

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه ل م د في علم النفس
تخصص : علم النفس العيادي

فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تغيير الأفكار غير
الوظيفية لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار
داسة عمادة لست (6) حالات به لانة مستغانم

من إعداد الطالبة: بوعبسة صفية

تحت إشراف لجنة المناقشة

رئيساً	جامعة مستغانم	أ.د قيدوم احمد
مشرفا ومقررا	جامعة مستغانم	أ.د حولة محمد
مناقشا	جامعة وهران2	أ.د زروالي لطيفة
مناقشا	جامعة وهران2	أ.د قادري حليلة
مناقشا	جامعة مستغانم	د.عمار ميلود
مناقشاً	جامعة مستغانم	د.معروف فاخت

السنة الجامعية: 2019-2020

الفهرس

أولاً: فهرس الموضوعات

الموضوع.....	الصفحة
كلمة شكر.....	أ
إهداء.....	ب
ملخص الدراسة باللغة العربية.....	ج
ملخص الدراسة باللغة الفرنسية.....	هـ
ملخص الدراسة باللغة الانجليزية.....	و
مقدمة الدراسة.....	01

الباب الاول

الدراسة النظرية

الفصل الأول: مدخل الدراسة

I	إشكالية الدراسة.....	06
II	فرضيات الدراسة.....	11
III	أسباب اختيار الموضوع.....	11
IV	أهداف الدراسة.....	12
V	تعريف إجرائية.....	13
VI	الدراسات السابقة.....	14

أ- الدراسات السابقة حول الانتحار:

1- الدراسات السابقة حول الانتحار في أوروبا.....	14
2- الدراسات السابقة حول الانتحار في أمريكا.....	19
3- الدراسات السابقة حول الانتحار في البلاد العربية.....	22
4- الدراسات السابقة حول ظاهرة الانتحار في الجزائر.....	30

- ب- الدراسات التي تتعلق بالعلاج المعرفي السلوكي: 36
- 1- الدراسات الأجنبية حول العلاج المعرفي السلوكي..... 36
- 2- الدراسات العربية حول العلاج المعرفي السلوكي..... 39
- ت- التعليق على الدراسات السابقة..... 42
- ث- الفائدة المستمدة من الدراسات السابقة..... 46
- ج- مكانة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة..... 46

الفصل الثاني: الانتحار ومحاولة الانتحار

- تمهيد 48
- 1- تعريف محاولة الانتحار 49
- 2- لمحة تاريخية عن تطور مشكلة الانتحار 51
- 3- النظريات المفسرة للانتحار 52
- 3-1: التفسير البيولوجي..... 52
- 3-2: النظرية الاجتماعية..... 55
- 3-2-1: الانتحار الأناني 55
- 3-2-2: الانتحار اللامعاري 56
- 3-3: السيكولوجيات 56
- 3-3-1: مدرسة التحليل النفسي 56
- 3-3-2: المدرسة السلوكية 57
- 3-3-3: الاتجاه المعرفي 59
- أ- نموذج الاستعداد /الضغط..... 63
- ب- نموذج الاستعداد/ الضغط / المرض 65
- ت- نموذج الاستعداد/ الضغط / المرض/ اليأس 68

ث- نموذج الاستعداد/ الضغط/ المرض /اليأس / الاكتئاب 69

4- الوسائل المستعملة في عملية الانتحار والفرق بين الرجال والنساء 70

..... خلاصة الفصل 73

الفصل الثالث : العلاج المعرفي السلوكي والأفكار غير الوظيفية

تمهيد 74

1- تعريف العلاج المعرفي السلوكي 75

2- مبادئ العلاج المعرفي السلوكي 78

3- خصائص العلاج المعرفي السلوكي 80

3-1: صياغة المشكلة 80

3-2: العلاقة مع المعالج 81

3-3: بناء الجلسات 81

3-4: العلاج الموجه نحو الهدف 82

3-5: رصد وتعديل التفكير غير المنطقي 82

3-6: تعليم العميل أن يكون معالجا لنفسه 83

4- المخططات المعرفية 83

4-1: لمحة تاريخية عن المخططات المعرفية 83

4-2: تعريف المخطط المعرفي 85

4-3: دراسة نظريات المخططات المعرفية 86

4-4: معالجة المعلومات والمخططات المعرفية 88

4-5: المخططات المعرفية وعملية الدمج في الذاكرة 90

4-6: تكون الذات والمخططات المعرفية 91

4-7: المخططات المعرفية والعلاج المعرفي 92

أ- حسب أ بيك (A.Beck) 92

93	ب - حسب جيفري يونغ (Jeffrey Young).....
93	7-4: أنواع المخططات المعرفية
105	8-4: طبيعة المخططات الشرطية واللا شرطية.....
106	9-4: نماذج التكيف مختلفة الوظيفة.....
110	5- الأفكار غير الوظيفية.....
111	1-5: طبيعة الأفكار غير الوظيفية وخصائصها.....
111	2-5: أساليب التعرف على الأفكار غير الأفكار غير الوظيفية.....
112	3-5: تعديل الأفكار غير الوظيفية.....
114	خلاصة الفصل.....

الباب الثاني

الدراسة الميدانية

الفصل الرابع : الاجراءات المنهجية للدراسة

115	1- تحديد المنهج المستعمل في الدراسة.....
116	2- الدراسة الاستطلاعية.....
117	3- تحديد عينة الدراسة.....
120	4- مكان وزمان إجراء الدراسة.....
120	1-5: التعريف بمكان إجراء الدراسة.....
122	2-5: زمان إجراء الدراسة.....
122	5- وسائل جمع البيانات.....
122	1-6: المقابلة العيادية النصف موجهة.....
125	2-6: اختبار الاكتئاب لـ: بيك (Beck Depriasion Iventery).....
129	3-6: مقياس المخططات المعرفية.....
133	7- برنامج العلاج المعرفي السلوكي.....

135	..... خلاصة الفصل
	<u>الفصل الخامس : عرض ومناقشة نتائج الدراسة</u>
136	..... - تمهيد
137	..... 1- عرض الحالات
137	..... 1-1: الصنف الأول من الحالات
137	..... 1-1-1: الحالة الأولى
142	..... 1-1-2: الحالة الثانية
147	..... 1-1-3: الحالة الثالثة
151	..... 2-1: الصنف الثاني من الحالات
151	..... 1-2-1: الحالة الأولى
156	..... 2-2-1: الحالة الثانية
162	..... 3-2-1: الحالة الثالثة
167	..... 2- مناقشة نتائج الدراسة
168	..... 1-2: مناقشة الفرضية الأولى
170	..... 2-2: مناقشة الفرضية الثانية
172	..... 3-2: مناقشة الفرضية الثالثة
175	..... 4-2: مناقشة الفرضية الرابعة
177	..... 3- خلاصة الدراسة
179	..... 4- المقترحات
181	..... المراجع
191	..... الملاحق

ثانيا: فهرس الجداول

رقم الجدول	العنوان	الصفحة
.1	خصائص عينة الدراسة	119
.2	ملخص سير المقابلات وفق برنامج العلاج المعرفي السلوكي	123
.3	تفسير علامات بيك للاكتئاب	127
.4	ميادين مقياس يونغ للمخططات المعرفية	129
.5	سلم تنقيط مقياس يونغ	132
.6	نتيجة مقياس المخططات المعرفية للحالة الاولى من الصنف الاول	138
.7	تسجيل الأفكار للحالة الاولى من الصنف الاول	139
.8	نتيجة إعادة تطبيق مقياس المخططات المعرفية بعد العلاج للحالة الاولى من الصنف الاول	140
.9	المعتقد الجديد للحالة الاولى من الصنف الاول	141
.10	نتيجة مقياس المخططات المعرفية للحالة الثانية من الصنف الاول	143
.11	تسجيل الأفكار للحالة الثانية من الصنف الاول	144
.12	نتيجة إعادة تطبيق مقياس المخططات المعرفية بعد العلاج للحالة الثانية من الصنف الاول	145
.13	المعتقد الجديد للحالة الثانية من الصنف الاول	146
.14	نتيجة مقياس المخططات المعرفية للحالة الثالثة من الصنف الاول	148
.15	تسجيل الأفكار للحالة الثالثة من الصنف الاول	149
.16	نتيجة إعادة تطبيق مقياس المخططات المعرفية بعد العلاج للحالة الثالثة من الصنف الاول	150
.17	المعتقد الجديد للحالة الثالثة من الصنف الاول	151
.18	نتيجة مقياس المخططات المعرفية للحالة الأولى من الصنف الثاني	152
.19	تسجيل الأفكار للحالة الأولى من الصنف الثاني	154
.20	نتيجة إعادة تطبيق مقياس المخططات المعرفية بعد العلاج للحالة الأولى من الصنف الثاني	154
.21	المعتقد الجديد للحالة الأولى من الصنف الثاني	156
.22	نتيجة مقياس المخططات المعرفية للحالة الثانية من الصنف الثاني	158

159	تسجيل الأفكار للحالة الثانية من الصنف الثاني	.23
160	نتيجة إعادة تطبيق مقياس المخططات المعرفية بعد العلاج للحالة الثانية من الصنف الثاني	.24
161	المعتقد الجديد للحالة الثانية من الصنف الثاني	.25
163	نتيجة مقياس المخططات المعرفية للحالة الثالثة من الصنف الثاني	.26
164	تسجيل الأفكار للحالة الثالثة من الصنف الثاني	.27
165	نتيجة إعادة تطبيق مقياس المخططات المعرفية بعد العلاج للحالة الثالثة من الصنف الثاني	.28
166	المعتقد الجديد للحالة الثالثة من الصنف الثاني	.29
167	جدول يلخص جميع الحالات ونتائج المقاييس قبل وبعد العلاج	.30
172	نتائج مقياس المخططات المعرفية قبل وبعد العلاج	.31

ثالثاً: فهرس الأشكال

الصفحة	العنوان	رقم الشكل
68	مخطط تفسير نموذج الاستعداد / الضغط / المرض	.1
70	مخطط تفسير لنموذج يأس / إكتاب	.2
77	نموذج العلاج المعرفي- السلوكي	.3

شكر وعرافان

أنتم من وقف إلى جانبنا وأعاننا على إتمام هذه الدراسة، وجب علينا شكركم

ونحن نخطو هذه الخطوة المهمة في مسارنا العلمي

ونخص بجزيل الشكر والعرافان كل من أشعل شمعة في دربنا

إلى كن من ساندنا ولو بكلمة، من قريب أو من بعيد

إلى من وقف على المنابر وأعطى من حصيلة فكره لينير دربنا

إلى الأساتذة الكرام في قسم علم النفس

إلى من كان لنا الأستاذ الناصح والموجه، الأستاذ: حولة محمد

إلى من قدم لي يد العون من وقته واهتمامه وماله وراحته زوجي العزيز..

الاهداء

إلى من كلله الله بالهيبة والوقار إلى من علمني العطاء بدون انتظار إلى من أحمل اسمه بكل افتخار
أرجو من الله أن يمد في عمرك لترى ثماراً قد حان قطافها بعد طول انتظار

والدي العزيز

إلى معنى الحب وإلى معنى الحنان والتفاني إلى بسمة الحياة وسر الوجود
إلى من كان دعائها سر نجاحي وحنانها بلسم جراحي إلى أغلى الحبايب

أمي الحبيبة

إلى شمعة متقدة تنير ظلمة حياتي

إلى من بوجوده أكتسب قوة ومحبة لا حدود لها

إلى من عرفت معه معنى الحياة

زوجي وسندي في هذه الحياة

وإلى الثمرتين اللتين جنيتهما من هذه الدنيا فلدة كبدي "سجود وسراج منير"

الذان مثلاً للدافع والحافز الأول رغم كل الصعاب لإتمام هذا العمل لأكون يوماً ما قدوة وفخرًا

لهما

وأحمدك يا الله حمدا عظيما

ملخص الدراسة باللغة العربية

فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تغيير الأفكار غير الوظيفية لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار

تهدف الدراسة الحالية إلى اظهار مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تغيير الأفكار غير الوظيفية لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار إلى أفكار وظيفية والخفض من درجة الاكتئاب لديهم.

منهج الدراسة:

إتبعنا في هذه الدراسة المنهج العيادي الذي يعتمد على دراسة الحالة من خلال مجموعة من المقابلات العيادية الموجهة والنصف موجهة. واستخدمنا أدوات بحث تمثلت في المقابلة العيادية الموجهة ونصف الموجهة ومقياس المخططات المعرفية ليونغ Young واختبار الاكتئاب لـ بيك Beck، وكذا برنامج العلاج المعرفي السلوكي، وهذا على عينة دراسة تكونت من ستّ (06) حالات من الشباب في المرحلة العمرية 20 الى 35 سنة، مقسمين بين ثلاث ذكور وثلاث إناث، مروا جميعهم بمحاولات إنتحار فاشلة.

نتائج الدراسة:

- إستنادا الى ما تم ذكره أعلاه، أظهرت نتائج الدراسة مايلي:
- 1- يوجد لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار أفكار غير وظيفية وتم الكشف عن ذلك من خلال مقياس المخططات المعرفية لـ: "يونغ Young".
 - 2- تساهم الأفكار غير الوظيفية لدى الشباب الذي أقدم على محاولة انتحار في ظهور الاكتئاب وتم التأكد من ذلك من خلال اختبار الاكتئاب لـ: "بيك Beck".
 - 3- هناك فرق بين درجة المخطط المعرفي لدى الشباب الذين حاولوا قبل وبعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي.

4- هناك فرق في درجة الاكتئاب لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار قبل وبعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي.

ومن هنا توصلنا إلى نتيجة مفادها أن للعلاج المعرفي السلوكي فعالية في تغيير الأفكار غير الوظيفية لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار.

الكلمات المفتاحية: محاولة الانتحار، العلاج المعرفي السلوكي، الأفكار غير الوظيفية، المخطط المعرفي.

ملخص الدراسة باللغة الفرنسية:

L'efficacité de la TCC pour changer les idées non fonctionnelles chez les jeunes qui ont tenté de se suicider

La présente étude a pour objectif de montrer l'efficacité de la TCC dans la transformation des idées fonctionnelles chez les jeunes qui ont tenté de se suicider, et de réduire leur degré de dépression.

Approche de l'étude :

Dans cette étude, nous avons suivi l'approche clinique, qui est basée sur une étude de cas, à travers un ensemble d'entretiens cliniques guidés et semi-orientés. Nous avons utilisé des outils de recherche y compris l'entretien clinique orienté et semi-orienté, l'échelle des cartes cognitives des jeunes, le test de dépression de Beck, ainsi que le programme de thérapie cognitivo-comportementale, sur un échantillon d'étude composé de six (06) cas de jeunes âgées entre 20 et 35 ans, Répartis en trois hommes et trois femmes, ils ont tous eu des tentatives de suicide ratées.

Résultats:

Sur la base de ce qui a été mentionné ci-dessus, les résultats de l'étude ont montré ce qui suit :

- 1- Les jeunes qui ont tenté de se suicider ont des pensées non fonctionnelles et cela a été révélé par les diagrammes cognitifs de YOUNG.
- 2- Les pensées non fonctionnelles chez les jeunes qui ont tenté de se suicider contribuent à l'émergence de la dépression et cela a été confirmé par le test de dépression de BECK.
- 3- Il existe une différence entre le degré du schéma cognitif chez les jeunes qui ont essayé avant et après l'application du programme de TCC.
- 4- Il existe une différence dans le degré de dépression chez les jeunes qui ont tenté de se suicider, avant et après l'application du programme de TCC.

Nous sommes donc parvenus à la conclusion que la TCC est efficace pour changer les pensées non fonctionnelles chez les jeunes qui ont tenté de se suicider.

Mots clés: tentative de suicide, programme de TCC, Pensées non fonctionnelles, Tableau cognitif.

The Effectiveness of CBT in Changing Non-functional Thoughts for Youth people who Attempted Suicide

The current study aims to show the effectiveness of cognitive-behavioral therapy in changing non-functional thoughts in young people who have attempted suicide to functional thoughts and reduce their degree of depression.

Study Approach:

In this study, we followed the clinical approach, which is based on a case study, through a set of guided and semi-directed clinical interviews. We used research tools represented in the guided and semi-directed clinical interview, the Young Cognitive Schemes Scale, the Beck Depression Test, as well as the cognitive-behavioral therapy program, on a study sample that consisted of six (06) cases of young people aged 20 to 35 years, divided between Three males and three females, all of them had failed suicide attempts.

Results:

Based on what was mentioned above, the results of the study showed the following:

- 1- Young people who have attempted suicide have nonfunctional thoughts and this was revealed by the Young Cognitive Schemes Scale.
- 2- Non-functional thoughts in young people who have attempted suicide contribute to the emergence of depression and this was confirmed by the Beck Depression Test.
- 3- There is a difference between the degree of the cognitive scheme among young people who tried before and after the application of the cognitive-behavioral treatment program.
- 4- There is a difference in the degree of depression among young people who attempted suicide before and after applying the cognitive-behavioral therapy program.

Hence, we reached the conclusion that cognitive-behavioral therapy is effective in changing non-functional thoughts in young people who have attempted suicide.

Keywords: suicide attempt, cognitive-behavioral therapy, nonfunctional thoughts, cognitive schema.

مقدمة الدراسة

يعتبر السلوك الانتحاري مشكلة دائمة وقديمة قدم التاريخ الانساني، وهي ظاهرة تمس الأفراد والجماعات باختلاف أعمارهم وأعرافهم وجنسهم، ومستواهم الاجتماعي والاقتصادي، إذ رافقت ظاهرة الانتحار مختلف عصور البشرية، غير أنه ظلّ ولفترة طويلة سلوكاً صادراً عن بعض الحالات الفردية الخاصة وفي مواقف خاصة فقط، إلا أن الأمر قد اختلف مع التطور الصناعي والتكنولوجي السريع، وما ترتب عليه من تغير اجتماعي سريع وضغوط اقتصادية شديدة تميز بها العصر الحديث، كل ذلك أدى إلى أن تصبح مشكلة الانتحار ظاهرة سلوكية واسعة الانتشار لا يكاد يخلوا منها مجتمع من المجتمعات ولكن بنسب متفاوتة، ذلك نتيجة الاحباطات التي يتعرض لها الأفراد في حياتهم، ولا شك في أن الانتحار شأنه شأن الظواهر الاجتماعية الأخرى فهو واقع شديد التعقيد سواء من حيث تحديد مفهومه أو أسبابه وكذا العوامل التي تقف وراءه.

لقد كان مفهوم الانتحار يستعمل بصيغة معمّمة، حيث أنه يعبر عن كل سلوك يمكن أن يؤدي بصاحبه إلى الموت، فهو قرار ذاتي لمغادرة الحياة، أو عنف موجه نحو الذات، وأحياناً يعتبر رسالة إنذار نحو من يحيطون بالشخص المنتحر (أو من حاول الانتحار)، بينما يكون أحياناً أخرى هروباً من وضعية معينة، أو عجز الفرد من مواجهتها أو التكيف معها، لكن بين هذا وذاك فالنتيجة واحدة وهي الموت، فهو سلوك معقد قد تكون من وراءه عوامل عديدة إما بيولوجية، اجتماعية أو نفسية أو مجموع تلك العوامل كلها إلا أن التوجه الحديث في تفسير وتحليل ظاهرة الانتحار يهتم بدراسة العوامل وهذا ما دفعنا إلى تبني النظرية المعرفية السلوكية في تفسير هذه الظاهرة وعلى وجه الخصوص محاولات الانتحار الفاشلة للتمكن من دراسة شخصية الشخص الذي كانت له الجرأة على الاقدام على مثل هذا الفعل، والتعرف على طريقة تفكيره وتحديد الأفكار غير الوظيفية لديه وكذلك محاولة تغييرها إلى أفكار منطقية لتقادي حدوث محاولات أخرى مستقبلاً.

ففي محاولة للكشف عن مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تغيير الأفكار غير الوظيفية لدى في الشباب الذي حاول الانتحار فمنذ ظهور العلاج المعرفي السلوكي في منتصف السبعينات وإصدار "بيك BECK" وزملائه كتاب العلاج المعرفي السلوكي توالت الدراسات العلمية للتأكد من صحة افتراضات هذا النموذج والتحقق من مدى كفاءته في علاج الاكتئاب والاضطرابات النفسية الأخرى حيث اختلفت الدراسات وتنوعت أهدافها فمنها من اهتم بمقارنة فعالية هذا العلاج بالأدوية والبعض قارنه بالعلاجات النفسية الأخرى وفي دراستنا هذه سنقوم بمحاولة للتأكد من فعاليته في تغيير الأفكار غير الوظيفية التي قد تؤدي إلى محاولة الانتحار باعتبار أن هذه الظاهرة أصبحت متفشية في مجتمعاتنا مما يستدعي تكثيف الدراسات في هذا المجال من أجل المساهمة في الحد منها.

إشكالية الدراسة:

يطرح موضوع الدراسة جملة من التساؤلات تحتم على الباحثين الأكاديميين وكذا المهتمين والمسؤولين وضع إطار نظري وتطبيقي لضبط أبعاده التأصيلية وتقييم مختلف الحلول الحالية وكذا الوصول إلى إقتراحات ناجعة للحد من المشكلة، وإستنادا إلى ما سبق ذكره، تتجلى معالم إشكاليتنا في السؤال المحوري التالي: ما مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تغيير الأفكار غير الوظيفية لدى الشباب الذين حاولوا الإنتحار؟

الأسئلة الفرعية:

وتنبثق من السؤال المحوري مجموعة من الأسئلة الفرعية، ذات العلاقة الوثيقة به، والتي يمكننا إدراجها كما يلي:

- هل يوجد لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار أفكار غير وظيفية؟
- هل تساهم الأفكار غير الوظيفية لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار في ظهور الاكتئاب لديهم، وتدفعهم نحو الانتحار؟
- هل هناك فرق بين درجة المخطط المعرفي لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار، قبل وبعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي؟

- هل هناك فرق في درجة الاكتئاب لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار، قبل وبعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي؟

أما بالنسبة للإجابات المؤقتة لهذه التساؤلات (الفرضيات) كانت كالتالي :

فرضيات الدراسة:

■ **الفرضية العامة:**

يمكن من خلال العلاج المعرفي السلوكي تغيير الأفكار غير الوظيفية إلى أفكار وظيفية لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار.

■ **الفرضيات الفرعية:**

- يوجد لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار أفكار غير وظيفية.
- تساهم الأفكار غير الوظيفية لدى الشباب الذين أقدموا على الانتحار في ظهور الاكتئاب.

- هناك فرق بين درجة المخطط المعرفي لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار قبل وبعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي.

- هناك فرق في درجة الاكتئاب لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار قبل وبعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي.

