

ابزارهای ارزیابی و تشخیص اختلالات اضطرابی در کودکان و نوجوانان

*دکتر رقیه موسوی^۱، دکتر سید سجاد موسوی^۲، دکتر جواد محمودی قرایی^۳، سعید اکبری زردخانه^۴

تاریخ اعلام قبولی مقاله: ۸۷/۳/۲۰

تاریخ دریافت مقاله اصلاح شده: ۸۷/۲/۱۱

چکیده

سابقه و هدف: این مقاله با هدف معرفی شیوه‌ها و ابزارهای ارزیابی و تشخیص اختلالات اضطرابی در کودکان و نوجوانان تدوین شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع مطالعات توصیفی - کتابخانه‌ای است؛ که در آن با مراجعه به کلیه منابع و پیشینه مطالعات روان‌شناختی و روان‌پزشکی در دسترس به جمع‌بندی نتایج آنها پرداخته شده است.

یافته‌ها: مصاحبه‌های ساخت‌دار از طریق کمی کردن اطلاعات و کاستن از مشکلات روایی مصاحبه‌های بدون ساختار، رسیدن به یک تشخیص روشن و مشخص را تسهیل کرده‌اند. ابزارهای خودگزارشی سریع و آسان اجرا شده و اطلاعاتی راجع به ماهیت و شدت نشانگان مرتبط با اضطراب فراهم می‌آورند. آنها مکمل مصاحبه‌های بالینی بوده و به عنوان ابزار تشخیصی اصلی مورد استفاده قرار نمی‌گیرند. ابزارهای رفتاری به عنوان جایگزینی برای مصاحبه‌های ساخت‌دار و ابزارهای خودگزارشی بوده و مخصوصاً برای کودکان خردسال که آگاهی لازم را در مورد مشکل خود نداشته و نمی‌توانند به راحتی ترس‌ها و اضطراب‌های خود را بیان کنند مفید هستند.

نتیجه‌گیری: استفاده از این ابزارها جهت مقاصد پژوهشی و اهداف درمانی به تنهایی کفایت نمی‌کند و استفاده از مجموعه‌ای از آنها توصیه شده است. در عین حال ابزارهای خودگزارشی معرفی شده جهت تشخیص دقیق‌تر و نیز ارزیابی نتایج درمان می‌تواند کمک دهنده باشد.

کلمات کلیدی: اختلال اضطرابی، اختلال اضطراب جدایی، ارزیابی، کودک، نوجوان.

مقدمه

است، به طوری که برخی مطالعات میزان شیوع اختلال اضطراب

جدایی را تا ۴۲٪ نیز گزارش داده‌اند. (۳)

اختلال اضطرابی در کودکان و نوجوانان ممکن است در یکی از اشکال اضطراب جدایی، هراس اجتماعی، اختلال اضطراب تعمیم یافته، اختلال آسیمگی با بازار هراسی و یا بدون آن، اختلال وسواس فکری - عملی و هراس‌های اختصاصی وجود داشته باشد. اختلال اضطراب جدایی کودکی با پیامدهای منفی بسیاری برای سازگاری شخصی، تحصیلی و اجتماعی همراه است. علاوه بر این شواهد

اختلالات اضطرابی یکی از شایع‌ترین اختلالات عاطفی - روانی کودکان و نوجوانان می‌باشد. مطالعات انجام شده در مورد شیوع شناسی این اختلال نشان داده است که در حدود ۱۲٪ - ۸٪ کودکان و ۱۰٪ - ۵٪ نوجوانان با یکی از معیارهای تشخیصی اختلال اضطرابی، تا اندازه‌ای که روند زندگی عادی و عملکرد روزانه‌ی آنها را مختل نماید مواجه هستند (۱، ۲) اختلالات اضطرابی به ویژه اختلال اضطراب جدایی از میزان بالایی در میان کودکان و نوجوانان شایع

۱- استادیار، ایران، تهران، دانشگاه شاهد، دکتری تخصصی مشاوره خانواده، گروه مشاوره و راهنمایی (*نویسنده مسئول)
تلفن: ۰۹۱۲۳۸۴۳۳۱۹ آدرس الکترونیک: mousavi@shahed.ac.ir

۲- استادیار، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، دانشکده پزشکی

۳- استادیار، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پزشکی

۴- ایران، تهران، دانشجوی دکتری تخصصی سنجش و اندازه‌گیری دانشگاه علامه طباطبایی

(Disorder) همپوشی زیادی مشاهده کردند. (۱۶)

اختلال اضطراب جدایی به وسیله اضطراب مفرط، در زمان جدایی از اشخاصی که کودک به آنها دلبسته است مشخص شده است. معیارهای بعدی که DSM-IV-TR (۱۲) برای اختلال اضطراب جدایی مشخص می‌کند به ترتیب زیر است:

(الف) اضطراب مفرط تکرار شونده زمانی که جدایی از خانه یا اشخاص مهم دلبسته رخ می‌دهد یا مورد انتظار است.

(ب) نگرانی مداوم و مفرط در مورد فقدان یا آسیب احتمالی به اشخاص مهم مورد دلبستگی.

(ج) نگرانی مفرط در مورد حادثه‌ای که منجر به جدایی از شخص مهم مورد دلبستگی شود.

(د) امتناع مداوم و بی‌زاری از رفتن به مدرسه یا هر جای دیگر به علت ترس از جدایی.

(ه) ترس مداوم و افراطی از تنها خوابیدن بدون حضور شخص مهم دلبسته کودک یا خوابیدن دور از خانه.

