

رفتاردرمانی شناختی برای
افسردگی کودکان و نوجوانان

فهرست مطالب

مقدمه	۹
سخن مترجمان	۱۱
رفتار درمانی شناختی برای افسردگی کودکان و نوجوانان	۱۳
ویراستار سری کتاب‌های رفتار درمانی شناختی با کودکان، نوجوانان و خانواده‌ها؛ پال استالارد	۱۵
۱: افسردگی در نوجوانان	۱۷
۲: رفتار درمانی شناختی مقدمه و مرور کلی	۳۳
۳: ارزیابی و ضابطه‌بندی شناختی رفتاری	۵۱
۴: آغاز درمان	۷۹
۵: مراحل ابتدایی درمان	۹۹
۶: فنون شناختی	۱۱۹
۷: تکنیک‌های عمومی شناختی رفتاری	۱۵۷
۸: پایان دادن به درمان	۱۷۰
۹: کار با یک نظام وسیع تر	۱۷۵
۱۰: موارد خاص: قلدری، داغ‌دیدگی، تروما و گرایش به خودکشی	۱۸۶
۱۱: مسائل رایج	۲۰۸
ابزارها و کاربرگ‌ها	۲۱۳

۲۵۵ منابع

۲۶۵ واژه‌نامه انگلیسی به فارسی

۲۶۹ واژه‌نامه فارسی به انگلیسی

اینکه کودکی در دوره‌ای از زندگی خود و به صورت گذرا و موقتی احساس غمگینی یا بی‌یاوری کند امری طبیعی و بهنجار تلقی می‌شود. اما بعضی از کودکان به حدی غمگین یا مأیوس و بی‌علاقه می‌شوند که از هیچ چیزی لذت نمی‌برند یا در شرایطی که توان تغییر اوضاع را دارند احساس درماندگی و ناامیدی می‌کنند؛ برای توصیف وضعیت روانشناختی این دسته از کودکان و نوجوانان می‌توان از واژه اختلال افسردگی استفاده کرد. گاه این افسردگی چنان حاد و وخیم می‌شود که باعث ایجاد فکر یا اقدام به خودکشی در کودک یا نوجوان می‌گردد. می‌دانیم که امروزه خودکشی یکی از مهمترین علل مرگ و میر افراد ۱۰ تا ۲۴ ساله است.

براساس آخرین یافته‌های منتشر شده از سوی مرکز مدیریت و پیشگیری از بیماری‌های آمریکا (CDC) در سال ۲۰۱۸، افسردگی چهارمین اختلال روانی شایع در کودکان پس از اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه (ADHD)، مشکلات رفتاری و اختلالات اضطرابی است. افزون بر این، میزان هم‌ابتلائی در افسردگی بیش از سایر اختلالات است؛ به گونه‌ای که ۷۵ درصد کودکان افسرده در سنین ۷-۱۳ سالگی مبتلا به اضطراب و ۵۰ درصد آنان دارای مشکلات رفتاری هستند. نکته قابل توجه دیگر اینکه، میزان شیوع افسردگی در سال‌های اخیر رو در کودکان و نوجوانان روبه افزایش بوده است. در همین راستا، بیتسکو و همکاران (۲۰۱۸)، گزارش می‌کنند که میزان شیوع افسردگی یا اضطراب در کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۷ ساله از عدد ۵/۴ درصد در سال ۲۰۰۳ به ۸ درصد در سال ۲۰۰۷ و ۸,۴ درصد در سال ۲۰۱۲ افزایش یافته است. بدیهی است تشخیص به موقع و ارائه خدمات درمانی مناسب به کودکان و خانواده‌های‌شان می‌تواند تفاوت جدی و اساسی در مسیر زندگی و رشد آنان ایجاد کند.

ادبیات مبتنی بر شواهد در مورد اثربخشی درمان اختلال افسردگی عمده در کودکان بسیار محدود است، و بیشتر راهکارهای درمانی موجود مبتنی بر برون‌یابی از

داده‌های به دست آمده از مطالعات بزرگسالان است. همانند بزرگسالان، در اینجا نیز درمان بهینه بر رویکرد چند رشته ای شامل روان درمانی، دارو درمانی و آموزش بیمار و خانواده‌اش استوار است. روان درمانی می تواند به عنوان درمان اولیه برای کودکان و نوجوانان مبتلا به افسردگی خفیف تا متوسط مورد استفاده قرار گیرد. اما اگر کودک یا نوجوانی مبتلا به افسردگی شدید شود بهتر است از دارودرمانی نیز در کنار روان درمانی بهره گرفته شود. از جمله این روان درمانی‌ها می‌توان به بازی درمانی، روان درمانی حمایتی، درمان بین فردی، خانواده درمانی، گروه درمانی و به ویژه درمان شناختی رفتاری اشاره کرد. در تصمیم‌گیری برای انتخاب مناسب‌ترین رویکرد درمانی، تعیین سطح رشد شناختی و عاطفی کودک حایز اهمیت است. به عنوان مثال، بازی درمانی و آموزش والدین ممکن است مناسب‌ترین روش درمانی مورد استفاده برای کودکان سنین پیش دبستانی باشد، در حالی که درمان شناختی رفتاری برای کودکان و نوجوانان بزرگتر مناسب‌تر خواهد بود.

