

المجلد (١٠)، العدد (٣٨)، الجزء الثاني، سبتمبر ٢٠٢٠، ص ٩٧ - ١٢٩

اضطرابات القلق والاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة

إعداد

أ.د/ إيريني سمير غبريال

أستاذ الصحة النفسية والتربية الخاصة المساعد

كلية التربية - جامعة الزقازيق

DOI: 10.12816/0056088

اضطرابات القلق والاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة

إعداد

□ أ.د/ إيريني سمير غبريال^(*)**ملخص**

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على مدى انتشار اضطرابات القلق والاكتئاب لدى عينة من الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة في مصر. وقد تكون مجتمع الدراسة من (١٢٩) طفلاً ومراهقاً من ذوي الإعاقة الفكرية الملتحقين بمدارس التربية الفكرية بمحافظة الشرقية - جمهورية مصر العربية، تراوحت نسبة الذكاء بين (٥٠-٧٠) وتتراوح أعمارهم ما بين (٦ إلى ١٨) عاماً. ولتحقيق أهداف الدراسة تم تطبيق المنهج الوصفي، وقد تم جمع المعلومات اللازمة من خلال تطبيق مقياس القلق والاكتئاب للأطفال المعاقين فكرياً (رضوان وغبريال ٢٠١٦). وأسفرت نتائج الدراسة عن نسبة انتشار اضطرابات القلق والاكتئاب عند الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة تقدر بـ (٢٥,٦%) بمتوسط (٥٢,٦) وانحراف معياري (١,٧). وتبينت النتائج عدم وجود تأثير دال لمتغير النوع (ذكر/أنثى) من أفراد العينة في كلاً من القلق والدرجة الكلية للقلق والاكتئاب، بينما تبين وجود علاقة ارتباطية إيجابية دالة بين القلق والاكتئاب والعمر الزمني، واوصت الدراسة بتقديم مزيد من الدعم النفسي للأطفال المعاقين فكرياً، وكذلك الاهتمام بالصحة النفسية للطفل والمراهق ذو الإعاقة الفكرية، وتوجه العديد من الجهود نحو الفحص المبكر وقياس تلك الاضطرابات والتدخل الأكثر إستهدافاً للقلق والاكتئاب.

الكلمات المفتاحية: الأطفال - المراهقون - الإعاقة الفكرية - اضطرابات القلق - الاكتئاب.

(*) أستاذ الصحة النفسية والتربية الخاصة المساعد كلية التربية - جامعة الزقازيق، ميل: ereny.gobrial@hotmail.co.uk

Anxiety and Depression in Children and Adolescents with Mild Intellectual Disabilities

By

Prof. Ereny Gobrial (*) □

Abstract

The current study aimed to investigate the prevalence level of anxiety and depression disorders in an Egyptian population of children and adolescents with mild intellectual disabilities (ID). The participants consisted of 129 children and adolescents with mild ID, aged 6-18 years, IQ (50-70). This study adapted a descriptive method. The Anxiety and depression scale for children with intellectual disabilities (Radwan & Gobrial, 2016) was employed in this study. The findings identified a prevalence rate of 25.6% of anxiety and depression disorders in children and adolescents with mild ID (mean= 52.6; SD= 1.7). There were no significant differences between male and female on anxiety and overall score. Though, there was a positive significant correlation between high level of anxiety and depression and age. This study recommended the importance of the mental health of children and adolescents with ID. The efforts should be directed towards the early examination, assessment and early intervention for anxiety and depression among this group.

Key words: Children, adolescents, intellectual disabilities, anxiety & depression.

□

(*) Professor associate, Mental Health Department – Faculty of Education, University of Zagazig– Egypt.
e-mail: ereny.gobrial@hotmail.co.uk

مقدمة:

فى الآونة الأخيرة، نالت الصحة النفسية أهتماً متزايداً من الباحثين السيكولوجيين فى محاولة لتحسين حياة الأطفال ذوى الإعاقة الفكرية، حيث وجد فيه مؤشراً يساعد على فهم شخصية الطفل المعاق فكرياً من حيث الأسباب والأعراض والدوافع والإضطرابات النفسية التى يتعرضون لها، وقد يتعرض الأطفال ذوى الإعاقة الفكرية إلى الإصابة بالاضطرابات النفسية كبقية الأطفال، حيث أن الإعاقة الفكرية مشكلة متعددة الجوانب، فهى مشكلة طبية ونفسية وتربوية وإجتماعية يصاحبها عادة اضطرابات نفسية وجسمية تظهر أثارها فى المجال التحصيلي والإجتماعي وغيرها من مجالات الحياة (زهران ٢٠٠٥).

كما أن الأفراد ذوى الإعاقة الفكرية أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية، حيث تشير الدراسات المسحية إلى معدلات أنتشار تتراوح بين ٢٥% و ٥٠% لدى الأطفال والمراهقين، مقارنة بـ ٦-١٧% لدى أقرانهم من الأطفال والمراهقين العاديين (العجمى، ٢٠١٥ Gobrial 2019; Einfeld et al. 2011; Emerson & Hatton 2007; Roberts, et al. 2007; Dekker & Koot 2003)، وتعد اضطرابات القلق والاكتئاب الأكثر أنتشاراً، حيث أشارت الدراسات المسحية فى مجال القلق أن نسبة الأنتشار لدى الأطفال المعاقين فكرياً تراوحت ما بين ١٠-٢٢%، مقارنةً بـ ٣-٧% لدى الأطفال العاديين (Reardon et al. 2015; Emerson & Hatton 2007; Roberts et al. 2007; Masi et al. 2002; Dekker & Koot 2003; Emerson 2003)، كما أشارت غبريال (Gobrial 2019) فى دراسة حديثة إلى أن الاضطرابات النفسية تصيب حوالى ٦٢% من الأطفال والمراهقين ذوى الإعاقة الفكرية والتوحد فى مصر، كما أسفرت النتائج عن أن القلق من أكثر الاضطرابات النفسية أنتشاراً ويصاب حوالى (٣٤,٢%) بينما نسبة المصابين بالاكتئاب هي (١٧,٥%).

ويرجع ارتفاع مستويات القلق والاكتئاب عند الأطفال والمراهقين المعاقون فكرياً إلى عدة عوامل، من أهمها تدنى القدرات الفكرية والمهارات المعرفية والتى بدورها قد تؤدى إلى ضعف تقدير الذات لدى الفرد المعاق، و أيضاً صعوبة التعبير عن المشاعر والأحاسيس، مما قد يسبب الاضطرابات النفسية كالغضب والقلق، وقد يؤدى نقص مهارات التواصل لدى هؤلاء الأطفال إلى

صعوبة التعبير عن المشاعر أو رفض المخاوف، مما يؤدي إلى الإفراط في تعميم المخاوف، فضلاً عن ضعف مهارات التكيف النفسي والاجتماعي، حيث أن التعرض للمشكلات غير المألوفة قد يؤدي إلى مزيد من القلق والتي قد تؤول فيما بعد إلى مشكلات سلوكية (Sullivan et al. 2004; Smiley 2005; Wilson 2004)، إضافة إلى بعض العوامل الأخرى على سبيل المثال: انعدام الأمن النفسي الناجم عن الشعور بالعجز والنقص، حيث تغطي المطالب البيئية المتعددة على قدرة الفرد المعوق على التوافق مع البيئة الأسرية أو المدرسية، وعدم التشجيع والرفض المستمر والنقد الدائم، فضلاً عن خبراته المحدودة وانخفاض مهاراته الاجتماعية واختلاف معدل النمو ومقارنته بأقرانه الأمر الذي ربما يؤل إلى القلق والاكتئاب (Tomic et al. 2011; Hagopian & Jinnett 2008; العجمي ٢٠١٥).

مشكلة الدراسة:

إن مشكلة هذه الدراسة تنبع من أن الطفل أو المراهق ذو الإعاقة الفكرية أكثر عرضة للإضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية فيما لا يقل عن ثلاثة إلى أربعة أضعاف أقرانهم العاديين (Munir 2016: Masi et al. 2002)، وتعد اضطرابات القلق والاكتئاب من أكثر الإضطرابات النفسية أنتشاراً بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية (Reardon et al. 2015; Dekker & Koot 2003; Emerson & Hatton 2007). ومن جهة أخرى يجد هؤلاء الأطفال صعوبة في التعبير عن مشاعر القلق والاكتئاب نتيجة لضعف قدرتهم على التواصل وضعف المهارات الاجتماعية والأداء الفكري (APA 2013)، وربما يكون القلق السبب الرئيسي وراء معظم الإضطرابات السلوكية لدى الأطفال المعاقين فكرياً، والذي يمثل أكثر ارتباطاً بالمشكلات النفسية الأخرى (Gobrial & Raghavan 2012)، وفي كثير من الأحيان، يصعب الفصل بين أعراض المشكلات النفسية مثل القلق والاكتئاب والمشكلات السلوكية، فمثلاً قد يظهر الاكتئاب في صورة سلوك انعزالي أو هياج أو عدوانية، وقد تظهر المشكلات السلوكية وسلوكيات التحدي كرد فعل أو كوسيلة للتعامل مع الإحباط والقلق (غبريال ٢٠١٧) ومن ثم نادراً ما يتم التعرف عليها أو تشخيصها (Cooray & Bakala 2005).

