

افسردگی در کودکان: علائم، ویژگی‌ها و راهبردهای درمانی

الهام توکلی^۱/دکترای روان‌شناسی کودکان استثنایی/دانشگاه علامه طباطبائی

چکیده

زمینه: افسردگی حالت دائمی غم و اندوه و یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی در سراسر دنیاست. تا چند دهه پیش باور بر آن بود که افسردگی یک اختلال ویژه بزرگسالان است و کودکان به آن مبتلا نمی‌شوند؛ اما پژوهش‌ها و نظریه‌ها طی دهه‌های اخیر نشان از وجود این اختلال از ابتدای زندگی دارند.

نتیجه‌گیری: افسردگی در کودکان بسیار جدی‌تر از بزرگسالان است؛ زیرا نشان از احتمال وراثتی بودن اختلال یا وقوع یک ضربه دارد و همچنین احتمال تداوم آن تا سال‌های بزرگسالی بسیار است. همچنین به دلیل اینکه کودکان در دوران حساس رشد مغزی قرار دارند، وجود اختلال در این سنین می‌تواند منجر به بدعملکردی بسیاری از ساختارهای مغزی کودک طی سال‌های آتی عمرش شود. افسردگی می‌تواند تبعات بسیاری در پی داشته باشد که از بدعملکردی در زندگی روزمره آغاز و ممکن است به خودکشی بینجامد. به همین منظور برای آشنایی مخاطبان با ماهیت این اختلال و آشنایی با راهبردهای کلی به منظور کمک به این کودکان و از میان برداشتن تفکرات قالبی، در این مقاله ویژگی‌های تشخیصی، سبب‌شناسی و درمان‌های افسردگی کودکان با تاکید بر نقش والدین و معلمان معرفی و تشریح شده است.

واژه‌های کلیدی: افسردگی کودکان، افسردگی، اختلالات هیجانی کودکان

مقدمه

کز تنظیمی خلقی ایدایی (اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص گر یا مخرب)^۲، اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسرده‌خویی، اختلال ملال پیش از قاعدگی، افسردگی ناشی از مصرف مواد یا دارو، اختلال افسردگی ناشی از یک بیماری طبی دیگر و اختلال افسردگی نامعین. اختلال کز تنظیمی خلقی ایدایی تشخیص جدیدی است که برای کودکان زیر ۱۲ سال به کار می‌رود و مشخصه واضح آن تحریک‌پذیری مداوم و حملات مکرر رفتارهای نابهنجار جدی است. دلیل افزودن این تشخیص تفاوت‌های ویژگی‌های افسردگی در کودکان با افسردگی بزرگسالان و همچنین تشخیص بیش از حد اختلال دوقطبی در کودکان و اشتباه در تشخیص افسردگی است (۴).

افسردگی در گذشته به عنوان اختلال دوران بزرگسالی تلقی می‌شد و باور بر آن بود که کودکان به لحاظ رشدی آفندر بالغ نیستند که افسرده شوند اما با رسیدن به دوره نوجوانی، مشکلات و نوسانات خلقی بخشی طبیعی از

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی نرخ شیوع افسردگی در سراسر جهان به ۳۲۲ میلیون نفر در سال ۲۰۱۷ رسیده است و این آمار نسبت به سال ۲۰۱۵ افزایش ۱۸٫۵ درصدی داشته است (۱). این سازمان پیش‌بینی می‌کند که در سال ۲۰۲۰ افسردگی دومین دلیل بیماری‌های قلبی در سراسر جهان خواهد شد. افسردگی هزینه‌های زیادی را به جامعه تحمیل می‌کند و می‌تواند موجب آسیب به خود یا خودکشی شود. همچنین افسردگی می‌تواند رشد شناختی، اجتماعی و جسمانی کودکان را با مشکل مواجه سازد (۲ و ۳). این افزایش میزان شیوع، اهمیت توجه به شناسایی و مداخله بهنگام و توجه به عوامل پیشگیرانه در جلوگیری از بروز این اختلال را یادآور می‌شود.

