

افسردگی در کودکان و نوجوانان

ترجمه و تألیف: ماندانا سلحشور

کارشناس روان‌شناسی بالینی

افسردگی، یکی از اختلالات جدی دوران کودکی است که اگر به موقع مورد درمان و مداوا قرار نگیرد، می‌تواند به صورت اختلالات خلقی در کودک تثبیت شود. زمانی تصور می‌شد که اختلال افسردگی خاص دوران بزرگسالی است و کودکانی که بیش‌تر وقت خود را به بازی، تفریح و سرگرمی می‌گذرانند، دلیلی برای افسردگی ندارند. در حالی که امروزه به تحقیق ثابت شده است که کودکان نیز با اندک ناملایمات و بدرفتاری‌های والدین و اطرافیانشان در خود فرو می‌روند و آثاری از افسردگی‌های بالینی و مشکلات رفتاری ناشی از آن بروز می‌دهند.

افسردگی در کودکان ممکن است به شکل انواع شکایات رفتاری مثل: پرخاشگری، شب‌ادراری، ناخن جویدن، آشفتگی‌های خواب، بیش‌فعالی، کمبود توجه، بی‌تفاوتی، کاهش انرژی، بزهکاری، افت تحصیلی، ناتوانی‌های یادگیری، انزوای طلبی، کج خلقی و مدرسه‌گریزی ظاهر شود.

علائم و معیارهای تشخیص افسردگی در کودکان و نوجوانان
اغلب کودکان ممکن است گاهی احساس ناراحتی و غمگینی کنند و چند روزی در خود فرو روند، اما به طور معمول این‌گونه شرایط گذرا و مقطعی است. برخی از کودکان نیز ممکن است به دلایل خاصی (مثل تغییر منزل یا مدرسه، دور شدن از دوستان صمیمی، از دست دادن حیوانات خانگی و...) علائم افسردگی از خود نشان بدهند. اما آن‌چه این‌گونه احساسات را در کودکان به وجود می‌آورد، با اختلال افسردگی طولانی مدت تفاوت دارد. کودک مبتلا به افسردگی بالینی در موقعیتی حاد قرار می‌گیرد، تا حدی که نوسان خلقی او، آسیبی شدید به عملکردهای فردی‌اش می‌زند و او را از زندگی طبیعی باز می‌دارد. به‌طور کلی کودکان افسرده به چهار نوع مشکل زیر گرفتار می‌شوند:



الف) رفتاری: آن‌ها منفعل، فاقد قدرت تصمیم‌گیری و درمانده‌اند.

ب) هیجانی: حزن و غم زیاد در خود حس می‌کنند.
پ) جسمانی: میل آن‌ها به خواب و غذا دچار اختلال می‌شود.
ت): شناختی: زندگی را بی‌معنا و خود را بی‌ارزش می‌شمارند. (سلیگمن، ترجمه داور پناه، ۱۳۸۳)

براساس چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی کودکان (DSM4) ^۱، معیارهای تشخیص افسردگی در کودکان عبارت‌اند از:

کاهش یا افزایش بی‌دلیل وزن کودک (بدون رعایت رژیم غذایی خاص).

اختلالات خواب (کم خوابی، بی‌خوابی، پریشان‌خوابی).

فقدان انگیزه برای فعالیت، بازی و کار.

احساس خستگی و کمبود انرژی.

احساس ناتوانی، گناه و خودکم‌بینی شدید.

کاهش قدرت تفکر و عدم تمرکز حواس.

بروز افکار منفی (تهدید، سوء قصد و اقدام به خودکشی).

برای تشخیص افسردگی بالینی در کودک باید گزارشی روزانه از فعالیت‌های کودک تهیه شود تا در صورت وجود غم و اندوه پساایدار (حداقل ۴ مورد از ۷ مورد بالا و به مدت ۲ هفته) درصد درمان و مداوا برآید.

