The Differences between Psychometric and Psychiatric Approaches on Prevalence Rates of Depression Symptoms in a Sample of Kuwaiti Children and Adolescents

Shaima'a Al-Jawhary*
Ahmed M. Abdel-Khalek**

Abstract: This study aimed to estimate the prevalence rates of depression symptoms using both the psychometric (a psychological scale) and psychiatric (psychiatric criteria) approaches in a sample (N = 1,523) of Kuwaiti children and adolescents recruited from state schools in Kuwait. Their ages ranged between 10 and 16 years. They responded to the Multidimensional Child and Adolescent Depression Scale and the Depression Diagnostic Inventory. It was found that prevalence rates using the psychometric approach were significantly higher than the psychiatric approach in all samples except female adolescents. Females obtained a significantly higher mean score on depression than did their male counterparts. Adolescents obtained a significantly higher mean score than did children in depression.

Keywords: Prevalence rates, Depression, Psychometric, Psychiatric, Children, Adolescents, Kuwait.

* Center of Addiction Treatment, Kuwait.
** Department of Psychology, Faculty of Arts, University of Alexandria, Egypt.

الفروق بين المنحيين السيكومتري والسيكياتري في معدلات انتشار الأعراض الاكتئابية لدى عينة من الأطفال والمراهقين الكويتيين*

شيماء وليد الجوهري(**)
أحمد محمد عبدالخالق(***)

ملخص: استهدفت هذه الدراسة تقدير معدلات انتشار الأعراض الاكتئابية باستخدام المنحيين السيكومتري (مقياس نفسي) والسيكياتري (المحكات التشخيصية)، لدى عينة من الأطفال والمراهقين الكويتيين (ن=1523) من طلاب المدارس الحكومية في دولة الكويت، راوحت أعمارهم بين 10 و16 عاماً، أجابوا عن مقياس الاكتئاب متعدد الأبعاد للأطفال والمراهقين، والقائمة التشخيصية للاكتئاب. وكشفت النتائج أن معدلات الانتشار باستخدام المنحى السيكومتري أعلى من السيكياتري في جميع العينات ما عدا عينة المراهقات. وظهرت فروق دالة بين الجنسين؛ حيث حصلت الإناث في عينتي الأطفال والمراهقين على متوسط اكتئاب أعلى، كما ظهرت فروق دالة بين الأطفال والمراهقين؛ حيث كان متوسط الاكتئاب أعلى عند المراهقين.

المصطلحات الأساسية: معدلات الانتشار، الاكتئاب، السيكومتري، السيكياتري، الأطفال، المراهقون، الكويت.

مقدمة:

مشاعر الحزن خاصية نفسية عامة ومشتركة لدى جميع البشر، وقد يستمر الحزن فترات قصيرة لدى بعض الناس، وربما يشتد لدى بعضهم الآخر، فيصاب بمجموعة من المشاعر والأعراض الاكتئابية التي تظهر على الفرد في تصرفاته وأفعاله، وعند تجمع زملة من هذه الأعراض يصاب الفرد بالاكتئاب.

---

* هذه الدراسة جزء من أطروحة الماجستير التي قدمتها الباحثة الأولى (shaimakuniv@hotmail.com)، تحت إشراف الباحث الثاني (aabdel-khalek@hotmail.com)، وقد أجيزت الأطروحة في كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت عام 2013.

** مركز علاج الإدمان، وزارة الصحة، الكويت.
*** قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية، مصر.

ويعد الاكتئاب Depression أقدم اضطراب نفسي مسجل عبر التاريخ، ولكن ذلك لا ينسحب على اكتئاب الأطفال؛ حيث افترض الباحثون والممارسون – حتى الستينيات من القرن الماضي – أن الاكتئاب – كما يشاهد عند الراشدين – لا يمكن أن يحدث عند الأطفال قبل مرحلة المراهقة؛ لأن هؤلاء الأطفال ليس لديهم أنا أعلى Super - ego متطور بدرجة كافية، واعتمد هذا الرأي على نظريات التحليل النفسي، التي ترى أن الاكتئاب نتاج أنا أعلى مضطهد، ومن ثم، فإن الاكتئاب لا يحدث غالباً قبل المراهقة؛ إذ افترض أن أبنية الأنا الأعلى تنقص الأطفال؛ أي أنها غير متاحة لهم. وفي حين تبنى بعض الباحثين هذه الفكرة، افترض آخرون أن عمليات النمو تخفي مظاهر الاكتئاب عند الأطفال، وتبعاً لهذا الرأي الأخير اعتقد الباحثون أن المصطلحات المكافئة للاكتئاب من مثل: "السلوك الجانح، وانخفاض التحصيل في المدرسة، والأعراض النفسية الجسمية، والانسحاب الاجتماعي، والخوف من الموت، والأعراض الجسمية، والقلق العام"، ما هي إلا طرق يعبر بها الأطفال أحياناً عن الاكتئاب (عبدالخالق، 2012: 25).

كذلك افترض بعض الإكلينيكيين، أنه من غير المحتمل أن يطور الأطفال قبل المراهقة أعراض الاكتئاب؛ لأن إحساسهم بذواتهم وبالمستقبل مبتسر وغير ناضج تماماً حتى تظهر عليهم أعراض من مثل التقدير المنخفض للذات، والذنب، واليأس (أحمد عبدالخالق، والسيد عبدالغني، 2005). في حين رأى باحثون آخرون أن الاكتئاب نادراً ما يحدث لدى الأطفال والمراهقين، ونبع هذا الاعتقاد من الإطار النظري، الذي افترض أن الأطفال والمراهقين يفتقرون إلى النضج الفكري والمعرفي، الذي يمكنهم من التعبير عن مشاعر الاكتئاب (Essau & Chang, 2009: 3)؛ فالطفل أو المراهق المكتئب قد يفشل في أن يسمي ما يشعر به على أنه "اكتئاب"، وقد لا يقر مشاعر الحزن على الرغم من أنه يبدو دامعاً حزيناً (أحمد عبدالخالق، 2012: 26)، وهناك من الباحثين من كان ينظر إلى اكتئاب المراهقين على أنه مجرد حالة عابرة، أو قسم طبيعي من التطور النمائي الذي يصاحب فترة المراهقة، ويطلق عليها "اهتياج مرحلة المراهقة" Adolescent turmoil (Lowe & Gibson, 2005).

وظلت فكرة اكتئاب الأطفال على وجه الخصوص، مثيرة للجدل حتى عام 1970؛ حيث عقد في العام نفسه المؤتمر الرابع للاتحاد الأوروبي للأطباء النفسيين تحت عنوان "الحالات الاكتئابية في الطفولة والمراهقة"؛ إذ تأكد وجود اكتئاب الأطفال، وأنهم قادرون على تطوير المشاعر والأعراض الاكتئابية التي تستوفي

المعايير والمحكات القياسية والتشخيصية (Malhotra & Das, 2007). ومن هنا يمكن القول إن هذا المؤتمر كان نقطة البداية التي أسهمت في انطلاق عدد كبير من الأبحاث الخاصة باكتئاب الأطفال والمراهقين، وقد عكف كثير من الباحثين على دراسته، والكشف عن ماهيته، وفهم أعراضه، وفحص أسبابه، وتحديد النماذج المفسرة له، واهتم الباحثون اهتماماً خاصاً بدراسة معدلات انتشاره، وعلاقته بمختلف المتغيرات النفسية.

وفي أواخر السبعينيات من القرن الماضي، تزايد اعتراف الباحثين بأن الأطفال والمراهقين قادرون على تطوير الأعراض الأساسية للاكتئاب، شأنهم في ذلك شأن الراشدين، واتضح هذا التغيير في وجهات النظر في استخدام محكات الاكتئاب لدى الراشدين سواء بسواء لتشخيص الاكتئاب عند الأطفال والمراهقين، وتحقق ذلك في الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الصادر سنة 1980. واستمر توحيد المحكات التشخيصية عبر المجموعات العمرية المختلفة، في النسخ الأحدث من الدليل (Essau & Chang, 2009: 3). ومنذ ذلك الوقت وإلى يومنا هذا، ينادي الباحثون بضرورة حساب صدق النظام التشخيصي للدليل التشخيصي والإحصائي، عن طريق إجراء دراسة عملية (إمبيريقية) ذات مدى شامل، أو دراسة انتشارية في المجتمع العام، تهدف إلى تحديد أعراض الاكتئاب التي تظهر على الأطفال والمراهقين (عبدالخالق، 2012: 34).

مشكلة الدراسة وأهدافها:

تعد دراسة الاكتئاب من الموضوعات المهمة التي تصدرت في العقود الأخيرة المراكز الأولى في البحوث النفسية والإكلينيكية. ويتساءل بعض الناس عما إذا كانت دراسة الاكتئاب مطلباً ملحاً حقاً؟. ويمكن الإجابة عن هذا التساؤل، فيما أشار إليه الطبيب النفسي "جيرالد كليرمان" Gerald Klerman، من أن الفترة الممتدة قبيل الحرب العالمية الثانية حتى وقت قريب، أطلق عليها سنوات القلق، ولكننا نعيش الآن في مولد عصر جديد محفوف بالتغيرات السياسية والاقتصادية، التي من شأنها أن تزيد من معدلات المشقة والضغوط، فضلا عن تعقد العلاقات بين الكائنات البشرية والبيئة، إلى جانب زيادة الفجوة بين متطلبات الفرد وقدرته على تحقيقها (أحمد عبدالخالق، ومايسة النيال، 1991). يضاف إلى ذلك، مشكلة الفقر التي استشرت في العالم، والأزمات الاقتصادية والسياسية التي اجتاحت الدول، ولا سيما في العقد

الأخير، ولا ننسى ما حدث في "الربيع العربي" في السنين الأخيرة، ومن ثم تتفاعل هذه المتغيرات معاً؛ لتدفعنا إلى عدم الاكتفاء بإطلاق تسمية "القلق" على هذا العصر، ولكن "الاكتئاب" أيضاً.

