

儿童青少年焦虑障碍

特点、发展、治疗及预防

2018 版

Ronald M Rapee

主审 柯小燕（南京医科大学附属脑科医院）

译者 封敏（南京医科大学附属脑科医院）



Ronald M Rapee 博士

澳大利亚，悉尼，麦考瑞大学心理学系情感健康中心教授

利益声明：从《帮助您的焦虑儿童：父母操作指南》(*Helping your Anxious Child: A Step by Step Guide for Parents*) 书中获得版权。销售“酷小孩” (*Cool Kids*) 程序的收益将捐赠给麦考瑞大学的情感健康中心，以帮助儿童焦虑障碍的研究和治疗——无人可从中获得任何收入。

此书适用于从事于心理健康行业的专业人员，而非一般大众。书中表达的观点仅代表作者的观点，而不代表编辑或国际儿童青少年精神医学及相关学科协会的观点。本书基于作者所提供的科学证据，寻求最佳治疗方案，但这有可能会因新的研究结果的出现而改变。读者在应用相关知识时，须结合相应的指南及本国国情。部分药物在某些国家是不允许使用的，另外读者在用药时也要考虑到一些特殊的药理作用，因为说明书不会囊括所有的剂量和副反应。读者可引用或链接本刊物的组织机构、出版物和网站以说明问题或作为更多信息的来源。但这并不意味着作者、编辑或协会支持他们的观点，读者应该批判性地去评价这些内容。且网站也可能出现变化或停止运营。

©IACAPAP 2018. 本书属于公开发表刊物，且经过了[创作共享署名非商业许可证书](#)许可。允许在所有媒介中使用、分发和复制，但须确保原始书籍被正确使用，且不用于商业用途。有关本书或本章节的建议可以发送至jmreyATbigpond.net.au

建议引用格式: Rapee RM. Anxiety disorders in children and adolescents: Nature, development, treatment and prevention. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2018.

就在几年前，儿童焦虑障碍还被认为是相对罕见且影响较小的疾病。因此，我们对于儿童焦虑障碍的经验知识比成人焦虑障碍要少得多。然而，在过去的 15 到 20 年里，儿童焦虑障碍的研究数量急剧增加，我们现在正在积极了解这些疾病的性质、发展和治疗。尤其是最近，人们开始关注可以预防焦虑的方法。鉴于焦虑和抑郁之间的重叠，以及从儿童到成年的连续性，这项工作对于预防人们一生中的内化困难具有深远的影响。

成人领域的研究倾向于研究非常具体的单个疾病，而与成人领域的研究相比，在儿童和青少年领域，有一种更普遍的倾向，即更广泛地研究焦虑，在很多情况下，是将内化障碍作为一个整体进行研究。因此，在本章中，我将非常广泛地描述焦虑障碍，并考虑与所有焦虑障碍相关的因素。这在治疗方面尤其如此，大多数有循证支持的心理治疗方案往往包括各种焦虑障碍患儿。鉴于本书中的其他章节侧重于强迫障碍、创伤后反应和分离焦虑障碍，我将尽可能更直接地关注剩余的疾病——广泛性焦虑障碍，社交焦虑障碍和特定恐怖症。事实上，自 DSM-5 发布以来，焦虑障碍不再包括强迫障碍和创伤后应激障碍，即使它们具有许多相同的特征、风险因素和治疗方法。为了减少重复，我通常会使用“儿童焦虑”或“儿童期焦虑”等术语来代指儿童和青少年的焦虑，除非有必要进行特定的年龄区分。

描述和诊断

焦虑障碍的核心特征是回避。在大多数情况下，这包括明确回避特定情境、地点或刺激，但它也可能涉及更微妙的回避方式，例如犹豫、不确定、退缩或仪式化的行为。这些行为在各种焦虑障碍中相对一致，特定的焦虑障碍之间关键的区别是引起这种回避的触发因素不同。这种回避通常伴随着恐惧、痛苦或害羞的情感成分。然而，有些孩子，尤其是年龄较小的孩子，可能很难将这些情绪表达出来。焦虑的发生是由于预期某些危险或不良事件即将发生，换句话说，是由于对威胁的预期。因此，在识别焦虑的孩子时，至关重要的一点，即确定回避是出于对某种威胁的预期。例如，两个孩子可能都会说他们不想去上学。第一种情况可能是他们和朋友一起去商店玩比去学校上学更开心；第二种情况可能是他们认为其他孩子在取笑自己。尽管两种情况从表面上看起来似乎都在回避学校，但前一种情况并不会反映出焦虑，因为这种行为并非被感知到的威胁所激发。所有的焦虑障碍都会涉及对威胁的预期，并会以担心、沉思、焦虑预期或消极想法的形式出现。这些障碍之间的关键区别在于这些信念的内容，下文会详细叙述。除了所描述的信念、行为和情绪之外，焦虑的孩子还会经常报告一系列相关躯体不适的主诉，反映出更高的觉醒；然而，这些很少是特定于某一种疾病的，因此很少诊断。焦虑的儿童中常见的身体症状包括头痛、胃痛、恶心、呕吐、腹泻和肌肉紧张。此外，许多焦虑的孩子，尤其是那些有很多担忧的孩子，常常会有睡眠困难。

如前所述，特定的焦虑障碍主要的区别在于焦虑的特定触发因素、回避的情境以及信念的内容，如表 F.1.1 所示。分离焦虑在第 F.2 章中有详细描述。

内化障碍

与“外化”或“不受控制的”障碍（undercontrolled disorders）相反，如品行障碍的儿童倾向于外化或表现出内心的冲突或情绪，例如，通过攻击的方式。而内化障碍则反映了自我内部的问题，例如恐惧、担忧和不快乐，传统意义上属于“神经症”、“过度控制”或“过度抑制”的问题。内化障碍的儿童倾向于在内部处理问题和情绪冲突而不表现出来。与外化障碍相反，内化障碍的儿童通常会给自己带来更多的痛苦而不是周围的人。

