

مظاهر الاحتراق النفسي ومستوى الذكاء الانفعالي

لدى المعالج النفسي لأطفال مصابين بطيف التوحد-دراسة عيادية -

Burnout Manifestations and Emotional Intelligence Level in a Psychotherapist of Children with Autism Spectrum Disorder – A Clinical Study

ساجية مخلوف

خالد قبال *

مخبر الأنثروبولوجيا التحليلية وعلم النفس المرضي

مخبر علم النفس العيادي والقياسي

جامعة الجزائر 02 (الجزائر)

جامعة الجزائر 02 (الجزائر)

Sadjia.makhlouf@univ-alger2.dz

khaled.kebal@univ-alger2.dz

تاريخ القبول : 2025/12/04

تاريخ الاستلام: 2025/08/15

ملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى تشخيص وتحليل مظاهر الاحتراق النفسي ومستوى الذكاء الانفعالي لدى حالتين من المعالجين النفسيين، لأطفال مصابين باضطراب طيف التوحد، مع التركيز على فهم العلاقة الممكنة بين هذين المتغيرين في السياق العيادي الفردي لكل حالة. تم اختيار الحالتين بطريقة قصدية بناء على معايير تتعلق بطبيعة العمل اليومي والاحتكاك المستمر مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. اعتمدنا في هذه الدراسة على منهج دراسة الحالة، من خلال استخدام الملاحظة المباشرة، والمقابلة العيادية نصف الموجهة، بالإضافة إلى تطبيق أدوات نفسية تم تكييفها لتناسب مع المجتمع الجزائري، وهي: مقياس الاحتراق النفسي لماسلاش وجاكسون، ومقياس الذكاء الانفعالي لجون ماير وبيتر سالوفي. أسفرت النتائج عن مستويات مختلفة من الاحتراق النفسي بين الحالتين، تراوحت بين المنخفض والمرتفع، صاحبها تباين واضح في مستوى الذكاء الانفعالي بين الحالتين، حيث أظهرت إحداهما قدرة أكبر على تنظيم الانفعالات وفهمها مقارنة بالأخرى، وأظهرت الدراسة وجود علاقة عكسية بين شدة الاحتراق النفسي والذكاء الانفعالي لدى كل حالة، بما يتوافق مع ما أفرزته أدبيات البحث.

الكلمات المفتاحية: الاحتراق النفسي؛ الذكاء الانفعالي؛ طيف التوحد؛ المعالج النفسي؛ دراسة عيادية.

Abstract:

This study aims to diagnose and analyze burnout manifestations and emotional intelligence levels in two psychotherapists working with children diagnosed with Autism Spectrum Disorder. The focus is on understanding the possible relationship between these two variables within each case's individual clinical context. The two cases were purposively selected based on criteria related to the nature of daily therapeutic work and direct contact with children with special needs. A case study approach was adopted, using direct observation, semi-structured clinical interviews, and two adapted psychological tools: the Maslach Burnout Inventory and the Mayer-Salovey Emotional Intelligence Scale. The results revealed varying levels of burnout, oscillating from low to high, accompanied by a clear contrast in emotional intelligence. One therapist demonstrated a greater ability to understand and regulate emotions than the other. The study found an inverse relationship between burnout severity and emotional intelligence in each case, consistent with previous research.

Keywords: Burnout; Emotional Intelligence; Autism Spectrum Disorder; Psychotherapist; Clinical study.

مقدمة:

يشكل العمل ركيزة أساسية في بناء كيان الفرد وتحقيق تطلعاته المتعددة. غير أن الانخراط في بعض المهن، بشكل يومي ومتكرر، خاصة تلك التي تستدعي استثمارا عاطفيا ومهنيًا مباشرًا، مع أفراد في أوضاع هشة ومعقدة، تعدّ من أكثر المهن طلبًا واستنزافًا على المستويات النفسية، الاجتماعية، التربوية، وحتى الطبية. أكدت الدراسات الحديثة أن معدلات الاحتراق النفسي تتصاعد في صفوف العاملين في المجال العلاجي، (بوجمعة، 2021؛ قمريش وفضمون، 2020؛ تباي وخرباش، 2018؛ العجمي وآخرين، 2016...)، كما أكد العنيزي وآخرون (2022) أن نسب مقلقة من الإرهاق العاطفي والقلق والاكتئاب تظهر لدى المختصين، الذين يعملون مع الأطفال المصابين بطيف التوحد، خاصة عند الإناث حديثات الخبرة.

الإحترق النفسي هو شكل من أشكال المعاناة النفسية المعاصرة المرتبطة بظروف العمل والضغط الاجتماعي والمهني، ويتجلى في أعراض عاطفية ومعرفية وسلوكية. تعرف ماسلاش وجاكسون، (1986، ص. 55) الإحترق النفسي على أنه: "حالة من الشعور بالإجهاد البدني والذهني والعصبي والانفعالي، نتيجة التعامل المباشر مع الأحداث الضاغطة، وفي مواقف تحتاج إلى بذل مجهود انفعالي مضاعف". يؤكد بوسنة (2025) أن الإحترق النفسي هو استنزاف عاطفي، ومعاناة نفسية في المجال المهني، وأنه يظهر بشدة عند الذين يمارسون أعمال الإغاثة والمساعدة الاجتماعية والمساندة.

"تُعزى العوامل السببية للاحتراق النفسي أساسًا إلى ما يعرف بمخاطر العمل النفسية-الاجتماعية، والتي تشمل جملة من الظروف المهنية الضاغطة، مثل: ارتفاع متطلبات العمل، والضغط الانفعالي المستمر، ونقص الاستقلالية في أداء المهام، إضافة إلى ضعف الدعم الاجتماعي وقلة التقدير المهني، وتضارب القيم داخل بيئة العمل، فضلًا عن الشعور بعدم الأمان الوظيفي. إلى جانب هذه العوامل السياقية، تلعب السمات الفردية دورًا محوريًا، حيث تعد بعض الخصائص الشخصية عوامل مهينة، تسهم في زيادة هشاشة الفرد النفسية وجعله أكثر عرضة للاحتراق النفسي". (Acker A. et al, 2016, P. 350)

في ظل البحث عن حلول لهذه المعاناة النفسية، تطرق العديد من الباحثين إلى مصطلح الذكاء الإنفعالي، الذي قدمه البعض كمؤشر تنبئي للاحتراق النفسي، أو كآلية وقائية محتملة، تمكّن الأفراد من تنظيم مشاعرهم والتفاعل بشكل أكثر مرونة وتوازن مع المتطلبات العاطفية للعمل. يعرف جولمان (1995) الذكاء الإنفعالي على أنه مجموعة من المهارات الانفعالية والاجتماعية التي يتمتع بها الفرد، واللازمة للنجاح المهني والنجاح في الحياة.

بيّنت دراسة Taylor et al (2024) أن الطلبة المتخصصين في المهن الصحية ذوي الذكاء الانفعالي العالي كانوا أقل عرضة للاحتراق النفسي. كما توصل Cao et al. (2022) إلى وجود علاقة عكسية سلبية قوية بين الذكاء الانفعالي ومختلف أبعاد الاحتراق النفسي لدى الأطباء والممرضين، أي كلما زاد الذكاء الإنفعالي نقص الإحتراق النفسي، والعكس صحيح.

لا تتفق دراسة الحسيني وزملائه (2025) مع دراسة كل من تايلور وآخرين، وكاوو وآخرين، فرغم أنها أكّدت على وجود علاقة ارتباطية بين الذكاء الانفعالي وتحسن الإنجاز المهني، باعتباره بعد من أبعاد الاحتراق النفسي، غير أن علاقته بالأبعاد الأخرى للاحتراق النفسي كانت ضعيفة، خاصة في ظل تدخّل عوامل ديموغرافية مثل العمر والحالة الاجتماعية والدخل.

أما دراسة Kozák et al (2025) فقد توصلت إلى أن العلاقة بين الاحتراق النفسي والذكاء الانفعالي علاقة غير مباشرة، وأن متغيرات وسيطة أهمها تحسين بيئة العمل وتعزيز الإحساس بالثقة والانتماء داخل المؤسسة هي التي تحدد طبيعة هذه العلاقة.

