



فعالية العلاج المعرفي السلوكي المعدل في التخفيف من أعراض اضطراب القلق لدى الشباب ذوي اضطراب طيف التوحد – دراسة حالة

أ.م.د | هدى أمين عبد العزيز أحمد
أستاذ علم النفس المساعد بمركز معوقات الطفولة – جامعة الأزهر
dr.hoda.amin@hotmail.com

تاريخ استقبال البحث: ٢٠٢١/١١/١١
تاريخ قبول النشر: ٢٠٢١/١٢/١٦

المستخلص :

هدف البحث إلى اختبار فعالية استخدام العلاج المعرفي السلوكي المعدل في التخفيف من حدة أعراض اضطراب القلق من خلال الدراسة الإكلينيكية لحالة شاب يبلغ من العمر (٢٠) عاما مصاب باضطراب طيف التوحد واضطراب القلق على مدى ثلاثة أشهر، تم تطبيق المعيار التشخيصي لإضطراب القلق العام في الصورة الخامسة للدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5)، ومقياس القلق لدى الشباب المصابين بالتوحد (ترجمة الباحثة)، وبرنامج العلاج المعرفي السلوكي المعدل وتكون البرنامج من (٢٤ جلسة/ خلال ١٢ أسبوع) بمعدل جلستين أسبوعيا للحالة ، وجلسة أسبوعية متزامنة للأم والأخت وتراوح زمن الجلسة (من ٤٠ إلى ٦٠ دقيقة).

وأشارت النتائج إلى انخفاض في أعراض القلق الاجتماعي، وتجنب المواقف الاجتماعية، وانخفاض في الاستجابة الفسيولوجية للقلق ، وكذلك في مظاهر القلق غير المحدد، وانعكس ذلك على جوانب الحياة المختلفة وظهر في زيادة التفاعل الاجتماعي، وممارسة أنشطة الحياة اليومية ، واتساع دائرة الاهتمامات، وأنشطة وقت الفراغ ، والمشاركة في الأنشطة الرياضية والاجتماعية، وانخفاض التعلق بالسلوكيات التكرارية ، والكلام التكراري ومشاعر الخوف.

كلمات مفتاحية: اضطراب طيف التوحد، العلاج المعرفي السلوكي المعدل، اضطراب القلق لدى الشباب ذوي اضطراب طيف التوحد، الراشدين ذوي اضطراب طيف التوحد، دراسة حالة.

مقدمة:

يعد اضطراب القلق واحد من أكثر مشكلات الصحة النفسية لدى الشباب المصابين بالتوحد، حيث يعاني الأفراد المصابون بالتوحد من حالات مرضية نفسية مصاحبة بما في ذلك القلق والاضطرابات العاطفية والسلوكية بما في ذلك الغضب والنوم المتقطع ومشكلات الأكل، ويمكن أن تؤدي الأمراض النفسية المصاحبة إلى مضاعفة الصعوبات في الأداء الاجتماعي والمهني، بالإضافة إلى اكتساب مهارات العيش المستقل.

ويمثل القلق تحديات فريدة للممارسين من خلال ظهور السلوكيات المشككة مثل القصور في المهارات الاجتماعية ومقاومة التغيير والسلوكيات المتكررة. علاوة على ذلك، يؤدي اضطراب طيف التوحد واضطراب القلق إلى توتر العلاقات الأسرية ويزيد من إجهاد الوالدين، وتشير الأبحاث إلى أن التفاعلات العصبية الحيوية بين القلق واضطراب طيف التوحد تتطلب مناهج تقييم شاملة ومعالجة سلوكية معرفية معدلة وتدخلات دوائية، وتشمل تحديات التقييم وجود أعراض التوحد الأساسية، مثل قصور التواصل الاجتماعي، واحتمال تداخل الأعراض، والمظاهر المتنوعة لبعض أعراض القلق والقيود المفروضة على التقرير الذاتي.

وتقييم الأفراد المصابين بالتوحد يتطلب النظر في العديد من العوامل على سبيل المثال، من المرجح أن يعاني الأفراد المصابون بالتوحد من قصور معرفي وقد يتواصلون بشكل غير لفظي ويجدون صعوبة في التعبير عن الخبرات الداخلية، مما قد يضعف القدرة على التعبير عن تجربته الداخلية مع القلق. والفكرة القائلة بأن بعض الأفراد المصابين بالتوحد قد يصابون باضطرابات القلق المتزامنة بالإضافة إلى اضطراب طيف التوحد الخاص بهم — هي فكرة جديدة نسبياً — قد يكون الحديث المحدود عن الاضطرابات النفسية المتزامنة في اضطراب طيف التوحد قبل تسعينيات القرن الماضي راجعاً جزئياً إلى الميل إلى التقليل من مشاكل الصحة النفسية المتزامنة و / أو عزوها إلى إعاقة أكثر بروزاً، ومع ذلك، تدعم الأبحاث الحديثة الآن وجود اضطرابات القلق (على سبيل المثال، اضطرابات القلق العام وقلق الانفصال والقلق الاجتماعي) في اضطراب طيف التوحد. ويعد دراسة أعراض التوحد والقلق وتحديد عوامل الخطر المرتبطة بتطور القلق في التوحد أولوية حاسمة نظراً للتأثير الهائل للقلق على نوعية الحياة. وترتبط المستويات المرتفعة من القلق بحدوث الاكتئاب والسلوكيات التخريبية والعوانية وإيذاء النفس والإجهاد الوالدي، وبدون التقييم والتشخيص الدقيق، من المرجح أن يستمر القلق والمشكلات المصاحبة له دون علاج ويزداد سوءاً مع مرور الوقت.

وهناك حاجة إلى التدخلات التي تعالج الأعراض المرتبطة بالقلق بين المصابين باضطراب طيف التوحد، وخاصة في مرحلة الشباب لأنهم على وشك العيش بشكل مستقل، والالتحاق بمؤسسات التعليم العالي و / أو دخول عالم العمل.

مشكلة البحث:

اضطراب طيف التوحد (ASD) من الاضطرابات العصبية النمائية، قد يصاحبه معدلات مرتفعة من المشكلات النفسية والجسدية المتزامنة (مثل مشاكل الجهاز الهضمي والنوم، اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، القلق، والاكتئاب) طوال العمر. (Forde et al, 2021, p. 2)
حوالي ٥٠٪ من الشباب المصابين بالتوحد يستوفون معايير تشخيص اضطراب القلق، مما يجعله أحد أكثر الحالات النفسية المصاحبة شيوعاً (Bradshaw et al, 2021)

علاوة على ذلك قد يتفاقم القلق بسبب أعراض التوحد، وهناك ارتباط ثنائي الاتجاه بين القصور في مهارات الإدراك الاجتماعي والقلق.

ومع ذلك ، فإن التركيز البحثي ونقطة تقديم التدخلات حتى الآن قد اقتصرت بشكل كبير على الطفولة المبكرة وسنوات المدرسة، وهناك ضرورة بحثية قوية للتدخلات القائمة على الأدلة التي تستهدف الشباب ، حيث يتعرض الشباب المصابون باضطراب طيف التوحد لخطر متزايد للإصابة بمشاكل الصحة النفسية ، والتي وُجد أنها من أقوى العوامل التي تنبئ بانخفاض نوعية الحياة وصعوبات في الأداء اليومي، تم تحديد الاكتئاب والقلق على أنهما جوهر اهتمامات جودة الحياة بين المراهقين والشباب المصابين بالتوحد ، خاصة مع الانتقال إلى مرحلة البلوغ وزيادة التوقعات بشأن الكفاءة الاجتماعية. (Bemmer et al, 2021, p.2)

وقد تكون مرحلة الشباب بالنسبة للأفراد المصابين بالتوحد فترة صعبة بشكل خاص ، وربما تمثل خطرًا متزايدًا لظهور أعراض القلق ، بسبب زيادة الوعي الذاتي بالاختلافات الاجتماعية ، والتوقعات الاجتماعية الأكثر تعقيدًا جنبًا إلى جنب مع العجز الاجتماعي الواضح ، ويعاني الشباب المصابون بالتوحد من مجموعة من اضطرابات القلق المختلفة ، وأكثرها شيوعًا هي الرهاب المحدد واضطراب القلق الاجتماعي واضطراب القلق العام واضطراب الوسواس القهري.

ومن المثير للاهتمام ، أن الشباب المصابين بالتوحد غالبًا ما يعانون من أعراض غير نمطية للقلق وفي كثير من الحالات يكون لديهم مستوى من التداخل مع أعراض اضطراب طيف التوحد. على سبيل المثال ، غالبًا ما يعاني الشباب المصابون باضطراب طيف التوحد من مستويات شديدة من القلق والضيق المرتبط بالتغيرات في روتينهم أو بيئتهم. وبالمثل ، قد يصاب الشباب بالقلق والانزعاج عندما تكون هناك حواجز أو عقبات تمنعهم من الانخراط في صورة نمطية من السلوك. ومن الشائع أيضًا أن يعاني المصابون بالتوحد من فرط الاستجابة الحسية ويصبحون قلقين بشكل خاص استجابةً للمستويات الطبيعية من المدخلات الحسية، وقد تُعزى أعراض القلق هذه إلى اضطراب القلق المتزامن وفي كثير من الحالات تميل إلى أعراض غير نمطية من القلق. (Johnco & Storch, 2015, p.1344)

(ونظرًا لأن الأشخاص المصابين بالتوحد لديهم طرق خاصة لمعالجة المعلومات، فهم أكثر عرضة للإصابة بالقلق والاكتئاب. (Gaus, 2011, p.23)

مظاهر وأسباب اضطراب القلق لدى المصابين بالتوحد:

إن مظاهر القلق التي تم توثيقها في التوحد كبير وغير متجانس، مثل المخاوف من التغيير، والمخاوف المحيطة بالاهتمامات المحددة، والرهاب غير المعتاد. وتباين هذه المظاهر بالإضافة إلى تداخل العديد من أعراض القلق والتوحد يشكل تحديات كبيرة لتأكيد وتصنيف أعراض القلق في التوحد، على سبيل المثال يمكن أن تكون تعبيرات القلق مثل الانسحاب الاجتماعي والسلوكيات الطقسية مشابهة ظاهريًا للقصور الاجتماعي الأساسي لاضطراب طيف التوحد مما يجعل التفرقة أمرًا صعبًا. وتؤثر السمات الشائعة في التوحد على التعبير عن أعراض القلق. على سبيل المثال ، قد لا يتمكن الأفراد المصابون باضطراب طيف التوحد والذين يتسمون بالحد الأدنى من الكلام ويعانون من إعاقة ذهنية متزامنة من الإبلاغ عن حالاتهم الداخلية وبدلاً من ذلك يظهرون القلق من خلال سلوكيات غير محددة (مثل التجنب والسلوك التخريبي والتوتر). وبالمثل ، فإن الصعوبات المرتبطة باضطراب طيف التوحد في الكشف عن المشاعر والعواطف الداخلية وفهمها والتعبير عنها والإبلاغ عنها شفهيًا قد تؤدي أيضًا إلى تغيير أعراض القلق لدى الأفراد الذين يتكلمون بطلاقة.

وقد تؤدي الحساسية المفرطة للمنبهات الحسية (مثل الضوضاء العالية) الشائعة في اضطراب طيف التوحد إلى النفور واستجابات القلق اللاحقة للمواقف التي لا تثير القلق في العادة (على سبيل المثال ، أصوات الإعلانات ، فرقة البالونات ، المكائن الكهربائية)، وقد تؤدي التجارب الحياتية الضارة أيضًا إلى زيادة خطر القلق لدى الأفراد المصابين بالتوحد على سبيل المثال ، كثيرًا ما يواجه الأفراد المصابون بالتوحد فرصًا محدودة للتعبير عن التفضيلات والقيام بالاختيارات ، ويكونون أكثر عرضة للتخوف ، ويظهرون احتياجات واسعة النطاق لم تتم تلبيتها طوال العمر من خلال الدعم الاجتماعي والنفسي والطبي، ولذلك يمكن أن تتغير أعراض القلق وتحجب بسبب تزامنها مع التوحد، الأهم من ذلك ، أنه لا يزال من غير الواضح ما إذا كان القلق في التوحد يعكس مظهرًا من مظاهر نفس العوامل المسببة التي تسبب أعراض التوحد الأساسية ، أو حالة متزامنة لا علاقة لها سببيًا ، أو نتيجة للتحديات التي يواجهها الأفراد المصابون بالتوحد في بيئتهم الاجتماعية ، أو مزيج من عوامل مختلفة.

(Postorino et al, 2017, p.2)

وترتبط اضطرابات القلق المتزامنة بصعوبات تتجاوز تلك التي تُعزى إلى التوحد نفسه ، بما في ذلك زيادة سلوك إيذاء النفس ، وأعراض الاكتئاب ، وصعوبات الجهاز الهضمي ، ونقص المهارات الاجتماعية ، والإجهاد الأسري ، وزيادة احتياجات الرعاية الصحية، ومن المرجح أن يصاب الشباب المصابون بالتوحد باضطرابات القلق للعديد من نفس الأسباب المعروفة للإصابة بالقلق مثل العمر حيث يبلغ القلق ذروته في مرحلة المراهقة ، ويتضاءل في مرحلة البلوغ ، ومستوى النمو ، والتاريخ العائلي للصعوبات النفسية والتكيف العائلي والعوامل الوراثية والاجتماعية والبيئية، وأحداث الحياة التراكمية السلبية مثل التنمر والرفض الاجتماعي، وصعوبات تنظيم العاطفة والإثارة، وقد يساهم نقص المهارات في ظهور اضطرابات القلق.