表 F1.1 各种焦虑障碍的核心和相关症状		
障碍名称	核心症状	相关症状
分离焦虑障碍	当孩子与依恋对象要分开时，孩子会担心或害怕自己或依恋对象（通常是父母）发生不好的事情。由于这种想法，孩子会避免与依恋对象分离。	<ul style="list-style-type: none"> 关于分离的想象或噩梦 拒绝面对涉及分离的情况，包括不在家里睡觉、去上学、拜访朋友或亲戚、独自或跟保姆呆在家里 担心分离的后果，包括害怕被绑架或受伤，或者是依恋对象受伤，或者在分开后被杀 当预期到将要分离时，会出现身体症状，包括呕吐、腹泻和胃痛。
广泛性焦虑障碍	倾向于担心各种各样的消极可能性，即会发生不好的事情	<ul style="list-style-type: none"> 对家庭财务、友谊、学业、体育表现、自我和家庭健康以及轻微的日常问题等方面反复和广泛的担忧 反复向父母或其他人寻求安慰的倾向 逃避新奇、负面消息、不确定的情况和犯错误 焦虑时出现躯体症状、失眠和烦躁。
社交恐惧症	由于相信其他孩子会对自己进行负面评价，因此害怕和回避社交互动或社交表现	<ul style="list-style-type: none"> 避免一系列社交活动或情境，包括在他人面前说话或表演，结识新儿童，与教师等权威人物交谈，以任何方式成为关注的焦点，以及对青少年来说，对约会的恐惧等 担心其他人的负面评价，包括担心其他人会认为他们没有吸引力，愚蠢，不愉快，过于自信或奇怪 朋友较少并难以结交新朋友 高度的自我意识或自我关注
特定恐怖症	特定恐怖症的核心特征涉及对一系列特定线索，情境或物体的恐惧和回避。有一种普遍的看法，认为对象或情境会导致人身伤害	<p>儿童常见的恐惧包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> 狗或鸟等动物 昆虫或蜘蛛 黑暗 大的噪音，特别是风暴 小丑、面具或不寻常的人 血液、疾病、注射
惊恐障碍和广场恐怖症*		
惊恐障碍	经历和害怕意外的惊恐发作，通常包括一些躯体症状和对死亡或发疯的恐惧。	<ul style="list-style-type: none"> 几种躯体症状，通常相对较快地达到峰值并持续一段时间 症状通常包括心悸、呼吸困难、头晕、颤抖和胸痛 至少对意外发生或“突然发生”有部分恐慌
广场恐怖症	广场恐怖症涉及其他的恐惧并且避免几种“恐惧症”环境，通常是由于害怕在这些环境中发生惊恐发作	<ul style="list-style-type: none"> 回避因害怕症状或后果而导致的环境 常见的恐惧环境包括快速逃生的地方，如公共交通工具、封闭空间、电影院、理发店或拥挤的交通。 通常依赖于特定的安全线索，通常是安全的依恋对象。

*惊恐障碍和广场恐怖症都是在成年早期开始发病的，因此在儿童时期是罕见的。只有很稀少的病例发生在 15 岁之前，而少数病例是从 15 岁到 18 岁开始发病。

焦虑相关障碍 (Anxiety-related disorders)

如前所述，在最新版的 DSM 手册中，两种以前被纳入焦虑障碍的疾病不再被纳入这一范畴。它们在自己的章节中有所涉及，因此这里仅作简要介绍。患有强迫障碍 (obsessive compulsive disorder, OCD) 的儿童会报告重复的、侵入性的想法、图像或冲动，通常伴有特征性的动作或行为，目的是减少焦虑。尽管某些形式的强迫障碍患者可能没有提及可预期的威胁感，并且更多地聚焦于一种厌恶感和一种认为某些行为是正确的信念，但通常来说，OCD 的心理因素常聚焦于一些可预期的威胁或危险 (因此与焦虑障碍重叠)。当预期的威胁确实存在时，相应的仪式行为就会出现，旨在防止或消除预期的危险。由于许多儿童，特别是小年龄的儿童无法清楚地描述他们的想法和动机，因此情况就会更加复杂。在儿童中，如果特定的行为没有得到充分的执行，就会出现一些仪式行为，最常见的仪式行为包括洗涤 (以及对变脏的恐惧)，以及检查或排序 (以及对灾难的恐惧)。

创伤后应激障碍涉及一系列症状：高度唤醒 (例如，跳跃)、入侵 (例如，想起创伤相关事物和情境的痛苦体验)、分离 (例如，无法去想创伤相关的事情，变得麻木和单调)、以及回避严重的 (危及生命) 事件后发生的情境。令人悲伤的是尽管世界上许多儿童都经历过危及生命的事件，但创伤后应激障碍在儿童时期诊断并不常见 (Rapee 等, 2009)。一些作者认为，这是因为这些疾病诊断标准对儿童的表现不敏感，而另一些作者则认为，这可能反映了儿童认知发展中过去和未来的感觉减弱。创伤后应激障碍在第 F.4 章中有详细讨论。

拒绝上学

尽管在 DSM 或 ICD 中，拒绝上学并不是一个正式诊断，但由于各个领域对其进行了广泛的讨论，因此在此进行简短的介绍。毫无疑问，许多儿童不想上学，有一小部分儿童，他们可能长时间都不去上学。这通常被称为拒绝上学。拒绝上学不是一种焦虑障碍，除了焦虑之外，它可能由许多因素引起，但当它发生时，焦虑是一个常见的潜在因素。然而，仅靠焦虑并不足以充分解释。拒绝上学既包括孩子不愿上学 (有时由于焦虑) 和社交的动机也包括父母对这种需求的默许。当然，后一种情况在不同的社会中会有所不同，这取决于学校出勤的法律规定、社会规范和父母需求 (如极端贫困)。但是，如果法律和规范对学校出勤有一定要求 (出勤时间大多数国家有所规定)，拒绝上学通常涉及一些困难，在家庭中或至少一个家长中。例如，在某些情况下，不去上学有时会得到父母的鼓励，如父母可能希望孩子提供帮助以满足自己的需求 (例如，身体或精神残疾) 或亲子关系可能因严重的婚姻问题而变得病态等等。换句话说，长时间拒绝上学可能反映出儿童的各种各样的焦虑 (或其他) 问题 (例如，对学校工作的恐惧、分离焦虑、社会恐惧、欺凌等) 以及父母或家庭困难，并且在某些情况下缺乏社会支持 (进一步讨论请见第 F.2 章)。

共患病

如前所述，对儿童焦虑的讨论通常关注广泛的焦虑障碍 (有时是相关疾病)，而不是只关注单一疾病。其中一个主要原因是各种焦虑障碍之间以及焦虑和其他内化障碍之间的严重重叠，尤其是抑郁症。临床上焦虑的儿童很少有单纯符合一种焦虑障碍的

社交焦虑

应该指出的是，社交焦虑儿童的社交技能并不一定差。这种情况通常被忽视或忽略而不是被拒绝。然而，由于他们的焦虑，他们有时可能会在社交方面表现得很笨拙，在社交场合表现得很差。例如，他们可能说得不多，或者说话声音很小，他们可能眼神交流很差，或者说话犹豫不定。

诊断标准。在寻求治疗的人群中，大约 80% 至 90% 的人至少符合不止一种精神障碍的诊断标准。大多数人（高达 75%）至少符合不止一种焦虑障碍的标准。另外 10% 至 30% 的人也符合其它情绪障碍的诊断标准。这里的年龄差异很明显——大约 30% 寻求治疗的青少年符合其它情绪障碍的诊断标准，而只有约 10% 至 15% 的年龄较小的焦虑儿童符合焦虑障碍的诊断标准。寻求治疗的大约 25% 的年龄较小的焦虑儿童也符合行为障碍的诊断标准。患有单纯焦虑障碍的儿童比例略高一些，且在基于人群的样本中也发现了类似的情况。然而，即使在基于人群的样本研究中，患有焦虑障碍的儿童也可能会共患焦虑、情绪和行为障碍。有趣的是，焦虑的儿童似乎没有更大的药物滥用风险，这很可能反映了这些儿童通常遵守规则而不冒险的事实。然而，焦虑障碍和酒精滥用之间的重叠从青春期后期或成年早期开始出现（Costello 等，2003）。

流行病学

患病率

由于许多因素，包括诊断标准、评估工具和抽样的不同，儿童焦虑障碍的患病率在不同国家和研究中有所不同。总体而言，在西方人群中大约有 5% 的儿童青少年在特定时期内符合焦虑障碍的标准（Rapee 等，2009）。其他地区的数据很少，但波多黎各的一项研究也显示相似的比率（Canino 等，2004）。在大多数研究中，患病率最高的是特定恐怖症和中度分离焦虑障碍、广泛性焦虑障碍以及社交恐惧症。

