

## فعالية العلاج النفسي الجماعي (الموجه بالمحاضرة والمناقشة) في التخفيف من أعراض الاكتئاب عند أمهات الأطفال المعاقين ذهنيًا - إعاقة متوسطة

أ. مبروك و داد

أستاذة مساعدة قسم ب

قسم علم النفس وعلوم التربية

والارطوفونيا (جامعة الجزائر)

### ملخص:

تهدف الدراسة الحالية إلى محاولة تطبيق إستراتيجية هادفة للتخفيف من أعراض الاكتئاب عند أمهات الأطفال المعاقين ذهنيًا إعاقة متوسطة، والتي تتمثل في العلاج النفسي الجماعي (الموجه بالمحاضرة والمناقشة)، ولبلوغ ذلك اعتمدنا التصميم التجريبي ذو المفحوص الواحد، باستخدام تقنيات القياس التالية:

المقابلة العيادية، الملاحظة المباشرة، مقياس (Beck) للاكتئاب المترجم والمقنن من طرف إبراهيم عبد الستار، وقد تكونت مجموعة البحث الحالي من (16) فردا من الأمهات، كما خضع كل أفراد مجموعة البحث إلى نفس الاستراتيجيات: إستراتيجية التشخيص والعلاج والتقويم والمتابعة، وقد أسفرت الدراسة إلى تأكيد فعالية العلاج النفسي الجماعي (الموجه بالمحاضرة والمناقشة).

### إشكالية الدراسة:

يعد الاكتئاب من الإصابات النفسية الأكثر انتشارا في العالم، إذ يحتل المرتبة الثالثة بعد تعاطي المخدرات والقلق، ويزيد عدد المصابين بالاكتئاب عن (100) مليون فرد، أي ما يعادل ثلاثة أرباع المتقدمين للاستشارة النفسية.

تكشف الدراسات الطبية والسيكولوجية أن المكتئبين يصابون بآلام نفسية معقدة تتجلى في التقدير الواطئ للذات والإحساس بمشاعر الحزن والتشاؤم إلى جانب الاضطرابات الجسمية المتمثلة في الأرق، وصعوبة التنفس، وفقدان الشهية، والآلام الجسمية الأخرى (عادل عبد الله محمد، 1999، ص158).

فعقب تلقي الأم لتشخيص طفلها على أنه معاق إعاقة ذهنية، عادة ما تلجأ في مثل هذه المواقف إلى نوع من الاستجابات أو ما قد نسميه نوعاً من "الآليات السلوكية"، لأنها تحدث دون وعي منها من شأنها أن تساعد في التخفيف من آثار صدمتها، فتستغرق في عملية استبدال الإنكار بالحزن، وقد تمر أيام أو حتى أسابيع حتى تتقبل هذه الحقيقة، وقد تصل إلى شهور وأعوام، وتسبب الارجاجات الانفعالية الشديدة مثل الاكتئاب والرغبة في الموت، والشفقة على الذات والرغبة في الخلاص من الطفل والميول الانتحارية، كل هذا يسبب أزمة لا حدود لها في الوسط العائلي، ومن خلال تساؤلات أم الطفل المعاق ذهنياً عن أسباب التخلف، قد توجه الاتهام إلى الزوج الذي هو أب طفلها وهو بدوره يواجه اتهامه لها على أنها السبب في وضعيتها طفلها، فتتمو بذلك أنماط قوية من سلوكيات الدفاع عن الذات والتي قد تصبح منهكة ومحطمة لذاتيهما، وبالتالي قد تبدأ الوحدة الأسرية في التفكك نتيجة لوجود طفل معاق ذهنياً.

عندما تفوق شدة المشكلة قدرة الأم على مواجهتها، فإن هذه المشكلة تتأزم وترداد تعقيداً، وعندما يتزايد التوتر والقلق تصبح الأم أقل قدرة على إيجاد حل، وعادة ما لا تستطيع أن تخطو خطى إيجابية لحل المشكلة أو التخفيف من أثرها لأنها تكون تحت تأثير حالة انفعالية شديدة ألا وهي الاكتئاب).

فالموقف الذي تجد أم الطفل المعاق ذهنياً نفسها فيه يكون أكثر تعقيداً وأشد خطورة، فيتكاتف ما يعاني منه الطفل من إعاقة وبطء في نموه، وما يتطلبه من ترتيبات خاصة للعناية بحاجاته الجسمية، وما يلزمه من تدريب ومراقبة، بالإضافة

إلى ما يفرض على الأم من مواءمة وتعديل توقعاتها للمستقبل، تتكاتف كل هذه العوامل لتضع ضغطاً على الأم، وهذا بدوره قد يؤدي إلى وقوعها في حالة اكتئاب، ومن ثم اختلال التوازن السوي للأم (مصطفى حسن أحمد، 1996، ص 213-214).

وفي حالة اختلال التوازن هذه يتدخل المعالج النفسي لمساعدة الأم في التخفيف من أعراض الاكتئاب الناتجة عن إعاقة طفلها الذهنية. ورغم شيوع اضطراب الاكتئاب وما يترتب عنه من عواقب أليمة، إلا أن نسبة كبيرة من المكتئبين ما يعادل (14%) بما فيهم الأمهات المكتئبات نتيجة إعاقة أطفالهن الذهنية، فإنهن لا يتقدمن للاستشارة النفسية ولا يتلقين أي علاج، وأن حوالي (80% ) منهن لا يتلقين العلاج المناسب (عادل عبد الله محمد، 1996، ص 161).

لقد دفع هذا الوضع بالباحثين والأطباء وعلماء النفس إلى إيجاد عدة تقنيات علاجية حصل البعض منها على بعض الدعم الإمبريقي لأنها تثبت فعاليتها في مواجهة الآثار النفسية والجسمية المترتبة عن الاكتئاب.

وهناك أساليب عدة تستخدم في العلاج النفسي للتخفيف من حالات اكتئاب أمهات الأطفال المعاقين إعاقة ذهنية.

ومن بين هذه الأساليب نذكر:

العلاج التوجيهي في مقابل العلاج غير التوجيهي، العلاج السطحي في مقابل العلاج العميق، العلاج محدود الهدف في مقابل العلاج طويل المدى، والعلاج السلوكي القائم على أساس تطبيق نظريات التعلم في العلاج، وكذا العلاج الجماعي في مقابل العلاج الفردي.

وأول اعتبار يهتم به المعالج النفسي في حالات اكتئاب أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً إعاقة متوسطة، هي مشكلة الإعاقة الذهنية في تأثيرها على الحياة البشرية، وعلى نمو الأفراد المعاقين ذهنياً، وكذلك في نمو هؤلاء الذين يعيشون معهم.