(و) ترس مداوم و افراطی و امتناع از تنها بودن در خانه بدون حضور بزرگسالان مهم و اشخاص دلبسته کودک.

(ز) کابوس‌های تکرار شونده با موضوع جدایی.

پژوهش‌های متعددی (۵، ۳، ۱۷، ۱۸) کودکان و نوجوانان دچار اختلال اضطراب جدایی چنانچه بموقع درمان نشوند تأثیرات منفی و آسیب‌زای معنی‌داری در زندگی‌شان بجا می‌ماند از جمله:

- غیبت‌های مکرر از مدرسه یا عدم توانایی در به پایان بردن مدرسه و نهایتاً ترک تحصیل.
- آسیب در تعامل همسالان.
- کاهش عزت نفس و اعتماد به نفس.
- سوء مصرف داروها یا اعتیاد به الکل.
- مشکل در سازگاری با موقعیت‌های کاری.
- اختلال اضطراب در بزرگسالی.

باتوجه به تأثیرات آسیب‌زای بسیار اختلالات اضطرابی، بویژه اختلال اضطراب جدایی، تلاش برای تهیه، ساخت و شناسایی ابزارهای تشخیصی موجود جهت درمان به موقع ضروری می‌نماید. این مقاله به طور مختصر به معرفی شیوه‌ها و ابزارهای تشخیصی و ارزیابی اختلالات اضطرابی می‌پردازد.

نشان می‌دهد اختلال اضطراب کودکی پدیده‌ای گذرا برای کودکان بوده و در صورت عدم درمان تا سنین نوجوانی و بزرگسالی ادامه پیدا می‌کند و مشکلات بسیاری را در آینده کودک ایجاد می‌کند. (۴، ۵، ۶)

انواع اختلالات اضطرابی خصوصیات مشترک بسیاری داشته و در تاکید اختصاصی بر نوع ترس با هم تفاوت دارند (۷). کودکان در پاسخ به تهدیدهای دریافت شده در محیط اضطراب را تجربه می‌کنند. میزان دریافت تهدیدکنندگی محرک‌ها از یک اختلال به اختلال دیگر متفاوت است. زمانی که کودکان مضطرب می‌شوند به طور افراطی و بیش از اندازه بر پیامدهای منفی که ممکن است رخ دهد توجه می‌کنند و تغییرات جسمانی زیادی را تجربه می‌کنند. (۸، ۹)

اختلال اضطراب جدایی برای اولین بار در DSM-III-R (۱۰) و مواردی نیز در DSM-IV (۱۱) مطرح شده است، مهمترین تفاوت بین DSM-III-R و DSM-IV این است که تداوم نشانگان در DSM-IV برای حداقل ۴ هفته برای تشخیص اختلال لازم دانسته شده است، در حالی که در DSM-III-R و DSM-III، ۲ هفته را برای این مدت کافی دانسته‌اند. متن تجدید نظر شده DSM-IV-TR (۱۲) اختلال اضطراب جدایی را جزء اختلالات دوره شیرخوارگی کودکی و نوجوانی آورده است. از عوامل بسیار مهم در ابتلای کودکان به اختلال اضطراب جدایی بر اساس یافته‌های پژوهشی مختلف، می‌توان به کیفیت دلبستگی کودک، ابتلای یکی از والدین به اختلال‌های اضطرابی و تولد فرزند جدید اشاره نمود. (۵، ۹، ۱۳)

کودکان و نوجوانان امکان دارد که دچار اختلالات دیگر همچون هراس اختصاصی، آسیمگی، وسواس فکری- عملی و اختلال استرس پس از سانحه (Post Traumatic Stress Disorder) نیز باشند. پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند که کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی ممکن است تشخیص‌های روان‌پزشکی دیگری را نیز همچون اختلال آسیمگی و افسردگی بگیرند. (۱۴) تقریباً نیمی از کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی به اختلالات اضطرابی دیگر نیز همچون هراس اختصاصی و اضطراب تعمیم یافته مبتلا هستند. (۱۵) اختلال اضطراب جدایی همپوشی زیادی با افسردگی و مشکلات رفتاری دارد. (۳) بین اضطراب در کودکان و اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه (ADHD: Attention Deficit- Hyperactivity)

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع پژوهش‌های توصیفی و مقاله حاضر جزو مقاله‌های مروری است. در مقالات مروری با توجه به پیشینه و منابع موجود موضوعات مورد تجزیه و تحلیل و در نهایت جمع بندی لازم از آن حاصل می‌شود. در پژوهش حاضر تیز با مراجعه به مقالات، منابع و ابزارهای روانشناختی و روانپزشکی موضوع مورد کنکاش و در پایان به جمع بندی نائل آمد.

مصاحبه تشخیصی

هدف از مصاحبه تشخیصی جمع آوری اطلاعات مفید و موثر برای شناسایی مشکلات فعلی فرد می‌باشد. با توجه به مجموعه مشکلات و عوامل روانشناختی و رفتاری که ممکن است در حفظ بیماری و مشکلات نقش داشته باشند، درک، تشخیص و درمان امکان پذیر می‌گردد. پس از برقراری ارتباط قدم بعدی تمرکز بر درک شکایت فعلی و جمع آوری اطلاعات مربوط به تاریخچه بیماری می‌باشد.