وقد يساهم قلق الوالدين في ظهور القلق، من خلال نمذجة سلوكيات الأبوة والأمومة التي تنتم بالقلق والافراط في الحماية أو التحكم المفرط، وقد ينتج القلق أيضًا عن عدم التوافق بين الاحتياجات وأنواع الدعم الموجودة في الحياة اليومية.

(Vasa et al, 2016, p.119)

ومن الممكن أن يكون لدى الأفراد ذوي القدرات المعرفية المرتفعة وعي أكبر بإعاقاتهم الاجتماعية والتكيفية ، مما يؤدي إلى زيادة القلق، فضلًا عن تأثير العوامل الوراثية؛ حيث تنجم اضطرابات القلق عن تفاعل بين التأثيرات الجينية والبيئية. حوالي ٦٠٪ من المصابين باضطراب القلق يعاني أحد الوالدين من اضطراب القلق، والعكس ٨٠٪ من الآباء القلقين سيكون لديهم طفل مصاب باضطراب القلق.

(Vasa et al, 2015, p.85-86)

تحديات تقييم اضطراب القلق لدى المصابين باضطراب طيف التوحد:

يمكن أن يكون قياس وتقييم اضطرابات القلق في التوحد معقدًا بسبب الإعاقات الاجتماعية المميزة لاضطراب طيف التوحد ، مثل القصور في التواصل والبصيرة والقدرة على التعرف على المشاعر أو الإعاقة الذهنية المتزامنة. نسبة عالية من الأفراد المصابين بالتوحد يعانون من إعاقة ذهنية متزامنة (معدل الذكاء أقل من ٧٠)، يرتبط معدل الذكاء المنخفض بضعف اللغة، وبالنسبة للأفراد الذين يتسمون بالحد الأدنى من الكلام ، يجب أن تعتمد عملية التشخيص على المعلومات التي تم جمعها من الآباء أو المعلمين أو مقدمي الرعاية الآخرين. ومع ذلك، فإن تقارير الوالدين أو المدرسين عن القلق لدى الأفراد

الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد هي أمر استنتاجي ، وبالتالي قد يببالغون أو يقللون من شأن وجود القلق، ومن الممكن أيضًا أن يسيء الأباء تفسير سمات اضطراب طيف التوحد على أنها قلق، وتظهر تحديات التقييم أيضًا مع الأفراد الذين يتحدثون بطلاقة، من الممكن أنه حتى الأفراد ذوي المهارات اللغوية المتوسطة قد لا يتمكنون من وصف حالاتهم العاطفية والداخلية (Postorino et al, 2017, p.3-4)، بالإضافة إلى تحديات التقييم ، يواجه المجال علاجات محدودة مثبتة لاستهداف القلق لدى الشباب المصابين بالتوحد (Vasa et al, 2016, p.116) وعلى الرغم من أن العلاج الدوائي باستخدام مثبطات امتصاص السيروتونين الانتقائية (SSRIs) هو علاج فعال للقلق لدى الشباب ذوي اضطراب طيف التوحد إلى أنه لا يوجد دليل حالي يدعم ذلك، كما أنه لا يُنصح بالعلاج الدوائي للقلق عند الشباب المصابين بالتوحد كتدخل من الدرجة الأولى.

(Johnco & Storch, 2015, p.1345; Postorino et al, 2017, p.5)

تشير الأبحاث إلى أن العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive behavior therapy) (CBT) أظهر فعالية قوية في علاج اضطرابات القلق لدى الشباب المصابين بالتوحد بغض النظر عما إذا كان العلاج يتم في شكل جماعي أو فردي، ولسوء الحظ ، أجريت معظم تجارب العلاج المعرفي السلوكي مع شباب متوسطي إلى عالي الأداء يعانون من اضطراب طيف التوحد ، ولديهم مهارات لفظية كافية. في حين أن النتائج واعدة بشكل كبير في هذه الفئة من السكان ، إلا أنه من غير الواضح ما إذا كان مناسبًا للشباب ذوي الأداء الفكري المنخفض.

وتهدف برامج العلاج المعرفي السلوكي المدعومة تجريبيًا والتي تم تكييفها خصيصًا للشباب المصابين بالتوحد والقلق إلى تعزيز مشاركة الشباب وتعميم مهارات العلاج المعرفي السلوكي عن طريق زيادة مشاركة الوالدين واستخدام استراتيجيات التدريس التفاعلية أو المرئية أو متعددة الوسائط ، ودمج الاهتمامات الخاصة في الجلسات. كما تم استخدام استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي التقليدية مع التدريب على المهارات الاجتماعية وتقنيات إدارة الوالدين لمعالجة أوجه القصور الأوسع التي من المحتمل أن تساهم في تفاقم القلق. (Postorino et al, 2017, p.4)

وهناك قاعدة متزايدة من الأبحاث حول العلاج المعرفي السلوكي (CBT) للأطفال المصابين بالتوحد واضطراب القلق المتزامن ولكن ركزت أبحاث أقل نسبيًا على الشباب، وعلاج الشباب المصابين باضطراب طيف التوحد واضطرابات القلق المتزامنة يجب أن تكون ملائمة من الناحية الارتقائية ؛ ويجب ان تتغلب على العوائق المرتبطة بالتوحد أمام استيعاب الشباب لإجراءات علاج القلق (على سبيل المثال ، إعادة الهيكلة المعرفية وعلاج التعرض).

ووجدت دراسات عديدة أن القلق الاجتماعي والتجنب السلوكي أكثر وضوحًا بين الشباب المصابين باضطراب طيف التوحد عالي الأداء. حيث يمكنهم ملاحظة وفهم مهاراتهم الاجتماعية المحدودة في مرحلة المراهقة المبكرة ، وبالتالي زيادة احتمالية الوعي الذاتي في مثل هذه المواقف ، مما يؤدي إلى الانسحاب السلوكي ومظاهر القلق الخارجية الأخرى.

و يرتبط القلق المرضي بضعف وظيفي كبير لدى الشباب المصابين باضطراب طيف التوحد على سبيل المثال ، ترتبط المستويات الأعلى من القلق بضعف أكبر في الاستجابة الاجتماعية والمهارات الاجتماعية ، حيث يؤدي القلق إلى تعزيز التجنب الاجتماعي ، مما يمنع فرص تنمية العلاقات لذلك من الممكن أن

يؤثر علاج القلق بشكل إيجابي على الضعف الوظيفي وشدة أعراض التوحد الأساسية. (Wood et al, 2015, p.2)

في الآونة الأخيرة ، اقترحت الأبحاث العديد من العلاجات السلوكية الجديدة لاضطراب طيف التوحد والقلق المرضي التي تتجاوز برامج العلاج المعرفي السلوكي التقليدية. على سبيل المثال ، التدريب على المهارات الاجتماعية ، الذي لا يستهدف بشكل صريح أعراض القلق ، أظهر أنه يقلل بشكل كبير من القلق الاجتماعي وبالمثل، فإن العلاجات التي تهدف إلى تحسين الوظيفة التنفيذية (مثل المرونة وتنظيم العاطفة) تحسن أعراض القلق، كما أظهرت العلاجات القائمة على اليقظة نتائج واعدة لتقليل القلق لدى الشباب المصابين باضطراب طيف التوحد. (Postorino et al, 2017, p.5)

وبغض النظر عما إذا كان الممارسون يستخدمون علاجًا معياريًا للعلاج المعرفي السلوكي، أو علاجًا مكيّفًا ، فهناك بعض المشكلات السريرية الرئيسية التي غالبًا ما تتطلب الاهتمام عند العمل مع الشباب في الطيف، قد يحتاج الأمر إلى إجراء تعديلات لبناء نقاط القوة لدى الشاب و / أو تعويض العجز المرتبط بالتوحد، وفي حالات الشباب ذوي الأداء المنخفض قد نحتاج إلى دمج أهداف علاجية إضافية لمعالجة أعراض التوحد التي من المحتمل أن تؤثر على الاستجابة للعلاج. على سبيل المثال ، يعاني العديد من الشباب المصابين بالتوحد من صعوبات في المهارات اللفظية والتفكير المجرد ، وهي المهارات التي غالبًا ما تُستخدم في العلاج المعرفي السلوكي لذلك من المهم تكرار الأفكار داخل العلاج ، بالإضافة إلى دمج المزيد من الأمثلة الملموسة والمرئية مثل الصور والرسومات والألعاب والدمى وأوراق العمل المكتوبة والتركيز على الصور والرسم.

كما أن دمج الاهتمامات الخاصة للشباب قد يساعد بشكل كبير في تسهيل المشاركة في العلاج، بالإضافة إلى التركيز على أوجه القصور في المهارات الاجتماعية؛ حيث يعد نقص المهارات الاجتماعية أحد السمات الأساسية للقلق لدى الشباب المصابين بالتوحد ، وغالبًا ما يُقترح أن نقص المهارات الاجتماعية قد يؤدي إلى تفاقم القلق، خاصة في سياق التجارب المتكررة لمهارات اجتماعية غير مناسبة أو ضعيفة مما يؤدي إلى محاولات فاشلة للانخراط مع الآخرين أو مواجهة ردود فعل سلبية.

وتكمن العديد من الاختلافات الرئيسية بين استخدام العلاج المعرفي السلوكي المعياري وبروتوكولات العلاج الخاصة بالتوحد في إضافة مكونات علاج التدريب على المهارات الاجتماعية، ويظهر الشباب المصابون بالتوحد في كثير من الأحيان عجزًا في مهارات الحياة اليومية ، بما في ذلك المهارات الشخصية (ارتداء الملابس ، والاستحمام) والمهارات الوظيفية في المنزل (التنظيف ، ووضع الأشياء بعيدًا)، والمهارات الخاصة بمرحلة البلوغ و تتضمن بعض بروتوكولات العلاج المعرفي السلوكي للشباب المصابين بالتوحد تدخلًا مباشرًا لمعالجة أوجه القصور في مهارات الحياة اليومية المستقلة.

(Johnco & Storch, 2015, p.1346)

وهناك حاجة إلى مزيد من البحث التجريبي لدراسة أعراض القلق غير النمطية، والروابط السببية بين التوحد وخصائص القلق، من أجل تحديد أهداف العلاج وتطوير برامج التدخل الفردية، والتحقق من مقبولية وفعالية مجموعة من تدخلات العلاج المعرفي السلوكي المعدل للشباب المصابين بالتوحد والأمراض النفسية المصاحبة. (Uljarevic, Nuske & Vivanti, 2016, p. 32)

وقد ظهرت مشكلة البحث لدى أحد الحالات المترددة على العيادة التخصصية لمركز معوقات الطفولة - جامعة الأزهر، وهي حالة لشاب مصاب باضطراب طيف التوحد البسيط واضطراب القلق، وهو ما دفع

الباحثة إلى الإطلاع على الأبحاث والدراسات التي تمت في هذا المجال، ومحاولة الاستفادة منها في وضع أهداف البرنامج المعرفي السلوكي المعدل بهدف التخفيف من أعراض اضطراب القلق لدى الحالة، وبذلك تتحدد مشكلة البحث في الإجابة على التساؤلات التالية:

١. ما مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي المعدل في التخفيف من أعراض اضطراب القلق لدى شاب مصاب باضطراب طيف التوحد؟
٢. هل تستمر فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي المعدل في التخفيف من حدة أعراض اضطراب القلق خلال فترة المتابعة؟

أهداف البحث :

١. يهدف البحث إلى الدراسة الإكلينيكية لحالة شاب مصاب باضطراب طيف التوحد واضطراب القلق على مدى ثلاثة أشهر.
٢. اختبار فعالية استخدام برنامج العلاج المعرفي السلوكي المعدل في التخفيف من حدة أعراض اضطراب القلق لدى مصاب باضطراب طيف التوحد واضطراب القلق المصاحب.
٣. تحفيز إجراء المزيد من الأبحاث عن العلاج المعرفي السلوكي المعدل ودوره في التخفيف من حدة الاضطرابات النفسية لدى الشباب المصابين باضطراب طيف التوحد.
٤. إمداد العاملين في المجال النفسي بالمعلومات اللازمة عن أعراض اضطراب القلق لدى الشباب المصابين باضطراب طيف التوحد لإمكانية الكشف والتدخل المبكر لمثل هذه الحالات.

