

القائمة العربية لاكتئاب الأطفال:

عرض للدراسات على ثمانية مجتمعات

أحمد محمد عبدالخالق*

ملخص: يتاح عدد محدود من المقاييس التي تقيس اكتئاب الطفولة، وقد وضع كاتب هذه السطور القائمة العربية لاكتئاب الأطفال بصيغة عربية وأخرى إنجليزية. وهدفت هذه الدراسة إلى عرض أهم نتائج البحوث التي أجراها عدد من الباحثين على هذه القائمة وبوساطتها. ويضم هذا العرض خمس عشرة دراسة أجريت على ما يقرب من سبعة عشر ألف مفحوص من ثماني دول هي: مصر والكويت والسعودية وقطر والبحرين وسوريا والأردن والولايات المتحدة الأمريكية. وتشتمل القائمة العربية لاكتئاب الأطفال على 27 بنداً (عبارة قصيرة)، يجاب عن كل منها على أساس ثلاثة بدائل هي: «نادرًا، أحيانًا، كثيرًا». وتتراوح معاملات ثبات هذه القائمة بين 0,81، و0,93 على عينات من ثماني دول. وتشير هذه المعاملات إلى ثبات مرتفع للقائمة. وتتراوح معاملات الصدق المرتبط بالمحك للقائمة بين 0,39، و0,83 وكلها معاملات دالة إحصائياً إشارة إلى الصدق التلازمي للقائمة. واستخرجت من القائمة - على عينات من ثماني دول - عوامل واضحة المعالم وقابلة للتفسير ومتسقة وتستوعب قدرًا لا بأس به من التباين المشترك. وأهم هذه العوامل التي حظيت باتفاق مرتفع بين تلك الدول؛ العوامل الستة الآتية: ضعف التركيز، والتشاؤم، ومشكلات النوم، والشعور بعدم السعادة، والإجهاد، والوحدة. وتقع هذه العوامل في قلب ظاهرة اكتئاب الأطفال. ومن ناحية أخرى

* أستاذ (Professor) بقسم علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت.

استخرج ارتباط سلبي بين الدرجة الكلية على قائمة الاكتئاب والتحصيل الدراسي، كما ظهرت فروق دالة إحصائياً بين الجنسين في بعض الدراسات، فضلاً عن فروق دالة بين المتوسطات لدى بعض الدول. لكل ذلك يمكن أن توصف هذه القائمة بأنها ذات خواص سيكومترية جيدة، ويوصى باستخدامها لتقدير اكتئاب الطفولة والمراهقة.

المصطلحات الأساسية: الاكتئاب، الطفولة، المراهقة، مقياس، تحليل عاملي، مقارنة حضارية.

مقدمة

الاكتئاب Depression حالة انفعالية وقتية أو دائمة، يشعر فيها الفرد بالانقباض والحزن والضيق، وتشيع فيها مشاعر الهم والغم والشؤم، فضلاً عن مشاعر القنوط والجزع واليأس والعجز. وتصاب هذه الحالة أعراض محددة متصلة بالجوانب المزاجية والمعرفية والسلوكية والجسمية، ومنها نقص الاهتمامات وتناقص الاستمتاع بمباهج الحياة، وفقد الوزن، واضطرابات في النوم والشهية، فضلاً عن سرعة التعب، وضعف التركيز، والشعور بنقص الكفاءة، وانخفاض الجدارة، والأفكار الانتحارية.

ويندرج الاكتئاب في فئة الاضطرابات الوجدانية Mood disorders، ويشترك اضطراب الاكتئاب الأساسي Major depression بين كل من الطفولة والمراهقة والرشد. وتعتمد المحكات التشخيصية لاضطراب الاكتئاب الأساسي (فترة مفردة أو معاودة) على وجود فترة episode أو أكثر من الاكتئاب الأساسي، وتعتمد محكات الفترة الاكتئابية الأساسية على ما يلي:

أ - وجود خمسة أو أكثر من الأعراض التالية خلال فترة أسبوعين، وتمثل تغييراً في وظائف الفرد السابقة، بحيث يكون أحد الأعراض على الأقل إما: (1) المزاج المكتئب، أو (2) فقد الاهتمام أو السرور.

(1) مزاج مكتئب معظم اليوم، كل يوم تقريباً، كما يتضح إما من التقرير الذاتي (كالشعور بالحزن أو عدم الجدوى) أو من الملاحظة التي يقوم بها الآخرون (كأن يبدو الفرد دامعاً) ملحوظة: يمكن أن يظهر ذلك لدى الأطفال والمراهقين على شكل مزاج متهيج أو مستثار.

- (2) تناقص الاهتمام أو السرور بشكل واضح بكل الأنشطة (أو غالبيتها) معظم اليوم، كل يوم تقريباً (كما يتضح من التقرير الذاتي أو ملاحظة الآخرين).
- (3) فقد واضح للوزن دون نظام غذائي للحمية، أو زيادة الوزن (مثال ذلك أن يتغير وزن الجسم أكثر من 5% في شهر واحد)، أو تناقص الشهية أو زيادتها كل يوم تقريباً. ملحوظة: يتخذ هذا العرض لدى الأطفال شكل الفشل في تحقيق زيادة متوقعة في الوزن.
- (4) الأرق أو النوم الزائد كل يوم تقريباً.
- (5) التهيج النفسي الحركي أو التأخر Retardation كل يوم تقريباً (وذلك كما يلاحظه الآخرون، وليس مجرد المشاعر الذاتية المتعلقة بالتلمل أو الإبطاء).
- (6) التعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريباً.
- (7) مشاعر عدم الأهمية وعدم الجدارة أو الذنب الزائد أو غير المناسب (وقد يكون ضلالياً Delusional) كل يوم تقريباً.
- (8) تناقص القدرة على التفكير أو التركيز، أو التردد وعدم الحسم، كل يوم تقريباً (إما عن طريق التقرير الذاتي أو تبعاً لملاحظة الآخرين).
- (9) أفكار موت معاودة (ليس مجرد خوف من الاحتضار)، وأفكار انتحارية معاودة دون خطة محددة، أو محاولة الانتحار أو خطة محددة للانتحار.
- (ب) لا تحقق الأعراض محكات الفترة المختلطة.
- (ج) تسبب الأعراض ضيقاً وألماً إكلينيكياً واضحاً، أو إعاقة في مجالات الوظائف الاجتماعية والمهنية أو غيرها من المجالات المهمة.
- (د) لا ترجع الأعراض إلى التأثيرات الفيزيولوجية المباشرة لمادة ما (مثل: سوء استخدام العقار، أو دواء طبي) أو حالة طبية عامة (مثل انخفاض إفراز الغدة الدرقية).
- (هـ) لا تفسر الأعراض بشكل جيد عن طريق الفقد Bereavement؛ أي بعد خسارة أو فقدان شخص حبيب، وتديم الأعراض مدة شهرين أو تتصف بإعاقة واضحة لوظائف الفرد، مع انشغال مرضي بعدم الجدارة، والأفكار الانتحارية، والأعراض الذهانية، أو التأخر النفسي الحركي (APA, 1994, p. 237).
- وقد تركزت معظم البحوث النفسية والطبية النفسية في الاكتئاب (إن لم يكن

كلها) على الراشدين في المقام الأول حتى فترة قريبة، فإن الفكرة النمطية التي شاعت في هذا المجال أن الطفولة أسعد فترات العمر، فمعظم الأطفال يتمتعون بالحماية عن طريق والديهم، ولا ترهقهم مسؤوليات الرشد، ومن منظور الراشدين الكبار فإن أجسامهم تبدو كأنها مصنوعة من المطاط ومتحررة من الآلام، كما أن لديهم طاقة غير محدودة (Nevid, Rathus & Greene, 1997, p. 478).

