

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه آزاد اسلامی
واحد پزشکی تهران

پایان نامه :

جهت دریافت دکترای پزشکی

موضوع :

بررسی شیوع افسردگی تشخیص داده نشده در بچه های مقطع سوم راهنمایی تهران

و ارتباط آن با وضعیت تحصیلی آنها اسفند ۸۶ لغایت اسفند ۸۷

استاد راهنما:

سرکار خانم دکتر سپیده داروگر

تیموسات سرکار خانم دکتر سپیده داروگر

نگارش:

۱۳۸۹/۶/۲

خانم دکتر مانده طاهری

شماره پایان نامه : ۴۱۹۴

سال تحصیلی : ۱۳۸۸

۱۴۰۷۴۹

تقدیم به

پدر مهربان و مادر عزیزم که پیمودن این مسربدون

وجود آنها برایم غیر ممکن بود دستشان را می بوسم.

تقدیم به

همسر مهربانم حسام که همیشه مشوق و همراه من در

زندگی بود امیدوارم همیشه شاهد موفقیت‌هایش در زندگی باشم.

تقدیم به

برادرانم مجید و مسعود عزیز که دوستدار دیدن

پیشرفت‌ها و کامیابی آنها در تمام مراحل زندگی هستیم.

با تشکر از استاد محترم سرکار خانم دکتر سپیده داروگر که با

وجود تمام کاستی‌ها همواره در انجام کارهای پایان‌نامه راهنمای من

بودند.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	کیده فارسی
۲	قدمه و بیان اهمیت مسأله
۴	رسی متون
۲۰	ش مطالعه
۲۳	ته ها
۳۴	ث و نتیجه گیری
۳۸	رست منابع
۴۰	کیده انگلیسی

فهرست جداول

صفحه	عنوان
۲۴	جدول شماره ۱ بررسی شیوع جنس و معدل و سابقه خانوادگی افسردگی و سابقه طلاق والدین و سایر بیماریهای روان شناختی مورد مطالعه قرار گرفته
۲۵	جدول شماره ۲ میزان شیوع افسردگی و میزان شیوع افسردگی میان دختران و پسران و میزان افسردگی میان جنس مورد مطالعه قرار گرفته
۲۶	جدول شماره ۳ میزان شیوع ارتباط افسردگی و طلاق والدین مورد مطالعه قرار گرفته
۲۶	جدول شماره ۴ میزان شیوع ارتباط افسردگی و سایر بیماری های روان شناختی مورد مطالعه قرار گرفته
۲۷	جدول شماره ۵ میانگین معدل در افسرده ها غیر افسرده گروه ۱ مورد مطالعه قرار گرفته
۲۷	جدول شماره ۶ میانگین معدل افسردگی

فهرست نمودارها

صفحه	عنوان
۲۸	نمودار شماره ۱ میزان شیوع افسردگی بین دخترها و پسرها مورد مطالعه قرار گرفته
۲۸	نمودار شماره ۲ میانگین معدل افسردگی مورد مطالعه قرار گرفته
۲۹	نمودار شماره ۳ میانگین افسردگی میان خانواده های درجه (۱) مورد مطالعه قرار گرفته
۲۹	نمودار شماره ۴ میزان طلاق در والدین مورد مطالعه قرار گرفته
۳۰	نمودار شماره ۵ بررسی میزان سایر بیماریهای روان شناختی مورد مطالعه قرار گرفته
۳۰	نمودار شماره ۶ بررسی میزان افسردگی مورد مطالعه قرار گرفته
۳۱	نمودار شماره ۷ بررسی میزان افسردگی با جنس مورد مطالعه قرار گرفته
۳۱	نمودار شماره ۸ میزان بررسی ارتباط سابقه خانوادگی افسردگی با افسردگی مورد مطالعه قرار گرفته
۳۲	نمودار شماره ۹ بررسی ارتباط طلاق والدین و افسردگی مورد مطالعه قرار گرفته
۳۲	نمودار شماره ۱۰ بررسی ارتباط سایر اختلالات روان شناختی و افسردگی مورد مطالعه قرار گرفته
۳۳	نمودار شماره ۱۱ بررسی میزان افسردگی در جمعیت مورد مطالعه انجام شده

