

تأثير القلق ببعديه (سمة وحالة) في تحديد

مستوى التعاطف لدى المعالج النفسي

دراسة ميدانية على عينة من المعالجين النفسانيين

د/فوزية غماري

المركز الجامعي تيبازة

ملخص:

يمثل التعاطف شرط أساسي لممارسة العلاج النفسي باعتبار أن العلاقة المهنية التي تربط المعالج بالمريض هي علاقة إنسانية بالدرجة الأولى فقد يؤثر في المريض وقد يتأثر. ولهذا يفترض أن يتمتع المعالج بالصحة النفسية ومستوى من الاتزان الانفعالي يسمح له بالتحكم في مستوى القلق الذي يخبره كغيره من أفراد المجتمع. وعليه جاءت نتائج هذه الدراسة التي تحورت حول مدى تأثير القلق على مستوى التعاطف لدى المعالجين النفسانيين لتؤكد وجود تأثير سمة القلق لدى المعالجين على مستوى التعاطف الكلي لديهم كما ثبت تأثير سمة القلق على بعد التعاطف الانفعالي المتمثل في الانزعاج الشخصي وبعد التعاطف المعرفي المتمثل في التخيل والقدرة على التقمص. وبالمقابل لم تتأكد الفرضية الثانية حيث لم يثبت تأثير حالة القلق على مستوى تعاطف المعالجين النفسانيين.

الكلمات المفتاحية: القلق-حالة - القلق-سمة - التعاطف- المعالج النفساني.

Résumé: L'empathie est un composant crucial dans la relation thérapeutique c'est à la fois une capacité cognitive d'adopter le point de vue de l'autre et une réponse affective en lien avec un partage émotionnel. Pour cela le psychologue aura besoin d'un équilibre psychique et émotionnel qui lui permettra de réguler son anxiété. Les résultats de cette étude se sont axés sur l'effet de l'anxiété état et l'anxiété trait sur le degré d'empathie chez les psychologues. En effet les résultats démontrent l'effet de l'anxiété trait sur le degré empathique général des psychologues. L'anxiété état ne semble pas avoir le même effet sur leur empathie.

Mots clé: Anxiété trait - Anxiété état- Empathie- Psychologue

مقدمة

يعد العلاج النفسي من المهن الحساسة والتي تتطلب توافر صفات وخصائص محددة لدى المعالج. حيث أن أهم الشروط الواجب توافرها لدى كل منهما حسب النظريات المختلفة، التعاطف أو ما يسمى بالمشاركة الوجدانية لأفكار ومشاعر المسترشدين والمتقدمين لطلب المساعدة النفسية. ورغم أن هذه الصفة قد تتوافر لدى عامة الناس إلا أنه في مجال المهني يحتاج المعالج إلى تنمية هذه المهارة من خلال التواصل اللفظي وغير اللفظي باعتماد لغة الجسد والصمت وحسن الإصغاء.

فالتعاطف يشكل الركيزة والدعامة الأساسية في عملية العلاج النفسي ومن بين الكفاءات المهنية التي تتطلبها هذه المهنة. بل أصبحت اليوم من متطلبات المهن المتميزة بخصوصية العلاج سواء تلك المتعلقة بالهن الطبية مثل الطب العام والطب النفسي والعقلي وكذا المهن الشبه طبية. حيث يهتم الأطباء اليوم والمهنيون بصفة خاصة في مجال الطب والطب النفسي على الخصوص ويركزون على أهمية ونوعية العلاقة التي تربط المعالج بالمريض. ذلك أن موقف الطبيب اتجاه مريضه حسب Jeammet (1996) وزملائه يكون انطلقا وتبعاً للاستجابة العاطفية للمريض وخصائصه من حيث جنسه ومرحلته العمرية ووضعياته الاجتماعية وكذا موقف الطبيب ذاته من حيث مزاجه وعبائه وتوتره ووضعياته الاجتماعية الحالية. فالمعالج والمريض يلتقيان بانتظارات معينة ومشاعر وقيم وثقافة مختلفة، إذ تؤثر كل هذه العناصر في طبيعة ونوعية العلاقة بينهما (Lancelot, 2010). ولا شك أن المسترشدين وطالبي المساعدة النفسية هم من بين الأفراد المتميزين بالهشاشة والمعاناة النفسية باعتبار أن اضطرابهم النفسي أو الانفعالي والسلوكي يجعلهم يعبرون عن حاجتهم لتفهم مشكلاتهم التي تعرقل سيرهم وتحد من تكيفهم مع المحيط.

ولهذا يحتاج المعالج النفسي إلى قدرة تعاطفية مع المسترشد وطالب المساعدة النفسية حيث بينت العديد من الدراسات إلى أن التعاطف هو من الصفات العلائقية الجيدة والهامة في مجال التكفل بالمرضى ويؤكد Olson (1995) في هذا الصدد أنه كلما عبر المعالج عن تعاطفه كلما ازداد إحساس المريض بأنه قد تم فهم مشكلته (Lancelot, 2010).

إن التعاطف يمثل مفهوما مركزيا في العلاج النفسي ويرتكز على ثلاث مكونات أساسية تتمثل في: فهم وجهة نظر الآخر وانفعالاته، التعبير عن فهمنا له بتقنيات معينة وأخيرا أن نكون بذواتنا ونحتفظ بها كما هي دون تغيير أو تصنع (Chambon et Marie-Cardine, 2003) rester soi-même.

فالمسترشدون يحتاجون إلى مناخ يشعرون من خلاله بالتعاطف والمشاركة الوجدانية وتفهم المعالج والمرشد النفسي لألامهم وأمالهم وانتظاراتهم التي يفصحون عنها عند طلبهم للمساعدة.

ولهذا يعد التعاطف اليوم من العوامل المنبئة بنجاح العلاج النفسي حسب كل من (Luborsky, 1985) وزملائه حيث أن العلاقة بين المريض والمعالج النفسي سوف تتحدد بنوعية التناغم (accordage) والتعاطف في إطار التعاقد العلاجي الذي سيميز بالثقة المتبادلة والانتماء والتوجه نحو أهداف مشتركة (Steffens & Verhaegen, 2017).

وفي نفس السياق أشارت دراسة Roy (1980) أن المعالج النفسي الأكثر تعاطفاً هو الأكثر فاعلية ورضاً عن نفسه وعمله وتفاعله مع الآخرين. (شحاتة، 2016) فإذا كان التعاطف سمة شخصية إيجابية يحتاج المعالج النفسي أن يتمتع بها ويطورها، إلا أنه شخص كغيره من أفراد المجتمع له شخصيته ودوافعه وانفعالاته ورغباته وآلامه وأنه قد يتأثر بتجارب الحياة الضاغطة التي يمر بها كما قد يتأثر بالأم ومعاناة الآخرين لا سيما طالبي المساعدة النفسية، حيث يعتقد الباحثون أن تكرار وشدة وظروف تعرضهم وما تتركه من صدى في تاريخنا الشخصي قد يؤثر سلباً ويضعف من قدراتنا التعاطفية (Boukhobza, 2015).

إن مهنة المعالج النفسي ليست كأي مهنة أخرى باعتبار أنها تقوم أولاً وأخيراً على علاقة الألفة والانسجام والثقة والاحترام والصدق والتقبل غير المشروط دون أن يتحول إلى علاقة شخصية أو يحدد عن الإطار المهني الذي يمارس فيه. ولذلك فهو يحتاج في هذه الحالة إلى وعي أكبر بذاته وانفعالاته وسماته السلبيه كالقلق والانعزاج والتحكم فيها لتحقيق مشاركة ملائمة لحالة المسترشد الانفعالية دون أن يغرق في همومه وانفعالاته على حساب تفهم المفحوص ومساعدته.

فالمعالج الذي يقدم المساعدة النفسية يحتاج إلى خصائص شخصية تساعده على النجاح في هذه المهنة من بينها قدرته على فهم ذاته ومعرفة قدراته وإمكاناته وفهم دوافعه ومشاعره نحو الآخرين والتعرف على نقاط القوة والضعف لديه بشكل صحيح وأن تكون اتجاهاته إيجابية نحو ذاته ونحو المسترشدين إلى جانب هدوئه وثقته بنفسه والتحرر من القلق (شحاتة، 2016).