كما استبعد الإكلينيكيون في الستينيات من هذا القرن أن يصاب الأطفال قبل المراهقة بالاكتئاب، لأن إحساسهم بذواتهم وبالمستقبل مبتسر غير ناضج تماماً حتى يصابوا بأعراض مثل: انخفاض تقدير الذات، والإحساس بالذنب، واليأس. ولكن الأبحاث خلال العقد الأخيرين بينت أن الأطفال قبل المراهقة يطورون فعلاً الأعراض التي تشكل زملة الاكتئاب. والمؤكد أن انتشار الاكتئاب الأساسي في الطفولة أقل من نظيره لدى الراشدين، فقد حددت معظم الدراسات معدل انتشار أقل من 3% في الجمهور العام للأطفال، ولكن معدل الانتشار يتزايد في المراهقة بطريقة حادة إلى ما يقرب من ضعف معدله في الطفولة (Rosenhan & Seligman, 1995, p. 615).

وكشفت البحوث الحديثة عن تشابهات واختلافات في أعراض الاكتئاب الأساسي عند الأطفال والراشدين، فيشبه الأطفال والمراهقون من سن السابعة إلى السابعة عشر الراشدين في كل من: المزاج المكتئب، وفقد القدرة على الاستمتاع والسرور، والتعب، ومشكلات تركيز الانتباه، والتفكير في الانتحار. أما الأعراض التي تختلف عند الأطفال عن الراشدين فهي: المعدلات المرتفعة من محاولات الانتحار، والإحساس بالذنب لدى الأطفال والمراهقين، في حين أن الأعراض الشائعة لدى الراشدين كما يلي: الأرق في نهاية فترة النوم أي الاستيقاظ المبكر في الصباح قبل أخذ الفرد كفايته منه، وفقد الشهية، وفقد الوزن، والاكتئاب في الصباح الباكر (Davison & Neale, 1996, p. 445).

وهناك تأكيد على فائدة استخدام المحكات التشخيصية لاكتئاب الراشدين مع الأطفال والمراهقين، وذلك على العكس من البحوث المبكرة في الستينيات التي ذكرت أن اكتئاب الأطفال والمراهقين لا يمكن تشخيصه باستخدام محكات الراشدين ذاتها. كما بينت بعض البحوث أن الفروق التطورية في الأعراض موجودة، فإن الأعراض الفردية (أو المفردة) للاكتئاب يمكن أن تختلف من

مجموعة عمرية إلى أخرى. ولكن دراسة «ميتشيل» وصحبها (Mitchell *et al.*, 1988) أكدت أن الأطفال يتشابهون تماماً مع المراهقين في التعبير عن أعراض الاكتئاب، وأن الأعراض الاكتئابية في كل من المجموعتين تشبه نظيرتها لدى الراشدين، مع استثناءات قليلة.

لقد أثبتت البحوث الحديثة العواقب المتعددة لاكتئاب الطفولة والمراهقة، فظهر مثلاً ارتباطه الوثيق بمحاولات الانتحار وتنفيذه فعلاً؛ حيث يزيد الاكتئاب من خطر الانتحار وبخاصة لدى من تتراوح أعمارهم بين 15، و19 عاماً (Davison & Neale, 1996, p. 448). وتؤكد البحوث الأجنبية والعربية العلاقة الوثيقة بين اكتئاب الطفولة والمراهقة من جهة وضعف التحصيل الدراسي من جهة أخرى (انظر للتفصيل: فريح العنزي، 1997). كما اتضح أن اضطراب الاكتئاب عند الأطفال يميل إلى أن يستمر مدة طويلة نسبياً، وعلى الرغم من أن الأعراض تتحسن عادة عبر الزمن، فإن فرص عودة الاضطراب مرتفعة (Sarason, & Sarason, 1996, p. 469).

إن التسليم بأن اكتئاب الطفولة ظاهرة محددة يشير إلى الحاجة إلى طرق ثابتة وصادقة للقياس، لتحديد شدة الاكتئاب ومعدلات انتشاره، والعوامل النفسية والاجتماعية والبيولوجية المرتبطة بهذا الاضطراب. وفضلاً عن ذلك فإن القياس أساسي في تحديد قابلية الطفل للإصابة بالاكتئاب في الكبر. كما يمكن أن تسهل المقاييس الثابتة والصادقة تقويم نتائج العلاج، ومن ثم تساعد على تطوير بدائل فعالة له (Vella, Heath & Miezzitis, 1992, p. 95).

ولا تخفى أهمية القياس في العلم بوجه عام، وتعد الأمور السيكومترية جانباً أساسياً في علم النفس بوجه خاص. ولقد وُضعت - على المستوى العالمي - مقاييس محدودة العدد لقياس اكتئاب الطفولة والمراهقة، أكثرها شيوعاً: قائمة اكتئاب الأطفال من وضع «ماريا كوفاكس» (Kovacs, 1992)، ومقياس «رينولدس» لاكتئاب المراهقة (Reynolds, 1987)، ومقياس اكتئاب الأطفال (Tisher, Lang - Takac & Lang, 1992).

وهناك حاجة ماسة إلى تأليف مقاييس نفسية عربية، تنبع من المفهوم العربي، وتراعي تقاليده وظروفه (انظر للتفصيل: أحمد عبد الخالق، 1997)، واعتماداً على هذا التوجه وُضِعَ المقياس العربي لاكتئاب الأطفال.

هدف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى عرض أهم نتائج البحوث التي أجريت على المقياس العربي لاكتئاب الأطفال على عينات أطفال ومراهقين من ثماني دول هي: مصر، والكويت، والسعودية، وقطر، والبحرين، وسوريا، والأردن، والولايات المتحدة الأمريكية.

