

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU SYNDROME BURNOUT AU TRAVAIL PAR L'APPROCHE COGNITIVO- COMPORTEMENTALE

**BİLİŞSEL DAVRANIŞ YAKLAŞIMINA GÖRE MESLEKİ
TÜKENMİŞLİK SENDROMUNUN TEŞHİSİ VE TEDAVİSİ**

Şeyha FUAD¹

Resume

Cette recherche est un travail de terrain centré sur l'étude de cas (k) infirmière au service de maternité de l'hôpital souffre du syndrome de l'épuisement professionnel (Burn Out) , le chercheur fournit pour le cas (k) un programme de traitement du point de vue cognitif comportemental (TCC) dans le but a aidé la personne pour changer le modèle de la pensée et de la cognition et comment faire face à des pensées négatives et des fausses croyances par l'apprentissage des nouvelles stratégies cognitives, et pour lui permettre l'accès à des idées et des croyances plus rationnelles, basé sur les travaux du Dr Aaron T. Beck dans le traitement de la dépression et de l'anxiété, le chercheur utilise des techniques et des stratégies de traitement fondées sur le redressement des pensées et des croyances et de contrôler les émotions négatives qui entravent la situation de la patiente dans son carrière professionnel, parmi ces stratégies, la relaxation, la reconstruction de connaissances et le renforcement positif du comportement, où l'étude nous a montré - après la passation de l'échelle de l'épuisement professionnel MBI - un niveau plus bas par rapport à ce qui a été observé avant le début du traitement, le chercheur a adopté dans les séances de thérapie des techniques d'entretiens et d'observation clinique qui comprend toutes sortes d'entrevue directe et indirecte, le test MBI comme un outil de mesure, contrôle chez la patiente les niveaux d'épuisement professionnel dans ses trois dimensions.

Özet

Bu araştırma, doğum hastanelerinde mesleki tükenmişlik veya psikolojik bitkinlik sendromuna maruz kalan hemşireler üzerine yapılan bir saha araştırması verilerine dayanmaktadır. Araştırmacı bilişsel davranışçı teoriye göre bir tedavi programı hazırlamıştır. Bu program, hemşirelerin sağlıklı ve iyimser düşüncelerle davranmalarını sağlamak için, olumsuz ve kötümser duygulardan arınmalarını ve daha akılcı davranmalarını hedeflemiştir. Araştırmacı Aaron Beck'in anksiyete ve depresyon tedavisinde kullandığı yönteme bağlı kalındı. Araştırmacı deneklerin mesleki becerilerini olumsuz etkileyen olumsuz duyguları azaltmak ve denekleri rahatlatmak için malum tedavi tekniklerini uygulamıştır. Araştırma önerilen uygulamanın deneklerin tükenmişlik sendromlarından arınmalarını sağlamıştır. MBI ölçeğinin tükenmişlik düzeylerindeki değişimi ölçmede کافی geldiği de bulgulanmıştır.

¹ Dr., Tilimsan Üniversitesi, Cezayir. fchiha13@yahoo.fr

عنوان المقال:

متلازمة الانهاك المهني (الاحترق النفسي) تشخيص وعلاج

من منظور معرفي سلوكي

شيحا فؤاد من جامعة تلمسان

ملخص البحث

يعتبر هذا البحث بمثابة عمل ميداني يتمحور حول دراسة للحالة (ك) ممرضة بمصلحة الولادة بالمستشفى والتي تعاني من متلازمة الإنهاك المهني أو ما يعرف عند الأنجلوساكسونيين بالاحترق النفسي، يقدم الباحث للحالة برنامجا علاجيا من المنظور المعرفي السلوكي والذي يتمركز حول مساعدة الحالة على تغيير نمط التفكير والإدراك الجيد للمواقف وكيفية مواجهة الأفكار السلبية والمعتقدات الخاطئة عن طريق التدريب على استخدام استراتيجيات معرفية سليمة للوصول إلى الأفكار والمعتقدات الأكثر عقلانية، ويستند الباحث إلى أعمال الدكتور آرون بيك Aaron Beck في علاج حالات الاكتئاب والقلق، حيث استخدم الباحث فنيات واستراتيجيات علاجية تعتمد على تغيير الأفكار والمعتقدات والتحكم في الانفعالات السلبية التي تعيق الحالة في مهنتها، ومن بين هذه الاستراتيجيات الاسترخاء وإعادة البناء المعرفي والتعزيز الايجابي للسلوك، حيث أظهرت لنا الدراسة وبعد تطبيق مقياس الاحتراق النفسي تدني وانخفاض كبير لمستوى الاضطراب بعكس ما لوحظ قبل بداية العلاج، كما اعتمد الباحث من خلال الجلسات على تقنيات المقابلة العيادية والتي تشمل الملاحظة بأنواعها والمقابلة المباشرة وغير المباشرة، واختبار MBI كأداة لقياس مستويات الاحتراق النفسي في أبعاده الثلاث عند الحالة (ك).

1 - مفهوم الاحتراق النفسي (متلازمة الانهك المهني) syndrome d'épuisement professionnel

إن التقدم الكبير في مجالات التكنولوجيا والتسارع الذي يميزه من ناحية الخدمات والمطالب المتعددة للشعوب وظواهر العولمة وتردياتها على صحة الفرد والمجتمع، يجعل من الانسان أكثر قابلية للاصابة بمختلف الاضطرابات وعلى رأسها تلك الناجمة عن القلق والضغط المهنية والإجهاد، وما أكثر المهن الخدماتية وعلى رأسها مهنة التعليم وما يتطلبه دور المعلم في الصف لتعليم التلاميذ وتلبية الرغبات الذاتية بالنسبة للمتعلم والتماشي والقوانين المعمول بها في المنظومة التربوية، ويعزو نجاح أي منظمة إلى قوة عطاء أفرادها وتضحياتهم وتفانيهم في العمل مما يجعل من الفرد مآكنة للعطاء والتفريغ الصحي، وقد لا تتجه الأمور بالاتجاه السليم فيقع الفرد ضحية هذا التفاني أو الاحباطات المتكررة التي يصطدم أداءه من خلالها بالواقع الذي تعيشه المنظمة، ومن بين هذه الاضطرابات تناذر الانهك المهني كما يسميه الفرنسيون أو الاحتراق النفسي كما يسميه الانجلوساكسونيون، باعتبار هؤلاء السباقون للمصطلح واكتشاف الاضطراب. فيفضل الكنديون مصطلح Brulure وهذا لتحديد وضعيات الفرد كمستهلك أو متلف من طرف عمله Comme consumé par son travail هذا النوع من التناذرات والشبيه إلى حد كبير بالاكئاب حيث يتميز بمايلي:

- اضطرابات النوم
- اضطرابات سيكوسوماتية
- هبوط في الطاقة
- تدني في المردودية
- الاحساس المتدرج بالانهك
- استثارة زائدة وغضب تجاه الآخر
- نقص الحوار والتفاعل
- الإحساس بالفراغ والشعور بأن العمل يحتل مكانة كبيرة من حياته (كبداني خديجة : 2007، 44)

كما أعطت أبحاث فريدنبرغر fredenberger الذي كان أول من طور هذا المصطلح في أوائل السبعينيات وهذا كان للإشارة إلى الاستجابة الجسمية والانفعالية لضغوط العمل لدى العاملين في المهن الانسانية. حيث استخدم في كتاباته مصطلح الاحتراق النفسي.

وبينت الباحثة ماسلاش كريستينا (Maslach) أن هذه الظاهرة الخطيرة تصيب أصحاب المهن المتعلقة بالجانب الانساني فتسبب لهم القصور والعجز عن تأدية العمل بالمستوى المرغوب فيه، ويعرف تشرنيس (Chernis) 1980 الاحتراق النفسي على أنه العملية التي ينسحب فيها المهني المعروف بالتزامه السابق بالعمل من ارتباطه

بعمله، نتيجة ضغوط العمل التي تعرض لها المهني أثناء أداء هذا العمل (أحمد عوض: 2007، 14)

وأوردت ماسلاش Maslach (1980) تعريف للاحتراق النفسي بأنه فقدان الاهتمام بالأشخاص الموجودين في محيط العمل، حيث يحس الفرد بالارهاق والاستنزاف العاطفي، اللذين يجعلان هذا الفرد يفقد الاحساس بالانجاز، ويفقد بذلك تعاطفه نحو العاملين وقد اعتبر كلا من ماسلاش وجاكسون (1981) الاحتراق النفسي مفهوماً يتكون من ثلاث أبعاد وهي الاجهاد الانفعالي، تبدل الشعور والشعور بالنقص في الانجاز (gerbot elisabeth :2008,111).

وقد توصل الباحثون إلى تحديد مجموعة من الخطوات إلى ينبغي إتباعها في حال شعور الفرد باقتراب حدوث الاحتراق النفسي وهي كما يلي:

1- "إدراك أو تعرف الشخص على الأغراض التي تشير إلى قرب حدوث الاحتراق النفسي الأغراض كما جاءت في الدراسات تشمل:
- الشعور بالتعب أو الكآبة أو الملل.

- تغيرات في عادات الأكل، النوم والأمور الحياتية الأخرى.

- سرعة الاتصال والنسيان، وعدم القدرة على اتخاذ القرار.

- مشكلات دائمة مع الأشخاص المقربين.

- زيادة في التدخين في حالة الشخص المدخن أو استعمال العقاقير.

- ارتفاع في ضغط الدم وزيادة سرعة القلب والتنفس.

- آلام الصدر والظهر والصداع.

- قرحة المعدة.

- عدم الاهتمام بالآخرين بصورة عامة والشعور بالعزلة.

- فقد الثقة بالنفس والدرجة المنخفضة من مفهوم الذات.

- عدم الاستمتاع بالعمل.

- سهولة الانفعال مع الزبائن.

- فقدان الاهتمام باتباع الأسباب الجديدة في العمل.

2- تحديد الأسباب من خلال الحكم الذاتي أو اللجوء إلى بعض الاختبارات التي توضح له الأسباب.

3- تحديد الأولويات في التعامل مع الأسباب التي حددت في الخطوة السابقة، فمن الناحية العملية يصعب التعامل مع الأسباب دفعة واحدة.

4- تطبيق الأساليب أو الاستراتيجيات، يتطلب التعامل مع الأسباب التي حددت واتخاذ خطوات عملية لمواجهة الضغوط منها:

- تكوين صداقات لضمان الحصول على دعم اجتماعي في حالة مواجهته للمشكلة

- تعلم كيفية الاستفادة من الوقت

- تنمية هوايات خارج العمل

- مواجهة الحياة كتحدى للقدرات الذاتية

- الاستعانة بالمختصين

الاعتراف الشخصي بوجود المشكلة لزيادة الايجابية في مواجهتها
التقييم يقوم الشخص بتقييم الخطوات العملية التي اتخذها لمواجهة المشكلة ومدى
فعاليتها حيث يتخذ الخطوات المقبلة في ضوء ذلك التقييم وإذا استدعى الأمر يعيد
النظر في أولويات المواجهة للمسببات" (عسكر: 1987)

2- مفهوم العلاج المعرفي-السلوكي

يشمل العلاج المعرفي – السلوكي في صورته الواسعة على كل الطرائق التي من شأنها أن تخفف الضيق النفسي عن طريق تصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئة والإشارات الذاتية المغلوطة ولا يعني التركيز على التفكير إهمال أهمية الاستجابات الانفعالية التي تعدّ المصدر المباشر للضيق بصفة عامة إنما يعني ببساطة أننا نقارب انفعالات الشخص من خلال معرفته أو من طريقة تفكيره وبتصحيح الاعتقادات الخاطئة يمكن إخماد الاستجابات الانفعالية الزائدة وغير المناسبة أو تغييرها.

