

افسردگی در نوجوانان علل و روش‌های درمان

دکتر غلامعلی افروز

در شماره قبل ضمن بررسی علل یا زمینه اصلی پدید آیی افسردگی، مؤثرترین روش‌های درمان افسردگی از جمله دارودرمانی، روان درمانی و شناخت درمانی مورد بحث قرار گرفت. در این قسمت به نشانه‌های عاطفی، انگیزشی، رفتاری و فیزیولوژیکی افسردگی و شیوه‌های درمانی آن‌ها می‌پردازیم.

۲- اهداف هیجانی، انگیزشی، رفتاری و فیزیولوژیکی

الف - هدف درمانی: کاهش غمگینی شدید و درهم شکننده

احساس غمگینی شدید، معمولاً با ابراز شکایت و نارضایتی همراه است. روش‌های درمانی زیر می‌توانند برای رفع احساس غمگینی شدید نوجوان مفید باشند:

۱- مطرح کردن حالت‌های خلقی (مثلاً ایجاد فرصت‌هایی برای بیان غمگینی و ابراز ناراحتی).

۲- بسازسازی شناختی گمان‌ها و طرز تعبیرهایی که زمینه را برای غمگینی فراهم می‌آورند.



هیچ‌گونه فعالیت خوشایندی در زندگی آن‌ها وجود ندارد و از آن‌چه انجام می‌دهند لذت نمی‌برند. این حالت، معمولاً با احساس گناه و هم‌چنین کم‌رویی و خجالت همراه است. یکی دیگر از خصوصیات این افراد داشتن توقعات بالا و کمال‌گرایانه از خود است. درمانگر، به مراجع کمک می‌کند که بفهمد این توقعات بالا و کمال‌گرایانه از کجا ریشه گرفته و به چه ترتیبی رشد کرده‌اند. به عنوان مثال این توقعات ممکن است از توقعات بالایی که والدین از او داشته‌اند سرچشمه گرفته باشد. نوجوانان، معمولاً در دوران کودکی، این توقعات را برای خودشان، درونی می‌کنند.

مراجعین افسرده، علاوه بر تکنیک بازسازی شناختی، باید فعالیت‌های خوشایند زندگی‌شان را شناسایی کنند. این کار باعث می‌شود که آن‌ها با کمک درمانگر، این نوع فعالیت‌ها را در برنامه فعالیت‌های روزانه جای دهند. به هر حال فراهم کردن فهرست فعالیت‌های خوشایند برای مراجع، کاری مفید است.

مداخله درمانی:

- ۱- بازسازی شناختی
- ۲- انتخاب فعالیت‌های خوشایند
- ۳- تنظیم برنامه برای انجام فعالیت‌های خوشایند

ج - هدف درمانی: شیوه مقابله با اندیشه خودکشی یا اقدام به آن
نوجوانان، به علل مختلفی ممکن است دست به خودکشی بزنند. بعضی از این علل عبارت‌اند از: احساس گناه، از دست دادن یک

۳- تنظیم برنامه فعالیت به منظور جلب توجه نوجوانان به فعالیت‌های خوشایند.

در این خصوص می‌توان از مراجع خواست که هر روز به تکمیل یک "برگه روزانه ثبت وضعیت خلقی" بپردازد. با این کار می‌توان اطلاعات دقیق‌تری در مورد میزان غمگینی روزانه و ابراز شکایت و ناراحتی در طول هر روز به دست آورد. بنابراین با استفاده از این برگه می‌توان اطلاعات دقیقی در زمینه جملات ثبت کرد. اگر غمگینی در زمان‌های خاصی در طول هر روز رخ می‌دهد، در این صورت می‌توان از تکنیک "برنامه تلاش و فعالیت" برای ایجاد شرایط استفاده کرد: مثلاً ملاقات با دوستان یا داشتن یک تماس تلفنی خوب و...