همیشه جای خالی کتابی در زمینه درمان افسردگی در کودکان و نوجوانان را احساس می‌کردم. اختلالی که تا مدت‌ها به غلط بخشی از نوسانات خلقی دوره رشد تلقی می‌شد و درمانی برای آن در نظر گرفته نمی‌شد. اما در حال حاضر همه می‌دانیم که نه تنها افسردگی در کودکان و نوجوانان وجود دارد بلکه می‌تواند منجر به آسیب‌های جدی برای فرد نوجوان شود که طیف این آسیب‌ها از افت تحصیلی و امتناع از مدرسه را شامل می‌شود تا میل به مصرف مواد یا حتی افکار خودکشی. موفقیت در درمان افسردگی کودک و نوجوان می‌تواند از یک سو موجب بازگشت نوجوان به زندگی روزانه و تحصیل شود و از سوی دیگر از عوارض افسردگی در خانواده بکاهد. کتاب حاضر - با ترجمه ارزنده دوست و همکار ارجمند جناب آقای دکتر فرزاد فرهودی و خانم فریبا سپهری که توسط انتشارات وزین ارجمند به زیور طبع آراسته گردیده است- جای خالی دستورالعمل‌ها و فنون درمانی مرتبط با افسردگی کودک و نوجوان را که مدت‌ها بود احساس می‌شد به خوبی پر می‌کند. مطالعه این کتاب را به همه روان‌شناسان و روان‌پزشکان و متخصصان حوزه کودک و نوجوان توصیه می‌کنم.

دکتر حمید یعقوبی

دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه شاهد

تا مدت‌ها تصور بر این بود که کودکان مبتلا به افسردگی نمی‌شوند و بعدها وقتی مشخص شد که کودکان هم مبتلا به اختلال افسردگی می‌شوند درمانی برای آن تصور نمی‌شد. ولی با رشد روزافزون رفتاردرمانی شناختی و شروع مطالعات در ارتباط با اثربخشی احتمالی آن بر روی افسردگی در کودکان و نوجوانان مشخص شد که این روش درمانی می‌تواند اثری چشمگیر در درمان افسردگی در کودکان و نوجوانان داشته باشد. کتاب پیش‌رو جزء معدود کتاب‌هایی است که دستورالعمل درمان شناختی-رفتاری برای افسردگی کودک و نوجوان را به طور گام به گام و با نگاهی جامع در اختیار خواننده قرار داده است. امید داریم که ترجمه این کتاب مورد توجه روان‌درمانگران حوزه‌ی کودک قرار بگیرد.

دکتر فرزاد فرهودی

فریبا سپهری

رفتار درمانی شناختی برای افسردگی کودکان و نوجوانان

در سال‌های اخیر شاهد افزایش چشمگیری در زمینه تحقیقات در مورد افسردگی کودکان و نوجوانان بوده‌ایم، به گونه‌ای که در حال حاضر می‌دانیم که افسردگی می‌تواند نوجوانان را دچار آسیب‌های جدی در حوزه‌های مربوط به زندگی، مدرسه، همسالان و روابط اجتماعی کند و به میزان زیادی به دوران بزرگسالی نیز انتقال پیدا کند. افسردگی: (رفتار درمانی شناختی بر روی کودکان و نوجوانان) راهنمایی قابل دسترس را برای تشخیص و درمان افسردگی کودکان و نوجوانان فراهم آورده است. این کتاب بر اساس یک کتابچه راهنما که برای کارآمایی‌های پژوهشی تهیه شده است به نگارش درآمده و نگاهی کلی از یک مدل شناختی- رفتاری را برای کار با این گروه سنی ارائه می‌دهد و نیز شامل ایده‌هایی عملی در مورد چگونگی آغاز درمان است.

- موضوعات پوشش داده شده در این کتاب به شرح زیر هستند:
- درگیر کردن کودکان و نوجوانان در کار درمان
- هدف‌گزینی در درمان
- ارزیابی شناختی- رفتاری و ضابطه‌بندی
- راه‌حل مشکلاتی که درمانگر ممکن است با آن مواجه شود
- ترغیب والدین و نهادها برای کمک به درمان

این کتاب شامل مثال‌های موردی و نکات عملی برای تربیت درمانگر با هدف کار با افراد جوان است. اطلاعات لازم به نحوی خوانا و کاربردی ارائه شده است به نحوی که این کتاب را برای استفاده افراد حرفه‌ای که در بخش خدمات مربوط به سلامت روانی کودکان و نوجوانان کار می‌کنند و نیز دانشجویان و کارآموزان این شاخه ایده‌آل ساخته است. این کتاب همچنین برای افرادی که در بخش‌های خدمات اجتماعی برای کودکان

و نوجوانان فعالیت دارند نیز مفید خواهد بود.

منابع برخط (آنلاین)

این کتاب شامل کاربرگ‌هایی است که برای کسانی که نسخه چاپی را خریده‌اند به صورت رایگان قابل دانلود است. برای استفاده از این مورد و نیز موارد دیگر از تارنمای ما بازدید کنید: www.routledge mentalhealth.com/cbt-with-children

کریسی وردوین مدیر روان‌شناسی بالینی و مدیر مشترک بالینی در سازمان خدمات بهداشت روان کودک و نوجوان در منچستر و سالفورد است.

