



سرشناسه: حیدرنیا، علی، ۱۳۶۹-

عنوان و نام پدیدآور: درمان پذیرش و تعهد برای اختلالات اضطرابی/مؤلف علی حیدرنیا.

مشخصات نشر: ارسطو (سامانه اطلاع رسانی چاپ و نشر ایران)، ۱۴۰۰.

مشخصات ظاهری: ۱۵۸ ص.

شابک: ۴-۷۵۳-۴۳۲-۶۰۰-۹۷۸-۴۸۰۰۰۰ ریال

وضعیت فهرست نویسی: فیا

یادداشت: کتابنامه: ص ۱۵۸ - ۱۵۱.

موضوع: اختلالات اضطرابی - درمان پذیرش و تعهد

رده بندی کنگره: RC۴۸۸/۵

رده بندی دیویی: ۶۱۶/۸۹۱۵۶

شماره کتابشناسی ملی: ۷۶۴۶۱۱۳

اطلاعات رکورد کتابشناسی: فیا

نام کتاب: درمان پذیرش و تعهد برای اختلالات اضطرابی

مؤلف: علی حیدرنیا

ناشر: ارسطو (سامانه اطلاع رسانی چاپ و نشر ایران)

صفحه آرای، تنظیم و طرح جلد: پروانه مهاجر

تیراژ: ۱۰۰۰ جلد

نوبت چاپ: اول - ۱۴۰۰

چاپ: مدیران

قیمت: ۴۸۰۰۰ تومان

فروش نسخه الکترونیکی - کتاب رسان:

<https://chaponashr.ir/ketabresan>

شابک: ۴-۷۵۳-۴۳۲-۶۰۰-۹۷۸

تلفن مرکز پخش: ۰۹۱۲۰۲۳۹۲۵۵

www.chaponashr.ir



انتشارات ارسطو



به نام خدا

درمان پذیرش و تعهد برای اختلالات اضطرابی

مؤلف :

علی حیدرنیا

انتشارات ارسطو

(چاپ و نشر ایران)

۱۴۰۰

فهرست مطالب

پیشگفتار.....	۸
فصل اول: پیش درآمدی بر اضطراب و افسردگی.....	۱۰
اختلالات اضطرابی.....	۱۱
انواع اضطراب.....	۱۴
همه‌گیرشناسی اضطراب.....	۱۵
علت‌شناسی اختلالات اضطرابی.....	۱۶
عوامل زیست‌شناختی.....	۱۸
عوامل روان‌شناختی و محیطی.....	۲۳
نظریه‌های روانکاوی.....	۲۳
نظریه‌های رفتاری اضطراب.....	۲۵
نظریه یادگیری شناختی - اجتماعی.....	۲۶
نظریه‌های شناختی اضطراب.....	۲۶
آثار و عوارض اختلالات اضطرابی.....	۲۷
مؤلفه‌های اضطراب.....	۳۰
افکار اضطرابی.....	۳۱
تاریخچه افسردگی.....	۳۳
اختلال افسردگی.....	۳۵
تعریف افسردگی.....	۴۰

۴۳	ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی
۴۴	ویژگی‌های افسردگی
۴۸	اختلال‌های همبود با افسردگی
۵۰	تشخیص افتراقی برای افسردگی
۵۲	منظور از افسردگی حاد یا گذرا چیست؟
۵۳	حملات افسردگی
۵۵	انواع افسردگی
۶۱	حالات افسردگی
۶۱	نشانه‌های هیجانی و انگیزشی
۶۱	نشانه‌های شناختی
۶۲	نشانه‌های رفتاری
۶۳	نشانه‌های فیزیولوژیکی
۶۴	عوامل روانی-اجتماعی
۶۵	نشانه‌های شخصیتی
۶۵	طبقه‌بندی افسردگی در DSM-IV
۷۰	شیوع افسردگی
۷۱	دیدگاه زیست شناختی
۷۳	دیدگاه روان پوششی
۷۹	دیدگاه رفتاری
۸۱	دیدگاه شناختی
۸۵	درماندگی آموخته شده

