

اختلال هراس در کودکان

ستاره شجاعی* / استادیار بخش روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی / دانشگاه شیراز
مر تزی پور شیرازی / کارشناس ارشد آموزش و پرورش ابتدایی / دانشگاه شیراز

چکیده:

زمینه: یکی از اختلال‌های روانی که ریشه اضطرابی دارد، اختلال هراس است. در مورد این اختلال در بزرگسالان پژوهش‌های فراوانی صورت گرفته است؛ با این حال به نسبت اهمیت آن در دوران کودکی، توجه کمتری به این اختلال در کودکان شده است. در پژوهش حاضر با مرور مقاله‌های ارائه‌شده در این باره سعی شده است به فهم ابعاد این اختلال پرداخته شود. در ادامه اختلال هراس کودکان از نظر مفهوم، نشانه‌ها و روش‌های درمان مورد توجه قرار گرفته است.

نتیجه‌گیری: طبق نتایج این بررسی‌ها مشخص شده است با آنکه سال‌ها در مورد امکان وجود اختلال هراس در کودکان تردیدهایی مطرح شده، امروزه مشاهده می‌شود که بر اساس دیدگاه بسیاری از صاحب‌نظران، وقوع این اختلال در کودکان ممکن است و مشابهت‌های زیادی با همین حالت در بزرگسالان دارد. پژوهش‌های انجام‌شده بیانگر وجود راهکارهای درمانی مؤثر در جهت بهبود این اختلال است. جهت کمک به داشتن جامعه‌ای سالم‌تر، نیاز به انجام پژوهش‌های گسترده‌تر در مورد اختلال هراس کودکان احساس می‌شود.

واژه‌های کلیدی: اختلال هراس، کودکان، اختلال اضطرابی

مقدمه

به همین دلیل در این مقاله با مرور پژوهش‌های مربوط به هراس، سعی بر این شده است که با شناخت اختلال هراس در کودکان و ویژگی‌های آن و بررسی راهکارهای درمانی، قدم مؤثری در جهت سلامت روانی افراد جامعه به‌ویژه کودکان برداشته شود.

اختلال‌های اضطرابی از شایع‌ترین اختلال‌های روانی دوره‌ی کودکی است (۱). اختلال هراس به‌عنوان یکی از اختلال‌های مهم روانی، تأثیرات زیادی بر وجوه مختلف حیات فرد دارد. در مورد این اختلال در بزرگسالان تحقیقات فراوانی ارائه شده است با این حال، سال‌ها تردیدهایی در مورد وجود اختلال هراس در کودکان وجود داشت. امروز تحقیقات مهمی به این امر می‌پردازند.

پس از سال‌ها تردید، امروزه به‌طور آشکارا بیان شده است که اختلال هراس در کودکان نیز تقریباً با همان نشانه‌هایی که در بزرگسالان وجود دارد، بروز می‌یابد. با این حال، اختلال هراس در کودکان همراه با اختلال‌های دیگری مانند افسردگی نیز می‌باشد (۲). اختلال هراس^۲ در کودکان یکی از حیطه‌هایی است که در زمینه روان‌شناسی بالینی کودکان بسیار سریع مورد توجه قرار گرفت (۳).

روش

در پژوهش حاضر که از نوع مروری است، پژوهشگران با مطالعه و بررسی منابع گوناگون مکتوب موجود در زمینه اختلال هراس، با تأکید بر اختلال هراس در کودکان، به روش کتابخانه‌ای، مطالب گوناگونی را به دست آوردند. پس از طی این مرحله، مطالبی که در چند منبع به آن‌ها اشاره شده بود یا دارای اهمیت ویژه‌ای به نظر می‌آمد، انتخاب شدند. سپس مطالب با توجه به مضمون و موضوع دسته‌بندی شدند و در نهایت با در نظر گرفتن یافته‌های دسته‌بندی‌شده، یک نتیجه‌گیری ارائه شد.

