

رویکردهای نظری و کاربردی در اختلال های اضطرابی کودکان

علیرضا روحی / دانشجوی دکتری مشاوره خانواده دانشگاه اصفهان

چکیده:

زمینه: در این پژوهش مروری، با مراجعه به مقالات و منابع روان‌شناختی مرتبط با موضوع و مطالعه و کنکاش آنها به جمع‌بندی و نتیجه‌گیری در مورد اختلال های اضطرابی در کودکان، علل به وجود آمدن این اختلال ها و روش های مداخله اقدام شده است.

نتیجه‌گیری: اختلال های اضطرابی از شایع ترین اختلالات دوران کودکی هستند که بسیاری از درمان‌گران به آن توجه ویژه داشته‌اند. برای مداخله در این اختلال ها دو نظریه شناختی- رفتاری و نظریه آدلری دو شیوه مطرح در این ارتباط هستند. شیوهی شناختی- رفتاری که راهبردهایی را برای مقابله با اختلال های اضطرابی ارائه می‌دهد بیشتر جنبه ی درمانی و نظریه آدلری از این نظر که به شیوه‌های فرزندپروری و نوع الگو سازی والدین می‌پردازد، بیشتر جنبه ی پیشگیرانه دارد.

واژه‌های کلیدی: اختلال های اضطرابی، درمان شناختی- رفتاری، نظریه آدلری

مقدمه

بودن و داشتن عملکرد مؤثر به سطح معینی از اضطراب نیاز داریم. حتی برخی اوقات می‌تواند موجب بهبود عملکرد فرد بشود. برای مثال، نگرانی درباره‌ی امتحان، ما را به مطالعه‌ی بیشتر بر می‌انگیزد یا قبل از یک مسابقه به ما در عملکرد بهتر کمک می‌کند. اضطراب ملایم حتی به عملکرد هیجان طلبی ما کمک می‌کند. این امر می‌تواند توضیح دهد که چرا بعضی از مردم ترن هوایی یا تماشای فیلم‌های ترسناک را دوست دارند، چون موجب ایجاد اضطراب در آنها می‌شوند. اما اضطراب زیاد باعث درماندگی می‌شود و موجب اختلال در امور مدرسه، شغل و روابط با دوستان و خانواده می‌شود (کندال، پادل و گوش^۲، ۲۰۰۶).

مشکلات مربوط به اضطراب، شایع ترین شکل مشکلات روان‌شناختی در کودکان و نوجوانان هستند (ددز و همکاران^۳، ۱۹۹۹؛ هرشفلد- بکر و بیدرمن^۴، ۲۰۰۲؛ گینزبرگ و همکاران^۵، ۲۰۱۲؛ شوارتز و وادل^۶، ۲۰۱۲). مطالعات انجام شده در مورد شیوع‌شناسی این

تعاریف متعددی از اضطراب وجود دارد، یکی از تعاریف «ترس بیش از حد در موقعیت‌های واقعی یا تخیلی» است. اگرچه اضطراب و ترس شباهت‌های زیادی به هم دارند ولی تفاوت‌های آنها نیز آشکار است. ترس بر اتفاق ناگوار در حال وقوع یا تجربه ای که به زودی اتفاق خواهد افتاد دلالت دارد، در حالی که اضطراب بر ترسی توجیه ناپذیر دلالت دارد (اتول، ۲۰۰۶/ رحمتی، ۱۳۸۸). ویژگی اصلی اضطراب، نگرانی است که عبارت است از دلواپسی بیش از حد درباره‌ی موقعیت‌های دارای پیامدهای نامطمئن. نگرانی بیش از حد، مضر است چون توانایی انسان در اقدام کردن برای حل مشکل را مختل می‌کند (هابرتی^۱، ۲۰۱۰). اختلال‌های اضطرابی جزو اختلال‌های درون نمود هستند. اختلال‌های درون نمود، الگوهای رفتاری سازش‌نا یافته‌ای هستند که بیش از آن‌که اطرافیان را آزار دهد، موجب رنجش خود کودک می‌شوند و هسته‌ی اصلی آن‌ها اختلال‌های خلق یا هیجان است (دادستان و همکاران، ۱۳۸۹). از سویی اضطراب پاسخی تکاملی و انطباقی است. همه‌ی ما برای هوشیار

2 . Kendall, Podell and Gosch

3 . Dadds, Holland, Laurens, Mullins and Barrett

4 . Hirshfeld - Becker and Biederman

5 . Ginsburg, Beker, Drazdowski and Tein

6 . Schwartz and Waddell

1 . Huberty

اضطراب تعمیم یافته، هراس از مکان‌های باز، هراس اجتماعی که شامل اضطراب بیش از حد درباره‌ی مورد قضاوت قرار گرفتن توسط دیگران یا رفتار در بین جمع است، اختلال‌های هراس که با وحشت زدگی غیرقابل پیش‌بینی مشخص می‌شود، ترس‌های خاص که شامل ترس شدید از اشیا، حیوانات یا موقعیت‌های خاص می‌شود، اختلال وسواس فکری- عملی که با افکار پایدار و تکرار شونده و رفتارهای قالبی عادت‌ی مشخص می‌شود، اختلال استرس پس از آسیب که به دنبال تجربه‌ی یک حادثه‌ی تلخ تکان دهنده مانند بلایای طبیعی، تجاوز جنسی یا مرگ یک عزیز به وجود می‌آید (کنولی و برنستین، ۲۰۰۷). گرچه اضطراب ویژگی اصلی تمام این اختلالات است ولی عوامل زمینه‌ای یا موقعیتی ویژه، میان آنها افتراق می‌گذارد (مهرابی زاده هنرمند و کاظمیان مقدم، ۱۳۸۶). هراس‌های خاص از نظر کینگ، هین و الندیگ^۴ (۲۰۰۵) به گروه وسیعی از ترس‌ها اشاره دارند. پنج زیر گروه از این هراس‌ها عبارتند از: ترس از حیوانات، ترس از محیط طبیعی، ترس از آمپول، ترس- های موقعیتی و دیگر انواع ترس‌ها.

ویژگی‌های اضطراب در کودکی

هابرتی (۲۰۱۰) معتقد است هرچند نشانه‌های اضطراب از نظر نوع و شدت در افراد و موقعیت‌های مختلف، متفاوت است، ولی بعضی از نشانه‌ها در تمام اختلال‌های اضطرابی مشترک هستند و در پاسخ‌های شناختی، رفتاری و جسمی ظاهر می‌شوند. تمامی این نشانه‌ها در همه‌ی افراد یا به یک اندازه دیده نمی‌شوند. از سویی همه‌ی افراد بعضی مواقع تعدادی از این نشانه‌ها را نشان می‌دهند ولی این الزاماً به این معنی نیست که اضطراب وجود دارد و منجر به مشکلاتی می‌شود.

