

مدى فاعلية قائمة المقابلة التشخيصية في تشخيص  
الاكتئاب لدى عينة من المراهقين  
"دراسة عبر ثقافية"

د. إسماعيل إبراهيم محمد بدر

أستاذ الصحة النفسية المساعد بكلية التربية ببها  
و فرغ جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية بإندونيسيا

مقدمة:

إن الاهتمام الحديث بالتصنيف والتشخيص للاضطرابات النفسية لم يبدأ إلا في القرن الحالي، وكان هذا الاهتمام ينصب على الكبار، بينما كان مجال الاضطرابات النفسية للطفل والمراهق يدور حول المقارنة باضطرابات الكبار.

ولقد قدم بيلجرانو (Pellegrino 1992) عدداً من العوامل المسئولة عن تأخر الاهتمام بالاضطرابات في الطفولة والمراهقة منها:

١- إن مجال الاهتمام بالاضطرابات النفسية لم يكن متقبلاً حتى نهاية القرن التاسع عشر وبالتالي لم تكن هناك حاجة للتصنيف أو التشخيص.

٢- إدراك أن الأطفال لا يختلفون في الكيفية عن الكبار، ومن هنا كانت دراسات الاضطرابات النفسية للأطفال والمراهقين مهملة جداً.

٣- الاهتمام بالقدرات العقلية للأطفال والذي يرجع إلى دراسات بينية Binet مع إهمال باقي جوانب النمو الأخرى.

ولكن حدث تطور في نظام التصنيف للاضطرابات النفسية للأطفال والمراهقين وخاصة في العقود الثلاثة الأخيرة ويرجع هذا إلى ما يلي:

١- ظهور أول كتاب أمريكي عن الطب النفسي للطفل عام (1935) والذي كان يتناول جوانب قليلة لتصنيف الاضطرابات النفسية للطفل.

٢- ظهور كتاب لكاتر (Kanner 1957) والذي تناول فيه الحدود الفاصلة لتشخيص الاضطرابات النفسية للطفل. (Rie, 1966, 654-655)

— مدى فاعلية قائمة المقابلة التخصيصة في تشخيص الاكتئاب لدى عينة من المراهقين —

٣- ظهور الدليل التشخيصي والإحصائي الثاني للاضطرابات النفسية (١٩٧٦)  
Diagnostic and (DSM II) statistical Manual of Mental disorders والصادر

عن رابطة الطب النفسي الأمريكي .

ومن استعراض الدراسات والبحوث النظرية والكلينيكية والتي تناولت  
الاضطراب الوجداني لدى الأطفال والمراهقين وجد أن (٥٠%) من الحالات تم  
تشخيصها على أنها اضطرابات الاكتئاب .

(Deming, 1989, 43-57)

ولقد قرر كل من بوديفورد وآخرين (١٩٨٨) Dodiford et. al. أن الأعراض  
الإكتئابية في الطفولة تشابه مثلاتها لدى الراشدين (Dodiford et. al., 1988, 125-  
158)

أن الاكتئاب في Shaffer et. al. على حين أكد شافير وآخرون (١٩٨٩)  
الطفولة والمراهقة يتميز بزملة أعراض إكلينيكية مميزة، منها صعوبة التركيز  
والانتباه، حدة الغضب، العدوانية، الرسوب المتكرر في الدراسة، الهروب من  
المدرسة، التغيير في عادات النوم، التغيير في الشهية للطعام، سوء استخدام الدواء .  
(Shaffer et. al., 1989)

حيث يؤكد رايت وآخرون (١٩٩٦) Wight et al., أن اضطراب الاكتئاب لدى  
المراهقين يرتبط ببعض الصعوبات الدراسية والسلوكية والاجتماعية، ويأتي أهمية دور  
المدرسة في التشخيص المبكر ووضع خطط البرامج العلاجية التي تساعد على منع  
تزايد الاكتئاب لدى المراهقين .  
(Wight et al., 1996, 77-87)

وعلى الرغم من تزايد الاهتمام مؤخراً بدراسة الاكتئاب لدى الأطفال  
والمراهقين، فإن البحوث في هذا المجال مازالت في مرحلة مبكرة وخاصة في مجال  
التشخيص، حيث توجد مظاهر وأعراض متعددة تصاحب اضطراب الاكتئاب .

وتوجد ثلاث طرق مختلفة لتشخيص الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين وهي:  
الطريقة الأولى: والتي تعتمد على المقابلة الكلينيكية، وهذا يتطلب من الكلينيكي أن  
يكون على درجة عالية من التعامل مع بعض مظاهر وأعراض الاكتئاب ومدى  
ارتباطها بظهور بعض الاضطرابات الأخرى .

الطريقة الثانية: والتي تعتمد على القياس الإحصائي من خلال تطبيق مقاييس الاكتئاب،  
وهذه المقاييس اعتمدت على المقاييس المصممة لقياس الاكتئاب لدى الكبار

وعلى سبيل المثال مقياس بيك للاكتئاب ( Beck ( 1967 وكوفاكس وبيك ( 1977) Kovacs and Beck، وميانش مركز الدراسات الوبائية لقياس الاكتئاب لدى الأطفال.

#### Center for epidemiology Studies Scale for Children.

الطريقة الثالثة: والتي تعتمد على جمع المعلومات من خلال إجراء مقابلة شخصية يتم فيها تطبيق قوائم المقابلة الشخصية وكذلك التقارير الذاتية وهي تجمع بين الطريقتين الأولى والثانية.

والدراسة الحالية تقدم قائمة لتشخيص الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين وهي قائمة المقابلة التشخيصية للاكتئاب Diagnostic Interview Schedule for Depression (DISD) التي تعتمد على الجمع بين القياس الاحصائي والتشخيص الإكلينيكي.

ومن خلال عمل الباحث في مجال التدريس والإرشاد النفسي في معهد العلوم الإسلامي والعربية في جاكرتا بإندونيسيا فقد لاحظ ظهور أعراض اكتئابية مميزة للطلاب في إندونيسيا تختلف عن الأعراض الإكتئابية المميزة للطلاب في مصر، ومن هنا كان الدافع إلى إجراء دراسة مقارنة لمظاهر الاكتئاب بين المراهقين في كل من مصر وإندونيسيا.

حيث تؤكد بعض الدراسات على أن مظاهر الأعراض الإكتئابية تختلف باختلاف الثقافة ومنها دراسة سيلثي ( 1986) Sethi ودراسة رشاد موسى ( 1989)، ودراسة نونج ( 1995) Zhang، ودراسة جرينبرجر وشاين ( 1996)

Greenberger and chen .

#### أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة الحالية في أنها تقدم قائمة مقابلة كلينكية لتشخيص الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين في البيئة العربية، وكذلك تعد الدراسة محاولة للتعرف على الفروق بين مظاهر وأعراض الاكتئاب لدى عينة مصرية و أخرى إندونيسية للتعرف على الفروق الثقافية وأثرها على الاضطرابات النفسية وخاصة أن الدراسة الحالية تطبق على عينة إندونيسية تعيش في نفس البيئة على عكس الدراسات السابقة التي كانت تطبق على عينات مختلفة تعيش في بيئة واحدة.

## أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى هدفين هما:

الأول: التأكد من مدى فاعلية قائمة المقابلة التشخيصية في تشخيص الاكتئاب لدى المراهقين.

الثاني: المقارنة بين عينة مصرية وأخرى إندونيسية في أعراض الاكتئاب باستخدام قائمة المقابلة التشخيصية للاكتئاب.