* نویسنده مسئول: bahareman@shirazu.ac.ir

یافته‌ها

طبق بررسی‌های صورت گرفته و بررسی مطالعات و نظریات پیشین، یافته‌هایی حاصل گردید که جهت درک بهتر آن‌ها دسته‌بندی شده‌اند و در بخش‌های گوناگون آورده شده‌اند. در آغاز به معنی اختلال هراس و حملات هراس اشاره شده است. پس از آن، نشانه‌های اختلال، عوامل ایجادکننده آن، دیدگاه برخی از صاحب‌نظران پیرامون هراس در کودکان و برخی از نظرها در مورد درمان آن، ارائه گردیده است.

اختلال هراس

بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، اختلال هراس به‌عنوان یکی از اختلال‌های اضطرابی تلقی می‌شود و با نشانه‌های روانی و جسمانی خاص همراه است (۱). به سخن دیگر، اختلال هراس به‌عنوان حالتی از نگرانی و دلواپسی تعمیم‌یافته است که با حمله‌های مکرر هراس و احساساتی مانند غیرقابل کنترل بودن، دلواپسی شدید، نشانه‌های بدنی، گیج شدن و تغییر در تنفس و درد قفسه سینه همراه است (۵). در تعریف دیگری هراس یک حمله‌ی شدید اضطرابی مربوط به هم‌ریختگی شخصیت در نظر گرفته شده است و نگرانی موجود در این حالت، درهم‌شکننده و با احساس قریب‌الوقوع سرنوشت بد همراه است (۶، ۷). خصوصیت اصلی اختلال هراس، یک دوره ترس یا ناراحتی شدید است که به‌طور ناگهانی شروع شده و به‌سرعت (معمولاً در عرض ده دقیقه یا کمتر) به اوج خود می‌رسد. اغلب با احساس خطر یا احساس پیامدهای شوم قریب‌الوقوع و تمایل به فرار و حداقل با نمودار شدن چهار مورد از مواردی چون تپش قلب، عرق کردن، سوزش، احساس تنگی نفس یا بسته شدن راه گلو، احساس خفگی، درد یا ناراحتی در قفسه سینه، تهوع یا ناراحتی شکمی، احساس سرگیجه یا منگی، مسخ واقعیت یا شخصیت، ترس از دیوانه شدن یا از دست دادن کنترل، ترس از مرگ و برافروختگی نمودار می‌شود (۸).

علاوه بر این باید توجه داشت که بر اساس پژوهش‌های انجمن روان‌شناسی آمریکا در سال ۲۰۰۹، احساس نگرانی زیاد، احتمال ایجاد حمله‌های هراس و ابتلا به اختلال هراس را به‌شدت بالا می‌برد. در فرهنگ لغت روان‌شناسی انجمن روان‌شناسی آمریکا (۷) ملاحظه می‌شود که هراس^۱ به‌عنوان یک پاسخ و ترس ناگهانی و کنترل نشدنی می‌باشد که ممکن است دربرگیرنده‌ی وحشت^۲، سردرگمی و رفتارهای غیرمنطقی باشد که در اثر ادراک یک عامل خطر مثل زمین‌لرزه یا آتش به وجود می‌آید. بنا به عقیده‌ی دیلر (۹) بیش از ۹۰ درصد کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال هراس دارای اختلال‌های اضطرابی مانند اختلال اضطراب تعمیم‌یافته یا اختلال هراس اجتماعی و یا اختلال‌های خلق و خو مانند اختلال چندقطبی و یا اختلال افسردگی می‌باشند. از سوی دیگر طبق گزارش پژوهش‌ها، برخی از کودکان مبتلا به اختلال هراس به‌طور هم‌زمان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی تشخیص داده می‌شوند (۱۰).

