

العلاج المعرفي السلوكي كتقنية علاجية للأفكار الانتحارية

د.رقية عزاق
د.حياة لموشي
جامعة البليدة 2

Abstract :

الملخص:

In this research, we want to talk about the importance of cognitive behavioral therapy as one of the most important techniques used in psychotherapy with people who carry suicide ideas, and who have actually failed suicide attempts that may exceed one time in many cases.

The despair of life and the distorted perception of life reality are the most reasons And we will highlight this technique by explaining its steps and effectiveness in ensuring that the idea of suicide is abandoned.

key words: Behavioral cognitive therapy. Suicidal thoughts.

نريد من خلال هذا البحث الحديث عن أهمية العلاج المعرفي السلوكي كأحد أهم التقنيات المستخدمة في العلاج النفسي مع الأشخاص الذين يحملون أفكارا انتحارية، والذين قاموا فعلا بمحاولات انتحارية فاشلة قد تتجاوز المرة الواحدة في الكثير من الأحيان، ويعد اليأس من الحياة والإدراك المشوه للواقع الحياتي أكثر الأسباب دفعا للانتحار، وسنسلط الضوء على هذه التقنية من خلال شرح خطواتها ومدى فعاليتها في التكفل بالتخلي عن فكرة الانتحار.

الكلمات المفتاحية: العلاج المعرفي السلوكي، الأفكار الانتحارية.

مقدمة:

يعتبر السلوك الانتحاري مشكلة قديمة يعود تاريخها إلى ظهور الإنسان على سطح الأرض، وهي ظاهرة تمس كل أفراد المجتمع دون استثناء، مهما كان عمرهم، جنسهم، ومستواهم الاجتماعي والاقتصادي، لكن ما لوحظ أن هذا السلوك كان يصدر عن بعض الحالات فقط وفي مواقف خاصة، أما الآن أصبح واسع الانتشار في المجتمعات نظرا لتعدد الحياة في عصرنا الحديث بسبب ما أتى به التطور السريع الذي مس كل الميادين صناعي أو تكنولوجي، اقتصادي أو اجتماعي.

يعتبر الانتحار عاشر أسباب الموت عامة وثالثها بين الأفراد الذين تتراوح أعمارهم ما بين 15 و 44 عاما، وحسب تقديرات منظمة الصحة العالمية يوجد حوالي أكثر من مليون شخص ينتحرون سنويا في العالم، وأفادت المنظمة في تقرير لها بأن معدلات الانتحار في العالم قد ازدادت بنسبة 65 بالمائة في آخر 45 عاما، وهي ظاهرة متفشية بين كافة الثقافات. وفي العالم العربي لم تكن هذه الظاهرة تثير مثل هذا القلق، من قبل، وذلك مردّه بالأساس إلى التعيم الذي كانت تحيط به بعض الحكومات هذا الملف، إضافة إلى غياب الأرقام والإحصائيات الدقيقة. (التقرير السنوي لمنظمة الصحة العالمية. أغسطس 2017)

يختلف معدل الانتحار ونسبة انتشاره بين الدول، ففي الدول الإفريقية هناك ما يقارب الـ 11.4 حالة انتحار لكل 100,000، وترتفع نسبة الانتحار بين كبار السن في هذه الدول. في المقابل فإن دول شرق البحر الأبيض المتوسط، (مثل سوريا، لبنان، فلسطين والأردن)، تنخفض فيها نسبة الانتحار، وتنتشر في العادة بين الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 15-29، وبين من هم فوق الستين من عمرهم. (التقرير السنوي لمنظمة الصحة العالمية. أغسطس 2017)

وحسب منظمة الصحة العالمية فإن جمهورية غويانا "Guyana" تعتبر أعلى دولة عالميا فيها نسبة انتحار لعام 2012، بينما تحتل 6 دول أوروبية مراكز في الأكثر 20 دولة انتحارا.

وقد عرف الانتحار في المجتمع الجزائري منعرجا خطيرا خاصة في السنوات الأخيرة حسب الإحصائيات المسجلة، حيث أصبحت هذه الأخيرة تمس كل الفئات العمرية والشرائح الاجتماعية دون، ولم تسلم منها حتى البراءة، ورغم اختلاف الدوافع والطرق التي يستعملها المنتحرون تبقى النتيجة واحدة ألا وهي وضع حد للحياة.

