

بعض اضطرابات القلق والاكتئاب وعلاقتها

بالمهارات الاجتماعية لدى التوحدين

د. عادل صلاح محمد غنايم د. السيد كامل الشربيني منصور

د. أسامة فاروق مصطفى

قسم التربية الخاصة - كلية التربية - جامعة الطائف

المملكة العربية السعودية

الملخص:

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن معدلات انتشار بعض اضطرابات القلق، وهي: اضطراب القلق المعمم، والفوبيا الاجتماعية، والخوف المحددة، وبعض اضطرابات الاكتئاب، وهي: الاكتئاب الرئيس والاكتئاب المتكرر، و الاضطراب الاغتمامي(اضطراب القنوط أو الجزع)لدى الأطفال التوحدين، وتحديد ترتيب المخاوف المحددة لدى عينة الدراسة، وفحص العلاقات الارتباطية بين كل من اضطرابات القلق والاكتئاب والمهارات الاجتماعية، ومدى إسهام هذه المتغيرات في تفسير درجات الأطفال التوحدين في تفسير القصور في المهارات الاجتماعية. وقد طبق مقياس القلق المعمم، والاكتئاب الرئيس Generalized Anxiety Scale, Major Depression إعداد كل من هارتمن وهكس وملينبيرج وجادو وسبارفيكن وآخرون (Hartman,Hox,Mellenbergh,Gadow (2001),Sprafkin,Boyle,et al.,2001)، مقياس الآسي أو الكرب الاجتماعي Social Distress Scale، إعداد كل من هازين وستاين (Hazen &Stein , 1995) لقياس الفوبيا الاجتماعية، قائمة مسح المخاوف Fears Survey Inventory إعداد إيفانز وزملاءه (Evans et al .,2005)، لتقدير المخاوف المحددة لدى الأطفال التوحدين ، ومقياس الاضطراب الاغتمامي (القنوط أو الجزع)إعداد الباحثون، ومقياس الاكتئاب المتكرر Recurrent Depression Scale إعداد الباحثون، ومقياس المهارات الاجتماعية Social Skills Assessment Scale، إعداد كل من ستون ورويل وكونارد وهيبيورن وبنجتون (Stone,Ruble,Coonrod,Hepburn& Pennington,2003) لقياس المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحدين.

أسفرت نتائج الدراسة عما يأتي:

١ - معدلات انتشار اضطرابات القلق كانت على النحو التالي: القلق المعمم

٣٨,٧٠%، الفوبيا الاجتماعية ٤٥,١٦%، المخاوف المحددة ٤٨,٣٨. أما معدلات انتشار

- اضطرابات الاكتئاب كانت على النحو التالي: الاكتئاب الرئيس 38.70%، الاكتئاب المتكرر 45.16%، الاضطراب الاغتمامي 51.61%.
- ٢- كان ترتيب المخاوف المحددة على النحو التالي: النار، السكين، البرق، الحشرات، الحقن، الفحص الطبي، الكلاب، الظلام، الضوضاء، الارتفاعات.
- ٣- وجدت ارتباطات دالة بين المهارات الاجتماعية والقلق المعمم، والفوبيا الاجتماعية، الاكتئاب الرئيس، الاكتئاب المتكرر، الاضطراب الاغتمامي، وعدم وجود ارتباط بين المهارات الاجتماعية والمخاوف المحددة.
- ٤- ينبئ كل من الاكتئاب المتكرر والفوبيا الاجتماعية بالمهارات الاجتماعية لدي التوحديين.

الكلمات المفتاحية: اضطرابات القلق - اضطراب القلق المعمم - الفوبيا الاجتماعية - المخاوف المحددة - اضطرابات الاكتئاب الرئيس والاكتئاب المتكرر - الاضطراب الاغتمامي اضطراب القنوط أو الجزع - المهارات الاجتماعية - التوحد .

Some anxiety and depression disorders and its relationship with social skills for autism

Abstract:

This study aims at examine rates of prevalence anxiety and depression disorders for autism , and determine arrangement of specific fears, and examine correlation relationships between anxiety , depression disorders and social skills , and this study variables, Testing The contribution in explaining social skills variable. The sample of the study included Autism(61 Male) Were recruited from special education schools and centers of special needs(autism), the sample will complete Generalized Anxiety Scale , Major Depression (Hartman , Hox, Mellenbergh , Gadow , Sprafkin , Boyle , et al. , 2001) ، Social Distress Scale(Hazen &Stein , 1995) , Fears Survey Inventory, (Evans et al. , 2005) , Recurrent Depression Scale and Dysmith by Researchers , Social Skills Assessment Scale(Stone,Ruble , Coonrod, Hepburn &Pennington,2003).

The results suggested that :

- * anxiety prevalence rates for anxiety disorders are: Generalized anxiety is 38.70% ,Social phobia is 45.16% , Specific fears 48.38% ,for depressive disorders , Major depression is 38.70%,Recurrent depression 45.16%, Dysthymic Disorder 51.61%.
- * Arrangement of specific fears : fire , Knives , Lighting , Insects , injection , Dr. exam , Dogs , The Dark , Noises , Heights

* There are statistically significant correlation relationship among social skills and Generalized anxiety , Social phobia , Major depression , Recurrent depression , Dysthymic Disorder , no statistically between Social Skills and Specific fears.

* Recurrent depression and Social phobia can predict Social skills .

Keywords: Anxiety Disorders - Generalized Anxiety Disorder - Social Phobia - Specific - Depressive Disorders - Disorder Fears - Major Depression & Recurrent Depression Disorder Dysthymic - Social Skills - Autism.

مقدمة :

تمثل الاضطرابات النفسية مشكلة صحية جسيمة، وتشير التوقعات المستقبلية إلى احتمال زيادة الاضطرابات النفسية في القرن الحادي والعشرين وخاصة القلق، والاكتئاب. (أحمد عكاشة، ٢٠٠٣)

يُعتبر القلق من الأمراض العصبية المحددة ، إلا أنه يُعتبر سمة رئيسة في معظم الاضطرابات ، نجده بين الأسوياء في مواقف الأزمات ، كما نجده مصاحباً لكل الأعراض العصبية والذهانية على السواء ، ويرى كثير من المفكرين أن القلق هو سمة العصر الحديث بأزماته وطموحاته ومناقضاته الحادة ، وقد يكون هذا صحيحاً ، لكن مع هذا نجد أن الحالات الشديدة من القلق توجد في كافة المجتمعات (عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٤ ، ٢٣ - ٢٤).

تُعتبر الاضطرابات الاكتئابية من أكثر الاضطرابات شيوعاً ومسؤولة عن كثير من المعاناة والألام النفسية بين الآلاف من أفراد المجتمع ، وأن نسبة ٥٠ - ٧٥٪ من محاولات الانتحار الناجحة بين الجمهور العام سببها الاكتئاب (جمعة سيد ، ١٩٩٠ ، ١٨٧) (Doris , et al ., 1999) .

كما تؤثر كل من اضطرابات القلق والاكتئاب في مرحلة الطفولة على مجالات عدة من الأداء تتضمن العلاقات الأسرية والاجتماعية والتحصيلية ، فتؤدي إلى خلق مشكلات في بناء الصداقة ، وفي المبادأة ، كما تؤدي إلى إدراك سلبي للمعلم والأقران، وإدراك سلبي لقيمة الذات (Fordham& Stevenson- Hinde, 1999; Langley et al., 2004; Shashi et al ., 2007 ; Kim et al .,2000)

د. عادل غنايم & د. السيد الشربيني & د. أسامة فابوق ————— بعض اضطرابات القلق والأكتئاب

ويمكن النظر إلى المهارات الاجتماعية على أنها مكونات السلوك التي تكون ضرورية للفرد لكي يتمكن من الأداء الناجح في تفاعله مع الآخرين بطريقة أو بنسق لا يؤدي ولا يسبب الأذى النفسي أو الجسمي للآخرين (Asher & Renshaw , 1981 ; Spence ; Korinek & Polloway , 1993 ; Gresham & Elliot , 1984 ; , 621) , 1983

ويتركز الاضطراب الأساسي الذي يعاني منه الطفل التوحدي في قصور علاقاته الاجتماعية مع الآخرين ، وشخصية الطفل التوحدي مرتبطة بهذا القصور مهما كانت درجة ذكائه ، ويستمر هذا القصور خلال مراحل حياته (Freeman, 1997) ويكون السلوك الاجتماعي يكون علامة واضحة لاضطرابهم ومصدر للصراع في مرحلة الطفولة المبكرة . ويعلن هذا الصراع عن نفسه في الوحدة الاجتماعية الصغيرة ألا وهي الأسرة ، والتي تُبنى على الروابط الانفعالية لكل عضو منها. (Frea, 1995; Frith, 1989, 77)

وتكون المهارات الاجتماعية ضرورية لتجنب الصراعات بين الأفراد بعضهم البعض وللتفاعل مع المواقف المعقدة (Matson & Swiezy, 1994)

والفشل في اكتساب مهارات اجتماعية مناسبة يؤدي إلى آثار سلبية (Weiss & Harris, 2001) فيعوق بشكل كبير الأداء في الأوضاع المجتمعية ، وأن التفاعل الاجتماعي ضروري في بناء علاقات بين الأقران معززة ، ومتبادلة وتجنب التفاعلات المنفرة وغير الفعالة ، والتي تؤدي إلى الانسحاب الاجتماعي والعزلة ، والقصور في المهارات الاجتماعية يتداخل مع الأداء الناجح في الأوضاع المهنية التي تتطلب التفاعل مع الزملاء في العمل أو العملاء (Howlin & Goode, 1998) وهذا القصور يكون ذو مخاطر مرتفعة لنمو السلوكيات المشككة (إيذاء الذات ، العدوان) (Duncan et al., 1999)

مشكلة الدراسة

يلاحظ وجود اتساق في نتائج كثير من الدراسات التي تناولت بعض اضطرابات القلق وبعض اضطرابات الاكتئاب لدى الأطفال التوحديين ، ففي مراجعته للتراث وجد لينهت (Lainhart , 1999) ان حدوث اضطرابات القلق تراوحت ما بين ٧٪ إلى ٨٤٪ لدى الأطفال والراشدين من ذوي اضطراب التوحد .

أسفرت نتائج دراسة كيم وآخرون (Kim et al ., 2000) عن ارتفاع اضطرابات القلق (القلق المعمم ، قلق الانفصال) والاكتئاب لدى الأطفال التوحديين .

وانتهت نتائج دراسة جلت وآخرون (Gillott et al., 2001) إلى ارتفاع مستويات اضطرابات القلق (قلق الانفصال ، الوسواس القهري ، الخوف من الاصابات البدنية ، اضطراب الهلع ، القلق الاجتماعي) لدى الأطفال التوحديين ، وتراوحت نسب اضطرابات القلق ما بين ٤٧٪ إلى ٨٤.١٪ ، بينما تراوحت معدلات انتشار الاكتئاب لدى التوحديين ما بين ٤.٤٪ إلى ٥٧.٦٪ .

وأسفرت نتائج دراسة لكافليير (Lecavalier, 2006) عن وجود صعوبات انفعالية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في عينات غير إكلينيكية في عمر تسع سنوات .

كما توصلت نتائج دراسة سفادولسكي وآخرون (Sukhodolsky et al., 2007) إلى وجود نسبة ٢١٫٧٪ من الأطفال التوحديين لديهم فوبيا اجتماعية تبعاً لمحكات الدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض العقلية الرابع DSM-IV .

أما نتائج دراسة وايت وآخرون (White et al ., 2009) فقد انتهت إلى ارتفاع معدلات انتشار المخاوف ، اضطراب الوسواس القهري ، المخاوف الاجتماعية ، القلق المعمم لدى الأطفال والمراهقين التوحديين .

د. عادل غنایم & د. السيد الشربینہ & د. أسامة فابوق ————— بعض اضطرابات القلق والاكتئاب

وفي مراجعة لاضطرابات القلق والاكتئاب توصل أندريا ، (Andrea ، 2009,9) إلى أن العديد من الدراسات أظهرت مدى واسع من انتشار الاضطرابات النفسية لدى التوحديين شملت : اضطراب القلق المعمم وتراوح نسبته ما بين ٢- ١٣ % واضطراب الوسواس القهري وتراوح نسبته ما بين ١- ٤٦ % ، وقلق الانفصال وتراوحت نسبته من ٥- ١٣ % ، والمخاوف المحددة وتراوحت نسبتها من ٨.٥- ٤٤ % .

وأسفرت نتائج دراسة دافيز وآخرون (Davis et al., 2010) عن ارتفاع في مستويات القلق الحاد ، الضوئيات ، القلق الاجتماعي ، الوسواس القهري لدى الأطفال التوحديين .

وانتهت نتائج دراسة كيم وآخرون (Kim et al ., 2000) إلى وجود علاقات سلبية بين اضطرابات القلق واضطرابات الاكتئاب والعلاقات مع الأقران والأسرة والمعلمين .

وفي ضوء ما سبق يمكن طرح التساؤلات التالية :

- ١- هل تتباين نسب معدلات انتشار بعض اضطرابات القلق والاكتئاب لدى عينة الدراسة؟
- ٢- هل يتباين ترتيب المخاوف المحددة لدى العينة الكلية؟
- ٣- هل يوجد ارتباط دال بين المهارات الاجتماعية وكل من اضطرابات القلق واضطرابات الاكتئاب لدى الأطفال التوحديين؟
- ٤- هل تنبئ اضطرابات القلق واضطرابات الاكتئاب بالقصور في المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين؟

أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن معدلات انتشار بعض اضطرابات القلق واضطرابات الاكتئاب لدى الأطفال التوحديين، تبين ترتيب المخاوف المحددة،

وفحص العلاقات الارتباطية بين كل من القلق والاكتئاب والمهارات الاجتماعية، ومدى إسهام اضطرابات القلق والاكتئاب في تفسير القصور في المهارات الاجتماعية.

أهمية الدراسة

- ١- يؤثر ارتفاع معدلات انتشار اضطرابات القلق والاكتئاب لدى الأطفال التوحديين في بداية حياتهم سلباً على الجوانب الأكاديمية والمهنية وعلني أدائهم الاجتماعي، لاسيما إذا علمنا أن القصور في المهارات الاجتماعية يمثل لب العجز في اضطراب التوحد. (Howlin&Goode,1998)
- ٢- إن ترك القصور في المهارات الاجتماعية يؤدي إلى زيادة التوتر والعجز مع تقدم الطفل التوحد في العمر، لاسيما في مرحلة المراهقة حيث يتعقد الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه الطفل التوحد (Schopler & Mesibov, 1983; Tantam,2003) وهذا يتطلب الكشف عن أوجه القصور في المهارات الاجتماعية.
- ٣- مما يعضد أهمية الدراسة أن التوحديين لديهم مخاطر متزايدة لرفض الأقران والعزلة الاجتماعية في حالة دمجهم مع أقرانهم العاديين (Chamberlain, 2001)
- ٤- تسهم الدراسة الحالية في محاولة تعميق الفهم العلمي للقصور في المهارات الاجتماعية ومدى تأثيرها باضطرابات القلق والاكتئاب، مما يسهم في تحديد تشخيص نوعي دقيق تُبنى في إطاره برامج إرشادية لذوي اضطراب التوحد.
- ٥- تحديد القيمة التنبؤية لمتغيرات الدراسة مما يساعد في تكوين رؤية مستنيرة عن مدى إسهامها في قصور المهارات الاجتماعية.
- ٦- في ضوء ما تسفر عنه الدراسة من نتائج يمكن تصميم برامج مناسبة لتنمية المهارات الاجتماعية وتقليص حدة اضطرابات القلق والاكتئاب لدى الأطفال التوحديين.

الإطار النظري للدراسة :

يمكن عرض متغيرات الدراسة تباعاً على النحو التالي:

أولاً : اضطرابات القلق

يحتل القلق مكانة بارزة في علم النفس الحديث ، فهو المفهوم المركزي في علم الأمراض النفسية والعقلية ، والعرض الجوهري المشترك في الاضطرابات النفسية ، بل في أمراض عضوية شتى ، فهو محور العصاب وأبرز خصائصه ، كما أنه السمة المميزة لعديد من الاضطرابات السلوكية والذهان.

وتتعدد تعريفات القلق فقد عرفه كل من كابن وسادوك (Kaplan & Sadock, 1996) بأنه "حالة مرضية تتسم بالشعور بالتوجس المصحوب بعلامات جسمية تشير إلى فرط نشاط الجهاز العصبي الذاتي ، ويختلف القلق عن الخوف بأن الأخير (أي الخوف) يمثل استجابة لسبب معروف. وعرفه (أحمد عكاشة، ٢٠٠٣) بأنه "شعور غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ويأتي في نوبات متكررة ، مثل الشعور بالفراغ في المعدة أو السحبة في الصدر، أو الضيق في التنفس، أو الشعور بنبضات القلب أو الصراع، أو كثرة الحركة... الخ". ويعرف (عبد المطلب القريطي، ١٩٩٨، ١٢١) القلق بأنه "حالة انفعالية مركبة غير سارة تمثل انتلافاً أو مزيجاً من مشاعر الخوف المستمر والفرع والرعب والانقباض والهم نتيجة توقع شر وشيك الحدوث، أو الإحساس بالخطر والتهديد من شيء ما مبهم وغامض يعجز المرء عن تبينه أو تحديده على نحو موضوعي".

يعرفه (أحمد عبد الخالق، ٢٠٠٠، ٣٦ - ٣٧) بأنه "شعور بخوف غامض مجهول المصدر وتوتر داخلي ، وعدم القدرة على الاسترخاء والاستقرار ، وصعوبة التركيز مع مشاعر مصاحبة بعدم الأمن ، والاستغراق في أحلام اليقظة".

يعرف الباحثون القلق بأنه "خبرة وجدانية غير سارة يمكن وصفها بأنها حالة من التوتر والضيق والكدر والترقب وعدم الاستقرار، ويصاحبها أعراض جسمية متباينة".

وتؤثر اضطرابات القلق في نسبة ٢٠% من الأفراد فوق سن ١٨ سنة، وإكلينيكيًا فإن اضطرابات القلق تتوزع بالتساوي بين الذكور والإناث، وإن كانت في العينات الوبائية تكون النسبة المقررة لدى الإناث أعلى من الذكور (Cheng&Myers,2005,117)

وتقدر الدراسات الحالية أن معدلات انتشار اضطرابات القلق في مرحلة الطفولة بنسب تتراوح ما بين ٣ إلى ٢١% (Feng et al.,2008; Grover et al.,2005) لقد راجع كارت رايت - هتون وآخرون (Cartwright - Hatton et al.,2006) التراث عن معدلات انتشار القلق في مرحلة ما قبل المراهقة وجدوا أنه يتراوح ما بين ٢.٦ إلى ٤١.٢%.