أهمية البحث:

أولاً: الأهمية النظرية

١. يهتم البحث بالشباب ذوي اضطراب طيف التوحد، وهي فئة يتزايد الاهتمام بها نظراً لزيادة نسبة انتشار الإصابة باضطراب طيف التوحد في كل دول العالم.
٢. قد يؤدي البحث في اضطرابات القلق لدى الشباب المصابين باضطراب طيف التوحد إلى تحسين الاكتشاف والتشخيص والتي قد يساء فهمها على أنها تفاقم أعراض اضطراب التوحد وقد يؤدي مثل هذا النهج إلى تصميم برامج وقاية فعالة.
٣. يعد هذا البحث من الأبحاث المصرية التي تتناول اضطرابات القلق لدى الشباب ذوي اضطراب طيف التوحد، ويقوم على تقييم فعالية أحد الأساليب العلاجية في التقليل من حدة أعراض القلق.
٤. كما يمثل هذا البحث بما يحتويه من أطار نظري ودراسات سابقة ومقاييس اسهاما من الناحية النظرية يمكن ان يستفيد منها الباحثون في إجراء المزيد من الدراسات في مجال الاضطرابات النفسية لدى المصابين بذوي اضطراب طيف التوحد.
٥. تحديد أولويات الأبحاث المستقبلية.

ثانياً: الأهمية التطبيقية

١. الحصول على بيانات علمية وما يمكن أن يترتب عليها من أخذ تدابير الوقاية والعلاج.
٢. قد تتم الاستعانة بالمقياس الذي ترجمته الباحثة في بحوث ودراسات أخرى.
٣. قد تسهم نتائج البحث الحالي في وضع البرامج التدريبية والإرشادية المبكرة للوالدين لكيفية التعامل مع نوبات القلق وتعزيز الصحة النفسية لأبنائهم من ذوي اضطراب طيف التوحد.
٤. يقدم البحث مجموعة من التوصيات التي قد تساعد في برامج الوقاية والتدخل.

مصطلحات البحث:

العلاج المعرفي السلوكي المعدل (MCBT): Modified cognitive Behavior Therapy (MCBT) العلاج المعرفي السلوكي هو أحد أشكال العلاج النفسي، يهدف في المقام الأول إلى مساعدة الأفراد على ملاحظة وفهم كيف تترابط أفكارهم وسلوكياتهم وعواطفهم ، وتطوير طرق جديدة للتفكير والتكيف، وهو نهج قصير المدى موجه نحو تشجيع الأفراد على تحديد أهداف محددة قابلة للقياس يرغبون في العمل عليها من أجل تحقيق الحد من الأعراض. (Spain et al, 2015, p.152)

وهو علاج فعال للأطفال والشباب الذين يعانون من اضطرابات القلق واضطراب طيف التوحد عالي الأداء، بعد إدخال بعض التعديلات لتسهيل فهم المفاهيم المعرفية والعاطفية، ويمكن إدارة بروتوكولات العلاج المعرفي السلوكي المعدل في شكل فردي أو جماعي وغالبًا ما يتضمن مشاركة الوالدين ويتضمن العديد من المكونات ، بما في ذلك التعليم العاطفي ، وإعادة الهيكلة المعرفية ، والحد من سلوكيات التجنب ، والاسترخاء ، والنمذجة ، والتعرض للمثيرات المخيفة (مع منع الاستجابة)، ويمكن لبعض الشباب الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد عالي الأداء فهم المفاهيم المعرفية الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي وبالتالي قد يستجيبون لكل من العناصر المعرفية والسلوكية. (Vasa et al, 2016, p.119)

اضطراب القلق العام : Generalized Anxiety Disorder

هو أحد الاضطرابات التي تقع تحت فئة اضطرابات القلق في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، وتشمل الأعراض القلق الشديد والمستمر بخصوص موضوعات مختلفة ، ويكون الفرد لديه صعوبة في التحكم، بالإضافة إلى الأعراض الفسيولوجية مثل عدم الراحة والتهديد والشعور بالتعب وصعوبة التركيز، وسهولة الإثارة والشد العضلي واضطراب النوم (DSM,2013) ويصاب من ٥-٨ ٪ من البالغين باضطراب القلق العام ، وتشمل الأعراض ضعف الحالة الصحية والنفسية ، والرضا عن الحياة ، وانخفاض إنتاجية العمل، يعد كل من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي تدخلات لعلاج اضطراب القلق العام. (Miller et al, 2021)

اضطراب طيف التوحد: Autism Spectrum Disorder

من الاضطرابات العصبية الارتقائية ويتسم بقصور في التواصل والتفاعل الاجتماعي وسلوكيات تكرارية نمطية ومحدودية في الأنشطة والاهتمامات المتكررة و / أو السلوكيات الحسية التي تبدأ في وقت مبكر من الحياة ، وتختلف شدة الأعراض والقدرات اللفظية والمعرفية والأداء التكيفي بشكل كبير بين الأفراد في اضطراب طيف التوحد وحتى داخل الفرد بمرور الوقت، وقد يصاحبه معدلات مرتفعة من المشكلات الجسدية والنفسية المتزامنة (مثل مشاكل الجهاز الهضمي والنوم ، اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ، القلق ، والاكتئاب) طوال العمر. (Lord et al, 2020, p. 2)

دراسات سابقة :

يمكن استعراض الدراسات السابقة تحت محورين:

المحور الأول: دراسات تناولت اضطراب القلق لدى الشباب ذوي اضطراب طيف التوحد

تناول (Kerns et al,2015) فحص الارتباطات بين اضطرابات القلق المرضية والصعوبات التي تُعزى عادةً إلى اضطراب طيف التوحد بما في ذلك إيذاء النفس ، وأعراض الاكتئاب ، والتواصل

الوظيفي ، ونقص المهارات الاجتماعية ، وضغوط الوالدين ، في عينة من الشباب المصابون باضطراب طيف التوحد. تسعة وخمسون مشاركًا يتكلمون بطلاقة (العمر الزمني من ٧-١٧ عامًا) تم تشخيصهم بالتوحد وأكمل أبائهم مقابلات تشخيصية شبه منظمة لتأكيد تشخيص اضطراب طيف التوحد وتقييم اضطرابات القلق. أكمل الآباء استبيانات حول السلوك والمهارات الاجتماعية بالإضافة إلى الإجهاد الوالدي. وأشارت النتائج إلى ارتباط اضطرابات القلق المصاحبة مع سلوك إيذاء الذات، وأعراض الاكتئاب ، والإجهاد الوالدي، وتدعم النتائج وجود اضطرابات القلق لدى الشباب المصابين باضطراب طيف التوحد، على الرغم من الحاجة إلى مزيد من البحث لتحديد اتجاه هذه الارتباطات.

وناقش (Kerns et al,2016) تشخيص اضطرابات القلق لدى الشباب من ذوي اضطراب طيف التوحد من ذوي القدرات المعرفية المرتفعة، وتحديات تشخيص القلق لدى المصابين باضطراب طيف التوحد والإعاقة العقلية حيث يصعب اكتشاف القلق عندما تكون القدرات اللغوية منخفضة.

وتناول (Spain et al, 2016) أعراض القلق الاجتماعي لدى الشباب الذكور المصابين بالتوحد، وبحث الأعراض السلوكية والمعرفية والعاطفية التي تم الإبلاغ عنها ذاتيًا للقلق الاجتماعي لدى (٥٠) من الشباب الذكور المصابين بالتوحد. كما تم فحص الارتباطات بين القلق الاجتماعي وأعراض اضطراب طيف التوحد الأساسية وجوانب الأداء النفسي العصبي. وأيدت النتائج وجود القلق الاجتماعي في (٥٢٪) من الشباب المصابين بالتوحد، وخاصة الذين لا يعانون من إعاقة عقلية مصاحبة، والذين من المحتمل أن يكونوا أكثر عرضة لمواجهة المواقف المثيرة للقلق في سياق العمل أو العيش المستقل، كما أكدت النتائج على عدم وجود علاقة بين أعراض القلق الاجتماعي وشدة أعراض التوحد ؛ حيث تشير نتائج الدراسة إلى أن شدة القلق الاجتماعي ليست مجرد انعكاس لشدة أعراض التوحد.

وأهتم (Postorino et al, 2017) بتجميع ومناقشة أحدث الأبحاث حول اضطرابات القلق واضطراب الوسواس القهري لدى الأفراد المصابين باضطراب طيف التوحد و تحديات التقييم. علاوة على ذلك ، تمت مناقشة الآثار المترتبة على العلاج والتوجهات المستقبلية. وتشير النتائج إلى أن اضطرابات القلق والوسواس القهري منتشران بشكل كبير في الأفراد المصابين بالتوحد. ومع ذلك ، فإن التداخل الكبير لسمات التوحد وأعراض القلق و الوسواس القهري يجعل التشخيص الفارق لهذه الاضطرابات صعبًا بشكل خاص. وهذه الدراسة من الدراسات التي أكدت على أن الأفراد المصابين بالتوحد معرضون بشكل كبير لخطر الإصابة باضطرابات القلق والتي يمكن أن تزيد من شدة الاعراض وتزيد من المشكلات السلوكية.

وقام (Hollocks et al,2019) بمراجعة منهجية لمعدلات القلق والاكتئاب لدى الشباب المصابين بالتوحد وتأثير عوامل مثل أساليب التقييم ووجود تشخيص الإعاقة العقلية على معدلات الانتشار المقدر. حددت عمليات البحث في قاعدة البيانات الإلكترونية الدراسات المنشورة بين (يناير ٢٠٠٠ وسبتمبر ٢٠١٧) ، ووجد أن هناك (٣٥) دراسة ، بما في ذلك (٣٠) دراسة لقياس القلق و (٢٩) دراسة تقيس الاكتئاب، وكشفت النتائج أن استخدام الاستبيانات في التقييم، ووجود الإعاقة العقلية لدى ذوي التوحد قد يؤثر بشكل كبير على تقديرات الانتشار. والدراسات الحالية بها درجة عالية من عدم التجانس في طريقة الدراسة والاعتماد المفرط على العينات السريرية، لذلك هناك حاجة لتحديد عينات جيدة التوصيف وإدراجها لتقليل عدم التجانس والتحيز في تقديرات انتشار القلق لدى الشباب المصابين بالتوحد.

وتناولت المراجعة التي قاما بها (Zaboski & Storch, 2018) التداخل بين الأعراض الأساسية لاضطراب طيف التوحد والقلق، فقد يعاني الأفراد المصابون باضطراب طيف التوحد من تأخر معرفي ومشكلات في التعبير عن النفس مما قد يعقد عملية التقييم لذلك ينصح بشدة اتباع منهج متعدد الأساليب لتقييم القلق المصاحب. وناقشت المراجعة التعديلات على العلاج المعرفي السلوكي (CBT) ليتناسب مع المصابين باضطراب طيف التوحد و اضطراب القلق ، والمكونات المهمة والتي تشمل التنقيف النفسي والتعرض المتدرج للمثيرات المخيفة وإعادة الهيكلة المعرفية من خلال مساعدة المرضى على التعرف على العلاقة بين الأفكار والمشاعر وهو تدخل فعال إذا تم وفقا للمستوى الارتقائي والمعرفي.

تعقيب على المحور الأول:

- أكدت الدراسات على وجود اضطرابات القلق لدى الشباب ذوي اضطراب طيف التوحد، وخاصة لدى الذين لا يعانون من الإعاقة العقلية.
- أشارت الدراسات إلى صعوبة تقييم اضطراب القلق وصعوبة التشخيص الفارق نظرا لتداخل أعراض التوحد وأعراض اضطراب القلق، كما ظهرت تحديات تشخيص اضطراب القلق لدى المصابين باضطراب طيف التوحد والإعاقة العقلية.

المحور الثاني: دراسات تناولت فعالية العلاج المعرفي السلوكي لعلاج اضطرابات القلق لدى الشباب ذوي اضطراب طيف التوحد

حيث تناول (Reaven et al,2012) العلاج المعرفي السلوكي لعلاج الشباب المصابين باضطراب طيف التوحد من ذوي المستوى الوظيفي المرتفع والمصابين باضطراب القلق المرضي، كان الهدف من هذه الدراسة هو تطوير برنامج العلاج المعرفي السلوكي المصمم للأطفال في سن المدرسة ليناسب الشباب ؛ وتكونت العينة من أربعة وعشرون شابًا ، تتراوح أعمارهم بين (١٣ و ١٨ عامًا) ، وأشارت النتائج إلى انخفاض كبير في شدة القلق، مع الحفاظ على معدلات منخفضة من القلق في متابعة لمدة ثلاثة أشهر. وهو ما يشير إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي المعدل للشباب الذين يعانون من التوحد البسيط في تقليل أعراض اضطراب القلق.

وأهتم (Johnco & Storch, 2015) بتسليط الضوء على بعض التطورات الحديثة والأكثر أهمية في علاج اضطرابات القلق لدى الأطفال والشباب المصابين بالتوحد والعوامل الدوائية لعلاج القلق بين الشباب المصابين بالتوحد والقلق المرضي المشترك.

وفي مراجعة منهجية قام بها (Spain et al, 2015) لتجميع البيانات المنشورة حول فعالية تدخلات العلاج المعرفي السلوكي للشباب المصابين بالتوحد والأمراض النفسية المصاحبة. وجد أن تدخلات العلاج المعرفي السلوكي - بما في ذلك الأساليب السلوكية والمعرفية والقائمة على اليقظة - كانت علاجات فعالة إلى حد ما لأعراض القلق، على الرغم من أن أحجام العينات كانت صغيرة ، وتنوعت خصائص المشاركين على نطاق واسع، وصفت العديد من الدراسات التعديلات التي أدخلت على العلاج المعرفي السلوكي المعياري بما في ذلك زيادة عدد الجلسات ، أو استيعاب خصائص التوحد الأساسية.

