

افسردگی در نوجوانی

نسرین اکبرزاده

دانشگاه الزهراء

توضیح

این مقاله خلاصه ای از گزارشهایی است که در مدت فرصت مطالعاتی در دانشگاه جورج واشنگتن، (سال ۱۳۷۱) به امور پژوهش و گروه روان شناسی دانشگاه الزهراء ارسال می شد و شامل بررسی کتابخانه ای در مورد افسردگی نوجوانان (Major Depressive Episodes) است که در تاریخ یکشنبه ۱۳۷۲/۲/۲۶ در آمفی تئاتر دانشگاه الزهراء به صورت سخنرانی نیز ارائه شده است. قسمت دیگر این تحقیق شامل اجرای تست «فهرست برداری کودکان» بر روی نمونه ای از نوجوانان ایرانی است که در دست انجام است.

چکیده: در این بررسی مقدماتاً به تعریف افسردگی و طبقه بندی و ذکر اجمالی تئوریهای مربوط به آن می پردازیم. سپس با بررسی تحقیقات موجود در مورد ماهیت افسردگی در کودکان و نوجوانان به نظرهای مختلفی می رسیم. یکی این که کودکان غصه دار می شوند ولی افسرده نمی شوند. دیدگاه دیگر افسردگی پنهان یا تغییر شکل یافته Masked را در کودکان و نوجوانان مطرح می سازد که البته تشخیص آن از سایر اختلالات، خالی از اشکال نیست. نظریه دیگر با توجه به تغییرات مربوط به رشد شناختی و عاطفی، علام افسردگی را در کودکان و نوجوانان بررسی می کند (نمونه تحقیقات Rutter). نوع افسردگی مورد مطالعه در این بررسی Major Depressive Episode یا افسردگی یک قطبی است که ضوابط تشخیص آن با مراجعه به DSMIIIR ذکر می شود. زیرا اکثر روان شناسان معتقدند که این معیار در مورد کودکان و نوجوانان نیز مصداق دارد. در ضمن معیار تشخیص افسردگی در کودکان که توسط Weinberg تدوین شده است، ذکر می شود. در قسمت دیگر به بررسی اجمالی وسائل سنجش و ارزیابی افسردگی در کودکان و نوجوانان می پردازیم که عبارت است از: پنج مقیاس درجه بندی شخصی، مصاحبه های تشخیصی، فهرست برداری توسط گروه همسن و مقیاس های والدین. در پایان موضوع افسردگی اجمالاً از دیدگاه چهار تئوری: ۱- تحلیل روانی ۲- شناختی ۳- درماندگی آموخته شده ۴- رفتار گرایی، بررسی شده، به روشهای درمانی از دیدگاه شناختی، و روان درمانی روابط بین فردی اشاره می شود. بالاخره خلاصه و نتیجه گیری و پیشنهادی هایی برای والدین، مربیان، مشاوران و کسانی که با نوجوانان سروکار دارند، ذکر می شود.

مقدمه

انواع افسردگی، طیف وسیعی از اختلالات پسیکو بیولوژیک را تشکیل می‌دهد که از لحاظ شدت، شیوع و مدت زمان با یکدیگر متفاوتند. در یک انتهای این طیف، افسردگی عادی قرار دارد که شامل غمگینی و خستگی زودگذر ناشی از عوامل استرس زاست.

در افسردگی نرمال، حالات خلقی (Mood) از نظر زمانی متفاوتند و معمولاً بیش از دو هفته طول نمی‌کشد. اگر حالت افسردگی بیش از دو هفته طول بکشد و اشکالات خواب، خوراک، و افکار یاس و ناامیدی افزایش یابد، مسئله به اختلالات کلینیکی افسردگی نزدیک می‌شود.

در انتهای دیگر این طیف که مربوط به اختلالات است، تظاهراتی وجود دارد که شامل افسردگی پسیکوتیک است که طی آن فرد نه تنها از غم و اندوه رنج می‌برد، بلکه ممکن است ارتباط با حقایق را از دست دهد و دچار توهم گردد و اعمال حرکتی و روانی اش نیز کند شود.

یکی از مشکلات اساسی در مطالعه اختلالات افسردگی آن است که اصطلاح کلی دپرسیون بطور غیر متمایز در توصیف حالات خلقی (Mood)، علامت (Symptom) و یابیماری (Syndrome) ، یکسان به کار می‌رود.

طبقه بندی افسردگی: روشهای متعددی جهت طبقه بندی افسردگیها وجود دارد. از جمله، روشهای یگانگی (Unitary) مبنی بر این عقیده است که فقط یک نوع اختلال وجود دارد که از لحاظ شدت متفاوت است. این مفهوم بر اساس کار Sir Aubrey, Lewis

است که افسردگی را به عنوان قسمتی از تجربه انسانی و به عنوان عکس العمل روانی بیولوژیکی ارگانیزم آدمی نسبت به مشکلات زندگی محسوب می‌دارند. معتقدان به تئوری یگانگی، گروههای جزئی و عوامل جسمانی یا ژنتیک را تقریباً رد می‌کنند.

در تئوری ثنویت (Dualistic) اساساً دو نوع افسردگی وجود دارد که به سه وجه قابل تمایز است (Klerman, Paykel) الف - آنها که بین افسردگی درونزاد (Endogenous) و افسردگی عکس العملی (Reactive) تمایز قائل می‌شوند. ب- آنها که بین افسردگی نوروتیک و پسیکوتیک تفاوت می‌گذارند.

ج- آنها که باز هم بین افسردگیهای درونزاد، گروههای جزئی تر قائل می‌شوند. افسردگیهای تک قطبی (Monopolar) یا دوره ای در مقابل افسردگیهای دو قطبی (Bipolar) یا مانیک دپرسیو. در نظامهای طبقه بندی چند گانه (Pluralistic) انواع متعدده اختلالات افسردگی وجود دارد. از جمله در کتاب تشخیص و امار مربوط به انجمن روان پزشکان آمریکائی DSMIII بیش از دوازده نوع اختلال افسردگی که شامل اختلالات عاطفی و اختلالات پسیکوتیک افسردگی و انواع شخصیتهای افسرده است، ذکر شده است.

تئوریهای افسردگی- تئوریهای افسردگی را می‌توان به دو دسته بیولوژیکی و روان شناسی تقسیم کرد. تئوریهای زیستی یا بیولوژیکی نیز دو دسته اند: ۱- تئوریهای ژنتیک - به علت محدودیتهایی که در

برداشتهای مختلف وجود دارد، همه تئوریه‌ها در مورد کمبود احترام به خود یا احساس بی‌ارزشی و کم‌ارزشی، در افسردگی، متفق‌القولند. تئوریه‌های تحلیل روانی در درجه اول اهمیت فقدان حقیقی یا سمبلیک را در افسردگی مد نظر دارند. نظریه پردازان شناختی، نقش عقاید و باورهای منفی را در مورد خود، تجارب و آینده بررسی می‌کنند. مدل افسردگی درماندگی آموخته شده که از تئوریه‌های یادگیری اجتماعی ناشی شده است، به این موضوع می‌پردازد که چگونه در نوجوانان این احساس یا باور نضج می‌گردد که آنها در کنترل حوادث زندگی خود هیچ قدرتی ندارند. مدل رفتار گرایی، عامل اساسی افسردگی را در عدم توانایی نوجوان در رفتار کردن. به نحوی که منجر به تقویت مثبت و مداوم شود، می‌دانند.

دیدگاه‌های جدید در مورد افسردگی شامل تئوریهایی می‌شود که مربوط به اثر متقابل Biopsychosocial جنبه‌های بیولوژیکی، روانی و اجتماعی است (۱۹۷۹ Akiskal). این برخورد، تئوریه‌های پیشرفته مختلف را به صورت یک کل واحد در می‌آورد و دیدگاه‌های جدیدی را پیشنهاد می‌کند.

افسردگی در کودکان و نوجوانان

اطلاعات موجود در مورد علل، تشخیص و درمان افسردگی در بزرگسالان از سالها قبل رو به افزایش بوده است. لیکن تحقیق در مورد افسردگی در افراد زیر هیجده سال، از دو دهه پیش به طور منظم شروع شده است و هنوز بر روی این مسئله تمرکز دارد که آیا نشانه‌های افسردگی را می‌توان از سایر اختلالات رفتاری در این گروه‌های سنی تشخیص داد.

روشهای تحقیق ژنتیک رفتاری وجود دارد، از قبیل عدم اعتبار تشخیص و عدم کنترل اثرات مدله‌ها، و کوچک بودن نمونه، هنوز نمی‌توان مکانیزم خاص ژنتیکی به کار برد. همان طور که تحقیق بر روی استرس‌های زندگی (Depue ۱۹۷۹) نشان داده است، عوامل ژنتیکی با عوامل محیطی، حتی در اختلالاتی که درونزاد است نیز اثر متقابل دارند. وراثت بر روی عواطف، اعمال سلولی، سطوح اساسی انگیزش، و سایر جنبه‌های فیزیولوژیکی رفتار اثر می‌گذارد که اینها نیز احتمالاً با تجارب افسردگی ارتباط دارد. مطالعات ژنتیکی افسردگی توسط Genshon و Nurnberger ۱۹۸۲ بررسی شده است.

