

واکاوی اختلال اضطرابی در کودکان و راهکارهای درمانی آن

صبا مرادی^۱، هانیه صیدی^۲

^۱ نویسنده مسئول، رشته ی علوم تربیتی، پردیس شهید صدوقی کرمانشاه

^۲ رشته ی علوم تربیتی، پردیس شهید صدوقی کرمانشاه

چکیده

هدف: در پژوهش حاضر که از نوع پژوهش های توصیفی است به اضطراب به عنوان اختلالی هم عرض با اختلال های روانی پرداخته شده است و با مراجعه به مقالات و منابع روان شناختی مرتبط با موضوع و مطالعه آنها به جمع بندی و نتیجه گیری در مورد نشانه های اختلال اضطراب در کودکان، علل به وجود آمدن این اختلال ها، دیدگاه های نظری اضطراب و روشهای مداخله اقدام شده است. **نتیجه گیری:** اختلالات اضطرابی متداول ترین اختلال روان پزشکی و از جمله شایع ترین اختلال در کودکان سنین مدرسه رو می باشد. شیوع این اختلال از ۴ تا ۱۹ درصد در نوسان است و اغلب با اختلالات دیگری نظیر افسردگی، اسکیزوفرنی، خودکشی و سوء مصرف مواد همراه است. از جمله نشانه های اختلالات اضطراب در کودکان، مشکل در پاسخ های شناختی، رفتاری و جسمی آنهاست. مهمترین عوامل به وجود آورنده اضطراب عوامل زیست شناختی و جسمی، عوامل محیطی و اجتماعی و عوامل ژنتیکی و ارثی است. در فرآیند درمان اختلالات اضطرابی انواع مختلفی از مداخلات روان شناختی مورد توجه قرار گرفته شده است که در این مقاله به مداخله ها آدلری، شناختی-رفتاری، عقلانی-هیجانی-رفتاری و گشتالت درمانی پرداخته شده است.

واژه های کلیدی: اختلال های روانی، اختلالات اضطراب، دیدگاه های نظری، مداخلات روان شناختی.

۱. مقدمه

سلامت روانی کودکان، نگرانی طبیعی و مهمی برای همه ماست. واقعیت این است که بسیاری از اختلالات هیجانی ریشه در کودکی و نوجوانی دارند. اختلالات هیجانی سیری مزمن دارند و می توانند به شدت مزاحم روند عادی زندگی در دوران بزرگسالی شدند (کلر و همکاران، ۱۹۹۲). طیف وسیعی از اختلالات هیجانی وجود دارد که با توجه به نشانه های تشخیصی و درمانی با یکدیگر تفاوت دارند، یکی از این اختلالات، اضطراب است. اختلال اضطرابی عبارت است از یک حالت روانی یا برانگیختگی شدید که ویژگی های اصلی آن عبارتند از: ترس، تردید و نگرانی مفرط. اختلال های اضطرابی جز اختلال های درون نمود هستند یعنی الگوهای رفتاری سازش نیافته ای هستند که بیش از آنکه اطرافیان را آزار دهند، موجب رنجش خود کودک می شوند و هسته اصلی آنها اختلال های خلق یا هیجان است. (دادستان و همکاران، ۱۳۸۹).

در DSM-IV (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴)، سیستم طبقه بندی جامعی برای اختلالات اضطرابی در نظر گرفته شده است که شامل: اختلال اضطراب جدایی، اختلال وحشت زدگی، هراس از مکان های باز، اختلال اضطراب منتشر، اختلال اضطراب مفرط، هراس اجتماعی، هراس خاص، اختلال وسواس فکری - عملی، اختلال فشار پس از ضربه و اختلال فشار حاد. هر اختلال دارای یک مشخصه و ویژگی ممتاز بوده ولی در عین حال همه آنها دارای پایه مشترکی از ترسها غیرمنطقی و افراط هستند که به طور معناداری با توانایی کودک برای عملکرد در موقعیت های مختلف، تداخل دارد.