أجرى Weng Hui-Ching وزملاؤه (2011) دراسة كمية ارتباطية حول العلاقة بين الذكاء الانفعالي للأطباء واحتراقهم النفسي والرضا الوظيفي، وانعكاسات ذلك على رضا المرضى ضمن السياق الصحي الواقعي. كان هدف الدراسة هو محاولة الربط بين بعض المتغيرات المتداخلة أو الوسيطة، مثل الرفاه النفسي وجودة الرعاية الصحية. (Weng and al., 2011)

شملت عينة الدراسة 110 طبيباً باطنياً من مختلف الفئات العمرية متوسط عمرها 40.8 سنة بحيث 85% منها من جنس الذكور، بالإضافة إلى 2872 مريضاً خضعوا لمقابلات شخصية وجهاً لوجه. بالنسبة للذكاء العاطفي. اعتمد الباحثون على مقياس ونغولو، وهو مقياس معياري يغطي أربعة أبعاد: الفهم الذاتي للمشاعر، الوعي بمشاعر الآخرين، تنظيم الانفعال، واستخدام المشاعر في حل المشكلات، أما الاحتراق النفسي فتم قياسه بمقياس ماسلاش.

توصلت النتائج إلى وجود ارتباط سلبي قوي بين الذكاء العاطفي وكل أبعاد الاحتراق النفسي، خاصة الإرهاق العاطفي والتبليد الانفعالي. كما ارتبط الذكاء الانفعالي إيجابياً مع الرضا الوظيفي، بينما لم تظهر علاقة مباشرة ذات دلالة بين الذكاء العاطفي ورضا المرضى، مع أن رضا المرضى ارتبط ارتباطاً قوياً بانخفاض معدل احتراق الطبيب. (Weng and al., 2011)

لم تُظهر دراسة Weng وزملائه (2011) علامة واضحة تحدّد الذكاء العاطفي كمتغير مستقل مسؤول عن زيادة رضا المرضى بمفرده، بل كان أثره واضحاً عبر تخفيض معدلات الاحتراق النفسي، ما يعكس طبيعة العلاقات المتداخلة والمعقدة المحكومة بالبيئة الطبية متعددة الأبعاد. ناقش الباحثون

النتائج ضمن إطار الصحة النفسية المهنية للطبيب، موضحين أن الذكاء العاطفي يمثل متغيراً وسيطاً حيويًا لخلق بيئة عمل أكثر صحة واستدامة للطواقم الطبي.

ظهر اهتمام متزايد خلال السنوات الأخيرة بالصحة النفسية المهنية للعاملين في قطاع الصحة، ومعظم الدراسات تحت على أهمية تسطير برامج تدريبية منهجية لتعزيز الذكاء الانفعالي ضمن البرامج التعليمية والتكوينية للعاملين في مجال تقديم المساعدة، لا سيما في البيئات العالية الضغط (Wengand al., 2011; Arnone, Cascioet Parenti., 2017) على أن يكون هذا التكوين مستمرا، نظرا لكونه - حسب وينغ وزملاؤه (Weng and al., 2011) - وسيلة وقائية لتحسين الأداء، ومنع الأعراض النفسية المهنية المزمنة، ولكونه - حسب خافيير سيخودو (Cejudo, 2016) - مؤشرا تنبئيا قويا للصحة النفسية، خاصة إذا كان الذكاء الانفعالي جزءاً من بنية الشخصية، أي سمة مستقرة نسبياً عند الفرد، وليست مجرد قدرة عقلية يمكن اكتسابها، كما هو الأمر في نموذج ماير وسالوفي. (Mayer & Salovey, 1997)

بناءً على ما توصلت إليه هذه الدراسات، أشرفت Geoff Lindsay سنة 2025 على دراسة هدفت إلى تقييم أثر برنامج تدريبي منظم في الذكاء الانفعالي على خفض الاحتراق النفسي، وتعزيز الكفاءة المهنية في بيئات عمل عالية الضغط. شملت عينة الدراسة 209 أخصائيين اجتماعيين يعملون مع الأطفال والأسر في ثماني سلطات محلية. استخدم الباحثون استبيان الذكاء الانفعالي للخدمة الاجتماعية، ومقياس ماسلاش للاحتراق النفسي، ومقياس الضغط المدرك، واستبيانات جودة الحياة العملية، حيث تم تطبيقها قبل وبعد التدريب. وقد سجلت نتائج الدراسة تحسناً ملحوظاً في مهارات التنظيم العاطفي والوعي بالضغط لدى المشاركين، إلا أن تأثير البرنامج في تقليص مستويات الاحتراق النفسي بقي غير دال إحصائياً على المدى القصير. (Lindsay et al, 2025)

ورغم ما تشير إليه هذه النتائج، فإن العلاقة بين الذكاء الانفعالي والاحتراق النفسي تظل موضع جدل علمي، نظراً لتأثرها بمجموعة من العوامل السياقية والمهنية مثل الخبرة العملية، وبيئة العمل، وطبيعة الفئة المستهدفة. وتعد فئة الأطفال المصابين باضطرابات نمائية، كاضطراب طيف التوحد، من بين أكثر الفئات التي تتطلب جهداً انفعالياً كبيراً وتفاعلاً نفسياً معقداً من الأخصائيين النفسيين، الأمر الذي قد يزيد من احتمالية تعرضهم للاحتراق النفسي.

وفي هذا السياق، يُعرّف ولد طالب (2011) اضطراب التوحد على أنه مرض عقلي طفولي، من مظاهره الإخفاق في تنمية القدرة على الكلام والتحدث، أو القدرة المتعلمة، أو القدرة على استخدام ما تعلمه للتواصل الطبيعي مع الآخرين، إضافة إلى الانطواء والانعزال، ووجود سلوكيات نمطية متكررة

وغير هادفة. ويبدأ الاكتشاف المبكر للتوحد عادة انطلاقاً من سن السنتين، بينما يمكن التشخيص النهائي في سن الثالثة. (Ould Taleb, 2011)

وبالنظر إلى خصوصية هذه الفئة، وما تتطلبه من تفاعل مستمر وعناية نفسية مركزة، فإن مهنة المعالج النفسي للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد تتسم بدرجة عالية من الضغط النفسي والانفعالي. وهذا ما يجعل العاملين في هذا المجال أكثر عرضة للاحتراق النفسي، في مقابل ما قد يوفره الذكاء الانفعالي من قدرة على التكيف والتوازن المهني، بل والنفسي-الاجتماعي. وانطلاقاً من هذا الإطار، تهدف هذه الدراسة العيادية إلى تشخيص وتحليل مستوى كل من الاحتراق النفسي والذكاء الانفعالي لدى حالتين، مع محاولة فهم طبيعة العلاقة المحتملة بين هذين المتغيرين داخل السياق العيادي الفردي، وذلك في سبيل المساهمة في سدّ الثغرة العلمية التي خلفتها الدراسات الكمية السابقة، والتي جاءت نتائجها متناقضة، كما سبق أن أشرنا.

تُعدّ هذه الدراسة من الدراسات العيادية النوعية ذات الطابع الكيفي والتحليلي، حيث تعتمد على تحليل معمق لحالتين بهدف الإجابة عن التساؤل التالي: ما طبيعة مظاهر الاحتراق النفسي ومستوى الذكاء الانفعالي لدى الحالتين المدروستين؟ وكيف تتجلى العلاقة الممكنة بينهما في سياقهما العيادي الخاص؟

ومن هذا التساؤل الإشكالي، نطرح بعض التساؤلات الفرعية:

- ✓ ما هي أبرز مظاهر الاحتراق النفسي لدى كل من الحالتين المدروستين؟
 - ✓ ما مستوى الذكاء الانفعالي الذي يتمتع به كل من المعالجتين النفسائيتين في سياق عملهما العيادي؟
 - ✓ هل تختلف مظاهر الاحتراق النفسي باختلاف درجة الذكاء الانفعالي بين الحالتين؟
 - ✓ كيف تؤثر خصائص السياق العيادي (طبيعة الحالات المعالجة، الدعم المهني، الخبرة، إلخ) في العلاقة بين الذكاء الانفعالي والاحتراق النفسي؟
- الفرضيات الفرعية للدراسة:

- ✓ الفرضية الفرعية الأولى: من المتوقع أن تختلف مظاهر الاحتراق النفسي بين الحالتين تبعاً لاختلاف مستوى الذكاء الانفعالي.
- ✓ الفرضية الفرعية الثانية: يرتبط ارتفاع مستوى الذكاء الانفعالي بانخفاض شدة الاحتراق النفسي لدى المعالجتين النفسائيتين.

- ✓ **الفرضية الفرعية الثالثة:** تسهم العوامل السياقية (الدعم المؤسسي، الخبرة المهنية، الظروف الشخصية) في تفسير الفروق بين الحاليتين.
- ✓ **الفرضية الفرعية الرابعة:** يمكن أن يشكل الذكاء الانفعالي عامل حماية ضد بعض أبعاد الاحتراق النفسي.

