

تا همین اواخر، دیدگاه مرسوم این بود که اختلال افسردگی در کودکان، به ندرت بروز می کند و در صورت بروز هم آشکار و نمایان نیست. با وجود این در بسیاری از پژوهش ها، درباره ی مقایسه ی افسردگی در کودکان، با افسردگی مزمن در بزرگسالان، تردیدهایی وجود دارند و پژوهندگان زیادی در مورد بسامد واقعی علائم بیماری افسردگی در کودکان نابالغ، تردید دارند [هارنگتون، ۱۳۸۰]. بیش از ۴۰ میلیون آمریکایی، از افسردگی رنج می برند و تقریباً ۳/۵ میلیون نفر از آن ها، کودکان و نوجوانان هستند. مطالعات نشان داده که بین ۱۰ تا ۱۵ درصد کودکان و نوجوانان، دارای علائم افسردگی هستند. چون این مشکل در میان کودکان نسبتاً کمیاب است، پس بیش تر افراد این آمار را نوجوانان تشکیل می دهند. مطالعات، به طور معناداری برآورد می کنند که در سن مشخصی، حدود ۸/۳ درصد نوجوانان، شروع به بروز علائم شدید افسردگی می کنند که این در مقایسه، تنها در ۵/۳ درصد از بزرگسالان دیده می شود. در حالی که بزرگسالان، بیش تر برای شناسایی و درمان افسردگی مستعدند، اغلب نوجوانان در جست و جوی کمکی که به

آن نیازمندند، بر نمی آیند.

در میان نوجوانان، شاید تأثیرپذیرترین گروه، دانش آموزان باشند. مطالعات بر این فرضند که درصد معناداری از دانش آموزان دوران افسردگی را همراه با حسن ناامیدی و حتی خودکشی تجربه می کنند [کوپلویزا، ۲۰۰۰]. در سال های اخیر؛ بسیاری از پژوهشگران بر اهمیت شناخت علائم افسردگی تأکید کرده اند و برخی اعتقاد دارند که این نشانه ها، برای درک مفهوم افسردگی ضروری اند. افسردگی نوعی واکنش انفعالی، نسبت به شرایطی است که در آن، فرد دچار محرومیت و ناکامی می شود یا فشاری از تعارضات بر او وارد می آید و قطع وابستگی، از جمله عامل های ایجاد کننده ی این شرایط است.

در نوجوانی، افسردگی به صورت حالات هیجانی، بی قراری، ناآرامی، نداشتن قدرت در توجه و تمرکز و ناتوانی در کنترل فعالیت های ذهنی تجلی می کند. نوجوان احساس خستگی می کند و از دردهای متفاوتی گله مند است. افت تحصیلی دارد و آن را معلول بیماری و فقدان قدرت توجه و تمرکز، هنگام مطالعه می داند [بیابانگرد، ۱۳۷۸]. در حالت های افسردگی خفیف، فرد به نشخوار فکری درباره ی موضوعات منفی می پردازد. او بیش تر اوقات احساس ملال، تحریک پذیری و عصبانیت می کند. درحالی

آن گاه و شبه

روشنی از این

آلاچیق



ملیحه سلطانی

کارشناس ارشد روان شناسی

که برای خود متأسف و غصه دار است، به طور مداوم نیازمند اطمینان‌جویی از دیگران خواهد بود و این نیاز، بیش‌تر به مشکلات جسمی گوناگونی مربوط می‌شود که به نظر نمی‌رسد، علت جسمی داشته باشند. افراد دارای افسردگی اندک، درباره‌ی ناخوشایندی گذشته و مشغله‌ی ذهنی درباره‌ی آینده، احساس بدبینانه‌ای دارند. با وجود این، با عمق یافتن افسردگی، علائم بیش‌تری اضافه می‌شوند. این علائم شامل موارد زیرند: تغییرات هیجانی فزون‌تر (احساس غمگینی و ناامیدی مفرط)، تغییرات شناختی (عزت نفس پائین، گناه و تقصیر، حافظه و مشکلات تمرکزی)، تغییرات در رفتار و انگیزش (احساس بی‌قراری یا کنندی، کاهش علاقه به فعالیت‌های اجتماعی و تفریحی) و تغییرات جسمی (خواب، مسائل خوردن و جنسی، توان باختگی).