تصنيفات اضطرابات القلق:

يمكن تصنيف اضطرابات القلق على النحو الآتي:

• اضطراب القلق المعمم Generalized Anxiety Disorder

يتميز اضطراب القلق المعمم بقلق حاد غير واقعي، وتوقعات تشاؤمية باعثة على الخوف حول ظرفين على الأقل من ظروف الحياة، ويستمر هذا الاضطراب لمدة ستة أشهر أو أكثر ويكون الشخص قد عانى خلالها من القلق في أغلب الأيام، وقد يستمر مدى الحياة (مزمنًا) (عبد الكريم الحجواي، ٢٠٠٤، ٢٨٨)

وتؤكد الدراسات المسحية للمجتمع على أن معدلات انتشار اضطرابات القلق المعمم بين الراشدين تتراوح ما بين ٣- ٥%، وهذا الاضطراب أكثر انتشاراً لدى الذكور عنه لدى الإناث فتبلغ معدلات انتشاره على التوالي (٢: ١) (Puri et al., 2002, 202, Kessler et al., 2005)

ويرجع أسباب القلق المعمم إلى العوامل الجينية والتي تلعب دوراً في حدوث القلق المعمم فقد وُجد هذا الاضطراب منتشر في الأقارب من الدرجة الأولى، وفي إطار المنظور الاجتماعي الثقافي فإن اضطراب القلق المعمم يكون أكثر احتمالاً أن يتطور في الأفراد الذين يواجهون بضغط مجتمعية، ومن المنظور السيكودينامي فقد أشار فرويد إلى تفسير القلق المعمم عندما ميز بين ثلاث أنواع من القلق الحقيقي الواقعي والقلق العصبي والقلق الأخلاقي. في النوع الأول نحن نخبر القلق الواقعي عندما نواجه بخطر خارجي حقيقي، ونخبر القلق العصبي عندما نمنع بتكرار من خلال الوالدين أو الظروف من التعبير عن دفعات الهو، ونخبر القلق الأخلاقي عندما نعاقب أو نهدد للتعبير عن دفعات الهو، كما أن أحداث الحياة السلبية المبكرة Early Life Events ترتبط اضطرابات القلق المعمم بالتعلق غير الأمن بين الطفل ووالديه في مرحلة الطفولة. (Safren et al., 2002).

• الفوبيا الاجتماعية Social Phobia

الفوبيا الاجتماعية هي مخاوف مرضية مستمرة وحادة ولا عقلانية وتحدث للمريض الارتباك والشعور بالإحراج من تلك المواقف (Bruce & Saeed, 1991) فالطفل المصاب بالفوبيا الاجتماعية عادة ما يتلجلج ويحمر وجهه وأذناه، ويختفي البعض خلف المقاعد أو الستائر أو المناضد عند مواجهة الغرباء بالرغم من أنهم طبيعيون جداً بين ذويهم داخل المنزل. ويصبح الطفل منسجماً اجتماعياً مرتبكاً خجولاً عندما يكون في صحبة اناس غير مأوفين له، ويصبح قلقاً عندما تفرض عليه الظروف أن يتفاعل مع غرباء وعندما يكون قلقه الاجتماعي شديداً، يصمت لدرجة يظن معها أنه لا يستطيع الكلام رغم مهاراته الكلامية الطبيعية. (محمود حمودة، ١٩٩١، ١٨٩)

وتبلغ معدلات انتشار الفوبيا الاجتماعية ١٣٪ لدى الأفراد في المجتمع (Compton et al., 2000)، وتبلغ معدلات انتشاره خلال سنة واحدة في عينات مجتمعية ٧.٩٪. (Bruce & Saeed, 1991)

وترجع أسباب اضطرابات الفوبيا الاجتماعي إلى العوامل البيولوجية: فقد أُجريت العديد من الدراسات لمعرفة دور العوامل البيولوجية في التسبب بالرهاب الاجتماعي. وفي ضوء العوامل النفسية والاجتماعية فقد فسّر فرويد في نظريته للتحليل النفسي الرهاب بأنه يعود إلى استخدام دفاعات الأنا ضد الحوافز الأوديبيية المحرمة، وخوف الخصاء بواسطة النقل والتجنب أي أن الخوف انتقل في هذه الحالة من الحوافز إلى مواقف معينة وتبعه تجنب لهذه المواقف، أما النظرية السلوكية فتفسر الرهاب بأنه يعود إلى خوف حقيقي حدث في الماضي نشأ عن مثير مخيف فعلاً، وصاحب هذا المصاحبة لعدة مرات تم ترابط المثيرين معاً، فأصبح ما يثيره أحدهما يثيره الآخر، ثم أصبح المثير غير المخيف وحده مرتبطاً بالخوف وباعتماداً له بعد ذلك (عبد الكريم الحجاوي، ٢٠٠٤، ٢٧٨)

• المخاوف المحددة Specific Fears

تتمثل المخاوف المحددة في اضطراب القلق المتميز بالخوف والتجنب لمواقف أو أشياء محددة (نوعية)، وكان يسمى في السابق المخاوف المرضية البسيطة في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للأمراض العقلية، والفوبيا خوف مبالغ فيه من أشياء محددة أو مواقف بعينها.

وتبلغ معدلات انتشار المخاوف المرضية المحددة بنسبة ٢.٤٪ للأطفال فوق سن الحادية عشرة من العمر (Anderson et al., 1987) بينما كانت ٣.٦٪ للأعمار ما فوق (١٥) سنة. (Costello & Angold, 1995)

وترجع أسباب حدوث المخاوف المرضية المحددة إلى استعداد وراثي (Seligman, 1971) أما الاتجاه السيكودينامي فيرى أن المخاوف هي طريقة لنقل القلق العصابي من داخل النفس وبطريقة لا شعورية إلى مصدر خارجي محدد أو

د. عادل غنايم & د. السيد الشربيني & د. أسامة فاوق ————— بعض اضطرابات القلق والاكتئاب

موقف معين (محمد السيد، ٢٠٠٠ - ٢٤٩). ويؤدي التعلم الشرطي الإجرائي إلى تكوين بعض الاستجابات الفوبية، فقد أشار جرازيانو وآخرون (Graziano et al 1979,806) إلى دور التعزيز الاجتماعي المتمثل في الانتباه والالتفاف من جانب الوالدين لسلوك الطفل، من الممكن أن يكون مصدراً هاماً لتكوين المخاوف لدى أطفالهم، ويعتقد عالم السلوك ألبرت بندورا أنه يمكن التعلم مباشرة من خلال ملاحظة الآخرين أو ما يسمى التعلم بالنيابة أو العوض. كما يرجع إلى النقد والتوبيخ الزائد ربما يقود الأطفال إلى الشعور بالخوف، يشعر الأطفال بأنهم لا يمكن أن يعملوا شيئاً بشكل صحيح ويبدون بأنهم يتوقعون النقد ولذلك فإنهم يخافون ويتذللون، إن التهديد المستمر على الأخطاء يقود إلى الخوف والقلق (شيفر، مليمان، ٢٠٠٦، ٩٦)

ثانياً: اضطرابات الاكتئاب Depressive Disorders

يعرف (عبد المنعم الحفني، ١٩٩٤، ٢٠٦) الاكتئاب بأنه " اضطراب يتمثل في صعوبة التفكير، وكساد في القوي الحيوية والحركية، وهبوط في النشاط الوظيفي، ويكون له أعراض أخرى كتوهم المرض، وتوهم الاضطهاد، وأوهام اتهام الذات، والهلوسة، والاستثارة".

كما يعرف (محمد محروس ومحمد السيد، ١٩٩٨، ٣٠٧ - ٣٠٨) الاكتئاب بأنه يشير إلى " زملة إكلينيكية تشتمل على انخفاض الإيقاع المزاجي، ووجود مشاعر الاستياء المؤلم، وصعوبة التفكير مع معاناة للجهاز العصبي للفرد، والشعور بالإثم مصحوباً بنقص ملحوظ في الإحساس بالقيمة الشخصية والنشاط النفسي الحركي بل والنشاط العضوي أيضاً".

ويعرفه كل من (عبد الستار إبراهيم وعبد الله عسكر، ١٩٩٩، ٧٨) بأنه " يصف خبرة وجدانية ذاتية قد يطلق عليها إما حالة مزاجية أو انفعالية قد تكون عرضاً

لاضطراب بدني أو عقلي أو اجتماعي ، كما يشير أيضاً إلى مجموعة أعراض
فسيولوجية وسلوكية ومعرفية إلى جانب الخبرة الوجدانية".

ويعتبر الاكتئاب من أكثر الأمراض النفسية انتشاراً حيث تقدر إحصائيات
منظمة الصحة العالمية عدد مرض الاكتئاب في العالم بما يزيد على ٥٠٠ مليون
إنسان، وتشير بعض هذه الإحصائيات على أن نسبة انتشار الاكتئاب تصل إلى نسبة ٧٪
من إجمالي سكان العالم ، ومن المتوقع أن تزداد النسبة إلى ١٠٪ في خلال أعوام قليلة ،
وتشير منظمة الصحة العالمية إلى إحصائية أجريت في عام ١٩٩٤ إلى أن نسبة حالات
الاكتئاب تصل إلى ١٨٪ ، وهذا الرقم يعنى أن هؤلاء الأشخاص قد أصيبوا بالاكتئاب
في مرحلة ما من مراحل حياتهم ، ثم تضيف نسبة ٤.٦٪ منهم كحالات الاكتئاب
الشديدة ، نسبة ٧.٧٪ كحالات اكتئاب متوسط ، نسبة ٥.٧٪ كحالات اكتئاب بسيط
(لطفى الشربيني، ٢٠٠١، ٣٣)

تصنيفات اضطرابات الاكتئاب:

يمكن تصنيف اضطرابات الاكتئاب على النحو التالي:

• الاكتئاب الرئيس والاكتئاب المتكرر Major Depression & Recurrent Depression

يعرف (أحمد عكاشة، ٢٠٠٣) الاكتئاب على أنه "اضطراب وجداني يتميز
بمزاج سوداوي ، وإحساس بعدم الرضا ، وعدم القدرة على الإتيان بالنشاط السابق ،
والياس في مواجهة المستقبل ، وفقدان القدرة على النشاط ، ووجود صعوبة في
التركيز، والشعور بالإرهاق التام مع اضطراب في النوم والشهية للطعام.

يعرف (أحمد عكاشة، ٢٠٠٣) الاكتئاب المتكرر على أنه "هو اضطراب يتميز
بنوبات متكررة من الاكتئاب، كما هي موصوفة في نوبة اكتئابية دون تاريخ لنوبات
مستقلة من ارتضاع المزاج وفرط النشاط (هوس). ومع ذلك فقد تكون هنا كنوبات
قصيرة من ارتضاع المزاج أو فرط النشاط الخفيف، (هوس خفيف) تعقب النوبة

د. عادل خنايم & د. السيد الشربيني & د. أسامة فاوق ————— بعضه اضطرابات القلق والأنتان.

الاكتئابية مباشرة، والتي تنشأ أحياناً بواسطة علاج الاكتئاب. وتشارك الأشكال الشديدة من اضطراب الاكتئاب المتكررة في سماتها مع المفاهيم المبكرة للاكتئاب مثل اكتئاب الهوس الداخلي، وقد تحدث النوبة الأولى في أي عمر بداية من الطفولة حتى الشيخوخة، وقد تكون البداية حادة أو تدريجية، كما تتراوح المدة بين بضعة أسابيع وشهور كثيرة ولكنها تتكرر بمعدل أق".

وترتفع معدلات انتشار الاكتئاب الرئيس لدى الإناث عنه لدى الذكور، وترجع هذه الفروق إلى الفروق بين الجنسين في الفروق الهرمونية، وتأثيرات ميلاد الطفل والضغوط النفسية المختلفة لكل من الذكور والإناث (Sadock & Sadock, 2008, 201)

وفي دراسة حديثة واسعة المجال أجريت على ما يزيد على ثمانية آلاف راشد كان معدل انتشار نوبات الاكتئاب الأساسي حوالي ٨٪ للرجال، ١٣٪ للنساء، ومعدل انتشار الاكتئاب الأساسي على مدار الحياة كانت ١٢.٧٪ للرجال، ٢١.٣٪ للنساء. (محمد السيد، ٢٠٠٠، ٣٣٦)

وتتعدد النماذج المفسرة للاكتئاب، فيركز النموذج الوراثي في نشأة الاكتئاب على الاستعداد الوراثي لدى الفرد (Katona&Robertson, 2005) يرجع النموذج الكيميائي الحيوي نشأة بعض جوانب الاكتئاب إلى الاضطراب في توازن البوتاسيوم والصوديوم عند المكتنبيين، ووجود قصور في العناصر الكيميائية في المخ وبخاصة توزيع العناصر الأمينية، وهي عبارة عن موصلات عصبية وتشمل أنواعاً منها الدوبامين، والسيروتينين، والنوريبيبتيرين (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨، ١٠٤ - ١٠٥)

بينما يشير النموذج التحليلي النفسي إلى أن الأعراض الاكتئابية ترتبط بتقدير للذات منخفض، وبخبرات الفقد. كما يرجع إلى اضطراب العلاقة بين الأم وطفلها الرضيع أثناء المرحلة الضميمة (الفترة من ١٠ إلى ١٨ شهر) ويؤدي ذلك إلى تهيئته للتعرض للاكتئاب فيما بعد (Sadock & Sadock, 2003, 539) ويفسر النموذج النفسي- الاجتماعي أسباب حدوث الاكتئاب بفقدان العلاقات

البيشخصية ، والتي تعرض الشخص للضغوط النفسية ، والتي اضطراب العلاقات الزوجية ، والظروف الصحية للوالدين ، أو فقد الوالد قبل مرحلة البلوغ.

• الاضطراب الاغتمامي (اضطراب القنوط او الجزع) **Dysthymic Disorder**

يستغرق حدوث الاضطراب الاغتمامي فترة زمنية لا تقل عن عامين ، غالباً بدون بداية واضحة ، وتبدو الأعراض: المزاج المكتئب ، أو فقد الاهتمام أو السرور في كل أو معظم الأنشطة الاعتيادية للفرد ، والأعراض غالباً لا تكون بدرجة كافية تقابل محكات الاكتئاب الأساسي (Kaplan & Sadock, 1998)

وتتراوح معدلات انتشار هذا الاضطراب ما بين ٥ % إلى ٦% لكل الأفراد ، وهو أكثر شيوعاً بين هؤلاء الذين ينتمون إلى مستويات دخل منخفضة ، ويتواجد بتكرار مع الاضطرابات النفسية لاسيما اضطراب الاكتئاب الأساسي (Sadock & Sadock, 2008, 226)

ويرجع حدوث الاضطراب الاغتمامي إلى الوراثة ، كما يعزي إلى الضغوط النفسية المزمنة ، كما أنه يتواجد مع الاضطرابات النفسية والبدنية الأخرى مثل: (تعاطي الكحوليات والعقاقير الطبية، اضطرابات القلق) (NIMH, 2001)

ثالثاً: المهارات الاجتماعية Social Skills

يرى (جمال الخطيب ومني الحديدي، ٢٠٠٤، ٥٦- ٥٧) أن المهارات الاجتماعية تتبوا مكانة بالغة الأهمية في البرامج التدريبية لجميع الأطفال المعاقين ، وتعكس المهارات المتضمنة في هذا الجزء الحقائق المتصلة بالارتباط والانفصال ، ويوجه عام فالسلوك الاجتماعي هو أي سلوك يتواصل الطفل من خلاله مع أي شخص آخر ، والسلوك الاجتماعي قد يكون ايجابياً (يسهل التفاعل الاجتماعي ويشجعه) أو سلبياً (يعيق التفاعل الاجتماعي).

تعريف المهارات الاجتماعية

لقد اختلف الباحثون المهتمون بعلم النفس في تناولهم لمفهوم المهارات الاجتماعية، وأسفر ذلك عن وجود العديد من التعريفات للمهارات الاجتماعية لدى الأطفال المعاقين ونستعرض بعض هذه التعريفات كما يأتي :

تعرف (سعدية بهادر، ١٩٩٢، ٢٦) المهارة على أنها حركات متتابعة متسلسلة يتم اكتسابها عادة عن طريق التدريب المستمر، وهي إذا ما اكتسبت وتم تعلمها أصبحت عادة متأصلة في سلوك الطفل حيث يقوم بها دون سابق تفكير في خطواتها أو مراحلها. ويعرفها كل (Korinek&Polloway, 1993) على أنها سلوكيات محددة تسهل التفاعل بين الأشخاص مؤدية إلى الكفاءة الاجتماعية، والتي تُرعى على أنها إظهار لتلك المهارات في أوقات وأماكن صحيحة من خلال الإدراك الاجتماعي، والمعرفة والحكم لضبط السلوك لمقابلة تلك المواقف المختلفة.

ويعرفها (صالح هارون، ١٩٩٦، ٥٧) بأنها تلك "القدرات الخاصة التي تجعل الطفل قادراً على الأداء بكفاءة في أعمال اجتماعية خاصة بتبادل العلاقات الشخصية مع الآخرين، وأداء الأعمال من خلال المواقف المختلفة".

كما تعرفها (سحر خير الله ، ٢٠٠٥ ، ٨٦) بأنها "عبارة عن سلسلة متصلة ومتكاملة من الأنماط السلوكية ، والوجدانية ، والمعرفية ، كل منها يؤثر في الآخر ، ويسر اكتساب مهارة اجتماعية أخرى أكثر تعقيداً من السابقة ، حيث تبدأ بتدريب الطفل وإكسابه المهارات الأساسية في حياته اليومية لكي تمكنه من الاعتماد على النفس في أهم ضروريات الحياة من (ارتداء الملابس وخلعها ، تناول الطعام والشراب ، والحفاظ على النظافة الشخصية) وذلك في وجود الآخر ، مما يؤدي إلى ثقة الطفل بنفسه ، كما يساعده على التواجد مع الآخرين والتفاعل معهم ومشاركته وتعاونه معهم ، وذلك في محيط تفاعله الاجتماعي ، وهذه الأنماط السلوكية تصل إلى درجة الإتقان عن طريق التدريب والممارسة.

وعرفها (عبد العليم شرف، ٢٠٠٨، ٣٠٠) بأنها "القدرة على إقامة علاقات اجتماعية ايجابية مع الآخرين ، وإتباع الأفراد للسلوكات المناسبة، انطلاقاً من وجود علاقة ايجابية بين معدلات السلوك الذي يظهره الفرد وإدراكه للتعزيز الايجابي والسلبى".

أهمية المهارات الاجتماعية للأطفال التوحدين:

❖ يأتي اضطراب التوحد في مقدمة الفئات الخاصة التي تحتاج إلى رعاية وتعليم، وتنمية قدراتهم ومهاراتهم ، وتقوية سلوكهم من أجل التمهيد لعودتهم مرة أخرى للتفاعل مع أقرانهم العاديين، والانصهار في بوتقة المجتمع (عادل عبد الله، ٢٠٠١، ٤٢).

❖ تلعب المهارات الاجتماعية دوراً هاماً في الأداء الأكاديمي.

❖ تُمكن المهارات الاجتماعية الفرد من التوافق أو الاستجابة للمنبهات البيئية المعقدة.

❖ تساعد الفرد على مواجهة الضغوط الناشئة عن المواقف ، وتجنب الصراعات بين الأفراد.

❖ تتضمن المهارات الاجتماعية تبادل المعلومات في إطار العمل التعاوني الجماعي لتزويد الأعضاء بالمساندة والتشجيع ، فالأعضاء يستقبلون التغذية الراجعة لنجاحهم في استخدام هذه المهارات.

❖ تؤدي العلاقات الاجتماعية الفقيرة إلى التعرض إلى الكثير من الاضطرابات ، والقصور في المهارات الاجتماعية اللفظية الوظيفية ، وتدني في القدرة على أداء الأنشطة المعيشية اليومية ، والتغير في نمط السلوك والنوم.

❖ يرتبط القصور في المهارات الاجتماعية بالمشكلات مثل : العدوان ، العزلة الاجتماعية ، والقلق والاكتئاب (Lewinsohn, 1974 ; Minde, 1992).