ويؤكد Renaud (2000) في نفس السياق أن الحالة النفسية للمعالج إذا كانت سجيئة إدراكاته لإعاقة الآخر وآلامه وإمكانية وفاته فقد يصعب عليه التحكم في هذا الجرح النرجسي وقد يقع ضحية مشاعر اكتئابية أو سلوكيات عدوانية أو اضطرابات القلق (Lancelot, 2010).

ذلك ما توصل إليه André (2011) في دراسته حول 20 معالج نفسي من ذوي الخبرة وذوي الكفاءة الإكلينيكية والعلمية حيث كشف هؤلاء الممارسون أنهم يطبقون تقنياتهم على أنفسهم لتحسين حالتهم النفسية وذلك من أجل الوقاية من الضغوط وتقبل الذات. كما أنهم تمكنوا بواسطة التقنيات نفسها من تجاوز مشكلات نفسية في مرحلة من مراحل حياتهم كالاكتئاب والرهاب والهلع والقلق. ويضيف André أن المعالج وطالب المساعدة النفسية كلاهما هش، منهم من يعرف كيف يحافظ على اتزانهِ ويتجاوز ضعفه وهشاشته ومنهم من لم ينجح في ذلك بعد (André, 2011).

وعليه فإنه من الصعب على المعالج النفسي اتخاذ موقف تعاطفي إذا لم يطور كفاءته المهنية ولم يدرّب ذاته على التعامل مع التوتر وإدارة القلق والمشكلات التي يواجهها بالتقنيات نفسها التي يعتمدها مع مسترشديه.

فالصعوبة التي يمكن أن تكون بمثابة عراقيل للمعالج هي مدى قدرته على التفرغ *disponibilité* نفسياً وبكفاية لقبول الآخر دون أن يتواطأ مع ما يحس به المريض. وهذه الصعوبة قد تؤدي بالمعالج إلى نوعين من الإفراط: الإفراط في اللجوء إلى التقنيات والاعتماد عليها كلية لتجنب المعاش العلائقي المؤلم وهو تقمص مهني بحث، أو الانزلاق نحو تعاطف أليم ومؤلم قد يؤدي إلى وضعية الإجهاد والاحتراق المهني نظراً للتقصص المفرط للمريض (Lancelot, 2010).

وعليه فإن المعالج النفسي يحتاج لأن يحافظ على التوازن المناسب بين قدراته التعاطفية ودرجة القلق لديه مما يسمح له بالرؤية الناقدة وأخذ القرار ومساعدة مسترشديه.

1. مشكلة الدراسة

بناءً على ما سبق يمكن تحديد مشكلة الدراسة الحالية في التساؤل التالي:

هل توجد فروق في أبعاد التعاطف بين المعالجين النفسيين ذوي الدرجات المرتفعة للقلق والمعالجين النفسيين ذوي الدرجات المنخفضة للقلق؟

2. فرضيات الدراسة

- توجد فروق جوهرية في مستوى التعاطف بين المعالجين ذوي الدرجات المرتفعة لسمة القلق والمعالجين ذوي الدرجات المنخفضة لسمة القلق.
- توجد فروق جوهرية في مستوى التعاطف بين المعالجين ذوي الدرجات المرتفعة حالة القلق والمعالجين ذوي الدرجات المنخفضة لحالة القلق.

3. أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن مستوى التعاطف لدى المعالجين النفسيين وفحص مختلف أبعاده وكذا التعرف على نوع القلق الذي يخبره هؤلاء المهنيون ودرجاته ، بالإضافة إلى الكشف عن الفروق بين مستوى تعاطف المعالجين ودرجات القلق لديهم.

4. أهمية الدراسة

تتمثل أهمية الدراسة الحالية في أهمية المتغيرات النفسية المتعلقة بالمعالج النفسي باعتباره عنصرا أساسيا في العلاج النفسي. ذلك أن العلاقة العلاجية هي علاقة إنسانية مبنية على مشاعر الألفة والثقة والاهتمام والاحترام والصدق والتقبل غير المشروط دون أن تكون علاقة ذات طابع شخصي. كما تتمثل أهمية الدراسة في لفت انتباه المتخصصين والمعالجين إلى أهمية وضرورة تأهيلهم وتدريبهم على مهارات التعاطف نظرا لخصوصية مهنة المعالج النفسي وخصوصية العلاقة التي تربطها بالمريض أو المسترشد مما يسهل عملية العلاج ونجاحه. وأخيرا تتجلى أهمية الدراسة في ضرورة فهم المعالج لانفعالاته والتعرف على مصادر القلق لديه ومعالجتها من أجل التمتع بالمهارات التعاطفية اللازمة للتعاقد العلاجي.

5. تعريف مصطلحات الدراسة

✓ **التعاطف:** أعطى Rogers لمفهوم التعاطف مركزا محوريا في نموذجه إلا أن هذا المفهوم كغيره من المفاهيم قد تطور بفضل المدارس المختلفة حيث أن تطور التكنولوجيا والانتقال من استعمال أجهزة التسجيل الصوتي ، إلى استعمال أجهزة تسجيل الصورة والصوت سمح بالكشف عن البعد غير اللفظي للتعاطف . وقد كشف Rogers و Buber (1954) أنه من خلال حوار الأجساد يمكننا الولوج إلى الآخر وأنه لا يمكن أن يحدث التغيير إذا لم تتوفر إرادة الاثنين لتغيير أحدهما للآخر (Brunel & Martiny, 2004). وفي نفس السياق تعتقد Von Franz (2014) أن مجرد إحساس المعالج بالشفقة سيكون حاسما بالنسبة للمريض فهو في نفس الوقت قدرة معرفية لتبني وجهة نظر الآخر واستجابة عاطفية مرتبطة بتقاسم الانفعالات partage des émotions.

ويشير كل من Mercer و Reynolds (2002) إلى مفهوم التعاطف الإكلينيكي باعتباره كفاءة نفسية اجتماعية للعيادي والمعالج بصفة خاصة الذي يكون قادرا على فهم وضعية المريض والتأكد من صحته والعمل مع المريض بطريقة علاجية انطلاقا من هذا الفهم (Verhaegen & Steffens, 2017).

فمن المهارات التي تتطلبها مهن المساعدة النفسية والاجتماعية حسب Parker (1991) والتي حددها الاتحاد الدولي للأخصائيين النفسيين الاجتماعيين، القدرة على الاستماع والإنصات للآخرين والقدرة على فهمهم وإبداء التعاطف والتسامح معهم (شحاتة، 2016).

وباعتبار تعقد وتعدد أبعاد هذا المفهوم وتطور طرق البحث فيه، يحتاج مفهوم التعاطف في علاقة المساعدة والإرشاد إلى إعادة نظر إذ من التناولات الشاملة intégratives التي تم التوصل إليها حاليا حسب كل من Brunel و Martiny لمفهوم التعاطف أنه يرتبط بمجموعة من الظواهر المتعددة الجوانب الاجتماعية النفسية، الفزيولوجية والسلوكية، حيث نجد ثلاثة أشكال من التعاطف:

-تعاطف الفكر وهو عبارة عن مجمل التصورات التي تركز عليها العلاقات بين ذاتين intersubjectivité
-تعاطف العاطفة وهو مجموع العواطف والانفعالات التي تركز عليها العدوى الانفعالية contagion
-تعاطف الفعل وهو كل ما يتعلق بالإيماءات والحركات التي تقوم على أساسها العلاقة بين الأجساد.
-emotionnelle.

من هذا المنطلق تعرف العملية التعاطفية بثلاثة أبعاد: البعد النشاط الذي يستدعي أفعالا مثل الملاحظة، الإصغاء، الإدراك، التمييز، الاستنتاج، الفهم والتفسير وهي عمليات عقلية تكشف عن التوظيف المعرفي للعلاقة العلاجية والإرشادية.

أما البعد الخامل فهو يعبر عن صدى العدوى الانفعالية، الإسقاط، التقمص، الانعكاس وضياع الذات مؤقتا *perte de soi* والتخيل وهي كلها ذات صبغة عاطفية.