ونستخلص مما سبق أن الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة أكثر عرضة للقلق والاكتئاب، وقد تتداخل مع المشكلات السلوكية ولا شك أن الحالات الشديدة من القلق والاكتئاب قد تؤثر على حياة هؤلاء الأطفال من خلال الحد من قدرتهم على الإنخراط في الأنشطة اليومية المختلفة وربما تؤدي إلى ضرر بالغ بالصحة النفسية خاصة لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة وقد يتسبب أيضاً في الضغوط الوالدية، مما يؤثر على جودة حياة الطفل والأسرة (الحو ٢٠١١ Bellini 2004; Herring et al. 2006; Tehee et al. 2009) لتحديد حجم المشكلة ومعرفة إحتياجاتهم النفسية.

وتذهب الباحثة إلى أن التعرف على نسبة معدلات أنتشار القلق والاكتئاب يسهم في تحديد حجم المشكلة و تحديد الإحتياجات النفسية لهؤلاء الأطفال، ويعد نقطة مهمة للتعرف على المشكلة في مرحلة مبكرة ، كما يسهم في كشف الصورة كاملة لما يتعرض له هؤلاء الأطفال من مشكلات نفسية وما ينجم من تدهور الصحة النفسية والتي تؤثر في بناء شخصية الفرد وتؤثر على الأسرة والمجتمع. إضافة إلى التعرف على معدلات أنتشار القلق والاكتئاب يساعد في التنبؤ بنوعية الصعوبات المتوقعة ومدى تأثيرها على سلوك الطفل ومحاولة فهمها وتجنبها بقدر الإمكان ، وتقديم التدخل المناسب والعلاج قبل أن تتفاقم المشكلة.

لذلك فإن قياس معدلات أنتشار القلق والاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة الفكرية، تم تناوله من قبل العديد من الباحثين في الدول الأجنبية، غير إن تلك الفئة من الأطفال لم تتل القدر الكاف من البحث والدراسة في البيئة العربية -في حدود علم الباحثة- من الدراسات التي تناولت دراسة معدلات اضطرابات القلق والاكتئاب. وتعد الدراسة الحالية محاولة للكشف عن مدى أنتشار اضطرابات القلق والاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة على عينة مصرية، ولا سيما أن الأبحاث العربية لم تعط الأهمية الكافية لدراسة القلق والاكتئاب لهذه الفئة مقارنة بالأدبيات العالمية.

من هنا تبرز مشكلة البحث في قياس اضطرابات القلق والأكتئاب في مجتمعنا على فئة الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة، من أجل التوصل الي مجموعه من التوصيات

التي من شأنها التعرف على المشكلة و الكشف المبكر وإدارة وضبط القلق والاكتئاب للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة في مرحلة مبكرة، وتهدف الدراسة الحالية إلى تطبيق مقياس الوالدين للتعرف على مدى انتشار اضطرابات القلق والاكتئاب لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة من سن (٥ إلى ١٨) سنة.

أسئلة الدراسة:

ويمكن صياغة مشكلة الدراسة في التساؤل التالي:

✱ ما مدى نسبة انتشار اضطرابات القلق والاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة؟

وينتفع من هذا السؤال الأسئلة الفرعية التالية:

السؤال الأول: ما مدى انتشار اضطرابات القلق والاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة؟

السؤال الثاني: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الذكور والإناث ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة على مقياس القلق والاكتئاب؟

السؤال الثالث: هل يوجد ارتباط ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات عينة الدراسة من الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة على مقياس اضطرابات القلق والاكتئاب والعمر الزمني؟

أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

١- قياس انتشار اضطرابات القلق والاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة.

٢- الكشف عن مدى أختلاف وطبيعة اضطرابات القلق والاكتئاب بين الذكور والإناث من الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة.

٣- التعرف على مدى أختلاف مستويات وطبيعة القلق والاكتئاب بين الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة وفقاً لمتغير العمر.

أهمية الدراسة:**الأهمية النظرية:**

تكمن الأهمية النظرية للدراسة فيما قدمته من إطار نظري جديد يتناول اضطرابات القلق والاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين المعاقين فكرياً، والتي لم تتل القدر الكاف من البحث والدراسة في البيئة العربية "في حدود علم الباحثة"، ويرجع أهمية اختيار القلق والاكتئاب بصفة خاصة، إلى أنهما من أخطر المشكلات النفسية وأكثرها انتشاراً، حيث يرى علماء النفس أن القلق هو أساس المشكلات السلوكية، بينما يعيق الاكتئاب الفرد عن التكيف النفسى السوى.

الأهمية التطبيقية:

تكمن الأهمية التطبيقية للدراسة الحالية فى التالي:

- التعرف على مستوى اضطرابات القلق والاكتئاب لدى الأطفال ذوى الإعاقة الفكرية لتحديد حجم المشكلة ومعرفة إحتياجاتهم النفسية.
- الفحص المبكر لإضطرابات القلق والاكتئاب والتدخل الأكثر إستهدافاً للحد من هذه المشكلات.
- إعداد البرامج الوقائية وتوفير الرعاية المناسبة والمساندة النفسية.
- تأثير القلق والاكتئاب على نمو شخصية الطفل وأثره على الأداء السلوكى والتعليمى.
- الإستفادة من نتائج هذه الدراسة فى وضع برامج وتدخلات إرشادية لإدارة القلق وخفض الاكتئاب وكذلك وقائية لمساندة الطفل والأسرة.
- ضرورة الإهتمام بالصحة النفسية للأطفال المعاقين فكرياً، حيث أنها مؤشرات هامة لسلامة أو لضعف الصحة العامة للأطفال ويكون لها تأثير ايجابي أو سلبي على جودة حياة الطفل والأسرة.

حدود الدراسة:

- ١- الحدود الموضوعية: تقتصر الدراسة الحالية على قياس القلق والاكتئاب لدى عينة من الأطفال والمراهقين ذوى الإعاقة الفكرية البسيطة.

٢- **الحدود المكانية:** تم تطبيق هذه الدراسة فى مدارس التربية الفكرية ومؤسسات التربية الخاصة بمدينة الزقازيق - محافظة الشرقية بجمهورية مصر العربية.

٣- **الحدود الزمانية:** تم تطبيق هذه الدراسة خلال الفصل الدراسى الأول من العام ٢٠١٦/٢٠١٧ م.

٤- **الحدود البشرية:** تشمل هذه الدراسة الأطفال والمراهقين ذوى الإعاقة الفكرية البسيطة ممن تتراوح أعمارهم ما بين (٦-١٨) سنة والملتحقين بمعاهد ومدارس التربية الفكرية فى مدينة الزقازيق بمحافظة الشرقية بجمهورية مصر العربية.

مصطلحات الدراسة:

اضطرابات القلق (Anxiety disorders):

يمكن تعريف اضطرابات القلق بأنها "شعور غير مبرر بالخوف أو الفزع من أمر ما، ويعد القلق إستجابة لأمر لا تشكل خطراً مباشراً على الشخص أو أنها غير ضارة، وقد يكون نتيجة صراعات نفسية ذاتية لا يعرف الشخص أسبابها غالباً، ويشار إلى أنّ القلق يعدّ شعوراً طبيعياً إذا كان تحت السيطرة، وعبر عن استجابة لبعض المواقف التى تستدعى القلق، أمّا إذا كان يحدث بشكل غير مبرر وباستمرار تجاه شخص معين أو أمر معين فهو حالة مَرَضِيَّة وقد يصل إلى مرحلة تُسمى بالزُّهَاب (Encyclopaedia 2018).

ويتحدد مفهوم اضطرابات القلق إجرائياً: بأنه حالة أنفعالية للطفل غير سارة نتيجة شعور بالخطر أو مخاوف أو تهديد، ويتميز بالتوتر والخوف وقد ترافقه أعراض جسمية وسلوكيات سلبية على مدى فترة زمنية ممتدة. ويعرف مفهوم القلق إجرائياً فى هذه الدراسة بمجموع الدرجات التى يحصل عليها الطفل فى اختبار القلق والاكتئاب من إعداد (رضوان وغبريال ٢٠١٦).

اضطراب الاكتئاب (Depression disorder)

ويعرف بأنه "حالة انفعالية وقتية أو دائمة يشعر فيها الفرد بالأنقباض والحزن والضيق وتشيع فيها مشاعر الهم والغم والشؤم ومشاعر القنوط والجزع واليأس والعجز. وتصاب هذه الحالة أعراض محددة متصلة بالجوانب المزاجية والمعرفية والسلوكية ومنها نقص الإهتمامات، وتناقص

الاستمتاع بمباهج الحياة، وفقدان الوزن، واضطرابات فى النوم والشهية، بالإضافة إلى سرعة التعب، وضعف التركيز، والشعور بنقص الكفاءة، والميل للإنتحار" (هنديّة ٢٠٠٣، ص ص ١١-١٢).

