

فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيض من استجابة القلق والاكتئاب لدى المصابين بمرض التصلب اللويحي (دراسة حالة)

بولكويرات صليحة طالبة دكتوراه - جامعة الجزائر 02

د شرفي هناء، د برزوان حسيبة - جامعة الجزائر 02

الكلمات المفتاحية: العلاج المعرفي السلوكي، قلق،
اكتئاب، التصلب اللويحي.

Abstract :

L'objectif de cette étude est de démontrer l'impact d'un programme de thérapie cognitive comportementale sur l'amélioration de l'état anxio-depressif des malades atteints de la sclérose en plaque. L'étude s'inscrit dans la méthode quasi-expérimentale, notamment test-retest.

Les moyens utilisés dans notre recherche sont : 1 observation, 1 entretien semi-directif, la grille de 1 analyse fonctionnel de BASIC IDEA, l'échelle

ملخص:

تهدف الدراسة الحالية إلى إظهار مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيض من استجابة القلق والاكتئاب لدى المرضى المصابين بالتصلب اللويحي.

لقد استخدمنا المنهج شبه التجريبي حيث قمنا بقياس قبلي وبعدي، وتمثلت أدوات الدراسة في الملاحظة، المقابلة النصف الموجهة، شبكة التحليل الوظيفي لـ BASICADEA مقياس القلق لسيلبرجر ومقياس الاكتئاب لبيك، بالإضافة إلى الدليل التشخيصي DSM4، كما احتوى البرنامج العلاجي على تقنيات من العلاج المعرفي السلوكي، وشملت العينة حالتين من مرضى التصلب اللويحي تم اختيارهم بطريقة قصدية.

خلصت الدراسة إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيض اضطراب القلق والاكتئاب لدى مرضى التصلب اللويحي

مقدمة:

إن الشخص معرض للإصابة بمرض عضوي في أي فترة من فترات حياته وهذا الأخير يمكن أن يكون مرض هين أو مرض مزمن، وفي الحالة الثانية أي إذا ما كان المرض مزمن، فإنه يؤثر على نوعية حياة الفرد، مما يؤدي إلى صعوبات في التكيف.

وبهذا فالمصاب بالمرض العضوي المزمن يكون مجبرا على تغيير نمط حياته الذي كان يسير عليه قبل المرض، ووضع نمط جديد، أين يأخذ فيه بعين الاعتبار حالته وقدراته الصحية الجديدة، وهنا نحن نتحدث عن فرد تقبل وضعيته الجديدة ويحاول التكيف معها، ولكن هذا ليس دائما الحالة التي نراها، ففي أغلب الأحيان يجد المرضى صعوبات في التكيف مع مرضهم المزمن وهذا يرجع إلى طبيعة تكوين شخصيتهم ومدى النضج النفسي العاطفي عندهم، بالإضافة إلى طبيعة استراتيجيات المواجهة المستعملة من طرفهم، ويرجع أيضا عدم التكيف مع المرض إلى طبيعة المرض في حد ذاته، فالإصابة بمرض مزمن كالتصلب اللويحي والذي يعرف عنه أنه يصيب الراشد الشاب ما بين سن 20 و 40 سنة، أي الفرد وهو في قمة نشاطه سواء للتخطيط لبناء حياته الدراسية أو المهنية والأسرية، وبالتالي هو مرض يصيب استقلالية الفرد. فمن الطبيعي أن يظهر مرضى التصلب اللويحي استجابات نفسية مختلفة، تمكنه من استعادة توازنه بعد فترة معينة، إلا أنه من غير الطبيعي أن تستمر هذه الاستجابات النفسية بعد سنة أو أكثر من الإصابة بالمرض وأن

d'évaluation de l'anxiété de speilberjer, l'échelle de dépression de Beck et le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM 4, ajoute a cela le programme thérapeutique base sur les technique de la thérapie cognitive comportementale. L'étude est compose de 2 patientes atteintes de sclérose en plaque

Les résultats obtenus ont montré une diminution du degré de l'anxiété et la dépression chez les deux patientes dont la thérapie cognitive comportementale s'est avérée efficace.

Mots clés : thérapie cognitive comportementale, anxiété, dépression, sclérose en plaque.

تؤدي إلى تراجع مستوى أداء الفرد على كل المستويات العائلية، الاجتماعية، والمهنية.

وبحسب الحالي يتناول استجابة القلق والاكتئاب عند المرضى المصابين بالتصلب اللويحي، ومدى أثر التدخل النفسي ذو التوجه المعرفي السلوكي في تخفيف هذه الاستجابات.

وتتمثل أهمية هذا البحث، أن للجانب النفسي تأثير كبير على الشخص في كل الجوانب، وعلى قدرته على التكيف والتعايش مع المرض مما يجعله يصل إلى مستوى يمكنه من مواصلة حياته. وبهذا نقترح برنامج علاجي معرفي سلوكي يهدف إلى الوصول بالمرضى لمرحلة يستطيع فيها تسيير الاستجابات السلبية كالقلق والاكتئاب حتى يتمكن من التعايش مع مرضه رغم صعوباته.

1- إشكالية الدراسة:

إن الحياة مليئة بالتجارب منها السارة ومنها المحزنة، ومن بين هذه الأخيرة يمكن أن يتعرض الفرد للإصابة بمرض عضوي فمهما كان نوعه بسيطاً أو خطيراً، فإنه ينتج عن هذه التجربة انعكاسات نفسية، والتي تؤثر على نوعية حياة الفرد. إذ يؤكد العديد من الباحثين على العلاقة الموجودة بين الجانب النفسي والجانب العضوي، فإصابة أحدهما تؤثر على الآخر كما يؤكدون على أنه غالباً ما يصاحب الاضطراب العضوي باستجابات نفسية عديدة.

حيث يعتبر لacroi (2009) أن الإصابة بالمرض العضوي حدث غير اختياري ولا مرغوب فيه، والذي يعلن عن إدراك للخطر، مما

يترك آثار على المستوى الانفعالي ومن خلال هذا الأخير يتحدد تكيف الشخص مع وضعيته الجديدة. فمواجهة الفرد لتدهور حالته الصحية يؤدي إلى ظهور استجابات نفسية تجاه هذا التحول الجسدي. وهنا يمر الفرد بمرحلة حداد والذي في حالته الطبيعية يكون عبارة عن نشاط نفسي أين يتم معايشة المعاناة للتمكن من تجاوزها، بينما في حالة محاولة نفي للمعاناة هنا يقع توقف للعمل النفسي.

