

חרדת פרידה

Ana Figueroa, Cesar Soutullo, Yoshiro Ono & Kazuhiko Saito

מהדורה בעברית

תרגום: אמיר ניסנזון

עריכה: פז תורן



Ana Figueroa MD

Director, Child & Adolescent Psychiatry Unit, Hospital Perpetuo Socorro, Las Palmas, Gran Canaria, Spain

Conflict of interest: research funding from: Eli Lilly. CME: Eli Lilly, Janssen, Shire. Speaker: Eli Lilly, Janssen, Shire, Spanish National Health Service

Cesar Soutullo MD, PhD

Director, Child & Adolescent Psychiatry Unit, Department of Psychiatry & Medical Psychology, University of Navarra Clinic, Pamplona, Spain

Conflict of interest: research funding from Abbott, Alicia Koplowitz Foundation, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, Gobierno de Navarra, Carlos III Institute (FIS), Redes

This publication is intended for professionals training or practicing in mental health and not for the general public. The opinions expressed are those of the authors and do not necessarily represent the views of the Editor or IACAPAP . This publication seeks to describe the best treatments and practices based on the scientific evidence available at the time of writing as evaluated by the authors and may change as a result of new research. Readers need to apply this knowledge to patients in accordance with the guidelines and laws of their country of practice. Some medications may not be available in some countries and readers should consult the specific drug information since not all dosages and unwanted effects are mentioned. Organizations, publications and websites are cited or linked to illustrate issues or as a source of further information. This does not mean that authors, the Editor or IACAPAP endorse their content or recommendations, which should be critically assessed by the reader. Websites may also change or cease to exist .

©IACAPAP 2016. This is an open-access publication under the [Creative Commons Attribution Non-commercial License](#). Use, distribution and reproduction in any medium are allowed without prior permission provided the original work is properly cited and the use is non-commercial.

Suggested citation: Figueroa A, Soutullo C, Ono Y, Saito K. Separation Anxiety. In: Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health (Edition in Hebrew: Toren P, ed. Translation: Nissensohn A). Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2016.

הפרעות חרדה הן כנראה מההפרעות הנפשיות הנפוצות ביותר בקרב בני נוער, כשהשכיחות ברחבי העולם היא בין 5 ל-25 אחוזים, אך אחוז מקבלי הטיפול נמוך בהרבה (Boyd et al, 2000; Costello et al, 2003). חרדת ספרציה (SAD) תקפה עבור כמחצית מהפונים לטיפול קליני בשל הפרעות חרדה (Cartwright-Hatton et al, 2006). למרבית מהפרעות החרדה ברפואת ילדים יש את אותם קריטריונים לאבחון כמו אלה של המבוגרים, מלבד SAD, שכיום מסווגת ע"י ה-DSM ו-ICD כאחת מההפרעות המאובחנות בדרך כלל בינקות, בילדות או בבגרות (Krain et al, 2007).

SAD מאופיינת כתגובתיות חריגה לפרידה אמיתית או מדומיינת מדמויות מטפלות, שמפריעה באופן משמעותי לפעילויות היומיומיות ולמשימות ההתפתחותיות. על מנת לעמוד בקריטריונים האבחוניים של ספר האבחנות DSM-IV-R, על החרדה להיות בדרגה שהיא מעבר למצופה מרמת ההתפתחות של הילד, להימשך יותר מארבעה שבועות, להתחיל לפני גיל 18 ולגרום למצוקה או ללקות משמעותית (Psychiatric Association, 2000 American).

SAD עלולה לגרום למצוקה וללקות מובחנות, להוביל למספר תוצאות פסיכו-חברתיות שליליות, וחוצה בעיות פסיכיאטריות בעתיד בבגרות, בייחוד הפרעת פאניקה. על אף זאת, ההפרעה טרם נחקרה, וילדים לרוב אינם מאובחנים מבחינה קלינית עד שה-SAD גורם לבעיות בבית הספר או לסימפטומים גופניים ברורים. טיפולים אפקטיביים קיימים הם פסיכו-תרפיה ותרופות.

מופע קליני

ל-SAD יש מופע קליני מורכב. הסימפטום המרכזי הוא מצוקה משמעותית או שאינה מתאימה מבחינה התפתחותית, או פחדים מוגזמים ולא מציאותיים, כשנפרדים מדמויות מטפלות (בדרך כלל הורים) או מהבית (American Psychiatric Association, 2000). ישנם שלושה מאפיינים מרכזיים של הפרעת חרדה:

- פחדים או חששות מוגזמים חוזרים ונשנים לפני ואחרי זמן הפרידה.
- סימפטומים התנהגותיים וגופניים לפני, תוך כדי ואחרי הפרידה
- הימנעות עיקשת או ניסיונות להתחמק ממצב של פרידה

הילד *חושש* שמשוה עלול לקרות להורים שלו (לדוגמה, שהם ייעלמו, ילכו לאיבוד או ישכחו ממנו) או שהילד ילך לאיבוד, ייחטף או ייהרג אם הוא לא ליד ההורים שלו. סימפטומים התנהגותיים כוללים בכי, היצמדות, התלוננות על הפרידה, וחיפוש או קריאה להורה שלו אחרי שהוא כבר הלך. סימפטומים פיזיים דומים לאלה שבהתקף פאניקה או בהפרעת סומטיזציה:

- כאבי ראש
- כאבי בטן
- תחושת עילפון, סחרחורת
- סיוטים, קשיי שינה
- בחילה, הקאה
- התכווצויות, כאבי שרירים
- דפיקות בלב, כאבי חזה

בשל הסימפטומים הפיזיים הללו, SAD היא גורם נפוץ להיעדרות מבית הספר ולביקורים מרובים אצל רופא המשפחה או רופא הילדים כדי לשלול בעיה רפואית. הסימפטומים מופיעים רק בימי בית ספר ובדרך כלל נעלמים ברגע שההורים מחליטים להשאיר את הילדים בבית.

האבחון הקליני משתנה לפי גיל המטופל. ילדים צעירים מתארים סיוטים שבהם מופיעות סצנות פרידה יותר מאשר ילדים בוגרים. בנוסף, בהשוואה למתבגרים, ילדים מפגינים לעיתים תכופות יותר מצוקה מוגזמת בעת הפרידה. הם מציגים לעיתים תכופות התנהגויות אופוזיציוניות, כמו התפרצויות זעם, בעת הפרידה. למתבגרים עם SAD ישנן תלונות פיזיות לעיתים תכופות יותר בימי לימודים. מצבים שבהם סימפטומים של חרדת ספרציה יכולים להופיע כשהילד:



לחצו על התמונה לראות סרטון קצר על חרדת ספרציה

- מושאר במעון
- נכנס לבית הספר
- עולה על אוטובוס בית הספר
- מתבקש ללכת לישון
- מושאר בבית עם בייביסיטר
- מתחיל מחנה קיץ
- עובר דירה
- נשאר לישון אצל חברים או קרובי משפחה
- מתנגד להיפרדות של ההורים או לגירושין

סימפטומים של חרדת ספרציה מופיעים לעיתים תכופות יותר במצבים כגון החלפת בית ספר, תחילת תקופת לימודים חדשה (אחרי חופשת קיץ, או כשמתחילים בתיכון), החלפת חברים, חוויית אירועים שליליים כמו בריונות או מחלה.

הסף הקליני של סימפטומים לאבחנה משתנה בהתאם לגורמים תרבותיים. לתרבויות שונות ישנן ציפיות שונות באשר לרמת עצמאות, רמת פיקוח, הרגלי שינה, מאפייני הדיור (לדוגמה, מספר החדרים הקיימים, גודל הבית), והתפקיד של ההורים בטיפול בילד (לדוגמה, טיפול בילד בעצמם או להשאיר את הילד במעון יום) (Hanna et al, 2006).

מרינה היא ילדה בת 9 שגרה בעיר גדולה עם הוריה ואחיה בן ה-4. היא לומדת בכיתה ד' בבית ספר פרטי. מאז שהחלה את הגן בגיל שנתיים, המורים שלה הצביעו על כך שהיא ביישנית והחלה לפתח קשרים עם חבריה לגן רק בסוף שנת הלימודים. במהלך החודשים הראשונים של שנת הלימודים היא העבירה כמה שיותר זמן עם החונך שלה, ואף נמנעה מתקשורת עם יתר המורים. המעבר לגן חובה היה קשה, אך היא הצליחה לפתח קשרים חברתיים עד הטרימסטר האחרון. לאחר מכן, למרות שהיא נראתה במצוקה בתחילת כל שנת לימודים, היא הצליחה לתקשר בצורה נורמאלית עם בני כיתה.

בגיל 9, למרינה הייתה שפעת, מה שגרם לה להישאר במיטה לשבועיים. כשהיא חשה טוב יותר ויכלה לחזור לבית הספר, היא בכתה בקוצר רוח ונצמדה לאימא שלה תוך שהיא מתחננת לא ללכת לבית הספר. לאחר מספר ימים היא הצליחה לחזור לבית ספר מבלי לבכות באופן מוגזם. אולם, באמצע הבוקר היא החלה להתלונן על כאבי בטן והייתה חייבת לחזור הביתה. רופא הילדים שלה לא מצא אף ראייה לבעיה רפואית בבטן. ביום אחר היא הרגישה מאד עייפה בבית הספר, סחרחרה ועם כאבי ראש. שוב, רופא הילדים לא מצא ראייה לבעיה רפואית שתסביר את הסימפטומים, אבל הוריה של מרינה היו מוטרדים מבעיותיה והלכו לקבל חוות דעת נוספת מרופא אחר, שערך בדיקות נוספות, שכולן יצאו שליליות. היא לעולם לא חוותה את הבעיות הגופניות הללו בסופי שבוע, אבל כשהגיע ערב יום שבת היא הייתה חרדה שתחווה את אותם סימפטומים שוב בבית ספר ביום ראשון.

הערה: הקטע הקליני הסיפורי הזה מדגיש את הסימפטומים של חרדה חברתית שפעמים רבות מקדימה את ה-SAD, את המחלה הוויראלית שמעודדת את תחילתה של ה-SAD, את הבעיות עם פרידה ואת הסימפטומים שמופיעים בעת הפרידה ולאחריה, שאי אפשר להסביר מבחינה רפואית.

קריטריונים אבחוניים

קריטריונים אבחוניים ל-SAD כוללים:

- הופעתם של לפחות 3 מתוך 8 מהסימפטומים האפשריים של חרדה, שמופיעים במצבי פרידה (לדוגמה, פרידה מהבית או מדמויות מטפלות מרכזיות; פחד מכך שהדמויות המטפלות ילכו לאיבוד או ייפגעו; היעדר רצון או סירב ללכת לבית הספר, או להיות לבד או ללא הדמויות המטפלות, וכן הלאה).
- הסימפטומים חייבים להתקיים במשך לפחות ארבעה שבועות, וחייבים להתחיל לפני גיל 18.
- הסימפטומים גורמים ללקות ברמה בינונית לפחות ולא ניתן להסביר אותם בצורה טובה יותר באמצעות הפרעה פסיכיאטרית אחרת.