الإطار النظري:

أولاً: الاكتئاب:

إن مصطلح الاكتئاب استخدام في دراسات متعددة وبمعنى مختلفة للإشارة إلى كل من الحالة الوجدانية-الاضطرابات النفسية- السمات - الأمراض السيكوسوماتية، وإن التمييز بين هذه المصطلحات ليس واضحاً ولا اجرائياً، ولعل سوء الفهم المتعلق بالاكتئاب يرجع إلى المجال والطريقة التي يتناولها الباحثون من حيث القياس والتشخيص، وفيما يلي سوف نعرض موضوع الاكتئاب في الطفولة والمراهقة من حيث كل من: التحديد-التفسيرات- المظاهر- والأعراض، ثم نعرض طبيعة المجتمع الإندونيسي.

١- تحديد الاكتئاب:

تعرف كوفاكس (١٩٨٥) Kovacs الاكتئاب بأنه الشعور بالحزن والتشاؤم والإحساس بالفشل والشعور العام بفقدان الاستمتاع بالأشياء ويصاحب ذلك مجموعة من الأعراض المتعددة.

(غريب عبد الفتاح، ١٩٨٨)

ويعرف عادل الأشول (١٩٨٧) الاكتئاب على أنه حالة من الكآبة واليأس والقنوط ونقصان الحيوية والنشاط، وقد يحدث بصورة خفيفة دون حدوث تأثيرات طويلة الأجل، إلا أن الاكتئاب الشديد يعتبر مشكلة صحية ونفسية خطيرة.

(عادل الأشول، ١٩٨٧، ٢٥٧)

ويعرف أحمد عبد الخالق (١٩٩١) الاكتئاب بأنه حالة انفعالية من الغم والهم الدائم والتي تتراوح بين تثبيط الهمة والكآبة إلى الشعور بالقنوط واليأس، ويصاحب هذه الحالة مشاعر متعددة منها الأرق، وفقدان الشهية وضعف القدرة على التركيز وصعوبة اتخاذ القرار.

(أحمد عبد الخالق، ١٩٩١، ١٠)

ويحدد هشام عبد الله (١٩٩١) الاكتئاب بأنه أحد الاضطرابات الوجدانية التي تتسم بحالة من الحزن الشديد وفقدان الحب والأمل والشعور بالوحدة وكراهية الذات والشعور بالفشل وتحريف الذاكرة ونقص الفاعلية العقلية.

(هشام عبد الله، ١٠، ١١، ١٩٩١)

وفي الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضطرابات النفسية Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV) الصادر عن رابطة الطب

النفسى الأمريكى American ssoiation of psychiatric

نجد أن السمة الأساسية فى الاكتئاب فى إما مزاج كدر أو فقدان المتعة والاهتمام فى كل الأنشطة المعتادة، ويصاحب ذلك الشعور بالذنب وصعوبة التركيز وفقدان الشهية لطعام وتغير فى الوزن بالزيادة أو بالنقصان وأفكار حول الموت والانتحار.

٢- تفسير الاكتئاب فى الطفولة والمراهقة:

توجد أربع مدارس رئيسية اهتمت بدراسة الاكتئاب فى الطفولة والمراهقة

وهى:

١- مدرسة التحليل النفسى:

وهى التى أكدت على وجود أعراض الاكتئاب عند الطفل الرضيع، فلقد أكد كل من فرويد (١٩١٧) Freud ، وإبراهيم (١٩٢٤) Abraham من خلال الخبرة الكلينية أن الانفصال عن الأم بالابتعاد أو الموت يعتبر ضراعاً أساسياً فى تاريخ مرض الملاجوليا. (Edelstein, 1993, 34 - 35)

ويسرى كلين (١٩٣٢) Klein أنه إذا تعرض الطفل أثناء السنة الأولى من حياته إلى تخيلات محطمة Destructive Fantasies عن غياب الأم قد يؤدى إلى مشاعر الحزن والذنب، كذلك وصف سبترز (١٩٤٠) Spitz أعراض الاكتئاب فى الطفولة على أنها رد فعل للانفصال عن الأم وذلك يؤدى إلى الانسحاب والأرق Insomnia وانخفاض الوزن. (Pelligrino, 1992, 4)

ويسرى بابرنج (١٩٥٣) Bibring أن انفصال الأطفال الصغار عن الأم فى الطفولة المبكرة يؤدى إلى الشعور باليأس، وعدم القدرة على مواجهة المواقف الخطرة وشعور الأنا بالشلل (Edelstein, 1993, 36)

— مدى فاعلية قائمة المقابلة الشخصية في تشخيص الاكتئاب لدى عينة من المراهقين. —

وفي هذا الإطار أكدت مهلر (1961) Mahler على أهمية علاقة (الأم-الطفل) في نمو الأنا وخاصة أثناء السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل، وأن اضطراب هذه العلاقة يؤثر على تقدير الذات للطفل والذي يؤدي إلى الصراع الداخلي والعدوان تجاه الوالدين ويكون ذلك منبئا للاكتئاب في مراحل تالية.

(Angold, 1988a, 601 - 617)

وقد أوضح راي (1966) Ric من خلال مسح للدراسات السابقة عن الاكتئاب في الطفولة والمراهقة أن الاكتئاب يحدث عادة عند الأطفال قبل سن البلوغ، وأن بناء الشخصية غير الناضجة Immature وتداخل الأنا العليا في مرحلة ما قبل المراهقة كانت السبب الذي جعل هؤلاء الأطفال يمرضون باضطراب الاكتئاب.

(Rie, 1966, 653 - 685)

بينما نرى في نظرية التحليل النفسي الحديثة والتي توجه النظر نحو تأثير البيئة على الطفل، فقد علفت أنا فرويد (1965) Anna-Freud على أن خبرات الطفل في العالم وفي مجال العلاقات الهادفة يؤثر في نمو الشخصية وبالتالي إما أن تكون صالحة لكل الأعمال أو تؤدي إلى الظواهر المرضية.

(Edlstein, 1993,

37)

مما سبق يتضح أن الاكتئاب في مرحلة الرضاعة لا يمكن قياسه لا كميًا ولا تحليليًا فهو ليس مشابهًا للشكل التقليدي عند الكبار، بينما الخبرات الأولى خلال الخمس سنوات الأولى من حياة الطفل مع اضطراب العلاقة بين الوالدين والطفل، كل ذلك يؤدي إلى بعض الأعراض الاكتئابية في الطفولة منها اليأس والعدوانية والشعور بالذنب والحزن.

٢- المدرسة السلوكية:

يرى أصحاب هذه المدرسة أن الاكتئاب يحدث نتيجة مشكلات التفاعل مع البيئة، حيث يؤكد تولان (1962) Toolan أن الاكتئاب في الطفولة والمراهقة هو اضطراب خاص ولا يكون بنفس الشكل الذي يوجد عند الكبار.