پژوهش های پیشین نشان می دهند که کودکان با اختلال های اضطرابی به طور معناداری رویدادهای منفی بیشتری را در طول زندگی نسبت به کودکان غیرمضطرب تجربه می کنند. این کودکان هم چنین در معرض خطر بالایی از سواستفاده مواد، خودکشی اسکیزوفرنی و اختلال های روانی - پزشکی در دوران نوجوانی و جوانی هستند (متین، ۱۳۸۸).

مشکلات مربوط به اضطراب، شایع ترین مشکلات روان شناختی در کودکان و نوجوانان هستند (ددز و همکاران، ۱۹۹۹) کودکان دارای اختلال های اضطرابی دارای موقعیت های تحصیلی پایین تر، مشکلات ارتباط با همسالان و ضعف در توانایی های اجتماعی هستند که در آینده منجر به سازگاری شغلی ضعیف و مشکلات مربوط به خودپنداره و همین طور اختلال های روانی در زندگی می شوند (کندال، ۲۰۰۳).

تحقیقات دیگری در رابطه ارتباطات بین اختلالات اضطرابی کودکان و عوامل محیطی نشان می دهد که کودکان و نوجوانان گروه های اقلیت و طبقات فقیر و محروم جامعه، بیشتر در معرض بروز اختلالات اضطرابی قرار می گیرند (فریمن و همکاران، ۱۹۹۳ به نقل از گلاتو و بلاو، ۲۰۰۷). این پژوهش درصدد آن است که در مورد ویژگی های اختلالات اضطرابی در کودکان، علل به وجود آمدن این اختلال ها، دیدگاه های نظری مختلف درباره اضطراب و در نهایت روش ها مداخله و درمان این اختلالات اطلاعاتی را جمع بندی کند.

ویژگی های اضطراب در کودکی: اختلال اضطراب نیز همچون سایر اختلالات دارای ویژگی ها و علائم مخصوص به خود میباشد که آن را از سایر احساسات ناخوشایند و طبیعی بدن متمایز می کند. این علائم و ویژگی ها بسته به نوع و شدت آن در هر فرد، اضطراب را بصورت یک واکنش طبیعی بدن و یا در مقابل بصورت یک بیماری روحی جدی، جلوه می کند. محققان و پژوهشگران بسیاری به تحقیق و جمع آوری اطلاعات در مورد ویژگی های اضطراب پرداخته اند:

هابرتی (۲۰۱۰) معتقد است هر چند نشانه های اضطراب از نظر نوع و شدت در افراد و موقعیت های مختلف، متفاوت است، ولی بعضی از نشانه ها در تمام اختلال های اضطرابی مشترک هستند و در پاسخ های شناختی، رفتاری و جسمی ظاهر میشوند. در بعضی از مواقع افراد تعدادی از این نشانه ها را نشان میدهند ولی این الزاما به این معنی نیست که اضطراب وجود دارد و منجر به مشکلاتی میشود. نشانه های متداول در اختلال های اضطرابی در کودکی از نظر هابرتی در جدول زیر به تفکیک شناختی، رفتاری و جسمی آورده شده است.

شناختی	رفتاری	جسمی
اختلال در تمرکز	کم رویی	لرزیدن
واکنش بیش از حد به رویدادهای کم اهمیت	کناره گیری	افزایش ضربان قلب
اختلال در حافظه	عادات رفتاری مثل کشیدن یا پیچاندن مو	اختلال در خواب
نگرانی	تند حرف زدن	سرخ شدن صورت
گوش به زنگی افراطی	ناآرامی و بیقراری	عرق کردن بیش از حد
ترس از شکست	شتابزدگی	درد یا ناراحتی در قفسه سینه
اختلال در حل مسئله و عملکرد تحصیلی	محبت بیش از حد	کوتاه بودن تنفس

