الإرشاد من خلال العلاج النفسي المتمركز حول العميل لكارل روجرز بين النظرية و التطبيق

د. زناد دليلة

جامعة الجزائر 2

مقدمة:

بلور وأسس هذه الطريقة كارل روجرز وقد ذاعت شهرة طريقة روجرز في العلاج النفسي المتمركز حول العميل وكذلك نظريته في الذات في الأوساط السيكولوجية نظرا لوضوحها من جهة ونظرا للزمن القصير الذي يستغرقه العلاج بهذه الطريقة من جهة أخرى، وقد لخص روجرز سنة 1961 التغيير الذي طرأ على نظريته من 1946 حتى سنة 1960 مرورا بسنوات العطاء 1959-1955-1951-1947 قائلا « في السنوات الأولى من تخصصي في الإرشاد والعلاج النفسي كنت أسال السؤال الآتي : « كيف أستطيع أن أعالج أو أغير هذا الشخص؟ والآن أعدت صياغة هذا السؤال بهذه الطريقة: « كيف أستطيع أن أوجد علاقة وجوا نفسيا يستطيع هذا الشخص أن يحقق هو أفضل نمو نفسي ؟ (حامد زهران، 1977، ص ص 281 - 280)

وقد نظر كارل روجرز الكثير حول العلاج النفسي كما أنه وضع عدة افتراضات حول طبيعة الإنسان وهي نظرة مستوحاة من المنظور الإنساني، تتمثل بما يأتي.

1 - طبيعة الإنسان خبرة وفعالة، ويضطرب الإنسان عندما تكون هناك تدخلات من الخارج تحاول تقييمه.

2 - هناك جانب داخلي للإنسان يحاول تحقيق إمكانياته الفردية.

كل السلوكات الإنسانية إنما هي ناتجة عن هذا الجانب الداخلي « التي هي الذات التي تحاول تحقيق الإمكانيات «.

يعتقد روجرز أن التعلم الفعال يتم عندما لا تكون هناك مقاومة من طرف المتعلم وعندما يكون المتعلم مقتنعا بعمله خاصة إذا شعر أن الآخرين راضون عن عمله وذاته، وعندما يحصل الشخص على هذه النظرة الإيجابية غير الشرطية من طرف الآخرين لا يكون هناك مجالا للاضطراب ويكون الشخص قادرا على النمو والتطور ويثبت سلوك هذا النمو والتطور. (دافيدسون ونيل « Davison et Neale » 1986، ص 485).

ويرى روجرز C. Rogers أن المعالج الذي يتبنى « نموذج العلاج المتمركز حول العميل « يجب عليه أن لا يرسم وسيلة العلاج ولا يقترح طريقة ما يجب عمله لأن ذلك الأسلوب يحول العلاج إلى نوع من فرض السلطة الذي يزيد العميل رغبة في التواكل ويبعده عما ينص عليه العلاج مثل إعادة بناء الشخصية وتنمية القدرة على حل المشاكل. (مصطفى سويف، 1967، ص 390).

وتجدر الإشارة إلى أن العلاج المتمركز حول العميل ليس مجرد تقنيات وإنما هو عملية وصيرورة، الأمر الذي جعل روجرز يكرر تصريحه قائلا أن المعالج لا يمكن أن يحل مشاكل عميله بتعليمه بعض الأمور غير المحددة حيث يقول « لا يمكن لأي تناول مهما كان أن يكون فعالا إذا اعتمد فقط على تقديم المعلومات وطلب قبولها دون مناقشة وإنما من الأفضل تقديم الشروح حول نمو شخصية الفرد ووصف المراحل التي تمر بها أي تطورها، ويعتمد المعالج في كل هذا على إقناع العميل بنمط حياة مرنة. (روجرز « C. Rogers » 1961، ص ص 33 - 32)

1. ملامح العلاج النفسي المتمركز حول العميل :

حتى يتم هذا العلاج ويحقق نجاحا معتبرا يجب مراعاة خطة منهجية أو إتباع القانون الداخلي للعلاج وهي ملامح العلاج أو شروطه.

1 - العميل:

هو الفرد الذي تتمركز حوله عملية العلاج والإرشاد ويكون لدى العميل محتوى مهدد في مفهوم الذات الخاص وهو يدرك ويعي عدم التطابق بين الذات والخبرة وبين مفهوم الذات والذات المثالية كما يدرك ويعي التهديد الناجم عن محتوى مفهوم الذات الخاص أو التهديد الناجم عن عدم التطابق بين ذاته والآخرين

ويكون العميل قلقا، معرضا لمضاعفات نفسية ويدرك الحاجة للعلاج ويأتي هو للعلاج ويكون ذا بصيرة نامية أو قابلة للنمو، وتكون لديه عناصر قوة وقدرة على تقدير مصيره بنفسه وتحديد فلسفة حياته ويكون على استعداد لتحمل مسؤولية العلاج وتوجيه نفسه تحت إشراف المعالج. (زهران، 1977، ص ص 282 - 281).