کودکان مبتلا به افسردگی، به شدت احساس ناامیدی، غمگینی و بی‌ارزشی می‌کنند. این گروه به ندرت می‌خندند و مدام چهره‌های اشک‌آلود و گرفته دارند. برای شرکت نکردن در کارهای گروهی و کلاسی مرتباً خستگی را بهانه می‌کنند. کودکان افسرده بر این باورند که دست به هر کاری می‌زنند، شکست می‌خورند و به همین دلیل انگیزه‌ای برای تلاش و موفقیت در خود حس نمی‌کنند. قدرت تمرکز و فکر در کودک افسرده کاهش می‌یابد و قدرت تصمیم‌گیری و تفکر منطقی را از دست می‌دهد. تشخیص زودهنگام افسردگی در کودک می‌تواند از حوادث و بحران‌های شدید سال‌های نوجوانی و جوانی بکاهد. والدین، مربیان و اطرافیان کودکان برای تهیه یک تصویر کلی از زندگی و عملکرد روزانه آنان در دوره زمانی خاص، باید دانسته‌ها و اطلاعاتشان را در اختیار یکدیگر قرار دهند.

در اغلب موارد علائم افسردگی در کودکان خردسال (زیر ۶ سال) با اختلالات مربوط به خوردن و خوابیدن همراه

است، در حالی که در کودکان مدرسه‌ای (۱۵ - ۷ سال) با پرخاشگری، احساس ناامیدی و کناره‌گیری از جمع دوستان بروز می‌کند. هم‌چنین کودکان خردسال ممکن است تا اندازه‌ای بیش‌فعال، پرخاشگر یا کج خلق شوند؛ زیرا هنوز توانایی کلامی لازم را برای بیان احساساتشان ندارند. در دوران بلوغ و نوجوانی نیز میزان شیوع افسردگی به شدت افزایش می‌یابد. (کامپاس و گرانت ^۲، ۱۹۹۳) برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تقریباً یک سوم نوجوانان دچار حالات افسردگی می‌شوند و یک سوم تا یک دوم این عده براساس معیارهای تشخیص روان‌شناختی، در دوران جوانی نیز این اختلال را به صورت عمده و جدی به همراه دارند. (پترسن ^۳، ۱۹۹۳)

در مورد تفاوت ابتلا به افسردگی در بین دخترها و پسرها، تحقیقات نشان می‌دهند که دخترها بیش‌تر در معرض ابتلا به افسردگی قرار دارند؛ زیرا تنش‌ها و فشارهای بیش‌تری را برای ورود به اجتماع باید تحمل کنند. علاوه بر آن، دخترها در هنگام رویارویی با استرس‌ها و فشارهای محیطی، احساساتشان را درونی می‌سازند، در حالی که پسرها احساسات خود را بیرون می‌ریزند و دست به رفتارهای پرخاشجویانه می‌زنند. (کرامر ^۴، ۱۹۷۹). هم‌چنین علائم افسردگی با رفتارهای نابهنجار، تجاوزگرانه، سیگار کشیدن، مصرف الکل و مواد مخدر همراه است.

کودک مبتلا به افسردگی
شده است احساس ناامیدی
خستگی و بی‌ارزشی
این گروه به ندرت می‌خندند
مدام چهره‌های اشک‌آلود
دارند و برای شرکت نکردن
کارهای گروهی و کلاسی
مرتباً خستگی را بهانه

میزان شیوع افسردگی در بین کودکان

در طی سال‌های گذشته افسردگی‌های دوران کودکی توجه بسیاری از روان‌شناسان و متخصصان کودک را برانگیخته است. برآورد می‌شود حدود ۰/۴ تا ۲/۵ درصد کودکان از نظر بالینی دچار افسردگی می‌شوند (مک کالی و همکاران ۵، ۱۹۹۳)، و میانگین دوره اختلال افسردگی در بین

کودکان و نوجوانان حدود ۹-۷ ماه می‌باشد. (بیرماهر و همکاران ۶، ۱۹۹۶) این موضوع از آن جهت اهمیت دارد که اگر کودک بعد از این مدت بهبودی نیابد، یادگیری و رشد وی دچار اختلال خواهد شد.