ويعتمد العلاج المعرفي على التفاعل النشط بين المعالج والمتعالج وهو ما يوصف بتبادل الخبرات إذ يقدم المعالج إلى المتعالج مبادئ أساسية للعلاج وتكون مهمته القيام بدور المعلم أو الدليل وهو يقوم بدور موضوعي بعيداً عن إصدار الأحكام كما ويعتمد في تنفيذ الإستراتيجية المعرفية العلاجية مزيجاً خاصاً من التقنيات السلوكية والمعرفية المبنية على طبيعة المشكلة ونوع التشوهات المعرفية. ويعد الواجب المنزلي جزءاً مهماً من العملية العلاجية لزيادة مستوى النشاط لدى المتعالج من جهة ولاختبار التشوهات المعرفية الخاصة بعدم كفاءته المفترضة ويستخدم لذلك جداول نشاط يومي وأسبوعي وجدول الإتقان والرضا.... الخ لا يستغرق العلاج المعرفي – السلوكي فترة علاجية طويلة فهو يتطلب ما بين 15 و20 جلسة تركز في الحالات المتوسطة الاضطراب إلى الشديدة منها على جلستين أسبوعياً على الأقل لمدة 4 – 5 أسابيع ثم مرة أسبوعياً لمدة 10 – 15 أسبوعاً وغالباً ما يتبع العلاج الناجح جلسات متابعة على فترات للمحافظة على النتائج التي تحققت والاستمرار في دعم وتقوية المتعالج. والزمن المخصص لكل جلسة علاجية 50 دقيقة تقريباً باستثناء الأولى التي تتطلب ضعف هذا الوقت تقريباً.

وبذلك يكون العلاج المعرفي – السلوكي علاجاً نشيطاً تعاونياً توجيهياً تعليمياً قصير الأمد أهدافه واضحة ومحددة.

فيرى عادل عبد الله (2001) بأن العلاج المعرفي السلوكي هو اتجاه علاجي حديث نسبياً، يدمج بين العلاج المعرفي والعلاج السلوكي بفنيائهما، ويتعامل المعالج مع الطريقتين في أبعاد ثلاث، معرفية، انفعالية وسلوكية، ويبنى المهتم علاقة علاجية قائمة بحدود التشارك بين العميل والمعالج، وتتيح للطرفين التعرف على الأفكار والمعتقدات الخاطئة والتي تعتبر بالأساس لب الموضوع العلاجي، مما قد يتحمله العميل شخصياً بخصوص العلاج والعمل على التصحيح الذاتي للأفكار والمعتقدات وتوجيه الانفعالات بشكل سليم وهذا بتوجيه المعالج ومساندته. (عادل عبد الله، 2001)

وينظر شابيل (chappelle.f, 2011) إلى العلاجات المعرفية والسلوكية إلى أنها في نهاية السبعينات انضوت تحت نفس التسمية والعامل المشترك هو أنها نتاج تجارب وأبحاث متعددة استخلصت بأن هذا الفن هو بالنسبة للعميل فهم واحد على حد السواء، وهذا النموذج يجمع بين المحيط والأفكار والانفعالات والسلوكيات، وويرتبط هذا الفن بمنطق تعديل الأفكار والمعتقدات والانفعالات من خلال المواجهة المباشرة للمواقف، والبرامج الوافية هي التي تحتوي على فنيات الاسترخاء (Cottraux, J, 2001)

3. التحليل الوظيفي (Analyse fonctionnelle)

تعتبر شبكة SECCA للتحليل الوظيفي التي وضعها جون كوترو (Cottraux, J. 1995) والتي تجمع مجموعة من العناصر والمعطيات الموجهة للتحليل الوظيفي للحالة والاضطراب منها : الجزء الأني الحالي للعميل والجزء الثاني هو الماضي حيث يحتوي الجزء الأول على : التسبيق، الموقف، الانفعالات، السلوك الحالي، التوقعات، الحوار الداخلي (الأفكار)، الصور الذهنية والمحيط وأما الجزء الثاني فيحوي على : الجانب الوراثي، الشخصية، العوامل التاريخية للحالة، والعوامل المشجعة على الاضطراب، والعوامل التي سبقت الاضطراب، ومهمة هذه الشبكة (Grille SECCA) مهمة تطبيقية محضة ذات استعمال مباشر لتشخيص الحالة عن طريق التحليل الوظيفي للسلوك (Cottraux, J, 1995)

4. منهجية الدراسة

1.4 أدوات الدراسة

1.1.4 الملاحظة

يستخدم الباحث في هذه الدراسة تقنية الملاحظة المباشرة من خلال ترقب السلوك المتمظهر على العميل خلال الجلسات وخلال المهمة أو الدور الذي يقوم به جراء الممارسة المهنية .

2.1.4 المقابلة الاكلينيكية

يستخدم الباحث في هذه الدراسة المقابلة العيادية نصف الموجهة والتي تساعد على ترشيد العلاج ومن حيث اختيار المنظور الفني المعرفي السلوكي فإن الباحث بدء بالبحث عن السبب المباشر للاستشارة النفسية من طرف العميل ويركز خلال المقابلة على مبدأ: كيف ومتى ولماذا؟ واختيار الاستراتيجيات العلاجية الملائمة بعد العقد العلاجي بين الباحث والعميل.

3.1.4 مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي (MBI) وخصائصه السيكومترية

استخدم الباحث لجمع البيانات وقياس المتغيرات مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي (MBI) والذي يستخدم في مجال الخدمات الاجتماعية والانسانية لصاحبته " Christina Maslach " و " Susan Jackson " ويتكون المقياس في صورته الأصلية من خمسة وعشرين (25) فقرة وزعت على أربع أبعاد أساسية وهي:

- الانهاك الانفعالي ويشمل تسع (09) فقرات
 - بعد خاص بتبؤد الشعور ويشمل خمس (05) فقرات
 - وبعد ثالث يقيس الانجاز الشخصي ويشمل ثمان (08) فقرات
 - وبعد رابع هو الالتزام ويشمل ثلاث (03) فقرات
- أما الباحث فقد اعتمد بالدرجة الأولى في جمع البيانات على النسخة المقننة في الوسط شبه طبي من طرف الباحثة ملال خديجة(2010) حيث أن هذه النسخة لا تختلف بشكل كبير عن النسخة السابقة الأصلية إلا أن الباحثة قامت بحذف البعد الرابع (الالتزام) والذي تشبعت عليه من خلال التحليل العاملي بعد التدوير فقرتين فقط تتعلقان بالانهاك الانفعالي، وأشارت أنه يمكن حذفه نظرا لأن محتوى الفقرتين موجودتين في عبارات يتضمنها البعد الأول (الانهاك الانفعالي) بحيث:

أحس بانهاك انفعالي من عملي -- أشعر بالاحباط بسبب عملي

اشعر بالتعب نهاية عملي اليومي -- أشعر بالاجهاد بسبب عملي

وبهذا يصبح المقياس يتكون من ثلاثة وعشرين (23) فقرة ويقيس الجوانب التي وردت في الدراسات السابقة، وهي الاجهاد الانفعالي(07) فقرات، الانجاز الشخصي

(08) فقرات وتبلد الشعور (08) فقرات مع بعض الاختلاف في عدد من العبارات أو البنود التي تشكل كل عامل من عوامل المقياس (ملال خديجة 2010).

