

آشوب‌هایی است که درونی شده است. در مقابل، رفتارهای برونی شده از قبیل پرخاشگری، رفتارهای مهار گسیخته و نافرمان، آشوب‌های درونی فرد را به طرف بیرون هدایت می‌کنند. به طور کلی، هر شخص تمایلی طبیعی به رفتارهای درون‌گرایانه یا بیرون‌گرایانه دارد که متناسب با عوامل ژنتیکی می‌باشد. به طور مثال، کودکان افسرده ممکن است اضطراب قابل توجهی را تجربه کنند، اما با همسالان خود درگیر نمی‌شوند و یا از مقررات معلم سرپیچی نمی‌کنند. از طرفی، کودکان دیگر به نظر می‌رسد که دارای عقده‌ای می‌باشند به طوری که به هنگام ناراحتی عصبانی می‌شوند، فحاشی می‌کنند، تا اینکه گوشه‌گیری اختیار کنند. هر دو طبقه رفتار، پیامدهای منفی برای یادگیری و موفقیت تحصیلی دارند. اگرچه رفتارهای بیرون‌گرایانه به علت مشکلاتی که برای دیگران به وجود می‌آورند، بیشتر مورد توجه قرار می‌گیرند. دانش‌آموزان با اختلال‌های رفتاری درونی شده، معمولاً برای خدمات ویژه ارجاع داده نمی‌شوند، زیرا آنها مشکلاتی برای معلم در مورد اداره‌ی کلاس به وجود نمی‌آورند (کافمن، ۱۹۹۳).

همه‌ی معلمان، دانش‌آموزانی دارند که مضطرب و گوشه‌گیر بوده و یا در کلاس مشکلاتی ایجاد می‌کنند. این هیجانات و رفتارها، تا حدودی در زندگی روزمره قابل انتظار است. اگر چه، برای تعدادی از کودکان مشکلات به اندازه‌ای شدید است که به کارکرد روزانه آسیب می‌زند. اختلال هیجانی در طبقه‌بندی رسمی به معنای ناتوانی‌های رفتاری یا برجا و مداوم که فرایند یادگیری دانش‌آموز و یادگیران را مختل می‌کند و این ناتوانی برای پیشرفت تحصیلی یا روابط درون فردی مناسب، قابل اسناد به آسیب‌های عقلی، نقایص حسی و یا جسمانی نیست می‌باشد. معلمان و والدین از این که کودک را به علت مشکلات رفتاری، اجتماعی و هیجانی به مراکز تخصصی ارجاع دهند اکراه دارند. زیرا از پیامدهای برجسته‌ی زدن به کودک، به عنوان اختلال رفتار، می‌ترسند (گرمین، ۲۰۰۱).

یک روش تامل در باره‌ی اختلال‌های رفتاری، هیجانی و اجتماعی در نظر گرفتن نحوه‌ی ظهور حالت‌های درونی کودک است. طبقه "رفتارهای درون‌گرایانه" شامل کناره‌گیری اجتماعی، افسردگی، اضطراب همه‌منعکس کننده‌ی

افسردگی در کودکان با ناتوانی‌های یادگیری



علاوه بر آن گرشام^۲ و همکاران (۱۹۹۹) یافتند که دانش آموزان در معرض خطر با مشکلات درون گرایانه، ایده های منفی دیگران را به وفور در کارنامه خود دارند، که عبارت هایی مانند: نابالغ، تبیل، سمج و دشوار از آن جمله است، با وجود اینکه، مشکلات هیجانی و اجتماعی آنها، قابل توجه است، اما لزوماً به عنوان کسانی که نیاز به مداخله های ویژه و مخصوص دارند، تشخیص داده نمی شوند.