(Simon et al, 2009, P.33)

وكما يفسر لacroi (2009) في نموذج عن استراتيجيات التكيف المستعملة من طرف المصابين بمرض المزمن، بأن السير المتوقع للاستجابة عند إعلام المريض بالإصابة بالمرض العضوي المزمن، يكون إما في حالة تطور نحو تقبل المرض، بحيث يصاب المريض في البداية بنوع من الشك أو السخط العابر بعدها يستعمل الاستياء أو التمرد كاستراتيجية للمواجهة، مما يؤدي إلى مرور الفرد بحالة من الحزن والاكتئاب العابرة ليصل في الأخير إلى مرحلة يتكيف فيها مع مرضه، أما في الحالة الثانية فالمرضى يتطور نحو الاستسلام والخضوع حيث يصاب في البداية بحالة من القلق، بعدها يستعمل استراتيجيات التجنب والتي تؤدي إلى حالة من الرفض، الإنكار، الخجل، وعدم الاهتمام، مما يؤدي إلى وصول المريض إلى حالة من الاكتئاب المرض (Simon et al, 2009, P.34).

(2009, P.34)

وبهذا فإنه عادة ما يظهر المرضى استجابات نفسية للتكيف مع المرحلة الجديدة من حياتهم، كالقلق

والاكتئاب، والتي تعتبر مرضية في حالة استمرارها مع الوقت وظهورها بشكل شديد.

ويعرف هانري آي (Henri Ey, 2006) القلق على أنه اضطراب معاش مؤلم في انتظار خطر متوقع الحدوث، يظهر من خلال تظاهرات انفعالية ناتجة عن الضيق الشديد (Ey, 2006, P. 379). أما الاكتئاب فيعرفه بيك (Beck) الاكتئاب على أنه حالة عيادية تكون مصحوبة بتغيرات مزاجية وعقلية وجسمية تتمثل في صورة: الحزن والعزلة واللامبالاة وانخفاض تقدير الذات واضطراب في النوم والشهية، ونقص الليبدو، وعداء الذات وانخفاض في النشاط (محمد سعد حامد، 2010، ص 11).

وفي هذه الحالة تعتبر استجابة القلق والاكتئاب اضطراب نفسي ثانوي، أي ناتج عن الإصابة بالمرض المزمن، وفي حالة الإصابة بمرض مزمن كمرض التصلب اللويجي والذي يعتبر مرض عصبي، يظهر بين سن 20 و40 سنة وهو مرض يصيب غشاء المييلين أو المسماة المادة البيضاء في الجهاز العصبي المركزي ويتميز هو وجود ميكانيزمات ذاتية التهديم (auto-immune) ومن أهم أعراضه: الإرهاق، اضطراب في الرؤية، فقدان الإحساس، اضطراب الحركة، عدم التحكم في جهاز الإخراج ... الخ (David et Lapland, 2004, P.P. 307-308)

ف نجد أن هذا المرض يؤثر بشكل كبير على نوعية الحياة الفرد وعلى استقلالية، نتيجة الظهور المفاجئ للأعراض وهذه الأخيرة يمكن أن تبقى أو تختفي مع ترك آثار على بعض أعضاء الجسم، ونجد أن المصابين بهذا المرض عادة ما يظهرون استجابات نفسية مختلفة.

وهذا ما أكدته دراسات عديدة تناولت الانعكاسات النفسية لهذا المرض، نذكر منها دراسة دياز وآخرون (Diaz et al, 1999) والذي تناول فيها الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض التصلب اللويجي وتوصل إلى أن 79 % من الحالات تعاني من إكتئاب و37 % من القلق.

كما قام باترن وآخرون (Patten et al, 2003) بدراسة مقارنة بين الاكتئاب عند أشخاص مصابين بأمراض خطيرة والمصابين بمرض التصلب اللويجي، وتوصلوا إلى أن الأشخاص المصابين بمرض التصلب اللويجي نسبة الاكتئاب تصل عندهم إلى 15.7 % بينما يصل الاكتئاب عند المصابين بأمراض خطيرة أخرى 9.1 %. ولقد أظهرت دراسة جانسوس وآخرون (Janssens et al., 2003)

أن المرضى اللذين تم تشخيص المرض عندهم تحصل 34 % منهم أنهم مصابين بحالة من القلق (Lebrun et al, 2009, P.P. 156-157) وفي دراسة لبنديك (Benedict et al, 2005) أثبت أن المرضى يعانون من حالة قلق واكتئاب بالإضافة إلى ظهور اضطرابات معرفية وتراجع لنوعية الحياة. كما أثبت فويوفيتش وآخرون (Vouyovitch et al, 2006)

أن مرض التصلب اللويجي أثر على نوعية الحياة خاصة عرض الإرهاق، مما يؤثر على الحياة اليومية للمرضى على المستوى العلائقي والاجتماعي والمهني. وأكدت الدراسة التي قامت بها شهراوي (2009) حول نوعية الحياة الذاتية (subjective) عند الأشخاص المصابين بمرض التصلب اللويجي، حيث

شملت عينة 61 شخص من خلال المقابلة العيادية وتطبيق ثلاثة مقاييس: مقياس نوعية الحياة الذاتية (PQVS)، مقياس القلق حالة-سمة سبيلبرجر (Spielberger) ومقياس الاكتئاب لبيك (Beck) وتوصلت هذه الدراسة إلى انخفاض مستوى الرضا العام عن نوعية الحياة والتي تظهر خاصة في شكل اكتئاب وقلق. وأنه كلما ارتفع القلق والاكتئاب كلما انخفضت نوعية الحياة (Chahraoui et al, 2010. P. 746 - 748).

ومن بين الدراسات النفسية التي تناولت مرض التصلب اللويحي في الجزائر، دراسة بيلك (2005) والتي تناولت هذا المرض من وجهة نظر المدرسة السيكوسوماتية، وذلك بتقييم نوعية العقلنة حيث توصلت الباحثة من خلال دراسة أجريت على 8 حالات وتوصلت إلى أن هؤلاء المرضى لديهم ضعف في العقلنة (بيلك، 2005).

ونتيجة هذه الدراسات ولملاحظتنا الميدانية، التي كشفت لنا الاستجابات النفسية العديدة لمرضى التصلب اللويحي، مما يستدعي تدخل علاجي نفسي.

حيث يرى لورو مورسز أن الألم الجسدي هو نداء للتدخل الطبي والمعاونة النفسية هو نداء للتواصل مع المريض. كما يرى لacroi (2009) المعاونة النفسية تتطلب أن تكون مسموعة، مشتركة، مرافق، هذه الحاجيات. حيث يرى شافير (Schiffer, 1997) أن هناك بعض الدراسات التي تحدثت على أن العلاج النفسي يمكن أن يكون فعال عند المصابين بمرض التصلب المتعدد ويظهر أنها أكثر فاعلية عندما يكون المرضى في

مرحلة الانقطاع من المرض أفضل من المرحلة النشطة

(Lebrun et al, 2009, P. 160).

