

الفصل السابع :

الأمراض النفسية

الجسدية (السيكوسوماتية) Psychosomatic disorders

مقدمة

كثيرا ما تصاحب الأمراض العصابية أو الذهانية أعراض جسمية ، وفي هذه الحالة يطلق عليها الأمراض السيكوسوماتية . وتنشأ هذه الأمراض عادة من شدة القلق الذي يجد مجالا للتنفيس عنه خلال أعضاء الجسم المختلفة ، ولذلك يجب عند دراسة هذه الأمراض التعرف علي شخصية الفرد في مجالها الكلي ، من حيث مشاكله التكيفية المختلفة ، بمعنى أن يهتم الطبيب لا بالحالة الجسمية فحسب وإنما أيضا بمشكلات الفرد الانفعالي (انتصار يونس ، ١٩٨٥ ، ٤٠٨).

ترجع كلمة سيكوسوماتية في أصلها إلي كلمتين يونانيتين سيكو Psycho بمعنى الروح أو العقل وكلمة سوما Soma بمعنى الجسم ، ويشير هذا الربط فيما بينهما إلي أن وظائف الإنسان كل متكامل تتدخل فيه الوظائف السيكولوجية والفيولوجية باستمرار وتعتمد كل منها علي الأخرى (كوفيل وآخرون، ٩٨٦، ١٣٥).

والحقيقة أن وقوع الضغوط علي الإنسان وجد أنها ترتبط بعدة أمراض منها أمراض القلب والسرطان والقلولون والربو وارتفاع ضغط الدم وبعض الآلام الروماتزمية . كذلك فإن ضعف الجهاز المناعي في الإنسان يترك جسده عرضة للبكتريا والفيروسات وتلك قد تسبب له العديد من الأمراض (عبد الرحمن العيسوي ، ٢٠٠٤ ، ٣١).

يعرف (محمود السيد ، ١٩٩٤ ، ١٦٠) الأمراض السيكوسوماتية علي أنه: " الاضطرابات الجسمية المألوفة للأطباء والتي يحدث بها تلف في جزء من أجزاء الجسم ، أو خلل في وظيفة عضو من أعضائه نتيجة اضطرابات انفعالية مزمنة نظرا لاضطراب حياة المريض ، والتي لا يفلح العلاج الجسمي الطويل وحده في شفاؤها شفاء تاما لاستمرار الاضطراب الانفعالي وعدم علاج أسبابه إلي جانب العلاج الجسمي".

والاضطراب السيكوسوماتي يحدث نتيجة اضطراب شديد أو مزمن في توازن هيموستازي في (الكيمياء الفسيولوجية للجسم نتيجة لضغط سيكولوجي) (محمد جاسم ، ٢٠٠٩ ، ٢١٥).

ونتناول فيما يلي أهم أنواع الأمراض السيكوسوماتية:

أمراض الجهاز الدوري

فرط ضغط الدم Hypertension

يمكن تفسير الارتفاع في ضغط الدم علي أساس أن الشرايين تقوم بتنظيم الضغط وكمية الدم عن طريق التمدد والتقلص المنتظم مع نبضات القلب ، فإذا ما فقدت هذه الشرايين مرونتها لأي سبب من الأسباب عندها تزيد مقاومة الشرايين لمرور الدم فيرتفع ضغط الدم ، ولذلك فإن مقاومة جدران الشرايين لمرور الدم يعتبر عاملا هاما لمعرفة مستوي ضغط الدم والسيطرة عليه ، وهناك نوعان من الضغط يتم قياسهما الضغط الانقباضي ، ويقاس عندما ينقبض القلب أثناء عملية الضخ والضغط الانبساطي ويقاس عند استرخاء القلب لاستقبال الدم القادم من الجسم (فوقية حسن ، ٢٠٠٦ ، ٦٨-٦٩) وضغط الدم ٩٠/١٤٠ يعرف بأنه الخط الفاصل لضغط الدم ، في حين يدل الضغط ٩٠/١٦٠ علي ضغط دم مرتفع (محمد السيد ، ٢٠٠٠ - ب ٢٧٦).

يعزي ارتفاع ضغط الدم إلي التوتر المفرط والمستمر لدي الإنسان ، وذلك مع زيادة وطأة التوتر والقلق في حياتنا العصرية ، وسوء التغذية وتلوث البيئة ومشكلات الحياة المتنوعة ، وإلي الوراثة ، والإفراط في تناول الأملاح ، وزيادة الوزن والتوتر والكبت والقلق ، والإدمان ، واستخدام حبوب منع الحمل (فوقية حسن ٢٠٠٦ ، ٧١-٧٢).

فعند الخوف أو الفرح أو القلق أو غيرها من ردود الفعل العاطفية تؤثر أفعال الوقاية العكسية (الدفاع) علي قابلية الإثارة لدي الجهاز العصبي السمبثاوي أي ذلك الجهاز الذي ينظم بصورة أساسية عمل الأعضاء الداخلية ، ويقترن هذا بإفراز بعض الهرمونات وبالأخص هرمونات الطبقة المخية للغدة الكظرية مما يؤدي إلي انقباض الأوعية الدموية الدقيقة لبعض الأعضاء (وبالأخص الكلوية) والي ارتفاع ضغط الدم وتنشيط عمل القلب (محمود السيد ، ١٩٩٤ ، ٢٤٦).

ويؤثر ضغط الدم المرتفع علي حوالي ١٠,٥٪ من أي مجتمع ، وينتشر بين الرجال بمعدل أكبر من انتشاره بين النساء ، وبين المستويات الاقتصادية الاجتماعية المنخفضة عنه بين المستويات المرتفعة (محمد السيد ، ٢٠٠٠ - ب ٢٧٩).

مرض الشريان التاجي Coronary Heart Disease

الشريان التاجي أو مرض القلب مصطلح طبي يستخدم للدلالة علي عده اضطرابات : انسداد التاجي (انسداد الأوعية) (هبوط القلب) والذبحة الصدرية (الأم

حادثة في الصدر تحدث بعد المجهود البدني أو الضغوط الانفعالية ، ويشير سوين ، ١٩٧٩ إلى أنه علي الرغم من أن الشريان التاجي قد عرف منذ زمن طويل بأنه مرض طبي متميز ، إلا أن من الباحثين من يري وجود عوامل نفسية ويؤكد دقة الخط الفاصل بين المؤثرات الجسمية والمؤثرات النفسية(في: حسن مصطفي ، ٢٠٠٣- ب ، ٩٣).

اضطراب معدل ضربات القلب Cardiac Rate Disorders

اضطراب معدل ضربات القلب قد يكون بالزيادة أو النقص أو عدم الانتظام ، وقد تحدث بسبب القلق والتوتر ، وقد تؤدي أيضا للقلق والتوتر للمريض الذي يباليخ في وعيه بقوة ضربات قلبه وسرعتها وعدم انتظامها ، والمراقبة المتزايدة لمدي انتظام ضربات القلب بفعل وجود مرض مزمن فيه نتيجة للقلق والاضطرابات الانفعالية ، كما يؤدي حدوث فقر الدم والأزمات الربوية إلى حدوث هذا الاضطراب(محمد محروس ، محمد السيد ، ١٩٩٨ ، ٤٠٩).

الذبحة الصدرية Angina Pectoris

تعمل عضلة القلب كمضخة لتوصيل الدم إلى جميع أنحاء الجسم ، وتحصل عضلة القلب علي ما تحتاجه من طاقة وأوكسجين لأداء تلك المهمة عن طريق الدم الذي يصلها عن طريق الشرايين التي تغذيها ، وعددها ثلاثة تسمى بالشرايين الإكلينيكية أو التاجية ، والذبحة الصدرية هي الأعراض التي تحدث للمريض عند نقصان الدم الساري في الشرايين التاجية المغذية لعضلات القلب ، والنتاج عن عدم التوازن بين استهلاك القلب للغذاء ونسبة وصول الغذاء إليه ، وهي في الغالب تكون نتيجة تصلب وضيق الشرايين التاجية مما يمنع وصول الدم بصورة كافية ، وأحيانا يكون السبب زيادة كبيرة في حاجة القلب للغذاء(الأوكسجين) بالرغم من كفاءة الشرايين التاجية مثل حالات تضخم القلب نتيجة لارتفاع الضغط أو اعتلال عضلي(فوقية حسن ، ٢٠٠٦ ، ٩٤).

وفي دراسة قام بها الصاوي حبيب وسيد صبحي ١٩٧٩ عن الظروف التي أحاطت ببعض الحالات التي أصيبت بالذبحة الصدرية فقد كانت ظروف الإصابة تجمع بين موقف قبلي وموقف بعدي ، أي أن هناك مجموعة من الملابس التي هيئت الفرد للإصابة وكانت : شعور الفرد بحالة من القلق والتوتر بالنسبة لتصوره للمستقبل ، ومدي حرص كل منهم علي أن يكون شخصا مرموقا يحظي بمكانة اجتماعية ، وتطلع إلي الانجازات العالية ، في الوقت الذي يفتقر فيه إلي الإمكانيات ، الإحساس بضغط العمل وعدم تحقيق التوافق مع الزملاء ، وضغط الإطار الأسري . كما برهنت الدراسة علي ضرورة

الاهتمام بالظروف الأسرية المزاملة للإصابة بالذبحة الصدرية وهي : وفاة الزوج أو الزوجة المفاجئ ، حدوث طلاق ، الفصل التعسفي ، الإفلاس ، وفاة صديق عزيز ، توقع الأذى من الآخرين ، التعرض لمأزق مادي (في : سيد صبحي ، ٢٠٠٣ ، ٢٥٥-٢٥٧).

أمراض الجهاز التنفسي

الربو الشعبي Bronchial Asthma

الربو الشعبي هو مرض يهاجم جهاز التنفس ، ويتميز بأعراض يعانيتها المريض كضيق التنفس واللهث ، والسعال والإحساس بالحشجة في الصدر والبلغم ، والفرد الذي يتعرض للقلق لشكل من أشكال التوتر العضلي ، ويأتي التوتر فيهاجم أضعف نقطة مقاومة في الجسم فتثار مادة الهستامين في الجسم تحت ضغط الزخم الانفعالي وتعتبر بمثابة (بكتريا الربو) (عطا الله ، ٢٠٠٨ ، ٩٧).

وترجع أسبابه إلي العوامل الوراثية حيث أن حدوث الربو في الأسرة التي يكون بعض أعضائها مصابين به يبدو مرتفعا نسبيا مقارنة بمجموعات مماثلة من المرضى غير المصابين بالربو ، والحساسية فحوالي نصف المصابين بالربو الشعبي يعزي المرض خارجيا إلي مواد معينة مثيرة للحساسية ، وعدوي الجهاز التنفسي التي تؤدي إلي التهاب شعبي حاد ، والعوامل النفسية تعتبر العامل السائد في ٣٧٪ من حالات الإصابة بالربو وعامل مساعد بنسبة ٣٣٪ ومنه الإحباط ، والقلق والميول العدوانية ، والضغوط النفسية (حسن مصطفي ، ٢٠٠٣ ، ب- ٣٨٩-٣٩١).

أعراض فرط التهوية Hyperventilation

يشير كل من ستينهور ورو-جرانت Steinhauer & Rae-Grant , 1977 إلي أن حوالي ٥٪ من الحالات المترددة علي قسم الطوارئ يظهر لديهم أعراض الإفراط في التهوية ، أي يكون الفرد في حاجة كبيرة لاستنشاق الهواء ، ويشعر المريض بأن كمية الأكسجين الداخلة في عملية الشهيق غير كافية لمتطلباته ، ولذلك غالبا ما يكون الفرد عصيبا لديه توتر عالي أثناء التنفس ، وقد يتورد وجهه أو يصل إلي الزرقة ، وإذا استمرت أعراض فرط التهوية لفترة ممتدة يشكو المريض من وخز خفيف بالأصابع ومقدمة القدم (في : حسن مصطفي ، ٢٠٠٣ ، ب- ٦٣).

أمراض الجهاز الهضمي

قرحة المعدة Gastric Ulcer

هي عبارة عن التهاب أو خلل في أحد المجاري في جدار المعدة أو الجزء العلوي من الأمعاء الدقيقة ، نتيجة لزيادة نشاط المعدة وزيادة الإفرازات فيها وفي الظروف العادية فإن المعدة لا تعمل إلا عندما يكون هناك وجبة تناولها الإنسان وعلي المعدة أن تعمل علي هضمها ، ولكن في بعض الظروف الانفعالية تظل إفرازات الأحماض تنصب في المعدة ، وهذه الأحماض تؤدي في النهاية إلي حدوث فجوات ملتهبة في جدران المعدة كنتيجة للضغط والالام النفسية ، وقد تصبح خطيرة وتنفذ إلي درجة حدوث نزيف داخلي في المعدة (عطا الله ، ٢٠٠٨ ، ٥-٩٦).

ويتميز مريض قرحة المعدة بشعور الغيرة الشديدة ، والسعي بشراهة نحو اهتمام الآخرين به ، ويعزو ذلك إلي سببين هما: العوامل السيكلوجية الانفعالية ، وفوضي التغذية والإكثار من الطعام ، وكلاهما مؤثران سيكلوجيان لحالات انفعالية تفرضان علي المعدة عملا مضاعفا ومرهقا عن الأحوال العادية من شأنه مضاعفة إفراز الأحماض التي تؤدي إلي القرحة المعدية (زينب شقير ٢٠٠٥ ، ٢٩٠).

التهاب القولون المخاطي Mucous Colitis

وهي حالة من اضطراب الجهاز الهضمي تتميز بسوء الهضم والإمساك وإفراز قطع مخاطية وأحيانا غشائية من القولون ، بالإضافة إلي أعراض أخري من اضطراب الجهاز الهضمي ، ويقترن هذا الاضطراب بتوفر حالة من القلق النفسي في شخصية تتميز بالحساسية ، والوجدان والشعور بالإثم ، والحرص والتقيد بالمثل ، والحنق بسبب الفشل في تحقيق الأهداف والمثل (علي كمال ١٩٨٨-١ ، ٣٩٧).

التهاب القولون Colitis

أعراض القولون العصبي :

١- أعراض عامة ناشئة عن القلق النفسي مثل الرغبة في القيء ، وفقدان الشهية ، والإحساس بالخمول أو الإرهاق الجسدي ، وبصعوبة التنفس أو الإحساس بقوة نبضات القلب والصداع المزمن.

٢- أعراض هضمية ناشئة عن تقلصات القولون : مثل الشعور بآلام أو مغص في أي مكان في البطن وخاصة علي أحد الجانبين أو أسفل البطن ، وعادة ما يحدث إما إمساك أو إسهال ولكنهما قد يتبادلان الحدوث بالتناوب وأخطر ما في القولون العصبي القلق (دار الهلال ، ١٩٨٣- أ ، ٨٣).

الإمساك المزمن Functional Constipation

الإمساك هو الاحتفاظ بالمواد البرازية في آخر الأمعاء الغلاظ وقتاً أكثر من المعتاد ، تزداد معه هذه المواد صلابة وتقر بصعوبة عند التبرز ، ويتبرز الشخص العادي مرة في كل يوم ، كما أنه قد يكون عادياً في البعض أن يتبرز مرة في كل يومين أو مرتين في كل يوم (دار الهلال ، ١٩٨٣- أ ، ١٠٦).

الإمساك الوظيفي عبارة عن قيص مزمن أو كسل الأمعاء ، وهو علة تصيب الصغار والكبار ويتمثل في عجز الأمعاء عن تفريغ البراز بصورة منتظمة لذلك فإن أي اضطراب في تفريغ فضلات الجسم أو أي تأخر فيها يؤدي إلي إصابة الجسم بأضرار صحية جسيمة. ويعد الإمساك الوظيفي اضطراباً سيكوسوماتياً حيث أن القلق والتوتر يؤديان إلي ضيق سعة الأمعاء بفعل تأثير العصب البارسمبثاوي ، وهذا يؤدي إلي طول مدة بقاء البراز داخل الأمعاء أياماً عديدة (حسن مصطفي ، ٢٠٠٣ - ب ، ٤٢).

الإسهال المزمن

الإسهال علامة اضطراب في عملية الانتقال المعوي ، والإسهال كلمة مشتقة من كلمة يونانية قديمة تعني الانسكاب ، ومن خصائص الإسهال أن البراز يكون سائلاً أو نصف سائلاً. يحدث الإسهال نتيجة تصاعد حركات التقلص الأمعائي وبالتالي تزايد سرعة الإخراج ، وانخفاض درجة امتصاص الجزء السائل من الفائض بواسطة جدران الأمعاء الغليظة حيث لا يمكث بها الغائط إلا زمناً قصيراً للغاية بسبب تزايد سرعة الإخراج ، وتزايد إفراز السائل المعوي المخاطي الذي يستثار في حالة استمرار الالتهاب الحاد (دار الهلال ، ١٩٨٣- أ ، ٩٧).

أمراض الجهاز الغدي

مرض السكر Diabetes

اضطراب يصيب الفرد في أي مرحلة عمرية بحيث تقل استفادة الجسم من مصدر الطاقة المتمثلة في السكر مما يؤدي إلى مشكلات في هضم المواد الكربوهيدراتية والبروتينية والدهنية. ويمكن الكشف المبكر عن الإصابة عند شكوى المريض من حدوث جفاف في الحلق أو شعور بالدوران والغثيان ، وللتحقق من صحة الإصابة فإنه لابد من إجراء الفحوص المخبرية للبول والدم (يوسف القريوتي وآخرون ، ١٩٩٨ ، ٣٢١).

والفرد يتأثر إلي حد كبير بدرجة التوازن في هذه الوظائف جميعها ، لأن أي اضطراب في أي منها يعتبر تنبيهاً بالخطر قد يثير الجهاز العصبي اللاإرادي عن طريق مراكز الباراسمبثاوي في الهيپوثلاموس ، وذلك قد يخلق حالة من التوتر والضييق والقلق ، كما أن اضطراب وظيفة الجهاز العصبي بالتالي قد تخل بهذه العملية التوازنية ، وتزيد من حدة الشعور بالآلام الجسمية التي قد تفوق قدرة الفرد علي تحمل الإحباط ، وتكون النتيجة تعميق الإحساس بالقلق ، ويبدو دور اضطراب الاتزان العضوي في القلق وأثره المتبادل في خلق حالة الخلل في مستوي السكر في الدم (زينب شقير ، ٢٠٠٥ ، ٢٩٤ - ٢٩٥).

وترتفع درجات السكر عندما يكون الفرد كذلك مكتئباً. والسكرلدي الراشدين والذي يتطور إلي حالة إغماء يكون بدرجة خطيرة يعزي إلي الاضطراب الانفعالي (Okasha , 1977 , 393)

البدانة (السمنة المفرطة) Obesity

تعتبر البدانة المفرطة من أمراض العصر ، ويربط علماء التحليل النفسي بين هذا الاضطراب والمرحلة الفمية التي تمتد من الولادة حتى الثانية من العمر حيث يدرك الطفل عالمه الخارجي من خلال فمه الذي هو مصدر اللذة والحياة فالإرضاء الفمي هو رمز الحب والحنان والاهتمام به (محمد قاسم ، ٢٠٠٤ ، ٣٣٩).

زيادة نشاط الغدة الدرقية Hyperthyroidism

في الإنسان التام النمو تكون هرمونات الدرقية مسئولة عن استدامة استقرار عمليات أيض الغذاء عن طريق تنظيم الأكسجين المتاح ، ووزن الجسم وأيض الخلية ، والغدة الدرقية تقع تحت التحكم التنظيمي للفص الأمامي للنخامية ، وبالتالي فهي تعتبر

مثل نموذجي لفسايولوجيا الإفراز الداخلي بالإضافة إلى ذلك ، فالوظائف الفسيولوجية لهمونات الدرقية يتم تنظيمها عن طريق مجموعة متخصصة من الآليات خارج نطاق الغدة الدرقية ، وهذه الآليات ليست تحت التحكم التنظيمي للهيبيوثالامس أو النخامية ، ومن الناحية الوراثة فالغدة الدرقية مبرمجة وراثيا بحيث تنظم عمليات أيض الغذاء (مدحت حسين ، ٢٠٠٢ ، ١٩٢) ومن أهم أسباب فرط نشاط إفرازات الغدة الدرقية هو القلق والاضطراب الانفعالي.

أمراض الجهاز البولي أهم اضطرابات الجهاز البولي:

احتباس البول Retention of Urine وهو حصر البول وصعوبة التبول كثرة مرات التبول بزيادة ملحوظة عن المعتاد.

سلس البول Enuresis وهو التبول اللاإرادي أثناء النوم أو أثناء اليقظة (حامد زهران ، ٢٠٠٥ ، ٤٧٧).

أمراض الجهاز العضلي الأم الظهر Lumbago

الألم في الظهر كعوارض مستقل ، أو كجزء من مجموعة أخرى من الأعراض كثير الوقوع بين المرضى ، ولما كانت التحريات المرضية لا تثبت وجود آفة عضوية موضعية في نسبة كبيرة من المرضى ، فقد وجهت هذه الحقيقة الانتباه إلى ملاحظة العلاقة بين مثل هذه الحالات وبين الانفعالات العاطفية ، ومع أن العمود الفقري بكامله قد يصبح مركزا للألم الظهرية ، إلا أن الجزء الأسفل منه هو الأكثر تأثرا بالاضطرابات النفسية ، وقد يرد ذلك إلى أن الجزء الأسفل من الظهر هو الأكثر تحملا للجهد من أية منطقة أخرى في الظهر ، والأكثر تعرضا للأذى مما يجعله منطقة ضعف في الجسم ويسهل اختياره للتعبير عن المشاكل النفسية في بعض المرضى (علي كمال ، ١٩٨٨ - أ ، ٤٠١ - ٤٠٢).

وتعزي ألم الظهر إلى وجود تشوهات خلقية أو مكتسبة في العمود الفقري التهاب عظام الفقرات ، أورام العمود الفقري بكسر أو خلع أو التواء بالفقرات وجود أورام خلف الغشاء البريتوني في تجويف البطن ، وألام الظهر الناتجة عن أسباب نفسية (عبد اللطيف موسي ، ١٩٨٥ ، ٦٤) وجود قرح ، أو خرايب إصابة عضلات الظهر بالروماتزم نتيجة للتعرض لتيار هوائي لفترة طويلة ، إصابة العمود الفقري بالروماتزم ،

الالتهاب السحائي "الحمى المخية الشوكية" وأورام الأغشية السحائية المحيطة بالحبل الشوكي. التهاب الحبل الشوكي أو إصابته أو انضغاطه بالأورام (دار الهلال، ١٩٨٣-ب، ٧٢-٧٣).

التهاب المفاصل الروماتزمي Rheumatoid Arthritis

التهاب المفاصل المزمن معروف منذ القدم ، وهو مرض غالبا ما يصيب الكبار عندما يجف السائل الموجود بين عظمتي المفصل ، هذا السائل هو الذي يؤدي إلي تلين حركة المفصل ، ولذلك فعندما يجف تحدث الالتهابات وتتورم الغضاريف ويحدث الروماتيزم بآلامه المعروفة ، غير أن التهاب المفاصل الروماتيزمي كأحد الأمراض السييكوسوماتية قد يصاب به الناس في كل الأعمار بل حتى الشباب منهم مرتبطا باضطراب في تنظيم الشخصية ، ويستثار بالضغوط البيئية والاحباطات التي تثير القلق (حسن مصطفى، ٢٠٠٣-ب، ١٣٦).

صداع التوتر العضلي

ويسمي أيضا بالصداع الروماتزمي ، أو التوترية . وهو نوع كثير الانتشار من الصداع لا نحس فيه نبض الشرايين ، وقد يكون مؤقتا أو متقطعا ، ويستمر ساعات ، أو أياما ، أو أسابيع . ومرضي الصداع النصفي يصابون بين نوباتهم بنوبات صداع التوتر العضلي ، وبعض الأشخاص الذين يعانون من توتر طويل في عضلات الرأس والكتفين والرقبة والوجه في مواجهة القلق والاكتئاب وضغوط البيئة ، يشعرون بالصداع المقترن بالتوتر والأرق ، لاسيما في أوقات الإجهاد ، حيث يشير المريض إلي مؤخرة الرأس وأعلي الرقبة من الجانبين ، ويصف الصداع بأنه ألم مستمر ، ضغط متواصل ، كأن حلقة ضيقة تخنقه من الخلف ، وقد نحس عضلاته أثناء الفحص مشدودة في منطقة الرقبة والرأس والوجه ، وقد توجد نقط مؤلمة وقد يجد صعوبة في تحريك رقبته (دار الهلال ، ١٩٨٣-ب ، ١٢١-١٢٢).

أمراض الجلد

يقوم الجلد بوظائف عدة تشمل:

١- حماية الجسم من تبخر الماء والسوائل الداخلية بسرعة حتى لا يختل ميزان الماء في

الجسم وتتعرض الأنسجة للجفاف.

٢- حماية الجسم من الجراثيم الضارة التي تهاجم سطحه.

٣- الإحساس: تحتوي أدمة الجلد علي أنواع مختلفة من المستقبلات الحسية ويؤدي تنشيط تلك المستقبلات للشعور بأحاسيس مختلفة مثل: الإحساس باللمس والضغط المستمر، الإحساس بالبرودة، الإحساس بالدفع، الإحساس بالألم محمد هاني، ١٩٨٧، ٢٠).

ارتيكاريا Urticaria

تعتبر الارتيكاريا من أعراض الحساسية الشائعة. ويظهر الطفح الجلدي في هذه الحالة علي هيئة تورمات حمراء محددة تسمى درنات في مناطق عدة بالجسم مع حكة شديدة. ويتميز هذا الطفح بسرعة الظهور وسرعة الاختفاء ليحل محله طفح مماثل في أماكن أخرى من الجسم. ويتراوح حجم هذه الدرنات من صغيرة جدا يبلغ قطرها نصف سنتيمتر أو أصغر إلي أكبر من راحة اليد وقد يصيب الطفح الأغشية المخاطية للفم والحنجرة والمعدة والأمعاء، وفي هذه الأحوال تحدث أعراض تبعا للجزء المصاب مثل صعوبة البلع وضيق التنفس قد يصل إلي حد الاختناق وألم ومغص وقيء (أبو بكر شريف، ١٩٨٧، ٥٦).

والارتيكاريا صورة من صور الاضطرابات الجلدية الناتجة عن عوامل سيكولوجية أعراضها تشمل: بثور ملتتهبة منتشرة علي أجزاء متعددة من الجسم تكون مصحوبة بهرش شديد وحكة جلدية، ويكون هيجان هذه البثور مفاجئا وعماما، وتظل الحالة لعدة ساعات (حسن مصطفى، ٢٠٠٣ - ب، ١٢٠).

حب الشباب Acne Vulgaris

يسمي عادة بثور المراهقة يصيب الشباب من الجنسين غالبا في أعقاب البلوغ ويعزي أحيانا لزيادة إفراز الغدة الجنسية، وهو عبارة عن التهاب مزمن في بصيلات الشعر والغدد الدهنية المصاحبة لها، ويصيب الوجه والصدر والظهر واليدين، ويرجع إلي أن بصيلة الشعر تسد بإفرازات لزجة، ولكن إفرازات الغدد الدهنية تستمر، وبتأثير البكتريا التي تعيش علي الجلد تتحول هذه الإفرازات إلي صديد، وتكسر الدهون إلي أحماض دهنية فتلتهب المنطقة المجاورة من الجلد (حسن مصطفى، ٢٠٠٣ - ب، ١٢٠).

معدلات انتشار الأمراض السيكوسوماتية لدي العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة نستطيع أن نقدر مدي انتشار الأمراض السيكوسوماتية بيد أن التقديرات تختلف فيما بينها اختلافا واسعا، فالتقارير إلي يقدمها المسؤولون في مستشفيات الأمراض العقلية تشير بصفة عامة إلي أن ما بين ٤٠٪ إلي ٦٠٪ من المرضى الذين يترددون

علي الأطباء في كل أنواع المرض يعانون من اضطراب سيكوسوماتي (كوفيل وآخرون، ١٩٨٦، ١٣٥ - ١٣٦) وانتهت نتائج دراسة ديكر وآخرون (Dekker et al., 2002) إلي أن نسبة ٩.٨٪ من عينة دراستهم يعانون من الأعراض السيكوسوماتية، و١٣.٧٪ لديهم مشكلات اجتماعية.

تنتشر الأمراض السيكوسوماتية لدي المعوقين انتشارا واسعا فعلي سبيل المثال تشير نتائج دراسة مارجليت ورافف (Margalit & Raviv, 1984) إلي أن الأفراد ذوي صعوبات التعلم يبدون درجات مرتفعة من التعب والإعياء، والصداع والأوجاع في المعدة. وأسفرت نتائج دراسة بورتر (Porter & Rourke, 1985) عن أن معدلات انتشار الأمراض السيكوسوماتية لدي ذوي صعوبات التعلم تبلغ نسبتها ١٠٪. وانتهت نتائج دراسة إريكسون - مانجلود وكارلسون (Eriksson-Mangold & Carlsson, 1991) إلي وجود علاقة دالة بين الإعاقة السمعية وحدوث الأمراض السيكوسوماتية.

أعراض الأمراض السيكوسوماتية

- شكوى الشخص المتكررة من أعراض جسمية متعددة، ومتنوعة وغير ثابتة الشدة وغير مستمرة.

- وجود ما يشير إلي منشئها النفسي لارتباطها الوثيق بحوادث الحياة أو بمصائب مزعجة أو بصراعات نفسية لدي الشخص.

وهذه الأعراض المتعددة غالبا لا تكون مجتمعة معا في وقت واحد بل تتغير وتتبدل مع الزمن فيختفي بعضها لتظهر أعراض أخرى بديلة وهكذا، كما أن شدتها تخف أحيانا وتشتد أحيانا أخرى، وإذا كان هناك أي من الأمراض الجسمية العضوية مرافقا أو متزامنا مع وجود الأعراض النفسانية الجسمية الشكل فإنه لابد من التأكد من أن هذه الأمراض العضوية المرافقة لا تفسر طبيعة أو شدة الأعراض النفسانية الجسمية الشكل أو درجة انزعاج أو ضيق الشخص منها (محمد أحمد، ٢٠٠٦، ٥٦).