性别分布

在一般人群中，焦虑障碍在女性中比男性更常见。大部分的人群研究表明大多数焦虑障碍患者的女性数量是男性的 1.5 倍到 2 倍。有证据表明，这一性别差异早在 5 岁时就出现了。相比之下，焦虑障碍在西方国家中性别分布更均衡，即使也有男性略多的情况，这可能反映了男性承受社会压力而不会焦虑。

发病年龄

焦虑障碍是发病年龄最早的障碍之一，通常大多数障碍起病于儿童中期到青春期中期。正如后面我们要讨论的，焦虑障碍的发生往往伴随气质抑制（见下文）和恐惧。因此很难确定焦虑障碍第一次发病的确切时间，从某种程度上来说，焦虑的儿童从一出生就会焦虑。根据是否于儿童青少年期起病或成年人的回顾性报告，评估结果会产生变化。不同障碍的流行病学发病的平均年龄（个案研究中发病的平均年龄更早）如下：

- 动物恐惧症——儿童早期（大约 6-7 岁）
- 分离焦虑障碍——儿童早期到儿童中期（大约 7-8 岁）
- 社交焦虑障碍——青春期早期（大约 11-13 岁）
- 广泛性焦虑障碍——从青春中期到成年期
- 惊恐障碍——成年早期（大约 20-24 岁）

病程

焦虑障碍是精神疾病中表现最稳定的疾病，往往难以自然缓解。在青少年期和步入成年期，焦虑的儿童患其他障碍的风险也会增加。长期的跟踪研究也已表明，焦虑的儿童在青少年期有更高的风险患焦虑障碍、情绪和外化障碍，在成年期更易患焦虑障碍、情绪和物质使用障碍甚至自杀（Beesdo-Baum & Knappe, 2012; Bittner et al, 2007）。

其他人口学特征

有趣的是，儿童期的焦虑障碍很少有人口学危险因素。有一些证据表明低社会经济地位可能会为焦虑带来一些风险，但是这些研究结果并不一致，而且这种风险程度很小。同样，一些研究也提示社交性焦虑的儿童更有可能从一出生就开始焦虑，但是其他研究未能为这一发现提供支持。大多数其他人口学特征不能预测焦虑障碍的发生（除了前文提到的性别）。因此焦虑的儿童不具有特定的家庭规模、父母婚姻状况、受教育水平或智力（Rapee et al, 2009）。

评 估

临床评估一般包括问卷、诊断性访谈及行为观察。然而，在大多数临床环境中，诊断性访谈及少数的问卷一般比较合适。

诊断性访谈

目前有几个结构化的诊断性访谈支持 DSM 或 ICD 关于儿童期疾病包括焦虑障碍的诊断标准。大多数访谈包括很多针对相关疾病诊断标准的问题，并因它们的结构化程度的不同而不同。一些使用广泛的工具包括：

- 情感性障碍和精神分裂症检查提纲（Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, K-SADS）
- 发展和健康状况评定量表（Development and Wellbeing Assessment, DAWBA）
- 儿童诊断访谈量表（Diagnostic Interview Schedule for Children, DISC）

如果主要关注具体的焦虑障碍，那么可以使用儿童焦虑障碍访谈问卷（Anxiety Disorders Interview Schedule for Children, ADIS-C），该量表主要关注具体的焦虑障碍（Silverman & Albano, 1996）。对年龄非常小的儿童来说，学龄前精神评估（Preschool Age Psychiatric Assessment, PAPA）是一个有用的工具（Egger et al, 2006）。大多数结构化访谈都有分别对父母和儿童（儿童年龄至少为 8 岁或 8 岁左右）的访谈，然后临床医生根据这些信息进行整合。

像大多数儿童期疾病一样，从父母和儿童获得的有关焦虑障碍的信息普遍包括几个不一致的方面。需要运用临床诊断和经验来决定哪个信息更重要并且怎样去整合这些信息更好（见第 A.3 章对这一问题的详细讨论）。焦虑的儿童常“假装变好”（Kendall & Chansky, 1991），换句话说，就是否认焦虑的感受或提供一些他们认为是被社会所接受的答案。然而，许多家长也会焦虑（在下文讨论），在某些情况下，他们会因为自己

的痛苦而夸大孩子的困难。因此，访谈者需要获得足够的细节来判断哪一个是最准确的报告，以及哪些方面的信息可能是不准确的。

从临床上来看，区分特定的障碍可能是困难的。如上文所述，明确特定行为背后的基本动机对于确定诊断是有重要意义的。例如，当父母计划外出时幼儿会发脾气，其原因可能是由于他们的行为会引起关注和获得好处，或者是担心分离后会出现一些负面事情而表现愤怒。临床上，一旦评估了所有行为、动机和诊断标准，并且确定一个孩子符合两个（或更多）明显不同的疾病的标准，那么确定哪一种疾病是主要的是很有用的。大多数作者把对儿童人生产生最大影响和干扰的障碍定义为主要障碍。因此，这一障碍通常是治疗中最初的关注点。大多数对儿童焦虑障碍治疗的经验性评估都是基于以焦虑障碍为主要障碍的儿童。然而，在某些情况下，明确哪种障碍可能是潜在或因果问题可能更为重要。例如，如果一个孩子正遭受抑郁、孤独和由社交焦虑而带来的痛苦，那么不论社交焦虑是否是主要障碍，都首先治疗，其对治疗的反应可能最佳。在某些情况下，一个特定的障碍可能会干扰对治疗的反应，因此可能需要重点关注，即使这不是主要障碍。例如，一个孩子的焦虑障碍可能是最具干扰性的，但是，其共患抑郁导致低动机，因此可能需要先治疗抑郁症才能进行焦虑治疗。

儿童焦虑的问卷评估

焦虑障碍的严重程度或焦虑症状的程度可通过几个问卷进行评估。对 8 或 9 岁儿童的大多数问卷都有好的心理测量学属性，而且可以一直用到青春期中期或后期。从青春期中期之后，焦虑障碍的成人量表通常比较稳定。用于幼儿的量表很少。

有几个量表的分量表都采用类似诊断的结构，例如分离焦虑障碍、社交焦虑障碍或广泛性焦虑障碍。这几个量表大多数都有父母版和儿童版：包括：

- Spence 儿童焦虑量表 (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS) (免费提供多种语言版本)
- 焦虑和相关疾病筛查 (Screen for Anxiety and Related Disorder, SCARED)
- 儿童多维焦虑量表 (Multidimensional Anxiety Scale for Children, MASC)

最近为学龄前儿童制定了类似量表，仅由其父母完成——学龄前焦虑量表-修订版 (Preschool Anxiety Scale, Revised, PAS-R) (免费提供，并提供多种语言版本)。

一些版本较老量表旨在更广泛地评估整体焦虑障碍。这些包括：

- 修订儿童表现焦虑量表 (Revised Children's Manifest Anxiety Scale, RCMAS)
- 儿童状态特质焦虑量表 (State Trait Anxiety Inventory for Children, STAIC)
- 贝克青少年焦虑量表 (Beck Anxiety Inventory for Youth)