התיקון המרכזי שהוצע עבור ספר האבחנות ה-DSM-V הוא ש-SAD תועבר מקטגוריית "הפרעות שלרוב קיימות בינקות, בילדות ובגיל ההתגברות" לקטגוריה הכללית של "הפרעות חרדה" לצד הפרעות החרדה האחרות שמאובחנות אצל ילדים ומבוגרים.

ב-ICD-10, SAD מכונה "חרדת ספרציה של הילדות". היא כלולה בחלק של "הפרעות רגשיות עם התפרצות ספציפית בילדות" שכולל בין היתר פוביות של הילדות וחרדה חברתית של הילדות.

אפידמיולוגיה

מחקרים אפידמיולוגיים מועטים פורסמו וברובם קיימות מגבלות מתודולוגיות ודעות מוקדמות, כך שהנתונים הקיימים מצומצמים. SAD מתחילה בגיל צעיר, כשההתחלה הנפוצה ביותר היא בין גיל 7 ל-9 (Costello & Angold, 1995). השכיחות היא בין 3% ל-5% בקרב ילדים ובני נוער, והיא פוחתת עם הגיל (Costello & Angold, 1995). מחקר של סקר לאומי אודות תחלואות נלוות שפורסם לאחרונה, Kessler et al (2011) מצא שהפרעות חרדה הן ההפרעות הנפוצות ביותר בכל מסגרות הזמן (ואחריה הפרעות התנהגות, הפרעות מצב רוח והפרעות של שימוש בחומרים), וש-SAD הייתה הפרעת החרדה הנפוצה ביותר בקרב ילדים אך ההפרעה השביעית הכי נפוצה בכל תקופות החיים, משום שהיא לרוב נפתרת לפני גיל ההתגברות. SAD תת-ספי היא נפוצה הרבה יותר. מחקר אחד העריך ש-50% מבני 8 סבלו מסימפטומים של SAD שלא גרמו ללקות משמעותית. חלק מהחוקרים מאמינים שבארה"ב, SAD עשוי להיות מעט יותר נפוץ בקרב נשים, אפרו-אמריקאים ומשפחות בעלות סטטוס סוציו-אקונומי נמוך.

גיל ההתפרצות והשלבים

סימפטומים של חרדה בעת פרידה מהורים או מדמויות מטפלות משמעותיות הם נורמאליים מבחינה התפתחותית אצל ילדים (ראו פרק A.2). מצוקה סביב פרידה מדמויות מטפלות בקרב תינוקות היא אחת מההתנהגויות האבולוציוניות שנשתמרו ביותר לשם הישרדות (Shear et al, 2006). סימפטומים של חרדת ספרציה לרוב מגיעים לשיא בגיל 9-13 חודשים, פוחתים לרוב אחרי גיל שנתיים, עם רמות גוברות של עצמאות עד גיל שלוש. סימפטומים של חרדת ספרציה עשויים להתגבר שוב בין גיל 4 ל-5, בדרך כלל כשהילד מתחיל בית ספר (Costello et al, 2005; Mattis & Pincus, 2007; Krain et al, 2004). הימצאותה של הפרעת חרדה אצל אחד מההורים מעודדת את ההישארות העיקשת של חרדת ספרציה רגילה (באמצעות העברה גנטית ובגלל

- השכיחות של SAD היא בערך 5% בקרב ילדים, ויורד בגיל ההתבגרות. שכיחות בקרב מבוגרים היא כ-6%.
- SAD היא תסמונת החרדה הנפוצה ביותר בקרב אוכלוסיית רפואת הילדים.
- כ-50% מבני 8 סבלו מסימפטומים של חרדת ספרציה שלא גרמו לליקויים משמעותיים.
- תחילת השיא היא בין גילאי שבע ותשע.
- מכיוון שחרדת ספרציה היא נורמאלית מבחינה התפתחותית לפני גיל 5, אבחון של SAD לפני גיל זה מוצדק לעיתים רחוקות.
- SAD הוא גורם סיכון לחרדות והפרעות פסיכיאטריות אחרות.
- בערך כשליש ממקרי הילדות של SAD ממשיכים לתוך גיל ההתבגרות אם לא מטופלים.

שהורים חרדתיים עשויים לצמצם את החשיפה לפרידות, מה שיפחית את הסיכון להחלמה). בגלל שסימפטומים של חרדת ספרציה הם נורמאליים מבחינה התפתחותית לפני גיל חמש, אבחון קליני של SAD מוצדק לעיתים נדירות לפני כן.

מחקרים ארוכי-טווח מראים ש-SAD בקרב ילדים עלול להיות גורם סיכון להפרעות חרדה אחרות; היא מגבירה באופן ספציפי את הסיכון להפרעת פאניקה ואגורפוניה אצל מבוגרים, בייחוד בשל האבחון הקליני הדומה שלהם (Biederman et al., 2005). זה נתמך ע"י מחקרים פיזיולוגיים, שמראים רגישות מוגברת לחשיפה לפחמן דו חמצני בקרב ילדים עם SAD ובקרב מטופלים עם הפרעת פאניקה (Pine et al., 2000). חוקרים נוספים מניחים ש-SAD מגביר את הרגישות עבור טווח רחב של הפרעות חרדה ומצב רוח.

כשליש ממקרי הילדות של SAD ממשיכים אל תוך הבגרות אם אינם מטופלים. ילד עם SAD עשוי להגביל באופן משמעותי את האינטראקציות החברתיות שלו, מה שעלול להוביל ללקות בתפקוד החברתי או לבדידות בזמן הבגרות (לדוגמה, להישאר רווק או לחוות בעיות בנישואין) (Shear et al., 2006). לפי המחקר הרב-אופני אודות חרדה בקרב ילדים/מתבגרים (CAMS; ראו בהמשך את החלק על טיפול), גורמים שמנבאים הפחתה בחומרת המצב הם: גיל צעיר יותר, סטטוס שאינו של מיעוט, רמת חומרה בסיסית נמוכה יותר של חרדה, היעדר הפרעות נפשיות אחרות (לדוגמה, חרדה, דיכאון), והיעדר פוביה חברתית.

ה-DSM-IV מתאר את ה-SAD כהפרעת ילדות שלעיתים רחוקות ממשיכה אל תוך הבגרות. אולם, מספר מחקרים מצאו שהשכיחות של SAD בקרב מבוגרים היא כ-6%, גבוהה אף יותר מ-SAD בקרב ילדים. לפי מחקר אחד, יותר מ-70% ממקרי SAD בקרב מבוגרים החלו בזמן הבגרות; כך שזה יכול להיות מצב הרבה יותר נפוץ ממה שהוכר קודם לכן (Shear et al., 2006).

אטיולוגיה

האטיולוגיה של SAD מורכבת ובחלקה אינה ידועה. מחקרים מראים שהן גורמים ביולוגיים והן גורמים סביבתיים משחקים תפקיד, לגורמים סביבתיים עשויה להיות השפעה חזקה יותר ב-SAD מאשר בהפרעות חרדה אחרות של ילדות. הגורמים האטיולוגיים הפופולאריים ביותר מקושרים להפרעות חרדה בכללי ולא ל-SAD באופן ספציפי. ישנה הסכמה רווחת שאינטראקציה בין גורמים שונים, ביולוגיים וסביבתיים, מגבירה את הסיכון להפרעות חרדה. למשל, סביר להניח שהאינטראקציה של אימא עם סובלנות נמוכה לחרדה וילד עם אינהיביציה התנהגותית עשויה להוביל לחרדה אצל הילד.

גורמים ביולוגיים

גנטי

התורשתיות של SAD משתנה מנמוכה מאד לבינונית לפי מחקרים שונים. מחקר תאומים רחב הציע שלגנטיקה השפעה משמעותית עבור SAD, ואחראית על תורשתיות של כ-73% (Bolton et al., 2006). מרבית המחקרים מציעים שהפרעות חרדה עוברות במשפחות (Pine, 1999), ושאדם יכול לקבל בירושה את הפגיעות לכל הפרעות החרדה ולא להפרעת חרדה מסוימת. ילדים עם הורים חרדתיים הם בעלי סיכון גבוה פי 5 מהרגיל להיות בעלי הפרעת חרדה. חלק מהחוקרים דיווחו על קשר בין הפרעת פאניקה אצל הורים לבין SAD בצאצאיהם (Biederman et al., 2004), אך זה לא אומת.

פסיכולוגי

תהליכים פסיכו-ביולוגיים כמו התניה קלאסית לפחד הם הבסיס להפרעות חרדה. אלה הם התוצאה של השפעת גנים וסביבה על התפקוד של אזורי מוח המעורבים בפחד ובמערכת החיזוק (אמיגדלה, האורביטופרונטל קורטקס, והאנטיריור סינגולייט קורטקס).

דיספונקציה של כמה מאזורי המוח

האמיגדלה היא אחד מהאזורים העיקריים האחראים על ויסות רגשות חרדה (Beesdo et al, 2009).

סביבתי

רבים מגורמי הסיכון הסביבתיים נובעים ממחקרים אפידמיולוגיים רחביים (שאינם יכולים להסביר יחסי סיבה ותוצאה) (Pine & Klein, 2008).

קשורים למשפחה של הילד

- חום ואהבה נמוכים מצד ההורה.
- התנהגויות הוריות שאינן מעודדות את עצמאות הילד (ראו Ginsburg et al, 2004 לסקירה). נראה כי הורים שהם מגוננים יתר על המידה ומעורבים יתר על המידה הם גורם סיכון מסוים ל-SAD.
- חיבור שמבוסס על חרדה, בייחוד עם דמות האם. חיבור חסין בפני חרדה מקושר להפרעות חרדה (Warren et al, 1997). ילדים לאימהות חרדות לעיתים קרובות מפגינים חרדה בעת פרידה (Beidel et al, 1997; Biederman et al, 2001), לא רק משום שהילדים חרדים לביטחון האישי שלהם, אלא משום שהם חרדים גם לביטחון של האימא שלהם בזמן הפרידה.
- סכסוך קשה בין הורים.
- היפרדות או גירושין.
- מחלה פיזית של ההורה.
- הפרעה נפשית אצל ההורה, כמו הפרעת פאניקה או דיכאון עמוק.
- אב שהוא אגוצנטרי, לא בוגר, לא יציב או בעל התנהגויות אנטי-חברתיות.

חוויות מוקדמות

- אירועי חיים מלחיצים מקושרים באופן רווח לפסיכופתולוגיה בילדים באופן כללי.
- מעורבות באסון או פשע חמור.
- חשיפה לאלימות במשפחה.
- הורה מאבד את מקום העבודה.
- לידת אח או אחות.

