



آشنایی با اختلال اضطراب جدایی

زینب مرادی¹

Zey.moradi68@gmail.com، تهران، مرادی،¹

چکیده

اختلال اضطراب جدایی¹ که به اختصار (SAD) نامیده می شود یکی از زیر شاخه های اختلالات اضطرابی است و در این اختلال فرد به علت جدایی از خانه یا افرادی (برای مثال یک والد، خواهر یا برادر، یا دوست) که با آنها اتصال عاطفی قوی دارد، اضطراب شدیدی از قبیل ترس و نگرانی را تجربه می کند. اختلال اضطراب جدایی یکی از اختلال شایع دوران کودکی است که ممکن است در برهه های زمانی مانند زمان جدایی کودک از والد یا مراقب و شروع سن مدرسه خود را بیشتر نشان دهد. البته این اختلال تنها مختص به کودکان نیست و در بزرگسالان هم دیده می شود. با توجه به میزان شیوع آن در کودکی دانستن در مورد این اختلال و روش های ارزیابی و تشخیص آن بسیار پر اهمیت است زیرا عدم درمان آن می تواند فرد را با مشکلات زیادی در زمینه ی آموزش و کیفیت زندگی در آینده مواجه سازد. هدف پژوهش حاضر را اینگونه دانست که با روش مرور سیستماتیک منابع علمی و بیان یافته های جدید، جدیدترین ویژگی ها، سبب شناسی و راهکارهای درمانی اختلال اضطراب جدایی در کودکان را شناسایی و معرفی کند.

کلیدواژه؛

اختلال اضطراب جدایی، اختلالات اضطرابی، کودکان

¹ Separation anxiety disorder



1. مقدمه

اختلال اضطراب جدایی یکی از شایع ترین اختلالات اضطرابی دوران کودکی است. [1][2][3] این اختلال به اغراق در اضطراب جدا شدن از سوژه دلبستگی بعد از سن رشد طبیعی اشاره دارد که با نگرانی بیش از حد، نگرانی و حتی ترس از جدایی واقعی یا پیش بینی شده از یک سوژه دلبستگی آشکار می شود. [4][5]

اگرچه اضطراب جدایی از نظر رشد یک پدیده مناسب است، اما این اختلال با شدت نامناسب یا نامناسب بودن سن و زمینه ظاهر می شود. پیشتر راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش 4 (DSM-IV) تشخیص SAD را به کودکان و نوجوانان محدود کرده بود، این تشخیص به گونه ای گسترش یافته است که اختلال اضطراب جدایی برای اولین بار در بزرگسالی در ویرایش پنجم (DSM-V) تشخیص داده شد. [3]

اختلال اضطراب جدایی پیامدهای جدی برای کیفیت زندگی و عملکرد در چندین زمینه زندگی از جمله کار، تعاملات اجتماعی و روابط نزدیک دارد. اختلال اضطراب جدایی یا به اختصار SAD به عنوان یک اختلال اضطرابی ای توصیف شده است که می تواند منجر به انواع پیامدهای سلامت روانی و حتی پیامدهای جسمی ضعیف شود [6]، از جمله نگرانی بیش از حد، مشکلات خواب، پریشانی بیش از حد در محیط های اجتماعی، عملکرد تحصیلی ضعیف و شکایات جسمی. [1]

علیرغم میزان شیوع آن، SAD اغلب کمتر تشخیص داده می شود و تحت درمان قرار نمی گیرد. [1] یکی از تفاوت های بارز در کودکان مبتلا به اضطراب جدایی در مقایسه با بزرگسالان، نوع شکل های دلبستگی است. در مورد کودکان، چهره های دلبستگی معمولاً بزرگسالان هستند، مانند والدین. در مقابل، بزرگسالان هنگام تجربه جدایی واقعی یا پیش بینی شده از فرزندان، همسران یا شرکای عاشقانه دچار اضطراب می شوند. [7]

1.1. سبب شناسی

سبب شناسی در مورد اختلال اضطراب جدایی مطابق تحقیقاتی که تا کنون انجام شده؛ اینگونه به نظر می رسد که اختلالات اضطراب جدایی در خانواده هایی با بستگان درجه 1 و 2 مبتلا به اختلال اضطراب جدایی بیشتر دیده می شود و کودکان این خانواده ها بیشتر از سایرین با اضطراب جدایی مواجه می شوند. این تأثیرات به افراد نزدیک در خانواده نیز گسترش می یابد و خود را با افزایش امتناع از مدرسه رفتن در خواهر و برادر یا فرزندان بیماران مبتلا به SAD نشان می دهد. اضطراب والدین (عمومی، جدایی یا فوبیای خاص) با سطوح بالاتر اضطراب جدایی در فرزندان، به ویژه در میان مادران و دختران، مرتبط است.

