

# مهارات العلاج المعرفي السلوكي في سياق الممارسة العلاجية والحياة اليومية

زيدي السيد إبراهيم(\*)

## ملخص

يستهدف البحث الزاهن تحديد مهارات العلاج المعرفي - السلوكي وإعداد أداة لقياسها في البيئة المصرية، كما يهدف إلى محاولة استكشاف انتقال تلك المهارات المهنية إلى الحياة الواقعية للمعالج، سواء على المستوى الشخصي أو على مستوى المقربين من المحيطين به. **الأدوات:** تم تصميم مقياس في صورة أولية مكون من (٦٦) بنداً، تعكس مهارات المعالج السلوكي - المعرفي في إدارة الجلسة العلاجية. وقائمة من ١٣ بنداً لقياس الدافعية لاستخدام العلاج المعرفي السلوكي من إعداد الباحثة. وأجريت دراسة استطلاعية للتحقق من سلامة الصياغة وملائمة محتوى بنود المقياسين، واستطلاع آراء المحكمين (ن = ١٥)، وحساب ثبات المقياسين. وترتب على هذه الإجراءات إدخال تغييرات على صياغة البنود وخيارات الإجابة عنها، وإضافة بعض البنود. فأصبح المقياس يتكون من ٤٥ بنداً في صورته النهائية، يجاب عنها بمقياس رتبي بطريقة ليكرت يتدرج من خمسة خيارات. وقد تم التحقق من المؤشرات القياسية للمقياسين، التي ترقى إلى مستوى مقبول من الثبات والصدق. **العينة:** تم تطبيق المقياسين على (٥٥) من الاختصاصيين النفسيين، بمؤهلات دراسية وخبرات مهنية متباينة. **النتائج:** وأوضحت نتائج اختبار "كا<sup>٢</sup>" الفروق بين مستويات هذه المتغيرات في بعض بنود المقياس، وتبين أنه لا توجد فروق في أغلب الأحوال. وقد تم اختبار الفرض القائل بانتقال المهارات المهنية للعلاج إلى مجال التعامل مع المقربين والذات. وتبين أن هذا الانتقال يرتبط بمستوى الدافعية لاستخدام العلاج المعرفي السلوكي. ونوقشت النتائج في ضوء افتراضات النموذج المعرفي السلوكي ونتائج الدراسات السابقة.

**الكلمات المفتاحية:** العلاج المعرفي السلوكي - مهارات العلاج المعرفي السلوكي - انتقال أثر المهنة - الكفاءة المهنية - الحياة الواقعية للمعالج.

(\*) أستاذ علم النفس المساعد العيادي، كلية الآداب - جامعة الفيوم.

## **Cognitive-Behavioral therapy skills in profession and daily life contexts**

**Zizi E. Ibrahim**  
Assistant Professor of Psychology  
Faculty of Arts, Fayoum University

### **Abstract**

This research aims at studying the cognitive-behavioral therapy skills (CBTS) and developing a tool to measure it inside the Egyptian environment. Also, it aims at exploring if these professional skills are extended in therapist's real life. A list of 66 items reflecting cognitive therapy skills in managing the therapeutic session and 13 items of the motivation to use cognitive therapy scale has been developed. A pilot study on a sample of 33 therapists has been conducted to evaluate the linguistic and content characteristics of the scales items and to get the expertise evaluation of its content validity (n= 15). Many items have been corrected and became simpler in their linguistic formulation according to the pilot study results and expertise opinions. The final form consists of 45 items answered in 5 point likert scale format. Psychometric characteristics of the scales have been validated. A sample of 55 psychologists with different levels of experiences and qualifications completed the scales to test the research hypotheses. Results of " $\chi^2$ " And crosstabs analysis reveals the discriminative ability of some items. Results support the first hypothesis of extended effect of (CBTS) in therapist's real life situation with others and self, but not related to motivation to use cognitive-behavior therapy scores. Extension of using (CBTS) in therapist's real life situation not differ according to sex, job years and number of cases participants worked with. Results discussed in terms of cognitive-behavioral treatment model and previous research results.

**Key words:** cognitive-behavioral therapy skills- therapist's real life

professional skills are extended-

## مقدمة:

يُشير العلاج المعرفي السلوكي<sup>(١)</sup> إلى فئة التدخلات العلاجية التي تشترك في مسلمة مؤداها أن الاضطرابات والمشكلات النفسية تستمر لدى الأفراد بسبب عوامل معرفية؛ فالمسلمة الجوهرية لهذا المنحى العلاجي . كما قدمه آرون بيك Beck وألبرت إليس Ellis . تشير إلى أن المعارف غير التكيفية<sup>(٢)</sup> تسهم في استمرار الكدر الانفعالي واستمرار المشكلات السلوكية. ووفقا للنموذج المعرفي لبيك (Beck, Rush, John, Shaw, Brian, & Emery, 1979; Beck, المعرفي لبيك (Baruch, Balter, Steer, & Warman, 2004)، فإن تلك المعارف تتضمن المعتقدات العامة أو المخططات المعرفية التي يكونها الفرد عن العالم والذات والمستقبل، والأفكار الآلية<sup>(٣)</sup> المحددة التي تظهر في موقف معين. ويقوم النموذج العلاجي على افتراض أن استراتيجيات تغيير تلك الافتراضات المعرفية غير التكيفية يؤدي إلى تغيير الحالة الانفعالية السلبية والمشكلات السلوكية (De Rubeis, Tang, & Beck, 2001).

وقد أجريت العديد من دراسات المراجعة والتحليل البعدي للبحوث، بهدف الوقوف على مدى كفاءة العلاج المعرفي السلوكي، ومدى انتشار استخدامه في مساعدة الأفراد في التغلب على المشكلات النفسية أو تطوير مهارات مواجهة أفضل لمشكلات الحياة اليومية (Beck, 1991, 1993, 1997, 2005). وحديثاً نشر موقع مؤسسة بيك للعلاج المعرفي السلوكي تلخيصاً للدراسات التي اهتمت بالمراجعة المنظمة للتراث المنشور عام ٢٠١٤ حول العلاج المعرفي السلوكي، قدمت دليلاً على الانتشار المتزايد للعلاج المعرفي السلوكي للحالات الإكلينيكية المختلفة. وهذا يثبت التماسك الواضح للعلاج المعرفي السلوكي وثباته وكفاءته في خريطة العلاج النفسي الحالية | CBT: Review of Randomized Trials | Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy, n.d retrieved on: 20 .August 2017)

(1) cognitive behavioral therapy (CBT)

(2) Mal-adaptive cognitions

(3) Automatic thoughts

ويلقى العلاج المعرفي السلوكي تقبلاً واضحاً في الثقافة العربية كعلاج للاضطرابات النفسية (إبراهيم، ٢٠٠٤). حيث شغل إعداد وتأهيل الأخصائي النفسي الإكلينيكي ليوأكب المعايير العالمية المعيارية وإعداده ليؤدي دوره المهني بكفاءة باحثي ورواد علم النفس في مصر والعالم العربي، وخاصة عقب استقلال أقسام علم النفس في الجامعات المصرية عن أقسام الفلسفة (درويش، ١٩٨٥). فكان هناك اهتمام بوضع تخطيط ملائم لإعداد الاختصاصي النفسي في مجال علاج الاضطرابات النفسية (عبد الخالق، ١٩٩٠؛ يوسف، ٢٠٠٩) وتقييم وعلاج الاضطرابات النفسية في بيئة العمل (الصبوة، ١٩٩٠، ٢٠٠٢) وفي مجال الإعاقة وذوي الاحتياجات الخاصة (غباشي، ١٩٩٠؛ علوان، ١٩٩٠) وفي مجال الإرشاد النفسي في بيئة المدرسة (أبو سريع، شوقي، أنور، وإسماعيل، ٢٠٠٩؛ الشريفين وأبو حسونة، ٢٠١١)؛ مع التأكيد منذ البداية على عملية الإعداد والتأهيل الجيدين والتقييم المستمر للحصول على أفضل المكاسب المهنية من تمكين الأخصائي النفسي في مجال العلاج والإرشاد والمجالات الأخرى (الفاقي، ١٩٩٠؛ طه، ١٩٩٠؛ كامل، ١٩٩٠؛ البناء، ١٩٩٠) واستكشاف المعوقات التي تمنعه من أداء دوره بكفاءة (إسماعيل، ٢٠٠٦) والعمل على حلها. وبذلت جهود حثيثة لتحقيق تلك الأهداف، وخاصة في مجال إعداد وتأهيل الاختصاصيين النفسيين لتقديم العلاج النفسي . المعرفي السلوكي، خاصة (يوسف، ٢٠٠٩)، بوصفه واحدًا من العلاجات التي ثبتت فاعليتها إمبيريقيا في الكثير من الاضطرابات النفسية.

ومنذ ظهور كتابات بيك حول العلاج المعرفي (Beck, 1967)، وخاصة كتابه: "العلاج المعرفي للاكتئاب" ( Beck, 1979; Rush, Beck, Kovacs,& Hollon, 1977; Beck, 1997) توالى الدراسات لفحص الكفاءة العلاجية لهذا التوجه العلاجي. واهتم الباحثون في البداية بتقييم العلاج المعرفي وقياس كفاءته في علاج أعراض الاكتئاب، وتوالى دراسات استهدفت تحديد العوامل التي تسهم في إنجاح العلاج (DeRubeis& Feeley, 1990) أو في فشله

(Florian Weck, Grikscheit, Jakob, Höfling, & Stangier, 2015). وتناولت الدراسات العوامل المتعلقة بالعلاج وفتياته، وتلك المتعلقة بالمعالج كالكفاءة والإتقان للفتيات العلاجية وطريقة تقديمها (Bryant, Simons, & Thase, 1999a)، وتلك المتعلقة بالعلاقة العلاجية، وما تتضمنه من تحالف علاجي والاستمرار في تلقي العلاج والتكاتف العلاجي (Strunk, Brotman, & DeRubeis, 2010)، كما درست كفاءة المعالج وعلاقتها بالتغير في الأعراض المرضية (Strunk, Brotman, DeRubeis, & Hollon, 2010).

وبدا تقييم كفاءة العلاج المعرفي السلوكي عالمياً مع بدايات استخدامه لعلاج اضطراب الاكتئاب (Young & Beck, 1980; Bryant, Simons, & Thase, 1999b; McManus, Westbrook, Vazquez, Montes, Fennell, & Kennerley, 2010a)، وحظيت بالاهتمام على مرّ السنوات. ونوقشت العوامل التي تؤثر في تفسير وتعميم نتائج دراسات المقارنة (Dozois, 2013) وفهم العوامل التي تساهم في نجاحه (Weck et al., 2015) والميكانيزمات المسؤولة عن التحسن للمريض (Busch, Kanter, Landes, & Kohlenberg, 2006) والأسباب التي أدت إلى سعة انتشاره وتطبيقه حتى أصبح أحد مكونات الخطة العلاجية للأمراض البدنية، والإعاقات الجسدية، والأمراض المزمنة (Taylor, 2006) واضطرابات الأرق (Perlis, Benson, Jungquist, Smith, & Posner, 2014).

وأجريت الكثير من دراسات المراجعة التي استهدفت اختبار كفاءة العلاج المعرفي السلوكي، من بينها المراجعة المبكرة لجولوجين Gloaguen وكوتراكس Cottraux وكوشرات Blackburn وبلاكباوم Cucherat (1998). كما خضع للاختبار من خلال التراث الإمبريقي للبحوث والدراسات التي أثبتت كفاءته ليس فقط في خفض الأعراض المرضية، وإنما أيضاً في تأخير الانتكاس والإقلال من معدلاته (Beck, 1991, 2005; Beck, 1993; DeRubeis et al., 2001). ووجدت مراجعة باتلر Butler وتشابمان Chapman وهوفمان Forman

وبيك (2006) أن التدخلات المعرفية أسهمت في تخفيف الأعراض المرضية للاضطرابات النفسية المحددة بحجم تأثير يتراوح بين المتوسط إلى المرتفع. كما أكدت نتائج مراجعة ستيوارت Stewart وتشامبليس Chambless (2009) كفاءة العلاج المعرفي في تخفيف أعراض القلق. ووجد أولوتوني وزملاؤه (٢٠١٠) في تحليل لتسع دراسات للتحليل البعدي حول كفاءة العلاج المعرفي السلوكي أن له تأثيراً كبيراً في تخفيف أعراض القلق مقارنة بالطرف العلاجي المقارن (Olatunji, Cisler, & Deacon, 2010). ووجد تحليل بعدي حديث أنه يعمل على تخفيف أعراض اضطراب الهلع لدى الراشدين (Pompoli, et al., 2014).

وباستخدام أسلوب التحليل البعدي، أكدت نتائج هوفمان وزملائه بقوة كفاءة العلاج المعرفي السلوكي في علاج العديد من الاضطرابات النفسية (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012). وتوافرت أدلة من بحث قام به هوشان وتانج تؤكد أن العلاج المعرفي السلوكي يتسم بالكفاءة في التغلب على أعراض الأرق المصاحبة لاضطراب ما بعد الصدمة، من خلال مراجعة ١١ دراسة قارنت بين العلاج المعرفي السلوكي، وقائمة الانتظار لمرضى اضطراب ما بعد الصدمة (Ho, Chan, & Tang, 2016).

ومما سبق، يتضح أن قضية تقييم كفاءة العلاج المعرفي والمعالج المعرفي شغلت الباحثين على مرّ السنين منذ ظهوره (Ia James, Blackburn, & Reichelt, 2001; McManus, Rakovshik, Kennerley, Fennell, & Westbrook, 2012; Stallard, Myles, & Branson, 2014a; Young & Beck, 1980). إن سعة الانتشار الذي حظي به العلاج المعرفي السلوكي واتساع دائرة استخدامه في الثقافة العالمية والمحلية، تؤكد أهمية الاهتمام بتقييم كفاءته وكفاءة مستخدميه في البيئة المحلية، لما يمكن أن يؤسسه ذلك من استخدامه بشكل علمي ومعياري. حيث يقوم . كونه علاجاً تكافئياً<sup>(١)</sup> ومنظماً- ببناء مهارات ومحدد بزمن وموجه بأهداف ويستخدم تدخلات محددة يتم تصميمها

(1) collaborative

لاستهداف المكونات الجوهرية للاضطراب المحدد. إذ يتم تطبيقه بشكلٍ واسعٍ كعلاجٍ نفسي على مستوى العالم، وتتوافر أدلة من دراسات المراجعة الحديثة والتحليل البعدي على كفاءته في تخفيف أعراض الاضطرابات النفسية المختلفة، بما فيها الاكتئاب واضطرابات القلق واضطرابات الشخصية واضطرابات الأكل واضطرابات سوء استخدام المواد النفسية والفصام والألم المزمن والأرق واضطرابات الطفولة والمراهقة (Thoma, Pilecki, & Mckay, 2015).

وقد أكد العلاج المعرفي - منذ ظهوره - على مبدأ مهم يتمثل في تعليم المريض أن يكون هو الطبيب لذاته، ويتضمن هذا المبدأ اكتساب مهارات العلاج المعرفي السلوكي واستخدامها في مواقف واقعية (Hundt, Mignogna, Underhill, & Cully, 2013)، ويتم ذلك داخل الجلسات بتبني عددٍ من المبادئ بواسطة معالج مدرب، ذي كفاءة مهنية عالية تمكنه من بناء الجلسة وإدارتها، لتحقيق الأهداف العلاجية (إبراهيم، ٢٠٠٤). ومن هنا تأتي أهمية تقييم كفاءة المعالج المعرفي السلوكي بواسطة أساليب تتسم بالمصداقية والاتساق. فقد أكدت نتائج دراسة شو Shaw وإلكين Elkin وياما جوتشي Yamaguchi وأولمستيد Olmsted وفاليس Vallis (1999) تأثير كفاءة المعالج في ناتج العلاج. وتوجد أدلة متنامية حول أهمية كفاءة المعالج في نجاح العلاج (Elkin, 1999; Kuyken & Tsivrikos, 2009). ويرجع الاختلاف في نتائج العلاج النفسي جزئياً إلى الفروق بين المعالجين (Zuroff, Kelly, Leybman, Blatt, & Wampold, 2010) وعناصر العلاقة العلاجية كالتفهم والاعتناء والمواجدة<sup>(١)</sup> (التفهم) والنظرة الإيجابية<sup>(٢)</sup>. ففي المراجعة التي أجراها كريستس ومينتز ١٩٩١ على ٢٧ نوعاً من العلاج لعددٍ من الاضطرابات، وجد أن نسبة تصل إلى ٨٪ من التباين عائد إلى الفروق بين المعالجين. وفي عام

(1) empathy

(2) Positive regard

٢٠٠٦، وجد بولت نتائج مشابهة حول تأثير المعالج في نتائج العلاج. واهتمت البحوث المبكرة بالتحالف العلاجي بوصفه عاملاً مهماً في تحقيق التغيير العلاجي في العلاج المعرفي السلوكي (Safran & Wallner, 1991)، وكذلك وجد ويك Weck وجيكشيت Grikscheit وجاكوب Jakob (2015) أن عوامل مثل التحالف العلاجي، وكفاءة المعالج تؤثر بشكل دال في ناتج العلاج<sup>(١)</sup>. وهو ما يؤكد الأهمية الكبيرة للاعتناء بتدريب وتأهيل المعالجين النفسيين ليكونوا على مستوى جيد من الكفاءة لتقديم علاج ناجح والحصول على نتائج علاجية جيدة وضمان تقديم أفضل خدمة للمريض.

### أهمية الدراسة

على المستوى العالمي، اهتمت الدراسات منذ وقت مبكر بتدريب المعالجين النفسيين. وهناك اتفاق عام على أن عملية العلاج النفسي بما فيها من تعقيد لا يمكن تعلمها فقط من خلال المحاضرات أو الدراسة المعتمدة على الذات فقط، وأن عملية الممارسة تحت الإشراف جزء أساسي من عملية التدريب على العلاج، وأن جميع برامج التدريب الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي تتضمن إشرافاً أو تتطلب العمل تحت الإشراف (Pretorius, 2006). وعلى المستوى المحلي، كانت هذه القضية موضع اهتمام الباحثين منذ ما يزيد على عقد من الزمان (إبراهيم، ٢٠٠٥؛ جمعة يوسف، ٢٠٠٩؛ الصبوة، ٢٠١٥)، فأكدوا أهمية التدريب الذي يحصل عليه المعالج، وأهمية وضع معايير علمية وعملية، للتأكد من أن الاختصاصيين الإكلينكيين-خاصة المعالجين الذين يحصلون على التدريب والإشراف الملائم، وتقييم مهاراتهم للتأكد من كفاءتهم المهنية، بناءً على طرائق ثابتة الكفاءة. حيث تعرف الكفاءة بأنها درجة تطبيق المعالج للمعرفة العلاجية العامة والخاصة، والمهارات المطلوبة لتقديم تدخلات العلاج المعرفي السلوكي بطريقة منظمة لتناسب مشكلات المريض. ويتضمن ذلك كلا

(1) treatment outcome

من المعرفة<sup>(١)</sup> والمهارات<sup>(٢)</sup> المهنية (Muse & McManus, 2013). والواقع أن المكتبة العربية تفتقر إلى وجود أدوات ومعايير يمكن استخدامها في التقدير الموضوعي لمهارات المعالجين، والتحقق من التزامهم، بتقديم العلاج وفقاً للمبادئ التي تم تحديدها كأسس للعلاج المعرفي السلوكي.

وقد أكد الباحثون (Fairburn & Cooper, 2011) أهمية تطوير طرائق معيارية لتقييم كفاءة المعالج النفسي للأسباب التالية:

**السبب الأول:** ويتعلق بالمسئولية المهنية للمعالجين بأن يقدموا لمرضاهم أفضل طرق الرعاية والعلاج الممكنة. ويترجم هذا في مجال العلاج النفسي بأن نقدم العلاج النفسي المناسب للمرضى بطريقة تتسم بالكفاءة.

