

درمان اختلال های اضطرابی در کودکان

چکیده

هدف از مقاله‌ی حاضر مروری بر پدیده‌ی اضطراب کودکی، دیدگاه‌ها و روش‌های درمانی اختلال‌های اضطرابی کودکی است. سعی بر این بوده که در روش‌های درمانی به برخی از مهمترین فنون قابل استفاده برای کاهش مشکلات اضطرابی کودکان در مدرسه اشاره شود.

مقدمه

رشد هیجانی برای همه‌ی انسان‌ها نوعی چالش است. کودکان طی دوره‌ای کمتر از یک دهه. از درک هیجانی محدود به افرادی باشکوه‌ی هیجانی پیچیده تبدیل می‌شوند. با بالا رفتن سن، تعداد و پیچیدگی تجارب هیجانی و نیز مطالبات برای نحوه‌ی ابراز هیجان افزایش می‌یابد. تعجب آور نیست برخی کودکان در رویارویی با این چالش‌ها در هم می‌شکنند و دچار اختلالات هیجانی می‌شوند. اختلالات هیجانی مسیری مزمن دارد و می‌تواند به شدت مزاحم روند عادی زندگی در دوران بزرگسالی شود (کلر و همکاران، ۱۹۹۲؛ راجمن، ۱۹۹۸ به نقل از کندال / نجاریان و داوودی، ۱۳۸۴).

فرض بر این است هر موقعیتی که بهزیستی جاندار را به خطر می‌اندازد حالت اضطراب به وجود می‌آورد، تعارض‌ها و گونه‌های دیگر ناکامی یکی از خاستگاه‌های اضطراب‌اند. همچنین خطر آسیب بدنی، به خطر افتادن عزت نفس و وارد آوردن فشار برای انجام کارهایی فراتر از توانمندی‌های کودک، در وی اضطراب ایجاد

می‌کند. منظور از اضطراب، هیجان ناخوشایندی است که با اصطلاحاتی مانند نگرانی، دلشوره، وحشت و ترس بیان می‌شود و همه‌ی انسان‌ها درجاتی از آن را گاه به گاه تجربه می‌کنند (اتکیسون، اتکیسون، اسمیت، بم، هوکسما / براهنی و همکاران، ۱۳۸۰).

اضطراب جزء جدایی ناپذیر زندگی طبیعی دوران کودکی بوده و به روشنی نشانگر روند طبیعی رشد کودک است. در واقع اضطراب‌ها ممکن است اثر سودمندی نیز روی رشد کودکان داشته باشند زیرا فرصت‌های مناسبی را برای رشد ساز و کارهای مقابله‌ای برای رویارویی با عوامل فشارزا و اضطراب آور آتی مهیا می‌سازند (هیوز / نجاریان و همکاران، ۷۵).

اضطراب در شکل تطابقی خود، به کودکان در سازگاری با دنیای دیگران کمک می‌کند. میزان متوسط اضطراب دارای عملکرد تنظیمی است و کودکان را برای منطبق کردن رفتارشان با انتظارات اجتماعی، تحصیلی و فرهنگی یاری می‌دهد. از طرف دیگر اضطراب بسیار کم و بسیار زیاد خود می‌تواند عامل ناسازگاری باشد. کسانی که اغلب عملکردهای ضد اجتماعی و مرتبط با سلوک را نشان می‌دهند بیشتر احتمال دارد از برانگیختگی اضطراب محروم باشند. اضطراب دائم و بیش از حد نیز باعث ناسازگاری است و منجر به پریشانی شده و در تکامل کودک مداخله می‌کند (گراهام / محمدی، هاشمی کهن زاد، ۱۳۸۱). این نوع اضطراب ناسازگارانه را می‌توان با توجه به سه ملاک زیر توصیف کرد:

الف) بیش از حد شدید باشد.

ب) نسبتاً مزمن باشد.

ج) مشکلاتی در زندگی والدین و کودک ایجاد کند.

اگر چه سه ملاک فوق به طور عملیاتی توصیف شده، اما می‌تواند رهنمودهای عملی را برای مربیان و درمانگرانی که باید تصمیم بگیرند آیا درمان لازم است یا نه ایجاد کند. اضطراب‌هایی که این سه ملاک (شدت، تداوم و مزاحمت) را داشته باشند به عنوان اضطراب مرضی از اضطراب‌های دوران کودکی متمایز هستند (هیوز/نجاریان و همکاران، ۷۵).

اختلال‌های اضطرابی دوران کودکی

در DSM-IV (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) کودکان با یکی از ۹ اختلال اضطرابی تشخیص داده می‌شوند:

اختلال اضطراب جدایی، اختلال وحشت‌زدگی، هراس از مکان‌های باز، اختلال اضطراب منتشر، اختلال اضطراب مفروط، هراس اجتماعی، هراس خاص، اختلال وسواس فکری - عملی، اختلال فشار روانی پس از حادثه و اختلال فشار روانی حاد. مشخصه‌ی مشترک همه‌ی این اختلال‌ها، اضطراب است که به صورت واکنش‌های شناختی ویژه و ناپیوسته، واکنش‌های کار اندام شناختی (فیزیولوژیکی) و رفتاری بروز می‌کند. آنچه که یک اختلال اضطرابی را از دیگر اختلال‌ها متمایز می‌کند کانون اضطراب کودک است (ماش و بارلکی / توزنده جانی، توکللی زاده، ۳۸۳).

دیدگاه‌های مختلف درباره‌ی اضطراب

دیدگاه زیست‌شناختی

بررسی نقش ژنتیک در اختلال اضطرابی نقش عوامل ارثی را معنی‌دار، اما در حد متوسط نشان داده است.

