الاكتئاب وعلاقته ببعض المتغيرات الاجتماعية - الديموغرافية لدى طلاب الجامعة اللبنانيين

د. نجوى اليحفوفي
الجامعة اللبنانية، بيروت – لبنان

الملخص

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على مدى انتشار الاكتئاب بين طلاب الجامعة وعلاقته ببعض المتغيرات الاجتماعية – الديمغرافية: كالدين، والجنس، والطبقة الاجتماعية، ونوع الجامعة، والموقع الجغرافي. تألفت العينة من ٦١٠ طالباً وطالبة من الجامعتين اللبنانية والأميركية في بيروت، و ينتمي الطلاب إلى مختلف المذاهب الدينية والطبقات الاجتماعية والمناطق الجغرافية. وقد اختيرت العينة بطريقة عنقودية من السنوات الثانية من مختلف فروع كليات الآداب. بلغ متوسط أعمارهم ٢١,٠٣ سنة.

أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق جوهرية بين الجنسين تبعاً للموقع الجغرافي، في حين ظهرت فروق تبعاً للديانة (متوسط المسلمين أعلى مقارنة بالمسيحيين)، كما تبين أن أبناء الطبقة الاجتماعية الفقيرة أكثر اكتئاباً من الطبقة الوسطى، تليها الطبقة العليا التي كانت أقل اكتئاباً من أفراد الطبقتين الوسطى والفقيرة. وبالنسبة لمتغير الجامعة، ارتفع معدل الاكتئاب لدى طلاب الجامعة اللبنانية مقارنة بأقرانهم في الجامعة الأميركية. وفيما يتعلق بانتشار الاكتئاب، فقد وقعت درجاته ضمن نطاق الدرجات المعتدلة تبعاً لمقياس بيك.

جدول رقم (٣)

مراحل التفكير في الهندسة لبياجيه والمفاهيم الهندسية المرتبطة بها في وحدة مبادئ الهندسة المستوية بالصف الأول متوسط

مراحل التفكير الأساسية لبياجيه	المفاهيم المرتبطة
المرحلة الأولى تفكير الطفل غير تأملي وغير منطقي حيث يتعامل مع أجزاء البيانات بدون أي علاقات. وإجراء الخطوات عشوائياً وبدون خطة.، الاستنتاجات ربما تكون متعارضة.	- نشاط (٢) صفحة ١٠٣ - تدريب (٣) صفحة ١٠٧ - تمرين (٢) وتمرين (٥) صفحة ١٠٩ - تدريب (٢) صفحة ١١٢ - تدريب (٣) صفحة ١١٣ - تمرين (٣) وتمرين (٤) وتمرين (٥) صفحة ١١٩
المرحلة الثانية الطلبة لا يستخدمون فقط النتائج التجريبية لإجراء بعض التنبؤات ولكن يحاولون تبرير تنبؤاتهم. إنهم يتوقعون نتائج خلال بحثهم عن المعلومات ويفكرون بمنطقية فقط حول المقدمات المنطقية التي يعتقدونها.	- نشاط (٤) صفحة ١٠٦ - تمرين (٤) صفحة ١١٤ - تمرين (٦) صفحة ١١٩ - تمرين (٦) صفحة ١٢٩
المرحلة الثالثة يتعدى الطالب مرحلة اعتقاد أن شيئاً ما دائماً صحيح غلى إجراء استنتاج منطقي بأنه يجب أن يكون بالضرورة صحيح. وفي هذه المرحلة يكون لدى الطالب القدرة على التفكير الاستنتاجي مبنياً على افتراضات وقادر على العمل بوضوح في النظام الرياضي.	- تمرين (٧) صفحة ١١٩ - تمرين (٤) وتمرين (٥) وتمرين (٦) صفحة ١١٩

Depression and its relationship with socio- demographic variables among University Lebanese students

Dr. Najwa Al-Yahfofi
The Lebanese University, Beirut - Lebanon

Abstract

The aim of this study is to explore the prevalence of depression among university students. It also investigates the socio-demographic variables associated with depression in the sample. The socio-demographic variables are: religion, sex, socio-economic status, type of university, and the geographical area. The sample consists of 610 second year students of both sexes. The students are chosen from the Faculty of Arts and Sciences from the Lebanese University and American University in Beirut. They belong to various social classes, religions and geographical areas. Their mean age is 21.03 years. Results show no differences in depression between males and females, urban and rural students. However Muslims show more depression than Christians, and the Lebanese University students are more depressed than their American University counterparts. Those from the higher social classes are less depressed than the middle and lower classes. The means of depression among students are found within the middle range according to Beck.

الاكتئاب وعلاقته ببعض المتغيرات الاجتماعية - الديموغرافية لدى طلاب الجامعة اللبنانيين

مقدمة:

عُرِف الاكتئاب كاضطراب نفسي وعقلي منذ أقدم العصور، إذ قدم هيبوقراط (Hippocrate) عام ٤٠٠ ق.م. أول بحث عن السوداوية Melancholia. كذلك اعتبر أرسطو (Aristotle) عام ٣٧٠ ق.م. أن السوداوية موجودة لدى المبدعين والحكام والمفكرين (الأنصاري، ١٩٩٧). ويعتبر الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعاً، إذ دلت دراسات مسحية أجرتها منظمة الصحة العالمية حالياً وجود أكثر من مائة مليون فرد يعانون من الاكتئاب (إبراهيم، ١٩٩٨). وتدل الإحصاءات على أن فرداً من بين خمسة أفراد يمرون خلال حياتهم بخبرة الاكتئاب (رضوان، ٢٠٠١)، حتى اعتبر هذا العصر بجدارة عصر الاكتئاب. فالاحباطات التي تنجم عن السباق للسيطرة، والكسب المادي، وانتشار الصراعات الإقليمية والمحلية بين الشعوب، والنزاعات السياسية، والمشكلات الاجتماعية والاقتصادية، إضافة إلى تدهور منظومة القيم واللامبالاة بالنواحي الروحانية والعلاقات الإنسانية كلها عوامل تسهم في نشأة الاكتئاب (معمرية، ٢٠٠٠).

ويتمثل الاكتئاب في اضطراب ثلاثي الأبعاد: انفعالي ومعرفي وجسدي. ويظهر الاضطراب الانفعالي في العجز عن الحب، وكراهية الذات التي تؤدي إلى ظهور أفكار انتحارية، ويتمثل الاضطراب الانفعالي في التشويه الادراكي واضطرابات الذاكرة وانخفاض قيمة الذات وخيبات الأمل وتوقع الفشل

واضطراب الشهية للطعام، والصداع والتعب ونوبات البكاء وانخفاض الطاقة والعجز الجنسي واضطراب الجهاز العصبي المستقل (عسكر، ١٩٨١؛ عكاشة، ١٩٩٢؛ Beck, 1976). وتحظى دراسة الاكتئاب حالياً باهتمام واسع من قبل الباحثين في علم النفس في العالم أجمع.

مفهوم الاكتئاب:

تعني كلمة كئب في اللغة العربية "تغيرت نفسه وانكسرت من شدة الهم والحزن" (الحفني، ١٩٩٥).

ويعرفه بيرون (Pieron, 1979) بأنه حالة عقلية مرضية تتميز بالاجهاد وفقدان الشجاعة، وبالتعب المصحوب بقلق شديد، وهو شكل مصغر من أشكال السوداوية.

ويرى ستور (Storr, 1991) أن الاكتئاب عبارة عن حالة انفعالية، تتجسد في تأخر الاستجابة لدى الفرد، والحزن الشديد، والميول التشاؤمية التي قد تدفعه إلى التفكير في الانتحار، ويعتبر الاكتئاب زملة من الأعراض المترابطة والمتزامنة في آن معاً. فيما يعتبر زهران (١٩٩١) أن الاكتئاب ناتج عن ظروف أليمة، تسبب حالة من الحزن الشديد، وقد لا يتمكن المكتئب من معرفة السبب الأساسي لحالته أو الأعراض التي يعاني منها.

ويذكر عكاشة (١٩٩٢) أن الاكتئاب يبدأ بأعراض بسيطة تشتد تدريجياً، فيعاني الفرد من عدم القدرة على التمتع بالأحداث التي كان يتمتع بها سابقاً ومن هبوط الروح المعنوية، وتغير نظرته إلى الحياة والتساؤل عن أهميتها، وتنتابه مشاعر اليأس والانقباض والجزع، ويصاب بنوبات من البكاء، كما يشعر بفقدان الأمل، والخوف والارتباك الشديدين، ويعاني من اضطرابات سلوكية وتتأثر الوظائف العقلية بشكل سلبي، ويشعر بالنقص واحتقار الذات ولومها وبتأنيب الضمير و تراوده أفكار انتحارية، كذلك يتوهم إصابته بأمراض جسدية وتظهر عليه عدة أعراض فسيولوجية كاضطراب النوم والأرق والكوابيس،

وفقدان الشهية واضطرابات جنسية تتمثل بضعف النشاط الحركي العام، وضعف القدرة على العمل والكسل الجسدي أو الذهني أو على العكس تحدث لديه إثارة وتهيج وإفراط حركي.

أما بيك (Beck, 1976)؛ فيعرف الاكتئاب بأنه اضطراب في التفكير والأعراض الاكتئابية تنجم عن تنشيط الجهاز النفسي الداخلي. ويتضمن أسلوب التفكير لدى المكتئب تمثلات سلبية عن العالم تعتبر مسؤولة عن انفعالات غير مرغوبة واضطرابات سلوكية.