ومن أجل قبول أو رفض هذه الفرضيات اتبعنا مجموعة من الخطوات، تجسدت من

خلال الدراسة النظرية وخصصنا لهذا الجانب ثلاثة فصول:

- في الفصل الأول تم تحديد الاشكالية والدراسات السابقة والمفاهيم الاجرائية؛
- وفي الفصل الثاني تم التعرف على ظاهرة الانتحار ومحاولة الانتحار بأخذ نبذة تاريخية عن مراحل تطور هذه المشكلة، والتطرق إلى النظريات المفسرة للانتحار والوسائل المستعملة في محاولة الانتحار والفرق بين الذكور والإناث في ذلك؛

- أما في الفصل الثالث فقد قمنا بتسليط الضوء على العلاج المعرفي السلوكي والأفكار غير الوظيفية من خلال تعريف هذا النوع من العلاجات وتوضيح خطواته وكيفية العمل على تغيير الأفكار غير الوظيفية؛
- بينما تطرقنا في الفصل الرابع الى الجانب التطبيقي من خلال تحديد وسائل وخطوات ومنهج دراستنا وعرض حالات الدراسة، وفي الأخير مناقشة الفرضيات، حيث توصلنا من خلال كل هذا إلى نتيجة مفادها أن للعلاج المعرفي السلوكي فعالية في تغيير الأفكار غير الوظيفية لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار، وذلك من خلال تحقق كل فرضيات البحث مع جميع الحالات.
- حيث تم التأكد من خلال الفرضية الأولى أن الشباب الذين حاولوا الانتحار لديهم أفكار غير وظيفية وذلك باستعمال مقياس المخططات المعرفية الذي حدد لنا طبيعة المخطط لدى الحالات، وبالتالي تم التعرف على الأفكار الوظيفية لديهم وبهذا تم تحديدها وبالتالي تم إثبات وجودها.
- أما الفرضية الثانية التي تنص على أن الأفكار غير الوظيفية لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار تساهم في ظهور الاكتئاب فقد تم اثباتها من خلال تطبيق اختبار الاكتئاب لـ: بيك Beck حيث وجدنا أن كل الحالات التي تم دراستها تعاني من الاكتئاب، مع الاختلاف في درجة ومستواه.
- بينما تم التحقق من الفرضية الثالثة التي تنص على أنه هناك اختلاف في درجة المخطط المعرفي قبل وبعد العلاج من خلال التطبيق القبلي والبعدي لمقياس المخططات المعرفية، ووجدنا أن درجة المخطط انخفضت بعد فترة من العلاج.
- أما الفرضية الرابعة والتي تنص على أنه هناك اختلاف في درجة الاكتئاب قبل وبعد العلاج، فقد تم التحقق منها هي الأخرى وذلك من خلال التطبيق القبلي والبعدي لمقياس بيك Beck للاكتئاب ووجدنا أن درجة الاكتئاب انخفضت لدى كل الحالات

بنسب متفاوتة بعد فترة العلاج وبهذا تم اثبات فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تغيير الأفكار غير الوظيفية لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار إلى أفكار وظيفية.

الباب الأول

التأصيل النظري

الفصل الأول: مدخل الدراسة

I. إشكالية البحث

II. فرضيات البحث

III. أسباب اختيار الموضوع

IV. أهداف الدراسة

V. تعاريف إجرائية

VI. الدراسات السابقة

أ- الدراسات السابقة حول الانتحار:

1- الدراسات السابقة حول الانتحار في أوروبا

2- الدراسات السابقة حول الانتحار في أمريكا

3- الدراسات السابقة حول الانتحار في البلاد العربية

4- الدراسات السابقة حول ظاهرة الانتحار في الجزائر

ب- الدراسات التي تتعلق بالعلاج المعرفي السلوكي:

1- الدراسات الأجنبية حول العلاج المعرفي السلوكي

2- الدراسات العربية حول العلاج المعرفي السلوكي

ت- التعليق على الدراسات السابقة

ث- الفائدة المستمدة من الدراسات السابقة

ج- مكانة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة

I. اشكالية البحث:

يعد العلاج المعرفي السلوكي أحد أساليب العلاج النفسي الحديثة نسبيا وقد نتج عن إدخال العمليات المعرفية إلى حيز وأساليب العلاج السلوكي، حيث من المؤكد وجود ارتباط بين التفكير والانفعال السلوكي، ويقترن العلاج السلوكي المعرفي الحديث باسم (آرون بيك 1990 Aaron beck) ويقوم هذا النموذج العلاجي على فكرة تنص على أن ما يفكر فيه الفرد وما يقوله حول نفسه وكذلك اتجاهاته وآرائه ومثله تعد جميعا بمثابة أمور هامة وذات صلة وثيقة بسلوكه الصحيح أو المريض، وأن ما يكتسبه الفرد خلال حياته من معلومات ومفاهيم وصيغ للتعامل يستخدمها جميعا في التعامل مع المشكلات النفسية المختلفة التي تعترض حياته.

ونظرا للنتائج المعتبرة التي حققها هذا النوع من العلاجات في علاج العديد من الاضطرابات خلال فترة وجيزة من العلاج، ارتئينا في بحثنا هذا أن نعتمد على نظرية beck من أجل تحديد الأفكار غير الوظيفية أو بشكل أدق تحديد العلاقة بين الأفكار غير الوظيفية وظهور محاولة الانتحار وما مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تغيير هذه الأفكار لدى الشباب في مجتمعنا حيث يعتبر السلوك الإنتحاري مشكلة دائمة يعود تاريخها إلى فجر حياة الإنسان وهي ظاهرة تمس الأفراد مهما كان عمرهم أو جنسهم أو عرقهم ومستواهم الإجتماعي والإقتصادي.

ونلاحظ أن محاولة الإنتحار تعرف منحى تصاعديا لدى الشباب، وهذا ما يستدعي تكثيف الدراسات للوصول إلى تفسيرات علمية لهذه الظاهرة وهذا ما نأمل أن نحقق في بحثنا هذا، حيث أن النسبة تعرف تصاعدا ملحوظا منذ أواخر الستينات ووصلت إلى نسب منذرة بالخطر والخوف، خصوصا عند فئة الشباب، إذ تجاوزت نسبة الانتحار 200 بالمائة في فئة الأعمار 15-24 سنة وهذا بسبب إفلاس المنتحرين من قدراتهم في التعامل مع المشكلات تعاملات تكيفيا (محمد حجار 1978)، ورغم أن الاحصائيات في الحوادث الانتحارية يعتمد على محاضر الاستجواب وشهادات الوفاة التي قد لاتعكس نسبة الحوادث

الحقيقية إلا أنه يمكن إدراج الانتحار ضمن أول عشرة أسباب الموت عند الكهول في المجتمعات الحضرية، ويشكل 10 بالمائة من الوفيات بين عمر 25-34 سنة و30 بالمائة من الوفيات عند طلاب الجامعة، كما يعد السبب الثالث للموت عند المراهقين بشكل عام، وحوالي مسبة 70 بالمائة من الانتحار التام يحدث بين الأربعين حيث ترتفع النسبة بحدة بعد سن الستين خاصة لدى الرجال، كما أن حوالي 65 بالمائة من محاولات الانتحار تحدث قبل الأربعين، وتشكل الفتيات المراهقات العازبات نسبة هامة من محاولات الانتحار، والنسبة تكون أيضا مرتفعة عند غير المتزوجين في الثلاثين من عمرهم (زياد عدوان 1990).

وتظهر الدراسات الأيدولوجية أن الانتحار يعرف تعاضما في كل الدول وهذا ما ذهب إليه (زياد عدوان 1990) حين أقر أن الانتحار يعد مشكلة صحية كبرى. فمنظمة الصحة العالمية WHO تقدر أن حوالي 1000 شخص يقتلون أنفسهم يوميا وأن الانتحار يصنف بين الأسباب الخمسة إلى العشرة الأولى المؤدية إلى الموت في أمريكا الشمالية ومعظم الدول الأوروبية.

كما يضيف (مورون 1994 Moron) أن الشيء المؤكد هو أن الانتحار ظاهرة عالمية سواء من حيث انتشارها عبر الأزمنة أو الأماكن، ففي تونس مثلاً يؤكد (جوة سلامي وجواية 1997) أن الاحصائيات أثبتت مدى تطور وتفاقم نسبة الانتحار، إذ بلغ هذا القدر تقريبا ما تعانيه بعض البلدان الأوروبية مثل إسبانيا وإيطاليا، وهذا ناتج حسب بعض الباحثين عن التطور الاجتماعي السريع الذي شهدته البلاد منذ الاستقلال، كما يؤكدان أن معدل الانتحار في تونس حاليا يعادل 7,5 لكل 100 ألف، وبالنسبة للعمر يبقى أساسا مشكلة يعاني منها الشباب حيث أن 50 بالمائة منهم يتراوح عمرهم ما بين 15-25 سنة و80 بالمائة منهم تقع أعمارهم ما بين 15-35 سنة.

أما عن المحاولات الانتحارية فيظهر أيضا أنها في تزايد بحيث أن دراسة السبعينات تشير إلى أن هناك من مايقابل 3 أو 4 محاولات انتحارية لكل انتحار ناجح، أما في

السنوات الأخيرة فقد لوحظ أن نسبة محاولات الانتحار تفوق 9 مرات أرقام الانتحار بالنسبة لتلك الفترة.

كما تؤكد الدراسة التي قام بها مكتب الإنماء الاجتماعي وإدارة البحوث والدراسات بالكويت 2002 أن مخلفات الحروب التي عاشها المجتمع الكويتي جعلت المواطن يعيش وحيدا منعزلا عاجزا عن الدفاع عن نفسه ضد القوات المسلحة العراقية... كل هذه العوامل تمثل ضغوطا نتج عنها آثار سلبية أهمها القلق والخوف والاحباط والاكتئاب وانهايار بعض الثوابت الاجتماعية وكذلك العدوانية واليأس والأسى وفقدان الاهتمام، والتي تمثل ظروفًا نفسية واجتماعية تتزايد معها احتمالات فقدان الرغبة أو القدرة على مواصلة الحياة وتجسد في الأقدام على محاولة الانتحار.

هذا عن نتائج البحوث التي نشرت أرقاما عن هذه الظاهرة في بعض الدول الأجنبية والعربية، أما عن الجزائر فيمكن أن ننظر للسلوك الانتحاري من خلال ارتباطه حسب البعض باستفحال الأزمة الاقتصادية وانحراف الثقافة من جهة وتصل المؤسسات الاجتماعية المعنية بالتنشئة الاجتماعية عن أداء دورها بفعالية وقدرتها على اكتساب الفرد السلوك السوي من جهة أخرى حسب (بولحبال نوار مريوحة، 2004).

وتظهر دراسة (بن شيخ نور الدين، 2004) أن نسبة الانتحار في الجزائر تأخذ في الارتفاع بشكل ملفت للانتباه وبصورة تدعو للقلق، ومع هذا الارتفاع تعددت الفئات العمرية التي أقبلت وتقبل على الانتحار إلا أنه الباحث (بن شيخ نور الدين) يرى أن المنتحرين يتمركزون في الفئة العمرية 18-45 سنة، كما بيّنت الدراسة أن الانتحار منتشر بين الذكور أكثر من الإناث.

وقد قد أشار (عبد الوافي بوسنة، 2004) إلى أحد الأسباب الكامنة خلف هذا الوضع موضحا أن محاولات الانتحار التي تمر عبر مصلحة الطب الشرعي أو مصلحة الإنعاش في المستشفيات لا يتبعها تصريحات من المعنيين.

وتؤكد (بولحبال نوار مربوحة، 2004) أن الأرقام المقدمة بهذا الخصوص غير دقيقة على اعتبار أن التمييز بين الموت بسبب الانتحار وبين الموت لأسباب تقشي الجريمة وتدهور الظروف الاجتماعية مسألة في غاية الصعوبة في ميدان التشريح والطب الشرعي في الجزائر.

يظهر من خلال هذا أن تناول هذه الظاهرة جعل بعض الباحثين الجزائريين يوجهون تساؤلات كثيرة، يمكن التعبير عنها من خلال ما أقرته الباحثة (بن شيخ فتيحة، 2005) في الملتقى الوطني حول الانتحار في المجتمع الجزائري قائلة "ماذا يمكن أن نقول حين يتعلق الأمر بمناقشة قضية في واقع خال من الدراسات كما هو الحال في الواقع الجزائري؟" كما أشارت أنه لا توجد أي دراسة اهتمت بالموضوع من الجانب الأيديولوجي.

ومع كل الظروف التي تحيط بالانتحار والمحاولات الانتحارية إلا أن هناك أرقاما كشفتها إحصائيات عام 2000 في الجزائر والتي قامت بها مصالح المديرية العامة للحماية المدنية عن قيام مصالحتها بالتدخل في 274 حالة بين انتحار ومحاولة الاقدام عليه. حيث سجلت 196 حالة عن الرجال و56 حالة عند النساء كما سجلت 22 حالة عند القصر، وهي ظاهرة جديدة مقارنة بالسنوات الماضية، كما أبرزت الأرقام المسجلة حول الانتحار خلال كل شهر من سنة 2000 أن شهر جويلية عرف أكبر نسبة ب 34 حالة، ثم مارس 31 حالة، ثم جوان 29 حالة، ويليه أفريل 27 حالة، وفي ماي 26 حالة، واوت 22 حالة ثم شهر نوفمبر، ديسمبر، أكتوبر على التوالي 20-16-15-14 حالة، وأخيرا جانفي 12 حالة.

يبدو جلياً إنتشار ظاهرة جديدة ضمن كل الأوساط والفئات العمرية، تنذر بوجود اختلال ما، يمكن أن ننظر إليه من زوايا متعددة، نفسية، إجتماعية، واقتصادية. غير أن ما تحاول دراستنا تناوله، هو محاولة الكشف عن فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تغيير الأفكار غير الوظيفية التي تؤدي إلى محاولة الانتحار حيث يقوم العلاج المعرفي

السلوكي على "إعادة تشكيل البنية المعرفية لمتلقي العلاج من خلال مجموعة من المبادئ والإجراءات تقوم على أساس أن العوامل المعرفية تؤثر في السلوك ومن ثم فإن التغييرات المعرفية تؤثر في السلوك ومن ثم فإن التغييرات المعرفية سيترسب عليها تغيير في سلوك المتعالج" (Clark.fairburn, 1999, p.89) ومن رواد هذا الاتجاه (آرون بيك beck) (الذي يعرف العلاج النفسي بأنه "طريقة بنائية ومحددة الزمن ذات تأثير توجيهي فعال يتم استخدامها في علاج بعض الاضطرابات النفسية" (Dattilio.freeman, 2000, p.8)

ويعد العلاج المعرفي السلوكي واحدا من الطرائق العلاجية النفسية التي تعطي المعرفة مركزا مهما في الحدث النفسي وهي "ادراكات لأهمية الأحداث أو إدراكات تقييم لهذه الأحداث أو كلاهما معا فينا يتعلق بأهمية الأحداث بالنسبة لصحة الشخص النفسية، أو بالنسبة لأفكاره، أو تصوراته، أو اعتقاداته عن نفسه ومحيطه" (رضوان، 2001، ص57) إنها العمليات المعرفية التي تتضمن الطريقة التي يفسر بها الأشياء من حوله، "أي مايقوله لنفسه عن شيء ما أو شخص ما، وهي تختلف من شخص لآخر، كما تؤثر في حياته اليومية" (burns, 1991, p.12).

وعلى ضوء ما أشرنا إليه من انتشار لظاهرة الانتحار في مجتمعاتنا وشعورا منا بوجاهة المشكلة في بعدها المحلي، جعلنا نفترض امكانية الحد من هذه الظاهرة وذلك باستخدام العلاج المعرفي السلوكي نظرا لما حققه من نجاحات في عدة مجالات، حيث قمنا بصياغة إشكاليتنا على النحو التالي:

ما مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تغيير الأفكار غير الوظيفية لدى الشباب الذين حاولوا الإنتحار؟

التساؤلات :

وتندرج تحتها مجموعة من التساؤلات :

1- يوجد لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار أفكار غير وظيفية؟

- 2- الأفكار غير الوظيفية لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار تساهم في ظهور الاكتئاب؟
- 3- هل هناك فرق بين درجة المخطط المعرفي لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار قبل وبعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي؟
- 4- هل هناك فرق في درجة الاكتئاب لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار قبل وبعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي؟

II. فرضيات الدراسة:

الفرضية الرئيسية :

يمكن من خلال العلاج المعرفي السلوكي تغيير الأفكار غير الوظيفية إلى أفكار وظيفية لدى الشباب الذين أقدموا على محاولة الانتحار.

الفرضيات الفرعية :

- 1- يوجد لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار أفكار غير وظيفية .
- 2- تساهم الأفكار غير الوظيفية لدى الشباب الذين أقدموا على الانتحار في ظهور الاكتئاب.
- 3- هناك فرق بين درجة المخطط المعرفي لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار قبل وبعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي.
- 4- هناك فرق في درجة الاكتئاب لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار قبل وبعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي.

III. أسباب اختيار الموضوع:

لكل موضوع أسباب لاختياره فمهما تعددت هذه الأسباب يمكننا حصرها في سببين أساسيين هما:

1- السبب الذاتي:

موضوع دراستنا في الماستر كان حول الأنماط الأسرية وظهور العنف عند المراهق حيث توصلنا إلى نتيجة مفادها أن العنف متواجد لدى المراهقين بكل أشكاله سواء كانت الأسباب تعود إلى طبيعة الأنماط الأسرية أو لأسباب أخرى مما جعلنا نتساءل حول نوع من أنواع العنف وهو العنف الموجه نحو الذات قد يولد لدى هذا المراهق الذي أصبح شاباً ناضجاً أفكاراً غير وظيفية تجعله يحاول الانتحار وهذا ما دفعنا إلى التعمق أكثر في هذا الموضوع بغرض إيجاد تفسيرات علمية قد تساعد على الوقاية من هذه الظاهرة وهنا كان اتجاهنا نحو العلاج المعرفي السلوكي الذي يهتم بتحديد الفكرة التي توجه السلوك عموماً والسلوك المضطرب خاصة.

2- السبب الموضوعي:

يمكننا القول بأن مثل هذا الموضوع يلفت انتباه أي باحث أو دارس لقيمته باعتبار أن ظاهرة الانتحار أصبحت متفشية في مجتمعاتنا وأن العلاج المعرفي السلوكي حقق نجاحات في عدة مجالات لهذا أردنا أن نثبت فعاليته في تغيير الأفكار غير الوظيفية لدى الشباب الذي أقدم على محاولة انتحار ومن هنا يمكن المساهمة ولو بجزء بسيط في التقليل من نسبة تفشي هذه الظاهرة لدى الشباب علماً أن أغلب الدراسات السابقة اهتمت بدراسة ظاهرة الانتحار من حيث النسب والتركيز على الحالات التي تم فيها اتمام عملية الانتحار بنجاح أو بالأحرى بوفاء الحالات أما في دراستنا هذه سنقوم بدراسة الحالات الذين أقدموا على محاولة انتحار فاشلة بغرض العمل على عدم تكرار هذه المحاولة، والغوص في طبيعة تفكير الشخص الذي حاول الانتحار والتعرف على الأفكار التي مهدت لمثل هذه المحاولة من أجل التنبؤ بها وبالتالي تفادي وقوعها.

IV. أهداف الدراسة وأهميتها:

تنطلق دراستنا لموضوع فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تغيير الأفكار غير الوظيفية لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار من أجل تحقيق الأهداف التالية:

- التعمق أكثر في دراسة محاولة الانتحار وإبراز علاقتها بالأفكار غير الوظيفية.
- تعزيز الحقل العلمي بدراسات جديدة لتسليط الضوء أكثر على الظاهرة ومحاولة الحد منها.
- التعرف على طبيعة تفكير الأشخاص الذين حاولوا الانتحار وبالتالي العمل على تفادي محاولات أخرى.
- أما بالنسبة لأهمية الدراسة فتتمثل في إثراء المكتبة العلمية وأعمال سيرورة البحوث المعرفية في هذا المجال .
- كما يساعدنا كذلك تحديد طبيعة التفكير لدى هؤلاء الأشخاص على إمكانية التنبؤ القبلي بمثل هذه الحالات وبالتالي تفادي حدوث تجربة الانتحار من الأساس.

V. التعاريف الاجرائية:

- 1- محاولة الانتحار: هي كل تجربة فاشلة قام بها الشباب (ذكر أو أنثى) من أجل قتل الذات إراديا نتيجة سيطرة الأفكار غير الوظيفية التي يكشف عنها مقياس المخططات المعرفية.
- 2- الشباب: هم الذكور والإناث الذين يتراوح سنهم ما بين (20-35) سنة.
- 3- العلاج المعرفي السلوكي: هو علاج يستند على مساعدة المريض في ادراك وتفسير أفكاره السلبية بهدف تغييرها إلى أفكار أو قناعات ايجابية أكثر واقعية.
- 4- الأفكار غير الوظيفية: هي أفكار ناجمة عن مخطط معرفي مبكر، وهي عبارة عن أحكام شرطية تتعلق بتقدير الذات والعاطفة أو الحب وتقبل الآخر وهي الطريق الذي يؤدي إلى المخطط.
- 5- المخطط المعرفي المبكر: هو عبارة عن نمط تفكير يكتسب في المراحل المبكرة من العمر، وحددت المخططات المبكرة غير التكيفية في هذا البحث من خلال الدرجات التي يتحصل عليها الفرد في مقياس المخططات المبكرة غير التكيفية لجيفري يونغ، في النسخة المختصرة المكونة من 75 بندا.

6- برنامج العلاج المعرفي السلوكي: هو برنامج مخطط ومنظم يستند على مبادئ وفتيات محددة تتعلق بالجوانب المعرفية والسلوكية عند الشباب الذين حاولوا الانتحار، ويتضمن هذا البرنامج مجموعة من الخبرات والممارسات والأنشطة اليومية بقصد تغيير الأفكار غير الوظيفية إلى أفكار وظيفية وبالتالي التخفيف من حدة الاكتئاب الناجم عن هذه الأفكار.

VI. الدراسات السابقة:

أ- الدراسات السابقة حول الانتحار في :

1- الدراسات السابقة حول الانتحار في أوروبا:

1-1: دراسة "إميل دوركايم" "الانتحار" عام 1897:

وضع (دوركايم) سنة 1897 أسس علم الاجتماع الحديث معتمدا على إحصائيات عالمية حيث وضح أن الانتحار ظاهرة ثابتة لا يمكن تفسيرها بصفة فردية ويرى (دوركايم) أن السبب الرئيسي لظاهرة الانتحار هو البحث على درجة اندماج الأفراد في المجتمع. وقد رأى أن ظاهرة الانتحار لا يمكن إرجاعها إلى عوامل نفسية مرضية أو إلى عامل الوراثة أو التقليد كما لا يمكن إرجاعها إلى العوامل الجغرافية أو إلى الشعور بالفقر أو الفشل في الحب أو إلى أي دافع شخصي آخر ذلك لأن التحليل الدقيق للبيانات الإحصائية يناقض كل هذه الفرضيات وقد تناول هذا التحليل في الجزء الأول من كتاب الانتحار. وفي مقال كتبه (دوركايم) بعنوان "الانتحار كمرض" يتحدث فيه عن علاقة الانتحار بالمرض النفسي حيث يرى أن هذا الافتراض لاتؤيده الشواهد الواقعية فالإحصائيات لاتشير الى الارتباط بين المرض النفسي والانتحار ومثالا على ذلك أن عدد النساء في المستشفيات الخاصة بالأمراض العقلية والنفسية يزيد عن عدد الرجال فيها، حيث يوجد 55 امرأة مقابل 45 رجل إلا أن النساء في التعداد يشكلن حوالي 20 فقط من نسبة المنتحرين هذا فضلا عن نسبة الأمراض العقلية ترتفع بين اليهود إلى أعلى متوسط بينما نسبة الانتحار عندهم ضئيلة مقارنة بالديانة الكاثوليكية. (Durkhiem Emile, 1930)

1-2: دراسة فرانسوان دافيدسون وماري شوكي ومجموعة من المساعدين عام 1974 التي أجريت في مستشفيات مدينتي ليون وستراسبورغ:

بعنوان:

Etude épidémiologique sur les tentatives de suicide
دراسة وبائية عن محاولة الانتحار

أهداف الدراسة: تركز أهداف هذه الدراسة في مايلي:

- التعرف على شعور الأسرة اتجاه المراهق المحاول للانتحار.
- وصف محاولة الانتحار.
- التعرف على شخصية المراهق المحاول للانتحار.

فرضية الدراسة: "هناك علاقة وثيقة بين الوسط الأسري ومحاولة الانتحار"

وتكونت عينة الدراسة من 537 مراهقا حاول الانتحار في مستشفيات لين وستراسبورغ بفرنسا.