وبوجه عام، استخدم مصطلح الاكتئاب في الدراسات السابقة استخداماً غير متجانس؛ حيث استخدمه بعض الباحثين للإشارة إلى الجوانب الإكلينيكية للاكتئاب، التي تستند إلى مجموعة من المحكات والمعايير التشخيصية، في حين أشار باحثون آخرون إلى الاكتئاب، على أنه مجموعة من الأعراض التي تعتمد على ارتفاع درجات المبحوث في أحد مقاييس التقدير الذاتي Self - report scale. والفرق الأساسي بين هذين التصنيفين هو أن الاضطرابات التي تستند إلى المحكات التشخيصية تمثل المنحى السيكياتري Psychiatric approach في قياس الاضطرابات، وهو منحى فئوي Categorical يستخدمه الأطباء النفسيون في تشخيص الاضطرابات النفسية، وينظر هذا المنحى إلى الاكتئاب بوصفه اضطراباً نفسياً، يعتمد على محكات معيارية خاصة، وعدد محدد من الأعراض يجب استيفاؤها. يضاف إلى ذلك شدة هذه الأعراض، وفترة بقائها (دوامها)، وما يصاحبها من عجز أكاديمي أو اجتماعي، وفي هذا التصنيف إما أن يكون الاضطراب موجوداً وإما أن يكون غير موجود، كما أن الاضطراب يختلف عن السواء في الدرجة والنوع على حد سواء (Essau & Ollendick, 2009; Ritakallio, 2008)، ومن أشهر الأنظمة السيكياترية لقياس الاكتئاب: الدليل التشخيصي والإحصائي Diagnostic and Statistical Manual (DSM)، والتصنيف الدولي للأمراض International Classification of Diseases (ICD).

ومن جهة أخرى، يمثل التقرير الذاتي للاكتئاب، المنحى السيكومتري Psychometric approach في قياس الاضطرابات؛ وهو مدخل نفسي يعتمد على إدراك الفرد وتقييمه للأعراض الاكتئابية. وينظر إلى الاكتئاب في هذا المنحى، بوصفه متصلاً بُعدياً Dimensional continuum، تراوح فيه الأعراض الاكتئابية من الصفر إلى الشديد، وهنا يختلف الاضطراب عن السواء في الدرجة وليس في النوع، ومن أمثلتها قوائم الصفات والاستخبارات النفسية (Ritakallio, 2008).

واهتم الباحثون – اهتماماً كبيراً – بمعرفة ما إذا كانت الاضطرابات النفسية للأطفال والمراهقين، يفضل تصنيفها وتشخيصها باستخدام المنحى السيكياتري أو

المنحى السيكومتري. وقد خصص لهذه المسألة عدد من الأبحاث العلمية؛ حيث عدها بعض الباحثين من أكثر المسائل المثيرة للجدل، التي لها آثار عميقة؛ سواء أكان ذلك في الممارسات الإكلينيكية أم في البحوث النفسية (Coghill & Sonuga - Barke, 2012)، وعلى الرغم من أن كثيراً من الدراسات تدعم أفضلية المنحى السيكومتري على المنحى السيكياتري، فإن التوجه البحثي الحديث استنتتج أن لكلا المنحيين نقاط قوة وضعف مختلفة، كما أن لهما قيمة علمية كبيرة تختلف من تشخيص اضطراب إلى آخر (Avenevoli, Knight, Kessler, & Merikangas, 2008).

وبناء على نتائج الدراسات السابقة التي وجدت فروقاً في تشخيص الاكتئاب تعود إلى أسلوب القياس المستخدم (فئوي/ بُعدي)، فإن السؤال هنا، هو: هل توجد فروق في معدلات انتشار الاكتئاب تبعاً للأداة المستخدمة في التشخيص؟

وتتلخص **أهداف هذه الدراسة** فيما يأتي:

1 – إعداد قائمة لتقدير الاكتئاب ضمن إطار نظري شامل يستند إلى محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنقح.

2 – تحديد معدلات انتشار الأعراض الاكتئابية مع الوضع بعين الاعتبار الاختلاف في منحى القياس (سيكومتري مقابل سيكياتري).

3 – المقارنة بين الجنسين في شدة الاكتئاب مقدراً بالمنحى السيكومتري والمنحى السيكياتري.

4 – المقارنة بين الأطفال والمراهقين في شدة الاكتئاب مقدراً بالمنحى السيكومتري ةالمنحى السيكياتري.

أهمية الدراسة:

تكمن **الأهمية النظرية** لهذه الدراسة في تحديدها لمعدلات انتشار الأعراض الاكتئابية، باستخدام منحيين أساسيين في تصنيف الاضطرابات النفسية، هما: المنحى الفئوي والمنحى البُعدي، لدى عينة من الأطفال والمراهقين، وهما مرحلتان من أهم المراحل النمائية في حياة الفرد. والدراسات العربية في هذا المجال متاحة، ولكن استخدم معظمها المقاييس والاستخبارات النفسية المختلفة (المنحى البُعدي) في تحديد معدلات انتشار الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين. وبهذا تتمثل أهمية هذه الدراسة في جمعها بين أسلوبين للتقدير والتشخيص، هما: المقاييس النفسية،

والمحكات التشخيصية؛ بهدف تحديد معدلات انتشار الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال والمراهقين، تبعاً لهذين المنحيين.

وتكمن **الأهمية التطبيقية** لهذه الدراسة في أن تحديد معدلات انتشار الأعراض الاكتئابية لدى طلاب المدارس، ومن ثم تحديد الحجم التقريبي للمشكلة، يساعد على وضع إستراتيجيات محددة، يمكن من خلالها التخفيف من الانفعالات السلبية التي يعانيها هؤلاء الطلاب، وتعمل بوجه خاص على تعزيز دور الاختصاصي النفسي في المدارس، في اكتشاف الأعراض الاكتئابية لدى الطلاب، والاهتمام بإجراء تقويم للحالة النفسية لهم، دون التركيز على تقويم نواحي القدرة العقلية فقط، وبالإضافة إلى ذلك، فإن هذه الدراسة سوف تتيح مقياساً للاكتئاب معتمداً على محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنقح.

الدراسات السابقة:

قسمت هذه الدراسات إلى فئتين، على النحو الآتي:

أ – الدراسات التي حددت معدلات انتشار الأعراض الاكتئابية باستخدام المنحى السيكومتري (الاستخبارات والمقاييس النفسية):

بحث "عبدالخالق" (Abdel - Khalek, 2003a) معدلات انتشار الأعراض الاكتئابية لدى عينة من الأطفال والمراهقين الكويتيين من الجنسين (ن= 6,108)، ممن راوحت أعمارهم بين 10 و18 سنة، أجابوا عن القائمة العربية لاكتئاب الأطفال. وبلغت معدلات انتشار الاكتئاب 3,2%، و4,4% للذكور والإناث على التوالي، على أساس النسبة المئوية للحاصلين على درجات تزيد على المتوسط +(2) انحراف معياري. وفي السياق نفسه، بحث "عبدالخالق" (Abdel - Khalek, 2003b) معدلات انتشار الاكتئاب لدى عينة أردنية من تلاميذ المدارس من الجنسين (ن = 637)، راوحت أعمارهم بين 13 و15 عاماً، أجابوا عن القائمة العربية لاكتئاب الأطفال. وأسفرت النتائج عن معدلات انتشار مقدارها 2,8% لدى الذكور و 5,4% عند الإناث ممن حصلوا على درجات كلية تزيد على انحرافين معياريين فوق المتوسط.

وأجرى "عسل، وعبدالفتاح" (Asal & Abdel - Fattah, 2007)، دراسة، تمثل أحد أهدافها في تحديد معدلات انتشار الأعراض الاكتئابية لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية من الجنسين في السعودية (ن= 490)، راوحت أعمارهم بين 16 و20 عاماً، أجابوا عن قائمة "بيك" للاكتئاب. وأظهرت النتائج أن معدلات الانتشار

(باستخدام نقطة القطع 19) بلغت 33,9% للاكتئاب الخفيف، و22,4% للاكتئاب المتوسط، و7,3% للاكتئاب الشديد، و3,7% للاكتئاب العميق، وظهرت فروق دالة بين الجنسين؛ إذ حصلت الإناث على معدلات انتشار للاكتئاب أعلى من الذكور، وتبين أن أكثر الأعراض شيوعاً لدى الذكور: فقد الطاقة، ونقد الذات، ومشاعر العقاب، والتهيج، وعند الإناث: نقد الذات، والتهيج، والبكاء.

