

افسردگی در نوجوانان

راهنمای والدین برای درک جدی و درمان

اثر: دکتر فرانسیس مارک موندیمور

ترجمه: مهدی قراچه‌داغی

Adolescent Depression

Francis Mark Mondimore, M.D.

2002



انتشارات پیک‌بهار

Mondimore, Francis mark

ماندیمور، فرانسیس مارک، ۱۹۵۳ - م
افسردگی در نوجوانان: راهنمایی والدین برای درک جدی و درمان / اثر فرانسیس مارک
موندیمور؛ ترجمه مهدی قراچه‌داغی-تهران: پیک‌بهار، ۱۳۸۴.
۲۴۰ ص.

ISBN 964-7184-47-6 : ریال ۲۴۰۰۰

Adolescent Depression: a Guide for parents.

عنوان اصلی:

فهرست‌نویسی براساس اطلاعات فیبا.

۱. افسردگی در نوجوانان -- به زبان ساده. الف. قراچه‌داغی، مهدی، ۱۳۲۶، مترجم. ب. عنوان.

۶۱۶/۸۵۲۷۰۰۸۳۵

۱۷م‌الف / RJ۵۰۶

۱۳۸۴

م ۸۴-۱۹۷۱۳

کتابخانه ملی ایران



نام کتاب: افسردگی در نوجوانان

نویسنده: دکتر فرانسیس مارک موندیمور

برگردان: مهدی قراچه‌داغی

طرح جلد: علی میرفتاح

چاپ اول: ۱۳۸۴

تعداد چاپ: ۲۲۰۰ جلد

ناشر: پیک‌بهار

لیتوگرافی: غزال

چاپ: غزال

صحافی: کیمیا

ISBN 964-7184-47-6

شابک: ۹۶۴.۷۱۸۴.۴۷۰۶

نشانی: خیابان انقلاب، خیابان ابوریحان، بن‌بست امیرپرویز، شماره ۱۶ طبقه اول

صندوق پستی: ۱۱۴۹۵/۱۶۴

تلفن: ۰۹۱۲۱۴۰۰۰۸۷. ۶۶۹۵۶۷۸۸. ۶۶۴۶۵۹۸۰

پست الکترونیک: PEYKEBAHAR@hotmail.com

کلیه حقوق برای انتشارات پیک‌بهار محفوظ است

فهرست

پیش‌گفتار..... ۵

مقدمه..... ۹

بخش اول: نشانه‌ها، نشانگان و تشخیص

فصل ۱: افسردگی..... ۱۵

فصل ۲: نوجوانی نرمال و افسردگی در نوجوانی..... ۳۱

فصل ۳: اختلالات خلقی دوران نوجوانی..... ۴۱

فصل ۴: اختلالات خلقی..... ۶۹

بخش دوم: درمان

فصل ۵: دارودرمانی برای نوجوانها..... ۸۱

فصل ۶: داروهای ضدافسردگی..... ۸۷

فصل ۷: داروهای تثبیت خلق..... ۱۰۳

فصل ۸: سایر داروها و روشهای درمانی..... ۱۲۱

فصل ۹: مشاوره و روان‌درمانی..... ۱۳۹

بخش سوم: اختلالات دیگر، علل و ارتباطها

- فصل ۱۰: اختلال فزونکاری باکاستی توجه (ADHD) ۱۵۵
- فصل ۱۱: مصرف الکل و استعمال مواد مخدر ۱۶۳
- فصل ۱۲: اختلالات خوردی ۱۷۵
- فصل ۱۳: خودزنی و سایر رفتارهای علیه خود ۱۸۵
- فصل ۱۴: نقش عوامل ژنتیک در اختلالات خلقی ۱۹۵

بخش چهارم: بهتر شدن و در سلامت باقی ماندن

- فصل ۱۵: راه کارهای درمان موقت ۲۰۷
- فصل ۱۶: نقش خانواده ۲۲۱
- فصل ۱۷: برنامه ریزی برای شرایط اضطراری ۲۲۷
- فصل ۱۸: نگاهی به آینده ۲۳۳

پیش‌گفتار

تا مدتها، متخصصان سلامت روان فکر می‌کردند که افسردگی جدی بیماری بزرگترهاست. روان‌شناسان و روان‌پزشکان بر این عقیده بودند که بچه‌ها ممکن است در اثر موضوعی غمگین شوند، اما به اندازه کافی بالغ نیستند که افسردگی را تجربه کنند. تصور می‌شد که آندوهگین بودن و غمگین نشان دادن در میان نوجوانها بسیار عمومیت دارد، اما موقتی است و در مرحله‌ای از رشد آنها اتفاق می‌افتد.