تفکر فعلی در ارزیابی کودک به اهمیت کسب اطلاعات از زندگی کودک تأکید دارد. تاریخچه پزشکی و روانی بایستی شامل جزئیاتی در مورد تولد، رویدادهای مهم رشدی، دلبستگی سال‌های اولیه رشد و شروع مدرسه بوده و لازم است اطلاعات کاملی از مدرسه همچون پیشرفت تحصیلی، مشکلات مربوط به یادگیری، تعامل با همسالان، عملکرد کودک در امتحانات، گزارش حضور در کلاس‌ها و عادات منزل، اطلاعات کلی در مورد اضطراب و سایر مشکلات کسب شود. دیدگاه‌های فعلی والدین و نحوه کنترل اضطراب کودک برای تشخیص موضوع نیز اهمیت دارد. (۱۹) بر اساس معیارهای DSM-IV-TR برای تشخیص اختلال لازم است ۳ مورد از نشانه‌های اختلال بمدت حداقل ۴ هفته ظهور نماید و اختلال بایستی موجب ناراحتی چشمگیر یا اختلال در عملکرد فرد شود. (۲۰)

در بررسی سابقه بیمار توجه به دوره‌های قابل توجه جدایی در زندگی نظیر بیماری و بستری شدن در بیمارستان، فقدان والدین یا نقل مکان جغرافیایی حایز اهمیت بوده و در تشخیص اختلال استفاده از رؤیاهای، محتوی بازی‌ها و مشاهده مستقیم کودک کمک کننده خواهد بود. اشکال حافظه در ابراز موضوعات مربوط به جدایی و یا دگرگونی بارز در نقل چنین مطالبی ممکن است نشانه‌ای از

وجود اختلال باشد. (۲۱) ویژگی اصلی اختلال اضطراب جدایی، اضطراب شدیدی است که هنگام جدایی از والدین، خانه یا سایر محیط‌های آشنا بروز می‌کند. اضطراب کودک ممکن است به حد آسیمگی (panic) رسیده و ناراحتی کودک بیش از حد انتظار نسبت به سطح رشد وی باشد. ترس‌ها و اشتغالات ذهنی بیمارگون از خصوصیات این اختلال هستند. بسیاری از این کودکان نگران تصادف یا بیماری والدینشان بوده و یا ترس از گم شدن، دزدیده شدن و ندیدن دوباره آنها دارند. (۲۰)

نوجوانان ممکن است مستقیماً اضطراب مربوط به جدایی از نقش مادری را ابراز نکنند و در عوض الگوهای رفتاری آنان منعکس کننده اضطراب جدایی باشد. مثلاً موقع ترک منزل و شرکت در فعالیت‌های انفرادی ابراز ناراحتی نمایند. همچنین از کسی به عنوان نقش مادر برای خرید لباس یا ورود به فعالیت‌های اجتماعی تفریحی کمک بگیرند. آنها ممکن است از رفتن به اردو، مدرسه جدید یا حتی خانه دوستان خود امتناع کنند. علائم مقدماتی و هشدار دهنده عبارتند از: تحریک پذیری، اشکال در غذا خوردن، ناله کردن، چسبیدن به والدین و رفتن به دنبال آنان می‌باشد. گاهی اضطراب نقل مکان جغرافیایی به شکل احساس غربت شدید با نشانه‌های روانی و فیزیولوژیک در هنگام دوری از خانه یا رفتن به کشوری دیگر بروز می‌کند. کودک در حسرت خانه قدیمی، ذهن خود را با تخیلاتی همچون، خوابیدن در رختخواب والدین، یا ترجیح خانه قدیمی به خانه جدید مشغول می‌کند. همچنین کابوس‌ها و ترس‌های بیمارگونه نیز از سایر تظاهرات بالینی این بیماری هستند. خصوصیات همراه بیماری ترس از تاریکی، نگرانی‌های خیالی و غیر معمول می‌باشند. کودک ممکن است چشم‌هایی را ببیند که به او خیره شده‌اند و با چهره‌های ترسناک که به وی حمله می‌کنند اشتغال خاطر داشته و برای رفع اضطراب نیاز به توجه دایم بزرگسالان پیدا کنند. گاهی این کودکان از این که کسی دوستشان ندارد یا پدر و مادر بین آنها و خواهر و برادرهایشان تبعیض قائل می‌شوند، شکایت می‌کنند. غالباً نشانه‌های جسمانی به شکل مشکلات گوارشی مثل تهوع، استفراغ و دل درد و دردهایی در قسمت‌های مختلف بدن، گلودرد و نشانه‌های شبیه سرماخوردگی بروز می‌یابد. در کودکان بزرگتر نشانه‌های مشخص قلبی عروقی و تنفسی به صورت تپش قلب، احساس سرگیجه، ضعف و خفگی گزارش شده است. شایع‌ترین

نسبت به مصاحبه‌های بی ساختار دارند. مصاحبه‌های بی ساختار روایی کمتری داشته و فاقد عینیت می‌باشند. مصاحبه‌های با ساختار اطلاعات را کمی کرده و رسیدن به یک تشخیص روشن و مشخص را آسان می‌کنند. انواع مختلف مصاحبه‌های با ساختار برای کودکان تهیه شده است. از جمله مصاحبه‌های با ساختار می‌توان به DISC-R و SADS و فهرست سوالات مصاحبه برای اختلالات اضطرابی، نسخه کودک DSM-IV-C اشاره کرد. (۲۶)