مطالعات بر روی دوقلو هایی که یک مؤلفه ژنتیکی نسبتاً قوی برای اضطراب جدایی در اقوام درجه 1 یا 2 داشته اند در مقایسه با مدل سازی محیطی یا شکل های مختلف دلبستگی این تأثیر مشهود را نشان داده اند. [7] اضطراب جدایی که از نظر سن رشد مناسب است، معمولاً بین سنین 6-12 ماهگی پس از ایجاد یک دلبستگی ایمن با یک مراقب، که معمولاً مادر است، ظاهر می شود. [1] در کودکان، افرادی که سوژه دلبستگی اند معمولاً والدین هستند. به همین ترتیب، بزرگسالان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی احتمالاً با فرزند یا شریک زندگی خود به عنوان چهره ای که سوژه ی دلبستگی است رفتار خواهد کرد. در حالی که کودکان ممکن است به تعداد زیادی از افراد دلبستگی پیدا کنند، بیشتر کودکان به طور مطلوبتری به افراد معدودی (معمولاً والدین یا مراقبان) دلبستگی دارند. [6]

اضطراب جدایی هنجار در سن 3 سالگی به اوج خود می رسد و در نهایت از بین می رود، زیرا کودک احساس استقلال، توانایی شناختی و درک بیشتری دارد که سوژه ی دلبستگی جدا شده باز خواهد گشت. [1][6][8][6] مؤلفه های دوگانه استعداد ژنتیکی و عوامل محیطی هر دو بر رشد طبیعی و تشدید آسیب شناختی اضطراب جدایی در کودکان تأثیر می گذارند. [8]

1.2 عوامل محیطی و ژنتیکی مهم در سبب شناسی

چندین مطالعه نشان داده اند که عوامل محیطی ممکن است در تأثیرگذاری و طولانی شدن این ویژگی مرحله ی رشد و در آسیب شناسی روانی در کودکان نقش داشته باشد، [8] از جمله:

- از دست دادن والدین در دوران کودکی (در اثر جدایی، طلاق یا مرگ) [6]
- غیبت طولانی مدت والدین (مثلاً اعزام نظامی، حبس، یا مهاجرت برای کار)
- تشخیص اختلال اضطرابی در والدین (به ویژه اختلال هراس) [1]
- اعتیاد به الکل والدین (14 درصد از فرزندان والدین الکی دچار SAD می شوند) [1]



- تعارض والدین
- گرمای کم والدین [8]
- سبک های فرزندپروری که از خودمختاری جلوگیری می کند (به عنوان مثال، تقویت رفتارهای اجتنابی با حذف کودک از موقعیت های اضطراب آور) [8]
- همخوانی والدین با کودک و عدم جداسازی محل خواب کودک (افزایش آشکار خطر ابتلا به اضطراب کودکی یا علائم افسردگی) [1]
- نگهداری فرزند
- فرزندخواندگی
- جابجایی به دلیل شغل یا مهاجرت
- سیگار کشیدن مادر
- مصرف الکل توسط مادر
- وزن کم هنگام تولد
- جنسیت زن (افزایش شیوع در دختران در مقایسه با پسران) [9][1]

هر دو عامل محیطی و ژنتیکی احتمالاً و نحوه ی تعاملات والدین با یکدیگر همگرا هستند زیرا محیط تربیت کودک تحت تأثیر ویژگی های رفتاری وراثتی والدین یا مراقبان آنها، رویدادهای آسیب زا، شیوه فرزندپروری، روابط با دیگران و مسائل مربوط به سلامت روان، از جمله اختلالات اضطرابی و خلقی است. [1][6] علاوه بر این، ممکن است بین ایجاد علائم اضطراب و علائم جسمی، از جمله درد عملکردی مکرر شکمی، آسم و سردرد (که با وجود اختلالات اضطرابی یا افسردگی در تعداد زیادی از بیماران اطفال مرتبط است) رابطه دو طرفه وجود داشته باشد. [3][4]

2.1. میزان شیوع

محققان تخمین می زنند که اختلال اضطراب جدایی دوران کودکی (CSAD) تقریباً در 1-4٪ از جمعیت عمومی کودکان، 7.6٪ از بیماران اطفال که در کلینیک مراجعه می کنند و تقریباً نیمی از مراجعین برای درمان سلامت روان کودکان اختلالات اضطرابی شایع است [8][1] میانگین سن شروع تقریباً 6-7 سال است که آن را به یکی از اولین اختلالات اضطرابی در کودکان تبدیل می کند. [1][6][10]

