

سيكولوجية الطفل

مقاربات معرفية

المؤلفون:

- د. الغالي أحرشواو
- د. أحمد الزاهر
- د. اسماعيل علوي
- د. بنعيسى زغبوش
- د. محمد كجي
- د. المير محمد
- د. أحمد أغبال
- د. أحمد أوزي
- د. عبد الكريم بلحاج
- د. عبد الرحمن علمي إدريسي



إستراتيجية معالجة المعلومات في العلاج المعرفي

بنعيسى زغبوش

1. تقديم

يهدف هذا المقال المتمحور حول «إستراتيجية معالجة المعلومات في العلاج المعرفي» إلى محاولة توجيه السيكولوجيا نحو خدمة الفرد عامة والطفولة خاصة، وبالتالي محاولة تطوير مهارات كيفية التعامل مع الذات أولا من خلال فهم الميكانزمات التي تشتغل بها، وفهم الآخر ثانيا من خلال توظيف نفس هذه الميكانزمات ولنفس الغاية. فالسيكولوجيا في آخر المطاف هي الميدان الذي يسمح للفرد بتحقيق تواصل منسجم مع الذات ومع الآخر. وهنا تتمظهر أسى تجليات التوافق النفسي والاجتماعي. لكن الإشكال المطروح هو كيفية معرفة هذه الذات ومعرفة هذا الآخر، مادامت معرفة الذات تمر بالضرورة عبر معرفة الآخر والتفاعل والتعايش معه. فالمقارنة مع الآخر تتجلى أيضا في المجال التعليمي داخل القسم، وفي هذا الباب أوضحت العديد من الدراسات أن نجاعة تشغيل الإجراءات الذهنية لدى المتعلم أو عدم نجاعتها، تنتج أساسا عن المقارنة الاجتماعية في القسم، من خلال تقييم الكفاءة الذاتية للمتعلم بالمقارنة مع المتعلم الآخر الموجود في نفس القسم (Fayol وMonteil، 1994). فالإنسان اجتماعي بطبعه، والذات الفردية لا تتحقق إلا في علاقتها بذوات أخرى، ولا يمكن بأي حال من الأحوال أن تتحقق وهي منفردة أو معزولة. فالآخر يصبح «جحيما» (حسب تعبير سارتر 1944، Sartre) عندما يصعب التواصل والتفاهم معه.

وسواء كنا في موقع المربي أو الأب أو المدرس أو الفاعل الاجتماعي... نحتاج إلى حد أدنى من المعرفة السيكولوجية، لا لنحقق التواصل المنسجم مع الآخر فقط، ولكن لنساعد من يعاني من صعوبة في التواصل على تحقيق ذلك. نحتاج إذن إلى المعرفة، والمعرفة هو ما يوجد في الذهن، وبالضبط هو ما نخزنه في ذاكرتنا. لكن تخزين هذه المعرفة في الذاكرة قد تشوبه بالطبع بعض التشوهات نتيجة لإشراطات غير سوية بين الذات وأحداث العالم الخارجي، وبالتالي فإن استحضار هذه المعارف المخزنة سيكون مشوها بالضرورة. وبناء على هذا الاسترجاع المشوه، سيقرأ الفرد الواقع قراءة ذاتية ومشوهة قد تؤثر على مدى توافقه النفسي والاجتماعي، وقد تؤثر على علاقته مع الآخر.

فعندما نرى طفلاً حزينا أو مكتئباً، ولا نساعد على تجاوز حالته هذه من خلال الشرح والتفسير ورصد مواطن معاناته النفسية، سيضطر أمام ضغط الحفاظ على توازنه النفسي، إلى إيجاد تفسير معين لحالته. وهنا يمكن الخطر، أي أن الطفل سيبحث عن أي تفسير للخروج من وضعيته غير المريحة هاته، وبالتالي قد يعطي تأويلاً غير مبرر وغير منطقي وغير عقلائي لحالته. وهو التفسير الذي سيخزنه في ذاكرته. إنه التفسير ذاته الذي سيستحضره في كل مرة يواجه فيها موقفاً مشابهاً في المستقبل، وبالتالي فإن بذور الصعوبات النفسية والتفسير الخاطئ لأحداث الواقع تنشأ من مثل هذه الأوضاع البسيطة، وهو ما يسمى بالاشراط بين الحدث وبين انفعال الذات معه.

وفي هذا الإطار، أكدت دراسات أخرى، أن بعض الأطفال في وضعية دراسية صعبة، لا يدرك أن نجاحه أو فشله متعلق بمجهوده الشخصي، وهو ما يسميه (Chartier وLautrey 1992) "بإحساس العجز المكتسب". فحسب (Butkowsky وWillows 1980)، يرجع الفشل في القراءة إلى إسناده إلى القدرات الضعيفة للطفل وليس إلى المجهود القليل المخصص للقراءة، فالقراء غير الجيدين يخصصون وقتاً أقل بـ 40% للقراءة من القراء الجيدين. وعليه، فالقارئ الاستراتيجي، حسب Paris وآخرون (1990)، يعتبر نفسه فاعلاً في تعلمه الخاص، ومسؤولاً عن كفاءته، ويشعر بقدرته على تحديد أهدافه، ويربط سبباً بين أفعاله الخاصة والنتائج المترتبة عنها. والعكس صحيح بالنسبة للطفل في حالة الفشل. فهذا الأخير يعمل على تطوير تقنيات دفاعية لحماية التقدير الشخصي للذات والتخفيف من القلق لتفادي تنشيط انفعالات مرتبطة بوضعيات الفشل السابقة، وهو ما يؤدي إلى ظهور سلوكيات سلبية من قبيل عدم الالتزام بالقراءة، وإسناد الفشل لعوامل خارجية، وتجنب المهمة ما أمكن، والاحتفاظ بالصعوبة في مستوى منخفض (Fayol وMonteil 1994).

إن رصد مثل هذه الملاحظات البسيطة، والعمل على تفاديها، هو ما يمكن أن نسميه بالوقاية السيكولوجية للطفل. فإذا كنا نهتم بالصحة البدنية وتحديد أساليب ووقايتها، فإنه أيضاً من واجبنا أن نعمل على نشر ثقافة سيكولوجية وقائية تسمح للمتدخل، أي أياً كان موقعه، أن يتدخل لمساعدة الطفل في المراحل الأولى من ظهور صعوبات التوافق لديه، تجنباً لما يمكن أن يترتب عن ذلك من صعوبات سيكولوجية وتوافقية، قد تؤدي إلى انحرافات يكون الفرد ضحية لها، ويتحمل المجتمع تبعاتها.