افسردگی

بیش از دو دهه، افسردگی کودکان، توجه فزاینده ای را به خود جلب کرده است. تخمین زده می شود که ۰/۴ تا ۲/۵ درصد کودکان از نظر بالینی افسرده هستند. یک دوره معمولی افسردگی عمده در کودکان و نوجوانان ۷ تا ۹ ماه طول می کشد (بیرماهر^۱ و همکاران، ۱۹۹۶). این مساله قابل توجه است، زیرا این امکان برای کودک وجود ندارد که از این اختلال برای یک سال تحصیلی بهبود حاصل کند. بنابراین در رشد و یادگیری، اختلال ایجاد می کند. هنگامی که شما در باره ی افسردگی جوانان فکر می کنید، ممکن است در ذهن خود یک جوان گوشه گیر و عبوس را پیش خود مجسم کنید. اگر چه این تصویر ممکن است توصیفی از افسردگی یک کودک خردسال باشد، اما همیشه هم این گونه نیست. کودکان افسرده در سنین اولیه علاوه بر احساس غمگینی، تحریک پذیری، بی تفاوتی و آشفتگی می باشند. پیش دبستانی های افسرده ممکن است افسردگی خود را از طریق بیش فعالی، پرخاشگری و یا لجباجت ظاهر سازند، شاید به این دلیل که آنها کلام کامل و مناسبی برای بیان احساسات خود ندارند. اغلب کودکان افسرده حالت هایی از غمگینی همراه با بدخلق بودن و عدم موفقیت تحصیلی را تجربه می کنند. برخلاف بزرگسالان و جوانان، که در آنها افسردگی در جنس مونث به مراتب شیوع بیشتری دارد، افسردگی کودکان در دو جنس به یک میزان بروز می یابد (رایت^۳، استرادرسی^۴، واتسون^۵، ۱۹۹۲).

دلایل افسردگی کودک، ممکن است به آسانی قابل شناسایی باشد. مانند زمانی که والدین دانش آموز در آستانه طلاق هستند و یا ممکن است کمتر آشکار بوده و یافتن علت کمی دشوار باشد. بعضی از کودکان ممکن است به طور مزمن افسرده باشند تا اینکه افسردگی آنها واکنشی نسبت به عوامل فشارزای محیطی باشد. این افسردگی ممکن است سال ها طول بکشد. به طور مثال از دو سال پیش که پدر وایان در ۹ سالگی خانواده را ترک کرد، او بی تفاوت و گوشه گیر شده و علاقه ی کمی برای انجام دادن

کارها از خود نشان می دهد. او همچنین دچار بی اختیاری ادرار شده است. اما اگر اه شدید او در مورد صحبت کردن در مورد بی اختیاری ادرار، کمک کردن به او را تقریباً ناممکن ساخته است. افسردگی، اغلب همراه با دیگر اختلال های روان شناختی است که اضطراب شایع ترین آنها می باشد (کاواکس^۶، ۱۹۹۶).

علاوه بر آن، افسردگی می تواند با عملکرد اجتماعی و موفقیت تحصیلی کودک تداخل جدی داشته باشد، افسردگی در کودک باید جدی گرفته شود. کودکان خردسال می توانند چنان اسیر افسردگی شوند که اندیشه ی خودکشی را در سر پیورراندند و یا اینکه می توانند انتخاب گرویش های آسیب رسان باشند که مهلک و کشنده است.

علامین افسردگی

- احساس غم
- بی تفاوتی یا فقدان علاقه به فعالیت های لذت بخش قبلی
- انزوای اجتماعی و یا کناره گیری
- بدبینی یا ناامیدی
- تحریک پذیری
- نظر منفی نسبت به خود
- انفعال
- فقدان انرژی یا خستگی مزمن
- شکایت های جسمانی
- اشتها ی کم یا بسیار زیاد
- بی اختیاری ادرار و مدفوع
- افت عملکرد تحصیلی
- تمرکز ضعیف

اگر اه و یا نارضایتی برای رفتن به مدرسه بسیاری از پژوهشگران یافته اند که دانش آموزان با ناتوانی یادگیری، افسردگی بیشتری را از همسالان خود تجربه می کنند. میزان بروز افسردگی در این افراد از ۱۴ تا ۳۶ درصد در نوسان است. به طور مشابه، در میان کودکان ارجاع داده شده به مراکز بهداشت روانی برای افسردگی، تعداد کودکان با اختلال یادگیری که مبتلا به افسردگی می باشند بیشتر از کودکانی است که برای مشکلات دیگر رجوع می کنند (شورت^۷، ۱۹۹۲). در زمره ی کودکان با اختلال یادگیری، کودکان کم سن تر افسردگی شدید تری را نسبت به کودکان بزرگتر تجربه می کنند شاید بدان دلیل که کودکان بزرگتر فهم و درک خود را از ناتوانی شان، افزایش داده و بهتر با آن کنار آمده اند.