قد بين التقرير الذي أوردته منظمة الصحة العالمية، والذي يتناول ظاهرة الانتحار بتفاصيلها الأساسية وجميع زواياها وحسب التقرير فإن أكبر فئة تنهي حياتها بالانتحار في الجزائر هي الأكثر من 70 سنة بنسبة 6.1 بالمائة، ومن 50 إلى 69 سنة بنسبة 2.5 بالمائة لكلا الجنسين، وتقل النسبة عند الأطفال ما بين سن 5 إلى 14 سنة إلى 0.3 بالمائة لكلا الجنسين. (التقرير السنوي لمنظمة الصحة العالمية. أغسطس 2017)

أما عن أسباب الانتحار التي تدفع بالشباب إلى الانتحار من الجنسين كلها تتعلق بمشاكل عائلية والمتمثلة في الخلافات بين أفراد الأسرة، أو خلافات زوجية أو بسبب الطلاق، ومشاكل اجتماعية مثل اليأس الناتج عن الفقر والبطالة، صف إلى ذلك إصابة بعض المنتحرين بأمراض عقلية ونفسية وجسمية إلى جانب الفشل في العلاقات العاطفية. أما فيما تعلق بالوسائل نجد من يميل إلى استعمال وسائل عنيفة وغير عنيفة عند البعض الآخر، ومن الأدوات الأكثر استعمالا في عملية الانتحار نجد الشنق، الحرق، القفز من الأماكن العالية، استعمال الأسلحة النارية، تناول المواد السامة والكيميائية كالأدوية مثلا ومواد التنظيف إلى جانب استعمال المواد الحادة أيضا واستنشاق الغازات السامة. ومن خلال ما تم تقديمه في هذه المداخلة اتضح لنا أن (ظاهرة الانتحار) تفاقمت مع ظهور أزمة اقتصادية، وكذا

_____ دفاثر مخبر المسألة التربوية في ظل التحديات الراهنة(العدد19- ماي 2018)

أزمة السكن نظرا لزيادة النمو الديمغرافي، والتي مست جميع شرائح المجتمع خاصة الشباب الأعزب والمقبل على الزواج. (Kacha.f.2003.p 78)

ومن الأرقام المسجلة من خلال الإحصائيات المتحصل عليها، تسنى لنا معرفة هذه الظاهرة التي ينبذها المجتمع لعدة اعتبارات تحولت بفعل الهزات المتتالية التي ضربت عمق المجتمع الجزائري ومنذ بداية العشرية الخيرة إلى أزمة حقيقية تتطلب التدخل السريع لإنقاذ حياة الميؤوس، وحثهم على التفكير في مواجهة الواقع بعيدا عن الحلول السريعة الهدامة.

في أغلب الأحيان الذين يقومون بالانتحار يرمزون عن نواياهم، هذه الرموز تستطيع أن تكون مباشرة أو مخفية، الشخص يستطيع الإعلان أنه ينوي الانتحار بجمل مثل: أتمنى لو لم أكن هنا، لا معنى لحياتي أكثر، لا معنى للحياة؛ وفي أحيان أخرى الرموز تكون مخفية مثل التصرفات التي تدل على الوداع: تقسيم الأمتعة، كتابة الوصية.

ولهذه التصرفات أهمية خطيرة خاصة إذا رافقها المزاج العكر والاكنتاب والمعاناة، وغالبية الذين يحاولون الانتحار يلجئون على العلاج الطبي لأسباب عديدة قبل انتحارهم ببضعة أشهر، لذلك وعي العائلة والأصدقاء والأطباء بإمكانه منع حدوث الانتحار، رغم ذلك العديد لن يعترف بالتفكير أو التخطيط للانتحار ويكتمون بأسهم ويظهرون بمظهر سعيد.

رغم الوضع الصعب والإرادة لإنهاء الحياة هناك امكانية لمساعدة هؤلاء الاشخاص الذين لديهم مشاعر متضاربة تجاه الموت يريدون الموت لكنهم في الوقت ذاته يرغبون بالعيش، حيث انه بانتحارهم يسعون للهروب من الم نفسي ضاغط، ولذلك يظهر دور الاخصائي النفسي للتكفل النفسي بهؤلاء الاشخاص الذين حاولوا الانتحار أو أولئك الذين يحملون أفكار انتحارية ولم ينفذوها بعد.

ومن بين التقنيات المستعملة في التكفل بهؤلاء الأشخاص هو العلاج المعرفي السلوكي وهي تقنية ذات فعالية في علاج العديد من الاضطرابات النفسية، وهي

عبارة عن جلسات العلاج النفسي بالمحادثة المتبادلة مع المريض توفر أكبر ضمانة وأفضل فرصة لإنقاذ حياة من هم على درجة عالية من خطورة الإقدام الجدي على التخلص من حياتهم، ويلغي هذا النوع من العلاج خطورة محاولات الانتحار بمقدار النصف لدى المرضى المصنفين بأن لديهم رغبة عالية في الانتحار والذين غالبيتهم ممن يتناولون أدوية لعلاج الاكتئاب .