اختلال اضطراب جدایی معمولاً در دوران کودکی ظاهر می شود ولی می تواند تا بزرگسالی نیز ادامه یابد. با توجه به معیارهای تعیین شده در DSM-IV به عنوان اختلالی طبقه بندی می شود که فقط در دوران کودکی تشخیص داده می شود، به این معنی که بزرگسالان مبتلا به این اختلال بر اساس ضرورت در دوران کودکی یا نوجوانی تشخیص داده می شوند. [7]

این نگرانی را در مورد عدم تشخیص و درمان اختلال اضطراب جدایی بزرگسالان (ASAD) با تحقیقات اخیر که نشان می دهد شروع در بزرگسالی شایع است و منجر به تغییرات بعدی می شود که اکنون در ویرایش جدید DSM-5 وجود دارد. شیوع مادام العمر اضطراب جدایی بزرگسالان 6.6 درصد از جمعیت عمومی ایالات متحده است که 77.5 درصد از آنها شروع اولیه را در بزرگسالی گزارش کرده اند. [7]

میانگین سن شروع این اختلال در کودکی و اختلال اضطراب جدایی بزرگسالان به ترتیب 8.3 (+/-) 8.1 (سال) و 23.1 (+/-) 11.5 (سال) است. شواهد نشان می دهد که اختلال اضطراب جدایی کودکی معمولاً در اوایل تا اواسط کودکی ظاهر می شود، در حالی که اختلال اضطراب جدایی بزرگسالان بیشتر در اواخر نوجوانی یا اوایل بزرگسالی ظاهر می شود. خوشبختانه، اکثر افراد مبتلا به اختلال اضطراب جدایی بزرگسالان به دنبال درمان هستند، با توجه به تحقیقات، 75٪ از بیماران تحت درمان قرار گرفته اند یا در حال حاضر تحت درمان هستند. [7] تفاوت های مشخصی در شروع SAD بین مردان و زنان وجود دارد.

اما در مورد اختلال اضطراب جدایی کودکی بیشتر در مورد دختران رخ می دهد (نسبت شانس [OR] = 2.2). "بر اساس مقاله ای منتشر شده در دانشگاه شیکاگو افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری یا OCD بیشتر در معرض خطر ابتلا به اختلال اضطراب جدایی قرار دارند. افراد مبتلا به اضطراب جدایی اغلب از بیماری های روانی دیگر، مانند فوبیاهای اجتماعی، اختلالات هراس یا آگورافوبیا رنج می برند. [12]

غیر از این موارد، سایر عوامل خطر مربوط به اختلال اضطراب جدایی عبارتند از:

- زن بودن
- اتفاقات تلخ دوران کودکی، مانند مرگ یکی از اعضای خانواده
- سابقه حوادث تروماتیک در دوران کودکی، مانند سوءاستفاده جنسی و جسمی



- گاهی اوقات یک تغییر بزرگ در زندگی مانند طلاق یا رفتن فرزند از خانه به دانشگاه می‌تواند باعث ایجاد اضطراب جدایی در بزرگسالان شود. به گزارش مجله «روانپزشکی آمریکا»، حدود ۴۳.۱٪ از افرادی که بعد از دوران کودکی این اختلال را تجربه می‌کنند، بعد از ۱۸ سالگی به این بیماری مبتلا شده‌اند. [12]

2.2 پاتوفیزیولوژی

مانند سایر اختلالات اضطرابی، SAD متکی بر تحریفات فکری است که به عنوان سوگیری های شناختی شناخته می‌شود. [7] این سوگیری‌های شناختی می‌توانند در چندین فرآیند شناختی تغییر یافته، از جمله توجه، قضاوت و حافظه ظاهر شوند، که منجر به افزایش تفسیر منفی محرک‌های مبهم پس از یک محرک می‌شود. افزایش تفاسیر تهدید از محرک های مبهم منجر به سوگیری توجه بیشتر نسبت به احساسات یا موقعیت های منفی واقعی یا پیش بینی شده و اجتناب از آنها می‌شود. جالب توجه است، تحقیقات نشان می‌دهد که این تعابیر تهدید در حضور افسردگی با علائم اضطراب در مقایسه با هر یک به تنهایی بیشتر است. علیرغم درک کنونی ما از اختلالات اضطرابی، فرآیندهای شناختی دقیق در SAD نیازمند تحقیقات بیشتر برای درک تنوع گسترده فرآیندهای فکری و رفتاری در کودکان و بزرگسالان، و همچنین ارائه بینش بیشتر در مورد بهبود اثربخشی درمان است. [7]