جولیا راجرز مدیر موارد بالینی در سازمان خدمات بهداشت روانی کودک و نوجوان در بولتون است.

آلیسون وود یک روان‌پزشک مشاور کودک و نوجوان در مرکز جوانان پایین لوج در چستر است.

ویراستار سری کتاب‌های رفتار درمانی شناختی با

کودکان، نوجوانان و خانواده‌ها؛ پال استالارد

«سری کتاب‌های رفتار درمانی شناختی برای کودکان، نوجوانان و خانواده‌ها به ویراستاری پروفیسور پال استالارد و نگارش شده توسط گروهی از متخصصین بین‌المللی، ناظر به نیاز روزافزون به دستنامه‌های درمانی مبتنی بر شواهد در رابطه با مشکلات روان‌شناختی شایع در کودکان و نوجوانان است. این کتاب‌های معتبر و کاربردی مورد علاقه متخصصانی قرار خواهد گرفت که در زمینه سلامت روان کودک و نوجوان فعالیت می‌کنند» - آلان کار، استاد روانشناسی بالینی، کالج دانشگاه دوبلین، ایرلند

در حال حاضر رفتار درمانی شناختی رویکرد درمانی غالب هم در خدمات سلامت ملی و هم در بخش خصوصی است و به شکلی روزافزون توسط تعداد زیادی از متخصصین سلامت روان مورد استفاده قرار می‌گیرد.

مجموعه کتاب‌های رفتار درمانی شناختی با کودکان، نوجوانان و خانواده‌ها یک دستورالعمل فراگیر و کاربردی برای استفاده از رفتار درمانی شناختی در هنگام کار با مجموعه متنوعی از مشکلات رایج کودکان و نوجوانان و همین‌طور موضوعات خانوادگی مرتبط با آنها فراهم می‌کند. تقاضای روان‌درمانی و مشاوره برای کودکان و نوجوانان به سرعت در حال گسترش است و مداخله زودهنگام در خانواده و محیط مدرسه بیش‌ازپیش مؤثر و ضروری به نظر می‌رسد. در این مجموعه کتاب‌ها نویسندگان صاحب صلاحیت در حوزه‌های مربوطه خود توصیه‌های مفصلی را در جهت دستیابی به این هدف ارائه می‌دهند.

هر کتاب در این مجموعه بر یک مشکل خاص متمرکز است و متخصص را از

مرحله ارزیابی اولیه تا کاربرد تکنیک‌ها و مشکلات رایج و موضوعات آتی راهنمایی می‌کند. با توجه به این که این مجموعه کتاب‌ها به‌طور خاص برای فرد درمان‌گر نوشته شده است هر عنوان شامل خلاصه‌ای از نکات کلیدی، نمونه‌های بالینی و کاربرگ‌هایی برای کار با کودکان و افراد جوان است.

عناوین این مجموعه:

اضطراب توسط پال استالارد

اختلال وسواسی - جبری به ویراستاری پلی ویت و تیم ویلیامز
افسردگی توسط کریس وردوین، جولیا راجرز و آلیسون وود
اختلالات خوردن توسط سایمن جی گاورز و لین گرین
اختلال استرس پس از سانحه توسط پتریک اسمیت، سین پرین و ویلیام یول

افسردگی در نوجوانان

تا دهه ۱۹۷۰ باور کلی بر این بود که اختلالات افسردگی به آن صورتی که در بزرگسالان دیده می‌شود در کودکی دیده نمی‌شود. علائم افسردگی به‌عنوان بخشی عادی از بلوغ تلقی می‌شد. نوسانات خلق، افت خلق و تحریک‌پذیری به‌عنوان نتیجه تغییرات رشدی در ابتدای بلوغ و سازگاری با استقلال رو به افزایش و تغییر نقش شخصیتی در زندگی به‌حساب می‌آمد. مطالعاتی که در دهه ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ انجام شد (پویگ-انتیک، ۱۹۸۲؛ پیرس، ۱۹۷۸؛ وینبرگ و همکاران، ۱۹۷۳) بیانگر این بودند که اختلالات افسردگی قبل از بزرگسالی بروز پیدا می‌کنند. امروز می‌دانیم افسردگی می‌تواند صدماتی جدی به جنبه‌های مربوط به زندگی، مدرسه، همسالان و روابط اجتماعی کودکان وارد کند و به میزان زیادی به دوران بزرگسالی نیز انتقال پیدا کند. در سال‌های اخیر افزایش چشمگیری در فعالیت‌های پژوهشی در زمینه افسردگی کودکان و نوجوانان رخ داده است، اما همچنان در مقایسه با دانشی که در مورد بزرگسالان داریم کمبودهای زیادی وجود دارد. تمرکز مطالعات از بررسی طبیعت افسردگی در نوجوانان فاصله گرفته و به درک نیاز به تشخیص بهتر علائم، ارجاع به خدمات متناسب و ارائه درمان مؤثر رسیده است.

