

بررسی افسردگی در کودکان

بسیاری از افراد، کودکی را دوره‌ای شادی‌بخش و با مسؤولیت کم که بیشتر در آن بازی و لذت وجود دارد، می‌دانند. اگر چنین است، پس چرا بسیاری از کودکان اغلب چنین افکاری دارند: "من لال، زشت و احمق هستم."، "ای کاش من می‌مردم."، "شما مرا دوست نمی‌دارید." چرا در بسیاری از کودکان نومی‌دی و اندوه دیده می‌شود؟ چرا آنان خودشان را چنین توصیف می‌کنند که هیچ‌گاه عملی را به درستی انجام نداده‌اند؟ چرا آنان در مواردی که هیچ دلیلی برای آن وجود ندارد، گریه می‌کنند؟

وجود خصوصیتی از قبیل غمگینی (دیس فوربا) و خود خوارشماری (خود را پایین‌تر از دیگران قرار دادن)، نشانه‌های افسردگی در نوجوانی است. شاید انتظار داشته باشیم که بزرگسالان افسرده باشند، ولی در کودکان معنی این نشانه‌ها کمتر آشکار است. کودکان نشانه‌های دیگر افسردگی را نیز نشان می‌دهند. آنها ممکن است احساس تهییج بنمایند یا انرژی

این روزها تقریباً همه از "افسرده بودن" سخن می‌گویند، اما افسرده بودن، به طور دقیق به چه معناست؟ برای عده‌ای افسردگی حالتی از خلق است، برای برخی دیگر نوعی تجربه ویژه است، برای پاره‌ای دیگر به معنای نگرش ویژه نسبت به زندگی است و برای شماری از مردم افسردگی نوعی بیماری است. در این مقاله، افسردگی در کودکان مورد بررسی قرار می‌گیرد.

رضا حمزه‌گردشی

سندلر، ۱۹۸۵)

تشخیص افسردگی در کودکان و نوجوانان موضوعی بالنسبه تازه است. در DSMIII، بویژه آمده است که تشخیص افسردگی می تواند هم در مورد کودکان و هم بزرگسالان بکار رود. هر چند قبل از این تشخیص رسمی در سال ۱۹۸۵ وجود افسردگی در کودکان اغلب مورد بحث بود. این بحث بدین علت بود که به نظر نمی رسید رفتاری که در بین بسیاری از کودکان به چشم می خورد، نشان اختصاصی افسردگی باشد.

یکی از دلایل این موضوع، غلبه نظریه روان پویایی در تعیین طبقات تشخیص سنتی بود. بر طبق نظریه فروید و پیروان او، افسردگی مربوط است به کشمکش های وجدان اخلاقی (سوپرایگوی) رشد یافته و چون بر طبق نظریه آنها رشد سوپرایگو تا نوجوانی کامل نیست، افسردگی واقعی نمی تواند در کودکان وجود داشته باشد.

تشخیص افسردگی در کودکان و نوجوانان نیز بدین دلیل بحث انگیز بوده است که رفتارهای افسردگی مانند در میان کودکان بسیار معمول است. در پاره ای از مواقع ممکن است تقریباً تمام کودکان نشانه هایی از رفتارهای آشفته که در طبقات و سطح افسردگی قرار می گیرند، نشان دهند، ولی این مسائل معمولاً به تدریج و خود به خود از بین می روند.

در یک بررسی نمونه ای تصادفی، ۴۸۲ کودک در سنین بین ۶ تا ۱۲ سال در یوفالوی نیویورک مورد تحقیق قرار گرفتند. نتایج مصاحبه با مادران و معلمان نشان داد که ۴۵ درصد از کودکان هفت ساله یا بیشتر از ۷ سال، نوعی ترس و نگرانی داشتند. ۳۵ درصد بیش



خود را از دست بدهند و در تمام اوقات خسته باشند. آنها ممکن است منزوی شوند و از دیگران دوری نمایند. کارهای آموزشی آنها ممکن است کاهش یابد، علاقه شان نسبت به مدرسه از بین برود و حتی ممکن است بلند شدن از رختخواب برایشان کوششی هولناک گردد. کودکان هم ممکن است مثل بزرگسالان افسرده مشکلاتی در خواب رفتن داشته باشند، دچار بی اشتهایی شوند و از درد و رنجهایی که به نظر می رسد پایه بدنی نداشته باشند، شکایت بنمایند. اقدام به خودکشی نیز اغلب نتیجه ای است از افسردگی. (برمن و کهنی

افسردگی در کودکی، پیش‌بینی‌کننده‌های ثابت افسردگی در بزرگسالی باشد. هر چند حتی اگر بسیاری از کودکان افسرده وقتی که به سن بزرگسالی می‌رسند دیگر افسردگی نداشته باشند، نمی‌توانیم از چگونگی تأثیر افسردگی کودکی بر رشد و سازگاری‌های دوران بزرگسالی اطمینان داشته باشیم.