تئوریه‌های بیوشیمیایی - تئوریه‌های بیوشیمیایی می‌تواند به سه دسته اساسی تقسیم شود: الف- تئوری آمین‌های بیولوژیک که شامل Indoleamine Catecholamine است. ب- تئوریه‌های مربوط به متابولیسم الکتروولیت که بر روی متابولیسم سدیم و پتاسیم در مغز متمرکز است. ج- تئوریه‌های مربوط به محور هیپوفیز آدرنال.

به طور کلی تئوریه‌های بیولوژیکی از حوزه تخصصی ما خارج است. بنابراین به بررسی تئوریه‌های روان‌شناسی می‌پردازیم.

تئوریه‌های روانی افسردگی

چهار مدل یا تئوری اساسی در روان‌شناسی برای افسردگی وجود دارد: ۱- تحلیل روانی ۲- شناختی ۳- درماندگی آموخته شده و ۴- رفتار گرایی. در حالی که در مورد عوامل بوجود آورنده افسردگی

(Lefkowitz & Burton, 1978)

در بررسی دوران رشد، ملاحظه می‌کنیم که نوجوانان بطور طبیعی تمایل به افسردگی دارند. و این موضوع حایز اهمیت است که بتوانیم بین افسردگی خاص دوران رشد و تغییرات حالات خلقی (Mood) با افسردگی مرضی تمایز قایل شویم. به عقیده Carlson (۱۹۸۱) نیز، تشخیص و تفکیک علایم افسردگی نوجوانان از حالت «بحران و آشوب نوجوانی» کار دشواری است. بنابراین دپرسیون نوجوانان اغلب بدون تشخیص می‌ماند و آنها در بزرگسالی نیز افسرده خواهند بود.

در مورد افسردگی در دوران کودکی نیز تا قبل از ۱۹۷۰ عقاید بر آن بود که کودکان بندرت علائم دپرسیون را ظاهر می‌سازند، لیکن طی بیست سال اخیر قبول روزافزون این موضوع که اختلالات افسردگی امکان دارد در دوره کودکی نیز به وقوع پیوندد، مقالات و تحقیقات کلینیکی را به همراه داشته است. در حالی که بر روی این موضوع که کودکان نیز می‌توانند غصه‌دار شوند، اختلاف نظر بسیار کمی وجود دارد، هنوز مباحثاتی در مورد اینکه آیا کودکان اختلال افسردگی را مشابه بزرگسالان ظاهر می‌سازند، یا نه، ادامه دارد.

بررسی تحقیقات موجود در مورد ماهیت افسردگی در کودکان و نوجوانان، نظرهای مختلفی را نشان می‌دهد. یکی از این نظرها این است که در حالی که امکان دارد کودکان عواطف غم و غصه‌دار بودن را از خود نشان دهند، نمی‌توانند افسرده شوند

۱۹۷۵، Anthony, Rie, ۱۹۶۶) این دیدگاه، بطور اساسی با نظر محققان و روان‌شناسان بالینی مکتب روانکاوی مشترک است که معتقدند برای ظهور افسردگی، رشد مناسب فراخود، لازم است. به نظر آنها در دوره کودکی، فراخود به اندازه کافی رشد نکرده است تا به کودک فرصت افسرده شدن بدهد.^۱

در اینجا لازم به تذکر است که در بررسی مراحل رشد، دوره‌های کودکی از نوجوانی متمایزاند. در دوره نوجوانی طبق مکتب روانکاوی نیز فراخود به اندازه کافی رشد کرده است. حتی تعادلی که در پایان دوره کودکی بین سه قسمت شخصیت برقرار شده بود در این دوره بر هم می‌خورد. نوجوان در نظام ارزشها نیز تجدید نظر کرده، بعضی از آنها را قبول و بعضی دیگر را رد می‌کند.

نظر دوم این است که ظواهر اولیه افسردگی بزرگسالان در کودکان وجود ندارد، ولی علائم متساوی یا معادل به عنوان نشانه‌های رفتاری دیگر ظاهر می‌شوند. مانند بزهکاری، اختلالات یادگیری، فویباها و غیره

در سال ۱۹۶۷ Glaser این عقیده را ابراز کرد که حالت افسرده ممکن است جزء اساسی افسردگی کودکی را تشکیل ندهد. Glaser در این مورد پدیده افسردگی تغییر شکل یافته یا پنهان « یا Masked Depression با علائم متعدد آن را به عنوان «علائم معادل یا متساوی افسردگی» پیشنهاد کرد. فرض بر آن بود که این نشانه‌ها، حالت افسردگی را پنهان می‌کنند یا به طور دفاعی کودک را

1- Hodges, Kay Kline and Siegle, Lawrence J, in Handbook of Depression by Beckham and Leber 1985.

معیار خاصی برای افسردگی کودکان نیست. نظریه دیگر این است که کودکان می‌توانند اختلالات افسردگی را مشابه بزرگسالان ظاهر سازند. از جمله اختلالات عاطفی، شناختی، انگیزشی، و روانی-حرکتی. این نظریه همچنین اظهار می‌دارد که علاوه بر ظواهر اولیه بالینی، نشانه‌های «وابسته‌ای که» در اثر رشد به وجود می‌آیند، ممکن است همزمان با رفتار اولیه افسردگی ظاهر شوند. مانند ترس از مدرسه، رفتار پرخاشگرانه و شب‌اداری.

Weinberg Dietz - Schmit, Brumback ۱۹۷۷, Boag, Macconville, Parohit ۱۹۷۳). بالاخره، بعضی از محققان عقیده دارند گرچه امکان دارد نشانه‌های افسردگی در کودکان مشابه بزرگسالان ظاهر شود، لیکن ماهیت آن اغلب موقتی و گذرا است و مداومت حالات بزرگسالان را ندارد.

بنابراین، از آنجا که بسیاری از علائم در کودکان عادی در دوره‌های مختلف رشد ملاحظه شده‌اند، این سوال مطرح می‌شود که آیا این رفتارها مرضی است یا نه. (Lefkowitz ۱۹۷۷, Guitleman-Klein ۹۷۸, Burton & Burton

یکی از تفاوت‌های اساسی بین کودکان و بزرگسالان که جریان تحقیق بر روی اختلالات عاطفی در کودکان را پیچیده می‌کند، تغییراتی است که در اثر رشد در کودکان به وقوع می‌پیوندد (کاشانی، حسین

Mc Knew & Cytryn, Hodges, Shekim ۱۹۸۱, Strober Werry. کودکان پیوسته در حال تغییرند. این تغییرات بر روی رشد شناختی و عاطفی آنها اثر می‌گذارد که آن نیز به نوبه خود ممکن است نفوذ مهمی بر روی نشان دادن علائم افسردگی در هر دوره از

مصون می‌دارند. Cytryn & Mc Knew (۱۹۷۲) در چهارچوب ضوابط تشخیص افسردگی کودکی، طبقه‌ای را تحت عنوان افسردگی عکس‌العملی "Reactive Depression" جا دادند. به اظهار آنها ممکن است کودکان افسرده انواع اختلالات عاطفی را از خود نشان دهند که از جمله بی‌قراری، یا فعالیت بیش از حد "Hyperactivity"، رفتار پرخاشگرانه، بیماری‌های روان‌تنی، و بزهکاری را می‌توان نام برد. در چنین مواردی افسردگی پنهان به طور عمده از طریق ابراز تصویرخالص افسردگی دوره‌ای و از طریق زمینه‌های افسردگی در تست‌های پروژکتیو استنباط می‌شود. (Alfred Dean ۱۹۸۵) همچنین

Cytryn & Mc Knew نتیجه‌گیری کردند که فراوانی افسردگی پنهان یا تغییر شکل یافته

"Masked depression" از انواع دیگر افسردگی از قبیل حاد و مزمن در کودکان به مراتب بیشتر است. در عین حال Cytryn و همکارانش (۱۹۸۰) خاطر نشان می‌سازند که تشخیص کلینیکی آن ساده نیست. مثلاً اگر کودکی رفتار پرخاشگرانه ظاهر می‌سازد، چه موقع می‌توان تشخیص داد که این پرخاشگری منشاء اصلی پرخاشگری دارد؟ و چه موقع می‌توان گفت که اختلال افسردگی را در پشت خود پنهان کرده است؟

مفهوم افسردگی پنهان یا تغییر شکل یافته "Masked" توسط عده‌ای از محققان مورد انتقاد قرار گرفته است. زیرا آنها معتقدند هر يك از علائمی که به عنوان تظاهر افسردگی پنهان ذکر می‌شود، معرف نشانه‌هایی از اختلالات کلی رفتاری کودکان است. در نتیجه این نظریه، موافق ایجاد ضوابط و

نوجوانان صادق است نشانه هایی وجود دارد که محیط خانوادگی و تغییرات زندگی، سزاوار توجه و مطالعه خاص است.

نوع افسردگی مورد مطالعه - دو میان انواع افسردگیها با مبدا و منشأهای مختلف که از لحاظ طبقه بندی در باره آنها بحث نمودیم با توجه به نوع مطالعه ، افسردگی يك قطبی یا «Major Depressive Episode» را در نوجوانان بررسی خواهیم کرد.

II - ضوابط تشخیص افسردگی يك قطبی یا Major Depressive که همان طور که از نامش پیداست، بر خلاف افسردگی Bipolar که شامل دو قطب یا دو دوره رفتاری متفاوت مانیا و دپرسیو می‌شد، در این نوع فقط يك حالت عمده افسردگی وجود دارد.

