

عوامل مؤثر در تغییر تظاهرات بالینی افسردگی در کودکان

دکتر سیروس ایزدی*
دکتر ضیاء حسینی**

وجود افسردگی در کودکان از سه راه مختلف به شرح زیر خود را نشان می‌دهد:

۱ - تظاهرات تخیلی: این نوع افسردگی بر پایه تخیلات کودک متمرکز است و به صورت رؤیا یا بازی‌های خود بخودی تظاهر می‌کند. یا استفاده از آزمونهای فرافکن مانند آزمون "TAT"^(۲) یا آزمون رورشاخ یا با کمک تفسیری که کودک از فیلمهای تلویزیون و داستانها می‌نماید و بالاخره بوسیله تصاویری که کودک بخودی خود رسم می‌کند می‌توان این نوع افسردگی را تشخیص داد.

تم (۳) افسردگی در این مقوله شامل بد رفتاری، خنثی کردن، انتقادهای بی‌مورد، احساس فقدان، طرد شدگی، آسیب دیدگی و بالاخره مرگ و خودکشی است.

۲ - تظاهرات کلامی: این نوع کاملاً بر مبنای محتوی لفظی کودک متمرکز است. خواه بخودی خود بیان شود یا آنکه مستلزم تجسس و جستجو باشد و شامل بیاناتی است که نمایانگر ناامیدی، احساس بی‌پناهی، جالب توجه نبودن، فقدان احترام به خود و احساس بی‌ارزشی، طرد شدگی و بالاخره در پاره‌ای موارد افکار خودکشی است.

۳ - تظاهر خلقی و رفتاری: این شکل بر پایه خلق افسرده استوار است که با مشاهده و بی‌آنکه به مبادله لفظی نیاز باشد قابل تشخیص است. این تظاهرات شامل کندی

وجود افسردگی و تشخیص آن در بالغین امری شایع است ولی پیدایش افسردگی در روانپزشکی کودکان آنقدرها انتظار نمی‌رود. بطوریکه تا سالهای اخیر وجود افسردگی در اطفال توسط اکثر دانشمندان انکار می‌شد و در بسیاری از کتابهای معتبر روانپزشکی از وقوع آن یاد نمی‌شد.

موضوع قابل ملاحظه بی‌بردن به وجود افسردگی در کودکان است. بطوریکه بعلت افزایش تشخیص و فراوانی بیماری افسردگی در اطفال اخیراً "کنگره‌ای بین‌المللی کلا" به این موضوع اختصاص داده شده است.

مطالعه گروهی در زمینه شیوع و تظاهرات بالینی کودکان بزرگتر از پنج سال که در بیمارستان کودکان کلمبیا انجام گرفته است آشکار ساخت نه تنها وقوع افسردگی در کودکان مبتلا به آشفتگی هیجانی امکان دارد، بلکه می‌توان حتی سه نوع خاص افسردگی مخصوص کودکان را تمیز داد.

نکته قابل ملاحظه آنکه در کودکان اشکال پنهانی یا پوشیده افسردگی^(۱) به مراتب بیشتر از افسردگی واضح مشاهده می‌شود. بنابراین می‌شود نتیجه گرفت که علت آنکه در گذشته کمتر به بیماری افسردگی در کودکان توجه می‌شده است نحوه‌ی خاص تظاهر بالینی آن بوده است.

تظاهرات افسردگی در کودکان:

1. Maked Depression
2. Thematic Aperception Test
3. Theme

دانشیار گروه آموزشی روانپزشکی دانشگاه تهران

دستیار گروه روانپزشکی دانشگاه تهران

*

**

با همان وضوحی که در واکنش افسردگی بالغین مشاهده می‌شود قابل رویت است.

در کلیه این مراحل اغلب کودکان سعی می‌کنند تا خود را از تجربه کردن یا آگاهی بر افسردگی به دور نگاه دارند، در مرحله اول یعنی افسردگی در سطح تخیلی دفاع‌ها شامل انکار، درون‌افکنی، فرافکنی، اجتناب و پرهیزکردن (۱) است. در مرحله دوم یا سطح کلامی افسردگی دفاع‌های اساسی عبارت از تجزیه و تفکیک حالت عاطفی و واکنش سازی می‌باشد. در مرحله سوم یعنی زمانی که خلق و رفتار افسرده ظاهر می‌شود، نماینده آن است که دفاع‌ها علیه افسردگی با شکست مواجه شده است.

عوامل مؤثر در شکل‌گیری بالینی بیماری افسردگی در رابطه با سن کودک

عوامل بسیاری وجود دارند که به تنهایی یا همراه با دیگر عوامل ارگانیک را قادر می‌سازند تا علیه افسردگی وارد عمل شود. فرایند تکامل و رشد در کودک سبب برانگیخته شدن حس خوشبینی و امید و تمام آن چیزهایی می‌شود که به وی کمک می‌کند تا احساس یأس و ناامیدی را از خود دور نماید. این کیفیت رفتار کودکان را که تا حدی "هیپومانیک" بنظر می‌رسد توجیه می‌نماید.