המזג והתכונות של הילד

- עכבה התנהגותית משקפת נטייה עקבית להפגין חרדה ונסיגה במצבים לא מוכרים שהילד מנסה להימנע מהם. ילדים בעלי כבות התנהגותיות הם מכונסים בעצמם, מובכים בקלות או נמנעים מסיטואציות חברתיות. זה בדרך כלל מתגלה עד גיל שנתיים. סביר יותר להניח שבהשוואה לילדים שאין להם עכבות התנהגותיות, ילדים אלה יפגינו רמות גבוהות של חרדה על סוגיה השונים, כולל SAD (Kagan et al, 1988; Biederman et al, 1993; Anthony et al, 2002).

- סובלנות נמוכה להשפלה.
- פחד מכישלון.
- דיכאון.
- מגדר. לנשים יש רמות גבוהות יותר של כמעט כל הפרעות החרדה.

קשורים לבית הספר

- לסבול מבריונות.
- כישלון בהגעה לרמות המצופות במבחנים, בספורט או בפעילויות לימודיות אחרות.

תחלואה נלווית

הפרעות חרדה בילדות נלוות לעיתים תכופות אחת לשנייה ולתצורות אחרות של פסיכופתולוגיה. לכן זה נפוץ שילדים עם SAD הם בעלי הפרעות חרדה נוספות או מצבים אחרים כמו דיכאון או הפרעות התנהגות (Krain et al, 2007). בהשוואה לילדים עם חרדה כללית ופוביה חברתית, ילדים עם SAD מציגים לעיתים תכופות יותר הפרעות חרדה נוספות, מה שמגביר את החומרה הכללית (Kendall et al, 2001); סובלים מפוביות הקשורות למחלות לעיתים תכופות יותר (Verduin et al, 2003); וסביר יותר שימנעו מבית הספר, מה שמוביל לסירוב להגיע לבית הספר (futoko in Japan).

ילדים עם SAD מציגים לעיתים תכופות יותר לצד ההפרעה:

- דיכאון עמוק (Angold et al, 1999).
- הפרעה דו-קוטבית (Wagner, 2006).
- הפרעת היפראקטיביות בשל חוסר-תשומת לב. לבנות עם ADHD של קשיי קשב וריכוז עשויות להיות בעלות רמות גבוהות יותר של SAD נלווית (Levy et al, 2000).

אבחון

ב-DSM-IV וב-ICD-10, SAD היא הפרעת החרדה היחידה שמקוטלגת תחת החלק של "הפרעות שלרוב מאובחנות בינקות, בילדות או בגיל ההתגברות", ואינה נכללת עם הפרעות החרדה האחרות (למרות שסביר להניח שזה ישתנה ב-DSM-5).

הערכה אבחונית

סירוב להגיע לבית הספר ותלונות גופניות מוגזמות שמגיעות בהקשר לפרידות ממשיות או צפויות הם הסיבות הנפוצות ביותר שגורמות להורים לחפש אחר טיפול ל-SAD (Krain et al, 2007).

ההערכה האבחונית של SAD דורשת גישה מולטי-אינפורמנטית, המשלבת מספר מתודות ואת הילד, את ההורים ואם מתאים, גם את מורי בית הספר או מטפלים משמעותיים (ראו פרק A.5). האבחון הסופי יהיה מבוסס על מידע שנלקח מכל המקורות הללו. בעוד שסטנדרט הזהב הוא ראיון קליני מובנה או סמי-מובנה, שבו הילדים והוריהם מרואיינים באופן נפרד, ראיונות מובנים הם לרוב לא מעשיים בעבודה הקלינית היומיומית.

קיימים מספר ראיונות סמי-מובנים:

- [שאלון ADIS \(לוח זמנים לראיון הפרעות חרדה\) לילד ולהורה גרסת DSM-IV](#) (ADIS-IV-C/P; Silverman & Albano, 1996). ה-ADIS מותאם לילדים בני 6 עד 17; הוא מעריך הפרעות חרדה, מצב רוח, הקצנה, טיקים, שימוש בסמים ולקויות התפתחותיות נרחבות של DSM-IV.
- [שאלון הילדים של הפרעות רגשיות וסכיזופרניה בקרב ילדים בגיל בית ספר, גרסת הווה ולכל-החיים \(K-SADS-PL\)](#) - בו משתמשים לטיפול בבני 6 עד 18, על מנת להעריך את כל אבחוני ממד הסיווג Axis I, מלבד לקויות התפתחותיות נרחבות.

רוב מדדי ההערכה של חרדת ילדות מפותחים עבור ומתוקפים עם ילדים בגיל בית ספר, מה שמביא לכך שהפרעות של הילדות המוקדמות נחקרות פחות יחסית. [ההערכה הפסיכיאטרית של גיל גן חובה \(PAPA\)](#) הוא ראיון מובנה עם הורה, שבו משתמשים על מנת לאבחן הפרעות פסיכיאטריות אצל ילדים בני שנתיים עד חמש.

במהלך הראיונות, על הקלינאים להעריך את שלושת קבוצות המפתח של הסימפטומים של חרדה:

- התנהגויות
- מחשבות
- סימפטומים פיזיים



לחץ על התמונה לצפות בסרטון על "הבנת חרדת ספרציה"

על הקלינאי לשאול בצורה מפורשת האם הם קיימים בהווה או שהיו קיימים בעבר, על תזמון, תכיפות, כיצד הם מפריעים לתפקוד היומיומי, ולאילו מטרה הם משמשים. חשוב מאד לאסוף מידע על סימפטומים מוקדמים של SAD, על ההתפתחות שלהם לאורך זמן, ולהעריך את הקשר האפשרי שלהם עם תקופות מעבר מרכזיות בחיים או עם גורמים מלחיצים. ילדים חרדים נוטים לדווח על יותר סימפטומים פיזיים, בעוד שהורים בדרך כלל מדגישים את ההתנהגויות המתחמקות. אם אפשרי, זה יהיה מועיל לקלינאי לראות בעצמו את המטופל במצב שמעורר חרדה (למשל, כניסה לבית הספר). ילדים לרוב מראים סימפטומים חזקים של SAD במשרדו של הרופא כשהם מתבקשים להיפרד מההורים.

באשר להפרעות פסיכיאטריות אחרות, הערכה צריכה לכלול היסטוריה פסיכיאטרית קודמת, היסטוריה פסיכיאטרית במשפחה, היסטוריה של לקיחת תרופות והיסטוריה התפתחותית (ראו פרק A5).

באופן כללי, לסימפטומים גופניים אין מקור פיזי. עם זאת, מומלץ לבצע בחינה גופנית קפדנית עם בדיקת דם מתאימה על מנת לשלול גורמים פיזיים, כולל אנמיה, זיהום סטרפטוקוקוס (חפשו אחר נוגדני-סטרפטוקוקוס), פעילות יתר של בלוטת התריס, תת פעילות של בלוטת התריס (בקשו T4, T3 ו-TSH), צניחה של השסתום המיטרלי, אסטמה, זיהום גסטרונומי, דלקת, דימום או התכייבות. מומלץ גם לערוך גם בדיקת שתן עם מתבגרים על מנת לשלול שימוש בסמים. במקרים מסוימים הקלינאי עשוי לחשוד בקיום של סוכרת. מצבים נדירים יותר שמחקים סימפטומים של SAD הם: babesiosis (מחלה טפילית דומה למלריה), מחלת ליים וזיהום rickettsial. זה חשוב במטופלים עם היסטוריה של קדחת, פריחה או גרון כואב שלא קיבלו או קיבלו טיפול חלקי עם אנטיביוטיקה, ועם היסטוריה של שינוי קריטי באישיות או סימפטומים של חרדה או אובססיה. ניתן למדוד את הרמות של עופרת וכספית בדם על מנת לשלול הרעלה מתכתית כבדה (בייחוד במטופלים שסובלים מכאב בטני). אם מידע נוסף מצביע על סרטן המוח או התקפים, הקלינאי צריך לבצע את מחקרי ההדמיה המתאימים.

כפי שהוזכר קודם, על מנת לעמוד בקריטריונים של DSM-IV עבור SAD, על הסימפטומים של חרדה להיות מעבר למצופה מרמת ההתפתחות של הילד, להימשך יותר מארבעה שבועות, להתחיל לפני גיל 18, ולגרום למצוקה או ללקות משמעותית

(APA, 2000). החרדה חייבת להתקשר בצורה בלעדית לפרידה מהבית או מדמויות מטפלות, והמטופל חייב להפגין לפחות שלושה מהדברים הבאים:

- מצוקה מוגזמת חוזרת ונשנית במצבי פרידה.
- פחד עקבי ומוגזם מאיבוד, או מפגיעה אפשרית בדמויות המטפלות המרכזיות (לדוגמה, בעיות בריאותיות, תאונות, מוות).
- פחד עקבי ומוגזם שאירוע מטריד ולא סביר יוביל להיפרדות מהדמויות המטפלות המרכזיות (לדוגמה, ללכת לאיבוד או להיחטף).
- היעדר רצון או סירוב עקבי ללכת לבית הספר, לעבודה או לכל מקום אחר בשל חשש מהיפרדות.
- חוסר רצון או פחד עקבי ומוגזם להיות לבד או ללא הדמויות המטפלות המרכזיות.
- היעדר רצון או סירוב עקבי ללכת לישון מבלי להיות קרוב לדמות מטפלת או לישון מחוץ לבית.
- סיוטים חוזרים ונשנים העוסקים בסיטואציה של היפרדות.
- תלונות חוזרות על סימפטומים גופניים (כמו כאבי ראש, כאבי בטן, בחילה או הקאה) כשמתרחשת או צפויה פרידה מדמויות מטפלות מרכזיות.

ביקורת נמתחה על הקריטריונים הנוכחיים לאבחון משום שהדוגמאות מוגבלות לאירועים לא נעימים שקורים לילד, אך אינן מצליחות ללכוד אירועים מצערים שעלולים לקרות לדמויות מטפלות ולהוביל לאבדה, כמו חששות מפני מוות וגסיסה; הצורך במחקרים נוספים לבחינת התקופה של ארבעה שבועות, שזה שרירותי.

סקאלות הערכה

סקאלות הערכה שבהן משתמשים בעת פעילות או מחקר קליני ממולאים על ידי המטופל, הורים ו/או מורים; הם מספקים מידע חיוני לאימות האבחון, מכמתים את החומרה של הסימפטומים ומפקחים על תגובות לטיפול. אולם, לעולם אין להשתמש בהן ככלי אבחון (ראו פרק A5).

ניתן להעריך סימפטומים של חרדה בקרב ילדים ע"י סקאלות הערכה פסיכופתולוגיות כלליות כמו כלי ה-ASEBA (Achenbach, 2009) או סקאלות ספציפיות כמו ה-STAI (Spielberger, 1973). האחרון כנראה יותר יעיל בהערכת סימפטומים של חרדה בעת פרידה בקרב ילדים מכל הגילאים. כל הסקאלות המוזכרות מטה הראו תוקף ואמינות טובים יחסית.

סקאלות הערכה נוספות שבהן משתמשים באופן נרחב עבור סימפטומים של חרדה בקרב ילדים ובני נוער כוללים את ה-FSSC-R (Ollendick, 1983), את ה-RCMAS (Reynolds, 1980), את ה-STAI (Papay & Spielberger, 1986) ואת ה-SPAI-C (Beidel et al, 2000).

