

اختلالات اضطرابی دوران کودکی

پاتریشیا گراکزیک و ساجیتا کانولی
ترجمه: مهرناز کمیجانی / دکترای روان شناسی

چکیده

عوامل خطر ساز و محافظتی مرتبط با اختلال

اضطرابی

عوامل خطرزا مواردی را شامل می‌شود که فرد را در معرض یکی از اختلالات اضطرابی قرار می‌دهند عوامل محافظتی، مقاومت کودک را در برابر گرفتار شدن به اختلال اضطرابی، با وجود عوامل خطرزا بالا می‌برد. عوامل محافظتی و استرس‌زا به عوامل زیستی - ژنتیکی، ویژگی‌های فردی، ویژگی‌های خانوادگی و ویژگی‌های محیط اجتماعی تقسیم‌بندی شده است.

- واکنش فیزیولوژیکی

واکنش از جا پریدن شدید، فعالیت کورتیزول و آستانه پایین تری از واکنش در محور آدرنال - هیپوفیز - هیپوتالاموس، از لحاظ بیولوژیکی جزء عوامل خطرزا برای اختلالات اضطرابی محسوب می‌شود (ویم و استیکلی⁶، 2005).

- اضطراب والدین

اختلال اضطراب والدین با خطر افزایش یافته اختلالات اضطرابی در کودکان و سطح بالایی از اختلال عملکرد در کودکان و نوجوانان همراه است.

- سرشت و فطرت

دو مقوله فطری و سرشتی در ارتباط با اضطراب مطرح می‌باشد. اول، رفتارهای بازدارنده که به عدم تمایل برای دادن پاسخ به موقعیت‌ها و محرک‌های

اختلالات اضطرابی¹ متداول‌ترین اختلال روان‌پزشکی در کودکان سنین مدرسه‌رو سمی باشد. تخمین زده می‌شود که شیوع اختلال از 4 تا 19 درصد در نوسان باشد (فورد²، گودمن³ و ملترز⁴، 2003. شافر⁵ و همکاران 1996). اختلالات اضطرابی اغلب همراه با دیگر اختلالات نظیر افسردگی و اختلالات رفتار ایدایی است. کودکان دارای اختلالات اضطرابی همچنین خطر بالایی برای رویرو شدن با اختلالاتی نظیر اسکیزوفرنی، سوء استفاده از مواد، خودکشی و بستری شدن در بیمارستان‌های روان‌پزشکی در دوران نوجوانی و جوانی دارند.

در فرایند درمان اختلالات اضطرابی انواع مختلفی از مداخلات روان‌شناختی مورد توجه قرار گرفته که شامل مداخلات رفتاری، شناختی - رفتاری و آموزش مهارت‌های اجتماعی می‌باشد که در این مقاله به آنها پرداخته می‌شود.

توصیف اختلالات اضطرابی

انجمن روان‌پزشکی آمریکا، سیستم طبقه‌بندی جامعی برای اختلالات اضطرابی در نظر گرفته است. هر اختلال دارای یک مشخصه و ویژگی متمایز بوده ولی در عین حال همه آنها دارای پایه مشترکی از ترس‌های غیرمنطقی و افراط هستند که بطور معنی‌داری با توانایی کودک برای عملکرد در موقعیت‌های مختلف، تداخل دارد. مختصری از هر کدام از اختلال‌های عمده در زیر آورده شده است.

شناسایی شده است که آن هم مهارت‌های کنار آمدن متمرکز بر حل مساله است.

- رفتار گناره گیر همراه با اضطراب

کودکان با نمرات بالا در بعد کناره گیر - مضطرب، ویژگی‌هایی مانند شرم، کناره‌گیری و رفتار بازداری شده و نگرانی از خود نشان می‌دهند. رفتار کناره گیر - مضطرب در سن 8 سالگی به طور معنی داری با اختلال افسردگی عمده و اضطراب در سن نوجوانی و جوانی ارتباط دارد. اگر چه این مساله باید در نظر گرفته شود که فقط نیمی از کودکانی که بالاترین نمره را در مقیاس کناره گیر - مضطرب آوردند، در سن 21 سالگی مبتلاء به اختلال شدند. این مطالعه و مطالعاتی از این دست، این حقیقت را برجسته می‌کند که حضور عوامل خطرزا، لزوماً منجر به بروز اختلال نمی‌شود. (گادوین⁸ و همکاران، 2004).