أدوات الدراسة: لقد تم جمع المعلومات حول محاولة الانتحار من خلال المقابلات التي أجريت مع المنتحرين وأسرهم اذن الوسيلة المستعملة هي المقابلة، وهي أداة تستعمل كثيرا في البحوث الاجتماعية بصفة عامة.

نتائج الدراسة: تركز جميع الأسباب التي قدمها حوالي 50 بالمائة من الحالات المدروسة على المشكلات الأسرية التي تتعلق بسوء التفاهم مع الأسرة ورغبة المراهق في الاستقلال عنها، بينما وضح حوالي 1/5 من مجموع المراهقين بأن أسباب الانتحار تتركز في مشكلة العمل كعدم الاستقرار أو سوء التضامن أو البطالة و5 بالمائة منهم يرون أن السبب يعود إلى التعب والتوتر العصبي أو صعوبات تكيفه مع المجتمع علما بأن هذه الأسباب قد شملت الذكور والإناث على حد سواء بإستثناء وجود حالات خاصة لدى عينة صغيرة من الإناث لا تتجاوز 5 بالمائة ترى أن أسباب محاولات الانتحار تعود إلى أن الفعل الانتحاري قد تم بصورة اندفاعية وفي عزلة تامة كما ظهر أن حوالي 55 بالمائة من

المراهقين لم يفكروا أبدا في الانتحار وحوالي 20 بالمائة أقرروا بأنهم فكروا في هذه المحاولة قبل بضعة أسابيع، و8,5 بالمائة فكروا فيها قبل أقل من أسبوعين و11 بالمائة من أسبوعين إلى 8 أسابيع. و67 بالمائة منهم لم يقوموا بأي استعدادات مثل تحضير المادة التي سينتخرون بها، أو كتابة رسالة لإنذار الأهل و88 بالمائة لم يخبروا أحدا بما عزموا على فعله و12 بالمائة أخبروا أحد أفراد الأسرة أو أحد خارج أفراد الأسرة.

أما فيما يخص تكرار المحاولات الانتحارية نجد عند 30 بالمائة من مجموع أفراد العينة أن هذا التكرار في المحاولات مرتبط بـ:

- ظهور أعراض نفسية مرضية لدى المقبلين في الانتحار.

- مشاكل عائلية ومشاكل ديموغرافية واجتماعية بصفة عامة.

من خلال هذه الدراسة استطاع الباحث أن يتحقق من نتيجة هامة جدا وهي أن "الظاهرة الانتحارية" هي ثاني أسباب الوفيات في فرنسا بالنسبة للأشخاص الذين يتراوح أعمارهم من 15 إلى 35 سنة، أما الملاحظة الأخيرة التي خرج بها الباحثون هي أن الاختلافات الجغرافية وعلى الخصوص الوسط الجغرافي أو البيئة الجغرافية لها تأثير فعال على ظاهرة الانتحار في فرنسا خاصة لدى فئة الشباب نتيجة سوء الإدماج والتكيف الاجتماعي.

3-1: دراسة بورو (Porot) وجماعته حول "الميول الانتحارية عند المراهقات"

المنشور عام 1986 « les tendances suicidaires chez les adolescentes »

لقد كان هدف الباحثين من هذا البحث هو التحقق من الفرضية التالية:

هناك علاقة بين الوسط الأسري المضطرب ومحاولات الانتحار عند المراهقات ويشير الوسط الأسري المضطرب إلى غياب الأب، وقد أجريت الدراسة على 40 مراهقة تتراوح أعمارهم بين 16 و24 سنة. أما الوسائل المستخدمة في الدراسة فقد شملت مايلي:

- مقابلة مع أسر المراهقات خاصة مع الآباء.

- مقابلة مع المراهقات.

وقد توصل الباحثون إلى النتائج التالية:

- تزداد محاولات الانتحار لدى المراهقات بين 16 و24 سنة.
- معظم المراهقات قد تعرضن للإحباط أثناء الطفولة.
- جميع المراهقات قد تشعرن بالنقص وعدم الثقة بالنفس.
- جميع المراهقات تعرضنا لحرمان عاطفي والإهمال وعدم الاهتمام.

1-4: دراسة موريس هالفاكس "أسباب الانتحار" 1930:

إن المتفحص لكتاب (هالفاكس) يلاحظ أنه يتفق مع (دوركايم) في بعض القضايا ويخالفه في البعض الآخر حيث تطرق هالفاكس في كتابه هذا إلى الطرق المنهجية الحديثة في رصد حالات الانتحار بدقة متناهية كما يشير إلى أهمية الأخذ بعين الاعتبار ليس فقط عمليات الانتحار الناجحة وإنما محاولات الانتحار كذلك فكلتاها تظهران موزعتين بطريقة مختلفة ومرتبطينتين بمتغيرات مثل السن والجنس وغالبا ما تكون متناقضة وهكذا حسب (هالفاكس) تكون عمليات الانتحار الناجحة أكثر عددا عند الرجال ولكن محاولات الانتحار أكثر عددا عند النساء. (Halbwahes Maurice, 2002)

والفكرة التي يتفق فيها كل من (هالفاكس) و(دوركايم) في دراستهما لطرق الانتحار أن لكل مجتمع طريقة للانتحار حيث تبين الإحصائيات التي نشرها (هالفاكس) أن المنتحرين في بريطانيا لا يلجؤون إلى شنق أنفسهم عكس فرنسا التي يستعملون فيها أكثر هذه الوسيلة (الشنق) أما في إيطاليا فإن الوسيلة الأكثر استعمالا في الانتحار هي الشنق، تناول السموم أو اللجوء إلى السلاح الناري، ويرى (هالفاكس) أن وسائل الانتحار تتوزع حسب المناطق الجغرافية، حيث أن وسيلة الشنق تستخدم أكثر في المناطق الشمالية، وعلى سبيل المثال في - بافاريا - يستعمل المنتحرون السلاح الناري بكثرة في انتحارهم، بينما يقل معدل اللجوء إلى وسيلة الشنق.

ويميز هالفاكس بين الانتحار والتضحية إذ يعرف الانتحار على أنه كل حالة موت ناجمة عن سلوك يقوم به الشخص وهو عازم على قتل نفسه بينما التضحية هي الموت من أجل قيم يؤمن بها الشخص الذي يضحي بنفسه ليس من أجل الموت.

5-1: دراسة مايكل أومو (Mikael Humeau):

تدرج هذه الدراسة ضمن الدراسات الطبية لنيل شهادة الدكتوراه في الطب تحت عنوان "السلوكيات الانتحارية بواسطة السلاح الناري"، تطرق الباحث في دراسته هذه إلى الوسائل والكيفيات المستخدمة في الاقبال على الانتحار بدءا من الحضارات القديمة والعصور الوسطى إلى غاية الوقت الحالي، حيث يرى أن استعمال السلاح الناري في الماضي كان منتشرا أكثر عند طبقة النبلاء تحديدا في عصر الأنوار.

أما في الوقت الحالي يعتبر السلاح الوسيلة الأكثر استعمالا عند المنتحرين في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث تضاعف عدد الانتحارات بواسطة السلاح الناري مرتين عند الأشخاص الذين يبلغون من العمر بين 15 و20 سنة وهذا منذ 1968.

أما في سنة 1998 فإن 57 بالمائة من الانتحارات نفذت بواسطة سلاح ناري ب 17424 حالة انتحار، حيث بينت الدراسة أن في الولايات المتحدة الأمريكية يوجد سلاح ناري واحد لكل مواطن أمريكي لهذا تنتشر بكثرة جرائم القتل بواسطة هذا السلاح.

ومن النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة أن وسيلة السلاح الناري هي الأكثر استعمالا عند الذكور وخاصة الشباب منهم، كما أنها الوسيلة المستعملة من طرف كبار السن، وظهر من هذه الدراسة أنه من الناحية الطبية هناك اختلاف بين المنتحرين الذين يلجؤون إلى وسيلة السلاح الناري وبين الذين يستعملون وسائل أخرى، كما أن توفر السلاح الناري أمام الشخص الذي يرغب فعلا في الانتحار، قد يشجعه للقيام بذلك، ويمكن تفسير اختيار هذه الوسيلة بالبعد الثقافي، ففي فرنسا مثلا المنتحرون يستعملون

البندقية أثناء انتحارهم، والتي تستعمل من طرف الفرنسيين في الصيد الذي يعتبر من الهوايات الأكثر انتشارا في فرنسا (Humeau Mikael, 2005)

2- الدراسات السابقة حول الانتحار في أمريكا:

1-2: دراسة ترافاتوف (Travatof) حول "الانتحار في كندا" والتي

نشرت سنة 1988 « le suicide au Canada »:

كان الهدف من هذه الدراسة هو تحليل سوسولوجي لظاهرة الانتحار بصفة عامة (الناجحة والفاشلة) التي تحدث في المجتمع الكندي في تلك الفترة ومن أجل ذلك قام الباحث بتحليل المعطيات باستعمال تقنية التحليل المتعدد المتغيرات من أجل التحصيل على نسب الانتحار حسب السن وحسب تغير السنوات، كما استعمل الباحث متغيرات أخرى من أجل التحصل على نسب الانتحار حسب السن وحسب السنوات، كما استعمل الباحث متغيرات أخرى من أجل اختيار تطور هذه الظاهرة، مثل الحالة الزوجية والنزوح الديمغرافي وكذلك عامل التدخين.

- نتائج الدراسة: توصل الباحث إلى استخراج عدة أسباب ورتب هذه الأسباب كالتالي:
- الطلاق: يعتبر الطلاق أول أسباب الانتحار خاصة بالنسبة للنساء حيث ازدادت ظاهرة الانتحار انتشارا بارتفاع نسبة الطلاق في كندا.
- ظاهرة التحضر: ارتفاع نسبة التحضر ونتائجها مثل ظهور الفردانية (Individualisme) وتعقد الحياة والأنانية مما يصعب على الفرد الكندي في الاندماج والتكيف السوي في الوسط الاجتماعي وبالتالي إلى تولد الشعور بالاغتراب
- ظاهرة التدخين: إن هذا المتغير رغم أهميته في تحديد وتوجيه السلوكات الانتحارية إلا أن فعاليته وأثره لم يكن لهما أهمية في المجتمع الكندي
- الجنس والسن: ترتفع نسب الانتحار عند الرجال أكثر من النساء أما فيما يخص السن فنجد أكثر نسبة عند الفئة التي يتراوح عمرها بين 20 و35 سنة.

ج- في آسيا:

2-2: دراسة كرناي (R.N.Kerney) ميلر (B.D.Miller) بعنوان
 "تطور ظاهرة الانتحار والتغير الاجتماعي في سريلانكا" وذلك في إطار
 البحوث التكنولوجية في مدينة سريلانكا « The spiral of suicide and
 social change in Sirilanka »

تعتبر هذه الدراسة تحليلاً للسلوك الانتحاري في المجتمع السيريلانكي وذلك من
 أجل تحقيق الأهداف التالية:

- تحليل إحصائي لمعدل الانتحار حسب السن والجنس وحسب المناطق.
- دراسة أسباب ارتفاع نسبة الانتحار في سريلانكا بحيث وصل معدل الانتحار إلى
 22,1 لكل 100000 نسمة في سنة 1974. بعدما كان هذا المعدل لا يتجاوز 6,9
 لكل 100000 سنة 1955، أي أنه ارتفع المعدل بثلاث مرات في مدة 20 سنة.
 حسب النتائج التي توصل إليها الباحثان فإننا نجد من بين أسباب الانتحار:
- التغيرات الاجتماعية والثقافية السريعة التي عرفها المجتمع السيريلانكي خاصة في
 سنوات السبعينات وما نتج عنها من آثار سلبية خاصة على مستوى الأسرة بحيث بدأ
 يطرأ على الأسرة تصدعات ونزاعات مستمرة بين أعضائها، وهذا يدعم أكثر
 مشكلة صراع الأجيال الذي يتجسد على مستوى العلاقات الأسرية خاصة بين الآباء
 والأبناء.
- النمو الديمغرافي السريع الذي عرفته سريلانكا كباقي مجتمعات العالم الثالث،
 ونتائج هذا الانفجار السكاني مثل سوء التغذية، مشاكل إقتصادية، البطالة، مشاكل
 السكن....
- ظاهرة التحضر السريع أو ظاهرة اكتظاظ المدن الناتج عن الهجرة الريفية ونتائجها
 على مستوى الفرد والجماعة مثل سوء التكيف والاندماج وخدم الاستقرار.

3-2: دراسة الدكتور مانيام (Maniam.T) طبيب الأمراض العقلية تحت عنوان
 « الانتحار والمحاولات الانتحارية في ماليزيا " suicide and para suicide
 in a hill resort in Malaysia »

نشرت هذه الدراسة سنة 1988، وقد قام الدكتور (مانيام) بتحليل 95 حالة إنتحار
 و134 محاولة انتحار التي حدثت في فترة ما بين 1973 إلى 1984.
 نتائج الدراسة: لقد أظهرت نتائج الدراسة الحقائق التالية:

- ارتفاع نسبة الانتحار عند الهنود بنسبة 81% من مجموع حالات الانتحار التي
 تحدث في ماليزيا، وذلك رغم كون هذه الفئة أي فئة الهنود قليلة بحيث تقدر نسبتها
 بـ 25% من مجموع سكان ماليزيا.
- أما فيما يخص أسباب الانتحار فهي تتلخص في أسباب اجتماعية وثقافية وكذلك
 الأسباب البيئية.
- أما توزيع حوادث الانتحار حسب السن والجنس، لقد وجد الباحث أن الانتحار عامة
 ظاهرة تمس الرجال أكثر من النساء، أما السن فهو يتراوح بين 15 و40 سنة مع
 ارتفاع شديد في الثلاثينات.

4-2: دراسة أراكي (S.Arata) وموراتا (K.Murata) بعنوان "الانتحار
 في اليابان" « suicide in Japan » نشرت هذه الدراسة سنة 1987
 باللغة الانجليزية:

أهم نتائج هذه الدراسة: إن الموت بالانتحار واختلافاتها الفصلية في اليابان منذ الثلاثين
 سنة التي تلت الحرب العالمية الثانية كانت جد مرتبطة بالتحويلات الاقتصادية في اليابان،
 هذا فيما يخص أسباب الإنتحار، أما توزيع محاولات الانتحار حسب السن فإن الرجال هم
 أكثر عرضة لهذه الظاهرة من النساء في المجتمع الياباني.

2-5: دراسة بلوم (A.Blum) وموني (A.Maunnie) التي نشرت سنة

1989 بعنوان "الوفيات حسب الأسباب في الاتحاد السوفياتي"

« la mortalité selon la cause en union soviétique »

- أسباب الدراسة: ملاحظة قام بها الباحثين والتي تتمثل في ارتفاع نسب الوفيات لدى الشباب.
- أهداف الدراسة: تحليل أسباب هذه الظاهرة وارتفاعها السريع عند الأطفال والشباب.
- نتائج الدراسة:

من بين المعطيات التي نشرت حول الوفيات العنيفة « Morts violentes » في الاتحاد السوفياتي فإن ثلث هذه الوفيات كانت نتيجة التسمم أو تناول المشروبات الكحولية وذلك لغرض إنتحاري، أما فيما يخص الجنس فإن الذكور أكثر إصابة وعرضة لهذه الآفة من الانات.

3- الدراسات السابقة حول الانتحار في البلاد العربية:

3-1: دراسة الدكتور سمعان مكرم في مصر تحت عنوان "الانتحار

وأسبابه في مصر" دراسة تحليلية نشرت سنة 1964:

حسب الباحث فإنه تظهر الحاجة إلى البحث أشد إلحاحا في المجتمع المصري للأسباب التالية:

- الزيادة في حوادث الانتحار والشروع فيه وارتفاع النسب السنوية له في مصر بشكل يكاد يكون مطردا، هذا بالإضافة إلى أكثر من 60% ممن أقدموا على السلوك الانتحاري تتراوح أعمارهم بين 20-40 سنة وهي المرحلة التي تصل فيها قدرة الفرد على الإنتاج إلى أقصاها.
- تعرض المجتمع المصري لحركة تصنيع كبرى وانتشار مدن صناعية جديدة، زما يصحب ذلك من تغير إجتماعي له أثره على الجماعات عامة وعلى سلوك الأفراد خاصة.

في هذا البحث يقوم الباحث بمحاولة إلقاء الضوء على العوامل النفسية الاجتماعية الدافعة للسلوك الانتحاري في واقع المجتمع المصري وفي القاهرة بوجه خاص، والهدف الأساسي للبحث هو التحقق من فرضية علمية صاغها الباحث من خلال إستقراءه نتائج البحوث السابقة وانطباعاته الأولية.

الفرضية هي: ثمة شعور قهريا بالعزلة والاعترا ب وهو العامل الأساسي الذي ينمي الدوافع والميول الانتحارية، لما لهذا الشعور من آثار على اختلال الفرد وتدهور الشخصية بكاملها.

وقد نشأ هذا الفرض من خلال ملاحظات الباحث الخاصة لبعض من أقدموا على هذا السلوك وعمل على تنميته وصياغته من تحليل نتائج البحوث السابقة في كلا المستويين الفردي والاجتماعي، ومن أجل التحقق من صحة الفرضية قام الباحث بـ:

- تحليل بيانات ملفات حوادث الانتحار في مدينة القاهرة في فترة سنة كاملة من أول جانفي 1959 إلى 31 ديسمبر 1959.
- تحليل مضمون الوثائق الشخصية التي تركها من سلكوا هذا السلوك.
- أما فيما يخص مكان البحث، فقد حدد الدكتور سمعان لدراسته حول الانتحار في مصر مدينة القاهرة وذلك لإعتقاده أن ظاهرة حضرية بشكل أساسي.
- لقد قام ببناء جداول إحصائية بالغة الأهمية عن وقوع الانتحار أو الشروع فيه في مدينة القاهرة منذ 1948 وحتى عام 1960.
- وفي ما يلي أهم المؤشرات في تلك الإحصائيات:
- في عام 1948 حدث 42 حالة شروع في الانتحار في حين تم إنتحار 42 شخصا في مدينة القاهرة البالغ عدد سكانها حينئذ 2,17 مليون نسمة.
- عام 1952 حدث 56 حالة شروع في الانتحار، في حين انتحر 62 شخصا في مدينة القاهرة البالغ عدد سكانها حينئذ 2,51 مليون نسمة.

- عام 1960 حدث 43 حالة شروع في الانتحار في حين تم إنتحار 83 شخصا في مدينة القاهرة البالغ عدد سكانها حينئذ 3,35 مليون نسمة.

- كما اتضح له من خلال الاحصائيات التي تحصل عليها أن 30% من حالات الانتحار التي تحدث في مصر إنما تحدث في مدينة القاهرة.

أما بقية الاحصائيات التي نشرت في الدراسة فكانت أهمها ان إجمالي عدد المنتحرين الذين سجلتهم النيابة العامة بمدينة القاهرة في سنة البحث 1959 بلغ 66 منتحر يمثلون نسبة 3,6 لكل 100,000 من سكان القاهرة، كذلك بلغ العدد الإجمالي للذين قاموا بمحاولة الانتحار وسجلوا في هذه الفترة 117 شخصا، ينقسم هذا المجتمع الكلي إلى مجموعتين:

- مجموعة المنتحرين وقد بلغ عددهم 66 شخصا بنسبة 56,4% من المجموعة كلها.
- مجموعة المحاولين الانتحار وعددهم 51 شخصا بنسبة 43,6% من المجموعة كلها.

النتائج التي توصل إليها الباحث:

وفق الشروع في الانتحار:

- بالنسبة للسن: الأغلبية الساحقة من الشارعين في الانتحار ذكور بنسبة 80,4% أقلهم كانوا إناثا 19,6% هذا في حين أن الاناث في المجتمع الكلي لمدينة القاهرة أكثر قليلا من الذكور، وقد اتضح من الدراسة كذلك أن أعلى نسبة لشروع الذكور كانت بين الذين تعدوا العشرين ولم يبلغوا الثلاثين بنسبة 37,3%
- بالنسبة للتعليم: كان الشروع قليلا بل نادرا بين الأميين الذين لم يلتقوا تعليما وارتفعت نسب الشروع في الانتحار تدريجيا كلما ارتفع المستوى التعليمي للشخص حتى ارتفع الشروع إلى أقصى نسبة له بين الذين بلغوا كلا من المرحلتين المتوسطة والعالية. أو الذيم حصلوا على أحد المؤهلات الجامعية أي حوالي 18,3 لكل 100,000 من السكان في كل من الفئتين.

- بالنسبة للدين والجنسية معا: لقد ركزت حوادث الشروع في الانتحار بيت المسلمين والمصريين 90,2% من الشارعين أي 1,2 لكل 100,000 من المسلمين وكان الأقلية الباقية من المسيحيين والأوروبيين وعددهم 5 أشخاص أي 9,8%.
- أما بالنسبة للوسيلة المستعملة: كانت الوسيلة الأولى القفز من مكان عالي أو مرتفع بعدد 11 حالة ثم السلاح الناري ثم السموم والمبيدات ثم محاولة الغرق، الشنق، وأخيرا السقوط تحت القطار.
- وفق الانتحار الفعلي:
- حسب السن والنوع: كان أغلبية الذين انتحروا ذكورا، فقد انتحرت 81,2% مقابل 21,2% إناثا من مجموع المنتحرين واتضح كذلك أن أعلى نسبة من المنتحرين كان بين الذين تعدت أعمارهم العشرين ولم يبلغوا الثلاثين بنسبة إجمالية قدرها ثلث مجموع المنتحرين.
- حسب المستوى التعليمي: ارتفعت نسبة الانتحار إلى أقصى مداها بين ذوي المؤهلات الجامعية العالية وتنخفض بالتدرج كلما هبط المستوى التعليمي حتى تصبح أدنى نسبة للانتحار بين الأميين: 39% لكل 100,000 مستواهم التعليمي عالي و1,4% لكل 100,000 أميين من سكان القاهرة.
- حسب الدين: 85% من مجموع المنتحرين هم مسلمين مقابل 15% من مجموع الأقباط في مصر.
- حسب الوسيلة المستعملة للانتحار: مواد حارقة 20 حالة، ثم القفز من مبنى عالي 19 حالة يأتي الغرق 5 حالات.... الخ وأخيرا سقوط تحت القطار هناك حالة واحدة فقط.
- وأخيرا وصل الباحث إلى استخلاص النتائج التالية فيما يخص أسباب الانتحار:
- إرتفاع مستويات معيشة عامة المصريين في العشرين عاما الماضية ارتفاعا ملحوظا شمل معظم النواحي المادية ومع ذلك، فبقدر هذه الزيادة التي حدثت

لمستوى الحياة المادي نرى أن هناك تدهورا مساويا على الأقل حدث ويحدث في بنيات العلاقة الأسرية، ومستوى القيم الأخلاقية والسلوكية، وازدياد روح الفردية والأنانية، والنزعة للاستحواذ، باختصار يمكن القول أن تطور الماديات يصاحبه تدهور في السلوكيات ومستوى القيم الاجتماعية، كما أن أكثر الأنظمة الاجتماعية تضررت من تطور الحياة الاقتصادية في مصر، حيث ينحرف سنويا الكثير من الأبناء في سن صغير نتيجة ضعف الروابط الأسرية وضعف سلطة الوالدين نتيجة سعيهما وراء الشراء والتملك الغير منطقي.

- إن المناطق الحضرية المزدهمة التي يتكدس فيها النشاط الصناعي والتجاري تظهر فيها حالات انتحار أكبر من التي في القرى، والمناطق الريفية الهادئة، ويعود ذلك في المحل الأول إلى أن الازدحام يخلق صراعات بين الناس في الرزق والمكانة والدور الاجتماعي، ودرجة الاتزان النفسي والعقلي.

