

نموذج معرفي سلوكي لإعادة الإدماج المهني للمصدومين نفسيا

١. كفان سليم

١. لونيس علي

جامعة سطيف

عاش الإنسان منذ بداية نشأته باحثا عن الاستقرار والأمان جاريا وراء الراحة التي تعطيه الاتزان، ومنذ تلك الأزمان وهو يشهد الصدمات له ولأبنائه. فهو يسعى لتحقيق عبه الحياة عن كاهله، ولما ازدادت الحياة تعقيدا وتوسعت وازدادت مطالبها وحاجاتها ازدادت الضغوط الواقعة عليه لتلبية تلك المطالب. وهو لا يستطيع التوقف عن مجاراتها لأنه سيتخلف عن اللحاق بها. وهذا ما اضطره إلى مواكبة التسارع لتحقيق الرغبات والمطالب. وهذا التسارع زاده مرة أخرى الضغط على النفس وتحميلها أكثر من طاقتها بغية اللحاق بموكب الحضرة بكل ما يحمله من قسوة ورخاء، فالحضرة تحمل معها رياح التغيير، والتغيير يحمل معه التبديل في السلوك، ونجد أن الضغوط بكل أنواعها هي نتاج التقدم الحضاري المتسارع، فالإنسان المعاصر أصبح يجد صعوبة كبيرة في استيعاب النمو المتسارع للمتطلبات الحضارة، ونتيجة لذلك أصبح يتعرض إلى الكثير من الضغوط الجسدية والنفسية وحتى العقلية، وهو ما أدى كذلك إلى الصدمات النفسية نتيجة هذه الضغوط. ومن خلال هذه المداخلة سأحاول أن أستعرض الصدمات النفسية وآثارها المتوقعة على الحياة العملية وخاصة في مجتمعنا الجزائري الذي أصبح يعاني الكثير من هذه المشكلة، والتي أثرت سلبا خاصة على مجال الأداء في العمل، ومن خلال هذا المنطق يجب كذلك البحث على وسيلة أو آلية على الأقل للتخفيف منها، وهذا من خلال معرفة أسبابها وعواملها الحقيقية وظروف نشأتها وكذا آثارها على الصحة الجسدية والنفسية.

إن أساليب التعامل مع الصدمات بنوعها الشعورية «التي يتحكم بها الإنسان» واللاشعورية «التي لا يستطيع التحكم بها» تهدف أساسا إلى إحداث التوازن ومحاولة التخفيف من شدة تلك الصدمات لدى الفرد في مجال عمله، وقد أصبح لزاما علينا كباحثين أن نقف على تحديد أسبابها بدقة في مجتمعنا، وهذا أيضا من خلال البحث عن استراتيجيات واقعية وموضوعية تبني على أساسها الطرق والوسائل والبرامج والتي تمكن المؤسسة الجزائرية من خلال الاعتماد عليها للوصول على الأقل للتخفيف من حدة تلك الصدمات النفسية على الفرد العامل في المؤسسة الجزائرية، لأن الانعكاس السلبي لهذه الظاهرة لن يكون فقط على الفرد بل سيكون له تأثير عكسي كذلك على المؤسسة الجزائرية، وهذا من خلال الخلل الذي سيحدث مثلا على مستوى الإنتاج، وكذلك على مستوى تحقيق أهدافها بصفة عامة وخاصة

فيما يتعلق بحدوث العمل، والتي تتحمل أعباءها المؤسسة بدرجة كبيرة، ومن هذا كله ومن خلال هذه المداخل سألنا أن أتطرق إلى دراسة مدى فعالية النموذج العلاجي المعرفي السلوكي في التكفل النفسي بالأفراد الذين تعرضوا إلى صدمات نفسية، وكذا إعادة إدماجهم من جديد في حياتهم المهنية.

أولاً : الجانب النظري

1. ماهية ومفهوم العلاج المعرفي السلوكي

أ. تمهيد :

ويستدل من اسم هذا النوع من العلاج بأنه محاولة دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي مع الجوانب المعرفية والانفعالية للمريض ضمن السياق الاجتماعي. يذكر كلارك وفايبرن Clark and Fairburn أن مصطلح العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavior Therapy ظهر في بداية الثلث الأخير من هذا القرن [القرن الماضي]، وأصبح في وقت قصير، العلاج النفسي الرئيسي في معظم الدول المتقدمة. (1988.p83; a. casey ; trower.p. (المحارب، 2000، ص.1).

ب. نظرة تاريخية :

تنبه الفلاسفة اليونان منذ القدم إلى أن إدراك الإنسان للأشياء - وليس الأشياء نفسها - تلعب دوراً هاماً في تحديد نوع استجابته، وهي التي تسم سلوكه وتصفه بالاضطراب أو السواء، وفي هذا الصدد يقول الفيلسوف الروماني إيكتيوس : "لا يضطرب الناس من الأشياء ولكن من الآراء التي يحملونها عنها". (wanigarantne .s;barker.s;1995;p34)، (إبراهيم، 1994، ص.73).

وقد أشار العلماء المسلمون للدور الذي يلعبه التفكير في توجيه سلوك الإنسان وفي سعادته وفي شقائه. وقد سبقوا بذلك العلماء المحدثين في إبراز أهمية العوامل المعرفية في توجيه استجابات الفرد للظروف المحيطة به. فقد أوضح ابن القيم قدرة الأفكار، إذا لم يتم تغييرها، على التحول إلى دوافع ثم سلوك حتى تصبح عادة يحتاج التخلص منها إلى جهد أكبر. كما أشار الغزالي إلى أن بلوغ الأخلاق الجميلة يتطلب أولاً تغيير أفكار الفرد عن نفسه، ثم القيام بالممارسة العملية للأخلاق المراد اكتسابها حتى تصبح عادة، ولم يخلو التراث الإسلامي أيضاً من الإشارات الواضحة لأثر التفكير ليس فقط في توجيه السلوك ولكن أيضاً في الحالة الصحية للناس، ويبدو ذلك جلياً في القول المأثور "لا تمارضوا فتمرضوا فتموتوا" (4:83). (المحارب، 2000، ص.4).

ويفيد "بيك" أن العلاج المعرفي يقوم على دعائم فلسفية ليست جديدة، بل موغلة في القدم، وتعود بالتحديد إلى زمن الرواقيين Stoics. حيث اعتبر الفلاسفة الرواقيون أن فكرة الإنسان عن الأحداث، وليست الأحداث ذاتها هي المسؤولة عن اعتلال مزاجه. إلى هذا المنطق الرواقي يستند هذا العلاج المعرفي. فالمشكلات النفسية ترجع بالدرجة الأساس إلى أن الفرد يقوم بتحريف الواقع ولي الخفايا بناء على مقدمات مغلوطة وافتراسات خاطئة. وتنشأ هذه الأوهام عن تعلم خاطئ في إحدى مراحل نموه المعرفي. (weishaar.m.e;beck.a.t;1992;p114). (بيك، 2000، ص 6).

وتتفرض النظرية المعرفية أنه من الممكن إحداث تغييرات انفعالية وسلوكية وجسمية من خلال إحداث تغييرات في أفكار واعتقادات المريض.

ج. نشأة العلاج المعرفي :

سبق العلاج المعرفي علم النفس المعرفي، وسوف نستعرض التسلسل التاريخي لتطور هذا النموذج العلاجي، حيث بدأ الاهتمام بالعلاج المعرفي مع بداية النصف الأخير القرن الماضي، وإن كان البعض من الرواد قد تزامنوا في تقديم نماذجهم في الفترة نفسها. ويشمل مفهوم العلاج المعرفي مناهج عديدة تتشابه في جوهرها وتختلف في فنيات تطبيقها. وعلى الرغم من أن هناك أكثر من عشرين نوعاً منها ولكن أشهرها : منهج بيك في العلاج المعرفي، ومنهج ألبرت آيس في العلاج العقائدي الانفعالي، وتأتي بعد ذلك مناهج أخرى أقل شهرة مثل منهج ميكينوم في تعديل السلوك المعرفي، ومنهج ويسلر وهانكين Cognitive Appraisal Therapy العلاج التقويمي المعرفي الذي حاول فيه الجمع بين العلاج العقائدي الانفعالي ومكتشفات التعلم الاجتماعي وعلم النفس الاجتماعي المعرفي، ومنهج كييلي للتصورات الشخصية. ومنهج ألبرت باندورا في التعليم الاجتماعي، ومنهج لازاروس Multi-Modal Therapy في العلاج متعدد النماذج، ومنهج ماهوني Cognitive Learning Therapy في علاج التعلم المعرفي، وأسلوب حل المشكلات لـ قولندرايد (welle.a;1995.p96).

وكان لـ"بيك" قصب السبق فيها بعد أن نشر مقالا عام 1952 حول تطبيق العلاج المعرفي على حالة فصام مزمن، أشار فيه إلى أنه قام باضفاء صبغة مقبولة وطبيعية على هذهاات، ثم طلب منه القيام بفحص منظم لمعرفة دقتها، وقد لاحظ بشيء من الدهشة أن هذهاات المريض بدأت تختفي بالتدريج. ثم قدم كييلي Kelly عام 1955م أفكاره حول التصورات الشخصية Psychology of personal constructs وكان له كبير الأثر على بداية العلاج النفسي المعرفي، لأنه ركز على أهمية الطرق الذاتية التي يفسر من خلالها الفرد لما يدور حوله في تغيير السلوك، حيث يرى في نظريته، نظرية التصورات الشخصية personal construct theory أن الشخص يقوم بصياغة تصورات (توقعات) حول ما يجري من حوله، ثم يتحصص هذه التصورات، وبناء على النتائج التي يتوصل إليها يقوم بتصحيح أو تعديل هذه التصورات، أي أنه يقوم بإعطاء معاني للظواهر لكي يستطيع فيما بعد توقع ما قد يحدث ويحاول التحكم به. (Phares,1984.p.159). (weishaar.m.e;beck.a.t;1992;p115).