- پردازش غلط اطلاعات

پردازش غلط اطلاعات مربوط به سوگیری ناکارآمد یا فرایندهایی است که مرتبط با توجه انتخابی، نحوه معنی دادن به اطلاعات دریافتی، تفسیر و یادآوری اطلاعات و یا قضاوت درباره اطلاعات است. سوگیری - های شناختی می‌تواند منجر به بدعملکردی شود. پیش داوری تهدید و حساسیت به نشانه‌های اضطراب، به عنوان عوامل شناختی خطرزا برای بروز اضطراب شناسایی شده‌اند. هنگامی که تعداد زیادی محرک ارائه می‌شود، کودکان در معرض اختلالات اضطرابی، اغلب، به محرک‌های تهدید کننده توجه بیشتری نشان می‌دهند. حساسیت به نشانه‌های اضطراب، یعنی فرایندی که طی آن فرد عقیده دارد که نشانه‌های فیزیولوژی اضطراب (نفس زدن، افزایش ضربان قلب ...) منجر به

جدید اشاره می‌کند. دوم، شاخص رفتاری اضطراب که شامل ضربان قلب بسیار ثابت، تن صدای پایین و دیگر نشانگرها باشد که نمایانگر تحریک قسمت سمپاتیک مغز و برانگیختگی دستگاه پاراسمپاتیک می‌باشد. تظاهرات رفتاری مربوط به اجتناب، شامل شرمگینی، احتیاط و خویشتن داری هیجانی، بویژه در موقعیت‌های جدید است. لاینگان⁷ و همکاران (2004)، پیشنهاد می‌کنند که دو ویژگی مزاجی، یعنی عاطفه‌ی روان رنجور منفی و کنترل مهار پایین، کودک را مستعد انواع اختلالات اضطرابی می‌کند. عاطفه روان رنجور منفی، می‌تواند منجر به اضطراب ناسازگارانه شود بطوری که کودک و نوجوان از امور مثبت و مطلوب، نشانه‌های تهدیدآمیز و منفی استنباط می‌کند و این مساله، هنگامی که با سطح کنترل پایین ترکیب شود خطر بروز اضطراب در کودک افزایش می‌یابد. زیرا کودک، نه فقط اضطراب بیشتری را متحمل می‌شود. بلکه در اداره آن نیز مشکل دارد. از طرف دیگر، کنترل مهار بالا، میزان خطر بروز اضطراب را کاهش می‌دهد. زیرا تمرکز کودک را از نشانه‌های تهدیدآمیز، تغییر جهت می‌دهد. بطور مثال، یک کودک با عواطف روان رنجور منفی و کنترل بالا، می‌تواند به طور عمدی، توجه خود را از نشانه‌های تهدیدآمیز که منجر به رفتارهای اجتنابی می‌شود. منحرف کند و راهبردهای کارآمدی را که به او اجازه می‌دهد که بطور موفقیت آمیزی اضطراب خود را کنترل کند، برگزیند.