5. تقديم الحالة

الحالة (ك) عاملة بالمستشفى كمرضة بمصلحة الولادة، سنها 46 سنة تقدمت إلى الباحث عن طريق طب العمل الذي شخص حالتها في بادئ الأمر على أساس حالة من القلق المزمن، وحسب الحالة فإنها تحتاج إلى دعم نفسي وتكفل علاجي وكان ذلك بإلحاح من زوجها بالدرجة الأولى.

(ك) ممرضة ممتازة طيلة مسارها المهني، تعيش داخل أسرة متزنة متوسطة الدخل وأم لثلاث أطفال، زوجها معلم بالابتدائية، توفي الوالدين منذ زمان، الوحيدة ضمن أسرتها الأم، تصف (ك) حالتها على أنها بعد مدة طويلة من العطاء والتفاني في العمل أصبحت اليوم غير قادرة على إتمام مشوارها المهني، سريعة الغضب ومنفعلة حيث لا يروقها الآخرون من الزملاء، تسيطر عليها مشاعر الانهزامية والتعب النفسي، تعثرها أحيانا نفور واشمئزاز من المرضى بعد أن كانت سابقا تبذل كل الجهد من أجل راحتهم، تعود كل يوم إلى المنزل منهكة وغير قادرة على إتمام الأشغال حيث إذا بدأت بشغل ما تتركه ولا تتمه، تميل في أغلب الأحيان إلى النوم والتمدد في الفراش وتقليب البرامج التلفزيونية، لا تستطيع النهوض صباحا لمزاولة النشاط اليومي، ترى الحالة (ك) بأنها أصبحت حياتها المهنية بدون معنى وتبحث دائما عن الأعذار للتغيب عن العمل، وتواصل حديثها بأنها لا تستطيع مواجهة المسئول بالمصلحة وتتحاشاه دائما لأنه يسبب لها الإزعاج على حد قولها. وقام الباحث بتحديد مجموعة من الأعراض منها:

✓ أعراض بدنية:

- كآبة ظاهرة على ملامح الحالة (ك)
- أوجاع بالظهر تلازمها منذ مدة بحيث أن كل الكشوف أظهرت سلامة المنطقة الظهرية

- مغص معوي كل صباح حين تتوجه إلى العمل
- التعب والارهاق البدني الملازم للحالة

✓ أعراض انفعالية وجدانية:

- استئثاره زائدة خلال العمل سرعان ما تتلاشى عند العودة إلى البيت
- بكاء شديد مع نحب خلال المقابلة
- فراغ وجداني تعبر عنه الحالة، بعدم القدرة على مواصلة العطاء " لم يعد لدي ما أقدمه"

- ضجر وضيق منذ الدخول من باب المستشفى
 - حصر مستمر يتلاشى خلال عطل نهاية الأسبوع
 - هبوط في الطاقة النفسية
 - ✓ **أعراض على مستوى العلاقات:**
 - برودة في التعامل مع المرضى والزملاء في العمل
 - عدم القدرة على مواصلة الحديث مع فريق العمل
 - حساسية مفرطة تجاه الأوامر الفوقية
- وسجل الباحث خلال المقابلات الأولية بعض المظاهر السلوكية على الحالة من خلال فرك اليدين مع بعضهما البعض، الزفير المستمر (أوووف)، قضم الأظافر أحيانا، والابتسامة التي تكاد تنعدم.
- تتلازم كل الأعراض في الفترة الخاصة بالعمل والتواجد في مقر العمل فقط، وما لوحظ غيابها في البيت بشكل جزئي، وارتياح العميل إلى الزملاء خارج المهنة ونفورها من التحدث في جانب التمرريض والتطبيب.

1.5 التحليل الوظيفي للحالة (Analyse fonctionnelle)

حسب شبكة SECCA لصاحبها جون كوترو (1985) Cottraux.J, M.Légeron

1.1.5 التحليل الآني (Synchronie)

- التسبيق (Anticipation)

- لم لا أستطيع القيام بمهامي كما كنت سابقا
- أرى بأني فارغة من الداخل
- المسئول يعاملني على أساس أنني آلة جامدة و فقط

- الانفعالات (Emotions)

- حساسية مفرطة
- الشعور بالعياء والفراغ النفسي
- الضجر والاشمئزاز عند الدخول للعمل
- الحساسية من خدمة الآخر
- التفاعل الضعيف في المجموعة

- الأفكار والجانب المعرفي (Cognitions et Monologue intérieur)

- لا أستطيع الاستمرار بالعطاء والعمل
- لا يمكنني أبدا البقاء على سجيتي وأن أكون محبوبة من طرف الآخرين

- أحاول أن أنسج علاقات جديدة مع فريق العمل ولكن أظن أنه ليس بمقدوري ذلك
- الكل ضدي، رب العمل والزملاء وحتى المرضى

- الصور الذهنية (Imagerie)

- قليلة ومرتبطة بالأفكار المسبقة من أحكام على مواقف مهنية معينة وتشمل الصورة النمطية حول العمل

- السلوك (Comportement)

- اللامبالاة بحديث الآخرين
- الرد السريع خلال الحديث واستخدام العبارات القاسية
- رفض الأوامر في العمل والمعاملات القاصرة للمرضى
- سلوك تحاشي المواقف المهنية التي تظهر فيها بعض الصعوبة بالنسبة للحالة

- المحيط (Entourage)

المحيط العائلي:

- زوج متفهم ومساند
- مستوى دراسي جيد عند الأطفال
- سكن عائلي محترم
- غياب أي موقف تعقيدي للمشكل

المحيط المهني:

- مصلحة التوليد ذات كثافة علاجية عالية
- فريق عمل غير منسجم نظرا لعدم استقرار الأعضاء في برنامج العمل
- غياب المساندة المهنية من طرف الإدارة
- غياب الأمن بالمصلحة وظروف العمل متدنية نوعا ما

2.1.5 التحليل الماضي (Diachronie)

- المعطيات البنائية الممكنة (Données structurales possibles)

- **الوراثية:** غياب الأمراض المزمنة في العائلة أو بعض الاضطرابات المرتبطة بحالات الاكتئاب أو اضطرابات المزاج بالعائلة وعند والدي الحالة

- **الشخصية:** شخصية (ك) مثابرة وتريد دائما أداء مهامها على الشكل الأحسن، كما يجعلها عدم تحقيق ما تريده في مهنتها نافذة لكل

الاحباطات المتكررة، تسجيل مجموعة من التناقضات من خلال حب الانجاز والخوف من النجاح، قلق مزمن يتضح على الحالة من خلال التعاملات اليومية والاحتكاك مع الآخرين.

- عوامل المساعدة السابقة (Facteurs historiques de maintien possibles)

غياب أي مساعدة نفسية على المستوى الرسمي أو غير الرسمي بما فيها العطل المرضية والتي لم تتمكن العميلة من التحصل عليها نظرا لظروف العمل وقلة المستخدمين، عدا كشوفات طب العمل التي لم تكن سوى كشف واحد فقط.

- العناصر المفجرة للاضطراب (Facteurs déclenchant)

- مناخ العمل غير مشجع للفئات المبادرة والنشطة
- غياب المساعدة من حيث التكوين والتحسيس بمخاطر الاضطرابات المهنية النفسية
- ملازمة العميلة للقلق المهني المزمن والذي شجع على الدخول في حالة من الاحتراق النفسي
- غياب العطل المرضية والراحة

- الأحداث المعجلة للاضطراب (Evènements précipitant les troubles)

- عدم حصول الحالة على عطلتها السنوية وعطلة مرضية
- استفسار المسئول عن المصلحة حول تأخرها
- حدث موت إحدى المريضاات بالمصلحة
- مثول بعض الزميلات أمام القضاء كشهود

6.الفرضية:

من خلال التحليل الوظيفي في شقيه الحالي والماضي للحالة (ك) وما تم التعرض له خلال المقابلة الأولية واستنادا إلى معطيات طب العمل ونظرا للتشابه الكبير لأعراض الحالة مع حالة الاكتئاب إلا أنها غير مستمرة بل تتلاشى بشكل كبير خلال العودة إلى المنزل، واستنادا إلى ما جاء به كانوي (2008) Pierre Canouii في كتاباته حول الاحتراق النفسي عند المعالجين في المستشفيات والذي يرى بأن تناذر الانهاك المهني يشابه بشكل كبير حالة الاكتئاب إلا أن حالة الاكتئاب تستمر في جميع المواقف أما الانهاك المهني أو الاحتراق النفسي فهو مرتبط بالمهنة فقط وهو عبارة عن تطور لاضطراب القلق المزمن، كما أن الحالة أظهرت خلال اختبار (MBI) لقياس درجة الاحتراق النفسي درجة مرتفعة حسب الجدول التالي:

جدول رقم "1" يوضح درجة ومستوى الاحتراق النفسي عند الحالة في أبعاده الثلاث على مقياس (MBI).

المستوى	الدرجة	البعد على المقياس
عالي	31	الانهك الانفعالي Epuisement Emotionnel
عالي	37	نقص الانجاز الشخصي Accomplissement Personnel
متوسط	29	تبلد الشعور Dépersonnalisation
عالي	97	المقياس الكلي MBI

فمنه يمكننا القول فرضا بأن الحالة تعاني من اضطراب متلازمة الانهك المهني أو ما يسمى عند الانجليزيين بالاحتراق النفسي والذي عزز بالأفكار التلقائية السلبية والمعتقد الخاطيء للحالة حول مهنتها، مما انجر عنه العيش في دوامة من الروتين المهني الذي يقتل كل تحرر من هذه الأفكار.

7. الإستراتيجية العلاجية المقترحة للحالة (Traitement Antérieur)

من خلال ما ذكر فإنه يمكننا أن نضع كطريقة علاجية من المنظور المعرفي السلوكي لحالة (ك) التي تعاني من الاحتراق النفسي مجموعة من الاستراتيجيات العلاجية والتي تقارب في مفهومها علاج حالات القلق المزمن والاكتئاب وما جاء به الدكتور آرون بيك في علاج الاكتئاب، ونركز في الحالة على الآن وما يعانيه العميل من آلام نفسية.

- إعادة البناء المعرفي
- الاسترخاء
- التدعيم الاجتماعي الايجابي
- الأسئلة السocraticية
- تقنية تأكيد الذات
- الواجبات المنزلية

ومنه فإن هذه الفنيات تهدف من خلال الخطوات المترتبة إلى مايلي:

- 1- تدريب الحالة على توضيح العلاقة بين الافكار والمشاعر
- 2- تدريب الحالة على المراقبة الذاتية للافكار والتخيلات السلبية واخراجها إلى دائرة التفكير والتحليل العقلاني
- 3- تدريب الحالة على طرق استخدام عملية الاستبدال للمعتقدات الخاطئة والتصورات السلبية المسببة للمعاناة بالمعتقدات الايجابية
- 4- تعديل الاتجاهات السلبية باستخدام عملية البناء المعرفي والتي تركز على احلال الأفكار الايجابية محل الأفكار السلبية عن طريق استراتيجيات معرفية خاصة بمواجهة الضغوط
- 5- تدريب الحالة على فنية الاسترخاء للتخلص من الأعياء والتحكم في المشاعر الذاتية

6- التدريب على الواجبات المنزلية لما سبق ذكره قصد تغيير السلوك

1 - تحديد الأفكار التلقائية وتصحيحها (إعادة البناء المعرفي)