وعندما يتناول المعالج النفسي في وقت واحد عددا من المرضى، حيث يشفى المريض من خلال تفاعله مع الجماعة ومن خلال علاقاته بغيره من المرضى، وعلاقته بالمعالج نكون أمام نوع من أنواع العلاج النفسي وهو العلاج النفسي الجماعي (عبد الرحمن العيسوي، 1984، ص 213).

وتجدر الإشارة إلى أنه بعد البحث والاطلاع على عدة كتب لباحثين وعلماء نفس فيما يخص العلاج النفسي الجماعي وفعاليتها في التخفيف من أعراض الاكتئاب عند أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً، لم تجد الباحثة دراسات سابقة حول ما سبق، إلا أن الباحثة استطاعت أن تجد بعض الدراسات السابقة والقليلة جداً حول فعالية العلاج النفسي الجماعي في حالات الاكتئاب عند عموم الناس، وليس عند فئة معينة من فئات المجتمع كفئة أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً، هذه الفئة التي هي موضوع دراستنا.

#### من بين هذه الدراسات نذكر :

دراسة (Linehan) وآخرون سنة (1988) استخدموا فيها العلاج النفسي الجماعي باستخدام أسلوب المناقشة والحوار في مقابل العلاج بالعقاقير لعينة ممن يعانون من أعراض اكتئابية نتيجة اضطراب الشخصية الحدية (Boderline)، هذا الأخير الذي يمثل "تمطاً شاملاً من عدم الاستقرار في المزاج، والعلاقات مع الآخرين، وصورة الذات والوجدان والاندفاعية الواضحة يبدأ مع بدايات الرشد ويتجلى في سياقات عديدة ومتنوعة" -والذين كانوا يحاولون الانتحار، ووجدوا أن المرضى الذين تلقوا الأسلوب الأول (المناقشة والحوار) قد تحسّنوا بشكل أفضل وقل سلوكهم الموجه نحو إلحاق الأذى بالذات، قياساً بأقرانهم الذين تلقوا العلاج بالعقاقير، كما أظهر أفراد المجموعتين قدراً من التحسن فيما يتعلق بالأعراض الاكتئابية، إلا أن أفراد المجموعة الأولى والذين تلقوا أسلوباً للمناقشة والحوار أكثر تحسناً من أفراد المجموعة الثانية والذين تلقوا العلاج بالعقاقير.

وفي دراسة ل (Organista et al) سنة (1988) حول فعالية العلاج النفسي الجماعي لمرضى الاكتئاب منخفضي الدخل والمتردددين على العيادات الخارجية بالمستشفى، ضمت عينة الدراسة (175) مريضا، واستمر البرنامج العلاجي لمدة (12) أسبوعا، واتضح وجود نقص دال في متوسط درجات المرضى على مقياس (Beck) للاكتئاب قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح التطبيق البعدي، مما يدل على حدوث تحسن لدى هؤلاء المرضى، أما المرضى الذين كانوا يعانون من أعراض مرتفعة للاكتئاب وكانوا يعيشون بمفردهم فكانت استجاباتهم للعلاج ضعيفة.

قام (Stravinsky et al) سنة (1994) بدراساتهم على عينة ضمت (24) مريض بالاكتئاب الحاد، انسحب منهم ستة مرضى لتصبح بذلك العينة النهائية للدراسة (18) مريضا، تم تقسيمهم إلى مجموعتين، تلقت المجموعة الأولى برنامجا للعلاج النفسي الجماعي استغرق (15) أسبوعا بواقع جلسة واحدة في الأسبوع، وفي حين تلقت المجموعة الثانية نفس الأسلوب العلاجي مضافا إليه عقار (Imipramine) كعقار مضاد للاكتئاب، وتم استخدام مقياس (Beck) للاكتئاب، ومقياس (Hamilton) للاكتئاب، ومقياس اليأس، تم تطبيقها جميعا قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعده، حيث كشفت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد العينة في التطبيقين القبلي والبعدي لصالح التطبيق البعدي، ولم توجد فروق دالة بين المجموعتين ترجع إلى الأسلوبين العلاجين المستخدمين، وعند متابعة (16) مريضا منهم بعد ستة شهور أوضحت النتائج فعالية العلاج النفسي الجماعي في علاج الاكتئاب الحاد، وأن إضافة العقار المستخدم للبرنامج العلاجي لم تكن له أي آثار دالة (عادل عبد الله محمد، 1999، ص 184-185).

إن يتضح من نتائج هذه الدراسات أنها تكاد تجمع على أن العلاج النفسي الجماعي يعد أسلوبا مناسباً للتخفيف من الأعراض الاكتئابية المختلفة، وبذلك نلاحظ أن هذه الدراسات في مجملها تدعم فعالية العلاج النفسي الجماعي لعلاج الأعراض

الاكتئابية إجمالاً، حيث كشفت عن انخفاض حدة الأعراض لدى المرضى بعد العلاج، وربما اختفائها تماماً في بعض الحالات، وقد يرجع ذلك إلى أن هذا الأسلوب العلاجي بما يضمنه من استراتيجيات متنوعة من حوار ونقاش يتعامل مع الأفكار والمشاعر والأفعال، ويؤدي نجاح تنفيذه إلى حدوث التعديل والتغيير السلوكي المرغوب، ويؤدي بالتالي إلى قدرة الفرد على استعادة توافقه من جديد.

وتجدر الإشارة إلى أنه من خلال مطالعات الباحثة أيضاً وجدت من الممكن تطبيق كل أنواع العلاجات النفسية الفردية في جماعة، فيمكن تطبيق العلاج النفسي التحليلي والسلوكي، والعلاج السلوكي المعرفي، إلى غير ذلك من العلاجات النفسية الفردية، إلا أنه لو تم اختيار أحد أنواع العلاجات النفسية الجماعية السابقة الذكر في دراستنا لعادت الفعالية للعلاج النفسي الفردي المطبق في جماعة أكثر من فعالية تأثير الجماعة والتفاعل بين الأفراد، وهذا هو سبب اختيارنا للعلاج النفسي الجماعي الموجه بالمحاضرة والمناقشة، حيث يظهر من خلال هذا الأسلوب تفاعل الجماعة وانتقال أثرها للأفراد جلياً، لأن أساس العلاج النفسي الجماعي هو التفاعل بين أفراد المجموعة، وبهذا نتوصل إلى إبراز فعالية هذا العلاج من خلال أسلوب المحاضرة والمناقشة.