إن ما يميز الإنسان عن باقي الكائنات هو العقل، به سيطر على الطبيعة وتفوق على باقي الكائنات، إنه العقل الذي يجب أن يستحضر للتعامل مع الأحداث الخارجية، أي أن يتعامل الإنسان مع نفسه ومع الآخر ومع الأحداث بشكل عقلائي من خلال التحليل المنطقي السليم والتفسير الموضوعي للأحداث، ومن خلال وضع عقله بينه وبين أحداث الواقع وتجنب التأويل الذاتي والإسقاطات الشخصية. وهو الأمر الذي أسس عليه العلاج المعرفي جل مرتكزاته النظرية والعملية.

2. توضيحات أولية

يشق مصطلح معرفية cognition من الكلمة اللاتينية «cognitio» التي تفيد التفكير ويعتبر الاتجاه المعرفي برادغما¹ جديداً داخل السيكولوجيا²، إذ تم تحويل الاهتمام من نتيجة المعالجة التي تتمظهر في السلوك (الحركي أو اللفظي) إلى سيرورة processus المعالجة كما تجري في الذهن (أو العلبة السوداء) باصطلاح الاتجاه

السلوكي (Watson: 1972) خصوصاً العمليات الذهنية التي تشمل الإدراك والذاكرة والتفكير والتي يحل الفرد بواسطتها مشاكله ويخطط لمستقبله ويطور معرفته ويمثلها. وفي هذا الباب لا بد من التمييز بين معرفية cognition ومعرفية³ connaissance. فالمعرفة تكون نتيجة معالجة معينة وبالتالي يمكن الحكم عليها بالصواب أو الخطأ، في حين أن المعرفة تعين سيرورات المعالجة قبل الوصول إلى هذه النتيجة، من خلال دراسة كيفية استقبال المعلومات ومعالجتها وتخزينها واسترجاعها. تفترض نظرية معالجة المعلومات بأن تفكيرنا، مثله مثل الحاسوب⁴، يعالج المعطيات (مدخلات input) ويعيد استرجاعها (مخرجات output)، ويشغل بوصفه جهازاً لمعالجة المعطيات الخارجية (الأوضاع التي نواجهها) أو الداخلية (إحساساتنا المادية).

إن أهداف السيكولوجيا المعرفية تمثلت في كشف كيفية استقبال الفرد للمعلومات وكيفية تخزينها في ذاكرته وكيفية استعمالها للتكيف مع واقع حياته اليومية (Atkinson وآخرون، 1987)، وبذلك فالإشكالات التي تم طرحها في السيكولوجيا المعرفية منذ انطلاقتها تمثلت في طبيعة المعارف وكيفية تمثلها وتنظيمها، مادامت المعرفة هي معالجة المعلومات حول العالم المحيط بنا وإدماجها في الأحداث الذهنية mental events مثل التفكير والانتباه والذاكرة (Grider وآخرون، 1993: 69)، وبذلك يتحقق التعلم (سواء كان سليماً أو مشوهاً). لكن التعلم يُسجل أيضاً في سياق تاريخي خاص بكل فرد وينبني على أساس تجربته السالفة، وبذلك يصبح عبارة عن سيرورة تسمح للفرد باستعمال تجربته السالفة، لتغيير معارفه وسلوكاته حسب الشروط الجديدة المحيطة التي يواجهها، وهنا يكمن المشكل إن كانت المعلومات المسجلة سابقاً مشوهة، إذ ستوجه قراءة الفرد للواقع ليتعامل معه بشكل غير واقعي. إن الفرد لا يستطيع التفاعل مع محيطه وتغيير سلوكه إذالم يكن بمقدوره مقارنة مداركه الحالية مع الذكريات التي سبق أن خزنها في الذاكرة. إن التعلم إذن هو تنظيم للمعارف التي تتركز في جزء كبير منها على معلومات غير متوفرة في المحيط اللحظي والتي تعتبر ذكريات لأحداث معيشة سابقة، يمكن أن تكون هذه الذكريات حديثة فتمتد إلى جزء من الثانية أو أقدم من ذلك. إن التعلم يكمن في بناء أو تغيير التمثل الذي يمتلكه الفرد حول محيطه (Doré و Mercier، 1992).

وعلى هذا الأساس ينصب اهتمام السيكولوجيا المعرفية على دراسة أساليب التفكير التي يوظفها العلاج المعرفي (باعتباره أحد مجالات تطور علم النفس المعرفي) لتشخيص الصعوبات السيكولوجية التي يعاني منها الأفراد وتغييرها، لأن إدراك الفرد للعالم وتفسيره للواقع هو الذي يحدد سلوكه. ففي إحدى التجارب الكلاسيكية التي توضح أن المسألة كلها ترتبط بطريقة التفكير وكيفية إدراك معطيات الواقع وكيفية تقسيمها، تعطى للأفراد علبة أعواد الثقاب وشمعة ودبابيس (Duncker، 1945)، ويطلب منهم تثبيت الشمعة عمودياً على الحائط باستعمال المواد المتوفرة لديهم. يكمن مصدر الصعوبات في عدم قدرة الأفراد على توظيف جديد للأشياء. ويعتبر تقديم أعواد الثقاب في العلبة إحدى تجليات هذه الصعوبة، لأن الأفراد ينظرون إلى العلبة (التي هي مفتاح الحل) على أنها وعاء أكثر منها عنصراً أساسياً لحل المشكل إذا ما استعملت كرفق للشمعة. إحدى الاهتمامات المركزية للسيكولوجيا المعرفية وللإلاج المعرفي هي كشف الطريقة التي يتجاوز بها الفرد الأساليب المعتادة في التفكير وبلورة حلول مبتكرة للمشاكل الجديدة (Grider وآخرون، 1993: 28).

نحلل إذن باستمرار المعلومات الواردة من الداخل أو من الخارج، وتمثل المعرفيات نتيجة معالجة المعلومات

هاته. ولكي يتم ذلك، يجب توفر ميكانيزمات تسمح لنا بانتقاء العناصر الدالة والمهمة في محيطنا وتقييمها وتنظيمها: إنها «السيرورات المعرفية»، وتمثل في سيرورات فك رموز *décodage* الواقع الخارجي (مثيرات خارجية)، ولكن أيضا في فك رموز الفرد الحميمية *intimité*. أي انفعالاته، وإحساساته الفيزيولوجية (مثيرات داخلية).

