

# درمان اختلالات اضطرابی دوران کودکی

آذر متین / دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی

## چکیده

اختلالات اضطرابی از جمله اختلالات شایع کودکان هستند و می‌توانند زمینه‌ساز بسیاری از اختلالات دیگر باشند. این اختلال اغلب با عملکرد مؤثر فرد در حوزه‌های دیگر تداخل دارد. شیوع این اختلال در کودکان از ۱۴ تا ۱۹ درصد می‌باشد و اغلب با اختلالات دیگر نظیر افسردگی و یا اختلالات رفتاری مهار گسیخته تظاهر می‌یابد. کودکان با اختلالات اضطرابی همچنین در معرض خطر بالای استفاده از مواد، خودکشی و اختلالات روان‌پزشکی در دوران نوجوانی و بزرگسالی هستند. بنابراین شناسایی علل و مداخله بر علائم اضطراب و بررسی دیدگاه‌های مختلف در این زمینه مهمترین درمان‌های رایج آورده شده است.

## مقدمه

رشد هیجانی برای همه انسان‌ها نوعی چالش است. کودکان طی دوره‌ای کمتر از ۱ دهه، از درک هیجانی محدود، به افرادی دارای شبکه‌ی 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 که برخی کودکان در مواجهه با این چالش‌ها در هم می‌شکنند و دچار اختلالات هیجانی می‌شوند. اختلالات هیجانی سیری 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 که 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 آمدن 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 همه انسان‌ها در جاتی از آن را گاه‌گاه تجربه می‌کنند (اتکینسون، اتکینسون، اسمیت، بم و هوکسما / براهنی و همکاران، ۱۳۸۰).

اضطراب جز جدایی ناپذیر زندگی طبیعی دوران کودکی بوده و به روشنی نشانگر روند رشد طبیعی کودک است. در واقع اضطراب‌ها ممکن است اثر سودمندی نیز روی رشد کودکان داشته باشند زیرا فرصت‌های مناسبی را برای رشد سازوکارهای مقابله‌ای جهت مواجهه با عوامل فشارزا و اضطراب‌آور آتی مهیا می‌سازند (هیوز/نجاریان و همکاران، ۱۳۷۵). 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 سازگار کردن رفتارشان با انتظارات اجتماعی، تحصیلی و فرهنگ‌یاری می‌دهد. از طرف دیگر اضطراب بسیار کم و بسیار زیاد می‌تواند عامل ناسازگاری باشد. کسانی که اغلب عملکردهای ضد اجتماعی و مرتبط با سلوک نشان می‌دهند به احتمال بیشتری، از برانگیختگی اضطراب محروم هستند. 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 نشده، اما می‌توانند رهنمودهای عملی برای مریبان و درمانگرانی که باید تصمیم بگیرند آیا درمان لازم است یا نه ایجاد کند. اضطراب‌هایی که این سه ملاک (شدت، تدوام و مزاحمت) را داشته باشند به عنوان اضطراب مرضی از اضطراب‌های دوران کودکی متمایز می‌شوند (هیوز/نجاریان و همکاران، ۱۳۷۵).

### اختلالات اضطرابی دوران کودکی

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

اختلال اضطراب جدایی، اختلال وحشت زدگی، هراس از مکان‌های باز، اختلال اضطراب منتشر، اختلال اضطراب مفراط، هراس اجتماعی، هراس خاص، اختلال وسواس فکری - عملی، اختلال فشار پس از ضربه و اختلال فشار حاد. در همه این اختلال‌ها، اضطراب یک مشخصه‌ی مشترک 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 بارکلی/توزنده جانی، توکلی زاده، ۱۳۸۳).