وناقش (Wood et al,2015) فعالية العلاج المعرفي السلوكي للشباب المصابين باضطراب طيف التوحد واضطراب القلق على عينة تجريبية من ثلاثة وثلاثين مراهقًا تراوح العمر الزمني بين (١١-١٥ عامًا) خضعوا لـ (١٦) جلسة من العلاج المعرفي السلوكي في مقابل عينة ضابطة . وركز برنامج العلاج المعرفي السلوكي على التعرض ، ومواجهة المعتقدات غير المنطقية ، والدعم السلوكي الذي

يقدمه مقدمو الرعاية ، بالإضافة إلى العديد من عناصر العلاج الخاصة بالتوحد. وأكدت النتائج على تفوق مجموعة العلاج المعرفي السلوكي على المجموعة الضابطة على درجات مقياس تقييم القلق، كما أشارت بيانات تقرير الوالدين إلى وجود تأثير علاجي إيجابي للعلاج المعرفي السلوكي على تحسن مهارات التكيف، وتقليل شدة أعراض التوحد. وهذه الدراسة من الدراسات التي أكدت على فعالية العلاج المعرفي السلوكي بشكل فردي مع دعم الوالدين على التخفيف من شدة الأعراض السلوكية للتوحد وانخفاض معدل القلق كما أكدت النتائج على أهمية الاستعانة بتقارير الآباء.

وتناولت المراجعة التي قاما بها (South & Rodgers, 2017) بعض المتغيرات التي تنتج بشدة حدوث القلق في عينات المصابين بالتوحد ، وهي الوظيفة الحسية اللانمطية في معايير التشخيص لاضطراب طيف التوحد، والتي من المحتمل أن تكون مساهماً مهماً في القلق، و الصعوبات في فهم العواطف ووصفها (alexithymia) (ألكسيثيميا) ، والتي يمكن أن تؤدي إلى الارتباك بشأن كيفية الاستجابة للمواقف الاجتماعية والعاطفية. فضلاً عن ما يعرف باسم

(Intolerance of uncertainty (IU))، الذي يصف الأشخاص الذين يواجهون صعوبة خاصة في

فهم وتحمل الغموض والمعروف أنها تكمن وراء بعض اضطرابات القلق. وناقش البحث دور هذه المتغيرات كوسيط حاسم لحدوث القلق لدى ذوي التوحد.

وقام (White et al, 2018) بمراجعة الأدبيات المتعلقة بعلاجات القلق والاكنتاب لدى الشباب والراشدين المصابين بالتوحد ووجدوا أنه بالنسبة للقلق ، كان العلاج المعرفي السلوكي هو العلاج الأكثر شيوعاً في البحث واقترح تعديل العلاج بشكل متكرر، تضمنت أمثلة التعديلات: زيادة الاعتماد على الوالدين لدعم العلاج ، ووتيرة أبطأ للعلاج ، واستخدام الوسائل البصرية.

وناقش (Ramirez et al, 2020) العلاج المعرفي السلوكي كعلاج نموذجي لاضطرابات القلق بين الشباب والراشدين العاديين، ويظهر فعالية مماثلة بين الشباب المصابين بالتوحد عالي الأداء، تستخدم العديد من تدخلات العلاج المعرفي السلوكي نهج علاج "الحزمة الكاملة" لعلاج القلق المتزامن عند الشباب المصابين بالتوحد. وغالباً ما يكون تقديم الخدمة هذه مكلفة وغير عملية ، وتعتبر هذه الورقة فعالية العلاج المعرفي السلوكي بمساعدة الوالدين باعتبارهم الخط الأول من العلاج. تكونت العينة من (١٢٠) شاباً (تتراوح أعمارهم بين ٤ و ١٤ عاماً) مع تشخيص سابق لاضطراب التوحد والقلق المصاحب ، وأكد البحث على المزايا المتعددة لهذا الأسلوب العلاجي ومنها المساعدة في توفير رعاية شخصية ، وتقليل تكاليف العلاج في العيادات التي تحتوي على قوائم انتظار طويلة، وإمكانية استخدامه في المناطق الريفية التي بها عدد محدود من المعالجين المدربين.

وتناول (Ainsworth et al, 2020) القلق عند الشباب المصابين بالتوحد: وجهات نظر الممارسين للعلاج المعرفي السلوكي. حيث أجريت مقابلات مع ثمانية ممارسين (٦ علماء نفس إكلينيكي ، استشاري في علم النفس الإكلينيكي وممرض ممارس) الذين يعملون مع الشباب المصابين بالتوحد والقلق المصاحب. وخرجت النتائج إلى ضرورة تعديل مقاييس القلق التي تستخدم لتقييم القلق عند هذه الفئة، وحاجة الممارسون إلى التفكير بشكل مبتكر من أجل تقديم أفضل خدمة للشباب المصابين بالتوحد والقلق. ومن التعديلات التي اقترحها الممارسون تكييف الأسلوب العلاجي لكل فرد، وتباطؤ وتيرة العلاج، وغالباً ما كانت هذه التعديلات خاصة بخصائص التوحد ، على سبيل المثال استخدام عدد أقل من الاستعارات ولغة أقل غموضاً ، والتركيز أكثر على الجوانب السلوكية للعلاج بدلاً من المكونات المعرفية.

وتناول (Bemmer et al,2021) العلاج المعرفي السلوكي المعدل للقلق الاجتماعي والأداء الاجتماعي لدى الشباب المصابين باضطراب طيف التوحد ، و كان الهدف من هذه الدراسة هو تقييم الفائدة المحتملة ، والتحمل ، والمقبولية لتدخل العلاج المعرفي السلوكي الجماعي في الشباب المصابين بالتوحد؛ حيث أكملت عشر مجموعات من المشاركين تدخلاً للعلاج المعرفي السلوكي الجماعي مدته ثمانية أسابيع ، واستهدف كل من القلق الاجتماعي والأداء الاجتماعي ، والذي تضمن التدريب على المهارات الاجتماعية ومهام التعرض. وتكونت العينة من ثمانية وسبعين مراهقاً وشاباً مصاباً باضطراب طيف التوحد ، دون إعاقة عقلية ، تتراوح أعمارهم بين (١٦ و ٣٨) عاماً و تم قياس القلق الاجتماعي والأداء الاجتماعي والمزاج قبل التدخل وبعده من خلال استبيانات التقرير الذاتي وأظهرت النتائج تحسن على جميع المقاييس استجابة للتدخل، وانخفاض أعراض القلق الاجتماعي، وتحسن مجالات محددة من الأداء الاجتماعي بعد التدخل، لا سيما في الدوافع الاجتماعية والسلوكيات المتكررة ، كما تحسنت الأعراض المبلغ عنها ذاتياً والحالة المزاجية .

تعقيب على المحور الثاني:

- أشارت الدراسات إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي المعدل للشباب الذين يعانون من التوحد البسيط في التخفيف من أعراض اضطراب القلق.
 - تناولت مجموعة من الدراسات التعديلات التي يجب ادخالها على العلاج المعرفي السلوكي ليتناسب وطبيعة اضطراب طيف التوحد.
 - وأهتت الدراسات يبحث المتغيرات التي تنتبأ بحدوث اضطراب القلق لدى المصابين بالتوحد، حيث وجد أن المشكلات الحسية وصعوبة فهم العواطف، وعدم القدرة على فهم وتحمل الغموض تكمن وراء حدوث بعض اضطرابات القلق لدى المصابين باضطراب طيف التوحد.
- تعقيب عام على الدراسات السابقة:

- هناك عدد من الدراسات قامت على منهج (دراسة الحالة) مما يشير الى الحاجة الى الدراسة الإكلينيكية العميقة للحالات التي تعاني من هذا الاضطراب، مع الأخذ في الاعتبار صعوبة تعميم النتائج.
- التأكيد على فعالية العلاج المعرفي السلوكي المعدل في علاج اضطراب القلق وغيره من الاضطرابات النفسية المصاحبة لاضطراب طيف التوحد في مرحلة الشباب.
- قلة عدد الدراسات العربية التي تناولت اضطراب القلق لدى الشباب المصابين باضطراب طيف التوحد ، ولا تزال هناك حاجة الى دراسات منهجية معاصرة تقوم على عينات كبيرة وتتناول ذوي اضطراب التوحد الشديد) الذين غالباً ما يعانون من إعاقة عقلية مصاحبة، وصعوبات في التواصل اللفظي)، وبحث الاساليب العلاجية المناسبة.

أوجه الإستفادة من الدراسات السابقة:

١. إستفاد البحث الحالي من الإطار النظري والدراسات السابقة في تحديد مشكلة البحث وصياغة أسئلة البحث وفقاً للتوصيات التي أدرجت عن فعالية العلاج المعرفي السلوكي المعدل في تقليل حدة أعراض اضطراب القلق لدى ذوي اضطراب طيف التوحد .
٢. كما تمت الإستفادة من الدراسات السابقة في تحديد منهج البحث، وصياغة فروض البحث.
٣. الإستفادة من توصيات الدراسات السابقة في تحديد أهداف جلسات البرنامج، واختيار الفنيات المناسبة، وإدارة جلسات البرنامج.

٤. تمت مناقشة نتائج البحث في ضوء ما توصلت له نتائج الدراسات السابقة. ويحاول البحث الحالي تطبيق معظم التعديلات التي أوصت بها عدد من الدراسات السابقة على برنامج العلاج المعرفي السلوكي، وادخال فنيات جديدة مثل المحادثات المصورة الهزلية، واختبار فعاليتها في التخفيف من أعراض القلق لدى شاب مصاب باضطراب طيف التوحد.

فروض البحث : يدور البحث حول اختبار صحة الفروض التالية :

١. تنخفض حدة أعراض اضطراب القلق (القلق الاجتماعي - الاستجابة الفسيولوجية للقلق - والقلق غير المحدد - والدرجة الكلية) على مقياس القلق لدى شاب مصاب باضطراب طيف التوحد في القياس البعدي.
٢. تستمر فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي المعدل في التخفيف من حدة أعراض اضطراب القلق خلال فترة المتابعة.

منهج البحث: يقوم البحث الحالي على المنهج الإكلينيكي (الدراسة العميقة للحالة الفردية)

بيانات عن الحالة والتاريخ التطوري :

الحالة (ح) شاب مصاب باضطراب التوحد يبلغ من العمر (٢٠) عاماً، تم تشخيصه في العام الرابع من عمره باضطراب التوحد ذو المستوى الوظيفي المرتفع (توحد بسيط) وفقاً لتشخيص الطبيب النفسي، والتشخيص الإكلينيكي وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية (DSM)، ومقياس تقدير الأوتيزم في مرحلة الطفولة (CARS)، وذلك في مركز معوقات الطفولة - جامعة الأزهر، وكانت نسبة الذكاء من واقع ملفات الحالة (٩٤).

أكمل مرحلة التعليم الثانوي والتحق بعده بمعهد للحاسبات لمدة أربع سنوات، ولديه أخ وأخت واحدة والده متوفي ويعيش مع أمه وأخته، لديه القدرة على الكلام والاتصال البصري بشكل جيد، وكان لديه اهتمام قهري بالسيارات وأنواعها ومواصفاتها والفروق الدقيقة بينها، وأصبح هذا الاهتمام القهري يستغرق معظم وقته، وأصبح حديثه تكراري ينحصر في قلقه من أن سيارة أخته قديمة ولا بد من تغييرها لنوع معين من السيارات هو يريده، والقلق حيال تأخر أخته في اتخاذ خطوات لبيع السيارة القديمة واستبدالها بسيارة جديدة، وهذا الموضوع أصبح مسيطراً على تفكيره وكلامه مع أمه وأخته وأقاربه طوال الوقت، بالإضافة إلى نوبات من القلق والعصبية والكلام المكرر عن نفس الموضوع وعدم قدرته على التوقف، وطلب الاطمئنان من أخته بشأن تنفيذها ما يطلبه، وصاحب ذلك صعوبات في الدخول في النوم واستمراره، والاحساس بالاجهاد وضعف التركيز، الشكوى من الأم في البطن. بالإضافة الى سؤاله الآخرين عن كونه على خطأ أم لا.

وكانت هذه الأعراض تعيق الحالة عن ممارسة أنشطة الحياة اليومية وتتسبب في مشكلات مع الأسرة وبعض الأقارب (حيث كان يقوم بمكالمات تليفونية مطولة يكرر فيها الحديث عن نفس الموضوع)، وأستمرت هذه الأعراض أكثر من سبعة أشهر مما أدى إلى ذهاب الأسرة إلى مركز معوقات الطفولة - جامعة الأزهر لطلب المساعدة.