افسردگی در کودکان، واکنشی طبیعی به استرس‌هایی از قبیل بیماری والدین، مرگ عزیزان یا اختلافات خانوادگی است. کودک غمگین و گریان است، خوب نمی‌خورد و خوب نمی‌خوابد. از علائم دیگر نیز می‌توان به خلق پائین، کاهش علاقه و لذت در فعالیت‌های معمول، سرزنش کردن، ناامیدی، بهم ریختن خواب و اشتها و احساس گناه اشاره کرد که البته مود اخیر، در کودکان شیوع کم‌تری از بزرگسالان دارد. گاهی به جای خلق پائین، علائم جسمی نیز بروز می‌کنند [گیلدر و همکاران، ۱۳۸۱].

افسردگی یا اختلالات شبه افسردگی، در جریان رشد طبیعی کودک می‌توانند، به وجود آیند و دوباره محو شوند. علائم افسردگی در کودک می‌تواند، بیش‌تر به صورت شکایات جسمانی باشد که این اختلال، بین نوجوانان ۱۱ تا ۱۴ ساله بیش‌تر از سایر کودکان دیده می‌شود و فراوانی آن در پسران نسبت به دختران، دو به یک است. علائم دیگر افسردگی متداول در کودک، عبارتند از: انزواگزینی، اضطراب، ترس، ضعف در برقراری روابط با دیگران و کم‌رویی. همچنین در کودکانی که از رشد هوشی پائینی برخوردارند، فقر عاطفی و در کودکانی که از رشد هوشی نسبتاً بالایی برخوردارند، خودانزوایی، بیش‌تر دیده می‌شود. باید خاطر نشان کرد که ۵۰ درصد کودکانی که از اختلال افسردگی رنج می‌برند، در خانواده‌هایی رشد می‌یابند که رفتارهای غیرمتعارف در آن‌ها، بیش‌تر از سایر خانواده‌هاست. برای مثال، والدین سخت‌گیر و دیکتاتور مآب، از آن جمله‌اند [برگیته، ۱۳۸۰].

به عقیده‌ی باخ و آدلبروک (۱۹۸۱) و کارلسون (۱۹۸۰)، نوجوانان در اوایل دوران نوجوانی، کم‌تر احساسات خود را بروز می‌دهند و اگر انتقاد یا احساسی منفی نسبت به خود داشته باشند، آن‌را کم‌تر آشکار می‌سازند. در آنان احساس غم و اندوه و درماندگی که بزرگسالان افسرده از خودشان نشان می‌دهند، دیده نمی‌شود. بسیاری از نوجوانان، افسردگی خود را به صورت خستگی، بی‌قراری

و تظاهر به بیماری، و در حالت افراطی، به صورت فعالیت‌های جنسی، پرخاشگری و نیز رفتار بزهکارانه نشان می‌دهند. [هارینگتون، ۱۳۸۰].

کلارک و همکاران (۱۹۹۰) افسردگی نوجوانان را با مشکلات زیر مرتبط یافته‌اند:

۱. ضعف مهارت‌های اجتماعی.
۲. اضطراب اجتماعی و اضطراب شدیدی که با دیگر منابع استرس آور مرتبط است.
۳. استفاده از مواد مخدر و الکل.
۴. نبود مشارکت کافی در فعالیت‌های خشنودکننده و شادی آور.
۵. افکار خودکشی گریزانه و مشکلات تحصیلی.
۶. مواجه شدن با وقایع استرس آور متعدد و مشکلات بین فردی.
۷. اختلال‌های سلوک و اختلال‌های خوردن در دختران نوجوان [وینز، ۱۹۷۰، به نقل از: زارب، ۱۳۸۳].