وعرفه عبد الخالق (١٩٩٩) بأنه حالة انفعالية دائمة أو مؤقتة تنتاب الفرد فيها مشاعر الضيق والحزن والانقباض، ويسيطر عليه الشعور بالتشاؤم والهم، إضافة إلى الشعور بالعجز واليأس والقنوط والجزع، وترافق حالة الاكتئاب أعراض معينة تتصل بالنواحي المعرفية والمزاجية والسلوكية والجسدية كانخفاض الاهتمامات والتمتع بالحياة وفقدان الشهية والوزن وسرعة الاجهاد واضطراب النوم وعدم القدرة على التركيز والإحساس بانخفاض الكفاءة والجدارة، إضافة إلى الأفكار الانتحارية.

ويرى كويتكن وإندكوت وويتشن (Quitkin, Endicott & Wittchen, 1998) بأن الاكتئاب يشكل جزءاً من الوجود والخبرات الإنسانية، والأسباب قد تتأتى من الفقدان أو خيبات الأمل أو دون عرض معين.

ويشير إسو وبترمن (Essau & Peterman, 1994) إلى تنوع أعراض الاكتئاب، واتخاذها أشكالا متعددة، وإلحاقها الضرر بالمصابين به بدرجات متفاوتة، وقد يظهر الاكتئاب في مختلف الاعمار.

فيما اعتبرت المدرسة السلوكية الاكتئاب، بأنه سلوك غير ملائم ناجم عن عملية التعلم (مثير - استجابة)، والسلوك الاكتئابي استجابة عضوية لأحداث ومثيرات مختلفة، ضمن هذا الإطار يمكن علاج الاكتئاب وتعديله كبقية أنواع السلوك. (Lewinsohn, 1974).

ويصنف الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع (DSM IV) الاكتئاب على أنه اضطراب مزاجي. وتنقسم الاضطرابات المزاجية إلى أربعة أقسام وفقاً لشمولها على الاكتئاب.

١ - **نوبة الاكتئاب الأساس**: يعاني الفرد خلال اسبوعين من خمسة أعراض على الأقل، تشكل تغيراً بالنسبة لما كان عليه سابقاً وتمثل أحد الأعراض المزاج الاكتئابي والثاني فقدان الاهتمام أو التمتع، وأهم الأعراض في نوبة الاكتئاب الرئيسي هي: مزاج الاكتئابي، انخفاض ملحوظ بالفائدة أو المتعة أثناء القيام بكافة النشاطات، انخفاض ملحوظ في الوزن دون إتباع حمية معينة، أرق أو زيادة في ساعات النوم، اهتياج أو انخفاض النشاط الحركي النفسي، إرهاق أو فقدان الطاقة، انخفاض قيمة الذات أو مشاعر ذنب مبالغ فيها، انخفاض في القدرة على التفكير أو التركيز أو اتخاذ القرارات، أفكار حول الموت، أفكار انتحارية أو التخطيط للانتحار أو الإقدام عليه. على أن يشعر الفرد بهذه الأعراض كل يوم لمدة لا تقل عن أسبوعين.

وتنتج عن هذه الأعراض الآلام ذات دلالة عيادية أو تغير Alteration في الوظيفة الاجتماعية والمهنية أو ميادين أخرى هامة. كما أنه لا يمكن عزو الأعراض الاكتئابية لأسباب فيزيولوجية أو تناول مواد معينة أو التهاب جسمي عام. (كذلك يجب ألا تفسر الأعراض بالحزن لوفاة شخص عزيز). تستمر الأعراض لأكثر من شهرين ويصاحبها خلل في الوظائف وانشغالات مرضية تتمثل بإنخفاض قيمة الذات، وأفكار انتحارية وأعراض فصامية أو إنخفاض في النشاط النفسي الحركي.

٢ - **اضطراب الاكتئاب الرئيسي**: ويتمثل في معاناة الفرد من نوبات اكتئابية تتصف بالحزن الشديد، والعجز عن التمتع بمختلف النشاطات والإحساس الدائم بالتعب والإجهاد. وترتفع نسبة المنتحرين في هذا النوع من الاكتئاب لتصل إلى ١٥٪ ويشعر المكتئب بآلام جسدية وانخفاض في نشاطه الاجتماعي والجسدي. وقد يصاب باضطرابات

كثيرة كالوساوس القهرية والإدمان ومن زيادة الشهية العصبي أو فقدان الشهية العصبي.

٣ - **اضطراب اليأس**: ويتصف باكتئاب مزمن في المزاج يتكرر يومياً لفترة لا تقل عن سنتين، ويسيطر الحزن والكآبة على مزاج المريض يصاحبه إفراط الشهية للأكل أو نقص في الشهية، زيادة النوم أو الأرق، انخفاض مفهوم الذات، عدم القدرة على التركيز أو اتخاذ القرارات، انخفاض الاهتمامات، ولوم الذات والشعور بالعجز.

٤ - **اضطراب مزاجي يعود لأسباب طبية**: يسيطر في هذا النوع من الاكتئاب الاضطراب المستمر للمزاج، والذي يعود لأسباب طبية مرضية تتمثل في نقص الاهتمامات واستثارة المزاج. وينتشر بين الذكور والإناث بشكل متساو وتزيد حالات الانتحار وفقاً لتدهور الأوضاع المرضية للمكتئب (American Psychiatric Association, 1994).

وتعتبر الجمعية الأميركية للطب النفسي (١٩٩٤) أن الاكتئاب الرئيسي اضطراب مزاجي يتسم بحدوث نوبة أو أكثر من الاكتئاب الرئيسي، يعاني الفرد فيه من اضطراب اكتئابي لمدة أسبوعين متتاليين أو فقدان الاهتمام أو المتعة بكافة النشاطات تقريباً يصاحبه على الأقل أربعة أعراض تتمثل في التغير الذي يطرأ على النوم والشهية أو الوزن أو النشاط الحركي، والشعور بالتعب والذنب وصعوبات في التركيز والتفكير أو العمل، واتخاذ القرارات، أو التفكير في الموت أو أفكار انتحارية أو التخطيط لها أو حتى تنفيذها. أما اضطراب الاكتئاب البسيط Dysthymia فيتسم باستمرار المزاج الاكتئابي لمدة سنتين على الاقل ويشعر به الفرد يومياً ويتصاحب بأعراض اكتئابية إضافية.

النظريات المفسرة للاكتئاب

يمكن فهم الاكتئاب في ضوء أربع نظريات؛ هي النظرية البيولوجية ونظرية التحليل النفسي والنظرية السلوكية والنظرية المعرفية (معمرية، ٢٠٠٠).

النظرية البيولوجية:

ظهر التفسير البيولوجي الدقيق للاكتئاب في بداية الخمسينات والستينات وإن كان هيبوقراط قد أشار إليه عام ٤٠٠ ق.م. وذكر أن الزيادة في المادة السوداوية تسبب الملانخوليا. ويعتبر الباحثون في النظرية البيولوجية أن الخبرات الانفعالية تؤثر على النشاط الكيميائي للدماغ وبالتالي فالمشاعر والأفكار والسلوك قد تتغير تبعاً للتغيرات الكيميائية في الدماغ، إذ إن بلايين الخلايا العصبية ترسل الرسائل الكهربائية عن طريق الموصلات العصبية المتمثلة في المواد الكيميائية وعليه فالخلل في الخلايا العصبية أو نقص المقدار المنقول أو المسحوب من المادة الكيميائية أو أي خلل وظيفي في عمل خلايا الاستقبال كلها عوامل تسهم بشكل أساسي في الإصابة بالاكتئاب. ويفترض الباحثون أنه في حالة الاكتئاب تكون المواد الكيميائية العصبية مثل: Norepinephrine, Serotonin, Dopamine ناقصة في الدماغ، وبذلك ترسل مادتا الـ Norepinephrine, Serotonin رسائل إلى مناطق متعلقة بوظائف حيوية: كالشهية والنوم وحتى الرغبة في الحياة تؤثر عليها سلباً (Gelder, Gath & Mayou, 1984). ويذكر تيس، وفرانك، وكيفر، (Thase, Franck & Kupfer, 1985) مجموعة من الأدلة غير المباشرة على دور العوامل البيولوجية في الاكتئاب وهي:

١ - دورة المرض الرأسية التي تتصف بفترات تحسن تبادلياً مع نوبات من الاكتئاب أو الهوس، وهذه النوبات دليل على الاضطراب المرضي ذي الأساس البيولوجي.

٢ - وجود مجموعة من الأعراض التي توحي بوجود إضطراب في العمليات الحيوية؛ كاضطراب النوم والشهية وتباين يومي في المزاج واضطرابات في النشاطات النفسية - الحركية.

٣ - استجابات جسدية للأدوية العلاجية خاصة لدى الأفراد المكتئبين.