براساس اطلاعات موجود، نوعی اختلال اضطراب در دوران بزرگسالی (یعنی اختلال هراس) تقریباً در یک چهارم وابستگان نزدیک بیماران دچار هراس دیده می‌شود، حال آن که این میزان در گروه گواه ۲ درصد است (کرا و همکاران، ۱۹۹۳). پژوهش روی دوقلوها نشان داده ۳۱ درصد دوقلوهای یک تخمکی به اختلال هراس مبتلا بودند، در حالی که هیچ یک از دوقلوهای دو تخمکی به این اختلال دچار نبودند. به نظر می‌رسد هراس‌های ساده نیز در بین افراد خانواده‌ی شخص مبتلا وجود دارد (میز و همکاران، ۱۹۹۰). اما در مقابل، نتایج پژوهش دیگری نشان داد در اختلال اضطراب فراگیر عوامل ارثی نقش اندکی دارند (کندلر و همکاران، ۱۹۹۲). ظاهراً همه‌ی اختلالات اضطرابی از نظر تأثیر وراثت یکسان نیستند.

دیدگاه رفتاری

روانشناسان رفتارگرا، بر نقش رویدادهای خوشایند و سوابق یادگیری فرد، و نیز نقش محیط اجتماعی و بین فردی فعلی به مثابه‌ی نیروهای دخیل در رفتار انطباقی و نیز غیرانطباقی و مختل تأکید دارند. الگوی رفتاری، بر رفتار قابل مشاهده‌ی کودک و عوامل محیطی نگهدارنده‌ی آن تأکید می‌کند. به اعتقاد رفتارگرایان، وقتی سایر عوامل مؤثر ثابت است، تفاوت‌های موجود میان کودکان، ناشی از یادگیری است. الگوهای رفتاری بهنجار یا نابهنجار، تا حد زیادی تحت تأثیر محیط فعلی است و تغییر در عوامل محیطی، الگوی رفتاری را تغییر می‌دهد (کندلر/نجاریان، داوودی، ۱۳۸۴). شمیر و همکاران (۲۰۰۵) نیز در پژوهشی نتیجه گرفتند کودکان مضطرب مادران مضطرب دارند و بر نقش عوامل محیطی تأکید داشتند. همچنین ویلیام سون (۲۰۰۵) به اثر رویدادهای پرتنش به ویژه رویدادهای بیرون از کنترل

کودک در بروز اضطراب پی برد.

دیدگاه شناختی

رفته رفته ادراک، شناسایی، توجه، استدلال و قضاوت انسان در شناخت اختلالات نقش مهم‌تری ایفا می‌کنند. الگوهای شناختی تأکید می‌کنند عملکرد شناختی در ناراحتی هیجانی یا رفتاری مؤثر است. سوء تعبیر موقعیت‌های اجتماعی، تمایل به تفکر منطقی بدون وجود داده‌های کافی، عادت به سرزنش نابجای خود به دلیل بد بیاری‌ها مثال‌هایی از پردازش‌های شناختی غیرکارکردی هستند (کندال/نجاریان، داوودی، ۱۳۸۴). شورت و همکاران (۲۰۰۵) و کرسول و همکاران (۲۰۰۵) نیز در پژوهشی نتیجه گرفتند کودکان مضطرب و مادرانشان موقعیت‌های مبهم را بیشتر از کودکان عادی تهدید آمیز تفسیر کرده و افکار مضطرب کننده (مانند تهدید و تردید نشانه‌های اضطرابی) بیشتری را پیش‌بینی می‌کنند (مارین، ۲۰۰۴).

دیدگاه شناختی-رفتاری

الگوی شناختی-رفتاری بر فرآیند یادگیری و اثرات محیط تأکید می‌کند و نیز اهمیت عوامل میانجی شناخت و پردازش اطلاعات را در ایجاد و درمان اختلالات روان‌شناختی مورد تأکید خاص قرار می‌دهد (کندال، ۱۹۹۳، به نقل از کندال/نجاریان و داوودی، ۱۳۸۴).

دیدگاه روان‌پویشی

براساس الگوی روان‌پویشی فروید، درک آسیب شناسی روانی بر تحلیل تعارض بین ساختارهای ذهنی، سطوح خودآگاهی، ساز و کارهای دفاعی و مراحل رشد روانی جنسی مبتنی است. نظریه‌ی فروید بر این باور متکی است که شخصیت و اختلالات روانی

اجتماعی نتیجه تعامل پویا میان ساختارهای ذهنی (روان) است. براساس نظر فروید افکار، نگرش‌ها و رفتارهای ناشی از تعارض میان سه ساختار ذهن (خود، نهاد و فراخود) است (کندال/نجاریان و داوودی، ۱۳۸۴). در این دیدگاه شرایطی که موجب تشکیل خود و سپس فراخود می‌شود، یک تجربه‌ی عاطفی دردناک به نام اضطراب ایجاد می‌کند (فریس و نزال/فیروزبخت، ۱۳۸۳).

دیدگاه وجودی

در این دیدگاه، اضطراب ویژگی شناختی هر فرد است که در رابطه با تهدید نیستی، در وجود ما ریشه دوانده است. پذیرش آزادی و آگاهی از متناهی بودن، ناگزیر موجب اضطراب می‌شود (پروچاسکانورکراس/محمدی، ۱۳۸۳).