قد يستخدم العميل في غالب الأحيان استراتيجيات معرفية خاطئة عبارة عن أفكار تلقائية تؤثر عليه من أجل التكيف مع وضعيات معينة وهذا التكيف في حد ذاته ناجم عن استراتيجيات التعامل الخاطئة، ومما يؤدي به إلى إصدار أحكام خاطئة غير صحيحة تجاه أفراد أو نظام معين أو قد لا يحسن التعامل والتكيف مع مواقف ضاغطة فيلقي بكاهله على اختيار استراتيجيات تخلصه من معاناته فلا يجد في قاموسه إلا ما قد اكتسبه من اساليب المواجهة ومخططات تعتبر خاطئة بالنسبة للموقف، فيتدخل المعالج عن طريق تلقين وتدريب العميل على اختيار الاستراتيجيات المعرفية السليمة لمواجهة الموقف الضاغط وهذا بعد تحديد الأفكار الخاطئة وتصنيفها، كما أن هذه الأفكار الخاطئة تسبق الانفعالات غير السارة والتي تتسارع في صورتها دون أن يلحظها الشخص أحيانا، وتتصف هذه الأفكار التي يتم تحديدها بالسلبية إذ تؤثر على العميل ذهنيا ونفسيا يكون نتاجها السلوكي غير سليم، فيستبدل المعالج هذه الأفكار السلبية (بعد تقييمها) بأفكار أكثر عقلانية ووضوحا وإيجابية، فيطلب من العميل خلال الواجب المنزلي اليومي تسجيل هذه الأفكار في كناش ليتذكرها خلال الحصة الموالية من جلسات العلاج، ولهذه الطريق أهمية كبيرة في العلاج المعرفي السلوكي.

يرى بيك (A. Beck: 2000) أن الشخص قد يكون غير مدرك تماما لهذه الأفكار التلقائية التي تؤثر كثيرا على أسلوبه ونمطه وشعوره ومدى استمتاعه بخبراته، غير أنه يستطيع بشيء من التدريب أن يزيد في إدراكه لهذه الأفكار ويتعرف عليها بدرجة عالية من التناسق، وفي هذه الفنية يطلب المعالج من العميل أن يركز على تلك الأفكار والصور التي تسبب له ضيقا لا مبرر له، أو تدفعه إلى سلوك سلبي انهزامي، وتزداد هذه الأفكار قوة وسلبية كلما كان الاضطراب أقوى وأشد وتضمحل هذه الأفكار لتكون خفية بخفة الاضطراب، فوجب حينها على المعالج التعرف عليها وعلى شدتها ومدى تأثيرها وحصرها وتصنيفها.

ومن خلال ما جاء به الدكتور أرون بيك فإن المعالج تصعب عليه المهمة كلما كان الاضطراب خفيفا، لأنه يجد صعوبة في التعرف على الأفكار التلقائية لعدم وضوحها وعدم مقدرة العميل على تحديدها وتسجيلها، ونعرض هنا مثلا عن كيفية تسجيل الأفكار التلقائية أثناء الجلسة العلاجية مع تحديد الشدة ومقترح للأفكار البديلة الأكثر عقلانية.

مثال عن جدول رقم "2" يوضح المواقف والمشاعر والأفكار الأوتوماتيكية ومعالجتها بتدريب العميل على استبدالها بالأفكار أكثر عقلانية وإيجابية

الموقف أو المشاعر الآنية	الأفكار الأوتوماتيكية	البديل عنها
تصف الحالة الأحداث والأفكار التي تسبب لها المشاعر القاسية: - لم أعد أتحكم في مشاعري وبنفري مني الجميع ويعتبروني غير قادرة على اتمام أعمالي.	تسجيل الأفكار التي تسبق أو ترافق أو تأتي بعد المشاعر - أنا فاشلة في مهنتي بعد أن كنت قوية، سوف لن أستمر والكل سينتركني	الأفكار الأكثر عقلنة بمساعدة المعالج - الفشل ظرفي غير مستمر فهو ليس نبذ للآخر ولكنه سيعلمنا كيف ننجح ونعود الى المستوى المقبول
سجلنا من المستوى في المشاعر والغضب والنبذ من 0 إلى 8 هي مايقارب 7	درجة الاعتقاد في أفكاره اللاعقلانية من 0 إلى 8 هي درجة 8	درجة اعتقاده في الأفكار العقلانية والمناقضة للأفكار السلبية (من 0 إلى 8) هي درجة 1
		التقييم بعد الجلسات حوالي 5

2 - الواجبات والأنشطة الخارجية

تبدأ كل جلسة بعرض ما تم الاتفاق عليه سابقا وما توصل إليه الطرفان كما تختتم بتكاليف يتفق عليها المعالج مع العميل، وتعتبر هذه التكاليف من حيث قدرتها على تثبيت ما تم التعرض إليه خلال الجلسة وتزويد العميل على السلوكيات الايجابية وتسجيل الأفكار الخاطئة الأوتوماتيكية التي تراود المفحوص، واتخذت هذه التكاليف عدة أشكال منها الواجبات والتمارين المنزلية أو الأنشطة الخارجية خلال أداء المهمة في العمل أو مع الأصدقاء في عطل نهاية الأسبوع، وعلى رأس هذه التكاليف فنية التفرغ والاسترخاء والابتعاد عن أماكن المصادر الضاغطة، وتقوية الجانب الانفعالي بالتعريض للمواقف التي تعتبر بالنسبة للمفحوص مواقف الصراع.

قد تزيد هذه التكاليف في صلابة وتقوية البرنامج العلاجي اذ أخذت أبعادا وأشكالا لا متناهية ووضعت لهذه الواجبات محددات منها مايلي:

- تتصل هذه التكاليف والواجبات بمشكل المفحوص
- تركزت حول هدف العلاج، بسيطة، غير مكلفة وغير مرهقة
- تم التوضيح للعميل الأساس المنطقي لكل واجب وتوضيح الهدف

- توضيح إجرائية التمرين مع التأكد الجيد من تقبل العميل لها وتفهمه للواجب
- يراجع المعالج رفقة العميل الواجب في بداية كل جلسة ويحدد زمان معين خلال كل لقاء لتقريرها والبحث في الأسباب الخاصة لعدم إتمام الواجب وهذا من خلال أحد الأسباب التالية:

- عدم فهم العميل كيفية الإجرائية
- عدم تناسب الواجب مع قدرات أو ثقافة العميل
- اعتقاد المفحوص بأن هذه الواجبات اختبار لقدراته الشخصية
- انحراف الواجب عن أهدافه التي وضع من أجلها