تمت مقابلة الحالة وجمع بيانات من الأم ومطابقة الأعراض الحالية مع المعيار التشخيصي لاضطراب القلق العام في الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5) وتطبيق مقياس القلق لدى الشباب المصابين بالتوحد (النسخة المترجمة) وحصلت الحالة على درجة (٣٧)، فضلاً عن الكشف الطبي الذي أكد على وجود الأعراض الفسيولوجية للقلق وتم تشخيص الحالة بأنها تعاني من اضطراب القلق العام.

وكانت مصادر القلق لدى الحالة تدور حول:

- الاهتمام القهري بالسيارات.
 - الكلام التكراري وعدم القدرة على التوقف، أو الانتقال إلى موضوع آخر.
 - القلق من رفض الناس له، والحكم عليه بأنه خطأ، وشعورهم بالملل من سماع حديثه المتكرر.
 - الخوف على الأخت بسبب تأخرها في بيع السيارة القديمة واستبدالها بسيارة جديدة.
- تم أخذ موافقة الأم والأخت على خضوع الحالة لبرنامج علاج معرفي سلوكي، ومشاركتها في البرنامج وحضور بعض الجلسات المترامنة للجلسات العلاجية للحالة.

أدوات البحث:

١. المعيار التشخيصي لإضطراب القلق العام في الصورة الخامسة للدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5,2013) (ملحق (١))
٢. مقياس القلق لدى الشباب المصابين بالتوحد- (ASA) Anxiety Scale for Autism (Adults) (A)، (ملحق (٢)) إعداد روجرز وآخرون (Rodgers et al, 2019)، وهو مقياس تقرير ذاتي مكون من ٢٠ عنصرًا مصممًا لقياس القلق لدى الشباب المصابين بالتوحد. وهو يتكون من ثلاثة أبعاد:

- القلق الاجتماعي (SA) Social Anxiety (٦ عناصر)
- والاستجابة الفسيولوجية للقلق (AA) Anxious Arousal (٩ عناصر)
- والقلق غير المحدد (U) Uncertainty (٥ عناصر)

تقدير الدرجات: يتم تقدير الدرجات على مقياس ليكرت من خلال مقياس رباعي لا ابدأ= صفر أحياناً=١ غالباً=٢ دائماً=٣

وللحصول على إجمالي درجة القلق، يتم حساب القيمة العددية لجميع العناصر (الدرجة القصوى=٦٠)، وللحصول على درجة البعد يتم جمع القيمة العددية لكل بعد ، ويوضح الجدول التالي توزيع عبارات مقياس القلق لدى الشباب المصابين بالتوحد على أبعاد المقياس:

جدول (١)

توزيع عبارات مقياس القلق لدى الشباب المصابين بالتوحد على أبعاد المقياس

م	البعد	أرقام العبارات	العدد
١	القلق الاجتماعي	١٤-١٢-١٠-٥-٤-٢	٦
٢	الاستجابة الفسيولوجية للقلق	٢٠-١٩-١٧-١٦-١٥-٨-٦-٣-١	٩
٣	القلق غير المحدد	١٨-١٣-١١-٩-٧	٥

وتشير الدرجة الاجمالية البالغة(٢٨) على المقياس إلى وجود مستويات مرتفعة من القلق، ويتمتع المقياس باتساق وثبات داخلي مرتفع ، حيث بلغ معامل ألفا كرونباخ لمجموع الدرجات (٠,٨٩٩)، وعلى بعد القلق الاجتماعي(٠,٨٤٧)، وعلى بعد الاستجابة الفسيولوجية للقلق (٠,٨٤٥)، والقلق غير المحدد(٠,٨٣٤)،

وكان معامل الثبات لإعادة الاختبار بعد مرور شهر واحد (٨٢٣،٠) وجميعها معاملات ثبات مقبولة، مما يشير إلى الثقة في النتائج التي يمكن التوصل إليها من تطبيق المقياس.

ولأغراض البحث الحالي، تمت ترجمة المقياس وعرضه على مترجم ثنائي اللغة على دراية بالسياق الاجتماعي والثقافي، وقام بمراجعة ومقارنة النسختين (الأصلية والمترجمة لاحقاً). وتمت إعادة صياغة بعض العبارات، وتم عرض المقياس على مجموعة من الأساتذة المحكمين (١٠) من الأطباء النفسيين وعلماء النفس والتربية الخاصة، وبلغت نسبة اتفاق المحكمين على مناسبة العبارات لكل بعد من ابعاد المقياس، وصلاحية محتوى المقياس لما يقوم بقياسه ، ووضوح المعنى إلى (٩٠%) وهي نسبة اتفاق مقبولة.

٣. برنامج العلاج المعرفي السلوكي المعدل:

— الأساس المرجعي للبرنامج

تم الإطلاع على الإصدار الثاني لبرنامج علاج القلق المعدل للأطفال والمراهقين ذوي اضطراب طيف التوحد والقلق المرضي Cool Kids and Adolescent Anxiety والذي أثبت فعاليته مع هذه الفئة.

<https://www.cebc4cw.org/program>

كما تم الإطلاع على برنامج العلاج المعرفي السلوكي المعدل للقلق الاجتماعي والوظيفة الاجتماعية لدى الشباب المصابين باضطراب طيف التوحد

Modified CBT for social anxiety and social functioning in young adults with autism spectrum disorder. (Bemmer et al, 2021)

والاستفادة من بعض الفنيات في إعداد البرنامج الحالي، كما ساهم الإطار النظري والدراسات السابقة في إعداد أهداف البرنامج، ومن الجدير بالذكر أن هناك مجموعة كبيرة من الدراسات التي ناقشت ضرورة ادخال تعديلات على برنامج العلاج المعرفي السلوكي ليتناسب وطبيعة الشباب ذوي اضطراب التوحد والقلق المصاحب، ومن هذه التعديلات استخدام الوسائل البصرية واللغة الملموسة واستخدام المواد والقوائم المكتوبة ، وفرص التكرار والممارسة ، ودمج الاهتمامات الخاصة ، ونمذجة الفيديو ، واستخدام عدد أقل من الاستعارات واستخدام لغة أقل غموضاً ، والتركيز أكثر على الجوانب السلوكية للعلاج بدلاً من المكونات المعرفية، وتباطؤ وتيرة العلاج، وأهمية معالجة الفهم العاطفي، وتمارين إعادة الهيكلة المعرفية المبسطة. كما أكدت دراسات عديدة على ضرورة مشاركة الوالدين في برنامج العلاج المعرفي السلوكي المعدل، والتثقيف النفسي للوالدين عن القلق ومن هذه الدراسات:

(Gaus, 2011 ; Reaven, 2011; Vasa et al, 2016; South & Rodgers, 2017; White et al, 2018; Ainsworth et al, 2020; Ramirez et al, 2020;)

اعتبارات خاصة بالبرنامج:

تم التركيز في البرنامج الحالي على :

١. التدريب على المهارات الاجتماعية ومهارات التكيف، وبناء نقاط قوة لتعويض القصور المرتبط بالتوحد، نظراً للصعوبة التي يجدها الشباب المصابين باضطراب طيف التوحد واضطراب القلق المصاحب في تنفيذ التدخلات المعرفية النموذجية بسبب الاستبطان المحدود والفهم السيئ للقواعد

والمعايير الاجتماعية، تضمن البرنامج الحالي أهداف لتحسين المهارات الاجتماعية ، مثل الدخول في المحادثات والحفاظ عليها ، بالإضافة إلى ذلك، تم دمج التدخلات السلوكية ضمن جلسات العلاج ، والاعتماد على الواجب المنزلي الأسبوعي لتسهيل مشاركة الأسرة وتعزيز نتائج العلاج الإيجابية. والتركيز على زيادة المهارات الاجتماعية ليس فقط تعليم السلوكيات الاجتماعية البسيطة (مثل تحية الناس، والابتسام، والنظر إلى عيون الآخرين) ولكن زيادة المعرفة الاجتماعية والقدرة على قراءة شخص آخر أثناء تفاعل متبادل ولذلك تمت مناقشات حول القواعد غير المكتوبة للسلوك الاجتماعي واستراتيجيات تحسين الإدراك الاجتماعي، كما تم التركيز أيضا على زيادة مهارات التكيف حيث يعاني المصابون بالتوحد من صعوبات في الإدارة الذاتية تؤدي إلى نتائج يومية يمكن أن تتراكم وتحدث ضغوطا مزمنة (Gaus,2011, p.22) ، بل أن القصور الاجتماعي قد يكمن وراء تطور أعراض القلق لذلك فإن التدخلات التي تعتمد على التدريب على المهارات الاجتماعية مكونا مهما في التدخلات المقدمة للشباب المصابين بالتوحد واضطراب القلق المرضي.

(Reaven, 2011, p.257)، لذلك تضمن البرنامج التدريب على بعض مهارات التكيف التي يمكن أن تخفف من هذه الصعوبات مثل: مهارات إدارة الوقت، ومهارات حل المشكلات (من خلال استخدام المحادثات المصورة الهزلية) والتشجيع على ممارسة أنشطة الحياة اليومية(مهارات الطبخ البسيطة، إعداد وجبة، مهارات الشراء، واختيار وطلب الطعام بالتليفون)، والتدريب على السباحة والذي قد يساعد على توفير فرصة تفاعل منظمة، ومشاركة أفراد الأسرة في بعض الألعاب التفاعلية مثل ألعاب الطاولة بهدف تعزيز التفاعلات المناسبة للعمر وخلق تفاعلات إيجابية، وتعزيز القدرة على إجراء محادثات غير رسمية.

٢. تشجيع الحالة على كتابة المذكرات اليومية (للتعرف على الافكار التلقائية غير الصحيحة ومناقشتها وتعديلها و لتفريغ الشحنات الانفعالية)، وكانت عبارة عن تعبير حر عن ما يشعر به بشكل يومي، وإكمال بعض العبارات الناقصة التي تساعد على التعبير (مثل أز عجني اليومأنا قلقان من.....أشعر ب.....).

٣. دمج الاهتمامات الخاصة في البرنامج العلاجي (الاهتمام بالسيارات كموضوع للحديث الفهري المتكرر) وذلك لضمان الحفاظ على انتباه الحالة وتفاعلها.

٤. التركيز على مهارات الاسترخاء كاستراتيجية بديلة لإعادة الهيكلة المعرفية التي لا يستطيع ذوي التوحد (حتى من ذوي الأداء الوظيفي المرتفع) القيام بها.

وغالبًا ما يتم استخدام مهارات الاسترخاء حيث يعاني الشباب المصابون باضطراب طيف التوحد من مستويات عالية من التفاعل الفسيولوجي المفرط والحساسيات التي غالبًا ما ترتبط بردود فعل عاطفية مبالغ فيها (نوبات الغضب ، والمبالغة في ردود فعل الخوف)، وتظهر الحاجة إلى تطوير استراتيجيات تهدئة الذات باعتبارها مهمة لتسهيل تنظيم المشاعر، حيث أنهم أقل قدرة على الانخراط في استراتيجيات أخرى لإدارة القلق، لا سيما إعادة الهيكلة المعرفية والتي تعتمد على الأداء التنفيذي ومهارات المرونة المعرفية ، وهي المهارات التي غالبًا ما تضعف لدى الشباب المصابين بالتوحد، لذلك كان استخدام الاسترخاء، كاستراتيجية لتقليل القلق. (Johnco & Storch, 2015, p.1347)

٥. التدريب على ضبط النفس والتوقف عن الاسترسال في تكرار الكلام في نفس الموضوع (استخدام ورقة مطبوع عليها عبارات الموضوع خلص / توقف) للتدريب على التحكم في الاسترسال في الكلام التكراري.

٦. التدريب على الفهم العاطفي في الجلسات الأولى من البرنامج (وهو أحد الجوانب الرئيسية المقترحة في تعديل العلاج النفسي ليتناسب مع ذوي التوحد) من خلال تدريب وتشجيع الحالة على التحدث عما يجري بداخلها ومحاولة ملاحظة ما هي نوع المشاعر الموجودة/ ما الذي يجعلها تشعر بالقلق وهو ما قد يساعد على بناء المهارات اللازمة لإدارة القلق.

٧. التركيز على السلوك جنباً إلى جنب مع انخفاض استخدام المكونات المعرفية، فاستخدام المكونات السلوكية للعلاج النفسي يمكن أن يكون مفيداً لدعم إدارة القلق لدى الشباب المصابين بالتوحد.

٨. استخدام المحادثات المصورة الهزلية Comic Strip Conversations (ملحق ٣) وهي رسوماً بسيطة تم تصميمها بواسطة كارول جراي لدعم الشباب المصابين باضطراب طيف التوحد، وصعوبات التعلم وصعوبات التواصل الاجتماعي لتطوير فهم اجتماعي أكبر، وهي عروض بصرية بسيطة للمحادثات تستخدم لتمثيل محادثة بصرية بين شخصين أو أكثر ممن قد يبلغون عن الماضي أو يصفون الحاضر أو يخططون للمستقبل، كما أنها تساعد على جعل بعض الجوانب الأكثر تجريباً للتواصل الاجتماعي (مثل التعرف على مشاعر الآخرين) أكثر واقعية وأسهل في المعالجة، ويمكن أن تساعد المحادثات المصورة الهزلية الأشخاص المصابين بالتوحد على فهم المفاهيم التي يجدونها صعبة، كما تستخدم للمساعدة في تحديد ما يقوله الناس ويفعلونه بالإضافة إلى التأكيد على ما قد يفكر فيه الناس وتحديد الحلول الممكنة، والتخطيط لموقف في المستقبل قد يسبب القلق. فضلاً عن أنها تساعد على التعبير عن المشاعر والتفكير في الموقف بطريقة غير تهديدية (رسم قصة لما حدث بدلاً من طرح الكثير من الأسئلة).