אבחנה מובדלת

סימפטומים של חרדה יכולים להיות אינדיקציה ל:

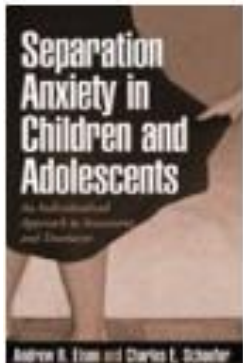
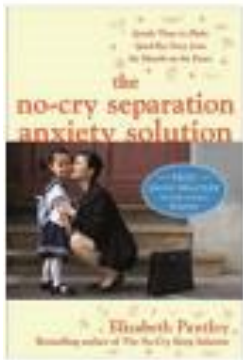
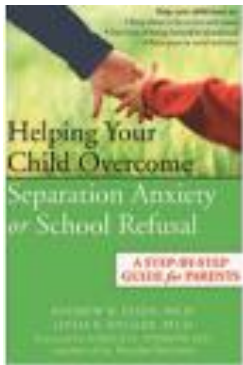
- חרדה התפתחותית נורמאלית (לדוגמה, חששות רגילים במהלך הימים הראשונים של בית הספר), במקרה זה הסימפטומים יהיו מגבילים-עצמית.
- מחלה רפואית (לדוגמה, פעילות יתר של בלוטת התריס, תסמונת קושינג, סרטן המוח). הסימפטומים לא יהיו מוגבלים לסיטואציות המערבות היפרדות מדמויות מטפלות והילד יראה סימנים רפואיים נוספים, כמו לקות בראייה או בקואורדינציה במקרה של סרטן במוח.

טבלה F.2.1. סקאלות* לדירוג סימפטומי חרדת ספרציה					
הערות	תתי סקאלות SAD של	מומלץ לסינון	גיל הפציינט	המדרג	סקאלה
<ul style="list-style-type: none"> 44 פריטים, משתמש בסקאלה בעלת 4 נקודות דירוג 6 תתי סקאלות: חרדת ספרציה, פאניקה/אגורופוביה, חרדה חברתית, חרדה מוכללת, אובססיה/קומפולסיה, ופחד מציעה פיזית 	+	+	8-12	ילד (גרסת הורה)	SCAS (Spence, 1997)
<ul style="list-style-type: none"> 34 פריטים, חלקם ספציפיים ל-SAD 4 ממדים: פחד מלהיות לבד, פחד מנטישה, פחד ממחלה פיזית, ודאגה מאירועים הרי אסון מכיל גם תת-סקאלה לתדירות של אירועים הרי אסון "אינדקס אומת בטיחות" 	+	+++	7-18	ילד (גרסת הורה)	SAAS-C/P (Eisen & Schaefer, 2007)
<ul style="list-style-type: none"> סה"כ 66 פריטים הכוללים את כל הפרעות החרדה שב-IV-DSM, 8 פריטים המעררכים ספציפית SAD 	+				SCARED-R (Muris et al, 1998)
<ul style="list-style-type: none"> מצרך ראיונות עם ההורים 				קלינאי	PARS (Research Units on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group, 2002)
<ul style="list-style-type: none"> 47 פריטים, שאלון דיווח עצמי כולל את כל הפרעות החרדה ודיכאון מאזורי מניב ציון חרדה כולל, וציון הפנמה כולל. יש גם 	+		6-18	ילד, הורה	RCADS (Chorpita et al, 2000)
<ul style="list-style-type: none"> דיווח עצמי של ההורים גרסת טרום בית ספר שך ה-SCAS 			2-6	הורה	The Preschool Anxiety Scale (Spence et al, 2001)

*ללא זכויות יוצרים: חינום לשימוש קליני

- הפרעות חרדה שונות מ-SAD, כמו חרדה כללית או פוביה חברתית (חושש מ"הכול" או מסיטואציות חברתיות, בהתאמה, לא פחד מהפרדות באופן ספציפי), והנוכחות של דמות מטפלת אינה מרגיעה את הסימפטומים (ראו פרק F1).
- הפרעות פסיכיאטריות אחרות כמו דיכאון.
- במתבגרים, שימוש בסמים או בחומרים אחרים כמו קנאביס, קוקאין או קפאין. הסימפטומים יופיעו כשהמתבגר ימצא תחת השפעה של החומר או בעת הגמילה.
- נסיבות סביבתיות שליליות כמו השמה אקדמית שאינה מתאימה, פחד מאלומות בבית הספר (לדוגמה, אלימות של חבורות), להיות קורבן לבריאות, תגובה ליגון. סימפטומים יתחילו בדרך כלל בצורה חמורה ויחמירו עוד יותר כשתהיה חשיפה לסיטואציות הללו.
- היעדרות. המתבגר בכוונה לא ילך לבית הספר.

מטפלים יכולים להמליץ על ספרים או אתרים להשגת עוד מידע. לדוגמא:



טיפול

קיימות מספר אופציות לטיפול בילדים ובמתבגרים הסובלים מ-SAD. על הקלינאי לבחור את האופציה הטיפולית המתאימה ביותר עבור כל מטופל לאחר בחינה של הגורמים הקשורים להפרעה (חומרה, משך זמן, חוסר תפקוד עקב סימפטומים), המטופל והמשפחה שלו (גיל כרונולוגי והתפתחותי, בוגנות, העדפות טיפול, מוטיבציות וזמינות המשפחה, מקורות פיננסיים), והקלינאי (זמינות, כישורים וניסיון). מרבית הנתונים באשר לאפקטיביות של טיפול מתייחסים לטיפולים לא-תרופתיים: פסיכו-חינוך, ניהול התנהגות ותצורות שונות של טיפול התנהגותי קוגניטיבי. לכן, אלה צריכים להיות הבחירה הראשונה של הקלינאי.

פסיכודיאקזיה

בכל המקרים, חינוכי לבנות תקשורת טיפולית טובה בין המטופל (והמשפחה) לבין הקלינאי. זה מפותח בצורה הטובה ביותר בהקשר של פסיכו-חינוך, שהוא בסיסי בכל התהליכים הטיפולים. חינוך של המשפחה והילד (בהתאם לגיל ההתפתחותי שלו) מגביר בוגנות ומוטיבציה. הבנת טבעה של החרדה וכיצד היא נחוות ע"י הילד תעזור להורים ולמורים להבין את המאבקים של הילד.

פסיכו-חינוך צריך תמיד לכסות:

- חרדה כרגש נורמאלי, בכל השלבים ההתפתחותיים.
- גורמים שעשויים לגרום, לגרות או לשמר סימפטומים של חרדה.
- המסלול הטבעי של SAD.
- אלטרנטיבות טיפוליות, כולל היתרונות והחסרונות שלהן.
- פרוגנוזה של הפרעה (מה צפוי).

קיימים מספר רב של ספרים והרבה מידע (טוב ורע) באינטרנט אודות הפרעות חרדה. חלק מהמידע השימושי ביותר יכול להימצא בתיבות צדדיות.

ניהול התנהגות

ניהול התנהגות מצוין בכל המקרים. הוא כולל עדכון של בני משפחה ומטפלים משמעותיים באשר לדרך שבה יש לנהל סימפטומים מתונים ומצבי רוח לא-סתגלניים כמו התנהגויות מתחמקות או הטיית קוגניטיביות. זה עשוי להיות הטיפול היחיד שנדרש במקרים של חרדת ספרציה מתונה (שבדרך כלל מתרחשת בזמן גן חובה). זה אמור

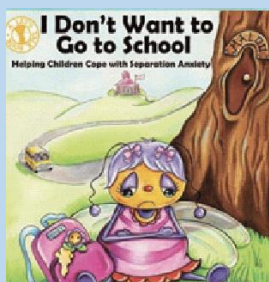
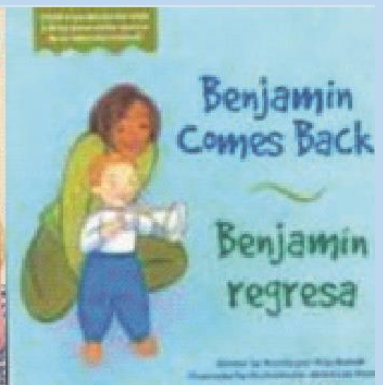
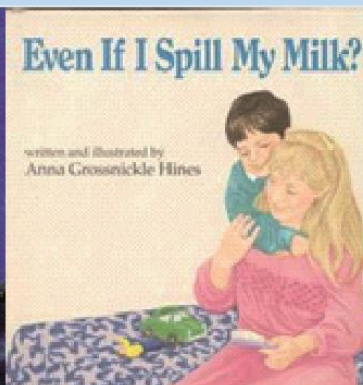
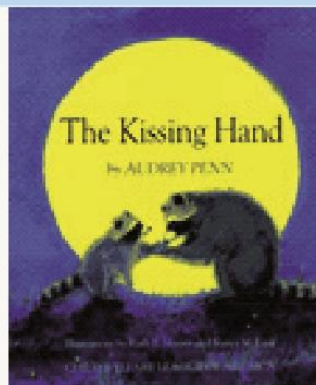
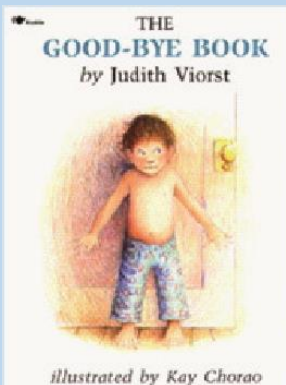
להיות משולב עם טיפולים נוספים אם לא קיים שיפור או שהסימפטומים חמורים באורח בינוני, או גורמים לחוסר תפקוד או מצוקה בינוניים. המטרה המרכזית של ניהול התנהגות היא לספק לילד סביבה גמישה ותומכת שתעזור לו לגבור על הסימפטומים של חרדת הספרציה.

הקלינאי עשוי להמליץ להורים:

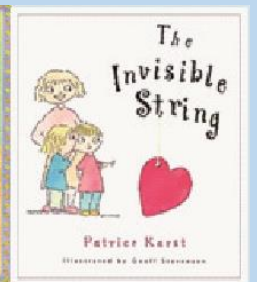
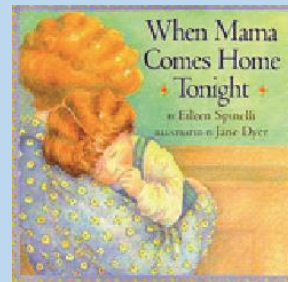
- להקשיב לרגשות של הילד בצורה אמפתית.
- להישאר רגועים כשהילד נהיה חרד (להוות דוגמה עבור ההתנהגות הרצויה של הילד).
- להזכיר לילד שהוא שרד סיטואציות מלחיצות דומות בעבר.
- ללמד טכניקות הרגעה פשוטות כמו נשימה עמוקה, ספירה עד 10 או לדמיון סצנה מרגיעה. כשהילד למד כיצד להירגע, הוא מרגיש שליטה מסוימת על הגוף שלו.
- לתכנן פעילויות, כמו להגיע לבית הספר בבוקר או להתכונן לשינה בלילה.
- לעזור לילד לארגן רשימה של אסטרטגיות אפשריות להתמודדות עם חרדה שמופיעה בעת סיטואציות "קשות".
- לתמוך בחזרתו המידית של הילד לבית הספר (היעדרויות ממושכות הפכות את החזרה לבית הספר לקשה יותר).
- לעודד את ההשתתפות של הילד בפעילויות מחוץ לבית, ללא הדמויות המטפלות (לעודד חשיפה). אל תרשו לו להישאר בבית על מנת להימנע ממצוקה (על תרשו הימנעות).
- להלל את המאמצים של הילד (לא רק את התוצאות) להתמודד עם הסימפטומים (לחזק שוב ושוב בדרכו אל ההצלחה).
- להרגיע את הילד/המתבגר שסימפטומים גופניים הם סימנים לבעיה שמצריכה תשומת לב, ולא בעיה פיזית ממשית.