1. الأسس النظرية لمتغيري الدراسة -الاحتراق النفسي والذكاء الانفعالي:-

يتعرض مقدمو المساعدة في بيئات العمل الطبية والنفسية-الاجتماعية، لضغوط مهنية متواصلة، قد تؤدي إلى الاحتراق النفسي، أو إلى حالة من الإرهاق الجسدي والانفعالي المرتبط بطبيعة المهنة. في المقابل، يُعد الذكاء الانفعالي من الموارد النفسية الأساسية التي تُمكن الأخصائي من إدارة مشاعره بفعالية، والتكيف مع متطلبات العمل، مما قد يحد من احتمالية التعرض للاحتراق. وفي هذا الإطار، نستعرض فيما يلي المفهومين من حيث التطور النظري، التعريفات، الأبعاد والمحددات، تمهيداً لفهم العلاقة المحتملة بينهما.

1.1. الاحتراق النفسي:

يعتبر فرويدينبرجر، أول من أشار إلى ظاهرة الاحتراق النفسي، من خلال دراسته لمظاهر الاستجابة للضغوط التي تعرض لها المشتغلون بقطاع الخدمات، كالتدريس والطب والتمريض وغيرها من المهن الاجتماعية، ويعتبر مفهوم الاحتراق النفسي من المفاهيم التي ظهرت حديثاً، والتي عرفت اختلافاً ملحوظاً في التعريفات عند الباحثين والكتاب، الذين تطرقوا لهذا المفهوم.

تعرفه ماسلاش (Maslach et Pines, 1977)، على أنه حالة نفسية تتميز بمجموعة من الصفات السلبية، مثل التوتر، وعدم الاستقرار، والميل للعزلة، وأيضاً بالاتجاهات السالبة نحو العمل والزملاء. أما جاكسون (Maslach et Jackson, 1986)، فيقول بأنه إرهاق انفعالي وجسماني، وسخط على الذات، وعلى الآخرين، وأيضاً على العمل، مع فقدان الحماس، والكسل، والتبليد، ونقص الإنتاجية. تتداخل ثلاثة عوامل رئيسية في نشوء الاحتراق النفسي:

- أولها **العوامل التنظيمية والمهنية**، وهي ترتبط بإطار العمل وتشمل خصائص الوظيفة نفسها، مثل محدودية التحكم المهني للعامل في أنشطته،
- ثانياً **علاقات العمل**، التي قد تتسم بالصعوبة، وغياب روح الزمالة، والصراعات المتكررة داخل الفريق، إضافة إلى مشاعر العزلة ونقص الدعم الاجتماعي.

- أما العامل الثالث، فيتعلق بـ العوامل الشخصية، ويشمل بعض السمات الفردية التي تُسهم في زيادة القابلية للإرهاق النفسي، كالسعي المثالي نحو الأداء والنجاح، والربط المفرط بين تقدير الذات والإنجاز المهني.

عادة ما يتم التقسيم على أساس تصنيف لهذه المظاهر في خمس فئات مقترحة من كوردس ودوغيرتي، اللذان يميزان بين المظاهر المادية، العاطفية، والعلاقات بين الأشخاص، والمواقف والسلوك (Cordes et Dougherty, 1993). بينما يميز تروشو (Truchot, 2004) بين نوعين رئيسيين من المظاهر فقط:

- المظاهر المادية والانفعالية: وتشمل التعب المزمن، وصعوبة في النوم، واضطرابات آلام الجهاز العضلي والجهاز الهضمي، التعرق، القلق، ضعف في الجهاز المناعي، مما يجعل الفرد أكثر عرضة للإصابة بالعدوى الفيروسية (الإنفلونزا والبرد، إلخ)، لكن أيضا عدم انتظام دقات القلب، الكوليستيرول، فرط حمض يوريك الدم، والتغيرات الفسيولوجية، حيث يمكن أن نجد بسهولة تلك الناجمة عن المتلازمة العامة للتكيف (الإجهاد) لسيلي.

- العلاقات بين الأشخاص والمواقف والسلوكيات: نمط الحياة السيئ، أقل ممارسة للرياضة (لكن المرحلة الأولى يمكن بدلاً من ذلك أن تؤدي إلى حدث رياضي كبير، مع الألعاب الرياضية الخطرة في بعض الأحيان)، الإدمان (التبغ، والكحول، والقهوة، والمهدئات)، وأقل تعايش مع الإحباط، التهيج، العدوانية، انخفاض تقدير الذات، والحزن، والقلق، والشعور بالعجز، فك الارتباط بالعلاقات المهنية، وبين الأشخاص (الزوج، الزملاء، والمرضى، والعملاء، إلخ). (Truchot, 2004)

- يرى ماتيسون وافانسيفيش (Matteson & Ivancevich, 1987) أن ظاهرة الاحتراق النفسي لا تحدث بصفة مفاجئة وإنما تمر عبر أربعة مراحل أساسية:

- بداية بمرحلة الاستغراق وتتميز بمستوى مرتفع فيما يخص الرضا عن العمل، أما إذا وقع عدم توافق بين ما هو متوقع من العمل وما يحدث في الواقع يبدأ مستوى الرضا في الانخفاض.

- تليها مرحلة التبدل تتصف بتطور بطيء، وينخفض فيها مستوى الرضا عن العمل بصفة تدريجية، وتقل الكفاءة، وينخفض مستوى الأداء في العمل، ويشعر الفرد بالمرض، وينقل انشغالاته إلى أوجه أخرى من الحياة، كالتواصل الاجتماعي.

- ثم تأتي مرحلة الانفصال وفيها يدرك الفرد ما حدث، ويبدأ في الانسحاب النفسي، واعتلال الصحة البدنية، والنفسية، مع ارتفاع مستوى الإجهاد النفسي.
 - آخر مرحلة هي المرحلة الحرجة، وفيها تزداد الأعراض الجسمية، والنفسية، والسلوكية، شدة وحدة، ويتشتت تفكير الفرد، نتيجة الوسواس وتؤدي به إلى مرحلة الاجتياح (أو الانفجار) فيفكر الفرد في ترك العمل، وقد يصل به الحد إلى التفكير في الانتحار.
- انطلاقاً مما سبق، نحدد مفهوم الاحتراق النفسي إجرائياً بمقدار الدرجة الكلية التي تتحصل عليها الحالة (أخصائية نفسانية) في مقياس الاحتراق النفسي لماسلاش وجاكسون (Maslach&Jackson) بمكوناته الفرعية مجتمعة (الإجهاد الانفعالي، تلبد المشاعر، الشعور بنقص الإنجاز معاً)، والتي تتراوح ما بين (0-132)، وبمكوناته الفرعية منفصلة والتي يظهر مداها من الجدول الموالي:

الجدول 01: "مستويات الاحتراق النفسي حسب الدرجة الكلية لمقياس ماسلاش وجاكسون ودرجة أبعاده منفصلة"

المستوى	المكونات الفرعية للاحتراق النفسي		
	مرتفع	متوسط	منخفض
الإجهاد الانفعالي	54 - 38	37 - 19	18 - 0
تلبد المشاعر	30 - 22	21 - 11	10 - 0
الشعور بنقص الإنجاز	48 - 34	33 - 17	16 - 0
الاحتراق النفسي	132-90	89 -45	44-0

المصدر: من إعداد الباحث استناداً إلى مخرجات التحليل الإحصائي لمقياس الاحتراق النفسي

2.1. الذكاء الانفعالي:

استعملنا في هذه الدراسة مصطلح "الذكاء الانفعالي" كترجمة لمفهوم Emotional Intelligence، والتي تتفق مع ترجمة الكثير من الباحثين مثل: عثمان ورزق، (2001)؛ أحمد العلوان، (2011)؛ وغيرهم.

قدم روفان بار-اون أول تعريف للذكاء الانفعالي، عندما اقترح معامل الانفعالية (EQ)، إذ قال بأنه القدرة على التعامل بنجاح مع المشاعر ومع الآخرين. ثم تراجع عن تعريفه الأول، واقترح تعريفاً آخر عام 1997، جاء فيه أن الذكاء الانفعالي هو مجموعة منظمة من الكفاءات والمهارات غير المعرفية في الجوانب الشخصية والاجتماعية والانفعالية، تؤثر على قدرة الفرد للنجاح في بيئته. (Bar-on, 1997)

عرف جون ماير وبتر سالوفي (Mayer et Salovey, 1997)، في بداية كتابتهما الذكاء الانفعالي على أنه شكل من أشكال الذكاء، يتضمن القدرة على رصد المشاعر والانفعالات الذاتية، وكذا مشاعر وانفعالات الآخرين للتمييز بينهما، واستعمال هذه المعلومات لتوجيه الفكر والأفعال.

