غش می‌کرد. گاهی اوقات اگر برای به‌دست آوردن چیزی با مخالفت خانواده روبرو می‌شد، دچار پرخاشگری شدید شده و از حال می‌رفته است. خانواده بلافاصله او را به بیمارستان منتقل می‌کردند و پس از آن والدین و اطرافیان او را مورد توجه و محبت افراطی قرار می‌دادند. پدر و مادر وی دچار اختلاف و مشاجرات فراوانی بودند. هر دوی آنها داروی اعصاب مصرف می‌کنند. ۴ ماه پیش سپیده به‌دلیل استفادهٔ بی‌رویه از موبایل و ارتباط و چت کردن با پسران مورد تنبیه پدر قرار گرفت و موبایلش را از او گرفتند. بعد از مدتی دچار اختلال در راه رفتن و سپس بی‌حسی شدید و فلج موقت پا شده است.

فصل ۸

اختلال‌های افسردگی

هر فردی در زندگی ممکن است احساس غمگینی و اندوه را تجربه کند. این حالت، بسته به رویدادهای ناگوار زندگی و تفاوت‌های فردی متغیر بوده و اغلب پس از چند ساعت یا چند روز از بین می‌رود و فرد فعالیت‌های طبیعی خود را از سر می‌گیرد. خلق فرد تغییر می‌کند؛ اما افسردگی به یک حالت خلقی اطلاق می‌شود که شامل غمگینی مفرط توأم با فقدان علاقه و انگیزه در انجام فعالیت‌هایی که قبلاً برای فرد لذت‌بخش بوده است. در نتیجهٔ افسردگی ناتوانی در کسب لذت به‌وجود می‌آید. در کودکان و نوجوانان افسردگی به‌صورت خلق تحریک‌پذیر ابراز می‌شود. از علایم بالینی افسردگی می‌توان بی‌حوصلگی، حساسیت و زودرنجی مانند تندخویی و بداخلاقی را نیز می‌توان برشمرد. این علایم در حدی است که ممکن است عملکرد طبیعی فرد را مختل سازد. در برخی موارد والدین قادر به تشخیص افسردگی در کودک خود نبوده و وی را لجباز و منفی‌گرا تلقی می‌کنند. کودکان افسرده نمی‌توانند از خلق اندوه خود رها شوند و روابط اجتماعی، عملکرد تحصیلی و کنش‌وری کلی آنها در زندگی مختل می‌شود.

تقریباً اغلب نوجوانان، برخی نشانه‌های افسردگی را تجربه می‌کنند؛ اما اگر نشانه‌های افسردگی تداوم یافته و در فرایندهای شناختی و تمرکز، رفتار اجتماعی، کارکرد جسمانی و عملکرد تحصیلی آنها آسیب ایجاد کند، می‌توان از اختلال افسردگی نام برد. نوجوانان افسرده خلق افسردهٔ پایداری را از خود بروز می‌دهند که حتی افکار خودکشی یا اقدام به آن را نیز تجربه می‌کنند.

نوسان‌های خلقی و تحریک‌پذیری عصبی، احتمال ابتلا به سوءمصرف مواد و الکلیسم را در مبتلایان افزایش می‌دهد. کودکانی که مادران آنها دچار واکنش افسردگی بوده و یا از مادر خود جدا شده‌اند، ممکن است دچار حالت سردی یا بی‌تفاوتی عاطفی شوند که ناشی از فقدان مادر و عدم وجود فرصت کافی برای تشکیل یک دلبستگی طبیعی می‌باشد. اشپیتز[1]، این حالت را افسردگی اتکایی[2] نامید که ناشی از محرومیت عاطفی است (تیم، لونیس، مورس، پاتریک، ۲۰۱۶). در طول تحول، کودکان علایم افسردگی را به‌صورت نشانه‌های مختلف متجلی می‌کنند. علایم افسردگی در کودکان ممکن است به‌صورت اختلال‌های گوارشی و فقدان اشتها، وابستگی مفرط به مادر، اختلال

1. Schpits
2. anaclitic depression

خواب، دلواپسی، انزوای اجتماعی، گریه و غم و اندوه تجربه شود. کودک فاقد نشاط و سرزندگی و شادابی طبیعی است. هیچ وسیلهٔ اسباب‌بازی او را خوشحال نمی‌کند. علاقه‌ای به بازی کردن با کودکان دیگر نشان نمی‌دهد. وسایل بازی را ولو جالب توجه و هیجان‌انگیز، با بی‌حوصلگی پرتاب کرده و فقط به مادر خود می‌چسبد. به‌طور مداوم در حال گریه کردن و نق زدن است. گریه‌های طولانی دارد. کودکان افسرده در اوایل ورود به مدرسه غمگین و گریان هستند. بر خلاف کودکان فاقد نشاط و علاقه به بازی و تحرک هستند. با کودکان دیگر بازی نمی‌کنند و ترجیح می‌دهند در تنهایی به‌سر ببرند. ترس از جدایی دارند. خشمگین بوده و در برابر کودکان دیگر حساس و عصبی می‌شوند. منفی‌گرایی و لجبازی دارند و شکایت‌های فیزیکی مانند اسهال، تهوع، دل‌درد و سردرد را گزارش می‌دهند.

اصطلاح افسردگی بر روی یک پیوستار ممکن است به‌عنوان نشانهٔ افسردگی، نشانگان افسردگی و یا به‌عنوان اختلال افسردگی به‌کار رود (کنتول[1]، ۱۹۹۰ به نقل از کارتر، مورس، مید و کالاگان،[2] ۲۰۱۶). افسردگی به‌عنوان یک نشانه، شامل احساس غم و اندوه بوده که در اغلب کودکان و نوجوانان متداول است. این نشانه گذرا و ناشی از رویداد محیطی است که به‌عنوان اختلال به‌شمار نمی‌آید. افسردگی به‌عنوان نشانگان، به مجموعه‌ای از نشانه‌ها اطلاق می‌شود که موجب تغییر در فرایندهای شناختی، انگیزشی، جسمانی و روانی می‌شود و شامل ترکیبی از سازمان‌های اضطراب و افسردگی است. نشانگان افسردگی ممکن است متعاقب از دست دادن شئ مورد علاقه مانند دوست صمیمی یا فردی از اعضای خانواده رخ دهد و به‌عنوان یک واکنش طبیعی سوگ متجلی می‌شود. واکنش سوگ پس از مدتی بسته به تفاوت‌های فردی رفع می‌شود؛ اما گاهی اوقات به‌صورت یک اختلال افسردگی تداوم می‌یابد. افسردگی به‌عنوان اختلال به دو نوع بروز می‌یابد. ۱- اختلال افسردگی اساسی[3] (MDD) که طول دورهٔ آن حداقل ۲ هفته می‌باشد و با خلق افسرده، فقدان علاقه و انگیزه به زندگی، اختلال در فعالیت‌های نباتی (خواب و خوراک)، کاهش روابط و کنش‌وری اجتماعی و افکار خودکشی مشخص می‌شود. ۲- اختلال افسرده‌خویی[4] است که شامل خلق افسرده بوده که شدت کمتری دارد. معمولاً نشانه‌های حاد وجود نداشته و اختلال برای مدت طولانی‌تری معمولاً پیش از یک سال تداوم می‌یابد.

معمولاً نوجوانانی که دچار افسردگی اساسی هستند در مقایسه با بزرگسالان فقط افسردگی تک دوره‌ای دارند. هم‌چنین علایم افسردگی ممکن است برای مدت طولانی‌تری باقی‌مانده و موجب مزمن شدن اختلال می‌شوند (کراکس، ۱۹۹۶ به نقل از حمید، ۱۳۸۹).

میزان شیوع اختلال افسردگی اساسی در کودکان پیش‌دبستانی و مدرسه بسیار نادر است؛ اما در نوجوانی، این اختلال، سه برابر افزایش می‌یابد. برخی پژوهشگران معتقدند که تجربهٔ نشانه‌های

1. kentwell
2. Carter, Morres, Meade, & Callaghan
3. Major Depression Disorder
4. dystymic disorder

افسردگی نیاز به یک سیستم شناختی دارد؛ اما کودکان هنوز به رشد شناختی کافی برای تجربهٔ افسردگی دست نیافته‌اند. پیش‌آگهی درمان برای افسردگی اساسی در افراد بزرگسالی که در دورهٔ نوجوانی مبتلا به اختلال افسردگی بوده‌اند بدتر از افراد بزرگسالی است که در دورهٔ نوجوانی این اختلال را تجربه نکرده‌اند. هم‌چنین نوجوانانی که مبتلا به اختلال افسردگی بوده‌اند در بزرگسالی نسبت به گروه بهنجار بیشتر احتمال دارد که دچار اختلال سوءمصرف مواد شوند (گودمن[1] و همکاران، ۲۰۰۰).

تجربیات بالینی نشان داده است که علایم افسردگی اغلب در کودکان به‌صورت منفی‌گرایی و لجبازی، تندخویی و عصبانیت، فزون‌کنشی، گریه‌های متوالی و اوقات تلخی متجلی می‌شود. کودکان و نوجوانان در مصاحبهٔ بالینی قادر نیستند که علایم خود را به‌صورت مشخص بیان کنند. لذا جهت تشخیص درمان این کودکان باید از آزمون‌های روانی مانند تست ترسیم خانواده، نقاشی، آزمون اندریافت موضوع و جملات نیمه‌تمام ساکس و لوی یا آزمون جملات نیمه‌تمام راتر استفاده کرد. هم‌چنین تحقیقات پیشین نشان داده است که اختلال‌های افسردگی در نوجوانان با اختلال‌های اضطرابی به‌ویژه اختلال اضطراب تعمیم یافته، هراس اجتماعی و اختلال اضطراب جدایی همراه هستند. به‌علاوه، در نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی، مشکلات سلوک و اختلال کاستی توجه/ فزون کنشی بیش از سایر اختلال‌های دیگر احتمال دارد که وجود داشته باشد (شر[2] و همکاران، ۲۰۱۶).

اختلال‌های افسردگی[3] بر اساس طبقه‌بندی DSM-5، از اختلال دوقطبی و اختلال‌های مربوط مجزا شده است و اختلال‌های افسردگی طبقهٔ جداگانه‌ای را تشکیل می‌دهند. این طبقه؛ اختلال بی‌نظمی خلق اخلال‌گرانه[4]، اختلال افسردگی اساسی، افسرده‌خویی، اختلال ملال پیش از قاعدگی، اختلال افسردگی ناشی از مواد یا دارو، اختلال افسردگی ناشی از بیماری جسمانی دیگر، اختلال افسردگی مشخص دیگر و اختلال افسردگی نامشخص را در بر می‌گیرد.

ویژگی بیشتر این اختلال‌ها شامل سردرگمی، احساس غمگینی و پوچی، خلق تحریک‌پذیر همراه با عدم تمرکز، کاهش حافظه و فرایندهای شناختی و دردهایی است که بر عملکرد فرد تأثیر می‌گذارد و آنها را کاهش می‌دهد. در این طبقهٔ تشخیصی برای کودکان یک طبقهٔ تشخیصی به نام اختلال بی‌نظمی خلق اخلال‌گر اضافه شده است و در مورد کودکانی به‌کار می‌رود که دچار دوره‌هایی از تحریک‌پذیری مستمر و فقدان کنترل رفتاری هستند که اختلال بی‌نظمی خلق اخلال‌گر به اختلال‌های افسردگی کودکان تا سن ۱۲ سالگی اضافه شده است.

کودکان مبتلا به اختلال بی‌نظمی اخلال‌گر، در سن نوجوانی و بزرگسالی، به‌جای اختلال‌های دوقطبی معمولاً به اختلال‌های افسردگی یک‌قطبی یا اختلال‌های اضطرابی مبتلا می‌شوند.

1. Goodman
2. Sher
3. depressive disorders
4. disruptive mood dysregulartion disorder

نوع مزمن افسردگی و اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خویی) را هنگامی می‌توان مطرح کرد که اختلال خلقی حداقل به مدت ۲ سال در بزرگسالان و ۱ سال در کودکان وجود داشته باشد. این تشخیص جدید بوده و در DSM-5 هر دو طبقهٔ تشخیصی افسردگی اساسی مزمن و افسرده‌خویی IV-DSM را شامل می‌شود.

افسردگی کودکان

افسردگی به حالت خلقی اطلاق می‌شود که با غم و اندوه، ناامیدی، احساس دل‌مردگی و عدم لذت بردن از زندگی و فقدان شور و اشتیاق و نشاط و نگرانی مشخص می‌شود. برخی والدین قادر به تشخیص علایم افسردگی در کودکان خود نیستند. کودک قادر به توضیح نشانه‌های اختلال نمی‌باشد. رفتارهایی مانند وابستگی و چسبیدن زیاد به والدین، ترس و اضطراب شدید، پرخاشگری و خشونت، کج‌خلقی و بهانه‌جویی، بی‌قراری و ناآرامی، دردهای پراکندهٔ جسمی مانند دل‌درد و سردرد از نشانه‌های افسردگی کودکان به‌شمار می‌آیند. کودکان در سنین مختلف افسردگی را ممکن است به‌شکل متفاوتی بروز دهند. رنه اشپیتز، افسردگی اتکایی را در کودکان نوپا مطرح می‌کند. وی معتقد بود نوزادانی که از لحاظ فیزیکی در یک محیط امن به‌سر برده‌اند اما به‌لحاظ عاطفی دچار محرومیت و سردی بوده‌اند، به‌تدریج واکنش‌هایی نشان دادند که مشابه افسردگی است. این نوزادان، رفتارهایی مانند گریه، انزوا، عدم علاقه به دیگران، سردی واکنش‌های عاطفی، بی‌تفاوتی نسبت به محرک‌های پیرامون، کاهش وزن و اشتها، اختلال در خواب و عدم رشد مناسب جسمی را نشان دادند. سیستم ایمنی این کودکان ضعیف شده و بیشتر در معرض بیماری‌های جسمانی و حتی مرگ قرار گرفتند (حمید، ۱۳۹۰).

تحقیقات پیشین نشان داده است که کودکانی که در خانواده‌های آشفته و با مادری افسرده و فاقد روابط عاطفی پرورش می‌یابند، علایم مشابه نشانگان افسردگی اشپیتز را بروز می‌دهند. این کودکان در سن پیش‌دبستانی ممکن است به شدت غمگین بوده، به‌طور مداوم در حال گریه باشند و علاقه‌ای به ارتباط با همسن‌وسالان و یا بازی نشان ندهند. آنها معمولاً، انزوا و تنهایی را ترجیح می‌دهند، فاقد نشاط در بازی هستند و اغلب دچار اضطراب جدایی بوده و به مادران خود می‌چسبند. ترس از جدایی و رها شدن دارند. هم‌چنین شکایت‌های فیزیکی مانند دل‌درد، سردرد و نظایر آن در آنها متداول است (دادستان، ۱۳۹۴).

تحریک‌پذیری از شایع‌ترین نشانه‌های افسردگی است که در حدود ۸۰ درصد نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی گزارش شده است. در یک بعد دیگر طیف افسردگی، نوجوانان ممکن است دچار شیدایی[1] شوند. در این حالت، نوجوان به‌طور غیرطبیعی خلق بالا یا منبسط دارند و دچار احساس

1. mania

شنگولی و سرحالی، سرخوشی و نشاط فراوان می‌شود. این نوجوانان ممکن است هر دو حالت خلقی پایین و بالا را داشته باشند که به بیماری افسردگی – شیدایی[1] یا اختلال دوقطبی (BD) معروف است (شر و همکاران، ۲۰۱۶).

کودکان در حالت بهنجار ممکن است دوره‌هایی از غمگینی و ناراحتی را تجربه کنند؛ اما به‌سرعت به حالت عادی برمی‌گردند، درحالی‌که کودکان افسرده دچار غم پایداری بوده که موجب خشم و تحریک‌پذیری و بدخلقی آنها می‌شود. این وضعیت روانی بر عملکرد فردی، اجتماعی، تحصیلی و سایر زمینه‌های زندگی آنها تأثیر نامطلوبی به‌جا می‌گذارد. کودکان افسرده فاقد نشاط و انرژی لازم مانند سایر همکلاسی‌های خود بوده و اغلب بی‌حوصله و خسته به‌نظر می‌رسند. نوجوانان افسرده ممکن است به اختلال‌های روان‌شناختی دیگری مانند اختلال‌های اضطرابی یا اختلال سلوک مبتلا شوند. در بسیاری موارد، والدین قادر نیستند حالت افسردگی را در کودکان خود تشخیص دهند.

کودکان افسرده اغلب دارای احساساتی مانند تحریک‌پذیری، احساس شرم و گناه و حساسیت بیش‌ازحد نسبت به انتقاد هستند. آنها بی‌حوصله بوده و دچار کندی در انجام امور و کم‌حرفی هستند. ممکن است گریه‌های طولانی نشان دهند. اغلب اوقات علاقه‌ای به فعالیت‌های اجتماعی نشان نمی‌دهند و بیشتر منزوی و کمرو هستند. کودکان افسرده احساس عدم‌کفایت و بی‌ارزشی نموده و فاقد اعتمادبه‌نفس کافی در انجام امور هستند. اگر این ناراحتی استمرار یابد به‌دلیل عدم انگیزه به زندگی و متعاقب یک استرس شدید یا دعوای والدین ممکن است دست به خودکشی بزنند. افکار خودکشی قبل از اقدام به عمل، معمولاً در آنها متداول است.

پژوهش‌های اخیر در زمینهٔ سبب‌شناسی افسردگی در کودکان و نوجوانان نشان داده است که سن ابتلا به افسردگی در نوجوانان کاهش یافته و این بیماری نسبت به سال‌های قبل در حال افزایش است. عواملی مانند مهاجرت، تحولات سریع اجتماعی، استفادهٔ نامطلوب از تکنولوژی و شبکه‌های مجازی، مشکلات اقتصادی، بیکاری والدین و نظایر آن، موجب افزایش فشار روانی خانواده و در نتیجه آسیب‌پذیری کودکان و نوجوانان خواهد شد (شر و همکاران، ۲۰۱۶).

افسردگی در مراحل تحول

معمولاً در طول رشد و تحول کودک، نشانه‌های افسردگی ممکن است متفاوت باشند. در دورهٔ نوزادی، افسردگی ممکن است به‌شکل عدم توجه به محرک‌های پیرامونی و بی‌اعتنایی، عدم علاقه به وسایل بازی و اشیاء رنگی، عدم واکنش به افراد غریبه، گریه، ناآرامی و کاهش واکنش‌های هیجانی بروز یابد. هم‌چنین دچار اختلال در خواب، اشتها، وابستگی شدید و رفتار درآویختن به دیگران شوند.