### دیدگاه‌های مختلف درباره‌ی اضطراب

#### دیدگاه زیست شناختی

بررسی نقش ژنتیک در اختلال اضطرابی نقش عوامل

ارثی را معنی دار، 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). پژوهشی روی دوقلوها نشان داده که ۳۱ درصد دوقلوهای یک تخمکی هر دو دچار اختلال هراس بودند، در حالی که هیچ یک از دوقلوهای دو تخمکی، به این اختلال دچار نبودند. به نظر می‌رسد که هراس‌های ساده نیز در بین افراد خانواده‌ی شخص مبتلا وجود دارد (فیر، ۱۹۹۰). اما در مقابل، نتایج پژوهشی نشان می‌دهد که در اختلال اضطراب فراگیر عوامل ارثی نقش اندکی دارند (کندلر و همکاران، ۱۹۹۲). ظاهراً همه 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 مثابه نیروهای دخیل در رفتار انطباقی و نیز غیر انطباقی و مختل تأکید دارند. الگوی رفتاری بر رفتار قابل مشاهده 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، انگر و رپی (۲۰۰۵) نیز در پژوهشی نتیجه گرفتند که کودکان مضطرب مادران مضطرب دارند و بر نقش عوامل محیطی تأکید داشتند و

سطوح خودآگاهی، سازوکارهای دفاعی و مراحل رشد روانی جنسی مبتنی است.

نظریه فروید بر این باور متکی است که شخصیت و اختلالات روانی اجتماعی نتیجه تعامل پویای میان ساختارهای ذهن (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 بعداً فراخود می‌شود یک تجربه‌ی عاطفی دردناک به نام اضطراب ایجاد می‌کند (فیرس 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 (پروچاسکا و نورکراس/محمدی، ۱۳۸۳).

#### دیدگاه فرد مدار

در این دیدگاه اضطراب علت مشکلات افراد نیست بلکه پیامد ناراحت کننده‌ی یک زندگی تجزیه شده است. گرچه اضطراب عاملی است که افراد را به درمان می‌کشاند، باید با ظرافت به ابراز اضطراب درمانجو توجه کنیم تا دریابیم کدام تجربه‌های اندامگانی (ارگانیزمی) برای ورود به آگاهی تهدیدکننده 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).

همچنین ویلیام سون، فاربر و ریان (۲۰۰۵) به اثر رویدادهای پر تنش به ویژه رویدادهایی که خارج از کنترل کودک بودند در بروز اضطراب پی بردند.

#### دیدگاه شناختی

رفته رفته ادراک، شناسایی، توجه، استدلال و قضاوت انسان در شناخت اختلالات نقش مهم‌تری ایفا می‌کنند. الگوهای شناختی تأکید می‌کنند که 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 بدبختی‌ها مثال‌هایی از پردازش‌های شناختی غیر کارکردی هستند (کندال/نجاریان، داوودی، ۱۳۸۴). شورت، بارت و دادس (۲۰۰۵) و کرسول، اسپچرینگ و رپی (۲۰۰۵) نیز در پژوهشی نشان دادند که کودکان مضطرب و مادرانشان موقعیت‌های مبهم را بیشتر از کودکان عادی تهدیدآمیز تفسیر کردند و افکار مضطرب کننده مانند تهدید و تردید بیشتر پیش‌بینی کننده‌ی نشانه‌های اضطرابی هستند (مارین و بل، ۲۰۰۴).

#### دیدگاه شناختی - رفتاری

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

#### دیدگاه روان پویایی

بر اساس الگوی روان پویایی فروید، درک آسیب - شناسی روانی بر تحلیل تعارض بین ساختارهای ذهنی،