2 - المعالج :

يشترط أن يكون المعالج نفسه متوافقا نفسيا، لديه تطابق بين مفهومه عن ذاته وخبرته وذاته المثالية، ولا يحتوي مفهوم الذات الخاص لديه على خبرات مهددة لا تتفق مع بنية الذات أو مع المعايير الاجتماعية ولديه شفافية وحساسية، يهتم بإخلاص بحالة العميل إذ يتقبله ويشجعه ويتفهم وجهات نظره وأن يكون مستعدا جيدا وموجها بارعا للمناقشة وبائعا ناجحا للصداقة ومتفائلا وبشوشا دائما، كما عليه أن لا يتخذ موقف الواعظ أو الناصح بل يجب أن يكون لديه اتجاها نفسيا أخلاقيا في فهم وتفسير وتعديل السلوك ويجب أن يكون واسع الخبرة في علم النفس وفي كافة مجالات الحياة و يكون بمثابة مرآة للمشاعر ينمي عن طريقها المريض مفهوم ذات أكثر واقعية وإدراكي أكثر دقة للواقع. (زهران، 1972، ص 282)

3 - عقد المعالج :

يلتقي المعالج والعميل ويحاول كلاهما تحديد ما يشبه عقد العلاج أو شبه اتفاق، وذلك في جو حيادي سمح، يحددان الموقف العلاجي وأبعاده ومسؤولية كل منهما، ويفهم العميل أهمية التقارير الذاتية ، وإن أحسن نقطة لفهم سلوك الفرد هي من وجهة نظره هو ومن داخل إطاره المرجعي. (زهران، 1977، ص 282)

4 - مقدمة العلاج:

تبدأ مقدمة الإرشاد والعلاج النفسي قبل عملية العلاج والإرشاد كإعداد مسبق للعميل لتعريفه بالدور الإيجابي الذي ينبغي أن يقوم به في الإطار العام لطريقة الإرشاد والعلاج المتمركز حول العميل وكأنه اتفاق ودي بين الطرفين.

وتبدأ هذه المقدمة بالترحيب بالعميل الذي أتى بنفسه للعلاج ويشرح له دور المقابلات العلاجية وأهميتها ويجب على المعالج أن يبين للعميل أنه سيبذل كل جهده لفهمه ومساعدته وأنه سيجده مشجعا حسن الإصغاء يدفعه إلى التعرف على خبرته أي كل ما يتعلق بالذات الخاصة.

ثم يشجع العميل على تحديد المشكلة مع طمأنته أنه ليس الوحيد الذي يعاني من مشاكل وأن علاج هذه المشاكل سهل وميسور، وأن الفرد القوي هو الذي يواجه مشكلاته مواجهة عملية وواقعية، ولا يهرب منها وأن مفتاح الصحة النفسية هو أن يواجه الفرد نفسه بصراحة وأن يعرف مشكلاته ويحددها ويدرسها ويضبطها ويحولها من مشكلات تسيطر عليه إلى مشكلات يسيطر عليها.

وبعد تحديد المشكل، يبحث المعالج والعميل عن الأسباب الحقيقية الخاصة بالمشكلة وذلك بالبحث في كافة جوانب حياة العميل، ما ظهر منها وما بطن، ويدور البحث في الأسباب الأصلية مثل العيوب الوراثية والعاهات الجسمية والخبرات الأليمة والظروف الفردية والاجتماعية. (زهران، 1977، ص 284 - 283)

وبعد تحديد المشكل، أعراضه وأسبابه يلتفت المعالج إلى أهمية الفحص والكشف الدقيق سعيا والتشخيص المرفق والعلاج الناجح ويتركز هدف الفحص في فهم شخصية العميل، ومعرفة نواحي قوته ونواحي ضعفه ومعرفة أجمل خبراته وأسوئها وما يعجبه في نفسه وما لا يعجبه وحاجاته المشبعة وغير المشبعة، ويؤكد المعالج للعميل أن يثق في تقرير ذاته ، وأن أحسن نقطة لفهم سلوكه هي من وجهة نظره (العميل) ومن داخل إطاره المرجعي Frame of reference ويشجع المعالج العميل أن يدخله إلى « ذاته الخاصة « ويعرفه على محتوياته بما في ذلك أنواع الخبرات.