وبذلك يرى كلي أن الطريقة التي ينظر بها الناس للعالم من حولهم قد تخلق لهم الاضطرابات النفسية. حيث إن لدى كل فرد مجموعة من التصورات الأساسية التي يكون من خلالها هوية لنفسه واضطراره للابتعاد عن هذه الهوية في سبيل استيعاب خبرات جديدة قد يؤدي إلى شعوره بالذنب. وقد يشعر الفرد بالقلق في حالة عدم قدرته على التوقع بما سيؤول إليه موقف معين، وعدم استطاعته بالتالي القيام بسلوكيات ملائمة.

وقد تظهر المشكلات النفسية عندما يعجز النظام التصوري Construct system لدى الفرد في توقع الحوادث أو احتوائها ضمن الخبرات السابقة بطريقة تكفل القيام بسلوك منظم. الأمر الذي يؤدي إلى إحداث تشويه في النظام التصوري للفرد، وهذا بدوره يقود إلى التوتر. ومع كل ذلك لم تلق نظرية كلي قبولا كبيرا من قبل المشتغلين بالعلوم المعرفية لصعوبة فهمها، ولكرثرة تقاصيلها، مع قلة المنشور حولها من كتب ودراسات.

وتزامن في هذه الفترة ظهور العلاج العقائدي الانفعالي لـ ألبرت آليس Albert Ellis قبل التطورات الأساسية في علم النفس المعرفي، وكانت نظرية علاج الاكتئاب لـ بيك في مراحلها الأولى. حيث كان آليس يصدد التحلي عن التحليل النفسي وتطوير نظرية معرفية سلوكية خاصة به. وفي الوقت الذي كان فيه بيك Beck يتبع بالتدريج عن التحليل النفسي ويبنى نظريته في العلاج المعرفي خطوة بخطوة. كما كان كلي Kelly أيضا يبلور أفكاره حول دور الجوانب المعرفية في تكيف الإنسان مع بيئته. يقول آليس بخصوص تزامنه مع بيك: "وبصورة مستقلة عما قمت به، بدأ أيضا معالج تحليل نفسي آخر من فيلادلفيا (يقصد بيك) بالتحلي عن الفنيات التحليلية وتطوير نوع من العلاج المعرفي Ellis welles.a;1997.p52.

وقد توصل آليس في يناير 1955 إلى ما أسماه العلاج العقائدي العقلاني Rational Therapy وغير اسمه لاحقا في عام 1961 إلى العلاج العقائدي الانفعالي Rational Emotive Therapy. ويرجع آليس نشوء الأمراض النفسية إلى ما تم تعلمه من الأفكار غير العقلانية من الناس المميزين خلال فترة الطفولة، بالإضافة إلى ما يبتدعه الأطفال أنفسهم من اعتقادات غير منطقية وخرافات. وبعد ذلك يقوم الناس بإعادة تنشيط هذه الاعتقادات غير الفعالة من خلال الإيحاء الذاتي والتكرار. وتنتج معظم الانفعالات من التفكير ويشكل اللوم (blame) للنفس وللآخرين حجر الأساس في معظم الاضطرابات الانفعالية.

وهكذا فإن التطبيقات الإكلينيكية للمنظور المعرفي Cognitive perspective بصورة عامة سبقت النظرية والبحوث المنهجية formal المرتبطة بعلم النفس المعرفي.

د - الأساس الفلسفي والمبادئ :

تعتمد النظرية المعرفية في تناول الأمراض النفسية على تفسير الكيفية التي تتم من خلالها معالجة المعلومات. وتنتصر هذه النظرية أن الاضطرابات لدى الفرد ناتجة عن وجود أخطاء في معالجة المعلومات لديه، مما يترتب عليها وجود أبنية معرفية (مخططات) كاملة عاجزة

عن التكيف تسيطر على المريض، بناء على ما ينتج عنها من أفكار تلقائية تصاحب الاضطراب وتساعد على استمراره. ونظراً للتطورات السريعة التي تحدث في العلوم المعرفية بصورة عامة، وفي نظرية العلاج المعرفي بصورة خاصة، فقد تم تحديد مبادئ خاصة بالعلاج المعرفي السلوكي الذي يمارس ضمن حدود مسلمات النظرية المعرفية (Welles a;1998.p38.39) :

1. يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على صياغة مشكلة المريض وتبسيطها بصورة مستمرة ضمن الإطار المعرفي، ويعتمد المعالج في صياغة مشكلة المريض على عوامل متعددة مثل تحديد الأفكار الحالية للمريض (أنا فاشل، لا أستطيع عمل أي شيء كما ينبغي)، الأفكار التي تساهم في استمرار الوضع الانفعالي للمريض، والتعرف على السلوكيات غير المرغوب فيها. ثم التعرف على العوامل المرسبة التي أثرت على أفكار المريض عند ظهور المرض مثل (حادثة محزنة، تغير شيء مألوف)، وبعد ذلك التعرف على الأسلوب المعرفي الذي يفسر من خلاله المريض الحوادث التي يتعرض لها مثلاً (عزو النجاح للحظ، ولوم النفس على الفشل)، ثم يقوم المعالج بصياغة المشكلة في الجلسات الأولى، ولكنه يستمر في إجراء تعديلات عليها كلما حصل على معلومات جديدة.

2. يتطلب العلاج المعرفي السلوكي وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج والمريض تجعل المريض يثق في المعالج، ويتطلب ذلك قدرة المعالج على التعاطف والاهتمام بالمريض، وكذلك على الاحترام الصادق وحسن الاستماع.

3. يشدد العلاج المعرفي السلوكي على أهمية التعاون والمشاركة النشطة في العمل كفريق يشترك في وضع جداول عمل للجلسات، وفي إعداد الواجبات المنزلية التي يقوم بها المريض بين الجلسات.

4. يسمى المعالج إلى تحديد أهداف معينة، يسعى لتحقيقها وحل مشكلات محددة .

5. يركز العلاج المعرفي السلوكي على الحاضر، حيث يتم التركيز على المشكلات الحالية وعلى مواقف معينة تثير القلق لدى المريض، ومع ذلك فقد يتطلب الأمر الرجوع إلى الماضي في حالة :

- رغبة المريض الشديدة في القيام بذلك.

- عدم حدوث تغير يذكر في الجوانب المعرفية والسلوكية والانفعالية.

- عندما يشعر المعالج بأن هناك حاجة لفهم الكيفية التي تطورت بها الأفكار غير الفعالة لدى المريض.

6. العلاج المعرفي السلوكي علاج تعليمي، يهدف إلى جعل المريض معالماً لنفسه، كما أنه يهتم كثيراً بتزويد المريض بالمهارات اللازمة لمنع عودة المرض بعد التحسن (الانتكاس).

7. العلاج المعرفي السلوكي علاج مكثف قصير المدى، يتم علاج معظم الحالات في مدة تتراوح ما بين 4-12 جلسة، وقد يستمر إلى فترة أطول من ذلك.

8 - تتم الجلسات في العلاج المعرفي السلوكي وفق جدول عمل محدد يحاول المعالج تنفيذه. للتعرف على الوضع الانفعالي للمريض، ويطلب من المريض تقديم ملخص لما حدث خلال الأسبوع الماضي؛ إعداد جدول أعمال الجلسة «بالتعاون مع المريض»؛ التعرف على رد فعل المريض حول الجلسة السابقة؛ مراجعة الواجبات المنزلية؛ تقديم ملخصات لما تم في الجلسة بين الحين والآخر؛ ثم أخذ رأي المريض فيما تم في نهاية الجلسة.

9 - يعلم العلاج المعرفي السلوكي المريض كيف يتعرف على الأفكار والاعتقادات غير الفعالة وكيف يقومها ويستجيب لها.

10 - يستخدم العلاج المعرفي السلوكي فنيات متعددة لإحداث تغييرات في التفكير، المزاج، والسلوك. يستخدم في العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلى الفنيات المعرفية الأساسية مثل الأسئلة الجدلية (السقراطية) والفنيات السلوكية.

11 - يؤكد العلاج المعرفي السلوكي على أن يكون المعالج صريحاً مع المريض، ويناقش معه وجهة نظره (المعالج) حول المشكلة (المشايعة)، ويعترف بأخطائه ويسمح للمريض بمعارضته. وعدم القيام بذلك يتعارض مع الطبيعة التعاونية بين المعالج والمريض التي يركز عليها العلاج المعرفي السلوكي.

12 - يركز المعالج المعرفي السلوكي بصورة عامة على التعامل مع أعراض الاضطراب النفسي الذي يعاني منه المريض أكثر من تركيزه على العوامل التي تعزى إليها هذه الأعراض. (38: -39) المحارب.