نظریه نومی‌دی..... ۸۶

نظریه نشخوار فکری..... ۸۶

فصل دوم: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد..... ۸۹

پیش درآمدی بر درمان پذیرش و تعهد..... ۹۰

مبانی نظری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد..... ۹۳

فرایندهای زیربنایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد..... ۹۶

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی..... ۱۰۵

آسیب‌شناسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد..... ۱۰۹

اجتناب تجربه‌ای..... ۱۱۲

آموزش درمان پذیرش و تعهد (اکت)..... ۱۱۵

فصل سوم: درمان اضطراب و افسردگی با رویکرد پذیرش و تعهد..... ۱۲۰

الف) درمان اضطراب با رویکرد پذیرش و تعهد..... ۱۲۱

درمان استرس با رویکرد پذیرش و تعهد..... ۱۲۹

ب) درمان افسردگی با رویکرد پذیرش و تعهد..... ۱۳۵

فصل چهارم: راهبردهای پذیرش و تعهد برای درمان اضطراب و افسردگی..... ۱۴۰

مقدمه..... ۱۴۱

رابطه درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)..... ۱۴۴

ناامیدی خلاق در اکت..... ۱۴۵

استعاره افتادن در چاله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد..... ۱۴۵

راهبردهای درمانی درمانگر اکت برای..... ۱۴۷

پیشگفتار

از آنجایی که رویکرد ACT نسبت به دیگر رویکردهای درمانی مانند رویکرد شناختی رفتاری (CBT) یا روانکاوی جوانتر است، به همین خاطر تعداد افرادی که با تمام قوا وارد این حیطه درمانی می‌شوند کم است. شاید دیده باشید افرادی که برای شنا به استخر یا دریاچه می‌روند قبل از شیرجه زدن به درون آن در ابتدا انگشتان خود را وارد آب می‌کنند و سپس کم کم مابقی اعضای بدن خود را تا اینکه نهایتاً در آن شیرجه می‌زنند. رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) نیز به همین ترتیب است افراد ابتدا با شک و تردید، کمی در آن داخل می‌شوند چون هنوز نسبت به آن اطمینان ندارند اما با آشنایی بیشتر با آن، در آن غوطه‌ور خواهند شد.

دلیل عمده این عدم اطمینان اولیه نیز این امر است که برخلاف مدل‌های درمانی دیگر که فرضشان بر این است که مراجعان باید علائمشان کاهش یابد تا اینکه بتوانند زندگی بهتری شروع کنند، در مدل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) زندگی توجه آگاهانه و همسو با ارزش‌ها پیامد مطلوب رویکرد ACT است و نه کاهش علائم. با اینکه رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد علائم را کاهش می‌دهد اما هرگز هدفش این نیست. (امین‌زاده، ۱۳۹۴).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یا درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی که به اختصار درمان اکت (ACT) نامیده می‌شود، نوعی رفتار درمانی تجربی مبتنی بر مایندفولنس (Mindfulness، ذهن آگاهی، توجه آگاهی) و بافتارگرایی است که بنیان بخش بزرگی از روانشناسی غرب را به چالش می‌کشد.

در طی این درمان، مراجعان از طریق شش فرایند اساسی (پذیرش، همجوشی زدایی شناختی، آگاهی از لحظه حال، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه) هدایت

می‌شوند تا به گشودگی برسند و تمام تجربیات، یعنی انواع گوناگون افکار و احساسات، همانگونه که هستند، تجربه کنند.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (اكت) که در سال ۱۹۸۶ توسط پروفیسور استیون هیز معرفی شد و توسعه یافت، نخستین درمان «موج سومی» است که مطالعات تجربی بسیاری، اثربخشی و فایده آن را تأیید کرده‌اند.

رفتار درمانی‌های «موج اول» در دهه ۵۰ و ۶۰ میلادی بر تغییر رفتاری آشکار تمرکز داشتند و در آن‌ها از تکنیک‌های شرطی‌سازی عامل و کلاسیک استفاده می‌شد. «موج دوم» در دهه ۷۰ میلادی شامل مداخلات شناختی به عنوان راهبرد کلیدی بود و در نهایت، رفتار درمانی شناختی (CBT) در موج دوم غالب گردید.

رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد ارتباط بین افکار و احساسات مشکل‌زا را تغییر می‌دهد تا افراد آنان را به عنوان علائم مرضی درک ننموده و حتی یاد بگیرند که آن‌ها را بی‌ضرر (حتی اگر ناراحت‌کننده و ناخوشایند باشند) درک کنند. در واقع در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) هدف این است که افراد بیاموزند وقایع درونی‌شان، مخصوصاً آن‌هایی را که ناخواسته‌اند، قضاوت نکنند و بپذیرند.

رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد فرد را یاری می‌کند تا حسی متعالی از خود کسب کند. هدف کاربرد رویکرد ACT آن است که به مراجع کمک کند تا ارزش‌های زندگی‌اش را مشخص کند و بر اساس آن‌ها اقدام به عمل کند. نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایتمندی زناشویی، کاهش اضطراب، افسردگی، استرس پس از سانحه، دردهای حاد و مزمن، سوءمصرف مواد و سایکوز مؤثر است. (عزیزی و همکاران، ۱۳۹۶)

دکتر علی حیدرنیا

فصل اول: پیش درآمدی بر اضطراب و افسردگی

اختلالات اضطرابی

اضطراب^۱ یک حالت هیجانی و عاطفی است که در طی آن افراد، علی الخصوص هنگام عدم توانایی در کنترل و عدم اطمینان از پیامدها، احساس عدم راحتی، ترس و نگرانی را دارند. از این رو مفروضه‌ی اساسی الگوی اضطراب آن است که پاسخ‌های هیجانی فرد از طریق واقعیت عینی تعریف نشده باشد و بر اساس تشریح‌ها او از وقایع که واقعیت ذهنی او هستند، مطرح شوند. بر این مبنا می‌توان گفت اضطراب حسی ناخوشایند است که تهدید ادراک شده را نشان می‌دهد (آلیس و هارپر^۲، ۱۹۷۵).

اختلالات اضطرابی گروهی از اختلالات هستند که اضطراب ویژگی اصلی آنهاست (کمپبل^۳، ۱۹۹۶، ص ۵۳). مشخص شده است که نوجوانان می‌توانند اختلالات اضطرابی زیر را تجربه می‌کنند:

- اختلال اضطراب اجتماعی (همچنین به عنوان فوبیای اجتماعی شناخته می‌شود)
- اختلال اضطراب جدایی
- اختلال اضطراب عمومی
- هراس خاص
- اختلال وحشت (با یا بدون آگورافوبیا)
- آگورافوبیا (بدون سابقه اختلال وحشت)
- اختلال وسواس فکری عملی
- اختلال استرس پس از سانحه (و اختلال استرس حاد) (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۰۰). این اختلالات اضطرابی فوق‌الذکر به‌طور خلاصه در زیر شرح داده شده است.

^۱ anxiety

^۲ Ellis - harper

^۳ Campbell

اختلال اضطراب اجتماعی با نگرانی و خجالت کشیدن در موقعیت‌های اجتماعی مشخص می‌شود (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۰۰). این افراد نگران آن چیزی هستند دیگران ممکن است درباره آن‌ها بگویند یا فکر کنند (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۰۰). برخی از فعالیت‌هایی که ممکن است توسط این افراد اجتناب شود عبارتند از: سخنرانی در کلاس، سؤال کردن از معلم خود، صرف ناهار با همسالان در مدرسه و شرکت در فعالیت‌های ورزشی (راپی، ویگنال، هادسون و شنیرینگ^۴، ۲۰۰۰).