ومن العلاجات النفسية الرائدة في الوقت الحالي العلاج المعرفي السلوكي كما يعد العلاج المعرفي السلوكي من أكثر أنماط العلاجات النفسية شيوعا في الوقت الراهن في تناول مختلف الاضطرابات. وقد أكدت دراسات عديدة أن العلاج المعرفي السلوكي هو الأكثر فعالية قياسا بالعلاجات النفسية الأخرى وذلك في علاج الاضطرابات. ويرى عادل عبد الله (2000) أنه يعتبر الأفضل فيما يتعلق بالنتائج المرجوة على المدى الطويل، حيث تقل بدرجة كبيرة احتمالات حدوث انتكاسة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي. إلى جانب هذا امتدت تطبيقات العلاج المعرفي السلوكي لتشمل مجموعة من الاضطرابات: كالخجل، القلق، اضطرابات النفس-اجتماعية والمشكلات الزوجية واضطرابات الأكل والإدمان وإساءة استخدام المواد والتخلف العقلي، الاضطرابات الذهانية والعديد من مشكلات الأطفال، ويرى روزن (1993) أن عدد الدراسات الامبريقية التي أكدت فاعلية هذا الأسلوب العلاجي في علاج الاضطرابات المختلفة قد تزايد بشكل كبير، ومؤخرا ثم حتى استعمال هذا العلاج في علاج الآلام المزمنة مثل: الآلام المزمنة المصاحبة للصداع، الربو، من خلال التدريب على الاسترخاء بالإضافة إلى التغذية الرجعية الحيوية (عادل عبد الله، 2000، ص.ص. 105-153).

كما أن كوترو (Cottraux, 2011) ذكر تقرير لنسارم (INSERM, 2004) ونتائج

الدراسات المراقبة الحديثة، والتي جاءت بأن العلاج السلوكي المعرفي أثبت فعاليته في علاج اضطرابات الطفل والراشد في أغلب الاضطرابات النفسية (J. Cottraux, 2011, P.353).

وبهذا يرى جون سكوت (Jan Scott, 2002) أنه قد أصبح استعمال وكفاءة العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاضطرابات الاكتئابية الأساسية الأولية راسخ الأسس الآن، وفي علاج اضطرابات القلق، أما استخدام العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاكتئاب والقلق الذي ينتج كنتيجة ثانوية للمرض العضوي لم ينل إلا حظا قليلا من البحث. وقد نشرت القليل في التراث السيكلوجي تشير إلى إمكانية استخدام العلاج المعرفي السلوكي مع مرضى المصابين بالتهاب الكبد المتعدد للاركومب وويلسون

(Larcombe et Wilson, 1984) وفي علاج التكيف مع نتائج الجراحات القلبية دراسة كل من قاليان وليث (Valiant et Leith, 1986)، وفي علاج أعراض تهيج الأمعاء دراسة كل من سكوارز وبلانكارد (Schwarz et Blanchard, 1986... الخ. ولقد كانت

أحجام العينات المستخدمة صغيرة وكانت النتائج مختلفة، واشتملت على دلائل الفشل ودلائل النجاح. ولكن الدراسات المقتبسة حتى الآن يمكن أن تعتبر بمثابة محاولة أولية لجلس النبض، وهناك قليل من التقارير التي أعطت تفاصيل عن مشاكل استخدام العلاج المعرفي السلوكي مع هؤلاء المرضى، ومعلومات قليلة نسبيا متاحة عما إذا كان قد تم تعديل أسلوب العلاج المعرفي السلوكي لمواجهة

الاحتياجات الخاصة لهذه المجموعة، وكيف تم هذا التعديل (بيك، 2002، ص.ص. 171-172).

ومن الدراسات العربية التي تناولت فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيض من الاستجابات النفسية المصاحبة للمرض العضوي نذكر دراسة أقيمت بمصر لممدوح مختار علي (2001) حول فعالية العلاج السلوكي كآلية احتواء وعلاج للاضطرابات المصاحبة لمرض السكري، حيث توصل إلى فعالية هذا النوع من العلاج النفسي (مختار علي، 2001، ص.ص. 104-122).

ومن الدراسات التي استعملت العلاج المعرفي السلوكي في الجزائر، نذكر دراسة صويلح فريدة التي تناولت تقييم فعالية العلاج المعرفي لبيك في علاج الاكتئاب لدى عينة من المعوقين حركيا والتي تناولت 8 حالات لتحقيق من فرضية أنه تطبيق العلاج المعرفي لبيك باستعمال تقنيات سلوكية ومعرفية يخفف من الأعراض الاكتئابية لدى المعوقين حركيا، فتوصلت إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يخفف من الأعراض الاكتئابية (صويلح فريدة، 2009، ص. 191).

أما الدراسات التي تناولت فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيض من الاستجابات المرافقة لمرض التصلب اللويحي، فنذكر دراسة لموهر (Mohr et al, 2004) ثم إجرائها على 14 مريض مصاب بالتصلب اللويحي، للمقارنة بين فعالية العلاج النفسي والعلاج الدوائي لأعراض الاكتئاب والتي تم قياسها عن طريق مقياس بيك للاكتئاب. وتوصلت الدراسة إلى فعالية مماثلة بعد علاج دام 4 أشهر. كما أن هذا العلاج مستوحى

من النظريات المعرفية السلوكية (Lebrun et al, 2009, P. 161).

وبناء على النتائج الايجابية المحققة في العلاج المعرفي السلوكي بتناوله لمختلف الاضطرابات النفسية الأولية والثانوية منها، ارتأينا من خلال بحثنا هذا اختبار فعاليته في التخفيض من استجابة القلق والاكتئاب عند المرضى المصابين بالتصلب اللويحي، وعليه تم طرح التساؤل العام التالي:

هل العلاج المعرفي السلوكي فعال في التخفيض من درجة أعراض القلق والاكتئاب عند المرضى المصابين بالتصلب اللويحي؟

ومن هنا تم إدراج التساؤلات الفرعية التالية:

هل هناك فروق في القياس القبلي والبعدي في درجة أعراض القلق لدى المرضى المصابين بالتصلب اللويحي؟

هل هناك فروق في القياس القبلي والبعدي في درجة أعراض الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالتصلب اللويحي؟

الفرضية العامة:

العلاج المعرفي السلوكي فعال في التخفيض من درجة أعراض القلق والاكتئاب عند مرضى التصلب اللويحي.

الفرضيات الجزئية:

هناك فروق في القياس القبلي والبعدي في درجة أعراض القلق لدى مرضى التصلب اللويحي.

هناك فروق في القياس القبلي والبعدي في درجة أعراض الاكتئاب لدى مرضى التصلب اللويحي.

2- أهداف الدراسة:

تمثلت أهداف الدراسة الحالية فيما يلي:

1- تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيض من الاضطرابات الثانوية كاضطراب القلق والاكتئاب.

2- تخفيض من درجة الاكتئاب عند المرضى المصابين بالتصلب اللويحي.

3- تدريب مرضى التصلب اللويحي على بعض الاستراتيجيات لمواجهة ردود الفعل النفسية المصاحبة للمرض كالقلق.