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

در حالت کلی کودکان مبتلا به اختلال اضطرابی دارای ترس، نگرانی های نامعقول، عدم توانایی تصمیم گیری، عدم توانایی توجه مداوم و احساس طرد شدگی و افسردگی هستند. نمی توانند به خوبی همسالان دوست یابی کنند و در ارتباطات اجتماعی نیز دچار مشکلات عدیده ای میشوند. علل اختلال اضطرابی کودکان: برای انتخاب و بکار بستن راهبردها و درمان های اضطراب در کودکان باید به علل و ریشه پیدایش این اختلال در کودکان پرداخت.

عوامل متعددی در بروز این احساس نقش دارند و دسته بندی های متفاوتی برای این عوامل وجود دارد؛ دسته اول: الف) عوامل زیست شناختی و جسمی: بر اساس یافته های حاصل از پژوهش های صورت گرفته در حوزه نوروبیولوژی، مشخص شده که مدارات خاصی از مغز بستر ساز بروز اضطراب در آدرس می شوند. در افراد مضطرب میزان نسبی از هورمون های موجود در خون غیرعادی است. بنابراین هر چه که باعث اختلال در سیستم هورمونی شود، مانند کم کاری یا پرکاری تیروئید، یا پایین بودن قند خون، برای بدن خطر محسوب میشود. ب) عوامل محیطی و اجتماعی: پژوهش های قابل توجهی عوامل مربوط به کودک و والد را که موجب ایجاد و حفظ نشانه های اضطراب می شوند را شناسایی کرده اند. (واترز، زیمر - جمیک 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 میشوند. سبک های فرزندپروری بیش از حد حمایت کنند، یا بیش از حد کنترل کنند، و بیش از حد انتقادی که از رشد خودمختاری و مهارت آموزی جلوگیری می کنند و نیز منجر به شکل گیری اختلال های اضطرابی در کودکان میشود. (کندلی، برنتیس، ۲۰۰۷). افزون بر این، عوامل اجتماعی و ارتباطی بسیاری باعث بوجود آمدن اضطراب در افراد می شود، مانند مشکلات خانوادگی، احساس جدایی و طرد شدگی و ... از عوامل محیطی می توان تغییرات ناگهانی و غیرمنتظره همچون زلزله، بیماری مرگ یکی از عزیزان و غیره را نام برد. ج) عوامل ژنتیکی و ارثی: بررسی نقش ژنتیک در اختلال های اضطرابی نقش عوامل ارثی را معنی دار اما در حد متوسط نشان میدهد. مطالعات خانوادگی نشان داده اند که فرزندان بیولوژیک والدین مبتلا به اختلال های اضطرابی بیشتر در معرض ابتلا به اضطراب جدایی در دوران کودکی هستند. والدین مبتلا به اختلال هراس و گذر هراسی به اختلال بیشتری کودک مبتلا به اختلال اضطراب جدایی دارند (کرا و همکاران، ۱۹۹۳، به نقل از متین، ۱۳۸۸).

دسته بندی دیگری از علل بروز اختلال اضطرابی توسط محققان وجود دارد که عبارت است از: الف) عوامل فردی: برای کودکان پیش از بلوغ، ویژگی های فردی و پردازش غلط اطلاعات بعنوان عاملی که خطر اضطراب را افزایش میدهد، شناسایی شده اند. (پاتریشا گراکزیک و ساچیتا کانولی، ۱۳۸۹) ب) عوامل خانوادگی: اضطراب کودکی در ارتباط با ویژگی های خانواده شامل روابط والدین - کودک و رفتارهای والدین است. (پاتریشا گراکزیک و ساچیتا کانولی، ۱۳۸۹). از جمله عوامل خانوادگی موثر در بروز اختلال اضطرابی؛ شرایط محیطی خانواده، وضعیت اقتصادی، اجتماعی و محیطی خانواده است. دانش

