

استراتيجية العلاج المعرفي السلوكي لمحاوли الانتحار عن طريق تصحيح المعتقدات

Cognitive-behavioral therapy strategy for suicide attempters by correcting beliefs and modifying behavior

طلحي فريدة

مخبر علم النفس الاكلينيكي - جامعة محمد المين دباغين - سطيف 2 - (الجزائر) farida246888@gmail.com

بوفولة بوخميس

جامعة الحاج لخضر 1 - باتنة - (الجزائر) boufoulab@gmail.com

تاريخ القبول: 2023/06/06

تاريخ الإرسال: 2023/03/21

ملخص:

تهدف الدراسة لمعرفة فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تعديل المعتقدات الخاطئة لدى محاولي الانتحار، حيث انطلقنا من السؤال التالي: هل يساهم العلاج المعرفي السلوكي في تعديل المعتقدات الخاطئة لدى محاولي الانتحار؟ وهل يؤدي تعديل المعتقدات الخاطئة إلى تعديل سلوكهم الانتحاري؟ وللإجابة على هذان السؤالان طبق المنهج الاكلينيكي على حالتين سبق لها أن حاولتا الانتحار، وتم التكفل بهما على مستوى عيادة للعلاج النفسي بقالمة، وتم تصميم برنامج علاجي يعتمد على النظرية المعرفية السلوكية بغية تصحيح معتقداتهما الخاطئة وتعديل سلوكهما لمنعهما من محاولة انتحار أخرى، وبعد عدد من الجلسات العلاجية تم التوصل إلى نتيجتين مفترضتين: اسهام العلاج المعرفي السلوكي في تصحيح المعتقدات الخاطئة لدى الحالتين محاولتا الانتحار، وتصحيح المعتقدات الخاطئة أعطى تعديلا في سلوكهما الانتحاري.

الكلمات المفتاحية: المحاولة الانتحارية؛ المعتقدات الخاطئة؛ العلاج المعرفي السلوكي.

Abstract:

This study aim to investigate the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy modifying the false beliefs of suicide attempters; therefore, we started with the following questions: Does the cognitive behavioral therapy helps in modifying suicide attempters' beliefs? And would this modification imply any changes within their suicidal behaviors? To answer these two questions, the clinical approach has been applied to two cases of individuals who previously attempted suicide and were taken care of at the level of a psychotherapy clinic in Guelma. A psychotherapeutic protocol Was designed based on the Cognitive Behavioral Therapy in order to correct their false beliefs to prevent them from further suicide attempts. After multiple therapy sessions, tow hypothetical results were achieved: The cognitive Behavioral Therapy contributed in altering the false beliefs of the two cases. Consequently, correcting their false beliefs resulted in changing their suicidal behaviors.

Keywords: Suicide attempt, False beliefs, Cognitive Behavioral Therapy.

مقدمة اشكالية:

يعد الانتحار ظاهرة انسانية، صاحبت الوجود البشري منذ البدايات الأولى حتى اليوم، ففي جل المجتمعات الانسانية على تباين حضاراتها، يوجد بعض الأفراد الذين يقدمون على الانتحار بصورة ما، فأصبح الانتحار ظاهرة سلوكية واسعة الانتشار، لا يكاد يخلو منها مجتمع من المجتمعات البشرية.

كما يعد الانتحار ظاهرة سلوكية مرضية مرتبطة بعوامل اجتماعية ونفسية ودينية وزمنية ترتبط بالنظام الاجتماعي، وما يطرأ عليه من تغيرات وتطورات سريعة تجعل الفرد غير قادر على التكيف السريع معها، مما يخلق له مشكل تكيف وعدم تقبل الواقع قد تصل به إلى الانتحار. (مجدي، 2008ص7)

أما المحاولة الانتحارية هي سلوك مضطرب وظيفيا، يستخدم عندما تكون الإشارة عامة إلى الانتحار والشروع فيه، وهذا يعني أن مفهوم المحاولة الانتحارية ينسحب نظريا على الانتحار الفعلي والشروع فيه على السواء. (الضمور، 2014، ص32)، وتقع المحاولة الانتحارية نظريا واجرائيا ضمن مجموعة مفاهيم متصلة ومتسلسلة ومتربطة اصطلاح عليها بالسلوك الانتحاري.

حيث أن السلوك الانتحاري هو سلسلة الأفعال التي يقوم بها الفرد محاولا من خلالها تدمير وانهاء حياته بنفسه دون تدخل الآخرين، وأجمعت الدراسات الحديثة والقديمة على تظافر العوامل النفسية والاجتماعية والطبية والاقتصادية فيما بينها لحدوث السلوك الانتحاري. (مجدي، 2008، ص7)

والمحاولة الانتحارية التي هي موضوع بحثنا، هي عمل يؤدي إلى قتل النفس يقصد به الموت، ولا يشمل هذا التعريف أعمال التهديد بالموت أو تمثيله، حيث تعتبر المحاولة الانتحارية سلوك مضطرب ومختل وظيفيا، ناتج عن تبني الفرد لمعتقدات خاطئة، حيث أنه عندما نقوم بتصحيح وتغيير هذه المعتقدات يتغير تبعاً لذلك هذا السلوك المضطرب والمدمر للذات.

ولكن يمكن أن نتساءل: لماذا لا يقبل جميع الأفراد الذين يعيشون تحت نفس الظروف على الانتحار أو محاولة الانتحار؟ من هنا كان منطلق هذه الدراسة وهو التركيز على مواجهة الميول الانتحارية داخل الاطار الذي يفترض وجود توازن بين أسباب الحياة وأسباب الموت، هذا ما ذهب إليه التفسير المعرفي السلوكي في دراسة السلوك الانتحاري، حيث يؤكد المنظور المعرفي للمشكلات الاكلينيكية، على دور التفكير في نشوء الاضطرابات النفسية واستمرارها، وأن الاضطراب الانفعالي عندما يحدث لا يشمل جانبا واحدا من الشخصية وإنما يشمل أربعة عناصر هي: السلوك الظاهر (الأفعال الخارجية) والانفعال (التغيرات الفيزيولوجية) والتفكير (طرق التفكير) ونظام القيم والتفاعل الاجتماعي (العلاقات بالآخرين)، ويعتبر ابراز الاتجاهات والمعتقدات الخاطئة، وعلاقتها بالاضطرابات النفسية موضوعا شائعا في كل استراتيجيات العلاج المعرفي، وفي بعض الأحيان ترتبط تلك المعتقدات مباشرة بالأعراض.

ويقول بيك وآخرون (1989) على أهمية تقييم الأفكار الانتحارية لدى المرضى فاقدى الأمل، وهناك قدر متراكم من الدلائل يوحي بأن حالة فقدان الرغبة في الحياة هو العامل الذي يتوسط بين عدم القدرة على تخيل المستقبل والنية في الانتحار، ومن خلال تراكم أخطاء المنطق والجدل، مثل التجريد الانفعالي، الاستنتاج العشوائي، التعميم المطلق. (بيك وآخرون، 1989، ص318-320)

كثير من هذه الأخطاء المنطقية التي تكمن وراء المعتقدات والفروض موجودة لدى فئة محاولي الانتحار، حيث أنهم يعملون بحسب وعنف طبقاً لمعتقداتهم، تحدث العملية (محاولة الانتحار) في دقائق قليلة، وتتغلب الأخطاء المنطقية على التفكير في مشاكلهم، ثم يتعاملون مع هذه الأخطاء كحقائق حتمية ويقومون بأعمال خطيرة تجاه الذات، وهذه العملية مهما كانت سريعة، فإن التدخل العلاجي لمنع المحاولة الانتحارية أو تكرارها يمكن أن يوجه في مراحل مختلفة على النحو التالي:

1- التقليل من قيمة المعتقدات وجعل أخطاء المنطق ظاهرة.