المنهج

العينات

تعرض هذه الدراسة للبحوث التي أجراها عدد من الباحثين على عينات مختلفة الحجم من الأطفال والمراهقين من ثماني دول، يقرب العدد الإجمالي لها من سبعة عشر ألفاً، جميعهم من تلاميذ المدارس النظامية. ويبين جدول (1) الدول المستخدمة، وحجم العينات المسحوبة، ومدى أعمارهم، والباحثين القائمين بها، والهدف العام لكل دراسة. وليس من الميسور أن نورد تفصيلات أكثر عن هذه العينات المتعددة (17 عينة)، وللقارئ المهتم أن يرجع إلى الدراسات الأصلية.

المقياس

وضع القائمة العربية لاكتئاب الأطفال في صيغتها العربية أحمد عبد الخالق (1991) وكذلك الإنجليزية (Abdel-Khalek, 1993). وهذه القائمة - على وجه التأكيد - ليست توليفاً من مقاييس سابقة، ولا تجميعاً لبنود مشتقة من قوائم سابقة، ومع ذلك فمن المتوقع أن تتكرر بعض البنود بين هذه القائمة العربية وبعض القوائم العالمية المتاحة، ذلك أنها جميعاً تعالج ظاهرة واحدة هي اكتئاب الأطفال، فاضطرابات النوم - على سبيل المثال - أحد أعراض اكتئاب الأطفال التي تتكرر في قوائم عدة.

وقد ألفت القائمة العربية لاكتئاب الأطفال - بادئ ذي بدء - باللغة العربية الفصحى الميسرة، وطبقت على مفحوصين عرب، ثم أعدت لها صيغة إنجليزية تتبع القواعد المتعارف عليها في ترجمة المقاييس النفسية من لغة إلى أخرى، ومن بينها الترجمة فالترجمة العكسية، وتطبيق المقياس في لغته على مفحوصين يتقنون اللغتين، واستخراج معامل الارتباط بين الصيغتين (ويجب أن يكون مرتفعاً) وحساب الفروق بين متوسطي الصيغتين (ويجب أن يكون غير دال إحصائياً). وتشير نتائج التحليلات في هذا الصدد إلى تكافؤ الصيغتين: العربية والإنجليزية للقائمة (انظر للتفصيل: Abdel-Khalek, 1993).

جدول (1): العينات المستخدمة في البحوث على القائمة العربية لاكتئاب الأطفال وأهم البيانات عنها والقائمين بها*

رقم	الدولة	حجم العينة	الأعمار	المرجع	هدف الدراسة
1	مصر	1673	15-11	عبدالخالق، 1991	تقديم المقياس
2	مصر	1783	15-11	Abdel - Khalek, 1993	تقديم المقياس
3	مصر	1207	15-11	عبدالخالق، النبال، 1991	الفروق العمرية
4	مصر	3133	12-11	عبدالخالق، عبدالغني، غير منشور	بيانات أحدث
5	الكويت	1981	16-10	Abdullatif, 1995	معدلات الانتشار بعد العدوان
6	الكويت	1981	16-10	Abdel-Khalek, 1996	تحليل عاملي
7	الكويت	2083	17-13	Abdel-Khalek, 1997	العلاقة بمخاوف العدوان
8	الكويت	867	14-12	فريح العنزي، 1997	العلاقة بالتحصيل
9	الكويت	108	18-14	Abdel-Khalek, 1998	حساب الصدق
10	السعودية	939	17-10	أحمد إسماعيل، 1999	معالم المقياس
11	قطر	347	16-11	حصّة فخرو، مایسة النبال، أمّنة تركي، 1998	الفروق العمرية والجنسية
12	قطر	185	16-11	حصّة فخرو، وزمیلتيها، 1998	الارتباطات
13	قطر	200	16-11	حصّة فخرو، وزمیلتيها، 1998	العوامل، والثبات
14	البحرين	570	15-13	توفیق عبدالمنعم، 1999	معالم المقياس
15	سوريا	701	16-13	عبدالخالق، رضوان، 1999	معالم المقياس
16	الأردن	639	15-13	عبدالخالق، غير منشور (ب)	معالم المقياس
17	الولايات المتحدة	535	18-11	Abdel-Khalek & Soliman in press	الفروق الحضارية

* الدراساتان (5، و6) استخدمتا العينة ذاتها.

وقد تكوّن وعاء البنود اعتماداً على التراث النفسي والطبي النفسي، واستفيد من آراء الحكام في استبقاء البنود الملائمة واستبعاد غير الملائمة، وحُسب الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية، وأجريت تحليلات عاملية متعددة. وتكونت القائمة - في صيغتها النهائية - من 27 بنداً (عبارة قصيرة)، يعد معظمها (19 بنداً) مؤشرات إيجابية للاكتئاب مثل: «أنا حزين»، في حين أن ثمانية بنود منها تعد مؤشرات سلبية للاكتئاب مثل: «أشعر بالسعادة» (يُعكس مفتاح تصحيحها). ويجاب عن كل عبارة على أساس ثلاثة بدائل هي: «نادراً، أحياناً، كثيراً». وللقائمة خواص جيدة بوجه عام كما سنقدم في فقرة النتائج.

تطبيق القائمة

استخدمت القائمة العربية للاكتئاب الأطفال مع عينات الدراسة جميعاً (تلاميذ المدارس وتلميذاتها) في موقف قياس جمعي، وكانت تطبق إما وحدها أو مع مقاييس أخرى مختصرة تبعاً لتصميم كل دراسة.

النتائج

يبين جدول (2) معاملات ثبات القائمة كما طبقت على عينات من ثماني دول. ويبين جدول (3) معاملات صدق المقياس.

وقد حلت القائمة العربية للاكتئاب الأطفال عاملياً في ثماني دراسات مستقلة، ويبين جدول (4) العوامل المستخرجة.

ومن المناسب أن نذكر نماذج لهذه العوامل، ففي العينة المصرية استخرجت سبعة عوامل، استوعبت 58,5% من التباين المشترك. سمي العامل الأول «الشعور بعدم السعادة»، وكانت أهم تشبعاته المرتفعة بالبنود: 1 (أشعر بالسعادة - تشبع سلبي)، و22 (هناك أشياء كثيرة تضايقني)، و13 (أشعر بالضيق). وسمي العامل الثاني «مشكلات النوم»، وكانت أعلى تشبعاته بالبنود: 11 (أقلق اثناء نومي)، و6 (أحلم أحلاماً مزعجة)، و3 (أنام جيداً - تشبع سلبي). وسمي العامل الثالث: «الوحدة»، وكانت أعلى تشبعاته بالبنود: 25 (كثير من الناس يحبونني)، و12 (لي أصدقاء كثيرون)، و27 (أنا متفائل)، و15 (أشعر بالوحدة - تشبع سلبي). أما العامل الرابع فقد سمي: «الحزن»، وكانت أعلى تشبعاته بالبنود: 7 (أنا حزين)، و16 (أشعر أنني تعيس)، و21 (أنا راضٍ عن حياتي - تشبع سلبي). وسمي العامل الخامس: «التشاؤم»، وكانت أعلى تشبعاته

بالبنود 24 (ستحدث لي أشياء سيئة)، و8 (أنا واثق من نفسي - تشبع سلبي)، و23 (أنا متشائم)، و27 (أنا متفائل - تشبع سلبي). وسمي العامل السادس: «ضعف التركيز»، وكانت أعلى تشبعاته بالبند: 4 (أجد صعوبة في التركيز على دراستي)، و10 (تركيزي ضعيف)، و5 (أشعر أنني لا قيمة لي)، و14 (أنا سرحان). وأخيراً سمي العامل السابع: «الإجهاد»، وكانت أعلى تشبعاته بالبند 2 (أشعر بالكسل)، و9 (أشعر بالتعب).