3- أهمية الدراسة:

تبرز أهمية الدراسة الحالية في طبيعة الأعراض النفسية التي يظهرها المرضى المصابين بالتصلب اللويحي ومدى تأثير هذه الأخيرة على الجانب النفسي، العلائقي والمهني عندهم، ومن هنا يأتي دور التدخل باستعمال برنامج معرفي سلوكي في التخفيف من بعض الاستجابات النفسية لمرضى التصلب اللويحي والوصول بالمريض إلى القدرة على تسير قلقه والتحكم أكثر بانفعالاته وأفكاره. كما تهدف الدراسة إلى التنبيه بضرورة الكفالة النفسية للاستجابات النفسية الثانوية الناتجة عن الإصابة بمرض عضوي مزمن.

4- تحديد المفاهيم:

- القلق:

يعرفه سارفو بأنه إدراك وتوقع للخطر والتهديد خلال وضعية معينة، يمكن أنه يصبح مبالغ فيه، فيصعب السيطرة عليه، مما يولد صعوبات في التكيف عند الشخص (Servant, 2007, P.196).

وتمثل في الدراسة الحالية في النتائج المتحصل عليها في مقياس القلق حالة سمة لسبيلبرجر .

-الاكتئاب:

يرى بيك أن المحتوى الفكري لمرضى الاكتئاب يركز على فكرة الفقد وعلى وقوع فقدان كبير. فيحس المريض منهم أنه قد خسر شيئاً يراه ضرورياً لسعادته أو طمأنينته، ويتوقع من أي مشروع هام نتائج سلبية، ويرى نفسه مفتقداً للصفات اللازمة لتحقيق أهداف ذات شأن. ويرى أنه بالإمكان أن نصوغ هذه التهمة فيما يلي يسمى الثلاثي المعرفي: تصور سلبي للذات، تفسير سلبي لخبرات الحياة، نظرة عدمية للمستقبل (بيك، 2000، ص 98). وتمثل في الدراسة الحالية في الدرجات المتحصل عليها في مقياس بيك للاكتئاب.

- التصلب اللويحي:

يعرف كامبي وآخرون (Cambier et al, 2004) مرض التصلب اللويحي على أنه عبارة عن مرض التهابي مزمن، ذاتي التهديم يصيب الجهاز العصبي المركزي. يصيب النساء أكثر بقليل من

الرجال. في نوعه الأكثر تكراراً يتطور المرض من خلال الدفعات مما يؤدي إلى انتشار آفات دماغية. يعتبر هذا المرض نتاج لعوامل مرضية مناعية أين السبب غير معروف

(Cambier et al, 2004, P.296).

- العلاج المعرفي السلوكي:

يرى بلازولو (Palazzolo , 2005) أن العلاج المعرفي السلوكي علاج يعمل كما يدل اسمه على تغيير السلوك الغير متكيف في الحياة اليومية للشخص، كما يعمل على الأفكار أي المعارف المرتبطة بالسلوك الغير المتكيف. إذن يتعلق هذا العلاج بتغيير السلوك الغير مناسب بهدف أن يتطور بأكبر سرعة ممكنة. وهذا النوع من العلاج يهتم بميكانيزمات معالجة المعلومة والتي تتعلق بسياق التفكير الواعي والغير واعي التي تنظم نموذج الإدراك تجاه العالم ((Palazzolo, 2005, P. 13 .

وفي الدراسة الحالية تم تطبيق برنامج معرفي سلوكي للتخفيض من استجابة القلق والاكتئاب لدى مرضى التصلب اللويحي، وهو يقوم على تدريب المفحوصين على بعض التقنيات والمتمثلة في تمارين الاسترخاء، التدريب على ضبط الذات، تأكيد الذات وتقنية النمذجة، ومن ثم تصبح تلك التقنيات مهارات يستعملها المفحوص في حياته اليومية مما يعزز من استقلاليتته.

5-منهج الدراسة:

في هذه الدراسة يهدف المنهج شبه التجريبي إلى اختبار فعالية برنامج معرفي سلوكي في التخفيض من

القلق والاكتئاب، من خلال تطبيقه على مجموعة متكونة من حالتين مصابتين بمرض التصلب اللويحي. بحيث يمثل البرنامج العلاجي المتغير المستقل، وتبعاً له نفترض انخفاض درجة كل من القلق والاكتئاب والذي يمثل المتغير التابع، وتقوم الباحثة بإجراء اختبار قبلي واختبار بعدي على نفس العينة من المفحوصين، للتأكد من صحة فرضيات البحث.

6-مجموعة الدراسة:

تتكون عينة البحث من حالتين، تم اختيارهما بطريقة مقصودة، وفيما يلي جدول يوضح خصائص عينة البحث:

جدول (01): خصائص عينة البحث

	الجنس	السن	الحالة الأسرية	الحالة الاقتصادية	المستوى التعليمي	سن الإصابة بالمرض
الحالة الأولى م	أنثى	40 سنة	متزوجة وأم ل 4 أطفال	جيدة	ليسانس	39 سنة
الحالة الثانية س	أنثى	20 سنة	عزباء تقع في الرتبة الثانية بين أربعة إخوة	متوسطة	ثالثة ثانوي	18 سنة

7- أدوات الدراسة:

اعتمدنا في بحثنا هذا على جملة من الأدوات التي تساعد في الإجابة على تساؤلنا وللتأكد من صحة الفرضيات، والتي تتمثل في:

7-1- المقابلة النصف الموجهة:

في هذا النوع من المقابلة يقوم الباحث بتحديد مجموعة من الأسئلة بغرض طرحها على المبحوث، مع احتفاظ الباحث بحقه في طرح أسئلة من حين لآخر دون خروجه عن الموضوع (معن خليل عمر، 1983، ص 211).

7-2-الاختبارات النفسية:

المقاييس النفسية التي تم استعمالها في بحثنا هذا هي كالآتي:

7-2-1-مقياس بيك للاكتئاب:

قام بوضعه بيك (Beck) ويتكون هذا المقياس من 21 مجموعة من الأسئلة وكل مجموعة منها تصف أحد الأعراض الرئيسية للاكتئاب فيها: الحزن والتشاؤم والإحساس بالفشل والسخط وعدم الرضا...الخ. ويطلب من الشخص أن يقرأ كل عبارة في كل مجموعة وأن يقرر أي عبارة منها تنطبق عليه. فيصف حالته ومشاعره اليوم والآن بوضع دائرة حول رقم العبارة التي تنطبق عليه.

وتتمثل طريقة تطبيق الاختبار في الطلب من المفحوص قراءة التعليمات الموجودة في بداية المقياس والتأكد من فهمها ثم الشروع في الإجابة. التنقيط يتم بجمع الدرجات التي تحصل عليها الفحوص في

المجموعات الواحد والعشرين للوصول إلى الدرجة الكلية للمقياس. وتتراوح الدرجة من 0 كحد أدنى إلى 39 كحد أقصى ثم توضع هذه المجاميع ضمن درجات فاصلة قصد التعرف على درجة الاكتئاب (عبد الستار ابراهيم، 1998، ص. 69).