با مراجعه به کتاب (۲) D S M IIIR ضوابط تشخیص افسردگی عمده دوره ای به قرار ذیل است:

الف- حداقل پنج علامت بیماری از علائم ذیل باید طی دو هفته وجود داشته باشد که تغییر نسبت به وضع قبلی را نشان دهد. یکی از نشانه ها یا (۱) خلق افسرده است یا (۲) از دست دادن علاقه یا لذت. در اینجا یادآور می شویم که علائمی را که مربوط به شرایط جسمانی یا از دست دادن حافظه است ، نباید شامل این بحث دانست.

(۱) حالت افسرده (یا می تواند در کودکان و نوجوانان به صورت کج خلقی باشد) اغلب ساعات روز، تقریباً هر روز وجود دارد. به طوری که فرد یا به

رشد کودک داشته باشد. در نتیجه تغییرات مربوط به رشد، محققان در این زمینه ، مواجه با این مسئله خاصند که حدودی مشخص کنند که در گروههای سنی مختلف، چه موقع رفتار کودک نماینده جریان عادی رشد است و چه موقع از جریان عادی رشد منحرف شده است. (۱) Rutter) نظریه های مربوط به رشد عقیده دارند که باید در مورد معیارهای تشخیصی یا نرم رفتاری مربوط به هر گروه سنی یا مرحله رشدی تحقیق انجام گیرد.

در مورد افسردگی نوجوانان آمار فراوانی در نمونه کلینکی از ۳٪ تا ۳۳٪ متغیر است که نشان دهنده محدودیت اطلاعات است. (Norman , ۱۹۸۲ , Cook . pozanski & Robinsons) اطلاعات کمی در مورد فراوانی و شدت علائم افسردگی در جمعیت عادی نوجوانان نیز نادر است. در عین حال که نشان می دهد افسردگی بین نوجوانان مسئله مهمی است (۱۹۷۵) (Albert & Beck) (۱۹۸۰) (Carlson & Cantwell) .

نسبت رو به افزایش خودکشی در نوجوانان و فرضیه ارتباط بین افسردگی و خودکشی (۱۹۷۹) (Teicher) ، نیاز میرم به درک وسیعتر مسئله را نشان می دهد.

عواملی از قبیل جنس، سن، طبقه اجتماعی، نژاد، مذهب، تغییر در زندگی و وضعیت خانوادگی در ارتباط با افسردگی بزرگسالان موثر شناخته شده اند. (Hirschfield & Cross ۱۹۸۲) . در حالی که تمام این عوامل ، به انضمام تغییرات هورمونی ، و تاثیر آن در افسردگی ، در مطالعه

1- Rutter, Michael, Depression in Young people 1986.

2- Diagnostic ands statistical Manual of Mental Disorders. Revised third ed ition . 1989.

ب (۱) نتوان ثابت کرد که يك عامل جسمانی یا ارگانیک، باعث شروع و ادامه اختلال شده است.

(۲) این اختلال، عكس العمل طبیعی نسبت به مرگ فرد مورد علاقه نباشد (عزاداری عادی).

اکنون این موضوع مورد بحث قرار می گیرد که آیا کودکان و نوجوانان حالات افسرده خود را به همان طریقی که بزرگسالان نشان می دهد ، ظاهر می سازند؟ و آیا می توان افسردگی را در کودکان، نوجوانان و بزرگسالان با ضوابط یکسان تشخیص داد؟

تعدادی از بررسیهای بالینی نشان داده اند که در این مورد علائم مشترکی بین بزرگسالان و کودکان وجود دارد. بنابراین نظامهای تشخیصی مانند DSM III که برای بزرگسالان ساخته شده است ، می تواند برای کودکان و نوجوانان نیز به کار گرفته شود. (۱۹۸۰ ، Cytryn et al ، ۱۹۸۱ - Kashani et al) . نظر . puig - Antich (۱۹۸۲) نیز موافق گروه محققانی است که عقیده دارند افسردگی در کودکان، تفاوت عمده و معنی داری با افسردگی در بزرگسالان ندارد. او همچنانکه تغییرات ناشی از رشد را در بیان حالات عاطفی مد نظر دارد، معتقد است که تغییر عمده ای پس از سنین شش یا هفت سالگی صورت نمی گیرد. بنابراین توصیه می کند که می توان از معیار و ضوابط تشخیصی یکسان برای بزرگسالان و کودکان استفاده کرد. گرچه جریان سنجش و ارزیابی آن متفاوت است. برای مثال ، کودکان دبستانی ، از نظر مفهوم زمانی ضعیفند و زبانشان در حد منطق عینی است . در مورد نوجوان ، ایجاد رابطه شخصی در تشخیص مشکل است به عقیده puig Antich (۱۹۸۲) ،

طور ذهنی از آن خبر می دهد یا توسط دیگران مشاهده می شود.

(۲) کاهش قابل توجه علاقه و میل به تمام فعالیتها در تمام روز و تقریباً هر روز. (این موضوع نیز یا به طور ذهنی از طرف فرد گفته می شود و یا دیگران حالت بی میلی و بی توجهی فرد را نسبت به امور مشاهده می کنند.

(۳) کاهش یا افزایش قابل توجه وزن، هنگامی که رژیم غذایی خاصی رعایت نمی شود (مثال بیشتر از ۵٪ وزن بدن در يك ماه) ، کاهش یا افزایش اشتها تقریباً هر روز (در کودکان به صورت نرسیدن به افزایش وزن مورد انتظار است).

(۴) بی خوابی یا پر خوابی ، تقریباً هر روز.

(۵) تحرك زیاد یا كندی در اعمال روانی حرکتی، تقریباً هر روز (به نحوی که توسط دیگران قابل مشاهده باشد و فقط بازگو کردن احساسات نباشد).

(۶) خستگی یا از دست دادن انرژی ، تقریباً هر روز.

(۷) احساس بی ارزشی، یا گناه بیش از حد (که ممکن است توهم انگیز باشد) ، تقریباً هر روز (نه فقط به صورت ملامت خود یا گناه در مورد بیمار بودن).

(۸) کاهش توانایی فکر کردن یا تمرکز یا تصمیم گیری ، تقریباً هر روز (یا از طویق بازگویی فرد که ذهنی است و یا از طریق مشاهده توسط دیگران).

(۹) افکار مکرر راجع به مرگ (نه فقط ترس از مرگ). تخیل های مکرر راجع به خودکشی بدون نقشه خاص برای مبادرت به خودکشی.

ویژگیهای اساسی و وابسته افسردگی در کودکی و نوجوانی از آن استفاده کرد. قسمتی از اولین کوششها برای تعیین مشخصات بالینی کودکان افسرده توسط Oftedal, Ling و Weinberg (۱۹۷۰) و Zrull Posanski (۱۹۷۰) انجام گرفته است. Ling و همکارانش (۱۹۷۰) اگر در کودکی چهار مشخصه از ده عدد مشخصات ذیل وجود داشته باشد، ویرا افسرده محسوب می دارند:

(۱) تغییرات عمده در حالات خلقی

(۲) کناره گیری اجتماعی

(۳) ضعف درسی در مدرسه (به نحوی که رویه

افزایش باشد)

(۴) اختلال خواب

(۵) رفتار پرخاشگرانه ای که قبلاً وجود نداشته

باشد.

(۶) احساس بی ارزش بودن شخصی

(۷) کمبود انرژی

(۸) شکایات جسمانی غیرا ز سردرد

(۹) ترس از مدرسه

(۱۰) کاهش وزن

Pozanski در مقاله جدیدتر خود (۱۹۸۲) اشاره

می کند که زمانی علامت افسردگی را تشخیص می دهد که کودک با حالت افسرده پنج علامت از علامت ذیل را دارا باشد:

حالتی که نتواند لذت را تجربه کند، کمبود

احترام به خود، ضعف درسی، اختلال خواب، خستگی

بیش از حد، عقب ماندگی روانی - حرکتی،

پیش از فرض کردن معیارهای تشخیصی متفاوت، باید بر توسعه روشهای سنجش و اندازه گیری تاکید کرد. (۱)

Alan Kazdin نیز در مقاله خود (۱۹۹۰)

اظهار می دارد تحقیقات متعدد تأیید نموده اند که می توان برای تشخیص افسردگی در کودکان، نوجوانان و بزرگسالان، از معیار و ضوابط تشخیصی یکسان استفاده کرد. (۲) در مقابل، محققان و روان شناسان بالینی دیگر، بحث می کنند که اطلاعات کافی در دست نیست که بر اساس آن نتیجه گیری شود که آیا افسردگی در کودکی و نوجوانی معادل و موازی افسردگی در بزرگسالان است یا خیر به طور کلی ایندسته از محققان جنبه های رشد کودکان و نوجوانان را آن قدر پر اهمیت می شمارند که این سوال مطرح است که آیا خصوصیات اساسی (یا وابسته) بر اساس سن یا مراحل رشد تغییر می یابد؟ (توسط Cantwell، در ۱۹۸۲ - بررسی شد).

تاکنون در موارد ذیل، هیچ توافقی بین محققان عمده صورت نگرفته است:

(۱) ویژگیهای اساسی افسردگی کودکان و چگونگی مقایسه آنها با افسردگی بزرگسالان.

