

分离焦虑

Ana Figueroa, Cesar Soutullo, Yoshiro Ono

& Kazuhiko Saito

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）



Ana Figueroa 医学博士

西班牙大加那利岛拉斯帕尔马斯，Perpetuo Socorro 医院儿童青少年精神科主任。

利益声明：项目基金来自：Eli Lilly, CME: Eli Lilly, Janssen, Shire, Spanish National Health Service

Cesar Soutullo 医学博士

西班牙潘普洛纳 Navarra Clinic 大学精神病学与医学心理学系儿童青少年部主任。

利益声明：项目基金来自：Abbott, Alicia Koplowita Foundation, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, Gobierno de Navarra, Carlos III Institute (FIS), Redes

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，读者应该批判性地评价这些内容。且网站也可能出现变化或停止运营。

©IACAPAP 2012. 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: Figueroa A, Soutullo C, Ono Y, Saito K. Separation anxiety. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.

焦虑障碍可能是儿童青少年中最常见的精神疾病，全球范围内患病率大约在5%-25%之间，但真正接受治疗的比例却很少（Boyd et al, 2000; Costello et al, 2003）。分离焦虑障碍（Separation anxiety disorder, SAD）在所有焦虑障碍中占了将近一半的比例（Cartwright-Hatton et al, 2006）。除了SAD，儿童焦虑障碍的诊断标准几乎都与成人的诊断标准相同，目前DSM和ICD将SAD归类为一种常在婴儿期、儿童期或青春期诊断的疾病。（Krain et al, 2007）。

SAD的基本特征是在真实情境下或想象情境下与依恋对象离别时表现出的异常反应，这种反应严重干扰了日常活动和发展任务。按照DSM-IV-R的诊断标准，焦虑必须超出儿童现有的发育水平，症状至少持续4周，在18岁之前起病，并导致明显的困扰或损伤(American Psychiatric Association, 2000)。

SAD会导致明显的痛苦和损伤，也会导致一些消极的社会心理，并且它可预测成人精神疾病，尤其是惊恐障碍。尽管如此，SAD很少被研究，并且除非它导致儿童被学校劝退或出现明显的躯体症状，不然儿童通常不会进行相关的临床评估。目前已知有效的治疗方法包括心理治疗和药物治疗。

临床表现

SAD具有异质的临床表现。主要症状是在离开依恋对象（通常是父母）或家时出现明显的或持续的不恰当的痛苦，或过度和不切实际的恐惧（American Psychiatric Association, 2000）。SAD有三个关键特征：

- 分离前和分离期间过度 and 持久的恐惧或担心；
- 分离前、分离期间和分离后出现行为或躯体症状；
- 持续地避免或试图逃避分离场景。

孩子担心他的父母可能会发生某些事情（例如，父母会消失、迷路或遗忘自己），或者如果不在父母身边，自己就会迷路、被绑架或被杀害。行为症状包括在分离时哭泣、粘着父母和抱怨，以及在父母离开后寻找或呼唤父母。躯体症状类似于惊恐发作或躯体化障碍，例如：

- 头痛
- 腹痛
- 晕眩，头晕
- 梦魇，睡眠困难
- 恶心，呕吐
- 痉挛，肌肉疼痛
- 心悸，胸痛

Temáticas de Investigación Cooperativa, Pfizer, PIUNA, Stanley Medical Research Institute-NAMI, and Solvay. Consultant: Alicia Koplowitz Foundation, Bristol-Myers Squibb/Otsuka, Editorial Médica Panamericana, Eli Lilly, Juste, European Interdisciplinary Network ADHD Quality Assurance, Janssen, Pfizer, and Shire. Speaker: AstraZeneca, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Janssen, Novartis, SEP-SEPB, Shire and Solvay.

Yoshiro Ono 医学博士

日本和歌山市心理健康福利中心主任
利益声明：无

Kazuhiko Saito 医学博士

日本国家健康与医学中心，Kohnodai 医院，儿童精神医学科主任。
利益声明：无

由于这些躯体症状，SAD 会经常导致儿童上学缺勤，并且频繁就诊，让家庭医生或儿科医生排除躯体问题。这些症状只出现在学校里，一旦父母决定让儿童呆在家，症状就会消失。

不同年龄患儿的临床表现有差异。年龄较小的幼儿会做更多有关分离的噩梦。此外，与青少年相比，儿童会在分离时表现出更多的极端痛苦。他们经常会有一些对立的行为，如在分离的情况下发脾气。患有 SAD 的青少年在上学期期间更容易出现身体不适。在儿童时期，下列场景中通常会出现分离焦虑症状：

- 被留在托儿所
- 入学
- 乘坐校车
- 上床睡觉
- 和保姆一起留在家里
- 开始夏令营
- 搬家
- 在朋友或亲戚家过夜
- 面临父母分居或离婚



点击图片可以观看一个关于分离焦虑的简短的视频。

分离焦虑症状常出现的情境包括：转学、开学（暑假后或高中开学）、换朋友、经历不良事件（如被欺负或生病）。

症状的临床意义界限因文化因素而有所差异。不同的文化对自主性、监督水平、睡眠习惯、住房特征（如房间的可用性、房子的大小）以及父母在照顾孩子方面扮演的角色（如自己照顾孩子或把孩子放在托儿所）有不同的期望（Hanna et al, 2006）。

Marina 今年 9 岁，和父母及 4 岁的弟弟住在大城市里。她现在在一所私立学校上四年级。自从她 2 岁开始上幼儿园以来，她的老师就发现她很害羞，直到一学年结束才开始和同学们相处。在上学的头几个月里，她基本都和她的家庭老师呆在一起，甚至会回避与其他老师的接触。过渡到学前班是很困难的，但她在最后三个月想办法交到了一些朋友。从那以后，虽然她仍然会在新学年开始的时候表现困难，但她还是会想办法与同学相处融洽。

9 岁的时候 **Marina** 因流感卧床休息了两周。当她康复可以上学的时候，她不耐烦地哭闹着，一边咬着妈妈，一边乞求不要让她去学校。几天后，她终于返校。但是，当天上午她就说自己肚子痛需要回家，但儿科医生没有找到任何腹部病变的证据。又有一天她说在学校感到很累，会头晕、头痛，这次医生同样没有找到证据可以解释她的症状。但她的父母非常担心，因此带她去另一位医生，这位医生给他做了很多测试，结果都是阴性的。她从没有在周末的时候出现这些身体问题，但每到周日晚上她就担心周一的时候在学校又会出现相同的症状。