این فشار هیجانی ناشی از رشد به مکانیسم‌های خاصی که با افسردگی بیمار مقابله می‌نماید کمک می‌کند، به عنوان مثال زمانیکه ثبات هدف مورد نظر به طور کامل تأمین نشود کودک در مقایسه با بالغین توانایی بیشتری دارد تا هدف عشقی دیگری را جانشین هدف اصلی نماید و این امر می‌تواند نوعی دفاع مؤثر در قبال فقدان کامل هدف به حساب آید. از طرف دیگر نیروی کودکان برای درک واقعیت و استفاده از مکانیسم‌های دفاعی روانی مانند انکار، درون‌فکنی، فرافکنی، استفاده از افکار سحرآمیز که موجب کاهش احساس فقدان یا از دست دادن می‌شود محدود است. در خاتمه از آنجا که وجدان کودک رشد کافی نکرده است، بنابراین احساس گناه و کاهش احترام به خود که اساس بسیاری از حالات افسردگی

روانی - حرکتی و غمگینی قابل رویت در حرکات و سکنات و قیافه بیمار است. گریه‌کردن، اختلال اشتها و خواب و نشانه‌هایی از افسردگی نهفته مانند افزایش تحرک و بی‌قراری انجام اعمال تهاجمی و نارسانای در امور درسی، بزهکاری و علائم روانتنی ممکن است موجود باشد.

فرض بر این است که نخستین نوع بالینی افسردگی در کودکان تظاهر تخیلی آن است و در اغلب موارد در کودکانی تشخیص داده شده است که به عنوان مبتلایان به واکنش افسردگی تشخیص داده شده‌اند. نوع دوم، یعنی تظاهر کلامی افسردگی در کودکان کمتر مشاهده می‌شود و گونه سوم یعنی خلق و رفتار افسرده از همه نادرتر است.

به‌همین ترتیب بهبود تدریجی علائم و نشانه‌های افسردگی در کودکان قابل مطالعه و پیش‌بینی است. معمولاً خلق و رفتار افسرده اول از همه زائل می‌شود. پس از آن بیان لفظی (کلامی) از بین می‌رود. در حالی که تمهای تخیلی مبتنی بر افسردگی آخر از همه از میان خواهد رفت و معمولاً زمانی دیگر وجود ندارد که کشمکش مولد افسردگی بکلی حل شده باشد.

روش دفاع‌های روانی

مشاهدات بالینی ما را هدایت می‌کند تا روش‌های دفاعی که می‌تواند برای بسیاری از کودکان مفید بوده، آنها را در قبال افسردگی حفظ نماید ارائه دهیم. در مرحله اول نه خلق افسرده است و نه رفتار و نه محتوای لفظی. اما خیالپردازی‌های کودک مبین وجود افسردگی کودک است. بسیاری از کودکان با افسردگی پنهانی در این دسته قرار می‌گیرند.

در مرحله دوم دفاع‌هایی که بر علیه افسردگی وجود دارد کمتر مؤثر واقع می‌شوند. در این حالت هیچیک از تظاهرات خلقی افسردگی در کار نیست، اما نوعی بیانات لفظی که مبین افسردگی کودک است وجود دارد. در مرحله سوم سیستم‌های دفاعی علیه افسردگی ناموفق مانده و ادامه این حالت برای مدت زمانی طولانی سبب می‌شود که خلق و رفتار کودک افسرده شود. در این حال نشانه‌های افسردگی

با پیشرفت سن تعداد نیروهای مذکور بطور افزایشی تغییر مکان می‌دهد. از این رو بتدریج افسردگی در خلق و رفتار کودک متجلی می‌شود. این تحول نشانه‌شناسی تا اواخر دوره نوجوانی ادامه دارد تا آنکه در بالغین به علت تثبیت شدن هدفهای عشقی کم و بیش وضع ثابتی به خود می‌گیرد. در اینجا باید توجه داشت که در حالات مرزی اسکیزوفرنیک جانشین کردن هدف عشقی بطور شدیدی مشکل است و تا سنین بلوغ به تعویق می‌افتد، درک واقعیت‌ها ضعیف می‌باشد و بنابراین استفاده از خیالپردازی به عنوان نوعی گریز یا رهایی از افسردگی تا سنین بالا ادامه می‌یابد. به موازات بالا رفتن سن دفاع‌های ابتدایی که در مراحل اولیه زندگی قابل استفاده بودند بتدریج اثر خود را از دست می‌دهند. هرچه وجدان اخلاقی رشد بیشتری نماید احساس گناه و کاهش احترام بخود بعنوان نشانه‌ای از حالت افسردگی بیشتر مشاهده می‌شود.