عوامل فردی

برای کودکان پیش از بلوغ، ویژگی‌های فردی و پردازش غلط اطلاعات به عنوان عواملی که خطر اضطراب را افزایش می‌دهد، شناسایی شده‌اند. امروزه، فقط یک ویژگی کودک به عنوان یک عامل محافظتی

مراقبت کننده در رشد اجتماعی و هیجانی کودک تأکید دارد. براساس تئوری دلبستگی کودک یک دلبستگی ایمن و قابل اعتماد را، زمانی که مراقبت کننده آنها در دسترس بوده و نسبت به نیازهای اولیه آنها برای تغذیه و حمایت، پاسخگو باشد، شکل می‌دهند. دلبستگی ناایمن، زمانی شکل می‌گیرد که والدین یا مراقبت کننده غیر پاسخگو، طردکننده و یا بی ثبات باشد. کودک با دلبستگی ناایمن، ترس و اضطراب را در موقعیت‌های دشوار، غیر آشنا از خود نشان می‌دهند. چون آنها نسبت به دریافت کمک از مراقبت کنندگان خود شک دارند. یافته‌ها، نشان می‌دهد که ارتباط معنی‌داری بین دلبستگی ناایمن و اختلالات اضطرابی وجود دارد. (همان منابع)

- رفتار والدینی

کنترل و مراقبت بیش از حد، در بروز و نگهداشت اختلالات اضطرابی در کودکان و نوجوانان، دخالت دارد. والدین با کنترل افراطی فعالیت‌های فرزندانشان، حل مسأله و انجام کارها به جای فرزندانشان، رفتارهای اجتنابی را در فرزندان تشویق نموده و فرصت‌های کودکان را برای یادگیری راهبردهای موثر، محدود می‌کنند. بسیاری از مطالعات مشاهده‌ای، این موضوع را تأیید می‌کنند. از طرفی، کودکان زمانی بالاترین ریسک را برای بروز اضطراب دارند که والدین آنها را طرد کنند. برعکس، صمیمیت و گرمی والدین، یک رابطه معکوس، با بروز اختلالات اضطرابی در کودک دارد. مطالعات پس‌رویدادی در بزرگسالان با اختلالات اضطرابی نشانگر یک ارتباط معنی‌دار بین فقدان صمیمیت و نزدیکی در روابط والدین - کودک و بروز اضطراب در کودکان است.

الگوگیری و یادگیری جانشینی، دو مورد دیگر از فرایندهایی هستند که در تعاملات خانوادگی نقش داشته

پیامدهای منفی فیزیکی و یا فیزیولوژیکی می‌شود. چنین به نظر می‌رسد که می‌تواند منجر به سطح بالایی اضطراب، نشانه‌های فیزیولوژیکی شدید و بالاخره حملات هراس شود. بنابراین، این حساسیت باید مورد توجه قرار گیرد. زیرا یک عامل خطرزا برای بروز حملات اضطرابی و هراس است (همان منبع).

- مهارت‌های کنار آمدن

کودکان به روش‌های مختلف با تجربیات ناخوشایند کنار می‌آیند و آن راه‌ها ممکن است کودک را در معرض اضطراب، ترس و استرس قرار دهد. راهبردهای مقابله با استرس شامل، راهبرد اجتنابی، هیجان‌مدار و مسأله‌مدار می‌باشد. راهبردهای هیجان‌مدار، خود فشار و ناراحتی را مورد هدف قرار داده و کودک سعی می‌کند که میزان هیجان منفی را کاهش دهد.

در راهبردهای اجتنابی فرد در تلاش است که از مسأله اصلی اجتناب کرده و یا از آن فرار کند. برعکس در رویکرد مسأله‌محور، فرد در تلاش است که بطور مستقیم با مسأله مواجهه شده و یا تأثیرات آن را به حداقل برساند. (جستجوی اطلاعات، گفتگوی مثبت با خود، انجام دادن بعضی کارها برای تغییر موقعیتی که بوجود آورنده استرس بوده است). مطالعات نشان می‌دهد که راهبرد مسأله‌مدار، سودمندتر از راهبردهای اجتنابی و هیجان‌مدار می‌باشد. (بینکاسی⁹ و فریدمن، 2004).

عوامل خانوادگی

اضطراب کودکی در ارتباط با ویژگی‌های خانواده شامل روابط والدین - کودک و رفتارهای والدین است.