评论：这篇文章强调了社交焦虑的症状，这些症状通常出现在 SAD 之前，病毒感染诱发了 SAD、与分离有关的问题和分离后无法解释的躯体症状。

诊断标准

SAD 的诊断标准包括：

- 在分离场景中可能出现的 8 项焦虑症状中至少出现 3 项（即，离开家或与主要依恋对象分离；对失去主要依恋对象或担心其受到伤害的恐惧；不愿意或拒绝上学，或独自一人或没有依恋对象等等）。
- 症状持续至少 4 周，并在 18 岁之前起病。
- 症状至少造成中度损害，不能用另一种精神疾病解释。

DSM-V 的主要修改是把 SAD 从“通常出现在婴儿期、儿童期或青少年期的紊乱”范畴中转移到“焦虑障碍”的范畴内，成为可以在儿童和成人中诊断的一种焦虑障碍。

在 ICD-10 中，SAD 被称为“童年分离焦虑”，它被列为“儿童期特定的情绪障碍”一节，其中还包括儿童期恐惧焦虑障碍和儿童期社交焦虑等。

流行病学

目前已发表的有关 SAD 的流行病学研究还很少，并且大多数都有方法上的局限性和偏差，因此数据很少。分离焦虑起病年龄很早，起病高峰期在 7-9 岁之间（Costello & Angold, 1995）。在儿童和青少年中的患病率为 3%-5%，并随年龄的增长而降低（Costello & Angold, 1995）。在 Kessler 等人（2011）最近发表的国家患病率调查研究中发现焦虑障碍是所有时间框架中（其后是行为障碍、情绪障碍和物质使用障碍）最常见的疾病，且 SAD 是儿童中最常见的焦虑障碍，是一生最常见的疾病中排名第七的疾病，因为它通常可在青春期之前治愈。SAD 亚型更常见。一项研究估计有 50% 的 8 岁儿童都存在 SAD 的症状，但并不会导致明显的社会功能受损。一些调查人员认为，在美国，SAD 在女性、非洲裔美国人和社会经济地位较低的家庭中可能会稍微普遍一些。

起病年龄和病程

儿童与父母或主要依恋对象分离后表现出焦虑症状是正常发育（看章节 A.2）。婴儿与主要依恋对象分离后的痛苦是保存最牢固的进化行为之一（Shear et al, 2016）。分离焦虑症状通常在 9-13 月龄时达到顶峰，2 岁后减少，3 岁时自主性水平增高。在 4 到 5 岁时分离焦虑症状可能再次出现，这通常也是儿童开始上学的时候（Costello et al, 2005; Mattis & Pincus, 2004; Krain et al, 2007）。父母中有一方患有焦虑障碍会让正常的分离焦虑持续（遗传和焦虑的父母可能会减少分离场景，也减少了改善分离焦虑的机会）。因为在 5 岁之前出现分离焦虑症状是属于正常发育，因此很少在 5 岁之前对 SAD 进行临床诊断。

纵向研究表明儿童 SAD 可能是其他焦虑障碍的危险因素,尤其增加了成人期患惊恐障碍和广场恐怖症的风险,这主要是由于它们在临床表现上很相似(Biederman et al, 2005)。这一结论得到了生理学研究的支持,研究表明,SAD 儿童与惊恐障碍患者都对二氧化碳更敏感(Pine et al, 2000)。一些调查者认为 SAD 易受广泛的焦虑和情绪障碍的影响。

大约有 1/3 未接受治疗的 SAD 儿童的症状会持续到成人期。SAD 明显限制了儿童与同龄人的互动,这会造成成人期社会功能受损或孤立(如保持单身或经历婚姻冲突)(Shear et al, 2006)。根据儿童/青少年焦虑多模态研究(Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study, CAMS; 详见下文治疗部分),缓解的预测因素有:小年龄、非少数群体、焦虑严重基线较低、没有其他内化障碍(如焦虑、抑郁)、没有社交恐惧。

DSM-IV 把 SAD 描述为很少会持续到成人期的儿童期紊乱。然而,一些研究发现成人 SAD 的患病率大约为 6%,甚至高于儿童期。一项研究结果表明超过 70%的成人 SAD 都是起病于成人期,因此,这可能是一种比以往认识到的更加普遍的情况(Shear et al, 2006)。

病 因

SAD 的病因复杂,尚不清楚。研究表明,生物和环境因素都起作用,其中环境因素对 SAD 的影响可能比对其他儿童焦虑障碍的影响更大。大多已提出的病因都是与一般焦虑障碍相关,而没有针对 SAD。人们普遍认为生物和环境因素的相互作用会增加患焦虑障碍的风险。例如,焦虑的母亲与行为受限的儿童的互动很可能会导致儿童焦虑。

生物因素

遗传

根据不同的研究,SAD 的遗传程度从低到中等程度不等。一项大规模的双生子研究表明遗传对 SAD 有显著的影响,约占 73%(Bolton et al, 2006)。大多研究表明焦虑障碍存在于家庭之中(Pine, 1999),一个人可能会因为任何焦虑障碍而遗传易感性,而非特定的焦虑障碍。父母焦虑的儿童患焦虑障碍的可能性是常人的五倍。尽管还未被证实,但一些研究者已经报道了惊恐障碍的父母与 SAD 的孩子之间的联系(Biederman et al, 2004)。

心理因素

心理生物学进程是焦虑障碍的基础,如恐惧条件反射。这些是大脑中涉及恐惧和奖赏回路的区域(杏仁核、眶额皮质和前扣带回皮质)功能的基因和环境的产物。

某些脑区功能紊乱

- SAD 的流行病学调查显示儿童患病率约 5%,青少年的患病率更低一些。
- SAD 在儿童群体是最普遍的焦虑障碍。
- 大约有 50% 的 8 岁儿童曾出现过分离焦虑的症状,但是并没有造成实际意义上的功能损害。
- 7 岁-9 岁是患病的高峰期。
- 因为在 5 岁前分离焦虑都属于正常发展,因此在这个年龄段之前很少进行诊断。
- SAD 是其他焦虑障碍和精神障碍的风险因素。
- 大约 1/3 的儿童患有 SAD 后,若没有经过治疗,症状将持续至成年期。