وأخيرا البعد الحركي وهو بعد نشط وخامل في نفس الوقت وغالبا ما نجد هذا البعد غائبا في البحوث الكلاسيكية وهو يتمثل في حركات جسدية تتم في تناغم مع الآخر *en synchronie* مثل الإيماء والتقليد والذي يعبر عن وجود نظام عاطفي حركي *kinesthesique* قادر على تسهيل عملية التبادل وفك التشفير *décodage* الخاص بالإشارات بين شركاء العملية التفاعلية (Brunel & Martiny, 2004).

على العموم فقد عرف مفهوم التعاطف في أدبيات علم النفس بتوجيهين أساسيين، فهو يشير من جهة إلى الانتباه المعرفي للحالة النفسية للآخرين مثل المشاعر والإدراكات والنوايا والأفكار. كما يعبر عن الاستجابة العاطفية المباشرة أو رد الفعل العاطفي لمواقف الآخرين من جهة أخرى. وهذان النوعان من حالات التعاطف يعرفان بالتعاطف المعرفي والعدوى الانفعالية *contagion émotionnelle*.

وفي هذا الصدد يميز Decety و Jackson (2004) بينهما من حيث أن التعاطف المعرفي يحدث عندما نعيش ونحس بانفعالات يفترض أنها مشابهة تماما لانفعالات الشخص الآخر باعتبارها نتيجة لاتخاذنا وجهة نظره. أما العدوى الانفعالية فهي تعبر على العكس حسب كل من Dimberg، Thunberg و ElMehed على القدرة على الإحساس ومعايشة الحالة الجسدية كما يعيشها الآخر وليس من منظوره أو وجهة نظره. وهي تظهر أساسا من خلال إيماءات الوجه والجسم المختلفة. ومن الناحية النمائية فإن هذا الاتصال الانفعالي يعتبر سابقا للتعاطف باعتبارها ظاهرة عفوية غير إرادية ولاواعية (Glon, 2009).

وعليه تتفق النماذج النظرية المختلفة حول ضرورة التمييز بين المظهر الانفعالي والمظهر المعرفي لعملية التعاطف، إلا أنها لم تكشف بصورة واضحة عن طبيعة العلاقة بينهما حيث يفترض أن تكون هذه العلاقة علاقة تبعية باعتبار أن العدوى الانفعالية تظهر مبكرا وبطريقة آلية في مسار النمو مقارنة بالتعاطف المعرفي. كما يفترض أن التعاطف المعرفي يركز عليها أو يتبعها. وبالتالي فإن عملية التعاطف الانفعالي أو المشاركة الانفعالية هي شرط أساسي للتعاطف المعرفي.

ومن هنا يستنتج الباحثون أن أي اضطراب أو خلل في التعاطف الانفعالي ينتج عنه بالضرورة خلل في التعاطف المعرفي. أما الافتراض الثاني فيسلم بأن هاذين المظهرين من التعاطف لهما مصادر عصبية مختلفة وبالتالي فإن إصابة المراكز العصبية للتعاطف الانفعالي لن يؤثر في قرارات التعاطف المعرفي (Shamay-Tsoory ; Aharon-Peretz & Perry, 2009).

نستخلص مما سبق أن للتعاطف بعدان أساسيان ومتكاملان هما البعد الانفعالي والبعد المعرفي، مما جعلنا نركز على ذلك في التحديد الإجرائي لهذا المفهوم من خلال مجموع الدرجات التي يحصل عليها المعالجون النفسيون على كل من السلم الفرعية للتعاطف المعرفي والسلم الفرعية للتعاطف الانفعالي لمقياس (Davis (1983 المعروف ب"مؤشر رد الفعل ما بين الأشخاص) (*Index de réactivité* (interpersonnelle. I.R.I).

✓ **مفهوم القلق:** أعطى "فرويد" للقلق دورا حاسما في نظرية الشخصية حيث أصبح القلق اليوم مرتبطا بالاضطرابات النفسية والجسدية بأنواعها المختلفة. ورغم أنه يعد في درجاته المتوسطة والعادية، استجابة طبيعية من طرف الإنسان للمثيرات والمواقف المهددة والأخطار، إلا أنه عندما يتجاوز حدا معيناً فيتملك الإنسان ويسيطر عليه، يصبح مصدر إزعاج وضيق وألم. فالقلق يمكن أن يمثل اضطرابا انفعاليا حسب كل من Carlson (2011) وآخرون وهذا الاضطراب في تنظيم الانفعالات قد ينجم عن ميكانيزمات معرفية وعاطفية ودماعية تؤدي مثلا إلى توجيه انتقائي للانتباه نحو المثيرات السلبية (Carré, Stephaniak, D'Ambrosio, Bensalah, & Besche-Richard, 2013).

والواقع أن القلق له وجهان مختلفان، فهو يساعد الفرد على الإنجاز والوصول إلى مستويات عالية من الكفاءة من جهة، وقد يحطم الإنسان ويشيع التعاسة في حياته وحياة المحيطين به من جهة أخرى. والفرق بين وجهي القلق يكمن في الدرجة التي يكون فيها وهو في ذلك مثله كباقي جوانب الحياة التي

يفضل دائما أن تكون على درجة من الاعتدال في حين تلقى الجوانب السلبية للقلق الاهتمام الأكبر من جانب العاملين في مجال الصحة النفسية، حيث يرتبط القلق بالعديد من مظاهر السلوك غير المرغوبة التي تعطل طاقات الفرد وتسلبه السعادة (محمد الدسوقي، 2008).

وتتفق أدبيات علم النفس على وجود نوعين من القلق هما القلق-حالة (anxiété-etat والقلق-سمة (anxiété-trait. فالقلق سمة حسب Speilberger (1972، 1966) يعبر عن بعد مستقر ومندمج في الشخصية ويشير إلى هشاشة وإمكانية تطوير اضطراب سايكاتري من نوع القلق الاكتنابي. أما القلق - حالة فيشير إلى مظاهر القلق كرد فعل لمثير ما وتبدو مهينة مسبقا بمستوى القلق - سمة . ورغم ذلك فإن العديد من الأبحاث منها دراسات Bourne و Vladeanu (2011) وغيرهما تشير إلى ضرورة التمييز بين المفهومين أي بين الطابع المؤقت للتوظيف (القلق- حالة) وطابعه المستقر (القلق- سمة) (Carré, Stephaniak, D'Ambrosio, Bensalah, & Besche-Richard, 2013).

وعليه يمكن القول أن القلق خبرة نفسية انفعالية غير سارة ومزعجة تتميز بالتوتر والضيق وتوجس الخطر وعدم راحة البال إلا أن درجاته تختلف من شخص إلى آخر حسب ما يتعرض له من مثيرات بيئية وحسب نمط شخصيته واستعداداته الفطرية والمكتسبة. وبالرجوع إلى نظرية القلق المعاصرة يمكن حصر أنواع القلق بغض النظر عن أسبابه إلى نوعين:

القلق- حالة: وهو حسب Speilberger (1972) حالة انفعالية طارئة أو مؤقتة لدى الإنسان تختلف من حيث الشدة وتتذبذب من حين لآخر وتبعاً لذلك يرتفع مستوى حالة القلق في الظروف التي ينظر إليها الفرد على أنها ظروف مهددة له بغض النظر عن الخطر الحقيقي أو الموضوعي. كما تنخفض شدة حالة القلق في المواقف غير الضاغطة أو الظروف التي لا يرى فيها الفرد القائم خطراً مهدداً له.

القلق - سمة: هو سمة ثابتة نسبياً يتفاوت الأفراد في درجة امتلاكهم لها بحيث ينظر إليها كل من Speilberger و Diaz-Guerrero (1982) على أنه استعداد سلوكي مكتسب لدى الفرد *acquired behavioral disposition* يعتمد بصورة أساسية على خبرته السابقة ويسهم في تكوين نظريته الخاصة إلى العالم ، كما يسهم في تكوين ميله لإظهار استجابة ثابتة نسبياً نحو مثيرات أو مواقف معينة (أطمانوس، 2003).

نستخلص مما تقدم مفهوماً إجرائياً للقلق لدى المعالجين النفسيين من خلال مجموع الدرجات التي يحصلون باعتماد أسلوب التقرير الذاتي على مقياسي القلق- حالة والقلق- سمة لـ Speilberger .

