

الدكتورة: حدة يوسف جامعة باتنة

عنوان المداخلة: تصور مقترح لبرنامج علاجي قائم على التعديل المعرفي السلوكي للتخفيف من العجز المتعلم الناجم عن الضغوط النفسية في العمل

مقدمة: إن الضغوط أمر واقع في حياتنا ولا مفر منها، حتى أنها أصبحت سمة مميزة لهذا العصر، مما حدا ببعض العلماء إلى أن يطلق على الضغوط اسم " مرض العصر " وآخرين يصفونها " بالقاتل الصامت"، نظرا لما تحدثه من آثار سلبية مناوئة للصحة النفسية وحتى الجسدية للأفراد، حيث تشير الدراسات في هذا الصدد أن التعرض المستمر للضغوط يؤدي للعديد من المشكلات النفسية، كالاكتئاب والوساوس القهرية والخوف ونوبات الهلع، والشعور بالعجز واليأس، وفقدان الشهية وانخفاض تقدير الذات والثقة بالنفس... الخ (عبد المعطي، 2006، 84)

أما عن تأثيرها على الصحة الجسمية ، فقد تراكمت الأدلة العلمية التي تؤكد العلاقة بين التعرض لمواقف ضاغطة أو المرور بخبرات صادمة وأشكال عديدة من الأمراض الجسمية والتي يطلق عليها الأمراض السيكوسوماتية وهي الأمراض ذات المنشأ النفسي ومنها قرحة المعدة ،أمراض القلب، إرتفاع ضغط الدم، الذبحة الصدرية، الربو الشعبي ،التهاب المفاصل ،البول السكري ، الإكزيما والتهاب الجلد ، البرود الجنسي... الخ.

ورغم التهديد الذي تحمله أحداث الحياة الضاغطة وتأثيراتها السلبية على صحة الأفراد إلا أن تأثير هذه الأحداث لا يكون بنفس الشدة ولدى كل الأفراد وفي جميع المستويات والثقافات ، لأنه وكما يقول احد الفلاسفة القدامى وهو " Epictetus" ليست الأحداث والمواقف هي التي تسبب لنا الإضطراب، وإنما الأفكار التي نكونها عنها هي التي تجعلنا نحس بتهديدها من عدمه، ومعنى ذلك أي ما يضيفه الفرد على هذه الأحداث من دلالات ومعاني نتيجة تقييمه لها هو الذي يسبب له الإضطراب أو يجعله يشعر بالتحدي والإثارة وبذلك التعامل الفعال أو المواجهة الايجابية .من هنا جاءت إمكانية تغيير وتعديل هذه الافكار لدى الافراد وبذلك اكسابهم سلوكات جديدة ومتوافقة .

والعجز المتعلم يعتبر إحدى الآثار النفسية التي تحدثها الضغوط النفسية ،نتيجة التفسيرات والإعزاءات السلبية التي يضيفها الأفراد على سلوكياتهم عندما يواجهون أحداثا ومواقف مثيرة للألم أو المعاناة، وكما أن ميدان العمل مهما كانت طبيعته يعتبر من أكثر الميادين التي تنتشر فيها الضغوط نظرا لما يتطلبه العمل من الفرد من بذل للجهد وتطوير للأداء

وتطلبنا للطرق الإبداعية في حل المشكلات التي يواجهها الفرد العامل، لذلك لم يكن من المستغرب أن يحس الفرد في عمله بالعجز نتيجة تكرار الفشل في الوصول الى ما يطمح أو ما يتوقعه، من هنا فإن هذا المفهوم يعتبر من المفاهيم القليلة التي تناولها الباحثون بالدراسة والتحليل . في حدود اطلاع الباحثة . خاصة فيما تعلق بالجانب المعرفي منها وكذا تصميم البرامج العلاجية للتخفيف منه . لذا سنحاول في هذه المداخلة توضيحه والوقوف على ماهيته ونشأته ثم تقديم النموذج العلاجي المقترح للتخلص منه في ميدان العمل والمتمثل في نموذج التعديل المعرفي السلوكي لدونالد ميكنبوم .

### مشكلة الدراسة :

تعد ظاهرة العجز المتعلم من أخطر الظواهر النفسية، وذلك لما يترتب عليها من آثار نفسية واجتماعية واقتصادية سيئة متمثلة في الشعور بالعجز واليأس ، الوحدة النفسية ، الاكتئاب، عدم القدرة على السيطرة والتحكم في مجريات الأمور، وغير ذلك من الآثار السيئة التي تجعل الفرد يعتقد أن كل ما يفعله ويقوم به حيال أي مهمة سوف يكون محكوما عليه بالفشل، كما أن تكرار الفشل يجعل الفرد يتوقع أن استجاباته لن تؤثر أو تغير في النتائج .

ويضيف سليجمان (Seligman) أن العجز المتعلم يحدث عندما يتعلم الفرد أن هناك نتائج معينة تحدث بشكل مستقل عن استجابته، كما أن هذا الفرد يتوقع عجزه في المواقف المقبلة وعدم قدرته على التحكم في المواقف المستعرضة عبر حياته، وفي النهاية يقول الفرد لنفسه :أنا لا أستطيع النجاح أو تخطي الموقف مهما بذلت من جهد ، ويصبح سلبياً مستكيناً مستسلماً للمؤثرات الخارجية، ومن هنا يتعمم عدم قدرته على التحكم في مواقف أخرى ، مما سبق يتضح أن الأسلوب التفسيري أو الإدراك السببي على صلة وثيقة بظاهرة العجز المتعلم ؛ فقد لوحظ أن الأفراد ذوي العجز المتعلم غالبا ما ينسبون نجاحهم إلى عوامل خارجية لا يمكنهم السيطرة عليها ، فهم يؤمنون تماما بأن الفشل يرجع للافتقار إلى القدرات والمهارات والإمكانات ، فتعليل وتفسير الفرد للمواقف والأحداث التي يمر بها هو الذي يحدد ما إذا كان سيتعرض لحالة عجز متعلم أم لا، بذلك فهناك إمكانية تغيير أفكار الفرد وتفسيراته السلبية ونظرته الغير الواقعية للأحداث والمواقف من خلال تدريب الأفراد وتعليمهم باستخدام برامج علاجية تعتمد على فنيات معرفية وإنفعالية وسلوكية مستمدة من أطر نظرية إرشادية وعلاجية مختلفة، ويعتبر التعديل المعرفي السلوكي إحدى الإتجاهات العلاجية الحديثة التي ثبتت فاعليتها في علاج العديد من المشكلات والإضطرابات النفسية و حتى منع الانتكاسة ومنها دراسة كل من سالوان (Salwan 1986)، إيدزفورد (Eddisford 1991)، وفوا (Foa 2000)، تارير وآخرون (TARRIER 2000)، أنتوني (Antoni 2001) . (أبو

زيد، 2008، 164)

لذلك إرتأت الباحثة وضع تصور لبرنامج علاجي قائم على منحى التعديل المعرفي السلوكي للتخفيف من الشعور بالعجز المكتسب الناجم عن الضغوط النفسية التي يواجهها الفرد العامل .

من هنا فإن التساؤل المطروح: ما هو التصور المقترح لبرنامج يعتمد على التعديل المعرفي السلوكي لخفض الشعور بالعجز المتعلم الناجم عن الضغوط النفسية في العمل؟

**أهداف الدراسة :** تتمحور أهداف الدراسة الحالية في مايلي :

- ✓ التعريف بالعجز المتعلم كنتيجة من نتائج الضغوط المهنية .
- ✓ التعرف على نشأته وأبعاده .
- ✓ التعريف بالتعديل المعرفي السلوكي كطريقة علاجية وأهم فنياتها وخطواتها العلاجية.
- ✓ وضع تصور مقترح لبرنامج علاجي للتخفيف من العجز المتعلم لدى الافراد العاملين .

**أهمية البحث :** تعتبر الضغوط المهنية من بين المواضيع القديمة المتجددة التي تثير اهتمام الباحثين على اختلاف تخصصاتهم لما تتركه من آثار لا تمحى على البناء النفسي والجسدي للفرد ومن آثارها المختلفة ما أصبح يعرف في ادبيات الصحة النفسية بالعجز المكتسب ، هذا الاخير التي تعتبر الابحاث حوله فنية خاصة في بيئتنا المحلية ، كما ان التعرف والوصف والفهم دون محاولة التحكم في الظاهرة وخطبها يعتبر قصورا، لذلك تسعى الفروع التطبيقية في علم النفس الى الوصول الى التحكم في الظواهر والتنبؤ بها مستقبلا . ويعتبر ميدان الارشاد العلاج ميدانا خصبا لتنوع المناحي النظرية المستخدمة فيه لعلاج طيف واسع من الاضطرابات والمشكلات النفسية ، ومن النظريات الرائجة في هذا المجال ما يعرف بالتعديل المعرفي السلوكي لميكنيوم أو ما يعرف بطريقة التدريب التحصيني ضد الضغط او التوتر التي اثبتت الدراسات السابقة فاعليتها في علاج العديد من الاضطرابات النفسية والمشكلات المختلفة. من هنا سعت الباحثة الى استخدام مفاهيم وتقنيات هذه الطريقة في وضع تصور لبرنامج مقترح لخفض العجز المتعلم لدى الافراد العاملين الذين يعانون ضغوطا مهنية في مجال عملهم.

#### **مفاهيم البحث:**

**العجز المتعلم :** هي استجابة شرطية متعلمة تخلق أو تفضي الى قصور معرفي، دافعي، انفعالي . لدى الشخص المصاب بها تصل به الى حالة من التبدل السلوكي العام مع الاعتقاد بعدم جدواها فاعلية اي مجهود او محاولة للتغلب على

المشكلات حتى المشكلات الحياتية البسيطة، مما يترتب عنه شعورا بعدم القدرة على تغيير الوضع الراهن ويظهر العجز بالاعراض التالية: انخفاض الحافز، الشعور باللاقوة، الشعور بإنعدام الأمل. (أبو حلاوة، 3، 2010)

**التعديل المعرفي السلوكي:** إن تعديل السلوك إصطلاح يقصد به إحداث تغييرات في السلوك بشكل إيجابي وبناء وأفضل، وهذا إصطلاح لا يجب أن يقتصر على العلاج السلوكي لأنه هدف علاجي وإرشادي عام، لأن أي طريقة إرشادية تهدف إلى تعديل سلوك، ولذلك فإن التعديل المعرفي السلوكي لم يكن يوم يقوم في جوهره على إعادة البناء المعرفي للفرد، حيث يتم مساعدة الفرد على تعديل أنماط تفكيره (التفكير سلوك) السلبية وإكسابه أو تعليمه مهارات معرفية جديدة للتعامل مع المواقف، ويؤكد هذا الإتجاه على دور الأحاديث الذاتية في تعديل الأفكار وبذلك السلوك.