(Toolan,

1962, 404, 414)

وقد وصف جلاسر Glaser الاكتئاب في الطفولة والمراهقة على أنه اكتئاب ممتنكر Masked depression ويعبر عنه بالمشاكل السلوكية منها المخاوف المرضية والأمراض السيكوسوماتية والعدوانية والتسبب من المدرسة واضطراب النوم والطعام، ويرى جلاسر أن أعراض الاكتئاب في الطفولة والمراهقة تختلف عما هي عليه عند

ولكن يرى أنجولد (1988) أن مصطلح الاكتئاب المتنكر Masked Depression يفتقد إلى التحديد الدقيق لأن معظم الأعراض التي تعبر عنه يمكن أن تكون موجودة في اضطرابات أخرى، وبالتالي فهذا المصطلح يحتاج إلى إطار نظري وليس مجرد أعراض متباعدة تسمى اكتئاباً. (Angold, 1988a, 601, 617)

ويعزو بيك (1967) Beck الاكتئاب إلى الاضطراب في التفكير وليس الوجدان، ويؤكد على أهمية الثالث المعرفي الاكتئاب، حيث يرى المكتتب ذاته وعالمه ومستقبله بطريقة سلبية ونتيجة ذلك تظهر الأعراض الوجدانية والسلوكية للاكتئاب. (صلاح الدين العراقي 1991، 133)

ويرى سليجمان وآخرون (1984) Seligman et. al., أن الشعور بالعجز حيال تحقيق الأهداف، وعدم السيطرة على الذات والعجز ونقص الوزن وفقدان الشهية كلها مظاهر لأعراض الاكتئاب عند الأطفال والمراهقين (Seligman, et al., 1984, 235 - 238)

### ٣- المدرسة الوراثية والبيوكيميائية:

يؤكد أدلشتين (1993) Edelstein أن هناك عوامل تؤثر في الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين، وأن التصنيفات الفرعية لاضطراب الاكتئاب الأناسي ذوى القطبين (الاكتئاب والهوس) أو أحادى القطب (الاكتئاب) يتأثران بالناحية الوراثية. (Edelstein, 1993, 26)

ويشير سياترين وآخرون (1980) Cytryn et al., إلى أن الاكتئاب استجابة طبيعية عند الثدييات، حيث يتطلب ذلك فترة من الرضاعة والحنان والمناعة للرضيع، وأن العمر الذي يحدث فيه الانفصال عن الراضعة يعتبر عاملاً هاماً في حياة الطفل قد يؤدي إلى اضطراب الاكتئاب. (Cytryn et al., 1980, 22-25)

وفي هذا الإطار تشير سهير كامل (1991) إلى أهمية العوامل الوراثية والبيولوجية في ظهور الاكتئاب الذهاني على اعتبار أن هذه العوامل تمهد الطريق أمام ظهور المرض وتحول دون تكامل الشخصية، وأن معظم الدراسات تؤكد أن الأبناء الذين ينتمون إلى آباء وأمهات من المرضى أميل إلى أن يكونوا عرضة للمرض. (سهير كامل، 1991، 46، 69)



— مدى فاعلية قائمة المقابلة التشخيصية في تشخيص الاكتئاب لدى عينة من المراهقين —  
وفي نموذج سترسور للأمراض Strssor Illness Model أكد على التفاعلات  
الكيميائية لنظام الجهاز العصبي المركزي وأنه يمكن أن تؤثر في الطريقة التي  
يستجيب بها الفرد للمؤثرات البيئية المحيطة به وبالتالي فإن الأفراد المعرضين للضغط  
الحاد والشديد قد يظهر عندهم الاكتئاب العصابي .  
(Pellegrino, 1992, 77-78)

#### ٤- النماذج التكاملية Integrative Models :

تؤكد هذه المدرسة على أهمية العوامل النمائية في التعبير عن الأعراض  
الإكتئابية، ويرى علماء هذه المدرسة أن اكتئاب الطفولة والمراهقة يتشابه في خطط  
معينة من الخصائص الكلينيكية مع اكتئاب الكبار وخاصة في الكآبة والحزن وانخفاض  
تقدير الذات وفقدان الشهية والإحباط . على حين تميز الاكتئاب في الطفولة والمراهقة  
بالانسحاب والسلبية والعدوانية ورفض الذهاب للمدرسة وحدة الطبع والأمراض  
السيكوسوماتية .  
(Pellegrino, 1992, 7-8)

ويعتبر النموذج النمائي البنيوي لكيجان (١٩٨٢)

#### (Kegan's constructivist – Developmental Model)

من النماذج التي وضعت تصوراً للاكتئاب على أنه نتيجة لافتقار الفرد التوازن  
مع العالم وبالتالي يفسر الفرد ذلك على أنه تهديد للذات ويبدأ الفرد في دفاعه ضد هذا  
التهديد الذي يؤدي بدوره إلى الشعور باليأس والكآبة والإحباط وبالتالي يكون الاكتئاب  
(Edelstein, 1993, 25)

ومن توصيات هذه المدرسة استخدام محكات الدليل التشخيصي والإحصائي  
الرابع (١٩٩٤) (DSM IV) وذلك لأنها محكات معيارية وتطبيقية للتشخيص والمقارنة  
بين الأفراد .

من استعراض المدارس السابقة يتضح أن مفهوم الاكتئاب أصبح معروفا  
وواضحا وخاصة في الطفولة والمراهقة، ولكن التقارير والدراسات لا تميل إلى تناول  
الاكتئاب في مرحلة الرضاعة أو مرحلة ما قبل المدرسة عند الأطفال، بينما تؤكد أن  
الاستجابة الاكتئابية عند الطفل تظهر في المراحل النمائية التالية .

ويتضح أيضاً وجود عوامل متعددة تتفاعل مع بعضها وتؤثر في ظهور  
الاكتئاب في الطفولة والمراهقة ومن هذه العوامل (البيئة - الوراثة - الضغوط التي  
يتعرض لها الفرد) .



وتوصلت هذه المدارس إلى الاكتئاب في الطفولة. والمراهقة يتميز بظهور  
مظاهر واعراض اجتماعية وسلوكية منها التمرد والغضب والهروب من المدرسة  
والأمراض السيكوسوماتية وذلك قبل سن البلوغ، بينما تظهر العدوانية والكآبة واليأس  
وسوء استخدام العقاقير ومحاولات الانتحار عند البلوغ وخلال مرحلة المراهقة.  
٣- المظاهر والأعراض الاكتئابية:

فيما يلي عرض لبعض المظاهر والأعراض الاكتئابية فيما يلي:

الحزن - التشاؤم - الاحصاص بالفشل - الذنب - عدم الرضا - توقع العقاب - مقت  
الذات - لوم الذات - البكاء - حدة الطبع - الانسحاب الاجتماعي - التردد وعدم الحسم  
- تغير الفكرة عن المظهر الجسمي - الإعاقة عن العمل - الأرق - سرعة الاحساس  
بالإجهاد - فقدان الشهية للطعام - فقدان الوزن - فقدان الشهوة الجنسية - الانشغال  
بصحة البدن - الأفكار الانتحارية. (رشاد موسى، ١٩٨٩، ٤٦، ٤٥)

وحددت كوفاكس (١٩٨٥) Kovacs أعراض الاكتئاب لدى الأطفال  
والمراهقين في الشعور بالحزن والتشاؤم - الإحساس بالفشل - كراهية الذات -  
انخفاض القدرة على تحمل الإحباط - انخفاض الدافعية للعمل المدرسي - اضطراب في  
النوم - اضطراب في الشهية للطعام - العزلة الاجتماعية - الأفكار الانتحارية - الشعور  
بعدم الحب من الآخرين. (غريب عبد الفتاح، ١٩٨٨)

بينما حدد كل من كانتويل وباكس (١٩٩١) Cantweel and Baker أعراض  
الاكتئاب لدى المراهقين في التمرد - السلوك الانسحابي - حدة الطبع - الرسوب في  
المدرسة - الهروب من المدرسة - سوء استخدام الدواء - الأفكار الانتحارية - ضعف  
القدرة على التركيز (Contweel and Baker, 1991, 521- 533)

ولقد لخص ديمينج (١٩٨٩) Deming أعراض الاكتئاب لدى الأطفال  
والمراهقين في الاضطراب التالية (القلق - صعوبة الانتباه - العلاقات الاجتماعية -  
صعوبات التعلم). (Deming, 1989, 43-57)

وأخيرا حدد شافير وآخرون (١٩٨٩) Shaffer et al. محكات لتشخيص  
أعراض الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين تشمل النماذج التالية:  
١- نموذج الاضطرابات الوجدانية:

وشمل اليأس والحزن وفقدان المتعة بالأشياء والإحباط

— مدى فاعلية قائمة المقابلة التشخيصية في تشخيص الاكتئاب لدى عينة من المراهقين —

٢- نموذج الاضطرابات السيكوسوماتية:

ويشمل فقد الشهية للطعام - اضطراب الوزن (زيادة - نقص) - اضطراب في النوم - صعوبة الحركة وخاصة في الأطراف .