**السبب الثاني:** وينبثق من الحاجة الملحة إلى نشر واستخدام العلاج النفسي المستند إلى أدلة علمية تؤكد كفاءته، من خلال تدريب أعداد كبيرة من المعالجين على تلك العلاجات، والتأكد من قدرتهم على تقديمها بطريقة تتسم بالكفاءة.

**السبب الثالث:** وينشأ من الرغبة في تقديم معلومات بحثية صادقة عن تأثير العلاجات النفسية المتنوعة، ما يتطلب بدوره تقديم تلك العلاجات بطرق معيارية مقننة تتسم بالكفاءة.

ويمكن تقييم المهارة في تقديم العلاج من خلال طرق متنوعة، من أبرزها: تقييم نتائج العلاج لدى المريض<sup>(٣)</sup>: حيث يتم تقييم التغييرات التي حدثت في تفكير وسلوك ومزاج المرضى بعد تلقي الجلسة العلاجية (Fairburn & Cooper, 2011).

تقييم الجلسة العلاجية: حيث يتم التقدير بواسطة خبير مستقل يقوم بمشاهدة جلسات العلاج المسجلة ثم تقديرها باستخدام بنود مقياس معد لهذا الغرض (Young & Beck, 1980; Jeffrey Young & Beck, 1988).

(1) knowledge

(2) skills

(3) Patient Outcome

تقدير لعب الدور المعياري<sup>(1)</sup>: حيث يتم تقدير مدى التزام المعالج بخطوات معيارية متفق عليها للفحص والعلاج، كتلك التي يسير وفقا لها الطبيب في تشخيص وعلاج المرض الجسدي (Fairburn & Cooper, 2011).

ومن ثمَّ، سعيًا إلى القياس الموضوعي لمهارات العلاج المعرفي السلوكي، ينصب اهتمام الدراسة الراهنة على تطوير أداة في البيئة المحلية تسهم في جمع معلومات موضوعية دقيقة حول مدى التزام مقدمي الخدمة النفسية باستخدام أسس ومبادئ العلاج المعرفي السلوكي في الجلسات العلاجية، ومدى توفر تلك المهارات لدى المعالجين.

### مبررات إجراء الدراسة

إن التقييم الفعال لكفاءة العلاج المعرفي السلوكي أمر أساسي في تطوير البرامج التدريبية، وتقديم أفضل للخدمة النفسية على حد سواء. وقد بدأ التقييم الموضوعي لكفاءة المعالج المعرفي السلوكي بشكل متوازٍ مع بحوث إثبات كفاءته العلاجية لمختلف الاضطرابات النفسية منذ تطوير يونج وبيك مقياسًا لتقييم كفاءة المعالج المعرفي السلوكي في تقديم العلاج وإدارة الجلسة العلاجية، وفقًا لمبادئ وأسس العلاج المعرفي السلوكي في مطلع الثمانينيات من القرن العشرين، تحت اسم "مقياس العلاج المعرفي السلوكي"<sup>(2)</sup> (Young & Beck, 1980).

وعلى الرغم من النمو المتزايد لتعلم واستخدام العلاج المعرفي السلوكي في المجتمع المصري (يوسف، ٢٠٠٩) فإنَّ اهتمامًا قليلًا قد انصب على طرق التقييم لمهارات العلاج والمعالج. ولذا، فإنَّ الدراسة الراهنة تحاول تطوير مقياس لتقدير مهارات العلاج المعرفي السلوكي وتقدير الخصائص القياسية له، ليكون معينا للتأكد من الكفاءة المهنية للمتدربين والممارسين المتقدمين للحصول على ترخيص ممارسة العلاج، وكذلك التأكد من تقديم خدمة العلاج والإرشاد النفسي

(1) Standardized role play

(2) Cognitive therapy scale (CTS)

- السلوكي المعرفي بطريقة منهجية للمرضى في مختلف مواقع العمل الإكلينيكي.  
ومن ثمّ، تتحدد مبررات إجراء الدراسة الراهنة في الآتي:
- ١) رفع الوعي بأهمية وسائل تقييم مهارات المعالج وكفاءته المهنية في البيئة المصرية.
  - ٢) حاجة المكتبة العربية إلى بناء وتقنين أدوات تمكننا من تقييم مهارات العلاج النفسي بصفة عامة والعلاج المعرفي السلوكي بصفة خاصة.
  - ٣) تقييم جودة العلاج النفسي الذي يقدم للمرضى في مواقع العمل الإكلينيكي بناء على منهج علمي واضح.
  - ٤) تعرف مدى التزام المعالج النفسي بتقديم العلاج المعرفي السلوكي بطريقة معيارية باستخدام هذا المقياس المزمع إعداده.
  - ٥) الإسهام في رفع وعي المعالج النفسي المبتدئ بأهمية تحديد واتباع القواعد العامة التي تمثل أسس ومبادئ العلاج المعرفي السلوكي، الممثلة في بنود المقياس.
  - ٦) التشجيع على ابتكار وتطوير أدوات تقييم مهارات العلاج المعرفي السلوكي من وجهة نظر المعالج والمريض، ما يفيدنا في مراقبة جودة تقديم الخدمات النفسية وفقا للمعايير العلمية.
  - ٧) تعرف ما قد يحدث من انتقال للخبرات المهنية للأفراد، ومدى استخدامهم لها في مواقف الحياة الأخرى.
  - ٨) استكشاف العلاقة بين مستوى مهارات العلاج المعرفي والدافعية لاستخدام وتعلم العلاج المعرفي السلوكي.
  - ٩) كذلك، استكشاف العلاقة بين المهنة، وسلوكيات الحياة اليومية، وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموجرافية كالنوع والعمر والخبرة المهنية.
- ويمكن صياغة تساؤلات الدراسة على النحو التالي:

"إلى أي مدى يعد بناء مقياس مهارات العلاج المعرفي السلوكي كفوًا من الناحية السيكومترية، وإلى أي مدى تنتقل هذه المهارات إلى الممارسات اليومية

في حياة المعالجين؟ وإلى أي مدى يرتبط انتقالها بالدافعية لممارسة هذا العلاج؟ وإلى أي مدى يرتبط هذا الانتقال بكل من جنس المعالج وعدد سنوات خبرته وعدد الحالات التي قام بعلاجها؟".

## مفاهيم الدراسة

### أولاً: العلاج المعرفي السلوكي

العلاج المعرفي هو العلاج الذي يستند إلى النموذج المعرفي، الذي يفترض أن انفعالات الأفراد وسلوكياتهم تتأثر بإدراكهم للأحداث (Beck, 1995). ويؤرخ كلارك Clark وبيك وأفورد Alford (1999) لظهور العلاج المعرفي السلوكي نتيجة للممارسة الإكلينيكية بنهاية الستينيات وبداية السبعينيات، عندما بدأ اثنان من التوجهات العلاجية، شهد لها بأنها صياغة أكثر اتساقاً من العلاج النفسي المعرفي. وتتمثل هذان التوجهان في توجه ألبرت إليس A. Ellis وآرون بيك A. Beck، اللذين هجرا توجهاتهما التحليلية وتوجها إلى العلاج المعرفي. وقد تزامن ذلك مع ما حدث من بعض علماء النفس ذوي التوجه السلوكي، الذين تدرّبوا على المناحي السلوكية مثل: ماهوني Mahoney، وميكنباوم Meichenbaum ودافيدسون Davidson وجولدفريد Glodfried. حيث تضمنت كتاباتهم حديثاً عن دور العوامل المعرفية، واستهدفت أساليبهم العلاجية إحداث تعديل سلوكي - معرفي للمرضى (إبراهيم، ٢٠٠٦).

ووفقاً لدوبسون Dobson (2010) فإنّ العلاج المعرفي السلوكي بمختلف طرقه يتشارك في ثلاث مسلمات أساسية:

الأولى: أن النشاط المعرفي يؤثر في السلوك.

الثانية: أن النشاط المعرفي يمكن مراقبته وتغييره.

الثالثة: أن التغيير السلوكي المرغوب فيه يحدث من خلال التغيير المعرفي.

ينمو العلاج المعرفي وينتشر كمنهج علاجي في مواقع التدريب والممارسة الإكلينيكية للاضطرابات النفسية، والمشكلات الصحية الأخرى (DeRubeis, et

(al., 2001; Epp& Dobson, 2010) وفي منع الانتكاس وتأخير عودة الأعراض المرضية (Beck, 1993)، منذ أن قدمه أرون بيك أواخر السبعينيات من القرن المنصرم (Beck, 2005). ويستند العلاج المعرفي السلوكي إلى عدد من المبادئ التي تحدد الأسس التي يجب الالتزام بها، كما حددتها جوديث بيك J. Beck في الدليل العلاجي المفصل الذي نشرته عام ١٩٩٥، وأعدت طباعته عام ٢٠١١، والتي يمكن تلخيصها في الآتي:

١. الاستناد إلى صياغة دائمة التطور لمشكلات المريض بمصطلحات معرفية.
٢. ضرورة التحالف العلاجي<sup>(١)</sup> الواضح.
٣. تأكيد أهمية التكاتف<sup>(٢)</sup> والمشاركة الفعالة.
٤. توجيه العلاج وفق أهداف تركز على المشكلات.
٥. التأكيد المبدئي على الحاضر والمشكلات الراهنة.
٦. تعليم المريض أن يكون طبيب نفسه، ويؤكد منع الانتكاس.
٧. التقيد بزمن محدد.
٨. أن تكون الجلسات محدده البناء.
٩. تعليم المريض أن يحدد أفكاره ومعتقداته المضطربة، وقيمتها، ويستجيب لها.
١٠. استخدام مجموعة متنوعة من الأساليب لتغيير تفكير المريض ومزاجه وسلوكه.

وانعكست تلك المبادئ في بناء أدوات تقييم العلاج المعرفي السلوكي وكفاءة المعالجين الذين يستخدمون ذلك المنحى. وفيما يلي تعريف بمفهوم كفاءة المعالج ومهارات العلاج المعرفي السلوكي، كما وردت في الإنتاج البحثي السابق.

(1) therapeutic alliance

(2) Collaboration

## ثانيًا: كفاءة العلاج ومهارات المعالج المعرفي السلوكي

يمكن وصف كفاءة تقديم العلاج المعرفي السلوكي في مستويين هما: مستوى الكفاءة الأساسية<sup>(1)</sup> ومستوى الكفاءة الوظيفية<sup>(2)</sup>. تشمل الكفاءة الأساسية الخصال المتعلقة بأخلاقيات المهنة، ومهارة إقامة علاقة جيدة مع العميل، وتوفير سياق صحي لتنمية القدرة على الوعي بالذات، والتصحيح الذاتي لدى العميل، مع مراعاة السياق الثقافي والالتزام بنتائج البحوث الإمبريقية لإجراءات العلاج في المواقع الإكلينيكية. بينما تشير الكفاءة الوظيفية إلى القدرة على التفكير كباحث، والقدرة على تعليم العميل أن يقوم بالمثل والقدرة على فهم وصياغة الحالات في ضوء الأنماط السلوكية والمعتقدات اللاتكيفية، والقدرة على بناء الجلسة، وتنظيم الوقت، واستخدامه بطريقة فعالة والقدرة على اشتقاق ومراجعة مهام الواجب المنزلي (Newman, 2010).

ولعمليتي الإشراف والتدريب دور مهم في إعداد المعالجين في أي توجه علاجي، بما في ذلك العلاج المعرفي السلوكي، سواء في تدريبات الإعداد الأولية أو على مدى استمرار التخصص والممارسة. فمن خلال عملية التدريب والإشراف يتم التأكيد على صور الممارسة الجيدة لتقديم العلاج والأدلة المتوفرة حول كفاءتها. ومن الضروري التأكد من توفير إشرافٍ جيّدٍ حتى تتحقق أهداف التدريب ويتم الحفاظ على كفاءة المعالج الذي سيقوم بمساعدة مرضاه في فهم مشكلاتهم النفسية والتغلب عليها (Pretorius, 2006)، لتحقيق المهارات الضرورية لدى المعالج، ومن أهمها:

١. التمكن من تطبيق طرق العلاج المعرفي السلوكي وفنياته.
٢. فهم وصياغة الحالة صياغة معرفية.
٣. القدرة على إدارة العلاقة العلاجية بطريقة ناجحة.
٤. تنمية المهارات بشكل مستمر.

(1) foundational

(2) functional

وقد أوضح فيربورن وكوبر أنّ مهارات المعالج ترتبط بالعديد من المفاهيم، من بينها ما يختص بتقديم العلاج بطرق معيارية، وتعرف بالالتزام بمنهجية العلاج<sup>(١)</sup> - يتم التأكد فيها من أن المعالج يستخدم الأساليب العلاجية الصحيحة، والكفاءة<sup>(٢)</sup> - مدى كفاءة المعالج في استخدام الإجراءات التي تم اختيارها ومهارته في تقديم الفنيات والأساليب العلاجية، والقدرة على استبعاد ما ليس منتمي للمنهج العلاجي المحدد (Fairburn & Cooper, 2011). وتتخلص وظيفة قياس مهارات العلاج المعرفي في تحديد مواطن القوة لدى المعالج باتباع تخطيط منظم للجلسات، والاستخدام الملائم للوقت في جو يتسم بالتفهم، وتفعيل الجهود التكاتفية بين المعالج والعميل. وتتبدى أهمية تحقق تلك المهارات داخل الجلسة من الأسس والمبادئ التي يقوم عليها العلاج المعرفي السلوكي، الذي يعد من العلاجات قصيرة المدى التي تهتم بحل مشكلات العميل في وقت محدود لكل جلسة علاجية. ما يؤكد أهمية البناء المحدد للجلسات، ووضع جدول أعمال يتناسب مع طول الجلسة وأهمية الموضوعات المقترحة، ومع رغبة العميل وأولوياته. وكذلك الحصول على عائد<sup>(٣)</sup> يوضح ردود الأفعال الإيجابية والسلبية للعميل حول الجلسة العلاجية الراهنة والعلاقة العلاجية بصفة عامة، والتأكد المستمر من أنّ العميل يفهم بدقة ما يقصده المعالج، والتأكد من أن المعالج يفهم ما يقوله العميل فهماً دقيقاً؛ أي قدرته على التواصل الدقيق المتفهم لأفكار العميل، والظروف التي يعيشها، وعلاقة ذلك بالمشاعر التي يعاني منها العميل الآن. وهنا يكون على المعالج أن يحقق مهارات الإنصات المتفهم لمشاعر العميل، وإبداء مستوى جيد من الاهتمام والثقة فيما يقوله العميل، والمهنية في التعامل مع المعلومات الواردة من العميل حول المواقف المشكّلة. ما يعرف بكفاءة التفاعل البيئشخصي<sup>(٤)</sup>.

(1) adherence

(2) competence

(3) feedback

(4) interpersonal effectiveness

ومن بين مهارات العلاج المعرفي السلوكي أيضًا التحقق من إقامة علاقة تكاتفية<sup>(1)</sup> بين العميل والمعالج، تنعكس في صورة تحالف علاجي يمكّن العميل والمعالج من العمل معًا كفريق ضد العدو المشترك وهو المعاناة أو الكدر النفسي. وكذلك مهارة استخدام وقت الجلسة استخدامًا ملائمًا وفعالًا لإنجاز معظم المهام التي وضعت في جدول أعمال الجلسة. وأنّ يتم ذلك في جو حوارى يعمل من خلال الاستكشاف الموجه<sup>(2)</sup>، الذي يعد استراتيجيّة من بين الاستراتيجيات الأساسية التي يستخدمها المعالج المعرفي السلوكي الناجح، من خلال الاستفسار لمساعد العميل في رؤية الأحداث والمواقف من منظور جديد مع تجنب استخدام الجدول والنصح، الذي قد يجعل العميل يميل إلى اتخاذ الاتجاه الدفاعي أثناء الجلسات (Young & Beck, 1980; Jeffrey Young & Beck, 1988).

وتتضمن مهارات المعالج المعرفي السلوكي القدرة على صياغة الحالة معرفيًا. حيث يتم التركيز على الأفكار والمعتقدات الأساسية التي تجعل العميل يتصرف ويشعر بطريقة لا تكيفية، واستكشاف الأفكار التلقائية والمعتقدات الجوهرية وراءها. ويشكل هذا جزءًا كبيرًا ومهمًا من محتوى جلسات العلاج المعرفي السلوكي، من خلال الأسئلة السقراطية، والتخيل، ولعب الدور، والتسجيل اليومي للأفكار السلبية، ومراقبة التغيير المزاجي أثناء الجلسة، والبحث عن المعنى الشخصي للأحداث والمواقف. ويكون مطلوبًا من المعالج أيضًا أن يكتسب مهارات وضع وتبني استراتيجية للتغيير<sup>(3)</sup> من خلال تطبيق الفنيات العلاجية المحددة التي تناسب الموقف والصعوبات التي يواجهها العميل. وهنا، يتم تضمين التدخلات المعرفية والتدخلات السلوكية وغيرها مما يلائم خطة التغيير العلاجي المرغوب. ويقاس مدى تطبيق الفنيات المعرفية السلوكية<sup>(4)</sup> بكفاءة داخل الجلسات العلاجية. ومهارة اشتقاق وتحديد المهام ما بين

(1) collaborative relationship

(2) guided discovery

(3) strategy for change

(4) cognitive- behavioral techniques

الجلسات<sup>(١)</sup> والتحقق من تطبيق المهام التي حددت في الجلسة السابقة، واستكشاف الصعوبات المتوقعة، ومحاولة وضع حلول ملائمة لها (Blackburn, et al., 2000; James, Blackburn, & Reichelt, 2001).

لم يهتم الباحثون فقط بتحديد مهارة المعالج في إدارة وتطبيق الفنيات العلاج المعرفي السلوكي، ولكن أيضاً تم الامتداد بالفكرة لتحديد وقياس مهارات العميل في تطبيق مهارات العلاج المعرفي السلوكي كذلك (Jarrett, Vittengl, Clark, & Thase, 2011)، باعتبار أن ذلك يعد مؤشراً مهماً، حيث يستخدم ناتج العلاج كمؤشر لنجاح العلاج في إحداث التغيير المرغوب.

إنَّ التقييم الفعال لكفاءة العلاج المعرفي السلوكي يمثل حجر الزاوية في نجاح الحافز الحالي والمطلب العلمي والصحي لتوسيع دائرة التدريب على العلاج المعرفي السلوكي، والعمل على ترسيخه، ونشره كروتين علاجي في الممارسة الإكلينيكية. ولقد طرأ تقدم كبير في تطوير وبناء طرق العلاج النفسي اعتماداً على الأدلة العلمية للعديد من الاضطرابات والمشكلات. ومن بين العلاجات - المدعومة بالأدلة العلمية - العلاج المعرفي السلوكي الذي أظهر كفاءة في علاج مدى واسع من الاضطرابات النفسية (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006; Hofmann, et al., 2012; Stewart & Chambless, 2009). وأصبح تحديد الاستراتيجية المثلى لتقييم الكفاءة التي يتم بها تقديم العلاج المعرفي السلوكي أمراً مهماً لاستمرار التقدم (Muse & McManus, 2013).

