

جامعة الأزهر - كلية التربية

المؤتمر الدولي الرابع لكلية التربية جامعة الأزهر بالقاهرة

التعليم وتحديات القرن الواحد والعشرين: التعليم الجامعي

في الفترة من ٢ - ٣ أبريل ٢٠١٨ م

أ.د. غريب عبد الفتاح غريب

الوقاية من الاكتئاب في مرحلة المراهقة

المراهقة هي فترة فريدة ومتميزة في نمو الانسان. و لها آثار هائلة على الصحة النفسية والإضطراب بين الشباب والبالغين ايضا. لأن معظم الاضطرابات النفسية الرئيسية تبدأ ليس في مرحلة الطفولة ولكن خلال فترة المراهقة من المرجح أنها الوقت الأمثل للوقاية والعلاج من الاضطرابات النفسية، وتعزيز الصحة العقلية والأداء العاطفي والسلوكي الإيجابي. ويمكن أن تكون الوقاية شاملة او عامة، حيث يتم تنفيذ التدخل لأفراد محددين بغض النظر عن المخاطر، أو تستهدف الافراد المعرضين لمخاطر عالية للاضطراب. ويمكن تصنيف التدخلات المستهدفة إلى تدخلات انتقائية والتي تركز على الافراد الذين لديهم عامل خطر للاضطراب على سبيل المثال.. التاريخ العائلي، وتدخلات محددة وهي تلك التي تركز على الافراد الذين يعانون من أعراض أو علامات توحى بوجود اضطراب أولى. وتوصي بعض التقارير بأن الوقاية تعرف بأنها تلك التدخلات التي تحدث قبل ظهور إضطراب يتم تشخيصه كإينيكييا. ويتم في الغالب تقديم البرامج الوقائية في المدارس أو في مراكز الرعاية الأولية، والتي تتضمن المدخلين التربوي والنفسي. وتشمل عوامل الخطر للاكتئاب مجموعتين رئيسيتين: العوامل الفردية والعوامل الاجتماعية الثقافية. وتتكون بعض العوامل الفردية من: الشخصية والمزاج والاستهداف المعرفي، بينما تتكون العوامل الاجتماعية من: المدارس، والضغط، والعلاقات البيئشخصية. بالإضافة إلى عوامل الخطر التي لها تضمينات على الوقاية من الاكتئاب: الاكتئاب دون السريري والفقير والعنف. وهناك بعض الاستراتيجيات الوقائية التي تم تقييمها والتي تستند أساسا إلى المنهج المعرفي السلوكي والمداخل التربوية الأسرية التي تسعى إلى تقليل عوامل الخطر وتعزيز عوامل الحماية والقدرة على الصمود المرتبطة بالاكتئاب لدى الشباب.

الوقاية من الاكتئاب في مرحلة المراهقة

إعداد أ.د. غريب عبد الفتاح غريب

أستاذ الصحة النفسية - كلية التربية، جامعة الأزهر

مقدمة:

يعاني واحد على الأقل من كل خمسة من الشباب في الوقت الحالى من مشكلة نمائية أو وجدانية أو سلوكية (Burns et al., 1995; Institute of Medicine, 1989; Irwin, Burg, & Cart, 2002; U.S. Department of Health and Human Services, 1999; Zill&Schoenborn, 1990). ويمثل المنع أو الوقاية من هذه الصعوبات ومعالجتها في مرحلة المراهقة أحد المشاكل الصحية الرئيسية التي تواجه أي دولة. ولمساعدة المراهقين على تحقيق إمكاناتهم الكاملة، كشباب وبالغين فيما بعد، من المهم أن نركز الموارد على هذا الموضوع الآن. إن مساعدة المراهقين على تحقيق إمكاناتهم تتطوي على تحديد وعلاج والوقاية من الاضطرابات النفسية التي تتداخل مع تطورهم الى أشخاص بالغين ناجحين. ومع ذلك، فإن التخلص من هذه الاضطرابات ليس كافياً. فنحن بحاجة أيضاً إلى غرس القيم والسلوكيات الإيجابية التي تمكن الشباب المضطربين سابقاً من الازدهار والمساهمة في المجتمع، وأن يكونوا سعداء وأصحاء.

لماذا التركيز على المراهقة؟

إن المراهقة، التي يمكن تعريفها بشكل عام بالسنوات ما بين 10 و 22 سنة (Evans, Dwight & Seligman, Marrtin, 2005) هي فترة فريدة ومتميزة في البشر. والجوانب الفريدة لهذه الفترة النمائية لها آثار هائلة ليس فقط على الصحة النفسية والاضطرابات بين الشباب ولكن للبالغين كذلك. والمراهقة هي مرحلة حاسمة من التطور وتتميز بتغيرات كبيرة في نمو المخ، والغدد الصماء، والعواطف، والإدراك، والسلوك، والعلاقات البينشخصية. هذه المرحلة من الحياة هي فترة من النمو انتقالية، تعد اساسية وأيضاً قابلة للتعديل بشكل مرن من وجهة النظر العصبية والسلوكية، ومن وجهة النظر النفسية والاجتماعية والصحية. وتعتبر المراهقة مرحلة هامة لأن معظم الاضطرابات النفسية الرئيسية لا تبدأ في مرحلة الطفولة ولكن خلال

فترة المراهقة. وبعد ظهورها في مرحلة المراهقة، فإن العديد من الاضطرابات النفسية المزمنة تنتقل إلى مرحلة الرشد، مما يؤدي إلى استمرار تدهور كبير في الصحة العقلية خلال سنوات البالغين وتطبق هذه الآثار في وقت لاحق من المراهقة ليس فقط على الاضطرابات النفسية الرئيسية ولكن أيضا مجموعة من العادات الصحية التي تؤثر على سلوك البالغين وقد تؤثر على الأمراض الجسمية في مرحلة البلوغ. وعلى وجه التحديد، فإن نمو المراهقين وسلوكياتهم يهيئ المجال لسلوك البالغين من حيث استخدام العقاقير (القانونية وغير القانونية) والعادات الغذائية، ويمكن أن يكون لها أثر على تطور ونمو الأمراض الجسمية، مثل أمراض القلب والأوعية الدموية، والسكري، والبدانة. وقد كشفت الأبحاث في العقدين الماضيين من أن العديد من الاضطرابات النفسية شائعة نسبيا في مرحلة المراهقة، وبعض أمثلة الابحاث الأكثر لفتا للانتباه نجد التالية:

- يقدر معدل انتشار اضطراب الاكتئاب الرئيس في مرحلة المراهقة بحوالي 15% ، الا ان 20% الى 30% من المراهقين يقرون بمستويات كبيرة كلينيكيا من الأعراض الاكتئابية.

- أكثر من نصف الشباب قد استخدم عقاقير في وقت تخرجهم من المدرسة الثانوية.

- تتراوح تقديرات انتشار اضطرابات القلق لدى المراهقين من 9% إلى 21%.

- الانتحار هو السبب الرئيس الثالث للوفاة بين الشباب.

وما يبعث على الانزعاج بشكل خاص هو أن انتشار بعض هذه الاضطرابات قد أخذ في الارتفاع في الأجيال المتعاقبة. قد تكون بعض التغيرات في طبيعة المراهقة مع مرور الوقت، والبيئات التي يجد المراهقون أنفسهم فيها مسؤولة عن هذه الزيادات الملحوظة في انتشار الاضطرابات النفسية في مرحلة المراهقة. وهناك عامل رئيس هو أن المراهقة نفسها أصبحت الآن أكثر اتساعا. فإن البلوغ قد بدأ يحدث تدريجيا في وقت مبكر، وفي الطرف الآخر، فإن العمل بدوام كامل والزواج يحدثان الآن في وقت متأخر في الحياة. وهكذا، إذا تم تعريف المراهقة من حيث بداية سن البلوغ، فإن الوقت الذي يقضيه الفرد في مرحلة المراهقة يعد الآن هو أطول مما كانت عليه هذه المرحلة في الماضي، وإذا تم تعريف نهايتها العليا على أنها انتهاء التعليم الرسمي، فإن الوقت الكلي لهذه المرحلة هو الآن أكثر من ذلك بكثير. وتوافر البيئات الضارة والعقاقير في تزايد مستمر، ويضاعف من الآثار السلبية لنواتج البيئات الضارة، زيادة الاستقلال السلوكي للمراهقين عن الآباء

والبعد عن تأثير الكبار. وهناك العديد من الأسئلة التي لم يتم الرد عليها بشأن الطرق التي يؤدي بها التفاعل بين علم البيولوجي والبيئة إلى أعداد مقلقة من المراهقين الذين نراهم الآن يعانون من اضطراب نفسي، ولماذا يبدو أنه قد ازداد سوءا في السنوات الأخيرة. ومع ذلك، المهم الآن هو ضرورة جعل الصحة النفسية للمراهقين أولوية صحية عامة رئيسية.

قبل عقد من الزمان، انتقلت الطفولة المبكرة إلى دائرة الضوء وأصبحت أولوية صحية رئيسية، ولكن من وجهة نظر الصحة النفسية، قد تكون المراهقة فترة انتقالية أكثر أهمية نظرا لما تتصف بها من مرونة plasticity بيولوجية عصبية وسلوكية، ومن المرجح أن تكون الوقت الأمثل للوقاية والعلاج من الاضطرابات النفسية، وتعزيز الصحة العقلية والأداء العاطفي والسلوكي الإيجابي من خلال زيادة معرفتنا لأسباب والعلاج والوقاية من الاضطرابات النفسية التي تبدأ في مرحلة المراهقة، و سوف تساعد على تقليل المعاناة والإعاقات المرتبطة بهذه الاضطرابات والحد من استخدام الرعاية الصحية بشكل عام. ولذلك فإن التقدم في الصحة العقلية للمراهقين يمكن أن يمنع الاضطرابات العقلية في مرحلة الرشد والتي تبدأ غالبا في مرحلة المراهقة.

التدخل في مرحلة المراهقة

مع كل التغييرات التي تحدث خلال مرحلة المراهقة وما يرتبط بها من نقاط الضعف السلبي العصبي السلوكي من ناحية، ومن ناحية أخرى القدرة على الصمود resilience، من الواضح أن هذه المرحلة من الحياة هي الوقت المثالي للاستهداف بالتدخلات الرامية إلى تحسين حياة الشباب. وينطبق هذا على كل من علاج اضطرابات المراهقين والوقاية لكل من المراهقين والكبار. بالنسبة للعديد من الاضطرابات النفسية، فإنه من الواضح بشكل متزايد أن التدخل في وقت سابق، كان ذلك أفضل. على سبيل المثال، اضطرابات مثل الفصام والاضطراب الثنائي القطب لهما مسار تقدمي، مع بداية في مرحلة المراهقة أو مرحلة الرشد المبكر، تليها إمكانية لمزيد من التدهور مع حدوث كل حلقة من الحلقات اللاحقة من المرض. لذلك، بدلا من انتظار الفرد لكي تنطبق عليه جميع معايير التشخيص المذكورة في ال DSM والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية لاضطراب عقلي، من الأفضل بكثير تحديد ومعالجة الأفراد الذين لديهم عوامل الخطر ويظهر عليهم بعض العلامات الأولى للاضطراب.

وفي حالة الفصام، أظهرت برامج التدخل المبكر انها واعدة في الحد من حدوث الذهان. وتحدث جهود التدخل المبكر هذه وتستهدف الافراد المعرضين للخطر الشديد وغيرهم من الافراد غير المضطربين إلى أهمية التدخلات ذات المنظور الوقائي. وعلى الرغم من أن علاج الاضطرابات العقلية في مرحلة المراهقة سيبقى جانباً أساسياً في بحوث وممارسات الصحة العقلية للمراهقين، فإن الوقاية قد تكون المفتاح لتقليل عبء اضطرابات المراهقين والكبار على المجتمع. وهناك العديد من أشكال الوقاية يمكن إجمالها فيما يلي:

وصف التدخلات الوقائية

يمكن للوقاية أن تكون عامة او شاملة Universal، حيث يتم تنفيذ التدخل لافراد محددین بغض النظر عن الخطر، أو تستهدف Targeted الافراد المعرضين لمخاطر عالية للاضطراب. ويمكن تصنيف التدخلات المستهدفة إلى مزيد من التدخلات الانتقائية Selective التي تركز على الافراد الذين لديهم عامل خطر للاضطراب، على سبيل المثال. التاريخ العائلي، والتدخلات المحددة Indicated التي تركز على الأفراد الذين يعانون من أعراض أو علامات توحى بوجود اضطراباً أولى. بعض التدخلات الانتقائية تستهدف عوامل الخطر للاكتئاب مثل الصدمة، لمنع الآثار على المدى الطويل. قد لا يكون الاكتئاب الهدف الرئيس، على الرغم من أن التأثير على الاكتئاب قد يكون متوقعا جنبا إلى جنب مع غيره من النتائج. ويمكن اعتبار التدخل المبكر وقاية أو علاج. ويوصي تقرير معهد الطب (Mrazek 1994) والتقرير المحدث (O'Connell 2009) بأن الوقاية تعرف بأنها التدخلات التي تحدث قبل ظهور اضطراب يتم تشخيصه كإلينيكيًا. ويوصى العديد من الدارسين بأن بحوث الوقاية لا بد ان تركز أساساً على التدخلات المستهدفة، ولا سيما تلك التي تركز على الأفراد الذين يكونون على شفة الخطر. وهناك عدة أسباب لهذه التوصيات. فقد توفر البرامج المستهدفة فائدة هائلة للخاضعين لها. ولها حجم تأثير أكبر، في المتوسط، من التدخلات العامة او الشاملة وبالتالي تتطلب عينات أصغر للتقييم. وعندما يكون الخطر وشيكاً، فمن السهل أن نعلم متى تنجح هذه البرامج أو تفشل، ان التدخلات العامة او الشاملة أيضاً قد تكون عنصراً قيماً في استراتيجية وطنية للوقاية من الاكتئاب. وتكتسب هذه التدخلات أهمية خاصة عندما: (أ) أن تكون المشكلة المحددة منتشرة على نطاق واسع؛ (ب) أن تكون المشكلة آخذة في الازدياد؛ (ج) أن تكون الزيادة في المشكلة ترتبط، على الأقل جزئياً،

بالتغييرات في نمط الحياة أو السلوك، و (د) ان تفشل إجراءات الفرز في التعرف على العديد من الأفراد الذين تتطور لديهم المشكلة في نهاية المطاف. وتتطبق كل هذه البيانات على الاكتئاب.

ان معرفتنا بعوامل خطراالاكتئابهي معرفة غير كاملة. ومن المرجح أن العديد من الأفراد الذين يظهرهم الفحصالعام بالحصول على درجات منخفضة في الاكتئابسوف يتطورلديهم الاكتئاب الكلينيكي.