وهكذا يصل المعالج إلى التشخيص وذلك من واقع تحديد المشكل والمعلومات السابقة والاستعانة بالاختبارات النفسية والفحص الطبي. (زهران، 1977، ص 285)

ويعمل المعالج على تهيئة الجو العلاجي السار المشبع بالأمن والتقبل والراحة والأمل الخالي من التهديد والتوتر كما يعمل على إقامة علاقة علاجية أساسها الاحترام المتبادل وإتاحة فرص التنفيس ويسعى المعالج لتعريف العميل بنواحي القوة والإيجابيات الموجودة لديه للرفع منها بالإضافة إلى تعريفه بنواحي النقص والتشوه حتى يتم علاجها وعلى أساس نمو البصيرة وتغيير السلوك يحدث التغيير في مفهوم الذات وتنمية فلسفة عامة في الحياة أكثر واقعية وبالتالي تقبل الذات وتقبل الآخرين وتستمر جلسات العلاج ويتم تحديد انتهائها بتحقيق الهدف وشعور العميل بقدرته على الاستقلال والثقة بالنفس والقدرة على حل مشكلاته مستقبلا وشعوره العام بالتوافق النفسي والصحة النفسية. (زهران، 1977، ص 286 - 285)

علما أن المعالج يضع خطة العلاج بالاشتراك مع العميل ويكون المعالج مسؤولا عنها في حين يكون العميل مسؤولا عن تنفيذها وترجمتها إلى سلوك، وتهدف خطة العلاج إلى تحويل نقاط الضعف في مفهوم الذات إلى مصادر قوة وتحويل الخبرات المؤلمة إلى خبرات سارة وتعليم العميل طريقة حل مشكلات الحياة بصفة عامة.

وبعد تطبيق اختبار مفهوم الذات بالإضافة إلى المقابلة الشخصية يصل المعالج إلى التشخيص وذلك بتحديد مدى عدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعي وبين المفهوم الذاتي المثالي، وكذلك محتوى الذات الخاص. (زهران، 1977، ص 287)

وأهم شيء نلاحظه هو تردد مصطلح مفهوم الذات، إنه محور نظرية « التمركز حول العميل « يركز روجرز على أهمية مفهوم الذات الفردي أو الشخصي الذي يعني الطريقة التي يدرك بها الفرد ذاته، ويعتبر اتجاه تحقيق الذات المحرك الأساسي لنمو الفرد والحفاظ على تطوره ومنذ حداثة سنه يسعى الفرد إلى تعزيز وتثبيت ذاته وتعتمد معظم مفاهيم الذات التي تكون مفهوم الذات العام على عمليات التقييم العضوية بينما تعكس مفاهيم الذات الأخرى شروط الاستقبال أو التقدير المستدخلة والتي تكون تقييماته وتقدير الآخرين وعندما يستندخلها الفرد يشعر بها وكأنها ملكه ومن بناءاته الشخصية أو العضوية، وهنا يمكن ظهور الصراع بين اتجاه تحقيق الذات ومفهوم الذات الذي يعتبر جهاز تحتي الاتجاه تحقيق الذات

وشروط الاستحقاق هي التي تعرقل تحقيق الإدراكات الصحيحة سواء الشخصية أو الخارجية. (نلسون « 1982 » Nelson، ص 16)

5 - عملية العلاج :

يتميز العلاج النفسي المتمركز حول العميل بوضوح النظرية التي يستند إليها وبالزمن القصير الذي يستغرقه، إن غاية نمو الشخصية حسب هذا المنهج العلاجي هي التطابق الأساسي بين المجال الظاهري « الخبرة « ومفهوم الذات والتخلص من المستويات المهددة لمفهوم الذات الخاص وهذا يمثل التوافق النفسي.

وأفضل وسيلة لفهم الفرد هي فهم الإطار المرجعي الداخلي Internal Frame of reference أي فهم سلوك العميل من وجهة نظره هو نفسه وطريقة نظرته للأشياء وإدراكه للعالم وكذلك اتخاذه لقراراته، وعندما يصل المعالج إلى فهم سلوك العميل في هذا الإطار يساعده على فهم نفسه بدرجة أوضح ويمكنه مساعدة العميل في التعرف على الاختلاف بين عالمه الذاتي الخاص كما يدركه وبين العالم الخارجي الواقعي الموضوعي الذي يواجهه، ومن خلال ذلك يظهر أن أفضل أسلوب لإحداث التغيير في السلوك هو أن يحدث التغيير في مفهوم الذات ولا يتم ذلك إلا بعد تهيئة جو علاجي آمن خالي من أي شيء قد يكون مهددا للعميل عن طريق الحوار والاحترام الأمر الذي يساعد العميل على بلورة أبعاد مفهوم ذاته من ناحية، ويساعده على التعرف على أكثر الأبعاد تشوها من ناحية أخرى، كما يمكنه من نقل خبراته تدريجيا من مستودع الذات الخاصة إلى المعالج وتزداد ثقة العميل بدون شروط.