بررسی شیوع افسردگی تشخیص داده نشده در بچه های مقطع سوم راهنمایی

تهران و ارتباط آن با وضعیت تحصیلی آنها اسفند ۸۶ لغایت اسفند ۸۷

دانشجو: مائده طاهری شماره دانشجویی: ۸۱۴۶۶۷۲۰

استاد راهنما: سرکار خانم دکتر سپیده داروگر تاریخ دفاع: ۸۸/۴/۲۷

شماره پایان نامه: ۴۱۹۴ کد شناسایی پایان نامه: ۱۳۶۱۰۱۰۱۸۶۱۰۵۵

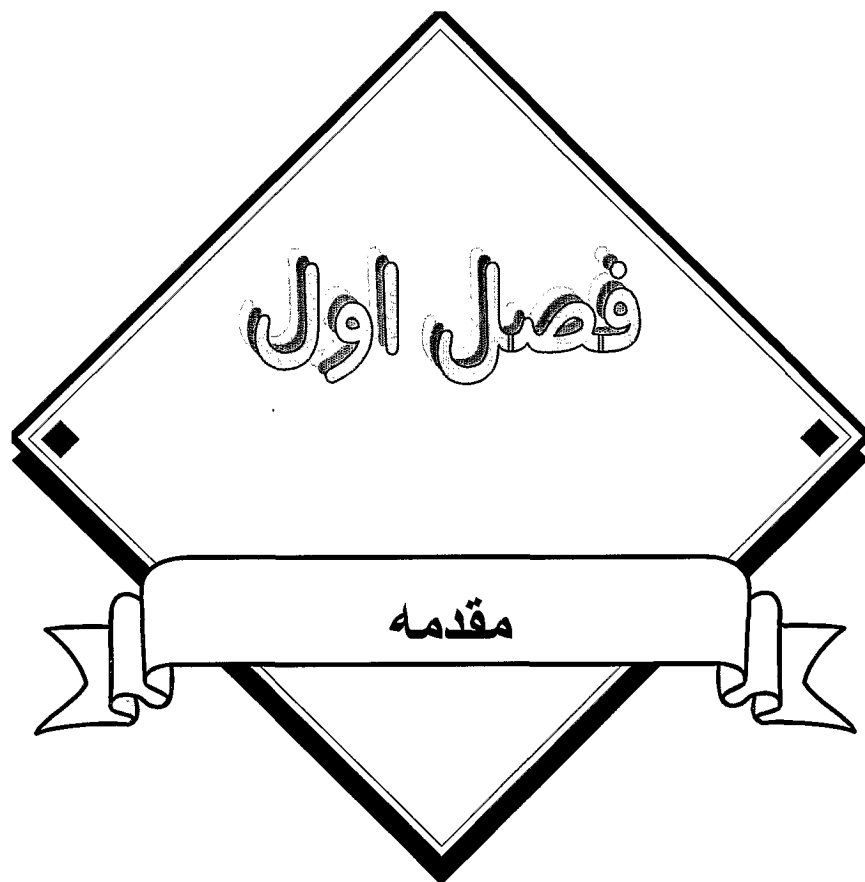
مقدمه: هم زمان با افزایش شیوع افسردگی در سنین پایین تر توجه زیادی به تشخیص و درمان افسردگی در کودکان و نوجوانان شده است. پژوهش های زیادی درباره شیوع نشانه های افسردگی در کودکان کشورهای غربی صورت گرفته است؛ اما چنین تحقیقاتی در کشورهای غیر غربی اندک هستند. این پژوهش با هدف تعیین شیوع افسردگی تشخیص داده نشده در کودکان مقطع سوم راهنمایی تهران و ارزیابی رابطه آن با وضعیت تحصیلی کودکان می باشد.

روش مطالعه: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی مقطعی نمونه گیری به صورت خوشه ای دو مرحله ای بود. تعداد کل نمونه ۲۰۰ نفر بود. ارزیابی نشانه های افسردگی با پرسش نامه افسردگی کودکان (CDI) انجام شد.