جدول (2): معاملات ثبات القائمة العربية لاكتئاب الأطفال
تبعاً لعدد من الدراسات التي أجريت على ثماني دول

المرجع	طريقة الثبات	ذكور وإناث		إناث		ذكور		الدولة	رقم
		ن	ر	ن	ر	ن	ر		
أحمد عبدالخالق، 1991	التنصيف	60	0,93	30	0,90	30	0,89	مصر	1
أحمد عبدالخالق، 1991	إعادة التطبيق	69	0,87	36	0,89	33	0,85	مصر	2
أحمد عبدالخالق، السيد عبدالغني، غ.م.	ألفا	3133	0,90	1508	0,91	1625	0,89	مصر	3
Abdullatif, 1995	ألفا	1981	0,87	986	0,88	995	0,86	الكويت	4
أحمد إسماعيل، 1999	ألفا	-	0,85	-	-	-	-	السعودية	5
حصه فخر، وزميلتها، 1998	التجزئة النصفية	200	0,82	100	0,86	100	0,83	قطر	6
حصه فخر، وزميلتها، 1998	ألفا	200	0,87	100	0,81	100	0,84	قطر	7
توفيق عبدالمنعم، 1999	ألفا	570	0,84	-	-	-	-	البحرين	8
أحمد عبدالخالق، سامر رضوان، 1999	ألفا	701	0,85	335	0,85	366	0,84	سوريا	9
أحمد عبدالخالق، غ.م (ب).	ألفا	639	0,85	316	0,86	323	0,82	الأردن	10
Abdel-Khalek & Soliman	ألفا	535	0,89	278	0,90	257	0,88	أمريكا	11

جدول (3): الصدق المرتبط بالمحك (ر) للقائمة العربية
لاكتئاب الأطفال في ست دراسات*

المرجع	المحك	ذكور وإناث		إناث		ذكور		الدولة	رقم
		ر	ن	ر	ن	ر	ن		
Abdel-Khalek, 1993	قائمة «كوفاكس»	-	-	0,75	112	0,65	112	مصر	1
Abdel-Khalek, 1993	مقياس اليأس	-	-	0,56	112	0,64	112	مصر	2
Abdullatif, 1995	قائمة «كوفاكس»	0,53	-	-	-	-	-	الكويت	3
Abdel-Khalek, 1997	قائمة الخوف من العدوان	-	-	0,16	1063	0,20	1020	الكويت	4
Abdel-Khalek, 1998	قائمة «بيك» للاكتئاب	0,75	109	0,83	54	0,57	55	الكويت	5
عبدالخالق، ورضوان، 1999	قائمة «كوفاكس»	0,48	112	0,39	56	0,57	56	سوريا	6

* جميع الارتباطات دالة إحصائياً على واحد من مستويين: 0,001 أو 0,05.

وفي العينة الكويتية استخرجت خمسة عوامل استوعبت 42,10% من التباين المشترك، سمي العامل الأول «الاكتئاب العام»، وكانت أعلى تشبعاته بالبنود: 13 (أشعر بالضيق)، و19 (أشعر بالملل)، و22 (هناك أشياء كثيرة تضايقني)، و11 (أقلق أثناء نومي)، و15 (أشعر بالوحدة). وأما العامل الثاني فقد سمي: «التشاؤم»، وكانت أعلى تشبعاته بالبنود 26 (أكره نفسي) و18 (أشعر أنني فاشل)، و23 (أنا متشائم)، و24 (ستحدث لي أشياء سيئة)، و5 (أشعر أنني لا قيمة لي). وكانت أعلى تشبعات العامل الثالث بالبنود: 21 (أنا راضٍ عن حياتي)، و27 (أنا متفائل)، و3 (أنا جيداً) و1 (أشعر بالسعادة)، و17 (الحياة حلوة)، وهذه البنود تشير إلى الشعور بالسعادة، وحيث إن المجال اكتئاب الطفولة فقد سمي العامل «الشعور بعدم السعادة». وكانت أعلى تشبعات العامل الرابع بالبنود: 10 (تركيزي ضعيف)، و4 (أجد صعوبة في التركيز على دراستي)، و2 (أشعر بالكسل)، و14 (أنا سرحان)، ولذا سمي هذا العامل «ضعف التركيز». أما العامل الخامس فقد سمي «الوحدة»، وكانت أعلى تشبعاته بالبنود: 12 (لي أصدقاء كثيرون)، و25 (كثير من الناس يحبونني). ولا حاجة إلى إيراد نماذج أخرى للعوامل المستخرجة من المقياس ذاته نتيجة تطبيقه على عينات من دول أخرى، ذلك أن التكرار سيكون كبيراً.

جدول (4): العوامل المستخرجة من القائمة العربية لاختتاب الأطفال
على عينات من ست دول

العوامل الأمريكية	العوامل الأردنية	العوامل السورية	العوامل البحرينية	العوامل القطرية	العوامل السعودية	العوامل الكويتية	العوامل المصرية
1 - المزاج السلبي والتعامل من الناحية.	1 - الاكتئاب العام.	1 - الاكتئاب العام.	1 - الشعور بالضيقة.	1 - الضيق.	1 - الشعور بالضيقة.	1 - الاكتئاب العام.	1 - الشعور بعدم السعادة.
2 - الإجهاد.	2 - الشعور بعدم السعادة.	2 - مشكلات النوم.	2 - التثاؤم.	2 - عدم الثقة بالنفس.	2 - التثاؤم.	2 - التثاؤم.	2 - مشكلات النوم.
3 - الوحدة.	3 - ضعف التركيز.	3 - الوحدة.	3 - ضعف التركيز.	3 - التثاؤم.	3 - الشعور بعدم السعادة.	3 - الشعور بعدم السعادة.	3 - الوحدة.
4 - مشكلات النوم.	4 - مشكلات النوم.	4 - ضعف التركيز.	4 - الشعور بعدم السعادة.	4 - الوحدة النفسية.	4 - تشتت الانتباه.	4 - ضعف التركيز.	4 - الحزن.
5 - ضعف التركيز.	5 - الإجهاد.	5 - الإجهاد.	5 - عدم الثقة بالنفس.	5 - اضطراب النوم.	5 -	5 - الوحدة.	5 - التثاؤم.
6 - التثاؤم.	6 -	6 - التوقعات السلبية.	6 - مشكلات النوم.	6 - اضطرابات التركيز.	6 -	6 -	6 - ضعف التركيز.
7 - الشعور بعدم السعادة.	7 -	7 - التثاؤم.	7 - الشعور بالإرهاق.	7 -	7 -	7 -	7 - الإجهاد.
%57,1	%41,4	%49,2	%48,8	%55,9	%45,2	%42,1	%58,5