لقد قام غريب عبد الفتاح (1985) بترجمة المقياس وتكييفه للبيئة العربية، حيث قام بحساب معامل الصدق لهذا المقياس وتم ذلك باستخدام معامل "برون" و"سبيرمان" (Brown et Sperman) وكان معامل الثبات قدر ب (0.39).

وفيما يخص البيئة الجزائرية قام الباحث من جامعة باتنة بشير معمريّة بحساب ثبات مقياس بيك للاكتئاب سنة 1998 على مجموعة من الطلبة الجامعيين.

7-2-2- مقياس القلق لسبيلبرجر (Spielberger):

هو عبارة عن مقياس يتكون من قائمة لقياس سمة القلق وقائمة لقياس حالة القلق، والتي أعده كل من لوشين وسبيلبرجر 1970 وقد استخدم هذا الاختبار في كثير من الابحاث والدراسات.

تميزت هذه القائمة عن غيرها من مقاييس القلق بمقياس لكل من سمة وحالة القلق معا، وقد قمنا بتطبيق الصورة المعربة ومكيفة من طرف الأستاذة أمل معروف بعلم النفس بجامعة الجزائر 02.

تتكون القائمة من صورتين كل صورة تحتوي 20 عبارة، الأولى تقيس 'حالة القلق' التي يعيشها المفحوص في الوضعية الآنية، حيث عشرة عبارات مصاغة صياغة ايجابية والعشرة الأخرى سلبية، وتقابلها أربع إجابات تحدد درجة القلق، تتسلسل حسب الترتيب التالي: مطلقا، إلى حد ما، وسط، كثيرا. كثيرا.

والصورة الثانية تقيس 'سمة القلق' وهي حالة ثابتة نسبيا، فنجد أنها مصاغة في ثمانية عبارات ايجابية والاثني عشر الباقية سلبية، وتقابل كل من هاته العبارات إجابات تحدد درجة القلق حسب الترتيب التالي: مطلقا، أحيانا، غالبا، دائما. تختلف طريقة التصحيح لكل من العبارات السالبة والعبارات الموجبة والتي تساوي 20 ونضربها في أربعة عدد الإجابات فنحصل على مجموع 80، ولمعرفة درجة القلق عند المفحوصين نقوم بجمع الدرجات المتحصل عليها لكل صورة على حدي، وذلك بمراعاة العبارات السالبة (شايب وعيد، 2008، ص. 36-37).

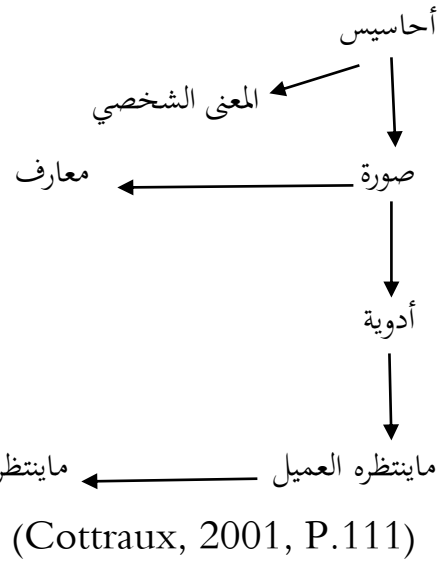
7-3- التحليل الوظيفي:

التحليل الوظيفي هو تحديد مجموعة السلوكات، العوامل، والسوابق، المؤدية إلى ظهور الاضطراب وعوامل استمرار الاضطراب. هناك عدة شبكات للتحليل الوظيفي إلا أننا سنتحدث عن شبكة

(BASIC IDEA) والتي تم استعمالها في بحثنا هذا.

وضعت هذه الشبكة من طرف لازاروس (Lazarus, 1977) والتي من خلالها يتم تحليل السلوك، وفيما يلي سنعرض شكل يوضح شبكة (BASIC IDEA)

السلوك المشكل



7-4- البرنامج العلاجي:

تم وضع برنامج تدخلي للتخفيف من أعراض القلق والاكتئاب والممثل في التقنيات التالية:

❖ تقنية الواجب المنزلي:

يرى كوروين وآخرون (Corwen et al, 2008) أن معدل طول الجلسة العلاجية حوالي 60 دقيقة، فلو أن العميل ركز فقط أثناء الجلسة على مشكلاته فذلك يعني أنه هناك 127 ساعة

أسبوعياً لم يتعرض فيها للعلاج، ويؤدي ذلك إلى نقص استمرارية العمل مع مشكلة معينة، بالإضافة إلى أنه في بعض الأحيان عندما يكونوا وسط مواقف معينة، فهم يستطيعون التقاط أفكارهم الآلية الأكثر بروزاً، كما أن الواجب المنزلي يرفع من وعي العميل بقدرته على الاستمرار في العلاج حتى بعد انتهاء الجلسات.

ثم اختيار هذه التقنية، حتى يكون هناك استمرار للعملية العلاجية حتى خارج الحصص، مما يرفع من مشاركة العميل في العلاج، كما أنها تعزز استقلالية العميل (كوروين وآخرون، 2007، ص. 49) .

❖ تقنية الاسترخاء العضلي:

يعرف سيرفو (Servant, 2009) تقنية الاسترخاء على أنه مجموعة التقنيات التي توصل الشخص إلى حالة من الاسترخاء. ويرى أن الاسترخاء العضلي هو تقنية تركز على الراحة الجسدية. والتي ظهرت سنة 1980 من طرف جاكبسون (Jacobson) والمبدأ الأساسي لهذه التقنية هو راحة العضل من خلال الشد والإرخاء المتواصل لمجموعة من العضلات حسب بروتوكل منظم وضع من طرف جاكبسون (Servant, 2009, P.2).

اختيرت هذه التقنية حتى نخفف من درجة التوتر والقلق عند المتعالج وحتى تكون كإستراتيجية

يستعملها العميل لمواجهة الوضعيات المقلقة أو المثيرة للتوتر.

❖ تقنية ضبط الذات:

أعطى ويلسون واوليري (Wilson et 1980) (Oleary, التعريف التالي لضبط الذات: "إن ضبط النفس عبارة عن أسلوب لتغيير السلوك، يبدأ الفرد عادة بنفسه بغرض التأثير على سلوكه الشخصي". كما أن محروس الشناوي و السيد عبد الرحمن (1998) يريان أن هذه التقنية تمر بثلاث مراحل وهي كالآتي:

المرحلة الأولى: المراقبة الذاتية أو الملاحظة الذاتية، وتوصف بأنها الحضور الواعي والدقيق للسلوك الذاتي للشخص.

المرحلة الثانية: تكون فيها مقارنة بين المعلومات المتحصل عليها من المراقبة الذاتية ومعايير السلوك المحدد ويمكن تسميتها بمرحلة التقويم الذاتي.