اختلال نشان داده که در حدود ۸ تا ۱۲ درصد کودکان و ۵ تا ۱۰ درصد نوجوانان با یکی از معیارهای تشخیصی اختلال اضطرابی، در حدی که روند زندگی عادی و عملکرد روزانه‌ی آنها را مختل نماید، مواجه هستند (موسوی و همکاران، ۱۳۸۷). این در حالی است که دخترها بیش تر از پسرها به اختلال‌های اضطرابی دچار می‌شوند (کنولی و برنستین^۱، ۲۰۰۷). این مشکلات اغلب از سنین پیش دبستانی شروع و در دبستان نمود رفتاری بیشتری پیدا می‌کنند (بساک نژاد، شاپورآبادی و داوودی، ۱۳۹۰).

اضطراب معمولاً با مشکلات دیگری همراه است که از جمله آنها می‌توان به اختلال‌های خوردن و سوء مصرف مواد اشاره کرد. کودکان دارای اختلال‌های اضطرابی، دارای موقعیت‌های تحصیلی پایین‌تر، مشکلات ارتباط با همسالان و ضعف در توانایی‌های اجتماعی هستند. غیبت‌های بیش از حد از مدرسه و ارتباط معیوب با همسالان، در آینده منجر به سازگاری شغلی ضعیف و مشکلات مربوط به خود پنداره و همین‌طور اختلال‌های روانی در زندگی می‌شوند (کندال، ۲۰۰۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که کودکان با اختلال‌های اضطرابی به طور معناداری رویدادهای منفی بیشتری را در طول زندگی نسبت به کودکان غیرمضطرب تجربه می‌کنند (لجستی و همکاران^۲، ۲۰۱۰). این کودکان همچنین در معرض خطر بالای استفاده از مواد، خودکشی و اختلال‌های روان- پزشکی در دوران نوجوانی و بزرگسالی هستند (متین، ۱۳۸۸). همبندی اختلال‌های اضطرابی با دیگر اختلال‌ها، بهبود کمتر در درمان را در پی دارد (کنولی و همکاران^۳، ۲۰۰۸).

شکل‌های معمول اختلال‌های اضطرابی عبارتند از: اختلال اضطراب جدایی که با اضطراب بیش از حد درباره‌ی دور بودن از مراقبان اصلی مشخص می‌شود،

1. Connolly and Bernstein

2. Legerstee, Garnefski, Jellesma, Verhulst and Utens

3. Liber, Van Widenfelt, Van der Leeden, Utens and Treffers

4. King, Heyne and Ollendick

نشانه های متداول در اختلال های اضطرابی در کودکان

شناختی	رفتاری	جسمی
اختلال در تمرکز	کم رویی	لرزیدن
واکنش بیش از حد به رویداد های کم اهمیت	کناره گیری	افزایش ضربان قلب
اختلال در حافظه	نیاز دایم به اطمینان خاطر دوباره	عرق کردن بیش از حد
نگرانی	پرسش مکرر سؤال	کوتاه بودن تنفس
زودرنجی	نیاز به اجتناب از شباهت	سرگیجه و تاری دید
کمال گرایی	تند حرف زدن	درد یا ناراحتی در قفسه ی سینه
تفکر جزئی	صحبت بیش از حد	سرخ شدن صورت
گوش به زنگی افراطی	ناآرامی و بی قراری	تهوع، استفراغ، اسهال
ترس از دست دادن کنترل	عادات رفتاری مثل کشیدن یا پیچاندن مو	گرفتگی عضلاتی
ترس از شکست	شتابزدگی	اختلال در خواب

اختلال در حل مسئله و عملکرد تحصیلی

هابرتی، تی. جی. (۲۰۱۰). اضطراب و اختلال های اضطرابی در کودکان: اطلاعاتی برای والدین. انجمن ملی روان پزشکان مدرسه: دانشگاه ایندیانا.

متخصصان با توجه به شکل متفاوت نمود اضطراب در دوره های مختلف، اختلال های اضطرابی را متمایز کرده اند. برای مثال، کودکان ممکن است شکایت های جسمی داشته باشند که می تواند به سادگی با بیماری های جسمی اشتباه گرفته شود، در حالی که نوجوانان ممکن است عصبانیت و زودرنجی نشان دهند که می تواند با بد رفتاری اشتباه گرفته شود (شوارتز و وادل، ۲۰۱۲).

عوامل محیطی و اجتماعی

پژوهش های قابل توجهی عوامل مربوط به کودک و والد را که موجب ایجاد و حفظ نشانه های اضطراب در کودک می شوند را شناسایی کرده اند (واترز، زیمر-جمبک و فارل، ۲۰۱۲). والدین مضطرب، ترس و اضطراب را الگوسازی می کنند، رفتار اضطرابی را تقویت می کنند و علی رغم تمایل شان به کمک به کودک، ناآگاهانه موجب حفظ رفتارهای اجتنابی می شوند. سبک های فرزندپروری بیش از حد حمایت کننده، بیش از حد کنترل کننده و بیش از حد انتقادی که جلو رشد خودمختاری و مهارت آموزی را می گیرند نیز منجر به شکل گیری اختلال های اضطرابی در کودکان می شود. همچنین دل بستگی غیرقابل اطمینان به مراقبان می تواند خطر ابتلا به اضطراب کودک را افزایش دهد (کنولی و برنستین، ۲۰۰۷). افزون بر این، عوامل اجتماعی و ارتباطی

سبب شناسی اضطراب کودک

عوامل زیست شناختی و جسمی

بر اساس یافته های حاصل از پژوهش های صورت گرفته در حوزه ی نورویبولوژی، مشخص شده که مدارات خاصی از مغز بستر ساز بروز اضطراب در آدمی می شوند. برای مثال آمیگدال (بادامه مغز) به سرعت به محرک های بالقوه خطرناک پاسخ داده و به طریق شیمیایی سبب می شود که بدن بلافاصله واکنش نشان دهد. در افراد مضطرب میزان بعضی از هورمون های موجود در خون غیرعادی است. بنابراین هر چه که باعث اختلال در سیستم هورمونی شود، مانند کم کاری یا پرکاری

1. Waters, Zimmer-Gembeck and Farrell

پیشگیرانه و هم راهبردهای درمانی لازم هستند. اما تاکنون بیشتر سرمایه گذاری‌ها در بخش درمان صورت گرفته است (وادل، گادریس، هوآ، مک ایوان و ویلیام^۳، ۲۰۰۴). از آنجایی که کودکان زیادی دچار اختلال‌های اضطرابی هستند، درمان‌های بالینی قادر نیستند همه‌ی آنها را تحت پوشش قرار دهند، بنابراین برنامه‌ریزان باید سرمایه گذاری بیشتری در بخش پیشگیری انجام دهند تا کودکان کمتری اضطراب مشکل‌زا را تجربه کنند (شوارتز و وادل، ۲۰۱۲). برنامه‌های درمانی زیادی برای بهبود اختلال‌های اضطرابی وجود دارد که همه‌ی آنها اساسی شناختی- رفتاری دارند. در زمینه درمان، شیوه‌ی شناختی- رفتاری گوی سبقت را از دیگر رویکردها گرفته است ولی در زمینه‌ی پیشگیری از اختلال‌های اضطرابی هم درمان شناختی- رفتاری و هم درمان آدلری حرف‌هایی برای گفتن دارند. در اینجا در بحث پیشگیری به رویکرد آدلری و در بحث درمان به رویکرد شناختی- رفتاری پرداخته می‌شود.