وقد تراوحت النسبة المئوية التي استوعبتها هذه العوامل بين 41,4%، و58,5%، وهي نسب لا بأس بها. ويبين جدول (5) أهم المعالم الوصفية للمقياس. جدول (5): المتوسط (م) والانحراف المعياري (ع) للقائمة العربية لاكتئاب الأطفال في تسعة بحوث أجريت على عينات من سبع دول*

المرجع	ت	إناث			ذكور			الدولة	م
		ع	م	ن	ع	م	ن		
Abdel-Khalek, 1993	**5,21	9,31	46,92	850	8,03	44,78	933	مصر	1
عبدالخالق، عبدالغني، غ.م.	**4,23	10,29	44,55	1508	9,48	43,05	1625	مصر	2
Abdullatif, 1995	**4,13	8,94	42,20	986	8,53	43,82	995	الكويت	3
فريح العنزي، 1997	0,37	10,35	44,69	420	9,30	44,94	447	الكويت	4
أحمد إسماعيل، 1999	1,01	8,20	41,40	489	7,90	40,90	450	السعودية	5
توفيق عبدالمنعم، 1999	**4,87	7,45	40,34	365	8,32	44,81	205	البحرين	6
عبدالخالق، رضوان، 1999	**6,82	8,89	45,88	335	7,84	41,57	366	سوريا	7
عبدالخالق، غ.م.(ب).	**3,38	8,80	43,19	314	7,72	40,97	323	الأردن	8
Abdel-Khalek & Soliman, in press	0,15	9,16	45,18	278	8,55	45,05	257	أمريكا	9

* لم تورد هنا م، ع للينة القطرية حيث حسبت اعتماداً على نسخة مبكرة من المقياس قدرت درجات المقياس فيها على أساس بدائل خمسة (وليس ثلاثة)، ولذا فليس من الممكن مقارنتها ببقية العينات. ** دالة إحصائياً عند مستوى 0,001.

وقد أجرى فريح العنزي (1997) دراسة عن العلاقة بين الاكتئاب والتحصيل الدراسي لدى عينة من طلاب الصف الرابع المتوسط بدولة الكويت من الجنسين (ن = 867)، واستخدمت القائمة العربية لاكتئاب الأطفال ومجموع الدرجات في نهاية العام الدراسي للصف السابق (الثالث المتوسط)، وأسفرت الدراسة عن ارتباط جوهري سالب بين الاكتئاب والتحصيل الدراسي.

مناقشة النتائج

عرضت هذه الدراسة نتائج خمسة عشر بحثاً، أجريت على القائمة العربية لاكتئاب الأطفال، باستخدام عينات كبيرة الحجم من الأطفال والمراهقين، مأخوذة

من ثماني دول هي: مصر والكويت والسعودية وقطر والبحرين وسوريا والأردن والولايات المتحدة. وبرهنت هذه النتائج - بوجه عام - على خواص سيكومترية جيدة لهذا المقياس، بما يجعله قادراً على المنافسة مع نظائره المتاحة على مستوى غير محلي، ويؤدي بنا ذلك - أيضاً - إلى التوصية باستخدامه.

وفيما يختص - بداية - بمعاملات الثبات فقد استخدمت طريقتان: إعادة التطبيق والاتساق الداخلي بمنهجي التنصيف وألفا من وضع «كرونباخ». وتراوحت معاملات الثبات - على اختلاف الطرق والعينات - بين 0,81 و 0,93 لدى عينات من ثماني دول أجريت عليها إحدى عشرة دراسة، اشتملت على سبعة وعشرين معاملاً للثبات (انظر جدول 2). وتبرهن هذه النتائج على ارتفاع ثبات القائمة العربية لاكتئاب الأطفال.

ومن الأهمية بمكان أن تقارن معاملات ثبات هذه القائمة بغيرها من المقاييس العالمية، ففي قائمة اكتئاب الأطفال من وضع «كوفاكس» تتراوح معاملات الثبات بين 0,71، و 0,89 (Kovacs, 1992, p. 37). وفي مقياس «رينولدس» لاكتئاب المراهقين تتراوح معاملات ثبات ألفا بين 0,89، و 0,96 (Reynolds, 1987, p. 15). وللمقياس الأخير أعلى معاملات ثبات، يليه المقياس العربي ثم قائمة «كوفاكس».

وتتراوح معاملات الصدق المرتبط بالمحك (انظر جدول 3) بين القائمة الحالية ومقاييس أخرى للاكتئاب (كوفاكس، وبيك، واليأس) بين 0,39، و 0,83 وكلها دالة إحصائياً إشارة إلى الصدق المرتبط بالمحك للقائمة بدرجة لا بأس بها. وبالمقارنة إلى مقياس «رينولدس» فإن معاملات صدقه التلازمي تتراوح بين 0,68، و 0,76 (Reynolds, 1987, p.21)، والأخيرة أعلى.

وأما الارتباط بين القائمة العربية لاكتئاب الأطفال وقائمة المنبهات المثيرة للخوف والمرتبطة بالعدوان العراقي لدى الأطفال والمراهقين الكويتيين فإنها دالة إحصائياً (عند مستوى 0,01). ولكنها أقل من نظيرتها بين القائمة العربية للاكتئاب وغيرها من المقاييس المباشرة للاكتئاب. وهذا أمر متوقع تماماً، ذلك أن الارتباطات المتبادلة بين المقاييس التي تقيس خاصية واحدة كالاكتئاب يجب أن تكون أعلى من الارتباطات بين المقاييس التي تقيس خاصيتين مختلفتين إلى حد معين كالاكتئاب والمخاوف، ومع ذلك فالأخيرين يتداخلان معاً إلى حد ما.

ومن ناحية أخرى فإن الارتباط الجوهرى السالب بين الاكتئاب والتحصيل الدراسي (فريخ العنزى، 1997) يعد أحد مؤشرات صدق مقياس الاكتئاب.