علاوه بر این، می‌توان از مراجع خواست که ابراز شکایت و ناراحتی در مورد غمگینی را به زمان‌های خاصی از روز محدود کند. این کار باعث کاهش میزان ابراز شکایت و ناراحتی می‌شود. بازسازی شناختی و اصلاح حالت بزرگ دیدن مشکلات، همراه با افزایش اعتماد به نفس مراجع، می‌تواند به مراجع کمک کند که نگرش مثبت‌تری نسبت به خود داشته باشد و تحمل او در مقابل احساس غمگینی بالاتر برود. در عین حال، می‌توان از تکنیک‌های شناختی به منظور بازسازی خشم‌ها، احساس گناه‌ها، خجالت‌ها و انتقاد‌های از خود استفاده کرد که باعث ایجاد احساس غمگینی در مراجع می‌شوند.

ب - هدف درمانی: کاهش عدم رضایت ناشی از پایین بودن میزان فعالیت‌های خوشایند
نوجوانان افسرده معمولاً اظهار می‌کنند که

به عنوان عواملی که بیانگر احتمال ارتکاب به خودکشی می‌باشند، بیان گردیده‌اند (آندرسون، ۱۹۸۲):^۳

- شکست در استفاده از مهارت‌های مقابله با مشکلات، همراه با احساس عدم اطمینان.
- احساس طرد شدگی فزاینده و قطع رابطه با افراد مهم زندگی.

- وجود سابقه اقدام به خودکشی در تاریخچه گذشته فرد.

- وجود علائم افسردگی.

- ضعف در کنترل رفتارهای عجولانه و تکانشی.^۴

- وجود طرح و برنامه برای خودکشی.

- وجود مشکلات متعدد و طولانی مدت در خانواده.

شخص یا چیز مورد علاقه، از دست دادن اعتماد به نفس و عصبانیت مفرط (هاتن^۱)، گاهی نوجوان با اقدام به خودکشی فکر می‌کند که راه حلی برای مشکلش پیدا خواهد کرد. یعنی در چنین شرایطی نوجوان قصد مردن ندارد. او تصور می‌کند که با این کار، دیگران به او توجه خواهند کرد و او نیز به آن چه می‌خواهد دست می‌یابد (به عنوان مثال نوع روابط دیگران با او تغییر خواهد کرد، از تنهایی و ناراحتی نجات خواهد یافت یا از احساس درماندگی و غمگینی رها خواهد شد و...). وسینر^۲ (۱۹۷۰) معتقد است ما نباید تصور کنیم که خودکشی نوجوانان، از یک رویداد خاص و گذرا، مانند عدم موفقیت در امتحانات، سرچشمه می‌گیرد. اتفاق ناگواری که اخیراً برای نوجوان رخ داده، ممکن است یکی از علل تحریک به خودکشی باشد، اما به طور کلی، پدیده خودکشی در دوران نوجوانی، ریشه‌دارتر و پیچیده‌تر از آن چیزی است که به ظاهر تصور می‌شود. این پدیده ممکن است از تعارض‌های قدیمی و مشکلاتی که از نظر او غیر قابل حل است، سرچشمه بگیرد. بسیاری از خودکشی‌های دوران نوجوانی واقعاً به قصد مردن انجام می‌گیرند و هدف از آن‌ها جلب توجه دیگران و ایجاد تغییر در زندگی نیست. گاهی نوجوانان قبل از این که برای جلب توجه دیگران به مشکل خود، دست به خودکشی بزنند، اقدامات دیگری همچون: سرکشی، اعتراض یا دوری کردن از دیگران را انجام می‌دهند.

میزان آسیب‌پذیری در نوجوانانی که دارای شرایط زیرند، بیش‌تر است:

- نوجوانانی که به علت ضعف در مهارت‌های اجتماعی و برقراری ارتباط با دیگران احساس تنهایی می‌کنند.

- نوجوانانی که نمی‌توانند با بحران‌های زندگی خود مقابله کنند.

- نوجوانان مبتلا به بیماری‌های سایکوز که دارای هذیان^۵ و توهم‌اند.^۶

- نوجوانانی که دارای رفتارهای اجباری^۷ و خشک و بی‌انعطاف‌اند، توقعات بسیار بالایی از خود دارند و نیز نوجوانانی که پرتنش و تیزهوش^۸ به شمار می‌آیند.