واستخدم " أنسال، وأيرانسي" (Unsal & Ayranci, 2008)، عينة من طلاب المدارس الثانوية من الجنسين في تركيا (ن = 846)، راوحت أعمارهم بين 14 و19 عاماً، أجابوا عن قائمة "بيك" للاكتئاب، ووصلت معدلات انتشار الأعراض الاكتئابية (باستخدام نقطة القطع ⩽ 19) إلى 30,7%، كما ظهرت فروق دالة بين الجنسين؛ إذ حصلت الإناث على معدل اكتئاب أعلى من الذكور (39,6% مقابل 22,7%) على التوالي، وتعد هذه المعدلات مرتفعة جداً.

وفي مصر، بحث "السيد فهمي علي" (2010) معدلات انتشار الأعراض الاكتئابية لدى عينة من طلاب المدارس الذين ينتمون إلى مرحلتي ما قبل المراهقة والمراهقة المبكرة (ن = 943)، راوحت أعمارهم بين 11 و18 سنة، واستخدم المقياس متعدد الأبعاد لاكتئاب الأطفال والمراهقين، واستخرجت معدلات انتشار مقدارها (3,92%، و5,90%) للذكور والإناث على التوالي، على أساس النسبة المئوية للمبحوثين الذين حصلوا على درجة كلية في الاكتئاب عند المئين 95 ومابعده. واتضح أن أعلى ثلاثة أعراض اكتئابية لدى الذكورهي: التعب، وافتقاد الاستمتاع، ومشكلات النوم، في حين كانت لدى الإناث: افتقاد الاستمتاع، والتعب، ومشكلات النوم. وظهرت فروق دالة بين الجنسين في متوسط الاكتئاب؛ إذ حصلت الإناث على متوسطات أعلى من أقرانهن من الذكور. وأخيراً تبين أن متوسطات الاكتئاب لدى الأطفال الأصغر سناً (11 – 12 سنة) أعلى جوهرياً من متوسطات الأطفال الأكبر سناً.

كذلك قام "شانج" وزملاؤه (Shang, Wang, Wang, Hu, Du, & Li, 2010)، بدراسة معدلات انتشار الأعراض الاكتئابية وعلاقتها بالمستوى الاجتماعي والاقتصادي، لدى عينة من الأطفال الصينيين (ن = 4,643)، ممن راوحت أعمارهم بين 7 و12 سنة، أجابوا عن الصيغة الصينية من قائمة "كوفاكس" للاكتئاب. وبلغت معدلات انتشار الأعراض الاكتئابية باستخدام نقطة القطع (⩽20)، 11,6%، كما

ظهرت فروق دالة بين الجنسين وبين الأعمار؛ إذ حصل الذكور على معدلات انتشار أعلى من الإناث (14,6% مقابل 8,3%)، وحصلت المجموعة العمرية (11 – 12) على أعلى معدلات الانتشار مقارنة بالمجموعات العمرية الأصغر، وأخيراً، أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن زيادة الأعراض الاكتئابية، ترتبط بانخفاض التحصيل الدراسي للوالدين، فضلاً عن انخفاض مستواهم الاقتصادي.

وهدفت دراسة "رودريجو وآخرين" (Rodrigo, Welgama, Gurusinghe, Wijeratne, Jayananda, & Rajapakse 2010)، إلى فحص أعراض القلق والاكتئاب لدى عينة من طلاب المدارس المراهقين من الجنسين في سيريلانكا (ن = 445)، راوحت أعمارهم بين 14 و18 سنة، واستخدم مقياس مركز الدراسات الوبائية للاكتئاب، واختبار القلق الصادر عن رابطة الانتحار والصحة النفسية العالمية. ووصل معدل انتشار الاكتئاب للعينة الكلية إلى 36% (17% اكتئاب خفيف، و19% اكتئاب شديد)، في حين وصل معدل انتشار القلق إلى 28%، وقد أظهرت الإناث متوسطات اكتئاب وقلق أعلى – بمستوى دال – من نظرائهن الذكور.

وفي السياق نفسه، درس "خاسخالا" وزملاؤه (Khasakhala, Ndetei, Mutiso, Mbwayo, & Mathai, 2012)، معدلات انتشار الأعراض الاكتئابية لدى عينة عشوائية من طلاب المدارس الثانوية في نيروبي (عاصمة كينيا) (ن = 1,276)، راوحت أعمارهم بين 13 و22 عاماً، أجابوا عن قائمة "كوفاكس" للاكتئاب. وكشفت النتائج عن معدلات انتشار مقدارها 26,4% باستخدام نقطة القطع (⩽ 20)، وظهرت علاقة إيجابية دالة بين الاكتئاب والسلوك الانتحاري. وأخيراً استخرجت فروق دالة بين الجنسين؛ إذ حصلت الإناث على معدلات انتشار أعلى من الذكور.

ب – الدراسات التي حددت معدلات انتشار الأعراض الاكتئابية باستخدام المنحى الفئوي (المحكات التشخيصية):

درس "أولسون، وفون نورينج" (Olsson & von Knorring, 1999)، معدلات انتشار الاكتئاب لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية من الجنسين في السويد (ن = 2,300)، ممن راوحت أعمارهم بين 16 و17 سنة. وقد أجريت لهم مقابلة تشخيصية تعتمد على محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع. وأظهرت النتائج أن 12,3% حصلوا على درجات مرتفعة في الاكتئاب، و2,4% من العينة كانت لديهم محاولات سابقة للانتحار، كذلك كشفت النتائج عن معدلات انتشار

لمدى الحياة مقدارها 11,4%، ولمدة عام 5,8%، وحدث الاكتئاب المرتفع لدى أربع فتيات مقابل كل صبي.

وفي السياق نفسه، قام "هاراسيلتا" وزملاؤه (Haarasilta, Marttunen, Kaprio, & Aro, 2001) في فنلندا، بتقدير معدلات انتشار محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاكتئاب لاثني عشر شهراً، لدى عينتين من المراهقين (ن = 509)، ممن راوحت أعمارهم بين 15 و19 سنة، وصغار الراشدين (ن = 433)، ممن راوحت أعمارهم بين 20 و24 سنة؛ حيث عقدت لهم مقابلة تشخيصية، باستخدام الصيغة المختصرة من المقابلة التشخيصية المركبة. وكشفت النتائج عن معدلات انتشار مقدارها 5,3% في عينة المراهقين (6% لدى الإناث، مقابل 4,4% عند الذكور)، في حين بلغت معدلات الانتشار لدى صغار الراشدين 9,4% (10,7% لدى الإناث، مقابل 8,1% عند الذكور).

وبحث "أنجولد" وزملاؤه (Angold, Erkanli, Farmer, Fairbank, Burns, & Keeler et al., 2002)، معدلات انتشار الاضطرابات النفسية وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع لدى عينة اختيرت عشوائياً من قواعد بيانات المدارس في شمال كارولينا بالولايات المتحدة. وبلغ العدد النهائي للعينة 920 فرداً، راوحت أعمارهم بين 9 و17 سنة، وأجريت لهم مقابلة إكلينيكية، تختص بالتقويم الطبي النفسي للطفل والمراهق Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). وبلغت معدلات انتشار الاكتئاب الأساسي Major depression 1% للعينة الكلية (0,7% للذكور، و1,2% للإناث)، في حين بلغت معدلات انتشار الاكتئاب الخفيف 1,7% للعينة الكلية (2% للذكور، و1,4% للإناث)، ولم تكشف الدراسة – بشكل عام – عن فروق دالة بين الجنسين في الاكتئاب.

وهدفت دراسة "كيلباترك" وزملائه (Kilpatrick, Ruggiero, Acierno, Saunders, Resnick, & Best, 2003)، إلى تحديد معدلات انتشار الاكتئاب، واضطرابات الضغوط التالية للصدمة، والاعتماد على المواد أو سوء استخدامها، وتحديد المرضية المصاحبة Comorbidity، والعوامل المرتبطة بهذه الاضطرابات لدى عينة من المراهقين في أمريكا (ن = 4,023) ممن راوحت أعمارهم بين 12 و17 سنة، وقد جمعت البيانات عن طريق مقابلة هاتفية منظمة، معتمدة على محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع. وأظهرت النتائج أن 15,5% من الذكور،

و19,3% من الإناث، استوفوا محكات اضطراب واحد على الأقل من الاضطرابات الثلاثة، وبلغت معدلات انتشار الاكتئاب لستة أشهر 7,4% للذكور، و13,9% للإناث.

وبحث "جاجو" وزملاؤه (Jaju, Al - Adawi, Al - Kharusi, Morsi, & Al - Riyami, 2009)، معدلات انتشار الاضطرابات النفسية ومن بينها الاكتئاب لدى عينة من المراهقين العمانيين (ن = 1,682)، ممن راوحت أعمارهم بين 14 و23 عاماً، وقد طبقت عليهم المقابلة التشخيصية الدولية للصحة النفسية العالمية. وكشفت النتائج عن معدلات انتشار اكتئاب لمدى الحياة مقدارها 3%، كما اتضح أن كون المبحوث أنثى، هو المنبئ الأقوى للإصابة بالاكتئاب.

وهدفت دراسة "المسيري" وزملائه (El - Missiry, Soltan, Abdel - Hady, & Sabry, 2012)، إلى فحص معدلات انتشار الاكتئاب لدى عينة من طالبات المدارس الثانوية المصريات (ن = 602)، ممن راوحت أعمارهن بين 14 و17 عاماً؛ حيث عقدت لهن مقابلة إكلينيكية تستند إلى محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع. وأسفرت النتائج عن معدلات انتشار اكتئاب مقدارها 13,3%.