2- كسر الحلقة التي تربط الفكر بالفعل الانتحاري، خاصة رصد الأفكار وتحويل الانتباه، اختبار الحقيقة واستخدام تقنية الإسقاط الزمني لتشجيع المريض على تصور بعض الحلول المستقبلية الممكنة والملموسة لمشاكله. (ابراهيم عبد الله، 2008، ص7)

هذا ما تحاول الدراسة الحالية تناوله، وهو محاولة الكشف عن الخصائص النفسية والمعرفية والسلوكية، التي تجمع بين فئة المحاولين الانتحار لوضع استراتيجية علاجية لهذا السلوك المدمر للذات والمحرم دينياً، يكون هذا حسب التوجه المعرفي السلوكي، وعليه يمكن حصر اشكالية الدراسة الحالية في السؤالين التاليين:

* ما أثر العلاج المعرفي السلوكي في تصحيح المعتقدات المعرفية الخاطئة لدى فئة محاولي الانتحار؟

* هل يساهم العلاج المعرفي السلوكي عن طريق تصحيح المعتقدات الخاطئة لمحاوли الانتحار، في التخلص من

السلوك الانتحاري؟

وللإجابة على هذان التساؤلان وضعنا الفرضيات التالية:

1. صياغة الفرضيات:

الفرضيات الإجرائية:

الفرضية الاجرائية الأولى: يساهم العلاج المعرفي السلوكي لمحاوли الانتحار في تصحيح المعتقدات الخاطئة لديهم.

الفرضية الاجرائية الثانية: يساهم العلاج المعرفي السلوكي لمحاوли الانتحار عن طريق تصحيح المعتقدات في

التخلص من السلوك الانتحاري لديهم.

الإطار النظري للدراسة:

2. أهداف الدراسة:

* تصميم برنامج علاجي حسب التوجه المعرفي السلوكي، يهدف إلى تصحيح المعتقدات الخاطئة وتعديل السلوك

لدى محاولي الانتحار.

* التحقق من فعالية العلاج المعرفي السلوكي، في تصحيح المعتقدات الخاطئة وتعديل السلوك لدى عينة من

محاولي الانتحار.

3. تحديد مفاهيم الدراسة:

1.3 السلوك الانتحاري:

يتفق بونر وريتش (1987) مع ما أشار إليه بيك وآخرون (1979) في كون السلوك الانتحاري عملية دينامية معقدة بدلا من كونه حدثا منعزلا، فقد عرفا السلوك الانتحاري بأنه "عملية مركبة من مراحل مختلفة تبدأ بتصور الانتحار الكامن، وتتقدم خلال مراحل من تأمل الانتحار النشط، ثم التخطيط للانتحار النشط، وفي النهاية تتراكم محاولات انتحار نشطة لدى الفرد، وقد يتذبذب مركز الفرد في هذه العملية وفقا لتأثير العمليات البيولوجية والنفسية والاجتماعية". (فايد، 2008، ص 288-289)

2.3 مفهوم الانتحار:

نسمي انتحار أي حالة وفاة، ناتجة بشكل مباشر أو غير مباشر عن فعل ايجابي أو سلبي قام به الضحية بنفسه، وكان يعلم أن نتيجته الموت، ويشمل التعريف أي شكل من أشكال الانتحار، مهما كان سببه وأدواته واجراءاته. (Pierre, 2009, P20)

3.3 المحاولة الانتحارية:

هي سلوك مضطرب ومختل وظيفيا مدمر للذات، يستخدم عندما تكون هناك اشارة إلى الانتحار والشروع فيه، وهذا يعني أن مفهوم المحاولة الانتحارية ينسحب نظريا على الانتحار الفعلي والشروع فيه على حد سواء. (الضمور، 2014، ص 23).

- التعريف الإجرائي

المحاولة الانتحارية التي هي موضوع بحثنا، فتعرف على أنها عمل يقصد به الموت ولا يشمل هذا التعريف أعمال التهديد بالموت أو تمثيله، والمحاولة الانتحارية هنا ناتجة عن تبني الفرد لمعتقدات خاطئة، بحيث عندما نقوم بتغيير هذه المعتقدات الخاطئة يتغير تبعاً لذلك السلوك الانتحاري.

4.3 العلاج المعرفي السلوكي:

يعد العلاج المعرفي السلوكي من أحدث التوجهات العلاجية، ظهر مع بداية الستينيات على يد كل من أرون بيك وعالم النفس الأمريكي ألبرت إليس (1961)، حيث يؤكد المنظور المعرفي للمشكلات الإكلينيكية على دور التفكير في نشوء الاضطرابات النفسية واستمرارها، ويهتم بالإحاطة بالعالم المعرفي للفرد كخلفية جوهرية لسلوكاته وانفعالاته في الصحة والمرض للعمل على تعديل سلوكه. (علوي، بنعيسى، 2009، ص 71)

- التعريف الإجرائي:

البرنامج العلاجي المقدم في هذه الدراسة، يتضمن مجموعة الأفكار والمعتقدات التي لها تأثير متبادل بين نظام المعتقدات والانفعال والسلوك، يقابلها مجموعة تقنيات علاجية معرفية وسلوكية تعطينا برنامجا علاجيا مؤسسا يهدف

إلى تصحيح المعتقدات وتعديل السلوك لدى حالات الدراسة من محاولي الانتحار، تم تصميم هذا البرنامج العلاجي حسب التوجه المعرفي السلوكي.

5.3 نظام المعتقدات:

هي نظام الفرد العقائدي وما يتضمنه من معتقدات غير عقلانية وأفكار خاطئة، تتعلق بأحكام المنطق ومشاعر فقدان القيمة، وتعتبر المعتقدات الخاطئة العامل المهم والأساسي في نشأة الاضطرابات النفسية والانفعالية. (بيك، 2000، ص31)

- التعريف الإجرائي:

نعمل في هذه الدراسة على رصد وتصحيح المعتقدات الخاطئة باعتبارها غير واقعية ومشوهة معرفياً يحملها الفرد الذي قام بمحاولة انتحارية، وتمثل هذه الأفكار العامل الأساسي في ظهور السلوك المختل وظيفياً وهو المحاولة الانتحارية، يتم رصد هذه المعتقدات وتعديلها خلال العملية العلاجية بتقنيات معرفية سلوكية، كما يتم رصد هذه المعتقدات والأفكار الخاطئة خلال العملية العلاجية بتطبيق سلم الاعتقادات لألبرت إليس.

الجانب التطبيقي للدراسة:

4. نوع الدراسة:

تعد هذه الدراسة من الدراسات الإكلينيكية العيادية، والتي تهدف إلى التعرف على خصائص التكوين النفسي والمعرفي لمحاولي الانتحار، ومعالجة السلوك الانتحاري كسلوك مضطرب، إذ تعتمد على المنهج الإكلينيكي ودراسة الحالة في جمع المعلومات، ثم تفسيرها ومعالجتها.

5. الدراسة الاستطلاعية:

الدراسة الاستطلاعية مرحلة تمهيدية في كل البحوث العلمية، تسمح للباحث بتكوين تصور واقعي عن موضوع البحث، كذلك وضع الفرضيات الملائمة لمجال الدراسة.