حملات هراس

حمله‌ی هراس^۳ به‌عنوان آغاز یک حمله‌ی ناگهانی شدید توأم با دلواپسی و نگرانی و رفتارهای دیوانه‌وار و غیرقابل کنترل می‌باشد که در دوره‌های زمانی گسسته روی می‌دهد. با آنکه حملات هراس غالباً در بزرگسالان شناخته شده است، اما مدتی است که توجه به وجود آن در کودکان نیز مدنظر قرار گرفته است (۱۱). در اینجا لازم است توجه شود که بسیاری از بزرگسالان مبتلا به اختلال هراس این‌گونه گزارش کرده‌اند که نشانه‌های بیماری آنان از دوران کودکی و نوجوانی حتی از هشت سالگی آغاز شده است (۱۲). لازم به ذکر است که حمله‌های هراس ممکن است در دیگر بیماری‌های روانی به‌غیر از اختلال هراس نیز ظهور کند. برای مثال در ترس‌های خاص^۴، حمله نیز رخ می‌دهد (۱۳). شواهد نشان می‌دهد که

1- Panic

2- terror

3- Panic attack

4- Phobia

۵۰	۲/۴۰ (۱/۲۶)	احساس یا ترس دیوانه شدن
۵۰	۲/۴۰ (۱/۰۷)	تنگی یا درد در قفسه سینه
۴۵	۳/۰۰ (۰/۷۱)	احساس ضعف
۴۵	۲/۵۶ (۱/۳۳)	احساس مرگ یا ترس از مرگ
۳۵	۲/۷۱ (۱/۱۱)	خفگی
۲۵	۲/۰۰ (۱/۲۲)	احساس مور مور در انگشتان یا صورت

جدول ۲ - شیوع و شدت اجتناب از مکان یا موقعیت در افراد مبتلا به اختلال هراس

درصد	شدت	مکان یا موقعیت
۳۵	۲/۱۴ (۱/۲۱)	رستوران یا بوفه مدرسه
۳۰	۲/۳۳ (۱/۰۳)	جمعیت و ازدحام
۲۵	۲/۲۰ (۱/۳۰)	اتاق‌های کوچک
۲۰	۳/۲۵ (۰/۹۶)	تالار کنفرانس
۲۰	۳/۰۰ (۰/۸۲)	اسانسور
۲۰	۲/۲۵ (۰/۹۶)	پارک‌ها
۲۰	۲/۰۰ (۰/۸۲)	خواربار فروشی
۲۰	۲/۰۰ (۱/۱۵)	پاساژها
۲۰	۲/۰۰ (۱/۴۱)	خانه
۲۰	۱/۷۵ (۰/۵۰)	نمایش
۱۵	۲/۶۷ (۱/۵۳)	تونل
۱۵	۲/۳۳ (۱/۵۳)	اتوبوس یا اتوبوس مدرسه
۱۵	۲/۰۰ (۱/۰۰)	زمین بازی
۱۵	۲/۰۰ (۱/۰۰)	راه رفتن
۱۵	۱/۶۷ (۱/۱۵)	مطالعه در اتومبیل
۱۰	۲/۰۰ (۰/۰۰)	زمین‌های بازی
۱۰	۲/۰۰ (۰/۰۰)	کلیسا یا معبد
۱۰	۱/۵۰ (۰/۷۱)	انتظار در صف

حملات هراس در کودکان رخ می‌دهد. همچنین طبق پژوهش‌ها، ۱۰ تا ۱۸ درصد بزرگسالان مبتلا به اختلال هراس برای اولین بار هراس را پیش از ده‌سالگی تجربه کرده‌اند و گزارش نموده‌اند (۱۴، ۱۵).

نشانه‌های اختلال هراس

نشانه‌های اختلال هراس که در مبتلایان کم سن و سال گزارش شده است، عبارت‌اند از: تپش قلب زیاد^۱، لرزش، سرخ شدن^۲ یا احساس سردی^۳، کم آوردن نفس، گیجی و عرق کردن (۱۶، ۱۷). افزون بر این، احساس ضعف و از حال رفتن، خفگی^۴، حالت تهوع از نشانه‌های این اختلال می‌باشد (۳، ۱۸). این نشانه‌ها با توجه به میزانی که در پژوهش کرنی و همکاران (۳) گزارش شده، در جدول (۱) آمده است. همچنین آنان یافته‌های پژوهش خود را در رابطه با شیوع و شدت اجتناب از مکان‌ها و موقعیت‌ها توسط مبتلایان ارائه نموده‌اند که در جدول (۲) با اقتباس از آنان آمده است. این اجتناب از موقعیت‌ها بیشتر شامل رستوران‌ها، جمعیت‌ها، اتاق‌های کوچک و یا بزرگ، آسانسورها، پارک‌ها و مغازه‌ها بوده است.