الدراسات السابقة :

أولا/ الدراسات التي تناولت العجز المتعلم :

1. دراسة بيترسون وآخرون (Peterson, etal1984): هدفت إلى بيان أثر أساليب عزو العجز المتعلم على عمومية العجز، تكونت عينة الدراسة من (98) طالبًا من الجامعة، إستخدم مقياس أساليب عزو العجز المتعلم لسيلجمان بالإضافة إلى الدراسة التجريبية لعمومية العجز المتعلم، وتوصلت النتائج إلى أن أساليب عزو العجز المتعلم ترتبط ارتباطاً دالاً مع عمومية العجز المتعلم وأنه بالإمكان التنبؤ بعمومية العجز المتعلم ،وأن العجز المتعلم أساسه إعزاءات سببية خاطئة وإدراكات مشوهة أو محرفة للأحداث.
2. دراسة تينين وهيرز برجر (Tennen&Herzberger1987): هدفت إلى معرفة العلاقة بين الإكتئاب وأساليب العزو السببي للعجز المتعلم في تقدير الذات على عينة قوامها (178) طالبًا وطالبة من الجامعة، وأظهرت النتائج ما يلي: وجود علاقة دالة بين الاكتئاب وتقدير الذات، ووجود علاقة دالة بين تقدير الذات وأساليب العزو التشاؤمية للعجز المتعلم بل إن الاعزاءات التشاؤمية طريقة من طرق إحداث الإكتئاب. (الرفاعي، 65، 2003)
3. دراسة ميكولنسير (Mikulincer, 1988): هدفت إلى معرفة أثر أساليب العزو، وكمية المشكلات غير القابلة للحل لإنجاز المهمة لدى طلاب الجامعة، وقسمت العينة حسب أساليب عزوهم نحو الأحداث السيئة إلى داخلية وخارجية، وتم تعريضهم الى مشكلة واحدة قابلة للحل، وعلى أربعة مشكلات غير قابلة للحل، وقد أظهرت النتائج ما يلي .

- أن التعرض المتكرر لمشكلات غير قابلة للحل يؤدي إلى وجود أساليب عزو العجز لكون هذه المشكلات تفوق قدرات الفرد. وأن وجود أساليب عزو تشاؤمي لدى الأفراد يؤدي بهم إلى العجز حتى لو تعرضوا لمشكلات قابلة للحل، وبالتالي فإن ردود الفعل لاتأتي بعد المشكلات غير القابلة للحل، بل تحدث عزو متعلم.

4. دراسة تيجمان وآخرون (Tiggemann, etal1991):هدفت للتعرف على الإستقرار عبر الزمن في اساليب العزو للعجز المتعلم وعلاقتها بالضغط النفسية، وذلك على عينة قوامها ( 231 ) من طلاب الجامعة ، وأظهرت النتائج ما يلي:

- وجود إرتباط سالب بين عزو الأحداث الإيجابية إلى البعد الداخلي والمستقر والشامل وبين الدرجة الكلية للعجز المتعلم ، وبين كل من التأثير المكتنابي واليأس المكتنابي.
- يوجد ارتباط قوي موجب بين عزو الأحداث السلبية إلى البعد الداخلي والمستقر والشامل ، والدرجة الكلية للعجز المتعلم ، وكل من التأثير المكتنابي ، واليأس المكتنابي.
- يوجد تفاعل دال إحصائياً بين نمط العزو السببي للأحداث الإيجابية والأحداث الحياتية في التأثير على العجز واليأس المكتنابي.

5. دراسة بوجيانو وآخرون (Boggiano etal, 1991) :هدفت إلى التعرف على المظاهر الإنفعالية المصاحبة للعجز المتعلم ودورالتوجه الدافعي ،الاكتئاب، العزو السببي، تكونت عينة الدراسة من 97 طالباً من المرحلة الجامعية، توصلت نتائج الدراسة إلى أن عزو الطلاب/الطالبات للعوامل الخارجية يؤدي إلى أسلوب عزوي سلبي، كما وجد أن أفراد العينة ذوي التوجه الدافعي الخارجي أكثر عرضة للإصابة بأعراض اكتئابية من الطلاب ذوو التوجه الدافعي الداخلي، كما توصلت النتائج إلى أن العينة من ذوي التوجه الدافعي الخارجي أكثر عرضة للإصابة بآثار سلبية حول ذواتهم من ذوي التوجه الدافعي الداخلي،وتبين أيضاً عدم وجود أثر للسنوات الدراسية في الاكتئاب ،وبالتالي في قابلية الإستجابة للعجز المتعلم.

6. دراسة شهرزاد باحكيم ( 2003 ) : هدفت الدراسة التعرف على العلاقة بين توقعات النجاح والفشل لدى طلاب وطالبات الجامعة في أساليب عزو العجز المتعلم، تكونت عينة الدراسة من 602 طالباً وطالبة،توصلت النتائج إلى وجود علاقة إرتباطية عكسية بين توقعات النجاح والفشل، وأساليب عزو العجز المتعلم ، كما أظهرت عدم وجود فروق دالة إحصائياً في توقعات النجاح والفشل وأساليب عزو العجز المتعلم في متغير العمر للجنسين،وأظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً في توقعات النجاح والفشل وفي أساليب عزو العجز المتعلم بين

الجنسين لصالح الطالبات ، وعدم وجود فروق دالة إحصائية في توقعات النجاح والفشل وفي أساليب عزو العجز المتعلم في متغير المستويات الدراسية والتخصص للجنسين.

ثانيا : الدراسات التي تناولت البرامج الإرشادية القائمة على التعديل المعرفي السلوكي:

1. دراسة لورانس و آخرون (Laurence & al, 1983) :هدفت الدراسة إلى إختبار فاعلية برنامج وقائي لخفض الضغوط وزيادة مهارات مواجهتها لدى مجموعة مكونة من 11 طالب كمجموعة تجريبية و10 طلاب كمجموعة ضابطة وتضمن البرنامج ست جلسات عن مهارات إدارة الضغوط الشخصية كالتمرين على الإسترخاء و التخطيط الزمني ووضع الأولويات و التخطيط لوقت الفراغ وطرق للتعديل المعرفي ،وقد أظهر الطلاب-بعد تلقي البرنامج- تحسنا على مجموعة من المقاييس التي تضمنت معرفتهم بالضغوط، التقديرات الشخصية عن جداول الأنشطة اليومية بالمقارنة بالمجموعات الضابطة التي لم تظهر أي تحسن بل كانت تقديراتها عن مستويات الضغوط أكثر سوءا. (رجب، 2003 ، 158)

2. دراسة تولمان (Tolman 1985): هدفت الدراسة إلى التأكد من فعالية العلاج المعرفي ذو النموذج المتعدد من خلال التدريب على إكساب المهارات الإجتماعية و التدريب على الإسترخاء و إعادة البناء المعرفي لتخفيف الضغوط لدى المراهقين، وتكونت عينة الدراسة من 40مراهق 12ذكر، 28 أنثى، وإستغرق البرنامج 8 جلسات مدة كل جلسة ساعة واحدة بواقع ساعتين أسبوعيا، و أسفرت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات المجموعة قبل البرنامج ومتوسطات درجات نفس المجموعة بعد البرنامج لصالح القياس البعدي، وقد أكدت على فعالية العلاج المعرفي في تخفيف الضغوط النفسية. (بهنسي، 2005، 182)

3. دراسة هينزوزي جاكوسكي (Hains & Szyjakowski 1990): هدفت هذه الدراسة إلى إختبار فعالية برنامج تدخل تدريبي معرفي لمساعدة الشباب على خفض الضغوط تكونت عينة الدراسة من 21 شابا وقد ضمت المجموعة التجريبية 9 شباب في حين تكونت المجموعة الضابطة من 12 شابا، وأعتد التدريب المعرفي على نموذج التدريب السلوكي المعرفي للتحصين ضد الضغوط ،وإستخدم الباحث عدة فنيات منها: التخيل، إعادة تشكيل البنية الذهنية، التعليمات الذاتية، النمذجة، تنفيذ الأفكار اللاعقلانية، وعند مقارنة أداء المجموعتين في القياس البعدي من خلال الإفتراض الذي وضعه الباحثان أن للبرنامج تأثيرات إيجابية تتمثل في خفض القلق و الإكتئاب والغضب وتحسين تقدير الذات وإدراكات أكثر إيجابية عند مواجهة المجموعة التجريبية لمواقف ضغط إفتراضية بالمقارنة بالمجموعة الضابطة وأسفرت النتائج عما يلي:

➤ إنخفاض دال في درجات المجموعة التجريبية من حيث مستوى القلق كسمة و الغضب و تحسن في تقدير الذات.

➤ وجود فروق بين المجموعتين حيث نمت لدى المجموعة التجريبية أفكار أكثر إيجابية في الإستجابة لموقف إختبار إفتراضي، وعند مقارنة أداء الطلاب في القياس البعدي وفي قياس المتابعة بعد مرور أربع أسابيع توصلت الدراسة إلى إنخفاض دال في الأداء على مقياس القلق كسمة وتحسن في مستوى كل من القلق و الإكتئاب، إستخدام الطلاب إستراتيجيات فعالة كإعادة تشكيل البنية المعرفية بطريقة ملائمة و التعلم الذاتي الفعال عند مواجهة مواقف ضاغطة، عدم وجود فروق دالة في الأداء على مقياس الغضب وتقدير الذات و الإكتئاب والإدراكات كما تم التقرير عنها ذاتيا. (بهنسي، 2005، 170- 171)

4. دراسة كلينجمان وهوتشدروف (Kligmon & Hochdorf 1993): هدفت الدراسة إلى تقييم فعالية برنامج وقائي أولي معتمد على مبادئ وإجراءات التعديل السلوكي المعرفي بهدف مواجهة الألم الإنفعالي، والضرر الذاتي و تعديل الإتجاهات السلوكية التي تدفعهم إلى سلوكيات ضارة بالذات من خلال تحسين طرق مواجهة الطلاب للألم الإنفعالي، وتكونت المجموعة التجريبية من 116 طالب 56 ذكر و 60 أنثى، في حين ضمت المجموعة الضابطة 121 طالبا 56 ذكر 65 أنثى، لذلك أعد الباحثان برنامجا يعتمد على نموذج التحصين ضد الضغوط لمكينوم وقد نفذ البرنامج في 12 أسبوعا (50 دقيقة لكل جلسة) وقد إستخدم الباحثان ضمن المراحل السابقة مجموعة من التقنيات مثل لعب الأدوار، التوجيه و النصيحة، المناقشات الجماعية، المحاضرة، الحديث الذاتي، الصورالتوضيحية وقد أسفرت النتائج عن:زيادة الوعي بمهارات مواجهة الألم الإنفعالي وصعوبات الحياة اليومية-تأثير إيجابي للبرنامج على الإتجاهات و الإنفعالات، كما أدرك 88.6% منهم الإستفادة من البرنامج لدرجة تمكنهم من مساعدة صديق يعاني الألم الإنفعالي.(بهنسي، 2005، 184)

5. دراسة هشام الخولي(2004): بعنوان فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف حدة الضغوط النفسية لدى معلمي التربية الخاصة وتكونت عينة الدراسة من 24 معلم ومعلمة مقسمين إلى أربع مجموعات 2 تجريبية (6ذكور و 6إناث) و 2ضابطة (6ذكور و 6 إناث) من معلمي مدارس بنها التعليمية، وقام الباحث بتطبيق البرنامج العلاجي على أفراد المجموعتين التجريبيتين وتم إستخدام مجموعة من الفنيات معرفية، إنفعالية، و سلوكية مثل المحاضرة و المناقشة وإعادة البناء المعرفي النمذجة المعرفية، وحديث الذات و التخيل وضبط الذات، التحصين التدريجي، الإسترخاء التدريب على المهارات والأنشطة و التحويل، والواجبات المنزلية . وقد توصلت الدراسة إلى فعالية البرنامج العلاجي

المستخدم في تخفيف حدة الضغوط، النفسية لدى عينة الدراسة و إستمرار فعاليته إلى ما بعد إنتهاء فترة المتابعة.  
(الخولي، 2004، 83-135)

6. دراسة صفاء ديوب (2009): سعت الدراسة إلى إعداد برنامج إرشادي لتنمية مهارات معرفية وسلوكية تساهم في التخفيف من الإحترق النفسي، والتأكد من فاعليته لدى العينة المستهدفة بالدراسة ، تكونت عينة الدراسة من جميع العاملين والعاملات في قسم الإئتمان وعددهم عشرين عاملا، وتم إختيار خمسة أفراد منهم كمجموعة تجريبية. يعتمد البرنامج على مجموعة من المهارات المعرفية السلوكية تتضمن (الإسترخاء-مراقبة الأفكار -تحسين لغة الحوار الداخلي ) بهدف زيادة الوعي بالأفكار الذاتية السلبية وتأثيرها على السلوك السلبي ومحاولة إستبدال الأفكار الخاطئة بأخرى إيجابية وتدريب العاملين على بعض تقنيات الإسترخاء السريع للتخفيف من حدة الإحترق النفسي، جرى تطبيق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية بمعدل جلسة كل يوم ماعدا أيام نهاية الاسبوع ، وقد إستغرق تطبيق البرنامج مدة ثمانية أيام، وتلتها فترة متابعة وتوصلت الدراسة إلى أنه توجد فرق ذو دلالة إحصائية في درجات المجموعة التجريبية على مقياس سيدمان للإحترق النفسي قبل تطبيق البرنامج الإرشادي ودرجاتهم بعد تطبيق البرنامج مما يؤكد فعالية البرنامج.