### دیدگاه گشتالتی

در این دیدگاه اضطراب عبارت است از فاصله‌ی بین اکنون و بعد، بین آنجا و اینجا. هر وقت که واقعیت اکنون را ترک گوئیم 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 کودکانی که عدم تأیید والدین را تجربه می‌کنند توانکاه باشد. پیش بینی این که ممکن است والدین تمام نوازش‌های خود را دریغ کنند می‌تواند باعث شود که کودک محرومیت روانی را قریب الوقوع بداند. بدیهی است که والد مملو 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 در باره اثر نظام اجتماعی اولیه بر کودکی و اختلالات روان شناختی بعدی او مطرح کرده‌اند. معمولاً نظریه سیستمی ادعا می‌کند که 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 آسیب شناسی 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 شبکه اصلی ارتباط اجتماعی کودکان را تشکیل می‌دهد، پس در واقع الگوی تعامل درون خانواده ناکارآمد است (کندال / نجاریان و داوودی، ۱۳۸۴). نتایج پژوهش موری، والی و سیگمن (۲۰۰۴) روی ۶۸ مادر دارای فرزند ۱۵-۷ سال نشان داد که مادران مضطرب صمیمیت کمتری با کودکان خود دارند. علاوه بر این، مادران مضطرب به فرزندانشان استقلال کمتری می‌دهند. نتایج پژوهش دیگری نشان داد که 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 مراقبشان وابسته شوند (وود، ۲۰۰۶).

در همه این اختلال‌ها، اضطراب یک مشخصه‌ی مشترک است که به صورت واکنش‌های شناختی ویژه و ناپیوسته، واکنش‌های کار اندام شناختی (فیزیولوژیکی) و رفتاری بروز می‌کند.

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

### دیدگاه اجتماعی - فرهنگی

نظریه پردازانی که دیدگاه اجتماعی - فرهنگی دارند، بر نحوه‌ای که افراد تحت تأثیر دیگران، مؤسسات 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 گسترده تر 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 علت‌های اختلال روانی را عوامل بیرون از فرد می‌دانند و روی همین عوامل تأکید می‌ورزند (هالچین، ویتبورن/ سید محمدی، ۱۳۸۳).

### درمان اختلالات اضطرابی

#### مشاوره بر پایه روانکاوی

هدف نخست مشاوره در چهارچوب نظریه‌ی روانکاوی آن است که آنچه در ناهشیار است، به هشیار انتقال داده شود. همه 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:

#### تحلیل جملات ناتمام

برای درک کودک کان و یافتن مشکلات و ناراحتی‌های آنان از کودک کان خواسته می‌شود جملاتی را درباره‌ی علائق، نفرت‌ها، خانواده، دوستان، هدف‌ها، آرزوها و چیزهایی که غمگین یا شادشان می‌کند، کامل کنند. این شیوه به ویژه می‌تواند به مشاوران کمک کند تا با کودک کان آشنا شوند و رابطه‌ی دوستانه‌تری با درمان-

جویانی که اضطراب و ترس دارند یا مایل نیستند صحبت کنند برقرار کنند (تامپسون و رودولف/ طهوریان، ۱۳۸۴).

#### قصه گویی

ریچارد گاردنر تکنیک قصه گویی 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 که هر داستان باید شروع، متن داستان و پایانی 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 گرفتن شخصیت‌های مهم داستان کودک، داستانی را آماده می‌کند. با وجود این، داستان مشاور راه حل‌های بهتر یا پاسخ‌هایی مناسب تر برای وضعیت یا مشکل مورد نظر پیش پای کودک می‌گذارد (تامپسون و رودولف/ طهوریان، ۱۳۸۴). داستان گویی یکی از مناسب ترین فنون برای درونی سازی تغییر است بدون اینکه لازم باشد کودک بتواند بینش یا فهم خود را راجع به چگونگی وقوع تغییرات به زبان بیاورد (پروت و براون/ فرهی، ۱۳۸۳). یوسفی لویه (۱۳۸۶) نیز در پژوهشی روی ۱۴ کودک مضطرب به این نتیجه رسید که قصه درمانی موجب کاهش نشانه‌های اضطرابی و اختلال‌های همبود در این کودکان باشد.