كل ذلك كان دافعا للباحثة كي تستخدم العلاج النفسي الجماعي (الموجه بالمحاضرة والمناقشة) مع مجموعة الدراسة.

إن أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً والطلابين للمساعدة والتكفل النفسي بالقطاع الصحي بالمدينة (العيادة متعددة الخدمات، باب لقواس)، يشكين من جملة أعراض تظهر على مستوى:

1- السلوكيات الظاهرة: خمول وانخفاض مستوى النشاط، شكاوي جسمية، الأرق، فقدان الشهية.

2- الجانب الانفعالي: الشعور بالحزن والتعاسة لدرجة لا تحتل، الاستثارة الدائمة، القلق في المواقف الاجتماعية.

3- الجانب الاجتماعي: صعوبات في الاندماج الاجتماعي وعجز في الاحتجاج أو المعارضة عندما تهضم حقوقهن، فقدان الاهتمام بالآخرين.

4- الجانب المعرفي: وجود أفكار انتحارية، لوم النفس، تقدير منخفض للذات، أفكار سلبية وتشوهات معرفية.

تجتمع هذه الأعراض وغيرها لتكون تناذرا يدعى الاكتئاب.

والملاحظ أنه بعد تشخيص الاكتئاب عند أم الطفل المعاق ذهنيا إعاقة متوسطة ومع ضرورة التكفل النفسي بالأمهات المصابات بحالات الاكتئاب، نتيجة إعاقة أطفالهن إعاقة ذهنية متوسطة، تحاول الباحثة تطبيق العلاج النفسي الجماعي للتعرف على مدى فعالية هذا العلاج في التخفيف من أعراض الاكتئاب، سواء كانت أعراض سلوكية ظاهرة، انفعالية، اجتماعية أو معرفية، وبعبارة أخرى تهتم الباحثة بالإجابة عن التساؤلات التالية:

- ما مدى فعالية العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من أعراض الاكتئاب عند أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا إعاقة متوسطة؟
- هل للعلاج النفسي الجماعي فعالية ايجابية على أعراض الاكتئاب سواء كانت سلوكية ظاهرة، انفعالية، اجتماعية أو معرفية؟
- هل يساعد أسلوب المحاضرة والمناقشة في العلاج النفسي الجماعي أم الطفل المعاق ذهنيا إعاقة متوسطة في التعامل مع مشاعر الاكتئاب التي تعاني منها؟

#### - فرضيات الدراسة:

- 1- للعلاج النفسي الجماعي دور فعال في تخفيف أعراض الاكتئاب عند أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا إعاقة متوسطة من خلال تفاعل أفراد الجماعة.
- 2- هناك علاقة بين الآثار الايجابية في تطبيق العلاج النفسي الجماعي وزوال الأعراض الاكتئابية سواء كانت سلوكية ظاهرة، انفعالية اجتماعية أو معرفية.

3- يساعد أسلوب المحاضرة والمناقشة في العلاج النفسي الجماعي أم الطفل المعاق ذهنيا إعاقة متوسطة في التعامل مع مشاعر الاكتئاب التي تعاني منها.

#### - إجراءات الدراسة:

##### 1- مجموعة البحث:

تمت عملية انتقاء مجموعة البحث من المركز الطبي التربوي للأطفال المعاقين ذهنيا بالمدينة، أما عن مكان إجراء البحث فقد تم بالعيادة متعددة الخدمات بباب لقواس التابعة للقطاع الصحي بالمدينة، أين كانت تعمل الباحثة كأخصائية نفسانية عيادية، وقد تكونت مجموعة البحث من (16) حالة (أمهات) يعانين الاكتئاب نتيجة إعاقة أطفالهن الذهنية (إعاقة متوسطة)، كما يتراوح سن الأمهات ما بين 25 إلى 40 سنة، ولتفادي عامل سن اليأس أهملنا الحالات الأخرى التي يفوق سنها (40) سنة وأقصيناها من مجموعة البحث، كما تضم مجموعة البحث مختلف الطبقات الاجتماعية و الاقتصادية، ومختلف المستويات التعليمية، وهكذا تم ضبط جميع المتغيرات المتعلقة بالمفحوصات، والتي قد تؤثر على المتغير التابع، ولقد لخصنا مميزات مجموعة البحث في الجدول التالي:

## جدول رقم(1): يبين خصائص مجموعة البحث

| الخصائص<br>الحالات | السن   | الحالة<br>المدنية | المستوى<br>الاقتصادي | المستوى<br>التعليمي | الحالة<br>المهنية          | عدد<br>الأطفال |
|--------------------|--------|-------------------|----------------------|---------------------|----------------------------|----------------|
| الحالة 1           | 40 سنة | متزوجة            | متوسط                | دون<br>مستوى        | دون عمل                    | 08             |
| الحالة 2           | 39 سنة | أرملة             | متوسط                | ابتدائي             | عاملة<br>تنظيف             | 06             |
| الحالة 3           | 37 سنة | متزوجة            | جيد                  | ابتدائي             | دون عمل                    | 02             |
| الحالة 4           | 40 سنة | متزوجة            | متوسط                | ابتدائي             | دون عمل                    | 06             |
| الحالة 5           | 38 سنة | متزوجة            | متوسط                | ثانوي               | دون عمل                    | 04             |
| الحالة 6           | 28 سنة | متزوجة            | متوسط                | متوسط               | دون عمل                    | 02             |
| الحالة 7           | 33 سنة | متزوجة            | جيد                  | ثانوي               | دون عمل                    | 03             |
| الحالة 8           | 25 سنة | مطلقة             | متوسط                | متوسط               | دون عمل                    | 02             |
| الحالة 9           | 32 سنة | متزوجة            | متوسط                | ثانوي               | دون عمل                    | 04             |
| الحالة 10          | 30 سنة | متزوجة            | جيد                  | ثانوي               | موظفة<br>بالبريد           | 03             |
| الحالة 11          | 40 سنة | أرملة             | ضعيف                 | دون<br>مستوى        | عاملة<br>تنظيف             | 05             |
| الحالة 12          | 38 سنة | مطلقة             | متوسط                | ثانوي               | موظفة<br>بالبنك            | 02             |
| الحالة 13          | 35 سنة | متزوجة            | جيد                  | ثانوي               | استاذة علوم<br>بالأكاديمية | 04             |
| الحالة 14          | 39 سنة | متزوجة            | متوسط                | ابتدائي             | دون عمل                    | 07             |
| الحالة 15          | 40 سنة | متزوجة            | متوسط                | دون<br>مستوى        | دون عمل                    | 08             |
| الحالة 16          | 27 سنة | متزوجة            | متوسط                | متوسط               | دون عمل                    | 03             |

**2- أدوات البحث ووسائله:**

أ- **المقابلة العيادية:** تعتبر المقابلة العيادية أم التقنيات، إنها ضرورية لإجراء التشخيص الصحيح والعلاج الملائم والتقويم، إذ أنها عبارة عن علاقة مهنية تجمع بين الممارس العيادي والمفحوص، في مكان معد خصيصا لممارسة الفحص النفسي، وتهدف المقابلة إلى قيام الممارس العيادي (الفاحص) بمساعدة المفحوص على التوصل إلى الراحة والتخفيف أو القضاء على المشاكل والاضطرابات التي يعانيها (والتر بنداي بنجهام، 1961، ص 269).