تعقيب على الدراسات السابقة:

1 – أتيح عدد كبير من الدراسات الأجنبية والعربية التي اهتمت ببحث معدلات انتشار الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال والمراهقين، ولكن عدد البحوث الأجنبية يفوق كثيراً عدد الدراسات العربية.

2 – اختلفت معدلات انتشار الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال والمراهقين اختلافاً كبيراً؛ حيث راوحت بين 0,7% و39,6%. ويرجع هذا التباين في النتائج غالباً إلى اختلاف في حجم العينة، أو طريقة اختيارها، أو خصائصها الديموجرافية، أو اختلاف أساليب قياس الاكتئاب، سواء أكانت مقاييس نفسية، أم مقابلات، أو محكات تشخيصية.

3 – الدراسات الأجنبية التي بحثت معدلات انتشار الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال والمراهقين، باستخدام محكات الدليل التشخيصي والإحصائي أقل عدداً من تلك التي استخدمت المقاييس النفسية، كما لم يستخدم أي منها الطبعة الرابعة المنقحة من الدليل الصادر عام 2000، علماً بأنها الطبعة الأحدث. وفيما يتعلق بالدراسات العربية التي استخدمت المنحى السيكياتري (الدليل التشخيصي) فإنها قليلة في حدود علم الباحثين.

4 – جميع الدراسات التي فحصت معدلات انتشار الأعراض الاكتئابية باستخدام محكات الدليل التشخيصي والإحصائي استخدمت المقابلة وسيلة لتقدير معدلات الانتشار (انظر: Angold et al., 2002; Jaju et al., 2009) سواء أكانت المقابلة في موقف مواجهة بين الباحث والمبحوث في زمان واحد ومكان واحد، أم عن طريق الهاتف، علماً بأن المقابلة تستغرق وقتاً وجهداً كبيرين.

5 – معظم الدراسات التي أجريت بهدف تحديد معدلات انتشار اكتئاب الأطفال والمراهقين استخدمت عينات ذات حجم كبير، ولا سيما البحوث التي اعتمدت على المقاييس النفسية (انظر: Abdel - Khalek, 2003a; Rodrigo et al., 2010; Shang et al., 2010).

6 – استخدمت البحوث السابقة طرقاً إحصائية مختلفة لاستخراج معدلات انتشار الاكتئاب، ومن هنا ظهرت فروق كبيرة بين نتائجها.

7 – توصلت معظم الدراسات إلى أن معدل انتشار الأعراض الاكتئابية لدى الإناث أعلى من الذكور (انظر: Asal & Abdel - Fattah, 2007; Unsal & Ayranci, 2008).

فروض الدراسة:

1 – معدلات انتشار الاكتئاب باستخدام المنحى السيكومتري أعلى من المنحى السيكياتري.

2 – متوسط الإناث في الاكتئاب أعلى من الذكور.

3 – متوسط المراهقين في الاكتئاب أعلى من الأطفال.

المنهج والإجراءات:

منهج الدراسة:

تعتمد هذه الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي المقارن لملاءمته لطبيعة الدراسة وأهدافها.

مجتمع الدراسة:

طلاب المدارس الابتدائية والمتوسطة والثانوية في دولة الكويت.

عينة الدراسة:

أجريت هذه الدراسة على عينة من الأطفال والمراهقين الكويتيين، قوامها

1,523 مبحوثاً، وقد اختيرت من عدد من المدارس الحكومية (الابتدائية، والمتوسطة، والثانوية)، وهي عينات متاحة وليست عشوائية، تم سحبها من الصفوف بشكل مباشر دون أي تخطيط مسبق. وقسمت العينة إلى مجموعتين:

أولاً – عينة الأطفال: وقوامها 634 مبحوثاً؛ بواقع 311 طالباً و323 طالبة من طلاب المدارس الحكومية في دولة الكويت، في الصف الخامس الابتدائي، والصفين السادس والسابع المتوسطين، وراوحت أعمارهم بين 10 و 12 عاماً.

ثانياً – عينة المراهقين: اشتملت على 889 مبحوثاً؛ بواقع 431 طالباً و458 طالبة، من طلاب المدارس الحكومية في دولة الكويت، في الصفين الثامن والتاسع المتوسطين، والصفين العاشر والحادي عشر الثانويين، وراوحت أعمارهم بين 13 و 16 عاماً.

أدوات الدراسة:

1 – المقياس متعدد الأبعاد لاكتئاب الأطفال والمراهقين:

The Multidimensional Child and Adolescent Depression Scale (MCADS)

وضع "عبدالخالق" (Abdel - Khalek, 2003c) هذا المقياس مستنداً إلى النتائج العاملية التي أسفرت عنها الدراسات على سبع دول عربية فضلاً عن الولايات المتحدة الأمريكية، طبقت فيها القائمة العربية لاكتئاب الأطفال (أحمد عبدالخالق، 1991؛ 1999) على ما يقرب من سبعة عشر ألف مبحوث. واعتماداً على هذه الدراسات، تحددت ثمانية أبعاد أساسية لاكتئاب الأطفال والمراهقين.

ويشتمل هذا المقياس في صيغته الأخيرة على 40 بنداً، موزعة بالتساوي على ثمانية مقاييس فرعية، هي: التشاؤم، وعدم التركيز، ومشكلات النوم، وافتقاد الاستمتاع، والتعب، والوحدة، ونقص تقدير الذات، والشكاوى الجسمية، ويقاس كل مقياس فرعي بخمسة بنود (عبارات قصيرة)، ويجاب عن كل بند، على أساس مقياس ثلاثي الأوزان: لا، أحياناً، كثيراً، وتوجد سبعة بنود معكوسة (1، 6، 11، 16، 23، 34، 35)، وتراوح الدرجة في كل مقياس فرعي بين 5 و15، في حين تراوح الدرجة الكلية في المقياس بين 40 و120. وتشير الدرجة المرتفعة إلى اكتئاب مرتفع بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس، كما تشير الدرجة المرتفعة في كل مقياس فرعي إلى ارتفاع الاكتئاب، بالإشارة إلى اسم هذا المقياس الفرعي.

ولهذا المقياس خواص سيكومترية جيدة، من ناحيتي الثبات والصدق،

وباستخدام عينات كويتية بلغت معاملات ألفا 0,91 لدى الذكور، و0,92 لدى الإناث، و0,92 للعينة الكلية، في حين بلغ معامل ثبات إعادة الاختبار 0,84 للعينة الكلية، (0,87 لدى الذكور، و0,81 عند الإناث)، واستخدم الصدق المرتبط بالمحك؛ حيث حسبت معاملات الارتباط بين هذا المقياس، وثلاثة مقاييس أخرى تقيس اكتئاب الأطفال والمراهقين، وهي: قائمة "كوفاكس" لاكتئاب الأطفال، ومقياس تقدير الضيق من وضع "ليفكوفتز" وزملائها، ومقياس التقدير الذاتي للاكتئاب من وضع "بيرلسون"، وبلغت معاملات الارتباط (0,83، و0,74، و0,78) على التوالي، وتشير هذه المعاملات إلى صدق مرتفع للمقياس. ويعد هذا المقياس مناسباً لتحديد "بروفيل" الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين، وسوف نشير إلى هذا المقياس بمقياس الاكتئاب لمزيد من الإيجاز.

وقد استخدم هذا المقياس في عدد من الدراسات العربية السابقة على عينات من الكويت، ولبنان، ومصر، وقطر، والسعودية، وسلطنة عمان، والعراق، وفلسطين (انظر: أحمد عبدالخالق، 2012؛ أحمد عبدالخالق، والدماطي، 2008؛ عبدالخالق، والعطية، والنيال، 2008؛ عبدالخالق، وكاظم، وعيد، 2011؛ وعبدالخالق، وكريم، 2010؛ واليحفوفي، 2010؛ Abdel - Khalek, 2009, 2010; Abdel - Khalek & Eid, 2011).

2 – القائمة التشخيصية للاكتئاب:

قام الباحثان بإعداد هذه القائمة، وقد صممت بهدف قياس معدلات انتشار الاكتئاب، اعتماداً على المحكات التشخيصية المشتقة من الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنقح (APA, 2000: 365). وتشتمل القائمة التشخيصية في صيغتها النهائية على 14 بندا يجاب على كل منها على أساس ستة بدائل: لا= صفر، ونادراً = 1، وقليلاً = 2، ومتوسط = 3، وكثيراً= 4، وكثيراً جداً = 5، وقد غطت بنود هذه القائمة الأعراض التسعة للدليل التشخيصي، وهي: المزاج المكتئب، وافتقاد الاهتمام أو الاستمتاع، واضطراب الأكل، واضطراب النوم، والتهيج أو التأخر النفسي الحركي، والتعب أو فقد الطاقة، ومشاعر عدم الكفاءة أو الذنب، وانخفاض القدرة على التركيز أو التفكير أو التردد وعدم الحسم، والتفكير في الموت والانتحار. وكما هو ملاحظ، فإن عدد بنود القائمة يفوق الأعراض التسعة؛ حيث إن هناك بعض الأعراض ونقيضها من مثل: قلة الشهية أو زيادتها، والأرق أو الإفراط في النوم،

والتهيج أو التأخر النفسي الحركي، كما ورد في الدليل أكثر من عرض في بند واحد؛ من مثل مشاعر عدم الكفاءة، أو الذنب...، فكان لا بد من تقسيمها ووضعها في بنود مستقلة.