٣- نموذج الاضطرابات السلوكية:

ويشمل سرعة الغضب - صعوبة الانتباه والتركيز - مشكلة اتخاذ القرار - بطء في التفكير - مشاكل دراسية .

٤- نموذج اضطراب التفكير:

ويشمل الشعوب بالسأم واليأس - التفكير في الموت - التفكير في الانتحار - محاولات الانتحار - سوء استخدام العقاقير . (Shaffer et al., 1989, 58-66)

الدراسات السابقة:

من استعراض الدراسات والبحوث السابقة نجد أنها تنقسم إلى قسمين القسم الأول يتناول العلاقة بين الأعراض الاكتئابية وبعض المتغيرات النفسية والاجتماعية ومنها دراسة نادية الحسيني (١٩٩٥) والتي توصلت إلى أن المكتئبين لديهم أسلوب عزو داخلي للأحداث السلبية، ودراسة كرسستن ودونكان (١٩٩٥) Christensen and Duncan والتي توصلت إلى وجود فروق بين المكتئبين وغير المكتئبين في بعض المتغيرات الاجتماعية والسلوكية، ودراسة هاملتون وآخرون (١٩٩٧) Hamilton et al., والتي توصلت إلى وجود فروق بين المكتئبين وغير المكتئبين في الاضطرابات الاجتماعية والأكاديمية والسلوكية .

وهناك دراسات تناولت العلاقة بين الاكتئاب وبين تقدير الذات لدى الأطفال والمراهقين على سبيل المثال دراسات كل من جيتس وآخرين (١٩٨٨)، Gates et al., مدحت عبد اللطيف (١٩٨٩)، أحمد حسن صالح (١٩٨٩)، وتشاين (١٩٩٧) Chan وهذه الدراسات توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية عكسية دالة احصائيا بين الاكتئاب وتقدير الذات .

وفي مجال الفروق بين الجنسين فقد توصلت دراسات كل من ميرتن وآخرين (١٩٩٠) Merten et al., غريب عبد الفتاح (١٩٨٥) أن الإناث أكثر اكتئابا من الذكور .

وفي مجال الدراسات التي اهتمت بالفروق الحضارية وأثرها على ظهور

أعراض الاكتئاب، فقد قام عرفه عبد الجواد (١٩٧٨) بمقارنة الاكتئاب في مصر مع بعض الدول الأوروبية والآسيوية، وتوصل إلى أن وجود الفروق في الشعور بالذنب والأرق والقلق والسيول الانتحارية ترجع إلى الفروق الحضارية. (سهير كامل، ١٩٩١، ٥٠)

وأكد سيثي (١٩٨٦) Sethi أن أعراض الاكتئاب الأكثر شيوعاً بين المرضى المكتئبين في أوروبا هو لوم الذات والشعور بالذنب ومحاولات الانتحار، بينما في الهند وجد أن توهم المرض -الأعراض البارانونية- التفكير في الانتحار هي الأكثر شيوعاً. (أحمد محمد صالح، ١٩٨٩، ١١٠)

وفي هذا الإطار توصل رشاد موسى (١٩٨٩) إلى أن الأعراض الإكتئابية التي تتسم بها العينة المصرية تشمل التشاؤم والحزن والأرق والتردد، بينما في العينة الأمريكية تشمل كراهية الذات والإحساس بالفشل وحدة الطبع.

وقام كل من فيتار وبارون (١٩٩٥) Vitaro and Baron بدراسة مقارنة بين البيض والسود من المراهقين في الأعراض الإكتئابية، وأظهرت النتائج وجود فروق في مشاعر الوحدة والعلاقات الاجتماعية بين العينتين.

وفي دراسات كل من جراتشي وباسيت (١٩٩٥) Gratch and Bassett وجرينبرجر وشاين (١٩٩٦) Greenberger and Chen توصلوا إلى أن السلالة والفروق الثقافية تؤثر في مظاهر الاكتئاب وكانت عينات الدراسات من (أفريقيا-أمريكا-آسيا) ولكنها تعيش في البيئة الأمريكية.

أما القسم الثاني يتناول قياس وتشخيص الاكتئاب فقد قام أحمد عبد الخالق (١٩٩١) بدراسة عن المفاضلة بين أربعة مقاييس لتشخيص الاكتئاب وهي قائمة بيك اللاكتئاب-مقياس جيلفورد-زيمرمان - مقياس الاكتئاب من قائمة مينسوتا- قائمة صفات الاكتئاب، وتوصل إلى أن قائمة بيك للاكتئاب هي أفضل هذه المقاييس في تشخيص الاكتئاب في المراهقة.

وقام بيلجرانو (١٩٩٢) Pellegrino بدراسة مقارنة لثلاثة إجراءات لتشخيص الاكتئاب في الطفولة والمراهقة والإجراءات الثلاثة هي:

١- التشخيص الإكلينيكي من خلال المعالج النفسي Clinical Diagnosis

٢- استبيان المشاعر والأمزجة لأجولد وآخرين (١٩٨٧).

Angold et al., Moods and Feelings Questionnaire

— مدى فاعلية قائمة المقابلة التشخيصية في تشخيص الاكتئاب لدى عينة من المراهقين —

٣- قائمة المقابلة التشخيصية لشافير وآخرين (١٩٨٩)، Shaffer et al.,

Diagnostic Interview Schedule for Depression.

وتوصل الباحث إلى أن قائمة المقابلة التشخيصية للاكتئاب أفضل الإجراءات لتشخيص الاكتئاب في الطفولة والمراهقة وذلك لأنها تجمع بين التشخيص الإكلينيكي والقياس الإحصائي.

ثانياً: طبيعة المجتمع الإندونيسي:

تقع دولة إندونيسيا في جنوب شرق آسيا وهي عبارة عن مجموعة من الجزر تزيد عن ثلاثة آلاف جزيرة، ويبلغ عدد السكان فيها مائتي مليون نسمة والديانة الرسمية هي الإسلام حيث تعتبر إندونيسيا أكبر دولة إسلامية في العالم من حيث السكان، وتبلغ نسبة المراهقين من عمر (١٢-٢١) سنة حوالي (٣١,٦٢%) من جملة السكان، ونسبة الإناث إلى الذكور (٤: ١).

(The Economist Intelligence Unit, 1997- 1998, 24-26)

ونظام التعليم في إندونيسيا ينقسم إلى قسمين الأول يتبع وزارة الشؤون الدينية والثاني يتبع وزارة التربية والثقافة، والتعليم في القسمين بالمصاريف في جميع المراحل، ويلتحق بالجامعات هناك عدد قليل جداً، بينما العدد الأكثر من الطلاب يلتحقون بالمعاهد المتوسطة والعالية نظراً لارتفاع تكاليف التعليم الجامعي.