امتدت دراستنا الاستطلاعية في مجال زمني بدأ من مارس 2017 إلى فيفري 2018، وفي حدود مكانية محددة هي:

أ/ مركز فرانس فانون - عنابة:-

قامت الباحثة بالتوجه لمركز فرانس فانون الكائن مقره بولاية عنابة، باعتباره مركز لعلاج حالات مدمني المخدرات وكذلك محاولي الانتحار، والتقت هناك مع الفريق الطبي العامل بالمركز مع حالات محاولي الانتحار، من أطباء الأمراض العقلية والنفسية وكذلك الأخصائيين النفسيين، بهدف التقصي عن حالات الدراسة وموضوع البحث، والوقوف على أهم الاستراتيجيات العلاجية النفسية المقدمة على مستوى المركز، وطرق التكفل بفترة محاولي الانتحار.

وجدنا بالمركز حالات مناسبة لمجال دراستنا، لكن الدراسة تمت في عيادة علاج نفسي بقلمة، كما أن الدراسة الاستطلاعية سمحت لنا بالتعرف على خصائص البحث ومتغيراته، من الناحية العملية كالوسائل المتبعة والجهد المبذول، وكان النزول المباشر للميدان عامل مساعد في ضبط متغيرات الدراسة وتساؤلاتها.

6. المنهج:

المنهج هو عبارة عن مجموعة العمليات والخطوات التي يتبعها الباحث بغية تحقيق هدفه بطريقة منسقة ومنظمة. (زرواتي، 2008، ص175)

ولأن هذه الدراسة تهدف إلى كشف دور العمليات المعرفية من معتقدات خاطئة لدى محاولي الانتحار، وفعالية العلاج المعرفي السلوكي في تصحيح هذه المعتقدات الخاطئة وتعديل سلوكهم تجاه السلوك الانتحاري، فقد اعتمدنا المنهج الإكلينيكي باعتباره المنهج المناسب لدراستنا، فالمنهج العيادي يسمح لنا بمعرفة السير النفسي بهدف تكوين صورة واضحة عن التكوين العقلي والنفسي للفرد، وذلك باستخدام تقنية دراسة الحالة التي تعتبر الإطار العام الذي ينظم فيه الأخصائي النفسي كل المعلومات والنتائج التي يتحصل عليها من العميل.

7. حدود الدراسة:

المجال هو مقياس آخر يساهم في تصميم البحث العلمي (أنجرس، 2004، ص74)، وقد نظمنا المجال الزماني والمكاني والبشري كما يلي:

أ/الحدود الزمنية:

بدأت الباحثة الدراسة التطبيقية في شهر جوان 2020، ويطبق البرنامج في مدة أربعة أشهر، لينتهي البرنامج في سبتمبر 2020.

ب/الحدود المكانية:

تنتهي حالات الدراسة إلى المرضى المترددين على عيادة للعلاج النفسي بولاية قلمة، من فئة محاولي الانتحار.

ج/الحدود البشرية (حالات الدراسة):

تكونت حالات الدراسة من حالتين، تم اختيارهما بطريقة قصدية من بين المفحوصين محاولي الانتحار المراجعين على مستوى عيادة للعلاج النفسي بمدينة قلمة طلبا للعلاج النفسي، على أن تكون محاولة الانتحار لديهم قصدها الموت الحقيقي، مع السلامة من أي مرض عقلي.

اعتمدت الباحثة في اختيار العينة على شروط مطلوبة في البحث أهمها، تاريخ الحالات من محاولي الانتحار المعالجين على مستوى العيادة بشكل منتظم، وممن كان إقبالهم على محاولة الانتحار بهدف الموت حقيقة، مع توفر الرغبة والانتظام في العلاج النفسي للتخلص من السلوك الانتحاري، من فئة رجال ونساء.

8. أدوات الدراسة:

1.8 البرنامج العلاجي:

في إطار هذه الدراسة المعدة لنيل درجة دكتوراه العلوم في علم النفس العيادي، قامت الباحثة ببناء برنامج علاجي حسب التوجه المعرفي السلوكي، لتقييم فعاليته في تعديل المعتقدات الخاطئة لدى فئة محاولي الانتحار، وهو برنامج علاجي، هدفه تحديد المعتقدات الخاطئة، ثم تعديلها لدى محاولي الانتحار ليتعدل تبعاً لذلك سلوكهم المضطرب تجاه الانتحار.

تستخدم الباحثة استراتيجيات علاجية منظمة من حيث الزمان والمكان والوسائل والتقنيات العلاجية المستخدمة، والتي كانت مستوحاة من العلاج المعرفي السلوكي.

يتكون البرنامج العلاجي لهذه الدراسة من 15 جلسة، والتوزيع الزمني للجلسات يكون حسب التقدم المحقق مع كل حالة بما يناسبها، وهذا في مدة تقارب الأربعة أشهر.

1.1.8 أدوات البرنامج العلاجي:

أ/ الملاحظة الإكلينيكية:

الملاحظة الإكلينيكية هي تقنية رصد الظواهر السلوكية، الفكرية اللغوية، الانفعالية والمعرفية الدالة بهدف إعطائها معنى. (Maurice, 1994, P149)

قامت الباحثة بتوظيف المقابلة الإكلينيكية المنظمة والمنسقة طيلة مدة الدراسة، بجميع مراحلها من التعارف والتقييم إلى التشخيص، ثم مرحلة العلاج وإنهاء البرنامج.

ب/ المقابلة العيادية:

المقابلة العيادية هي علاقة دينامية، وتبادل لفظي منظم بين المعالج والمفحوص، بحيث يلاحظ المعالج فيها ما يطرأ على المفحوص من تغيرات وانفعالات. (Angel, 1998, P47)

استخدمت الباحثة المقابلة العيادية كتقنية للتعرف على المفحوص وجمع المعلومات المطلوبة لبناء التصور المعرفي للمشكلة ومعالجتها، وذلك برصد وتحديد المعتقدات الغير عقلانية لدى حالات الدراسة محاولي الانتحار، ودورها في سلوكهم المضطرب وهو المحاولة الانتحارية، قامت في المرحلة الأولى بمقابلات مفتوحة هدفها التعارف وبناء جسر الثقة بين المعالجة والمفحوص مع بناء العقد العلاجي، من خلال توضيح والاتفاق على أهداف البرنامج ووسائله ومدته، وكان هدف المقابلات الأولى هو التعارف والتشخيص وبناء العقد العلاجي.

بعدها استخدمت الباحثة المقابلة النصف موجهة خلال الجلسات العلاجية، لتطبيق البرنامج العلاجي في مرحلتي التدخل والعلاج، ثم مرحلة إنهاء البرنامج العلاجي، مع حالات الدراسة وهم محاولي الانتحار من خلال تعديل أفكارهم ومعتقداتهم الخاطئة ليتعدل تبعاً لذلك سلوكهم تجاه السلوك الانتحاري.

ج/ سلم الاعتقادات: لآلبرت إليس «L'échelle des Croyances»

هو سلم أعدده عالم النفس الأمريكي آلبرت إليس، صاحب نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، الذي يعتبر أحد المداخل المعرفية السلوكية الحديثة في العلاج النفسي، ويولي اهتماماً خاصاً بالدور الذي يلعبه التفكير في نشأة واستمرار الاضطرابات الانفعالية والمشكلات السلوكية للفرد. (Bouvard, 1999, P231-234)

قمنا بتطبيق سلم المعتقدات في هذه الدراسة كتقنية أساسية لرصد الأفكار الخاطئة لدى حالات الدراسة (محاوي الانتحار) بهدف تدعيم التشخيص الإكلينيكي، ويتكون هذا السلم من عشرون بنداً معد خصيصاً لرصد الأفكار اللاعقلانية وتراوح استجابات المفحوصين فيه بين خمس درجات.