اختلالات افسردگی مطابق ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی عبارت است از اختلال

2- Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD)

1- Email: elhamtavakoli1988@gmail.com

هرچند طرح ایده افسردگی جنین وجود آن را اثبات نمی‌کند و این فرض به بررسی‌های بیشتر نیاز دارد اما توجه ما به عوامل شکل دهنده آن نظیر افسردگی مادران باردار را جلب می‌کند.

ملاک‌های تشخیصی

ملاک‌های تشخیصی افسردگی در نظام‌های تشخیصی مختلف متفاوت است. در اینجا ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی در دوره‌های مختلف و بر اساس نظام‌های تشخیصی متفاوت مطرح می‌شود:

افسردگی نوزادی طبق راهنمای طبقه‌بندی اختلالات نوزادی و ابتدای کودکی^۵ (۵-۰) (۹):

• تحریک پذیری، غم، تاخیر رشدی، پرخاشگری، کناره‌گیری، اضطراب و نشانه‌های جسمی، بی‌تفاوتی عاطفی، فقدان تماس با محیط، مشکل در واکنش به محرک، کندی حرکت و بی‌حسی، نداشتن اشتها، نداشتن اشتها، مشکل وزن‌گیری، بی‌خوابی

افسردگی کودکی طبق ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (۴):

• اختلال کژتنظیمی خلقی ایذایی: فوران خشم شدید به صورت کلامی یا رفتاری که از نظر شدت یا طول مدت با محرک همخوانی ندارد، عدم همخوانی این فوران‌ها با فرهنگ، وقوع حداقل سه بار در هفته فوران‌های خشم، خلق تحریک‌پذیر یا خشمگین در اغلب مواقع، وجود ملاک‌های فوق برای حداقل ۱۲ ماه. نکته قابل ذکر این است که از این تشخیص پیش از ۶ و پس از ۱۸ سالگی استفاده نمی‌شود. تشخیص افتراقی این اختلال با اختلال سلوک و دوقطبی ضروری است.

افسردگی کودکی طبق راهنمای تشخیصی روان‌پویایی (۱۰):

• خلق دائمی معمولاً غمگین، علاقه کم به فعالیت‌های

رشد تلقی می‌شد (۳). ملانی کلاین احتمالاً نخستین کسی بود که این ایده را مطرح ساخت که افسردگی می‌تواند از دوران نوزادی وجود داشته باشد. او معتقد بود که نوزادان در ۸ ماهگی یک دوره طبیعی افسردگی را پشت سر می‌گذارند و این امر به دلیل وجود تکانه‌های پرخاشگرانه نسبت به والدین است. نخستین مشاهدات خلق افسرده میان نوزادان به اواسط دهه ۱۹۴۰ باز می‌گردد که رنه اشپیتز^۱ کناره‌گیری، بی‌تفاوتی عاطفی، خلق افسرده و شکست رشدی را در نوزادان پرورشگاهی گزارش داد. او این نشانگان را حاصل جدایی از والدین دانست و آن را افسردگی اتکایی^۲ نامید (۵). اشپیتز نشانه‌های افسردگی در نوزادان را چنین گزارش داد: ناراحتی، دلهره و گریه زیاد، کناره‌گیری و فقدان تماس با محیط، عقب افتادگی‌های رشدی، مشکل در واکنش به محرک، کندی حرکت و بی‌حسی، نداشتن اشتها، مشکل وزن‌گیری، امتناع از خوردن و بی‌خوابی. همچنین وی ویژگی‌های دیگری را نیز عنوان کرد که ممکن است در نوزاد افسرده وجود داشته باشند که از جمله آنها اختلال استرس پس از ضربه، مشکلات خلقی و سازگاری، اختلالات دلبستگی، مشکلات تنظیمی، اختلالات ارتباطی، فقدان تماس چشمی، عدم فعالیت، بی‌تفاوتی به جدایی و ساکت بودن است (۶). پژوهش‌ها مدعی هستند که افسردگی نوزادی با کواشیرکور^۳، اختلالات دلبستگی و مشکل در وزن‌گیری ارتباط دارد (۷). هرچند ایده وجود افسردگی در نوزادان عجیب به نظر می‌رسید اما پژوهشگران گام را فراتر نهاده و مدعی افسردگی در جنین متولد نشده شدند. پولاک^۴ از آزار دیدگی جنینی سخن می‌گوید و مدعی است که دل‌مشغولی منفی مادر با جنین موجب تحریک‌پذیری بیشتر جنین و بیشتر بودن نشانه‌های اضطراب و افسردگی در او می‌شود (۸).

