

الاکتاب لدي الأطفال والمراهقين¹

تحریر ت - سٹیوارت واطسون
جامعة میامی - أكسفور، أوهایو.
وكریستوفر إتش سکنیر
جامعة تینیسی - کنوكسفیل - تینیسی.
Kluwer Academic / Plenum Publishers
New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow

ترجمة د. محمد السعيد أبو حلاوة

المكتبة الإلكترونية
أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة
www.gulfkids.com

¹ Merrell, K, W., & Isava, D, M., (2005). Depression in Children and Adolescents. Encyclopedia of School Psychology. Kluwer Academic/ Plenum Publishers. New York, Boston, London, Moscow.

* ترجمة د. محمد السعيد أبو حلاوة. مدرس الصحة النفسية وعلم نفس الأطفال غير العاديين، كلية التربية بدمنهور، جامعة الإسكندرية.

الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين

- (1) مقدمة.
- (2) تعريف الاكتئاب وأعراضه.
- (3) معدلات شيوع الاكتئاب بين الأطفال.
- (4) العوامل المؤدية إلي الاكتئاب أو محددات نشأة وتطور الاكتئاب.
- (5) قياس وتشخيص الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين.
- (6) مداخل علاج الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين.
- (7) العلاج الطبي أو الدوائي للاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين.
- (8) خاتمة.

1) مقدمة.

يعد الاكتئاب واحداً من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً بين الراشدين. ومع ذلك توجد شواهد كثيرة تفيد بأن نسبة كبيرة من الأطفال والمراهقين خاصة في ظروف الحياة المعاصرة يعانون من الاكتئاب. ومع ذلك لم تحظى دراسة الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين بنفس القدر من الاهتمام الذي حظيت ومازالت تحظى به دراسة الاكتئاب لدى الراشدين. حيث لم يتم دراسة الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين بصورة كبيرة إلا مع بدايات العقد الثامن من القرن العشرين عندما ظهرت شواهد كثيرة تفيد زيادة انتشار الاكتئاب بين الأطفال والمراهقين ومن هنا أصبحت دراسة الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين محل اهتمام كبير بين خبراء الصحة النفسية والطب النفسي وعلم النفس الكلينيكي وغيره من التخصصات الأخرى.

ويمثل الاكتئاب واحداً من الأنماط الرئيسية الأربعة المكونة لما يعرف بالاضطرابات أو المتلازمات المرضية الداخلية والتي تشمل بالإضافة إلي **الاكتئاب، القلق، الانسحاب الاجتماعي، الشكاوى البدنية أو الجسمية.** وتشكل الاضطرابات الداخلية نمطاً أو مجالاً فرعياً رئيسياً للمشكلات الانفعالية والسلوكية. ويشير مصطلح " داخلي **Internalizing** " إلي أن هذه المشكلات (المشكلات الانفعالية والسلوكية) تنشأ وتتطور وتستمر إلي مدى بعيد داخل الفرد. وتجعل هذه الحقيقة الكشف عن أعراض هذه المشكلات صعباً خاصة إذا اعتمد في الكشف عنها فقط على الملاحظات المباشرة. وبالتالي تتطلب عملية الكشف عن و/أو تشخيص هذه المشكلات الانفعالية والسلوكية تقييمات نفسية عميقة تركز بالأساس على الكشف عن و/رصد مشاعر وانفعالات الفرد تجاه نفسه وتجاه الآخرين، رؤيته لذاته أو تقديره لذاته، مفهومه عن ذاته، والطريقة التي يفكر بها في ذاته وفي البيئة المحيطة وبالجملة مجموعة أفكاره، معتقداته، مشاعره، اتجاهاته نحو نفسه ونحو العالم من حوله خاصة عالم الخبرة الاجتماعية. وقد يعاني الطفل أو المراهق من شكل معين من أشكال الاضطرابات أو المتلازمات المرضية الداخلية كالاكتئاب أو القلق أو الانسحاب الاجتماعي، أو الشكاوى الجسدية بصورة منفردة إلا أنه من الشائع أن يقترن شكلين أو أكثر من هذه الأشكال معاً فعادة ما يقترن الاكتئاب بالشكاوى البدنية وبالانسحاب الاجتماعي وبسيطرة حالة من الكدر والضيق الانفعالي العام على المبتلى به. ويوجد في الحقيقة تداخل كبير بين مختلف الأعراض الخاصة بهذه المتلازمات المرضية. ومن الممكن أن يظهر الأطفال والمراهقين أيضاً كل من اضطرابات