هم اکنون مصاحبه‌های با ساختار به طور وسیع در پژوهش و درمان بالینی کودکان و نوجوانان مورد استفاده قرار می‌گیرند. محتوای این ابزار در برگیرنده عناصر و اجزای مربوط به کودک و والدین بوده و برای فاصله سنی ۶ - ۱۷ سال مناسب تشخیص داده شده است و اجرای آنها معمولاً ۱ الی ۲ ساعت طول می‌کشد. اکثر مصاحبه‌های تشخیصی در دهه گذشته به موازات تغییر در سیستم‌های طبقه بندی تشخیصی برای بهتر شدن روایی مورد تجدید نظر قرار گرفته‌اند. ابزارهای DISC-R و K-SADS-PL هر کدام برای غربال کردن طیف وسیعی از اختلالات کودکی طراحی شده‌اند و دارای مجموعه فرعی سوالات مختص غربال کردن اضطراب در کودکان هستند. این موضوعات اکثراً طبقه بندی فرعی اضطراب در کودکان و نوجوانان را نیز در بر می‌گیرند. در این میان برنامه مصاحبه اختلالات اضطرابی برای کودکان (ADIS-IV-C: Anxiety Disorder Interview Schedule for Children) عمدتاً بر ارزیابی اضطراب در کودکان و نوجوانان تأکید داشته و همچنین به طور اختصار اختلالات کودکی دیگر را نیز غربال می‌کند. (۲۷) این فرم مصاحبه توسط سیلورمن و آلبانو (Silverman & Albano) (۲۸، ۲۹) ساخته و مورد بازبینی قرار گرفته است. پایایی این آزمون در مطالعه سیلورمن ۰/۹۳ گزارش شده و روایی آن را هم در مطالعاتی چند مطلوب گزارش کرده‌اند. (۳۰، ۳۱)

پرسش‌نامه‌های خودگزارشی

ابزارهای خودگزارشی برای ارزیابی اضطراب در کودکان و نوجوانان طراحی شده‌اند. این پرسش‌نامه‌ها خیلی سریع و آسان اجرا شده و اطلاعاتی راجع به ماهیت و شدت نشانگان مرتبط با اضطراب فراهم می‌کنند. آنها بعنوان مکمل مصاحبه‌های بالینی طراحی شده و بعنوان ابزار اصلی تشخیص مورد استفاده قرار نمی‌گیرند. داده‌های هنجار شده هر کدام از این ابزارها موجود بوده و برای ارزیابی شدت و نتایج درمانی مفید هستند. پژوهش نشان داده است که این ابزارها

اختلال اضطرابی که با اختلال اضطراب جدایی توأم دیده می‌شود، هراس اختصاصی است. (۲۰)

در جاتی از اضطراب جدایی پدیده‌ای طبیعی به حساب می‌آید. برای تشخیص اضطراب طبیعی از اختلال اضطراب جدایی باید به قضاوت بالینی توجه کرد. در اختلال اضطراب تعمیم یافته، اضطراب روی موضوع جدایی متمرکز نیست. در اختلالات فراگیر رشد و اسکیزوفرنی، اضطراب در مورد جدایی ممکن است دیده شود ولی ناشی از اختلالات فوق فرض می‌شود و اختلال مجزایی نمی‌باشد. در اختلال افسردگی کودکان، تشخیص اختلال اضطراب جدایی، بایستی زمانی مطرح شود که شواهد هر دو اختلال موجود باشد. این دو اختلال غالباً با هم بروز می‌کنند. اختلال آسیمگی همراه با بازار هراسی قبل از ۱۸ سالگی شایع نیست و ترس بیمار به این جهت است که حمله آسیمگی موجب ناتوانی او شود. باید توجه شود که جدایی از پدر یا مادر یا هراس از مدرسه و اضطراب جدایی مفاهیم مترادفی نیستند. اختلال اضطراب جدایی اضطراب مفرط در پاسخ جدایی از مراقبین اولیه می‌باشد و کودک مبتلا به اختلال اضطراب جدایی در همه موقعیت‌ها احساس ترس می‌کند. امتناع از رفتن به مدرسه در اختلال اضطراب جدایی نشانه شایعی است ولی تشخیصی نیست. کودکان مبتلا به سایر اختلالات نیز ممکن است از رفتن به مدرسه امتناع کنند اما در این اختلالات سن شروع اختلال دیرتر است. امتناع از رفتن به مدرسه شدیدتر از اختلال اضطراب جدایی است. (۲۱، ۲۲، ۲۳) ویژگی‌های دموگرافیک کودکان مبتلا به هراس مدرسه و اختلال اضطراب جدایی با هم متفاوت است. اضطراب جدایی در میان دختران و زمینه اقتصادی اجتماعی پایین‌تر، شایع‌تر بوده و شروع بیماری قبل از بلوغ می‌باشد. در حالی که هراس از مدرسه در میان پسران و طبقه اقتصادی-اجتماعی بالاتر شایع‌تر است و معمولاً وقوع آن بعد از سنین بلوغ می‌باشد. علاوه بر این کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی به طور معنی داری بیشتر از کودکان مبتلا به هراس از مدرسه یک معیار تشخیص ثانویه می‌گیرند. (۲۴) دو تفاوت مهمی که اضطراب جدایی را از هراس از مدرسه متمایز می‌کند اهمیت ویژگی دل‌بستگی و اختصاصی بودن هراس از مدرسه می‌باشد. (۲۵)