3- فنية الأسئلة السقراطية

استخدم الباحث هذه الفنية لبعدين هامين جدا في علاج الحالة، أوله هو كون الحالة قيد العلاج تستجيب بشكل جيد للبرنامج وذات استعداد تام للانخراط في العلاج مع تفاهمها التام مع المعالج وأما الثاني فهو أن هذه الفنية تتيح لنا فحص الفروض التي وضعت مسبقا عوض التصدي المباشر للأفكار السلبية والاعتقادات الخاطئة للعميل، وتلازم هذه الأسئلة في استخدامها كل الجلسات تقريبا، كما يضيف المعالج في بعض الأحيان أسئلة مباشرة الغرض منها الكشف والبحث في الشدة والمدة المترتبة عن الإضطراب، كما ركز الباحث على أسلوبين ارتكز فيهما على أعمال أرون بيك (A. Beck) فأما الأسلوب الأول وهو تقديم وجهة نظر بديلة ومباشرة بالإشارة إلى الخطأ في التفكير أو الاعتقاد أو عدم التناسق، ويشارك العميل في هذا الطرح بـ "هل توافقتي الرأي؟" أو "أليس كذلك؟" أو "ربما لو أننا قمنا بهكذا عمل ما رأيك؟"

أما الأسلوب الثاني في هذا الإطار وهو يتضمن توجيه المفحوص نحو بعض الجوانب من المشكل ووضعها خارج نطاق الفحص والتدقيق وهذا النوع يمس بالخصوص الاضطرابات الخفيفة للكشف عن الأفكار التلقائية والمعتقدات الخاطئة والمشوهة، تكون بالدرجة الأولى خفية، كما يوجه العميل إلى اتخاذ القرارات والحلول مع وضع بعض الخيارات اللازمة والتي لم يأخذها بالحسبان سابقا، ويتيح هذا الأسلوب للعميل فرص التدريب على حسن التفكير واختيار الاستراتيجيات المعرفية السليمة والخبرات الملائمة عوض الاندفاع في الحكم مع أن هذا يعتبر تقويما للاعتقادات والأفكار والانفعالات والسلوكيات الصادرة عن المفحوص.

4- إجرائية الاسترخاء

يرى مارسال روي (Marcel Rouet) (2010) بان فنية الاسترخاء تستخدم بشكل كبير في الحالات ذات الأفكار المثبتة والسلبية والتي تراود أصحابها بشكل دائم، كما أن الفنية تتيح للعميل التحكم الجيد في أعضائه الحيوية وعلى رأسها التنفس. ويسعى الباحث من وراء هذه الفنية تدريب الحالة على التحكم الجيد في درجات القلق والإجهاد

وكذا الإعياء النفسي ومحاولات تجاوز الضغوط المهنية لأنها حجر الزاوية في اضطراب متلازمة الإنهاك المهني (الاحتراق النفسي)، والهدف من هذه التقنية العلاجية تخفيف مستويات التوتر العضلي ومساعدة العميل على الاسترخاء النفسي والبدني والتحكم الجيد في الأجهزة الحيوية إذ توجد علاقة وطيدة بين الجهاز العضلي والجهاز النفسي، وإذا كنت تشعر بالتوتر والعصبية فهناك مجموعة من العضلات تكون أكثر شداً، فإذا ما تمكن الفرد من إدراك مستوى الشد العضلي وعمل على عملية الانبساط والاسترخاء فإنه يتمكن بالفعل من خفض درجة التوتر النفسي والشعور بالهدوء.

وتعتبر فنية الاسترخاء جزء من عملية التريث في التفكير والتروي، والتحكم في المشاعر والانفعالات والاستماع الجيد للآخرين وبالتالي ما يصبو إليه من توافق نفسي مع مختلف المواقف الضاغطة، وصدق رسول الله ﷺ حين قال " إذا غضب أحدكم وهو قائم فليجلس، فإن ذهب عنه الغضب، وإلا فليضع " (رواه أبو داود).

5- التدعيم الاجتماعي الايجابي

إن الثقة المتبادلة التي نشأت بين المعالج والحالة أفاضت تركيزاً على التفهم للعلاج وتأدية الواجبات المنزلية بدقة، كما أن هذه الثقة المتبادلة والعقد الأولي نتج عنه تقبل الحالة لمختلف طرق الدعم الإيجابي كمعزز للسلوك الصحيح والمألوس للعميل، واستخدم المعالج عملية التعريض لبعض النماذج التي تتكلم عنهم الحالة بأنهم يقدمون لها الدعم ويقفون إلى جنبها، مما كان الباحث يركز على المدركات الايجابية للعميل.

جدول رقم "3" يوضح نتائج مقياس (MBI) قبل الجلسات العلاجية وبعدها في الأبعاد الثلاثة للاحتراق النفسي عند الحالة.

المستوى البعدي	الدرجة البعدية	المستوى القبلي	الدرجة القبلية	البعد على المقياس
منخفض	13	عالي	31	الإنهاك الانفعالي Epuisement Emotionnel
منخفض	10	عالي	37	نقص الانجاز الشخصي Accomplissement Personnel
منخفض	14	متوسط	29	تبدل الشعور Dépersonnalisation
منخفض	37	عالي	97	المقياس الكلي MBI

من خلال الجدول رقم "03" نلاحظ بأن الحالة قد انخفض لديها معدل الاحتراق النفسي في كل من الأبعاد الثلاثة من حيث الإنهاك الانفعالي الذي تم السيطرة عليه والتخفيف من حدته بواسطة طريقة الاسترخاء والتدريب على التكيف مع الوضعيات من خلال التمارين والأنشطة المنزلية، والتي ترسم ملامحه في العلاج خلال الجلسات الأخيرة وأثناء الملاحظات المباشرة وغير المباشرة لانفعالات الحالة (ك) والتي كانت تدل على التحسن من حيث النشاط النفسي وعودة تدريجية للطاقة النفسية، وأن الاستفسار عن

حالتها من حيث الاتصال بزوجها عن بعض تصرفاتها ونشاطها بالمنزل أكد للمعالج بأنها تعود تدريجيا إلى ما كانت عليه سابقا، ويؤكد هذا تحصلها على درجة منخفضة على المقياس ومستوى منخفض من الإنهاك الانفعالي.