3.1 علائم و نشانه های بالینی

پزشکان باید تاریخچه کاملی از علائم دریافت کنند و یک معاینه فیزیکی کامل انجام دهند، به ویژه در زمینه شکایات جسمی که اغلب بدون علت شناخته شده ایجاد می‌شوند مانند سردرد، معده درد، درد قفسه سینه یا علائم دیگر. [1] همینطور درک عوامل استرس زای روانی-اجتماعی اخیر و شروع، مدت و تأثیر علائم اضطراب بر عملکرد خانواده در ایجاد یک تشخیص صحیح مؤثر خواهد بود. [4]

با توجه به عوامل محیطی و ژنتیکی که بر توسعه اختلال اضطراب جدایی تأثیر می‌گذارند، پزشکان باید یک تاریخچه کامل خانوادگی و اطلاعات مهم تولد را به دست آورند که برای شناسایی عوامل خطر مؤثر هستند. [1][4] علائم و نشانه های بالینی اختلال اضطراب جدایی در بین کودکان و بزرگسالان بسیار متفاوت است و ممکن است تحت تأثیر تفاوت در فعالیت ها یا محیط ها باشد. صرف نظر از تظاهرات، علائم باید به اندازه کافی شدید باشد که فعالیت عادی روزمره را مختل کند تا بتوان تشخیص اختلال اضطراب جدایی را در نظر گرفت. [1] رفتارهای معمولی عبارتند از [12]:

- پریشانی یا اضطراب در انتظار خروج مراقب یا دلبستگی
- نگرانی بیش از حد در مورد اتفاق بدی برای فرد دلبستگی (مثلاً مرگ نابهنگام یا ناتوانی در بازگشت)
- ترس از ربوده شدن یا گم شدن
- ترس از دور بودن از مراقب مانند رفتن به مدرسه یا خوابیدن دور از شخصیت دلبستگی
- ترس از تنها ماندن در خانه • اجتناب از تنها ماندن • امتناع از رفتن به مدرسه
- شب ادراری
- کابوس
- تمرکز ضعیف
- عملکرد تحصیلی ضعیف
- تعاملات اجتماعی ضعیف یا انزوا
- تحریک پذیری (یک علامت معمولاً بد تعبیر شده که با اختلالات اضطرابی مرتبط است و در 90 درصد بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد) [9]



بخش قابل توجهی از کودکان و بزرگسالان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی دارای علائم جسمی همراه هستند که با پیش‌بینی یا جدایی واقعی از ارقام دل‌بستگی تشدید می‌شوند، از جمله [1][3][4]:

- سردرد
- آسم
- ناراحتی معده
- حالت تهوع
- استفراغ
- درد قفسه سینه
- ناکی‌کاری
- تنگی نفس
- سرگیجه

3.2 تشخیص و ارزیابی

طبق DSM5 یک کودک، نوجوان یا بزرگسال باید حداقل 3 علامت از 8 علامت را نشان دهد که به طور قابل توجهی جنبه‌های اجتماعی، تحصیلی یا شغلی عملکرد بیش از چهار هفته را مختل می‌کند [1] که نمی‌تواند توسط دیگران بهتر توضیح داده شود. علل این علائم عبارتند از [13]:

1. الگویی از پریشانی قابل توجه با جدایی واقعی یا پیش‌بینی شده از خانه یا چهره‌های دل‌بستگی مهم
2. نگرانی مداوم و بیش از حد در مورد از دست دادن چهره‌های دل‌بستگی یا آسیبی که متوجه آنها می‌شود
3. نگرانی مداوم و بیش از حد در مورد تجربه یک رویداد ناگوار که منجر به جدایی از یک شخصیت دل‌بستگی می‌شود.
4. بی‌میلی یا امتناع مداوم از ترک خانه یا رفتن به محل کار مدرسه یا مکان‌های دیگر به دلیل ترس از جدایی
5. بی‌میلی مداوم و بیش از حد یا ترس از تنهایی یا بدون دل‌بستگی
6. نگرانی مداوم یا بی‌میلی به خوابیدن دور از خانه یا زمانی که شکل دل‌بستگی نزدیک نیست
7. کابوس‌های مکرر که بر موضوع جدایی متمرکز است
8. شکایات جسمی مکرر

در زمینه جدایی واقعی یا پیش‌بینی شده از ارقام دل‌بستگی تحقیقات اخیر نشان می‌دهد که علائم متعددی با افزایش شدت اضطراب جدایی مرتبط است: [1]