اکنون این توافق نسبتاً کلی وجود دارد که کودکان نیز ممکن است مانند بزرگسالان افسرده شوند. اکثر متخصصان بالینی نیز موافقت می‌کنند که نشانه‌های افسردگی در گروه‌های سنی تغییر می‌کند. فرد ۶ تا ۸ ساله افسرده، احساس غم، درماندگی و شاید ناامیدی می‌کند. خصوصیات افراد افسرده ۸ تا ۱۵ ساله عبارت است از افکار منفی در باره اعتماد به نفس. آنان احساس می‌کنند که دوست داشتنی نیستند و بی‌ارزش و عاطل‌اند. فرد افسرده ۱۳ تا ۱۵ ساله می‌تواند به عنوان کسی که احساس گناه می‌کند، توصیف شود. او دستخوش احساس گناهکاری شده، فکر می‌کند به دلیل گناهکاری خواهد مرد و یا کشته خواهد شد.

علاوه بر شکل‌های سنتی افسردگی، ممکن است کودکان، افسردگی را به طریق غیرمستقیم یا آنچه گاهی اوقات افسردگی تغییر چهره داده نامیده می‌شود نیز ظاهر سازند. افسردگی تغییر چهره داده شامل رفتارهایی از قبیل فرار از آموزشگاه، فرار از خانه، ماجراجویی، بیماری‌های هیپوکندرریک و رفتارهای ضداجتماعی و تحریک‌آمیز است. مسائل چندی درباره این مفهوم وجود دارد، زیرا رفتارهایی که نمونه افسردگی تغییر چهره داده تعریف شده‌اند، همگی مسائل عمومی دوره کودکی هستند و اگر تمام این رفتارها به عنوان

فعال بودند و ده درصد آنها یک یا چندبار در روز خلق و خوی طبیعی خود را از دست می‌دادند. این رفتار بین بچه‌های سنین ۶ تا ۸ سال شایع‌تر از بچه‌های سنین ۹ تا ۱۲ سال بود. این ناپایداری رفتارهای افسردگی مانند به دلیل پیشرفتهای رشد کودکی و فراوانی وقوعشان در دوره‌های معینی از کودکی، این سؤال را مطرح می‌سازد که آیا چنین مواردی تشخیص افسردگی در کودکان را موجه می‌سازد؟

در مرکز بررسی و راهنمایی کالیفرنیا یک مطالعه مشهور درباره رشد کودکان از تولد تا بلوغ صورت گرفت. بر طبق نتایج این تحقیق، ۳۵ درصد از کودکان در شش سالگی اشتهای نامطلوب داشتند، ولی در ۹ سالگی نسبت آنها به کمتر از ۸ درصد رسید. از سوی دیگر خودداری افراطی (که می‌تواند رفتار کناره‌گیرانه نامیده شود) در سالهایی که سایر رفتارها مورد سنجش قرار گرفت، دارای میانگین ۳۵ درصد بود و هرگز از ۱۷ درصد پایین نرفت. این موضوع بیانگر آن است که رفتارهای معینی که ممکن است دلالت بر افسردگی در بزرگسالان داشته باشد، لااقل در مراحل معینی از رشد کودک و نوجوان غیرطبیعی محسوب نمی‌شود، چون کودکان همواره در حال رشد و تغییرات بدنی و روانی هستند. ارزیابی مفهوم پیامدهای درازمدت رفتارهای ناشی از افسردگی و سایر مسائل رفتاری، مشکل است. بررسی‌های اندکی که درباره مطالعات پی‌گیری شده صورت گرفته است، غالباً دلالت بر آن دارد که افسردگی کودکی در ارتباط با اختلال عاطفی بزرگسالی نیست. تاکنون به اثبات نرسیده است که نشانه‌های مرضی تعیین‌کننده

در جامعه، یا بدرفتاری در خانه و مدرسه قید شده بود، دوست نداشتند که تشخیص افسردگی در مورد آنها اعمال شود، اما کسانی که مسائل اصلی افسردگی از قبیل کوشش برای خودکشی یا اظهارات مختلف درباره افسردگی داشتند، به هنگام ترک بیمارستان مایل بودند که به عنوان افراد افسرده مورد تشخیص قرار گیرند.