(على طنطاوى، ١٩٦٥، ٢٥-٢٦)

ويتميز الفرد الإندونيسي بخصائص منها: صبور جداً- قوى الاحتمال- غير متسرع في الحكم على الأشياء- يحب أن يأخذ كثيراً- ليس عاطفياً إلى درجة بعيدة- عنيف إذا غضب ولقماً يغضب محترم للقوانين التي تحكمه- متدين مطلقاً- غير نادم على ما مضى مع حرصه على المستقبل- قليل الجنوح إلى الشغب- متفائل دائماً ويأخذ الحياة بسهولة.

(رؤوف شلبي، ١٩٧٥، ١٧٣، ١٧٤)

إجراءات الدراسة:

أولاً: العينة: تنقسم العينة إلى قسمين طبقاً لأهداف الدراسة:

العينة الأولى:

للتأكد من مدى فاعلية قائمة المقابلة التشخيصية للاكتئاب في التشخيص فقد

تم اختيار عينة من المرضى الذين يعانون من أعراض ومظاهر الاكتئاب قوامها (٣٠)

( طالباً وطالبة (٢١ ذكور- ٩ إناث) من طلاب الجامعة تتراوح أعمارهم بين (١٦-

(١٨) سنة بمتوسط عمرى ممن يترددون على مكتب الإرشاد النفسى بمعهد العلوم الإسلامية والعربية بإندونيسيا وكذلك ممن يترددون على قسم الصحة النفسية بكلية التربية بنها على مدار عام دراسى كامل. وقد تم اختيار عينة من العاديين بلغت ٣٠ طالبا وطالبة لهم نفس خصائص عينة المرضى.  
العينة الثانية:

لدراسة المقارنة بين طلاب مصر وطلاب إندونيسيا فى مظاهر وأعراض الاكتئاب تم اختيار عينة إندونيسية من طلاب أقسام اللغة العربية والشريعة الذين يتحدثون اللغة العربية بطلاقة وبيانها كالتالى:

جدول رقم (١) يوضح العينة الإندونيسية

المجموعة	إناث		ذكور		اسم الجامعة
	متوسط عمرى	عدد	متوسط عمرى	عدد	
٣٤	١٧,٥٢	٨	١٧,٢٥	٢٦	جامعة شريف هداية الله
٣٨	١٧,٩٦	١٨	١٧,٤٧	٢٠	الجامعة الإندونيسية
٣٨	١٧,٩٨	-	١٧,٦٩	٣٨	معهد العلوم الإسلامية والعربية
١١٠		٢٦		٨٤	

أما بالنسبة للعينة المصرية تم اختيارها من طلاب السنة الأولى بكلية التربية بنها وبيانها كالتالى

جدول رقم (٢) يوضح العينة المصرية

المجموعة	إناث		ذكور		اسم الجامعة
	متوسط عمرى	عدد	متوسط عمرى	عدد	
٣٤	١٧,٣٦	٢٠	١٧,٥٢	٢٣	قسم اللغة الإنجليزية
٣٤	١٧,٤٩	٥	١٧,٦١	٢٩	قسم اللغة العربية
٣٣	١٧,٣٥	١٠	١٧,٤٧	٢٣	شعبة التعليم الأساسى
١١٠		٣٥		٧٥	

## ثانياً: أدوات الدراسة:

قائمة المقابلة التشخيصية للاكتئاب: ملحق رقم (1)

### Diagnostic Interview Schedule for Depression (DISD)

تعتبر هذه القائمة أحد الأدوات المهمة التي تستخدم في تشخيص الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين من عمر (6-18) سنة.

وأول من قد هذه القائمة هيرجانيك وريش (1982) Herjanic and Reich في المعهد القومي للصحة النفسية National Institute of Mental Health (NIMH) وبعد ذلك طورها كوستيلو وآخرون (1982) Costtelo et al., في جامعة بنزبرج Pittsburg university وأصبحت (DISD-1) ثم طورها أخيراً شافير وآخرون (1989) Shaffer et al., في جامعة كولومبيا Colombia university وأصبحت (DISD-2).

وتعتمد القائمة على محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للاضطرابات النفسية (DSM III-R) (1987).

(Shaffer et al., 1988) وتعتمد هذه القائمة مقابلة اكلينكية ذات فنية عالية تستخدم مع الأطفال والمراهقين وتسمى (DISD-2C) وكذلك مع الآباء عندما يتعذر مقابلة الأطفال وتسمى (DISD-2P). وهذه المقابلة تقدم معلومات قيمة عن المشكلات الانفعالية والاجتماعية والسلوكية للأطفال والمراهقين.

#### بنود القائمة:

تتكون القائمة من خمسة بنود تمثل محكات تشخيص الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين وهي كما يلي:

#### ١- البيانات العامة:

وتشمل البيانات العامة- التقارير الطبية-مقابلة الوالدين-الأساتذة أو من يتعامل مع الحالة-ملاحظات أخرى.

#### ٢- تشخيص الاضطرابات الوجدانية:

ويشمل الاكتئاب الاساسي والذي يتمثل في اليأس والسأم والحزن والأرق والإحساس بالفشل وفقدان المتعة بالأشياء والأحاساس بالذنب والإحباط.

#### ٣- تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية:

ويشمل الاضطرابات الجسمية التي ترجع إلى أسباب نفسية ومنها فقدان الشهية للطعام- الاضطراب في النوم- نقص الوزن- زيادة الوزن- الإحساس بالتعب والاجهاد - عدم

القدرة على التحكم فى الأطراف (الأقدام - الأيدي) .

٤- تشخيص الاضطرابات السلوكية:

ويشمل النماذج السلوكية السيئة ومنها العدوانية- صعوبة الانتباه- سرعة الغضب- العزلة الاجتماعية- صعوبة التفكير- النشاط الزائد- التردد فى اتخاذ القرار .  
٥- تشخيص اضطراب التفكير:

ويشمل ذلك اليأس من الحياة - التفكير فى الموت- التفكير فى الانتحار- محاولات الانتحار- سوء استخدام العقاقير- الإدمان .  
ثبات وصدق القائمة:

قام شافير وآخرون (Shaffer et al., 1989) بحساب ثبات القائمة بطريقة

إعادة الاختبار وتوصلوا إلى معدل ثبات مرتفع .

وقام معدو القائمة بحساب الصدق بطريقة صدق المحك على عينة من الأطفال والمراهقين . وذلك بحساب معامل الارتباط بين درجات أفراد العينة على القائمة ودرجاتهم على الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل (DSM III-R) لتشخيص الاكتئاب وكان معدل الصدق عاليا جدا .

وتم حساب الصدق بطريقة الصدق التمييزى وذلك بالمقارنة بين عينة من العاديين وأخرى من مرضى الاكتئاب، واتضح أن القائمة لديها القدرة على التمييز بين المرضى والعاديين فى تشخيص الاكتئاب .

وقام كوستللو (Costello 1989) بحساب صدق المحكمين وذلك بعرض القائمة على عدد (12) من الأطباء النفسيين وكانت نسبة الموافقة على بنود القائمة أكثر من 80% من العينة .

وقام وينستين وآخرون (Weinstein 1990) بحساب صدق القائمة من خلال معامل الارتباط بين تشخيص الأطباء النفسيين والتشخيص باستخدام القائمة (DISD) وذلك على عينة من الناشئين وتوصلوا إلى معامل ارتباط عال جدا .  
(Pellegrino, 1992, 58-59).

وقام الباحث الحالى بحساب صدق القائمة بطريقة صدق المحك على عينة من المراهقين بلغت قوامها (40) طالبا وطالبة وذلك بحساب معامل الارتباط بين درجات العينة على القائمة ودرجاتهم على مقياس بيك للاكتئاب إعداد غريب عبد الفتاح (1985) وكان معامل الارتباط (0.73) وهو دال احصائيا عند مستوى (0.001) .