## گشتالت درمانی

نقش نمایند. وظیفه‌ی درمانگر در یکپارچه‌سازی رؤیایها آن است که درمان‌جویان را بر آنچه در زندگی کنونی‌شان از آن می‌پرهیزند تمرکز دهد و به آنان کمک کند موقعیت‌های دردآور زندگیشان را نمایش دهند و بخش‌های فراموش شده‌ی شخصیت‌شان را نیز دوباره با زندگی مرتبط سازند. روش رؤیاپردازی گشتالتی در متوقف کردن تکرار کابوس‌ها بسیار مؤثر و نتیجه بخش است (تامپسون و رودولف/طهوریان، ۱۳۸۴).

وظیفه مشاور در رویکرد گشتالت درمانی آن است که به درمان‌جو کمک کند به آگاهی در لحظه 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.

## 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 تکنیک برای آنکه درمان‌جو به حالت نشاط دائمی دست یابد، در هدف اصلی دنبال می‌شود. نخستین هدف آن است که درمان‌جوی دچار اختلال هیجانی متوجه شود چگونه باورها یا نگرش‌های غیرعقلانی به پیامدهای مشکل‌آفرین در او می‌انجامد. این پیامدها ممکن است خشم، افسردگی یا اضطراب را

## بازی‌های تخیلی

بازی‌های تخیلی می‌توانند برای کودکان دارای سنین مختلف بسیار سرگرم‌کننده باشند و آنان را از احساسات کنونی‌شان آگاه سازند. کودکان در یک بازی تخیلی گروهی، حیوانی را انتخاب می‌کنند که دوست دارند آن حیوان می‌بودند و همان کارهایی را می‌کردند که حیوان مزبور می‌کند. در این بازی، کودکان دو نفری با هم می‌نشینند و با هم در این باره بحث و گفتگو می‌کنند که اگر آن حیوان خاص می‌بودند، چه احساسی داشتند. در اوج و مرحله‌ی نهایی این بازی، آنان می‌توانند داستانی در این باره بنویسند که اگر واقعاً آن حیوان می‌بودند چه احساسی داشتند. در آخر تمرین و بازی، کودکان آگاهی واقع بینانه تری از چگونگی احساس خویش پیدا می‌کنند و بهتر می‌توانند درباره‌ی احساسشان با مشاور، معلم یا پدر و مادرشان صحبت کنند.

### هدف نفست مشاوره در چهارچوب نظریه‌ی

روانکاوای آن است که آنچه در ناهشیار است،

به هشیار انتقال داده شود

شامل شود. هدف دوم آن است که به طور مستقیم و از لحاظ عقلی به درمان‌جو پیاموزیم چگونه در باره‌ی 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، تکنیک مؤثری در کار با کودکان است. در این تکنیک، کودک رویداد برانگیزنده و پیامدهای هیجانی آن را توصیف

## رؤیا پردازی

روش رؤیاپردازی 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

شناخته می‌شود. پس از این که این مهارت‌ها آموخته شدند، در نیمه‌ی دوم برنامه در موقعیت‌های فراخوان اضطراب و زندگی واقعی به کار گرفته می‌شوند. مؤلفه‌ای 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، کهن‌زاد، ۱۳۸۱).

والدین کودکان مضطرب از راه آموزش مهارت‌هایی برای کار با کودکان‌شان می‌توانند به عنوان درمانگران غیرحرفه‌ای رفتاری-شناختی به طور مؤثری اضطراب کودکان‌شان را کاهش دهند (تینمن، مری و تامپکینز، ۲۰۰۶؛ برنستین، لین و وایگان، ۲۰۰۵). با توجه به اینکه انحرافات شناختی در میان کودکان مضطرب رایج است و همچنین باورهای غیر منطقی یا تفکر خود آزارنده‌ی کودک و واکنش خشم و افسردگی و اضطراب را تشدید می‌کند (واترز، ۱۹۹۸)، درمان رفتاری-شناختی مداخله‌ای مؤثر برای انحرافات شناختی (آلفانو، ۲۰۰۲) و مؤثرترین درمان برای اضطراب کودکان می‌باشد (هادسون و تیلور، ۲۰۰۵؛ ماناسیس، ۲۰۰۰).