كما استعملت الباحثة في البرنامج العلاجي فنيات العلاج المعرفي السلوكي، كتقنية رصد المعتقدات ولعب الدور والواجب المنزلي وتوكيد الذات، الاسترخاء العضلي والذهني الاسقاط الزمني والتعزيز المعرفي... الخ.

2.1.8 الأسس التي يقوم عليها البرنامج:

في بناء هذا البرنامج العلاجي راعت الباحثة النقاط التالية:

- يوجه هذا البرنامج للأشخاص محاولي الانتحار من فئة الراشدين، جنس نساء ورجال .
- أن تكون حالات الدراسة من فئة محاولي الانتحار، وكان الموت هو المقصد الحقيقي من هذا السلوك الانتحاري.
- حالات الدراسة من فئة محاولي الانتحار، ممن يزاوون علاج نفسي على مستوى عيادة للعلاج النفسي بولاية قلمة.
- اختيار حالات الدراسة، كان من تاريخ الحالة في التقييم والتشخيص، واستخدمت الباحثة سلم ألبرت إليس في عملية رصد المعتقدات الخاطئة لدى حالات الدراسة .

3.1.8 المجال المكاني والزمني للبرنامج:

يطبق البرنامج العلاجي الخاص بهذه الدراسة في مدة تقارب أربعة أشهر، بمجموع (15) جلسة، زمن كل جلسة (60) دقيقة، مع حالات الدراسة وهم المراجعون على مستوى عيادة للعلاج النفسي بولاية قلمة، ممن قاموا بمحاولة أو محاولات انتحارية.

4.1.8 أهداف البرنامج العلاجي:

حددت الباحثة الهدف العام لهذا البرنامج العلاجي في تصحيح المعتقدات الخاطئة لدى محاولي الانتحار، ليتعدل تبعاً لذلك سلوكهم المضطرب تجاه السلوك الانتحاري، على أن يتحقق هذا الهدف العام من خلال تحقيق مجموعة من الأهداف الفرعية نلخصها كما يلي:

- تحديد البروفيل النفسي العام لمحاولي الانتحار .
- تحديد المحتوى المعرفي لمحاولي الانتحار، والصياغة المعرفية للمشكلة.
- تحديد أهم المعارف الخاطئة واللاعقلانية المعرقللة للسيرورة الانفعالية لمحاولي الانتحار.
- توعية محاولي الانتحار بكيفية الارتباط بين الأفكار والانفعالات والسلوك.
- التحكم المعرفي في المعتقدات والأفكار الداعمة لاضطراب السلوك الانتحاري.
- تعديل المعتقدات الخاطئة وبناء أفكار وتصورات جديدة وأكثر عقلانية ومنطقية لمحاولي الانتحار.
- بناء توجه معرفي عقلائي ناضج، ورفع درجة الاستبصار لدى محاولي الانتحار .
- تعديل السلوك المضطرب تجاه محاولة الانتحار .
- تمكين محاولي الانتحار من إدارة ذواتهم بشكل جيد.

5.1.8 مراحل تطبيق البرنامج: يتم تطبيق البرنامج العلاجي عبر ثلاث مراحل هي:

- 1- مرحلة التقييم والتشخيص: تكون من الجلسة الأولى حتى الجلسة الثالثة.
- 2- مرحلة التدخل العلاجي: وتكون من الجلسة الرابعة حتى الجلسة الثانية عشر.
- 3- مرحلة المتابعة: تكون من الجلسة الثالثة عشر إلى الجلسة الخامسة عشر.

ملاحظة:

مواعيد الجلسات والفاصل الزمني بينهم وكيفية سيرورتها، تتم بمرونة وفق ما يناسب كل حالة.

9. عرض وتحليل حالات الدراسة:

1.9 عرض الحالة الأولى (م.ع):

ا/ تقديم الحالة الأولى (م.ع):

(م.ع) عون أمن، عمره 47 عاما، يقطن بأحد ولايات الشرق الجزائري، أعزب يتيم الأب منذ كان في السادسة عشر من عمره، يعيش مع والدته المريضة المسنة بعد زواج اخوته وأخواته الذي يكون هو أصغرهم، لديه مستوى دراسي ثالثة ثانوي أما مستواه المعيشي فهو متوسط.

تقدم (م.ع) لعيادة العلاج النفسي بقالمة طلبا للعلاج النفسي أول مرة مرفوق بزواج أخته بسبب حالته المرضية حينها، وهذا بقرار شخصي منه، لرغبته في العلاج بعد خروجه من المستشفى الذي تلقى فيه علاجاً طبياً بعد محاولة انتحار خطيرة قام بها كادت أن تؤدي بحياته .

كانت طفولة (م.ع) عادية، لكن فترة المراهقة صعبة، وهذا بعد تعرضه لعملية اغتصاب جماعي من طرف مجموعة أصدقاء غدروا به وهو في رحلة جبيلة معهم، فكانت هذه الحادثة أول صدمات حياته، وتفاقم الوضع عنده بعد رفض والده رحمه الله تقديم شكوى ضد المعتدين مكثفي بنصح ابنه في شكل تعنيف لفظي ليعمل حسابه مستقبلاً حسب (الخوف من الوصم الاجتماعي).

زادت معاناة (م.ع) النفسية تفاقماً بعد رحيل ولده وانشغال اخوته كل بحياته الخاصة، مع البطالة بعد مغادرة مقاعد الدراسة، وحتى بعد حصوله على عمل كعون أمن، كان له فشل عاطفي بعد فسخ خطوبته لمرتين متتاليتين، مما زاد في انعزاله النفسي ودخوله حالة اكتئاب، فقد معها الأمل شيئاً فشيئاً، زادت حالته حدة وأوصلته للقيام بمحاولة انتحارية خطيرة للغاية، وهذا باستعمال سكين حاد حاول قطع شرايين يديه مع طعن بطنه بطعنات عميقة، مما استدعى نقله على جناح السرعة لأقرب مستشفى، مكث به حوالي أسبوع، كان هذا بعد فسخ خطوبته من طرف الفتاة التي كان يريدتها زوجة له، بعد خروجه من المستشفى كانت معاناته النفسية متفاقمة، زادا حدة تخلي ما بقي من أصدقائه عنه بعد هذه الحادثة، وكانت علامات الخياطة ببطنه (18 وخزة) تشعره أكثر بالعار والاحباط معاً.

ب/ عرض وتحليل الحالة الأولى (م.ع):

مرحلة التقييم والتشخيص: الجلسات من 01 إلى 03:

تمحورت الجلسات الثلاث الأولى، بعد التعارف بين الباحثة والمفحوص حول التعرف على المشكلة، مع تقييم النية الحقيقية للانتحار والأفكار الانتحارية خلال المحاولة الانتحارية، كذلك تقييم مدى ملائمة الحالة للعلاج المعرفي، كذلك تمت الصياغة المعرفية للمشكلة أي التشخيص الكلينيكي، مع بناء العقد العلاجي.

فخلال مقابلة التعرف على المفحوص ومشكلته، كان توفير جو الثقة والاحترام المتبادل لتشجيع المفحوص على طرح مشكلته بحرية وثقة، ومن خلال الحوار تبين مستوى الفهم الجيد للمفحوص للأمور مما سهل قابليته للعلاج المعرفي،

كما عملت الباحثة على رصد وتسجيل الأفكار الانتحارية والمعتقدات المعرفية للحالة، مع تطبيق سلم ألبرت إليس للمعتقدات لتدعيم التشخيص، وتحصل المفحوص على درجة 85د متجاوز بذلك الحد المتوسط للدرجات وهو 60د.