- ❖ تفتيد المهارات الاجتماعية الأطفال في التغلب على مشكلاتهم.
- ❖ اكتساب الأطفال المهارات الاجتماعية يساعدهم في إشباع الحاجات النفسية.
- ❖ يساعد اكتساب الأطفال المهارات الاجتماعية على تحقيق أكبر قدر من الاستقلال الذاتي والاعتماد على النفس (سعدية بهادر، ١٩٩٢، ٣٠).
- ❖ يتضمن التطور الاجتماعي للأطفال التوحديين عدداً من المظاهر المميزة ، فيظهرون نقصاً في سلوك الصداقة أو المودة وإخفاقاً نسبياً في الروابط الاجتماعية ، وهذا يبدو واضحاً في السنوات الخمس الأولى من عمرهم بعكس الأطفال العاديين، كما أن الأطفال التوحديين لا يميلون لإتباع أهلهم داخل وخارج المنزل، إضافة إلى أنهم لا يبادرون إلى تحييتهم ولا يقومون بالمعانقة قبل الذهاب إلى النوم ، وبعد سن الخامسة تتمثل أهم مشكلات الطفل التوحدي في عدم المشاركة في اللعب الجماعي ، وفي الإخفاق في فهم مشاعر الآخرين العاطفية (لينا صديق، ٢٠٠٥، ٣١).
- ❖ الكثير من الأطفال التوحديين منعزلون ولا يحبون التفاعل الاجتماعي ، ولكنهم في الحقيقة أنهم لم يتعلموا كيف ينخرطون بالتفاعل الاجتماعي ، لذلك ينبغي تدريب الأطفال التوحديين على المهارات الاجتماعية في عمر مبكر ، حيث أنه من الأمور المهمة التي يجب على القائمين على رعايتهم ضرورة الاهتمام بها ، لأن ذلك يساعدهم في المستقبل إلى الوصول إلى أقصى درجات الاستقلالية والاندماج في المجتمع (وفاء الشامي، ٢٠٠٤، ٧٦).

المهارات الاجتماعية لدى التوحديين

ننقل المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين فيما يلي:

- ❖ يفترق الطفل التوحدي إلى الملامح الخاصة بالطفل الرضيع بسرعة كبيرة. كما أن مظهر هؤلاء الأطفال يتباين بدرجة كبيرة ، وغالبية العلاقات الاجتماعية تُبنى على اتصال العين. والطفل التوحدي يتطلع إلى الأشياء

ويراها جيداً إلا أن هذا الاضطراب (فقد الاتصال بالعين) يتضح جلياً عندما يتحدث إليه الآخرون (Frith, 1989, 68-69)

❖ تظهر المهارات الاجتماعية من الميلاد حتى ١٨ شهر من خلال تجنب الطفل التوحدي التواصل البصري، ويقاوم الاحتضان من قبل مقدم الرعاية، ويبتسم متأخراً أو لا يبتسم، يرفض الجهود لإراحته، وتصلب أو انقباض الجسم عند حمله، غير مهتم بالألعاب الأطفال، وفي ١.٥ إلى ٤ سنوات، يتجنب التواصل البصري، ويرفض الجهود لإراحته ويفضل اللعب وحده، ويفتقر إلى مهارات التقليد، ويبدو غير مدرك للأفراد الآخرين، وفي ٤ سنوات فأكثر يفتقر إلى مهارات التقليد، يقاوم العاطفة الجسمية، والافتقار إلى استجابات اجتماعية وانفعالية مناسبة (إبراهيم الزريقات، ٢٠٠٤، ١٨٢). وتستمر هذه السمات في مراحل الطفولة الوسطى والمتأخرة.

❖ يشير (محمود حمودة، ١٩٩١، ٩٨) إلى أن الصورة الإكلينيكية للطفل التوحدي أنه طفل يتسم بخلل في التفاعل الاجتماعي، حيث يفشل في تنمية علاقات مع الأشخاص، ويعاني من نقص الاستجابة للآخرين والاهتمام بهم، ويظهر ذلك في عدم دفء العناق معه، ونقص التواصل بالعينين والوجه، وعدم التمايز أو كراهية العواطف والتلامس الوجداني، ويرتبط الطفل ميكانيكياً بشخص بعينه، وأحياناً يكون ارتباط بعض هؤلاء الأطفال بوالديهم غريباً، مثل: الطفل الذي يبدو أنه يتعرف على والدته أساساً عن طريق الشم.

❖ أبرزت نتائج كثير من الدراسات وجود قصور واضح في المهارات الاجتماعية لدى الأفراد التوحدين فقد أبانت نتائج دراسة جونز-ليز- لوبز وكامبس (Gonzalez-Lopez & Kamps, 1997) عن ان الأطفال التوحدين لديهم قصور واضح في المهارات الاجتماعية والتي شملت الأقران/الراشدين مثل: صعوبة الاتصال بالعينين، واستخدام اللغة الجسمية غير اللفظية، الاشتراك في الألعاب التعاونية، البدء بالتواصل مع الآخرين أو

الاستمرار في التواصل معهم، أو الاستجابة على نحو مناسب للمحادثات، وتطوير الصداقات مع الآخرين، والتفاعل الاجتماعي.

❖ أما نتائج دراسة نوت وآخرون (Knott et al.,2006) فقد انتهت إلى أن تقدير الأطفال التوحديين لأنفسهم يكون دون المتوسط بأكثر من انحراف معياري في المهارات الاجتماعية، والكفاءة الاجتماعية، وقدر والدي الأطفال التوحديين أبنائهم التوحديين على أنهم أقل في المهارات الاجتماعية.

❖ انتهت نتائج دراسة كل من ماسنتاش ودسانيك (Macintosh & Dissanayake, 2006) إلى وجود قصور دال إحصائياً في قدرة الأطفال التوحديين على التفاعل الاجتماعي، وفي مهارة ضبط الذات، وذلك عند مقارنتهم بنظرائهم من الأقران العاديين. كما توصلت نتائج دراسة ريف وآخرون (Reeve et al.,2007) إلى شيوع قصور المهارات الاجتماعية لدى المتخلفين عقلياً والتوحديين.

رابعاً: التوحد Autism

يرجع الفضل إلى كانر (Kanner, 1943) الذي ولد في الفترة ما بين (1894-1981) وفي عام 1943 م، نشر كانر دراسة وصف فيها 11 طفلاً اشتركوا في سلوكيات لا تتشابه مع أي اضطرابات عرفت آنذاك. ولذا اقترح إدراج هذه السلوكيات تحت وصف تشخيصي جديد ومنفصل أطلق عليه اسم التوحد الطفولي وبهذه الدراسة، وهذا التشخيص ابتداء تاريخ التوحد.

تعريف التوحد

يعرف (عمر بن الخطاب، 2001) التوحد على أنه " إعاقة في النمو، ينتج عنها تغيير هيكلي أو كيميائي عصبي في أداء الجهاز العصبي المركزي، وهو اضطراب يظهر منذ الولادة ويعاني الأطفال المصابون بتلك الحالة من عدم القدرة على الاتصال بأي شكل من الأشكال بالآخرين، وكذلك ضعف أو انعدام وجود اللغة لديهم خصوصاً في

مراحل العمر الأولى، ويتميز أطفال هذا الاضطراب بالسلوك النمطي، ومقاومة اي تغيير في البيئة من حولهم".

ويعرف (محمد عدنان، ٢٠٠٧، ٧) التوحد على أنه "عجز يعمق تطوير المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي وغير اللفظي، واللعب التخيلي والإبداعي وهو نتيجة اضطراب عصبي يؤثر على الطريقة التي يتم من خلالها جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ مسببة مشكلات مع الأفراد، وعدم القدرة على اللعب، واستخدام وقت الفراغ، وعدم القدرة على التصور البناء والملائمة التخيلية".

معدلات انتشار التوحد

قدر رابن (Rapin, 1997) حدوث التوحد باتساق ما بين ١ - ٢ لكل ١٠٠٠ حالة، وقد لخص هومبون (Fombonne, 1998) نتائج الكثير من الدراسات لعينة بلغ قوامها ٤ مليون طفل وقدر حدوث التوحد ما بين ٤.٦- ٥.٥ لكل ١٠٠٠٠. أما رابن وكاتزمان (Rapin & Katzman, 1998) فقدرا معدل انتشاره ما بين ١ - ٢ شخص لكل ١٠٠٠. تشير منظمة الصحة العالمية (WHO, 2003) إلى أن معدلات انتشار التوحد يبلغ ٦ لكل ١٠٠٠ في العالم. انتهت نتائج دراسة هومبون (Fombonne, 2003) من خلال تحليل ٣١٢ مسح أجري في ١٣ قطر إلى أن معدل انتشاره بلغ ١٠ حالات لكل ١٠ آلاف طفل. ومعدلات انتشار اضطراب التوحد لدى الذكور تفوق انتشارها لدى الإناث بحيث تتراوح النسبة (٤ : ١) (Fombonne, 2005)

تشير الدراسات العلمية إلى أن التوحد حالة قد يعاني منها الأطفال من كافة الشرائح الاجتماعية بصرف النظر عن المتغيرات المعرفية والاقتصادية والاجتماعية، أو الأصول المعرفية (أسامة هاروق، السيد الشربيني، ٢٠١١)

سمات التوحد

بيدي التوحديون السمات التالية:

• السمات الجسمية

أشارت نتائج دراسة دومونيتيفا وآخرون (Dementieva et al., 2005) إلى أن محيط الرأس للطفل التوحدي كان طبيعي، ونمو محيط الرأس كان نمواً سريعاً في العام الأول. وتعد المشكلات السمعية احدي المشكلات الصحية التي يعاني منها الشخص التوحدي، فالكثير من التوحديين يعانون من مشاكل في الأذن. كما يعاني بعض هؤلاء الأطفال من قصور في اللمس، وهذا ما كشفت عنه نتائج دراسة برنيك وآخرون (Baranek et al., 1997) حيث وجد قصور في اللمس بلغ نسبته ٨٠٪ لدى الأطفال التوحديين، وبلغ لدى الراشدين التوحديين ٧٠٪. كما يوجد العديد من الأطفال التوحديين الذين يستجيبون بشدة للطعم (التذوق) والروائح، وقد لا يبدو عليهم الوعي بطعم العديد من الأشياء أو الأكلات أو الروائح في بيئاتهم (سعد رياض، ٢٠٠٨، ١٩)

• السمات السلوكية :

يمكن تحديد السمات السلوكية لدى الأطفال التوحديين فيما يأتي:

- ١- يبدي ثلثي الأطفال التوحديين اضطرابات في النوم (Richdale, 2001). ووفقاً لتقارير الوالدين فإن معدلات انتشار اضطرابات النوم لدى التوحديين تتراوح ما بين ٩٪ إلى ٥٠٪ شملت: الأرق، وفترط النوم النفسي المنشأ، واضطرابات النوم المرتبط بالتنفس.
- ٢- يرفض التوحدي مضغ الطعام الصلب، ولا يأكل أو يشرب إلا ما اعتاد عليه فقط كما يأكل مواد غير صالحة للأكل مثل: التراب، والحجارة، والزجاج، والدهان. ومشكلة المزاجية المفترطة إما في الإصرار على تناول طعام

معين أو الإصرار على أن يقدم الطعام، ويرتب بنفس الطريقة على السفرة
(بطرس حافظ، ٢٠٠٧، ١٧٩ - ١٨٠)

٣- تبلغ معدلات انتشار اضطراب سلس التغوط وفقاً لدراسة (Salovilita, 2002) لدى الأطفال المعوقين المقيمين بإعاقات متوسطة ٦%، بينما كان ١٦% لدى المعوقين المقيمين بإعاقات شديدة الدرجة، و ٤٥% لدى المعوقين المقيمين بإعاقات عميقة (في: أسامة فاروق، السيد الشرييني، ٢٠١١)

٤- ينتشر السلوك العدواني وسلوك إيذاء الذات لدى الأفراد التوحديين (Holden & Gitlesen, 2006) فتشير الأبحاث إلى أن معدلات المشكلات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال التوحديين صغار السن كانت تتمثل في نوبات الغضب، تأرجح المزاج، العدوان، إيذاء الذات، وسرعة الغضب (Lecavalier, 2006) والسلوك العدواني Aggression سلوك ينطوي على شيء من القصد أو النية يأتي بها الفرد في مواقف الغضب والإحباط التي يعاق فيها إشباع دوافعه أو تحقيق رغباته ، تجعله يأتي من السلوك ما يسبب أذى له وللآخرين، والهدف من ذلك السلوك تخفيف الألم الناتج عن الشعور بالإحباط.

٥- السلوك النمطي والطقوس Stereotyped and Ritualistic Behavior تعتبر كل من السلوك النمطي والطقوسي من السلوكيات الملاحظة على العديد من الأفراد المصابين بالتوحد ، وقد يكون عدوانياً موجهاً للآخرين أو إيذاء الذات. وفي الحقيقة فإن المشكلات السلوكية المرتبطة بالتوحد هي مشكلات رئيسة، وفي الكثير من حالات التوحد الشديدة فإن المشكلات السلوكية تكون دائمة وتعيق بشدة الفرصة المتاحة للطفل لتعلم والتفاعل الاجتماعي (إبراهيم الزريقات، ٢٠٠٤، ٣٩)

❖ أرجحه الجسم للأمام والخلف أو أرجحه يميناً أو يساراً بالارتكاز على احدي القدمين بالتناوب.

❖ الانشغال باللعب بالأصابع أو أحد أعضاء الجسم أو لوي خصلات الشعر.

❖ حركات لا إرادية باليد لإثارة الذات ومنها ررفة اليدين أو لف اليدين بانتظام بالقرب من العينين، الطرق بإحدى اليدين على رسع اليد الأخرى.

❖ السير على أطراف الأصابع أو المشي بطريقة ما كأن يسير إلى الأمام خطوتين وإلى الخلف خطوتين، أرجحة الأرجل أثناء المشي، الضرب بالقدمين على الأرض، الدوران حول نفسه باستمرار دون إحساس بالدوخة أو الدوار (سميرة السعد، ١٩٩٢، طارق عامر، ٢٠٠٨، ٦٥، عثمان فراج (١٩٩٤،

❖ التحديق في لبة الكهرياء أو شيء في الغرفة، ورعشة العين المتكررة، وتحريك الأصابع أمام العين، وتقليب الكتفين، والنظر باستمرار أو صمت في الفضاء أمامه.

❖ إحداث صوت معين باستمرار، سد الأذن بالإصبع.

❖ الحك، مسح الجسم باليد أو بشيء محدد.

❖ دحرجة الجسم، تقليب الجسم موضعياً من الرأس إلى القدمين، تقليب الجسم من جانب إلى آخر.

❖ عض القلم أو המחاة باستمرار، وضع الإصبع أو شيء في الفم لحس أو لعق الأشياء.

❖ شم الأشياء أو شم الناس (محمد زياد، ٢٠٠١، ١١)

❖ يظهر الطفل سلوكيات لا إرادية مثل رقرقة اليدين، وهز الجسم ذهاباً وإياباً.

❖ يظهر الطفل قصوراً واضحاً في دافعيته إزاء المثيرات الموجودة في البيئة المحيطة به.

❖ يميل التوحيديون إلى انتقاء مثير محدد بصورة مفرطة.

❖ يفضل التوحيديين أن تسيّر الأمور على نمط محدد دون تغيير، ويشعرون بقلق زائد عند محاولة تغيير نمط محدد قد تعودوا عليه.

• السمات اللغوية

أظهرت نتائج دراسة زكيان وآخرون (Zakian et al., 2000) أن الأطفال الرضع من الميلاد حتى ٨ شهور، ومن ٩ - ١٧ شهر، ومن ١٨ - ٢٤ شهر، يفسلون في إنتاج أصوات ما قبل اللغة. أسفرت نتائج دراسة وثريي وآخرون (Wetherby et al., 1988) عن أن الأطفال التوحيديين صغار السن يبدون قصوراً في المقاطع، وإنتاج متزايد للتلفظ الشاذ (الارتعاش في الغناء أو العزف، الطقطقة والهدير) وهذا التلفظ قبل اللفظي يظهر قصوراً في التلفظ الصوتي الشاذ. إن الأطفال التوحيديين الرضع من الميلاد حتى ١٨ شهر يفترقون إلى التواصل غير اللفظي Non Verbal Communication فصغار الأطفال منذ بداية حياتهم، التواصل مع الغير من خلال طرق غير الكلام. وأول شكل من هذا التواصل يتم من خلال البكاء. ومع مرور الوقت، يتعلم الطفل الطبيعي تغيير نغمة بكائه بناء على حاجته، فتعرف أمه بالتالي ما يريد، أما الأطفال التوحيديون فهم غير ذلك (وفاء الشامي، ٢٠٠٤، ١٩٠)

ومن أهم اضطرابات تعلم اللغة الشاذة: ذاكرة سمعية جيدة للأغاني المتعلمة حرفياً، والأحرف والأرقام، فهم الكلمات المفردة وخصوصاً الأسماء أفضل من فهم الجمل، والشذوذ الملحوظ في شكل أو محتوى الكلام بما في ذلك كلام نمطي وتكراري، واستعمال خاص للكلمات والجمل، تعلم لغة تعبيرية بطريقة شاذة، وتكون على شكل مصاداة بدون فهم المعنى (إبراهيم الزريقات، ٢٠٠٤، ٨١ - ٨٢).

د. عادل غنایم & د. السید الشریز & د. أسامة فاروق ————— بعض اضطرابات القلق والانتاب

• السمات المعرفية والتعليمية

يستكشف الأطفال التوحديون البيئة المحيطة من خلال الحواس التذوق والشم واللمس والأصوات بشكل أطول من أقرانهم العاديين، وبدون ادراكات مناسبة فإن هؤلاء الأطفال لديهم افتقار في القدرة على التقليد والتعليم من عالمهم وبالنتيجة فقد يفتقدون مهارات كلامية واجتماعية حركية كبيرة وصغيرة هامة، قد يؤدي عدم القدرة على استقبال رسائل دقيقة من البيئة بالطفل التوحدي إلى الهيجان والبكاء لساعات طويلة (إبراهيم الزريقات، ٢٠٠٤، ١٧٩).

وتتمثل هذه السمات المعرفية لدى التوحديين في القدرة على التذكر، فيتذكر بعض الأطفال التوحديين المقاطع الكاملة من الأحداث التي يسمعونها، بينما يلقي الأطفال الآخرين أناشيد في الروضة وقصائد شعرية بدون أي أخطاء. والكثير منهم بشكل خاص يتعرفون على أجزاء من قطع موسيقية. ويلاحظون حدوث تغيرات طفيفة في الحجرة مثل ترتيب الكتب على الأرفف أو وضع منفضة السجائر على المائدة (الروتين)، ويمكن تذكر المعلومات المخزنة بصورة دقيقة (Lewis, 1987, 142).

تحديد المصطلحات

يمكن تحديد مصطلحات الدراسة على النحو التالي:

القلق Anxiety

يعرف (سبيلبيرجر وآخرون، ١٩٩٢، ٦) القلق بأنه " انفعال غير سار وشعور مكرر بتهديد أو هم مقيم أو عدم راحة أو استقرار مع الإحساس بالتوتر الشديد ، وخوف دائم لا مبرر موضوعي له ، وغالباً ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول ، مع استجابة مسرفة لواقف لا تتضمن خطراً حقيقياً ، والاستجابة لواقف الحياة العادية كما لو كانت ضرورات ملحة أو طوارئ". وتنقسم اضطرابات القلق إلى :

تعريف القلق المعمم

يعرف القلق المعمم على أنه "التوتر وانشغال البال لأحداث عديدة لأغلب اليوم، ولمدة لا تقل عن ستة أشهر ويكون مصحوباً بأعراض جسمية كتوتر العضلات، والشعور بعدم الطمأنينة، وعدم الاستقرار، وبضعف التركيز، والشعور بالإعياء وهذه الأحاسيس كثيراً ما تؤثر على حياة المريض الأسرية والاجتماعية والعملية" (سمير بقيون، ٢٠٠٧، ٧١).