وعلى أساس هذه المنطلقات، ظهرت في مجال العلاج النفسي أساليب علاجية تركز على الأسلوب المعرفي بما هو وسيلة للعلاج السيكولوجي. وتتلخص هذه الأساليب في أن السلوك المرضي ناتج عن أفكار مرضية أو اعتقادات خاطئة تؤثر في سلوك الفرد، وبالتالي ينبغي الاشتغال على تغيير هذه الأفكار من خلال التأثير على الجانب المعرفي للفرد. فإذا كان العلاج المعرفي يركز على دراسة العمليات التي تؤمن معالجة المعلومات وسيرورات اتخاذ القرار (Houdé وآخرون، 1998: 320)، فإن الذهن، من وجهة نظر السيكولوجيا المعرفية، ليس فقط وعاء «سلبيا» أثناء مواجهة المثيرات الخارجية وبالتالي فالإنسان ليس مستقبلا سلبيا مادام الذهن يستقبل المعلومات ويعالجها ويحولها إلى أشكال ورموز جديدة (بحير، 1996)، بل إن الوعي يتدخل في مواجهة وضعية معينة للقيام بقراءة جد ذاتية للمحيط، عن طريق انتقائه لبعض المعطيات ومنحها دلالات خاصة، وتغاضيه عن أخرى، الخ⁵. وبذلك أصبحت دراسة أهمية الانتباه بشقيه الموجّه والموزّع⁶، جزءا من الأسس التي تركز عليها السيكولوجيا المعرفية عامة والعلاج المعرفي خاصة في فهم طريقة توجيه الفرد لانتباهه وتركيزه على عناصر معينة دون غيرها. وبناء عليه فإن مصطلح «معرفية» *une cognition* في العلاج المعرفي، تمثل كل فكرة أو صورة تأتي لذهننا بشكل عفوي وآلي لمواجهة مختلف الأحداث في حياتنا اليومية.

وقد ظهر العلاج المعرفي الحديث سنوات 60 بالولايات المتحدة الأمريكية على يد Aaron و Albert Ellis و Beck وكلاهما معالج نفسي. وعليه يعتبر العلاج العقلاني الانفعالي *rationnelle_émotive* لـ ليس Ellis والعلاج المعرفي من صنف بيك Beck، التقنيات الأقدم والأكثر انتشارا في هذا الميدان (Paulhan و Bourgois، 1995: 110). فالإتجاه العقلاني المعرفي لـ ليس ينطلق من أن المشاكل النفسية والأمراض العقلية ناتجة عن المعتقدات الخاطئة والأفكار السلبية عن الذات⁷. إن الغرض من هذا الإتجاه هو كشف تفسيرات الأفراد للواقع، ورصد المعتقدات والأفكار التي تسبب لهم الضيق والقلق، في محاولة لتغيير هذه الأفكار. أما العلاج المعرفي الذي أسسه بيك، فينصب خصيصا على معالجة الكتاب⁸ من خلال كشف المعتقدات والأفكار الخاطئة في إدراك الأفراد لمشاكلهم. فالفكرة الجوهرية لهذا الإتجاه تنبني على أساس أن الصعوبات النفسية ناجمة عن فهم خاطئ يحمله الفرد عن ذاته وعن علاقاته بمكونات المجتمع (بحير، 1996: 97_98).

كما يعتبر العلاج المعرفي امتدادا للعلاجات السلوكية الذي يتقاسم معها أهم المبادئ: عمل متمرکز حول الأعراض *symptômes*، واستعمال مناهج الوصفات *prescriptives*، والإحالة على الإرشادات والتعلميات الاجتماعية. لكنه يتميز عنها من خلال المسافة التي يتخذها في مقابل المسلمات السلوكية واهتمام خاص بالمعتقدات، وما يؤثّر منها من رغبات تحملها المعرفيات (Houdé وآخرون، 1998: 320).

إلا أن العلاج المعرفي لا يقتصر فقط على سيرورات المعالجة على المستوى الذهني، بل إنه ينظر إلى الإنسان في شموليته. إنها نظرة «ثلاثية الأبعاد» تجمع بين ما هو معرفي وما هو وجداني وما هو سلوكي، وأن هذه الأبعاد الثلاثة في تفاعل مستمر بينها، كما هو موضح في الخطاطة التالية:

وبذلك، فإن هذه النظرة الشمولية هي ما يميز العلاج المعرفي عن باقي العلاجات الأخرى⁹. وفي هذا الإطار نستحضر (Bruner، 2000: 131) الذي يقول: «تأسفت لعادة رسم حدود مفاهيمية بين التفكير والفعل والانفعال (Pensée/Action/Emotion) باعتبارها «مناطق» في الذهن، ثم اضطررنا لاحقاً لإقامة الجسور المفاهيمية لربط ما كان يلزم عدم فصله أصلاً». وإذا كان البعد الانفعالي قد شكل محور اهتمام العلاجات السيكولوجية السابقة فإنه لا بد من توضيح هذا البعد الانفعالي في العلاج المعرفي. وفي هذا الباب ترى Guiditti (2002: 67-68) أن المفاهيم الحالية للنمو الانفعالي للطفل، تعرف تعارضاً بين اتجاهين:

1) النماذج التي تتخذ من المقاربة النمائية خلفية لها، والتي ترى وجود «انفعالات قاعدية» (émotions de base) أو انفعالات جوهرية موجودة منذ الميلاد والتي نلاحظها على المستوى العالمي. يتعلق الأمر بتعبير مرتبطة بالخوف والغضب والفرح والحزن والاشمئزاز. نلاحظ في هذه النماذج اتفاقاً بين التعبير عن الانفعالات وتعبير الوجه. ولهذه الانفعالات وظيفة توافقية وتواصلية بالأساس.

2) نماذج بعض الباحثين من مثل (Sroufe 1996) التي تنبئ موقفاً مغايراً، إذ لا يمكن أن نتحدث عن انفعالات مادام الطفل لم يستطع تقييم قيمة المثيرات التي يواجهها يومياً. هناك إذن علاقة مباشرة بين الانفعالات والمعرفة، إذ لا يمكن أن ينتج انفعال إلا بعد معالجة معرفية للمعلومات القادمة من المحيط. وإن كنا نلاحظ، في الشهور الأولى من الحياة، تناوباً بين حالات التضايق والانسراح، فإنه لا يمكن اعتبارها انفعالات.

وبناء عليه، فإن البعد الانفعالي في التصور المعرفي، لا بد أن يرتبط بالبعد المعرفي، بمعنى أن يكون الفرد تقيماً معيناً للوضعية التي يعيشها، بعد إخضاعها للمعالجة المعرفية، ويتمظهر هذان المكونان في سلوكيات الفرد سواء كانت لفظية أو حركية.