شیوع افسردگی در بین کودکان مقطع دبستانی ۱ درصد گزارش شده است. (کاشانی و کارلسون ۷، ۱۹۸۷) این میزان

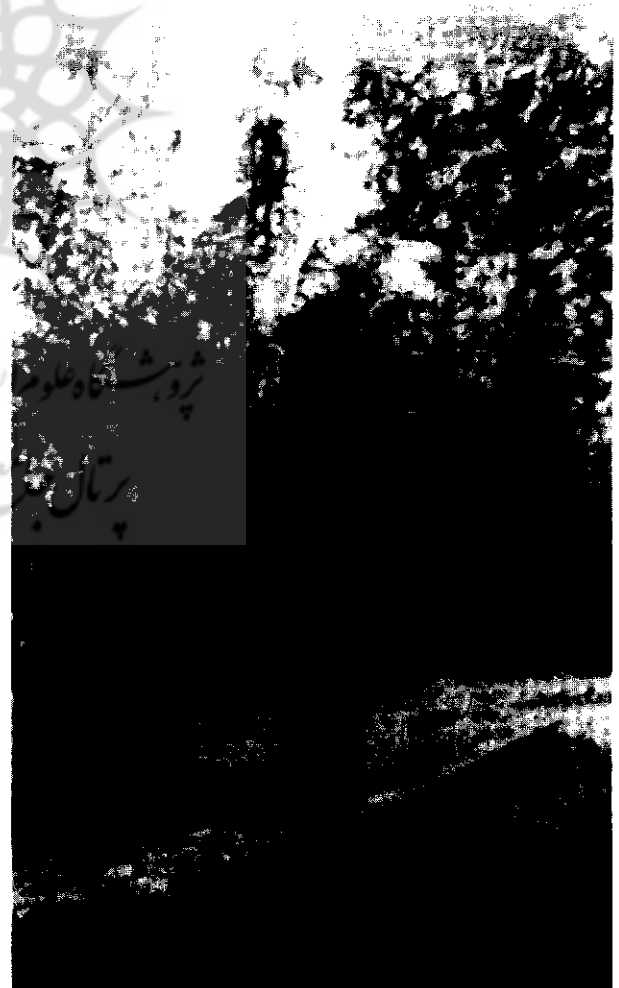
در مورد تفاوت ابتلا به افسردگی در بین دخترها و پسرها، محققان نشان می‌دهند که دخترها بیش‌تر در معرض ابتلا به افسردگی قرار دارند و در اکثرها فشارهای بیش‌تری را برای ورود به اجتماع باید تحمل کنند. این امر می‌تواند به خاطر تکام زودرس و با استرس‌ها و فشارهای محیطی اجتماعی باشد که در دوران نوجوانی در حالی که پسرها احساسات خود را بروز نمی‌کنند و احساسات و فشارهای بی‌جاش خود را پنهان می‌کنند.

در دوره نوجوانی به ۸-۴ درصد می‌رسد. (کوپر و گودیر ۸، ۱۹۹۳) نسبت ابتلای پسرها و دخترها در دوران کودکی مساوی است، ولی در دوره نوجوانی شمار دخترهای افسرده دو برابر پسرهای افسرده می‌شود (ویتاگر ۹، ۱۹۹۰) و با افزایش سن، شیوع افسردگی در دخترها بیش‌تر هم می‌شود. شایع‌ترین سنین برای افسردگی، ۱۵-۱۴، یعنی سال‌های افزایش فشار روانی و استرس بر نوجوانان است. (گلدستون ۱۰، ۱۹۹۷)

عوامل مؤثر بر بروز افسردگی در کودکان

بسیاری از والدین و مربیان زمانی که صحبت از افسردگی‌های دوران کودکی به میان می‌آید، تصویری از نوجوانی غمگین، گریان و گوشه‌نشین را در ذهن خود مجسم می‌کنند. در حالی که افسردگی مشکل تنها نوجوانان و جوانان نیست، بلکه در کودکان خردسال هم می‌توان علائمی از غم و اندوه مشاهده کرد. آنان باید بدانند چنان چه این گونه مشکلات و اختلالات رفتاری در همان دوران کودکی بهبود نیابند، می‌توانند به راحتی در سال‌های بعدی رشد کودک، او را با اختلالی جدی و سخت روبه‌رو کنند.