- نوجوانانی که مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته‌اند.

ارزیابی احتمال خودکشی

در ادبیات آسیب‌شناسی روانی، عوامل زیر

بیرون برود و با آن‌ها ملاقات کند. همین امر باعث ایجاد نوعی تنش در محیط خانواده شده بود. البته مادر این دختر از او حمایت می‌کرد. وقتی پدر خانواده فهمید که دخترش، بعضی وقت‌ها مدرسه را ترک می‌کند و پیش دوستانش می‌رود، شدیداً به او بدبین شد و تصمیم گرفت که هر روز، خودش به همراه او به مدرسه برود و او را به خانه بیاورد. این برخوردهای پدر، سبب گردید که دختر نیز تدریجاً باور کند که فرد بی‌ارزشی است. با این وجود باز هم با دوستانش قرار ملاقات می‌گذاشت. ولی سخت‌گیری‌های پدر باعث افزایش احساس بی‌اعتمادی در دختر گردید. او قبل از مراجعه به روان‌شناس چندین بار با استفاده از دارو اقدام به خودکشی کرده بود.

کاری که درمانگر باید فوراً در مواجهه با این قبیل نوجوانان انجام دهد این است که با حالت پذیرنده به صحبت‌های مراجع گوش دهد و به آن قسمت از گفته‌های او توجه کند که بیانگر احساس بی‌اعتمادی، درماندگی، گناهکار شناختن خود و تمایل به انتقام است. او با این کار، احتمال اقدام فرد به خودکشی را درمی‌یابد و سعی می‌کند به مراجع کمک کند که از اتخاذ تصمیم‌های عجولانه و احتمالاً صدمه‌زا خودداری کند.

مداخله درمانی

- ۱- بستری شدن در بیمارستان و استفاده از دارو و جمع‌آوری اطلاعات از نزدیکان.
- ۲- آموزش حل مسئله برای مواجه شدن با مشکلاتی که نوجوان آن‌ها را لاینحل می‌داند.
- ۳- بازسازی شناختی گمان‌های غیرمنطقی که باعث تمایل نوجوان به خودکشی می‌شوند.



در این خصوص به مواردی اشاره می‌شود: "یک دانش‌آموز پسر کلاس اول دبیرستان که به علت ضعف در مهارت‌های مطالعه، طفره رفتن از مطالعه و پایین بودن سطح استعداد تحصیلی، دچار شکست‌های تحصیلی متعددی شده بود، شروع به فکر کردن به موضوع خودکشی کرد. وی بعد از این که برای دیگران هم این موضوع اثبات شد که او توانایی ادامه تحصیل و رفتن به دانشگاه را ندارد، به این نتیجه رسید که احتمال موفقیتش در زندگی بسیار پایین است. به همین علت تمایل او به خودکشی افزایش پیدا کرد. او می‌گفت که علاقه به مادرش و فکر کردن به این موضوع که خودکشی او ممکن است برای مادرش آزار دهنده باشد، مانع از این شده است که تا به حال دست به خودکشی بزند. اما دیگر ناامیدی او به حدی رسیده است که هیچ‌گونه تمایلی به ادامه زندگی ندارد."

"یک دختر ۱۸ ساله که پدر بسیار خشن و تنبیه‌کننده‌ای داشت، به علت بدبینی‌ها و سخت‌گیری‌های پدرش دچار افسردگی شده بود. پدرش به او اجازه نمی‌داد که با دوستانش

بعضی از مباحثی که می‌توان در جلسات درمانی خانوادگی به آن پرداخت عبارت‌اند از: آگاه‌سازی والدین نسبت به رفتارهایی که می‌تواند بیانگر تمایل نوجوان به خودکشی باشد، آموزش نحوهٔ عکس‌العمل نشان دادن در برابر رفتارهایی که حاکی از تمایل به خودکشی است، آموزش این مطلب که سعی کنند با این موضوع به صورت سطحی و بی‌اهمیت برخورد نکنند و...