1- Rene Spitz

2- anaclitic depression

۳- کواشیرکور یک نوع وخیم سوءتغذیه حاصل از کمبود پروتئین است که در اطفال دیده می‌شود. و با علائمی نظیر: ورم، پوست ترک خورده و پوسته پوسته شده، بی‌اشتهایی، بزرگ شدن کبد، ضعف، التهاب و قرمز شدن پوست و موها همراه است.

4- Pollack

5- Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood

کودکان ارائه خواهد شد.

افسردهی هزینه‌های زیادی را به جامعه تحمیل می‌کند و می‌تواند موجب آسیب به خود یا خودکشی شود. همچنین افسرده‌گی می‌تواند رشد شناختی اجتماعی کودکان را با مشکل مواجه سازد (۲). عوامل خطر زایی که پیش‌آگهی وجود خطر افسرده‌گی در کودک را دارند عبارت است از داشتن خلق و خوی دشوار از بدو تولد، سابقه وجود اختلال در خانواده، جنسیت مونث و عوامل محیطی شامل تجارب متعدد ناخوشایند دوران کودکی مثل زندگی در فقر، اعتیاد و جدایی والدین، آزار دیدگی درون خانواده و شیوه‌های نامناسب فرزندپروری (۴). همچنین یکی از عوامل بسیار مهم که پیش‌آگهی منفی برای بروز اختلال افسرده‌گی است، افسرده‌گی مادر در دوران بارداری و افسرده‌گی پس از زایمان است. تحمل اضطراب برای طولانی مدت و افسرده‌گی در دوران بارداری موجب انتقال هورمون‌ها و مواد شیمیایی نظیر کورتیزول به بدن جنین می‌شود که بدعملکردی زیستی ایجاد کرده و زمینه زیستی افسرده‌گی را در او ایجاد می‌کند (۱۱). همچنین افسرده‌گی مادر حین بارداری می‌تواند بر شکل‌گیری سیستم عصبی جنین اثر سوء بگذارد (۱۲). افسرده‌گی مادر همچنین نوزاد را به سوی نایمینی روانی سوق می‌دهد (۱۳). به منظور پیشگیری از تبعات افسرده‌گی باید توجه بیشتری به مادرانی که عوامل خطر مثل بارداری ناخواسته، مصرف مواد و افسرده‌گی دارند، بشود (۱۴). افزایش کیفیت تعامل مادر و نوزاد اثر محافظتی بر سلامت و رشد نوزاد دارد زیرا میزان کورتیزول را کاهش می‌دهد (۱۱). همچنین بهبود تعاملات عامل محافظتی در برابر شکل‌گیری اختلالات روان‌شناختی است (۱۵ و ۱۶).

درمان اختلال افسرده‌گی کودکان

برای درمان افسرده‌گی روش‌های مختلفی وجود دارد که به شرح زیر می‌باشند (۱۷):

• دارو درمانی: استفاده از دارو درمانی نسبت به روان‌درمانی بسیار گسترده‌تر است هر چند ملاحظات و هشدارهایی در مورد مصرف داروهای ضد افسرده‌گی در

لذت‌بخش، داشتن تم مرگ در بازی‌ها، گریه کردن بیش از حد، محدود بودن دامنه هیجان‌ها، اکتشافات محیطی محدود

افسرده‌گی در نوجوانی و بزرگسالی مطابق ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (۴):

• افسرده‌گی اساسی: وجود حداقل ۵ علامت از علائم زیر در یک دوره دو هفته‌ای که با از دست دادن کارکرد در فرد همراه است و به بیماری جسمی یا مصرف مواد دارو مربوط نیست. علائم: خلق افسرده و احساس ناامیدی و پوچی، کاهش علاقه به فعالیت‌های روزمره، کاهش یا افزایش وزن چشمگیر، بی‌خوابی یا پر خوابی در اکثر روزها، سراسیمگی یا کندی روانی حرکتی، خستگی و فقدان انرژی، احساس بی‌ارزشی و احساس گناه، کاهش توانایی تفکر و تمرکز، افکار مکرر مربوط به مرگ.