ومن خلال تقنيات الاضغاء ثم اعادة الصياغة تم الفهم الجيد للحالة مع شرح للمفحوص مشكلته من الناحية الإكلينيكية وطبيعة أعراضه مدعمة بنتائج سلم ألبرت، وهذا بشرح كيفية الربط القائم بين الأفكار التي يعتنقها مع الانفعال وكيف كان السلوك المضطرب متمثل في المحاولة الانتحارية التي أقدم عليها تحصيل حاصل لسلسلة الترابطات المنطقية بين الفكرة أو المعتقد والانفعال والسلوك، مع شرح لتقنيات العلاج المقدم في البرنامج، تقنياته أدواته، وقته عدد الجلسات وكيفية برمجتها، حيث كانت تبرمج بما يتماشى مع البرنامج والعمل والباحثة.

كما كانت هناك جلسة استرخاء عضلي ذهني انفعالي مع تدريب المفحوص عليها، للتقليل من الضغط النفسي الكبير الذي كان عليه، وفي تقييم نية المفحوص في الانتحار حقيقة من عدمها، ظهر بوضوح الرغبة الحقيقية له في الموت وانهاء حياته، وهذا من خلال الأداة الخطرة التي استعملها سكين حاد، والجروح الغائرة التي أحدثها في بطنه مع النزيف الحاد الذي تعرض له بعد محاولة قطع شرايين اليدين.

أنهينا هذه الجلسات بمستوى جيد من الفهم والتقبل والإرادة الكبيرة التي أبداهها المفحوص للمضي قدما في باقي مراحل العلاج، مع تقييم لاحتمالية وجود نية اعادة المحاولة الانتحارية مجددا وكانت النتيجة سلبية حول تكرار المحاولة.

مرحلة التدخل العلاجي:

الجلسات من 04 إلى 06:

كانت هذه الجلسات مخصصة للتدخل العلاجي مع مواصلة رصد المعتقدات المعرفية المشوهة عند المفحوص (م.ع)، وربطها بالسلوك الانتحاري ثم قلب التوازن المعرفي ضد الانتحار والمحاولة الانتحارية.

حيث أنه وبتقنيات رصد الأفكار التلقائية وتدريب المفحوص على تسجيلها والمراقبة الذاتية، مع تصحيح المعتقدات المشوهة معرفيا سواء المسجلة في سلم ألبرت إليس أو التي تم رصدها في الواجبات المنزلية وخلال الجلسات العلاجية، اتسمت بالتشوه المعرفي كالأستنتاج المبالغ فيه، مع الوصول لنتيجة لا تسبقها مقدمات منطقية، وكانت حالة الاحباط مع كل فشل عاطفي للمفحوص مع وجود أرضية خصبة من معاناة نفسية متراكمة منذ صدمات الاعتداء الجنسي الذي تعرض له في مرحلة المراهقة، كذلك نقص التوجيه والحماية والحنان الأبوي في فترة حساسة كالمراهقة بوفاة والده، كلها عوامل زادت من الشعور بالاحباط وتزايد حالة فقدان الأمل عند المفحوص، خاصة بفقدان السند والدعم النفسي كونه يعيش مع أم أمية مسنة مريضة وانشغال اخوته كل بحياته الخاصة، تضافرت العوامل ليكون فقدان الكلي للرغبة في الحياة تحصيل حاصل، وقيامه بمحاولة وضع حد نهائي لحياته.

وفي عملية قلب التوازن المعرفي ضد الانتحار، تم كسر الحلقة المعرفية التي تربط نظام المعتقدات والمحاولة الانتحارية، حيث كانت الحلقة المعرفية لدى المفحوص كما يلي: (فشل عاطفي متكرر، هذا يعني أنني لست مؤهلا لتكوين أسرة، لن أنجح أبدا في حياتي، فات الوقت 48 سنة، لا شيء يستحق الحياة، الموت راحة الموت أرحم)، ليكون المرور للفعل الانتحاري، تمت هنا المناقشة الموضوعية للعوامل الدافعة مباشرة للمحاولة الانتحارية ومدى موضوعية الدوافع،

كما تم وضع حلول بديلة للكثير من مشكلات العميل ذات الصلة بالمحاولة الانتحارية، مع مساعدته على تخيل المستقبل واستشراف مشكلات ممكن حدوثها خارج الموقف العلاجي ووضع حلول ممكنة لها والتدريب عليها.

وكان يتم خلال نهاية كل جلسة تمرين استرخاء مع تكليف بواجب منزلي يطبق خلاله المفحوص ما تعلمه خلال الجلسات، كالمراقبة الذاتية للأفكار التلقائية، ومواجهتها في حينها.

الجلسات من 07 إلى 12:

تواصل العمل مع المفحوص برتم جيد، مع التزامه بموعد الجلسات والواجبات المنزلية، وكان التأجيل فقط في جلستين بسبب ظروف عمله وبعد المسافة (المفحوص كان من ولاية أخرى بعيدة عن ولاية قالمة)، وتركز العمل خلال هذه المرحلة من البرنامج حول تحديد أسباب الحياة وأسباب الموت كما يدركها العميل، وهذا يهدف تحديد أسباب فشل ميكانيزمات التكيف سابقا عند المفحوص، مع استخراج مصادر القوة والاحباط عنده لفك الارتباط بين الأفكار والانفعال من جهة واستخراج الجزء الموصل للأفكار الانتحارية بدقة، مع تقييم أسباب الحياة عنده وتقويتها، وجعل المفحوص أكثر وعيا بوجود أسباب واقعية للبقاء على قيد الحياة.

كما قمنا بالعلاج بتقنية الاسقاط الزمني، عن طريق تخيل المستقبل، فمن خلال تمرين الاسترخاء نطلب من المفحوص تصور حياته خلال: أ/ 5 ساعات، ب/ 5 أيام، ت/ 5 أسابيع، ج/ 5 أشهر، د/ 5 سنوات، وقمنا هنا برصد وتسجيل انفعالات المفحوص المرافقة لهذا التصور، مع تدريبه على استعمال تقنية الاسقاط الزمني لوحده لتزكية كفاءته، مع زيادة أثر هذه التقنية الوقائي والمتمثل في الحماية من محاولات انتحارية لاحقة.

وكان التعزيز المعرفي ختام العمل العلاجي في هذه المرحلة، وذلك باستخراج أي مواقف ضغط يجدها المفحوص في يومياته، مع تحديد المحتوى المعرفي لتلك المواقف وتصحيحه، وتطوير ميكانيزمات مواجهة أكثر نضج وتكيف، والعمل دائما على مراجعة وتعزيز ما تعلمه المفحوص خلال هذه المراحل من العلاج، حيث كان استيعاب المفحوص وجديته وارادته عوامل هامة في الاكتساب والانتقال الموفق في مراحل البرنامج العلاجي.

مرحلة المتابعة: الجلسات من 13 إلى 15:

كانت هذه المرحلة الأخيرة من العمل العلاجي المبرمج مع المفحوص، وتمحورت الجلسات حول مراجعة منجزات الجلسات السابقة، لتقييم مدى استيعابه ونجاح العمل، ومن خلال عملية الحوار تبين أنه تم تعديل معظم المعتقدات الخاطئة لدى المفحوص، مع تطوير ميكانيزمات مواجهة وتكيف جيدة، مع تحضير المفحوص لإنهاء البرنامج العلاجي.