1. پریشانی آشکار مربوط به جدایی
2. بی‌میلی به خواب جدا از یک شکل دل‌بستگی اصلی
3. ترس از تنها بودن یا بدون شخصیت دل‌بسته خاصی بودن

پرسشنامه اجتناب از اضطراب جدایی (SAAI) تنها ابزار تشخیصی است که به طور خاص برای کمک به تشخیص خاص SAD طراحی شده است. [1] این نسخه دارای نسخه فرزند و والدین است که هر دو دارای قابلیت اطمینان بین رتبه‌دهنده و آزمون مجدد هستند. [1]

3.3 ملاک‌های تشخیص اختلال اضطراب جدایی



افراد مبتلا به اختلال اضطراب جدایی حداقل سه ملاک زیر را برآورده می کنند: هنگامی که جدایی از خانه با اشخاص دلبسته اصلی انتظار می رود یا رخ می دهد، آنها ناراحتی بیش از حد مکرر را تجربه می کنند (ملاک الف 1).

آنها در مورد سلامتی یا مرگ اشخاص دلبسته نگران هستند، مخصوصاً وقتی که از آنها جدا باشند و باید از محل اشخاص دلبسته خود آگاه بوده و می خواهند با آنها در تماس باشند (ملاک الف 2).

آن ها همچنین در مورد وقایع ناگوار برای خودشان نگران هستند، مانند گم شدن، مورد آدم ربایی قرار گرفتن یا تصادف کردن، که اجازه نخواهند داد دوباره به شخص دلبسته اصلی خود ملحق شوند (ملاک الف 3).

افراد مبتلا به اختلال اضطراب جدایی، به علت ترس از جدایی، از بیرون رفتن به تنهایی اکراه دارند و آن امتناع می کنند (ملاک الف 4). آنها از اینکه در خانه تنها یا بدون اشخاص دلبسته اصلی باشند، ترس با اکراه بیش از حد دارند.

کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی ممکن است نتوانند به تنهایی در یک اتاق بمانند یا وارد آن شوند و ممکن است رفتار «چسبیدن» نشان دهند، نزدیک والدین یا «زیر سایه» آنها در اطراف خانه بمانند، یا وقتی به اتاق دیگری در خانه می روند، نیاز داشته باشند کسی آنها را همراهی کند (ملاک الف 5).

آنها از به خواب رفتن بدون اینکه نزدیک شخص دلبسته اصلی باشند یا خوابیدن دور از خانه، اکراه یا امتناع مداوم دارند (ملاک الف 6). کودکان مبتلا به این اختلال اغلب موقع خواب مشکل دارند و ممکن است اصرار کنند کسی نزد آنها بماند تا به خواب روند. امکان دارد که آنها در طول شب، به بستر والدین خود (یا بستر فرد مهم دیگر، مانند همشیر) بروند. کودکان ممکن است از رفتن به اردوها، خوابیدن در خانه دوستان، یا پی فرمان کسی رفتن اکراه داشته یا از آن امتناع ورزند. بزرگسالان هنگام سفر کردن به تنهایی ممکن است ناراحت باشند (مثل خوابیدن در هتل).

امکان دارد کابوس های مکرری وجود داشته باشد که محتوای آنها اضطراب جدایی فرد را شامل باشد (مثل نابود شدن خانواده از طریق آتش سوزی، آدم کشی، یا فاجعه ای دیگر) (ملاک الف 7).

نشانه های جسمانی (مثل سردردها، شکایت های شکمی، تهوع، استفراغ) در کودکان هنگام جدایی از اشخاص دلبسته اصلی یا انتظار آن، رایج هستند (ملاک الف 8). نشانه های قلبی- عروقی مانند تپش قلب، سرگیجه و احساس ضعف در کودکان خردسال نادرند، اما ممکن است در نوجوانان و بزرگسالان روی دهند.

این اختلال باید به مدت حداقل ۴ هفته در کودکان و نوجوانان کوچکتر از ۱۸ سال ادامه داشته باشد و در بزرگسالان معمولاً ۶ ماه یا بیشتر ادامه دارد (ملاک ب). با این حال، از ملاک مدت برای بزرگسالان باید به صورت رهنمود کلی استفاده شود و درجاتی از انعطاف پذیری منظور شود.

این اختلال باید با ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، تحصیلی، شغلی، یا زمینه های مهم دیگر عملکرد ایجاد کند (ملاک ج).

4. راهکارهای درمانی

درمان این اختلال نیازمند انجام مداخلات روانشناختی، روانپزشکی، مداخلات خانوادگی و مدرسه ای می باشد. بنابراین کار کردن صرف با کودک و یا استفاده ی صرف از دارو نمی تواند کافی باشد و درمان گروهی و سیستمی مورد نظر است.