اختلال اضطراب جدایی با اضطراب بیش از حد مربوط به جدا شدن از افراد مهم زندگی مشخص می‌شود (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۰۰). این ترس با توجه به سطح رشد کودک یا نوجوان نامناسب است (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۰۰). نگرانی‌ها ممکن است شامل موارد زیر باشد: والدین آن‌ها بمیرد، ربوده شود یا گم شود (راپی و همکاران، ۲۰۰۰). اختلال اضطراب فراگیر شامل نگرانی‌های غیر واقعی در مورد وقایع آینده است (به عنوان مثال، بلایای طبیعی، حوادث آینده) (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۰۰). کودکان و نوجوانان مبتلا به این اختلال اغلب به عنوان «جعبه‌های نگرانی» توصیف می‌شوند (چانسکی، ۲۰۰۴؛ راپی و همکاران، ۲۰۰۰). از نظر ناظران، آن‌ها غالباً به عنوان افراد کمال گرا و خودآگاه دیده می‌شوند که به‌طور منظم به دنبال اطمینان خاطر هستند (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۰۰).

هراسی خاص با نگرانی بیش از حد در مورد یکشی خاص یا وضعیت خاص (به عنوان مثال ارتفاع، حیوانات و غیره) مشخص می‌شود (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۰۰). در این نوع اضطراب فرد هنگام مواجهه با شی یا موقعیت تحریک‌کننده اضطراب بسیار ناراحت می‌شود (راپی و همکاران، ۲۰۰۰).

اختلال هراس^۵ (با یا بدون آگورافوبیا) با وقوع حملات هراس مشخص می‌شود، یعنی

^۴ Rapee, Wignall, Hudson, & Schniering

^۵ Panic

اضطراب و ناراحتی بیش از حد به طور مکرر، که به طور غیر منتظره تجربه می‌شود و هیچ تحریک مشخصی وجود ندارد (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۰۰). برخی از علائم جسمی حمله وحشت عبارتند از: تپش قلب، درد قفسه سینه، مشکل تنفس و سرگیجه (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۰۰). از دیگر ویژگی‌های این اختلال می‌توان به فکر نوجوان در مورد مرگ آن‌ها، احساس دیوانه شدن یا نیاز سریع به استفاده از خدمات سلامت روان اشاره کرد (چانسکی^۶، ۲۰۰۴؛ رابی و همکاران، ۲۰۰۰). آگورافوبیا (بدون سابقه اختلال وحشت) مشابه اختلال وحشت همراه با آگورافوبیا است. تفاوت بین این دو اختلال این است که، در حالت اول، فرد علائم شبیه هراس را تجربه می‌کند تا حملات وحشت کامل (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۰۰).

وسواس با وسواس و اجبار متمایز می‌شود. وسواس فکری، انگیزه یا تصویری مکرر، ناخواسته و / یا مزاحم است که برای فرد ناراحت‌کننده هستند (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۰۰). این اختلال ممکن است شامل نگرانی‌های مربوط به: آلودگی، آسیب زدن به خود یا آسیب رساندن به دیگران و / یا اعتقادات خرافی باشد (چانسکی، ۲۰۰۴). اجبارها شامل رفتارها یا اعمال ذهنی است که یک نوجوان مجبور به تکرار آن‌ها می‌شود (به عنوان مثال، تمیز کردن، چک کردن، شمردن) (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۰۰). افراد به طور معمول پس از وسواس در تلاش برای جلوگیری از بروز ترس، مجبور به انجام عمل اجباری می‌شوند.

اختلال استرس پس از سانحه ممکن است پس از تجربه، شاهد یا مواجه شدن با یک واقعه ترسناک یا اتفاقاتی رخ دهد که (که به طور بالقوه ممکن است منجر به مرگ یا جراحت جدی شود) (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۰۰). افراد مبتلا به این اختلال غالباً بارها و بارها از طریق خاطرات ترسناک و ناگهانی رویداد را دوباره تجربه می‌کنند (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۰۰). تفاوت اصلی بین اختلال استرس پس از سانحه و اختلال

⁶ Chansky

استرس حاد مربوط به مدتی است که علائم برای تشخیص باید وجود داشته باشد. اختلال استرس پس از سانحه نیاز است که علائم بیش از یک ماه وجود داشته باشد، در حالی که اختلال استرس حاد از ۲ روز تا ۴ هفته است (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۰۰).