أولاً:المحورالأول:التعريف بالعجز المتعلم،نشأته وأبعاده.

إن الأبحاث المخبرية في نهاية الستينات أظهرت أن تعرض الكائن الحي لصدمات كهربائية غير قابلة للتحكم يؤدي بالكائن الحي إلى حالة من العجز أو الوهن، كما أجريت التجارب على الإنسان لتفسير ظاهرة العجز، حيث بينت أن العجز يكون بدرجة أكبر لدى الأفراد الذين يتصفون بالقلق الشخصي الواضح، والذين لا يتقنون في أنفسهم، كما أكدت التجارب على أن مشاعر العجز غالبا ما تظهر عند الإنسان حينما يرتبط الفشل المتكرر في وعيه وإدراكه بغياب القدرات الضرورية للأداء الناجح، وفي هذه الحالة يفقد الإنسان الرغبة في المحاولة ومضاعفة الجهود لاحقا. (خليفة،2000، 234)

ويذكر سليجمان (Seligman) أن حالة العجز المتعلم تتجلى في عزوف الفرد عن المحاولة وبذل الجهد حين يتعرض للعقبات في المواقف التعليمية أو يواجه بمواقف مؤلمة أو ضاغطة في الحياة، حيث تعكس هذه الحالة تدنياً شديداً في دافعية الفرد لإجراء الإستجابات التي تمكنه من تجاوز العقبات والتحكم في المواقف المؤلمة أو الضاغطة.

1. لمحة تاريخية:



بينما كان سليجمان ( Seligman, 1974 ) منغمساً في دراسة العلاقة بين الخوف الشرطي والتعلم الإجرائي، اكتشف ظاهرة ملفتة للانتباه وأستحوذت على إهتماماته، فقد لاحظ أن وضع الحيوان (الكلاب ) في موقف يتعرض فيه لمثير مزعج كصدمة كهربائية ولا يمكنه تجنب ذلك المثير بإجراء أية إستجابة، فإن اختباره لمثل هذا الموقف يعيقه عن تعلم استجابة الهروب التجنبي المناسبة عندما يوضع في موقف آخرتكون فيه إمكانية الهروب من المثير المزعج أو تجنبه ممكنه،ولاحظ أن الحيوان عندما يتعرض للموقف الجديد يقوم بإجراء بعض الاستجابات العشوائية لفترة قصيرة من الزمن ثم يستلقي على أرضية القفص يتلقى المثير المؤلم بسلبية مطلقة،وقد أطلق على هذه الظاهرة في بادئ الأمر بالوهن النفسي " . لشعور الحالة بالعجز وعدم القدرة على التحكم في النتائج .ويعرض)

بترسون وآخرون) شكلا توضيحياً لتاريخ ظاهرة العجز المتعلم كما يلي :



أولاً :لاحظ (سليجمان وماير 1967, Seligman, 1981) ظاهرة العجز المتعلم على الكلاب والتي إستنتجوا منها بأن خبرة الصدمة التي يتعذر ضبطها أو التحكم فيها ترتبط بالعجز ،حيث يعطى للحيوان صدمات كهربية مؤلمة، تعد مصادر إحباط أو إعاقة، ومن هذه العوامل عاملان ذا تأثير رئيس هما:

أ- يصبح الحيوان سلبياً في مواجهة الصدمة، بمعنى:التباطؤ في بدء الاستجابة لتجنب حدة الصدمة، ومن الممكن ألا

تصدر استجابة على الإطلاق

ب- يتأخر الحيوان في تعلم إستجابات التحكم في الصدمة، بمعنى :إذا قام الحيوان بإستجابة لتحقيق الإرتياح، فيكون في هذه الحالة مضطرباً،ومتمسكاً بإستجابة لا فائدة منها.

✓ عدم الإهتمام بالزمن.

✓ الإصابة بفقدان الشهية للطعام.

✓ نقصان الوزن.

✓ إستنزاف لكل النورينفرين Norepinephrine من الدماغ، ويكون مصحوباً بالأعراض السابقة لدى

الحيوان ( Hiroto & Seligman, 1975, Seligman, et al; 1979. ) .

ثانياً :استنتج الباحثون بعد إجراء تجاربهم على الحيوان،إمكانية تطبيق التجربة على الإنسان، وتعتبر دراسة هيروتو من أوائل الدراسات والتي إستخدم فيها مجموعتين من طلاب الجامعة وتوصل إلى نتائج مطابقة تماماً لنتائج سليجمان وزملائه على الحيوانات وقد إستخدم هيروتو تصميمًا تجريبياً مشابهاً لتصميم سليجمان، حيث كان يضع المجموعتين من الطلبة في موقف يتعرضون فيه لسماع صوت عال مزعج، وكانت تتاح للمجموعة الأولى فرصة التحكم في الصوت بالضغط على الأزرارفي الجهاز المصدر للصوت بينما لم تتح للمجموعة الثانية مثل هذه الفرصة.، كذلك استخدم هيروتو مجموعة ثالثة لم تتعرض لهذه المواقف، وكان يقود مفحوصين من كل مجموعة من المجموعات الثلاث في مرحلة تالية من التجربة إلى العمل على جهاز آخر مشابه تكون فيه إمكانية التحكم بالصوت متاحة للجميع .فوجد أن المفحوصين الذين تعرضوا للموقف الأول المزعج غير الخاضع للتحكم فشلوا في تعلم الاستجابة التجنبية المناسبة على الجهازالثاني،في حين تمكن أفراد المجموعة التي كانت قادرة على التحكم وأفراد المجموعة التي لم تتعرض للموقف الأول من تعلم الاستجابة التجنبية بيسر،ومن خلال النتائج التي ظهرت يتمثل الأثر السلوكي لخبرة عدم القدرة على التحكم بعزوف الأفراد عن المحاولة والمبادرة . وهذا ما قاد سليجمان بوصف هذه الحالة بحالة العجز المتعلم - فهو عجز يتم تعلمه في مواقف تبدو للفرد غير

يمكن التحكم فيها – وما يتم تعلمه من وجهة نظر سليجمان على وجه التحديد هو أن المحاولة غير مجدية، وهذا التعلم يعكس إدراكًا أو إعتقاد بأن التعزيز والسلوك حدثان مستقلان عن بعضهما البعض، ويتبع ذلك أن الأفراد يستسلمون للمواقف المؤلمة أو المحبطة ولا تحاول إجراء أية استجابة تخلصها من هذه المواقف أو تغيير من نتائجها.

ثالثاً: ربط سليجمان (1981 Seligman) الاكتئاب بالعجز المتعلم في إطار تشخيص المظاهر الاكتئابية التالية:

. السلبية أو الخمول، والتباطؤ في بدء الاستجابة، والتأخر النفسي الحركي وانخفاض معدل السلوك ثم التوقعات السلبية حتى وإن كانوا ناجحين، لكونهم سيفشلون، أو لا طائل من وراء استجاباتهم يشعرون بالعجز واليأس الذي يعبر عنه مريض الاكتئاب والوهن.

. ربط النظرة القائلة بأن العجز سمة مميزة للاكتئاب مع وجهة نظره في العجز المتعلم، فيقول: إنني أعتقد أنه إذا ربطنا وجهات النظر هذه مع جوهر الاكتئاب فإنها تمثل وحدة، فالمريض المكتئب تعلم أو يعتقد أنه لا يستطيع السيطرة على مهام حياته بأن يخفف معاناته أو يحقق إشباعاته، وباختصار فهو يعتقد أنه عاجز، وهناك من الأحداث المعجلة بذلك بمعنى: الفشل المهني أو عدم صلاحيته للدراسة، وذلك يعني لمثل هذا الشخص أنها تكرر لجهود عديمة الجدوى، استجاباته عاجزة عن أن تفي بإشباع رغباته ولا يجد الإستجابات ذات التدعيم القوي؛ وبالتالي تتزايد الأمراض البدنية ومواقف العجز بدرجة كبيرة، وفي مثل هذه المواقف، يجد الشخص أن إستجاباته الخاصة غير مؤثرة وفي الغالب يلقي بنفسه تحت رعاية الآخرين. وأنه من المعروف أن هذه المواقف غالباً ما تؤدي إلى القلق والاكتئاب أيضاً وربما يحدث القلق في الوقت الذي مازال أمام الفرد أمل، ويبحث عن وسيلة للخروج، ويمكن أن يجد طريقه إلى الاكتئاب عندما يعتقد في النهاية أن لا شيء يمكن عمله حيال هذه المواقف.

رابعاً: توصل ابرامسون وآخرون (Abramson, et al 1978) ولاسيما باحثو التوجه المعرفي بإستخدام ما يسمى بالإعزاء السببية كتفسيرات مقترحة للظاهرة إلى عدة تفسيرات للعجز المتعلم ولعل أهمها:

أ – التفسير البيولوجي: ويتعلق هذا التفسير بعلاقة هذه الظاهرة بالهرمونات، والتركيبات المخية فمثلا توصل ويبس وآخرون (Weiss, etal 1970) إلى أن الصدمات القوية التي لا يمكن التحكم فيها أو تجنبها بإجراء أية استجابة تنتج تغيرات بيوكيميائية تؤثر على الجهاز العصبي المركزي، وبالتالي يؤدي إلى إستنزاف هرمون نورينفرين Norepinephrine الذي يفرز بواسطة الجهاز العصبي السمبتاوي نتيجة لوجود ضغوط وغالباً ما يستخدم مع النورادرينالين Noradrenalin

حيث يوجد بكميات واضحة في الهيبو تلاموس Hypothalamus في الدماغ لذلك فإن العجز ربما يحدث ليس بسبب حالة نفسية مرتبطة بدرجة التحكم في الحدث، وإنما بسبب حالة فسيولوجية في الجهاز العصبي المركزي تنشأ من الصدمة التي لا يمكن تفاديها.

ب -التفسيرات الاجتماعية: ويرتبط هذا التفسير بملاءمة ارتباط العجز المتعلم بالعديد من المشكلات الاجتماعية مثل البطالة والصراع العائلي، انحراف الأحداث.