فرایند مداخله بدین صورت انجام می‌شود که اگر زندگی مراجع در معرض خطر شدید باشد، در این صورت تکنیک‌هایی که درمانگر می‌تواند مورد استفاده قرار دهد عبارت‌اند از: بستری کردن شخص، تجویز دارو و مطلع ساختن نزدیکان یا افرادی که برای مراجع مهم‌اند. اگرچه مطلع کردن نزدیکان و افراد مهم زندگی مراجع، ممکن است سبب گردد که مراجع ناراحت شود، یا این که اطمینان او موقتاً نسبت به درمانگر ضعیف شود، اما انجام این کار برای مراجع بسیار مفید خواهد بود. بستری شدن در بیمارستان و استفاده از دارو زمانی انجام می‌شود که مراجع تصمیم قاطع و عجولانه برای خودکشی گرفته باشد و احتمال انجام این کار بسیار بالا باشد.

برای مراجعاتی که ممکن است تصمیم عجولانه‌ای بگیرند و به خود صدمه برسانند، می‌توان از روش مقابله با بحران (از عهدہ برآمدن)^۹ استفاده کرد. هم‌چنین می‌توان شماره تلفن‌های ضروری، از قبیل شمارهٔ دوستان قابل اعتماد و کمک‌کننده، درمانگر و شماره تلفن‌های فوریت‌های مشاوره‌ای^{۱۰} را در اختیار او گذاشت. یکی از درمانگران یک بار مراجع خود را که از افکار خود تخریبی وحشت داشت اما تا به حال اقدام به خودکشی نکرده بود، از منزل تا بیمارستان همراهی کرد. در واقع این کار باعث شد که مراجع مسیر مراجعه به بیمارستان را برای مواقع اضطراری یاد بگیرد.

تشکیل جلسات خانواده درمانی، شرایطی را فراهم می‌آورد که درمانگر به اعضای خانواده کمک کند تا آن دسته از افکار، گمان‌ها و رفتارهای خود را که باعث اشتغال فکری نوجوان به خودکشی می‌گردد، شناسایی کنند.

علاقه‌ای به دنبال کردن درس‌ها و برقراری ارتباط با سایر دانش‌آموزان نداشت، کنجکاو شده بودند. او معمولاً چند روز در ماه به مدرسه نمی‌آمد و غیبت می‌کرد و سرانجام مادرش نامه‌ای به مسئول مدرسه می‌نوشت و بیماری او را به عنوان علت غیبت ذکر می‌کرد. هرگاه که مددکار اجتماعی مدرسه با این پسر مصاحبه می‌کرد، او با بی‌ربطی و بی‌تفاوتی به سؤال‌های او به صورت بله - خیر پاسخ می‌داد. او سرانجام اظهار کرد از فعالیت‌هایی که قبلاً برایش لذت‌بخش بوده‌اند، لذت نمی‌برد و به همین علت در ماه‌های اخیر تمایلی به برقراری ارتباط با دوستان و حضور در مدرسه ندارد و ساعت‌های طولانی به مشاهده تلویزیون و خواب می‌گذرانند و حتی تا هنگام ظهر نمی‌تواند از رختخواب خارج شود. او می‌گفت که مدرسه برایش قابل تحمل نیست و مطمئن نمی‌باشد که بتواند در درس‌هایش موفق شود. او هم چنین نمی‌تواند خودش را با مقررات مدرسه هم‌آهنگ کند، در حالی که قبلاً به خوبی می‌توانست این مقررات را رعایت کند. او اظهار می‌کرد که پدرش وی را فرد تنبلی می‌داند و فکر می‌کرد که پدرش درست می‌گوید. به‌عکس، مادرش از او در مقابل پدرش حمایت می‌کند و هر کاری برایش انجام می‌دهد. در چند ماه اخیر او حتی نتوانست بدون کمک مادرش لباس‌های خود را بپوشد و به مدرسه برود.