المسلك الخطيرة أو النشاط الحركي الزائد (مثل الميل إلى العراك والشجار، السرقة، وعدم الانتباه) وأعراض المتلازمات المرضية الداخلية مثل القلق والاكتئاب في نفس الوقت. ومع ذلك تعتبر الاضطرابات الداخلية موضع ضبط أو تحكم زائد من قبل المصاب بها، بمعنى أن الفرد الذي يعاني من الأعراض المرضية لهذه الاضطرابات يحاول ممارسة مستوى مرتفع من التحكم أو السيطرة أو الضبط غير السوي على انفعالاته، سلوكياته، وعلى عمليات التفكير. ويعد السلوك العدواني وغيره من مشكلات المسلك أو التصرف على الجانب الآخر غير مسيطر عليه أو يصعب السيطرة عليه أو ضبطه بمعنى أنه لا يوجد لدى الفرد ذو السلوك العدواني أو ذو مشكلات المسلك أو التصرف الاستراتيجيات الكافية لضبط أو تنظيم سلوكياته، وجدانه، ومعارفه.

2) تعريف الاكتئاب وأعراضه.

استخدم في تشخيص الاكتئاب لدى الأطفال نفس المحكات التي تستخدم في تشخيصه لدى الراشدين على الرغم من التباين في تجليات بعض أعراض الاكتئاب بين الأطفال والراشدين. وتتضمن الخصائص الرئيسية للاكتئاب: الحزن الشديد والمتصل، فقدان الاهتمام بالأنشطة، مشكلات النوم (إما الإفراط في النوم أو الإفراط في التنبه واليقظة وعدم النوم)، البطء الحركي العام أو الخمول البدني التام، في بعض الحالات التهيج الحركي وعدم الاستقرار الحركي، فقدان الحيوية والطاقة، التفكير أو الانشغال التام بقضايا الموت أو الوفاة، سيطرة مشاعر النقص وانعدام القيمة واللوم الشديد والمبالغ فيه للذات (جلد الذات)، صعوبة في التفكير وفي التركيز وفي اتخاذ القرار. ومن الأعراض الشائعة للاكتئاب بين الأطفال والمراهقين المشكلات البدنية الخاصة بصورة محددة بوزن الجسم وصورة الجسد -Body Image. ويوجد عرضيين إضافيين يميزان وجود الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين هما: التوتر الحركي العام وعدم الارتياح، والشكاوى الجسدية أو البدنية (مثل آلام المعدة، الصداع). وليس من الضروري أن يعاني الطفل أو المراهق أو الراشد من كل الأعراض السابقة ليسقط عليه وصف المكتئب. إذ أن المحك العام لتشخيص الاكتئاب يفيد ضرورة وجود على الأقل خمسة أعراض من الأعراض السابقة معظم الوقت لمدة أسبوعين متتاليين أو أكثر على أن يكون من بين هذه الأعراض الخمسة الحزن الشديد أو فقدان الاهتمام.

3) معدلات شيوع الاكتئاب بين الأطفال والمراهقين.