<https://sparkingspeech.com> ; <https://www.autism.org.uk>

٩. مشاركة الأسرة (الأم / الأخت نظراً لوفاة الوالد وعدم تواجد الأخ) في البرنامج العلاجي، من خلال التنقيف النفسي حول طبيعة القلق، والتمييز بين القلق المفيد مقابل القلق غير المفيد، وتحديد المكونات السلوكية والفسولوجية والمعرفية للقلق، وبناء استجابات مفيدة للسلوكيات المقلقة والمضادة للقلق، ومناقشة قلق الأم والأخت وأسلوبهما في التعامل معه وكيف يؤثر ذلك على الابن، واستخدام استراتيجيات العلاج المعرفي على سبيل المثال تعلم تحديد والسيطرة على القلق غير المفيد، وكيفية التعامل مع الابن عند حدوث نوبة قلق، ومساعدة الابن على تعميم المهارات الجديدة التي تم اكتسابها من مكان لآخر، ومكافأة السلوكيات الشجاعة، وإطفاء القلق المفرط، بالإضافة إلى استخدام التعزيز الإيجابي ومهارات الاتصال لتشجيع الاستقلالية والسلوك التكيفي لدى الابن.

وتم التركيز على فهم ومناقشة مفاهيم الحماية التكيفية والحماية المفرطة (الحماية التكيفية هي استجابة مفيدة تحدث عندما يمر الابن بالتحديات الجسدية أو العاطفية و يواجه العديد من المخاوف الواقعية في حياته اليومية وهنا يجب تشجيع الابن على التكيف مع المواقف الجديدة، وقد تحد "الحماية المفرطة" من تعرض الابن للمواقف المثيرة للقلق من خلال سلوك التجنب، حتى عندما يمتلك المهارات اللازمة للنجاح، مما يحد من فرصة إنشاء وممارسة استراتيجيات المواجهة الفعالة للتعامل مع المواقف المثيرة للقلق.

والتنقيف النفسي يساهم في فهم الاعراض وتقبل الأسرة لاضطراب الابن، وبالتالي المساعدة والدعم، كما أن التنقيف النفسي لمتلقي العلاج يزيد من دافعيته. (وذلك في مرحلة التهيئة قبل بداية البرنامج العلاجي).

ونظراً لأن آباء الشباب المصابين بالتوحد والقلق يواجهون صعوبات في الحياة ، فقد يكون هناك ميل للتركيز على نقاط الضعف، والإفراط في نقد الأبن وهو ما يعزز من ظهور القلق، لذلك فإن تشجيع الآباء والشباب على الاعتراف بنقاط قوتهم ، فضلاً عن بناء مهارات جديدة والاحتفاء بها خلال التدخل أمراً ضرورياً، ولأن أعراض القلق لدى الشباب قد تكون ذات طبيعة اجتماعية لذلك من المهم تحديد أهداف اجتماعية واضحة ، واستخدام الاستراتيجيات التي تعزز تعميم المهارات الاجتماعية الجديدة عبر البيئات. (Reaven, 2011, p.260)

١٠. الدعم المستمر من أفراد الأسرة بعد العلاج النفسي مهم للحد من القلق على المدى الطويل.

الأهداف العامة للبرنامج:

١. تخفيف حدة أعراض القلق المرضي.
٢. تحسين المهارات الاجتماعية ومهارات التكيف.
٣. تخفيف حدة صعوبات التواصل الاجتماعي وصعوبة تحديد الأهداف.
٤. تحسين الوعي العاطفي بالذات والآخرين.
٥. التغلب على الاندفاع وصعوبة ضبط الذات.
٦. التقليل من التكرار القهري للحديث في موضوعات بعينها (السيارات)

أهداف الجلسات الأسرية:

١. التثقيف النفسي لاضطرابات القلق ومقدمة للمبادئ الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي، تحديد أعراض القلق الخاصة بالإبن ، تحديد السلوكيات المستهدفة.
٢. مناقشة قلق الأم والأخت وأسلوب التعامل معه، وكيف يؤثر ذلك على الإبن ، وتعليم استراتيجيات للمساعدة في إدارة مشاعر القلق الخاصة بهم، وتطوير قدرة الإبن على مواجهة مخاوفه تدريجياً ومعرفة أن الأحداث المخيفة من غير المرجح أن تحدث وأنه قادر على التغلب عليها، ومناقشة التحديات الاجتماعية والتواصلية المتأصلة في اضطراب طيف التوحد وكيف يمكن أن تؤدي هذه التحديات إلى أسلوب تربية يقوم على الحماية المفرطة.
٣. مساعدة الإبن على تعلم وتنفيذ تقنيات العلاج خارج الجلسة لتعزيز تعميم المهارات، و تحسين استراتيجيات المواجهة بما في ذلك التعامل بشكل أكثر فاعلية مع المضايقة والتنمر وتطوير مجموعة من استراتيجيات المواجهة مثل الاسترخاء وحل المشكلات، وتشجيع ومكافأة سلوكيات الإبن الايجابية، تجاهل المظاهر المفرطة للقلق، الثقة في قدرة الإبن على التعامل مع قلقه، وتشجيع الأم والأخت على نمذجة السلوكيات الشجاعة، واستخدام الاستراتيجيات المناسبة في المواقف المختلفة التي تثير القلق .
٤. مناقشة الأهداف الاسبوعية للحالة، وكيفية الدعم والمساندة من خلال الأنشطة الاجتماعية والمواقف الحياتية، وكذلك استخدام الاستراتيجيات التي تعزز تعميم المهارات الاجتماعية الجديدة عبر البيئات، وأخيراً التشجيع الفعال للخطوات الصغيرة نحو زيادة استقلال الإبن جزءاً من البرنامج العلاجي.

إجراءات ومراحل والفنيات المستخدمة في برنامج العلاج المعرفي السلوكي المعدل:

طبق البرنامج خلال ثلاثة أشهر، بمعدل جلستين أسبوعياً للحالة، و جلسة أسبوعية متزامنة للأم والأخت وتراوح زمن الجلسة (من ٤٠ إلى ٦٠ دقيقة).

ويتكون البرنامج من (٢٤ جلسة/ خلال ١٢ أسبوع) للحالة، و (١٢ جلسة أسرية) مر البرنامج بثلاث مراحل:

المرحلة الأولى: مرحلة التقييم والتثقيف النفسي وكانت أهداف هذه المرحلة:

١. جمع بيانات عن الحالة. ٢. تطبيق المقاييس. ٣. التثقيف النفسي للأسرة. وبلغ عدد جلسات هذه المرحلة (٣ جلسات) ومن الفنيات المستخدمة في هذه المرحلة: المقابلة شبه المنظمة - المعيار التشخيصي للقلق المرضي في DSM-5 - مقياس القلق - المناقشة والحوار - التثقيف النفسي.

المرحلة الثانية: مرحلة التدخل ولها أربع مستويات:

(أ) التدخلات السلوكية (ج) الفاعلية بين شخصية (ب) التفكير (د) تنظيم المشاعر

وكانت أهداف هذه المرحلة:

تحسين المهارات الاجتماعية ومهارات التكيف - التدريب على الفهم العاطفي - اكتشاف الأفكار السلبية الخاطئة - التعرف على خطوات حل المشكلة - التقليل من التكرار القهري للحديث في موضوع بعينه - التعامل الجيد مع المواقف الاجتماعية - التدريب على مهارات إدارة الوقت - التدريب على مهارات حل المشكلات - ممارسة الألعاب/ الأنشطة التفاعلية - التعبير عن المشاعر السلبية والمخاوف - التدريب على التخلص من مشاعر القلق - التعامل مع أعراض نوبة قلق مفاجئة التغلب على الاندفاع وضبط النفس - تحسين الوعي العاطفي بالذات والآخرين.

و بلغ عدد جلسات هذه المرحلة (٢٠ جلسة) ومن الفنيات المستخدمة في هذه المرحلة:

التعزيز - النمذجة - التعميم - لعب الأدوار - ممارسة الأنشطة المنزلية - تعلم مهارات حياتية بطاقات مصورة للمشاعر المختلفة - قصص مصورة - كتابة المذكرات اليومية (التنفيس الانفعالي) المحادثات المصورة الهزلية - وقف الأفكار - حل المشكلات - ضبط الذات - الحوار - ممارسة الرياضة والأنشطة التفاعلية مع أفراد الأسرة - تمارين الاسترخاء والتنفس - تقليل الحساسية التدريجي.

المرحلة الثالثة: مرحلة المتابعة وكانت أهداف هذه المرحلة:

١. استمرار أثر البرنامج العلاجي في التخفيف من أعراض القلق المرضي خلال فترة المتابعة.

٢. التأكيد على أهمية دعم أفراد الأسرة.

٣. تعميم ما تم التدريب عليه من استراتيجيات مواجهة القلق في بيئات ومواقف مختلفة.

تمت المتابعة بعد (٨) أسابيع من انتهاء البرنامج، وكانت المتابعة في جلسة واحدة من خلال المقابلة شبه المنظمة مع الحالة والأسرة وإعادة تطبيق مقياس القلق.

ويوضح الجدول التالي ملخص لجلسات البرنامج ومراحله وأهدافه والفنيات المستخدمة.

جدول (٢) ملخص مراحل وأهداف والفنيات المستخدمة في برنامج العلاج المعرفي السلوكي المعدل

م	اسم المرحلة	أهداف المرحلة	الفنيات المستخدمة	عدد الجلسات
١	مرحلة التقييم والتثقيف النفسي	١. جمع بيانات عن الحالة ٢. تطبيق المقاييس ٣. التثقيف النفسي للأسرة	المقابلة شبه المنظمة المعيار التشخيصي للقلق المرضي في DSM-5 مقياس القلق — المناقشة والحوار — التثقيف النفسي	(٣) جلسات
٢	مرحلة التدخل ولها أربع مستويات: (أ) التدخلات السلوكية	١. تحسين المهارات الاجتماعية ومهارات التكيف ٢. التدريب على الفهم العاطفي	التعزيز — النمذجة — التعميم لعب الأدوار — ممارسة الأنشطة المنزلية — تعلم مهارات حياتية — بطاقات مصورة للمشاعر المختلفة — قصص مصورة	(٤) جلسات
	(ب) التفكير	١. اكتشاف الأفكار السلبية الخاطئة ٢. التعرف على خطوات حل المشكلة ٣. التقليل من التكرار القهري للحديث في موضوع بعينه	المذكرات اليومية (التنفيس الانفعالي) — المحادثات المصورة الهزلية — وقف الافكار حل المشكلات — ضبط الذات	(٥) جلسات
	(ج) الفاعلية البين شخصية	١. التعامل الجيد مع المواقف الاجتماعية ٢. التدريب على مهارات إدارة الوقت ٣. التدريب على مهارات حل المشكلات ٤. ممارسة الألعاب/ الأنشطة التفاعلية	المحادثات المصورة الهزلية الحوار — ممارسة الرياضة والأنشطة التفاعلية مع أفراد الأسرة	(٥) جلسات
	(د) تنظيم المشاعر	١. التعبير عن المشاعر السلبية والمخاوف ٢. التدريب على التخلص من مشاعر القلق ٣. التعامل مع أعراض نوبة قلق مفاجئة ٤. التغلب على الاندفاع وضبط النفس ٥. تحسين الوعي العاطفي بالذات والآخرين	كتابة المذكرات اليومية تمارين الاسترخاء والتنفس المحادثات المصورة الهزلية تقليل الحساسية التدريجي	(٦) جلسات

م	اسم المرحلة	أهداف المرحلة	الفنيات المستخدمة	عدد الجلسات
٣	مرحلة المتابعة	١. استمرار أثر البرنامج العلاجي في التخفيف من أعراض القلق المرضي خلال فترة المتابعة ٢. التأكيد على أهمية دعم أفراد الأسرة ٣. تعميم ما تم التدريب عليه من استراتيجيات مواجهة القلق في بيئات ومواقف مختلفة	المقابلة شبه المنظمة مع الحالة والأسرة إعادة تطبيق مقياس القلق	تمت المتابعة بعد (٨) أسابيع جلسة واحدة

عرض ومناقشة النتائج:

وللتحقق من صحة الفرض الأول: تنخفض حدة أعراض القلق (القلق الاجتماعي - الاستجابة الفسيولوجية للقلق - والقلق غير المحدد - والدرجة الكلية) على مقياس القلق لدى شاب مصاب باضطراب طيف التوحد في القياس البعدي. تم تطبيق مقياس القلق قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي على الحالة، وبعد مرور فترة المتابعة التي بلغت شهرين، والجدول التالي يوضح درجات الحالة على أبعاد مقياس القلق قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي وبعد فترة المتابعة.