شیوع افسردگی

بر اساس مطالعاتی که در اروپا و ایالات متحده‌ی آمریکا انجام گرفته [روبینز و همکاران، ۱۹۸۴]، برآورد شده است که بین ۹ تا ۲۶ درصد زنان و ۵ تا ۱۲ درصد مردان، در طول زندگی به یک بیماری افسرده‌ساز مهم مبتلا بوده‌اند. همچنین برآورد شده بین ۳/۹ تا ۴/۵ درصد زنان و ۲/۳ تا ۳/۲ درصد مردان، در برهه‌ای از زمان به این اختلال دچار هستند. بنابراین زنان دوبرابر بیش‌تر از مردان به افسردگی دچارند. این نبود تجانس در شیوع افسردگی، به خصوص برای گروه‌های سنی جوان‌تر صدق می‌کند. همچنین احتمال بهبود افسردگی در این اشخاص، نسبت به افراد مسن‌تر، بیش‌تر است و نیز احتمال تجربه‌ی مجدد بیماری در آن‌ها کم‌تر [بلک برن و دیویدسون، ۱۳۷۴].

در کل، میزان ابتلا به افسردگی در میان کودکان کم است. احتمالاً یک درصد کودکان در سطح پیش‌دستانی و دو درصد در سن مدرسه و پیش از رسیدن به سن بلوغ، دچار افسردگی می‌شوند. این میزان برای دختران و پسران یکسان است. رسیدن به بلوغ که خود می‌تواند، گاهی اوقات عامل بروز دوره‌ای افسردگی شدید باشد، باعث افزایش درصد افسردگی در هر دو جنس می‌شود. البته پس از بلوغ، میزان مبتلایان به افسردگی در دختران به تدریج بیش‌تر می‌شود، تا جایی که نظیر بزرگسالان، بروز آن در دختران نسبت به پسران به میزان دو به یک می‌رسد [سالمانز، ۱۳۸۲].

همبسته‌های اختلال‌های افسردگی

در این جا برخی همبسته‌های مطالعات همه‌گیرشناسی مبتنی بر اجتماع را که با اختلال‌های افسرده‌ساز نوجوانی همراهند، به طور

کودکان و هم نوجوانان را شامل می شوند، نشان می دهند که میزان اختلال با توجه به سن افزایش می یابد. فلمینگ و همکاران پی بردند که شیوع حالت افسردگی شبیه به DSM (قطعیت تشخیصی بالا) میان دوره های سنی ۶ تا ۱۱ و ۱۲ تا ۱۶ سال، سه تا چهار برابر افزایش دارد. کاشانی و همکاران (۱۹۸۹) اعلام کردند که گرچه نشانه های افسردگی، با توجه به سن افزایش می یابند، اما در شیوع اختلال افسردگی، افزایش قابل ملاحظه ای دیده نمی شود. [هارینگتون، ۱۳۸۱]. جوانان، تا قبل از ۴۰ سالگی، سه بار بیش تر از بزرگسالان در معرض افسردگی قرار دارند [زانتکوسکی، ۲۰۰۲].

۱. جنس

شواهد زیادی حاکی از آنند که میزان افسردگی در زنان، در دوره ی بزرگسالی بیش تر از مردان است [وایسمن و کلمرن، ۱۹۷۷]. بنابراین اختلال افسردگی در مواقعی، بین این دو دوره ی سنی تغییر می یابد. مطالعات روندین، بیانگر آن است که این تغییر، در سن های ۱۳ و ۱۵ سالگی اتفاق می افتد. جی. اندرسن و همکاران (۱۹۸۷) برتری پنج به یک دختران را در یازده سالگی گزارش دادند [مک گی و همکاران، ۱۹۹۰، به نقل از: هارینگتون، ۱۳۸۰]. از داده های ارائه شده توسط فلمینگ و همکاران (۱۹۸۹) نیز چنین برمی آید که ممکن است، میزان افسردگی، هم در پسران و هم در دختران افزایش یابد، اما این افزایش، در دختران چشمگیرتر است. خطر ابتلا به اختلالات افسردگی در زنان نسبت به مردان، تقریباً دو برابر است. این خطر که زنی اختلال عاطفی را تجربه کند، به جنسیت وی مرتبط می شود که با خطر بالای مربوط به تاریخچه ی خانوادگی مربوط به اختلالات عاطفی نیز مربوط است. با وجود ارتباط واضح بین جنس و اختلال عاطفی، علت های قطعی مشخص نیستند [زانتکوسکی^۲، ۲۰۰۲]. هوکسما^۳ تئوری آسیب پذیری زنان را نسبت به افسردگی، بر اساس شناسایی یک شیوه ی مقابله ی متمرکز بر خود، پاسخ به خلق افسرده مطرح کرد. وی در تحقیقش، حمایت نسبتاً ضعیفی برای تفاوت های جنسی در ویژگی های شخصیتی انفعالی و جرأت ورزی یافت، ولی متذکر شد که تفاوت ها، در پاسخ زنان به افسردگی شکل می گیرند. زنان بر هیجانات منفی متمرکز می شوند، در حالی که مردان، رفتارهای انحرافی، مثل ورزش کردن و مطالعات کردن را برای مقابله با افسردگی به کار می برند [هوکسما، ۱۹۹۵].