دلایل زیادی مبنی بر این که، چرا این کودکان افسردگی

بسیاری از پژوهشگران یافته اند که دانش آموزان با ناتوانی یادگیری، افسردگی بیشتری را از همسالان خود تجربه می کنند. میزان بروز افسردگی در این افراد از ۱۴ تا ۳۶ درصد در نوسان است

اختلال های اضطرابی به طور نزدیکی با دیگر اختلال های هیجانی، به ویژه افسردگی و اعتماد به نفس پایین در ارتباط است

بالغ بر ۲۵ درصد از کودکان با اختلال یادگیری، ملاک های لازم برای گرفتن اختلال اضطرابی را دارند

نشانه هایشان و کنار گذاشتن مشکلاتی که مبنای پزشکی دارند، بسیار سودمند است. اضطراب تجربه شده ممکن است در ارتباط با مسایلی مربوط به مدرسه باشد (ارزیابی شدن به وسیله ی همسالان در زمان ناهار یا زنگ تفریح) و یا ممکن است تعمیم یافته باشد (کودک معمولاً در باره ی هر چیز نگران است) و یا اینکه نشأت گرفته از بعضی زمینه های ویژه از قبیل مشکلات یادگیری یا اضطراب جدایی باشد. اختلال اضطراب جدایی، اختلالی شایع در میان کودکان مدارس ابتدایی می باشد. این کودکان می ترسند از بزرگسالانی که برای آنها مهم هستند به سبب ناامنی یا ترس از آسیبی که ممکن است گریبان گیر مراقبت کنندگان آنها شود، جدا شوند. دیگران ممکن است از رفتن به مدرسه امتناع کنند یا ممکن است هنگام ترک والدین و یا مراقبت کنندگان به شدت اعتراض کنند (قشقرق، گریه هیستریکی). این کودکان، همچنین شکایت های جسمانی دارند، این شکایت ها، ممکن است به وسیله ی تمایل برای پیوستن به مراقبت کنندگان برانگیخته شود، از طرفی، اضطراب آنها، سلامت جسمی آنها را در معرض تهدید قرار می دهد (ترشح زیاد اسید معده، منتهی به دردهای شکمی معدی می شود). اضطراب جدایی، هم در کودکان خردسال و هم کودکان بزرگتر اتفاق می افتد. به عنوان مثال کرایگ که در کلاس ششم، تحصیل می کند ناگهان به علت ترسش، از رفتن به مدرسه خودداری کرد

بیشتری را متحمل می شوند، وجود دارد. اول اینکه بعضی از کودکان قادر به تحمل ناکامی مکرر و شکست هایی که به عنوان نتیجه ای از ناتوانی یادگیری است، نمی باشند. این ناامیدی اگر مهار نشود، می تواند منجر به احساس درماندگی و بی کفایتی شود.

روبر، در کلاس سوم است، او پیوسته آه می کشد و به خاطر اشتباهاتش از خودش عصبانی است. یکبار در یک حالت ضعف و ناامیدی، گفت: ای کاش من تا این اندازه در هر چیزی ضعیف نبودم. دیگران ممکن است، انتقادهای اطرافیان را درونی کنند (افرادی که می گویند آنها گیج و احمق هستند) در نتیجه یک خود ضعیف و آسیب دیده را پرورش می دهند.

از طرفی ناتوانی یادگیری کودک دارای پیامدهایی است که این پیامدها منجر به افسردگی می شود. دریافت خدمات جانبی و ضمیمه، برچسب خوردن و یا اطلاع دیگران از مشکل، باعث می شود که کودک احساس کند با بقیه همسالان خود تفاوت دارد و این مساله، احساس تنهایی کودک را افزایش می دهد. بعضی از انواع اختلال های یادگیری احتمال خطر افسردگی را نسبت به انواع دیگر بالاتر می برند. برای مثال نقایص زبانی، ممکن است با ارتباط اجتماعی تداخل نموده و منجر به مشکلات اجتماعی و اعتماد به نفس ضعیف شود. ناتوانی های یادگیری غیر کلامی که منجر به ناکارآمدی اجتماعی و دشواری رویه رو شدن با موقعیت های جدید و تازه است، عامل خطر زای ویژه ای برای افسردگی و احتمال خودکشی به علت طرد و انزوای اجتماعی است. افسردگی در کودکان با اختلال یادگیری، باید جدی گرفته شود زیرا افکار خودکشی در این افراد وجود دارد. به عنوان مثال استرادرمن، و اتسون (۱۹۹۲) در مطالعه ای که بر روی کودکان ۸ تا ۱۱ ساله با اختلال یادگیری انجام شد، یافتند که ۱۱ درصد از این کودکان احساس می کنند که دلشان می خواهد خودشان را بکشند.