وفي دراسة نشرت في عدد الثالث من أغسطس في مجلة رابطة الطب الباطني الأميركية تعد أكبر دراسة وأدق فحص لاختبار جدوى هذه الوسيلة من وسائل العلاج النفسي بين مجموعة الناس الذين تمثل محاولاتهم التخلص من الحياة أمراً جاداً لدرجة وصولهم بالنتيجة إلى المستشفى على حد قول الخبراء.

وكان من عادة الدراسات النفسية حول الاكتئاب أن تستثني هذه المجموعة من الناس، وجانب من السبب في هذا يتمثل في أنهم يمثلون مجموعة من المرضى الأكثر عرضة لقتل أنفسهم، فالنسبة تتراوح لديهم ما بين 30 إلى 40 مرة مقارنة بمن لم يعمدوا إلى القيام بمحاولات جادة في الانتحار من مرضى الاكتئاب

(Fuse Toyomasa.2004.p69)

في هذه الدراسة قام المتخصص في العلاج النفسي الدكتور غريغوري براون (Grigori brown) وطبيب الأمراض النفسية الدكتور أرون بيك (Aaron Beck) وكلاهما من جامعة بنسلفينيا بقيادة مجموعة من الباحثين التي تابعت 120 شخصاً ممن تم جلبهم إلى قسم الطوارئ في المستشفى الجامعي بعد محاولتهم قتل أنفسهم.

ويتميز المرضى هؤلاء بأن لديهم العديد من المشاكل كالإدمان على المخدرات والاكتئاب أو التشرّد. نصفهم تمت متابعتة الطبية وفي حال دعت الضرورة تم تحويلهم إلى قسم خدمات الاستشارة، أما النصف الآخر فتم مرة كل أسبوع تقريباً إخضاعهم لعلاج ذهني عبر جلسات تشاورية مع المتخصص النفسي يتعلمون من خلالها آليات التخلص من الأفكار المحطمة للذات للحيلولة دون تأثيرها فيهم.

_____ دفاثر مخبر المسألة التربوية في ظل التحديات الراهنة(العدد19- ماي 2018)

وحرص الباحثون أن يتم التركيز على حياة الأشخاص من ناحية الآمال والمخاوف وبالأخص العوامل التي دفعتهم إلى محاولة قتل النفس كما أوضح ذلك الدكتور براون(Brown) وأضاف إن الرجل حينما ينتابه شعور باليأس بعد مجابهة مشكلة من أي نوع فإنه سيعلم أن هذا الشعور هو ما سيدفعه إلى تناول الأدوية التي تعالج الاكتئاب وهي ما ستجعل الأمر أكثر سوءاً في الحقيقة، ومع قرب انتهاء فترة العلاج النفسي هذا كما في الدراسة سيتخلص المريض المشارك من الإحساس بمعظم اللحظات المؤلمة مما سيتيح له الفرصة لفهم الأفكار المتصارعة المؤدية للانتحار، وبالتالي ابتكار استراتيجيات جديدة لإبعاد نفسه عن الانغماس في التفكير فيها.

ثم بعدها سترى كما يقول الدكتور بيك إذا ما تمكنت هذه الأساليب من تقليل الشعور بفقدان الأمل، وإذا تحقق هذا يمكن أن تنتهي الحاجة إلى العلاج، ووصف الأمر برمته أنه أشبه ما يكون بإعادة تخطيط الثوب من جديد، والمريض الذي تحصل لديه أخطاء أو نقص في عملية إعادة تخطيط الثوب يستمر في العلاج لمدة أطول حتى إتمام العملية المطلوبة على حد قوله، الباحثون تابعوا كلا المجموعتين وتبعوا تفاصيل تكرار محاولات الانتحار، فبعد سنة ونصف السنة حاول الانتحار فقط 13 شخصا من الذين تلقوا العلاج بينما من المجموعة التي لم تتلق جلسات العلاج النفسي حاول 23 شخصا الانتحار. وبالجملة فإن من تلقوا العلاج كانت لديهم مؤشرات أفضل لمستوى اكتئاب المزاج وفقدان الأمل.(عن ابراهيم عبد الستار.2003)

وحيثما بحثوا بين مجموعة الأشخاص ممن يعانون من مشاكل غير ثابتة في الشخصية تلك التي تحمل في طياتها خطورة عالية لمحاولة الانتحار فإنهم وجدوا أن تلقي العلاج يقلل من محاولات قتل النفس، لكن المدة الزمنية للعلاج والجهد فيه كان أطول وأكبر للوصول إلى تحقيق النتيجة المرجوة، فالعلاج حينها سيسغرق عادة أكثر من سنة ونصف السنة.