تشخيص الأمراض السيكوسوماتية

وهناك معايير لتمييز الأمراض السيكوسوماتية يشير إليها هاليداي Halliday هي :

- ١- وجود اضطراب انفعالي كعامل مهيب.
- ٢- بعض الحالات تكون مرتبطة بنمط شخصية محدد.
- ٣- هناك تفاوت مميز في حدوث النوع في العديد من الحالات.

٤- الحالات المختلفة تكون مرتبطة ، ومن الممكن أن توجد معا بالتناوب .

٥- هناك غالبا تاريخ أسري لنفس الاضطراب (Okasha , 1977 , 380) :

وهناك فروق بين الهستريا والأمراض السيكوسوماتية في أن الأولي تصيب الأعضاء التي تسيطر عليها الجهاز العصبي المركزي بينما الثانية تصيب الأعضاء التي يسيطر عليها الجهاز العصبي الذاتي ، وفي الأولي الأعراض عبارة عن تعبيرات رمزية مباشرة عن دوافع مكبوتة ، وفي الثانية الأعراض عبارة عن نتائج مباشرة لاضطرابات انفعالية تخل بالتوازن العصبي الذاتي ، وفي الأولي لا يكثر الهستيري باضطرابه ، وفي الثانية يكثر بمرضه كثيرا (محمد قاسم ، ٢٠٠٤ ، ٣٣٤).

أسباب الأمراض السيكوسوماتية

تعد هذه الأسباب وتتنوع تبعا لنوعية الاضطراب علي النحو التالي :

- ١- العوامل النفسية الاجتماعية: تلعب هذه العوامل دورا هاما في نشأة هذا الاضطرابات حيث الضغوط البيئية ، والضغوط النفسية الناتجة عن الإجهاد والتوتر .
- ٢- عوامل أخري : فقد أشار بعض الباحثين إلي دور الوراثة من حيث أنها تهبط الفرد للإصابة بالصداع النصفي ، وحب الشباب فقد وجد أوستفيلد Ostfeld وجود أعداد كبيرة من المصابين بالصداع النصفي في الأسر التي يكون فيه الوالدان أو أحدهما مصابا بهذا المرض . كذلك دور التنشئة الاجتماعية فإن الطفل الفاقد للعطف والحنان يريد أن يحصل عليهما من خلال الإصابة بالارتكاريا (محمد عودة ، كمال مرسي ، ١٩٩٤ ، ٢١١-٢١٢).

علاج الأمراض السيكوسوماتية

- ١- العلاج الطبي : لعلاج الأعراض الجسمية ففي حالة قرحة المعدة يتبع المريض نظاما معينا للأكل بتناول الأدوية اللازمة ، وفي حالة البدانة يستعان بالأدوية المنظمة وتنظيم الغذاء وتستخدم المسكنات والمهدئات للتخلص من التوتر والقلق ومن أهمها (كلوربرومازين ، ليبريوم ، فالسيوم).
- ٢- العلاج البيئي : لتخفيف الضغوط علي المريض في الأسرة والعمل والجماعة ولتحسين حياة المريض بتعديل ظروفها ويستخدم العلاج بالعمل.
- ٣- الإرشاد النفسي للمريض والأسرة وإرشاد الأزواج (حامد زهران ، ٢٠٠٥ ، ٤٧٩).
- ٤- العلاج الاجتماعي: وهو يتضمن تصحيح ظروف المريض الحياتية الاجتماعية والتي من شأنها أن تعوق أو تمنع حسن توافقه .

الفصل الثامن :

بعض المشكلات النفسية

اضطرابات الأكل Disorders of Eating

التغذية أو الأكل عملية حيوية بالنسبة للطفل في سنواته المبكرة ، نظرا لأنها تلي حاجاته الأساسية ، ولكونها نشاطا من أجل البقاء ، ولتكرارها مرات عديدة كل يوم ولارتباطها في ذهن الطفل بالأم وما يصاحبها من انفعالات . وهي تجربة حسية واجتماعية وعاطفية ومصدر تعلم أيضا ، وهي مرتبطة إلي حد كبير بجوهر إحساس الطفل بالسعادة (حسن مصطفي ، ٢٠٠٣ - ب ، ٣٧) .

تعريف اضطرابات الأكل Definition of Eating Disorders

توصف اضطرابات الأكل بوجود اضطرابات حادة في سلوك الأكل ، ويبذل الفرد جهود غير سوية أو غير صحية للتحكم السوي في وزن الجسم مع وجود اتجاهات غير سوية نحو وزن الجسم وشكله.

وتعرف اضطرابات الأكل بأنها : اضطراب في سلوك تناول الطعام ، وعدم الانتظام في تناول الوجبات ، ما بين الامتناع القهري عن تناول الطعام ، أو التكرار القهري لتناول الطعام في غير مواعيده ، وبكميات تزيد عما يتطلبه النمو الطبيعي للفرد ، وقد يصاحبه محاولة من الفرد للتخلص من الطعام الزائد (زينب شقير ، ٢٠٠٢ ، ١٤) .

ونتناول فيما يلي بعض أنواع اضطرابات الأكل :

أولا : فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa

عرف فقدان الشهية العصبي بأنه : رفض لا شعوري للأكل باستثناء تناول كميات ضئيلة في صورة سوائل ، مما يؤدي إلى نقص في وزن الجسم ، والخوف الشديد من زيادة الوزن ، وتتوقف الدورة الشهرية لدى الفتيات ، وتضطرب صورة الجسم ، ويتخلل هذا الامتناع عن الأكل بعض نوبات الشره للطعام (زينب شقير ، ٢٠٠٢ ، ١٠٦) .

تصنيف فقدان الشهية العصبي

١- فقدان الشهية العضوي والذي يرجع إلي أسباب عضوية في المقام الأول (مثل أمراض سرطان المعدة - القولون) أو التهاب الكبد الوبائي.

٢- فقدان الشهية العصبي : ويعرف بأنه رفض الفرد للطعام ، أو التقيؤ بعد الأكل مباشرة ، مما يتسبب عنه انخفاض ملحوظ في وزن الجسم ، ويسمي أحيانا بالتجوع الذاتي المرضي Abnormal Self-Starvation . ولذلك يمكن أن نعمل الاضطرابات الأساسية في فقدان الشهية العصبي بأنها تشمل :

(أ) الشهية.

(ب) سلوك الأكل .

(ج) صورة الجسم (أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٧ ، ٣٢-٣٣).

معدلات انتشار فقدان الشهية العصبية

يقدر نقص الوزن لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب فقدان الشهية العصبي بين ١٠٪ إلى ٥٠٪ وأنهم يتميزون بفقدان أوزانهم الأصلية ، ويقدر نقص الوزن لدى هؤلاء المرضى بأنه قد يصل إلي ١٥٪ علي الأقل من وزنهم الأصلي (أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٧ ، ٣٢-٣٣).

وانتهت نتائج دراسة هوك (Hoek, 1993) إلي أن معدلات انتشار فقدان الشهية العصبي في عينة من الأفراد تتراوح أعمارهم ما بين ١٣-٣٥ سنة كان ٠,٢٧ . بينما أسفرت نتائج دراسة فومبون (Fombonne , 1995) إلي أن معدلات انتشار هذا الاضطراب لعينة من الأفراد تراوحت أعمارهم ما بين ١٥ إلي ٢٠ سنة كانت ٠,١٨ (Herzog et al ., 1992). ومعدلات انتشار فقدان الشهية العصبي تكون مرتفعة لدى الإناث عن الذكور ، والأعمار الأكثر شيوعا في انتشار فقدان الشهية العصبي تكون في أواسط مرحلة المراهق ، وحوالي ٥٪ تكون في عمر العشرين ، وهي مرتبطة بالاكتئاب في ٦٥٪ من الحالات ، وبالغوبيا الاجتماعية في ٣٤٪ من الحالات ، وبالوسواس القهري في ٢٦٪ من الحالات (Sadock & Sadock , 2008 ,333).

وهذا الاضطراب متباين الشدة من مريض لأخر ، ففي بعض الأشخاص لا يستمر المرض إلا نوبة واحدة فقط ، وفي البعض الأخر يستمر المرض في التآرجح بين استعادة الوزن الطبيعي والانتكاس مرة أخرى ، وقد يؤدي هذا التآرجح في تطور المرض إلي فترات من الإقامة بالمستشفيات ، ويوجد أقلية من المرضى لا يشفون أبدا (محمد السيد ، ٢٠٠٠-٢٠٢٩).

أعراض فقدان الشهية العصبي

١- بعض مرضي فقدان الشهية العصبي يكون لديهم نوبات من الشره العصبي حيث يندفع الفرد في تناول كميات كبيرة من الطعام ثم يقيء بعدها.

٢- كثير منهم ينكرون أو يقللون من شدة اضطرابهم ، ويبدون غير مهتمين بالعلاج أو يقاومونه.

٣- أغلب المرضى يفضلون الأطعمة منخفضة السعرات الحرارية ويخفون بقايا وجباتهم .

٤- يتأخر بلوغ عديد من المراهقين المصابين بفقدان الشهية العصبي ، كما تقل الرغبة الجنسية لدي الراشدين منهم(حسن مصطفي ، ٢٠٠٣ - ب ، ٦١-٦٢).

محكات تشخيص فقدان الشهية العصبي

١- فقدان الوزن : ويحدث نتيجة للانخفاض في تناول كميات الطعام المناسبة لكي ينهض الجسم وأعضاءه بوظائفه ، ويفقد الفرد علي الأقل ١٠٪ من وزنه السابق.

٢- انقطاع الحيض : في حالة النساء ولمدة ثلاثة أشهر متواصلة علي الأقل وبشرط أن يكون دورة الحيض منتظمة قبل ذلك.

٣- عدم ظهور مؤشرات لاضطرابات أخري تعد سببا أساسيا لفقدان الشهية خاصة أعراض الفصام ، الاكتئاب الأساسي ، أو بعض الأمراض العضوية(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٧ ، ٤٢-٤٣).

والتشخيص الفارقى لفقدان الشهية يكون معقد في ضوء إنكار المريض الأعراض والسرية المحاطة بطقوس الأكل الشاذة ، ومقاومتهم للبحث عن العلاج . وعلي الإكلينيكيون أن يتحققوا من أن المريض لا يعاني مرض طبي يمكن أن يكون هو السبب في حدوث فقدان الوزن (مثل السرطان ، أو وجود أورام دماغية) . كما أن فقد الوزن ، واضطرابات الأكل الشاذة ، والتقيؤ من الممكن أن تحدث في الكثير من الأمراض النفسية . فهناك ملامح شائعة بين الاكتئاب وفقدان الشهية ، وفي المرضى بالفصام فهم من النادر أن يشعروا بالخوف من أن يكونوا بدينين (Sadock & Sadock , 2008 , 336). أحيانا يوجد سلوك قهري (مثل غسل اليدين) لدي العصابين بفقدان الشهية العصبي(حسن مصطفي ٢٠٠٣ - ب ، ٦٢).

ثانيا : الشره العصبي Bulimia Nervosa

هو زملة تتميز بنوبات متكررة من الإفراط في الأكل ، وانشغال شديد بالتحكم في وزن الجسم يؤدي بالمريض إلي نمط من الإفراط في الأكل ، يليه قيء أو استخدام المليينات ، ويشترك هذا الاضطراب في كثير من السمات النفسية مع فقدان الشهية العصبي بما فيها الاهتمام الشديد بشكل ووزن الجسم . ويعرف الأكل الشره بأنه أكل كمية كبيرة من الطعام تفوق بكثير ما اعتاد الأفراد الآخرون أن يأكلوه في ظروف مشابهة ، وذلك في فترة زمنية

قصيرة، وتشير الفترة القصيرة من الزمن إلى فترة محدودة تكون عادة أقل من ساعتين (جمعة سيد، ٢٠٠٠، ١٠٣).

هذا وتمثل صورة الجسم والقلق والاكتئاب بعض المظاهر النفسية الهامة لدى الفرد والتي قد يكون لها من التأثير السلبي على الفرد في أن يعيش حالة من عدم التوافق أو في حالة من عدم السواء، وقد يرجع اضطراب هذه المظاهر إلى تعرض الفرد لظروف غير عادية أو حتى لظروف مرضية، ولوحظ أن الآباء المصابين بهذا الاضطراب يغلب عليهم البدانة، كما لوحظ أن نوبات الاكتئاب الأساسي تكثرت بين أقارب الدرجة الأولى للمصابين بالشه العصبي. ويتسبب الشبه المرضي في حدوث خلل واضطراب في المظاهر النفسية للفرد والتي من بينها:

تشوه صورة الجسم، والقلق النفسي، والاكتئاب النفسي (زينب شقير ٢٠٠٥، ٣٠١-٣٠٢، محمود حمودة، ١٩٩١، ٢١٠).

وهذا الاضطراب يعرض الإنسان لمشكلات في المعدة والأمعاء والخلق، فضلا عن الانشغال بهذه المشكلة يؤثر على جودة انجاز المهام والتركيز فيهما راضي الوقفي، ٢٠٠٣، ٣٢٧-٣٢٨).

معدلات انتشار الشبه العصبي

وتبلغ معدلات انتشار اضطراب الشبه العصبي في المتوسط ٠.٩ (Fairburn & Beglin, 1990) ومعدلات انتشاره لدى الإناث صغيرات السن يتراوح ما بين ٢ إلى ٤٪. ومعدلات الانتشار لدى الإناث أعلى مما وجدت لدى الذكور، ويبدأ غالبا متأخرا في المراهقة (338, 2008, Sadock & Sadock) وانتهت نتائج دراسة سميث وكريسي (Smith & Krici 1991) إلى أن ١٢.٨٪ من الذكور، و١٣٪ من الإناث يعانون من شبه في تناول الطعام. ويصاب بها حوالي ٨٪ من المراهقين والطلقات في عمر الجامعة (راضي الوقفي، ٢٠٠٣، ٣٢٧-٣٢٨).

أعراض الشبه العصبي :

- ١- نوبات من الشبه في التهام الطعام بصورة قهرية يعجز فيها المريض عن التحكم أو السيطرة على نفسه.
- ٢- يعقب ذلك مجموعة من السلوكيات التعويضية غير المناسبة.
- ٣- حوالي نوبتان في الأسبوع لمدة علي الأقل تستمر ثلاثة شهور.

٤- الاضطراب لا يحدث فقط أثناء النوبات وإنما قبلها أو بعدها(عبد الرحمن العيسوي، ٢٠٠٤، ١٤١).

تشخيص الشره العصبي

يشخص اضطراب الشره العصبي بناء علي المحكات التالية:

١- نوبات متكررة من حفلات الأكل الصاحب (التهام كميات كبيرة من الطعام في وقت قصير).

٢- شعور بنقص السيطرة علي سلوك النهم خلال حفلة الأكل.

٣- محاولة المحافظة علي الوزن بإحداث التقيؤ أو استخدام مدرات البول أو المسهلات أو إتباع نظام غذائي صارم ، أو أداء تمارين رياضية عنيفة.

٤- يكون الفرد قد أفرط في وجبتين من الطعام أسبوعيا علي الأقل ولدة ثلاثة شهور.

٥- الانشغال الدائم بوزن الجسم(حسن مصطفي، ٢٠٠٣ -ب، ٦٧).

ويجب أن يتأكد الإكلينيكي أن المريض خالي من الاضطرابات العصبية مثل

نوبات الصرع ، وأورام الجهاز العصبي المركزي ، أو متلازمة كلين-ليفين الدورية -Kleine

Levin والتي تتكون من فرط النوم النفسي المنشأ (أو الإفراط في النوم) وتدوم لمدة

أسبوعين أو ثلاث أسابيع ، والشره العصبي تكون بدايته في الغالب أثناء فترة المراهقة ،

وحوالي ١٥٪ من مرضي الشره العصبي لديهم سلوكيات اندفاعية مرضية ، وإدمان

المخدرات ، ونقص القدرة علي ضبط أنفسهم في مواضيع مختلفة مثل التعامل بالنقود ،

والعلاقات الجنسية. وهم غالبا يتم تشخيصهم باضطرابات شخصية حدية:

(Sadock & Sadock , 2008 , 339-340)

ثالثا : فساد الشهية (أكل مواد غير صالحة) Pica

هي حالة من اشتهاء مواد ليست من الأطعمة الإنسانية مثل الطين Geophasia

والرمل والورق وغيرها مثل الدهانات والشعر والملابس.

والأطفال في عمر سنة ونصف لدي أغلبهم اشتهاء لتناول مواد غير مغذية وإن كان

هناك ما لا يقل عن ٢٥٪ من الأطفال يستمرون في هذه العادة بعد ذلك ويبدأ كاضطراب

في سن العامين وغالبا يختفي فيما بعد ، وربما زادت النسبة كلما انخفض المستوي

الاجتماعي لأسر هؤلاء .

معدلات انتشار فساد الشهية (أكل مواد غير صالحة)

ويقدر انتشار هذا الاضطراب ما بين ١٠٪ إلي ٣٢٪ بين الأطفال من سن سنة

إلي ٦ سنوات ، وعند الأطفال الذين تزيد أعمارهم عن ١٠ سنوات ، وتشير التقارير إلي

انخفاض النسبة إلى ١٠٪، وعند الأطفال الكبار والمراهقين ذوي الذكاء العادي يقل انتشار هذا الاضطراب .

وتفيد التقارير إلى انتشار هذا الاضطراب بين أطفال المصحات والمراهقين من المتخلفين عقليا بحوالي ما يقرب من ربع الأولاد الذين هم في سن المدرسة والمراهقين، كما يؤثر علي كل من الجنسين (حسن مصطفي، ٢٠٠٣ - ب، ٧٤).

معدلات انتشار اضطرابات الأكل لدي ذوي الاحتياجات الخاصة

معدل انتشار اضطرابات الأكل المقررة لدي الأسوياء تزيد عن ٤٪ للطلاب صغار

السن والمراهقين (Sadock & Sadock , 2008 ,333).

تشير نتائج الدراسات إلى ارتفاع معدلات انتشار اضطرابات الأكل لدي

المتخلفين عقليا فقد أجريت دراسة دندفورد وهيوبر (Dandford & Huber , 1981) علي عينة من المراهقين والراشدين المتخلفين عقليا بلغ قوامها (٩٩١) مقيمون بالمؤسسات (٥٪ خفيف الدرجة، و٨٪ متوسط الدرجة، و٢٦٪ شديد و٥٨٪ عميق الدرجة) أن ٤٢٪ يعانون من اضطرابات في الأكل مزمنة، و٢٦٪ اشتهاً أطمعة شاذة، و٤٪ فقدان الشهية العصبي، و٦٪ اضطرابات اجترارية.

أما دراسة كينل (Kinnell , 1985) فقد أجريت علي عينة من الأطفال

والراشدين المتخلفين عقليا بلغ عددهم (١٤٠)، (١٥١ مقيمون، ٢٥ يتلقون علاجهم من الخارج) ٥٠٪ تخلف عقلي شديد الدرجة، و٥٠٪ متلازمة داون، و٥٠٪ طفل توحدي) وأسفرت نتائج الدراسة عن أن ٦٠٪ من التوحديين، و٤٪ من متلازمة داون مصابون باشتهاء أطمعة شاذة.

أما دراسة كيننجهام وآخرون (Cunningham et al ., 1990) فقد أجريت علي

عينة من الراشدين المتخلفين عقليا بلغ قوامها (٣٣٢) (٣٦٪ متوسطي الدرجة، ٣٥٪ شديد الدرجة، ٢٩٪ عميقي الدرجة) وأسفرت النتائج عن أن ١٩٪ من الذكور، و٥٪ من الإناث ووزنهم أقل، و٦٤٪ من الذكور، و٥٣٪ من الإناث كانوا عادي الوزن، و١٥٪ من الذكور، و٢٧٪ من الإناث كان وزنهم زائد، و٢٪ من الذكور، و١٥٪ من الإناث يعانون من البدانة.

وانتهت نتائج دراسة رايس (Reiss , 1990) والتي أجريت علي عينة بلغ عددها

٨٩ راشدا متخلفا عقليا (٤٦ خفيف الدرجة، ٣٦ متوسط الدرجة، ٧ شديد وعميق الدرجة) إلى أن الراشدين المتخلفين عقليا يعانون من اضطرابات الأكل.

أما دراسة دودلي (Dudley et al ., 1999) فقد خلصت نتائجها إلى أن ٤٪ من المتخلفين عقليا لديهم اضطرابات اشتهاً ألعمة شاذة. وتعتبر Pica من أكثر اضطرابات الأكل شيوعاً بين المتخلفين عقلياً (Johnson et al ., 1995 ;King et al ., 2000, 2603) وأجريت دراسة هيلس (Helse , 2004) على عينة بلغ قوامها ٣١١ راشداً متخلفاً عقلياً، وانتهت نتائجها إلى أن ٢٧٪ من الحالات تعاني من اضطرابات الأكل .

وبعض الراشدين المتخلفين عقلياً خفيفي ومتوسطي الدرجة يعانون من البدانة المفرطة، لاسيما الإناث الأكبر سناً، ومتلازمة داون والذين يعيشون في أوضاع مجتمعية (WHO, 1996 ; Rubin et al ., 1998 ; Fujiura et al ., 1997) وانتهت نتائج دراسة كوليز وآخرون (Collins et al ., 2003, 137-155) إلى أن التوحديين يجدون صعوبة في مهارات إطعام أنفسهم، ومشاكل في المضغ والبلع.

وترتفع معدلات انتشار اضطرابات الأكل لدى المعوقين سمعياً فيشير دي لوسانتونستوزو (De Leo & Santonastoso , 1989) إلى انتشار اضطرابات الأكل لدى المعوقين سمعياً. وانتهت نتائج دراسة هيلز (Hills et al ., 1991) إلى أن طلاب الجامعة من المعوقين سمعياً لديهم شره في تناول الطعام مقارنة بأقرانهم من طلاب الجامعة العاديين، كما أن صورتهم عن أجسامهم مشوهة .

أما المعوقين بصرياً فتشير نتائج دراسة فاندريكين (Vandereycken, 1986) إلى أن فقدان الشهية العصبي منتشر لدى الأفراد ذوي الإعاقة البصرية. بينما انتهت نتائج دراسة فاندريكي (Vandereycken , 1986) إلى وجود ارتباط دال بين فقدان الشهية العصبي وذوي الإعاقة البصرية.

ومن خلال دراسة (٥) نساء مكفوفات يعانين من فقدان الشهية العصبي واضطراب الشره العصبي، فإن هؤلاء النسوة قد وصفاً أجسادهم بنبرات مشبعة بالعدوانية، والانفصال، ومشاعر البدانة (Van De Wege & Vandereydem , 1995) وربما يفسر ذلك بعدم الرضا عن صورة الجسم، وصعوبة العلاقات مع الآخرين، والدافع إلى النحافة، وصعوبات في التواصل، والمشكلات الأسرية واضطراب العلاقات بين الأشخاص .

ويعاني المضطربين كلامياً ولغوياً من اضطرابات الأكل فقد خلصت نتائج دراسة كاترين وآخرون (Katherine et al.,2007) إلى وجود ارتباط دال بين اضطرابات الأكل واضطرابات اللغة .

أسباب اضطرابات الأكل

أولاً : العوامل البيولوجية Biological Factors

توصلت نتائج الأبحاث في هذا إلي :

✓ تشير بعض نتائج الدراسات إلى أن أقارب المصابين بالشهه العصبي من الدرجة الأولى من أفراد العائلة أكثر عرضة للإصابة أيضا بالشهه العصبي (زينب شقين، ٢٠٠٢).

✓ إن مرضي فقدان الشهية العصبي كمثال ينتشر بمقدار ثماني مرات بين الأقارب المقربين للمرضي مقارنة إلي الجمهور العام.

✓ أن أخوات المرضي الذين اشتد لديهم فقدان الشهية العصبي نسبتهم ٦-١٠٪ كانوا يعانون من هذه الحالة ، وتقابل هذه النسبة نسبة ١-٢٪ الموجودة في الجمهور العام في العمر نفسه إلا أن تفسير هذه الزيادة قد يعود إما إلي بيئة الأسرة أو تأثيرات التوائم .

✓ أثبتت الأبحاث وجود اضطراب أولي لوظيفة ما تحت المهاد ، إضافة إلي وجود شذوذ أولي في منطقتي ما تحت المهاد والنخامية ، وكذا في الغدد وعمليات الأيض ، ونواحي شذوذ كيميائي عصبية عديدة لحالات اضطراب فقدان الشهية العصبي (أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٧ ١٢٩-١٣٢).

✓ وبعض الدراسات دعمت الافتراض القاضي بأن الناس المصابين بالشهه العصبي لديهم نقص في نشاط السيروتونين في حين لم تجد دراسات أخرى فروقا ذات دلالة في مستوي السيروتونين بين الأفراد الذين يعانون من الشهه العصبي وعينة ضابطة من الأسوياء(محمد السيد ، ٢٠٠٠ ب-٢٤).

✓ أو تعزي أسباب اضطرابات الأكل إلي الأنيميا الأموية ، وداء السكري والتشنج الحلمي ، واحتشاء أو انسداد المشيمة ، والمشاكل القلبية الوليدية ومخاطر الولادة (Favaro , 2006).

أسباب نفسية اجتماعية

تري النظرية السيكودين امية Psychodynamic Theory أن الشهه محاولة لإشباع حاجات لم تشبع في المرحلة القمية ، والتي هي في الغالب حاجات جنسية، فينتقل

الفرد مع النمو حتى مرحلة البلوغ ، وعندما يعاني في البلوغ من إحباطات جنسية فإنه يتردد أو ينكص إلى المرحلة الغمية التي بدأت معها الاضطرابات والصراعات (رشاد موسى، ٢٠٠٦، ٣٤).

وقد ترجع اضطرابات الأكل إلي صعوبة الانفصال عن الوالدين لاسيما الانفصال عن الأم (Friedlander & Siegel, 1990).

وترجع أسباب هذا الاضطراب إلي شعور الطفل بفقدان حنان الأم وعطفها ، ونقص بعض العناصر في الجسم فالطين يقبل عليه الأطفال حينما يعانون من نقص مادة الزنك ، حالات التخلف العقلي ، عوامل ثقافية خاصة بالشعوب (مثل أكل الطين لدي بعض الحوامل) (زكريا الشربيني، ٢٠٠٢، ١٥٢).

وتري النظرية السلوكية أن الاضطراب هو تعلم حدث تبعا لقوانين التعلم الشرطي ، وحدث لهذا التعلم نوع من التدعيم أو التعزيز نظرا لتخفيفه القلق أو التغلب على موقف ما ، أو مكسب جناه الفرد ، وهذا ارتباط شرطي خاطئ (أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٧، ١٥٧).

ويشير (رشاد موسى، ٢٠٠٦، ٣٥) إلى تفسير النظرية السلوكية لفقدان الشهية المفرط بأنه تعبير صريح عن سوء التوافق على الصعيدين الشخصي والاجتماعي.

وتشير النظرية المعرفية إلي أن الاضطراب يتضمن الانشغال الزائد بوزن وحجم الجسم ، وشكله ، وتشوه صورة الجسم ، ورغبته في النحافة ، هذا إلى جانب إدراك الفرد أنه لا يمكنه أن يسيطر على نفسه أثناء نوبات النهيم أو حتى عندما يرى الطعام (عادل عبد الله، ٢٠٠٠، ٢٩٨) ، (Vitousek , 1996).

أما النظرية الاجتماعية الثقافية فتري أن وسائل الإعلام تلعب دورا كبيرا في تشكيل ضغوظا ثقافية ، فالأنثى تفضل النحافة ، والقوام المشقوق ، وكذلك الرجال ترغب في أن تتبع الأنثى نظام غذائي مناسب يجعلها تحافظ علي رشاقتها.

وقد ترجع أسباب فقدان الشهية العصبي إلي الصراع علي القوة والصدام علي الطعام ، حيث يبدأ الآباء بالناقشة والتهديد والعقاب أو المكافأة عند الأكل إلا أنه من المؤسف حقا أن الطفل سيعتبر أن الأكل شيء مهم للوالدين وليس مهما له شخصيا ، فعملية عدم تناوله لأنواع معينة من الطعام تصبح وسيلة للتحكم بالكبار ، وعادة ما يقلد الأطفال آباءهم في طريقة الأكل ، وكثيرا ما يخطئ الوالدان في فهم قدرتهم في التأثير علي

تعليم وتشجيع أطفالهم بطريقة ايجابية علي أكل كميات الطعام المغذية والكافية (سعيد حسني، ٢٠٠٢ - ب، ١٨٣).

علاج اضطرابات الأكل

تقتضي بعض العلامات إدخال المريض (خاصة مريض فقدان الشهية العصبي) المستشفى إذا توفر مؤشر أو أكثر من هذه المؤشرات :

١- فقدان ٢٠٪ من الوزن المتوقع لطول قامته ، أو فقدان ٣٠٪ من الوزن المتوقع فإن هذا يتطلب الإقامة في المستشفى (Sadock & Sadock , 2008 ,337).

٢- بطء القلب ، ودرجة حرارة أقل من ٣٦ درجة .

٣- انخفاض ضغط الدم (ضغط دم انقباضي أقل من ٧٠) .

٤- نسبة البوتاسيوم في الدم أقل من ٢.٥ .

٥- اكتئاب حاد ، ذهان أو المرض العقلي .

٦- إسهال شديد .

٧- ضرورة مواجهة إنكار الفرد أو الأسرة للحالة برغم تدهورها .

٨- ضرورة البدء في علاج فردي أو أسري بالأدوية تحت إشراف طبي ونفسي مستمر .

٩- زيادة احتمال حدوث الانتحار(أحمد عبد الخالق، ١٩٩٧ ، ١٦٥-١٦٦) .