راجع الباحثان هذا التعريف عام 1997، وعرفا الذكاء الانفعالي على أنه "القدرة على إدراك الانفعال، وإدماج الانفعال لتسهيل عملية التفكير، وفهم وتنظيم الانفعال لتعزيز الارتقاء الشخصي". (Mayer et Salovey, 1997, p86) قدمه جولمان (2000، ص 271) على أنه "مجموعة من المهارات الانفعالية والاجتماعية التي يتمتع بها الفرد، واللازمة للنجاح المهني والنجاح في الحياة". كما عرفه بأنه قدرة الفرد على التعرف على مشاعره ومشاعر الآخرين وعلى تحفيز الذات، وإدارة الانفعالات والعلاقات الاجتماعية بشكل إيجابي وفعال، ويتضمن ذلك ضبط النفس، الحماس، والمثابرة. (عن العلوان، 2011). ويعرفه عثمان ورزق (2001) على أنه القدرة على الانتباه والإدراك الجيد للانفعالات والمشاعر الذاتية وفهمها وصياغتها بوضوح وتنظيمها وفقا لمراقبة وإدراك دقيق لانفعالات ومشاعر الآخرين، والدخول معهم في علاقات انفعالية اجتماعية تساعد الفرد على الرقي العقلي والانفعالي والمهني، وتعلم المزيد من المهارات الايجابية للحياة.

اختلفت آراء الأخصائيين في تحديد مفهوم وأبعاد الذكاء الانفعالي وفق نماذج متنوعة، لكننا سنكتفي بعرض النموذج المتبع في هذه الدراسة وهو نموذج سالوفي وماير، المترجم والمكيف من طرف عثمان ورزق، والتي جاءت أبعاده الخمسة كالتالي :

- المعرفة الانفعالية: القدرة على الانتباه والإدراك الجيد للانفعالات، والمشاعر الذاتية، والتمييز بينها، والوعي بالعلاقة بين الأفكار والمشاعر الذاتية، والأحداث الخارجية.
 - إدارة الانفعالات: القدرة على التحكم في الانفعالات السلبية بما في ذلك القدرة على كسب الوقت للتحكم فيه، وتحويلها إلى انفعالات إيجابية، وممارسة مهارات الحياة الاجتماعية والمهنية بفاعلية.
 - تنظيم الانفعالات: القدرة على توجيه الانفعالات والمشاعر نحو تحقيق الانجاز والتفوق واستعمال الانفعالات والمشاعر في صنع أفضل القرارات.
 - التعاطف: القدرة على إدراك انفعالات الآخرين، وفهم مشاعرهم وانفعالاتهم والتناغم معها.
 - التواصل: التأثير الايجابي القوي في الآخرين مع معرفة متى يفضل إتباعهم ومساندتهم.
- بناء على ما سبق، نحدد مفهوم الذكاء الإنفعالي إجرائيا بمقدار الدرجة الكلية التي تتحصل عليها الحالة في مقياس الذكاء الانفعالي لماير وسالوفي بمكوناته الفرعية مجتمعة (المعرفة الانفعالية، وإدارة

الانفعالات، و تنظيم الانفعالات، والتعاطف، والتواصل الاجتماعي) ، و بالتالي فإن أعلى الدرجة الكلية التي تتحصل عليها الحالة تتراوح ما بين: (58-290)، وبمكوناته الفرعية منفصلة والتي يظهر مداها في الجدول التالي:

الجدول 02: "مستويات الذكاء الانفعالي حسب الدرجة الكلية لمقياس ماير وسالوفي ودرجة أبعاده منفصلة"

مرتفع	متوسط	منخفض	المستوى	
			المكونات الفرعية للذكاء الانفعالي	
50 - 38	37 - 24	23 - 10	المعرفة الانفعالية	أبعاد الاحتراق النفسي منفصلة
75 - 57	56 - 36	35 - 15	إدارة الانفعالات	
65 - 49	48 - 31	30 - 13	تنظيم الانفعالات	
55 - 41	40 - 26	25 - 11	التعاطف	
45 - 34	33 - 22	21 - 9	التواصل الاجتماعي	
290 - 214	213 - 136	135 - 58	الذكاء الانفعالي	الدرجة الكلية

المصدر: من إعداد الباحث استنادا إلى مخرجات التحليل الإحصائي لمقياس الذكاء الانفعالي

2. الإجراءات المنهجية للدراسة:

تُعدّ هذه الدراسة من الدراسات العيادية النوعية ذات المنهج الكيفي التحليلي (منهج دراسة الحالة). الهدف منها هو تشخيص وتحليل مستوى كل من الاحتراق النفسي والذكاء الانفعالي لدى حالتين عياديتين، مع السعي إلى فهم طبيعة العلاقة المحتملة بين هذين المتغيرين في سياق عيادي فردي. وتندرج هذه المقاربة ضمن محاولة لسدّ الفجوة المعرفية التي خلفتها الدراسات الكمية السابقة، والتي أظهرت نتائج متباينة كما تمت الإشارة إلى ذلك سابقاً.

1.2. مجموعة البحث:

تتكون مجموعة بحثنا من حالتين لأخصائيتين نفسياتيتين معالجتين لأطفال مصابين بطيف التوحد، إحداهما في 34 سنة من العمر، والثانية في 50 سنة من العمر. تم اختيارهما بطريقة قصدية، وهذا نظرا لاعتبارات عدة، نذكر منها: البعد المكاني للدراسة، الذي كان على مستوى الجزائر العاصمة، بمؤسسة استشفائية تعنى بالصحة العقلية والاضطرابات النفسية، بالمقاطعة الإدارية للقبلة. وحتى نتمكن من إجراء المقابلة وجها لوجه، دون توكيل أو تفويض، وكذا احترام المميزات

الشخصية لعينة الدراسة قدر الإمكان، خاصة العمل مع الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد والاقدمية والدرجة المتحصل عليها في المقياسين. وتستند المشاركة في هذه الدراسة إلى القبول الطوعي لإجراء المقابلة، وقد جمعنا قصتهما بالتفصيل وفقا لمبدأ الحياد. أي لا يتعلق الأمر بتأكيد حقيقة ولكن بدلاً من ذلك اكتشاف وفهم الواقع المعاش، للنظر في سبل جديدة للتفكير. ويركز هذا النهج في الهدف الشامل على الطابع الفردي لهذا المعاش النفسي.

2.2. تقنيات البحث:

اعتمدنا في هذه الدراسة على التقنيات الموائمة لمنهج الدراسة الحالية، التي تتمثل في:

1.2.2. المقابلة العيادية:

اعتمدنا على المقابلة العيادية لأنها تسمح بالاتصال المباشر والملموس مع المبحوثين، وبالتالي بجمع البيانات النوعية المراد الوصول إليها. اخترنا لهذه الدراسة المقابلة النصف موجهة، التي تعتمد على مجموعة من المحاور بدلاً من الأسئلة المباشرة، شملت: الأسرة، الطفولة، سنوات التعلم، ظروف العمل، مكان الإقامة، الحوادث والأمراض.

يحتوي دليل المقابلة على 5 محاور رئيسية، وهي:

المحور الأول: معلومات شخصية عن الحالة

المحور الثاني: البحث عن العوامل التي تؤدي إلى ظهور الاحتراق النفسي

المحور الثالث: المظاهر الدالة على الإصابة بالاحتراق النفسي

المحور الرابع: استراتيجيات مواجهة الضغوط القائمة على الجانب المعرفي، الانفعالي والسلوكي

المحور الخامس: تطور الحالة ومآلها الحالي

2.2.2. مقياس الاحتراق النفسي لماسلاش وجاكسون (Maslach & Jackson, 1981) :

يقيس الاحتراق النفسي لدى العاملين، وهو مكيف للبيئة الجزائرية (من طرف الباحث). ومع أن هذا المقياس ظهر وشاع بين المختصين في مجال العمل والتنظيم وتسيير الموارد البشرية، إلا أن الثلاثية العرضية التي يقيسها (الاستنزاف الانفعالي، تبلد المشاعر، وشعور تدني الإنجاز) هي في عمقها -حسب بوسنة (2025)- ذات طابع عيادي، حيث أن :

- الاستنزاف الإنفعالي: يؤثر في مستوى الإنفعالات، ويدفع إلى الكف الإنفعالي، الذي يعيق بدوره نشاطات الفرد اليومية بما فيها المعرفية،

- تبلد المشاعر: يعكس العلاقات مع الآخرين، ويجعل الفرد ينعزل، أو يهرب نحو عالم خاص به، بعيداً عن الواقع،

- شعور تدني الإنجاز: يمس هذا الشعور صورة الذات، حيث يجعل الفرد يشعر بانخفاض في تقدير الذات وبعدم الثقة في الذات.