محكات الاكتئاب:

حتى يعد الطفل أو المراهق مكتئباً، لا بد أن يستوفي المحكات الآتية:

1 – وجود خمسة أو أكثر من الأعراض، على أن يكون أحدها إما المزاج المكتئب، وإما افتقاد الاهتمام والاستمتاع.

2 – يشترط أن تكون الأعراض مستمرة لمدة أسبوعين على الأقل.

3 – يشترط أن يعاني الشخص من الأعراض معظم اليوم، أو كل يوم تقريباً (ويقابلها أن يختار المبحوث أحد البديلين: كثيراً أو كثيراً جداً).

4 – أن لا يعاني الشخص أمراضاً جسمية أو اضطرابات نفسية أخرى.

5 – أن تسبب الأعراض للشخص عجزاً أو إعاقة في الوظائف الأكاديمية والاجتماعية.

ولهذا المقياس خواص سيكومترية جيدة، من ناحيتي الثبات والصدق؛ حيث بلغت معاملات ألفا 0,82 و0,79 لدى عينتي الأطفال (ن= 195) والمراهقين (ن=215) على التوالي، كما بلغت معاملات ثبات إعادة الاختبار 0,75 و0,85 لدى عينتي الأطفال (ن= 58) والمراهقين (ن= 64) على التوالي. واستخدم الصدق المرتبط بالمحك؛ حيث حسبت معاملات الارتباط بين هذا المقياس، وثلاثة مقاييس أخرى، وهي: قائمة الاكتئاب الأساسي، من وضع "أولسون" وزملائه، والصيغة العربية لكل من مقياس التقدير الذاتي للاكتئاب من وضع "بيرلسون"، ومقياس تقدير الضيق لدى الأطفال والمراهقين من وضع "ليفكوفتز"، وبلغت معاملات الارتباط – على التوالي – في عينة الأطفال (ن= 102) (0,87، و0,49، و0,66) و(0,86، 0,49، 0,62) لدى عينة المراهقين (ن= 64)، وتشير هذه المعاملات إلى صدق مرتفع للمقياس.

إجراءات الدراسة:

استغرقت إجراءات الموافقة على الدراسة ما يقارب شهراً، وقد مرت هذه الإجراءات بالخطوات الآتية:

1 – استخرج كتاب رسمي موقع من عميد كلية العلوم الاجتماعية بجامعة الكويت، إلى من يهمه الأمر في وزارة التربية، لتسهيل مهمة التطبيق على طلاب المدارس.

2 – أرسل الكتاب إلى وزارة التربية، وبالتحديد قسم البحوث التربوية والمناهج، للحصول على الموافقات الإدارية اللازمة.

3 – حولت هذه الأوراق إلى إدارة البحوث والتطوير التربوي؛ ليستخرج كتاب تسهيل مهمة إلى المناطق التعليمية، وكانت هناك مجموعة من الطلبات يتوجب تقديمها حتى يستكمل هذا الإجراء، وهي: الأوراق الرسمية للباحث، ونسخة من خطة البحث للاطلاع على أهدافه، ومدى صلاحيته لثقافة المجتمع، ونسخة من الاستبانات التي ستطبق في الدراسة؛ للتأكد من مدى ملاءمة مضمونها للعينة المستخدمة، وقد تم التأكد من صلاحية البحث والاستبانات، واعتماداً على ذلك، ختمت الاستبانات جميعاً بخاتم وزارة التربية؛ حيث إن القانون لايسمح بتطبيق استبانات غير مختومة.

4 – أرسلت هذه الموافقات إلى المناطق التعليمية (العاصمة، وحولي، ومبارك الكبير). وبعد التحقق من أن الاستبانات مختومة، استخرج كتاب رسمي إلى مديري مدارس المرحلة الابتدائية والمتوسطة والثانوية ومديراتها؛ لتسهيل مهمة التطبيق على الطلاب.

5 – بعد الانتهاء من إجراءات الموافقة على الدراسة بدأت الباحثة أولاً بالدراسة الاستطلاعية، التي كانت تهدف إلى التحقق من الخصائص السيكومترية للأدوات المستخدمة. وبعد التحقق من كفاءة هذه الأدوات بدأ تطبيق المقاييس في الدراسة الأساسية. وكان ذلك في أوائل شهر نوفمبر 2011 إلى نهاية شهر مايو 2012.

6 – طبقت الباحثة مقاييس الدراسة بطريقة جمعية في الفصول الدراسية، على أعداد راوحت بين 12 و 30 طالباً، واستغرقت جلسة التطبيق الواحدة بين 15 و 45 دقيقة، واختلفت مدة التطبيق باختلاف المرحلة الدراسية والفئة العمرية؛ حيث كان التطبيق يستغرق وقتاً أطول في الفئات العمرية الأصغر، وبخاصة 10 سنوات.

7 – تم التوقف عن التطبيق مؤقتاً خلال فترات الامتحانات وقبلها بأسبوع تقريباً؛ حيث إن الامتحانات قد تكون عاملاً دخيلاً على التطبيق، وبخاصة في متغير الاكتئاب، ثم استؤنف التطبيق بعد أسبوع تقريباً من الامتحانات.

8 – أدخلت البيانات في الحاسب الآلي، وحللت إحصائياً باستخدام المجموعة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS.

نتائج الدراسة ومناقشتها

الفرض الأول – معدلات انتشار الاكتئاب باستخدام المنحى السيكومتري أعلى من المنحى السيكياتري:

أسفرت نتائج هذه الدراسة عن فروق دالة بين المنحى البُعدي والفئوي في معدلات الانتشار؛ فكانت معدلات انتشار الاكتئاسب باستخدام المنحى البُعدي أعلى من الفئوي، فيما عدا عينة المراهقات؛ حيث لم تكن هناك فروق دالة بين المنحيين (انظر جدول 1).

جدول (1)
الفروق بين المنحيين البُعدي والفئوي في معدلات انتشار الاكتئاب

العينة	الجنس	بُعدي	فئوي	النسبة الحرجة	الدلالة
أطفال (ن = 634)	ذكور (ن = 311)	%5,2	% 2,3	1,94	0,03
	إناث (ن = 323)	%5,4	% 2,8	1,67	0,05
مراهقون (ن= 889)	ذكور (ن = 431)	%4,9	%2,6	1,62	0,05
	إناث (ن = 458)	%5,4	% 6,3	0,73	–

وبمقارنة هذه النتائج ببحوث سابقة لم يتم التوصل إلا إلى ثلاث دراسات؛ الأولى أجريت بهدف فحص معدلات انتشار الاكتئاب والقلق لدى عينة من طلاب الجامعة في الهند (Sahoo & Khess, 2010)، والثانية، هدفت إلى قياس الاكتئاب لدى عينة من مرضى سرطان الرئة في أمريكا (Whitney, Steiner, Lysaker, Estes, & Hanna, 2010)، والثالثة، بحثت معدلات انتشار اكتئاب ما بعد الولادة في البرتغال (Maia, Marques, Bos, Pereira, Soares, Valente et al., 2011)، وفي جميع هذه الدراسات كانت معدلات انتشار الاكتئاب باستخدام المنحى البُعدي أعلى من الفئوي.

وبوجه عام، يشير الباحثون إلى أن الدراسات التي تستخدم المنحى البُعدي في قياس الاكتئاب وغيره من الاضطرابات النفسية، تميل إلى أن تكشف عن معدلات

انتشار أعلى من المنحى الفئوي (انظر: Reijnders, Ehrt, Weber, Aarsland, & Leentjens, 2008; Ritkallio, 2008).

ويرى الباحثان أن ارتفاع معدلات الانتشار باستخدام المنحى البُعدي مقارنة بالفئوي، ترجع إلى ما يأتي: (1) أنه في المنحى البُعدي لا يشترط أن يستوفي الفرد عدداً محدداً من الأعراض والمحكات التشخيصية خلافاً للمنحى الفئوي، فهو – أي البُعدي – منحى أو متصل كمي يأخذ بعين الاعتبار جميع البنود أو الأعراض التي ترد في الاستخبار أو القائمة. (2) لا يشترط المنحى البُعدي عادة فترة محددة لدوام الأعراض، مع استثناءات قليله كقائمة "بيك للاكتئاب"، التي تحدد مدى للاستجابة قوامه أسبوع واحد. (3) لا يضع المنحى البُعدي في حسابه ما يصاحب الاكتئاب من عجز في الوظائف الأساسية للفرد، في حين يستبعد المنحى الفئوي الحالات التي لم تستوف هذا المحك؛ فقد يكون الشخص مكتئباً، ولكنه لم يصل إلى الدرجة الإكلينيكية التي تعوقه عن أداء وظائفه. (4) تعد معايير المنحى الفئوي – بوجه عام – أكثر شدة وصرامة في التشخيص مقارنة بالمنحى البُعدي.