### تطبيق القائمة:

تطبق القائمة بصورة فردية أو جماعية، ويتم ذلك في خمس جلسات بواقع جلسة واحدة يوميا ومدة كل جلسة ساعة واحدة، ويقوم بالتطبيق أخصائى نفسى بعد التدريب على هذه القائمة.

تقدير الدرجات كما يلي: يختار المفحوص إجابة واحدة لكل عبارة من عبارات القائمة، ويتم تقدير الدرجات كما يلي:

-الإجابة (نعم) توضح وجود العرض بشدة وتعطى الدرجة (٢).

-الإجابة (أحيانا) توضح احتمال وجود العرض وتعطى الدرجة (١).

-الإجابة (لا) توضح عدم وجود العرض إطلاقا وتعطى الدرجة (صفر).

-ويتم تحديد درجات المفحوص من خلال جمع الدرجات لكل بند من بنود القائمة الخمسة.

### ثالثاً: نتائج الدراسة:

١-النتائج الخاصة بمدى فاعلية قائمة المقابلة التشخيصية في تشخيص الاكتئاب لدى عينة من المراهقين.

قام الباحث بتطبيق القائمة على عينة من المرضى الذين يعانون من أعراض ومظاهر الاكتئاب وكذلك على عينة من العاديين، وتم استخدام اختبار (ت) لحساب مستوى دلالة الفروق بين العينتين، والجدول التالى يوضح ذلك:

جدول رقم (٣) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة (ت) ودالتها الإحصائية على عينة من المرضى وعينة من العاديين فى بنود قائمة المقابلة التشخيصية للاكتئاب.

بنود القائمة		الاضطرابات الوجدانية		الاضطرابات السلوكية		الاضطرابات النفسية	
عاديون	مرضى	عاديون	مرضى	عاديون	مرضى	عاديون	مرضى
٣٠	٣٠	٣٠	٣٠	٣٠	٣٠	٣٠	٣٠
٢٠,٦٧	١٥,١	١٣,٩	٢٢,٠٢	٢٠	٢٢,٥٢	٢٤,١٣	٤٠,٤٧
٢,٨٢	٦,٥١	٦,٥٦	٦,٥٦	٨,٠٥	٧,٢٦	٨,٢٨	٦,٢٧
٠,٠١	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠١

• قيمة ت عند مستوى دلالة ٠,٠٥ = ٢,٠٠

•• قيمة ت عند مستوى دلالة ٠,٠١ = ٢,٦٦ عند درجة حرية = ٥٨

يتضح من الجدول رقم (٣) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين متوسط درجات عينة المرضى ومتوسط درجات عينة العاديين في بنود قائمة المقابلة التشخيصية للاكتئاب .

وتؤكد هذه النتيجة مدى فاعلية قائمة المقابلة التشخيصية في تشخيص الاكتئاب لدى المراهقين ويرجع ذلك إلى أنها تقدم معلومات قيمة وشاملة عن الاضطرابات والأعراض المرتبطة بالاكتئاب المتمثلة في الاضطرابات الوجدانية والاضطرابات السيكوسوماتية والاضطرابات السلوكية واضطراب التفكير في الانتحار وهذه الاضطرابات أشار إليه كل من بيك (١٩٦٧) Beck ، كوفاكس (١٩٨٥) Kovacs ، ديمينج (١٩٨٩) Deming ، شافير وآخرين (١٩٨٩) Shaffer et al., وبيلجرافو (١٩٩٢) Pellegrino .

وترجع فاعلية قائمة المقابلة التشخيصية للاكتئاب في أنها تجمع بين القياس الاحصالي والتي تطبق فيها المقاييس وتحويل استجابة المفحوص إلى درجات، ويظهر ذلك واضحا في الأسئلة والعبارات التي تعبر عن مظاهر وأعراض الاكتئاب المختلفة، وتجمع القائمة بين التشخيص الكليني حيث أنها تكشف عن طبيعة الأعراض وشدتها وفترات الشعور بالاكتئاب وكيف تؤثر أعراض ومظاهر الاكتئاب على حالة المراهق الوجدانية والسلوكية والعقلية .

٢- النتائج الخاصة بالمقارنة بين عينة مصرية وعينة أخرى إندونيسية في قائمة المقابلة التشخيصية للاكتئاب:

تم حساب تحليل التباين (٢ × ٢) { ٢ (مصر- إندونيسيا) × ٢ (ذكور - إناث) } لكل بند من بنود القائمة وكذلك حساب الفروق بين المتوسط بواسطة الحاسب الآلي .

مدى فاعليه قائمة المقابلة التشخيصية في تشخيص الاكتئاب لدى عينة من المراهقين  
 جدول رقم (٤) يوضح النتائج النهائية لتحليل التباين وقيمة (ف) والدلالة الإحصائية  
 لبنود قائمة المقابلة التشخيصية

بنود القائمة	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	النسبة المئوية	الدلالة الإحصائية
الإضرابات الوجدانية	الدولة	١٤.٧٥	١	١٤.٧٥	٠.١٥	غير دالة
	الجنس	١٩٠.٥٦	١	١٩٠.٥٦	١.٩٦٣	غير دالة
	التفاعل	٣٨٧.٦٣	١	٣٨٧.٦٣	٣.٩٨	دالة عند
	الخطأ	٢١.٣٩.٦٧	٢١٦	٩٧.٤١	٠.٠٥	
الاضطرابات السيكوسوماتية	الدولة	١٣٨.٢٩	١	١٣٨.٢٩	١.٥٣	غير دالة
	الجنس	١٨.٤٤	١	١٨.٤٤	٠.٢٠	غير دالة
	التفاعل	١٧.١٧	١	١٧.١٧	٠.١٩	غير دالة
	الخطأ	١٩٥.٦.٩٢	٢١٦	٩٠.٣١		
الاضطرابات السلوكية	الدولة	٧٤.٣٢	١	٧٤.٣٢	٠.٨٠	غير دالة
	الجنس	٧٠.٢٥	١	٧٠.٢٥	٠.٧٦	غير دالة
	التفاعل	٢٥١.٠٣	١	٢٥١.٠٣	٣.٧١	غير دالة
	الخطأ	٢٠.٣٩.٨٦	٢١٦	٩٢.٧٨		
اضطراب التفكير في الانتحار	الدولة	١٥٤.٢٨	١	١٥٤.٢٨	٤.٠٨	دالة عند
	الجنس	٢٦.٤٠	١	٢٦.٤٠	٠.٦٩	٠.٠٥
	التفاعل	١٨.٩٢	١	١٨.٩٢	٠.٥٠	غير دالة
	الخطأ	٨١٦١.٤٦	٢١٦	٣٧.٧٩		غير دالة

\*\* قيمة ف عند مستوى ٠.٠٥ = ٣.٨٦

\*\* قيمة ف عند مستوى ٠.٠١ = ٦.٧٠

يتضح من الجدول رقم (٤) ما يلي:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) أثر تفاعل (الدولة × الجنس) بين طلاب مصر وطلاب إندونيسيا في بند الاضطرابات الوجدانية من قائمة المقابلة التشخيصية للاكتئاب وذلك لصالح العينة المصرية.