התערבויות בבית

ההורה יכול לקרוא ספר מקצועי עם הילד החרד, תוך שהוא מרגיע ואומר שזה בסדר שהילד מרגיש כך וששום דבר לא יקרה. קיימים ספרים רבים למטרה זו: "The good-bye book" מאת Judith Viorst, "The Kissing Hand" מאת Audrey Penn "When Mama Comes Home", "Even if I Spill my Milk" מאת Anna Grossnickle Hines, "Benjamin Comes Back" מאת Amy Brandt, "The invisible string" מאת Patrice Karst.



כסימפטומים של חרדת ספרציה מביאים לכך שילד מסרב להגיע לבית הספר, הורים יכולים להקריא ספרים שעוסקים בנושא זה, כמו: "אני לא רוצה ללכת לבית הספר" של ננסי פנדו.



התערבויות בבית הספר

הקלינאי יכול להמליץ למורים:

- ליזום תכנית שמטרתה לעודד את הילד לחזור לבית הספר במהירות האפשרית.
- לערוך פגישות תכופות עם ההורים כדי לפתח שיתופי פעולה באסטרטגיות שיעזרו לילד להגיע להשתתף בצורה רגילה בבית הספר.
- להעריך את הסיבה לכך שהילד מסרב להגיע לבית הספר ולטפל בה (לדוגמה, בעיות עם חברים, פחד ממורה).
- לפקח על ההגעה של הילד לבית הספר, עדיף שאותו האדם יעשה זאת כל פעם.
- להרשות לדמות מטפלת ללוות את הילד בהתחלה.
- להרשות לילד לקצר את יום הלימודים ולהאריך אותו באופן מדורג.
- לזהות מקום בטוח אליו הילד יוכל ללכת על מנת להוריד את רמות החרדה בזמנים מלחיצים.
- לזהות מבוגר בטוח שאליו הילד יוכל לפנות לתמיכה בכל זמן, בייחוד בזמנים מלחיצים.
- לעודד תרגול של טכניקות הרגעה שפותחו בבית.
- לספק פעילויות אלטרנטיביות שמיועדות להסיח את דעתו של הילד מהסימפטומים הפיזיים.
- לעודד אינטראקציות קבוצתיות קטנות. זה יכול להתחיל עם חבר כיתה אחד בלבד. עם הזמן, היכולת של הילד תגבר וניתן להגדיל את הקבוצה בהדרגה.
- לספק עזרה באינטראקציות החברתיות הללו.
- לתת פרס על המאמצים של הילד.
- לאפשר זמן נוסף למעברים בין פעילויות שונות.

טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (CBT)

מספר מחקרים אקראיים מבוקרים הראו את האפקטיביות, קצרת וארוכת הטווח, של CBT בהפרעות חרדה של הילדות, שעשויות להשתפר, כולל SAD. CBT הוא כרגע הטיפול עם הראיות התומכות הרבות ביותר ביעילותו (Barrett et al, 1996; Kendall et al, 1997). כך, CBT הפך לטיפול הראשוני המועדף. יוצא מן הכלל הוא המקרה שבו הסימפטומים של החרדה חמורים מכדי לאפשר עבודה עם הילד בטיפול. במקרה כזה, יש לספק טיפול תרופתי או את שני הטיפולים במקביל.

ישנן מספר תכניות CBT מודרכות (לפי ספר הדרכה), רובן מבוססות על עקרונות קלאסיים ואופרנטיים ולמידה חברתית. משך ה-CBT תלוי בחומרה, בהרכב הטיפול ובתגובת המטופל. מטרת CBT הן:

- להשיג תובנות באשר לקיומם ולמקורות של הסימפטומים של החרדה.
- לשלוט בחששות.
- לצמצם היענות מוגברת לגירויים (התעוררות).
- להתמודד עם הסיטואציות שחרדים מפניהן.

על מנת להשיג את המטרות הללו, CBT בדרך כלל כולל:

- פסיכואדיוקציה.
- שינוי קוגניטיבי (לצמצם דיאלוגים פנימיים שליליים ולהתייחס למחשבות השליליות, בין אסטרטגיות נוספות).
- שיפור של כישורי פתירת בעיות.

- אימוני הרגעה (לטיפול בסימפטומים הגופניים).
- מידול.
- למידת התנהלות במצבי חירום.
- חשיפה ומניעת תגובה.

בטיפול בהפרעות חרדה, חשיפה ומניעת תגובה הם יסודות המפתח של CBT, ונכללים בכל התכניות בתצורות שונות. ראשית עוזרים לילד לרשום את הסימפטומים המובילות שמעוררות בו חרדה. זה משמש כתיאור ראשוני של הסימפטומים, וישתמשו בזה מאוחר יותר כמדד להתקדמות הטיפול. הילד מדרג כל סימפטומים לפי רמת החרדה ומידת ההימנעות, מ-0 (בכלל לא) ועד 10 (קיצוני) על סולם ליקרט (בנוי במיוחד עבור השלב ההתפתחותי והרמה הקוגניטיבית של הילד כמו "מדחום פחד"). חלק מהתכניות רק מדרגות את הרמה של הפחד/החרדה, אך אם כוללים גם דירוג של מידת ההימנעות, זה עשוי לעזור בעיצוב חוויות חשיפה. המטפל וההורים יכולים לעזור בביצוע הדירוג.

כפי שהוסבר, קיימות תכניות CBT רבות. כאן אנו מזכירים שתיים מתוכן:

[תכנית החתול המתמודד \(The Coping Cat\)](#)

החתול המתמודד (Kendall, 2000) היא התערבות מודרכת ונרכשת עבור צעירים עם הפרעות חרדה, כולל SAD. התכנית משלבת שינוי קוגניטיבי ותרגילי הרגעה, ואחריהם חשיפה הדרגתית לסימפטומים שמעוררות חרדה תוך יישום של כישורי התמודדות שנלמדו. הוכח כי זה אפקטיבי ב-SAD (וגם בחרדה כללית ובפוביה חברתית). מחקרים קליניים אקראיים השיגו אחוזי שיפור גבוהים - 66% (Kendall et al, 1997). הערכות שנעשו במסגרת המעקב הקליני בשנה השלישית ובשנה ה-7.5 הראו שההישגי הטיפול נשמרו לאורך זמן (Kendall & Southam- Gerow, 1996; Kendall et al, 2004).

תכנית "FRIENDS" (חברים)

תכנית החברים היא טיפול CBT בעל 10-מפגשים שמועבר במסגרת קבוצה של ילדים עם הפרעות חרדה, עם שני שלבים: טיפול ומניעה אוניברסלית. FRIENDS (חברים) הוא ראשי תיבות של F – מרגיש חושש?; R – תירגע ותרגיש טוב; I – מחשבות פנימיות; E – תבחן תכניות להמשך; N – עבודה טובה אז תפרגן לעצמך; D – אל תשכח לתרגל; S – תישאר רגוע, אתה יודע איך להתמודד עכשיו. לתכנית יש את כל הדברים המהותיים הקיימים בתכניות CBT כולל שינוי קוגניטיבי עבור הורים. בנוסף, מעודדים את ההורים לתרגל את הכישורים באופן יומיומי והם מקבלים חיזוקים על כך. התכנית מעודדת משפחות לפתח ערוצים חברתיים תומכים, וילדים- לפתח חברויות עם חברי הקבוצה ע"י דיבור על סימפטומים קשות ולמידה מחוויות חברי הקבוצה. התכנית משלבת גם כמה אלמנטים של טיפול בין-אישי. Shortt et al (2001) ביצע מחקר אקראי מבוקר באמצעות יישום תכנית FRIENDS בילדים בני 6-10 בעלי SAD, חרדה כללית או פוביה חברתית, והשיג אחוזי שיפור של 69%. ההישגים הטיפוליים נשמרו שנה לאחר מכן.

CBT בסגנון מחנה

CBT בסגנון מחנה היא התערבות אינטנסיבית שנעשית עבור בנות בגיל בית ספר בעלות SAD ומועברת במהלך שבוע אחד בסגנון מחנה. יתרון פוטנציאלי של גישה קבוצתית מבוססת-מחנה ל-SAD הוא הכנסת ההקשר החברתי של הילדים לתוך הטיפול (הרחק מההורים), מה שמאפשר חשיפה טבעית יותר לסימפטומים פרידה טיפוסיות, כמו טיולי שדה קבוצתיים, פעילויות ושינה מחוץ לבית. התכנית

כוללת גם הורים, שאותם הקלינאים מלמדים על אופן הניהול של סימפטומים של SAD. מחקר אקראי מבוקר הצביע על צמצום משמעותי בחומרת ה-SAD ועל הישגים טיפוליים (Ehrenreich et al, 2008).

התפקיד של המשפחה ב-CBT

מעורבות משפחתית היא קריטית בגלל שהורים לרוב משחקים תפקיד בקיום של חרדת הספרציה של הילדים ואמורים לתמוך בתכנית הטיפול ע"י יישום עקבי של ניהול ההתנהגות בבית. חלק מהתכניות, גם מבוססות CBT, מדגישות את חשיבות המעורבות המשפחתית, כמו טיפול האינטראקציה הורה-ילד (PCIT).

PCIT (Brinkmeyer & Eyberg, 2003) אומץ עבור ילדים בני 4-8 עם SAD (Choate et al, 2005; Pincus et al, 2005) אבל מצריך משאבים גדולים שלרוב אינם קיימים בשירותים רבים, אפילו במדינות בעלות הכנסה גבוהה. ל-PCIT שלושה שלבים:

- אינטראקציה מוכוונת-ילד: מלמד את ההורים להיות חמים ולשבח, לעודד את תחושת הביטחון של הילד כדי להקל על הפרידה מהורה.
- אינטראקציה מוכוונת-אומץ: המטפל פועל עם ההורים ועם הילד על מנת לפתח רשימה של סיטואציות שמהן הילד חושש או שהוא נמנע מהן בהווה, מדורגת לפי רמת החומרה. המשפחה יוצרת רשימת פרסים שיחזקו את המאמצים של הילד.
- אינטראקציה מוכוונת-הורים: הורים למדים כיצד לנהל את "ההתנהגות הרעה" של הילד בהתבסס על עקרונות אופרנטיים של שינוי התנהגות (כמו תגובות חיוביות ושליליות עקביות). בנוסף, הורים למדים לא לחזק את ההתנהגויות הלחוצות של הילד, למשל לא להעניק לילד תשומת לב רבה יותר כשהוא מבריז משיעור (Eisen et al, 1998).