ويتحدد مفهوم الاكتئاب إجرائياً: بأنه حالة من الحزن واليأس وعدم السعادة يشعر بها الطفل المعاق فكرياً وتطغى على سلوكه، مصحوبة بأنخفاض النشاط الجسمى والنفسى. ويتعرض من خلالها إلى الحزن العميق وسرعة البكاء والخمول ونقص الطاقة وفقدان الإهتمام وأنحراف المزاج وعدم الرغبة فى اللعب أو الأنشطة التى كان يرغبها ويزاولها من قبل. وقد يصاحبها ظهور أعراض جسدية وسلوكية مثل شعور عام بالتعب أو صداع ومشاكل فى النوم وتناول الطعام. ويعرف مفهوم الاكتئاب إجرائياً فى هذه الدراسة بأنه مجموع الدرجات التى يحصل عليها الطفل المفحوص فى اختبار القلق والإكتئاب من إعداد (رضوان وغبريال ٢٠١٦).

الإعاقة الفكرية (Intellectual disabilities):

تعرف الرابطة الأمريكية للإعاقة الفكرية بأنها اضطراب يبدأ خلال فترة النمو تتسم بقيود مؤثرة على كل من الوظائف العقلية والسلوك التكيفى كما يعبر عنهما فى سياق المفاهيم والمهارات الإجتماعية ومهارات التأقلم العملية. وتظهر الإعاقة الفكرية خلال مرحلة النمو قبل سن الثامنة عشر (APA 2013).

وتعرف الإعاقة الفكرية إجرائياً بأنها المستوى الوظيفى الذى يتميز بالأداء العلقى الذى يقل عن المتوسط فى اختبارات الذكاء المعروفة ويصاحبه عجز فى السلوك التكيفى. وسوف تقتصر الدراسة الحالية على فئة الأطفال ذوى الإعاقة الفكرية البسيطة والتى تتراوح درجة ذكائهم بين (٥٠ - ٧٠) ويلتحقون بمدارس التربية الفكرية ويبلغ أعمارهم بين (٦-١٨) سنة.

الإطار النظرى والدراسات السابقة:

الإعاقة الفكرية Intellectual disabilities

تعرف الإعاقة الفكرية بأنها قصور فى كل من الوظائف الفكرية والتكيفية ويتم تصنيف الإعاقة الفكرية إلى أربعة مجموعات وفقاً لمعامل الذكاء (IQ): بسيطة ($70 > 50$)، ومتوسطة ($50 > 35$) وشديدة ($35 > 20$) وعميقة ($20 < IQ$) (APA 2013). تمثل الإعاقة الفكرية البسيطة

٨٠% من إجمالي حالات الإعاقة الفكرية، وهؤلاء لا يختلفون عن أقرانهم العاديين في المشاعر والأحاسيس (Esmail 2008; Masi et al. 2002) ويمكنهم التواصل وتعلم المهارات الأساسية، لكن لديهم خلل في أستعمال المفاهيم المجردة والتحليل والتركيب، ويمكنهم الوصول لمهارات القراءة والحساب تتراوح بين الصف الثالث والسادس، ويمكنهم القيام بالأعمال المنزلية والعناية بأنفسهم، والقيام بأعمال غير مهارية أو أعمال متوسطة المهارة. وعادة ما يحتاج هؤلاء الأطفال لبعض الدعم. ويعانى هؤلاء الأطفال من صعوبات فى العمليات العقلية مثل الانتباه والإدراك والذاكرة وبعض المشاكل النفسية كالشعور بالنقص والعجز وقلة الدافعية.

وتمثل الإعاقة الفكرية مركز النقل فى أنواع الإعاقات حيث تراوحت التقديرات بين ١% و ٣% حول العالم وتقدر نسبة انتشار الإعاقة الفكرية البسيطة بـ ٢,٥% (Harris 2006) وتصل إلى ٤% من إجمالي عدد الأطفال فى مصر كما ورد فى دراسة هيئة اليونسيف (٢٠١٤)، ولا يخلو أى مجتمع من الإعاقة الفكرية، ولكن قد تختلف معدلات الانتشار من مجتمع لآخر (الخطيب ٢٠٠٧). وتشير الدراسات إلى أن أعلى معدلات توجد فى الدول المنخفضة والمتوسطة الدخل وهو ما يقرب من ضعف معدلات الانتشار فى الدول مرتفعة الدخل (Maulik et al. 2011). بينما تقدر معدلات انتشار الإعاقة الفكرية فى مصر بين ٢,٧% إلى ٣,٥% من سكان مصر (Fujiura et al. 2007; JICAPED 2002).

كما اوضحنا سابقاً، أن الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية من أقرانهم العاديين. ويعد القلق من أكثر الاضطرابات النفسية أنتشاراً بين الأطفال المعاقين فكرياً، وتشير الأبحاث فى المملكة المتحدة إلى أنتشار القلق بشكل ملحوظ بين الأطفال والمراهقين من ذوي الإعاقة الفكرية مقارنة بأقرانهم العاديين وفقاً لـ ICD-10 (Gobrial & Raghavan 2012; Emerson 2003; Deb et al. 2001).

وعلى الرغم من ذلك، فهناك ندرة فى الدراسات العربية والمصرية التى تناولت اضطرابات القلق لدى الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة الفكرية مقارنة بالاضطرابات السلوكية (Baker et al. 2010).

اضطرابات القلق Anxiety disorders

يعتبر القلق أحد المشاعر الأساسية فى تكوين النفس البشرية, ويعد أستجابة تكيفية طبيعية للتوتر أو الإحساس بالخطر. يعانى جميع الأطفال من بعض القلق، وربما يعد هذا أمراً طبيعياً ومتوقع. ومع ذلك، إذا تجاوز مستوى القلق حقيقة الخطر أو مراحل التكيف والذى قد يؤثر على النشاط اليومي العادى للطفل مثل حضور المدرسة وتكوين صداقات أو النوم وسلوكه العام، حينئذ يعد القلق مشكلة نفسية (Reid et al. 2011).

يشير الدليل الإحصائى الخامس (DSM-5) إلى تصنيفات القلق وفقاً لخصائصه السريرية، حيث يتضمن القلق الاضطرابات التالية: اضطراب القلق العام، اضطرابات الهلع، الرهاب النوعى، الرهاب الإجتماعى، الإجهاد الحاد وما بعد الصدمة ، اضطراب الوسواس القهرى، نوبات الهلع، خوف من الأماكن المكشوفة، قلق الانفصال والقلق غير المحدد (DSM5, APA, 2013: pp. 91-201). وأفادت الأبحاث أن هناك أختلافاً كبيراً فى الأنواع الفرعية المختلفة من اضطرابات القلق. وقد يعنى هذا أن بعض الأنواع الفرعية ربما تكون أقل أو أكثر شيوعاً بين الأفراد المعاقين فكراً. وفى بعض الأحيان قد يكون القلق غير متناسب مع السبب أو قد يكون محدداً بشكل خاص (مثال، الرهاب) (Raghavan & Patel 2005).

الاكتئاب Depression

ويشير الدليل الإحصائى الخامس (DSM-5) إلى أن الاكتئاب يتضمن خمسة (أو أكثر) من الأعراض والتي أستمرت خلال فترة أسبوعين وتمثل تغييراً عن أداء الفرد السابق؛ وتعد على الأقل إحدى هذه الأعراض إما (١) اكتئاب أو اضطراب مزاج أو (٢) فقدان الإهتمام أو المتعة (DSM-5 2013).

ويشير عبد المعطى اضطراب الاكتئاب بأنه حالة إنفعالية يعانى فيها الفرد من الحزن وتأخر الاستجابة والميول التشاؤمية (عبد المعطى ٢٠٠٤). وقد بينت الدراسات أن معدلات أنتشار الاكتئاب بلغت (١٧,٥%) لدى عينة مصرية من الأطفال والمراهقين من ذوى الاعاقة الفكرية والتوحد (Gobrial 2019)، بينما بلغت معدلات أنتشار الاكتئاب ٦% بين الأطفال والمراهقين العاديين (Shaffer et al. 1996).

