

نموذج تدخل أسري بحالات الطوارئ – د. محمود سعيد

*A Crisis intervention Model with Families – Mahmud Said, Ph.D.*

مدخل عام:

من محتمات الحقل أن نجد إجابات للمتفاعلين. حيث كثيرا ما يكون من الصعب إعطاؤها في إطار مبنى المؤسسات الخدمائية. لقد بدأت في مدينة جنين بالتدخل هناك مع أطفال مصابين ومع أسرهم. وقد بدا جليا أن لهذا النوع من التدخل هناك في مكان الحدث مردودا إيجابيا وفوريا، من تخفيف العوارض الصدمية وحدثها أو حتى زوالها.

لقد رأيت أن ما يزيد من التوتر والضييق عند أفراد الأسرة، هو قلقهم على بعض وعلى المصير المشترك (ليفين، 1948)، إضافة إلى القلق على الذات، إن طرق التدخل التي تفصل أفراد العائلة بهدف التدخل معهم في مجموعات منفصلة للأطفال والمراهقين والكبار كل على حده، هي صادقة بالتأكيد فيما يتعلق بمنظور تطوري ونموي، لكننا بصدد أزمت وطوارئ، وغالبا ما تكون دائرة الأسرة هي الأهم لأفرادها كعنى كبير للدعم والاحتواء خاصة في ظروف تهديد (هوبفول، 1990).

مدخل نظري:

فيما يلي بعض المبادئ العلمية التي ارتكزت عليها ببناء هذا النموذج للتدخل مع الأسرة.

أذكر بمبادئ سلمون الفورية والتقرب والتوقع (سالمون، 1919)، كذلك أذكر بدور اللوزة- Amygdala في عملية الإنذار وتفعيل المنظومات العصبية والفيزيولوجية بهدف عمل طوارئ (لدوكس، 1984)، وهنا اضيف تقنية مستحدثة لإعادتها إلى أداؤها الأول، والخروج من حالة الطوارئ.

كما أذكر، بدراسة بيرلنجهام وفرويد (1943) الذين أثبتا في الحرب العالمية الثانية أن لبقاء الأطفال مع الوالدين المستقرين، أهمية كبرى بدعم الأولاد وتخليهم عن الخوف والقلق، إضافة إلى أهمية البقاء في مكان الحادثة، أنه السلوك الأفضل بكثير من نقلهم إلى أماكن آمنة بعيدة عن والديهم. أي أن بقاء الأطفال مع الوالدين بظروف الطوارئ، له مردودا نفسيا مهما جدا.

أضيف الى ذلك، اكتشاف الإجراء النفسي للسيكولوجي ماركس (1988) والذي بين فيه الدائرة التي ينحصر فيها الشخص بعد الحادثة الصادمة، بين مثيرات وتفعيل- Iperarousal، من جهة وبين امتناع وتجنب بأشكاله الثلاثة- Avoidance من جهة أخرى. حيث الاستمرار بذلك يؤدي إلى تطوير الاضطراب النفسي لضغط ما بعد الصدمة، وهنا تجدر الإشارة إلى أنه إذا كان التجنب يبقى ردود الفعل الصدمية فبالأكيد المواجهة والتعرض- Exposure هما طريق الخلاص والعلاج.

أخيرا أشير إلى التقنيات العلاجية الأربع التي وضعت نصب أعينها هدف علاج ردود الفعل الصدمية واضطراب ضغط ما بعد الصدمة:

- 1) Traumatic Incident Trauma – Frank Gerbode, Ph.D.
- 2) Prolonged Exposure – Prof:essa Barbara Rothbaum & Prof:essa, Edna Foa.
- 3) Eye Movement Desensitization Reprocesses – Francine Shapiro, Ph.D.
- 4) Somatic Experiencing – Peter Levin, Ph.D.

د. محمود سعيد – متخصص بعلم النفس العيادي والتربوي والصدمي.