ج -التفسيرات النفسية: ويرتبط هذا بتفسيرات نظريات علم النفس كنظرية التعلم الشرطي التي تفسر العجز من منطلق استمرارية انطفاء الاستجابة، وعدم تدعيم الاستجابة لأن الانطفاء طبقاً لما يذكر بافلوف أولى خطوات العجز.

## 2. مفهوم العجز المتعلم:

أصبح مفهوم العجز المتعلم الآن من المفاهيم التي لها تاريخ طويل في علم النفس الاجتماعي، الصحة، النفسية، الاكتئاب، الصحة البدنية، فهو يساعد في تفسير العديد من ردود الأفعال السلبية والتي تظهر عند الأفراد في مواقف الفشل.

- يعرفه زهران بأنه : " انعدام الحيلة ، أو الشعور بالعجز ". (زهران،216،1994)

ويرى ويتيج ( Weitig ) " أن العجز المتعلم يحدث عندما يتعرض الكائن الحي لمثيرات منفرة لا مفر منها ، ثم نتيج له فرصة للهروب فيخفق في القيام باستجابة الهروب، أو إستجابة الإحجام" وأطلق على هذا الإخفاق في القيام بالإستجابة مصطلح الإستسلام.

ويعرفه جريمز (Grimes1981) بأنه " تعلم أو إدراك الاستقلالية بين الاستجابة الصادرة للكائن الحي ومظهر الانسحاب للأحداث الكريهة أو المؤلمة ".

ويعرفه سيلجمان كذلك بأنه "النتيجة السلبية للخبرات المتكررة للفشل مرتبطة أيضا بفقدان القوى على المواجهة (shwitzer, 2002, 24).

ويعرفه كذلك بأنه" حالة نفسية تصيب الفرد نتيجة تكرار تعرضه للأحداث الضاغطة بفقدان القابلية للتحكم فيها من قبل الفرد، ويعتبر مفهوم العجز وعدم التحكم هو حيز الأساس في فهم العجز المكتسب. (شويخ،2007، 106)

كما يشار إليه بأنه "حالة متعلمة تكتسب من تكرار التعامل مع المشكلات التي لا تحل، ولا يرى من يواجهها سبيلا إلى حلها، أولا يتوقع مخرجا منها وأطلق عليه اللاحول المدرب أو اللأمل والالرجاء" (باحكيم، 87، 2003)

ويضيف كل من (بييتس وأفراسا 1994 Yates & Afrassa) أن بيترسون وسليجمان وصفا مصطلح العجز المتعلم في ضوء ثلاثة محكات هي:

أ . فقدان الدافعية ب . التغيرات في المعرفة والانفعال مثل: إدراك عدم الاحتمالية Non-contingency ج .

انخفاض العامل السلوكي، مثل السلبية Passivity

كما أن سليجمان و هيروتو Hiroto & Seligman عرفا العجز العام بأنه " اعتقاد الفرد أن مشكلته غير قابلة للحل أي لا هو ولا أي فرد آخر يستطيع التحكم وحل المشكلة " وأطلق على هذا النوع من العجز العام أو الشامل، أما العجز الشخصي بأنه اعتقاد الفرد بأنه لا يستطيع حل مشكلته الممكنة الحل وبناء على ذلك يعزو فشله إلى عدم كفاءته الشخصية".

وقد ذكر هيرتو وسليجمان أن الأشخاص يقعون في مصيدة العجز، عندما يدركون عدم قدرتهم على التحكم، وإعتقادهم في التحكم الخارجي، وينتابهم شعور باليأس والعجز، ويتسم بنائم المعرفي بالنشوه واللاعقلانية. (الفرحاتي، 1997، 124)

وعرف ميكولينسير (Mikulincer) العجز المتعلم بأنه " حالة تأتي للشخص عندما يدرك بأن الأحداث أو المواقف التي يمر بها تحدث بشكل إجباري أي مهما بذل من جهد فالنتيجة حتماً تبوء بالفشل، وبالتالي يصبح الشخص عاجزاً عندما يعزو الأحداث إلى شيء بعيد عن جهده".

وعرف كل من (Edwards, etal. Carlson & Glick, Petty, et al.) العجز المتعلم بأنه " انخفاض للاستجابة الإرادية التلقائية، والمعارف السلبية المشوهة، والأفكار اللاعقلانية المضطربة، والتغيرات النفسية، التي تحدث للفرد بعد تعرضه للأحداث المؤلمة " (الفرحاتي 1997)

يتضح مما سبق عرضه أن العجز المتعلم يحدث عندما يتعرض الفرد لمؤثرات أو مواقف عنيفة لا يمكنه تجنبها، ويعتقد الفرد بأن استجاباته لا يمكنها أن تؤثر أو تغير في تلك المؤثرات، مما يتسبب في حدوث عجز وقصور لدى الفرد يجعله يعتقد أن كل ما يقوم به من جهود ومساع لا تؤدي إلى النتيجة المرغوبة (عجز دافعي أو حافزي) يجعله أيضا

يتوقف عن القيام بأي محاولة لأنه عرف أنه لا جدوى من المحاولة ولا فائدة منها (عجز معرفي أو تأملي)، وعندها يشعر بالإكتئاب، والسلبية، وانخفاض تقدير الذات، والشعور بعدم الكفاية، واليأس وقلة الحيلة (عجز إنفعالي) وأخيرا يعاني الفرد مما يسمى بالعجز المتعلم .

### 3. مكونات عزو العجز المتعلم:

يشير بتيرسون وآخرون (Peterson, etal1993) بأن نموذج العجز المتعلم يتكون من 3 مكونات:

1. الإقتران : **Contingency** أي العلاقة الموضوعية بين النتيجة والإستجابة.

2. المعرفة: **Cognition** أي الطريقة التي يدرك ويفسر ويتوقع بها الشخص هذا الإقتران، وتتكون هذه العملية من

ثلاث خطوات هي:

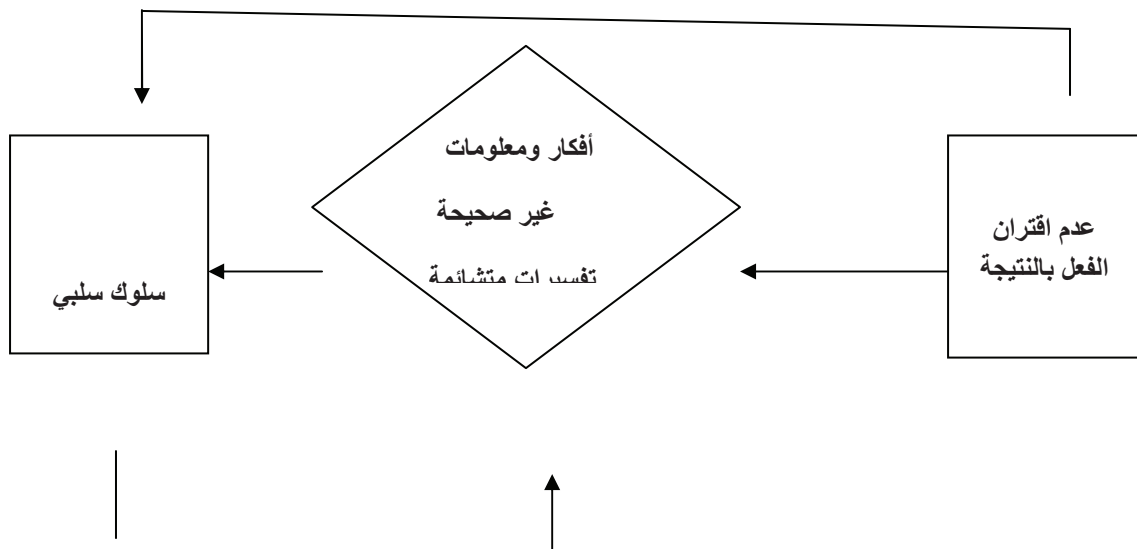
أ - إدراك الشخص بالإقتران أو العلاقة بين الإستجابة والنتيجة.

ب - تفسير الإدراك: فالفشل قد يفسره الشخص على أنه نتيجة للحظ أو القدرة.

ج - تفسير الشخص للتوقع عن العلاقة في المستقبل، فإذا اعتقد أن قدرته هي السبب في فشله تكون لديه توقع بأنه سيفشل ثانية إذا وجد في نفس الموقف.

3. السلوك : **Behavior** أي النتائج أو الآثار الممكنة ملاحظتها لإدراك الإقتران وعدم الإقتران بين النتيجة

والإستجابة. والشكل التالي يوضح مكونات العجز المتعلم:



دعم للأفكار غير  
الصحيحة

ويوضح الشكل السابق علاقة عدم اقتران الفعل بالنتيجة مما يؤدي إلى السلوك السلبي مباشرة ,وقد يؤدي عدم الاقتران بين الفعل والنتيجة إلى السلوك السلبي من خلال وسيط يسمى الأفكار والمعلومات غير الصحيحة والتي تتركز في:

أ - تفسيرات متشائمة للأحداث.

ب - عدم جدوى للجهد المبذول.

ويذكر سليجمان (Seligman) أن حالة العجز المتعلم تتجلى في عزوف الفرد عن المحاولة وبذل الجهد حين يتعرض للعقبات في المواقف التعليمية أو يواجه بمواقف مؤلمة أو ضاغطة في الحياة، حيث تعكس هذه الحالة تدنيًا شديدًا في الدافعية.

ويضيف سليجمان (Seligman) أن العجز المتعلم يحدث عندما يتعلم الفرد أن هناك نتائج معينة تحدث بشكل مستقل عن استجابته، كما أن هذا الفرد يتوقع عجزه في المواقف المقبلة وعدم قدرته على التحكم في المواقف المستعرضة عبر حياته، كما أن هذا التوقع يتداخل مع التعلم اللاحق ، وفي النهاية يقول الفرد لنفسه: أنا لا أستطيع النجاح أو تخطي الموقف مهما بذلت من جهد ,ويصبح سلبياً مستكيناً مستسلمًا للمؤثرات الخارجية.

وبذلك فنكرار تعرض الفرد للمواقف الضاغطة أو الصادمة مع عدم القدرة على التحكم أو الضبط يزيد من تعرض الفرد للعجز وفي سنة (1975) قدم سيلجمان ثلاث نتائج أساسية للعجز وهي:

أ- الإضطراب المعرفي: ويعني بها تلك الصعوبة في الربط بين الفعل ونتائجه مثل قول الفرد" ما أفعله ليس له تأثير على بيئتي أو على الموقف الذي أواجهه".

ب- السلبية: وتتمثل في قوة دافعة منخفضة ،كقول الفرد العاجز لن أبذل جهدا أو محاولة في هذا الموقف لأنه لن يحصل شيء.

ج- الضرر الإنفعالي: ويتمثل في نمو وزيادة الشعور بالوهن والحزن والكآبة.



ويضيف (سليجمان) أنه في الواقع ليست الأحداث غير المرغوب فيها (الضاغطة) هي التي تخلق الشعور بالإرهاك والعجز ولكن إدراك الفرد لعدم القدرة على التحكم فيها . (Trzepizur, 2008, 26)

#### 4. كيفية تفسير وتشخيص العجز المتعلم:

تواصلت الأبحاث لتنتهي إلى أن طريقتنا في تفسير الحدث السيئ (وليس الحدث نفسه) هو الذي يهوي بنا في مدارك اليأس والعجز. حيث يلجأ اليائسون لإستخدام أسلوب خاص بهم في تفسير الأحداث السارة والتعيسة التي يمرون بها. وهنا يوضح «سليجمان» في كتابه (تعلم التفاؤل) كيف نرتكب ثلاثة أخطاء تفسيرية لهذه الأحداث مما يؤدي بنا إلى اليأس والإحباط.