جدول ۱ - شیوع و شدت نشانه‌های اختلال هراس

درصد	شدت	نشانه‌ها
۷۵/۵	۲/۸۰ (۱/۱۵)	ضربان قلب سریع
۷۵	۲/۴۰ (۱/۲۴)	حالت تهوع
۷۵	۲/۳۳ (۱/۱۱)	احساس داغی یا سردی
۷۵	۲/۰۰ (۰/۹۳)	لرزش
۶۵	۲/۴۶ (۱/۱۳)	سرگیجه
۶۰	۱/۵۸ (۱/۰۰)	عرق کردن
۵۵	۳/۰۹ (۰/۸۳)	کم آوردن نفس
۵۵	۱/۸۲ (۰/۹۸)	سردرد

1- Heart rate

2- Flash

3- Chills

4- Choking

درجه یک^۲ یعنی والدین، فرزندان، برادران و خواهران بیانگر آن است که فرد با احتمال بیشتری نسبت به میانگین، اختلال مشابهی را تجربه می‌کند اما به‌طور دقیق نمی‌توان پیش‌بینی کرد که چه کسی این مشکلات را تجربه خواهد کرد (۱۸).

نکته دیگری که باید به آن اشاره کرد این است که بعید است کودکان، از هراس والدین تقلید کنند اما ممکن است با مشاهده‌ی رفتار والدین، اضطراب آن‌ها را کسب کنند (۱۸). در گزارش یک مطالعه‌ی گسترده ذکر شده است که با بررسی زنان دوقلو می‌توان نتیجه گرفت که عوامل ارثی در ایجاد اختلال هراس و آگروفوبیا حدود ۳۵ تا ۳۹ درصد است (۲۰). همچنین بیان شده است که احتمال ابتلا به اختلال هراس در بین وابستگان درجه یک بیماران، چهارتا هشت برابر بیشتر است (۲۱). به‌علاوه بنا بر یافته‌های پژوهش‌ها، دختران بیشتر از پسران، به نسبت ۶ به ۴ به اختلال هراس مبتلا می‌شوند (۱۷). همچنین محرومیت از محرک‌های حسی^۳ از جمله عواملی به حساب آمده است که می‌تواند منجر به هراس شود (۷).

دیدگاه صاحب نظران پیرامون هراس در کودکان

با آنکه در ابتدای شناخت اختلال هراس، نظرات حاکی از وجود تردید و شک عمیقی پیرامون امکان وجود اختلال هراس در کودکان بوده است؛ با این حال پس از گذشت مدتی، نظرات دیگری پا به عرصه گذاشتند. به‌عنوان مثال مورو و وایسمن (۲۲) بیان داشته‌اند که شواهد قوی و مهمی دال بر وقوع اختلال هراس در کودکان وجود دارد. همچنین بیان شده است که گزارش‌های جدید مبین آن است که اختلال هراس در کودکان ایجاد می‌شود در حالی که با باورهای پیشین و اعتقادات گذشته در تضاد است (۲۳، ۲۴).

همان‌طور که اشاره شد، در گذشته اعتقاد بر این بود که کودکان به اختلال هراس مبتلا نمی‌شوند زیرا فاقد رشد شناختی لازم جهت وقوع هراس هستند (۲۳).

توجه به وجوه عینی هراس مثل لرزیدن، گریه کردن، رنگ‌پریدگی و این قبیل احساسات که بیانگر حالات هیجانی کودک است، برای مسئولان محیط‌هایی که کودکان در آن‌ها حضور دارند، از نظر روانی بسیار حائز اهمیت است (۱۹). اختلال هراس در بعضی کودکان به صورت نگرانی و ترس بیش‌ازحد از مدرسه^۱ یا اجتناب از مدرسه نمایان می‌شود (۱۸). برخی دیگر از نشانه‌های اختلال هراس عبارت است از ترس از مردن، احساس مورمور و سوزن شدن، مسخ واقعیت (احساس غیرواقعی بودن جهان)، مسخ شخصیت و ناراحتی شکمی (۱۳).