وتعد برامج تقييم كفاءة العلاج المعرفي السلوكي أساساً لنجاح عملية التمكين والنشر، حيث إنَّها: أولاً، توفر وسائل لتقييم المعالجين المعرفيين السلوكيين الجدد، وتأكيد جودة العلاج المقدم للمرضى في الممارسة اليومية؛ وثانياً، أنَّ تقييم الكفاءة يمارس دوراً مهماً في التقييم الإمبريقي للعلاج المعرفي السلوكي. حيث إنَّ البحوث قد لا تتمكن من تقديم استنتاجات صادقة حول كفاءة مخطط العلاج المعرفي السلوكي المستخدم ما لم تتوفر لها بيانات حول

(1) between sessions assignment

الكفاءة التي يتم بها تقديم العلاج؛ وثالثاً، أن نتائج البحوث قدمت دليلاً على أن كفاءة المعالج تمارس دوراً في تحديد ناتج العلاج، كما أظهرت بعض الدراسات (Shaw et al., 1999; Strunk, Brotman, DeRubeis, et al., 2010; Kuyken, Hayes, Barrett, Byng, & Dalglish, 2015). فمَهارة العلاج المعرفي السلوكي لا تتحدد فقط من خلال جودة الفنيات العلاجية المستخدمة، ولكنها تتأثر أيضاً بالعديد من العوامل، من قبيل كفاءة المعالج المعرفي. وهو ما تُعنى به الدراسة الحالية، من خلال توفير مقياس ملائم لتقديره في البيئة المحلية. وهناك أيضاً العوامل المتعلقة بالاضطراب وطبيعته، وكذلك المتعلقة بالعمل وكيفية استخدامه للأسلوب العلاجي والفنيات المنبثقة عنه. كما تسعى الدراسة إلى الاستفادة من توفير هذه الأداة المقننة لقياس مهارات المعالج المعرفي السلوكي في اختبار الفرض القائل بأن التأثير يمتد من الممارسة المهنية إلى الحياة الاجتماعية والشخصية للمعالجين. وفيما يلي نقدم عرضاً موجزاً لمفهوم انتقال أثر الممارسة المهنية لدى المعالج النفسي من خلال المراجعة المختصرة للتراث المتعلق بهذا المفهوم.

### انتقال أثر الممارسة إلى العلاج النفسي:

لقد كانت مهنة العلاج النفسي موضع تأمل منذ بدايتها. فعلى الرغم من أهميتها بالنسبة للمجتمع، فإنَّ الكيفية التي تؤثر بها في القائمين بها أو في المحيطين بهم تتفاوت. فالمعالج يتعامل مع مجالات ذات حساسية عالية في حياة المرضى، ويتعرض لمخاطر متنوعة وفريدة ولديه متطلبات وظيفية معقدة (Kramen-Kahn & Hansen, 1998). وعلى الرغم من كثرة البحوث حول العلاج النفسي، فإنَّ القليل منها قد اهتم بتأثير مهنة العلاج النفسي في المعالجين أنفسهم (Hovsepian, 2011). وما من شك في أن المشكلات في الحياة الشخصية والحياة المهنية تتداخلان. وتتأثر الكيفية التي يتبناها المعالج كشخص في طريقة فرز خبراته وترشيحها، وتتطور جزئياً بالقواعد الإكلينيكية والتوجه العلاجي، وتتأثر اتجاهاته بالمشرفين عليه والقائمين بتدريبه (Kaslow & Schulman, 1987). وقد أكدت الدراسات الإمبريقية أنَّ مهنة

العلاج النفسي متعددة، ومتنوعة الفوائد بالنسبة للقائمين بها في العلاقات داخل الأسرة. ففي دراسة أجراها جاي في الثمانينيات من القرن العشرين، وجد أن ٧١٪ من المعالجين المشاركين في الدراسة يشعرون بتأثير إيجابي لمهنتهم في العلاقة بالأبناء. كما وجدت دراسة أخرى أن المعالجين لديهم تقدير أكبر لعائلاتهم ووعي أكبر بأن المشكلات شيء طبيعي في الحياة (Sowders, 2013).

وجدت دراسة لجولدين وفاربر أن أبناء المعالجين النفسيين، يرون أن هناك مميزات في مهنة آبائهم. حيث يرون أن الآباء المعالجين يكونون معبرين أكثر عن التفهم والتعاطف والحساسية لاكتشاف المشكلات والبدء في التحدث حولها. وأن الآباء المعالجين لديهم طرقاً أفضل في التعامل مع المشكلات التي تطرأ على حياة الأبناء. وفي المقابل، قرر البعض الآخر من الأبناء أن التواصل يأخذ أحياناً صورة الوصفة الطبية، أو إعطاء النصح في شكل أوامر طبية، وليس كعلاقة أسرية (Golden & Farber, 1998).

وعلى الرغم من الخبرة التي يحصل عليها المعالجون في مجال العلاج، فإنهم غير محصنين ضد المشكلات الشخصية والأسرية، ولا يمكن استبعادهم من قائمة المحتاجين إلى العلاج (Deacon, Kirkpatrick, Wetchler, & Niedner, 1999). فقد اهتمت الدراسات بالكشف عن معدلات الإصابة باضطراب نفسي بين المرشدين النفسيين (Lawson, 2007). فحاولت إحدى الدراسات الكشف عن معدلات تعرض الأخصائيين النفسيين للكدر والاضطراب النفسي، كشرب الكحوليات أو تعاطي المواد النفسية الأخرى أو التعرض للاحتراق النفسي<sup>(١)</sup> - الذي قرر لاوسون أنه قد يصيب نسبة تصل إلى ٣٠٪ من العاملين في مجال الخدمة النفسية، أو اضطرابات نفسية أخرى، ما يجعلنا نقلق ليس فقط على جودة حياة المعالج النفسي، ولكن أيضاً على جودة الخدمة النفسية المقدمة للمرضى (Smith & Moss, 2009).

(1) Psychological burnout

وقد استهدف الباحثون - منذ وقت مبكر - صياغة نموذج يعمل على ترشيد آثار المهنة في الحياة الشخصية للمعالجين النفسيين، كون العلاقات التي نعيشها في حياتنا- بوصفنا معالجين- ترتبط بالخلفية التدريبية التي نتلقاها، لكي نصبح معالجين نفسيين فرديين أو معالجين نفسيين أسريين. واقترح جورين وهابارد ١٩٨٧ أن يتم الاستثمار في ثلاث مناطق كبرى في حياة المعالج نفسيين، وهي: المستوى الأساسي من الاستقلالية الإجرائية<sup>(١)</sup>، وإدارة الاستجابية الإكلينيكية والشخصية لدى المعالج، وأخيراً إثراء الخبرات الشخصية داخل الأسرة (Guerin & Hubbard, 1987)، والعمل على إدارة التدريب بطريقة تفيد في الأداء المهني والإدارة الجيدة لخصائص شخصية المعالج (Winter & Aponte, 1987). وفي دراسة حول حياة المعالجين النفسيين، اهتم باباز بمناقشة كيفية تأثير الطلاق بين المعالجين النفسيين في عملهم الإكلينيكي. كما اهتمت الدراسة بتوضيح كيفية الإكمال الناجح لعملية الطلاق، والكيفية التي يمكن للإشراف والتدريب العلاجي والقدرة على الإفصاح عن الذات أن يقوم به، لتيسير إدارة تلك العملية (Pappas, 1989).

واهتمت البحوث أيضاً بتحديد أهم الاستراتيجيات التي تساعد المعالج النفسي في العناية بذاته وفقاً لأراء الخبراء في مجال العلاج النفسي. وكان من بين هذه الاستراتيجيات تعرف مخاطر مهنة الخدمة النفسية، ورفع الوعي الذاتي، وتبني استراتيجيات مبنية على تعدد التوجهات النظرية، وتطبيق مبادئ التشريط المضاد والتحكم في المنبه لتغيير البيئة المشكلة، والسعي إلى العلاج الشخصي، وتجنب التفكير القائم على لوم الذات أو التمني والاستمتاع بما تقدمه الحياة كمعينات في التغلب على متاعب المهنة أو الاحتراق النفسي الناتج عنها (Norcross, 2000)، والكيفية التي تساعد بها المعالج على تحقيق التوازن بين الحياة المهنية والحياة الخاصة، والحياة داخل الأسرة، ومع شريك الحياة (Rupert & Kent, 2007)، والتغلب على الضغوط المتعلقة بالمهنة وظروف العمل (Rupert & Morgan, 2005).

(1) operational autonomy

وبعد ظهور نظرية التأثير الإيجابي والسلبي للمهنة في الحياة الشخصية والعلاقات الأسرية، التي استحوذت على اهتمام العديد من الباحثين، قام ستيفانوفيك Stevanovic وروبرت Rupert (2009) باقتراح نموذج حول الامتداد<sup>(١)</sup> الذي يحدث في حياة المعالج النفسي إلى خارج العيادة، سواء أكان هذا الامتداد ذا تأثير إيجابي (ممثلًا في تعلم مهارات أفضل) أم ذا تأثير سلبي (كمظاهر الاحتراق النفسي والتأثر بمشكلات العمل). كما أجرى سميث (٢٠١٦) دراسةً حول النمو الذاتي ودوره في الارتقاء المهني لدى المعالجين الجدد، وبين كيف أن الارتقاء الشخصي قد ينعكس في تطوير العوامل الشخصية، كالتقويم الذاتي، والتقدير الإيجابي، والتخلي بالإنسانية، والوعي الانفعالي، والتوازن في الارتباط الاجتماعي. بالإضافة إلى الارتقاء المهني الذي يتحقق من خلال المعرفة والمهارات، والاتجاه المكتسب خلال سنوات الدراسة بعد التخرج، والإشراف الإكلينيكي، والاستشارات الأكاديمية والشخصية والأنشطة المهنية الأخرى. كما أكد أن المعالج الجيد هو من يجيد إدارة التغيرات، ويكون نشطاً ومفكراً مرتباً ولديه الوعي بالذات والتأمل الذاتي ومسلح باستراتيجيات المواجهة الفعالة، ومهارات التواصل الجيدة مع الآخرين. فضلاً عن القدرة على التعلم بالخبرة والحضور الانفعالي والتحول المعرفي المرن، وتحمل عدم اليقين والنية الداخلية الإيجابية نحو التعلم والممارسة (Smith, 2016).

كما أكدت البحوث أن المعالجين النفسيين مدربون على اكتساب الخبرة في الملاحظة، والكشف عن الكدر الانفعالي لدى العملاء وتحديد وعلاجه. وأثناء القيام بذلك، يطورون ويحسنون الخصال والسمات والأدوات المختصة بذلك لديهم، ومن بينها: زيادة الوعي والتفهم. فكيف سيكون تأثير ذلك في حياتهم خارج الجلسات. هل سيمتد بتلك الخصال عند التعامل مع المحيطين به في الحياة اليومية، كالأهل والأصدقاء والمعارف؟ وهل ستمتد مهاراته المهنية

(1) spillover

لنتبدى في الطريقة التي يتبعها عند مواجهة موقف مكدّر في حياته الشخصية؟ تباينت نتائج الدراسات حول ذلك. فبينت بعض النتائج الدور الإيجابي لممارسة العلاج النفسي في حياة المعالجين، وبينت نتائج أخرى وجود آثار سلبية للمهنة نتيجة التعرض المستمر للمنغصات والمقاومة والاحتراق النفسي الناتج عن ظروف العمل والصعوبات المرتبطة بالعملاء ومتطلبات الحفاظ على السرية (Hovsepian, 2011). كذلك، اهتمت دراسة ستيفرز Stivers (2013) باستعادة المعالجين من تعلم العلاج الأسري في حياتهم الزوجية، ووجدت تأثيراً متبادلاً بين التدريب على العلاج وامتداده لحياتهم الزوجية. وانتهت الدراسة إلى وضع نموذج يمكن من خلاله فهم التأثير الإيجابي والسلبي والاقتراحات الممكنة لتحسين التفاعل بين الأزواج المعالجين.

خلاصة القول: إن العلم والممارسة المهنية يلتقيان معاً في الاتفاق حول التأثير الذي يحدثه الدور المهني في حياة المعالجين. فهناك تغييرات تصاحب العمل كمعالج نفسي، كالمهارات والقيم والسلوك والوجدان. وقد تؤثر جميعها بشكل إيجابي أو سلبي في حياة المعالجين. واقترح المنظرون حول التأثير المتبادل للدور المهني والحياة الأسرية أن تعدد الأدوار يقدم فرصاً لاكتساب المزيد من المهارات والشعور بالرضا الذي يؤثر في أداء الفرد لأدواره المختلفة (Stevanovic, 2011). وهو ما يؤكد امتداد مهارات العلاج النفسي المتعلمة، كما يمارسها المعالج أثناء أداء مهنة العلاج النفسي، إلى التطبيق في العلاقات خارج الجلسة العلاجية، داخل الأسرة أو مع المعارف والأصدقاء وربما مع الذات، حينما تقتضي الضرورة ذلك.

### الدراسات السابقة

نقدم في هذا الجزء من المقال مراجعة للدراسات السابقة وثيقة الصلة بموضوع الدراسة الراهنة في محورين، هما:

١. الدراسات المتعلقة بتقييم كفاءة العلاج المعرفي السلوكي ومهارات المعالج.
٢. الدراسات المتعلقة بانتقال أثر ممارسة العلاج في حياة المعالجين.

## أولاً: الدراسات المتعلقة بتقييم كفاءة العلاج المعرفي السلوكي ومهارات المعالج

أول المحاولات لتقييم كفاءة المعالج المعرفي السلوكي قام بها يونج Young وبيك Beck (August, 1980). فقد طوراً مقياساً عرف باسم "مقياس العلاج المعرفي السلوكي"، الذي خضع للتحقق من كفاءته القياسية في دراسة قام فاليس Vallis وشو Shaw ودوبسون Dobson (1986)، حيث طلبوا من أربعة من الخبراء تقدير ٢١ جلسة علاجية مسجلة، باستخدام بنود هذا المقياس. وقاموا بحساب الارتباط بين البنود وارتباط الدرجة على البند بالدرجة الكلية للمقياس، كما حسبوا الثبات عبر المصححين (القائمين بالتقدير). وكشفت النتائج عن وجود ارتباط قوي بين الدرجات على جميع بنود المقياس وثبات داخلي مرتفع. كما كشفت عن اتسام المقياس بالحساسية لكفاءة العلاج المقدم للمريض.

وتمت مراجعة المقياس عام ١٩٨٨ ليصبح أحد عشر بنوداً بدلاً من أربعة عشر بنوداً. واستخدم المقياس على مدى واسع لتقييم أداء المعالج المعرفي أثناء الجلسات العلاجية، بواسطة قائم بالتقدير يقوم بمشاهدة الجلسة العلاجية، ثم يضع تقديرًا لمدى مهارة المعالج داخل الجلسة في تحقيق البنود التي يتكون منها المقياس، في صورته الأولى (١٩٨٠) أو في صورته المراجعة (١٩٨٨) أو المراجعة التالية التي قام بها بلاكبرن Blackburn وآخرون (2001).

ثم طور ستلارد Stallard ومايلز Myles وبرانسون Branson (2014b) صورة من المقياس لتقدير الكفاءة العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي المقدم للأطفال والشباب. وتتوعد طرق التقييم لمهارات المعالج المعرفي السلوكي، فاعتمدت في مقياس يونج وبيك (١٩٨٠ و ١٩٨٨) وفي الصورة المعدلة له من قبل بلاكبورن وزملائه (٢٠٠١) على تقييم الجلسات العلاجية المسجلة فيديو، بواسطة خبراء في العلاج المعرفي السلوكي، مستقلين عن سياق الجلسة، بوضع درجات للمعالج توضح مدى إنجازه للمهارة المحددة داخل الجلسة المعنية.

وبالتوازي، كان هناك بحث يُجرى لاكتشاف أفضل طرق تقييم مهارات المعالج، وتحديد أفضل طرق اكتساب وقياس مهارات العلاج المعرفي السلوكي. فقد حاول شيفرون Chevron ورونسافيل Rounsaville استكشاف أفضل طرق تقييم كفاءة المعالج المعرفي السلوكي عن طريق المقارنة بين خمس وسائل لتقدير مهارات المعالج، وهي:

١. اختبار تحريري للمتدربين.
٢. التقييم الكلي الذي يعطيه المدرب للمتدربين.
٣. التقرير الذاتي للمتدربين حول الجلسات التي يقدمونها للمرضى.
٤. تقييم المشرفين بناء على التقرير الذي يقدمه المتدرب حول جلسات العلاج في جلسات الإشراف.
٥. خبير مستقل يقوم بتقييم الجلسات العلاجية المسجلة.

وكشفت النتائج عن عدم اتفاق بين الطرق المتنوعة للتقييم. وكانت أقرب الطرق ارتباطاً بحالة المريض هي تقييم المشرف على التدريب لتقارير الجلسات (1983).

وبالإضافة إلى الطرق السابقة، اعتمد الباحثون أيضاً على التوجه الذي ينادي بأهمية التحقق من كفاءة المعالج المعرفي السلوكي بواسطة الاختبارات المعيارية. حيث يتم تقييم كفاءة المعالج باستخدام اختبارات المعرفة<sup>(١)</sup>، التي تتركز حول استراتيجيات وإجراءات العلاج، مع الأخذ في الحسبان أن القليل من الاختبارات تم تصميمها لهذا الغرض (Fairburn & Cooper, 2011; Muse & McManus, 2013).

وقد قامت جاريث Jarrett عام ١٩٩٨ ببناء مقياس لتقدير مهارات العلاج المعرفي السلوكي لدى كل من المعالج والعميل في مركز العلاج المعرفي

(1) Knowledge tests

للاكتئاب<sup>(١)</sup> بجامعة بنسلفانيا، يعتمد في الإجابة عنه على إقرار ذاتي من كل من المعالج والعميل حول بناء الجلسة العلاجية والأنشطة التي تمت فيها. وفقاً لدائرة العلاج المعرفي كما اقترحها بلاكبورن عام ٢٠٠١، قام بتعديل مقياس العلاج المعرفي الذي صممه يونج وبيك عام ١٩٨٠. وتوالت الدراسات في استخدامه جنباً إلى جنب مع طرق التقييم الأخرى (McManus, Westbrook, & Vazquez, Montes, Fennell, & Kennerley, 2010b).

وحديثاً، تم تطوير أداة لتقدير مهارات العلاج المعرفي من خلال تقدير ناتج العلاج لدى المريض، عرفت باسم "مهارات العلاج المعرفي"<sup>(٢)</sup>، وتكونت من بنود لتقدير مدى فهم واستخدام المهارات الأساسية في العلاج المعرفي من منظور المعالج، ومن منظور المريض. واستخدم للإجابة عن بنود المقياس خمسة خيارات (تتراوح ما بين ١ = لا مطلقاً إلى ٥ = دائماً عند الحاجة). وتعكس الدرجة المرتفعة على المقياس ارتفاع مستوى مهارات تطبيق مبادئ العلاج المعرفي واستراتيجيات المواجهة التكيفية. واستخدم الباحثون - في بناء هذا المقياس - قائمة مكونة من ٣٣ بنداً، يتم تقديرها من قبل المعالج والمريض في وسط وفي نهاية العلاج المعرفي لـ ٣٥٩ مريضاً. تم تقدير الثبات والصدق التنبؤي والتلازمي للمقياس بصورتيه الكاملة والمختصرة. وكشفت النتائج عن تمتع المقياس بثبات اتساق داخلي مرتفع، وارتبطت تقديرات المعالج وتقديرات المريض ارتباطاً متوسطاً. وأظهر المقياس قدرة جيدة على التنبؤ بالدرجة عند نهاية العلاج (Jarrett, Vittengl, Clark, & Thase, 2011).

وتعد طريقة الإقرار الذاتي مع توفير الصدق والثبات الملائمين أيسر بكثير في عملية التقييم، كما تمكننا من الحصول على تقييم من منظور المعالج، ومن منظور المريض للجلسات العلاجية، وكفاءة العلاج المقدم للمريض (Strunk, Hollars, Adler, & Goldstein, 2014). وهي الطريقة التي اتبعناها في البحث الراهن لتقييم مهارات العلاج المعرفي السلوكي.

(1) Center Of Cognitive Therapy

(2) Skills Of Cognitive Therapy(SOCT)

## ثانيًا: الدراسات المتعلقة بانتقال أثر ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في حياة المعالجين

اهتمت دراسة لكاسلو Kaslow وشولمان Schulman (1987) بالتأثيرات المتبادلة بين تعلم العلاج الأسري وممارسته في السياق المهني، وفي سياق حياة المعالجين الشخصية، وفي صحتهم النفسية. وقدما - بناء على النتائج - اقتراحات حول كيفية حفاظ المعالج على صحته الجسدية والانفعالية. نوقشت الاقتراحات في ضوء ما يقدمه التراث حول طرق التدريب للمعالجين الجدد التي تدعم الصحة النفسية الشخصية لهم.