(۲) مشخصات وابسته به افسردگی کودکان و این که آیا تفاوتهای خاص سنی وجود دارد یا نه. طرحهای دیگری نیز برای ضوابط تشخیصی و معیار افسردگی کودکان پیشنهاد شده است. که در اینجا (۱) مورد بررسی قرار می گیرد. زیرا می توان به عنوان منبع و مرجع در تحقیقات آینده در مورد

1- Hodges, Kay Kline and Siegel, Lawrence J. in Handbook of Depression, by Beckhams, Ernest, and Leber, Williams, 1985.

2- Kazdin, Alan, Childhood Depression, 1990. Journal of child psychol, Psychiat

باید وجود داشته باشد.

دوم، در فهرست سایر علائم بالینی، معیار Weinberg فقط وجود دو علامت از هشت نشانه را لازم می‌داند، در حالی که DSMIII چهار علامت از هشت علامت دیگر را ضروری می‌شمارد. سوم، معیار Weinberg لازم می‌داند که وجود علائم نماینده تغییر در رفتار متداول کودک باشد، در حالی که معیار تشخیصی DSMIII این موضوع را ضروری نمی‌داند. چهارم، در معیار Weinberg نشانه‌ها باید بیش از یکماه وجود داشته باشد، در حالی که در DSMIII نشانه‌ها باید حداقل دو هفته وجود داشته باشند. پنجم، معیار Weinberg شامل معیار اضافی برای تشخیص اسکیزوفرنیا یا اختلالات دیگر نیست.

ششم، معیار Weinberg با عباراتی شرح داده شده که به طور خاص برای کودکان به کار می‌رود مانند انجام تکالیف مدرسه. همچنین اصطلاح پرخاشگری که به کار رفته است، بعضی اوقات به عنوان معادل تحریک پذیری و بی‌قراری حرکتی روانی در بزرگسالان به کار می‌رود.

هفتم، در معیار Weinberg برای هر یک از علائم اساسی دهگانه، چندین مشخصه رفتاری ذکر شده است. این سوال که معیار تشخیص افسردگی کودکان که بیشترین روایی را داشته باشد، کدام است، همچنان بدون جواب باقی مانده است. فقدان معیار مستقلی از قبیل تشخیص‌های بیولوژیکی که برای سنجش روایی این معیار به کار رود، کار تحقیق در این مورد را مشکل کرده است. برای تعیین مناسبترین معیار تشخیص، موارد ذیل به نظر اساسی می‌رسد: (۱)

کناره‌گیری اجتماعی، و افکار راجع به مرگ یا خودکشی، او ملاحظه کرد که برای کودکان مشکل عدم تمرکز معمولاً در تکلیفهای مدرسه تجربه می‌شود، همچنین کمبود احترام بخود و تصور شخصی ضعیف در کودکان، بیشتر احتمال دارد به طور عینی بیان شود، مانند توضیح راجع به خصوصیات جسمانی خودشان.... همچنین ملاحظه کرد که نشانه‌های مربوط به سیستم عصبی (اختلال در خواب، به خصوص صبح بسیار زود بیدار شدن، کمبود اشتها، بی‌بوست، کاهش وزن و....) در کودکان، کمتر از بزرگسالان معمول است. با ظهور DSMIII ضوابط تشخیصی، به وضوح بیشتری شامل علائمی شد که از سن فرد مستقل بودند. ضوابط تجدید نظر شده به عنوان DSMIIIR (APA ۱۹۸۷) شامل تغییراتی در اختلالات مختلف است. از جمله روشن کردن معیارها، تغییر در انواع جزئی تر حذف و اضافه بعضی از اختلالات افسردگی قسمتی از یک طبقه وسیع است که بیشتر مربوط به اختلالات حالات یا Mood است تا اختلالات عاطفی. علائم افسردگی ممکن است در سایر انواع اختلالات نیز یافته شود.

نکته قابل ملاحظه این که بین معیارهای تشخیصی Weinberg و DSMIII غیر از نشانه‌های یاد شده، تفاوت‌های متعددی وجود دارد. یکی از تفاوتها این است که برای معیار Weinberg حالت ناخوشایند یا ناراحت، بی‌قراری، و اضطراب و افسردگی (dysphoric) یا از دست دادن علاقه یا لذت در تقریباً تمام فعالیت‌های معمولی،

سنجش و ارزیابی افسردگی

در کودکان و نوجوانان

ارزیابی افسردگی معمولاً کار پیچیده ای تلقی می شود، زیرا شامل گزارش تجربه ذهنی بوده نسبت به سایر اختلالات، از مشاهده مستقیم کمتری برخوردار است. علاوه بر آن تشخیص و ارزیابی حالات عاطفی در کودکان و نوجوانان، به علت محدودیتهای شناختی آنها که مربوط به مراحل رشد است، پیچیده تر است. علی رغم این مسائل، وسایل سنجش متعددی برای ارزیابی افسردگی در کودکان در طی پانزده سال اخیر ساخته شده است. لیکن اغلب آنها هنوز در مراحل ابتدائی تکامل می باشند در اینجا به بررسی وسایل سنجش عمده که معمولاً به کار می روند، می پردازیم که شامل مقیاسهای درجه بندی شخصی، مقیاسهای درجه بندی توسط روان شناس، مصاحبه های تشخیصی، فهرست برداری توسط گروه همسن، و مقیاسهای والدین و... است.

مقیاسهای درجه بندی شخصی - پنج مقیاس درجه بندی شخصی برای کودکان و نوجوانان به کار رفته است.

همه آنها به جز تست افسردگی BDI Beck ۱۹۷۲ به طور خاص جهت کودکان ساخته شده اند.

در اینجا BDI از آن جهت ذکر می شود که طبق شواهد موجود، می توان آن را با روایی برای نوجوانان به کار برد. در بین مقیاسهای متعددی که در سالهای اخیر جهت سنجش افسردگی در کودکان و نوجوانان ساخته شده، مقیاسهای درجه بندی شخصی «Self-report Scales» برتری بیشتری داشته است.

۱- مطالعات فنومنولوژیکی، برای تعیین این موضوع که آیا بر حسب سن، تغییر در علامت بالینی به وجود می آید یا نه؟

۲- تعیین اینکه کدام دسته نشانه های بالینی، در سنین مختلف همراه یکدیگر ظاهر می شوند.

۳- معین شود که کدام دسته نشانه ها یا علامت بالینی نماینده یک نوع عمل غیر عادی است، (که به عنوان اختلال محسوب شود).

۴- مطالعه ه بستگیهای بیولوژیکی اختلالات، سابقه طبیعی آنها و پاسخ آنها به معالجات مختلف.

۵- تعیین این که هر اختلال یا دسته علامت بالینی بتواند تشخیص معتبر داده شود.

۶- تعیین پایداری یا ثبات علامت، به طوری که بتوان تصمیم گرفت آیا دوام آنها بیش از حالت موقتی است یا خیر.

۷- مطالعات در مورد چگونگی طبقه بندی جزئی تر این دسته نشانه ها یا اختلالات، به نحوی که بتوان روشهای معالجه بهتری طرح ریزی کرد. به همان طریق که در مورد اختلالات بزرگسالان انجام گرفته است.

توضیح راجع به مطالعات فنومنولوژیکی که عیناً در صفحه پیش ذکر شد Phenomenological Studies

مطالعه پدیده ها یا حوادث به سهم خودشان، نه از نظر علل. این مفهوم با روان پزشکی اگزستا نیسالیستی همراه است و منعکس کننده این تئوری است که نحوه درک فرد از واقعیت، رفتار او را تعیین می کند، نه حقیقتی که در خارج، به طور عینی وجود دارد.

افسردگی را نشان می‌دهد. این تست اولین مقیاسی است که برای کودکان و نوجوانان ساخته شده و مورد استفاده و استقبال فراوان قرار گرفته است.

در مورد اعتبار و روایی آن باید متذکر شد در حالی که اعتبار آن با کودکان غیر مراجع کلینیکی سنین ده سال و بالاتر به دست آمده، هنوز باید در مورد کودکان مراجع کلینیکی، اعتبار آن (بخصوص Test - retest) ذکر شود. (البته این موضوع در ۸۱-۱۹۸۰ توسط Maria Covacs ذکر شده که تاکنون کامل شده است. از جهت سیر تکامل و پیشرفت آن بیان شد.)

در صورتی که ضوابط و معیار تشخیص اختلال افسردگی عمده (Major Depressive Disorder) به عنوان محتوای مناسب برای ارزیابی در نظر گرفته شود، تست (CDI) دارای روایی محتوای خوبی است. تست مذکور کلیه معیارهای تشخیصی (MDD) را می‌سنجد. جز بی‌قراری یا بالعکس، کندی روانی - حرکتی. بدیهی است سازندگان این تست سعی کرده‌اند قسمتهای مربوط به این علائم را، به نحوی که توسط کودکان ظاهر می‌شود، در آن بگنجانند.... همچنین لازم است تحقیقات بیشتری انجام گیرد تا هر نوع تفاوت سنی را مشخص کند.