- دلبستگی¹⁰

تئوری دلبستگی بر اهمیت روابط اولیه کودک -

این وقایع میزان بروز اختلالات اضطرابی را در آنها افزایش می‌دهد. ارزیابی‌ها، نشان می‌دهند که بسیاری از اختلالات اضطرابی به دنبال حوادث طبیعی و یا وقایع تلخ زندگی از قبیل مرگ یکی از اعضای خانواده، طلاق و یا تغییر در مدرسه اتفاق افتاده‌اند. نوجوانان با اختلالات اضطرابی در مقایسه با همسالان غیرمضطرب خود و یا حتی همشیران خود، اتفاقات منفی بیشتری را تجربه کرده‌اند (بیر و همکاران، 2002 به نقل از گالاتو و بلاو، 2007).

- خشونت اجتماع

تحقیقات کمی درباره ارتباط بین اختلالات اضطرابی کودکان و عوامل محیطی، انجام شده است. اما همین پژوهش‌های اندک نشان می‌دهد که کودکان و نوجوانان گروه‌های اقلیت و طبقات فقیر و محروم جامعه، بیشتر در معرض بروز اختلالات اضطرابی می‌باشند.

این کودکان احساس امنیت بسیار پایینی دارند. آنها بیشتر از همسالان خود در معرض خشونت‌های جامعه قرار می‌گیرند و اغلب قربانی خشونت می‌شوند. بروز خشونت بطور پیوسته‌ای با نشانه‌های آسیب‌های روان-شناختی، نظیر افسردگی، عصبانیت، اضطراب و فشار پس از ضربه ارتباط دارد. (فریمن¹⁵ و همکاران، 1993 به نقل از گالاتو و بلاو، 2007).

- ارتباط مسأله‌دار با همسالان

در موقعیت‌های اجتماعی، کودکان با اختلالات اضطرابی، با خود ارزیابی منفی، نقص در مهارت‌های اجتماعی و حالت‌های فیزیولوژیکی تحریک شده پاسخ می‌دهند.

بیدل و تارنر¹⁶ (1998) گزارش دادند که تقریباً 40

و می‌توانند اضطراب را در کودک افزایش دهند. مطالعات نشان می‌دهد که والدین کودکان مضطرب در مقایسه با کودکان غیرمضطرب، الگوی تمام‌نمایی از اضطراب بوده و بیشتر احتمال دارد که رفتارهای اجتنابی را در کودک تقویت کنند. برای مثال گروئل¹¹ و ریپ¹²، دریافتند، کودکانی که مادرانشان هیجان منفی نسبت به مار پلاستیکی از خود نشان می‌دادند در مقایسه با کودکانی که مادرانشان کاملاً خنثی بودند، کمتر تمایل داشتند که راجع به مار صحبت کنند.

بالاخره، پژوهش‌ها بیانگر آن است که کودکان مضطرب، موقعیت‌های مبهم را به عنوان موقعیت‌های تهدید کننده تفسیر می‌کنند و پاسخ‌های اجتنابی را ترجیح می‌دهند در واقع همان کاری را که والدینشان انجام می‌دهند. به طور کلی می‌توان گفت والدین می‌توانند مشوق رفتارهای اضطراب‌گونه در کودکان باشند. به‌طوریکه به چنین رفتارهایی توجه کرده و بطور ویژه به نتایج منفی و تهدیدآمیز تمرکز کنند، الگوی ناکارآمدی از مهارت‌های کنار آمدن ارائه دهند، رفتارهای اجتنابی اتخاذ کنند و یا رفتارهای شجاعانه کودکان را مورد تشویق قرار ندهند.

عوامل اجتماعی

حوادث آسیب‌زا، روابط مسأله‌دار با همسالان و سایر عوامل از این دست، خطر بروز اختلالات اضطرابی را در کودک افزایش می‌دهد (بیر¹³ و همکاران، 2002 به نقل از گالاتو و بلاو¹⁴، 2007).