کرت‌رایت، تی‌اسچرنیتز و گامرسال (۲۰۰۵) معتقد بودند که کودکان دارای اضطراب اجتماعی ممکن است گاهی کمبودهایی در مهارت‌های اجتماعی نشان دهند. کودکان مضطرب خود نیز معتقدند که در رویارویی اجتماعی ناآرام هستند. این کودکان ضرورتاً از نظر مهارت‌های اجتماعی ضعیف نیستند. نقص آنها ممکن است به ارزیابی مهارت‌هایشان مربوط 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 (کرت‌رایت و همکاران، ۲۰۰۳).

می‌کند. سپس مشاور توضیح می‌دهد که این افکار کودک است که موجب پریشانی او شده است. سپس 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 نقش‌ها عوض می‌شود و کودک افکار جدیدی را آزمایش می‌کند و در ازای گفته‌ها و رفتارهای عقلانی و منطقی، جایزه‌ای که بهتر است از نوع تأیید و تحسین در جمع باشد دریافت می‌کند. شاید لازم باشد هر بار که کودک رفتارهای روبه رشد یا بهبود یافته‌ای را بروز داد، آن را تقویت کرد (تامپسون و رودولف/ طهوریان، ۱۳۸۴).

### درمان شناختی - رفتاری (CBT)

در 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 می‌باشد. کودکان می‌آموزند و شروع به بازشناسی اولیه به عنوان نشانک‌هایی برای شروع راهبردهای مقابله‌ای شناختی و رفتاری فعال می‌کنند.

این مهارت‌ها در یک توالی منظم آموخته می‌شوند و برای ترفیع مهارت سازنده، مهارت‌ها طرح می‌شوند. موضوع اصلی کمک به کودک جهت ترکیب این مهارت‌های شخصی در میان مجموعه‌ای سازگار و یکپارچه شده می‌باشد که در برنامه‌ها به عنوان ترس

**مشاوره رفتاری**

دلوپسی‌های رشدی، درمانی و بحرانی دارند فضای امنی به وجود می‌آورند که ابراز آزادانه و صریح افکار 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.

**هدف نهایی مشاوره ی رفتاری ،  
همچون هر روش مشاوره ی دیگر آن  
است که کودکان بیاموزند چگونه با تغییر  
رفتارشان برای بهتر برآورده کردن نیازهایشان  
مشاور خودشان باشند**

یکی از فوونی که در رویکرد شخص محور استفاده می‌شود بازی درمانی می‌باشد. درمان شخص محور فرض را بر این می‌گذارد که کودکان وقتی دنیا و رابطه‌شان با آن را در بازی دوباره خلق کنند می‌توانند مشکلات خود را حل کنند. بازی به ویژه در مورد کودکان خردسالی که گستره‌ی توجه کمی دارند، یا کودکانی که در بیان و توصیف کلامی خود مشکل دارند، یا کودکانی که به 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 / فرمی، ۱۳۸۳).

**مشاوره خانوادگی (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

هدف نهایی مشاوره ی رفتاری ، همچون هر روش مشاوره ی دیگر آن است که کودکان بیاموزند چگونه با تغییر رفتارشان برای بهتر برآورده کردن نیازهایشان مشاور خودشان باشند. غالباً باید از تکنیک‌های رفتاری در شروع درمان استفاده کرد زیرا مشکلاتی را که با این تکنیک‌ها می‌توان درمان کرد ممکن است برای بیمار ناراحت کننده باشند و از پیشرفت درمان جلوگیری کنند.

**آرام سازی، تنش ماهیچه‌ای و روانی**

آرام‌سازی تکنیکی برای مقابله با هر دو تنش ماهیچه‌ای و روانی است. آرام‌سازی منظم از طریق آموزش‌های دقیق در مورد چگونگی ایجاد تعدیل تنش در ماهیچه‌های مختلف و چگونگی آرام‌سازی به آنها آموخته می‌شود.