پیک^{۱۱} (۱۹۸۵) همچنین در یک تحقیق ۳ ساله در لوس آنجلس یافت که ۵۰ درصد از کودکان زیر ۱۰ سال که مرتکب خودکشی شده بودند، تشخیص اختلال یادگیری را دریافت کرده بودند.

اضطراب

همانند افسردگی، کودکان اضطراب زیادی را تجربه می کنند که گاهی این اضطراب، به آسانی از حالت های آنها آشکار است و گاهی نیز کمتر آشکار می باشد. اغلب کودکان مضطرب از ناراحتی جسمانی، از قبیل سردرد، معده درد و یا خستگی شکایت دارند. سوال کردن از دانش آموزان در باره ی



عکس رضوان زکی نژاد

و در نهایت مجبور شد که این کلاس را دوباره تکرار کند چرا که تمام زمان را از دست داده بود.

اختلال های اضطرابی به طور نزدیکی با دیگر اختلال های هیجانی، به ویژه افسردگی و اعتماد به نفس پایین در ارتباط است (راوسان، ۱۹۹۲). در حقیقت علایم و نشانه ها، نشان می دهند که اختلال های اضطرابی احتمالاً مقدم بر اختلال های مربوط به افسردگی است. اضطراب همچنین باعث سیکل خطرناک می شود. کودکانی که بشدت مضطرب هستند، موقعیت های مبهم را به صورت تهدید کننده، تفسیر می کنند که نتیجه ی آن اجتناب از موقعیت های ترس آور است که باعث استمرار اضطراب اولیه، از طریق قوت گرفتن این عقیده که کودک نمی تواند موقعیت را کنترل کند، می باشد. برای مثال، براندی کودک ۸ ساله به دلیل ناتوانی در ریاضی، از هر چیزی که مربوط به شمارش است، اجتناب می کند. به طوری که او حتی از انجام کارهای ساده ظفره می رود. اجتناب شدید براندی، به طور معنی داری با ناتوانایی او برای توسعه مهارت های ریاضی تداخل می کند (گرم، ۲۰۰۱).

علایم اضطراب

- اندوه فوق العاده هنگام جدایی از مراقبت کنندگان اصلی
- نا آرامی

- نگرانی مداوم
- دردهای جسمانی
- کج خلقی
- تمرکز ضعیف
- خستگی
- پاسخ های ترس افراطی
- گوش بزنگی فوق العاده

دانش آموزان با اختلال های یادگیری سطوح بالایی از اضطراب فراگیر را نسبت به دانش آموزانی که این اختلال را ندارند، تجربه می کنند (روت " و همکاران، ۱۹۸۹). بالغ بر ۲۵ درصد از کودکان با اختلال یادگیری، ملاک های لازم برای گرفتن اختلال اضطرابی را دارند (بارکر، ۱۹۹۱).

از آنجا که کودکان با اختلال یادگیری با مسایل زیادی در مدرسه، جایی که آنها احتمالاً مشکلات زیادی خواهند داشت، روبه رو می شوند، سطح کلی آنها از اضطراب قابل پیش بینی، بالاست. اضطراب همچنین ممکن است در ارتباط با این حس باشد که آنها احساس می کنند که کنترلی بر امور ندارند. بنابراین، این دانش آموزان مستعد آن هستند که موفقیت ها و شکست های خود را در دست دیگران ببینند.

برای مثال، ایزابل، ۱۰ ساله، به طور پیوسته نگران است که او جامی ماند.