وتوضح بعض البحوث احتمالية ان عدد كبير من الناس الذين ينموا لديهم مستويات من الاكتئاب قد لا يتم التعرف عليها من خلالأدوات الفرز.و قد توصل كل من (Offord, Kraemer, Kazdin, Jensen, and Harrington (1998)إلنتائج مشابهة.وقد يكون العدد المطلق للأفراد الذين يعانون من الاضطراب في الواقع أعلى فيالمجموعات منخفضة التعرض للخطر، أكثر مما هو عليه في المجموعات عالية الخطورة (Offord et al.,1998).ومن شأن التقييم المتكرر لعوامل الخطر المتعددة أن يحسنمن تحديد هوية الأشخاص المعرضين للخطر بالفعل. ولكن، من الناحية العملية، نادرا ما يتم تقييم عوامل الخطر. كما ان بعض عوامل الخطرمن الصعب تقييمها.وعلى سبيل المثال، من دون موافقة الوالدين وتعاونهم، من الصعب الاستفسار عن خبرات الأطفال في الصراع مع الوالدين، وإهمالهم، أو سوء معاملتهم.وقد يكون من الصعب التنبؤ بعوامل خطر مثل هذه الحوادث الصادمة. والتدخلات العامة او الشاملة التي تعلم مهارات التكيف وحل المشكلة، قد تمنع الاكتئاب من خلال إعداد الناس للتعامل بشكل أكثر فعالية مع مجموعة متنوعة من الضغوط التي قد تواجهها.

أماكن التدخل

غالبا ما يتم تقديم تدخلات الوقاية من الاكتئاب في إطار مجموعات، وذلك لتقليل التكلفة ولأن المجموعة قد تعزز الفعالية من خلال توفير تجارب الأقران الإيجابية. وعادة ما تتم كل من التدخلات الجماعية والفردية على أساس أسبوعي وعادة ما تستمر لمدة 10 جلسات. وتستند البرامج القائمة على الأسرة إلى فرضية: أن أفراد الأسرة يمكن أن تؤثر على جودة الحياة لبعضهم البعض ويكون لها تأثير كبير على نتائج التدخل داخل نظام الأسرة ويعتقد أن يؤدي ذلكإلى نتيجة أكثر قوة لأن النزاعات الأسرية تعتبرأحد عوامل خطراالاكتئاب.

المدرسة

هناك أدلة تدعم أهمية البيئة المدرسية لصحة الشباب النفسية، فالشباب يقضون قدرا كبيرا من الوقت في المدرسة، ومن المرجح أن يكون نشر برنامج داخل المدرسة أو الفصل الدراسي فعالا من حيث التكلفة حيث يمكن ان يتعلم العديد من الشباب في نفس الوقت. وقد تم منذ وقت طويل اعتبار المدارس مجالا مهما لتطوير صحة المراهقين النفسية وتقديم الخدمات. والواقع أن المدارس وصفت بأنها مجال هام لتطوير وتقديم خدمات الصحة النفسية. وفي الحقيقة لقد تم وصف المدارس بحكم الواقع كنظام تقديم خدمات الصحة النفسية للأطفال والمراهقين، إذ يتراوح بين 70 و80% من أولئك الذين يتلقون أي شكل من أشكال خدمات الصحة النفسية يحصلون على هذه الخدمات من داخل المدرسة (Burns et al., 1995). وقد وجد ارتفاع معدلات انتشار الاضطرابات النفسية وارتفاع معدلات الاضطرابات المصاحبة لها بين الأطفال والمراهقين الذين يتلقون الخدمات في إطار الخدمات التربوية الخاصة بالمدارس أكثر مما هو الحال في عيادات الصحة النفسية المتخصصة أو في عيادات تعاطي المخدرات (Garland et al., 2001). وتوفر المدارس، أكثر من غيرها، إمكانية الوصول إلى المراهقين من أجل التقييم والتدخل. إن أداء الطالب، على الأقل من حيث الأداء المعرفي المطلوب للإنجاز الأكاديمي الناجح، يتم تتبعه بشكل منتظم، ويتم تقييم السلوك من قبل مراقبين متعددين (معلمين). ويمكن البدء في التدخلات بعد ظهور أول علامة على وجود مشاكل، بدلا من الانتظار حتى تتطور الالاضطرابات الخطيرة ويتم تحويل المراهق إلى طبيب نفسي.

إن التدخلات الوقائية المصممة لاستهداف أعداد كبيرة من المراهقين هي مناسبة بشكل خاص للمدرسة كموقع أو مكان للتدخلات الوقائية. ولسوء الحظ، فإن الحالة الراهنة لخدمات الصحة النفسية في المدارس سيئة. وهناك تباين واسع بين المحافظات وبين المواقع الحضرية والريفية في توفر خدمات الصحة النفسية في المدارس. فإن توافر وجودة الخدمات المدرسية القائمة على تقييم مشاكل الصحة النفسية للمراهقين وعلاجهم والوقاية منها يشكل بالتالي عنصرا أساسيا في أي خطة لتحسين حياة المراهقين.

الرعاية الأولية

عنصر خاص من نظام تقديم الخدمات، خدمات الرعاية الطبية الأولية، يستحق اهتماما خاصا فيما يتعلق بالصحة النفسية للمراهقين. أكثر من 70% من الشباب يقومون بزيارة طبيب الرعاية الأولية في السنة (Wells, Kataoka, & Asarnow, 2001). وعادة ما يكون أطباء الرعاية الأولية بمثابة بوابة للحصول على الرعاية المتخصصة بما في ذلك خدمات الصحة النفسية. ومع ذلك، عادة ما يكون أطباء الرعاية الأولية غير مدربين تدريباً جيداً على الطب النفسي وعلم النفس. ومما يضاعف المشكلة أن أطباء الرعاية الأولية لديهم قيود زمنية هائلة. هذه القيود الزمنية تجعل من الصعب على أطباء الرعاية الصحية الأولية تشخيص مشاكل الصحة النفسية بشكل كاف. أن التشخيص غير الدقيق أو غيابه سوف يؤدي إلى عدم كفاية العلاج.

ويشمل برنامج التدخل كل من المداخل التربوية والنفسية للوقاية من الاكتئاب. الفرق بين البرنامجين هو أن التدخلات التربوية ببساطة توفر معلومات عن الاكتئاب من خلال المحاضرات أو صحائف الوقائع factsheets، بينما تحاول التدخلات النفسية تغيير كيف يفكر الناس، وذلك باستخدام مجموعة متنوعة من استراتيجيات مختلفة.

اضطرابات الاكتئاب

على الرغم من أن الاكتئاب كان يعتبر مشكلة تصيب البالغين فقط لسنوات عديدة، إلا أنه في السنوات الثلاثين الماضية ظهر اعتراف متزايد بأن هذا الاضطراب يمكن أن يحدث ويحدث في الأطفال وخاصة في المراهقين. قبل خمسين عاماً، كان متوسط سن حدوثه لأول مرة في بداية الثلاثينيات من العمر، ولكن الآن وصل متوسط حدوثه لأول مرة قرب الخامسة عشر من العمر. وكما ذكر سابقاً، ينظر الآن إلى اضطراب الاكتئاب الرئيس على أنه اضطراب شائع لدى المراهقين. عندما يحدث، فإنه غالباً ما يكون له تأثير كبير على الأداء المدرسي والعلاقات الشخصية للشباب المصابين. وبما أن الاكتئاب هو اضطراب متكرر، فإن وقوعه بداية سن البلوغ يزيد من احتمالية حدوثه مرة أخرى فيما بعد. هذه المجموعة من الحقائق حول الاكتئاب تشير إلى أن سنوات المراهقة تعتبر أساسية لفهم اضطرابات الاكتئاب وأسبابه ومساره. إن التعرف على وعلاج الاكتئاب الرئيس

في المراهقة ربما يكون الطريق الى منع تقدم هذا الاضطراب وبالتالي تقليل تأثيرات المرض على كل من الفرد والمجتمع.

وتستخدم نفس المعايير المذكورة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - الطبعة الرابعة، (DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) لتشخيص الاكتئاب الرئيس لدى البالغين....ولدى المراهقين. الجدول التالي يوضح هذه المعايير:

محكات تشخيص نوبة الاكتئاب الرئيس

خمسة أو أكثر من الأعراض التالية تواجدت لمدة أسبوعين، يوميا تقريبا وتمثل تغييرا في الأداء المعتاد للفرد، ومنها على الأقل عرض من الاثنين:

1- المزاج الاكتئابي. 2 - فقدان الاستمتاع أو الاهتمام.

1- مزاج اكتئابي أغلب اليوم تقريبا كل يوم، وذلك كما يظهر إما عن طريق تقرير الشخص، أو الملاحظة بواسطة الآخرين (وفي الأطفال والمراهقين يمكن إن يكون هذا العرض في صورة مزاج تهيجي).

2- نقص واضح في الاهتمامات أو التمتع في كل أو اغلب الأنشطة أغلب اليوم، تقريبا كل يوم.

3- نقص واضح في الوزن ليس راجعا للتنظيم المتعمد للوزن، أو الزيادة في الوزن (تغير حوالي 5% من وزن الجسم في شهر) أو انخفاض أو زيادة في الشهية تقريبا كل يوم.

4- الأرق أو الزيادة في النوم تقريبا كل يوم.

5- تخلف أو تهيج حركي - نفسي تقريبا كل يوم.

6- الإجهاد أو فقدان الطاقة تقريبا كل يوم.

7- مشاعر بعدم القيمة أو مشاعر بالذنب غير مناسبة أو زائدة.

8- نقصان في القدرة على التفكير أو التركيز أو التردد تقريبا كل يوم.

9- أفكار متكررة عن الموت (ليست فقط الخوف من الموت) تفكير متكرر في الانتحار بدون خطة محددة، أو محاولات انتحار، أو خطة محددة للانتحار.

عوامل خطر اكتئاب المراهقين

نظرا لتعدد اضطراب الاكتئاب هناك تداخل بين عوامل الخطر. وللتوضيح، يمكننا فصل بين مجموعتين رئيسيتين من عوامل الخطر عوامل الخطر الفردية وعوامل الخطر الاجتماعية الثقافية، وبينها:

عوامل الخطر الفردية

إن المعلومات عن عوامل خطر اكتئاب المراهقين تأتي من كل من الدراسات الوبائية والكلينيكية. وأكثر عاملين خطورة اتساقا وتواترا في الدراسات بالنسبة لكل من اكتئاب المراهقين وبالغين، هما **النوع والتاريخ العائلي**، بالنسبة لعامل خطر **النوع** فإن مابين ضعفين الى ثلاثة أضعاف الإناث بالنسبة للرجال يصنبا لاكتئاب. وبالنسبة **للتاريخ العائلي**، فإن مابين ضعفين الى أربع أضعاف ذرية الآباء الذين يعانون من الاكتئاب يعانون من الاكتئاب وتكراره في سن مبكرة (Hammen, Burge, Burney, & Adrian, 1990; Weissman, Warner, Wickramaratne, Moreau, & Olfson, 1997; Weissman et al., 2004) وينتقل الخطر عبر الأجيال إلى الأحفاد (Warner, Weissman, Mufson, & Wickramaratne, 1999).

الشخصية والمزاج

افترض العديد من المنظرين سمة استهداف وراثية *heritable trait* كعامل مشترك لمعظم إن لم يكن كل الاضطرابات الوجدانية. وقد تم تعريف هذه السمة بشكل مختلف قليلا من جانب المنظرين، بما في ذلك تجنب الأذى *harm avoidance*، العصائية *neuroticism*، سمة القلق *trait anxiety*، الكف السلوكي *behavioral inhibition*، والوجدان السالب *negative affectivity*. على الرغم من أن التداخل المفاهيمي والتجريبي بين هذه المفاهيم يتجاوز بكثير الاختلافات، وكل منها ينطوي على سمة وراثية للوجدان السالب، يستخدم مصطلح **العصائية** للإشارة لهذه السمة. وقد أظهرت الدراسات الطولية أن العصائية تنتبأ فيما بعد بالوجدان السالب وأعراض الاضطراب الوجداني (Costa & McCrae, 1980; Larson, 1992; Levenson, Aldwin, Bosse, & Spiro, 1988) حتى بعد ضبط مستويات الأعراض الأولية. (Gershuny & Sher, 1998; Jorm, Christensen, Henderson, & Jacomb, 2000) وقام كلارك و زملاؤه (Clark, Watson, and Mineka (1994) بمراجعة العديد من الدراسات الطولية

التي توضح أن العصابية تنتبأ بكل من التشخيصات اللاحقة وإزمان chronicity للاكتئاب الرئيس. ومنذ هذه المراجعة توصل العديد من الباحثين إلى نتائج تتفق مع استنتاجات Clark et al (1994). وبذلك، فإن العصابية يبدو أنها منبئ دال وحاسم للاكتئاب، على الرغم من أنها قد لا تكون مؤشراً لهدف محدد. وعلاوة على ذلك، لا يزال من الصعب التفرقة بين أسباب شائعة، ونماذج الاستهداف للعلاقة بين العصابية والاكتئاب.

الاستهداف المعرفي

وفقاً للنظريات المعرفية في الاكتئاب (Abramson, Metalsky, & Alloy, 1989; Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978; Beck, 1967)، إن الأشخاص المكتئبين لديهم الكثير من المعتقدات السلبية عن أنفسهم والعالم ومستقبلهم، ويميلون لعمل إعزاءات عامة، ثابتة وداخلية للأحداث السلبية. هذه المعتقدات السلبية يتوقع أن تكون متزامنة مع الاكتئاب وتساهم في مضاعفة الأعراض الاكتئابية.