وقد يرجع ذلك إلى أن المشاكل التي تواجه المراهقين في كلتا الدولتين تتمثل في الإحباط والفشل وعدم الشعور بالأهمية وعدم القدرة على التمتع بالأشياء وظهور ذلك من خلال استجابات المراهقين على أسئلة القائمة والخاصة بالاضطرابات الوجدانية، ولكن قلت هذه الاضطرابات لدى طلاب إندونيسيا حيث أن المراهقين هناك ليس لديهم طموح لأن التعليم الجامعي هناك بالمصاريف الباهظة وبالتالي يكتفى المراهقون بالحصول على الحد الأدنى للتعليم ثم يبدعوا في الانخراط في سوق العمل وهذا يقلل

لديهم الإحساس بالفشل والإحباط ومما يؤكد ذلك ما أشارت إليه الدراسات بأن المراهقين في إندونيسيا لديهم خصائص مميزة منها أنه صبور جداً - قوى الاحتمال - يأخذ الحياة بسهولة - غير نادم على ما مضى ويحرص دائماً على ما قد يأتي .  
(رؤف شلبي، ١٩٧٥، ١٧٣-١٧٤)

بينما نجد أن المشاكل التي تواجه الطلاب في مصر تختلف في نوعها حيث أن الطلاب وبخاصة في المرحلة الثانوية أو الجامعية تواجه مشكلة المجموع الذي يؤهلهم للاحتحاق بالكلية التي يتمنوها وفي سبيل ذلك أصبحت السنة كلها استعداداً دائماً للامتحان للحصول على المجموع المرتفع لتحقيق هذه الأمانى مما أدى إلى زيادة الضغوط على المراهقين، وبعد ذلك نجد أن عدداً كبيراً من هؤلاء الطلاب لم يستطع دخول الكليات التي كانوا يتمنوها فهنا يحدث اليأس والفشل والإحباط الذي يترتب عليه عدم القدرة على التمتع بالأشياء مما ساعد على زيادة الاضطرابات الوجدانية لدى الطلاب في مصر .

ويتضح من الجدول رقم (٤) أيضاً أنه:

٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين طلاب مصر وبين طلاب إندونيسيا في بند الاضطرابات السيكوسوماتية من قائمة المقابلة التشخيصية للاكتئاب .

٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين طلاب مصر وطلاب إندونيسيا في بند الاضطرابات السلوكية من قائمة المقابلة التشخيصية للاكتئاب .

وقد يرجع ذلك إلى أن طبيعة المجتمع المصري تتقارب إلى حد ما مع طبيعة المجتمع الأندونيسى من حيث زيادة عدد السكان والدين الإسلامى وتشابه الظروف الاجتماعية والاقتصادية بالإضافة إلى تشابه العادات والتقاليد بين الدولتين إلى حد ما .  
كما يتضح أيضاً من الجدول رقم (٤) أنه:

٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) بين طلاب مصر وبين طلاب إندونيسيا في بند اضطراب التفكير في الانتحار من قائمة المقابلة التشخيصية للاكتئاب وذلك لصالح طلاب أندونيسياً .

وتفسير ذلك ظهر واضحاً في استجابات المراهقين في العينة الإندونيسية على قائمة المقابلة التشخيصية للاكتئاب وخاصة في بند اضطراب التفكير في الانتحار، حيث أشارت الإجابات إلى تعدد محاولات الانتحار منها الإفراط في تناول الدواء أو قطع



— مدى فاعلية قائمة المقابلة الشخصية في تشخيص الاكتئاب لدى عينة من المراهقين —  
الجسم بألة حادة وكان ذلك في السنة الماضية أو السنة الحالية وتم التعرف على ذلك  
في سؤال محتواه كم كان عمرك عند أول محاولة للانتحار؟

وقد عبرت العينة الإندونيسية عن الشعور باليأس من الحياة لأنها أصبحت  
تتساوى مع عدمها وظهر من خلال السؤال الأخير من القائمة والتي كانت فيه الإجابة  
مفتوحة حيث أجابت العينة أن محاولات الانتحار كانت بسبب عدم جدوى الحصول على  
الشهادة الجامعية لعدم توافر العمل المناسب لهم وتساءل بعض الطلاب إذا كان ذلك  
حالهم وهم يتعلمون في الجامعة فكيف حال الطلاب الذين لم يتعلموا في الجامعات أو  
المعاهد .

ومما يؤكد ذلك ما أشارت إليه التقارير السنوية من زيادة نسبة البطالة في  
إندونيسيا بين المراهقين والشباب وكذلك انتشار الفساد والمحسوبية وقلة الوعي  
الدينى بين المراهقين، بالإضافة إلى انتشار المخدرات وزيادة عدد المنتحرين سنويا  
بين المراهقين، وغياب دور الوالدين في تربية الأبناء وخاصة في مرحلة المراهقة .

(The Economist Intelligence Unit, 1997 - 1998)

في حين أظهرت استجابات العينة المصرية انخفاضاً ملحوظاً في التفكير أو  
محاولات الانتحار على الرغم من صعوبة الحياة والضغط الاقتصادية والاجتماعية  
التي تواجه الطلاب في هذه المرحلة وذلك قد يرجع إلى زيادة الوعي الدينى بين  
المراهقين والتماسك الأسرى ورعاية الوالدين للأبناء وخاصة في مرحلة المراهقة،  
بالإضافة إلى استنكار المجتمع المصري لمحاولات الانتحار دينياً واجتماعياً .

وتتفق نتائج الدراسة مع الدراسات السابقة، حيث أكد عرفه عبد الجواد ( )  
1978) إلى أن الشعور بالذنب والأرق والقلق والميول الانتحارية ترجع إلى الفروق  
الحضارية، وكذلك سيثى (1986) Sethi توصل إلى أن محاولات الانتحار أو التفكير  
في الانتحار والشعور بالذنب من أكثر الأعراض الاكتئابية التي ترجع إلى الفروق  
الثقافية، وكذلك أكدت دراسات كل من جراتشى وباسيت (1995) Gratch and  
Bassett ، جرينبرجر وشاين (1996) Greenberger and Chen أن السلالة والفروق  
الثقافية تؤثر في مظاهر الاكتئاب .

تؤكد نتائج الدراسة فاعلية قائمة المقابلة التشخيصية (DISD-2) في تشخيص الاكتئاب لدى المراهقين، حيث أنها تتضمن بنود تغطي الاضطرابات والأعراض الإكتئابية المميزة للاكتئاب عند المراهقين والممثلة في الاضطرابات الوجدانية والاضطرابات السيكوسوماتية والاضطرابات السلوكية واضطراب التفكير.

ومما يؤكد فاعليتها أيضاً أنها تجمع بين القياس الإحصائي المتمثل في تحويل استجابة المفحوص إلى درجات وبين التشخيص الكلينيكي المتمثل في المقابلة الكلينيكية لتشخيص الاكتئاب وشدته، والاضطرابات والأعراض المميزة للاكتئاب، وتتضمن أسئلة متعددة لتحديد مدة الشعور بالاكتئاب وفترات الشعور بأعراضه بينما في المقاييس الأخرى للاكتئاب فهي تحتوى على سؤال واحد فقط لقياس عرض من أعراض الاكتئاب.

وتؤكد نتائج الدراسة أيضاً أن الأعراض الإكتئابية المميزة المصرية تتمثل في اليأس والإحباط والفشل، والشعور بعدم الأهمية، وظهر ذلك واضحاً من خلال استجابات طلاب العينة المصرية على أسئلة القائمة ومنها وجود فترات طويلة للشعور باليأس والسأم قد يمتد إلى ستة أشهر وكذلك قلة أوقات السعادة والمتعة والشعور بالإحباط وعدم الشعور بالأهمية، وهذا يتركز في بند الاضطرابات الوجدانية من القائمة بينما نجد أن الأعراض الإكتئابية المميزة للعينة الإندونيسية تتمثل في الشعور بالقلق وبطء التفكير، والتفكير في الانتحار أو محاولات الانتحار، وظهر ذلك واضحاً من خلال استجابات طلاب العينة الإندونيسية على أسئلة القائمة ومنها الشعور بالقلق ووجود فترات طويلة للشعور ببطء التفكير قد تستمر لمدة أسبوعين أو أكثر من أسئلة في بند الاضطرابات السلوكية من القائمة.