6. الدراسات السابقة

لقد أصبح التعاطف *empathie* من المصطلحات المتداولة في الدراسات التي تناولت موضوع علاقة الرعاية العلاجية *relation de soin* حيث يتفق كل من Hojeta و Gonella و Mangionne و Nasca و Magee (2003) أن التعاطف في إطار هذا النوع من العلاقات هو سمة عقلية تتطلب القدرة على فهم تجارب وتوقعات المريض مع معرفة كيفية التعبير له عن هذا الفهم (Lancelot, 2010). فلا شك أن التعاطف يمثل مكوناً أساسياً في المعرفة الاجتماعية حيث يسهم في قدرتنا على فهم الآخرين والاستجابة المتكيفة إزاء انفعالات الآخرين ، كما يسهم في نجاح التواصل الانفعالي وينبئ بالسلوك الاجتماعي الإيجابي (Spreng, Mckinnon & Marxlevine, 2009).

لقد كشفت الدراسات اليوم أن التعاطف من أهم عوامل نجاح العلاج النفسي حيث تبين الأثر الإيجابي له على المرضى سواء من حيث رضاهم عن العلاج وراحتهم النفسية أو من حيث صحتهم الجسدية ، كما تبين أن المرضى ضحايا الأخطاء الطبية أقل ميلاً لمتابعة الأطباء قضائياً (Lecomte, 2011).

كما خلصت الأبحاث التي قام بها كل من Orhinsky و Howard (1986) إلى الصفات الإيجابية للمعالج والمرتبطة بالفعالية العلاجية وأهمها غياب المشكلات الانفعالية والثقة والكفاءة والمهارة والالتزام والاهتمام بالمريض وبما يدركه إلى جانب القدرة على خلق علاقة حميمية وداعمة (Berthoz & Joulard, 2004).

كما توصلت دراسات Mehrabian (1997) و Marshall و Marshall (2011) ان التعاطف له علاقة ارتباطية سلبية بالسلوكيات العدوانية، كما أن هذا العجز في التعاطف لم يلاحظ لدى المعتدين فحسب بل تبين حسب كل من (2011) Thomas و آخرون أن الاكتئاب يرتبط بخلل أو عجز في القدرة على التعاطف (Carré, Stephaniak, D'Ambrosio, Bensalah, & Besche-Richard, 2013).

وفي السياق ذاته يؤكد Crayson و Cauley (1989) في كتابهما "العلاج النفسي لطلاب الجامعة" أن التعاطف يعد عنصرا أساسيا في جميع أشكال العلاج النفسي ومع جميع المتعالمين ومشكلاتهم. حيث أن التعاطف يساعدهم على الشعور بالراحة ويوفر لهم الدافع لبذل الجهد في سبيل التغلب على الصعوبات التي تواجههم. ويشترط في التعاطف أن يكون المعالج قادرا على اختبار مشاعر المسترشد وفهمها كما يخبرها ويعيشها هذا الأخير. وأن يكون قادرا أيضا على الفصل بين مشاعر مسترشده ومشاعره الشخصية وألا تصبح مشاعر المسترشد جزءا من مشاعره (شحاتة، 2016).

ورغم الجدل القائم بين الباحثين حول الجانب الفطري والجانب المكتسب للتعاطف إلا أن (1995) Benett و (2004) Decety مثلا يرون في التعاطف الوجداني سمة فطرية وحالة مكتسبة في نفس الوقت. في حين يعتقد Kohut أنها ليست خاصية مستقرة في شخصية الفرد لا اعتقاده بوجود ما يسمى بخلل في التعاطف *défaul d'empathie* عندما يخطئ المحلل النفسي مثلا في فهم وتفسير مشاعر المحلل أي المتعرض للتحليل النفسي. وبذلك يعتبرها Cosnier (1997) عملية تنتج عن الخبرة وتقاسم وضعيات نفسية جسدية بمعنى أن شركاء العلاقة التفاعلية يعيشون ويشعرون بنفس الشعور وفي نفس الوقت (Lancelot, 2010).

وفي هذا السياق تؤكد آخر الدراسات حول التعاطف على ضرورة التمييز بين المكونات المعرفية والمكونات الانفعالية لهذا المفهوم. ذلك أن التعاطف الانفعالي *emotional empathy* يعد استجابة انفعالية معينة مثل الحزن وهي استجابة مستقلة عن الفهم المعرفي المتمثل في معرفة أسباب الألم الذي يحس به الشخص. وفي المقابل يتطلب التعاطف المعرفي *Cognitive empathy* تناولا عقليا وتصورا للحالة الانفعالية للأخرين (Spreng, Mckinnon & Marxlevine, 2009).

وقد جاءت دراسات أخرى مثل دراسة Sprud و Snyders (1982) لتؤكد أهمية بعض الصفات المهمة في الفعالية العلاجية مثل الجو العام، التعاطف والتطابق التي يديهما الشخص القائم بالمقابلة. فالتعاطف يخلق جوا مناسباً ومشجعاً وجو ثقة في إطار علاقة المعالج بالمتعالم. كما ذهب كل من Stepien و Baernstein (2006) إلى أن التعاطف ينعكس على التشخيص الذي يقوم به الطبيب والمعالج لأن المريض سوف يعبر عن أعراضه بصفة دقيقة وقد يعطي تفاصيل جد دقيقة. كما أن المريض إذا أحس حسب Olson (1995) أنه قد تم فهمه وقبوله فإن ذلك سوف يخفف من درجة قلقه واكتنابه (Lancelot, 2010).

لا شك أن الأدبيات الكلاسيكية لمهنة المعالج النفسي تؤكد من جهة على ضرورة إقامة تحالف علاجي جيد ومن جهة أخرى تنبه إلى ضرورة الإبقاء على مسافة علاجية جيدة. ولعل عدم وجود مؤشرات للتحالف الجيد والمسافة المناسبة قد أوقع العديد من المعالمين في مشكلات أدت إلى توقف العلاج. فإذا كان التعاطف ضروريا للعلاقة العلاجية إلا أنه من الصعب إدارته بسبب التطرف الذي قد يقع فيه المعالج سواء من حيث التقارب أو من حيث المسافة وكذا التقمص والإسقاط. وعليه يعتقد Nasielski (2012) أنه لا بد من الاستعمال الجيد للمسافة العلاجية *distance thérapeutique* والتحالف العلاجي *alliance thérapeutique* من أجل إدارة عملية وفعالة للتعاطف في الممارسة المهنية للمعالجين (Nasielski, 2012).

7. إجراءات الدراسة

■ منهج الدراسة

اعتمدنا في الدراسة الحالية على المنهج الوصفي المقارن تمثل في الكشف عن درجات التعاطف وأبعاده المختلفة لدى عينة من المعالمين النفسيين وكذا وصف درجات حالة القلق وسمة القلق لديهم أثناء فترة إجراء الدراسة. كما تضمن إجراءات تعمل في اتجاه الكشف عن الفروق في مستوى التعاطف لدى

المعالجين ذوي الدرجات المرتفعة لسمة القلق مقارنة بالمعالجين النفسانيين ذوي الدرجات المرتفعة لحالة القلق لديهم.

■ عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من 72 معالج (ة) ومرشد (ة) نفسي (ة) اختيروا بطريقة عشوائية من بين المعالجين والمرشدين الممارسين للعلاج والإرشاد النفسي في جمعيات مختصة ومؤسسات استشفائية عمومية ومكاتب خاصة بالاستشارة والعلاج النفسي والسايكاتري وتراوح أعمارهم بين 25 و65 سنة. كما أجريت هذه الدراسة خلال السداسي الأول من السنة الجامعية 2018/2017، وتتمثل خصائص عينة الدراسة الحالية فيما يلي:

جدول رقم (1) يمثل توزيع أفراد العينة حسب السن

السن	العدد	النسبة المئوية
25-30 سنة	13	18.05
30-40 سنة	31	43.05
40-50 سنة	20	27.80
50 سنة وأكثر	8	11.10
المجموع	72	100

توضح البيانات الموضحة في الجدول رقم (1) أن نسبة المعالجين الذين تتراوح أعمارهم بين (30) و(40) سنة تقدر ب (43.05%) كما نجد نسبة البالغين لسن تتراوح بين (40) و(50) سنة قدرت ب (27.80) . هذا ونلاحظ أن نسبة البالغين لسن ما بين (25) و(30) سنة والذين بلغت أعمارهم (50) فما فوق قد قدرت على التوالي ب(18.05%) و(11.10%) وهذا يشير إلى نسبة (70%) تقريبا من المعالجين قد تراوحت أعمارهم بين (30) و(50) سنة. وهذا يشير إلى أن المعالجين والمرشدين موضوع الدراسة يتميزون في أغليتهم بمستوى من النضج النفسي والمهني باعتبار أنهم قد قضاوا فترة زمنية لا بأس بها في مجال الممارسة المهنية في مجال الإرشاد والعلاج النفسي.