به تعویق افتادن درمان می تواند منجر به ایجاد مشکلاتی در بخش های دیگر زندگی کودک مانند ارتباط با همسالان نیز شود. همچنین اضطراب جدایی درمان نشده احتمال رنج و افسردگی را در کودکان بیشتر می کند. در نظر داشته باشید که گر کودک احساس کند راهی برای کاهش اضطراب وجود ندارد، ممکن است افکار آسیب به خود نیز داشته باشد.

اشاره ای کوتاه به درمان های مؤثر بر اختلال اضطراب جدایی؛

1. درمان شناختی رفتاری (CBT): به فرد کمک می کند چگونه با اضطراب کنار بیاید. در روند این روش درمانی فرد می آموزد که چگونه بر موقعیت هایی که موجب اضطرابش می شوند، مسلط شود.

2. دارودرمانی: داروهای ضدافسردگی یا ضداضطراب به برخی افراد کمک می کند تا آرامش بیشتری داشته باشند.

3. خانواده درمانی: نقش والدین در درمان هر نوع اختلالی به هر شیوه ای، حیاتی است. درمان متقابل والدین و کودک²



4. نتیجه‌گیری و جمع‌بندی نکات مهم

نکات و مسائل مهم دیگر

در اینجا چند واقعیت مهم در مورد اختلال اضطراب جدایی آورده شده است:

• SAD یکی از شایع‌ترین اختلالات اضطرابی دوران کودکی است و اغلب به اندازه کافی تشخیص داده نمی‌شود و درمان نمی‌شود.

• اختلال اضطراب جدایی (SAD) یک اختلال اضطرابی است که از نگرانی بیش از حد، نگرانی و حتی ترس ناشی از جدایی واقعی یا پیش‌بینی شده یک فرد از یک شخصیت دلبستگی ناشی می‌شود.

• SAD تحت تأثیر عوامل ژنتیکی و محیطی است، از جمله سابقه خانوادگی مسائل مربوط به سلامت روان، اختلالات والدین، از دست دادن والدین، و عوارض زایمان.

• محققان تخمین می‌زنند که CSAD تقریباً در 1٪ تا 4٪ از جمعیت عمومی کودکان شایع است و ASAD در 6.6٪ از جمعیت عمومی ایالات متحده وجود دارد.

• علائم و نشانه‌های بالینی SAD در بین کودکان و بزرگسالان بسیار متفاوت است و به صورت رفتارهای اجتناب از جدایی یا شکایات جسمانی بدون علت شناخته شده ظاهر می‌شود.

• تشخیص SAD بر اساس معیارهای DSM-5 سه علامت از هشت علائم ذکر شده است و با استفاده از ابزار SAAI برای کودکان و بزرگسالان قابل ارزیابی است.

• درمان اول CBT است، در حالی که درمان خط دوم شامل تقویت با SSRI است - درمان ترکیبی موثرترین درمان است.

• تشخیص افتراقی گسترده است و شامل سایر اختلالات اضطرابی، اختلالات خلقی، آسیب‌شناسی‌های رفتاری، اختلالات شخصیتی و علل پزشکی شکایات جسمانی است.

• در صورت عدم درمان، بیماران مبتلا به SAD در معرض خطر ابتلا به سایر اختلالات اضطرابی، اختلالات افسردگی، عملکرد ضعیف تحصیلی، انزوای اجتماعی و پیامدهای سلامت روانی و جسمی ضعیف هستند.

ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب جدایی

ترس یا اضطراب نامتناسب با رشد و بیش از اندازه درباره جدایی از کسانی که فرد به آنها دلبسته است، به صورتی که توسط حداقل سه مورد زیر مشخص می‌شود:

- ناراحتی بیش از حد مکرر هنگام پیش‌بینی یا تجربه کردن جدایی از خانه یا از اشخاص دلبسته اصلی.
- نگرانی مداوم و بیش از حد در مورد از دست دادن اشخاص دلبسته اصلی یا درباره وارد شدن صدمه احتمالی به آنها، مانند بیماری، جراحت، بلایا یا مرگ.
- نگرانی مداوم و بیش از حد در مورد واقعه ناگوار (مثل گم شدن، مورد آرم ربایی قرار گرفتن، تصادف کردن، مریض شدن) که موجب جدایی از شخص دلبسته اصلی شود.
- اکراه یا امتناع مداوم از بیرون رفتن، دور شدن از خانه، رفتن به مدرسه، رفتن به محل کار، یا جای دیگر به علت ترس از جدایی.
- ترس یا بی‌میلی مداوم و بیش از حد در مورد تنها یا بدون اشخاص دلبسته اصلی بودن در خانه یا محیط‌های دیگر.
- بی‌میلی یا امتناع مداوم در خوابیدن دور از خانه یا به خواب رفتن بدون نزدیک بودن به شخص دلبسته اصلی.
- کابوس‌های مکرر که موضوعات جدایی را در بر دارند.
- شکایات‌های مکرر نشانه‌های جسمانی (مثل سردرد، دل‌درد، تهوع، استفراغ) وقتی جدایی از اشخاص دلبسته اصلی روی می‌دهد یا انتظار می‌رود.
- این ترس، اضطراب، یا اجتناب مداوم است، حداقل 4 هفته در کودکان و نوجوانان و معمولاً 6 ماه یا بیشتر در بزرگسالان ادامه می‌یابد.