وفي هذه الدراسة على حد قول الدكتور بيك(Beck) فإن مدة العلاج الزمنية كانت قصيرة لأن من لديهم مشاكل في الأدوية هم عادة مهمشون اجتماعياً ولا صبر لديهم أو طاقة على حضور جلسات مطولة من العلاج. والباحثون يعكفون على وضع معالم خطة دراسية لبحث يتناول حالة المرضى في مراكز الصحة النفسية في المجتمعات وإجراء عمليات تدريب لتعليم المعالجين كيفية إتقان تقنيات العلاج للمرضى بعد دخول المستشفى نتيجة الإقدام على محاولة الانتحار، وهو ما سيكون على حد قول الدكتور بيك(Beck) اختباراً حقيقياً في عالم الواقع.

وسوف نحاول فيما يأتي تقديم شرحاً وافياً لتقنية العلاج المعرفي السلوكي للأفكار الانتحارية، من خلال طرح التساؤل التالي:

كيف يمكن للعلاج المعرفي السلوكي أن يساهم في القضاء على الأفكار

الانتحارية؟

2-أهداف وأهمية الدراسة:

تتمثل الهدف الأساسي من هذه الدراسة هو تسليط الضوء على تقنية علاجية مهمة في علم النفس وهي العلاج المعرفي السلوكي ومدى فعاليته في القضاء على الأفكار الانتحارية التي يحملها الأشخاص الذين أقدموا على محاولات انتحارية فاشلة، لأن مثلما هو معروف طالما ان الأفكار الانتحارية مازالت موجودة فإمكانية المرور إلى الفعل ومحاولة الانتحار مرة أخرى واردة وأكثر خطراً لأن النداء الأول لم يكن له استجابة.

وتكمن أهمية الدراسة في اعطاء فكرة للقائمين على التكفل بمن يحملون أفكار انتحارية عن مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في حالات الانتحار الفاشل والوقاية من معاودة المحاولات الانتحارية التي قد تكون أكثر خطورة مع المحاولات الأولى.

3- مدخل مفاهيمي:

✓ العلاج المعرفي السلوكي:

كلمة معرفي Cognitive مشتقة من مصطلح Cognition ولقد استُخدمت بعض المصطلحات العربية كترجمة لهذا المصطلح، منها على سبيل المثال لا الحصر (استغراق، تعرّف، ذهن)، إلا أن كلمة معرفي تُستخدم بكثرة في التراث النفسي والكلمات الثلاث الأولى (استغراق أو تعرّف أو ذهن) هي الترجمات المناسبة لـ Cognition). (عن إبراهيم عبد الستار. 2002. ص 18)

يُعرّفه بيك (Beck) "بأنه تلك المداخل التي تسعى إلى تعديل أو تخفيف الاضطرابات النفسية القائمة عن طريق المفاهيم الذهنية الخاطئة أو العمليات المعرفية". (Beck, A. 1995: 442)

ويعرفه برين (Brewin) : "بأنه التدخل الإرشادي ببعض الفنيات المعرفية المنتقاة؛ لخفض الاضطراب الوظيفي الانفعالي من خلال تغيير التقييمات الفردية ونماذج التفكير، كما أن الغرض من العلاج يكمن في خفض الضغوط للسلوكيات غير المرغوب فيها من خلال تعلم سلوك جديد، وخبرات أكثر تكيفاً مع العلاج السلوكي للأعراض التي يتبعها تغيير معرفي، من خلال ممارسة سلوكيات جديدة، وتحليل أخطاء التفكير وتعلم أحاديث ذاتية أكثر. (عن إبراهيم عبد الستار. 2002. ص 21)

✓ الأفكار الانتحارية:

حسب تعريف شنايدر (1973 " Scheneider) هو الفكر الذي يهتم بالأفكار أو الانهماك غير الطبيعي في الانتحار. يختلف مدى الفكر الانتحاري بشكل كبير بين أفكار عابرة إلى أفكار شاملة إلى تخطيط مفصل إلى لعب الأدوار كالوقوف على كرسي وتعليق نفسه بأنشطة حبل استعداداً للشنق) ومن ثم المحاولات غير المكتملة والتي قد ترتكب بتعمد لتبدو غير مكتملة أو ليسهل اكتشافها وهو ما

_____ د.رقية عزاق، د.حياة لموشي: العلاج المعرفي السلوكي كتقنية علاجية للأفكار الانتحارية

يعرف بالانتحار الظاهري أو قد تكون معدة بشكل كامل لينتج عنها وفاة لكن ينجو المنتحر بمحض الصدفة (كما في حالة الانتحار شنقا التي ينقطع فيها حبل الشنق (J.Duche.1964.p4)

وذهب دور كايم (Durkheim) على أنه "المرور إلى الفعل دون أن يكون الموت هو النتيجة" (E.Durkheim.1930.p5).