1. manic depressive

در دورهٔ پیش‌دبستانی کودک ممکن است دچار رفتار انزوا، کمرویی و درخودفرورفتگی شود. شور و نشاط و جنب‌وجوشی را که معمولاً کودکان بهنجار هنگام ورود به مدرسه از خود نشان می‌دهند، در وی ابراز نمی‌شود. ممکن است وابستگی شدید به مادر پیدا کند و قادر به جدا شدن از وی نباشد، وقتی به مدرسه می‌رود به‌دلیل اضطراب جدایی زیاد گریه می‌کند. علاقه‌ای به سرود، بازی و فعالیت‌های جمعی نشان نمی‌دهد. هم‌چنین حساس و زودرنج، غرغرو و بی‌حوصله است. کمی بزرگ‌تر دچار احساس گناه و ناامیدی می‌شود. افسردگی در سنین مدرسه نیز با رفتارهایی مانند ستیزه‌جویی، مشکلات تحصیلی و مشکل در روابط بین فردی با همسن‌وسالان نیز همراه است. کودکان افسرده معتقدند که کسی آنها را دوست ندارد. در نوجوانی علایم افسردگی به‌صورت پرخاشگری، بدخلقی، غمگین بودن و رفتار انزوا، عدم مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و مناسبت‌های جمعی خانوادگی، احساس گناه، عدم علاقه و فقدان انگیزه به فعالیت‌های روزمرهٔ زندگی و افکار خودکشی بروز می‌یابد (شری و همکاران، ۲۰۱۶).

نشانه‌های افسردگی در کودکان همانند نشانه‌های افسردگی در بزرگسالان است اما برخی علایم با بالا رفتن سن از بین می‌روند؛ به عبارت دیگر در کودکان نشانه‌های افسردگی شامل دردهای پراکندهٔ جسمی، انزوای اجتماعی، تحریک‌پذیری و پرخاشگری بیشتر شایع است؛ اما کندی روانی- حرکتی، بالا بودن زمان واکنش، تأخیر در انجام امور و خواب زیاد از حد، در نوجوانان بیشتر شایع است. میزان شیوع افسردگی در دختران بیش از پسران است و دختران دو برابر پسران دچار افسردگی می‌شوند (DSM, ۲۰۱۳). علایم بالینی افسردگی که شامل احساس حقارت، احساس گناه و کاهش یا افزایش وزن است، در دختران بیشتر از پسران گزارش شده است. در دورهٔ نوجوانی نشانه‌های افسردگی به‌صورت احساس غمگینی مستمر، ناامیدی، بدبینی، کاهش علایق و روابط اجتماعی، احساس سردرگمی و پوچی، کندی روانی حرکتی، خشم و تحریک‌پذیری و افکار خودکشی متجلی می‌شود. شکایات جسمی مانند دل‌درد و سردرد و مشکلات گوارشی در آنها شایع است. کودکان افسرده دچار خصومت، ستیزه‌جویی و جروبحث با دیگران می‌شوند. آنها هم‌چنین دارای کاهش اعتمادبه‌نفس و کمرویی، خودخوارپنداری و تحقیر خود هستند. ممکن است از نداشتن دوست شکایت کنند. جروبحث و دعواهای مکرر با همسن‌وسالان و دیگران در آنها شایع است. در انجام فعالیت‌های روزمره دچار بازداری حرکتی و در مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی قادر به ابراز وجود نبوده و رفتار اجتناب را از خود بروز می‌دهند. اختلال در خواب و خوراک در آنها شایع است.

معمولاً شکایت‌های جسمانی و مشکلات رفتاری در کودکان بیش از بزرگسالان روی می‌دهند. نشانه‌های فقدان لذت، کندی روانی- حرکتی، اقدام به خودکشی و آسیب در کارکرد با بالا رفتن سن افزایش می‌یابند. به‌طورکلی، افسردگی در بزرگسالان ممکن است ریشه در نوجوانی داشته باشد (شری

و همکاران، ۲۰۱۶).

نوجوانان مبتلا به افسردگی در معرض خطر بالاتری برای ابتلا به سوءمصرف مواد هستند. افسردگی و اضطراب معمولاً با هم بروز می‌کنند. هر چه شدت مشکلات کودک بیشتر و کودک بزرگ‌تر شود، این دو اختلال را به‌طور جداگانه از خود نشان می‌دهند. جروبحث با والدین در ارتباط با انتخاب دوستان، عدم توجه به فعالیت‌های درسی و بازیگوشی، زمان بازگشت به منزل، استفادهٔ بی‌رویه از شبکه‌های مجازی مانند اینترنت، موبایل و لوازم بازی نیز متداول است. نشانه‌های دیگر افسردگی در دوران نوجوانی تصور منفی در مورد اندام‌های بدن و صورت است که موجب کاهش اعتمادبه‌نفس، کمرویی، نشانه‌های جسمانی مانند ضعف، بی‌حالی و خستگی مفرط، فقدان انرژی، احساس تنهایی، احساس گناه، بی‌ارزشی و تفکر به خودکشی و در مواردی اقدام به آن بوده است. بسیاری از این نشانه‌های بالینی نوجوانان بهنجار به‌ویژه هنگام بلوغ به‌صورت نسبی ممکن است وجود داشته باشد؛ اما در نوجوانان افسرده این علایم بالینی یعنی خلق غمگین، فقدان علاقه و تحریک‌پذیری و تندخویی، مدتی ادامه یافته و از لحاظ شدت در حدی است که در عملکرد اجتماعی و تحصیلی آنها ایجاد اختلال می‌کند (شری و همکاران، ۲۰۱۶).

عوامل پیش‌بینی‌کنندهٔ افسردگی کودکان شامل مرگ‌ومیر والدین، طلاق، وجود پدر یا مادر ناتنی، بیماری جسمی یا روانی مادر، بیماری کودک در ۶ ماه اول زندگی، اختلال روانی مادر، دعواهای مستمر والدین و شیوه‌های فرزند پروری غلط می‌باشد.

تأثیر افسردگی بر فرایندهای شناختی و عملکرد تحصیلی

نشانه‌های افسردگی اگر استمرار یابند، موجب اشکال در تمرکز، اختلال در کارکرد حافظه و در نتیجه، کندی تفکر و حرکات می‌شوند. هم‌چنین، زمان واکنش به محرک‌ها، افزایش می‌یابد و در انجام آزمون‌های هوشی که مستلزم کاهش زمان واکنش است، ممکن است نمرات کمتری دریافت کنند. هم‌چنین نمرات پیشرفت تحصیلی و آزمون هوشی آنها کاهش می‌یابد. ارزیابی عملکرد هوش کلامی، عملی و کلی در آزمون هوشی وکسلر، به‌دلیل اشکال در تمرکز و کاهش نمره در مقیاس‌های مربوط به حافظهٔ عددی، تنظیم تصاویر، تکمیل تصاویر، رمزاندیشی، فراخنای ارقام و آزمون مکعب‌ها کاهش می‌یابند. هم‌چنین در آزمون فرافکن رورشاخ که تعامل میان خلاقیت، هوش، ویژگی‌های شخصیتی و نشانه‌های بالینی را نشان می‌دهد، نمرهٔ کمتری در ملاک‌های مربوط به خلاقیت دریافت می‌کنند.

علی‌رغم اینکه پاسخ‌های آنها نشان می‌دهد که از توانمندی هوشی بالقوه‌ای برخوردار هستند؛ اما اشکال در تمرکز، کاهش فعالیت‌های عالی ذهنی مانند تفکر و حافظه، افزایش زمان واکنش به محرک‌ها و کندی روانی- حرکتی، خستگی و بی‌قراری، شتاب‌زدگی در حل مسئله، اضطراب، عدم علاقه به

انجام فعالیت‌های درسی، دیر رفتن به مدرسه و حتی فرار از مدرسه و غیبت‌های مکرر، موجب می‌شود که نوجوان دچار افت تحصیلی یا اخراج از مدرسه شود.

اغلب کودکان افسرده دچار تحریف شناختی و افکار منفی هستند که ناشی از باورهای منفی زیربنایی بوده که موجب افکار خودکار منفی در آنها شده و احساسات و هیجانات ناگوار مانند اضطراب، خشم، ناراحتی و ناامیدی را تولید می‌کند. افکاری مانند «من زشت هستم»، «اصلاً موفق نیستم و نمی‌توانم کاری را به‌خوبی انجام دهم»، «دیگران از من بهتر هستند» و «خیلی بدشانس هستم» نیز در آنها شایع است. کودکان و نوجوانان افسرده معمولاً خود انتقادگر بوده و نسبت به اشتباهات خود حساس هستند. دچار احساس حقارت و ناامیدی بوده و در بسیاری امور به والدین یا دیگران متکی می‌شوند. در بسیاری از حوزه‌های زندگی، خود را ناکارآمد و ناتوان می‌پندارند، آنها هم‌چنین خوداثربخشی پایینی داشته و تمایل دارند شکست‌های اندک خود را بزرگ و جبران‌ناپذیر جلوه داده و به همهٔ جنبه‌های زندگی و کل شخصیت خود تعمیم دهند. نتیجه‌گیری نهایی آنها از خودارزیابی آن است که «من بد و بی‌ارزش هستم».

نوجوانان افسرده نگرش بدبینانه نسبت به زندگی داشته و تصور می‌کنند که مشکلات آنها قابل‌حل نیست. هم‌چنین دچار ناامیدی و انتظار منفی نسبت به آینده بوده که موجب کاهش عزت‌نفس و خودکشی در آنها می‌شود.

مشکلات اجتماعی و میان‌فردی

کودکان و نوجوانان افسرده فاقد مهارت‌های لازم برای انتخاب دوست هستند. نمی‌توانند ارتباط صمیمانه با دیگران داشته باشند. احساس می‌کنند که کودکان و نوجوانان دیگر از آنها بدشان می‌آید. معمولاً انتظار دارند که دیگران به‌سوی آنها رفته و تعاملات اجتماعی برقرار کنند. از برقراری روابط اجتماعی کناره‌گیری می‌کنند. این امر ناشی از ناتوانی آنها در ایجاد یک رابطهٔ اجتماعی مؤثر و جالب برای دیگران است. تحریک‌پذیری و پرخاشگری نوجوانان افسرده موجب طرد شدن آنها می‌شود. در اغلب موارد، بیشتر از شیوه‌های اجتنابی منفعلانه یا مقابلهٔ هیجان‌مدار[1] استفاده می‌کنند. قادر نیستند به‌طور منطقی رفتارهای خود را به‌گونه‌ای مدیریت کنند که برای دیگران جالب توجه و مؤثر باشد و مقابلهٔ مسئله‌مدار[2] را به‌کارگیرند.

1. emotion focused coping
2. problem focused coping

نظریه‌های مربوط به سبب‌شناسی افسردگی

برای بررسی افسردگی در کودکان و نوجوانان نظریه‌های متعددی مطرح شده است. البته اغلب نظریه‌های مربوط به سبب‌شناسی افسردگی، ابتدا در مورد بزرگسالان ارائه شده است؛ اما به‌تدریج با توجه به شیوع افسردگی در دورهٔ کودکی و نوجوانی و ضرورت توجه به قلمرو اختلال‌های روان‌شناختی در کودکان و نوجوانان، تحقیقات متعددی در این گستره انجام شده است.

نظریهٔ واحدی قادر نیست که همهٔ عوامل دست‌اندرکار در سبب‌شناسی افسردگی را مطرح سازد؛ زیرا اختلال افسردگی در نتیجهٔ تعامل میان عوامل مختلف زمینه‌ساز و آشکارساز رخ می‌دهد؛ بنابراین لازم است همهٔ نظریه‌هایی که در این حیطه وجود دارند مورد توجه قرار گیرند.

نظریهٔ روان‌پویشی

بر اساس نظریهٔ روان‌پویشی، افسردگی نتیجهٔ فقدان موضوع یا موقعیت مهم و دوست‌داشتنی است. این فقدان مانند مرگ یکی از والدین، از دست دادن دوست مورد علاقه، طرد و محرومیت اجتماعی و به‌طورکلی از دست دادن عشق و سرمایه‌گذاری عاطفی مربوط به موضوع عشق است.

بر اساس این نظریه عقیده بر آن است که خشم جابجا شدهٔ فرد نسبت به شیء یا فرد مورد علاقه، به‌سوی او بازمی‌گردد. خشم و خصومت درونی شده علیه فرد موجب ناکامی و احساس گناه و در نتیجه افسردگی خواهد شد؛ اما در نظریهٔ روان‌پویشی، در زمینهٔ سبب‌شناسی افسردگی کودکان اعتقاد بر این است که فراخود کودکان و نوجوانان به‌اندازهٔ کافی رشد نکرده است، در نتیجه خشم و خصومت درونی شده علیه فرد یا شیء از دست داده شده که موجب ناکامی و سرخوردگی در آنها شده است منجر به احساس گناه نمی‌شود؛ بنابراین میزان افسردگی بر اساس تبیین‌های موجود در نظریهٔ روان‌پریشی در کودکان بسیار کمتر از افراد بزرگسال است؛ اما نوجوانانی که از ظرفیت شناختی بالاتری برخوردار هستند، تبیین‌های مربوط به نظریهٔ روان‌پویشی در زمینهٔ آسیب‌شناسی افسردگی در مورد آنها صدق نموده و بیشتر احتمال دارد که دچار افسردگی شوند.

نظریهٔ دلبستگی

بر اساس این نظریه، فقدان دلبستگی و جدایی و اختلال در فرایند روابط عاطفی با موضوع دلبستگی زمینهٔ تشکیل افسردگی است. جان بالبی معتقد است که عدم برخورداری از روابط عاطفی صمیمانه با مادر به‌دلیل جدایی یا فقدان مهر مادری رفتارهایی از قبیل ناامیدی، اعتراض و درنهایت درماندگی را

به‌وجود می‌آورد (دادستان، ۱۳۹۴). ناتوانی والدین در تأمین نیازهای عاطفی کودک و یا وجود دلبستگی ناایمن موجب تشکیل بدبینی و عدم اطمینان به دیگران و زمینهٔ ابتلا به افسردگی است. در این نظریه بر جدا شدن کودک از والدین به دلایل مختلف مانند بیماری مادر، طلاق یا مرگ و یا عدم توجه عاطفی مادر به کودک و از بین رفتن پیوند عاطفی میان مادر و کودک به‌عنوان عامل زمینه‌ساز افسردگی تأکید می‌شود. جان بالبی این فرضیه را مطرح ساخت که اگر کودک در جریان رشد و تحول خود و نیاز به مراقبت و محبت از لحاظ عاطفی مورد بی‌مهری و بی‌توجهی قرار گیرد، دچار یأس و فقر عاطفی می‌شود (بالبی، ۱۹۶۱ به نقل از دادستان، ۱۳۹۴). شکست مادر در ارضای نیازهای عاطفی کودک در مراحل اولیهٔ رشد و تحول کودک، موجب تشکیل دلبستگی ناایمن در کودک می‌شود. در نتیجه در مراحل مختلف رشد به‌ویژه در دورهٔ نوجوانی، احساس عدم ارزش و حقارت، احساس عدم امنیت در روابط عاطفی با دیگران، بدبینی، احساس طرد و دوست نداشتن توسط دیگران خواهد شد و افراد دیگر و جهان را تهدیدآمیز می‌پندارد. این عوامل، کودک را در معرض خطر ابتلا به افسردگی در دوره‌های بعدی زندگی قرار می‌دهد. برخی روان‌شناسان کودک طرفدار این نظریه، حتی معتقدند که دلبستگی و پیوند عاطفی نخست میان مادر و کودک، در سازمان‌دهی سیستم عصبی و رفتاری که در شکل‌گیری احساس عاطفی کودک نقش داشته و تحول عاطفی وی را در مراحل بعدی رشد تشکیل می‌دهد، نقش دارد. آنها معتقدند که دلبستگی ایمن موجب کاهش پریشانی و استرس فرد در مواجهه با مشکلات زندگی می‌شود، درحالی‌که دلبستگی ناایمن در تشکیل پردازش عاطفی و مدیریت صحیح و منطقی هیجان دچار اشکال بوده و این امر عاملی خطرساز برای ابتلا به افسردگی بعدی است.

طبق این نظریه کودکان و نوجوانان مبتلا به دلبستگی ناایمن، بیشتر احتمال دارد که به‌دلیل فقدان‌های عاطفی بعدی، نشانه‌های افسردگی را از خود بروز دهند (دسچامپس[1] و همکاران، ۲۰۱۶).

نظریهٔ رفتاری

نظریه‌های رفتاری بر نقش یادگیری مهارت‌های لازم برای کسب تقویت عاطفی مورد نیاز از محیط و خانواده تأکید داشته و معتقدند که فقدان تجربهٔ به‌دست آوردن تقویت مثبت موجب تشکیل درماندگی و در نتیجه اختلال افسردگی در فرد می‌شود (لوینسون،۱۹۷۴؛ به نقل از دسچامپس و همکاران، ۲۰۱۶). نظریه‌های رفتاری، بر اشکال در کسب مهارت‌های محیطی مورد نیاز برای حل مسئله، به‌دلیل فقدان پیامد مثبت متناسب با پاسخ تأکید دارند.

لوینسون (۱۹۷۴؛ به نقل از دسچامپس و همکاران، ۲۰۱۶)، معتقد است که کودک ممکن است به‌دلیل شتاب‌زدگی در رفتار و اضطراب، قادر به حل مسئله و کسب تقویت مثبت موجود در محیط

1. Deschamps

نباشد، یا اینکه، کودک قادر به برقراری مهارت‌های لازم برای دریافت پاداش و ارتباط اجتماعی نبوده است، در نتیجه ناکام خواهد شد. در دیدگاه‌های رفتاری عقیده بر این است که والدین فرصت تربیتی مناسبی را برای کودک جهت یادگیری رفتارهای مؤثر و سازنده جهت دریافت تقویت‌های محیطی و روابط اجتماعی مثبت فراهم نساخته‌اند.