عوارض افسردگی دوران کودکی :

در کاربرد روزانه، واژه "افسردگی"، به تجربه حالت ناشادی گفته می شود که تحمل آن دشوار است. این افسردگی توأم با اضطراب، ویژگی اصلی تعریف بالینی افسردگی نیز هست. توصیف کودکانی که افسرده تشخیص داده شده اند نشان می دهد که آنان چندین مشکل دیگر نیز دارند. نبود تجربه های

نشانه های مرضی افسردگی تلقی گردد، درصد کودکان افسرده به صورت قابل ملاحظه ای بالا خواهد بود و مسائل زیادی را مطرح خواهد ساخت.

در یکی از مطالعات دراز مدت درباره افسردگی کودکانی، "پوزناتسکی" و دیگران (۱۹۷۶)، گروهی از کودکان پرخاشگر را که به علت طغیان های آشوبگرانه برای درمان ارجاع داده شده بودند، مورد بررسی قرار دادند. آنها دریافتند که ۵۰ درصد از این گروه قبلاً از لحاظ بالینی افسرده تشخیص داده شده بودند و اکنون که به طور متوسط شش و سال نیم از آن می گذرد، مورد ارزیابی مجدد قرار گرفته اند. از طرف دیگر در یک مطالعه بر روی ۱۰۰۰۰ کودکانی که برای بستری شدن در بیمارستان روانی پذیرفته شده بودند، کسانی که در برگه پذیرش آنها وجود افسردگی تغییر چهره داده از قبیل پرخاشگری جدی، رفتار غیرقابل کنترل



می‌شود. برخی دست‌اندرکاران اظهار می‌دارند که افسردگیهای مخفی رواج کامل دارند. اما این امکان وجود دارد که بخوبی تشخیص داده نشوند. در عین حال افسردگی مخفی مفهومی کاملاً بحث‌انگیز دارد. در واقع به نظر می‌آید که حتی برخی از تأیید کنندگان این نوع افسردگی آن را کم اهمیت‌تر از آنچه می‌پنداشتند، یافته‌اند. شاید بتوان پدیدهٔ افسردگی را بدون اتکا به نظریهٔ افسردگی مخفی توضیح داد. امکان دارد چنین استدلال شود که کودکان در مرحله‌های مختلف رشد، اندوه (افسردگی) خود را از راههای مختلفی به نمایش می‌گذارند. همچنین می‌توان به این شکل استدلال کرد که کودکان با ظاهر کردن عوارضی گوناگون می‌کوشند برای نشان دادن افسردگی خود شیوه‌ای دائمی فراگیرند. DSMIII برای افسردگی دوران کودکی طبقهٔ جداگانه‌ای ندارد. در این طبقه‌بندی افسردگی کودکان را می‌توان تشخیص داد، اما معیارهای مورد استفاده، از آن بزرگسالان است. این موضوع حالت افسردگی توأم با اضطراب یا عدم علاقه به فعالیتهای عادی را نیز در بر می‌گیرد. از جملهٔ این حالتها می‌توان از تغییر در نحوهٔ خوردن، خوابیدن، یا فعالیتهای حرکتی، خستگی، احساس بی‌ارزشی کردن، تمرکز ضعیف و در فکر خودکشی بودن نام برد. در عین حال تفاوت‌های ناشی از ویژگیهای مخصوص سن، در نظر گرفته می‌شود. برای مثال تصور می‌شود که در دورهٔ پیش از بلوغ، افسردگی کودکان با تجربه‌های مکرر اضطراب جدایی، پیوند دارد. همچنین این پندار وجود دارد که پسران نوجوان افسرده دچار منفی بافی می‌شوند و رفتارهای ضد اجتماعی از خود به نمایش می‌گذارند.

شادی‌آور، انزوای اجتماعی، کمی اعتماد به نفس، ناتوانی در تمرکز حواس، نارسایی در کارهای مدرسه، تغییر در کارهای زیستی (خوابیدن، خوردن و دفع) و دردهای جسمی از جمله عوارض این کودکان است. اعتقاد بر این است که در برخی موارد شدید، افسردگی می‌تواند نوجوان را به خودکشی وا دارد.