جدول رقم (2) يمثل توزيع أفراد العينة حسب الجنس والتخصص

خصائص العينة	توزيع أفراد العينة حسب الجنس وحسب التخصص	العدد	%
الجنس	ذكور	6	8.30
	إناث	66	91.70
التخصص	علم النفس الإكلينيكي	42	58.30
	علم نفس الصحة	1	1.40
	علم النفس العصبي	2	2.80
	الطب العقلي	19	26.40
	الأرطفونيا	5	6.90
	علم النفس العائلي	1	1.40
	مساعد اجتماعي	2	2.80
المجموع		72	100

كما تتميز عينة الدراسة الحالية من خلال الجدول رقم (2) بارتفاع نسبة الإناث التي قدرت ب(91.70%) مقارنة بنسبة الذكور التي لم تتعد نسبة (08.30%) وهذا لبروز فئة الإناث في ممارسة المهن المرتبطة بالعلاج النفسي على غرار مهنة التدريس لا سيما في المؤسسات الاستشفائية ومؤسسات الصحة الجوارية والمراكز الخاصة بالاستشارة النفسية.

أما بالنسبة لتخصصات المعالجين النفسيين فقد برزت فئة ذوي اختصاص علم النفس الإكلينيكي بنسبة (58.30%) باعتبار أن معظم المؤسسات المختصة في العلاج النفسي توظف المتخرجين في علم النفس الإكلينيكي دون التخصصات الأخرى كما أن وظيفة العلاج النفسي موكلة بالدرجة الأولى للمتخصصين في هذا المجال مقارنة بالتخصصات الأخرى سواء في المؤسسات الاستشفائية العمومية أو الخاصة.

■ أدوات الدراسة

➤ **مقياس التعاطف** لـ Davis (1983) من أجل تقييم مختلف أبعاد التعاطف ومستوياته، قمنا بتطبيق مقياس "مؤشر رد الفعل ما بين الأشخاص Index de réactivité interpersonnelle (I.R.I) وهو المقياس الوحيد الذي يسمح بتقييم متعدد الأبعاد للتعاطف. يتكون المقياس من من أربعة (4) سلالم ، سلمين خاصين بتقييم التعاطف المعرفي وسلمين آخرين لتقييم التعاطف الانفعالي. يحتوي كل سلم على (7) بنود ليشمل المقياس (28) بند في مجمله (Shamay-Tsoory, Aharon-Peretz & Perry, 2009).

وتتمثل السلالم المعرفية الفرعية في التخيل واتخاذ وجهة نظر الآخر taking perspective أما السلالم العاطفية الفرعية فتظهر من خلال الاستعداد للانزعاج الشخصي والاهتمام بالتعاطف. وهو ما يسمح بوصف العمليات المعرفية المتورطة في التعاطف كالقدرة على فهم انفعالات الآخرين التي تميز أسلوب التوظيف الانفعالي الفردي والشخصي والقدرة على تجريب معايشة انفعالات الآخرين (Carré, Stephaniak, D'Ambrosio, Bensalah, & Besche-Richard, 2013).

ويقاس السلم الفرعي الخاص بالتكيف الظرفي adaptation contextuelle ميل واستعداد الأفراد لتبني وجهة نظر الآخر بطريقة عفوية في الحياة اليومية . أما سلم الاهتمام التعاطفي souci empathique فيقيس ميل الفرد لمعايشة مشاعر اللطف والشفقة compassion استجابة لانزعاج وكرب الآخرين. كما يقاس سلم الانزعاج الشخصي detresse personnelle ميل الفرد لمعايشة الانزعاج وعدم الارتياح كرد فعل لانزعاج وكرب الآخرين. أما فيما يتعلق بسلم التخيل fantaisie فيقيس استعداد وميل الفرد لتخيل ذاته في وضعيات ومواقف خيالية غير واقعية (Charest, 2004).

تمت ترجمة المقياس إلى اللغة الفرنسية من طرف Lussier (1997) وتم استعماله في الدراسات المختلفة . كما تم حساب ثباته من طرف Davis (1980) بحيث تراوحت معاملات ثباته بين (0.61) و(0.81) على فترة مقدرة بشهرين. أما مؤشرات الاتساق الداخلي للسلالم الأربعة من المقياس فقد تراوحت ما بين (0.66) و(0.77) (Charest, 2004). أما بالنسبة للبيئة الجزائرية فقد تم حساب ثبات هذا المقياس بعد تطبيقه على عينة استطلاعية قوامها (31) معالج (ة) نفسي (ة) بطريقة التباين لمعادلة "ألفا كرونباخ" حيث بلغ معامل الثبات (0.75).

كما تم حساب صدق مقياس التعاطف أو "مؤشر رد الفعل ما بين الأشخاص" لـ Davis عن طريق حساب مؤشرات الاتساق الداخلي للأبعاد الأربعة من المقياس والتي تراوحت بين (0.590) و(0.641)، (0.853) و(0.857).

➤ **مقياس القلق** لـ Speilberger (S.T.A.I): بدأ العمل على إعداد هذا المقياس من قبل Speilberger وزملائه سنة 1964 بجامعة فلوريدا وهو يعرف بـ (State-Trait Anxiety Inventory) وهو يتألف من مقياسين فرعيين يعتمدان أسلوب التقرير الذاتي هما : مقياس حالة القلق ومقياس سمة القلق . يتكون مقياس القلق- حالة من (20) عبارة تقريرية تستهدف تقدير مشاعر الشخص في الظرف الراهن أوفي "هذه اللحظة بالذات" ، في حين يتضمن مقياس سمة القلق (20) عبارة تستهدف تقدير مشاعر الشخص بشكل عام. وتزداد الدرجات على مقياس القلق -حالة حسب Speilberger (1983) عند الاستجابة للأخطار الجسمانية والتعرض للضغط النفسي وتتناقص في حالة الراحة والاسترخاء.

أما مقياس القلق- سمة حسب Speilberger (1983) دائما فهو يقاس الفروق الفردية الثابتة نسبيا في القلق بحيث يستعمل على نطاق واسع لتقدير القلق لدى المرضى جسما وطالبي العمل الجراحي وحالات

المرض الجسدي النفسي وحالات المرض النفسي. كما أثبتت فعاليته في تحديد الأشخاص ذوي المستويات العليا من القلق العصابي. وقد تم إعداد صورة جديدة ومعدلة للمقياس ظهرت سنة 1983 (الصورة y) بهدف تطوير المقياس السابق (الصورة x) ليميز بصورة أفضل بين مشاعر القلق والاكتئاب ويفيد في التشخيص الفارقي للحالات التي تعاني من اضطرابات القلق وحالات الاكتئاب. (أمطانيوس، 2003)

أما بالنسبة للخصائص السيكومترية للمقياس فقد تراوحت معاملات الثبات عن طريق إعادة بين (0.65) و(0.75) بالنسبة لقائمة القلق- سمة في حين تراوحت هذه المعاملات بالنسبة لقائمة القلق- حالة بين (0.34) و(0.62). ومن جهة أخرى فقد تجاوز معامل الاتساق الداخلي للمقياسين الفرعيين (0.90) (Bruchon-Schweitzer, 1990).