ذهب بوسنة (2025) بعيداً في قراءته التحليلية العيادية لمقياس ماسلاش وجاكسون، حيث ربط بين الثلاثية العرضية للمقياس وتصنيفات الاضطرابات النفسية في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، الإصدار الخامس للأعراض (DSM 5-TR) لسنة 2022. ومع أنه لا يُعترف بالاحتراق المهني كتشخيص مستقل في DSM-5، إلا أنه يظهر ضمن فئات أخرى مثل:

- الاضطراب الاكتئابي الجسيم،

- الاضطرابات المرتبطة بالتوتر غير المحدد،

- مشاكل تتعلق بالعمل (التي يرمز إليها برمز Z في DSM).

3.2.2. مقياس الذكاء الانفعالي لماير وسالوفي (Mayer & Salovey, 1997):

يعتمد هذا المقياس على تصور ديناميكي للعاطفة، ضمن سياقات معرفية وسلوكية. جاء هذا المقياس لاعتبار الباحثون الذكاء الانفعالي أداة تشخيصية في الممارسة العيادية، كما يُنظر إلى الذكاء الانفعالي كمحدد وقائي وعلاجي في مواجهة الاضطرابات النفسية، حيث لاحظ الباحثون أن:

✓ ضعف الذكاء الانفعالي يرتبط بظهور أعراض مثل القلق، الاكتئاب، صعوبات في العلاقات، ضعف التكيف.

✓ في المقابل، ارتفاع الذكاء الانفعالي يسهم في المرونة النفسية، وفي تحسين أساليب المواجهة، وتعزيز التحصين النفسي.

وعليه، وضعه الباحثون من أجل قياس مجموعة من المهارات الانفعالية والاجتماعية التي يتمتع بها الفرد، واللازمة للنجاح المهني والنجاح في الحياة. جمع عثمان ورزق هذه المهارات في 05 أبعاد وهي:

- المعرفة الانفعالية، _ إدارة الانفعالات، _ تنظيم الانفعالات، _ التعاطف، _ والتواصل وتجدر الإشارة إلى أننا اعتمدنا في هذه الدراسة على النموذج المترجم من طرف عثمان ورزق (2001)، والمكيف ليتلاءم مع البيئة العربية، كما قام الباحث بتكييفه للبيئة الجزائرية.

3. عرض وتحليل النتائج:

1.3. دراسة الحالة الأولى: "نسمة":

المعطيات العامة عن الحالة:

نسيمة، امرأة، تبلغ 34 سنة من العمر، عزباء، تعمل منذ خمس سنوات كمختصة نفسية عيادية بمصلحة الطب العقلي للأطفال في مستشفى بالجزائر العاصمة، حاصلة على ليسانس في علم النفس العيادي، وشاركت في تكوين تأهيلي حول طريقة "شوبلر". لم يسبق لنسيمة الانخراط في أي نشاط جماعي، هواياتها الرسم على القماش وصناعة الحلويات.

التاريخ الشخصي والمهني

نشأت نسيمة في أسرة مستقرة، وكانت طفلة هادئة، جميلة، وذات مستوى تعليمي جيد في جميع المراحل الدراسية. عرفت العلاقة مع الأم بعض التوتر في بداية المراهقة نتيجة الحماية المفرطة التي أثقلت كاهلها لسنين. لكن علاقتها مع أمها تحسنت بعد التحاقها بالجامعة وحصولها على قدر أكبر من الاستقلالية.

واجهت نسيمة ضغطا مهنيا ملحوظا منذ بداية عملها، ذلك نتيجة كثرة المرضى أو كما قالت: "المرضى ما يخلصوش، اصباح و اعشية، ما كانش الراحة، حتى وقت لفطور ils nous dérangent"، خاصة الأطفال المصابين بالتوحد، وما يرافق ذلك من صعوبة في التعامل "كاين الي يعيطو بزاف وبدون توقف، خاصة فالحصص الأولى، في آخر اليوم نخرج بوذنية يزفو، و ألم في الرأس".

زد إلى ذلك صعوبة التعامل مع رئيس المصلحة الذي يمارس ضغطا متواصلا: "كل حاجة يعيط عليها، يديرلي La pression". كما واجهت تحديات إقناع أولياء الأمور بتشخيص اضطراب التوحد، وخاصة الأمهات اللواتي يبدين مقاومة وانفعالا شديدا. ووصفت الصعوبة التي كانت تعيشها أثناء جلسات دعم الأمهات الأسبوعية، التي تُعد بالنسبة لها من أكثر المواقف استنزافا عاطفيا، إذ تتأثر بانفعالاتهن لدرجة البكاء أحيانا، تصف ذلك في قولها: "لازم نوجد روجي سمانة من قبل باش ما نبكيش، او هذاك من قوة توتر الأمهات وشدة انفعالهن، نلقى نفسي نتعاطف معاهم بصفة قوية، حتى ساعات نفشل ونحس بالفراغ". لكنها تجد في وعيها بأهمية دورها حافزا للاستمرار.

تجدر الإشارة إلى أن الأخصائية النفسية نسيمة تستمر في تحمل هذه الضغوط الصعبة لظروف العمل، مع أنها تشغل المنصب دون ترسيم، وهي تنتظر القرار الإداري منذ أربعة سنوات، حيث أنها تعمل في إطار الشبكة الاجتماعية، مع راتب زهيد لا يلي أدنى متطلبات فتاة في مثل سنّها.

المظاهر العيادية للاحتراق النفسي والذكاء الانفعالي:

ظهرت الأخصائية النفسية أثناء المقابلة بهيئة لائقة وملابس متناسقة ونظيفة. وصفت الحالة ضغط العمل بعبارات توضح الإرهاق الجسدي والعاطفي، خاصة مع بعض حالات اضطراب طيف

التوحد الصعبة، والاضوضاء المستمرة. ورغم ذلك، أشارت إلى أن بعض الأطفال اللطفاء يخففون عنها عناء اليوم. لا تعاني الحالة من أعراض نفس-جسدية مزمنة، باستثناء مظاهر قلق ظرفية طبيعية، كما أظهرت تحكما جيدا في انفعالاتها واستعمالا فعالا للذكاء الانفعالي في التعامل مع الضغوط المهنية، حيث تستطيع التحكم في انفعالاتها بشكل ملحوظ، مستعينة بدعم الزميلات والمرح في بيئة العمل كآليات للتكيف.

استراتيجيات المواجهة:

تعتمد نسيم على ضبط انفعالاتها وتوظيف ذكائها الانفعالي لإدارة ضغوط العمل، إضافة إلى الحفاظ على علاقات إيجابية مع الزملاء، واستخدام الفكاهة وتبادل الأحاديث للتخفيف من حدة الضغوط.

تطور الحالة ومآلها الحالي:

رغم الضغوط المهنية، لم تظهر على نسيم علامات احتراق نفسي حاد، وبدأت في حالة من التوازن النفسي النسبي. وهذا ما قد يفسر الدرجات المتحصل عليها في المقياسين، حيث كانت مرتفعة بالنسبة للذكاء الانفعالي (237)، ومنخفضة بالنسبة للاحتراق النفسي (38). إلا أن وضعها الوظيفي غير المستقر (منصب غير مرسوم منذ أربع سنوات وراتب زهيد) يبقى عامل ضغط إضافي.

عرض وتحليل النتائج الكمية: للحالة الأولى

فيما يلي النتائج الكمية لكل من مقياس الاحتراق النفسي، ومقياس الذكاء الانفعالي للحالة الأولى.

الجدول 03: "مستويات الاحتراق النفسي للحالة الأولى حسب الدرجة الكلية لمقياس ماسلاش وجاكسون ودرجة أبعاده منفصلة"

المكونات الفرعية للاحتراق النفسي	المستوى	مستويات الاحتراق النفسي
الإجهاد الانفعالي	10	منخفض
تبلد المشاعر	03	منخفض
الشعور بنقص الإنجاز	25	متوسط
الاحتراق النفسي	38	منخفض
الدرجة الكلية		

المصدر: من إعداد الباحث استنادا إلى مخرجات التحليل الكمي للدرجة المتحصل عليها في المقياس

أظهرت النتائج في الجدول رقم (03) أن الدرجة الكلية للاحتراق النفسي (38) تقع في المستوى المنخفض. كما كان الإجهاد الانفعالي (10) وتبلد المشاعر (03) في مستوى منخفض أيضاً، بينما جاء الشعور بنقص الإنجاز (25) في مستوى متوسط. هذه النتائج تتماشى مع الملاحظة السريرية التي تشير إلى قدرة المبحوثة على الحفاظ على توازنها العاطفي رغم ظروف العمل الصعبة، مع وجود إحساس متوسط بعدم الإنجاز الكامل، ربما نتيجة قلة التقدير من طرف المؤسسة عامة، حيث لم يتم ترسيمها رغم مضي 05 سنوات من التحاقها بالمستشفى، ومن طرف مسؤولها المباشر الذي يفرض عليها ضغطاً مستمراً، بالإضافة إلى القيود المهنية كالتي تصدر من طرف الأولياء، زد إلى ذلك طبيعة فئة الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، حيث يكون التحسن لديهم بطيئاً جداً.