۲. سن

در مطالعه ای حدود ۱۳ درصد افراد ۱۰ و ۱۱ ساله در جریان مصاحبه، خلق افسرده نشان دادند. هنگامی که این کودکان در سن ۱۴ و ۱۵ سالگی ارزیابی شدند، احساسات افسردگی به طور قابل ملاحظه ای افزایش یافته بودند. در مصاحبه، بالغ بر ۴۰ درصد نوجوانان، احساسات بدبختی یا افسردگی و ۷ تا ۸ درصد دارای احساسات خودکشی بودند. این مطالعات نشان دادند که اختلال های افسردگی، با توجه به سن افزایش می یابند. در میان ۲۰۰۰ کودک ۱۰ و ۱۱ ساله، تنها سه مورد، اما در سن ۱۴ و ۱۵ سالگی، نه مورد اختلال افسردگی «خالص» و ۲۶ مورد اختلال افسردگی همراه با مشکلات روانی دیگر شکل گرفته بود. مطالعات متعدد دیگر در مورد اختلال های افسردگی که هم

۳. عامل های زمینه ساز و آشکارساز

سبب شناسی اختلال افسردگی، معمولاً چند عاملی و مبتنی بر پیش آیندهای وراثتی، جامعه شناختی و روان شناختی است. در کودکان افسرده، رویدادهای آشکارساز حاد، به قدری در مصیبت های درازمدت، مشکلات خانوادگی و ویژگی های شخصیتی درآمیخته اند که گاهی تفاوت و تمایز میان آن ها، بسیار دشوار و نامشخص می شود [هامن^۱، ۱۹۹۱].

تجربه های کودکی چندی، با افسردگی دوران بزرگسالی ارتباط دارند که عبارتند از:

۱. احساس گناه در کودکی.

۲. رابطه ای آسیب دیده با والد هم جنس کودک، به خصوص اگر طلاق رخ داده باشد.

۳. وجود مادری افسرده که کافی است، احساس نیاز برای مراقبت از فرزندانش هم داشته باشد.

۴. وجود والدین مسلط (دیکتاتور مآب) و بیش از حد حمایتگر، به خصوص اگر پدر هم مراقبت ضعیفی از کودک داشته باشد [هوکسما، ۱۹۹۵].

۴. ارتباطات اجتماعی

در بزرگسالان، شواهد زیادی در مورد ارتباط روابط اجتماعی ضعیف یا مشکلاتی در ارتباطات میان فردی، با افسردگی وجود دارد. براون و هریس (۱۹۷۸) نداشتن رابطه ای صمیمانه، نزدیک و بر پایه ی اعتماد را به عنوان عاملی برای بروز افسردگی در زنان، مورد شناسایی قرار دادند. همان طور که کاندل و داویس (۱۹۸۶) یادآور شده اند، ارتباط افسردگی و فقدان شبکه ی اجتماعی حمایت کننده می تواند، نشان دهنده ی گزینش اجتماعی، به عنوان علت اجتماعی باشد. بکروهاپمیرگ (۱۹۸۵) چند فرضیه ی تبعی را که به این تلاش ها منجر شده اند، این گونه شرح می دهند:

۱. افسردگی می تواند، ناشی از برنامه ی نابسندگی تقویت

مثبت باشد که با رفتار غیرافسرده‌ی شخص وابسته است .
۲. بخش اعظمی از برجسته‌ترین تقویت‌کننده‌های مثبت در دنیای بزرگسالان، ماهیتاً میان فردی است .