一个相似的由父母完成的用来评估学龄前儿童内化症状的量表也已开发，即儿童情绪、恐惧和担忧量表 (Bayer et al, 2006)。

在某些情况下，可能需要对特定形式的焦虑进行更具体和详细的评估。在这些情况下，一些量表涉及焦虑的特定方面，包括：

- 修订儿童恐惧调查表 (Fear Survey Schedule for Children Revised, FSSCR)
- 社交恐怖症和儿童焦虑量表 (Social Phobia and Anxiety Inventory for Children, SPAIC)
- 儿童社交焦虑量表-修订版 (Social Anxiety Scale for Children-Revised, SASC-R)
- 儿童焦虑敏感指数 (Children's Anxiety Sensitivity Index, CASI) (Silverman 等, 1991)



点击图片查看 Center for Emotional Health 的网站，从中可以免费下载 CATS, SAS-TR 和 CALIS 以及 PASR。其中一些量表除用英语以外还有其他语言版本。

最后，我们中心的一些量表可能是有用的，因为他们涵盖了与焦虑症状相关的内容。儿童自动思维量表 (Children's Automatic Thoughts Scale, CATS) 旨在评估患有各种疾病的儿童和青少年所经历的特定信念。其中两个分量表与焦虑相关：与社会威胁和身体威胁相关的信念。剩余的分量表评估与个人失败和敌意相关的信念。学校焦虑量表-教师报告 (School Anxiety Scale-Teacher Report, SAS-TR) 提供了一种可以由课堂教师完成的儿童焦虑测量。这个量表是一个额外的信息来源，可以充实焦虑儿童的更广泛的临床情况。最后，儿童焦虑生活干扰量表 (Children's Anxiety Life Interference Scale, CALIS) 有两个平行的指标 (一个由孩子报告，另一个由父母报告)，评估孩子的焦虑对孩子和家庭生活的影响程度。

风险和维持因素

家庭传播

焦虑障碍会在家庭中流行。焦虑障碍患者的一级亲属患焦虑障碍及情绪障碍的风险也会增加。儿童青少年焦虑障碍患者的一级亲属患焦虑障碍和心境障碍的风险增加。焦虑的儿童可能有患有焦虑障碍的父母，并且患有焦虑障碍的成年人更有可能有焦虑的孩子 (Rapee 等, 2009)。类似的关系更普遍地发生在与焦虑相关的气质上 (见下文)。患有焦虑障碍的成年人可能有高度气质抑制的孩子，并且高度抑制的儿童更有可能有患焦虑和情绪障碍的父母 (Rosenbaum 等, 1993)

一个重要的发现是焦虑障碍的家庭传播似乎有一定的特异性。换句话说，一些研究已经表明，患有特定焦虑障碍 (例如，社交恐惧症) 的人其一级亲属更有可能患相同障碍 (社交恐惧症) 而不是其他焦虑障碍。这与未显示特异性的遗传因素方面的研究不同 (见下文)。当然，家庭传播反映出遗传和环境的影响，因此很有可能推测遗传传播会带来一种广泛的、普遍的风险，而家庭环境可能会将这种风险转化为具体的表现形式。

遗传因素

毫无疑问，焦虑障碍是可遗传的。最佳估计表明，焦虑症状和焦虑障碍诊断中大约 40% 的变异是由遗传因素介导的。如果观察焦虑症状随时间的稳定性，那么这一估计值会更高。尽管研究不多，但在儿童时期的焦虑中也有类似的发现。对儿童焦虑障碍的双生子研究表明，大约 30% 至 40% 的症状和障碍的差异可归因于遗传 (Gregory & Eley, 2007)。有一些证据 (尽管有局限性) 表明，焦虑障碍的气质风险 (如抑制) 的遗传估计值也会略高 (Rapee & Coplan, 2010)。如上所述，焦虑障碍的遗传风险似乎

在很大程度上是普遍的，而且似乎主要是在一个非常广泛的因素上，例如一般神经质（Gregory & Eley, 2007）。

对于可能患焦虑障碍的特定基因的研究不那么广泛，到目前为止，没有证据表明任何单个基因与焦虑有关。许多候选基因都被探讨过；研究最多的是 5-羟色胺转运蛋白基因（5HTTLPR）的启动子区域。然而，该基因的多态性与不同的疾病有关，它不太可能在焦虑中发挥特定的作用。事实上，有一种理论认为在 5HTT 基因上有两个短等位基因通常会增强个体对环境事件的总体反应（包括积极的和消极的）（Belsky 等，2009）。

气质因素

焦虑的气质风险可能是研究得最好且最明确的危险因素（Fox 等，2005；Rapee 等，2009）。各种与儿童焦虑有关的气质包括：行为抑制、退缩、害羞和恐惧。我将在本节中专业术语“抑制”下描述这些不同的气质。大量研究表明，那些被认为是高抑制的幼儿以后患焦虑障碍的风险更大。如上所述，研究还将抑制与一级亲属的焦虑障碍联系在一起。最常见的抑制评估发生在 2 至 5 岁左右的儿童身上。这可以通过问卷调查或直接观察来完成。抑制的共同特征包括：

- 在新事物面前退缩
- 对陌生人或同伴的热情不高
- 缺乏微笑
- 紧贴着依恋对象
- 缺乏交谈
- 有限的目光接触或“腼腆”的眼睛注视
- 不愿探索新环境。

在学龄前表现出这些特征的儿童有 2 到 4 倍的可能到儿童中期达到焦虑障碍的标准，并且这种增加的风险至少会持续到青春期（Fox 等，2005）。一些证据也表明，表现出高水平的觉醒和情绪的婴儿（3-6 个月）更有可能在 2 到 5 年内表现出高抑制。因此，似乎有可能从几个月大的幼儿中发现焦虑风险的增加（Kagan & Snidman, 1991）。

从理论上讲，这类研究的主要困难是抑制和焦虑障碍结构之间的广泛重叠。因此，有人可能会认为抑制只是一个不太清晰的表象或焦虑障碍的早期表现。有证据表明，抑制和紊乱具有一些独特的特征，因此代表了不同的结构，但这个问题还远未解决（Rapee & Coplan, 2010）。

父母和家庭因素

鉴于上述家庭内焦虑传播的证据，人们通常认为父母和家庭环境会影响焦虑障碍的发展。但是，很难获得证据证明，而且已有的研究数据也不完全一致。最广泛的研究集中在养育和亲子互动上。

毫无疑问，焦虑儿童的养育以过度保护、侵入性以及较小程度上的消极性为特征（McLeod 等，2007）。这种关系是否是因果关系很难确定，到目前为止，对这个问



Jerome Kagan, 哈佛大学心理学教授，是发展气质概念的学者之一，他认为在生命早期时，人就已经发展出稳定的行为和情绪反应。他将气质分为两种类型：抑制型和非抑制型。前者形容儿童是害羞的、胆怯的、社交退缩的和恐惧的。后者形容儿童是开朗的、善于社交的和勇于冒险的。

题的研究很少。有理论认为，亲子关系很可能反映了周期性的相互作用。也就是说，抑制的儿童可能会引起父母的过度保护，反过来，过度保护的养育可能会导致进一步的焦虑(Hudson & Rapee, 2004; Rubin 等, 2009)。虽然很少有纵向研究涉及这种关系，但至少有一些证据与这一结果一致(Edwards 等, 2010)。还有一些证据表明 5-羟色胺转运蛋白基因与养育之间的相互作用预示着幼儿日后的焦虑(Fox 等, 2005)。