杏仁核是与焦虑症有关的主要区域之一（Beesdo et al, 2009）。

环境

许多环境危险因素都来自于横断面流行病学研究（无法证明因果关系）（Pine & Klein, 2008）。

家庭

- 父母亲近感较低；
- 父母行为导致儿童缺乏自主性（Ginsburg et al, 2004）。父母的过度保护和过度参与似乎是 SAD 特定的危险因素；
- 不安全的依恋，尤其是与母亲的依恋。抗焦虑依恋与焦虑障碍有关（Warren et al, 1997）。母亲焦虑的孩子经常表现出分离的焦虑（Beidel et al, 1997; Biederman et al, 2001），不仅是因为在分离时儿童担心自己安全，也担心母亲的安全；
- 严重父母不和；
- 分居或离婚；
- 父母患身体疾病；
- 父母患精神疾病，如惊恐障碍和抑郁症；
- 父亲自我中心、不成熟、不稳定或具有反社会行为。

早期经历

- 让人倍感压力的生活事件，通常与儿童精神疾病有关；
- 经历重大灾害或犯罪；
- 遭受家庭暴力；
- 父母失业；
- 同胞的出生。

儿童气质和性格特征

- 行为抑制反应是指儿童在不熟悉的环境中表现出恐惧和退缩的一贯倾向。行为抑制的儿童内向，容易感到尴尬和回避社交。这通常在 2 岁时可发现。与没有行为抑制的儿童相比，这些儿童更容易表现出各种各样的焦虑，包括 SAD（Kagan et al, 1988; Biederman et al, 1993; Anthony et al, 2002）；
- 对耻辱感的低容忍性；
- 害怕失败；
- 抑郁；
- 性别，几乎所有的焦虑障碍中女性的患病率都更高。

学校相关因素

- 被欺负；
- 考试、运动或其他学术活动中表现未达到预期水平。

共患病

儿童焦虑障碍经常与其他形式的精神疾病共同存在。因此，患有 SAD 的儿童经常出现其他焦虑障碍或精神疾病，如抑郁或破坏性行为障碍（Krain et al, 2007）。与广泛性焦虑症和社交恐惧症的儿童相比，SAD 儿童共患其他焦虑障碍的频率更高，总体严重程度也更高（Kendall et al, 2001）；共患特定恐怖症的可能性更高（Verduin et al, 2003）；逃学、辍学的可能性也更高（日文译为 futoko）。

SAD 儿童也更容易出现：

- 重度抑郁（Angold et al, 1999）；
- 双相障碍（Wagner, 2006）；
- 注意缺陷/多动障碍。患有注意缺陷/多动障碍的女孩共患 SAD 的可能性更高（Levy et al, 2005）。

诊断

在 DSM-IV 和 ICD-10 中，SAD 是唯一被分类为“通常在婴儿期、儿童期和青春期诊断的疾病”的焦虑障碍，不包括在其他的焦虑障碍中（尽管在 DSM-5 中这可能会改变）

诊断性评估

在实际的或预期的分离场景下，拒绝上学或躯体疾病是家长寻求治疗 SAD 最常见的原因（Krain et al, 2007）。

对 SAD 的诊断评估需要多方信息的融合，包括儿童、家长以及（如果合适的话）学校老师或其他重要照顾者（详见 A.5 章节）。最终的诊断将基于他们提供的所有信息。虽然诊断的金标准是结构化或半结构化临床访谈，其中需要儿童与父母分开接受访谈，但结构化访谈在日常临床工作上往往不切实际。

下述几种半结构化诊断访谈可供选择：

- DSM-IV 中焦虑障碍访谈表——儿童与父母版（The Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV Child and Parent Version, ADIS-IV-C/P; Silverman & Albano, 1996）。ADIS 适用于 6-17 岁患儿，它可用来评估 DSM-IV 中的焦虑、情绪、外化、抽动、物质滥用和广泛性发育障碍。

- 学龄儿童情感障碍和精神分裂症问卷（The Kiddie Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia for School age children, Present and Lifetime version, K-SADS-PL）适用于 6-18 岁患儿，除广泛性发育障碍以外，可进行所有轴 I 诊断。

大多数的儿童焦虑障碍评估工具都是针对学龄儿童开发并验证的，而对儿童早期的疾病研究相对较少。《学龄前精神疾病评估》（The Preschool Age Psychiatric Assessment, PAPA）是一个结构化的父母访谈，适用于 2-5 岁幼儿的精神疾病诊断。

临床医生在访谈中需要评估焦虑的三个核心症候群：

- 行为
- 思维
- 躯体症状

临床医生应该明确询问症状目前和过去存在的时间、频率，它们如何干扰了日常功能，以及它们可能发挥的作用。同样重要的是，要收集关于早期的 SAD 症状及其随时间发展的信息，并评估它们可能与主要生活变化或压力源的联系。焦虑的儿童往往会报道更多的躯体症状，而父母通常更强调回避行为。如果临床医生能够亲眼看到在焦虑情境（如上学）下的患儿，那对诊断是非常有帮助的。当被要求与父母分开时，儿童往往在医生办公室里就会表现出强烈的 SAD 的症状。

与其他精神疾病一样，评估应包括精神病史、家族精神病史、疾病史和发育史（详见 A.5 章节）。

躯体症状通常没有病因，但还是建议适当的血液检查排除身体原因，包括贫血、链球菌感染（寻找抗链球菌抗体）、甲状腺功能亢进、甲状腺功能减退（要求 T3、T4 和 TSH）、二尖瓣脱垂、哮喘、胃肠道感染、发炎、出血或溃疡。此外，也建议对青少年进行尿液检查。在某些情况下，临床医生可以怀疑患儿是否存在糖尿病。与 SAD 症状相似的疾病有巴贝斯虫病、莱姆病和立克次氏体感染。这对于有发热、皮疹或喉咙痛的病史，且未完全或未使用抗生素治疗的患儿，以及有性格、焦虑或强迫症状的急性改变的患儿来说非常重要。血液中铅和汞的含量可以用来排除金属中毒（尤其是腹痛患者）。如果有信息提示脑瘤或癫痫，临床医生还应进行适当的影像筛查。

如前所述，在 DSM-IV 的诊断标准中，SAD 的症状必须超出儿童的发育水平、至少持续 4 周以及在 18 岁之前发病，且并非因巨大的痛苦或身体缺陷导致（APA, 2000）。焦虑必须明确与离开家或和依恋对象分离相关，并且以下情况患者至少有三种：