تست افسردگی BECK (BDI) در جمعیت نوجوانان توسط Chiles, Miller, Cox (۱۹۸۰) مورد مطالعه قرار گرفته، که محتوای سه قسمت آن را ثابت نگهداشته ولی جملات آن را تغییر داده‌اند. همچنین Teri و Carlson, Green, Strober (۱۹۸۱) و نیز متن BDI را بدون تغییر به کار بردند. نتایج تحقیق CHILES و همکارانش (۱۹۸۰) نتوانست هیچ

اهمیت این مقیاسها به خصوص از آن جهت است که در سنجش افسردگی، نشانه‌های کلیدی از قبیل غم، احساس بی‌ارزش بودن، و از دست دادن علاقه نسبت به فعالیتها، در احساسات ذهنی و درک شخصی منعکس می‌شوند. در بین مقیاسهای درجه بندی شخصی، فهرست برداری افسردگی کودکان یا

(CDI) children's Depression Inventory

که توسط دکتر ماریا کواک Cavacs در سال ۱۹۸۱ ساخته شد، از همه کاربرد بیشتری داشته و دارد. همچنین چک لیست صفات افسردگی کودک که توسط Lubin و Brewer ۱۹۸۳ ساخته شده (C- Children's Depression Adjective (DAL Checklist هر دو مقیاس مذکور، وجه تغییر یافته مقیاسهای بزرگسالانند.

در اینجا به توضیح مختصر راجع به مقیاس درجه بندی افسردگی کودکان یا CDI می‌پردازیم. این مقیاس از تست افسردگی Beck گرفته شده، قسمتهای آن منعکس کننده علائم عاطفی، شناختی، و رفتاری است. دامنه سنی آن ۷ تا ۱۷ سال است. به صورت مقیاس درجه بندی شخصی، شامل ۲۷ آیتم (Item) یا جزء است. کودک، یکی از سه پاسخ مناسب را که مبین حالات و احساساتش برای دو هفته گذشته است، برای هر آیتم انتخاب می‌کند. پاسخها منعکس کننده ماهیت و کمیت افسردگی کودکان اعم از غم، حالت لذت نبردن از هیچ چیز، افکار خودکشی، تا اختلالات خواب و اشتها است. قسمتهای CDI طوری انتخاب شده که جنبه های عاطفی، شناختی، روانی، و حرکتی، و سیستم خود مختار عصبی مربوط به

ضعیف به نظر می رسد. (۱۹۸۵).

مصاحبه های تشخیصی

هنگام انجام مصاحبه تنظیم یافته یا نیمه تنظیم یافته ، روان شناس، فرصت مشاهده و درجه بندی مشخصات و نشانه های قابل مشاهده افسردگی را خواهد داشت. یکی از مصاحبه های نیمه تنظیم یافته روان پزشکی ، (ISC) ^۱ یا « برنامه مصاحبه برای کودکان » است که توسط دکتر ماریا کواکز در سال ۱۹۷۴ تنظیم یافته و سپس در سال ۱۹۷۷ بررسی مجدد شده است. این مصاحبه شامل نشانه های اساسی افسردگی و دامنه وسیعی از روان شناسی مرضی است. روان شناسان بالینی، نشانه ها را براساس درجه شدت طبقه بندی می کنند. فرمهای موازی نیز موجود است. چنین تشخیص داده شده که مشاهدات رفتاری که توسط روان شناسان بالینی صورت گرفته نسبت به درجه بندی علائم توسط شخص کودک، از اعتبار کمتری برخوردار است. این مقیاس برای کودکان ۸ تا ۱۳ سال به کار می رود.

مصاحبه دیگر « برنامه کودکان برای اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا » (K-SADS) است که برای کودکان سنین مدرسه به کار می رود (۶ تا ۱۶ سال) و توسط دکتر پونیک آنتیش و همکارانش تهیه شده است.

K-SADS مصاحبه تنظیم یافته روان پزشکی است که برای کودکان و والدین به کار می رود تا

نوع اعتبار یا روایی برای کاربرد BDI جهت نوجوانان به دست آورد. به هر حال تحقیق Green و Carlson Strober شواهدی از اعتبار، شامل Test-retest و روایی با یک نمونه نوجوانان مراجعه کننده به روان پزشک به دست داد. بیماران افسرده، از بیمارانی که با مقیاس BDI غیر افسرده تشخیص داده شده بودند، تمیز داده می شدند. از نظر روایی محتوا، BDI شامل قسمتهایی است که مطابق معیار تشخیصی MDD است به جز دو سه قسمت که مستقیماً مطابق معیار مذکور نیستند. (۱)

یکی دیگر از مقیاسهایی که اخیراً ساخته شده و توسعه یافته است، چک لیست صفات افسردگی کودکان Children's Depression Adjective checklist است (C-DACL). این مقیاس به چند طریق اساسی از سایر مقیاسها متفاوت است. فقط حالت (Dysphoric) یعنی احساس نارضایتی، لذت نبردن، افسردگی و اضطراب را می سنجد، بدون هیچ یک از سایر علائم MDD (شاید به جز خستگی).

همچنین زمان آن محدود به زمان حال است. (مثال: « امروز حالت چطور است؟ »)

اطلاعات راجع به اعتبار آن، هماهنگی داخلی مناسبی بین چند نوع نمونه مختلف به دست می دهد.

در سال ۱۹۸۳ Lubin و Brewer به این نتیجه رسیدند که کار برد این مقیاس، تنها برای دوره قبل از بلوغ مناسب است (۸ تا ۱۲ سال). مطالعه دیگری توسط Lubin و Sokolof (۱۹۸۳) اطلاعاتی به دست داد که موافق کاربرد آن برای نوجوانان بود. به هر حال کاربرد C-DACL برای نوجوانان، هنوز

۱- پاسخهای کلامی کودک به سوالات بالینی راجع به مدرسه ، دوستان ، خانواده، فعالیتها.

۲-مشاهدات مصاحبه گر

۳- اطلاعات راجع به شروع علائم در فرم مربوط به والدین.

مصاحبه تشخیصی کودکان و نوجوانان(DICA^(۳)) و برنامه مصاحبه همراه آن برای والدین DICA- P که توسط Herjanic و همکارانش تهیه شده است، (۱۹۷۵) مصاحبه های نیمه تنظیم یافته اند که برای اندازه گیری علائم روان پزشکی به کار می روند و شامل علائمی که مربوط به افسردگی است نیز می شود و اعتبار داخلی مناسبی برای آن به دست آمده است. ^۴ کاربرد آن برای سنین ۶ تا ۱۷ سال مناسب است.

براساس نظر Hodgs و Siegel ^۵ ، برنامه مصاحبه تشخیصی برای کودکان (DISC) یکی از مصاحبه های بسیار جدید است که توسط انستیتو ملی بهداشت و سلامت روانی ^(۶) ساخته شده تا برای تحقیقات آتی اپیدمیولوژی به کار رود.

۷ مقیاسهای والدین

بسیاری از مقیاسهای ذکر شده ،شامل فرمهای موازی برای والدین ،یا سایر افراد مهمی است که با فرد

علائم مربوط به ضوابط DSMIII را به ترتیب ذیل اندازه گیری کند .

افسردگی عمده و جزئی ، حالت مانیا، هیپومانیا، اسکیزوفرنیا ، اختلالات روانی -عاطفی ، اوتیسم، اختلالات مربوط به غذا خوردن، اختلال مربوط به کمبود دقت (ADD) ، اضطراب، اختلال رفتاری، افکار راجع به خود کشی^(۱) . این مصاحبه دارای دو فرم است. يك فرم مربوط به سنجش این حالت و رفتار در گذشته است و فرم دیگر ، این موضوع را در زمان حال می سنجد.

از آنجا که در تحقیق حاضر، به جمعیت نوجوانی که به کلینک ارجاع نشده اند، توجه داریم، به نظر می رسد که K-SADS برای جمعیتی که به کلینک مراجعه می کنند، مناسبتر باشد، زیرا روایی و اعتبار آن نیز برای گروه اخیر به دست آمده است.

برنامه اندازه گیری کودکان Child Assessment Schedule (مصاحبه نیمه تنظیم یافته ای است که مخصوص اندازه گیری بالینی کودکان ۶ تا ۱۸ سال طرح ریزی شده است. در سال ۱۹۷۸ توسط Hodges با همکاری Mc Knew Cytryn ساخته شده است. اعتبار داخلی آن در دو تحقیق با نمونه های مختلف به دست آمده است . ^۳

روایی مناسب درمورد علائم افسردگی در سه فرم ذیل به دست آمده است:

1- Marshall, E, in Assessment of Depression

2- Hades, Kline, Stern, Cytsyn

3- Diagnostic Interview of children and Adolescents.

4- Herjanic et al , 1975.

5- Hodges & Siegel, in Handbook of Depression by Beckham & Leber, 1985

6-National Institute of Mental Health.

7- Hodges & Siegel 1 Handbook of Depression by Beckham & Leber 1985.