- الظاهرة الهامة الثالثة التي استخلصها الباحث من هذه الدراسة هي اتجاه بعض المصريين إلى فقدان إيمانهم بسرعة بأن أمراضهم النفسية أو الصحية لا يمكن أن يكون لها علاج، فاليأس يكبر ويتعاضم ويحطم أعمدة الشخصية الواحدة حتى يحطم العمود الأخير وهو الإيمان فينتج الإنسان إلى الانتحار.

- والظاهرة الرابعة هي وقع الطلاق على المرأة المصرية، فهو لأزال أكبر صدمة يمكن أن تحدث لها، فالمجتمع يقف أحيانا ضدها ويقسو عليها إذا ما تم طلاقها فهي تشعر بالضعف وقلة الحيلة أمام نظرات مجتمع به من التقاليد البالية والسلوكيات القديمة ما قد يدفعها إلى الانتحار.

لقد خرج الباحث المصري (مكرم سمعان) باستنتاج يطابق استنتاجات بعض الباحثين الغربيين خاصة (مانيام) و(ترافاتوف) بأن:

ثمة شعور قهريا بالعزلة والاعترا ب هو العامل الأساسي الذي يعمل على تنمية الدوافع والميول الانتحارية، لما لهذا الشعور من آثار على إختلال "الأنا" وتدهور الشخصية بكاملها.

2-3: دراسة ناجي الجيوشي "دراسة نفسية إجتماعية للسلوك الإنتحاري

التي نشرت بمؤسسة الشبيبة للإعلام والطباعة- دمشق 1986"

بدأ الأستاذ الجيوشي دراسته بتعريف الانتحار ثم تطرق إلى ظاهرة الانتحار في المجتمعات البدائية الذي كان يمارس في إطار إجتماعي ديني وطقوسي خاصة عند الهنود، اليونان، واليابان وقد كتب أن ميل البدائيين للإنتحار أكثر من المنتحرين، كما تطرق الجيوشي إلى إعطاء مختلف تفاسير الانتحار التفسير النفسي بزعامه (فرويد) والتفسير الفلسفي والتفسير الاجتماعي بزعامه (إيميل دوركايم)، كما تطرق إلى أنواع الانتحار، وقد حلل علاقته مع الأمراض النفسية كالإدمان والشذوذ الجنسي.

كما لاحظ الجيوشي أن الأشخاص المصابين بالأمراض الجسدية الميؤوس من علاجها قد تدفع بأصحابها إلى الانتحار، كما توصل إلى أن الفشل في العلاقات العاطفية يعتبر من العوامل التي تؤدي إلى الانتحار ثم بعد ذلك يميز الجيوشي بين التهديد بالانتحار والشروع فيه، ففي التهديد النزعة الانتحارية لا تتعدى المستوى اللفظي أما في الشروع في الانتحار النزعة الانتحارية وصلت إلى درجة الشروع الفعلي.

وقد شملت هذه الدراسة أرقام حول ظاهرة الانتحار في مدينة دمشق حيث تم تسجيل 76 حالة محاولة انتحار و25 حالة انتحار سنة 1986 وتشير إلى الظروف المباشرة المقترنة بالسلوك الانتحاري والتي من أهمها المشاكل والخلافات الأسرية، الأزمات الحادة الناجمة عن انقطاع مفاجئ لعلاقة وثيقة (حب أو زواج)، وقد كان للصعوبات الاقتصادية كالإفلاس والكوارث المالية دور لا يقل أهمية عن العوامل الأخرى كإصابة بعض الأشخاص بالأمراض العقلية والنفسية وكذا الإصابة بالأمراض الجسمية الميؤوس من شفائها.

ومن النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة تحديد الفئة الأكثر إقبالا على الانتحار وهم الأشخاص الذين يتراوح سنهم ما بين 20 و40 سنة، كما يتضح أن نسبة الانتحار تبلغ أقصاها بين الجامعيين وذوي المؤهلات العلمية.

3-3: دراسة فخري الدباغي "الموت إختيارا" دراسة نفسية إجتماعية موسعة

لقتل النفس، دار الطباعة، بيروت، 1982:

تطرق الأستاذ فخري الدباغي في كتابه "الموت إختيارا" إلى النظريات المفسرة لظاهرة الانتحار، كنظرية التحليل النفسي عند فرويد الذي يفترض وجود غريزتين رئيسيتين وهما غريزة الموت وغريزة الحياة، حيث تتلخص نظريته في مايلي "إن المنتحر يقع فريسة لغريزة أو إنفعال عدائي أخفق في التعبير عن نفسه وأن الاكتئاب عنصر حساس في خلق هذه الميول العدائية"، أما النظريات الاجتماعية فإنها تفسر الانتحار بالأحوال الاقتصادية والتقلبات الاقتصادية كحالات الافلاس مثلا.

ويرى الأستاذ فخري الدباغي أن من الدوافع الأساسية للانتحار نجد الأمراض والعقلية مثل الاكتئاب ومرض انفصام الشخصية والأمراض العصبية، وأشار الدباغي أن الأشخاص المصابين بالأمراض النفسية وبعد محاولة انتحار يشعرون بالشفاء والإنعاش وزوال الاكتئاب، كما تطرق إلى موقف الديانات السماوية من الانتحار (اليهودي، المسيحية والاسلام) حيث حرمت الديانات السلوك الانتحاري.

3-4: دراسة عبد الحكيم العيفي "الاكتئاب والانتحار" دراسة إجتماعية ونفسية، الدار

المصرية واللبنانية، مصر، 1990:

يعتبر الأستاذ العيفي أن الانتحار إحدى الوسائل المعروفة عند البشر التي تؤدي إلى الموت، بالإضافة إلى بلوغ سن الشيخوخة والتعرض لمرض خطير، كذلك يحدث الموت نتيجة حوادث المرور، أو انقلاب قطار أو سقوط طائرة.

أما الانتحار فهو الوسيلة الوحيدة التي يقوم فيها الانسان بقتل نفسه عمدا، أي أن القاتل والمقتول شخص واحد دائما، ويرى العيفي أن ظاهرة الانتحار تفصح أن هناك

مأساة يعيشها البشر كل يوم، فالبعض فيما يبدو قد أصبح عاجزا عن رؤية أي بصيص من الضوء في الحياة وأن الحل الوحيد للخروج من هذه الظلمة الحالكة هو الموت.

يميز العفيفي في هذه الدراسة بين هؤلاء الذين يرتكبون الانتحار بدون معرفة إذا كانوا يريدون الحياة، أولئك الذين يرتكبون الانتحار بدون معرفة إذا كانوا يريدون أن يحيوا أم لا، وأخيرا أولئك الذين بالفعل يريدون أن يموتوا، وحسب العفيفي إ، محاولات الانتحار يجب أن تؤخذ بكامل الحذر والحرص من بالشخص الذي يهدد بالانتحار، لأن 95 من المنتحرين يحاولون الانتحار عدة مرات قبل الاقدام بالفعل على الانتحار، إن ظهور ووجود الوسيلة في اللحظة المناسبة يبدو ضروريا ومكملا لتنفيذ الانتحار.

وتشير هذه الدراسة أن مدينة القاهرة 1988 شهدت 93 حالة انتحار أي بزيادة 12 حالة مقارنة بسنة 1987 التي بلغ فيها عدد الانتحارات 81 حالة بالإضافة إلى أهم المدن التي مستها الظاهرة نجد الإسكندرية بـ 46 حالة، أسيوط 10 حالات، القاهرة 8 حالات والإسماعيلية بـ 6 حالات، وفيما يخص جنس المنتحرين فإنه يتوزع على 57 حالة عند الذكور و45 حالة عند الإناث أي أن الذكور ينتحرون بنسبة 31% أكثر من الإناث، وعن أسباب الانتحار في المجتمع المصري سنة 1988 فتراوحت بين الاضطرابات النفسية، الخلافات العائلية والمعاناة من المرض، كما تم ملاحظة أن غالبية المنتحرين ذوي المستوى التعليمي المتدني وتتراوح أعمارهم بين 18 و40 سنة أما الوسائل والأدوات المستعملة من طرف المنتحرين كانت على النحو التالي:

- تناول مادة سامة: 18 حالة.

- الحرق: 16 حالة.

- إستعمال سلاح ناري: 09 حالات.

- الشنق: 08 حالات.

وتوصلت هذه الدراسة إلى نتيجة مفادها أن الارتفاع المعيشي لدى المصريين في مظهرهم الخاص وتطلعاتهم نحو الاستهلاك، ونوع السلع والخدمات التي يقبلون عليها،

فبقدر هذه الزيادة التي تحدث لمستوى الحياة المادية ويرى العفيفي في المقابل أن هناك تدهورا مساويا على الأقل حدث في بنیان العلاقات الأسرية ومستوى القيم الأخلاقية والسلوكية، وازدياد روح الفردية والأناية والنزعة للإستحواذ. ومن هذه المعادلة يمكن القول: أن تطور الحياة المادية في المجتمع المصري صاحبه تدهور في السلوكيات ومستوى القيم الإجتماعية كلها عوامل ساعدت على تفشي ظاهرة الانتحار في المجتمع المصري.

4- الدراسات السابقة حول ظاهرة الانتحار في الجزائر:

1-4: دراسة الدكتور بن خلفاء فؤاد: حول 300 محاولة إنتحار سجلها في

المركز الاستشفائي الجامعي بوهران، دراسة قام بها لنيل شهادة الدكتوراه في الطب، وهران، 1969 «A Propos de trois cent cas de suicides observés au centre hospitalier, et universitaire

d'Oran. Thèse pour le doctorat en médecine ».

لقد انطلق الباحث من الملاحظة التالية: إرتفاع مستمر لعدد المحاولات الانتحارية منذ 1962 بحيث تضاعف العدد بكثير مما كان عليه من قبل. المجال البشري للدراسة : تتكون العينة من 300 شخص قاموا بمحاولة الانتحار للمدة 6 سنوات.

المجال الزمني: قام الباحث بتتبع المحاولات التي جرت في مصلحة الاستعجالات للمستشفى الجامعي بوهران وذلك لمدة تتراوح من 1962 إلى 1968 أي حوالي 6 سنوات سجل فيها 296 محاولة إنتحار، وقد توصل في تحليله إلى النتائج التالية:

حسب السن: ترتفع محاولات الانتحار عند فئة الأعمار التالية:

من 16 إلى 18 سنة، أما الفئات الأخرى فإن نسب الانتحار فيه قليلة جدا، أقل من 15 سنة سجل خمس محاولات والتي تقدر نسبتها بـ: 1,68% أما فوق 25 سنة فهي نسب ضعيفة جدا وتختفي خاصة بعد 50 سنة.

حسب الجنس: إرتفاع محاولات الانتحار عند النساء أكثر من الرجال بنسبة 75,67% أي 1/4 من المنتحرين هم النساء.

حسب فصول السنة: لقد ارتفعت حسب معطيات هذه الدراسة نسب الانتحار في فصل الصيف، وانخفضت في الشتاء، وبصفة أدق تنخفض محاولات الانتحار، بكثرة في شهر جانفي ثم تعود وترتفع من بداية شهر أفريل لتصل أعلى قمة في شهر جوان وجويلية، ثم تعود لتتخفف من جديد ابتداء من شهر ديسمبر.

الوسائل المستعملة: من بين الوسائل المستعملة في محاولة الانتحار نجد الأدوية الطبية، ثم مواد التنظيف المنزلية وأخيرا دواء الحشرات.

أسباب الانتحار: بالنسبة للباحث فالأسباب هي تافهة وليس لها أي أهمية بالمقارنة مع الحدث الذي هو الانتحار، ويذكر من بين الأسباب: الأسباب العاطفية، والخلافات العائلية البسيطة، رغم ذلك فإنه يوصل إلى اكتشاف حقيقة معينة تتمثل في بعض المشاكل التي يعيشها أسر المنتحرين مثل: الطلاق في الأسرة، وفاة الأهل كذلك ظهور سلطة الوالدين على الأبناء.

وفي ختام بحثة توصل الباحث إلى النتائج التالية:

- إن محاولات الانتحار عند الإناث تشبه كثيرا محاولات الفرار من البيت أما عند الذكور فهي بمثابة استفزاز للأهل وكثيرا ماتحدثت في حالة نزوة يعيشها الشاب خلال فترة المراهقة بحيث لا يحتمل الشباب في هذه الفترة الفشل مهما كانت نوعه/ مما يجعله يلجأ إلى هذا النوع من السلوك.
- كما يعتبر الانتحار كنتيجة للتناقض الذي يعيشه الفرد بين حياته العائلية والاجتماعية وهذا التناقض في حد ذاته راجع إلى التطور الذي شهده المجتمع الجزائري عامة، ومدينة وهران على الأخص بعد الاستقلال مباشرة.

- تساعد الوسائل الثقافية (الكتب، المجلات، الاذاعة) على ظهور الأفكار الانتحارية، خاصة إذا علمنا أن في تلك الفترة كانت وسائل الاعلام بصفة عامة مازالت متأثرة بالثقافة الفرنسية.

- أما فيما يتعلق بأسباب الانتحار في مدينة وهران فقد ذكر الباحث التطور والحركة السكانية للذان عرفتهما مدينة وهران، بحيث كان يبلغ عدد سكانها 400,000 نسمة فقط بعد الاستقلال أي في 1962 بعد ذلك دخلت فئات سكانية جديدة المدينة، مما أدى إلى ظهور خلافات بينهم نتيجة انعدام التعايش.

4-2: دراسة البروفسور فريد كاشا بعنوان "الانتحار في الوسط

الحضري الجزائري" نشرت سنة 1971: وقد قام بهذه الأطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في الطب حيث بدأ دراسته بطرح الاشكال التالي: هل يعتبر الانتحار سلوكا خاصا بالمجتمعات الغنية؟

وكان يعني بذلك المجتمعات الغربية عامة، وافترض أنه ليس هناك فرق بين معدل الانتحار في المجتمعات الغنية ومعدل الانتحار في مجتمعاتنا كما أن هذه الظاهرة لا تمثل حالات قليلة استثنائية، بل هي أكثر من ذلك، لأنها تعتبر كافة إجتماعية، كما تحدث هذه السلوكيات الانتحارية، سواء كانت عند الشباب أو عند الكبار، في غياب الاضطرابات الذهنية والعقلية في أغلب الأحيان.

- مكان البحث: لقد قام الباحث بدراسة هذه على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي للقطار بالجزائر العاصمة، وفي العيادة الجامعية الخاصة بالأمراض العقلية، يستقبل هذا المركز الاستشفائي كل عام عدد هائل من المرضى المصابين بالتسمم الإرادي، فهو مختص في معالجة الحالات الاستعجالية.

- عينة البحث: احتوت عينة البحث على 503 شخص قاموا بمحاولة للانتحار بالتسمم الارادي ودخلوا المستشفى.

- التقنيات المستعملة: لقد قام بجمع معلوماته الميدانية باستعمال استمارة بحث قام بتوزيعها على هؤلاء المرضى المنتحرين.
- نتائج البحث: بعد جمع المعطيات الميدانية حول الظاهرة، قام بتحليلها وتوصل بذلك إلى النتائج التالية:
- فيما يخص السن: 76% من العينة لا يتعدى أعمارهم 25 سنة، منهم 40,30% بين 15 و20 سنة و2,78% بين 13 و15 سنة، أما الأشخاص الذين بلغوا أكثر من 45 سنة فهم قليلون جدا، إن هذه النتائج تطرح مشكلة المراهقة في الجزائر.
- الجنس: إن 3/4 من مجموع العينة هم من النساء وهي تمثل نسبة 75% كما أن 82% منهن مراهقات وكان سبب محاولتهن الانتحارية راجع لوضعيتهن الاجتماعية التي تتميز بالغموض.
- الوضعية العائلية: 12,72% من العينة أباءهم مطلقون وشد حدث ذلك في مرحلة الطفولة و27,63% منهم أباءهم متوفون، وتشكل بذلك حالتان من الحرمان الوالدي عند هؤلاء المنتحرين نسبة 40% من مجموع العينة.
- المستوى التعليمي: 68% لهم مستوى ثانوي، علما أن في تلك الفترة أكثر من نصف السكان أميين كما سجل والبقية كانوا من مختلف المستويات التعليمية.
- الأصل الاجتماعي: 10% من العينة فقط هم من أصل ريفي أي أنهم قدموا من الريف، أما الباقون وهم الأغلبية فهم من سكان المدينة الأصليين.
- حسب الفصول السنوية: لقد ظهرت حالات الانتحار بنسبة كبيرة بالخصوص في شهر ماي وجوان وقد فسر الباحث هذا الارتفاع بـ:
- نهاية السنة الدراسية وما تحمله من نتائج دراسية سلبية وكذلك الفراق.

- كما تعتبر فترة الأفراح والأعراس بما فيه الزواج المفروض على الشباب، ثم تقل نسب الانتحار في الشتاء بالضبط في شهر نوفمبر وفي شهر رمضان نظرا لما يحمله هذا الشهر من قداسة لدى المسلمين.
 - الوضعية الصحية: 16 شخص يعانون من الاضطرابات وهي تقدر بنسبة 3,18% كما ظهرت حالات التكرار في محاولة الانتحار عند 16% من أفراد العينة.
 - الوسائل المستعملة: تظهر في المقدمة، الأدوية الطبية بنسبة 50% ثم مواد التنظيف المنزلي 14,71% وأخيرا دواء الحشرات 2,18%. وقد حدثت 70% من هذه المحاولات في حالة غضب بالتالي لم تكن تستهدف تدمير النفس بل كانت تحمل وظائف مثل وظيفة الهروب أو النداء أو النسيان.
- وفي الختام ذكر الباحث أن هذه الظاهرة جديدة في مجتمعنا وهي تعبر على معطيات أساسية خاصة به وهي:

- النمو الديمغرافي السريع.

- التحضر السريع ونتائجه الاجتماعية والعائلية.

بذلك فإن الوقاية خير من العلاج، ويجب أن إتخاذ إجراءات ذات طابع إجتماعي، أما دور الطبيب فهو محدود جدا، فهو ينحصر في محاولة تخفيف في حالات التكرار فقط، بذلك فهو يقترح بأن تكون دراسة سوسولوجية لفهم الظاهرة فهما حسنا وشاملا.

3-4: دراسة تكفي كلثوم "الانتحار في المجتمع الجزائري" دراسة

لنيل شهادة الدكتوراه غير منشورة، قسم علم الاجتماع، جامعة

الجزائر 1997:

ترى الباحثة أن المجتمع الجزائري كسائر المجتمعات البشرية الأخرى لا يخلو من مختلف الظواهر السلبية التي تمس أي مجتمع إنساني مثل ظاهرة الانحراف والاجرام بمخلف مظاهره خاصة منها جريمة الانتحار أو جريمة قتل النفس. وحسب الباحثة أن هذه

الظاهرة ازدادت في السنوات الأخيرة وتشهد تصاعدا رهيبا ومخيفا بحيث أننا أصبحنا نسمع ونقرا عن حوادث الانتحار يوميا. ومنه فإن هذه الدراسة شملت التساؤلات التالية:

- ماهي العوامل التي تجعل الأشخاص ينتحرون؟
- هل هي عوامل ذاتية تكمن في الشخص نفسه كالنقائص الجسمية أو النقص العقلي والدوافع العدوانية والقلق والاكتئاب؟
- أو ترجع إلى عوامل خارجية خاصة منها الاجتماعية والثقافية والحضارية بصفة عامة، وما ينتج عنه من حالات الارتباك والتخلخل الاجتماعي وكذلك حالات الصراع التي تظهر على مستوى النظم والمؤسسات الاجتماعية خاصة منها الأسرية التي أصبحت تتميز بعدم الانسجام والاستقرار وتدهور العلاقات بين أفرادها. أما فرضيات الدراسة فكانت على النحو التالي:

- ظهور السلوك الانتحاري لدى الفرد الجزائري يعود إلى فشله في إثبات ذاته ومكانته الاجتماعية.
- هناك علاقة إرتباطية قوية بين الوسط الأسري وظهور الأفكار الانتحارية، فكلما كان الوسط الأسري غير مستقر كلما كان أفراد مهديين بالانتحار.
- تغلي غريزة الموت على غريزة الحياة لدى الفرد ما هو إلا نتيجة مباشرة لنقص الاتصال بين الفرد ومحيطه العائلي والاجتماعي.

نتائج الدراسة:

فيما يخص الخصائص الديمغرافية العامة: إن أغلب أفراد العينة هم من الشباب بحيث تتراوح أعمارهم بين 15 و20 سنة، وأغلب الأشخاص الذين قاموا بمحاولة الانتحار هم أشخاص متزوجين. أما بالنسبة للمستوى التعليمي لهؤلاء الأشخاص فإن أغلبهم لهم مستوى تعليمي إما متوسط أو ثانوي. كما بينت الدراسة أن الوضعية المهنية لها دور مهم في ظهور الأفكار الانتحارية حيث تؤدي البطالة إلى شعور الفرد الدائم بالاحتياج

المادي وبالتالي إلى التبعية للغير خاصة الأسرة، والأهل وذلك رغم تقدمه في السن كما تساهم البطالة في تهميش الفرد وسوء اندماجه وتكيفه.

الخصائص الاجتماعية لأفراد العينة: إن أغلب الأشخاص الذين قاموا بمحاولة الانتحار هم من النساء وهذا نتيجة الظروف العائلية التي تعيش فيها المرأة المتزوجة خاصة الأسرة الممتدة. لقد أدت أزمة السكن إلى اجتماع عدة أسر في بيت واحد. وهذه الوضعية تؤثر سلباً على استقرار الحياة الزوجية وفي تكيف أعضاء الأسرة الكبيرة في علاقتهم العائلية.

أما فيما يخص أسباب الانتحار، تم استنتاج مايلي: هناك تعدد في أسباب الانتحار وهي المشاكل العائلية، المشاكل العاطفية، مشاكل دراسية، مهنية، الإصابة بالمرض، الخلافات الزوجية، حالة القلق والأعصاب وأخيراً المشاكل الجنسية.

ب- دراسات تتعلق بالعلاج المعرفي السلوكي:

1- الدراسات الأجنبية:

1-1: دراسة راش (1977): دراسة مقارنة لفعالية العلاج الدوائي

(الأميرامين) والأعلاج المعرفي السلوكي في علاج متعالي الاكتئاب

الخارجيين.

- عينة البحث: شملت العينة 44 متعالجا مكتئبا من متعالي العيادات الخارجية

ويتراوح أعمارهم من 18 إلى 56 سنة، تم توزيعهم توزيعاً عشوائياً إلى مجموعة

للعلاج المعرفي السلوكي ومجموعة للعلاج الدوائي، واستمر العلاج المعرفي

عشرين جلسة، بمعدل جلستين أسبوعياً وكانت مدة الجلسة العلاجية 50 دقيقة.

استغرق العلاج الدوائي 12 أسبوعاً بجرعة أكبر من 100 ملغ وأقل من 250 ملغ

من الأميرامين Amipramine، وأشرف على علاج المتعالجين الذين مضعوا

للعلاج المشترك معالجون نفسانيون وأطباء.

- أدوات البحث: مقياس بيك للإكتئاب، مقياس هاملتون ومقياس راسكين.

- نتائج البحث: أظهرت النتائج بعد انتهاء فترة المعالجة ومن خلال نتائج التقييم البعدي تناقصا واضحا في الأعراض الاكتئابية لدى كل المتعالجين في المجموعتين، إلا أن عند تحليل التباين وحيد الاتجاه أكدت النتائج أن العلاج المعرفي أظهر تحسنا أكبر بشكل مهم في الأعراض الاكتئابية عن متعالي العلاج الدوائي، إضافة إلى أن 65% من المتعالجين الذين تم علاجهم علاجا دوائيا حدث لديهم انتكاس مقارنة بنسبة 31% من المتعالجين الذين تم علاجهم علاجا معرفيا- سلوكيا، وذلك بعد مرور سنة على علاجهم.