درمان آدلری

همان‌طور که در بحث علل اختلال‌های اضطرابی عنوان شد یکی از مهم‌ترین علت‌های این اختلال‌ها عوامل محیطی و نوع برخورد والدین با کودک است. والدین چه از طریق الگوسازی رفتارهای اضطرابی و چه از طریق شیوه‌های تربیتی غلط می‌توانند موجب به وجود آمدن اختلال‌های اضطرابی در کودکان‌شان شوند. آلفرد آدلر و رودلف درایکورس، که از همکاران آدلر بود، بیشترین پژوهش‌ها را در زمینه‌ی شیوه‌های فرزند پروری انجام دادند. آدلر معتقد بود که خانواده تأثیر مهمی بر شکل‌گیری شخصیت فرد دارد. او به اهمیت منظومه خانواده بر شکل‌گیری شخصیت تأکید ورزید. توجه وی به نقش محوری خانواده در سال‌های رشد و تکوین معطوف بود (آلن کار، ۲۰۰۰، تبریزی، ۱۳۸۴).

بسیاری باعث به وجود آمدن اضطراب در افراد می‌شود، مانند مشکلات خانوادگی، احساس جدایی و طرد شدگی و ... از عوامل محیطی می‌توان تغییرات ناگهانی و غیر منتظره همچون زلزله، بیماری، مرگ یکی از عزیزان و غیره را نام برد.

عوامل ژنتیکی و ارثی

بررسی نقش ژنتیک در اختلال‌های اضطرابی نقش عوامل ارثی را معنی دار اما در حد متوسط نشان می‌دهد. مطالعات خانوادگی نشان داده‌اند که فرزندان بیولوژیک والدین مبتلا به اختلال‌های اضطرابی بیشتر در معرض ابتلاء به اضطراب جدایی در دوران کودکی هستند. والدین مبتلا به اختلال هراس و گذرهاسی به احتمال بیشتری کودک مبتلا به اختلال اضطراب جدایی دارند (کرا و همکاران، ۱۹۹۳، به نقل از متین، ۱۳۸۸). در واقع عوامل خطرآفرین زیست شناختی شامل ژنتیک و خلق و خوی کودک هستند. سبک خلق و خویی با زرداری رفتاری در دوران اولیه‌ی کودکی، احتمال ابتلا به اختلال‌های اضطرابی در کودکی میانه (به نقل از بیدرمن^۱ و همکاران، ۱۹۹۳) و هراس اجتماعی در نوجوانی (به نقل از کاگان و سیندمن^۲، ۱۹۹۹) را افزایش می‌دهد (کنولی و برنستین، ۲۰۰۷).

مداخله

با توجه به شیوع زیاد و پایدار اختلال‌های اضطرابی دوران کودکی و ارتباط آنها با نقص عملکرد اجتماعی و تحصیلی، پیشگیری مؤثر و به هنگام و برنامه‌های مداخله- ای برای این گروه ویژه از کودکان اهمیت زیادی دارد (لارجرستی و همکاران، ۲۰۱۰). جهت کاهش استرس و آسیب ناشی از اختلال‌های اضطرابی هم راهبردهای

3 . Waddell, Godderis, Hua, McEwan and William

1 . Biederman

2 . Kagan and Sindman

توجه طلبی کودک به شکل یکی از این چهار الگوی رفتاری دیده می شود: فعال - سازنده، فعال - مخرب، منفعل - سازنده و منفعل - مخرب. رفتار توأم با اضطراب کودک در حیطه ی الگوی منفعل - مخرب قرار می گیرد. کودک مضطرب از طریق رفتارش دیگران را وادار می کند که نگران او شوند و به او کمک کنند.

اگر کودک نتواند در اولین تلاش های خود توجه دیگران را جلب کند و در این راه دلسرد شود، به رفتار مضری که به شیوه ای منفعل - مخرب است روی می آورد. این کودکان قادرند با تظاهر به بی دست و پا بودن، دیگران را به خدمت بگیرند و معمولاً بزرگ ترها به خواسته آنها تن می دهند. بنابراین وقتی کودک نشان می دهند که ترسیده اند و به روشی عمل می کنند که ارزیابی نادرست شان از عدم توانایی شان بیشتر تأیید می شود، ما شروع به تذکر دادن به آنها می کنیم. برای کودکی که هدفش جلب توجه است، نادیده گرفته شدن غیر قابل تحمل است. او ترجیح می دهد به جای نادیده شدن، تحقیر یا حتی تنبیه شود. والدینی که در چنین دامی می افتند خودشان را مشغول این کودک می کنند و دائماً غرولند می کنند، تذکر می دهند، نصیحت می کنند و به این ترتیب خدمات بیشتری به او ارائه می دهند (درایکورس، کاسل و فرگوسن^۱، ۲۰۰۴ به نقل از علیزاده و روحی، ۱۳۸۸).

در رویکرد آدلری پاداش دادن و تحسین کردن مردود است. از نظر درایکورس (۱۹۹۵) کودک بد رفتار کودکی دلسرد است. ولی به محض اینکه به توانایی اش اطمینان پیدا کند، برای پیدا کردن جایگاهی در خانه و مدرسه رفتارهای سازنده انجام می دهد. بنابراین وظیفه ی بزرگترها در برابر دلسردی کودک دلگرمی دادن به اوست. دلگرمی فرایندی پیچیده است. شکل گیری آن وابسته به شرایط مکانی و زمانی است که دائماً در حال تغییرند.

از نظر آدلر تمام رفتارهای انسان معطوف به هدف هستند. بنابراین همه ی اعمال کودک نیز دارای هدف هستند، و هیچ گاه کودک عملی را بدون این که برای او فایده ای داشته باشد، انجام نمی دهد. تنها در صورتی که این فرض را بپذیریم و هدف رفتار کودک را تشخیص دهیم، روش هایی که پیشنهاد می کنیم معنا می یابند. اگر هدف کودک شناسایی شود می توانیم از طریق روش های قابل قبول به او در تغییر یا دستیابی به هدفش کمک کنیم. از سوی دیگر انسان ها موجوداتی اجتماعی هستند که هدف اصلی آنها عضویت و پیدا کردن جایی در جامعه است. رفتار کودک تعیین کننده ی راه ها و روش هایی است که به وسیله ی آنها سعی می کند خود را نشان دهد و در خانواده یا گروهی که در آن عمل می کند احساس تعلق کند. اگر این راه و روش ها مخرب باشند، نشان می دهد که کودک ایده ی درستی درباره ی نحوه ی پیدا کردن جایگاه در جامعه ندارد. اگر رفتار کودک نامناسب به نظر برسد بیانگر آن است که او باور دارد این تنها راه ممکن برای مهم به نظر رسیدن است. دلیل این که کودکان مفروضات غلط در ذهن ایجاد می کنند این است که انسان ها کلاً در استنباط شان از دنیای اطراف تحریف ایجاد می کنند. آنها واقعیت را آن طوری که دریافت می کنند تجربه می کنند، نه آن طوری که هست (درایکورس، گرونوالد و پپر^۱، ۱۹۹۸ / ترجمه علیزاده و روحی، ۱۳۸۸).