هـ. تطور العلاج المعرفي السلوكي :

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي اتجاهاً علاجياً حديثاً نسبياً. يعمل على النعج بين العلاج المعرفي بفنياته المتعددة والعلاج السلوكي بما يرضه من فنيات، كما يعمد إلى التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثنائي الأبعاد، إذ يتعامل معها معرفياً وانفعالياً وسلوكياً، مستخدماً العديد من الفنيات السلوكية.

ولم يكن العلاج المعرفي معرفياً بحثاً منذ بدايته، سواء على المستوى النظري، أو على المستوى التطبيقي. فعلى المستوى النظري يتم التعامل مع الأفكار بقصد تغييرها حتى يشفى حدوث تغييرات سلوكية مرغوبة. وعلى المستوى التطبيقي لم يتوقف بيلك عند استخدام الفنيات المعرفية فقط في العلاج، بل استخدم إلى جانبها فنيات سلوكية. وهذا ما أكدته بنفسه في كتابه الذي نشره عام 1979م العلاج المعرفي للاكتئاب. ومن هنا بدأت تبرز معالم العلاج المعرفي السلوكي. ويعتمد الإصدار النظري للعلاج المعرفي السلوكي على تلك الأساليب التي قدمها كل من دونالد ميكنبوم D.Meichenbaum وألبرت آليس A.Ellis وأرون بيلك A.Beck وفيكتور رايمي V.Raimy.

وقد أصدر بيك كتاباً في عام 1970 بعنوان العلاج المعرفي: طبيعته وعلاقته بالعلاج السلوكي Cognitive Therapy : Nature and relation to Behavior Therapy أوضح فيه كيفية تغيير المعارف والأفكار من خلال نماذج إشرافية، وهو ما يعتبر بمثابة استراتيجيات سلوكية Wessely, s.rosse, s.; 1997; p66. ويعد النموذج الذي قدمه بيك من أبرز النماذج العلاجية في هذا الاتجاه وأكثرها شيوعاً، ففي الوقت الذي يركز فيه على معارف واعتقادات الفرد في الـهنا والآن here and now كسبب في اضطراب الشخصية، فإنه يستعين أيضاً ببعض الفنيات السلوكية لتعليم الفرد المهارات التي يجب أن تتغير بتغير معارفه ومدرّكاته عن ذاته وعن العالم والمستقبل. ويرى بيك أن الشخصية تتكون من مخططات معرفية Schemas تشمل على المعلومات والاعتقادات والمفاهيم والافتراضات والصيغ الأساسية لدى الفرد، والتي يكتسبها خلال مراحل النمو. ويرى أن الناس تتفاعل بالأحداث وفقاً لمعانيها لديهم. ويهتم بيك بالأفكار التلقائية السلبية التي تظهر وكأنها منصات آلية وتبدو من وجهة المريض بأنها معقولة جداً. ويذهب بيك إلى أن الأفكار الأوتوماتيكية تؤدي إلى التشويه المعرفي الذي يعد نتيجة لها، ومن أمثلة التمثل الشخصي Personalization أي تفسير الأحداث من وجهة النظر الشخصية للمريض، والتفكير المستقطب Polarized أي المتمركز عند أحد طرفين متناقضين إما أبيض أو أسود، والاستنتاج التعسفي أي الاستدلال اللامنتظم، والمبالغة في التعميم أي تعميم نتيجة معينة على كل المواقف على أساس حدث مفرد، والتضخيم والتحقير، والعجز المعرفي. وإذا كان العلاج وفقاً لهذا النموذج يهدف إلى التعامل مع التفكير اللامنتظم الخاطئ والتشوهات المعرفية، والتعامل مع المشكلات المختلفة والسعي إلى تخفيفها، فإنه يعتمد على عدة أسس أو مبادئ هي المشاركة العلاجية، وتوسيد المصادقية مع المريض، وتقليل أو اختزال المشكلة reduction أي تقسيمها إلى وحدات يسهل تناولها، ومعرفة كيفية العلاج وذلك باستخدام فنيات عديدة بعضها معرفي مثل المناقشة، والمراقبة الذاتية، والتباعد الذي يجعل تفكير المريض وتقييمه للواقع موضوعياً، وإعادة التقييم المعرفي، والعلاج البديلي (مناقشة الأسباب). وبعضها تجريبي إمريتي كالاستكشاف الموجه، والتعريض، وبعضها الآخر سلوكي كالواجبات المنزلية، والاقتداء، والتخيل. ولعب الدور. ويرى بيك أن التكنيكات السلوكية ذات فاعلية لأنها تؤدي إلى تغييرات اتجاهية ومعرفية لدى الحالات المريضة.

2 - تعريف وخصائص العلاج المعرفي السلوكي:

في مجال العلاج النفسي عادة يطرح سؤالان هما:

- يطرح على الأفراد الراغبين في العلاج النفسي وهو لماذا الآن ؟ .
- يطرح من قبلهم وهو ما المقصود بالعلاج النفسي ؟ .

هذان السؤالان هما تمهيد لمعرفة ما هو العلاج المعرفي السلوكي، ويمكن طرح عدد من الأسئلة في هذا الصدد مثلاً: هل هناك بعض المشكلات التي قد لا يكون هذا النوع من العلاج مناسباً لها ؟ . وعندما لا يكون على وعي كامل بالمشكلة فهل هذا الأسلوب مناسب لاكتشافها مباشرة ؟ .

وهل يمكن استخدام العلاج المعرفي السلوكي وحده منفردا أم يمكن استخدام أنواع أخرى من التدخلات الطبية النفسية المصاحبة له.

1. تعريف العلاج المعرفي السلوكي :

العلاج المعرفي السلوكي هو نموذج علاجي نفسي موضوعي موجه للأفراد الذين بحاجة إليه، والذين يعانون من اضطرابات نفسية سلوكية أو وجدانية نفسية (woody.g.e; 1983; p58). والعلاج المعرفي السلوكي هو عبارة عن خطة علاجية موجزة يتحقق من خلالها أقصى استثمار لوقت العلاج مع أقل تكاليف للعمل (woody.g.e; 1983; p59). والعلاج المعرفي السلوكي قد يستخدم الوقت بشكل أكثر مرونة، ولكنه غالبا ما يركز على أهداف العميل من خلال إطار عمل خاص. ويفترض كل من بنمان وجورمان 1988 في كتابهم الرائع (نظريات العلاج وممارساته) أن ليس هناك منول لعدد الجلسات، فجوهر العلاج المعرفي السلوكي لا يتخذ من خلال خصائص زمنية عددية، ولكن في قيمة وأهداف واتجاهات كل من العلاج والعميل.

وهنا لا نقترح وضع مدى زمني محدد للعلاج، بل التأكيد على أن جوهر العلاج المعرفي يكمن في قيم واتجاهات وأهداف كل من العلاج والعميل، وفي الممارسات العيادية يقوم المعالجون المتخصصون في العلاج المعرفي السلوكي بوضع حدود زمنية على هيئة عدد من الجلسات، وقد يختلف عدد هذه الجلسات من معالج إلى آخر، فمثلا اقترح مالان (Malan 1995) عدد 30 جلسة كمدة زمنية أقصى للعلاج المعرفي السلوكي، في حين ذكر دورين (1995) خطة من 11 جلسة. كما أن باركام وشايبورا (1998) قدموا نموذجا يسمى (2-1) حيث يتم تقديم جلستين متتاليتين على مدى أسبوعين، ويعقبهما جلسة بعد مرور 3 أشهر للمتابعة، ويبحث تالمون (1999) على أن العلاج المعرفي السلوكي يتم وفق نموذج جلسة واحدة، وقد اقترح بوتشير وكوسن 25 جلسة كأقصى حد للعلاج المعرفي السلوكي (young.j.e;1991.p;45).

إن تقديم معلومات عن مدة العلاج أمر مفيد لعدة أسباب :

أولا: يتوقع العميل أن معدل الجلسات يتراوح بين 6 و 10 جلسات.
ثانيا: أن من خلال (6-8) جلسات تظهر النتائج العلاجية الايجابية، وبشكل مستمر تقريبا، ولكن يحدث نقص في المكاسب العلاجية خلال الجلسات العشرة اللاحقة تقريبا، ويدعم هذه النتائج ما ذهب إليه هوارد وآخرون حيث أشاروا إلى أن 50% من الأفراد يتحسنون بعد 2-8 جلسة علاجية (young.j.e;1991.p;48).

والمعالجون المعرفيون السلوكيون الذين تبنا هذا النوع من العلاج لا يطالبون بتغيير كامل في شخصية العميل، وإنما يهدفون لإحداث تحسن كاف له لاعتراك الحياة بشكل أفضل حيث يمكن أن تتحقق المزيد من المكاسب فيما بعد، وقد وجد كل من سكوت (1992)

وتيسدال (1994) أن النموذج المعرفي السلوكي يتم محاكاته سريعا من قبل بعض العملاء الذين وجدوا أن هذه التدخلات السريعة والقصيرة ذات فائدة عالية لهم.

2. أوجه الاستفادة من العلاج المعرفي السلوكي :

هل يقدم العلاج المعرفي السلوكي لشخص معين يحتاجه أو لأي شخص يطلب العلاج بوجه عام ؟. لمن يكون هذا العلاج مفيدا وفعالا ؟. للإجابة على هذه الأسئلة نقول أنه نموذج عالم للكفاءة الوظيفية النفسية عموما، لذلك فهو يمكن تطبيقه على معظم أنواع المشكلات النفسية، مع اجراء بعض التعديلات المناسبة له.