والدین این کودکان به‌دلیل عدم آشنایی با روش‌های تربیتی و اصول یادگیری، قادر نبوده‌اند پاسخ‌های متناسب با رفتار کودک را ارائه دهند. در چنین شرایطی کودک و نوجوان دچار سردرگمی و گمراهی در تشخیص رفتار متناسب با محرک‌های محیط پیرامون و پیش‌بینی پیامدهای رفتاری خود خواهند شد.

این مسئله موجب می‌شود که مراقبان کودک و اطرافیان از او دوری جویند و کودک یا نوجوان مورد کم‌توجهی قرار خواهد گرفت. این امر به‌تدریج منجر به رفتار انزوا، اختلال در کارکرد اجتماعی و روابط میان‌فردی مورد نیاز برای حل مسئله خواهد شد و احساس افسردگی را در کودک یا نوجوان، تشدید خواهد کرد.

بر اساس این نظریه، اختلال افسردگی، ناشی از ناتوانی کودک در کسب تقویت مثبت از محیط و دیگران به‌دلیل اضطراب و یا عدم کفایت شخصی است. یا اینکه فرد فاقد مهارت‌های لازم برای برقراری روابط اجتماعی صمیمانه و مطلوب است یا ناشی از، از دست دادن حمایت اجتماعی متعاقب فقدان موضوع عشق است.

نظریهٔ شناختی

بر اساس نظریه‌های شناختی، عقیده بر آن است که میان تفکر، هیجانات و احساسات منفی و رفتار یک رابطهٔ متقابل تنگاتنگی وجود دارد. زیربنای احساسات و هیجانات ناگوار را باورداشت‌ها و خطاهای شناختی تشکیل می‌دهند که به‌صورت خودکار و سریع در یک فرایند پردازشی، اطلاعات به‌طور مخدوش رخ می‌دهند و موجب پیش‌داوری، سوءبرداشت و در نتیجه احساسات منفی خواهند شد. فرد در مواجهه با رویدادهای روزمرهٔ زندگی دچار سوءتعبیر و باورهای غلطی است که موجب مشکلات عاطفی، غم، خشم، رنجش، اضطراب و نگرانی وی می‌شود.

در برخی موارد فرد به‌دلیل خطاهای شناختی، ممکن است واکنش متناسب با رویداد را ارائه ندهد، بلکه آن رویداد را به‌طور اغراق‌آمیز سوءبرداشت کرده، در نتیجه واکنش افراطی و نامتناسب با موقعیت را از خود بروز می‌دهد. فرد مبتلا به افسردگی دارای اسنادها و طرح‌واره‌های شناختی غیرمنطقی بوده که بر دیدگاه فرد نسبت به خود، جهان خارجی و دیگران تأثیر منفی به‌جا می‌گذارد.

در نظریهٔ شناختی، این باور وجود دارد که در افسردگی، فرد دچار یک نگرش و دیدگاه منفی و

بدبینانه نسبت به خود، جهان و آینده است که مثلث شناختی منفی[1] نامیده می‌شود. کودکان و نوجوانان افسرده، خود را ناتوان و بی‌لیاقت، جهان را طاقت‌فرسا و غیرقابل‌اعتماد و آینده را وحشتناک و ناامید توصیف می‌کنند. این برداشت منفی باعث تداوم احساس درماندگی و ناامیدی و بدبینی خواهد شد. درماندگی موجب از بین رفتن سرزندگی و اشتیاق فرد برای تلاش و وصول به اهداف روشن در آینده خواهد شد. عاملی که انسان را به حرکت وامی‌دارد، اعتماد به خود و توانمندی‌های بالقوه، تلاش برای برنامه‌ریزی و فعالیت در جهت وصول به اهداف روشن و امیدوارانهٔ خود در آینده است. در کودک و نوجوان افسرده این فرایند خودکارآمدی، مثبت اندیشی و امیدواری وجود ندارد. در نتیجه، برداشت‌های منفی آنها باعث تداوم احساس درماندگی و تشدید نشانه‌های افسردگی خواهد شد.

هم‌چنین کودکان و نوجوانان افسرده، دارای طرحواره‌های شناختی منفی[2] هستند. این طرحواره‌ها دارای ساختار ثابتی در حافظه بوده که پردازش اطلاعات مبتنی بر نگرش‌ها و باورهای دیرینهٔ فرد را هدایت می‌کنند و افکار منفی را موجب می‌شوند.

در مواردی طرحواره‌های شناختی بسیار مقاوم بوده و زمینه را برای ابتلای کودک و نوجوان به‌ویژه هنگامی‌که در زندگی کودک یک تجربهٔ مربوط به فقدان عاطفی یا ناکامی وجود داشته باشد فعال می‌سازد. پژوهش‌های اخیر نشان داده است که میان مثلث شناختی منفی کودکان و نوجوانان با این مثلث شناختی منفی والدین آنها شباهت وجود دارد. از سوی دیگر، کودکانی که رشد شناختی بارزی نسبت به همسن‌وسالان خود داشته و یا نوجوانانی که از توان شناختی بالاتری در تعبیر و تفسیر مسائل زندگی برخوردار هستند، تحت تأثیر شناخت‌های منفی خانواده قرار گرفته و دچار آسیب‌پذیری شناختی خواهند شد.

بر اساس نظریه‌های شناختی، افراد افسرده در تغییر و تفسیر رویدادهای ناگوار و منفی، دارای اسنادهای درونی، پایدار و کلی هستند. به عبارت دیگر، وقتی حادثه‌ای رخ می‌دهد، خود را مقصر و مسئول آن می‌دانند و علت این مشکل را به خود نسبت می‌دهند (اسناد درونی)، وقتی در زمینهٔ خاصی مانند امتحان شکست بخورند، تصور می‌کنند که این شکست مداوم بوده و قادر به جبران آن نخواهند بود (پایدار)، در نتیجه، این شکست را به تمام جنبه‌های زندگی خود تعمیم می‌دهند (کلی) (ابرامسون، سلیگمن، ۱۹۷۸ به نقل از گناناول،۲۰۱۶).

فرد دچار اختلال افسردگی نسبت به رویدادهای مثبت دارای اسناد بیرونی، ناپایدار و اختصاصی است. یعنی یک رویداد مثبت (موفقیت در امتحان) را به عامل خارج از خود نسبت می‌دهد (بیرونی) و معتقد است احتمال وقوع مجدد این موفقیت وجود ندارد (ناپایدار) و فقط در این زمینه موفق بوده و در سایر زمینه‌ها ناموفق است (اختصاصی). این نوع سبک اسناد منفی موجب درماندگی آموخته شده و

1. negative cognitive triad
2. negative cognitive schemata

احساس افسردگی در فرد می‌شود. در دیدگاه شناختی عقیده بر این است که فیلتر ذهنی نوجوان افسرده، از افکار منفی زیربنایی دیرینه و مقاومی تشکیل شده که به‌صورت نوعی نگرش و ارزش پایدار بر نحوهٔ تعبیر و تفسیر خود از رویدادهای زندگی، تأثیر گذاشته و آزمون واقعیت را تضعیف می‌سازد.

در موارد شدیدتر خطاهای شناختی که عمدتاً در اختلال افسردگی مشاهده می‌شود، سیستم شناختی، عاطفی و رفتاری به‌صورت یک چرخهٔ متقابل فعال بوده و به‌طور انتخابی فقط به جنبه‌های منفی رویدادهای زندگی و فقدان‌ها تمرکز دارد. معمولاً شروع افسردگی به‌طور زودرس، زمینه را برای افسردگی دورهٔ بزرگسالی فراهم می‌سازد. بنابراین لازم است که کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی همان وقت تحت درمان‌های روان‌شناختی و در صورت لزوم دارویی قرار گیرند. متأسفانه اغلب والدین یا به این علایم توجه ندارند یا آنها را ناشی از کج‌خلقی و لجبازی کودک و نوجوان تلقی می‌کنند. هم‌چنین ممکن است آگاهی کاملی از نشانه‌های بالینی اختلال افسردگی نداشته یا در مواردی که به وجود اختلال افسردگی فرزند خود پی می‌برند فقط به درمان‌های دارویی اکتفا می‌کنند. در چنین مواردی باید از درمان‌های یکپارچه و کلی‌نگر که شامل درمان دارویی در صورت لزوم، خانواده‌درمانی، روان‌درمانی انفرادی کودک و خانواده، گروه‌درمانی، فعال‌سازی رفتاری افسردگی و نظایر آن است سود جست.

نظریه‌های اجتماعی

این نظریه‌ها بر رابطهٔ میان رویدادهای فشارزای زندگی و عوامل نامساعد اجتماعی، مانند بیکاری، مهاجرت، تکنولوژی پیچیدهٔ کنونی، ترافیک، عدم وجود شبکهٔ حمایت اجتماعی مناسب، پیشرفت تکنولوژی و تبدیل انسان به ماشین، عدم توجه به نیازهای معنوی انسان، کاهش روابط اجتماعی به‌دلیل اشتغالات متعدد زندگی و توجه بیش‌ازحد به مسائل مادی و اقتصادی، فقر عاطفی کودکان و نوجوانان و احساس تنهایی به‌دلیل فقدان والدین و تراکم اشتغال آنها در طی روز اشاره داشت، هم‌چنین می‌توان توسعه شبکه‌های مجازی و استفاده غیرصحیح، توسعهٔ شبکه‌های مجازی و استفادهٔ غیرصحیح از آن که موجب فقدان روابط عاطفی کودک و نوجوانان با والدین می‌شود را برشمرد. سوءاستفاده والدین از شبکه‌های اجتماعی مانند موبایل موجب شده است که در اوقات اندکی که والدین کنار هم هستند و باید به گفتگو و تعامل اجتماعی با یکدیگر و با فرزندان خود بپردازند، هرکدام به موبایل خود مشغول بوده و از لحاظ عاطفی ارتباطی با هم برقرار نمی‌کنند، هم‌چنین در اولویت قرار گرفتن نیازهای مادی و اقتصادی و رقابت موجود در این زمینه، فرصت کافی را برای توجه به نیازهای معنوی، ارتباط اجتماعی و صله‌رحم سلب نموده است. فقر اقتصادی، گسترش اعتیاد و بی‌بندوباری، تعدد فرزند در

خانواده، تحولات سریع اجتماعی را در افسردگی دخیل دانسته‌اند. هم‌چنین این نظریه، رویدادهای فشارزای زندگی مانند از دست دادن والدین و طلاق را در سبب‌شناسی افسردگی کودکان و نوجوانان مهم می‌داند.

عوامل ژنتیک

در اختلال افسردگی مانند سایر اختلال‌های روانی، عوامل ژنتیک به‌عنوان عامل زمینه‌ساز و مستعدکننده وجود دارند. مطالعات مختلف نشان داده است که میزان ابتلا به افسردگی در کودکانی که مادران آنها دچار افسردگی اساسی بوده‌اند بیشتر است. مسلماً مادران افسرده قادر به اعمال شیوه‌های صحیح فرزندپروری نمی‌باشند. خلق آنها همواره غمگین، فاقد نشاط و اشتیاق کافی برای برقراری ارتباط با فرزند بوده، توجه و گوش دادن فعال به وی نداشته و حوصلهٔ تربیت کودک خود را ندارند. آنها وقت کافی برای تعامل یا تشویق و تربیت وی اختصاص نمی‌دهند.

بارها کودک شاهد خلق غمگین، شکوه‌ها و ناله‌ها یا خواب مستمر مادر بوده است. زندگی ریتم طبیعی خود را از دست داده است. گاهی اوقات مادران افسرده‌ای که با همسر خود یا خانوادهٔ وی دچار اختلاف هستند مشکلات خود را برای کودکان تعریف می‌کنند. افسردگی مادر بر همهٔ جنبه‌های زندگی کودک تأثیر منفی به‌جا می‌گذارد و آنها را در آینده مستعد افسردگی می‌سازد. حال این سؤال پیش می‌آید که آیا افسردگی ژنتیکی است؟ یا اینکه مادر افسرده قادر نیست شرایط و تجارب محیطی مثبتی را برای فرزند خود فراهم آورد و این عوامل اکتسابی و تربیتی ایجادکنندهٔ افسردگی است.

الگوهای زیستی افسردگی در کودکان و نوجوانان بر آسیب‌پذیری و عوامل زیستی- عصبی تأکید دارند. در این زمینه، عوامل ژنتیکی بر فرایندهای عصبی تأثیر گذاشته و موجب حساسیت افراطی نسبت به محرک‌های منفی، هیجان پذیری و احساس اضطراب خواهند شد. به‌عبارتی‌دیگر، آمادگی ژنتیکی خطر ابتلا به افسردگی را افزایش می‌دهد. مطالعات مربوط به تصویربرداری از مغز، اختلال در ساختار دستگاه کناری و کرتکس پیشانی را مطرح می‌سازد. فعالیت مغز در بخش‌هایی که مربوط به توجه به محرک‌های حسی خوشایند است ضعیف؛ اما بخش‌هایی از مغز که مربوط به تنظیم هیجان و پاسخ به فشار روانی و یادآوری خاطرات ناخوشایند زندگی است فعال می‌باشد. به‌عنوان مثال: آمیگدال ساختاری از مغز است که موجب گرایش به اشتغالات ذهنی منفی خواهد شد. هیپوکامپ، به‌عنوان یکی از بخش‌های مهم در حافظه نیز در افسردگی نقش دارد. فعالیت زیاد هورمون‌های ناشی از استرس به‌ویژه هورمون آزادکننده کورتیکوتروپین (CRH) موجب کوچک شدن حجم هیپوکامپ خواهد شد. این ناهنجاری در هیپوکامپ در افراد مبتلا به افسردگی موجب می‌شود که همواره اضطراب را تجربه نموده و در تشخیص موقعیت‌های عاری از استرس مشکل داشته و دارای توجه

انتخابی نسبت به محرک‌های تهدیدآمیز باشند (کارتر و همکاران، ۲۰۱۶).

برخی مطالعات دیگر نشان داد که کودکان افسرده، در محور HPA نسبت به گروه بهنجار دارای آسیب کارکردی هستند. مشکلات تربیتی اولیه و استرس‌های دوران کودکی باعث اختلال در محور HPA خواهد شد.

کودکانی که دارای مادری افسرده هستند نسبت به کودکانی که دارای مادری بهنجار هستند، میزان کورتیزول بیشتر و فعالیت الکتریکی کمتری در قطعهٔ پیشانی مغز دارند. این امر موجب افزایش تجربهٔ هیجان منفی خواهد شد. برخی پژوهش‌ها نشان داده است که الگوهای تربیتی و شیوهٔ برخورد مادر با کودک و وضعیت عاطفی و خلقی وی موجب تغییرات زیستی و عصب‌شناختی در کودک خواهد شد و زمینه را برای ابتلای کودک به افسردگی فراهم می‌کند. یافته‌های حاصل از مطالعات دوقلوها نشان‌دهندهٔ اثر ژنتیک در بیماری افسردگی در کودکان و نوجوانان است.

عوامل روان‌شناختی

تحقیقات متعدد در این زمینه نشان داده است که عوامل روان‌شناختی نقش مهم‌تری در ایجاد اختلال افسردگی کودکان دارد. تعامل والد- فرزند، رکن اساسی در اختلال افسردگی کودکان به‌شمار می‌آید. کودکان والدین افسرده، در مقابل افسردگی آسیب‌پذیر هستند؛ زیرا والدین افسرده از طریق تعامل با فرزند خود، عواطف منفی، تفکر غیرمنطقی و خلق خود را به فرزندشان منتقل می‌کنند. کودکان رفتار افسرده را از والدین خود یاد می‌گیرند. کودک قادر به دریافت تقویت مثبت از والدین خود نبوده و به همین دلیل شوق و نشاط به زندگی در وی تقویت نمی‌شود. فرایند شکل‌گیری عواطف مثبت در کودکان مختل می‌شود. آنها هم‌چنین نگرش بدبینانه و ناامیدی را از والدین خود فرا می‌گیرند. والدین افسرده قادر به ایجاد فرصت مناسب برای تفریح و بهره‌برداری از امکانات رفاهی برای فرزند خود نمی‌باشند. وجود محیط یکنواخت زندگی و سرد و بی‌روح مسلماً بر خلق فرزندان تأثیر منفی دارد.

کودک مادر افسرده شاهد رنج، غم و شکوه و نالهٔ مادر است. وی قادر نیست از طریق فعالیت‌هایی مانند نقاشی، متل و قصه، بازی با کودک و آموزش مهارت‌های مورد نیاز، کودک را سرگرم کند.

در نوجوانی، سبک بدبینانه و شناخت‌های منفی و غلط ممکن است در نتیجهٔ افسردگی والدین به‌وجود آید. خطاهای شناختی ناشی از بیماری افسردگی در والدین موجب تشکیل طرح‌واره‌های شناختی منفی در کودکان و نوجوانان می‌شود.

کودکان والدین افسرده شکست در هر مسئله‌ای را امری کلی، تغییرناپذیر و درونی تلقی می‌کنند. به‌عنوان مثال اگر در مهارتی یا امتحانی موفق نشوند، تصور می‌کنند که در همهٔ امور زندگی بدشانس و ناموفق هستند. هرگز قادر نخواهند بود در کسب این مهارت موفق شوند و همواره خود را مقصر

می‌دانند. به عبارت دیگر، کودک در همهٔ جنبه‌های منفی زندگی شخصی، خود را مقصر دانسته و سرزنش می‌کند. همواره خود را عامل شکست تلقی نموده و قادر نیست به شرایطی که در شکست وی دخیل بوده‌اند توجه کند.

تجربیات و پژوهش‌های متعدد بالینی نشان داده است که میزان افسردگی کودکانی که والدین مبتلا به افسردگی دارند، در مقایسه با کودکان والدینی که هیچ نوع اختلال روانی ندارند، بسیار بیشتر است. کودکان والدین افسرده، نسبت به کودکانی که دارای والدین بهنجار هستند، به میزان بیشتری دچار افسردگی زودرس خواهند شد. میزان شادی و نشاط و روابط اجتماعی در خانواده‌هایی که والدین دچار افسردگی هستند بسیار اندک بوده و جو عاطفی خانواده زمینه را برای کاهش خلق در کودک و نوجوان فراهم می‌سازد.

خانواده‌های کودکان مبتلا به افسردگی نسبت به خانواده‌های کودکان بهنجار، رفتار انتقادی و تنبیهی بیشتری نسبت به کودکان خود نشان می‌دهند. در این خانواده‌ها، میزان خشم و پرخاشگری در سطوح بالاتری بوده و روابط صمیمانه میان اعضای خانواده وجود ندارد. کیفیت زندگی و روابط عاطفی در محیط خانوادگی زمینه‌ساز افسردگی در دورهٔ کودکی و نوجوانی است.