در این نظریه کودک به منظور دستیابی به هدفش ممکن است بدون آگاهی چهار هدف اشتباه را برگزیند. این چهار هدف عبارتند از: به دست آوردن توجه بیش از حد، کسب قدرت، انتقام جویی یا تسویه حساب کردن و نشان دادن عدم کفایت (واقعی یا خیالی).

از آنجایی که پرداختن به تمام این چهار هدف خارج از محدوده و موضوع این مقاله است، فقط هدف مرتبط با موضوع مقاله بسط داده می شود. از بین این چهار هدف،

2 . Dreikurs, Cassel, and Ferguson

1 . Dreikurs, Grunwald, and Pepper

دلگرمی (کری^۲، ۲۰۰۵).

جلسه‌ی خانوادگی جلسه‌ای با حضور تمام اعضای خانواده است که در آن درباره‌ی مشکلات بحث می‌شود و راه حل آنها پیدا می‌شود. صرف نظر از پیدا شدن راه حل برای مشکلات، خود جلسه‌ی خانوادگی تجربه‌ای آموزنده است؛ کودک در این جلسات یاد می‌گیرد حرف بزند و به حرف دیگران گوش دهد. رمز موفقیت جلسه‌ی خانوادگی در تمایل اعضا در دیدن مشکل به عنوان مشکل خانوادگی نهفته است، نه مشکل فردی. چون زندگی با یکدیگر به معنی تعاملات چند جانبه است، راه حل نیز باید همانند مشکل، راه حلی خانوادگی باشد. (درایکورس و شولتز، ۱۹۹۵ به نقل از روحی و علیزاده، ۱۹۹۱).

درمان شناختی- رفتاری

بیش از بیست سال است که میزان اثرگذاری درمان شناختی- رفتاری در درمان اختلال‌های اضطرابی کودکانی به اثبات رسیده است (شوارتز و وادل، ۲۰۱۲). درمان شناختی- رفتاری اصطلاحی است برای توصیف مداخله‌های روان درمانگرانه که با تغییر فرایندهای شناختی هدف آن کاهش ناراحتی‌های روان شناختی و رفتار ناسازگارانه است. درمان شناختی- رفتاری بر این فرض اساسی قرار دارد که احساس و رفتار تا حد زیادی محصول شناخت هستند، بنابراین با مداخله‌های شناختی و رفتاری می‌توان تغییراتی در تفکر ایجاد کرد. بدین ترتیب، درمان شناختی- رفتاری عناصر اصلی هم نظریه‌های شناختی و هم رفتاری را در برمی‌گیرد (استالارد^۳، ۲۰۰۵ به نقل از علیزاده، روحی و گودرزی، ۱۳۸۹).

روان‌شناسان شناختی با نحوه‌ی کسب اطلاعات از جهان، شیوه‌ی بازنمایی این اطلاعات و تبدیل آن به دانش،

آدلری‌ها برای درمان اضطراب که نوعی بد رفتاری محسوب می‌شود، به استفاده از بحث‌های گروهی تأکید می‌کنند. گروه هم‌سالان همواره تأثیری نیرومند بر کودک داشته است. با استفاده از بحث‌های گروهی نه تنها به کودکان کمک می‌شود ارتباطات میان فردی بهتری داشته باشند بلکه از طریق تبادل اطلاعات، یادگیری افزایش پیدا می‌کند. کودکان در یک گروه بحث، نگرش‌شان را شکل می‌دهند و ارزش‌هایشان را پایه‌ریزی می‌کنند که ممکن است بر آنها در کل زندگی تأثیر بگذارد کودک می‌آموزد از تجربه‌ی هم کلاسی‌ها و تجربه‌ی خودش بهره بگیرد و احساس می‌کند مورد حمایت قرار دارد. بدین ترتیب او راه‌های صحیح مقابله با نگرانی و مشکلات منقلب کننده را یاد می‌گیرد. معلم از طریق بحث‌های گروهی می‌فهمد که هر کودک چه احساس و چه فکری دارد، با دیگران چه ارتباطی دارد و نگرش او نسبت به مسایل زندگی چیست. صحبت کردن در فضایی توأم با درک متقابل موجب برانگیخته شدن تفکر در کودکان می‌شود. هنگامی که کودک راجع به مشکلی فکر می‌کند، به راه حلی خواهد رسید (درایکورس و شولتز، ۱۹۹۵ به نقل از روحی و علیزاده، ۱۹۹۱).

این نظریه به روان‌درمانگران، معلمان و والدین رهنمودهایی می‌دهد که به کمک آنها می‌توانند مشکلات عملی را در موقعیت‌های گوناگون حل کنند (فیست و فیست^۱، ۲۰۰۲). آموزش والدین برای بهبود بخشیدن به رابطه‌ی والد و فرزند یکی از خدمات مهم طرفداران آدلر بوده است. به والدین اصول ساده‌ی آدلری آموخته می‌شود تا بتوانند آنها را در خانه به کار ببرند. موضوعات مقدماتی عبارتند از آگاه شدن از هدف بدر رفتاری کودک، یادگیری گوش کردن، کمک کردن به کودک که پیامدهای رفتار خود را بپذیرد، به کار بردن روش‌های پرورش هیجان، تشکیل جلسات خانوادگی و استفاده از

2 . Corey
3 . Stallard

1 . Feist and Feist

آورد. گسترش رفتار درمانی به سمت فرایندهای شناختی عمدتاً به وسیله ی آلبرت بندورا^۲ و با تدوین نظریه ی یادگیری اجتماعی صورت گرفت. در این نظریه محیط همچنان مهم در نظر گرفته شد، در حالی که هم زمان، تأثیر شناختی که بین محرک و پاسخ مداخله می کند نیز مهم در نظر گرفته شد. این نظریه بر این نکته تأکید دارد که یادگیری می تواند با تماشا کردن شخص دیگر صورت گیرد و الگویی از خودکنترلی بر اساس خود مشاهده ای، خود ارزیابی و تقویت خود را مطرح می کند (استالارد، ۲۰۰۵؛ علیزاده، روحی و گودرزی، ۱۳۸۹).