والعلاج المعرفي السلوكي يستعير أدواته وأساليبه ويستخدمها في سياق العملية العلاجية، على أن تكون هذه الأدوات والأساليب متسقة ومتناغمة مع النموذج العام للعلاج النفسي، وعندما نأخذ في الاعتبار المستفيدين من العلاج المعرفي السلوكي فيجب على المعالج أن يسأل نفسه سؤالين هما : هل هذا الشخص سيستفيد جوهريا من هذا النوع من أشكال العلاج النفسي، أو أنه يمكن لنوع آخر من العلاج أن يحقق الغرض في نفس المدة أو أطول ؟.

وقد افترض لازاروس (1989) أن ملائمة شخص لنموذج معين من العلاج النفسي إنما يتخذ بناء على التقييم منذ البداية، وبناء على هذا التقييم يتم توجيهه للأفضل، وقد أشار كل من بيرفين وبراولي إلى أن العملاء قد يحرزون تقدما أفضل بناء على توجهاتهم العلاجية، وكذلك وجد كل من وانيجاراند وباركر (1995) عبر دراساتهم عن الأساليب العلاجية المستخدمة في إحدى المستشفيات في يوم واحد أن أسلوب العلاج المعرفي السلوكي كان هو أكثر تفضيلا، وذلك بمقارنته بالأساليب العلاجية الأخرى، مثل العلاج النفسي الدينامي والانساني والأساليب الأخرى (zetzl.e.1998.p55).

وفي محاولة للإجابة عن السؤال السابق والخاص بمدى ملائمة نوع معين من العلاجات لشخص بعينه، يبرز سؤالان هما : هل يمكن أن يستخدم العلاج المعرفي السلوكي وحده ؟. هل يمكن أن يستخدم جنبا إلى جنب ملازما لأنماط وأساليب أخرى من التدخلات العلاجية ؟. ويكون العلاج المعرفي السلوكي أكثر تفضيلا وملاءمة لمعديد الأفراد نظرا لطبيعة مشكلاتهم والحاجة إلى إحداث تغييرات سريعة وإحراز تقدم وتحسن سريع ثابت بعد انتهاء فترة من العلاج.

العلاج المعرفي السلوكي هو علاج سرجماني، وقد يستخدم مع أنواع أخرى من العلاجات، فهو علاج ذو كفاءة في علاج الاكتئاب، ويفترض مركز بنسلفانيا للعلاج المعرفي أن العميل قد يستفيد أحيانا من تصاحب العلاج الفردي مع العلاج الجمعي، وجماعات المساعدة الذاتية.

3. نتائج تطبيق العلاج المعرفي السلوكي :

لا يهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى إعادة تشكيل شخصية الفرد أو خصاله الأساسية، ولا يتم كذلك بالتعرف على تفاصيل العمليات الارتقائية. ويعتقد بعض المعالجين أن نموذج الرعاية الأولية قد يكون ملائماً للعلاج والارشاد النفسي، حيث يمر العميل بعدد من المسارات العلاجية على مدى حياته تستخدم خلالها أساليب وتدخلات عديدة (young j.e;1992;p77)

فكل علاج نفسي عبر حياة الشخص هو علاج مرحلي أو علاج متسلسل قصير المدى، ولإدراكنا أن العلاج النفسي لا يحاول إعادة بناء الشخصية، وغالباً ما يفشل في حماية العميل من المعاناة من بعض المشكلات النفسية الأخرى التي قد تصيبه في أية فترة من فترات حياته، والتي قد تطرأ نتيجة عمليات الارتقاء أو مواقف الحياة الضاغطة والمحبطة. وقد لا يتوافق العلاج المعرفي السلوكي مع تلك المشكلات النفسية، وقد يفقد قيمة ويكون غير مساعد إذا لم يتم تقديمه بشكل انتقائي.

3 - إطار العمل المعرفي السلوكي :

هناك العديد من المبادئ والممارسات الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي والمبدأ الأساسي والمركزي للعلاج المعرفي السلوكي هو: أن الأفكار والوحدات والسلوك والجوانب الفسيولوجية هي كلها مكونات لنظام موحد، فالتغير الحادث في أي مكون منها يكون مصحوباً بتغير في المكونات الأخرى. فعلى سبيل المثال لو انفجر جهاز التلفزيون فجأة أثناء مشاهدة شخص له. فهذا الفرد سوف يمر بتغيرات فسيولوجية (ارتفاع مستوى الأدرينالين في الدم) وتغير سلوكي سريع (التحول من الهدوء أثناء المشاهدة إلى القفز والجري والبحث عن مصفاة الحريق)، وانفعالات معينة (الشعور بالقلق والهلع) مع بعض الأفكار (المزلة سوف يحترق وسوف أصاب وأموت)، والعلاج المعرفي السلوكي يدرك الطبيعة الموحدة لهذا الكل متألف، وهذا المثال لا يعرض مشكلة نفسية ولكن عندما يتعلق الأمر بإحدى المشكلات النفسية فإن التغيرات الحادثة تتركز في بؤرة الأفكار غير السارة، وعند قراءة المثال السابق يعتقد الفرد أنه لم يمر بهذه الخبرة كما تم عرضها، ولن يتصرف بالطريقة نفسها، والعلاج المعرفي السلوكي ينظر لذلك بعين الاعتبار بافتراض أن كل فرد يستحضر في الموقف نفسه مدى مختلفاً من المشاعر والاستجابات الفسيولوجية والسلوكيات، وتعتبر الأفكار هي الموجة لهذه المكونات الثلاثة حيث أنها ليست ناشئة عن الموقف بشكل أساسي وإنما تتوقف على الطريقة التي ينظر بها كل منا للموقف نفسه.

1. الأساليب الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي :

تتلخص الأصول الأساسية للعلاج المعرفي في (wolpe.j;1999;p36) :

1. الأفكار يمكن أن تؤدي إلى الانفعالات والسلوك.
 2. أن الاضطراب الانفعالي (الوجداني) ينشأ من التفكير المنحرف السلبي الذي يؤدي إلى انفعالات وسلوكيات غير مساعدة للفرد.
 3. هذا الاضطراب الوجداني يمكن علاجه بمجرد تغيير التفكير الذي يفترض أنه متعلم.
- ويوجد نوعان من التفكير تم التركيز عليهما في بؤرة العلاج المعرفي السلوكي هما:
الأفكار الآلية، والمعتقدات المضرة (wolpe.j;1999;p37):

أ. الأفكار الأولية: وهو مصطلح أطلقه بيك على الأفكار والصور الذهنية التي تظهر بشكل لاإرادي خلال تدفق الوعي الشخصي، وتوجد عدة مصطلحات شبيهة، وتعد مرادفات لها من قبيل (العبارات الداخلية أو العبارات الذاتية)، والأشياء التي تخبر بها نفسك، والحديث الذاتي.

ب. المعتقدات المضرة: هي المعتقدات التي تنتج الأفكار والصور الذهنية التي تشكل محتوى الأفكار الآلية. ويمكن فهم العلاقة بين الأفكار الآلية والمعتقدات المضرة بالنظر بشكل موجز إلى مصطلح المخططات، وهي عبارة عن خطط عقلية محددة يعمل كموجهات للفعل. وكبنائات لتذكر المعلومات وتفسيرها، وكإطار عمل منظم لحل المشكلات، وكل منا يتبنى مدى واسعاً من المخططات التي تمكننا من تكوين جزء عام للعالم، ووضع أي معلومات وخبرات جديدة داخل سياق، وهي مثل النظام الشامل الذي يستخدمه كل منا لكي يتعامل مع العالم، وتلك الأنظمة يتم تشكيلها منذ الطفولة المبكرة.

2. الخصائص الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي :

هناك العديد من الخصائص الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي، والتي عن طريقها يمكن تطبيق العلاج على مشكلة العميل، وفيما يلي سنحاول أن نتناول هذه الخصائص بالتفصيل فيما يلي (truax.c.b;1997.p78):

1. الأسلوب العلاجي :

نبدأ بالأسلوب العلاجي لأنه غالباً ما يختلف في سياق العلاج المعرفي السلوكي، وفي العلاج المعرفي السلوكي يحضر العميل للعلاج مواجهاً لعدد كبير من المهارات والمعارف، ولذلك يكون تابعاً للعلاج خاصة في المراحل الأولى من العلاج، وهذا لتحديد مسار العلاج وكذا التوجهات العلاجية، ويتميز أسلوب العلاج بالنشاط والمباشرة. ويكون حساساً لإحداث التوازن في التواصل بشكل متعاطف ومتفهم للعميل، ويشترك مع العميل لتحديد أهداف العميل، وجزء من هذا الأسلوب العلاجي يتعلق بالقدرة على انتقاء المعلومات عن مشكلة العميل.

2. صياغة المشكلة :

يقوم المعالج بجمع عدد كبير من المعلومات عن العميل وعن مشكلته ليس فقط عن طريق المعلومات اللفظية وإنما من خلال ملاحظات ومشاهدات المعالج نفسه، وأيضاً من خلال إجراء فحص موضوعي شامل للعميل في فترة مبكرة من العلاج، وبناء على هذا الكم من المعلومات، يتم صياغة المشكلة وبشكل مستمر يتم مراجعة وتنقيح صياغة مشكلات العميل في ضوء المعلومات المتجددة.