وفيما يلي يتم الإشارة إلي أهم أنواع علاج اضطرابات الأكل :

العلاج الدوائي Pharmacotherapy

إعطاء كميات من المهدئات والمطمئنات ، فإذا كان مكتئبا يعطي مضادات

الاكتئاب مثل الاميتريبتلين أو عقار الامبيرامين ، وإذا وجدت ملامح إكلينيكية ذهانية

تعطي مضادات الذهان مثل عقار الكلوربيردمازين (حسن مصطفى ، ٢٠٠٣ - ب ، ٦٣)

وهي مفيدة في علاج الشره العصبي .

أما استخدام العلاج الدوائي مع حالات فقدان الشهية العصبي ما زالت آثاره

هامشية وغير مشجعة حتى الآن ، وإن كانت تفيد في بعض الحالات وقد يرجع التحسن

الملاحظ إلى وجود اضطراب مزاجي مصاحب ، وقد يفيد هذا العلاج في منع حدوث

انتكاسة للمريض بعد التحسن ، أما في حالة الشره العصبي فإن استخدام مضادات

الاكتئاب يمكن أن تفيد في الحد من الشره العصبي فقد وجد أنها أكثر فاعلية من العلاج

الوهمي ، فضلا عن علاجها للاكتئاب الذي يرتبط عادة بهذا الاضطراب(أحمد عبد الخالق ،

١٩٩٧ ، ١٦٥) .

العلاج الغذائي Nutrition Therapy

يعمل هذا العلاج في المقام الأول على استعادة الحالة الطبيعية للمريض لأن الهزال ونقص الماء، وعدم التوازن الكهربائي، قد يتسبب في مضاعفات أخرى، فضلا عن استعادة الوزن المفقود (زينب شقير، ٢٠٠٢، ١١٩-١٢١).

العلاج النفسي Psychotherapy

العلاج النفسي علاج فعال في اضطرابات الأكل وخاصة فقدان الشهية العصبي، وفيه يحاول المعالج التعامل مع الصراعات الداخلية، والصراعات الأسرية والحد من الميول الكمالية، إلى جانب مساعدتهم في التخلص من التفكير المشوه (سيد عبد الموجود، ١٩٩٩، ٤٢).

ومن بين أسباب انخفاض الوزن التي لا ينتبه إليه كثيرون هو إخفاق الأطفال المعوقين في تناول الوجبات النظامية المقدمة لهم، ومن الضروري أن نلاحظ هؤلاء الأطفال لنعرف ما إذا كانوا يعانون من مشكلات في مضغ الطعام أو بلعه، وكذلك الاعتماد على أنفسهم في تناول الطعام أو في كل هذه الجوانب، والأطفال الذين يجدون صعوبات بالغة في تناول الطعام قد يصبحون متعبين أو محبطين، ونادرا ما يكملون الوجبة المقدمة لهم (محمد محروس، ١٩٩٧، ٤٠٩).

العلاج السلوكي Behavioral Therapy

تفيد الفنيات السلوكية في تشجيع الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي على الامتثال لتناول الوجبات الغذائية من خلال تشجيعهم بالمعززات. ويمكن أن يستخدم العلاج بالتنفير كعلاج سلوكي في حالة الأكل الشاذ Pica سواء باستخدام مواد مقززة أو باستخدام الصدمات الكهربائية. ويهدف هذا العلاج إلى تعديل بعض العادات السلوكية الشاذة والمرتبطة بالأكل، مع تدعيم السلوكيات الجديدة كممارسة الرياضة، والبعد عن التقيؤ وتنظيم الوجبات، والاسترخاء الذي يهدئ الحالة الانفعالية المصاحبة (زينب شقير، ٢٠٠٢، ١٢). ويفضل استخدام العلاج السلوكي المعرفي في علاج اضطرابات الأكل (Daniel & Ulrike, 2005).

كما أن العلاج السلوكي يعد من أكثر طرق العلاج استخداما لحالات الشره العصبي، حيث يمكن تحقيق ذلك من خلال ١٦-٢٠ جلسة موزعة على فترة زمنية ٤-٥ شهور (محمد السيد، ٢٠٠٠-ب، ٢٥٥).

العلاج الأسري Family Therapy

يؤدي العلاج الأسري إلى تغيير أنماط السلوك الأسري التي تتبع مع فقدان الشهية العصبي ، وتغيير بعض المعتقدات الخاطئة داخل الأسرة فيما يتعلق بنظام تناول الطعام ، وعادات الولائم ، وتدعيم عوامل الألفة والثقة بين المريض وأفراد أسرته ، وتحقيق قدر من التسامح في المعاملة الوالدية ، وتحقيق التعايش الأسري السوي بعيدا عن التفكك والانفصال (زينب شقير، ٢٠٠٢ ، ١٢٠ - ١٢١).

وأن المرضى بفقدان الشهية الأقل من ١٨ سنة يستفيدون من العلاج الأسري (Sadock & Sadock , 2008 ,337)

وزيادة الوزن من المشكلات الشائعة لدي المعوقين وربما تعود هذه المشكلة إلي انخفاض النشاط البدني ، مع زيادة ما يتناوله الشخص من سعرات حرارية زائدة في الطعام في صورة ، وجبات إضافية سريعة بين الوجبات الأساسية تتسم بوجود دهون عالية أو سكريات عالية . وفي المعتاد فإن الوالدين قد يبديان العطف علي طفلهم المعوق في صورة حلوي أو أيس كريم ، ويكون من الصعب عليهم فيما بعد التوقف عن إعطائها للطفل (محمد محروس ، ١٩٩٧ ، ٤٠٩).

اضطرابات الإخراج Elimination Disorders

تشكل عملية التدريب علي الإخراج أهمية كبيرة لكل من الطفل ووالديه وتُحاول الأم جاهدة تدريب الطفل منذ وقت مبكر علي التحكم في الإخراج .

فيما يلي أشيع أنواع اضطرابات الإخراج :

* البوال Enuresis أي التبول اللاإرادي وعدم ضبط النفس أثناء النوم وسلس البول أي التبول اللاإرادي أثناء اليقظة.

* عدم القدرة علي التحكم في التبرز Encopresis (أقل شيوعا) من البوال ويتضمن التبرز في أوقات غير مناسبة وفي أماكن غير مناسبة(حامد زهران ٢٠٠٥ ، ٤٢٧).

أولا :التبول اللاإرادي

يعرف التبول اللاإرادي وفقا لـ DSM-IV-TR بأنه "التخلص من البول في الملابس أو الفراش بطريقة مقصودة أو لا إرادية ، وهذا السلوك يتواتر مرتين في الأسبوع علي الأقل لمدة ٣ شهور ، ويحدث قلقا شديدا في العلاقات الاجتماعية والانجاز الأكاديمي ، وينبغي أن يكون عمر الطفل الزمني أو النمائي لا يقل عن ٥ سنوات .

يعد التبول اللاإرادي من المشكلات المعروفة في معظم إن لم يكن كل الثقافات ، ومن المتوقع أنه كلما زاد المستوي الاقتصادي والمستوي التعليمي والثقافي كلما كانت النظرة إلي هذه المشكلة تتسم بشيء من التشدد . ربما نتيجة لمحاولة الإسراع في التدريب علي ضبط عملية الإخراج . وقد ارتبطت هذه المشكلة في بعض الثقافات بالتراث الشعبي والفلكلور سواء من حيث مسبباتها أو من حيث علاجها ، بينما يعتبر التبول النهاري أقل مستوي وقد يكون حال حدوثه دليلا علي وجود مشكلة نفسية خطيرة (جمعة سيد ، ٢٠٠٠ ، ١١٧-١١٨).

ومن أهم أنواع التبول اللاإرادي : التبول اللاإرادي الانتكاسي حيث نجد الطفل عندما يصل في مرحلة من عمره إلي التحكم في عملية التبول بشكل جيد جدا وذلك لفترة ربما ستة أشهر أو سنة مثلا يعود للتبول اللاإرادي ، والتبول اللاإرادي العرضي المزمّن حيث نلاحظ تكرار حالات التبول اللاإرادي بشكل غير مألوف لدي الطفل وانتكاسية حالة الطفل بعد شفاء مؤقت لفترة ربما تطول نسبيا وربما فشلت أنواع أو طرق العلاج الدوائي والنفسي ، التبول اللاإرادي غير المنتظم وهو حالات نادرة ، وفيه يتبول الطفل علي نفسه ليلة وربما يختفي الأمر لمدة أشهر ثم يعود تبوله لإرادي ليلة أخري ثم لا يظهر عليه مرة أخري إلا بعد ثلاثة أشهر وهكذا ويرتبط هذا النوع بأحداث اليوم أو الليلة التي حدث فيها حالة التبول اللاإرادي (زكريا الشربيني ، ٢٠٠٢ ، ٥٥-٥٧).

ويوجد البوال لدي حوالي ٥٪ من أطفال سن الخامسة من العمر ، و٢٪ لدي أرباب سن العاشرة ، و١٪ لدي أطفال سن ١٨ عاما (عبد الرحمن العيسوي ٢٠٠٤ ، ١٨٧).
وتختلف معدلات انتشاره بين الجنسين فنسبته بين الذكور أكثر منها بين الإناث . فعند سن ٥ سنوات تكون ٧٪ لدي الذكور ، ٣٠٪ لدي الإناث (حسن مصطفى ، ٢٠٠٣ - ١٠١).

يري بعض الباحثين أن مشكلة التبول اللاإرادي مشكلة وراثية ، واستدلوا علي هذا من انتشار المشكلة في أسر الأطفال الذين يعانون منها. ففي دراسة فراري Frary وجد أن ٣٢٪ من آباء و٢٠٪ من أمهات هؤلاء الأطفال كانوا يعانون من نفس المشكلة وهم صغار (محمد عودة ، كمال مرسي ، ١٩٩٤ ، ٢٩٨).

وقد يرجع البوال إلي التهاب المثانة أو ضعف صمامات المثانة ، أو ضعف حجم المثانة الوظيفي رغم صغرهما الطبيعي ، وهنا يكون تحملها لكميات البول ضعيف أو التهاب مجري التبول ، أو التهاب الكليتين ، تشوه وعدم اكتمال نمو الفقرات القطنية

والعجزية أو تلف النخاع الشوكي ، تهيجات المنطقة التناسلية مثل التهاب فتحة البول الخارجية أو فتحة الشرج ، فقر الدم ونقص الفيتامينات (زكريا الشربيني ، ٢٠٠٢ ، ٥٧-٨ ، محمود حمودة ، ١٩٩١ ، ٢٤٩) .

أو إصابة الطفل بالصرع ، أو الصلب المفلوج الخفي المصحوب بأورام شحمية تضغط على جذور الأعصاب المغذية للمثانة البولية (عبد اللطيف موسي ، ١٩٨٥ ، ٧٩) .

ولكن معظم الحالات ترجع لأسباب نفسية لا عضوية . وإذا استمر البوال حتى سن المراهقة ، فإن كثيرا من الناس يرجعونه إلي ضعف الكلي وهو تفسير غير دقيق أو يرجع إلي التعبير غير المباشر عما يعاينه المريض من القلق أو الحصر أو التوتر ، وقد يرجع إلي حاجة الطفل إلي أن يحصل علي اهتمام الوالدين أو قد يرجع إلي الضغوط الانفعالية ، كما قد يرتبط بوجود مشكلات أسرية (عبد الرحمن العيسوي ، ٢٠٠٤ ، ١٩١) .

وذهب فرويد إلي أن التبول اللاإرادي عرض نكوصي يدل علي ما يعاينه الطفل من صراع نفسي لم يحل (محمد عودة ، كمال مرسي ، ١٩٩٤ ، ٢٩٨) أو يكون تعبير خاص للقلق عام ، أو إراحة لإشباع جنسي يرتبط عادة بتخيلات جنسية مكبوتة ، أو استمرار لأنماط من السلوك يستهدف جذب الانتباه بشكل غير ناضج أو تدريب غير ملائم علي العادة نفسها بالتبذل وعدم اللامبالاة من ناحية الوالدين (كوفيل وآخرون ، ١٩٨٦ ، ٢٢٤) .

ثانيا :سلس التغوط أو التبرز

يعرف التبرز اللاإرادي وفقا لـ DSM-IV-TR علي أنه " طريقة التخلص من الفضلات في أماكن غير ملائمة سواء بطريقة مقصودة أو لا إرادية ، ويستمر هذا النمط علي الأقل لمدة ٣ أشهر ، ويكون عمر الطفل الزمني أو النمائي علي الأقل ٤ سنوات .

وله شكلان التغوط الأولي : ويظهر لدي الأطفال الذين لم يسبق لهم نهائيا التحكم أو ضبط الغائط لمدة عام علي الأقل ، والتغوط الثانوي : وهو الذي يظهر لدي أطفال سبق لهم ضبط الغائط مدة لا تقل عن عام (زكريا الشربيني ، ٢٠٠٢ ، ٦٦) .

وقد وجد أن ٢.٣٪ من الصبيان الذين تجاوزا الثماني سنوات و٠.٧٪ من أمثالهم من البنات مصابون به ، لكن هؤلاء يتناقصون بنسبة ٢٨٪ كل سنة و حتى تنتفي العادة نهائيا عند سن السادسة عشرة ، أما باستعمال العلاج فقد ينقطع التبرز خلال الشهرين أو ثلاثة أشهر ، وهو نادر عند الكبار والمراهقين إلا في حالات المتخلفين عقليا (سعيد حسني ، ٢٠٠٢ -ب ، ١٥١) .

وانتهت نتائج دراسة هيل وشيرلي (Hale & Shirley , 2006) إلى أن معدل انتشار الغائط لدي عينة من الأطفال بلغ عددها ٢,٤٠٦ كانت ٢,٩٪ ، و٦٢٪ من هذه العينة كانوا من حالات التخلف العقلي متوسط الدرجة ، و١٠٢ لديهم ذكاء متوسط ، و٣٣ لديهم نسب ذكاء ٨٠ أو أكثر.

ويصاحب التبرز اللاإرادي شعور الطفل بالخجل والارتباك ، وقد يتجنب المواقف الجماعية التي تسبب ارتبائه ، وفي حالات تعمد التبرز يصاحب بالأعراض السلوكية المضادة للمجتمع . وقد لوحظ أن ٢٥٪ من الأطفال المصابين بالتبرز اللاإرادي لديهم تبول لإرادي وأحيانا نقص الذكاء والسلبية (محمود حمودة ١٩٩١ ، ٢٤٢).

وقد يرجع إلى عوامل عضوية مثل مرض هرشبرنج Hirschsprung Disease الذي يصيب الأمعاء الغليظة ويسبب الإمساك ومن ثم خروج الغائط لا إراديا ، وربما عاد الأمر إلى الإمساك لفترات طويلة فيحدث فيض من الغائط وعوامل عقلية مثل نقص الذكاء ، أو عوامل نفسية مثل الشعور بالغيرة المصاحب لولادة شقيق آخر ، أو إلى أساليب التدريب القاسية (زكريا الشريبي ، ٢٠٠٢ ، ٦٧) .

وقد يعزى التبرز اللاإرادي إلى ميول عدوانية لدي الطفل وتثبيت في المرحلة الشرجية حيث يعبر التبرز عن العدوان والنزعات التدميرية لدي الطفل في حالة وجود سلطة قاهرة (حسن مصطفي ، ٢٠٠٣ - أ ، ٩١) .

معدلات انتشار اضطرابات الإخراج لدي ذوي الاحتياجات الخاصة

تتعدد المشكلات السلوكية التي يبدونها الأطفال المعوقين فهناك مشكلات مرتبطة بعمليات الإخراج ، وأخرى مرتبطة برعاية الطفل ذوي الحاجات الخاصة الذي يظهر مشكلات سلوكية خارج نطاق الأسرة (Warfield & Hauser-Cram, 1996) .

معدلات انتشار اضطراب سلس التغوط لدي الأطفال المعوقين المقيمين بإعاقات متوسطة يكون ٦٪ ، بينما كان ١٦٪ لدي المعوقين المقيمين بإعاقات شديدة الدرجة ، و٤٥٪ لدي المعوقين المقيمين بإعاقات عميقة (Salovilita, 2002) .

أسفرت نتائج دراسة بومر وآخرون (Bohmer et al ., 2001) عن ارتفاع معدلات الإمساك لدي المتخلفين عقليا . المشكلات السلوكية المتعلقة بالأكل والنوم والتدريب علي استخدام الحمام من الشائع وجودها لدي التوحديين . (وقام أندو , Ando (1977 بتدريب الطفل التوحدي علي ضبط البوال من خلال تطبيق فنيات السلوكية

الإجرائية. وانتهت نتائج دراسة وليامز وآخرون (Williams et al ., 2004) إلى التأكيد على انتشار اضطرابات الأكل لدى الأطفال التوحديين .

علاج اضطرابات الإخراج:

- ١- تستخدم الأدوية في علاج البوال ، من ذلك العقاقير المضادة للاكتئاب مثل عقار Parante وعقار Nardil وخاصة لعلاج التوترات الانفعالية الناجمة عن المعاناة من البوال ، ولقد تبين أن عقار Imipramine يساعد في التحكم في البوال ، وكذلك في علاج التبرز اللاإرادي (عبد الرحمن العيسوي ، ٢٠٠٤ ، ١٨٨).
- ٢- استخدام أحد مركبات البلاذونا في بعض الحالات ، حيث تساعد هذه الأدوية المثانة البولية علي الاحتفاظ بالبول لفترة أطول(عبد اللطيف موسي ١٩٨٥ ، ٧٩).
- ٣- العلاج النفسي الفردي والجماعي والذي يهدف إلي تقليص التوتر الانفعالي والقلق والاكتئاب ، والإقناع والإيحاء وبتث الثقة بالنفس واستخدام برامج تعديل السلوك المختلفة.
- ٤- وفي حالة التبول ضع لوحة النجوم : اطلب من الطفل أن يسجل الليالي "الجافة" والأخرى "المبللة" ويعطي نجوما ذهبية علي الليالي الجافة وليكافئ الطفل كأن يمضي بعض الوقت علي انفراد وعلي حين يتجاهل الأبوان الليالي المبللة بمدحان الطفل علي الليالي الجافة.
- ٥- في وقت النوم اجلس مع الطفل مدة من ١٠-١٥ دقيقة وحدثه حديثا يسعده لكي ينام مسترخيا وهو يحس بمحبتك ودعمك له .
- ٦- العقوبة : بعض الآباء يبدلون الشرائف بعد تبول الطفل ويقومون بغسيل كل شيء وهذا نتيجة منطقية ، ولا يجوز أن يوبخ الطفل أثناء هذه العملية . يطلب من الطفل أن يوقع علي لوحة علي تالجة فيها ذكر لليلة السابقة جافة أم لا ، وإذا نسي أن يوقع يغرم ويمنع الطفل من تناول السوائل بعد السادسة إلي أن تمر ١٤ ليلة جافة ، وقد نجح هذا الأمر لأن الطعام والشراب قد يكونا أحد الأسباب المسؤولة عن التبول (سعيد حسني ، ٢٠٠٢ - ب ، ١٤٩).
- ٧- استخدم التدريب القائم علي الاشراف الإجرائي بنجاح للتحكم في عملية الإخراج لدي الأطفال المتخلفين عقليا المقيمين بالمؤسسات (Osarchuk , 1963 ; Ellis , 1973). واستخدم التعزيز ، وإجراءات التسلسل بنجاح مع الطفل التوحدي .

اضطرابات النوم Sleep Disorders

النوم يكون سلوك عام يظهر لدي كل الكائنات الحيوانية بداية من الحشرات إلي الثدييات . إنه يكون من الضروري للكائنات الحية لأن الحرمان الطويل من النوم يؤدي إلي عجز معرفي وبدني شديد وأخيرا إلي الموت ، والنوم مجدد للطاقة والنشاط ، وهام لتنظيم حرارة الجسم ، وعامل مساعد علي إعادة الوعي :

(Sadock & Sadock , 2008 , 346)

ويمكن تعريف النوم بأنه: " حالة طبيعية متكررة ، يتوقف فيها الكائن الحي عن اليقظة وتصبح حواسه معزولة نسبيا عما يحيط به من أحداث:
(حسان شمسي ، ١٩٩٣ ، ٢٥) .

والنوم حالة من الهدوء تشمل الجهاز العصبي والعضلات كما يدل علي ذلك تسجيل النشاط الكهربائي للمخ وانخفاض التوتر العضلي في حالة النوم العميق وهو حالة وظيفية حيوية هامة لها أهميتها في استعادة النشاط وحفظ الاتزان الداخلي اللازم لإمداد الجسم والعقل بالطاقة اللازمة لمواصلة القيام بالعمل واستعادة وتجديد طاقة الجسم ونشاطه عن طريق إفراز بعض المركبات الحيوي مثل هرمون النمو الذي يساعد علي تكوين البروتين اللازم لبناء الأنسجة في مرحلة النوم العميق :
(لطفني الشربيني ، ٢٠٠٠ ، ٢٥) .

إن من أهم اضطرابات النوم هي الأحلام المزعجة والتمللم بالفراش وفي سن العاشرة تحدث قمة هذه الاضطرابات (معظم البنات في هذا العمر تعاني من هذه الاضطرابات) وأخيرا يقل حدوث هذه الاضطرابات وبسرعة عند كلا الجنسين . وبالرغم من أن اضطرابات النوم خفيفة ومؤقتة إلا أنها شائعة في الطفولة ، إن اضطرابات النوم الحادة أو الدائمة هي دلالات مبكرة علي قلق عاطفي عند الطفل منذ البداية
(سعيد حسني ، ٢٠٠٢ - ب ، ١٥٥) .

واضطرابات النوم تؤدي إلي الإحساس بالضيق والقلق ، والي الانجاز المتدني (Bonnet , 1994) كما أنها تؤدي إلي الشعور بالإرهاق ، والتعب ، وسرعة الغضب ، وضعف التركيز، والتأزر، والعدوان ، وسوء الإدراك ، والتشويه (Horne , 1988). وأكد ستورز (Stores , 1992) علي وجود ارتباط بين مشكلات النوم الشديدة والسلوكات اليومية النهائية المضطربة لدي أطفال داون .

تصنيف اضطرابات النوم

ويمكن تناول أهم اضطرابات النوم في اضطرابات النوم الأولية ، واضطرابات

النوم الثانوية علي النحو التالي :

اضطرابات النوم الأولية وتشمل :

الأرق Insomnia

هو نقص مدة النوم التي اعتاد عليها الشخص مع شعوره بعدم كفايته علي أن

يكون هذا النقص متكررا خلال عدة ليال لا تقل عن عشريال خلال الشهر أو عن ثلاث

ليال متتابة أسبوعيا لمدة شهر علي الأقل ، سواء كان الشخص يستعمل حبوبا منومة

أم لا ، ليس الأرق في حد ذاته مرضا بل هو عرض.

ويأخذ الأرق أحد الأشكال التالية :

* التأخر في الدخول إلي النوم (أرق بداية النوم) والذي يحتمل أن يكون أكثر أشكالاً

الأرق شيوعا.

* صعوبة الدخول في النوم (النوم المتأخر) وهو تأخر الدخول في النوم بعد الذهاب إلي

الفرش لمدة لا تقل عن ساعة.

* النوم المتقطع وهو أن يتخلل النوم فترات من الصحو مرتين علي الأقل في الليلة

الواحدة ، مع صعوبة العودة إلي النوم ، وعدم كفاية الشخص من النوم ، دون أن

يكون للصحو ليليا سبب عضوي مثل ألم أو كثرة تبول ليليا وبدون سبب ظرفي مثل

حالة الأم التي تصحو استجابة لبكاء رضيعها (محمد أحمد ، ٢٠٠٦ ، ٨٦).

* استيقاظ نهائي مبكر (أرق نهاية النوم).

* الشعور بالتعب بعد النوم ، يحتمل أن يكون الأرق استجابة وقتية لاضطراب

انفعالي ، أو الكوابيس ، أو اختناق النوم ، نتيجة لوضع فيزيقي كالتعب أو الإنهاك

الشديد .

* عدم انتظام أوقات النوم (أديب محمد ، ٢٠٠٦ ، ٤٤٢) .

معدل انتشار الأرق لدي الراشدين خلال عام تراوح ما بين ٣٠ إلي ٤٠٪. والشكوى

من فرط النوم النفسي المنشأ (أو الإفراط في النوم) تكون أقل من ٥٪ لدي الراشدين

. (Sadock & Sadock , 2008 , 348)

الأسباب

عندما يشكو الطفل من الأرق ومن النعاس المرافق أثناء النهار فيجب مراعاة ما

يلي :

١- يجب أن يتأكد الأب بأن الطفل لم يتناول أي نوع من العلاجات وأن المشكلة لا ترجع إلي أمراض تكون مسؤولة عن الصحو.

٢- الأطفال الصغار يقاومون الذهاب للنوم بسبب جرح نفسي أو قلق أو مرض التهاب اللوز.

٣- موت شخص عزيز.

٤- يعاني المراهقين من قلة احترام الذات ومن الإعياء في النهار (سعيد حسني ، ٢٠٠٢ - ب ، ١٧٤)

٥- كما قد يرجع الأرق إلي الإصابة ببعض الأمراض التي تسبب ألما مثل حالات التهاب المفاصل والذبحة الصدرية وقرحة المعدة والإثني عشر وألام الأسنان أو الأذن والمغص الكلوي والمعوي والمراري .

٦- أو ينتج عن الإفراط في تعاطي المنبهات كالشاي والقهوة أو تعاطي الأدوية مثل مركبات الأمفيتامين والافدرين والكافيين (عبد اللطيف موسى ، ١٩٨٥ ١١٩).

فرط النوم النفسي المنشأ (أو الإفراط في النوم) Hypersomnia

يعرف فرط النوم النفسي المنشأ علي أنه: " حالة من النعاس الشديد خلال النهار

مع نوبات من النوم (لا يفسرها عدم كفاية كمية النوم) أو استغراق فترة طويلة للانتقال إلي حالة اليقظة الكاملة عند الاستيقاظ في غياب عامل عضوي يفسر حدوث فرط النوم ، وغالبا ما تكون هذه الحالة مصحوبة باضطرابات عقلية وكثيرا ما تكون في الواقع عرضا لاضطراب وجداني ثنائي القطب (أثناء نوبة الاكتئاب) أو اضطراب اكتئابي متكرر أو نوبة اكتئابية ، ولكن في بعض الأحوال لا تستوفي المعايير لتشخيص اضطراب عقلي آخر وذلك بالرغم من وضوح درجة الاضطراب النفسي ، والنوم المفرط هو نقيض الأرق ، وقد يأتي في نوبة واحدة طويلة وقد يأتي علي أكثر من فترة في اليوم الواحد (جمعة سيد ، ٢٠٠٠ ، ١٤٨ ، ١٤٩).

يسبب فرط النوم توترا أو ضيقا نفسيا شديدا أو خللا في كفاءة أداء الشخص

الاجتماعي ، أو المهني وغالبا عرض " فرط النوم النفسي المنشأ " :

(محمد أحمد ، ٢٠٠٦ ، ٨٩-٨٧).

قد يكون لطبيعة ونظام البيت وانعدام عناصر التشويق دور في ذلك الاضطراب ، مثلما نجد في مؤسسات اللقطاء وبعض مدارس رعاية ذوي الحاجات الخاصة التي تفتقر إلى الترويح والمرح والناشط الرياضية ، ويعاني بعض الأطفال من إفراط النوم ، نتيجة فقر الدم أو نقص هرمون الغدة الدرقية أو سوء التغذية أو تناول بعض الأدوية ، وربما عاد إلي بعض إصابات الجهاز العصبي كالتهاب السحايا التدريجي :

(زكريا الشريبي ، ٢٠٠٢ ، ١٢١) .

اضطرابات النوم المرتبط بالتنفس :

Breathing –Related Sleep Disorder

تتميز اضطرابات النوم المرتبط بالتنفس بنوبات من توقف التنفس المؤقت الذي يستمر لمدة عشر ثواني أو أكثر أثناء النوم ، وقد لا يكون المصاب علي علم بوجودها ، إلا أنه يشعر بحاجة ماسة إلي النوم أثناء النهار مع ضعف في التركيز ، وقد يؤدي ذلك إلي إعاقة الفرد في عمله أو حياته الاجتماعية وقد تؤدي الحالات الشديدة إلي ارتفاع ضغط الدم ، واسترخاء القلب ، وجلطة في القلب أو في الدماغ (حسان شمسي ، ١٩٩٣ ، ١٣٦) .

ويقدر انتشار اضطراب النوم المرتبط بالتنفس بحوالي ١٪-١٠٪ من جمهور الراشدين ، ولكنه قد يزداد عند الأفراد الأكبر سنا ، أما لدي الأطفال الأصغر سنا فإن الأعراض الدالة عليه تكون قليلة وغير واضحة ، وبالتالي فإن التشخيص يكون أكثر صعوبة (جمعة سيد ، ٢٠٠٠ ، ١٥٦) .

اضطرابات النوم الثانوية ومنها :

الكوابيس Nightmares

الكابوس هو خوف ليلي ورد فعل مخيف خلال الليل . إن سببه حلم مخيف إن الأحلام العادية تحدث عند الأطفال في سن الثلاث سنوات ولكنها ليست مزعجة . والطفل يصرخ ومن ثم يسكت بسهولة وفي سن ٥ . ٤ - ٥ سنوات تزداد الأحلام السيئة في تكرارها وفي حدتها . إن الكوابيس الكلاسيكية هي خوف فريد وليست مثل الأحلام العادية إنها تتضمن علي صراخ عال مفاجئ ، بينما يكون النوم مصحوبا بقلق شديد وعرق وتعابير ثابتة علي الوجه وصعوبة في التنفس تشعر الطفلة بأنها مختنقة وكأن شيئا ثقيلًا يجثم علي صدرها وتصبح مذعورة يستيقظ الطفل بعد الكابوس ويمكن تسكينه بسهولة (سعيد حسني، ٢٠٠٢ - ب، ١٦٥) .

ويعاني من ١٠-١٥٪ من الأطفال في المرحلة العمرية من ٣-٥ سنوات من كوابيس شديدة ، وفي جمهور الراشدين يذكر حوالي ٥٠٪ خبرة الكابوس في مناسبات مختلفة ، ومع ذلك لا توجد نسب دقيقة لانتشار اضطراب الكابوس (جمعة سيد ، ٢٠٠٠ ، ١٥٩).