**الانتشارية :** محدد أم شامل حيث ينظر اليائسون إلى الحدث السيئ كالفشل في مجال ما على أنه سيمتد ليشمل جميع مواقف حياتهم: «دورات التدريب غير مفيدة... كل الدورات وليس التي حضرتها المرة الماضية.»

**الديمومة :** دائم أم مؤقت حيث إن اليائسين يؤمنون بأن السبب وراء الحدث السيئ دائم الحدوث وأنه سيستمر لفترة طويلة. «لم يقبل مجلس الإدارة المشروع الذي قدمته، لن أنجح في هذه الوظيفة... كل المشروعات التي سأقدمها في المستقبل ستكون فاشلة.» وكما ترى فإن العامل الأول (الانتشارية) يختص بالمكان ومختلف أوجه الحياة ومواقفها. أما العامل الثاني (الاستمرارية) فيختص بالزمان أي أن الفشل سيلاحقني الآن وفي مستقبل الأيام.

**الشخصانية:** داخلي أو خارجي عندما يقع حدث سيئ ينسبه اليائسون إلى ضعفهم وقلة حيلتهم، فتزاهم يقولون: «لست موهوباً» «انتقذني المدير بشدة، أنا موظف غير كفء... المشكلة أنني فاشل وليست في المدير الذي كان في مزاج سيئ هذا اليوم.»

والخلاصة أن اليائسين ينظرون إلى الأحداث غير السارة على أنها دائمة الحدوث، وتشمل أكثر من جانب من جوانب حياتهم، وهم أنفسهم السبب الأساسي في هذا الفشل. إن الاعتراف بالمسؤولية في بعض الأحيان يكون أساسياً. ولكن ما نرمي إليه هنا هو لوم النفس غير المبرر، وعلى نفس النحو يرتكب اليائسون نفس الأخطاء في تفسير الأحداث السارة كالنوم في مسابقة للتوظيف (مثلاً) فهم ينظرون إليها على أنها مؤقتة وزائلة « كانت ضربة حظ، لا أظن أن أفوز بها ثانية»، ومحدودة «إنني ماهر في هذا العمل فقط»، ونتيجة لمسبب خارجي «كانت نصيحة أمي أساسية.»

**المحور الثاني :** التعريف بنظرية التعديل المعرفي السلوكي و فنياتها وخطواتها.

1. **التعريف بصاحب النظرية:** واضع النظرية هذه هو دونالد هيربرت ميكينبوم ، وهو أمريكي الأصل ، ولد في مدينة نيويورك عام 1940 ، التحق بجامعة إلينوي فحصل على درجة الماجستير عام 1965 وحصل على درجة الدكتوراه في علم النفس الإكلينيكي عام 1966 ، وقد عمل في جامعة واترلو في أونتاريو بكندا منذ عام 1966 ، وقد كتب ميكينبوم مجموعة من المراجع حول الإرشاد والعلاج السلوكي المعرفي ، وكذلك طريقته التي اشتهر بها التحصين ضد الضغوط النفسية Stress Inoculation . ( الشناوي،123،1994)

2. **الخلفية النظرية والتطور:** لقد وضع ألبرت إلس نظريته في العلاج العقلاني الانفعالي وركز على أهمية الحديث الداخلي في تعديل السلوك، واعتبر أن نتائج السلوك لا تكون حصيلة تفاعل مثير واستجابة، بل إن ذلك أفكارا مسؤولة عن حدوث النتائج ، ثم جاء ( ميكينبوم ) ليؤكد على نفس الإتجاه حيث أشار بأن عملية التعلم لا يمكن أن تنحصر في مثير واستجابة كما ترى النظرية السلوكية ، بل رأى أنه إذا أردنا تغيير سلوك فرد ما فلا بد أن يتضمن ذلك معتقداته ومشاعره وأفكاره ، فالأفكار هي التي تدفع الفرد إلى العمل ، وقد أشار كل من ( دولارد ،وميللر ) على أن العنونة والتسميات واللغة والعمليات العقلية العليا لها دور رئيس في عملية التعلم ، ويشير هذا الاتجاه إلى :

أ- إمكانية حدوث استجابات مختلفة لنفس المثير . ب- استجابات متشابهة لمثيرات مختلفة .

لذلك فالعلاج لا يقتصر على التحكم في الاشرط السلوكي والارتباط الشرطي بين مثير واستجابة ، بل أن هناك عوامل أخرى تلعب دورا في عملية التعلم وهي :

1. التفكير 2. الإدراك 3. البناءات المعرفية 4. حديث الفرد الداخلي مع نفسه 5- كيف يعزو الأشياء؟ .

يطلق على نظرية (مكينبوم) إسم "نظرية التعديل المعرفي السلوكي" والتي بناها على مزج بعض المفاهيم السلوكية مع بعض المفاهيم المعرفية، ولذلك تعد هذه النظرية أوسع وأشمل من النظرية السلوكية، ويرى الباحثون أن هذا النمط العلاجي ليس مجرد علاج سلوكي مضاف إليه بعض الأساليب المعرفية، إن طريقة ميكينبوم تتجه نحو المعرفة أكثر منها نحو السلوكية. وقد إعتد (مكينبوم) على مقولة في تأويله للإضطراب النفسي وفي العلاج أيضا وهي أن ما يقوله الناس لأنفسهم يحدد ما يفعلونه ، فسلوك الإنسان يتأثر بالجوانب المختلفة التي توجه بتكوينات متنوعة مثل المعارف (جوانب معرفية)، والإستجابات الفزيولوجية وردود الفعل الوجدانية، والتفاعلات الإجتماعية (الخاصة بالعلاقات مع الآخرين)، ويعتبر الحديث الداخلي أو المحادثة الذاتية أحد هذه

الأنشطة.(ملبكة،1990، 245)

وإنطلاقاً من إهتمام النظرية مما يقوله الناس لأنفسهم ودوره في تحديد سلوكهم، فإن محور الإرشاد والعلاج يركز على تغيير الأشياء التي يقولها الفرد لنفسه أي التي يحدث بها نفسه، وذلك بشكل مباشر أو ضمني، الأمر الذي ينتج عنه سلوك وإنفعالات تكيفية بدلا من السلوكيات والإنفعالات غير المتكيفة، وبذلك فإن الإرشاد والعلاج ينصب على تعديل التعليمات الذاتية التي بها يحدث العملاء أنفسهم، بحيث يمكنهم أن يتعاملوا مع مواقف المشكلات التي يواجهونها، فبالإضافة إلى إمكانية استخدام الأساليب الخاصة بنموذج (مكينبوم) بشكل منفرد فإنه يمكن إدماجها مع الأساليب السلوكية المعروفة (الشناوي وعبد الرحمن، 1994، 138).

**2. الفنيات العلاجية:** يعتمد هذا الإتجاه العلاجي على مجموعة من الطرق والأساليب الفنية التي يمكن إستخدامها بشكل فعال في هذا المجال وهي:

**(1) التقدير المعرفي السلوكي:** يشتمل التحليل الوظيفي للسلوك على تمحيص تفصيلي للمقدمات والنتائج (المثيرات والمعززات) في علاقتها بالاستجابات، ويتطلب ذلك تحديدا دقيقا لفئة السلوك ومعرفة لتكرار الإستجابات في المواقف المختلفة ، كما يعتمد أيضا على تحليل المهمة لإكتشاف العوامل التي تؤدي إلى ضعف الأداء لدى العميل، ويتم أيضا خلال هذا التقدير التعرف على تلك الجوانب التي يخفق فيها العميل في أن يقولها لنفسه، وتؤثر بالتالي على أدائه، والتعرف أيضا على محتوى المعارف المشوشة التي تؤثر سلبا على سلوكه التكيفي. (محمد، 2000، 77)

**(2) إدخال العوامل المعرفية في أساليب الإرشاد السلوكي:** يشير (مكينبوم) عندما نضيف إلى الأساليب السلوكية المعروفة أسلوب (الحديث الذاتي) فإنها تصبح أكثر فاعلية، كما تكون الآثار أكثر إستدامة ومن الأساليب السلوكية التي يستخدمها مكينبوم مضافة إليها العوامل المعرفية نجد:

أ- أسلوب **إشراط التخلص من القلق:** والذي يتم خلاله إستبعاد مثير منفر يرتبط بإدخال كلمة معينة مثل "إهدأ" ويطلب من العميل أن يستخدمها ويكررها على أنها حديث ذاتي أو تعليمات ذاتية.

ب- أسلوب **التخلص المنظم من الحساسية:** لصاحبها جون وولبه (J.Wolpe) حيث يرى أن طريقة التخلص المنظم أو التدريجي من الحساسية تزيل الخوف والقلق لأن القلق لا يتوافق مع الإسترخاء، وقد تبين من الجلسات العلاجية التي قام بها (وولبه) مع حالاته أن هناك جوانب معرفية تدخل في العلاج.

**ج- النمذجة :** التي تعد من بين الأساليب أيضا التي يستخدمها (مكينبوم)، حيث يقوم العميل بتحويل تلك المعلومات التي يحصل عليها من النموذج إلى تخيلات معرفية إدراكية ضمنية وإلى إستجابات لفظية متكررة (تعليمات ذاتية) تستخدم كمؤشر للسلوك الظاهر، ومن ثم يمكن أن يؤدي ذلك إلى تغيير السلوك .

**(3) أسلوب إعادة البنية المعرفية:** يمكن إعادة بناء البنية المعرفية عن طريق مجموعة من الأساليب العلاجية التي تستخدم في هذا الصدد، إلا أن هذه الأساليب ليست جميعا من إعداد (مكينبوم) ولا تخص إتجاهه على وجه التحديد، ولكنها أساليب مستمدة من إتجاهات علاجية أخرى وتستخدم لتحقيق هذا الغرض ومنها: إعادة البناء المعرفي العقلاني (لأليس)، وإعادة البناء المعرفي (أسلوب بيك).

**(4) أسلوب حل المشكلات لـ دي زوريل وجولد فرايد (Dzwill, Goldfried):**، يهتم هذا الإتجاه على تعليم العميل مهارات حل المشكلات عن طريق التعرف على المشكلة، توليد البدائل الخاصة بالحل وإختيار واحد منها ثم إختبار كفاءة هذا الحل . ، إذ تركز طريقة (مكينبوم) على التدريب على مهارات المواجهة، وبذلك يتم التعلم في موقف أزمة أو مشكلة حقيقية.

**(5) التدريب التحصيني ضد الضغوط:** تعتبر هذه الفنية من أهم الفنيات والتي إرتبطت بطريقة (مكينبوم) في الإرشاد والعلاج، وتشبه هذه الطريقة عملية التطعيم البيولوجي ضد الأمراض العامة وهي تقوم على أساس مقاومة الضغوط عن طريق برنامج يعلم العميل كيف يواجه أو يتعامل مع مواقف الانضغاط. (عبدالوهاب، 1995، 2006)

**3-مراحل العملية العلاجية :** تتضمن عملية العلاج ثلاث مراحل ، وهي :

**1. المرحلة الأولى - مراقبة الذات أو الملاحظة الذاتية:** يمكن القول بان الفرد المضطرب يكون لديه أحداث ذاتية سلبية، وكذلك تخيلات غير مناسبة، ويحاول المعالج أن يزيد من وعي العميل وانتباهه ليركز على أفكاره ومشاعره وردود الفعل الفسيولوجية والسلوكيات المتصلة بعلاقاته الشخصية ؛وتؤدي هذه العملية إلى أبنية معرفية جديدة " إن الأبنية المعرفية تحدد طبيعة تغير الحديث الداخلي ، وكذلك الحديث الداخلي يؤدي إلى تغير الأبنية المعرفية، الأمر الذي جعل مكينبوم ينظر إلى هذه العملية على أنها دائرية. (الشناوي، 1994، 182) .