مصاحبه‌های تشخیصی با ساختار

مصاحبه‌های تشخیصی با ساختار یا نیمه ساختار مزایای متعددی

محدودیت دوم ابزارهای پیشین این است که فقط نشانگان مربوط به یکی از اختلالات اضطرابی همچون اختلال اضطراب فراگیر و... را مطالعه کرده‌اند. در حالی که درمانگران برای درمان، اطلاعاتی را در مورد مقوله‌های الگوهای ویژه مشکلات اضطرابی نیاز دارند این مطالعه به بررسی ابزاری جدید به اسم مقیاس اضطراب کودکان اسپنس می‌پردازد که شامل مقیاس‌های فرعی نشانگر انواع فرعی (sub type) اختلالات اضطرابی بوده و برای نمونه‌های جامعه تهیه شده است. شواهد بدست آمده نشان داده که کودکان، دسته‌ای از نشانگان اضطراب که توسط سیستم‌های طبقه بندی تشخیصی همچون DSM-IV ارائه شده‌اند را تجربه می‌کنند. اگر چه همپوشی قابل توجهی بین اختلالات اضطرابی کودکان وجود دارد. (۳۴) نتایج مطالعات اسپنس (۱۹۹۷ و ۱۹۹۸) با تایید مطلب فوق، نشانگان اضطرابی را در کودکان به صورت دسته بندی DSM-IV معرفی کرد. (۱) تحقیقات دیگر علی‌رغم حمایت از دسته بندی نشانگان اضطراب شامل اختلال اضطراب جدایی، اختلال پانیک و بازار هراسی، اختلال وسواس فکری- عملی و اختلال اضطراب تعمیم یافته، یک دسته بندی اضافی از ترس‌های مربوط به ترس از صدمات جسمانی را نیز پیشنهاد می‌کنند. (۲)

در این قسمت به معرفی مختصر برخی از این ابزارها پرداخته می‌شود:

مقیاس تجدید نظر شده اضطراب آشکار کودکان (RCMAS: Revised Children's Manifest Anxiety Scale): یک مقیاس خودگزارشی است که ۳۷ آیتم دارد و به صورت بلی/خیر جواب داده می‌شود. این مقیاس علائم جسمانی، نگرانی و اضطراب اجتماعی را سنجیده و یک مقیاس دروغ‌سنج نیز دارد. این آزمون از همسانی درونی بالایی برخوردار بوده و پایایی آن ۰/۶۸ گزارش شده است. (۳۱)

سیاهه اضطراب حالت - صفت کودکان (STAIC: State-Trait Anxiety Inventory for Children): این سیاهه یک آزمون خودگزارشی است که سطوح مختلف اضطراب حالت - صفت را ارزیابی می‌کند و شامل ۲۰ ماده برای اضطراب حالت و ۲۰ ماده برای اضطراب صفت است. این سیاهه از پایایی و روایی مطلوبی برخوردار است. (۳۰، ۳۱)

مقیاس چند بعدی اضطراب کودکان (MASC: Multidimensional Anxiety Scale for Children): از ۳۹ آیتم که بر مبنای یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرتی نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس چهار بعد

ثبات و اعتبار مناسبی را از طریق بازآزمایی نشان داده‌اند. (۳) به عبارت دیگر پرسش‌نامه‌ها تقریباً اطلاعات یکسان را در هر زمان که اجرا شوند نشان می‌دهند و به دقت نشانه‌های اضطراب را اندازه می‌گیرند. این پرسش‌نامه‌ها به منظور ارزیابی جنبه‌های متفاوت اضطراب کودکان طراحی شده‌اند.

مداخلات اولیه وابسته به دسترسی به ابزارهای مناسب و معتبر از نظر روان‌سنجی می‌باشد. ابزارهای ارزیابی با ثبات و معتبری که به شناسایی و تشخیص اختلال کمک نمایند اندک بوده و ضرورت پژوهش در زمینه تهیه و استاندارد کردن آنها بیش از گذشته مورد توجه قرار گرفته است. اکثر ابزارهای موجود با دو محدودیت عمده مواجه هستند.

اولاً در آنها نشانگان مرضی برای کودکان مشابه بزرگسالان در نظر گرفته شده و تفاوت‌های رشدی را در نظر نمی‌گیرند. برای مثال دو نمونه از مهمترین این ابزارها، مقیاس تجدید نظر شده اضطراب آشکار کودکان (RCMAS: Revised Children's Manifest Anxiety Scale) و پرسش‌نامه اضطراب حالت، صفت (STAI-C: State-Trait Anxiety Inventory for Children)، نسخه‌های تازه‌ای از تست‌های اضطرابی موازی در بزرگسالان هستند. اگر چه نتایج پژوهش‌ها همپوشی بین علائم اضطراب بزرگسالی و کودکی را نشان می‌دهد لیکن تفاوت‌های رشدی آشکاری در نشانگان اضطراب کودکان و بزرگسالان نیز وجود دارد. در حقیقت تفاوت‌های رشدی برای تشخیص انواع اختلالات اضطرابی بالاخص به عنوان اختلال ویژه کودکی (اختلال اضطراب جدایی) بین کودکان در مقابل بزرگسالان وجود دارد. اخیراً تلاش‌هایی صورت گرفته است تا محققین ابزارهایی را برای تشخیص اختلالات اضطرابی به عنوان ابزارهای تشخیصی مخصوص کودکان جهت تشخیص نشانگان اختلال بین کودکان بسازند. برای مثال می‌توان به غربالگر اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب کودکان (SCARED: Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorder)، اشاره کرد. این آزمون یک ابزار خودگزارشی است که برای غربال کردن دارای اختلالات اضطرابی تهیه شده است و هراس اجتماعی، فوبی مدرسه، اضطراب جدایی، اضطراب عمومی و آسیمیگی را ارزیابی می‌کند. (۳۲) این آزمون قابلیت اجرا توسط والدین را هم دارا بوده و از همسانی درونی بالا (۰/۸۹) و پایایی آزمون - بازآزمون مطلوب (۰/۷۷) می‌باشد. (۳۳)

سیاهه ۰/۹۵ و پایایی بازآزمون آن ۰/۸۶ است (۳۵). جدول ۱ ویژگی اصلی پرسش‌نامه‌ها، زیر مقیاس‌ها، محورهای اصلی سؤالات و دامنه سنی مناسب پرسش‌نامه‌های مربوط به اختلال اضطرابی را نشان می‌دهد.