تناول العديد من الباحثين مختلف التفسيرات للعوامل والأسباب التي تحول إلى الإصابة باضطراب الاكتئاب لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، ومن أهمها دراسات العوامل الوراثية وأيضاً بعض الجوانب البيوكيميائية، ويرجعه البعض الآخر إلى تفسير التحليل النفسى وهيمنة نظريات التعلم (التعزيز السلبي والعجز المكتسب). بينما فيما يتعلق الأمر بالأشخاص ذوي الإعاقة الفكرية فإنه لم يتم التعرف على الآليات بالكامل التي تكمن وراء ظهور الأعراض الاكتئابية، وقد يرجعها البعض إلى عوامل سببية محتملة تذكر التغيرات في المستويات الكيميائية العصبية والبيولوجية العصبية التي يتبعها بعض الأضرار العضوية في الدماغ، والتي تسبب ضعفاً محدداً في بعض أنظمة النقل العصبى أو الصدمات أو الأمراض المعدلة وراثياً، والتفاعلات العاطفية النفسية البيولوجية الأساسية المرتبطة بالبيئة والتأثير السلبي للبيئة، والحرمان العاطفي. كما يمكن أن تحدث تغييرات مفاجئة في العلاقات العاطفية القائمة والمشاعر المزمنة للرفض وسوء الفهم ربما يكون لها أيضاً أهمية خاصة (Tomic et al. 2011).

أعراض القلق والاكتئاب عند الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية:

وقد تتطور حالات القلق لدى الأطفال المعاقين فكرياً كما هو الحال لدى الأطفال العاديين، ولكن التعبير عن مثل هذه الاضطرابات قد تظهر في أشكال متعددة لدى الأطفال المعاقين فكرياً (Cooray & Bakala 2005; Smiley 2005; Henry & Crabbe 2002). على سبيل المثال، اضطرابات النوم والصراخ وإيذاء الذات وسلوكيات التحدى قد تكون أعراضاً للقلق، فهناك بعض الأطفال القلقون يكتبون قلقهم ويبقون همومهم في صمت مع أنفسهم. ويشير هولت (Holt et al. 2004) إلى أعراض القلق لدى الأطفال المعاقين فكرياً تتمثل في التالي:

- التشبث أو الارتباط الزائد بالأفراد الذين يشعرون معهم بالأمان.
- الحاجة إلى الشعور بالأمان والطمأنينة.
- إيذاء الذات أو يصبحون عدوانيين عندما يشعرون بالخطر.

أما بالنسبة للأكتئاب، فأعراض الاكتئاب عند الأطفال المعوقين فكرياً قد تشبه نظيرتها في الأطفال العاديين ولكن قد يختلف تعبير الطفل المعوق فكرياً. فعلى سبيل المثال: قد يعبرنجد أن الطفل المعاق فكرياً قد يعبر عن شعوره بالاكتئاب الطفل المعاق فكرياً عن الاكتئاب في صورة سلوك أنعزالي أو هياج أوعدوانية وغياب الأبتسامة والبكاء بدون سبب، بالإضافة إلى فقدان الأهتمام بالآخرين وسرعة الأنفعال أو الغضب وتقلص النشاط الحركي وفقدان الرغبة في مزاوله الأنشطة التي كان يستمتع بها من قبل أو يعاني من الملل معظم الوقت وفقدان الشهية والشعور بالأرق واضطرابات النوم والشعور بالتعب.

وبالرغم من ارتفاع معدلات القلق والاكتئاب لدى الأطفال ذوى الإعاقه الفكرية إلا أنه في كثير من الحالات لا يتم تشخيصها أو علاجها كما هو الحال في الأطفال العاديين، وقد يرجع ذلك لتداخل سمات وأعراض الإعاقه الفكرية واضطرابات السلوك مع سمات وأعراض القلق والاكتئاب (Faulkner 2015; Matson et al. 1997). ومن ناحية أخرى فالأطفال يميلون إلى إظهار مزيد من الأعراض غير المنتظمة وغير المتوقعة بالتوازي مع عدم قدرتهم على التعبير اللغوي، وقد ترى الباحثة أن هناك تداخلا وعناصر مشتركة بين الاضطرابين وعادة ما يقترن القلق بشكل متكرر بالاكتئاب (الشبوني ٢٠١١).

الدراسات السابقة :

في حدود علم الباحثة تندر الدراسات العربية والتي أجريت بمصر على وجه الخصوص، والتي تناولت المشكلات النفسية بصفة عامة والقلق والاكتئاب بصفة خاصة لدى الأطفال ذوى الإعاقه الفكرية البسيطة، لذا سوف تناقش الباحثة بعض الدراسات الأجنبية ذات الصلة بمتغيرات الدراسة الحالية وفيما يلي عرض لأهم الدراسات التي تم إجراؤها في مجال الدراسة الراهنة:

أولاً: الدراسات التي تناولت القلق والاكتئاب لدى الأطفال ذوى الإعاقه الفكرية

دراسة جرين وآخرون (Green et al. 2015) هدفت إلى مقارنة أعراض اضطرابات القلق لدى الأطفال ذوى الإعاقه الفكرية البسيطة والمتوسطة بأقرانهم من الأطفال العاديين، وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين: المجموعة الأولى (٧٤) طفلاً من المعاقين فكرياً والمجموعة الثانية

(١١٦) من الأطفال العاديين، وتراوحت أعمارهم بين (٥-٩) سنوات. بحيث أوضحت النتائج ارتفاع المستويات الإكلينيكية للقلق لدى الأطفال المعاقين فكرياً بشكل ملحوظ من الأطفال العاديين وفقاً للقائمة المرجعية لسلوك الطفل في عمر ٨ و ٩ سنوات، بينما يظهرون معدلات أعلى من اضطراب قلق الانفصال في سن ٥ سنوات مقارنة بالأطفال العاديين، كما أشارت إلى أن الأطفال المعاقين فكرياً يعانون من مشكلات سلوكية مرتبطة بالقلق. وبينت النتائج تماثل ارتفاع المعدلات الإيجابية لأعراض القلق مع زيادة العمر الزمني لدى المجموعتين، ولم تظهر النتائج أية اختلافات بين الجنسين. كما تشير النتائج إلى وجود ارتباط إيجابي بين معدلات القلق والعمر الزمني لدى مجموعة الأطفال المعاقون فكرياً.

دراسة لي وموريس (Li & Morris 200٧) هدفت الدراسة إلى التعرف على المخاوف والقلق المصاحب لدى الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة، ممن تراوحت أعمارهم الزمنية بين (٧-١٨) سنة، وتم تطبيق مقياس القلق المعدل للأطفال، وأسفرت نتائج الدراسة إلى اختلاف مستويات القلق وفقاً للنوع، فقد سجل الذكور المراهقون أعلى مستويات للمخاوف المرتبطة بالفشل والانتقاد، بينما سجلت الإناث مستويات أعلى من الذكور في الخوف والمخاوف المتعلقة بالإصابات الطفيفة والحيوانات الصغيرة والإحساس المفرط. كما لوحظ أيضاً فروق في القلق وفقاً للعمر الزمني، حيث سجل الأطفال الأصغر سناً مستويات أعلى من القلق العام غير النوعي.

تناولت دراسة ديكر وكوت (Dekker & Koot 2003) القلق لدى عينة من الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة الفكرية، وهدفت الدراسة إلى تقييم معدل انتشار القلق وفقاً للتشخيص الإحصائي الخامس (DSM-5) وأثره على الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، وتكونت عينة الدراسة من (٤٧٤) فرداً ممن تراوحت أعمارهم بين (٧ إلى ٢٠) سنة، واعتمدت الدراسة على تقارير الوالدين لأعراض القلق والمزاج والسلوك المضطرب التي يلاحظونها على أطفالهم، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن ٢١,٩% من الأطفال لديهم أعراض القلق و ٤,٤% لا اضطراب المزاج وفقاً لـ DSM-IV.

هدفت دراسة إميرسون (Emerson 2003) إلى التعرف على معدلات انتشار اضطرابات القلق لدى الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة الفكرية، وتضمنت عينة الدراسة (٢٦٤)

طفلاً ومرافقاً، تراوحت أعمارهم بين (٥ إلى ١٥) سنة، وكشفت النتائج عن معدل انتشار ٨,٧% لإضطراب القلق لدى الأطفال والمرافقين ذوي الإعاقة الفكرية.

هدفت دراسة ماسي (Masi 2002) إلى قياس القلق والاكتئاب على عينة من المرافقين ذوي الإعاقة الفكرية، وتكونت عينة الدراسة من (٥٠) فرداً تراوحت أعمارهم بين (٨,١١ - ١٨) سنة، وطبقت الدراسة مقياس زنج للقلق والاكتئاب (Zung Self-Rating Depression Scale) and Zung Self-Rating Anxiety) وأسفرت نتائج الدراسة أن المرافقين ذوي الإعاقة الفكرية يعانون من مستويات إيجابية من القلق والاكتئاب.