ومن جهة أخرى، فقد تم حساب صدق المحك لمقياس سمة القلق من خلال حساب الارتباطات بينه وبين ثلاث مقاييس أخرى تقيس هذه السمة وهي مقياس (I.P.A.T) لـ Cattell و Scheier (1963) ومقياس "تايلور" للقلق الصريح (1953) وقائمة رصد الصفات الانفعالية لـ "زيكرمان" (1960) وقد تراوحت معاملات الارتباط بين هذه المقاييس ومقياس القلق لـ Speilberger بين (0.73) و(0.85) مما يؤكد تمتع المقياس بدرجة عالية من الصدق (أمطانيوس، 2003).

لقد تراوحت معاملات الثبات للصيغة المترجمة للمقياس إلى اللغة الفرنسية بين (0.85) لقائمة القلق -سمة و(0.71) بالنسبة لقائمة القلق -حالة. في حين تم حساب صدق المحك لهذه الصيغة حيث قدر معامل ارتباط قائمة القلق- حالة مع اختبار الألم (Echelle de douleur) ب (0.75) لدى الذكور مقابل (0.54) لدى الإناث. كما قدر معامل ارتباط قائمة القلق- سمة باختبار الألم ب (0.68) لدى الذكور مقابل (0.31) لدى الإناث (Langevin, boini, Francois & Riou, 2012).

لقد تم تطبيق مقياس القلق لـ Speilberger في البيئة الجزائرية على عينة استطلاعية قدرت ب (31) معالج (ة) نفسي(ة) وتم حساب صدق المقارنة الطرفية لكلي المقياسين الفرعيين: القلق حالة وسمة القلق. وبعد حساب قيمة "ت" لدلالة الفروق بين متوسط قيم الأرباعي الأدنى الذي قدر ب (22.13) ومتوسط قيم الأرباعي الأعلى الذي قدر ب (33.88) لمقياس القلق حالة، قدرت قيمة "ت" المحسوبة ب (-11.37) وهي دالة عند مستوى (0.05) والتي تشير إلى القدرة التمييزية لمقياس القلق حالة. أما بالنسبة لمقياس سمة القلق فقد تم حساب قيمة "ت" لدلالة الفروق بين متوسط قيم الأرباعي الأدنى الذي قدر ب (20.38) ومتوسط قيم الأرباعي الأعلى الذي قدر ب (32.00)، حيث بلغت قيمة "ت" المحسوبة (-8.885) وهي دالة عند مستوى (0.05) والتي تشير إلى القدرة التمييزية لمقياس سمة القلق.

وفي نفس السياق، قمنا بحساب معامل ثبات مقياس القلق الحالة بطريقة التجزئة النصفية بحساب معامل الارتباط بين البنود الزوجية والبنود الفردية حيث بلغ معامل الارتباط لـ "بيرسون" (0.492) وتم تصحيح الطول بمعادلة "سبيرمان-براون"، حيث بلغ معامل التصحيح (0.654) وهو معامل ثبات مرتفع نسبياً ويشير إلى الاتساق الداخلي للمقياس.

كما تم حساب معامل ثبات مقياس سمة القلق بطريقة التجزئة النصفية بحساب معامل الارتباط بين البنود الزوجية والبنود الفردية حيث بلغ معامل الارتباط لـ "بيرسون" (0.733) وتم تصحيح الطول بمعادلة "سبيرمان-براون"، حيث بلغ معامل التصحيح (0.845) وهو معامل ثبات مرتفع يشير إلى الاتساق الداخلي لمقياس سمة القلق.

8. نتائج الدراسة ومناقشتها

نتائج الفرضية الأولى: تنص الفرضية الأولى للدراسة على وجود فروق جوهرية في أبعاد التعاطف بين المعالجين ذوي الدرجات المرتفعة للقلق- حالة وذوي الدرجات المنخفضة للقلق- حالة. وللتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا بحساب قيمة اختبار "ت" بين متوسطات درجات المعالجين مرتفعي القلق - حالة ودرجات المعالجين منخفضي القلق- حالة وجاءت النتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (3) يبين دلالة الفروق بين مرتفعي القلق-حالة ومنخفضي القلق -حالة في درجات التعاطف لدى المعالجين

المجموع أبعاد التعاطف	مرتفعي القلق-حالة ن=26		منخفضي القلق حالة ن=46		قيمة اختبار التجانس"ف"	درجات الحرية	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري				
التكيف الظرفي	16.31	4.126	15.85	2.724	4.769	37,6	-0.509	0.05 غير دالة
الاهتمام التعاطفي	12.54	4.411	11.87	3.124	3.978	70	-0.750	0.05 غير دالة
الإحساس بالضيق	13.73	4.838	12.00	3.464	5.165	39,7	- 1.61	0.05 غير دالة
التخيل	12.54	4.483	10.91	4.294	0.005	70	- 1.52	0.05 غير دالة
التعاطف الكلي	53.69	12.774	49.76	8.639	5.381	38,2	-1.40	0.05 غير دالة

يتبين من الجدول رقم (3) أن المعالجين النفسانيين ذوي الدرجات المرتفعة لحالة القلق قد قدر ب (26) في حين قدر عدد المعالجين منخفضي حالة القلق ب(46) مما يدل أن نسبة (36.12%) فقط منهم قد عايش حالة القلق المؤقت أو العارض. كما تكشف النتائج عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المعالجين ذوي الدرجات المرتفعة لحالة القلق والمعالجين ذوي الدرجات المنخفضة لحالة القلق من حيث مستوى تعاطفهم ومواقفهم التعاطفية وبذلك لم تتأكد الفرضية الأولى للدراسة الحالية.

يتضح من خلال نتائج الدراسة الحالية أن المعالجين النفسانيين يخبرون مثلهم مثل بقية أفراد المجتمع حالات القلق اليومية أو العارضة باعتبارها استجابة طبيعية من طرف الإنسان للمثيرات والمواقف التي تمثل مصدر إزعاج وضيق . كما قد تختلف درجات القلق حالة من شخص لأخر فمنهم من يمر بحالات قلق منخفضة الشدة ومنهم من يعيش حالات قلق مرتفعة حيث قد يعزى ارتفاع مستوى القلق العارض أو المؤقت إلى الضغوط النابعة عن المسؤولية المهنية أو الضغوط المرتبطة بالمواقف الشخصية الاجتماعية كما قد تعزى لنقص خبرة المعالجين والمرشدين.

ذلك ما تشير إليه المواقف التي يتخذها الممارسون النفسانيون المبتدئون والتي تعيق العمل الإكلينيكي لا سيما تلك المتعلقة بتخوفهم من الفشل في تدخلاتهم فيسارعون إلى استعمال التقنيات على حساب العلاقة العلاجية . كما أن عملية التكفل بحالات معقدة ومستعصية ربما لا تتحسن حالتهم قد يزيد من قلق الممارسين. فالضغط ونقص الوسائل في مؤسسات المساعدة والضغوط الإدارية المؤسساتية والمظاهر الباثولوجية المستعصية إلى جانب مرور المعالج بفترة من الهشاشة الشخصية قد تمثل عوامل جد هامة في ظهور حالة القلق لدى المختصين في مجال العلاج النفسي (Bouvet, 2015).

فحالات القلق حسب Strian (1983) يمكن أن تثار لدى الشخص بطرق متنوعة فقد تثار من خلال المواضيع أو من خلال الأشخاص أو من خلال تركيبات بيئية ، كما أن الإحساسات الجسدية السلبية والتصورات المهددة تثير هي الأخرى مشاعر القلق (رضوان، 2009). وباعتبار أن القلق من بين

الانفعالات الطبيعية لدى الإنسان مثل الغضب والفرح والحزن والتي ترافقه منذ الولادة، فإن مستوى التعاطف لدى المعالجين لا يختلف تبعاً لدرجات حالة القلق لديهم. فسواء كانت درجاته مرتفعة أم منخفضة لديهم فهم يتمتعون بنفس القدرات التعاطفية والمتمثلة في القدرة على تبني وجهة نظر الآخر أو الاهتمام التعاطفي أو الانزعاج الشخصي إزاء كرب الآخرين والأمهم وكذا من حيث ميلهم لتخيل ذواتهم في مواقف غير واقعية.