توجه بیشتر به مقوله ی شناخت از کارهای مایکنبام^۳ (۱۹۷۵) و تعلیم خودآموزی ناشی می شود. این رویکرد بر این مفهوم که بیشتر رفتار تحت کنترل افکار یا الگوهای ذهنی است تأکید می کند. به این ترتیب، تغییر خودآموزی می تواند به رشد تکنیک های خودکنترلی مناسب تر منجر شود. تمایل به کار در این زمینه به اکتشاف بیشتری درباره ی ارتباط بین طرحواره ها و ایجاد تداوم مشکلات روان شناختی منجر شده است. کارهای یانگ^۴ (۱۹۹۰) از این دسته هستند، او عنوان کرد طرحواره های ناسازگارانه که با سبک های فرزند پروری خاصی همراه هستند در خلال کودکی شکل می گیرند. تجربه های اولیه و رفتار والدین در رشد شیوه های تفکر نسبتاً ثابت و خشک، عامل تعیین کننده ای هستند. باورهای اساسی توسط حوادث مهم (مانند امتحان دادن) راه اندازی می شوند و منتج به شکل گیری جریانی از افکار خودکار می شود که مربوط به خود شخص، عملکرد او و آینده هستند. این افکار خودکار متقابلاً به تغییرات هیجانی (مانند، اضطراب، ناراحتی)، تغییرات رفتاری (مانند، منزوی شدن، پیوسته کار کردن) و تغییرات جسمی (مانند، از دست دادن اشتها، مشکل در خواب) منجر می شوند.

نحوه ذخیره آن و شیوه استفاده از آن به منظور جهت دهی به توجه و رفتار ما سر و کار دارند. روان شناسی شناختی گستره فرایندهای روان شناختی را در بر می گیرد. از احساس گرفته تا ادراک، بازشناسی طرح ها، توجه، یادگیری، حافظه، تشکیل مفهوم، تفکر، تصویرسازی ذهنی، به خاطر سپردن، زبان، هیجان ها و فرایندهای رشد و همه میدان های رفتار را تحت پوشش قرار می دهد که به فهم ماهیت ذهن اندیشه و رز کمک می کند (روحی، ۱۳۸۵).

این ایده که نحوه ی تفکر ما بر احساس ما تأثیر می - گذارد نقش مهمی در درمان اضطراب ایفا می کند. افزون بر این نحوه ی عمل ما در یک موقعیت به پیامدهایی که به دنبال رفتار می آیند بستگی دارد. به عبارت دیگر اگر پس از یک رفتار اتفاق ناخوشایندی بیافتد، آن رفتار به احتمال زیاد کاهش پیدا می کند یا حتی متوقف می شود (کندال و همکاران، ب، ۲۰۰۶). در سال های اخیر تمایل نسبت به استفاده از درمان شناختی - رفتاری برای کار با کودکان و نوجوانان رو به افزایش بوده است. نتایج پژوهش های انجام شده نشان می دهند که این روش در درمان اختلال های اضطراب تعمیم یافته، اختلال افسردگی، مشکلات بین فردی و اجتماع هراسی، ترس های مرضی، امتناع از مدرسه رفتن، سوء استفاده جنسی و در مدیریت درد مؤثر و سودمند است. افزون بر این، درمان شناختی - رفتاری بر بسیاری از مشکلات مانند اختلال های رفتاری نوجوانان، خوردن، تنیدگی پس از ضایعه و اختلال های وسواس فکری و عملی تأثیر قابل ملاحظه ای داشته است (مارچ^۱، ۱۹۹۵).

بر اساس نظریه رفتاری، رفتار تحت تأثیر پیش آیندها و پیامدهاست. پیامدهایی که احتمال وقوع رفتار را افزایش می دهند، تقویت کننده نامیده می شوند. بنابراین با تغییر پیش آیندها و پیامدها می توان تغییراتی در رفتار به وجود

2. Albert Bandora

3. Meichenbaum

4. Young

1. March

(دادستان و همکاران، ۱۳۸۹). در این برنامه راهبردهای روش شناختی- رفتاری در قالب مجموعه‌ای موسوم به طرح FEAR ارایه می‌شوند که فرد می‌آموزد در هنگام اضطراب از آن استفاده کند (کندال و همکاران، ج ۲۰۰۶). چهار حرف طرح FEAR هر یک معرف یک مرحله هستند که در زیر به اختصار توضیح داده می‌شوند:

F شناسایی احساسات اضطراب

در ابتدا فرد باید یاد بگیرد بین احساسات اضطراب یا نگرانی از دیگر احساسات تمایز قایل شود. حالات چهره به عنوان نشانه‌هایی از احساسات افراد عمل می‌کنند؛ علاوه بر این بدن افراد نیز در پاسخ به احساسات متفاوت کارهای متفاوتی انجام می‌دهد. اولین مرحله از طرح FEAR در مدیریت اضطراب بررسی بدن و پرسیدن این سؤال از خود است که آیا من عصبی هستم. فرد باید در شناسایی نشانه‌هایی که بدنش به او می‌فرستد آموزش ببیند.

یکی از اولین راهبردهایی که فرد در مدیریت اضطراب می‌آموزد، آرمیده کردن بدن است. تنش می‌تواند با آرمیدگی کاهش پیدا کند. آرام‌سازی منظم از طریق آموزش‌های دقیق در مورد چگونگی ایجاد تعدیل تنش در ماهیچه‌های مختلف و چگونگی آرام‌سازی به آن‌ها آموخته می‌شود (متین، ۱۳۸۸). همراه کردن تن آرامی با آموزش تجسم صحنه‌های اضطراب‌زا که در طی حساسیت‌زدایی منظم روی می‌دهد، هم برانگیختگی غیرعادی را بازداری می‌کند و هم پاسخ جدیدی را برای شرطی شدن با محرک‌های اضطراب‌زای گذشته فراهم می‌کند (مهرابی زاده هنرمند و کاظمیان مقدم، ۱۳۸۶). تکنیک‌های متنوعی برای آرمیدگی وجود دارد که متداول‌ترین آنها تنفس عمیق و آرمیدگی عضلانی پیش‌رونده است.

در درمان شناختی- رفتاری، درمانگر به کودک مهارت‌های مقابله‌ای را یاد می‌دهد و موقعیت‌هایی را برای او مهیا می‌کند تا این مهارت‌های مقابله‌ای را تمرین کند. این مهارت‌ها عواملی حمایت‌کننده در اختلال‌های اضطرابی کودکان هستند (کنولی و برنستین، ۲۰۰۷). درمان شناختی- رفتاری دارای تکنیک‌های متنوعی است ولی متخصصان عمدتاً از تکنیک‌های زیر استفاده می‌کنند (شوارتز و وادل، ۲۰۱۲):