يصعب بصورة عامة القطع بتقديرات محددة لمعدلات شيوع الاكتئاب بين الأطفال والمراهقين. ويتعذر الإجابة الدقيقة عن السؤال الخاص بكم عدد الأطفال والمراهقين الذي يعانون من الاكتئاب؟ وبناء على نتائج مجموعة متنوعة من الدراسات والتقديرات يمكن القول أن معدل شيوع الأعراض الاكتئابية التي تصل درجة شدتها إلى تكوينها لاضطراب أو مشكلة الاكتئاب يتراوح بين 3 إلى 6% من إجمالي الأطفال والمراهقين في المجتمع. ومعدلات شيوع الاكتئاب بين الإناث أعلى من معدلات شيوعه بين الذكور. وهذه الأمر حقيقي خاصة بعد مرحلة المراهقة عندما تصبح الفروق بين الجنسين أكثر وضوحاً إذ تشير نتائج الكثير من التقارير العلمية أن معدل شيوع الاكتئاب بين الإناث بعد مرحلة المراهقة ضعف معدل شيوعه بين الذكور حيث يقابل كل ذكر مصاب بالاكتئاب اثنتان من الإناث تعانين من الاكتئاب الكلينيكي (المشخص).

4) العوامل المؤدية إلى الاكتئاب أو محددات نشأة وتطور الاكتئاب.

لكي نصل إلى فهم أفضل لاضطراب الاكتئاب، من المفيد أن ندرك كيف تتطور المشكلات المرتبطة بأعراض الاكتئاب. ويوجد في الحقيقة بعض الشواهد التي تقيد أن العوامل البيولوجية دوراً رئيسياً في نشأة وتطور الاكتئاب، فلو نظرنا إلى ما يعرف بالانحرافات أو الشذوذ في الموصلات العصبية (إرسال واستقبال المواد الكيميائية بالمخ) لوجدنا ورائها رابط جيني (خاص بالجينات الوراثية) يجعل بعض

الناس أكثر عرضة أو أكثر تهيئاً أو أكثر استعداداً للإصابة بالاكتئاب. ويوجد تأثير بيولوجي آخر يتمثل في **الخصائص المزاجية** فقد كشف الباحثون عن وجود **خصائص مزاجية** معينة تجعل الأطفال الذين يمتلكونها أكثر قابلية للتهيج والإثارة، أكثر تنبهاً ويقظة، أكثر حساسية، وتتميز ردود أفعالهم للمثيرات الجديدة وغي المألوفة بالتهور والسلبية. وهؤلاء الأطفال مقارنة بأقرانهم ذوي الخصائص المزاجية المعتدلة أكثر استعداد للقلق، للخجل، للانسحاب الاجتماعي وعندما يتواجد مثل هؤلاء الأطفال في بيئة تعلم قاسية غير متفهمة مسيئة هنا ينشأ ويتطور الاكتئاب لدي هؤلاء الأطفال. وقد يلعب انحراف أو شذوذ أو تلف الجهاز الغددي (الغدد خاصة الغدة الصماء) دوراً بيولوجياً في القابلية للاكتئاب.

ويوجد الكثير من **العوامل الأسرية** التي تهيئ الأطفال والمراهقين إلي الإصابة بالاكتئاب وتشمل هذه العوامل: العلاقات الأسرية الجافة، المناخ الانفعالي الأسري البارد القاسي، زيادة شيوخ الصراعات والخلافات الأسرية، نقص أو قصور علاقات التواصل الأسري، ونقص أو قصور مهارات حل المشكلات. بالإضافة إلي زيادة عوامل الخطورة المؤدية إلي الإصابة بالاكتئاب لدي الأطفال الذين يعيشون مع آباء يعانون من الاكتئاب بسبب أن السلوكيات، الأعراض الانفعالية، والأنماط المعرفية الممثلة لدائرة الاكتئاب غالباً ما تتجسد في الأداءات السلوكية للآباء ويتعايش الأطفال مع هذه الأداءات بصورة يومية. ومن هنا نستطيع تفهم جزءاً من سبب زيادة شيوخ الاكتئاب بين الأطفال في الآونة المعاصرة في ظل التزايد المخيف في مصادر الضغوط والأزمات النفسية والاجتماعية والاقتصادية التي تتعرض لها مؤسسة الأسرة في المجتمعات المعاصرة بسبب حالة التحولات الدراماتيكية في أساليب الحياة على مستوى الفكر والانفعال والسلوك.