وتتماشى النظريات المعرفية للاكتئاب بطبيعتها مع نظريات الاستهداف -الضغط، فالأفراد الذين لديهم مثل هذه النزعات المعرفية السلبية عند مواجهة أحداث الحياة الضاغطة سوف يقيمون الضغوطات وعواقبها بطريقة سلبية، وبالتالي يكونوا أكثر عرضة للاكتئاب مقارنة بالأفراد الذين ليس لديهم مثل هذه النزعات المعرفية. وقد اقترحت عدة أنواع من الأفكار لتكون ذات صلة بالاكتئاب، بما في ذلك إنخفاض تقدير الذات، والأفكار التلقائية السلبية، والاتجاهات المختلفة وظيفياً، والتشوهات المعرفية (Beck, 1967)، الضبط الذاتي (Rehm, 1977)؛ المعتقدات المرتبطة بال ضبط وكفاءة الذات (Bandura, 1977)؛ ونمط الغزو والاكتئاب (Abramson et al., 1978)؛ اليأس (Abramson et al., 1989)، ونمط الاستجابة المجتررة (Nolen-Hoeksema, 2000) ... وقد أظهرت دراسات مستعرضة مع عينات كلينيكية من الأطفال وعينات من المجتمع علاقة دالة بين الأفكار السلبية، وخاصة انخفاض تقدير الذات ونمط الإعزاء التشاؤمي والاكتئاب (Garber & Hilsman, 1992). وقد أظهرت دراسات ما وراء التحليل Meta-analyses للباحثين نمط الإعزاء والاكتئاب حجم تأثير من معتدل إلى كبير في الدراسات المستعرضة، مما يقترح وجود علاقة متزامنة قوية بين نمط الإعزاء السالب ومستويات أعلى من أعراض الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين (Gladstone & Kaslow, 1995; Joiner & Wagner, 1995). وقد أسفرت الدراسات الطولية لدور التفكير في التنبؤ بالاكتئاب في مرحلة الطفولة نتائج متفاوتة. فقد تم توقع أعراض الاكتئاب

لدى الأطفال بالتغيرات التالية: قيمة الذات العامة (Allgood-Merton, Lewinsohn, & Hops, 1990; Garber, Martin, & Keiley, 2002; Vitaro, Pelletier, Gagnon, & Baron, 1995) وكفاءة الذات المدركة في مجال محددة (Hoffman, Cole, Martin, Tram, & Seroczynski, 2001; Vitaro et al., 1995) وكانت أيضا لدى والمراهقين (Allgood-Merton et al., 1990; Vitaro et al., 1995). والتشخيصات (Garber, Martin, & Keiley, 2002). مع ضبط المستويات السابقة من الاكتئاب. ومع ذلك، فشلت هذه المفاهيم المعرفية أيضا بالتنبؤ بأعراض الاكتئاب (Dubois, Felner, Brand, & George, 1999) ووقوع نوبات جديدة. وقد لوحظت ارتباطات هامة بين نمط الإغذاء وأعراض الاكتئاب اللاحقة لدى الأطفال والمراهقين الصغار (Nolen Hoeksema, Girgus, & Seligman, 1986; 1992; Panak & Garber, 1992) على الرغم من فشل بعض الدراسات في إيجاد هذه العلاقة. في دراسة طويلة للمسارات النمائية للإغذيات السلبية والأعراض الاكتئابية، أظهر جاربر وزملاؤها (Garber, Keiley, and Martin, 2002) أن أنماط العزو التي كانت سلبية على نحو متزايد مع مرور الوقت كانت مرتبطة بمستويات أولية أعلى بكثير وزيادة نمو أعراض الاكتئاب خلال فترة المراهقة.

وقد وجدت الدراسات المستقبلية في الأطفال والمراهقين أيضا دعما لنموذج الإستهداف المعرفي-الضغط للاكتئاب (Dixon & Ahrens, 1992; Hilsman & Garber, 1995; Lewinsohn, Joiner, & Rohde, 2001; Nolen-Hoeksema et al., 1992; Panak & Garber, 1992) ويستخدم أنواع مختلفة من الضغوط (درجات التحصيل، ورفض الأقران، والانتقال المدرسي) وفترات زمنية مختلفة، أظهر (Garber and colleagues) في ثلاث دراسات طويلة قصيرة مختلفة (Dixon & Ahrens, 1992; Panak & Garber, 1992; Robinson, Garber, & Hilsman, 1995) أن الأفكار (الإغذيات وقيمة الذات) التي تم قياسها قبل وقوع الضغط توسطت تأثير الضغوط على أعراض الاكتئاب لدى الأطفال. وبين الأطفال الذين يعانون من مستويات عالية من الضغط، كانت العلاقة بين الأفكار السلبية عن الذات أو أسباب الأحداث وأعراض الاكتئاب أقوى مما كانت عليه في أولئك الذين ليس لديهم مثل هذه الأفكار السلبية. وقد وجد، ليونسون وآخرون (Lewinsohn et al., 2001). أن من بين المراهقين الذين عانوا من أحداث الحياة السلبية، تنبأت مستويات متوسطة من الاتجاهات المختلة وظيفيا ببداية وقوع الاضطرابات الاكتئابية في وقت لاحق من العام.

وقد اقترح منظرو النمو (NolenHoeksema et al., 1992; Weisz, Southam- Gero, & McCarty, 2001) أنالأفكار السلبية تظهر مع مرور الوقت وأن علاقتها بالاكنتاب تصبح أقوى مع النمو. على سبيل المثال، في دراسة طويلة للأطفال في الصفوف من 3 إلى 8، تبين أن نمط الإعزاء وحده وبالتزامن مع الضغط توقع بشكل دال بالأعراض الاكنتابيةفي الأطفال كبار السن ولكن ليس في الأطفال الأصغر سنا (NolenHoeksema, et.al,1992) وبالمثل،في المقارنة المستعرضة للأطفالالصفوف 4 و6 و8، تبين أن الأفكارالسلبية قد ساهمت في التنبؤ بالأعراض الاكنتابية لدى الاطفال الكبار ولكن ليس لدى الأطفال في المجموعات الأصغر سنا. (Turner & Cole,1994)

وهكذا، يبدو أن العلاقة بين تفاعلاتالتفكير- الضغط والأعراض الاكنتابية تتزايد من مرحلة الطفولة المبكرة إلى مرحلة المراهقة المبكرة. وإذا ساهمت الأفكارالسلبية في نمو اضطرابات المزاج، اذن فإن ذرية الآباء والأمهات المكتئبين ينبغي أن تكون أكثرعرضة للإصابة بالإستهدافالمعرفي منالأطفال الذين لم يخبر والديهم اضطرابات المزاج. وفي الواقع، فإن أطفال الأمهات المصاباتبالاكنتاب يظهرانخفاضافي إدراك قيمة الذات ونمط إعزاء اكنتابي مقارنةبأطفال الأمهات التي لا تعانين الاكنتاب (Garber & Robinson, 1997) . وهكذا، فإن الأطفال المعرضين لخطرالاكنتاب،ولكن لم يعانون من الاكنتاب بعد،قد وجد أنهم يظهروننمط تفكير سلبي ومن المرجح أن يمثل ذلكإستهدافلالاكنتاب في وقت لاحق. وباختصار، قدمت الدراسات الارتباطية والتنبؤية ودراسات الذرية offspring أدلة على أن هناك نمطا معرفيا يمثل استهدافا للاكنتاب لدى الأطفال. هذا النمط المعرفي يتضمن معتقداتعن الذات وتفسيرات حول أسباب الأحداث السلبية. وتحتاج الدراسات المستقبلية دراسة تطور هذاالإستهداف المعرفي مع مرور الوقت، وما إذا كانالأطفال يحتاجون الى ان يعدواللتعامل معه (Ingram, Miranda, & Segal, 1998)

عوامل الخطر الاجتماعية والثقافية

تحاول معظم برامج الوقاية الشائعة منالاكنتابتعديل عوامل الخطر والوقاية الفردية مثل أنماط التفسير غير التكيفية والعجزفي مهارات المواجهة وغيرها. فإن عوامل الخطر الفردية تعتبر أسهل في المعالجة والقياس من الأسرة، المجتمع، أو عوامل الخطر المجتمعية.ومع ذلك،ربما تؤدي عوامل الخطرالاجتماعية دورا كبيرا في نمو الاكنتاب.فإذا كان من الضروري إحراز تقدم كبير في الوقاية من الاكنتاب، سيكون من الضروري

التركيز على عوامل الخطر هذه أيضا. فهناك اختلاف في معدلات الاكتئاب بين الثقافات، كما ان هناك اختلاف بين الجنسين في الاكتئاب (Cross-National Collaborative Group, 1992; McCarthy, 1990). ويبدو أن الاكتئاب الكلينيكي والانتحار قد ازدادا بشكل كبير خلال القرن الماضي (Cross-National Collaborative Group, 1992; Murphy, Laird, & Monson, 2000). ان أعراض القلق المقررة ذاتيا، والتي ترتبط بقوة مع الاكتئاب، قد ازدادت بنحو انحراف معياري واحد في السنوات الخمسون الماضية وحدها. ويقع متوسط درجات القلق التي تم الحصول عليها في البحوث التي أجريت على الأطفال اليوم في النطاق الكلينيكي قبل بضعة عقود (Twenge, 2000). وقد وثق العديد من علماء النفس والمؤرخين الاجتماعيين انخفاضا متوازيا في الترابط الاجتماعي في الحياة الحديثة (Myers, 2000; Putnam, 2000; Twenge, 2000). وبالمقارنة مع الناس في الخمسينيات، يقضون اليوم وقتا أقل في زيارة العائلة والأصدقاء ويكرسون وقتا أقل للمنظمات والأنشطة المجتمعية. ومن المرجح أن الأطفال أكثر عرضة لرؤية طلاق والديهم وأقل عرضة للعيش مع الأسرة الممتدة. إن المادية قد زادت كما يبدو. وثمة تغيير واضح آخر يتمثل في تزايد دور وسائل الإعلام، والتلفزيون، في معظم حياتنا. وقد يؤدي تزايد التعرض للعنف في مجال الترفيه والبرامج الإخبارية المحلية إلى تضخيم القلق وانعدام الثقة في الآخرين (Myers, 2000)، إن النماذج النحيفة النموذجية التي تقدم في المجلات و البرامج التلفزيونية للجسم قد تساهم في تصور الجسم الرشيق النموذجي يزيد من عدم الرضا عن القوام و الجسم، و بدوره الى أعراض اضطرابات الطعام والاكتئاب (Heinberg & Thompson, 1995; McCarthy, 1990). ان هناك حاجة لبحوث للتعرف على العوامل الاجتماعية المحددة التي تزيد من الاستهداف للاكتئاب وكذلك العوامل الاجتماعية التي ربما تحمي منه. وينبغي أن تساعد هذه البحوث جهود الوقاية من الاكتئاب.

المدارس

على الرغم من أن الباحثين في اضطرابات الاكتئاب استخدموا المدارس في بعض الأحيان كمكان للتدخل (Clarke et al., 1993; Jaycox, Reivich, Gillham, & Seligman, 1994)، إلا أن القليل منهم من قام بدراسة المدرسة بصفقتها هدف للتدخل (Farmer & Farmer, 1999). وتشير مجموعة متزايدة من الأدلة إلى أن المدارس يمكن أن تسبب أو تفاقم عوامل خطر موجودة في زيادة المشاكل السلوكية

التي يجلبها الاطفال إلى الفصول الدراسية، وأن هذه الجوانب من المدرسة يمكن تعديلها للحد من المخاطر (Farmer & Farmer, 1999; Reinke & Herman, 2002). وهناك القليل من المعلومات عما إذا كان يمكن للمدارس أن تساهم في الاضطرابات الداخلية مثل الاكتئاب، ومع ذلك فقد تم وصف بعض الأفكار المرتبطة بالموضوع. على سبيل المثال النمط الدوري cyclical pattern للضغط النفسي والفشل الأكاديمي الذي تم بحثه من جانب بعض الباحثين، قد يكون متوافق مع تعلم العجز أو العجز المتعلم. إضافة إلى أن المدرسين يميلون إلى تجنب التلاميذ الذين يعانون من خصائص الاكتئاب (Morris, 1980-1981)، وهذا من المرجح أن يكرر الدائرة المعتادة common cycle للرفض في العائلة و الأقران .

الضغط

يغلب على جميع تعريفات الضغط التركيز على الظروف البيئية التي تهدد الرفاهة البيولوجية أو النفسية للفرد (Grant et al., 2003)، وقد يحدث الضغط إما كحدث حاد أو كمحنة مزمنة، وكحدث حياة رئيس أو أحداث ثانوية ذات آثار متراكمة (إما مضافة أو مضاعفة) وقد تكون الأحداث الضاغطة عادية، (مثل الانتقال المدرسي) أو مرضية (مثل إساءة المعاملة) وقد تكون مستقلة عن تصرفات الفرد أو مرتبطة بها مباشرة وبالتالي تعتمد عليها. إن النتائج البيئية الموضوعية لمصدر الضغط (يمكن تصنيفها بشكل موثوق من قبل المراقبين الموضوعيين) يفترض أن يكون لها تأثير مباشر على نمو الاكتئاب. ينطوي التهديد الشخصي للضغط على تقييم الأفراد لحدث ما كضاغط وبالتالي قد يؤثر على رفاههم النفسي (Lazarus, DeLongis, Folkman, & Gruen, 1985). وأخيراً، قد تكون هناك خصوصية في العلاقة بين الضغط والاضطراب النفسي بحيث أن بعض الجوانب الفرعية من الضغوط قد تكون أكثر ارتباطاً بالاكتئاب من غيرها (Beck, 1967; Grant et al., 2003). ويلعب الضغط دوراً بارزاً في معظم نظريات الاكتئاب، وتوجد علاقة إمبريقية واضحة بين أحداث الحياة الضاغطة والاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين (Compas, Grant, & Ey, 1994). وأوضحت الدراسات المستعرضة باستخدام إما قوائم أحداث الحياة أو أساليب المقابلة باستمرار أن الأعراض والاضطرابات الاكتئابية لدى الأطفال في سن المدرسة، ترتبط بشكل كبير مع كل من أحداث الحياة غير المرغوبة الصغيرة والكبيرة لدى الأطفال وخاصة الضغوطات التراكمية أو المزمنة. إن أحداث الحياة السلبية هي أكثر انتشاراً بين المكتئبين من الأطفال مقارنةً بغير المكتئبين (Goodyer, Wright,

(Altham, 1988) ، غير أن الدراسات المستعرضة ليست مفيدة في توضيح اتجاه العلاقة بين الضغط والاكتئاب. وللربط بين مصادر الضغط والاكتئاب (Garber, Martin, & Keiley, 2002) من المحتمل أن الاكتئاب يساهم في حدوث الضغوط.. فقد وجد أن الأفراد المكتئبين يتسببوا في العديد من الضغوط التي يواجهونها ثم تخدم هذه الضغوط فيما بعد في تضخيم والحفاظ على أعراض الاكتئاب (Bennett, Pendley, & Bates, 1995). إن الدراسات الطولية التي يتم فيها تقييم الضغوط قبل ظهور الأعراض يمكن أن تكون أكثر فائدة في توضيح العلاقة الزمنية بين الضغط والاكتئاب. وقد وجدت الدراسات المستقبلية أن الضغط يتنبأ بأعراض الاكتئاب، بعد ضبط مستويات الأعراض السابقة في الأطفال (Goodyer, Herbert, & Altham, 1998) و المراهقين (Allgood-Merten et al., 1990). وتكون العلاقة بين الضغوط والاكتئاب أكثر قوة عندما تستخدم تقارير الأطفال الذاتية أكثر من استخدام تقارير الآباء عن أعراض الاكتئاب لدى الأطفال (Stanger, McConaughy, & Achenbach, 1992). وقد بحثت دراسات قليلة مساهمة أحداث الحياة السلبية في بدء اضطرابات الاكتئاب لدى الأطفال. وتوقع الضغط ظهور أعراض الاكتئاب لأول مرة في الأطفال الخالين من أعراض سابقة (Aseltine, Gore, & Colten, 1994) وبدء نوبات الاكتئاب الكليينكية الدالة، بعد ضبط مستويات الأعراض السابقة في عينات تتألف من كل من الأطفال والمراهقين (Hammen, 1991) والمراهقين وحدهم (Garber, Keiley, et al., 2002). وقامت بعض الدراسات (Aseltine et al., 1994; Garber & Kaminski, 2000; Monroe, Rohde, Seeley & Lewinsohn, 1999) بضبط تاريخ الحياة للاكتئاب الرئيس لاستبعاد احتمال أن يساهم اضطراب اكتئاب سابق في ظهور الاكتئاب. وقد أوضحت تقارير أحداث الحياة الضاغطة أنها تزيد لدى الذكور والإناث من الطفولة إلى المراهقة، مع زيادة أكثر بالنسبة للفتيات (Ge, Longer, Lorenz, & Simons, 1994) ، مما يرفع من معدلات الاكتئاب لدى الصبيان والفتيات (Hankin et al., 1998) . ومع ذلك، وجدت دراسات قليلة أن الجنس يعدل moderates العلاقة بين الضغط والاكتئاب. وأفاد Cohen (1987) أن الأحداث السلبية تنبأ بأعراض اكتئابية لدى الفتيات اللواتي تعرضن لأحداث إيجابية ضئيلة في نفس المدة الزمنية، وظهر (Ge et al (1994) أن تطور أحداث الحياة الضاغطة مع مرور الوقت تنبأت بنمو أعراض الاكتئاب للفتيات وليس للفتيان. على الرغم من أنها لا يوجد نمط محدد من الأحداث الضاغطة يؤدي دائما إلى الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين.