- آموزش به کودک و والدین درباره ی اضطراب
- تمرین‌های آرمیدگی عضلانی پیش‌رونده
- تکنیک‌های تنفس عمیق
- به چالش‌طلبیدن افکار اضطراب‌انگیز (بازسازی شناختی)
- قرار دادن کودک در معرض موقعیت‌های اضطراب-انگیز (تخیلی و واقعی)
- طرح‌های جلوگیری از عود مجدد (مانند جلسات تقویت‌کننده و همکاری با والدین و مدرسه)
- پرکاربردترین و بهترین راهنمای درمان شناختی- رفتاری، برنامه گربه مقابله‌گر^۱ کندال (۱۹۹۰) است (کنولی و برنستین، ۲۰۰۷). در برنامه‌ی گربه مقابله‌گر کودکان می‌آموزند که چگونه فرایندهای ارزیابی اولیه و ثانویه خود که ریشه در باورهای نادرست آنها در ارزیابی ضعیف توانمندی‌های خود و میزان بالای تهدیدکننده بودن موقعیت‌ها دارد را با یادگیری مهارت‌های متعدد روان شناختی در فضای درمانی، طرح برنامه‌ای برای مواجهه، تفکر در مورد راه حل‌های موجود، بازسازماندهی شناختی و اجتناب از تفکر آرزومندانه و اجتناب‌های شناختی اصلاح‌کنند و به واسطه اصلاح این خودگویی‌ها، توانایی‌های خود را با ماهیت موقعیت‌های تنیدگی‌زا هماهنگ سازند و در نهایت با مواجهه (به‌جای اجتناب) به تقویت اعتماد به نفس خود کمک‌کنند

1 . coping cat

E نقش خودگویی اضطرابی

R پیامدها و پاداش‌ها

مرحله‌ی آخر در طرح ج مربوط به پیامدها و پاداش‌ها است. پاداش‌ها به خاطر تلاش داده می‌شوند حتی اگر همه چیز طبق برنامه پیش نرود. بعضی اوقات پاداش‌ها از جانب دیگران هستند (مثل کسب مدال یا جایزه در یک مسابقه) و بعضی وقت‌ها ما به خودمان پاداش می‌دهیم (مانند تماشای فیلم مورد علاقه یا صحبت تلفنی با یک دوست). در برنامه شناختی- رفتاری بر دادن پاداش به خاطر تلاش و موفقیت جزئی تأکید می‌شود. پاداش‌ها به انسان انگیزه می‌دهند. می‌توان در ابتدای برنامه با کمک کودک یا نوجوان فهرستی از پاداش‌ها را تهیه کرد و در حین پیشرفت برنامه به او داد.

لازم به ذکر است که کودک یا نوجوان در هنگام مواجهه با موقعیت‌های چالش‌انگیز اضطراب را تجربه خواهد کرد. این اضطراب قابل انتظار و سودمند است و به کودک یا نوجوان فرصت می‌دهد مجموعه‌ی مهارت‌های آموخته شده را به کار ببندد و موفقیت را تجربه کند. در تکالیف تمرینی فرد برای مدت معینی در موقعیت اضطراب آور می‌ماند تا دریابد که می‌تواند با موقعیت‌های مقابله کند. کودک با همکاری درمانگر به موقعیت‌هایی که برای کودک یا نوجوان اضطراب آور هستند فکر می‌کنند و این موقعیت‌ها را روی یک هرم با نام هرم ترس یا نردبان ترس قرار می‌دهند که در آن موقعیت‌هایی که اضطراب کمتری ایجاد می‌کنند در پایین و موقعیت‌هایی که اضطراب زیادی تولید می‌کنند در بالای هرم ثبت می‌شوند. در طول برنامه کودک یا نوجوان به سمت بالای هرم حرکت می‌کند.

دکتر سارا نیو¹ (۲۰۱۲) یکی از متخصصان درمان شناختی- رفتاری می‌گوید: "من به این علت درمان شناختی- رفتاری را دوست دارم که آن واقعاً تأثیرگذار است. وقتی شما کودک و خانواده‌ای داشته باشید که

مرحله‌ی دوم از طرح FEAR بررسی خودگویی‌های فرد است. در این مرحله که بخش مهمی از برنامه‌ی شناختی- رفتاری است، فرد بررسی می‌کند که آیا انتظار دارد اتفاقات بدی بیفتد. درمانگر با کودک یا نوجوان کار می‌کند تا به او کمک کند افکار اضطراب آور خود را مورد کاوش قرار دهد. در این درمان فرد یاد می‌گیرد که خودگویی‌های اضطرابی (مثل، من نمی‌توانم این کار را انجام دهم. من همیشه افتضاح بار می‌آورم) را با خودگویی‌های مقابله‌ای (مثل، بدترین چیزی که ممکن است اتفاق بیفتد چیست، من این کار را قبلاً هم انجام داده‌ام پس باز هم می‌توانم) عوض کند.

وقتی ما خودگویی‌های اضطرابی داشته باشیم معمولاً به افکار منفی یا مضر می‌چسبیم که به این شیوه‌ی تفکر، تله‌ی تفکر گفته می‌شود. معمول‌ترین تله‌های تفکر که ممکن است با اضطراب همراه باشند عبارتند از: راه رفتن با چشم بند، تعمیم افراطی، فاجعه‌آمیز کردن، بدبینی، انتخاب‌گزینشی، اجتناب کردن، قضاوت عجولانه، ذهن-خوانی، بایدها، پیش‌گویی، کمال‌گرایی.

A نگرش‌ها و اقدامات مفید

مرحله سوم در طرح FEAR نگرش‌ها و اقداماتی هستند که می‌توانیم برای داشتن احساس بهتر برگزینیم. در این مرحله فرد می‌آموزد که چطور واکنش‌هایش را اصلاح کند یا حتی با وجود احساس اضطراب پیش برود. فرد یاد می‌گیرد برای به چالش کشیدن خودگویی اضطراب‌آورش سوالاتی (مانند، آیا کاملاً مطمئنم که این اتفاق خواهد افتاد؟ آیا نگرانی در این مورد کمکی می‌کند؟) از خود پرسد. مثال‌هایی از افکار مقابله‌ای عبارتند از: مهم تلاش کردن است؛ هیچ کس کامل نیست؛ همه اشتباه می‌کنند؛ قبلاً این کار را کرده‌ام باز هم می‌توانم.

1 . Sara Newth

ممکن است از دیدن نگرانی فرزندشان ناراحت شوند، اما بهترین کاری که می‌توانند انجام دهند آن است که به فرزندشان کمک کنند با ترسش روبه‌رو شود (دادستان و همکاران، ۱۳۸۹).

نتیجه‌گیری

مشکلات مربوط به اضطراب شایع‌ترین شکل مشکلات روان‌شناختی در کودکان و نوجوانان هستند. و در صورت عدم درمان مشکلات متعددی برای آن‌ها در آینده به وجود می‌آورند. این کودکان همچنین در معرض خطر بالای استفاده از مواد، خودکشی و اختلالات روان‌پزشکی در دوران نوجوانی و بزرگسالی هستند. آن‌ها همچنین با احتمال بیشتری مشکلات شدیدی مانند اختلال سلوک و اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را تجربه خواهند کرد. با توجه به شیوع زیاد و پایداری اختلال‌های اضطرابی دوران کودکی و ارتباط آن‌ها با نقص عملکرد اجتماعی و تحصیلی پیشگیری مؤثر به هنگام و برنامه‌های مداخله‌ای برای این گروه ویژه از کودکان اهمیت زیادی دارد. در این مقاله از دو درمان آدلری و شناختی-رفتاری صحبت شد. بر اساس نظریه‌ی آدلری تمام رفتارها از جمله رفتار کودک، معطوف به هدف هستند. بنابراین رفتار توأم با اضطراب کودک هدفی را دنبال می‌کند که آن هدف، جلب توجه بزرگ‌ترها به خود است. کودکی که این هدف را دنبال می‌کند معتقد است که تنها در صورتی می‌تواند نظر بزرگ‌ترها را به خود جلب کند که رفتاری توأم با اضطراب از خود نشان دهد. نظریه آدلری با طرح شیوه‌های صحیح تربیت فرزند، بعد پیشگیری از به وجود آمدن اختلال‌های اضطرابی را مطرح می‌کند و وقتی در مورد نحوه‌ی برخورد صحیح با کودکی که از خود اختلال‌های اضطرابی نشان می‌دهد گفتگو می‌کند جنبه‌ی درمانی را مطرح می‌کند. از آنجایی که در درمان آدلری روی اصلاح تفکرات اشتباه کار می‌شود، این رویکرد