4- علامات السلوك الانتحاري:

رغم أنها ليس واضحة إلا أن هناك علامة معينة من علامات السلوك الانتحاري وهي تحدث الشخص بجدية عن الرغبة في إيذاء نفسه، ولكن أخطر هذه العلامات هي وجود محاولات سابقة للانتحار أثناء الخضوع للعلاج من أعراض الاكتئاب أو أثناء تعاطي المخدرات أو الكحول، أو أثناء معاناته من مرض طبي خطير، وبالإضافة إلى العوامل المعرضة للخطر، تشمل السلوكيات الانتحارية الشائعة محاولة الحصول على سلاح أو كمية كبيرة من العقاقير وبدء التخلي عن الممتلكات الشخصية الثمينة وتغيير الروتين اليومي، والمشاركة في السلوكيات الخطرة وتوديع الناس بطريقة يقصد به نهاية العلاقة.

5- علاقة الاكتئاب بالأفكار الانتحارية:

الشخص الانتحاري مكتئب إلى درجة اليأس من الحياة، ويحمل نظرة تشاؤومية تجاه المستقبل وانعدام الرغبة في البقاء، ومن المتعارف عليه في «علم النفس المرضي» أن الأفكار الانتحارية أو محاولات الانتحار هي من ضمن أعراض مرضية خاصة بفئة مرض الاكتئاب الشديد أو الاكتئاب «الذهاني» الذي يعد من الأمراض العقلية، حيث يصل الاكتئاب بالمريض إلى مرحلة اليأس من الحياة مع نظرة تشاؤومية كبيرة تجاه المستقبل.

فمع زيادة ضغوط الاكتئاب وفقدان أهمية الحياة تبدأ الأفكار بالتخلص من الحياة بالانتحار في التسلسل إلى عقل المريض ثم في مرحلة لاحقة يقوم بمحاولات للانتحار بصورة عملية فعلية، وهذا المتعارف عليه في علم الأمراض النفسية

_____ دفاثر مخبر المسألة التربوية في ظل التحديات الراهنة(العدد19- ماي 2018)

وهناك العديد من المقاييس لمعرفة الميول الانتحارية وتعالج بعلاج الاكتئاب سواء الدوائي أو العلاج السلوكي. (أمثال الحويلة.2016)

6- خطوات العلاج المعرفي السلوكي مع ذوي الأفكار الانتحارية:

6-1- الجلسات الأولى:

— أحد المحاور الرئيسية للمقابلة الأولية هو تخفيف بعض الاعراض من أجل خفض معاناة المريض، وكذا تنمية التعاون والمشاركة والثقة في العملية العلاجية، كما يسعى المعالج إلى تقديم أساس منطقي للعود بالشفاء من خلال تحديد مجموعة من المشكلات وعرض بعض الاستراتيجيات للتعامل معها، حيث يستمر تحديد المشكلات ليصبح هدفا في المراحل المبكرة من العلاج، ويعمل المعالج مع المريض على تحيد المشكلات الخاصة به والتركيز عليها خلال جلسات العلاج، حيث يحاول المعالج تكوين فكرة واضحة وكاملة قدر المستطاع عن صعوبات المريض النفسية وظرف حياته.(هوفمان اس جي. ترجمة: مراد علي عيسى.2012. ص 42)

في الجلسات الأولى مع الأشخاص الذين يحملون افكارا انتحارية يتم بناء علاقة الثقة بين المختص المعرفي السلوكي وبين المريض، حيث يعمل المعالج فيها على جعل المريض يحس أنه بين أيادي امينة تعمل على مساعدته لتخطي الحالة التي يعانيتها، وليس تقديم العلاج المباشر، وفي أثناء الحديث يجمع المعالج كل الأفكار اللاعقلانية التي يحملها المريض ويسجلها ويحاول ان يحدد أي الأفكار أكثر أثرا ويحدد العلاقة كما يلي:

الفكرة اللاعقلانية ← الانفعال ← السلوك

مثال: - أنا شخص سيء ← بكاء ← تقادي العلاقات مع الآخرين

- حياتي لم يعد لها معنى ← حسرة ويأس ← الرغبة في الموت

مثلما يظهر في المثال هناك فكرتين لاعقلانيتين يحملهما المريض ولكن السلوك يختلف في الاثنتين حيث يظهر الرغبة في الموت هو الأكثر أثر ولذلك

يحاول المعالج في الجلسات القادمة التركيز على فكرة (حياتي لم يعد لها معنى) والتي تصبح محور العلاج.