كما تلعب **الضغوط النفسية أو تعرض الفرد إلى الأحداث الضاغطة الشديدة** مثل فقدان عزيز أو مشكلات صحية خطيرة إلي تهيئته للمعاناة من الاكتئاب خاصة إذا افتقد إلي المساندة الانفعالية والاجتماعية من المحيطين به أو نُدرت الخدمات الاجتماعية والصحية التي يمكن أن تقدم إليه. وقد ثبت أيضاً أن هناك الكثير من **العوامل المعرفية** التي تؤثر بصورة واضحة على احتمالات إصابة الفرد بالاكتئاب من هذه العوامل: أنماط أو أساليب التفكير الخاطئة غير المنطقية التي يتعامل بمقتضاها الفرد مع ذاته ومع العالم أو التي تتشكل بناء عليها رؤيته ومفهومه لذاته ولعالم الخبرة الاجتماعية من حوله. كما أن لدرجة أو مدى الضبط أو السيطرة التي يمارسها الفرد على حياته تأثيرات رئيسية في واقع الأمر على قابليته للاكتئاب وترتبط هذه السيطرة بما يسميه علماء النفس بوجهة الضبط أو التحكم (محل التبعة كما يفضل سيد عثمان) وهو الأسلوب الذي يستخدمه الفرد في تفسير أو عزو نجاحاته وإخفاقاته فهناك من الأفراد من يعزي نجاحه أو إخفاقه إلي قدراته وخصائصه ومهاراته ومجهوده الشخصي وهناك من الأفراد من يعزي نجاحه أو إخفاقه إلي عوامل خارجية لا تحكم له فيه مثل مساعدة الآخرين أو الحظ. ولاشك أن ميل الفرد إلي عزو إخفاقاته إلي عوامل داخلية فقط أكثر عرضه للدخول في دائرة جلد الذات وبالتالي الاقتراب التدريجي مع تنالي هذه الإخفاقات من الاكتئاب إلي أن يأتي **حدث ضاغط** يوقعه بالفعل في الاكتئاب. وأخيراً فإن تبني الفرد **لأنماط سلوكية أو لأساليب حياة** بتعبير أوضح يعزل نفسه بمقتضاها عن الأصدقاء مؤثراً عدم القيام بأفعال يترتب عليها مكاسب أو مكافآت اجتماعية يسبب ويعزز مشاعر الاكتئاب، الوحدة النفسية، وانخفاض تقدير الذات.

وعلى الرغم من وجود الكثير من الفئات التي تتوزع عليها العوامل المحتمل أن تسبب نشأة وتطور الاكتئاب إلا أن هذه الحقيقة لا تعني بالضرورة أن هناك سبباً واضحاً محددًا أو رئيسياً يمكن عزو الاكتئاب إليه بصورة مباشرة، كما أن معرفة سبب الاكتئاب لا يعني بالضرورة أن نمط تدخل علاجي أكثر مرغوبة من نمط آخر. وفي الحقيقة من الصعب في الكثير من الحالات تحديد سبباً واحداً رئيسياً للاكتئاب بسبب أن معظم مصادر الاكتئاب والعوامل المؤدية تتفاعل فيما بينها بصورة يصعب عزل أثر كل منها على حدة، بل يحكم تفاعل هذه العوامل مع بعضها مختلف الظروف الحياتية للفرد وبالتالي يجب تفسير تأثير هذه العوامل في سياق هذه الظروف الحياتية الفريدة لهذا الفرد أو ذلك.

5) قياس وتشخيص الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين.