- حوادث آسیب‌زای زندگی

مطالعات نشان می‌دهد که کودکان و نوجوانان با مشکلات بهداشت روانی نسبت به همسالان خود وقایع زندگی آسیب‌زا، منفی و پراسترس را تجربه کرده که

درصد از کودکان دارای هراس اجتماعی از صحبت کردن با همسالان می‌ترسند. کودکان مضطرب و منزوی بیشتر از کودکان عادی مورد طرد قرار گرفته و یا بوسیله همسالانشان نادیده انگاشته می‌شوند. به ویژه هنگامی که رفتارهای کناره‌گیرانه، بازداری شده و منفعلانه از کودک سر می‌زند. زیرا آنها بوسیله کودکان دیگر به عنوان یک فرد نابهنجار و غیرعادی تلقی می‌شوند. (همان منابع)

- حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی، به عنوان یک عامل پیشگیری‌کننده از اختلالات اضطرابی محسوب می‌شود. حمایت اجتماعی به عنوان سپری که افراد را در شرایط نابسامان حفظ کرده و یا آنها را در اتخاذ سبک زندگی موفقیت‌آمیز کمک می‌کند، گفته می‌شود. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که سطح پایینی از حمایت خانواده و همسالان با شاخص‌های منفی شامل اضطراب و استرس ارتباط دارد. برعکس، حمایت اجتماعی در ارتقاء خودکار آمدی، رفاه جسمی و روان‌شناختی، مهارت‌های اجتماعی، مهارت‌های سازشی و شایستگی‌های تحصیلی مؤثر بوده و کودکان را از گرفتاری‌های جسمی و روان‌شناختی محافظت کند (همان منبع).

مداخلات درمانی برای اختلالات اضطرابی

در مطالعات متعدد که بطور دقیق کنترل شده و آزمودنی‌ها به طور، تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایشی قرار گرفته‌اند. از کارآمدی درمان‌های شناختی-رفتاری و مداخلات دارویی برای درمان و تسکین اختلالات اضطرابی حمایت کرده‌اند.

- درمان‌های رفتاری

راهبردهای درمانی، نشأت گرفته از الگوهای رفتاری

شامل کنترل وابستگی، حساسیت‌زدایی منظم، رویارویی، شکل‌دهی و الگوگیری می‌باشد. به همراه کردن پیامدهای گوناگون به رفتارهای گوناگون کودک، کنترل وابستگی گفته می‌شود. برای مثال، به کودک دارای هراس اجتماعی جایزه داده می‌شود اگر که او در گروه همسالان با صدای بلند سرود بخواند. حساسیت-زدایی منظم به تکنیک‌های شرطی‌سازی همزمان اشاره می‌کند بطوری که یک پاسخ شرطی از قبیل ترس از سگ، از طریق تکرار همزمان شکل‌های گوناگون سگ، با پاسخ‌هایی که ناهمخوان با اضطراب است از قبیل آرامش ماهیچه‌ای، از بین می‌رود. در این فرایند، کودک یا نوجوان بطور منظم با محرک‌های ترس‌آور روبرو می‌شوند و در عین حال آنها تشویق می‌شوند که برای کنترل اضطراب خود از مهارت‌های راهبردی استفاده کنند. شکل‌دهی یکی دیگر از تکنیک‌هایی است که در این حیطه قرار دارد. شکل‌دهی فرایندی است که در طی آن رفتارهایی که به رفتار هدف نزدیک است مورد تقویت قرار گیرد. به عبارت دیگر، ارائه تقویت به کودک، منوط به اکتساب رفتار هدف از سوی کودک است. الگوگیری یک جزء مهم از روش‌هایی است که جهت کاهش اضطراب کودکان و نوجوانان بکار می‌رود. زندگی با درمانگر، مشارکت در نزدیک شدن به محرک‌های ترسناک (الگوگیری مشارکتی) استفاده از فیلم، اسلاید که در طی آن درمانگر به محرک ترسناک نزدیک می‌شود، در این قالب جای می‌گیرد.