انواع اضطراب

اضطراب طبیعی

اضطراب را درواقع همه انسان‌ها تجربه می‌کنند. اضطراب یک احساس منتشر، بسیار ناخوشایند و اغلب مبهم دلوپسی است که اغلب با علایم دستگاه اتونوم همراه می‌گردد (ماکارو^۷، ۲۰۰۶). مثل تنگی قفسه سینه، تپش قلب، تعریق، سردرد، ناراحتی مختصر معده و بی‌قراری که با عدم توانایی برای نشستن یا ایستادن مشخص می‌شود. مجموع علایمی که هنگام اضطراب وجود دارد، بین افراد متفاوت است (رضاعی، ۱۳۹۱، ج ۲: ۱۵۲).

اضطراب مزمن

اضطراب مزمن به‌صورت یک ناراحتی کم و بیش دائم در سطح روانی، جسمانی و یا ارتباطی آشکار می‌شود. از دیدگاه اطرافیان، اضطراب مزمن به‌صورت «رفتارهای امتناعی» و «بلهوسی‌های» کم اهمیتی جلوه‌گر می‌شود که مدت‌ها معنای آن را به‌درستی درک نمی‌کنند. اضطراب مزمن می‌تواند به شکل ظاهری احتراز از دیگران یا بی‌توجهی نمایان شود، واکنش‌هایی که برای اطرافیان به منزله علایم هشداردهنده به‌حساب آیند. گریز از انزوا یکی از رگه‌های متمایزکننده اضطراب از افسردگی است (ژالنگ^۸، ۱۹۹۱).

اضطراب حاد

این اضطراب چندین بار در روز یا گاه و بیگاه بروز می‌کنند، مدت آن‌ها محدود و آغاز و پایان‌شان ناگهانی است. کودکان نیز مانند بزرگسالان می‌توانند به بحران‌های اضطرابی حاد

⁷ Mascaro

⁸ Jalenques

دچار شوند (برمن^۹، ۲۰۰۶). در اکثر مواقع، این واکنش‌ها در برابر رویدادی ناگهانی یا موقعیتی خاص (مانند مرگ یکی از نزدیکان، مشکلات تحصیلی و یا شغلی) و در زمینه اضطرابی مزمنی بروز می‌کنند. درواقع، اضطراب حاد به منزله علامت یک ترس کم و بیش هشیار از رها شدن و از دست دادن محبت والدین یا از خطری جسمانی (معلولیت یا مرگ) است (صدوقی و همکاران، ۱۳۹۶). در بروز اضطراب‌های حاد معمولاً ابتدا شاهد افزایش تدریجی اضطراب و بروز دفاع‌هایی هستیم که فرد برای مبارزه علیه آن به کار می‌بندد، اما عدم درک اطرافیان موجب می‌شود تا راهبردهای دفاعی، مؤثر واقع نشوند و بحران‌های اضطرابی حاد به وجود آیند (قاسم نژاد، جلال منش، رصدی و محمودی، ۱۳۹۰).

در هنگام بروز اضطراب حاد فرد ممکن است توانائی مهار خود را از دست بدهد. در این مواقع عمل کردن به‌صورت نا آرامی کم و بیش مهار نشدنی جانشین بیان روانی اضطراب می‌شود یا بالعکس با یک بازداري رفتاری که مشابه حالت بهت زدگی است مواجه می‌شویم. غالباً در قله بحران اضطرابی حالت ناآرامی شدید و حرکات نامنظم و زایدی مانند به هم مالیدن دست‌ها یا باز کردن و بستن انگشتان مشاهده می‌شود. علامت‌های بدنی اضطراب مانند تعریق، لرزش، تشنج و غیره نیز دیده می‌شوند. تظاهرات شبانه اضطراب حاد به‌صورت کابوس‌ها و یا وحشت زدگی‌های شبانه‌گاهی بروز می‌کنند و در آخر خستگی شدیدی بر فرد مستولی می‌شود و فرد به جستجوی پایگاهی ایمنی بخش می‌پردازد (پورافکاری، ۱۳۹۱، ج ۱:۶۵).