الفوبيا الاجتماعية

هو الخوف من الوقوع محل ملاحظة من الآخرين مما يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية، وعادة ما يصاحب المخاوف الاجتماعية العامة تقييم ذاتي منخفض وخوف من النقد، وقد يظهر على شكل شكوى من احتقان الوجه أو رعشة باليد أو غثيان أو رغبة شديدة في التبول ويكون المريض مقتنعاً أن واحدة من هذه المظاهر الثانوية هي مشكلته الأساسية وقد تتطور الأعراض إلى نوبات هلع (أحمد عكاشة، ٢٠٠٣).

المخاوف المحددة

في المخاوف المحددة فإن الأفراد يبدون مخاوف لا عقلانية وحادة من موضوعات أو مواقف محددة ويحاولون تجنبها بدرجة كبيرة، المخاوف المرضية تتضمن الخوف من: الحيوانات، والعواصف، والكباري، والتقيؤ، أو الخوف من الأماكن المرتفعة، والخوف من الرعد، والظلام، والطيران، والأماكن المغلقة، والمراحيض العامة، ومنظر الدم، والخوف من السير في الأنفاق، والأصوات المرتفعة.

وتتحدد اضطرابات القلق إجرائياً بالدرجات التي يحصل عليها الأطفال التوحديين على مقاييس اضطرابات القلق (القلق المعمم، الفوبيا الاجتماعية، المخاوف المحددة) في الدراسة الحالية.

الاضطرابات الاكتئابية:

يقصد بالاضطرابات الاكتئابية عدم مناسبة الانفعال سواء من حيث شدته أو من حيث نوعه للموقف الذي يعايشه الفرد، وعلي هذا فسوف نجد العديد من الاضطرابات الانفعالية منها الاكتئاب، وفيه يبدو الشخص حزيناً، ومهموماً، ومتشائماً من الحياة (فرج عبد القادر وآخرون، ١٩٧٩)

الاكتئاب الرئيس:

زملة إكلينيكية تشتمل على انخفاض الإيقاع المزاجي، ووجود مشاعر الاستياء المؤلم، وصعوبة التفكير مع معاناة للجهاز العصبي للفرد، والشعور بالأثم مصحوباً بنقص ملحوظ في الإحساس بالقيمة الشخصية، والنشاط النفسي الحركي بل والنشاط العضوي أيضاً (محمد محروس الشناوي، محمد السيد، ١٩٩٨، ٣٠٧-٣٠٨)

الاكتئاب المتكرر

هو اضطراب يتميز بنوبات متكررة من الاكتئاب، كما هي موصوفة في نوبة اكتئابية دون تاريخ لنوبات مستقلة من ارتفاع الاكتئاب وفرط النشاط (هوس)، وقد تحدث النوبة الأولى في أي عمر بداية من الطفولة حتى الشيخوخة، وقد تكون البداية حادة أو تدريجية، كما تتراوح المدة بين بضعة أسابيع وشهور كثيرة ولكنها تتكرر بمعدل أقل (أحمد عكاشة، ٢٠٠٣)

الاضطراب الاغتمامي (اضطراب القنوط أو الجزع)

هو الاضطراب الذي يستغرق حدوثه فترة زمنية لا تقل عن عامين، غالباً بدون بداية واضحة، وتبدو الأعراض: الاكتئاب المكتئب، أو فقد الاهتمام أو السرور في كل أو معظم الأنشطة الاعتيادية للفرد، والأعراض غالباً لا تكون بدرجة كافية تقابل محكات الاكتئاب الرئيس (Kaplan & Sadock, 1998).

تحدد اضطرابات الاكتئاب إجرائياً بالدرجات التي يحصل عليها الأطفال التوحديين على مقاييس اضطرابات الاكتئاب (الاكتئاب الرئيس ، الاكتئاب المتكرر، الاضطراب الاغمامي) في الدراسة الحالية .

المهارات الاجتماعية

يعرفها (محمد السيد، ١٩٩٨) بأنها " قدرة الطفل على المبادأة بالتفاعل مع الآخرون ، والتعبير عن المشاعر السلبية والإيجابية إزاءهم، وضبط انفعالاته في مواقف التفاعل الاجتماعي وبما يتناسب مع الموقف".

تحدد المهارات الاجتماعية إجرائياً بالدرجات التي يحصل عليها الأطفال التوحديين على مقياس المهارات الاجتماعية.

التوحد Autism

يعرف كل من (أسامة فاروق، السيد الشربيني، ٢٠١١- أ) التوحد على أنه " أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي المركزي مما ينتج عنه تلف في الدماغ (خلل وظيفي في المخ) يؤدي إلى قصور في التفاعل الاجتماعي، وقصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي، وعدم القدرة على التخيل، ويظهر في السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل".

يتحدد التوحد إجرائياً بقائمة تقدير السلوك التوحدي من إعداد (طارق الشمري، زيدان السرطاوي، ٢٠٠٢)

الدراسات السابقة :

يمكن تصنيف الدراسات السابقة وفقاً للعناوين التالية:

أولاً : دراسات تناولت اضطرابات القلق والتوحد:

هدفت دراسة موريس وآخرون (Muris et al ., 1998) إلى فحص اضطرابات القلق لدى الأطفال التوحديين ، وانتهت نتائج الدراسة إلى أن ٨٤% من العينة الكلية

البالغ عددهم (٤٤) طفل تراوحت أعمارهم ما بين ٢ إلى ١٤ سنة لديهم أحد اضطرابات القلق .

وهدفت دراسة إيبنز وكونافرا و كلينبيتر وماكين وتاجا (Evans , 2005) إلى تقدير المخاوف المحددة لدى الأطفال باضطراب طيف التوحد وبلغ عددهم ٢٥ طفل ، والأطفال بمتلازمة داون وبلغ عددهم ٤٣ طفل ، وتم مضاهاتهم بعينة من الأطفال العاديين من حيث العمر العقلي بلغ عددهم ٤٥ طفل ، وعينة أخرى من الأطفال العاديين من حيث العمر الزمني وبلغ عددهم ٣٧ طفل . وتراوحت أعمار الأطفال من ٤ إلى ١٢ سنة . وتم تطبيق قائمة مسح المخاوف من إعداد ايفانز وآخرون ، ومقياس كونرز للمشكلات السلوكية . أسفرت نتائج الدراسة عن أن الأطفال باضطراب طيف التوحد لديهم مخاوف موقضية مرتفعة ومخاوف طبية ، ولديهم مخاوف أقل على بُعدي الخوف من الأذى ، والخوف من الاصابة أو الجروح مقارنة بكل المجموعات الأخرى . والأطفال باضطراب طيف التوحد لديهم مخاوف أقل من الغرياء مقارنة بالمجموعات الأخرى ، ومخاوف من العواصف الرعدية ، والأماكن المظلمة ، والأماكن المزدحمة ، والحجرات الواسعة أو المغلقة ، والخوف من الذهاب إلى السرير في الظلام ، ولديهم مخاوف مرتفعة من الحيوانات مقارنة بمتلازمة داون ، ولكن لم تكن دالة بين التوحد والعمر الزمني ، لا توجد فروق اشتقت فيما يتعلق بالمخاوف المرتبطة بالبيئة . ترتبط الفوبيات والقلق لدى الأطفال باضطراب طيف التوحد ايجابياً بدرجة دالة مع مقياس تقدير المشكلات السلوكية مقارنة بالمجموعات الأخرى . وتقترح هذه النتائج أن الأطفال باضطراب طيف التوحد يظهرون بروفييلات مميزة للمخاوف والقلق مقارنة بمجموعتي العمر العقلي والعمر الزمني ، كما أن هذه المخاوف ترتبط بأعراض الأطفال باضطراب طيف التوحد .

وأسفرت نتائج دراسة كل من رسل وسفرنوف (Russell & Sofronoff, 2005) عن وجود نسب ومعدلات انتشار عالية من اضطرابات القلق لدى عينة من

الأطفال التوحديين ، بلغ قوامها (٦٥) طفلاً ، وتراوحت أعمارهم ما بين ١٠ - ١٣ سنة ، وذلك عند مقارنتهم بمجموعة من الأطفال العاديين ، كما أظهر تقدير والدي الأطفال التوحديين ارتفاع قلق الانفصال ، والفوبيا الاجتماعية ، والقلق المعم لدى ابنائهم التوحديين .

وهدفت دراسة مفسن وآخرون (Melfsen et al., 2006) إلى فحص القلق والفوبيا الاجتماعية لدى عينة من الأطفال التوحديين ، بلغ قوامها (٣٨) طفلاً ، بمتوسط عمري قدره ١٣٫٧ سنة ، وتم تطبيق الأدوات التالية : قائمة القلق للأطفال ، وقائمة الفوبيا الاجتماعية ، من إعداد: Beidel et al., 1998; Spaik; Melfesn et al., 2001) ، وتوصلت نتائج الدراسة إلى ارتفاع معدلات نسب انتشار القلق والفوبيا الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين عند مقارنته بنظرائهم من الأطفال العاديين .

وقام كوسيكو وآخرون (Kuusikko et al., 2008) بدراسة القلق الاجتماعي ، والفوبيا الاجتماعية لدى عينة من الأطفال والمراهقين التوحديين ، بلغ قوامها (٥٤) طفل ومراهق ، وتراوحت أعمارهم ما بين ٨ - ١٥ سنة ، وعينة أخرى مكونة من (٣٥) طفل ومراهق ، وتراوحت أعمارهم ما بين ٨ - ١٦ سنة ، وتم تطبيق قائمة القلق والفوبيا الاجتماعية المستمدة من معايير DSM-IV ، ومقياس القلق الاجتماعي من إعداد لا كريك ، ستون : La Grecq & Stones , 1993 ، وقائمة ملاحظة سلوك الطفل من إعداد : Achenbach & Delbrock, 1983 ، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال والمراهقين التوحديين حصلوا على درجات مرتفعة مقارنة بأقرانهم العاديين على قائمة القلق والفوبيا الاجتماعية ، والتجنب السلوكي ، كما أوضحت النتائج أيضاً أن القلق الاجتماعي يزداد مع تقدم العمر لدى الأطفال والمراهقين التوحديين وذلك عند مقارنتهم بالأطفال والمراهقين العاديين الذين ينخفض التجنب السلوكي لديهم مع التقدم في العمر .

وتهدف دراسة سفاذسكي وآخرون (Sukhodolsky et al., 2008) إلى فحص القلق لدى عينة من الأطفال التوحديين بلغ عددهم (١٧١) فرداً وتم تطبيق قائمة الأعراض للأطفال والمراهقين، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن ٤٣% من العينة تقابل أحد محكات اضطرابات القلق، وأن المستويات المرتفعة من اضطرابات القلق ترتبط بمستويات ذكاء مرتفعة.

وفحصت دراسة ويتور (Witwer, 2009) الاضطرابات النفسية لدى عينة من ذوي اضطراب طيف التوحد، مكونة من (٦١) طفل ومراهق، وتراوحت أعمارهم ما بين ٦- ١٧ سنة، وطبقت عليهم الأدوات التالية: قائمة الأعراض النفسية للأطفال والمراهقين كما يدرکها الوالدين من إعداد: Weller et al., 1999، وقائمة الأعراض النفسية للطفل والمراهق من إعداد: Gadow & Sprafkin, 1994، وقائمة تقدير سلوك الطفل من إعداد آمن وآخرون: Aman et al., 1996، وأظهرت النتائج وجود نسبة تقدر بنحو ٦٧% للفصيا المحددة، ونسبة ٢٥% للقلق المعمم، كما وجدت نسبة ١٦% من أفراد العينة يعانون من الفصيا الاجتماعية.

كما اهتمت دراسة جيليس وآخرون (Gillis et al., 2009) بفحص المخاوف المحددة المرتبطة بالفحص البدني لدى عينة من الأطفال التوحديين، بلغ قوامها (٣٧) طفلاً، وطبق عليهم قائمة مسح المخاوف المحددة طبياً، وتوصلت النتائج إلى وجود ارتفاع في معدلات المخاوف المحددة المرتبطة بالفحص البدني، كما أظهرت النتائج أن نسبة ٣١% من عينة الدراسة لديهم مخاوف مرتبطة بزيارات الأطباء والفحص البدني، في حين يكون معدل الانتشار أعلي بمقدار ثلاث مرات مما وجد لدى عينة الأطفال العاديين.

واستهدفت دراسة ليمن (Lehman, 2010) فحص القلق لدى الأطفال التوحديين، على عينة تكونت من (٣١) طفلاً ومراهقاً ذوي اضطراب طيف التوحد، تراوحت أعمارهم ما بين ٦- ١٨ سنة، وطبق على عينة الدراسة الأدوات التالية: مقياس القلق الظاهر للأطفال من إعداد: Reynolds & Richmond, 1985،

وقائمة ملاحظة سلوك الطفل ، وصورة تقارير المعلم ، وأسفرت النتائج عن أن تقارير الوالدين والمعلمين كانت غير مرتبطة بالدرجات المسجلة من قبل الوالدين والمعلمين ، ولكنها كانت دالة بدرجة أعلى من التقارير المقررة من قبل الأطفال ، وهذا يعني شيوع القلق لدى ذوي اضطراب طيف التوحد وأنه أعلى بكثير من انتشاره لدى العاديين .

وفحصت دراسة تيرنير (Turner,2010) العلاقة بين الخوف ولب أعراض التوحد في الأطفال باضطراب طيف التوحد. أُجريت الدراسة على عينة من أبناء الأطفال بطيف التوحد بلغ قوامها (٣٢) ، وطبق قائمة السلوك النمائي المضطرب الشامل إعداد : Cohen & Sudhalter ، 2005 ومقياس مسح المخاوف إعداد: Ollendick, 1983 انتهت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين القصور في السلوكيات الاجتماعية والقدرات اللغوية الاستقبالية والتعبيرية مع الخوف لدى عينة الدراسة ، وكانت أكثر المخاوف شيوعاً لدى عينة الدراسة المخاوف الطبية بنسبة ٢٨٪ ، المخاوف من الحيوانات بنسبة ٥٪ ، والخوف من الغرياء بنسبة ٣٪ ، والمخاوف الاجتماعية بنسبة ١٨٪ ، الخوف من التعرض للأذى أو الخطر بنسبة ١٨٪ ، والمخاوف المرتبطة بالبيئة بنسبة ١٥٪ ، والمخاوف المرتبطة بالموقف بنسبة ١٣٪ ، وكان ترتيب المخاوف العشرة الأكثر شيوعاً على النحو التالي: الخوف من سحب الدم (٩٦٪) ، الخوف من اطلاق النار(٨٦٪) ، الخوف من عمل الأخطاء (٧٥٪) ، الخوف من وخزة في الاصابع (٧٤٪) ، الخوف من تنظيف الأسنان (٧٢٪) ، الخوف من التعرض للاختبار (٦٥٪) ، الخوف من مقابلة الأقران (٦٤٪) ، الخوف من الفحص الطبي (٦٣٪) ، الخوف من الظلام (٥٦٪) ، الخوف من الحشرات (٥٣٪) ، كما اظهرت نتائج الدراسة عدم وجود علاقة الارتباطية بين شدة اضطراب طيف التوحد والخوف .

كما هدفت دراسة كوسيكو- جوفن (Kuusikko -Gauffin, 2011)

إلى فحص القلق الاجتماعي لدى عينة من الأطفال والمراهقين التوحديين ، تكونت عينة الدراسة من (٥٣) طفلاً ومراهقاً ، وتراوح أعمارهم ما بين ٨ - ١٧ سنة ، وطبق عليهم قائمة الملاحظة التشخيصية للتوحد من إعداد : Cttamberset et al., 1985 وقائمة الاضطرابات الانفعالية والفصامية لدى الأطفال في عمر المدرسة ، من

د. عادل غنايم & د. السيد الشربيني & د. أسامة فاروق ————— بعض اضطرابات القلق والأكتئاب

إعداد : Kauffman et al., 1997 ، وقائمة القلق والفوبيا الاجتماعية ، من إعداد : Beidel et al., 1998 وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن عينة الدراسة أظهرت عدد كبير من أعراض القلق الاجتماعي ، الفوبيا الاجتماعية ، كما قرر أولياء الأمور وجود مستويات مرتفعة من القلق الاجتماعي لدى أبنائهم بغض النظر عن عمرهم الزمني، وتمثل هذه المستويات للقلق الاجتماعي في الانسحاب الاجتماعي ، وتفضيل الطفل البقاء بمفرده ، وعدم الرغبة في التحدث مع الآخرين في المواقف الاجتماعية.

ثانياً : دراسات تناولت اضطرابات القلق والاكتئاب والتوحد

فحصت دراسة ليفير وآخرون (Leyfer et al., 2006) الاضطرابات النفسية لدى الأطفال التوحديين البالغ عددهم (١٠٩) طفل ، تراوحت أعمارهم ما بين ٥ - ١٥ سنة ، وتم تطبيق قائمة الاضطرابات الاكتئابية والفصامية لدى الأطفال والمراهقين إعداد : (Kauffman et al., 1997 ; Chambers et al., 1985) ، انتهت نتائج الدراسة إلى ارتفاع معدلات انتشار الاضطرابات الاكتئابية : الاكتئاب الرئيسي ، الهوس ، النوبة المختلطة ، اضطرابات القلق : اضطراب الهلع ، قلق الانفصال ، المخاوف وبلغت نسبتها ٤٤.٣٪ وتضمنت الخوف من الحقن ، والازدحام ، وإطلاق النار ، أما الخوف من الطيران والوقوف في صفوف ، والخوف من الكباري والأنفاق فكانت معدلات انتشارها منخفضة لدى الأطفال التوحديين ، ونسبة ١٠٪ من الأطفال التوحديين لديهم مخاوف من الضوضاء الصاخبة. كما أفرزت النتائج انتشار معدلات القلق المعمم والوسواس القهري لدى الأطفال التوحديين .

هدفت دراسة دي برون وآخرون (De Bruin et al., 2006) إلى التعرف على نسب ومعدلات انتشار وشيوع الاضطرابات النفسية لدى عينة من ذوي الاضطرابات النمائية الشاملة بلغ قوامها (٩٤) طفلاً ، وتراوحت أعمارهم ما بين ٦ - ١٢ سنة ، وطبقت عليهم الأدوات التالية : قائمة المقابلة التشخيصية للأطفال إعداد : Ende, 1998 & Vander, Ferdin ، واعتمدت هذه الأداة على الـ DSM-IV ، ومقياس السلوك الاجتماعي المنقح للأطفال من إعداد : Luteijn et al., 2006 ، وتوصلت

النتائج إلى شيوع أحد الاضطرابات النفسية على الأقل لدى عينة الدراسة بنسبة ٨٠.٩% ، في حين كانت النسبة ٦١.٧% تعاني من اضطراب سلوكي فوضوي ، ونسبة ٣٨.٣% تعاني من الخوف من الظلام ، والخوف من الحشرات ، والخوف من الحقن ، بينما نسبة ١١.٧% تعاني من الضوبيا الاجتماعية ، واضطراب قلق الانفصال ، والخوف من الأماكن المرتفعة ، واضطراب القلق المعمم ، في حين كانت نسبة ١٠.٦% تعاني من اضطرابات الاكتئاب ومنها : الاكتئاب الرئيس ، كما أوضحت النتائج وجود علاقة ارتباطية بين اضطرابات القلق واضطرابات الاكتئاب والقصور في المهارات الاجتماعية.