בזמן כל שלושת השלבים, ההורים מקבלים הדרכה פעילה באשר לאופן היישום של הכישורים. ההדרכה יכולה להיעשות דרך מראה חד-כיוונית, ע"י שימוש במכשירי קשר או דרך אוזניה. השליטה נמדדת באמצעות מספר הפעמים שההורים משתמשים בכישור מסוים. ניתוחים מקדימים במחקר מבוקר שטרם פורסם ונעשה כדי להעריך את היעילות של PCIT בילדים עם SAD מצביעים על שיפור קליני משמעותי, עם שיפור מתמשך לאורך זמן.

CBT לבני גן חובה

מרבית מתכניות ה-CBT מעוצבות עבור ילדים בני 6 ומעלה. Hirshfeld-Becker et al (2010) בדק את היעילות של תכנית CBT הורה-ילד מתאימה מבחינה התפתחותית עבור הפרעות חרדה בילדים בני 4-7. אחוזי התגובה היו 69% (למול 32% בהכוונה/שליטה) וההישגים נשמרו בבדיקת המעקב שנערכה שנה לאחר מכן.

מה שעוד קיים עבור בני גן חובה היא תכנית CALM (Comer et al, 2012), סוג של טיפול אינטראקציה הורה-ילד, עבור ילדים בני 3-8 בעלי SAD, הפרעת חרדה חברתית, חרדה כללית, או פוביות מסוימות. מחקר מבוקר הראה תוצאות מבטיחות של הדרכה חיה של הורים בקרב אוכלוסייה זו (Comer et al, 2012).

טיפול תרופתי

יש להשתמש בטיפול תרופתי תמיד בנוסף להתערבות התנהגותית ופסיכותרפית. באופן כללי, טיפול תרופתי אינו מומלץ כטיפול ראשוני עבור SAD. אולם, זוהי אסטרטגיה יעילה כאשר CBT אינו משיג תגובה או תגובה חלקית, או כשהילד סובל מלקות חמורה. אף תרופה לא אושרה לטיפול ב-SAD באופן ספציפי. אולם, מספר תרופות נבחנו עבור טיפול בהפרעות חרדה בילדים, כמו מבחר מעכבי ספיגה חוזרת

ברניים של סרוטונין (SSRI), נוגדי דיכאון טריציקליים וטרהציקליים (TCA), בנזודיאזפינים, בוספירון, מעכבים סלקטיביים של ספיגה חוזרת של סרוטונין ונוראפינפרין (SNRI), פרופנולול, קלונדין, תרופות אנטי-פסיכוטיות לא טיפוסיות, אנטיהיסטמין ומלטונין. לקיחת כל התרופות אמורה להתחיל, להיפסק או לעבור שינויים תחת פיקוח של קלינאי מוסמך.

תרופות SSRI

קיימים מספר מחקרים אקראיים מבוקרים שמעריכים את היעילות של SSRI בילדים ובנערים עם SAD, חרדה כללית ופוביה חברתית (Reinblatt & Riddle, 2007). במחקרים אלה הוכח ש-SSRI הם אפקטיביים ובעלי פרופיל מבטיח של תופעות לוואי שליליות. לכן הם נחשבים לבחירה הראשונה בטיפול תרופתי בהפרעות חרדה, בנייהן (Reinblatt & Riddle, 2007). למעשה, ייתכן ש-SSRI אפקטיביים יותר בהפרעות חרדה מאשר בדיכאון עמוק (Bridge et al, 2007). על אף הראיות הרפואיות, אף SSRI לא אושר ע"י ה-FDA לטיפול בהפרעות חרדה אצל ילדים ומתבגרים. כך, כשקלינאים רושמים SSRI עבור מטופל מתחת לגיל 18 עם SAD, הם עושים זאת "לא לפי ההתוויה הרשומה" בארה"ב- המצב עשוי להיות שונה במדינות אחרות (מספר תרופות SSRI אושרו לטיפול בהפרעה טרדונית-כפייתית, ראו טבלה F.2.2). ביוני 2003 ה-FDA המליצה שלא להשתמש בפארוקסטין בטיפול בילדים ובמתבגרים הסובלים מדיכאון. נראה שתרופות ה-SSRI האחרות בעלות אפקטיביות דומה. מחקרים מבוקרים אחרים חקרו SSRI שונים: פלובוקסאמין (לדוגמה, Research Units on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group, 2001); פלואוקסטין (לדוגמה, Birmaher et al, 2003); סרטורלין (לדוגמה, Walkup et al, 2008). אולם, לא קיימים מחקרים המעריכים את האפקטיביות ארוכת הטווח בקרב ילדים עם SAD.

מחקר רב-אופני אודות חרדת ילדים/מתבגרים (CAMS), אחד מהמחקרים

המקיפים ביותר של הפרעות חרדה בצעירים הוא דוגמה טובה למחקרים הקיימים. מחקר זה, שהתמקד במספר נקודות, כלל 488 ילדים ומתבגרים (בני 7-17) עם SAD, חרדה כללית או פוביה חברתית. מטופלים נבחרו באופן אקראי לטיפול בן 12 שבועות באחד מארבעת האמצעים הללו: (א) סרטורלין, (ב) טיפול קוגניטיבי התנהגותי (CBT), (ג) שילוב של סרטורלין ו-CBT, ו-(ד) טיפול קליני עם תרופת דמה. לאחר 12 שבועות של טיפול כל הטיפולים הפעילים היו יעילים יותר מתרופת הדמה. אחוזי השיפור (כלומר, שהגיעו לרמה של מצב כמעט חסר-סימפטומים) היו הגבוהים ביותר בקבוצה המעורבת (46%-68%), לאחר מכן בקבוצת הסרטורלין (34%-46%), לאחר מכן בקבוצת ה-CBT (20%-46%) ולבסוף תרופת הדמה (15%-27%). אחוזי התגובה (כלומר, שיפור קליני משמעותי) היו גבוהים באופן משמעותי מאחוזי השיפור. המסקנה המרכזית הייתה ש-CBT לבדו וסרטורלין לבדה היו טיפולים קצרי-טווח אפקטיביים, אך ששילוב של שניהם הביא ליתרון משמעותי (Walkup et al, 2008).

טבלה F.2.2 SSRI מורשים לילדים ומתבגרים על ידי מחלקת המזון והסמים של ארה"ב

גיל הפציינט	אינדיקציה	SSRI
12-17	דכאון	Escitalopram
8-17	דכאון	Fluoxetine
7-17	OCD	Fluoxetine
8-17	OCD	Fluvoxamine
6-17	OCD	Sertraline

טבלה F.2.3 סיכום המאפיינים של SSRI נפוצים			
הערות	מנת מטרה (יום/mg)	מנה ראשונית (יום/mg)	SSRI
	10-40	5	Citalopram
	10-30	5	Escitalopram
<ul style="list-style-type: none"> • זמן מחצית חיים ארוך • יכול להפחית תיאבון ותפקוד מיני 	10-80	5	Fluoxetine
	50-300	10	Fluvoxamine
<ul style="list-style-type: none"> • זמן מחצית חיים מאוד קצר • פחות יעיל אצל ילדים (ה-FDA מרתייע משימוש בו) 	10-60	5	Paroxetine
<ul style="list-style-type: none"> • מעט אינטראקציות • מעט תופעות לוואי 	50-200	25	Sertraline

סוגיות מעשיות ברישום SSRI עבור ילדים ומתבגרים

רושמי התרופות צריכים להתחיל במנה נמוכה ולבצע טיטור מדי שבוע, תוך בקרת תגובה קלינית ותופעות לוואי. כדי להשיג את התועלת המקסימאלית לילדים עשויים לצרוך מנה גבוהה כמו של מבוגרים. טבלה F.2.3 מציגה מנות ראשוניות ומנות יעד. ניתן לתת תרופת SSRI מדי יום בבוקר. צריכה של התרופה בערב אפשרית אם הטיפול אינו מפריע לשינה. תרופות SSRI בדרך כלל מתחיל להשפיע תוך 2-4 שבועות. עד 12 שבועות נדרשים כדי לקבוע האם הטיפול התרופתי אפקטיבי למטופל המסוים. זה יכול לקחת עד 16 שבועות להשיג שיפור קליני משמעותי. אולם, אם מטופל אינו מראה שיפור עד השבוע השמיני, כדאי לנסות תרופת SSRI אחרת. אפילו כשמצבם של מטופלים משתפר הם פעמים רבות נשארים סימפטומטיים. במקרה זה, על הקלינאי להעריך את הצורך בהגדלת המנה אם המטופל מסוגל להתמודד עם זה היטב. רוב המחקרים מדווחים על שיפורים נוספים שמופיעים על פני 6-12 חודשים (Connolly et al, 2007). לכן, מומלץ להמשיך בטיפול במשך שנה לפחות לאחר השגת החלמה מלאה. אולם, לא קיימות ראיות ספציפיות התומכות בהמלצה זו. יתרונות טיפול תרופתי הם:

- עזרה לילד להשיג ולשמר הישגים התנהגותיים.
- הגברת ההשפעה הסינרגטית של טיפול משולב (SSRI + CBT).
- צמצום האפשרות של הדרדרות.

ההחלטה מתי לעצור את הטיפול עשויה להיות קשה. לא מומלץ להפסיק טיפול תרופתי בתחילת שנת לימודים חדשה, בזמן מחנה, בזמן בחינות סופיות, או אפילו בזמן חופשות. מומלץ לבצע הפסקה ניסיונית בזמן שהמטופל יכול להיות מפוקח מקרוב ובסביבה יציבה כמו בבית הספר או בבית, זאת אומרת, לא במצב חדש. כמו בכל הטיפולים התרופתיים, המנה צריכה להצמצם בהדרגה, ויש להימנע מהפסקה פתאומית כדי למנוע תופעות גמילה. חשוב גם לא להתבלבל בין סימפטומים של גמילה לבין חזרה של ההפרעה. אם סימפטומים חוזרים, יש להתחיל טיפול תרופתי מחדש עם המנה שהביאה להחלמה/שיפור משמעותי.