اعتمدنا في بحثنا الحالي على أربع أنواع من المقابلات هي كالتالي:

- **المقابلات التشخيصية:** تكون فردية، أي أنها تتم بشكل فردي مع الحالة، والتي تهدف إلى جمع أكبر عدد ممكن من المعلومات التي تخص المفحوص (الأمهات)، وقد أجريت (03) مقابلات فردية مع كل أم.

- **المقابلات العلاجية:** تتم بشكل جماعي حيث يتم فيها تطبيق الخطة العلاجية المتمثلة في العلاج النفسي الجماعي الموجه بالمحاضرة والمناقشة، للتخفيف أو القضاء على الأعراض الاكتئابية التي تعانيها الأمهات، وقد تم هذا النوع من المقابلات في (16) جلسة علاجية جماعية ومع مجموعتين من المفحوصات، كل مجموعة مكونة من (08) أفراد، وذلك حسب البرنامج العلاجي المقرر.

- تهدف إلى اختبار مدى فعالية العلاج النفسي المطبق، ويتم بشكل فردي مع كل حالة، وقد أجريت مقابلة فردية تقويمية واحدة مع كل أم، بهدف تقويم العلاج النفسي المستخدم.

- **مقابلات المتابعة:** تمت في مقابلتين فرديتين، مقابلة للمتابعة الأولى بعد شهرين من انتهاء العلاج، أما مقابلة المتابعة الثانية فكانت بعد انتهاء المتابعة الأولى بمدة زمنية تقدر بأربعة أشهر.

تجدر الإشارة هنا إلى أننا استخدمنا في بحثنا المقابلة نصف الموجهة لأنها تعد أفضل طريقة تخدم أغراض التشخيص والعلاج، ويمكن في نفس الوقت من

توفير معلومات حول سلوك المفحوص وتسمح له بالتعبير عن معاناته بارتياح  
(A.Adouceur, sans date de parution, p30)

ب- الملاحظة المباشرة: تدرج الملاحظة هنا كتقنية مساعدة ومتداخلة مع المقابلة وأثناءها، وليس كتقنية قائمة بذاتها كما يستخدمها الباحث الأكاديمي، وتهدف إلى وصف السلوك المشكل وتسجيله وتحديد الظروف المحيطة به (A.Adouceur, sans date de parution, p39).

ج- مقياس (Beck) للاكتئاب: تم وضعه من طرف الطبيب النفسي الأمريكي (Aron Beck) تحت اسم (BDI) (Beck Dépression Invotery)، انطلاقاً من الملاحظات العيادية التي استقاها من مرضاه المكتئبين، ونشر لأول مرة سنة (1961)، تتكون صورته الأصلية من (21) بنداً، وكل بند يتكون من أربع عبارات تصف الأعراض بطريقة متدرجة من أقلها شدة إلى أكبرها شدة، وتنقط من 0 إلى 3.

كما تم اختصار هذا المقياس من طرف (Beck) بنفسه إلى (13) بند، وكان هدفه من وضع المقياس تغطية نقائص وسائل التشخيص الأخرى فراعى وجود درجات متعددة، وإمكانية استخدامه للمقارنة والحساسية لأدنى تغيير راجع لتطبيق البرامج العلاجية (John.Maltby, 2000, p386).

وقد وقع اختيارنا على مقياس (Beck) الذي قام بتقنيه إلى البيئة العربية إبراهيم عبد الستار، يتكون المقياس من (21) مجموعة من الأعراض، تتكون كل مجموعة من أربع إلى خمس بدائل، ماعدا مجموعة وجود أفكار انتحارية التي تتكون من ست بدائل، وقد قمنا بحساب ثبات مقياس الاكتئاب لبيك على (08) حالات بطريقة إعادة التطبيق، وكان الفاصل بين التطبيقين (15) يوم، ثم حساب معامل الارتباط حسب قانون معامل الارتباط لبيرسون، حيث توصلنا إلى:  $r = 0,95$ ، وهو معامل ثبات جيد للمقياس .

كما خضع أفراد مجموعة البحث إلى نفس الاستراتيجيات المتبعة في الدراسة: إستراتيجية التشخيص والعلاج والتقويم والمتابعة، مما يساهم في التقريب بين الممارسة العيادية والبحث الأكاديمي، ويبرهن على وجوب إرساء الممارسة على أسس المنهج العلمي.

#### - تصميم البحث:

- التصميم التجريبي: استعملنا في بحثنا الحالي التصميم ذو المفحوص الواحد، والذي يهدف إلى تحديد العلاقة السببية بين متغيرات مستقلة من جهة، وأخرى تابعة من جهة ثانية (Jean.Cottraux, 1979, p73)، وهذا من خلال الدراسة المعمقة والمكثفة لسلوك فرد واحد، وهذا النوع من التصميم يعتمد على المقارنة بين استجابات الحالة الواحدة قبل وبعد إدخال المتغير المستقل، ومن هنا ضرورة إدخال متغير واحد فقط حتى يكون التحكم أكثر سهولة (A.Adouceur, sans date de parution, p40)، وتجدر الإشارة إلى أن هذا النوع من التصميم يقتضي قياساً متكرراً ومتتابعاً للمتغيرات التابعة (أعراض الاكتئاب)، قبل تقديم نوع العلاج النفسي المستخدم في البحث (العلاج النفسي الجماعي الموجه بالمحاضرة والمناقشة)، أثناء العلاج وبعده.

#### - تقدير مفعول العلاج:

اعتمدنا في دراستنا على تمثيل النتائج في رسومات بيانية تعكس تطور سلوك الفرد خلال الفترات العلاجية، حيث يشير كل من (Kazdin 1977) و (Risley 1970)، وذلك حسبما ذكره (Jean.Cottraux) إلى وجود معيارين لتقدير وتحليل النتائج المحصل عليها في البحث:

- المعيار التجريبي: الذي يعتمد على التقنيات والدلالة الإحصائية.