۳. بخش اعظمی از پاداش‌های غیرمیان فردی در دوران میانسالی، ممکن است بسته به رفتار میان فردی شخص، دریافت و یارده شوند .

بنابراین، هر مجموعه‌ی روش درمانی که به بیمار افسرده کمک می‌کند تا کیفیت رفتار میان فردی‌اش را بهبود بخشد، موجب افزایش تقویت مثبت وابسته به پاسخ، یا پاسخ مشروط به تقویت مثبت می‌شود. در این صورت، اثرات افسردگی رو به کاهش می‌گذارند و میزان رفتار غیر افسرده، افزایش می‌یابد. رفتار نابسندگی میان فردی ممکن است، از منابع گوناگونی سرچشمه بگیرند، اما محدود به آن‌ها نمی‌شوند. این موارد عبارتند از:

الف) فقدان مشاهده‌ی کافی الگوهای ماهرانه‌ی رفتار میان فردی، در دوره‌های حساس رشد .

ب) نداشتن فرصت کافی برای تمرین عادت‌های مهم میان فردی، در دوره‌های حساس رشد .

ت) یادگیری رفتارهای میان فردی نامناسب و ناسازگار، در دوره‌های حساس رشد .

پ) شکست در ترک رفتارهای کهنه و جایگزین کردن رفتارهای نو در خلال دوره‌های انتقال که در واقع ورود به دوران نوجوانی و بزرگسالی هستند .

ث) رو به زوال گذاشتن مهارت‌های رفتاری ویژه، به سبب استفاده نکردن از آن‌ها .

ج) شکست در تشخیص زمان مناسب یا نامناسب، برای اجرای عادت رفتاری ویژه .

ه) شکست در اجرای رفتار طبیعی، به دلیل اعتقادی. بدین صورت که رفتار ممکن است، نتیجه‌های دلخواهی را ایجاد نکند و یا اعتقاد به این که او نمی‌تواند به اندازه‌ی کافی، رفتار بایسته‌ای را انجام دهد [بکرو هایمبرگ، بلاک، ۱۳۶۵].

۵. افسردگی و تقویت مثبت

چارلز فرستر (۱۹۶۵ و ۱۹۷۳) اولین روان‌شناس رفتارگرا بود که توجه خود را به مطالعه‌ی افسردگی مبذول داشت. و افسردگی را به صورت «درجه‌ی پائین رفتار کارآمد یک فرد» تعریف کرد. اگر میزان تقویت مثبتی که شخص دریافت می‌کند تا حد معینی کاهش یابد، متعاقب آن افسردگی رخ می‌دهد. بر اساس الگوی فرستر، هرگونه خللی در نظام تقویت مثبت، لاجرم به افسردگی منجر می‌شود. یعنی هرکسی که واقعه‌ی ناخوشایندی در زندگی‌اش رخ دهد، باید دچار افسردگی شود. البته موضوع، به طور کامل این گونه

نیست. چون ارتباط بین افسردگی و رویدادهای سخت زندگی پیچیده است و به راحتی و کامل قابل درک نیست [هامن، مایول^۵، دمایو^۶ و مارکز^۷، ۱۹۸۴]. طبعاً همه‌ی افراد با افسرده شدن، به این گونه اتفاقات واکنش نشان نمی‌دهند. پتر لوینسون^۹ نظریه‌های فرستر را توسعه داد، تا بر نقش فرایندهای میان فردی تأکید کند [لوینسون، ۱۹۷۵؛ لوینسون، یانگرن^۸، کروسکاپ^{۱۱}، ۱۹۷۹]. او نیز مانند فرستر، بر نقش پاسخ مشروط به تقویت مثبت، تأکید ورزید، بنابر نظر او، از تمام چیزهای خوب زندگی شخص، تعداد و کیفیت آن چیزهای خوبی که برای شخص به شکل نتیجه‌ی رفتار خودش رخ می‌دهند، اهمیت دارند. در واقع، میزان مشروط به تقویت مثبت، تابع عوامل زیر است:

الف) شمار فعالیت‌هایی که در نظر شخص ممکن است، بالقوه پاداش دهنده باشند .