2-1: دراسة شاو (Shaw, 1977) بعنوان "مقارنة فعالية العلاج المعرفي والعلاج السلوكي في علاج الاكتئاب: تكونت عينة الدراسة من 32 متعالجا مكننبا تتراوح أعمارهم من 18 إلى 26 سنة وقسمت على النحو التالي:

- مجموعة تجريبية طبق عليها برنامج العلاج المعرفي ل "بيك"
 - مجموعة تجريبية طبق عليها برنامج العلاج السلوكي.
 - مجموعة ضابطة طبق عليها برنامج علاج غير توجيهي no directive.
 - مجموعة ضابطة على قائمة الانتظار waiting-list-control.
- تضمن برنامج العلاج السلوكي وفق "ليفنسون" جداول أنشطة وفنيات تدريب سلوكي لتعليم مهارات الاتصال، ومهارات التعزيز الاجتماعي، واستغرق العلاج المعرفي 16 أسبوعا بمعدل جلسة واحدة أسبوعيا مدتها 50 دقيقة وكذلك العلاج السلوكي كواجب منزلي واحد كل أسبوع.

- أدوات البحث: مقياس بيك ومقياس هاملتون لتقدير شدة الاكتئاب فضلا عن التقارير الذاتية للمتعالجين، وتم تطبيق العلاج المعرفي وفق بيك والعلاج السلوكي وفق ليفنسون، مع تطبيق برنامج العلاج المترکز حول الذات (علاج غير موجه).

- نتائج البحث: أظهرت النتائج أن برنامج العلاج المعرفي أدى إلى تغييرات دالة إلى حد بعيد في الأعراض الاكتئابية عند إعادة تقييم هذه الأعراض بمقياس بيك للاكتئاب وبمقياس هاملتون.
- وكان ذلك بدرجة أكبر من تأثير العلاج السلوكي. كما أظهر العلاج غير المباشر تغييرات في الأعراض الاكتئابية مساوية للتغيرات التي أحدثها العلاج السلوكي، وأشار أن العلاج السلوكي أدى إلى تغييرات دالة في الأعراض الاكتئابية عند مقارنتها بالمجموعة الضابطة على قائمة الانتظار وذلك عند إعادة التقييم والمتابعة لمدة شهر.

3-1: دراسة بلاك وبورن وآخرين (Black et burn 1981) :

- عنوان البحث: فاعلية العلاج المعرفي للاكتئاب
- أهداف البحث: مقارنة بين فاعلية العلاج المعرفي الدوائي للاكتئاب كل بمفرده، والعلاج المشترك بينهما.
- عينة البحث: تألفت العينة من 140 متعالجًا يعانون من الاكتئاب الأساسي (متعالجي العيادات الخارجية، والمتعالجون المقيمون)، منهم 64 متعالجًا أكملوا التجربة، تم تقسيم العينة عشوائيًا لتلقي العلاج المعرفي (ن= 21) أو العلاج بمضادات الاكتئاب (ن= 22) أو العلاج المشترك (ن= 21)
- أدوات البحث: سبعة مقاييس تقيس المزاج والقلق والاستثارة.
- نتائج البحث: أظهرت نتائج التقييم البعدي تفوق العلاج المشترك على العلاج الدوائي لمتعالجي العيادات المقيمين، وتكافأ العلاج المعرفي-السلوكي مع العلاج الدوائي لدى متعالجي العيادات الخارجية، كما تكافأ العلاج المعرفي – السلوكي مع العلاج المشترك لدى المتعالجين المقيمين، وتفوق العلاج المعرفي على العلاج الدوائي لدى المتعالجين المقيمين، أي إن العلاج الدوائي كان أقلهم فاعلية، كما

كانت نسبة النكس على مدى العام ضمن مجموعة العلاج المعرفي أقل من النصف عما لوحظ لدى مجموعة العلاج الدوائي.

وقد تمت مناقشة هذه النتائج استناداً إلى نظرية بيك المعرفية عن الاكتئاب.

2- الدراسات العربية:

1-2: دراسة فاديا شربتجي 1987 من أجل نيل شهادة الدكتوراه بعنوان "تقييم

فاعلية السلوكي المعرفي لحالات الاكتئاب العصابي" في السعودية :

- أهداف البحث:
- تبيان قيمة العلاج السلوكي – المعرفي وفاعليته في معالجة حالات الاكتئاب العصابي لدى الإناث في المملكة العربية السعودية.
- توسيع استراتيجيات العلاج إلى تفسير أصول المرض بما يساعد على تحقيق نتائج علاجية أفضل.
- عينة البحث: تكونت عينة البحث من (23) متعالجة في مدينة الرياض، قسمت بناء على أسس عشوائية إلى ثلاث مجموعات:
- المجموعة الأولى مكونة من 8 متعالجات طبق عليهم العلاج السلوكي – المعرفي.
- المجموعة الثانية مكونة من 8 متعالجات طبق عليهن العلاج المعرفي – السلوكي، بالإضافة إلى العلاج الدوائي بمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة Tricycles Antidepressants
- أدوات البحث: استخدمت الباحثة ثلاثة مقاييس لقياس حدة الاكتئاب والقلق قبل العلاج وبعده وهي مقياس بيك للاكتئاب مقياس هاملتون للاكتئاب، ومقياس تايلور للقلق.

- نتائج البحث: توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:
- وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات الاختبارات قبل العلاج وبعده على فئات البحث الثلاثة، وقد حققت مجموعة العلاج المعرفي المصاحبة للعلاج الدوائي أفضل تحسن، وتلتها مجموعة العلاج المعرفي، ثم مجموعة العلاج الدوائي.
- تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية لمعدلات التحسن المئوية لمجموعة العلاج الثلاث بين بعضها بعضاً.
- 2-2: دراسة صلاح الدين عراقي محمد (1991) رسالة دكتوراه بعنوان "العلاج المعرفي السلوكي ومدى فاعليته في علاج متعالي الاكتئاب العصابي" رسالة دكتوراه غير منشورة:
- أهداف البحث: التعرف إلى العلاج المعرفي – السلوكي ومدى فاعليته في علاج متعالي الاكتئاب العصابي من خلال تطبيق برنامج علاجي على مجموعة من المتعالجين المكتئبين بشدة تم تشخيصهم اعتماداً على مقياس بيك للاكتئاب.
- عينة البحث: تضمنت العينة 40 طالبا متطوعين تتراوح أعمارهم بين (20، 23 عاما) قسمت العينة إلى أربع مجموعات، مجموعة تجريبية إناث عددها 10 طالبات، مجموعة ضابطة إناث عدد 10 طالبات، تم تطبيق البرنامج المعرفي – السلوكي على أفراد التجريبية واستغرقت الجلسات 12 أسبوعاً تراوحت مدتها من 45 إلى 60 دقيقة.
- أدوات البحث:
- مقياس بيك للاكتئاب.
- استمارة المقابلة الشخصية.
- البرنامج العلاجي المعرفي – السلوكي.

- نتائج البحث:

أظهرت النتائج فروقاً ذات دلالة بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية من الجنسين والمجموعة الضابطة من الجنسين بعد العلاج وبعد انتهاء فترة المتابعة بمقياس بيك للاكتئاب لصالح المجموعات التجريبية من الجنسين. لا فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية للجنسين بعد العلاج ومتوسط درجات المجموعة التجريبية من الجنسين بعد انتهاء فترة المتابعة في العلاج.

2-3: دراسة رمزي فتحي هارون (1992): عنوانها: فاعلية ثلاثة برامج في

التدريب على ضبط الذات في خفض الاكتئاب لدى عينة جامعية.

- عينة الدراسة: تألفت العينة من 45 طالبا وطالبة من مختلف كليات الجامعة

الأردنية تراوحت أعمارهم من 18 إلى 29 سنة، وممن حصلوا على علامة 15 فأكثر بمقياس بيك للاكتئاب، وقد قسمت العينة إلى أربع مجموعات ثلاث منها تجريبية والرابعة مجموعة ضابطة.

طبق على أفراد المجموعة الأولى تدريباً سلوكياً على ضبط الذات، وعلى أفراد المجموعة الثانية تدريباً معرفياً على ضبط الذات، أما أفراد المجموعة الثالثة فقد تلقوا تدريباً معرفياً سلوكياً على ضبط الذات. قام المرشد خلالها بالتدريب الجمعي على مهارة ضبط الذات في البرامج الثلاثة.

- أدوات الدراسة:

- مقياس بيك للاكتئاب.

- ثلاثة برامج في التدريب على ضبط الذات.

- نتائج الدراسة:

- وجود فروق إحصائية بين كل من المجموعات التجريبية الثلاث والمجموعة الضابطة لصالح المجموعات التجريبية.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة العلاج المعرفي وكل من مجموعة العلاج السلوكي ومجموعة العلاج المعرفي - السلوكي.
- كان ترتيب هذه البرامج وفق فاعليتها على النحو التالي: برنامج ضبط الذات المعرفي - السلوكي أكثرها فاعلية، يليه برنامج ضبط الذات المعرفي، وأخيرا برنامج ضبط الذات السلوكي. (مذكرة صباح مصطفى فتحي السقا رسالة دكتوراه غير منشورة 2005)

2-4: دراسة صبرينة غربي (2012)، الجزائر، رسالة دكتوراه تحت عنوان "مدى فعالية برنامج معرفي سلوكي في تنمية أساليب التعامل الايجابية مع الضغوط المهنية لدى الممرضين":

هدفت الدراسة إلى إعداد برنامج نفسي علاجي لتنمية أساليب التعامل مع الضغوط النفسية والمهنية والتعرف على مصادر الضغوط ودرجتها وشدتها، والتعرف كذلك على أكثر أساليب التعامل استخداما من قبل الممرضات في مواجهة ما يتعرضن له من ضغوط نفسية مهنية، وتكونت عينة الدراسة من 200 شخص 85 منهم ذكور و115 إناث، تم تطبيق مقياس مصادر الضغوط النفسية والمهنية من إعداد الباحثة. توصلت الدراسة إلى أن درجة وشدة عوامل الضغط متوسط عموما، أما الأساليب الأكثر استخداما هي أسلوب حل المشكلات، وأسلوب الرفض، وتوصلت كذلك إلى فعالية البرنامج التدريبي في إدارة الضغوط النفسية المهنية لدى الممرضات.

ت- التعليق على الدراسات السابقة:

من خلال تطرقنا إلى الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الانتحار لاحظنا أن معظم هذه الدراسات ركزت على الجانب الاحصائي للمحاولات الانتحارية الناجحة لهذه الظاهرة وبحثت حول الأسباب المحيطة بالمنتحر الناجح دون الخوض في تكوين شخصية المنتحر الذي كانت محاولته فاشلة وطبيعة تفكيره، حيث توصل "دافينسون وماري شوكي 1974" إلى أن الظاهرة الانتحارية هي ثاني أسباب الوفيات في فرنسا وأن السبب

يعود إلى المشاكل العائلية والديمغرافية والاجتماعية بصفة عامة، ووجد "بورو وجماعته 1986" أن المحاولات الانتحارية تزداد لدى المراهقات بين 16 و24 سنة بسبب الحرمان العاطفي والإهمال، وأكد "إيميل دوركايم 1897" أن ظاهرة الانتحار لا يمكن إرجاعها إلى عوامل نفسية مرضية أو إلى عامل الوراثة أو التقليد كما لا يمكن إرجاعها إلى العوامل الجغرافية أو إلى الشعور بالقهر أو الفشل في الحب أو إلى أي دافع شخصي آخر لأن جل الدراسات تناقض هذه الفرضيات، أما "هالفاكس 1930" فقد بحث في أسباب الانتحار وأشار إلى أهمية الأخذ بعين الاعتبار ليس فقد عمليات الانتحار الناجحة وإنما محاولات كذلك وهو يرى أن وسائل الانتحار تتوزع حسب المناطق الجغرافية بينما "مايكل أومو" توصل في دراسته إلى أن وسيلة السلاح الناري هي الأكثر استعمالاً عند الذكور وأنه هناك اختلاف بين المنتحرين الذين يلجؤون إلى وسيلة السلاح الناري وبين الذين يستعملون وسائل أخرى. وتوصل "ترافاتوف 1988" إلى استخراج عدة أسباب وقام بترتيبها فكان الطلاق في المرتبة الأولى وتليه ظاهرة التحضر تم التدين، كما أظهرت دراسة الدكتور "مانيام 1988" ارتفاع نسبة الانتحار يعود إلى أسباب إجتماعية وثقافية وكذلك الأسباب البيئية، ووجد أن ظاهرة الانتحار تمس الرجال أكثر من النساء، وهذا ما أكدته "بلوم وموموني 1988" وأضاف على ذلك أن ثلث هذه الوفيات كانت نتيجة التسمم أو تناول المشروبات الكحولية لغرض انتحاري.

وبالنسبة للدراسات العربية فقد خرج الدكتور "مكرم سمعان" باستنتاج أنه تمة شعور قهري بالعزلة والاعترا ب هو العامل الأساسي الذي يعمل على تنمية الدوافع والميول الانتحارية، وذكر "ناجي الجيوشي" أن الفئة الأكثر إقبالا على الإنتحار هم الفئة الذين يتراوح سنهم ما بين 20 و40 سنة وخاصة بين الجامعيين وذوي المؤهلات العلمية، أما "فخري الدباغي 1982" فهو يرى أن الأمراض العقلية هي من الدوافع الرئيسية للانتحار، وتوصل "عبد الحكيم العفيفي 1990" إلى نتيجة مفادها أن تطور الحياة

الاجتماعية صاحبه تدهور في السلوكات ومستوى القيم الاجتماعية مما ساعد على تفشي ظاهرة الانتحار.

وفيما يخص الدراسات التي أقيمت في الجزائر فقد وجد الدكتور "خلفاط فؤاد" هو الآخر أن التطور والحركة السكانية بعد الاستقلال وانعدام التعايش من الأسباب الرئيسية وراء ظاهرة الانتحار، أما "فريد كاشا" فقد ركز كذلك على النمو الديمغرافي والتحضر، وتوصلت الباحثة "تكفي كلثوم" إلى أنه هناك أسباب متعددة للانتحار وهي المشاكل العائلية والمهنية والمرض والخلافات الزوجية والقلق دون نسيان المشاكل الجنسية وبهذا ارتئينا ان تكون وجهة بحثنا مختلفة حيث ركزنا على تحديد طبيعة الأفكار التي تدور في ذهن من حاولوا الانتحار.

وفيما يخص الدراسات التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي أكدت معظم الدراسات السابقة العربية منها والأجنبية أهمية العلاج المعرفي – السلوكي في علاج الاكتئاب وكان أهمها دراسة (صلاح محمد 1991) حيث تم التعرف إلى فاعلية العلاج المعرفي – السلوكي من خلال تصميمه برنامجًا علاجيًا وتطبيقه على أربعة مجموعات بهدف قياس فاعليته قبلي وبعدي، وكذلك دراسات كل من (راش وزملائه 1977) و(بيك وآخرين 1985) التي أكدت فعالية العلاج المعرفي من خلال مقارنته بالعلاج الدوائي، أو من خلال مقارنته بأنواع من العلاجات النفسية الأخرى كدراسة (شاو 1977) التي قام فيها بمقارنة العلاج المعرفي والعلاج السلوكي في علاج الاكتئاب حيث توصل إلى نتيجة مفادها أن برنامج العلاج المعرفي أدى إلى تغييرات دالة إلى حد بعيد في الأعراض الاكتئابية عند إعادة تقييم هذه الأعراض بمقياس بيك للاكتئاب ومقياس هاملتون، وكان ذلك بدرجة أكثر من تأثير العلاج السلوكي وبهذا يمكن اعتبار أن العلاج المعرفي يكون أكثر فاعلية في علاج الحالات الاكتئابية أما "بلاك بورن وآخرون 1981" فقد قاموا بمقارنة بين العلاج المعرفي والعلاج الدوائي كل بمفرده وبين العلاج المشترك بينهما حيث توصلوا إلى أن نتائج التقييم البعدي أظهرت تفوق العلاج المشترك على

العلاج الدوائي لمتعالي العيادات المقيمين وحقق تكافؤ لدى متعالي العيادات الخارجية، كما تكافأ لدى العلاج المعرفي السلوكي مع العلاج المشترك لدى المتعالجين المقيمين، وتفوق العلاج المعرفي على العلاج الدوائي لدى المتعالين المقيمين، أي أن العلاج الدوائي كان أقلهم فاعلية وبهذا نستنتج أن خصوصية الحالات واختلاف ظروفهم يلعب دوراً مهماً في نجاح العلاج كما أن العلاج الدوائي قد لا تكون له أهمية دون متابعة سيكولوجية.

وبخصوص الدراسات العربية فقد توصلت "فاديا شربتجي 1987" في تقييمها لفعالية العلاج السلوكي المعرفي لحالات الاكتئاب العصبي إلى وجود فروق جوهرية حيث حققت مجموعة العلاج المعرفي المصاحبة للعلاج الدوائي أفضل تحسناً، وتلتها مجموعة العلاج المعرفي ثم مجموعة العلاج الدوائي وبهذا فإن الجمع بين العلاجين يضمن متابعة متكاملة للمتعالجين ونتائج إيجابية في العلاج.

أما "صلاح الدين عراقي محمد 1991" فقد قام بدراسة العلاج المعرفي السلوكي ومدى فعاليته في علاج الاكتئاب العصبي وتوصل إلى أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة.

وذهبت "صبرينة غربي 2012" إلى دراسة مدى فعالية برنامج معرفي سلوكي في تنمية أساليب التعامل الإيجابية مع الضغوط المهنية لدى الممرضين "حيث توصلت إلى نتيجة مفادها أن درجة وشدة عوامل الضغط متوسط عموماً، أما الأساليب الأكثر استخداماً هي أسلوب حل المشكلات، وأسلوب الرفض، وتوصلت كذلك إلى فعالية البرنامج التدريبي في إدارة الضغوط النفسية المهنية لدى الممرضات.

وبهذا ومن خلال تطرقنا لهذه الدراسات نجد أن جل الدراسات أكدت أن العلاج المعرفي السلوكي يعطس نتائج إيجابية وسريعة في العلاج، لكن ورغم تعدد الدراسات في هذا المجال لم نجد أي دراسة جمعت بين العلاج المعرفي السلوكي وظاهرة الانتحار حتى تلك الدراسات التي تناولت الاكتئاب في دراستها لم تركز على المحاولات الانتحارية

لدى هذه الحالات وهذا ما اعتبرناه حافزا للمواصلة في هذه الدراسة وفك هذه الثغرة من أجل فهم محاولات الانتحار والبحث في طبيعة الأفكار التي تدفع الانسان للإقدام عليها.

ث- الفائدة المستمدة من الدراسات السابقة: قد استفادت الباحثة من الدراسات

السابقة مايلي:

- التعرف على الخلفية النظرية والمنهجية لظاهرة الانتحار ومحاولة الانتحار والتمييز بينهما.
- تم ضبط الظاهرة من الناحية الإحصائية من حيث نسبة الانتشار حسب طبيعة الدول وطبيعة المناطق وكذلك من حيث السن والجنس.
- الاطلاع على الأساليب المستخدمة في محاولات الانتحار الأكثر استخداما والأسباب التي تدفع إلى تجربة الانتحار.
- التعرف على الأساليب المختلفة للعلاج المعرفي السلوكي وذلك بهدف التوليف فيما بينها بما يناسب الاختلاف البيئي والحضاري بين المجتمعات وانعكاساته على البنى المعرفية عند الأشخاص.
- التعرف على الأسس النفسية التي بنيت عليها البرامج العلاجية التي استخدمت في الأبحاث السابقة وكذلك إجراءات تطبيق البرامج ومراحلها، والاستفادة منها بما يخدم البحث الحالي.
- الاطلاع على الخلفية النظرية والمنهجية للبرامج المستخدمة في البحوث السابقة.

ج- مكانة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

- اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات السابقة من حيث أهمية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاكتئاب.
- قلة الدراسات العربية المتعلقة بالعلاج المعرفي السلوكي وذلك مقارنة بكثرة عدد الأبحاث والدراسات الأجنبية للعلاج المعرفي سواء أكانت للاكتئاب أو لغيره من

الاضطرابات النفسية هذا ما دفع الباحثة إلى التطرق لهذا العلاج داخل البيئة الجزائرية.

- ركزت جل الدراسات حول ظاهرة الانتحار على الجانب الاحصائي لانتشار الظاهرة (حسب حدود علم الباحثة) وعلى الاسباب الاجتماعية المحيطة بالمنتحر ولم تحاول البحث في طبيعة الشخص الذي حاول الانتحار وطبيعة تفكيره.

لهذا اتجهنا في بحثنا هذا إلى الغوص في طبيعة الأفكار غير الوظيفية لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار للتعرف على أسلوبهم في التعامل مع المواقف الضاغطة وبالتالي محاولة توجيه السلوك إلى الناحية الإيجابية بتغيير الأفكار غير الوظيفية إلى أفكار وظيفية تساعد على التكيف مع الواقع وبالتالي التنبؤ ببوادر محاولة الانتحار قبل حدوثها ومحاولة تفادي حدوثها.

الفصل الثاني: الانتحار ومحاولة الانتحار

تمهيد

- 1- تعريف محاولة الانتحار
 - 2- لمحة تاريخية عن تطور مشكلة الانتحار
 - 3- النظريات المفسرة للانتحار
 - 1-3: التفسير البيولوجي
 - 2-3: النظرية الاجتماعية
 - 1-2-3: الانتحار الأناني
 - 2-2-3: الانتحار اللامعياري
 - 3-3: المقاربة السوسيوولوجية
 - 1-3-3: مدرسة التحليل النفسي
 - 2-3-3: المدرسة السلوكية
 - 3-3-3: الاتجاه المعرفي
 - أ- نموذج الاستعداد /الضغط.
 - ب- نموذج الاستعداد/ الضغط / المرض
 - ت- نموذج الاستعداد/ الضغط / المرض/ اليأس
 - ث- نموذج الاستعداد/ الضغط/ المرض/ اليأس/ الاكتئاب
 - 4- الوسائل المستعملة في عملية الانتحار والفرق بين الرجال والنساء
- خلاصة الفصل

تمهيد:

إن السلوك الانتحاري قديم قدم المجتمع الانساني، ورغم قدم الاهتمام به إلا أن تاريخ البحث العلمي فيه قصير إذا ما قورن بقدم موضوع الانتحار، وقد يرجع ذلك إلى ما للموضوع من حرمة تتعلق بما يحيط به من مشاعر وانفعالات ولما له من حساسية اجتماعية ودينية قد تصل إلى حد الحرج، وكذلك لعدم انتشاره كظاهرة سلوكية جديرة بالدراسة الأمر الذي جعل معظم الباحثين يحجمون عن تناول موضوع الانتحار لفترة طويلة.

ويعتبر الانتحار رد فعل مأساوي لمواقف الحياة المخيبة وتراكم ضغوطات الحياة، حيث ما تنتج الأفكار الانتحارية بسبب الشعور بعدم إمكانية المواجهة عندما تواجه ما يبدو أنه موقف مربك في الحياة، أو غياب الأمل في المستقبل وضيق الأفق، مما يولد شعورا في منتصف الأزمة بأن الانتحار هو الحل وهو السبيل الوحيد للخروج لإنهاء المشكلة من جذورها.

ومع التقدم التكنولوجي السريع والضغوط الاقتصادية الشديدة التي يتميز بها العصر الحالي أصبح الانتحار عامة، ومحاولة الانتحار خاصة، ظاهرة سلوكية واسعة الانتشار تكاد تشمل العالم بأسره، وذلك نتيجة الاحباطات التي يقابلها الأفراد، وعجزهم عن ملاحظة خصائص هذا العصر مما يشعرهم بالاكنتاب وبسيطرة بعض الأفكار غير الوظيفية التي تم اكتسابها منذ مراحل التنشئة الأولى وتم تأكيدها عبر مراحل العمر الأخرى من خلال المواقف التي يتعرض لها الفرد في حياتها اليومية والتي يقوم بتفسيرها وفق تلك الأفكار

وسنتطرق في هذا الفصل إلى تعريف محاولة الانتحار، وكذا الأسباب التي تؤدي إلى هذا السلوك، إضافة إلى ذكر بعض الوسائل المستعملة من قبل المحاول للانتحار والفرق في ذلك بين الرجال والنساء.