3. العلاقة التعاونية المشتركة :

يكون المعالج غير متحفظ بالنسبة لصياغة المشكلة، وغالباً ما يطرح بعض النقاط لمناقشتها مع العميل لإحراز تقدم في صياغة المشكلة، والعلاج المعرفي السلوكي ليس كبقية الأنواع الأخرى من العلاجات، فهو قابل للانتقال والتعلم، ولا يقدم كما لو كان ضرباً من أنواع السحر، وإنما هو نوع من التعليم والتثقيف النفسي للعميل، يكون العميل واعياً تماماً ومستبصراً بالعملية العلاجية، وغالباً ما يتم استخدام قراءة بعض النصوص (العلاج بالقراءة)، (1991: mark krill .m)، وفي حالة التعامل مع أنواع العملاء الذين يتميزون بصعوبة في الوصول إلى مشكلاتهم وتحديدوها بدقة ووضوح، (كالتعامل مع أشخاص ذوي اضطرابات الشخصية الحدية)، فمن الضروري أن يستغرق وقت العلاج مدة طويلة، ويهتم بتأكيد ذلك بشكل صارم، وذلك قبل التعمق في العملية العلاجية، وكما تمت الإشارة فالعلاج المعرفي لا يكون مناسباً ومفيداً دون تحديد واضح للمشكلة التي سيتم التعامل معها.

4. بناء الجلسات العلاجية :

الجلسات العلاجية يتم التخطيط لها من خلال جدول أعمال يتم الاتفاق على محتوى الجلسة بالتعاون بين المعالج والعميل، لجدول الأعمال شكل عام يطبق على كل الجلسات العلاجية عدا الجلسة الأولى، وللاستخدام جدول الأعمال عدة مميزات واضحة في سياق العلاج المعرفي السلوكي، فهو يسمح لكل من المعالج والعميل بتوظيف أمثل لوقتهم المحدود، وبشكل أكثر كفاءة، والبناء النموذجي للجلسات العلاجية في هذا النموذج من العلاج يكون كما يلي : (wasik.b.1997;p45).

- 1-فحص مزاج المريض.
- 2-مراجعة سابقة للأسبوع المتقضي بين الجلسات.
- 3-وضع جدول أعمال للجلسة الحالية.
- 4-تلقي العائد والربط بين الجلسة الحالية والجلسات السابقة.
- 5-مناقشة جدول الأعمال.
- 6-وضع الواجب المنزلي.
- 7-طلب عائد في نهاية الجلسة العلاجية.

5. العلاج الموجه نحو هدف :

بشكل عام إن أي شخص يطلب العلاج فهو يطلب التعبير بطريقة ما، وهنا سوف

يعامل المعالج بشكل تعاوني للوقوف على التغيرات الملائمة والمناسبة ذات الصلة بالعملية العلاجية ومشكلات العميل، وسوف يتم بناءً على ذلك وبشكل تعاوني أيضاً تحديد الأهداف وتقريرها، وكذلك تحديد المهام الضرورية التي من شأنها أن تحقق تلك الأهداف. وفي بعض الأحيان يريد العميل تحقيق هدف يكون غالباً في سبيل التحسن، فمثلاً قد يطلب أحد العملاء أهدافاً تتسق معقده غير الواقعية بأنه يجب أن يكون ممتازاً في كل شيء وبشتى الطرق، وفي كل الأوقات، وفي هذه الحالة يناقش المعالج ذلك صراحة مع العميل، وهنا فقط يكون العلاج المعرفي السلوكي مفيداً وواقعياً، فالعلاج المعرفي السلوكي هو علاج محدد الهدف (weissman.a.1996.p112).

6. وضع الواجب المثالي :

نجد أن الناس دائماً لا يرفضون أو يعترضون على تنظيف أسنانهم أو الاستحمام بانتظام... الخ، وبغض النظر عن المهم أن نخصص وقتاً للحفاظ على صحتنا النفسية والعقلية، والمشكلة التي قد تمثل عائقاً في وضع الواجب المثالي في الكلمة نفسها أن بعض الناس يربطونها بالواجب المدرسي، والذي غالباً ما يتم بوجود ارتباطات سلبية، ولذلك فمن المهم أن نختبر ذلك مع العميل، وأهمية الواجب المثالي هو أنه يرفع الوعي بقدرته في العلاج حتى بعد انتهاء الجلسات، ذلك أنه بالفعل قد تعلم عديداً من المهارات وأصبح على قدر عالٍ من الكفاءة والخبرة خلال أداء الواجب المثالي، وتختلف المهام المثالية وأنواعها اختلافاً كبيراً وواسعاً، ويعتمد ذلك على كل من العميل وطبيعة المشكلة والمرحلة العلاجية. (weissman.a.1996.p113)

ثانياً : الجانب الميداني :

1. الإطار المنهجي للدراسة :

أ. الاشكالية :

تشكل الصدمات النفسية الأساس الرئيسي الذي تبني عليه الضغوط الأخرى، وبعد العامل المشترك في جميع أنواع الضغوط الأخرى مثل : الضغوط الاجتماعية، ضغوط العمل، الضغوط الاقتصادية، الضغوط الأسرية، الضغوط الدراسية، كل هذه الضغوط يجمعها قاسم مشترك هو الجانب النفسي، ففي الضغوط الناجمة عن إرهاق العمل ومتاعبه في الصناعة، أولى نتائجها في الجوانب النفسية وهي حالات التعب والملل اللذين يؤديان إلى القلق النفسي والصدمات النفسية، حسب شدة أو ضعف الضغط الواقع على الفرد. وتؤثر كذلك تلك الضغوط على التكيف في العمل والإنتاج.

إن زيادة هذا الإحساس لدى العامل في عمله سوف يؤدي إلى نتائج وخيمة منها التأثير على كمية الإنتاج أو نوعيته أو ساعات العمل، مما يؤدي إلى تدهور صحة العامل الجسدية والنفسية، ومن أول تلك الأعراض هي زيادة الإصابات في العمل والحوادث، وربما

تكون قاتلة، وهذا فضلا عن زيادة الغياب أو التأخر عن العمل، وربما يصل إلى الانتحار عنه وتركه نهائيا (Neboit, M. Vézina 2001, p31).

لقد شكلت حوادث إصابات العمل أولى الدراسات التي اهتمت بالعامل ومعرفة أسبابها، وقد وجدت الدراسات أن الصدمات النفسية الناجمة عن ضغوط العمل أدت في معظمها إلى الإصابات والحوادث في مجال الصناعة، فضلا عن تأثير الظروف الفيزيائية (كالإضاءة، قلة التهوية، زيادة الضوضاء في مكان العمل) كلها زادت في نسبة الضغوط النفسية على العامل.

ومن هذا كله نجد أن هذه الصدمات النفسية أصبحت تشكل مشكلة كبيرة بالنسبة للعامل الجزائري وكذا المؤسسة الجزائرية، والتي تشكل السبب الرئيس في الإصابة بحوادث العمل في المؤسسات، قد تكون هذه الصدمات ناتجة عن العديد من الظروف مثل (علاقات العمل، أجور العمال، وسائط نقل العمال... الخ)، وأيضا قد تعود إلى الظروف الفيزيائية (الحرارة والتهوية، الإضاءة والضوضاء)، كل هذه الظروف مجتمعة أصبحت تسبب ضغوطا نسبية عالية تعيق إنتاجية العامل الجزائري، وربما في غالب الأحيان يقود بعضها بعضا إلى أمراض وإصابات جسدية ونفسية.

وفي هذا الصدد نجد أن بعض الدراسات العلمية أثبتت أن تزويد مكاتب الموظفين وقاعات العمل بالمصانع بأجهزة تكييف الهواء قد قلل من نسبة الإصابة عند الموظفين والعمال، وكذلك أكدت التجارب أن زيادة الضوضاء تؤدي إلى الإضرار براحة الفرد، مما يدفعهم إلى الملل والضعف وعدم القدرة على التركيز، ويؤدي كذلك إلى خفض إنتاجهم، وقد تسبب الضوضاء في بعض الحالات في إجهاد نفسي أو اضطراب عصبي نتيجة التوتر الذي تسببه. وقد ظهرت أعراض مرضية مختلفة اختصت بشريحة معينة من العمال، وسميت هذه الأمراض بالأمراض المهنية والتي تتضمنها الصدمات النفسية، والتي قد تكون ناتجة عن زيادة ساعات العمل، ومطالبة إدارات المصانع بزيادة الإنتاج وتحسين نوعيته، وكل هذا على حساب صحة العامل مما أدى إلى ظهور حالات الصدمات النفسية الناتجة عن عدم قدرة التحمل لمطلوبات العمل، "ونجد أن الصدمات والإجهاد في العمل مرتفع جدا في الو.م.أ وأوروبا، ففي بعض الدول الأوروبية والو.م.أ أثبتت بعض الدراسات أن 43% من حوادث العمل كانت بسبب الأخطاء الناتجة عن عوامل أربعة: التعب، جو العمل، كثافة العمل، المشاكل العائلية" (ستورا، جان بنجمان 1997 - ص 41).