جدول (٣) الدرجات على أبعاد مقياس القلق قبل وبعد تطبيق البرنامج وبعد فترة المتابعة

م	أبعاد المقياس	درجات القياس القبلي	درجات القياس البعدي	درجات القياس التتبعي
١	القلق الاجتماعي	١٢	٨	٩
٢	الاستجابة الفسيولوجية للقلق	١٣	٧	٦
٣	القلق غير المحدد	١٢	٨	٩
٤	الدرجة الكلية للقلق	٣٧	٢٣	٢٤

ويتضح من الجدول السابق تحقق صحة الفرض الأول، حيث أشارت النتائج إلى انخفاض الدرجات على بعد القلق الاجتماعي، وتجنب المواقف الاجتماعية، وكذلك انخفاض الدرجات على بعد الاستجابة الفسيولوجية للقلق، كما انخفضت الدرجات على بعد القلق غير المحدد، وانعكس ذلك على انخفاض الدرجة الكلية للقلق حيث بلغت (٢٣) وقد انخفضت بذلك عن الدرجة القاطعة على المقياس والتي تشير إلى المستوى المرتفع من القلق المرضي وهي (٢٨)

وانعكست هذه النتائج على جوانب الحياة المختلفة للحالة وظهر ذلك في زيادة التفاعل الاجتماعي، وممارسة أنشطة الحياة اليومية، واتساع دائرة الاهتمامات، وأنشطة وقت الفراغ، والمشاركة في

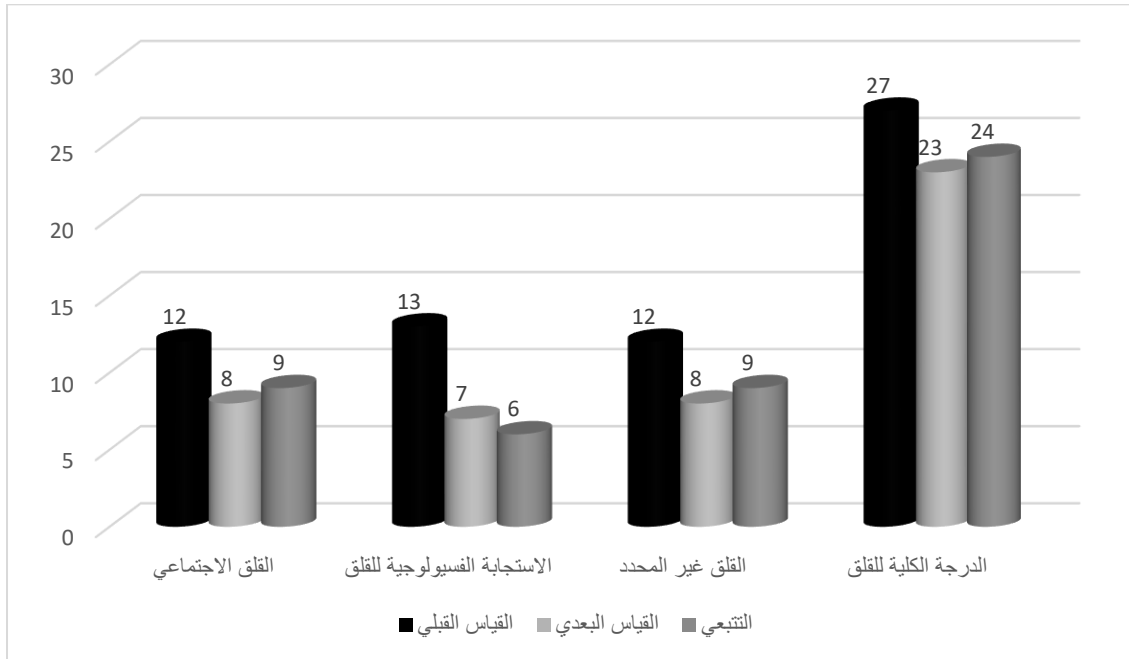
الأنشطة الرياضية والاجتماعية، وانخفض التعلق بالسلوكيات التكرارية ، والكلام التكراري ومشاعر الخوف، وهو ما أكدته الأم والأخت خلال الجلسات الأسرية. وتوفر هذه النتائج أدلة واعدة لتدخل العلاج المعرفي السلوكي المعدل لتقليل أعراض القلق لدى الشباب ذوي اضطراب طيف التوحد ، وتتفق هذه النتائج مع نتائج العديد من الابحاث التي تناولت فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطرابات القلق لدى الشباب ذوي اضطراب طيف التوحد ومن هذه الأبحاث:

(Reaven,2012; Johnco, & Storch, 2015; Vasa et al, 2016; South &Rodgers, 2017; White et al, 2018; Ainsworth et al, 2020)

وللتحقق من صحة الفرض الثاني: تستمر فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي المعدل في التخفيف من حدة أعراض اضطراب القلق خلال فترة المتابعة.

قامت الباحثة بإعادة تطبيق مقياس القلق على الحالة بعد مرور فترة المتابعة والتي بلغت شهرين، وتوضح نتائج الجدول السابق استمرار تحسن الحالة بعد مرور فترة المتابعة على أبعاد المقياس الثلاثة؛ وحدث ارتفاع طفيف في الدرجة (درجة واحدة) على بعدي القلق الاجتماعي، والقلق غير المحدد، والدرجة الكلية للقلق، في حين انخفضت الدرجة انخفاض طفيف عن مرحلة التدخل على بعد الاستجابة الفسيولوجية للقلق ، وهو ما يشير إلى فعالية البرنامج في خفض مستويات القلق لدى الحالة، واستمرار هذا التحسن خلال فترة المتابعة، وتتفق هذه النتائج مع نتائج العديد من الدراسات ومنها: (Reaven et al,2012; Spain et al, 2015; Wood et al, 2015; Ramirez et al, 2020; Bemmer et al, 2021)

ويوضح الشكل التالي الدرجات على أبعاد مقياس القلق قبل وبعد تطبيق البرنامج وبعد فترة المتابعة



شكل (١)

التمثيل البياني لدرجات الحالة في القياس القبلي والبعدي والمتبعي لمقياس القلق

اعتبارات خاصة بالبحث:

من الجدير بالذكر أن الاعتماد على دراسة الحالة الفردية يحد من تعميم النتائج، لذلك نحن في حاجة إلى بحوث مستقبلية على عينات كبيرة تشمل المصابين باضطراب طيف التوحد من ذوي المستويات الوظيفية المختلفة لإختبار فعالية الاساليب العلاجية المختلفة وإمكانية تعميم النتائج، كما أننا في حاجة إلى تصميم أدوات لتقييم القلق لدى المصابين بالتوحد من ذوي المستوى الوظيفي المنخفض حيث يقل استخدام اللغة و يصاحب ذلك عادة إعاقة عقلية.

توصيات:

1. إجراء دراسات وبائية واسعة النطاق لفحص الاعراض المشتركة بين اضطراب طيف التوحد واضطراب القلق ، ودراسة الاعراض غير النمطية للقلق. تعتبر الأبحاث الطولية التي تشمل الشباب والراشدين المصابين بالتوحد ذات أهمية خاصة ، من أجل فهم أفضل لتطور مسار القلق عبر مراحل الحياة.
2. تدريب الأطباء على العلاج المعرفي السلوكي للقلق مع ذوي التوحد، وذلك من المجالات الحاسمة التي يجب معالجتها للبدء في سد هذه الفجوة بين المعرفة والممارسة.
3. إجراء دراسات طويلة المدى لبحث فعالية أساليب العلاج المستخدمة لعلاج القلق لدى المصابين بالتوحد على عينات كبيرة تشمل ذوي المستوى الوظيفي المرتفع والمنخفض.
4. تطوير الاساليب الوقائية لمحاولة التخفيف من أعراض التوحد في مراحل مبكرة من العمر وتعليم مهارات التواصل الاجتماعي والعاطفي وإدارة الذات والتكيف مع الضغوط والتي تساهم في تحسين التكيف وتمنع أو تخفف من تصاعد أعراض القلق.

بحوث مقترحة:

1. تقييم اضطرابات القلق لدى المصابين بالتوحد ذوي المستوى الوظيفي المنخفض.
2. فعالية العلاج المعرفي السلوكي المعدل في التخفيف من أعراض الإكتئاب لدى الشباب المصابين بالتوحد ذوي المستوى الوظيفي المرتفع والمنخفض - دراسة مقارنة.
3. الاضطرابات النفسية المصاحبة للشباب المصابين باضطراب طيف التوحد

References:

1. Ainsworth, K., Robertson, A. E., Welsh, H., Day, M., Watt, J., Barry, F., & Melville, C. (2020). Anxiety in adults with autism: perspectives from practitioners. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 69, 101457.
2. American Psychiatric Association, A. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-5th edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
3. Bemmer, E. R., Boulton, K. A., Thomas, E. E., Larke, B., Lah, S., Hickie, I. B., & Guastella, A. J. (2021). Modified CBT for social anxiety and social functioning in young adults with autism spectrum disorder. *Molecular Autism*, 12(1), 1-15.
4. Bradshaw, P., Pickett, C., van Driel, M. L., Brooker, K., & Urbanowicz, A. (2021). Recognising, supporting and understanding Autistic adults in general practice settings. *Anxiety*, 10, 11.
5. Davis III, T. E., Hess, J. A., Moree, B. N., Fodstad, J. C., Dempsey, T., Jenkins, W. S., & Matson, J. L. (2011). Anxiety symptoms across the lifespan in people diagnosed with autistic disorder. *Research in autism spectrum disorders*, 5(1), 112-118.
6. Forde, J., Bonilla, P. M., Mannion, A., Coyne, R., Haverty, R., & Leader, G. (2021). Health Status of Adults with Autism Spectrum Disorder. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1-11.
7. Gaus, V. L. (2011). Cognitive behavioural therapy for adults with autism spectrum disorder. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*. 5 (5), 15-25.
8. Heiervang, E. R., Villabø, M. A., & Wergeland, G. J. (2018). Cognitive behavior therapy for child and adolescent anxiety disorders: an update on recent evidence. *Current opinion in psychiatry*, 31(6), 484-489.
9. Hollocks, M. J., Lerh, J. W., Magiati, I., Meiser-Stedman, R., & Brugha, T. S. (2019). Anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 49(4), 559-572.
10. Johnco, C., & Storch, E. A. (2015). Anxiety in youth with autism spectrum disorders: implications for treatment. *Expert review of neurotherapeutics*, 15(11), 1343-1352.
11. Kerns, C. M., Rump, K., Worley, J., Kratz, H., McVey, A., Herrington, J., & Miller, J. (2016). The differential diagnosis of anxiety disorders in

- cognitively able youth with autism. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23(4), 530-547.
12. Kerns, C. M., Kendall, P. C., Zickgraf, H., Franklin, M. E., Miller, J., & Herrington, J. (2015). Not to be over-shadowed or over-looked: Functional impairments associated with comorbid anxiety disorders in youth with ASD. *Behavior therapy*, 46(1), 29-39.
 13. Lord, C., Brugha, T. S., Charman, T., Cusack, J., Dumas, G., Frazier, T., & Taylor, J. L. (2020). Autism spectrum disorder. *Nature reviews Disease primers*, 6(1), 1-23.
 14. Miller, C. B., Gu, J., Henry, A. L., Davis, M. L., Espie, C. A., Stott, R., ... & Carl, J. R. (2021). Feasibility and efficacy of a digital CBT intervention for symptoms of Generalized Anxiety Disorder: A randomized multiple-baseline study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 70, 101609.
 15. Postorino, V., Kerns, C. M., Vivanti, G., Bradshaw, J., Siracusano, M., & Mazzone, L. (2017). Anxiety disorders and obsessive-compulsive disorder in individuals with autism spectrum disorder. *Current psychiatry reports*, 19(12), 1-8.
 16. Ramirez, A. C., Perez, M. I., Limon, D., Storch, E. A., & Schneider, S. C. (2021). Cognitive behavioral therapy for anxiety in children with autism spectrum disorders. In *Diagnosis, Management and Modeling of Neurodevelopmental Disorders* (pp. 447-455). Academic Press.
 17. Ramirez, A. C., Grebe, S. C., McNeel, M. M., Limon, D. L., Schneider, S. C., Berry, L. N., ... & Storch, E. A. (2020). Parent-led, stepped-care cognitive-behavioral therapy for youth with autism and co-occurring anxiety: study rationale and method. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(6), 638-645.
 18. Reaven, J., Blakeley-Smith, A., Leuthe, E., Moody, E., & Hepburn, S. (2012). Facing your fears in adolescence: Cognitive-behavioral therapy for high-functioning autism spectrum disorders and anxiety. *Autism Research and Treatment*, 2012. doi:10.1155/2012/423905, 13 pages.
 19. Reaven, J. (2011). The treatment of anxiety symptoms in youth with high-functioning autism spectrum disorders: Developmental considerations for parents. *Brain research*, 1380, 255-263.
 20. Rodgers, J., Herrema, R., Honey, E., & Freeston, M. (2018). Towards a treatment for intolerance of uncertainty for autistic adults: A single case