Dr. Mahmud Said, Ph.D. Specialist in :Clinical and Educational and Trauma Therapy. “A Crisis intervention Model with Families”, Ph.D.  
www.algaeel.com - Box.n. 2762, Zip: 1612701. Nazareth. Cell: 0528394655

كل هذه التقنيات تحمل نفس الأساس العلاجي، وهو التعرض للحادثة من خلال التخيل، وإعطاء الفرصة للشخص للحديث عنها، وتكرار الحديث عنها لمرات عدة تنتهي عند زوال ردود الفعل الصدمية، بالإضافة إلى أهمية وجود علاقة آمنة ووثيقة وكل ما قدمه علماء النفس من توجيهات للمعالج.

لا ننسى نماذج العلاج القصصي Narrative Psychotherapy (ماك ليود، 2004) وأهمية بناء القصة نحو أن تأخذ مبنى ذا معنى إيجابي. كذلك المبادئ الأساسية للعلاج الذهني وخاصة الأفكار والمعتقدات الخاطئة وضرورة تصحيحها لتصبح أكثر عقلانية وواقعية (اليس، 1952).

### مرحلة التحضير – Pre-Phase

يقوم الاختصاصي النفسي بزيارة بيت العائلة، أو التوجه إلى مكان الإصابة مباشرة بعد الحدث، حيث يقوم بتدخل نفسي أولي – Defusing، يبني من خلاله علاقة ثقة مع المنتفع أو الأسرة ويرفع مستوى الرغبة في قبول التدخل من خلال المردود الإيجابي للتدخل الأولي، حيث الشعور بتخفيف من التوتر والقلق الحاصلين.

في نهاية اللقاء يتم الاتفاق مع المنتفع أو الأسرة على موعد مريح لعمل تدخل أعمق.

### المرحلة الأولى- تربية نفسية – Psychoeducation

دخول الاختصاصي إلى بيت العائلة في البداية، تعارف، ثم يشرح عن ماذا تعني الطوارئ النفسية وما معنى الصدمة وردود الفعل الصدمية النفس-فيزيولوجية، ثم يشرح الإجراء النفسي حسب ماركس (1988)، هنا يبين لماذا المواجهة، ثم الشرح عن وظيفة اللوزة وكيفية إعادتها إلى الأداء الأول قبل الحادثة، ثم أخيراً عن الانسحاب السلوكي وانحصار حقل حركة الأشخاص، أي يبدوون بالانسحاب من رفض الذهاب إلى أماكن غير خطيرة، لكنها ترفع من توترهم ففي انسحابهم مردود إيجابي حيث يجلب لهم الشعور بالطمأنينة أكثر، ومما ذكر يتبين أن الفائدة فقط لفترة قصيرة جداً، حيث من خلال ذلك لا يتخلصون من المشكلة، وان الحل هو العودة إلى المكان والذي سيعيدهم أسرع ويستردون مكانتهم الأولى.

### المرحلة الثانية – التدخل الفعّال - Exposure Intervention Phase

يذهب جميع أفراد الأسرة معا برفقة الاختصاصي، بعد أن أوضح القوانين، أي على كل فرد أن يرافق الجميع ويبقى إلى النهاية، على الجميع الإصغاء لمن يتكلم دون مقاطعة، من غير المسموح القول للآخر ماذا عليه فعله أو عدم فعله حتى لو كان من الوالدين.

في المكان يبدأ أحدهم (عادة ما يكون أحدهم جاهزاً لذلك) في تمثيل وسرد الأحداث بتفاصيلها الدقيقة، حيث يقوم الاختصاصي بالتدخل تجاه التنكير وبناء القصة والدعم والاحتواء والتعاطف والتقوية والثناء والشرع والتطبيع وتصحيح الأفكار وإعلاء الوعي الذهني والسلوكي والانفعالي والجسدي، لهذا الأخير. كثيراً ما يخافون من ردود أفعال أجسادهم، فهنا أثنى على هذا الجسد وأقول إنه يعمل جيداً فقد قام بدوره الصحيح وأدعو الشخص أن يصغي إلى جسده ويحس وأن يعي ماذا يجري الآن وماذا جرى عندها، أدعوه أن يقترب من هذا الرد كي يفهمه، وأن الجسد حكيم:

"جسدك حكيم أصغ له وأبق معه فهو يعرف ماذا يفعل فقط أصغ".

"جسدك حكيم أبق معه وأصغ له وأشعر ما يدور فيه، فهو لك، تلك الردود حكيمة وتساعدك على أن تستمر ولكن يجب الوقوف والإصغاء إليه".