فعالیت جسمی و آمادگی ذهنی نوجوانان را بالا می برد. داروهای ضد افسردگی پسیکوفارماکولوژیک به دو دسته تقسیم می شوند

Tricyclics و MAO) Monoaminoxidase بین هفت تا ده روز طول می کشد تا داروهای ضد افسردگی اثر خود را نشان دهند. tricyclics که با نامهای تجارتي از قبیل Tofranil و Elavil معروف است، به شرط استفاده صحیح، در مورد کودکان و نوجوانان، بدون عوارض جانبی عمده گزارش شده است. دسته داروهای بازدارنده MAO با نامهای تجارتي Nardil Marpla Marant. عوارض جانبی جدیتری

داشته اند. بنابراین با توجه به این موضوع، هنگامی که برای نوجوانان، داروهای ضد افسردگی تجویز می شود، tricyclics در الویت قرار دارند. Rosenfeld, (1983, Kaslow and Rehm, 1985) به نظر می

رسد Tricyclics و دسته MAO، فعالیت نوروترانسمیترهای مغزی را برمی انگیزد. به روی عمل دوترانسمیتر، یعنی Serotonin و نوراپی نفرین اثر می گذارد. بازدارنده های اکسید مونوآمین از فعالیت آنزیمی که بعضی نوروترانسمیترها از قبیل نوراپی نفرین را از بین می برد، جلوگیری می کند.

تاثیر بیوشیمیایی این داروهای ضد افسردگی بر روی مغز، از تئوریهای بیولوژیکی افسردگی حمایت می کند. ولی هنوز نمی توان به نتیجه قطعی رسید. (Clark 1979, Sarason and Sarason 1984) اگر چه تاثیر دارو درمانی غیر قابل انکار و غیر قابل اجتناب است به طور کلی در کاربرد دارو برای

سروکار دارند. این افراد شامل معلمانی که فرصت مشاهده کودک را در کلاس یا زمین بازی دارند، نیز است.

فهرست برداری گروه همسن

از آنجا که گروه همسن، فرصت مشاهده یکدیگر را برای دوره های طولانی تر دارند، آنها نیز به عنوان افراد مهم محسوب میشوند تا تغییر رفتار را بسنجند و علائم افسردگی در کودکان را تشخیص دهند. (PNID) فهرست برداری افسردگی توسط گروه همسن، در سال ۱۹۸۰ توسط Tesing, Lefkowitz^۱ ساخته شد.

اطلاعات قابل ملاحظه ای در تایید اعتبار هماهنگی داخلی، و توافق بین درجه بندی کنندگان، (توافق بین گروه همسن) برای آن وجود دارد. این مقیاس شامل بیست آیتم است که از کودکان سوالاتی از این قبیل «چه کسی معمولاً تنهاست؟» یا «چه کسی معمولاً غمگین به نظر می رسد؟» این مقیاس برای سنین ۷ تا ۱۲ سال به کار می رود.

روشهای درمان

دارو درمان

با توجه به تئوری های بیولوژیکی دپرسیون که علت افسردگی را کمبود نوراپی نفرین و ترکیبات شیمیایی دیگر در مغز می دانند. به نظر میرسد داروهای ضد افسردگی روحیه را بهتر میکند و فعالیت جسمی و آمادگی ذهنی نوجوانان را بالا

1- Marshall, E, in Assessment of Depression.

می‌کنیم.

در ضمن، قبل از توضیح راجع به کاربرد روش شناخت درمانی "Cognitive Therapy"، مقدمتاً و به اختصار در مورد افسردگی از دیدگاه تئوری شناختی بحث می‌کنیم.

تئوری شناختی

نظریه پردازان شناختی، نقش عقاید و باورهای منفی را در مورد خود، تجارب و آینده مورد بررسی قرار می‌دهند. Aaron Beck، یکی از پیشروان تئوری شناختی، اظهار می‌دارد که فقدان واقعی می‌تواند باعث افسردگی شود. به عقیده وی فقدان سمبلیک نیز عامل اصلی در دپرسیون است. فقدان سمبلیک شامل باورهای منفی می‌شود که فرد نسبت به خود، تجارب موفقیت آمیز آینده دارد و متقاعد شده که در بعضی جنبه‌ها دچار نقصان است. Beck از باورهای منفی یا اشیبانه در مورد خود، تجارب و آینده، به عنوان شناخت‌های منفی سه‌گانه یاد می‌کند. این عقاید نحوه احساس و عمل فرد را معین می‌کند. به علت اشتباهات بزرگ در تفکر منطقی، نوجوانان افسرده به این نتیجه می‌رسند که بی‌ارزش و غیرقابل دوست داشتن‌اند و یا به علت نقص‌های خودشان محکوم به زندگی غم‌انگیز و خالی از شادی‌اند. تفسیرهای غلط و استدلال اشتباه باعث افسردگی می‌شود. همچنین انتزاع انتخابی، تصمیم بیش از حد، بزرگ یا کوچک کردن مسائل و تفسیرهای شخصی، نقش مهمی دارند. نوجوانان افسرده تمایل به تاکید بیش از حد بر روی شکست‌های کوچک و نقایص خود دارند، در حالی که موفقیت‌های

نوجوانان افسرده، باید کاملاً محتاط بود. صرفه نظر از مواردی که تجویز دارو اجتناب ناپذیر باشد، بایستی از روش‌های روان‌درمانی استفاده کرد. زیرا هنگامی که نوجوان ملاحظه کند که می‌توان با استفاده از دارو، حالت و احساسات خود را کنترل کند، ممکن است برای اجتناب از کشمکش‌ها و حل مشکلات عاطفی روانی و تضادهای درونی که در افسردگی وجود دارد، مرتباً و خودسرانه به داروهای آرامبخش و حتی مواد مخدر رو بیاورد.

از آنجا که در این بررسی، افسردگی نوجوانان از دیدگاه تئوری‌های روان‌شناسی مورد نظر بوده است، به عنوان روش‌های درمانی نیز در مورد دو روش شناخت درمانی و روان‌درمانی روابط بین فردی بحث خواهیم کرد.

با توجه به اینکه هر یک از چهار تئوری که مقدمتاً بدانها اشاره شد، دیدگاه و روشی را در مورد افسردگی و درمان آن ارائه می‌دهند که بحث در مورد آنها مفصل و تکراری است. انتخاب دو روش اخیر بدین علت است که روش شناخت درمانی طی پانزده سال اخیر بسیار ترویج یافته و در کنگره روان‌پزشکان آمریکا که در مه سال ۱۹۹۲ در واشنگتن تشکیل شد نیز به عنوان روش درمانی موثر، از طرف اکثریت روان‌پزشکان توصیه شد.

همچنین روش «روان‌درمانی روابط درمانی بین فردی» یا Interpersonal Psychotherapy نیز به عنوان روش و دیدگاه نسبتاً جدید توسط خانم دکتر Laura Mafson ارائه شد که وی نیز قبلاً تحت نظر دکتر Clairman تعلیمات لازم برای این روش را گرفته است. در اینجا به اختصار آن را ذکر

نالاقتند. نهادهای فرهنگی از قبیل مدرسه، دانشگاه، ورزشهای قهرمانی، و تبلیغات نیز تمایل به تقویت این فلسفه دارند که فقط «بهترین ها» قابل پذیرش باشند. Garber, Bedrostan, Emery (۱۹۸۳) در کاربرد روش رفتار درمانی شاختی برای نوجوانان، چند تغییر را پیشنهاد می کند. اول - معمولاً آهنگ درمان آهسته تر است. در هر جلسه درمانی، هدف يك یا دو موضوع درمانی است. دوم - از دادن تکنیکهای درمانی پیچیده به نوجوانانی که در مدرسه با مشکلات روبرو یند، پرهیز کنید. سوم- تکالیف منزل باید به طور مشخص، عینی، و انجام پذیر باشد. چهارم- وقت مناسب را برای ایجاد رابطه و کم کردن حالت ترس و ناراحتی مراجع کننده تخصیص دهید. پنجم- از آنجا که بسیاری از نوجوانان داوطلبانه برای درمان نمی آیند، اگر انتظاری که از درمان دارید، به موقع برآورد نمی شود، انعطاف پذیری خود را حفظ کنید. ششم- به زندگی فردی نوجوان احترام بگذارید، برای رسیدن به هدفهای درمانی متقابل، جو همکاری در درمان با نوجوانان به وجود آورید. هفتم- به ارتباط با خانواده ادامه دهید تا در صورت لزوم بتوانید مداخلات منظم داشته باشید.

روش شناختی درمانی

این روش شامل دو جزء ترکیبات اساسی می شود:

- ۱- تشخیص و تصحیح عقاید منفی، غیر عقلانی و نابجا.
 - ۲- ایجاد رفتارهای موثری که در فرد باعث رضایت شود.
- روش رفتار درمانی شناختی، روش روانی -

اساسی و قابلیت های شخصی خود را کمتر به حساب می آورند. مثال شاگردی که نمره الف می گیرد و خود را ناموفق می داند.

برای تشریح علل افسردگی، روان شناسان مکتب شناختی، به بررسی رابطه استرس های جاری و زمینه آماده و یاد گرفته شده برای عقید منفی می پردازند. این موضوع را مدل Stress-diathesis افسردگی می نامند.* (در روان شناسی مرضی، دیدگاهی است که رفتار غیر عادی رانتيجه يك سری استرس در افرادی که زمینه آماده اعم از عوامل ارثی، خلقی و فرهنگی- اجتماعی دارند، می دارند.

در مدل Stress-diathesis نوجوانان مستعد افسردگی در تجارب اولیه خود يك نوع آمادگی برای عقاید افسرده به دست آورده اند که در جریان رشد. به تفکر آنها شکل داده است. این عقاید مولد افسردگی یا عقاید اشتباه، در کمون باقی می مانند تا توسط عوامل نفوذ کننده، تضادها یا استرسهایی که نوجوان به آنها حساس است، فعال شوند.