نظرية التحليل النفسي:

اعتبر فرويد (Freud, 1917) - في مقالته "الحداد والملانخوليا" - وجود أوجه شبه عديدة بين الاكتئاب والحداد لدى فقدان موضوع الحب. يحدث الاكتئاب أثر فقدان موضوع الحب سواء بالموت أو الهجر أو الخسارة، إذ تنتاب الفرد نوبات من الاكتئاب جراء الشعور بالذنب الذي يصيبه، وكأن الكراهية اللاواعية هي السبب في الفقدان مما يؤدي إلى زيادة الشعور بالاكتئاب والحنق الداخلي واتهام الذات. أما أبراهام (Abraham,1960) فيعتبر أن الإصابة بالاكتئاب تتعلق بموضوع الحب فالفرد الذي لا يتمكن من اشباع رغباته الجنسية وحاجاته إلى الحب تنتابه مشاعر الكراهية والغضب تجاه موضوع الحب. هذه المشاعر ترتد نحو الذات بفعل الشعور بالذنب. فالإكتئاب شعور بالغضب إثر الإحباط وخيبة الأمل في إشباع الحاجة إلى الحب، هذا الغضب ارتد إلى الذات بفضل أوليات الدفاع اللاواعية. هذا ويتفق المحللون النفسيون عامة في تفسيرهم للاكتئاب؛ لكنهم يختلفون في تحديد أنواع الدوافع المثيرة للإحباط والغضب؛ إذ يحددها أبراهام بالفشل في إرضاء الرغبات الجنسية والحاجة إلى الحب، ويعتبر "رادو" (Rado, 1928) أن الاكتئاب "صرخة بحث عن الحب". ويشير بيبرينغ (Bibring, 1953) إلى أن الاكتئاب يتمثل في عدم القدرة على إشباع الحاجات والتطلعات الأساسية للفرد كالحاجة إلى الحب والتقدير، والحاجة إلى الأمن والقوة والحاجة إلى منح الحب والحصول عليه، وينجم الاكتئاب عن العجز والفشل في إشباع أي من هذه الحاجات ونتيجة للصراع الداخلي.

النظريات السلوكية:

١ - تعتبر السلوكية أن المرض النفسي عبارة عن سلوك متعلم كسائر أنماط السلوك السوي؛ ويمكن تفسيره من خلال مفهومي التعزيز والإشراط. وترى النظريات السلوكية أن الاكتئاب ينجم عن تدني مستوى التدعيم الإيجابي وارتفاع مستوى الخبرات السلبية وغير السارة. ويحدث الاكتئاب جراء عوامل عديدة تنخفض بموجبها تفاعلات الفرد مع البيئة المؤدية إلى

نتائج ايجابية وتزداد معدلات الخبرات السيئة التي تمثل عقابا بالنسبة له. (Lewinsohn, 1974) هذا ويعتبر لوينسون أن التعزيز والاكتئاب مفهومان متعلقان ببعضهما، ويشير إلى أن السلوك والمشاعر الوجدانية للمكتئب تعكس دلائل على تدني مستوى الاستجابة المتوقفة على التعزيز الإيجابي الذي يكمن في وجود تفاعل الفرد مع البيئة.

ويرى عبد الخالق والصبوة (١٩٩٤) أن البيئة الخارجية لها تأثير سلبي وإيجابي على الفرد، وعليه فالأنشطة السارة التي يقوم بها الفرد أو يوفرها له الآخرون تمنحه الفرح والسعادة. وبالمقابل فالأحداث الأليمة تؤدي إلى التوتر والقلق وبالتالي الاكتئاب.

النظريات المعرفية:

أكد بيك (Beck, 1976) على وجود أربعة مكونات رئيسية للاكتئاب تتمثل في:

المكونات المعرفية؛ التي تتضمن الشعور بالعجز، واليأس، والميل إلى تضخيم المشكلات، وتدني قيمة الذات.

المكونات الدافعية؛ وتتمثل في فقدان الدافعية والاعتمادية والهروب والرغبة في الموت وقلة الإرادة.

المكونات الانفعالية؛ وتتضمن عدم القدرة على الشعور بالسرور والبهجة.

المكونات الجسدية؛ وتبرز في أعراض الأرق وفقدان الرغبة الجنسية وسرعة الإجهاد وارتخاء العضلات.

هذا وتشير النظريات المعرفية إلى أن التشويه المعرفي لدى المكتئبين يتمثل في التشوهات في خبرات الفشل والنجاح، وتحريف الإدراك والذاكرة، إذ ينخفض

نسيان الأحداث السلبية المرتبطة بالتوقعات السلبية وبالشعور بعدم السرور واللذة، ويكثر نسيان الأحداث الإيجابية المتعلقة بالمتعة والسعادة (Mirabel - Sarron & Riviere,1993; Beck, 1976).

ويعتبر سليجمان وآخرون (Seligman, Klein & Miller, 1976) الذين أدخلوا مفهوم العجز المتعلم Learned Helplessness إلى نظرية التعلم الاجتماعي، أن بعض الأفراد يواجهون الأحداث الصعبة بمشاعر العجز وقلة الحيلة ولا تتناسب استجاباتهم مع الأحداث الواقعية. والسبب الرئيس للاكتئاب هو حالة "توقع"، إذ يتوقع الفرد حلول أحداث سيئة به وعدم قدرته على مواجهتها أو منع حدوثها. وضمن هذا الإطار، وجد أبرامسون وآخرون (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978) أن العجز المتعلم يتضمن تأثيرات معرفية يمكن تفسير الاكتئاب بها. فالعجز لا يرتبط باعتقاد الفرد بعدم قدرته على السيطرة على البيئة، وإنما يتعلق بالأسباب التي يفسر بها فشله. فالمكتئبون يفسرون أسباب فشلهم بعوامل داخلية وشاملة إذ يكمن العيب فيهم، ويتميز بالشمولية.

الدراسات السابقة:

في دراسة أجراها عبد اللطيف (١٩٩٧) على عينة مؤلفة من ٢٠٨٨ فرداً من الموظفين والموظفات الكويتيين والمصريين لدراسة الفروق في الاكتئاب بين الجنسين وبين ثقافتين، استخدم فيها مقياس بيك للاكتئاب، أشارت النتائج إلى أن المصريين من الجنسين كانوا أكثر اكتئاباً من الكويتيين، فيما لم تظهر فروق بين الذكور والإناث بين العينتين، لكن الذكور في العينة الكويتية كانوا أكثر اكتئاباً من الإناث، في حين كانت الإناث في العينة المصرية اكثر اكتئاباً من الذكور.

أجرى المشعان (١٩٩٧) دراسة حول الاكتئاب لدى الموظفين الكويتيين وغير الكويتيين على عينة مؤلفة من ٣٠٣ من الذكور والإناث. طبق فيها مقياس بيك. بينت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث، وكذلك بين الكويتيين وغير الكويتيين.

وأكدت دراسة فايد (١٩٩٨) على عينة من ٣٢٤ طالب وطالبة في الجامعة، بلغت أعمارهم ما بين ١٧ و٢٤ سنة، طبق فيها مقياس بيك للاكتئاب. أسفرت النتائج عن عدم وجود فروق جوهرية بين الذكور والإناث في الاكتئاب.

كما كشفت دراسة كوبر (Koper, 1993) التي ضمت ٤٠٧ طالب وطالبة، عدم وجود فروق في الاكتئاب بين الذكور والإناث. وهذا ما توصلت إليه دراسات (Devault & Dambrot, 1993; King, 1983; Bryson & Pilon, 1984; Lubin 1985, Moxones, 1986; Lund, 1986) كما توصل بيلنغ وألدن (Beiling & Alden, 2001) إلى نتائج مماثلة حول عدم وجود فروق في الإكتئاب بين الجنسين.

وفي دراسة طولية استمرت عشر سنوات قام بها كل من ويلهليم وباركر (Wilhelm & Parker, 1994) على ١٦١ فرداً من طلاب الجامعة تم فيها قياس الاكتئاب لدى الطلاب، دلت نتائج عام ١٩٨٧ أن الإناث أكثر اكتئاباً من الذكور، في حين أنه في السنوات التالية للدراسة لم تسجل أية فروق بين الجنسين سواء في سمة أو في حالة الاكتئاب.

وتوصلت فرهود وآخرون (Farhood et al., 1993) في دراسة أجرتها على عينة من ٤٥٠ عائلة لبنانية من غرب بيروت، إلى عدم وجود فروق كبيرة بينهم سواء كان ذلك للإناث من ناحية مكان الإقامة أو المستوى الاقتصادي - الاجتماعي. واعتمدت الدراسة تقديم ١٦ بنداً من مقياس بيك للاكتئاب أسفرت النتائج عن وجود فروق في الاكتئاب بين الإناث والذكور بحيث كان للإناث متوسط أعلى.

وفي دراسة عبد اللطيف (Abdullatif, 2000) على عينة من ١٦١ فرداً من طلاب الجامعة الأميركية في بيروت استخدم الباحث مقياس CAS الذي يقيس القلق والإكتئاب وتقدير الذات، بينت النتائج أن الإناث أكثر اكتئاباً من الذكور.

وقام أرشامبول (Archamboult, 1998) بدراسة على عينة من ٢٩٨٨ فرنسياً تراوحت أعمارهم بين ٢٥ و٣٤ سنة. استخدم أسلوب السيرة الذاتية للتعرف على حالة الاكتئاب ومحاولات الانتحار لدى الفرد. أسفرت النتائج عن وجود معدل اكتئاب أعلى لدى النساء منه لدى الرجال فيما لم تظهر علاقة دالة إحصائيا بين الاكتئاب والمكانة الاجتماعية، عدا استثناء واحد بالنسبة للمزارعين الذين بدوا أقل اكتئاباً من العمال أو موظفي الطبقة العليا. كما لم تظهر فروق جوهرية في الاكتئاب تبعاً للمستوى التعليمي.

وفي دراسة معمريه (٢٠٠٠) على عينة مؤلفة من ٥٢٧ طالب وطالبة، بلغ متوسط أعمارهم ٢١,٠٤ سنة، استخدمت فيها قائمة بيك لقياس الاكتئاب، أشارت النتائج إلى أن الإناث كن أكثر اكتئاباً من الذكور.

وبرهنت دراسة غريب (Ghareeb,1990) على عينة من ٣٧٢ مراهقاً ومراهقة من الإمارات وجود فروق في الاكتئاب بينهم لصالح الإناث. وتوصل غريب (Ghareeb, 1991) إلى نتائج مماثلة على عينة من ٤٣٥ من المراهقين الإماراتيين.