يتميز العلاج المعرفي أيضاً بمرتكزاته العلمية ومنهجيته التجريبية. فعندما نقول إن العلاج المعرفي يركز على إجراء علمي، فإننا نقصد أنه يضع فرضيات معينة، مع إمكانية مراجعتها إن تبين أن الواقع والملاحظات يمكن أن تناقضها. كما يتم التأكد من صلاحية العلاج المعرفي علمياً في إطار الدراسات الإكلينيكية، وترتكز صلاحية مناهجه على دراسة عدد كبير من الحالات، من مثل ملاحظة جماعة العلاج المعرفي مع العلاج بالأدوية للتخلص من الاكتئاب ومقارنة النتائج.

3. منطلقات العلاج المعرفي¹⁰

في القرن الثاني قبل الميلاد، كتب الإمبراطور الروماني مارك أوريل Marc-Aurèle (وهو أيضاً محارب وفيلسوف)¹¹ ما يلي: إذا كان شيء ما يحزنك، فإن ما يحزنك ليس هو الشيء في حد ذاته، بل الحكم الذي تحمله حوله هو الذي يعكس صفوك، لا يتعلق الأمر إلا بك لمحو هذا الحكم من روحك. وبناء على هذه القولة ذات الحمولة الفلسفية العميقة، يعتبر العلاج المعرفي أن سبب هموم الفرد وقلقه، والكثير من معاناته هو طريقة نظرتة للأشياء، فالسلوك غير السوي ينتج عن أفكار سلبية¹² عن الذات أو عن معتقدات مشوهة تؤثر على سلوك الفرد. وهي عبارة عن أفكار لاعقلانية يعرفها (Ellis 1977) بأنها تلك المجموعة من الأفكار الخاطئة وغير المنطقية التي تتميز

بعدم موضوعيتها والمبنية على توقّعات وتعميمات خاطئة، وعلى مزيج من الظن والتنبؤ والمبالغة والتهويل بدرجة لا تتفق والإمكانات الفعلية للفرد. لكن المشكل هو أن الشخص الذي يعتقد في إحدى الأفكار اللاعقلانية، من الراجح جدا أنه يعتقد في أفكار لاعقلانية أخرى، وهو ما يجعل هذا التفكير اللاعقلاني ذو طبيعة مركبة (Ellis, 1962). وانطلاقاً من هذه المسلمة الأساسية، فإن العلاج المعرفي تطور حول ثلاثة أسس:

1) مصدر الصعوبات النفسية للفرد هو أسلوبه في التفكير وإدراك الأحداث.

2) إمكانية تعلم كيفية تغيير هذا الأسلوب من التفكير.

3) التأثيرات الإيجابية لهذا التغيير على الأفكار وعلى السلوكات والانفعالات المرتبطة بهما.

وبذلك يضع العلاج المعرفي نصب عينيه الحوار الداخلي الذي يوجهه الفرد لنفسه. فقد كتب أفلاطون أنه "عندما يفكر الذهن، فإنه لا يفعل شيئاً آخر غير الحديث إلى نفسه". فالعلاج المعرفي يتدخل حول هذا الحوار الداخلي، أي الأفكار الإيجابية في مقابل الأفكار السلبية باعتبارها مسألة نسب تطبع شخصية الفرد، والتي يمكن تحديدها كالتالي:

– الحوار الداخلي الإيجابي (الاشتغال «السوي» للتفكير) يضم حوالي 60% من التفكير الإيجابي مقابل 40% من التفكير السلبي، وسلوك الفرد هنا نتائج إيجابية مرتقبة دون إغفال الأفكار السلبية التي تساعده على التوافق أكثر مع مفاجآت الحياة.

– في الحوار الداخلي المتصارع (حالات التوتر الخفيف أو الاكتئاب الخفيف)، توجد حوالي 50% من المعرفيات السلبية مقابل 50% من المعرفيات الإيجابية (وهنا يصعب على الفرد اتخاذ قراراته، ويتسم بالتردد في مواقفه، وبالتالي صعوبة تحقيق الذات في الواقع).

– في الحوار الداخلي السلبي (حالات التوتر أو الاكتئاب الحادين)، تصبح النسب معكوسة: 60% من المعرفيات السلبية مقابل 40% من المعرفيات الإيجابية. وهو ما يعيق الفرد عن الاندماج بشكل سليم في محيطه وتوضيح ما قلناه سابقاً، نعطي مثلاً بشخص سيلقي عرضاً أمام الجمهور. فإذا كان هذا العرض مصدر ضغط مسبق عليه، من المحتمل أنه مسكون بمعرفيات استباقية anticipatrices، من صنف: «إذا طرح علي أسئلة صعبة، سألتعلم»¹³، أو «أخشى أن يحدث ارتعاش في صوتي»... ويمكن تحليل كيفية اشتغاله كالتالي:

– من المحتمل أن انفعالاته ذات طبيعة متوترة، بكل التظاهرات الفيزيولوجية المرتبطة بها: فم جاف، خفقان القلب، حاجز في الحلق، عقدة في اللسان...

– ستماشى سلوكياته مع هذه الانفعالات الفيزيولوجية، سواء على مستوى السلوك اللفظي (كلام غير واضح ومبعثر) أو على مستوى السلوكات غير اللفظية (حركات مضطربة ومتشنجة، توتر عضلي، ارتعاش، احمرار الوجه أو اصفراره حسب الحالات...).

– ستمحور معرفياته (أي الأفكار التي تصل إلى وعيه بشكل آلي¹⁴)، حول المخاوف المرتبطة بأدائه: «الكل بدأ يدرك أنني مضطرب»، «لا أستطيع إنهاء العرض بشكل صحيح ولانق»، «سيحكمون علي بشكل سلبي»...

إذن تمثل المعرفيات كل هذا الخطاب الداخلي الذي يسبق الأفعال أو يرافقها أو يليها، ويكون أحيانا مشجعا، كما يكون أحيانا أخرى محبطا. إنه خطاب قبل-لفظي، داخلي، غير واضح وغير مبرر، وغير خاضع للتحليل المنطقي، ويحتل كل مجال وعي الفرد، وبالتالي لا يترك له فرصة للتقييم الصحيح للوضعية. لكن الأخطر من ذلك هو أن الأبعاد السابقة ستتفاعل فيما بينها. فكلما أدرك الفرد أنه متوتر جسديا، كلما كان سلوكه مضطربا ومتشجعا، وكلما زاد ذلك من معرفياته السلبية تجاه ذاته، كأن يقول لنفسه: «إنني أصاب بالذعر». إن ضغط هذه المعرفيات سيؤدي بدوره إلى الرفع من التظاهرات الجسدية للتفاعل... وهو ما يسمى «الدوامة المعرفية» *la spirale cognitive*، والتي نجسدها في الخطاطة الموائية، من خلال إتباع المسار (2)، حيث سيظل الفرد حبس هذه الدوامة، وبالتالي لن تكون لأفعاله نتائج إيجابية مرجوة في مواجهة أحداث الواقع، كما يمكن أن نستشف ذلك من خلال المسار (1) الذي يتربح الحصول على نتائج إيجابية وبالتالي التوافق المنسجم مع المحيط.