سبب‌شناسی اختلال هراس

اختلاف خانوادگی، اضطراب جدایی، ابتلای به بیماری‌های جسمانی یا روانی و بیماری‌های مزمن افراد خانواده و یا خود فرد، مصرف مواد مخدر یا الکل در خانواده از عوامل ایجادکننده اختلال هراس است. همچنین تحقیقات نشان می‌دهد که در افرادی با سابقه مشکل در نفس کشیدن، احتمال دچار شدن به اختلال هراس افزایش می‌یابد (۱۸). افزون بر این، کودکانی که دچار آزار و اذیت شده‌اند، از میان اختلال‌های اضطرابی، بیشتر دچار اختلال هراس می‌شوند (۱۳). همچنین بیشتر مبتلایان گزارش کرده‌اند که چند سال قبل از اولین حمله هراس، در شرایط استرس‌زایی حضور داشته‌اند (۴).

یک بحث مهم در رابطه با عوامل ایجادکننده اختلال هراس، ارثی بودن آن است. باید توجه داشت که این اختلال به خودی خود و به‌تنهایی از طریق ارث انتقال نمی‌یابد، هرچند که شواهد حاکی از آن است که اضطراب شدید از طریق ارث به افراد منتقل می‌شود و شایان‌ذکر است که اضطراب شدید در میان افراد با اختلال هراس از شیوع بالایی برخوردار است و از نشانه‌های رایج اختلال هراس می‌باشد.

نکته‌ی قابل‌ملاحظه این است که هرگاه بحث از مستعد بودن به یک مسئله یا بیماری مطرح می‌شود، لزوماً فرد به آن مسئله یا بیماری مبتلا نخواهد شد. به عبارت دیگر هرچند وجود اختلال هراس در خویشاوندان

2- First degree relations

3- Sensory deprivation

1- School phobia

• آرام‌سازی کاربردی^۲

• تنفس آموزشی

• مواجهه سازی واقعی^۳

• اصلاح کارکردهای اجرایی

لازم به ذکر است که در رویکردهای شناختی تأکید اصلی بر تغییر شیوه‌ی تفسیر فرد از وقایع است، به‌گونه‌ای که به فرد مبتلا نشان داده شود اعتقادات وی نادرست است و می‌تواند به شکل دیگری نیز فکر کند. برای مثال، حمله‌ی هراس را به معنی مرگ قریب‌الوقوع نداند بلکه متوجه باشد که این حمله پس از حدود ده دقیقه تمام می‌شود و او به حالت عادی بازمی‌گردد (۱۳). از دیگر روش‌های درمانی توصیه‌شده برای درمان اختلال هراس می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

• روان‌درمانی متمرکز بر هیجان

• آموزش کاهش انگیزگی

• درمان مبتنی بر ذهن آگاهی (۲۱).

یکی از روش‌های درمانی اختلال هراس که با عنوان درمان کنترل هراس^۴ شناخته می‌شود، یک روش شناختی-رفتاری است و بر آموزش^۵ در مورد هراس، آموزش تنفس آرام و در معرض قرار گرفتن مرحله‌ای در محیط واقعی و عامل ترس تأکید دارد (۲۹).

درمان‌های مبتنی بر نظریه‌های شناختی-رفتاری مؤثر قلمداد شده‌اند. این روش‌ها در حذف حملات هراس، کاهش رفتارهای اجتنابی^۶، افزایش خودکارآمدی برای مقابله با شرایط و موقعیت‌هایی که از آن‌ها اجتناب می‌کرده‌اند و کاهش حالات و خلق‌وخوی منفی مؤثر بوده‌اند (۳۰، ۳۱).