- experimental design study. *Journal of autism and developmental disorders*, 48(8), 2832-2845.
21. Rodgers, J., Farquhar, K., Mason, D., Brice, S., Wigham, S., Ingham, B., & Parr, J. R. (2020). Development and initial evaluation of the anxiety scale for autism-adults. *Autism in Adulthood*, 2(1), 24-33.
 22. Rodgers, J., Farquhar, K., Mason, D., Brice, S., Wigham, S., Ingham, B., Parr, J. R., Brice, S. & Freston, M. (2019) *Anxiety Scale for Autism (Adults) - (ASA-A)*. Newcastle University, Newcastle UK.
 23. Spain, D., Sin, J., Chalder, T., Murphy, D., & Happe, F. (2015). Cognitive behavior therapy for adults with autism spectrum disorders and psychiatric co-morbidity: A review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 9, 151-162.
 24. Spain, D., Happé, F., Johnston, P., Campbell, M., Sin, J., Daly, E., & MRC AIMS Consortium. (2016). Social anxiety in adult males with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 32, 13-23.
 25. South, M., & Rodgers, J. (2017). Sensory, emotional and cognitive contributions to anxiety in autism spectrum disorders. *Frontiers in human neuroscience*, 11, 20.
 26. South, M., Rodgers, J., & Van Hecke, A. (2017). Anxiety and ASD: current progress and ongoing challenges. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(12), 3679-3681.
 27. Uljarevic, M., Nuske, H., & Vivanti, G. (2016). Anxiety in autism spectrum disorder. In L. Mazzone & B. Vitiello (Eds.), *Psychiatric symptoms and comorbidities in autism spectrum disorder* (pp. 21–38). Springer International Publishing.
 28. Vasa, R. A., & Mazurek, M. O. (2015). An update on anxiety in youth with autism spectrum disorders. *Current opinion in psychiatry*, 28(2), 83-90.
 29. Vasa, R. A., Mazurek, M. O., Mahajan, R., Bennett, A. E., Bernal, M. P., Nozzolillo, A. A., ... & Coury, D. L. (2016). Assessment and treatment of anxiety in youth with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 137(Supplement 2), S115-S123.
 30. White, S. W., Simmons, G. L., Gotham, K. O., Conner, C. M., Smith, I. C., Beck, K. B., & Mazefsky, C. A. (2018). Psychosocial treatments targeting anxiety and depression in adolescents and adults on the autism spectrum: Review of the latest research and recommended future directions. *Current psychiatry reports*, 20(10), 1-10.

31. White, S. W., Albano, A. M., Johnson, C. R., Kasari, C., Ollendick, T., Klin, A., & Scahill, L. (2010). Development of a cognitive-behavioral intervention program to treat anxiety and social deficits in teens with high-functioning autism. *Clinical child and family psychology Review*, 13(1), 77-90.
32. Wood, J. J., Ehrenreich-May, J., Alessandri, M., Fujii, C., Renno, P., Laugeson, E., & Storch, E. A. (2015). Cognitive behavioral therapy for early adolescents with autism spectrum disorders and clinical anxiety: A randomized, controlled trial. *Behavior therapy*, 46(1), 7-19.
33. Zaloski, B. A., & Storch, E. A. (2018). Comorbid autism spectrum disorder and anxiety disorders: a brief review. *Future Neurology*, 13(1), 31-37.
34. <https://sparkingspeech.com.2020/09/27/understanding-the-unwritten-rules-comic-strip-conversations>.
35. [https://www.autism.org.uk.2021/03/27/Social stories and comic strip conversations](https://www.autism.org.uk.2021/03/27/Social-stories-and-comic-strip-conversations).
36. [https://www.cebc4cw.org/program.2021/04/30/Cool Kids Anxiety Program](https://www.cebc4cw.org/program.2021/04/30/Cool-Kids-Anxiety-Program).

ملحق (١)

المعيار التشخيصي لاضطراب القلق العام في الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية
(DSM-5)

اضطراب القلق العام Generalized Anxiety Disorder

- أ. القلق المفرط (توقع القلق) ، ويحدث لفترة لا تقل عن ٦ أشهر حول عدد من الأحداث أو الأنشطة (مثل العمل أو الأداء المدرسي).
- ب. يجد الفرد صعوبة في السيطرة على القلق.
- ج. يرتبط القلق بثلاثة (أو أكثر) من الأعراض الستة التالية:
١. الأرق والشعور بالضيق أو القلق.
 ٢. التعب بسهولة.
 ٣. صعوبة في التركيز أو الشعور بفراغ العقل.
 ٤. سهولة الاستثارة أو التهيج.
 ٥. توتر العضلات.
 ٦. اضطراب النوم (صعوبة الدخول في النوم أو البقاء نائماً ، أو النوم المضطرب غير المرضي).
- د. يسبب القلق أو الأعراض الجسدية ضائقة أو ضعفاً كبيراً سريريًا في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من مجالات الأداء المهمة.
- هـ. لا يُعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (على سبيل المثال تعاطي عقار ، دواء) أو حالة طبية أخرى (مثل فرط نشاط الغدة الدرقية).
- و. لا يتم تفسير الاضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب طبي آخر (على سبيل المثال ، القلق المصاحب لاضطراب الهلع ، أو اضطراب القلق الاجتماعي [الرهاب الاجتماعي] ، أو الهواجس الأخرى في اضطراب الوسواس القهري ، و اضطراب قلق الانفصال ، والتذكير بالأحداث الصادمة في اضطراب ما بعد الصدمة ، و القلق بشأن زيادة الوزن في اضطراب فقدان الشهية العصبي ، والشكاوى الجسدية في اضطراب المعدة ، و عيوب المظهر المتصورة في اضطراب تشوه الجسم ، أو المعتقدات الخاطئة المصاحبة للفصام أو اضطراب توهم المرض)

ملحق (٢)

مقياس القلق لدى الشباب ذوي اضطراب التوحد

Rodgers et al, 2019

البيانات الأولية:

الاسم: التاريخ: العمر: الجنس:

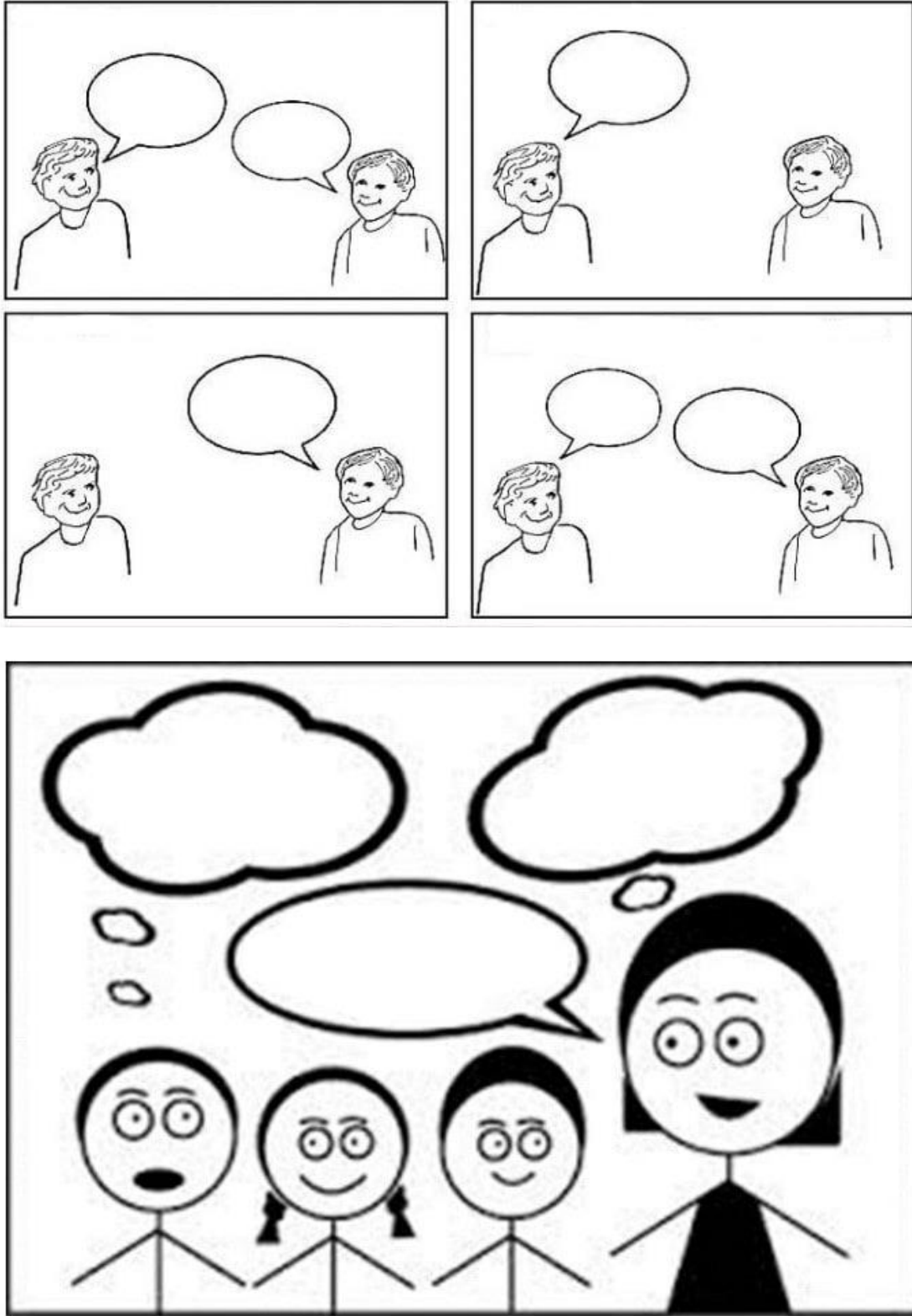
التعليمات:

الرجاء وضع دائرة حول الكلمة توضح عدد مرات حدوث كل من هذه الأشياء لك خلال الأسبوعين الماضيين. لا توجد اجابات صحيحة أو خاطئة.

م	العبارات	لا ابدا	احيانا	غالبا	دائما
١	أشعر بالخوف فجأة				
٢	أشعر بالقلق مما يعتقد الآخرون عني				
٣	يبدأ قلبي فجأة في الخفقان بسرعة				
٤	أشعر بالقلق في المواقف التي قد أخطأ فيها				
٥	أخشى أن أكون سيئاً عندما يتم تقييمي في العمل، الكلية، المقابلات				
٦	أشعر فجأة وكأنني لا أستطيع التنفس				
٧	أنا قلق بشأن الأشياء أو الأشخاص أو الأماكن غير المألوفة				
٨	عندما أواجه مشكلة ، أشعر بالارتعاش الجسدي				
٩	أشعر بالقلق بشأن التغييرات التي تطرأ على محيطي أو روتيني				
١٠	أخشى ارتكاب الأخطاء أثناء التفاعلات الاجتماعية				
١١	عندما لا أعرف ما سيحدث ، لا يمكنني فعل شيء				
١٢	أشعر بالقلق عندما أعتقد أنني لم أفعل ذلك جيداً				
١٣	أحتاج إلى الاستعداد قبل حدوث الأشياء				
١٤	أشعر بالقلق أن أظهر مغفل (لا أفهم شيء) أمام الناس				
١٥	أخشى أن يحدث شيء سيئ إلى شخص أعرفه				
١٦	أبدأ فجأة في الاهتزاز الجسدي أو الارتعاش				
١٧	أصاب فجأة بالدوار أو الإغماء				
١٨	أشعر بالقلق إذا لم أكن أعرف ما سيحدث ، إذا تغيرت الخطط				
١٩	أخشى أن يحدث لي شيء سيء				
٢٠	فجأة أصبح غير قادر على التفكير أو التحدث أو فعل الأشياء				

ملحق (٣)

نماذج من المحادثات المصورة الهزلية Comic Strip Conversations



The effectiveness of modified cognitive-behavioral therapy in alleviating symptoms of anxiety disorder in young people with autism spectrum disorder – A case study.

Hoda Abdelaziz Amin

Abstract:

The research aims to test the effectiveness of the use of modified cognitive-behavioral therapy in alleviating the symptoms of anxiety disorder through a clinical study of a case of a 20-year-old young man with autism spectrum disorder and anxiety disorder over a period of three months. The diagnostic criterion for generalized anxiety disorder applied in The fifth version for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), the anxiety scale for young people with autism (translated by the researcher), and the modified cognitive-behavioral therapy program.

The program consisted of (24 sessions / during 12 weeks) at a rate of two sessions per week for the case, and a simultaneous weekly session for the mother and sister, and the session time ranged (from 40 to 60 minutes).

The results indicated a decrease in the symptoms of social anxiety, avoidance of social situations, and a decrease in the physiological response to anxiety, as well as in the manifestations of non-specific anxiety.

This was reflected in various aspects of life , appeared in the increase in social interaction, the practice of daily life activities, the widening of the circle of interests, and leisure time activities. Decreased attachment to repetitive behaviors, repetitive speech and feelings of decreased fear.

Keywords: Autism spectrum disorder, Modified cognitive behavioral therapy, Anxiety disorder in young people with autism spectrum disorder, Adults with autism spectrum disorder, a case study.