نیروهای مخالف شامل دفاعهای بالغ تر از قبیل بیان احساسها (که در سنین پائین بندرت اتفاق می‌افتد) و رشد ظرفیت فردی برای حل مشکلات است.

ترکیب این عوامل سبب می‌شود که افسردگی واضح در بالغین بیشتر از کودکان مشاهده شود. با وجود این در مواردی که مکانیسم انکار و دیگر دفاعهای ابتدایی و محدودیت درک واقعیت موجود باشد در افراد بالغ نیز افسردگی پوشیده ظاهر می‌گردد.

خلاصه

برخی از مولفین کوشیده‌اند تا برای دفاعهای ضد افسردگی که در جریان تحول و تکامل شخصیت با پیشرفت سن تغییر می‌کند، تصویری کلی رسم نمایند. پس از بررسی‌های فراوان در زمینه افسردگی کودکان و دفاع‌های را که کودک علیه بیماری افسردگی بکار می‌برد مشخص کرده و به این نتیجه رسیده‌اند که افسردگی در کودکان معمولاً در سه سطح تظاهر می‌کند:

- ۱ - سطح تخیلی
- ۲ - سطح کلامی
- ۳ - سطح خلقی و رفتاری.

در بالغین است کمتر در کودکان مشاهده می‌شود. حال با توجه به مشاهدات و بررسی‌های موجود می‌توان برای توزیع علائم افسردگی در تمام ادوار زندگی طرحی به شرح زیر پیشنهاد کرد:

در دوران کودکی ظرفیت کودک برای استفاده از مکانیسم‌های دفاعی محدود است، زندگی تخیلی وی ابتدایی است و نمی‌تواند با خلق افسرده کودک مقابله نماید بیان لفظی محدود می‌باشد و بنابراین نه تنها امکان تخلیه روانی وجود ندارد، بلکه قدرت حل موقعیت‌های مولد افسردگی نیز فوق‌العاده محدود است.

ترکیب این دو عامل ممکن است کودک را در جریان مقابله با خلق افسرده زخم‌پذیر سازد که در این صورت به شکل خلق و رفتار بسیار افسرده متجلی می‌شود. با وجود این فشارهای هیجانی ناشی از رشد و قدرت جانشین کردن یک جانشین نسبی برای هدفهای عشقی از دست‌رفته عواملی هستند که فرایند افسردگی را خنثی می‌کنند و این سؤال را که چرا افسردگی در کودکان غالباً دارای دوره کوتاهی است توجیه می‌نمایند. در اینجا باید توجه داشت در مواردی که جانشین کردن غیرممکن باشد (مانند آنچه در بعضی مؤسسات شبانه‌روزی دیده می‌شود) افسردگی ادامه خواهد یافت.

در ابتدای کودکی و دوره پنهانی بیان لفظی به‌منظور تغییر احساسها و حل مشکلات گرچه صورت ابتدایی دارد، اما بتدریج توسعه می‌یابد. در اینجا فشار هیجانی ناشی از رشد، تمایل کودک به ابراز حالت عاطفی به شکل رفتار (عمل)، افزایش مهارت بیشتر برای استفاده از دفاع‌های ابتدایی، باقی بودن قدرت جانشن کردن هدفهای عشقی و زندگی سرشار از خیالپردازیهای ابتدایی که با درک نارسایی از واقعیت‌ها همراه است و بالاخره وجدان سخت‌گیر که در بیشتر موارد وجود دارد، ممکن است دست به دست هم داده و فرایند افسردگی را در سطحی خیالپردازانه آشکار سازد. این عوامل شیوع نسبی افسردگی پوشیده (پنهانی) و وقوع اندک خلق و رفتار افسرده را در کودکان و همچنین پایداری نشانه‌های افسردگی را در این دوره از زندگی توجیه می‌نمایند.

Reference

1. Annel A. L. (ed.). Depressive States in childhood and adolescence. Stockholm Almqvist and Wiksell, 1972.
2. Cytryn, L. and Marnew, D. : Factors influencing the changing clinical expressions of the depressive process in children, Am. J. Psychiatry 131: 8, August 1974, P. 879.
3. Cytryn, L. McKnew D. H. Jr. Proposed classification of childhood depression. Am. J. Psychiatry 129: 149-155, 1972.
4. Kanner L: Child psychiatry, 1st ed. Springfield, Ill. Charles C. Thomas, 1947.
5. Pierson G. M.: Emotional disorders of children. New York W. W. Norton & Co., 1949.
6. Rie H. B. Depression in childhood. Am. J. Child Psychiatry 5: 653-685, 1966.
7. Spinoza B. The foundations of moral life in man and spirit the seculative philosophers. Edited by Commins S. Linscott R. N. New York, Random House, 1947. p. 177.