ويعزي الكابوس إلي مشكلات نفسية ، أو إلي الذين يعيشون ظروفًا أسرية واجتماعية غير طبيعية أكثر عرضة من غيرهم للكوابيس أثناء النوم ، كما أن سماع الطفل قصصا خرافية ، أو مشاهدته أفلاما مرعبة قبل النوم تكمن خلف تعرض كثرة من الأطفال لهذا النوع من الاضطرابات ، ويتزايد لدي الطفل عند وجود ضغوط نفسية ، أو يرجع إلي إرغام الوالدين للطفل علي النوم (زكريا الشربيني ٢٠٠٢ ، ١٢٢).

اضطراب الفزع أثناء النوم Sleep Terror Disorder

نوبة من الخوف الشديد قد تصاحبها صرخة رعب وربما أنين بالبكاء والاستنجاد مصحوب بالاستيقاظ المفاجئ وجلس الطفل مفزوعا في الفراش مع الاستجابة لحظتها لمحاولات التهدئة ، وقد يصاحب الأمر حلم مرعب ، إلا أن رعب الليل يختلف عن الكابوس فالطفل هنا لا يكون قادرا علي تذكر أو استعادة ما سبب له الرعب بعد أن يستيقظ في الصباح ويبدأ هذا الاضطراب في الفئة العمرية من ٤ - ١٢ سنة ، ويختفي نهائيا عند بلوغ المراهقة في كثير جدا من الحالات .

ولا توجد أسباب واضحة خلف هذه النوبة ، وإن كانت مشاعر الخوف التي تغرسها الأم في نفس الطفل تجعله أكثر عرضه للرعب الليلي ، وتكثر النوبات كلما كان الطفل مجهدا (زكريا الشربيني ، ٢٠٠٢ ، ١٢٣).

معدلات انتشار اضطرابات النوم لدي العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة وفقا لتقارير الوالدين كانت معدلات انتشار اضطرابات النوم تتراوح ما بين ٩٪ إلي ٥٠٪ في مجموعات المقارنة وشملت الأرق ، وفرط النوم النفسي المنشأ ، واضطرابات النوم المرتبط بالتنفس (Polimeni et al ., 2005 ; Allik et al ., 2006).

تشير الدراسات المسحية إلي أن اضطرابات النوم تكون الأكثر انتشارا بين الإناث عنها بين الذكور ، وأنها تصبح أكثر انتشارا وتكرارا بتقدم العمر. ويلاحظ ارتفاع نسبة الأطفال الذين يعانون من الأرق في الطفولة المتأخرة . ويبلغ معدل انتشار اضطراب النوم النهاري واحد لكل ١٠٠٠ أو ٢٠٠٠ من السكان . وبالنسبة للكوابيس الليلية فإنها تصيب الأطفال من سن سنتين ، وترتفع نسبة الذين يعانون منها في سن ٤-٦ سنوات (حسن مصطفي ، ٢٠٠٣ - ٢٠٠ ، ١٢٠).

يشير كوين (Quine , 1991) إلى أن ٥١٪ من المتخلفين عقليا يعانون من عدم الاستقرار في النوم ، و٦٧٪ لديهم مشاكل الاستيقاظ ليلا. وتراوحت معدلات انتشار اضطرابات النوم لدي المتخلفين عقليا ما بين ١٥ إلى ٥٠٪ :

(Brylewski &Wiggs , 1998)

وانتهت نتائج دراسة بارتليت وآخرون (Bartlett et al ., 1985) إلى أن معدلات انتشار اضطرابات النوم لدي (٢١٤) طفلا متخلفا عقليا تخلفا شديدا وتجاوزت أعمارهم (١٦) سنة كانت ٨٦٪ ، و٨١٪ ما بين ٦-١١ سنة ، و٧٧٪ للذين تتراوح أعمارهم ما بين ١٢-١٦ سنة ، وكانت مشاكل النوم المقررة كثرة الاستيقاظ أثناء الليل وبلغت النسبة ٥٦٪ ، أما عدم الاستقرار أثناء النوم فبلغت النسبة ٥٧٪ والصعوبات في الذهاب إلى النوم كانت ٥٣٪.

وأشارت نتائج دراسة إيسبي وتودي (Espie & Tweedie , 1991) إلى انتشار اضطرابات النوم لدي نصف عينة المتخلفين عقليا البالغ عددهم ١٢٥ راشدا متخلفا عقليا. وانتهت نتائج دراسة ريشدديل وآخرون (Richdale et al ., 2000) إلى أن نسبة انتشار اضطرابات النوم بلغت ٥٧.٧٪ لدي عينة من المتخلفين عقليا تتراوح درجة شدة الإعاقه من خفيف إلى عميق ، بينما كانت النسبة لدي العاديين ١٦٪.

أما عن معدلات انتشار اضطرابات النوم لدي التوحديين فإن اضطرابات النوم المقررة من قبل الوالدين لدي أبناءهم التوحديين تتراوح ما بين ٤٤-٨٣٪ ومعظم التقارير الوالدية تؤكد علي مشكلات النوم التي تتضمن صعوبات في النوم وقلة النوم ، وعدم النوم في سريره الخاص ، والاستيقاظ مبكرا ، والصراخ أثناء النوم ، والكوابيس:

(Richdale , 2001)

وقد قرر التوحديين عدم الانتظام في النوم ، والاستثارة المتكررة في النوم وفترات طويلة من الأرق (Rapin , 1991) وأن الأطفال التوحديين معرضين لمخاطر اضطرابات النوم بصرف النظر عن أعمارهم أو نسب ذكائهم (Honomichl et al ., 2002).

وانتهت نتائج دراسة وليامز وآخرون (Williams et al ., 2004) إلى وجود علاقة بين اضطرابات النوم والمشكلات الطبية ، ومشكلات في التنفس مرتبطة بانخفاض الاستعداد للنوم.

وأُسفرت نتائج دراسة أباد - أليجرلا وجيتوريز, (Abad-Alegria & Gutierrez, 1998) إلي أن الأطفال المعوقين سمعيا البالغ عددهم (٣٢١) ينومون جيدا ، وربما يعزّي هذا إلي عزل الضوضاء عنهم .

ترتفع معدلات انتشار اضطرابات النوم لدي المعوقين بصريا فقد أسفرت نتائج دراسة مايلز وويلسون (Miles & Wilson, 1977) عن أن معدلات انتشار اضطرابات النوم لدي عينة تتألف من ٥٠ مكفوفًا بلغت ٧٦٪ .

وانتهت نتائج دراسة تروستر وآخرون (Tröster et al ., 1995) إلي انتشار اضطرابات النوم لدي المعوقين بصريا البالغ عددهم (٢٦٥) ، و(٦٧) من العاديين الذين تراوحت أعمارهم ما بين ١٠-٧١ شهرا حيث يجدون صعوبات في النوم علي الأقل مرة كل أسبوع ، والاستيقاظ ليلا ، ويتطلب هذا مدة زمنية تتراوح ما بين ٥ إلي ١٠ دقائق حتى يعودوا إلي النوم مرة أخرى ، وأن معدلات انتشار هذه الاضطراب أعلي في المكفوفين مقارنة بضعاف البصر.

ترتفع معدلات انتشار اضطرابات النوم لدي ذوي صعوبات التعلم (Dollinger et al ., 1987 ; Short & Carpenter , 1998) وتبلغ نسبة اضطرابات النوم في ٧٥٪ من ذوي صعوبات التعلم في الأعمار ما فوق ١٦ سنة (Quine , 1991).

وتعزّي اضطرابات النوم الشديدة لدي ذوي صعوبات التعلم إلي الأسباب التالية:

١- تلف في بناءات الجهاز العصبي المركزي يكون هام في دورة الاستيقاظ من النوم.
٢- من الممكن أن يكون هناك نوبات صرعية تبدأ أثناء النوم تؤدي إلي عدم استقرار النوم.

٣- التعزيز غير المقصود للاستيقاظ علي سبيل المثال تناول الشراب ، مشاهدة التلفزيون (Gelder et al ., 1998 , 874) .

ولقد وضع موزر (Mauser , 1974) قائمة من الخصائص الشائعة لكل من صعوبات التعلم وجناح الأحداث وتشمل :

- ١- مفهوم ذات منخفض.
- ٢- قصور في القدرة علي تحمل الإحباط.
- ٣- مشكلات في القدرة علي التوجيه.
- ٤- قصور في خصائص الشخصية الايجابية.
- ٥- كراهية للأداء المدرسي الذي يتطلب القيام بعمليات الاستدلال ، والمشاركة في الأداء.

وتنشر اضطرابات النوم لدي المعوقين بدنيا فقد انتهت نتائج دراسة أوليفرو وآخرون (Oliviero et al ., 1995) إلي قلة النوم لدي مرضي الصرع والتصلب الحديبي ، كما تكون مدة النوم أقصر ، وتزداد فترات الاستيقاظ بعد بداية النوم . وأسفرت نتائج دراسة نيومن وآخرون ، كاتز (Newman et al ., 1997; Katz, 1996) إلي أن اضطرابات النوم تكون شائعة الحدوث لدي المعوقين بدنيا.

أسباب اضطرابات النوم

١- أشارت بعض الدراسات إلي أن نصف الأطفال الذين يمضون أثناء النوم من أسريعاني فيها فرد أو أكثر من هذا الاضطراب ووجد في دراسات أخرى تشابها عند ٤٠٪ من التوائم المتماثلة ، و١٠٪ من التوائم غير المتماثلة في اضطرابات النوم ، وهذا ما يؤيد الفرض الوراثي في هذه الاضطرابات:

(حسن مصطفي، ٢٠٠٣ - أ، ١٣٣).

٢- الأسباب الحيوية مثل : الأمراض والإجهاد ، والتعود علي تناول أقراص منومة أو منبهة للسهر.

٣- الأسباب البيئية : مثل اتجاهات الوالدين الخاطئة عن مدة النوم وإجبار الطفل لينام في وقت محدد حسب ظروف حياتهم ، والنوم مدة أقل أو أكثر من اللازم ، واستعمال النوم كتهديد ، العوامل الاجتماعية مثل ضيق المسكن ، ونوم الأطفال مع الوالدين في نفس الحجرة .

٤- الأسباب النفسية : الاضطراب الانفعالي التوتر وعدم الاستقرار والهموم والقلق والاكتئاب والخوف في حالات الظلام وعدم إشباع الحاجات (حامد زهران ، ٢٠٠٥ ، ٤٢٩).

٥- الضغوط النفسية التي يتعرض لها الطفل مثل :

(أ) الفشل في الاختبارات أو الخوف من اختبار قادم .

(ب) مشاهدة برامج مخيفة في التلفزيون ، أو سماع قصة مزعجة ، أو حادثة مرعبة يستعيد الطفل أحداثها فيعاني الأرق الليلي أو الكابوس أو الفزع.

(ج) موت شخص عزيز ، أو انفصال الوالدين ، أو دخول احدهما المستشفى أو قدوم أخ جديد ، أو فقدان شيء محبوب للطفل ، أو الفشل في المدرسة.

(د) إسناد مسئولية تربية الطفل إلي مربية لم يألها ، أو تغيير المربية أو السكن ، فيضطرب نوم الطفل (محمد عودة ، كمال مرسي ، ١٩٩٤ ، ٣١٨-٣١٩).

٦- أن بعض الأفراد لا يمكنهم أن يستبعدوا أفكار معينة من رؤوسهم.

٧- أو قد يعزى اضطراب النوم إلي الإصابة بالمرض حيث يمنع الأمل الشخص من النوم.

الوقاية

- ١- مراعاة الفروق الفردية بين الأطفال في الحاجة إلي النوم بعد الولادة مباشرة.
- ٢- عدم إزعاج الطفل أثناء استغراقه في النوم بكثرة إيقاظه قبل أن يأخذ كفايته منه.
- ٣- تعويد الطفل من البداية علي النوم في سريره ، وتنظيم مواعيد نومه وحسن معاملة الطفل في مواقف النوم.
- ٤- عدم استخدام النوم كوسيلة عقابية ، والعمل علي مساعدة الطفل علي التخلص من توتراته وهمومه وصراعاته .
- ٥- محاولة علاج الخلافات الأسرية بعيدا عن الأطفال (محمد عودة ، كمال مرسي ١٩٩٤ ، ٣٢٠-٣٢١).

علاج اضطرابات النوم

١- العلاج العضوي

وهو العلاج الذي ينصح به الأطباء في الحالات التي يوجد فيها سبب عضوي يقف خلف اضطرابات النوم ، أو في الحالات التي يكون فيها اضطراب النوم ثانويا لاضطراب جسمي أو نفسي أو عقلي ، حيث يتم التركيز علي علاج السبب الأصلي ، ومن ثم يتوقع أن تخف مشكلات النوم أو تختفي كما هو الحال عند علاج بعض الأمراض الجسمية كالآلام الروماتيزمية أو آلام الجهاز الدوري والتنفسي ، وكذلك علاج القلق أو علاج الاكتئاب ، وأن استخدام المهدئات والمنومات قد يؤدي إلي الاعتماد عليه ، ومن ثم يصعب النوم بدونه وعلي هذا يجب اللجوء إليها تحت الإشراف الطبي (جمعة سيد ، ٢٠٠٠ ، ١٧٣).

٢- العلاج الطبي

العلاج الطبي هو أكثر العلاجات شيوعا وانتشارا للأرق ، ولقد قدر الباحثون أنه خلال أي سن معينة من العينة السكانية يستخدم ٢.٧٪ من الذكور، و٥.٥٪ من الإناث أدوية يصفها لهم الأطباء لمساعدتهم في التغلب علي المشكلات المتعلقة بالنوم ، وهناك العديد من الأدوية المستخدمة لعلاج الأرق مثل التريازولام Triazolam والفلورازيبام Flurazepam (مجدي الدسوقي ، ٢٠٠٦ ، ١٣٩-١٤٠).

وإستخدام عقار الميلاتونين Melatonin في علاج اضطرابات النوم حيث أثبتت فاعلية في زيادة فترات النوم ، كما أنه يقلل من عدد مرات الاستيقاظ ليلا:

(Braam et al ., 2009)

٣ - العلاج النفسي

العلاج النفسي الفردي والجماعي ، وإزالة الأسباب الانفعالية ، والتقليل من الارتباطات الشرطية مع النوم والتي لا ينام الطفل إلا بها ، وإسعاد الطفل طوال اليوم وإبعاد التوتر والقلق والخوف (حامد زهران ، ٢٠٠٥ ، ٤٢٩) وأن يتم تطبيق جلسات الاسترخاء ، وأن يتم تحت إشراف إخصائي إكلينيكي وأن يتضمن التدريب تمرينات لخفض التوتر ، وأن يمارس الاسترخاء في المنزل (أديب محمد ، ٢٠٠٦ ، ٤٥٧) .

٤-العلاج الأسري

يتضمن الإرشاد والتوجيه للوالدين لتحسين علاقتهما بالطفل ، وتحسين أساليب معاملتهما في مواقف النوم ، وتبصيرهما بالأساليب المناسبة وبكيفية تطبيقها في علاج مشكلات طفلهما ، كما يجب تبصيرهما بأساليب تنمية عادات النوم في الطفل بأن:

- يتكون لدي الطفل موعد نوم منتظم ، فالنوم جزء من إيقاع بيولوجي علي امتداد أربع وعشرين ساعة.
- تخصيص ساعات المساء للأنشطة الترويحية والاسترخاء بدلا من الأنشطة المجهدة الجسمية أو الذهنية التي تؤدي إلي سوء النوم.
- تجنب القيلولة الطويلة حتى لا يجد الطفل صعوبة في النوم بالليل.
- توفير الظروف المشجعة علي النوم ، كالهدهء ، والضوء الخافت ، ودرجة الحرارة المعتدلة والفرش الوثير(حامد زهران ، ٢٠٠٥ ، ٤٢٩).

الإدمان Addiction

تعتبر مشكلة تعاطي المخدرات من أكثر المشكلات ذات التأثير البين في المجتمعات في الآونة الحالية ، وتنتشر في المجتمعات المتقدمة والنامية علي السواء ، وتؤثر سلبا في كافة فئات المجتمع لاسيما الشباب فتؤثر في عضدهم وتجعلهم معاول هدامة لمجتمعاتهم ، وتنفق الدول الكثير دفعا لتقليل التعاطي ويتطلب الوقاية من التعاطي ، وعلاج حالات الإدمان تضافر كافة التخصصات في المجتمع ، والتنسيق بين الأجهزة لأجل حماية أفراد المجتمع من الوقوع في براثن الإدمان.

وفي العقد الماضي ازدادت معدلات انتشار المخدرات (الماريجوانا الهيروين ، الحشيش ، الامفيتامينات ، الكحول ... الخ) بمدارس التلاميذ صغار السن ، وحتى في المدارس الابتدائية ، لاسيما في المناطق الفقيرة والمحرومة من الخدمات ، وهؤلاء التلاميذ

أكثر انحدارا نحو التعاطي بسبب القصور في قدرتهم علي فهم العواقب المترتبة علي التعاطي (Downey & Low , 1974).

تعريف المخدرات

للمخدرات تعريفان : تعريف علمي وتعريف قانوني.

أ-التعريف العلمي : المخدر مادة كيميائية تسبب النعاس والنوم أو غياب الوعي المصحوب بتسكين الألم وكلمة مخدر ترجمة لكلمة Narcotic المشتقة من الإغريقية Narkosis التي تعني يخدر أو يجعل مخدرا.

ب- التعريف القانوني : المخدرات مجموعة من المواد تسبب الإدمان وتسمم الجهاز العصبي ويحظر تداولها أو زراعتها أو صنعها إلا لأغراض يحددها القانون ولا تستعمل إلا بواسطة من يرخص له بذلك.

وتشمل :الأفيون ومشتقاته والحشيش وعقاقير الهلوسة والكوكايين والمنشطات ولكن لا تصنف الخمر والمهدئات والمنومات ضمن المخدرات على الرغم من قابليتها لإحداث الإدمان (عادل الدمرداش ، ١٩٨٢ ، ١١١٠).

إدمان المخدرات هو حالة شالة دورية أو مزمنة محطمة للفرد والمجتمع وتنتج من الاستعمال المتكرر للمخدرات ، سواء الطبيعية أو المخلقة كيميائيا وهو سلوك قهري استحواذي اندفاعي تعودي (عبد الرحمن العيسوي ، ١٩٩٤ ، ٧٩).

ومميزات أو خصائص هذه الحالة تتلخص فيما يلي :

١- رغبة غالبة أو حاجة قهرية للاستمرار في تعاطي العقار والحصول عليه بأية طريقة.

٢- ميل إلي زيادة الجرعة المتعاطاة من العقار.

٣- اعتماد سيكولوجي وجسماني بوجه عام علي أثار العقار.

٤- تأثير ضار مؤد للفرد والمجتمع (سعد المغربي ، ١٩٨٦ ، ٢٣).

ولعل أهم العقاقير التي تؤدي إلي الإدمان ما يلي :

١- الخمر أو المشروبات الكحولية مثل البيرة والبييز والويسكي والفودكا والعرقى .

٢- المخدرات مثل الحشيش والأفيون مثل المورفين والكودايين والهيروين والبتيديين والميثادون وشبهيات الأفيون المصنعة مثل : السوسيجون والدولوكسين.

٣- المنومات مثل اللومينال والجاردينال والكلورال والدوريدين والبارالديهايد.

٤- المهذئات مثل الفاليوم والفالينيل والبيريوم والبران والاتيقات والليكسوتانيل والكويتان.

٥- المنشطات والمنبهات مثل الريتالين والديكسيدين والميثيديرين والامفتيامين والكافين.

٦- الكوكايين.

٧- عقاقير الهلوسة مثل حامض الليسرجيك وبعض مشتقات الامفتيامين .

٨- القات ، والنيكوتين ، وبعض الأدوية المضادة للسعال وبعض مضادات الحساسية (عبد اللطيف موسى ، ١٩٨٥ ، ١٥٨).

معدلات انتشار الادمان لدي العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة

تمثل مشكلة الإدمان في دول شرق آسيا معضلة كبيرة فقد عانت الصين لمدة طويلة حتى نجحت في القضاء عليه وفي أواخر القرن التاسع عشر كان عدد المدمنين في أمريكا يتراوح ما بين ٨٪ إلى ٤٪ ، والغالبية العظمى من مدمني المخدرات يأتون من مستوي اقتصادي متدني (عباس عوض ، ١٩٨٩ ، ١٥٩).

وانتهت نتائج جونسون وآخرون (Johnston et al ., 1989) إلى أن نسبة من يتعاطون الكحوليات من الطلاب الراشدين في الصف الثاني عشر بلغت ٩١٪ وتدخين السجائر ٦٨٪ ، وتعاطي الذكور للماريجوانا ١٣٪ وللإناث ٢٨٪ علي الأقل مرة في كل أسبوع وتدخين السجائر ٢٩٪ في الشهر السابق لهذا المسح.

انتهت نتائج دراسة جريس وبوس (Gress & Boss ,1996) إلى أن ٢٧٪ من الطلاب المعوقين في المدارس العليا يدخنون السجائر خلال الشهور السابقة للمسح ، وأن معدلات انتشار تدخين السجائر في الصفوف من ٤ إلى ٦ شهور بلغت ٥٪ ، وإلى انتشار المخدرات بين المعوقين من طلاب المدارس العليا فكانت معدلات تعاطي الكحول ٥٥٪ في مقابل ٧٢٪ للعاديين ، والماريجوانا كانت ٢٤ مقابل ٢٨٪ للعاديين ، والكوكايين ٣ في مقابل ٥٪ للعاديين.

انتهت نتائج دراسة باك وآخرون (Pack et al ., 1998) إلى أن ٤٨٪ و ٣٩٪ من المتخلفين عقليا والعاديين علي التوالي يدمنون الكحوليات ، وإدمان الماريجوانا كان ١٣٪ للمتخلفين عقليا في مقابل ١٠٪ للعاديين. وأسفرت نتائج دراسة اميرسون وتيرنبول (Emerson &Turnbull , 2005) عن أن المتخلفين عقليا الذين تتراوح أعمارهم ما بين

١١-١٥ سنة ، يدخنون السجائر بنسبة ١٤٪ في مقابل ٨٪ للعاديين. وكانت لدي الراشدين المتخلفين عقليا ١٨٪ لعينة بلغ قوامها (١٣٦) متخلفا عقليا:

(Hymowitz, et al ., 1997).

معدلات انتشار الإدمان لدي المعوقين سمعيا مرتفعة مقارنة بما وجد لدي أقرانهم

العاديين (Lipton & Goldstein , 1997). فقد وجد ديجل (Daigle , 1994) أن نسبة الإدمان لدي الصم كانت (١٧٪) في مقابل (١٥٪) لدي الأفراد عادي السمع. وقدرت المؤسسة الوطنية في الولايات المتحدة الأمريكية أن متعاطي الكحوليات بلغت نسبتهم ٧٣.٠٠٠ أصم ، والصم المدمنين للهيروين ٨.٥٠٠ ، والصم المدمنين للكوكايين ١٤.٧٠٠ ، والصم المدمنين للماريجوانا ١٠٠.٠٠٠ (Kearns , 1989).

وجد بالارد (Pallard , 1994) أن نسبة الإدمان في الصم كانت (٢.٩٪). وقد قدر

١٠٪ من الصم مدمنين للكحوليات والعقاقير (Locke & Johnson , 1981) ولا توجد فروق بين عادي السمع والمعوقين سمعيا في تعاطي الكحوليات (Lewis ; Isaacs et al ., 1979) et al ., 1969) وأشارت نتائج دراسة رينز وألثر (Rainer & Altshuler , 1966) إلي أنه لم يستقبل أي فرد أصم الإصابة بالذهان الذي يرجع إلي تعاطي الكحول في عينة تتألف من (٤٠٠٠) من المرضى عادي السمع. وانتهت نتائج دراسة مور (Moore , 1992) إلي أن ٦١.٣٪ من الصم يتعاطون الكحوليات ، و٤.٣٤٪ يتعاطي والديهم الكحوليات ، و١٢.٩٪ يتناولون عقاقير و٩.٤٪ مدخنين.

ترتفع معدلات إدمان المعوقين بصريا فقد انتهت نتائج دراسة كوك

وأخرون (Koch et al ., 2004) إلي أن الأفراد المعوقين بصريا يتعاطون الكحوليات ، ويدمنون المواد المخدرة بمعدلات أكبر مما هو متوقع لدي العاديين. وأن أعدادا كبيرة منهم دخلت المستشفيات طلبا للعلاج من الإدمان (Nelipovich et al ., 1998).

انتهت نتائج دراسة ديمترا وجراي (Demetra & Gary , 1993) إلي أن ذوي

صعوبات التعلم البالغ عددهم ١٩١ مراهقا وتراوحت أعمارهم ما بين ١٢ الي ١٨ سنة كانوا أكثر تكرارا لتعاطي المواد المخدرة مقارنة بالعاديين. وأسفرت نتائج دراسة بلوم وآخرون (Blum et al., 2001) عن أن معدلات انتشار تدخين السجائر لدي ذوي صعوبات التعلم بلغ ٢٧٪ ، والماريجوانا ٢٦٪ ، وتعاطي الكحوليات ١٥٪. بينما انتهت نتائج دراسة إميرسون وتيرنبول (Emerson & Turnbull , 2005) إلي ارتفاع نسبة تعاطي الكحول بين ذوي صعوبات التعلم في عينات تتراوح أعمارهم ما بين ١١-١٥ سنة.

انتهت نتائج دراسة جانكوفك (Janeković, 2003) إلى أن المعوقين بدنيا أكثر تناولا للكحوليات، وبدوافع مختلفة تماما مقارنة بالعاديين، ولا توجد فروق بين المعوقين بدنيا وأقرانهم العاديين في معدلات التدخين من حيث كميته وتكراره ودوافعه، ووجدت فروق دالة بين المجموعتين في تعاطي العقاقير، والمواد المخدرة ويعزي ذلك إلى أن اتجاهات المعوقين بدنيا إزاء ذواتهم اتسمت بالسلبية. وأظهرت نتائج دراسة أوجبورن وسمارت (Ogborne & Smart, 1995) أن معدلات الانتشار بلغت ٥,٣٪ في عينة المعوقين بدنيا والذين يجدون صعوبات في العمل بسبب الإدمان، وأن ٨,٦٪ قرروا أن إعاقتهم البدنية تحد من اشتراكهم في العمل. وأسفرت نتائج دراسة مور وبلسجروف (Moore & Polsgrove, 1989) إلى أن ٣٥٪ من طلاب الجامعة المعوقين بدنيا يتعاطون الماريجوانا.

أعراض الإدمان

الأرق، الغثيان، والقيء، والرشح، وسرعة النبض، واتساع حدقة العين وارتفاع درجة الحرارة، وارتفاع ضغط الدم، وحكة الجلد، والقلق، والهلوسة والرغبة، والإسهال، والهذات، واحمرار العينين، واضطراب التنفس، وتصيب العرق (عبد الرحمن العيسوي، ٢٠٠٤، ٢٤٣-٢٤٤).

أسباب الإدمان

رفقاء السوء، التقليد والمحاكاة، الرغبة في التجربة ومعرفة المذاق والأزمات النفسية، والصراع، والقلق والتوتر، والفشل، والإحباط، والضغوط واليسر المادي، وفقدان الوزع الديني الخلقي (عبد الرحمن العيسوي، ١٩٩٤، ٧٩-٨٠).
انشغال الآباء بأمورهم الخاصة عن الأبناء فيقل الاحتكاك بين الطرفين ويزيد الاعتراب، وحاجة البعض الملحة إلى التعويض ليسدوا به قصورا نفسيا واجتماعيا بالتعاطي، طبيعة المعيشة في المدن الكبرى، يلاحظ أن ٨٠٪ من متعاطي الهيروين من سكان المدن، توفر وسهولة الحصول على المواد المخدرة:

(عبد الرؤف ثابت، ١٩٩٣، ٣٦٢-٣٦٣).

تري مدرسة التحليل النفسي أن الإدمان وسيلة علاج ذاتي يلجأ إليها الشخص لإشباع حاجات طفلية لاشعورية ويتم ذلك نتيجة لعاملين الأول: نكوص الفرد إلى المرحلة الطفلية كحيلة دفاعية لاشعورية في مواجهة مكبوتاته وما يتعرض له من احباطات. والثاني: اضطراب نموه النفسي والجنسي حيث تثبت لديه الطاقة الجنسية في

منطقة الفم ويتجلى هذا التثبيت في ظهور صفات دالة عليه منها السلبية ، وعدم القدر علي تحمل التوتر النفسي والألم والإحباط (محمد عودة ، كمال مرسي ، ١٩٩٤، ٣٥٤-٣٥٥). ويرى المنظور المعرفي أن سلوك الإدمان يبني علي التوقعات والاعتقادات والاتجاهات في تعاطي المواد المخدرة(فوقية حسن، ٢٠٠٦، ١٩٧).

علاج مشكلة الإدمان

يجب أن تتضافر جهود جميع التخصصات في علاج مشكلة الإدمان (الطبية ، النفسية ، الاجتماعية التربوية ، الأمنية). والعلاج الطبي يقوم علي الفطام التدريجي للمدمن من مادة الإدمان باستخدام البدائل ، وعلاج أعراض الانسحاب ثم التوقف ، وسد القنوات العصبية التي تسلكها مادة الإدمان داخل جسم المدمن للتأثير في سلوكياته(حامد زهران ٢٠٠٥ ، ٤٤٥). فيمكن إعطاء عقار الميتادون المخدر وهو مركب أقل نشاطا من المستحضر الأفيوني عن طريق الفم بجرعات متناقصة (بيتر لوري ، ١٩٩٠، ١٨٠). والعلاج النفسي يفيد بطرقه المختلفة مثل العلاج السلوكي والعلاج الديني والعلاج بالعمل ، والعلاج البيئي والاجتماعي والترويحي ، وتلعب الرعاية الاجتماعية المصاحبة أثناء العلاج واللاحقة له دورا هاما أيضا(حامد زهران ٢٠٠٥ ، ٤٤٥).