من المهم إيصال فكرة "حكمة الجسد" فالردود الجسمية ضرورية ومفيدة، الكثيرون يخافون مما يدور في أجسادهم فيحاولون الهروب من ذلك، فهذا يرفع من مستوى قلقهم وخوفهم، لأنه يفاجئ الواحد منهم وكأنه يقول لنفسه "ماذا يجري؟! إنني خائف من رد فعلي"، الأفضل هو ترك الجسد يكمل ما بدأ به ويوجه انتباهه إليه ويحاول إدراك ما يجري فيه.

يقوم الفرد بالسير من نقطة بداية الحدث الذي يحدثه هو بالضبط وكأنه يعود فعلا لما جرى (عندما سمع صوت الانفجار)، إلى نقطة الانتهاء، حيث أسمى ذلك مسارا. عندما ينتهي الأول من مساره يبدأ الثاني فورا حيث يذهب الجميع معه (كذلك من أنهى) إلى نقطة البداية ويكمل الاختصاصي معه التدخل إلى نهاية هذا المسار الثاني، وهكذا في جميع المسارات.

في كل تدخل تخفيف للفرد أولا وللمجموعة التي تعيش معه ذلك الحدث، ففي انتهاء كل مسار ينتظر رؤية تغييرات في انخفاض ردود الفعل الصدمية النفسية-والفيزيولوجية، قياسا ما بين نقطة بداية المسار ونهايته، نرى على الأغلب التغيير عند جميع أفراد الأسرة حيث يكون هذا التغيير ملاحظا.

يبدأ الفرد مع لغة متقطعة وبنبرة صوت منخفضة أو عالية جدا، وجسده يرتجف مصفر الوجه أو محمره، متوترا، فكره غير مرتب، وينتهي غير متوتر ولا خائف بل وهو هادئ مع فكر مترابط ومنطقي.

لا ينهي جميع أفراد الأسرة كذلك، لكننا نرى أحدهم وقد أنهى مساره والتدخل معه ولم يبد عليه ما بدا على الآخرين، بل إنه متوتر بعد، نرى انخفاضا بعض الشيء، أو نفاجا بمستوى توتر أعلى فهنا علينا الوقوف والتفكير بما يجري؟!، لماذا لم يتم التغيير الذي نرجوه؟! هل لم نستطع نحن مساعدته؟! هل نحن تسببنا بالضرر له؟!، كلا، حيث الاحتمال الاكبر ان يكون المنتفع قد مر بصدمات سابقة. جيربود (1988) بين لنا أن الصدمات تتراكم وخاصة عندما تكون شبيهة. وقد استعمل جيربود سؤالاً في الغرفة العلاجية يقول: "هل عشت تجارب صدمية سابقة شبيهة؟".

بينما أنا أفضل استعمال السؤال:

"متى شعرت هذا الشعور من قبل؟"

كثيرا ما يقولون لا، فأقول:

"أعط نفسك الوقت وابق مع هذا"،

ثم أعود لنفس السؤال:

"متى شعرت هذا الشعور من قبل؟"

عندها من الممكن ان يجيب بالإيجاب.

مثال: تدخل في حي الصفاغرة في الناصرة، أنهى الشاب مساره وكان متوترا جدا، عند سؤاله في المرة الثانية قال: نعم عندما

سقطت والدتي وابتضت عيناها وقلت لنفسي: قد ماتت، ومتى أيضا؟ فقال نعم عندما تم تهديدي مرة وأنا في الابتدائية.

هنا يوجه الاختصاصي الكلمات إلى المنتفع تجاه رفع مستوى وعيه، فقلت له هذه الحادثة قد استحضرت الأحداث السابقة الصعبة، فقد أصبحت كلها متراكمة، رد فعلك الآن يأتي مما سبق وليس من الحدث الآن. علينا أن نعمل معا للخلاص من ردود الفعل الماضية، هذا يستحق منا أن نلتقي بعد. شكرا".

إذن مع نهاية المسار العلاجي، من الممكن أن نرى أفرادا مع ردود فعل صدمية حادة، على الأغلب هؤلاء يعانون من اضطراب ضغط ما بعد الصدمة من قبل.