واهتمت دراسة وينتر Winter وابونتي Aponte (1987) بفحص العلاقة بين الكفاءة الإكلينيكية للمعالج وحياته الأسرية، باستخدام أسلوب المقابلة. حيث عُقدت سلسلة من المقابلات الفردية المنظمة للمعالجين بغرض فحص تلك العلاقة. واستخدمت هذه المقابلات في تقديم أسس الارتقاء المهني من خلال نموذج التدريب الإكلينيكي. وقامت بفحص عمليات إدارة وتطوير الخصائص الشخصية للمعالجين، واستخدام ذلك فيما بعد في سياق تقديم العلاج. واستخدم في ذلك نموذج الشخص/الممارسة<sup>(1)</sup> في تغيير الذات لزيادة جودة الناتج العلاجي.

واستهدفت دراسة دونكان Duncan ودويردن Duerden (1990) تقدير مدى وجود مميزات وضغوط فريدة لدى العاملين مع الأسر، من وجهة النظر المهنية. فأكد كلٌّ من العاملين في مجال الإرشاد الأسري وأزواجهم ارتفاع المحفزات في حياتهم. وكانت تقديرات العاملين مع الأسر أعلى في تقدير كل من المحفزات والضغوطات. واتفق العاملون وأزواجهم في تحديد الضغوطات والمحفزات الكبرى في حياة الأسرة. وتبين أن المعالجين الأسريين المشاركين في البحث كان لديهم تقدير أكبر لعائلاتهم، ووعي أكبر بأن المشكلات شيء طبيعي في الحياة وأنها قابلة للحل.

(1) The Person/ Practice Model

وفي دراسته عن المشكلات الشخصية لدى المعالج وأنماط العناية بالذات، أجاب فيها ١٥٥ معالجًا لماهوني Mahoney (1997) عن مقياس إقرار ذاتي حول المشكلات التي تواجههم ونمط العناية بالذات التي استخدموها حديثًا، واتجاهاتهم نحو دخول خبرة العلاج الذاتي. قرر ما يقرب من نصف المشاركين أن لديهم مشكلات شخصية، تمثل أغلبها في الإجهاد والإنهاك الانفعالي<sup>(١)</sup>. وتبين أن نحو ٩٠٪ من المشاركين مروا بخبرة العلاج الذاتي، وكانت متوسطات التقدير لها بأنها ذات قيمة إيجابية. وقدمت النتائج صورة إيجابية عن حياة المعالجين المشاركين في البحث.

وفي دراسة لجولدن Golden وفاربر Farber (1998) بعنوان *هل المعالجين النفسيين يكونون والدين أفضل لأطفالهم؟* اهتمت باكتشاف خبرات الأطفال الذين يعمل أحد والديهم كمعالج نفسي. وتكونت عينة الدراسة من ٢٠ ابنًا لمعالج نفسي. فأقر معظم الأطفال أن كونه ابنًا لمعالج له العديد من المميزات، كما له بعض العيوب. حيث يتميز الوالدان بالمهارة في تقديم التعاطف والفهم ولديهم قدرة على التحمل والصبر والخبرة الجيدة في التعامل مع المشكلات وحلها. ويُعاب عليهم الامتداد بأسلوب معاملة المرضى، وتقديم التعليمات والأوامر للأبناء دون تمييز بين السياق داخل العيادة والسياق داخل البيت. وبصفة عامة، أشارت النتائج إلى أن كون الوالد معالجًا نفسيًا له العديد من المزايا، خاصة إذا كان هناك تمييز للسياق الذي تطبق فيه المهارات العلاجية.

وفي دراسة ديكون Deacon وكيركباتريك Kirkpatrick ووتشler Wetchler ونايدنر Niedner (1999) حول المشكلات الزوجية والأسرية في حياة المعالجين، ومدى لجوئهم إلى العلاج الشخصي<sup>(٢)</sup>، تم مسح المشكلات الزوجية والأسرية لدى المعالجين من أعضاء الرابطة الأمريكية للعلاج الزوجي والأسري<sup>(٣)</sup>، وتعرف خبرات العلاج الشخصي لديهم. ووجدت الدراسة أن معظم

(1) emotional exhaustion

(2) personal therapy

(3) American Association for Marriage and Family Therapy (AAMFT)

المُستجيبين للمسح كان لديهم مشكلات تتعلق بالحياة الزوجية أو الحياة الأسرية أو كلاهما معًا. وأنهم تلقوا علاجًا شخصيًا منذ دخولهم هذه المهنة، وأنهم يسعون إلى طلب العلاج عندما تواجههم مشكلات. وأقرّ المشاركون بأنّ خبرة العلاج الشخصي مفيدة لهم.

كما قام ستيفانوفيك Stevanovic ورابرت Rupert (2004) بدراسة سلوكيات المحافظة على المهنة والشعور بالرضا، وضغوط العمل لدى مجموعة من المعالجين النفسيين (ن=٢٨٦). وتبين أنّ المعالجين ذوي المستوى المرتفع في سلوكيات المحافظة على المهنة يقضون وقتًا مع العائلة ومع شريك الحياة، ويحافظون على التوازن بين الحياة الشخصية، والحياة المهنية، ويتمتعون بروح المرح. وكانت النساء منهم أكثر ميلًا لقضاء وقت أكبر في أنشطة الحفاظ على المهنة، كالاشتراك في الأنشطة التعليمية وحضور جلسات نفسية، والسعي إلى طلب المشورة. وكانوا يتحدثون مع زملائهم عن إحباطات العمل، ويقضون وقتًا مع الأصدقاء، ويشتركون في برامج التعليم، ويمارسون أنشطة ممتعة في أوقات الفراغ.

وفي دراسة لمورستين Murstein ومينك Mink (2004) حول الفروق بين المعالجين الأسريين (الزوج أو الزوجة، على الأقل) وغير المعالجين في التوافق الزواجي. وكان الباحثان يتوقعان ارتفاع مستوى التوافق الزواجي بين المعالجين بتقدم العمر، وسنوات الخبرة، وسنوات التدريب على العلاج الأسري أو العلاج، بشكل عام، وعدد العملاء الذين قام المعالج بمساعدتهم والتقدير الذاتي كعلاج أسري. وكشفت النتائج عن انتفاء الفروق بين المعالجين وغير المعالجين في مستوى التوافق الزواجي. وكان الإقرار الذاتي حول الخبرة في العلاج الأسري يرتبط إيجابيًا بمستوى التوافق الزواجي لدى المعالجين الذكور فقط.

وفي دراسة لرابرت وكنت Kent (2007) حول العوامل المرتبطة بمستويات الشعور بالاحترق النفسي لدى المعالجين النفسيين الذكور والإناث، أجاب ٩٥ معالجًا عن مقياس للأنشطة المهنية ومتطلبات العمل وسلوكيات المحافظة على

النقد المهني والشعور بالاحتراق النفسي. وكشفت النتائج أن المعالجين الذين يمارسون العلاج في مراكز وعيادات خاصة، سواء منفردين أو في جماعة كان شعورهم بالرضا المهني والإنجاز أكبر ممن يعملون لحساب مؤسسة. وحددت الدراسة ست استراتيجيات للتغلب على الشعور بالاحتراق النفسي لدى المشاركين في الدراسة، وهي: الحس الفكاهي، والحفاظ على المراقبة الذاتية، والوعي بالذات، والحفاظ على توازن جيد بين الحياة المهنية، والحياة الخاصة، والحفاظ على الهوية المهنية وقيمتها والمشاركة في ممارسة الهوايات وقضاء وقت جيد مع شريك الحياة ومع العائلة.

ووجد كرامين - كاهن Kramen-Kahn وهانسن Hansen (1998) أنّ المعالجات الإناث يتمتعن بقدر أعلى من الرضا الوظيفي أكثر من المعالجين الذكور في دراسة شارك فيها ٢٠٨ معالجًا، أجابوا عن مقاييس لتقدير مخاطر ومكافآت مهنة العلاج النفسي. وحصل رابرت ومورجان Morgan (2005) على النتيجة نفسها في دراسة أجريها بمشاركة ١٧١ أخصائيًا نفسيًا، أجابوا عن مقياس حول بيئة العمل والأنشطة المهنية والشعور بالاحتراق النفسي. ووجدوا أنّ المعالجات يخبرن الشعور بالإرهاك الانفعالي أكثر من المعالجين، وارتبط الإرهاك الانفعالي لدى المشاركين في الدراسة بارتفاع درجة فقدان التحكم في أنشطة العمل، كمقابلة عدد كبير من العملاء، والقيام بأعمال الكتابة، وملء النماذج الورقية، وتأجيل الدفع نظير الجلسات التي يقدمونها.

واستهدفت دراسة ستيفانوفيك وروبرت (2009)، سألقة الذكر، فحص الكيفية التي تؤثر بها الحياة المهنية للاختصاصيين النفسيين على حياتهم الأسرية والشخصية. فقاما بتصميم مقياس لتحديد التأثير الممتد للحياة المهنية إلى الحياة الأسرية. وشارك في هذه الدراسة ٤٨٥ اختصاصيًا نفسيًا، يقدمون الخدمة النفسية للعملاء. وحاولا تحديد درجة رضا المشاركين عن الحياة والدعم الأسري وتأثير المهنة في الحياة الشخصية والأسرية. فأقر المستجيبون بوجود تأثير إيجابي كبير للحياة الأسرية (أطلق عليه "المحفزات الأسرية") مقارنة

بالتأثيرات السلبية (أطلق عليها "الضغوط الأسرية"). ويشير انخفاض معدلات الضغوط الأسرية في حياة الاختصاصيين النفسيين إلى أن الضغوط المهنية للعاملين بعلم النفس يمتد تأثيرها إلى حياتهم الأسرية. ووجد أن كلاً من التأثيرات الإيجابية والتأثيرات السلبية تؤدي دوراً مهماً يتوسط العلاقة بين العمل والأسرة. ومن الناحية الإيجابية، ارتبط الإحساس بالإنجاز الشخصي في الوظيفة بازدياد المحفزات الأسرية، التي تؤدي إلى زيادة الدعم الأسري والرضا عن الحياة. ومن الناحية السلبية، ارتبط الإنهاك الانفعالي في العمل بزيادة الضغوط الأسرية، التي تؤدي بدورها إلى انخفاض الدعم الأسري والرضا عن الحياة. وتؤكد هذه النتائج أهمية تضمين إعداد الاختصاصي النفسي طرقاً تقلل من التأثيرات السلبية للضغوط المهنية في حياتهم الأسرية والشخصية، وأن يتضمن تدريبهم قطاعاً خاصاً بتنمية مهارات التوازن والاستثمار الإيجابي للدور المهني في الحياة الأسرية والحياة الخاصة.

وفي دراسة للوسن Lawson ومايرز Myers (2011) حول جودة الحياة المهنية والشعور بالرضا، أجاب ٥٠٦ من العاملين برابطة المرشدين النفسيين الأمريكية على مقياس لجودة الحياة المهنية والشعور بالرضا. وكشفت النتائج عن وجود فروقٍ داخل المشاركين ترجع إلى أعباء العمل وفروق بين المشاركين حول معايير الجماعة. فالمرشدون النفسيون ذوو الدرجات المرتفعة من الرضا كانوا أكثر ارتباطاً بأنشطة التنمية المهنية. وقد تم تفسير النتائج في ضوء الإعداد المهني للمعالج وتدريبه.

وأخيراً، استهدفت دراسة كيفية لساندبرج Sandberg ونستل Knestel وسكيد Schade (2013) وصف تأثير تعلم العلاج الزوجي المركز في الانفعالات<sup>(١)</sup> في الأداء المهني للمعالجين، وفي حياتهم الشخصية. شارك في الدراسة ٢٢٤ معالجاً أجابوا عن أسئلة مفتوحة النهاية حول التغيرات التي ترتبت على التدريب على ممارسة العلاج الزوجي المركز على الانفعالات. فقدم المعالجون وصفاً

(1) Emotionally Focused Couple Therapy (EFT)

لتغيرات إيجابية في أساليبهم المهنية لتقديم العلاج مثل التركيز على الانفعال والانتقال ببطء وتقديم المزيد من التفهم والعناية بالعملاء. وأقر المشاركون بحدوث تغيرات إيجابية غير متوقعة في علاقاتهم الأسرية. وتوحي نتائج الدراسة بأن تعلم العلاج النفسي يمارس دوراً مهماً في الارتقاء المهني والشخصي للمعالجين.

### تعقيب على نتائج الدراسات السابقة

يمكننا أن نخلص من مراجعة الدراسات السابقة وثيقة الصلة بموضوع الدراسة الراهنة بالآتي:

- ١) أن العلاج المعرفي السلوكي علاج واسع الانتشار، إذ يساعد في علاج الكثير من الاضطرابات النفسية، بل ويعد عنصراً مهماً في خطة علاج العديد من الأمراض النفسية والبدنية.
- ٢) أن الكفاءة المهنية للمعالج المعرفي السلوكي كانت موضع اهتمام العديد من البحوث، ولذا فقد استُحدثت طرقاً متنوعة لتقييمها في التراث النفسي العالمي.
- ٣) أنه يوجد وعي بالتأثير المتبادل بين ممارسة مهنة العلاج النفسي والحياة الشخصية والاجتماعية للمعالجين منذ وقت مبكر.
- ٤) أن العديد من الدراسات قد ركزت جهودها على الممارسين للعلاج الأسري، وكيفية الامتداد بالتدريب والممارسة إلى الحياة الشخصية والأسرية أكثر من أي فئة أخرى من المعالجين.
- ٥) تنوعت توجهات البحوث في دراسة امتداد التأثير من مواقع العمل المهني إلى مواقف الحياة اليومية. فمن بينها ما ركز على التوافق الأسري للمعالج، وما ركز على التوابع السلبية للتعرض للمشكلات والمقاومة العلاجية ومظاهر الاحتراق النفسي الناتجة عن المهنة، ومنها ما ألقى الضوء على الامتداد الضمني لمهارات العلاج في صياغة وتحقيق أهداف صحية فيما يخص العلاقات داخل الأسرة مع شريك الحياة أو الأبناء، ومنها ما اهتم

بإعداد الاختصاصيين النفسيين بشكل متعمد لكي يكونوا أكثر كفاءة في كل من المجال المهني والمجال الشخصي والأسري.

٦) توحى هذه المراجعة بأنّ المعالجين النفسيين غير محصنين ضد مشكلات الحياة، وأنهم متباينون في استجاباتهم لتلك المشكلات ذات التأثير في حياتهم المهنية.

٧) سعت تلك الدراسات إلى صياغة تدريب علمي وعملي للمعالجين، بشكل يجعلهم قادرين على الاستفادة المثلى من عمله كمعالج، ومرشد في حل مشكلات الحياة بأكثر الطرق إيجابية وأفضلها نفعاً.

يتضح مما سبق أن قدرًا قليلاً من الاهتمام قد وُجّه إلى تقييم كفاءة المعالجين والاختصاصيين النفسيين في البيئة المصرية. كما أنّ القليل من هذه الدراسات قد أُجري لدراسة أثر الممارسة المهنية في الحياة اليومية للاختصاصيين النفسيين المقدمين لخدمة الإرشاد أو العلاج النفسي. ومن ثمّ، فالبيئة المحلية في حاجة ماسة إلى تصميم وتطوير طرق لتقييم كفاءة العلاج والمعالج المعرفي السلوكي المعرفي السلوكي والآثار الممتدة من ممارسته إلى حياة المعالجين الشخصية والاجتماعية. وأنّ السياق الثقافي المحلي يحتاج إلى مثل هذه الدراسات لتعرف طرق التأثير المتبادل بين المهنة والحياة الشخصية والاجتماعية للاختصاصيين النفسيين، الذين يقدمون الخدمة النفسية العلاجية للمرضى. وهو ما يمكن أن يترتب عليه صياغة مناخ تدريبي وتعليمي يرفع من المناعة النفسية للمعالجين، ويحقق أقل قدرٍ من التأثيرات غير المرغوبة للمهنة في حياة المعالج.

خلاصة القول، لكل ما سبق تمثل الدراسة الراهنة خطوة نحو بناء أداة تتسم بالكفاءة السيكومترية لقياس مهارات العلاج المعرفي السلوكي، وتعرف شكل التأثير الذي تحدثه الممارسة المهنية للعلاج المعرفي السلوكي في حياة الاختصاصيين النفسيين القائمين بتقديم الخدمة النفسية، وإمكانات الاستثمار في برامج التدريب، والإشراف لجعل هذا التأثير في أفضل صورة ممكنة.

## فروض الدراسة

تحاول الدراسة الراهنة التحقق من صحة الفروض الأساسية التالية:  
"يتسم مقياس مهارات العلاج المعرفي السلوكي بالكفاءة السيكومترية، وتنتقل هذه المهارات إلى الممارسات اليومية في حياة المعالجين، ويرتبط انتقالها بالدافعية لممارسة هذا العلاج، كما يرتبط هذا الانتقال بكل من جنس المعالج، وعدد سنوات خبرته، وعدد الحالات التي قام بعلاجها".

## منهج الدراسة وإجراءاتها

اعتمدت الدراسة الراهنة على المنهج الارتباطي، حيث تسعى إلى فحص الخصائص القياسية لمقياس ينصب على مهارات العلاج المعرفي السلوكي، فضلاً عن استكشاف ما قد يحدث من امتداد ممارسة هذه المهارات إلى الحياة اليومية لدى مقدمي خدمة العلاج النفسي. ولتحقيق ذلك، فقد تم القيام بالإجراءات الآتية:

## أولاً: عينة الدراسة

سحبت عينة الدراسة إجمالاً من بين الاختصاصيين النفسيين الذين يقدمون العلاج في مواقع العمل الإكلينيكي. وتتكون من عینتين فرعيتين على النحو الآتي:

(١) العينة الاستطلاعية: وتكونت من ٣٣ اختصاصياً نفسياً من بين مقدمي الخدمة النفسية في مواقع مهنية في مجال علاج الإدمان والاضطرابات النفسية الأخرى (٢٢ أنثى و ١١ ذكراً). قدم ٢٥ منهم الخدمة النفسية العلاجية، لأعداد تتراوح ما بين ٥٠ إلى ٣٠٠ حالة. وحصلوا جميعاً على تدريب في مجال العلاج المعرفي السلوكي، المؤهل للحصول على ترخيص مزاوله المهنة. وتراوحت سنوات خبرة الممارسة ما بين عام واحد إلى ٢٤ عاماً، بمتوسط قدره ٧,٣٩ عاماً.

(٢) العينة الأساسية: وتكونت من ٥٥ اختصاصياً نفسياً من بين مقدمي الخدمة

النفسية العلاجية لمرضى نفسيين باضطرابات نفسية متنوعة من الراشدين والأطفال، في مواقع عيادية، حكومية أو خاصة (٢٥ ذكراً ويمثلون ٤٥٪ من العينة، و٣٠ أنثى، يمثلن ٥٤٪ من العينة. والجدول (١) يوضح متوسط أعمار أفراد هذه العينة وسنوات خبرتهم في ممارسة مهارات العلاج المعرفي السلوكي. وتضم هذه العينة ١٢ معالجاً من الحاصلين على ترخيص مزاوله مهنة العلاج النفسي من وزارة الصحة والسكان المصرية.