6-2- الجلسات العلاجية:

هي المرحلة المعرفية والتي هدفت إلى تقديم خطة التغلب على الاكتئاب الذي يؤدي إلى ظهور الأفكار الانتحارية المؤدية للانتحار من خلال تقديم المفاهيم النظرية والمهارات المعرفية.

وهناك عدة فنيات تستعمل في هذه الجلسات بهدف التخلص من الأفكار الانتحارية نذكر منها:

*فنية تحديد الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها:

يقصد بها الأفكار التي تسبق مباشرة أي انفعال غير سار، وهذه الأفكار تأتي بسرعة ودون تخطيط وفي الغالب لا يلاحظها الفرد، وهي أفكار غير معقولة مما يجعلها سببا في الانفعال غير الصحيح لحدث معين، والأفكار التلقائية دائما ما تكون ذات صفة سلبية لحدث أو حالة معينة، وبالتالي تؤدي إلى توقع نتيجة غير سارة في النهاية، وتهدف هذه الفنية إلى محاولة التعرف على تلك الأفكار ومن ثم تبديلها بأفكار ايجابية تؤدي إلى نهاية حسنة، ولذلك يطلب من المريض أن يسجل الواجبات اليومية على ورقة ويدون فيها كل الافكار التلقائية التي مرت بذهنه في كل يوم يمر به، وتعتبر هذه الواجبات جزء من العلاج. (قتيبة الجلي، فهد اليحي.2006).

يحاول المعالج من خلال هذه الفنية جعل المريض يستبصر بالأفكار التي تكون سببا في الشعور المزعج والذي لا اساس له من الصحة:

مثال:

شخص توفيت زوجته ← أنا شخص منحوس وإلا لما كانت ماتت قبلي.

↓
كدر وضيق

_____ دفا تر مخر المسألة التربوية في ظل التحديات الراهنة (العدد 19- ماي 2018)

ويشرح المعالج للمريض كيف كان للفكرة دور في ظهور السلوك المزعج الذي لا اساس له في الواقع.

*اختبار الأفكار الآلية:

يستخدم المريض كيفية اخضاع أفكاره الآلية للتحليل الموضوعي ويعديلها لأنه تعلم كيفية التفكير العقلاني حيث تتم عملية الأفكار الآلية من خلال الطلب من المريض وضع قائمة بالدلالات المستخلصة من خبرته المؤيدة للفروض، وعندما يفكر المريض في الدلالات فإنه يرفضها فوراً ويعتبر أنها إما مشوهة أو زائفة.

هناك بعض الأفكار الآلية غير الطيبة لاختيار الفروض من خلال فحص الدلالات، وبالتالي يلجأ المعالج للكشف عن التناقض أو طرح سؤال يستهدف الكشف عن الأخطاء المنطقية الكامنة في اعتقاد المريض وغيرها من الأساليب الأخرى. (إبراهيم عبد الستار. 2002. ص 124)

مثال:

بوفاة زوجتي لم يعد لحياتي معنى ← نسأل المريض عن وجود أشخاص آخرين في حياته حتى يتسنى له استحضار الأفكار الآلية أن لحياته هدف بالنسبة للآخرين (الأولاد مثلاً)

*الواجبات المنزلية:

يتم تكليف المرضى بالواجبات المنزلية وفقاً لميول كل مريض واهتماماته، وتزداد فائدة هذه الواجبات إذا ما تم مراعاة النقاط التالية خلال إعدادها:

1- أن تكون مرتبطة بما يحدث في الجلسة.

2- تعرض بطريقة محددة وواضحة وتعد بطريقة تجعل المريض يلاحظ نجاحه في

القيام بها.

3- أن تكون مفهومة ومقبولة للطرفين.

4- تصمم بطريقة لا يخسر فيها المريض، أي أن المريض سوف يتعلم شيئاً

مفيداً سواء تم أم لم يتم التوصل إلى النتيجة المرغوبة. (أرون بيك. 2000. ص 85)

يطلب من المفحوص اعداد واجبات منزلية يقدمها في الجلسة القادمة والهدف من هذه الواجبات هو القضاء على وقت الفراغ الذي تغزو فيه تفكير المريض، الواجب المنزلي يعطي فرص وفيرة لرفع كفاءة عمل المعالج في الجلسات القصيرة فيستطيع المريض أن يقوم بعمل مثمر خارج نطاق الجلسة بمزيد من القراءة والمعرفة عن العلاج المعرفي السلوكي والاستفادة من مبادئه وتطبيقها في حياة المريض اليومية.