婴幼儿的气质类型与母亲显而易见害怕的事情之间的交互影响似乎有可能增加对陌生人的恐惧。

人们常常认为，焦虑的父母通过模拟自己的恐惧和应对策略来增加孩子焦虑的风险。然而，这一理论很少得到检验。主要的研究来自对幼儿的实验室研究。研究表明，6-18个月左右的孩子会通过观察他们的母亲在恐惧行为下的表现，来学习恐惧和回避新的刺激。更重要的是，社交焦虑的母亲已被证明会以这种方式将对陌生人的恐惧传递给婴儿，并且婴儿发展出的恐惧程度在一定程度上取决于婴儿先前存在的抑制性气质水平(de Rosnay 等, 2006)。因此，通过婴儿的气质与母亲明显的恐惧迹象之间的相互作用似乎增加了对陌生人的恐惧。在年龄较大的儿童中，有研究表明，口头传播的有关危险的信息会增加对特定线索的恐惧。例如，当孩子们被告知一种可能是危险的新线索时，他们表现出恐惧、生理唤起、威胁信念和对线索的回避会持续几个月(Field, 2006)。

最后，一个关键问题是受干扰的家庭环境是否在儿童焦虑的发展中发挥作用。有大量的纵向研究调查了家庭痛苦和暴力，父母离婚或分居以及性虐待和身体虐待的长期影响，尽管这写研究很少关注焦虑障碍。总的来说，性虐待以及轻微的身体虐待和家庭暴力似乎会增加儿童的焦虑。然而，这种焦虑的增加可能是暂时的，并且目前尚不清楚这些因素是否对长期焦虑障碍的发展有重要影响。更重要的是，很明显这些因素是相对非特异性的，并增加了各种儿童精神疾病的风险，可能最不重要的是焦虑障碍(Rapee, 2012)。

生活事件

尽管已有大量研究探讨了消极生活事件在成人焦虑障碍(主要是广场恐怖症)发病中所起的作用，但在儿童焦虑中，关注生活事件的研究却很少。这可能是因为在儿童焦虑障碍通常以抑制性气质为发病背景，并且明显突然的发病是相对罕见的。已有研究表明，焦虑的孩子比没有焦虑障碍的孩子报告的负面生活事件的数量和影响更大。虽然这种差异可能反映了认知和报告上的偏见，但至少有一些研究通过与父母的访谈和确定确凿的证据来证明这种差异(Allen 等, 2008)。然而，证明焦虑的孩子比非焦虑的孩子有更多的负面生活事件并不意味着这些事件必然导致或引发他们的焦虑。实际上，数据表明，最大的差异表现在所谓的“依赖性生活事件”上。依赖性事件可能是孩子行为的结果(例如，在测试中表现不佳可能是孩子不学习的结果)。因此，儿童焦虑很可能导致更多的负面生活事件，可能是由于与焦虑相关的担忧和避免。当然，这种增加的压力反过来也有可能有助于维持甚至增加焦虑。

受到特别关注的一种特殊形式的生活事件是欺凌和戏弄。有大量证据表明，焦虑的孩子比非焦虑的孩子更容易被戏弄和欺负，而且他们经常被同龄人忽视甚至拒绝(Juvonen & Graham, 2014)。再次表明，尽管因果关系的方向是未知的，但焦虑的孩子很可能由于他们的行为而引起别人的戏弄；反过来，戏弄可能会进一步加剧他们的焦虑。

认知偏差

焦虑的孩子们会报告他们对威胁的强烈信念和预期。在某种程度上，这是反映诊断的一个方面，但也有人认为它代表了一个核心维持特征。尽管这存在相当多的重叠，但在某种程度上预期的威胁是特定的。也就是说，患社交恐惧症的儿童更有可能对社会威胁的预期增加（例如，其他孩子不喜欢我），患分离焦虑的儿童会增加对身体威胁的预期（例如，我的父母会受伤），等等。有证据表明，在焦虑儿童中，这些威胁信念比在其他精神疾病的儿童中更大，并且随着成功治疗而减少（Schniering & Lyneham, 2007）。它们是否与焦虑的发作有因果关系，或仅是反映了焦虑尚不清楚。

研究还关注焦虑儿童处理威胁信息的方式（Muris & Field, 2013）。正如成年人所展示的那样，焦虑的孩子既对威胁存在认知偏差，又偏向于以威胁一致的方式解释模棱两可的信息。一些研究表明，这些偏差随着治疗的成功而减少。

治疗

药物治疗

儿童焦虑障碍的药物治疗通常侧重于选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRIs）的使用。尽管大多数研究主要集中在治疗强迫症上，但一些研究已经证明了 SSRIs 如氟西汀和舍曲林在治疗广泛性焦虑障碍方面的显著疗效（Ipser 等, 2009）。特定药物之间几乎没有差异，尽管在这个年龄组中不建议使用帕罗西汀，但有一些建议认为文拉法辛的疗效和可接受性较低（Uthman 2010）。治疗通常持续 10-15 周。结果显示，在治疗结束时，50%至 60%的儿童被视为治疗反应者，而服用安慰剂的儿童约占 30%。不幸的是，很少有研究对长期收益的维持进行调查，但在文献中有一些暗示，药物影响可能在 8 周后趋于平稳（Ipser 等, 2009）。不良药物治疗事件相对较少但确实有发生，并且由于副作用，多达 7%的焦虑儿童中断服用 SSRIs。所有服用 SSRI 的年轻人都需要监测自杀情况（有关药物治疗的详细信息，请参阅第 A.8 章和表 A.8.1）。



点击图片可以听 Eli R. Lebowitz 博士谈谈关于认知行为疗法（CBT）在儿童焦虑障碍中的应用。（13:14 分钟）

基于技能的治疗程序

大多数证据支持的针对焦虑儿童的心理治疗都属于认知行为或技能治疗的广泛范畴。治疗基础是教孩子（有时是父母）特定的技能，以帮助管理孩子的焦虑。大多数治疗包括综合的方案包或技术组合。具体治疗技术包括：

- 心理教育
- 放松训练
- 现场暴露法
- 应急管理
- 家长培训
- 认知重建
- 社交技能和自信心训练

结果表明 50%到 60%的孩子在经过治疗（基于 CBT 的技术或 CBT 疗法）之后，症状将不再能达到诊断标准。并且在结束治疗的 12 个月之后，这个数据可以上升至 70%到 80%。

治疗通常持续 8-15 周，每次约 1-2 小时，并以团体形式或单独提供。结果表明，

在治疗结束时，50%至60%的儿童被认为无诊断（James 等，2015），并且通常在治疗结束后12个月内增加至70%-80%。一些研究表明在治疗后治疗效果可维持长达6-8年（例如，Kendall 等，2004）。

许多研究试图找出可能影响治疗效果的因素。有证据表明，个体治疗的效果可能会比在团体治疗产生的效果略大（Reynolds 等，2012）。一个更重要的问题已受到一些关注，即必须在多大程度上将父母纳入治疗并教他们特定的技能。关于这个问题的证据很混杂，但通常表明包括父母作为治疗的积极参与者的获益很少（Reynolds 等，2012）。然而，已经解决这个问题研究很少考虑到儿童的年龄。更重要的是，这些研究在将父母纳入治疗方案方面存在很大差异，而文献综述中也很少考虑这一点。在一项大型数据分析中，教父母在养育子女方面的特定技能或帮助他们的孩子接受治疗的方法，结果表明相比教父母的其他方法，治疗结束后三个月的结果明显更好（Manassis 等，2014）。