هدفت دراسة جادو وآخرون (Gadow et al., 2008) إلى التنبؤ بالأعراض النفسية لدى ذوي اضطراب طيف التوحد وفقاً لمحكات DSM-IV ، وتم تطبيق المقاييس التالية على كل من الآباء والأمهات ، قائمة أعراض الطفل من إعداد : Gadown & Sprafkin, 1994, 2002 ، ومقياس ملاحظة سلوك الطفل ، من إعداد: Achenbach, 1991 على عينة مكونة من (٢٣٨) طفلاً ، وتراوحت أعمارهم ما بين ٦- ١٢ سنة ، وتوصلت النتائج إلى وجود أنماط فريدة لمنبئات اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD) ، العدوان ، القلق ، الاكتئاب ، كما أشارت النتائج إلى ظهور الأعراض النفسية بدرجة فارقة تنبئ بالأداء المدرسي والاجتماعي ، ومن بينها : التدخل المبكر ، وتناول العقاقير الطبية ، مضاعفات الحمل ، التاريخ النفسي الأسري.

هدفت دراسة شو (Chow, 2008) إلى فحص القلق والاكتئاب لدى عينة من الأطفال التوحديين ، بلغ قوامها (٣٢) طفلاً وآبائهم "مجموعة تجريبية" ، (٣٢) طفلاً وآبائهم من العاديين "مجموعة ضابطة" ، وتراوحت أعمارهم ما بين ٨- ١٦ سنة ، وطبق عليهم مقياس الاكتئاب للأطفال من إعداد : Kovacs, 2003 ، ومقياس القلق متعدد الأبعاد من إعداد : March, 1997 ، وتوصلت النتائج إلى أن والدي الأطفال التوحديين قرروا وجود مستوي مرتفع من الأعراض الاكتئابية لدى أبنائهم مقارنة بنظرائهم بالأطفال العاديين ، في حين لا توجد فروق بين المجموعتين من حيث عدد الأعراض الاكتئابية ، كما أوضحت النتائج وجود فروق دالة إحصائية في مستوي

د. عادل خنايم & د. السيد الشربيني & د. أسامة فاروق ————— بعض اضطرابات القلق والاكتئاب

القلق بين الأطفال والتوحيدين ونظرائهم العاديين حيث قرر والدي الأطفال التوحيدين وجود مستوي مرتفع للقلق المحدد لدى أطفالهم التوحيدين وذلك مقارنة بالأطفال العاديين.

استهدفت دراسة كيم وآخرون (Kim et al., 2008) التعرف على القلق والاكتئاب لدى ذوي اضطراب طيف التوحد ، وتكونت عينة الدراسة من (١٩) طفل لديهم اضطراب طيف التوحد ، و(١٨) طفلاً توحدياً ، وتمت المضاهاة بينهم ، وطبقت عليهم الأدوات التالية : مقياس القلق السلوكي للأطفال إعداد : Reynolds & Kamphaus, 1992 ، وقائمة مسح الاضطرابات الفصامية والانفعالية للأطفال من إعداد : Birmaher et al., 1983 ، وقائمة مسح المخاوف المحددة للأطفال ، من إعداد : Ollendick, 1983 ، أبانت النتائج من خلال عقد المقارنات بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والأطفال التوحيدين عن وجود أنماط متشابهة لمستويات القلق ، ووجود مشكلات شديدة في اضطراب الانتباه ، وقصور واضح في المهارات الاجتماعية ، كما أظهرت النتائج وجود مستويات متشابهة بين المجموعتين في المخاوف المحددة المتمثلة في المخاوف الاجتماعية ، والخوف من الفضل والنقد ، والخوف من المجهول.

هدفت دراسة ماندل (Mandell , 2008) إلى فحص منبئات الاضطرابات النفسية لدى الأفراد التوحيدين الذين يحتاجون إلى دخول المستشفيات للعلاج ، أجريت الدراسة على عينة بلغ قوامها (٧٦) وتراوحت الأعمار ما بين ٥ - ٢١ سنة ، وقد تم تجميع البيانات من خلال عقد مقابلات مع مانهي رعاية الأطفال التوحيدين ، وطبق على العينة مقياس الاضطرابات النفسية من إعداد الباحث ، وأسفرت نتائج الدراسة عن معدلات انتشار إصابة الذات بنسبة ٢.١٤ ، والسلوك العدواني بنسبة ٤.٨٣ ، والاكتئاب بنسبة ٢.٤٨ ، والوسواس القهري بنسبة ٢.٣٦ ، وتزداد الحاجة لدخول المستشفيات للعلاج مع التقدم في العمر الزمني .

فحصت دراسة كان وآخرون (Kanne et al ., 2009) عينة من التوحديين بلغ عددهم (١٧٧) فرداً ، تم تطبيق مقياس تشخيص الاضطرابات النفسية من إعداد : Achenbach & Rescorla , 2001 ، وقائمة ملاحظة الطفل إعداد : Achenbach & Eldbro et al ., 1983 ومقياس الاستجابات الاجتماعية من إعداد : Constantino et al ., 2003 ، وانتهت نتائج الدراسة إلى أن أولياء أمور الأفراد التوحديين قرروا ارتفاع معدلات انتشار الاضطرابات الاكتئابية والقلق ، واضطرابات الانتباه ، واضطرابات المسلك ، والمشكلات البيئية في أبناءهم التوحديين ، وكانت النسب على التوالي (٢٦٪ ، ٢٥٪ ، ٢٥٪ ، ١٦٪ ، ٦٪).

اهتمت دراسة جفيك وآخرون (Gjevick et al ., 2010) بفحص انتشار DSM-IV في عينة من الأطفال والمراهقين في مدارس التربية الخاصة ، بلغ عددهم (٧١) طفلاً ، وتراوحت أعمارهم من (٦ - ١٧.٩ سنة) ، وتم تطبيق مقياس الاضطراب الانفعالي والضمامي في عمر المدرسة ، Kiddie-Sads -Pl ، ومقابلة مبينة على DSM-IV إعداد : Kauffman et al ., 1997 وتم تقدير الأعراض من خلال عقد مقابلات مع أولياء أمور الأطفال . ٧٢٪ تم تشخيصهم بأن لديهم اضطراب نفسي واحد على الأقل ، وبلغت نسبة اضطرابات القلق (٤١٪) وبلغت نسبة ADHD (٣١٪) ، واضطراب الوسواس القهري تكون أكثر شيوعاً في الأطفال الأكبر سناً ، الفوبيا المحددة تكون الأكثر شيوعاً في اضطرابات القلق بنسبة ٣١٪ ، والفوبيا من الضوضاء الصاخبة تكون أكثر تكراراً ، والفوبيا من الكلاب والمواقف المحددة تكون أكثر شيوعاً ، ولديهم فوبيا اجتماعية ، وقدرت الاضطرابات الاكتئابية بنسبة ١٠٪ ، وأصيب طفل واحد باضطراب الاكتئاب الرئيس .

ثالثاً : دراسات تناولت العلاقة بين المهارات الاجتماعية وكل من اضطرابات القلق واضطرابات الاكتئاب لدى التوحديين :

هدفت دراسة (Bellini, 2004) إلى فحص القلق والمهارات الاجتماعية لدى ذوي اضطراب طيف التوحد، وتكونت العينة من (٤١) طفلاً، وطبق عليهم منظومة

تقدير المهارات، من إعداد: Gresham & Elliot, 1990، ومقياس القلق متعدد الأبعاد للأطفال، من إعداد: March, 1999، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد أكثر إظهاراً لمستويات القلق المرتفعة الدالة إحصائياً مقارنة بأقرانهم العاديين، كما أوضحت النتائج وجود ارتباطاً سلبياً بين المهارات الاجتماعية التوكيدية، والقلق الاجتماعي لدى ذوي اضطراب طيف التوحد.

واستهدفت دراسة هويت وريرسون - ماي White & Roberson-May, (2009) فحص العلاقة بين القلق والوحدة وعلاقتها بدرجة القصور في المهارات الاجتماعية لدى عينة من الشباب ذوي اضطراب طيف التوحد، بلغ قوامها (٢٠) شاباً، وتراوحت أعمارهم ما بين ٧ - ١٤ سنة، وطبق عليهم قائمة الملاحظة التشخيصية من إعداد: Lorded et al., 2002، واستبيان التواصل الاجتماعي، من إعداد: Berument et al., 1999، ومقياس الاستجابة الاجتماعية من إعداد: Constantino & Grber, 2005 وقائمة الكفاءة الاجتماعية من إعداد: رايدل وآخرون Rydell et al., 1997، ومقياس القلق المتعدد الأبعاد من إعداد: مارش March, 1997، وقائمة ملاحظة سلوك الطفل من إعداد: Achenbach & Rescorla, 2001، وتوصلت النتائج إلى ارتفاع معدلات شيوع وانتشار القلق، والقصور في المهارات الاجتماعية، والشعور بالعزلة الاجتماعية، كما أظهرت النتائج وجود ارتباط دال إحصائياً بين قلق الطفل وقصور المهارات الاجتماعية من حيث قلة المبادرة مع أقرانه وذلك طبقاً لتقرير والدي الطفل، في حين لا توجد علاقة ارتباطية بين القلق والقصور في التفاعل الاجتماعي بناء على تقارير الأطفال.

تعليق عام على الدراسات السابقة

من خلال عرض الدراسات السابقة يوضح ما يأتي :

١- ارتفاع معدلات انتشار اضطرابات القلق لدى الأفراد التوحديين (Muris et al., 1998; Gillott et al., 2001; Bellini, 2004; Leyfer et al., 2006; Lecavalier, 2006; Melfsen et al., 2006; Kim et al.,

2008; Chow, 2008; Mandell , 2008; Sukhodolsky et al ., 2008; Kuusikko et al., 2008; Kanne et al ., 2009; White & Roberson-May, 2009; Lehman, 2010; Davis et al., 2010; Gjevnik et al ., 2010)

٢- شيوخ معدلات انتشار القلق المعمم & Russll (Kim et al ., 2000; Sofronoff, 2005; De Bruin et al., 2006 ;Leyfer et al., 2006; White et al ., 2009; Witwer, 2009) ويمراجعة لاضطرابات القلق والاكتئاب توصل أندريا (Andrea, 2009, 9) إلى أن العديد من الدراسات أظهرت مدى واسع من الاضطرابات النفسية لدى التوحديين شملت: اضطراب القلق المعمم وتراوح نسبته ما بين ٢- ١٣ %.

٣- ارتفاع معدلات انتشار الفوبيا الاجتماعية لدى الأفراد التوحديين فقد أسفرت نتائج دراسة (Russll & Sofronoff, 2005, Melfsen et al., 2006; De Bruin et al., 2006; Sukhodolsky et al., 2007; Kuusikko et al., 2008; Kim et al., 2008; Witwer , 2009; White et al ., 2009; Davis et al., 2010; Turner, 2010; Gjevnik et al ., 2010; Kuusikko -Gauffin, 2011)

٤- تبرز نتائج الدراسات السابقة ارتفاع المخاوف وتباينها لدى الأفراد التوحديين ، كما تباينت معدلات انتشارها (Gillott et al., 2001; Evans et al., 2005; Leyfer et al ., 2006; De Bruin et al., 2006; Kim et al., 2008; Witwer , 2009; Gillis et al. , 2009; White et al ., 2009; Turner, 2010; Gjevnik et al ., 2010)

٥- انتشار معدلات انتشار اضطرابات الاكتئاب بمعدلات مرتفعة لدى التوحديين (Kim et al ., 2000; Gillott et al., 2001; Lecavalier, 2006; Leyfer et al ., 2006; De Bruin et al., 2006; Chow, 2008; Mandell , 2008; Mandell , 2008; Kanne et al ., 2009; Gjevnik et al ., 2010)

٦- وجود ارتباط دال إحصائياً بين المهارات الاجتماعية وكل من اضطرابات القلق واضطرابات الاكتئاب لدى الأفراد التوحديين (Kim et al ., 2000; De

Bruin et al., 2000; White & Roberson-May, 2009; Turner, 2010; Bellini, 2004)

٧- ينبئ اضطرابات القلق واضطرابات الاكتئاب بالقصور في المهارات الاجتماعية لدى التوحديين (Gadow et al., 2008).

فروض الدراسة:

- ١- تتباين نسب معدلات انتشار اضطرابات القلق والاكتئاب لدى عينة الدراسة.
- ٢- يتباين ترتيب المخاوف المحددة لدى العينة الكلية.
- ٣- يوجد ارتباط دال بين المهارات الاجتماعية وكل من اضطرابات القلق واضطرابات الاكتئاب لدى الأطفال التوحديين.
- ٤- تنبئ اضطرابات القلق واضطرابات الاكتئاب بالقصور في المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين.

إجراءات الدراسة:

لنأول إجراءات الدراسة ما يلي:

أولاً : منهج البحث

استخدم فريق البحث في هذه الدراسة المنهج الوصفي باعتبار أن الهدف منه الكشف عن العلاقات الارتباطية بين متغيرات الدراسة. حيث تقدم هذه البحوث الوصفية من الحقائق والتعميمات ما يضيف إلى رصيدنا من المعارف مما يساعد على فهم الظواهر والتنبؤ بحدوثها (جابر عبد الحميد، وأحمد كاظم، ١٩٨٩، ١٨٧).

ثانياً : عينة الدراسة:

أجريت الدراسة على عينة من الأطفال بمعهد التربية الفكرية في كل من جدة والطائف ومركز الدعم والعطاء للتوحد بجدة، الجمعية السعودية للتوحد

بجدة، بلغ قوامها (٦١) طفلاً، مقسمة إلى (٣٠) لإجراء المعاملات السيكومترية، و(٣١) للدراسة الأساسية، وتراوحت الأعمار الزمنية للعيينة ما بين ٨- ١٦ سنة بمتوسط قدره ١٢.١٢، وبتحرف معياري قدره ٢.٦٤.

ثالثاً : أدوات الدراسة

١- مقياس القلق المعمم ، مقياس الاكتئاب الرئيس **Generalized Anxiety Scale , Major Depression**

تم استخدام عدة استبيانات مبنية على معايير DSM-IV من قبل هارتمن وهكس وملينبيرج وجادو وسبارفيكن وآخرون (Hartman , Hox, Mellenbergh , et al. , 2001) من هذه المقاييس التي تتصل بالدراسة الحالية مقياس القلق المعمم ومقياس الاكتئاب الرئيس ، واستخدمت عدة مقاييس لإعداد هذه المقاييس منها مقاييس دراسة صحة الطفل Child Health Scales وفريدريك(كندا) Boyle et al ., Macleod , McNamee , Boyle , Oord , 1999 وقائمة الأعراض للطفل 4- Child Symptom Inventory إعداد جادو وسبارفيكن (الولايات المتحدة الأمريكية) , Gadow &Sprafkin , 1997, 1994 وهذه المقاييس تم تطويرهم لتمثل عدد من محكات DSM-IV.

كما تم استخدام قائمة ملاحظة سلوك الطفل The Child Behavior وصورة تقارير المعلم Teacher Report Form إعداد اتشبناتش Achenbach,1991 (هولندا) والخصائص السيكومترية لهذه المقاييس جيدة كما أنها مستخدمة على نحو كبير في الدراسات . وهذين المقياسين صمما لقياس أعراض DSM-IV وهذه المقاييس جميعها تقيس أبعاد متعددة. وتم تطبيق المقاييس على ١١ عينة من بلدان مختلفة (هولندا، كندا، الولايات المتحدة الأمريكية) من خلال الآباء والمعلمين. وتراوحت أعمار الأطفال في كل العينات من ٣ سنوات حتى ١٩ سنة، وانتهت نتائج الدراسة فيما يتعلق بمضردات مقياس القلق المعمم والاكتئاب الرئيس إلى أنها

د. عادل غنايم & د. السيد الشربيني & د. أسامة فاروق ————— بعض اضطرابات القلق والأكتئاب

متسقة مع معايير DSM-IV لعينات في الولايات المتحدة الأمريكية، ويتكون مقياس القلق المعمم من ١٦ عبارة، ومقياس الاكتئاب الرئيس من ١٦ عبارة. وقد تم تحديد البدائل التالية للمقياس لا يوجد = صفر، أحياناً = ١، غالباً = ٢ كثير جداً = ٣. لهذه المقاييس صدق محتوى مرتفع، وثبات مرتفع.

وفي الدراسة الحالية تم حساب الصدق لجميع المقاييس من خلال صدق المحكمين حيث تم عرض المقاييس على خمس من أعضاء هيئة التدريس بقسم التربية الخاصة بجامعة الطائف، وتم عرض هذا المقياس عن طريق حساب الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية للمقياس (بعد استبعاد درجة البند من الدرجة الكلية) (أحمد عبد الخالق، ١٩٩٣، ١٩٥، فؤاد أبو حطب وآخرون، ١٩٩٣) والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (١)

معاملات الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية

رقم المفردة	الدرجة الكلية للمقياس	رقم المفردة	الدرجة الكلية للمقياس
١	***,٥١١	٩	***,٤٦٦
٢	***,٧٢٨	١٠	***,٥٣١
٣	***,٦٤٤	١١	***,٦٨٧
٤	***,٦٢٩	١٢	***,٤٣٢
٥	***,٧١٩	١٣	***,٦٣٣
٦	***,٦٢٣	١٤	***,٧٠٤
٧	***,٦٩٠	١٥	***,٦٤٤
٨	***,٥٧٦	١٦	***,٦٩٠

يتضح من الجدول (١) أن جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى ٠.٠١

وفي الدراسة الحالية تم حساب الصدق لمقياس الاكتئاب الرئيس في الدراسة الحالية من خلال الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية للمقياس والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (٢)

معاملات الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية

رقم المفردة	الدرجة الكلية للمقياس	رقم المفردة	الدرجة الكلية للمقياس
١	***, ٦٨٠	٩	***, ٨٢٦
٢	***, ٦٥٥	١٠	***, ٧٦٦
٣	***, ٧٦٨	١١	***, ٦٧٨
٤	***, ٦١١	١٢	***, ٧٠٧
٥	***, ٥٢٠	١٣	***, ٦٧٦
٦	***, ٧٠٠	١٤	***, ٧٠٨
٧	**٠, ٣٨٨	١٥	**٠, ٦٤٣
٨	٠, ٧٥٨	١٦	***, ٤٨٦

يتضح من الجدول (٢) أن جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى ٠.٠١

وفي الدراسة الحالية تم حساب ثبات مقياس القلق المعمم عن طريق معامل ثبات ألفا كرونباخ فبلغ ٠.٨٩٢. كما تم حساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية (سبيرمان وجتمان) فكان معامل الارتباط ٠.٨٢٣ ، ٠.٨٢١ على التوالي. كما تم حساب ثبات مقياس الاكتئاب الرئيس عن طريق معامل ثبات ألفا كرونباخ فبلغ ٠.٩١٤. كما تم حساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية (سبيرمان وجتمان) فكان معامل الارتباط ٠.٨٠٨ ، ٠.٨٠٢ على التوالي.

٢- مقياس الأسي أو الكرب الاجتماعي Social Distress Scale

أعد هذا المقياس كل من هازين وشتاين (Hazen & Stein , 1995) لقياس الضوبيا الاجتماعية وجاءت العبارات في مجملها معبرة عن DSM-IV ويتكون المقياس من (١٤) عبارة، وتم وضع بدائل للإجابة تراوحت من صفر إلى أربعة درجات تراوحت من عدم وجود أسي أو كرب اجتماعي إلى وجود أسي وكرب اجتماعي شديد . وقد أفرز التحليل العاملي عن

وجود عاملين تشبعت عليهم كل عبارات المقياس وهي : الأداء الموقفي أو مواقف الأداء Performance Situations ويتضمن هذا العامل العبارات التالية (١) ، (٤ ، ٦ ، ٩ ، ١١) ، المواقف التفاعلية Interactional Situations ويتضمن هذا العامل العبارات التالية (٢ ، ٣ ، ٥ ، ٧ ، ٨ ، ١٠ ، ١٢ ، ١٣ ، ١٤) .