دیدگاه فرد مدار

در این دیدگاه، اضطراب علت مشکلات افراد نیست بلکه پیامد ناراحت کننده‌ی یک زندگی تجزیه شده است. اگرچه اضطراب عاملی است که افراد را به درمان می‌کشاند، باید با ظرافت به ابراز اضطراب درمانجو توجه کنیم تا دریابیم کدام تجربه‌های فرد^۱ برای ورود به آگاهی تهدید کننده است. درمانگران فرد مدار در عمل آثار مختل کننده‌ی اضطراب را در نظر دارند و از این رو، درمانجو را در تجربه‌های عاطفی تهدید کننده غرق نمی‌کنند، بلکه امکان وقوع تدریجی تجربه‌ی عاطفی اصلاحی را فراهم می‌آورند (پروچاسکا و نورکراس/سید محمدی، ۱۳۸۳).

دیدگاه گشتالت درمانی

در این دیدگاه اضطراب عبارت است از فاصله‌ی بین

۱۳۸۴). نتایج پژوهش موری (۲۰۰۴) بر روی ۶۸ مادر دارای فرزند ۱۵-۷ سال نشان داد مادران مضطرب صمیمیت کمتری با کودکان خود دارند. علاوه بر این مادران مضطرب به فرزندان‌شان استقلال کمتری می‌دهند. نتایج پژوهش دیگری نشان داد مداخله‌های والدین با اضطراب جدایی ارتباط دارد زیرا والدینی که تمام وظایفی را که کودکان باید به طور مستقل انجام دهند به عهده می‌گیرند، باعث می‌شوند کودکان‌شان تجربه‌های کافی به دست نیاورند و به آنها وابسته شوند (دود، ۲۰۰۶).

درمانگران فرد مدار

در عمل آثار مختل‌کننده‌ی اضطراب

را در نظر دارند و از این رو، درمان‌جو را در

تجربه‌های عاطفی تهدید کننده غرق نمی‌کنند،

بلکه امکان وقوع تدریجی تجربه‌ی عاطفی

اصلاحی را فراهم می‌آورند

کاسکل (۲۰۰۱) در پژوهش دیگری نتیجه گرفت بین شبکه‌های تربیتی والدین و اضطراب کودکان رابطه وجود دارد. والدین کودکان مضطرب الگویی مداخله‌گر همراه با درگیری با کودکان‌شان دارند. کودکان مضطرب در تعاملاتشان منفی‌تر از کودکان عادی عمل می‌کنند و در تعامل‌های خواهر و برادری سطوح بالاتری از تعارض را نسبت به کودکان عادی و صمیمیت کمتری نسبت به خواهر یا برادر مضطرب خود نشان می‌دهند (ناکس و شورت، ۲۰۰۲).

دیدگاه اجتماعی - فرهنگی

نظریه پردازانی که دیدگاه اجتماعی - فرهنگی دارند، بر نحوه‌ای که افراد تحت تأثیر دیگران، مؤسسات

اکنون و بعد، آنجا و اینجا. هر وقت که واقعیت اکنون را ترک گوییم و به آینده مشغول شویم، دچار اضطراب می‌شویم (پروچاسکا و نورکراس / سید محمدی، ۱۳۸۳).

دیدگاه درمان‌های میان فردی

در این دیدگاه اضطراب واکنش حالت کودک به سرپیچی از دستورات والد است. اضطراب می‌تواند به اندازه‌ی وحشت بیش از حد برای کودکانی که عدم تأیید والدین را تجربه می‌کنند توانفرسا باشد. این پیش‌بینی ممکن است والدین تمام نوازش‌های خود را دریغ کنند می‌تواند باعث شود کودک محرومیت روانی را قریب الوقوع بداند. بدیهی است والد انباشته از دستورات است. پس افراد زیادی در این خطر دائمی به سر می‌برند که اگر مستقیماً طبق امیال انسانی عمل کنند وحشت سرپیچی از دستورات والدین، آنها را از توان می‌اندازد (پروچاسکا و نورکراس / سید محمدی، ۱۳۸۳).

دیدگاه سیستمی

دیدگاه‌های گوناگون اندیشه‌های متفاوتی درباره‌ی اثر نظام اجتماعی اولیه بر کودک و اختلالات روان‌شناختی بعدی او مطرح کرده‌اند. معمولاً نظریه‌ی سیستمی ادعا می‌کند کانون آسیب شناسی در فرد (یعنی کسی که به عنوان بیمار معرفی شده) نیست بلکه در ارتباط‌های درونی اعضای خانواده است. آنچه اهمیت اساسی دارد این است که رویکردهای سیستمی بر خلاف سایر الگوهای آسیب‌شناسی روانی کانون اختلال را نه در فرد، بلکه در نظام خانواده می‌جویند. فرد دچار اختلال نیست، بلکه با الگوهای تعامل درون نظام اجتماعی مشکل دارد. از آنجا که خانواده شبکه‌ی اصلی ارتباط اجتماعی کودکان را تشکیل می‌دهد، در واقع الگوی تعامل درون خانواده ناکارآمد است (کندال / نجاریان و داوودی،

آرزوها و چیزهایی که غمگین یا شادشان می‌کند، کامل کنند. این شیوه به ویژه می‌تواند به مشاوران کمک کند تا با کودکان آشنا شوند و رابطه‌ی دوستانه‌تری با درمان جویانی برقرار کنند که اضطراب و ترس دارند یا مایل نیستند صحبت کنند (تامپسون و رودولف / طهوریان، ۱۳۸۴).