یافته ها: با در نظر گرفتن حد برش ۲۰، ۲۲/۵ درصد آزمون مثبت افسردگی (نمره مساوی یا بزرگتر از ۲۰) داشتند. میانگین معدل کسانی که دپرسیون داشتند ۱۴/۰۴ و کسانی که افسرده نبودند ۱۷/۵۵ بود که اختلاف آماری معناداری را نشان می داد ($P=0.0001$).

نتیجه گیری: شیوع افسردگی در بین کودکان بالا است و لازم است با شناسایی موارد ناشناخته و درمان به موقع آنها از افت تحصیلی کودکان جلوگیری نماییم.

واژه های کلیدی: افسردگی، کودکان مقطع سوم راهنمایی، وضعیت تحصیلی



بیان مسئله:

افسردگی از جمله بیماری های شایع روانپزشکی محسوب می گردد که معمولاً بالغین جوان و سالمندان را مبتلا می نماید. این بیماری در سنین پایین کمتر دیده می شود ولی متأسفانه بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت میزان افسردگی در بین کودکان جهان رو به افزایش است و این مسأله موجب نگرانی های عمده ای در بین برنامه ریزان بهداشتی کشورها شده است.

نکته مهم در این زمینه این است که کودکان بعنوان یک قشر فعال و پویای جامعه در صورت ابتلا به افسردگی، از سیر فعالیت طبیعی دور خواهند شد و به علت افت تحصیلی و عملکردی ناشی از آن که در ادامه با سرزنش ها و فیدبک های منفی جامعه تشدید نیز می شود، وارد یک سیکل معیوب می گردند و بدین ترتیب قشری از اجتماع که می تواند با یک عملکرد مثر ثمر زمینه ساز پیشرفت های آینده این کشور گردد به آسانی و در نتیجه نبود برنامه ریزی های صحیح بهداشتی و سیستم های غربالگری مناسب در عملی تأثیر می گردد و چه بسا بار اضافی را نیز در اثر هزینه های درمانی و بیمارستانی به اجتماع تحمیل می نماید. با این تفاسیل شناسایی میزان شیوع افسردگی در قشر نوجوان می تواند به عنوان نخستین قدم در این زمینه از اهمیت بسزایی برخوردار باشد و لذا ما نیز در این مطالعه به بررسی شیوع افسردگی تشخیص داده نشده در بچه های مقطع سوم راهنمایی تهران و ارتباط آن با وضعیت تحصیلی آنها در فاصله زمانی اسفند ۸۶ لغایت اسفند ۸۷ پرداختیم.

بررسی متون:

بهداشت روانی

سلامتی عبارت است از: «رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه تنها بیمار یا ناتوان نبودن». این موضوع که عقل سالم در بدن سالم است از قرن ها پیش به عنوان يك آرمان اجتماعی شناخته شده است. پیامبران و خردمندان هم به واجدان و آگاهی توجه ویژه ای داشته اند. هنگامی که مردم غرق درخواست های ارضا نشده و انواع فشارهایی باشند که منجر به گمراهی شخص شود، با تسلط بر روح می توانند بیش ترین تعادل عاطفی را به دست آورند. با این ترتیب بهداشت روان عبارت است از رشد متعادل شخصیت و بینش عاطفی انسان که او را قادر می سازد با انسان های دیگر به صورت هماهنگ زندگی کند. بهداشت روانی يك موضوع منحصرأ مربوط به روابط بین اشخاص نیست بلکه در رابطه ای جامعه با افراد و در رابطه با اجتماعی که آن جامعه بخشی از آن را تشکیل می دهد هم هست. همچنین سلامت روان بر مراکز اجتماعی که بخشی از زندگی انسان را هدایت می کنند و راه زندگی، کارکردن، وقت گذراندن، و راه به دست آوردن و هزینه کردن پول را تعیین می کنند و راه شادمانی، ثبات و امنیت را نشان می دهند؛ هم توجه دارد.