آموزان دارای خانواده های با وضعیت اقتصادی ضعیف به دلیل کمبود امکانات مالی و رفاهی، سوتغذیه، نبود امنیت اقتصادی و ارتباط بین وضعیت اقتصادی و اجتماعی، بیشتر در معرض خطر مشکلات روانی و عاطفی قرار دارند. در خانواده هایی که ارتباط بین اعضای خانواده ارتباط صمیمی و توأم با همدلی نیست محیط خانواده نیز از جمله عواملی میشود که بر دانش آموزان فشار وارد کرده و به دانش آموزان اضطراب ایجاد می کند. (ج) عوامل اجتماعی: حوادث آسیب زا، روابط مساله دار با همسالان و سایر عوامل از این دست، خطر بروز اختلال اضطرابی را در کودک افزایش میدهد. (پیر و همکاران ۲۰۰۲ به نقل از گالاتو و بلاو، ۲۰۰۷).

انواع دیدگاه ها درباره اضطراب

دیدگاه روان پریشی

دیدگاه روان پریشی، گرایشی نظری است که بر عوامل تعیین کننده ناهشیار رفتار تاکید می کند. فروید آغازگر مکتب روان پریشی آسیب های روانی را بر اثر تعارض میان ساختارهای ذهنی، سطوح خودآگاهی، سازوکارهای دفاعی و مراحل رشد روانی - جنسی مبتنی می داند. بر اساس نظر فروید افکار، نگرش ها و رفتارها ناشی از تعارض میان سه ساختار ذهن خود - نهاد و فراخود است. (کندال/ نجاریان و داوودی، ۱۳۸۴) در این دیدگاه شریطی که موجب تشکیل خود و بعدا فراخود می شود یک تجربه عاطفی دردناک به نام اضطراب است. (نیرس و نرال فیروز بخت، ۱۳۸۳) فروید معتقد بود که اضطراب است که موجب بروز مکانیسم های دفاعی می شود و اختلال اضطراب تعمیم یافته ناشی از نابودی مکانیسم های دفاعی است.

دیدگاه وجودی:

فیلسوفان وجودی بر این باور هستند که وجود دارای احساس های ژرف ترس و نگرانی، گویای این حقیقت است که ما دارای آزادی حق انتخاب هستیم. آزاد بودن اضطراب را به همراه دارد. به اعتقاد کرکیگارد امکان انتخاب و آزادی گویای اضطراب است و انسان هر چه بیشتر از آزادی خویش استفاده کند. اضطراب بیشتری خواهد داشت. طبق این دیدگاه اضطراب ویژگی شناختی هر فرد است که در رابطه با تهدید نیستی، در وجود ما ریشه دوانده است. (پروچاسکاونورکراس/ محمدی، ۱۳۸۳)

دیدگاه شناختی

بر اساس دیدگاه شناختی، اختلالات اضطرابی نتیجه افکار و باورهای نادرست غیر واقعی، غیرمنطقی هستند به ویژه باورهای غیرمنطقی اغراق آمیز نسبت به مخاطرات طبیعی (آزاد، ۱۳۷۶). کودکان مضطرب کننده مانند تهدید و تردید بیشتر پیش بینی کنند نشانه های اضطرابی هستند (مارین و ویل، ۲۰۰۴)

دیدگاه گشتالتی

در این دیدگاه اضطراب عبارت است از فاصله و شکاف میان حال و آینده. انسان بدان دلیل مضطرب می شود که وضعیت موجود را رها کرده و درباره آینده و نقش ها احتمالی که ایفا خواهد کرد، به تفکر می پردازد. پس هر وقت واقعیت را ترک گوئیم و به آینده مشغول شویم دچار اضطراب می شویم (پروچاسکا و نورکراس/ سید محمدی، ۱۳۸۳)