المراجع

١. إبراهيم الزريقات (٢٠٠٤). التوحد الخصائص والعلاج. عمان : دار وائل للطباعة والنشر.
٢. إبراهيم وجيه (١٩٧٤). صحة النفس . طرابلس: دار مكتبة الفكر.
٣. أبو بكر شريف (١٩٨٧). الأكرزيم، حساسية الملامسة ، الحساسية الوراثية ، والعصية "الارتكاريا". في عبد الرحمن نور الدين- محرر، متاعب الجلد والشعر. دار الهلال - الكتاب الطبي .
٤. أحمد عبد الخالق (٢٠٠٠). الدراسات التطورية للقلق. الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية.
٥. أحمد عبد الخالق (٢٠٠٢). الوسواس القهري : التشخيص والعلاج . الكويت : جامعة الكويت ، لجنة التأليف والنشر.
٦. أحمد عبد الخالق(١٩٩٧). فقدان الشهية العصبي . الكويت: مؤسسة الكويت للتقدم العلمي .
٧. أحمد عكاشة (١٩٨٦). علم النفس الفسيولوجي . القاهرة : دار المعارف.
٨. أحمد عكاشة (٢٠٠٣). الطب النفسي المعاصر . القاهرة : الأنجلو المصرية.
٩. أحمد فائق ، محمود عبد القادر (١٩٨٠). مدخل إلي علم النفس العام . القاهرة : الأنجلو المصرية.
١٠. أحمد يحيى الزق (٢٠٠٦). علم النفس . عمان : دار وائل للطباعة والنشر .
١١. أديب محمد الخالد(٢٠٠٦). مرجع في علم النفس الاكليينكي المرضي الفحص والعلاج. عمان ، دار وائل للنشر والتوزيع.
١٢. انتصار يونس (١٩٨٥). السلوك الإنساني . القاهرة : دار المعارف.
١٣. أنمار محمد كحلة (١٩٨٨). الصرع وأنواعه . في عبد الرحمن نور الدين محرر، المخ ، دار الهلال - الكتاب الطبي.
١٤. إيمان فؤاد كاشف (٢٠٠١). الإعاقة العقلية بين الإهمال والتوجيه . القاهرة دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع .
١٥. ب. ب. ولمان (١٩٩١). مخاوف الأطفال . القاهرة: الأنجلو المصرية.
١٦. البرت. ج. فورجيوني ، ريتشارد سيرويت ، دانيال بيج(٢٠٠٥). سيكولوجية المخاوف. ترجمة : أحمد محمد مبارك الكندري ، الكويت : مكتبة الفلاح.

١٧. بشري كاظم الحوشان الشمري (٢٠٠٧). علم نفس الشخصية. عمان : دار الفرقان للنشر والتوزيع.
١٨. بيتر لوري (١٩٩٠). المخدرات حقائق اجتماعية ونفسية وطبية. الهيئة المصرية العامة للكتاب .
١٩. تريثور باول (٢٠٠٥). الصحة النفسية . ترجمة : قسم الترجمة بدار الفاروق ، القاهرة : دار الفاروق .
٢٠. ثائر أحمد غباري ، خالد أبو شعيرة ، صفية الجبالي (٢٠٠٨). علم النفس العام . عمان : مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.
٢١. ثائر أحمد غباري(٢٠٠٨). الدافعية النظرية والتطبيق . عمان : دار المسيرة.
٢٢. جمعة سيد يوسف (١٩٩٠). سيكولوجية اللغة والمرض العقلي. سلسلة عالم المعرفة العدد(١٤٥) ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ، الكويت.
٢٣. جمعة سيد يوسف (٢٠٠١). النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية . مراجعة نقدية. القاهرة : دار غريب.
٢٤. جون ر. أندرسون(٢٠٠٧). علم النفس المعرفي وتطبيقاته. ترجمة : محمد صبري سليط ، رضا مسعد الجمال . عمان : دار الفكر.
٢٥. جيسن ، ي. زج ، ريتشارد، ريتشارد. ل. ك ، كروسن ، ج.ك (١٩٩٤). التدريس الابتكاري لذوي التخلف العقلي . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية.
٢٦. جيفري ي. يونج ، أرون ت. بيك، آرثر واينر جر(٢٠٠٢). الاكتئاب ترجمة : صفوت فرج ، تحرير في مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية تحرير ديفيد هبارلو، القاهرة : الأنجلو المصرية.
٢٧. حامد زهران (١٩٧٧). علم النفس النمو. ط٤ ، القاهرة : عالم الكتب .
٢٨. حامد زهران (٢٠٠٥). الصحة النفسية والعلاج النفسي . ط٤ ، القاهرة : عالم الكتب .
٢٩. حسام الدين عزب (١٩٨١). العلاج السلوكي الحديث ، تعديل السلوك أسسه النظرية وتطبيقاته العلاجية والتربوية . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
٣٠. حسان شمسي باشا(١٩٩٣). النوم والأرق والأحلام بين الطب والقرآن . جدة : دار المنارة للنشر والتوزيع.

٣١. حسن مصطفى عبد المعطي (٢٠٠٣ - ب). الأمراض السيكوسوماتية التشخيص- الأسباب- العلاج. القاهرة : مكتبة زهراء الشرق.
٣٢. حسن مصطفى عبد المعطي (٢٠٠٣ - أ). الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة : الأسباب - التشخيص-العلاج. القاهرة : مكتبة القاهرة للكتاب.
٣٣. حلمي المليجي (ب ت) علم النفس المعاصر. بيروت : دار النهضة العربية.
٣٤. حمدي علي الفرماوي (٢٠٠٤). دافعية الإنسان بين النظريات المبكرة والاتجاهات المعاصرة . القاهرة : دار الفكر العربي.
٣٥. حنان عبد الحميد العناني (١٩٩٥). الصحة النفسية للطفل . عمان : دار الفكر للطباعة والنشر.
٣٦. خليل إبراهيم البياتي(٢٠٠٢). علم النفس الفسيولوجي . عمان : دار وائل للطباعة والنشر.
٣٧. دار الهلال (١٩٨٣-أ). أنت ومتاعب الجهاز الهضمي . الكتاب الطبي .
٣٨. دار الهلال (١٩٨٣-ب). أنت والروماتزم ، الكتاب الطبي.
٣٩. دافيد س زرجز ، إدنا ب . فوا (٢٠٠٢). اضطراب الوسواس القهري . ترجمة : هبة ابراهيم ، ، تحرير في مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية تحرير ديفيد هبارلو ، القاهرة : الأنجلو المصرية.
٤٠. دائيد ث . شهان (١٩٨٨). مرض القلق . سلسلة عالم المعرفة ، العدد ١٢٤ ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ، الكويت.
٤١. ديرا أهوب ، ريتشارد ج. هيمبرج (٢٠٠٢). الرهاب والقلق الاجتماعي . ترجمة : محمد نجيب أحمد الصبوة ، تحرير في مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية ، تحرير ديفيد هبارلو ، القاهرة : الأنجلو المصرية.
٤٢. راضي الوقفي (٢٠٠٣). مقدمة في علم النفس . عمان : دار الشروق للنشر والتوزيع.
٤٣. رجاء محمود أبو علام (٢٠٠٤). التعلم أسسه وتطبيقاته ، عمان ، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
٤٤. رشاد موسى(٢٠٠٦). سيكولوجية الشره العصبي. القاهرة : عالم الكتب.
٤٥. زكريا الشربيني (٢٠٠٢). المشكلات النفسية عند الأطفال . القاهرة : دار الفكر العربي.

٤٦. زيدان أحمد السرطاوي، عبد العزيز الشخص (١٩٩٨). بطارية قياس الضغوط النفسية وأساليب المواجهة والحاجات لأولياء أمور ذوي الحاجات الخاصة ، "دليل المقياس " الإمارات العربية المتحدة ، العين، دار الكتاب الجامعي .
٤٧. زيدان حواشين ، مفيد حواشين (١٩٩٦). النمو البدني عند الطفل . عمان دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع .
٤٨. زينب شقير (٢٠٠٢). سلسلة الأمراض السيكوسوماتية احذر اضطرابات الأكل فقدان الشهية العصبي (الانور كسيا) الشره العصبي (البوليميا) السمنة (الابستى). القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.
٤٩. زينب محمود شقير (٢٠٠٥). خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة : الدمج الشامل التدخل المبكر ، التأهيل المتكامل . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية.
٥٠. سامر جميل رضوان (٢٠٠٧). الصحة النفسية . عمان : دار المسيرة.
٥١. سامي عبد القوي (٢٠٠١). علم النفس العصبي الأسس وطرق التقييم . العين : جامعة الإمارات العربية المتحدة.
٥٢. سامي عبد القوي علي (١٩٩٤). مقدمة في علم النفس البيولوجي . القاهرة : النهضة المصرية.
٥٣. سبيلير جر ، جورستش ، لوشين ، فاج ، جاكوبز (١٩٩٢) . دليل تعليمات القلق (الحالة والسمة) ، ط٢ ، تعريب وإعداد : أحمد عبد الخالق ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.
٥٤. سعاد البشر ، صفوت فرج (٢٠٠٢). المقارنة بين كل من العلاج السلوكي بأسلوب التعرض ومنع الاستجابة وبين العلاج الدوائي لمرضى الوسواس القهري . دراسات نفسية ، مج ١٢ ع ٢٤ ، ٢٠٧-٢٢٧.
٥٥. سعاد غيث (٢٠٠٦). الصحة النفسية للطفل . عمان : دار صفاء.
٥٦. سعد المغربي (١٩٨٦). سيكولوجية تعاطي الأفيون ومشتقاته . الهيئة المصرية العامة للكتاب.
٥٧. سعد جلال (١٩٨٥) . المرجع في علم النفس ، القاهرة ، دار الفكر العربي .
٥٨. سعيد حسني العزة (٢٠٠٢-أ). المدخل إلي التربية الخاصة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة. عمان : الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع.

٥٩. سعيد حسني العززة (٢٠٠٢-ب). التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية. عمان : الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع.
٦٠. سمير بقيون (٢٠٠٧). الطب النفسي. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
٦١. سهير كامل (١٩٩٣). الصحة النفسية والتوافق . القاهرة : الأنجلو المصرية.
٦٢. سوسن شاكر مجيد (٢٠٠٨). اضطرابات الشخصية. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
٦٣. سيد صبحي (٢٠٠٣). الإنسان وصحته النفسية. القاهرة : الدار المصرية اللبنانية.
٦٤. سيد عبد الموجود (١٩٩٩). اضطرابات الأكل لدى المراهقين والشباب وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية. رسالة ماجستير، كلية الآداب جامعة الزقازيق ، فرع بنها.
٦٥. سيلفانو أريتي (١٩٩١). الفصامي : كيف نفهمه ونساعده ، دليل للأسرة وللأصدقاء ، سلسلة عالم المعرفة ، العدد ١٥٦ ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ، الكويت.
٦٦. شارلز شيفر ، هوارد مليمان (٢٠٠٦). سيكولوجية الطفولة والمراهقة مشكلاتها وأسبابها وطرق حلها. ترجمة : سعيد حسني العززة. عمان : دار الثقافة للنشر والتوزيع.
٦٧. صالح حسن الداھري (٢٠٠٥). علم النفس الإرشادي . عمان ، دار وائل للنشر.
٦٨. صالح حسن الداھري (٢٠٠٨). أساسيات التوافق النفسي والاضطرابات السلوكية والانفعالية: الأسس والنظريات. عمان : دار صفاء للنشر والتوزيع.
٦٩. صلاح مخيمر (١٩٧٩). المدخل إلي الصحة النفسية. القاهرة : الأنجلو المصرية.
٧٠. صموئيل مغاريوس (١٩٧٤). الصحة النفسية والعمل المدرسي . القاهرة : النهضة المصرية.
٧١. طارق بن علي الحبيب (٢٠٠٧). الفصام . الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية.
٧٢. عادل الدمرداش (١٩٨٢). الإدمان مظاهره وعلاجه . سلسلة عالم المعرفة العدد ٥٦: ، المجلي الوطني للثقافة والفنون والآداب - الكويت.
٧٣. عادل صادق (٢٠٠٣). الطب النفسي. القاهرة : مؤسسة حورس الدولية.
٧٤. عادل عبد الله (٢٠٠٠). العلاج المعرفي السلوكي، أسس وتطبيقات. القاهرة : دار الرشاد.

٧٥. عادل عز الدين الأشول (١٩٩٩). دراسة للحاجات النفسية والاجتماعية لذوي الحاجات الخاصة . ندوة الإرشاد النفسي والمهني من أجل نوعية أفضل لحياة الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة ، جامعة الخليج العربي بالتعاون مع الجمعية العمانية للمعوقين ، مسقط - عمان (١٩-٢١ ابريل) ، ٤٠-٤١.
٧٦. عباس محمود عوض (١٩٧٧). الموجز في الصحة النفسية . القاهرة : دار المعارف بمصر.
٧٧. عباس محمود عوض (١٩٨٩). علم النفس الفسيولوجي . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية.
٧٨. عباس محمود عوض (ب ت). علم النفس العام . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية.
٧٩. عبد الرؤف ثابت (١٩٩٣). مفهوم الطب النفسي. القاهرة : مطابع الأهرام بكونرنيش النيل.
٨٠. عبد الرحمن العيسوي (١٩٩٤). سيكولوجية الإدمان وعلاجه . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية.
٨١. عبد الرحمن العيسوي (١٩٩٧). العلاج السلوكي. بيروت : دار الراتب الجامعية.
٨٢. عبد الرحمن العيسوي (١٩٨٩). أمراض العصر. الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية.
٨٣. عبد الرحمن العيسوي (٢٠٠٤). كيفية التمتع بالصحة النفسية . بيروت : دار النهضة العربية.
٨٤. عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠٤). الإعاقات البدنية. القاهرة: زهراء الشرق.
٨٥. عبد الرحمن عدس ، محي الدين توق (١٩٨٦). المدخل إلي علم النفس. نيويورك : جون وايلي وأبنائه.
٨٦. عبد الرحمن عدس ، نايفة القطامي (٢٠٠٢). مبادئ علم النفس . عمان : دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
٨٧. عبد الرقيب البحيري (٢٠٠٤). نموذج مقترح لدمج المتخلفين عقليا ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية مع العاديين ، المؤتمر السنوي الحادي عشر ، مركز الإرشاد النفسي - جامعة عين شمس ، الشباب من أجل مستقبل أفضل " الإرشاد النفسي وتحديات التنمية ، ٢٥-٢٧ ديسمبر ، ٨٩٩-٩١٧.

٨٨. عبد الستار إبراهيم (١٩٨٥). الإنسان وعلم النفس . سلسلة عالم المعرفة ، العدد ٨٦ ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ، الكويت.
٨٩. عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث أساليبه وميادين تطبيقه . دار الفجر للنشر والتوزيع .
٩٠. عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨). الاكتئاب ، اضطراب العصر الحديث : فهمه وأساليبه علاجه ، سلسلة عالم المعرفة ، العدد (٢٣٩) ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ، الكويت.
٩١. عبد الستار إبراهيم ، عبد الله عسكر (١٩٩٩) . علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي . القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
٩٢. عبد الستار إبراهيم وآخرون (١٩٨٠). العلاج النفسي الحديث . سلسلة عالم المعرفة ، العدد (٢٧) المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب الكويت.
٩٣. عبد الستار إبراهيم وآخرون (١٩٩٣). العلاج السلوكي للطفل أساليبه ونماذج من حالاته ، سلسلة عالم المعرفة ، العدد (١٨٠) ، الكويت ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
٩٤. عبد السلام عبد الغفار (٢٠٠٧). مقدمة في الصحة النفسية . عمان : دار الفكر.
٩٥. عبد العزيز القوصي (١٩٧٥). أسس الصحة النفسية . القاهرة : النهضة المصرية.
٩٦. عبد الكريم الحجاوي (٢٠٠٤). موسوعة الطب النفسي. عمان : دار أسامة للنشر والتوزيع.
٩٧. عبد اللطيف موسي عثمان (١٩٨٥). أسرار المخ والأعصاب. كتاب اليوم الطبي ، أخبار اليوم.
٩٨. عبد المجيد نشواتي (١٩٨٤). علم النفس التربوي. عمان: دار الفرقان.
٩٩. عبد المطلب القريطي (١٩٩٨). في الصحة النفسية . القاهرة : الفكر العربي.
١٠٠. عبد المطلب القريطي (٢٠٠١). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم. القاهرة : دار الفكر العربي.
١٠١. عبد المنعم الحفني (١٩٩٤) . موسوعة علم النفس والتحليل النفسي . القاهرة : مكتبة مديولي.

١٠٢. عبد المنعم الحفني (١٩٩٥). موسوعة الطب النفسي . القاهرة : دار النهضة المصرية.
١٠٣. عز الدين جميل عطية (٢٠٠٣). الأوهام المرضية أو الضلالات في الأمراض النفسية والعنف . القاهرة : عالم الكتب.
١٠٤. عطا الله فؤاد الخالدي (٢٠٠٨). قضايا إرشادية معاصرة . عمان : دار صفاء للنشر والتوزيع.
١٠٥. عطا الله فؤاد الخالدي ، دلال سعد الدين العلمي (٢٠٠٩). الصحة النفسية وعلاقتها بالتكيف والتوافق . عمان : دار صفاء للنشر والتوزيع.
١٠٦. علاء الدين كفا في (١٩٩٠). الصحة النفسية . القاهرة : دار هجر.
١٠٧. علي كمال (١٩٨٨-أ). النفس انفعالاتها وأمراضها وعلاجها . ط٤ الجزء الأول ، بغداد: الدار العربية.
١٠٨. علي كمال (١٩٨٨-ب). النفس انفعالاتها وأمراضها وعلاجها . ط٤ الجزء الثاني ، بغداد: الدار العربية.
١٠٩. عمر شاهين (١٩٨٨). تفهم المشاكل النفسية للمعوق كوسيلة للحد من الإعاقة ، بحوث ودراسات المؤتمر الرابع لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية ، الحد من الإعاقة ، من ٦-٨ ديسمبر، ٥٥-٦٦.
١١٠. فؤاد أبو حطب (١٩٩٠). القدرات العقلية . القاهرة : الأنجلو المصرية.
١١١. فاروق محمد صادق (١٩٨٢). سيكولوجية التخلف العقلي . ط٢ ، الرياض جامعة الملك سعود ، عمادة شئون المكتبات .
١١٢. فتحي السيد عبد الرحيم (١٩٨١). الدراسة المبرمجة للتخلف العقلي . الكويت : مؤسسة الصباح.
١١٣. فتحي السيد عبد الرحيم (١٩٨٣). قضايا ومشكلات في سيكولوجية الإعاقة ورعاية المعوقين ، النظرية والتطبيق . الكويت : دار القلم .
١١٤. فتحي السيد عبد الرحيم (١٩٩٠). سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة . الكويت : دار القلم.
١١٥. فرج عبد القادر طه (١٩٧٩). الشخصية ومبادئ علم النفس. القاهرة : مكتبة الخانجي.

١١٦. فرويد (١٩٨٣). الكف والعرض والقلق . ترجمة: محمد عثمان نجاتي القاهرة : دار شروق.
١١٧. فوقية حسن رضوان(٢٠٠٦). الإعاقة الصحية. القاهرة : دار الكتاب الحديث.
١١٨. قاسم حسين صالح(٢٠٠٨). الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية أسبابها وأعراضها وطرائق علاجها . عمان : دار دجلة.
١١٩. كرستين تمبل(٢٠٠٢). المخ البشري ، مدخل إلي دراسة السيكلوجيا والسلوك ، سلسلة عالم المعرفة ، العدد ٢٨٧، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ، الكويت.
١٢٠. كمال إبراهيم مرسي (١٩٨٦). علاقة مشكلات التوافق في المراهقة بإدراك المعاملة الوالدية في الطفولة . المجلة التربوية ، المجلد الثالث عدد(١٠) ، ١٠٢-١٣٣.
١٢١. كوفيل ، تيموثي د . كوستيللو ، فابيان ل. روك (١٩٨٦). الأمراض النفسية . ترجمة : محمود الزيايدي ، جامعة عين شمس ، مكتبة سعيد رأفت.
١٢٢. كولز (١٩٩٢). المدخل إلي علم النفس المرضي الإكلينيكي ، ترجمة : عبد الغفار الدماطي ، ماجدة حامد حماد ، حسن علي حسن ، الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية.
١٢٣. لطفي الشربيني (٢٠٠١). الاكتئاب ، الأسباب والمرض والعلاج . بيروت : دار النهضة العربية.
١٢٤. لطفي الشربيني (٢٠٠٠). اضطرابات النوم : كيف تحث وما هو العلاج ؟ كتاب الشعب الطبي ، العدد ٢٣ ، القاهرة : مؤسسة دار الشعب للطباعة والنشر.
١٢٥. لندا دافيدوف (١٩٩٧). مدخل علم النفس ، ترجمة : سيد الطواب محمود عمر ، نجيب خزام ، مراجعة وتقديم : فؤاد أبو حطب ، القاهرة : الدار الدولية للنشر والتوزيع.
١٢٦. لويس كامل مليكه (١٩٩٨) تعديل سلوك المعاق عقليا دليل الوالدين والمعلم. القاهرة : مطبعة فيكتور كيرلس.
١٢٧. لويس مليكه (١٩٩٠). العلاج السلوكي وتعديل السلوك . الكويت : دار القلم .

١٢٨. مات ريدي (٢٠٠١). الجينوم ، السيرة الذاتية للنوع البشري . ترجمة : مصطفى إبراهيم فهمي ، سلسلة عالم المعرفة ، العدد : ٢٧٥ ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ، الكويت.
١٢٩. مأمون صالح (٢٠٠٨). الشخصية : بناؤها ، تكوينها ، أنماطها اضطراباتها . عمان : دار أسامة للنشر والتوزيع.
١٣٠. مايكل كراسك ، ديفيد بارلو (٢٠٠٢). اضطراب الهلع ومخافة الأماكن المفتوحة . ترجمة : صفوت فرج ، تحرير في مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية ، تحرير ديفيد هبارلو ، القاهرة : الأنجلو المصرية.
١٣١. مجدي محمد الدسوقي (٢٠٠٦) اضطرابات النوم ، الأسباب ، التشخيص الوقاية والعلاج . القاهرة : الأنجلو المصرية.
١٣٢. محمد أحمد إبراهيم سفعان (٢٠٠٣). اضطراب الوسواس والأفعال القهرية : الخلفية النظرية - التشخيص - العلاج . القاهرة : مكتبة زهراء الشرق.
١٣٣. محمد أحمد الفضل الحاني (٢٠٠٦). المرشد إلي فحص المريض النفساني . بيروت : منشورات الحلبي الحقوقية.
١٣٤. محمد السيد عبد الرحمن (٢٠٠٠ - أ). علم الأمراض النفسية والعقلية (الأسباب - الأعراض - التشخيص - العلاج) ، الكتاب الأول : الجزء الأول . القاهرة : دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
١٣٥. محمد السيد عبد الرحمن (٢٠٠٠ - ب). علم الأمراض النفسية والعقلية (الأسباب - الأعراض - التشخيص - العلاج) . الكتاب الأول : الجزء الثاني ، القاهرة : دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
١٣٦. محمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٨). نظريات الشخصية . القاهرة : دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
١٣٧. محمد أيوب شحيمي (١٩٩٤). مشاكل الأطفال كيف تفهمها ، المشكلات والانحرافات الطفولية ، وسبل علاجها . بيروت : دار الفكر اللبناني .
١٣٨. محمد هاني السكري (١٩٨٧). تركيب الجلد ووظائفه ، تركيب الشعر ودورات نموه ، في عبد الرحمن نور الدين - محرر ، متاعب الجلد والشعر . دار الهلال - الكتاب الطبي .

١٣٩. محمد مائي السكري (١٩٨٨). المخ : التشريح والوظيفة ، في عبد الرحمن نور الدين - محرر. المخ . دار الهلال - الكتاب الطبي .
١٤٠. محمد جاسم العبيدي (٢٠٠٩). علم النفس الإكلينيكي . عمان : دار الثقافة للنشر والتوزيع.
١٤١. محمد عبد الرزاق هويدي (١٩٩٩). الأمراض النفسية لدي الأشخاص ذوي التخلف العقلي ، ندوة الإرشاد النفسي والمهني من أجل نوعية أفضل لحياة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة ، جامعة الخليج العربي بالتعاون مع الجمعية العمانية للمعوقين ، عمان - مسقط ، ١٩-٢١، ٧١-٩٣.
١٤٢. محمد عثمان نجاتي (٢٠٠١). القرآن وعلم النفس. القاهرة : دار شروق .
١٤٣. محمد عماد الدين إسماعيل (١٩٨٦). الأطفال مرآة المجتمع (النمو النفسي الاجتماعي للطفل) في سنواته التكوينية . سلسلة عالم المعرفة ، العدد : ٩٩ ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ، الكويت.
١٤٤. محمد عودة محمد ، كمال إبراهيم مرسى (١٩٩٤). الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإسلام . الكويت : دار القلم .
١٤٥. محمد قاسم عبد الله (٢٠٠٤). مدخل إلى الصحة النفسية. عمان : دار الفكر للنشر والتوزيع.
١٤٦. محمد محروس الشناوي (١٩٩٧). التخلف العقلي : الأسباب ، التشخيص البرامج . القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
١٤٧. محمد محروس الشناوي ، علي السيد خضر (١٩٨٦). مقياس بيك للاكتئاب . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
١٤٨. محمد محروس الشناوي ، محمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٨). العلاج السلوكي الحديث ، أسسه وتطبيقاته . القاهرة : دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع .
١٤٩. محمد مصطفى زيدان (١٩٨٤). الدوافع والانفعالات . جدة : دار عكاظ للطباعة والنشر.
١٥٠. محمود السيد أبو النيل (١٩٩٤). الأمراض السيكوسوماتية . بيروت : دار النهضة العربية.
١٥١. محمود حمودة (١٩٩١). الطفولة والمراهقة : المشكلات النفسية والعلاج القاهرة ، مركز الطب النفسي والعصبي للأطفال.

١٥٢. مختار نور الدين عثمان (٢٠٠٤). علم النفس الفسيولوجي. الكويت : مكتبة الفلاح.
١٥٣. مدحت حسين خليل (٢٠٠٢). علم الغدد الصماء ، العين ، دارالكتاب الجامعي .
١٥٤. مصطفى خليل الشراوي (١٩٨٣). علم الصحة النفسية . بيروت : دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
١٥٥. مصطفى زيور (١٩٨٦). في النفس. بحوث مجمعة . القاهرة : دار النهضة العربية.
١٥٦. مصطفى سويف (٢٠٠١). مشكلة تعاطي المخدرات (بنظرة علمية). الهيئة المصرية العامة للكتاب .
١٥٧. مصطفى غالب (١٩٩١). تغلب علي الخوف. في سبيل موسوعة نفسية . بيروت : مكتبة الهلال .
١٥٨. مصطفى فهمي (١٩٩٥) . علم النفس الإكلينيكي. القاهرة : مكتبة مصر.
١٥٩. مفيد حواشين ، زيدان حواشين (٢٠٠٥). إرشاد الطفل وتوجيهه . عمان : دار الفكر.
١٦٠. ملاك جرجس (١٩٧٧). مخاوف الطفل وعدم ثقته بنفسه ، أسبابها والوقاية منها ، علاجها . الشركة العامة للنشر والتوزيع.
١٦١. نبيلة الشوربجي (٢٠٠٧). المشكلات النفسية للأطفال أسبابها - علاجها. القاهرة : دار النهضة العربية.
١٦٢. نعيم الرفاعي (١٩٨٧). الصحة النفسية ، دراسات في سيكولوجية التكيف، جامعة دمشق.
١٦٣. هول ، لندزي (١٩٧١). نظريات الشخصية. ترجمة : فرج أحمد فرج وقدرى محمود حفني ولطفي محمد فطيم ، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للتأليف والنشر.
١٦٤. هيلين روس (١٩٨٦). مخاوف الأطفال ، ترجمة : السيد محمد خيرى عبد العزيز القوصي ، القاهرة ، دار النهضة المصرية.
١٦٥. وائل أبو هندي (٢٠٠٣). الوسواس القهري من منظور عربي إسلامي سلسلة عالم المعرفة ، الكويت ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب العدد ٢٩٣.

١٦٦. وولبه (١٩٨٥). الأسس التجريبية لبعض أساليب العلاج النفسي الحديث ، ترجمة : فيصل عبد القادريونس ، في مرجع علم النفس الإكلينيكي ، ترجمة : عبد الحليم محمود وآخرون ، القاهرة : دار المعارف.
١٦٧. يوسف القريوتي ، عبد العزيز السرطاوي ، جميل الصمادي (١٩٩٨). المدخل إلي التربية الخاصة. دبي: دار القلم.
١٦٨. يوسف ميخائيل (١٩٩٠). سيكولوجية الخوف . القاهرة : مكتبة نهضة مصر.