نستطيع التنبؤ من سينتهي في نهاية المسار مع تخفيف بسيط أو عدم تخفيف، فإنه هو الذي رأيناه في التقييم الأول مع ردود فعل حادة جدا. علينا اكتشاف ذلك لسببين مهمين الأول لعلاج الشخص وتخفيف معاناته، والثاني أن نحافظ على ثمار تدخلنا مع المجموعة. إن التغيير الذي حصل عند الآخرين وخاصة الأطفال، سوف يتراجع بسبب وجود فرد مع ردود فعل حادة حيث سيظهرها عند كل مثير يذكر. ويعيدهم إلى ما كانوا عليه ويدخلهم إلى دائرة الخوف حيث سيدركون أن الأمر لم ينته بعد ويعيدهم إلى نقطة البداية.

بعض السيكولوجيين (رافائيل وميلدروم، 1995) قاموا بقياس تأثير تدخل التفريغ على المجموعات بعد فترة، قياسا بالذين لم يمروا بهذه العملية، فلم يروا فروقا كبيرة. يمكن الادعاء هنا أنه كان تأثير لفرد من أفراد العائلة والذي يرد بردود فعل حادة حيث يدفع باتجاه التراجع خاصة إذا كان أحد الوالدين.

عندما ينتهي الجميع، يشكر الاختصاصي المشتركين ثم يتوجهون إلى مجلسهم الأول الذي كانوا فيه في مرحلة التربية النفسية. يلخص الاختصاصي باقتضاب ما قاموا به، ثم يدعوهم إلى التعليق عما جرى من خلال دعوتهم "كيف شعرتكم؟! " ماذا كان صعبا؟! " كيف شعرت عندما استطعت المواجهة؟! " كيف تشعر الآن؟! ".

يبرز الاختصاصي نقاط القوة وأدوات المواجهة، يدفعهم إلى استعمالها مستقبلا في مواجهة الصعاب.

ينتهي الاختصاصي بالتوقع - Expectancy فيقول: "أنتم قادرين وتستطيعون العودة إلى حياتكم اليومية بسرعة"، "أراكم أقوىاء وقادرين على العودة لحياتكم الطبيعية بسرعة".

### لماذا التدخل في المكان؟!؟

- 1) هناك حدثت الواقعة عندما كانوا معا، فيعودون كلهم هناك كما كان فعلا.
- 2) هناك المكان يذكر أكثر ويسهل استعادة ما حدث.
- 3) هو المكان الذي يسببون فيه، حيث في حركاتهم الذاكرة ومنها التذكير، وفي الحركة انتقال من الخمول إلى الفعل - Passive to Active From، ولهذا مردود نفسي إيجابي.
- 4) هناك يفتح باب المواجهة.
- 5) هناك العمل الوقائي من خلال المواجهة.
- 6) هناك توجد أغلب المثيرات والتي تثير وترفع من مستوى التفعيل إلى الحد الأعلى Iperarousal.
- 7) هناك في التفعيل العمل نحو التحريك.
- 8) هناك في التفعيل خير إعادة للتجربة.
- 9) هناك البقاء، البقاء الأطول يقلل من تأثير الحدث - Desensitization - (فولبي، 1956).
- 10) هناك في المكان يواجه المخيف (كمكان) فسيبدو غير ذلك فيما بعد، في ذلك إعادة إلى البيئة بسرعة ووقاية من انحصار البيئة والامتناع من الذهاب إلى أماكن أخرى حيث تمت القدرة على الذهاب والبقاء في المكان الأصعب.

### من المفضل أن يكون:

- أن يسير جميع أفراد العائلة معا في جميع المسارات, حتى لو لم يكن أحدهم موجودا عند الحادثة, لقد عاش قلقا ما عليهم وكانت له تجربة وقصة, ففي سماعهم والشعور معهم يعيش ما قد عاشوه, ويتلقى إجابات على أسئلة كثيرة كانت أو ما زالت قائمة بعد وهي مقلقة له, هذا ما يساعده, كذلك سماعهم له عند انتهاء الجميع حيث يطلب منه أن يمثل ويسرد قصته وفي ذلك مردود للآخرين بنفس القدر والنوع.
- قد نستطيع التدخل مع جميع الأشخاص الذين كانوا في الحدث, حتى لو كان أحدهم من خارج الأسرة, وذلك لكونه عنصرا من عناصر القصة, لكننا لا نستطيع التدخل مع عائلتين, حتى لو اجتمعنا في نفس القصة. من المنصوح أن يكون التدخل مع كل منهما على حدة.

