

青少年預防憂鬱和心理健康促進

謝佳容 台北醫學大學護理學院講師
台灣大學公衛學院衛生政策與管理學研
究所博士班候選人

張珺 台灣大學公衛學院衛生政策與管理學研
究所副教授

摘要

當全球對憂鬱症的重視之際，亦關注到憂鬱發生頻率似乎在年輕世代中日益增加。青少年和成年的憂鬱症最大不同點，易怒為主要的情緒表現，會呈現嗜睡、暴食、和經常合併偏差行為，若能對疾病的發生提早做初級預防，找出他們在日常生活中所顯現出的疾病特徵與改變，然後予以適當的處置，則對於其未來各方面生活的適應以及生命的健康與安全上將有正面的影響及幫助。近年來預防工作的一項重要的轉變，由著重「危險」的預防理論，轉為著重「復原力」的概念。因此，本文提出對於青少年的心理健康促進和憂鬱症的預防，『強化保護因子』及『培養復原力』是心理衛生工作者可以積極強化的健康促進活動，且需發展和擴充以社區為導向的生物心理社會學之策略，在新世紀對青少年心理衛生的健康促進方有更積極的意義與實踐。

關鍵詞(key words)：青少年憂鬱 (adolescence depressive)、心理健康促進 (mental health promotion)、復原力 (resilience)

一、前言

21 世紀開始的 2001 年世界衛生組織就明訂該年衛生主題是『心理衛生』，且在 2001 年 10 月 4 日出版的健康報告也以『心理衛生：新的了解、新的希望』(New understand, New Hope)正式對全球公告，指出心理衛生議題，包括心理健康是身心健康的基礎，精神疾病是全球普遍的疾病，沒有一個國家或個人對精神疾病是免疫，個人的殘障是造成家屬與社區負擔的主要來源，精神疾病是可以被真實診斷與治療，且預防與治療是可能並且顯著的，但是全球有太多人口沒被適當的治療，2001

年全球約有六十一億人口，其中估計有四億五千萬的人口曾經罹患神經精神相關疾病，包括憂鬱症、躁鬱症、精神分裂症、癲癇、酒精和藥物成癮、阿滋海默氏和其他失智症、創傷後症候群、強迫症和恐慌症等，而少於 25% 的患者能獲得有效的治療，因此，心理衛生是重要的全球議題 (World Health Organization(WHO), 2002)。此亦是歷年來健康日主題與發布的報告第一次兩個主題是相同的，並訂定『停止排斥、勇於關懷』(Stop Exclusion-Dare to care)來呼籲世界各國重視精神疾病問題，應提供良好的精神醫療照顧，及減少對精神疾病病患歧視和烙印，由此顯示世界衛生組

織要求全球各國重視心理健康，與需要積極訂定心理衛生政策之急迫性。

如果考慮全球性疾病的負擔(global burden of disease, GBD)，憂鬱症的重要性要比癌症高，且和後天免疫不全症候群並列為二十一世紀三大殺手，此等疾病的特性皆為高流行、高復發率、高社會成本、高自殺死亡率，且於現在的「全球性疾病的負擔」排名第四位，預估於西元 2020 年僅次於缺血性心臟疾病佔排行第二位，屆時神經精神疾患佔所有全球性疾病負擔增加至 15%，且會造成因疾病失能損失人年 (years lost due to disability, YLD) 的 30.8%，其中，憂鬱症佔所有 YLD 的 12%。(WHO, 2002)。美國國家心理衛生研究院前主席 Lewis Judd 亦指出「憂鬱症是新世紀的黑死病」。當全球對憂鬱症的重視之際，亦關注到憂鬱症的頻率似乎在年輕世代中增加 (Prosser & McArdle, 1996)，且疾病的初次發病年齡亦逐漸下降當中 (Fombonne, 1998；Kessler & Walter, 1998)，許多人在青少年時期便經歷生平第一次的憂鬱症發作，甚至復發，而青少年憂鬱症和成人憂鬱症最大的不同為易怒為主要的情緒表現，呈現嗜睡、暴食、和常合併偏差行為，如藥物濫用、破壞行為、攻擊行為 (Lewinsohn, Clarke, Seeley, & Rohde, 1994)，由此可知心理健康促進和預防憂鬱對青少年是個重要的議題，值得我們加以關注。