وقد طبق المقياس العربي لاكتئاب الأطفال على تلاميذ مدارس من سبع دول عربية (مصر، والكويت، والسعودية، وقطر، والبحرين، وسوريا، والأردن) في صيغته العربية، كما طبق المقياس ذاته - في صيغته الإنجليزية - على عينة أمريكية من تلاميذ المدارس، واستخرجت سبعة عوامل من أربع دول (مصر، والبحرين، وسوريا، وأمريكا)، واستخرجت ستة عوامل من عينة قطر، في حين استخرجت خمسة عوامل من العينتين الكويتية والأردنية، وأربعة عوامل من العينة السعودية. وتقع العوامل المستخرجة من هذه العينات الست في قلب ظاهرة الاكتئاب، وهي عوامل واضحة المعالم، وقابلة للتفسير، وذات تشبعات مرتفعة، ولها اتساق مرتفع؛ حيث تقل في معظمها البنود التي لا تتسق مع تسمية العامل وتستوعب هذه العوامل قدراً معقولاً من التباين المشترك، لكل ذلك يمكن القول بأن القائمة لها تركيب عاملي ذو معنى. واعتماداً على جدول (4) نعرض في جدول (6) العوامل المشتركة بين هذه التحليلات المعتمدة على بيانات من ثماني دول.

**جدول (6): تصنيف تكراري للعوامل المستخرجة
من القائمة العربية لاكتئاب الأطفال في ثماني دول**

العوامل*	عدد الدول التي استخرج فيها العامل
1 - ضعف التركيز.	8
2 - التشاؤم.	7
3 - مشكلات النوم.	6
4 - الشعور بعدم السعادة.	6
5 - الإجهاد.	5
6 - الوحدة.	5
7 - الاكتئاب العام.	3
8 - الشعور بالضيق.	3
9 - عدم الثقة بالنفس.	2
10 - الحزن.	1
11 - التوقعات السلبية.	1
12 - المزاج السلبي والتقليل من الذات.	1
مجموع العوامل	48

* من المتوقع بطبيعة الحال أن تختلف بعض أسماء العوامل من دراسة إلى أخرى، ومع ذلك فإنها تعني المفهوم ذاته غالباً، مثال ذلك عامل ضعف التركيز هنا سمي في العينة السعودية تشتت الانتباه، وفي العينة القطرية اضطرابات التركيز.

ومن البدهي أن تعكس العوامل المستخرجة من القائمة العربية لاكتئاب الأطفال الخواص الأساسية لهذه القائمة وبخاصة مضمون بنودها، ومع ذلك فمن الممكن أيضاً أن تعكس هذه العوامل الخواص الأساسية والعامّة لاكتئاب الطفولة لدى عينات هذه الدول الثماني، ومن أهم العوامل أو المؤشرات ذات التكرارات الأعلى بين الدول، والتي تعد عوامل قابلة للتكرار Replicable ما يلي: ضعف التركيز، والتشاؤم، ومشكلات النوم، والشعور بعدم السعادة، والإجهاد، والوحدة. ومن ناحية أخرى فإن العوامل التي لم تتكرر كثيراً من عينة أو دولة لأخرى (تكرار واحد فقط) قد تعد من الخواص الثانوية لاكتئاب الطفولة نظراً لكونها عوامل غير قابلة للتكرار، ومن هذه العوامل ما يلي: الحزن، والتوقعات السلبية، والمزاج السلبي والتقليل من الذات. وقد تعد مثل هذه العوامل خاصة أساسية للعينة الواحدة التي استخرجت منها. وليس من الميسور أن نحدد أي المؤشرات (العوامل) أساسية وأيها ثانوية في اكتئاب الطفولة، ولكن ذلك يمكن أن يتحدد - في هذا المستوى على الأقل - اعتماداً على العوامل ذات القابلية المرتفعة للتكرار من عينة إلى أخرى كما سبق أن أوضحنا. وعلى كل حال فإن مزيداً من الفحص لهذه العوامل على عينات أخرى يمكن أن يسهم في تحديد الخواص الأساسية لاكتئاب الطفولة، هذا فضلاً عن مقارنة هذه العوامل بالعوامل المستخرجة من دراسات أخرى بمقاييس أخرى، وكل ذلك جدير بدراسة مستقلة.

وتشير المقارنة الواردة في جدول (6) بوجه عام إلى أن نتائج التحليلات العملية للقائمة العربية لاكتئاب الأطفال تعد خطوة نحو البرهنة على الصدق العملي للقائمة، على الرغم من أن بعض الاختلاف في التركيب العملي أمر متوقع، وبخاصة في عينات الأطفال والمراهقين الذين يعد سلوكهم أقل استقراراً وثباتاً بالنسبة إلى سلوك الراشدين. وقد ظهر هذا الاختلاف في التركيب العملي في مقاييس أخرى مثل قائمة اكتئاب الأطفال من وضع «كوفاكس» (Kovacs, 1992, p. 42).

من الواضح أن الاختلاف في التركيب العملي يمكن أن يعتمد - من بين ما يعتمد - على خصائص العينات المستخدمة، فما جوانب الاختلاف بين هذه العينات المستخدمة من الدول الثماني؟ لقد اختلفت أحجام العينات التي أجريت لها تحليلات عملية، فقد تراوحت بين (200) و(1981) وكلها - إلا واحدة - عينات تقع في فئة العينات كبيرة الحجم، وهناك تعارف بين الباحثين على أن العوامل

المستخرجة من عينة تبلغ (500) فرد تعد عوامل مستقرة كالعوامل المستخرجة من عينة تبلغ الألفين. وتشتمل كل هذه العينات على الجنسين معاً، وتقع في الفئة العمرية التي تتراوح بين 10، و18 عاماً (ولو أن عدد أفراد العينة التي تقع في عمر 17 عاماً = 7,7%، وفي عمر 18 عاماً = 2,1%، وذلك في العينة الأمريكية وحدها). وباستثناء ذلك فإن غالبية العينات تقع في المدى العمري الذي يتراوح بين 11 - 16 عاماً (انظر جدول 1، العينات الثماني رقم: 2، 6، 10، 13، 14، 15، 16، 17 وهي العينات التي أجريت عليها التحليلات العملية). كما تجدر الإشارة إلى أن جميع أفراد العينات من تلاميذ المدارس من الجنسين، اختيرت بالطريقة ذاتها إلى حد بعيد.

ومع كل ذلك فهناك بعض الاختلاف في التركيب العملي للقائمة من دولة إلى أخرى، ويتضح هذا الاختلاف في الجوانب الآتية:

- 1 - النسبة المئوية للتباين الكلي للعوامل الجوهرية.
- 2 - عدد العوامل المستخرجة (4 مقابل 7).
- 3 - عدد البنود المشبعة جوهرياً بكل عامل.
- 4 - نوعية البنود المشبعة جوهرياً بكل عامل.
- 5 - أسماء بعض العوامل.