وكذلك شعور بعض طلاب العينة الإندونيسية بأن الحياة أصبح ميؤوساً منها وبالتالي تكرر التفكير الانتحار والموت وبعض الطلاب تكرر منها محاولات الانتحار لمرات متعددة وظهور ذلك من أسئلة بند اضطراب التفكير من القائمة.

**المراجع :**

- ١- أحمد محمد حسن صالح: "تقدير الذات وعلاقته بالاكتئاب لدى عينة من المراهقين"  
• الكتاب السنوى فى علم النفس، الجمعية المصرية للدراسات  
النفسية، المجلد السادس، ١٩٨٩، ١٠٤ - ١٢٧ .
- ٢- أحمد محمد عبد الخالق: "قياس الاكتئاب مقارنة بين أربعة مقاييس" مجلة دراسات  
نفسية، العدد الأول، ١٩٩١، ٧٩ - ٩٦ .
- ٣- رشاد عبد العزيز موسى: البنية العاملية للاكتئاب النفسى بين عينة مصرية وأخرى  
أمريكية، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد  
التاسع، ١٩٨٩، ٤٤ - ٥٦ .
- ٤- رؤوف شلبي: الاسلام فى أرخبيل الملايو، ومنهج الدعوة إليه، القاهرة، مطبعة  
السعادة، ط١، ١٩٧٥ .
- ٥- سهير كامل أحمد: دراسة حالة لظاهرة الإبتحار الناتج عن ذهان الهوس والاكتئاب  
• مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد الثامن عشر  
والتاسع عشر، ١٩٩١، ٤٦ - ٦٩ .
- ٦- صلاح الدين عراقى محمد: "العلاج المعرفى - السلوك ومدى فاعليته فى علاج  
مرضى الاكتئاب العصابى"، دكتوراه غير منشورة - كلية التربية بينها  
- ١٩٩١ .
- ٧- عادل عز الدين الأشول: موسوعة التربية الخاصة، القاهرة، الأنجلو المصرية،  
• ١٩٨٧ .
- ٨- على الطنطاوى: فى أندونيسيا، دمشق، دار المطبوعات العربية، ط١، ١٩٦٠ .
- ٩- غريب عبد الفتاح غريب: كراسة تعليمات مقياس الاكتئاب، القاهرة، مكتبة النهضة  
العربية، ١٩٨٥ .
- ١٠- فؤاد البهى السيد: علم النفس الإحصائى وقياس العقل البشرى، القاهرة، دار  
الفكر العربى، ط٣، ١٩٧٩ .
- ١١- مدحت عبد الحميد عبد اللطيف: العلاقة بين الاكتئاب وتقدير الذات لدى الأطفال  
دراسة عاملية، الكتاب السنوى فى علم النفس، الجمعية المصرية  
للدراسات النفسية، المجلد السادس، ١٩٨٩، ٨٦ - ١٠٣ .



١٢-نادية الحسينى عبد القادر: الاكتئاب ووجهة الضبط وتقدير الذات لدى طلاب المرحلة الإعدادية. مجلة الإرشاد النفسى، جامعة عين شمس، العدد الرابع، السنة الثالثة، ١٩٩٥، ١٧٩ - ٢٣٠ .

١٣-هشام إبراهيم عبدالله: أثر العلاج العقلانى الانفعالى فى خفض مستوى الاكتئاب لدى الشباب الجامعى. (دكتوراه غير منشورة، كلية التربية بالقازيق، ١٩٩١).

- 14-Angold, A., Childhood and Adolescent Depression. *British Journal of Psychiatry*. Vol. 152, 1988A , P. 601 – 617.
- 15-American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)*, 1994, Washington, D.C. P. 317 – 320.
- 16-Bodiford, C. et al., Comparison of learned Helpless Cognitions and Behavior in children with High and Low Acrosses on the children's Depression Inventory.
- 17-Cantwell, D. and Baker, L., Association Between Attention Dificait Hyperactivity Disorder and learning Disorders. *Journal of learning Disabilities*, Vol. 24, 1991, P. 89 – 95.
- 18-Chan, D., Depressive Symptoms and Preceived Competence Among Chinese Secondary School students in Hong Kong. *Jornal of Youth and Adolescent*, Vol. 26, No, 3, Jun., 1997, P. 303-319 (in Eric).
- 19-Christensen, L. and Duncan, K., Distinguishing Depressed from Nondepressed Individuals using Energy and Psychosocial variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol., 63, No.3, Jun., 1995, P. 495 – 498. (in Eric).
- 20-Cytryn, L., et al., Diagnosis of Depression in Childhood. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 173 , 1980 , P. 22 – 25.
- 21-Deming, J., Affective Disorders in Children and Adolescent, *Psychotherapy in private practice*, Vol. 2, 1989, P. 43 – 57.
- 22-Edelstin , K. *Childhood and Adolescent Depression: A family therapy Approach*. (Ph. D. Institute for Graduate clinical psychology, Widener University, May, 1993).
- 23-Glaser, K. Masked Depression in Children and Adolescent, *American Journal of Psychotherapy*, Vol. 21, 1967, P. s5s65 – 574.
- 24-Gratch, L., and Bassett, M., The Relationship of Gender and Ethnicity to Self-Silencing and Depression among college student. *Psychology of Women Quartirly* Vol. 19, No. 4., 1995, P. 509 – 515.
- 25-Greenberger, E., and Chen, C., Perceived family Relationship and Depressed Mood in Eary and late adolescence. A comparison of European and Asian Americans. *Developmental Pshychology*, Vol. 32 No. 4, Jul. 1996, P. 707. 716.
- 26-Hamilton, El. et al., Social, Academic and Behavioral competence of Depressed Children.
- 27-Merten, B. et al., Sax Differences and Adolescent Depression *Journal of Abnormal Psychology* Vol. 99 , No. 1 1990 , P. 55. 63.

- 28-Pellegrino, J. A Comparison of Three Diagnostic Procedures for Identifying Depression in Children and Adolescent. (Ph. D. department of Education University of Virginia, U.S.A., May 1992).
- 29-Rie, H. Depression in Childhood: A survey of some pertinent Contribution. Journal of American Academy of child, Psychiatry, Vol. 5, 1966, P. 653 - 685.
- 30-Selgman, M. et al., Attributional Style and Depressive Symptoms Among Children, Journal of Abnormal Psychology, Vol. 93, No.2, 1984, P. 235 - 238.
- 31-Shaffer, D. et al., Diagnostic Interview Schedule for Children Institute, 1989.
- 32-The Economist Intelligence Unit Limited, Indonesia, Eiu Country Profile, 1997 - 1998.
- 33-Toolan, J. Depression in children and Adolescent. American Journal of Psychiatry, Vol. 32 - 1962, P. 404 - 414.
- 34-Vitaro, F. and Baron, P., Correlates of Depressive Symptoms in Early Adolescent. Journal of Emotional and Behaviour Disorders, Vol. 3, No. 4, Oct. 1995, P. 24 - 25.
- 35-Writh, St. et al., Depression in students with Disabilities: Recognition and Intervention Strategies" Intervention in School and Clinic, Vol., 31, No. 5 , May 1996, P. 261-275. (in Eric).
- 36-Zhang, D. Depression and Culture - Achinese Perspective, Canadian Journal of Counselling Vol. 29, No. 3 Jul 1995, P. 227- 233. (in Eric).