پژوهشگران بسیاری از جمله دیلر، تامم و اوزپایراس (۳۲) بر این باورند که تفسیر نامطلوب مشکلات و مصائب

همچنین مک نالی (۲۴) و نیز مورو، وایسمن و وارنر (۲۵) معتقدند که کودکان مانند بزرگسالان در اثر اختلال هراس، از ترس‌هایی همچون ترس از مردن، متأثر می‌شوند. همچنین طبق مطالعات و بررسی‌های بارلو (۲۶) کودکان ممکن است احساسات بدنی^۱ مربوط به اختلال هراس را تجربه نمایند. آلسی، رایبیز و دیساور (۲۷) نیز در پژوهش‌های خود به این اختلال اشاره نموده‌اند. اولندیک، متیس و کینگ (۲۸) با انجام یک مطالعه‌ی مروری جامع در ادبیات پژوهشی مربوط، به این نتیجه رسیدند که حملات هراس برای نوجوانان عادی است اما فراوانی زیادی ندارند. همچنین این اختلال در کودکان وجود دارد اما فراوانی آن کمتر از نوجوانان است. همچنین گزارش‌ها نشان می‌دهد که حملات هراس به وجود آمده در کودکان و نوجوانان، دارای نشانه‌های شناختی بیشتر و نشانه‌های جسمانی کمتری می‌باشند.

درمان اختلال هراس

خوشبختانه درمان‌های مؤثری در جهت مقابله با اختلال هراس شناخته شده‌است. به‌طوری‌که پژوهشگران بسیاری از جمله کاپلان، سادوک و روئیز معتقدند که در صورت درمان مناسب اختلال هراس، اکثر بیماران نشانه‌های بهبودی را نشان می‌دهند. هرچند درمان‌های روان‌شناختی اختلال هراس در کودکان و نوجوانان مبتلا، از همان اصول درمان بزرگسالان، بهره می‌برند، اما در کودکان کم سن و سال، ممکن است بخش شناختی درمان، امکان‌پذیر نباشد و یا به شکل کامل اجرا نشود. در درمان کودکان مبتلا به اختلال هراس جلب حمایت، همکاری و مشارکت خانواده از اهمیت خاصی برخوردار است. همچنین برقراری ارتباط با مدرسه ممکن است در درمان کودکان ضروری باشد (۱۸).

بنابراین کودکان و والدین آن‌ها باید در مورد ویژگی‌های بالینی و روان‌درمانی، آموزش‌های لازم را دریافت نمایند. افزون بر دارودرمانی، روش‌های متعددی برای درمان این اختلال پیشنهاد شده است که برخی از آنها عبارت‌اند از:

2- Applied relaxation

3- in vivo exposure

4- Panic control treatment

5- education

6- Avoidance behavior

1- Physical Sensation

زندگی افراد می‌گذراند و کیفیت زندگی آنان را کاهش می‌دهند؛ بر همین اساس شناخت این اختلال‌ها و آشنایی با عوامل ایجادکننده و روش‌های درمان آن‌ها بسیار ضروری است.

همچنین با توجه به اینکه اختلال هراس، علاوه بر بزرگسالان در کودکان هم می‌تواند ظهور کند، اهمیت این موضوع را دوچندان می‌کند؛ زیرا اختلال هراس در کودکان یک وضعیت بیمارگونه است که ناتوان‌کننده و مزمن به حساب می‌آید و با مشکلات روان‌شناختی و تحصیلی در نوجوانی و بزرگسالی همراه می‌شود (۹). این مسئله در مورد کودکان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ زیرا اختلال هراس، نه تنها باعث مشکلاتی برای خود کودک می‌شود (غیبت از مدرسه، افت تحصیلی) بلکه پیامدهای منفی برای خانواده و جامعه نیز به همراه دارد.

پژوهش‌های انجام‌شده بیانگر وجود راهکارهای درمانی مؤثر در جهت رفع و بهبود این اختلال می‌باشد. این درمان‌ها مبتنی بر نظریه‌های شناختی و شناختی-رفتاری می‌باشند؛ به طوری که می‌تواند منجر به تغییر تفسیر فرد از وقایع ناگوار و مشکلات موجود شود و سرانجام روند درمانی منجر به کاهش رفتارهای اجتنابی و کاهش سوء رفتارها و خلق و خوی منفی و حذف حملات هراس و افزایش خود کارآمدی افراد می‌شود.

نکته اساسی و مهم دیگر این‌که با توجه به حساسیت موضوع و همچنین با توجه به اینکه پژوهش‌های صورت گرفته در مورد اختلال هراس بیشتر در مورد بزرگسالان بوده است و پژوهش‌های معدودی تاکنون در مورد کودکان صورت گرفته، می‌بایست پژوهش‌های بیشتری در مورد اختلال هراس در کودکان صورت گیرد تا جامعه‌ی سالم‌تری داشته باشیم.