بررسیهای به‌عمل‌آمده در دهه ۱۹۹۰ به این اسطوره‌ها پایان داد. حالا می‌دانیم که جوانها به واقع افسرده می‌شوند. در واقع به‌شکلی که به‌طور فزاینده روشن می‌شود، بیماری افسردگی و اختلالات درقطبی در نوجوانی شروع می‌شوند و جدی‌ترند. درمان افسردگی در نوجوانها به‌مراتب دشوارتر از درمان آن در بالغهاست. براساس بررسی سال ۱۹۹۶ مؤسسه ملی سلامت روان، بیش از ۶ درصد کودکان و نوجوانان واقع در سنین ۹ تا ۱۸ سالگی، دست‌کم در مدت شش ماه از دوران تحصیلی خود با نوعی افسردگی مواجه می‌شوند. تقریباً ۵ درصد این نوجوانها با بیماری جدی افسردگی یا اختلال افسردگی عمده روبه‌رو می‌گردند. تخمین زده می‌شود که از هر ۵ نفر، ۱ نفر در طول عمر خود با افسردگی جدی روبه‌رو می‌شود و با توجه به بررسیهای به‌عمل‌آمده بسیاری از این اشخاص، اولین بار در دوران نوجوانی خود افسردگی را تجربه کرده‌اند.

با تولید شدن داروی ضد افسردگی پروزاک (فلوکستین) در سال ۱۹۸۹، درمان افسردگی به عصر جدیدی وارد شد. از آنجایی که داروهای جدیدتر در مقایسه با داروهای قدیمی سالم‌تر و مصرف آنها ساده‌تر است، بسیاری از مردم از این دارو برای درمان افسردگی خود استفاده کردند. امروزه افسردگی را یک بیماری مانند بیماری دیابت یا بیماریهای قلبی می‌شناسند. اما این شناسایی در مورد نوجوانها با تأنی بسیار بیشتری صورت واقع پیدا کرده است که علت اصلی آن اسطوره‌هایی است که قبلاً به آن اشاره کردم. والدین هنوز در این زمینه راحت نیستند که فرزندانشان به دلیل افسردگی تحت درمان قرار بگیرند. بسیاری از آنها نمی‌خواهند برای بیماری که امیدوارند به‌خودی‌خود برطرف شود، فرزندانشان دارو مصرف کنند. امیدوارم در این کتاب شما را متقاعد کنم که افسردگی جدی در نوجوانها یک بیماری است. بیماری که می‌توان آن را به طرز مؤثری درمان نمود.

مطالعات بالینی نشان داده‌اند که افسردگی به آن حدی که در نوجوانها هست، تشخیص و درمان نمی‌شود. یک بررسی در سال ۲۰۰۰ نشان داد که تنها ۲۰ درصد نوجوانهای به‌شدت افسرده تحت درمان قرار گرفته‌اند. در همین بررسی معلوم شد که بازگشت بیماری در این نوجوانها بسیار زیاد است و با کمال تأسف مشخص گردید که این اشخاص تا ۲۴ سالگی خود، علاوه بر افسردگی، با بیماریها و مشکلات دیگری از جمله مصرف الکل و استعمال مواد مخدر روبه‌رو شده بودند.

اکنون می‌دانیم که افسردگی به انواع و اقسام مختلفی بروز می‌کند و اغلب نشانه مجموعه‌ای از بیماریهای عاطفی و احساسی است که روان‌پزشکان به آن اختلالات خلقی می‌گویند. بعضی از نوجوانهایی که با این مشکل روبه‌رو می‌شوند، غمگین می‌شوند و حزن پیدا می‌کنند. همان احساسی که معمولاً نام افسردگی برایش انتخاب می‌شود. اما سایر نوجوانهایی که با اختلال خلقی روبه‌رو می‌گردند، اغلب رفتاری پرخاشگرانه، غرولند و خشمهای مخرب را به نمایش می‌گذارند، مسایلی که به نظر می‌رسد رابطه چندانی با آنچه اغلب اشخاص آن را افسردگی می‌دانند، ندارد. آیا ممکن است یک بیماری واحد در اشخاص مختلف به گونه‌هایی تا این حد متفاوت ظاهر گردد؟ چرا؟ اینها