در سال ۱۹۵۰ کمیته کارشناسی WHO درباره بهداشت روانی تعاریف گوناگون

بهداشت روانی را بازبینی کرد و چنین نظر داد: «بهداشت روانی - بنا به شناخت کمیته -

متأثر است از عوامل زیست شناختی و اجتماعی. بهداشت روانی يك حالت ایستا نیست بلکه

دستخوش درجاتی از نوسان و تغییرات است. نظر کمیته گواه آن است که توانایی شخص در تشکیل روابط هماهنگ با دیگران، مشارکت در ایجاد تغییرات اجتماعی و زیست محیطی و مساهمت سازنده در آن ها است. و همچنین دال بر آن است که توانایی شخص به کسب ارضاء متعادل و هماهنگ با سائقه های غریزی بالقوه در تعارض است، که طی آن به جای نفی برخی از گرایش های غریزی به تلفیق کامل می رسد و وسیله ای برای آزار دیگران نمی شود.»

ویژگی های اشخاص از نظر روانی سالم

سلامت روانی تنها نداشتن بیماری روانی نیست. اشخاص از نظر روانی سالم سه ویژگی عمده دارند: (۱) نسبت به خود احساس آرامش دارند، یعنی بطور نسبتاً معقولی احساس امنیت و کفایت می کنند، توانایی خود را نه بیش از اندازه و نه کمتر از اندازه ارزیابی می کنند. کمبودهای خود را می پذیرند و به «خود احترام» (self-respect) می گذارند. (۲) اشخاص از نظر روانی سالم حقوق دیگران را رعایت می کنند، یعنی می توانند به دیگران علاقه مند شده و آنها را دوست بدارند و احساس دوستی دارند که ارضا کننده مداوم است. و می توانند خود را به عنوان بخشی از يك گروه احساس کنند بدون آن که در گروه غرقه شوند می توانند دوستی و اطمینان دیگران را جلب کنند و مسؤولیت خود را نسبت به همسایگان و همکاران خود انجام دهند. (۳) اشخاص از نظر روانی سالم می توانند نیازهای زندگی خود را برآورده سازند. و در برابر دشواری هایی که در زندگی آن ها پیش می آید کاری انجام دهند، و می توانند به خود بیاندیشند و تصمیم بگیرند، برای خود اهداف معقولی برگزینند، مسؤولیت

های روزمره خود را پیش ببرند، آنان تحت تأثیر عواطف ترس، خشم، عشق یا گناه خود ضربه نمی‌خورند.

انواع بیماری های روانی

بیماری روانی موضوعی وسیع است که حدود آن گسترده و تعریف دقیق آن دشوارتر از بیان رنگ های کوهستان به هنگام غروب آفتاب است. بیماری های روانی «اصلی» و «جزئی» وجود دارند.

بیماری های «اصلی» را «روان پریشی» (Psychosis) می‌نامند. در این حالت، شخص «دیوانه» است و واقعیت را احساس نمی‌کند. سه نوع بیماری عمده وجود دارد: (۱) روان گسیختگی (Schizophrenia) (اسکیزوفرنی) که در آن شخص در دنیای رویایی خود به سر می‌برد؛ (۲) روان پریشی افسردگی - سرخوشی (Manic-Depressive) - که در آن نشانه‌ها بین افسردگی ژرف و هیجان شدید نوسان دارند؛ (۳) سوءظن شدید و هذیان‌گویی (Paranoia) (پارانویا) که همراه با سوءظن شدید و بی‌دلیل و با گرایش پیشرونده به سوی همه جهان در چارچوب یک توهم است.

بیماری های «جزئی» بر دو دسته‌اند: (۱) روان نژندی (نوروز) - در این حالت بیمار نمی‌تواند در برابر موقعیت های گوناگون زندگی واکنش هنجار نشان دهد. او «دیوانه» به شمار نمی‌آید ولی با وجود این برخی نشانه‌های ویژه مانند ترس غیرعادی و اجبار و وسواس

را از خود نشان می دهد؛ (۲) اختلال شخصیتی - این دسته اختلالات، مرده ریگ تجربه های اسف انگیز و ادراك های کودکی است.