فاجعه‌بار به شکلی متفاوت از حالت عادی آن، علت هراس می‌باشد؛ بنابراین باید از طریق روش‌های شناختی و رفتاری درمان‌هایی را برای بیماران فراهم کنیم که تفسیر شخصی و اشتباه آنان اصلاح شود و بهبود یابد و این امر از طریق یک روند محقق می‌شود.

به منظور تکمیل بحث، لازم به ذکر است که روش‌های درمانی گوناگونی در این باره ارائه شده است؛ با این حال، در پژوهش حاضر فارغ از هر نوع اظهارنظری در مورد اثربخشی آن‌ها، از باب نمونه به طور خلاصه به چند مورد از آن‌ها اشاره می‌شود.

همان‌طور که پیش‌از این گفته شد، یکی از روش‌های پیشنهاد شده، مواجهه سازی واقعی است. در این روش که جنبه رفتاری دارد، بیمار به صورت تدریجی در موقعیت هراس‌انگیز قرار می‌گیرد و به مرور سعی می‌شود از حساسیت او نسبت به موقعیت کاسته شود. این روش دارای ظرافت‌هایی است که باید رعایت شوند. به علاوه باید به گونه‌ای عمل شود که نتیجه معکوس یعنی تشدید هراس پدید نیاید (۱۳).

در روش آرام‌سازی کاربردی با تکنیک‌هایی مانند آرام‌سازی ماهیچه‌ها یا تصور موقعیت‌های آرامش‌بخش، به فرد کمک می‌شود تا احساس تسلط بر موقعیت داشته باشد و اضطرابش کاهش یابد.

از سوی دیگر در روش‌های متکی بر کارکردهای اجرایی، به مؤلفه‌های این کارکردها مثل توجه، بازداری، حافظه کاری، انعطاف‌پذیری و مدیریت زمان پرداخته می‌شود زیرا در این روش درمانی باور بر آن است که اصلاح و بهبود مؤلفه‌های کارکرد اجرایی ذهنی، بهبود رفتار و در نتیجه بهبود بیمار را به دنبال دارند.

نتیجه‌گیری

اختلال‌های اضطرابی از جمله اختلال هراس جزء اختلال‌های شایع در کودکان و نوجوانان هستند. این اختلال‌ها تأثیرات منفی بسیاری بر جنبه‌های مختلف