4. الهدف من العلاج المعرفي

كل العلاجات النفسية تهدف إلى التخفيف من المعاناة السيكولوجية من خلال التفاوض والتخاطب. لكن ما عجز العلاج المعرفي هو الوصول إلى التغيير المعرفي، أي حمل الأفراد الخاضعين للعلاج على مقارنة مختلفة للأشياء، من خلال الكثير من الهدوء والوضوح، واتخاذ مسافة معينة تجاه الحدث. فتغير النظرة التي يحملها الفرد حول العالم. ستمكثه من التحكم أكثر في معرفياته، وبالتالي سيطرته على سلوكياته وذاتيته.

بالنسبة Albert Ellis، تأتي مصاعبنا مما يلي: «إننا كائنات عاقلة، نحدد غالبا أهدافا غبية لأنها غير واقعية، تتخللها غالبا انتظارات غير منطقية تتجاوزنا نحن أنفسنا أو تتجاوز العالم المحيط بنا. فالمعتقدات العميقة المتجذرة فينا من مثل: «يجب أن أكون محبوبا ومقبولا في كل شيء، ودائما وأبدا، ومن طرف الكل»، ستجعلنا معرضين أكثر أمام كل الوضعيات التي لا تتحقق فيها هذه الانتظارات. وقد حدد إليس 11 فكرة لا عقلانية¹⁵، يفترض أنها المسؤولة عن الصعوبات النفسية التي يعاني منها الأفراد:

1. من الضروري أن يكون الفرد محبوبا من كل الأشخاص ذوي المكانة في المجتمع، وأن يحصل دائما على تقديرهم واستحسانهم لأفعاله.
2. إذا أراد الفرد أن يكون جديرا بأي قيمة في المجتمع، فعليه أن يتميز بالكفاءة والإنجاز في العمل بدرجة عالية.
3. يوجد في كل المجتمعات بعض الأفراد ذوي النفوس الدنيئة والشريرة، وهؤلاء يجب أن نوقع عليهم أشد العقاب.
4. إذا لم نجر الأمور بالطريقة التي يتوقعها الفرد ويتمناها، فليس هناك أمل قط في أي شيء.
5. أسباب تعاسة الإنسان خارجة عن إرادته ولا يوجد أي إنسان بإمكانه التحكم في قدره ومصيره.
6. إذا تعرض الإنسان لخطر ما، فمن الطبيعي أن يشعر بالخوف وعدم الارتياح بل بالذعر الشديد، لأن المحذور واقع لا محالة.

7. إن تجنب بعض مصاعب الحياة أو تخاشيها أو عدم تحمل المسؤولية أسهل بكثير من مواجهة الصعوبات وتحمل المسؤوليات.
8. يجب على المرء أن يعتمد على الآخرين في تحقيق بعض أهدافه، وهو بحاجة إلى شخص أقوى منه لكي يشعر بالثقة والأمان.
9. لن يستطيع الإنسان أن يتخلص من ماضيه، فالماضي هو الذي يحدد الحاضر. فإذا حدث شيء ما في حياة أي إنسان، فإن هذا الشيء سيظل قائما بلا حدود في حياته كلها.
10. ينبغي أن يزعج الفرد ويحزن لما يصيب الآخرين من مشكلات واضطرابات.
11. لا يوجد سوى حل واحد لجميع المشكلات الإنسانية، وأن البشرية ربما تصاب بكارثة إذا لم نعتز على هذا الحل.

وعليه يمكن إجمال الهدف من العلاج المعرفي في المرتكزات التالية:

- التغيير المعرفي: ومفاده حمل الأفراد على مقارنة مختلفة للأشياء، من خلال الكثير من الهدوء والوضوح، واتخاذ مسافة معينة تجاه الحدث.
- تغيير النظرة التي يحملها الفرد حول العالم، ستسمح له بالوصول إلى التحكم أكثر في ذاتيته.
- تعلم كيفية قبول العالم كما هو، وليس كما يجب أن يكون، وأن يتخلى عن النظرة المثالية المرصية للواقع.
- تعلم كيف يقدم الفرد نفسه للآخر كما هو وليس كما يريد أن يكون، وتقبل الآخر كما هو وليس كما يريده أن يكون.
- تعليم الفرد كيف يضع عقله وذكاءه في وجه هفوات انفعالاته وذاتيته.
- وعند القبول بهذه المطلقات، تصبح كل التغييرات اللاحقة ممكنة.

5. إستراتيجية العمل

1.5. خصوصيات العلاج المعرفي

- يوصف العلاج المعرفي بكونه إستراتيجيا لأنه يرتبط أساسا بتحديد الأهداف والوسائل ومعايير تقييم النتائج. وعليه يمكن تلخيص هذه الخصوصيات فيما يلي:
- يركز على علاجات قصيرة المدى، تمتد بين 15 و25 حصة بمعدل حصة أسبوعية من 45 دقيقة إلى ساعة واحدة. تحديد مدة العلاج سيكون حافزا للانخراط بفعالية في العلاج سواء بالنسبة للمعالج أو للمعالج. كما أن تمديد مدة العلاج مرهونة بتقييم العمل الذي تم القيام به وإعادة تحديد الأهداف من جديد. يبقى الهدف من ذلك هو عدم السقوط في « التحليلات غير المنتهية » التي ميزت طريقة التحليل النفسي الكلاسيكي.
- يتميز بكونه علاجا مهيكلًا، أي أنه منظم حسب خطة للعمل، وبرنامج علاج مرن يلائم خصوصيات كل معالج.

– إنه علاج متركز حول «هنا» و«الآن»، أي أن العلاج المعرفي لا يلغي ثقل الماضي على الصعوبات السيكولوجية الحالية، ولكنه ينظر إليه من زاوية التعلم، ويسلم بأن الوعي البسيط بهذه الإشرطات غير كافٍ للتغيير. ولذا يتم التطرق إلى الماضي والاشتغال عليه باعتباره عنصراً لفهم الحاضر وتغييره، وليس باعتباره غاية في حد ذاته، كما نجد ذلك مثلاً في التحليل النفسي الكلاسيكي الذي يعتبر أن حل عقدة الطفولة سيكون بمثابة المخلص من كل صعوبات الفرد الراهنة.