هنگامی‌که یک یا هر دو والد دچار افسردگی هستند، آشفتگی‌های خانوادگی و تعارضات والدین بیشتر بوده و میزان بالاتری از فشار روانی در خانواده وجود دارد. کودکان مادران افسرده دلبستگی ناایمن و فقر عاطفی بیشتری را نشان می‌دهند. مادران افسرده تحریک‌پذیر، غمگین و انتقادگر بوده و قادر نیستند با کودک خود روابط عاطفی مطلوبی برقرار کرده و او را مورد انتقاد و سرزنش و تنبیه بدنی بیشتری قرار خواهند داد. به‌طورکلی در سبب‌شناسی اختلال افسردگی نمی‌توان یک عامل منفرد را مطرح کرد بلکه دلایل احتمالی افسردگی در کودکان و نوجوانان ناشی از تعامل میان عوامل ژنتیکی، عصبی و زیستی، خانوادگی، شناختی، میان فردی و محیطی اجتماعی است.

درمان افسردگی

اگرچه شیوع افسردگی در کودکان و نوجوانان کمتر از افراد بزرگسال است؛ اما درمان مناسب افسردگی در کودکان موجب پیشگیری از بازگشت این اختلال خواهد بود. با توجه به اینکه عوامل متعددی در سبب‌شناسی افسردگی شناخته شده است؛ بنابراین لازم است برای درمان افسردگی کودکان و نوجوانان، تلفیقی از درمان‌ها مورد استفاده قرار گیرد. درصورتی‌که نشانه‌های افسردگی حاد باشد، از درمان دارویی با ضدافسردگی‌های سه‌حلقه‌ای در کودکان استفاده می‌شود. البته باید به این نکته توجه داشت که درمان دارویی افسردگی در کودکان، به میزان درمان دارویی بزرگسالان مؤثر نیست. با توجه به عوارض جانبی داروهای ضدافسردگی و عدم تمایل والدین در استفاده از دارو برای کودکان و

نوجوانان خود، لازم است از روش‌های درمان روان‌شناختی استفاده کرد. شروع زودرس افسردگی، کودک را در معرض خطر بیشتری برای تجربهٔ افسردگی عمده در طول زندگی به‌ویژه در دورهٔ نوجوانی قرار خواهد گذاشت. به این منظور باید از رویکردهای تلفیقی شناختی- رفتاری استفاده کرد. در شناخت درمانی به کودکان و نوجوانان افسرده آموزش داده می‌شود تا طرحواره‌های شناختی منفی، اسنادهای غلط، تعبیر و تفسیر غیرمنطقی و نامعقول، کمال‌گرایی و اختیار کردن معیارهای بالا برای صحیح بودن اعمال خود را تغییر دهند و نگرش منطقی و واقع‌بینانه را برای تفسیر رویدادهای مختلف زندگی در ارتباط با خود، جهان و آینده اتخاذ نمایند و افکار منفی را با افکار مثبت جایگزین کنند.

به‌طورکلی جهت درمان بهتر کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی حتماً باید در حیطهٔ تشخیص و به‌ویژه درمان اختلال، والدین آنها را مورد ارزیابی روان‌شناختی و روان‌درمانی قرار داد. خانواده‌درمانی، روان‌درمانی انفرادی والدین و آموزش مهارت‌های فرزندپروری و شیوهٔ مقابله با کودک و نوجوان افسرده و تغییر خط‌مشی‌ها و روش‌های تربیتی آنها تأثیر شگرفی بر کاهش نشانه‌های مرضی افسردگی دارد. یک روان‌درمانگر موفق، فقط به یک روش درمانی اکتفا نمی‌کند، بلکه متناسب با تشخیص مشکل از انواع فنون روان‌درمانی که موجب تسریع در حل مسئله می‌شود استفاده می‌کند.

رفتاردرمانی

بر اساس نظریه‌های رفتاردرمانی عقیده بر این است که افسردگی حاصل فقدان مهارت‌های لازم در کودک و نوجوان برای برقراری تعامل مثبت و مؤثر با محیط و سبک پاداش است (لوینسون، ۱۹۷۴ به نقل از کارتر و همکاران، ۲۰۱۶). در این رفتاردرمانی بر افزایش فعالیت‌های لذت‌بخش و فعال‌سازی رفتاری تأکید می‌شود. در این برنامه‌ریزی، متناسب با علایق کودک، فعالیت‌هایی مشخص می‌شود و کودک تشویق می‌شود که آنها را انجام دهد.

معمولاً در شروع برنامهٔ درمانی، ابتدا فعالیت‌های ساده را در برنامهٔ تکلیف خانگی کودک و نوجوان قرار می‌دهند و به‌تدریج فعالیت‌ها پیچیده‌تر خواهد شد تا کودک با انجام آن فعالیت احساس تسلط پیدا کرده و خلق مثبت و اعتمادبه‌نفس وی افزایش یابد. هم‌چنین برنامه‌هایی در جهت آموزش مهارت‌های اجتماعی ابراز وجود، برقراری ارتباط با دیگران، آموزش آرامش عضلانی، ابراز وجود و شیوهٔ صحیح حل مسئله و کنترل خشم به کودک آموزش داده می‌شود.

رفتاردرمانی جهت اصلاح رفتار ناسازگار و آموزش مهارت‌های اجتماعی، آرامش عضلانی، افزایش تمرکز و حل مسئله، فعال‌سازی رفتاری و تکالیف خانگی و استفاده از والدین جهت نظارت بر حسن اجرای برنامهٔ تکلیف خانگی، به‌کارگیری تقویت‌های مثبت بلافاصله پس از وقوع رفتار مطلوب، عدم توجه به رفتار نامطلوب و تقویت منفی رفتارهای ناسازگارانه، به‌کارگیری روش

حساسیت‌زدایی منظم به‌منظور غلبه بر اضطراب در موقعیت‌هایی که در کودک و نوجوان ایجاد تنش و اضطراب می‌نمایند (موقعیت امتحان، صحبت کردن در جمع و غیره)، افزایش اعتمادبه‌نفس و کارایی با استفاده از فنون آرامش عضلانی و تجسم مثبت مبنی بر موفقیت و رویداد اضطراب‌انگیز، به‌کارگیری جملات و تلقینات مثبت مبنی بر موفقیت و غلبه بر موقعیت اضطرابی در شرایط هیپنوز، تقویت احساس تسلط بر موقعیت و آموزش شیوه‌های برخورد صحیح با کودک بیمار و ایجاد شرایط مناسب درون خانوادگی توأم با شادکامی و خلق بالا، استفاده از تفریحات مناسب و نظارت بر شبکهٔ روابط اجتماعی و دوستان سالم که خود افسرده نبوده و موجب بالا رفتن خلق و شادی کودک شوند.

درمان شناختی رفتاری

در این نوع روان‌درمانی عقیده بر این است که نوجوان مبتلا به افسردگی، دچار خطاهای شناختی و بدبینی نسبت به خود و جهان پیرامون و آینده است. ابتدا درمانگر شناختی پس از بررسی تاریخچهٔ زندگی در طول مراحل تحول و پی بردن به استرس‌هایی که موجب مشکل شده است و کسب شناخت نسبی، به‌منظور پی بردن به افکار زیربنایی غیرمنطقی و طرحوارهٔ شناختی نوجوان، از وی می‌خواهد که به تعریف رویدادهای ناگواری که در طی روز برای وی اتفاق افتاده است بپردازد. سپس به بررسی هیجانات و احساسات ناگوار ناشی از تفکر غیرمنطقی می‌پردازد و با استفاده از روان‌درمانی به وی طرز تفکر منطقی و باورداشت‌های صحیح را آموزش می‌دهد تا بر افکار خودکار منفی و غیرمنطقی که ذهن وی را محاصره نموده‌اند، غلبه کند. نوجوان یاد می‌گیرد که قضاوت شخصی و عجولانه نداشته باشد و شواهد موجود را در رابطه با طرز تفکر خود به محک گذاشته و به کمک درمانگر شناختی به تصحیح خطاهای شناختی خود در ارتباط با خود، دیگران، آینده و جهان هستی اقدام کند. البته نتیجهٔ بهتر زمانی حاصل می‌شود که حتماً درمانگر شناختی از خانواده‌درمانی شناختی‌رفتاری برای تصحیح باورداشت‌های غلط والدین استفاده کند؛ زیرا عموماً کودکان و نوجوانان این طرحواره‌های ذهنی را از خانواده کسب کرده‌اند. مهارت کافی برای دریافت تقویت را به کودک و نوجوان آموزش می‌دهیم، مانند مهارت ابراز وجود و احساس تسلط در روابط بین‌فردی، حل مسئله و تقویت احساس تعهد در انجام کار...

پیشگیری

اختلال افسردگی، تأثیر زیانباری بر توانمندی‌های شناختی، توجه، تمرکز و فعالیت تحصیلی نوجوانان بر جای می‌گذارد. در نتیجه، فرایند استفاده از پتانسیل‌های بالقوه در زمینه‌های مختلف، زندگی کودکان

و نوجوانان را محدود ساخته و موجب عدم دسترسی آنها به اهداف کارآمد در آینده می‌شود. هم‌چنین خطر انتقال افسردگی به‌صورت یک شبکهٔ ارتباطی و اجتماعی و تداوم آن در دورهٔ بزرگسالی وجود دارد. بنابراین، لازم است به‌منظور پیشگیری از اختلال افسردگی در کودکان و نوجوانان به‌عنوان پایه‌گذاران آیندهٔ مملکت توصیه‌هایی به شرح ذیل اعلام گردد:

۱- ضرورت انجام مشاورهٔ روانی قبل از ازدواج، بررسی و شناخت شخصیت زوجین تا در صورت وجود علایم اختلال روان‌شناختی مانند اضطراب، پرخاشگری، حساسیت و زودرنجی، افسردگی و اختلال شخصیت، تحت روان‌درمانی قرار گرفته و به آنها شیوه‌های صحیح فرزندپروری و مقابله با همسر را آموزش داد. هم‌چنین فراهم نمودن شرایطی برای والدین جهت کسب مهارت‌های مناسب در روابط بین‌فردی، زوجی و اجتماعی، تشویق آنها به مراجعه به مراکز مشاور و روان‌درمانی در صورت بروز مشکل. لازم است که این اقدامات اعم از روان‌درمانی یا شرکت در برنامه‌های آموزشی قبل از ازدواج، در قالب مشاورهٔ روانی قبل از ازدواج بسته به شدت اختلال زوجین در آستانهٔ ازدواج طی چند جلسه انجام شود تا زوجین آمادگی لازم را برای تشکیل خانواده به‌عنوان یک نهاد مهم اجتماعی کسب کنند.

۲- تقویت هستهٔ مشاوره در مدارس و آموزش مشاورین مدرسه با فنون جدید و علمی به‌منظور مشاوره و روان‌درمانی کوتاه‌مدت به دانش‌آموزان و کمک به آنها در جهت رفع اضطراب و تنش، تقویت اعتمادبه‌نفس و به‌کارگیری فنون رفتاری شناختی در صورت لزوم.

۳- ارتباط مستمر میان اولیای مدرسه و والدین و در صورت لزوم تشویق والدین به مراجعه به مراکز مشاوره و روان‌درمانی جهت بررسی و درمان زودهنگام کودکان و نوجوانان مستعد ابتلا به اختلال افسردگی.

۴- آموزش اصول بهداشت روانی و شیوه‌های صحیح برخورد با دانش‌آموزان و استفاده از روش‌های تشویق به‌جای تنبیه و تحقیر دانش‌آموزان یا ایجاد رعب و وحشت در دانش‌آموزان مستعد اضطراب و افسردگی.

۵- شناسایی دانش‌آموزانی که فاقد مهارت‌های اجتماعی لازم بوده و قادر به برقراری ارتباط اجتماعی سازنده نمی‌باشند یا اغلب منزوی بوده و در فعالیت‌های کلاسی، فوق‌برنامه‌ای، اردوها، ساعات ورزش مشارکت نمی‌کنند. هم‌چنین تلاش در جهت تشویق و جلب مشارکت همه‌جانبهٔ آنها.

۶- توسعهٔ شبکهٔ مددکاری اجتماعی در مدارس به‌منظور بررسی وضعیت زندگی دانش‌آموزان نیازمند که دچار فقر اجتماعی- اقتصادی و فرهنگی بوده و حل مشکل آنها از طریق مراجع ذیربط.

۷- ایجاد کارگاه‌ها و برنامه‌های آموزشی از طریق مدارس برای اولیاء در قالب یک کار فرهنگی با هزینهٔ اولیاء و یا با مساعدت مراکز فرهنگی ذیربط.

مثال بالینی در مورد اختلال افسردگی

«زیبا» دختر ۱۱ ساله‌ای است که به‌دلیل حساسیت مفرط، پرخاشگری و رفتار تکانشی، ناسازگاری با مادر، کابوس‌های شبانه، غمگینی و اختلال در خواب و خوراک، عدم علاقه به فعالیت‌هایی که قبلاً برای وی لذت‌بخش بوده‌اند، رفتار انزوا و امتناع از حضور در میهمانی یا برنامه‌های تفریحی خانواده به مرکز مشاوره و روان‌درمانی ارجاع شده است. وی هم‌چنین احساس اضطراب و ناامنی دارد. در مدرسه دچار اختلال در تمرکز، حواس‌پرتی و افت تحصیل شده است.

در برنامه‌های ورزشی شرکت نمی‌کند. اظهار می‌دارد که معلم و همکلاسی‌هایش به او علاقه ندارند. قبل از آن، هنگامی‌که معلم سؤالی می‌پرسید، سر کلاس با اشتیاق پاسخ می‌داد. علاقهٔ فراوانی به ابراز وجود و شرکت در بحث‌های کلاسی داشت؛ اما معلم زیبا به مادر وی اظهار داشت که او مدتی است غمگین و خواب‌آلود بوده و علاقه‌ای به شرکت در بحث‌های کلاسی نداشته و حتی وقتی معلم در حال تدریس است، اگر سؤالی از وی پرسیده شود، قادر به پاسخ نبوده و به نظر می‌رسد که تمرکز کافی ندارد.

ابتدا با مادر زیبا مصاحبهٔ بالینی به عمل آمد و این سؤالات از وی پرسیده شد. چه مدتی است که زیبا دچار مشکل شده است. آیا این علایم به‌تدریج یا به‌طور حاد بروز یافته است؟ عامل آشکارساز و رویدادهای ناگوار حوادثی که اخیراً رخ داده چه بوده است؟ آیا تاکنون تحت درمان دارویی یا مشاوره و روان‌درمانی قرار گرفته است؟ در مورد احتمال وجود اضطراب و افسردگی، وسواس و سایر اختلال‌های روانی دیگر سؤالاتی پرسیده شد، اینکه رفتار و فعالیت تحصیلی وی در مدرسه یا سازگاری و روابط اجتماعی وی با معلم و همسالان چگونه بوده است؟

تاریخچهٔ تحول رشد وی در گذشته، احتمال اختلال‌های روانی در دورهٔ کودکی نیز مورد بررسی قرار گرفت. هم‌چنین در مورد جو عاطفی خانواده و رابطهٔ والدین با یکدیگر، وجود مشکلات خانوادگی، روابط والدین با فرزندان، مشکلات روانی یا شخصیتی والدین، مشکلات اجتماعی و اقتصادی موجود در خانواده، هماهنگی یا عدم هماهنگی میان والدین و روش‌های تربیتی آنها مورد بررسی قرار گرفت. در مصاحبهٔ بالینی مشخص شد که زیبا تک‌فرزند است. اکنون مادر وی در آستانهٔ طلاق بوده و حدود ۶ ماه است که از همسر خود جدا شده و به همراه دختر خود نزد خانواده‌اش رفته و در آنجا زندگی می‌کند. مادر اظهار می‌دارد که حدود ۶ ماه است که دخترم دچار اختلال در رفتار و واکنش افسردگی شده است. بروز علایم به‌طور ناگهانی متعاقب دعوای شدیدی که با پدرش داشتم و موجب شد منزل را ترک کنم شروع شده است. علی‌رغم اینکه من و خانواده‌ام نهایت سعی خود را کرده‌ایم تا وی را مورد حمایت عاطفی قرار دهیم ولی روز به روز این علایم شدیدتر شده است. زیبا به‌طور مکرر به مادر خود اصرار می‌کند برویم منزل خودمان تا با پدر زندگی کنیم. مادر اظهار داشت

که اولین بار است که به مشاوره مراجعه کرده‌ام. زیبا قبلاً دارویی مصرف نکرده است. از بدو ازدواج تاکنون به‌طور مداوم با همسرم مشکل و دعوا داریم. از لحاظ فرهنگی، سلیقه، علایق، تیپ شخصیتی و در بسیاری مسائل با هم اختلاف‌نظر داریم. اشتباهی که رخ داده است آن بوده است که قبل از ازدواج، فرصتی برای شناخت همسرم نداشتم. هم‌چنین مادر اظهار داشت که تحت تأثیر نگرش فرهنگی خانواده که بالاخره دختر باید ازدواج کند قرار گرفتم. به دلیل تفکرات سنتی، حتی فرصت آشنایی با همسرم را قبل از ازدواج نداشتم. علاقه‌ای به همسرم نداشتم؛ اما اطرافیان اصرار داشتند که بعد از ازدواج، علاقه تشکیل می‌شود ولی متأسفانه علاقه‌ای به او پیدا نکردم. به‌طور مکرر با هم جروبحث داریم. گاهی اوقات دخترم زیبا واسطه می‌شد و ما را از هم جدا می‌کرد یا انرژی زیادی مصرف می‌کرد تا ما را با هم آشتی دهد. بارها شاهد دعوا و کتک‌کاری‌های ما بوده است. مادر اظهار داشت که من کسی را نداشتم تا با او درد دل کنم و همیشه مجبور بودم با دخترم درد دل کنم و او سنگ صبورم بوده است. من همهٔ مشکلات خودم با پدرش را برای او تعریف می‌کردم. قبل از اینکه از همسرم جدا شوم مدتی است که احساس می‌کنم دخترم فاقد انرژی و نشاط سابق است و احساس غمگینی دارد. بدخلق و عصبی شده است؛ اما بعد از جدا شدن از پدرش، علایم وی خیلی شدیدتر شده است.