وأهم ما يصل إليه العميل هو تقبل ذاته وتقبل الآخرين وتنظيم مفهوم عن ذاته ليصبح متطابقا مع خبراته وينطلق نحو تحقيق الذات وبالتالي يصل غلى التوافق النفسي (زهران 1977، ص ص 289-288).

2. مسار العلاج النفسي المتمركز حول العميل :

إن العلاج الروجيري المتمركز حول العميل لا يعني تطبيق قوانين مسطرة سابقا ولا يعني إملاء نصائح وإرشادات يحفظها العميل على ظهر قلب، بل هو عملية مستمرة، عملية أخذ

وعطاء بين العميل والمعالج هو صيرورة دائمة نحو تحقيق الأفضل، إنه برنامج مرن يعده المعالج والعميل ويتم تطبيقه على شكل جلسات كلها إقناع وعمل ونشاط.

يضع العلاج الروجيري مسؤولية كبيرة على المعالج الذي يجب أن يظل حذرا دائما في تعامله مع مشاعر العميل وأن يستعمل من الكلام ما لا يوقف الانطلاق العاطفي ويعمل جاهدا على مساعدة العميل على إطلاق مشاعره حتى تستمر العملية العلاجية في التقدم. (قهمي، 1967 ص 449) .

يتمثل علاج روجرز أو يشير إلى وقت يقضيه المعالج مع العميل، إنه وقت ثمين وثري، ويعبر روجرز عن هذا الوقت بالخبرة (سواء من طرف المعالج أو من طرف العميل) كل واحد منهما يعيش خبرته العلاجية ويشرح روجرز الخبرتين على النحو التالي:

أ - خبرة المعالج :

تشكل كل مقابلة للمعالج مع العميل خبرة جديدة، وكلما قابل المعالج عميلا جديدا يقول : ها هو شخص آخر، عميل جديد، إني خائف منه خائف من التعمق في أفكاره ولكن عندما أسمع له سأكن له احتراما، إنني أتصور كم يخيفه عالمه غير أنني أريد التعرف على انطباعاته وأريده أن يعرف أنني أفهمه وأشعر بوجوده وأني قادر على مساعدته للخروج من هذا العالم المخيف، أريد أن نسافر معا في هذا العالم حيث يعيش لوحده، أعيش معه هذا الخوف، أن يعرفني جيدا وأن يثق في صدقي وعطفي.(روجرز «1961 ،» Rogers، ص 66).

هذه هي خبرة المعالج، كلامه الداخلي، شعوره وهو يستقبل لأول مرة العميل، هي خبرته أثناء صيرورة العلاج، فالعلاج إذن خبرة « The experiencing».

ب - خبرة العميل :

يمر العميل أيضا بخبرة سريعة أثناء اللقاء يقول العميل : « إنني خائف منه، لكنني محتاج إلى مساعدته، هل أثق فيه، ربما سيرى في خبرتي وشعوري أمورا غائبة عن شعوري، عناصر مخفية، ربما لا أقول له كل ما يشغلني، ولكن يظهر أنه يفهمني... والآن ولقد عرف هذا الجزء السيئ من خبرتي، هل يحتقرني، هل ما قلت له ليس مخيفا، إنني أعبر جيدا عن ذاتي وهذا

يريحني، وأعتبر هذا المعالج صديقا.

إن هذا المعالج يشاطرني الخبرة ويفهمني ممكن إذن للآخرين أن يفهموني في الماضي كان يخيفني أن أكون أنا أشعر بالخوف والضيق... والآن تعلمت أن هذه الخبرات ليست أولية، إنني أشعر بأن كل أفعالي وتصرفاتي مقبولة وصالحة وهذا يعني أنا موجود، أنا بالذات. (روجرز «1961 ،» Rogers، ص 67).

إن خبرة العميل وخبرة المعالج هي المحتوى الداخلي أو الوجه الداخلي للمقابلة العلاجية المتمركزة حول العميل أي كيف يعيش العميل ومعالجة لحظات المقابلة العلاجية كل ما يتعلق بأساس أحدهما نحو الآخر وبانطباعاته وبكيفية تقبل أحدهما للأخر.

وتتضمن خبرة المعالج مجموعة من التساؤلات يطرحها على نفسه عند أول كل لقاء يجمعه مع عميل جديد وأثناء المقابلة الأولى، وهي أسئلة يرددها خلال المشوار العلاجي، إنها أسئلة تنبهه وتدفعه دائما نحو الأمام، هي أسئلة تذكره عند كل أول لقاء أنه أمام حالة جديدة لها خصائصها ومميزاتها، وهذه الأسئلة مهمة لأنها تحدد طريقة البحث وتحدد الهدف المنشود، وتتمثل هذه الأسئلة فيما يلي :

1 - هل يمكن أن يثق بي العميل ويصدق أنني أريد مساعدته، أي هل بإمكاني أن أحصل على ثقة العميل بأن عملي يهدف أساسا إلى مساعدته.