1- تعريف محاولة الانتحار:

للقوف على مفهوم محاولة الانتحار بشكله الواسع، ستطرق بدءاً بإعطاء تعريف للظاهرة.

أ- تعريف الانتحار:

لغة: إذا عدنا إلى لسان العرب نجد أن كلمة "انتحار" مشتق من مصدر الفعل "نحر" أي "ذبح" أما اسم الفعل هو "النحر" ومعناه أعلى الصدر (ابن منظور 1970 ص 112). استناداً لهذا فإنه يقصد بالانتحار "الذبح فيما فوق الصدر" علماً أن الذبح ليست هي الطريقة الوحيدة التي يستعملها المنتحر.

هذا خاص بالمفهوم العربي أما باللغة الفرنسية:

- الشخص المنتحر (suicidé): هو الشخص الذي أتم عملية الانتحار، إنه ضحية القتل المنفذ ضد نفسه، إذن يتعلق بالانتحار الواقع فعلاً. (Roger Dufors gomperts, 1992, p341)
 - الشخص الذي حاول الانتحار (suicidant): هو الشخص الذي حاول الانتحار وفشل في محاولته، انه الانتحار الفاشل الذي من خلاله يوجه إشارة للآخرين عن وضعيته النفسية، ويمكن أن يتبع الانتحار الفاشل محاولة انتحارية أخرى قد تكون ناجحة.
 - الشخص المؤهل للانتحار (suicide): هو الشخص المؤهل للانتحار أو محاولة الانتحار أو ذلك الشخص الذي يكون في وضعية تأهب للانتحار التي يعبر عنها بواسطة سلوكيات وإشارات محددة. (Roger Dufors gomperts, 1992, p342)
- اصطلاحاً: هناك عدة تعريفات للانتحار نذكر أهمها:
- عرّف دوركايم (Emile Deurkaim) الانتحار (1887) بأنه "هو كل حالات الموت التي تنتج بصورة مباشرة أو غير مباشرة عن فعل إيجابي يقوم به الفرد

بنفسه وهو يعرف أن هذا الفعل يصل به إلى الموت" (قايد حسين، 2001، ص 241).

- وعرفه أما تيز لومبري (Thérèse Lemerier) فعرفه على أنه "فعل تحرري من وضعية مؤلمة وثابتة لا يمكن تفسيرها" (C.Honrette Boch et ant, 1980, p 764)
- ويرى بولند نجر (A.Poldnger) أن الانتحار يمر بثلاثة مراحل متتالية: الفكرة الانتحارية، فترة التردد، القرار النهائي". (F.Vuile Seyurtt et ant.1990, p30).

محاولة الانتحار:

اصطلاحاً:

- عرفها برانجني (Pringney) كما يلي "المحاولة الانتحارية هي فعل غير كامل قصد الموت ينتهي بالفشل" (pringney et ant, 1980, p764)
- ويمكن تعريف المحاولة الانتحارية على أنها طريقة لها هدف إعطاء الموت دون تحقيق ذلك. (Harie Ronse le Heneze, 2001, p11)
- أي فعل الانتحار الذي لا ينتهي بالموت لدى الفرد هو ما يسمى بالمحاولة الانتحارية.
- وهناك من يعتبرها كمرحلة من مراحل الانتحار الفعلي، منهم بيك (beck) وآخرون (1979)، ويتفق بونر وريش (Bonner et Ritch 1987) مع ما أشار إليه بيك في كون السلوك الانتحاري هو: "عملية مركبة من مراحل مختلفة تبدأ بتصوير 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 العملية وفق تأثير العمليات البيولوجية النفسية والاجتماعية" (حسن فايد، 2005، ص 234).

لكن في الأخير لم يحظ مصطلح (محاولة الانتحار) بباب خاص في المنظمات العالمية سواء من قبل المنظمة العالمية للصحة (CIM10) ولا من قبل دليل التشخيص الإحصائي العالمي (DSM5) ولم يصرح به وبمعناه بطريقة مباشرة، ولم يدرج في العينات

المرضية المشخصة لذلك لانستطيع إعطاء تعريف دقيق ومحدد وعالمي متفق عليه لما نسميه الآن بالمحاولة الانتحارية (Tentative de suicide).

2- لمحة تاريخية عن تطور مشكلة الانتحار:

يعد الانتحار ظاهرة إنسانية عامة، صاحبت الوجود البشري منذ البدايات الأولى حتى اليوم، ففي جل الجماعات الانسانية على تباين حضاراتها يوجد بعض الأفراد يقدمون على الانتحار بصورة ما، وفضلا عن ذلك فإن الاحصاءات الجنائية أو الحيوية في معظم دول العالم تشير إلى أن الاقبال على الانتحار يكثر تكراره وترتفع نسبته مع تقدم الزمن، مرتبطا بانتشار التصنيع ومصاحبا ما هو ملحوظ من تعقد الحياة، وتشابك المصالح وتفكك في كثير من الجماعات في العصور الحديثة بوجه خاص. (مكرم سمعان، 1964).

ولطالما ارتبط الانتحار ببعض الأقوام في عصور سابقة، حتى أنه أتخذ نظاما جماعيا، ففي جماعات الاسكيمو كان المسنون والمرضى يقبلون على تنفيذ الانتحار في أوقات نقص الطعام وذلك حتى يوفروا الطعام لغيرهم وتيسر سبل الحياة للآخرين، وفي جماعة "الويو" كان المتعدي على المحارم يجبر على الانتحار تحت ضغط اجتماعي شديد، ولدى الهنود أمريكا كان يعد من الشرف أن ينتحر الأسرى والخدم بعد وفاة سيدهم ويدفنون معه في نفس المقبرة، وكانت الأرملة الهندوسية فب بداية القرن العشرين تقدم على الانتحار تأكيدا لحبها ووفائها للزوج الراحل، وكان تنفيذ الانتحار يتم أثناء مراسم دفن الزوج، وفي اليابان كانت الشهامة والشرف يقتضيان من أفراد الطبقة العليا أن يقدموا على الانتحار تخلصا من مأساة أو سوء سمعة أو إساءة ملفقة، كما عرفت اليابان خلال الحرب العالمية الثانية نظام الانتحار الفدائي "الكامياز" حيث كان يعلن عن متطوعين لركوب القنابل الكبيرة "الطوربيد" وتوجيهها لتدمير السفن وغواصات الأعداء، وكان يقبل عليها الكثير من شباب اليابان خلال الحرب (محمد مياسة، 1972).

من خلال هذا يتأكد لنا أن الانتحار ومختلف السلوكيات الانتحارية موجودة منذ القدم لدى الأمم وكل المجتمعات باختلاف الحضارات والديانات.

3- النظريات المفسرة للانتحار:

تعددت الآراء والنظريات واختلفت الاتجاهات والمحاولات العلمية لتفسير ظاهرة الانتحار حيث صنفنا في أغلب الاتجاهات على أنها جريمة نحو الذات، والجريمة هي نوع من الخروج عن قواعد السلوك التي يضعها المجتمع لأفراده، فالمجتمع إذن هو الذي يحدد ماهية السلوك العادي والسلوك المنحرف وفقا لقيمه ومعاييرها التي ارتضاها لضبط سلوك أفراده وحمايتهم (سامية حسن الساعاتي، 1983، ص16)

إن أدبيات الجريمة والانحراف تزخر بالعديد من النظريات التي تفسر السلوك الاجرامي، فمن الطبيعي أن نجد العديد من النظريات التي تستهدف تفسير عملية الانتحار، وكل نظرية أو مدخل حاول أن يفسر جزئيا السلوك الانتحاري، وأغلب هذه الاتجاهات ركزت على جانب واحد أو عامل واحد لتفسير السلوك الانتحاري، لدى من الصعب التوصل إلى نظرية عامة شاملة لتفسير السلوك الانتحاري كظاهرة ومشكلة إجتماعية مازال بعيدا عن متناول الباحثين في الوقت الراهن، وذلك لتعقيد النفس البشرية من ناحية وتعدد المتغيرات التي تؤثر فيها من ناحية أخرى، ومع هذا سنحاول عرض بعض النظريات التي حاولت تفسير ظاهرة الانتحار:

3-1: التفسير البيولوجي (العضوي):

يستند الاتجاه البيولوجي في التفسير إلى افتراض مفاده ميل الفرد للانتحار، يرجع أساسا إلى استعداد فطري بيولوجي موروث لدى الفرد، كما أن هناك علاقة بين السلوك الانتحاري والتكوين العضوي الفيزيقي للجسم، سواء من ناحية الكفاءة الوظيفية لأجهزته المختلفة كالمخ والجهاز العصبي (المغربي سعد، 1974، ص77)، ويتضمن الاتجاه البيولوجي لتفسير الجريمة عموما عدة نظريات لعل أهمها:

- نظرية وراثه السلوك الاجرامي.

- نظرية التكوين الفيزيقي العضوي.
 - نظرية الأنماط الجسمية والفيزيكية. (عمر العيد رمضان، 1972، ص16)
- ويعتبر لمبروزو (1909-1935) رائد هذا الاتجاه، حيث ظهرت مدرسته في منتصف القرن التاسع عشر وأطلق عليها الوضعية الايطالية، وركزت إهتمامها في دراسة المجرمين من الناحيتين التشريحية والعضوية.
- كما توصل إلى أن المجرم الحقيقي هو مجرم بالفطرة، أي ذلك الانسان الذي يولد مجرماً بطبيعته بناء على ماورثه عن أصله الأول من خصائص أو علامات بيولوجية معينة هي التي تدفعه معينة هي التي تدفعه عن طريق التفاعل إلى أشكال الجريمة.
- إن التفسير البيولوجي ينظر إلى الانتحار على أنه صورة من صور العنف والعدوان مصدره الجينات التي يرثها الانسان، أو خلل في خلايا الجهاز العصبي أو خلل في الغدد.
- وتركزت الابحاث الحديثة على دراسة التحولات داخل نقاط التشابك العصبية والتي تلعب دوراً محفزاً في ازدياد عدد المتقبلات المختصة بالسيروتونين، وبينت بعض الدراسات أن انخفاض مستوى البروتين يرافقه ازدياد في محاولات الانتحار وكذلك العنف، كما أظهرت الدراسات التي أجريت على التوائم المتماثلة بالعوامل الوراثية أكثر منه عند التوائم غير المتماثلة، لذلك يعتقد بعض العلماء بوجود سبب وراثي وراء ظاهرة وفكرة الانتحار. (عبدالرحمن عيسوي، 1993، ص39)
- وقد هدفت والدراسات ذات الاتجاه العضوي عموماً إلى وصف ظاهرة الانتحار وربطها بمجموعة من الأعراض ثم تصنيفها ضمن بعض الاضطرابات العضوية، لهذا قام إسكيرول (Esquirol, 1838) رائد الاتجاه العضوي بدراسة مدى تواتر السلوك الانتحاري عند المرضى العقليين، ووصل إلى أن الانتحار هو عرض سيكوباتي وإن الانسان لا يضع نهاية لحياته إلا في الهذيان وبهذا خلص إلى أن كل المنتحرين هم مختلين.
- (Farber, M, 1968, p12)

ولقد أخذ العديد من الباحثين النفسانيين نفس المنحنى مثل: Blondel, Charls, George et Achille 1930 Fleret , وحاولوا أن يجعلوا من المنتحر مريض عقلي وهذا قصد إبعاد المنتحر عن عالم الأسوياء وتصنيفه ضمن الشواذ، وهكذا ينطلق افتراض أساسي مفاده أن المنتحر:

- مريض عقلي.
 - الانتحار عرض وليس بمرض.
 - الانتحار راجع إلى قلق عضوي يطغى على المزاج ويظهر في العديد من الاضطرابات العقلية. (Harie Ronse le Heneze, 2001, p41)
- وقد صنف الانتحار في المرجع الأخير للإضطرابات العقلية ضمن مجموعة من الإضطرابات العقلية وهي:

- حالات الخبول وإنحلال أولي من نوع الزهايمر.
- إكتئاب حاد.
- اضطرابات إكتئابية ذات القطبين.
- حالات الهلوسة.
- الحالات البينية.
- الأمراض العضوية.

- حالات الفصام. (Harie Ronse le Heneze, 2001, p50)

وإذا كان عند أصحاب هذا الانتحار يعني مرض فهذا قد يكون إلا بالمعنى الإشتقاقي أي الإيتيمولوجي للكلمة لأن يقصد بها الألم، والانتحار هو تعبير عن الألم لأن هناك الكثير من الأفراد الذين ينتحرون أو يحاولون الانتحار لم يعانون إطلاقاً من أي مرض عقلي وهنا نتساءل إلى أي سبب يرجع مثل هذا السلوك؟

وعلى هذا الأساس ظهرت اتجاهات عديدة كرد فعل للنظرة الأحادية القطب التي جاء بها الاتجاه العضوي وهي الاتجاه الاجتماعي الدوركايمي والبحوث السيكلوجية باختلاف أنواعها واتجاهاتها.

2-3: النظرية الاجتماعية:

نتكلم خاصة عن نظرية (دوركايم Deukaim) التي تسمى بالنظرية اللامعيارية، وهي الأطروحة المضادة للحياة الاجتماعية وهي نمط اجتماعي يقوم على الحد الأدنى من ضبط السلوك الشخصي، ويميل (دوركايم) نحو تعريف اللامعيارية على أنها غياب القواعد والمعايير ويشير إلى أنها تظهر نتيجة لأزمة أو تحول مفاجيء يجعل المجتمع عاجزاً عن ممارسة تأثيرها مؤقتاً (ريشار إليس وآخرون، 1997، ص237)

نشر (دوركايم) في سنة 1897 كتابه الانتحار Suicide وضمته وجهة نظر علم الاجتماع في الظاهرة، بعد أن أفاض في نقد وجهات النظر الأخرى في تفسيرها، عرض وجهة نظره فالانتحار عنده ظاهرة إجتماعية، مرتبط أساساً بالنظام الاجتماعي، وما يطرأ عليه من ظروف مفاجئة أو ما يجري على الجماعات الاجتماعية من تطور وتغيير، فيميز بين نمطين من الانتحار، الأناني والفوضوي، وكلاهما ينشأ عن تمثّل العمل الجمعي (Assimilation) تمثلاً غير كاف لدى الأفراد وذلك بسبب اختلال التنظيم الاجتماعي، وانحلال تكامله، وفقدان تماسك الجماعة من خلال تفتت سلسلة العلاقات الاجتماعية، التي كانت في حالتها المستقرة تهيء للفرد إحساساً بالطمأنينة، كل هذه العوامل نشأت عن سيادة تقسيم العمل في المجتمع الحديث، لكن مجال هذه العوامل متباين من نمط لآخر، لقد فسر دوركايم هذين النوعين من الانتحار كالتالي:

1-2-3: الانتحار الأناني:

المجال الذي ينشأ فيه الانتحار الأناني هو الجماعات الاجتماعية الأولية، وخاصة الأسرة، والجماعات الدينية، والسياسية، والمصدر الأساسي له انحلال تكامل هذه الجماعات، وتصدع تماسكها بسبب تفكك الروابط بين الأفراد وانتشار النزاعات الفردية،

ومعاناة الأفراد من قسوة الوحدة، وسيطرة العزلة الاجتماعية على حياتهم، فيواجهون مصيرهم دون عون، ويمارسون حياتهم بلا هدف، أو بأهداف لا متناهية مستحيلة البلوغ، وعندما تظهر في المجتمع نزاعات التمركز حول الذات، تنمو في أفرادها نزعات ضد الطبيعة البشرية الاجتماعية ذاتها، فلا يمكن أن يكون الفرد وحده غاية كافية لشغل نشاط الحياة، لأنه ضئيل ومحدود، وهذه الضالة تسلمه إلى اللاشيء ثم إلى المصير المحتوم، لذلك فالانعزال يؤدي إلى فقدان الارتباط بالحياة ذاتها وأصبح البقاء عبئاً لا يحتمل. (سمعان، 1964، ص103-105).

وبصفة عامة فالانتحار الأناني يتم تحت وطأة عوامل قاسية، ومحن وظروف غير مريحة في الأسرة، أو الحلقة الاجتماعية الخاصة، فهو نوع من الارتياح أو الهروب من الأزمات.

3-2-2: الانتحار اللامعاري:

أرجع دوركايم هذا النمط من الانتحار إلى ما يسود المجتمع من اضطراب واختلال وظيفي في نسق القيم، ومعايير المجتمع الناتجة عن التغيرات المفاجئة كالأزمات الاقتصادية أو حالات الرخاء المفاجئ، أو انهيار التكامل الأسري، وما ينتج عنه من تفكك في العلاقات الاجتماعية وقصور في قوى الضبط الاجتماعي، وعجزها في تنظيم سلوكيات الأفراد والسيطرة على عواطفهم ورغباتهم التي قد تكون مستحيلة التحقيق، أي أن الفرد يعجز عن تحقيقها، الأمر الذي يؤدي إلى فقدان ذاتيته ومعاناته من الشعور بالفراغ والفشل مما ينتج عنه انهيار الترابط الاجتماعي بين الفرد وحدثه فيملكه إحساس داخلي بالموت يدفعه إلى التخلص من حياته بالإقبال على الانتحار. (عدلي السمرى، 1992، ص50)

ومهما تعددت أصناف الانتحار، فإنها تدل بمجموعها على حيوية علاقة الفرد بمحيطه وبيئته، ونوعية تلك العلاقة، التي قد تدفع بالمرء إلى الموت، فوجود المرء في

المجتمع وشعوره بتبعيته له، والتعاطف المعنوي المتبادل، له أثره في حدوث السلوك الانتحاري.

3-3: المقاربة السيكولوجية:

يقوم التفسير النفسي للسلوك الاجرامي بوجه عام على أساس أن الجريمة تعود في الأساس إلى الخلل أو الاضطرابات في التكوين النفسي للشخصية التي تفصح عن نفسها في أشكال أخرى من السلوك المنحرف تبعا لظروف وعوامل تكوين كل شخصية، مع عدم إغفال العوامل الاجتماعية المؤثرة في علاقة الفرد بالآخر، (حطب زهير ومكي عباس، 1981، ص136) ويميل كثير من الباحثين إلى أن الانتحار من الزاوية النفسية هو حصيلة أزمة حادة دوما، وأن صعابا ضخمة هي التي تحاصر المنتحر فلا يستطيع لها دفعا وهناك العديد من المداخل والاتجاهات تنتمي إلى التفسير النفسي لظاهرة الانتحار نعرض منها مايلي:

3-3-1: مدرسة التحليل النفسي:

وهي تدين بالفضل إلى رائدها عالم النفس والطبيب النفسي (فرويد Freud) الذي عرف كيف يغوص في أعماق النفس البشرية، حيث تقوم نظرية التحليل النفسي على افتراض أساسي مفاده أن غريزة الجنس هي محور حياة الانسان وأن نموه إنما هو نمو نفس جنسي (نفسجنسي)، كذلك فإن العقل الانساني يعمل في مقابل هذه الغريزة، وأنه يحتوي على جانب شعوري يعيه الانسان وجانب لاشعوري تدفه إليه (تكبت فيه) الرغبات التي لا يقبلها المجتمع، وبزيادة هذه المكبوتات تزداد قوة دفعها في أوقات الشدة ومع مقاومة الفرد لها تنشأ حالات العصاب وفي مقدمتها القلق والتوتر. (حطب زهير ومكي عباس، 1981، ص136)

ويعتقد كثيرون أن إكتشاف اللاشعور على يد (فرويد) يعد طفرة وراثية عظيمه في حقل العلوم النفسية والعقلية وعاملا كبيرا في التعمق في النفس البشرية. (عبد الحكيم عفيفي 1990، ص137)

ويمكن أن نوجز خلاصة نظرية التحليل النفسي في السلوك الانتحاري حيث تنظر إليه على أنه عدوان مرتد إلى الذات بفاعلية عمليات التقمص أو الإبدال تحت ضغط إعتبارات إجتماعية أو ذاتية تمنع وقوع العدوان على موضوعه الخارجي، ويعد النوعان من الضغوط عوامل إحباط تعزل الفرد عزلا قهريا على نحو ما، وتحول دون نضوجه النفسي فيختل بناء الشخصية بصورة تشل قدرته على التفاعل الاجتماعي السوي فلا يتصور في العالم السوي بل يتوحد بالعالم القاسي في أعماق نفسه ويصر على تدمير نفسه المتأزمة تمديدا للعالم المؤلم. (حطب زهير ومكي عباس، 1981، ص137)

فعلماء التحليل النفسي يرون أن الانسان يولد ومعه غريزتان أساسيتان تعمل كل منهما ضد الأخرى ويحملها الانسان في جهازه النفسي وهما:

- غريزة الحياة والحب والبناء.
- غريزة الموت والكرهية والفناء.

وتتصارع هاتان الغريزتان في تشكيل السلوك الانساني، فكل عمل يقوم به الانسان ويكون وراءه هدف إيجابي بناء يعد عمل من أعمال الغريزة الأولى (الحياة)، وعلى العكس فكل عمل يقوم به البشر وراءه هدف سلبي هدام يعد عملا من أعمال الغريزة الثانية (الموت) (عبد الحكيم عفيفي 1990، ص137) وتبعاً لذلك فإن غريزة الموت تؤدي إلى العدوان نحو الذات والذي قد يدفع الانسان إلى محاولة الانتحار.

وهذا يعني أن المنتحر يقع فريسة لغريزة أو انفعال عدائي (سادي) أخفق بالتعبير عن نفسه فانعكس على الداخل (الذات نفسها ليقتلها) ويعد الاكتئاب عنصراً أساسياً في خلق هذه الميول العدائية، وبالرغم من أن كثير من الباحثين، وبخاصة المعتمدين على التحليل النفسي قد أخذوا بآراء (فرويد) في تفسير الانتحار، إلا إنتقادات عديدة وجهت إلى (فرويد) بسبب تركيزه على المكونات العدوانية وتحويلها من موضوع الحب الاصلي إلى الذات، كما أن إشارة (فرويد) للدوافع العدوانية ودافعية الانتحار، إنما كانت بالنسبة للمرضى الذين يعانون من الاكتئاب الذهاني.

ويرى البعض أن إفتراض الغرائز عامة في تفسيره للسلوك الانساني أصبح عبئاً ثقيلًا يعرقل تقدم البحث العلمي، ذلك لأن الطبيعة الأصلية بمعنى الكيان البيولوجي شرط ضروري وأساسي لكن تمة عوامل أخرى في الواقع الموضوعي، تشكلها وتطلقها من كونها وتوجهها لتنمو وتنضج في اتجاه معين. (مصطفى سويف، 1978، ص80)

وقد نستنتج من خلال ما سبق أن المحللين النفسانيين لم يتطرقوا لدراسة الانتحار كسلوك منفرد بذاته، لهذا كانت مساهماتهم في الميدان قليلة جدا وهكذا لم تحظى هذه الظاهرة بالبحث والدراسة الكافية.