**مواجهه تدریجی، پرهیز ، حساسیت زدایی منظم**

مواجهه تدریجی در بیماران مضطربی که از اجتناب به‌عنوان یک تکنیک 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 آور مواجهه می‌شود. بیمار باید تشویق شود تا به تنهایی یا با یکی از بستگان و یا با درمانگر با این موقعیت‌ها روبه رو شود. این تکنیک حساسیت‌زدایی منظم نام دارد و کاربرد آن در مورد بیماران دچار اختلال هراس بسیار مفید است (هالند، گیمل / جلالی، ۱۳۸۳).

**درمان بر پایه رویکرد شخص محور**

مشاوران شخص محور در مورد کودکانی که



اضطرابی کودکان مؤثرند که شامل فلئوکزتین، فلووکامین، سرتالین، پاروکستین، سیتالوپرام، بتابلو کرها نظیر پروپرانولول و نیز باسپرون می باشد. دیفن هیدرامین را می توان برای اصلاح آشفستگی چرخه‌ی خواب به کار برد. آزمایش‌های باز و یک مطالعه دو سویه کور حاکی است که آلپرازولام ممکن است در کنترل علائم اضطراب جدایی مفید باشد. کلونازپام (یکی از بنزودیازین‌ها) نیز ممکن است در کنترل علائم هراس و سایر علائم اضطرابی مفید باشد (کاپلان، سادوک / پورافکاری، ۱۳۸۴).

### نتیجه گیری

کمکی که مشاوران به کودکان می کنند می تواند بر حسب الگوی مشاوره‌ای که به کار می بندند متفاوت باشد. رویکردهای گوناگون را به طور کلی می توان در چهار گروه طبقه بندی کرد. رویکرد شناختی، رویکرد رفتاری، رویکرد عاطفی و تلفیقی از دو یا چند رویکرد که به آن رویکرد تلفیقی یا آمیخته گفته می شود.

اگر این رویکردهای متفاوت به مشاوره و روان درمانی را مقایسه کنیم، می بینیم هیچ کدام رویکرد کارآمدتری از بقیه نیست. بعضی رویکردها احساسات درمان جو را کانون توجه خود قرار می دهند در حالی که بعضی دیگر به تفکر یا رفتار درمان جو توجه می کنند. 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 می کند تا با هماهنگ کردن دو حوزه‌ی دیگر، زندگی سالم تر و کارآمدتری را در پیش گیرد. در زیر راهبردهایی برای درمان اضطراب کودکی با استفاده از رویکردی تلفیقی ارائه می شود.

می داد، 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 دریابند برای خود و خانواده‌شان چه چیزی می خواهند (تامپسون و رودلف / طهوریان، ۱۳۸۴). آگاهی از نظام‌های خانواده و سنجش دقیق آنها برای مشاوران و درمانگرانی که رویکردهای آموزش والدین را به کار می برند، حایز نهایت اهمیت است. آموزش والدین غالباً به طور فردی یا در گروه-هایی انجام می پذیرد 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 جانبه ای در باره‌ی رابطه‌ی والد-کودک ارائه می کنند و آموزشی اثربخشی به دانش آموز تلاشی است برای متعادل و متوازن ساختن یک جانبه گی آموزش اثربخشی به والدین از طریق آموزش مهارت‌های ارتباطی یکسان به کودکان و والدین،

۲. غالباً مادران به تنهایی در فرآیند یادگیری راهبردهای فرزندپروری جدید حضور فعال دارند. بنابراین، آموزش پدر و مادر ضروری به نظر می رسد،
۳. مهارت‌های فرزندپروری یکسان معمولاً بدون توجه به ویژگی‌های خاص هر یک از خانواده‌ها آموزش داده می شوند. پس با هر خانواده به طور جداگانه مصاحبه می 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