وأظهرت دراسة المشعان (١٩٩٥) التي أجريت على عينة مكونة من ٣٠٩ طالباً وطالبة من مدارس وجامعة الكويت، باستخدام مقياس بيك أيضاً للاكتئاب، أن هناك فروقاً بين الجنسين إذ كشفت أن الإناث كن أكثر اكتئابا من الذكور والشباب كانوا أكثر اكتئاباً من المراهقين.

وفي دراسة الأنصاري (١٩٩٥) تألفت العينة من ٣٠٠ فرداً من طلاب وطالبات جامعة الكويت، بلغ متوسط أعمارهم ٢١,٢٠ سنة أكدت النتائج حصول الإناث على متوسط أعلى من الذكور في الاكتئاب.

وهذا ما توصلت إليه دراسة عبد الخالق والأنصاري (١٩٩٥) تكونت العينة فيها من ٢٧٧ فرداً من جامعة الكويت بمتوسط عمري ٢١,٩٣، دلت النتائج أن الطالبات أكثر اكتئاباً من الطلاب.

وفي دراسة شقير (١٩٩٥) التي أجرتها على عينة من ١٧٧ فرداً من الجامعة، تراوحت أعمارهم بين ١٩ و ٢٤ عاماً استخدمت فيها قائمة بيك للاكتئاب، بينت النتائج أن الإناث أكثر اكتئاباً من الذكور.

وفي دراسة بارون وكامبل (Barron & Compell,1993) تألفت العينة من ١٥٣ فرداً من الذكور والإناث، تراوحت اعمارهم بين ١٤و١٦ سنة من طلاب المرحلة الثانوية. دلت النتائج أن معدل الإناث في الاكتئاب أعلى من معدل الذكور. وهذا ما توصلت إليه دراسات (Baron & Perron, 1986; Lopez, 1986; Feinson,1984).

بالنسبة للدراسات حول انتشار الاكتئاب، أجرى الأنصاري (١٩٩٧) دراسة حول الاكتئاب، درس فيها معدل انتشار الاكتئاب وعلاقته ببعض الخصائص الديمغرافية كالجنس، والدخل الشهري، والحالة الاجتماعية، وترتيب الميلاد وحجم الأسرة. تألفت العينة من ٢١٣٥ فرداً من المجتمع الكويتي، واستخدم فيها مقياس بيك للاكتئاب. أسفرت النتائج عن معدل انتشار للاكتئاب أعلى لدى طالبات الثانوي بمتوسط وقدره ١٧,٨، تلتها ربات البيوت، ثم المسنون، فطالبات الجامعة، ثم طلاب الثانوي، فالموظفون تلاهم طلاب الجامعة، فالموظفات، والمدرسات، واحتل المدرسون المرتبة الأخيرة بمتوسط قدره ٨,٨٢. كما وجدت الدراسة فروقاً دالة إحصائياً في الاكتئاب لدى الإناث مقارنة بالذكور، وارتفاع متوسط الاكتئاب لدى الأفراد منخفضي الدخل مقارنة بأقرانهم ذوي الدخل المرتفع. كما دلت على انخفاض معدل الاكتئاب لدى الأفراد المنحدرين من أسر قليلة العدد مقارنة بالأسر كبيرة العدد، وتبين أيضاً أن أعلى متوسط اكتئاب حصل عليه الأفراد الذين يلي ترتيب ميلادهم الفرد السادس في الأسرة. أما بالنسبة للحالة الاجتماعية فقد حصل المتزوجون على أدنى متوسط للاكتئاب تلاهم العازبون، فالمطلقون ثم المنفصلون فالأرامل الذين حصلوا على أعلى متوسط للاكتئاب. وفي دراسة معمرية (٢٠٠٠)، بلغ متوسط انتشار الاكتئاب لدى أفراد العينة ١٠,٤١ بانحراف معياري قدره ٥,٩٨.

وقام رضوان (٢٠٠١) بدراسة حول الاكتئاب والتشاؤم، على عينة سورية من ١١٣٤ طالباً وطالبة من المرحلة الثانوية والجامعية، أظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية بين الاكتئاب والتشاؤم، وارتباط دال بين الجنس والاكتئاب لصالح الإناث اللواتي كن أكثر اكتئابا من الذكور. أما بالنسبة لانتشار الاكتئاب في العينة ككل؛ فقد بلغت نسبته ٦,٥ ٪ وهي أعلى لدى طلاب الجامعة منها لدى طلاب الثانوي.

هذا وقد أكدت العديد من الدراسات انتشار الاكتئاب وارتفاع معدلاته؛ نتيجة التعرض للحروب (Puvinathan, Shanmug Avavajah, Lakshman & Doney (1989 Molica, 1987; Hunt, 1988; Saigh, 1984; Smith, 1986 وابراهيم ١٩٩٨).

كما يلاحظ وفرة الدراسات - على الرغم من تناقضها - فيما يتعلق بمتغير الجنس، وندرة هذه الدراسات حول عوامل أخرى هامة؛ كالطبقة الاجتماعية والموقع الجغرافي ونوع الجامعة والدين.

أهداف الدراسة وأهميتها:

هدف الدراسة هو التعرف على العلاقة بين الاكتئاب وبعض المتغيرات الاجتماعية - الديمغرافية وهي: الجنس، والانتماء الديني، والطبقة الاجتماعية، ونوع الجامعة، والموقع الجغرافي إضافة إلى معرفة مدى انتشار الاكتئاب لدى عينة البحث الحالي. وإذا كانت مراجعة البحوث السابقة في هذا المجال تشير إلى وجود دراسات وفيرة فيما يتعلق ببعض المتغيرات كالجنس، وقليلة فيما يتعلق بالمتغيرات الأخرى بالنسبة للبنان؛ فالدراسات نادرة في هذا الصدد.

من هنا تكتسب دراسة الاكتئاب لدى طلاب الجامعة أهمية خاصة؛ سيما وأنه يؤدي إلى سوء التكيف وإعاقة التقدم في مختلف مجالات الحياة، بالمقابل فإن

الأدوار المنوط بالطلاب القيام بها تحدد - إلى مدى بعيد - مستقبل البلاد وبناء المجتمع وتطويره. وعليه فالتعرف على صحتهم النفسية أمر ضروري يحتم إجراء العديد من الدراسات حول الموضوع.

مشكلة الدراسة:

بالعودة إلى الخلفية النظرية والدراسات السابقة، نجد أن الأحداث الأليمة التي يمر بها الفرد، والعجز عن إشباع الحاجات الأساسية والاتجاه المعرفي العام السلبي بعدم القدرة على حل المشكلات، وكذلك عدم الاستقرار الاجتماعي والتدهور الاقتصادي والبطالة وتدهور القيم والتركيز المتزايد على النواحي المادية والتفاوت الاقتصادي كلها عوامل تؤدي إلى ارتفاع معدلات الاكتئاب. (الأنصاري، ١٩٩٧؛ عبد الخالق، ١٩٩٦) كما أن سرعة التغيير الاجتماعي يؤدي إلى زيادة الضغوطات النفسية التي تسهم في حدوث الاضطرابات الاكتئابية واستمرارها (معمرية، ٢٠٠٠) كما كشفت الدراسات عن الارتباط الوثيق بين الحروب والاكتئاب واعتبرت أنه يشكل أثرا من آثار الحروب. (Molica, 1987 Smith, 1986; Saigh,1986; Hunt, 1988، إبراهيم ١٩٩٨).

كذلك أشارت الدراسات السابقة إلى ارتفاع معدلات الاكتئاب تبعاً لبعض المتغيرات الديمغرافية والاجتماعية.

والسؤال المطروح هو «هل توجد علاقة بين الاكتئاب وبعض المتغيرات الاجتماعية والديمغرافية كالطبقة الاجتماعية والانتماء الديني ونوع الجامعة والجنس والموقع الديمغرافي في بلد سمته التنوع في تلك المتغيرات؟»

«وهل أن التغيرات والأزمات الاجتماعية والسياسية والاقتصادية التي يعاني منها لبنان بعد ستة عشر عاماً من الحرب الأهلية عكست ارتفاعاً في معدلات الاكتئاب لدى طلاب الجامعة؟»

أسئلة الدراسة:

- هل يرتفع متوسط انتشار الاكتئاب لدى أفراد العينة عن المعدل السوي للدرجات؟

- هل توجد فروق جوهرية بين المسلمين والمسيحيين في الاكتئاب؟

- هل توجد فروق جوهرية في الاكتئاب بين الذكور والإناث؟

- هل توجد فروق جوهرية في الاكتئاب بين الطبقات الاجتماعية؛ الطبقة الفقيرة تليها الوسطى فالطبقة العليا؟

- هل توجد فروق جوهرية في الاكتئاب بين طلاب الجامعتين الأميركية واللبنانية؟

- هل توجد فروق جوهرية في الاكتئاب بين طلاب الريف وطلاب المدينة؟

منهجية الدراسة:

في هذه الدراسة استخدم المنهج الوصفي الميداني.

العينة:

تم اختيار العينة بالطريقة العنقودية من طلاب السنوات الثانية في فروع كليات الآداب والعلوم الإنسانية من الجامعتين اللبنانية والأميركية في بيروت. اختيرت هاتان الجامعتان لأنهما تضمان طلاباً من مختلف المذاهب الدينية والمناطق الجغرافية والطبقات الاجتماعية، فطلاب الجامعة الأميركية ينتمون بغالبيتهم إلى الطبقة المتوسطة العليا والميسورة. أما الغالبية العظمى من طلاب الجامعة اللبنانية فينتمون إلى الفئات الفقيرة والمتوسطة الدنيا[1]. هذا وقد تحددت العينة تبعاً لمهنة الأب وتوزعت على الشكل الآتي:

(١) اعتمدت الدراسة في تحديد الطبقة الاجتماعية على المتغيرات الآتية: مهنة الأب ونوع الجامعة، وهو المعيارالمتبع في الأبحاث اللبنانية. ولمزيد من التفاصيل يرجى مراجعة الدراسة الدقيقة التي أجراها الأمين وفاعور حول "الطلاب الجامعيون في لبنان واتجاهاتهم" ١٩٩٨.