هل هذا الاختلاف راجع إلى الفروق الحضارية أو متعلق بالخواص السيكومترية للقائمة؟ إن الإجابة عن هذا السؤال تتطلب دراسة مستقلة ليس محلها هذه الدراسة التي تهدف إلى عرض البحوث التي أجريت على القائمة العربية لاكتئاب الأطفال.

ومع ذلك يجب أن نؤكد أن التركيب العملي للقائمة متسق في عينة كل دولة على حدة، بمعنى أنها عوامل واضحة المعالم محددة القسمة تتفق تسمياتها مع البنود التي تشكل العامل.

على أن الأمر الأكثر أهمية يتلخص في أنه ليس من أهداف وضع هذه القائمة أن تستخدم الدرجات عليها بوصفها عوامل نوعية فرعية، كالاكتئاب العام، أو الشعور بعدم السعادة، أو ضعف التركيز، أو مشكلات النوم... وهكذا. ولكن الهدف - بالأحرى - أن تستخدم فقط الدرجة الكلية على القائمة بوصفها مؤشراً عاماً

لاكتئاب الطفولة، ذلك أن بعض العوامل تختلف من عينة إلى أخرى كما سبق أن بيّنا، والعوامل الفرعية - كذلك - تستوعب عدداً قليلاً من البنود، ومن ثم ينخفض ثباتها غالباً، وهكذا الحال في مقاييس آكتئاب الطفولة التي تستخدم على مستوى عالمي.

السؤال المهم الذي يترتب على التركيز على الدرجة الكلية على المقياس وحدها يكون إذن كآلآتي: ما فائدة إجراء هذه التحليلات العاملة للمقياس على عينات هذه الدول الثماني؟ وتكون الإجابة عن ذلك أن إجراء مثل هذه التحليلات العاملة أمر على درجة كبيرة من الأهمية، بهدف التثبت من أن التركيب العملي للقائمة متنسق في ذاته، وفي كل دولة على حدة، ويؤدي إلى عوامل ذات معنى، وقابلة للتفسير، وهذا نوع من صدق التكوين، ولكن دون الاعتماد على هذه العوامل بوصفها مقاييس فرعية للقائمة، فهذا ليس من أهداف القائمة العربية لآكتئاب الأطفال.

وفيما يتعلق بالفروق بين الجنسين (انظر جدول 5) في عيني كل دولة على حدة، فقد ظهرت فروق دالة إحصائياً بين الجنسين في عينات كل من: مصر (دراستان) والكويت (في دراسة واحدة، ولم تكن دالة في دراسة أخرى)، والبحرين، وسوريا، والأردن. ولم تكن الفروق دالة إحصائياً بين الجنسين في إحدى الدراسات الكويتية وعيني السعودية والولايات المتحدة. ويتفق ذلك مع دراسات سابقة (انظر: Nolen - Hoeksema & Girgus, 1994). وفي حالة الفروق الدالة إحصائياً بين الجنسين كان متوسط الإناث أعلى من الذكور في أربع مقارنات: في دراستين مصريتين وعيني سوريا والأردن. ويتفق ذلك مع دراسات أجريت بمقاييس أخرى (انظر: Koenig et al., 1994; Nevid et al., 1977, p. 479)، في حين كان متوسط الذكور أعلى في عيني الكويت والبحرين. ويشير بعض الباحثين (Rehm et al., 1987) إلى أن النتائج متضاربة فيما يختص بالفروق بين الجنسين في آكتئاب الطفولة.

وعند مقارنة الذكور من سبع دول، يتضح أن أعلى متوسطات الآكتئاب قد حصل عليها الذكور من الولايات المتحدة، في حين حصل على أقل المتوسطات عينة الذكور السعوديين. وفيما يختص بالإناث فقد حصلت المصريات على أعلى متوسطات الآكتئاب، وعلى أقل المتوسطات بنات البحرين. وتحتاج هذه المقارنات

إلى مزيد من الفحص والتحليل في دراسة مستقلة.

موجز القول أن خمس عشرة دراسة، أجريت على عينات تقرب من سبعة عشر ألفاً من تلاميذ المدارس وتلميذاتها، مأخوذة من ثماني دول، تشير إلى أن القائمة العربية لاكتئاب الأطفال تتسم بخواص سيكومترية جيدة، فثباتها مرتفع، وصدقها لا بأس به، والعوامل المستخرجة منها متسقة مع ظاهرة اكتئاب الطفولة، كل ذلك يحدو بنا إلى التوصية باستخدامها في صيغتها: العربية والإنجليزية.

على أنه تجب الإشارة إلى أهم جوانب النقص في هذه القائمة، فعلى الرغم من أنها تهدف إلى تقدير اكتئاب الطفولة وقياسه فإنها لم تستخدم حتى الآن استخداماً إكلينيكياً بهدف تحديد معاملات ثباتها وصدقها على العينات الإكلينيكية، ومدى قدرتها على التمييز بين العينات السوية وغير السوية، فضلاً عن معايير القائمة على هذه العينات. ومن ناحية أخرى يجدر بنا استخراج معاملات ارتباط القائمة العربية لاكتئاب الأطفال ببقية مقاييس الاضطراب النفسي لدى الأطفال والمراهقين وبخاصة العصابية والقلق والمخاوف المرضية والوساوس القهرية.

وأخيراً فإن الحاجة ماسة إلى القيام بفحص دقيق لمعاملات الارتباط والتشبعات العاملة التي استخرجت للمقياس على عينات من ثماني دول، لتحديد ارتباطات كل بند بالعوامل المستخرجة وبالدرجة الكلية على المقياس، بهدف استبعاد البنود الضعيفة نظراً لارتباطاتها المنخفضة، وهي الإجراءات التي طبقت عند تأليف المقياس على العينة المصرية وحدها، وبعد إتاحة نتائج على عينات مشتقة من دول عديدة ومختلفة فإن الظروف مواتية في الوقت الراهن لتطبيق المحكات التي استخدمت مع العينة المصرية الأصلية على بقية العينات المأخوذة من دول عدة، وذلك محله دراسة أخرى.

المصادر

أحمد السيد إسماعيل (1999). البنية العاملة لقائمة اكتئاب الأطفال لدى عينة من تلاميذ المدارس السعودية. بحث ألقى في: مؤتمر الخدمة النفسية والتنمية، قسم علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت، في المدة من 5 - 7 أبريل 1999.

أحمد محمد عبدالخالق (1991). بناء مقياس الاكتئاب لدى الأطفال في البيئة المصرية. *دراسات نفسية*، 1، 219 - 251.