الفرض الثاني – متوسط الإناث في الاكتئاب أعلى من الذكور:

كشفت النتائج عن ميل عام إلى زيادة متوسطات الاكتئاب لدى الإناث، وبالرجوع إلى نتائج كل عينة على حدة، ظهرت فروق جوهرية في عينة الأطفال في الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب، والمقاييس الفرعية: مشكلات النوم، وافتقاد الاستمتاع، والتعب، ونقص تقدير الذات، والشكاوى الجسمية؛ حيث كان متوسط الإناث أعلى (انظر جدول 2). أما في عينة المراهقين، فكانت الفروق الدالة في الدرجة الكلية للاكتئاب، ومقياسي افتقاد الاستمتاع والتعب؛ حيث كان متوسط المراهقات أعلى (انظر جدول 3)، وتتفق هذه النتائج مع كثير من الدراسات (انظر: حنان الدوخي، وأحمد عبدالخالق، 2004؛ سوسن عباس، وأحمد عبدالخالق، 2005؛ سلوى عبدالباقي، 1992؛ أحمد عبدالخالق، وعبدالغفارالدماطي، 2008؛ أحمد عبدالخالق، وسامر رضوان، 1999؛ أحمد عبدالخالق، و السيد عبدالغني، 2005؛ عويد المشعان، 1995؛ Ghareeb, 1992) وفي المقابل تعارضت مع دراسة " عبدالمنعم توفيق" (1999)، التي كشفت عن ارتفاع متوسط الذكور في الاكتئاب، وبعض الدراسات التي لم تكشف عن فروق دالة بين الجنسين (فريح العنزي، 1997 ;Abdullatif, 1995).

جدول (2)
المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) وقيم "ت" وحجم التأثير (د) ودلالة الفروق بين عينتي الأطفال الذكور والإناث في الاكتئاب

المقاييس	ذكور (ن =311)		إناث (ن =323)		"ت"	الدلالة	د
	م	ع	م	ع			
1 – التشاؤم	7,60	1,84	7,73	1,92	0,91	–	–
2 – صعوبة التركيز	7,42	1,99	7,41	2,07	0,06	–	–
3 – مشكلات النوم	8,71	2,22	9,10	2,20	2,23	0,03	–
4 – افتقاد الاستمتاع	7,68	2,01	8,53	2,09	5,23	0,0001	*0,42
5 – التعب	8,29	2,04	8,69	1,98	2,49	0,01	*0,20
6 – الوحدة	6,38	1,81	6,58	1,90	1,38	–	–
7 – نقص تقدير الذات	6,50	1,86	6,95	2,09	2,86	0,005	*0,23
8 – الشكاوى الجسمية	7,99	2,12	8,42	2,14	2,54	0,01	*0,20
الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب	60,58	11,65	63,42	11,99	3,03	0,003	*0,24

* حجم تأثير صغير.

والسؤال المهم هنا، هو: لماذا ترتفع مستويات الاكتئاب عند الإناث مقارنة بالذكور؟ قدمت تفسيرات مختلفة للفروق بين الجنسين في الاكتئاب، تضمنت لدى الإناث، شدة التغيرات الهرمونية، والميل إلى النمط الاجتراري في التفكير، والاستجابات غير التكيفية في مواجهة الضغوط، والاختلافات بين الجنسين في التوجه الاجتماعي والخبرات الاجتماعية (Rao & Chen, 2009)، ويذكر كل من "بيرجن وبيرجن" (Bergin & Bergin, 2011: 308)، أن الأبحاث دعمت تفسيرين، الأول: أن الإناث يخبرن ضغوطاً أسرية واجتماعية أكثر من الذكور، والثاني: أن الإناث يستخدمن أساليب تكيفية سلبية؛ فهن عادة يجترين الأحداث، ويفكرن مراراً وتكراراً في المواقف وما يصاحبها من ذكريات قد تثير أحاسيس مزعجة أو مؤلمة، إضافة إلى ذلك، فإن الإناث أكثر استخداماً لإستراتيجية التركيز على الانفعال عند تعرضهن لموقف ضاغط، بدلاً من إستراتيجية التركيز على المشكلة.

جدول (3)
المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) وقيم "ت" وحجم التأثير (د) ودلالة الفروق بين عينتي المراهقين والمراهقات في الاكتئاب

المقاييس	ذكور (ن =431)		إناث (ن =458)		"ت"	الدلالة	د
	م	ع	م	ع			
1 – التشاؤم	8,16	1,92	8,19	2,12	0,19	–	–
2 – صعوبة التركيز	8,78	2,43	8,49	2,27	1,83	–	–
3 – مشكلات النوم	8,95	2,19	9,12	2,28	1,19	–	–
4 – افتقاد الاستمتاع	8,21	2,19	9,08	2,47	5,55	0,0001	*0,37
5 – التعب	9,01	2,09	9,46	2,01	3,32	0,001	*0,22
6 – الوحدة	6,52	1,96	6,68	1,89	1,12	–	–
7 – نقص تقدير الذات	7,01	2,12	7,06	2,05	0,28	–	–
8 – الشكاوى الجسمية	7,44	2,17	7,71	2,12	1,86	–	–
الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب	64,18	12,09	65,79	12,39	1,97	0,05	–

* حجم تأثير صغير.

وقد قدمت "هيلت، ونولين – هوكسيما" (Hilt & Nolen - Hoeksema, 2009)، نموذجاً متكاملاً يستند إلى الجوانب البيولوجية والنفسية والاجتماعية، لتفسير الفروق بين الجنسين في الاكتئاب، وارتفاع مستوياته لدى الإناث في بداية مرحلة المراهقة. ويفترض هذا النموذج أن المراهقين المعرضين أكثر للإصابة بالاكتئاب، يحملون عاملاً جينياً لهذا الاضطراب يتضمن عنصراً متعلقاً بالأعصاب محفزاً من الدماغ Brain derived neurotrophic factor (BDNF)، والسيروتونن Serotonin، وغيرها من العوامل العصبية البيولوجية. إضافة إلى ذلك فهم يتسمون بخصائص نفسية اجتماعية؛ كالأساليب المعرفية السلبية، وصعوبات في العلاقات الاجتماعية تحفز الإصابة بالاكتئاب. وتتفاعل هذه العوامل جميعها مع التغيرات البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي تصاحب فترة البلوغ، مسببة في ذلك الاكتئاب.

وعلى الرغم من أن الذكور والإناث يتشابهون في كثير من عوامل خطر الإصابة بالاكتئاب، والتغيرات التي تصاحب فترة البلوغ، فإن الإناث – بوجه عام –

يصبحن أكثر ضيقاً وانزعاجاً من هذه التغيرات، وهو ما يسهم في ارتفاع الأعراض الاكتئابية لديهن مقارنة بالذكور. وتذكر "هيلت، ونولين – هوكسيما" (المرجع نفسه)، أن الأعراض الاكتئابية التي قد تكون خفيفة أو معتدلة في البداية، قد تشتد لدى المراهقين الذين يعانون ضعفاً في مهارات التنظيم الانفعالي Emotional regulation، ويضيفان أن الإناث أكثر استخداماً لإستراتيجيات غير تكيفية في التنظيم الانفعالي، قد تسبب الاكتئاب، ونتيجة لذلك تتطور المستويات الخفيفة للاكتئاب إلى مستويات شديدة، حتى تصل إلى درجة الاضطراب.

وإضافة إلى ما سبق، يفترض الباحثون أن أساليب المعاملة الوالدية لها دور في جعل البنات أكثر اكتئاباً من البنين، فالآباء يتقبلون من البنين مستويات أعلى من الغضب والحزم، وسلوكيات الشغب، في حين أنهم يميلون إلى تشجيع سلوكيات أو انفعالات الخضوع والإذعان وتدعيمها عند البنات، ويتحدث الآباء عن الخبرات الوجدانية، ويناقشون مشاعر الحزن والانفعالات أو الأحداث السلبية أكثر مع البنات، كما يعتقد الآباء، أنه يفترض أن الإناث يخبرن مثل هذه الانفعالات أو المشاعر السلبية كالحزن والكآبة (Hankin, Wetter, & Cheely, 2008)، ويضيف "أحمد عبدالخالق، وسامر رضوان" (1999) أن الثقافة العربية تؤكد أسلوب التنشئة الاجتماعية الذي يدعم توجه الذكور نحو تكتم الأعراض، وإخفاء جوانب النقص، وإظهار درجة أعلى من التحمل والصلابة والقوة، وفي المقابل تدعم ثقافتنا العربية أسلوباً لتنشئة الإناث، ينحو بهن نحو رفع الحرج عند الشكوى، وإظهار درجة من النقص، بما فيه من أعراض مرضية؛ حيث يتسق ذلك مع توقعات الدور الأنثوي، من رقة وضعف، وحاجة إلى الحماية، ومزيد من الاهتمام والرعاية.

ويمكن أن يفسر ارتفاع الاكتئاب لدى الإناث كذلك بارتفاع سمة العصابية لديهن؛ فقد أكدت معظم الدراسات أن الإناث أعلى عصابية من الذكور (Eysenck & Abdel - Khalek, 1989)، والعصابية بعد أساسي في الشخصية، يشير إلى الاستعداد للإصابة بالاضطراب النفسي (أحمد عبدالخالق، 2009، ص 241)، كما تمثل العصابية مجموعة عريضة من الانفعالات السلبية؛ حيث تتألف من ثلاثة انفعالات جوهرية: الخوف/ القلق، والاكتئاب/ الحزن، والغضب/ العدائية، والشخص الذي يحصل على درجة مرتفعة في العصابية، يقر بارتفاع هذه الانفعالات الثلاثة (Reevy, Ozer, & Ito, 2010, p. 39).