ويرى مكينبوم أن المعالج في محاولاته تغيير التصورات لدى الفرد المضطرب عليه أن يهتم بالعبارات الذاتية لديه ، وكيف يصفون ويحددون مشكلاتهم وكذلك كيف يعززون هذه المشكلات (إلى مصادر ذاتية أو خارجية ) وكذا تصوراتهم عن

عملية العلاج ومدى اعتمادهم على المعالج...الخ. وتعتبر عملية إعادة التصور عملية مشتركة بين العميل و المعالج ، ويلعب فيها الإقناع الجدلي التعليمي دورا مهما .

## 2- المرحلة الثانية : توليد سلوكيات جديدة متنافرة مع السلوكيات غير المتوافقة:

في هذه المرحلة تكون عملية المراقبة الذاتية عند العميل قد تكونت وأحدثت حوارا داخليا عنده، إن ما يقوله الفرد لنفسه ، أي حديثه الداخلي الجديد لا يتناسب مع حديثه السابق المسؤول عن سلوكياته القديمة ، إن هذا الحديث الجديد يؤثر في الأبنية المعرفية لدى العميل ، الأمر الذي يجعله يقوم بتنظيم خبراته حول المفهوم الجديد الذي اكتسبه ، وجعله أكثر تكيفا ، وهنا يستطيع العميل أن يتبنى السلوكيات المناسبة وفقا للأفكار الجديدة.

## 3- المرحلة الثالثة: تطوير الجوانب المعرفية الخاصة بالتغيير .

وتتضمن هذه المرحلة قيام العميل بسلوكيات المواجهة والأحاديث الذاتية بصفة يومية ، ولا يكفي التركيز على المهارات السلوكية فقط ، بل يتم التركيز أيضا على الأحاديث الداخلية الجديدة والأبنية المعرفية الجديدة . لأنه كما يقول ميكنيوم "ما يقوله العميل لنفسه بعد عملية العلاج حول السلوكيات الجديدة التي اكتسبها والنتائج المترتبة عليها سيؤثر في السلوك وسيبقى وسيعمم إلى مواقف أخرى وبذلك فإن نجاح العلاج يتوقف على مدى التغيير الذي يحدث في السلوك وفي الأحاديث الداخلية" ، وعليه ، فإن عملية العلاج تبدأ بتحديد السلوك القديم المراد تغييره، والحديث السالب المتعلق به ، وتحاول استبداله بحديث داخلي جديد متكيف ينتج سلوكا متكيفا يؤثر في تكوين بناءات معرفية جديدة لدى الفرد بدلا من القديمة ، ومن ثم إحداث السلوك المرغوب، وتعميمه ومحاولة تثبيته.

## 4. وجهة نظر ميكنيوم في علاج العجز كنتيجة للضغوط النفسية :

يذكر ميكنيوم (1988) أن الضغوط عبارة عن قوة خارجية تؤثر على الفرد وينتج عنها توتر وإنزعاجا، كما ترتبط بإستجابات الفرد عندما يتعرض لتهديدات بيئية مستمرة الأمر الذي يؤدي إلى إختلال في التوازن النفسي والفسولوجي، وينتج عنه الإحساس بالغضب والإستثارة والقلق. (عوض، 2001، 41)

فالفرد يعاني من العجز نتيجة أحاديثه السلبية حسب وجهة نظر (ميكنيوم)، وكذلك التخيلات غير المناسبة. حيث أن هناك تأكيدا من وجهة نظره على أن الكيفية التي يستجيب بها الفرد يتأثر إلى حد كبير بالكيفية التي يقوم بها مصدر الضغط، وبالكيفية التي يقوم بها نفسه وقدرته على الصمود أو المواجهة ،وقد أوضح ميكنيوم أهمية الحديث الداخلي أو الذاتي

والتخيل في علاج الضغوط، حيث يلعب حديث الذات دورا في تغيير الوجدان والتفكير والسلوك من خلال التأثير على عمليات الإنتباه والتقدير التي يجريها الفرد حول الموقف الضاغط، كما أكد على أننا إذا كنا بصدد إحداث تغيير في السلوك فإنه علينا أن نفكر قبل أن نتصرف، ومثل هذا التفكير (هو نتيجة لحديث داخلي) يقلل من تلقائية السلوك غير المتوافق ويعطينا الأساس الذي نبني عليه سلوكا جديدا متوافقا. (الشناوي، 2001، 127) ، ولعل أشهر طريقة هي طريقة التدريب التحصيني ضد الضغوط، وتشبه هذه الطريقة عملية التحصين البيولوجي ضد الأمراض العامة، وتستند إلى فكرة رئيسية مفادها " أن الضغوط تحدث عندما يدرك الفرد وجود تفاوت بين متطلبات الموقف وبين ما لديه من مصادر شخصية وإجتماعية"، وتعمل على تزويد الفرد بالمعلومات واكتساب المهارات التي يستطيع من خلالها مواجهة المواقف الضاغطة في البيئة.

ويرى (مكينبوم) إن تعديل السلوك معرفيا يتم عن طريق تقديم المعلومات والتعليقات الذاتية التي تركز على تعليم العملاء كيفية التخطيط والتفكير قبل الإستجابة، ومساعدتهم على إستخدام الحوار الداخلي الإيجابي، حيث أن التخلص من الشعور بالعجز يكون مرهونا بالتخلص من الأحاديث الذاتية السلبية وإستبدالها بأحاديث ذاتية إيجابية، وهكذا يهدف التدريب التحصيني ضد الضغوط إلى

تدريب الفرد على أحاديث الذات الإيجابية .

**المحور الثالث : وضع تصور مقترح لبرنامج علاجي للتخفيف من العجز المتعلم لدى الأفراد العاملين.**

1. **تعريف البرنامج :** يعرف بأنه برنامج نفسي تعليمي منظم في ضوء أسس وفتيات علمية تتضمن منظومة مهارات معرفية-سلوكية وإنفعالية وكذا نشاطات ومفاهيم، تؤدي إلى تعديل الأساليب السلوكية الخاطئة والمعارف السلبية لدى الأفراد، وإستبدالها بأساليب سلوكية وأفكار وإتجاهات أكثر إيجابية مما يترتب عليه تحقيق التوافق النفسي لدى المشاركين . والبرنامج المقترح عبارة عن مجموعة من الخطوات المنظمة والتي تستند إلى أسس وفتيات التعديل المعرفي السلوكي المستمدة من نظرية (مكينبوم) وتتضمن معلومات ومهارات وأنشطة موجهة للأفراد مرتفعي الضغوط والذين يعانون عجزا وشعورا بالوهن والكآبة .

2. **التخطيط للبرنامج المقترح:** إستعرضت الباحثة الدراسات والأبحاث التي إهتمت بالموضوع الدراسة أو بجانب من جوانبها أو بالأسلوب العلاجي، حيث أكدت دراسات عديدة (كدراسة لورانس 1983، تولمان 1985، وهينزو وزيجاوسكي 1990، الخولى 2004 ) على أن هذا النوع من البرامج يعد الأكثر فاعلية قياسا بالطرق الأخرى

في التخلص من الضغوط وآثاره ، كما أنه يركز من ناحية أخرى على المكونات المعرفية و السلوكية والوجدانية وبالتالي تتنوع الفنيات المستخدمة.وبذلك فإن البرنامج المقترح سيركز على إحداث تغيير في السلوك يتم من جراء تصحيح وتعديل الأفكار الخاطئة عن المواقف التي يواجهها الفرد العامل في حياته المهنية والشخصية... الخ .

3. **فلسفة بناء البرنامج وإطاره النظري:** تعتمد فلسفة البرنامج الذي قامت الباحثة بإعداده إعتقادا أساسيا على فلسفة علم النفس المعرفي التي ترى أن المعارف تلعب دورا بالغ الأهمية في تحديد الإنفعالات والسلوك، وأن لكل فرد مخزون معرفي والذي يشكل فلسفة في الحياة وما لديه من أفكار ومعتقدات بينها عن نفسه، وعن الآخرين وعن العالم المحيط به هي التي توجه معظم سلوكياته في التعامل مع المشكلات التي يواجهها.

أما الإطار النظري الذي يستند عليه البرنامج ،فهو العلاج المعرفي السلوكي وقد تبنى وأستمد خلفيته العلمية من نظرية التعديل المعرفي السلوكي لميكنبوم،وقد تم تبني هذا المنحى بإعتباره من المناحي الرائدة في علاج العديد من المشكلات ،أضف إلى ذلك تعدد الفنيات الإرشادية التي تسهم في فاعلية وإيجابية البرنامج هذا من جهة ،ومن جهة أخرى تعامل هذا المنحى مع المشكلات من منظور ثلاثي إذ يتم التعامل معها معرفيا وإنفعاليا وسلوكيا مما يضمن بقاء الإستجابة وإستمرار السلوك وقلة حدوث الانتكاسة.

4. **أهداف البرنامج:** يسعى البرنامج المقترح إلى تحقيق نوعين من الأهداف:

أ-هدف رئيسي: هو تخفيف حدة الشعور بالعجز لدى الافراد العاملين، وذلك من خلال إكسابهم بعض المعارف وتدريبهم على بعض المهارات السلوكية والإنفعالية التي من شأنها أن تخفف الشعور بالعجز لديهم ،ويبقى الهدف النهائي هو تعديل معارف الأفراد الافراد و أفكارهم وبالتالي سلوكهم مما يحقق لهم التوافق و الصحة النفسية.

#### ب-الأهداف الفرعية:

1. تزويد الأفراد العاملين بمعلومات عن العجز المكتسب كعرض من اعراض الضغط النفسي من حيث المفهوم والمصادر ، تأثيراته على جميع جوانب شخصية الفرد، معرفيا، وجدانيا، سلوكيا، وعواقبه على الصحة النفسية و الجسدية.

2. مساعدة الأفراد العاملين على فهم العلاقة بين الأفكاروالمعارف و السلوك (أي مساعدتهم على إستبصار العلاقة بين أفكارهم السلبية و الشعور بالعجز) .

3. إستبدال الحوار الذاتي السلبي بحوار وأحاديث داخلية إيجابية تساعد في مواجهة المواقف الضاغطة وتخفيف الشعور بالعجز.

4. مواجهة أخطاء التفكير وتعديل الأفكار الخاطئة بإستخدام فنية إعادة البناء المعرفي .

5. ممارسة المهارات التي تم التدريب عليها خارج الجلسات في مواقف حياتية واقعية لنقل المهارات المكتسبة لتصبح ردود فعل لدى الفرد العامل عندما يواجه موقفا ضاغطا.

5. مصادر إشتقاق محتوى البرنامج : تم إعداد هذا البرنامج بناء على مجموعة من المصادر ومنها:

1. الإطار النظري الذي يلقي الضوء على متغيرات الدراسة (الضغوط المهنية ) ،وكذا التراث النظري حول العجز المتعلم.

2. أشتق الإطار العام للبرنامج ومادته العلمية وفنياته من أساليب العلاج المعرفي السلوكي لـ (مكينيوم) بالإضافة إلى الدراسات والبحوث التجريبية التي أجريت في مجال العلاج المعرفي السلوكي والتي هدفت للتخفيف من الضغوط النفسية.