2 - هل يسهل علي التواصل مع العميل حتى أقدم له النصائح.

3 - هل أنا قادر على التعبير عن اتجاهاتي الإيجابية نحو العميل الحرارة والانتباه والاحترام.

4 - هل أتمتع بشخصية قوية حتى أكون قادرا على احترام نفسي وأفكاري قبل أن احترم العميل، وهل أتمتع باستقلالية عن العميل فلا اكتئب لاكتئابه وإنما أساعده للتغلب على حالته هذه.

5 - هل أنا مطمئن فعلا وأمين حتى أسمع العميل وحتى أجعله جادا في حديثه.

6 - هل بإمكاني الدخول في عالم العميل، في عالم عواطفه وهل أستطيع أن أرى الواقع كما يراه هو. (روجرز «1961 ،» Rogers، ص 52).

7 - هل أتقبل كل ما يقدمه لي من جوانب في حياته وخبرته وهل أتمكن بعد ذلك من إعادة صياغة أفكاره ثم إيصالها له.

8 - كيف أتصرف في هذه المقابلة حتى لا يظهر سلوكي كعقاب.

9 - هل بإمكاني أن أحرر العميل من خوفه ومن أحكام الآخرين حيث نتعرض في حياتنا اليومية لمثل هذه الأحكام والتقديرات.

10 - هل بإمكاني أن أنظر إلى هذا الفرد كشخص قائم بذاته له عالمه وخبرته وواقعه. (روجرز «1961 ،» Rogers، ص 55).

وإذا استطاع المعالج الإجابة على هذه الأسئلة يتوصل حينئذ إلى صلب الموضوع أي العملية العلاجية هذه العملية التي تمر بسبع مراحل غير أن هذا لا يعني أنها عملية مجزأة وإنما هي عملية متواصلة ومستمرة تنسجم مراحلها فيما بينها، ويعود تقسيم العملية العلاجية إلى مراحل متتالية إلى سبب تقديري أي حتى يتمكن المعالج من قياس درجة التغير التي وصل إليها العميل وإظهار خصائص هذا التغير عند كل مرحلة حتى الوصول إلى المرحلة السابعة حيث يصل العميل إلى ذروة « العلاج النفسي المتمركز حول العميل « وهو « تقبل ذاته الواقعية وتقليص الهوة بين هذه الذات الواقعية والذات المثالية.

إن حقيقة العملية العلاجية عند روجرز تكمن في علاقة « إذا كان .... فإن « فإذا كان المعالج قد وفر الشروط الضرورية لصيرورة العلاج إذن من الممكن جدا أن يشكل التغير محورا أساسيا أثناء العلاج، ويعتقد روجرز أن السبب الرئيسي الذي يعترض نمو الفرد هو تأثير تقديرات وأحكام الآخرين وتشكل هذه الأحكام شروط القيمة « Condition of worth « وهي شروط يضعها المجتمع كقوالب تتميز بالصلابة ويعمل الفرد وفقها وعندما تشتد هذه الظروف تصبح عوائقا تصيب مستوى الدراية، وينعكس كل هذا سلبا على مفهوم الذات بأبعاده المختلفة لاسيما على بعد « تقبل الذات « مثلا : إذا رغب شخص ما أن يكون فنانا ويعمل كل ما بوسعه حتى يحقق نجاحا في هذا الميدان، ولكن نظرا لضغوط الأسرة وتسلطها يستحيل على هذا الشخص مواصلة مشواره الفني فيثبط عزيمته ويكون الفشل حليفه وبالتالي تنتابه حالات اليأس والاكتئاب وهنا تتوقف عملية النمو Growth تماشيا مع هذه الحالة الوجدانية، ويهدف العلاج الروجيري إلى مكتسبات هذا النمو ودفعه نحو

الأحسن في حالة ما إذا تعرض إلى خلل أو ضعف.

3. مراحل العملية العلاجية :

المرحلة الأولى:

في هذه المرحلة لا يكون العميل قادرا على فهم خبرته، كما يكون في حالة حصر وقلق وألم، يتصف بالتصلب، ليس له القدرة على الحديث والتواصل، حيث يظهر نفورا شديدا من خبرته وذاته ويرفض أي تدخل من طرف المعالج لمساعدته فهو لا يصدق فعالية العلاج ومُا يمكن أن يحدثه هذا المعالج من تغير في مستوى مفهوم الذات.