الفرض الثالث – متوسط المراهقين في الاكتئاب أعلى من الأطفال:

أظهرت نتائج هذه الدراسة أن متوسط المراهقين أعلى من متوسط الأطفال في الدرجة الكلية للاكتئاب، فضلاً عن معظم المقاييس الفرعية (التشاؤم، وصعوبة التركيز، وافتقاد الاستمتاع، والتعب، ونقص تقدير الذات)، في حين حصل الأطفال على متوسط أعلى في مقياس الشكاوى الجسمية، وفي المقابل لم تظهر فروق دالة في مقياسي مشكلات النوم، والوحدة (انظر جدول 4)، ويرى الباحثان أن الدرجة الكلية في الاكتئاب، التي تشير إلى أن المراهقين أعلى من الأطفال، هي التي يجب التعويل عليها أكثر؛ نظراً لارتفاع ثباتها وجمعها للمقاييس الفرعية.

جدول (4)
المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) وقيم "ت" وحجم التأثير (د) ودلالة الفروق بين الأطفال والمراهقين في الاكتئاب

المقاييس	الأطفال (ن = 634)		المراهقون (ن = 889)		"ت"	الدلالة	د
	م	ع	م	ع			
1 – التشاؤم	7,66	1,88	8,18	2,02	5,13	0,0001	0,27*
2 – صعوبة التركيز	7,42	2,04	8,63	2,35	10,75	0,0001	0,56**
3 – مشكلات النوم	8,91	2,22	9,04	2,24	1,11	–	–
4 – افتقاد الاستمتاع	8,12	2,09	8,66	2,36	4,73	0,0001	0,25*
5 – التعب	8,50	2,02	9,24	2,06	7,06	0,0001	0,36*
6 – الوحدة	6,48	1,85	6,61	1,93	1,28	–	–
7 – نقص تقدير الذات	6,73	1,99	7,08	2,08	3,28	0,001	–
8 – الشكاوى الجسمية.	8,21	2,14	7,58	2,14	5,72	0,0001	0,29*
الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب	62,03	11,90	65,01	12,26	4,76	0,0001	0,25*

* حجم تأثير صغير. ** حجم تأثير متوسط.

وفي هذا الصدد لم يرصد الباحثان في قواعد البيانات المختلفة (رانم، Ebsco, Eric, Sciencedirect)، دراسات قارنت متوسطات الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين بوصفهما مجموعتين مستقلتين؛ حيث قسمت بعض الدراسات عينات الأطفال والمراهقين إلى مجموعات عمرية يشمل كل منها عاماً واحداً (أي 10/11/12....)،

في حين تعاملت بحوث أخرى مع هذه العينات بوصفها وحدة واحدة. ويرى الباحثان أنه يفضل تقسيم العينات ذات المدى العمري الواسع إلى مجموعتين على أقل تقدير، فمن المحتمل أن تؤثر عمليات النضج والتغيرات النمائية تأثيراً كبيراً في معدل الأعراض الاكتئابية.

ويمكن تفسير ارتفاع متوسط الاكتئاب لدى المراهقين مقارنة بالأطفال، في ضوء التغيرات البيولوجية والهرمونية التي تصاحب فترة المراهقة، التي تجعل المراهقين أقل استقراراً أو اتزاناً من الناحية الانفعالية؛ حيث تجعل مزاجهم متقلباً Mood swing، كما تصبح لديهم حساسية زائدة؛ فهم يتأثرون بشدة بما يقوله الآخرون أو يفعلونه، يضاف إلى ذلك، أن رغبات الأسرة وتوقعاتها تتعارض غالباً مع رغبات المراهق، وهو ما يخلق لديه نوعاً من الصراع الداخلي، ومن ناحية أخرى؛ ففي هذه المرحلة، يتسع المحيط الاجتماعي للمراهق؛ حيث يبدأ في تشكيل علاقات خارج نطاق الأسرة، وهو ما يسبب له نوعاً من الضغوط، وبخاصة إذا لم تلق هذه العلاقات الترحيب أو الاستحسان من الوالدين أو الأسرة بوجه عام.

ويصف "إريكسون" المراهقة بأنها فترة زمنية نفسية، تقع بين الشعور بالأمن في الطفولة، وبين الشعور بالاستقلالية في مرحلة الرشد، فالمراهق – كما يفترض "إريكسون" – يمر بمرحلة أطلق عليها "الهوية مقابل غموض الهوية"، وهي مرحلة يشعر فيها المراهق بحالة مؤقتة من الصراع النفسي والضياع واليأس؛ حيث يواجه المراهق كثيراً من التحديات عندما يقوم بالبحث عن هويته، التي تتضمن الإجابة عن عدة تساؤلات من مثل: من أنا؟ من سأكون؟ ما التخصص الأكاديمي الذي سأدرسه؟ ما الوظيفة التي سأعمل بها في المستقبل؟، ويواجه المراهق كذلك، كثيراً من الأدوار، تراوح بين الأدوار الأكاديمية وبين الأدوار الاجتماعية والعاطفية، كما يختبر المراهق عدداً من الخيارات، قبل أن يلتزم أخيراً بقيم واتجاهات وأهداف محددة (أبوغزال، 2006: 85 – 86).

توصيات الدراسة:

1 – ضرورة توفير مناشط متنوعة داخل المدارس، تهدف إلى تنمية ثقة الأطفال والمراهقين بأنفسهم وقدرتهم على مواجهة المشكلات.

2 – ضرورة تدريب الاختصاصيين النفسيين داخل المدارس، على أساليب تقويم الحالة النفسية والانفعالية للطلاب؛ وذلك للكشف عن الحالات التي يتوقع فيها خطر الإصابة بالاضطرابات النفسية.

3 – أهمية التعاون والتواصل المستمر بين الأسرة وإدارة المدرسة، لمتابعة الجوانب الأكاديمية والسلوكية والنفسية للطالب.

4 – الاهتمام بتوعية الأسرة، بضرورة توفير مناخ أسري مناسب ينمي ثقة الأبناء بأنفسهم، ويعزز لديهم الانفعالات الإيجابية والصحة النفسية.

بحوث مقترحة:

1 – إجراء دراسات تهدف إلى قياس عوامل الشخصية التي يمكن أن تهيئ الأطفال والمراهقين للإصابة بالاكتئاب، أو تنبئ بالإصابة به؛ حيث إن دراسة سمات الشخصية، في المرحلة التي تسبق الإصابة بالاضطراب Premorbidity، يمكن أن تساعد على التنبؤ به، أو الوقاية منه، أو التقليل من تأثيره.

2 – تكرار البحث الراهن على عينات أوسع، باستخدام المقاييس المناسبة، لتشمل طلاب الجامعة والموظفين والمرضى، حتى تتاح نتائج على عينات مختلفة، ويتمكن الباحثون من المقارنة بينها.

3 – استخدام التحليل العاملي التوكيدي لمقاييس الدراسة، على عينات ودول أخرى؛ للتحقق من عدد العوامل الخاصة بكل مقياس.

المراجع:

أحمد عبدالخالق (1991). بناء مقياس للاكتئاب لدى الأطفال في البيئة المصرية. **دراسات نفسية، 1** (2): 219 – 251.

أحمد عبدالخالق (1999). القائمة العربيةلاكتئاب الأطفال: عرض للدراسات على ثمانية مجتمعات. **مجلة العلوم الاجتماعية، 27** (3)، 103 – 123.

أحمد عبدالخالق (2009). **علم نفس الشخصية**. مطبوعات جامعة الكويت، مجلس النشر العلمي: لجنة التأليف والتعريب والنشر.

أحمد عبدالخالق (2012). **اكتئاب الطفولة والمراهقة: التشخيص والعلاج**. مطبوعات جامعة الكويت: مجلس النشر العلمي: لجنة التأليف والتعريب والنشر.

أحمد عبدالخالق، وأسماء العطية، ومايسة النيال (2008). الأعراض الاكتئابية وعلاقتها بتقدير الذات لدى عينة من تلاميذ دولة قطر. **مجلة العلوم الاجتماعية، 36** (2): 43 – 65.

أحمد عبدالخالق، وسامر رضوان (1999). تقنين مبدئي للقائمة العربية لاكتئاب الأطفال على عينات سورية. **المجلة التربوية**، جامعة الكويت، المجلد 14، العدد 53: 29 – 58.

أحمد عبدالخالق والسيد عبدالغني (2005). معدلات انتشار الاكتئاب لدى عينة من الأطفال المصريين. **مجلة الطفولة العربية، المجلد6**، العدد 23: 8 – 25.

أحمد عبدالخالق، وعادل كريم (2010). الأعراض الاكتئابية المنبئة بالعدوان لدى عينتين من الأطفال والمراهقين في مصر والكويت. **مجلة الطفولة العربية،11**: 27–51.

أحمد عبدالخالق، وعبدالغفار الدماطي (2008). معدلات انتشار الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال والمراهقين السعوديين. **مجلة الطفولة العربية، المجلد 9**، العدد 36: 33 – 55.

أحمد عبدالخالق، وعلي كاظم، وغادة عيد (2011). العوامل المنبئة بمستويات بعض الأعراض الاكتئابية لدى عينتين من الأطفال والمراهقين في الكويت وعمان. **مجلة جامعة دمشق، 27** (3،4): 165–231.