مداخله درمانی

۱- تنظیم برنامه فعالیت به منظور مبارزه کردن با رخوت و رکود: این روش می‌تواند با تنظیم برنامه‌ای برای شروع مجدد فعالیت‌های معمولی و بسیار ساده مدرسه و برقراری ارتباط

در طول جلسات فردی با نوجوان، از روش بازسازی شناختی به این علت استفاده می‌شود که درمانگر به مراجع کمک کند آن دسته از افکار و گمان‌های خود را شناسایی و اصلاح کند که نشان دهنده مفهوم منفی نسبت به خود و بدبینی او نسبت به زندگی و آینده می‌باشند. بعد از این کار، درمانگر مهارت‌های حل مسئله را به مراجع یاد می‌دهد تا بتواند راه‌حل‌هایی برای مشکلاتی پیدا کند که به نظر می‌رسد در هم شکننده و لاینحل‌اند و باعث ایجاد احساس ناامیدی^{۱۱} در او می‌شوند. یک روش مفید دیگر این است که درمانگر از مراجع بخواهد فهرستی از نتایج مثبت و منفی حاصل از خودکشی تهیه کند. این کار باعث می‌شود مراجع به نتایجی توجه کند که منفی‌اند، مثلاً این که خودکشی او ممکن است هیچ تأثیری بر روی دیگران نگذارد و باعث بهبود وضعیت نشود.

د- هدف درمانی: به حداقل رساندن بی‌انگیزگی^{۱۲} (تنبلی)

سستی و رخوت، معمولاً با لذت نبردن از فعالیت‌هایی که قبلاً برای فرد لذت‌بخش بوده‌اند، همراه است. در این حالت، فرد ساعت‌ها وقت خود را به اندیشیدن راجع به افکار و خاطرات ناخوشایند می‌گذراند. انجام کارها و فعالیت‌های بسیار ساده زندگی، برای افراد بسیار مشکل است و آن‌ها روز به روز به افرادی که در زندگی‌شان تأثیر گذارند، وابسته‌تر می‌شوند و رابطه خود را با گروه همسن و سال محدودتر می‌کنند. به عنوان مثال معلمین یک مدرسه، نسبت به یک دانش‌آموز ۱۷ ساله که با حالت بی‌تفاوتی در کلاس می‌نشست و

۲- تنظیم برنامه‌ای برای شرکت در فعالیت‌های خوشایند، تا به این ترتیب زمینه برای ایجاد احساس لذت در فرد فراهم شود.

۳- بازسازی شناختی افکار و گمان‌های غیرطبیعی و افسرده‌واری که باعث ایجاد احساس درماندگی، بی‌اعتمادی و محکوم کردن خود می‌شوند.^{۱۳}

۴- تشکیل جلسات خانواده درمانی به منظور شناسایی و اصلاح گمان‌ها، طرز فکرها، تعامل‌های خانوادگی و رفتارهای غیرطبیعی‌یی که باعث تشدید حالت تبلی و رخوت در مراجع می‌گردند.

۵- آموزش مهارت‌های مطرح کردن خود به منظور کاهش میزان خواب و افزایش زمان حضور در مدرسه.

۶- آموزش مهارت‌های تنظیم هدف برای زندگی و فعالیت‌های روزمره. این کار باعث بالارفتن انگیزه مراجع برای حضور منظم در مدرسه، فعالیت با گروه همسن و سال و فعالیت‌های خلاق می‌شود.

۷- استفاده از دارو درمانی (در صورت نیاز).

ه- هدف درمانی: کاهش علائم و نشانه‌های جسمانی افسردگی

بعضی از نوجوانان افسرده دچار افزایش یا کاهش در میزان خواب یا تغذیه می‌شوند. اگر بی‌اشتهایی به علت افسردگی باشد، در این صورت نوجوان اظهار می‌کند که اشتها یا علاقه‌ای به خوردن غذا ندارد و از آن لذت نمی‌برد (بر خلاف افرادی که مبتلا به بی‌اشتهایی روانی‌اند و موضوع چاق شدن و افزایش وزن را به عنوان غذا نخوردن خود مطرح می‌کنند). به عنوان مثال " دختر نوجوانی



با دوستان شروع شود. سپس درمانگر با کمک مراجع سعی می‌کند سطح این فعالیت‌ها را بالا ببرد.