جدول رقم (١)

الطبقة الاجتماعية	مهنة الأب
الطبقات الفقيرة ن = ١٣٤	المزارعين، العسكريين، صغار التجار، العمال، الحرفيين، سائقي السيارات. . .
الطبقة الوسطى ن = ٢٢٥	الموظفين، المدرسين، التجار. . .
الطبقة العليا ن = ١٥٧	كبار التجار، الأطباء، المهندسين، المحامين، أصحاب المهن الحرة. . .
غير مبين ن = ٦٤	المجموع ٦١٠

يذكر أن الجامعة اللبنانية تضم حوالي ٦٠ ٪ من طلاب الجامعات اللبنانية. تراوحت أعمار العينة بين ١٧ – ٢٥ سنة. وبلغ متوسط عمر الإناث ١٢,٢١ سنة بانحراف معياري قدره ٣,٠١ ومتوسط أعمار الذكور ٩٣,٢٠ سنة بانحراف معياري قدره ٣,٠٩. طبقت الاستمارة في ربيع العام ٢٠٠٠ على عينة من ٦١٠ طلاب توزعوا كما يتضح من جدول رقم (٢):

جدول رقم (٢)

الجنس		الدين		الجامعة		الموقع الجغرافي	
ذكر	أنثى	مسلمين	مسيحيين	اللبنانية	الأميركية	مدينة	ريف
٣٠٠	٣١٠	٣٠٦	٣٠٤	٤٠٨	٢٠٢	٢٩٠	٣٢٠
ن = ٦١٠		ن = ٦١٠		ن = ٦١٠		ن = ٦١٠	

الأداة:

استخدمت الدراسة قائمة بيك للاكتئاب إعداد وتعريب أحمد عبد الخالق (١٩٩٦)؛ بصيغتها المعدلة عام ١٩٧٨. ويعتبر هذا المقياس من أكثر مقاييس الاكتئاب استخداماً في العالم. فمنذ العام ١٩٦١ وحتى العام ١٩٨٨استخدم فيما يربو عن ألف دراسة في مختلف أنحاء العالم، ولا يزال المقياس الأكثر استخداماً. يتألف المقياس من ٢١ بنداً يمكن تقديرها على أساس مقياس رباعي يتراوح بين صفر و ٣ تمثل أدنى و أقصى درجات الاكتئاب، وتشمل البنود الأعراض والاتجاهات الآتية: مشاعر الذنب، المزاج السيئ، التشاؤم، الشعور بالفشل، الأفكار الانتحارية، لوم الذات، البكاء، الانسحاب الاجتماعي، عدم القدرة على اتخاذ القرارات، صعوبات العمل، الأرق، التعب، فقدان الشهية، كراهية الذات، فقد الليبدو، التهيج، تغير صورة الجسد، الانشغال بالجسد، العقاب، فقدان الوزن، عدم الرضا عن الذات.

وللتأكد من ثبات الاستقرار؛ طبقت القائمة على عينة من ٥٥ فرداً من طلاب الجامعة اللبنانية وأعيد تطبيقها بعد أسبوعين، وبلغت قيمة الثبات ٠,٦٩ وهو معدل مقبول.

بالنسبة لثبات الإتساق الداخلي، فقد قام بحسابه عبد الخالق على عينة من ٣٨٠ فرداً من طلاب الجامعة في أربع دول عربية هي: مصر، و السعودية، والكويت، و لبنان، وتراوحت قيمة ألفاكرونباخ على التوالي: ٠,٦٧ ٠,٨٢ ٠,٨٩ ٠,٧٧ (Abdel Khalek, 1998).

ولحساب الصدق؛ تم استخدام طريقة الصدق المرتبط بالمحك، وذلك بحساب معامل ارتباط بيرسون بين مقياس بيك للاكتئاب ومقياس التفاؤل والتشاؤم تأليف أحمد عبد الخالق. ضمت العينة ٣١٠ طلاب وطالبات من الجامعتين اللبنانية والأميركية، برهنت النتائج ما يأتي:

١ - ارتباط الاكتئاب بالتشاؤم = ٠,٦٢١

٢ - ارتباط الاكتئاب بالتفاؤل = - ٠,٤٩٦

دلت النتائج أن معامل الارتباط كان موجباً بين مقياسي الاكتئاب والتشاؤم عند مستوى دلالة ٠,٠١، وسالباً بين مقياس الاكتئاب والتفاؤل عند مستوى دلالة ٠,٠١.

هذا وقد تم تطبيق المقياس على عينة الدراسة بطريقة جماعية في قاعات الدروس.

النتائج:

لاستخراج النتائج؛ تم استخدام الطرق الاحصائية الآتية: المتوسطات والانحرافات المعيارية واختبار "ت" لتحديد دلالة الفروق بين المتوسطات. واختبار "ف" لمقارنة متوسطات المجموعات. واستخدم تحليل التباين البسيط والمتعدد لدراسة التفاعل بين كافة متغيرات الدراسة.

للتحقق من الفرضية الأولى؛ تم حساب المتوسط والانحراف المعياري والدرجة الكلية للاكتئاب.

جدول رقم (٣)

المتوسط والانحراف المعياري ودرجة الاكتئاب للعينة الكلية

	ن	م	ع	م + ١ع
الاكتئاب	٦١٠	١٢,٢٩	٧,٨	٢٠,٠٩

يدل جدول رقم (٣) أن معدل درجات المفحوصين وقعت ضمن نطاق المعدل المعتدل (معدل معتدل = ١٦ - ١٠ درجة)، تبعاً لمقياس بيك للاكتئاب[١].

(١) يذكر أن معدل درجات الاكتئاب هذه اعتمدت في العديد من الدراسات العربية: عبد الخالق ١٩٩٦، إبراهيم ١٩٩٨ وغيرهم..

جدول رقم (٤)

الاكتئاب حسب متغيرات الدين والجنس والجامعة والموقع الجغرافي

المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" ودلالتها

	المتغيرات الاجتماعية والديمغرافية	الاكتئاب			
		م	ع	قيمة ت	الدلالة
الدين	مسيحيون ن = ٣٠٦ مسلمون ن = ٣٠٤	١١,٥٩ ١٢,٩٨	٧,١٧ ٨,٣٥	٢,١٩	٠,٠٢ دال
الجنس	ذكور ن = ٣٠٠ اناث ن = ٣١٠	١١,٩٥ ١٢,٦١	٨,٠٥ ٧,٥٥	١,٠٤	٠,٢٩ غير دال
الجامعة	الجامعة اللبنانية ن = ٤٠٨ الجامعة الاميركية ن = ٢٠٢	١٤,١٣ ٨,٥٧	٨,٠١ ٥,٨٢	٩,٧٥	٠,٠٠ دال
الموقع الجغرافي	حضريون ن = ٢٩٠ ريفيون ن = ٣٢٠	١١,٧٦ ١١,٤١	٨,٠١ ٧,٥٦	١,٠٥	٠,٧١ غير دال

تؤكد النتائج الواردة في جدول رقم (٤) أن متوسط الاكتئاب لدى المسلمين أعلى منه لدى المسيحيين. وبالنسبة لمتغير الجنس، أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة بين الذكور والإناث في متوسط الاكتئاب. وفيما يتعلق بنوع الجامعة (أميركية، لبنانية)، تبين النتائج وجود فروقات دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ إذ أن طلاب الجامعة اللبنانية هم أكثر اكتئاباً من أترابهم طلاب الجامعة الاميركية، في حين لم تثبت النتائج أية علاقة بين الاكتئاب والموقع الجغرافي، فالحضريون والريفيون حققوا متوسطات متقاربة.

جدول رقم (٥)
المتوسطات والانحرافات المعيارية تحليل التباين الاحادي للاكتئاب
تبعاً لمتغير الطبقة الاجتماعية

الطبقة الاجتماعية	الاكتئاب			
	م	ع	قيمة "ف"	دلالة "ف"
الطبقة العليا ن = ١٥٧	١٠,٠٩	٦,٦٤	١٣,٩٤	٠,٠٠
الطبقة الوسطى ن = ٢٥٥	١٢,١٦	٧,٨١		
الطبقة الفقيرة ن = ١٣٤	١٤,٩٠	٨,٧٦		

جدول رقم (٦)
جدول يوضح مقارنة المتوسطات لمتغير الطبقة الاجتماعية
باستخدام اختبار شيفيه

الطبقة الاجتماعية	تباين المتوسطات	الانحراف المعياري	الدلالة الاحصائية
الطبقة العليا / الوسطى	٢,٠٧	٠,٧٩	٠,٠٣
الطبقة العليا / الفقيرة	٤,٨١	٠,٩١	٠,٠٠
الطبقة الوسطى/ الفقيرة	٢,٧٤	٠,٨٣	٠,٠١

وأجري تحليل التباين البسيط لمتغير الطبقة الاجتماعية. دلت النتائج في جدول رقم (٦) على وجود فروق جوهرية بين الطبقات الاجتماعية الثلاث؛ العليا والوسطى والفقيرة. فقد ظهر أن الطبقة العليا أقل اكتئاباً من الطبقتين الوسطى والفقيرة، كما أظهرت أن الطبقة الوسطى أقل اكتئاباً من الطبقة الفقيرة.