همه کودکان روزهای خوب و بدی را پشت سر می‌گذارند؛ آن‌ها، هم غم و هم شادی را به نوعی تجربه



خانواده‌شان وجود دارد، در برابر ابتلا به این بیماری مستعدتر می‌باشند. افسردگی در بین کودکان، اغلب به دلیل تنش و فشار روانی شدید، در کودکان آسیب‌پذیر و حساس به وجود می‌آید. در این جا به بررسی عوامل مؤثر بر بروز افسردگی در کودکان می‌پردازیم:

۱- عوامل ژنتیکی (ارثی): تحقیقات نشان می‌دهند که اگر افسردگی پیش از دوران بلوغ شروع شود، ممکن است ناشی از مشکلات ژنتیکی باشد. (استروبر ۱۱، ۱۹۹۲) به رغم این که تاکنون تأثیر عوامل ژنتیکی در افسردگی‌های دوران کودکی به درستی شناخته نشده است، اما برخی از تحقیقات نشان می‌دهند که اگر یکی از والدین یا یکی از اعضای نزدیک خانواده افسردگی داشته باشد، تأثیر زیادی بر رفتارهای ناشی از افسردگی کودک خواهد گذاشت.

می‌کنند. برای نمونه، روزی تیم ورزشی مورد علاقه‌شان می‌بازد، قهرمان ایده‌آل آن‌ها شکست می‌خورد، یا حتی حیوان دست‌آموزی که مدت‌های طولانی از آن نگهداری کرده‌اند، می‌میرد. طبیعی است تمام این موضوعات موجب ناراحتی و افسوس آنان می‌شود، اما نکته مهم آن است که افسردگی می‌تواند در همین روزهایی که پدر و مادر هیچ فکرش را هم نمی‌کردند، به طور آرام و پنهان در وجود فرزندشان رشد کند. زمانی که کودک بیش از ۳ - ۲ هفته در خود فرو می‌رود و هیچ نشانه‌ای از حرکت و جنبش از خود نشان نمی‌دهد، به افسردگی بالینی دچار شده است. افسردگی، اختلالی جدی و مهم است که آثار خود را بر تمام جنبه‌های زندگی کودک بر جای می‌گذارد. به درستی مشخص نیست که چه عواملی موجب بروز افسردگی در کودکان می‌شود، اما این طور به نظر می‌رسد که هم عوامل زیستی (ژنتیک) و هم عوامل محیطی (تجارب

ناخوشایند)، قدرت مقابله با ناملایمات زندگی را در

کودک یا نوجوان کاهش می‌دهند. قابل ذکر

است که احتمال ابتلاء و بروز افسردگی در

کودکان و نوجوانان به یک نسبت

نیست. کودکانی که بیش‌تر تحت

فشارها و تجارب ناخوشایند

در زندگی‌اند و البته،

سابقه افسردگی در

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

۲- عوامل محیطی: عوامل محیطی (خانواده، مدرسه و اجتماع) در بروز افسردگی کودکان بسیار مؤثرند. عواملی مثل: بی‌اعتنایی به کودک، کمبود روابط عاطفی مناسب، تعامل‌های منفی والدین با کودک، آشفتگی‌ها و نابسامانی‌های خانوادگی، سردی حاکم بر روابط خانوادگی همگی می‌توانند موجب بروز افسردگی در کودکان شوند.

۳- عوامل استرس‌آور و تنش‌زا: بسیاری از افسردگی‌ها در دوران کودکی ناشی از شرایط پرتنش، محرومیت‌ها، ناکامی‌ها، شکست‌های پی‌درپی، اختلافات و تعارضات خانوادگی، فوت اقوام و فجایع‌اند. در این‌گونه موارد برخی از کودکان که آسیب‌پذیرتر، حساس‌تر و عاطفی‌ترند، به راحتی سایر کودکان به حالت عادی بر نمی‌گردند و این ناراحتی را در خود درونی می‌سازند. کودکانی که علل رویدادهای ناگوار را همیشگی می‌دانند، بیش‌تر در معرض خطر ابتلا به افسردگی هستند. بر عکس کودکانی که در مقابل شکست‌ها و پسرفت‌های زندگی با انعطاف و نرمی بیش‌تری رو به رو می‌شوند و علل آن‌ها را موقتی می‌دانند، نسبت به افسردگی مقاوم‌ترند. برای مثال: ممکن است کودکی با کوچک‌ترین ناملاطمت و نامهربانی از سوی دوست همسالش، در خود فرورود و تا مدت‌ها غمگین و افسرده باقی بماند، در حالی که کودکی دیگر تنها با یک شانه بالا انداختن پاسخ رفتار ناملاطمت دوستش را بدهد.