3-3-2: المدرسة السلوكية:

ينظر السلوكيين إلى الانحراف عموما (السلوك الإنحرافي) على أنه سلوك مكتسب من البيئة وأنه سلوك مكتسب من البيئة وأنه لا صلة للإنسان به، ومن تم فهم لا صنفون مسميات هذا السلوك على أنه سوي أو شاذ (محمد محروس الشناوي، بدون تاريخ، ص200) فكل سلوك إنساني أيا كان هذا السلوك هو في نهاية الأمر سلوك مكتسب يتعلمه الانسان من المحيط الذي يعيش فيه الانسان. (Cambell, 1981, p20)

ولما كان السلوك عموما هو كل ما يصدر عن الفرد من استجابات مختلفة إزاء موقف يواجهه أو إزاء مشكلة يحلها أو خطر يهدده أو قرار يتخذه، فإن السلوك الانتحاري ماهو إلا استجابة تصدر طبقا للاتجاه السلوكي الذي لبني يتعلمه الانسان من البيئة المحيطة به، وتعد قابلية السلوك الانساني في التغيير والتعديل مبدأ أساسيا من المبادئ التي تقوم عليها مجموعة من التخصصات المهنية التي تقدم العون للناس في مواجهة مشكلاتهم مثل الخدمة الاجتماعية والطب النفسي.

الاتجاه السلوكي يقوم أساسا على نظرية التعلم ويمكن تعريف التعلم على أنه تغيير في السلوك ليس بسبب النضج ولكن يعود إلى البيئة في تعزيزه، يعتبر الدافع أحد الشروط الأساسية في التعلم، ويشير مفهوم الدافع إلى حالة التوتر التي تدفع الفرد إلى تجربة وسيلة أخرى لخفض حدة التوتر، أما الاستجابة فتتمثل في ذلك السلوك الذي يصدر عن الدافع،

وإذا ما لوحظ الفرد أنه يميل إلى تكرار نفس الاستجابة فهذا يعني أن هذا الأخير قد تعرض إلى عامل التعزيز الذي يكون أكثر فعالية إذا تزامن مع الاستجابة.

إنطلاقاً من هذه المبادئ الثلاثة وضع (فريديريك وريسنيك 1971) تناول التطبيقية الجديد لظاهرة الانتحار، ويرجع أصحاب هذا الاتجاه الانتحار إلى سلوك متعلم في أغلبه ولا وجود لأية قاعدة جينية تؤدي إلى ظهوره، ولو كان هناك سبب جيني لانقرض النوع البشري الذي يحمله.

أدت الملاحظة العيادية للعديد من الحالات الذين حاولوا الانتحار إلى إستخلاص معادلة سميت "بمعادلة السلوك الانتحاري" وهي:

$$F=(CS \times EF \times PF)(RF \times MF)/(PNS \times ENS)(RNS \times MNS)$$

CS: السلوك الانتحاري.

PF: النواحي الضعيفة الموجودة في الشخصية.

EF: محيط فقير من التعزيزات.

RF: استجابات أو عادات مرتبطة مع السلوك الانتحاري الذي خضع للتعزيز.

MF: دوافع لصالح السلوك غير المرغوب.

PNS: صفات الشخصية الايجابية والتي تستطيع ان تواجه بفعالية عوامل الضغط.

ENS: وجود موارد إيجابية سهلة المنال في المحيط.

RNS: عادات أو ترابطات سابقة ذات تسيير لعوامل الضغط.

MNS: دوافع من أجل سلوك فعال ومرغوب فيه.

وفقاً لهذه المعادلة يفترض أن الشخصية الضعيفة والهشة بالإضافة إلى فقر المحيط لعوامل التعزيز الايجابي بالمقابل مع التعزيز السلبي لسلوكات غير مرغوب فيها يؤدي إلى تعلم الانتحار، وبذلك يصبح هذا الأخير - أي الانتحار - طريق أو نمط من الاستجابة يظهر كلما دعت الحاجة إلى ذلك، أو كلما اعترضت عوامل الضغط طريق الفرد الذي تتوفر

لديه هذه الارضية. (Robetson.R, 1992, p62)

بظهور الاتجاه المعرفي انطلاقاً من 1980 بدأ اهتمام السلوكي بالنواحي المعرفية الشيء الذي أدى إلى قيام ثورة عملت على توسيع مجال البحث في السلوك، والسلوك هنا ليس مجرد نتيجة للعلاقة المباشرة بين المحيط والاستجابة وإنما هو قالب عام تظهر فيه أفكار الإنسان واعتقاداته وتنبؤاته وظنونه وتفسيراته، أي الحياة العقلية برمتها هي التي تؤثر على طريقة السلوك والتعامل معهم والأفراد.

تقترن السلوكية الحديثة باسم (باندورا) الذي قدم أعمالاً وبحوثاً جديدة حول التعلم تجاوزت سلوكية (واطسون) و(سكينر) التي تهتم بوصف الظواهر القابلة للملاحظة الموضوعية والقياس فقط، ويقوم هذا التصور على محاولة من منظمة وواعية لإدماج أهم ما جاء في علم النفس المعرفي وعلم النفس السلوكي في تركيب إبداعي جديد يدعى "المعرفية السلوكية"، لقد ركز (باندور) على العوامل المعرفية كمحددات للسلوك ويؤكد أن هناك مصدرين للسلوك هما:

• التعلم عن طريق النمذجة.

• التعلم عن طريق نتائج الاستجابات.

تعتبر النمذجة بالنسبة ل (ديسترا 1973) من الطرق الرئيسية التي يتم من خلالها تعلم مظاهر السلوك الانتحاري، فعندما يشاهد الشخص نموذجاً معيناً يقوم بسلوك إنتحاري ويحصل على مكافئة جراء ذلك، فإن احتمال تقليده للسلوك يزيد بينما يؤدي العقاب الذي يتبع السلوك الانتحاري إلى خفض احتمال القيام بنفس السلوك. (صالح قاسم حسين، 1990، ص144، 145)

ومن هنا فإن التعزيز والعقاب يلعبان دوراً كبيراً في اكتساب السلوك الانتحاري.

يؤكد (باندور) أن أغلبية السلوك الانساني متعلم عن طريق الملاحظة، فعن طريق ملاحظة الآخرين يكون الفرد فكرة عن الطريقة التي تتكون بها السلوكات الجديدة وبالتالي يستعمل هذه المعلومات كموجة ودليل للسلوك.

هناك عدة عوامل تتحكم في التعلم بالملاحظة، إذ لا يكفي توفير النماذج لحصول هذا التعلم فالتعلم بالملاحظة لا يحدث بطريقة اتوماتيكية بل هناك سياقات تتدخل في إحداثه ومنها التخزين، أي أن يكون للفرد إمكانية التذكر للنماذج الملاحظة والشرط الثاني يتمثل في القدرة على الانتاج الحركي فالإنتاج السلوكي يتم تشكيله بتنظيم الاستجابات في الزمان والمكان وفقا للنموذج السلوكي الملاحظ أما الشرط الثالث والأهم هو التحفيز، إذ يؤكد (باندورا) على أن الفرد لا يترجم ماتعلمه إلى سلوك دون أن تكون لنتائج هذا السلوك الذي لا يتوفر على قيمة تعزيزية أو السلوك الذي له آثار عقابية. (سميرة أحمد السيد، 1998، ص162)

في الوقت الذي كان فيه كل من (ديسترا) و(ريسنيك) و(فريديريك) يبحثون عن العوامل الشخصية والمحيطية التي تسبق وتفجر السلوك الانتحاري، قام كل من (ويليامس) و(باستور) سنة 1975 بالاهتمام بالعوامل التي تتبع السلوك الإنتحاري وهذا هو المصدر الثاني للتعلم ل: (باندورا) التعلم عن طريق نتائج الاستجابات. ويتم التعلم عن طريق الاستجابات الملاحظة وتسجيل الآثار التي ينتجها السلوك المتعلم وبهذا يكون الفرد فرضيات متعلقة بالسلوك الأكثر ملائمة، وقدرة التوقع الإيجابي (المكافئة) بأداء السلوك الملاحظ يرفع احتمال تعلم السلوك وتواتره، وهذا ما بينه (دياسترا) في دراسته لأفراد حاولوا الإنتحار، إذ وجد أن الطريقة التي يستجيب بها المحيط لمثل هذا السلوك هو شكل من أشكال التعزيز الذي يعمل على استمرار وظهور محاولة الإنتحار كلما دخت حاجة الفرد لذلك.

ويعتبر الإنتحار طريقة للتكيف أمام أزمات وجودية وقد تعلم الفرد هذه الطريقة الخاصة ووضعها في سجله الشخصي، والذي هو خلاصة التنشئة الاجتماعية، يرجع إليها الفرد كلما واجهته عوامل ضغط حياتية صعبة ومثل هؤلاء الأفراد كثيرون التردد على مصالح الاستعجالات الطبية والانتكسات محتملة لديهم بدرجة عالية جدا لأنهم اكتشفوا قدره المحاولة الانتحارية كوسيلة لجلب ما يريدونه، واكتشفوا كذلك قدرتهم على

التحكم في العلاقات الاجتماعية والوسط الذي يعيشون فيه.(سميرة أحمد السيد، 1998، ص162)

ما نلاحظه مما سبق أن المنظور السلوكي الكلاسيكي والحديث يختلفان حول ما يستثير السلوك المشكل، حيث يعتبر الأول الانتحار نتيجة لوقائع موقفية محيطية، أما الاتجاه الحديث فيعتبر السلوك الانتحاري نتيجة لوقائع داخلية، وبالرغم أن السلوكيين الكلاسيكيين لم ينفوا وجود حياة عقلية ذهنية للإنسان إلا أنهم أنكروا مدى تأثيرها في السلوك، ويقول (باندورا 1980) في هذا الصدد "من الصعب بل من المستحيل تجريد أي سلوك من السيرورات المعرفية إلى درجة اعتبار أنه لا يوجد سلوك لا تتدخل فيه العمليات المعرفية". (زهان حامد عبد السلام، 1984، ص36)

3-3-3: الإتجاه المعرفي:

أ- نموذج الاستعداد/الضغط:

يختص مجال علم النفس المعرفي عموماً بكيفية بناء كل من الإنسان والحيوان لتجاربه، كيف يعطيها معاني محددة وكيف تصبح للمثيرات المحيطة مدلولاتها الخاصة وتتغير إلى معلومات ذات معني، حيث تفاوتت المفاهيم المستعملة في تحديد مصطلح العمليات المعرفية فهي عند أدلر تشير إلى أسلوب الحياة الذي يتبناه العصابي أو الذهاني، وعند باك (Beck) فإنه يشير إلى أساليب الاعتقادات أما إليس (Eliss) فإنه يستخدم مفهوم الدفع المتعلق، ورغم الاختلافات الظاهرة في هذه المفاهيم فإن هؤلاء الباحثين والمعالجين يتفقون على أن الاضطرابات النفسية أو العقلية لا يمكن تفسيرها وعزلها عن الطريقة التي يفكر بها المريض عن نفسه وعن العالم أو اتجاهاته نحو نفسه ومحو الآخرين.

ابتداءً من سنة 1965 انطلقت الدراسات والتجارب المكثفة عن آثار المعتقدات الفكرية الخاطئة - التي يتبناها الفرد عن نفسه وعن الآخرين - على إثارة الاضطراب النفسي وسوء التوافق وتشير هذه البحوث إلى وجود أدلة قوية على أن وراء كل تصرف إنفعالي بالغضب والانفعال بالانسحاب والاندفاع... بناء أو نمطا من التصورات

والمعتقدات يتبناها الفرد عن الحياة ومشكلاتها وإن التصرفات الانفعالية تتغير بتغير هذه التصورات والمعتقدات. (Menreen, 1987, p255)

ابتكر المعرفيون طرقاً موضوعية لقياس المعارف والأفكار، واهتموا بالسلوك المشكل حيث يرون أن عملية التفكير هي عملية أتوماتيكية تنساب بسرعة وما التفكير إلا كلام داخلي بين الفرد ونفسه وهي عبارة عن اعتقادات وتقييمات وتفسيرات للأشياء والمثيرات، وبالإمكان تحديد تلك الأفكار وإخضاعها للقياس الموضوعي. (حطب زهير ومكي عباس، 1981، ص138)

وذلك بالتعبير عنها لفظياً أو كتابياً وهو ما يسمى بالتفكير بصوت مرتفع، يتعامل المعرفيون مع نوعين رئيسيين من العمليات المعرفية وهي:

● عمليات قصيرة المدى.

● عمليات طويلة المدى. (Bartfal, 1990, p254)

انطلاقاً مما سبق يتضح أن التناول المعرفي يؤكد على أن الاضطراب السيكلوجي عموماً هو نتيجة لخلل أو تشوهات في طريقة تفسير الفرد لوقائع الحياة وكذلك نتيجة لمعتقدات فكرية خاطئة يبنها الفرد عن نفسه وعن العالم الخارجي.

ولقد استعمل مفهوم الضغط في العديد من المجالات والتخصصات العلمية كالفيزياء والطبيعات، وجلب هذا المفهوم انتباه خبراء الصحة النفسية وتبنوه ومنذ ذلك الحين أصبح متداول الاستعمال في معظم بحوثهم، تميز مفهوم الضغط بتعاريف عديدة ومختلفة وذلك لإستعماله الواسع في مختلف التخصصات العلمية (Menreen, 1987, p255)

يعتبر (كانون 1939) أول من درس الاستجابة الفسيولوجية المتمثلة في إفراز كمية السكر والمواد الدسمة في الدم إثر تعرض الجسم لإنفعالات أو ضغوط حياتية لآتية من الخارج وذلك قصد التكيف، يأتي بعده (سيلي 1936) معتمداً على نتائج بحوث (كانون) مركزاً على الطريقة التي يتكيف بها الجسم لمختلف وقائع الحياة.

بالنسبة ل (سيلبي) يعتبر الضغط أنه استجابة عامة غير خصوصية للعضوية - أي الجسم - لكل المؤثرات الخارجية، يطلق على التغيرات التي تطرأ على العضوية والجسم إسم الزملة العامة للتكيف، وهي عبارة عن استجابة الفرد لعوامل الضغط قصد الدفاع والمواجهة لتحقيق واسترجاع التوازن الأساسي للجسم أو التكيف من جديد. (Arffa, 1983, p109)

وتحدث الزملة العامة للتكيف على مستوى ثلاثة مراحل الواحدة تلو الأخرى في سياق تكاملي وهي:

- **مرحلة الإنذار:** تكون مباشرة بعد حدوث الصدمة بالمثير، تهيء الجسم بكل أجهزته الداخلية للدفاع والمقاومة معتمدا في ذلك على طاقة هائلة. ولقد ميز (سيلبي) بين العديد من عوامل الضغط التي تهدد توازن العضوية وهي: الضجيج، الحرارة، السموم، التعفنات، فقدان شخص عزيز، البطالة مضيفا أن كل الحياة هي عبارة عن وضعيات ضاغطة، المفرحة منها والمؤلمة، ولكن مايتترك آثار سلبية على العضوية هي شدة ومدة المثير الضاغط.
- **مرحلة المقاومة:** يأخذ الجسم في مقاومة المثير وذلك لتحقيق التوازن، وهنا أوجد (سيلبي) عتبة تقف عندها جدوى المقاومات إذ يكون في الجسم منهك القوى وتنتهي هذه المرحلة إما بالتكيف مع الوضعية الضاغطة أو بالإستسلام، وبهذا يدخل الجسم في المرحلة الثالثة وهي مرحلة التعب.
- **مرحلة التعب:** تتوقف في هذه المرحلة كن الوسائل المجندة للمقاومة، ويستسلم الجسم للمرض الذي يظهر على أشكال مختلفة وفقا للإستعداد الجسمي والبيولوجي للفرد. (Bartfal, 1990, p254).

ب- نموذج الاستعداد/ الضغط / المرض:

يمكن تلخيص نظرية (سيلبي 1956) المتمثلة في الزملة العامة للتكيف في النقاط التالية: ضغط خارجي، نشاط عصبي، نشاط هروني طويل، خلل في وظيفة الجهاز أو العضو الخاضع للتأثير، ضرر بدني، ظهور المرض أو الاضطراب.

نشير إلى ان (سيلبي) ركز في بحوثه على كيفية ظهور الاضطراب البدني ولكن نجد أن (بكال 1979) اقترح نمودجا نظريا أطلق عليه اسم: (الإستعداد/ الضغط/ المرض) حيث أدخل الجانب النفسي والاجتماعي كعوامل للضغط وانطلق من فرضية أساسية مفادها أن المرض له أسباب مختلفة غير خاصة. (Arffa, 1983, P109)

فعلى المستوى الفزيولوجي يفترض أن الفرد يمتلك قابلية للإصابة بالمرض وهذا ما أسماه بالاستعداد أو التهيء لتطور اضطراب معين وعندما تكون مثل هذه الأرضية موجودة يتعرض الفرد للمثيرات النفسية والاجتماعية الملائمة ويظهر حينئذ تنوعا في ردود الأفعال وإذا استمرت المثيرات قد تعمل كمنذرات أو عوامل تمهيدية لمرض أو أسباب مرض آخر.

فإن العملية ليست بالضرورة ذات اتجاه واحد ولكن هي تكون نظام ونسق تتفاعل فيه اطلاقا من العناصر الأساسية المكونة لهذا النموذج قامت عدة دراسات تبحث عن أصول بعض الاضطرابات البدنية والسيكولوجية ومن بينها الاكتئاب وعلاقته بالانتحار حيث نجد دراسة (باك Beck وجماعته 1967) حيث وجد خلال بحوثه عن الاكتئاب أن حوالي 67 بالمائة من هؤلاء الأفراد يعانون من اليأس وكلما كان الاكتئاب شديدا كلما كان الاحساس باليأس أشد، وهذا الأخير عبارة عن توقعات سلبية للأحداث أو لكل ما يحيط بالفرد حيث يضمن الفرد اليأ انه لا يستطيع تحقيق طموحاته وبهذا قد يلجأ إلى الانتحار.

أما (ستولاند 1969) فيعرف اليأس على أنه خلل معرفي يكون محتواه التوقعات السلبية المستقبلية والفرد اليأس يضمن أن كل شيء يسير عكس مايريده وأهدافه لن تتحقق ومشاكله لن تحل أبدا. (Beck, 1975, P234)

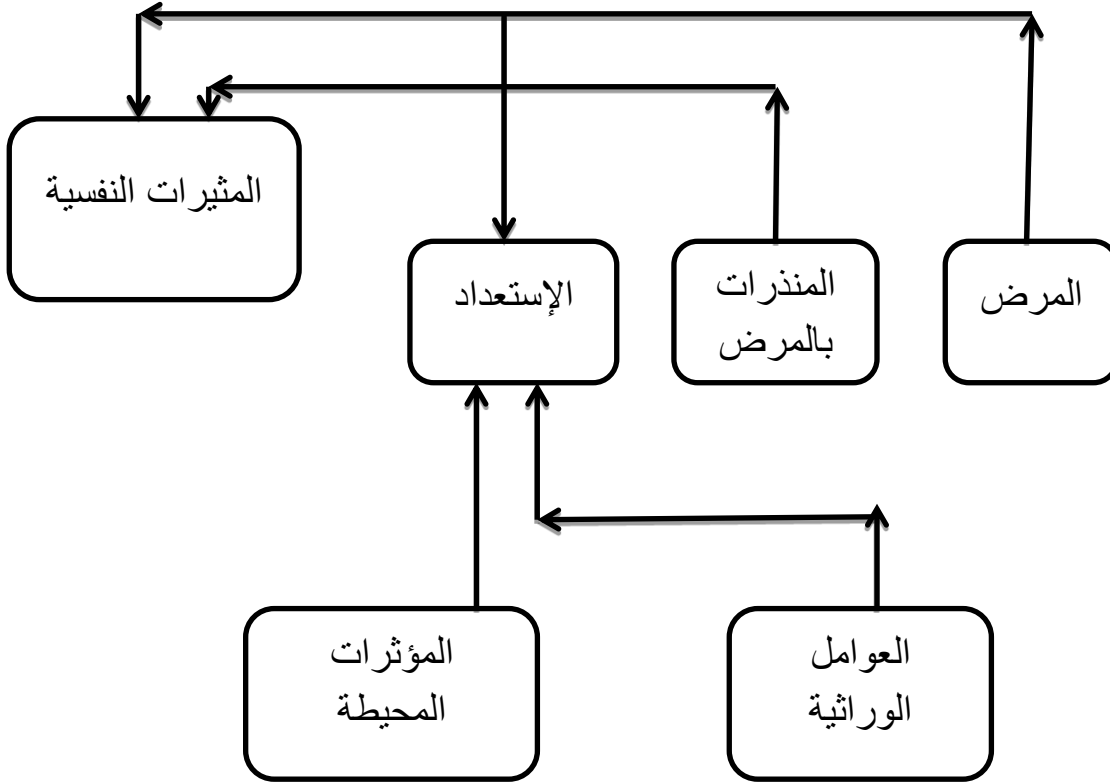
ووجد (Beck 1973) أن اليأس يتدخل في عملية الإدراك والمجال الإدراكي من الناحية الداخلية والخارجية ويتجلى هذا التأثير في :

- عدم القدرة على تحليل وتفسير الأحداث اليومية.
- العجز في المجال المعرفي وبالتالي صعوبة حل المشاكل.

نفس النتيجة وصل إليها (كرسمان 1974) و(كوفاكس 1975) و(ستيل 1985) حيث خلصوا إلى أن هذا الأخير يعتبر من ضمن العوامل الأساسية التي تؤدي إلى الانتحار. (Menreen, 1987, p258)

ومن أجل التقليل من المحاولات الانتحارية، يقترح أصحاب هذا النموذج البحث عن العوامل المعرقة في تفكير الأفراد الذين يريدون الانتحار، والتي تساعد أيضا على إغرازهم في التوصل إلى حل مشكلاتهم.

الشكل (1): نموذج الاستعداد / الضغط / المرض



ت- نموذج الاستعداد / الضغط / المرض / اليأس:

ينطلق هذا النموذج من افتراض مفاده أن الأفراد الغير قادرين على التفكير المتسلسل والسريع عندما يواجهون ضغط عالي أو مشكل صعب في حياتهم اليومية، فإنهم يصابون باليأس ويلجؤون إلى الانتحار للخروج من وضعيتهم الصعبة.

لقد بين (ارفا 1983) أن تفكير الأفراد الذين يحاولون الانتحار يمتاز بنقص في المرونة، وتفكير متبوع بالمقارنة والتصلب المعرفي والاحساس بالتعبية وهو خلاصة التنشئة الاجتماعية، وهذا ما أكده كل من (نورينجر 1964) و(ليفنسون 1971) و(كلوم 1979) حيث يرجع أصحاب هذا النموذج الانتحار إلى العوامل التالية:

- الضغوط الحياتية اليومية.
- التصلب المعرفي.

□ العجز في تنويع الحلول.