در مصاحبهٔ بالینی و ارزیابی روانی با استفاده از آزمون جملات نیمه‌تمام راتر، ترسیم نقاشی خانواده و آزمون اندریافت موضوع برای کودکان (CAT) مشخص شد که زیبا دچار واکنش افسردگی، اضطراب و رفتارهای تکانشی ناشی از این اختلال متعاقب ترومای از دست دادن خانواده و طلاق مادر شده است. رفتارهای وی بیانگر نوعی واکنش اعتراض نسبت به وضعیت موجود و نابسامانی والدین بوده است.

از دوران بارداری مادر، زمانی که کودک وی، ۴ ماهه بوده است، مشکلات مادر با همسر شروع شده است. مادر در دوران بارداری که مستلزم آرامش و احساس امنیت است، همیشه دچار ناراحتی، برانگیختگی و هیجان بوده است.

زیبا هنگام تولد بسیار ناآرام و بی‌قرار بوده است و به‌طور مداوم گریه می‌کرد. مادر و اطرافیان کودک، مجبور بودند در طول شب او را بغل کنند تا آرام شود. در مواردی، به‌دلیل گریهٔ متوالی کودک، خواب مادر مختل می‌شده و به شدت سر کودک داد می‌کشیده و روی سر و صورت خود می‌زده است؛ در نتیجه گریه کودک هم تشدید می‌شد. مادر قادر نبود که ارتباط خوبی با کودک خود برقرار کرده و مهارت‌هایی را در جهت آرام کردن وی به‌کار ببرد. به‌تدریج که کودک رشد می‌کند در سن ۱۸-۴ ماهگی بنا به اظهار مادر دچار مشکلات گوارشی، نفخ و درد در ناحیهٔ شکم بوده است. مادر اظهار داشت که هرگاه به او شیر می‌دادم دچار گریه و بی‌قراری می‌شد. او را نزد متخصصین مختلف اطفال و گوارش، بردم؛ اما آنها اظهار داشتند که مشکل گوارشی وجود نداشته و همهٔ آزمایشات

پزشکی کودک نرمال بوده است؛ کودک به‌دلیل تنش و استرس مادر دچار این مشکل گوارشی و سوءهاضمه شده بود. مادر اظهار داشت که پس از بررسی‌های اینترنتی مکرر متوجه شدم که تنها عاملی که موجب آرامش کودک می‌شد، صدای سشوار بوده است. پس از آن هنگام شیر دادن، بلافاصله سشوار را روشن می‌کردم تا این عارضه به‌تدریج برطرف شده و کودک آرام شود. در دوران تحول کودک، مشاجرات مستمری میان والدین وجود داشت. مادر اظهار نمود، بخشی از این مشاجرات به‌دلیل دخالت مادر شوهرم بوده است.

نتایج آزمون‌های روانی و مصاحبهٔ بالینی نشان داد که زیبا دچار واکنش افسردگی شده است. انگیزهٔ خود را نسبت به اسباب‌بازی‌های خود، فیلم، کارتون و فعالیت‌هایی که قبلاً به آنها اشتیاق داشته، از دست داده است.

هم‌چنین وی دچار اضطراب، ناامنی و ترسِ از دست دادن والدین بود. مطالب مربوط به مرگ و بیماری والدین همواره در آزمون‌های مربوط به داستان‌سازی و ترسیم نقاشی خانوادهٔ وی وجود داشت. محتوای کابوس‌های شبانه به‌صورت حیواناتی که به‌طرف خانواده حمله می‌کنند و یا سیلی که خانواده را فرا می‌گیرد، آشکار می‌شده است. هم‌چنین، ترس از اشخاص بیگانه که به‌صورت سارق به خواب او می‌آمدند. نشخوارهای فکری و نگرانی در کلاس موجب عدم تمرکز وی شده است. همواره به صحبت‌هایی که مادر و مادربزرگش، علیه پدرش می‌زدند و او را تخریب می‌کردند، فکر می‌کرد. از همه مهم‌تر ترس از دست دادن مادر و خانواده، سراسر وجود زیبا را فرا گرفته بود. وی از اینکه نزد مادر بماند و یا همراه پدر رود، دچار تردید و بلاتکلیفی شده بود. زیبا در اوایل جدایی مادر، روزهای تعطیلی آخر هفته نزد پدر می‌رفت. پدر هم او را به پارک می‌برد و هنگام تحویل دادن زیبا به مادرش، مواد خوراکی و هدایایی به او می‌داد تا با خود ببرد؛ اما زمانی که دعوای شدیدی بین خانوادهٔ پدر و مادر زیبا رخ داد، پدر قهر کرد و حدود ۶ ماه بود که هیچ ارتباطی با دختر خود نداشته و حتی تلفنی به او نزده است.

ارزیابی شخصیت والدین

در مصاحبهٔ بالینی و ارزیابی شخصیت مادر، مشخص شد که مادر از لحاظ شخصیتی بسیار حساس و زودرنج، دارای آستانهٔ تحمل پایین، فاقد مهارت‌های لازم جهت برقراری روابط حسنه و اثربخش با همسر بوده است. هم‌چنین بسیار خودمحور و سلطه‌جو بوده و ارتباط کلامی و غیرکلامی مطلوبی با همسر خود نداشته است. مادر در شیوهٔ کلام و رفتار خود همواره جملات آمرانه و دستوری را به‌کار می‌برد. از صبر و تحمل و بردباری لازم جهت مقابله با همسر برخوردار نبوده است. همواره موفقیت‌های خود را به رخ همسر می‌کشیده و به‌گونه‌ای رفتار می‌کرد که پدر همیشه احساس عدم

پذیرش و فقدان اعتمادبه‌نفس داشت. نسبت به خانوادهٔ همسر به‌ویژه مادر شوهر بسیار حساس بوده است. عدم پختگی در رفتار داشته و بسیار تکانشی بوده است. رفتار وی موجب برانگیختگی خشم و تحریک‌پذیری همسر شده است.

روان‌درمانی خانواده

در چنین شرایطی زوج‌درمانی مبتنی بر روش TA (تحلیل ارتباط محاوره‌ای متقابل) توصیه می‌شود. قبل از هر چیز باید مادر، تحت درمان‌های شناختی رفتاری قرار گیرد تا طرز تفکرش در مورد همسر و خانوادهٔ وی تغییر یابد. مهارت‌های جدیدی را که مبتنی بر آزمون واقعیت و منطق است فرا گیرد. رفتار مادر، فاقد پختگی بوده و مبتنی بر نهاد شخصیت[1] است. لازم است به تقویت بعد منطقی شخصیت[2] در مادر کودک پرداخت و به او آموزش داد تا قادر شود، هیجانات منفی خود را در برابر همسر تغییر دهد. از سوی دیگر، لازم است همسر وی در جلسهٔ خانواده‌درمانی شرکت کند. فعلاً همسر وی وجود ندارد و با هم قهر هستند. در اینجا درمانگر لازم است با پدر کودک تماس برقرار نماید و به وی اطلاع دهد که دخترش دچار اختلال روان‌شناختی و رفتاری شده است. جهت درمان دختر خود باید در جلسهٔ روان‌درمانی شرکت جوید و یا اینکه مادر کودک، پیامی با نظارت درمانگر به همسر دهد تا مشارکت او را در جلسهٔ درمان فراهم سازد. قبل از هر چیز لازم است، از طلاق والدین کودک، حتی‌الامکان ممانعت به عمل آورد. ابتدا خانواده‌درمانی جهت حل مشکلات موجود میان زوجین پیشنهاد می‌شود. سپس از فنون آگاهی بخشی به زوجین، تنظیم هیجانات آنها، آموزش مهارت‌های جدید ارتباطی بین زوجین، مانند کنترل خشم و نظایر آن استفاده شود، یا حتی اگر والدین تصمیم جدی به طلاق دارند، ارتباط دختر با پدر و مادر به‌طور مستمر و مسالمت‌آمیزی، باید حفظ شود.

روان‌درمانی زیبا

با توجه به سطح شناختی زیبا می‌توان از روان‌درمانی شناختی رفتاری حمایتی استفاده نمود. برنامهٔ فعال‌سازی رفتاری به‌صورت انجام تکالیف خانگی مورد علاقهٔ زیبا و مشغول کردن وی موجب کاهش نگرانی و نشخوارهای فکری وی می‌شود. شرکت در تفریحات دسته‌جمعی، حمایت معلم در مدرسه و تشویق وی در جهت جلب مشارکت زیبا در کلاس درس، شرکت در اردوهای جمعی، اداره کردن کلاس، تئاتر و غیره مفید است. در محیط منزل هیچ‌گونه اظهارنظری از جانب مادر و خانواده در مورد پدر زیبا وجود نداشته باشد. اجازه دهند که پدر با دختر خود ارتباط مستمر داشته باشد. مادر زیبا یا

1. Id
2. Ego

خانوادهٔ وی در خصوص مشکلات خود با همسر یا اطرافیان نباید در حضور زیبا صحبت کند. به مادر توصیه شود که همواره سعی کند حتی‌الامکان، در حالت خوشحالی و امیدواری با زیبا برخورد نماید. شرایطی فراهم شود تا زیبا با دوستانی که از سلامت روانی مطلوبی برخوردار بوده و از خلق شاد و بهنجاری برخوردار هستند، معاشرت کند.

هدف نهایی ارزیابی بالینی، دستیابی به راه‌حل‌های مؤثر برای حل مشکلی که کودک و خانواده‌اش با آن مواجه هستند می‌باشد. تمرکز ارزیابی بالینی، فراهم آوردن درک کاملی از وضعیت روان‌شناختی کودک با خانواده به‌عنوان یک مجموعهٔ کلی است.

متخصصان بالینی فرایند تصمیم‌گیری خود را با یک ارزیابی روان‌شناختی آغاز می‌کنند که می‌تواند شامل طیفی از مصاحبهٔ بالینی با کودک و والدین تا ارزیابی‌های رفتاری ساختاریافته و آزمون‌های رفتاری باشد. جهت ارزیابی روان‌شناختی کودک و خانوادهٔ وی، لازم است به عواملی مانند سن کودک، جنسیت، زمینه‌های ژنتیکی، عوامل فرهنگی اجتماعی، شخصیت والدین و روش‌های تربیتی آنها توجه داشت.

در ارزیابی رفتار کودک معمولاً شدت رفتار، تکرار، عمق و گستردگی مشکل و شرایطی که در آن رفتار مورد نظر بروز می‌یابد، مورد بررسی قرار می‌گیرد. اینکه در مواقع مختلف تظاهرات رفتار کودک، یکسان بوده یا گاهی اوقات از شدت بیشتری برخوردار است. در ارزیابی رفتار کودک باید به سن بروز رفتار، طول مدت آن، زمان بروز مشکل، مقایسهٔ رفتار کودک با رفتار همسن‌وسالان در شرایط بهنجار، اشخاص یا محل‌ها و زمان‌هایی که موجب تشدید رفتار نابهنجار می‌شوند، توجه داشت. به‌عنوان مثال کودک ممکن است هنگام ورود به منزل مادربزرگ، شیطنت نموده و رفتار ناسازگارانهٔ بیشتری از خود بروز دهد، یا اینکه در جمع همسن‌وسالان و بازی با آنها رفتار تخریبی وی افزایش یابد. صبح که از خواب برمی‌خیزد نابهنجاری رفتاری در وی بیشتر بوده یا شب که آمادهٔ به خواب رفتن است؟ اینها عواملی است که در ارزیابی رفتاری، لازم است مورد توجه قرار گیرد.

هدف از بررسی این همه عوامل و موقعیت‌های محیطی، زمانی و مکانی آغازکنندهٔ رفتار ناسازگار، پی بردن به ماشه‌چکان‌ها و عناصری است که موجب تحریک رفتار ناسازگار در کودک می‌شوند؛ زیرا می‌توان، از این اطلاعات، در برنامهٔ درمانی کودک استفاده کرد. به‌عنوان مثال: در مواردی مشاهده شده است که کودک در منزل خود دچار شیطنت و رفتار نابهنجار و ناسازگاری است؛ اما وقتی وارد منزل دیگران می‌شود، رفتار وی آرام و منضبط می‌گردد. لازم است همهٔ این عوامل در ارزیابی رفتاری مورد توجه قرار گیرد.

مثال بالینی اختلال افسردگی

«**مینا**» دختر ۱۳ ساله‌ای است که به‌اتفاق مادر خود به مرکز مشاوره و روان‌درمانی مراجعه کرده است. بر اساس روش بالینی که معمولاً متداول است، ابتدا با مادر مینا مصاحبهٔ بالینی به عمل آمد تا تمامی اطلاعاتی که در خصوص مشکل مینا وجود دارد، مشخص شود و در طول مراحل تحول مورد بررسی قرار گیرند. گام اول تشخیص است. در این مرحله، مادر کلیت مسئله را مطرح می‌کند. درمانگر برای پی بردن به جزئیات مشکل و فهم مطالبی که مادر کلی‌گویی کرده است، محور به محور با توجه به اطلاعات مورد نیاز از وی سؤال می‌کند.

درمانگر اطلاعاتی پیرامون هویت مراجع یعنی مینا از مادر سؤال می‌کند. از قبیل نام، سن، محل سکونت، تحصیلات مینا، شغل پدر و مادر، تعداد خواهر و برادران و ترتیب تولد مینا. سپس درمانگر باید به مادر در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات و اصل رازداری به‌ویژه در مواردی که خانواده از جایگاه اجتماعی اقتصادی خاصی در محل برخوردار باشند، توضیح داده و اطمینان‌بخشی کند.

درمانگر: ممکن است در خصوص مسئله و مشکل مینا توضیح بفرمایید.

مادر: مینا فرزند اول من بوده و الان کلاس هفتم است. نسبت به همسن‌وسالان خودش بسیار غمگین و بدخلق است. بهانه‌جویی می‌کند. بر اثر کوچک‌ترین انتقاد یا ناکامی، عصبی و پرخاشگر شده و بلافاصله گریه می‌کند. علاقه‌ای به حمام رفتن و رعایت بهداشت شخصی و نظم اتاقش ندارد. صبح که از خواب بیدار می‌شود، علی‌رغم خواب خوبی که داشته دچار احساس بی‌حالی و خستگی است. نسبت به همسن‌وسالان خود فاقد شور و نشاط و اشتیاق است. مدتی است که حتی به اسباب‌بازی‌های خود علاقه نشان نمی‌دهد. با اینکه انواع اسباب‌بازی را در اختیار دارد؛ ولی انگیزه‌ای برای بازی با عروسک‌های خود نشان نمی‌دهد. وقتی صبح‌ها او را به مدرسه می‌برم شروع به بهانه‌جویی و غُر زدن کرده یا وانمود می‌کند که دل‌درد و تهوع دارد. در مدرسه بسیار خجالتی و منزوی است. اصلاً قادر به دوست‌یابی نیست. زنگ تفریح و ورزش در کلاس می‌ماند و رغبتی به بازی و ورزش که مورد علاقهٔ اغلب دانش‌آموزان است، نشان نمی‌دهد. هنگام مراجعت از مدرسه دائماً از اینکه همکلاسی‌هایش او را دوست ندارند و با او دوست نمی‌شوند، ابراز ناراحتی می‌کند.

درمانگر: چه مدتی است که دچار این حالت شده است؟

مادر: از بچگی خلق خوبی نداشته؛ اما الان حدود ۲ سال است که دچار ناراحتی شده است.

درمانگر: لطفاً توضیح بفرمایید که طی این ۲ سال، استرس یا مشکل حادی برای مینا یا خانواده‌اش رخ داده است؟ مثلاً دوستی یا عزیزی را از دست داده یا با شکست تحصیلی یا تغییری در زندگی

مواجه شده است، یا اینکه علایم به‌تدریج در روند تحول وی نمایان شده‌اند.

مادر: البته بین من و پدرش، دائماً جروبحث و عدم تفاهم وجود دارد. طی این مدت چند بار قصد طلاق و جدایی داشتم. چندین بار به‌صورت قهر منزل را ترک کردم، بعد با وساطت دیگران و قول و قرارهایی که پدرش به من می‌داد مجدداً به زندگی برگشتم. در همین فاصله، ناخواسته باردار شدم و حدود ۲ سال گذشته فرزند دوم من به دنیا آمد. خودم روحیهٔ خوبی نداشتم؛ زیرا ازدواج من سنتی بوده است. خانواده‌ام خیلی اصرار داشتند با همسرم ازدواج کنم. وی تحصیل‌کرده است و شغل خوبی دارد. دیگران او را فردی موفق می‌دانند؛ اما پرخاشگر است و اصلاً به نیازهای عاطفی من و فرزندانم توجه نمی‌کند. همهٔ امور منزل، اعم از خرید مایحتاج زندگی، پخت‌وپز، نظافت و غیره به عهدهٔ من است و همسرم هیچ‌گونه کمکی به من نمی‌کند.

درمانگر: مستحضر هستید که رفتار کودک حاصل عوامل وراثتی و محیطی؛ یعنی الگوی تربیتی خانواده، جو عاطفی و شخصیت والدین است. روش‌های تربیتی والدین به‌ویژه مادر، نقش مهمی در شکل‌گیری شخصیت و رفتار کودک دارد. برای اینکه بهتر بتوانم به شما کمک کنم و ان‌شاءالله تغییرات رفتاری مورد نظر شما در مینا رخ دهد، ابتدا اطلاعات مورد نیاز جهت تشخیص علل و عوامل دخیل در مشکل مینا را بررسی می‌کنیم، سپس با توجه به اینکه مشکل مینا از مشکل شما و همسرتان جدا نبوده بلکه تأثیرات متقابلی بر هم دارید، به اطلاعاتی در خصوص ویژگی‌های شخصیتی و روش‌های تربیتی شما و همسرتان نیاز است که به آن می‌پردازیم.

درمانگر: آیا مینا قبلاً داروی خاصی مصرف می‌کرده یا دچار بیماری جسمانی خاصی بوده است یا اینکه قبلاً به روان‌شناس و مشاور یا روان‌پزشک مراجعه کرده است؟

مادر: مینا مدتی دچار مشکلات گوارشی مانند یبوست، نفخ و دل‌درد بود؛ اما الان کمتر شده است. مینا داروی خاصی مصرف نمی‌کند. قبلاً یک بار او را نزد مشاور بردم. همین‌طور مشاور مدرسه هم یک بار مرا فرا خواند، علی‌رغم اینکه تلاش‌هایی در این خصوص داشتم؛ اما نتیجه‌ای حاصل نشد.