- 在分离场景中反复出现过分的痛苦；
- 持续或过分担心主要依恋对象消失或受到伤害（如健康、意外、死亡）；
- 持续或过分担心会有导致与主要依恋对象分离的意外事件（如迷路或被绑



点击图片可以观看视频
“走进分离焦虑”。

架)；

- 持续不情愿或拒绝上学、工作或去其他地方；
- 持续且过分恐惧或不情愿独自一人或没有主要依恋对象的情境；
- 持续不情愿或拒绝在没有依恋对象的情况下去睡觉或不在家睡觉；
- 反复做与分离相关的噩梦；
- 在实际情境下或预期情境下的与主要依恋对象分离时反复抱怨躯体疾病（例如头痛、胃痛、恶心、呕吐）。

目前的诊断标准受到质疑，因为对于儿童的意外事件的例子非常有限，而没有有关依恋对象的可能会导致丧失的例子，例如担心死亡；四周的标准也颇受争议，需要更多的研究去验证。

评估量表

临床或研究使用的量表通常由患者、父母或教师完成，他们提供信息以明确诊断、评定症状严重程度和治疗反馈。然而，这些量表都不能作为诊断工具（详见 A.5 章节）。

儿童焦虑症状可用一般精神病理学评定量表评估，如 ASEBA 评估工具（Achenbach, 2009），或特定量表，如儿童状态-特质焦虑量表（State-Trait Anxiety Inventory for Children, STAIC; Spielberger, 1973）。后者对儿童 SAD 症状的评估可能更有帮助。下面提到的所有量表都具有良好的信效度。

其他广泛使用的用于评估儿童与青少年焦虑症状的评定量表包括儿童恐惧检测表-修订版（Fear Survey Schedule for Children-Revised, FSSC-R; Ollendick, 1983）、儿童焦虑表现量表-修订版（Revised Child Manifest Anxiety Scale, RCMAS; Reynolds, 1980）、儿童状态-特质焦虑量表（the State-Trait Anxiety Inventory for Children, STAIC; Papay & Spielberger, 1986）以及社交恐惧及焦虑调查表-儿童版（Social Phobia and Anxiety Inventory for Children, SPAI-C; Beidel et al, 2000）。

鉴别诊断

焦虑障碍可能会与一些疾病混淆：

- 正常的发育性焦虑。如上学前几天的正常害怕，这种情况下的症状会自我抑制。
- 躯体疾病。如甲状腺机能亢进、库欣综合征、脑瘤。症状不仅在与依恋对象分离时出现，且儿童会表现出其他医疗迹象，如脑瘤会表现出视觉或协调障碍。

表 F.2.1 用于测量分离焦虑等级的量表						
量表	评分者	适用年龄	可用于筛查	含有 SAD 子量表	注释	
SCAS (Spence, 1997)	儿童自评 (父母版本)	8-12 岁	√	√	<ul style="list-style-type: none"> 共 44 个条目, 用 4 点计分法 6 个子量表: 分离焦虑、恐慌/广场恐怖、社交焦虑、广泛性焦虑、强迫症、躯体伤害恐惧 学龄前量表适用于 2.5—6.5 岁 已翻译成 16 种语言 	
SAAS-C/P (Eisen & Schaefer, 2007)	儿童自评 父母评定			√	<ul style="list-style-type: none"> 共 34 个条目, 一些条目特定于 SAD 4 个部分: 害怕独自一人, 害怕被抛弃、害怕生病、担心不好的事情 也包含“不良事件频率子量表”和“安全信号指标” 	
SCARED-R (Muris et al., 1998)	儿童自评 (父母版本)	7-18 岁	√√√	√	<ul style="list-style-type: none"> 共 66 个条目包括 DSM-IV 中焦虑障碍的所有诊断标准, 以及 SAD 诊断的 8 个条目 已被翻译成 8 种语言 	
PARS (Research Units on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study group, 2002)	临床医生评 定				<ul style="list-style-type: none"> 要求与父母和儿童进行访谈 	
RCADS (Chorpita et al., 2000)	儿童自评 父母评定	6-18 岁		√	<ul style="list-style-type: none"> 47 个条目, 自我报告问卷 包括焦虑障碍和重度抑郁症的诊断标准 包括焦虑总分和内化总分, 它也有父母版本 已被翻译成 5 种语言 	
The Preschool Anxiety Scale (Spence et al., 2001)	父母评定	2-6 岁			<ul style="list-style-type: none"> 父母自我报告 SCAS 的学龄前版本 	
*非专利性的: 免费供临床使用						

- 其他焦虑障碍。如广泛性焦虑障碍或社交恐惧症（担心“一切”或社交情境，而不仅仅是分离情境），依恋对象的出现并不能缓解症状（详见 F.1 章节）
- 其他精神疾病，如抑郁症
- 青少年酒精和物质滥用，如大麻、可卡因或咖啡因。在物质作用下或物质戒断情况下出现的症状
- 不良环境，如不恰当的学习安排、对校园暴力的恐惧（如帮派暴力）、被欺负、悲伤反应等。当暴露于这些情境下时，症状就会出现并急剧加重。
- 旷课，青少年故意不去上学。

治疗

目前有很多关于儿童青少年 SAD 的治疗方法。临床医生需要综合考虑每个患者的疾病特点（严重程度、持续时间、症状导致的功能受损）、患者及其家庭（实足年龄和发育龄、理解力、治疗偏好、家庭动机和可用性、经济基础）以及临床医生（可用性、技能和经验）后选择最佳的治疗方案。治疗有效性的大部分数据都与非药物治疗相关：心理教育、行为管理和不同形式的认知行为治疗。因此，这些方法应成为临床医生的首选。

心理教育

在所有案例中，建立患者（和家庭）与临床医生之间良好的治疗联盟是至关重要的。这是心理教育的背景下最好的发展，心理教育也是所有治疗过程的基础。教育家庭和儿童（根据他们的发育年龄），增加他们的洞察力和动力。理解焦虑的本质以及儿童是如何经历焦虑可以帮助父母和教师理解儿童的痛苦。