روش‌های درمانی افسردگی کودکان

هر چند که تشخیص افسردگی در کودکان قدری مشکل است (زیرا به شیوه‌های گوناگون جلوه پیدا می‌کند)، اما باید دانست اگر کودک افسرده به موقع تحت درمان قرار نگیرد، علائم در او پایدار می‌شود. پس بهتر است نسبت به شناخت و درمان زود هنگام کودک افسرده پی‌گیری لازم به عمل آید. در مواردی، افسردگی ناشی از پیامد اختلال اصلی دیگری است که کودک را تحت فشار قرار داده و او را مبتلا به افسردگی کرده است، مثل: ترس از مدرسه، شب‌اداری و خجالتی بودن. در این‌گونه موارد، ابتدا باید مشکل اصلی کودک درمان شود، زیرا در بیش‌تر مواقع با برطرف شدن مسئله کودک، افسردگی او هم درمان می‌شود. اما چنان چه پس از درمان مشکل کودک، باز هم علائم افسردگی در او

مشاهده شود، باید حتماً درصدد درمان افسردگی او برآمد. شیوه‌های گوناگونی برای درمان افسردگی کودکان ابداع شده است، از جمله: درمان‌های شناختی - رفتاری، آموزش مهارت‌های اجتماعی، دارو درمانی، روان‌درمانی‌های فردی و خانواده درمانی.

۱- درمان شناختی - رفتاری: براساس این شیوه درمانی، کودک افسرده همواره ذهن خود را به تفکرات منفی مشغول می‌دارد. اغلب شکست‌ها و محرومیت‌هایش را ناشی از ناتوانی، ضعف و ناکارآمدی فردی می‌داند و اگر هم در کاری موفق شود، آن را به عوامل محیطی و شانس که خارج از کنترل خودش است، نسبت می‌دهد. از این‌رو برای درمان این کودکان توصیه می‌شود از روش‌های تقویت عزت نفس، تقویت خویش‌داری و افزایش اعتماد به نفس استفاده شود. اساس این روش‌ها بر تغییر تفکرات منفی کودک درباره استعدادها و توانایی‌هایش استوار است. کودکان افسرده در مقایسه با سایر همسن و سالان خود، حس عزت نفس، ارزشمندی و خودپنداره ضعیفی دارند و در مورد کلیه فعالیت‌هایشان احساس ناامیدی، ضعف و ناتوانی می‌کنند. هرگاه عزت نفس کودک به خوبی در وجودش استقرار یافته باشد، موجب موفقیت‌های بعدی او خواهد شد و از آن پس کارها با سهولت بیش‌تری انجام خواهد گرفت.

در دیدگاه شناختی، برای درمان افسردگی در کودکان توصیه می‌کنند که آنان را با استعدادها و توانایی‌های مختلف خود آشنا ساخت و سعی کرد با بالا بردن روحیه مثبت، تقویت حس اعتماد به نفس و مثبت‌نگری، تصور آن‌ها را نسبت به توانایی‌هایشان تقویت نمود. برای مثال، مادر می‌تواند با دادن مسئولیت‌های ساده خانگی و انجام وظایف گوناگون، حس خودکم‌بینی و ناتوانی را در کودک از بین ببرد. شیوه تفکر و احساس کودکان افسرده با تغییر کاری که انجام می‌دهند، عوض می‌شود. شرکت در فعالیت‌های گوناگون می‌تواند حس ارزشمندی و هدف داشتن را در کودک تقویت کند و انگیزه پیشرفت را در او بالا ببرد. نحوه تفکر منفی کودک افسرده موجب کاهش و ضعف یادگیری وی می‌شود و بر چگونگی احساس او نسبت به خودش اثر می‌گذارد. این کودکان باید برای انجام مسئولیت‌هایی که به عهده می‌گیرند - حتی کارهای ساده و پیش‌پا افتاده - تحسین و تشویق شوند.