- المعيار العيادي: الذي يعتمد على مدى التغير الحاصل على مستوى السلوك الشاذ، بحيث يسهل التكيف الصحيح، واستعمال المعيار العيادي يغني عن استعمال التقنيات الإحصائية (Jean.Cottraux, 1979, p75-76).

**- تعميم نتائج البحث:**

يهدف كل بحث إلى ضبط العلاقة السببية بين المتغير المستقل والتابع، ثم تعميم هذه العلاقة من مجموعة البحث إلى المجتمع العام، ذلك أن الدراسة الغير قابلة للتعميم تفقد أهميتها، وفي حالة استعمال التصميم التجريبي ذو المفحوص الواحد يمكن استعمال القياس المتكرر، أو تقنية الإعادة لتحقيق التعميم، ولهذا الغرض لابد من ضبط كل الظروف التي تظهر فيها العلاقة السببية، إذ يمكن استعمال الإعادة المباشرة التي تهدف إلى بحث فعالية العلاج على المدى الطويل، وهو أحد أهداف هذا البحث، إذ تقضي هذه التجربة التشابه في كل المتغيرات مع التجربة الأصلية كالإجراءات التجريبية، الظروف الفيزيائية، البحث العيادي، الاضطراب المدروس، العلاج المطبق ومجموعة البحث (Jean.Cottraux, 1979, p78).

وهو ما حاولت الباحثة القيام به لتحقيق تعميم النتائج المحصل عليها، إذ عمدنا إلى إجراء القياس قبل البدء في العلاج وخلاله وبعد نهايته، ثم خلال الحصوص التتبعية ستة أشهر بعد نهاية العلاج.

**- عرض حالة نموذجية: (الحالة س):****- تقديم الحالة:**

السن: (40) سنة، متزوجة، المستوى الاقتصادي: متوسط، المستوى التعليمي: دون مستوى، الحالة المهنية: دون عمل، عدد الأطفال: (08)، ستة بنات وولدان، الولد الأصغر "صديق" معاق إعاقة ذهنية متوسطة، يبلغ من العمر 10 سنوات، وقد التحق بالمركز الطبي التربوي للأطفال المعاقين ذهنيا بالمدينة في 06 سنوات، بعد التأخر المدرسي الذي بدأت أعراضه بالظهور منذ التحاقه بالمدرسة الابتدائية، الذي واصل دراسته بها، في حين كان متابعا من طرف المركز، بعدها أوقف دراسته نهائيا بالمدرسة لعدم قدرته على مواصلة الدراسة بشكل طبيعي مثل باقي أقرانه، وذلك بسبب إعاقته الذهنية، ولا زال "صديق" لحد الآن بالمركز، كلما يكبر تكبر مشكلاته معه على حد

قول أمه (الحالة س)، فهي تفكر كثيرا في مستقبل ابنها، ومتخوفة مما ينتظر ولدها كونه يشكو من إعاقة ذهنية متوسطة تجعله عاجزا على تحمل المسؤولية في المستقبل.

### 1- إستراتيجية التشخيص:

#### - المقابلة الأولى:

قامت الباحثة هنا بتوضيح الأهداف التي من أجلها وجهت الحالة (س) من المركز الطبي التربوي للأطفال المعاقين ذهنيا بالمدية إلى الاستشارة النفسية بالعيادة متعددة الخدمات (باب لقواس-المدية)، حيث كان هدف التوجيه هو تلبية لاهتمامات علمية خاصة من جهة، والمساعدة على تخطي الصعوبات التي قد تنجم عن تربية مرافقة البنت أو الابن ذو الحاجيات الخاصة من جهة أخرى، وقد سعت الباحثة إلى كسب ثقة المفحوصة وذلك بالإصغاء الذي يخلو من أي حكم، والزائر بالاهتمام الإيجابي، بالاعتماد على تطبيق المقابلة نصف الموجهة والتي استقت منها معلومات كافية عن الحالة (معلومات عامة: الاسم واللقب، السن، الحالة العائلية، مكان الإقامة، المستوى الاقتصادي، المستوى التعليمي، الحالة المهنية، عدد الأطفال، تاريخ الحالة: بداية ظهور الاضطراب وأسبابه، سوابق شخصية: إصابة سابقة بمرض عضوي أو نفسي أو عقلي، سوابق عائلية: إصابة سابقة لأحد أفراد العائلة بمرض عضوي أو نفسي أو عقلي).

اعتمدنا في إعداد محتوى المقابلة نصف الموجهة على المراجع التالية:

(Jean.Cottraux, 1979, p69)-(Mirabel. Sarron, 1995, p12)-  
(J.Delment, 1995, p210)-(Korkina, 1982, pp192-195)

- المقابلة الثانية: سعت الباحثة هنا إلى تعزيز الثقة مع المفحوصة، وإقامة علاقة وثيقة معها بتشجيعها على الكلام عن كل ما يخطر ببالها ودون تحفظ، كما عمدت الباحثة إلى غرس الأمل في نفسية المفحوصة واستصغار مشكلاتها بمقابل تعظيم قدراتها وإرادتها، وبما أن الحالة (س) كانت من بين الحالات الأكثر قلقا، حاولت

الباحثة تهدئتها وذلك بأخذ وضعية مريحة ثم التنفس بعمق حتى تكون في وضعية استرخاء.

- المقابلة الثالثة: طبقت الباحثة هنا مقياس (Beck) للاكتئاب على المفحوصة(س)، للتعرف على درجة الاكتئاب، حيث قدرت نتائج المفحوصة(س) في هذا المقياس ب(41) درجة وهو اكتئاب شديد، وهذا ما حاولنا توضيحه في الجدول التالي:

**جدول رقم(02) يبين نوع أعراض الاكتئاب ودرجاته بالنسبة للحالة(س)**

| نوع الأعراض                                        | الدرجة | النسبة |
|----------------------------------------------------|--------|--------|
| أعراض تدل على الهبوط العضوي بجانيبه الحركي والجسمي | 16     | 39.02% |
| أعراض تدل على اضطراب مستوى المزاج                  | 08     | 19.51% |
| أعراض تدل على اضطراب الجانب الاجتماعي              | 00     | 00%    |
| أعراض تدل على اضطراب المستوى المعرفي               | 17     | 41.48% |

سعت الباحثة إلى تعريف المفحوصة بدرجة اكتئابها، ونوع الأعراض الاكتئابية التي تظهر عليها، ومحاولة طمأنتها بأنها سوف تزول عنها بعد تطبيق الجلسات العلاجية الجماعية المقررة في البرنامج العلاجي، والتي تخضع لها هي وسبع مفحوصات أخريات يعانين من نفس الحالة ولنفس الأسباب (أعراض الاكتئاب نتيجة إعاقة الطفل الذهنية-إعاقة متوسطة)، وأوضحت الباحثة للمفحوصة بأن الانخراط والتفاعل مع مجموعة من الأمهات، يساعد على التخفيف أو القضاء على الأعراض.