جدول (١) توزيع أعمار أفراد العينة وعدد سنوات خبرتهم (ن=٥٥)

المتغيرات	متوسط	الانحراف المعياري	الحد الأدنى	الحد الأعلى
العمر	٣٥,٤	٩,٣	٢٣	٦٤
سنوات الخبرة	٨,٣	٦,١	١	٢٥

جدول (٢) توزيع المؤهل الدراسي لأفراد العينة (ن=٥٥)

أعلى شهادة علمية	التكرار	النسبة المئوية
البكالوريوس	٥	٩
دبلوم	٢٣	٤٢
ماجستير	١١	٢٠
دكتوراه	١١	٢٠
أستاذ مساعد	٤	٧
أستاذ	١	٢
المجموع	٥٥	١٠٠

ويوضح الجدول (٢) أنّ ٥٠ فرداً من المشاركين في الدراسة من الحاصلين على الأقل على شهادة الدبلوم أو أعلى في تخصص علم النفس. وأنّ ٥١ من أفراد العينة من خريجي كلية الآداب، و ٤ من خريجي كلية التربية (جميعهم من

قسم علم النفس)، فضلاً عن أنهم جميعاً قد مروا بما يتراوح ما بين دورة تدريبية واحدة من دورات الإعداد للحصول على ترخيص وزارة الصحة إلى ٧ دورات. وأغلب أفراد العينة (نحو ٩١٪) قدموا خدمات علاجية لعدد من الحالات لا يقل عن ١٠، كما يتبين من الجدول (٣).

جدول (٣) توزيع أعداد الحالات التي قدم لها المشاركون خدمة العلاج

النسبة المئوية	التكرار	الحالات
٩٪	٥	أقل من ١٠ حالات
٢٦٪	١٤	١١ - ٥٠
١١٪	٦	٥١ - ١٠٠
٢٦٪	١٤	١٠١ - ٣٠٠
٢٨٪	١٥	٣٠١ حالة فأكثر
١٠٠٪	٥٤	المجموع

ثانياً: أدوات الدراسة

#### ١. مقياس مهارات العلاج المعرفي - السلوكي

صيغت بنود هذا المقياس لتمثل الأبعاد الأحد عشر المتمثلة في مقياس يونج وبيك (1980)، لتقدير كفاءة المعالج المعرفي السلوكي، وصورته المعدلة عام ٢٠٠١ على يد بلاكبورن وزملائه. وتتضمن العمليات المتمثلة في نموذج بلاكبورن للدائرة المعرفية (١) (Blackburn, James, Milne, & Reichelt, 2001; Blackburn, James, Milne, Reichelt, Garland, Baker, ... August, 2000; IA James, Blackburn, & Reichelt, 2001) أربعة عمليات كبرى يدور حولها العلاج، وهي: استكشاف وتوضيح المعارف الأساسية (٢) واستكشاف وتوضيح

(1) cognitive cycle

(2) Eliciting key cognitions

الخبرات الانفعالية (١) واستكشاف وتوضيح التعبيرات الانفعالية (٢) واستكشاف السلوك وطرق التغيير. وتتم العمليات الأربع التي تمثل إطار الدائرة المعرفية في ضوء فهم الحالة (٣) والصياغة المعرفية لها في مناخ يتسم بالاستكشاف الموجّه في الإطار التنفيذي لهذه العمليات من خلال البنود التي تيسر الحركة حول الدائرة، وهي:

١. وضع أجندة.
٢. الحصول على العائد.
٣. بناء علاقة تكاتفية.
٤. تقسيم واستخدام زمن الجلسة بكفاءة.
٥. التفاعل الفعال مع الآخر.

ويهدف المقياس إلى تقدير مدى تحقيق تلك المهارات العلاجية داخل الجلسة العلاجية، بالإضافة إلى البنود التي تختص بتقدير مهارات صياغة الحالة والاستراتيجيات والفنيات العلاجية المستخدمة، وهي: الاستكشاف الموجه والتركيز على المعارف والسلوكيات ذات العلاقة بالمشكلة، وتوضيح وتطبيق استراتيجية التغيير، وتطبيق واستخدام الفنيات المعرفية السلوكية، وتحديد المهام بين الجلسات.

وتكون المقياس في صورته الأولى من ٦٦ بنداً، أُجريت عليها تجربة الصياغة اللغوية، والتحكيم على عينة مكونة من ٣٣ اختصاصياً نفسياً يمارس الخدمة العلاجية أو الإرشادية لمدمنين أو مرضى باضطرابات نفسية أخرى. وبلغ ثبات الاختبار بطريقة ألفا لكرونباخ ٠,٩٤ في الدراسة الاستطلاعية. وقد أُعيد صياغة العديد من البنود لتصبح أقصر عبارة، وأوضح معنى، وأكثر

- 
- (1) eliciting emotional experiences
  - (2) Eliciting emotional expression
  - (3) Case Conceptualization

مباشرة وسلاسة. ثم أُخضع المقياس للتحكيم من قبل ١٥ أستاذًا من أساتذة علم النفس الإكلينيكي، ومناهج البحث<sup>(١)</sup>. ونتج عن هذه الخطوة نسبة اتفاق عالية حول ملائمة محتوى البنود. تلي هذه الخطوة إدخال بعض التعديلات على صياغة بعض البنود التي بدت مركبة وغامضة.

ونتج عن ذلك الإبقاء على ٤٥ عبارة، تمثل بنود المقياس في صورته النهائية. ويجب المشاركة بوضع علامة تحت العمود المعبر عن درجة انطباق العبارة عليه في صورة مقياس رتبي من خمسة خيارات للإجابة: ١ = لا أقوم به أبدًا و ٢ = نادرًا ما أقوم به و ٣ = أقوم به أحيانًا و ٤ = كثيرًا ما أقوم به و ٥ = أقوم به دائمًا عندما يتطلب الأمر. وقد تم تطبيق الصورة الأخيرة من المقياس على ٥٥ اختصاصيًا نفسيًا ممن يمارسون الخدمة النفسية العلاجية والإرشادية.

### بناء المقياس

تم حساب الاتساق الداخلي لبنود المقياس باستخدام علاقة الدرجة على البند بالدرجة الكلية على المقياس، وحُذفت البنود التي قل ارتباطها عن ٠,٣. كما تم حساب التجانس أو الأحادية البعدية للمقياس باستخدام التحليل العاملي (٢) بعد حساب اختبار مدى كفاية عدد العينة واختبار بارتلت والتأكد من إمكانية القيام بهذه الخطوة. ويعرض الجدول (٤) لهذه النتائج لبنود المقياس في الجلسة العلاجية والتعامل مع المقربين والذات.

(١) تتوجه الباحثة بالشكر لكل من أ.د. محمد نجيب الصبوة، أ.د. عزة عبد الكريم، أ.د. إيمان محمد صبري، أ.د. فؤاد أبو المكارم، أ.د. محمد رزق البحيري، أ.د. هبة أبو النيل، أ.د. هناء شويخ، أ.م.د. سيد الوكيل، أ.م.د. صفاء إسماعيل، أ.م.د. عزة صديق، د. إيمان عزت، د. محمد فتحي أبو نيدة، د. سلوى سلامة، د. عبد الله غازي، د. أحمد جمال الشريف، فضلًا عن العديد من الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين، لمساهماتهم في تحكيم وتنقيح مقياسي مهارات العلاج والدافعية لاستخدام العلاج المعرفي السلوكي المستخدمين في الدراسة. (٢) أجري تحليل عاملي استكشافي في هذه الخطوة لغرض نوعي ومحدد وهو التحقق من أحادية البعد كمؤشر للاتساق الداخلي للمقياس، بعد التأكد من كفاية عدد العينة وملائمة البيانات لإجرائه (البيانات الكاملة لهذا الإجراء متاحة لدى الباحثة).

جدول (٤) نتائج الاتساق الداخلي والتجانس لبند مقياس مهارات العلاج المعرفي - السلوكي في الجلسة العلاجية ومع المقربين والذات

مع الذات	التعامل مع المقربين						الجلسة العلاجية				رقم البند
	التجانس "أحادية البعد"	الارتباط بالدرجة الكلية	التجانس "أحادية البعد"		علاقة البند بالدرجة الكلية		التجانس "أحادية البعد"		علاقة البند بالدرجة الكلية		
			بعد الحذف	قبل الحذف	بعد الحذف	قبل الحذف	بعد الحذف	قبل الحذف	بعد الحذف	قبل الحذف	
٠,٥٣	٠,٥١	٠,٤٨	٠,٤٧	٠,٤٥	٠,٤٤		٠,٣١		٠,٢٩	٠.١	
٠,٧٨	٠,٧٦	٠,٦٠	٠,٦٠	٠,٥٧	٠,٥٦	٠,٦٧	٠,٦٧	٠,٦٤	٠,٦٣	٠.٢	
٠,٦٣	٠,٦١	٠,٥٢	٠,٥١	٠,٥٠	٠,٤٩	٠,٦٧	٠,٦٧	٠,٦٦	٠,٦٣	٠.٣	
٠,٥٥	٠,٥٣	٠,٣٩	٠,٣٩	٠,٣٨	٠,٣٨	٠,٥٨	٠,٥٢	٠,٤٩	٠,٤٥	٠.٤	
٠,٦٣	٠,٦١	٠,٤٩	٠,٤٨	٠,٤٧	٠,٤٧	٠,٥٩	٠,٥٩	٠,٥٦	٠,٥٣	٠.٥	
٠,٧٣	٠,٧١	٠,٦٣	٠,٦٣	٠,٦٠	٠,٦٠	٠,٦٩	٠,٦٩	٠,٦٧	٠,٦٣	٠.٦	
٠,٧٦	٠,٧٤	٠,٣٧	٠,٣٧	٠,٣٥	٠,٣٤	٠,٤٦	٠,٤٥	٠,٤٢	٠,٤٠	٠.٧	
٠,٧٠	٠,٦٧	٠,٥١	٠,٥١	٠,٤٨	٠,٤٨	٠,٦٢	٠,٦٢	٠,٦٠	٠,٥٨	٠.٨	
٠,٥١	٠,٤٩	٠,٤٨	٠,٤٨	٠,٤٧	٠,٤٦	٠,٦٦	٠,٦٦	٠,٦٣	٠,٦٣	٠.٩	
٠,٥١	٠,٤٩		٠,٠١		٠,٠١		٠,٠٨		٠,١٠	٠.١٠	
٠,٧٤	٠,٧٢	٠,٧٠	٠,٧٠	٠,٦٨	٠,٦٨	٠,٧٨	٠,٧٨	٠,٧٦	٠,٧٧	٠.١١	
٠,٦١	٠,٥٩	٠,٧٧	٠,٧٧	٠,٧٥	٠,٧٥	٠,٤٩	٠,٤٩	٠,٤٥	٠,٤٦	٠.١٢	
٠,٦٦	٠,٦٤	٠,٥٧	٠,٥٧	٠,٥٤	٠,٥٤	٠,٦٤	٠,٦٣	٠,٦٢	٠,٥٨	٠.١٣	
٠,٧٢	٠,٧٠	٠,٧٨	٠,٧٧	٠,٧٦	٠,٧٥	٠,٨١	٠,٨١	٠,٧٩	٠,٧٩	٠.١٤	
٠,٦٧	٠,٦٥	٠,٧١	٠,٧١	٠,٧١	٠,٧٠	٠,٧٠	٠,٧٠	٠,٧٠	٠,٦٨	٠.١٥	
٠,٨١	٠,٧٩	٠,٧٦	٠,٧٦	٠,٧٣	٠,٧٣	٠,٧٠	٠,٧٠	٠,٦٦	٠,٦٧	٠.١٦	
٠,٧٦	٠,٧٣	٠,٦٥	٠,٦٥	٠,٦١	٠,٦١	٠,٦٢	٠,٦٢	٠,٦٠	٠,٦٢	٠.١٧	
٠,٧٩	٠,٧٦	٠,٧٠	٠,٧٠	٠,٦٧	٠,٦٧	٠,٨٠	٠,٨٠	٠,٧٧	٠,٧٧	٠.١٨	
٠,٧٤	٠,٧٢	٠,٦٨	٠,٦٨	٠,٦٥	٠,٦٥	٠,٧٦	٠,٧٧	٠,٧٥	٠,٧٥	٠.١٩	
٠,٥٣	٠,٥١	٠,٥٠	٠,٥٠	٠,٤٨	٠,٤٨		٠,١٦		٠,١٧	٠.٢٠	
٠,٧٣	٠,٧١	٠,٧١	٠,٧١	٠,٧١	٠,٧١	٦٦.-	٠,٦٧	٠,٦٣	٠,٦٦	٠.٢١	
٠,٧٠	٠,٦٨	٠,٨٢	٠,٨٢	٠,٧٩	٠,٧٩	٠,٨٥	٠,٨٥	٠,٨٣	٠,٨٥	٠.٢٢	
٠,٨٣	٠,٨١	٠,٨٤	٠,٨٤	٠,٨٢	٠,٨٢	٠,٨٢	٠,٨٣	٠,٨٠	٠,٨١	٠.٢٣	
٠,٧٧	٠,٧٥	٠,٨٢	٠,٨٢	٠,٧٩	٠,٧٩	٠,٨٤	٠,٨٤	٠,٨١	٠,٨١	٠.٢٤	
٠,٦٧	٠,٦٥	٠,٦٩	٠,٦٩	٠,٦٧	٠,٦٨	٠,٥٨	٠,٥٨	٠,٥٤	٠,٥٦	٠.٢٥	
٠,٨٦	٠,٨٥	٠,٧٦	٠,٧٦	٠,٧٤	٠,٧٣	٠,٦٨	٠,٦٨	٠,٦٥	٠,٦٥	٠.٢٦	
٠,٦٣	٠,٦١	٠,٦٥	٠,٦٤	٠,٦٤	٠,٦٤	٠,٥٠	٠,٤٩	٠,٤٨	٠,٤٥	٠.٢٧	
٠,٧٧	٠,٧٥	٠,٦٧	٠,٦٧	٠,٦٥	٠,٦٥	٠,٦١	٠,٦١	٠,٥٨	٠,٥٧	٠.٢٨	
٠,٨٤	٠,٨٢	٠,٧٢	٠,٧٣	٠,٧٠	٠,٧٠	٠,٦٠	٠,٦٠	٠,٥٦	٠,٥٨	٠.٢٩	

تابع جدول (٤) نتائج الاتساق الداخلي

مع الذات	التعامل مع المقربين					الجلسة العلاجية				رقم البند
	الارتباط بالدرجة الكلية	التجانس "أحادية البعد"		علاقة البند بالدرجة الكلية		التجانس "أحادية البعد"		علاقة البند بالدرجة الكلية		
		بعد الحذف	قبل الحذف	بعد الحذف	قبل الحذف	بعد الحذف	قبل الحذف	بعد الحذف	قبل الحذف	
٠,٧٠	٠,٦٩	٠,٦٨	٠,٦٨	٠,٦٥	٠,٦٥	٠,٦٠	٠,٦٠	٠,٥٤	٠,٥٩	٠,٣٠
٠,٧٥	٠,٧٤	٠,٥٨	٠,٥٨	٠,٥٦	٠,٥٦	٠,٥٦	٠,٥٧	٠,٥٦	٠,٥٦	٠,٣١
٠,٥٢	٠,٥٠	٠,٥٥	٠,٥٥	٠,٥٢	٠,٥١	٠,٣٤	٠,٣٤	٠,٣٣	٠,٣١	٠,٣٢
٠,٧٢	٠,٧٠	٠,٧٥	٠,٥٨	٠,٥٥	٠,٥٧	٠,٣٧	٠,٣٧	٠,٣٥	٠,٣٥	٠,٣٣
٠,٨١	٠,٨٠	٠,٧٠	٠,٧٠	٠,٦٨	٠,٦٨	٠,٧٣	٠,٧٣	٠,٧١	٠,٧٠	٠,٣٤
٠,٨١	٠,٧٩	٠,٧٠	٠,٧٠	٠,٦٦	٠,٦٧	٠,٧٤	٠,٧٤	٠,٧١	٠,٦٩	٠,٣٥
٠,٧٧	٠,٧٥	٠,٦٨	٠,٦٨	٠,٦٦	٠,٦٦	٠,٧٣	٠,٧٣	٠,٧١	٠,٧٠	٠,٣٦
٠,٧١	٠,٦٩	٠,٨٠	٠,٧٩	٠,٧٨	٠,٧٨	٠,٧٦	٠,٧٧	٠,٧٥	٠,٧٥	٠,٣٧
٠,٧٠	٠,٧٠	٠,٦٨	٠,٦٨	٠,٦٦	٠,٦٧	٠,٧٠	٠,٧٠	٠,٦٧	٠,٦٦	٠,٣٨
٠,٧٤	٠,٧٢	٠,٨٠	٠,٨٠	٠,٧٧	٠,٧٨	٠,٦٤	٠,٦٤	٠,٦٢	٠,٦٢	٠,٣٩
٠,٦٨	٠,٦٦		٠,٢٨		٠,٢٧		٠,٠٥		٠,٠٨	٠,٤٠
٠,٨٠	٠,٧٩	٠,٧٤	٠,٧٤	٠,٧١	٠,٧١	٠,٥٧	٠,٥٧	٠,٥٣	٠,٥٢	٠,٤١
٠,٧٦	٩,٧٥	٠,٧٤	٠,٧٤	٠,٧١	٠,٦٩	٠,٧٩	٠,٧٩	٠,٧٦	٠,٧٥	٠,٤٢
٠,٨٠	٠,٧٩	٠,٧٥	٠,٧٤	٠,٧٢	٠,٧٢	٠,٨٠	٠,٨٠	٠,٧٦	٠,٧٧	٠,٤٣
٠,٨٠	٠,٧٩	٠,٧٨	٠,٧٨	٠,٧٥	٠,٧٥	٠,٧٣	٠,٧٣	٠,٧١	٠,٧٢	٠,٤٤
٠,٥٤	٠,٥٢	٠,٤٧	٠,٤٧	٠,٤٤	٠,٤٣	٠,٠٩			٠,١١	٠,٤٥

يبين الجدول (٤) أن بنود المقياس في الجلسة العلاجية تتمتع باتساق داخلي مرتفع حيث زادت معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية في معظمها عن ٠,٣، فيما عدا البنود أرقام (١، ١٠، ٢٠، ٤٠، ٤٥)، وهي البنود نفسها التي قل تشبعها على العامل الأول الناتج عن التحليل العاملي الاستكشافي قبل حذفها. ومن ثم، تم حذفها من الاختبار وأعيد إجراء التحليل العاملي الاستكشافي لتقدير أحادية البعد أو التجانس بين بنود المقياس. فكانت جميع بنود المقياس متجانسة، إذ جاءت تشبعاتها جميعاً على العامل الأول للتحليل العاملي دون تدوير فيما فوق ٠,٣٥.

ويتبين من الجدول (٤) نفسه أن بنود مقياس مهارات العلاج المعرفي - السلوكي في سياق التعامل مع المقربين من الأهل والأصدقاء تتمتع باتساق

داخلي مرتفع. حيث حققت معظم البنود ارتباطاً بالدرجة الكلية للمقياس فوق ٠,٣، ولم يُستثنَ من ذلك سوى البندين ١٠ و ٤٠، وهما نفسيهما البندان اللذان حُدفاً من الاختبار بناءً على حساب تجانس بنوده باستخدام إجراء التحليل العاملي الاستكشافي من دون تدوير للعوامل.

وأخيراً، جاءت نتائج تطبيق بنود مقياس مهارات العلاج المعرفي - السلوكي في سياق التعامل مع المشكلات الشخصية في العمودين الأيسرين من الجدول (٤) لتوضح نتائج الاتساق الداخلي والأحادية البعدية لبنود المقياس. حيث تجاوزت جميع البنود المحكات المقررة، وهي أعلى من ٠,٣ لعلاقة البند بالدرجة الكلية و ٠,٣٥ للأحادية البعدية أو التجانس باستخدام التحليل العاملي الاستكشافي من دون تدوير للمحاور.

وبصفة عامة، يمكن القول إنَّ هذه النتائج تعكس مكونات الدائرة المعرفية التي اقترحها بلاكبورن وزملاؤه عام ٢٠٠١، التي تُعد تعديلاً للمقياس الأصلي الذي أعده يونج وبيك عام ١٩٨٠، الذي يعكس تداخلاً بين أبعاد المقياس.