برخی از سؤالاتی هستند که سعی کرده‌ام در این کتاب به آنها جواب بدهم. این کتاب درباره این نیست که چگونه با نوجوانهای خود صحبت کنیم. اختلالات خلقی نوجوانها پیچیده‌اند، به‌خوبی درک نمی‌شوند و می‌توان گفت که این بیماریها بالقوه خطرناک هستند و والدین می‌خواهند واقعیات درباره این بیماریها را درک کنند. اما نشانه‌های خطر افسردگی جدی در نوجوانها کدام است؟ چگونه اختلالات خلقی شناسایی می‌شوند. کاربردهای تشخیصهای متفاوت کدام‌اند؟ افسردگی با سایر مسایل مانند سوء استعمال مواد مخدر، اختلال فزونیکاری با کمبود توجه و اختلالات خوردی چه رابطه‌ای دارد؟ روشهای درمانی کدام‌اند؟ چگونه پدر و مادر نوجوان افسرده می‌توانند به بهترین شکل او را درمان کنند؟ پدر و مادر چه کار دیگری می‌توانند بکنند؟ در این کتاب به همه این سؤالات پاسخ داده‌ایم.

این کتاب از چهار بخش تشکیل می‌شود. بخش اول (نشانه‌ها، نشانگان و تشخیص)، به شناسایی افسردگی جدی در نوجوانها اشاره دارد. توضیح داده‌ایم که چرا اختلالات خلقی بیماریهای حقیقی هستند. به برخی از مباحث منحصر به فرد رشد احساسی و عاطفی در دوران نوجوانی که نشان می‌دهد چرا اختلالات خلقی در نوجوانها به‌طرزی متفاوت از بزرگسالان چهره می‌کند، اشاره کرده‌ایم.

بخش دوم (درمان)، به داروهای مختلف و سایر شیوه‌های درمانی اشاره دارد که برای درمان افسردگی از آن استفاده می‌شود. درضمن به انواع روشهای روان‌درمانی و مشاوره که مفید تشخیص داده شده‌اند و نیز به رابطه این شیوه‌های درمانی با یکدیگر و این که چرا ترکیب این دو شیوه با هم بیشترین اثربخشی را دارد اشاره کرده‌ایم.

بخش سوم (انواع، علل و ارتباطها)، به بحث درباره مسایل دیگری پرداخته است که اغلب تصویر را در نوجوانهای افسرده پیچیده‌تر می‌سازند. بیماریهایی از قبیل فزونیکاری با کمبود توجه و اختلالات خوردی و رفتارهای خطرناک اقدام به خودکشی و مجروح ساختن خود، نمونه‌هایی هستند که می‌توان به آن اشاره نمود. فصلی درباره ارثی بودن اختلالات خلقی و وجود نشانه‌های ژنتیکی درباره این بیماریها، این بخش از کتاب را تکمیل می‌کند.

بخش چهارم (بهبود یافتن و در سلامتی به سر بردن)، اطلاعاتی فراگیر برای به حداکثر رساندن اثربخشی درمان و به حداقل رساندن امکان بازگشت دوباره بیماری، در اختیار شما قرار می‌دهد.

امیدوارم بعد از خواندن این کتاب درباره نشانه‌ها، روشهای درمانی و مشکلات موجود اطلاعات بیشتری به دست آورید. مهم‌تر از این، امیدوارم درباره کمک به نوجوان افسرده برای اینکه بهتر تحت درمان قرار بگیرد و به بالنی سالم و شاداب تبدیل گردد، به سلاحهای مؤثرتری تجهیز شوید.

مقدمه

سالها، روان‌پزشکان و روان‌شناسان معتقد بودند که افسردگی جدی در کودکان و نوجوانان بسیار کمیاب و حتی غیرممکن است. اما حالا می‌دانیم که این، حرف و باور درستی نیست. در واقع امروزه در مقالات مندرج در مجلات و نیز در روزنامه‌ها به وجود این بیماری در نوجوانها به شدت برمی‌خوریم.

اغلب مطلب به گونه‌ای نوشته می‌شود که برای والدین بسیار هولناک است. بسیاری از سوءمصرفها و سوءاستعمالهای مواد و نیز اقدام به خودکشی، به افسردگی نسبت داده می‌شوند. والدین از آسیبی که این بیمارها می‌توانند به آنها و به خانواده‌اشان بزنند، وحشت‌زده هستند. در مواقعی نیز این باور پدر و مادر که «بچه من هرگز دست به این کارها نمی‌زند» سبب می‌شود که به اندازه کافی به بیماری افسردگی و درمان آن در نوجوانها توجه نکنند و در مواقعی نیز دیده شده است پدر و مادر که یک شعر و ترانه حزنانگیز از فرزندشان می‌خوانند، شبانه به بخش اورژانس بیمارستانها مراجعه می‌کنند. اما اگر پدر و مادر احساس کنند که فرزندشان با افسردگی جدی روبه‌روست، چه باید بکنند؟ اگر نوجوانی به تشخیص روان‌پزشک با افسردگی جدی روبه‌رو شده است، چه عواقبی متوجه اوست؟ چگونه می‌توان به بهترین شکل به او کمک کرد؟