2.5. أسلوب العلاج المعرفي

لا يهدف العلاج المعرفي إلى تشجيع المعالج على التفكير بشكل إيجابي كما هو الحال في منهج Coué، بل يبنى المعالج المعرفي أسلوباً خاصاً جداً:

– إنه عنصر فاعل ومتفاعل: فثناء الحصة العلاجية، يتدخل المعالج مراراً من خلال توقيف الحوار، وإعادة تشكيل الجواب، وطرح أسئلة مرنة وغير مخرجة، والتعليق على أقوال المعالج... والإجابة بوضوح على كل أسئلته.
– إنه يبنى أسلوباً تربوياً وواضحاً: فالمعالج يخبر بكل التفسيرات التي يمكن أن تساعد المعالج على فهم اضطراباته. يفسر أيضاً «لماذا» و«كيف» تستعمل المواقف والمناهج في العلاج. ويعتبر العلاج المعرفي أن الشخص المطلع جيداً على صعوباته وعلى وسائل مقاومتها، يطور إحساساً بمراقبة الوضعية وضبطها، ويصبح عنصراً مساهماً في العلاج بفعالية.

– يبنى أسلوباً سقراطياً¹⁶: من خلال وضع الأسئلة، ووضع يقينيات الفرد موضع التساؤل، والامتناع التام عن الوعظ أو النصح المباشر. فهدف المعالج هو تدريب المعالج على إعادة تقييم معرفياته بشكل واقعي ومتوافق. فأسلوب العلاج المعرفي لا يسعى إلى طمأنة المعالج («أنا متأكد من أنك بخير لا تلم نفسك») أو اتخاذ موقف «تصحيحي» («ها هي الطريقة الجيدة في التفكير») أو موقف «التفكير الإيجابي» الساذج («قل لنفسك أشياء لطيفة»). فالمعالج يبنى توجهها سقراطياً يتمثل في استدراج المعالج، بواسطة أسئلة متكررة، إلى الوعي بمبالغته في بعض وجهات نظره.

من هنا نلاحظ أن العلاقة بين المعالج والمعالج أقل توجيهها وأكثر تشاركا. فالعلاج المعرفي لا يركز على أن يتعلم الفرد التفكير بطريقة سليمة، ولكن أن يتعلم كيف يفكر بروية وبطريقة نقدية، والحذر من الذاتية في كل مرة يشعر فيها الفرد بالمعاناة.

3.5. التنظيم العام للعلاج المعرفي

يتسم عادة المسار النموذجي للحصة العلاجية بما يلي:

– وضع خطة لحصة العلاج: وتتجلى في تحديد موضوع الاشتغال، أي هل هناك نقط يريد المعالج أو المعالج أن تكون محور اشتغال الحصة اليومية.

– جمع معطيات الأسبوع: أي ماذا لاحظ الفرد، أو ماذا استطاع القيام به مما اتفق عليه هو والمعالج في الحصة السابقة.

- تفسيرات محتملة للمعالج حول اضطرابات المعالج، أو حول التقنيات المستعملة في العلاج.
 - اختيار مشكل - هدف أو عدة مشاكل - أهداف للحصة اليومية.
 - العمل على الأهداف المختارة والاشتغال عليها وتنفيذها.
 - التخطيط للتمارين التي يجب على المعالج تطبيقها والقيام بها طيلة الأسبوع إلى غاية الحصة الموالية.
 - التغذية الراجعة feed-back المتبادلة حول الحصة بين المعالج والمعالج.
- نلاحظ إذن أن المعالج ليس عنصرا سلبيا مكتفيا بسرد تجاربه السابقة، بل عنصرا فعالا ومتخرطا بنشاط في علاجه¹⁷. كما أن المعالج ليس عنصرا مستمعا يكتفي بتدوين ملاحظاته، بل يساهم في الحوار والتخاطب مع المعالج من خلال التساؤل والشرح. وبذلك يختلف العلاج المعرفي جذريا عن العلاجات النفسية السابقة من مثل التحليل النفسي الكلاسيكي كما أسس له فرويد¹⁸ Freud.

6. إستراتيجية العلاج

1.6. التعرف على المعرفيات

- يساعد المعالج المعرفي المعالج على التعرف على معرفياته من خلال:
- الانتباه إلى الانفعالات: كل الانفعالات مقترنة بمحتوى معرفي. فالقاعدة الأساسية تكمن في الانتباه للانفعالات (بالخصوص الانفعالات السلبية) والتعرف عليها وتحديدتها، ثم البحث عن المعرفيات وعن المحتوى الذهني المقترن بها.
- الفصل بين الأحداث وتأويلها: وهوينبي على المفهوم السقراطي الذي مفاده أن ما يؤثر غالبا في الفرد، ليس هي الأحداث في حد ذاتها، بل الأفكار التي تنطلق لديه حولها.
- تحديد وجود الخطاب الداخلي وأبعاده: أي الطريقة التي يتحدث بها الفرد إلى نفسه. فبعض الكلمات البرينة تكون منطلقا لمشاكل الفرد. وعليه، فكل الكلمات المعممة وذات البعد الوعظي من مثل: «يجب»، «دائما»، «أبدا»... تبقى مشبوهة لأنها تخفي صعوبات الفرد الحقيقية.
- تعلم المراقبة الذاتية: أي المواظبة على تدوين المعرفيات على شكل جدول، من مثل جدول Beck من ثلاثة أعمدة، كما هو موضح في الجدول (1).

الجدول (1): نموذج من التمرين الأسبوعي لتدوين المعرفيات لدى امرأة تخضع للعلاج، 36 سنة، غير متزوجة.

الوضعية	الانفعال	التفكير الآلي
مساء بعد العودة من العمل	حزينة، على وشك البكاء	ها أنا من جديد وحيدة في بيتي
ليس هناك رسالة على المجيب الآلي	حزينة، تعيسة	لا يهتم بي أحد، لقد تم نسياني
أمام أعمال البيت المتراكمة	محبطة، خائفة القوي	لن أنجح في ذلك أبدا

هذا العمل مهم ليتعود الفرد على رصد معرفياته وتدوينها، وعلى تشخيص انفعالاته السلبية وضبطها ومحاولة تجاوزها.

2.6. تغيير المواقف

يعمل المعالج المعرفي على بلوغ المرامي التالية:

- تدريب المعالج على إعادة تقييم معرفياته بشكل واقعي ومتوافق، والوعي ببعض التصورات المبالغ فيها، بواسطة أسئلة متكررة ومرنة وغير محرجة للمعالج.
- رصد وتفسير أوجه الخلط بين الأحداث وتأويلاتها، ودفع المعالج إلى التفكير بطريقة منطقية وموضوعية.
- تطوير المعرفيات البديلة، وممارسة هذا الأسلوب من التفكير خارج الحصص العلاجية، وتدوينها باستعمال جدول من مثل جدول Beck مع عامود إضافي للتفكير البديل أو الواقعي أو الإيجابي، كما هو موضح في الجدول (2).