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

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

حنان الدوخي، وأحمد عبدالخالق (2004). الاكتئاب والعدوان لدى عينات من الأحداث الجانحين ومجهولي الوالدين والمقيمين مع أسرهم. **دراسات نفسية، 14** (4): 541–573.

سلوى عبدالباقي (1992). الاكتئاب بين تلاميذ المدارس. **دراسات نفسية، 2** (3): 103 – 123.

سوسن حبيب عباس، وأحمد عبدالخالق (2005). اتجاهات الأبناء نحو أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بالاكتئاب لدى عينة من المراهقين الكويتيين. **دراسات نفسية، 15** (2): 203–230.

السيد فهمي علي (2010). معدلات انتشار الأعراض الاكتئابية لدى عينات من الأطفال والمراهقين في مرحلتي ماقبل المراهقة والمراهقة المبكرة. **دراسات نفسية، 20** (2):247 – 304.

عويد سلطان المشعان (1995). دراسة الفروق في الاكتئاب بين المراهقين والشباب في الكويت. **المجلة التربوية، جامعة الكويت**، المجلد 10، العدد 37: 127 – 148.

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

معاوية محمود أبو غزال (2006). **نظريات التطور الإنساني وتطبيقاتها التربوية**. عمّان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

نجوى اليحفوفي (2010). الأحداث الصدمية وعلاقتها باضطراب الضغوط التالية للصدمة والاكتئاب لدى تلاميذ المرحلة المتوسطة في لبنان. **مجلة الطفولة العربية**، المجلد 11، العدد 44: 8 – 26.

Abdel - Khalek, A. M. (2003a). Assessment and prevalence rates of depressive symptoms in a Kuwaiti sample of school children and adolescents. *Journal of Arab Children, 5,* 102 - 117.

Abdel - Khalek, A. M. (2003b). Prevalence of childhood depression in a sample from Jordan. *Arabic Studies in Psychology, 2,* 5 - 15.

Abdel - Khalek, A. M. (2003c). The multidimensional child and adolescent depression scale: Psychometric properties. *Psychological Reports, 93,* 544 - 560.

Abdel - Khalek, A. M. (2009). Religiosity, subjective well - being and depression in Saudi children and adolescents. *Mental Health, Religion and Culture*, *12,* 805 - 815.

Abdel - Khalek, A.M. (2010, December). *Reported depression among Egyptian, Kuwaiti and Omani children and adolescents.* Presented at the 2nd Joint International Conference of the Hong Kong College of Psychiatrists and the Royal College of Psychiatrists, University of London: Brain, Behavior, and Mind, held in Hong Kong, December 11 - 13, 2010.

Abdel-Khalek, A. M., & Eid, G.K. (2011). Religiosity and its association with subjective well-being and depression among Kuwaiti and Palestine Muslim children and adolescents. *Mental Health, Religion and Culture*, *14,* 117 - 127.

Abdullatif, H. I. (1995). Prevalence of depression among middle school Kuwaiti students following the Iraqi invasion. *Psychological Reports, 77,* 643 - 649.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM - IV - TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Angold, A., Erkanli, A., Farmer, E. M., Fairbank, J. A., Burns, B. J., Keeler, G. et al. (2002). Psychiatric disorder, impairment, and service use in rural African American and white youth. *Archives of General Psychiatry, 59,* 893 - 901.

Asal, A. R., &-Abdel Fattah, M.M. (2007). Prevalence, symptomatology, and risk factors for depression among high school students in Saudi Arabia. *Neurosciences, 12,* 8 - 16.

Avenevoli, S., Knight, E., Kessler, R. C., & Merikangas, K. R. (2008). Epidemiology of depression in children and adolescents. In J.R.Z. Abela & B.L. Hankin (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 6 - 32). New York: Guilford Press.

Bergin, C. C., & Bergin, D. A. (2011). *Child and adolescent development in your classroom.* New Jersey: Wadsworth.

Coghill, D., & Sonuga - Barke, E.J. (2012). Annual research review: Categories versus dimensions in the classification and conceptualization of child and adolescent mental disorders - implications of recent empirical study.*Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53,* 449 - 489.

Costello, E. J., Erkanli, A. & Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child and adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiat*ry, 47, 1263 - 1271.

El - Missiry, A., Soltan, M., Abdel - Hady, M., & Sabry, W. (2012). Screening of depression in a sample of Egyptian secondary school female students. *Journal of Affective Disorders, 136,* 61 - 68.

Essau, C. A., & Chang, W.C. (2009). Epidemiology, comorbidity, and course of adolescent depression. In C.A. Essau (Ed.), *Treatments for adolescent depression: Theory and practice* (pp. 3 - 26). New York: Oxford University Press.

Essau, C. A., & Ollendick, T.H. (2009). Diagnosis and assessment of adolescent depression. In S. Nolen - Hoeksema & L.M. Hilt (Eds.), *Handbook of depression in adolescents* (pp.33 - 52). New York: Routledge.

Eysenck, S. B. G., & Abdel - Khalek, A. M. (1989). A cross - cultural study of personality: Egyptian and English children. *International Journal of Psychology, 24,* 1 - 11.

Ghareeb, G. A. (1992). The nature of adolescent depression in UAE. *Journal of Mental Health, 33,* 45 - 67.

Haarasilta, L., Marttunen, M ., Kaprio, J., & Aro, H. (2001). The 12 - month prevalence and characteristics of major depressive episode in a representative nation-wide sample of adolescents and young adults. *Psychological Medicine, 7,* 1169 - 1179.

Hankin, B. L., Wetter, E., & Cheely, C. (2008). Sex differences in child and adolescent depression: A developmental psychopathological approach. In J.R.Z. Abela & B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 377 - 414). New York: Guilford Press.

Hilt, L. M., & Nolen - Hoeksema, S. (2009).The emergence of gender differences in depression in adolescence. In S. Nolen - Hoeksema & L. M. Hilt (Eds.), *Handbook of depression in adolescents* (pp. 111 - 135). New York: Routledge.

Jaju, S., Al-Adawi, S., Al-Kharusi, H. Morsi, M., & Al-Riyami, A. (2009). Prevalence and age-of-onset distributions of DSM IV mental disorders and their severity among school going Omani adolescents and youths: WMH - CIDI findings. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 3,* 29 - 39.

Khasakhala, L.I., Ndetei, D. M., Mutiso, V., Mbwayo, A. W., & Mathai, M. (2012). The prevalence of depressive symptoms among adolescents in Nairobi public secondary schools: Association with perceived maladaptive parental behavior. *African Journal of Psychiatry*, 15, 106 - 113.

Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, A., Saunders, B. E., Resnick, H. S., & Best, C. L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/ dependence, and comorbidity: Results from the national survey of adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 692 - 700.

Lowe, G. A., & Gibson, R. C. (2005). Depression in adolescence: New developments. Western Indian Medical Journal, 57, 378 - 391.

Maia, B. R., Marques, M., Bos, S., Pereira, A. T., Soares, M. J., Valente, J., et al. (2011). Epidemiology of perinatal depression in Portugal: Categorical and dimen-sional approach. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 443 - 448.

Malhotra, S., & Das, P.P. (2007). Understanding childhood depression. *Indian Journal of Medical Research, 125,* 115 - 128.

Olsson, G. I., & von Knorring, A. L. (1999). Adolescent depression: Prevalence in Swedish high-school students. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 99,* 324-331.

Rao, U., & Chen, L - A. (2009). Characteristics, correlates, and outcomes of childhood and adolescent depressive disorders. *Dialogues of Clinical Neuroscience, 11,* 45 - 62.

Reevy, G., Ozer, Y. M., & Ito, Y. (2010). *Encyclopedia of emotions.* California: Greenwood Publishing Group.

Reijnders, J. S., Ehrt, U., Weber, W. E., Aarsland, D., & Leentjens, A. F. (2008). A systematic review of prevalence studies of depression in Parkinson's disease. *Movement Disorders, 23,* 183 - 189.

Ritakallio, M. (2008). *Self - reported depressive symptoms and antisocial behavior in middle adolescence*. Unpublished doctoral dissertation, University of Tampere.

Rodrigo, C., Welgama, S., Gurusinghe, J., Wijeratne, T., Jayananda, G., & Rajapakse, S. (2010). Symptoms of anxiety and depression in adolescent students: A perspective from Sri Lanka. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 4,* 10.

Sahoo, S., & Khess, C.R. (2010). Prevalence of depression, anxiety, and stress among young male adults in India: A dimensional and categorical diagnoses - based study. *The Journal of Nervous and Mental Diseases, 198,* 901 - 904.

Shang, X., Wang, J., Wang, D., Hu, X., Du, S., & Li, Y. (2010). Prevalence and socioeconomic status correlation of depressive symptoms among children living in urban Beijing. *North American Journal of Medical Sciences, 3,* 1 - 17.

Unsal, A., & Ayranci, U. (2008). Prevalence of students with symptoms of depression among high school students in a district of Western Turkey: An epidemiological study. *Journal of School Health, 78,* 287 - 293.

Whitney, K. A., Steiner, A. R., Lysaker, P.H., Estes, D. D., & Hanna, N. H. (2010). Dimensional versus categorical use of the PHQ - 9 depression scale among persons with non - small - cell lung cancer: A pilot study including quality - of - life comparisons. *The Journal of Supportive Oncology, 8,* 219 - 226.

قدم في: يونيو 2014.
أجيز في: إبريل 2015