دیدگاه سیستمی

رویکردهای سیستمی بر خلاف سایر الگوهای روان شناسی کانون اختلال را نه در مزد، بلکه در نظام خانواده میجوید. فرد دچار اختلال نیست، بلکه با الگوهای تعامل درون نظام اجتماعی مشکل دارد. از آنجا که خانواده شبکه اصلی ارتباط اجتماعی کودکان را تشکیل می دهد، پس در واقع الگوی تعامل درون خانواده ناکارآمد است. (کندال/ نجاریان و داودی، ۱۳۸۴). بوئن و طرفداران دیگر نظریه سیستمی شریطی را مانند تشنج عاطفی و هیجانی، شدت هیجانی و واکنش عاطفی را برای اشاره مفهوم اضطراب بکار میبرند.

کاسکل (۲۰۰۱) در پژوهش نتیجه گرفت بین سبک ها تربیتی والدین و اضطراب کودکان رابطه وجود دارد. والدین کودکان مضطرب الگویی مداخله گر همراه با درگیری با کودکانشان دارند و کودکان مضطرب در تعاملاتشان منفی تر از

کودکان عادی عمل می کنند و در تعامل ها خواهر و برادری سطوح بالاتری از تعارض را نسبت به کودکان عادی و صمیمیت کمتری را نسبت به خواهر یا برادر مضطرب خود نشان می دهند (فاکس و شورت، ۲۰۰۲).

دیدگاه رفتاری

طبق نظریه های رفتاری، اضطراب پاسخ به یک محرک محیطی معین است. در مدل یادگیری اجتماعی کودک ممکن است با تولید اضطراب موجود در محیط مثل والدین مضطرب پاسخ اضطرابی بروز دهد (کاپلاک و سادوک، ۱۳۸۷). الگوی رفتاری بر رفتار قابل مشاهده کودک و عوامل محیطی نگهدارنده آن تاکید می کند. به اعتقاد رفتارگرایان وقتی سایر عوامل موثر ثابت است، تفاوت های موجود میان کودکان ناشی از یادگیری است. الگوهای رفتاری بهنجار یا نابهنجار، تا حد زیادی تحت تاثیر محیط فعلی است و تغییر در عوامل محیطی، الگوی رفتاری را تغییر می دهد (کندال/ نجاریان، داوودی، ۱۳۸۴).

مداخله:

با توجه به شیوع زیاد و پایدار اختلال ها اضطرابی دوران کودکی و ارتباط آنها با نقص عملکرد اجتماعی و تحصیلی، پیشگیری به هنگام و برنامه ها مداخله ای برای این گروه ویژه از کودکان اهمیت زیادی دارد. (لارجرستی و همکاران، ۲۰۱۰). جهت کاهش آسیب ها ناشی از اختلال ها اضطرابی هم راهبردها پیشگیرانه و هم راهبردها درمانی لازم است و اساس همه برنامه ها درمانی شناختی - رفتاری است.

درمان آدلری:

درمان بر اثر مکتب آدلر بر این فرض استوار است که مراجع زندگی خود را با شیوه ای غلط طراحی و هدایت کرده و در ایجاد علاقه اجتماعی شکست خورده است. در نتیجه وظیفه درمانگر این است که به مراجع کمک کند تا نظر عینی تری از واقعیت داشته باشد و علاقه اجتماعی فعالتری در او به وجود بیاید. آدلر معتقد است خانواده تاثیر مهمی بر شکل گیری شخصیت فرد دارد. چرا که یکی از مهمترین علت ها اختلال اضطرابی عوامل محیطی و نوع برخورد والدین با کودک است و والدین چه از طریق الگوسازی رفتارها اضطرابی و چه از طریق شیوه ها تربیتی غلط می توانند موجب به وجود آمدن اختلال ها اضطرابی در کودکان شوند (آلن کار، ۲۰۰۰، تبریزی، ۱۳۸۴). نظریه آدلری از این نظر که به شیوه ها فرزندپروری و نوع الگوسازی والدین می پردازد، بیشتر جنبه پیشگیرانه دارد.