كما أن الحالة سجلت قياسا جد ايجابي على مستوى البعد الخاص بالانجاز الشخصي من حيث تراتبية الاتصال بالزوج والمقابلات والملاحظات التي سجلها المعالج ومن حيث تقييم الجلسات العلاجية كما أن تقييم الحالة خلال ملاحظة أنشطتها المهنية قد تحسنت بشكل كبير مما نتج عنه تجاوب الحالة مع مختلف التمارين والأنشطة التي قدمت لها خلال ممارسة مهامها كمرضة بمصلحة الولادة، وأن الحالة قد اكتسبت نموذجا للتعامل مع مختلف المواقف الضاغطة ولدحض الأفكار السلبية والمعتقدات الخاطئة، ويثبت ذلك تحصلها على درجة مقبولة على مقياس MBI بعد نهاية الجلسات بخصوص البعد الخاص بالانجاز الشخصي.

فأما البعد الثالث والأخير فقد أثبتت الحالة على مستوى تبدل الشعور تسجيل نوعا من عودة الثقة وتقدير الذات من حيث ملاحظتها خلال الجلسات الأخيرة وعزمها للعودة بشكل قوي إلى سابق حالتها والابتعاد كليا عن الأفكار السلبية وتعميم الحكم على فريق العمل، حيث تعودت الحالة على مواجهة المواقف التي تسبب لها انخفاض الطاقة النفسية وهبوط تقدير الذات، وعليه قد سجلت على المقياس درجة جد مقبولة على مستوى بعد تبدل الشعور.

إنهاء العلاج : عبرت الحالة على تأثرها بشدة البرنامج واستجابتها لفيئات البرنامج العلاجي، وبعد تماثل الحالة الى الشفاء استجابة لشدة العلاج وبتشاور بينها وبين المعالج قمنا بإنهاء العلاج، كما أنه لا يمكن بأي حال من الأحوال أن نتغاضى على الجانب التابعى من البرنامج حتى ولو سجلنا استقرارا معرفيا سلوكيا، لهذا قمنا باقتراح على الحالة جلسة شهرية وبعدها لتصبح كل ثلاث أشهر لتقييم العلاج ومتابعة المآل وترك رابطة عن طريق الهاتف الخاص أو الاتصال المباشر في حالة أي مشكل قد يعارض العميلة.

8 . الاستنتاج:

التمسنا من خلال البرنامج المقترح في فرض العلاج ذو المنظور والاتجاه المعرفي السلوكي على الخلفية النظرية للدكتور آرون بيك في علاج حالات الاكتئاب والقلق والحصص، تحسن واستجابة الحالة للعلاج سواء عن طريق الملاحظة والمقابلات في الجلسات الأخيرة أو عن طريق التأكد بواسطة مقياس الاحتراق النفسي الذي وضعته ملال خديجة تقنيا لاختبار ماسلاش في البيئة الجزائرية وفي الأوساط الطبية، وسجلنا مجهودا وارتقاعا كبيرا في مستوى الطاقة النفسية للحالة والتي حاولت جاهدة تبني

الأفكار الأكثر عقلانية وتدارك لاستراتيجيات المواجهة عن طريق تدريبها بنجاح على فنيات الاسترخاء وإعادة البناء المعرفي والتقدير الذاتي والتعزيز الايجابي، وهذا ما يؤكد لزاروس (2002) بأن التعزيز مسألة اجتماعية يوجد بشكل تشجيع أو تقدير أو مدح، وما تؤكد جوديث بيك (2008) بأن الأفكار العقلانية والمعتقدات السليمة التي يلقنها المعالج للعميل تقوم مقام الأفكار السلبية والخاطئة التي تشغل حيز الاضطراب. وفي دراسة أجراها هشام عبد الله الخولي (2007) تؤكد أن لعملية إعادة البناء المعرفي وفنية الاسترخاء دورا كبيرا في السيطرة على الأفكار السلبية والمعتقدات الخاطئة، متحكمة في حدة التوتر والادراك السليم لمشاعر الحالة، مما يجنب الفرد الوقوع في مواجهة الآخرين أو التصادم معهم، ويتيح العلاج المعرفي السلوكي إعادة بناء العلاقات والتفكير فيها بشكل سليم وممنهج. وعليه فإننا نسجل تأكيد فرض البحث من خلال النتائج الايجابية للبرنامج ضمن فنياته واستراتيجياته العلاجية التي أعطت للحالة فرصة لإعادة بنائه المعرفي ومراجعة سلوكياتها واتجاهاتها تجاه المهنة والأصدقاء والمرضى.

المراجع

1. أحمد محمد عوض (2007): الاحتراق النفسي والمناخ التنظيمي في المدارس، دار الحامد، ط1، عمان، الأردن.
2. جوديث بيك، ترجمة طلعة مطر (2008): العلاج المعرفي، الأسس والأبعاد، الطبعة الأولى، المركز القومي للترجمة، القاهرة.
3. عادل عبد الله محمد (2001): العلاج المعرفي السلوكي، أسس وتطبيقات، دار الرشاد، مصر
4. عسكر علي (1987): السلوك التنظيمي في المجال التربوي، ط1، الكويت، دار القلم
5. كبداني خديجة (2007): التوظيف النرجسي لدى حالات الاكتئاب الارتكاسي، رسالة دكتوراه منشورة في علم النفس العيادي، جامعة وهران،
6. ملال خديجة (2010): تقنين مقياس ماسلاش و جاكسون في الوسط الشبه طبي، رسالة ماجستير، جامعة وهران
7. هشام عبد الله الخولي (2007): دراسات وبحوث في علم النفس والصحة النفسية، دار الوفاء لذي للطباعة والنشر، الاسكندرية (بدون طبعة)

8. Cottraux.j (1995), les thérapies comportementales et cognitives, 2^{ème} Ed, Masson
9. Elisabeth gerbot (2008): stress et burn out au travail, édition d'organisation, paris
10. Marcel Rouet(2010): Relaxation psychosomatique De la conscience du corps à la maîtrise du mental, édition Mehdi, 1^{ère} édition, Tiziouzou
11. Pièrecanoui (2008) ; le burn out à l'hôpital, le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, masson, 4^{ème} édition, paris, fr