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 تکنیک‌های مختلف رفتاری مانند تن آرامی برای تعدیل تنش در ماهیچه‌های مختلف هنگام روبرو شدن با اضطراب

#### منابع :

- انجمن روان پزشکی آمریکا، (۲۰۰۰). متن جدید تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی. (ترجمه‌ی محمدرضا نیکخوا، هامایاک آوادیس یانس). تهران: سخن .
- پروت، تامپسون، براون، داگلاس. (بی تا). *روان درمانی و مشاوره کودکان و نوجوانان*. (ترجمه‌ی حسن فرهی، ۱۳۸۳). تهران: ارجمند.
- پروچاسکا، جمیز او، نورکراس، جان سی. (بی تا). *نظریه های روان درمانی* (ترجمه‌ی یحیی سید محمدی، ۱۳۸۳). تهران: رشد .
- تامپسون، چارلز ل؛ رودلف، لیندا ب. (بی تا). *مشاوره با کودکان*. (ترجمه‌ی جواد طهوریان، ۱۳۸۴). تهران: رشد.
- شرودر، کارولین اس، گوردون بتی ان. (بی تا). *سنجش و درمان مشکلات دوران کودکی*. (ترجمه‌ی مهرداد فیروزبخت، ۱۳۸۵). تهران: دانش.
- فیرس، ای، جری و نزال، تیمونی جی. (بی تا). *روان شناسی بالینی* (ترجمه‌ی مهرداد فیروزبخت، ۱۳۸۳)، تهران: انتشارات رشد.
- کاپلان، سادوک. (بی تا). *خلاصه روان پزشکی*، (جلد دوم). (ترجمه‌ی نصرت اله پورافکاری، ۱۳۸۴). تهران: شهر آب .
- کندال، فیلیپ سی. (بی تا). *روان شناسی مرضی کودک*. (ترجمه‌ی بهمن نجاریان و ایران داوودی، ۱۳۸۴). تهران: رشد .
- گراهام، فیلیپ، (بی تا). *درمان شناختی - رفتاری برای کودکان و خانواده ها*. (ترجمه‌ی محمدرضا محمدی، هوشمند هاشمی کهن زاد، ۱۳۸۱). تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی .
- ماش، اریک جی، بارکلی، راسل ای. (بی تا). *روان شناسی مرضی کودک* (جلد اول). (ترجمه‌ی حسن تونزنده جانی، جهانشیر توکلی زاده، نسرين کمال پور، ۱۳۸۳). گناباد: مردنیز .
- هالچین، ریچارد پی؛ ویسیورن، سوزان کراس. (بی تا). *آسیب شناسی روانی* (جلد اول). (ترجمه‌ی یحیی سید محمدی، ۱۳۸۳). تهران: روان .
- هالند، ملیسا ال، گیمبل، گرچن. (بی تا). *درمان مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان*. (ترجمه‌ی سید احمد جلالی، ۱۳۸۳). تهران: پادار.
- یونسی، سید جلال؛ شیر، زهره، (۱۳۸۴). *درمان ناهنجاری‌های روانی در کودکان نوجوانان و خانواده‌ها*. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.
- هیوز، جان. ان (بی تا). *روان شناسی بالینی کودک*. (ترجمه‌ی نجاریان، خدارحیمی و مکوندی، 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 Adoles 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?* Behave Res Ther, 43(1): 131-41.
- Creswell, C. , Schemering, CA, And Rapee, RM. (2005). *Threat Interpretation In Anxious Children And Their Mothers: Comparison With No clinical Children And the Effects Of Treatment.* Behave Res Ther . 43(10): 1375-81.
- 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.
- Manassis K. (2000). *Childhood Anxiety Disorder : Lessons from the literature.* Can J Psychiatry , 45(8): 724-30.
- 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 Whaley SE. And Sigman M. (2004). *Interaction Between Mothers and Children: Impact of Maternal and Child Anxiety.* Journal Abnorm Psychol, 193(3):471-6.