二、青少年時期的特性

青少年正值生理成長、身心變化最急遽的時期，Erikson 認為青少年正處於自我

認同或自我混淆的發展關鍵，倘若青少年面臨升學、交友問題而遭受挫折、失敗與衝突，會影響青少年身心調適，在此快速變化時期需要發展新的技術來面對新的情境威脅，不僅是成長的機會，對健康和幸福感易造成風險也需關注 (Gallo, Schultz & Breitmayer, 1992)。青少年有親密的好朋友，可使其感到自己不孤獨，不再害怕，而能有較高的自尊，且能滿足青少年的團體歸屬感，進而建立安全感 (Patterson, 1991)。依據民國九十年行政院衛生署報告 15-24 歲青少年死亡人數有 2,507 人，死亡率為每十萬人口有 65.65 人，青少年主要死因分別為(1)事故傷害占 56.40%；(2)惡性腫瘤占 9.85%；(3)自殺占 7.18% (行政院衛生署, 2001)，陳為堅 (2001) 對於全台灣 2164 名在學青少年的自傷與自殺意念調查，結果指出研究對象中有 47.3% 曾經歷過自殺意念，26.2% 曾有自傷經驗 (包括自殺或自殘)，而憂鬱症狀是自殺的高風險因素，有鑑於此對於青少年的心理健康與憂鬱預防需要加以重視，避免其自我傷害行為的發生。

三、青少年憂鬱症的盛行率

「美國兒童及青少年精神醫學會」對青少年重鬱症所做的綜合估計，得到其點盛行率約介於 4-8%，而 18 歲以前於社區樣本的累積發生率可達 20% (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry AACAP, 1998)。在兒童與青少年憂鬱疾患的盛行率調查中，兒童憂鬱症之點盛行率約介於 0.4-2.5% 之間，青少年憂鬱症之點盛行率約介於 0.4-8.3% 之間 (Anderson &

McGee, 1994; Birmaher et al., 1996); 兒童與青少年憂鬱症之終生盛行率約介於 3.6-24.0% 之間 (Kessler & Walters, 1998; Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley & Andrews, 1993)。調查研究中顯示兒童與青少年重鬱發作之平均期約七至九個月，臨床之縱貫性研究則發現兒童與青少年重鬱症之二年的復發機率約為 40%，五年內的復發機率約為 70%，根據研究顯示，約有九成自殺死亡個案有憂鬱症診斷，21%的憂鬱症患者有自殺過去史，15% 終將走上自殺死亡之途 (Lewinsohn, Clarke, Seeley & Rohde, 1994; Rao, Ryan, & Birmaher, 1995)。再者，憂鬱症高盛行率、高復發及慢性化的疾病特徵，早期憂鬱症的發病對往後成年憂鬱症可謂為高危險因子；青少年企圖自殺的比率約為 2%-10% 之間。自殺佔美國青少年死亡原因的第二位，摩托車意外是青少年死亡的第一位。企圖自殺者的比率也被低估，女孩企圖自殺的比率較高，而男孩自殺成功的比率較高 (Brody, 1992)。自殺是一種精神疾病的表徵，在台灣地區自殺約佔死亡人數的百分之二，青少年企圖自殺的比率約為 2%-10% 之間，青少年的主要死亡原因排名中，自殺則是名列第三 (行政院衛生署, 2001)。在自殺當時，自殺者大多承受過大且無法解決的壓力，在研究當中顯示當壓力事件過後，或當自殺未成功者情緒平復後，對其自殺行為往往感覺懊悔或不值得，所以家人如何在其陷入自殺企圖之前，或是自殺後獲救之後，對其採取有效合宜的緊急處置，對於是否可以挽回自殺者的生命是非常的重要 (Johnson, Cohen, Gould, Kasen, Brown & Brook,