العلاقات البينشخصية

تركز وجهات النظر البينشخصية حول الاكتئاب علناهمية البيئة ونمو تعلقات Attachments آمنة. ويحدث الاستهداف للاكتئاب في البيئات الاسرية المبكرة والتي لا تلبى حاجات الأطفال للأمن والراحة والقبول. وقد قال بولبي (Bowlby 1980) إن الأطفال الذين يتواجدون في بيئة يكون فيها مقدمي الرعاية متاحين دائما ومدعمين سينمون تمثيلات معرفية إيجابية أو نماذج عمل working models إيجابية وجديرة بالثقة للذات والآخرين، وعلى النقيض من ذلك، فإن مقدمي الرعاية الذين لا يستجيبون أو غير متناسقين سينتجون تعلقات غير آمنة تؤدي إلى نماذج عمل تتضمن الهجر، ونقد الذات والمبالغة في الاعتمادية. وقد تساهم نماذج العمل هذه في تطوير التفكير السلبي حول الذات والآخرين، ويفترض أن تزيد من إستهداف الأفراد للاكتئاب، خاصة عندما يتعرضون لضغوطات جديدة بينشخصية. وقد أوضح (Beardslee, Versage, & Gladstone, 1998; Rapee, 1997) بعد مراجعته للأدبيات في الموضوع عن العلاقة بين البيئة الاسرية والاكتئاب، أن عائلات الأفراد المكتئبين يتصفون بمشكلات مع التعلق، والتواصل، والصراع، والتماص، و الدعم الاجتماعي، فضلا عن سوء في ممارسات تربية الأطفال، إن الأمن في التعلقات يساعد الرضع على التعامل مع البيئة وعدم وجود هفيا التعلقات ربما يؤدي بالرضع إلى طلب الحماية عن طريق الانسحاب من البيئة تماما (Bowlby, 1980; Trad, 1994) وقد وجد أن الاطفال الذين يبلغون من العمر سنتين والذين لديهم تعلقات آمنة أكثر تعاونا ومثابرة وحامسا، ويظهرون عواطف إيجابية، ويعملون بشكل أفضل عموما من أولئك الذين يعانون من تعلقات غير آمنة (Matas, Arend, & Sroufe, 1978). وفي مرحلة المراهقة، ارتبط الاكتئاب بتعلقات أقل أمنا بالوالدين (Kenny, Moilanen, Lomax, & Brabeck, 1993). وعلاوة على ذلك، فإن المراهقين الذين يمرون بأحداث حياتية ضاغطة هم أكثر عرضة للاكتئاب إذا كان لديهم تعلقات غير آمنة مع والديهم أكثر من المراهقين الذين يتمتعون بتعلقات آمنة مع والديهم (Kobak, Cole, Ferenz- Gillies, Fleming, & Gamble, 1993).

وبالإضافة إلى التعلق، وجدنا أنواع أخرى من أنماط الأسرة المختلة او المضطربة ترتبط بالاكتئاب لدى الأطفال (Rapee, 1997). إن إساءة المعاملة والإهمال الجسيمين يتداخلان مع التعبيرات العادية لمشاعر الرضع

ويؤديان إلى تجنب او مقاومة التعلق، خاصة إذا كانت الأم هي مرتكبة سوء المعاملة. إن سوء المعاملة يؤدي أيضا إلى سلوكيات الانسحاب لدى الرضع ونقص في تقدير الذات في وقت لاحق في مرحلة الطفولة (Trad, 1987). ومما لا شك فيه أن العلاقة بين الوالدين والطفل تزداد سوءا نتيجة هذا الإيذاء، والتي بدورها تضع الرضيع في خطر أكبر من التعرض للإعتداء مرة أخرى (Trad, 1987). وهناك بعدان رئيسان للرعاية الوالدية يرتبطان بشكل خاص بالاكنتاب لدى الأطفال هما القبول / الرفض، والضبط النفسي / الاستقلال (Barber, 1996). وفي أحد الدراسات، تذكر البالغون المكتتبون حاليا أن آبائهم كانوا ناقدين، ورافضين، ومتحكمين، ومتدخلين (Parker, 1993). وقد وصف الأطفال المكتتبين الحاليين والديهم كمستبدين، ومسيطرين، ورافضين، وغير متاحين (Stein et al., 2000) وكانوا يميلون لإدراك أسرهم أقل تماسكا وأكثر تصارعا مقارنة بأقرانهم غير المكتتبين (Walker, Garber, & Greene, 1993)، على الرغم من وجود بعض الدراسات التي توصلت لنتائج معاكسة (Asarnow, Carlson, & Guthrie, 1987). كما وصفت أمهات الأطفال الذين يعانون من الاكنتاب أنفسهم بأكثر رفضا وأقل تواصلًا وأقل عطفًا من الأمهات في المجموعة الضابطة العادية (Puig-Antich et al., 1985a). وفي الدراسات التي اعتمدت على أسلوب الملاحظة تم وصف أمهات أطفال مكتتبين بأقل في إعطاء للمكافآت، (Cole & Rehm, 1986) وأكثر هيمنة وسيطرة من أمهات الأطفال الغير المكتتبين. وقد وجدت العديد من الدراسات الطولية علاقة دالة بين البيئة الأسرية والأعراض الاكنتابية اللاحقة (Barber, 1996; Sheeber, Hops, Alpert, Davis, & Andrews, 1997) حين ذكرت نتائج أخرى نتائج صفرية (Burge et al., 1997) وأظهرت باربرا Barber (1996) أن تقييمات الأطفال لسلوك الوالدين المسيطرين نفسيا تنبأت بأعراض الاكنتاب لديهم، بعد ضبط مستويات الاكنتاب السابقة، علما رغم من أن أعراض الاكنتاب السابقة للأطفال تنبأت أيضا بتصنيفهم لسلوك والديهم.

وبالإضافة إلى ذلك، تبين أن اتجاهات الأمهات العدائية hostile في تربية الأطفال تنبأ بشكل ملحوظ بالزيادات في أعراض الاكنتاب لدى أطفالهم (Katainen, Raikkonen, Keskivaara, & Keltikangas, 1999). باستخدام البيانات القائمة على الملاحظة لدفع الوالدين، والعدائية، والأساليب التأديبية، توصل Ge et al (1994) الى أن الزيادات في الأعراض الداخلية للمراهقين تنبأت بمستويات أقل من الدفع الوالدي ومستويات أعلى من العداء من جانب الأمهات. وفي نفس العينة، وجد (Rueter,

(Scaramella, Wallace, and Conger, 1999) أن تصاعد الصراع بين الوالدين والمراهقين تتبأ بزيادات في الأعراض الداخلية للمراهقين، والتي بدورها زادت من خطر ظهور الاضطرابات الداخلية. ولدى الأطفال المكتئبين أيضا صعوبات دالة مع الأقران ونقص في المهارات الإجتماعية (Altmann & Gotlib, 1988). فإن اكتئاب الأطفال يرتبط بشكل كبير بتقارير المعلمين عن رفض الأقران للأطفال (Rudolph, 1994). وفي الدراسات المعملية، تم تقييم الأطفال الذين يعانون من أعراض الاكتئاب من جانب أقرانهم بشكل سلبي أكثر من الأطفال بدون أعراض (Peterson, Mullins, & Ridley-Johnson, 1985) وقد لاحظ فرنش وآخرون (French, Conrad, and Turner, 1995) أن الرفض من جانب الأقران تتبأ بمستويات أعلى من أعراض الاكتئاب بين الشباب المعادين للمجتمع antisocial، و لكن ليس بين الشباب غير المعادي للمجتمع، إلا أن (Panak and Garber, 1992) وجدوا علاقة دالة بين رفض الأقران و الاكتئاب، وكانت هذه العلاقة متوسطة mediated بالرفض المدرك. وقد وجد كل من (Kistner, Balthazor, Risi, & Burton, 1999) أن الرفض المدرك تتبأ بزيادة في أعراض الاكتئاب خلال مرحلة الطفولة الوسطى. وأخيرا، فيدراسة طويلة للأطفال في الصف السادس، وجد (Nolan, Flynn, and Garber; 2003) أن قياس مركب composite من الرفض من قبل الأقران، والأسرة، والمعلمين تتبأ بشكل كبير بأعراض الاكتئاب على مدى 3 سنوات. وهكذا، فإن الاكتئاب لدى الأطفال يرتبط بمستويات عالية من الصراع البيئشخصي والرفض من مختلف الأعضاء في مجالهم الإجتماعي.

ووجدان العلاقات بين الوالدين المكتئبين وأطفالهم دائما ما تكون مضطربة. فإن الوالدين المكتئبين يصرحون عن وجود صراعات أكثر وتماسا قلا في أسرهم (Billings & Moos, 1983)، وهما أقل ارتباطا وحبا مع أطفالهم، وان تواصلهم أكثر فقرا في علاقتهم بأطفالهم من الوالدين غير المكتئبين (Weissman, Paykel, Siegel, & Klerman, 1971). أيضا، فإن الأمهات المكتئبات يميلن إلى الشعور بعدوانية أكثر تجاه أطفالهم وأقل إيجابية وكفاءة في والديتهم parenting مقارنة بالأمهات العاديات (Webster-Stratton & Hammond, 1988). وتكشف ملاحظات الأمهات المكتئبات في تفاعلهن مع أطفالهن أن هذه الأمهات أكثر سلبية (Lovejoy, 1991)، وأكثر سيطرة (Kochanska, Kuczynski, Radke-Yarrow, & Welsh, 1987)، وأقل استجابة وفاعلية (Cohn & Tronick, 1989) ويستخدمن تواصلات communications أقل فاعلية (Gordon et al., 1989). فالأمهات المكتئبات تقضى وقتا أقل في التحدث مع أطفالهن ومداعبتهم

وتظهرن عواطف سلبية أكثر في تفاعلهن مع أطفالهن الذين أنفسهن يظهرن عاطفة أقل إيجابية، وأقل نشاطاً، وأكثر احتجاجاً. (Field, 1995). ويمكن أن يؤدي اكتئاب الوالدين أيضاً إلى اضطراب في سلوك التعلق وعدم قدرة الرضيع على تنظيم العواطف، مما يضعف خطر أكبر للإصابة بالاكتئاب (Gaensbauer, Harmon, Cytryn, & McKnew, 1984) إن ذرية الوالدين المكتئبين لديهم تعلقات غير آمنة أكثر من ذرية الوالدين الذين لا يعانون من الاكتئاب. (DeMulder & Radke-Yarrow, 1991; Teti, Gelfand, Messinger, & Isabella, 1995). علاوة على ذلك، فإن التعلق غير الآمن لرضع الأمهات المكتئبات يجعلهن أكثر ميلاً إلى أن تواجه صعوبات في علاقاتها مع أقرانهم (Rubin, Booth, Zahn-Waxler, Cummings, & Wilkinson, 1991). وأخيراً، لوحظ أنماط تفاعل سلبية متبادلة بين الأمهات المكتئبات وأطفالهن (Radke-Yarrow, Nottelman, Martinez, Fox, & Belmont, 1992).

وباختصار، تظهر نتائجتان حول الصلة بين الإستهداف البيئشخصي والاكتئاب. أولاً، الأسر التي يعاني أحد أعضائها من الاكتئاب تميل إلى أن تتصف بتدعيم أقل والكثير من الصراع، ويزيد هذا الخلل العائلي من خطر إصابة الأطفال بالاكتئاب. ثانياً، إن المكتئبين أنفسهم أكثر صعوبة من الناحية البيئشخصية، مما يؤدي إلى مشاكل أكبر في شبكة علاقاتهم الاجتماعية. وهكذا، فإن الصلة بين الاستهداف البيئشخصي والاكتئاب من المرجح أن تكون صلة ثنائية الاتجاه (bidirectional) (Gotlib & Hammen, 1992).

وقد فحصت الدراسات الطولية مساهمة الخلل الأسري، الصراع بين الوالدين والطفل، وصعوبات الأقران، والرفض البيئشخصي في زيادة الأعراض الاكتئابية واستمرارها لدى الأطفال، وأوضحت أن المشكلات الاجتماعية تسبق زمنياً الاكتئاب وأن الاكتئاب يساهم في صعوبات بيئشخصية. وعلاوة على ذلك يبدو أن الصعوبات البيئشخصية تستمر بعد أن تظهر الأعراض الاكتئابية (Puig-Antich et al. 1985b). وبالإضافة إلى ذلك، فإن المحن والشدائد الاجتماعية، مثل الصداقات الفقيرة الدائمة، انخفاض مشاركة الآباء، الاتجاهات السلبية لأفراد الأسرة، والبيئات الأسرية الضاغطة يمكن أن تساهم في استمرار الاضطرابات الاكتئابية أو انتكاساتها لدى الشباب (Asarnow, Goldstein, Tompson, & Guthrie, 1993). أن البيئة البيئشخصية تعد بوضوح سياقاً مهماً وفي بعض الأحيان سياقاً عاطفياً ينمى الأطفال مخطأ عن أنفسهم والآخرين، والتي يمكن بالتالي أن يخدم كاستهداف للاكتئاب. وأن ردود فعل الأطفال الخاصة لهذه البيئات

يمكن أن تؤدي إلى تفاقم واستمرار تبادلات اجتماعية سلبية، مما يعزز الدورة البيئشخصية المفرغة، وبالتالي تؤدي إلى مزيد من الرفض والاكتئاب. وبالتالي، فإن نموذج التأثيرات المتبادلة ربما يكون أفضل ما يميز العلاقة بين الأفراد المكتئبين وبيئتهم الاجتماعية. بالإضافة إلى عوامل الخطر السابقة، فإن عوامل الخطر التالية لها تضمينات للوقاية من الاكتئاب الرئيسي هامة وتستحق المزيد من عرض تفاصيلها. وتشمل:

الاكتئاب الفرعي (شبه الكلينيكي) او الصغير، الفقر، والغنف.