علاوه بر ابزارهای فوق، پرسش‌نامه مشکلات رفتاری و افسردگی ضمیمه ارزشمندی در فرایند ارزیابی است. سیاهه افسردگی کودکان (CDI: Child Depression Inventory) یک ابزار خودگزارشی ۲۷ ماده‌ای است که نشانه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری افسردگی

را اندازه‌گیری می‌کند که عبارتند از: علائم جسمانی، اضطراب اجتماعی، اضطراب جدایی و اجتناب. این مقیاس از همسانی درونی، روایی همگرا، روایی افتراقی و پایایی مطلوبی (۰/۷۹) برخوردار است. (۳۴)

سیاهه اضطراب و فوبی اجتماعی برای کودکان (SPAI-C: Social Phobia and Anxiety Inventory for Children) دارای ۲۶ ماده است. این آزمون برای گروه سنی ۸ تا ۱۷ سال اجرا می‌گردد و بر اساس یک مقیاس سه درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. آلفای کرنباخ این

جدول ۱- پرسش‌نامه‌های خودگزارشی (۳۱)

سازنده(گان)	پرسشنامه
ریچموندز و رینولدز (۱۹۷۸)	مقیاس تجدید نظر شده اضطراب آشکار کودکان
اسپیلبرگر (۱۹۸۳)	سیاهه اضطراب حالت - صفت کودکان
الندیک (۱۹۹۳)	برنامه تجدید نظر شده ترس کودکان (Fear Survey Schedule For Children) Revised
بیدل، ترنر و موریس (۱۹۹۵)	سیاهه اضطراب و فوبی اجتماعی برای کودکان
اسپنس (۱۹۹۷)	مقیاس اضطراب کودکان اسپنس (Spence Children Anxiety Scale)
مارچ (۱۹۹۸)	مقیاس چند بعدی اضطراب کودکان
بیرماهر و همکاران (۱۹۹۹)	غربالگر اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب کودک (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorder)

جدول ۲- ویژگی‌های پرسش‌نامه‌های خودارزیابی اضطراب در کودکان (۲۷)

پرسشنامه	مقیاس‌های فرعی	طیف سنی	تمرکز اولیه	ساختار
مقیاس تجدید نظر شده اضطراب جسمانی، نگرانی، حساسیت بیش از اندازه، نگرانی‌های اجتماعی	۵-۱۹	اضطراب	۳۷ سؤال	۱
مقیاس اضطراب و فوبی اجتماعی	۷-۱۸	ترس	مزمین (بلی - خیر)	مقیاس اضطراب
مقیاس اضطراب کودکان اسپنس	۹-۱۲	اضطراب ویژه	۲۶ سؤال در ۲ مقیاس	۱
مقیاس اضطراب کودکان اسپنس	۸-۱۶	نشانیگان مزمین	۳۸ سؤال فرعی ۳ مقیاس	۱
مقیاس اضطراب کودکان اسپنس	۸-۱۶	نشانیگان	۳۹ سؤال فرعی	۱
مقیاس اضطراب کودکان اسپنس	۸-۱۷	اضطراب ویژه	۴۰ سؤال فرعی	۱
مقیاس اضطراب کودکان اسپنس	۸-۱۷	اضطراب ویژه	۴۰ سؤال فرعی	۱
مقیاس اضطراب کودکان اسپنس	۸-۱۷	اضطراب ویژه	۴۰ سؤال فرعی	۱

به محرک‌های ترس آور در وضعیتی کنترل شده جمع آوری می‌کنند. برای مثال در مورد کودکی که از سگ می‌ترسد، سگی در کلینیک به حالت بسته نگه داشته می‌شود و از کودک درخواست می‌شود که به سگ نزدیک شود. سپس ژست و حالات صورت کودک یادداشت می‌شود و کودکانی که نمی‌توانند حالات درونی خود را بیان کنند، از این طریق می‌توان حالات آنها را با توجه به تظاهرات رفتاری شان ثبت کرد. (۲۷)

مشاهده مستقیم شیوه عملی تری برای ارزیابی اضطراب در مورد اغلب مراجعین است. مشاهده مستقیم، مشاهده نشانه‌های آشکار اضطراب در مکان‌های طبیعی می‌باشد. کودک و خانواده در طول مصاحبه مورد مشاهده قرار می‌گیرند و جنبه‌های رفتاری مثل مهارت‌های اجتماعی، واکنش و پاسخ‌های کودک به موقعیت ناآشنا یادداشت می‌گردد. همچنین موقعیت‌های ویژه‌ای را می‌توان ایجاد و سپس به ارزیابی بالینی کودک و خانواده پرداخت. محدودیت عمده این ابزارها این است که صورت هنجار ساده‌ای نداشته و به طور قابل ملاحظه متأثر از عوامل مزاحم می‌باشند. (۳۱)