از نقطه نظر بالینی، اصطلاح افسردگی برای توصیف مجموعه‌ای از علائم شامل تغییرات بارز در خلق، افکار و فعالیت‌ها به کار می‌رود. این علائم با دوام هستند و در یک بازه زمانی حداقل دو هفته‌ای به تغییراتی در عملکردهای فردی و اجتماعی منجر می‌شوند. خلق افسرده ممکن است با میل به گریه همراه باشد و شامل خلق غمگین و/

یا تحریک‌پذیری و فقدان لذت در فعالیت‌های روزمره باشد. کودک ناراحت به نظر می‌رسد و ممکن است ابراز ناامیدی، درماندگی و بیچارگی کند. تغییرات شناختی ممکن است شامل تغییرات در توانایی تمرکز و توجه به فعالیت‌های مدرسه‌ای باشد. احساس بی‌ارزشی، سرزنش خویش و عدم اعتماد به نفس اغلب مشاهده می‌شود. در افسردگی شدید نوجوان ممکن است احساس گناه کند و برای هر مشکلی که در گذشته روی داده خود را مقصر بداند. این احساسات ممکن است همراه با افکار خودکشی باشد.

ممکن است تغییراتی در خواب، خوراک، سطح انرژی و انگیزه ایجاد شود. مشکلات خواب ممکن است به شکل‌های گوناگونی رخ دهد، اما به‌هرحال با تغییر در الگوی طبیعی خواب نوجوان همراه خواهد بود. احتمال دارد خوابیدن بیش‌ازحد، بیدار شدن در صبح زود یا بی‌خوابی رخ دهد. اشتها ممکن است افزایش یافته یا اینکه کاهش پیدا کند. از دست دادن وزن یا شکست در افزایش وزن نیز ممکن است رخ دهد.

تینا، دختری چهارده‌ساله، با مادر و دو برادر بزرگ‌ترش زندگی می‌کند. او دوستان خوبی دارد که آنها را از زمان کودکی می‌شناسد. او از گوش دادن به موسیقی، چت کردن در اینترنت، خرید در بازار، رفتن به سینما یا گشت‌وگذار در پارک به همراه دوستان در آخر هفته لذت می‌برد. در منزل همه‌چیز روبه‌راه است. مادرش به‌صورت تمام‌وقت در یک اداره کار می‌کند. او گهگاه تجربهٔ خلق پایین دارد و چندان بیرون نمی‌رود. تینا و برادرانش پدرشان را هر هفته می‌بینند. او تقریباً سه کیلومتر دورتر زندگی می‌کند. پدر و مادرشان چهار سال پیش از یکدیگر جدا شدند و او در حال حاضر شریک زندگی دیگری و یک فرزند از او دارد. اولین چیزی که هر کسی می‌توانست تشخیص دهد این بود که تینا بدخلق شده است. اگر دوستانش دیر بر سر قرار حاضر می‌شدند یا اینکه فراموش می‌کردند کاری را انجام دهند آزرده می‌شد. او با گروه دیگری از دختران در مدرسه درگیر بود و به همین خاطر مسئولان مدرسه با مادرش تماس گرفته بودند. کم‌کم داشت در مدرسه و کلاس به دردسر می‌افتاد و تکالیف و کارهای مدرسه‌اش را انجام نمی‌داد. صبح‌ها دوست نداشت به مدرسه برود و دوستانش دیگر در ایستگاه اتوبوس منتظرش نمی‌ماندند. هنگامی که در خانه بود در اتاقش پنهان می‌شد و حتی هنگام غذا از آفتابی شدن اجتناب می‌کرد. تینا احساس می‌کرد که هر کاری که انجام می‌دهد بد و اشتباه یا بی‌هدف است و اینکه هیچ‌کس دوستش ندارد یا هیچ‌گاه کسی نگرانش نبوده است. او نمی‌توانست در مورد این احساس با کسی صحبت کند. او به این نتیجه رسیده بود که در کل قادر نیست درست‌وحسابی فکر کند.

چند ماه پس از اینکه افسردگی آغاز شد، تینا با یکی از دوستانش در مدرسه درگیری پیدا کرد و مدرسه را ترک کرد. مدرسه با مادر تینا تماس گرفت و در نتیجه آن روز تینا و مادرش یک دعوی اساسی کردند. تینا کاملاً احساس درماندگی می‌کرد و هیچ

آینده‌ای برای خود متصور نبود. احساس می‌کرد که یک دردرساز تمام‌عیار است که زندگی را برای اطرافیان تلخ کرده است. او مقدار زیادی از قرص‌های مادرش را به یک‌باره مصرف کرد. ساعتی بعد احساس کسالت و وحشت بر او حاکم شد، پس به خانه یکی از دوستانش رفت تا او را از عملی که انجام داده آگاه کند. او مجبور شد تمام شب را برای مداوا در بیمارستان بماند. روز بعد با تیمی از خدمات سلامت روانی کودک و نوجوان (CAMHS)^۱ دیدار کرد. آنها همچنین با مادرش و با موافقت او با معلم اصلی او صحبت کردند. کارکنان CAMHS به او کمک کردند تا بدانند که به افسردگی دچار شده است.