این گونه مسئولیت‌ها و فعالیت‌ها باید به گونه‌ای باشند که کودک از انجام آن‌ها احساس ضعف و ناتوانی نکند، زیرا شکست کودک افسرده موجب ناراحتی بیش‌تر او می‌شود. این کودکان تنها در صورتی که توانستند مرحله اولیه کار را تکمیل کنند، باید به مرحله بعدی (مشکل‌تر) بپردازند.

۲- آموزش مهارت‌های اجتماعی: اغلب کودکان افسرده در برقراری روابط اجتماعی با دیگران (اعم از والدین، اعضای خانواده و دوستان و همسن و سالانشان) دچار ناتوانی‌اند. همین امر موجب عدم محبوبیت آن‌ها در بین کودکان و افراد دیگر می‌گردد. براساس پژوهش‌هایی که توسط رفتار درمانگران صورت گرفته است، کودکان افسرده

۴- روان درمانی‌های فردی: روان‌شناسان با استفاده از روش‌های روان درمانی سعی می‌کنند کودک افسرده را تشویق به برون‌ریزی احساسات و هیجانات منفی‌اش کنند تا از این طریق به کودک یاد بدهند که چگونه می‌تواند این گونه فشارها و تنش‌های محیطی را تحمل کند و چگونه با آن‌ها کنار بیاید. برخی از روش‌های مؤثر روان درمانی‌های فردی عبارت‌اند از: بازی درمانی، نقش بازی کردن، اجرای نمایش‌نامه.

۵- خانواده درمانی: هدف خانواده درمانی ارائه شیوه‌های صحیح تربیت فرزند، پذیرش کودک در خانواده، افزایش تعاملات مثبت بین والدین و فرزندان و حمایت‌های روانی از کودک است. درمانگر ضمن آموزش والدین از آن‌ها می‌خواهد

در مواردی، افسردگی ناشی از پیامد اختلال اساسی دیگری است که کودک را تحت فشار قرار داده و او را مبتلا به افسردگی کرده است. مثل اختلال اضطرابی، شیب‌اندازی و خجالتی بودن. در این گونه موارد ابتدا باید مشکل اصلی درمان شود، زیرا در بیش‌تر مواقع با برطرف شدن مسئله کودک، افسردگی او به تدریج می‌شود.

بر کیفیت روابط خود با کودک افسرده‌شان بیفزایند و باکم‌ترین فشاری او را از خود طرد نکنند. کودک افسرده نیاز به احساس امنیت و داشتن روابط نزدیک و صمیمانه با پدر و مادر یا یک فرد بزرگسال آگاه دارد. بیش‌تر کودکانی که افسرده می‌شوند به کوچک‌ترین حمایت و توجه اطرافیان خود پاسخ مثبت می‌دهند. آغاز روز با انجام فعالیت‌هایی که خیلی دشوار نباشد، می‌تواند برای کودک نیروبخش و مؤثر باشد.

کمک‌ها و مداخلات والدین

درمان افسردگی کودکان نیازمند مشارکت والدین و اعضای نزدیک خانواده است. پدر و مادر باید اطلاعات زیادی در مورد شیوه‌های رویارویی و درمان افسردگی کودکان داشته باشند. در این زمینه توجه به چند نکته زیر حائز اهمیت است (گورمن^{۱۳}، ۲۰۰۰):

* مهارت‌های اجتماعی ساده را به فرزندتان بیاموزید.