المرحلة الثانية :

يشعر العميل خلال هذه المرحلة أنه أكثر تلقائية كما يشعر باتجاهات المعالج الإيجابية تظهر بوضوح وهكذا يبدأ العميل يعبر عن ذاته كجزء خارجي، كشيء قائم بذاته غير أنه لا يصل إلى تبني هذه الذات والاعتراف بأنها ملكه الخاص، كما أنه يعبر عن خبرته وكأنها واقعة خارجية عن ذاته لا يريد تقبلها لأنها تجلب له الألم والضغط.

المرحلة الثالثة :

يصل العميل في هذه المرحلة إلى حالة الارتياح حيث تزول شدة التوتر ويتوصل إلى التعبير عن جوانب هامة من شخصيته ويكشف للمعالج عن أجزاء من خبرته دون خوف. (روجرز «Rogers «، 1961، ص 135).

المرحلة الرابعة :

يصل العميل في هذه المرحلة إلى الشعور الكامل بالقبول من طرف المعالج، ويرى في معالجه الشخص الذي يشاطره في ألامه ويتفهمه دون شروط كما يشعر من خلال معالجته أنه صادق في تدخلاته، وهنا يصبح العميل أكثر تلقائية في التعبير عن ذاته، والشيء المهم أنه يدرك خبرته بصورة موضوعية ويشعر بأجزائها الإيجابية ويتقبل أجزائها غير الإيجابية

كما يتمكن من ضم هذه الخبرة إلى ذاته لتشكل جزءا من مكتسباته، وهنا يشعر المعالج بفعالية تدخلاته العلاجية وأن العقد العلاجي قد وصل إلى نقطة مهمة من التطبيق. (روجرز «1961 ،» Rogers، ص 137).

المرحلة الخامسة :

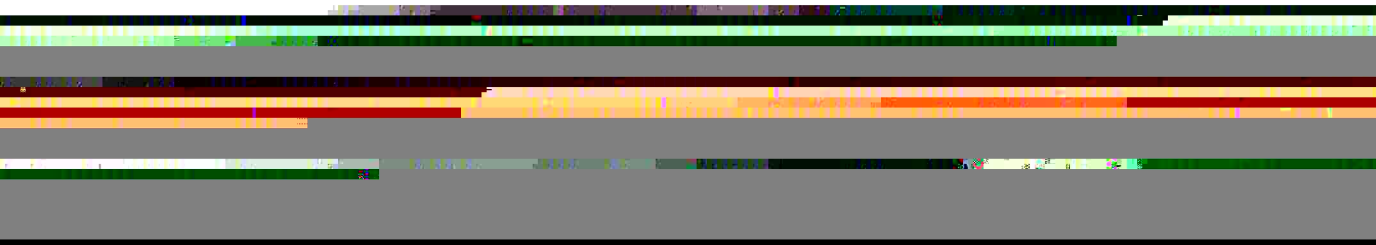
العميل في هذه المرحلة لم يعد يتهرب من مواجهة خبراته بل يتقبلها دون تردد، فهي تمثل جزءا من ذاته ولا يمكن نفيها وعليه إدراكها بطريقة إيجابية، إذ بالرغم من سلبيتها، فهي يمكن أن تحمل أمورا إيجابية في صالحه، يشعر العميل خلال هذه المرحلة أنه أصبح يعي ذاته، يعي إيجابياتها ونقائصها هذه هي الذات الواقعية، لقد أدرك حدودها وما يمكن تحقيقه أي تنمية ما هو إيجابي وحقيقي. (روجرز «1961 ،» Rogers، ص 139).