الجدول 04: "مستويات الذكاء الانفعالي للحالة الأولى حسب الدرجة الكلية لمقياس مايروسالوفي ودرجة أبعاده منفصلة"

المكونات الفرعية للذكاء الانفعالي	المستوى	ملاحظة
أبعاد الاحتراق النفسي منفصلة	36	متوسط
	66	مرتفع
	52	مرتفع
	45	مرتفع
	38	مرتفع
الدرجة الكلية	237	مرتفع

المصدر: من إعداد الباحث استناداً إلى مخرجات التحليل الكمي للدرجة المتحصل عليها في المقياس

سجلت المبحوثة درجة كلية مرتفعة في الذكاء الانفعالي (237)، مع تفوق في إدارة الانفعالات (66)، وتنظيمها (52)، والتعاطف (45)، والتواصل الاجتماعي (38)، بينما كانت المعرفة الانفعالية (36) في المستوى المتوسط. هذه المؤشرات تفسر قدرتها على التحكم في ردود أفعالها والتكيف مع المواقف الضاغطة، مما يفسر انخفاض درجة الاحتراق النفسي، هذا رغم الضغط المتواصل الذي تعاني منه أمام رئيس المصلحة، وكذا أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد.

خلاصة الحالة الأولى:

تُظهر هذه الحالة مثالا على المستوى المرتفع للذكاء الانفعالي، والدور الذي يلعبه للوقاية من الاحتراق النفسي، حتى في بيئة عمل عالية الضغط ومع راتب منخفض وظروف مهنية غير مستقرة. ورغم وجود شعور متوسط بنقص الإنجاز، فإن استراتيجيات المبحوثة في إدارة الانفعالات والتعاطف والتواصل ساعدتها على الحفاظ على صحتها النفسية ومنع الإرهاق العاطفي من التفاقم.

2.3 دراسة الحالة الثانية: "جميلة"

المعطيات العامة عن الحالة

جميلة، امرأة في الخمسين سنة، متزوجة بدون أطفال، لها خبرة مهنية لمدة 21 سنة، حاصلة على ماستر في علم النفس العيادي، تعمل حاليا بمصلحة الاستشارات الخارجية للطب العقلي بمستشفى بالجزائر العاصمة. شاركت في تكوينات متقدمة بالخارج في العلاج بالتنظيم النسقي والتكفل الأسري، إضافة إلى تكوين "شوبلر". منخرطة في نشاط نقابي، وتهوى المشاركة في المنتديات العلمية والسياسة.

التاريخ الشخصي والمهني

نشأت جميلة في بيئة أسرية مستقرة، حققت نجاحا دراسيا مستمرا، وفي سنة 2000 التحقت بمصلحة الطب العقلي للأطفال، أين تدرّبت على طريقة "شوبلر"، وكان جل عملها يتركز على إعادة تأهيل الأطفال التوحديين. رغم حبها الأولي لهذا العمل، إلا أن الضغط المتواصل وصعوبة التعامل مع بعض الحالات جعلتا التجربة مرهقة بالنسبة لها، أو كما قالت: "كنت في حبس، يا لاطيف من هذيك الأيام، لعياط في كل وقت".

في سنة 2004، سعت للحصول على منحة تكوين بالخارج لتحسين أدائها المهني، لكن طلبها رفض بسبب عدم ترسيمها، ما ولد لديها شعورا عميقا بالظلم والإقصاء، خاصة بعد منح الفرصة لزميلات أحدث منها في العمل. عبرت جميلة عن استيائها بقولها: "حسيت روحي والو، ما عندي حتى قيمة، راحو زوج طبيبات اجدد في مكاني. حسيت بالحقرة".

هذا الحدث كان نقطة تحول سلبية في مسارها، حيث بدأ حماسها في التراجع، كما توترت علاقاتها بزملاء العمل، ودخلت في أجواء منافسة غير صحية. تصفها قائلة: "وليت نحس بالغيرة، خاصة بيناتنا حنا لبنات، كل وحدة تعس في الأخرى شحال ادات من مريض، وعلى قدّاش تدخل، وعلى قدّاش تكمل، اواد...تفكرت حوايج ضروري بزاف في حياتي المهنية، ... عدت كي نجي رايحة للخدمة نفشل ونحس بالعياء".

كانت جميلة تشعر بالظلم، وبالتهميش فتقول "واحد ما اوقف معايا، والله والو"، وحتى محاولاتها لتغيير المصلحة لم تنجح، فاضطرت إلى أن تنهك نفسها بالعمل، حيث كانت تأخذ عددا كبيرا من المرضى حتى لا تضطر للحديث مع بعض زميلات العمل، ولكي تملأ أوقات فراغها إن وجدت. ما أدى بها إلى الشعور بالتعب الدائم، وصعوبة في النوم، واضطراب وآلام في الجهاز الهضمي (القولون)، القلق، ضعف في الجهاز المناعي، تفاقم الأمر معها حتى أصيبت بالأرق " حتى خرجلي الطبيب الدواء des calmants باش نرقد فالليل".

حاولت جميلة الهروب من هذا المناخ التنظيمي السام من خلال طلب التحويل فلم تنجح في ذلك، فبدأت بالتأخر ثم الغياب عن العمل "النهار تاع الخدمة عاد يبانلي ما يخلصش وطويل بزاف". مع الوقت فقدت الرغبة في الذهاب إلى العمل".

في سنة 2011، أصبح الوضع لا يطاق بالنسبة للمبحوثة، خاصة بزيادة ضغط العمل من جراء ارتفاع عدد الأطفال التوحدين، الذين يترددون على ذات المصلحة، وكذا زيادة عدد الأمهات المتكفل بهن. زد إلى ذلك تصرفات رئيس المصلحة التي صارت مصدر ضغط إضافي للحالة، أو كما قالت: "كلي رانا خدامين عندو".

انتظرت المبحوثة فترة ذهاب هذا الأخير في عطلة لتقدم من جديد طلب التحويل إلى مصلحة الاستشارات الخارجية للطب العقلي، أين تم قبولها، مع ترقيتها إلى منصب عالي بعد فترة وجيزة، هي التي لم تترقى من قبل جراء البيروقراطية والتصرفات التعسفية لمسؤولها المباشر السابق، -حسب تصريحاتها-. لم تتكفل جميلة بعد ذلك بالأطفال التوحدين، إذ صار عملها ينصب غالبا على الاستشارات العائلية.

نجحت جميلة بعد ذلك في الإرتباط وتكوين أسرة، بعد فترة عنوسة طويلة، منصبتها الجديد سمح لها بأن تخصص وقتا لزوجها -كما تقول-، ولنشاطها النقابي، كما استأنفت دراساتها الجامعية مؤخرا، وتحصلت على درجة ماستر في تخصص علم النفس العيادي.

مع ذلك لازالت جميلة تحمل بعض الآثار السلبية لمعاناتها خلال تواجدها بالمصلحة السابقة، فهي تشتكي من اضطرابات في الجهاز الهضمي (الأم القولون)، مما أدى إلى استشفائها عدة مرات، حيث اجري لها عملية جراحية على الجهاز الهضمي وقد تماثلت للشفاء حاليا.

المظاهر العيادية للاحتراق النفسي والذكاء الانفعالي:

أفادت جميلة بأنها بدأت تعاني من إرهاق مزمن، صعوبات في النوم، اضطرابات هضمية، وضعف في المناعة، ما استدعى وصف مهدئات للنوم. ازدادت حدة الأعراض مع زيادة ضغط العمل وعدد

الأطفال المترددين على المصلحة، إضافة إلى تعامل قاس من رئيس المصلحة. هذه الظروف أدت إلى انسحابها الاجتماعي داخل العمل، التأخر والتغيب، والتركيز على أوقات الفراغ بدل التفاعل المهني الإيجابي.