References

- Jafari Kashi Sh. The impact of Gestalt therapy on the anxiety disorder of children with cancer [dissertation]. Tehran: Islamic Azad Univ.; 2015.
- Dadsetan P. Developmental psychopathology: from infancy through adulthood. Tehran: Samt; 2004. [Persian]
- Kearney CA, Albano AM, Eisen AR, Allan WD, Barlow DH. The phenomenology of panic disorder in youngsters: An empirical study of a clinical sample. *J Anxiety Disord.* 1997 Jan; 11(1): 49-62.
- Bahman S. Comparing emotion regulation, early maladaptive schemas and emotional expressiveness in people with or without panic disorder [dissertation]. Ardabil: University of Mohaghegh Ardabili; 2017.
- Stuart-Hamilton I. Dictionary of psychological testing, assessment and treatment. London; Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 2007.
- Bhatia MS. Dictionary of Psychology and Allied Sciences. New Delhi: New Age International pub.; 2009.
- Association AP. APA College Dictionary of Psychology. Washington, DC: American Psychological Association; 2009.
- Namdar Sh, Vatani Z. [Haraas dar koodakaan]. [Hekmate Sinavi] 2004; 10: 41-45. Available from: <http://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/313178>.
- Diler RS. Panic disorder in children and adolescents. *Yonsei Med J.* 2003 Feb; 44(1): 174-9.
- Alessi NE, Magen J. Panic disorder in psychiatrically hospitalized children. *Am J Psychiatry.* 1988 Nov 1; 145(11): 1450-2.
- Lau JJ, Calamari JE, Waraczynski M. Panic attack symptomatology and anxiety sensitivity in adolescents. *J Anxiety Disord.* 1996 Sep; 10(5): 355-64.
- Ballenger JC, Steele JJ, Cornish-McTighe D, Carek DJ. Three cases of panic disorder with agoraphobia in children. *Am J Psychiatry.* 1989 Jul; 146(7): 922.
- Abbas zadeh F. The comparison of executive functions, social judgment and Resilience in PTSD and panic patients and normal individuals [dissertation]. Ardabil: University of Mohaghegh Ardabili; 2013.
- Von Korff MR, Eaton WW, Keyl PM. The epidemiology of panic attacks and panic disorder results of three community surveys. *Am J Epidemiol.* 1985 Dec; 122(6): 970-81.
- Thyer BA, Parrish RT, Curtis GC, Nesse RM, Cameron OG. Ages of onset of DSM-III anxiety disorders. *Compr Psychiatry.* 1985 Mar-Apr; 26(2): 113-22.
- King NJ, Ollendick TH, Mattis SG, Yang B, Tonge B. Nonclinical panic attacks in adolescents: Prevalence, symptomatology, and associated features. *Behav Change.* 1996 Sep; 13(3): 171-83.
- Last CG, Strauss CC. Panic disorder in children and adolescents. *J Anxiety Disord.* 1989 Jan; 3(2): 87-95.
- Rachman S, De Silva P. Panic disorder: The facts. Cary; New York: OUP Oxford; 2009.
- Yamini M. [Rabeteye avaaamele khanevadege va amoozeshgaahi ba haraas az madreseh daneshamoozane paye aval va dovom ebtedaei dar shahrestan sabzevar] [dissertation]. Ahvaz: Shahid Chamran univ. of Ahvaz; 1995.
- Bouton ME, Mineka S, Barlow DH. A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychol Rev.* 2001 Jan; 108(1): 4-32.
- Mesbahi Taheri N. Evaluation of the efficacy of neurofeedback and medication to reduce symptoms and improve quality of life in patients with panic disorder [dissertation]. Kurdistan: University of Kurdistan; 2015.
- Moreau D, Weissman MM. Panic disorder in children and adolescents: a review. *Am J Psychiatry.* 1992 Oct; 149: 1306-14.
- Nelles WB, Barlow DH. Do children panic?. *Clin Psychol Rev.* 1988 Jan; 8(4): 359-72.
- McNally RJ. Panic disorder: A critical analysis. New York: Guilford Press; 1994.
- Moreau DL, Weissman M, Warner V. Panic disorder in children at high risk for depression. *Am J Psychiatry.* 1989 Aug; 146(8): 1059-1060.
- Barlow DH. Anxiety and its disorders. New York: Guilford Press; 1988.
- Alessi NE, Robbins DR, Dilsaver SC. Panic and depressive disorders among psychiatrically hospitalized adolescents. *Psychiatry Res.* 1987 Apr; 20(4): 275-83.

28. Ollendick TH, Mattis SG, King NJ. Panic in children and adolescents: A review. *J Child Psychol Psychiatry*. 1994 Jan; 35(1): 113-134.
29. VandenBos GR. editors. *APA Dictionary of Psychology*. Washington, DC: American Psychological Association; 2009.
30. Ollendick TH. Cognitive behavioral treatment of panic disorder with agoraphobia in adolescents: A multiple baseline design analysis. *Behav Ther*. 1995; 26(3): 517-31.
31. Barlow DH, Seidner AL. Treatment of adolescent agoraphobics: Effects on parent-adolescent relations. *Behav Res Ther*. 1983 Jan; 21(5): 519-26.
32. Diler RS, Tamam L, Ozpoyraz N. Cognitive-behavioral therapy and pharmacotherapy in the treatment of panic disorder: a case report. *Journal of Cukurova University Faculty of Medicine*. 1998; 23: 76-81.
33. Mehraban Z. [Tahlil keyfi mohtavaaye ketabhaye darsi hadiye asman az manzar amr be maroof va nahye az monkar]. [Noavarihayeh Amozeshi]. 2016; 15(57): 23- 46.