2002)。家庭生活品質也會影響自殺念頭，如果父母離異或父母死亡都會造成青少年覺得不安全或被遺棄。至於在完整的家庭結構中，如果青少年企圖自殺則常被解釋成抑鬱或行為異常 (King, Raskin, Gdowski, Butkus & Oipari, 1990)。比起其他青少年，曾企圖自殺的青少年通常比較少和母親同住，同時也很少得到來自家人的關心或支持。因此，若能對兒童與青少年憂鬱疾患的發生提早做初級預防，找出他們在日常生活中所顯現出的疾病特徵與改變，然後予以適當的處置，則對於其未來各方面生活的適應以及生命的健康與安全上將有正面的影響及幫助。

四、青少年憂鬱症相關因素的探討

美國心理學會在 1978 年設立健康心理學為『第三十八部門』(Division 38) 至今，其應用心理學的概念於健康和健康照顧系統的需求評估，進行影響個人健康的特定行為和生活型態的探討，並提出對疾病的預防和處置，確認不利健康因素的風險評估，透過多樣化的研究取向與方法驗證形成對健康有利的健康照顧系統之發展 (Matarazzo, 1980)。心理健康是一個複雜的現象，受到多重價值、文化、社會、環境和生物與心理等因素影響，當我們探討青少年憂鬱症的相關因素時，以生物醫學模式(biomedical model)來看其因素則相當複雜，包括遺傳、性別、生物性因素(如腦神經傳導物質、生長激素、賀爾蒙、不飽和脂肪酸等)，但此觀點有所限制並不詳盡，對疾病僅用單一模式(單一構面)和

簡單化歸因 (Cyranowski, Frank, Young & Shear, 2000; Brown, 1998)。而以心理學模式(psychology model)探討則重視心理因素(如生活事件歸因、人際關係、因應策略、人格特質等)(Leadbeater, Blatt & Quinlan, 1995; 陳為堅, 2000; Adams & Adams, 1996; Brown, 1998; Birmaher et al., 1996)。當以社會學模式(sociological model)則著重社會因素(如社會支持、家庭結構、社經地位)等探討(Birmaher et al., 1996; Lewinsohn et al., 1994), 其限制亦在其部分觀點的解釋並不詳盡, 且早期維護健康的研究都著重於人口統計學方面的變因, 如年齡、種族、社經地位, 並認為這些是決定並影響健康行為的決定性因子。這些研究使我們得以描繪出執行健康行為或完全不從事健康行為的不同族群, 但是這類人口學的研究結果有時候互相矛盾, 有時候也不能解決所有的問題, 因為我們無法改變一個人所屬的年齡、性別或種族, 既使要改變一個人的職業也並非易事。早期心理學家針對此觀點發展理論模式, 強調以生物心理社會學取向(biopsychosocial approach)來探討健康(Engel, 1977), 認為我們生存在一個生態系統中, 心理健康會受多重因素所影響, 過去雖然針對兒童與青少年憂鬱症之相關因素有許多研究加以探討, 但卻值得注意的是, 多數的文獻僅探討其中一、二個因素, 很少有研究融合較多的相關因素一起探討, 因此對於至這些相關因素之間的交互影響與關係則所知有限(周桂如, 2002)。這些理論模式都認同各種疾病之生物與基因基礎, 也相信造成所有不適感的心理因素會為健康帶來強大的衝擊, 這些因素包

括如信念、行為、認知, 以及社會、經濟與文化等因素, 但並非所有內涵具有可驗證準則的標準, 因此, 驗證此模式不僅是健康心理學家的責任, 亦需要其他學科的專業人員協同努力, 且另外在衛生政策對心理健康的影響更是廣泛的層面, 在此部分更是缺乏相關研究探討(Priebe & Slade, 2002), 另一方面, 我們通常會忽視文化的觀點, 而習於接受流行病學的資料顯示健康和疾病的描述受性別、種族、和工作的影響, 我們需要從社會文化的觀點來探討健康和疾病的關係, 結合醫療人類學、社會學的觀點, 例如以社會整合理論看健康照顧系統, 服務提供者、訓練者以及政策, 與青少年憂鬱症的關連性。