المرحلة الثالثة: وتشمل عملية تنظيم الذات، فهي مرحلة دافعية، حيث تتألف من إدارة رابطة التعزيز الذاتي، يرتبط بدرجة تباعد السلوك عن معايير الأداء والتدعيم الموجب للذات ينتج عنه الاستمرار في السلسلة المتقطعة للسلوك. و ثم إختيار هذه التقنية لمساعدة العميل على التحكم في نفسه والتخلص من بعض العادات أو السلوكات السلبية المتعلقة بالأفكار السلبية (الشناوي والسيد، 1988، ص.192)

❖ تقنية تأكيد الذات:

يعرف كانجي (Cungi, 2001) تأكيد الذات على أنه مجموعة المهارات التي تكون عند الشخص للوصول إلى تحقيق أشياء ملموسة وعلاقات جيدة مع الآخرين. وأن تأكيد الذات هو معرفة الشخص دون انفعال كبير كيف يطلب أو يرفض، أن يعبر عن أفكاره وأحاسيسه عندما يستلزم هذا، وبصفة عامة هو القدرة على الحوار الجيد مع الآخر (Cungi,2001, P.5).

وفقدان تأكيد الذات عند الفرد، يظهر إما في شكل سلوكات تثبيته (inhibé) أو سلوكات عنيفة، أو تراجع لكلا السلوكين.

وتم اختيار هذه التقنية لمساعدة المتعالج على تعلم كيفية تأكيد نفسه والتعبير عن رأيه، مشاعره، رفضه، بصراحة ولتخفيض التوتر في حالة مواجهة وضعية اجتماعية تعتبر صعبة بالنسبة للمتعالج، وبالتالي تهدف هذه التقنية لتحسين مستوى العلاقة مع الآخر.

❖ تقنية النمذجة:

تحدث فونتان (Fontaine) عن النمذجة قائلاً: إن كل شخص يمكنه ملاحظة إمكانية تغيير السلوك وتعلم سلوك جديد من خلال ملاحظة سلوك شخص آخر، فمثلاً الطفل يقلد دائماً السلوك الذي لاحظته عند والديه، ونفس الشيء بالنسبة للراشد، حيث يمكن أن تتأثر سلوكاته بما أمكنه ملاحظته من

يجبهم. كما أكد فونتان (Fontaine) أنه هناك عدة دراسات أكدت أنه عندما يقوم نموذج (un modèle) بإظهار السلوك المراد تعليمه للفرد بطريقة جيدة، فإنه يمكننا أن نرفع من احتمال تعلم السلوك بشكل كبير (Fontaine, 1989, P.231-234).

ولهذا اختارت المعالجة هذه التقنية، بهدف تعليم المفحوصة سلوكيات جديدة والتي تعاني من عدم تقبل للمرض العضوي (مرض التصلب اللويحي)، عن طريق نموذج لشخص مصاب بنفس المرض العضوي ألا أنه توصل إلى مرحلة تقبل فيها مرضه وتعايش معه.

8- الإجراءات التطبيقية للبرنامج العلاجي:

تم إعلام الحالتين (ع و س) بأن مدة العلاج هي 14 حصة، بمعدل حصة لكل أسبوع، لمدة ما بين 45 دقيقة إلى ساعة.

كل حصة علاجية كانت مبنية على الشكل التالي:

● استقبال.

● التغذية الرجعية (Feed back) عن

الحصة السابقة، "كيف أفادك ما تحدثنا وقمنا به خلال الحصة الماضية".

● أحداث الأسبوع وما يمكننا معالجته خلال

الحصة.

● مراجعة الواجبات عند إعطائها للمفحوصة.

● تلخيص الحصة.

● التغذية الرجعية (Feed back).

وفيما يلي جدول يوضح سير البرنامج العلاجي

والذي مر بثلاثة مراحل رئيسين:

جدول (02): سير البرنامج العلاجي

المرحلة العلاجية	عدد الجلسات	رقم الجلسات العلاجية	الأهداف العلاجية
مرحلة الإعداد للعلاج النفسي	3	1-3	- بناء العلاقة. - جمع معلومات عامة. - التحفيز للعلاج النفسي والتوعية لأهمية مشارك - العقد العلاجي. - للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي التحسيس. - قياس قبلي للتقييم أعراض القلق والاكتئاب. - تطبيق وشرح نموذج التحليل الوظيفي.

تمثلت الفرضية الأولى في أن: هناك فروق في القياس القبلي والبعدي في درجة أعراض القلق لدى مرضى التصلب اللويحي.

جدول (03): يوضح الفرق في نتائج مقياس القلق

مقياس القلق						الحالة الأولى م		الحالة الثانية س	
للسبيلبرجر						القياس القبلي	القياس البعدي	القياس القبلي	القياس البعدي
قلق	حالة	80/70	قلق	حالة	80/29	قلق	حالة	80/52	قلق
قلق سمة	80/62	قلق سمة	80/29	قلق سمة	80/29	قلق سمة	80/19	قلق سمة	80/14
قلق سمة	80/38	قلق سمة	80/37	قلق سمة	80/40	قلق سمة	80/19	قلق سمة	80/19

للسبيلبرجر في القياس القبلي والبعدي والتتبعي

نلاحظ من خلال الجدول تغير في نتائج مقياس

القلق للسبيلبرجر عند كلا الحالتين، حيث تحصلت

الحالة الأولى م في القياس القبلي في مقياس قلق حالة

على درجة 80/70 وفي مقياس قلق سمة على

80/60 مما يدل على قلق شديد عند المفحوصة،

إلا أنه بعد تطبيق البرنامج العلاجي الموجه لتخفيض

القلق والمتمثل في تقنية الاسترخاء وضبط الذات،

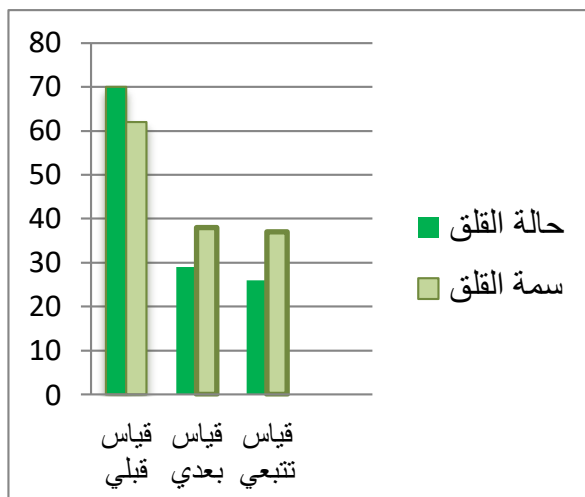
المرحلة التدريبية	9	من 4 إلى 12	- التدريب على تقنية الاسترخاء العضلي. - التدريب على تقنية ضبط الذات. - التدريب على تأكيد الذات. - تقديم تقنية النموذج.
المرحلة الختامية	2	من 13 إلى 14	- بعد التحضير لتوقف العلاج، يتم إنهاء الجلسات العلاجية بتقييم شامل وتشجيع العميل على متابعة تطبيق التقنيات. - قياس بعدي بتطبيق نفس المقاييس التي تم تطبيقها في مرحلة التقويم القبلي. - بعد ثلاثة أسابيع، تطبيق القياس التتبعي.