ويتمتع هذا المقياس بمعاملات سيكومترية مرضية فقد تم حساب معامل الفا كرونباخ للمقياس فبلغت ٠.٩٠ ، وتم حساب الصدق التلازمي مع مقياس قلق التفاعل الاجتماعي The Social Interaction ومقياس الضوبيا الاجتماعية Social Phobia Scale وهذين المقياسين من إعداد هيمبيرج وميلر وهولت وهوب وليبوتز (Heimberg , Mueller , Holt , Hope , Liebowitz , 1992) وتراوحت معاملات الارتباط ٠.٧٩ ، ٠.٧٧ على التوالي.

تم حساب الصدق في الدراسة الحالية عن طريق حساب الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية للمقياس. والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (٢)

معاملات الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية

رقم المفردة	الدرجة الكلية للمقياس	رقم المفردة	الدرجة الكلية للمقياس
١	***,٧٧٤	٧	***,٨١٨
٢	***,٨٤٩	٨	***,٧٥٣
٣	***,٨٢٩	٩	***,٨١٦
٤	***,٦٥٠	١٠	***,٨٧٨
٥	***,٨٧٣	١١	***,٨٨٦
٦	***,٧٥٢	١٢	***,٦٧٦

يتضح من الجدول (٣) أن جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى ٠.٠١

وقد أفرزت هذه الخطوة عن حذف بندان من بنود المقياس.

وفي الدراسة الحالية تم حساب ثبات المقياس عن طريق معامل ثبات ألفا

كرونباخ فبلغ ٠.٩٤٨. كما تم حساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية)

سبيرمان وجتمان) فكان معامل الارتباط ٠.٨٩٦، ٠.٨٩٣ على التوالي.

٣- قائمة مسح المخاوف Fears Survey Inventory

أعد هذه القائمة إيفانز وملاءه (Evans et al ., 2005) لتقدير المخاوف

لدى الأطفال باضطراب طيف التوحد وبلغ عددهم ٢٥ طفل، والأطفال بمتلازمة داون

وبلغ عددهم ٤٣ طفل، وتم مضاهاتهم بعينة من الأطفال العاديين من حيث العمر

العقلي وبلغ عددهم ٤٥ طفل، وعينة أخرى من الأطفال العاديين من حيث العمر

الزمني وبلغ عددهم ٣٧ طفل. وتراوحت أعمار الأطفال من ٤ إلى ١٢ سنة، وتراوحت

بدائل الاجابة على المقياس من لا يخاف، يخاف بدرجة قليلة، يخاف بدرجة متوسطة،

د. محمد غنيم & د. السيد الشربيني & د. أسامة فاروق ————— بعض اضطرابات القلق والأكتئاب

يخاف بدرجة كبيرة . وتحصل على درجات تراوحت ما بين صفر- ٤ ، وقد تم انتقاء المخاوف المحددة التي تتناسب مع البيئة السعودية وبلغ عددها (٢٢) عبارة ، واستمدت بنود هذه القائمة من مقاييس مختلفة أعدت لقياس المخاوف مثل قائمة مسح المخاوف لجاربر وجاربر وسبيزمان 198 , Garber , Garber & Spizman , وقائمة مسح المخاوف لـ أولنديك 1983 , Ollendick , كما ان القائمة تعكس مدي واسع من المواقف والخبرات ، كما أن الكثير من العبارات تتسق مع ما جاء به DSM-IV للمخاوف المحددة . تتمتع هذه القائمة بمعاملات سيكومترية متميزة فقد تم حساب الصدق الظاهري للقائمة والصدق العاملي للقائمة ونتج عنه سبعة عوامل وهي على النحو التالي : مخاوف من المواقف والأماكن Fears of Situations & Places ، مخاوف من الأذى Fears of Harms ، مخاوف من المواقف الطبية Medical Situations ، مخاوف من الحيوانات Fears of Animals ، مخاوف اجتماعية Social Fears مثل ، مخاوف من البيئة Fears of Environment ، مخاوف من الغرباء Fears of Stranger

تم حساب الصدق في الدراسة الحالية عن طريق حساب الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية للمقياس . والجدول التالي يوضح ذلك :

جدول (٤)

معاملات الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية

رقم المفردة	الدرجة الكلية للمقياس	رقم المفردة	الدرجة الكلية للمقياس
١	***,٥٢٣	١٢	***,٧٧٩
٢	***,٧٠٠	١٣	***,٦٦٠
٣	***,٧٥٤	١٤	***,٧١٦
٤	***,٧٠٦	١٥	***,٧٩١
٥	***,٦٦٣	١٦	***,٦٩٧
٦	***,٦٦٤	١٧	***,٧٥٩
٧	***,٧٥١	١٨	***,٦٨٢
٨	***,٦٠١	١٩	***,٧٣٩
٩	***,٦٤٢	٢٠	***,٦٠٨
١٠	***,٧١٠	٢١	***,٥٧٨
١١	***,٧٥٤	٢٢	***,٧٣٨

يتضح من الجدول (٤) أن جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى ٠.٠١

أما معامل الثبات للمقياس ككل فقد تم حساب بمعامل ألفا كرونباخ فبلغ ٠.٩٦ وفي الدراسة الحالية تم حساب ثبات المقياس عن طريق معامل ثبات ألفا كرونباخ فبلغ ٠.٩٤٨. كما تم حساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية (سبيرمان وجتمان) فكان معامل الارتباط ٠.٨٣٤ ، ٠.٨٢٧ على التوالي.

د. عادل غنایم & د. السيد الشربیني & د. أسامة فاروق ————— بعض اضطرابات القلق والاكتئاب

٤- مقياس الاضطراب الاغتمامي (القنوط أو الجزع) إعداد: الباحثون

استمدت عبارات مقياس الاضطراب الاغتمامي من خلال المحكات التشخيصية لنوبات الاضطراب الاغتمامي (DSM-IV-TR,2000)

تم حساب الصدق عن طريق حساب الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية للمقياس فكانت على النحو التالي ٠.٤١٤، ٠.٥٠٢، ٠.٧٩٣، ٠.٥٧١، ٠.٦٧٧، ٠.٧٣٥، ٠.٦٥٢. كما تم حساب ثبات المقياس عن طريق معامل ثبات ألفا كرونباخ فبلغ ٠.٧٣٠.

٥- مقياس الاكتئاب المتكرر Recurrent Depression Scale إعداد:

الباحثون

استمدت عبارات مقياس الاضطراب المتكرر من خلال المحكات التشخيصية لنوبات الاضطراب المتكرر (DSM-IV-TR , 2000).

تم حساب الصدق في الدراسة الحالية عن طريق حساب الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية للمقياس. والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (٥)

معاملات الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية

رقم المفردة	الدرجة الكلية للمقياس	رقم المفردة	الدرجة الكلية للمقياس
١	***,٦٥٠	٩	***,٧٩٨
٢	***,٦٠٠	١٠	***,٧٥٠
٣	***,٦٥٠	١١	***,٥٩٠
٤	***,٥٨٠	١٢	***,٧٥٢
٥	***,٦٢٠	١٣	***,٦٥٠
٦	***,٦٩٢	١٤	***,٦٩٠
٧	***,٤٠٠	١٥	***,٥٩٠
٨	***,٧٩٢	١٦	***,٥٢٠

يتضح من الجدول (٥) أن جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى ٠.٠١

وفي الدراسة الحالية تم حساب ثبات المقياس عن طريق معامل ثبات ألفا كرونباخ فبلغ ٠.٨٩٠. كما تم حساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية (سبيرمان وجتمان) فكان معامل الارتباط ٠.٧٩٠ ، ٠.٧٩٠ على التوالي.

٦- مقياس المهارات الاجتماعية Social Skills Assessment Scale

أعد هذا المقياس كل من ستون ورويل وكونارد وهيببورن وبنجتون (Stone Ruble , Coonrod , Hepburn & Pennington, 2003) لقياس المهارات الاجتماعية لدى الأطفال بطيف التوحد الذين تتراوح أعمارهم من ٥ - ١٤ سنة. يجب عنه أولياء أمور الأطفال التوحديين ومعلميهم .

د. محالد خنایم & د. السيد الشربینی & د. أسامة فاوق ————— بعض اضطرابات القلق والاكتئاب

ويتكون هذا المقياس من ٣٥ عبارة. وتم وضع بدائل للإجابة تراوحت من (١-
(٤) ليست جيدة جداً إلى جيدة جداً ، ويفيد المقياس في إعداد بروفيلات للأطفال
التوحيدين تساعد على وضع خطط علاجية .

وافرز التحليل العاملي للمقياس عن أربعة عوامل هي على النحو التالي:

- ١- القدرة على فهم الانفعالات وتبني وجهة نظر الآخرين (الانفعال).
- ٢- القدرة على المبادرة بالتفاعلات.
- ٣- القدرة على استمرار التفاعلات .
- ٤- القدرة على الاستجابة للآخرين .

تم تطبيق المقياس على والدي الطفل التوحدي بغرض التخطيط للعلاج ،
كما تم تطبيق المقياس على معلمي الأطفال التوحيدين لتحديد المهارات الاجتماعية
الملاحظة بالمدرسة، وهذا المقياس يستخدم لوصف السلوكيات الاجتماعية في الأفراد
التوحيدين. الاتساق الداخلي لهذا المقياس تم حسابه لكل من أولياء الأمور والمعلمين،
بلغ نسبة ثبات الاتساق الداخلي ٠.٩٢، ٠.٩٤ لكل من أولياء الامور والمعلمين، وعن طريق
حساب الارتباطات بين الأبعاد بعضها البعض فكانت دالة، وعن طريق حساب
الارتباطات بين تقديرات المعلمين وأولياء الأمور فكانت ٠.٣٨

تم حساب صدق المقياس في الدراسة الحالية عن طريق حساب الارتباط بين
درجة البند والدرجة الكلية للمقياس. والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (٦)

معاملات الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية

رقم المفردة	الدرجة الكلية للمقياس	رقم المفردة	الدرجة الكلية للمقياس
١	***,٥٤٩	١٧	***,٥٧٧
٢	***,٦٧٩	١٨	***,٧٠٢
٣	***,٨٥١	١٩	***,٦٠٠
٤	***,٧٦٦	٢٠	***,٨٠٣
٥	***,٧٦٠	٢١	***,٧٣٠
٦	***,٧٠٢	٢٢	***,٦٧٢
٧	***,٥١٧	٢٣	***,٧٢٥
٨	***,٧٨٥	٢٤	***,٧٥٧
٩	***,٨٧٢	٢٥	***,٦٤٠
١٠	***,٦٦٤	٢٦	***,٦٥٢
١١	***,٦٢٢	٢٧	***,٥٨٢
١٢	***,٦٣٤	٢٨	***,٧٧١
١٣	***,٧٧٢	٢٩	***,٧٣٥
١٤	***,٦٢٧	٣٠	***,٦٧٣
١٥	***,٧٧٠	٣١	***,٧٢٩
١٦	***,٦٥٧	٣٢	***,٦١٦

يتضح من الجدول (٦) أن جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى ٠.٠١،

وقد أفرزت هذه الخطوة عن حذف ثلاثة بنود غير دالة.

كما تم حساب الارتباط بين درجات البعد والدرجة الكلية للمقياس. والجدول

التالي يوضح ذلك:

جدول (٧)

معاملات الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية للبعد

القدرة على الاستجابة للآخرين	القدرة على استمرار التفاعلات	القدرة على المبادأة بالتفاعلات	القدرة على فهم الانفعالات وتبني وجهة نظر الآخرين
**٠,٦٧٢	**٠,٦٤٠	**٠,٧٣٥	**٠,٥٩٣
**٠,٥٨٣	**٠,٦٧٣	**٠,٨٥١	**٠,٤٩٠
**٠,٦١٦	**٠,٧٦٦	**٠,٨٧٢	**٠,٣٧١
**٠,٧٠٢	**٠,٦٦٤	**٠,٧٧٠	**٠,٥٧٥
**٠,٦٣٤	**٠,٦٥٧	**٠,٨٠٣	**٠,٦٤٣
	**٠,٧٣٠		**٠,٤٥٠
	**٠,٦٥٢		**٠,٥٨٩
	**٠,٧٢٩		**٠,٥٠٧
	**٠,٧٦٠		**٠,٦٨٠
	**٠,٦٢٢		**٠,٦٧٤
	**٠,٥٧٧		**٠,٦٠٩

يتضح من الجدول (٧) أن جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى ٠.٠١.

كما تم حساب الارتباط بين الأبعاد بعضها البعض. والجدول التالي يوضح

ذلك .

جدول (٨)

الارتباط بين أبعاد المقياس بعضها البعض

القدرة على الاستجابة للآخرين	القدرة على استمرار التفاعلات	القدرة على المبادأة بالتفاعلات	القدرة على فهم الانفعالات وتبني وجهة نظر الآخرين	
			-	القدرة على فهم الانفعالات وتبني وجهة نظر الآخرين
		-	***,٨٣٢	القدرة على المبادأة بالتفاعلات
	-	***,٨٦٤	***,٨٢٢	القدرة على استمرار التفاعلات
-	***,٥٨١	***,٦٤٧	***,٦١٥	القدرة على الاستجابة للآخرين

يتضح من الجدول (٨) أن جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى ٠.٠١

وفي الدراسة الحالية تم حساب ثبات المقياس عن طريق معامل ثبات ألفا

كرونباخ للأبعاد قبلت ٠.٩٠٦، ٠.٩١٣، ٠.٩٠٩، ٠.٩٠٤. وكانت للدرجة الكلية ٠.٩٦٥.

٧- مقياس سكويلر لتقدير التوحد الطفولي تعريب: طارق الشمري، زيدان

السرطاوي (٢٠٠٢)

طور مقياس تقدير التوحد الطفولي Childhood Autism Rating

Scale (CARS) سكويلر وآخرون (Schopler et al., 1980) ويتألف هذا

المقياس من (١٥) فقرة تضمنت كل فقرة منها ٤ تقديرات متدرجة من (١ - ٤) مع إعطاء وصف السلوكيات التي تؤخذ بالاعتبار عند إعطاء التقديرات المناسبة منها للطفل ، ويشير الرقم (١) إلى أن السلوك عادي في حين تشير التقديرات (٢ ، ٣ ، ٤) إلى أن السلوك يتراوح بين كونه غير عادي بدرجة بسيطة أو متوسطة أو شديدة على التوالي ، ويمكن إعطاء تقديرات بينية مثل (١.٥ ، ٣.٥ ، ٢.٥) وقد تمتع المقياس في صورته الأصلية بدلالات صدق وثبات عالية كما أوضحت العديد من الدراسات الأجنبية مثل ؛ (Dilallas Rogels ,1994 ; Nordum et al .,1998) (طارق الشمري ، زيدان السرطاوي ، ٢٠٠٢) .

قام طارق الشمري وزيدان السرطاوي (٢٠٠٢) بإعداد صورة مختصرة للمقياس بصياغة عبارات وفق طريقة ليكرت مع ملاحظة كل عبارة من العبارات الخمس عشرة الي تتألف منها الصورة المختصرة على السلوك الذي تقيسه من جهة وعلى التقديرات التي تبناها المقياس من جهة أخرى ، ولكن دون تقديم وصف السلوكيات التي تؤخذ بالاعتبار عند تقدير سلوك الطفل ، وشملت (١٥) بند موزعة على الأبعاد التالية : الانتماء للناس ، التقليد والمحاكاة ، الاستجابة الانفعالية ، استخدام الأشياء ، استخدام الجسم ، التكيف مع التغيير ، الاستجابة البصرية استجابة الاستماع ، الاستجابة العقلية واستخدام التذوق والشم واللمس ، الخوف والقلق ، التواصل اللفظي ، التواصل الغير لفظي ، مستوى النشاط ، مستوى وثبات الاستجابة العقلية ، الانطباعات العامة . وقد توفر للمقياس في صورته العربية والمختصرة دلالات صدق وثبات عالية .

تم حساب صدق المقياس من خلال عرضه على المحكمين ، وبطريقة الصدق التمييزي حيث طبق المقياس على (١٠٥) طفل من التوحديين والمتخلفين عقلياً والأسوياء وقد جاءت الفروق بين متوسطات درجات تلاميذ التوحد والمتخلفين عقلياً مرتفعة ودالة على كل فقرة من فقرات المقياس ، وبطرق الصدق العاملي: فقد كشفت نتائج التحليل العاملي عن وجود عامل واحد للصورة العربية للمقياس

تشعبت به جميع الفقرات ، حيث تتراوح درجة تشعبها بالعامل الأساسي للمقياس ما بين معامل الارتباط (٠.٧٩ - ٠.٩٦) وتبين أن هذا العامل مسئول عن تفسير ما نسبته (٧٨.٨٪) من التباين. أما عن ثبات المقياس فقد تم حسابه بطريقة الاتساق الداخلي من خلال حساب الارتباط على الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس ، حيث تبين أن جميع الفقرات ارتبطت بالدرجة الكلية بدرجة دالة ، وتراوحت قيم الارتباط ما بين (٠.٧٩ - ٠.٩٦) . ومعامل ألفا حيث بلغت قيمته لتقديرات المعلمين للعيينة الكلية (٠.٩٨) ولتقديرات المعلمين لحالات التوحيد (٠.٩٤) ولتقديرات الباحثين (٠.٩١) وبخصوص استجابة المعلمين على الصورة المختصرة للمقياس فبلغت قيمة ألفا (٠.٩١) ، وبطريقة التجزئة النصفية فقد بلغت قيمته بمعادلة سبيرمان وبراون لتصحيح الطول (٠.٩٣) ولتقديرات المعلمين على العينة الكلية (٠.٩٤) ولتقديرات المعلمين لحالات التوحيد (٠.٩٧) ، أما بخصوص استجابة المعلمين على الصورة المختصرة للمقياس فبلغت قيمة التجزئة النصفية (٠.٩١) ، وجميع تلك القيم تشير إلى تمتع المقياس بخصائص سيكومترية جيدة (طارق الشمري ، زيدان السرطاوي ، ٢٠٠٢) .

عرض نتائج الدراسة ومناقشتها :

عرض ومناقشة نتائج الفرض الأول :

وينص على أنه " تتباين نسب معدلات انتشار اضطرابات القلق والاكتئاب لدى عينة الدراسة" .

وللتحقق من صحة هذا الفرض فقد تم حساب الوسيط ثم النسبة المئوية لاضطرابات القلق (القلق المعمم ، الفوبيا الاجتماعية - المخاوف المحددة) واضطرابات الاكتئاب (الاكتئاب الرئيس ، الاكتئاب المتكرر ، الاضطراب الاغمامي) لدى العينة الكلية. والجدول التالي يوضح ذلك :

جدول (٩)

النسب المئوية لاضطرابات القلق واضطرابات الاكتئاب

النسبة المئوية	المتغير	النسبة المئوية	المتغير
٣٧,٦٥%	الاكتئاب الرئيس	٣٨,٧٠%	القلق المعمد
٤٣,٣٥%	الاكتئاب المتكرر	٤٥,١٦%	الفوبيا الاجتماعية
٥١,٦١%	الاضطراب الاغتمامي	٤٨,٣٨%	المخاوف المحددة

يتضح من جدول (٩) تباين كل من اضطرابات القلق واضطرابات الاكتئاب

لدى العينة الكلية . تتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج الدراسات التالية (Bellini, 2004; Leyfer et al ., 2006; Melfsen et al., 2006; Lecavalier, 2006; Chow, 2008; Kuusikko et al., 2008; Kim et al., 2008; White & Roberson-May, 2009; Lehman, 2010; Davis et al., 2010) والتي انتهت جميعها إلى أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد أكثر إظهاراً لمستويات القلق المرتفعة الدالة إحصائياً .