علل بیماریهای روانی

بیماری های روانی هم، مانند بیماری های جسمی به علل متعدد به وجود می آیند. عوامل ناشناخته بسیاری به عنوان عامل بیماری زا، میزبان و محیط زیست در سیر طبیعی بیماری های روانی دخالت دارند. از جمله عوامل شناخته شده بیماری های روانی عبارت اند از: (۱) بیماری های عضوی، منشاء بیماری های روانی ممکن است بیماری های بدنی مانند آرترئواسکلروز عروق مغزی، سرطان ها، بیماری های متابولیک، بیماری های عصب شناختی، بیماری غدد درون ریز و بعضی بیماری های مزمن مانند سل، جذام، صرع و... باشد؛ (۲) وراثت - در بعضی موارد وراثت يك عامل مهم به شمار می آید. مثلاً کودکی که پدر و مادرش هر دو روان گسیخته (اسکیزوفرن) باشند، چهل برابر بیش تر از كودك پدر و مادر سالم احتمال ابتلا به روان گسیختگی دارد؛ (۳) علل ناشی از آسیب اجتماعی - در ایجاد هر بیماری مخلوطی از عوامل زاگ شناختی (ژنتیک) و زیست محیطی باید وجود داشته باشد. عوامل اجتماعی و زیست محیطی مرتبط با بیماری های روانی عبارت اند از: نگرانی ها، دلواپسی ها، تنش عاطفی، فشار، ازدواج اجباری، گسستگی خانواده، فقر، صنعتی شدن، شهرنشینی، تغییر ساختار خانواده، حرکات جمعیت، عدم امنیت اقتصادی، طرد شدن، ستم، از

یاد رفتن و.... محیط اجتماعی نه تنها تعیین کننده طرز بینش افراد است بلکه «چهارچوب» لازم برای تنظیم سلامت روانی را هم فراهم می کند.

عوامل زیست محیطی به جز از طریق روان شناختی هم می توانند موجب رفتار نابهنجار انسان شوند، از جمله: (۱) مواد سمی؛ مانند: جیوه، دی اکسید کربن، منگنز، قلع، ترکیبات سرب و...؛ (۲) داروهای روان گرا؛ مانند: باربیتوراتها، الکل، گریزفولین؛ (۳) عوامل تغذیه ای؛ مانند تیامین و پیریدوکسین؛ (۴) کمبود مواد معدنی؛ مانند: کمبود ید؛ (۵) عوامل عفونی دوران بارداری (مانند سرخک و سرخجه)، حول زایمانی و پس از زایمانی هم می توانند اثر نامطلوب بر تکامل مغزی و تلفیق اعمال روانی داشته باشند؛ (۶) عوامل ضربه ای؛ مانند: حوادث شغلی و تصادف جاده ای؛ و (۷) پرتوتابی - دستگاه عصبی در برابر پرتوتابی به هنگام تکامل عصبی حساس است.

مقدمه ای بر افسردگی

شاید افسردگی شایعترین مشکلی باشد که در بین افرادی که دارای مسائل روانشناختی هستند وجود دارد. در بین بیمارانی که به دلیل شکایات بدنی به پزشک مراجعه می کنند دست که ۱۸٪ آنها افسردگی نیز دارند که ۱/۳ آنها افسردگی شان خفیف یا شدید است. همچنین افسردگی یکی از معمولترین حالات تشخیص است که در مورد بیمارانی که در مؤسسات بررسی های اجتماعی نشان می دهد که میزان بالایی از افسردگی در بین کسانی ملاحظه می شود که برای مسائل خود در جستجوی کمک برنیامده اند در يك بررسی نسبتاً جدید در لوس

آنجلس بیشتر از ۱۹٪ بزرگسالان در زمره افراد افسرده قرار گرفتند. در این عده تعداد زنان افسرده دو برابر عده مردان افسرده بودند و عده افسردگانی که از لحاظ اقتصادی در پایین ترین سطح بودند سه برابر کسانی بود که در بالاترین سطح اقتصادی قرار داشتند.