بروز اختلال افسردگی به مرحله‌ی رشد فرد نوجوان بستگی دارد. توانایی صحبت کردن درباره تجربه‌ها می‌تواند به صورت گسترده‌ای بین افراد جوان متفاوت باشد. رشد شناختی بر نیمیخ علائم تأثیر می‌گذارد. برای مثال احساس گناه، تفکرات وجودگرایانه، پوچ‌گرایانه و بیمارگون معمولاً توسط نوجوانان مسن‌تر و بالغ‌تر توصیف می‌شود. نوجوانان کم‌سن‌وسال‌تر ممکن است رفتار وابستگی بیشتری را نسبت به والدین بروز دهند.

منشأ اختلالات افسردگی و نحوه بروز آنها بسته به شرایط فردی متفاوت است، با این وجود، مطالعات بر زمینه‌های اصلی زیر تأکید کرده‌اند.

تأثیرات افسردگی پدیده‌اند و شامل تغییرات در رفتار، احساسات و افکار نوجوان می‌شود. معمولاً یک چرخه معیوب ایجاد می‌شود که طی آن علائم افسردگی، خود را تشدید می‌کنند. برای مثال بی‌فعالیتی باعث اختلال خواب و افزایش زمان صرف شده برای نگرانی می‌شود که هردوی این‌ها خلق پایین را تشدید می‌کنند که در نهایت باعث بی‌فعالیتی بیشتر می‌شود. فقدان خواب و ضعف در تمرکز می‌تواند در فعالیت‌های تحصیلی خلل ایجاد کند و باعث افزایش احساس شکست شود. همچنانکه در مورد «تینا» اتفاق افتاد تحریک‌پذیری و حساسیت بیش‌ازحد می‌تواند باعث درگیری و مشکلات دیگر در روابط بین فردی شود که به نوجوان، ثابت می‌کند که ناامید و بی‌ارزش است و هیچ‌کس نگران او نیست.

خصوصیات اصلی افسردگی در نوجوان

تغییرات خلق:

- غمگینی، احساس بدبختی
- تحریک پذیری

تفکرات منفی

- عزت نفس پایین
- احساس درماندگی و ناامیدی
- تفکرات خودکشی

مشکل در روابط اجتماعی

- انزوای اجتماعی
- مشکل در مهارت‌های اجتماعی
- مشکل در حل مسئله اجتماعی

علائم فیزیکی افسردگی

- اختلال خواب
- اختلال در اشتها
- خمودگی
- بی‌رغبتی، بی‌احساسی

تشخیص افسردگی

در حال حاضر به‌طور عمومی پذیرفته شده است که اختلالات افسردگی در کودکان و نوجوانان رخ می‌دهد و می‌توان آن را از طریق معیارهای مربوط به بزرگسالان تشخیص داد (هرینگتون و وود، ۱۹۹۵). دو سیستم بین‌المللی تشخیصی؛ دستنامه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) و طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD-10؛ سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۳) هر دو افسردگی را تحت عناوین خفیف، متوسط و شدید دسته‌بندی کرده‌اند. ICD-10 بر روی علائم تأکید می‌کند در حالی که DSM-IV علائم و نقایص عملکردی را مدنظر قرار می‌دهد.

هر دو سیستم قائل به این هستند که علائم بایستی به مدت حداقل دو هفته مشاهده شوند. ICD-10 دوره‌های افسردگی را در گروه‌های خفیف (F32.0)، متوسط

(F32.1) و شدید (F32.2 و F32.3) توصیف می‌کند. برای هرکدام حداقل دو مورد از علائم نوعی‌تر (خلق افسرده، فقدان علاقه، بی‌لذتی و خستگی‌پذیری) به‌اضافه وجود حداقل سه نشانه اضافی برای گروه متوسط و حداقل چهار و یا همه موارد برای گروه افسردگی شدید نیاز است. علائم اضافی که بایستی تقریباً هرروز مشاهده شوند شامل از دست دادن اشتها یا وزن، اختلال خواب، بی‌قراری آشکار و یا کندی، احساس بی‌ارزش بودن، اختلال در تمرکز، تفکر بیمارگونه و تفکرات خودکشی است. ICD-10 همچنین شامل یک طبقه‌بندی برای علائم سایکوتیک است (F32.3).

DSM-IV نیازمند وجود حداقل پنج مورد از علائمی است که به آشفتگی یا نقص بارز در حیطه‌های اجتماعی، شغلی یا دیگر حوزه‌های عملکردی مهم منجر می‌شود. در کودکان کم‌سن‌وسال‌تر علائم روان‌تنی نظیر درد شکمی یا سردرد و نیز اضطراب جدایی، امتناع از رفتن به مدرسه و شکست در پیشرفت تحصیلی ممکن است بارز باشند. در کودکان بزرگ‌تر، تحریک‌پذیری، اضطراب، بی‌قراری حرکتی و انزوای اجتماعی بیشتر مشاهده می‌شود.

به نظر می‌رسد که اختلال افسردگی در کودکان با نوجوانان متفاوت است. کودکان بیشتر در معرض ابتلا به افسردگی به همراه اختلالی دیگر هستند (آلپورت و همکاران، ۱۹۹۹) و تشخیص اغلب با اختلال عملکرد خانوادگی همراه است (هارینگتون و همکاران، ۱۹۹۷).