نتیجه‌گیری

استفاده از این ابزارها جهت مقاصد پژوهشی و اهداف درمانی به تنهایی کفایت نمی‌کند و استفاده از مجموعه‌ای از آنها توصیه شده است. به عبارت دیگر این دو تکنیک به تنهایی کارایی درخور توجه نداشته و هر یک بدون دیگری چندان مطمئن و کامل نیستند. مثلاً در موقع نیاز به اخذ اطلاعات وسیع در زمان کوتاه همچون (سرند کردن اختلالات اضطرابی) می‌توان آزمون‌هایی همچون SCAS کودکان را مورد استفاده قرار داده و در زمان نیاز به اقدامات بالینی برای تشخیص و درمان از مصاحبه‌های با ساختار کمک گرفت. در عین حال ابزارهای خودگزارشی معرفی شده نیز جهت تشخیص دقیق تر و نیز ارزیابی نتایج درمان مورد استفاده قرار می‌گیرد.

را بر اساس یک مقیاس سه درجه‌ای لیکرتی اندازه‌گیری می‌کند. همسانی درونی این سیاهه بین ۰/۸۳ تا ۰/۸۹ و پایایی بازآزمون آن از ۰/۷۴ تا ۰/۷۷ گزارش شده است. (۳۵)

فهرست مشکلات رفتاری کودک (CBCL: Child Behavior Check List) ابزار مفیدی در مورد مشکلات رفتاری در کودکان و نوجوانان سنین بین ۴ تا ۱۸ سال می‌باشد (موریس و همکاران ۲۰۰۲). این فهرست توسط آپنباخ (Achenbach) در سال ۱۹۹۱، نقل از پتی (Petty) و همکاران، (۲۰۰۷) ساخته شده و دارای ۱۱۸ آیت است که توسط والدین تکمیل می‌گردد. (۳۶) این آزمون دو بعد کلی مشکلات درونی و مشکلات بیرونی و هشت بعد جزئی اضطراب-افسردگی، گوشه‌گیری، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار بزهکارانه و رفتار پر خاشگرانه را اندازه‌گیری می‌کند. (۱۴) آلفای کرباخ این فهرست برای مادران، ۰/۶۹ تا ۰/۷۸ و برای پدران، ۰/۷۰ تا ۰/۷۵ گزارش شده است. (۶) جدول ۲ ویژگی‌های پرسش‌نامه‌های خود ارزیابی اضطراب در کودکان را نشان می‌دهد.

ابزارهای رفتاری

این ابزارها به عنوان جایگزینی برای مصاحبه‌های با ساختار و ابزارهای خودارزیابی هستند. چندین فرم ارزیابی رفتاری اضطراب در کودکان وجود دارد. این ابزارها برای کودکان خردسال که نمی‌توانند به راحتی ترس‌ها و اضطراب‌های خود را بیان کرده و آگاهی لازم را در مورد مشکل خود ندارند مفید هستند. ابزارهای رفتاری اطلاعاتی را در زمینه جنبه‌های آشکار اضطراب همچون اختلال قابل رویت، گریه کردن، قشقرق راه انداختن، ژست و حالات چهره و اجتناب فعال فراهم می‌آورند. دو نوع مهم از ابزارهای رفتاری، آزمون‌های اجتناب رفتاری و مشاهده مستقیم می‌باشد. آزمون‌های اجتناب رفتاری اطلاعاتی را در مورد پاسخ‌های کودکان

References

- Spence S. H. A Measure of Anxiety Symptoms among Children Behavioral Research 1998; 36: 545-566.
- Spence S. H., Mike H. Nauta, Watzet A., et al. Apparent Report Maser of Children's Anxiety: Psychometric Properties and Comparison with Child Report in a Clinic and Normal Sample. Behavior Research and Therapy 2003. Sent directly by Spence to researcher.
- Hudson J. L., Rapee R. M. Parent-Child Interactions and Anxiety Disorders: an Observational Study, Behavior Research and Therapy. 2001; 39: 1411-1427.