متماثل به همکاری باشند، دیدن نتیجه‌ی واقعاً شگفت‌انگیز است". طبق گفته‌ی نیوٹ علت اصلی تأثیر گذاری درمان شناختی-رفتاری مؤلفه‌ای "در معرض قرار دادن تدریجی"^۱ آن است. او اظهار می‌کند که اگر مجبور شود تمام جنبه‌های این شیوه‌ی درمانی را رها کند، فقط همین یک مؤلفه را حفظ خواهد کرد چرا که این مؤلفه دقیقاً به قلب عامل نگه‌دارنده‌ی اضطراب اصابت می‌کند (شوارتز و وادل، ۲۰۱۲).

در معرض قرار دادن تدریجی شامل کمک به کودک برای برداشتن گام‌های کوچک به سمت آن‌چه از آن می‌ترسد و در عین حال کاهش رفتارهای اجتنابی است. رفتارهای اجتنابی رفتارهایی هستند که کودکان برای کاهش اضطراب از آنها استفاده می‌کنند، این رفتارها هرچند ممکن است به‌طور موقتی اضطراب را کاهش دهند ولی موجب افزایش اضطراب در دراز مدت می‌شوند. در تکنیک در معرض قرار دادن موقعیت‌های ترسناک به‌طور سلسله‌مراتبی تنظیم می‌شوند، به طوری که بیمار ابتدا در موقعیت‌هایی که کم‌ترین میزان اضطراب را برمی‌انگیزد قرار داده می‌شود و به تدریج با موقعیت‌های ترس‌آور مواجه می‌شود (هالند، گیمل / جلالی، ۱۳۸۳، به نقل از متین، ۱۳۸۸).

متخصصانی که از درمان شناختی-رفتاری استفاده می‌کنند می‌توانند و باید والدین را در درمان درگیر کنند. والدین تکنیک‌های آرمیدگی را یاد می‌گیرند و همانند درمانگر عمل می‌کنند (کنولی و برنستین، ۲۰۰۷). در این شیوه والدین کودک به‌طور مرتب با درمانگر در ارتباط هستند. در این ملاقات‌ها والدین نگرانی‌هایشان را با درمانگر مطرح می‌کنند. آن‌ها می‌توانند با مطلع کردن درمانگر از وضعیت اضطراب فرزندشان در خانه و نحوه‌ی واکنش خود به آن به روند درمان کمک کنند. از آنجایی که والدین احساسات عمیقی نسبت به فرزندشان دارند

1. gradual exposure

کودک در هر مرحله با به کارگیری مهارت‌ها به خودش پاداش می‌دهد. پاداش‌ها به خاطر تلاش داده می‌شوند، حتی اگر همه چیز طبق برنامه پیش نرود. بعضی اوقات پاداش‌ها از جانب دیگران هستند و بعضی وقت‌ها از جانب خود کودک. درمانگران شناختی- رفتاری والدین را نیز در درمان درگیر می‌کنند تا آن‌ها با شیوه‌های صحیح برخورد با اضطراب کودک آشنا شوند و به کودک کمک کنند مهارت‌های مقابله با اضطراب را در خارج از جلسات درمان تمرین کند.

در مجموع چنین نتیجه می‌شود که درمان آدلری از جهت این که جنبه‌ی پیش‌گیرانه دارد و از این لحاظ که در بحث درمان راهبردهای ساده و کاربردی را ارائه می‌دهد دارای مزایای منحصر به فردی است. بنابراین در مورد اختلال‌های اضطرابی خفیف بهتر است از این درمان استفاده شود و در مورد اختلال‌های اضطرابی شدید که نیاز به درمان حرفه‌ای دارند بهتر است از درمان شناختی- رفتاری استفاده شود.

جزو درمان‌های شناختی محسوب می‌شود و از این نظر با درمان شناختی- رفتاری دارای مشترکاتی است.

در درمان شناختی- رفتاری که پشتوانه‌ی پژوهشی محکمی دارد درمانگر به کودک مهارت‌های مقابله‌ای را یاد می‌دهد و موقعیت‌هایی را برای او مهیا می‌کند تا این مهارت‌های مقابله‌ای را تمرین کند. این مهارت‌ها عواملی حمایت‌کننده در اختلال‌های اضطرابی کودکان هستند. در این درمان که از انواع تکنیک‌های رفتاری استفاده می‌شود، طرح‌هایی برای درمان اختلال‌های اضطرابی ریخته و دنبال می‌شود. اولین گام در طرح‌های شناختی- رفتاری شناسایی و تشخیص احساسات است. سپس کودک متوجه می‌شود که در پس هر احساسی تفکری وجود دارد که با تغییر آن تفکر آن احساس نیز تغییر می‌کند. پس از آن کودک با نگرش‌ها و اقداماتی که می‌تواند برای داشتن احساس بهتر برگزیند آشنا می‌شود. در این مرحله او می‌آموزد که چطور واکنش‌هایش را اصلاح کند یا حتی با وجود احساس اضطراب پیش برود.