نتائج الفرضية الثانية: تنص الفرضية الثانية للدراسة على وجود فروق جوهرية في درجات التعاطف بين المعالجين ذوي الدرجات المرتفعة لسمة القلق والمعالجين ذوي الدرجات المنخفضة لسمة القلق. للتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا بحساب قيمة اختبار "ت" بين متوسطات درجات التعاطف لدى المعالجين مرتفعي سمة القلق ودرجات التعاطف لدى المعالجين منخفضي سمة القلق. وجاءت النتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (4): يبين دلالة الفروق بين مرتفعي سمة القلق ومنخفضي سمة القلق في درجات التعاطف لدى المعالجين

المجموع أبعاد التعاطف	مرتفعي سمة القلق ن=17		قيمة اختبار التجانس "ف"	درجات الحرية	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	منخفضي سمة القلق ن=55	
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
التكيف الظرفي	17.00	2.291	2.923	70	-1.429	0.05 غير دالة	3.489	15.71
الاهتمام التعاطفي	12.71	3.584	0.317	70	-0.772	0.05 غير دالة	3.651	11.93
الإحساس بالضيق	14.35	5.147	3.842	70	-2.048	0.05 غير دالة	3.560	12.09
التخيل	13.35	3.872	0.279	70	-2.029	0.05 غير دالة	4.430	10.93
التعاطف الكلي	56.12	8.543	1.020	70	-2.304	0.05 غير دالة	10.527	49.65

يتبين من الجدول رقم (4) أن المعالجين ذوي الدرجات المرتفعة لسمة القلق قد قدر ب (17) في حين قدر عدد المعالجين منخفضي سمة القلق ب(55) مما يشير إلى أن نسبة (23.62%) منهم تكون سمة القلق من سماتهم الشخصية. في حين نجد (76.39%) منهم لا يتمتعون بسمة القلق وهذا شيء جد إيجابي للعملية العلاجية.

كما تشير النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المعالجين ذوي الدرجات المرتفعة لسمة القلق والمعالجين ذوي الدرجات المنخفضة لسمة القلق من حيث مستوى قدراتهم التعاطفية العامة. ورغم أن درجات بعدي الإحساس بالضيق والتخيل كان لصالح المعالجين منخفضي سمة القلق إلا أننا لم نتوصل إلى وجود فروق جوهرية بين المعالجين مرتفعي سمة القلق والمعالجين منخفضي سمة القلق من حيث مستوى تكيفهم الظرفي أي مستوى اتخاذهم لوجهة نظر الآخر ودرجات اهتمامهم التعاطفي. وعليه تأكدت الفرضية الثانية للدراسة الحالية.

يتضح من خلال عرض النتائج أن القلق لا يعد سمة سائدة من سمات شخصية المعالجين النفسيين أفراد عينة الدراسة وهذا مؤشر جد إيجابي باعتبار أنه لا يشير إلى استعدادهم لمعيشة القلق والغرق في انفعالات الآخرين. فسمّة القلق تشير إلى استعداد الأفراد لأن يعيشوا عددا كبيرا من الظروف غير

الخطيرة موضوعيا على أنها مهددة وأن يستجيبوا لهذه الظروف بحالات من القلق . فالأفراد الذين يمتلكون درجة مرتفعة من سمة القلق يميلون لإدراك المواضيع والأشخاص والمواقف على أنها مهددة والاستجابة لها بالقلق(رضوان، 2009). لاشك أن القلق الذي قد يسببه المريض للمعالج أو الذي يتسبب فيه مشكل المريض يبقى من المواضيع الحساسة التي لا يتم تناولها في فرق العمل التي تناقش التشخيصات والأعراض وكان المعالج إنسان غير عادي وله قدرات خارقة وأنه خال من المشكلات النفسية أو القلق الذي يمكن أن يعيشه بقية الناس(Lancelot, 2010).

لقد اتضح أن المعالجين النفسيين منخفضي سمة القلق يختلفون عن مرتفعي سمة القلق من حيث قدراتهم التعاطفية إزاء مشكلات وآلام الآخرين ، حيث نجدهم يميلون إلى معاشة الانزعاج الشخصي وعدم الارتياح استجابة لانزعاج وكرب الآخرين وهو بعد هام من أبعاد التعاطف الانفعالي. كما يميلون إلى تخيل ذواتهم في وضعيات ومواقف خيالية تقمصا للآخرين وهي تشير إلى قدرتهم على التعاطف المعرفي.

وهذا يؤكد قدرة المعالجين موضوع الدراسة على اتخاذ مواقف تعاطفية انفعالية ومعرفية في نفس الوقت مما يساعدهم على تفادي الاندماج التام والغرق في عالم انفعالات المريض. ذلك ما نوه به Jeammet (1996) وآخرون والذين اعتبروا أن علاقة الرعاية التي تربط المعالج بالمريض لا يمكن أن توصف بالتعاطفية إلا إذا تمكن المعالج بالتقمص المزدوج: تقمص للمريض وفي نفس الوقت تقمص لدوره المهني، حيث لا بد أن يجد توازنا بين هاتين العمليتين ويكون قادرا بذلك على الحفاظ على المسافة المناسبة التي تسمح له بأخذ القرارات المناسبة(Lancelot, 2010).

ومن جهة أخرى فإن قدرة المعالجين النفسانيين على التكيف الطرقي وتبني وجهة نظر الآخرين بطريقة عفوية والاهتمام التعاطفي المتمثل في القدرة على معاشة مشاعر اللطف والشفقة استجابة لكرب الآخرين يمثل مؤشرا جيدا للتحالف العلاجي حيث أنه سواء انخفض مستوى سمة القلق أو ارتفع لدى المعالجين فإن ذلك لا يغير من قدراتهم التعاطفية عموما . ورغم ذلك، لا بد من الإشارة إلى أن ارتفاع مستوى سمة القلق لدى بعض المعالجين والمرشدين النفسانيين قد ينعكس سلبا على ممارساتهم المهنية ويضعف من قدراتهم التعاطفية كما أشار إلى ذلك Lhuillier (2006) عندما اعتبر أن نقص التعاطف أضعفه وعدم إدارة الانفعالات قد يؤدي إلى دفاعات مهنية جامدة لا تساعد على بناء علاقة علاجية وقد تؤدي إلى الإنهاك المهني في أقصى الحالات(Lancelot ; 2010).

لقد درس Rogers منذ الستينات موضوع التعاطف عند المعالجين ليحمله حجر الأساس فبناء تحالف علاجي جيد مع المرضى وحدده في ثلاث مواقف أساسية هي: الفهم التعاطفي والصدق والتقبل الإيجابي غير المشروط. وبعده ظهرت دراسات عديدة تؤكد تلك العلاقة الارتباطية بين التعاطف والهناء الذاتي Le bien etre حيث توصل Kelm (2014) وآخرون إلى أن تعاطف المعالجين النفسيين مرتبط بالهناء الذاتي لهؤلاء المعالجين والمرضى في نفس الوقت. وفي دراسة وصفية قام بها كل من Marziali و Krupnick و Marmar (1981) اتضح أن المرضى والمسترشدين يحققون نتائج علاجية جيدة عندما يتخذون وجهة نظر إيجابية نحو معالجيهم. من هذا المنظر يتضح أن الصحة الجيدة للمعالج تسمح بالحفاظ على عوامل التواصل الإيجابية كالتعاطف والدفء والقدرة على الإصغاء. كما يعتقد كل من Barber و Muran (2011) أن اهتمام المعالج المشجع والمؤيد نحو المريض يسمح لهذا الأخير باتخاذ موقف مدعم فيصبح مشجعا لذاته(Colombel, 2016).

والجدير بالذكر أن احتفاظ المعالجين النفسانيين مرتفعي سمة القلق بالقدرة على التعاطف المعرفي من خلال تبني وجهة نظر الآخر والقدرة على التعاطف الانفعالي من خلال الاهتمام المتعاطف بآلام الآخرين يعد مؤشرا جيدا يسمح لهم باستغلال هذه القدرات في مساعدة الآخرين للتخلص من همومهم ومشكلاتهم. وفي هذا السياق يعتقد Decety أن التعاطف يجمع بين استجابة عاطفية نحو الآخرين والتي تؤدي وليس دائما إلى تقاسم حالتهم الانفعالية وبين قدرة معرفية لتبني وجهة النظر الشخصية للآخرين(Simon,2009).