درمانگر: خوب لازم است بدانید که مشکلات مینا به‌طور حاد ایجاد نشده است؛ بلکه به‌تدریج از بدو تولد تاکنون عواملی موجب اختلال وی شده است. مسلماً رفع مشکل مینا مستلزم چند جلسه مشاوره و روان‌درمانی است. از همه مهم‌تر، شما و همسرتان باید در فرایند درمان مشارکت نموده و مورد ارزیابی بالینی و درمان روان‌شناختی قرار گیرید. حل مشکل موجود میان شما و همسر، گامی مهم در درمان مینا است.

مادر: تصمیم گرفتم که در درمان دخترم جدی باشم و با شما همکاری کنم.

درمانگر: آیا مینا دچار اضطراب، دلهره، تشویش و یا ترس‌های خاصی است؟

مادر: مینا در دوران بچگی از حیوانات می‌ترسید. اکنون دچار ترس از تاریکی است و همیشه دوست دارد کنار من بخوابد. دستم را می‌گیرد تا خوابش ببرد. صبح‌ها، هنگام رفتن به مدرسه یا وقتی امتحان دارد به‌شدت دچار اضطراب می‌شود.

درمانگر: چه علایمی به لحاظ فیزیولوژیکی در وی وجود دارد که بیانگر اضطراب است؟

مادر: رنگش می‌پرد، دست‌هایش می‌لرزد و می‌گوید که دچار تپش قلب است.

درمانگر: آیا همیشه احساس غمگینی دارد یا گاه‌گاهی است؟ علاوه بر آن، دوره‌هایی از نشاط فراوان و سرخوشی هم داشته است؟

مادر: نه. همیشه غمگین است؛ اما حدود ۳ هفته است که زیاد گریه می‌کند، کم‌حرف شده و ترجیح می‌دهد تنهایی در اتاق به‌سر ببرد و علاقه‌ای به تفریح، تلویزیون یا بیرون رفتن از منزل نشان نمی‌دهد.

درمانگر: خواب و اشتهایش چطور است؟

مادر: اشتهایش خیلی کم شده و با اصرار و به‌زور غذا می‌خورد، به همین دلیل کاهش وزن پیدا کرده است و اشتهایی به بسیاری از غذاهایی که قبلاً دوست داشت مانند پیتزا ندارد. هم‌چنین دچار بی‌خوابی شده و خوابش خیلی کم شده است، یا در طول شب خواب راحتی ندارد و مرتب از خواب بیدار می‌شود.

درمانگر: قبلاً به چه فعالیت‌هایی علاقه داشته است؟ آیا هنوز هم آن فعالیت‌ها را با علاقه انجام می‌دهد؟

مادر: قبلاً کلاس زبان و موسیقی می‌رفت و خیلی هم علاقه‌مند بود؛ اما الان کلاس نمی‌رود و علاقه‌ای نشان نمی‌دهد. اصلاً انگیزهٔ انجام کاری را ندارد، حتی حوصلهٔ حمام رفتن یا تمیز کردن اتاق و بهداشت شخصی خودش را هم ندارد و مجبورم کارهایش را خودم انجام دهم.

درمانگر: آیا وسواس دارد؟ مثلاً عملی را چند بار انجام دهد، دست‌هایش را زیاد بشوید یا مرتب در و پنجره یا لوازم خود را چک کند؟

مادر: مینا رفتار وسواسی ندارد؛ اما من وسواس شستشو دارم.

درمانگر: آیا مینا از موقعیت یا مکان خاصی وحشت داشته یا به‌شدت هراس دارد؟ مثلاً ترس از خون، حیوانات، آسانسور، پل، هواپیما یا غیره؟

مادر: خیر، فقط از تاریکی می‌ترسد؛ البته کمی بهتر شده است.

درمانگر: دورانی که مینا را بارداری بودید، حال و روحیه‌تان چطور بوده است؟

مادر: در دوران بارداری بد ویار بودم، خیلی هم استرس داشتم چون وضع اقتصادی ما اصلاً مساعد نبود، همسرم تازه سر کار رفته بود و مجبور بودیم با خانوادهٔ همسرم زندگی کنیم. دخالت‌های فراوانی در زندگی ما بود. آن ایام بدترین اوقات زندگی من بوده و همیشه در حال قهر و گریه بودم.

درمانگر: در بدو تولد، رفتار مینا چگونه بوده است؟ به‌عنوان مثال: آیا بیش‌ازحد بی‌قرار و ناآرام و در حال گریه بوده یا آرام بوده است؟

مادر: از بدو تولد خیلی بغلی بود. دائماً گریه می‌کرد. من خیلی اذیت شدم، گاهی او را می‌زدم و گریهٔ او هم بیشتر می‌شد.

درمانگر: در سه سال اول زندگی، مشکل خاصی مانند شب‌ادراری، اختلال تکلم، مکیدن انگشتان، راه رفتن در خواب و موارد دیگر داشته است؟

مادر: مشکل خاصی نداشته فقط زمانی که او را از شیر گرفتم مدتی انگشتان شست خود را می‌مکید الان هم هرگاه تلویزیون نگاه می‌کند، دچار هیجان شده و انگشت خود را می‌مکد.

درمانگر: در دوران تحصیلات ابتدایی، رابطهٔ او با همسن‌وسالان خود یا اولیای مدرسه چگونه بوده است؟

مادر: در دوران مدرسه، معلم‌هایش می‌گفتند که گوشه‌گیر و خجالتی بوده است و هنگام نوشتن تکالیف درسی، تمرکز نداشته و دچار حواس‌پرتی بوده است.

درمانگر: مینا اوقات فراغت خود را چگونه طی می‌کند. لطفاً علایق و سرگرمی‌های او را توضیح دهید.

مادر: قبلاً به موسیقی، زبان و نقاشی علاقه‌مند بود؛ اما مدتی است که اغلب منزوی شده و علاقه‌ای به چیزی نشان نمی‌دهد.

درمانگر: رابطهٔ شما با همسرتان چگونه است؟

مادر: من خودم احساس افسردگی دارم، همسرم اغلب مشغول است. وقتی از سر کار برمی‌گردد، همیشه خسته بوده و توجهی به من و بچه‌ها ندارد. عصر که از خواب بیدار می‌شود، وقت خود را با روزنامه یا تلویزیون سپری می‌کند. اصلاً با ما حرف نمی‌زند. برای فرزندان خود وقت نمی‌گذارد. همسرم بداخلاق و پرخاشگر است و مرا خیلی ناراحت می‌کند. او همیشه در حضور جمع خانواده‌اش و نامزد سابقش مرا ضایع می‌کند. این مسئله مرا خیلی عصبانی کرده و تأثیر بدی بر روحیه‌ام گذاشته است. همیشه احساس حقارت می‌کنم و همسرم اعتمادبه‌نفس مرا نابود کرده است.

درمانگر: بسیار خوب، لطفاً برای اجرای آزمونی که حاوی چند سؤال است به اتاق مجاور تشریف ببرید. لطفاً سؤالات را به‌دقت خوانده و پاسخ دهید. سعی کنید که حتی‌الامکان، صادقانه

جواب دهید. الان نوبت مینا است تا با او مصاحبه کنم و او را مورد ارزیابی قرار دهم (مینا وارد اتاق درمانگر می‌شود).

درمانگر: حالت چطور است عزیزم؟ خیلی خوش‌آمدی، اسم شما چیست، لطفاً خودت را معرفی کن و بفرما کلاس چندم هستید؟

مراجع: سلام، من مینا هستم و الان کلاس هفتم هستم.

درمانگر: مینا جان، بسیاری از همکلاسی‌های شما به اینجا می‌آیند و دربارهٔ مشکلات خود در مدرسه، منزل یا انتظاری که از والدین خود دارند، صحبت می‌کنند، شما هم راحت باشید و در خصوص مسائل مختلف زندگی، اهداف و آرزوها، رابطه با پدر و مادر، استرس‌های زندگی یا هر مسئله‌ای که دوست دارید صحبت کنید، مطمئن باشید که همه چیز کاملاً محرمانه می‌ماند.

مراجع: لطفاً شما از من سؤال کنید.

درمانگر: دوست داری بیشتر در منزل باشی یا در مدرسه؟

مراجع: منزل.

درمانگر: حال و روحیه‌ات چطور است؟ لطفاً توضیح بده؟

مراجع: حالم اصلاً خوب نیست.

درمانگر: ممکن است بیشتر توضیح دهید که چه احساسی دارید؟

مراجع: همیشه غمگین و ناراحتم. دلتنگ و بی‌قرارم. اشتهایی به غذا ندارم و خوابم بد است. انگیزه‌ام را به زندگی از دست دادم و آرزوی مرگ می‌کنم.

درمانگر: چه مدتی است که دچار این حالت شدید؟ آیا مشکل خاصی برای شما رخ داده است؟ لطفاً توضیح دهید.

مراجع: من از دعوای پدر و مادرم می‌ترسم، آنها جلوی ما کتک‌کاری می‌کنند، پدرم همیشه مادرم را کتک می‌زند. مادرم هم قهر می‌کند و به منزل پدرش می‌رود. پدر و مادرم همیشه به من گیر می‌دهند. پدرم بهتر است؛ اما مادرم مرا کتک می‌زند. وقتی به من درس می‌دهد و متوجه نمی‌شوم، مرا مسخره می‌کند و به من می‌گوید خنگول! باز هم جواب ندادی.

درمانگر: به‌غیر از دعوای پدر و مادرت چه مشکل دیگری در زندگی برای شما رخ داده است؟

مراجع: من در مدرسه فقط یک دوست دارم به نام مریم، حرف‌هایم را به او می‌گویم، مادرم با من مهربان نیست؛ اما مریم به من گوش می‌دهد و خیلی مهربان است. با هم درس می‌خوانیم و خیلی دوستش دارم؛ اما ۲ ماه پیش تصادف کرده و الان مدتی است که بستری شده و من خیلی تنها شدم.

درمانگر: ان‌شاءالله حال دوستت خوب می‌شود. مسلماً الان تحت درمان است و مدتی زمان لازم است تا حالش کاملاً خوب شود، خوب لطفاً توضیح دهید عملکرد درسی و وضع تحصیلی شما چطور است؟

مراجع: من قبلاً زرنگ بودم و نمرات خوبی می‌گرفتم؛ اما در این مدتی که مریض شدم، درسم ضعیف شده و اغلب سر کلاس، حواسم پرت می‌شود.

درمانگر: موقع درس خواندن به چه چیزی فکر می‌کنی؟

مراجع: به دوستم فکر می‌کنم، به دعوای پدر و مادرم، اصلاً مرا درک نمی‌کنند. به‌خاطر هر چیز کوچکی به هم گیر می‌دهند، جلوی ما همدیگر را کتک می‌زنند، بعد که پیش مادرم می‌روم، می‌گوید حوصله‌ات را ندارم برو پیش بابات. وقتی پیش پدرم می‌روم، مرا تحویل نمی‌گیرد و می‌گوید برو پیش مادرت، به هم دیگه پاسم می‌دهند. آخر مگر من با آنها دعوا کردم که باید این‌طوری با من برخورد کنند؟

درمانگر: خواب شب شما چطور است؟

مراجع: شب خواب بد و وحشتناک می‌بینم و می‌ترسم دوباره بخوابم.

درمانگر به مادر توضیح می‌دهد که جلسهٔ آینده همراه با همسر خود مراجعت کنید؛

درمانگر: لازم است قبل از اینکه فرزندت تحت درمان قرار گیرد، شما و همسرتان ارزیابی بالینی شده و تحت درمان قرار بگیرید تا مشکلات شما رفع شود. فرزند شما دچار افسردگی است. اگر انتظار بهبودی وی را دارید در وهلهٔ اول باید شیوهٔ برخورد با کودک را تغییر دهید و اصلاح کنید. مشکلات شما و همسرتان باید بررسی و رفع شود. طی این مدت نباید جلوی فرزند خود دعوا و جروبحث داشته باشید. روش برخورد شما با فرزندتان باید تغییر کند. از کلمات تحقیرکننده استفاده نکنید. لازم است بدانید که فرزند شما احتیاج به زمان کافی و فرصت مناسب دارد. باید برای او وقت کافی بگذارید. دوستی را برای وی اختیار کنید که خلق و روحیهٔ شادی داشته باشد. فرزند شما باید هر روز صبح دوش بگیرد تا احساس شادی و آرامش کند. یکسری مهارت‌های مورد علاقه‌اش را برای وی مشخص کنید تا آنها را انجام دهد و مورد تشویق قرار گیرد. جلسهٔ آینده به‌اتفاق همسر خود تشریف بیاورید.

جلسه سوم

مادر به‌اتفاق فرزند خود مینا و پدر مراجعه می‌کند.

ابتدا درمانگر با مادر مراجع مصاحبه می‌کند.

درمانگر: خوب حال دخترتان چطور است؟

مادر: الحمدالله کمی بهتر است.

درمانگر: لطفاً همهٔ فعالیت‌های خانگی را که هفتهٔ قبل برای شما مشخص کردم توضیح دهید. گزارشی از تکالیف خانگی جلسهٔ قبل مانند اجتناب از مشاجره با همسر، برقراری رابطهٔ صمیمانه عاری از تحقیر مینا، درک و همدلی، گوش دادن و توجه به صحبت‌های وی، روش‌های تشویقی به‌کار رفته، برنامه‌های تفریحی و شادی‌آفرینی که جلسهٔ قبل تعیین شده بود و قرار بود اجرا کنید را بفرمایید.

مادر: تمامی فعالیت‌ها و تکالیف خانگی را توضیح داد و اظهار داشت که حال دخترش کمی بهتر شده است؛ اما لازم است پدر، در برنامهٔ درمانی بیشتر همکاری کند.

درمانگر: بسیار خوب، الان لازم است که با پدر مصاحبه شود (پدر وارد می‌شود).

درمانگر: حالتان چطور است؟ خیلی خوش آمدید. با همسر و فرزند شما مصاحبهٔ بالینی انجام شد و مورد ارزیابی روانی قرار گرفتند. لطفاً در خصوص رفتار همسر و انتظاراتی که از وی دارید، جو عاطفی خانواده، رفتار و مشکل دخترتان، صحبت بفرمایید و توجه داشته باشید که مشکلات فرزند شما انعکاسی از رفتار، شخصیت و تعاملات شما با هم است.

پدر: فکر می‌کنم بسیاری از مشکلات فرزندم ناشی از عدم تفاهم میان من و همسرم است. همسرم بسیار کمال‌گرا بوده و انتظار فراوانی از فرزند خود دارد. در مواردی که فرزندش خطا می‌کند، خیلی به او گیر می‌دهد و حتی او را تنبیه بدنی می‌کند.

درمانگر: مسلماً تغییرات مطلوب و مورد نیاز فرزندتان باید در رفتار همسرتان ایجاد شود تا او را درک نموده و انتظاری بیش‌ازحد توانایی فرزندش نداشته باشد. با توجه به اینکه شما پدر زحمتکشی هستید و با کار و تلاش زیاد سعی در تأمین آسایش و رفاه خانواده می‌کنید؛ اما به‌عنوان پدر و برای ایفای نقش تربیتی خود، چقدر برای فرزند خود وقت می‌گذارید و ارتباط حسنه با فرزند یا مادر او دارید؟

پدر: خوب من خیلی پرکار هستم و قادر نیستم وقت کافی برای فرزندم اختصاص دهم. سعی می‌کنم از این به بعد کارم را کم کنم و برای فرزند و خانواده‌ام وقت بیشتری بگذارم.

درمانگر: آیا به همسر خود توجه دارید؟ به‌هرحال او به محبت و توجه شما نیاز دارد و دوست دارد که مورد مهر و محبت شما قرار گیرد. توجه داشته باشید که هرقدر میزان رضایت از زندگی در همسرتان افزایش یابد تأثیر مثبتی بر کیفیت زندگی شما و فرزندتان خواهد داشت.

پدر: اینکه من به همسرم توجه ندارم دلیلی وجود دارد و آن این است که او نسبت به افراد خانواده‌ام، پدر، مادر و خواهرانم بسیار حساس است. همسرم همیشه نزد خانواده‌اش به‌سر

می‌برد؛ اما نسبت به خانواده‌ام خیلی حساس و نکته‌سنج بوده و از آنها گریزان است. حتی اجازه نمی‌دهد که به راحتی به آنها سر بزنم. در هیچ زمینه‌ای با من تفاهم ندارد و همیشه مخالف من است.

درمانگر: رفتار همسر شما در خصوص خانواده و فرزندتان چه احساسی را در شما ایجاد کرده است؟

پدر: خیلی ناراحت می‌شوم؛ زیرا من به خانوادهٔ همسرم خیلی احترام می‌گذارم؛ اما همسرم به خانواده‌ام بی‌حرمتی می‌کند. دائماً مادرم را مورد تمسخر قرار می‌دهد. از افراد فامیلم ایراد می‌گیرد و آنها را مسخره می‌کند. هر وقت می‌خواهم با او به خانواده‌ام سر بزنم، همیشه ترس و نگرانی دارم که خدایا به‌خیر بگذرد تا دعوایی درست نکند و مبادا از چیزی ناراحت شود! رفتار همسرم قابل پیش‌بینی نیست. اصلاً موقعیت‌سنج نبوده و ممکن است جلوی افراد خانواده و فامیلم، بر اثر جزئی‌ترین مسئله‌ای عصبانی شده و قادر نباشد خشم خود را کنترل کند. خیلی زود برافروخته می‌شود و دعوا به‌پا می‌کند. مثل بچه‌ها قهر کرده و بدون خداحافظی منزل پدر یا دیگران را ترک می‌کند. جالب است که برای هر حرف و حرکت دیگران مرتب از من گله‌مند بوده و مرا مقصر می‌داند.

درمانگر از والدین تقاضا می‌کند که هر دو حضور یابند تا در خصوص برنامهٔ درمانی مینا توضیحاتی دهد. درمانگر اظهار داشت که درمان و بهبودی مینا مشروط بر خاتمهٔ مشکلات میان شما پدر و مادر و تلاشتان برای ایجاد تغییرات اساسی در روش زندگی و شیوهٔ برخورد شما با همدیگر است. درمانگر از آنها خواست که مورد ارزیابی بالینی قرار گیرند تا نسبت به رفتار خود آگاه شوند. انتظارات آنها از همدیگر مشخص شود. روش کنترل خشم را یاد بگیرند. از درمان شناختی-رفتاری به‌صورت انفرادی و سپس زوجی در مورد والدین استفاده خواهد شد. قرارداد رفتاری میان آنها تنظیم می‌شود تا ملزم به انجام تکالیف خانگی و تحقق انتظارات خود از همدیگر شوند. درمانگر بر درمان و آموزش همزمان والدین و فرزند آنها تأکید دارد.