تم نشر النموذج في مجلة "علاج أسري" باللغة الإيطالية, ص 79-105. 2009.

Mahmud Said, "Intervento terapeutico sulla crisi in contesti di guerra: uno studio sul caso di una famiglia palestinese traumatizzata", *Terapia familiare*, p.79-105, 2009

تم نشر النموذج في مجلة "بسيخوإكتواليا - פסיכואקטואליה" باللغة العبرية, ص 19-21. 2006/10.

محمود سعيد, "مودل להתערבות טיפולית במשפחה בזמן. הירום ולאחר חוויה טראומטית". *אוקטובר 2006.*

عرض في مؤتمرات بعلم النفس.

1. المؤتمر السنوي العالمي لمعالجي الصدمات النفسية, بطريقة "التخفيف من تأثير الحدث الصادم". مدينة ميلانو الإيطالية, 2006/10/08.
2. المؤتمر السنوي العالمي لعلاج الصدمة النفسية في جامعة سيينا الإيطالية, 2006/10/12.

## المراجع:

- الشقيرات، ع. م. (2005) "مقدمة في علم النفس العصبي". دار الشروق للنشر والتوزيع. الطبعة العربية الاولى.
- القريطي، ع.أ. (1995) "مدخل إلى سيكولوجية رسوم الأطفال". دار المعارف بمصر.
- مليكة، ل. (1986) "دراسة الشخصية عن طريق الرسم". ط 5. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- عبد الله، م.ق. (2001) "مدخل إلى الصحة النفسية". دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع. عمان.
- الرفاعي، ن. (1982) "العيادة النفسية والعلاج النفسي". مطبوعات جامعة دمشق.
- الرفاعي، ن. (1987) "الصحة النفسية". دراسة في سيكولوجية التكيف. مطبوعات جامعة دمشق.
- عبد الخالق، أ. (1993) "أصول الصحة النفسية". دار المعرفة الجامعية-مصر.

American Psychiatric Association Washington, (APA) (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4<sup>th</sup> Edition) (DSM-IV). Washington, D.C: American Psychiatric Association. The Disorders (4<sup>th</sup> Edition) (DSM-IV). Washington, D.C: American Psychiatric Association.

Albanesi, C. (2004) *I gruppi di auto-aiuto*. Carocci. Roma.

Barker, P. (1985) Using metaphors in psychotherapy. New York: Brunner/ Mazel, pp 221.

Biondi, M. (1999). Disturbi dell'adattamento, Disturbo acuto da stress e Disturbo post- traumatic da stress. In Pancheri P e Cassano GB. Trattato Italiano di psichiatria, masson, Milano.

Caretti, V. & Craparo. G. (2008) Trauma e psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale. Di -, ROMA: Ubaldini-Astrolabio Editore.

Dyregrov, A. (1989a) Caring for helpers in disaster situations: Psychological Debriefing. Disaster Management , 2, 25-30. Dyregrov, A. (1989b).

Foa, E. B. & Rothbaum, B. O. (1998) *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.

Follette, V. F. & Ruzek, J. I. (2006) *Cognitive-behavioral therapies for trauma. Second edition*. New York: Guilford Press.

Frank, A. & Gerbode, M.D. (1995) Beyond Psychology: An Introduction To Metapsychology. Third edition, IRM Press. USA.

Freud, A. & Burlingham, D. (1943) *Infants without families*. London: G. Allen and Unwin.

Freud, A. & Burlingham, D. (1943) *War and children*. NY: Ernest Willard.

Green, B.L., Grace, M.C., Lindy, J.D., Gleser, G.C. & Leonard A. (1990) Risk factors for PTSD and other diagnoses in a general sample of Vietnam veterans.

Henry J. P. (1986) . *Neuroendocrine Patterns of Emotional Response*, in Plutchik e Kellerman.

Herman, J. (1992) Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence--from Domestic Abuse to Political Terror. [Paperback].