五、青少年心理健康促進和憂鬱症的預防

當青少年憂鬱疾患的頻率在年輕世代日益增加, 且疾病的初發年齡亦逐漸下降時, 若能對其心理健康促進及憂鬱疾患的預防發生, 則未來生活的適應以及生命的健康與安全上將有正面的影響及幫助。心理健康促進(mental health promotion)泛指促進正面心理健康相關的活動, 關注個人和社區最大的參與, 致力於改善與保護生活品質和幸福安適感(well-being), 目標是增加健康的平等、預防健康的危險性、維持環境對健康的保護、和促使個人與社區的充權, 並提出良好的心理健康政策、對心理健康倡導, 使民眾能發展技能和衛生教育, 心理健康促進也是以社區為導向的活動, 需要降低個人、社區、和組織的壓力, 增加對正向的心理健康和心理疾病之

意識覺醒，且鼓勵社區發展的參與，並發展預防策略，特別是憂鬱、自殺、和自傷行為(Worley, 1997)。近年來預防工作的一項重要的轉變，開始由著重「危險」的預防理論，轉為著重「復原力」(resilience)的概念，意即著重『強化保護因子』及『培養復原力』。「復原力」源於 Garmezy 與 Streitman (1974)，Masten 與 Garmezy(1985)等學者，他們檢視那些雖有危險因子諸如貧窮、父母濫用物質、及家庭功能失調，面對危機處境仍能佔優勢及成功的兒童及青年人具有的發展特質。「復原力」被定義為即使暴露於危險，仍沒有偏差行為，當面對環境挑戰時仍可掌握的正向條件，不受危險及逆境的影響。Lock 和 Janas (2002)指出從許多正向技巧特質而言，「復原力」是主要影響調適成功與因應行為的特質，許多擁有危險特質的青少年能免除壓力困擾，在他們長大成人後，亦能建立正常的家庭，擁有良好的社會關係，而且事業有成。經由研究這些具有復原力的青少年如何克服重大不利因素並進而將他們的經驗轉換成各項計畫、政策、和介入，即可用以幫助那些復原力較差的青少年。高危險群的憂鬱青少年其整體的自我價值較低，且它們自覺本身在社交、處理朋友和親密關係的能力比一般人弱。憂鬱者人際關係不佳的原因歸因於他們缺乏社交技巧，由於他們缺乏社交技巧，會比較難交到朋友，因此容易感到沮喪、寂寞和抑鬱；再加上可能表現出煩躁不安的情慾、對事物悲觀、時常抱怨事情不如理想，使它們變的了無生趣、缺乏吸引力，使得別人不願和他們交往且極力避開，結果造成憂鬱患

者更沒有機會得到他人的關懷和支持，亦加深了他們的憂鬱。Carbonell 等人(2002)以社區為基礎的縱貫性研究指出，針對憂鬱症和高危險群發展復原力的保護因子，其包括家庭凝聚力，正向的自我價值和良好的人際關係，對高危險群發展復原力具有預防與治療的效果。國內教育界指出高關懷青少年，主要是指行為偏差、長期缺曠課、學習意願低落、有中途輟學傾向、或為中途輟學復學的學生（台北縣政府教育局，2002）。因此對高關懷青少年『強化保護因子』及『培養復原力』是心理衛生工作者可以積極強化的健康促進活動。對於青少年的心理健康促進與憂鬱症預防，可自公共衛生的三段五級預防概念來加以說明如下：

- (一)初級預防在於對青少年促進個人有效處理日常生活的能力與情緒管理，發揮個人的潛能，強化個人的復原力，減少青少年對精神疾病的偏見及增強心理健康概念，可藉提供心理衛生教育（例如：舉辦心理健康教育週、街頭表演、展覽、海報展、舉辦座談會及研討會或提供手冊、文章、書籍等），培養健康心理特質，進而建立良好生活型態，且制定對青少年有益的心理衛生政策，創造心理健康的支持性環境（包括學校與家庭）。
- (二)次級預防工作的主要目標是縮短已發生憂鬱症狀的罹病時間，做到問題的早期發現及治療，並儘可能使疾病對個人及社會之損害減少到最低程度，避免問題的嚴重化，促使患童能早日重返社區與學校。

(三)三級預防是以整個社區、學校為架構的心理復健，對於如何減少青少年憂鬱症的發生做整體考慮，並擬定大規模的社區與學校心理衛生計畫，及設立有關專責機構來推動各項心理健康與慢性心理疾患復健的工作。