با این حال، دروغ گفته‌ام اگر بگویم که افسردگی نوجوانها موضوعی است

که روان‌پزشکها از آن اطلاع کافی دارند، اما حرف درستی است اگر بگوییم درباره افسردگی در جوانها مطالب فراوان می‌دانیم. بخش قابل ملاحظه‌ای از این علم و اطلاع را در ارتباط با افسردگی در بزرگسالان شناسایی کرده‌ایم، اما معذالک به قدر کافی مدرک و دلیل داریم که بتوانیم برای شناسایی این بیماری و درمان آن در نوجوانها کار جدی صورت بدهیم.

کلمه «بیماری» موضوع بسیار مهمی است. آنچه بحث ندارد این است که افسردگی جدی نشانه‌های یک بیماری است؛ و یا بهتر بگوییم نشانه‌های مجموعه‌ای از بیماریهاست که به آن اختلال خلقی می‌گویند. با نشانه‌های افسردگی باید مانند نشانه‌های سایر انواع بیماریهای جدی برخورد نمود: آن را جدی گرفت و نوجوان را در اسرع وقت به یک متخصص امر درمان رجوع داد. مشارکت در کار درمان از طریق نظارت بر نشانه‌ها و پاسخهای نوجوان به برنامه درمان، حمایتگر بودن، تشویق کردن و مشارکت در هر برنامه‌ای که گروه درمان توصیه می‌کند.

داستانهای وحشتناکی که در روزنامه‌ها می‌خوانید اغلب ناشی از رعایت نکردن این اصول است: بی‌توجهی به افسردگی جدی و از آن بدتر سوءظن بردن به بیماری و درمان نکردن آن به دلایل مختلف: تشخیص یک بیماری ذهنی و روانی، نداشتن اطلاعات درست درباره داروهای اعصاب و روان، توجه به شایعات و یا این باور اشتباه که اختلالات عصبی و روانی بیماری واقعی محسوب نمی‌شوند. والدین کودکی که با بیماری قند روبه‌روست هرگز نگران حرف همسایه‌ها نمی‌شوند؛ نگران تشخیص و برنامه درمان نمی‌شوند. والدین کودکی که با سرطان خون روبه‌روست خود را سبب بیماری فرزندشان معرفی نمی‌کنند و نمی‌پرسند «چه اشتباهی کردیم؟». افسردگی جدی یک بیماری جدی است و باید مانند سایر بیماریها با آن برخورد نمود. وقتی پزشک، نوجوانی را که احتمالاً از افسردگی رنج می‌برد معاینه می‌کند (بعداً توضیح می‌دهم که چرا پزشک و به‌طور اخص روان‌پزشک باید یکی از نخستین کسانی باشد که بیمار افسرده را معاینه می‌کند)، روش او مانند برخورد با هر بیماری دیگر است: به تمامی حقایق درباره نشانه‌ها توجه می‌کند، بیمار را معاینه می‌کند، ممکن است دستور آزمایش بدهد و بعد،

براساس آن تشخیص خود را اعلام می‌نماید. این حقیقت که نشانه‌ها اغلب حالت احساسی دارند و نه جسمانی-اندوه بی‌علاقگی به فعالیتها و نه درد در ناحیه شکم یا داشتن تب- چیزی را در زمینه برخورد پزشکی با بیمار تغییر نمی‌دهد. در جریان معاینه باید با بیمار صحبت کرد و به حرفهای او گوش داد. نیازی به استفاده از گوشی یا گرفتن فشار خون نیست. روان‌پزشکان به حکم تجربه طولانی خود اغلب با صحبتی که با بیمار می‌کنند می‌توانند بیماری او را تشخیص بدهند.

اختلالات خلقی مانند بیماریهای جسمانی هر کدام تاریخچه‌ای طبیعی دارند. به عبارت دیگر، می‌توان پیش‌بینی کرد که بیماری چه دوره‌ای را پشت سر می‌گذارد. برای پیش‌بینی درباره مسئله پزشکی ابتدا باید تشخیص صورت بگیرد. این‌گونه، مشخص می‌شود که چگونه و به کمک کدام روش و کدام دارو، بیمار می‌تواند سلامتی خود را بازیابد.