3. الدراسات السابقة العربية و الأجنبية و التي إستهدفت بناء برامج إرشادية لخفض الضغوط وتحليل محتواها و الإستفادة منها في صياغة الفنيات وطريقة عمل الجلسات التي يحتويها البرنامج.ومنها ( هينزوزيجاكوسكي1990، رجب 2003 ، الخولي2004، ، ديوب 2009...الخ).

وقد حرصت الباحثة على مراعاة بعض الجوانب المهمة عند وضعها للتصور ليساعد على نجاحه وتحقيق أهدافه ومنها:

- أن يكون للبرنامج أساس نظري حيث تبنت الباحثة مفاهيم العلاج المعرفي السلوكي.
- مناسبة إجراءات البرنامج لأفراد العينة من الذكور والاناث.
- أن يراعي البرنامج الفروق الفردية بين الأفراد العاملين، حيث يشتمل البرنامج على أنشطة وأمثلة متنوعة.
- يراعي البرنامج التسلسل في جلساته حيث راعت الباحثة أن يكون هناك إرتباط بين الجلسات .

6\_ الأسلوب الإرشادي المستخدم: يتم تنفيذ البرنامج بطريقة الإرشاد النفسي الجماعي وهو إرشاد مجموعة من

المفحوصين الذين يحسن أن تتشابه مشكلاتهم وإضطراباتهم معا في جماعات صغيرة .

7-الفنيات المقترحة للإستخدام في البرنامج وخطواته:سيعتمد البرنامج المقترح على مجموعة من الفنيات وهي:



1. **التدريب التحصيلي ضد الضغط** : وهي فنية مأخوذة عن أسلوب مكينبوم ، وتعمل هذه الفنية على تزويد

الفرد بالمعلومات واكتساب المهارات التي يستطيع من خلالها مواجهة المواقف الضاغطة. وتشتمل هذه

الطريقة على ثلاث مراحل أساسية وهي: (عبد الوهاب، 92، 2006، 93)

**أولا : المرحلة الأولى: مرحلة تكوين المفاهيم** :وهذه المرحلة تعليمية وتتضمن تزويد العملاء بالمعلومات التي تمكنهم

من فهم ماهية العجز وطبيعته وتأثيراته السلبية على جوانب شخصية الفرد كما تتضمن هذه المرحلة تعلم المشاركين

كيفية تحديد الأفكار والأحاديث السلبية والإنهزامية التي تساهم في شعورهم بالعجز واليأس، ويلي ذلك مناقشة

ويستخدم في ذلك أسلوب المحاضرة والمناقشة.

**أ-المحاضرة:** تمثل المحاضرة فنية ضرورية للعلاج المعرفي السلوكي، ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في

تقديم معلومات لأعضاء المجموعة العلاجية.

**ب-المناقشة الجماعية:** تمثل المناقشات الجماعية فنية ضرورية في العلاج باعتبار هذا المنحى تعليمي، إذ يتم

خلال الجلسات تزويد العملاء بالعديد من المفاهيم و المعلومات والمهارات ويلي كل ذلك مناقشات بين المعالج و الأعضاء

من أجل الفهم و التوضيح والاتفاق على القواعد والخطط التي يسير عليها البرنامج...الخ.

**ثانيا : المرحلة الثانية: مرحلة التدريب على المهارات** : وتهدف بشكل أساسي إلى مساعدة المشاركين على تعلم واكتساب

مهارات المواجهة المعرفية والسلوكية اللازمة للتعامل مع العجز المكتسب وذلك من خلال تدريبهم على مجموعة من الفنيات

مثل التدريب على الإسترخاء والتحكم في التنفس، أحاديث الذات الإيجابية وكذلك حل المشكلات وفي هذه المرحلة يتم

التأكيد على الفنيات المعرفية حتى يتمكن الأفراد من دحض ومقاومة الأفكار السلبية ومن الفنيات التي يمكن استخدامها ما

يلي :

**أ- أسلوب حل المشكلات:** يعتبر التدريب على حل المشكلات فنية معرفية فعالة في التعامل مع المواقف الضاغطة.

وتتضمن هذه الفنية عدة خطوات وتتمثل في التعرف على المشكلة وجمع البيانات حوله ثم وضع بدائل وحلول

متعددة للتعامل معها و تقديم الحلول البديلة ووضع الحل النهائي موضع التنفيذ، وتتطوي على أهمية كبيرة تتمثل

في زيادة كفاءة الفرد وفعالية الذات وتوكيده لذاته مما يؤدي ذلك إلى التعامل الناجح. (أبو أسعد، 2011، 320)

**ب-الإسترخاء العضلي** : تأتي أهمية الإسترخاء من العلاقة بين الإضطرابات الإنفعالية والتوتر العضلي، ويرجع

الفضل في إستخدام أسلوب التدريب على الإسترخاء إلى العالم جاكبسون (1983 jacobson)، ويهدف إلى

الوصول بالفرد إلى حالة إسترخاء مضادة لحالة القلق ، ودليل جاكبسون في ذلك أن الحالات الإنفعالية ترتبط إرتباطا وثيقا بعملية التقلص العضلي التي ترافقها بشدة، من هنا إستنتج أن الإسترخاء العضلي يكون مضادا لحالة القلق.( عبد الستار،1994، 154)

ت-مناقشة الحوار الداخلي : هذه الفنية مأخوذة عن أسلوب مكينبوم، و تقوم على فرضية أن الفرد يمكنه مواجهة الضغوط إذا استطاع التخلص من الأحاديث الذاتية السلبية التي يقولها لنفسه عن نفسه، ولذلك فتشجيع الفرد على مواجهة الأحاديث الذاتية السلبية وإعادة صياغتها بطريقة إيجابية تعتبر من الفنيات المهمة في التخلص من الضغط.(السقا،2005، 73 )

ث-إعادة البناء المعرفي : تعمل هذه الفنية على إعادة تقييم رؤية العميل غير الواقعية لمواقف الحياة المختلفة، مما يساعد على التمييز بين التهديد الحقيقي في البيئة والتهديد المدرك بشكل خاطئ على أنه خطر، ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في مساعدة العميل على إكتشاف أن أفكاره الغير الواقعية والخاطئة هي السبب في إحساسه بالعجز وليس المواقف والأحداث ويتم عن طريق الدحض والاقناع .

ج- لعب الدور : إن الأساس النظري لهذه الطريقة هو التعلم التلقائي والتي تعني أن جانبا هاما من عملية التعلم يتم عن طريق الاستجابة النشطة للمتعلم وبالتالي لا يكون العميل متلقيا سلبيا بل هو متلقيا فعالا".( سعفان،2006، 171) ، إذ عن طريق لعب الدور يمكن له التخلص من عوائقه وإحباطاته والتعبير عن أفكاره وإتجاهاته وخبراته التي لا يعي بها في الغالب وذلك عن طريق قيامه بتمثيل أدوار أشخاص آخرين أو يمثل جزءا من أدواره في الحياة.

ثالثا : المرحلة الثالثة: مرحلة التطبيق: وفيها يتم تشجيع المشاركين على تطبيق ما تعلموه من مهارات مواجهة الضغوط وتنفيذها على أرض الواقع الحي،ويتم ذلك من خلال استخدام:

أ- الواجبات المنزلية: وتعمل على توجيه وتشجيع العميل على تنفيذ بعض الواجبات الخارجية، مما يمكنه من تعميم التغيرات الإيجابية التي يكون قد أنجزها مع المعالج .ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تكليف العملاء بواجبات منزلية يسعى من خلالها إلى ممارسة المهارات والأحاديث الذاتية الإيجابية والأفكار العقلانية التي إكتسبها عمدا وفي مواقف حية وواقعية.

9- تصور مقترح للجلسات الإرشادية : إن لكل جلسة علاجية موضوعا وأهدافا وفنيات يستخدمه المعالج من أجل

تحقيق نجاح الجلسة، وفيما يلي عرض للجلسات والفنيات المقترحة.

جدول رقم (1) يوضح جلسات البرنامج العلاجي المقترح

جلسة	موضوعها	الفنيات	أهدافها	الزمن
الجلسة الأولى	التعارف وبناء العلاقة الإرشادية	المحاضرة *المناقشة الجماعية *الواجب المنزلي	*تحقيق الألفة وتوثيق التعارف بين الباحثين والأعضاء بعضهم ببعض. *تعريف أعضاء المجموعة على سبب وجودهم واختيارهم. *عرض فكرة عن البرنامج وأهدافه وأهميته ومحتواه والفنيات التي يستخدم والمدة التي يستغرقها البرنامج . *الإتفاق على القواعد الأساسية المنظمة للعمل أسلوب العمل مواعيد الجلسات والاتفاق على مكان العمل.	60 دقيقة
الجلسة الثانية	التعريف بالضغط المهنية (مصادرها، آثارها)	المحاضرة *المناقشة الجماعية الواجب المنزلي	التعرف على طبيعة الضغوط المهنية ومصادرها والآثار المترتبة عليها. الإنتهاء بواجب منزلي. مثلا: حدد في نقاط أهم المصادر التي تسبب لك الضغوط في ميدان عملك؟	90 دقيقة
الجلسة الثالثة	التعريف بالعجز المتعلم	*المحاضرة *المناقشة الجماعية *الواجب المنزلي	- مناقشة الواجب المنزلي ومراجعتة. * التعريف بالعجز المتعلم كحالة نفسية يعيشها الفرد نتيجة التعرض المتكرر لخبرات الفشل في مواجهة الضغوط. التعرف على العلاقة بين تفسير وإدراك للمواقف والشعور بالعجز المتعلم. *الإنتهاء الواجب المنزلي. مثلا: اذكر موقفا عايشته في العمل و فسرتة بطريقة سلبية وسبب لك المعاناة؟؟	60 دقيقة

60 دقيقة	<p>*تعريف أعضاء المجموعة على دور الأفكار اللاعقلانية في الشعور بالضغط النفسية في ميدان العمل.</p> <p>* تغيير أفكار الفرد حول الأحداث التي يواجهها بأفكار ومعتقدات أكثر إيجابية وعقلانية باستخدام أسلوب الدحض والإقناع للأفكار غير المنطقية.</p> <p>*الإنهاء بواجب منزلي.</p> <p>مثال:حدد اهم الافكار الغير عقلانية التي تراودك في العمل وتسبب لك المعاناة والالم وخاول دحضها .</p>	<p>*المحاضرات *المناقشة الجماعية *الدحض و الإقناع *إعادة البناء المعرفي *الواجب المنزلي</p>	<p>دور الأفكار اللاعقلانية في الشعور بالعجز لمتعلم</p>	الجلسة
60 دقيقة	<p>تقديم محاضرة بسيطة حول أهمية التعامل مع الضغوط</p> <p>*تعريف استراتيجيات التعامل معها وأنواعها.</p> <p>*التعريف بالإسترخاء وفوائده للتخلص من التوتر.</p> <p>*إختيار الإسترخاء كوسيلة فعالة للتخلص من الضغوط.*</p> <p>التدريب على التنفس العميق</p> <p>التدريب استرخاء اليدين،القدمين.</p> <p>الإنهاء بواجب منزلي.</p> <p>مثال: حث الأعضاء على ممارسة تمارين الاسترخاء.</p>	<p>المحاضرة *المناقشات الجماعية *حديث الذات *الإسترخاء العضلي *الواجب المنزلي</p>	<p>الإسترخاء ودوره في التخلص من الضغط</p>	الجلسة
90 دقيقة	<p>*مراجعة الواجب المنزلي</p> <p>* التعريف بدور العبارات والأحاديث الذاتية السلبية في الشعور بالتوتر والضغط.</p> <p>*تعريف المجموعة بأن هناك نوعين من أحاديث الذات (إيجابية) ويتم عن السلوك السوي وأحاديث سلبية هازمة للذات ونتيجة الشعور بالتوتر والضغط والشعور بالعجز .</p> <p>*حث أفراد المجموعة على ممارسة الأحاديث الذاتية الإيجابية في جميع المواقف التي يواجهونها.</p> <p>*استرخاء الكتفين،منطقة الصدر</p> <p>*الإنهاء بواجب منزلي.</p>	<p>المحاضرة *المناقشات الجماعية *حديث الذات *الإسترخاء *الواجب المنزلي</p>	<p>الحوار الداخلي والأحاديث الذاتية السلبية ودورها في الشعور بالعجز</p>	الجلسة