وفي الأخير نقول أن الصدمات النفسية أصبحت تشكل إجهادا كبيرا على العامل الجزائري، وحتى أنها أصبحت كذلك مشكلة كبيرة للمؤسسة الجزائرية، لأنها في الأخير ستكون هي المتكفلة بالحوادث والإصابات التي يتعرض لها العامل، بالإضافة إلى المشاكل المتعلقة بقلّة الإنتاج ونوعيته ونقص أداء العمل. ولكن المشكل المطروح هنا والأسئلة المهمة التي نود أن نطرحها في هذه المداخلة هي: ما مدى تأثير النموذج المعرفي السلوكي في التكنل

التقسي لدى الأفراد المصدومين ؟، وما مدى فعالية هذا النموذج في إعادة الإدماج المهني للأفراد المصدومين نفسيا ؟، وكيف وما هي السبل والطرق التي تقلل بواسطتها من الصدمات النفسية في العمل، وهذا من خلال تحسين ظروف العمل ؟.

ومن خلال كل هذه التساؤلات . والتي تحاول أن تجيب عنها هذه المداخلة . نصل إلى معرفة أسباب وعوامل الصدمات النفسية لدى الفرد في المجتمع الجزائري، وأيضا معرفة الوسائل والأساليب التي نعتد عليها على الأقل في التخفيف من حدة الصدمات النفسية للفرد الجزائري، بالاعتماد على النموذج المعرفي السلوكي، وهو ما يمكننا من مواجهة النتائج السلبية التي تخلفها الصدمات النفسية أولا على مستوى العمل بالنسبة للعامل، وعلى مستوى الإنتاج ونوعيته بالنسبة للمؤسسة الجزائرية ككل .

ب . فرضيات الدراسة :

الفرضية العامة :

هناك فعالية كبيرة للنموذج المعرفي السلوكي في التكفل النفسي وإعادة الإدماج المهني للمصدومين نفسيا.

الفرضيات الجزئية :

أ . للنموذج المعرفي السلوكي فعالية كبيرة في التكفل النفسي للمصدومين نفسيا .

ب . للنموذج المعرفي السلوكي فعالية كبيرة في إعادة الإدماج المهني للمصدومين نفسيا.

ج . الدراسة الاستطلاعية ومكان الدراسة :

تعتبر الدراسة الاستطلاعية مرحلة تمهيدية في أي بحث علمي حيث تمنح لنا إمكانية القيام ببحث، كما أنها أساس البحث عن الفرضيات الممكنة والملائمة لجال الدراسة. وقد قمنا في دراستنا الاستطلاعية في بداية الأمر بالتوجه إلى المستشفى الجامعي سعادنة عبد النور، وهناك وجدنا العينة المناسبة التي نخدم مجال هذه الدراسة الميدانية، قمنا باختيار عينة هذه الدراسة من مختلف أقسام مصالح المستشفى، قمنا بإعداد شبكة مقابلة تتكون من عدة محاور، المحور الأول خاص بالمعلومات العامة لعينة الدراسة، ويليه المحور الاجتماعي، ثم يليه المحور النفسي، وقد ساعدتنا كثيرا هذه المقابلات في تزويدنا بالكثير من المعلومات قبل تطبيق اختبارات النموذج المعرفي السلوكي على أفراد عينة بحثنا.

د . المنهج المتبع :

للتحقق من فرضيات الدراسة، اعتمدنا على المنهج العيادي، وهي الطريقة التي تسمح لنا بمعرفة السير النفسي بهدف تكوين بنية واضحة عن الحوادث النفسية التي تصدر عن الفرد، وذلك باستخدام تقنية دراسة الحالة التي تعتبر الإطار الذي ينظم فيه الأخصائي العيادي كل المعلومات والنتائج التي تحصل عليها من الفرد، وذلك عن طريق المقابلة

والملاحظة، التاريخ الاجتماعي "الأسرة"، السيرة الشخصية، الاختبارات السيكولوجية.
(عبد المعطي، 1998، 156).

هـ- عينة الدراسة :

تتكون عينة الدراسة من 10 حالات من الجنسين (7 ذكور - 3 إناث)، والذين تراوحت أعمارهم بين 20/40، وقد تم اختيارهم بطريقة اختيارية من بين المفحوصين المترددين على المستشفى الجامعي سعادة عبد النور، وهذا من خلال طبعة مرضهم والذي تعرضوا من خلاله إلى الصدمة النفسية، وعليه فقد اعتمد الباحثون على ملفات المرضى وخبرة الأطباء لاختيار هذه العينة.

الجنس	العدد	النسبة %
الذكور	07	70
الاناث	03	30
المجموع	10	100

و- خصائص العينة :

يتم فيما يلي عرض أهم خصائص عينة الدراسة الحالية :

الجنس : من خلال الجدول يتضح أن نسبة الذكور هي أعلى من نسبة الإناث، وهذا من خلال تلك النسب المعبر عنها في الجدول، حيث قدرت نسبة الذكور بـ 70% ونسبة الإناث بـ 30% وهذا ما يعني أن نسبة الذكور أعلى من نسبة الإناث.

الفئة العمرية	العدد	النسبة %
20-15	01	10
30-20	05	50
40-30	04	40
المجموع	10	100

السن : من خلال الجدول يتضح أن أكبر نسبة كانت للفئة العمرية المتراوحة بين سن 20 و30 سنة، تليها بأقل تقدير الفئة العمرية التي يتراوح سنها بين 30 و40 سنة، وأقل نسبة كانت لتلك التي تتراوح بين 15 و20 سنة.

الحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، والمهنة : من خلال الجدول يتضح لنا من خلال الحالة الاجتماعية أن أغلب عينة الدراسة من المتزوجين، وهذا بنسبة 70 %، وتليها بأقل نسبة العزاب والمقدرة بـ 30%. أما فيما يخص المستوى التعليمي، فنلاحظ أن أغلبية أفراد العينة

لديهم مستوى تعليمي جامعي، وهذا بنسبة 60%، وبأقل نسبة 40% مستوى ابتدائي. أما فيما يخص طبيلة مهن أفراد العينة فتراوحت بين نسبة 60% للإطارات، ونسبة 40% للوظائف.

النسبة %	العدد	خصائص العينة	
30	03	أعزب	الحالة الاجتماعية
70	07	متزوج	
00	00	مطلق	
100	10	المجموع	
00	00	ابتدائي	المستوى التعليمي
40	04	ثانوي	
60	06	جامعي	
100	10	المجموع	
60	06	إطار	المهنة
40	04	موظف	
100	10	المجموع	

ز- أدوات ووسائل الدراسة :

1. المقابلة العيادية :

استخدمنا في هذه الدراسة المقابلة العيادية كتنية أساسية للتقرب من المفحوص، وجمع مختلف المعلومات التي تساعد على فهم المشكل الذي يعاني منه، فالمقابلة العيادية علاقة ثنائية تستلزم حضور الفاحص والمفحوص. ويمكن أن تدخل هذه التقنية في إطار المساعدة لما تتميز به من حيث تركيزها على الشخص في فرديته ووحده، وقد استخدمناها نحن في هذه الدراسة كجلسات علاجية من خلال تطبيق طريق العلاج المعرفي السلوكي بالنسبة للمصدومين نفسياً، وإعادة مساعدتهم في الاندماج المهني، وبالتالي فقد قسمنا هذه المقابلة العيادية إلى المحاور التالية، وهذا حسب الجلسات العلاجية :

المحور الأول : مرحلة بداية العلاج ويتقسم هذا المحور إلى العناصر الآتية :

- تطوير الصياغة المعرفية (تكوين المفهوم المعرفي) لمشكلة أو مشكلات العميل.

- تطوير العلاقة العلاجية التعاونية واستمرارها.

- تزويد العميل بمعلومات عن اضطرابه، ومساعدته في التقليل من كربه النفسي من خلال التعليم النفسي.

- مساعدة العميل في تحديد أفكاره الآتية.

- مساعدة العميل في ربط أفكاره الآتية بالانفعالات والسلوكيات.

- مساعدة العميل في مدى مسؤوليته عن التغيير.

- مساعدة العميل في تنمية شعوره بالتأول بالعلاج المعرفي السلوكي.

اكتشاف ماذا يأمل العميل أن يحقق من خلال العلاج. وقبول أهداف العميل والموافقة عليها بشكل تعاوني.

المحور الثاني : مرحلة العلاج الوسطى ويتقسم هو الآخر إلى العناصر الآتية :

1. تطوير العلاقة العلاجية التعاونية :
 - أ. الاستمرار في إبقاء العلاقة العلاجية.
 - ب. الاستمرار في تقديم العائد الايجابي والتشجيع.
2. نموذج العملية المعرفية :
 - أ. تغيير تركيز العميل على الأفكار الآلية إلى المعتقدات المحورية.
 - ب. تعليم العميل كل ما يتعلق بالقبول الذاتي.
 3. مساعدة العميل على مواجهة مشكلته داخل العلاج وخارجه :
 - أ. إلقاء العمل العلاجي على عاتق العميل.
 - ب. تشجيع العميل على أن يكون معالجا لذاته.
 - ج. تشجيع العميل على أن يستمر في العمل على المهام المثلية بين الجلسات.
 - د. تجهيز العميل للتوقف وإنهاء العلاج (تقليل الارتداد والانتكاس).

المحور الثالث : مرحلة إنهاء العلاج وهذا بدوره يتقسم إلى العناصر التالية :

1. مواصلة العلاقة العلاجية التعاونية (التشاركية)
 - أ. إعداد العميل لإنهاء العلاج.
2. عملية النموذج المعرفي :
 - أ. يلخص العميل ما تم تعلمه وفهمه من أساليب وأدوات مناسبة.
 - ب. تقديم القيمة لمجهودات العميل.
 - ج. تقرير متى ينتهي العلاج اتساقا مع الصياغة المعرفية .
 3. مساعدة العميل على التركيز على مشكلاته داخل العلاج وخارجه :
 - أ. العميل يصبح معالجا لنفسه.
 - ب. تقليل الارتداد والانتكاس : وضع خطة للتصدي للمشكلات المحتملة .