پژوهش‌های کنترل شده، کارآمدی حساسیت‌زدایی منظم را برای درمان فوبی‌ها در مقایسه با سایر روش‌های درمانی به اثبات رسانده است. همچنین این پژوهش‌ها، کارآیی الگوبرداری، بویژه الگوبرداری نوع مشارکتی را در درمان فوبی‌های خاص مورد تأیید قرار داده است (لیندوال¹⁷، 2001 به نقل از لانیگان و همکاران، 2004).

- آموزش مهارت‌های اجتماعی

نشانه‌های جسمی، به کودک راه‌هایی برای شناسایی و آرامش عضلات و رفع تنیدگی آموزش داده می‌شود. برای کنترل نشانه‌های شناختی، به کودک آموزش داده می‌شود که افکار ناکارآمد خود را شناسایی و با آنها مبارزه کند (اگر من به بالای پله‌ها بروم، می‌افتم و آسیب می‌بینم) این فکر با استفاده از گفتار درون، با افکار مثبت جایگزین می‌شود (من قبلاً از این پله‌ها بالا رفته‌ام و نیافتاده‌ام، پس می‌توانم دوباره آن را انجام دهم).

در این شیوه از کودک خواسته می‌شود مهارت‌های یاد گرفته شده را هم در جلسات درمانی و هم در محیط‌های دیگر به کار بندد. تا اینکه بالاخره بتواند اضطراب خود را در رویارویی با محرک‌های اضطراب-آور کنترل کند. هدف نهایی از این درمان، آن است که کودک دنیا را امن و کمتر تهدیدآمیز درک کند.

مطالعات انجام شده در چهار کشور مختلف، مداخلات رفتاری-شناختی را برای درمان اختلالات اضطرابی مؤثر می‌دانند (ون ملیک¹⁹، 2002 به نقل از گادوین، 2004).

میزان متوسط بهبودی برای کودکانی که از درمان شناختی-رفتاری استفاده کرده‌اند 65/1 درصد بوده است که این رقم در گروه کنترل 13 درصد بوده است. همچنین نتایج نشان می‌دهد که بهبودی حاصل از درمان رفتاری-شناختی از 6 ماه تا 7 سال دوام می‌یابد. گینز برگ و دراک²⁰ (2002) درمان‌های شناختی-رفتاری را با انواع دیگر درمان‌ها مقایسه کردند. نتایج نشان داد که میزان بهبودی در گروه کنترل 20 درصد و در گروهی که درمان شناختی-رفتاری را دریافت کرده بودند 75 درصد بوده است. همچنین مطالعات بعدی نشان داد که شرکت و دخالت دادن والدین در طرح درمان، تأثیر این نوع درمان را در کاهش اضطراب

آموزش مهارت‌های اجتماعی، برای کودکان و نوجوانان با فوبی‌های اجتماعی که مشکلات جدی در مهارت‌های اجتماعی دارند، بسیار مفید است. مهارت‌های اجتماعی گستره گوناگون دارد که شامل برقراری تماسی چشمی، حل کردن تعارض‌ها، مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های اظهار وجود، دادن بازخوردهای صحیح، مهارت‌های دوستانه و مهارت‌های گروهی است. این درمان شامل آموزش کودکان و والدین درباره اضطراب و تجهیز کودکان به مهارت‌های اجتماعی است. بیدل و همکاران¹⁸ (2001)، مهارت‌های اجتماعی را به تعدادی از کودکان با فوبی اجتماعی آموزش دادند، آنها دریافتند که این درمان در کاهش ترس‌های اجتماعی و آسیب‌های روان‌شناختی وابسته، بسیار مؤثر بود.