استراتيجيات المواجهة:

قررت جميلة طلب تحويل إلى مصلحة الاستشارات الخارجية سنة 2011، حيث تم قبول طلبها مع ترقيتها. سمح لها هذا التغيير بالتخلص من الضغط المباشر المرتبط بالأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد، والانخراط في الاستشارات العائلية، مما أتاح لها إعادة بناء حياتها الشخصية (الزواج)، وتوسيع نشاطها النقابي، ومواصلة دراستها العليا.

تطور الحالة ومآلها الحالي:

رغم تحسن ظروف العمل والمستوى المهني، لا تزال جميلة تعاني من بعض الآثار الصحية الناتجة عن التجربة السابقة، بما في ذلك مشكلات القولون التي استدعت تدخلا جراحيا.

عرض وتحليل النتائج الكمية للحالة الثانية:

فيما يلي النتائج الكمية لكل من مقياس الاحتراق النفسي ومقياس الذكاء الانفعالي للحالة الثانية. الجدول 05: "مستويات الاحتراق النفسي للحالة الثانية حسب الدرجة الكلية لمقياس ماسلاش وجاكسون ودرجة أبعاده منفصلة"

المكونات الفرعية للاحتراق النفسي	المستوى	مستويات الاحتراق النفسي
أبعاد الاحتراق النفسي منفصلة	36	متوسط
الإجهاد الانفعالي	07	منخفض
تبلد المشاعر	46	مرتفع
الشعور بنقص الإنجاز	90	مرتفع
الاحتراق النفسي		
الدرجة الكلية		

المصدر: من إعداد الباحث استنادا إلى مخرجات التحليل الكمي للدرجة المتحصل عليها في المقياس

أظهرت النتائج الواردة في الجدول رقم (05) أن الدرجة الكلية للاحتراق النفسي لدى المبحوثة مرتفعة (90)، مما يعكس معاناتها من ضغوط مهنية ونفسية مزمنة. وقد توزعت الأبعاد الفرعية كما يلي: الإجهاد الانفعالي (36) في المستوى المتوسط، تبلد المشاعر (07) في المستوى المنخفض، والشعور بنقص الإنجاز (46) في المستوى المرتفع. يشير ذلك إلى أن المبحوثة، رغم احتفاظها بقدر من التفاعل الوجداني

مع عملها (انخفاض التبلد الانفعالي)، فإنها تعاني بدرجة كبيرة من استنزاف طاقتها الانفعالية والشعور بعدم الرضا عن إنجازاتها المهنية. ويرتبط هذا على الأرجح بسلسلة من المواقف السلبية التي عاشتها في بيئة عملها السابقة، مثل الإقصاء من فرص التكوين والترقية، وارتفاع حدة الصراعات الداخلية في الفريق، إضافة إلى التعامل المطول مع فئة الأطفال المصابين بالتوحد، وهي فئة تتطلب جهدا انفعاليا كبيرا وتُقدّم تحسنا بطيئا.

جدول 06: "مستويات الذكاء الانفعالي للحالة الثانية حسب الدرجة الكلية لمقياس مايروسالوفي ودرجة أبعاده منفصلة"

المكونات الفرعية للذكاء الانفعالي	المستوى	مستويات الذكاء الانفعالي
أبعاد الاحتراق النفسي منفصلة	30	المعرفة الانفعالية
	55	إدارة الانفعالات
	47	تنظيم الانفعالات
	40	التعاطف
	34	التواصل الاجتماعي
الدرجة الكلية	206	الذكاء الانفعالي

المصدر: من إعداد الباحث استنادا إلى مخرجات التحليل الكمي للدرجة المتحصل عليها في المقياس

يوضح الجدول رقم (06) أن الدرجة الكلية للذكاء الانفعالي بلغت مستوى متوسط (206)، وتوزعت الأبعاد كما يلي: المعرفة الانفعالية (30)، إدارة الانفعالات (55)، وتنظيم الانفعالات (47) والتعاطف (40) جميعها في المستوى المتوسط، بينما جاء التواصل الاجتماعي (34) في المستوى المرتفع. وتوحي هذه النتائج بأن المبحوثة تمتلك قدرة على بناء العلاقات، لكن مهاراتها في تنظيم وإدارة انفعالاتها لم تكن بالقدر الكافي لحمايتها من تأثير الضغوط المزمنة، خاصة في ظل طول فترة المعاناة وغياب الدعم المؤسسي.

تنسجم هذه المؤشرات مع الملاحظات السريرية التي أظهرت أن المبحوثة عاشت تجربة مهنية مثقلة بالصراعات، الإقصاء، والحرمان من الحقوق المهنية، ما انعكس على صحتها النفسية والجسدية، وأدى إلى أعراض متعددة مثل اضطرابات النوم والجهاز الهضمي، وفقدان الحافز للعمل، وصولا إلى الحاجة للعلاج الدوائي. وتدل هذه الحالة على أن مستوى الذكاء الانفعالي المتوسط، حتى مع وجود

تعاطف مرتفع، قد لا يكون كافيا لمواجهة الضغوط المستمرة ما لم يترافق مع استراتيجيات فعالة لإدارة التوتر ودعم مؤسسي مناسب.

خلاصة الحالة الثانية:

واجهت جميلة خلال مسارها المهني ضغوطا مزمنة وبيئة عمل سامة، خاصة في مصلحة الطب العقلي للأطفال حيث كانت تتعامل مع حالات أطفال يعانون من اضطراب طيف التوحد، وهي حالات تتطلب جهدا انفعاليا كبيرا، مع غياب الدعم المؤسسي وتعرضها للإقصاء من فرص التكوين والترقية. هذا الوضع أدى إلى احتراق نفسي مرتفع (الدرجة الكلية 90)، تجلى في إرهاق مزمن، أرق، اضطرابات هضمية، ضعف المناعة، انسحاب اجتماعي، وتراجع الحافز للعمل.

على مستوى الذكاء الانفعالي، حصلت الحالة على درجة كلية متوسطة (206)، مع تواصل اجتماعي مرتفع، لكن بقدرات متوسطة في إدارة وتنظيم الانفعالات، ما جعلها أقل قدرة على الصمود أمام الضغوط الطويلة الأمد.

استراتيجيات المواجهة تمثلت أساسا في طلب التحويل إلى مصلحة الاستشارات الخارجية، حيث تحسنت ظروفها المهنية والشخصية (الزواج، النشاط النقابي، الدراسات العليا). رغم ذلك، بقيت بعض الآثار الصحية المزمنة كآلام القولون، التي استدعت تدخلا جراحيا.

تشير الحالة إلى أن الذكاء الانفعالي المتوسط، حتى مع وجود مهارات تواصل اجتماعي جيدة، قد لا يكفي لمواجهة الضغوط المزمنة دون دعم تنظيمي واستراتيجيات فعالة لإدارة التوتر، وأن الاحتراق النفسي يمكن أن يترك آثارا طويلة الأمد على الصحة الجسدية والنفسية حتى بعد تحسن بيئة العمل.

خاتمة:

تؤكد نتائج هذه الدراسة أن مستوى الذكاء الانفعالي يلعب دورا حاسما في التخفيف من حدة الاحتراق النفسي لدى المعالج النفسي العامل مع الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، لكن هذا التأثير ليس مطلقا، بل يتأثر بمجموعة من العوامل السياقية والشخصية والمهنية.

فالحالة الأولى ذات مستوى ذكاء انفعالي مرتفع (237)، قد أظهرت قدرة واضحة على التحكم في الانفعالات، واستخدام استراتيجيات تكيفية (الدعم الاجتماعي، الفكاهة، ضبط الانفعال) للحفاظ على توازنها النفسي، ما انعكس على انخفاض مستوى احتراقها النفسي (38).

أما الحالة الثانية ذات مستوى ذكاء انفعالي متوسط (206) فقد عانت من تاريخ طويل من الضغوط المزمنة، وافتقار بيئة العمل السابقة إلى الدعم المؤسسي، إضافة إلى الإقصاء من فرص التطوير، ما أدى إلى ارتفاع مستوى الاحتراق النفسي (90) رغم احتفاظها ببعض القدرات التواصلية.

تشير نتائج هذه الدراسة إلى أن الذكاء الانفعالي قد يعمل كعامل وقاية ضد بعض أبعاد الاحتراق النفسي، خصوصا الإرهاق الانفعالي والتبدل العاطفي، لكنه لا يحمي بالضرورة من الشعور بنقص الإنجاز إذا كانت بيئة العمل مثبطة أو غير داعمة.