أحمد محمد عبدالخالق (1998). المقاييس اللفظية للشخصية بين التأليف والتعريب. *مجلة علم النفس*، العدد 45، السنة 12، ص 6 - 21.

أحمد محمد عبدالخالق (غير منشور «أ»). الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين.

أحمد محمد عبدالخالق (غير منشور «ب»). القائمة العربية لاكتئاب الأطفال: دراسة على عينات أردنية.

أحمد محمد عبدالخالق، ومايسة أحمد النيال (1991). الاكتئاب لدى مجموعات عمرية مختلفة من الأطفال. المؤتمر السنوي الرابع للطفل المصري، مركز دراسات الطفولة، جامعة عين شمس، المنعقد في المدة من 27 - 30 أبريل 1991، ص 1053 - 1076.

أحمد محمد عبدالخالق، والسيد محمد عبدالغني (غير منشور). بيانات مصرية أحدث عن القائمة العربية لاكتئاب الأطفال.

أحمد محمد عبدالخالق، وسامر جميل رضوان (1999). تقنين مبدئي للقائمة العربية لاكتئاب الأطفال على عينات سورية. *المجلة التربوية*، جامعة الكويت.

توفيق عبدالمنعم توفيق (1999). المكونات العملية للاكتئاب لدى عينة من تلاميذ المرحلة الإعدادية بدولة البحرين. *المجلة التربوية*، جامعة الكويت، 13، 173-200.

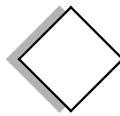
حصة عبدالرحمن فخرو، ومايسة أحمد النيال، وأمنة عبدالله تركي (1998). بعض المتغيرات النفسية لدى مجموعات عمرية مختلفة من تلاميذ وتلميذات المدارس بدولة قطر (دراسة ارتقائية ارتباطية). ندوة علم النفس وآفاق التنمية في دول مجلس التعاون الخليجي، 11 - 13 مايو 1998، كلية التربية، جامعة قطر.

فريح عويد العنزي (1997). الاكتئاب وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى عينة من طلاب الصف الرابع المتوسط بدولة الكويت. *المجلة التربوية*، جامعة الكويت، العدد 45، المجلد 12، ص 157 - 180.

Abdel - Khalek, A.M. (1993). The construction and validation of the Arabic Children's Depression Inventory. *European Journal of Psychological Assessment*, 9, 41 - 50.

- Abdel - Khalek, A.M. (1996). Factorial structure of the Arabic Children's Depression Inventory among Kuwaiti subjects. *Psychological Reports*, 78, 963 - 967.
- Abdel - Khalek, A.M. (1997). A survey of fears associated with Iraqi aggression among Kuwaiti children and adolescents: A factorial study 5.7 years after the Gulf War. *Psychological Reports*, 81, 247, 255.
- Abdel - Khalek, A.M. (1998). Criterion - related validity of the Arabic Children's Depression Inventory. *Psychological Reports*, 82, 930.
- Abdel - Khalek, A.M., & Soliman, H.H. (in press). A cross-cultural evaluation of depression in children in Egypt, Kuwait, and United States. *Psychological Reports*.
- Abdullatif, H.I. (1995). Prevalence of depression among middle - school Kuwaiti students following the Iraqi invasion. *Psychological Reports*, 77, 643 - 649.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM- IV*. Washington DC: Author.
- Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C.N., Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J., & Streuning, E.L. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence - I. age - and gender - specific prevalence. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 34, 851 - 867.
- Davison, G.C., & Neale, J.M. (1996). *Abnormal psychology*. New York: Wiley, 6th ed.
- Koenig, L.J., Isaacs, A.M., & Schwartz, J.A.J. (1994). Sex differences in adolescent depression and loneliness: Why are boys lonelier if girls are more depressed? *Journal of Research in Personality*, 28, 27 - 43.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory manual*. New York: Multi-Health Systems Inc.
- Mitchell, J., McCauley, E., Burke, P.M., & Moss, S.J. (1988). Phenomenology of depression in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 12 - 20.
- Nevid, J.S., Rathus, S.A., & Greene, B. (1997). *Abnormal psychology in a changing world*. New Jersey: Prentice - Hall, 3rd ed.
-

- Nolen - Hoeksema, S., & Girgus, J.S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115, 424 - 443.
- Rehm, L.P., Gordon - Leventon, B., & Ivens, C. (1987). Depression. In C.L. Frame & J. L. Matson (Eds.) *Handbook of assessment in childhood psychopathology*. New York: Plenum Press, pp. 341 - 371.
- Reynolds, W.M. (1987). *Reynolds Adolescent Depression Scale: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Rosenhan, D.I., & Seligman, M.E.P. (1995). *Abnormal psychology*. New York: W.W. Norton & Comp., 3rd ed.
- Sarason, I.G., & Sarason, B.R. (1996). *Abnormal psychology: The problem of maladaptive behavior*. New Jersey: Prentice - Hall, 8th ed.
- Tisher, M., Lang - Takac, E., & Lang, M. (1992). The Children's Depression Scale: Review of Australian and Overseas experience. *Australian Journal of Psychology*, 44, 27 - 35.
- Vella, D.D., Heath, N.L., & Mieizitis, S. (1992). Depression in children and adolescents: Assessment issues. In S. Mieizitis (Ed.) *Creating alternatives to depression in our schools: Assessment, intervention, prevention*. Seattle, Toronto: Hogrefe & Huber Pup., pp. 95 - 106.



Psychology

The Arabic Children's Depression Inventory: A Review of Research Findings in Eight Societies

*Ahmed M. Abdel-Khalek**

While it had previously been thought that preadolescent children could not develop depression, both clinical research and practice over the last three decades have proven childhood depression to be a real clinical entity. It has been found that childhood depression may have serious consequences such as suicide, low achievement, violence, and poor interpersonal relationships. A relationship between childhood and adult depression has also been demonstrated. This study reviews the most salient findings on the Arabic Children's Depression Inventory (ACDI), containing 27 items using the alternatives rarely, sometimes, and often, devised by Abdel-Khalek (1993). Based on fifteen studies of about 17,000 subjects in eight countries, data are utilized from Egypt, Kuwait, Saudi Arabia, Qatar, Bahrain, Syria, Jordan, and the U.S.A. Reliability coefficients ranged from 0.81 to 0.93, criterion-related validity coefficients ranged from 0.39 to 0.83, and factor analyses disclosed clear, high-loaded, and interpretable components. Factor analyses proved good similarity between weak concentration, pessimism, sleep problems, unhappiness, weakness, and loneliness. Age and gender related differences were also investigated. Impressive evidence is provided for the utility of the ACDI in assessing childhood depression in the above mentioned countries.

Keywords: Depression, Childhood, Adolescence, Scale, Factor Analysis, Cultural Comparison.

* Professor, Dept. of Psychology, College of Social Sciences, Kuwait University.