يخدم القياس والتقييم المقنن للاكتئاب الكثير من الأغراض المفيدة، منها: حصول الحالة على الخدمات الوقائية والعلاجية والتأهيلية الصحيحة، توصل الخبراء المتخصصون إلى إطار مرجعي عام ينظم التواصل فيما بينهم ويزيد من فهمهم/تفهمهم للمشكلة، وتطوير خطط التدخل التي يمكن بمقتضاها التعامل مع الجوانب الحيوية المختلفة لهذه المشكلة. ويجب أن يؤسس قياس وتقييم الاكتئاب على رسم بروفييل نفسي (المخطط النفسي أو الصفحة البيانية النفسية للحالة بما تتضمنه من ملامح أو خصائص شخصية - بدنية، حسية، انفعالية، اجتماعية، عقلية - فريدة تجعل للفرد طابعاً مميزاً في التكيف أو التوافق مع عالم الخبرة الاجتماعية من حوله) شامل ودقيق للأداء النفسي الوظيفي للطفل أو المراهق في المواقف الحياتية المختلفة. وفوق كل ذلك يجب أن تؤسس استراتيجية القياس أو التقييم على استخدام ما يعرف **بمدخل القياس أو التقييم المرتكز على الحل Solution-Focused Approach** وهو مدخل قياس أو تقييم يركز على تبين الروابط بين المشكلات المرضية التي يظهرها طفل أو مراهق معين والأدوات والوسائل أو بالأحرى الحلول التي يمكن بموجبها مواجهة هذه المشكلات والتغلب عليها.

وربما تشمل طرق القياس أو التقييم الاجتماعي الانفعالي التي يستخدمها خبراء علم النفس المدرسي (الأخصائي النفسي المدرسي): الملاحظة المباشرة، مقياس تقدير السلوك، المقابلات الكلينيكية المقننة، مراجعة سجلات تاريخ الحالة، مقياس التقرير الذاتي، والأساليب الإسقاطية. ولما كان الاكتئاب يرتبط بصورة واضحة بالإدراكات والحالات الداخلية فإن استخدام مقياس التقرير الذاتي التي تطبق على الطفل أو المراهق ذاته أمراً مهماً جداً لعملية تقييم وقياس الاكتئاب.

وربما يتم الحصول على معلومات القياس أو التقييم من الطفل أو المراهق نفسه، الآباء أو غيرهم من أعضاء الأسرة، المعلمين، الأخصائي النفسي المدرسي، الأقران، أو غيرهم من أعضاء المجتمع الذين تتاح لهم فرص ملاحظة السلوكيات الاجتماعية والانفعالية للطفل أو المراهق كالأطباء ومقدمي خدمات الرعاية النفسية والاجتماعية والطبية. ويكون في الكثير من الحالات الطفل أو المراهق، والآباء، والمعلمين هم أكثر مصادر معلومات القياس أو التقييم ثباتاً ودقة. وتشير مواقف أو سياقات القياس أو التقييم إلى الأماكن التي يتم فيها تجميع معلومات القياس أو التقييم وتشمل المدرسة، المنزل، العيادة، الملعب، والمواقف المجتمعية الأخرى. وتعد المواقف المنزلية والمواقف المدرسية المركز الرئيسي لمعلومات القياس أو التقييم. وبوضع ضغوط الوقت ومحدودية المصادر في المواقف المدرسية فغن الممارسات المقبولة للقياس أو التقييم الشامل للحالة (الطفل أو المراهق الذي يشك أنه يعاني الاكتئاب) يجب أن تتضمن على الأقل استخدام طريقتين من طرق القياس تطبق على الأقل على مصدرين من مصادر المعلومات (الطفل أو المراهق، الآباء، المعلمين، ... الخ) في موقفين على الأقل من مواقف أو سياقات جمع المعلومات (المدرسة، المنزل، الملعب مثلاً).

6) مداخل علاج الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين.