90 دقيقة	<p>*مراجعة الواجب المنزلي ومناقشته.</p> <p>*تبصير الأعضاء بمفهوم حل المشكل من خلال مناقشة الفكرة اللاعقلانية التي تقول "أنه يوجد دائما حل صحيح واحد لكل مشكلة والمشكل في العثور على هذا الحل بعد كارثة"</p> <p>*إسترخاء منطقة البطن.</p> <p>*الإنهاء بواجب منزلي</p>	<p>المحاضرة المناقشة الجماعية *الإسترخاء *الواجب المنزلي</p>	<p>التدريب على أسلوب حل المشكلات كفنية لمواجهة الشعور بالعجز 1</p>	الجلسة
90 دقيقة	<p>*مراجعة الواجب المنزلي</p> <p>*تعريف الاعضاء بخطوات حل المشكلة</p> <p>*تطبيق خطوات حل المشكل على مشكلة مختارة في موقف فردي وفي موقف جماعي . العصف الذهني .</p> <p>* تدريب أعضاء المجموعة على إسترخاء منطقة الرأس.</p> <p>*الانتهاء بواجب منزلي : حث الاعضاء على ممارسة الاسترخاء خارج الجلسات .</p>	<p>*المحاضرة *المناقشة الجماعية *الإسترخاء *الواجب المنزلي</p>	<p>التدريب على أسلوب حل المشكلات كفنية لمواجهة الشعور بالعجز 2</p>	الجلسة
60 دقيقة	<p>*مراجعة الواجب المنزلي</p> <p>*تعريف وتوضيح معنى السلوك التوكيدي.</p> <p>*العلاقة بين نقص التوكيدية والشعور بالعجز .</p> <p>*مناقشة أحد الأفكار اللاعقلانية التي تقول:"الهروب من المسؤوليات والصعوبات أسهل من مواجهتها.</p> <p>*الإنهاء بواجب منزلي.</p> <p>مثال : حاول تبني السلوكيات التوكيدية في علاقتك مع الاخرين .</p>	<p>المحاضرة المناقشة لعب الدور وقلب الدور الواجب المنزلي</p>	<p>التدريب على السلوك التوكيدي 1</p>	الجلسة

90 دقيقة	<p>*تعريف الأفراد ببعض الفنيات التي تستخدم في التدريب التوكيدي ومنها :</p> <p>تنطيق المشاعر، التدريب على الاستجابات البدنية الملائمة</p> <p>* تدريب أعضاء المجموعة على تعلم مهارة تنطيق المشاعر والاستجابات البدنية الملائمة من خلال فنيه لعب الدور وقلب الدور.</p> <p>* واجب منزلي</p> <p>مثال: حث الاعضاء على استخدام فنية تنطيق المشاعر.</p>	<p>المحاضرة المناقشة الجماعية لعب الدور الواجب المنزلي</p>	<p>التدريب على السلوك التوكيدي2</p>	الجلسة العاشرة
60 دقيقة	<p>*مناقشة الواجب المنزلي</p> <p>*تلخيص محتويات البرنامج الإرشادي المقدم.</p> <p>*مناقشة العناصر الأساسية للبرنامج مع المجموعة الارشادية.</p> <p>*شكر الأعضاء على التفاعل الإيجابي طوال فترة الجلسات وحرصهم على الحضور.</p> <p>*التأكيد على ضرورة الاستفادة مما قدم وممارسة الفنيات في الحياة الواقعية.</p> <p>*إجراء القياس البعدي للتأكد من انخفاض درجات المجموعة على المقياس المستخدم " الشعور بالعجز المتعلم "</p>	<p>المحاضرة المناقشة الجماعية</p>	<p>إنهاء البرنامج (التقييم البعدي)</p>	الجلسة

#### 10. طريقة تقييم البرنامج : لضمان فعالية التقييم لابد من إستمراره منذ البدأ حتى نهاية التنفيذ وفترة المتابعة مع العلم أن

التقييم عملية جماعية تعاونية يشترك فيها المسؤول عن تنفيذ البرنامج بالإشتراك مع الأعضاء .

خاتمة: يعد استخدام البرامج العلاجية القائمة على العلاج المعرفي السلوكي ومنها طريقة ميكنبوم . للتعامل مع الضغوط وآثارها من أنسب الطرق التي تم إستخدامها نظرا لما تمتاز به من إستخدام للعديد من الفنيات العلاجية في برنامج واحد يهدف إلى مساعدة الأفراد لإكتساب العديد من مهارات التعامل مع المشكلات التي يعانون منها ، ولقد أكدت الدراسات على فاعلية تلك البرامج في العملية العلاجية بل وحتى في منع الإنتكاسة مرة أخرى، حيث توصلت دراسة لارسن(Larsen1990) وكوتي وآخرون (Cote et al) على سبيل المثال أن العلاج المعرفي السلوكي بشكل عام يعد من

أقل الأساليب العلاجية في نسبة حدوث الإنتكاسة وأن أثره يمتد لفترة طويلة بعد إنتهاء العلاج.(عبد الوهاب،2006،87)، لذلك فان البرنامج المقترح من المحتمل أن يخفف الشعور بالعجز المتعلم لدى الأفراد في ميادين العمل نظرا لما يسببه من مشاعر فقدان القوة والكآبة وانخفاض الدافعية للعمل مما يؤدي الى إنخفاض الأداء وقلة الإنتاج.

### قائمة المراجع :

1. أبو زيد ،مدحت عبد الحميد (2008). العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية : موسوعة العلاج النفسي . الجزء الثاني ، القاهرة: دار المعرفة الجامعية .
2. أبو حلاوة، محمد سعيد (2010).العجز المتعلم . المكتبة الالكترونية . أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة .  
www.gulfkids.com
3. أبو أسعد ،أحمد عبد اللطيف (2011) . تعديل السلوك الإنساني :النظرية والتطبيق . ط 1 ، عمان ، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع .
4. إبراهيم ،عبد الستار (1994). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث : أساليبه وميادين تطبيقه، القاهرة: دار الفجر .
5. بهنسي ،محمد جلال أبو الفتوح (2005) . مدى فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في إدارة الضغوط المدرسية لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية ، رسالة ماجستير (غير منشورة) ، تخصص صحة نفسية، جامعة طنطا، القاهرة،مصر .
6. باحكيم ،شهرزاد (2003) .علاقة توقعات النجاح والفشل بأساليب عزو العجز المتعلم لدى طلاب وطالبات جامعة أم القرى في مدينة مكة المكرمة.رسالة ماجستير في الارشاد غير منشورة ، جامعة أم القرى مكة المكرمة ،المملكة العربية السعودية.
7. حسين ،طه عبد العظيم (2008). العلاج النفسي المعرفي : مفاهيم وتطبيقات . الطبعة1، الإسكندرية ، مصر : دار الوفاء .
8. الخولي، هشام عبد الرحمن (2004) .فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف حدة الضغوط النفسية لدى معلمي التربية الخاصة. *مجلة الإرشاد النفسي* ،عدد 21 ،مركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس ، القاهرة ، مصر.ص ص 83- 135
9. رجب ،محمد (2003). التدريب التوكيدي وعلاقته ببعض سمات الشخصية لدى طلاب الجامعة.*مجلة الإرشاد النفسي*،جامعة عين شمس، العدد 17 ، ص ص155\_ 215
10. الرفاعي، صباح (2002) .فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في تعديل أساليب عزو العجز المتعلم لدى طالبات كليات التربية للبنات بمكة المكرمة ،رسالة دكتوراه فلسفة، جامعة أم القرى ، مكة المكرمة .
11. زهران ،حامد عبد السلام (1994). التوجيه والإرشاد -نظرة شاملة. *مجلة الإرشاد النفسي* ، العدد 3، جامعة عين شمس ، القاهرة.
12. محمد ،عادل عبد الله (2000). العلاج المعرفي السلوكي - أسس وتطبيقات. الطبعة 1، القاهرة :دار الرشاد.
13. مليكه، لويس كامل (1990): العلاج السلوكي وتعديل السلوك . الكويت: دار القلم .
14. عبد المعطي ،حسن مصطفى (2006).ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها . ط 1 ، القاهرة :مكتبة زهراء الشرق .

15. عبد الوهاب ،خالد محمود (2006). مدى فاعلية برنامج علاجي في تعديل أساليب التعامل مع المواقف الضاغطة لدى عينة من مرضى الإدمان السعوديين . *دراسات عربية في علم النفس*، 5(1) ،القاهرة، يناير ص 79-144.
16. عوض ،رئيفة رجب (2001). *ضغوط المراهقين ومهارات المواجهة ( التشخيص / العلاج )* .القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
17. الفرحاتي السيد محمود (1997). *العجز المتعلم . سياقاته وقضاياها التربوية والاجتماعية* . مكتبة الأنجلو مصرية، مصر .
18. السقا ،صباح (2005). *فاعلية برنامج علاجي معرفي - سلوكي في خفض حدة أعراض الإكتئاب: دراسة إكلينيكية شبه تجريبية* . رسالة دكتوراه غير منشورة ،علم النفس ،كلية التربية ، جامعة دمشق .
19. السقا ،صباح (2008). *العلاج النفسي ، كلية التربية ، جامعة دمشق* .
20. سعفان، محمد أحمد إبراهيم (2006). *الإرشاد النفسي الجماعي* . ط1، مصر ، القاهرة : دار الكتاب الحديث .
21. شويخ ،هنا أحمد (2005). *أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية* .سلسلة علم النفس الإكلينيكي، القاهرة : مؤسسة إيتراك للطباعة والنشر .
22. الشناوي ،محمد محروس (1994) . *نظريات الإرشاد والعلاج النفسي*.مصر، القاهرة :دار غريب
23. الشناوي ،محمد محروس (2001). *بحوث في التوجيه الإسلامي للإرشاد والعلاج النفسي*.القاهرة: درا غريب للطباعة والنشر .
24. الشناوي ،محمد محروس و عبد الرحمن ، محمد السيد(1994). *المساندة الاجتماعية و الصحة النفسية* . دراسات نظرية وتطبيقية.القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر .

1. **Trzepizur ,M. (2008).Facteurs prédictifs de souffrance psychique et qualité de vie a long terme chez des patients ayant traités pour un cancer du sein non métastatique, thèse de doctorat, Université Froncois. en:**  
[www.med.univ-angers.fr/discipline/psychiatrie.../2008TRZEPIZUR.pdf](http://www.med.univ-angers.fr/discipline/psychiatrie.../2008TRZEPIZUR.pdf)

2. **Seligman, Martin. *Helplessness: On Development, Depression, and Death*. New York: W.H. Freeman, 1975.**

3. **Shwitzer, B. (2002).Psychologie de la santé, modèles,concepts et méthodes – Dvnod**