ولأن قيمة "ف" كانت دالة؛ فقد أجرينا اختبار شيفيه Scheffé، وأبرزت النتائج وجود فروق دالة احصائياً بين الطبقات العليا والوسطى والفقيرة.

وللتحقق من وجود علاقة بين الاكتئاب وكافة المتغيرات الاجتماعية - الديمغرافية، تم إجراء تحليل التباين المتعدد. وأظهر جدول رقم (٥) النتائج الآتية:

جدول رقم (٧)

تحليل التباين المتعدد لمتغير الاكتئاب

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	الدلالة
الجامعة	١٢٧٤,٥١	١	١٢٧٤,٥١	٢٣,٥٥	٠,٠٠٠
الجنس	١٨,٠٦	١	١٨,٠٦	٠,٣٣	٠,٥٦
الموقع الجغرافي	٢٨,١٦	١	٢٨,١٦	٠,٥٢	٠,٤٧
الدين	٢٠٥,٤٤	١	٢٠٥,٤٤	٣,٧٩	٠,٠٥
الطبقة الاجتماعية	٣٧,٩١	٢	١٨,٩٥	٠,٣٥	٠,٠١
التفاعل الثنائي					
الجامعة - الجنس	١٠٨,٦٩	١	١٠٨,٦٩	٢,٠١	٠,١٦
الجامعة - الموقع الجغرافي	١٧,٩٩	١	١٧,٩٩	٠,٣٣	٠,٥٦
الجامعة - الدين	٦٩,١٥	١	٦٩,١٥	١,٢٨	٠,٢٦
الجامعة - الطبقة الاجتماعية	١٧٩,٠١	٢	٨٩,٥١	١,٦٥	٠,١٩
الجنس - الموقع الجغرافي	٠,٣٠	١	٠,٣٠	٠,٠١	٠,٩٤
الجنس - الدين	٣٨,٣٨	١	٣٨,٣٨	٠,٧١	٠,٤٠
الموقع الجغرافي - الطبقة الاجتماعية	١٠٦,٩٢	٢	٥٣,٤٦	٠,٩٩	٠,٣٧
الموقع الجغرافي - الدين	٦٧,٧٣	١	٦٧,٧٣	١,٢٥	٠,٢٦

تابع/ جدول رقم (٧)

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	الدلالة
الموقع الجغرافي - الطبقة الاجتماعية	٩٩,٠٩	٢	٤٩,٥٤	٠,٩٢	٠,٤٠
الدين - الطبقة الاجتماعية	٢٩٨,٧٩	٢	١٤٩,٣٩	٢,٧٦	٠,٠٦
التفاعل الثلاثي					
الجامعة - الجنس - الموقع الجغرافي	١,١٧	١	١,١٧	٠,٢٢	٠,٨٨
الجامعة - الموقع الجغرافي - الدين	٨,٣٧	١	٨,٣٧	٠,١٦	٠,٦٩
الجامعة - الموقع الجغرافي - الطبقة الاجتماعية	١٧,٩٢	١	١٧,٩٢	٠,٣٣	٠,٥٧
الجامعة - الدين - الطبقة الاجتماعية	١٧,٧٦	١	١٧,٧٦	٠,٣٣	٠,٥٧
الجامعة - الجنس - الدين	١٨١,٧٢	١	١٨١,٧٢	٣,٣٦	٠,٦٧
الجامعة - الجنس - الطبقة الاجتماعية	٥٨,٨٤	١	٥٨,٨٤	١,٠٩	٠,٢٩
الجنس - الموقع الجغرافي - الدين	١٦,١٨	١	١٦,١٨	٠,٢٩	٠,٥٩
الجنس - الدين - الطبقة الاجتماعية	٢١١,٢١	٢	١٠٥,٦٠	١,٩٥	٠,١٤
الجنس - الموقع الجغرافي - الطبقة الاجتماعية	٨٥,١٥	٢	٤٢,٥٧	٠,٧٩	٠,٤٦
التفاعل الرباعي					
الجامعة - الجنس - الموقع الجغرافي - الدين	٢,٥٢	١	٢,٥٢	٠,٤٧	٠,٨٣
الجامعة - الجنس - الدين - الطبقة الاجتماعية	٥,٩٦	١	٥,٩٦	٠,١١	٠,٧٤
الجامعة - الجنس - الموقع الجغرافي - الطبقة الاجتماعية	٣٨,٧٩	١	٣٨,٧٩	٠,٧٢	٠,٣٩
الجامعة - الموقع الجغرافي - الدين - الطبقة الاجتماعية	٤٨,٥١	٢	٢٤,٢٥	٠,٤٥	٠,٦٤

تابع/ جدول رقم (٧)

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	الدلالة
الجنس - الموقع الجغرافي - الدين - الطبقة الاجتماعية	٣,٠٨	١	٣,٠٨	٠,٥٧	٠,٨١
التفاعل الخماسي					
الجامعة - الجنس - الدين - الموقع الجغرافي - الطبقة الاجتماعية	١,١٨	١	١,١٨	٠,٠٢	٠,٨٨
الخطأ	٢٧٢٧٤,٧٣	٥٠٤			
المجموع	١١٦٠٥١	٥٤٦			
المجموع الكلي المصحح	٣٤٢٥١,٥٧	٥٤٥			

لم تُسفر نتائج التفاعل الثنائي أو الثلاثي أو الرباعي أو الخماسي مع كافة المتغيرات عن أية نتائج دالة احصائياً.

مناقشة النتائج:

تراوحت النسبة العامة للاكتئاب ضمن نطاق الدرجات المعتدلة، مما يدحض احتمال ارتفاع درجات الاكتئاب لدى الطلاب بعد الحرب الأهلية التي عانى منها لبنان طيلة ستة عشر عاماً توافقاً مع نتائج الدراسات التي أكدت ارتفاع معدلات الاكتئاب بعد التعرض للحروب، (Puvinathan, Shanmug Avavajah, Lakshman, & Doney 1989; Molica, 1987; Hunt, 1988; Saigh, 1986; Smith,1986; ابراهيم، ١٩٩٨؛ والانصاري ١٩٩٧).

لكن نتائج الدراسة الحالية تتوافق مع نتائج دراسة سابقة على العينة ذاتها، دلت على وقوع درجات التشاؤم لهؤلاء الطلاب ضمن نطاق الدرجات السوية (اليحفوفي، ٢٠٠٢)، وهو ما يتفق مع الدراسات التي أشارت إلى التناسب الطردي بين الاكتئاب والتشاؤم. فهل يحتفظ الطلاب بنظرة تفاؤلية كما يرى

تايغر (Tiger, 1979) الذي اعتبر أن التفاؤل جزء أصيل من الطبيعة الإنسانية خضع لعملية انتقاء خلال مراحل التطور ونمو مهاراتنا المعرفية والقدرة الإنسانية على التحضر؟ أم أن الفرد يفخر بالأحداث الجيدة وينسحب من الوقائع السيئة كما برهن غرينولد (Greenwald, 1980)؟

وبالنسبة للسؤال الثاني لم يتأكد احتمال عدم وجود فروق بين المسلمين والمسيحيين، فقد بينت النتائج وجود فروق جوهرية في الاكتئاب حيث كان المسلمون أكثر اكتئاباً من المسيحيين. فهل عكست الأزمات النفسية والاجتماعية، والسياسية والاقتصادية التي أفرزتها الحرب بين المسلمين مشاعر اكتئابية لديهم أكثر من المسيحيين؟ أم أنه توجد متغيرات أخرى تلعب دورها في زيادة نسبة الاكتئاب لدى الطائفة المسلمة؟ يذكر أن بعض الدراسات أكدت أن أدنى نسبة اكتئاب سجلت لدى عينة من الملحدين، فيما سجلت أعلى نسبة لدى المتدينين المتزمتين (Buggle, Dorothee, Nohe, Schneider & Uhman, 2000). في حين أشارت دراسات أخرى أن الدين يلعب دوراً وقائياً من الإصابة بالاكتئاب، (Miller, Warner, Wickamaratne, Weissman, 1997)، مما يشير إلى ضرورة إجراء دراسة معمقة حول العلاقة بين الاكتئاب والتدين، للكشف عن المتغيرات الأساسية الكامنة وراء الاختلاف في نسبة الاكتئاب بين المسلمين وأقرانهم المسيحيين، في ضوء احتمال التداخل بين الطبقة الاجتماعية والدين، حيث وصلت قيمة الدلالة في التفاعل الثنائي (٠,٠٦).

وفيما يتعلق بالسؤال الثالث حول احتمال عدم وجود فروق بين الجنسين في الاكتئاب، فقد تأكد هذا الاحتمال وهو ما تؤيده دراسات: (عبد اللطيف، ١٩٩٧؛ المشعان، ١٩٩٥؛ Koper, 1993; Nogelberg, 1983; Lubin, 1985; Moxnes, 1986, Bryson & Pilon, 1984; Devault & Dambrot, 1993; فايد ١٩٩٨). فيما تؤكد دراسات: (معمرية، ٢٠٠٠؛ الانصاري، ١٩٩٥؛ عبد الخالق والانصاري، ١٩٩٥؛ شقير، ١٩٩٥ ,Archamboult ,Ghareeb,1990,1991; 1998; Abdullatif, 2000; Wilhelm & Parker, 1994) وجود فروق بين الجنسين في

الاكتئاب. ويرى ابراهيم (١٩٩٨) أن عامل الجنس ليس مسؤولاً عن ارتفاع نسبة الاكتئاب لدى الذكور أو الإناث بل أن الضغوط النفسية - الاجتماعية والاحباطات المتعلقة بالنمو الاجتماعي والمعوقات الاجتماعية والنفسية التي تقف عائقاً في سبيل تحقيق الأحلام هي المسؤولة عن هذا الارتفاع.