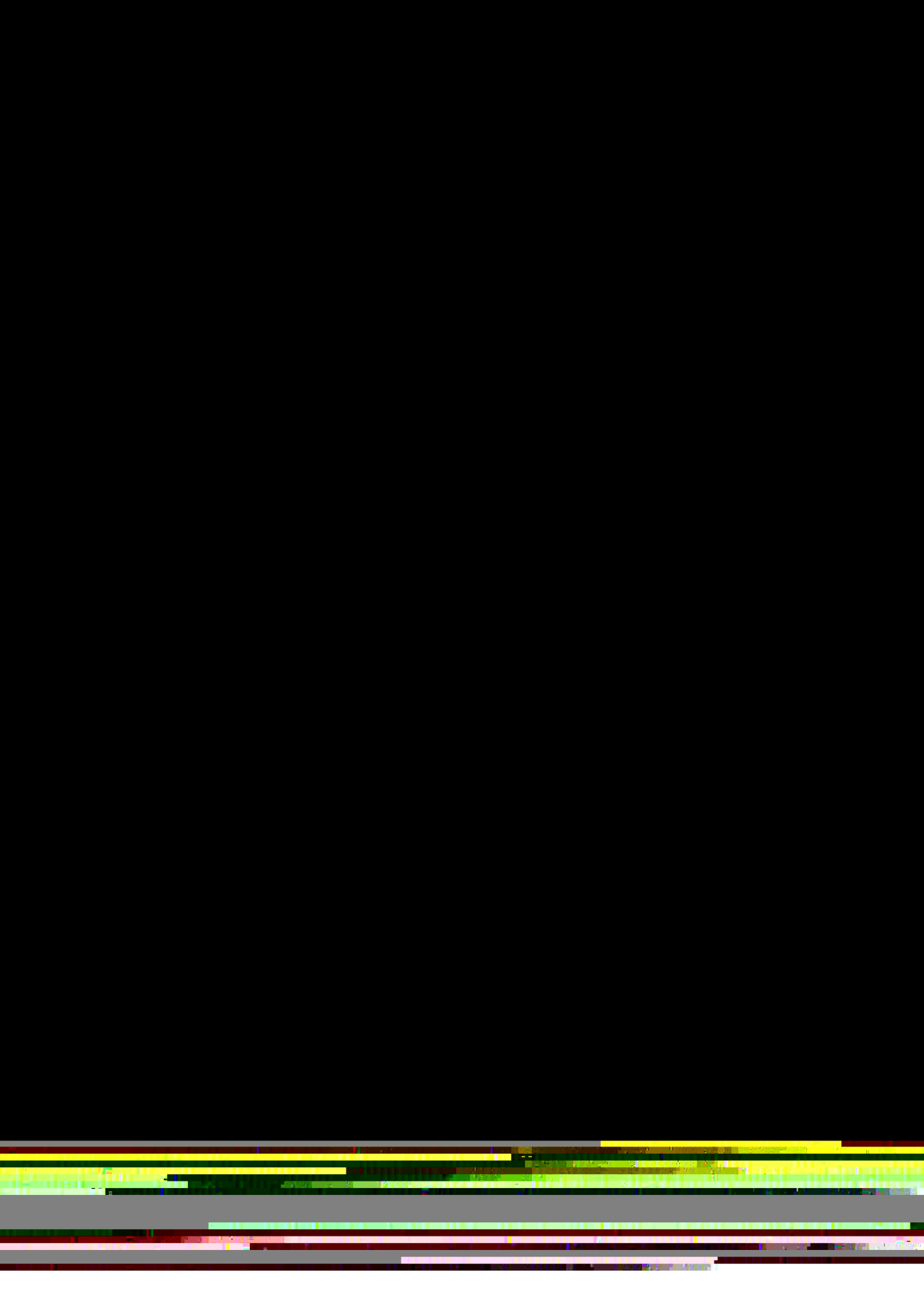
المرحلة السادسة :

يبلغ العميل في هذه المرحلة ذروة العلاج لا يخفي شيئا وغالبا ما تكون هذه المرحلة مأساوية خصوصا في المقابلات الأولى حيث يكون العميل في مواجهة مباشرة مع خبرته مستحضرا إياها واعيا بانعكاساتها الأمر الذي يشير إلى أن العميل يعيش خبراته للمرة الثانية ويناقشها مع المعالج ولكنها مرحلة مهمة أيضا لأن العميل قد تجاوز خطوة أساسية وهي مواجهة خبرته وتقبلها يعني إدخالها ضمن حيز مفهوم الذات. (روجرز «1961 ،» Rogers، ص 145).

المرحلة السابعة :

هنا تصبح درجة تقبل الذات في تزايد مستمر ويظهر الشعور بالثقة بالنفس ويعبر عن ذلك روجرز « Rogers » بالدراية أي أن العميل أصبح واعيا بخبرته وعلى دراية بها، إنه [redacted] أخيرا يصل العميل إلى شيء كان يرفضه وهو أنه أصبح





المهني لدى شريحة هامة داخل المؤسسات الصحية أساسية في العملية العلاجية والخدماتية.

تطوير الثقة بالنفس	الاتصال مع المسؤول بثقة. عرض مبررات رفض

استراتيجيات التكفل والوقاية المتمركز نحو المؤسسة والمهنة

(الضغط كخاصية للبيئة المهنية) حسب كرزاك Karasek

أصدرت منظمة الصحة العالمية للصحة OMS في هذا المنحى بعض الإرشادات لتحسين تنظيم العمل، والتي تبنتها كثير من الدول منذ السبعينيات.

كما أن هذه المبادئ استندت عليها الأنماط الجديدة للتنظيم العمل (NFOT) nouvelles formes d'organisation du travail.