- Herman, J. L. (1996), "Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma" in Everly, G. S. Jr. & Lating, J. M. (eds.), *Psychotraumatology: key paper and Core Concepts in Post Traumatic Stress*, new York, Plenum Series on stress & Coping.
- Herman, J. L., Perry, C. & Van Der Kolk, B. A. (1989) "Childhood trauma in borderline personality disorder", *American Journal of Psychiatry* 146 (4) , pp. 490-495.
- Hobfoll, S. E. & Stphents, M. A. P. (1990) "Social support during extreme stress: Consequences and intervention", in sarason, B. R., Sarason, I. R. & Pierce, G. R. (eds.) *Social Support: An Interactional View*, New york, Wiley and Sons.
- Horowitz, M. G. (1986). *Stress response syndromes*, Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Keane, T.M., & Barlow, D.H. (2002) Posttraumatic stress disorder. In D.H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders, 2nd edition* (pp. 418-453). New York, NY: The Guilford Press.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., and Courington, S. (1981). Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship. *J. Health Soc. Behav.* 22: 368–378.
- Kulka, R.A., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Hough, R.L., Jordan, B. K., Marmar, C.R., & Weiss, D.S. (1990) *Trauma and the Vietnam war generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York: Brunner/Mazel.
- Lazarus, A. (1981) *The Practice of Multimodal Therapy, systematic, comprehensive and effective psychotherapy*. McGraw-Hill Book Company. London.
- LeDoux, J. E. (1984) *Cognition and Emotion: Processing Functions and brain Systems*. Gazzaniga.
- LeDoux, J.E. (1992) "Emotion and Amygdala". In J. A. Aggelton (Ed.) *The Amygdala: Neurobiological Aspects of Emotion, Memory, and Mental Dysfunction*. New York: Wiley-Liss.
- Levine, P. (1997) *Waking the Tiger: Healing Trauma : the Innate Capacity to Transform Overwhelming Experiences*. Berkeley , CA : North Atlantic , Rogers.
- Lewin, K. (1948) *Resolving Social Conflicts*, New York.
- McLeod, J. (1997) *Narrative and Psychotherapy* . Sage publications Ltd. London.
- Meichenbaum, D. (1996) *Stress Inoculation Training for Coping with Stressors*. University of Waterloo, Ontario.
- Mitchell, J. T. (1983) When disaster strikes ... The critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*, 13(11), 49 – 52.
- Morris , K. T. & Kanitz , J. M. (1975) *Rational-emotive therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Raphael, B. & Meldrum, L. (1995) Does debriefing after psychological trauma work? *BMJ*. 10;310(6993):1479–1480.
- Rogers, C. (1951) *Client-Centered Therapy*. Houghton Mifflin Company, Boston.
- Rothbaum. B. O., Foa, E. B., Riggs, D. S., Murdock, T. & Walsh, W. (1992). A Prospective examination of Post-Traumatic Stress Disorder in Rape Victims. *Journal of Traumatic Stress*, Volume 5, Issue 3, pages 455–475.
- Salmon, T.S. (1919) *The war neuroses and their lessons*. *New York Journal of Medicine*, 59-108,993-994.
- Shapiro, Francine (1997) *EMDR: The Breakthrough Therapy for Overcoming Anxiety, Stress, and Trauma* .

Van der Kolk, B. A. (1994) *The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. Harvard Review of Psychiatry, 1, 253.*

Veronese. G. & Said. M. (2009) intervento terapeutico sulla crisi in contesti di Guerra: uno studio sul caso di una famiglia palestinese traumatizzata. Rivista di terapia familiare. N. 90-Luglio 2009- A.P.F.

Volkman. V.R. (2005) *Beyond Trauma: Conversations on Traumatic Incident Reduction, Second Edition.*

Wolpe, J. (1958) *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition.* California: Stanford University Press.



[www.algaleel.com](http://www.algaleel.com)

د. محمود سعيد – متخصص بعلم النفس العيادي والتربوي والصدمي.

Dr. Mahmud Said, Ph.D. Specialist in :Clinical and Educational and Trauma Therapy. “*A Crisis intervention Model with Families*”, Ph.D.  
www.algaleel.com - Box.n. 2762, Zip: 1612701. Nazareth. Cell: 0528394655