طبقه‌بندی افسردگی دوران کودکی:

افسردگی در کودکان به چندین شکل ظاهر می‌شود (سایتسراین CYTRYN و مکائیو MAKNEW، ۱۹۷۲). تصور می‌شود که واکنشهای افسردگی در کودکانی ظاهر می‌شود که سابقاً دارای هیچ‌گونه افسردگی نبوده‌اند. افسردگی حاد در پاسخ به برخی رویدادهای ناگهانی زندگی مانند از دست دادن والدین پدید می‌آید. در مقابل تصور می‌شود کودکانی که افسردگی مزمن دچار می‌شوند که از نظر سلامت، سابقهٔ خوبی ندارند. افسردگی این کودکان بتدریج و در طی دوره‌های زمانی مختلف خود را نشان می‌دهد. کودکانی که در این طبقه‌بندی جای می‌گیرند تنها از یک حادثهٔ ناگهانی در زندگی ضربه ندیده‌اند، بلکه سابقه‌ای طولانی از محرومیت‌ها یا جدایی‌ها را تجربه کرده‌اند.

واکنشهای افسردگی مخفی:

به مواردی گفته می‌شود که افسردگی کودک در حاله‌ای از سایر مشکلات (اختلالهای مشابه افسردگی)، مانند تحرک بیش از حد و خلاقیت مخفی شده باشد. این نوع افسردگی گرچه آشکارا خود را نشان نمی‌دهد، از طریق مصاحبه یا آزمایش در مسانگران مشخص



یک طبقه تشخیص DSMIII خاص دوره
کودکی است. این طبقه خاص، اختلال
وابستگی واکنشی دوره نوزادی است و زمانی
کودک مبتلا به این اختلال تشخیص داده
می شود که دارای این ویژگیها باشد: نتواند در
برابر رفتارهای اجتماعی مطابق با سن خود
واکنش نشان دهد، دچار حالت بی احساسی و
بی عاطفگی باشد، یا به دلیل مراقبت ناکافی،
رشد جسمی او به اندازه نباشد. این اختلال قبل
از ۸ ماهگی پدید می آید و از موارد شدید آن به
عنوان "ناکامی در پیشرفت" یاد می شود.

آیا افسردگی دوران کودکی با افسردگیهای دیگر متفاوت است؟

افسردگی دوران کودکی هم در حکم
اختلالی است که باید آن را در طبقه خاص خود
تشخیص داد. در این باره دو دیدگاه متفاوت
وجود دارد. دیدگاه اول که عمدتاً بر نوشته ها و
گزارشهای بالینی بنا شده است، می گوید که
افسردگی دوران کودکی ماهیتی دارد که از نظر
بالینی واقعی و با اهمیت است. احتمالاً اکثر
دست‌اندرکاران از این دیدگاه به مسأله
می نگرند و بسیاری از حامیان آن بر این باورند
که اهمیت این اختلال هنوز بخوبی تشخیص
داده نشده است. از سوی دیگر افرادی هستند

افسردگی ناشی از وابستگی، کودک ابتدا وارد مرحله اعتراض می‌شود. مرحله اعتراض با فرباد زدن، صدا زدن والدین و بی‌قراری مشخص می‌شود. در پی این وضعیت، دوره افسردگی و گوشه‌گیری خواهد آمد.

"سلیگمن" توضیح می‌دهد که افسردگی از درماندگی اکتسابی سرچشمه می‌گیرد. گفته شده است که برخی افراد به دلیل سابقه قبلی یادگیری به این نتیجه می‌رسند که بر محیط خود چندان کنترلی ندارند. از این رو نظریه سلیگمن بر چگونگی اندیشه شخص درباره فعالیت و نتیجه آن تأکید دارد. درماندگی اکتسابی با خلق و خوی و رفتارهایی که خاص افسردگی است، پیوند دارد. از این رو جدایی می‌تواند مورد خاصی از درماندگی اکتسابی باشد. یعنی تلاش کودک برای بازگرداندن والدین و احتمالاً عدم موفقیت وی در این رده می‌تواند این تصور را در وی پدید آورد که عمل فرد و نتیجه مثبت ارتباطی با یکدیگر ندارند و مستقل از یکدیگر عمل می‌کنند.

تأثیر عوامل شناختی در افسردگی نیز تأکید اصلی برخی از نظریه‌پردازان است. برای "مثال" یک "می‌پندارد که افسردگی حاصل نحوه تحلیل افراد از رویدادهاست.