الاكتئاب الفرعي (الصغير)

غالبا ما تركز سياسات وبحوث الوقاية على الوقاية من اضطرابات محددة (Le et al., 2003; Muñoz, Mrazek, & Haggerty, 1996). إن الوقاية من الاكتئاب الكلينيكي هو هدف هام، ولكن هناك عدة أسباب وجيهة للتركيز على الوقاية من مستويات عالية -دون كLINيكية- من الأعراض كذلك. أولاً، تشترك أعراض الاكتئاب المرتفعة مع الكثير من تكاليف اضطرابات الاكتئاب. إن المراهقين الذين يعانون من أعراض الاكتئاب دون الكلينيكية لا يمكن تمييزهم عن المراهقين المكتئبين كLINيكيافي مجموعة متنوعة من مواصفات العجز الاجتماعي، (Gotlib, Lewinsohn, & Seeley, 1995) ثانياً، الاكتئاب دون الكلينيكي يجب ان يعالج في حد ذاته. أن العديد من حالات الاكتئاب التي يتم علاجها في عيادات الصحة النفسية والرعاية الأولية اليوم هي دون كLINيكية، ولا ينطبق عليها المعايير التشخيصية الصارمة لل DSM-IV التي يشيع استخدامها في الدراسات والبحوث. (Judd et al., 1998; Zimmerman & Posternak, 2002). وأخيراً، هناك حاجة إلى عينات أصغر للكشف عن الاختلافات في المتغيرات المستمرة (مثل الأعراض) من المتغيرات الفئوية (مثل التشخيصات) وهكذا، فإن توسيع تركيز الوقاية لتشمل أعراض الاكتئاب قد يسهل البحوث على التدخلات الشاملة او العامة. لدى البالغين، الاكتئاب دون الكلينيكي (اثنين أو أكثر من الاعراض -ولكن اقل من 5 - لمدة اسبوعان أو أكثر) يبدو انه يسبب الكثير من العجز الصحيوعبء اقتصادي مماثل لما ينتج من اضطراب الاكتئاب، إن الافراد الذين ينطبق عليهم تشخيص الاكتئاب دون الكلينيكي يكونون في خطر متزايد للإصابة بالاكتئاب الكلينيكي (Fava, 1999; Johnson, Weissman, Klerman, 1992; Judd, Akiskal, & Paulus, 1997). في دراسة طولية، تنبأ الاكتئاب دون الكلينيكي لدى المراهقين بانخفاض في الأداء عندما أصبح هؤلاء الأفراد بالغين (Devine, Kempton, &

(Forehand, 1994). وتتبأت اعراض الاكتئاب دون الكلينيكي بينالمراهقين بالاكتئاب الرئيس فيما بعد لدى المراهقينوالراشدينالصغار (Pine, Cohen, & Brook, 1999; Rao et al., 1995; Weissman, Warner, Wickramaratne, Moreau, & Olfson, 1997). وقد وجد ليوينسون وآخرون (Lewinsohn, Solomon, Seeley, and Zeiss, 2000) ان ازدياد أعراض الاكتئاب بين عينة كبيرة من المراهقين (متوسط عمر 16 2/1) تنبأت بمستويات متزايدة من الخلل الاجتماعي وحدث الاكتئاب الرئيس، وكذلك زيادة تعاطي المخدرات في سن 24. وتشير هذه البيانات إلى أن الاكتئاب دون الكلينيكي يجعل المراهقين في خطر النوبة الأولى من الاكتئاب الرئيس ولذلكفهم مرشحون رئيسيون لبرامج الوقاية من الاكتئاب.

الفقر

ارتبط الفقر مع البداية المبكرة للاكتئاب. وليس من الواضح ما إذا كان هذا يمثل عامل خطر مستقل أو يمكن اضافته للأمتلة العامة للتنوع والاختلاف diversity الأكثر تنوعا التي ترتبط بالاكتئاب. وربطت نتائج الدراسات الوبائية بين الوضع الاجتماعي والاقتصادي المنخفض والاكتئاب وعدد كبير من المشاكل الأخرى المتعلقة بالصحة النفسية (Robins, Locke, & Reiger, 1991). وهذا الإستهداف يعد عامل قوى بشكل خاص بالنسبة للأسر التي تعيش في مستويات الفقر (Bruce, Takeuchi, & Leaf, 1991). ويمكن تفسير هذه العلاقة جزئيا بظاهرة الاختيار selection، حيث يميل أولئك الذين يعانون من مشاكل الصحة النفسية إلى الإنحراف نحو الحرمان الاقتصادي والبقاء فيه (Dohrenwend et al., 1992). وأظهرت البيانات الطولية أيضا أن الحرمان الاجتماعي والاقتصادي هو إلى حد كبير سببا في زيادة قابلية التأثر بالاضطرابات النفسية، وخاصة الاكتئاب (Dohrenwend et al., 1992; Gilman, Kawachi, Fitzmaurice, & Brook, 1999)، وفي دراسة أجريت على أكثر من 4,000 أسرة أسترالية، تسبب الفقر في زيادة صغيرة ولكنها دالة في الخطر عند ماتم ضبط المتغيرات الاجتماعية الأخرى (Spence, Najman, Bar, O'Callaghan, & Williams, 2002)؛ وكان هذا الأثر أكثر وضوحا لدى الفتيات منه في الفتيان. وإذا نظرنا إلى الفقر كمولد لمجموعة متنوعة من الضغوط، فإن الآليات المحتملة التي تؤدي إلى الإستهداف الناجم عن الفقر تبدو لا حصر لها. وقد تمت دراسة عدد من العوامل الوسيطة mediators بين الحرمان الاجتماعي والاقتصادي والاكتئاب

إمبريقيا. وتشمل هذه العوامل الوسيطة، وسائط خارجية مثل الوصول إلى الرعاية الصحية، ونوعية الشبكات الاجتماعية والموارد، ونوعية الوالدية parenting، وتوافر الوالدين، وبالطبع مستوى التعرض للعنف. ومن المرجح أن يشهد أطفال الأسر ذات الوضع الاجتماعي والاقتصادي الأدنى العنف وأن يكونوا ضحايا للإساءة (Buka, Stichik, Birdthistle, & Earls, 2001; Sedlak & Broadhurst, 1996). وتشمل العوامل الوسيطة الداخلية الفردية، تقدير الذات، وسلوكيات المخاطرة الصحية، والعجز المعرفي، والمهارات البيئية الشخصية، والإنجاز الأكاديمي. وتظهر العديد من المراجعات الشاملة حول عواقب الفقر والعوامل الوسيطة الكم الهائل من المعرفة التي تراكمت لدينا حول العلاقة بين الفقر والاعتداء (Aber, Bennett, Conley, 1999; Li, 1997; Leventhal & Brooks-Gunn, 2000; Turner & Lloyd, 1999). ويوضح هذا العرض أهمية عاملين واضحين: أ- الحاجة إلى عمل الرعاية الصحية الشاملة مع مساواة المرض العقلي والمرض الجسدي والمساواة في الخدمات للبالغين والأطفال، و (ب) الحاجة إلى معالجة عوامل الخطر الصحية العامة الواسعة النطاق التي لها تأثير قوي على حدوث اكتئاب المراهقين (أي التعرض للعنف).

العنف

إن التعرض للعنف أثناء مرحلة الطفولة هو عامل خطر قوي للاضطرابات النفسية والطب-نفسية في المستقبل (Kilpatrick et al., 2003; MacMillan et al., 2001) وكذلك السلوكيات الخطرة على الصحة الجسمية (Felitti et al., 1998)، سواء على المدى القصير أو المدى الطويل. إن العنف الذي يتعرض له الأطفال يأخذ أشكال كثيرة. ويشمل ذلك التعرض للاعتداء الجسدي أو الجنسي، وكذلك مشاهدة العنف في المنزل (Kilpatrick et al., 2003). ويشاهد الكثير من الأطفال أيضا العنف في كثير من الأحيان في المجتمع (Buka et al., 2001). وكثيرا ما يتعرض الأطفال لأكثر من نوع واحد من العنف، وتقتصر الدلائل إلى أن حجم المحن المرتبطة بالعنف الذي يواجهه الأطفال له تأثير كبير على شدة الآثار التي يحدثها (Felitti et al., 1998). إن أكثر توضيح مقلظ ظاهرة التراكم هذه هو تأثير التدرج للمحن المرتبطة بالعنف على خطر محاولات الانتحار. فقد أظهرت نتائج أضرار خبرات الطفولة أنه لكل خبرة إضافية ضارة للطفل، يزداد خطر حدوث محاولات الانتحار من 2 إلى 5 أضعاف، بحيث أن الأطفال أو المراهقين الذين

يواجهون سبع محن أو أكثر من المرجح أن يحاولوا 50 مرة الانتحار مقارنة بأولئك الذين لا يتعرضون للعنف (Dube et al., 2001).

وعلى الرغم من أن عواقب الصحة النفسية من التعرض للعنف متنوعة، إلا أن الأكثر انتشاراً وتم دراستها عادة هي اضطراب ضغط ما بعد صدمة (PTSD) والاكتئاب الرئيس. ويمكن أن يكون للصدمة النفسية المرتبطة بالعنف أثناء الطفولة آثار مدمرة بشكل خاص، لأن الصدمة تحدث خلال فترة حرجة من النمو. إن الدراسات العصبية البيولوجية والعصبية الغدية للنساء المكتئبات، والتي تنظر في حجم مناطق معينة من الدماغ وآليات الاستجابة الهرمونية للضغط، توفر دليلاً على أن الصدمة المرتبطة بالعنف التي حدثت خلال مرحلة الطفولة يمكن أن يكون لها آثار عميقة ودائمة على بنية الدماغ ووظيفته (Heim, Newport, Bonsall, Miller, & Nemeroff, 2001; Vythilingam et al., 2002). هذه التعديلات، بدورها، تزيد من الاستهداف للاضطرابات المرتبطة بالضغط، مثلاً للاكتئاب. إن الاكتئاب الذي يصاحب اضطراب ما بعد الصدمة أو اضطرابات أخرى، فضلاً عن الاكتئاب الذي له مسببات عصبية بيولوجية مثل تلك التي يعاني منها الأطفال ضحايا الصدمة، هوشكل منا للاضطراب المقاوم للعلاج ويرتبط بزيادة مستويات العجز (Mervaala et al., 2001; Petersen et al., 2000). ومن ثم، فمن الضروري أن تهتم استراتيجيات الوقاية بعامل التعرض للعنف.

أهداف برامج الوقاية

بالإضافة إلى الهدف الرئيس المتمثل في تقليل عدد الحالات الجديدة وتأخير حدوث اضطراب الاكتئاب الرئيس والطبيعة الغادرة لبدأ مساره، هناك أهداف أخرى إضافية وما يرتبط بها من أهداف برامج الوقاية. على سبيل المثال، من المرجح أن يكون للوقاية من الاكتئاب الرئيس تأثير على الأداء المدرسي والعمل، والمهارات الاجتماعية، ونوعية الحياة، والحد من الحاجة إلى الخدمات الطبية، والحد من اضطرابات استخدام العقاقير المرتبطة بالاكتئاب. وعلى المدى الطويل، ربما تمتد برامج الوقاية بالفعل من حياة الأفراد الذين كانوا في خطر الإصابة بالاضطراب ولكنهم لم يصابوا به، وذلك بالحد من كل من خطر الانتحار الفعلي والصخب البيولوجي والسلوكي للاضطراب. وهدف آخر لبرامج الوقاية هو تعليم الصمود (resiliency) للمشاركين في البرامج. من المرجح أن الأفراد المعرضون لخطر الإصابة بالاكتئاب الرئيس إن خبروا أحداثاً صادمة وسلبية كما

هو الحال بالنسبة لباقي افراد المجتمع. وتهدف برامج الوقاية إلى تعليم الأفراد المعرضين للخطر لكي يصبحوا أكثر قدرة على الصمود -لتنمية المهارات والقدرات اللازمة للنهوض من أو التكيف مع الشدائد-. ومن الأهداف الأخرى لبرامج الوقاية، تعزيز وإثراء الجوانب الإيجابية للحياة. من خلال تغيير الأنماط المعرفية، وتعزيز المهارات الاجتماعية، وزيادة الصمود، فإن الأفراد الذين قد يعيشون حياة سعيدة هامشية marginally ربما تتاح لهم الفرصة لتطوير قدر أكبر من تقدير الذات، وكفاءة الذات يعيشون حياة أكثر نجاحا وتكيفاً. هذا التكيف الإيجابي في الحياة قد يؤدي إلى نمو مسارات عصبية أكثر تكيفاً. ويمكن أيضاً تعزيز الذكاء الوجداني (Goleman, 1995) من خلال برامج وقائية ناجحة. وهناك أيضاً أهداف مجتمعية لبرامج الوقاية من الاكتئاب. على سبيل المثال، فإنا لانخفاض المتواضع في الحالات الجديدة من الاكتئاب الرئيس من شأنه أن يقلل العبء الاقتصادي للاضطراب. إن الاضطراب ذاته لن يكون في حاجة للعلاج في كثير من الأحيان، وكذلك المشاكل المرتبطة به أيضاً (أحياناً العلاج الذاتي) من الكحول والتبغ، وأشكال أخرى من تعاطي المخدرات. إن وقاية كل حالة من الاكتئاب الرئيس من شأنه أن يزيد من الموارد المحدودة المتاحة للمجالات الصحية الأخرى. وستزداد الإنتاجية في مكان العمل. وبالتالي فإن الدعوة إلى برامج فعالة للوقاية من النوبة الأولى من الاكتئاب الرئيس هي قوة مؤثرة، مؤثرة للأفراد، العائلات، وللمجتمع ككل.