وبالنظر إلى مفهوم صدق المقياس وفقاً لميسك بأنه يعد خاصية لمعنى درجات الاختبار وليس للاختبار ذاته (طنطاوي، ٢٠١٧). وبالالتفاق مع كل من أبو المكارم وبدر في أن ملامح الصدق تزداد وضوحاً في ثنايا مناقشة مختلف عناصر البحث باعتبارها محكات يمكن في ضوءها إعطاء تقدير حقيقي للصدق (أبو المكارم وبدر، ٢٠٠٢) فإنَّه بالإضافة إلى الاستناد إلى تحكيم كوكبة من الأساتذة الخبراء في مجال العلاج النفسي والقياس النفسي - حيث شدد ديفيليس على أهمية ذلك (طنطاوي، ٢٠١٧) - وحساب التجانس الداخل للمقياس بالإجراءات السابقة فإنَّ تفسير نتائج البحث ومناقشتها سيتضمن مزيداً من إلقاء الضوء على ملامح صدق مقياس مهارات العلاج المعرفي السلوكي.

## ثبات المقياس

يوضح الجدول (٥) نتائج حساب ثبات المقياس بثلاث طرق، وهي: الاتساق الداخلي بطريقتي ألفا لكرونباخ والقسمة النصفية، والاختبار وإعادة الاختبار.

جدول (٥) ثبات مقياس مهارات العلاج المعرفي السلوكي في المجالات الثلاثة

الاختبار وإعادة الاختبار (ن=٢٠)	الاتساق الداخلي (ن=٥٥)		عدد البنود	المجال
	القسمة النصفية	ألفا لكرونباخ		
٠,٧٤	٠,٩٢	٠,٩٦	٤٠	مقياس مهارات العلاج المعرفي- السلوكي في الجلسة العلاجية
٠,٧٣	٠,٩٥	٠,٩٥	٤٣	مقياس مهارات العلاج المعرفي - السلوكي في التعامل مع مشكلات الأهل والأصدقاء
٠,٧٤	٠,٩٦	٠,٩٦	٤٥	مقياس مهارات العلاج المعرفي - السلوكي في التعامل مع المشكلات الشخصية للمعالج

وبالنظر إلى النتائج الواردة بهذا الجدول، يمكن القول إنَّ الاختبار قد حقق معاملات ثبات مقبولة بمختلف الطرق التي تم حسابه بها، وفي جميع مستويات استخدامه.

ومن ثم، إذا كانت البنود الممثلة لهذا المقياس تتفق في مضمونها وصياغتها مع الأدوات التي صممها الباحثون في الإنتاج البحثي السابق لتقدير وقياس مهارات العلاج المعرفي السلوكي، فإنَّها قد استمدت محتواها من المكونات الكبرى لمهارات المعالج المعرفي السلوكي، التي وضعها رائد العلاج المعرفي أرون بيك مع يونج في مطلع الثمانينيات من القرن العشرين، في صورة مقياس لتقدير كفاءة المعالج المعرفي السلوكي. وهي تعكس في بنائها مبادئ العلاج

المعرفي السلوكي بوصفه علاجًا تعليميًا يستهدف تعليم المريض الإمساك بالأفكار الذاتية السلبية، والعمل على استبدالها ببدائل أكثر تكيفية، وأكثر إيجابية في التعامل مع الموقف المكدر.

ولكي يحقق هذا الهدف، وضع يونج وبيك (1980) ١٣ بندًا. ثم قاما بتعديلها لتصبح أحد عشرة في مراجعتها للمقياس عام ١٩٨٨، فُصِّمَت إلى ثلاث مجالات، هي: الإجراءات العامة للمقابلة<sup>(١)</sup> (وتضم وضع أجندة للجلسة والحصول على عائدٍ تلخيصي والعلاقة التكاتنية والاستخدام الأمثل لوقت الجلسة) وكفاءة التفاعل مع الآخرين<sup>(٢)</sup> داخل الجلسة (وتضم البنود المتعلقة بمهارات التعاطف والكفاءة البينشخصية والمهنية)، وتطبيق الفنيات المعرفية السلوكية المحددة<sup>(٣)</sup> (وتضم استخدام الاستكشاف الموجه وفهم وصياغة الحالة، والتركيز على المعارف الأساسية، وتطبيق الفنيات المعرفية، وتطبيق الفنيات السلوكية، ووضع الواجب المنزلي). افترض بلاكبورن وزملاؤه أنَّ تلك البنود تمثل نموذجًا للتفاعل أطلق عليه اسم الدائرة المعرفية (Blackburn, James, Milne, & Baker, 2001)، منبثًا عن النظرية المعرفية لأرون بيك. وتدور هذه الدائرة المعرفية في جوهرها حول الصياغة المعرفية للحالة والاستكشاف الموجه للأفكار اللاعقلانية ومرتباتها السلوكية والدافعية. حيث قسم بلاكبورن وزملاؤه البنود إلى بنود علاجية عامة (وتضم ستة بنود، هي: وضع أجندة والالتزام بها، والحصول على عائدٍ دوري، وبناء علاقة تكاتنية، والاستخدام الأمثل لوقت الجلسة، وكفاءة التفاعل مع الآخرين)، وبنود تتعلق بالمهارات المعرفية (تتمثل في وضع أجندة لجلسة العلاج المعرفي والالتزام بها واستيضاح الانفعالات المناسبة، والمعارف الأساسية، والسلوك والاستكشاف الموجه، والفهم المتكامل للحالة، وتطبيق طرائق التغيير وتحديد الواجبات المنزلية). وهذه الفئة من البنود هي ما يدور حوله بنود المقياس الحالي، وفقًا لآراء المحكمين والتحليلات

(1) General interview procedure

(2) Interpersonal effectiveness

(3) Specific cognitive behavioural techniques

الإحصائية، بما فيها التجانس الذي كشف عن بناء متجانس للمهارات والسلوكيات النوعية التي يقوم بها المعالج أثناء وضع أجندة للجلسة، ومحاولة الالتزام بمنهج العلاج المعرفي السلوكي، وتحقيق مبادئه.

ولكي يتم تقييم مدى كفاءة المعالج في تحقيق تلك المهارات تضمنت طريقة الإجابة متصلًا يمثل الكفاءة وفقًا لمقياس دريفوس Dreyfus للكفاءة (Bruke, 1989: 182)، الذي وصفه بلاكبورن في مراجعته لمقياس العلاج المعرفي. حيث يبدأ مقياس الكفاءة الذي يعبر عن مستوى مهارة المعالج في بناء وتنفيذ جلسة علاج معرفي. ويبدأ المقياس بمستوى المعالج المبتدئ<sup>(١)</sup> قليل الكفاءة الذي يلتزم بشكل جامد بالنموذج مع التقيد بالاستخدام المتكامل لعناصر الموقف العلاجي. يليه مستوى المعالج المبتدئ المتقدم<sup>(٢)</sup> القادر على فهم كل فنية، وكل عنصرٍ من عناصر بناء الجلسة، ولكن بشكلٍ مُفصلٍ عن بقية المكونات، حيث يراها كمهام منفصلة، ولا تكون لديه الوفرة في طرق التكامل بين العناصر العلاجية. ثم مستوى المعالج الكفاء<sup>(٣)</sup>، الذي يرى المهام في صورة سلسلة مترابطة داخل الإطار العام لفهم الحالة، ثم يبدأ في وضع خطط للعلاج وفقًا لهذا الفهم، ويقوم بالإجراءات الروتينية والمعيارية كذلك. ثم مستوى المعالج الماهر<sup>(٤)</sup> الذي ينظر إلى مشكلات المريض نظرة كلية<sup>(٥)</sup>، ويقدر الأولوية للمهام، ويكون لديه القدرة على اتخاذ قرارات سريعة والمهارة في فعل ذلك. وأخيرًا، مستوى المعالج الخبير<sup>(٦)</sup> الذي لا يحتاج إلى استخدام القواعد والدليل المرشد للعلاج، ولكن لديه القدرة على الفهم الضمني العميق لمشكلات المريض، وابتكار حلول لها ويثبت كفاءته في مواجهة المشكلات الصعبة.

وقد تم تطبيق هذه المستويات في المقياس الراهن بخمس نقاط رتبوية بطريقة

(1) novice

(2) Advanced beginner

(3) Competent

(4) Proficient

(5) Holistic

(6) Expert

ليكرت، تعبر عن مستويات الالتزام المتدرجة، التي يستخدم فيها المعالج المهارات العلاجية - ممثلة في بنود المقياس - بطريقة تتناسب ومستوى كفاءته. وحيث إنَّ البنود التي وضعت لبناء المقياس تمثل جميعها عناصر نوعية ومحددة يتعين على المعالج الإمام بها ويقدر أهمية القيام بها وتنفيذها داخل الجلسة، فقد جاءت نتائج التحليل العاملي السابقة لتؤكد أن جميع بنود المقياس مؤكدة التجانس في قياس مفهوم مهارات العلاج المعرفي السلوكي بشقيه: المهارات العامة والمهارات المعرفية.

## ٢. مقياس الدافعية لاستخدام العلاج المعرفي السلوكي

يتكون المقياس من ١٣ بندًا تقيس مدى تفضيل الشخص للعلاج المعرفي السلوكي كأسلوب علاجي للمرضى باضطرابات نفسية. ويجاب عنه بمقياس رتبي من خمس نقاط (تتراوح ما بين ١ = لا مطلقاً إلى ٥ = بدرجة كبيرة جداً). ومن ثم، تتراوح الدرجة الكلية عليه ما بين ١٣ إلى ٦٥ درجة. وتشير الدرجة المرتفعة عليه إلى وجود اتجاه إيجابي ومستوى مرتفع من الدافعية لتعلم واستخدام العلاج المعرفي السلوكي. وقد خضع المقياس للتحكيم من قبل متخصصين، ونتج عن ذلك الإجراء الإبقاء على جميع بنود المقياس، مع تعديل صياغة عددٍ من البنود لتصبح أكثر ملائمة وأوضح معنى.

### بناء المقياس

تم حساب الاتساق الداخلي لبنود المقياس باستخدام علاقة الدرجة على البند بالدرجة الكلية على المقياس، وحُذفت البنود التي قل ارتباطها عن ٠,٣. كما تم حساب التجانس أو الأحادية البعدية للمقياس باستخدام التحليل العاملي بعد حساب اختبار مدى كفاية عدد العينة، واختبار بارلتل، والتأكد من إمكانية القيام بهذه الخطوة. ويعرض الجدول (٦) لهذه النتائج لبنود المقياس.

## جدول (٦) الاتساق الداخلي لبنود مقياس الدافعية لاستخدام العلاج المعرفي - السلوكي.

التجانس	علاقة البند بالدرجة الكلية	البند
٠,٧٢	٠,٦٢	١. إلى أي مدى قد ترغب في استخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي مع المرضى الذين تعالجهم؟
٠,٧٣	٠,٦٤	٢. إلى أي مدى تستخدم أحد فنيات العلاج المعرفي السلوكي داخل جلسة علاجية؟
٠,٧٨	٠,٧١	٣. إلى أي مدى تقترح على العميل أن يستخدم أحد فنيات العلاج المعرفي السلوكي في الوقت ما بين الجلسات؟
٠,٧٩	٠,٧٠	٤. إلى أي مدى تعتقد أنه من المفيد أن يستخدم العميل فنيات العلاج المعرفي السلوكي في مواقف الحياة اليومية؟
٠,٧٦	٠,٦٩	٥. إلى أي مدى تعتقد أنه من المفيد أن يتعلم العميل فنيات العلاج المعرفي السلوكي أثناء الجلسات؟
٠,٥٦	٠,٤٩	٦. إلى أي مدى قد ترغب أنت في استخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي في مواقف حياتك اليومية؟
٠,٥٩	٠,٥١	٧. إلى أي مدى تعتقد أنه من المفيد لك استخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي في مواقف حياتك اليومية؟
٠,٥٢	٠,٤٣	٨. إلى أي مدى قد تستخدم واحدة من فنيات العلاج المعرفي السلوكي في حياتك اليومية؟
٠,٤٨	٠,٤١	٩. إلى أي مدى قد ترغب في تعلم المزيد عن العلاج المعرفي السلوكي وفنياته العلاجية؟
٠,٦٢	٠,٥٥	١٠. إلى أي مدى قد ترغب في نصح أحد زملائك أو أصدقائك بتعلم فنيات العلاج المعرفي السلوكي؟
٠,٧٨	٠,٧٤	١١. إلى أي مدى قد ترغب في نصح أحد أفراد أسرتك بتعلم فنيات العلاج المعرفي السلوكي؟
٠,٧٤	٠,٧٠	١٢. إلى أي مدى قد ترغب في نصح أحد أصدقائك أن يستخدم أحد فنيات العلاج المعرفي السلوكي في مواقف حياته اليومية؟
٠,٧٧	٠,٧٣	١٣. إلى أي مدى قد ترغب في نصح أحد أفراد أسرتك أن يستخدم أحد فنيات العلاج المعرفي السلوكي في مواقف حياته اليومية؟

وكما يبين الجدول (٦)، فإن بنود المقياس تتمتع باتساقٍ داخليٍّ مُرتفع

حيث زادت معاملات ارتباط جميع البنود بالدرجة الكلية عن ٠,٤، كما تتمتع بدرجة عالية من التجانس، كما يتضح من إجراء التحليل العاملي الاستكشافي. حيث تشبعت جميع البنود على العامل الأول من دون تدوير للمحاور فيما فوق ٠,٤٩.

### ثبات المقياس

تم حساب ثبات المقياس بطريقة الاتساق الداخلي باستخدام معامل ألفا لكرونباخ، وبلغت قيمته ٠,٨٠. وهي معامل ثبات مرتفع.

### نتائج الدراسة ومناقشتها

ينتظم عرضنا لنتائج الدراسة الراهنة في الأبعاد الآتية:

- (١) كفاءة بناء مقياس مهارات العلاج المعرفي السلوكي، والذي تم وصف إجراءات التحقق منها في جزء المنهج ويتم تناولها هنا بالتفسير.
- (٢) الفروق في ممارسة مهارات العلاج المعرفي السلوكي بمختلف صورها حسب المؤهل الدراسي للمعالج والكلية التي تخرج منها والوظيفة التي يشغلها حالياً، وعدد الحالات التي عالجها.
- (٣) الارتباط بين ممارسة مهارات العلاج المعرفي السلوكي بمختلف صورها والدافعية لاستخدام هذا الأسلوب في علاج بعض الاضطرابات النفسية.
- (٤) الفروق بين متوسطات الأداء على مقياس العلاج المعرفي السلوكي في مختلف مجالات استخدامه حسب متغيرات الدراسة الأساسية.

### أولاً: الكفاءة السيكومترية لمقياس العلاج المعرفي السلوكي:

توضح نتائج فحص الخصائص القياسية لمقياس مهارات العلاج النفسي المعرفي السلوكي جدول (٤) وجدول (٥) أنّ المؤشرات البنائية للمقياس أسفرت عن اقتصار المقياس على ٤٥ بنداً تتمتع بدرجة مقبولة من الثقة في مختلف المستويات السيكومترية، من حيث البناء والثبات والصدق في مختلف سياقات استخدامه. وفيما يلي رصد لبعض المؤشرات الدالة على هذا الاستخلاص:

١. اتساق بناء المقياس مع مبادئ العلاج المعرفي السلوكي بثقيها، العامة والخاصة، وفقا للإطار النظري وبناء المقاييس المماثلة في الأهداف.
٢. تؤكد آراء المحكمين من خبراء العلاج المعرفي السلوكي ملائمة محتوى وصياغة بنود المقياس مع التوجه النظري، وتوجه العلاج المعرفي السلوكي بما ينطوي عليه من مبادئ ومسلمات.
٣. تؤيد مؤشرات حساب تجانس المهارات والفنيات العلاجية التي يحتوي عليها المقياس بأنها تمثل بناء المفهوم موضع القياس. حيث تدور بنود المقياس حول مفهوم واحد مهما تباينت مظاهره السلوكية والمهارية في عددٍ من الأبعاد الفرعية التي تمثله.
٤. تشير مؤشرات حساب الثبات بطرق متنوعة للمقياس إلى أننا بصدد مقياس ثابت في قياس مهارات وفنيات العلاج النفسي المعرفي السلوكي، عبر الزمن (الاختبار وإعادة الاختبار) وعبر البنود (الاتساق الداخلي بطريقتي ألفا لكرونباخ والقسمة النصفية).
٥. تؤكد مؤشرات حساب صدق المقياس سواء باستخدام الصدق التلازمي مع مقياس الدافعية لاستخدام العلاج النفسي المعرفي السلوكي، أو باستخدام المقارنات المتنوعة للمجموعات حسب متغيرات ذات دلالة بالنسبة لاستخدام فنيات ومهارات هذا العلاج الممثلة للمقياس أننا بصدد مقياس يتمتع بدرجة مقبولة من الصدق.

ثانياً: نتائج الفروق في ممارسة مهارات العلاج المعرفي السلوكي باستخدام معامل كا<sup>٢</sup>

أ. حسب المؤهل الدراسي للمعالج: لم تكشف النتائج عن فروق في حالة ممارسة هذه المهارات في إدارة الجلسة العلاجية وفي التعامل مع المقربين من الأهل والأصدقاء، بينما تكشف عن وجود فروق في "أوضح للشخص دور الآخرين والظروف في تفاقم مشكلاته وتعقيدها" (بند ٣٠) في حالة ممارسة هذه المهارات مع الذات. وكان المعالجون الحاصلون على شهادة علمية أدنى

أكثر استخدامًا لهذه المهارة.

وتعني هذه النتيجة وجود إجماع بين المعالجين على كيفية إدارة الجلسة العلاجية بالتزام منهج موحد للأداء والامتداد بهذا المنهج إلى كل من المحيطين من المقربين ومع الذات، باستثناء التخلي عن بعض الفنيات عند التعامل مع المقربين (فنيتان) وأثناء الجلسات العلاجية الرسمية (خمس فنيات). ومن ثم، فإن المقياس الراهن يعد أداة جيدة لتقدير مهارات العلاج المعرفي السلوكي. حيث يتضح أن البنود ممثلة للمهارات المطلوبة لبناء وإدارة الجلسات العلاجية في سياق تقديم علاج معرفي سلوكي للعملاء. كما يتضح أيضًا أن العلاج المعرفي السلوكي والمبادئ التي يستند إليها في بناء وإدارة الجلسة العلاجية موحدة وواضحة في أذهان المهتمين بتطبيق هذا العلاج، بغض النظر عن المستوى الأكاديمي، ممثلًا في أعلى مؤهل دراسي حصل عليه المعالج المشارك.

ب. حسب الكلية التي تخرج منها المعالج: كشفت النتائج عن فروق في بندين، هما: "أساعد في تحديد ومناقشة المعتقدات العامة التي يتبعها الشخص" (بند ٢٦) - الذي تفوق في استخدامه خريجو كلية التربية، و"أوضح للفرد أهمية الأحلام في تفسير مرضه وحالته النفسية" (بند ٣٩) - الذي تفوق في استخدامه خريجو الكليات الأخرى، في حالة ممارسة هذه المهارات في إدارة الجلسة العلاجية؛ ولم تكشف عن أي فروق فيها في حالة التعامل مع المقربين من الأهل والأصدقاء. أمّا في حالة ممارسة هذه المهارات مع الذات، فكشفت عن وجود فروقٍ في ستة بنود، هي - على الترتيب - ١١ و ١٧ و ٢٩ و ٣٩ و ٤٢ و ٤٣. تفوق المعالجون خريجو كلية الآداب في استخدام بعضها، بينما تفوق المعالجون خريجو كلية التربية في البعض الآخر. وينبغي التنويه هنا إلى أخذ هذه النتيجة بحذر، حيث تفاوتت أعداد المشاركين المنتمين لكلية الآداب (ن=٥١) مقارنة بأعداد المشاركين من كليات التربية (ن=٤).