من الأهداف الرئيسية للتقييم أو القياس النفسي الدقيق الربط بين المعلومات التي يتم الحصول عليها بخطة التدخل الوقائي أو العلاجي أو التأهيلي الفعالة. وتعد **طرق العلاج المعرفي السلوكي الشامل** أكثر مداخل العلاج النفسي الاجتماعي فعالية في علاج الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين والراشدين. ويركز **المكون المعرفي** لمدخل العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب على تغيير أساليب التفكير المختلة وظيفياً أو غير التكيفية التي يتبناها الشخص المكتئب بينما يركز **المكون السلوكي** لهذا المدخل على تزويد الأنشطة والسلوكيات التي تفضي إلى زيادة كمية الاستجابة الاجتماعية للشخص المكتئب خلال تفاعلاته الاجتماعية مع الآخرين واستخدام مختلف فنيات تعزيز زيادة اشتراكه في أنشطة عالم الخبرة الاجتماعية المحيط به. كما أن دمج **خطة التربية السلوكية (التربية النفسية)** في سياق بعض برامج العلاج مكوناً رئيسياً مزيداً بطبيعة الحال لفعالية مثل هذه البرامج. ويقصد **بالتربية النفسية أو السلوكية** مجموعة الأنشطة والخبرات المنظمة المخططة التي تستهدف إكساب أو تعليم التلاميذ مجموعة متنوعة من مهارات الحياة، المهارات الاجتماعية، مهارات التواصل، مهارات حل المشكلة، مهارات ضبط

الذات، مهارات مواجهة الضغوط أو التوافق مع الضغوط، ومهارات إدارة الذات، وغير ذلك من المجالات المكونة لما يعرف بالكفاءة الاجتماعية والانفعالية وفعالية الذات انطلاقاً من أطر نظرية تفسيرية معينة يشترك منها استراتيجيات و فنيات تعليمية فعالة تطبق على يد معلمون مؤهلون سواء أدمجت هذه الخبرات أو الأنشطة في سياق خطة المنهج المدرسي العادي أو طبقت بصورة مستقلة عن خطة المنهج المدرسي. وتطوير برنامج علاجي فعال في المواقف المدرسية سواء لحالة فردية أو لمجموعة من الحالات لا يتطلب تحديد نمط العلاج المناسب فقط بل يقتضي مراعاة العديد من العوامل الأخرى منها عدد الجلسات التي يجب أن تخطط وتوقيت تقديمها، التأكيد على النقاط أو المكونات الرئيسية للبرنامج العلاجي، وكيفية بناء علاقات علاجية قائمة على الثقة والاحترام.

ويوجد الكثير من المكونات الأساسية للعلاجات النفسية الاجتماعية التي يبدو أنها مهمة في مساعدة الأطفال والمراهقين على مواجهة الاكتئاب والتغلب عليه. من هذه المكونات **التدريب على مهارات التواصل الاجتماعي** الفعال ويوجد الكثير من البرامج العلاجية التي استهدفت هذا المجال الحيوي من مجالات المواجهة حيث يعلم التلاميذ وفق هذه البرامج كيف يعبرون عن مشاعرهم وأفكارهم للآخرين (القران، الآباء، المعلمين، والمعالجين) بطريقة واضحة ومفهومة. ومن المكونات الأساسية أيضاً لبرامج التدخل النفس الاجتماعي الفعال لعلاج الاكتئاب ما يعرف **بالتربية الانفعالية أو الوجدانية** وفيها يدرّب التلاميذ على اكتشاف وتسمية وتصنيف الانفعالات المفرحة والانفعالات المكدرّة ثم تحديد ومعرفة المواقف التي تنشط أو تستثار فيها هذه الانفعالات ثم تأتي الخطوة الثانية للتربية الوجدانية والتي تتمثل في معرفة وفهم/تفهم الرابطة بين هذه الأفكار والمواقف. كما أن اكتشاف المشكلة ومعرفة أنماط الأساليب المعرفية المختلفة وظيفياً أو غير التكيفية مكوناً آخر غالباً ما يرتبط بالتربية الانفعالية. وهذا المكون يركز على التعامل الهجومي في واقع الأمر مع المعتقدات أو الأفكار السلبية الذاتية، التشوهات المعرفية، أساليب العزلة المختلفة وظيفياً أو غير التكيفية، والتفكير غير المنطقي أو غير العقلاني.