• این اختلال، ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، تحصیلی، شغلی، یا زمینه های مهم دیگر عملکرد ایجاد می کند.

• این اختلال با اختلال روانی دیگر بهتر توجیه نمی شود، مانند امتناع از ترک کردن خانه به علت مقاومت بیش از حد در برابر تغییر در اختلال طیف اوتیسم؛ هذیان ها یا توهمات مربوط به جدایی در اختلالات روان پریشی؛ امتناع از بیرون رفتن بدون همراه قابل اعتماد در آگورافوبی؛ نگرانی ها درباره بیماری یا صدمه دیگر که برای افراد مهم دیگر روی دهند در اختلال اضطراب فراگیر؛ نگرانی ها درباره مبتلا بودن به یک بیماری در اختلال اضطراب بیماری.

ویژگی های تشخیصی اختلال اضطراب جدایی

ویژگی اصلی اختلال اضطراب جدایی، ترس یا اضطراب بیش از حد در رابطه با جدایی از خانه یا اشخاص دل بسته است. این اضطراب بیش از آن است که از سطح رشد فرد انتظار می رود (ملاک الف).

به عنوان والد و یا مربی کودک، لازم است با این اختلال آشنا باشید و در صورت مشاهده ی آن ها، مراحل درمانی را برای کودک مضطرب سریعاً آغاز کنید. مطابق با گفته ها به کودک خود یا دانش آموزان خود توجه داشته باشید؛

- آیا کودک برای حضور در مدرسه دچار امتناع است و رفتارهایی مانند دیر آمدن و کج خلقی نشان می دهد؟
- آیا از ارتباط با همسالان امتناع می کند؟
- آیا در فعالیت های علمی و اجتماعی مدرسه، عزت نفس پایینی دارد و یا گوشه گیر است؟
- آیا کودک مشکلاتی در توجه و تمرکز و یا کامل کردن تکلیف دارد؟
- آیا کودک دچار اختلالات یادگیری و یا مشکلات شناختی شده است؟

توجه داشته باشید قرار نیست شما برچسب یا تشخیص خاصی برای کودک یا دانش آموزان خود تعریف کنید اما عوامل خطر را وقتی احساس کردید می شود با مراجعه به موقع به روانپزشک کودک، روانشناس کودک یا متخصصان مغز و اعصاب کودکان که می توانند اختلال اضطراب جدایی را تشخیص بدهند و درمان کنند به کودک یا دانش آموز خود کمک کنید.

این پزشکان اطلاعات را از خانه، مدرسه و حداقل یک ملاقات بالینی به این منظور تشخیص می دهند. به خاطر داشته باشید که کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی، غالباً شکایات جسمی دارند که ممکن است نیاز به ارزیابی پزشکی داشته باشند.

متخصصان می توانند علائم جسمی را شناسایی و به فرزند شما کمک کنند تا راهکارهای مقابله و راه حل های حل مسئله را پرورش دهد.

با توجه به میزان شیوع و اهمیت درمان به موقع این مقاله سعی کرده تا چکیده مطالعات مهم را تا جای امکان در اختیار والدین و معلمان و سایر علاقمندان قرار دهد.