وفي تناولنا للسؤال الرابع، أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائيا في الاكتئاب لصالح الطبقة الفقيرة، تلتها الطبقة الوسطى فالطبقة العليا التي سجلت أدنى متوسط. وهو ما أكدته دراسة الأنصاري(١٩٩٧) من انخفاض متوسط الاكتئاب لدى الأفراد مرتفعي الدخل مقارنة بأقرانهم منخفضي الدخل، كذلك أشار معمرية (٢٠٠٠) إلى وجود علاقة بين انخفاض المستوى الاقتصادي وانتشار أعراض الاكتئاب، كما بيّن أن الاكتئاب ينتشر في البلدان النامية أكثر منه في البلدان المتقدمة. ويرى عبد الخالق (١٩٩٦) أن التدهور الاقتصادي يسهم في ارتفاع معدلات الاكتئاب. ويعتبر ابراهيم (١٩٩٨) أن فرص علاج الاكتئاب المتاحة للطبقات الفقيرة أقل بكثير مما هو متاح للطبقات الأخرى مما يؤدي إلى ضآلة فرص الشفاء أمامهم، إضافة إلى أن الضغوط الاجتماعية والنفسية الملازمة لإنخفاض الدخل والفقر أعلى من مثيلاتها في الطبقات العليا.

بالنسبة لمتغير الجامعة الذي جاء في مضمون السؤال الخامس من حيث احتمال وجود فروق في الاكتئاب بين طلاب الجامعتين لصالح طلاب الجامعة اللبنانية، فقد أشارت النتائج إلى أن طلاب الجامعة اللبنانية هم أكثر اكتئاباً من أقرانهم في الجامعة الأميركية الذين ينتمون بغالبيتهم إلى الطبقة الاجتماعية العليا، في حين ينتمي طلاب الجامعة اللبنانية إلى الطبقة الفقيرة والوسطى الدنيا. وكما رأينا في متغير الطبقة الاجتماعية، فارتفاع معدل الاكتئاب يتناسب عكسياً مع انخفاض الطبقة الاجتماعية. من جهة أخرى قد يسهم عامل التمايز الثقافي الموجود في الجامعتين في نشأة الاكتئاب، ففي حين تتميز الأجواء العامة في الجامعة الأميركية بالتحرر والديمقراطية، تتسم أجواء الجامعة اللبنانية بالتقليدية والمحافظة (Khouri, 1989).

ويشير براون وآخرون، (Brown, Ni Bhrolchon & Harris, 1975) إلى أن الاكتئاب في الدول النامية أعلى منه في الدول المتقدمة؛ حيث يتمتع الفرد بالاستقرار الاجتماعي، والاقتصادي، والسياسي والصحي. ويؤكد ماك غراس وآخرون (McGrath,Keita,Stickland,& Russo, 1990) أن ارتفاع معدلات الاكتئاب هو خاصية مشتركة لدى الأفراد الذين يعانون من مشاكل إقتصادية، وأولئك الذين ينتمون إلى مكانة اجتماعية - اقتصادية منخفضة. كما رأى بروان وموران (Brown & Moran, 1997) أن المشكلات المادية تسهم في نشأة الاكتئاب.

أما السؤال السادس حول احتمال وجود فروق بين الحضريين والريفيين، فلم يتحقق هذا الاحتمال، ولم تظهر أية فروق تبعاً للموقع الجغرافي.

خلاصة وتوصيات:

مما تقدم أكدت الدراسة عدم وجود فروق جوهرية بين الجنسين، وتبعاً للموقع الجغرافي في الاكتئاب، فيما سُجلت فروق دالة احصائياً بالنسبة لمتغير الدين، حيث ظهر أن المسلمين أكثر اكتئاباً من المسيحيين توافقا مع ارتباط الالتزام الديني بالاكتئاب أو تداخل أثر التدين مع أثر الانتساب إلى طبقة اجتماعية معينة؛ فقد وجدت فروق دالة إحصائياً بين مختلف الطبقات الاجتماعية، وأن أبناء الطبقة الفقيرة كانوا أكثر اكتئاباً تلاهم أقرانهم من الطبقة الوسطى فالطبقة العليا. كذلك تبين أن طلاب الجامعة اللبنانية أكثر اكتئاباً من طلاب الجامعة الاميركية. وفيما يتعلق بانتشار الاكتئاب أظهرت النتائج أن متوسط الدرجات الكلية للاكتئاب وقعت ضمن نطاق الدرجات المعتدلة. هذا وقد قامت العوامل الثلاثة: نوع الجامعة، تلاه الطبقة الاجتماعية، فالانتماء الديني بدور بارز في متغير الاكتئاب بوصفها أحادية، في حين لم يظهر أي تفاعل بين هذه المتغيرات الثلاثة مجتمعة أو أي من متغيرات الدراسة.

وللرد على التساؤلات المطروحة، يتحتم إجراء دراسات معمقة حول الانتماء الديني وعلاقته بالاكتئاب، ومدى تأثير الجامعة في متغير الاكتئاب وذلك بعد عزل متغير الطبقة الاجتماعية.

في ضوء نتائج هذه الدراسة يمكن اقتراح التوصيات الآتية:

١ - إجراء دراسات وبحوث على نطاق واسع لتشخيص وعلاج حالات الاكتئاب لدى الطلاب.

٢ - وضع برنامج توجيه - إرشادي وعلاجي - لطلاب الجامعة اللبنانية خاصة.

٣ - إيجاد فرص عمل للطلبة و مساعدتهم على إشباع حاجاتهم الأساسية.

٤ - مساندة و دعم الأسرة لأبنائها ومؤازرتهم لتخطي الظروف الصعبة التي يواجهونها.

المراجع

المراجع العربية

١ - إبراهيم، عبد الستار (١٩٩٨). **الاكتئاب**. الكويت، عالم المعرفة، ٢٣٩.

٢ - الأمين، عدنان وفاعور، محمد (١٩٩٨). الطلاب الجامعيين في لبنان واتجاهاتهم. الهيئة اللبنانية للعلوم التربوية.

٣ - الأنصاري، بدر (١٩٩٧). الاكتئاب والعدوان العراقي. الكويت، مكتب الإنماء الاجتماعي، إدارة البحوث والدراسات.

٤ - الأنصاري، بدر (١٩٩٥). دراسة عاملية للحالات الانفعالية للشباب الجامعي في الكويت بعد العدوان العراقي. المؤتمر الدولي الثاني للصحة النفسية، الكويت، مكتب الإنماء الاجتماعي، ١ - ٤ ابريل.

٥ - المشعان، عويد (١٩٩٧). دافع الانجاز وعلاقته بالقلق والاكتئاب والثقة بالنفس لدى الموظفين الكويتيين وغير الكويتيين. مؤتمر الخدمة النفسية في دولة الكويت، ٦ - ٨ ابريل.

٦ - المشعان، عويد (١٩٩٥). دراسة الفروق في الاكتئاب بين المراهقين والشباب في الكويت. **المجلة التربوية**، ٣٧، ١٢٧ - ١٤٨.

٧ - الحفني، عبد المنعم (١٩٩٥). **موسوعة الطب النفسي**. القاهرة، مكتبة مدبولي.

٨ - اليحفوفي، نجوى (٢٠٠٢). التفاؤل والتشاؤم وعلاقته ببعض المتغيرات الاجتماعية - الديمغرافية لدى طلاب الجامعة. **مجلة علم النفس**، ٦٢، ١٣٢ - ١٥٠.

٩ - رضوان، سامر (٢٠٠١). الاكتئاب والتشاؤم. **مجلة العلوم التربوية**، البحرين، (١، ٢)، ١٤ - ٤٨.

١٠ - زهران، حامد (١٩٩١). **الصحة النفسية والعلاج النفسي**. القاهرة، عالم الكتب.

١١ - ستور، انطوني (١٩٩١). **من العلاج النفسي**، ترجمة فطيم. القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.

١٢ - شقير، زينب (١٩٩٥). مفهوم الذات ومظاهر الصحة النفسية لدى المكتئبين من طلاب جامعة طنطا. **مجلة علم النفس**، ٣٣، ٣٤ - ٥١.

١٣ - عبد الخالق، أحمد والانصاري، بدر(١٩٩٥). التفاؤل والتشاؤم: دراسة عربية في الشخصية. القاهرة، المؤتمر الدولي الثاني لمركز الارشاد النفسي جامعة عين شمس، ٢٥ - ٢٧ ديسمبر.

١٤ - عبد الخالق، أحمد والصبوة، نجيب (١٩٩٤). الأنشطة والأحداث السارة لدى عينة من طلاب الجامعة في مصر. **مجلة العلوم الاجتماعية**، ٢٤، ١٤٨ - ١٨٥.

١٥ - عبد الخالق، أحمد (١٩٩٩). القائمة العربية لاكتئاب الأطفال. الكويت، **مجلة العلوم الاجتماعية**، ٢٧، ٣، ١٠٣ - ١٢٣.

١٦ - عبد الخالق، أحمد (١٩٩٦). **دليل تعليمات قائمة "بيك" للاكتئاب**. الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

١٧ - عبد اللطيف، حسن (١٩٩٧). الاكتئاب النفسي: دراسة الفروق بين حضارتين وبين الجنسين. **دراسات نفسية** ٧، (١٠)، ٣٩ - ٦٥.

١٨ - عسكر، عبد الله (١٩٨١). **الاكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص**. القاهرة، الانجلو المصرية.

١٩ - عكاشة، أحمد (١٩٩٢). **الطب النفسي المعاصر**. القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.