آدلری ها برای درمان اضطراب که نوعی بدرفتاری محسوب می شود، به استفاده از بحث ها گروهی تاکید می کنند. با استفاده از بحث ها گروهی علاوه بر بهتر شدن ارتباطات میان فردی، از طریق تبادل اطلاعات، یادگیری فرد افزایش می یابد. این نظریه به روان درمانگران، معلمان و والدین رهنمودهایی می دهد که به کمک آنها می توانند مشکلات عملی را در موقعیت ها گوناگون حل کنند (فیست و فیست، ۲۰۰۲) آموزش والدین برای بهبود بخشیدن به رابطه والد و فرزند یکی از خدمات مهم طرفداران آدلر است بنابراین با تشکیل جلسات خانوادگی، جلسه ای با حضور تمام اعضای خانواده که در آن درباره مشکلات بحث شده و راه حل پیدا می کنند. رمز موفقیت در این جلسات 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 مانند مشکل باید راه حلی خانوادگی باشد (درایکوس و تولتز، ۱۹۹۵ به نقل از روحی و علیزاده، ۱۹۹۱).

درمان شناختی - رفتاری (CBT)

درمان شناختی - رفتاری اصطلاحی است برای توصیف مداخله های روان درمانگرانه که با تغییر فرآیندها شناختی هدف آن کاهش ناراحتی های روان شناختی و رفتار ناسازگارانه است. (استلارد، ۲۰۰۵ به نقل از علیزاده، روحی و گودرزی، ۱۳۸۹). اهداف اصلی مداخله ها شناختی رفتاری برای کودکان مضطرب و خانواده هایشان کنترل اضطراب، کاهش آشفتگی شخصی و افزایش تسلط و مهارت های مقابله ای است. این درمان به صورت فردی یا گروهی در مدرسه و یا در مرکز درمانی قابل اجرا است.

در ابتدا درمانگران به کودک آموزش می دهند که نشانه ها اضطراب خود را تشخیص داده و شدت آنرا گزارش کنند. برای مثال عدد ۰ نشانگر عدم اضطراب و عدد ۸ نشانگر اضطراب شدید است. جلسات درمانی در اداره کردن نشانه ها جسمانی و شناختی تاکید دارد. برای کنترل نشانه ها جسمانی به کودک راه هایی برای آرامش عضلات آموزش داده و برای کنترل نشانه ها شناختی به او کمک کرده تا افکارها ناکارآمد خود مقابله کنند. در این درمان فرض اساسی این است که نحوه تفکر ما بر احساس و رفتارها ما تاثیر می گذارد. (کندال و همکاران، ۲۰۰۶) والدین کودک مضطرب از راه آموزش مهارت هایی برای کار با کودکانشان می توانند به عنوان درمانگران غیرحرفه ای رفتاری - شناختی به طور موثری اضطراب کودکانشان را کنترل کنند. موثرترین درمان برای اضطراب کودکان درمان شناختی - رفتاری بوده و هدف نهایی آن این است که کودک دنیا را امن تر و با تهدید کمتری درک کند. (هادسون و تیلور، ۲۰۰۵) نتایج اخیر نشان داده که بهبودی حاصل از این درمان از ۶ ماه تا ۷ سال دوام دارد.