قصه‌گویی: ریچارد گاردنر تکنیک قصه‌گویی متقابل را به عنوان ابزاری درمانی در کار با کودکان مطرح کرد. در این تکنیک از شیوه‌ی مشابهی نیز بهره گرفته می‌شود تا به کودکان کمک شود افکار و احساسات خویش را درک کنند و نیز بینش‌ها، ارزش‌ها و معیارهای رفتاری معناداری به کودکان تفهیم شود. مشاور مقدمات را فراهم می‌کند و از کودک می‌خواهد شروع به گفتن قصه کند که البته ضبط نیز می‌شود. مشاور به کودک می‌آموزد هر داستان باید شروع، میانه و پایان داشته باشد و در آخر جلسه نیز از او درباره‌ی نتیجه‌ی اخلاقی داستان سؤال می‌شود. پس از آنکه کودک قصه را تمام کرد، مشاور ممکن است لازم بداند بعضی قسمت‌های داستان را توضیح دهد. آن‌گاه مشاور با استفاده از موضوع و زمینه‌ی مشابه از جمله وام‌گیری شخصیت‌های مهم از داستان کودک، داستانی را آماده می‌کند. با وجود این، داستان مشاور راه حل‌های بهتر یا پاسخ‌هایی مناسب‌تر برای وضعیت یا مشکل مورد نظر پیش پای کودک می‌گذارد (تامپسون و رودولف / طهوریان، ۱۳۸۴). داستان‌گویی یکی از مناسب‌ترین فنون برای درونی‌سازی تغییر است، بدون اینکه لازم باشد کودک بینش یا فهم خود را راجع به چگونگی وقوع تغییرات به زبان آورد (پروت و براون / فرهی، ۱۳۸۳). یوسفی لویه (۱۳۸۶) نیز در پژوهشی بر روی ۱۴ کودک مضطرب به این نتیجه رسید که قصه‌درمانی موجب کاهش نشانه‌های اضطرابی و اختلال‌های همبود در این کودکان می‌شود.

اجتماعی و نیروهای اجتماعی پیرامونشان قرار می‌گیرند، تأکید می‌ورزند. این عوامل تأثیر گذار را می‌توان به آنهایی که تأثیر فوری بر فرد دارند نظیر خانواده و آنهایی که گسترده‌تر هستند، مانند جامعه، تقسیم کرد. دیدگاه‌های اجتماعی - فرهنگی، گرایش‌هایی را در بر می‌گیرد که ارتباط محکمی با هم ندارند. نظریه پردازان این دیدگاه، روی یک یا چند عامل تأثیر گذار تمرکز می‌کنند. اما ویژگی مشترک آنها این است که علت اختلال‌های روانی را عوامل بیرون از فرد می‌دانند و روی همین عوامل تأکید می‌ورزند (هالچین، ویتیرون / سید محمدی، ۱۳۸۳).

درمان اختلال‌های اضطرابی

مشاوره بر پایه‌ی روان‌تحلیلی

هدف نخست مشاوره در چهارچوب نظریه‌ی روان‌تحلیلی آن است که آنچه در ناهشیار است، به هشیار انتقال داده شود. همه‌ی آنچه در ناهشیار است زمانی در هشیار بوده است. از روش‌های گوناگونی برای آشکار کردن ناهشیار استفاده می‌شود که در اینجا به چند نمونه از آن اشاره می‌شود:

آنچه اهمیت اساسی دارد این است که رویکردهای سیستمی بر خلاف سایر الگوهای آسیب‌شناسی روانی کانون اختلال را نه در فرد، بلکه در نظام خانواده می‌جویند. فرد دچار اختلال نیست، بلکه با الگوهای تعامل درون نظام اجتماعی مشکل دارد

تحلیل جملات ناتمام: برای درک و یافتن مشکلات و ناراحتی‌های کودکان از آنها خواسته می‌شود جملاتی را در باره‌ی علائق، نفرت‌ها، خانواده، دوستان، هدف‌ها،

گشتالت درمانی

کمک کند موقعیت‌های دردآور زندگیشان را نمایش دهند و بخش‌های فراموش شده‌ی شخصیت شان را نیز دوباره با زندگی مرتبط سازند. روش رویاپردازی گشتالتی در متوقف کردن تکرار کابوس‌ها بسیار مؤثر و نتیجه بخش است (تامپسون و رودولف / طهوریان، ۱۳۸۴).

درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری (REBT)

هدف اصلی درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری افزایش رضایت‌مندی یا خرسندی درمانجو و کاستن از درد و رنج اوست. در این شگرد برای آنکه درمانجو به حالت نشاط دائمی دست یابد، هدف اصلی دنبال می‌شود. نخستین هدف آن است که درمانجوی دچار اختلال هیجانی متوجه شود چگونه باورها یا نگرش‌های غیرعقلانی به پیامدهای مشکل آفرین در او می‌انجامد. این پیامدها ممکن است خشم، افسردگی یا اضطراب را شامل شوند. هدف دوم آن است که به طور مستقیم و از لحاظ عقلی به درمانجو بیاموزیم چگونه درباره‌ی باورهای غیر منطقی خود بحث و گفتگو کند و باورها کردن آنها، باورهای منطقی را به جایشان در خود شکل دهد (تامپسون و رودولف / طهوریان، ۱۳۸۴).