心理教育应该包括：

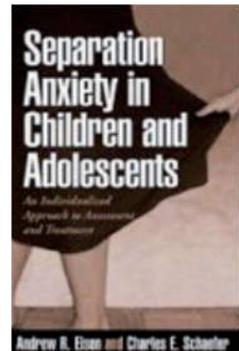
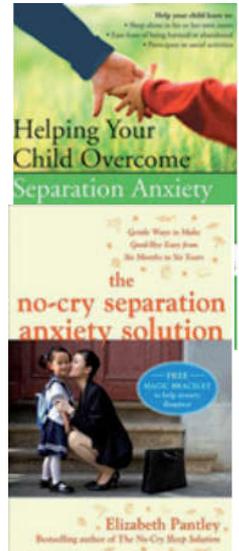
- 焦虑在所有发展阶段都是一种正常的情绪；
- 可能导致、触发或维持焦虑症状的因素；
- SAD 的病程；
- 可供选择的治疗方案，及其优缺点；
- 预后。

在互联网上有大量关于焦虑症的书籍和信息（有好有坏）。一些最有用的可以在侧边的信息里找到。

行为管理

行为管理在任何情况下都是必要的。它包括告知家庭成员或主要照顾者如何管理轻度症状和适应不良的态度，如逃避行为或认知偏差。这可能是轻度分离焦虑（通常

临床医生可以从以下推



出现在学龄前)的唯一治疗方法。如果症状没有改善或症状中度严重,或导致了中度功能受损或痛苦,应与其他治疗方法联合使用。行为管理的主要目的是为儿童提供一个和谐的、支持性的环境来克服分离焦虑症状。

临床医生可能建议家长:

- 共情倾听孩子的感受;
- 当孩子焦虑时保持冷静(当孩子的行为榜样);
- 提醒孩子,他曾经经历过类似的焦虑情况;
- 教授简单的放松技巧,如深呼吸、数到10或想象一个放松的场景。学习如何放松能让孩子对自己的身体有一种掌控感;
- 计划转变,如早上去上学或晚上准备睡觉;
- 帮助孩子准备一个可能的策略清单,以防在“困难”情境下出现焦虑;

在家的干预

父母与焦虑的孩子一起阅读专门的书籍,同时安慰他什么也不会发生的,且使用某种方法感觉会很好。有很多有关这方面的书籍,如 Judith Viorst 的“*The good-bye book*”、Audrey penn 的“*The Kissing Hand*”、Anna Grossnickle Hines 的“*Even if I Spill My Milk*”、Amy Brandt 的“*Benjamin Comes Back*”、Eileen Spinelli 的“*When Mama comes home*”、Patrice Karst 的“*The invisible string*”。



当分离焦虑的症状导致儿童拒绝上学时,父母应该分享这些书给孩子,并且与孩子讨论,例如“我不想上学”。
—Nancy Pando

- 支持孩子尽快重回校园(长期缺勤使重回校园更困难);
- 鼓励孩子在除了家以外的其他场所,且没有依恋对象的情况下参加活动(促进暴露)。不让孩子待在家来回避痛苦(不允许逃避);
- 奖励孩子的努力,而不只是结果(在他成功的道路上不断强化);
- 确定儿童/青少年的躯体症状是寻求关注,而非真正的躯体疾病。

在学校的干预

临床医生可建议老师：

- 尽可能快地启动计划促进儿童返校；
- 与父母保持联系，商量策略帮助儿童正常化校园生活；
- 了解儿童拒绝上学的原因并解决（如与朋友之间出现矛盾、害怕老师等）；
- 监督儿童在校情况，平等对待每个儿童；
- 允许依恋对象在刚开始的时候陪伴儿童；
- 允许缩短在校时间，然后慢慢增加；
- 确保有一个地方可以让儿童在压力大的时候到此减少焦虑；
- 确保有一个成人可以让儿童在压力大的时候寻求安慰；
- 练习儿童在家学到的放松技巧；
- 提供一些学术活动让儿童不再专注于躯体症状；
- 鼓励小团体互动。这个团体可以从两个人开始，在团体互动的时候儿童会慢慢提高自己的能力。可以为他们的互动提供帮助；
- 奖励儿童的努力；
- 提供时间让儿童准备转变到不同活动中。

认知行为疗法（Cognitive Behavior Therapy, CBT）

一些研究随机对照表明 CBT 在治疗包括 SAD 在内的儿童焦虑障碍上具有短期和长期的疗效。CBT 的疗效也有许多的证据支持（Barrett et al, 1996; Kendall et al, 1997）。因此，CBT 通常是首选的治疗方案。只有当焦虑症状过于严重时而无法与儿童一起接受治疗才有例外的。这种情况下，需要同时进行药物治疗或两种治疗方法。

现在有几种 CBT 操作程序，大多数都是基于经典的和可操作的原则和社会学习。CBT 的持续时间取决于症状严重程度、治疗方案的设计和患者的反应。

CBT 的目标：

- 了解焦虑症状的表现和根源；
- 控制担心；
- 减少唤起；
- 面对害怕的情境。

为实现以上目标，CBT 的内容通常包括：

- 心理教育；
- 认知重建（减少消极的自我评价和消极思维）；
- 提高解决问题的技能；

- 放松训练（解决躯体症状）；
- 榜样；
- 应急管理；
- 暴露和反应预防。

暴露和反应预防是 CBT 治疗焦虑障碍的关键因素，它包含在所有不同形式的操作程序。首先，儿童在帮助下列出最容易引发焦虑的几种情况。这将作为症状的最初描述，后面会成为治疗进展的衡量标准。儿童需对每种场景的“恐惧程度”和“回避程度”打分，分数从 0（一点也不）到 10（非常）不等，（此打分表的设计要考虑到儿童的发展阶段和认知水平，如“恐惧温度计”）。有些 CBT 操作程序中只给恐惧/焦虑程度打分，但是包含回避程度可能有助于设计暴露经验。治疗师和家长可以协助儿童一起打分。

如上所述，现在已有很多 CBT 操作程序。这里我们主要介绍两种：“Coping Cat”和“Friends”。

Coping Cat 程序

Coping Cat 程序（Kendall, 2000）是专用于年龄较小的儿童焦虑障碍（包括 SAD）的干预方法。该程序通过逐渐暴露在引起焦虑的情境中，应用学到的处理技巧，进而重建认知和放松训练。它在 SAD（也包括广泛性焦虑障碍和社交恐惧症）的治疗疗效已得到验证。随机临床试验的成功率已达到 66%（Kendall et al, 1997）。治疗结后 3 至 7.5 年的随访研究也证明其疗效随着时间推移保持不变（Kendall & Southam-Gerow, 1996; Kendall et al, 2004）。