• افسرده‌خویی: خلق افسرده در اکثر روزها که برای حداقل دو سال ادامه دارد (برای کودکان و نوجوانان خلق تحریک‌پذیر به مدت یک ماه هم برای تشخیص کافی است). وجود دو علامت از علائم زیر ضروری است: کاهش اشتها یا پر خوری، بی‌خوابی یا پر خوابی، خستگی و کاهش انرژی، افت اعتماد به نفس، تمرکز ضعیف یا قدرت تصمیم‌گیری پایین، احساس ناامیدی.

• ملال پیش از قاعدگی: وجود حداقل ۵ علامت پیش از شروع خونریزی و بهبودی پس از آغاز خونریزی؛ علائم: تغییرات سریع خلقی، تحریک‌پذیری یا عصبانیت شدید، خلق افسرده، ناامیدی و خودسرنشی، اضطراب و تنش چشمگیر به همراه سایر علائم افسرده‌گی.

بنابراین همان‌گونه که از تعدد و تنوع علائم و ملاک‌های تشخیصی نظام‌های گوناگون مشخص است، افسرده‌گی در کودکان می‌تواند نمود متفاوتی نسبت به بزرگسالان داشته باشد بنابراین برای تشخیص و مداخله بهنگام، آشنایی با این نشانه‌ها برای والدین و معلمان ضروری است. همچنین نکته مهم دیگری که بر روند اختلال تاثیر بسزایی دارد، نحوه مواجهه والدین و مربیان با کودکان افسرده است. به همین منظور در ادامه رهنمودهایی برای مواجهه با این

را کلامی کنید چون او ابزار کلامی کافی برای این کار را ندارد. کودکان به طور کلی می‌دانند که حال خوبی ندارند اما نمی‌دانند که این حال بد غم، خشم، حسرت، ترس یا ناامیدی است. بنابراین به غم کودک توجه نشان دهید و با او همدلی کنید و در مورد عوامل پدید آورنده این هیجان و حالات ناشی از آن با او گفت و گو کنید؛

• وقتی کودک تان مضطرب می‌شود، آرام بمانید؛ اضطراب شما کودک را مضطرب‌تر می‌کند و پیش‌آگهی یک اتفاق بد را می‌دهد؛

• در مقابل رفتارهای نامناسب یا کج خلقی‌هایش صبور بمانید؛ کج خلقی شما در برابر قشقرق‌های کودک به او نشان می‌دهد که احساسات منفی‌اش پذیرفتنی نیست بنابراین سعی در پنهان کردن آنها می‌کند؛

• خودتان را به دلیل شرایط کودک سرزنش نکنید؛ وراثت و محیط هر دو در ایجاد اختلال در کودکان موثرند اما اختلال کودک حاصل خواست مستقیم شما برای ایجاد اختلال نیست و حاصل مجموعه‌ای از عوامل در هم تنیده است؛

• در مورد افسردگی مطالعه کنید تا مطالب درست و نادرست را در مورد آن بدانید؛ از جمله منابع خوبی که می‌توانید به آنها مراجعه کنید، کتاب مهارت‌های مقابله با افسردگی کودکان و نوجوانان نوشته کارول فیتزپاتریک و جان شری، انتشارات ارجمند؛ کتاب ۱۰۰ پرسش و پاسخ درباره اختلال افسردگی در کودکان نوشته لیندا کاکروورتی، نشر دانژه؛ کتاب افسردگی کودکان (پاسخهایی به پیچیده‌ترین سؤالات شما) نوشته ناتان ناپارستیک و مریلین والاس، نشر دانژه؛ کتاب مقابله با افسردگی کودکان و نوجوانان نوشته کارل فیتزپاتریک، انتشارات پنجره و کتاب کودک خوش‌بین نوشته مارتین سلینگمن، انتشارات رشد هستند.

• دستاوردهای کوچک کودک را تحسین و تمجید کنید؛ کودکان توانایی کسب پیشرفت‌های بزرگ را ندارند بنابراین عدم توجه به دستاوردهای کوچک‌شان آنان را از

کودکان وجود دارد زیرا می‌تواند تأثیرات سوء بر رشد مغز داشته باشد. پرکاربردترین داروها برای درمان افسردگی کودکان داروهای مهارکننده باز جذب سروتونین و سه حلقه‌ای‌ها هستند. بهبود نشانه‌ها بین ۸ تا ۱۲ هفته بعد از شروع داروها مشاهده می‌شود.