另外，對於健康心理學的相關研究指出過去 30 年將近 2000 篇研究和青少年心理健康促進和預防、物質濫用有關的研究，但僅有近百篇較為嚴謹，此等研究對心理健康促進和心理問題預防具有實證基礎，對於降低攻擊行為、過度活動、品行行為（偏差行為）、物質濫用、焦慮症、憂鬱、自殺、和智障等問題，具有顯著的社會和經濟利益，有效的預防青少年憂鬱症實驗性研究，需提出預防性介入以實證為基礎的整合性方法（Priebe & Slade, 2002），現在身為健康領域工作的我們要專注於發展兒童與青少年心理疾病的預防，我們需要發展更嚴謹的實證研究（evidence-based research），奠基於系統性的回顧、提出評價性的研究、進行研究、形成專家意見或品質改進的計畫，研究方法範圍很廣，不一定限於量性研究，亦涵蓋流行病學、行為科學、心理學、社會學、公共衛生等範圍，可涵蓋質性與量性的研究方法（French, 2002），且不只是西方文化的研究，亦需要和跨文化國家的研究合作。且我們不僅是需要實證基礎的有效性研究，而是要發展出預防性的介入方案，包括確認危險因子、和復原力因子，量化這些因子，預估差異性，測試預防方法的效益和效果，我們需要更易瞭解的具有實證基礎之服務、計畫和政策，需要發展具有強而有效的心

理促進和預防的部分，方能真實有效的減少社會上心理疾病的負荷與改善特定群體的心理健康。

六、結論

舊公共衛生時代有知識和行動的鴻溝，強調健康促進和疾病預防的知識是行為改變的先決條件提出，而新的公共衛生致力於將焦點由行為改變轉移到健康公共政策和社區充權(empower)，活化個人的能力，使民眾與服務使用者增長權力來促進心理健康，預防疾病，並早期發現早期治療，且透過各種形式對心理健康的參與、倡導或合作，進而達到最佳社區參與/決策的過程（Huttlinger & Mandel, 2002），故重新強調公共健康政策，並將健康促進和疾病預防連結，心理健康是整體健康與生產力的基礎，關懷弱勢族群（如兒童和青少年的心理健康），經由個人和社區的層次，提出鼓勵和支持更完整的健康促進策略。世界衛生組織西太平洋分區 2001-2004 年的青少年健康發展計畫，指出重視青少年心理健康需求，我們需發展青少年個人心理健康的知識、態度與技能，亦需創造支持健康的家庭、學校和社會環境，重建完善的健康服務資源，增加社會參與和發展對青少年心理衛生的公共健康政策，讓青少年有機會去參與那些將會影響他們健康的政策（WHO, 2001）。因此，在發展青少年心理疾病的預防方法，需要發展預防性研究的科學實證基礎，預防策略要能支持個人、家庭和系統，且執行預防的過程要能被轉換成共同合作的模式，對於心理疾患的高危險評估或介入措施無法執行時，

我們要加以覺察有無社會因素所影響，並對於介入研究模式要能結合質性和量性研究，並同時重視生理、心理、社會、文化、政策等因素對心理健康的影響。因此，對於青少年的心理健康促進和憂鬱症的預防，我們需發展和擴充以社區為導向的生物心理社會學之策略，在新世紀對青少年心理衛生的健康促進方有更積極的意義與實踐。

參考資料：

(一) 中文部份

- 台北縣政府社會局 (2002)：台北縣九十一年度試辦高關懷學生彈性分組教學工作實施計畫。台北縣：台北縣政府社會局。
- 行政院衛生署 (2001)：台灣地區主要死因分析。台北市：行政院衛生署。
- 周桂如 (2002)：兒童與青少年憂鬱症。護理雜誌，49 (3)，16-23。
- 陳為堅 (2000)：青少年憂鬱症狀與憂鬱疾患的流行病學研究。行政院國家科學委員會科學技術資料中心報告書 (NSC89-2314-B002-473) (未出版)。