در این دیدگاه وارونه کردن نقش، شگرد مؤثری در کار با کودکان است. در این شگرد، کودک رویداد برانگیزنده و پیامدهای هیجانی آن را توصیف می‌کند. سپس مشاور توضیح می‌دهد این افکار کودک است که موجب پریشانی او شده. بعد، آنان آن رویداد برانگیزنده را از راه برگزاری نقش تکرار می‌کنند، طوری که مشاور نقش کودک را ایفا می‌کند. در حالی که آن رویداد نمایش داده می‌شود، مشاور رفتار درست را به کودک نشان می‌دهد، ضمن آن که با صدای بلند گفتارهای درونی خود را بر زبان می‌آورد. پس از آن

وظیفه‌ی مشاور در رویکرد گشتالت درمانی آن است که به درمانجو کمک کند به آگاهی در لحظه‌ی کنونی دست یابد. مقصود از این آگاهی آن است که درمانجو بتواند در لحظه‌ی کنونی به تمرکز قوا برسد، به اکنون توجه داشته باشد و با لحظه‌ی کنونی تماس خود را قطع نکند. در گشتالت درمانی می‌توان از روش‌های زیر استفاده کرد تا جریان صحبت در طول مشاوره بر محور زمان حال بچرخد.

بازی‌های تخیلی: بازی‌های تخیلی می‌توانند برای کودکان در سنین مختلف بسیار سرگرم کننده باشند و آنان را از احساسات کنونی‌شان آگاه سازند. کودکان در یک بازی تخیلی گروهی جانوری را انتخاب می‌کنند که دوست داشتند آن جانور بودند و همان کارهایی را می‌کردند که جانور مزبور می‌کند. در این بازی، کودکان دو نفری با هم می‌نشینند و با هم در این‌باره بحث و گفتگو می‌کنند که اگر آن جانور خاص بودند، چه احساسی داشتند. در اوج و مرحله‌ی نهایی این بازی، آنان می‌توانند داستانی در این باره بنویسند که اگر واقعاً آن جانور بودند، چه احساسی داشتند. در آخر تمرین و بازی، کودکان آگاهی واقع بینانه‌تری از چگونگی احساس خود پیدا می‌کنند و بهتر می‌توانند درباره‌ی احساسشان با مشاور، معلم یا پدر و مادرشان صحبت کنند.

رویاپردازی: روش رویاپردازی را می‌توان به شکل‌های گوناگونی با کودکان به کار بست. یک داوطلب می‌تواند رویایی را توصیف کند و دانش‌آموزان دیگر می‌توانند با بیان افکار و احساساتشان به جای اشیاء و افراد در رویا ایفای نقش نمایند. وظیفه‌ی درمانگر در یکپارچه‌سازی رویاها آن است که درمان‌جویان را بر آنچه در زندگی کنونی‌شان از آن پرهیز می‌کنند، تمرکز دهد و به آنان

غیر حرفه‌ای رفتاری - شناختی به طور مؤثری اضطراب کودکان را کاهش دهند (تینس و همکاران، ۲۰۰۶؛ برنستین و همکاران، ۲۰۰۵). با توجه به اینکه انحرافات شناختی در میان کودکان مضطرب رایج است و همچنین باورهای غیر منطقی یا تفکر خود آزارنده‌ی کودک واکنش خشم و افسردگی و اضطراب را تشدید می‌کند (واترز، ۱۹۹۸)، درمان رفتاری - شناختی مداخله‌ای مؤثر برای انحرافات شناختی (آلفانو، ۲-۲) و مؤثرترین درمان برای اضطراب کودکان است (هادسون و همکاران، ۲۰۰۵، ماناسیس، ۲۰۰۰).

وظیفه‌ی مشاور در رویکرد گشتالت درمانی آن است که به درمانجو کمک کند به آگاهی در لحظه‌ی کنونی دست یابد. مقصود از این آگاهی آن است که درمانجو بتواند در لحظه‌ی کنونی به تمرکز قوا برسد، به اکنون توجه داشته باشد و با لحظه‌ی کنونی تماس خود را قطع نکند

کارت رایت و همکاران (۲۰۰۵) معتقد بودند کودکان دچار اضطراب اجتماعی ممکن است گاهی کمبودهایی در مهارت‌های اجتماعی نشان دهند. کودکان مضطرب نیز معتقدند در رویارویی اجتماعی ناآرام هستند. این کودکان ضرورتاً از نظر مهارت‌های اجتماعی ضعیف نیستند. نقص آنها ممکن است به ارزیابی مهارت‌هایشان ربط داشته باشد. پیش از تعیین برنامه‌های درمانی باید در ارزیابی مهارت‌های اجتماعی این کودکان دقت لازم به عمل آید و از درمان شناختی برای تغییر ادراکات نادرست درباره‌ی مهارت اجتماعی فردی استفاده شود (کورت رایت و همکاران، ۲۰۰۳).

مشاوره‌ی رفتاری

هدف نهایی مشاوره‌ی رفتاری، همچون هر روش

نقش‌ها عوض می‌شود و کودک افکار جدیدی را آزمایش می‌کند و در ازای گفته‌ها و رفتارهای عقلانی و منطقی، جایزه‌ای که بهتر است تأیید و تحسین در حضور جمع باشد، دریافت می‌کند. شاید لازم باشد هر بار که کودک رفتارهای رو به رشد یا بهبود یافته‌ای را بروز داد، آن را تقویت کرد (تامپسون و رودولف / طهوریان، ۱۳۸۴).