169. Abad-Alegría F, Gutiérrez, M. (1998). Characteristics of sleep in deafness. *Revista De Neurologia*, 26 (154), 959-61.
170. Aiken, F., & Sharp, F. (1997). Containment and exploration .group psychodynamic psychotherapy for personality disordered patients in a secure setting . *Psychiatric Care* , 4, 75-78.
171. Akdede , B. , Alptekin , K. , Akvardar. Y. , & Kitis , A .(2005). Quality of life in patients with obsessive– compulsive disorder: relationship with cognitive function and clinical symptoms. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 16(1), 13 – 19.
172. Alberdi, F. (1994). *Psychiatric admissions among the deaf population in Denmark*. *Nordic Journal of Psychiatry*, 50 (5), 387-394.
173. Allen , & Elizabeth (1989). Behavioral treatment of anxiety and retarded disorders in adults with mental handicaps .A review , *Mental Handicap Research* , 2(1), 47-60.
174. Allik, H., Larsson, J., Smedje , L. (2006). Sleep patterns of school age children with A sperger syndrome or high –functioning Autism .*Journal Autism .Dev. Disord* , 36, 585-595.
175. Allwood , C., & Gagiano, C. (1997). *Handbook of psychiatry for primary care* .Oxford university, Press. Oxford.
176. Altshuler , A. (1971). Studies of the deaf relevance to psychiatric theory .*American Journal of Psychiatry* , 127, 1521-1526.
177. Ambron, S. (1981). *Child development*, New York , Holt-Rinehart Swinston.
178. American Psychiatric Association . (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th. edn)*. Washington DC. Author. and disability. Austin, TX: PRO-ED.
179. Anderson, J., Williams, S., McGee , R., & Silva , P. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children .*Archives of General Psychiatry* , 44, 69-76.
180. Ando, H .(1977). Training autistic children to urinate in the toilet through operant conditioning techniques. *Journal of Autism And Childhood Schizophrenia* , 7 (2), 151-63.
181. Angold , A., Costello , E., Erkanli , A., Worthman , C. (1999). Pubertal changes in hormone levels and depression in girls. *Psychol Med* , 29, 1043-1053.
182. Antony , M .Dowine ,F ., & Swinson , R. (1998). Diagnostic issues and epidemiology in obsessive –compulsive disorder . in Swinson , R., Antony , M ., Rachman , S ., & Richter , M. (eds.), *obsessive – compulsive disorder: theory , research and treatment* , New York : The Guilford Press.
183. Ash , D., Keegan, D., & Greenough , T. (1978). Factors in adjustment to blindness .*Candian of Ophthalmology* , 13(15), 15-21.
184. Atkinson, J (2006). The Perceptual Characteristics of Voice- Hallucinations in Deaf People: Insights into the Nature of Subvocal Thought and Sensory Feedback Loops. *Schizophrenia Bulletin* , 32 (4), 701–708

185. Bain, L., Scott, S., & Steinberg, A. (2004). Socialization experiences and coping strategies of adults raised using spoken language. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 9(1), 121-128.
186. Baker, J. (1995). Depression and suicidal ideation among academically gifted adolescents. *Gifted Child Quarterly*, 139, 218-223.
187. Balla, D., & Zigler, E. (1979). Personality development in retarded persons. In Ellis (ed.), *Handbook of mental deficiency: Psychological theory and research* (PP.154-168), Hillsdale, N.J.
188. Ballinger B, Reid A. (1987). A standardized assessment of personality disorder in mental handicap. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science [Br J Psychiatry]*, Vol. 150, 108-109.
189. Ballinger, B., Reid, A., & McQueen, E. (1991). The psychiatric symptoms diagnosis and care needs of 100 mentally handicapped patients. *British Journal of Psychiatry*, 158, 251-254.
190. Barch, D., Sheline, Yvette, I., Csernansky, J., Snyder, A. (2003). Working memory and prefrontal cortex dysfunction: specificity to schizophrenia compared with major depression. *Biology Psychiatry*, 53, 376-385.
191. Barker, D., Gluckman, P., Robinson, J. (1994). Conference report: fetal origins of adult disease –report of the first international study group. (Sydney, October, 29-30), *Placenta*, 16, 317-320.
192. Barnett, A., & Gotlib, H. (1988). Psychosocial functioning and depression: distinguishing among antecedents, concomitants and consequence, *Psychological Bulletin*, 104(1), 97-126.
193. Baroff, G. (1986). *Mental retardation, nature, cause and management*, Hemisphere Publishing Corporation.
194. Baron, M., Asnis, L., Gruen, R. (1983). Plasma amine oxidase and genetic vulnerability schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 40:275-282.
195. Barraclough, B., Bunch, J., Nelson, B., & Sainsbury, P. (1974). A hundred cases of suicide: clinical aspects. *British Journal of Psychiatry*, 125, 355-373.
196. Barraclough, B., & Pallin, A. (1975). Depression followed by suicide: a comparison of depressed suicides with living depressives. *Psychological Medicine*, 5, 55-61.
197. Barrios, B., & Hartman, D. (1997). Fears and anxiety. in Mash, E., Terdal, G. (eds.), *Assessment of childhood disorders* (PP.230-237). New York, Guilford press.
198. Bartlett, L., Rooney, V., & Spedding, S. (1985). Nocturnal difficulties in a population of mentally handicapped children. *British Journal of Mental Subnormality*, 31, 54-59.
199. Basilier, T. (1964). *Surdophrenia the psychic consequences of congenital of early acquired deafness*. *Acta Scandinavia*, 40, 362-374.
200. Bast, B. (1971). *A predictive study of employability among visually impaired with the California Psychological inventory*. Unpublished Doctoral Dissertation University of Michigan, Ann Arbor, Michigan.
201. Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: international University Press.
202. Beck, A., Freeman, A., & Davis, D. (2003). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
203. Beck, A., & Clark, D. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research*, 1, 23-36
204. Belgrave, F., Woalker, S., & Asbury, C. (1995). Variables related to vocational success among African American with disabilities. In Belgrave, F. (ed.), *Psychological aspects of chronic illness and disability among African Americans* (PP.49-65), Westport.
205. Belgrave, F., & Walker, S. (1991). Predictors of employment outcome of black persons with disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 36, 111-119.

206. Belgrave, F.(1991). Psychosocial predictors of adjustment to disability in African Americans' .*Journal of Rehabilitation* , 37-40.
207. Bellini , S.(2004). Social skill deficit and anxiety in high functioning adolescents with autism spectrum disorders .*Focus on Autism and Other Developmental Disabilities* , 19, 78-86.
208. Bender, W.(1987) Secondary personality and behavioral problems in adolescents with learning disabilities .*Journal of Learning Disability* , 20, 301-305.
209. Benjamin , L.(2003). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders* .New York, Guilford Press.
210. Bernstein , D., Useda , D., & Siever , L .(1993). Paranoid personality disorder: Review of the literature and recommendation for the DSM-IV. *Journal of Personality Disorder* , 7(1), 53-62.
211. Billings , A., & Moos , R.(1982). Psychosocial theory and research on depression :An integrative framework and review . *Clinical Psychology Review* , 2, 213-237.
212. Birchall H., Brandon S., & Taub , N.(2000). Panic in a general practice population: prevalence, psychiatric comorbidity and associated disability. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* , 35: 235-241
213. Bladow , L.(1982). Locus of control of learning disabled and non-disabled children. *Psychological Reports* , 50, 1310.
214. Bloodstein , O.,(1995). *A handbook an stuttering* .San Diego, C.A, Singular
215. Blum ,R ., Kely , Aireland , M.(2001). Health-risk behaviors and protective factors among adolescents with mobility impairments and learning and emotional disabilities. *journal of adolescent Health* , 28, 481-489.
216. Bodfish , J.& Madison, J.(1993). Diagnosis and obsessive compulsive disorder in mentally retarded patients .*Journal of Mental and Nervous Disease* , 177, 232-235.
217. Bogeles , S., & Phares , V.(2008). Fathers' role in the etiology , prevention and treatment of child anxiety :A review and new model .*Clinical Psychology Review* , 28(539-558).
218. Bohmer , C., Trminiau , J., Klinkenberg –Knol, E., & Meuwissen , K.(2001). The prevalence of constipation in institutionalized people with intellectual disability .*Journal of Intellectual Disability Research* , 45, 212-218.
219. Bongar , B.(2002). *The suicidal patient , clinical and legal standards of care* .Washington , D C. American Psychological Association.
220. Bonnet , M.(1994). *Sleep deprivation in principles and practice of sleep medicine* (PP. 50-67).Saunders , W.,& Co.
221. Bor, W., Mcgee , T ., Fagan , A.(2004). Early risk factor for adolescents antisocial behavior : An Australian longitudinal study .*Aust NZ J Psychiatry* , 38, 65-372.
222. Borthwick-Duffy , S., & Eyman, R.(1990). Who are the dually diagnosed .*American Journal on Mental Retardation* , 94(6), 586-595.
223. Bowe , F.(1991). *Black adults with disabilities : a portrait* .Report prepared for the presidents' committee on employment of people with disabilities .Washington , DC.
224. Braam W, Smits MG,; Didden R, Korzilius H, Van Geijlswijk I., & Curfs L.(2009). Exogenous melatonin for sleep problems in individuals with intellectual disability: a meta-analysis. *Developmental Medicine And Child Neurology* , 51 (5), 340-9.
225. Bramston, A., Fogarty, G.,& Cummins , R.(1999). The nature of stressors reported by people with an intellectual disability .*Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* , 12, 1-10.

226. Bremner, J., Narayan, M., Anderson, E., Staib, L., Miller, H. & Charney, D. (2000). Hippocampal volume reduction in major depression. *American Journal of Psychiatry*, 157, 115-118.
227. Brennan, P., Hammen, C., Katz, A., Le Braque, R. (2002). Maternal diagnostic outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1075-1085.
228. Breslau, N. (2002). Gender differences in trauma and posttraumatic stress disorder. *Journal of Gender Specific Medicine*, 5, 34-40.
229. Brown, R. & Cook, P. (1986). *Introductory Psychology*. Tokyo, CBS Publishing Japan, Ltd. N.
230. Brown, W., & Meszaros, Z. (2007). Hoarding. *Psychiatric Times*, 24(13), 50-52.
231. Bruce, T., Saeed, S. (1991). Social anxiety disorder: common underrecognized mental disorder. *American Family Physician*, 60(8), 2311.
232. Brylewski, J., & Wiggs, L. (1998). Questionnaire survey of sleep and nighttime behaviour in a community-based sample of adults with intellectual disability. *Journal of Intelligence Disorders*, 42, 154-162.
233. Burge, P., Oulette-Kuntz, H., Saeed, H., McCreary, B., Paquet, D., & Sim, F. (2002). Acute psychiatry inpatient care for people with a dual diagnosis patient profile and lengths of study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 243-249.
234. Burke, K., Burke, J., Rae, D., & Regier, D. (1991). Comparing age of onset of major depression and other psychiatric disorders by birth cohorts in five US community populations. *Archives of General Psychiatry*, 48, 789-795.
235. Burnard, Y., Andreoiu, A., Kolatte, E., Venturini, A., & Rosset, N. (2002). *Psychiatr-Serv*, 53(5), 585-590.
236. Casey, P. (1997). *A guide to psychiatry in primary care* - Wright. Son Biomedical publishing Ltd. Peterfield.
237. Chambers, J. (1980). Personal needs systems. In Woody, R. (ed.), *Encyclopedia of clinical assessment* (PP:390-400), San Francisco: Jossey-Boss.
238. Chartier, M., Walker, J., & Stein, M. (2001). Social phobia and potential childhood risk factors in a community sample. *Psychological Medicine*, 31(2), 307-315.
239. Cheng, K., & Myers, K.M. (2005). *Child and Adolescent Psychiatry*. New York, Lippincott Williams & Wilkins.
240. Clark, D., & McManus, F. (2002). Information processing in social phobia. *Biological Psychiatry*, 51(1), 29-100.
241. Clausen, T. (2003). *Når hørelsen svigter [When hearing fails]*. København, Denmark: Socialforskningsinstituttet.
242. Cleland, C. (1978). *Mental retardation: development approach*, New Jersey, Prentice Hall.
243. Cleland, C., & Swartz, I. (1982). *Exceptionalities through the life span: An introduction*, New York, Macmillan Inc.
244. Coe, D., & Matson, J. (1993). Hyperactivity and disorders of impulse control. In Matson, J., & Barret, R. (eds.), *Psychopathology in mentally retarded* (PP.253-271), Boston, Allyn & Bacon.
245. Coffman, E. (1963). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, N.J. Prentice Hall, INC.
246. Coid, J. (1999). A etiology risk factor personality disorders. *Br.J. Psychiatry*, 174, 530-538.
247. Coid, J. (2003). Epidemiology, public, health and the problem of personality disorders. *British Journal of Psychiatry*, 182, S3-S10.
248. Coid, J., Yan, M., Tyrer, P., Roberts, A., Ulrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *Br. J. Psychiatry*, 188, 423-431.

249. Coleman, J.(1964). *Abnormal Psychology and modern life* ,Scott, Foreman and company.
250. Coles , M ., & Horng , B.(2006). A prospective test of cognitive vulnerability to obsessive – compulsive disorder, 30(6),723-734.
251. Collins, M., Kyle, R., Smith, S., Laverty, A., Roberts,s., & Eaton-Evans, J.(2003).Coping with the Usual Family Diet: Eating Behaviour and Food Choices of Children with Down's Syndrome, Autistic Spectrum Disorders or Cri du Chat Syndrome and Comparison Groups of Siblings. *Journal of Learning Disabilities*, 7(2),137-55 .
252. 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.
253. Corbett , J.(1979-B). *Psychiatric illness in mental handicap* .London: Gaskell Press.
254. Corbett, J.(1979-A). *Psychiatric morbidity and mental retardation : in psychometric illness and mental handicap(eds.)*, James , F.& Snaith , R., (P111-25), Gaskell Press, London.
255. Costello , E ., Ngold , A.(1995). *Epidemiology in March , J.(ed.) Anxiety disorders in children and adolescents (PP.109-122)*, Nea Yor;:Guilford.
256. Costello, A.(1982). Assessment and diagnosis of psychopathology .In Matson , J.&Barrett, R.(eds.), *psychopathology in the mentally retarded (PP.37-52)*, London :Grune&Stratton.
257. Courturier , J., Speeshley , K., Steele , M ., Norman , R., Stringer , B., &Nicolson , R.92005). Parental perception of sleep problems in children of normal intelligence with pervasive developmental disorders , prevalence , severity and pattern. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry* , 44, 812-822.
258. Cowen,R., Underberg , R., Verrillo, R., & Benham, F.(1961).Adjustment to visual disability in adolescent .New York : American Foundation for the Blind.
259. Coy , W.(1997). Evaluation anxiety , task- irrelevant self- statement and working memory : an evaluation of the cognitive interference theory .Unpublished MA , College of Bowling Green , State University
260. Coyne , J.(1976). Depression and response of others .*Journal of Abnormal Psychology* .85, 186-193.
261. Craft , M. (1979). *The psychiatry of mental retardation* . in Craft , M . (ed.) , *Tredgold's mental retardation* , London , Bailliere Tindall , 144-156.
262. Craig , A.(2000) *The developmental nature and effective treatment of stuttering in children and adolescents. Journal of Developmental and Physica Disability* , 12, 173-186.
263. Crews, W., Crews, Bonaventura, S.,& Rowe, F.(1994). Prevalence of psychiatric disorders . in a Large state residential facility for individuals with mental retardation. *American journal on Mental Retardation*, 98, 688-731.
264. Critchley , E., Denmark , J., Warren , F., & Wilson , K.(1981). Hallucinatory Experiences of prelingually profoundly deaf schizophrenia .*British Journal of Psychiatry* , 138, 30-32
265. Crocker , J., & Major , B.(1989). Social stigma and self-esteem : the self – pritive properties of stigma . *Psychological Review* , 96(4), 608- 630.
266. Cromer ,K., Schmidt ,N. , Murphy , D. (2007). An investigation of traumatic life events and obsessive – compulsive disorder . *Behaviour Research and Therapy* .45(7),1683-1691.
267. Cromwell, R . (1968) . *Personality evaluation* . in Baumeister , A . (ed.) , *Mental retardation , appraisal , education and rehabilitation* , University of London Press Ltd , 66 -85.

268. Cullinan , D., Epstein , M., Lloyd , J.(1981). School behavior problems of learning disabled and normal girls and boys. *learning disabilities Quarterly* , 4, 163-169.
269. Cunningham K., Gibney M. J., Kelly A., Kevany J. & Mulcahy M. (1990) Nutrient intakes in long-stay mentally handicapped persons. *British Journal of Nutrition* 64, 3-11.
270. Cutting J.(1985). *The Psychology of Schizophrenia*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
271. Daigle, B. V. (1994). *An analysis of a deaf psychotic inpatient population*. Unpublished master's thesis, Western Maryland College, Westminster.
272. Dalley, M. B., Bolocofsky, D., Alcorn, M. B., & Baker, C. (1992). Depressive symptomology, attributional style, dysfunctional attitude, and social competency in adolescents with and without learning disabilities. *School Psychology Review*, 21, 444–458.
273. Dandford D. E. & Huber A. M. (1981) Eating dysfunctions in an institutionalized mentally retarded population. *Appetite: Journal for Intake Research* 281-292.
274. Daniel , L., & Ulrike , S.(2005). *The treatment of Adolescent with bulimia nervosa* .*Journal of Mental Health* , 14(6), 587-597.
275. Davidoff, L.(1980). *Introduction to Psychology*. New York, McGraw-Hill Book Company.
276. Davis , C., Lovie-Kitchin, J., & Thompson, B.(1995). Psychosocial adjustment to age –related macular degeneration .*Journal of Visual Impairment and Blindness*, 89, 16-27.
277. De Leo, D., & Santonastoso , P.(1987).Anorexia nervosa in a prelinguistically deaf young man: A case report .*International Journal of Eating Disorders*, 6, 317-320.
278. Dekker , M., Koot, H., Vander Ende , J., & Verhulst, F.(2002). Emotional and behavioral problems children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* , 43, 1087-1098.
279. Dekker, M., & Koot, H.(2003). DSM-IV disorders in children with borderline to moderate intellectual disability-I ;prevalence and impact .*Journal of The Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 915-922.
280. Dembo, T., Leviton , G., Wright , B.(1956). Adjustment to misfortune a problem in social psychological rehabilitation .*Artificial Limbs* , 3, 4-6.
281. Demetra , D., & Gary , L.(1993). Chemical dependence in students with and without learning disabilities .*Journal of Learning Disabilities* , 26(7), 491-495.
282. Denmark J.(1966) Mental illness and early profound deafness. *British Journal of Medical Psychology* , 39, 114-139.
283. Denmark, J., & Eldridge , E.(1969). Psychiatric service for the deaf .*the Lancet* , Pp.259-262.
284. Derevensky, J.(1979). Children's fears : A developmental comparison of normal and exceptional children. *Journal of Genetic Psychology* , 135(1), 11-21.
285. Devany , J., & Nelson , R.(1986). *Behavioral approaches to treatment* .in Quay , H., & Werry , J.(eds.), *Psychopathological disorders of childhood* , New York , John Wiley & Sons.
286. Dinn, W, Haris, C.(1999). Posttraumatic obsessive – compulsive disorder: A three factor model psychiatry : *Interpersonal & Biological processes* , 62(4), 313-324.
287. Dollinger , S ., Horn , J., & Boarini , D.(1987). Disturbed sleep and worries in learning disabled adolescents. *Journal of Orthopsychiatry* , 58(3), 428-434.
288. Doris , A ., Ebmeier , K., Shaiahan, P ., (1999). Depressive illness . *Lancet* , 1290-1294.

289. Dorpat , T., & Ripley , H.(1960). A study of suicide in the Seattle area. *Comprehensive Psychiatry* , 1 , 349-359.
290. Downey , J., & Low , N.(1974). *The child with disabling illness* .London , W.B. Saunders Company.
291. Dreikuris. R.(1967). *Psychodynamics. psychotherapy and counseling* .Chicago: Alfred Adler in situation.
292. Drevets , W.(2000). Prefrontal cortex neuroimaging studies of mood disorders. *Biological Psychiatry*, 48 , 813-829.
293. Dudley J. R., Ahlgrim-Delzell L. & Calhoun M. L. (1999) Diverse diagnostic and behavioural patterns amongst people with a dual diagnosis. *Journal of Intellectual Disability Research* 43, 70-90.
294. Dudzinski, E.(1998). *An analysis of administrative response patterns to suicide ideation among deaf young adults* .PHD, The Graduate School of Gallaudet University. ,
295. Du-Feu , M., & McKenna , P.(1999). Prelingually profound patients who hear voices : A Phenomenological analysis .*Acta Psychiatrica Scandinavica* , 99(6), 453-459.
296. Duff, R., La Rocca, L., Lizzet , A., Martin , P ., Pearce, L., Williams, M., & Peck, C. *Journal of behavioural therapy and Experimental Psychiatry* , 12, 121-124.
297. Duhig , A., Phares , V., Birkeland , R.(2002). Involvement of fathers in therapy :A survey of clinicians .*professional Psychology. Research and Practice* , 4, 389-395.
298. Dumont , R .(1996). *The sky is falling* .New York ,Norton and Company.
299. Duval, R.(1982).*Psychology theories of physical disability* . New perspective, in Eisenberg. M., Griggins.C., & Duval. R.(eds.), *Disabled people as second class Citizens* .(PP.173-192)New York, Spriger.
300. Eaton , L., & Menolascino , F .(1982).*Psychiatric disorders in the mentally retarded : types, problems and challenges* .*American Journal of Psychiatry* , 139 1279-1303
301. Eide, A. H., & Gundersen, T. (2004).*Hearing impaired in labour market*. Oslo, Norway: SINTEF Helse rapport (in Norwegian).
302. Ellis , N.(1963). Toilet training the severely defective patient .An S-R reinforcement analysis .*American Journal of Mental Deficiency* , 68, 98-103.
303. Emerson , E., &Turnbull , L.(2005). Self-Reported smoking and alcohol use among adolescents with intellectual disabilities .*Journal of Intelctual Disabilities*, 9, 58-69.
304. Emerson, E.(2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without disability .*Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 51-58.
305. Emmelkamp, P.(1985). Anxiety and fear .in Bellack, A.S., Herson , M., & Kaziden, A.E .(eds.), *International handbook of behavior modification and therapy* , New York, Plenum press.
306. Engler , B.(2003). *Personality theories :An introduction* .Boston , MA: Houghton :Mifflin Company.
307. Eriksson-Mangold ,M., & Carlsson , S(1991). Psychological and somatic distress in relation to perceived hearing disability, hearing handicap, and hearing measurements .*journal of psychosomatic research* , 6, 729-740.
308. Esman ,A .(2001). Obsessive – compulsive disorder: current views . *Psychoanalysis Inquiry* , 21 , 145 -156.
309. Espie C, Tweedie ., & M.(1991). Sleep patterns and sleep problems amongst people with mental handicap. *Journal of Mental Deficiency Research* 35 (1), 25-36.

310. Ewing, S., Folk, W., & Otto, M. (1996). *The realtrant patient disorders of personality . in Challenges clinical practice pharmacologic and psychosocial strategies .in Pollack, M., & Otto, M.(eds.), New York, (PP:355-379).*
311. Eysenck, M.(2000). *A cognitive approach to trait anxiety .European Journal of Personality , 14, 463-476.*
312. Fadem, B.(1991). *Behavioral Science , New Jersey, William & wilkins.*
313. Fadem , B.,& Simring , S.(1998). *High –yield psychiatry . New York , Lippincott Williams & Wilkins.*
314. Fairburn , C.,& Beglin , S.(1990).*Studies on the epidemiology of bulimia nervosa .American Journal of Psychiatry , 147, 401-408.*
315. Farington , D.(2000). *Psychosocial predictors of adult antisocial personality and adult convictions. Behav Sci Law , 18, 605-622.*
316. Favaro, A ,(2006). *Perinatal Factors and the Risk of Developing Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. Archives of General Psychiatry; January. 63 (1) 82-88.*
317. Fazel , S.,& Danesh , J.(2002). *Serious mental disorder among 23.000 prisners systematic review of 62 surveys . Lancet , 16, 545-550.*
318. Fee, V, Matson , J.,& Benavidez.,(1994). *Attention , Deficit-Hyperactivity disorders among mentally retarded children. Research in Developmental Disabilities, 15(1), 67-79.*
319. Fennell , , M., Bennett – Levy ., & Westbrook , D.(2004). *Depression , In Bennett– levy, J, Butler,G.,Fennell , M., Hackmann , A., Mueller , M ., & Westbrook , D.,(eds.) , Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy , Oxford .university Press.*
320. Fisher , S., & Greenberg , R.(1997)*The scientific , credibility of Freud's Theories and Therapy , New York.*
321. Fisher, B. L., Allen, R., & Kose, G. (1996). *The relationship between anxiety and problem-solving skills in children with and without learning disabilities. Journal of Learning Disabilities, 29, 439–446.*
322. Fitzgerald , R., Ebert, J., & Chambers , M.(1987). *Reaction to blindness a four year follow –up study .Perceptual and Motor Skills , 64, 363-378.*
323. Fitzpatric , R., Newman , S ., Archer, R., & Dhiplly , M.(1991).*Social support , disability and depression .A longitudinal study of rheumatoid arthritis .Social Science and Medicine , 33, 605-611.*
324. Flament , M., Whitaker , A., Rapoport , J., Davies , M., Berg , C., Kalikow , O.(1988). *Obsessive compulsive disorder adolescence :A epidemiological study .Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry , 27, 764-771.*
325. Floor, L., & Rosen , M.(1975). *Investigating the phenomenon of helplessness in mentally retarded adults .American Journal of Mental Deficiency , 79, 565-572.*
326. Flynn, A., Matthews , H., Hollins , S.(2002).*Validity of the diagnosis of personality disorder in Adult with learning disability and severe behavior our problems .British Journal of Psychiatry , 180, 543-546.*
327. Fombonne , F.(1995). *Anorexia nervosa :no evidence of an increase .British Journal of Psychiatry , 166, 462-471.*
328. Forsyth , P.(1987). *A study of self –concept, anxiety and security of children in gifted , French immersion and regular classes .Canadian Journal of Counseling , 21(2-3), 153-156.*
329. Freeman, R. D., Malkin, S. F., & Hastings, J. O.(1975). *Psychosocial problems of deaf children and their families: A comparative study. American Annals of the Deaf, 120, 391–405.*
330. Friedlander, M., & Siegel , S.(1990).*Separation individuation difficulties and cognitive –behavioral indicators of eating disorders among college women .Journal of Counseling Psychology , 37, 74-78.*

331. Fristad, M. Topolosky, S., Weller, E. & Weller, R. (1992). Depression and learning disabilities in children. *Journal of Affective Disorders*, 26, 53–58.
332. Frith, U. (1989). Asperger and his syndrome . in Frith , U.(ed.), *Autism and Asperger syndrome* , PP. 1-36. Cambridge . University Press.
333. Frost ,R., & Steketee.,G.(2002). *Cognitive approached to obsessions and compulsions: theory, assessment and treatment*. Pergaman : Amsterdam.
334. Frost,R., & Harlt , T.(1996). A cognitive – behavioral of compulsive hoarding . *Behaviour Research And Therapy*, 34, 341 – 350.
335. Fujiura G. T., Fitzsimons N. & Marks B. (1997) Predictors of BMI among adults with Down syndrome: the social context of health promotion. *Research in Developmental Disabilities* , 18, 261-274.
336. Furmark, T.(2002). *Social Phobia: overview of community surveys*.Acta Psychiatrica Scandinavica, 105, 84-93.
337. Fyer , A.(1993). Heritability of social anxiety : a brief Review *Journal of Clinical Psychiatry* 54(12), 10-12.
338. Fyer A., Mannuzza , S., Chapman , T., Martin , L.(1995). Specificity in familial aggregation of phobic disorders .*Archives of General Psychiatry* 52(7), 564-573.
339. Gadow,K.,DeVincent,C. , Pomeroy, J., & Azizian, A. (2004). *Psychiatric symptoms in preschool children with PDD and clinic and comparison samples*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 379–393.
340. Gallagher , T.(1990). The public and professional perception of the emotional status of gifted children .*Journal for the education of the gifted* , 13(3), 202-211.
341. Garfield , S.(1963). *Abnormal behavior and mental deficiency* . in Ellis , N.(ed.), *Handbook of mental deficiency : psychological theory and research* , New York , Mcgraw-Hill, 574-601.
342. Gelder , M. , Gath , D., & Mayou , R . (1983) . *Oxford textbook of psychiatry* . Oxford University Press .
343. Gelder , M., Mayou , R., & Cowen , P.(1998). *Shorter Oxford textbook of psychiatry*. Oxford , Oxford University Press.
344. Gelder , M., Harrison , P.,& Cowen , P.(2006). *Shorter Oxford textbook of psychiatry*, Oxford , University press.
345. Gelder, M., Mayou , R.,& Geddes, J.(1999). *Psychiatry*. Oxford , Oxford University Press.
346. Geller , D., Biederman , J., Jones , J., Park, K., Schwartz , S., Shapiro, S.(1998). Is juvenile obsessive compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the *Pediatric Psychiatry* , 37, 420-427.
347. Geller , D., Swedo , A., Rasmussen , S., & Eisen , J.(2001). The epidemiology and clinical features of obsessive- compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 743-758.
348. Ghaziuddin , M., Ghaziuddin , N., &Greden, J.(2002).Depression in persons with autism implications for research and clinical care .*Journal of Autism &Developmental Disorders*. 32, 299-306.
349. Ghaziuddin , M., Tsai , L., Ghaziuddin , N.(1992). Comorbidity of autism disorder in children and adolescent .*European Child and Adolescent Psychiatry*, 1 , 209-213.
350. Ghaziuddin, M., & Greden, J. (1998). *Depression in children with autism/pervasive developmental disorders: A case-control family history study*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28, 1998.
351. Gillam ,T.(2004). *Managing depression an overview*. *Mental Health Practice* , 7(9), 33-38.
352. Gillberg , C.(1995). *Disorders involving obsession and compulsions, Clinical child neuropsychiatry* .Cambridge :Cambridge University Press.