另一个相关问题是共病诊断对治疗效果的影响。令人惊讶的是，迄今为止的大多数研究都未表明有共患病的焦虑儿童的治疗反应更差。换句话说，焦虑的儿童似乎对基于技能的治疗方案也有同样的反应，即使他们在焦虑、抑郁或外化问题上还有其他困难（Ollendick 等，2008）。话虽如此，但对于抑郁症来说证据并不一致。一些研究表明共患抑郁可能会降低治疗反应（Rapee 等，2009）。我们自己临床最新的一项研究对这个问题有了更多的了解。根据我们的数据，似乎有共患病并不会影响治疗的变化程度，但确实影响了最终效果。因为有共患病的儿童（特别是共患外化障碍和抑郁症）通常在治疗开始时具有更严重的焦虑。尽管两者治疗的变化速度非常相似，但有共患病的儿童在治疗结束时达到的程度通常不如没有共患病的儿童那么好。一些研究也表明，患有高功能孤独症和共患焦虑障碍的儿童对焦虑障碍的治疗也有很好的反应（Moree & Davis, 2010）。

几乎没有发现其他治疗反应的预测因子。有迹象表明，父母的精神疾病（既有父母焦虑也有抑郁）预示着更糟糕的结果，但是一些研究并未证明这种影响。其他因素，如婚姻状况、父母教育和家庭规模似乎并没有什么影响。一些有趣的研究表明，基因状态可以预测治疗反应。与具有两个长等位基因的儿童相比，5HTTLPR 基因上具有短等位基因的儿童对随访治疗的反应更好（Eley 等，2012）。然而，后来的一项研究未能再次证明这种效应（Lester et al, 2016）。最后，一致的证据表明，患有社交焦虑障碍的儿童对治疗的反应不如患有其他焦虑障碍的儿童（Hudson 等，2015）。造成这种差异的原因尚不清楚，但社会焦虑可能需要其他的治疗。

低强度的干预

越来越多的研究表明，在治疗焦虑儿童时，采用需要较少治疗师资源的方法，比传统面对面治疗效果更好（Rooksby 等人，2015）。这种治疗方式，通常被称为低强度治疗，往往通过书面材料或互联网进行。这类项目通常遵循以技能为基础的原则，但信息不是通过打印或电子方式传递给父母（针对儿童），就是直接传递给年轻人（针对青少年）。大多数项目都包括治疗师的一些支持，通常是电话支持，这已被证明比纯粹的自助产生更大的效果。

一个干预例子：“酷小孩”（Cool Kids）

焦虑障碍 F.1

有几种基于技能的治疗方案可用于治疗儿童少年的焦虑障碍，其中大多数都包含非常相似的组成成分。举个例子，我将描述我们自己的干预方案：“酷小孩”。“酷小孩”是一个针对7到17岁的焦虑儿童少年的手册化治疗方案。有一套详细的治疗专家指南，

表 F.1.2 酷小孩干预方案课程及内容

节次	儿童主题	父母主题
1	心理教育	心理教育和治疗原理
2	认知重建	父母和儿童的认知重建
3	认知重建练习	认知重建练习 儿童管理技能
4	内在暴露和发展等级	内在暴露和发展等级
5	处理暴露困难	处理暴露困难
6	练习暴露和认知重建	练习暴露、认知重建及儿童管理技能
7	介绍自信和社交技巧	增加自信和社交技巧的方法
8	戏弄和欺负	戏弄和欺负
9	练习和回顾	练习和回顾
10	练习、回顾及预防复发	练习、回顾及预防复发

由父母和儿童少年的工作手册支持儿童(7-12岁)和青少年(13-17岁)使用不同的工作簿和略有不同的结构。还有针对孤独症儿童、长期受害儿童、伴有焦虑和抑郁的青少年、不明医学症状的儿童和青少年，以及无法到诊所接受面对面治疗(低强度)的家庭的改良版。

“酷小孩”干预方案通常包括10次治疗，持续12周。干预中，父母是一个不可或缺的重要组成部分，在儿童接受治疗的所有疗程中都可以看到，但是当治疗青少年时，父母的参与程度往往会降低。该干预方案可以以团体或一对一的方式进行。一对一的治疗通常持续60分钟，团体治疗为120分钟。儿童和父母都有独立的组成部分。“酷小孩”课程和内容如表F.1.2所示。

“酷小孩”的整体效果很好(Mychailyszyn, 2017)。通常我们的干预中包括任何患有焦虑障碍的儿童，以及强迫症儿童。我们很少会因为共患病而排除儿童。除了社交焦虑障碍患者和患有抑郁症的年轻人通常较差的结果之外，结果的差异很小(Hudson等, 2015; Rapee等人, 2013)。

可执行该干预方案的心理治疗师均经过临床心理学培训，且具有与儿童青少年合作的经验，以及提供认知行为治疗技能；我们有一个认证体系，并通过我们中心和互联网定期举办培训研讨会。该干预方案提供多种语言版本，并在世界各地使用。

表 F.1.3 在实践中治疗儿童期焦虑障碍

- 一线治疗：低强度治疗——包括使用书籍(文献疗法)、CD 或网络程序(电子疗法)。在非常紧急的情况下(例如，长期拒绝上学)或高风险的情况下(例如，自杀意念)，或在特别差的亲子关系中，不建议使用
- 如果不愿意尝试低强度治疗，则不推荐使用低强度治疗，或使用低强度治疗无法改善患者，建议在所有病例中使用传统的认知行为治疗或以技能为基础的治疗，除了拒绝接受基于技能的治疗或认知行为治疗的病人之外，没有其他的治疗方法
- 如果一个病人在一个有技巧的临床医生提供的治疗方案持续了足够长的时间(12-20 周)后没有得到改善，拒绝以技术为基础的治疗或 CBT，考虑药物治疗
- 当患者单独使用药物治疗或联合使用 CBT(多模式治疗)时要记住这一点：
 - ✓ 美国食品和药物管理局(FDA)没有批准任何针对 6 岁以下患者的焦虑障碍的药物(见表 A.8.1)。总的来说，避免给年龄较小的孩子用药(例如，年龄小于 10 岁)。
 - ✓ 虽然有一些证据证明一些 SSRI 对几种焦虑障碍(例如强迫障碍，社交恐怖症，广泛性焦虑障碍)有效(见表 A.8.1)，但它们在 FDA 正式批准为仅用于治疗强迫症(也就是说，它们被用于除 OCD 之外的焦虑障碍)。其他国家可能并非如此。
 - ✓ 避免使用苯二氮卓类。虽然苯二氮卓类药物能在短期内减轻焦虑，但没有证据表明它们能有效治疗这种疾病。它们对年轻人有更多的副作用和潜在的依赖性。
 - ✓ 监测副作用，特别是自杀倾向。
 - ✓ 定期复习，最初每周复习，后来每月复习。
 - ✓ 使用适当的等级量表监控反应，如果没有改善，或者如果还没有尝试，可以切换到另一个 SSRI，加入 CBT。



点击图片可以听取
Rapee 教授谈谈焦虑
障碍。(06:08 分钟)