## 2- إستراتيجية العلاج:

### أ- عرض بروتوكول البرنامج العلاجي:

- المسمى: العلاج الموجه بالمحاضرة والمناقشة.
- الخصائص: برنامج علاجي مقنن (Standardized)، وغير حر (Non free)، منظم (Systematic)، قصير الأمد (Short-term).

- هدف البرنامج العام: المساعدة في التخفيف أو القضاء إن أمكن على الأعراض الاكتئابية، السلوكية الظاهرة، الانفعالية، الاجتماعية والمعرفية.
- طبيعة البرنامج: علاجي جماعي (Group-therapy).
- حجم المراحل العلاجية: ستة مراحل.
- طبيعة الجلسات: مغلقة (Closed).
- عدد الجلسات: (16) جلسة.
- تكرار الجلسات: جلستان في الأسبوع
- مدة الجلسة: ساعة ونصف (90 دقيقة).
- قيادة الجلسة: المعالجة النفسية
- الملاحظون والمعاونون: لا يوجد
- حجم الجماعة وطبيعتها: تحوي مجموعة بحثنا (16) حالة، ولتطبيق البرنامج العلاجي قسمناها إلى مجموعتين، ضمت كل مجموعة (08) حالات (أمهات) يعانين من الاكتئاب نتيجة إعاقة أطفالهن الذهنية إعاقة متوسطة).
- مدة المقرر العلاجي: ثمانية أسابيع (شهرين)
- مكان تنفيذ البرنامج: مكتب الباحثة والتي كانت تعمل كأخصائية نفسانية عيادية بالعيادة المتعددة الخدمات-باب لقواس-المدية.
- ب- التصور الهيكلي للبرنامج:**
- المرحلة الأولى: الإعداد القبلي (Pre-grouping preparation) (جلسة رقم 1) : تهدف الجلسة العلاجية هنا إلى تهيئة الجماعة العلاجية لتلقي المقرر العلاجي، وتتم الجلسة في مدة 90 دقيقة.
- المرحلة الثانية: التقييم القبلي وتحديد المشكلة (Pre-evaluation-problem identification): تستغرق جلسة واحدة، تهدف إلى تحديد المشكلات الخاصة بمجموعة البحث، وتذكير هذه الأخيرة بدرجات مقياس الاكتئاب الذي طبق في

الجلسات التشخيصية، باعتبارها تقويماً قليلاً لحالة اكتئاب كل حالة من المجموعة، استغرقت الجلسة 90 دقيقة.

- المرحلة الثالثة: التوجه التعليمي (Educational orientation): تهدف هذه المرحلة إلى التدخل العلاجي عن طريق إلقاء المعالجة النفسية لمحاضرات تخص الإعاقة الذهنية تليها مناقشة جماعية، تستغرق هذه المرحلة (11) جلسة، وكل جلسة تتم في مدة (90) دقيقة.

- المرحلة الرابعة: الاستبصار الكلي (Total insight): تستغرق جلسة واحدة و لمدة (90) دقيقة وهي الجلسة (14)، ويتم فيها مراجعة كل ما سبق تعلمه، ومدى وعي كل أم بكل ما يتعلق بالإعاقة الذهنية، ودور ذلك في تخفيف حالة الاكتئاب.

- المرحلة الخامسة: التقويم البعدي (Post- evaluation): تستغرق جلسة واحدة، وهي الجلسة (15)، يتم فيها تذكير الأمهات بمقياس الاكتئاب "البك"، وبأنه سوف يعاد تطبيقه عليهن في جلسات التقويم بعد انتهاء العلاج.

- المرحلة السادسة: الإنهاء (Termination): تستغرق جلسة واحدة، وهي الجلسة (16)، وفيها يودع أفراد الجماعة بعضهم، والاتفاق على المتابعة بعد ذلك.

3- إستراتيجية التقويم: اعتمدت الباحثة على إعادة تطبيق مقياس (Beck) للاكتئاب على أفراد مجموعة البحث من خلال مقابلات تقويمية فردية، وذلك لمقارنة درجات التقويم البعدي للأفراد بدرجاتهم في التقويم القبلي في المقابلات التشخيصية الفردية.

4- إستراتيجية المتابعة:

أ- المتابعة الأولى : بعد شهرين من العلاج لجأت الباحثة إلى إتباع نفس الإستراتيجية المتبعة أثناء التشخيص والعلاج والتقويم.

ب- المتابعة الثانية: حددت الباحثة موعداً آخر بعد (04) أشهر من المتابعة الأولى، تم فيها تطبيق مقياس (Beck) للاكتئاب للتأكد من استمرارية فعالية العلاج النفسي الجماعي (الموجه بالمحاضرة والمناقشة) في التخفيف من أعراض الاكتئاب.

وهكذا نكون قد تركنا المجال الزمني بين نهاية العلاج والمتابعة (الأولى والثانية)، يقدر ب(06) أشهر، لأن معظم الباحثين ومن بينهم (Cottraux) يوضح أن أية نتيجة علاجية ليس لها معنى إلا إذا حافظت واستمرت أكثر من (06) أشهر، (Jean.Cottraux, 1979, p66).

وبما أن التقدير التقويمي لفعالية العلاج قد أجري قبل بدأ العلاج، أثناءه وبعد نهايته، فقد قدمنا النتائج بواسطة الرسومات البيانية التي يركز عليها التصميم التجريبي ذو المفحوص الواحد، ليظهر بصفة واضحة التطورات الحاصلة في الحالات خلال مسار العلاج.