353. Gillberg, C., Presson, E., Grufman, M., & Themmer, U., (1986). *Psychiatric disorders in mildly and severely mentally retarded urban children and adolescents*. *Psychiatry*, 149, 68-74.
354. Gillot, A., Furnis, F., Salters, A. (2001). *Anxiety in high functioning children with autism*. *Autism*, 5, 277-286.
355. Ginsburg, G., & Schlossberg, M. (2002). *Family –Based treatment of childhood anxiety disorders*. *International Review of Psychiatry*, 14, 143-154.
356. Glaser, H., Harrison, G., & Lynn, D. (1964). *Emotional implication of congenital heart disease in children*. *Pediatrics*, 33, 367-379.
357. Gostason, R. (1985). *Psychiatric illness among mentally retarded ; A Swedish population study*. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 71, 1-11.
358. Grant, B., Hasin, D., Stinson, F., Dawson, D., Goldstein, R., & Smith, D. (2006). *The epidemiology of DSM-IV*. Brunner/Mazel Publishers.
359. Graziano, A., Degiovanni, I., & Garkal, (1979). *Behavioral treatment of children fears . A review Psychological Bulletin*, 86, 804- 830
360. Green, J., Gilchrist, A., Burton, D., & Cox, A. (2000). *Social and Psychiatric functioning in adolescents with Asperger Syndrome compared with conduct disorder*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 279-293.
361. Greenspan, S. (1981). *Special competence and handicapped individuals .Practical implication of a proposed model . in Keogh, K.(e.), Advances Special Education, Vol3, Pp41-81.*
362. Gress, J., & Boss, M. (1996). *Substance abuse difference among students receiving special education school service –child*. *Psychiatry Hum Dev*, 26, 235-246.
363. Grilo, C., Masheb, B. (2002). *Childhood maltreatment and personality disorder in adult patients with bringe eating disorder*. *Acta Psychiatr Scaind*, 106, 183-188.
364. Grinker, R. (1969). *Psychiatric diagnosis, therapy and research on the psychotic deaf, final report*. Washington, D.C. Department of health, education and welfare.
365. Grinker, A., Vemon, M. Mindel, E., Rothstein, D., Easton, H., Koh, S., & Collums. (1969). *Psychiatric diagnosis, therapy and research on the psychotic deaf. Final report* Washington .Dc.
366. Gullone, E., Cummins, R. & King, N. (1996). *Self-reported fears: a comparison study of youths with and without an intellectual disability*. *Journal of Intellectual Disability Research*, 40 (3), 227-240.
367. Gunderson, J., & Singer, J. (1975). *Defining borderline patients*. *Am J. Psychiatry*, 132, 1-10.
368. Hahn, H. (1951). *A comparative investigation of the response to frustration of normal –hearing and hypocaustic children*. (Doctoral Dissertation, Ann Arbor, Mich :University Microfims, No.2766.
369. Hale, M., & Shirley, F. (2006). *Encopresis in children*. *The Journal of Pediatrics*, 12(3), 367-380.
370. Hallahan, D., & Kauffman, J. (1978). *Exceptional children :introduction to special education*, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, Inc.
371. Hancock, K., Craig, A., Campbell, K., Costello, D., Gilmore, G., McCaul, A. (1998). *Two to six year controlled trail stuttering outcomes for children and adolescents*. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 41, 1242-1252.
372. Harari, E., & Jackson, H. (2007). *Personality disorders*. In Bloch, S., & Singh, B. (eds.), *Foundations of clinical Psychiatry*. Melbourne University Press.
373. Hardy, R. (1966). *A study of manifest anxiety among residential students using an experimental instrument constructed for the blind*. Baltimore, MD University of Marylabd.

374. Harvey, d., Greenway, A.(1974). *The self –concept of physically handicapped children and their non- handicapped siblings : An empirical investigation* .*Journal of Child Psychology and Psychiatry* , 25, 273-284.
375. Haskin , B.(1998). *Clinical features of psychosis in deaf adult in annual meeting new research program and abstracts* .Washington , DC. American Psychiatry Association, P0165.
376. Hassett, J.(1984). *Psychology in Perspective* .New York , Harper &Row, Publishers Hesel, W.,& Matson, J.(1988).*The relationship of depression to social skills and intellectual functioning in mentally adults*. *Journal of Mental Deficiency Research*, 32, 414-418.
377. Hastings, R., Halton, C., Taylor, L.& Maddison ,A.(2004). *Life events and psychiatric symptoms adult with intellectual disabilities* .*Journal of Intellectual Disability Research*, 48,42-46.
378. Heath, N. (1995). *Distortion and deficit: Self-perceived versus actual academic competence in depressed and nondepressed children with and without learning disabilities*. *Learning Disabilities: Research and Practice*, 23, 24–36.
379. Herzog , P., Keller , M., Sacks , N., Lavori, P(1992). *Psychiatric comorbidity in treatment –seeking anorexia and bulimics* .*journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* , 31, 810-818.
380. Hettema , J., Neale , M., Kendler, K.(2001). *A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders* .*American Journal of Psychiatry* , 158, 1568-1578.
381. Hetzroni , O ., & Oren , B .(2002) : *Effects of intelligence level and place of residence on the ability of individuals with mental retardation to identify facial expressions* . *Research in Developmental Disabilities* , 23 (6) , 369-378 .
382. Heyman , L., Fombonne , E., Simmons , H., Ford , T., Meltzer, H., Goodman , R.(2003). *Prevalence of obsessive –compulsive disorder with British national wide survey of child mental health* .*International Review of Psychiatry* , 5, 178-184.
383. Hilgard, E., Atkinson, R., &Atkinson, R.(1975). *Introduction to Psychology*. New York, Harcourt Brace Jovanovich, Inc.
384. Hill, A (1993) .*Problems in relation to independent living aretrospechive study of physically disabled school leavers* .*Developmental Medicine and Child Neurology* , 35, 111-1115.
385. Hillard, J.(1990). *Manual of clinical emergency psychiatry* , American Psychiatric Press.
386. Hills, C., Rappold , E., & Rendon , M.(1991). *Binge eating and body image in A Sample of the deaf college population* .*Journal of the American Deafness and Rehabilitation Association*,25(2), 20-28.
387. Hoek , H.(1993). *Review of the epidemiological studies of eating disorders* .*International review of Psychiatry* , 5, 61-74.
388. Honomichl , R., Goodlin-Jones, B., Burn Ham , M., Hansen ., &Anders, T.(2002). *Secrtin and sleep in children with Autism* .*Child Psychiatry* , Hum.Dev, 33, 107-123.
389. Horne , J.(1988).*Why we sleep* .Oxford University oxford.
390. Houston , J., Bee , H., Hatfield, E.,& Rimm, D.(1979). *Invitation to psychology* , New York , Academic Press
391. Hoy, C., Gregg, N., Wisenbaker, J., Manglitz, E., King, M., &Moreland, C. (1997). *Depression and anxiety in two groups of adults with learning disabilities*. *Learning Disability Quarterly*, 20, 280–291.
392. Hummelen , J. & Rokx, T.(2007). *Individual context interaction as guide in the treatment of personality disorders* .*Bulletin of The Menninger Clinic*, 71(1), 42-55.
393. Husaini , B.,&Moore, S.(1990).*Arthritis disability depression and life satisfaction among black elderly people*. *Health and Social Work*, 15, 253-260.

394. Hwang, J., Tsai, S., Yang, C., Liu, K., & Lirng, J. (1998). Hoarding behavior in dementia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 6(4), 285-289.
395. Hyman, B., & Pedrick, C. (2005). *The OCD workbook*, Oakland, CA: New Harbinger Publication.
396. Hymowitz, N., Jaffe, F., Gupta, A. (1997). Cigarette smoking among with mental retardation and mental illness. *Psychiatr Serv* 48, 100-102. *Indian Journal of Psychiatry*, 20, 148-154.
397. Isaacs, M., Buckley, G., Martin, D. (1979) *Patterns of drinking among the deaf*. *Am F Drug Alc Abuse*, 6, 463-476.
398. Isobel, I. (1938). A comparison of certain personality traits and interests in deaf and in hearing children. *Child Development*, 9(3), 270-280.
399. Iverson, J.C., & Fox, R.N. (1989). Prevalence of psychopathology among mentally retarded adults. *Research in Developmental Disabilities*, 10, 77-83.
400. Jackson, H. & Hooper, J. (1981). Some issues arising from the desensitization of a dog phobia in a mildly retarded female or should we take the bite out of the bark? *Australian Journal of Developmental Disabilities*, (7), 9-16. 198
401. Jacobson, J. (1982). Problem behavior and psychiatric impairment within a developmentally disabled population :behavior frequency . *Applied Research in Mental Retardation*, 3, 121-139.
402. Jacobson, J. (1990). Do some mental disorders occur less frequently among persons with mental retardation ? *American Journal on Mental Retardation*, 94, 596-602.
403. Janeković, K. (2003). Comparative research on substance abuse and self-perception among adolescents with physical handicap. 27 (2), 479-89.
404. Johnson, C., Lubetsky, K., & Sacco, K. (1995). Psychiatric and behavioral disorders in hospitalized preschoolers with developmental disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25(2), 169-182.
405. Johnston, S., O'malley, P., & Bachman, J. (1989). *Drug use drinking and smoking :national survey results from high school, college and young adult populations, 1975-1985*. Washington, DC. U.S. government Printing Office.
406. Jordan, I., & Karchmer, M. (1996). Pattern of sign language use among hearing impaired students. in Schildroth of sign language use among hearing impaired students. in Schildroth, A., & Karchmer, M. (eds.), *Deaf children in America*. San Diego, CA: College Hill Press.
407. Kagan, J. & Haveman, E. (1991). *Psychology :An introduction*. New York, Harcourt Brace Jovanovich, Inc.
408. Kaltiala-Heino, R., Rimpela, M., Rantanen, P., & Laippala, P. (2001). Adolescent depression : the role of discontinuities in life course and social support. *Journal of affective disorders*, 64(2-3), 155-166.
409. Kaplan & Sadock, (1998). *Synopsis of Psychiatry, behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*, New York, Lippincott Williams & Wilkins.
410. Kaslow, N., Adamson, L., & Collins, M. (2000). A developmental psychopathology perspective on the cognitive components of child and adolescent depression. In Sameroff, A., Lewis, M., Miller, M., (eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology*. New York : Springer, Gillam
411. Katherine A. Eldera, B., and Carlos M. & Grilo. (2007). The Spanish language version of the Eating Disorder Examination Questionnaire: Comparison with the Spanish language version of the eating disorder examination and test-retest reliability. *Behaviour research of therapy*, 45(6), 1369-1377.
412. Katon W, Vitaliano P., Russo J, Cormier L, Anderson K., & Jones M (1986) *Panic disorder: epidemiology in primary care*. *J Fam Pract* 23: 233-239
413. Katona, C., Robertson, M. (2005). *Psychiatry at a glance*, London : Blackwell science

414. Katz, I.(1996). *On the inseparability of mental and physical health in person :lessons from depression and medical comorbidity .American Journal of Geriatric Psychiatry* , 4, 1-16.
415. Kavale , J., &Forness , S.(1996). *Social skills deficit and learning disabilities : A meta –Analysis . Journal of Learning Disabilities* , 29(3), 226-236.
416. Kearns, G. (1989) *Hearing-impaired alcoholics: An underserved community. Alcohol Health and Research World.* 13(2):159-165.
417. Kendall , P.,& Hammen , C.(1995). *Abnormal psychology* , New Jersey , Houghton Mifflin Company.
418. Kendler , K., Neale , M., Kessler , R , Heath , A.(1992). *The genetic epidemiology of phobias in women : the interrelationship agoraphobia , social phobia , situational phobia and simple phobia .Archives of General Psychiatry* , 49(4), 273-281.
419. Kenneth , S, Kendler , B., Myers, J., Torgersen, S., Neale , M., & Reichborn – Kjennrud, T.(2007). *The heritability of cluster a personality disorders assessed both personal interview . Psychological Medicine* , 37, 655-665.
420. Kessler , R., Davis , E., Kendler , K.(1997). *Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the use national; comorbidity survey .Psychological Medicine* , 27(5), 1101-1119.
421. Kessler , R., Mcgonagle, K., Zhao, S., Nelson, C.& Hughes , M.(1994). *Lifetime and 12-months prevalence of DSM-III-R Psychometric disorders in the united states. Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
422. Kessler , R.(1997). *The effects of stressful life events on depression. Annual Review of Psychology* , 48,191-214.
423. Kessler R, Chiu W, Demler O.(2005-B). *Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry* , 62(6), 27-62.
424. Kessler, R., Berglund , P., Demler, O.(2005-A). *Lifetime prevalence and age of onset distribution DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. Arch Gen Psychiatry*, 62, 593-602.
425. Khamis , V.(2005). *Post-traumatic stress disorder among school age Palestinian children .Child Abuse &Neglect*, 29, 81-95.
426. Khan , A, Cowan , C., Roy, A.,(1997). *Personality disorders in people with learning disabilities: a community survey. Journal of Intellectual Disability Research;.* 41 (4),324-330.
427. 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
428. King , B., Hodapp, R., &Dykens, E.(2000). *Mental retardation . in Sadock , B.,& Sadock, V.(eds.), Kaplan &Sadock's Comprehensive textbook of Psychiatry*, New York , Lippincott Williams &Wilkins.
429. King , B., State , M., Shah, B.(1997). *Mental retardation : A review of the past 10 years part 1. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(12), 1656-1663.
430. King , J., &Ollendick , T.(1990). *Children's anxiety and phobic disorders in school settings, classification assessment and intervention , Review of Educational Research* , 59, 431-470.
431. King , J., Gullone , E., & Ollendick. T.(1990).*Fears in children and adolescents with chronic medical condition . Journal of Clinical Child Psychology* , 19(2)173-177.
432. King , N., Mulhall , J., & Gullone , E.(1989). *Fears in hearing-impaired and normally hearing children and adolescents. Behaviour Research And Therapy* , 27 (5), 577-580.
433. King N, Josephs A, Gullone E, Madden C,& Ollendick T.(1994).*Assessing the fears of children with disability using the Revised Fear Survey Schedule for*

- Children: a comparative study, *The British Journal Of Medical Psychology* 67(4),. 377-86.
434. King, B.(1993). Self –injury by people with mental retardation .a compulsive behaviour hypothesis .*American Journal on Mental retardation* , 98, 93-112.
435. Kinnell H. G. (1985) Pica as a feature of autism. *British Journal of Psychiatry* 147, 80–82.
436. Kitson N. & Fry R. (1990). Prelingual deafness and psychiatry. *British Journal of Hospital Medicine* ,44, 353-653.
437. Klein , S.,& Alexander , D.(2009)Epidemiology and presentation of post-traumatic disorders. *Psychiatry* , 8, 282-287.
438. Kliegel , M., Jager , T., Philliphs., L., Federspiel , E, Imifeld, A., Keller, M.,& Zimprich , D.(2005). Effects of sad mood on time –based prospective memory. *Cognition and Emotion* , 19(8), 1199-1213.
439. Kobe , F.(1991). Depression in children with mental retardation and developmental disabilities (disabilities), DIS, ABST , INT , 52-15B, P.2777.
440. Koch, D., Shane, S., Brenda, N,& Mike.(2004). Service Delivery for Persons with Blindness or Visual Impairment and Addiction as Coexisting Disabilities: Implications for Addiction Science Education. *Journal of Teaching in the Addictions*, 3(1),21-48 .
441. Krakow, B., Germain, A., Schrader, R., Hollifield, M., Koss, M., Warner,T. D., Tandberg, D., & Melendrez, D. (2001). The relationship between sleep quality and posttraumatic stress to potential sleep disorders in sexual assault survivors with chronic nightmares. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 647–655
442. Kroger , W.,& Fezler, W.(1976). Hypnosis and behavior modification imagery conditioning , Philadelphia , Lippincott Company
443. Kurita, H., & Nakayaau, N.(1994). Brief report :An Autistic male presenting seasonal affective disorder (Sad) and Trichotillomania. *Journal of Autism and Developmental Disorders* , 24(5).
444. Lainhart , J., & Folstein , S.(1994). Affective disorders in people with autism A review of published cases .*Journal of Autism and Developmental Disorders* , 24(5), 587-601.
445. Lane, I., Wesolowski, M., & Burke , W.(1989). Teaching socially appropriate behavior to eliminate hoarding in a brain injured adult .*Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20(1),79-82.
446. Lawrence , B.(1991). Self-concept formation and physical handicap implication for integration .*Disability , Handicap and Society* , 6, 139-146.
447. Lazarus , R.(1984). Puzzles in the study of daily hassles .*Journal of Behavioral Medicine* , 7, 375-386.
448. 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, 1101–1114.
449. Leichsenring, F., Beutel,B.,& Leibing, E.(2007). Psychodynamic psychotherapy for social phobia: A treatment manual based on supportive-expressive therapy. *Bulletin of the Menninger Clinic* ,71(1), 56-81.
450. Leichtman, M., & Shapiro, S. (1980). An introduction to the psychological assessment of borderline conditions in children: Manifestations of borderline phenomena on psychological testing. In J.S. Kwawer, H.D. Lerner, P.M. Lerner, & A. Sugarman (Eds.), *Borderline phenomena and the Rorschach test* (pp. 367-394). New York: International Universities Press.
451. Lenze , E., joan , C., Rogers , C., Lynn , m., Martire , m., Benoit , D.(2001). The association of late –like depression and anxiety with physical disability . *The American Journal of Geriatric Psychiatry* , 9(2), 113-155.

452. Lenzenweger, Loranger, A., & Korfine, L. (1997). Detecting personality disorders in a nonclinical population: A application of a two-stage: Procedure for case identification. *Arch Geu Psychiatry*, 54, 345-351.
453. Levine, H. (1985). Situational anxiety and everyday life experiences of mildly mentally retarded adults. *American Journal of Mental Deficiency*, 90(1), 27-33.
454. Lewinsohn, P., Zinbarg, R., Seeley, J., Lewinsohn, M., & Sack, W. (1997). Lifetime comorbidity among anxiety disorders and between anxiety disorders and other mental disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 377-394.
455. Lewis, E., Dustman, R., & Beck, E. (1969). The effect of alcohol on sensory phenomena and cognitive and motor tasks. *Q F Stud Alcohol*, 39, 618-633.
456. 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.
457. Lezak, D. (1987). Relationships between Personality Disorders, Social Disturbances, and Physical Disability Following Traumatic Brain Injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 2(1), 57-69.
458. Lilienfeld, O., Van Valkenburg, C., Larntz, K., & Akiskal, H. (1986). The relationship of histrionic personality and somatization disorders. *American Journal of Psychiatry*, 143, 718-722.
459. Lindsay, W.R., Michie, A.M., Baty, F.J., & Mckenzie, K. (1988). Phobic in people with mental handicaps: Anxiety management training and exposure treatment. *Mental Handicap Research*, 1, 39-48.
460. Lipp, L., Kolstoe, R., James, W., & Randall, H. (1968). Denial of disability and internal control of reinforcement: a study using a perceptual defense paradigm. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 72-75.
461. Lipton, D. & Goldstein, M. (1997). Measuring substance abuse among the deaf. *Journal of Drug Issues*, 27, 733-754
462. Livneh, H. (1986). A unified approach to existing models of adaptation to disability: part 1-A model adaptation. *Journal of rehabilitation Counseling*, 17, 5-16.
463. Livneh, H., & Antonak, R. (1997). *Psychosocial adaptation to chronic illness*. New York, Plenum press.
464. Locke, R., Johnson, S. (1981) A descriptive study of drug use among the hearing impaired in a senior high school for the hearing impaired. In: Schecter, A. (ed.), *Drug dependence and alcoholism: social and behavioural issues*. New York, Plenum Press.
465. Love, S., Matson, J., & West, D. (1990). Mothers as effective therapists for autistic children's phobias. *J of Applied Behavior Analysis*, 23, 379-385.
466. Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive expressive treatments*. New York: Basic Books.
467. Luiselli, J. (1978). Treatment of an autistic child's fear of riding a school bus through exposure and reinforcement. *J. of Behavior therapy and Experimental Psychiatry*, 9, 1969-1972.
468. Lund, J. (1985). The prevalence of psychiatric morbidity in mentally retarded adults. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 72, 563-570.
469. Luthar, S., Zigler, G., & Goldstein, D. (1992). Psychosocial adjustment among intellectually gifted adolescents. *The role of cognitive -developmental and experience Factors*.
470. Maag, J., & Behrens, J. (1989). Depression and cognitive self statements of learning disabled and seriously disturbed adolescents. *Journal of Special Education*, 23, 17-27.

471. Madsen, K. (1973). *Theories of motivation*. In Wolman, B. (ed.), *Handbook of general psychology* (PP: 673 -706), Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.
472. Maes, M. (2000). Editorial: risk and preventive factors of post-traumatic stress disorder and its comorbid disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 13, 587-589.
473. Maes, M., Delmeire, L., Mylle, J., & Altamura, C., (2001). Risk and preventive factors of post-traumatic stress disorder ZPTSD. alcohol consumption and intoxication prior to a traumatic event diminishes the relative risk to develop PTSD in response to that trauma. *Journal of Affective Disorders* , 63, 113-121.
474. Magee, W. (1999). Effects of negative life experience an phobia onset. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* , 34(7), 343-351.
475. Mahendru, R., Srivastav, R., & Sharma, D. (1978). *Deafness and mental ill-health :A comparative study of deaf and non-deaf psychiatric patients*. Maag, J. & Reid, R. (2006). Depression among students with learning disabilities: Assessing the risk. *Journal of Learning Disabilities*, 39, 3-10.
476. Mahr, G., & Torosian, T., (1999) *Anxiety and social phobia*. *Journal of Fluency Disorders* , 24, 119-126.
477. Maier, K., Walelstein, S. & Synowski, S. (2003). Relation of cognitive appraisal to cardiovascular reactivity affect and task engagement. *Annals of behavioral Medicine* 26(1), 32-41.
478. Mansdorf, T. (1976). Eliminating fear in a mentally retarded adult by behavioral hierarchies and operant techniques. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychology* , 7, 189-190.
479. Margalit, M., & Raviv, A. (1984). Ld's expressions of anxiety in terms of minor somatic complaints. *Journal of Learning Disabilities*, 17, 226-228.
480. Margalit, M., & Shalman, S. (1986). Autonomy perceptions and anxiety expression of learning disabled adolescents. *Journal of Learning Disabilities* , 19, 291-293.
481. Markowitz, A., & Ninger, B. (1984). A case report of mania and congenital deafness, *American Journal of Psychiatry*, 141, 894-895.
482. Marks, I. (1969). *Fears and phobias*. London, Williams .
483. Masellis, M., Rector, N., & Richter, M. (2003). *Quality of life OCD: differential impact of obsessions compulsion and depression comorbidity* . *Canadian Journal of Personality* , 48, 72-77.
484. Masi, G., Favilla, L., Mucci, M. (1998). Depressive disorder in children and adolescents. *European Journal of Pediatric Neurology* , 2(6), 287-295.
485. Masi, G., Mucci, M., & Millepiedi, S. (2001). Separation anxiety disorders in children and adolescents. *CNS Drugs*, 15, 92-104.
486. Maslow, A. (1968). *Toward a psychology of being*. New York :Van Nostrand Reinhold.
487. Maslow, A. (1970). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.
488. Mastro, J, French, R., Henschen, K., & Horvat, M. (1985). Use of the state-trait anxiety inventory for visually impaired athletes. *Perceptual and Motor Skills* , 61, 775-778.
489. Matese, A., Matson, J., & Seviv, J. (1994). Comparison of psychotic and autistic children using behavioral observation. *Journal of Autism and Developmental Disorders* , 24, 83-94.
490. Matson, D. (1981). Assessment and treatment of clinical phobia in mentally retarded children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 14, 287-294.
491. Matson, J., Loves, A. (1990). A comparison of parent -reported fear for autistic and non-handicapped age -matched children and youth. *Australian and New Zealand J of Developmental Disabilities* , 16, 349-357.
492. Matthews, C., & Harrington, N. (2000). Invisible disability. In Braithwaite, D., & Thompson, T. (eds.), *Handbook of application* (PP. 405-421), Mathwah, NJ: Lowrence Erlbaum.

493. Mauser , A.(1974). *Learning disabilities and delinquent youth (PP.91-102)* in Betty Lou Kratoville (ed.), *Youth in Trouble San Rafael, California*.
494. Mazzulla , J.(1981). *The relationship between locus of control expectancy and acceptance of acquired traumatic spinal cord injury .Unpublished master's thesis , East Carolina University , Greenville.*
495. Mcdonald , G.,& Sheperd , G.(1976). *School phobia an overview .Journal of School Psychology , 14(14), 291-306.*
496. McFarlane, A., (2000). *Posttraumatic stress disorder: a model of the longitudinal course and the role of risk factors .Journal of Clinical Psychiatry 61 ZSuppl 5., 15-23.*
497. McGinn, L.(2000). *Cognitive behavioral therapy of depression : theory , treatment and empirical status. American Journal of Psychotherapy , 54, 257-262.*
498. Meadow K. (1981). *Studies of behaviour problems of deaf children. In: Deafness and Mental Health ,Stein.,L. Mindel., E.& Jabaley,T.(eds.), (pp. 3-21). Grune and Stratton, New York, NY.*
499. Meins , W.(1993). *Prevalence and risk factors for depressive disorders in adults with intellectual disability .Australian &New Zealand Journal of Developmental Disabilities, 18, 147-156.*
500. Mellsop, G.,& Varghesi, F.(1982).*The reliability of Axis II of DSM-III. Am J Psychiatry, 139, 1360-1361.*
501. Mendlowitz , S., Manassis , K., Bradley , S ., Scapillato, D., Miezitis , S., Shaw,B.(1999).*Cognitive –behavioral group treatment in childhood anxiety disorders. The role of parental involvement .Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38, 1223-1229.*
502. Menolascino, F., Lazer , J.,& Stark , J.(1989). *Diagnosis and management of depression and suicidal behaviour in persons with severe retarded .Journal of The Multihandicapped persons, 2, 89-103.*
503. Menolascino , F., Levitas , A., Greiner , C.(1986). *The nature and types of mental illness in the mentally retarded .Psycho Pharmacology Bulletin, 22, 1060-1071.*
504. Merriam , E., Thase , M. , Haas , G., Keshavan , M., & Sweency , J. (1999). *Prefrontal cortical dysfunction depression determined by Wisconsin card sorting test performance .American Journal of Psychiatry , 156, 257-289.*
505. Miles, L. & Wilson, M. (1977).*High incidence of cyclic sleep/wake disorders in the blind. Sleep Research, 6, 192.*
506. Miller , L., Barrett , C., & Hampe , E.(1974).*Phobias of children in a prescientific era . in Davids , E.(ed.), Child personality and psychopathology .current topics (PP. 89-134).New York: Wiley.*
507. Millon , T.(1981). *Disorders of personality DSM-III axis II. New York, Wiley.*
508. Millon, T., & Davis , R.(2000). *Personality disorders in modern life .New York, John Wiley & Sons.*
509. Mind, B., Culture, A., & Westen, D.(1996). *Psychology. New York, John Wiely & Sons, Inc.*
510. Miranti , S.,& Freedman , P.(1991). *Effects on learning of relaxation training with mentally retarded adults, Paper presented at the Annual Meeting of The Midwestern Psychological Association (56, Chicago , IT , May 3-5 .*
511. MoEachin , J., Smith , T., Lovaas , O.(1993). *Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment .American J An Mental Retardation , 97, 359-391.*
512. Mombour , P., & Bronisch, T.(1998). *The modern assessment of personality disorders. Psychopathology , 31, 274-280.*
513. Moore, D., & Polsgrove , L.(1989). *Disabilities developmental handicaps and substance misuse. A review Social Pharmacology 3(4), 375-408.*

514. Moore, D. (1992) *A regional survey of substance use among persons with disabilities: patterns, consequences, and implications for prevention activities.* Dayton, Ohio, Sardi Project, Wright State University, School of Medicine.
515. Moran, P. (1999). *The epidemiology of antisocial personality disorder.* *Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 231-243.
516. Moran, P., Jenkins, R., Tylee, A., Beizard, R., & Mann, A. (2000). *The prevalence of personality disorder among UK primary care attenders.* *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 52-57.
517. Morgan, C., Roy, M., Chan, P. (2003). *Psychiatric comorbidity and medication use in autism: A community survey.* *Psychiatric Bulletin*, 27, 378-381.
518. Morgan, G., King, R., Weisz, J., & Schopler, J. (1986). *Introduction to Psychology.* New York, McGraw-Hill Book Company.
519. Morris, R., & Kratochwill, T. (1983). *Treating children's fears and phobias: A behavioral approach.* New York: Bergman Press.
520. Morris, R., & Kratochwill, T. (1998). *Childhood fears and phobias.* in Morris, R. & Kratochwill, T. (eds.), *The practice of child therapy*, (pp.91-131), Allyn & Bacon.
521. Moser, J., Hajcak, G., Robert, E., Simons, A., Edna, B., & Foa, B. (2007). *Posttraumatic stress disorder symptoms in trauma-exposed college students: The role of trauma-related cognitions, gender, and negative affect.* *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 1039-1049.
522. Myers, D. (1995). *Psychology*, New York, Worth Publishers.
523. Myklebust, H., & Daigle, A. (1994). *The psychology of deafness: sensory deprivation, learning and adjustment.* New York: Grune and Stratton.
524. Naditch, M., Gargan, A., Gargan, A., & Michael, L. (1975). *Denial, anxiety, locus of control, and the discrepancy between aspirations and achievements as components of depression.* *Journal of Abnormal Psychology*, 1975, 84, 1-9.
525. Neale, J., Davison, G., & Haaga, D. (1996). *Exploring abnormal psychology*, New York, John Wiley & Sons, Inc.
526. Nelipovich, M., Wengin, F., & Rossick, F. (1998). *The Marco model: making substance abuse services accessible to people who are visually impaired.* *Journal of Visual Impairment and Blinds*, 92(8), 567-570
527. Nelson, E., Bucholz, K., Glowinski, A., Madden, P., Retch, W. (2000). *Social phobia in a population-based female adolescent twin sample: co-morbidity and associated suicide-related symptoms.* *Psychological Medicine* 30(4), 797-804.
528. Neufeld, K., Swartz, K., Bienvenu, O., Eaton, W., & Caig, A. (1999). *Incidence of DIS/DSM-IV social phobia in adults.* *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 186-192.
529. Newman, A., Enright, P., & Manolio, T. (1997). *Sleep disturbance psychosocial correlates and cardiovascular disease in 5201 older adults: the cardiovascular health study.* *Journal of The American Geriatrics Society*, 45:1-7.
530. Nezu, C., Nezu, A., Rothenberg, J., Dellicarpini, L., & Groag, I. (1995). *Depression in adults with mild retardation. Are cognitive variables involved? Cognitive Therapy & Research*, 19, 227-239.
531. Nezu, C., & Nezu, P. (1991). *Assertiveness And Problem-Solving Training For Mildly Mentally Retarded Persons With Dual Diagnosis.* *Research In Developmental Disabilities*, 12 (4), 371-386.
532. Nordahl, J., & Stiles, S. (1997). *Perception of parental bonding in patients with various personality disorder, lifetime depressive disorders and healthy controls.* *Journal of Personality disorders*, 11(4), 391-402.
533. Norton, P. & Drew, C. (1994). *Autism and potential family stressors.* *The American Journal of Family Therapy*, 22, 67-76.