درمان عقلانی - جسمانی - رفتاری (REBT)

بنیانگذار این روش آلبرت آلیس، REBT را به طور گسترده یک درمان رفتاری - شناختی محسوب می کند. آلیس افکار غلط را علت اصلی آسیب ها روانی می داند و در نظریه خود آنرا عقاید ناکارآمد معرفی میکند. (حسنی، محزونی و لطفی کاشانی، ۱۳۹۰) هدف اصلی این روش افزایش رضایتمندی یا خرسندی درمان جو و کاستن از درد و رنج است. در اولین گام درمان جو باید متوجه شود چگونه نگرش ها غیرعقلانی در او به پیامدهای مشکل آفرینی مثل خشم، افسردگی یا اضطراب می انجامد و سپس به طور مستقیم و از لحاظ عقلی به درمان جو بیاموزیم چگونه درباره باورها غیرمنطقی خود بحث و گفتگو کرده و با رها کردن آنها باورها منطقی را جایگزین آنها کند (تامپسون و رودلف/ طهوریان، ۱۳۸۴). گام دوم شامل متقاعد کردن مراجعان است. این که اختلال خود را از طریق تلقین مجدد همان افکار نامعقول به خود حفظ می کنند. در گام سوم مراجعان می فهمند که تنها راه رهایی از اختلالات این است که با باورها خود مبارزه کنند و از طریق این مبارزه به نظام جدید و عاقلانه دست یابند (آلیس، ۲۰۰۰). در آخرین مرحله مراجع به یک فلسفه زندگی خاص دست می یابد تا از طریق آن از به وجود آمدن افکار غیرمنطقی بیشتر جلوگیری کند. نتیجه ای که درمانگر از این روش بدست می آورد این است که از تغییر باورها نامعقول به معقول به سوی زندگی عاقلانه حرکت کرده آن وقت رفت های مبتنی بر شکست او ناپدید شده و اختلالات هیجانی وی کاهش می یابد (شیلینگ، ۲۰۰۳، ترجمه آراین ۱۳۸۵).

در علت شناسی اختلالات روانی، میان REBT و CBT اشتراکاتی وجود دارد. هر دو تفکر سودار را علت اصلی اختلالات هیجانی می دانند و معتقدند اکثر مردم این تفکرات سودار را داشته اما کسانی که بیش از حد به آن بها می دهند، دچار مشکل می شوند.

گشتالت درمانی:

گشتالت درمانی به تمرکز درمانی هم معروف است، شیوه ای است که بر افکار و احساساتی که فرد در زمان و مکان حال تجربه می کند، تمرکز داشته و بر تماس، آگاهی، آزمایش و تجربه تاکید دارد. وظیفه مشاور در رویکرد گشتالت درمانی آن است که به درمانجو کمک کند به آگاهی در لحظه کنونی دست یابد و به تمرکز قوا برسد. این روش به مراجعان کمک کرده تا بفهمند خیلی بیشتر از آنچه می پندارند، توانمندند پس مراجعان به خودآگاهی بیشتری رسیده و به طرف خود شکوفایی حرکت می کنند. هدف اصلی این روش ایجاد کمال و یکپارچگی شخصیتی از طریق آگاهی است و فرد مسئول است کنش ها و احساسات خود را بپذیرد.

درمانگران گشتالت از بررسی رویا استفاده زیادی می برند و به مراجع کمک ها شایانی می کنند. فروید رویا را راه رسیدن به ناخودآگاه معرفی کرده ولی پرلز رویا را وسیله ای برای وحدت می داند. در روش رویاپردازی یک داوطلب رویایی را توصیف و دانش آموزان دیگر با بیان افکار و احساساتشان به جای افراد و اشیا بوجود در رویا ایفای نقش می کنند وظیفه درمانگر در یکپارچه سازی رویاها این است که درمان جویان را بر آنچه در زندگی کنونی شان می پرهیزند تمرکز دهد و به آنان کمک کند موقعیت ها دردآور زندگی شان را نمایش دهند و بخش ها فراموش شده شخصیت شان را با زندگی مرتبط سازند.

اگر مراجع در ایفا نقش اجزا بیگانه خویش، مشکل داشته باشد و در مقابل آن مقاومت نشان دهد، موید آن خواهد بود که مراجع نمی‌خواهد اجزای سلب شده خود را در تملک درآورده یا دو مرتبه باز نماید (تامپسون و رودولف/ طهوریان، ۱۳۸۴).