الجدول (2): نموذج من المعرفيات السلبية والتفكير البديل في تقرير أسبوعي لرجل خاضع للعلاج المعرفي. 49 سنة.

الوضعية	الانفعال	التفكير الآلي	التفكير البديل
سيارتي تعطلت	متوتر، متضايق، غاضب	هذا غير معقول، دائمي اللحظات الحرجة	إنها المرة الأولى التي تعطل فيها، هناك مرآب قريب مني لإصلاح السيارات
مشادة مع الرئيس	متوتر، قلق، تائه	لا يقوم بشيء، ليفهمني، سيعمل على التخلص مني	كانت دائما لدينا علاقات من هذا القبيل. إنه يعرف أنني أنجز عملي على أحسن وجه
زوجتي لم تسألني عن الجديدي في يوم عملي	حزين، إحساس بالوحدة وعدم الفهم	إنها لا تهتم بي، إنها لا تحبني	إنها متعبة ولها مشاغل في عملها، لا يجب أن أنتظر دائما أن تأتي إلي

7. خلاصات

1.7. العلاج المعرفي فلسفة يومية

يعتبر العلاج المعرفي فلسفة يومية انطلاقا من أنه أسلوب في التفكير بروية وبطريقة نقدية، ووعي بالاستغلال المعرفي للفرد. فهو يساعد الفرد على تعلم الحذر من الذاتية في كل مرة يشعر فيها بالمعاناة، وبالتالي الاحتياط من عدم الخلط بين الحدث والحكم عليه، أي الفصل بين التفسير والتأويل والتمييز بين مفاهيم الأشياء ومدلولاتها. كما يحاول العلاج المعرفي مساعدة الفرد على رصد العلاقة بين متغيراته المعرفية وواقعه الانفعالي أو السلوكي. وأخيرا تدريب الفرد على رصد تشكيلات من قبيل « يجب عليّ أن...»، « لا يجب أن...». وإجمالا، يحاول العلاج المعرفي وضع مسلمات الفرد موضع التساؤل.

2.7. هدف العلاج المعرفي

يهدف العلاج المعرفي إلى تهية الفرد لتبني أسلوب العلاج المعرفي في حياته اليومية عبر مواظبته على المساءلة الذاتية من قبيل:

- ألسنت بصدد الخلط بين الأحداث والتأويل الذي أقدمه لها؟
- هل هناك بعض عناصر الواقع التي تبرقنا عاتي؟

- ماذا سيقول شخص آخر في وضعية كوضعيتي؟
- ألا تعمل طريقتي في التفكير على تبني سلوكيات غير متوافقة؟
- ألا أعمل على اجترار إحساسات غير مريحة وعدمه الجدوى؟
- كما يهدف العلاج المعرفي إلى تدريب الفرد على تبني أسلوب تفكير يتأسس على مراجعة المواقف والقناعات ومساءلتها:
- أليست لدي أهداف صعبة البلوغ؟
- أليست معايير التقدير لما يجب أن أقوم به مرتفعة جدا؟
- أليست لدي نظرة جد صارمة لما يجب أن يفعله الآخرون أو يكونوا عليه؟
- أليس من صالحني أن أبحث عن التوافق مع الأحداث، عوض أن أنزعج عندما لا تتطابق مع ما أعتقد صحيفا؟

3.7 . مجالات توظيف العلاج المعرفي

يمكن أن يوظف العلاج المعرفي في المجالات التالية:

- المرافقة السيكولوجية: خارج سياق العلاج النفسي الصارم، يستعمل العلاج المعرفي في سياقات أخرى من قبيل العلاقة طبيب- مريض أو كل أشكال علاقات المساعدة (مساعدة الأفراد الذين يعانون أمراضا مزمنة أو خطيرة...).
- الإرشاد والتكوين: في مؤسسات الإنتاج والمؤسسات التعليمية...: تشخيص بعض الصعوبات التي يشعر بها الأفراد ومساعدتهم على التوافق مع المحيط.
- تدبير أحسن لصعوبات الفرد في الحياة اليومية، وتحسين قدراته على وضع مسافة معينة بينه وبين الأحداث، وكذا التحليل المنطقي والعقلاني للمثيرات.
- تدبير الضغط النفسي¹⁹ 'stress': يلعب التقييم الذاتي للأحداث دورا محوريا في تحديد طبيعة تأثيرات الضغط النفسي على الفرد. وهكذا فالعلاج المعرفي يهدف إلى تغيير المعرفيات، ولذلك فهو جد ملائم لتدبير الضغط النفسي. إن العلاج المعرفي يرمي إلى رصد « الأفكار غير العقلانية » التي تعطي أهمية غير متناسبة لصعوبات حياتية قليلة الأهمية، وبذلك ترتفع مخاطر الفشل التي تعاش وكأنها كارثة (Paulhan و Bourgois, 1995).
- من الممكن أيضا استثمار العلاج المعرفي في الوقاية النفسية.
- لكن تطبيق الفعلي لهذا التوجه في الحياة العملية بالمغرب، لا يمكن أن يصل مبتغاه إلا إذا تم إعداد مقاييس للأفكار اللاعقلانية لدى مختلف شرائح المجتمع المغربي²⁰، وهو ما يتطلب تصافر الجهود بين الأكاديميين ومكونات المجتمع المدني التي تنشغل بهذا الميدان وتشتغل عليه.
- أخيرا، يسمح العلاج المعرفي للأفراد الذين مارسونه باكتساب « فلسفة يومية » حقيقية لمواجهة مفاجآت

الحياة. فالعلاج المعرفي المعروف باسم العلاج العقلاني الانفعالي (Ellis rational-emotive therapy) و (Harper, 1975)، مثلاً، يوضح الصعوبات التي ظهرت في حل مشكل علة أعود الثقاب (التي اشرنا إليها سابقاً) بسبب القراءة الذاتية التي تتسبب فيها الأساليب المعتادة في التفكير. إن بعض المعتقدات غير العقلانية irrational beliefs تؤثر بشكل سلب على مجمل نظرة الأفراد إلى أنفسهم وإلى علاقاتهم مع الآخرين. يعمل العلاج المعرفي إذن على تغيير هذه المعتقدات اللاعقلانية، حتى يستطيع الفرد أن يحقق أكبر قسط من القبول الذاتي self-acceptance ويطور الوظيفة الينفردية (Grider interpersonal، وآخرون، 1993: 28).