- درمان شناختی-رفتاری

درمان شناختی-رفتاری بسیار مؤثر است. این درمان به صورت فردی یا گروهی در مدرسه و یا در مرکز درمانی قابل اجراست. در این شیوه‌ی درمانی، کودک و خانواده او با نشانه‌های اضطراب کودک، منطق درمان و راه‌هایی برای کنار آمدن و یا مدیریت اضطراب آشنا می‌شوند. در ابتدا، درمانگران به کودک آموزش می‌دهند که کودک چگونه نشانه‌های اضطراب را تشخیص داده و شدت آن را گزارش کند. برای این کار، به کودک آموزش داده می‌شود که چگونه از یک مقیاسی که شدت نگرانی و ترس را در موقعیت‌های مختلف می‌سنجد، استفاده کند. برای مثال عدد 0 نشانگر عدم اضطراب و عدد 8 بیانگر اضطراب بسیار شدید است. جلسات درمانی در اداره کرده نشانه‌های جسمانی و راهبردهای کارآمد شناختی تأکید دارد. برای کنترل

کودکان و نوجوانان بیشتر می‌کند.

مهارت‌های اجتماعی طرح کرد.

برای آزمایش کارآمدی این روش، گرین، دو گروه (گروه کنترل و آزمایش) را انتخاب کرد. یک گروه که در برنامه‌های درمانی شرکت کرده بودند و گروه دیگر که هیچ درمانی را دریافت نکردند. نتایج نشان داد که کاهش معنی داری در اضطراب اجتماعی و افزایشی معنی داری در اعتماد به نفس، خودکارآمدی و مطلوبیت در بین هم‌تایان گروه آزمایشی ملاحظه شد. بعد از یکسال پی‌گیری، اثرات درمانی نه تنها تداوم داشت بلکه تاثیرات مثبت دیگر، نظیر کاهش اضطراب اجتماعی هنگام برخورد با هم‌تایان جدید، افزایش مهارت‌های رهبری و کاهش افسردگی بوجود آمد.

در زمینه‌ی پیشگیری چه کارهایی می‌توان انجام داد؟

پیشگیری اولیه و ارتقاء بهداشت شامل برنامه‌هایی است که در پیشگیری مشکلات قابل پیش‌بینی افراد مؤثر بوده و به ارتقاء سطح بهداشت کمک کرده و اهداف قابل قبولی را برای جمعیت ویژه در نظر می‌گیرد. برنامه‌های پیش‌گیری می‌تواند بنا به جمعیت هدف تغییر کند. فعالیت‌های پیشگیری کلی، برای همه اعضای یک جمعیت هدف گزاری می‌شود. فعالیت‌های پیشگیری ویژه، گروه‌های خاصی که خطرپذیری بالایی برای بروز انواع اختلالات اضطرابی دارند را شامل شود که این گروه‌ها شامل کودکان دارای والدین مضطرب، سبک‌دلستگی مقاوم - مضطرب و کودکانی که در معرض اختلال استرس پس از آسیب²¹ قرار گرفته‌اند می‌باشد. از مهمترین راهبردهای پیشگیری، می‌توان به آموزش مهارت‌های اجتماعی و مهارت‌های کنار آمدن اشاره کرد که در زیر آورده می‌شود.

- آموزش مهارت‌های کنار آمدن

برنامه «من می‌توانم انجام دهم» یک برنامه پیشگیری اولیه است که در طی آن کودکان مهارت‌هایی را برای اداره و کنترل فشار روانی فرا می‌گیرند. برای بررسی کارآمدی این درمان، 88 دانش‌آموز به‌طور تصادفی انتخاب شده و به‌طور تصادفی به گروه آزمایشی و گروه کنترل تقسیم شدند.

شرکت کنندگان در گروه آزمایش، پیشرفت معنی‌داری را در توانایی‌شان برای تعمیم راه‌های مؤثر در موقعیت‌های استرس‌زا (مرگ شخص مورد علاقه، طلاق والدین) و به همان اندازه، ارتقاء خودکارآمدی نشان دادند. پی‌گیری‌های بعدی در مورد دوام بهبود حاصل شده نشان داد که نه تنها نتایج از ثبات لازم برخوردار بود، بلکه به موقعیت‌های استرس‌زای دیگر نیز تعمیم داده شده است (همان منبع).