الجدول 4: توجيهات المنظمة العالمية للصحة OMS فيما يخص تنظيم العمل

تنظيم أوقات العمل	- تنظيم الوقت بصفة مناسبة مع متطلبات المسؤوليات خارج أوقات العمل بالنسبة للورديات. - مرونة أوقات العمل يجب أن تنظم بمعية العمال.
محتوى العمل	- إعادة تحديد المهام. - إثراء المهام. - المساعدة على تطوير قدرات جديدة. - تشجيع التسيير بالمشاركة. - اقتراح تغذية راجعة حول الأداء. - إنشاء فرق عمل متماسكة. - رفع الأجور.
البيئة الاجتماعية	- يجب أن يسهل التفاعل الاجتماعي. - الحاجة إلى الدعم والمساعدة والتكوين في العمل.

التطور المهني	- حاجة الوضوح في معايير الترقية. - حاجة المعلومات حول التطور المحتمل للمؤسسة. - اقتراح تطور في المسار المهني.

استراتيجيات التكفل والوقاية الخاصة بالمؤسسات الصحية الجزائرية

إن خصوصيات مجتمعنا ونمط تسيير مؤسساتنا الصحية وثقافتها وكذا درجة طموح ممرضينا ومستواهم العلمي يجبرنا على أننا نضيف بعض استراتيجيات التكفل والوقاية من الضغط المهني زيادة على ما سبق ذكره.

استراتيجيات متمركزة نحو الفرد	- توضيح أهمية الزواج. - توضيح أهمية الإنجاب. - توضيح فائدة العبادات. - تغيير مكان العمل.
استراتيجيات متمركزة نحو المؤسسة	- تنظيم المصلحة وغرف المرضى ومكاتب الممرضين والأطباء والوسائل وأدوات المهنية لتسهيل العمل. - دراسة وتلطيف التعليمات الدراية. - عبء العمل. - مكان الاسترجاع (مطبخ للأكل والقهوة والاسترخاء) - مكتب خاص بالممرضين. - مكتبة صغيرة في المصلحة. - تسهيل دخول وإعارة الكتب للممرضين من المكتبة المركزية. - تسهيل الحضور والمشاركة في الملتقيات والنشاطات العلمية. - تسهيل الحصول على حقوق مواصلة التكوين والدراسة. - العدل والإنصاف في المكافآت والترقية. - الحق في الإعلام فيما يخص الممرض (تكوين منحة داخل أو خارج الوطن.....) - بسهيل تغيير المصلحة أو المؤسسة.

استراتيجيات متمركزة نحو المهنة	- اختيار المرضين وفق نمط شخصية مواءمة للمهنة. - فتح المجال واسع لتطوير المسار المهني، يلبي طموح المرضين ويُستفاد من قدراتهم وخبراتهم.

الخاتمة:

نقول في الختام بأنه بالرغم من أهمية ونجاعة هذه الاستراتيجيات بالنسبة للفرد والمؤسسة، إلا أن تطبيقها ثقيل نوعًا ما كونه يتطلب تغيير في التنظيم ككل وأهم من ذلك يتطلب تغيير في الذهنيات التي ترسبت.

المراجع باللغة العربية

1 - علي عسكر (2003): ضغوط الحياة وأساليب موجهتها الطبعة الثالثة.دار الكتاب الحديث.

2 - عبد المحسن فهد سيف (2000): محددات الإعياء المهني بين الجنسين. الإدارة العامة، المجلد 39 العدد4. (675 ـ718)

3 - أيت حمودة حكيمة (2006): دور سمات الشخصية واستراتجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة الجسدية و النفسية، أطروحة دكتوراه غير منشورة. في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.

4 - شتوحي جلولي نسيمة (2003): الإنهاك المهني عند المرضين واستراتيجيات المقاومة المستخدمة. مذكرة لنيل شهادة ماجيستر غير منشورة في علم النفس الاجتماعي. جامعة الجزائر.

5 - ليندة موساوي (2001): علاقة الضغط المهني. ببعض المتغيرات المهنية والفردية عند المرضين. رسالة ماجيستر غير منشورة في علم النفس العمل والتنظيم.جامعة الجزائر.

المراجع باللغة الأجنبية:

6 - A. Laraba (2007) : La Gestion Du Stress Le Syndrome D'épuisement. Institut National Pedagogique De La formation Paramédicale, Hussein Dey .Alger

7 - Catherine Chazarin (1991): L'usure professionnelle est-elle un risque pour l'infirmière? Recherche en soins infirmièr N° 27.

8 - David L.Turnipseed (1994): An Analysis of the inflience of work environment variables and moderators on the burn out syndrome . journal of applied social psychology, 24,9,pp782-800.

9 - K.L. Zellars and P.L.Perrewe (1999): mitigating burnout among high-NA.employees in health care : what can organizations do ? journal of applied social psychology, 29,11 pp 2250-2271.

10 - Monica. A. Hemingway and Carla S. Smith(1999): Organisational climate and occupational stressors as predictors of willdrawal behaviours and injuries in nurses journal of occupational psychology,72,285-299.