و غالباً تدمج **استراتيجيات التغيير المعرفي** التي تدحض الأفكار السلبية وتهجم على الأفكار غير العقلانية مع التركيز على الأفكار والأحداث الإيجابية في برامج التدخل المعرفي السلوكي لعلاج الاكتئاب. ويأتي أخيراً التدريب على **مهارات الحياة** مثل وضع الأهداف الشخصية، حل المشكلة، التفاوض وحل الصراع، إضافة إلى ممارسة المهارات الاجتماعية المناسبة جزءاً رئيسياً في واقع الأمر من خطة برنامج العلاج الشاملة للاكتئاب.

7) العلاج الطبي أو الدوائي للاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين.

بالإضافة إلى التقدم المذهل في صيغ التدخل النفسي الاجتماعي في علاج الأطفال والمراهقين في السنوات الأخيرة. يوجد في الواقع تقدم مماثل إن لم يكن أكثر فيما يتعلق باستخدام الأدوية أو العقاقير الطبية في علاج الاكتئاب، كما تتزايد الشواهد التجريبية التي تثبت فعالية الكثير من الأدوية المضادة للاكتئاب في السيطرة على الكثير من أعراض الاكتئاب. فقد أحدثت في السنوات الأخيرة فئة من فئات الأدوية النفسية يشار إليها تحت مسمى المثبطات الاختيارية للسيروتونين **Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs)** تأثيرات هائلة في مجال علاج الاكتئاب والمشكلات المرتبطة به لدى الراشدين، المراهقين، والأطفال. ومن أمثلة العقاقير الطبية التي تدرج تحته هذه الفئة بروزاك، سيرونونين، زولوفت، سيليكسا. ويعتقد أن آلية عمل هذه العقاقير تؤدي إلى زيادة وجود موصلات كيميائية معينة (السيروتونين) يبدو أن لها علاقة ما بتحسين الحالة المزاجية العامة للفرد. وتستخدم فئات دوائية أخرى لعلاج الاكتئاب والمشكلات المرتبطة به. إلا أن معظم البحوث التي أجريت لتقييم فعالية هذه العقاقير الدوائية في علاج الاكتئاب تمت على الراشدين أو المراهقين الكبار كما أن معظم الأدوية أو العقاقير العلاجية المتاحة لم تحظى بعد بموافقة هيئة الأمم المتحدة للأغذية والأدوية للاستخدام مع الأطفال ذوي اضطراب الاكتئاب.

8) خاتمة.

باختصار، لم يدرس الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين في مجال التربية والصحة النفسية إلا من فترة قصيرة نسبياً. والاكتئاب مصدراً للمعاناة والشقاء للكثير الشباب وأسرهم. وحدث في السنوات الأخيرة تقدماً مذهلاً في تقييم، اكتشاف، تشخيص، وعلاج الاكتئاب لدى الراشدين، المراهقين، والأطفال. مما زود الكلينيين (المتخصصون في مجال دراسات وبحوث وخدمات تقييم وعلاج الاضطرابات النفسية في إطار علم النفس الإكلينيكي) بوسائل فعالة في الوقاية من وعلاج هذه المشكلة بالغة الخطورة.

9) قراءات إضافية لغير المتخصصين:

- (1) Cytryn.L.,&McKnew.D.(1998). **Growing Up Sad: Childhood Depression and its Treatments. New York: Norron.**
- (2) Fassler, D. G., & Dumas, L. S. (1998). **“Help me, I’m Sad”:** Recognizing, Treating, and Preventing Childhood and Adolescent Depression. New York: Penguinm.

10) قراءات إضافية للمتخصصين:

- (1) Merrell, K, W. (2001). **Helping Students Overcome Depression and Anxiety. New York: Guilford.**
- (2) Reynolds, W, M., & Johnston, H, F. (1994). **Handbook of Depression in Children and Adolescents. New York: Plenum.**