در زیر عقاید منفی راجع به خود، آینده، و تجارب، معمولاً يك نوع تفکر کمال گرایانه وجود دارد که اگر همه چیز کامل نشود، «من بدم، هیچ خوب نیستم، دیگران مرا دوست ندارند». فرض پنهان آن است که فرد باید خالی از لغزش، و کامل باشد، هرچیز کمتر از کامل، غیر قابل قبول است». نوجوانان افسرده با تفکر کمال گرا (Perfectionistic) نمی توانند بین عالی و کامل تمیز قائل شوند. از آنجا که نمی توانند به قدرت کامل و علم کامل برسند، بزعم خود، بی ارزش و

* White, Josepilh. The Troubled Adolescet 1982.

مثبت را جانشین اظهارات شخصی منفی کند. در عوض ادامه احساس بی ارزشی و درماندگی، مراجع یاد می‌گیرد بگوید: «اگر کوشش کنم، از عهده انجام آن بر می‌آیم» «خودم را دوست دارم»، «اینهفته کارهایم بهتر از هفته پیش برد». Relaxation تخیلی نیز به کار می‌رود. «من آرام هستم»، «حالم خوب است» «امروز روز خوبی است».

با ایجاد هدفهای تدریجی قابل دسترس، بابتی تحرکی، کمبود انرژی و کمبود انگیزش در افسردگی مقابل می‌گردد.

روان‌درمانی روابط بین فردی

Interpersonal Psycho Therapy (I.P.T.)

این قسمت، ترجمه سخنرانی خانم دکتر Laura Mafson است که در انجمن روان‌پزشکان آمریکا در سال ۱۹۹۲ انجام گرفت.

این روش بر روی جنبه‌های روانی-اجتماعی افسردگی نوجوانان تاکید دارد. روش درمانی است که ابتدا برای معالجه افسردگی در بزرگسالان، بیماران سرپایی، غیر دو قطبی و غیر پسیکوتیک طرح ریزی شده است. مزیت آن، خلاصه بودن و زمان محدودش است.

عقیده اصلی براین است که ظهور و بروز افسردگی در اثر مشکلات در روابط بین فردی است هدف درمان، برطرف کردن علائم افسردگی و پیشرفت در عملکردهای شخصی است، به نحوی که شخص در روابط با افراد، کمتر دچار اشکال شود.

علت کاربرد روش IPT برای نوجوانان - دلایل کاربرد این روش را جهت نوجوانان به اختصار ذکر

تربیتی، فعال و تنظیم یافته‌ای است که از فنونی از قبیل ارتباط تشویق کننده، دادن دستورات، کنترل رفتار و تجارب استفاده می‌کند در حالی که سطح فعالیت و تایید شخصی را بالا می‌برد. درمانگر در اینجا نقش فعال دارد و جریان بر روی آنچه در حال و آینده کوتاه اتفاق می‌افتد، متمرکز است و با عقاید منفی و تفکر اشتباه، به آرامی و با قاطعیت مبارزه می‌شود.

وقتی نوجوان اظهار می‌دارد «هیچ کس به من توجهی ندارد» و یا «من همیشه شکست می‌خورم»، روان‌شناس راجع به علت و شواهد این بیان می‌پرسد. به فرد کمک می‌شود یا آموزشهایی داده می‌شود تا تعمیم بیش از حد، تفکر همه یا هیچ، بزرگ کردن تجارب ناخوشایند را تصحیح کند و بر روی فرضهای پنهانی کمال‌گرایانه خود، کار کند. از آنجا که عقاید خودکار از کاربازدارنده و شناخته‌های منفی، باعث افسردگی می‌شوند. هدف رفتار درمانی-شناختی، بازسازی طرز تفکر مراجع، و بالابردن تصور اونسبت به خود و تجاربتش است. (Beck, ۱۹۷۲، Beck و همکارانش ۱۹۷۹)

نوجوانان تا حدی مستعد خطا در تفکر منطقی اند به علت کمبود تجربه و این که جریان تفکر انتزاعی هنوز در حال رشد است. بسیاری از اوقات نوجوانان افسرده متوجه نیستند که جریان استدلالشان غلط است و همچنین از این حقیقت آگاه نیستند که نوجوانان دیگر نیز در دوره‌هایی احساس سردرگمی، نومییدی، ترس و بی‌ارزشی می‌کنند. روشهای روانی - تربیتی و آموزشی می‌تواند به رشد تفکر منطقی و استنباط صحیح از تجارب کمک کند.

مراجع یاد می‌گیرد اظهارات شخص، موثر و

می‌کنیم.

۱- تحقیقات متعددی، کارآمدی IPT را برای بزرگسالان نشان داده است. یکی از آنها تحقیق * NIMH است که در مقایسه با روش شناخت درمانی، موثر بودن IPT را نشان داده است. بنابراین سوال می‌شود که چرا این روش را برای نوجوانان به کار نبریم؟

۲- اشاره به تحقیقات دکتر Rian در مورد تشابه تظاهرات و علائم دپرسیون در بزرگسالان و نوجوانان.

۳- کوتاه بودن زمان لازم برای درمان. اگر با نوجوانان سروکار داشته باشید، ملاحظه می‌کنید که زیاد علاقمند به مراجعه برای درمان نیستند. بنابراین هرچه زودتر بتوانید به آنها بگوئید که حالشان بهتر شده و احتیاجی به آمدن نیست، بهتر است. بسیاری از کودکانی که با این روش مورد درمان قرار گرفته‌اند، کسانی بوده‌اند که قبلاً تحت معالجه با روش تحلیل روانی بوده‌اند و پس از چهار جلسه، درمان را ترک کرده بودند. زیرا فکر می‌کردند موثر نبوده و نتیجه کافی نگرفته‌اند و زمان زیاد لازم داشته است. در حالی که این روش به علت زمان کوتاهش، برای آنها جذاب بوده است.

۴- همچنین راهنمایی در مسایل و مشکلات اجتماعی و بین فردی برای نوجوانان، جالب و مناسب است. برای اجرای این روش درمانی جهت نوجوانان تغییراتی در آن داده شده است که به اختصار ذکر می‌شود.

معمولاً بزرگسالان در چهار زمینه دچار مشکلاتند که روان‌درمانگر یکی دو زمینه را انتخاب کرده،

بر روی آنها کار میکند. این چهار زمینه عبارتند از: سوگ، مشاجرات بین فردی در اثر نقش، انتقال نقش، نقایص بین فردی. در مورد نوجوانان باید پنجمین زمینه را اضافه کرد و آن خانواده تک‌والدی است (Single Parent Family) بخصوص با در نظر گرفتن موقعیت Columbia (محلّی که این روش درمانی و تحقیقات مربوط به آن در آمریکا اجراء شده است که در آن خانواده‌های مهاجر، معتاد، فقیر و یا مبتلا به Aids زیاده‌اند، این نوع ساخت خانواده زیاد دیده شده و در جامعه مورد تحقیق مدّظ گشته است. همچنین خانواده‌های از هم گسسته در اثر طلاق یا ترك خانواده، به خصوص توسط پدر یا کسی که انضباط برقرار می‌کرده است. در این مورد نیز روش IPT چگونگی سازگاری کودک با والد باقیمانده و آموزش به او در زمینه بهبود روابط را در بر می‌گیرد، بسیاری از والدین خود نیز افسرده‌اند. اگرچه در جریان درمان، مطالب محرمانه می‌ماند ولی در صورت لزوم خانواده در جریان قرار می‌گیرد. همچنین باید به زمان و خصوصیات دوره رشد نوجوان توجه کرد. از اساسی‌ترین مشخصات رشد در این دوره تاکید بر روابط بین فردی است که از روابط گروهی دور، کودکی به روابط دو نفری تبدیل می‌شود و بسا تغییرات در فردیت و جدا شدن از والدین همراه است. به نظر می‌رسد کلیه موارد فوق برای تضاد و کشمکش و ایجاد مسایل صحیح باشد. با تمرکز بر این جنبه‌های رشد نوجوانان، واقعاً می‌توان تغییراتی ایجاد کرد که در ارتباط با کاهش افسردگی آنها موثر باشد. همچنین اهمیت این موضع روشن شده که وقتی نوجوانی دچار افسردگی تک‌قطبی یا Major

که ممکن است باید کارهایشان را ادامه دهند. هرچه مشغولتر باشند، بهتر است. گرچه امکان دارد به خوبی سابق کار نکنند. به والدین توصیه می شود که با آنها بسازند و اگر کارشان را خوب انجام نمی دهند، آنها را تنبیه نکنند. همچنین در يك جلسه پایانی باید به خانواده آموزشهای لازم راداد که افسردگی چیست و آنها چه کارهایی باید در مورد نوجوان انجام دهند.

نکته دیگر این که گرچه در بزرگسالان استفاده از دارو، درمان را تسریع می بخشد ولی در کودک و نوجوان، عوارض جانبی، و مسمومیت در اثر بیش از حد مصرف کردن دارو را باید در نظر داشت و چون منشا بسیاری از مشکلات، در تضاد و کشمکش در روابط بین فردی است، درمان روانی - اجتماعی مناسب است. در بزرگسالان روان درمانی فردی صورت می گیرد ولی در نوجوانان وجود والدین و خانواده در بعضی جلسات لازم است.