ثانياً: الدراسات التي تناولت الاضطرابات النفسية متضمنة القلق والاكتئاب لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية

هدفت دراسة إيريني غبريال (Gobrial 2019) إلى التحقق من معدل انتشار الاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية والتوحد، بحيث تكونت عينة الدراسة من ٢٢٢ طفلاً ومرافقاً من ذوي الإعاقة الفكرية المتوسطة واضطراب طيف التوحد في مصر، و تراوحت أعمارهم بين (٥-٢٠) سنة، ومتوسط العمر (٣,١٢) سنة، وطبقت الباحثة مقياس ريس للاضطرابات المزوجة للطفل والمرافق، وكشفت نتائج الدراسة عن معدلات مرتفعة من الاضطرابات النفسية تصل إلى (٢,٦٢%)، واضطرابات السلوك (٤,٦٤%) لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية المتوسطة والتوحد. وبينت النتائج أيضاً أن الغضب (٥,٤٠%) والقلق (٦,٣٤%) والاكتئاب (٥,١٧%) والذهان (٥,٣٥%) من أكثر الاضطرابات انتشاراً لدى هؤلاء الأطفال.

دراسة هاسيوتس وتورك (Hassiotis & Turk 2012) هدفت إلى الكشف عن معدلات انتشار الاضطرابات النفسية ومنها القلق عند المرافقين ذوي الإعاقة الفكرية، وتكونت عينة الدراسة من (٧٥) وتراوحت أعمارهم بين (١٢-١٩) سنة، وطبق الباحثين قائمة السلوك التتموى. وكشفت نتائج الدراسة إلى أن معدلات انتشار اضطرابات القلق (٦,٧%) لدى المرافقين المعاقين الفكرياً.

هدفت دراسة لوباتا وآخرون (Lopata et al. 2010) إلى تقييم أعراض القلق والاكتئاب عند المرافقين التوحديين ومقارنتهم بعينة من المرافقين العاديين، وتكونت العينة من ٨٠ فرداً

(٤٠ توحديين و ٤٠ عاديين) والذين تراوحت أعمارهم بين (٧-١٣) سنة، وطبقت الدراسة مقياس سبنسر للقلق والاكتئاب وفقاً لتقرير الآباء والأطفال. وكشفت النتائج عن وجود تأثير متعدد المتغيرات يشير إلى اختلاف كبير في أعراض القلق والاكتئاب لدى مجموعة التوحدين، بينما لم تظهر النتائج عن اختلافات لدى الأطفال العاديين، وأوضحت النتائج تطابق تقرير الآباء والمراهقين في أعراض الاكتئاب فقط.

هدفت دراسة إميرسون وهاتون (Emerson & Hatton 2007) إلى الكشف عن مستوى الاضطرابات النفسية لدى الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة الفكرية في إنجلترا، وتكونت عينة الدراسة من ٦٤١ فرداً وتراوحت أعمارهم بين (٦-١٨) سنة، وقد أسفرت النتائج عن ٣٦% يعانون من إحدى الاضطرابات النفسية و ١١,٤% لديهم اضطرابات القلق و ١,٤% للاكتئاب.

التعقيب على الدراسات السابقة:

أكدت نتائج الدراسات السابقة الاجنبية على ارتفاع معدلات القلق والاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة الفكرية، بحيث تراوحت نسبة أنتشار القلق بين ٦,٧ إلى ٣٢,٦%، بينما معدل الاكتئاب من ١,٤ إلى ١٨,٦%. وقد يرجع تفاوت معدلات الأنتشار إلى اختلاف سمات العينة من الفئات العمرية المختلفة وتنوع أدوات القياس، كما بينت أيضاً على وجود فروق في القلق والاكتئاب تبعاً لمتغير النوع (الجنس) والعمر الزمني. بينما لم تهتم الدراسات العربية بدراسة القلق والاكتئاب لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، هناك دراسة مصرية واحدة في مجال الاضطرابات النفسية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية واضطراب طيف التوحد والتي تضمنت اضطرابات القلق والاكتئاب. وبمراجعة الدراسات السابقة، فأن معظم الدراسات قد طبقت القياس من خلال الآباء، وقامت بعض الدراسات بمقارنة نتائج الآباء مع الأطفال والتي أكدت توافق كلاً من أستجابات الآباء والأبناء. وتتميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة بأنها تعد الدراسة الأولى التي بدأت بالكشف والقياس عن نسبة معدلات القلق والاكتئاب لدى فئة الأطفال والمراهقين من ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة على عينة مصرية. وطبقت الدراسة الحالية مقياس القلق والاكتئاب للطفل المعوق فكرياً وفقاً لتقارير الآباء ويتوافق ذلك مع الدراسات السابقة.

فروض الدراسة:

- ١- توجد معدلات مرتفعة لإنتشار القلق والاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين ذوى الإعاقة الفكرية البسيطة فى مصر.
- ٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية تبعاً لمتغير النوع (ذكر/أنثى) فى مستوى القلق والاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين من ذوى الإعاقة الفكرية البسيطة.
- ٣- يوجد ارتباط دال إحصائياً بين متوسطات درجات عينة الدراسة من الأطفال والمراهقين ذوى الإعاقة الفكرية البسيطة على مقياس اضطرابات القلق والاكتئاب والعمر الزمنى.

المنهجية والإجراءات:**منهج الدراسة**

أعتمدت الباحثة على المنهج الوصفى، حيث يعد هذا المنهج ملائماً وأنسب لمعرفة الواقع لجوانب الدراسة.

مجتمع وعينة الدراسة

يتكوّن مجتمع الدراسة الحالية من مجموعة من الأطفال والمراهقين ذوى الإعاقة الفكرية البسيطة الملتحقين بمدارس التربية الفكرية ومؤسسات التربية الخاصة فى مدينة الزقازيق والمراكز المحيطة بمحافظة الشرقية للعام الدراسى (٢٠١٥-٢٠١٦) وهو العام الذى طبقت فيه الدراسة، وقد بلغ عدد أفراد المجتمع الأسمى (٤٥٢) من الطلاب ذوى الإعاقة الفكرية الملتحقين بمدارس التربية الفكرية فى مدينة الزقازيق، وقد تم اختيار أفراد العينة من فئة الإعاقة الفكرية البسيطة ممن تراوح معامل ذكائهم بين (٥٠ - ٧٠)، حيث أنه تم اختيار العينة وفقاً لمعامل الذكاء ودرجة السلوك التكيفى وفقاً للصورة الرابعة لإختبار ستانفورد بينيه المسجلة فى المعاهد التى يدرسون بها، وقد تم التواصل مع الآباء من خلال تلك المدارس وتحديد مقابلة مع الآباء لاستكمال مقياس القلق والاكتئاب. وتكونت عينة الدراسة من (129) فرداً، وتمثلت فى ٦٣ طفلاً و٦٦ مراهقاً، من بينهم (٧٤) ولداً و(٥٥) بنتاً من ذوى الإعاقة الفكرية البسيطة ويتراوح العمر الزمنى للعينة بين (٦-١٨) عاماً بمتوسط عمرى (١١,٢٥) عاماً، والجدول رقم (١) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغيرات الدراسة.

جدول رقم (١) يبين توزيع عينة الدراسة

المتغيرات	مستوياته	العدد	النسبة المئوية
النوع	ذكر	٧٤	٥٧,٤%
	أنثى	٥٥	٤٢,٦%
العمر الزمني	أطفال ٦-١٢ سنة	٦٣	٤٨,٨%
	مراهقين من ١٣-١٨ سنة	٦٦	٥١,٢%
المجموع		١٢٩	

أداة الدراسة

مقياس القلق والاكتئاب للطفل المعوق فكرياً (فوقية رضوان وإيريني غبريال ٢٠١٦):

يتكون المقياس من صورتين أحدهما لأحد الوالدين والأخرى للطفل - وتتكون صورة الوالدين من (٤٥) عبارة، بينما صورة الطفل (٢٠) عبارة والنقطة الفارقة (٦٥) ، ويقسم المقياس خمسة مجالات للقلق، بما في ذلك القلق العام والهلع والرهاب الإجتماعي وقلق الانفصال واضطراب الوسواس القهري والاكتئاب، بحيث يجيب الوالدين عن كل بند من بنود المقياس باستخدام مقياس مكون من ثلاث نقاط للإستجابة (دائماً) و(أحياناً) و(أبداً)، ولتصحيح مقياس القلق والاكتئاب يتم تعيين قيمة عددية لكل عبارة من (١ - ٣) تم إعطاء (٣) درجات لمقياس الإستجابة (دائماً) (درجتان) (أحياناً) و(درجة واحدة) ل (أبداً) بعد ذلك يتم حساب الدرجة الكلية للمقياس لكل فرد من أفراد العينة. ويعد الطفل لديه مشكلات قلق واكتئاب إذا كانت النتيجة النهائية للمقياس أكبر من أو تساوى (٦٥).

وفي الدراسة الحالية تم تطبيق المقياس من خلال الوالدين، ويتفق ذلك مع الدراسات السابقة التي اعتمدت على تقاربي الآباء، حيث أن قياس القلق والاكتئاب يحتاج أن يكون الفرد قادراً على فهم ذاته والتعبير عن حالته النفسية والتواصل مع الآخرين وهو ما يفتقر إليه الطفل المعاق فكرياً. ويعد الآباء مصدر جيد لتحديد مشكلات أبنائهم، وأكثر معرفة بأبنائهم (Sukhodolsky et al. 2008).