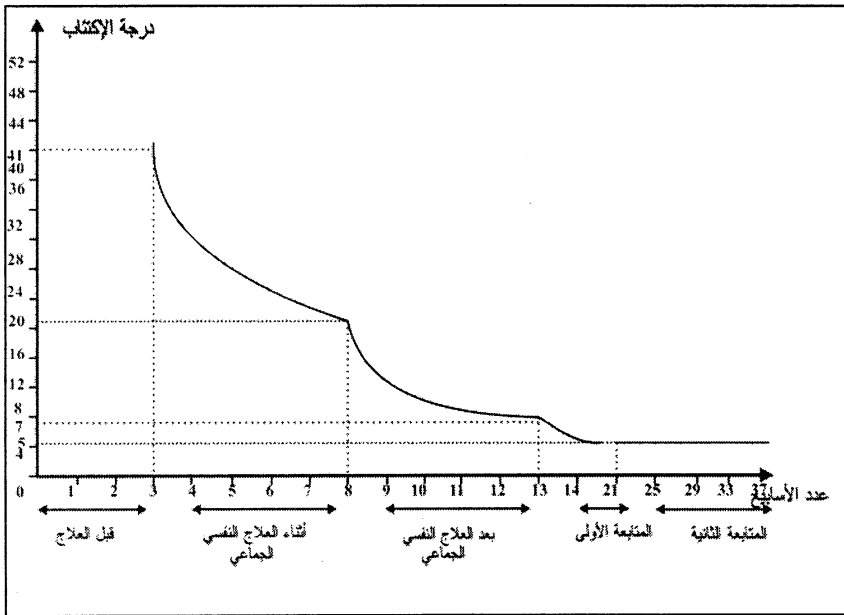
#### - التقييم العام للحالة النموذجية (س):

جدول رقم (03): يبين نتائج مقياس "بيك" قبل العلاج، أثناء العلاج، بعد العلاج، وأثناء المتابعة، بالنسبة للحالة النموذجية (س)

| الاستراتيجيات المتبعة                                                    | مراحل العلاج                                               | مقياس بيك للاكتئاب (BDI) |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------|
| إستراتيجية التشخيص                                                       | قبل العلاج                                                 | 41                       |
| إستراتيجية العلاج (العلاج النفسي الجماعي - الموجه بالمحاضرة والمناقشة -) | أثناء العلاج (بعد شهر من تطبيق العلاج النفسي الجماعي)      | 20                       |
| إستراتيجية التقويم                                                       | في نهاية العلاج                                            | 07                       |
| إستراتيجية المتابعة                                                      | المتابعة الأولى (بعد شهرين من انتهاء العلاج)               | 05                       |
|                                                                          | المتابعة الثانية (بعد أربع أشهر من انتهاء المتابعة الأولى) | 04                       |

نستنتج من الجدول أنه بعد تطبيق العلاج النفسي الجماعي (الموجه بالمحاضرة والمناقشة)، كانت النتائج جيدة حيث تم زوال كل الأعراض الاكتئابية في نهاية العلاج، فقد وصلت درجة الاكتئاب إلى (07) درجات، ويستمر في الانخفاض بعد شهرين من انتهاء العلاج، ليصل إلى (05) درجات أثناء المتابعة الأولى، ثم بعد (04) أشهر من المتابعة الأولى يصل إلى (04) درجات في المتابعة الثانية.

الشكل (01): يمثل درجة الاكتئاب قبل العلاج، أثناء العلاج، بعد العلاج، وأثناء المتابعة، بالنسبة للحالة النموذجية (س)



- من خلال الرسم البياني ظهر التناسب العكسي بين درجات الاكتئاب ومدى التقدم في تطبيق البرنامج العلاجي، حيث سجل مقياس (BDI) الدرجة (41) كخط قاعدي

لدرجة الاكتئاب التي تعاني منه الحالة (س)، وهو مؤشر مرتفع للاكتئاب، لينخفض بعد أربع أسابيع من تطبيق العلاج النفسي الجماعي (الموجه بالمحاضرة والمناقشة) إلى الدرجة (20)، ثم ينخفض بعد إتمام تطبيق المقرر العلاجي ليصل إلى الدرجة (07)، ويزداد الانخفاض أثناء المتابعة الأولى بعد مرور شهرين من العلاج ليصل إلى (05) درجات، ويستقر بعد (06) أشهر من انتهاء العلاج في الدرجة (04)، التي تدل على عدم وجود اكتئاب، بمعنى اختفاء وزوال كل أعراض الاكتئاب.

#### - تحليل النتائج ومناقشتها:

تبين من خلال حالات مجموعة البحث مايلي:

هناك فرق بين درجات القياس القبلي (قبل العلاج) وأثناءه، ودرجات القياس البعدي في نهاية العلاج ودرجات القياس أثناء المتابعة الأولى والثانية، حيث كلما كانت هناك استمرارية في تطبيق العلاج النفسي الجماعي الموجه بالمحاضرة والمناقشة كلما انخفضت درجات الاكتئاب، أي أن هناك تناسب عكسي بين العلاج المطبق ودرجة الاكتئاب، إذن فالفرق بين القياسات (القياس القبلي قبل العلاج، القياس أثناء العلاج، القياس البعدي - في نهاية العلاج -)، القياس أثناء المتابعة الأولى (بعد شهرين من انتهاء العلاج)، القياس أثناء المتابعة الثانية (بعد أربع أشهر من انتهاء المتابعة الأولى)، أشار لانخفاض درجات مقياس "بيك" للاكتئاب في كل مرحلة من مراحل البرنامج العلاجي المقرر وذلك بشكل ملحوظ، ما يؤكد أن أعراض الاكتئاب قد تعدلت وانخفضت، ويعني ذلك أن البرنامج العلاجي اثبت فعاليته في خفض درجات الاكتئاب عند أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا إعاقه متوسطة، فتأكيد فاعلية العلاج النفسي الجماعي (الموجه بالمحاضرة والمناقشة) يتفق مع دراسات عديدة سابقة سلف ذكرها، كما أن تأثير الجماعة العلاجية ذاتها ساعد في التخفيف أو القضاء نهائيا على أعراض الاكتئاب، مما جعل العلاج النفسي الجماعي فعالا في تخفيف أو زوال الأعراض الاكتئابية من خلال تفاعل أفراد الجماعة، وهذا ما يؤكد صحة الفرضية الأولى من الدراسة، كما أن التناسب العكسي بين تطبيق العلاج

النفسي الجماعي وتعديل وانخفاض أو زوال الأعراض الاكتئابية يثبت أن هناك علاقة بين الآثار الايجابية في تطبيق العلاج النفسي الجماعي، وزوال الأعراض الاكتئابية سواء كانت أعراضاً سلوكية ظاهرة أو انفعالية أو اجتماعية أو معرفية، مما يثبت صحة الفرضية الثانية، كما ساهم العلاج الموجه بالمحاضرة والمناقشة بشكل كبير في فهم واستيعاب المشكل وإبداء الرأي واتخاذ القرار وإيجاد الحلول المناسبة في التعامل مع مشاعر الاكتئاب التي تعاني منها أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً إعاقاة متوسطة، مما يثبت صحة الفرضية الثالثة من الدراسة.