در مورد مراجعانی که دارای مشکل پرخوری‌اند نیز، می‌توان با استفاده از روش نظارت برخورد و روش برنامه‌ فعالیت شرایطی را فراهم کرد که هر وقت میل به پرخوری پیدا می‌کنند، خود را با فعالیت‌های دیگری سرگرم کنند. معرفی کردن این افراد به کلینیک‌های کنترل وزن می‌تواند مناسب باشد.

در مورد مراجعانی که دارای مشکل پر خوابی‌اند یا مراجعینی که کم‌خوابی شبانه خود را از طریق خوابیدن در روز جبران می‌کنند و به این ترتیب از مدرسه عقب می‌مانند، می‌توان با استفاده از روش نظارت برخورد، شرایطی را فراهم آورد که تدریجاً به هنگام شب بخوابند. به این ترتیب که درمانگر از مراجع می‌خواهد که هر روز، در ساعت معینی به رختخواب برود و در ساعت معینی نیز از رختخواب بیرون بیاید و این کار را در تمام روزهای هفته انجام دهد تا سرانجام برنامه ساعات خواب او تنظیم گردد. هم چنین درمانگر به آن‌ها کمک می‌کند که در روزهای تعطیل و روزهای آخر هفته هم برای صبح‌ها برنامه‌های فعالیت‌ی خاصی تنظیم کنند تا مجبور نشوند در این روزها که مدرسه تعطیل است، بخوابند.

هم چنین در مورد مراجعینی که دیر از خواب بیدار می‌شوند، می‌توان یک سلسله برنامه‌های فعالیت‌ی تنظیم کرد تا آن‌ها ناچار باشند این فعالیت‌ها را در ابتدای صبح انجام دهند. همین کار سبب می‌شود که آنان برای جبران کم‌خوابی خود، عادت کنند که شب‌ها زودتر بخوابند. درمانگر به این گروه از مراجعین می‌گوید که از اول صبح بیدار شوند و شروع به

از والدینش بسیار ناراحت بود، زیرا به او اجازه نمی‌دادند که وقتش را با یکی از دوستانش بگذراند و نمی‌گذاشتند که دوستش را ببیند. در طول دو ماه اخیر او شدیداً راجع به این موضوع فکر می‌کرد و همین افکار ناراحت کننده سبب شده بود که او نتواند شب‌ها به اندازه کافی بخوابد. او اظهار می‌کرد که شب‌ها نمی‌تواند تا ساعت ۴ صبح به خواب برود و دو بار هم در تمام طول شب تا صبح نتوانست بخوابد. به همین علت او سعی می‌کند که برای جبران بی‌خوابی شبانه، صبح‌ها بخوابد. همین امر موجب شده که نتواند در مدرسه حاضر شود، لذا در درس‌هایش عقب مانده و همین عقب‌ماندگی درسی باعث تشدید علائم افسردگی در او شده است. او اظهار می‌کرد که هر وقت غذا می‌خورد دچار حالت تهوع می‌شود. به همین علت از خوردن صبحانه و ناهار خودداری می‌کند و فقط مقدار کمی شام می‌خورد."

مداخله درمانی

۱- نظارت بر خود در زمینه خوردن و خوابیدن.
۲- تنظیم برنامه‌های روزانه به صورت منظم و هدفمند.

۳- آموزش آرام‌سازی (آرامش روانی - عضلانی).^{۱۴}

می‌توان به مراجع یاد داد که از طریق تکنیک نظارت برخورد^{۱۵} میزان غذا و خوراک مصرفی هر روز خودش را افزایش دهد. در این جا، درمانگر برای مراجع توضیح می‌دهد که خوردن غذا به اندازه کافی می‌تواند عامل مهم و مؤثری در کنترل علائم افسردگی باشد.