ج. حسب الوظيفة الحالية للمعالج: في حالة ممارسة هذه المهارات في إدارة الجلسة العلاجية، كشفت النتائج عن فروق في أربعة بنود، هي: ٧ و ٢٠ و ٣٤ و ٣٧. وعلى الترتيب، فضل الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون استخدام الفنية: "أقوم بتعليم الشخص مهارات أو سلوكيات جديدة محددة، مثل، كيف يسترخي عضلياً، وكيف يكون مؤكداً لذاته مع الآخرين"؛ بينما فضل الاختصاصيون النفسيون المدرسيون والاختصاصيون النفسيون لذوي الاحتياجات الخاصة استخدام الفنية: "أوضح للفرد أهمية الأحلام في تفسير مرضه وحالته النفسية"؛ وفضل الاختصاصيون النفسيون لذوي الاحتياجات الخاصة استخدام الفنية: "أشجع الشخص على استكشاف شعور معين والتعبير عنه"؛ وفضل الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون والاختصاصيون النفسيون المدرسيون استخدام الفنية: "أشجع الشخص على البحث عن دليل يؤيد أو يعارض اعتقاد أو قاعدة يقوم باتباعها".

وفي حالة ممارسة هذه المهارات في التعامل مع المقربين، كشفت النتائج عن فروق في عشرة بنود، هي: ٩ و ١٠ و ١٣ و ١٤ و ١٥ و ٢٢ و ٣٠ و ٣٥ و ٣٩ و ٤٤. وقد تفاوتت الفروق في استخدام هذه الفنيات بين الاختصاصيين النفسيين في مختلف مواقعهم الوظيفية. وتكررت الصورة نفسها في حالة استخدام هذه المهارات في التعامل مع الذات. حيث كشفت النتائج عن وجود فروق متفاوتة بين الاختصاصيين في مختلف المواقع الوظيفية في الفنيات: ١٨ و ٣٠ و ٤٢ و ٤٣. وفيما يتعلق بالفروق في هذه البنود الأربعة الأخيرة، تبين أن الاختصاصي النفسي الإكلينيكي يتفوق على نظرائه في استخدام مهارات تعليم الفرد الاسترخاء وتوكيد الذات وفحص المعتقدات التي يتبعها في استكشاف المشاعر وتعرف الأسباب التي تقف وراءها أكثر من الاختصاصي النفسي لذوي الاحتياجات الخاصة، ما يلقي الضوء على صدق المقياس. بينما يتفوق الاختصاصي النفسي لذوي الاحتياجات الخاصة في التركيز على تعديل السلوك من

خلال مبادئ التدعيم<sup>(١)</sup> والتشكيل<sup>(٢)</sup> المبسطة وتجنب استخدام أساليب عقلانية، مثل: مناقشة الأفكار أو المتابعة المنطقية لها، التي تلائم العملاء الذين تتركز مشكلاتهم النفسية على الجانب الانفعالي والنفسي، وتتطلب من العميل القدرة على استخدام مستويات التفكير العليا من التركيب، والتقويم والتحليل والتخطيط والمقارنة، واتخاذ القرارات الأكثر تعقيداً في مستوى المعالجة العقلية.

د. حسب عدد الحالات التي قام المعالج المشارك بعلاجها: في حالة ممارسة هذه المهارات في إدارة الجلسة العلاجية، كشفت النتائج عن فروق في أربعة بنود، هي: ٨ و ١٣ و ٣٢ و ٣٦. حيث تفوق منخفضو الخبرة في البند ٨ ("أجعل الشخص يرى أو يلمس الأشياء التي سببت له الضيق")، بينما تفوق مرتفعو الخبرة في كل من البند ١٣ ("أوضح للشخص الموضوعات أو المشكلات المتكررة في حياته") والبند ٣٢ ("أقوم بتوضيح ما أحاول فعله") والبند ٣٦ ("أركز على الكيفية التي يواجه بها الشخص مشكلاته"). وفي حالة ممارسة هذه المهارات في التعامل مع المقربين، كشفت النتائج عن فروق في البنود: ١ و ١٢ و ١٥ و ٢٠ و ٢١ و ٢٥ و ٢٦ و ٢٧ و ٢٨ و ٣٠ و ٣٥ و ٣٨ و ٤٥. حيث تفاوتت الفروق في تفضيل استخدام هذه المهارات بين طويلي الخبرة وقصيري الخبرة. وهو الحال نفسه الذي تكرر عند ممارسة هذه المهارات في التعامل مع الذات، حيث تفاوتت الفروق بين مرتفعي الخبرة ومنخفضي الخبرة في أربعة بنود، هي: ١ و ١٦ و ٢٧ و ٣٥ و ٣٦.

وتؤكد هذه النتيجة صدق المقياس، حيث تتسق مع متصل مستويات مهارة المعالج، سألغة الذكر، كما يعكسها مقياس دريفوس (Blackburn, et al., 2000; James, Blackburn, & Reichelt, 2001). فوفقاً لهذا التدرج المهاري، يميل

(1) Reinforcement.

(2) Shaping.

المعالجون متوسطو الخبرة إلى استخدام الفنيات بطريقة تتسم بالتمكن مع الالتزام بالتطبيق المحدد لها ومناقشتها بمستوى محدود من التجريد، فيحاولون تطبيق الفنية كما يصفها الدليل العلاجي بطريقة ماهرة دون الخروج إلى حدود التناول المجرد للفنية والالتزام بحرفية التوصيف. ويتغير هذا الوضع مع ارتفاع مستوى الخبرة ليصبح استخداما للفنية العلاجية، وفقا لجورها دون التقيد بالتسلسل الإجرائي الذي يصفه الدليل العلاجي الذي يعكس مهارة الحركة جيئة وذهابًا خلال أفكار العميل، محاولًا الربط بين المستوى النوعي من الأفكار الذاتية السلبية وفلسفة العميل التي تمثل مخططاته الفكرية، ومستوى تنشيطها الذي يجعله يسير في دائرة الأعراض من دون الوعي بأخطاء التفكير التي يرتكبها أو عدم الوعي بأهمية فحصها وتجريب بدائل أخرى جديدة.

كما تظهر النتائج أن المعالجين الأكثر خبرة يميلون أكثر من غيرهم إلى استخدام بنود تنطوي على تبصير العميل بالطرق التي يواجه بها مشكلاته، وتوضيح ما يقومون به أثناء الجلسة. وتمثل هذه البنود المستوى الأكثر عمقًا في عملية التغيير العلاجي المرجوة عند استخدام العلاج المعرفي السلوكي، مما يطلق عليه - في مراحل العلاج - "تغيير البناء المعرفي" (Clarck & Beck, 2010; DeRubeis, 1999). حيث ينتقل المعالج من مرحلة الإشارة إلى الأفكار النوعية للمريض صعودًا إلى مستوى أعلى من التجريد للتعامل مع المعتقدات الجوهرية والمخططات التي تمثل بناءات أكثر تجريدًا واتساعًا كبناءات عقلية لصنع المعنى، وكمراجع أكبر وأوسع للتفسير والعزو، ومن ثم السلوك والفعل الذي يقوم به العميل. وتصف جوديث بيك تلك المرحلة العميقة من التغيير المعرفي بأنها الوضع المنشود في عملية التغيير المعرفي (Beck, 1995). وعلى الرغم من أن الكثير من خبرات العلاج المعرفي السلوكي قد لا يتمكن أثناءها المعالج من الوصول لتلك المرحلة لأسباب تتعلق بمستواه المهاري أو تتعلق بالمتغيرات الخاصة بالعميل، والتقدم في عملية تعلم واستيعاب كونه هو المعالج لذاته، ما يعد مبدأً من مبادئ العلاج المعرفي السلوكي التي يسعى المعالج لتحقيقه في المستوى الأمثل من العلاج.

وتكشف النتائج - أخيراً - عن أنه عندما ينتقل التقرير عن كيفية استخدام المهارات والسلوكيات نفسها في سياق غير مهني، كما يحدث عند التعامل مع المقربين أو مع الذات، تكشف الآراء عن التنوع في استجابات المعالجين. وهو ما يعكس الحرية الشخصية خارج نطاق أداء المهام الوظيفية من انتقاء حر للمهارات والسلوكيات التي يستخدمها في هذه السياقات البعيدة عن سياق الجلسة العلاجية الرسمية.

### ثالثاً: نتائج الارتباط بين ممارسة مهارات العلاج المعرفي السلوكي والدافعية لاستخدامها

يعرض الجدول (٧) نتائج معاملات الارتباط بين الدرجة على مقياس العلاج المعرفي السلوكي في مختلف مجالات استخدامه (داخل الجلسة العلاجية ومع المقربين ومع الذات) والدرجة على مقياس الدافعية لاستخدام العلاج المعرفي السلوكي.

جدول (٧) معاملات الارتباط بين مهارات العلاج المعرفي السلوكي في مختلف مستويات استخدامها والدافعية لاستخدامها (ن=٥٣)

مهارات العلاج المعرفي السلوكي في التعامل مع الذات	مهارات العلاج المعرفي السلوكي في التعامل مع المحيطين	مهارات العلاج المعرفي السلوكي في الجلسة العلاجية	المتغيرات
٠,٠٥	٠,١٤	*٠,٣٦	الدافعية لاستخدام العلاج المعرفي السلوكي
		*٠,٤٨	مهارات العلاج المعرفي السلوكي في التعامل مع المحيطين
	*٠,٥٧	*٠,٣٧	مهارات العلاج المعرفي السلوكي في التعامل مع الذات

\* القيمة دالة فيما وراء مستوى معنوية ٠,٠١.

وتبين النتائج الواردة بهذا الجدول أن هناك ارتباطاً طردياً دالاً بين الدرجة على مقياس العلاج المعرفي السلوكي في حالة استخدامه في الجلسات العلاجية والدرجة على مقياس الدافعية لاستخدامه، بينما لا يوجد ارتباط مماثل بينهما سواء في حالة التعامل مع المقربين في حالة التعامل مع الذات. كما تبين وجود ارتباطات دالة بين مهارات العلاج المعرفي السلوكي في مختلف صور استخدامها. وتوحي هذه النتائج بامتداد استخدام المعالجين النفسيين لهذه المهارات والفنيات العلاجية في مجالات الحياة الاجتماعية والشخصية، من ناحية، وتوحي - من ناحية أخرى - بتمتع المقياس بدرجة مقبولة من الصدق التلازمي مع مقياس الدافعية لاستخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي، بصفة عامة. فكلما ارتفعت الدرجة على استخدام مهارات العلاج المعرفي السلوكي في مجال إدارة الجلسة العلاجية زادت الدرجة على نفس المقياس في مجال التعامل مع كل من المقربين والذات. ما يشير إلى امتداد هذه السلوكيات خارج نطاق الممارسة المهنية داخل الجلسات الرسمية بما يتسق مع فروض الدراسة. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة في التراث النفسي حتى وإن اختلفت طرق ومؤشرات الانتقال والامتداد للمهنة في حياة المعالجين (على سبيل المثال، Duncan, & Duerden, 1990; Mahoney, 1997; Golden & Farber, 1998; Stevanovic & Rupert, 2004; Stevanovic, & Rupert, 2009; Sandberg, Knestel, & Schade, 2013).

رابعاً: الفروق بين متوسطات الأداء على مقياس العلاج المعرفي السلوكي في مختلف مجالات استخدامه حسب متغيرات الدراسة الأساسية  
أ. نتائج المقارنة بين متوسطات أداء الجنسين على المقياس في مختلف مواقف استخدامه

للتحقق من وجود فروق بين المعالجين الذكور والإناث في استخدام مهارات العلاج المعرفي السلوكي داخل الجلسة العلاجية، ومع المقربين ومع الذات، تم حساب الفروق بينهما باستخدام اختبار، كما هو مبين بجدول (٨).

جدول (٨). قيم "ت" للفروق بين المعالجين الذكور والإناث في استخدام مهارات العلاج المعرفي السلوكي في مختلف المواقف

قيمة "ت" ودلالاتها	إناث (ن=٢٩)		ذكور (ن=٢٤)		المجموعات المتغيرات
	ع	م	ع	م	
١,١٢	٢٤,٩	١٦٢,٧	٢٢,٧	١٧٠,٢	العلاج المعرفي السلوكي داخل الجلسة
١,٩٤	٣١,٤	١٣٩,٠	٣٢,٧	١٢١,٩	العلاج المعرفي السلوكي مع المقربين
٠,٥٤	٤٤,٢	١٣٣,٨	٤٥,٢	١٢٧,١	العلاج المعرفي السلوكي مع الذات

وكما يتضح من النتائج الواردة بهذا الجدول، فإنه لم تتبين أي فروق ذات دلالة بين المجموعتين، اللهم أن هناك ميلاً لتفوق الذكور في استخدام مهارات العلاج النفسي المعرفي السلوكي في سياق الجلسة العلاجية الرسمية في مقابل تفوق الإناث في استخدامها في سياق التعامل مع المقربين والأصدقاء. وهو ما يتفق مع التصور الثقافي العام لطبيعة الأدوار التي تؤديها الإناث مقارنة بالذكور في السياق الحضاري المحلي، ومن ثم يلقي أضواءً مشجعة على صدق المقياس.

ب. نتائج المقارنة بين متوسطات الأداء على المقياس في مختلف مواقف استخدامه حسب عدد سنوات خبرة ممارسة العلاج المعرفي السلوكي

وهنا، في محاولة للتحقق من وجود فروق بين المعالجين في استخدام مهارات العلاج المعرفي السلوكي في مختلف السياقات حسب سنوات الخبرة المهنية، تم حساب دلالة قيمة "ت" بين متوسط درجات مجموعتي المعالجين

الذين تقل سنوات خبرتهم عن العاميين أو تساويهما (ن=٢٧) في مقابل المعالجين الذين تزيد سنوات خبراتهم المهنية عن العاميين (ن=٢٦). ويحتوي الجدول (٩) على هذه النتائج.

**جدول (٩). قيم "ت" للفروق بين المعالجين في استخدام مهارات العلاج المعرفي السلوكي في مختلف المواقف حسب سنوات الخبرة.**

القيمة "ت" ودلالاتها	أكثر من سنتين (ن=٢٦)		سنتين فأقل (ن=٢٧)		العينة
	ع	م	ع	م	
١,٣٨	٢٤,٥	١٧١,٧	٢٣,٠	١٦١,٦	المتغيرات العلاج المعرفي السلوكي داخل الجلسة
٢,٦٧	٣٢,٢	١٣٢,٥	٣٤,٠	١٣٠,١	العلاج المعرفي السلوكي مع المقربين
٠,٦٥	٤٦,٢	١٢٦,٥	٤٣,٢	١٣٤,٦	العلاج المعرفي السلوكي مع الذات

وتوضح النتائج الواردة بهذا الجدول أنّ ذوي الخبرة الأكبر (فوق العاميين) يفوقون نظراءهم من ذوي الخبرة الأقل (عاميين فأقل) في استخدام مهارات العلاج النفسي المعرفي السلوكي في سياق المقربين والأصدقاء بفارق ذي دلالة. كما أنّهم يميلون إلى التفوق على نظرائهم الأقل خبرة من المعالجين في استخدام مهارات العلاج النفسي المعرفي السلوكي في سياق الجلسة العلاجية الرسمية. وتتفق هذه النتائج مع التصور النظري السالف بأنّ الخبرة الطويلة بممارسة هذا العلاج تدفع الشخص إلى الإسهام بالدور المنوط به في السياق الاجتماعي المعيش. وهو ما يلقي بمزيد الضوء على صدق المقياس.

ج . نتائج المقارنة بين متوسطات الأداء على المقياس في مختلف مواقف استخدامه حسب عدد الحالات التي قام المشارك بعلاجها

وهنا، في محاولة للتحقق من وجود فروق بين المعالجين في استخدام مهارات العلاج المعرفي السلوكي في مختلف السياقات حسب عدد الحالات الذين قاموا بعلاجها، تم حساب دلالة قيمة "ت" بين متوسط درجات مجموعتي المعالجين الذين يقل عدد الحالات التي قاموا بعلاجها عن ١٠٠ أو تساويها (ن=٢٤) في مقابل المعالجين الذين يزيد عدد الحالات التي قاموا بعلاجها عن ١٠٠ (ن=٢٩). ويحتوي الجدول (١٠) على هذه النتائج.

جدول (١٠). قيم "ت" للفروق بين المعالجين في استخدام مهارات العلاج المعرفي السلوكي في مختلف المواقف حسب عدد الحالات الذين قاموا بعلاجها

قيمة "ت"	أكثر من ١٠٠ حالة (ن=٢٩)		١٠٠ فأقل (ن=٢٤)		المتغيرات
	ع	م	ع	م	
٠,٣٣٩	٢٤,٢	١٦٧,١	٢٤,١	١٦٤,٨	العلاج المعرفي السلوكي داخل الجلسة
٢,٩٨٣	٢٨,٩	١١٩,٨	٣٢,٥	١٤٥,٠	العلاج المعرفي السلوكي مع المقربين
١,٦٦١	٤٢,٦	١٢١,٤	٤٤,٩	١٤١,٦	العلاج المعرفي السلوكي مع الذات

وتوضح النتائج الواردة بهذا الجدول أن من قاموا بعلاج ١٠٠ حالة فأقل يفوقون نظراءهم الذين قاموا بعلاج أكثر من ١٠٠ حالة في استخدام مهارات العلاج النفسي المعرفي السلوكي في سياق المقربين والأصدقاء بفارق ذي دلالة. كما أنهم يميلون إلى التفوق على نظرائهم الأكثر عددًا في الحالات التي

قاموا بعلاجها في استخدام مهارات العلاج النفسي المعرفي السلوكي في سياق التعامل مع الذات. وتتفق هذه النتائج بدورها مع الدافعية التي تنتاب المرء في بداية اضطراره بمهمة ذات نفع شخصي أو عام من حماس لتطبيق ما يتعلمه في المحيط الآمن سواء مع المقربين والأصدقاء أو مع الذات. ما يؤكد مرة ثالثة صدق المقياس.

ومع ذلك، لكي نعضد ثقتنا في المقياس من شتى جوانبه السيكمترية، فإنّه بحاجة إلى مزيد من الاختبار على جمهور أكبر من المشاركين، كما ينبغي أن يظل موضع تطوير وتعديل مستمرين حتى يصبح بمثابة قائمة بالمهارات والفنيات والسلوكيات التي يتعين على الاختصاصي النفسي الإكلينيكي التمرن عليها، وإتقانها وممارستها مع مختلف الاضطرابات النفسية التي يصلح للتدخل معها.

## مراجع الدراسة

### أولاً: المراجع العربية

إبراهيم (زيزي السيد). (٢٠٠٤). تقييم نتائج برنامج للعلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب على عينة من مرضى الاكتئاب. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة المنيا.

إبراهيم (زيزي السيد). (٢٠٠٥). التنمية المعرفية للمعالج النفسي وتطبيقه في مجال العلاج المعرفي، ورقة عمل منشورة في كتاب المؤتمر السنوي لكلية الآداب جامعة بني سويف.

إبراهيم (زيزي السيد). (٢٠٠٦). العلاج المعرفي للاكتئاب أسسه النظرية وفنياته العملية. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر.

أبو المكارم (فؤاد)، (٢٠١٤). تقدير كفاءة وفعالية ترشيح التلاميذ لأنفسهم كمهوبين من خلال إدراكاتهم الذاتية لسماتهم السلوكية، دراسات عربية في علم النفس، ٢، ١٣، أبريل، ٢١٧. ٢٦٥.

أبو المكارم، (فؤاد) وبدر (خالد). (٢٠٠٢) تعاطي المواد النفسية وعلاقتها بانحرافات السلوك عند تلاميذ المدارس الثانوية الفنية (بنين)، في: سويف وطه وعبد المنعم والسكاوي وأبو سريع وجمعة وعامر، المجلد التاسع. المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ١٨٣:٢٥٧.

أبو سريع (أسامة) وشوقي (مرفت) وأنور (عبير) وإسماعيل (صفاء). (٢٠٠٩). برنامج المهارات الحياتية لإثراء البيئة المدرسية، دليل تدريبي موجه للأخصائي النفسي المدرسي. في: بحوث ودراسات في علم النفس (كتاب تذكاري). القاهرة: وحدة النشر بكلية الآداب، ٣١١ : ٣٥٠.