预防和早期干预

鉴于儿童焦虑发展的风险因素越来越多，人们越来越关注早期干预和预防的可能性。越来越多的人认识到精神疾病对公共卫生的影响，大部分焦虑程度高但不符合实际疾病标准的儿童可能会遭受痛苦并忍受其对生活的不良影响。因此，目前人们也尝试进行预防，研究早期干预焦虑的方案(Lynham 等，2014)。这些方案涵盖了各级预防措施：普遍的、可选择的和预防的。

可选择的焦虑干预方案指的是针对报告中度至重度焦虑症状但不一定符合疾病标准的儿童的干预方案。假设这些儿童将来患上疾病的风险增加，那么教他们焦虑管理技能则提供了一种明确的预防方法。然而，即使他们没有继续发展焦虑障碍，这些孩子会经历低到中度的痛苦和生活困扰，特别是考虑到很少有人寻求专业帮助，使他们成为技能培训的有效目标。与普遍干预方案一样，这些干预措施中大部分都是在以学校为基础的人群中进行的。有很多方法可以选择焦虑程度高的儿童，但迄今为止，大多数试验都结合了学生自我报告和教师报告。再一次表明，这些干预的内容与临床治疗方案的内容非常相似(或相同)。大多结果表明，干预后焦虑程度显著降低，一般是小到中等干预效果(Werner-Seidler 等，2017)。

最后，一些研究已经开始研究预防焦虑的方案，即那些针对焦虑风险因素得分较

高的儿童的干预方案。这些研究的目标儿童通常是根据高水平的抑制气质而挑选出来的，同时，高水平的父母焦虑也被用于识别相关的此类儿童。在迄今为止唯一的一项长期研究中，我们开发了一种被称为“酷小孩”的改良版的酷小孩。这项干预方案主要针对抑制气质的学龄前儿童的父母，包括 6 节团体课。干预成分主要是减少父母的过度保护和鼓励孩子的内在暴露。到 15 岁时，那些父母接受这项干预方案培训的孩子比父母没有接受培训的孩子，明显表现出更少的焦虑和情绪诊断 (Rapee, 2013)。“酷小孩”通过互联网干预的方式也显示出了良好的效果(Morgan 等, 2017)。

结 论

在过去的二十年中，我们对儿童焦虑障碍的发展和治疗的认知有了巨大的进步。然而许多关键问题仍有待解决，我们还有很长的路要走，但目前正处于焦虑儿童得到识别并进行全面评估的水平。现今已有一些适用于大多数患者的治疗方法，并且已经出现可以预防焦虑的干预方案。

几个前景的研究领域刚刚开始发展，并有望在未来几年取得进一步的进展。这些研究领域包括：

- 通过纵向研究更好地了解焦虑的风险因素
- 更进一步评估遗传-环境在焦虑发展中的相互作用
- 更多地了解同伴互动对焦虑作用，及其对焦虑发展的影响
- 通过互联网和远程（远程保健）等方式，寻找宣传治疗方案的更好方法
- 治疗方案的新进展，例如使用记忆巩固或认知偏差修正。

参考文献

- Allen JL, Rapee RM, Sandberg S (2008). Severe life events and chronic adversities as antecedents to anxiety in children: A matched control study. *Journal of Abnormal Child Psychology* 36:1047-1056.
- Barrett PM, Dadds MR, Rapee RM (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64:333-342.
- Bayer JK, Sanson AV, Hemphill SA (2006). Children's moods, fears, and worries: Development of an early childhood parent questionnaire. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 14:41-49.
- Beesdo-Baum K, Knappe S (2012). Developmental epidemiology of anxiety disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 21:457- 478.
- Belsky J, Jonassaint C, Pluess M et al (2009). Vulnerability genes or plasticity genes? *Molecular Psychiatry*, 14:746-754.
- Bittner A, Egger HL, Erkanli A et al (2007). What do childhood anxiety disorders predict? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48:1174-1183.
- Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M et al (2004). Te DSMIV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry* 61:85-93.
- Costello E, Mustillo S, Erkanli A et al (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry* 60:837-844.
- Dadds MR, Holland DE, Laurens KR et al (1999). Early intervention and prevention of anxiety disorders in children: Results at 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67:145-150.
- de Rosnay M, Cooper PJ, Tsigaras N et al (2006). Transmission of social anxiety from mother to infant: An experimental study using a social referencing paradigm. *Behaviour Research and Therapy* 44:1165- 1175.
- Edwards SL, Rapee RM, Kennedy S (2010). Prediction of anxiety symptoms in preschool-aged children: Examination of maternal and paternal perspectives. *Journal of Child Psychology & Psychiatry* 51:313-321.
- Egger HL, Erkanli A, Keeler G et al (2006). Test-retest reliability of the Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 45:538-549.
- Eley TC, Hudson JL, Creswell C et al (2012). Terapygenetics: Te 5HTTLPR and response to psychological therapy. *Molecular Psychiatry* 17:236-237.
- Field AP (2006). Is conditioning a useful framework for understanding the development and treatment of phobias? *Clinical Psychology Review* 26:857-875.
- Fox NA, Henderson HA, Marshall PJ et al (2005). Behavioral inhibition: Linking biology and behavior within a developmental framework. *Annual Review of Psychology* 56:235-262.
- Fox NA, Nichols KE, Henderson HA et al (2005). Evidence for a gene-environment interaction in predicting behavioral inhibition in middle childhood. *Psychological Science* 16:921-926.
- Gregory AM, Eley TC (2007). Genetic influences on anxiety in children: What we've learned and where we're heading. *Clinical Child and Family Psychology Review* 10:199-212.
- Hudson JL, Rapee RM (2004). From anxious temperament to disorder: An etiological model of generalized anxiety disorder. In RG Heimberg, CL Turk & DS Mennin (Eds), *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and practice*. New York: Guilford Publications Inc; pp51-76.
- Hudson JL, Rapee RM, Lyneham HJ et al (2015). Comparing outcomes for children with different anxiety disorders following cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy* 72: 30- 37.
- Ipser JC, Stein DJ, Hawkrigde S et al (2009). Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Issue 3)*: CD005170.
- James AC, James G, Cowdrey FA et al (2015). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews(2)*, Art.No.: CD004690. DOI: 10.1002/14651858.CD004690.pub4
- Juvonen J, Graham S (2014). Bullying in schools: Te power of