تاریخچه افسردگی

افسردگی از زبانهای بسیار دور در نوشته ها آمده ، توصیف هایی که از آنچه ما امروزه اختلالات خلقی می خوانیم در بسیاری از منابع طبی قدیم وجود دارد. داستان " عهد عتیق " شاسائول (Kingsaul) و داستان خودکشی آژاکس در ایلیاد هومر هر دو یک سندروم افسردگی را توصیف کرده اند. حدود ۴۵۰ سال قبل از میلاد، بقراط اصطلاح مانی و ملانکولی را برای توصیف اختلالات روانی بکار برد و در حدود ۱۰۰ سال قبل از میلاد کورنولیوس سلسوس (Cornelius Cevsus) در کتاب Demedicina افسردگی را ناشی از صفرای سیاه معرفی نمود . این اصطلاح را پزشکان دیگر از جمله ارسطو (۱۲۰-۱۸۰ بعد از میلاد) و جالینوس (۱۲۹ تا ۱۹۹) بعد از میلاد نیز بکار بردند. همینطور الکساندر ترالز (Alexander Tralles) در قرن ششم ملانکولی را بیماری مشخصی تلقی نمود . در سال ۱۸۵۴ ژول فالره حالتی توصیف نمود و آن را جنول ادواری (Folie Circulaire) نامید. در سال ۱۸۸۲ کارل کالبام روانپزشک آلمانی ، با استفاده از اصطلاح سایکلوتایمی، مانیا و افسردگی را مراحل مختلف یک بیماری توصیف نمود. امیل کرپلین در سال ۱۸۸۹ براساس معلومات روانپزشکان فرانسوی و آلمانی مفهوم بیماری مانیک - دپرسیورا شرح داد که شامل

اکثر ملاکهای تشخیصی است که امروزه روانپزشکان برای تشخیص این بیماری از آنها استفاده می کنند کرپلین نوع خاصی از افسردگی را نیز شرح داد که پس از یائسگی در زنها و اواخر بزرگسالی در مردها شروع می شود . این بعدها به افسردگی راجعه معروف شد و از آن به بعد یکی از معادلهای اختلالات خلقی با شروع دیررس شمرده می شود.

تعریف افسردگی

اصطلاح افسردگی در صحبتهای معمولی برای توصیف يك حالت احساسی، يك واکنش نسبت به يك موقعیت و يك سبك اختصاصی رفتار مشخص مورد استفاده واقع می شود. احساس افسردگی معمولاً بصورت " غمگینی " شناخته شده است . این احساس ممکن است در هوای بارانی در اثنای يك سرمای آزاردهنده یا بحث و گفتگو با يك دولت جلوه گر شود اغلب حادثه ای که معمولاً انتظار می رود شادی بخش باشد با احساساتی غم آلود ختم می شود. افسردگی شامل عواطف منفی (غم ، شادی ، احساس گناه و...) شناختهای منفی (تصور از خود ضعیف ، بدبینی نسبت به خود ، انگیزه)، انگیزش منفی (علاقه به فعالیتهای معمول زندگی)، تغییرات رفتاری (کندی فکر ، بی رمقی ، گریز) تغییرات نباتی (بی خوابی ، کاهش میل جنسی) با توجه به این تعریف می توان گفت افسردگی بیش از هرچیز دیگر يك پدیده عاطفی است که با حالت استیصال بستگی دارد.

افسردگی در کودکان

افسردگی در کودکان نادر نیست ، علائم و نشانه بزرگسالان است. افسردگی پنهانی خود را ممکن است به شکل فرار از منزل ، ترس از مدرسه و سوء مصرف مواد نشان دهد و ممکن است خودکشی نیز دیده شود. افسردگی یکی از رایج ترین انواع ناراحتی های روانی است و گرچه از دیرباز به عنوان یکی از اختلالات روانی بزرگسالی مطرح بوده اما فقط در دو دهه اخیر است که به عنوان اختلال محوری دوره کودکی و نوجوانی مورد نظر قرار گرفته است. دلایل متعددی را می توان در این مورد عنوان کرد.