إسماعيل (صفاء). (٢٠٠٦). المعوقات التي تواجه مهنة لأخصائي النفسي في مصر. في: كتاب المؤتمر السنوي لكلية الآداب جامعة القاهرة، أبريل ٢٠٠٦، ٥٣٣ : ٦٠٦.

البناء (كمال). (١٩٩٠). الواجبات العلاجية لأخصائي علم النفسي في مصر. في: ندوة الإعداد العلمي والمهني للأخصائي النفسي في مصر ١٩-٢٠ يونيو ١٩٩٠. معهد التنمية والتخطيط التكنولوجي: جامعة القاهرة.

الشرفين (أحمد) أبو حسونة (نشأت). (٢٠١١). العوامل المنبئة بالدوافع المهنية لدى طلاب الإرشاد النفسي في الجامعات الأردنية، مجلة كلية التربية، (٣٥) الجزء الأول، ١٢٧ : ١٦٤.

الصبوة (محمد نجيب). (١٩٩٠). الاختصاصي النفسي والأمراض المهنية (دورة في الوقاية والتشخيص والعلاج). في: ندوة الإعداد العلمي والمهني للأخصائي النفسي في مصر ١٩-٢٠ يونيو ١٩٩٠، معهد التنمية والتخطيط التكنولوجي: جامعة القاهرة.

الصبوة (محمد نجيب). (٢٠٠٢). الاختصاصي النفسي والأمراض المهنية (دورة في الوقاية والتشخيص والعلاج). دراسات نفسية، ١٢، ٣، يوليو، ٣٢٩ : ٣٣٩.

الصبوة (محمد نجيب). (٢٠١٥). قضايا التدريب ومتطلباته في علم النفس الإكلينيكي في مصر والعالم العربي: المشكلة والحل. المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي، ٣، ١، يناير، ١٧ : ٤٣.

طه (فرج). (١٩٩٠). نحو برنامج دراسي طموح للإعداد العلمي للأخصائي النفسي في الجامعة المصرية. في: ندوة الإعداد العلمي والمهني للأخصائي النفسي في مصر ١٩-٢٠ يونيو ١٩٩٠. معهد التنمية والتخطيط التكنولوجي: جامعة القاهرة.

عبد الخالق (أحمد). (١٩٩٠). الواجبات العلاجية لأخصائي علم النفس في مصر، في: ندوة الإعداد العلمي والمهني للأخصائي النفسي في مصر ١٩-٢٠ يونيو ١٩٩٠. معهد التنمية والتخطيط التكنولوجي: جامعة القاهرة.

علوان (فادية). (١٩٩٠). نحو مزيد من التخصص لمهام الأخصائي النفسي الإكلينيكي في مجال الطفولة المعوقة. في: ندوة الإعداد العلمي والمهني للأخصائي النفسي في مصر ١٩ . ٢٠ يونيو ١٩٩٠. معهد التنمية والتخطيط التكنولوجي: جامعة القاهرة.

غباشي (سهير فهم). (١٩٩٠). الإعداد العلمي والمهني للأخصائي النفسي في مجال الصحة. في: ندوة الإعداد العلمي والمهني للأخصائي النفسي في مصر ١٩ . ٢٠ يونيو ١٩٩٠. معهد التنمية والتخطيط التكنولوجي: جامعة القاهرة.

طنطاوي (شيرين فاروق). (٢٠١٧). مهارات تركيز الانتباه في ممارسة النشاطات الأدائية بين التقدير الإحصائي والتقييم السيكومتري، رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة الفيوم.

الفتي (إسماعيل). (١٩٩٠). دور الأخصائي النفسي في المدرسة. في: ندوة الإعداد العلمي والمهني للأخصائي النفسي في مصر ١٩ . ٢٠ يونيو ١٩٩٠. معهد التنمية والتخطيط التكنولوجي: جامعة القاهرة.

كامل (عبد الوهاب). (١٩٩٠). المتطلبات الأساسية للإعداد العلمي والمهني للأخصائي النفسي، في: ندوة الإعداد العلمي والمهني للأخصائي النفسي في مصر ١٩٠٠. ٢٠ يونيو ١٩٩٠. معهد التنمية والتخطيط التكنولوجي: جامعة القاهرة.

هيئة الصحة العالمية. (١٩٨٥). دور الأخصائي الإكلينيكي في مؤسسات الصحة النفسية. ترجمة: زين العابدين درويش. في: مصطفى سويف

وآخرين (محرر)، مرجع في علم النفس الإكلينيكي. القاهرة: دار المعارف، ٥١ . ٦١ .

يوسف (جمعة سيد). (٢٠٠٩). دور الأخصائي النفسي في ممارسة العلاج المعرفي السلوكي (دراسة استكشافية). في: بحوث ودراسات في علم النفس كتاب تذكاري. جامعة القاهرة: مركز النشر العلمي بكلية الآداب، ٢٧ . ٤٩ .

### ثانيًا: المراجع الأجنبية

- Beck, A. (1967). **Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects**. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T, (1976). **Cognitive Therapy and the Emotional Disorders**. New York: A meridian book.
- Beck, Aaron T.; Rush, A. John; Shaw, Brian F.; Emery, G. (1979). **Cognitive Therapy of Depression**. new york: Guilford Press
- Beck, A. T., (1991). Cognitive therapy : A 30 – year Retrospective, **American Psychologist**, vol 46 (4 ), P.P. 368 – 375 .
- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: past, present, and future. **Journal of consulting and clinical psychology**, 61(2), 194.
- Beck, A. T. (1997). The past and future of cognitive therapy. **The Journal of psychotherapy practice and research**, 6(4), 276.
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. **Archives of General Psychiatry**, 62(9), 953-959.
- Beck, A. T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A., & Warman, D. M. (2004). A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. **Schizophrenia research**, 68(2), 319-329.
- Beck, J. S. (1995). **Cognitive therapy: Basics and beyond**. New York: Guilford
- Blackburn, I. M., James, I. A., Milne, D. L., Baker, C., Standart, S., Garland, A., & Reichelt, F. K. (2001). The revised cognitive therapy scale (CTS-R): psychometric properties. **Behavioural and cognitive psychotherapy**, 29(4), 431-446.

- Bryant, M. J., Simons, A. D., & Thase, M. E. (1999). Therapist skill and patient variables in homework compliance: Controlling an uncontrolled variable in cognitive therapy outcome research. **Cognitive Therapy and Research**, 23(4), 381-399.
- Burke, J. W. (Ed.). (1989). **Competency based education and training**. Psychology Press.
- Busch, A. M., Kanter, J. W., Landes, S. J., & Kohlenberg, R. J. (2006). Sudden Gains and Outcome: A Broader Temporal Analysis of Cognitive Therapy for Depression. **Behavior Therapy**, 37(1), 61-68.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. **Clinical psychology review**, 26(1), 17-31.
- CBT: Review of Randomized Trials | Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy. (n.d.). Retrieved July 30, 2017, from <https://www.beckinstitute.org/cbt> . review . randomized . trials/
- Chevron ES, & Rounsaville BJ. (1983). Evaluating the clinical skills of psychotherapists: A comparison of techniques. **Archives of General Psychiatry**, 40(10), 1129-1132.
- Clark, D.A., Beck A.T. & Alford, B.A. (1999) **Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy** , New York : John wiley & sons.
- Deacon, S. A., Kirkpatrick, D. R., Wetchler, J. L., & Niedner, D. (1999). Marriage and family therapists' problems and utilization of personal therapy. **The American Journal of Family Therapy**, 27(1), 73-93.
- DeRubeis, R.J., Evans, M.D., Hollon, S.D., Gravey, M.J., Grove, W.M. & Tuason, V.B. (1990). How does cognitive therapy work? Cognitive change and symptom change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 58 (6): 862-869.
- DeRubeis, R. J., & Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. **Cognitive Therapy and Research**, 14(5), 469-482.
- DeRubeis, R. J., & Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 66 (1): 37-52.

- DeRubeis, R.J.; Gelfand, L.A.; Tang, T.Z.& simons, A.D. (1999). Medication versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparison. **American journal of psychiatry**, 156 (7), P.P. 1007-1013.
- DeRubeis, R.J.; Tang, T.Z.& Beck, A.T. (2000) cognitive therapy. In: K.S. Dobson (Eds). **Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies** (2<sup>nd</sup> ed), P.P. 349-392. New York: Guilford press.
- Dobson, K. S. [Ed]. (2010). Historical and Philosophical Bases (3rd ed.). **Handbook of Cognitive . Behavioral Therapies** (3rd Ed).3-37. Guilford Press.
- Dozois, D. J. A. (2013). Psychological Treatments: Putting Evidence Into Practice and Practice Into Evidence. **Canadian Psychology**, 54(1), 1–11.
- Duncan, S. F.,& Duerden, D. S. (1990). Stressors and enhancers in the marital/family life of the family professional. **Family Relations**, 39(2), 211 .215.
- Elkin, I. (1999). A major dilemma in psychotherapy outcome research: Disentangling therapists from therapies. **Clinical Psychology: Science and Practice**, 6(1), 10–32.
- Fairburn, C. G.,& Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. **Behaviour Research and Therapy**, 49(6–7), 373–378.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M.,& Blackburn, I. M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. **Journal of affective disorders**, 49(1), 59-72.
- Golden, V.,& Farber, B. A. (1998). Therapists as parents: Is it good for the children? ,**Professional Psychology: Research and Practice**, 29(2), 135–139.
- Guerin, P. J.,& Hubbard, I. M. (1987). Impact of therapist's personal family system on clinical work. **Journal of Psychotherapy and the Family**, 3(2), 47 . 60.
- Ho, F. Y., Chan, C. S.,& Tang, K. N. (2016). Cognitive . behavioral therapy for sleep disturbances in treating posttraumatic stress disorder symptoms: A meta . analysis of randomized controlled

- trials. **Clinical Psychology Review**, 43(October), 90–102.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. **Cognitive therapy and research**, 36(5), 427-440.
- Hovsepian, T. (2011). **The impact of working in the mental health field on the intimate partnerships of professionals: A differentiation - based perspective**. Alliant International University. ProQuest Dissertations Publishing, 2011. 3466652.
- Hundt, N. E., Mignogna, J., Underhill, C., & Cully, J. A. (2013). The Relationship Between Use of CBT Skills and Depression Treatment Outcome: A Theoretical and Methodological Review of the Literature. **Behavior Therapy**, 44(1), 12–26.
- James, I. A., Blackburn, I. M., & Reichelt, F. K. (2001). **Manual of the revised cognitive therapy scale**. Unpublished manuscript, Newcastle Cognitive and Behavioural Therapies Centre, Newcastle, UK.
- Jarrett RB, Kraft D. (1998). **Cognitive Therapy Skill Rating Scale - Patient and Therapist Versions**. Unpublished instruments.
- Jarrett, R. B., Vittengl, J. R., Clark, L. A., & Thase, M. E. (2011). Skills of Cognitive Therapy (SoCT): A new measure of patients' comprehension and use. **Psychological Assessment**, 23(3), 578–586.
- Kaslow, F. W., & Schulman, N. (1987). How to be sane and happy as a family therapist: or The reciprocal impact of family therapy teaching and practice and therapists' personal lives and mental health. **Journal of Psychotherapy & the Family**, 3(2), 79–96.
- Kobak, K. A., Wolitzky . Taylor, K., Craske, M. G., & Rose, R. D. (2017). Therapist Training on Cognitive Behavior Therapy for Anxiety Disorders Using Internet . Based Technologies. **Cognitive Therapy and Research**, 41(2), 252–265.
- Kramen . Kahn, B., & Hansen, N. D. (1998). Rafting the rapids: Occupational hazards, rewards, and coping strategies of psychotherapists. **Professional Psychology: Research and Practice**, 29(2), 130–134.

- Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleish, T., Kessler, D., & Causley, A. (2015). Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. **The Lancet**, 386(9988), 63-73.
- Kuyken, W., & Tsivrikos, D. (2009). Therapist competence, comorbidity and cognitive-behavioral therapy for depression. **Psychotherapy and psychosomatics**, 78(1), 42-48.
- LAWSON, G. (2007). Counselor Wellness and Impairment: A National Survey. **The Journal of Humanistic Counseling, Education and Development**, 46(1), 20-34.
- Lawson, G., & Myers, J. E. (2011). Wellness, Professional Quality of Life, and Career . Sustaining Behaviors: What Keeps Us Well?, **Journal of Counseling & Development**, 89(2), 163-171.
- Mahoney, M. J. (1997). Psychotherapists' personal problems and self . care patterns. **Professional Psychology: Research and Practice**, 28(1), 14-16.
- McManus, F., Rakovshik, S., Kennerley, H., Fennell, M., & Westbrook, D. (2012). An investigation of the accuracy of therapists' self . assessment of cognitive . behaviour therapy skills. **British Journal of Clinical Psychology**, 51(3), 292-306.
- McManus, F., Westbrook, D., Vazquez . Montes, M., Fennell, M., & Kennerley, H. (2010a). An evaluation of the effectiveness of Diploma . level training in cognitive behaviour therapy. **Behaviour Research and Therapy**, 48(11), 1123-1132.
- Murstein, B. I., & Mink, D. (2004). Do Psychotherapists Have Better Marriages Than Nonpsychotherapists? Do Therapeutic Skills and Experience Relate to Marriage Adjustment? **Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training**, 41(3), 292-300.
- Muse, K., & McManus, F. (2013). A systematic review of methods for assessing competence in cognitive . behavioural therapy.

- Clinical Psychology Review**, 33(3), 484–499.
- Newman, C. (2010). Competency in conducting cognitive-behavioral therapy: Foundational, functional, and supervisory aspects. **Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training**, 47 (1), 12-19.
- Norcross, J. C. (2000). Psychotherapist self-care: Practitioner-tested, research-informed strategies. **Professional Psychology: Research and Practice**, 31(6), 710–713.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Deacon, B. J. (2010). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: A review of meta-analytic findings. **Psychiatric Clinics of North America**, 33(3), 557–577.
- Padesky, C. A. (1996). **Developing cognitive therapist competency: Teaching and supervision models**. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 266-292). New York, NY, US: Guilford Press.
- Pappas, P. A. (1989). Divorce and the psychotherapist. **American Journal of Psychotherapy**, 43(4), 506-517
- Perlis, M. L., Jungquist, C., Smith, M. T., & Posner, D. (2006). **Cognitive behavioral treatment of insomnia: A session-by-session guide** (Vol. 1). Springer Science & Business Media.
- Pompoli, A., Furukawa Toshi, A., Imai, H., Tajika, A., Efthimiou, O., & Salanti, G. (2014). Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, (2), 1–17.
- Pretorius, W. M. (2006). Cognitive Behavioural Therapy Supervision: Recommended Practice. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, 34(4), 413-420.
- Rupert, P. A., & Kent, J. S. (2007). Gender and work setting differences in career-sustaining behaviors and burnout among professional psychologists. **Professional Psychology: Research and Practice**, 38(1), 88–96.
- Rupert, P. A., & Morgan, D. J. (2005). Work Setting and Burnout Among Professional Psychologists. **Professional Psychology: Research and Practice**, 36(5), 544–550.

- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., & Hollon, S. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. **Cognitive therapy and research**, 1(1), 17-37.
- Safran, J. D., & Wallner, L. K. (1991). The relative predictive validity of two therapeutic alliance measures in cognitive therapy. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(2), 188-195.
- Sandberg, J. G., Knestel, A., & Schade, L. C. (2013). From head to heart: A report on clinicians' perceptions of the impact of learning Emotionally Focused Couple Therapy on their personal and professional lives. **Journal of Couple & Relationship Therapy**, 12(1), 38 . 57.
- Shaw, B., Elkin, I., Yamagushi, J., Olmsted, M., Vallis, T. M., Dobson, K. S., ... Imber, S. D. (1999). Therapist competence ratings in relation to clinical outcome in cognitive therapy of depression. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 67(6), 837-846.
- Smith, P. L., & Moss, S. B. (2009). Psychologist Impairment: What Is It, How Can It Be Prevented, and What Can Be Done to Address It? **Clinical Psychology: Science and Practice**, 16(1), 1-15.
- Smith, W. M. (2016). **Personal growth and its role in the professional development of novice clinicians**. Pepperdine University. ProQuest Dissertations Publishing, 2016. 10196173
- Sowers, J. P. (2013). **The influence of marriage and family therapy training on father . son relationships**. University of Louisiana at Monroe. 3578812.
- Stallard, P., Myles, P., & Branson, A. (2014). The cognitive behaviour therapy scale for children and young people (CBTS-CYP): Development and psychometric properties. **Behavioural and cognitive psychotherapy**, 42(3), 269-282.
- Stevanovic, P. (2011). **Professional and personal lives of psychologists: Spillover, family functioning, and life satisfaction** (Doctoral dissertation, Loyola University Chicago).

- Stevanovic, P., & Rupert, P. A. (2004). Career . Sustaining Behaviors, Satisfaction, and Stresses of Professional Psychologists. **Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training**, 41(3), 301–309.
- Stevanovic, P., & Rupert, P. A. (2009). Work . family spillover and life satisfaction among professional psychologists. **Professional Psychology: Research and Practice**, 40(1), 62 . 68.
- Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2009). Cognitive . behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: a meta . analysis of effectiveness studies. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 77(4), 595–606.
- Stivers, C. L. (2013). **Dual therapist marriages: An autoethnography of marital experiences of systemically trained couples**. University of Louisiana at Monroe. ProQuest Dissertations Publishing, 3578813.
- Strunk, D. R., Hollars, S. N., Adler, A. D., Goldstein, L. A., & Braun, J. D. (2014). Assessing patients' cognitive therapy skills: Initial evaluation of the competencies of cognitive therapy scale. **Cognitive therapy and research**, 38(5), 559-569.
- Strunk, D. R., Brotman, M. A., & DeRubeis, R. J. (2010). The process of change in cognitive therapy for depression: Predictors of early inter . session symptom gains. **Behaviour Research and Therapy**, 48(7), 599–606.
- Strunk, D. R., Brotman, M. A., DeRubeis, R. J., & Hollon, S. D. (2010). Therapist competence in cognitive therapy for depression: predicting subsequent symptom change. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 78(3), 429–437.
- Sudak, D. M., Codd III, R. T., Ludgate, J. W., Sokol, L., Fox, M. G., Reiser, R. P., & Milne, D. L. (2015). **Teaching and supervising cognitive behavioral therapy**. John Wiley & Sons.
- Taylor, R. R. (2006). **Cognitive behavioral therapy for chronic illness and disability**. Springer Science & Business Media.

- Thoma, N., Pilecki, B., & McKay, D. (2015). Contemporary Cognitive Behavior Therapy: A Review of Theory, History, and Evidence. **Psychodynamic Psychiatry**, 43(3), 423–461.
- Vallis, T. M., Shaw, B. F., & Dobson, K. S. (1986). The Cognitive Therapy Scale: Psychometric properties. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 54(3), 381–385.
- Weck, F., Grikscheit, F., Jakob, M., Höfling, V., & Stangier, U. (2015). Treatment failure in cognitive-behavioural therapy: Therapeutic alliance as a precondition for an adherent and competent implementation of techniques. **British Journal of Clinical Psychology**, 54(1), 91-108.
- Winter, J. E., & Aponte, H. J. (1987). The family life of psychotherapists: Treatment and training implications. **Journal of Psychotherapy and the Family**, 3(2), 97 . 133.
- Young, J., & Beck, a. (1980). **Cognitive Therapy Rating Scale (CTRS)**, 4–7. Retrieved from info@beckinstitute.org
- Young, J., & Beck, A. T. (1980). **Cognitive therapy scale: Rating manual**. Unpublished manuscript, 36th.
- Zuroff, D. C., Kelly, A. C., Leybman, M. J., Blatt, S. J., & Wampold, B. E. (2010). Between . therapist and within . therapist differences in the quality of the therapeutic relationship: Effects on maladjustment and self . critical perfectionism. **Journal of Clinical Psychology**, 66(7), 681–697.