وتتفق نتائج هذه الدراسة في معدلاتها الأدنى مع نتائج دراسة (Gillott et

al., 2001) والتي أفرزت شيوع انتشار اضطرابات القلق لدى الأطفال التوحديين بنسب تراوحت ما بين ٤٧% إلى ٨٤.١%، ومع نتائج دراسة (Sukhodolsky et al ., 2008) والتي أسفرت عن أن ٤٣% من العينة تقابل أحد محكات اضطرابات القلق، ومع نتائج دراسة (Gjevik et al ., 2010) والتي انتهت إلى أن معدلات انتشار اضطرابات القلق بلغت (٤١%).

وتختلف معدلات انتشار اضطرابات القلق في هذه الدراسة مع ما توصلت إليه

نتائج دراسة (Muris et al ., 1998) من أن ٨٤% من العينة الكلية البالغ عددهم

(٤٤) طفل لديهم أحد اضطرابات القلق، ومع نتائج دراسة (Kanne et al., 2009) والتي انتهت إلى أن أولياء أمور الأفراد التوحديين قرروا معدلات انتشار القلق بنسبة ٢٥٪.

أما عن معدلات انتشار القلق المعم لدى الأفراد التوحديين فقد اتفقت نتائج الدراسة مع نتائج الدراسات التالية: (Kim et al., 2000; Russll & Sofronoff, 2005; De Bruin et al., 2006; Leyfer et al., 2006; White et al., 2009) والتي أسفرت جميعها عن ارتفاع اضطرابات القلق المعم. وتختلف مع نتائج دراسة (Witwer, 2009) والتي خلصت إلى أن معدلات انتشار اضطراب القلق المعم بلغت ٢٥٪.

وترتفع معدلات انتشار الفوبيا الاجتماعية لدى الأفراد التوحديين، فتتفق نتائج الدراسة مع نتائج الدراسات السابقة التالية: (Russll & Sofronoff, 2005; Melfsen et al., 2006; Kuusikko et al., 2008; Kim et al., 2008; White et al., 2009; Davis et al., 2010; Gjevik et al., 2010; Kuusikko -Gauffin, 2011) والتي كشفت جميعها عن ارتفاع معدلات انتشار الفوبيا الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين. وتختلف نتائج الدراسة عن نتائج الدراسات التالية: (De Bruin et al., 2006; Sukhodolsky et al., 2007; Witwer, 2009; Turner, 2010) والتي خلصت جميعها إلى أن معدلات انتشار الفوبيا الاجتماعية تراوحت ما بين ٨٪ إلى ٢١٪.

أما عن ارتفاع معدلات انتشار المخاوف المحددة لدى الأفراد التوحديين فقد اختلفت نتائج الدراسة مع نتائج الدراسات التالية: (Leyfer et al., 2006; De Bruin et al., 2006; Gjevik et al., 2010) حيث تراوحت معدلات انتشار المخاوف المحددة وفقاً لهذه الدراسات ما بين ١٠٪ إلى ٤٤.٣٪ ومع نتائج دراسة Witwer (2009) والتي كشفت عن وجود نسبة تقدر بنحو ٦٧٪.

وانتهت نتائج الدراسة إلى ارتفاع اضطرابات الاكتئاب ومعدلات انتشاره لدى الأفراد التوحديين، وهذه النتيجة تتفق مع نتائج الدراسات (Kim et al.

د. عادل غنايم & د. السيد الشربيني & د. أسامة فاوق ————— بعض اضطرابات القلق والاكتئاب

(2006;Chow, 2006;Leyfer et al ., 2000;Lecavalier,2006; والتي أسفرت جميعها عن ارتفاع اضطرابات الاكتئاب لدى الأطفال التوحديين. وتتفق هذه الدراسة إلى حد كبير مع نتائج دراسة (Gillott et al., 2001) والتي كشفت عن معدلات انتشار اضطرابات الاكتئاب ما بين ٤.٤% إلى ٥٧.٦%. وتختلف مع نتائج الدراسات التالية (De Bruin et al., 2006; Mandell , 2008 ; Kanne et al ., 2010) , والتي تراوحت معدلات انتشار الاضطرابات الاكتئابية ما بين ٢.٤٨ إلى ٢٦.٠%.

يعزى هذا الارتفاع المقرر في معدلات انتشار اضطرابات القلق إلى أن الأطفال التوحديين يفتقرون للقدرة على استخلاص المغزى من المواقف التي يتعرضون لها، وإلى قصور القدرة على الدمج أو التكامل، والقصور في ربط مصادر متنوعة من المعلومات سوف تؤدي بالأطفال التوحديين ليخبروا مواقف يومية مضطربة ، كما يرجع إلى تكرارات الرفض الاجتماعي والضغط التي يتعرضون لها مما يزيد من حدة القلق ويرفع من معدلاته.

عرض ومناقشة نتائج الفرض الثاني:

وينص على أنه "يتباين ترتيب المخاوف المحددة لدى العينة الكلية".

وللتحقق من صحة هذا الفرض فقد تم حساب المتوسطات لدرجات الأطفال التوحديين في المخاوف المحددة ، وتم ترتيب عشرة مخاوف شائعة حصلت على متوسطات اعلي والجدول التالي يوضح ذلك :

جدول (١٠)

ترتيب المخاوف المحددة لدى الأفراد التوحديين باستخدام المتوسطات الحسابية

م	عبارات المقياس	المتوسط
١	النار.	٠,٩٦
٢	السكين.	٠,٩٣
٣	البرق.	٠,٩٠
٤	الحشرات.	٠,٩٠
٥	الحقن.	٠,٨٨
٦	الخوف من الفحص الطبي	٠,٨٧
٧	الكلاب.	٠,٨٧
٨	الظلام.	٠,٨٢
٩	الضوضاء.	٠,٨٢
١٠	الارتفاعات.	٠,٨٢

يتضح من جدول (١٠) تباين ترتيب المخاوف المحددة لدى الأفراد التوحديين حيث كان الخوف من النار أكثر المخاوف شيوعاً ، وأن الخوف من الارتفاعات كانت أقل المخاوف شيوعاً. تتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (White et al ., 2009) والتي انتهت إلى ارتفاع معدلات انتشار المخاوف المحددة لدى الأطفال والمراهقين التوحديين.

تختلف نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (Evans et al., 2005) والتي أبانت عن ارتفاع المخاوف الموقضية المرتفعة والمخاوف الطبية ، وانخفاض المخاوف على بُعدي الخوف من الأذى ، والخوف من الاصابة أو الجروح ، ونتائج دراسة (Turner,

(2010) والتي كشفت عن ترتيب المخاوف العشرة الأكثر شيوعاً لدى التوحديين على النحو التالي: الخوف من سحب الدم (٩٦٪)، الخوف من اطلاق النار (٨٦٪)، الخوف من عمل الأخطاء (٧٥٪)، الخوف من وخزة في الأصابع (٧٤٪)، الخوف من تنظيف الأسنان (٧٢٪)، الخوف من التعرض للاختبار (٦٥٪)، الخوف من مقابلة الأقران (٦٤٪)، الخوف من الفحص الطبي (٦٣٪)، الخوف من الظلام (٥٦٪)، الخوف من الحشرات (٥٣٪). وتختلف كذلك مع نتائج دراسة (Kim et al., 2008) والتي أسفرت عن وجود مستويات متشابهة بين المجموعتين في المخاوف المحددة المتمثلة في المخاوف الاجتماعية، والخوف من الفشل والنقد، والخوف من الجهول، ومع نتائج دراسة (Gillott et al., 2001) والتي انتهت إلى ارتفاع مستويات الخوف من الاصابات البدنية، اضطراب الهلع، ومع نتائج دراسة (Turner, 2010) والتي ابانت عن أن أكثر المخاوف شيوعاً لدى عينة الدراسة كانت المخاوف الطبية بنسبة ٢٨٪، المخاوف من الحيوانات بنسبة ٥٪، والخوف من الغرباء بنسبة ٣٪، الخوف من التعرض للأذى أو الخطر بنسبة ١٨٪، والمخاوف المرتبطة بالبيئة بنسبة ١٥٪، والمخاوف المرتبطة بالموقف بنسبة ١٣٪.

وقد يكون لدى الطفل الخوف من أشياء قد تكون عادية، وفي الجانب الآخر نجد هذا الطفل لا يخاف من أشياء يستوجب الخوف منها وتنبه للخطر كالجري في الشارع دون الالتفاف للسيارة القادمة، فقد نجد بعض الأطفال التوحديين شديدي الخوف بدون داعي بينما نجد آخرين يكونون لا مباليين بأي خطر حولهم (سميرة السعد، ٢٠٠١).

كما يبدي الطفل التوحدي الخوف من التعرض للأذى النار أو السكين فلعلة يكون قد حدث له ما يؤلمه في مثل هذه الأماكن ذات مرة، أو قد يكون حدث لشخص آخر يعرفه، أما الخوف من الارتفاعات فقد جاء في الترتيب الأخير ربما يعزى ذلك إلى أن الأطفال في الدراسة الحالية أقل تعرضاً للأماكن المرتفعة.

عرض ومناقشة نتائج الفرض الثالث :

وينص على أنه " يوجد ارتباط دال بين المهارات الاجتماعية وكل من اضطرابات القلق واضطرابات الاكتئاب لدى الأطفال التوحديين"
وللتحقق من صحة هذا الفرض فقد تم حساب معامل الارتباط بين درجات الأطفال التوحديين في مقياس المهارات الاجتماعية ومقاييس كل من اضطرابات القلق ومقاييس اضطرابات الاكتئاب. والجدول التالي يوضح ذلك :

جدول (١١)

عوامل الارتباط بين المهارات الاجتماعية وكل من اضطرابات القلق ، واضطرابات الاكتئاب

الدرجة الكلية للمقياس	القدرة على الاستجابة للأخريين	القدرة على استمرار التفاعلات	القدرة على المبادرة بالتفاعلات	القدرة على فهم الانفعالات وتبني وجهة نظر الآخرين	المهارات الاجتماعية اضطرابات القلق والاكتئاب
***,٤٥٨-	٠,٣٥١-	٠,٣٤٩-	٠,٣٣٥-	***,٥٢٠-	القلق المعم
**٠,٤٢٤-	**٠,٤٤٥-	**٠,٣٩٢-	٠,٣٢٩-	٠,٣٢٣-	الفويب الاجتماعية
٠,١٤٩-	٠,٠١٧-	٠,٢١١-	٠,٢٠٢-	٠,٠٩٤-	المخاوف المحددة
**٠,٣٦٦-	٠,٢٩٥-	٠,٣٢٣-	٠,٣٢٧-	٠,٣٢١-	الاكتئاب الرئيس
**٠,٣٥٨-	٠,٢٤٩-	٠,٢٤٥-	٠,٣٢٢-	**٠,٤٢٧-	الاكتئاب المتكرر
***,٤٧٦-	٠,٣١١-	**٠,٤٢٠-	٠,٣٣٦-	***,٥٢٨-	الاضطراب الاجتماعي

يتضح من جدول (١١) وجود ارتباطات سالبة دالة بين القصور في المهارات الاجتماعية وكل من اضطرابات القلق واضطرابات الاكتئاب باستثناء المخاوف المحددة. تتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (Kim et al., 2000) والتي انتهت إلى وجود علاقات سلبية بين اضطرابات القلق واضطرابات الاكتئاب والقصور في العلاقات مع الأقران والأسرة والمعلمين، ومع نتائج دراسة (De Bruin et al., 2006) والتي كشفت عن وجود ارتباط دال بين اضطرابات القلق واضطرابات الاكتئاب والقصور في المهارات الاجتماعية. ومع نتائج دراسة (White & Roberson-May, 2009) والتي كشفت عن وجود ارتباط دال إحصائياً بين قلق الطفل وقصور المهارات الاجتماعية، ومع نتائج دراسة (Turner, 2010) والتي أسفرت عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين القصور في السلوكيات الاجتماعية والخوف، ومع نتائج دراسة (Bellini, 2004) والتي انتهت إلى وجود ارتباط سلبى بين المهارات الاجتماعية التوكيدية والقلق الاجتماعي.

تؤثر اضطرابات القلق واضطرابات الاكتئاب سلباً على المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين، فالقلق انفعال يؤدي إلى توتر العضلات، والنشاط الحركي الزائد، وسرعة النبض، والخفقان وآم الصدر، وارتفاع ضغط الدم، وإلى التوتر العام، وعدم الاستقرار، وضعف القدرة على الأداء وبالتالي يؤدي إلى القصور في التفاعلات الاجتماعية وفي المبادأة الاجتماعية، وفي فهم الانفعالات وتبني وجهة نظر الآخرين، وفي قدرة الطفل على الاستمرار في التفاعل الاجتماعي، كذلك فإن اضطرابات الاكتئاب لها تأثيراتها السلبية على المهارات الاجتماعية فانفعال الاكتئاب يؤدي إلى الكثير من الأعراض البدنية والنفسية مثل فقدان الشهية وضعف النشاط الجسمي، وانحراف المزاج، وعدم القدرة على ضبط النفس، والشعور بالقصور في الأداء، والانسحاب والانطواء والوحدة، وبالتالي تؤدي هذه الأعراض السلبية إلى زيادة القصور في المبادأة والاستمرار في التفاعلات الاجتماعية.

عرض ومناقشة نتائج الفرض الرابع :

وينص على أنه " تنبئ اضطرابات القلق واضطرابات الاكتئاب بالقصور في المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين"

لاختبار صحة هذا الفرض فقد تم استخدام تحليل الانحدار المتدرج على اعتبار أن اضطرابات القلق واضطرابات الاكتئاب متغيرات مستقلة ، بينما المهارات الاجتماعية متغير تابع .

والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (١٢)

تحليل الانحدار المتدرج في التنبؤ بأبعاد المهارات الاجتماعية لدى عينة الدراسة

المقدار الثابت	قيمة "ف"	قيمة بيتا	نسبة المساهمة	الارتباط المتعدد	المتغيرات المستقلة	المتغير التابع
٨٥,٢٠	٨,٤٨	٠,٤٢٢	٠,٢٢٦	٠,٤٧٦	الاكتئاب المتكرر	المهارات الاجتماعية
	٧,٦٨	٠,٣٦٢	٠,٣٥٤	٠,٥٩٥	الفوبيا الاجتماعية	

يتضح من جدول (١٢) اسهام الاكتئاب المتكرر والفوبيا الاجتماعية بنسب سلبية دالة في التنبؤ بالمهارات الاجتماعية. تتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (Gadow et al., 2008) والتي توصلت إلى أن اضطرابات القلق واضطرابات الاكتئاب تنبئ بالقصور في المهارات الاجتماعية .

ويمكن تفسير تأثير اضطراب الاكتئاب المتكرر والفوبيا الاجتماعية على القصور في المهارات الاجتماعية ، في ضوء تعرض الطفل التوحدي المتكرر لنوبات

الاكتئاب ، والتي تترك تأثيراً سلبياً على قدرته على التفاعل الاجتماعي ، وعلى قدرته على المبادرة ، كما أن الأطفال التوحديين يتجنبون التواصل مع الآخرين فلديهم خوف مثير وواضح أو مميز لواحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية، وهذا بطبيعة الحال يقلص تفاعل الطفل مع أقرانه ويزيد من عزلته.

خلاصة وتوصيات :

لقد أسفرت نتائج الدراسة عن ارتفاع معدلات انتشار بعض اضطرابات القلق وبعض اضطرابات الاكتئاب، وهذا يتطلب من أولياء الأمور والمعلمين والعاملين مع الطفل التوحدي ضرورة العمل على خفض حدة هذه الاضطرابات من خلال تهيئة البيئة المناسبة للطفل التوحدي وفقاً لخصائصهم وسماتهم ، وتنظيم البيئة للطفل التوحدي ، وضرورة ممارسة الأطفال التوحديين لبعض الأنشطة الترويحية ، وضرورة أن يكون يوم الطفل التوحدي متنوع من حيث الأنشطة الرياضية والألعاب الاجتماعية قدر الإمكان وذلك للحد من القلق والاكتئاب لديهم وفي نفس الوقت تنمية المهارات الاجتماعية ، وتدريب الطفل التوحدي على الاسترخاء ، والعلاج التدريجي في مواجهة المواقف المثيرة للمخاوف ، وتشجيع الطفل على التفاعل مع الآخرين ومساعدته على الاندماج مع أقرانه العاديين ، والإفادة من العلاج المعرفي السلوكي وكافة المداخل العلاجية الأخرى ، وإبعاد الطفل عن مصادر الضغوط ، وحل الصراعات داخل البيئة الأسرية والتي من شأنها أن تزيد من حدة الاضطرابات النفسية لدى الطفل التوحدي.

أبانت نتائج الدراسة عن وجود ارتباط سلبي دال بين المهارات الاجتماعية وكل من اضطرابات القلق واضطرابات الاكتئاب ، وأن الاكتئاب المتكرر والفوبيا الاجتماعية يؤثران سلباً على المهارات الاجتماعية ، وهذا يتطلب الإفادة

من كل المداخل العلاجية التي من شأنها أن تخفض حدة هذه الاضطرابات مما ينعكس إيجابياً على المهارات الاجتماعية والتي تمثل لب التوحد . وتقديم برامج تدعيم وإرشاد للأباء لكي توضح لهم أساليب المعاملة السوية مع أبنائهم ذوي اضطراب طيف التوحد بحيث يتم ذلك من خلال مجموعة من المرشدين المؤهلين والمدربين الأكفاء تحت إشراف أساتذة التربية الخاصة.

قائمة المراجع

- إبراهيم الزريقات (٢٠٠٤). التوحد السمات والعلاج. عمان : دار وائل للطباعة والنشر.
- أحمد عبد الخالق (٢٠٠٠). الدراسات التطورية للقلق. الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية.
- أحمد عبد الخالق (١٩٩٣). استخبارات الشخصية . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية.
- أحمد عكاشة (٢٠٠٣) . الطب النفسي المعاصر . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.
- أسامة فاروق مصطفى، السيد كامل الشربيني (٢٠١١ - أ). التوحد (الأسباب- التشخيص- العلاج) عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- أسامة فاروق مصطفى، السيد كامل الشربيني (٢٠١١ - ب). سمات التوحد. عمان : دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- بطرس حافظ بطرس(٢٠٠٧). إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرههم. عمان : دار المسيرة.
- جابر عبد الحميد جابر ، أحمد خيرى كاظم (١٩٨٩). مناهج البحث في التربية وعلم النفس . القاهرة : دار النهضة العربية.
- جمال الخطيب ومنى الحديدى(٢٠٠٤). برنامج تدريبي للأطفال المعاقين. عمان : دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- جمعة سيد يوسف (١٩٩٠). سيكولوجية اللغة والمرض العقلي. سلسلة عالم المعرفة العدد (١٤٥) ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ، الكويت.
- سبيلبيرجر، جورستش، لوشين، فاج ، جاكوبز(١٩٩٢). دليل تعليمات القلق (الحالة والسمة)، ط٢، تعريب وإعداد: أحمد عبد الخالق، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

سحر خير الله (٢٠٠٥). مدي فاعلية التعليم الحاني في تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المعاقين عقليا من فئة قابلي التعلم. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة الزقازيق- فرع بنها.

سعد رياض (٢٠٠٨). الطفل التوحدي أسرار الطفل التوحدي وكيف نتعامل معه. القاهرة : دار النشر للجامعات.