خلاصه و پیشنهاد جهت والدین، مربیان، مشاوران و کسانی که با نوجوانان سروکار دارند

نوجوانی دوره انتقالی است که در آن فرد با تغییرات بیولوژیکی و هورمونی روبرو می شود. در ضمن رسیدن به تفکر انتزاعی نیز باعث تجدید نظر در ارزشها و مدل‌های ارتباط اجتماعی گذشته می شود که از سوی والدین به سادگی منتقل می شد. بنابراین، تغییرات هورمونی و جسمی از يك سو و تضاد در ارزشها و عقاید مذهبی و روابط عاطفی با والدین و حالت دوسوگرایی عاطفی نسبت به آنها و همچنین مسئله هویت و بحران نقش، مبهم بودن آینده و افکار

depression است که برایش مسائل کنشی ایجاد می کند هر چقدر دوره دپرسیون طولانی تر باشد و از گروه همسن خود بیشتر کناره گیری کند و نتواند روابط اجتماعی مناسب داشته باشد، بیشتر دچار مسائل جنبی می شود. بنابراین هنگامی که بتوانیم مداخله کرده، از نقایص دوران رشد و کمبودهای مهارتهای اجتماعی جلوگیری کنیم، بهتر است.

نکته دیگری که در این روش و درمان نوجوانان در نظر داشت، استفاده از تلفن است که در موارد ضروری بتوان به راهنمایی آنان پرداخت، حتی به صورت مستقیم ((فعلا اینکار را انجام بده و آن کار رانکن.)) زیرا در مورد نوجوانان باید انعطاف پذیر باشیم. اغلب نمی توانند سر قرار خود حاضر شوند. یا در منزل کارهایی به عهده دارند و یا در غیاب والدین باید از سایر بچه ها نگهداری کنند. بنابراین تغییر روز و ساعاتی را که قبلا وقت گرفته اند، باید پذیرفت. یکی دیگر از تفاوت‌های این روش برای نوجوانان، این است که درمانگر باید رابطه خود را با مدرسه حفظ کند از مسئولان مدرسه در مورد وضع پیشرفت تحصیلی اش، ارتباط با گروه همسن و به طور کلی وضعیت او در مدرسه سوال کند.

از دیگر تفاوت‌های اجرای این روش در مورد نوجوانان این است، که معمولا به بزرگسالان گفته می شود که دچار دپرسیون اند و چه کارهای باید انجام دهند، حتی الامکان فعالیتها و مسئولیتهایی را که برایشان موجب فشار بوده کم کنند و بیشتر استراحت کنند تا حالشان بهتر شود. ولی در مورد نوجوانان باید تا آنجا که ممکن است، خوششان را مشغول نگه دارند. به آنها گفته می شود که دچار افسردگی اند و اصولاً افسردگی چیست. ولی تا آنجا

شخصی باید به آرامی برخورد کرد امکان دارد نوجوانی که تفکر منطقی‌شان هنوز در حال رشد است به کمک احتیاج داشته باشند، تا از تفکر به نوع « همه یا هیچ» و تعمیمهای غلط و برداشتهای پنهان کمال‌گرایانه خود خارج شوند. زیرا این موارد منجر به طرز تفکر بی ارزش دانستن خود و یاس و تاریکی در مورد آینده می شود.

به افراد جوان باید کمک کرد تا راههایی پیدا کنند که احساس درونی خوش آیند لذتبخش و شادی آفرینی نسبت به خود پیدا کنند، نه اینکه این احساس نسبت به خود، بر اساس انجام کار در عالم خارج باشد.

نکته مهم این است که نوجوانان احساس ارزش درونی کنند که با تغییر شرایط و سطح موفقیت، نوسان پیدا نکنند.

در سالهای شروع نوجوانی، تغییرات اساسی و شدید در رفتار، مانند کناره گیری، خشم شدید، پایین آمدن نمرات درسی، جدال و ستیز و یا اعتیاد، امکان دارد علائم افسردگی باشد. باید تلاش کرد راههای برقراری ارتباط با آنها را یافت تا معلوم شود واقعاً در دنیای شخصی نوجوانان چه می گذرد.

اگر علائم عمده افسردگی برای هفته ها و ماهها، علیرغم کوشش والدین و مریبان برای کمک، ادامه داشته باشد، وقت آن می رسد که از متخصصان کمک گرفته شود.

بالاخره، این نکته حائز اهمیت بسیار است که نوجوانان درک کنند که حوادث غم انگیز یا تراژدی، فقدان و نومیدی، تجارب غیر قابل اجتناب زندگی هستند. هدف نهایی این نیست که از این تجارب غیرقابل اجتناب، جلوگیری کنیم، یا آنها را انکار

درون‌گرایانه و فلسفی راجع به هدف زندگی، باعث نوسانات خلقی و حالت افسردگی در نوجوانان می شود.

بررسی تحقیقات موجود، بین افسردگی و بلوغ همبستگی نشان می دهد. کاملاً واضح نیست که این افسردگی در اثر تغییرات هورمونی و غده است یا پاسخهای روانی به بلوغ جنسی. در نوجوانان پسر، قبل از بلوغ میزان افسردگی کمتر و پس از بلوغ بیشتر است. در مقایسه دختران و پسران نوجوان، فراوانی افسردگی در دختران بیشتر است. مکانیزم افسردگی بر حسب ظرفیتهای شناختی کودک و نوجوان به طور متناوب ظاهر می شود. در هر نوع تئوری سبب شناسی دپرسیون بایستی رشد عاطفی - اجتماعی و شناختی - اجتماعی کودک را در نظر داشت. یکی از معمولترین راههای تظاهر افسردگی و اضطراب، نشانه روگردانی از مدرسه است.

در بررسی افسردگی نوجوانان باید تفاوت افسردگی نرمال به خاطر فقدانها را با افسردگی نوروتیک در نظر داشت.... سوگ و دلشکستگی، عکس‌العملهای نرمال نسبت به غم، فقدان، یا جدایی است. بهترین درمان برای سوگ یا دلشکستگی، گذشت زمان همراه با حمایت، درک و مواظبت است.

انتقاد بیش از حد نسبت به خود، احساس مداوم غم و اندوه، بی نظمی در غذا خوردن و کمبود علاقه به فعالیتهای معمولی، علائم افسردگی است. اگر علت این تغییرات خلقی و رفتاری و عکس‌العملهای جسمی، یک شکست خاص یا ناامیدی باشد، پیش آگهی بهبود مناسب دارد. باید صبور و مواظب بود و موقعیت وی را درک کرد.

با عقاید منفی نسبت به خود، آینده و تجارب

کتابشناسی

- Backham, Ernest Edward, Handbook of Depression: Treatment Assessment and Research.(1985)
- Dean, Albred, 1985, Depression in Multi-disciplinary perspective. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders. American psychiatric Association, D S M . 111 . R. 1986.
- Encyclopedia of psychology .. 1984.
- Friedman, Raymond J. and Katz, Mattin M., The psychology of Depression: Contemporary Theory and Research. 1971
- Hoekseman - Nolen, susan. 1990, Sex Differences in Depression.
- Kaplan , Harold 1991. Comprehensive Glossary of psychiatry and psychology.
- Kazdin, A. 1990 . " Childhood Depression". journal of child psychology and psychiatry and Allied Disciplines, 31.
- Kendall. P., Stark, K ., & Adam , T. 1990 . " Cignitive deficit or cognitive distirtion of childhood depression." Journal of Abnormal child psychologly.
- Kline, Nathan S. 1974 . Factors in Depression. Kovaces, Maria 1989. " Affective Disorders in children and Adolescents" Journal of the American psychologist. February.
- Kovacs, Maria 1985. " The Natural History and course of Depressive Disorders in childhood ." Psychiatric Annals . June.
- Maser, Jack D. 1987. Depression and Expressive Behavior.
- Monroe , Scott M. and Simons , Anne D.

کنیم . بلکه هدف اساسی، این است که به افراد جوان کمک کنیم برخی صفات شخصی مانند قدرت مقابله با شکستها ، برگشت پذیری و ایجاد نیروی تازه در خود را رشد دهند تا به کمک آن ، از طریق یاس و فقدان به مراحل بالاتر رشد برسند .

1991. " Diathesis - Stress .

Theories in the context of life stress Research: Implications for the Depressive Disorders." In psychological Bulletin Nov., 1991, Vol. 110 (3).

Owen, Lewis 1989. " The depressive position and Middle adolescence: Developmental and therapeutic considerations." Journal of the American Academy of Psychoanalysis. Fall, Vol. 17 (3).

Pozanski, Elva 1985. " Depression in Children and Adolescents." Psychiatric Annals.

Puig - Antich, Joaquim.

Rutter, Michael, Izard, Carrol E. Read, Peter B. 1986. Depression in Young People. Developmental and Clinical Perspectives.

Weiss, Bahr, Weisz, John R. 1988. " Factor structure of selfreported depression : Clinic- referred children versus adolescents." Journal of Abnormal Psychology . Nov ., Vol. 97 (4)/

Weller, E. and Weller R. 1985 . " Clinical aspects of childhood depression ." Psychological Annals. Vol . 15.

White, Josephl. The Troubled Adolescent . 1989.