“Friends” 程序

“Friends” 程序是一个 10 期的 CBT 干预，以小组形式进行，包括两个层次：治疗和预防干预。FRIENDS 的英文缩写是：F—感到担忧，R—放松和感觉良好，I—内在思维，E—暴露计划，N—奖励自己，D—不要忘记练习，S—保持冷静，你知道该如何应对。这个程序包含了 CBT 的所有要素，包括父母的认知重建。同时，鼓励父母每天练习技巧并给予积极的鼓励。该程序鼓励家庭发展支持性的社交网络，儿童通过谈论困难情境和从同龄人的经验中学习来发展小组成员之间的友谊。它同样包括人际治疗的一些元素。Shortt 等人（2001）通过随机对照研究发现“Friends”程序应用于 6 到 10 岁的 SAD、广泛性焦虑障碍和社交恐惧症的儿童的缓解率达到 69%。其疗效在一年后保持不变。

露营形式的认知治疗

露营形式的认知治疗是适用于治疗学龄期女孩的 SAD，在一周露营设置的环境中进行。这种治疗 SAD 的方法的潜在好处在与在儿童社交环境中纳入治疗（远离父

母），从而自然地模拟典型的分离情况，如团体旅行、活动和过夜。该项目还包括临床医生教授父母如何管理 SAD 症状。一项随机对照研究证明此种方法降低了 SAD 的严重程度（Ehrenreich et al, 2008）。

家庭在 CBT 中扮演的角色

家庭参与是必要的，因为父母经常会延长儿童对焦虑的恐惧，因此他们需要进行行为管理保证治疗的顺利进展。一些基于 CBT 的治疗也强调家庭参与，如亲子互动治疗（Parent-Child Interaction Therapy, PCIT）。

PCIT（Brinkmeyer & Eyberg, 2003）已经被应用于 4—8 岁的 SAD 儿童（Choate et al, 2005; Pincus et al, 2005），但需要大量的资源，即使是在高收入的国家，很多服务也无法提供。PCIT 有三个阶段：

- 儿童导向的互动：教导父母要热情的、赞美的，以提高儿童的安全感，促进与父母的分离；
- 勇气导向的互动：治疗师与父母和儿童一起列出儿童恐惧或焦虑的情境及其严重性。家庭制定奖励列表强化儿童的努力；
- 父母导向的互动：父母基于可操作的行为改变原则（包括积极的和消极的结果）管理儿童的不良行为。同时，父母学习不去强化儿童的焦虑行为，例如，在儿童逃课时不给予过多关注（Eisen et al, 1998）。

在三个阶段中，父母都被积极教导如何应用技巧。训练可以使用对讲机或耳机麦克风单向讲授进行。父母使用特定技能的次数用来衡量父母是否精通掌握。在尚未发表的对照试验中，初步分析了 PCIT 对 SAD 儿童的疗效，提示临床显著改善，并随着时间的推移持续改善。

学龄前儿童的 CBT

大多数 CBT 是为 6 岁以上儿童设计的。Hirshfeld-Becker 等人(2010) 研究了一种适合 4-7 岁焦虑障碍儿童的发展性的亲子 CBT 的疗法。有效率是 69%(对照组为 32%)，在随访一年后仍维持。

同样适用于学龄前儿童的还有 CALM 疗法（Comer et al, 2012），以亲子互动的形式治疗 3-8 岁儿童的 SAD、社交恐惧症、广泛性焦虑障碍或特定恐怖症。一项对照试验表明，在这一人群中，现场父母指导的效果很好（Comer et al, 2012）。

药物治疗

除了行为和心理治疗干预外，药物治疗也是不可忽视的。一般不建议药物治疗作

为 SAD 的首选治疗方法。然而，当 CBT 没有反应或部分反应或儿童明显受损时，药物治疗则是一种有效的策略。目前还没有专门治疗 SAD 的药物。但是，针对儿童焦虑障碍的各种药物已经被研究，如选择性五羟色胺再摄取抑制剂（SSRIs）、胰蛋白酶抗抑郁剂（TCAs）、苯二氮卓类药物、丁螺环酮、血清素和去甲肾上腺素再摄取抑制剂（SNRI）、丙醇、氯苯胺、非典型抗精神病药、抗组胺药和褪黑素。所有药物的使用、停药或调整剂量都必须在经过训练有素的临床医生的监督之下进行。

五羟色胺再摄取抑制剂（SSRIs）

目前有很多关于 SSRIs 应用于儿童和青少年 SAD、广泛性焦虑障碍和社交恐惧症的疗效的随机对照研究（Reinblatt & Riddle, 2007）。这些研究都证明了 SSRIs 的疗效和有益的影响。因此，在焦虑障碍中（包括 SAD），SSRIs 是药物治疗的首选药物（Reinblatt & Riddle, 2007）。事实上，SSRIs 治疗焦虑障碍的效果可能比治疗重度抑郁症的效果更好（Bridge et al, 2007）。尽管已有临床证据的支持，但美国食品药品监督管理局（the US Food and Drug Administration, FDA）并不支持 SSRI 用于治疗儿童与青少年焦虑障碍。因此，在美国，用 SSRI 治疗 18 岁以下患者的 SAD 是“违法”的，但在其他国家情况可能会有所不同（一些 SSRIs 已经被支持用于治疗强迫症，详见表 F.2.2）。2003 年 6 月，FDA 建议帕罗西汀不要用于儿童青少年抑郁症。其他 SSRI 类药物似乎也有类似的疗效。

不同的对照试验研究了不同 SSRIs：氟伏沙明（如 Research Units on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group, 2001）；氟西汀（如 Birmaher et al, 2003）；舍曲林（如 Walkup et al, 2008）。然而，还没有研究评估 SAD 患儿的长期疗效。

表 F.2.2 FDA 支持的可用于儿童和青少年的 SSRI 类药物

SSRI 类药物	使用疾病	适用年龄
艾司西酞普兰	抑郁症	12-17 岁
氟西汀	抑郁症	8-17 岁
氟西汀	强迫症	7-17 岁
氟伏沙明	强迫症	8-17 岁
舍曲林	强迫症	6-17 岁