في الختام نؤكد أن مظاهر الاحتراق النفسي بين الحالتين قد اختلفت تبعا لاختلاف مستوى الذكاء الانفعالي، حيث كانت لدى نسيم في المستوى المنخفض، بينما كانت لدى جميلة في المستوى المرتفع. ما يدفعنا إلى تأكيد الفرضية الأولى التي جاء فيها: من المتوقع أن تختلف مظاهر الاحتراق النفسي بين الحالتين تبعا لاختلاف مستوى الذكاء الانفعالي. كما سجلنا ارتباط ارتفاع مستوى الذكاء الانفعالي بانخفاض الاحتراق النفسي (نسيم)، ما يدفعنا إلى قبول الفرضية الثانية، وإن كان هذا الارتباط لم يكن حاسما في غياب بيئة عمل داعمة (جميلة).

لعبت العوامل السياقية (الدعم المؤسسي، الخبرة، الظروف الشخصية) دورا واضحا في تفسير الفروق بين الحالتين، كما في حالة جميلة التي عانت من بيئة عمل سامة مقارنة بنسيم. وعليه يمكننا قبول الفرضية الثالثة.

أظهر الذكاء الانفعالي دورا وقائيا ضد بعض أبعاد الاحتراق النفسي، خاصة الإرهاق العاطفي والتبدل الانفعالي، ما يدفعنا إلى قبول الفرضية الرابعة.

مع أن الذكاء الانفعالي يمثل آلية نفسية مهمة للتكيف مع متطلبات العمل العاطفية في مجال علاج الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، لكنه ليس كافيا وحده للوقاية من الاحتراق النفسي، لأجل ذلك يجب أن يدعم ببرامج دعم مؤسسي، وتكوين مهني مستمر، وبيئة عمل تحترم الجهد الإنساني، حتى تتحقق الحماية النفسية الكاملة للعاملين في هذا المجال. ذلك يمكن أن يتحقق من خلال:

- بناء برامج إرشادية لتنمية مهارات الذكاء الانفعالي كاستراتيجية لمواجهة الضغوط النفسية، والاحتراق النفسي الناتج عن الطبيعة الشاقة لهذه المهنة.

- تشكيل فرق عمل مشتركة، متكونة من مختصين نفسانيين، وأخصائي الطب العقلي، ذوي الخبرة والكفاءة العالية، قصد التكفل الأمثل بهذه الفئة، وذلك عن طريق الإشراف الفوقي، أو تشجيعهم على إنشاء مجموعات الكلام البينية، أي فيما بين المهنيين أنفسهم. (La supervision et l'intervision)

- تحديد الأعراض المنبئة بظهور الاحتراق النفسي قصد التكفل المبكر بالمصابين.
- الاعتراف بالاحتراق النفسي كمرض مهني، أو كمتلازمة ناتجة عن ضغوط العمل المتعددة، والمختلفة، والإقرار بحق المرضى في التعويض المادي.

- إعادة تنظيم مهنة الأخصائي النفسي، وذلك بمراجعة القانون الأساسي المنظم لهذه المهنة.

المراجع

- بوجمعة، س. (2021). الاحتراق النفسي لدى الممارسين النفسيين والأطباء العامين. *مجلة المرشد. جامعة الجزائر، المجلد 11، العدد 02، ص.ص. 453-469*. <https://asjp.cerist.dz/en/article/173006>
- بوسنة عبد الوافي زهير (2025). الاحتراق النفسي –قراءة تحليلية عيادية لسلم ماسلاش-، عن مجلة دراسات في سيكولوجية الإنحراف، العدد 01، السنة 2025، ص.ص. 180-192. <https://asjp.cerist.dz/en/article/272221>
- تَبّاني، ساعد، خَرّياش، هدى. (2018). الذكاء الوجداني وعلاقته بالاحتراق النفسي لدى عينة من الأطباء المناوبين بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة. *مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية، 9(2)، 56-78.*
- جولمان، دانيال. (2000). الذكاء العاطفي. ترجمة. الجبالي ليلي. الكويت: عالم المعرفة.
- الحسيني، س. وآخرون. (2025). انتشار ومحددات الاحتراق النفسي بين الأطباء المقيمين في سلطنة عمان: دور الذكاء الانفعالي. *السماتي. B J. Psych International، 22(2)، 43-1951*. <https://doi.org/10.1192/bji.2024>
- عثمان، فاروق ورزق، محمد عبد السميع. (2001). الذكاء الانفعالي: مفهومه وقياسه، مجلة علم النفس، العدد 58، ص.ص. 32-50.
- العجبي، عبد الهادي شجاع والعجبي، راشد مانع، والمطيري، عبير هادي مطلق. (2016). انتشار الاحتراق النفسي لدى الاختصاصي الاجتماعي بمدارس التعليم العام والتربية الخاصة في ضوء عدد من المتغيرات الديموغرافية. *المجلة الدولية للتربية المتخصصة. الكويت. المجلد 5، العدد 12، الجزء 02، ص.ص. 389-406.*
- العلوان، أ. (2011). الذكاء الانفعالي وعلاقته بأنماط التعلق لدى طلبة الجامعة في ضوء متغيري التخصص والنوع الاجتماعي للطلاب. *المجلة الأردنية في العلوم التربوية، 2 (7)، 125-144.*
- العنيزي، شلوي وآخرون. (2022). مستويات الاحتراق النفسي والاكتئاب والقلق لدى العاملين الصحيين مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. *مجلة العلوم السلوكية، 12(1)، 1-12*. <https://doi.org/10.3390/bs12010015>
- قمريش، جويده، فضمون، الزهراء. (2020). الذكاء الوجداني وعلاقته بالاحتراق النفسي لدى الأمهات العاملات بالقطاع الصحي بقالة. *مجلة العلوم الإنسانية – جامعة أم البواقي، 8(20)، ص.ص. 920-934.*
- Acker A. et all. (2016). Bulletin Académie Nationale de Médecine, 200, no 2, p.p. 349-365, séance du 23 février 2016. <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2017/03/P.349-366.pdf>
- Arnone, R., Cascio, M. I., & Parenti, I. (2017). The role of Emotional Intelligence in health care professional's burnout. *European Journal of Public Health, 29(Supplement_4), ckz186.553*. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz186.553>
- Bar – On, R. (1997). Bar – On emotional quotient inventory (EQ – I): Technical manual. Toronto: Multi – Health system.
- Cao, C. de Y., Fang, R., Chen, Y., & Ye, H. (2022). The influence of emotional intelligence on job burnout among Chinese healthcare workers. *Frontiers in Public Health, 10, 887706*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.887706>
- Cejudo, J. (2016). Relación entre Inteligencia Emocional y salud mental en Orientadores Educativos. *Electronic Journal of Research in Education Psychology, 14(38), 131-154*. <https://doi.org/10.14204/ejrep.38.15025>
- Cordes, CL., Dougherty, TW. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review. 18(4) : 621-56.*
- Goleman, D. (1995). Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ, New York, A Bantam Books.
- Kozák, A., Schutzmann, R., Soltész-Várhelyi, K., & Albert, F. (2025). The mediating role of workplace milieu resources on the relationship between emotional intelligence and burnout among leaders in social care. *PLOS ONE, 20(1), e0317280*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0317280>
- Lindsay, G., Wilberforce, J., Barnes, J., Bailey, S., & Davies, H. (2025). The impact of emotional intelligence training on burnout and professional well-being among children and families' social workers. *British Journal of Social Work, 55(2), 469–490.*

- Maslach, C., Pines, A. (1977) the burn out syndrome in the day care setting. Journal Child care quarterly Vol. 6, Issue 2, pp 100-113.
- Maslach, C., Jackson, S. (1981).The measurement of experienced burnout. J Occup Behav ;2, 99-113.
- Maslach, C., Jackson, S.(1986). Maslach Burnout Inventory, 2e édition. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Matteson,M.T., & Ivancivich, J.M.(1987). Controllingwork stress : *Effective human ressource and management strategie*. Jossey-Bass.
- Mayer, J.D., Salovey, P. (1997). Emotional Intelligence Imagination. *Cognition and Psychology*, volume 09, n° 03, P.P. 185-211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
- Taylor, M. J., Forsyth, G., & Ulrich, K. (2024).The relationship of emotional intelligence to burnout and related factors in healthcare profession students.Nurse Education Today, 128,105800. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105800>.
- Truchot, D. (2004). L'épuisement professionnel et Burn out: concepts,modèles, interventions. Paris,Dunod.
- Ould Taleb, M.(2011). Manuel de pédopsychiatrie, Alger, OPU.
- Weng and.al (2011). Associations between emotional intelligence and doctor burnout, job satisfaction and patient satisfaction : Emotional intelligence and doctor and patient satisfaction. Medical Education, 45(8), 835-842. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.03985>