### خاتمة:

توصلنا من خلال البحث الحالي إلى أنه بعد إدخال المتغير المستقل وهو " البرنامج العلاجي النفسي الجماعي (الموجه بالمحاضرة والمناقشة) "، ثم القيام بعملية التقييم، ظهر تحسن في إحداث تغيير على المتغير التابع وهو أعراض الاكتئاب، فمن خلال نتائج الدراسة، ومن خلال التطبيقات العلاجية للمفحوصات (الأمهات) تبين أن تدخل العلاج النفسي الجماعي (الموجه بالمحاضرة والمناقشة) له فعالية في حفاظ واستمرار النتائج التي حققها (زوال الاكتئاب)، أي أن هناك تناسب عكسي بين فعالية العلاج ودرجات الاكتئاب، حيث كلما كان هناك تقدم في تنفيذ البرنامج العلاجي المقرر، كلما انخفضت درجة الاكتئاب وهذا حتى بعد المتابعة التي دامت (06) أشهر.

### أولاً: المراجع العربية:

- 1- أبو زيد مدحت عبد الحميد، الاكتئاب: دراسة في السيكونومتري، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2001.
- 2- أبو زيد مدحت عبد الحميد، العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية: الأسس والديناميات والتطبيق والمشكلات، الجزء الأول، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2002.
- 3- أبو زيد مدحت عبد الحميد، الصحة النفسية والتفوق الدراسي، دار النهضة العربية، بيروت، 1990.
- 4- أبو زيد مدحت عبد الحميد، العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية: بروتوكولات تحليلية وسلوكية، الجزء الثاني، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 2002.

- 5\_ أبو زيد مدحت عبد الحميد، العلاج النفسي وتطبيقاته الجامعية: المجتمعات العلاجية والمجيط، الجزء الثالث، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2002.
- 6\_ أحمد صبري محمد، مقدمة في الجماعات العلاجية، الجمعية العلمية المصرية للتدريب الجماعي، القاهرة، 1982.
- 7\_ أحمد مصطفى حسن، الإرشاد النفسي لأسر الأطفال غير العاديين، دار النهضة العربية، القاهرة، 1996.
- 8\_ الحجار محمد حمدي، الطب السلوكي المعاصر، دار العلم للملايين، بيروت، 1989.
- 9\_ الدباغ فخري، أصول الطب النفسي، دار الطليعة، بيروت، 1982.
- 10\_ الزراد فيصل محمد خير، علاج الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية، دار العلم للملايين، بيروت، 1988.
- 11\_ الزيود نادر فهمي، تعليم الأطفال المتخلفين عقليا، دار الفكر، الأردن، 1995.
- 12\_ الشناوي محمد المحروس، التخلف العقلي: الأسباب-التشخيص-البرامج، دار غريب، القاهرة، 1997.
- 13\_ بيك ارون، العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، ترجمة: مصطفى عادل، دار النهضة العربية، بيروت، 2000.
- 14\_ حلاوة محمد السيد، التخلف العقلي في محيط الأسرة، المكتب العلمي للنشر والتوزيع، مصر، 1998.
- 15\_ شابرول هنري، المرهقة والاكتئاب، ترجمة: قحرائي سلمان، عويدات للنشر والتوزيع، بيروت، لبنان، 1998.
- 16\_ شعلان محمد، الطب النفسي والعلاج الجماعي، القاهرة، 1985.
- 17\_ شو مارتن، ديناميات الجماعة، ترجمة: مصري حنورة، محي الدين حسين، دار المعارف، القاهرة، 1986.
- 18\_ عبد الستار إبراهيم، الاكتئاب اضطراب العصر الحديث: فهمه وأساليبه علاجه، دار المعرفة، الكويت، 1992.
- 19\_ عبد الستار إبراهيم، العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث، أساليبه ومبادئ تطبيقه، طبعة 1، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، 1994.
- 20\_ علي سامي محمود، دراسة في الجماعة العلاجية، دار المعارف، القاهرة، 1962.
- 21\_ عيسوي عبد الرحمن، العلاج النفسي، دار النهضة العربية، القاهرة، 1984.
- 22\_ عيسوي عبد الرحمن، سيكولوجية الإعاقة الجسمية والعقلية، دار الراتب، بيروت، 1997.

- 23- محمد عادل عبد الله، العلاج المعرفي السلوكي: أسس وتطبيقات، دار الرشاد، القاهرة، 1999.
- 24- والتر بنداي بنجهام، سيكولوجية المقابلة، ترجمة: عزت سيد إسماعيل، فاروق عبد القادر، دار النهضة العربية، القاهرة، 1961.

#### ثانيا: المراجع الأجنبية:

- 1-Adouceur.A, Bouchar, Granger, Principe et applications des thérapies comportementales, Maloine, SA, Paris, sans date de parution.
- 2-Anzieu.Didier, La dynamique de groupe restreints, Presse UNIV de France, Paris, 1976.
- 3-Cottraux.Jean, Les thérapies comportementales stratégie du changement, Masson, Paris, 1979.
- 4-Delement.J, Luch.F, Guide pratique de psychiatrie, Berti, 1995.
- 5-Eitington.J, Savoir travailler en groupe exercices et documents, Edition d'organisation, Paris, 1990.
- 6-George.M.Beal, Les secrets de la dynamique des groupe, Chataud et associés, Paris, 1969.
- 7-Gill.Amado, Andre.Guettet, La dynamique des communications dans les groupes, Edition N 03, Arnand Colin, Paris, 1997.
- 8-Gourgant.Pierre, Les techniques de travail en groupe, Ed Privat, Paris, 1989.
- 9-Korkina, Leçon pratiques de psychiatries, Edition Mir, Moscou, 1982
- 10-Kuper.Jessica, Social problems and mental health, Boutledge and Kegan. Paul, London and New york, 1987.
- 11-Lonergan.E, Using théories of group therapy, The Guil ford, Presse, New york, 1994.
- 12-Luft.Joseph, Introduction la dynamique des groupes Les petits groupes et leur rôle dans la pratique sociale et d'éducative, Edouart, Privat, Paris, 1958.
- 13-Maisonneuve.Jean, La dynamique de groupe, Presse UNIV de France (PUF), Paris, 1976.
- 14-Maltby.John, Day.Liza, Depressive symptoms and religious orientation examining the relationship between religiosity and depression within the context of other correlats of depression, in personality and individual differences, Vol 28, N2, 2000.
- 15-Rosenham.DL, Seligman, Abnormal psychology, W.W Norton and Co, London, 1984.
- 16-Sarron.Mirabal, Veara.L, L'entretien en thérapie comportementale et cognitive, Dunord, Paris, 1995.