۳- نتیجه گیری:

با توجه به اهمیت بالایی سلامت روانی کودکان در ارتباطات اجتماعی، موفقیت های تحصیلی، زندگی فردی و اجتماعی و احساسات کودک در مورد خود، لازم است قبل از هر چیز با ویژگی های اختلال اضطرابی که مواردی از قبیل: ترس، نگرانی، ناامنی، واکنش بیش از حد، افزایش ضربان قلب و دیگر مشکلات رفتاری و شناختی و جسمی اند آشنا شده، سپس با شناخت دقیق هر یک از این ویژگی ها و تعیین درجه شدت آن در کودک، علل بروز این اختلال را که ممکن است عوامل فردی، عوامل اجتماعی، عوامل زیست شناختی و جسمی، عوامل خانوادگی و ارثی باشند را پیدا کرده و سپس در جستجوی درمان متناسب با این علل باشیم. لازم به ذکر است که هر کدام از این عوامل به زیر مجموعه هایی تبدیل میشوند که اثرگذاری هر یک با دیگری متفاوت است.

دیدگاه های متفاوتی در مورد اختلال اضطرابی وجود دارد از جمله: دیدگاه روان پریشی، دیدگاه وجودی، دیدگاه شناختی، دیدگاه گشتالتی، دیدگاه سیستمی و دیدگاه رفتاری. هر دیدگاه بر اساس آموزه های مکتب خود اضطراب و ریشه آن را تعریف می کند. نمیتوان گفت کدام دیدگاه کاملتر است، زیرا هر کدام از این دیدگاه ها این اختلال را از نقطه نظر خود بررسی کرده اند و از جنبه های مختلف هر کدام برتری خاص خود را دارند.

برای درمان اختلال اضطرابی به تناسب درجه اضطراب و عامل بوجود آورنده آن میتوان از هر یک از درمان های؛ شناختی-رفتاری، درمان آدلری، درمان عقلانی- جسمانی-رفتاری و یا گشتالت درمانی استفاده کرد. همچنین بکار بردن مداخلات لازم در این زمینه اقدامی ارزشمند تلقی میشود. با توجه به اینکه درصد بیشتری از کودکان مبتلا به اختلال اضطرابی از نوع حقیقت آن برخوردارند؛ درمان آدلری کاربردی تر بود، و بیشتر مورد استفاده قرار می گیرد.

منابع:

۱. احمدی، سعید؛ ذاکریان، علیرضا، (۱۳۹۴). بررسی رابطه سلامت روان و اضطراب امتحان با عملکرد تحصیلی دانش آموزان.
۲. خاقانی زاده، مرتضی؛ سیرتی، مسعود، (۱۳۸۳). تاثیر عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی در تشدید علائم روان پزشکی.
۳. دادستان، پریرخ. روان شناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی، جلد ۲، ۱۳۸۷
۴. روحی، علیرضا، (۱۳۹۳). رویکردهای نظری و کاربردی در اختلال ها اضطرابی کودکان، شماره ۳، تهران: انتشارات تعلیم و تربیت استثنایی.
۵. گراگزیک، پاتریشا؛ کانولی، ساچیتا. اختلالات اضطرابی دوران کودکی. (ترجمه مهرناز کمیجانی، ۱۳۸۹)، تهران: انتشارات تعلیم و تربیت استثنایی.
۶. متین، آذر، (۱۳۸۸). درمان اختلالات اضطرابی دوران کودکی، شماره ۹۳ و ۹۴، تهران: انتشارات تعلیم و تربیت استثنایی.
۷. محمدخانی، شهرام؛ اسکندری، حسین، (۱۳۸۶). بررسی همه گیرشناسی مشکلات رفتاری دانش آموزان ۱۲-۷ ساله شهر تهران، فصلنامه روان شناسی و علوم تربیتی.