در این مبحث به بررسی انواع اختلال‌های افسردگی در دورهٔ کودکی بر مبنای طبقه‌بندی DSM-5 می‌پردازیم.

اختلال بی‌نظمی خلق اخلال‌گرانه

همان‌طور که قبلاً ذکر شد، در طبقهٔ تشخیصی اختلال‌های افسردگی بر مبنای DSM-5، برای کودکان یک طبقهٔ تشخیصی به نام اختلال بی‌نظمی اخلال‌گرانه اضافه شده است.

ویژگی اصلی اختلال بی‌نظمی خلق اخلال‌گرانه عصبانیت، تحریک‌پذیری مزمن، شدید و مستمر است. تحریک‌پذیری و طغیان خشم و زود از کوره در رفتن به‌صورت مکرر، هنگام ناکامی و عدم تأمین نیازهای کودک رخ می‌دهد که معمولاً به‌صورت کلامی یا غیرکلامی و رفتاری بروز می‌یابد. پرخاشگری به‌سوی خود، دیگران یا اموال نمایان می‌شود. به‌عنوان مثال کودک ممکن است شروع به پرت کردن و شکستن اشیاء و لوازم منزل، زدن خود یا دیگران کند. این رفتار به مدت ۳ بار در هفته و حداقل به مدت ۱ سال باید تداوم داشته باشد.

هم‌چنین رفتار فقط در منزل رخ ندهد؛ بلکه در بیرون از منزل هم مشاهده شود. خلق کودک در فواصل بین طغیان‌های خشم، تحریک‌پذیر و عصبانی است، در حدی که این رفتار برای دیگران قابل مشاهده است. ویژگی اصلی این اختلال تحریک‌پذیری مزمن، مداوم و شدید است و از اختلال دوقطبی کودک که به‌صورت دوره‌ای رخ می‌دهد، متمایز است.

ملاک‌های تشخیصی اختلال بی‌نظمی خلق اخلال‌گرانه بر مبنای DSM-5

A. دوره‌های مکرر از خشم شدید که به‌صورت کلامی یا رفتاری (پرخاشگری جسمانی به افراد یا اموال) بروز می‌یابد که با موقعیت تحریک‌کننده نامتناسب است.

B. وجود طغیان‌های خشم که با سطح رشد فرد هماهنگ نبوده و عدم پختگی در رفتار و تکانشی بودن را نشان می‌دهد.

C. طغیان‌های خشم به‌طور متوسط، ۳ بار یا بیشتر در هفته رخ می‌دهد.

D. وجود خلق تحریک‌پذیر و برانگیخته، بین طغیان‌های خشم در اغلب اوقات روز که برای دیگران (والدین، همسالان و معلمان) قابل مشاهده است.

E. ملاک‌های فوق به مدت ۱۲ ماه یا بیشتر وجود داشته باشند.

F. ملاک‌های فوق حداقل در ۳ موقعیت (منزل، مدرسه، همسالان) وجود داشته باشند و حداقل در یکی از این موقعیت‌ها شدیدتر باشند.

G. نشانه‌ها قبل از ۱۰ سالگی آشکار شوند.

H. نشانه‌ها منحصراً در طول دورهٔ اختلال افسردگی اساسی یا بیماری جسمانی دیگر، مانند اختلال اوتیسم، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال اضطراب جدایی و اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خویی) رخ نداده باشد.

این اختلال همراه با اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای، اختلال انفجاری متناوب یا اختلال دوقطبی وجود نداشته باشد. البته می‌تواند همراه با اختلال‌های دیگر مانند اختلال افسردگی اساسی، اختلال کاستی توجه/ بیش‌فعالی، اختلال سلوک و اختلال مصرف مواد وجود داشته باشد. در کودکانی که نشانه‌های

اختلال بی‌نظمی خلق و اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای را توأم داشته باشند فقط می‌توان تشخیص اختلال بی‌نظمی خلق اخلال‌گرانه را مطرح کرد. اگر فردی قبلاً دورهٔ مانیک یا هیپومانیک را تجربه کرده باشد، نباید تشخیص اختلال بی‌نظمی خلق اخلال‌گرانه را برای وی مطرح کرد.

این نشانه‌ها ناشی از اثرات فیزیولوژیک مواد یا بیماری جسمی و عصبی نباشد.

روند شکل‌گیری اختلال بی‌نظمی خلق اخلال‌گرانه

نشانه‌های اختلال بی‌نظمی خلقی اخلال‌گرانه باید قبل از ۱۰ سالگی آغاز شود. هم‌چنین نباید این تشخیص در مورد کودکان زیر ۶ سال داده شود. ویژگی اصلی اختلال میزان تحریک‌پذیری مداوم، شدید و مستمر است که در دورهٔ کودکی و نوجوانی شایع است.

اختلال بی‌نظمی خلق اخلال‌گر قبل از نوجوانی شایع‌تر از اختلال دوقطبی است و هنگامی‌که کودک به بزرگسالی می‌رسد نشانه‌ها عموماً باقی نمی‌مانند.

مثال بالینی اختلال بی‌نظمی اخلال‌گرانه

«**سهیل**» پسر ۱۰ ساله‌ای است که همراه پدر خود به مرکز مشاوره و روان‌درمانی مراجعه کرده است. پدر اظهار داشت هنگامی‌که سهیل متولد شد، دچار بی‌قراری بوده و کودک ناآرامی بوده است. در اوایل کودکی تحریک‌پذیر و پرخاشگر بوده است؛ اما اکنون حدود یک سال است که به‌طور انفجاری و نامتناسب با موقعیت‌ها، پرخاشگری می‌کند و در چنین شرایطی، لباسش را پاره کرده، موبایل یا هر شیئی را که در دست داشته باشد پرت می‌کند. اگر از دست کسی ناراحت شود، بلافاصله عصبانی شده و به‌طرف او حمله‌ور می‌شود. هفتهٔ گذشته در مدرسه در حین درگیری با یکی از دوستانش، شروع به کتک‌کاری نموده و او را زخمی می‌کند. بارها به خاطر این رفتار به مدرسه احضار شده‌ایم. رفتار سهیل قابل پیش‌بینی نیست و همواره باید مراقبش باشیم تا مسئله‌ای برخلاف میل او در منزل رخ ندهد. در فروشگاه و بازار چندین بار با دیگران درگیر شده و اقدام به کتک‌کاری نموده است. در دعوایی که با برادر خود در منزل داشته است، چاقو را به طرف او پرتاب کرده و این مسئله موجب زخمی شدن برادرش شده است.

اختلال افسردگی اساسی

ویژگی اصلی اختلال افسردگی اساسی، خلق افسرده یا فقدان علاقه و لذت در تمام فعالیت‌های روزمرهٔ زندگی که حداقل به مدت ۲ هفته وجود داشته باشد. در کودکان و نوجوانان، خلق به‌جای غمگینی ممکن است تحریک‌پذیر باشد. تغییر در اشتها و وزن، خواب، کاهش انرژی، احساس گناه،

خودخوارپنداری و بی‌ارزشی، اشتغالات ذهنی منفی، اشکال در تمرکز، تردید در تصمیم‌گیری، افکار مربوط به مرگ، فکر یا اقدام به خودکشی نیز از علایم دیگر افسردگی است که در نوجوانان و افراد بزرگسال مشاهده می‌شود. این نشانه‌ها باید در اغلب اوقات روز و حداقل به مدت ۲ هفتهٔ متوالی وجود داشته باشد. هم‌چنین، این دوره ناراحتی قابل ملاحظه‌ای در کنش‌وری اجتماعی، تحصیلی و حرفه‌ای فرد ایجاد می‌کند. البته در دوره‌های خفیف‌تر، ممکن است عملکرد فرد با تلاش فراوان نسبتاً طبیعی به‌نظر رسد. وجود خلق افسرده در فرد را می‌توان از حالت چهره و رفتار وی استنباط کرد. گاهی اوقات به‌جای اظهار غمگینی، فرد شکایت‌های جسمانی را مطرح می‌کند یا اینکه طغیان‌های خشم در وی به‌وجود می‌آید. معمولاً در کودکان و نوجوانان، خلق تحریک‌پذیر به‌عنوان علامت غالب بر احساس غمگینی ایجاد می‌شود. فقدان علاقه یا لذت همواره در طول نشانگان اختلال، در افراد افسرده وجود دارد. به چیزی اهمیت نمی‌دهند و فعالیت‌ها یا موقعیت‌هایی که قبلاً برای آنها لذت‌بخش بوده است بی‌معنی می‌شود. میزان تکلم آنها کاهش می‌یابد و در انزوا به‌سر می‌برند. در حدی که رفتار آنها برای دیگران مشهود است. علاقهٔ جنسی کاهش می‌یابد، حتی اگر فرد عاشق کسی بوده است. میزان عشق و علاقهٔ وی کاهش می‌یابد. تغییر در اشتها و کاهش یا افزایش وزن به‌وجود می‌آید، البته در کودکان بیشتر کاهش وزن مشاهده می‌شود. علامت دیگر، اختلال در خواب است که به‌صورت مشکل در به‌خواب رفتن یا خوابیدن مفرط نمایان می‌شود. بی‌خوابی اولیه زمانی است که فرد در به خواب رفتن و شروع آن مشکل دارد؛ اما بی‌خوابی پایانی یعنی فرد مشکلی در به خواب رفتن ندارد؛ لیکن زود بیدار شده ولی در برگشت خواب دچار مشکل می‌شود. در تحقیقات پیشین، در نوجوانان طولانی شدن دوره‌های خواب گزارش شده است (DSM, ۲۰۱۳).

تغییرات روانی- حرکتی به‌صورت بی‌قراری، قدم زدن یا کندی در حرکات و کلام، بالا رفتن زمان واکنش و تأخیر در انجام امور، کندی فکر و تأخیر در حل مسئله، در حدی که برای دیگران مشهود باشد.

کاهش انرژی و خستگی که با مقدار فعالیتی که فرد انجام داده است نامتناسب باشد. فرد بیمار حوصلهٔ انجام کاری را ندارد. احساس گناه و بی‌ارزشی در حدی که بیمار خود را در هر زمینه‌ای که حتی ارتباطی به تلاش وی نداشته، مقصر می‌داند. احساس مسئولیت مفرط در امور مختلف زندگی و رویدادهای ناگوار دارند. دچار اشکال در تمرکز بوده و از حواس‌پرتی و افت حافظه و فراموشی شکایت دارند. در کودکان به‌دلیل حواس‌پرتی و اشکال در تمرکز، فعالیت‌های درسی و تحصیلی به‌طور چشمگیری نسبت به سابق افت می‌کنند. معمولاً خانواده‌ها شکایت دارند که قبلاً کودک یا نوجوان ما بسیار زرنگ بوده؛ اما مدتی است که کاملاً افت کرده و برای آنها عجیب به‌نظر می‌رسد. به‌دلیل ناامیدی، عدم لذت بردن از فعالیت‌های مختلف زندگی، خسته شدن از علایم بیماری، وجود این تفکر که به‌دلیل بیماری موجب ناراحتی مفرط خانواده شده‌اند، موجب می‌شود که آنها فکر خودکشی داشته و در مواردی

اقدام به خودکشی کنند (کارپو، جوفی، آلتون، سوویساری، ایسومتسا[1] و همکاران، ۲۰۱۶).

بر اساس گزارش DSM-5 زنان، افسردگی اساسی را بیشتر از مردان به میزان ۳ برابر تجربه می‌کنند و معمولاً افسردگی زنان در اوایل نوجوانی شروع می‌شود. شروع افسردگی اساسی در نوجوانی، احتمال عود آن را افزایش می‌دهد.

توجه: نشانه‌های افسردگی اساسی باید از واکنش سوگ تشخیص افتراقی داده شود و علایم نباید در نتیجهٔ حوادث دردناک زندگی مانند داغ‌دیدگی و از دست دادن عزیزان، حوادث غیرمترقبهٔ طبیعی یا از دست دادن شغل رخ داده باشد. در نتیجه واکنش سوگ، ممکن است علایمی شبیه افسردگی اساسی رخ دهد. البته تفاوت‌هایی وجود دارد: به این صورت که در افسردگی اساسی، خلق افسردهٔ مداوم توأم با فقدان لذت وجود دارد، درحالی‌که در واکنش سوگ عاطفهٔ غالب، احساس پوچی و فقدان است. نشانه‌های بالینی در واکنش سوگ موقت بوده و ظرف چند روز تا چند هفته از بین می‌روند و فرد به‌طور ناگهانی هنگام یادآوری فرد متوفی دچار اندوه سوگ می‌شود درحالی‌که در افسردگی اساسی، علایم دیرپا بوده و غمگینی همواره بر خلق فرد مستولی است. معمولاً خلق افسرده به دل‌مشغولی خاصی محدود نمی‌شود، درحالی‌که در واکنش سوگ، دل‌مشغولی‌ها اغلب در ارتباط با فرد متوفی است. در واکنش سوگ، عزت‌نفس نسبتاً محفوظ است؛ اما در اختلال افسردگی اساسی، فرد احساس پوچی و بی‌ارزشی می‌کند. البته اگر در واکنش سوگ احساس حقارت وجود دارد، بیشتر به این خاطر است که فرد احساس می‌کند در زمان حیات فرد متوفی، قصور نموده و نتوانسته است به او خدمت کند. در واکنش سوگ، اگر فرد به فکر مرگ باشد، بیشتر به خاطر پیوستن به فرد متوفی است؛ اما در اختلال افسردگی اساسی، افکار مرگ و خودکشی به‌دلیل احساس بی‌ارزشی، ناامیدی، فقدان لذت از زندگی و رهایی از رنج افسردگی است (کارپو و همکاران، ۲۰۱۶).

ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی بر اساس DSM-5

A. وجود حداقل یکی از نشانه‌های (۱. خلق افسرده، ۲. فقدان علاقه و انگیزه به زندگی یا لذت) و هم‌چنین ۵ نشانه یا بیشتر از نشانه‌های زیر در طول مدت ۲ هفته در حدی که عملکرد قبلی فرد به‌طور فاحشی کاهش یابد.

باید توجه داشت که نشانه‌ها ناشی از بیماری جسمی یا عارضهٔ طبی نباشند.

۱. وجود خلق افسرده در اغلب اوقات روز که به‌طور ذهنی تجربه شده و توسط فرد گزارش می‌شود (احساس غمگینی و پوچی، ناامیدی و سردرگمی) یا دیگران مشاهده می‌کنند (فرد غمگین و مضطرب به‌نظر می‌رسد).

1. Karpov,Joffe,Aalton,Suvisaari,Isometsa

توجه: در کودکان و نوجوانان خلق ممکن است تحریک‌پذیر باشد.

۲. کاهش انگیزه و علاقه به زندگی در همهٔ زمینه‌ها در اغلب اوقات روز که هم توسط فرد به‌طور ذهنی تجربه و گزارش می‌شود و هم دیگران مشاهده می‌کنند.

۳. کاهش وزن محسوس بدون استفاده از رژیم غذایی یا افزایش وزن که معمولاً با کاهش و افزایش اشتها در اغلب اوقات به‌طور روزانه همراه است.

توجه: در کودکان کاهش وزن و ناتوانی در کسب وزن مورد انتظار متناسب با سن.

۴. افزایش یا کاهش خواب به‌طور روزانه.

۵. کندی روانی- حرکتی و سراسیمگی به‌طور روزانه که توسط دیگران قابل مشاهده باشد.

۶. احساس ضعف و خستگی یا فقدان انرژی به‌طور روزانه.

۷. احساس گناه نامتناسب با رویدادها و احساس پوچی و بی‌ارزشی.

۸. کاهش تمرکز و کندی فکر و دودلی تقریباً به‌طور روزانه که به‌صورت ذهنی گزارش می‌شود یا دیگران مشاهده می‌کنند.

۹. افکار مکرر مرگ و خودکشی یا اقدام به خودکشی.

B. نشانه‌ها اختلال عمده‌ای در عملکرد اجتماعی، حرفه‌ای، تحصیلی و زمینه‌های مهم دیگر زندگی فرد ایجاد می‌کنند.

C. نشانه‌ها ناشی از اثرات فیزیولوژیکی مواد یا بیماری جسمانی و عارضهٔ طبی نباشند.

D. اختلال افسردگی اساسی با اختلال اسکیزوافکتیو، اسکیزوفرنیا، اختلال اسکیزوفرنی‌فرم، اختلال هذیانی یا طیف اسکیزوفرنیای مشخص یا نامشخص دیگر و اختلال‌های روان‌پریشی دیگر همپوشی نداشته باشد.

F. هرگز دوره‌ای از مانیک و هیپومانیک وجود نداشته باشد.

عوامل خطر و پیش‌آگهی

ژنتیک. احتمال اختلال افسردگی اساسی در خانواده و خویشاوندان درجه اول چند برابر بیش از جمعیت عمومی است. عقیده بر این است که ویژگی شخصیتی روان‌رنجورخویی، عامل مهمی برای آمادگی ژنتیکی است.

خلق‌وخو. وجود حالت عاطفی منفی و روان‌رنجوری عامل مهمی برای ابتلا به افسردگی اساسی است. وجود استرس روان‌رنجورجوی بیشتر موجب می‌شود که فرد در پاسخ به رویدادهای استرس‌زای زندگی، دچار دوره‌هایی از افسردگی شود.

محیطی. تجربیات ناگوار دوران کودکی به‌ویژه از دست دادن والدین و تروماهای شدید، زمینه را برای ابتلا به اختلال افسردگی اساسی فراهم می‌سازد.