درمان شناختی - رفتاری (CBT)

درمان شناختی - رفتاری برای ایجاد تغییر در رفتار و احساس درمانجویان از روش‌های تغییر رفتار و روش‌های بازسازی فکر با هم استفاده می‌شود (تامپسون و رودولف / طهوریان، ۱۳۸۴). اهداف اصلی مداخله‌های شناختی - رفتاری برای کودکان مضطرب و خانواده‌هایشان کنترل اضطراب، کاهش آشفتگی شخصی و افزایش تسلط و مهارت‌های مقابله‌ای است. کودکان می‌آموزند و شروع به بازشناسی اولیه به عنوان نشانک‌هایی^۱ برای شروع راهبردهای مقابله‌ای شناختی و رفتاری فعال می‌کنند. این مهارت‌ها در یک روند منظم آموخته و برای ترفیع مهارت سازنده طرح می‌شوند. موضوع اصلی کمک به کودک برای ترکیب این مهارت‌های شخصی در میان یک مجموعه سازگاری یکپارچه شده است که در برنامه‌ها به عنوان ترس شناخته می‌شود. پس از این که این مهارت‌ها آموخته شدند، در نیمه‌ی دوم برنامه در موقعیت‌های فراخوان اضطراب و زندگی واقعی به کار گرفته شوند. یک مؤلفه‌ی والدینی یا خانوادگی برای بهبود دستاوردهای به دست آمده در درمان فردی و تعمیم آنها به زمان‌ها و محیط‌های دیگر نیز طرح می‌شود (یونسی، ۱۳۸۴، گراهام / محمدی، کهن زاد، ۱۳۸۱). والدین کودکان مضطرب از راه فراگیری مهارت‌هایی برای کار با کودکان‌شان می‌توانند به عنوان درمانگران

و احساسات را ترغیب می‌کند. رابطه‌ای که بین مشاور و کودک برقرار می‌شود رابطه‌ای است مبتنی بر پذیرش. مشاور همدلی، احترام، صداقت و راستگویی خود را به کودک منتقل می‌کند و به استعداد کودک برای هدایت خویش ایمان دارد.

یکی از فنونی که در رویکرد شخص محور استفاده می‌شود بازی درمانی است. درمان شخص محور فرض را بر این می‌گذارد که وقتی کودکان در بازی جهان خویش و رابطه‌شان با آن را دوباره خلق کنند می‌توانند مشکلات خود را حل کنند. بازی به ویژه در مورد کودکان خردسالی که گستره‌ی توجه کمی دارند، کودکانی که در بیان و توصیف کلامی خودشان مشکل دارند، یا کودکانی که به بالیدگی رشدی یا هیجانی نرسیده‌اند، می‌تواند مفید باشد. استفاده از بازی در مورد این کودکان به آنها آزادی عمل می‌دهد و از فشار بر آنها می‌کاهد. بازی، ارتباط را تسهیل می‌کند و به مشاور یا درمانگر کمک می‌کند به دنیای کودک وارد شود (پروت و براون / فرهی، ۱۳۸۳).

مشاوره خانوادگی در رویکردهای سیستمی، نظام نگر
روش مشاوره در خانواده درمانی زوجی مستلزم مشارکت همه‌ی خانواده است و بر تفاهم، تعامل و اطلاعات کلی استوار است. رویکردی که ستیر آموزش می‌داد، هم فیزیکی بود و هم عاطفی. هدف‌های ستیر از مشاوره‌ی خانوادگی آن بود که محیط خانواده را اصلاح کند و به افراد خانواده کمک نماید دریاوند برای خودشان و برای خانواده چه چیزی را می‌خواهند (تامپسون و رودلف / طهوریان، ۱۳۸۴). آگاهی از پویایی‌های نظام‌های خانواده و سنجش دقیق آنها برای مشاوران و درمانگرانی که رویکردهای آموزش والدین را به کار می‌برند، دارای نهایت اهمیت است. آموزش

مشاوره‌ی دیگر آن است کودکان بیاموزند چگونه با تغییر رفتارشان برای بهتر برآورده کردن نیازهایشان مشاور خودشان باشند. غالباً باید از فنون رفتاری در شروع درمان استفاده کرد، زیرا ممکن است مشکلات درمان‌پذیر با این فنون برای بیمار ناراحت کننده باشند و از پیشرفت درمان جلوگیری کنند. از جمله‌ی این فنون به موارد زیر می‌توان اشاره کرد:

آرام سازی، تنش ماهیچه‌ای و روانی

آرام سازی شیوه‌ای برای مقابله با دو تنش ماهیچه‌ای و روانی است. آرام سازی منظم از راه آموزش‌های دقیق در مورد چگونگی ایجاد و تعدیل تنش در ماهیچه‌های مختلف و چگونگی آرام سازی آموزش داده می‌شود.

رویارویی تدریجی، پرهیز، حساسیت زدایی منظم

رویارویی تدریجی در بیماران مضطربی که از پرهیز به عنوان یک شگرد مقابله‌ای استفاده می‌کنند، تکنیک بسیار مؤثری است. موقعیت‌های ترسناک به طور سلسله مراتبی تنظیم می‌شوند. به طوری که بیمار ابتدا در موقعیت‌هایی که کمترین میزان اضطراب را بر می‌انگیزد قرار داده می‌شود و به تدریج با موقعیت‌های ترس آورتر روبه رو می‌شود. بیمار باید تشویق شود به تنهایی یا با یکی از بستگان و یا با درمانگر با این موقعیت‌ها روبه رو شود. این شگرد، حساسیت زدایی منظم نام دارد و کاربرد آن در مورد بیماران دچار اختلال هراس بسیار مفید است (هالند، گیمل / جلالی، ۱۳۸۳).

درمان بر پایه‌ی رویکرد شخص محور

مشاوران شخص محور در مورد کودکانی که دلواپسی‌های رشدی، درمانی و بحرانی دارند فضای امنی به وجود می‌آورند که ابراز آزادانه و صریح افکار

سادوک / پورافکاری، ۱۳۸۴).