• روان‌درمانی: روان‌درمانی برای درمان اختلالات خلقی کودکان موثر است. رویکردهای مبتنی بر رابطه و درمان‌های شناختی رفتاری بیشترین توفیق را دارند. همچنین گروه‌درمانی‌ها نیز می‌توانند آثار مثبتی در پی داشته باشند.

• خانواده‌درمانی: پدر و مادر هر دو منابع بزرگی برای تغییر کودک هستند. مشارکت والدین در فرایند درمان کودک افسرده می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد. برخی پروتکل‌های درمان‌های شناختی رفتاری مشارکت والدین را طلب می‌کنند. تکنیک‌های مبتنی بر خانواده و آموزش روانی^۱ نیز می‌توانند کمک‌کننده باشد. همچنین درمان اختلالات روان‌شناختی خود والدین می‌تواند کمک‌کننده باشد. برای پاسخ‌دهی درمان، وجود محیط مناسب و حمایت‌کننده بسیار موثر است. والدین حمایت‌گر، معلمان و مربیان مراقبت‌کننده، دغدغه‌ها و کشمکش‌های کمتر محیطی، وجود منابع درمانی در سطح جامعه و دسترسی به متخصصان همگی از جمله عوامل محیطی موثر بر درمان هستند (۱۷ و ۱۸).

رهنمودهایی برای والدین

آگاهی والدین برای مواجهه با اختلال افسردگی در کودکان می‌تواند بر روند اختلال کودک و همچنین بهبودی وی موثر باشد. رهنمودهایی که والدین باید به آنها توجه داشته باشند عبارت است از (۱۹، ۲۰ و ۲۱):

• به احساسات کودک تان توجه کنید؛ در هر لحظه ببینید که او در حال تجربه چه احساسی است و احساساتش

1- psychoeducation

خود ناامید می‌سازد؛

• در صورت مصرف دارو، حواستان به مصرف به موقع و دوز آن باشد؛

• اشتباه‌ها یا پیشرفت نکردن او را تنبیه نکنید؛ ارزش کودک را با دستاوردهایش یکی نکنید. تنبیه کودکان به دلیل پیشرفت نکردن ارزش وجودی‌شان را به دستاوردها گره می‌زند؛

• به کودک خود بیاموزید که در مواقع لزوم کمک بخواهد؛ گاهی کودکان دچار شرایطی می‌شوند که در معرض آزاردیدگی و قلدری هستند و نداشتن توانایی کمک گرفتن از خانواده آنان را در معرض افسردگی قرار می‌دهد؛

• بدبینی‌های آنان را به چالش بکشید؛ از آنان بخواهید افکار بدبینانه‌شان را ثبت کنند و درستی و نادرستی هر یک را با بحث و از طریق راستی‌آزمایی به چالش بکشید؛

• منعطف باشید اما در عین حال سعی کنید برنامه روزمره زندگی کودک را به طور منظم حفظ کنید؛ حفظ این برنامه روزمره زندگی به کودکان حس پیش‌بینی پذیری می‌دهد و به سلامت روان در ایشان کمک می‌کند؛

• به آنان انگیزه بدهید. کودکان افسرده همواره بی‌انگیزه‌اند و این مانع تلاش آنها برای دستیابی به هر هدفی است؛

• انتظارات خود از کودک را در شرایط اضطراب آور تعدیل کنید؛ هرچند شما سطح توانایی کودک‌تان را می‌دانید اما در شرایط اضطراب آور مثل دوری والدین، بیماری، عوض شدن مدرسه و... انتظار یک عملکرد مشابه را نداشته باشید؛

• در کارهای کودک‌تان درگیر و فعال باشید. انفعال والدین در زندگی کودکان در سنین پایین به آنان احساس رهاشدگی می‌دهد؛

• زمانی را برای صحبت کردن با کودک اختصاص دهید؛ یکی از مهم‌ترین عوامل محافظت‌کننده در پیشگیری از افسردگی و درمان آن گفت و گو با افراد نزدیک است؛