انجام فعالیت کنند، بدون این که به این موضوع فکر کنند که شب قبل، کم خوابیده‌اند و این کار را آن قدر ادامه دهند تا ساعات خوابشان به حالت عادی و معمولی برگردد. علاوه بر این برای مراجعینی که مشکل خواب آن‌ها ادامه می‌یابد، می‌توان از تکنیک‌های آرام‌سازی استفاده کرد.



چند توصیه عمومی و عملی برای مقابله با افسردگی

به طور کلی هر روش و اقدامی که بتواند انگیزه‌های حیاتی افراد افسرده را تقویت نماید و در آن‌ها میل به تلاش هدفمند و پویا ایجاد کند می‌تواند کاملاً مفید و مؤثر باشد. در واقع همان‌گونه که پیش‌تر اشاره گردید، هدف اصلی شناخت درمانی نیز همین است که فرد افسرده با نگاه تازه به خود، محیط اطراف و آینده‌ای امیدبخش، میل و رغبت برای حرکت و تلاش متعهدانه و مولد پیدا کند.

بدیهی است که نزدیکان و اطرافیان فرد افسرده می‌توانند با اقدامات هدفمند و ارزشمند در بهبود وضعیت وی نقش بسزایی داشته باشند.

۱- افزایش دامنه برنامه‌ها و فعالیت‌های

خوشایند و مطبوع

هر قدر محیط زندگی فرد افسرده پر نشاط و خوشایند باشد و او خود را در فضایی آرام و

آرامش‌بخش بیابد و در معرض فعالیت‌های خوشایند قرار گرفته، زمینه مشارکت وی در این فعالیت‌ها فراهم گردد، در بهبود وضعیت او مؤثر خواهد بود.

۵- تدارک سفرهای جمعی و اردوهای گروهی
برنامه‌ریزی برای اردوهای گروهی و
سفرهای جمعی با نظر و مشورت فرد مبتلا به
افسردگی، به ویژه از نظر منطقه مورد علاقه و
هم‌سفران محبوب، می‌تواند زمینه‌های نشاط و
تلاش‌های اجتماعی را در وجود فرد افسرده
مضاعف سازد.

۶- آموزش روش‌های حل مسئله
همان‌طوری که پیش‌تر نیز اشاره گردید
تدارک برنامه‌های آموزش روش‌های حل مسئله
به صورت مستقیم و غیرمستقیم می‌تواند به
جوان افسرده کمک کند که در حل مسائل ذهنی
و زندگی خود توفیقات قابل توجهی داشته
باشد.

۷- تقویت اعتماد به نفس و افزایش احساس
خودارزشمندی
هر قدر با تأیید و تشویق نقاط مثبت
شخصیت فرد افسرده با او ارتباط برقرار کنیم و
به دور از انتقاد و توقعات پی‌درپی و با پرهیز از
زبان موعظه و نصیحت، قابلیت‌ها و
توانمندی‌های او را مورد تأکید قرار دهیم و در
این ارتباط پایدار و مستمر باشیم، به تدریج
شاهد بالا رفتن میزان اعتماد به نفس، احساس
خودارزشمندی و عزت نفس او خواهیم بود.
بالتبع همین امر اراده‌ی وی را تقویت کرده، او به
توانمندی‌ها و قابلیت‌های خود اعتماد خواهد
نمود. با تقویت اعتماد به نفس و اعتدالی
احساس خود ارزشمندی، قدرت اراده و
تصمیم‌گیری برای حرکت و تلاش هدفمند در
وجود فرد افسرده افزایش یافته، زمینه میل به
کار و تلاش بیش‌تر فراهم می‌گردد.

۲- فراهم کردن زمینه بازدهی رفتار و
تلاش‌های موفقیت‌آمیز
تهیه و تدارک برنامه‌های متنوع و خوشایند
به گونه‌ای که فرد افسرده با مشارکت و تلاش
خود، هر قدر محدود، احساس موفقیت و
رضایت نماید، فوق‌العاده در بهبود وضعیت او
مؤثر خواهد بود. به عبارت دیگر افزایش
تجارب و فعالیت‌های موفقیت‌آمیز شخص
افسرده می‌تواند انگیزه‌های تلاش او را
مضاعف کند و همین امر زمینه سلامت
روانی‌اش را بهتر فراهم می‌نماید.