2. مقياس إدراك الضغط :

صمم استبيان إدراك الضغط (perceived stress questionnaire) من طرف ليفنستين وآخرين (1993) لقياس مؤشر إدراك الضغط، ويشتمل على 30 عبارة تتوزع وفق نوعين من البنود: منها المباشرة وغير مباشرة، تضم البنود المباشرة 22 عبارة وتدل على وجود إدراك ضغط عندما يجيب المفحوص بالقبول اتجاه الموقف، بينما تشمل البنود غير المباشرة 08 عبارات وتدل على مؤشر إدراك ضغط مرتفع عندما يجيب المفحوص بالرفض اتجاه الموقف، ويتم الحصول على القيم الخام بجمع كل النقاط المتحصل عليها من البنود المباشرة وغير المباشرة، وتتراوح الدرجة الكلية بعد حساب مؤشر إدراك الضغط من صفر (0) ويدل على أدنى مستوى ممكن من الضغط، وإلى واحد (01) الذي يدل على أعلى مستوى ممكن من

الضغط. ولقد تم التحقق من صدق الاستبيان باستخدام الصدق التلازمي الذي يركز على مقارنة استبيان إدراك الضغط مع المقاييس الأخرى للضغط. فأظهر ارتباطاً قوياً مع مقياس سمة القلق يقدر بـ 0.75 ومع مقياس إدراك الضغط لكوهان يقدر بـ 0.73 (ليفنستين وآخرون، 1993).

3- مقياس استراتيجيات المواجهة :

إن مقياس استراتيجيات المواجهة (the ways of coping list) لفولكمان ولازاروس (1984) يتألف من 67 بنداً، وقد تضمنت خطوات عمله حول الصدق، حيث تم استجواب 100 فرد (52 امرأة و48 رجلاً) تتراوح أعمارهم بين 40 و65 سنة. وذلك كل شهر لمدة سنة، وكان يطلب من كل واحد منهم وصف وضعية ضاغطة، واستخلاص أي نوع من الاستراتيجيات أكثر استعمالاً لمواجهة تلك الوضعية، وقد كشف التحليل العاملي عن وجود 08 سلاسل فرعية تتضمن كل منها بنوداً هي كالتالي :

- 1- حل المشاكل
- 2- روح المقاومة أو تقبل المواجهة
- 3- أخذ الاحتياطات أو تصغير التهديدات
- 4- إعادة التقييم الإيجابي
- 5- التأنيسب الذاتي
- 6- الهروب أو التجنب
- 7- البحث عن الدعم الاجتماعي
- 8- التحكم الذاتي

كما يعتمد التصحيح على القيم الخام، ويرتبط بمجهودات المواجهة في كل نوع من المقاييس الثمانية، ويحجب الأفراد على كل بند وفق سلم بأربعة (04) درجات مشيرة إلى مدى تكرار كل استراتيجية لمواجهة الحدث الضاغطة الخاص. ولبنود استراتيجيات المواجهة صدق ظاهري، وذلك أن الاستراتيجيات المذكورة هي نفسها التي يصرح بها الأفراد أنهم يستعملونها لمواجهة متطلبات الوضعيات الضاغطة، كما أظهر صدق التكوين الفرضي ومدى انسجام نتائج الدراسة مع التنبؤات النظرية التي تم الانطلاق منها، وتخص المواجهة كسيروية، وأن مواجهة الأفراد تتغير ومتطلبات الوضعية (فولكمان ولازاروس، 1988).

4- مقياس تقدير الذات :

صمم مقياس تقدير الذات من طرف الباحث روزنبرج (1965)، ويهدف إلى تقييم شامل وشخصي للذات، ويتكون من 10 عبارات لقياس تقدير الذات تتوزع إلى بنود مباشرة وبنود غير مباشرة، ويشير الأفراد خلال ذلك إلى مدى رضاهم عن الذات وفق 04 نقاط، تتراوح بين "أرفض تماماً" إلى "أوافق تماماً"، أما الدرجة الكلية للمقياس فتتراوح بين 20 و40 مع متوسط قدره 34 درجة، ويصنف الأفراد إلى ذوي التقدير العالي والمتوسط والمنخفض. وقد

بينت البحوث المختلفة صدق مقياس روزنبرج، وذلك بالمقارنة مع مقاييس أخرى خاصة بتقدير الذات مثل مقياس كوبر سميت، وبكيفية مماثلة فإن لمقياس روزنبرج ارتباطاً فيما يخص الاتجاهات المتنبت بها مع مقياس القلق والاكتئاب (كروكر وآخرون، 1987).

2. الإطار التطبيقي للدراسة

1. عرض ومناقشة نتائج المقاييس النفسية

من خلال عرضنا لنتائج المقاييس النفسية حاولنا معرفة مدى العلاقة الارتباطية بين نتائج مقياس تقدير الذات ومقياس إدراك الضغوط النفسية من جهة، وكذا مدى العلاقة الارتباطية بين مقياس تقدير الذات، وكذا مقياس استراتيجيات المواجهة من جهة أخرى، وهذا باستخدام معامل الارتباط وبالتالي فإن النتائج المتحصل عليها كانت كالآتي:

المتغيرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
تقدير الذات/ الضغط النفسي	- 0.36	دال 0.05

1. عرض نتائج العلاقة الارتباطية بين مقياس تقدير الذات وكذا مقياس إدراك الضغوط :
يتضح من خلال عرض نتائج الجدول المبين أن ارتباط سالب ودال بين مستوى تقدير الذات وإدراك الضغط النفسي عند مستوى الدلالة 0.05 لدى فئة المصدومين نفسياً الذين هم أفراد عينة بحثنا، بمعنى أنه كلما ارتفع مستوى تقدير الذات المنخفض الشعور بالضغط النفسي، وكلما ارتبط مستوى تقدير الذات ارتفع الشعور بالضغط النفسي، ونتائج هذه الدراسة تؤكد أنه هناك انخفاض لمستوى تقدير الذات، وبالتالي ارتفاع مستوى الشعور بالضغط النفسي لدى عينة الدراسة وهي عينة المصدومين نفسياً.

وتتفق هذه النتيجة مع الدراسات السابقة، فقد أوضح كوبر سميت (1984)، أن الأشخاص ذوي التقدير المنخفض للذات هم أقل قدرة على تحمل الضغوط، بينما ذوي التقدير العالي لديهم فكرة قاسية عن قدراتهم، ويقر كل من ايليرج (1996)، وشورت (1999)، بأن ارتفاع وانخفاض الشعور بالضغط النفسي يحدد بجزء منه بتقدير الذات، ولذلك فإن الأفراد منخفضي تقدير الذات يدركون الضغط النفسي بشكل أكبر من الأفراد مرتفعي تقدير الذات، ويفسر فليشمان (1994)، أن ذوي التقدير العالي لديهم استعداد للشعور بالثقة في قدراتهم على مواجهة المشكلات والتغلب عليها (شريف، 2002).

المتغيرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
تقدير الذات: حل المشاكل	-0.44	0.05 دال
تقدير الذات: روح المقاومة أو تقبل المواجهة	-0.28	0.05 دال
تقدير الذات: أخذ الاحتياطات أو تصغير التهديدات	-0.88	0.05 دال
تقدير الذات: إعادة التقييم الإيجابي	-0.22	0.05 دال
تقدير الذات: التائب الذاتي	0.54	0.05 غير دال
تقدير الذات: الهروب . التجنب	0.58	0.05 غير دال
تقدير الذات: البحث عن الدعم الاجتماعي	0.61	0.05 غير دال
تقدير الذات: التحكم الذاتي	-0.46	0.05 دال

- 2- عرض نتائج العلاقة الارتباطية بين مقياس تقدير الذات ومقياس استراتيجيات المواجهة :
من خلال النتائج الموضحة في الجدول، ومن خلال مستوى الدلالة 0.05 هناك علاقة دلالة سلبية بين تقدير الذات والمؤشرات الأربعة الأولى، وكذا المؤشر الأخير لمقياس استراتيجية المواجهة (حل المشاكل، روح المقاومة أو تقبل المواجهة، أخذ الاحتياطات أو تصغير التهديدات، إعادة التقييم الذاتي، إعادة التقييم الذاتي)، بمعنى أن انخفاض تقدير الذات بالنسبة لعينة الدراسة أدى إلى انخفاض مستوى تلك المؤشرات، بينما هناك علاقة ذات دلالة إيجابية بين ارتفاع مستوى تقدير الذات والمؤشرات الأخرى، أي (التائب الذاتي، الهروب والتجنب، البحث عن الدعم الاجتماعي).
- 3- تحليل نتائج المقابلة العيادية والجلسات العلاجية بالاعتماد على النموذج المعرفي السلوكي:

