחוזקת. הטיות בעיבוד מידע והליכי חשיבה שליליים ודיס-פונקציונאליים שונים זהו כגורמים נוספים שיכולים לשחק תפקיד בהתמדתן של הפרעות חרדה בקרב צעירים. עד כה מחקרים הראו שחרדות בילדות אכן קשורות להטיות בעיבוד מידע ומחשבות שליליות דיס-פונקציונאליות, אולם ישנו צורך במחקרים נוספים שיראו שגורמים אלו אכן מעורבים בהמשכיותם של חרדות לאורך זמן (Bar-Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans-Kranenburg, & van Ijendoorn, 2007).

## טיפול ומניעה של חרדות ופחדים בילדים

מחקרים מראים כי טיפולים קוגניטיביים-התנהגותיים וטיפולים תרופתיים הינם יעילים בהפחתת סימפטומים בילדים ומתבגרים בגילאים שונים. טיפול קוגניטיבי התנהגותי צריך להיחשב כטיפול הבחירה להפרעות חרדה בילדים, למרות שהתוכן הספציפי של התערבות כזו תלוי ברמה ההתפתחותית של הילדים (Hudson, Kendall, Coles, Robin, & Webb, 2002). טיפול תרופתי, (במיוחד SSRI), יכול להיות מיושם בשלב האקוטי של הטיפול (כשהסימפטומים מאוד חמורים). ישנן עדויות המראות כי שילוב של טיפול קוגניטיבי-התנהגותי וטיפול תרופתי עשוי להוביל לתוצאות אופטימאליות. חשוב להזכיר כי לטיפול תרופתי לאורך זמן של SSRI, או של תרופות נוגדות חרדה אחרות בגילאים צעירים יותר, עלולות להיות השפעות על ההבשלה המוחית (Pine, 2002).

## סיכום – הגשר בין פחדים נורמאליים, פחדים חריגים וחרדות בצעירים

לסיכום, פחדים וחרדות הינן תופעות נפוצות בילדות ונראה שיש "גשר" בין פחדים נורמאליים ופחדים חריגים ובין חרדה בקרב ילדים צעירים. אצל רוב הילדים והמתבגרים, פחדים וחרדות הינן תופעות מתונות וחולפות. אולם, בתת קבוצה של צעירים, תופעות אלו הופכות לחמורות, כרוניות ומשמעותיות, ולבסוף עלולות להפוך להפרעות פוביה או להפרעות חרדה אחרות. אם מתערבים בשלבים מוקדמים, טיפולים קוגניטיביים-התנהגותיים הינם אפקטיביים למדי ויכולים לקצר את משך הזמן בו הילדים סובלים מהסימפטומים, משפרים את איכות חייהם ויכולים למנוע את התבססות הפרעה לטווח הארוך.

## ביבליוגרפיה:

Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van Ijendoorn, M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: A meta-analytic study. *Psychological Bulletin*, 133, 1-24.

Biederman, J., Petty, C., Faraone, S. V., Hirshfeld-Becker, D. R., Henin, A., Rauf, A., et al. (2005). Childhood antecedents to panic disorder in referred and nonreferred adults. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15, 549-561.

Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837-844.

Craske, M. G. (1997). Fear and anxiety in children and adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61, A4-A36.

Field, A. P. (2006). I don't like it because it eats sprouts: Conditioning



preferences in children. **Behaviour Research and Therapy**, 44, 439-455.

Hudson, J. L., Kendall, P. C., Coles, M. E., Robin, J. A., & Webb, A. (2002). The other side of the coin: Using intervention research in child anxiety disorders to inform developmental psychopathology. **Development and Psychopathology**, 14, 819-841.

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic - resilience processes in development. **American Psychologist**, 56, 227-238.

McCathie, H., & Spence, S. H. (1991). What is the revised fear survey schedule for children measuring. **Behaviour Research and Therapy**, 29, 495-502.

Muris, P. (2007). **Normal and abnormal fear and anxiety in children**: Elsevier Inc.

Muris, P., Kindt, M., Bogels, S., Merckelbach, H., Gadet, B., & Moulart, V. (2000). Anxiety and threat perception abnormalities in normal children. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, 22, 183-199.

Muris, P., Meesters, C., & Knoop, M. (2005). The relation between gender role orientation and fear and anxiety in nonclinic-referred children. **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, 34, 326-332.

Newman, D. L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Magdol, L., Silva, P. A., & Stanton, W. R. (1996). Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults: Prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11 to 21. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 64, 552-562.

Ollendick, T. H. (1983). Reliability and validity of the revised fear survey schedule for children (fssc-r). **Behaviour Research and Therapy**, 21, 685-692.

Pine, D. S. (2002). Treating children and adolescents with selective serotonin reuptake inhibitors: How long is appropriate? **Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology**, 12, 189-203.

Twenge, J. M. (2000). The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952-1993. **Journal of Personality and Social Psychology**, 79, 1007-1021.

Vasey, M. W. (1993). Development and cognition in childhood anxiety - the example of worry. **Advances in Clinical Child Psychology**, 15, 1-39.

Vignoli, E., Croity-Belz, S., Chapeland, V., de Fillipis, A., & Garcia, M. (2005). Career exploration in adolescents: The role of anxiety, attachment, and parenting style. **Journal of Vocational Behavior**, 67, 153-168.

Weems, C. F., & Costa, N. M. (2005). Developmental differences in the expression of childhood anxiety symptoms and fears. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 44, 656-663.