טבלה F.2.4 תרופות שורה שניה* להפרעות חרדה בקרב ילדים ומתבגרים

תרופות	אינדיקציה אפשרית	הערות
SNRIs (לדוגמא: venlafaxine, duloxetine)	• עמיד ל-SSRI • ול-CBT	• אין עדויות משכנעות ליעילות עם הפרעות חרדה • יותר תופעות לוואי מ-SSRI
TCAs (לדוגמא: imipramine, clomipramine)	• עמיד ל-SSRI • ול-CBT	• יותר תופעות לוואי מ-SSRI • מצריך בייסליין וניטור ECG תקופתי • פוטנציאלית קטלני במינון יתר
Benzodiazepines (לדוגמא, clonazepam, clorazepate)	• טיפול בזמן קצר לחרדה • אקוטית (צריך פתרון מהיר)	• פוטנציאל לשימוש לרעה ותלות • סיכון לתגובה פרדוקסלית בילדים
Buspirone	• עמיד ל-SSRI • ול-CBT	• יעילות לא הוכחה בילדים
Propranolol	• תגובה אוטונומית חזקה	• אסור השימוש על ידי אסתמטיים עם סוכנים antihypertensive
Clonidine	• תגובה אוטונומית חזקה • קומורבידיות עם PTSD או תגובת סטרס אקוטית	• יותר תופעות לוואי מ-SSRI • פוטנציאלית קטלני במינון יתר • מצריך בייסליין, וניטור ECG ובדיקות דם
Antihistamines	• אינסומניה	• יכול לגרום לישנוניות ותיאבון מוגבר
Melatonin	• אינסומניה	• אין ידע על תופעות לוואי בטווח הארוך

*אף אחת מהתרופות הללו היא מאושרת על ידי ה-FDA לטיפול בהפרעות חרדה אצל ילדים

מטופלים בדרך כלל מתמודדים בצורה טובה עם SSRI. תופעות לוואי נפוצות כוללות: עייפות, כאב/רגישות בבטן, כאבי בטן, ורגשות של חוסר שקט. אפתיה עשויה להיות תופעת לוואי שמתחילה מאוחר והיא פחות ידועה בגלל שהיא נדירה. קלינאים לרוב מפרשים אותה בצורה לא נכונה כסימפטום. תופעות לוואי, כשקיימות, הן מתונות באופן כללי ובדרך כלל נעלמות אחרי כמה ימים או שבועות מתחילת הטיפול. אם התופעות בולטות או עקביות על הקלינאי להפחית את המנה. אם הן ממשיכות, על הקלינאי להפסיק את מתן התרופה ולנסות תרופת SSRI אחרת. קיימים מקרים נקודתיים של דימום או קבלת חבלות בקלות. ברוב המקרים בדיקות קרישה ומשכי זמן דימום הם מעוכבים או נורמאליים. באופן נדיר, המטופל עלול לסבול משינוי או מתקופה של מאניה נמוכה, מאופיינת בשינויים במצב הרוח (מורם, אפורי או מרוגז) או בהתנהגות (גרנדיזיות, דיבור מהיר, רמות גבוהות יותר של אנרגיה ופעילות), וסימפטומים פסיכויטיים אפשריים (ראו פרק E2). אם זה קורה על הקלינאי להפסיק את הטיפול הרפואי ולהעריך אבחון של הפרעה דו-קוטבית. כך המקרה גם עם דיכאון, הסיכון להתאבדות צריך להיבדק מקרוב, בייחוד בתקופה המוקדמת של הטיפול. אין צורך להריץ בדיקות מעבדה קבועות או ECG בתחילת הטיפול או בזמן המעקב, אם המטופל חסר סימפטומים.

חלק מהמטופלים אינם מגיבים היטב ל-SSRI או שאינם מראים תגובה קלינית (מספקת) להם. במקרים אלה, קלינאי יכול להציע טיפולים תרופתיים משניים. אלה רשומים בטבלה F.2.4.

סינדרומים ספציפיים חוצי-תרבויות הקשורים להפרעת חרדת ספרציה

Tokokyo (סירוב להגיע לבית ספר) ו-*futoko* (היעדרות מבית הספר)

Broadwin הציג את המושג "סירוב להגיע לבית ספר" בשנת 1932, למרות שהוא השתמש במונח "היעדרות". עד אז, היעדרות התייחסה להיעדרות מבית ספר הקשורה בהתנהגות אנטי-חברתית, כש-Broadwin היה הראשון להשתמש במונח על מנת לתאר היעדרות מבית הספר שאינה קשורה לפשיעה. ב-1941 Johnson השתמש במונח "פוביה מבית הספר" על מנת להתייחס להיעדרות ממושכת מבית הספר הקשורה לחרדת ספרציה. לאחר מכן, מומחים תיארו גורמים נוספים להיעדרות ממושכת מבית הספר, השונים מ-SAD. ב-1948 Warren תיאר את המצב הזה כ"סירוב ללכת לבית הספר"; מאז, הוא כונה באופן נרחב "סירוב להגיע לבית ספר" (school refusal, Hersov, 1960). ביפן, המושג של פוביה מבית הספר הוצג בחלק השני של שנות ה-50 של המאה ה-20. בשנות ה-60 היא כונתה "סירוב להגיע לבית הספר" (took kyohi ביפנית). בשנות ה-90 של המאה ה-20, מומחים השתמשו במונח היעדרות מבית הספר (futoko ביפנית). אולם, שני המושגים דומים מאד ו-toko kyohi ו-futoko מתארים למעשה את אותם הסימפטומים, לכן אנו נשתמש במונח "סירוב ללכת לבית הספר" על מנת להתייחס לשניהם, אלא אם כן נציין אחרת.

Berg (1980) הגדיר "סירוב ללכת לבית הספר" כ:

1. קושי חמור ללכת לבית הספר, שבדרך כלל מוביל להיעדרות ממושכת.
2. מצוקה רגשית חמורה בעת ההליכה לבית הספר, או מעצם המחשבה על ללכת. סימפטומים כוללים חרדה מוגזמת, התפרצויות זעם, רגשות אומללות, ותלונות גופניות שאין להן סיבה אורגנית אובייקטיבית.
3. הישארות בבית בשעות בית ספר, בידיעת ההורים.
4. היעדר התנהגות אנטי-חברתית משמעותית כמו גניבה, שקר, בריחה מהבית והשחתת רכוש.

אפיונים 2, 3 ו-4 הבדילו בצורה ברורה בין המושג החדש של "סירוב ללכת לבית הספר" לבין "היעדרות" והחשיבו אותו כהפרעה ברורה. Atkinson and Quarrington (1985) טענו שאין להחשיב סירוב ללכת לבית הספר כהפרעה נפשית אלא כסימפטום או כתופעה סוציו-פסיכולוגית. עקב כך הם הציעו שיש להגדיר סירוב ללכת לבית הספר כ"היעדרות ארוכת טווח המאופיינת בקיום של פחד, דחייה, או כעס מפני השתתפות בבית ספר, המשולב עם חוש חזק של אשמה הקשורה בהיעדרות עצמה, וקונפליקט צמוד עם החיים שחודר לתוך הבית" (Atkinson & Quarrington, 1985).

שלא כמו SAD, סירוב ללכת לבית הספר אינו מופיע כאבחנה בספר DSM. בעבר, פעמים רבות ניתן היה להחליף בין סירוב ללכת לבית הספר לבין פוביה מבית ספר. היום אנו יודעים שלא כל הילדים שמסרבים ללכת לבית הספר סובלים מ-SAD. אולם, בקרב ילדים צעירים הסיבה הנפוצה ביותר לסירוב ללכת לבית הספר היא SAD, ותמיד חייבים לשלול אותה. בין השנים 10-15, סירוב ללכת לבית ספר קשור בדרך כלל

לחרדה כללית או לפוביה חברתית (לתיאור של ההפרעות הללו ראו פרק F1). ייתכן שבקרב מתבגרים

ילדי בית ספר יפניים עם תיקים, פוקוקה יפן.

תמונה: Andy Hobo
Tranveler.com



שמסרבים ללכת לבית ספר תימצא הפרעת פאניקה רדומה, אך גם דיכאון, הפרעה טרדונית-כפייתית, או הפרעה סומטופורמית. סיבות נוספות לסירוב של מתבגרים להגיע לבית הספר הם אלימות בבית ושימוש מופרז באינטרנט משולב בפוביה חברתית/התבודדות (הייקומורי). שלא כמו אצל ילדים צעירים, בתקופת ההתבגרות המוקדמת SAD הוא לרוב לא הסיבה וסירוב ללכת לבית הספר פעמים רבות מוביל להיעדרות ממושכת. אולם, ייתכן שסירוב ללכת לבית הספר מלווה בכל הפרעה פסיכיאטרית שהיא; האטיולוגיה של סירוב ללכת לבית ספר יכולה להיות מאד רב-גונית (Egger et al, 20). עד ל-22% היה SAD, האבחון הפסיכיאטרי הנפוץ ביותר, אך ל-33% לא היה אף אבחון פסיכיאטרי.

סקירות מהתקופה האחרונה מצביעות על כך שקיימת שכיחות של 1% ו-5% של סירוב ללכת לבית הספר בילדים שלא קיבלו הפנייה רפואית ובילדים שקיבלו הפנייה רפואית, בהתאמה. תחילת הסירוב מתחיל לרוב בגיל 5-6 ו-10-11, במקביל לזמן שבו עוברים לגן חובה ולחטיבת הביניים בהתאמה. תקופות סיכון גבוהות נוספות לתחילת סירוב

ללכת לבית ספר הן בעת מעבר לקהילה חדשה או לבית ספר חדש ולאחר אירועים חברתיים משמעותיים או חגים.

כ-25% מהמקרים של סירוב ללכת לבית הספר נפתרים מעצמם או שמטופלים בצורה מוצלחת ע"י ההורים בלבד. בקרב מתבגרים, ההפניה עשויה להתעכב משום שתלונות גופניות עשויות שלא להופיע בדיוק במקביל למצבי פרידה (בניגוד למצב דומה בילדים צעירים), מה שמעכב את האבחון.

מחקרי אורך מצביעים על כך שסירוב ללכת לבית הספר עלול להוביל לבעיות רציניות בטווח הקצר כמו הדרדרות בלימודים, ניכור מעמיתים וקונפליקטים משפחתיים (Kearney & Bensaheb, 2006) ולהשלכות ארוכות טווח כמו סיכון מוגבר להפרעות פסיכיאטריות וקשיים חבריים ותעסוקתיים. Saito (2000) דיווח על תוצאות של בדיקת מעקב שביצע לאחר 10 שנים עם 106 תלמידים שאושפזו לטיפול בסירוב ללכת לבית הספר לאחר שהשלימו את התיכון. באמצע שנות ה-20 שלהם, 73% הסתגלו חברתית היטב בעוד ש-27% לא. יתרה מזאת, מחצית מהאחרונים הראו גם התבודדות חברתית (hikikomori).