منابع

1. Vaughan J, Coddington JA, Ahmed AH, Ertel M. Separation Anxiety Disorder in School-Age Children: What Health Care Providers Should Know. J Pediatr Health Care. 2017 Jul - Aug;31(4):433-440. [PubMed]
2. Runyon K, Chesnut SR, Burley H. Screening for childhood anxiety: A meta-analysis of the screen for child anxiety related emotional disorders. J Affect Disord. 2018 Nov;240:220-229. [PubMed]
3. Battaglia M, Garon-Carrier G, Côté SM, Dionne G, Touchette E, Vitaro F, Tremblay RE, Boivin M. Early childhood trajectories of separation anxiety: Bearing on mental health, academic achievement, and physical health from mid-childhood to preadolescence. Depress Anxiety. 2017 Oct;34(10):918-927. [PubMed]
4. Ramsawh HJ, Chavira DA, Stein MB. Burden of anxiety disorders in pediatric medical settings: prevalence, phenomenology, and a research agenda. Arch Pediatr Adolesc Med. 2010 Oct;164(10):965-72. [PMC free article] [PubMed]



5. Wang Z, Whiteside SPH, Sim L, Farah W, Morrow AS, Alsawas M, Barrionuevo P, Tello M, Asi N, Beuschel B, Daraz L, Almasri J, Zaiem F, Larrea-Mantilla L, Ponce OJ, LeBlanc A, Prokop LJ, Murad MH. Comparative Effectiveness and Safety of Cognitive Behavioral Therapy and Pharmacotherapy for Childhood Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2017 Nov 01;171(11):1049-1056. [PMC free article] [PubMed]
6. Battaglia M. Separation anxiety: at the neurobiological crossroads of adaptation and illness. *Dialogues Clin Neurosci.* 2015 Sep;17(3):277-85. [PMC free article] [PubMed]
7. Bögels SM, Knappe S, Clark LA. Adult separation anxiety disorder in DSM-5. *Clin Psychol Rev.* 2013 Jul;33(5):663-74. [PubMed]
8. Ehrenreich JT, Santucci LC, Weiner CL. SEPARATION ANXIETY DISORDER IN YOUTH: PHENOMENOLOGY, ASSESSMENT, AND TREATMENT. *Psicol Conductual.* 2008 Jan 01;16(3):389-412. [PMC free article] [PubMed]
9. Cornacchio D, Crum KI, Coxe S, Pincus DB, Comer JS. Irritability and Severity of Anxious Symptomatology Among Youth With Anxiety Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016 Jan;55(1):54-61. [PMC free article] [PubMed]
10. Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen H -U. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2012 Sep;21(3):169-84. [PMC free article] [PubMed]
11. Bandelow B, Baldwin D, Abelli M, Bolea-Alamanac B, Bourin M, Chamberlain SR, Cinosi E, Davies S, Domschke K, Fineberg N, Grünblatt E, Jarema M, Kim YK, Maron E, Masdrakis V, Mikova O, Nutt D, Pallanti S, Pini S, Ströhle A, Thibaut F, Vaghi MM, Won E, Wedekind D, Wichniak A, Woolley J, Zwanzger P, Riederer P. Biological markers for anxiety disorders, OCD and PTSD: A consensus statement. Part II: Neurochemistry, neurophysiology and neurocognition. *World J Biol Psychiatry.* 2017 Apr;18(3):162-214. [PMC free article] [PubMed]
12. Ben-Itzhak E, Koller J, Zachor DA. Characterization and Prediction of Anxiety in Adolescents with Autism Spectrum Disorder: A Longitudinal Study. *J Abnorm Child Psychol.* 2020 Sep;48(9):1239-1249. [PubMed]
13. Hu Y, Cai Y, Tu D, Guo Y, Liu S. Development of a Computerized Adaptive Test for Separation Anxiety Disorder Among Adolescents. *Front Psychol.* 2020;11:1077. [PMC free article] [PubMed]
14. Walkup JT, Albano AM, Piacentini J, Birmaher B, Compton SN, Sherrill JT, Ginsburg GS, Rynn MA, McCracken J, Waslick B, Iyengar S, March JS, Kendall PC. Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *N Engl J Med.* 2008 Dec 25;359(26):2753-66. [PMC free article] [PubMed]
15. Dallé E, Daniels WMU, Mabandla MV. Long-Term Treatment with Fluvoxamine Decreases Nonmotor Symptoms and Dopamine Depletion in a Postnatal Stress Rat Model of Parkinson's Disease. *Oxid Med Cell Longev.* 2020;2020:1941480. [PMC free article] [PubMed]
- 16.



McCormack CC, Mennies RJ, Silk JS, Stone LB. How anxious is too anxious? State and trait physiological arousal predict anxious youth's treatment response to brief cognitive behavioral therapy. BMC Psychol. 2020 May 12;8(1):48. [PMC free article] [PubMed]

.17

de Assis LS, Matos R, Pike TW, Burman OHP, Mills DS. Developing Diagnostic Frameworks in Veterinary Behavioral Medicine: Disambiguating Separation Related Problems in Dogs. Front Vet Sci. 2019;6:499. [PMC free article] [PubMed]

.18

Woodward LJ, Fergusson DM. Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001 Sep;40(9):1086-93. [PubMed]