۳- افزایش بستر مهارت‌های اجتماعی و روابط
متقابل با دیگران
فراهم کردن فرصت‌های لازم برای تعامل
اجتماعی و برقراری روابط مفید، متقابل،
خوشایند و رضایت‌بخش نوجوان افسرده با
دیگران، به ویژه الگوهای رفتاری مورد احترام
و محبوب، گام بسیار مهمی برای کمک به درمان
وضعیت افسردگی خواهد بود. باید دقت کرد که
فضای فراهم شده برای برقراری ارتباط متقابل،
فضایی آرام و آرامش‌بخش باشد و شخصیت
حساس فرد افسرده با هیچ‌گونه محرک
تهدیدآمیز و اضطراب‌آور مواجه نگردد.

۴- تقویت فعالیت‌های گروهی و مشارکت‌های
جمعی
فراهم کردن زمینه‌های لازم در محیطی آرام
و خوشایند برای انجام بعضی از فعالیت‌های
جمعی و گروهی در محیط منزل یا مدرسه و با
حضور همسالان مورد قبول فرد افسرده
می‌تواند در درمان افسردگی بسیار مؤثر واقع
گردد.

پی نوشت‌ها:

- | | |
|------------------|-------------------------|
| 1- HATTEN | 8- GIFTED |
| 2- WSINER | 9- COPING SKILLS |
| 3- ANDERSON | 10- HOT LINE |
| 4- IMPULSIVE | 11- DESPAIR |
| 5- DELUSION | 12- INACTIVITY |
| 6- HALLUCINATION | 13- SELF - CONDEMNATION |
| 7- COMPULSIVE | 14- RELAXATION |
| | 15- SELF - MONITORING |

منابع:

- فلک، فردریک: افسردگی واکنش یا بیماری، ترجمه نصرت‌الله پورافکاری، انتشارات آزاد، تهران، ۱۳۷۱.
- مهریار، امیر هوشنگ: افسردگی، برداشت‌ها و درمان‌شناختی، انتشارات رشد، تهران، ۱۳۷۳.
- فرانکل، لوتیس (۱۹۹۲): روان‌شناسی زن، بررسی علل افسردگی، ترجمه شکوه خوانساری نژاد، انتشارات شکوه دانش، تهران، ۱۳۷۷.
- افروز، غلامعلی و علوی، کاوان: بررسی علل افسردگی در نوجوانان و روش‌های درمان، پیوند شماره ۲۶۰ و ۲۶۱ خرداد و تابستان ۱۳۸۰، انتشارات اولیا و مربیان.
- کلی‌تن، پالا و پارت، جیمز (۱۹۸۳): درمان افسردگی، ترجمه حسن سلطانی‌فر، انتشارات آستان قدس رضوی، ۱۳۶۹.
- کلارتن، رو (۱۹۹۱): مباحث عمده در روان‌پزشکی، ترجمه جواد وهاب‌زاده، انتشارات آموزش انقلاب اسلامی، ۱۳۷۰.
- WOOD IRETZEL (1987), CLINICAL HANDBOOK OF DEPRESSION, GARDNER PRESS, N.Y.
- BROWN AND TARRI (1998), WORLD HEALTH ORGANIZATION.
- BECK, A.T. (1967), COGNITIVE THERAPY AND THE EMOTIONAL DISORDERS, N.Y. INTERNATIONAL UNIVERSITY PRESS - A.T.
- BECK (1989) DEPRESSION, CLINICAL EXPERIMENTAL AND THEORETICAL ASPECTS, N.Y HARPER & ROW .
- HARRINGTON, R. (1995), DEPRESSIVE DISORDER IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE, JOHN WILEY & SONS LTD. ENGLAND .
- ZARB, JANET (1992), COGNITIVE - BEHAVIORAL ASSESSMENT AND THERAPY WITH ADDESCENTS, BRUNNER, MAZEL , PUBLISHERS, N.Y.