صدق المقياس

تم حساب معامل الارتباط بين درجات العبارات الفردية ودرجات العبارات الزوجية وبلغ (٠,٧٩٢) وتعد هذه القيمة دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١). وتشير هذه النتائج أن مقياس القلق والاكتئاب يتمتع بمعاملات سيكومترية مرضية.

ثبات المقياس

للتحقق من ثبات المقياس، تم حساب معامل ألفا كرونباخ (Alpha Cronbach's)، وظهر معامل الثبات العام للأداة (٠,٨٣٣) عند مستوى (٠,٠١) مما يدل على أن الأداة تتمتع بمؤشرات ثبات عالٍ.

الأساليب الإحصائية

تم استخدام العديد من الإختبارات الإحصائية وتحليل البيانات من خلال تطبيق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية (Social Statistical Package for, SPSS-24 Science) حيث تم استخراج (التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمدى والأختبار التائي لفروق المتوسطات (T-test) ومعامل ألفا كرونباخ ومعامل بيرسون للارتباط والعمليات الإحصائية الأخرى المستخدمة في هذه الدراسة.

نتائج الدراسة:**أولاً: السؤال الأول**

وينص على " ما مدى أنتشار اضطرابات القلق والاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة؟ "

وللإجابة على هذا السؤال تم حساب النسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والقيمة التائية للقلق والاكتئاب وكذلك أبعاد القلق الخمسة، كما هو موضح في الجدول (٢).

الجدول (٢) : حساب المتوسطات ومعدلات انتشار القلق والاكتئاب

بين الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة

أبعاد المقياس	المتوسط	الانحراف	النسبة المئوية (ن)
قلق الأنفصال	١٠,٥٣	٤,٥	
القلق العام	٦,٥	٣,٥	
اضطراب الهلع	٨	٤,٥	
الوسواس القهري	٦,٨	٣,٣	
الخوف الإجتماعي	٩,٥	٤,٨	
الدرجة الكلية للقلق	٤٢,١٥	١,٤	
الدرجة الكلية للاكتئاب	١٠,٢	٣,٨٥	
القلق والاكتئاب	٥٢,٦	١,٧	٢٥,٦% (ن = ٣٣)

ويتضح من الجدول (٢) ما يلي:

- أن ٣٣ فرداً من عينة الدراسة سجلوا مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب والتي تعد أكبر من النقطة الفارقة (٦٥) وفقاً لمقياس القلق والاكتئاب (منهم ٢٣ ذكور و ١٠ أناث)، مما يعنى معدل انتشار (٢٥,٦%) للقلق والاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين من ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة.

ثانياً: السؤال الثاني

وينص على "هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الذكور والاناث ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة على مقياس القلق والاكتئاب؟"

وللإجابة على هذا السؤال فقد تم إجراء اختبار (ت) لعينتين مستقلتين وتم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعينة الذكور وعينة الاناث، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول (٣) التالي:

جدول (٣) : نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطات أفراد العينة وفقاً لمتغير النوع

المتغير	ذكور (٧٤)		إناث (٥٥)		قيمة (ت)
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	
قلق الانفصال	١٠,٥٤	٥,٠٤٦	١٠,٥٣	٣,٨٩٦	٠,٠١٦
القلق العام	٦,٧٣	٣,٤٩	٦,١٨	٢,٦٥	٠,٩٧٣
اضطراب الهلع	٨,١٨	٤,٩٧	٧,١٨	٣,٨٧	٠,٤٨٧
الوسواس القهري	٦,٨٠	٣,٣٨	٦,٦٠	٣,٠٢٢	٠,٣٤٣
الخوف الإجتماعي	٩,٩٣	٥,١٩	٩,٠٧	٤,٢١	١,٠٠٦
الدرجة الكلية للقلق	٤٣,٠	١٧,٨	٤٠,٩	١٤,٣	٠,٤٣
الاكتئاب	١٠,٠٥	٤,٦٨	١٠,٣	٣,٨٢	٠,٥٨ - **
القلق والاكتئاب	٥٤	٢٢,٦	٥٠,٦	١٥,١	٠,١٥٦

يتضح من الجدول رقم (٣) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في مستوى القلق والاكتئاب، حيث بلغت قيمة "ت" (٠,١٥٦). وهذه القيمة أكبر من مستوى (٠,٠١)، ومن ثم فإن الفروق غير دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١). أى لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تبعاً لمتغير النوع (ذكر / أنثى) في كلاً من مستوى القلق ومستوى القلق والاكتئاب. ومن ثم نرفض الفرضية الثانية والتي نصت على وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعاً لمتغير النوع في مستوى القلق والاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين من ذوى الإعاقة الفكرية البسيطة.

ثالثاً: السؤال الثالث

وينص على "هل يوجد ارتباط ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات عينة الدراسة من الأطفال والمراهقين ذوى الإعاقة الفكرية البسيطة على مقياس اضطرابات القلق والاكتئاب والعمر الزمني؟"

وللتعرف على فروق متوسطات القلق والاكتئاب بين مجموعة الأطفال (٦-١٢) سنة ومجموعة المراهقين (١٣-١٨) سنة، قامت الباحثة باستخدام اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين للتعرف على دلالة

الفروق بين متوسطات درجات مجموعة الأطفال ومتوسطات درجات مجموعة المراهقين في الدرجة الكلية للقلق والاكتئاب وكذلك تطبيق معامل الارتباط بيرسون، والجداول (٤ و ٥) يوضح ذلك.

جدول (٤) : نتائج اختبار (ت) لفروق المتوسطات بين القلق والاكتئاب والأطفال والمراهقين

المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	نسبة القلق والاكتئاب (العدد=ن)	قيمة ت
الأطفال (٦-١٢ سنة)	٦٦	٤٦,١١	١٤,٨٧	٢٤,٢% (ن=٨)	
المراهقون (١٣-١٨ سنة)	٦٣	٥٩,٣٨	٢١,٩٩	٧٥,٧% (ن=٢٥)	
قيمة (ت)					٠,٠٣٦

جدول (٥) : معاملات الارتباط بيرسون بين القلق والاكتئاب والعمر الزمني

المتغير	العمر الزمني	القلق
القلق	**٠,٢٩٥	
الاكتئاب	**٠,٢٨٧	**٠,٧١٦
القلق والاكتئاب	**٠,٨٣٧	٠,٩٦٩

** . Correlation is significant at the 0.01 level

من الجداول (٤، ٥) يتضح ما يلي:

- بلغت قيمة متوسط الدرجة الكلية للقلق والاكتئاب للمراهقين (٥٩,٣٨)، في حين بلغت قيمة متوسط القلق والاكتئاب للأطفال من ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة (٤٦,١١).
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الأطفال والمراهقين من ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة (ت = ٠,٠٣٦) عند مستوى (٠,٠١) لصالح المراهقين من ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة.
- يوجد ارتباط دال إحصائياً بين متغير القلق والاكتئاب والعمر الزمني (معامل ارتباط بيرسون = ٠,٨٣٧) وهو دال عند مستوى (٠,٠١). ومن ثم تتحقق الفرضية الثالثة من وجود ارتباط إيجابي ذات دلالة إحصائية بين اضطرابات القلق والاكتئاب والعمر الزمني.

مناقشة النتائج:**مناقشة نتائج السؤال الأول**

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي كما بينها الجدول (٢) أن نسبة اضطرابات القلق والاكنتاب كانت (٢٥,٦%)، وتدل هذه النسبة على ارتفاع معدلات انتشار القلق والاكنتاب بين الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة.

وتتفق تلك النتيجة مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة، والتي أفادت معدلات مرتفعة من القلق كما في دراسة ديكر وكوت ٢٠٠٣ (Dekker & Koot 2003) التي أفادت معدلات انتشار ٢١,٩% وكذلك دراسة غبريال (Gobrial 2019) التي أشارت إلى معدلات القلق تصل إلى ٣٤,٢%، بينما تعد هذه النتائج مرتفعة إذا ما قيست بالنسبة ٨,٩% التي توصلت إليها دراسة إميرسون في المملكة المتحدة (Emerson 2003) كما تعد مرتفعة بالمقارنة بدراسة إميرسون وهاتون (Emerson & Hatton 2007) والتي أفادت معدلات انتشار (١١,٤%) للقلق و(١,٤%) للاكنتاب، وقد يرجع اختلاف معدلات الانتشار إلى عدة عوامل أهمها اختلاف سمات وخصائص العينة وحجم العينة، وأيضاً اختلاف أساليب القياس وتنوع المقاييس المستخدمة في الدراسات المختلفة.