表 F.2.3 常用的 SSRI 类药物特征

SSRI 药物	初始剂量(mg/天)	目标剂量 (mg/天)	备注
西酞普兰	5	10-40	
艾司西酞普兰	5	10-30	
氟西汀	5	10-80	<ul style="list-style-type: none"> • 半衰期长 • 可能导致食欲下降、性欲减退
氟伏沙明	10	50-300	
帕罗西汀	5	10-60	<ul style="list-style-type: none"> • 半衰期很短 • 儿童疗效低（FDA 不支持儿童服用） • 频繁的副作用
舍曲林	25	50-200	<ul style="list-style-type: none"> • 很少交互作用 • 很少副作用

儿童青少年焦虑多模态研究 (CAMS) 是青少年焦虑障碍最全面的研究之一，也是现有研究的一个很好的例子。这项研究包括 488 个 SAD、广泛性焦虑症或社交恐惧症的儿童和青少年（年龄在 7-17 岁之间）。患儿被随机安排到这四项 12 周的治疗方案中：(a) 舍曲林；(b) 认知行为治疗；(c) 舍曲林和认知行为疗法联合治疗；(d) 安慰剂。治疗 12 周后用安慰剂进行临床治疗，所有的积极疗法都优于安慰剂。缓解率（即症状几乎消失的状态）最高的是联合治疗组（46%-68%），第二是舍曲林组（34%-46%），第三是认知行为治疗组（20%-46%），最后是安慰剂组（15%-27%）。应答率（即临床上明显改善）显著高于缓解率。主要结论是单独使用认知行为疗法或舍曲林的疗效都是短期的，但如果联合使用有更加明显的优势（Walkup et al, 2008）。

SSRIs 在儿童和青少年中的使用问题

开处方者应该从低剂量开始并且每周监测患儿的临床反应和副作用。为了达到最佳效果，儿童可能需要与成人相同的剂量。表 F.2.3 列出了初始剂量和目标剂量。SSRI 类药物在每天早上服用，如果不影响睡眠也可在晚上服用。SSRI 类药物通常在 2-4 周内起效。可能需要长达 12 周的时间确定药物治疗对于特定患者是否真的有效。达到显著的临床改善需要 16 周的时间。然而，如果患者在第 8 周还没有任何疗效，则应尝试其他的 SSRI 类药物。即使患者有所好转，但他们还是经常出现症状，这种情况下，如果患者耐受性良好，临床医生应评估是否需要增加剂量。大多数研究都报告了 6-12 个月的**额外获益**（Connolly et al, 2007）。因此，建议在症状完全缓解后至少持续治疗一年。但是，还没有确切的证据支持这一建议。持续药物治疗的优点包括：

- 帮助儿童巩固行为收益；

- 增加联合治疗（SSRI 和 CBT）的协同疗效；
- 降低复发概率。

决定何时停止药物治疗可能是非常困难的。不建议在开学、夏令营、期末考试，甚至假期期间停止用药。当患者能被密切监视且学校和家庭的环境都非常稳定时，也就是不是处在一个新环境下，可以尝试停药。与所有药物一样，剂量减少都必须是循序渐进的，应避免突然停药带来的戒断反应。同样重要的是不要把戒断症状误认为是疾病复发。如果症状重新出现，药物治疗应恢复到缓解症状的剂量。

患者对 SSRI 类药物的耐受性通常都很好。常见的副作用有：嗜睡、腹痛/不适、头痛和烦躁不安。冷漠是一种迟发性的副作用，但由于不太常见，所以不太为人所知。临床医生常会误认为冷漠是症状之一。副作用出现时通常是温和的，且一般会在药物治疗的头几天或几周后消失。如果有明显的或持续的副作用，应当降低剂量。如果降

表 F.2.4 治疗儿童与青少年焦虑障碍的二线药物

药物	可能适用的情况	备注
再摄取抑制剂 (如文拉法辛、度洛西汀)	<ul style="list-style-type: none"> • SSRI 类药物和 CBT 难以治疗的 	<ul style="list-style-type: none"> • 针对焦虑障碍的疗效尚无明确的证据支持 • 比 SSRI 类药物更多的副作用
三环类抗抑郁药 (如丙咪嗪、氯米帕明)	<ul style="list-style-type: none"> • SSRI 类药物和 CBT 难以治疗的 	<ul style="list-style-type: none"> • 比 SSRI 类药物更多的副作用 • 需要基线的和定期的 ECG 监测 • 过量使用可能致命
苯二氮平类药物 (如氯硝西泮、氯氮卓)	<ul style="list-style-type: none"> • 可用于焦虑的短期治疗(急需解决症状) 	<ul style="list-style-type: none"> • 可能会导致药物滥用和药物依赖 • 儿童有出现反常反应的风险
丁螺环酮	<ul style="list-style-type: none"> • SSRI 类药物和 CBT 难以治疗的 	<ul style="list-style-type: none"> • 用于儿童的疗效尚不明确
普萘洛尔	<ul style="list-style-type: none"> • 强烈的自主反应 	<ul style="list-style-type: none"> • 不可用于哮喘或高血压患者
可乐定	<ul style="list-style-type: none"> • 强烈的自主反应 • 共患 PTSD 或明确的压力反应 	<ul style="list-style-type: none"> • 比 SSRI 类药物有更多的副作用 • 过量使用可能导致死亡 • 需要基线的和定期的 ECG 和血压监测
抗组胺药	<ul style="list-style-type: none"> • 失眠 	<ul style="list-style-type: none"> • 可能引起嗜睡、食欲增加
褪黑素	<ul style="list-style-type: none"> • 失眠 	<ul style="list-style-type: none"> • 长期副作用尚不明确

*这些药物均未获得 FDA 许可用于治疗儿童焦虑障碍。

低药量后副作用仍持续，临床医生需停止使用该药物，尝试其他 SSRI 药物。有些案

例用药后容易出血或淤青，大多数案例的凝血测验和出血时间或延迟或正常。很少有患者会出现躁狂转换或发作，其特征是情绪变化（情绪高涨、欣快或易怒）或行为变化（浮夸、语速快、精力和活动水平较高），以及可能的精神病症状（详见 E.2 章节）。如果发生这种情况，必须停用药物，临床医生需考虑双相情感障碍的诊断。就像抑郁症一样，应密切监控自杀风险，尤其是在治疗早期。如果患者无症状，则无需在基线或随访期间常规进行实验室检测或心电图检查。