• از نشانه‌های عود مجدد اختلال آگاه باشید. افسردگی اختلالی عود شونده است بنابراین احتمال عود مجدد آن همیشه وجود دارد؛

• نسبت به او عاطفه و پذیرش داشته باشید؛ تمایل انسان به مهر و محبت دیگران از بدو تولد وجود دارد و کودکان برای رشد مطلوب به عواطف والدین نیاز دارند. نیاز آنان این است که بدانند صرف نظر از هر چیزی، وجودشان قابل تحسین و پذیرفتنی است؛

• اگر خودتان دچار اختلال افسردگی یا اضطراب هستید، کمک بگیرید؛ والدین افسرده و مضطرب، کودک افسرده و مضطرب خواهند داشت؛

• تعارض و پرخاشگری در محیط خانه را به حداقل برسانید؛ تعارض‌های دائمی فضای خانه ذهن کودکان را متشنج و فضا را غیر قابل اعتماد می‌سازد؛

• برای مشکل کودک‌تان کمک بالینی بگیرید. افسردگی می‌تواند مزمن شده و آثار غیر قابل بازگشتی به‌ویژه در کودکان داشته باشد بنابراین در صورت مشاهده علائم هرچه سریع‌تر از یک روان‌شناس کودک کمک بخواهید.

رهنمودهایی برای معلمان

معلمان گروه مهم دیگری هستند که کودک پس از والدین بیشتر زمان زندگی‌ش را در کنار آنان می‌گذراند بنابراین آشنایی آنان با افسردگی و برخورد مناسب‌شان می‌تواند عامل محافظتی برای کودکان محسوب شود. به همین منظور رهنمودهای زیر برای این گروه ارائه شده

• نشانه‌های کودک را کم‌اهمیت نشمارید؛ غالباً علائم افسردگی در کودکان با علائم سایر بیماری‌ها و شرایط توجیه می‌شوند و والدین به احتمال وجود افسردگی در کودکان فکر نمی‌کنند؛

• به کودک‌تان ابعاد دیگری از خودش را نشان دهید. تقویت اعتماد به نفس و عزت‌نفس کودک از عوامل محافظتی هستند؛

- است (۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵ و ۲۶)؛
- به دیگر دانش‌آموزان اطلاعاتی در مورد افسردگی ارائه دهید تا کودک افسرده را بهتر درک کنند؛
 - نشانه‌های افسردگی دانش‌آموز را به والدین اطلاع دهید. متأسفانه گاهی والدین از افسردگی کودک خود بی‌اطلاع هستند؛
 - برخی بی‌نظمی‌ها و فراموشی‌ها محتمل هستند... آنها را نادیده بگیرید؛
 - فشار کلاس درس را کمتر کنید؛ کودک افسرده آستانه تحمل کمتری برای فشار روانی دارد بنابراین برای کمک به او باید فشارها را تعدیل کنید. در عین حال مراقب باشید که رفتارهای مشکل‌دار کودک را تقویت نکنید؛
 - به دانش‌آموز راهبردهای مدیریت استرس بیاموزید؛
 - به دانش‌آموز راهبردهای خود نظارتی بیاموزید. این کار از افت عملکرد او جلوگیری می‌کند؛
 - گاهی وجود افکار خودکشی را در وی بررسی کنید؛
 - به آنان مهارت‌های حل مساله را آموزش دهید؛
 - زمان مورد نیاز برای امتحان‌ها را افزایش دهید. کودکان افسرده مشکلاتی در توجه و تمرکز دارند بنابراین به مدت زمان بیشتری نیاز دارند؛
 - ترجیحاً امتحان را به تنهایی و در اتاقی ساکت برگزار کنید؛
 - به او کمک کنید که رژیم غذایی خوبی داشته باشد؛
 - رژیم غذایی مناسب در برگیرنده تمامی مواد مغذی و ویتامین‌هایی است که برای رشد کودک ضروری‌اند؛
 - به او کمک کنید که الگوی خواب منظمی داشته باشد؛ خواب یکی از عوامل زیستی است که تاثیر مستقیم روی خلق افراد دارد و نخستین گام در درمان افسردگی، غالباً تنظیم الگوهای خواب است؛
 - در مورد داروهای مصرفی آنان و عوارض جانبی این داروها اطلاعاتی داشته باشید؛