كيف يمكن للتدخل الوقائي أن يعمل

إن مسببات اضطراب الاكتئاب معقدة وتشمل العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية (Davidson 2002; Cicchetti 1998; Goodyer 2000; Lewinsohn 1994). وفي حين أنه من الواضح أن مدخل واحد لن يقلل من جميع حالات اضطراب الاكتئاب، تقترح بعض النظريات النفسية أن العوامل الفردية تؤدي إلى استعداد لنمو اضطرابات الاكتئاب، وربما توفر نموذجاً لتعزيز الصمود في مواجهة الضغط. وقد أدت هذه النظريات إلى نمو علاجات فعالة لاضطرابات الاكتئاب لدى الشباب وغالباً ما تستخدم لتوفير الأساس النظري لتطوير برامج الوقاية. وهناك مبرر لإستخدام المجموعة الكاملة من التدخلات الوقائية، بما في ذلك كل من التدخلات الشاملة أو العامة والتدخلات المستهدفة، للحد من وباء الاكتئاب. والشيء المهم في تصميم برنامج الوقاية هو أنه يمكن تنفيذه على نحو واقعي وفعال من حيث التكلفة ويستهدف كل من الفرد والبيئة الاجتماعية والثقافية للفرد. وربما تكون هناك حاجة للاستراتيجيات الوقائية الشاملة، المستهدفة والانتقائية،

لمعالجة الأسباب الاجتماعية الأوسع للاكتئاب. وحتى الآن، ركزت معظم محاولات الوقاية على المساهمات الفردية في الاكتئاب (مثل زيادة مهارات المواجهة). وعلى الرغم من أهميتها، فإن هذه المحاولات تهمل التغييرات المنهجية التي قد تكون ضرورية للتأثير بشكل كبير على انتشار الاكتئاب. وتأتي الأدلة على التأثيرات الاجتماعية والثقافية على وباء الاكتئاب بشكل عام، وبين النساء على وجه الخصوص، من البحوث البوئية التي توضح الزيادة السريعة في انتشار الاكتئاب خلال القرن الماضي. وهذه الأدلة تطرح لتحليل بيئي لطرق تتفاعل فيها النظم المختلفة (الفردية، والأسرية، والجيرة، والمدارس، والمؤسسات، والهيكل السياسية)، من أجل تعرض الفرد لخطر الاكتئاب. ويتوافق أيضا الإطار البيئي مع دعم الجهود المبذولة لدمج النتائج من وجهات نظر متعددة (على سبيل المثال، البيولوجية، النفسية والاجتماعية الثقافية)، وهناك ميزة إضافية للإطار البيئي هو أنه يسترعي الانتباه إلى نقاط الفاعلية الواضحة التي يمكن تجاهلها من خلال البحوث الحالية.

وخلال العقد الماضي، برز عدد من الاستراتيجيات الواعدة للوقاية من الاكتئاب في مرحلة الطفولة. والمبادئ الرئيسية لهذه البرامج متشابهة، وقد أخذت تفاصيل التدخلات الوقائية للأطفال والمراهقين في الاعتبار مستوى نمو المشاركين. وتستند تقييمات الاستراتيجيات الوقائية في المقام الأول على المنهجي المعرفي السلوكي والتربية الأسرية التي تسعى إلى الحد من عوامل الخطر وتعزيز عوامل الحماية والصمود المرتبطة بالاكتئاب لدى الشباب. وبصفة عامة، تم إحراز تقدم في مجال علم الوقاية من خلال الأخذ بمعايير صارمة لتطوير وتقييم استراتيجيات وقائية يدوية manualized تستند إلى أطر نظرية راسخة والمضي قدما من خلال سلسلة من المراحل المنظمة. وأفضل وصف لهذه السلسلة ما جاء في تقرير معهد الطب لعام Institute of Medicine 's Report on the Prevention of Mental Disorder 1994 بشأن الوقاية من الاضطراب العقلي. واقترحت الدراسة أن تطوير الوقاية وتقييمها يسيران عبر خمس مراحل. المرحلة الأولى والثانية هي تحديد عوامل الخطر ووصف المساهمات النسبية للعوامل المختلفة في هذا الاضطراب. المرحلة الثالثة هي تطبيق استراتيجيات وضعت في الدراسات المبدئية pilot studies واستكمال التجارب الفعالة لتقييم الفعالية الشاملة لهذه المداخل. وتشمل المرحلة الرابعة، اجراء محاولات فعالة، تتضمن اختبار هذه الإستراتيجيات في مواقع متعددة في ظل ظروف غير مثالية، في ظروف العالم الواقعي. وتتألف المرحلة النهائية من تنفيذ هذه الاستراتيجيات في حملات الصحة العامة واسعة النطاق. وبعد هذا التسلسل، ووضع مجموعة من المعايير الامبريقية الصارمة التي يمكن من خلالها اختبار منهج التدخل الوقائي، ظهر عدد من

الاستراتيجيات الهامة للوقاية من الاكتئاب. وقد بدأ اختبارها في تصاميم التجارب العشوائية وفقا للمبادئ التوجيهية الموصي بها.

كما يجب أن يتم النظر في الوقاية من الاكتئاب في سياق التقدم الملحوظ في علم النمو العصبي، وتسلسل الجينات البشرية، وفي علم الأوبئة النفسية. ومع استكشاف هذه التطورات العلمية الهامة، فإنها ستوفر فرصا هامة لبرامج الوقاية في المستقبل. وتحتاج هذه التطورات الهامة الادمج مع السياقات الاجتماعية والثقافية والأسرية والنمائية للمراهقين في نمو التدخلات الوقائية.

ولقد وضع بيك العلاج المعرفي السلوكي على أساس نموذج المعرفي في الاكتئاب (Beck 1976). واقترح أن الأفراد المعرضين للاكتئاب لديهم تشوهات معرفية cognitive distortions مما يؤديهم إلى أن تكون لديهم نظرة سلبية عن أنفسهم والعالم والمستقبل. في العلاج المعرفي السلوكي (CBT) يتعلم الناس مراقبة وتقييم أفكارهم، وتحديد مستويات مختلفة من المزاج في انفسهم ، والتعرف على الأفكار والسلوكيات التي ساهمت في هذا المزاج، ومعرفة كيفية التعامل معها .

ومن المفاهيم ذات الصلة نمط الاعزاء attributional style (Abramson 1978) وتعلم العجز learned helplessness (Petersen 1993; Seligman 1979) والتي ساهمت أيضا في مكونات العلاج المعرفي السلوكي. فالأفراد ذوي النمط التشاؤمي يرون ان الأحداث السلبية باعتبارها جزءا مستقرا ودائم من أنفسهم، في حين أن الأحداث الإيجابية ينظر إليها على أنها حوادث عابرة والتي لا يلعبوا أي دور في حدوثها. اما عن تعلم العجز فهو ظاهرة الانسحاب والاكتئاب التي تلي الفشل في ضبط الأحداث المؤذية. ويرتبط كلاهما بشعور العجز واليأس، الأمر الذي يؤدي إلى السلبية في مواجهة التحديات ويساهم في انخفاض المزاج.

إن الناس المهيبين للاكتئاب هم اقل احتمالا لاتخاذ نهج فعال للتعامل مع الصعوبات. العلاج المعرفي السلوكي عادة ما يتضمن مكون فعال هو حل المشكلة problem-solving. العلاج المعرفي السلوكي يمكن أن يخفف من أعراض الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين (Harrington 1998; Reinecke 1998) ويمكن أن يمنع انتكاسة الاكتئاب (Paykel 1999) على الرغم من ان النتائج طويلة الأجل في الدراسات مع

الأطفال والمراهقين اظهرت نتائج متناقضة (Fonagy 2005). إن الصراع البيئشخصي، وصعوبة فترات الانتقال في الأدوار، وخبرات فقدان كلها عوامل خطر معروفة في نمواضطراب الاكتئاب لدى الشباب (Birmaher 1996; Lewinsohn 1994; McCauley 2001). ويتناول العلاج البيئشخصي (IPT) بعض هذه المكونات وهناك أدلة على كفاءته في علاج اكتئابالمراهقين (Bolton 2003; Mufson 1996; Mufson 2004).

التنمية الإيجابية للشباب

بالإضافة إلى التركيز على العلاج والوقاية من الاضطرابات النفسية في مرحلة المراهقة، هناك منظور مهم للصحة النفسية للمراهقين: التنمية الإيجابية للشباب. Positive Youth Development. فبدلاً من التركيز على الأعراض، الاضطرابات، أو المشاكل، تتعامل التنمية الإيجابية للشباب مع كل من المواهب، ونقاط القوة الفريدة لكل شاب، والإهتمامات، والإمكانات المستقبلية. إن التنمية الإيجابية للشباب تعد جانباً أساسياً من جوانب الصحة العقلية للمراهقين، ولذلك فهي تحتل مكاناً بارزاً في أي برنامج للوقاية من مشاكل الصحة النفسية لسببين: الأول هو التركيز على الوقاية. غالباً ما تكون البرامج الوقائية التي تستهدف الأفراد غير المضطربين (مثل الوقاية الشاملة للصحة النفسية) موجهة نحو بناء نقاط القوة، مثل الكفاءات الإجتماعية، بدلاً من التعامل مباشرة مع السلوكيات أو المشاعر أو الأعراض السلبية. ولذلك فإن الفهم الكامل لمجموعة من الفضائل الإيجابية ونقاط القوة وعلاقتها بالكفاءات والرفاه، من جهة ونمو الاضطرابات والمشاكل والأعراض من جهة أخرى هو ضروري لتصميم الجهود الوقائية بنجاح وتقييم فعاليتها. والسبب الثاني: أن أوجه التنمية الإيجابية للشباب تعتبر من الملامح البارزة في أي برنامج للوقاية من مشاكل الصحة النفسية هو أن الصحة النفسية للمراهقين أكثر بكثير من مجرد الأعراض والاضطرابات. كأباء ومعلمين ومهنيين في مجال الصحة العقلية، فإن هدفنا هو إعداد الشباب لمطالب الحياة. إن عدم وجود أعراض أو اضطرابات ليس من المرجح ان يكون كافياً لضمان أن المراهقين ينمون ويزدهرون ويكونون اتصالات إيجابية مع العالم الأكبر في طريقهم إلى مرحلة الرشد. إن النجاح في تحقيق الصحة النفسية الإيجابية، والرضا مع الحياة والتكيف مع المجتمع ربما يكون له علاقة أكثر ببعض الخصائص الإيجابية مثل الفضول والاصرار والامتنان والأمل والفكاهة من عدم وجود أعراض. وفي الواقع، أظهرت الأبحاث أن العوامل الخارجية الإيجابية (الدعم الأسري وتوجيهات

الكبار) والداخلية (الالتزام بالتعلم والقيم الإيجابية والشعور بالهدف) عوامل مرتبطة بالنجاح الأكاديمي ومساعدة الآخرين والقيادة وتقليل المشكلات (Benson, Leffert, Scales, & Blyth, 1998; Leffert, et al., 1998; Scales, Benson, Leffert, & Blyth, 2000). إن التركيز على التنمية الإيجابية للشباب هو مكمل للعلاج والوقاية من الاضطرابات. ومن الواضح أن المراهقين سيواصلون التعرض للمشاكل والاضطرابات التي تحتاج إلى الإهتمام والعلاج. ان الاضطرابات نفسها ربما يمكن الوقاية منها أو يمكن تخفيفها من خلال نمو نقاط القوة والفضائل في المراهقين وباقي افراد المجتمع على السواء.

يتوجه د. غريب عبد الفتاح بالشكر للدكتور مدحت الفقى على مراجعته اللغوية للبحث.

References of Preventive of Depressive Disorders

- Aber, J. L., Bennett, N. G., Conley, D. C., & Li, J. (1997). The effects of poverty on child health and development. *Annual Review of Public Health*, 18, 463–483.
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358–372.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, I. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49–59.
- Allgood-Merten, B., Lewinsohn, P. M., & Hops, H. (1990). Sex differences and adolescent depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 55–63.
- *Altmann, E. O., & Gotlib, I. H. (1988). The social behavior of depressed children: An observational study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 29–44.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revisions)*. Washington, DC.

- American Psychiatric Association (2000). Practice guidelines for the treatment of patients with major depressive disorder, 2nd Ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Asarnow, J. R., Carlson, G. A., & Guthrie, D. (1987). Coping strategies, self-perceptions, hopelessness, and perceived family environments in depressed and suicidal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 361–366.
- *Asarnow, J. R., Goldstein, M. J., Tompson, M., & Guthrie, D. (1993). One-year outcomes of depressive disorders in child psychiatric in-patients: Evaluation of the prognostic power of a brief measure of expressed emotion. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 129–137.
- Aseltine, R. H., Jr., Gore, S., & Colten, M. E. (1994). Depression and the social developmental context of adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 252–263.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliff, NJ: Prentice Hall.
- *Barbe, R. P., Bridge, J., Birmaher, B., Kolko, D. J., & Brent, D. A. (2004). Lifetime history of sexual abuse, clinical presentation, and outcome in a clinical trial for adolescent depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 77–83.
- Barber, B. K. (1996). Parental psychological control: Revisiting a neglected construct. *Child development*, 67, 3296–3319.

- *Benson, P. L., Leffert, N., Scales, P. C., & Blyth, D. A. (1998). Beyond the “village” rhetoric: Creating health communities for children and adolescents. *Applied Developmental Science*, 2, 138–159.
- *Billings, A. G., & Moos, R. H. (1983). Comparisons of children of depressed and no depressed parents: A social–environmental perspective. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11, 463–485.
- *Bowlby, J. (1980). By ethology out of psycho–analysis: An experiment in interbreeding. *Animal Behavior*, 28 (Pt 3), 649–656.
- Brady, Geraldine., Lowe, Pam., and Lauritzen, Sonja Olin (2015) *Children, Health and Well–being: Policy Debates and Lived Experience*, First Edition. Wiley–Blackwell.
- Bruce, M. L., Takeuchi, D. T., & Leaf, P. J. (1991). Poverty and psychiatric status: Longitudinal evidence from the New Haven Epidemiologic Catchment Area Study. *Archives of General Psychiatry*, 48, 470–474.
- Burns, B. J., Costello, E. J., Angold, A., Twee, D., D., Stangl, E. M. Farmer., Erkanli, A. (1995). Children's mental health service use across service sectors. *Health Affairs*, 14, 147–159.
- Cardemil, Esteban V., Reivich, Karen J., and. Seligman Martin E. P (2002) The Prevention of Depressive Symptoms in Low–Income Minority Middle School Students. *Prevention & Treatment*, Volume 5, Article 8, posted May 8, APA.

- *Cicchetti, D., Rogosch, F. A., &Toth, S. L. (1998). Maternal depressive disorder and contextual risk: Contributions to the development of attachment insecurity and behavior problems in toddlerhood. *Development and Psychopathology*, 10, 283–300.

- Clark, L. A., Watson, D., & Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 103–116.

- *Clarke, A. S., & Schneider, M. L. (1993). Prenatal stress has long-term effects on behavioral responses to stress in juvenile rhesus monkeys. *Developmental Psychobiology*, 26, 293–304.

- Clarke, G. N., Hawkins, W., Murphy, M., &Sheeber, L. (1993). School-based primary prevention of depressive symptomatology in adolescents: Findings from two studies. *Journal of Adolescent Research*, 8, 183–204.

- Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants: A proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44, 573–588.

- *Cohen, I. H. (1987). Masked depression revisited. *Maryland Medical Journal*, 36, 571.