باید مهارت اجتماعی لازم را برای دوست‌یابی و گسترش تعاملات فردی بیاموزند تا بتوانند در شرایط مختلف، نیازها و خواست‌های خود را بر طرف سازند. استفاده از روش‌های ایفای نقش، تمرین بازخوردهای رفتاری، روش‌های تقویت مثبت رفتاری و سرمشق‌دهی، از جمله روش‌هایی است که رویکردهای رفتاری - اجتماعی برای درمان افسردگی کودکان توصیه می‌کنند.

۳- دارودرمانی: استفاده از دارو برای درمان افسردگی‌های دوران کودکی باید با نهایت دقت و بررسی انجام شود؛ زیرا مسمومیت‌های دارویی می‌تواند موجب عوارض قلبی - عروقی، تشنج و اغما در کودک شود. اغلب داروهایی که برای درمان افسردگی بزرگسالان تجویز می‌شوند، تأثیری بر بهبودی افسردگی‌های کودکان ندارند.



پروژه: آموزش مهارت‌های زندگی

در محیط خانوادگی اش نیاز دارد تا مسائل و مشکلات روزمره خود را با یک نفر مثل: پدر، مادر، دوست خانوادگی، معلم یا هر فردی که کودک با او احساس راحتی کند و بتواند از راهنمایی‌ها و هدایت‌های او بهره‌گیرد، در میان گذارد. حرف زدن و ایجاد ارتباط، یکی از روش‌های پالایش روانی و تخلیه هیجانی است که بچه‌ها به راحتی می‌توانند بدان وسیله ناراحتی‌ها و نگرانی‌هایشان را با دیگران در میان گذارند و از تنهایی و گوشه‌گیری درآیند.

✽ افسردگی معمولی در بیش‌تر موارد، موقتی است و باید به مرور زمان از شدت آن کاسته شود. پس، به کودک فرصت دهید. ✽ از یک برنامه منظم غذایی استفاده کنید؛ زیرا خوراک خوب برای کودک به منزله کسب انرژی است و توانایی کودک

مهارت اجتماعی؛ توانایی و استعدادی است که موجب گسترش روابط بین افراد می‌شود، مانند: مهارت دوست‌یابی، مهارت در ارتباط‌گیری با گروه، مهارت گوش دادن، مهارت همدردی، مهارت در تشخیص احساسات خود، مهارت در کنترل رفتار خویش، مهارت در ارتباط غیرکلامی و غیره. اجتماعی کردن صحیح کودکان باید یکی از اهداف مهم والدین و مربیان تربیتی باشد. آن‌ها می‌توانند نحوه استفاده از کلمات و واژگان مناسب را برای بیان احساسات و افکارشان به کودکان بیاموزند و به آن‌ها یاد بدهند که چگونه احساسات خود را بشناسند.

✽ بچه‌ها را تشویق کنید تا درباره خودشان و هیجانات و احساسات درونی‌شان صحبت کنند. هر کودک (یا نوجوانی)

را برای بهبودی افزایش می دهد.

- از یک برنامه خواب منظم پیروی کنید؛ زیرا الگوی خواب نامنظم، نشانه های افسردگی را طولانی تر و شدیدتر می کند.
- از یک برنامه منظم ورزش و فعالیت جسمانی استفاده کنید؛ زیرا فعالیت های جسمانی موجب بهبود افسردگی کودک می شود.

- از هنرهای گوناگون به عنوان سرگرمی و وسیله ای فرح بخش برای شاد کردن کودکان استفاده کنید. نقاشی، موسیقی، داستان نویسی، سفالگری، مجسمه سازی، اجرای نمایش نامه و... می توانند به بچه ها شیوه های بیان احساسات، هیجانات، افکار و اندیشه های درونی شان را آموزش دهند و از این کار خود احساس شادی و رضایت کنند. یک کودک با به دست گرفتن یک مداد، خیلی راحت، احساسات صاف و شفاف خود را بر روی کاغذ می آورد.
- برای کودک ارزش و احترام قائل شوید، با او صحبت کنید و به حرف هایش گوش دهید.

- برنامه های مفرح، سرگرم کننده و نشاط آور برای کودک ترتیب دهید (با او بازی کنید، به گردش بروید و...)
- در مورد شیوه های درمانی گوناگون کسب اطلاع کنید.
- با یک متخصص یا روان شناس کودک مشورت های خصوصی انجام دهید.