534. Norton, K. (1992). *Health of the nation :personality disorder*. *British Medical Journal* , 304, 255-256.
535. Novosel, S. (1984). *Psychiatric disorder in adults admitted to hospital for the mentally retarded handicapped* .*British Journal Subnormality* , 30, 54-58.
536. Offer , D. (1969). *The psychological world of the teen-ager :A study of normal adolescent boys* .New York : Basic Books.
537. Ogborne, A., & Smart, G. (1995). *People with Physical Disabilities Admitted to a Residential Addiction Treatment Program*. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse* 21 (1), 137-145.
538. Ohayon, M. M., & Shapiro, C. M. (2000). *Sleep disturbances and psychiatric disorders associated with posttraumatic stress disorder in the general population*. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 469-478.
539. Ojha H., & Singh, R. (1988). *Childrearing attitudes as related to insecurity and dependence proneness*. *Psychological Studies* , 33, 75-79.
540. Okasha, A (1977). *Clinical Psychiatry*. Cairo , General Egyptian Book Organization.
541. Oliviero ,A., Flavia ,C, Flavia ., & Paolo ,C. (1995). *Sleep disorders in tuberous sclerosis: a polysomnographic study*. *Brain and Development* , 17(1), 52-56.
542. Ollendick , T., & Ollendick, D. (1983). *Anxiety disorders* . In Matson, J., & Barrett , R. (eds.), *Psychopathology in the mentally retarded* .PP77-120. New York, Grune & Stratton
543. Orlansky , H. (1949). *Infant care and personality*. *Psychological Bulletin*, 46, 1-48.
544. Osarchuk , M. (1973). *Operant methods of toilet behaviour training of the severely and profoundly retarded* .*American Journal of Education* , 7, 423-437.
545. Osborne , I. (1998). *Tormenting thoughts and secret rituals* .New Pantheon Books.
546. Öst, L. (1987). *Age of onset in different phobias*. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 223-229.
547. Öst, L. (1991). *Acquisition of blood and injection phobia and anxiety response patterns in clinical patients*. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 323-332.
548. O'sullivan, G. (1996). *Behavior therapy* .in Dryden, W. (eds.), *Handbook of individual therapy* , London , Sage.
549. Pack R., Wallander, J., Brownne , D. (1998). *Health risk behaviors of African American Adolescents with mild mental retardation prevalence depends on measurement method*. *Ment Retard* 102, 409-420.
550. Pakenham , K., Stewart , C., & Rogers, A. (1997). *The role of coping in adjustment to multiple sclerosis related adaptive demands*. *Psychology Health & Medicine* , 2(3), 197-211.
551. Pallard, R. (1994). *Public mental health service and diagnostic trends regarding individuals who are deaf or hard-of-hearing*. *Rehabilitation Psychology*, 39, 147-160.
552. Paris , J., Zweig -frnk , H., Guzde, J. (1994). *Risk factor for borderline personality in male outpatient* .*J. Nerv Ment Dis*, 182, 375-380.
553. Parker ,G., Roussos ,J ., Hadzi- Pavlovic , D, Mitchell ,P Wilhelm ,K ., & Austin ,M. (1997). *The development of a refined measure of dysfunctional parenting and assessment of its relevance in patients with affective disorder*. *Psychological Medicine* , 27 (5), 1193-1203.
554. Parkin ,R. (1997). *Obsessive- Compulsive disorder in adults* . *International Review of Psychiatry* , 73-83.
555. Patricia , L. (1959). *Frustration reactions of physically handicapped children*. *Exceptional Children* , 25(8), 355-357.
556. Patten, S. (2003). *International differences in major depression prevalence : what do they mean*. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56, 711-716.

557. Patten, S. (1999). *Depressive symptoms and disorders, levels of functioning and psychosocial stress: an integrative hypothesis. Medical Hypotheses*, 53(3), 210-216
558. Paul, P. (1993). *Toward Psychology of deafness: Theoretical and empirical Perspective. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.*
559. Perry, I. (1990). *One more cup of coffee for the road. Nursing Times*, 86, 62-64.
560. Peterson, C. (1997). *Psychology. New York, Longman.*
561. Phares, J. (1988). *Clinical Psychology concepts, methods & profession, California, Brook, Cole Publishing Company,*
562. Phares, J., Ritchie, E., & Davis, W. (1968). *Internal-external control and reaction to threat. Journal of Personality and Social Psychology*, 1968, 10, 402-405
563. Pickersgill, M., Valentine, J., May, R., & Brewin, C. (1994). *Fears in mental retardation part I, types of fears reported by men and women with and without mental retardation. Advances in Behaviour Research Therapy*, 16, 277-296
564. Polimeni, M., Richdale, A., & Francis, A. (2005). *A survey of sleep problems in autism, A sperger's disorder and typically developing children. J. Intell Disabil Res*, 49, 260-268.
565. Pondillo, A. (1993). *The effectiveness of group social skills training and residential staff facilitated homework assessing as a treatment for depression in Adults with mild Mental Retardation. DIS.ABST.INT*, 54-07A, P.2537.
566. Porter, J., & Rourke, P. (1985). *Socioemotional functioning of learning disabilities children a subtype analysis of personality patterns in Rourke (ed.), essentials of subtype analysis (PP. 257-279), New York, Guilford Press.*
567. Poznanski, E., Krahenbull, V., & Zrull, J. (1976). *Childhood depression: A longitudinal perspective. Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 15, 491-501.
568. Puri, B., Laking, P., & Treasaden, I. (2002). *Textbook of psychiatry. New York, Churchill Livingstone.*
569. Quine, A. (1991). *Sleep problems in children with severe mental handicap. Journal of Mental Deficiency Research*, 35, 269-290.
570. Rachman, S., & Shafran, R. (1999). *Cognitive distortions: thought-action fusion. Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 80-85.
571. Rachman, S. (2002). *A cognitive theory of compulsive checking. Behaviour Research Therapy*, 40, 625-639.
572. Rainer, J., Altshuler, K., & Kallmann, F. (1963). *Family mental health problems in a deaf population. Mental Hospital*, 16(6), 170-172.
573. Rainer, J., & Altshuler, K. (1966). *Comprehensive mental health services for the deaf. New York: Department of Medical Genetics, New York Psychiatric Institute, Columbia University.*
574. Rainer, J. (1967). *Diagnostic consideration in psychiatric work with the deaf. In Altshuler, K., & Rainer, J. (eds.), Psychiatry and The deaf, U.S. Department of Health, Education and Welfare, Social Rehabilitation Service, 85-94.*
575. Rapee, R., & Spence, S. (2004). *The etiology of social phobia: empirical evidence and an initial model. Clinical Psychology Review*, 24, 737-767.
576. Rapin, I. (1991). *Autistic children: Diagnosis and clinical features. Pediatrics*, 87, 751-760.
577. Rapp, J., Vollmer, T., Hovanetz, A. (2005). *Evaluation and treatment of swimming pool avoidance exhibited by an adolescent girl with autism. Behavior Therapy*, 36, 101-105.
578. Ratey, J., Sovner, R., Milkkelsen, E., & Chmielinski, H. (1989). *Buspiron therapy for maladaptive behavior and anxiety in develop mentally disabled persons. Journal of Clinical Psychiatry*, 50, 382-384.

579. Rees , L.(1993). *A new short textbook of Psychiatric*, Egyptian Edition , Mass Publishing Co.
580. Reigier, D., Narrow, W., & Rae, D.(1993). *The de facto mental and addictive disorders service system*. *Archives of General Psychiatry*, 50(2), 85-94.
581. Reiss , S.(1990). *Prevalence of dual diagnosis in community –based day programs in the Chicago metropolitan area*. *American Journal of Mental Retardation* , 94, 578-585.
582. Reiss , S.(1994). *Handbook of challenging behavior :mental health aspects of mental retardation* , Worthington OH, IBS Publishing.
583. Reiss, R.(1993). *Assessment of psychopathology in person with mental retardation* .In Matson , J., & Barrett, R.(eds.), *Psychopathology in the Mentally Retarded*, (PP. 17-40), Boston: Allyn & Bacon.
584. Reiss, S.(2000). *A mindful approach to mental retardation* .*Journal of Social Issue* , 56(1).65-80.
585. Remvig , J.(1969). *Deaf mutes mental illness(a longitudinal study)* *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 210, 65-85.
586. Rheaume , J ., Ladouceur , R ., Freeston , M.(2000). *The prediction of obsessive-compulsive tendencies : does perfectionism play a significant role? Personality and Individual Differences* , 28,583-592.
587. Richdale , Gavidia –Payne, S., Francis , A., & Cotton , S(2000). *Stress , behaviour and sleep problems in children with intellectual disability* .*Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 25, 147-161.
588. 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 .
589. Robertson , M.(2006). *Mood disorders and Gilles de la Tourette's syndrome: An update on prevalence etiology , comorbidity , clinical association and implications*. *Journal of psychosomatic research*, 61,349-358.
590. Robinson, L. (1978). *Sound minds in a soundless world* (DHEW Publication No. ADM 77-0560). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
591. Rojah , J., Borthwick- Duffy , S., & Jacobson, J.(1993). *The association between psychiatric diagnosis and severe behavior problems in mental retardation*. *Annals of Clinical Psychiatry* , 5, 163-170.
592. Rola, J.(1996). *Depressive disorders in mentally retarded children , A review of selected literature*, *Psychiatria –Polska* , 30(2), 201-210.
593. Ronningstam , E., Gunderson , J., Lyons , M.(1995). *Changes in pathological narcissism*. *American Journal of Psychiatry* , 152, 253-257.
594. Rosenbaum, M., & Raz, D.(1977). *Denial locus of control and depression among physically disabled and nondisabled men* .*Journal of Clinical Psychology* , 33(3), 672-676.
595. Rosenhan ,D., & Seligman , M.(1989). *Abnormal psychology* , New York , Norton &Company .
596. Ross, E., & Oliver, C.(2003). *The assessment of mood in adults who have severe or profound mental retardation* . *Clinical Psychology Review* , 23(2), 225-245.
597. Rowa , K ., & Purdon , C .(2003). *Why are certain intrusive thoughts more upsetting than others? Behavioural and cognitive psychotherapy* , 18(1) , 43-52.
598. Rubin S. , Rimmer J. Chicoine B., Braddock D. & McGuire D. (1998) *Overweight prevalence in persons with Down syndrome*. *Mental Retardation* 36, 175-182.
599. Russell , A., & Tanguay, P.(1981). *Mental illness and mental retardation ; course or coincidence ?* *American Journal of Mental Deficiency* , 85, 570-574.
600. Russell, O.(1985) .*Mental handicap* , London , Churchill Livingstone .

601. Rutter, M. (1977). *Some psychological concomitants of chronic bronchitis*. *Psychological Medicine*, 7, 459-466.
602. Rutter, M., Tizard, J., Yule, W., Graham, P., & Whitmore, K. (1976). *Research report: Isle of Wight studies, 1964-1974*. *Psychological Medicine*, 6, 313-332.
603. Rutter, M., Graham, P., Yule, W. (1970-B) *A neuropsychiatric study in children*, *Clinic in Developmental Medicine*, 35/36, Spastics International Medical Publications
604. Rutter, M., Tizard, J., & Whitmore, T. (1970-A). *Education, health and behavior*. Longman, London.
605. Sacco, W., & Beck, A. (1985). *Cognitive therapy of depression*. In Beckham, E., & Lebe, W. (eds.), *Handbook of Depression: treatment assessment and research* Illinois: Dorsey Press
606. Sadock, P., & Sadock, V. (2003). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry, behavioral science / clinical psychiatry*. New York, Lippincott Williams & Wilkins.
607. Sadock, P., & Sadock, V. (2008). *Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical Psychiatry*. New York, Lippincott Williams & Wilkins.
608. 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.
609. Salekin, R., Rogers, R., & Sewell, K. (1997). *Construct validity of psychopathy in a female offender sample: A multitrait – multimethod evaluation*. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 576-585.
610. Salkovskis, P., Shafran, R., Rachman, S., & Freston, M. (1999). *Multiple path ways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: possible origins and implication for therapy and research*. *Behaviour Research and therapy*, 37, 1055-1072.
611. Salokangas, K., & Poutanen, O. (1998). *Risk factor for depression in primary care*. *Journal of Affective Disorders*, 48(2-3), 171-180.
612. 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.
613. Samuel, W. (1981). *Personality*. New York, McGraw-Hill Book Company.
614. Sansone, R., Rytwinski, D., Gaither, E. (1999). *Borderline personality and psychotropic medication prescription in an outpatient psychiatry clinic*. *Comprehensive Psychiatry*, 44(6), 454-458.
615. Santmire, T. (1990). *Understanding gifted adolescents: Another legacy of leta stetter Holingworth*. *Roaper Review*, 12, 188-192.
616. Sarafinc, E. (1986). *Fears of childhood: A guide to recognizing and reducing fears states in children*. New York, human sciences press
617. Sasson, N., Tsuchiya, N., Hurley, R., Couture, S., Penn, D., Adolphs, R., Piven, J. (2007). *Orienting to social stimuli differentiates social cognitive impairment in autism and schizophrenia*. *Neuropsychologia*, 45, 2580-2588
618. Schauer, G. (1976). *Emotional disturbance and giftedness*. *Gifted Child Quarterly*, 20, 471.
619. Schlesinger, H. S., & Meadow, K. P. (1972). *Sound and sign: Childhood deafness and mental health*. Berkley, CA: University of California Press.
620. Schullz, P., & Searleman, A. (2002). *Rigidity of thought and behaviour: 100 years of research*. *Generic, Social & General Psychology Monographs*, 128(2), 165 – 207.
621. Scott, K., & Carran, D. (1987). *The epidemiology and prevention of mental retardation*. *American Psychologist*, 42(8), 801-804.
622. Seligman, L. (1998). *Selecting treatments a comprehensive, systematic guide to treating mental disorders*. San Francisco, Jossey – Bass Publishers.

623. Seligman, M. (1971). *Phobias and preparedness*. *Behavior Therapy*, 2, 307-320.
624. Shashi, K., Bhatia, M., Subhash, C. Bhatia, M. (2007). *Childhood and adolescent depression*. *American Family Physician*, 75, (1), 73-80.
625. Shesell, I., & Reiff, H. (1999). *Experiences of adults with learning disabilities: Positive and negative impacts and outcomes*. *Learning Disabilities Quarterly*, 22, 305-316.
626. Shiner, R., & Marmorstein, N. (1998). *Family environments of adolescents with lifetime depression: associations with maternal depression history*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1152-1160.
627. Short, A., & Carpenter, P. (1998). *The treatment of sleep disorders in people with learning disabilities using light therapy*. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 2(2), 143-145.
628. Shukla, T., & Khoche, V. (1974). *A study of adjustment problems of mentally retarded children*. *Indian Journal of Mental Retardation*, 7(1), 4-13.
629. Simeon, J., Milin, R., & Walker, S. (2002). *A retrospective chart review of risperidone use in treatment resistant children and adolescents with psychiatric disorders*. *Prog-Neuropsychopharmacol, Biol, Psychiatry*, 26(2), 267-275.
630. Siperstein, G., & Leffert, J. (1997). *Comparison of socially accepted and rejected children with mental retardation*. *American Journal of Mental Retardation*, 101(4), 339-351.
631. Slavney, P., & Mchugh, P. (1974). *Hysterical personality: A controlled study*. *Archives of General Psychiatry*, 30, 325-329.
632. Smith, J., & Krjci, J. (1991). *Minorities join the majority: eating disturbances among Hispanic and native American Youth*. *International Journal of eating*.
633. Soloff, P. (1998). *Symptoms-oriented psychopharmacology for personality disorders*. *Journal practical*, 10, 20-23.
634. Solomon, Z. (1995). *The effect of prior stressful experience on coping with war trauma and captivity*. *Psychological Medicine* 25, 1289-1294.
635. Somers, V. (1994). *The influence of parental attitudes and social environment on the personality development of the adolescent blind*. *New York, American foundation for the blind*.
636. Sovner, R. (1986). *Limiting factors in the use of DSM-III with mentally retarded person's*. *Psychopharmacology Bulletin*, 22, 1054-1055.
637. Sperry, L. (1995). *Personality disorders in Sperry, & Carlson, I. (eds.), Psychopathology and psychotherapy from DSM-IV diagnosis to treatment (PP: 279-336), Washington D.C.*
638. Spreen, O. (1988). *Learning disabled children growing up A follow-up into Adulthood*. *New York. Oxford University Press*.
639. Stack, H., Haldipur, C., & Thompson, M. (1987). *Stressful life events and psychiatric hospitalization of mentally patients*. *American Journal of Psychiatry*, 144, 661-663.
640. Stahl, S. (2000). *Essential psychopharmacology, neuroscientific basis and practical applications*. *Cambridge, university Press*
641. Stein, M., Walker, J., Anderson, G. Hazen, A., Ross, C., & Eldridge, G. (1996). *Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample*. *American Journal of Psychiatry*, 153(2), 275-277.
642. Stein, M., Walker, J. & Forde, D. (2000). *Gender differences in susceptibility to posttraumatic stress disorder*. *Behavior Research and Therapy*, 38, 619-628.

643. Stephens, D., Atkinson, M., Day, D. (1975). Psychiatric morbidity in parents and siblings of schizophrenia and nonschizophrenics. *Br J Psychiatry*, 127(97).
644. Sternlicht, M. (1979). Fears of institutionalized mentally retarded adults. *Journal of Psychology*, 101, 67-74.
645. Stevens, S., Steele, C., Jntai, J., Kalnins, I., Bortolussi, J., & Biggar, W. (1996). Adolescents with physical disabilities: Some Psychosocial aspects of health. *Journal of adolescent health*, 19, 157-164.
646. Stewart, S., Geller, D., Jenike, M., Paula, D., Shaw, D., Mullin, B. (2004). Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative Review of the Literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 4-13.
647. Stores, G. (1992). Annotation: sleep studies in children with a mental handicap. *Journal of Child Psychology and psychiatry*, 33, 1303-1317.
648. Strauss, C. (1994). Overanxious disorder. In Ollendick, T., King, N., & Yule, W. (eds.), *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 187-206), New York, Plenum Press.
649. Strinsson, F., Dawson, D., Goldstein, R., Chou, S., Huand, B., Smith, S., Ruan, A., & Grant, S. (2008). Prevalence correlates, disability and comorbidity of DSM-IV narcissistic personality disorder. Results from the wave 2 national epidemiologic survey on Alcohol and related Condition. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 1033-1045.
650. Strong, S. (1998). Sentenced to care. *Nursing times*, 94, 26-29.
651. Sullivan, P., Neale, M., & Kendler, K. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *American Journal Psychiatry*, 157, 1552-1562.
652. Susan, A., & Daniel, D. (1975). Treatment of childhood encopresis: full cleanliness training. *Mental Retardation*, 13 (6), 14-16.
653. Sverd, J. (2003). Psychiatric disorders in individuals with pervasive developmental disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 9, 111-117.
654. Svetaz, M., Ireland, M., & Blum, R. (2000). Adolescents with learning disabilities: Risk and protective factors associated with emotional wellbeing: Findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of Adolescent Health*, 27, 340-348.
655. Swedo, S., Rapoport, J., Learnard, H., Lenane, M., Cheslow, D. (1989). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Archives of General Psychiatry*, 46, 335-341.
656. Swedo, S. (2002). Pediatric autoimmune neuropsychiatry disorders associated with streptococcal infection. *Molecular Psychiatry*, S24-S25.
657. Szechtman, H., & Woody, E. (2004). Obsessive-compulsive disorder as a disturbance of security motivation. *Psychological Review*, 111, 111-127.
658. Szymanski, L. (1988). Integrative approach to diagnosis of mental retardation disorders in retarded persons. In Stark, J., Menolascino, J., Albardli, A., & Gray, V. (eds.), *Mental retardation and mental health: classification diagnosis, treatment, service* (pp. 124-139). New York: Springer. Verlag.
659. Szymanski, L., & King, B. (1999). Practice Parameters for The Assessment And Treatment of Children, Adolescent And Adults With Mental Retardation And comorbid Mental Disorders. American Academy of a child And Adolescent Psychiatry working group on quality Issues. *Journal of The American Academy of Child And adolescents Psychiatry*, 38 (12), 55-315.
660. Szymanski, L., & Crocker, A. (1989). Mental retardation. In Kaplan, H., & Sadock, B. (eds.), *Comprehensive textbook of Psychiatry IV*. Baltimore: Williams & Wilkins.

661. Szymanski, L., & Wilska, M. (1997). *Mental retardation*. In Tasman, A., Kay, J., & Lieberman, J. (eds.), *Psychiatry*. Philadelphia, Saunders Company.
662. Tabandeh, H., Lockley, S., Skene, D., Bird, A. C., Arendt, J., & Defrance, R. (1995). *Disturbances of sleep in blindness*. *Investigative ophthalmology and Visual Science*, 36, S533.
663. Tasman, A., Kay, J., & Lieberman, J. (1997). *Psychiatry*. Philadelphia, W. B. Saunders Company.
664. Taylor, C., & Arnov, B. (1988). *The nature and treatment of anxiety disorders*. New York, Macmillan, Inc.
665. Thomas, A. (1997). *Hoarding :eccentricity or pathology :When to intervene?* *Journal of Gerontology Social Work*, 29(1), 45-55
666. Thompson, G., Gardner, E., & Di Vesta, F. (1959). *Educational Psychology*. New York, Appleton-Century -Crofts.
667. Thomson, L., Bogue, J., Humphreys, M., Owens, D., & Johnstone, E. (1997). *The state hospital survey : A description of psychiatric patient in conditions of special security in Scotland*. *Journal of Forensic Psychiatry*, 8, 263-284.
668. Tippy, J. (2006). *Utilizing the American fear survey schedule for children (Fss-Am), with gifted children*. PHD Unpublished, University of Alabama.
669. Tomb, A. (1995). *Psychiatry*. Baltimore, Williams & Wilkins.
670. Torgersen, S., Kringle, E., & Cramer, V. (2001). *The prevalence of personality disorders in a community sample*. *Archives of General Psychiatry*, 58(6), 590.
671. Trieschmann, R. (1980). *Spinal cord injuries: Psychological, social, and vocational adjustment*. Elmsford, NY: Pergamon.
672. Trieschmann, R. (1988). *Spinal cord injuries: Psychological, social, and vocational rehabilitation (2nd ed.)*. New York: Demos.
673. Tröster H, Brambring M, & van Der Burg J. (1995) *Sleep disorders in visually handicapped children in infancy and preschool age*. *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie [Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr]* 44 (2), 36-44.
674. Turner O., Windfuhr K., & Kapur N. (2007). *Suicide in deaf populations: a literature review*. *Annals Of General Psychiatry* 2007, Vol. 6, PP. 26.
675. Turner, R. & Beiser, M. (1990). *Major depression and depressive symptomatology among the physically disabled*. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 343-350.
676. Tyrer, P. (2004). *Personality Disorders*. *Medicine*, 32, 26-28.
677. Uhlig, G., Trotter, A., Gozali, J., Tesch, M. (1970). *Self-actualization in hospitalized disabled and non-hospitalized adults as measured by the personal orientation inventory*. *Psychology Aspects of Disability*, 17(2), 83-85.
678. Vallone, J. (2005). *Social problem solving in children with Down Syndrome*. PHD, University of California, Los Angeles
679. Van an Den, T., Didden, D., & Korzilius, H. (2009). *Effects of personality disorder and other variables on professionals' evaluation of treatment features in individuals with mild intellectual disabilities and severe behavior problems*. *Research in Developmental Disabilities* 30(3) 547-55.
680. Van De Wege, A., & Vandereycken, w. (1995). *Eating disorders and "blindness" in clinicians .special issues body experience*, *Eating Disorders : The Journal of Treatment and prevention*, 3, 187-191.
681. Vandenberg, B. (1993). *Fears of normal and retarded children*, *Psychological Reports*, 72(2), 473-474.
682. Vandereycken, W. (1986). *Anorexia nervosa and visual impairment*. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 545-548.
683. Viel, H. (1997). *A preliminary profile of neuropsychological deficits associated with major depression*. *J. Clin Exp Neuropsychol*, 19, 587-603.

684. Vernon , M. , & Miller, K. (2001). Linguistic in competence to stand trial : A unique condition in some deaf defendants . *Journal of Interpreting , Millennial Education* , 99-120.
685. Vernon, M. (1996). Deaf people and the criminal justice system . *A deaf American Monograph* , 46(149-153).
686. Vinnars, B., Barber, J., Noren, K., Gallop, R., & Weinryb R. (2005). Manualized supportive-expressive psychotherapy versus nonmanualized community-delivered psychodynamic therapy for patients with personality disorders: Bridging efficacy and effectiveness. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1933-190.
687. Vitiello, B., Spreat , S, Behar, D. (1989). Obsessive compulsive in mentally retarded patients. *Journal of Mental and Nervous Disease*, 177, 232-235
688. Vitousek , K., & Hollson , S. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 191-214.
689. Voelker , R., Goldsmith, M. (2002). Putting mental retardation and mental illness on health care professionals , *JAMA*, 288(4), 433-436.
690. Volkmar , F., Cohen , D. (1991). Comorbid association of autism and schizophrenia . *American Journal of Psychiatry* , 148, 1705-1707.
691. Wacker , H., Muhejans, R., Klein , K., Batlegay R. (1992). Identification of cases of anxiety disorders and affective disorders in the community according to ICD-10 by using the composite interactions diagnostic interview CIDI . *International of Journal of Methods in Psychiatric Research*, 2, 91-100.
692. Waldinger , R. (1990). *Psychiatry for medical students* , American Psychiatric Press.
693. Wallace , A., & Mcloughlin , J. (1975). *Learning disabilities : concepts and characteristics*. Ohio : Charles E, Merrill Publishing .
694. Wallander , J., Varni , J., Babani , L., Banis, H., Dehaan , C., & Wilcox , K. (1989). Disability parameters , chronic strain and adaptation of physically handicapped children and their mothers . *J of Pediatric Psychology*, 14, 23-42.
695. Walters , A. (2000). Suicidal behavior in children and adolescents with mental retardation . *Research in Developmental Disabilities*, 16 (2), 85-96.
696. Walters , A. Barrett, R. , Knapp , L., & Borden , M. (1995). Suicidal behavior in children and adolescents with mental retardation . *Research in developmental Disabilities* , 16(2), 85-96.
697. Walters , R. (1990). Suicidal behaviour in severely mentally handicapped patient . *Journal of Psychiatry* , 151, 444-446.
698. Waren , M., Rubenowitz , B., Runsen , I., Skoog , K., Wilhelmson , P. & Allebeck, P. (2002). Burden of illness and suicide in elderly people : case control study . *British Medical of Journal* , 8, 324.
699. Warfield, M., & Hauser-Cram, P. (1996). Child care needs, arrangements and satisfaction of mothers of children with developmental disabilities. *Mental Retardation* , 34(5), 294-302.
700. Weisse , D. (1990). Gifted adolescents and suicide . *The School Counselor* , 37, 351-358.
701. Weissman , M., & Klerman , G. (1993). Depression : recent research and clinical advances . In Klerman , G., & Weissman , M. (eds.), *New applications of interpersonal Psychological Therapy*, American Psychiatric Press, Inc
702. Weissman , M., & Myers , J. (1978). Affective disorders in A US urban community the use of research diagnostic criteria in an epidemiological survey . *Archives of General Psychiatry* , 35, 1304-1311.
703. Weller , C., & Strawser, S. (1981). Adaptive behavior of subtypes of learning disabled in individual . *The Journal of Special Education* , 21(1), 101.
704. Werry , J., & Wollersheim, J. (1991). Behavior therapy with children and adolescents a twenty -year overview , in Chess , S., & Hertzig , M. (eds.),

- Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development (PP.413-447), New York, Brunner/Mazel Publishers.*
705. Wever, C., & Rey, M. (1997). *Juvenile obsessive –compulsive disorder .Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 31, 105-113.*
706. Widiger, T., & Mullins- Swealt, S. (2008). *Personality disorders in psychiatry .New York, John Wiley.*
707. Wilhelm, J. (1989). *Fears and anxiety in low vision and totally blind children .Education of the Visually Handicapped XX, 163 -172.*
708. Williams, G., Lonnie, L., Sears, L., & Annamary, A. (2004). *Sleep problems in children with autism .Journal of Sleep Research, 13, 265-268*
709. Wincze, J., Steketee, G., & Frost, R. (2007) *Categorization in compulsive hoarding .Behaviour Research and Therapy, 45(1), 63 -72.*
710. Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy, New York, Pergaman Press.*
711. Wortman, C., & Silver, R. (1987). *Coping with irrevocable loss. In G. Vanden Bos & B. Bryant (Eds.), Cataclysms, crises, and catastrophes: Psychology in action (pp. 189–235). Washington, DC: American Psychological Association.*
712. Wozniak, J., & Biederman, J. (1997). *Mania in children with PDD. J An Acad Child Adolescent Psychiatry, 36, 1646-1647.*
713. Wrigh, B. (1960). *Physical disability :A psychological approach .New York :Harper and Row.*
714. Wright, G., Parker, J., Smarr, K., Schoenfield –Smith, K. (1996). *Risk factors for depression in rheumatoid arthritis .Arthritis and Research, 9, 264-272.*
715. Yalom, I. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy :New York: Basic Books, Inc.*
716. Zaidler, T., & Heimberg, R. (2003). *Non-pharmacologic treatments for social anxiety disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica (Suppl.), 72-84.*