وفي الأخير تعكس نتائج هذه الدراسة جليا الارتباط الوظيفي بين مستوى التعاطف وخبرة القلق لدى الممارسين للعلاج النفسي حيث كشفت عن أهمية سمة القلق وتأثيرها في بعض القدرات التعاطفية

التي تسمح لهم بفهم المرجعية الداخلية للمريض أو طالب المساعدة النفسية . ومشاعر القلق التي يخبرها المعالج باستمرار قد تخفض من قدرته على معايشة الانزعاج وعدم الارتياح كرد فعل لآلام وكره الذين يلجئون إليه وكذا القدرة على التخيل في وضعيات يتقصد فيه المريض وذلك قد يرجع حسب Rogers إلى شيئين: إما أنه لم يفهم المريض ، أو أن المريض يتحدث عن أمور لم يفهم المعالج فيها نفسه والتي لا يقبل هو نفسه بخبراته فيها . ولذلك يتعين على المعالج أن يختبر باستمرار قدر الإمكان في علاقته بالمعالج المدى الذي يكون فيه قادرا على التجاوب تعاطفيا معه ... فالطريق الأمثل لاختبار التعاطف أن يختبر المعالج وضعه الانفعالي في اتصاله مع المرضى. (بيرمانزاتيان، إيكيرتويوأخيمشفاترس، 2001) فيكون بذلك قادرا على الفصل بين مشاعر طالبي المساعدة النفسية وبين مشاعره الشخصية فلا تصبح جزءا من مشاعره.

خلاصة

في ضوء النتائج التي جاءت بها هذه الدراسة، يمكننا القول أن مهارات التعاطف شرط أساسي للممارسة المهنية وتحتاج إلى دراسات معمقة للكشف عن جوانب الخلل في ممارسة العلاج النفسي والتي ترتبط فعاليتها بسمات شخصية المعالج باعتباره إنسان معرض كغيره من البشر للأزمات والمشكلات وأنه من الضروري الاهتمام بالجوانب الانفعالية لدى المعالجين وبصحتهم النفسية على العموم. وذلك بهدف التمكن من تنمية التعاطف الذاتي للمعالجين باعتباره جزءا أساسيا للسيرورة العلاجية وبالتالي ضمان جودة أداءه ونجاح عمله العلاجي . وعليه يمكن تقديم الاقتراحات التالية:

- تنظيم دورات تدريبية متواصلة للمعالجين النفسانيين لتأهيلهم وتطوير كفاءاتهم في مجال الدعم والعلاج النفسي واكتساب المهارات الإرشادية التي تمكنهم من التعرف على طبيعة المشكلات التي تعيق عملهم والأساليب الفعالة للتغلب على هذه المشكلات.

- توفير ظروف عمل مناسبة والتعرف على المشكلات البيئية والإدارية التي تعرقل تدخلاتهم وممارستهم للعلاج.

- إعطاء فرص التوظيف والتكوين والتأهيل للمتخرجين الجدد للقيام بمهام التكفل النفسي للتكفل بعدد أكبر من المرضى بحيث لا يكون الضغط على مجموعة أقلية لا سيما في المؤسسات العمومية حيث يعاني الممارسون للإرهاك والاحترق المهني.

- إجراء فحوص نفسية للممارسين والمعالجين لتحديد مستوى قدراتهم الانفعالية والمعرفية للتمكن من الاضطلاع بمتطلبات عمل العلاج والإرشاد النفسي.

المراجع

أنس محمد، شحادة (2016) التعاطف والنرجسية وعلاقتها بالرضا المهني لدى عينة من المرشدين النفسيين في مدارس محافظة دمشق الرسمية. رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير في الإرشاد النفسي. (منشورة) قسم الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة دمشق.

إيفا- ماريا بيرمانزاتيان، يوخنايكيرت وهانس- يوأخيمشفاترس. (2001) العلاج النفسي بالمحادثة. التغيير من خلال الفهم. ترجمة سامر جميل رضوان. عمان . دار المسيرة للنشر والتوزيع.

سامر جميل، رضوان (2009) الصحة النفسية. عمان. دار المسيرة للنشر والتوزيع. الطبعة الثالثة. مجدي محمد، الدسوقي (2008) دراسات في الصحة النفسية . المجلد الثاني. القاهرة. مكتبة الأنجلومصرية. الطبعة الأولى. ميخائيل، أمطانيوس (2003) دراسة لمقياس القلق بوصفه حالة وسمة على عينات من طلبة الجامعات السورية. مجلة جامعة دمشق . المجلد 19- العدد الثاني.

André.C;(2011) Quand les psybrisent le silence. L'empathie entre thérapeute et patient, l'implication personnelle et les encouragements rendent aujourd'hui le « psy » plus humain et plus proche. Revue Cerveaux Psycho, n°45.

Berthoz.A et Jorland.G ;(2004) L'empathie. Paris ! Odile Jacob.

Boukhobza. Hervé ;(2015) Le vécu du soignant, notions d'empathie et de burn-out.

Bouvet.C ;(2015) 18 grandes notions de la pratique de l'entretien clinique. Paris : Dunod.

Bruchon- Schweitzer. M ; (1990) Une psychologie du corps :PUF.

Brunel.M ; Martiny. C;(2004) Les conceptions de l'empathie Avant, Après, Pendant et Après Rogers. Cariéologie.revue Francophone international. www.cariéologie.uqam.ca. Volume 9 , N°3 pp473-500.

Carré.A ;Stephaniak.N ; D'Ambrosio.F ; Bensalah.L ; And Besche-Richard.C ; (2013) the basic empathy scale in adults :Factor structure of a revised form . Psychological Assessment,Vol 25, N°3.pp679-691.

- Chambon .O et Marie- Cardine.M ;(2003) Les bases de la psychothérapie . Approche intégrative et électique. Paris, Dunod. 2ème édition.
- Charest.C ; (2004)Effet du rapport d'expertise psychologique et de l'empathie des jurés envers l'accusé sur le processus attributionnel. Thèse présentée comme exigence partielle du doctorat en Psychologie. Université du Québec à trois-rivières.
- Colombel.M(2016) Apport de la minfulness basée sur la compassion et l'insight (MBCI) dans la pratique des thérapeutes. Mémoire pour l'obtention du DES de psychiatrie. Faculté de médecine. Université de CAEN.
- Decety.J; (2005) Une anatomie de l'empathie . Revue Psychologie et Neuro-Psychiatrie Cognitive .PSN, volume III , n°11(Janvier/ Février).
- Glon.E; (2009) Emotion empathique et cognition sociale. In, Reconnaissance, identité et intégration sociale .presses Universitaires de Paris. Nanterre.
- Lancelot. A ; (2010) L'empathie des soignants perçue par les patients atteints de cancer bronchique. Thèse de doctorat de l'université Paul Verlaine-Metz.
- Langevin.V, Boini.S, Francois.M, Riou.A.(2012)Risques psychosociaux : Outils d'évaluation. Inventaire d'Anxiété état-trait Forme Y. Références en Santé du Travail.N° 131.
- Lecomte.j;(2011) Empathie et ses effets .In , collectif, Encyclopedie Médico-chirurgicale, savoirs et soins infirmiers .Paris. Elsevier : Masson.
- Nathan Spreng.R ;McKinnon.Margaret C ; Mar.Raymond. A And Levine.B ;(2009) The Torento Empathy Questionnaire : Scale development and initial validation of a factor-Analytic solution to multiple Empathy measures. Journal of Personality Assessment,91(1), pp62-71. Available in PMC 2009, November 10 .NIH Public Access.
- Nasielski.S ; (2012) Gestion de la relation thérapeutique: entre alliance et distance. Revue Actualités en analyse transactionnelle,4 N° 144.p12-40.
- Shamay-Tsoory.Simone G ; Aharon-Peretz.J And Perry. D; (2009)Two systems for empathy :A double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions.BRAIN,A journal of neurology ;132 :pp617-627.
- Simon. E ; (2009) Processus de conceptualisation d' « EMPATHIE », Revue : Recherche en soins infirmiers N°98, p 28-31. www.Cairn.info.
- Steffens.N et Verhaegen.F ;(2017) Les principes de base de la psychothérapie. In pratique de la psychotherapie EMDR : Dunod.