مناقشة نتائج السؤال الثاني

كشفت نتائج الدراسة كما بينها جدول (٣) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية وفقاً لمتغير النوع (الذكور والاناث) في مستوى القلق والاكنتاب، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة جرين وآخرون (٢٠١٥) حيث لم تظهر النتائج اختلافات بين الجنسين وتتفق أيضاً مع دراسة الشبوني (٢٠١١) والتي أسفرت عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والاناث في القلق بوصفه حالة عند المراهقين، بينما تختلف هذه النتيجة مع نتائج دراسة لي وموريس (Li & Morris 2007) ودراسة داليدن وآخرون (Daleiden et al. 2000) والتي أسفرتا على اختلافات بين الذكور والاناث في مستويات القلق لصالح الاناث.

مناقشة نتائج السؤال الثالث

تتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه الدراسات في هذا المجال والتي أشارت إلى وجود ارتباط ذات دلالة إحصائية وفقاً للعمر الزمني وارتفاع معدلات القلق والاكتئاب لدى المراهقين من المعاقين فكرياً أكثر من الأطفال، كما في دراسة هاسيوتس وتورك (Hassiotis & Turk 2012) ودراسة إميرسون (Emerson 2003) ودراسة غبريال (Gobrial 2019).

ويمكن تفسير ارتفاع نسبة القلق والاكتئاب بين المراهقون مقارنة بالأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة، إلى أن المراهق أكثر نضجاً وقدرة على التعبير عن مشاعره وتفهم الأمور بصورة أفضل كلما تقدم في العمر. إضافة إلى ذلك، أن مرحلة الانتقال من الطفولة إلى المراهقة تعد مرحلة صعبة ومجهددة بالنسبة للكثيرين من الأفراد العاديين، حيث تعد من أكثر المراحل التي يتعرض لها المراهقون للضغوط النفسية. على سبيل المثال، فهم أكثر عرضة للقلق حول المظهر الجسدي والقلق بشأن المستقبل. بالتالي فمن المتوقع أن تكون أكثر تأثراً بالنسبة للمراهقين ذوي الإعاقة الفكرية، حيث أنهم لا يدركون تماماً عملية التغييرات التي تحدث في فترات النمو ويواجهون ضغوطاً بشأن رغباتهم (Raghavan & Pawson 2008)، ومن ثم فإن المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية أكثر عرضة لخطر التعرض للاضطرابات النفسية.

وتعزو الباحثة أسباب ارتفاع معدلات القلق والاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة الفكرية إلى نفس الأسباب التي تكمن وراء القلق والاكتئاب لدى اقرانهم العاديين، ويمكن تفسير ارتفاع نسبة القلق والاكتئاب لدى المعاقين فكرياً نتيجة لعوامل أخرى مرتبطة بسمات الإعاقة الفكرية كاستجابة للضغوط النفسية التي قد يتعرض لها هؤلاء الأطفال، وضعف القدرات المعرفية والقدرة على التواصل وضعف الثقة بقدراتهم، انخفاض القدرة المعرفية يؤثر على هؤلاء الأطفال، حيث يجدون صعوبة في تحرير أنفسهم من الأفكار المثيرة للقلق، وغالباً ما يستتبطون أستنتاجات خاطئة عن أنفسهم وقدراتهم مما يجعلهم أكثر عرضة للقلق، ومن حيث القدرة على التواصل فهؤلاء لا يملكون القدرة على التعبير عن أفكارهم بطريقة لفظية أو غير لفظية، وفي كثير من الأحيان وربما يعبرون عن قلقهم عن طريق سلوكيات فوضوية وربما تختلط أعراض القلق و/أو الاكتئاب

مع اضطرابات الانتباه وفرط النشاط، ولا شك أن اضطرابات القلق والاكتئاب تؤثر على الحالة المزاجية للطفل، وهذا يسلط الضوء على أهمية التعرف على اضطرابات القلق والاكتئاب والمشكلات السلوكية وضرورة الإهتمام بالصحة النفسية للأطفال المعاقين فكرياً، ومما سبق يتضح الحاجة الملحة نحو الفحص النفسى وإعداد البرامج الإرشادية لضبط وإدارة القلق والاكتئاب.

التوصيات:

فى ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج فإنها توصى بالتالى:

- ١- ضرورة الإهتمام بالصحة النفسية للأطفال المعاقين فكرياً، وقد يعكس ذلك ضرورة الفحص والكشف المبكر عن الاضطرابات النفسية لدى هذه الفئة بل وقد يمتد الفحص إلى المراحل العمرية الأخرى مثل البالغين، وقد تسمح أدوات الفحص والقياس المخصصة والمعدة خصيصاً للتعرف على الاضطرابات النفسية بين الفئات المختلفة من ذوى الإضطرابات النمائية فى مراحل العمر المختلفة.
- ٢- التركيز على تنمية الصحة النفسية الإيجابية للأطفال والمراهقين الأكثر عرضة للاضطرابات النفسية.
- ٣- الإهتمام بإعداد وتقديم البرامج الوقائية للأطفال ذوى الإعاقة الفكرية، وبالأخص ذوى الاضطرابات المزوجة من خلال تقديم الرعاية الشاملة والخدمات المساندة.
- ٤- مراعاة عدم تعرض الطفل المعاق فكرياً لمواقف الإحباط أو العقاب أو التعليمات الصارمة المشددة سواء من قبل المعلم أو الأباء، حيث أن ذلك يدفعهم تلقائياً إلى تبني الأفكار السلبية والمخاوف والإحباط الذى قد يؤدى إلى القلق والاكتئاب.
- ٥- الوعي بضرورة اكتشاف المشكلات والاضطرابات النفسية للطفل ذوى الإعاقة الفكرية منذ بداية التحاقه بالمؤسسة التعليمية أو بالمدرسة من خلال الأخصائى النفسى، ويتيح ذلك الفرصة للتدخل المبكر، والحد من المشكلات النفسية فى مرحلة مبكرة حتى لا تؤثر على برامج التأهيل المختلفة.

٦- الإهتمام بدراسة المشكلات والاضطرابات النفسية للأطفال المعاقين فكرياً ومعرفة احتياجاتهم وميولهم وقدراتهم المختلفة للعمل على تنميتها، الصحة النفسية الجيدة للأطفال لا تقل أهمية عن الصحة الجسدية.

البحوث المقترحة:

- في ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج، يوصى بإجراء الدراسات والبحوث الآتية:
- إجراء دراسات مسحية للتعرف على الإضطرابات النفسية ومعدلات أنتشار القلق والاكتئاب لدى مراحل عمرية أخرى مثل البالغين من ذوي الإعاقة الفكرية والإعاقات الأخرى.
- دراسة أثر برنامج علاجي لخفض مستوى القلق والاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة الفكرية.
- إعداد برنامج توعية للمعلم ولآباء للتعرف على المشكلات والاضطرابات النفسية لدى الاطفال والمراهقين من ذوي الإعاقة الفكرية ، يتعلمون من خلالها أساليب معاملة أطفالهم وخفض التعرض للمشكلات النفسية.

المراجع

المراجع العربية:

- ١- الحلو، بثينة (٢٠١١). اضطراب الكآبة عند الأطفال : قياسها وانتشارها وعلاقتها ببعض المتغيرات. مجلة كلية الآداب جامعة بغداد - العراق، (٩٨) ٥١٤-٥٢٨.
- ٢- الخطيب، جمال (٢٠٠٧). مقدمة في تعليم ذوي الحاجات الخاصة. عمان -الأردن: دار الفكر.
- ٣- العجمي، ناصر (٢٠١٥). الاضطرابات النفسية الشائعة لدى المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية، مجلة رسالة التربية وعلم النفس - الرياض (٥١).
- ٤- الشبؤني، دانيا (٢٠١١). القلق وعلاقته بالاكنتاب عند المراهقين "دراسة ميدانية ارتباطية لدى عينة من تلاميذ الصف التاسع من التعليم الأساسي في مدارس مدينة دمشق الرسمية". مجلة جامعة دمشق، ٢٧ (٤+٣)، ٧٥٩-٧٩٧.
- ٥- عبد المعطى، حسن مصطفى (٢٠٠٤). المناخ الأسرى وشخصية الأبناء. دار القاهرة ، القاهرة- مصر.
- ٦- غبريال، إيريني (٢٠١٧). فاعلية برنامج لدعم السلوك الإيجابي لخفض مستوى سلوكيات التحدى لدى الطفل التوحدي والمعاق ذهنياً: دراسة حالة. مجلة دراسات نفسية (رانم)، الجمعية المصرية للاخصائيين النفسيين، (٢٠١٧). مج ٢٧، العدد ٣ يوليو ، ص ص ٤٦٧-٥٠٥.
- ٧- رضوان، فوقية وغبريال، إيريني (٢٠١٦). مقياس القلق والاكنتاب لدى الطفل، ترجمة وتقنين اللغة العربية. الأنجلو المصرية ، القاهرة - مصر.
- ٨- زهران، حامد (٢٠٠٥). الصحة النفسية والعلاج النفسى . عالم الكتب، القاهرة- مصر، ط ٤.
- ٩- مكنزى، كوام (٢٠١٣). القلق و نوبات الذعر. ترجمة هلا أمان الدين. كتب طبيب العائلة، كتاب العربية، الرياض.
- ١٠- هندية، محمد سعيد سلامة (٢٠٠٣). مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي- سلوكي في تخفيف حدة الاكنتاب لدى الأطفال، رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، مصر.