- اتفاق نظر در مورد وجود افسردگی در کودکان
 - تحقیقات مبتنی بر وجود مشابهت بین افسردگی کودکی و نوجوانی در بزرگسالی
 - پیشرفتهایی در ارزیابی افسردگی کودکان و نوجوانان
 - انجام پژوهشهایی در مورد رابطه بین افسردگی و خودکشی
 - افزایش میزان خودکشی در نوجوانان
 - وجود تحقیقات مبتنی بر اثر بخشی درمانهای شناختی - رفتاری در درمان افسردگی
- با توجه به اهمیت افسردگی در کودکان و نوجوانان و ارتباط تنگاتنگ آن با مناسبات عمیق عاطفی و شرایط محیط زندگی ضروری به نظر می رسد تحقیق و بررسی زندگی کودکان و جمع آوری اطلاعات مفیدی که مبنای مناسبی برای تصمیم گیری ها و پیشگیری به گونه واکسنی برای جلوگیری از بیماری افسردگی کودکان در شاهرگ اصلی جامعه یعنی

خانواده تزریق گردد و پیشگیری عمده و اساسی زمانی خواهد بود که مادران اساسی در مورد خانواده و جامعه به اجرا درآید و استحکام خانواده را تحقق بخشد.

بررسی علل

گرچه تئوریها و فرضیه های زیادی در مورد علل افسردگی روانی ابراز شده است ولی هنوز بدرستی و یقین صحت هیچ فرضیه ای به اثبات نرسیده است ولی عوامل زیر بعنوان علل ایجاد کننده و یا مستعد کننده این گروه از بیماریها شناخته شده اند.

علل ارثی یا بعبارت بهتر علل بیولوژیکی علل روان شناسیعلل محیطی یا اجتماعی -

فرهنگی باید در نظر گرفت که انسان اساساً يك موجود بیولوژیکی است که اجباراً در يك محیط اجتماعی نشود نما می نماید و به هیچ وجه از برخورد با عوامل روانی مصون نیست. نظام شخصیت و رفتار هر فردی نتیجه تعادل بین سه عامل فوق می باشد. هیچ فردی یافت نمی شود آموزنده باشد و از یکی از این عوامل سه گانه بتواند مصون بماند. البته میزان و نسبت تعادل سه عامل فوق در يك فرد همیشه ثابت نبوده و دائماً در حال تغییر می باشد ولی میزان و نسبت تعادل سه عامل فوق در يك فرد همیشه ثابت نبوده و دائماً در حال تغییر می باشد ولی میزان نوسان این تعادل محدود بوده و لذا هر شخصی با نوع بخصوصی از رفتارش مشخص می شود. مثلاً یکی به خوش برخوردی، دیگری تندخویی، یکی به حرص و طمع و دیگری به بخشندگی معرفی می شود.

مطالعات نشان می دهد شیوع اختلال افسردگی عمده در دختران نوجوان و زنان

بزرگسال دو برابر پسران نوجوان و مردان بزرگسال است . البته پسران و دختران قبل از سن

بلوغ به يك نسبت به این اختلال مبتلا می شوند و میزان این اختلال در مردان و زنان بین ۲۵

تا ۴۵ سال در بالاترین حد است.

نه تنها بزرگسالان افسرده می شوند، بلکه بچه ها و نوجوانان نیز به افسردگی که بیماری

قابل علاجی است، مبتلا می گردند. در حدود پنج درصد کودکان و نوجوانان در جامعه از

افسردگی رنج می برند. کودکانی که زیر فشار استرس هستند، در معرض خطر بیشتری برای

افسردگی می باشند. این کودکان اختلالات توجه، یادگیری یا اضطراب دارند. افسردگی می

تواند جنبه خانوداگی داشته باشد. رفتار کودکان و نوجوانان افسرده با رفتار بزرگسالان افسرده

تفاوت دارد. علایم زیر می تواند والدین را در شناسایی افسردگی کودکان خود کمک کند :

۱- اندوه، اشک و گریه مداوم

۲- ناامیدی

۳- کاهش انگیزه فعالیت (از فعالیته های مطلوب گذشته نمی تواند لذت ببرد)

۴- خستگی مداوم و انرژی تحلیل رفته

۵- انزوای اجتماعی و ارتباط ضعیف با دیگران

۶- اعتماد به نفس پایین و احساس گناه

۷- افزایش حساسیت به خود یا ناتوانی