ارزیابی افسردگی دوران کودکی:

برای ارزیابی افسردگی دوران کودکی ابزارهای گوناگون به کار گرفته شده است، که از آن جمله اند مقیاسهایی که خود کودک گزارش آن را پر می‌کند، مصاحبه تکنیکهای فرافکنی، ارزیابی به وسیله یاران و همسالان و فهرست بازیابی رفتار. سایر شیوه‌ها مانند مشاهده رفتار آشکار که در مورد بزرگسالان مبتلا به افسردگی

که باورشان عمدتاً بر اساس مطالعاتی است که درباره کودکان بهنجار صورت گرفته است (دارای دیدگاهی رشدی هستند) و می‌گویند که افسردگی دوران کودکی نمی‌تواند سندرم بالینی مهمی باشد. اعتقاد این گروه بر این است که این پدیده در رشد کودکان بهنجار، امری زودگذر است.

نظریه‌های افسردگی دوران کودکی:

جدایی - فقدان: به رغم افزایش توجه به افسردگی دوزان کودکی در سالهای اخیر، تصویری که در این باره وجود دارد بیشتر بر اساس نظریه‌ها و اطلاعاتی است که از افسردگی بزرگسالان بدست آمده است. احتمالاً رایج‌ترین توضیح روانی موجود درباره افسردگی، جدایی یا فقدان است. توضیحات تحلیل روانی در مورد افسردگی، به نظریه فقدان شخص تأکید می‌ورزد. از دست دادن می‌تواند واقعی (مرگ والدین - طلاق) یا نمادی باشد. افرادی که رشدشان در مرحله دهانی متوقف می‌شود و در نتیجه بسیار وابسته هستند، احتمال می‌رود که به افسردگی دچار شوند. جست وجوی هویت خود در وجود دیگران و داشتن احساسهای متناقض در برابر فقدان شخص مورد علاقه، موجب می‌شود در شخص این احساس پدید آید که فرد مورد علاقه از او بدش می‌آید.

در پدید آمدن افسردگی، به مسأله جدایی اهمیت بسیاری داده شده و پژوهشگران گوناگون آن را تأیید کرده‌اند. چند تن از آنان به توضیح رشته واکنشهایی پرداخته‌اند که بطور نسبی مخصوص جدایی طولانی مدت کودکان از والدینشان است. در این به اصطلاح

به کار گرفته شده است نیز می‌تواند مفید واقع شود.

درمان:

اطلاعات موجود دربارهٔ درمان افسردگی دوران کودکی، تقریباً تنها بر اساس گزارشهای بالینی تهیه شده است. تلاشهایی که در این زمینه به عمل آمده از دیدگاهی سرچشمه گرفته است که درمانگران منشاء مشکل را از آنجا می‌دانند. درمانگران معتقد به نظریهٔ پویایی روانی معمولاً از نگرش پرداختن به بینش و نظریه پردازان زیستی، احتمالاً از شیوهٔ دارویی بهره می‌گیرند.

درمان افسردگی کودکی کاملاً شبیه به درمان افسردگی بزرگسالی است. داروی سیکلیک (سه حلقه‌ای) که برای بزرگسالان تجویز می‌شود، برای کودکان نیز تجویز می‌گردد. درمانگری روان پویایی به صورت سنتی برای درمان کودکان افسرده بکار رفته و درمانگری رفتارگرایی و خانواده درمانگری نیز مورد استفاده واقع شده است. هدف رفتار درمانگری غالباً عبارت است از کمک به کودک در یادگیری مهارتهای اجتماعی یا رفتار ابراز وجود. در بسیاری از موارد محققان دریافته‌اند که کودکان افسرده دارای والدین افسرده هستند. این مطلب



می‌تواند بیانگر این موضوع باشد که آنان سازش با فشار روانی را به گونه‌ای که والدینشان انجام می‌داده‌اند، آموخته‌اند. یکی از راههای ارائهٔ الگوهای سازشی غیرافسرده، رفتار درمانگری است که در آن درمانگر به عنوان یک الگوی رفتاری مؤثر برای کودک عمل می‌کند.

منابع:

- ۳- روان‌شناسی مرضی کودک، تألیف دکتر حسین آزاد، انتشارات پازنگ.
- ۴- اختلالات رفتاری در کودکان.
- ۵- مباحث عمده در روان‌پزشکی، ترجمهٔ دکتر جواد وهاب‌زاده، سازمان انتشارات آموزشی انقلاب اسلامی.

- ۱- افسردگی، راس میچل، ترجمهٔ غلامرضا خواجه‌پور، نشر مینا.
- ۲- تشخیص و درمان بیماریهای روانی در کودکان، ترجمهٔ دکتر امیر هوشنگ مهریار، چاپخانهٔ علامه طباطبایی.