امروزه می‌دانیم که کودکان و نوجوانان مبتلابه علائم افسردگی که آستانه‌های تشخیص را کسب نکرده‌اند مستعد ابتلا به اختلالات افسردگی تمام‌عیار هستند. این افراد جوان واجد افسردگی زیر-آستانه در مقایسه با افراد عادی جمعیت با احتمال بیشتری در معرض ابتلا به افسردگی هستند (کاستلو و همکاران، ۱۹۹۹). در کودکان و نوجوانان، افسردگی اغلب متعاقب یک حادثه آسیب‌زا نظیر سوءاستفاده جسمی یا جنسی، یا بر اثر مشکلات مزمن خانوادگی، سوء مصرف مواد یا الکل، رفتار پرخاشگرانه یا مشکلات حاد تحصیلی ایجاد می‌شود.

شدت افسردگی بر اساس تعداد علائم موجود و میزان اختلال در زندگی روزانه تعیین می‌شود. علائم بسته به سن متفاوت‌اند. علائم افسردگی معمولاً مشکلات زندگی را طی یک چرخه معیوب افزایش می‌دهند.

مشکلات چندگانه (هم‌ابتلایی)

در مراکز خدمات تخصصی بهداشت روانی، افسردگی به‌ندرت به‌تنهایی دیده می‌شود. تقریباً در همه موارد علائم مربوط به مشکلات رفتاری یا هیجانی به‌صورت همزمان وجود دارد و بین ۵۰ تا ۸۰ درصد نوجوانان افسرده معیارهای یک اختلال دیگر را نیز به همراه خواهند داشت. در حدود ۲۵ درصد اختلال سلوک یا نافرمانی مقابله‌ای خواهند داشت و میزان مشابهی اختلالات اضطراب را بروز می‌دهند (گودیر و کوپر، ۱۹۹۳؛ آنگولد و کاستلو، ۱۹۹۵). مشکلات دیگری نیز ممکن است برای سال‌ها وجود داشته باشند. ممکن است چالش‌های ناشی از رویارویی با مسائل و مشکلات در کودکی، با ورود به نوجوانی به‌صورت عزت‌نفس پایین بروز پیدا کند. وجود مشکلات چندگانه مداخلات موفق را با چالش روبرو می‌کند. افسردگی همچنین می‌تواند با بیماری‌های جسمی نظیر دیابت، آسم یا روماتیسم مفصلی همراه باشد.

برخی نوجوانان افسرده در تلاش برای به دست آوردن احساس بهتر به مصرف الکل یا مواد مخدر روی می‌آورند. پیامدهای این کار ممکن است مشکلات را پیچیده‌تر کند، برای مثال موادی نظیر کوکائین ممکن است منجر به یک حالت افسرده تحریک‌پذیر شود (بارکر، ۲۰۰۴).

هم‌ابتلایی با اختلالات هیجانی دیگر و اختلال سلوک نیز متداول است.

خودکشی و آسیب به خود

خودکشی یا رفتار خودکشی با اختلالات افسردگی در نوجوانان همراه است (کرفوت و همکاران، ۱۹۹۶). اندروز و لوئینسون (۱۹۹۲) به این نتیجه رسیدند که نوجوانانی که سابقه آسیب عمدی به خود را داشتند در مقایسه با گروه شاهد سه تا ۱۸ برابر بیشتر در معرض ابتلا به افسردگی بودند. فیفر و همکاران (۱۹۹۳) نشان دادند که افراد غیر افسرده‌ای که اقدام به خودزنی می‌کنند در مقایسه با افراد افسرده کمتر افکار خودکشی دارند و در آینده با مشکلات کمتری روبرو هستند. ویزمن و همکاران (۱۹۹۹) دریافتند که هفت درصد از نوجوانان که مبتلا به اختلال افسردگی بودند در دوران نوجوانی در

معرض اقدام به خودکشی قرار داشتند. پسرها بیشتر در معرض اقدام به خودکشی هستند مخصوصاً اگر مبتلابه اختلال سلوک و سوءمصرف الکل یا مواد مخدر نیز باشند (شافر و کرافت، ۱۹۹۹). درمانگر باید دائماً افکار خودکشی و آسیب به خود را جویا شود و میزان خطر را ارزیابی کند (بخش ۱۰ را برای مدیریت آسیب به خود ببینید).

رابطه‌ای نیرومند بین افسردگی و آسیب به خود وجود دارد.

میزان شیوع افسردگی

شیوع اختلال افسردگی در نوجوانان کم نیست. فلمینگ و همکاران (۱۹۸۹)، مطالعات اولیه را مورد مرور و بازنگری قرار دادند و میزان شیوع را بین یک تا شش درصد برآورد کردند. مطالعات بعدی نیز همین میزان را تأیید کردند. در یک زمینه‌یابی ملی از بهداشت روانی کودکان (ملترز و همکاران، ۲۰۰۰)، چهار درصد از افراد ۵ تا ۱۵ ساله به نوعی اختلال هیجانی مبتلا بودند (اضطراب یا افسردگی). اغلب مطالعات به این نتیجه رسیده‌اند که اختلالات افسردگی در نوجوانان از کودکان بیشتر است (اولسون و ونکنورینگ، ۱۹۹۹؛ آنگولد و همکاران، ۱۹۹۸a). ملترز و همکاران دریافتند که شرکت‌کنندگان گروه سنی ۱۱ تا ۱۵ سال در مقایسه با ۵ تا ۱۰ سال، ۸/۵ برابر بیشتر در معرض ابتلا به افسردگی هستند.