طلبت هنا الباحثة من المفحوص في واجب منزلي تسجيل كل ما تعلمه خلال البرنامج العلاجي، سلبيات وإيجابيات البرنامج كما يدركها هو مراعى الدقة والموضوعية قدر المستطاع، وكانت النتائج جد ايجابية ومشجعة، حيث ظهر في مناقشة الموضوع تحقق جل الأهداف المسطرة خلال البرنامج العلاجي، باكتساب المفحوص لعادات تفكير عقلانية بعيدة عن عادات المبالغة والتعميم المفرط وغيرها، وهنا يكون قد تغلب على دوافع الاقدام على الانتحار والمحاولة الانتحارية.

وبتعديل نمط التفكير لدى المفحوص من خلال القراءة الموضوعية للواقع، اختفت تماما الأفكار الانتحارية وعلامات عدم القدرة على تخيل المستقبل التي هيأت لظهورها، وتعديل تبعاً لذلك السلوك، بحيث أصبح المفحوص أكثر تكيف ويعيش حياة طبيعية، بين العمل والوالدة، مع شغل الوقت بالرياضة وأصدقاء نافعين، مع التعزيز المعرفي المستمر

للمكتسبات، وكذلك الجانب الروحاني بتعميق العلاقة مع الله تعالى بالصلاة والدعاء مع الإيمان بالمكتوب في مشاريع الزواج وغيرها، ومهمته فقط تطوير نفسه وميكانيزماته ليكون مؤهل أكثر لتحمل أعباء هذا المشروع.

كانت الجلستين الأخيرتين متباعدتين، واحدة بعد 21 يوم، والأخرى بعد حوالي شهر، حيث ظهر الاستقرار النفسي والنضج الفكري لدى المفحوص مع التكيف السلوكي، وهنا تم إنهاء البرنامج وقد حقق أهم ما تم تسطيره من أهداف .

2.9 عرض الحالة الثانية (س.ب):

/ تقديم الحالة الثانية (س.ب):

(س.ب) فتاة في عمر 18 عاما، طالبة في الثانية ثانوي، من ضواحي ولاية قالمة، تتوسط ترتيب اخوتها، تعيش مع والديها واخوتها مع مستوى معيشي مقبول لحد كبير، متوسطة من ناحية التحصيل المدرسي، عانت منذ صغرها من التفرقة، حيث كانت ترى في تفضيل أمها لأختها الأكبر عامل احباط وشعور دائم بالنقص لديها، دخلت قبل عامين في علاقة عاطفية متهورة مع شاب جامعي، ما تسبب في تدهور دراستها و اعاذتها للسنة الثانية ثانوي، لكنها واصلت معه بل وساءت سلوكياتها أكثر بعد اقدمها على سرقة حلي والديها مع مبلغ من مال والدها بعد تحريض الشاب لها على هذا الفعل، كوسيلة للتخطيط للهروب معا والحرقه لخارج الجزائر.

بعد حادثة السرقة منعها والدها من مزاولة الدراسة نهائيا، لم تتقبل الأمر وكان ردها هي كذلك عنيف بتهديدهم الدائم بالهروب من البيت، مما زاد في عنف رد الوالدين بمصادرة هاتفها مع مراقبة دائمة لها داخل البيت ولا تخرج إلا للضرورة القصوى و بمرافقة والديها، قطع الشاب الاتصال بها واستفاد هو من المسروقات، وعلمت الفتاة أنه يعيش حياته عادي جدا بدونها، مع اهمام كل اخوتها بدراساتهم، كانت أختها الأكبر بالجامعة، وأخوها عسكري، وأختها التي تصغرها من الأوائل في التعليم المتوسط، فشعرت بالإحباط الشديد وفقدت الأمل مع احساس قاتل بالفشل والندم، ومع سوء علاقتها المستمرة بوالديها، قررت وضع حد لحياتها التي كانت تراها تنهار أمامها، وذلك برميها لنفسها من الطابق الثالث من المنزل، ما تسبب في كسر خطير على مستوى الحوض والخصر، وكذلك كسر بالرجل والذراع الأيمن.

ب/ عرض وتحليل الحالة الثانية (س.ب):

مرحلة التقييم والتشخيص: الجلسات من 01 إلى 03:

زارت الفتاة (س.ب) عيادة العلاج النفسي بقالمة رفقة والديها موجبة من طرف طبيب الأعصاب Neurologue، حيث زاولت العلاج عنده لمدة قصيرة بعد خروجها من المستشفى بعد حادثة المحاولة الانتحارية، وكانت تأخذ أدوية مضادات القلق، خلال الجلسات الأولى، وبعد التعارف وبناء العقد العلاجي مع المفحوصة، مع تهيأت جو الثقة والاحترام المتبادل، أظهرت الفتاة رغبة متزايدة في العلاج النفسي بعد كل جلسة، من خلال طرح المشكل وفهم الدور المطلوب منها لإنجاح البرنامج العلاجي، الذي تم تقديمه بالشرح والتحليل، طبيعته أهدافه وأدواته ومدته.

وخلال تقييم الأفكار الانتحارية للمفحوصة، تبينت النية الحقيقية عندها في الموت وانهاء حياتها، ترجمت في طريقة محاولة الانتحار التي سلكتها، من خلال رمي نفسها من الطابق الثالث للمنزل، والآثار الكبيرة التي كانت على صحتها كالكسور البليغة، مع المعاناة النفسية العميقة التي كانت تصاحبها، كما اتسمت طبيعة المعتقدات التي تم رصدها خلال هذه الجلسات باللاعقلانية، وكانت نتائج سلم ألبرت ليس بعد تصحيحه دالة على ذلك، المبالغة المفرطة، الاستنتاج

العشوائي، القراءة الذاتية والعاطفية للواقع ... الخ، مع الاندفاعية والتهور في رد الفعل، حيث تحصلت المفحوصة على درجة 90 في سلم ألبرت.

بعد الفهم الجيد للمشكلة مع تقنيات الاصغاء والحوار واعادة الصياغة، تمت عملية التشخيص والصياغة المعرفية للمشكلة، حيث كانت المفحوصة تعاني حالة احباط وألم نفسي وفشل عاطفي، متبوعة بنظام اعتقادي خاطئ، تطورت إلى فقدان الأمل وعدم القدرة على تخيل المستقبل، واضطراب العلاقة مع والديها وخاصة الأم وشعورها بالفشل والندم بعد منعها من مزاولة الدراسة، وفقدان ثقة والديها كلية بعد حادثة السرقة للحلي والمال من المنزل، كل هذا ساهم في توقف رغبتها في الحياة، ونمو رغبة الموت، لتكون محاولة الانتحار كآخر حل رآته مناسباً لمشكلتها.

التزام المفحوصة بمواعيد الجلسات، مرفوقة بوالديها، مع التعاون داخل الجلسة وخارجها، بإنجاز واجباتها المنزلية، ساهم في الانطلاقة الجيدة للبرنامج، كما عملت الباحثة هنا على التقليل من حجم المعاناة النفسية للفتاة، بالتفريغ الانفعالي والاصغاء الجيد، مع تمارين الاسترخاء، ورصد الأفكار الخاطئة، ساهم كل هذا في تهدأت نفسية الفتاة لحد كبير، مع توعية الوالدين بكيفية التعامل الجيد مع الفتاة وأزمته النفسية، كل هذه العوامل ساعدت على انهاء هذه المرحلة بنجاح تمهيدا للمرحلة التالية من العلاج.