- bullies and the plight of victims. *Annual Review of Psychology* 65:159-185.
- Kagan J, Snidman N (1991). Infant predictors of inhibited and uninhibited profiles. *Psychological Science* 2:40-44.
- Kendall PC, Chansky TE (1991). Considering cognition in anxiety-disordered children. *Journal of Anxiety Disorders* 5:167-185.
- Kendall PC, Sañord S, Flannery-Schroeder E et al (2004). Child anxiety treatment: Outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4 year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72:276-287.
- Lester KJ, Roberts S, Keers R et al (2016). Nonreplication of the association between 5HTTLPR and response to psychological therapy for child anxiety disorders. *Te British Journal of Psychiatry* 208:182-188. doi:10.1192/bjp.bp.114.154997
- Lyneham HJ, Hudson JL, Rapee RM (2014). Prevention of anxiety disorders. In T. Ehring & P. M. Emmelkamp (Eds.), *International Handbook of Anxiety Disorders* Chichester, UK: John Wiley & Sons; pp 625-642.
- Manassis K, Lee TC, Bennett K et al (2014). Types of parental involvement in CBT with anxious youth: A preliminary meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 82:1163-1172.
- McLeod BD, Wood JJ, Weisz, JR (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 27:155-172.
- Moree BN, Davis TE III (2010). Cognitive-behavioral therapy for anxiety in children diagnosed with autism spectrum disorders: Modification trends. *Research in Autism Spectrum Disorders* 4:346-354.
- Morgan AJ, Rapee RM, Salim A et al (2017). Internet-delivered parenting program for early intervention of anxiety problems in young children: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 56:417-425.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.02.010>
- Muris P, Field A (2013). Information processing biases. In Essau, CA, Ollendick TH (Eds) *Te Wiley-Blackwell Handbook of Te Treatment of Childhood and Adolescent anxiety* WileyBlackwell; pp 141-156.
- Mychailyszyn MP (2017). “Cool” Youth: A systematic review and comprehensive meta-analytic synthesis of data from the Cool Kids family of intervention programs. *Canadian Psychology* 58:105-115.
- Ollendick TH, Jarrett MA, Grills-Taquechel AE et al (2008). Comorbidity as a predictor and moderator of treatment outcome in youth with anxiety, a□ective, attention deficit/hyperactivity disorder, and oppositional/conduct disorders. *Clinical Psychology Review* 28:1447-1471.
- Rapee RM (2012). Family factors in the development and management of anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review* 15:69-80.
- Rapee RM (2013). Te preventative e□ects of a brief, early intervention for preschool-aged children at risk for internalising: Follow-up into middle adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 54:780-788.
- Rapee RM, Coplan RJ (2010). Conceptual relations between anxiety disorder and fearful temperament. In H Gazelle & KH Rubin (Eds), *Social Anxiety in Childhood: Bridging Developmental and Clinical Perspectives. New Directions for Child and Adolescent Development*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, Vol 127:17-31.
- Rapee RM, Schniering CA, Hudson JL (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology* 5:311-341.
- Rapee RM, Lyneham HJ, Hudson JL et al (2013). The e□ect of comorbidity on treatment of anxious children and adolescents: Results from a large, combined sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 52:47-56.
- Reynolds S, Wilson C, Austin J et al (2012). E□ects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 32:251-262.
- Rooksby M, Elouafkaoui P, Humphris G et al (2015). Internet-assisted delivery of cognitive

- behavioural therapy (CBT) for childhood anxiety: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders* 29:83-92.
- Rosenbaum JF, Biederman J, Bolduc-Murphy BA et al (1993). Behavioral inhibition in childhood: A risk factor for anxiety disorders. *Harvard Review of Psychiatry* 1:2-16.
- Rubin KH, Coplan RJ, Bowker JC (2009). Social withdrawal in childhood. *Annual Review of Psychology* 60:141-171.
- Schniering CA, Lyneham HJ (2007). The Children's Automatic Thoughts Scale in a clinical sample: Psychometric properties and clinical utility. *Behaviour Research and Therapy* 45:1931-1940.
- Silverman WK, Albano AM (1996). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children-IV* (child and parent versions). San Antonio: Texas: Psychological Corporation.
- Silverman WK, Fleisig W, Rabian B et al (1991). Childhood anxiety sensitivity index. *Journal of Clinical Child Psychology* 20:162-168.
- Uthman OA, Abdulmalik J (2010). Comparative efficacy and acceptability of pharmacotherapeutic agents for anxiety disorders in children and adolescents: A mixed treatment comparison meta-analysis. *Current Medical Research and Opinion* 26:53-59.
- Werner-Seidler A, Perry Y, Callear A L et al (2017). School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 51:30-47.

附件 F.1.1

(J M Rey)

自我学习检测和自我评估

F.1.1 请列出 5 个抑制气质的特点

F.1.2 以“家庭中发生焦虑”为话题写一篇文章

F.1.3 讨论父母参与技能课程的利弊。

F.1.4“有一种恐惧感会持续数周;当约会时间快要来临时,我会感到恶心;当我想到我需要做的事情时,我会头晕目眩,随着时间的临近,我会出汗、脸红、注意力极度不集中、嘴巴发干或流口水,我需要经常上厕所,这是令人非常不愉快的!当演出时,我会失去对手指和嘴巴的控制,这会严重影响我努力发出焦虑障碍 F.1

的声音,音符会变得混乱不堪,我感觉完全失去了对身体动作的控制。”

(<https://www.adavic.org.au/PG-personal-stories-performance-anxiety-byshelley.aspx>)。

这些症状提示是下面那种诊断?

- A. 广泛性焦虑障碍
- B. 社交恐惧症
- C. 惊恐发作
- D. 强迫障碍
- E. 分离焦虑障碍

F.1.5 预期分离时易发生的身体症状（如呕吐，腹泻，胃痛）更常见于：

- A. 广泛性焦虑障碍
- B. 社交恐惧症
- C. 惊恐发作
- D. 强迫障碍
- E. 分离焦虑障碍

F.1.6 与其他焦虑儿童相比，那些患有社交恐惧症的儿童更有可能：

- A. 反复向父母寻求对恐惧的保证
- B. 过于担心家庭财务问题
- C. 担心别人认为自己没有吸引力，愚蠢，不讨人喜欢或古怪
- D. 回避乘坐公共交通工具，回避封闭空间、电影院、理发店或繁忙的交通
- E. 不断重复行为

F.1.7 虽然通常很难准确确定焦虑障碍何时首次发生，但据估计，动物恐惧症（一种特定恐惧症）的平均发病年龄大约是多少岁：

- A. 6-7 岁
- B. 8-9 岁
- C. 10-11 岁
- D. 12-13 岁
- E. 14-15 岁

F.1.8 典型的治疗焦虑障碍的药物(SSRI 类)被认为是：

- A. 作为一线药物
- B. 当采用 CBT 治疗病人无改善时
- C. 用于年龄较大的儿童
- D. 当有共患病时
- E. 从不用于治疗这些焦虑障碍

F.1.9“有一天，一位在学校的朋友告诉我，黑洞即将降临。起初，我只是耸了耸肩毫不在意，但后来当我独自一人时，对此的想法开始占据我的脑海。即使我的妈妈和我讨论了我所有的恐惧，并向我保证这些事情是不真实的，但它仍然没有阻止我担心最糟糕的事情，我开始在天空中看到它。我想我做到了。这是一个像黑洞一样的云。就在我剪头发的时候，我开始意识到有些东西真的不对。当妈妈正在给我剪刘海的时候，我的视力变得模糊了起来，我的心开始在胸口怦怦直跳，我无法呼吸了。我的听力正在衰退，我无法正常思考。妈妈带我去睡觉，给了我一杯营养丰富的什锦麦片。妈妈认为我的血糖太低。但我的血糖都非常正常，我并不是低血糖。”

(<https://www.adavic.org.au/PG-personal-stories-the-tale-of-an-eleven-year-old-when-my-panic-attacks-became-reality.aspx>)

这些症状提示是下面哪种诊断？

- A. 广泛性焦虑障碍
- B. 社交恐惧症
- C. 惊恐发作
- D. 强迫障碍
- E. 分离焦虑障碍

答案

F.1.1 答案：见第 9 页

F.1.2 答案：见第 10 页

F.1.3 答案：见第 12 页

F.1.4 答案 A.见表 F.1.1

F.1.5 答案 E.见表 F.1.1

F.1.6 答案 C.见表 F.1.1

F.1.7 答案 A.见第 5 页

F.1.8 答案 B.见表 F.1.3

F.1.9 答案 C.见表 F.1.1