افسردگی نه تنها یک حالت خلقی است که فرد در آن احساس غمگینی، ناامیدی می کند و فاقد انرژی است بلکه یک حالت شناختی است که الگوهایی از تفکر را دارد که به افسردگی استمرار می بخشد

به طور کلی می توان گفت همانند بزرگسالان بهترین درمان در افسردگی کودک به کارگیری مجموعه ای از رویکردها شامل روان درمانی، دارو درمانی و آموزش بیمار و خانواده او می باشد

برخلاف بزرگسالان و جوانان، که در آنها افسردگی در جنس مونث به مراتب شیوع بیشتری دارد، افسردگی کودکی در دو جنس به یک میزان بروز می یابد

اگر معلم او، همواره در هر وظیفه ای او را یاری نکند، چرا که او اعتماد کمی به توانایی های خود برای انجام صحیح وظایف دارد. همچنین نگرانی در باره ی اجرای واقعی و دقیق، ممکن است در اضطراب دانش آموز با اختلال یادگیری دخیل باشد. این دانش آموزان، همچنین زمان بیشتری نیاز دارند، تا از اضطراب و استرس رهایی یابند. دانش آموزان با اختلال یادگیری، ممکن است اضطراب خود را به طور مستقیم بیان کنند به عنوان مثال، ممکن است در باره ی خودشان و توانایی شان مشکوک باشند. اضطراب همچنین می تواند از طریق شکایت های بدنی ابراز شود. کودکانی که اضطراب خود را در قالب نشانه های جسمانی، نشان می دهند، آگاه نیستند که، این علائم، نشانه ای از اضطراب است. بلکه فقط نشانه های جسمانی اضطراب را احساس می کنند. برخی ممکن است فکر کنند که این شکایت های جسمانی، دستاویزی برای فرار از انجام تکلیف ها است (اجازه گرفتن برای رفتن به اتاق بهداشت بر درس ریاضی ترجیح دارد). اگر چه مارگالیت^{۱۵} و راویو^{۱۶} (۱۹۸۴) یافتند که معمولا به کودکان با اختلال یادگیری اجازه داده نمی شود که به دلیل شکایت های جسمانی کلاس را ترک کنند. از طرفی

نشانه های جسمانی به احتمال زیاد باعث فشار و اضطراب در کودک شده و ممکن است تا اندازه ای نیز کوششی، ناخود آگاه برای جلب حمایت از دیگران باشد.

مقابله با اضطراب و افسردگی

کودکانی که اضطراب و افسردگی را به عنوان نتیجه ای از ناتوانی های یادگیری خود، تجربه می کنند نیاز به تغییر فضای منفی ذهنی خود، دارند. تشویق دانش آموزان به داشتن نظر واقع بینانه نسبت به حد و مرز ناتوانی شان و عدم تعمیم آن، رویکرد مفیدی است. یک راه برای تسهیل این مساله این است که دانش آموزان در نقاط قوت و ضعف خود تامل کنند و ببینند. به جای پرسش در این باره که از آنها پرسیده شود که در چه زمینه هایی مثبت و در چه زمینه هایی منفی هستند، بهتر است از آنها تقاضا شود که جملاتی از این دست را کامل کنند من بهتر هستم در ...

این روش، دلالت بر آن دارد که نقاط ضعف نسبی هستند و ویژگی های ثابت و پایداری نمی باشند. روش کار، صرفا این نیست که فرد را با محدودیت هایش آشنا کند، بلکه باید به او یاد بدهد که چگونه رشد یابند و از اشتباهات خود، یاد بگیرند. این امر به آنها، کمک می کند تا از فاجعه آمیز قلمداد کردن مشکلات خودشان یا کوشش های بیهوده ای که اوضاع را از آنچه که هست، بدتر می کند، اجتناب کنند.

شما می توانید با افسردگی و اضطراب از طریق واقع بین بودن مبارزه کنید. گفتن این جمله که نگران نباشید "شما خوب عمل خواهید کرد" هیچ کمکی به کودک نمی کند. مگر اینکه شما بتوانید مدراسی دال بر حمایت از گفته های خود بیابید.

اطمینان دادن، نظیر این جمله "شما به سختی مطالعه کرده اید، من فکر می کنم که در این آزمون موفق شوید" بیشتر قابل باور و پذیرش است.