(二) 英文部份

- Adams, J. & Adams, M. (1996). The association among negative life events, perceived problems solving alternatives, patients. *Journal of child psychology & Allied Disciplines*, 37, 715-720.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1998). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37 (suppl.) 63S-83S.
- Anderson, J.C. & McGee, R. (1994). Comorbidity of depression in children and adolescents. In W. M. Reynolds & H. F. Johnson (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 581-601). New York: Plenum.
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E., Perel, J. & Nelson, B. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 1427-1439.
- Brody, J. E. (1992). Suicide myths cloud efforts to save children. *New York Times*, 5-6.
- Brown, G. W. (1998). Genetic and population perspectives on life events and depression. *Social Psychiatry & Epidemiology*, 33, 363-372.
- Carbonell D. M., Dine, M., Reinherz, H.Z., Glaconia, R.M., Stashwick, C.K., Paradis, A.D. & Beardslee, W.R. (2002). Adolescent Protective Factors Promoting Resilience in Young Adults at Risk for Depression. *Journal of Child & Adolescent Social Work*, 19(5), 393-413.
- Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E. & Shear, M. K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: A theoretical model. *Archives of General Psychiatry*, 57, 21-27.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-135.
- Fombonne, E. (1998). Increased rates of psychosocial disorders in youth. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 248, 14-21.
- French, P. (2002). What is the evidence on evidence-based nursing? An epistemological concern. *Journal of advanced nursing*, 37(3), 250-257.
- Gallo, A. M., Schultz, V. A., & Breitmayer B. J. (1992). Description of the illness experience by adolescents with chronic renal disease. *American Nephrology Nurses' Association Journal*, 19(2), 190-214.
- Garmez, N. & Streitman, S. (1974). Children at risk: the search for the antecedents of schizophrenia. Part I. Conceptual models and research methods. *Schizophrenia bulletin*, 8, 14-90.
- Huttlinger, K. & Mandle, C. L. (2002). Health promotion in the twenty-first century: throughout the lifespan and throughout the world. In C. L. Edelman & C. L. Mandle, (Eds). *Health promotion throughout the lifespan* (pp.747-762). St. Louis: Mosby.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Gould, M.S., Kasen, S., Brown, J. & Brook, J.S. (2002). Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of General Psychiatry*. 59(8), 741-749.

- Kessler, R. C. & Walters, E. E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depression & Anxiety*, 7, 3-14.
- King, C., Raskin, A., Gdowski, C., Butkus, M. & Oipari, L. (1990). Psychosocial factors associated with urban adolescent female attempts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 289-294.
- Leadbeater, B. J., Blatt, S. J. & Quinlan, D. M. (1995). Gender-linked vulnerabilities to depressive symptoms, stress, and problem behaviors in adolescents. *Journal of Research Adolescent*, 5, 1-29.
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R. & Andrews, J. A. (1993). Adolescent psychopathology: Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133-144.
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N. Seeley, J. R. & Rohde, P. (1994). Major depression in community adolescents: Age at onset, episode duration and time to recurrence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33, 809-818.
- Lock, R.H. & Janas, M. (2002). Build Resiliency. *Intervention in School and Clinic*, 38(2), 117-121.
- Masten, A.S. & Garmezy, N.(1985). Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. *Advance in Clinical Child Psychology*, 8,1-52.
- Matarazzo, J.D.(1980).Behavior health and behavioral medicine. *Frontiers for a new health psychology. American Scientist*,35, 807-817.
- Patterson, J. M.(1991). A family systems perspective for working with youth with disability. *Pediatrician*, 18(2), 129-141.
- Priebe, S. & Slade, M.(2002).*Progress in evidence-based prevention and promotion in mental health*. New York: Brunner-Routledge.
- Prosser, J. & McArdle, P. (1996). The changing mental health of children and adolescents: Evidence for deterioration. *Psychological Medicine*, 26, 715-725.
- Rao, U., Ryan, N. D. & Birmaher, B. (1995). Unipolar depression in adolescents: clinical outcome in adulthood. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 34, 566-578.
- World Health Organization (2001) *A WHO regional framework: Adolescent health and development*. http://www.who.int/health_topics/child_health
- World Health Organization (2002). *The World Health Report 2001: Mental Health : New Understanding, New Hope*. Geneva, Switzerland: The Organization.
- Worley, N.K.(1997). *Mental health nursing in the community*. St. Louis: Mosby-year book, Inc.