مثال بالینی اختلال افسردگی اساسی

«**سهیلا**» دختر ۱۶ ساله‌ای است که همراه مادر خود به مرکز مشاوره و روان‌درمانی مراجعه کرده است. وی حدود یک ماه است که دچار بی‌قراری و اضطراب و احساس غم و اندوه است. بر اثر کوچک‌ترین مسئله‌ای شروع به گریه کردن می‌کند. نشاط و تحرک سابق خود را از دست داده است. دهان وی اغلب خشک شده و فاقد بزاق است و اشتهایی به غذا خوردن ندارد. در به خواب رفتن و تداوم خواب دچار اختلال است. مادر وی اظهار می‌دارد که سهیلا بسیار کم‌حرف و بی‌حوصله شده است، حتی حمام نمی‌رود و فعالیت‌هایی را که قبلاً به‌خوبی انجام می‌داده است، اکنون علاقه‌ای به انجام آنها ندارد. بدون اینکه رژیم بگیرد ۹ کیلو کاهش وزن داشته است. برانگیختگی عصبی و پرخاشگری دارد. از جمع گریزان است و در برنامه‌های تفریحی و جمعی خانوادگی مشارکت نمی‌کند.

مادر وی اظهار می‌دارد که سهیلا بسیار منزوی شده و از جمع خانواده گریزان است و اغلب در اتاق تاریک به‌سر می‌برد. وقتی وارد اتاقش می‌شوم و پرده‌ها را کنار می‌زنم تا اتاق کمی روشن شود، ناراحت شده و به من اعتراض می‌کند. اصلاً علاقه‌ای به حضور من در اتاق خود ندارد. گاهی اظهار می‌دارد که از زندگی خسته شده و آرزوی مرگ می‌کند.

اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خویی)

ویژگی اصلی اختلال افسردگی مداوم یا افسرده‌خویی[1]، خلق افسرده است که در اغلب اوقات روز و به‌مدت حداقل ۲ سال وجود دارد؛ البته این مدت برای کودکان و نوجوانان ۱ سال بوده است. درواقع این اختلال، بیانگر مزمن شدن اختلال افسردگی اساسی است؛ ممکن است اختلال افسردگی اساسی، قبل از اختلال افسردگی مداوم رخ دهد؛ اما اگر نشانه‌های افسردگی اساسی تا ۲ سال تداوم یابد، باید تشخیص افسردگی اساسی همراه با اختلال افسردگی مداوم را مطرح کرد.

نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی مداوم، دارای خلق غمگین، بی‌حوصلگی و اشکال در تمرکز و خستگی زودرس هستند؛ اما شدت علایم در حدی نیست که کاهش قابل ملاحظه‌ای در فعالیت‌های اجتماعی، تحصیلی و حرفه‌ای آنها ایجاد کند.

علایم اختلال افسرده‌خویی در نوجوانان ممکن است در طول زمان کاهش یافته و برای مدت

1. persistent depressive disorder (dysthymic)

طولانی‌تری حداقل به مدت یک سال تداوم یابند. در این صورت، تشخیص اختلال افسرده‌خویی مطرح است. نوجوانان مبتلا به اختلال افسرده‌خویی، خلق‌وخوی غمگین و ناراحت داشته، اغلب تندخو و واکنش آنها نامتناسب با رویداد ناگوار می‌باشد. زود از کوره در می‌روند و دارای آستانهٔ تحمل پایین و رفتار تکانشی هستند (شر و همکاران، ۲۰۱۶).

کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال افسرده‌خویی ممکن است دارای احساس مداومی از غم و اندوه، رفتار انزوا و کاهش مهارت‌های اجتماعی، احساس تنهایی و عدم پذیرش، کاهش اعتمادبه‌نفس، خشم و عصبانیت مفرط، احساس گناه و سرزنش خود باشند (ماهی و همکاران، ۲۰۰۳). معمولاً نوجوانان مبتلا به اختلال افسرده‌خویی همواره خسته، نالان و یا شاکی و ناراضی هستند. حوصلهٔ کافی برای انجام امور روزمره را نداشته و دچار رخوت و کندی و بی‌حالی می‌باشند.

نوجوانان مبتلا به افسردگی به‌دلیل ارتباط متقابل میان خلق و فرایندهای شناختی، دچار اختلال در تمرکز و فراموشی بوده در نتیجه این مسئله عملکرد تحصیلی آنها را کاهش می‌دهد. کندی روانی-حرکتی، خستگی زودرس، اشتغالات ذهنی و حواس‌پرتی، مشکلات جسمانی و فیزیولوژیکی موجب تأخیر درسی و در مواردی ترک تحصیل شده است. نوجوان مبتلا به اختلال افسردگی به‌دلیل ضعف خودپنداره و اعتمادبه‌نفس، عدم جرأت‌ورزی و اطمینان به خود در انجام امور، اضطراب و کاهش انگیزه، قادر به عملی کردن پتانسیل‌های بالقوهٔ خود نمی‌باشد (دسچامپس و همکاران، ۲۰۱۶).

نوجوان مبتلا به اختلال افسردگی، به‌دلیل ضعف شناختی و کنش‌وری قادر به دریافت تقویت مطلوب و مناسب از محیط نبوده در نتیجه این مسئله باعث تشدید نشانه‌های مرضی اختلال افسردگی می‌شود. این چرخه با کاهش بیشتر عملکرد نوجوانان همراه است، در نتیجه آنها بیشتر گرایش دارند که به جنبه‌های منفی زندگی و اشتباهات خود متمرکز شوند. هم‌چنین دارای خطاهای شناختی و تعبیر و تفسیر نادرست رویدادهای مختلف می‌باشند. حتی اگر دیگران آنها را افرادی مثبت یا موفق ارزیابی کنند، این باور را قبول نداشته و خود را فردی ناتوان و شکست خورده ارزیابی می‌کنند. اغلب اوقات علاقه‌ای به روابط اجتماعی نشان نمی‌دهند. تجربهٔ کمی در دوست‌یابی داشته و در انزوا و تنهایی به‌سر می‌برند. در نتیجه این گروه از نوجوانان قادر به کسب تجربهٔ لازم در برقراری تعامل اجتماعی نبوده و در موقعیت‌های اجتماعی ناکارآمد و فاقد کفایت اجتماعی سازگارانه هستند (دسچامپس و همکاران، ۲۰۱۶).

ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خویی) بر مبنای DSM-5

این اختلال‌ها شامل: اختلال افسردگی اساسی مزمن و اختلال افسرده‌خویی است که در DSM-5 توصیف شده است.

A. وجود خلق افسرده و غمگین در اغلب اوقات روز و به‌مدت حداقل ۲ سال به‌صورتی که شخص به‌طور ذهنی گزارش می‌کند یا دیگران مشاهده می‌کنند.

B. **توجه:** در کودکان و نوجوانان، خلق تحریک‌پذیر بوده و نشانه‌های اختلال می‌توانند به مدت ۱ سال تداوم داشته باشند.

B. وجود ۲ یا تعداد بیشتری از نشانه‌های بالینی زیر:

۱- بی‌اشتهایی یا پرخوری.

۲- بی‌خوابی یا پرخوابی.

۳- ضعف و خستگی و کمبود انرژی.

۴- کمبود اعتمادبه‌نفس.

۵- ضعف در تمرکز و اشکال در تصمیم‌گیری.

۶- احساس یأس و ناامیدی.

C. در طول مدت ۲ سال اختلال (۱ سال برای کودکان و نوجوانان)، فرد هرگز بیش از ۲ ماه در هر بار، بدون نشانه‌های فوق نبوده است.

D. نشانه‌های اختلال افسردگی اساسی ممکن است به‌طور مداوم به مدت ۲ سال وجود داشته باشد.

E. عدم وجود دورهٔ مانیک یا هیپومانیک و نشانه‌ها هرگز شامل اختلال ادواری‌خو نباشند.

F. این اختلال با اختلال اسکیزوافکتیو، اسکیزوفرنیا، اختلال هذیانی، طیف اسکیزوفرنیای مشخص یا نامشخص دیگر یا اختلال روان‌پریشی دیگر همپوشی نداشته باشد.

G. نشانه‌ها ناشی از اثرات فیزیولوژیک مواد یا دارو یا بیماری جسمانی (تیروئید یا دیابت) نباشند.

H. نشانه‌ها، اختلال قابل ملاحظه‌ای در عملکرد اجتماعی، تحصیلی، شغلی یا زمینه‌های مهم دیگر زندگی فرد ایجاد کنند.

روند شکل‌گیری

اختلال افسردگی مداوم اغلب در اوایل رشد یعنی در کودکی، نوجوانی یا اوایل بزرگسالی آغاز می‌شود و روند مزمن دارد. شروع زودهنگام اختلال با اختلال‌های شخصیت و اختلال‌های مصرف مواد ارتباط دارد.

مثال بالینی اختلال افسرده‌خویی

«**نرگس**» دختر ۱۶ ساله‌ای است که همراه مادر خود به مرکز مشاوره و روان‌درمانی مراجعه کرده است. نرگس اظهار می‌دارد که ۳ سال گذشته دچار اضطراب و افسردگی بوده و تحت درمان دارویی و ۲ جلسه مشاوره و روان‌درمانی قرار داشته است.

افسردگی موجب کاهش و افت عملکرد تحصیلی وی شده بود. اکنون نسبت به سابق، نسبتاً بهتر

شده است. فعالیت تحصیلی وی افزایش یافته است؛ اما در مقایسه با همسن‌وسالان خود و نسبت به دورهٔ قبل از بیماری، فاقد نشاط کافی است. هم‌چنین حساس و زودرنج، در انجام امور کند و بسیار منزوی شده است. بی‌حوصله است و دائماً اظهار بی‌حالی و خستگی می‌کند. بیش‌ازحد معمول می‌خوابد. گاهی که دچار استرس شود، خواب و اشتهای وی به‌طور موقت کاهش می‌یابد. دچار عدم اعتمادبه‌نفس و ناامیدی است.

اختلال ملال پیش از قاعدگی[1]

ویژگی اصلی اختلال ملال پیش از قاعدگی[1] شامل: خشم و تحریک‌پذیری، پایین بودن آستانهٔ تحمل، اضطراب و بی‌حالی، کاهش خلق، غمگینی و برافروختگی است. این نشانه‌ها، به‌طور مستمر در طول مرحلهٔ قبل از قاعدگی رخ می‌دهد و با شروع قاعدگی یا پس از آن بهبود می‌یابند. شروع این اختلال در زنان، در دوران نوجوانی هنگام آغاز دورهٔ قاعدگی رخ می‌دهد.

ملاک‌های تشخیصی اختلال ملال پیش از قاعدگی بر مبنای DSM-5

A. وجود ۵ نشانه از نشانه‌های زیر در اغلب دوره‌های قاعدگی یعنی یک هفته قبل از شروع قاعدگی است و چند روز بعد از شروع قاعدگی، نشانه‌ها کمتر می‌شوند و یک هفته پس از قاعدگی، به حداقل رسیده یا ناپدید شوند.

B. یک یا چند نشانه، از نشانه‌های زیر باید وجود داشته باشد:

۱- نوسانات خلقی، احساس غمگینی و گریهٔ ناگهانی، احساس طرد و عدم پذیرش.

۲- عصبانیت، تحریک‌پذیری یا افزایش تضاد و جروبحث‌های میان‌فردی.

۳- خلق غمگین و افسرده به‌طور آشکار، احساس ناامیدی، احساس سرزنش و گناه.

۴- اضطراب و بی‌قراری، تنش، احساس تحریک‌پذیری عصبی و برانگیختگی یا کفری شدن.

C. وجود ۱ یا چند نشانه از نشانه‌های زیر که در مجموع با نشانه‌های فوق به ۵ نشانه برسند.

۱- بی‌حوصلگی و کاهش علاقه به فعالیت‌های قبلی مانند شغل، تحصیل، دوستان، سرگرمی‌ها.

۲- اشکال در تمرکز.

۳- احساس بی‌حالی و خستگی‌پذیری و فقدان انرژی.

۴- تغییر آشکار در اشتها به‌صورت پرخوری یا اشتیاق شبه ویار به غذایی خاص.

۵- پرخوابی یا بی‌خوابی.

1. premenstural dysphoric disorder

۶- احساس ناتوانی یا نداشتن کنترل.

۷- نشانه‌های جسمانی مانند ورم پستان‌ها، درد عضلانی و مفاصل، احساس افزایش وزن.

D. نشانه‌ها کاهش قابل ملاحظه‌ای در فعالیت روزانهٔ فرد مبتلا مانند حرفه، تحصیل، روابط اجتماعی و سایر زمینه‌ها ایجاد کند.

E. نشانه‌ها ناشی از اختلال دیگری مانند اختلال افسردگی اساسی، اختلال وحشت‌زدگی، اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خویی) و اختلال شخصیت نباشند.

F. نشانه‌ها ناشی از اثرات فیزیولوژیک مواد مخدر یا دارو و عارضهٔ طبی مانند پرکاری تیروئید یا دیابت نباشند.

اختلال افسردگی در نوجوانان نیز با اختلال شخصیت افسرده، اختلال شخصیت وابسته و اختلال شخصیت دوری‌گزین و در موارد نادر با اختلال شخصیت مرزی توأم می‌باشد (DSM-5, ۲۰۱۳).

همپوشی اختلال افسردگی با اختلال‌های دیگر به‌ویژه اختلال شخصیت موجب تشدید، تداوم و پیش‌آگهی ضعیف نشانه‌های افسردگی خواهد شد.

افسردگی در نوجوانی ممکن است به‌صورت حاد یا تدریجی باشد. هر قدر شروع اختلال تدریجی باشد، امکان تشدید، مزمن شدن و تکرار دورهٔ اختلال وجود دارد؛ اما اگر شروع نشانه‌ها به‌صورت حاد و متعاقب یک رویداد ناگوار و یا فقدان شئ یا موقعیت مورد علاقه باشد، نشانه‌ها طی ۶ ماه کاهش می‌یابند. شروع افسردگی به‌صورت تدریجی در کودکان ممکن است تا اوایل بزرگسالی تداوم یابد.

معمولاً شیوع افسردگی در نوجوانان و بزرگسالان، در زنان بیش از مردان رخ می‌دهد. دختران و زنان بزرگسال بیش از مردان به مرکز روان‌درمانی و مشاوره مراجعه می‌کنند. سؤالی که در اینجا پیش می‌آید آن است که آیا میزان وقوع اختلال افسردگی در زنان بیشتر است یا اینکه مردان به‌دلیل واکنش‌های دفاعی و پاره‌ای محدودیت‌های فرهنگی، گرایش کمتری به مراجعه به مراکز مشاوره و روان‌درمانی دارند؟ به‌طورکلی بررسی‌های بالینی نشان می‌دهد که نوجوانان دختر بیش از نوجوانان پسر و زنان بیش از مردان، نشانه‌های اختلال افسردگی را گزارش می‌کنند. تغییرات هورمونی در دورهٔ نوجوانی نیز خطر بروز افسردگی در دختران را افزایش می‌دهد. هم‌چنین در زنان بعد از دورهٔ یائسگی، تغییرات هورمونی ممکن است موجب بروز اختلال افسردگی شود. البته اگر دوره‌ای از افسردگی یا اختلال‌های اضطرابی در سابقهٔ قبلی زنان وجود داشته باشد، احتمال ابتلا به افسردگی پس از یائسگی افزایش می‌یابد؛ اما اگر نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی به‌موقع درمان نشوند، ممکن است در دورهٔ بزرگسالی به اختلال‌های خلقی دچار شوند و احتمال تجربهٔ نشانه‌های افسردگی به‌صورت دوره‌ای در آنها افزایش می‌یابد.

کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی در خانواده احساس طرد نموده و با افراد خانواده دچار رفتار تقابلی خواهند بود.

فصل ۹

دوقطبی و اختلال‌های مرتبط

دوقطبی و اختلال‌های مرتبط[1] در طبقه‌بندی DSM-5 از اختلال‌های افسردگی جدا شده و میان فصل‌های مربوط به طیف اسکیزوفرنیا و اختلال‌های روان‌پریشی دیگر و اختلال‌های افسردگی قرار گرفته است. این طبقهٔ تشخیصی شامل اختلال دوقطبی نوع I، اختلال دوقطبی نوع II، اختلال ادواری‌خو، اختلال دوقطبی ناشی از مواد یا دارو، اختلال مربوط به دوقطبی و اختلال ناشی از بیماری جسمانی دیگر، دوقطبی و اختلال مربوط مشخص دیگر، دوقطبی و اختلال مربوط و نامشخص.

اختلال دوقطبی زودهنگام، یکی از اختلال‌های خلقی است که به‌ندرت در دورهٔ کودکی رخ می‌دهد و در صورت بروز این اختلال کودک ممکن است به اختلال دوقطبی دورهٔ بزرگسالی مبتلا شود. اختلال دوقطبی در کودکان که به نام اختلال دوقطبی غیرمتعارف مطرح است شامل پرخاشگری و رفتار انفجاری، نوسانات خلقی و قشقرق شدید می‌باشد که با رفتار خشم متناوب همراه است. اختلال در توجه، تمرکز و حواس‌پرتی در این کودکان شایع است. اغلب کودکانی که دچار اختلال دوقطبی هستند دارای سابقه‌ای از اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه (ADHD) بوده‌اند. کودکان دچار اختلال دوقطبی غیرمتعارف به‌لحاظ تحریک‌پذیری مزمن و اختلال در سازگاری با محیط و خشم ناگهانی، دچار رفتار غیرقابل پیش‌بینی بوده و در منزل و مدرسه مشکلاتی را برای دیگران به‌وجود آورده و اغلب کنترل رفتار آنها دشوار است. عموماً نیاز به بستری شدن دارند. پرش افکار، فشار در کلام، حواس‌پرتی، بی‌قراری و استیصال، اشکال در الگوی خواب نیز در این کودکان مشاهده شده است. در نوجوانان دچار اختلال دوقطبی وجود یک دورهٔ کلاسیک مانیا، همراه با هذیان پارانوییدی گزند و آسیب و خودبزرگ‌بینی مشخص شده است. بر اساس تقسیم‌بندی DSM-5 ملاک‌های تشخیصی دوره‌های مانیا در کودک و نوجوان مشابه نشانه‌های اختلال دوقطبی در سطح بزرگسالی است. این نشانه‌ها شامل خلق بالا همراه با تحریک‌پذیری و آشفتگی، همراه با حداقل ۳ نشانهٔ فشار و پیوسته مانند افزایش عزت‌نفس کاذب، خودبزرگ‌بینی، فشار در کلام، پرش افکار، اشکال در تمرکز و حواس‌پرتی، کاهش نیاز به خواب، افزایش فعالیت ماجراجویانه و برنامه‌ریزی‌های ناقص که عموماً به هدف نمی‌رسند.

1. bipolar and related disorders