سعدية بهادر (١٩٩٢). المرجع في برنامج تربية طفل ما قبل المدرسة. القاهرة : دار النيل للطباعة والنشر.

سمير بقيون (٢٠٠٧). الطب النفسي. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

سميرة السعد (١٩٩٢). معاناتي والتوحد. الكويت ، الشويخ.

شارلز شيفر ، هوارد مليمان (٢٠٠٦). سيكولوجية الطفولة والمراهقة مشكلاتها وأسبابها وطرق حلها. ترجمة : سعيد حسني العزه. عمان : دار الثقافة للنشر والتوزيع.

صالح عبد الله هارون (١٩٩٦). مقياس تقدير المهارات الاجتماعية للأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم داخل حجرة الدراسة. الرياض. رسالة التربية وعلم النفس. ٢٠٤. ج١.

طارق عامر (٢٠٠٨). الطفل التوحدي. عمان : دار اليازوري .

عادل عبد الله محمد (٢٠٠١). جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً. القاهرة : دار الرشاد.

عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث ، أساليبه وميادين تطبيقه . القاهرة : دار الضجر للنشر والتوزيع .

عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨). الاككتاب ، اضطراب العصر الحديث : فهمه وأساليبه علاجه. سلسلة عالم المعرفة ، العدد (٢٣٩) ، الكويت ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

د. محاد غنايم & د. السيد الشربيني & د. أسامة فاوق ————— بعض اضطرابات القلق والانتاب

عبد الستار إبراهيم ، وعبد الله عسكر (١٩٩٩) . علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي . القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

عبد العليم محمد عبد العليم شرف (٢٠٠٨) . طرق تعليم المهارات الأمنية والاجتماعية للمعاقين عقليا . القاهرة . عالم الكتب .

عبد الكريم الحجاوي (٢٠٠٤) . موسوعة الطب النفسي . عمان : دار أسامة للنشر .

عبد المطلب القريطي (١٩٩٨) . في الصحة النفسية . القاهرة : الفكر العربي .

عبد المنعم الحفني (١٩٩٤) . موسوعة علم النفس والتحليل النفسي . القاهرة : مكتبة مدبولي .

عثمان فراج (١٩٩٤) . إعاقة التوحد أو الاجترار . النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، ديسمبر ، العدد (٤٠) ، ٢ - ٨ .

عمر بن الخطاب (٢٠٠١) . الأسباب الدفاعية في علاج التوحد . مجلة معوقات الطفولة : جامعة الأزهر ، القاهرة ، ع ٩ .

عمر بن الخطاب (١٩٩٧) . خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحدية على اختبار أيزنك لشخصية الأطفال . القاهرة . النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين . ٤٩٤ . ص ص ٢١٤ - ٢٢٢ .

فؤاد أبو حطب ، سيد عثمان ، أمال صادق (١٩٩٣) . التقويم النفسي . القاهرة : الأنجلو المصرية .

فرج عبد القادر طه (١٩٧٩) . الشخصية ومبادئ علم النفس . القاهرة : مكتبة الخانجي .

لطفى الشربيني (٢٠٠١) . الاكتئاب . الأسباب والمرض والعلاج . بيروت . لبنان . دار النهضة العربية .

لينا صديق (٢٠٠٥). فاعلية برنامج مقترح في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي للأطفال التوحديين وأثر ذلك على سلوكهم الاجتماعي. دكتوراه غير منشورة. الأردن ، عمان. الجامعة الأردنية.

محمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٨). المهارات الاجتماعية وعلاقتها بالاكثاب واليأس لدى الأطفال . في : محمد السيد عبد الرحمن : دراسات في الصحة النفسية ، الجزء الثاني ، القاهرة ، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع .

محمد السيد عبد الرحمن (٢٠٠٠). علم الأمراض النفسية والعقلية (الأسباب - الأعراض- التشخيص- العلاج) ط٢ . القاهرة ، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع .

محمد زياد حمدان (٢٠٠١). التوحد لدى الأطفال اضطرابه وتشخيصه وعلاجه. دار التربية الحديثة.

محمد عدنان عليوان (٢٠٠٧). الأطفال التوحديين . عمان : دار اليازودي العلمية للنشر والتوزيع .

محمد محروس الشناوي ومحمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٨) . العلاج السلوكي الحديث ، أسسه ، وتطبيقاته . القاهرة : دار قباء للنشر والتوزيع .

محمود حمودة (١٩٩١). الطفولة والمراهقة : المشكلات النفسية والعلاج . القاهرة ، مركز الطب النفسي والعصبي للأطفال.

وفاء على الشامي (٢٠٠٤). سمات التوحد . الجمعية الخيرية النسوية : مركز جدة للتوحد.

American Psychiatric Association .(1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th.edn). Washington DC. Author .and disability. Austin, TX: PRO-ED.

- Anderson , J., Williams , S., McGee , R., & Silva , P.(1987). DSM-III disorders in preadolescent children ,*Achieves of General Psychiatry* , 44, 69-76.
- Andrea, S.(2009). Psychopathology in youngsters with autism spectrum disorders. PHD unpublished. The Ohio State University
- Asher , S., Renshaw , P.(1981). Children without friends :social knowledge and social skill training .in Asher, A.,& Guttman , J.(eds.), *The development of children's friendships*, New York, Cambridge University Press.
- Baranek, G. , Foster, L. , & Berkson, G. (1997). Tactile defensiveness and stereotyped behaviors. *American Journal of Occupational Therapy*, 51, 91-95.
- Bellini , S.(2004). Social Skill Deficits and Anxiety in High-Functioning Adolescents with Autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 19, 2 ,78-86.
- Bruce,T.,Saeed,S.(1991).Social anxiety disorder: common underrecognized mental disorder. *American Family Physician* , 60(8), 2311.
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 817-833.
- Chamberlain, B. (2001). Isolation or involvement? The social networks of children with autism included in regular classes. Unpublished doctoral dissertation, University of California, Los Angeles.
- Cheng . K., & Myers , K.(2005). *Child and Adolescent Psychiatry*. New York, Lippincott Williams & Wilkins.

- Chow ,S.(2008).Depression and anxiety in children with high – functioning autism spectrum disorders :Examination of clinical symptoms assessment: methods and source differences. .Phd Unpublished , Department of Counseling, School, and Educational Psychology.
- Compton , S., Nelson , A.,& March , J.(2000). Social phobia and separation anxiety symptoms in community and clinical samples of children and adolescents .Journal of the American of Child and Adolescent Psychiatry , 39(8), 1040-1046.
- Costello , E ., Ngold , A.(1995). Epidemiology in March , J.(ed.) Anxiety disorders in children and adolescents (PP.109-122), New York : Guilford.
- Davis , T.. Fodstad,L., Jenkins, K., Hess, H., Moree,B., Dempsey,T., Et al.(2010). Anxiety and avoidance in infants and toddlers with autism spectrum disorders: Evidence for differing symptom severity and presentation. Research in Autism Spectrum Disorders, 4 ,305–313
- De Bruin, E., Ferdinand, R. , Meester, S., De Nijs, P., & Verheij, F. (2006). High rates of psychiatric co-morbidity in PDD-NOS. Journal of Autism and Developmental Disorders, 37, 877–886.
- Dementieva,Y., Vance, D. ,Donnelly, S. , Elston, L. ,Wolpert,C. M., Ravan, Et al., (2005). Accelerated head growth in early development of individuals with autism. Pediatric Neurology, 32, 102–108.
- Doris , A ., Ebmeier , K., Shaiahan, P ., (1999). Depressive illness . Lancet , 1290-1294.
- Evans , D., Canavera , K., Kleinpeter, F., Maccubbin , C., & Taga , K.(2005).The Fears, Phobias and Anxieties of

Children with Autism Spectrum Disorders and Down Syndrome: Comparisons with developmental and Chronologically Age Matched Children. *Child Psychiatry and Human Development*, 36(1) 3-26.

Feng, X., Shaw, D. , & Silk, J. (2008). Developmental trajectories of anxiety symptoms among boys across early and middle childhood. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(1), 32-47.

Fombonne , W.(1998). Epidemiology of surveys of autism .in Volkmar , F. (ed) *Autism and Pervasive developmental disorders* (32-63), New York :Cambridge University Press.

Fombonne , W.(2003). Epidemiology survey of autism and other pervasive. *Developmental disorders* , 33, 365-382.

Fombonne, E. (2005). Epidemiologie des troubles psychiatriques en pedopsychiatrie. *EMC – Psychiatrie*, 2, 169–194.

Fordham, K., & Stevenson-Hinde, J. (1999). Shyness, friendship quality, and adjustment during middle childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(5) ,757-768.

Frea, W. (1995). Social-communicative skills in higher-functioning children with autism. In R. L. Koegel & L. K. Koegel (Eds.), *Teaching children with autism: Strategies for initiating positive interactions and improving learning opportunities* (pp. 53–66). Baltimore: Brookes.

Freeman, B. (1997). Guidelines for evaluating intervention programs for children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27, 641–651.

Frith, U.(1989).*Autism*. Oxford :Basil Blackwell.

- Gadow, K. & Sprafkin, J. (2002). *Child Symptom Inventory 4: Screening and Norms Manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus.
- Gadow, K., DeVincent, A., Schneider, J. (2008). Predictors of Psychiatric Symptoms in Children with an Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*, 38, 1710–1720
- Gillis, S., Natof, T., Lockshin, S., Romanczyk, R. (2009). Fear of Routine Physical Exams in Children With Autism Spectrum Disorders Prevalence and Intervention Effectiveness. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 24 (3)156-168
- Gillott, A., Furnis, F., Salters, A. (2001). Anxiety in high functioning children with autism. *Autism*, 5, 277-286.
- Gjevik, E., Eldevik, S., Fjæran-Granum, T., Sponheim, T. (2010). Kiddie- SADS Reveals High Rates of DSM-IV Disorders in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord*, 26-36.
- Gonzalez-Lopez, A, & Kamps, D. (1997). Social skills training to increase social interactions between children with autism and their typical peers. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 12, 2–14.
- Graziano, A, Degiovanni, I., & Garkal., (1979). Behavioral treatment of children fears. A review *Psychological Bulletin*, 86, 804- 830.
- Grover, R., Ginsburg, G., & Ialongo, N. (2005). Childhood predictors of anxiety symptoms: A longitudinal study. *Child Psychiatry and Human Development*, 36(2), 133-153.
- Hartman, C., Hox, J., Mellenbergh, A., Gadow, K., Sprafkin, J., Boyle, M., et al. (2001). DSM-IV Internal Construct

Validity : When a Taxonomy Meets Data. J. Child Psychol. Psychiat. 42(6) 817-836, 2001

- Hazen, A., Stein, M. (1995) Clinical phenomenology and comorbidity. In: Stein MB (ed) Social phobia: clinical and re- search perspectives. American Psychiatric Press, Washington, DC, pp 3-41.
- Holden, B., & Gitlesen, J. (2006). A total population study of challenging behaviour in the county of Hedmark, Norway: Prevalence, and risk markers. Research in Developmental Disabilities, 27(4), 456–465.
- Howlin, P., & Goode, S. (1998). Outcome in adult life for people with autism, Asperger's syndrome. In F. R. Volkmar (Eds.), Autism and pervasive developmental disorders (pp. 209– 241). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Kanne , K., Abbacchi A Constantino , P.(2009). Multi-informant Ratings of Psychiatric Symptom Severity in Children with Autism Spectrum Disorders: The Importance of Environmental Context. J Autism Dev Disord, 39,856–864
- Kanner ,L.(1943).Autistic Disturbances of affective contact .Nervous Child , 2, 217-250.
- Kaplan & Sadock,(1998). Synopsis of Psychiatry , behavioral Sciences/Clinical Psychiatry,New York , Lippincott Williams & Wilkins.
- Katona , C ., Robertson, M .(2005). Psychiatry at a glance, London : Blackwell science.
- Kessler R, Chiu W, Demler O.(2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the

- National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry , 62(6), 27-62.
- Kim , J., Szatmari, P., Bryson , S., Streiner , D., &Willson , F.(2000). The prevalence of anxiety and mood problems among children with autism and asperger syndrome .Autism , 4, 117-132
- Kimel , L.(2008).Phenomenology of anxiety and fears in clinically anxious children with Autism spectrum Disorders .PHD unpublished the Faculty of Social Sciences , University of Denver.
- Knott, F., Dunlop, A. , & Mackay, T. (2006). Living with ASD. Autism, 10(6), 609–617.
- Korinek, L.,& Polloway , E.(1993). Social skills :A review and implications for instruction for students with mild mental retardation .in Gabler , R.,& Warren, S.(eds.), Strategies for teaching students with mild to severe mental retardation , PP.71-97, Baltimore :Paul H. Brooks Publishing Co.
- Kuusikko ,S., Pollock-Wurman , R., Jussila , K., Carter , A.,Marja-Leena, M., Ebeling , H ., et al.(2008). Social Anxiety in High-functioning Children and Adolescents with Autism and Asperger Syndrome. J Autism Dev Disord , 38,1697–1709.
- Kuusikko-Gauffin ,S.(2011) social anxiety and emotion recognition in autism spectrum disorders. PHD in Psychology , University of Oulu, Faculty of Medicine, Institute of Clinical Medicine,
- Lainhart , J.(1999). Psychiatric problems in individual with autism , their parents and siblings. International Review of Psychiatry , 11 , 278-298.

- Langley, A. , Bergman, R. , McCracken, J., & Piacentini, J. (2004). Impairment in childhood anxiety disorders: Preliminary examination of the child anxiety impact scale-parent version. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 14(1), 105-114.
- Lecavalier, L. (2006). Behavioral and emotional problems in young people with pervasive developmental disorders: Relative prevalence, effects of subject characteristics, and empirical classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(8), 1101–1114. doi: 10.1007/s10803-006-0147-5.
- Lehman,C.(2010).A anxiety in children with autism spectrum disorders an examination of reporting trends among children, parents and teacher.PHD Unpublished,In School Psychology.University of Maryland.
- Lewinsohn, D.(1974). Clinical and theatrical aspects of depression ,in Cathoun, K.,& Adams, H., & Mitchell , M.(eds.), innovative treatment methods in psychopathology .New York , wiley.
- Lewis , V.(1987). Development and handicap.Basil Blackwell.
- Leyfer, O. , Folstein, S. , Bacalman, S., Davis, N. , Dinh, E.,Morgan, J. (2006). Comorbid psychiatric disorders in children with autism: Interview development and rates of disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36 , 849–861.
- Macintosh, K., & Dissanayake, C. (2006). Social skills and problem behaviours in school aged children with high functioning autism and Asperger's disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(8), 1065–1076

- Mandell, D. (2008). Psychiatric hospitalization among children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1059–1065.
- Matson, J., & Swiezy, N. (1994). Social skills training with autistic children. In J. L. Matson (Ed.), *Autism in children and adults*. Pacific Grove, CA: Brooks Cole.
- Melfsen, S., Walitza, S., & Warnke, A. (2006). The extent of social anxiety in combination with mental disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(2), 111–117.
- Muris, P., Steerneman, P., Merckelbach, H., Holdrinet, I., & Meesters, C. (1998). Comorbid anxiety symptoms in children with pervasive developmental disorders. *J Anxiety Disorders*, 12, 387–393.
- National Institute of Mental Health (2001). *The Numbers Count, Mental Disorders in America*. Retrieved from the World Wide Web on 10-19-2005. Website address :<http://www.nimh.nih.gov/publicat/numbers.cfm>
- Puri, B., Iaking . P., & Treasaden , I.(2002). *Textbook of psychiatry* . New York , Churchill Livingstone.
- Rapin , I ., & Katzman , R.(1998). Neurobiology of Autism .*Annals of Neurology*, 43, 7-14.
- Reeve, S. , Reeve, K. , Townsend, D. , & Poulson, C. (2007). Establishing a generalized repertoire of helping behavior in children with autism. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40, 123–136.
- Richdale , L.(2001). Sleep in children with autism and Asperger syndrome .in Stores ,A. &Wiggs, L.(ed.), *Sleep disturbance in children and adolescent with disorders of development its significance and management* (PP. 181-191), Mac Keith Press .London .

- Russell, E., & Sofronoff, K. (2005). Anxiety and social worries in children with Asperger syndrome. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(7), 633–638.
- Sadock , P.,& Sadock , V.(2003). Kaplan& Sadock's synopsis of psychiatry , behavioral science /clinical psychiatry. New York , Lippincott Williams& Wilkins.
- Sadock , P.,& Sadock , V.(2008). Kaplan& Sadock's concise textbook of clinical Psychiatry . New York , Lippincott Williams& Wilkins.
- Safren , S., Gershung , B., Marzol , P.(2002). History of childhood abuse in panic disorder, social phobia and generalized anxiety disorder .*Journal Nerv Ment Dis*, 190, 453-456.
- Salovilita , T.(2002).Dry bed training method in the elimination of bed-wetting in two adults with autism and severe mental retardation .*Cognitive Behaviour Therapy* , 31(3), 135-140.
- Schopler, E., & Mesibov, G. (1983). *Autism in adolescents and adults*. New York: Plenum Press.
- Seligman , M.(1971). Phobias and preparedness .*Behavior Therapy* , 2, 307-320.
- Shashi , K., Bhatia , M ., Subhash, C. Bhatia, M.(2007). Childhood and adolescent depression , *American Family Physician* , 75,(1), 73 -80.
- Stone, W., Ruble, L., Coonrod, E., Hepburn, S., & Pennington, M. (2003). *TRIAD Social Skills Assessment manual*. Nashville, TN: Treatment and Research Institute for Autism Spectrum Disorders.
- Sukhodolsky, D. , Scahill, L., Gadow, K. , Arnold, L. , Aman, M. , McDougle, C., et al. (2008). Parent-rated anxiety

- symptoms in children with pervasive developmental disorders: Frequency and association with core autism symptoms and cognitive functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 117–128.
- Sukhodolsky, D. , Scahill, L., Gadow, K. , Arnold, L. , Aman, M. , McDougle, et al.. (2007). Parent-rated anxiety symptoms in children with pervasive developmental disorders: Frequency and association with core autism symptoms and cognitive functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology* (Epub ahead of print).
- Tantam, D. (2003). The challenge of adolescents and adults with Asperger syndrome. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 12, 143–163.
- Turner , A.(2010).relationship between fear and core autism symptoms in children with an autism spectrum disorders. MA of Science in Psychology in the Graduate School of Binghamton ,University State University of New York.
- Weiss, M. , & Harris, S. (2001). Teaching social skills to people with autism. *Behavior Modification*, 25, 785–802.
- Wetherby, A. , Cain, D. , Yonclas, D. , & Walker, V.(1988). Analysis of intentional communication of normal children from the prelinguistic to the multiword stage. *Journal of Speech and Hearing Research*, 31, 240–252.
- White , S., & Roberson-Nay, R.(2009). Anxiety, Social Deficits, and Loneliness in Youth with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders* ,39,(7), 1006-1013,
- White, S. , Oswald, D., Ollendick, T., & Scahill, L. (2009). Anxiety in children with autism spectrum disorders. *Clinical Psychology Review*, 29, 216–229.

Witwer , A.(2009). Psychopathology in youngsters with autism spectrum disorders .PHD Unpublished , of Philosophy in the Graduate School of The Ohio State University.

World Health Organization (2003). Global advisory committee on vaccine safety, 16–17 December 2002. Weekly Epidemiological Record, 28.

<http://who.int/docstore/wer/pdf/2003/wer7804.pdf>.

Zakian , A., Malvy , J., Desombre , H., Roux, S., & Lenoir , P.(2000).Early sign of autism : A new study of family home movies. L'Encephale, 26, 38.