مرحلة التدخل العلاجي: الجلسات من 04 إلى 06:

كان رصد المعتقدات المعرفية المشوهة للمفحوصة، وتدريبها على تقنية مراقبتها ورصدها ووسائل مواجهتها وتصحيحها، والتركيز على المعتقدات ذات الصلة مباشرة بالمحاولة الانتحارية، أهم ما ميز هذه المرحلة من العلاج، وهذا عن طريق التسجيل والتخيل والحوار الاصغاء والاستبصار، يتخللها إعادة الصياغة متبادل بين الباحثة والمفحوصة للتأكد من الفهم الجيد للطرفين خلال العملية العلاجية.

ختمت هذه المرحلة بقلب التوازن المعرفي ضد الانتحار، عن طريق تحديد الأفكار ذات الصلة بالمحاولة الانتحارية، مع تبيان تشوهها المعرفي وتصحيحها، ليتم بذلك كسر الحلقة المعرفية التي ربطت بين نظام المعتقدات والمحاولة الانتحارية. ما زاد في انجاح هذه المرحلة والتقدم الجيد في العلاج، هو تعاون الوالدين في العمل العلاجي، حيث أنه ومن خلال عملية الاستبصار أدرك الوالدين خطأ الحلول التي انتهجوها مع الفتاة، حيث أن العنف والمنع من الدراسة والحبس في البيت، ولد قوة مواجهة مماثلة في درجة العنف عند الفتاة، وجعلها تبحث عن المخرج والبديل من هذا السجن بأي وسيلة ومهما كان الثمن، فانتهجت السرقة والتخطيط للهجرة غير الشرعية مع شاب غريب استغلها كحل رآته هي مناسباً.

عادت الفتاة لمقاعد الدراسة بعد حوالي شهرين من الانقطاع، خاصة أن تبرير الغياب بالاستشفاء والعلاج ساعدها كثيراً، تحسنت حالة الفتاة النفسية واستقرت علاقتها مع والديها لحد كبير، فكان المرور للمرحلة التالية من العلاج سلس مرن موفق لحد كبير.

الجلسات من 07 إلى 12:

تركز العمل العلاجي هنا على تحديد أسباب الحياة وأسباب الموت كما تدركها المفحوصة، وباستخراج مصادر القوة والضعف في ميكانيزماتها، مع التركيز على مصادر القوة عندها وتنميتها وتطويرها لميكانيزمات مواجهة وتكيف مرنة داخل

الموقف العلاجي وخارجه، فأصبحت الفتاة أكثر وعياً بأسباب الحياة عندها، حيث أن الفشل لا يعني النهاية، كما أنها أدركت سوء اختيارها وكيف أن الشباب استغلها مادياً فقط وتركها لمصيرها في مشكلتها مع والديها، كما أدركت أخطاء قراراتها في الحلول التي انتهجتها، فالحل ليس الهروب بأي ثمن أو إنهاء الحياة المحرم شرعاً وقانوناً، بل بالاعتراف بالخطأ بعد الاستبصار، والعزم على التغيير والمواجهة المتكيفة بالعودة لمواصلة الدراسة، مع تغذية الرغبة في النجاح الدراسي والعائلي، خاصة بعد استبصارها بحجم الضغط والقلق الذي وضعت فيه والديها، وأن منعهم لها من الدراسة كان لحمايتها من المصير المجهول المخيف الذي كانت تسير به دون وعي ولا استبصار.

مع تقنية الاسقاط الزمني بتخيل المستقبل ثم التدريب عليه ميدانياً، كانت العودة للدراسة مع تحسن العلاقة مع الوالدين والاخوة من أهم أسباب الحياة المحفزة للفتاة على المواصلة والنجاح والتغيير نحو الأفضل.

كما كان التعزيز المعرفي من أهم وسائل العمل في هذه المرحلة العلاجية، بتدعيم وتثبيت ما تعلمته المفحوصة خلال الجلسات السابقة، وكذلك بمواصلة رصد كل المواقف المولدة للضغط والقلق عندها، مع استخراج المكون المعرفي لتلك المواقف لتصحيحها ووضع ميكانيزمات تكيف بديلة والتدريب عليهما، اجتزنا أهم مراحل البرنامج العلاجي المسطر مع تحقيق أكبر مما كان منتظراً منه خلال هذه المرحلة.

مرحلة المتابعة: الجلسات من 13 إلى 15:

بعد انتهاء أهم محاور البرنامج العلاجي مع المفحوصة (س.ب)، كان تهيئتها لإنهاء البرنامج يتم بمرونة جيدة، حيث كانت آخر ثلاث جلسات مخصصة لمناقشة ما تعلمته الفتاة من البرنامج العلاجي، وكانت قد طورت نمط تفكير مرناً أكثر نضجاً، سمح لها بمواصلة حياتها بميكانيزمات تكيف ومواجهة ممتازة، ما ساهم مباشرة في اختفاء تام لسلوكياتها المضطربة السابقة، حيث كانت مركزة على دراستها، علاقتها جيدة ومستقرة مع والديها واخوتها، خرجت نهائياً من حلقة الضغط والاندفاع التي كانت داخلها.

أنهينا آخر جلسة متابعة بعد حوالي شهر على آخر موعد، وكان التوازن النفسي والنضج العقلي والانفعالي والتكيف السلوكي أهم ما ميز حياة الفتاة، وبالتالي تحقيق جل مخرجات البرنامج العلاجي المقدم.

10-تحليل النتائج على ضوء الفرضيات:

الفرضية الاجرائية الأولى: يساهم العلاج المعرفي السلوكي لمحاوي الانتحار في تصحيح المعتقدات الخاطئة لديهم. بعد تحليل السيرورة المعرفية المشوهة لدى حالات الدراسة، التي انعكست سلباً على انفعاليتهم وسلوكياتهم، بدأنا التدخل العلاجي باختبار الأفكار مع الفنيات المعرفية التي ساهمت في تغيير البنية الإدراكية لديهم، فقد استخدمنا في هذا البرنامج العلاجي فنيات تركز على التفكير والانفعال والسلوك، كتحديد أسباب الحياة وأسباب الموت ودراستها، وقلب التوازن المعرفي ضد الانتحار، العلاج بتقنية الاسقاط الزمني، مع التعزيز المعرفي، ساعد كل هذا في تعرف المفحوصين على أفكارهم اللاعقلانية وعلاقتها بالمحاولة الانتحارية لديهم، مع اعتماد تفسيرات وصياغة أفكار أكثر واقعية، من خلال الفهم و الاحترام و التدريب والتعزيز والتشجيع والدعم الذي حصلوا عليه من طرف الباحثة، بهذا تكون فرضية البحث قد تحققت.

الفرضية الاجرائية الثانية: يساهم العلاج المعرفي السلوكي لمحاوли الانتحار عن طريق تصحيح المعتقدات في التخلص من السلوك الانتحاري.

في ضوء نتائج الفرضية الثانية ظهر تحسن حالات الدراسة، تجسد هذا التحسن في نمط تفكيرهم العقلاني، وأيضا في سلوكياتهم التي أصبحت أكثر توافق وتكيف، حيث أظهرت النتائج أنه بعد تعديل المعتقدات الخاطئة لدى حالات الدراسة سجلنا انخفاضا ملحوظا ودالا اكلينيكيًا في غياب الأفكار الانتحارية، وغياب الرغبة في الموت مع التكيف مع الواقع.