همه گیرشناسی اضطراب

اختلالات اضطرابی از شایعترین اختلالات روانی است. در «مطالعه ملی ابتلای هم‌زمان» گزارش شده است که از هر چهار نفر یکی واجد ملاک‌های تشخیصی لاقول یک اختلال

⁹ Berman

اضطرابی است و میزان شیوع دوازده ماهه این اختلال‌ها ۱۷/۷ درصد است. زنان با شیوع مادام العمر ۳۰ درصد در مقایسه با مردان با شیوع مادام العمر ۱۹/۲ درصد، بیشتر ممکن است دچار یک اختلال اضطرابی شوند. دست آخر این که با افزایش طبقه اجتماعی-اقتصادی از شیوع اختلالات اضطرابی کاسته می‌شود (رضاعی، ۱۳۹۱، ج ۲: ۱۵۳).

علت‌شناسی اختلالات اضطرابی

والانس و گارالدا (۲۰۰۸) علت اختلالات اضطرابی را در شش دسته خلاصه کردند. این دسته‌ها عبارتند از:

- (۱) خلق
 - (۲) ژنتیک
 - (۳) تعاملات والدین و فرزندان (به عنوان مثال، شیوه فرزندپروری، الگوی والدین)
 - (۴) حوادث فاجعه بار زندگی (به عنوان مثال زلزله)
 - (۵) ناملایمات اجتماعی (به عنوان مثال، وضعیت اقتصادی-اجتماعی)
 - (۶) نوروبیولوژی / عصب روانشناسی.
- با این حال، جنس و سن نیز متغیرهای کلیدی در ایجاد اختلالات اضطرابی هستند (کستلو و همکاران^{۱۰}، ۲۰۰۵). اسائو و همکاران^{۱۱} (۲۰۰۰) با استفاده از نمونه جامعه نوجوانان ۱۲ تا ۱۷ سال شیوع اختلالات اضطرابی در زنان را به میزان قابل توجهی بالاتر از مردان نشان دادند. این تفاوت در یک نمونه بالینی بر خلاف جمعیت عمومی چشمگیرتر بود (فاو و همکاران، ۲۰۰۵). این فرضیه مطرح شده است که چنین یافته‌هایی نتیجه مراجعه کمتر برای درمان پسران است. به عبارتی این تفاوت بین جنسیت ممکن است به دلیل پنهان کردن اضطراب مردان در نتیجه فشار جامعه باشد.
- چورپیتا (۱۳۹۰) پنج حوزه را در شناسایی اضطراب معرفی می‌کند که این پنج حوزه

¹⁰ Costello et al

¹¹ Essau

عبارتند از: عاطفه، رفتارها و علائم، دیدگاه‌های مراجع، محیط و عملکرد. هر کدام از این موارد در زیر آمده‌اند.

عاطفه: همان‌طور که پیش از این نیز بدان اشاره شد، به نظر می‌رسد اختلالات اضطرابی توسط زیر بنای هیجان منفی به یکدیگر وابسته‌اند. درک این تمایل به واکنش‌های منفی در برابر موقعیت‌ها، در محور اصلی قرار داشته و لذا ارزیابی هیجان منفی اهمیت بسزایی دارد. بُعد مرتبط دیگر مربوط به مشکلات عاطفی، عاطفه مثبت^{۱۲} است. از آنجایی که عاطفه مثبت تمایل به بازتاب پرنرژی و پر اشتیاق به موقعیت‌های پیش آمده را دارد، همبستگی بالایی میان این بعد و افسردگی به اثبات رسیده است (یعنی پایین بودن سطح هیجانات مثبت، بالا بودن افسردگی را به دنبال دارد). اندازه‌گیری هیجان منفی در کودکانی که جویای خدمات درمانی برای اختلالات اضطرابی هستند می‌تواند بسیار مفید باشد، چرا که این مقیاس اطلاعاتی را در مورد نحوه ایجاد واکنش منفی آن‌ها به رویدادها در اختیار ما قرار می‌دهد.