נקודות מפתח

- SAD היא הפרעת החרדה בילדות הנפוצה ביותר, עם שכיחות של סביב 5% בילדים, והיא מקושרת עם רמות גבוהות של לקות.
- הסימפטום המרכזי של SAD הוא מצוקה לא הולמת או פחד מוגזם ולא מציאותי בעת פרידה מדמויות מטפלות או מהבית.
- SAD היא הגורם הנפוץ ביותר לסירוב ללכת לבית הספר בקרב ילדים צעירים, בעוד שחרדה כללית ופוביה חברתית הם לרוב הסיבה בילדים מבוגרים יותר.
- אטיולוגיה של SAD כוללת גורמים ביולוגיים וסביבתיים.
- לעיתים תכופות ילדים עם SAD סובלים גם מהפרעות חרדה נוספות או מהפרעות פסיכיאטריות נוספות כמו דיכאון או הפרעות התנהגות.
- קיימים מספר מרובה של אופציות טיפוליות אפקטיביות.
- פסיכו-חינוך וניהול התנהגות חייבים תמיד להיות נקודת ההתחלה.
- CBT היא אופציית הטיפול הראשונה אם לא חל שיפור בילדים לאחר שימוש בשיטות פסיכואדיקציה וניהול התנהגות.
- יש להתחיל בטיפול תרופתי לאחר ש-CBT אינו משיג תגובות או שמשג תגובה חלקית, או כשהילד סובל מלקות משמעותית. תמיד יש להשתמש בטיפול תרופתי וב-CBT בנוסף לפסיכואדיקציה וניהול התנהגות.
- הטיפול האפקטיבי ביותר הוא השילוב של CBT וטיפול תרופתי.
- כעת, אף טיפול תרופתי אינו מאושר על ידי FDA לטיפול בילדים ובמתבגרים עם SAD (ייתכן שזה לא המקרה במדינות אחרות). אולם, קלינאים לרוב משתמשים בתרופות SSRI, שהוכחו כיעילות ונקלטות היטב.
- קיים קשר בין חוסר טיפול ב-SAD לבין סיכון גבוה להפרעות נפשיות נוספות ולליקויים בהישגים הלימודיים ובתפקוד החברתי.

ביבליוגרפיה

- Achenbach TM (2009). *The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): Development, Findings, Theory, and Applications*. Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth and Families.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition*, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Angold A, Costello EJ, Erkanli A (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40:57-87.
- Anthony JL, Lonigan CJ, Hooe ES et al (2002). An affect-based, hierarchical model of temperament and its relations with internalizing symptomatology. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31: 480-490.
- Atkinson L, Quarrington B (1985). School Refusal: The heterogeneity of a concept. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55:83-101.
- Barrett PM, Dadds MR, Rapee RM (1996). Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64:333-342.
- Beesdo K, Knappe S, Pine DS (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32:483-524.
- Beidel DC, Turner SM (1997). At risk for anxiety, I: psychopathology in the off-spring of anxious parents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36:918-924.
- Beidel DC, Turner SM, Hamlin K et al (2000). The social phobia and anxiety inventory for children (SPAI-C): External and discriminative validity. *Behavior Therapy*, 31:75-87
- Berg I (1980). School refusal in early adolescence. In Hersov L, Berg I (eds), *Out of School*. Chichester: John Wiley & Sons, pp231-249.
- Biederman J, Rosenbaum JF, Bolduc-Murphy EA et al (1993). A 3-year follow-up of children with and without behavioral inhibition. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32: 814-821.
- Biederman J, Faraone SV, Hirshfeld-Becker DR et al (2001). Patterns of psychopathology and dysfunction in high-risk children of parents with panic disorder and major depression. *American Journal of Psychiatry*, 158:49-57.
- Biederman J, Monuteaux MC, Faraone SV et al (2004). Dose referral bias impact findings in high-risk offspring for anxiety disorders? A controlled study of high-risk children of non-referred parents with panic disorder/ agoraphobia and major depression. *Journal of Affective Disorders*, 82:209-216.
- Biederman J, Petty C, Faraone SV et al (2005). Childhood antecedents to panic disorder in referred and nonreferred adults. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15:549-561
- Birmaher B, Axelson DA, Monk K et al (2003). Fluoxetine for the treatment of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42:415-423.
- Bolton D, Eley TC, O'Connor TG et al (2006). Prevalence and genetic and environmental influences on anxiety disorders in 6-year-old twins. *Psychological Medicine*, 36:335-344.
- Boyd CP, Kostanski M, Gullone E et al (2000). Prevalence of anxiety and depression in Australian adolescents: comparisons with worldwide data. *Journal of Genetic Psychology*, 161:479-92.
- Bridge JA, Iyengar S, Salary CB et al (2007). Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of the American Medical Association*, 297:1683-1896.
- Brinkmeyer M, Eyberg SM (2003). Parent-child interaction therapy for oppositional children. In AE Kazdin, JR Weisz (eds), *Evidence-Based Psychotherapies For Children And Adolescents*, New York: Guilford, pp204-223.
- Broadwin IT (1932). A contribution to the study of truancy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2:253-259
- Cartwright-Hatton S, McNicol K, Doubleday E (2006). Anxiety in a neglected population: prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26:817-833.
- Choate ML, Pincus DB, Eyberg SM et al (2005). Parent-Child Interaction Therapy for treatment of separation anxiety disorder in young children: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12:126-135.
- Comer JS, Puliafico AC, Aschenbrand SG et al (2012). A pilot feasibility evaluation of the CALM Program for anxiety disorders in early childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 26:40-49.
- Connolly SD, Bernstein GA, Work Group on Quality Issues (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46:267-283.
- Costello EJ, Angold A (1995). Epidemiology. In J March (ed), *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. New York, NY: The Guilford Press.
- Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A et al (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60:837-844
- Costello EJ, Egger HL, Angold A (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14:631-648.

- Chorpita BF, Yim L, Moffitt C et al (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: a revised child anxiety and depression scale. *Behaviour Research and Therapy*, 38:835-855.
- Egger HL, Costello EJ, and Angold A (2003). School refusal and psychiatric disorders: A community study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42:797-807.
- Ehrenreich JT, Santucci LC, Weiner CL (2008). [Trastorno de ansiedad por separación en jóvenes: fenomenología, evaluación y tratamiento]. *Psicología Conductual*, 16:389-412.
- Eisen AR, Engler LB, Geyer B (1998). Parent training for separation anxiety disorder. In JM Briesmiester, CE Schaefer (eds), *Handbook of Parent Training: Parents as Co-Therapists for Children's Behavior Problems*, 2nd edition. New York: John Wiley & Sons, pp205-224.
- Eisen AR, Schaefer CE (2007). *Separation Anxiety in Children and Adolescents: An Individualized Approach to Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Ginsburg G, Siqueland L, Masia-Warner C et al (2004). Anxiety disorders in children: Family matters. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11:28-43.
- Hanna GL, Fischer DJ, Fluent TE (2006). Separation anxiety disorder and school refusal in children and adolescents. *Pediatrics in Review*, 27:56-63.
- Hirshfeld-Becker DR, Masek B, Henin A et al (2010). Cognitive behavioral therapy for 4- to 7-year-old children with anxiety disorders: a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78:498-510.
- Hersov LA (1960). Refusal to go to school. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1:137-147.
- Johnson AM, Falstein EI, Szureck SA et al (1941). School phobia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 11:702-708.
- Kagan J, Reznick JS, Snidman N (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science*, 240: 167-171.
- Kearney CA, Albano AM (2004). The functional profiles of school refusal behavior. Diagnostic aspects. *Behavior Modification*, 28:147-161.
- Kearney CA, Bensaheb A (2006). School absenteeism and school refusal behavior: a review and suggestions for school-based health professionals. *Journal of School Health*, 76:3-7.
- Kendall PC, Southam-Gerow MA (1996). Long-term follow-up of a cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64:724-730.
- Kendall PC, Flannery-Schroeder E, Panichelli-Mindel SM et al (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: a second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65:366-380.
- Kendall PC, Brady EU, Verduin TL (2001). Comorbidity in childhood anxiety disorders and treatment outcome. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40:787-794.
- Kendall PC, Safford 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*, 72:276-787.
- Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ et al (2011). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, 69:372-380. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.160
- Krain AL, Ghaffari M, Freeman J et al. Anxiety disorders (2007). In Martin A, Volkmar FR (eds). *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*, 4th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, pp538-548.
- Levy F, Hay DA, Bennett KS et al (2005). Gender difference in ADHD subtype comorbidity. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44:368-376.
- Mattis SG, Pincus DB (2004). Treatment of SAD and panic disorder in children and adolescents. In PM Barrett, Ollendick TH (ed) *Handbook of Interventions that Work with Children and Adolescents: Prevention and Treatment*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Muris P, Merckelbach H, Mayer B et al (1998). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) and traditional childhood anxiety measures. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 29:327-339.
- Ollendick TH (1983). Reliability and validity of the revised fear survey schedule for children (FSSC-R). *Behaviour Research and Therapy*, 21:685-692.
- Papay JB, Spielberger CD (1986). Assessment of anxiety and achievement in kindergarten and first- and second-grade children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14:279-286.
- Pincus DB, Eyberg SM, Choate ML (2005). Adapting parent-child interaction therapy for young children with separation anxiety disorder. *Education and Treatment of Children*, 28:163-181.
- Pine DS (1999). Pathophysiology of childhood anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46:1555-1566.
- Pine DS, Klein RG, Coplan JD et al (2000). Differential carbon dioxide sensitivity in childhood anxiety disorders and non ill comparison group. *Archives of General Psychiatry*, 57:960-967.
- Pine DS, Klein RG (2008). Anxiety disorders. In Rutter M, Bishop D, Pine D et al (eds). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 5th ed. Blackwell Publishing, pp628-647.
- Reinblatt SP, Riddle MA (2007). The pharmacological management of childhood anxiety disorders: a review. *Psychopharmacology (Berl)*, 191:67-86.
- Research Units on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group (2001). Fluvoxamine for the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *New England Journal of Medicine*, 344:1279-1285.

- Research Units on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group (2002). The Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS): development and psychometric properties. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41:1061-1069.
- Reynolds CR (1980). Concurrent validity of What I Think and Feel: The Revised Children's Manifest Anxiety Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48:774-775.
- Saito K (2000). A 10-year follow-up study of 106 school refusers who completed a junior high school attached to a hospital [in Japanese]. *Japanese Journal of Child & Adolescent Psychiatry*, 41:377-399.
- Shear K, Jin R, Ruscio AM et al (2006). Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163:1074-1083.
- Shortt AL, Barrett PM, Fox TL (2001). Evaluating the FRIENDS program: a cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30:525-535.
- Silverman WK, Nelles WB. The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1988 Nov;27(6):772-8.
- Silverman WK, Albano AM (1996). *The Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV Child Version*. Oxford: Oxford University Press.
- Spielberger CD (1973). *State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Spence SH (1997). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106:280-297.
- Spence SH, Rapee R, McDonald C et al (2001). The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behavior Research & Therapy*, 39:1293-316.
- Verduin TL, Kendall PC (2003). Differential occurrence of comorbidity within childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32:290-295.
- Wagner KD (2006). Bipolar disorder and comorbid anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67:16-20.
- Walkup JT, Albano AM, Piacentini J et al (2008). Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *New England Journal of Medicine*, 359:2753-2766.
- Warren W (1948). Acute neurotic break down in children with refusal to go to school. *Archives of Disease in Childhood*, 23:266-272.
- Warren SL, Huston L, Egeland B et al (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36:637-644.
-