كما قدم البرنامج العلاجي لحالات الدراسة، تعلم مهارات مواجهة وتحمل المسؤوليات التي لم تكن لديهم من قبل، مما أدى إلى اكتساب سلوك توافقي بدلا من السلوك الانتحاري، وهذا ما يثبت ويؤكد فرضية البحث. من خلال النتائج المتحصل عليها، يمكننا القول بأنه قد ساهم العلاج المعرفي السلوكي في تعديل المعتقدات الخاطئة لدى حالات الدراسة، متبوع بغياب سلوكيات انتحارية، وهذا ما يؤكد فرضيات البحث.

11. التحليل العام للنتائج:

تم الاعتماد في هذه الدراسة على بناء برنامج علاجي، الذي يقوم على فنيات تركز على الترابط بين نمط التفكير والانفعال والسلوك، هذه الأدوات المستوحاة من التوجه المعرفي السلوكي الذي يرى أن الفرد يشعر ويتصرف وفقا لنظام معتقداته، وأن السلوك المضطرب ومن ضمنه السلوك الانتحاري هو نتيجة لبنية فكرية خاطئة وغير عقلانية مع اضطرابات انفعالية مصاحبة.

وقد اعتمدت الباحثة في تعديل هذا السلوك المضطرب (السلوك الانتحاري)، أولا على تصحيح المعتقدات اللاعقلانية المصاحبة والمولدة له، ليتعدل تبعا لذلك السلوك المضطرب (السلوك الانتحاري)، حيث طبقنا مع حالات الدراسة برنامجا علاجيا وقد اتخذنا النظرية المعرفية السلوكية اطارا نظريا له.

وهذا ما يتوافق مع ما توصلت إليه الباحثة طاشمة وآخرون، في دراسة بعنوان "المقاربة المعرفية للانتحار-دراسة لحالي محاولة انتحار-"، حيث أن الأفراد محاولي الانتحار يستجيبون بصورة غير متكيفة لمواقف الحياة اليومية، بحيث تأتي هذه الاستجابة بفعل معتقداتهم وأفكارهم، التي تكون الجانب المعرفي المتمثل في المخططات غير المتكيفة والتي تطورت مبكرا أثناء طفولتهم، وأصبحت معتقدات أساسية وغير عقلانية، تؤثر سلبا على ادراكهم للواقع الذي ينعكس على حياتهم الشخصية والاجتماعية والمهنية.

فمن وجهة نظر يونغ فإن هذه المخططات هي تفسيرات شخصية وتلقائية للواقع، فالواقع الذي يشير إليه يونغ هو البيئة الأسرية التي نشأ فيها هؤلاء الأفراد، ويضيف أن التربية الوالدية المبكرة والأحداث التي تسبب صدمات مثل: الاهمال، الرفض، سوء المعاملة، الحرمان والانتقادات المتكررة من طرف المحيط العائلي، كلها تساهم في نشوء المخططات والمعتقدات المبكرة غير المتكيفة. (شاطمة وآخرون، 2021)

إن معايير نجاح العملية العلاجية هو تحقيقها لأهدافها، وعليه يمكننا القول بناء على نتائج هذه الدراسة، فعالية البرنامج العلاجي المقدم لكونه حقق أهم هذه الأهداف، وهو تصحيح المعتقدات الخاطئة لدى حالات الدراسة الذين

خضعوا للعلاج النفسي، حيث ظهر هذا التحسن واضحا في تعديل سلوكهم تجاه الانتحار، كما زودهم البرنامج العلاجي بمهارات مواجهة بديلة وخبرات ناجحة.

خاتمة:

انتشرت ظاهرة محاولات الانتحار بشكل كبير، على الرغم من الرفض الاجتماعي والديني والقانوني لها، والاحصائيات تشير لوجود عشرات محاولات التي يرغب أصحابها في الموت المحقق، سواء في الجزائر أو باقي دول العالم، كما أن مشكل الانتحار ليس مشكل متصل بالفرد وحده فقط، بل يجب الاهتمام بالعوامل المحيطة به كذلك كالأُسرة والمجتمع، فهناك عناصر في المجتمع تنشأ ثقافة الانتحار وتطور السلوك الانتحاري.

وعلاج السلوك الانتحاري يبني على فهم جيد لطبيعة الفرد الذي أقدم على هذا السلوك المضطرب، وفهم نظام معتقداته ومشاعره، حيث أكدت النظرية المعرفية على الترابط بين التفكير والانفعال والسلوك، في تفسيرها للسلوك الانتحاري.

على ضوء النتائج المتحصل عليها في هذه الدراسة، نوصي بضرورة الاهتمام بالدراسات التي تتناول البرامج العلاجية ذات التوجه المعرفي السلوكي، واعتمادها في الوقاية والعلاج من السلوك الانتحاري، مع الاهتمام والتركيز على تكوين بيئة معرفية ناضجة للفرد، لما لها من أهمية في التأثير على إدراكه واستيعابه للخبرات وتحديد سلوكه، لتكون هذه البنية قاعدة صلبة ودرع تقيه من الوقوع في المشكلات النفسية والاضطرابات السلوكية.

المراجع:

- إبراهيم عبد الله، هشام. (2008). العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، أسس وتطبيقات، التفكير وتأثيره على انفعالات الفرد وسلوكه، القاهرة: دار الكتاب الحديث.
- آرون بيك، مارك، وليماز، جان سكوت. (2002). العلاج المعرفي والممارسة الإكلينيكية (الطبعة الأولى)، (ترجمة، حسن محمد عبد المعطي). القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- أنجرس، مورييس. (2004). منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية، (ترجمة، بوزيد صحراوي، كمال بوشرف، سعيد سبعون). الجزائر: دار القصبة للنشر، حيدرة.
- بيك، آرون، (2000). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، (الطبعة الأولى). (ترجمة عادل مصطفى). القاهرة: دار الأفاق العربية.
- زرواتي، رشيد. (2008). تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، (الطبعة الثالثة) الجزائر: قسنطينة، ديوان المطبوعات الجامعية.
- الضمور، عدنان محمد. (2014). ظاهرة الانتحار: دراسة سوسولوجية، (الطبعة الأولى). عمان: دار ومكتبة الحامد للنشر والتوزيع.

- علوي، اسماعيل، زغبوش، بنعيسى. (2009). العلاج النفسي المعرفي، (الطبعة الأولى). عمان: جدارا للكتاب للنشر والتوزيع.
- فايد، حسين. (2008). دراسات في السلوك والشخصية، (الطبعة الأولى). القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
- مجدي، أحمد محمد عبد الله. (2008). الاتجاه نحو الانتحار وعلاقته بالشخصية، (الطبعة الأولى). الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- شاطمة راضية، يمينة مدوري، محمد مسعد، (2021). المقاربة المعرفية للانتحار – دراسة لحالاتي محاولة انتحار- ، مجلة دراسات في علوم الانسان والمجتمع، المجلد: 04، العدد: 02، جيجل.
- Angel, Pierre. (1998), L'entretien En Clinique, in PRESS Editions, Serge et France Perrot. Editeurs 12, rue du Texel – 75014 Paris.
- Bouvard, Martine. (1999), Questionnaires Et échelles D'évaluation De La Personnalité. Paris. Masson.
- Maurice, Reuchlin. (1994), Introduction À La Recherche En Psychologie. Imprime En France Aout 1994 Par Mame Imprimeurs à Tours N° 32759.
- Pierre, Satet. (2009), Tout Savoir Le Suicide Pour Mieux Le Prévenir, Editions Favere SA, Lausanne, Imprimé en France.