المتغيرات	المصفوفة (نوعية المشكل)	أفراد العينة (المصدومين نفسيًا قبل وبعد العلاج)		
		كيفية المواجهة	النسبة % قبل العلاج	النسبة % بعد العلاج
الوحدات	مشاكل أسرية مع الشريك والأولاد تتمثل في الشجارات والصراعات الدائمة	حل المشكل	10%	78%
	تسلط رؤساء العمل وثقل الأوامر . صعوبة العمل بسبب مشاكل المهنة سوء العلاقة مع زملاء العمل	الدعم الاجتماعي	22%	89%
	صعوبة العمل بسبب عدم الاستقرار المهني عدم المشاركة في اتخاذ القرارات المهنية	التجنب	86%	14%
	تغيير الفترة للذات وعدم الاهتمام بالنفس الشعور بالقلق والتوتر المستمر	اتهام الذات	92%	10%
	الانسحاب والعزلة الاجتماعية غياب الدعم والسند العائلي	إعادة التقييم الإيجابي	16%	99%

لقد أظهرت نتائج المقابلة العيادية وكذا الجلسات العلاجية وفق النموذج المعرفي السلوكي أن أفراد عينة الدراسة - وهم المصدومون نفسياً - قد تعرضوا لضغوطات نفسية واجتماعية وايضا مهنية. ولذلك نجد أن هناك فروقا في نسب استراتيجيات المواجهة المستخدمة من طرف أفراد عينة الدراسة، وهذا قبل وبعد تطبيق النموذج العلاجي المعرفي السلوكي، وقد كانت النتائج كالآتي:

أولا : فيما يخص حل المشاكل الأسرية مع الشريك وكذا مع الأولاد، إن نسبة 10 فقط من أفراد العينة قبل بداية العلاج هم من كانت لديهم القدرة على حل تلك المشاكل، بينما بعد تطبيق النموذج المعرفي السلوكي أصبح 78 من أفراد العينة لديهم القدرة على حل المشكلات.

ثانيا : أما فيما يخص الدعم الاجتماعي، نلاحظ أن نسبة 89 من أفراد العينة بعد تطبيق النموذج المعرفي السلوكي أصبح لديهم الدعم الاجتماعي في حل المشكلات المتعلقة بالعمل، بمعنى أصبحوا لا يعانون من تسلط رؤساء العمل، وكذا سوء العلاقة مع الزملاء. أما نسبة 22 فقط من أفراد العينة قبل تطبيق ذلك النموذج هم الذين كان لديهم الدعم الاجتماعي.

ثالثا : نلاحظ أن 86 من أفراد عينة البحث قبل العلاج كانوا يعانون من صعوبات في مجال العمل بسبب عدم القدرة على حلها، وأيضا لا يحبون المشاركة في القرارات المهنية الخاصة بهم، ولكن أثبتت النتيجة بعد تطبيق هذا النموذج أن نسبة 14 من أفراد العينة الذين أصبحوا يعانون من تلك المشكلات.

رابعا : 92 من أفراد عينة الدراسة قبل العلاج يعانون من اتهام الذات وهذا بسبب عدم القدرة على تغيير النظرة للذات، وعدم الاهتمام بالنفس، وأيضا الشعور بالقلق والتوتر المستمر، ولكن بعد تطبيق النموذج العلاجي المعرفي السلوكي فقط أصبح 10 فقط من لديهم اتهام الذات.

خامسا : 16 فقط من أفراد عينة الدراسة قبل العلاج من كانت لديهم سمة إعادة التقييم الايجابي التي كانت كنتيجة للانسحاب والعزلة الاجتماعية، وكذا غياب الدعم والسند العائلي، ولكن بعد تطبيق النموذج المعرفي السلوكي فقط أصبح 99 من أفراد العينة لديهم سمة إعادة التقييم الايجابي.

كنتيجة لهذه النسب المنوية المتفاوتة قبل وبعد تطبيق النموذج العلاجي المعرفي السلوكي، نلاحظ أن هناك فعالية كبيرة في تطبيق هذا النموذج العلاجي خاصة لدى الأفراد المصابين باضطراب الصدمة النفسية، هذا ما يدعم تلك الفرضيات التي انطلق منها الباحثون في هذه الدراسة، والتي ترى أن النموذج المعرفي السلوكي له فعالية كبيرة في التكفل النفسي بالمصدومين نفسياً، وأيضا لهذا النموذج دور كبير في إعادة الإدماج المهني للمصدومين نفسياً.

2. التوصيات والاقتراحات :

- 1 - وجوب عمل المؤسسات والأخصائيين النفسيين على تشجيع المتابعة النفسية عن طريق تنمية تطبيق النموذج العلاجي المعرفي السلوكي، وهذا لأن هذا النموذج له دور كبير في تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي ومواجهة الصدمات النفسية.
- 2 - تشجيع العلاقات الانسانية المهنية وإعطاء فرصة للمصدومين نفسيا ومساعدتهم على الاندماج الاجتماعي والمهني داخل المؤسسات التي يعملون بها، أيضا مساعدتهم في المساهمة في إبداء آرائهم حول بعض القضايا والمشاكل المهنية.
- 3 - توسيع دائرة الاتصال بين رؤساء العمل والمؤوسين لتبادل الأفكار، وتجنب انعكاسات الانغلاق والاتواصل في ظهور الصدمات النفسية.
- 4 - تدعيم الاهتمامات التكوينية والمهنية لدى الذين تعرضوا إلى صدمات نفسية عن طريق تنظيم تربية ميدانية وتدريبية لتشجيعهم على تجاوز تلك المحنة، وهذا بالإضافة إلى تطوير مؤهلاتهم.
- 5 - تشجيع أنظمة الدعم الاجتماعي للفرد عند التعرض للصدمات النفسية، وهذا للتخفيف من حدة وقعها، وذلك من خلال قلع عزلة الاجتماعية ومساعدته على استئناف اتصالاته الاجتماعية مع الآخرين، إكسابهم المهارة في تكوين علاقات اجتماعية.

قائمة المراجع :

باللغة العربية :

1. أبو زيد ، إبراهيم أحمد، 1987، سيكولوجية الذات والتوافق ، دار المعرفة الجامعية .
2. الحجار، محمد حمدي، 1988، المدخل إلى علم النفس المرضي ، ط1، دار النهضة العربية ، بيروت .
3. الشناوي، محمد محروس، عبد الرحمان محمد السيد، 1998، العلاج السلوكي الحديث أسسه وتطبيقاته، دار قباء للنشر والتوزيع، القاهرة .
4. بيرني كوروين، بيتر رودل، تر: محمود عيد مصطفى، 2007، العلاج المعرفي السلوكي، إيتراك للنشر، القاهرة .
5. فايد حسين، 2000، دراسات في الصحة النفسية، ط1 ، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية .

ب - باللغة الانجليزية :

- 1- Endogenous depression: part 2. Preliminary findings in 16 undedicated inpatients. Behaviour therapy.
- 2- Trower. P. Casey. A. and Dryden W. (1998) Cognitive Behavioural Counselling in Action. London: Sage.
- 3- Truax. C.B. and Carkhff. R.R. (1997) Towards Effective Counselling and Psychotherapy. Training and Practice. Chicago: Aldine.
- 4- Valliant. G. (1997) Adaptation to life. Boston: Little Brown.
- 5- Wanigarantne. S. and Barker. C. (1995) 'Clients' preferences for styles of therapy. British Journal of Clinical Psychology.
- 6- Wasik, B. (1994) 'Teaching parents effective problem-solving: a handbook for professionals. Unpublished manuscript/ Chaple Hill: University of North Carolina.
- 7- Weishaar, M.E. and Beck, A.T. (1992) 'Hopelessness and suicide', International Review of psychiatry.
- 8- Weissman, A. (1999) 'the dysfunctional attitude scale: a validation study', Dissertation Abstracts International.
- 9- Weissman, A. (1990) 'assessing depressogenic attitudes: a validation study'. Paper presented at the 51st Annual Meeting of the Eastern Psychological Association, Hartford, Connecticut.
- 10- Weissman, A. and Beck, A.T. (1998) 'Development and validation of the dysfunctional attitudes scale'. Paper presented at the meeting of the Association for the Advancement of behaviour Therapy, Chicago (November).
- 11- Wells, A. (1995) 'Meta-cognitions and worry: a cognitive model of generalised anxiety disorder'. Behavioural and Cognitive Psychotherapy.
- 12- Wells, A. (1997) Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual

and Conceptual Guide. Chichester: John Wiley & Sons.

13- Wells, A. (1998) 'Cognitive Therapy of Social Phobia', in N. Tarrier, A. Wells and G. Haddock (eds), *Treating Complex Cases: The Cognitive Behavioural Therapy Approach*. Chichester: John Wiley & Sons.

14- Wessly, S., Rose, S. and Bisson, J. (1997) 'Brief psychological interventions (debriefing) for treating trauma-related symptoms and preventing post-traumatic stress disorder (Cochrane review)', in the Cochrane Library, 1, 1999. Oxford: Update Software.

15- Wolpe, J. and Lazarus, A.A. (1996) *Behaviour Therapy Techniques*, New York: Pergamon.

16- Woody, G.E. Luborsky, L. Mechellan, A.T. O'Brien, C.P., Beel, A.T. Blaine, J. Herman, I. and Hole, A. (1983) 'Psychotherapy for opiate addicts: does it work? *Archives of General Psychiatry*.

17- World Health Organisation (1992) *International Classification of diseases*, 10th edn Geneva: WHO.

18- Young, J.E. (1991) *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-focused Approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

19- Young, J.E. (1992) *Schema Conceptualisation Form*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.

20- Zetzel, E. (1998) *the Capacity of Emotional Growth*. New York: International Universities Press.