توصیه‌ها

اختلالات اضطرابی با کارکرد طبیعی و عادی

- آموزش مهارت‌های اجتماعی

آموزش مهارت‌های اجتماعی یک مداخله‌ی پیشگیرانه انتخابی برای کودکانی است که مشکلات ارتباطی با هم‌تایان داشته و به نحو بارزی در محیط‌های اجتماعی دچار اضطراب می‌شوند و یا توسط هم‌تایان مورد طرد قرار می‌گیرند. این برنامه از روش‌های یادگیری اجتماعی و شناختی - رفتاری بهره‌مند می‌شود گرین (2002) این برنامه را برای رسیدن به اهدافی نظیر گسترش روابط با هم‌تایان، مقاومت در برابر فشار گروهی، برخورد منطقی برای مقابله با مسائل همسالان از قبیل مسخره کردن، افزایش خودکارآمدی و اکتساب

هنگام گسترش طرح درمان، روابط کودک با همسالان را ارزیابی کنند.

- اطلاعات محدود و متعارضی در مورد نقش والدین در درمان و پیشگیری از اختلالات اضطرابی وجود دارد. اما آنچه که مسلم است، این است که دخالت دادن والدین در فرایند درمان، برای خردسالان دختر سودمند است. بویژه زمانی که والدین خود از اختلال اضطراب رنج می‌برند.

- تلاش‌های پیشگیرانه مدرسه‌بنیاد²² در سطح عمومی و ویژه باید بوسیله نیروهای حرفه‌ای سلامت روانی در نظر گرفته شود. به عنوان یک نکته مهم باید یادآوری شود که درمان و مداخلات پیشگیری، در صورتی موفقیت‌آمیز خواهد بود که نوجوانان مضطرب شناسایی شده و به خدمات درمانی دسترسی داشته باشند. مطالعات نشان می‌دهند که تأخیر زیادی از زمان بروز اختلال اضطرابی تا دریافت درمان وجود دارد. بنابراین شناسایی به موقع و ارائه درمان‌های لازم یک اقدام ضروری برای کودکان با اختلالات اضطرابی می‌باشد.

زندگی روزانه تداخل دارد. مطالعات تجربی گوناگون از کارآمدی رویکردهای درمانی گوناگون حمایت می‌کند. با نگاهی به اطلاعات موجود در دسترس، چند پیشنهاد قابل ذکر است.

- اختلالات اضطرابی در کودکان شیوع بالایی دارد. بنابراین، متخصصان بهداشت روانی، پزشکان اطفال و مربیان باید کودکان را از این جهت مورد غربالگری قرار دهند.

- اختلالات اضطرابی، اغلب با دیگر اختلالات نظیر افسردگی و رفتارهای ایذایی همراه است. اختلالات همراه، باید شناسایی شده و همزمان با اختلال اولیه مورد درمان قرار گیرد.

- مدارک زیادی در سودمندی درمان‌های رفتاری و شناختی - رفتاری وجود دارد. بنابراین باید جزء اولین طرح‌های درمانی برای کودکان با اختلالات اضطرابی در نظر گرفته شود.

- ارتباط با همسالان، نمایانگر زمینه رشدی مهم در کودکان سنین مدرسه است. بنابراین، درمانگران باید

زیر نویس ها :

1. Anxiety Disorder
2. Ford
3. Goodman
4. Meltzer
5. Shaffer
6. Weem & Stickle
7. Lonigan
8. Goodwin
9. Pincus & Fiedman
10. Attachment
11. Gerull

12. Rapee
13. Beer
14. Gullotta & Blau
15. Freeman
16. Beidel & Turner
17. Lindwall
18. Beidel
19. Van melick
20. Ginsburg & Drake
21. Post Trumatic Stress Disorder
22. School - Based

منبع :

Graczyk P. Connolly S.D. (2007) . *Anxiety Disorders in Childhood*. In T.P. Gullotta (ed). Newyork : Rutledge .Child behavior Issues .