نتیجه گیری

کمکی که مشاوران به کودکان می‌کنند می‌تواند بر حسب الگوی مشاوره‌ای که به کار می‌بندند متفاوت باشد. رویکردهای گوناگون را به طور کلی می‌توان در چهار گروه طبقه‌بندی نمود. رویکرد شناختی، رفتاری، عاطفی و تلفیقی از دو یا چند رویکرد که به آن رویکرد تلفیقی یا آمیخته گفته می‌شود. اگر این رویکردهای متفاوت به مشاوره و روان‌درمانی را مقایسه کنیم، می‌بینیم هیچ یک در همه حال، رویکردی کارآمدتری از بقیه نیست. بعضی رویکردها احساسات درمانجو را کانون توجه خود قرار می‌دهند در حالی که بعضی دیگر به تفاوت یا رفتار درمانجو توجه می‌کنند. تغییر در هر یک از این سه حوزه احتمالاً تغییر در دو حوزه‌ی دیگر را نیز به دنبال خواهد داشت. بنابراین، مداخله‌ی مؤثر در یکی از این سه حوزه به فرد کمک می‌کند تا با هماهنگ کردن دو حوزه‌ی دیگر، زندگی سالم‌تر و کارآمدتری را در پیش گیرد. در زیر راهبردهایی برای درمان اضطراب کودکی با استفاده از یک رویکرد تلفیقی ارائه می‌شود.

۱. آموزش الگوهای تربیتی مناسب به والدین،
۲. آگاه کردن کودک از احساسات مختلف خود،
۳. آگاه کردن کودک از افکار غیر منطقی خود و پیامدهای آن و جایگزین کردن افکار منطقی،
۴. آگاه کردن کودک از رفتارهای خود و پیامدهای آن
۵. آموزش راهبردهای رویارویی مؤثر هنگام مواجه شدن با مشکلات،
۶. آموزش فنون‌های مختلف رفتاری مانند آرام‌سازی برای تعدیل تنش در ماهیچه‌های مختلف هنگام رویارویی با اضطراب.

والدین غالباً به‌طور فردی یا در گروه‌هایی انجام می‌پذیرد که در آنها هر کدام از والدین، کودکانی دارند که در مدرسه یا در اجتماع مشکلات رفتاری دارند. الگوهای تعاملی در خانواده که ممکن است به تداوم این مشکلات کمک کنند باید مورد بررسی قرار بگیرند. سه مورد از این مسائل عبارت‌اند از: ۱. رویکردهای اخیر آموزش والدین دیدگاه یک جانبه‌ای در باره‌ی رابطه‌ی والد- کودک ارائه می‌کنند و برنامه‌ی آموزش کارآمدی به دانش‌آموز تلاشی است برای متعادل و متوازن ساختن یک جانبه‌ی آموزش کارآمدی به والدین از راه آموزش مهارت‌های ارتباطی یکسان به کودکان و والدین، ۲. غالباً مادران به تنهایی در فرآیند یادگیری راهبردهای فرزند پروری جدید حضور فعال دارند بنابراین استفاده از آموزش پدر و مادر ضروری به نظر می‌رسد، ۳. مهارت‌های فرزند پروری یکسان معمولاً بدون توجه به ویژگی‌های خاص هر یک از خانواده‌ها آموزش داده می‌شوند. پس با هر خانواده به‌طور جداگانه مصاحبه شود تا نقاط ضعف و قوت‌شان در برخورد با موقعیت‌های مثبت و نیز تعارض‌آمیز سنجیده شود (پروت و براون/ فرهی، ۱۳۸۳).

دارو درمانی

در دارو درمانی SSRLS برای درمان اختلالات اضطرابی کودکان مؤثر است که شامل فلئوکزین، فلووکامین، سرتالین، پاور و نیز با سپیرون می‌باشد. دیفن هیدرامین را می‌توان برای اصلاح آشفتگی چرخه‌ی خواب به کار برد. آزمایش‌های باز و یک مطالعه دو سرکور حاکی است آلپرازولام ممکن است در کنترل علائم اضطراب جدایی مفید باشد. کلونازپام، یکی از بنزودیازپین‌ها نیز ممکن است در کنترل علائم هراس و سایر علائم اضطرابی مفید باشد (کاپلان،

منابع :