ب) فراهم بودن این دسته رویدادها در محیط اطراف شخص .

پ) مهارت و میزان بروز رفتارهای میان فردی که باعث حداکثر

تقویت مثبت و حداقل تنبیه برای شخص باشد .

بنا به گفته‌های لوینسون و همکاران (۱۹۷۵)، اشخاص مستعد

افسردگی، در چنین زمینه‌های مهمی، دچار کمبودند. در نتیجه،

وقتی آنان زندگی خود را بنا به دلایلی در شرف گسیختگی می‌بینند،

مثل دیگران توانایی ایجاد و بهبود منابع جایگزین رضایتمندی

شخصی خود را ندارند. طبق این فرمول، شخصی که توانایی برقراری

روابط اجتماعی قوی را دارد، به ناملایمات شخصی شدید، پاسخ

منفی ملایمی نشان می‌دهد. در صورتی که شخصی که مهارت

اجتماعی ندارد، با حوادث خیلی جزئی نیز افسرده می‌شود. لوینسون

و همکارانش، بارها اظهار کرده‌اند که در تعامل گروهی، افراد افسرده

کم‌تر از افراد غیرافسرده عکس‌العمل مناسب نشان می‌دهند. در

چند تحقیق، مشاهده‌گران اشخاص افسرده را به عنوان افرادی با

مهارت اجتماعی کم درجه بندی کردند [بکر و هایمبرگ، ۱۳۶۵].

بنابر گزارشات، افسردگی در جوانان با اختلال‌هایی در انواع

گوناگون روابط میان فردی، همراه است. گودیر، رایت و التهام

(۱۹۸۹) دریافتند که مشکلات دوستی قبل از شروع افسردگی،

نوع تشخیص را (اضطراب یا افسردگی) پیش‌بینی نمی‌کند. اما بعد

از شروع اختلال افسردگی، کودکان غیرمضطرب، خطر دوستی‌های

ضعیف را دارند. بدین معنی که افسردگی با ابقاء یا تشدید مشکلات

دوستی ارتباط دارد. کول^{۱۲} (۱۹۹۱ - ۱۹۹۰) فرض کرد، کفایت

اجتماعی، تأثیر مستقیمی بر نشانه‌های افسردگی دارد .

زیرنویس

1. Koplewicz, M.D./ 2. Szatkowski/ 3. Hoeksema/ 4. Hammen
5. Mayol/ 6. Demayo/ 7. Marks/ 8. Lewinsohn/ 9. Youngern/ 10. Crosscup/ 11. Libet /12. Cole

نگاه ویژه

راهنمایی تحصیلی و راهنمایی شغلی، دو مقوله در ظاهر مجزاً اما از نظر ماهیت کاملاً مرتبط و لازم و ملزوم یکدیگر به شمار می روند، به گونه ای که موفقیت در هریک، موجب ارتقاء دیگری و عدم توفیق یکی موجب افول دیگری می شود.

جهت گیری راهنمایی تحصیلی علاوه بر رشد استعداد های فردی، پاسخگویی مناسب به نیاز های علمی، تخصصی و شغلی جامعه است، اگر شغل فرد متناسب با تحصیل وی باشد، موفقیت در آن تضمین می شود، ولی چنانچه انتخاب شغل بی ارتباط با تحصیل باشد، به طور طبیعی، به دلیل عدم استحکام پایه و بنیان لازم می تواند به شکست بیانجامد، یا حداقل به اتلاف سالیانی از عمر منتهی شود، لذا آموزش و پرورش با توجه به نقش حساس خود در راهنمایی و هدایت تحصیلی، با برگزاری برنامه هایی از جمله هفته مشاغل، بازدید های حرفه ای و شغلی، هدایت دانش آموزان به سمت جمع آوری اطلاعات شغلی و سایر فعالیت های مرتبط، دانش آموزان را در شناسایی و طرحریزی شغلی و حرفه ای یاری می رساند و علاوه بر این با همکاری سایر دستگاه ها و نهادهای مرتبط بر کیفیت بخشی به برنامه های راهنمایی شغلی و حرفه ای دانش آموزان تأکید می ورزد.



شهرستان گاه علوم انسانی و
الجامع