المراجع الأجنبية

- 1- APA (American Psychiatric Association). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- 2- Bellini, S. (2004). Social skill deficits and anxiety in high functioning adolescents with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 19(2), 78-86. <https://doi.org/10.1177%2F1088357604019002020>
- 3- Cooray, S. E., & Bakala, A. (2005). Anxiety disorders in people with learning disabilities. *Adv Psychiatr Treat*, 11(5), 355-361.
- 4- Daleiden, E., Chorpita, B.F. & Lu, W. (2000). Assessment of Tripartite Factors of Emotion in Children and Adolescents II: Concurrent Validity of the Affect and Arousal Scales for Children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 22, 161. doi.org/10.1023/A:1007536507687
- 5- Deb, S., Thomas, M., & Bright, C. (2001). Mental disorder in adults with intellectual disability. 2: The rate of behaviour disorders among a community-based population aged between 16 and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(6), 506-514. DOI:10.1046/j.1365-2788.2001.00373.x
- 6- Dekker, M. C., & Koot, H. M. (2003). DSM-IV Disorders in children with borderline to moderate intellectual disability. I: Prevalence and impact. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42, 915-922. DOI: 10.1097/01.CHI.0000046892.27264.1A

- 7- Einfeld, S.L., Ellis, L.A., Emerson, E. (2011). Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: A systematic review. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 36(2),137–143. doi: 10.1080/13668250.2011.572548.
- 8- Emerson, E., & Hatton, C. (2007). Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain. *British Journal of Psychiatry*, 191(6), 493-949.
- 9- Emerson, E. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(1),51-58. doi.org/10.1046/j.1365-2788.2003.00464.x
- 10- Encyclopaedia Britannica (2018). Anxiety. WWW.britannica.com, Retrieved, Sep. 2018.[https://www.britannica.com/editor/The-Editors-of-Encyclopaedia Britannica/4419](https://www.britannica.com/editor/The-Editors-of-Encyclopaedia-Britannica/4419).
- 11- Esmail, N. M. (2008). *Reading on special education*. Al-Riyadh: Alrusd.
- 12- Faulkner, M. (2015). Anxiety and intellectual disabilities. *University of New Mexico: Continuum of Care*. Retrieved from: <https://coc.unm.edu/common/training/Anxiety%20Intellectual%20Disability.pdf>.
- 13- Fujiura, G., Rutkowski-Kmitta, V., Owens, R. & Corbin, S. (2007). *Status and prospects: An international review of the state of intellectual disability surveillance, country Report: Indicators and indices for Egypt*. Department of Disability and Human Development at the University of Illinois at Chicago, Chicago, IL.

- 14- Gobrial, Ereny. (2019). Comorbid psychopathology in children with intellectual disabilities and autism spectrum disorder in Egypt. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 13(5), 173-181. [Doi.org/10.1108/AMHID-05-2018-0026](https://doi.org/10.1108/AMHID-05-2018-0026)
- 15- Gobrial, E. & Raghavan, R. (2012). Prevalence of anxiety disorder in children and young people with intellectual disabilities and autism. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 6(3), 130-140. DOI:10.1108/20441281211227193
- 16- Green, S. A., Berkovits, L. D., & Baker, B. L. (2015). Symptoms and development of anxiety in children with or without intellectual disability. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 137-144. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2013.873979>.
- 17- Hagopian, L, P. & Jenet, H.K. (2008). Behavior assessment and treatment of anxiety in individuals With Intellectual disabilities and autism. *Journal of Development and physical Disabilities*, 20(5),467-483. DOI: 10.1007/s10882-008-9114-8
- 18- Harris, J.C. (2006). *Intellectual disabilities: understanding its development, causes, classification, education and treatment*. New York, NY: Oxford University Press, PP42-98.
- 19- Hassiotis, A., & Turk, J. (2012). Mental health needs in adolescents with intellectual disabilities: Cross-sectional survey of a service sample. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 25(3), 252–261. doi.org/10.1111/j.1468-3148.2011.00662.x
- 20- Henry, F., & Crabbe, M. D. (2002). Treatment of anxiety disorders in persons with mental retardation. In A. Dosen & K. Day (Eds.), *Treating mental illness and behavior disorders in children and adults with mental retardation* (PP. 227). USA: American psychiatric press.

- 21- Herring, S., Gray, K.J., Tonge, T.B., Sweeney, D. and Einfeld, S. (2006). Behaviour and emotional problems in toddlers with pervasive developmental disorders and developmental delay: associations with parental mental health and family functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50 (12), 874-82.
- 22- Holt, G., Gratsa, A., Bouras, N., Joyce, T., Spliller, M., & Hardy, S. (2004). *Guide to mental health for families and carers of people with intellectual disabilities*. London: Jessica Kingsley.
- 23- JICAPED (Japan International Cooperation Agency Planning and Evaluation Department). (2002). *Country profile on disability – Arab Republic of Egypt*. Japan International Cooperation Agency Planning and Evaluation Department, Cairo Office, Cairo.
- 24- Lopata, C.; Toomey, J.; Fox, J.; Volker, M.; Chow, S., et al. (2010). Anxiety and depression in children with HFASDs: Symptom levels and source differences. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(6), 765. doi: 10.1007/s10802-010-9406-1
- 25- Li, H. & Morris, R. (2007). Assessing fears and related anxieties in children and adolescents with learning disabilities or mild mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 28, 445-457. doi:10.1016/j.ridd.2006.06.001.
- 26- Matson, J. L., Smirolfo, B. B., Hamilton, M., & Baglio, C. S. (1997). Do anxiety disorders exist in persons with severe and profound mental retardation? *research in developmental disabilities*, 18(1), 39-44. DOI: 10.1016/s0891-4222(96)00036-4
- 27- Masi, G., Brovedani, P., Mucci, M. and Favilla, L. (2002). Assessment of anxiety and depression in adolescents with mental retardation. *Child Psychiatry and Human Development*, 32(3), 227. DOI: 10.1023/a:1017908823046

- 28- Maulik, P.K. Mascarenhs, M.N., Mathers, C.D. et al. (2011). Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 419-436. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.12.018>
- 29- Munir, Kerim (2016). The co-occurrence of mental disorders in children and adolescents with intellectual disability/intellectual developmental disorder. *Current Opinion Psychiatry*, 29(2): 95–102. doi:10.1097/YCO.0000000000000236.
- 30- Raghavan, R., & Pawson, N. (2008). Transition and social networks of young people with learning disabilities. *Advances in Mental Health and Learning Disabilities*, 2(3), 25- 28.
- 31- Raghavan, R. & Patel, P. (2005). *Learning disabilities and mental Health: A nursing perspective* Oxford: Blackwell.
- 32- Reardon, T.C., Gray, K.M. & Melvin, G.A. (2015). Anxiety disorders in children and adolescents with intellectual disability: Prevalence and assessment. *Research in Developmental Disabilities*, 36, 175–190. doi.org/10.1016/j.ridd.2014.10.007
- 33- Reid, K., Smiley, E. & Cooper, S. (2011). Prevalence and associations of anxiety disorders in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities Research*, 55(2), 172-181. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2010.01360.x
- 34- Roberts, R.E., Roberts, C.R., & Xing, Y. (2007). Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. *Journal of Psychiatric Research*, 41(11), 959–967. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2006.09.006.

- 35- Shaffer D, Fisher P, Dulkan MK *et al.* The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children version 2.3 (DISC-2.3) (1996). Description, acceptability, prevalence rates and performance in the MECA study. *Journal of Am Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(7), 865–877. DOI: 10.1097/00004583-199607000-00012
- 36- Smiley, E. (2005). Epidemiology of mental health problems in adults with learning disability: an update. *Advances in psychiatric treatment*, 11(3), 214-222. DOI: 10.1192/apt.11.3.214
- 37- Sukhodolsky, D. G., Scahill, L., Gadow, K., Arnold, L., & 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(1), 117-128. DOI: [10.1007/s10802-007-9165-9](https://doi.org/10.1007/s10802-007-9165-9)
- 38- Sullivan, K., Hooper, S., & Hatton, D. (2007). Behavioural equivalents of anxiety in children with Fragile X syndrome: Parent and teacher report. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(1), 54–65. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2006.00899.x
- 39- Tomic, K., Mihajlović, G., Mihajlović, N., Dejanović, S., Mihajlović, K. and Petrović, G. (2011). Diagnosis and treatment of depression in persons with intellectual disabilities. *Acta Medical Medianae*, 50(3), 81-89. doi:10.5633/amm.2011.0315.