رفتارها و علائم رفتاری: سنجش علائم و رفتارهای اضطرابی اطلاعات مستقیم و قابل تفسیری را در مورد اختلال‌های اضطرابی برای ما فراهم می‌آورد. اندازه‌گیری علائم و رفتارها طیف وسیعی از روش‌های متنوع را در برمی‌گیرد که به طور کلی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: گزارش شخصی، گزارش والدین و مقیاس‌های مشاهده مستقیم. با این حال مشکلات فراوانی در خصوص به تعادل رساندن اطلاعات حاصله وجود دارد. برای مثال شواهد حاکی از آن است که معمولاً والدین و کودکان در گزارش هیجانات منفی با یکدیگر متفاوت عمل می‌کنند. بدین ترتیب، بهترین راه برای ارزیابی رفتارها و علائم، استفاده از منابع اطلاعاتی متعدد می‌باشد. در صورتی که گزارش‌های شخصی و گزارش والدین نتوانند تصویری واضح را از وضعیت مراجع را مشخص کند بهتر است از روش

¹²Positive affectivity

مشاهده استفاده شود (چورپیتا، ۲۰۰۱؛ به نقل از چورپیتا، ۱۳۹۰).

دیدگاه‌های مراجع: ارزیابی نکته نظر مراجع (مثلاً رضایت از درمان در صورت اتمام آن یا نیل به هدف‌های درمان) غالباً مسائل با اهمیتی هستند که باید به علائم افزوده شوند. این دیدگاه‌ها کمک می‌کنند تا مشکل را در بافت وسیع‌تر مورد بررسی قرار دهیم.

محیط: اصولاً بررسی جنبه‌هایی از محیط فرد که می‌توانند به شکلی با مشکل یا درمان وی ارتباط داشته باشند می‌توانند مفید و کاربردی واقع شوند. غالباً انتخاب اینکه چه چیزی باید مورد بررسی قرار گیرد به عوامل فردی مراجع و روش‌های خاص انتخابی برای درمان بستگی دارد. برای مثال درمانگری ممکن است رفتار نامناسب کودک را در محیط خانوادگی او مورد مشاهده و بررسی قرار دهد. سایر روش‌های بررسی محیط عبارتند از: دفترچه یادداشت والدین به منظور پی‌گیری پاسخ‌های والدین به اضطراب کودک، مقیاس‌هایی جهت ارزیابی اضطراب خواهران و برادران کودک، ابزارهای اندازه‌گیری تطابق و رضایت زناشویی والدین کودک و غیره.

عملکرد: مقیاس‌های مورد استفاده برای ارزیابی عملکرد کودک شاخصی است از میزان اختلال روزمره و عادی کودک. این مقیاس‌ها غالباً حاوی اطلاعاتی هستند که در خصوص مشکلات عملکرد او در گروه همسالان، عملکرد تحصیلی، رفتار در منزل و ثبات هیجانی با آن‌ها مواجه است.

عوامل زیست‌شناختی

سه ناقل عصبی عمده که بر اساس مطالعه بر روی حیوانات و پاسخ به درمان دارویی با اضطراب رابطه دارند عبارت‌اند از:

- نوراپی نفرین^{۱۳}

¹³.Norepinephrine

• سروتونین^{۱۴}

• گاما آمینوبوتیریک اسید^{۱۵} (بورنام^{۱۶} و همکاران، ۲۰۱۴).

نظریه کلی در ارتباط با نقش نوراپی نفرین اختلالات اضطرابی این است که افراد مبتلا ممکن است سیستم نورآدرنژیک نامنظمی داشته باشند که گاه به گاه دوره‌هایی فعالیت پیدا می‌کند. تنه‌های سلولی سیستم نورآدرنژیک عمدتاً در لوکوس سرولئوس در قسمت قدامی پل دماغی قرار گرفته‌اند و آکسون‌های خود را به قشر مخ، سیستم لیمبیک، ساقه مغز و نخاع شوکی می‌فرستند. مطالعه بر روی انسان‌ها به این رسیده است که، در بیماران مبتلا به اختلال هراس، آگونیست‌های بتا (B) آدرنژیک مثل یوهیمبین می‌توانند حملات شدید و مکرر هراس را برانگیزند بر عکس، کلونیدین یک آگونیست آلفا^{۱۷} (a) آدرنژیک^{۱۸}، علائم اضطراب را در بعضی از موقعیت‌های تجربی و درمانی کاهش می‌دهد. شناسایی انواع زیاد گیرنده‌های سروتونین پژوهش در زمینه نقش سروتونین در بیماری‌زایی اختلالات اضطرابی را دامن‌زده است (کاپان^{۱۹}، ۲۰۱۰).