- انجمن روان پزشکی آمریکا (۲۰۰۰). متن جدید تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی. (ترجمه‌ی محمدرضا نیکخو، هامایاک آوادیس یانس، ۱۳۸۱). تهران: سخن.
- پروت، تامپسون؛ براون، داگلاس. (بی‌تا). روان‌درمانی و مشاوره کودکان و نوجوانان. (ترجمه‌ی حسن فرهی، ۱۳۸۳). تهران: ارجمند.
- پروچاسکا، جمیز، نورکراس، جان سی. (بی‌تا). نظریه‌های روان‌درمانی (ترجمه‌ی یحیی سید محمدی، ۱۳۸۳). تهران: رشد.
- تامپسون، چارلز؛ رودلف، لیندا، ب. (بی‌تا). مشاوره با کودکان. (ترجمه‌ی جواد طهوریان، ۱۳۸۴). تهران: رشد.
- شرودر، کارولین اس؛ گوردون بتی ان. (بی‌تا). سنجش و درمان مشکلات دوران کودکی. (ترجمه‌ی مهرداد فیروزبخت، ۱۳۸۵). تهران: دانش.
- فیرس، ای، جری؛ نزال، تیمونی جی. (بی‌تا). روان‌شناسی بالینی (ترجمه‌ی فیروزبخت، مهرداد، ۱۳۸۳)، تهران: انتشارات رشد.
- کاپلان، سادوک (بی‌تا). خلاصه روان‌پزشکی، (جلد دوم). (ترجمه‌ی نصرت اله پورافکاری، ۱۳۸۴). تهران: شهر آب.
- کندال، فیلیپ سی. (بی‌تا). روان‌شناسی مرضی کودک. (ترجمه‌ی بهمن نجاریان و ایران داوودی، ۱۳۸۱). تهران: رشد.
- گراهام، فیلیپ، (بی‌تا). درمان شناختی- رفتاری برای کودکان و خانواده‌ها. (ترجمه‌ی محمدرضا محمدی، هوشمند هاشمی کهن زاد، ۱۳۸۱). تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.
- ماش، اریک جی؛ بارکلی، راسل ای. (بی‌تا). روان‌شناسی مرضی کودک (جلد اول). (ترجمه‌ی حسن تونزنده جانی، جهانشیر توکلی زاده و نسرین کمال پور، ۱۳۸۳). گناباد: مرندیز.
- هالجن، ریچارد پی؛ ویسبورن، سوزان کراس. (بی‌تا). آسیب‌شناسی روانی (جلد اول). (یحیی سید محمدی، مترجم). تهران: روان.
- هالند، ملیسا ال؛ گیمبل، گرچن (بی‌تا). درمان مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان. (ترجمه‌ی سید احمد جلالی، ۱۳۸۳). تهران: پادار.
- یونسی، سید جلال؛ شیری، زهره (۱۳۸۴). درمان ناهنجاری‌های روانی در کودکان نوجوانان و خانواده‌ها. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.
- فیرس، ای، جری؛ نزال، تیمونی جی. (بی‌تا). روان‌شناسی بالینی. (ترجمه‌ی مهرداد فیروز بخت، ۱۳۸۴)، تهران: انتشارات رشد.
- هیوز، جان (بی‌تا). روان‌شناسی بالینی کودک. (ترجمه بهمن نجاریان و سیامک خدارحیمی مکنونی، ۱۳۷۵). اهواز: انتشارات مردمک.
- Alfano CA, Beidel DC & Turner SM (2002). *Cognition in Childhood Anxiety: Conceptual, Methodological, and Developmental Issues*. Clin Psychol Rev; 22(8),1209-38
- Bernstein, GA. Layne, AE, Egan, EA, and Tennison, DM (2005). *School – Based Interventions for Anxious Children*. J Am Acad Child Adolese Psychiatry, 44(11): 1118-27.
- Cartwright – Hatton S, Hodges L. And Porter J. (2003) *Social Anxiety In Childhood: The Relationship With Self And Observer Rated Social Skills*. J Child Psychiatry, 44 (5): 737-42.
- Cortwright – Hatton S, Tschernitz N . & Gomersall H. (2005) *Social Anxiety in Children: Social Skills Deficit, Or Cognitive Distortio?* Behavior Ther, 43(1): 131-41.
- Creswell, C. , Schemering, CA, And Rapee, RM. (2005). *Threat Interpretation In Anxious Childrene And Their*

- Mothers: Comparison With No clinical Children And the Effects Of Treatment. Behave Res Ther . 43(10): 1375-81. E Pub.2005.*
- Cascell APW. (2001). *Parent – Child Interactions and Anxiety Disorder, An Observational Study, 39(12): 1411-27.*
- Crow, R.R. Noyes, R. And Pouls (1993). *A Family Study of Panic Disorder. Archives of General Psychiatry, 40-1065-1.69.*
- Fox TL, Barret PM, And Shortt AL. *Sibling Relationships of Anxious Children: A Preliminary Investigation. J Clin Child Adolesc Psychol, 31(3): 375-83.*
- Fyer, El. (1990). *Familial Transmission of Simple Phobias and Fears. Archires of et General Psychiatry,47,252-256.*
- Hudson, J.L., Devencye. And Taylor L. (2005). *Nature, Assessment, and Treatment of Generalized Anxiety Disorder In Children . Pediatr Ann; 34(2): 97-106.*
- Kendler, K.S. EL. (1992). *Generalized Anxiety Disorder In Woman. A population – Based Twin Study. Archives of General Psychiatry, 49.267-272.*
- Marine, WE, Bell, DJ. (2004). *Anxiety And Depression Related Thoughts in Children: Development and Evaluation of a Cognition Measure. J Clin Child Adolesc Psychol: 33(4): 717-30.*
- Shamir – Essakow G, Ungere JA, Rapee RM. (2005). *Allotment Behavioral Inhibition, And Anxiety in Preschool Children. Journal of Abnormal Child Psychol, 33(2): 131-43*
- Short AL. Barrett. PM. And Dadds, Mr. and Fox TL. (2001). *The Influence of Family and Experimental Context on Cognition in Anxious. Journal Abnorm Child Psychol, 29(6): 585-96.*
- Thienemann. M, Moore, P. And Tompkins, K (2006) . *A Parent Only Group Intervention for Children With Anxiety Disorders: Pilot Study. J AM Acad Child Adolesc Psychiatry,45(1):37-46.*
- Waters, E. Cummings,E. M. (1998). *A Secure Base From Which To Explore Close Relationship. Child Development, 71,164-172.*
- Williamson, DE. Forbers. EE. & Dohl, RE. And Ryan. ND. (2005). *Agentic Epidemiologic Perspective on Comorbidity of Depression and Anxiety. Child Adoless Psychiatr Clin N AM, 14(4): 707-26.VIII.*
- Wood, JJ, (2006). *Parental Intrusiveness and Children's Separation Anxiety in Clinical Sample. Child Psychiatry Hum Dev, 37(1): 73-87.*
- Moore Ps Whley SE. And Sigman M. (2004). *Interaction Between Mothers and Children: Impact of Maternal and Child Anxiety. Journal Abnorm Psychol, 193(3):477-6.*