کودکان بزرگتر، از استدلالی که عقاید زیربنایی افسردگی و اضطراب آنها را به چالش بکشد بهره مند می شوند. اگر یک دانش آموز رنجیده باشد و بیان کند "هیچ کس مرادوست ندارد" یا نگران باشد که او را طرد کنند، علت این افکار را از او سوال کنید و به آهستگی و با عطف و تناقض و ناهمسانی را به او گوشزد کنید "شما می گوید هیچ کس شما را دوست ندارد، اما جیمز می خواهد در خواندن همراه شما باشد" و افکار او را به سوی ارزیابی دقیق از خود و دیگران هدایت کنید.

افسردگی نه تنها یک حالت خلقی است که فرد در آن احساس غمگینی، ناامیدی می کند و فاقد انرژی است بلکه یک حالت



شناختی است که الگوهای از تفکر را دارد که به افسردگی استمرار می بخشد. لازمه ی یک چنین فضای ذهنی بدبینانه، مداخله های ویژه از قبیل بازسازی شناختی است. اساساً این امر باعث جابه جایی افکار منفی با افکار واقع بینانه ی مثبت می شود، و داشتن کودک به توقف افکار و گفته های نظیر "من احمق هستم"، "من نمی توانم این کار را انجام دهم"، بدبینی و امکان پیشگویی خودکامرواساز را کاهش می دهد. اگر چه این مساله بسیار ساده انگارانه جلوه می نماید. اما اگر به طور مداوم در طول زمان به کار رود، این نوع از بازسازی شناختی در کاهش افسردگی بسیار موثر است. کمبودهای شناختی، همچنین می تواند کودکان را به ساختن اسنادهای خود تخریب رهنمون کند.

آنها معمولاً موفقیت های خود را به خوش شانسی یا ارفاق معلم اسناد می دهند تا اینکه بخواهند آن را نتیجه ای از کوشش یا توانایی خود محسوب کنند. این عقیده که کنترلی در انجام امور وجود ندارد منجر به احساس افسردگی و اضطراب می شود.

تحقیقات، همچنین نشان می دهد که افسردگی منجر به خطاهای شناختی از قبیل تعمیم دهی بیش از حد و تجرید انتخابی (نتیجه گیری بدون استفاده از همه اطلاعات قابل دسترسی) می شود. برای مثال، کودکان افسرده ممکن است ضعف در املا را به موارد دیگر تعمیم داده و احساس کنند که نمی توانند هیچ کاری را درست انجام دهند. در نتیجه آنها دست از کوشش بر می دارند و شکست را می پذیرند.

تحقیقات بیانگر آن است که کودکان با ناتوانی های یادگیری در توانایی استدلال از قبیل درک اجتماعی، ضعیف هستند. برای مثال، اگر یک کودک افسرده به هم کلاسی خود سلام دهد و هم کلاسی او پاسخش را ندهد، ممکن است احساس سبکی و بی اهمیت بودن به او دست دهد. در حالی که هم کلاسی او ممکن است اصلاً نشنیده باشد و یا ممکن است به طور غیر کلامی پاسخ داده باشد. دانش آموز به غلط تصور می کند که "او مرا دوست ندارد" و در نتیجه حس تنهایی و مطرود شدن او افزایش می یابد و افسردگی اش عمیق تر می شود.

علاوه بر آن کودکان افسرده ممکن است اختلال در حافظه را نشان دهند. شاید چون آنها در استفاده از راهبردهای موثر حافظه شکست می خورند. مساله مهمتر این که کودکان افسرده، محتوای وقایع مثبت (سوالاتی که آنها به طور صحیحی جواب داده اند) را به آن خوبی که کودکان غیر افسرده، به یاد می آورند به خاطر نمی سپارند. علاوه بر این، کودکان افسرده با ناتوانی

یادگیری، معمولاً راهبردهایی که آنها قبلاً برای پاسخ دادن به مسایل به طور صحیح به کار می برند، را به یاد نمی آورند، در نتیجه نمی توانند به طور حساب شده، مهارت های تکنیک ها را برای حل مشکلات دیگر مورد استفاده قرار دهند (گرم، ۲۰۰۱)

بر اساس نظر لورا و همکارانش مرور مکرر و سازمان دهی اطلاعات راهکارهای موثری برای مقابله با اختلال حافظه ناشی از افسردگی کودک است.