مطالعات به صورت هماهنگ افزایش همبستگی مثبتی را بین شیوع افسردگی و وجود ناملایمات اجتماعی نظیر زندگی با تنها یکی از والدین، بیکاری والدین و والدین مبتلابه اختلالات هیجانی نشان می‌دهد (هیل، ۱۹۹۵؛ ملزر و همکاران، ۲۰۰۰؛ کورکروان و فرانکلین، ۲۰۰۲؛ میر، ۲۰۰۰).

شواهد حاصل از چندین مطالعه نشان می‌دهد که تفاوت نژادی تأثیر معناداری بر میزان شیوع افسردگی عمده در نوجوانان ندارد (دوی و همکاران، ۲۰۰۱؛ چن و همکاران، ۱۹۹۸؛ روبرتز و همکاران، ۱۹۹۷).

مطالعات تخمین زده‌اند که ۷۵ درصد از کودکان و نوجوانان که از نظر بالینی واجد اختلال خلقی هستند، مورد درمان قرار نگرفته‌اند (اندروز و همکاران، ۲۰۰۲؛ کوپل و همکاران، ۲۰۰۳).

بین ۱ تا ۶ درصد از کودکان از افسردگی رنج خواهند برد که این میزان طی نوجوانی افزایش می‌یابد.

عوامل مؤثر در شکل‌گیری افسردگی

شمار قابل توجهی از کودکان و نوجوانان در بستری از مشکلات پایدار خانوادگی و اجتماعی گاه به واسطه حوادث ناگوار مشخص در طول زندگی و گاه از طریق تخریب روند مقابله با مشکلات اجتماعی و خانوادگی، افسردگی را تجربه می‌کنند. در بزرگسالی مسیرهای چندگانه مشابهی به سمت افسردگی توصیف شده‌اند (کیندلر و همکاران، ۲۰۰۲).

به احتمال زیاد از منظر علت‌شناختی اختلال افسردگی مربوط به نوجوانان، به مانند بزرگسالان، چندعاملی است. مدل‌های نظری افسردگی شامل الگوهای بیوشیمی، ژنتیک، روانی-اجتماعی و اجتماعی-اقتصادی است. برخی از این الگوها در ادامه به طور خلاصه مطرح شده‌اند.

نظریه‌های زیست‌شیمیایی، همانند فرضیه مونوآمین، توضیح می‌دهند که چگونه کاهش فعالیت در سیستم آمین مغز باعث افسردگی می‌شود. کارلسون و گاربر (۱۹۸۶) پیشنهاد کردند که فعالیت بسیار کم سیستم سروتونرژیک باعث افسردگی همراه با بی‌قراری و فعالیت بسیار کم نورآدرنرژیک باعث افسردگی همراه با بی‌رمقی می‌شود. این موضوع در ارتباط با استفاده از دارو برای درمان افسردگی متعاقباً مورد بحث قرار گرفته است (صفحه ۸ را ببینید).

مطالعات ژنتیک نشان داده‌اند که استعداد ژنتیکی نقش بارزتری را در اختلالات دوقطبی در مقایسه با افسردگی تک‌قطبی دارد (کندلر و همکاران، ۱۹۹۵).

کودکان مبتلا به افسردگی اساسی با احتمال بیشتری تاریخچه خانوادگی اختلال را دارند، به این معنا که به احتمال بیشتر حداقل یکی از والدین در دوران نوجوانی یا کودکی خود مبتلا به افسردگی بوده است. البته نمی‌توان گفت که افسردگی صرفاً تحت تأثیر عوامل ژنتیک است (هارینگتون و همکاران، ۱۹۹۷). عوامل محیطی و خانوادگی نقشی اساسی را در علت‌شناسی افسردگی نوجوانان دارند. هارینگتون (۱۹۹۴، ۱۹۹۹) تصریح کرد که در ایجاد افسردگی نوجوانان، عوامل خانوادگی در مقایسه با عوامل ژنتیک نقش گسترده‌تری دارند. افسردگی پدر یا مادر می‌تواند تأثیری مستقیم بر محیط

ابتدایی کودک داشته باشد، زیرا علائم افسردگی می‌تواند تأثیری منفی بر مهارت‌های والدگری و در نتیجه بی‌مهری نسبت به کودک داشته باشد (گودمن و گنلیب، ۱۹۹۹). افسردگی پدر یا مادر با اختلافات زناشویی همراه است (کوئیتون و راتر، ۱۹۸۵). آسارنو و همکاران (۱۹۸۸) دریافتند که کودکان و نوجوانانی که به علت افسردگی بستری شده‌اند در صورتی که بعد از ترخیص به خانواده‌های دارای سطوح بالای هیجان ابراز شده برگردند در مقایسه با آنها که خانواده‌های کمتر انتقادگر دارند نتایج بدتری را تجربه خواهند کرد.