در بیماریهای روانی مانند سایر بیماریهای تنی، اشخاص اغلب با طرح سؤال «چرا؟» به طرح سؤالات از نوع «چه؟» نمی‌پردازند. برای جراحی که پای شکسته یک بیمار را معالجه می‌کند اینکه چرا پای بیمار شکسته است، مهم نیست. برای او مهم است که اکنون بیمار او با چه مشکلی روبه‌روست. اینکه استخوان او در اینجا و اینجا شکسته است، موضوع مهم و قابل توجه است. پاسخ دادن به این سؤالات، برنامه درمان را مشخص می‌سازد. روان‌پزشکی هم آن‌قدرها از این رویه متفاوت نیست. روان‌پزشک باید از خود بپرسد چه نوعی از افسردگی دامگیر این بیمار شده است؟ آیا اختلال افسردگی عمده است؟ آیا گرفتار بیماری دوقطبی است؟ آیا افسردگی جزئی و یا به عبارتی اختلال تطبیقی است؟ قبل از طرح سؤالات دیگر، این موضوعات باید روشن شوند: آیا افسردگی او ناشی از به هم خوردن رابطه‌اش با دوستش است؟ آیا به این علت است که توانسته به کالج راه پیدا کند؟ این سؤالات به امر تشخیص کمک می‌کنند. اما این سؤالات درواقع بعد از آن که تشخیص داده شد، مؤثر واقع می‌شوند.

این طرز فکر کردن درباره اشخاص و احساساتشان، به‌طور طبیعی، برای ما حاصل نمی‌شود. همه ما بعد از از دست دادن یک عزیز اندوهگین

می‌شویم و یا در برخورد با نامطمئنیه‌ها کسل می‌گردیم. از این رو، احساس می‌کنیم که تمامی احساسات عاطفی این‌گونه ایجاد می‌شوند. همه ما عادت کرده‌ایم که دلایلی برای احساسات ناخوشایند دیگران پیدا کنیم. اشاره به نکته دیگری می‌تواند موضوع را بهتر توضیح بدهد. ممکن است کودک شما مانند بسیاری از کودکان دیگر صبح روزهایی که به مدرسه می‌رفت با دل درد روبه‌رو می‌شد؛ به‌خصوص اگر از رفتن به مدرسه عصبی بوده و یا به‌طور کلی دوست نداشته است که به مدرسه برود. ممکن است این فکر که چرا فرزند من نمی‌خواهد به مدرسه برود در صبح به ذهنتان خطور نکرده بوده باشد. به جای آن از خود سؤال کرده بودید که کودک من چه اشکالی دارد، چه بیماری می‌تواند سبب این ناراحتی او شده باشد. احتمالاً درجه حرارت بدن او را اندازه گرفته بودید. او را در رختخواب خوابانده و از او مراقبت کرده بودید؛ شاید هم به پزشک متخصص اطفال زنگ زده و یا حتی او را به نزد پزشک برده بودید. می‌خواستید مطمئن شوید که او بیمار نیست و مثلاً از خوردن غذا مسموم نشده است. برایتان عجیب است اگر پدر و مادری این قبیل کارها را نکنند، غیر از این است؟ حتی اگر کودکان در شرایط دشواری به‌سر ببرند، ممکن است او را به اورژانس برسانید. تنها وقتی معلوم شود که مشکل پزشکی و جسمانی نیست، باید دنبال توضیح یک روان‌شناس بگردید و بدانید که علت ناراحتی کودک شما این است که نمی‌خواهد به مدرسه برود.

پدر و مادر اغلب نخستین کسی هستند که متوجه افسرده بودن فرزند خود می‌شوند و یا احساس می‌کنند اشکالی در کار نوجوانشان هست. درست مانند همان کودکی که دل‌درد داشت و او را به نزد پزشک بردید، نوجوانی که پیوسته غمگین و خشمگین است باید به روان‌پزشک مراجعه کند. با این حساب، کتاب را با توضیح نشانه‌های این بیماری‌ها یعنی اختلالات خلقی شروع می‌کنیم. درک اینکه روان‌پزشکان با افسردگی نوجوانها چه می‌کنند، چگونه تشخیص می‌دهند و درباره برنامه درمانی چه توضیحی می‌دهند، نخستین قدم مهمی است که پدران و مادرانی که می‌خواهند به فرزندان خود کمک کنند، می‌توانند از آن بهره بگیرند.