به طور کلی می توان گفت همانند بزرگسالان بهترین درمان در افسردگی کودک به کارگیری مجموعه ای از رویکردها شامل روان درمانی، دارو درمانی و آموزش بیمار و خانواده او می باشد. روان درمانی می تواند به عنوان درمان اولیه برای کودکان و نوجوانان با افسردگی خفیف تا متوسط و به عنوان یک درمان جانبی در کنار دارو درمانی برای کودکان با افسردگی شدید به کار رود. روان درمانی مجموعه ای از رویکردها را در بر می گیرد که شامل بازی درمانی، روان تحلیل گری، درمان حمایتی، درمان بین فردی، خانواده درمانی و درمان رفتاری-شناختی است. تعیین سطح



هوش هیجانی و شناختی کودک در تصمیم‌گیری نوع درمان، اهمیت دارد. برای مثال، بازی درمانی و آموزش والدین به احتمال زیاد مناسب‌ترین درمان در کودکان پیش‌دبستانی افسرده است. در حالی که روان‌تحلیل‌گری یا درمان شناختی بیشتر مناسب نوجوانان یا جوانان است (کرگینر^{۱۳}، ۲۰۰۰).

مناسب‌ترین درمان همچنین با آموزش بیمار و خانواده او سر و کار دارد. این درمان نه تنها میزان درک اختلال را بالا می‌برد بلکه میزان پذیرش درمان را نیز بیشتر می‌کند. همچنین می‌تواند گرایشات والدین را مبنی بر مقصر دانستن خود و یا کودکان کاهش دهد و والدین را نسبت به علایم افسردگی در خود و یا سایر اعضای خانواده هوشیار کند. به علت شیوع بالای بیماری‌های عاطفی در بستگان درجه یک بیمار با اختلال افسردگی^{۱۴} عمده، آموزش خانواده را

می‌توان به عنوان یک جزء لازم برای بهبود محیط بیمار و ساختار حمایتی خانواده دانست که باعث درمان و اصلاح کل خانواده می‌شود. (سان، ۲۰۰۰).

زیر نویس‌ها

- | | | |
|------------------|------------|----------------------|
| 1. Internalizing | 7. watson | 13. Baker |
| 2. Kauffman | 8. kavaacs | 14. Margalit |
| 3. Gresham | 9. Short | 15. Raviv |
| 4. Birmaher | 10. Peeh | 16. Kirghner |
| 5. wright | 11. Rawson | 17. major depression |
| 6. strawderman | 12. Routh | |

منابع:

- Bakker, D.J (1992). Neuropsychological classification and treatment of dyslexia. *Journal of learning*, 25 (2), 102
- Birmaher, B. (1996). childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of child and adolescent Psychiatry*, 35, 1427.
- Kauffman, J. (1993). characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth. New York: Macmillan.
- Gorman, J.C. (2001). Emotional disorders & learning disability in the elementary classroom, california: corwin press.
- Gresham, E. (1999). social and academic profiles of externalizing and internalizing group: risk factor for emotional and behavioral disorders. 24 (3), 231.
- Kovacs, M. (1996). Presentation and course of Major depressive disorder during childhood and later years of the life span. *Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry*, 35, 705 - 715.
- Margalit, M. (1994). learning disability subtyping, loneliness and classroom adjustment. *learning Disability Quarterly*, 17(4), 227 - 31.
- Peck, M. (1985). Crisis intervention treatment with chronically and acutely suicidal adolescent, New York: springer.
- Rawson, H. E. (1992). The interrelationship of measures of manifest anxiety, self-esteem, locus of control, and depression in children with behavior problems. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 10, 319-329.
- Routh, D. K. (1989). Depression, anxiety, and attributional style in learning disabled and non-learning disabled children. *Journal of clinical child psychology*, 18, 299.
- short, E. J. (1992). cognitive, metacognitive, motivational, and affective difference among normal developmentally handicapped students: How much do they affect school achievement? *Journal of clinical child psychology*, 21 (3), 229.
- wright - strawderman, C. & watson, B. (1992). The prevalence of depressive symptoms in children with learning disabilities. *Journal of learning Disabilities*, 25(4), 258.