٢٠ - فايد، حسين (١٩٩٨). الدور الدينامي للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين ضغوط الحياة المرتفعة والأعراض الاكتئابية. **دراسات نفسية**، ٨ (٢)، ١٥٥ - ١٩٢.

٢١ - محمد، عادل (٢٠٠٠). **العلاج المعرفي السلوكي**. القاهرة، دار الرشاد.

٢٢ - مرسي، أبو بكر (١٩٩٧). أزمة الهوية والاكتئاب النفسي لدى الشباب الجامعي. **دراسات نفسية**، ٧ (٣)، ٣٢٣ - ٣٥٢.

٢٣ - معمرية، بشير(٢٠٠٠). مدى انتشار الاكتئاب النفسي بين طلبة الجامعة من الجنسين. **مجلة علم النفس**، ٥٣، ١٢٢ - ١٤٧.

المراجع الأجنبية:

24 - Abdel - Khalek, A. (1998). Internal consistency of an Arabic adaptation of the Beck depression inventory in four Arab countries. **Psychological Reports**, 82, 264 - 266.

25 - Abdullatif, Q. (2000). Coping styles and appraisals: Assessing adjustment to college and depressive symptomatology in Lebanese first year college students. Unpublished Master thesis, American University of Beirut, Lebanon, 2000.

26 - Abraham, K. (1960). Notes on Psychoanalytic investigations and treatment of manic depressive insanity and allied conditions. In **Selected Papers on Psychoanalysis**, 137 - 156. New York: Basic Books.

27 - Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P., and Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. **Journal of Abnormal Psychology**, 87, 49 - 74.

28 - American Psychiatric Association (1994). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, 4th ed. Washington, DC: Author.

29 - American Psychiatric Association. (1994). **Mini. DSM - IV, critères diagnostiques**, Washington DC, tr, Guelfi et al., Paris Masson, 1996.

30 - Archambault, P. (1998). Etats dépressifs et suicidaires pendant la jeunesse. **Population**, 3, 477 - 516.

31 - Baron, P. and Perron, L.M. (1986). Sex differences in the Beck Depression Inventory scores of adolescents. **Journal of Youth and Adolescence**, 15, 165 - 171.

32 - Barron, P. and Compell, T.L. (1993). Gender differences and the

expression of depressive symptoms in middle adolescents: An extension of earlier findings. **Journal of Adolescents, 28 (112)**, 903 - 911.

33 - Beck, A.T. (1976). **Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects**. New York: Harper and Row.

34 - Beck, A.T. (1976). **Cognitive Therapy and the Emotional Disorders**, New York, International Universities Press.

35 - Bibring, E. (Ed) (1953). The Mechanism of depression in Greenacre. **Affective Disorders**. New York, Int. Unit. Press.

36 - Bieling, P.J. and Alden, L.E. (2001). Sociotropy, autonomy, and the interpersonal model of depression: An integration. **Cognitive Therapy and Research, 25 (2)**, 167 - 184.

37 - Brown, G.W. and Moran, P.M. (1997). Single mothers, poverty and depression in England. **Psychological Medicine, 27 (1)**, 31 - 33.

38 - Brown, G.W., Ni Bhrolchon, M. and Harris, T. (1975). Social class and psychiatric disturbance among women in urban populations. **Sociology, 9**, 225 - 254.

39 - Buggle, F., Dorothee, B., Nohe, G., Schneider, W., and Uhman, K. (2000). Are atheists more depressed than religious people? **Council for Democratic and Secular Humanism, Inc., 20**, 1 - 12.

40 - Bryson, S.E., and Pilon, D. (1984). Sex differences in depression and the method of administering the Beck Depression Inventory. **Journal of Clinical Psychology, 40**, 529 - 534

41 - Devault, K. and Dambrot, F. (1993). Sex of a case history and DSM - III diagnosis of depression. **Journal of Clinical Psychology, 39**, 824 - 828.

41 - Essau, C. A. and Petermann, V. (1994). Depression. In E. Petermann, (Ed.) **Clinical Child - Pschology - Models of Psychological Disorders**. Goettingem: Hegrefe Verlag.

42 - Farhood, L., Zurayk, H., Chayan, M., Saadeh, F., Meshefedjian, G., and Sidani, T. (1993). The impact of war on the physical & mental health of the family: the Lebanese experience. **SOC. SCI. Med., 36 (12)**, 1555 - 1567.

43 - Feinson, M.C. (1984). Aging and psychological distress: Are there gender differences. Paper presented at the annual scientific meeting of the gerontological society 37th San Antonio, Tx, November, 16 - 20.

44 - Freud, S. (1917). Mourning and Melancholia. In **Collected Papers**. Hogarth Press, London (1950). 4, 152 - 172

45 - Gelder, M., Gath, D. and Mayou, R. (1984). **Oxford Textbook of Psychiatry**. Oxford: Oxford University Press.

46 - Ghareeb, G.A. (1990). An investigation of childhood depression in United Arab Emirates, U.A.E., Psychiatric Conference, Emirates Medical Association, Abu Dhabi, 30 April, 2 May.

47 - Ghareeb, G.A. (1991). The nature of adolescent depression in U.A.E Royal College of Psychiatrists regional meeting in Bahrain, 28 - 30 Oct.

48 - Greenwald, A.G. (1980). The totalitarian ego: Fabrication and revision of personal history. **American Psychologist, 35**, 603 - 618.

49 - Hunt, D.J. (1988) The effects of stressful life experiences and the adjustment of adolescent Vietnames refuges. **Foster Behavior Research, 15**, 375 - 378.

50 - Koper, B.A. (1993). Role of gender, sex role identity and type A behavior in anger expression and mental health functioning. **Journal of Counseling Psychology, 40**, 232 - 287.

51 - Khouri, J. (1989). L'idendité culturelle du Libanais. Thèse de Doctorat, Paris V (sorboune, Paris).

52 - King, S. (1983). Problem definition and problem solving among the five major ethnic groups in Hawaii. Paper presented at the annual meeting of the International Communication Association, Dallas. Tx, May, 26 - 30.

53 - Koper, B.A. (1993). Role of gender, sex role identity and type A behavior in anger, depression and mental health functioning. **Journal of Counseling Psychology, 40**, 232 - 287.

53 - Lewinsohn, P.M. (1974). Clinical and theoretical aspects of depression. In K. Calhoum, A. Adams and K. Mitchell (Eds.) **Innovative Treatment Methods in Psychopathology.** Wiley, Chichester.

54 - Lopez, F.G. (1986). Depression, psychological separation and college

adjustment: An investigation of sex differences. **Journal of Counseling Psychology, 33**, 52 - 65

55 - Lubin, B. (1985). Performance of bilingual subjects on Spanish and English versions of the depression adjective check lists. **Journal of Clinical Psychology, 41**, 218 - 219.

56 - Lund, D.A. (1986). Gender differences through two years of bereavement among the elderly. **Gerontologists, 26**, 319 - 320.

57 - McGrath, E., Keita, G.P., Stickland, B.R., and Russo, N.F. (1990). **Women and Depression: Risk Factors and Treatment Issues**. Washington, DC: American Psychological Association.

58 - Miller, L., Warner, V., Wickramaratne, P., Weissman, M. (1997). Religiosity and depression: ten - year follow - up of depressed mothers and offspring. **Academic Child Adolescence Psychiatry, 36 (10)**, 1416 - 1425.

59 - Mirabel - Sarron, C., & Riviere, B. (1993). **Précis de Thérapie Cognitive**, Paris, DUNOD, 1993.

60 - Molica, R.F. (1987). The psychosocial impact of War trauma and torture on southeast Asian refugees. **American Journal of Psychiatry, 144**, 167 - 170.

61 - Moxones, K. (1986). His and her divorce. Paper presented at the annual conference of the National Council of Family Relations. (Dearborn, November 3 - 7).

62 - Nogelberg, D.B. (1983). The prevalence of depression as a function of gender and facility usage in college students. **Journal of College Students Personnel, 24**, 525 - 528.

63 - Pieron, H. (1979). **Vocabulaire de la Psychologie**. France, PUF.

64 - Puvinathan, S.; Shanmug Avavajah, H., Lakshman, M.; and Doney, A. (1989). War effect of Sri Lanka Jaffna. **Medical Journal, 24**, 24 - 99.

65 - Quitkin, F.M., Endicott, J., and Wittchen, H.U. (1998). Depression and another affective disorders. In H. V. Wittchen (Ed.) **Psychological Disorders**. Weinheim: Psychology Publishing Union.

66 - Rado, S. (1928). The problem of melancholia. **International Journal of Psychoanalysis, 9**, 420 - 438.

67 - Saigh, P. (1984). An experimental analysis of delayed post - traumatic stress. **Behaviour Research and Therapy, 22**, 679 - 682.

68 - Seligman, M.E., Klein, D.C. and Miller, W.R. (1976). Depression. In H. Leitenbery (Ed), **Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy**. Englewood cliffs, New Jersey, Prentice - Hall Inc.

69 - Smith, E. (1986). Psychosoical consequences of a disaster. In J. Shoneleds (Ed) **Disaster stress studies**: New methods Findings. Washington, D.C: American Psychiatric Press.

70 - Thase, M.E., Frank, E. and Kupfer, D.J. (1985). Biological processess in major depression. In L.E. Beckham and W.R. Leher (Eds) **Handbook of depression: treatment, assessment and research**. Illinois: The Dorsey Press.

71 - Tiger, L. (1979). **Optimism: the biology of hope**. New York: Simon and Schurter.

72 - Wilhelm,K..M., and Parker, G.(1994). Sex differences in lifetime depression rates: factor artefact. **Psychological Medicine, 24**, 97 - 111.