- 4- Spence S. H., Paula M. Barrett, Cynthia M. Turner. Psychometric Properties of the Spence Children's Anxiety Scale with Young Adolescents. *Journal of Anxiety Disorder*. 2003; 17: 605-625.
- 5- Bernstein G. A., Layne, A. E., Egan, E. A. maternal phobic anxiety and child anxiety. *Anxiety Disorder*. 2005; 19: 658-672.
- 6- Ferdinand, R. F. Validity of the CBCL/YSR DSM-IV scales Anxiety Problems and Affective Problems, *Journal of Anxiety Disorder* 2007.
- 7- Kelen R. G. Parent Child Agreement in Clinical Assessment of anxiety and other psychopathology: A review. *Journal of Anxiety Disorder*. 1991; 5, 187-198.
- 8- Rapee R. M. Potential Role of Childrearing Practice in the Development of Anxiety and Depression. *Clinical Psychology Review*. 1998; 17: 47-67.
- 9- Bar-Haim Y., Dan, O., Eshel, Y., & Sagi-Schwartz A. Predicting children's anxiety from early attachment relationships. *Journal of Anxiety Disorders*. 2007; 21: 1061-1068.
- 10- American psychiatric association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3th Review edition. Washington, D. C; 1987.
- 11- American psychiatric association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Review Edition, Washington, D. C; 1994.
- 12- American psychiatric association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th Textured Edition. Washington, D. C; 2000.
- 13- Bögels, S., Phares, V. Fathers' role in the etiology, prevention and treatment of child anxiety: A review and new model. *Clinical Psychology Review* 2007.
- 14- Doerfler, L. A., Toscano, P. F., Connor, D. F. Separation anxiety and panic disorder in clinically referred youth. *Anxiety Disorders* 2007.
- 15- Moon Sung Seek. Assessment of Separation Anxiety Disorder: A Review of Evidence – Based Approaches, *Child and Adolescent, Social Work Journal* 2002; 19: 5.
- 16- Bowen, R., Chavira, D. A., Bailey, K., Stein, et al. Nature of anxiety comorbid with attention deficit hyperactivity. *Psychiatry Research*. 2008; 157: 201-209.
- 17- Ville Rock MD. A Report of the Surgeon. General Department of Health and Human Services 1999.
- 18- Foley, D. L., Rowe, R., Maes, H., et al. The relationship between separation anxiety and impairment. *Journal of Anxiety Disorder* 2007.
- 19- Schniering C. A., Hudson J. L., Rapee R. M. Issues in the Diagnosis and Assessment of Anxiety Disorder in Children and Adolescents, *Clinical Psychology Review*. 2000; 20, 4, pp453-478.
- 20- Sadock B. J. MD, Sadock V. A., Caplan M. D, *Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences and Clinical Psychiatry*, 9th edition, John Wiley and Sons: New York. 2003.
- 21- Bernstein G. A., Wiener JM. *Separation Anxiety Disorder and General Anxiety Disorder*. Text Book of Child and Adolescent Psychiatry, American Psychiatric Publishing 2004; 30: 657-570.
- 22- Last C. G., Strauss C. C. School Refusal in Anxiety Disordered Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1990; 37: 404-411.
- 23- Last C. G., Strauss C. C. School Refusal in Anxiety Disordered Children and Adolescents. I am a SAD Child: *Adolescent Psychiatry* 1990; 29: 31-35.
- 24- Last, C. G., Hersen, M., Kazdin, A. E., et al. *Anxiety Disorders in Children and Their Families: Archives of General Psychiatry*. 1991 48: 928-934.
- 25- Erdaman P. and Caffery T., Carlson J. *Attachment and Family Systems, Conceptual, Empirical and Therapeutic Relatedness*, Rout ledge, New York 2003.
- 26- Muris P., Bach H. M., Ollendic T., et al. Three Traditional and Three new Childhood Anxiety Questioners: Their Reliability and Validity in a Normal Adolescent Sample *Behavior Research and Therapy* 2002; 40, 753- 772.
- 27- Rapee R. M., Carolyn A, Schniering, et al. Issues in the Diagnosis and Assessment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Clinical Psychology Reviews* 2000; 20(4): 453- 478.
- 28- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., & Doubleday, E. Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*. 2006; 26, 817-833.
- 31- Kendall, P. C., Puliafico, A. C., Barmish, A. J., Choudhury, M. S., Henin, A., Treadwell, K. S. Assessing anxiety with the Child Behavior Checklist and the Teacher Report Form. *Journal of Anxiety Disorders* 2007; 21: 1004-1015.
- 33- Linyan, S., Kai, W., Fang, F., Yi, S., & Xueping, G. Reliability and validity of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED) in Chinese children. *Journal of Anxiety Disorder* 2007.
- 34- Rynn, M. A., Barber, J. P., Khalid-Khan, S. et al. The psychometric properties of the MASC in a pediatric psychiatric sample. *Anxiety Disorders* 2006; 20: 139-157.
- 34- Spence S. H. The Structure and Assessment of Anxiety in Children, Paper Presented at The Meeting the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Santiago, CA. 1994.
- 35- Viana, A. G., Rabian, B., & Beidel, D. C. Self-report measures in the study of comorbidity in children and adolescents with social phobia: Research and clinical utility. *Journal of Anxiety Disorder* 2007.
- 36- Petty, C. R., Rosenbaum, J. F., Hirshfeld-Becker, D. R. et al The child behavior checklist broad-band scales predict subsequent psychopathology: A 5-year follow-up. *Anxiety Disorders* 2007.

Assessment and Diagnosis instruments of Anxiety disorders among child and adolescents

Mousavi R; Ph.D¹, Mousavi S; Ph.D², Akbari Zardkhaneh S; Ph.D student³

Received: 26 Dec 2007

Accepted: 9 May 2008

Abstract

Background: The propose of present article is introducing methods and instrument of assessment and diagnosis of anxiety disorders in child and adolescents.

Materials and Methods: This research is descriptive- Liberian study. To collecting data, all of available psychological and psychiatric references and literature was studied and those results summarized.

Results: Structured interviews facilitate clear and correct diagnosis by information quantifying and reducing validity problems of non-structured interviews. Self- report instruments administrate easily and fast, and provide information about nature and severity of anxiety symptoms. These instruments are complement of clinical interviews and aren't used as major diagnosis instrument. Behavioral instrument as a substitution to structured interviews and self- report instruments can provide proper information about problems of young child. Because this group of patients cannot easily express her/ his fears and anxieties.

Conclusion: Application of these instrument to research and therapeutic proposes aren't sufficient and using a set of its recommended. Although application of introduced instruments to providing precision diagnosis and assessment of therapy outcomes can be helpful.

Keywords: Anxiety disorders, Separation anxiety disorders, Child, Adolescent.

1- (*Corresponding author) Assistant professor, Faculty of psychology, shahed University, Tehran, Iran.

Tel: 09123842319 Email: mousavi@shahed.ac.ir

2- Assistant professor, Faculty of Medicine, Army University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Ph.D. student in measurement, Faculty of Psychology, Allameh tabatabaai University, Tehran, Iran.