SAD 的二线药物

有些患者对 SSRI 类药物不耐受或临床反应不足。这种情况下，临床医生可以使用二线药物治疗。这些都列在表 F.2.4 中。

SAD 相关的特定跨文化综合征

toko kyobi（拒绝上学）和 *futoko*（旷课）

Broadwin 在 1932 年的时候引入了“拒绝上学”的概念，尽管他使用了“逃学”这个词。在此之前，旷课是指缺勤——与反社会行为相关的行为，Broadwin 是第一个使用这个词去描述旷课行为的人。1941 年 Johnson 用“学校恐惧”指代由于 SAD 导致的长期旷课行为。随后，专家们描述了与 SAD 不同的长期旷课的其他原因。1948 年，Warren 把这种情况描述为“拒绝上学”；从那以后，普遍称之为“拒绝上学”（Hersov, 1960）。在日本，学校恐惧的概念是在 20 世纪 50 年代后期引入的。20 世纪 60 年代被称为“拒绝上学”（日语叫 *toko kyobi*）。20 世纪 90 年代，专家们使用“不去学校上课”这个词（日语叫 *futoko*）。但是这两个概念非常相似，且 *toko kyobi* 和 *futoko* 实际上描述了相同的症状，因此我们将使用“拒绝上学”来取代它们，除非另有说明。

Berg（1980）将“拒绝上学”定义为：

1. 上学严重困难，通常意味着长期旷课；
2. 在上学时或是想象要去上学时出现严重的情绪困扰。症状包括过度的恐惧、发脾气、感觉痛苦和无明显病因的躯体症状；
3. 在父母知情的情况下上学期间却待在家里；
4. 没有明显的反社会行为，如偷窃、说谎、逃跑和破坏财产。



背着书包上学的日本儿童，福冈，日本

照片来自：Blog of Andy Hobo
Traveler.com

第 2 项、第 3 项、第 4 项清楚地描述了从“逃学”发展而来的新概念“拒绝上学”，并将之视为一种疾病。Atkinson 和 Quarrington (1985) 提出“拒绝上学”不是一种精神疾病而是一种症状或是一种社会—心理现象。因此，他们提议拒绝上学应该被理解为“长期缺勤状态，主要特征为在学校里感到恐惧、拒绝或愤怒，同时对于自己的缺勤还有强烈的愧疚感，并在退学后生活中也不断有冲突”（Atkinson & Quarrington, 1985）。

与 SAD 不同，在 DSM 中拒绝上学并没有诊断。以前拒绝上学经常被等同于学校恐惧症。现在我们知道尽管并不是所有拒绝上学的儿童都罹患 SAD，但是，在年龄较小的儿童中，拒绝上学通常都是由 SAD 导致的。对于 10-15 岁的儿童青少年而言，拒绝上学通常都是由于广泛性焦虑障碍或社交恐惧症（这些疾病在 F.1 章节中有描述）。青少年拒绝上学可能是由于恐惧障碍、抑郁症、强迫症或躯体形式障碍。青少年拒绝上学的其他原因可能是在家庭里受到忽视，以及过度使用网络与社交恐惧/退缩的结合（hikikomori）。与年龄较小的儿童不同，早期青少年 SAD 通常不是拒绝上学导致长期缺勤的原因。然而，拒绝上学可能不属于任何一种精神障碍；它的致病因素异质性

很大 (Egger et al, 2003)。Kearney and Albano (2004) 研究了 143 名 5-17 岁的拒绝上学的儿童青少年, 发现有 22% 的人患有 SAD, 这也是这些被试中出现最多的精神疾病, 但是有 33% 没有患有任何精神疾病。

最近有几项研究表明在没有临床诊断和临床诊断过的儿童中, 拒绝上学的发病率分别在 1% 到 5% 之间。发病年龄的高峰期在 5-6 岁和 10-11 岁, 这两个年龄段正好是上幼儿园和上中学的转变期。其他发病的高风险时期在搬家或转学, 以及重大社会事件或假期之后。

大约有 25% 拒绝上学的情况都可以自愈或被父母成功处理好。青少年可能会延迟诊断, 因为躯体痛苦可能并不是确切地在分离情况下发生的, 这可能会影响诊断。纵向研究表明拒绝上学会导致一些短期问题, 如: 学习成绩下降、被同龄人孤立和家庭冲突 (Kearney & Bensaheb, 2006), 以及一些长期问题, 如: 增加患精神疾病的风险、社交和工作上的困难。Satio (2000) 报道了一项 10 年随访研究的结果, 这项研究随访了 106 名初中毕业后因拒绝上学接受治疗的学生。根据他们的结果, 73% 基本治愈, 而 27% 治疗无效。此外, 后者中有一半都表现出了社交退缩 (hikikomori)。

本章重点

- SAD 在儿童中的发病率大约为 5%, 是最常见的儿童焦虑障碍, 且会导致高水平的功能受损;
- SAD 的核心症状是与依恋对象分离或离开家时, 表现出不恰当的痛苦或过分的、不真实的恐惧;
- 年龄较小的儿童拒绝上学最常见的原因就是 SAD, 但是年龄较大的青少年拒绝上学的原因通常是广泛性焦虑障碍或社交恐惧症;
- SAD 的病因包括生物因素和环境因素;
- 患有 SAD 的儿童经常还患有其他焦虑障碍或精神疾病, 如抑郁症或破坏性行为障碍;
- 目前有很多有效的治疗方法可选择;
- 治疗通常以心理教育和行为管理为首要选择;
- 如果儿童接受心理教育和行为管理后症状仍没有改善, 则 CBT 是首选的治疗方法;
- 当 CBT 没有效果或只有部分效果, 或儿童功能明显受损时, 药物治疗是必不可少的。除了心理教育和行为管理, 药物治疗和 CBT 应是最常用的治疗方法;
- 最有效的治疗方案是 CBT 和药物联合治疗;
- 目前, FDA 并不支持任何治疗儿童青少年 SAD 的药物 (在其他国家可能有所不同)。但是, 临床医生通常会使用 SSRI 类药物, 这类药物的疗效已得到验证, 且具有良好的耐受性;
- 如果没有接受治疗, SAD 会提高患其他内化障碍以及教育和社会功能受损的风险。

参考文献

- 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 offspring 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 metaanalysis 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, Puliafco 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: Te 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). Te 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 schoolbased 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, Sa□ord 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, Gha□ari 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 di□erence 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). Te 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 JP, Spielberger CD (1986). Assessment of anxiety and achievement in kindergarten and first- and secondgrade children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14:279-286.
- Pincus DB, Eyberg SM, Choate ML (2005). Adapting parentchild 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). Di□erential 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). Te 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.