بيبيوغرافيا

أحرشواو، الغالي والزاهير أحمد. (1997). الاشتغال الآتي والمراقب وسيرورات التعلم عند الطفل. ضمن: دفاتر مختبر الأبحاث والدراسات النفسية والاجتماعية (1): LAREPS. «التغير وآليات المراقبة». فاس: كلية الآداب والعلوم الإنسانية - ظهر المهراز.

أحرشواو، الغالي. (1997). العلوم المعرفية وتكنولوجيا المعرفة. فاس: مجلة معرفية. العدد 1. (43-58).

بحرين سعيد. (1996). علم النفس وقضايا الإنسان. فاس: كلية الآداب والعلوم الإنسانية - ظهر المهراز.

الريبعاني، سليمان. (1975). اختبار الأفكار العقلانية واللاعقلانية. دراسات تربوية: 11، مجلد 12. (77-95).

زغبوش، بنعيسى. (2000). بنية الذاكرة المعجمية ووظيفتها في فهم اللغة وإنتاجها. أطروحة لنيل الدكتوراه في علم النفس. كلية الآداب والعلوم الإنسانية، ظهر المهراز فاس.

زغبوش، بنعيسى. (2003). نماذج تقييس الأنظمة الاصطناعية للغة الطبيعية. البحرين: مجلة العلوم التربوية والنفسية.

المجلد 4، العدد 2. (39-69).

زغبوش، بنعيسى. (2005). استراتيجيات التعلم وتعلم الاستراتيجيات (ترجمة). فاس: دفاتر مركز الأبحاث

والدراسات النفسية والاجتماعية (3): CREPS. «التمدرس واكتساب المعارف». كلية الآداب والعلوم الإنسانية

- ظهر المهراز.

زغبوش، بنعيسى؛ سفيان عبد النبي؛ بوغنائي، مصطفى. (1997). نماذج البحث المعرفي ونمذجة العمليات المعرفية.

فاس: مجلة معرفية. العدد 1. (شقف).

عيمي، الحاج. (1997). من المعرفة إلى المعرفية. فاس: مجلة معرفية. العدد 1. (72-79).

محمد عبد الظاهر الطيب، ومحمد عبد العال الشيخ. (1990). الأفكار اللاعقلانية لدى عينة من طلاب الجامعة

وعلاقتها بالجنس والتخصص الأكاديمي. ضمن: بحوث المؤتمر السنوي السادس لعلم النفس في مصر (القاهرة: 23-24

يناير). (249-263).

محمد عبد العال الشيخ. (1990). الأفكار اللاعقلانية لدى الأمريكيين والأردنيين والمصريين: دراسة عبرثقافية في

ضوء نظرية إيس للعلاج العقلاني الانفعالي. ضمن: بحوث المؤتمر السنوي السادس لعلم النفس في مصر (القاهرة: 23-24

يناير). (265-283).

معتز سيد عبد الله، ومحمد السيد عبد الرحمن. (1996-1997). إعداد مقياس «الأفكار» اللاعقلانية. مصر: علم

النفس: 40-41. (124-140).

Andre, Ch. (). Les thérapies cognitives. Editions Morisset.

Atkinson, R., Atkinson, R., Smith, H. & Ernest, R. (1987). Introduction to psychology. New York : Court Brace Jovanovich Publishers. (8th Ed).

Bruner, J. (1986. trad. 2000). Culture et modes de pensée : l'esprit humain dans ses oeuvres. Paris : Eds. Rets.

- Butkowsky, I.S. & Willows, D.M. (1980). cognitive-motivational characteristics of children varying in reading ability : Evidence for learned plessness in poor readers. *Journal of Educational Psychology*, 72. (408-422).
- Capdevielle, V. et Doucet, C. (1999). *Psychologie clinique et psychopathologie*. Paris : Armand Colin (Coll. Psychologie).
- Chartier, D. & Lautrey, J. (1992). Peut-on comprendre à connaitre et à contrôler son propre comportement cognitif ? *L'organisation scolaire sionnelle*, 21. (27-46).
- Da Silva Neves, R. (1999). *Psychologie cognitive*. Paris : Armand Colin (Coll. Psychologie).
- Doré, F.Y.; Mercier, P. (1992), *Les fondements de l'apprentissage et de la cognition*, Gaëten Monin (éd), Presse Universitaire de Lille.
- Doré, F.Y.; Mercier, P. (1992), *Les fondements de l'apprentissage et de la cognition*, Gaëten Monin (éd), Presse Universitaire de Lille.
- Ducker, K. (1945). On problem solving. *Psychological Monographs* 58 (Whole N° 270).
- Ellis, A. & Harper, P. (1992). *L'approche rationnelle-émotive*. Eds de l'Homme.
- Ellis, A. & Harper, R.A. (1975). *A new guide to rational living*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New Jersey: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1977). Rational emotive therapy: research data that supports the clinical and the personality hypothesis of RET and other models of cognitive therapy. *The Counselling Psychologist*: 7. (3-42).
- Ez-zaher, A. (2002). Le stress au Maroc : aspects psychologiques. In A. Dialmy (direction). *Sciences sociales et santé au Maroc*. Fès : Laboratoire Inter-Disciplinaire d'Etudes sur la Santé et la Population (LIDESP).
- Fayol, M. & Monteil J.M. (1994). Stratégies d'apprentissage/apprentissage de stratégies. *Revue Française de Pédagogie*: 106. (91-110).
- Fortin, C.; Rousseau, R. (1989), *Psychologie cognitive. Une approche de traitement de l'information*, Silley: Presse de l'Université du Québec.
- Ghiditti, M. (2002). *Les étapes du développement psychologique*. Paris : Armand Colin.
- Grider, A.B. ; Goethals, G.R. ; Kavanaugh, R.D. ; Solomon, R.P. (1993). *Psychology*. New York : Harper Collins, 4th Ed.
- Houdé, O., Kayser, D., Proust, K. & Rastier, F. (1998). *Vocabulaire de sciences cognitives*. Paris : PUF.
- Kuhn, Th. (1962, Trad. 1972). *Structures et révolutions scientifiques*, Paris : Flammarion.
- LeNy, J.F. (1975), *Sémantique et psychologie*. *Langage* : 40. (3-29).
- Marc-Aurèle (Sans). *Pensées pour moi-même, suivies du Manuel d'Épictète*. Collection Garnier-Flammarion de poche.
- Parot, F. et Richelle, M. (1992). *Introduction à la psychologie : histoire et méthodes*. Paris : PUF
- Paulhan, I. & Bourgeois, M. (1995). *Stress et coping : les stratégies d'ajustement à l'adversité*. Paris : PUF. (2° éd).
- Sroufe, L.A. (1996). *Emotional development : the organization of emotional life in the early years*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Troadeac, B. (2002). *Psychologie du développement cognitif*. Paris : Armand Colin (Coll. Psychologie).