هارینگتون (۱۹۹۹) اهمیت تأثیرات دوجانبه را مورد بحث قرار می‌دهد. کودکان دارای مشکل، فشاری را بر والدین خود وارد می‌کنند. آنها ممکن است افکاری شبیه به افراد افسرده در مورد توانایی خود به‌عنوان والدین داشته باشند. چرخه‌های منفی تعاملات ممکن است باعث ایجاد و یا تشدید افسردگی والدین شود (هامن، ۱۹۹۱).

محیط اجتماعی خارج از خانواده نیز ممکن است بر بروز افسردگی در نوجوان تأثیر بگذارد. حوادث حاد زندگی، نظیر مشکلات با همسالان و رفتارهای قلدرمنشانه آنها می‌تواند تأثیری مستقیم داشته باشد (هارینگتون، ۱۹۹۲). افسردگی مادر با محرومیت اجتماعی کودک همراه خواهد بود (فرگوسن و همکاران، ۱۹۹۵). بیکاری والدین، منزل نامناسب، شبکه‌های حمایتی ضعیف و استانداردهای پایین زندگی همه با اختلالات روان‌شناختی همراه هستند (بنیاد بهداشت روانی، ۱۹۹۹).

هنگامی که یک کودک یا نوجوان به افسردگی مبتلا می‌شود، عوامل محیطی مرتبط با ایجاد اختلال نظیر روابط خانوادگی نامناسب یا شکست تحصیلی ممکن است شانس درمان موفق را کاهش دهد.

بیوشیمی، وراثت، تأثیرات روانی-اجتماعی و اجتماعی-اقتصادی به‌عنوان عوامل مؤثر در ایجاد افسردگی شناخته می‌شوند

مدت دوره افسردگی

اغلب کودکان و نوجوانان مبتلابه یک دوره افسردگی بهبود خواهند یافت. حدود ۱۰ درصد این افراد طی سه ماه و ۴۰ درصد از آنها طی یک سال بهبود پیدا می‌کنند. طی دو سال حدود ۲۰ درصد همچنان مبتلابه افسردگی خواهند ماند (هارینگتون و دوپیکا،

۲۰۰۱؛ گودیر و همکاران، ۲۰۰۳). حدود ۳۰ درصد از افراد دوره‌ای طولانی‌تر تا پنج سال را تجربه خواهند کرد (فومبون، ۲۰۰۱).

کودکان و نوجوانان که به صورت بلندمدت‌تر به افسردگی دچارند با احتمال بیشتری در معرض افسردگی در سنین بزرگسالی هستند. هارینگتون و همکاران (۱۹۹۱) در یک مطالعه تکمیلی دریافتند که کودکان و نوجوانان افسرده به میزان چهار برابر بیشتر از گروه غیرافسرده، دوره‌های افسردگی را در سنین بعد از ۱۷ سالگی تجربه می‌کنند.

خصوصیات اولین دوره افسردگی می‌تواند تا حدودی مخاطرات آینده را پیش‌بینی کند. کودکانی که در اولین دوره افسردگی سن و سال بیشتری دارند در مقایسه با کودکان خردسال‌تر بیشتر در معرض ابتلا به افسردگی در سنین بزرگسالی هستند. عودها ممکن است به خاطر شرایط محیطی (آسارنو و همکاران، ۱۹۸۸) یا افسردگی والدین (رادک- یارو و همکاران، ۱۹۹۲؛ هامن، ۱۹۹۱) رخ دهند. فیفر و همکاران (۱۹۹۱)، در یک پیگیری هشت‌ساله دریافتند که کسانی که سابقه اقدام به خودکشی دارند در مقایسه با گروه شاهد ده مرتبه بیشتر احتمال ابتلا به افسردگی را دارند. فومبون و همکاران (۲۰۰۱) تلاش برای خودکشی را ۴۴ درصد و خودکشی موفق را ۲/۵ درصد در ۲۰ سال پیگیری برآورد کردند. تعداد اندکی از افراد هم در آینده به اختلال دوقطبی مبتلا می‌شوند.

اختلالات افسردگی می‌تواند بر عملکرد فرد حتی بعد از مداوای اختلال خلقی تأثیر بگذارد. افزایش احتمال بیماری، مشکلات بین فردی، رفتار خودکشی و سوء‌مصرف مواد از این دست مواردند (بریماهر و همکاران، ۱۹۹۸؛ ریان و همکاران، ۱۹۸۷؛ ویزمن و همکاران، ۱۹۹۹).

اغلب کودکان مبتلا به افسردگی بهبود خواهند یافت، گرچه یک نفر از هر پنج نفر تا دو سال بعد از شروع اختلال همچنان افسرده خواهد ماند. به شکل بلندمدت‌تر کودکانی که تجربه افسردگی را داشته‌اند در مقایسه با آنها که به افسردگی مبتلا نشده‌اند در بزرگسالی بیشتر در معرض ابتلا به افسردگی هستند.