وهذه بعض الطرق لتفادي المشكلات في الواجب المنزلي:

- تحديد الواجب بالتعاون.
- مراجعة الواجب في البداية خاصة إذا كان معقدًا أو فيه تحدي.
- التأكد من مراجعة واجب الجلسة السابقة وإلا سيعتبره المريض غير مهم.
- تخفيف صعوبات استكمال الواجب (أن نشرح للمريض أن هذا يحدث مع بعض المرضى وأن المعالج سيساعده).

فإذا جاء إلى الجلسة دون أن يكمل واجبه يقوم المعالج بالآتي:

- تقييم قبول المريض للواجب ومناسبته للمريض (هل كان صعبًا جدًا أو سهلاً جدًا؟ هل تم توضيحه بما يكفي؟ هل تم توجيهه إلى نقطة اهتمام عند المريض؟)
- يكمل المريض واجبه أثناء الجلسة (تعليم المريض كيفية أداء الواجب وشرح نماذج لطرق استخدام العلاج المعرفي السلوكي في الواجب).
- التأكد من عدم وجود أفكار سلبية تجاه الواجب، هل يستقر الواجب أى أفكار لتقليل الذات أو أفكار تلقائية أخرى؟
- تعريف الحواجز التي تمنع استكمال الواجب وإيجاد وسائل لتخطي هذه

العقبات.

*فنية لعب الأدوار:

وتعتبر من الفنيات التي تستخدم مع المكون الانفعالي في العلاج المعرفي السلوكي، إذ تتيح هذه الفنية الفرصة للتنفيس الانفعالي وتفريغ الشحنات والرغبات الظاهرة والمكبوتة، ويتم ذلك من خلال تمثيل سلوك أو موقف اجتماعي معين كما لو انه يحدث بالفعل على ان يقوم المعالج بدور الطرف الآخر من التفاعل والحوار والمناقشة، ويتكرر لعب الدور حتى يتم تعلم السلوك المرغوب، فلعب الدور يعني التدريب على تحمل

_____ دفاثر مخبر المسألة التربوية في ظل التحديات الراهنة(العدد19- ماي 2018)

الإحباط والتحكم في السلوكات غير المرغوبة ومعالجة نواحي القصور في السلوك الاجتماعي. (زيزي السيد ابراهيم.2005)

مثلا:

يعيد المريض موقف موت الزوجة الميتة ويعبر عن كل انفعالاته التي لم يستطع التعبير عنها في حال وقت وقوع الحادثة أو الموقف الذي تعرض له آنذاك، وهذا التمثيل يتيح له فرصة لتجربة طرق بديلة للتغلب على السلوكات غير المرغوبة خصوصا عند مقارنة النتائج المترتبة على الاختيار ما بين السلوك المرغوب وغير المرغوب.

مثلا: تصور الحياة بعد موت الزوجة ← هل هي ذات معنى

ما الذي أعطاها معنى؟ (الأولاد، الوالدين، عمل قار،حياة جديدة)

*فنية التدريب على حل المشكلات:

هناك عدة مراحل يجب اتباعها في أثناء حل المشكلة المطروحة، وهي:

1- **مرحلة إدراك وجود المشكلة:** وفيها يدرك الفرد بأن لديه مشكلة فمن المهم أن ينتبه إلى مشاعره عندما يكون متوتراً -مضطرباً- مثاراً...الخ، فالمثير يذكرك بأنك قلق فهناك شيء ما غير سليم.

2- **خفض الإثارة:** عن طريق التوقف عن التفكير التلقائي (قف وفكر قبل أن تتصرف)، فضببط النفس يكسر دائرة الإثارة المفرطة، وفرط الإثارة يمكن أن يستثير سلوكيات غير مرغوبة؛ لأنها تستطيع أن تقطع تسلسل حل المشكلات.

3- **وضع صياغة للمشكلة:** من خلال التركيز على المطلوب عمله، وليس من خلال مسبب الإحباط، وتقدير حجم المعلومات المتاحة، ثم عرض المشكلة في شكل يمكن حله بشكل إيجابي وبهذا نحدد الهدف.

4- **التفكير بطريقة الحل البديل:** يشير إلى السلوك العقلي المنتج لحلول بديلة عديدة لمشكلة واحدة للاختيار من بينها.

5- **التفكير بالعواقب:** فإذا فكر الفرد في عواقب الفعل الذي سيقوم به، سواءً أكان على نفسه أو على الآخرين أو الأشياء المحيطة به سيكف عن هذا الفعل.