علاقه در این زمینه ابتدا با مشاهده اینکه ضد افسردگی‌های سروتونرژیک اثر درمانی در بعضی از اختلالات اضطرابی دارند برانگیخته شد. تأثیر با سپرون آگونیست A1 سروتونرژیک (HT_{1A}-۵) درمان اختلالات اضطرابی را مطرح می‌سازد و چندین گزارش حاکی است که ام‌کلرفنیل پیرازین^{۲۰} دارویی با اثرات متعدد سروتونینی و فن‌فلورامین که موجب آزاد شدن سروتونین می‌گردد، موجب افزایش اضطراب در بیمارانی می‌گردند که به اختلالات اضطرابی دچارند، بسیاری از گزارش‌های روایتی حاکی است که محرک‌ها

¹⁴.Serotonin

¹⁵.Gamma-aminobutyric acid

¹⁶ Burnam

¹⁷ Agonist, alpha

¹⁸ Adrenergic

¹⁹ Capan

²⁰ mepp

و توهم‌زاهای سروتونرژیک مثل لیزرجیک اتیل آمید (Isd) با پیدایش اختلالات حاد و مزمن اضطرابی در افرادی که این داروها را مصرف می‌کنند رابطه دارند. نقش گاما آمینو بوتیریک اسید (GABA) با پیدایش اختلالات اضطرابی قویاً با تأثیر غیر قابل‌انکار بنزودیازپین‌ها، که موجب تقویت فعالیت گابا (GABA) درگیرنده‌ها می‌گردند، درمان انواعی از اختلالات اضطرابی تأیید می‌شود. هر چند بنزودیازپین‌های ضعیف‌تر برای علائم اختلال اضطراب منتشر موثرترند، بنزودیازپین‌ها قوی‌تر، مثل آلپرازولام در درمان اختلال هراس موثرند. پژوهشگران چنین فرض می‌کنند که بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی دچار اختلال در عملکرد گیرنده‌ها هستند هر چند این رابطه به‌طور مستقیم به اثبات نرسیده است (پورسید، ۱۳۹۱).

مطالعات ژنتیک اطلاعات محکمی به وجود آورده است مبنی بر اینکه حداقل بعضی اجزاء ژنتیک در حصول اختلالات اضطرابی سهم‌مند. تقریباً نیمی از مبتلایان هراس بین بستگان خود یک نفر مبتلا به اختلال هراس دارند. ارقام مربوط به اختلالات اضطرابی دیگر، هر چند چندان بالا نیستند، باز حاصل از شیوع بالای بیماری در بستگان درجه یک بیماران در مقایسه با بستگان افراد غیر مبتلا می‌باشند. هر چند مطالعات مربوط به فرزند خوانده‌ها در اختلالات اضطرابی گزارش نشده است، اطلاعات به دست آمده از مرکز ثبت دو قلوها تأییدکننده این فرضیه است که اختلالات اضطرابی به‌طور نسبی علت ژنتیک دارند. یک مطالعه جدید حدود ۴ درصد آسیب‌پذیری درونی اضطراب را در جمعیت کلی به یک‌واریان پلی مورفیک ژن خاص ناقل سروتونینی که مکان بسیاری از داروهای سروتونرژیک است نسبت داده است. افراد واجد این‌واریان ناقل کمتری تولید کرده و سطوح بالاتری از اضطراب دارند (بختیارپور، حافظی و بهزادی شیخی، ۱۳۹۲).

طیفی از مطالعات تصویرسازی مغز که تقریباً همیشه در مورد یک اختلال اضطرابی خاص به عمل آمده است، در فهم اختلالات اضطرابی به چندین رگه احتمالی رسیده است. مطالعات ساختاری، نظیر توتوگرافی کامپیوتری (CT) و تصویرسازی مغناطیسی (MRI)،