9- نتائج الدراسة:

فيما يلي سنقدم النتائج التي تم الحصول عليها من خلال المقارنة بين نتائج العينة في القياس القبلي والبعدي والتتبعي، أي قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي وبعد مرور ثلاث أسابيع من تطبيق العلاج المقترح في هذا البحث وتحليلها.

عرض نتائج الفرضية الأولى:

الشكل (01): رسم بياني يوضح الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى الحالة م لمقياس القلق لسيلبرجر



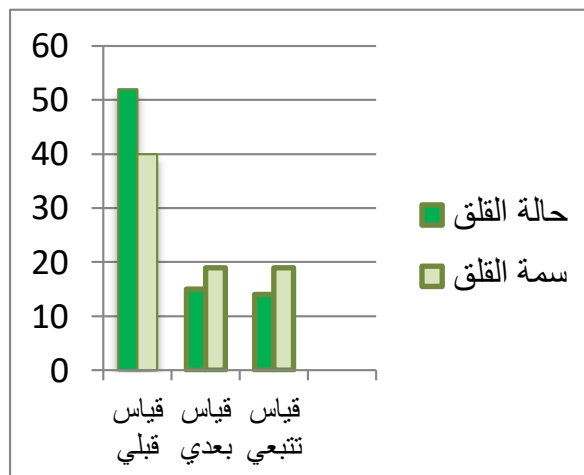
أما الحالة الثانية س فنجد أيضا قد تحققت عندها فرضية البحث أيضا، حيث انخفض القلق عنها إلى خال من القلق 15/ 80 قلق حالة و 19/ 80 قلق سمة، بعد أن كان قلق متوسط. وقد حافظت المفحوصة على نفس النتيجة في المقياس التتبعي. بعد تطبيقنا للتقنيات الموجهة لتخفيض القلق.

الشكل (02): رسم بياني يوضح الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى الحالة س لمقياس القلق لسيلبرجر

نجد انخفاض في درجة القلق إلى قلق خفيف حيث تحصلت المفحوصة على درجة 29/ 80 في قلق حالة وعلى درجة 37/ 80 في قلق سمة، والتي حافظت على نفس النتيجة في القياس التتبعي، حيث انخفضت درجة القلق والذي أكدته من خلال ذكرها لاختفاء أعراض ضيق التنفس، وتحكم أكثر بالمواقف الضاغطة ، وذلك بتعليم المفحوصة طريقة التحكم به، من خلال التدريب على تمرين الاسترخاء كاملا، كما تم إعطائه للمفحوصة كواجب منزلي، حيث يتواصل تطبيق التقنية خارج الحصص العلاجية ، بالإضافة إلى تعليمها تقنية وضبط الذات، تم شرح تقنية ضبط الذات، وفي الحصص التي تلتها قمنا بتمارين التحكم بالأفكار السلبية وبالتالي السلوكيات السلبية بالإضافة إلى تطبيق تمرين تحليل المشاعر، كما تم إعطاء واجبات منزلية لاستمرار تطبيق التقنية خارج الحصص العلاجية. بالإضافة إلى تقنية النمذجة الموجهة لتعليم سلوكيات جديدة للمفحوصة، التي ساهمت بشكل كبير حسب المفحوصة في تخفيض القلق عندها.

نلاحظ من خلال الجدول تغير في نتائج مقياس الاكتئاب لبيك عند كلا الحالتين، حيث تحسنت المفحوصة م في القياس البعدي على درجة 39/04 بعد ان كانت 39/14، أي انخفض الاكتئاب عندها من متوسط إلى انعدام الاكتئاب، كما نجد أن المفحوصة حافظت تقريبا على نفس نتيجة القياس البعدي في القياس التبعي. حيث تم العمل على خفض أعراض الاكتئاب لدى العميلة (م) والنتائج المترتبة عليه، من عدم نشاط وانسحاب اجتماعي، من خلال تطبيقنا لتقنية ضبط الذات، والتي ساعدت العميلة على التحكم والسيطرة على الأفكار السلبية والحديث الداخلي، وهذا بدوره أدى إلى تغير السلوك اللاتكفي، بالإضافة إلى تقنية تأكيد الذات التي ساهمت في تحسين الجانب العلائقي عند المفحوصة.

مما خفض من أعراض الاكتئاب عندها. وبالتالي تحقق فرضية البحث.



عرض نتائج الفرضية الثانية:

تمثلت في أن هناك فروق في القياس القبلي والقياس البعدي في درجة أعراض الاكتئاب لدى مرضى التصلب اللويحي.

وفيما يلي جدول يوضح نتائج مقياس الاكتئاب لبيك

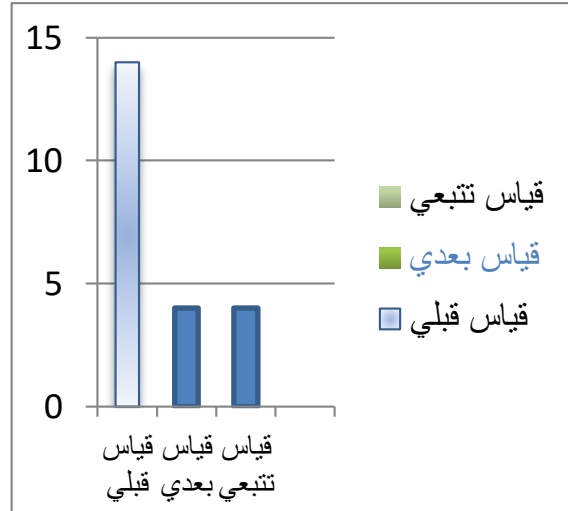
جدول (04): يوضح نتائج مقياس الاكتئاب لبيك قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي

مقياس الاكتئاب لبيك	الحالة الأولى م			الحالة الثانية س		
	القياس القبلي	القياس البعدي	القياس التبعي	القياس القبلي	القياس البعدي	القياس التبعي
	39/14	39/04	39/04	39/30	39/16	39/15