منابع

- آلن کار. (۲۰۰۰). *خانواده درمانی «مفاهیم، فرآیندها و تمریناتی برای زوج درمانی»*. (ترجمه‌ی غلامرضا تبریزی، ۱۳۸۴). تهران: نشر موندیز.
- اتول، کی. سی. (۲۰۰۶). اضطراب در صد پرسش و پاسخ. (ترجمه‌ی بهزاد رحمتی، ۱۳۸۸). تهران: نشر معیار علم.
- استالارد، پی. (۲۰۰۵). *درمان شناختی- رفتاری با کودکان و نوجوانان*. (ترجمه‌ی حمید علیزاده، علیرضا روحی و علی محمد گودرزی، ۱۳۸۹). تهران: نشر دانژه.
- بساک‌زاده، س.، پلویی شاپورآبادی، ف.، و داوودی، ا. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش مدیریت اضطراب به مادران کودکان مضطرب پیش‌دبستانی، *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*، ۱۳-۹.
- پروچاسکا، جی. او.، و نورکراس، جی. سی. (۱۹۹۹). *نظریه‌های روان‌درمانی*. (ترجمه‌ی یحیی سید محمدی، ۱۳۸۳). تهران: انتشارات رشد.
- خدایاری فرد، م.، و شکوهی یکتا، م. (۱۳۸۵). *تشخیص و درمان اختلالات روان‌شناختی کودکان و نوجوانان*. تهران: انتشارات یسپرون.
- دادستان، پ.، طهرانی زاده، م.، رسول زاده طباطبایی، ک.، آزاد فلاح، پ.، و فتحی آشتیانی، ع. (۱۳۸۹). اثربخشی برنامه درمانگری کندال بر سبک‌های مقابله‌ای کودکان ایرانی مبتلا به اختلال‌های درون‌سازی شده. *فصلنامه علمی- پژوهشی پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، شماره ۳، ۶۸-۵۹.
- درایکورس، آر. و شولتز، وی. (۱۹۹۵). *کودکان خوشبخت*. (ترجمه‌ی علیرضا روحی و حمید علیزاده، ۱۳۹۱). تهران: انتشارات ارسباران.
- درایکورس، آر. کاسل، پی.، و فرگوسن ای. دی. (۲۰۰۴). *انضباط بدون اشک، ویرایش جدید*. (ترجمه‌ی حمید علیزاده و علیرضا روحی، ۱۳۸۸). چاپ رسش.
- درایکورس، آر. گروونالد، بی. بی.، و پیر، اف. سی. اچ. (۱۹۹۸). *فنون مدیریت کلاس، ویراست دوم*. (ترجمه‌ی حمید علیزاده و علیرضا روحی، ۱۳۸۸). نشر دانژه.
- روحی، ع. (۱۳۸۵). تأثیر آموزش گروهی اصلاح افکار خودکار منفی بر افزایش خودابرازی و کاهش نگرش‌های ناکارآمد معلمان براساس نظریه شناختی بک. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی.
- فاسم، ال. (۲۰۰۵). *غلبه بر اضطراب، چگونه احساسات مضطرب‌کننده را بشناسیم*. (ترجمه‌ی هادی ابراهیمی و افشین تابعی). انتشارات نسل نواندیش.
- فیست، ج. و فیست، جی. ج. (۲۰۰۲). *نظریه‌های شخصیت*. (ترجمه‌ی یحیی سید محمدی، ۱۳۸۹). نشر روان.

- کاپلان، ا.ج. و سادوک، وی. (۱۹۹۴). خلاصه روان‌پزشکی علوم رفتاری- روان‌پزشکی بالینی، جلد دوم. (ترجمه‌ی نصرت اله پورافکاری، تهران: انتشارات شهرآب. ۱۳۷۶).
- کُری، ج. (۲۰۰۵). نظریه و کاربری مشاوره و روان‌درمانی. (ترجمه‌ی یحیی سید محمدی، ۱۳۸۷). تهران: انتشارات ارسباران.
- متین، آ. (۱۳۸۸). درمان اختلالات اضطرابی دوران کودکی. *مجله‌ی تعلیم و تربیت استثنایی*، شماره ۹۳، ۲۴-۳۴.
- مهرابی زاده هنرمند، م. و کاظمیان مقدم، ک. (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی روش حساسیت زدایی منظم بر اضطراب امتحان و عملکرد تحصیلی. *مجله‌ی روان‌شناسی کاربردی*، شماره ۵، ۲۳-۳۴.
- موسوی، ر.، موسوی، س.، محمودی قرایی، ج.، و اکبری زردخانه، س. (۱۳۸۷). ابزارهای ارزیابی و تشخیص اختلالات اضطرابی در کودکان و نوجوانان. *مجله‌ی علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران*، سال ششم شماره ۲، ۱۴۷ - ۱۵۴.
- Campbell, M. A. (2003). Prevention and intervention for anxiety disorders in children and adolescents: a whole school approach. *Australian Journal of Guidance and Counseling*, 13, 47-62.
- Connolly S.D., and Bernstein, G.A. (2007). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 46(2): 267-283.
- Dadds, M. R., Holland, D.E., Laurens, K. R., Mullins, M., and Barrett, P. M. (1999). Early Intervention and Prevention of Anxiety Disorders in Children: Results at 2-Year Follow-Up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 145-150.
- Ginsburg, G.S., Becker K.D., Drazdowski T.K., and Tein J.Y. (2012). Treating Anxiety Disorders in Inner City Schools: Results from a Pilot Randomized Controlled Trial Comparing CBT and Usual Care. *Child Youth Care Forum*, 41, 1-19.
- Kendall, P.C., and Hedtke, K.A. (2006a). *Cognitive-Behavioral Therapy for Anxious Children: Therapist Manual*, third edition, Workbook Publishing.
- Kendall, P.C., Choudhury, M., Hudson, J., and Webb, A. (2006b). *The C.A.T. Project Workbook*. Workbook Publishing.
- Kendall, P.C., Podell, J.L., and Gosch, E.A. (2006c). *The Coping Cat Parent Companion*. Workbook Publishing.
- Kendall, P.C., Safford, S., Flannery-Schraeder, E., & Webb, A. (2004). Child anxiety treatment: Outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7. 4-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 276-287.
- Huberty, T. J. (2010). Anxiety and Anxiety Disorders in Children: Information for Parents. *National Association of School Psychologists. Indiana University*.
- King, N.J., Heyne, and D., Ollendick T. H. (2005). Cognitive-Behavioral Treatments for Anxiety and Phobic Disorders in Children and Adolescents: A Review. *Journal of Behavioral Disorders*, 30 (3), 241-257
- Legerstee, J.S., Garnefski, N., Jellesma, F.C., Verhulst, F.C., and Utens, E.M. (2010). Cognitive coping and childhood anxiety disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 19:143-150
- Liber, J.M., Van Widenfelt, B.M., Van der Leeden, J.M., Utens, E.J., and Treffers D.A. (2008). Comorbidity and cognitive behavioral treatment outcome for childhood anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology; in revision*, 5, 79-96.
- March J.S. (1995). Cognitive- behavioral Psychotherapy for children and adolescents with OCD: a review and recommendations for treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34, 7-17.
- Schwartz, C., and Waddell, Ch. (2012). Treating anxiety disorders. *Journal of Children's Mental Health Research*, vol.6.
- Shamir, G., Ungerer, J.A., and Rapee, R.M. (2005). Allotment Behavioral Inhibition and Anxiety in Preschool Children. *Journal of Abnormal Child Psychology* 33, 131-43.
- Waddell, Ch., Godderis, R., Hua, J., McEwan, K., and William W. (2004). Preventing and Treating Anxiety Disorders in Children and Youth. *Children's Mental Health Policy Research Program*, 1, 1-26.
- Waters A.M., Zimmer-Gembeck M.J., and Farrell L.J. (2012). The Relationship between Child and Parent Factors with Children's Anxiety. *School of Applied Psychology and Griffith Health Institute*.
- Young, j. (1990). Cognitive Behavior Therapy for Anxiety: Practical Tips for Using it with Children. *Clinical Psychology Forum* 91, 19-21.