9. Zero to three Organization. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC: 0-5); 2016.
10. Lingjardi V, McWilliams N. Psychodynamic Diagnostic Manual, Second Edition (PDM- 2). The Guilford Press; 2017.
11. Letourneau N, Watson B, Duffett-Leger L, Hegadoren K, Tryphonopoulos P. Cortisol patterns of depressed mothers and their infants are related to maternal-infant interactive behaviours. *J Reprod Infant Psychol*. 2011; 29(5): 439-459.
12. Vedova AMD, Ducceschi B, Cesana BM, Imbasciati A. Maternal bonding and risk of depression in late pregnancy: a survey of Italian nulliparous women. *J Reprod Infant Psychol*. 2011; 29(3): 208-222.
13. Huth-Bocks AC, Theran SA, Levendosky A, & Anne Bogat G. A social-contextual understanding of concordance and discordance between maternal prenatal representations of the infant and infant-mother attachment. *Infant ment health j*. 2011; 32(4): 405-426.
14. Van den Bergh B, Simons A. A review of scales to measure the mother-foetus relationship. *J Reprod Infant Psychol*. 2009; 27(2): 114-126.
15. Kochanska G & Kim S. Early Attachment Organization with Both Parents and Future Behavior Problems: From Infancy to Middle Childhood. *Child Dev*, 2013; 84(1): 283-296.
16. Brandon AR, Pitts S, Denton WH, Stringer CA & Evans HM. A history of the theory of prenatal attachment, *J Prenat Perinat Psychol Health*. 2009; 23(4): 201-222.
17. Parritz R, Troy M. Disorders of Childhood: Development and Psychopathology. Wadsworth; 2011.
18. Kuo E et al. How to Identify Students for School-based Depression Intervention: Can School Record Review Be Substituted for Universal Depression Screening? *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2013; 26(1): 42-52.
19. Beyondblue. n.d; available at www.beyondblue.org.au/parents
20. Parenting Strategies: Protecting Your Child's Mental Health. n.d; available at www.parentingstrategies.net
21. Tips for Parents and Caregivers. n.d; available at <https://adaa.org/living-with-anxiety/children/tips-parents-and-caregivers>
22. Kids Helpline. n.d; available at www.kidshelp.com.au

تقویت آنان کمک کرد؛

- دانش‌آموزان افسرده در آزمون‌های تستی موفق‌تر از آزمون‌های تشریحی هستند. در صورت امکان آزمون‌های آنان را به شکل تستی بگیرید؛
- دانش‌آموز را در فعالیت‌های گروهی درگیر کنید تا از انزوای بیشتر او جلوگیری کنید؛
- تمرکزتان را روی دانش‌آموز بگذارید نه اختلالش ...
- دانش‌آموز افسرده را در وهله نخست یک دانش‌آموز و بعد دانش‌آموزی با نیازهای ویژه ببینید؛
- دانش‌آموز را برای درمان به متخصص ارجاع دهید.

References

1. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates; 2017. Available at <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
2. Dennis CL, Ross LE, Grigoriadis S. Psychosocial and psychological interventions for treating antenatal depression. The Cochrane Collaboration. JohnWiley & Sons, Ltd; 2009.
3. Maughan B, Collishaw S, Stringaris A. Depression in Childhood and Adolescence. *J Can Acad Child Adolesc Psych*. 2012; 22(1): 35-40.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed. Washington, DC; 2013.
5. Benson LB & Haith MM. Social and Emotional Development in Infancy and Early Childhood. Academic Press. 2009.
6. Paul C. The baby's right to be heard: Who should engage with the troubled infant and her parents? Tasmanian Infant Mental Health Conference Tasmanian Early Years Foundation. 2011.
7. Guedeney A. From Early Withdrawal Reaction to Infant Depression: A Baby Alone Does Exist. *Infant Ment Health J*. 1997; 18(4): 339-349.
8. Walsh J, Hepper EG, Bagge SR, Wadephul F & Jomeen J. Maternal-fetal relationships and psychological health: emerging research directions. *J Reprod Infant Psychol*. 2013. 31(5): 490-499.