- اگر نشانه های افسردگی، شدید، طولانی مدت و ناتوان کننده اند، حتماً کودک را به یک مرکز تخصصی سلامت روانی ببرید.

منابع

— سلیمان، م. (۱۳۸۳): کودک خوش بین، ترجمه داورپناه، چاپ اول، تهران، انتشارات رشد.

- KASHANI J.H. & CARLSON G.A. 1987, SERIOUSLY DEPRESSED PRESCHOOLERS, AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY, 144, 348, 350.
- COOPER P.J., GOODYEAR I. 1993 A COMMUNITY STUDY OF DEPRESSION IN ADOLESCENTS: ESTIMATES OF SYMPTOM AND SYNDROME PREVALENCE, BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY, 163, 369, 374.
- WHITAKER A., JOHNSON J., SHAFFER D., RAPOPART J.L., KALIKOW K., WALSH B.T., DAVIS M., BRAIMAN S. & DOLINSKY A., 1990, UNCOMMON TROUBLES IN YOUNG PEOPLE: PREVALENCE ESTIMATES OF SELECTED PSYCHIATRIC DISORDERS, ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY, 47, 487-496, 1990.
- GOLDSTONE T.R.G., KASLOW N.J., SEELEY J.R. & LEWINSOHN P.M., 1997, SEX DIFFERENCES IN ATTRIBUTIONAL STYLE, AND DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG ADOLESCENTS, JOURNAL OF ABNORMAL CHILD PSYCHOLOGY, 25, 297, 305.
- STROBER M., 1992, RELEVANCE OF EARLY AGE OF ONSET IN GENETIC STUDIES OF AFFECTIVE DISORDER, JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY, 31, 505, 510.
- BRUMBACK R.A. JACKOWAY M.K. & WEINBERG W., 1980, A RELATION OF INTELLIGENCE TO CHILDHOOD DEPRESSION IN CHILDREN REFERRED TO AN EDUCATIONAL DIAGNOSIS CENTER. PERCEPTUAL AND MOTOR SKILLS, 50, 11, 17.
- COMPAS EY., & GRANT K.E., 1993, TAXONOMY, ASSESSMENT, AND DIAGNOSIS OF DEPRESSION DURING ADOLESCENCE, PSYCHOLOGICAL BULLETIN, 117, 323, 344.
- PETERSEN A.C., 1993, DEPRESSION IN ADOLESCENCE. AMERICAN PSYCHOLOGISTS, 48, 155, 168.
- CRAMER P., 1979, DEFENSE MECHANISMS IN ADOLESCENCE, DEVELOPMENTAL PSYCHOLOGY, 15, 476, 477.
- MC CAULEY E., MYERS K., MITCHELL J., CALDERSON R., SCHLOREDT K. & TREDER R., 1993, DEPRESSION IN YOUNG PEOPLE INITIAL PRESENTATION AND CLINICAL COURSE, JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY, 32, 714, 722.
- BIRMAHER B., RYAN N., WILLIAMSON D., BRENT D., KAUFMAN J., DAHI R., PEREJ I. & NELSON B., 1996, CHILDHOOD AND ADOLESCENT DEPRESSION: A REVIEW OF THE PAST 10 YEARS PART 1, JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY 35, 1427, 1439.
- GORMAN J. CH., EMOTIONAL DISORDERS AND LEARNING DISABILITIES IN THE ELEMENTARY CLASSROOM: INTERACTIONS AND INTERVENTION, PUB. COEWIN PESS 2001.

- 1- DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS
- 2- COMPAS & GRANT
- 3- PETERSEN
- 4- CRAMER
- 5- MC CAULEY E., ET AL.
- 6- BIRMAHER B., ET AL.
- 7- KASHANI J.H. & CARLSON G.A.
- 8- COOPER P.J., GOODYEAR
- 9- WHITAKER A.
- 10- GOLDSTONE T.R.G., KASLOW N.J., SEELEY J.R. & LEWINSOHN P.M.
- 11- STROBER M,
- 12- GORMAN J. CH.