6- مهارة التفكير العلمي: وفيها يتم تقديم إجابات عن الأسئلة؛ مثل لماذا؟ كيف

يمكن؟... الخ فهذه مهارة.

7- تقييم النتائج: من خلال النظر إلى السبب والنتيجة والعلاقات بينهما، التعلم من

النتائج وهل وصلت إلى اختيار جيد أم لا، تعلم الأخطاء، تجنب لوم الذات على محاولة تغيير التفكير الضعيف غير المجدي، تعلم القيمة الاستراتيجية لحل المشكلات. (ابتسام عبد الله الزعبي. 2013)

تعتبر هذه الفنية من اهم الفنيات التي يستخدمها المعالج مع الشخص الذي يحمل أفكارا انتحارية، حيث من خلالها يتمكن المريض من اتباع تقنية جديدة في التخلص من المشكلات التي يمكن أن تواجهه في المستقبل.

استنتاج عام:

إن الهدف من العلاج المعرفي السلوكي هو مساعدة المريض على أن يصبح معالجا لذاته، وبممتلك حصانة نفسية تساعده على مواجهة المشاكل التي يمكن أن يتعرض لها مستقبلا دون الحاجة إلى الأخصائي النفسي مجددا، وهذا النوع من العلاج قصير المدى لا يسبب قلقا للمريض فجلساته لا تتجاوز 14 جلسة في حدود 20 اسبوعا كأقصى حد، ويحتاج هذا العلاج تحالفا علاجيا بين الفاحص والمفحوص حيث يوضح الفاحص من البداية ان الغرض من العلاج ليس تخليص المفحوص من الألم وإنما جعل المفحوص قويا بذاته قادرا على مواجهة المشكلات الحياتية، حيث في كل جلسة توضع الأهداف من البداية ويتفق الطرفان على خطة عمل واقعية .

ولأن العلاج وقته محدود فإن وقت كل جلسة مهم جدا، من المهم ان يكون هناك برنامج لكل جلسة لتأكيد النقاط المهمة ثم تغطيتها وقضاء وقت كاف في التعامل معها بقدر مناسب، وهذا يمنع الإنهاء المفاجئ للجلسة والذي يحدث فيه التعامل مع موضوعات هامة بشكل عاجل في الدقائق الأخيرة من الجلسة، وفي نهاية كل جلسة يتم الاتفاق على عدة أشياء: مواعيد الجلسات القادمة، الواجبات المنزلية وغيرها...

_____ دفاتر مخبر المسألة التربوية في ظل التحديات الراهنة(العدد19- ماي 2018)

بالقرب من نهاية الجلسة يجب ان يتم تخصيص وقتا كافيا لمراجعة ما تم مناقشته واتخاذها، وقد يرغب المفحوص في إبداء رأيه حول الجلسة وهذا مفيد جدا للعلاج حتى يتم تغيير ما لم يحبه وإدراج ما يرغب في القيام به.

قائمة المراجع:

- 1- ابتسام عبد الله الزغبى.(2013). فنيات العلاج المعرفي السلوكي. رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية التربية. جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن. الرياض
- 2- إبراهيم، عبد الستار (2003). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث. دار الفجر. القاهرة
- 3- آرون بيك (2000): العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، دار النهضة العربية للنشر، بيروت، لبنان
- 4- التقرير السنوي لمنظمة الصحة العالمية. اغسطس 2017
- 5- أمثال الحويلة. (2016). دراسة سيكولوجية: الانتحاري مكتتب ويائس من الحياة. القبس. الكويت
- 6- زيزي السيد إبراهيم: (2005). العلاج المعرفي للاكتئاب، ب ط، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة
- 7- قتيبة الجلبي. فهد يحيى.(2006): فنيات العلاج المعرفي السلوكي. دار قتيبة للنشر والطباعة والتوزيع. دمشق
- 8- هوفمان اس جي. ترجمة: مراد علي عيسى.(2012). العلاج المعرفي السلوكي المعاصر. دار الفجر للنشر والتوزيع. القاهرة.
- 9-Beck, A. T. (1995). Cognitive Therapy, The Evaluation of Psychotherapy, New York
- 10-Duché (J). (1964). Les tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent , Psychiatrie de l' enfant , vol vII,Fasc7,P. U. F.Paris.
- 11-Fuse Toyomasa (2004) : Théorie du suicide dans une perspective interdisciplinaire, bulletin de psychologie, numéro 401.
- 12-Kacha (F.), Psychiatrie et psychologie médicale, Ed Entreprise nationale du livre, Alger ,2003