- *Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C. N., Hartmark, C., Johnson, J., et al. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence—I. Age-and gender-specific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 851–867.

- Cohn, J. F., & Tronick, E. (1989). Specificity of infants' response to mothers' affective behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 242–248.
- *Cole, D. A., & Rehm, L. P. (1986). Family interaction patterns and childhood depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 297–314.
- commission chairs of the Annenberg Foundation trust at Sunny lands (2005). *Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders: What We Know and What We don't know: a research agenda for improving the mental health of our youth*. New York: Oxford
- *Compas, B. E., Grant, K. E., & Ey, S. (1994). Psychosocial stress and child and adolescent depression: Can we be more specific? In W. M. Reynolds & H. F. Johnston (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 509–523). New York: Plenum Press.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 668–678.
- Cross-National Collaborative Group. (1992). The changing rate of major depression: Cross-national comparisons. *Journal of the American Medical Association*, 268, 3098–3106.
- Davidson, E., Rast, Pizzagalli, Nitschke., Ransick, Putnam, Katherine. (2002) *DEPRESSION: Perspectives from Affective Neuroscience*. *Annu. Rev. Psychol.* 2002. 53:545–74.

- *DeMulder, E. K., & Radke-Yarrow, M. (1991). Attachment with affectively ill and well mothers: Concurrent behavioral correlates. *Development and Psychopathology*, 3, 227–242.
- *Devine, D., Kempton, T., & Forehand, R. (1994). Adolescent depressed mood and young adult functioning: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 629–640.
- Dixon, J. F., & Ahrens, A. H. (1992). Stress and attributional style as predictors of self-reported depression in children. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 623–634.
- Dohrenwend, B. P., Levav, I., Shrout, P. E., Schwartz, S., Naveh, G., Link, B. G., et al. (1992). Socioeconomic status and psychiatric disorders: The causation–selection issue. *Science*, 255, 946–952.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., & Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the lifespan: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *Journal of the American Medical Association*, 286, 3089–096.
- DuBois, D. L., Felner, R. D., Brand, S., & George, G. R. (1999). Profiles of self-esteem in early adolescence: Identification and investigation of adaptive correlates. *American Journal of Community Psychology*, 27, 899– 932.
- Evans, Dwight & Seligman, Martin (2005)roduction In –commission chairs of the Annenberg Foundation trust at Sunny lands (2005). Treating and

Preventing Adolescent Mental Health Disorders: What We Know and What We don't know: a research agenda for improving the mental health of our youth. New York: Oxford

- *Eysenck, H. J. (1947). Dimensions of personality. London: Kegan Paul.
- Falloon, I.R.H., Kydd, R.R., Coverdale, J.H., and Laidlaw, T.M. (1996) Early detection and intervention for initial episodes of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22,271–282.
- *Farmer, E. M. Z, & Farmer, T. W. (1999). The role of schools in outcomes for youth: Implications for children's mental health. *Journal of Child and Family Studies*, 8, 377–396.
- *Fava, G. A. (1999). Subclinical symptoms in mood disorders: Pathological and therapeutic implications. *Psychological Medicine*, 29, 47–61.
- *Fava, G. A., Grandi, S., Zielezny, M., Rafanelli, C., &Canestrari, R. (1996). Four-year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. *American Journal of Psychiatry*, 153, 945– 947.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245–258.

- *Field, T. (1995). Massage therapy for infants and children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 16, 105–111.
- *French, D. C., Conrad, J., & Turner, T. M. (1995). Adjustment of antisocial and non-antisocial rejected adolescents. *Development and Psychopathology*, 7, 857–874.
- *Gaensbauer, T. J., Harmon, R. J., Cytryn, L., & McKnew, D. H. (1984). Social and affective development in infants with a manic-depressive parent. *American Journal of Psychiatry*, 141, 223–229.
- *Garber, J., & Horowitz, J. L. (2002). Depression in children. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 510–540). New York: Guilford Press.
- *Garber, J., & Hilsman, R. (1992). Cognition, stress, and depression in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1, 129–167.
- *Garber, J., & Kaminski, K. M. (2000). Laboratory and performance-based measures of depression in children and adolescents. *Journal of Clinical and Child Psychology*, 29, 509–525.
- Garber, J., Keiley, M. K., & Martin, N. C. (2002). Developmental trajectories of adolescents' depressive symptoms: Predictors of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 79–95.

- *Garber, J., & Little, S. (1999). Predictors of competence among offspring of depressed mothers. *Journal of Adolescent Research*, 14, 44–71.
- Garber, J., & Robinson, N. S. (1997). Cognitive vulnerability in children at risk for depression. *Cognitions and Emotions*, 11, 619–635.
- Garber, J., Wiess, B., & Shanley, N. (1993). Cognitions, depressive symptoms, and development in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 248–258.
- *Garland, A. F., Hough, R. L., McCabe, K. M., Yeh, M., Wood, P. A., Aarons, G. A. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in youth across five sectors of care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 409–418.
- *Ge, X., Conger, R. D., Lorenz, F. O., & Simons, R. L. (1994). Parents' stressful life events and adolescent depressed mood. *Journal of Health and Social Behavior*, 35(1), 28–44.
- Gershuny, B. S., & Sher, K. J. (1998). The relation between personality and anxiety: Findings from a 3-year prospective study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 252–262.
- Gillham, Jane E (2003) Targeted Prevention Is Not Enough. *Prevention & Treatment*, Volume 6, Article 17, posted September 15, APA.
- Gillham, J. E., & Reivich, K. J. (1999). Prevention of depressive symptoms in school children: A research update. *Psychological Science*, 10, 461– 462.

- Gillham, J. E., Reivich, K. J., Jaycox, L. H., & Seligman, M. E. P. (1995). Prevention of depressive symptoms in school children: Two-year followup. *Psychological Science*, 6, 343–351.
- Gilman, S. E., Kawachi, I., Fitzmaurice, G. M., & Buka, S. L. (2002). Socioeconomic status in childhood and the lifetime risk of major depression. *International Journal of Epidemiology*, 31, 359–367.
- Gladstone, T. R., & Kaslow, N. J. (1995). Depression and attributions in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Abnormal and Child Psychology*, 23, 597–606.
- *Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. New York: Bantam Books.
- Goodyer, I. M., Herbert, J., & Altham, P. M. (1998). Adrenal steroid secretion and major depression in 8-to 16-year-olds, III. Influence of cortisol/DHEA ratio at presentation on subsequent rates of disappointing life events and persistent major depression. *Psychological Medicine*, 28, 265–273.
- Goodyer, I. M., Herbert, J., Tamplin, A., & Altham, P. M. (2000). Recent life events, cortisol, dehydroepiandrosterone and the onset of major depression in high-risk adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 177, 499–504.
- *Goodyer, I. M., Wright, C., & Altham, P. M. (1988). Maternal adversity and recent stressful life events in anxious and depressed children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29, 651–667.

- *Gordon, D., Burge, D., Hammen, C., Adrian, C., Jaenicke, C., & Hiroto, D. (1989). Observations of interactions of depressed women with their children. *American Journal of Psychiatry*, 146, 50–55.
- *Gotlib, I. H., & Hammen, C. (1992). Psychological aspects of depression: Toward a cognitive–interpersonal integration. In: *The Wiley series in clinical psychology*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Gotlib, I. H., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1995). Symptoms versus a diagnosis of depression: Differences in psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 90–100.
- Grant, K. E., Compas, B. E., Stuhlmacher, A. F., Thurm, A. E., McMahon, S. D., & Halpert, J. A. (2003). Stressors and child and adolescent psychopathology: Moving from markers to mechanisms of risk. *Psychological Bulletin*, 129, 447–466.
- *Gray, J. A. (1982). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septo–hippocampal system*. New York: Oxford University Press.
- Hammen, C. (1991). Generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 555–561.
- Hammen, C., Burge, D., Burney, E., & Adrian, C. (1990). Longitudinal study of diagnosis in children of women with unipolar and bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 47, 1112–1117.

- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., & Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 128–140.
- *Hayward, C., Killen, J. D., Kraemer, H. C., & Taylor, C. B. (2000). Predictors of panic attacks in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 207–214.
- Heim, C., Newport, J. D., Bonsall, R., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (2001). Altered pituitary–adrenal axis responses to provocative challenge tests in adult survivors of childhood abuse. *American Journal of Psychiatry, 158*, 575–581.
- *Heinberg, L., & Thompson, K. (1995). Body image and televised images of thinness and attractiveness: A controlled laboratory investigation. *Journal of Social and Clinical Psychology, 14*, 325–338.
- Hilsman, R., & Garber, J. (1995). A test of the cognitive diathesis–stress model of depression in children: Academic stressors, attributional style, perceived competence, and control. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 370–380.
- Hoffman, K. B., Cole, D. A., Martin, J. M., Tram, J., & Serocynski, A. D. (2001). Are the discrepancies between self–and others' appraisals of competence predictive or reflective of depressive symptoms in children and adolescents: A longitudinal study, Part II. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 651–662.

- Howe, George W. (2003) Next-Generation Trials for the Prevention of Depression: Lessons from Longitudinal Epidemiology and Developmental Psychopathology. *Prevention & Treatment*, Volume 6, Article 16, posted September 15, APA.

- *Ingram, R. E., Miranda, J., & Segal, Z. V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. New York: Guilford Press.

- Irwin, C. E., Burg, S. J., & Cart, C. U. (2002). America's adolescents: Where have we been, where are we going? *Journal of Adolescent Health*, 31, 91–121.

- *Jaycox, L. H., Reivich, K. J., Gillham, J., & Seligman, M. E. P. (1994). Prevention of depressive symptoms in school children. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 801–816.

- Johnson, J. G., Cohen, P., Dohrenwend, B. P., Link, B. G., & Brook, J. S. (1999). A longitudinal investigation of social causation and social selection processes involved in the association between socioeconomic status and psychiatric disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 490–499.

- Joiner, Thomas., Coyne, James., and Blalock, Janice. (1999) On the Interpersonal Nature of Depression: Overview and Synthesis, In *the Interactional Nature of Depression: Advances in Interpersonal Approaches*, edited by T. Joiner and J. C. Coyne. American Psychological Association

- *Joiner, Jr., Thomas E., Metalsky, Gerald I. (1995) A Prospective Test of an Integrative Interpersonal Theory of Depression: A Naturalistic Study of College

Roommates. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 69, No. 4, 778–788

- *Johnson, J., Weissman, M. M., & Klerman, G. L. (1992). Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *Journal of the American Medical Association*, 267, 1478– 1483.
- Joiner, T. E., Jr., & Wagner, K. D. (1995). Attributional style and depression in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 8, 777–798.
- Jorm, A. F., Christensen, H., Henderson, A. S., & Jacomb, P. A. (2000). Predicting anxiety and depression from personality: Is there a synergistic effect of neuroticism and extraversion? *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 145–149.
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Maser, J., Zeller, P. J., Endicott, J., Coryell, W., Paulus, M. P., Kunovac, J. L., Leon, A. C., Mueller, T. I., Rice, J. A., & Keller, M. B. (1998). A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55, 694–700
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., & Paulus, M. P. (1997). The role and clinical significance of subsyndromal depressive symptoms (SSD) in unipolar major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 45, 5–18.
- Kagan, J., Reznick, J. S., & Snidman, N. (1987). The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child Development*, 55, 1459–1473.

- *Kaslow, N. J., Rehm, L. P., & Siegel, A. W. (1984). Social-cognitive and cognitive correlates of depression in children. *Journal of Abnormal and Child Psychology*, 12, 605–620.
- *Katainen, S., Raikkonen, K., Keskivaara, P., & Keltikangas-Jarvinen, L. (1999). Maternal child-rearing attitudes and role satisfaction and children's temperament as antecedents of adolescent depressive tendencies: Follow-up study of 6- to 15-year-olds. *Journal of Youth and Adolescence*, 2, 139–163.
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (2002). Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1133–1145.
- Kendler, K. S., Kessler, R. C., Neale, M. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1993). The prediction of major depression in women: Toward an integrated etiologic model. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1139–1148.
- Kendler, K. S., Kuhn, J., & Prescott, C. A. (2004). The interrelationship of neuroticism, sex, and stressful life events in the prediction of episodes of major depression. *American Journal of Psychology*, 16, 631–636.
- Kenny, M. E., Moilanen, D. M., Lomax, R., & Brabeck, M. D. (1993). Contributions of parental attachment to view of self and depressive symptoms among early adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 13, 408–430.
- Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S., & Best, C. L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression,

substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 692–700.

– *Kistner, J., Balthazor, M., Risi, S., & Burton, C. (1999). Predicting dysphoria in adolescence from actual and perceived peer acceptance in childhood. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 94–104.

– Klein, D. N., Depue, R. A., & Slater, J. F. (1985). Cyclothymia in the adolescent offspring of parents with bipolar affective disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 115–127.

– *Klein, D. N., Durbin, C. E., Shankman, S. A., & Santiago, N. J. (2002). Depression and personality. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression and its treatment* (pp. 115–140). New York: Guilford Press.

– *Kobak, R. R., Cole, H. E., Ferenz-Gillies, R., Fleming, W. S., & Gamble, W. (1993). Attachment and emotion regulation during mother–teen problem solving: A control theory analysis. *Child Development*, 64, 231–245.

– *Kochanska, G., Kuczynski, L., Radke-Yarrow, M., & Welsh, J. D. (1987). Resolutions of control episodes between well and affectively ill mothers and their young children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 441–456.

– Krueger, R. F., Caspi, A., Moffitt, T. E., Silva, P., McGee, R. (1996). Personality traits are differentially linked to mental disorders: A multitrait–multidiagnosis study of an adolescent birth cohort. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 299–312.

- Larson, R. J. (1992). Neuroticism and selective encoding and recall of symptoms: Evidence from a combined concurrent retrospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 480–488.
- Lazarus, R. S., DeLongis, A., Folkman, S., & Gruen, R. (1985). Stress and adaptational outcomes. The problem of confounded measures. *American Psychologist*, 40, 770–785.
- Le, H., Muñoz, R. F., Ippen, C. G., & Stoddard, J. L. (2003). Treatment is not enough: We must prevent major depression in women. *Prevention & Treatment*, 6, Article 10. APA.
- Levenson, M. R., Aldwin, C. M., Bosse, R., & Spiro, A. (1988). Emotionality and mental health: Longitudinal findings from the normative aging study. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 94–96.
- Leventhal, T., & Brooks–Gunn, J. (2000). The neighborhoods they live in: The effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychological Bulletin*, 126, 309–337.
- *Lewinsohn, P. M., & Clarke, G. N. (1999). Psychosocial treatments for adolescent depression. *Clinical Psychology Review*, 19, 329–342.
- *Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Hops, H., & Andrews, J. (1990). Cognitive–behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy*, 21, 385–401.

- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R., & Andrews, J. A. (1993). Adolescent psychopathology. I. Prevalence and incidence of depression and other DSM–III–R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133–144.
- Lewinsohn, P., Joiner, T., & Rohde, P. (2001). Evaluation of cognitive diathesis–stress models in predicting major depressive disorder in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 203–215.
- Lewinsohn, Peter M., Roberts, Robert E., Seeley, John R., Rohde, Paul., Gotlib, Ian H. and Hops, Hyman (1994) Adolescent Psychopathology: II. Psychosocial Risk Factors for Depression. *Journal of Abnormal Psychology*. Vol. 103, No. 2, 302–315
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., Klein, D. N., & Gotlib, I. H. (2000). Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: Predictors of recurrence in young adults. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1585–1591.
- Lewinsohn, P. M., Solomon, A., Seeley, J. R., & Zeiss, A. (2000). Clinical implications of “subthreshold” depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 345–351.
- Little, B. J., & Spence, S. H. (1990). Cognitive–behavior therapy with depressed primary school children: A cautionary note. *Behavioral Psychotherapy*, 18, 85–102.

- *Lovejoy, M. C. (1991). Maternal depression: Effects on social cognition and behavior in parent–child interactions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 693–706.
- MacMillan, H. L., Fleming, J. E., Streiner, D. L., Lin, E., Boyle, M. H., Jamieson, E., et al. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1878–1883.
- Matas, L., Arend, R., & Sroufe, L. (1978). Continuity of adaptation in the second year: The relationship between quality of attachment and later competence. *Child Development*, 49, 547–556.
- Merry, SN., Hetrick, SE., Cox, GR., Brudevold–Iversen T., Bir, JJ., and McDowell, (2011). Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 12. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
- McCarthy, M. (1990). The thin ideal, depression, and eating disorders in women. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 205–215.
- Mervaala, E., Foehr, J., Koenonen, M., Valkonen–Korhonen, M., Vainio, P., Partanen, K., et al. (2000). Quantitative MRI of the hippocampus and amygdala in severe depression. *Psychological Medicine*, 30, 117–125.
- Monroe, S. M., Rohde, P., Seeley, J. R., & Lewinsohn, P. M. (1999). Life events and depression in adolescence: relationship loss as a prospective risk factor for first onset of major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 606–614.

- *Morris, M. (1980–1981). Childhood depression in the primary grades: Early identification, a teacher consultation remedial model, and classroom correlates of change. *Interchange*, 11, 61–75.
- Mrazek., Patricia J. and Haggerty, Robert J. (1994) Editors; Committee on Prevention of Mental Disorders, Institute of Medicine. *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. National Academy Press: Washington, D.C.
- Muñoz, R. F., Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (1996). Institute of Medicine report on prevention of mental disorders. *American Psychologist*, 51, 1116–1122.
- Murphy, J., Laird, N., & Monson, R. (2000). A 40-year perspective on the prevalence of depression. *Archives of General Psychiatry*, 57, 209–215.
- *Myers, D. G. (2000). *The American paradox: Spiritual hunger in an age of plenty*. New Haven: Yale University Press.
- Nolan, S., Flynn, C., & Garber, J. (2003). The relation between rejection and depression in adolescents. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 745–755.
- Nolen–Hoeksema S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504–511.

- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S., & Seligman, M. E. (1986). Learned helplessness in children: A longitudinal study of depression, achievement, and explanatory style. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 435–444.
- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S., & Seligman, M. E. P. (1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A 5-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 405–422.
- Offord, R., Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Jensen, P. S., & Harrington, R. (1998). Lowering the burden of suffering from child psychiatric disorder: Trade-offs among clinical, targeted, and universal interventions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 686–694.
- Panak, W. F., & Garber, J. (1992). Role of aggression, rejection, and attributions in the prediction of depression in children. *Development and Psychopathology*, 4, 145–165.
- Park, Nansook. (2003) Building Wellness to Prevent Depression. *Prevention & Treatment*, Volume 6, Article 16, posted September, APA.
- Parker, G. (1993). Parental rearing style: Examining for links with personality vulnerability factors for depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 97–100.
- Parks, Acacia C., and Herman, Keith C. (2003) A Sociocultural Perspective on the Primary Prevention of Depression. *Prevention & Treatment*, Volume 6, Article 15, posted September 15, APA.

- Peterson, Christopher (2002) What Prevention Researchers and Practitioners Should Know in the 21st Century. *Prevention & Treatment*, Volume 5, Article 1, posted January 15, APA.
- *Petersen, T., Gordon, J. A., Kant, A., Fava, M., Rosenbaum, J. R., & Nierenberg, A. A. (2001). Treatment-resistant depression and Axis I comorbidity. *Psychological Medicine*, 31, 1223–1229. *Peterson, L., Mullins, L. L., & Ridley-Johnson, R. (1985). Childhood depression: Peer reactions to depression and life stress. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 597–609.
- *Pine, D. S., Cohen, P., & Brook, J. (1996). The association between major depression and headache: Results of a longitudinal epidemiologic study in youth. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 6, 153–164.
- Price, Richard H., and Bennett, Suzanne Johnson (1999) *Cognitive Behavioral Approaches to the Prevention of Depression, Anxiety and Health Problems: New Results and Future Prospects*. *Prevention & Treatment*, Volume 2, Article 7, posted December 21, APA.
- *Puig-Antich, J., Lukens, E., Davies, M., Goetz, D., Brennan-Quattrock, J., & Todak, G. (1985a). Psychosocial functioning in prepubertal major depressive disorders. I. Interpersonal relationships during the depressive episode. *Archives of General Psychiatry*, 42, 500–507.
- *Puig-Antich, J., Lukens, E., Davies, M., Goetz, D., Brennan-Quattrock, J., & Todak, G. (1985b). Psychosocial functioning in prepubertal major depressive

disorders. II. Interpersonal relationships after sustained recovery from affective episode. *Archives of General Psychiatry*, 42, 511– 517.

- *Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- *Quiggle, N. L., Garber, J., Panak, W. F., & Dodge, K. A. (1992). Social information processing in aggressive and depressed children. *Child Development*, 63, 1305–1320.
- *Radke-Yarrow, M., Nottelman, E., Martinez, P., Fox, M., & Belmont, B. (1992). Young children of affectively ill parents: A longitudinal study of psychological development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 68–76.
- Rao, O., Ryan, N. D., Birmaher, B., Dahl, R. E., Williamson, D. E., Kaufman, J., et al. (1995). Unipolar depression in adolescents: Clinical outcome in adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 566–578.
- Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17, 47–67.
- Reinke, W. M., & Herman, K. C. (2002). Creating school environments that deter antisocial behaviors in youth. *Psychology in the Schools*, 39, 549–560.

- *Roberts, S. B., & Kendler, K. S. (1999). Neuroticism and self-esteem as indices of the vulnerability to major depression in women. *Psychological Medicine*, 29, 1101–1109.
- *Robins, L. N., Locke, B. Z., & Regier, D. A. (1991). An overview of psychiatric disorders in America. In L. N. Robins & D. A. Regier (Eds.), *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Project* (pp. 328–366). New York: The Free Press.
- Robinson, N. S., Garber, J., & Hillsman, R. (1995). Cognitions and stress: direct and moderating effects on depressive versus externalizing symptoms during the junior high school transition. *Journal of Abnormal Psychology* 104, 453–463
- *Roeser, R. W., & Eccles, J. S. (2000). Schooling and mental health. In Arnold J. Sameroff, Michael Lewis, Suzanne M. Miller. *Handbook of Developmental Psychopathology*. New York: Springer
- Rubin, K., Booth, L., Zahn-Waxler, C., Cummings, E. M., & Wilkinson, M. (1991). Dyadic play behaviors of children of well and depressed mothers. *Development and Psychopathology*, 3, 243–251.
- *Rudolph, K. D., Hammen, C., & Burge, D. (1994). Interpersonal functioning and depressive symptoms in childhood: Addressing the issues of specificity and comorbidity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 355–371.
- Rueter, M. A., Scaramella, L., Wallace, L. E., & Conger, R. D. (1999). First onset of depressive or anxiety disorders predicted by the longitudinal course

of internalizing symptoms and parent–adolescent disagreements. *Archives of General Psychiatry*, 56, 726–732.

- *Rutter, M. (1996). Connections between child and adult psychopathology. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 5 (Suppl. 1), 4–7.
- Sandler, Irwin (1999) Progress in Developing Strategies and Theory for the Prevention of Depression and Anxiety. *Prevention & Treatment*, Volume 2, Article 9, posted December 21. APA.
- Scales, P. C., Benson, P. L., Leffert, N., & Blyth, D. A. (2000). Contributions of developmental assets to the prediction of thriving among adolescents. *Applied Developmental Science*, 4, 27–46.
- Seligman, Martin E. P., Schulmanm, Peter., DeRubeis, Robert J., and Hollon, Steven D. (1999) The Prevention of Depression and Anxiety. *Prevention & Treatment*, Volume 2, Article 8, posted December 21, APA.
- Sheeber, L., Hops, H., Albert, A., Davis, B., & Andrews, J. (1997). Family support and conflict: prospective relations to adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 333–344.
- Shinn, Marybeth., and Toohey, Siobhan M. (2001) Refocusing on Primary Prevention. *Prevention & Treatment*, Volume 4, Article 21, posted June 26, APA.

- *Simons, A. D., Murphy, G. E., Levine, J. E., & Wetzel, R. D. (1986). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Sustained improvement over one year. *Archives of General Psychiatry*, 43, 43–49.
- Spence, S., Najman, J. M., Bor, W., O'Callaghan, M. J., & Williams, G. M. (2002). Maternal anxiety and depression, poverty and marital relationship factors during early childhood as predictors of anxiety and depressive symptoms in adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 43, 457– 469.
- *Stanger, C., McConaughy, S. H., & Achenbach, T. M. (1992). Three-year course of behavioral/emotional problems in a national sample of 4-to 16-year-olds: II. Predictors of syndromes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 941–950.
- *Stein, D., Williamson, D. E., Birmaher, B., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E., et al. (2000). Parent-child bonding and family functioning in depressed children and children at high risk and low risk for future depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1387–1395.
- *Steingard, R. J., Renshaw, A. F., Hennen, J., Lenox, M., Cintron, C., Young, A., et al. (2002). Smaller frontal lobe white matter volumes in depressed adolescents. *Biological Psychiatry*, 52, 413–417.
- Stice, Eric., Rohde, Paul., Seeley, John R., and Gau, Jeff M. (2008) Brief Cognitive-Behavioral Depression Prevention Program for High-Risk Adolescents

Outperforms Two Alternative Interventions: A Randomized Efficacy Trial. *J Consult Clin Psychol.*; 76(4): 595–606

- Teti, D. M., Gelfand, D. M., Messinger, D., & Isabella, R. (1995). Maternal depression and the quality of early attachment: An examination of infants, preschoolers and their mothers. *Developmental Psychology*, 31, 364–376.
- *Trad, P. V. (1987). *Infant and childhood depression: developmental factors*. New York: John Wiley & Sons.
- *Trad, P. V. (1994). Save our children. *American Journal of Psychotherapy*, 48, 175–178.
- Turner, J. E., Jr., & Cole, D. A. (1994). Developmental differences in cognitive diatheses for child depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 15–32.
- Turner, R. J., & Lloyd, D. A. (1999). The stress process and the social distribution of depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 40, 374– 404.
- Twenge, J. M. (2000). The age of anxiety? Birth–cohort change in anxiety and neuroticism, 1952–1993. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 1007–1021
- *U.S. Department of Health and Human Services (US–DHHS). (1999). *Mental health: A report of the Surgeon General*. Washington, DC: Author.

- *van Os, J., Jones, P., Lewis, G., Wadsworth, M., & Murray, R. (1997). Developmental precursors of affective illness in a general population birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 54, 625–631.
- *Vitaro, F., Pelletier, D., Gagnon, C., & Baron, P. (1995). Correlates of depressive symptoms in early adolescence. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 3, 241–251.
- Vythilingam, M., Heim, C., Newport, J., Miller, A. H., Anderson, E., Bronen, R., et al. (2002). Childhood trauma associated with smaller hippocampal volume in women with major depression. *American Journal of Psychiatry*, 159, 2072–2080.
- Walker, L. S., Garber, J., & Greene, J. W. (1993). Psychosocial correlates of recurrent childhood pain: A comparison of pediatric patients with recurrent abdominal pain, organic illness, and psychiatric disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 248–258.
- *Warner, V., Weissman, M. M., Mufson, L., & Wickramaratne, P. J. (1999). Grandparents, parents, and grandchildren at high risk for depression: A three-generation study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 289–296.
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219–235.
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1988). Maternal depression and its relationship to life stress, perceptions of child behavior problems, parenting

behaviors, and child conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 299–315.

– Weissman, M. M., Bland, R., Canino, G., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H. G., et al. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Journal of the American Medical Association*, 276, 293–299.

– Weissman, M. M., Paykel, E. S., Siegel, R., & Klerman, G. L. (1971). The social role performance of depressed women: Comparisons with a normal group. *American Journal of Orthopsychiatry*, 41, 390–405.

– Weissman, M. M., Warner, V., Wickramaratne, P., Moreau, D., & Olfson, M. (1997). Offspring of depressed parents. 10 years later. *Archives of General Psychiatry*, 54, 932–940.

– *Weissman, M. M., Warner, V., Wickramaratne, P. J., Nomura, Y., Merikangas, K., Bruder, G., et al. (2004). Offspring at high risk for anxiety and depression: Preliminary findings from a three-generation study. In J. Gorman (Ed.), *Fear and anxiety: Benefits of translational research* (pp. 65–85). Washington, DC: American Psychiatric Association Press.

– Weisz, J. R., Southam-Gerow, M. A., & McCarty, C. A. (2001). Control related beliefs and self-reported depressive symptoms in clinic-referred children and adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 97–109.

– *Wells, K. B., Kataoka, S. H., & Asarnow, J. R. (2001). Affective disorders in children and adolescents: Addressing unmet need in primary care settings. *Biological Psychiatry*, 49, 1111–1120.

- World Health Organization. (2004) Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report / a report of the World Health Organization Dept. of Mental Health and Substance Abuse; in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht. Geneva: Switzerland
 - Zill, N., & Schoenborn, C. A. (1990). Developmental, learning, and emotional problems: Health of our nation's children, United States, 198 In Advance data from vital and health statistics (No. 190). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
 - Zimmerman, M., Mattia, J. I., & Posternak, M. A. (2002). Are subjects in pharmacological treatment trials of depression representative of patients in routine clinical practice? American Journal of Psychiatry, 159, 469–473.
-

*The references on Which has an asterisk, mentioned in the research text, but the researcher did not actually refer to and mentioned for other researchers interested in the subject, and the rest of the references, the researcher refers to and are available to researchers interested in the subject electronically, except books.

– Email: Ghareeb_ghareeb@hotmail.com

– Website: Dr.Ghareeb Abdel Fattah Ghareeb