شكل (03): رسم بياني يوضح الفرق بين القياس

القبلي والقياس البعدي لدى الحالة م في مقياس

الاكتئاب لبيك



أما الحال الثانية (س) فقد أيضا تحققت عندها

فرضية البحث الثانية، حيث تم العمل على خفض

أعراض الاكتئاب لدى العميلة (س) والنتائج المترتبة

عليه، من عدم نشاط وانسحاب اجتماعي، وأفكار

تشاؤمية وذلك من خلال تطبيقنا لتقنية ضبط

الذات وتأكيد الذات، والتي ساعدت العميلة على

التحكم والسيطرة على الأفكار السلبية وتعديل من

طبيعة الحديث الداخلي وجعله أكثر إيجابية، وهذا

بدوره أدى إلى تغيير السلوك، بالإضافة إلى تعليمها

تقنيات ستساعدتها على تأكيد نفسها في المواقف

الاجتماعية التي كانت تشكل مشكل بالنسبة لها،

وهذا ما ظهر من خلال إعادة تطبيق مقياس

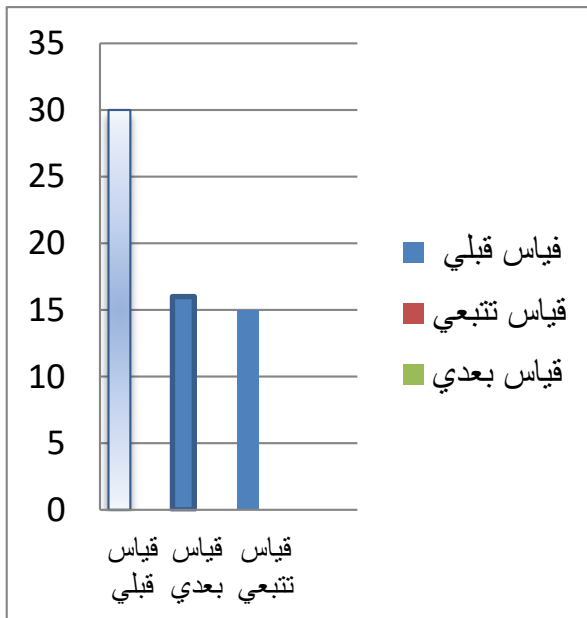
الاكتئاب لبيك فقد تحصلت على نتيجة: 63/16

وبالتالي انخفض الاكتئاب من شديد إلى خفيف.

شكل (04): رسم بياني يوضح الفرق بين القياس

القبلي والقياس البعدي لدى الحالة س في مقياس

بيك للاكتئاب



الخاتمة:

من خلال هذه الدراسة تم فحص مدى أثر برنامج

معرفي سلوكي في تخفيض من حالة القلق والاكتئاب

لدى حالتين تعاني من مرض التصلب اللويحي،

بمستشفى بن عكنون، مصلحة الأعصاب. وهذا

للتأكد من مدى صحة الفرضيات التالية:

هناك فروق في القياس القبلي والبعدي في درجة أعراض القلق لدى مرضى التصلب اللويحي.

هناك فروق في القياس القبلي والبعدي في درجة أعراض الاكتئاب لدى مرضى التصلب اللويحي.

وهذا من خلال تطبيق برنامج علاجي يتكون من 14 عشر حصة، ثم تطبيقه على عينة مكونة من حالتين (الحالة م والحالة س)، ومن أجل ذلك اعتمدنا على مجموعة من الإجراءات المنهجية، حيث استعملنا المنهج الشبه تجريبي، بتطبيق القياس القبلي على حالتين، مستعملين مقياس الاكتئاب لبيك ومقياس القلق لسيلبيرجر والتحليل الوظيفي (شبكة BASIC IDEA) وهذا خلال 3 حصص تقويمية، بعدها تم تطبيق البرنامج العلاجي خلال 9 حصص علاجية، لتخصص الحصتين الأخيرتين في للقياس البعدي والتتبعي.

توصلت الدراسة إلى تحقق فرضيات البحث، حيث كان هناك فروق في القياس القبلي والبعدي في درجة أعراض القلق وأعراض الاكتئاب لدى كلا الحالتين، حيث تم تعليم المفحوصتين التقنيات العلاجية المعرفية السلوكية، والمتمثلة في تقنية الاسترخاء، تأكيد الذات، ضبط الذات وتقنية النمذجة والتي ساعدت المفحوصتين على التحكم بانفعالاتهم، وتغيير الأفكار السلبية إلى أفكار ايجابية، بالإضافة إلى تعلم سلوكيات جديدة تسهل عليهم التكيف مع المرض

ومعايشته، وتطوير من استقلاليتهم من خلال تطبيق التقنيات المتعلمة خارج الحصص العلاجية.

ومن خلال النتائج المتحصل عليها يمكننا اقتراح ما يلي:

- تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي على عينة أكبر من مرضى التصلب اللويحي، حتى يتأكد من مدى فعاليته.

- الاهتمام بكفالة الاضطرابات المعرفية عند هذه الفئة من المرضى.

- تطبيق أنواع أخرى من العلاجات النفسية مثل العلاج الجماعي.

المراجع:

- 10-Bruno Brochet, Jean Pelletier (2010) : la neuropsychologie de la sclerose en plaque, Elsevier Masson.
- 11- Charly Cungi (2001): S'avoir s'affirmer, edition RETZ, Paris.
- 12-christine Mirabel- Sarron (2002) : la depression comment en sortir,. Édition Odile Jacob, paris.
- 13- Dominique Servant (2007) Gestion du stress et de l'anxiété, MASSON-PARIS.
- 14- Dominique Simon, Pierre-Yves Traynard (2009): éducation thérapeutique- Prévention et maladies chroniques, Elsevier Masson.
- 15-Fontaine. Cottraux. Ladouceur (1985) clinique de thérapie comportementale. edition Etudes vivantes. Paris.
- 16- Jean Cottraux (2011): Les psychotherapie comportementale et cognitive, 5 eme édition Elsevier Masson,
- 17- Jerome Palazzolo (2005): guérir vite, Soigner les angoisse, la dépression, les phobies par les TCC, édition Hachette pratique
- 18- Henry Ey (2006) : Etudes psychiatrique, Copyright, Paris
- 1-ارون بيك، ترجمة عادل مصطفى، غسان يعقوب (2000): العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، دار النهضة، بيروت.
- 2- بيرني كوروين، بيتر رودل، ستيفن بالمر، ترجمة محمود عيد مصطفى (2007): العلاج المعرفي- السلوكي المختصر، دار ايترك للطباعة والنشر، القاهرة، مصر.
- 3- جان سكوت، مارك وليميز، أرون بيك، ترجمة حسن مصطفى عبد المعطى (2002): العلاج المعرفي والممارسة الإكلينيكية، مكتبة الزهراء الشرف، مصر.
- 4- عادل عبد الله محمد (2001): العلاج المعرفي السلوكي، أسس وتطبيقات، دار الرشاد، مصر.
- 5- لطفي الشرنيني (2001): الاكتئاب المرض...والعلاج، دار منشأة المعارف، مصر.
- 6- محمد سعد حامد عثمان (2010): فاعلية برنامج إرشادي لتنمية المرونة الإيجابية في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة لدى عينة من الشباب. كلية التربية- جامعة عين شمس. مصر.
- 7- بيلك سميرة (2005): العقلنة عند المرضى المصابين بالتصلب المتعدد. مذكرة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.
- 8- معين خليل عمر الموضوعية والتحليل في علم النفس الاجتماعي دار الأفاق الجديدة، بيروت، لبنان. 1983
- 9- Blakomburn. J. Cottraux (1997): la therapie cognitive de la depression, Masson, paris.