□ اليأس

ولأجل التقليل من المحاولات الانتحارية، يقترح أصحاب هذا النموذج البحث عن العوامل المعرقة في تفكير الأفراد الذين يريدون الانتحار، والتي تساعد أيضا على اعجازهم في التوصل إلى اليأس وبالتالي اختيار الانتحار لحل أزماتهم.(العفيفي عبد الحكيم، 1990، ص134)

ث- نموذج إستعداد / ضغط /مرض / يأس / إكتئاب:

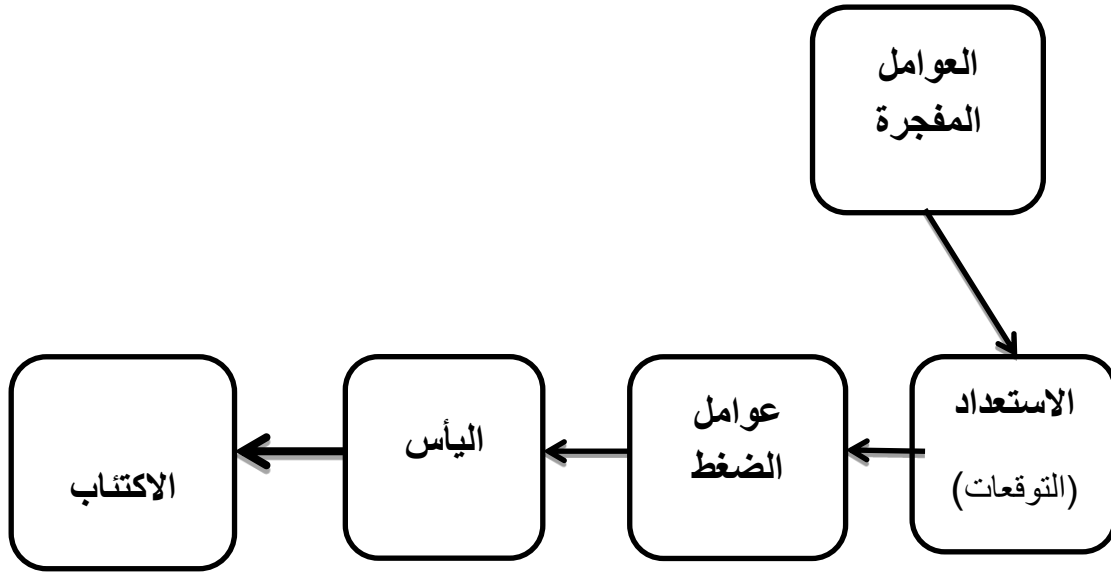
حيث يقترح (أبرامسون) و(جيرالد) و(لوران) 1989 نوع تحتي للإكتئاب وأطلقوا عليه اسم إكتئاب اليأس. (حسين فايد، 2005، ص134)

يعتبر هذا النموذج من بين النماذج النظرية المفسرة للسلبية الاكتئابية وجاء كتعديل لنظرية العجز المتعلم ل: (سليقمان) ويرجع الفضل في الانتقال الذي حدث إلى (ماندلار 1964-1972)، ينطلق هذا النموذج من افتراض أساسي مفاده أن اليأس هو السبب الرئيسي والوحيد الذي يؤدي إلى الاصابة بالاكتئاب وبالنسبة ل: (أبرامسون) يعتبر اليأس نتيجة لعاملين أساسيين هما:

□ التوقع السلبي للنتائج.

□ توقع العجز والفشل في القيام بنشاط ما.

لا يستعمل مفهوم اليأس إلا إذا ظهر على الفرد عجز تام في تأدية النشاطات مهما كانت مع استمرار هذه الحالة مهما اختلفت المواقف والوضعيات.(العفيفي عبد الحكيم، 1990، ص134) والسؤال الذي يتبادر إلى أذهاننا هو كيف يصبح الفرد يائسا؟ وبالتالي كيف يمكن أن يصاب باكتئاب اليأس؟ وللإجابة على هذا السؤال يفترض هذا النموذج أن هناك عدة عوامل متسلسلة تكون نسق تتفاعل فيما بينها ليحدث اكتئاب اليأس وهذا ما سيتم توضيحه في الشكل رقم 2:



الشكل (2) مخطط تفسير لنموذج يأس / إكتئاب

4- الوسائل المستعملة في محاولة الانتحار والفرق بين الرجال والنساء:

تشير الاحصائيات العالمية أن عدد المحاولات الانتحارية الفاشلة هي أكثر بكثير مقارنة بالانتحارات الناجحة ويمكن تفسير هذه الظاهرة بعاملين، العامل الأول يتمثل في أن الشخص الذي يحاول الانتحار يتصف بتناقض وجداني، بمعنى أن هذا الشخص يهدف سلوكه هذا إلى وضع حد لمعاناته وفي نفس الوقت يريد اللجوء إلى حلول أخرى أكثر سلامة، إذا اقتنع أن الانتحار هو الحل الوحيد فحتماً سيلجأ إليه، أما التفسير الثاني فيشير إلى أن الشخص الذي يحاول الانتحار والذي يعاني دائماً من التناقض الوجداني قد يستعمل الوسائل والأدوات الأقل خطورة أو تلك التي لا تؤدي إلى الموت وتسمح بتدخل المحيطين به، إن تفسير فشل محاولة الانتحار هو وجود علاقة قوية بين اختيار الأشخاص اللجوء إلى الانتحار لحل مشاكلهم ووضع حد لمعاناتهم وكذلك الرغبة في البحث عن حلول أكثر سلامة.

تشير الدراسات التي قام بها (ريش Rich) وآخرون إلى أن الذكور يبدون أكثر دافعية في محاولات الانتحار الناجحة من الإناث، وذلك لأن الذكور يخافون أن يظهروا

بمظهر الضعف باعتبارهم حاولوا الانتحار، لدى حينما يقومون بمحاولات انتحارية تكون ناجحة غالباً، كما أشار (ريش) لا أيضاً إلى أن الذكور يستعملون الوسائل الأكثر خطورة مثل: الأسلحة النارية والشنق والحرق في محاولاتهم الانتحارية، أما الفتيات يستعملن وسائل أقل خطورة كقطع الأوردة الدموية أو تناول العقاقير في محاولة انتحارهن.

أما عن سبب فشل النساء بالانتحار فإنه يأتي إلى أحد الأسباب التالية:

- ضعف الرغبة في الموت.
 - أساليب أو طرق الانتحار التي تختارها المرأة سهلة المنال ومتوفرة وعادة تكون أقل هلاكا ومماتا مقارنة بالأساليب التي يختارها الرجل
 - أغلب النساء اللواتي حاولن الانتحار هن دون سن الثلاثين من العمر وأكثرهن مراهقات.
 - تعتمد النساء في اختيار أساليب غير مميتة وغير مهلكة من أجل كسب عطف المحب أو الزوج.
- نسبة الانتحار عند الرجال تفوق نسبتها عند النساء، لكن العكس فيما يخص المحاولات الانتحارية نجدها أكثر لدى النساء، قد يعود إلى اتسام حياتهن بعدم الاعتماد بشكل كامل على عالم النجاح والطموح مثل الرجال الذي يلعب لديهم دورا كبيرا وهذا يحفز على الاقبال على الانتحار (معن خليل عمر، 2005، ص278)
- وهناك عدة وسائل تستعمل في الانتحار عامة والمحاولة الانتحارية خاصة نذكر منها: الشنق، السلاح الناري، القفز من الأماكن المرتفعة، تناول المواد الكيماوية والسامة، الحرق، تناول الأدوية، السلاح الأبيض، لمس التيار الكهربائي، اختناق بالغاز، الخنق، الغرق، تناول الأدوية، قطع الوريد، كل هذه الوسائل تختار من قبل المنتحر حسب درجة رغبته في وضع حد لحياته وحسب سهولة الحصول عليها. (Braconnier.A et Al, 2004, p74)

حسب دراسة (دانيال ماغسيلى Daniel Marcelli) تعد وسيلة التسمم الدوائي الأكثر استعمالاً في المحاولات الانتحارية فحوالي 58 إلى 80 بالمائة من الحالات استعملت هذه الوسيلة، ونجدها أكثر عند الفتيات مقارنة بالذكور، وأغلبها هي أدوية كانت الحالة قد وصفت لها أو لفرد من أفراد العائلة لعلاج مرض ما، وهناك أيضاً تداول في استعمال مواد التنظيف المنزلية. (Braconnier.A et Al, 2004, p74)

من خلال ما تطرقنا إليه في هذا العنصر نلاحظ أن أساليب الإنتحار تختلف بين الذكور والإناث، وقد يكون راجعاً إلى طبيعة الاختلاف النفسي والبيولوجي بين الجنسين، حيث أن المرأة تخاف على جمال جسدها حتى بعد الموت، لذى قد يكون هذا هو السبب وراء اختيارها لوسائل تحافظ بها على مظهرها الخارجي وقد نتمكن من التأكد من هذا من خلال دراستنا هذه.

خلاصة الفصل

رغم المحاولات المختلفة من قبل الباحثين سواء في تحديد وتوحيد مفهوم المحاولة الانتحارية، وكذا الغاية والأهداف التي تكمن وراء هذا السلوك، ورغم التفسيرات المختلفة التي وضعها الباحثون باختلاف تخصصاتهم وتوجهاتهم النظرية لكن في الأخير تبقى مشكلة المحاولات الانتحارية مشكلة عويصة ومعقدة، وفي نفس الوقت خطيرة فهي تنعكس سلبا على حياة الفرد كونها قد تؤثر على شكلهم أو على حالتهم النفسية حتى وإن فشلت وعلى المحيطين بهم لخصوصية مجتمعنا وديننا الذي يحرم هذا السلوك مما يدفعهم دائما إلى التستر على مثل هذه الحالات وإخفائها، ومع تضاعف الأرقام في الآونة الأخيرة هذا ما يجعلها كوباء الساعة.

الفصل الثالث : العلاج المعرفي السلوكي والأفكار غير الوظيفية

تمهيد

- 1- تعريف العلاج المعرفي السلوكي
- 2- مبادئ العلاج المعرفي السلوكي
- 3- خصائص العلاج المعرفي السلوكي
- 1-3: صياغة المشكلة
- 2-3: العلاقة مع المعالج
- 3-3: بناء الجلسات
- 4-3: العلاج الموجه نحو الهدف
- 3-5: رصد وتعديل التفكير غير المنطقي
- 3-6: تعليم العميل أن يكون معالجا لنفسه
- 4- المخططات المعرفية
- 1-4: لمحة تاريخية عن المخططات المعرفية
- 2-4: تعريف المخطط المعرفي
- 3-4: دراسة نظريات المخططات المعرفية
- 4-4: معالجة المعلومات والمخططات المعرفية
- 4-5: المخططات المعرفية وعملية الدمج في الذاكرة
- 4-6: تكون الذات والمخططات المعرفية
- 4-7: المخططات المعرفية والعلاج المعرفي
- أ- حسب أ. بيك (A.Beck)
- ب - حسب جيفري يونغ (Jeffrey Young)
- 4-7: أنواع المخططات المعرفية

8-4: طبيعة المخططات الشرطية واللا شرطية

9-4: نماذج التكيف مختلفة الوظيفة

5- الأفكار غير الوظيفية

1-5: طبيعة الأفكار غير الوظيفية وخصائصها

2-5: أساليب التعرف على الأفكار غير الأفكار غير الوظيفية

3-5: تعديل الأفكار غير الوظيفية.

خلاصة الفصل

تمهيد

يتناول هذا الفصل العلاج المعرفي السلوكي الذي يمثل أحد الأساليب العلاجية الحديثة، وبالرغم من أن ميدان العلاج النفسي المعاصر يزخر بمدارس وأساليب متعددة قد تصل إلى أكثر من مائة شكل من أشكال العلاج النفسي، ورغم هذا التعدد أو حتى التناقض اعتبر العلاج المعرفي السلوكي نموذجاً لأحسن الاستراتيجيات العلاجية كونه يحتوي نظرية تكاملية في تغيير السلوك، تقوم على التكامل بين تيارات متنوعة في العلاج النفسي.

وهذا ما دفعنا إلى تبنيه كبرنامج علاجي لتغيير الأفكار غير الوظيفية لدى الشباب الذين أقدموا على محاولة الانتحار، وبهذا توجب علينا التعريف به من خلال هذا الفصل حيث سنتطرق إلى العناصر التالية ففي البداية سنعرف العلاج المعرفي السلوكي ونذكر كل من مبادئه وخصائصه وكذلك سنتعرف على معنى الأفكار غير الوظيفية وأساليب التعرف عليها وكذلك طرق تعديلها وامكانية استبدالها بأفكار واقعية وبهذا نكون قد تطرقنا إلى أهم العناصر التي تخدم بحثنا هذا.

1 - تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

يشير مصطلح "معرفي" (Cognitive) إلى النشاط العقلي المتصل بالتفكير وما يرتبط به من تذكر، وإدراك واستدلال، وحكم ووعي للعالم الخارجي، وتناول المعلومات وتخطيط أنشطة العقل البشري، وغير ذلك ويشمل السلوك المعرفي على الأفكار والمعتقدات، والتي يظل كثير منها خصوصية ذاتية (أحمد عبد الخالق، 2006، 112).

فلكل منا أفكاره الثابتة ومعلوماته المخترنة التي ترشد وتحدد بنية تفكيره، وقد حدد "مايكمباوم" البنيان المعرفي على أنه الجانب التنظيمي للتفكير، والذي يبدو أنه ينظم ويوجه إستراتيجية ومسار واختيار الأفكار، فهو بمثابة "مشغل تنفيذي" يمسك بمخطط التفكير ويحدد وقت مقاطعة أو تعديل أو استمرار الفكرة. ويتضمن البنيان المعرفي ما لا يتغير بتعلم كلمة جديدة ولكن ما يتغير بتعلم مهارة كلمة جديدة، مثل مهارة الاستماع إلى الحوار الداخلي للشخص ذاته. (لويس مليكة، 1994، 121)

وهكذا فإن البنيان المعرفي أو المخططات وهكذا فإن البنيان المعرفي أو المخططات هي خطط عقلية مجردة تنظم المعلومات ولها دور كبير في توجيه سلوك الإنسان، فهي تمثل أنماطا من التفكير ثابتة، وطويلة الأمد، كما تمثل تقييمات الفرد عن خبراته السابقة، وهي عملية نظم لمعلومات قديمة لها علاقة بالموقف الحالي، وتسهل عملية معالجة المعلومات الجديدة المتعلقة بالموقف، حيث تلفت الانتباه إلى هذه المعلومات اختياريا، أو تحدد نوعا معينا من التصورات الخاصة بموقف معين وبناء على ذلك فالمخططات تحدد الطريقة التي من خلالها اختيار المعلومات المدركة، وأيضا يتم تخزينها ومعالجتها وتذكرها أو استدعائها (محمود مصطفى، 2009، ص64)

إن هذه السيرورات لا تتبني دائما على معطيات واقعية أو منطقية، بل تتبني أحيانا على أفكار لا عقلانية تؤدي إلى قراءة مشوهة للواقع، وبالتالي تؤدي إلى صعوبات في

توافق الفرد مع ذاته، ومع محيطه نتيجة لإسقاطاته الذاتية عليهما (إسماعيل علوي، بن عيسى زغبوش، 2009، ص44)

شخص معين على خبرته الخاصة بحصوله على صيغ معرفية (Cognitiv schemas) معينة تتزاوج مع مثيرات مؤذية خاصة، وهكذا تخلق إستهدافات داخل الفرد عند إثارتها فعلى سبيل المثال، إذا ركز الأفراد على فقد أو هزيمة، فإنها تكون على نحو سلبي مفاهيمهم عن أنفسهم وبيئتهم ومستقبلهم.

ونتيجة لذلك ينتقصون من قدر أنفسهم، وقد يرون بيئتهم الخارجية باعتبارها قاسية وممانعة، ويرون مستقبلهم كبارد ومظلم بدون أي أمل في التحسن. وبالتالي يمكن أن يشعروا بالعجز واليأس ويستجيبوا للعالم بأن يصبحوا هامدين ومنسحبين (حسين فايد، 2008، ص95).

واعتبارا لما سبق فإن النموذج المعرفي يفترض أن الاضطرابات الانفعالية هي دالة أنماط فكرية غير تكيفية، وتصبح بذلك أهداف هذا العلاج هي إعادة بناء هذه المعارف. وقد حدث التقارب بين المناهج المعرفية والسلوكية نتيجة اعتراف السلوكيين بأنهم يتعاملون فعلا مع عمليات معرفية داخلية مثل الأفكار والإدراكات والحديث الداخلي. إلا أن معالم بارزة قد أفسحت الطريق أيضا أمام هذا التقارب، ومنها توسع "باندورا" في مجال تعديل السلوك ليشمل الاهتمام بالنمذجة والتعلم عن طريق الملاحظة. كما اتخذ "باندورا" و"كانفرو جولدشتين" خطوة واضحة نحو الاعتراف بالعمليات الداخلية حينما بدأ تركيزهم على التنظيم الذاتي، والضبط الذاتي.

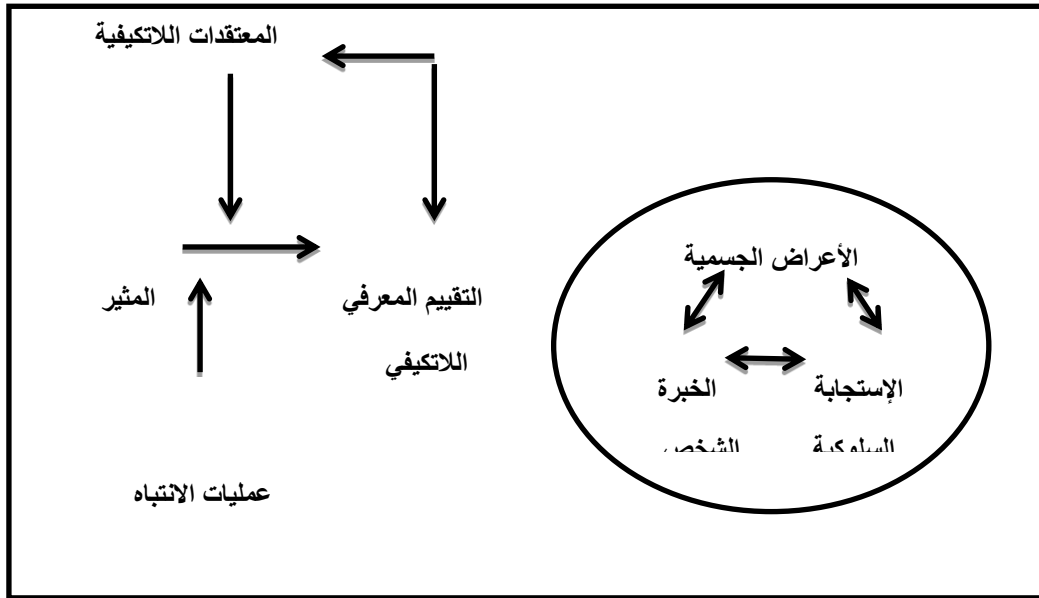
وكان "كوتيللا" قد اعترف بالأحداث الداخلية في أسلوبه "الإشراط النمطي أو المقنع" أي استخدام أسس الإشراط للتأثير في حدوث الأفكار والاستجابات التي أسماها "أحداث مغطاة" وقد توالى ترجمة الإجراءات السلوكية في ضوء أسس معرفية حتى أوائل الثمانينيات حين أصبحت السلوكية المعرفية النغمة السائدة (لويس مليكة، 1994، ص173).

وهكذا يمكن القول أن العلاج المعرفي- السلوكي هو نوع من العلاج يقوم على استخدام الطرق العلاجية القائمة على نظرية التعلم السلوكي من جهة، ومن جهة أخرى على طرق علاجية تعطي المعارف مركزا هاما في الاضطرابات الانفعالية.

وتفترض النظرية المعرفية- السلوكية في العلاج النفسي وجود ثلاثة عناصر مترابطة يساهم تفاعلها في تطوير السلوك واستجاباتنا للعالم بجانبها الصحي والمرضي.

- الموقف أو الخبرة المرتبطة بالحالة النفسية.
- الجانب الوجداني والحالة الانفعالية موضوع الشكوى (بماذا أشعر الآن).
- البناء المعرفي للخبرة (كيف أدرك الموقف وأفسره) (عبد الستار إبراهيم، 2008، 92).

ومنه فإن المنحى المعرفي- السلوكي يعتبر أن الاضطراب الانفعالي ليس حالة وجدانية منعزلة بل إنه عبارة عن جوانب متكاملة ومتفاعلة من النشاط السلوكي الظاهري والنشاط السلوك الداخلي، وهو ما يسمح باستخدام فنيات مختلفة للتدخل العلاجي. والشكل الموالي يوضح نموذج العلاج المعرفي- السلوكي:



الشكل (3) نموذج العلاج المعرفي- السلوكي (نقلا عن هوفمان 2012، 38)

وهناك أدلة وافرة من مجموعة واسعة ومتنوعة من المعالجات السلوكية والمعرفية على فاعلية العلاج المعرفي - السلوكي، والتي دلت على أنه المعالجة المفضلة للتعامل مع العديد من الاضطرابات، وقد أشارت أحجام الأثر لكل من العلاج العقلاني- الانفعالي وتقليل الحساسية التدريجي، وتعديل السلوك، إلى أن العميل الذي يتلقى أيا من أشكال العلاج المعرفي- السلوكي هذه سيكون أداءه الوظيفي أفضل ب(75 %) على الأقل من أداء الذين لم يتلقوا أية معالجة أخرى. وقد توصلت دراسات التحليل البعدي الأحدث إلى نتائج مشابهة عبر مجموعة من الاضطرابات، إضافة إلى ذلك، فإن غالبية دراسات التحليل البعدي التي قارنت فعالية التقنيات السلوكية أو المعرفية-السلوكية بفاعلية أشكال أخرى من العلاجات النفسية (كالسيكودينامي أو العلاج المتمركز حول العميل) وجدت تفرقا بسيطا ولكن ثابتا للأساليب السلوكية والمعرفية- السلوكية (تيموثي ج. ترول 2007، 659).

واليوم أصبح العلاج المعرفي- السلوكي مصطلح يشتمل على العديد من العلاجات المختلفة والمدعومة تجريبيا، والتي تشترك في المبادئ الأساسية للعلاج المعرفي- السلوكي، ومع ذلك فإن العلاج المعرفي - السلوكي لا يناسب كل أنواع المشكلات، فهناك فروقا واضحة في الاستراتيجيات التي تستهدف مشكلات بعينها، ولكن على الرغم من هذه الفروق إلا أن الاستراتيجيات متأصلة في مدخل العلاج المعرفي - السلوكي وتحديدا في الارتباط السببي بين المعارف اللاتكيفية، والانفعالات والسلوكيات، والفيزيولوجيا، وأن تصحيح المعارف اللاتكيفية ينتج عن محو للمشكلات النفسية والسعادة النفسية بوجه عام، ولقد تم الحصول على أدلة علمية قوية عن هذا النموذج العام من مجال علم الأعصاب الانفعالي، وبحوث التنظيم الانفعالي (هوفمان إ س جي، 2012، 27).

2 - مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

إن ما يميز العلاج المعرفي – السلوكي هو صبغته التعليمية التي تظهر من خلال سيرورة العمل العلاجي بدءاً بالتعليم النفسي للمريض وإقناعه بمنطق العلاج ومسؤوليته فيه، وتوضيح العلاقة بين الاعتقادات اللاعقلانية وما يعانيه من اضطراب، ويتم هذا في إطار علاقة تعاونية مهنية توجهها مجموعة من الضوابط تمثل صميم مبادئ المنحى العلاجي المعرفي – السلوكي وهي:

- أ- يرتبط كل من المعرفة والسلوك ببعضهما البعض.
- ب- تعلم معظم البشرية يتم من خلال الجانب المعرفي.
- ج- إن الاتجاهات والإسهامات المعرفية هي محاور هامة في فهم الفرد وسلوكه والتنبؤ به من أجل دمج المعرفة والسلوك لظهور فنيات علاجية ناجحة.
- د- التركيز على فهم الفرد للجزء المارر تعديلته.
- هـ- يعمل كل من العميل والأخصائي بشكل متعاون لتقدير المشاكل ووضع الحلول.
- و- تقديم الخبرة المتكاملة للفرد بكافة الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية حيث يستطيع الكثيرون من الأفراد التأثير في سلوك الآخرين من خلال الكلمة والمعلومة وردود أفعالهم تجاه المواقف، وبذلك يمكن تقديم الخبرة المتكاملة (آمال باظة، 1999، 273)

ومن ثم فإن العلاج المعرفي- السلوكي يعمل على:

- تعلم البناء المعرفي وإيجاد مهارات التوافق الطبيعية.
- تعلم وتعميم بعض المهارات الجديدة وتدعيم بعضها من خلال استخدام العديد من الاستراتيجيات.
- تعليم العميل متابعة وإدراك الواقع في إطار الأفكار الحالية ومواجهة التحديات بأفكار جديدة.

- الدعوة إلى التفكير المنطقي والاختبارات الواقعية للتفكير السلبي وهكذا يتعلم العميل كيفية تعديل أخطائه وزيادة الأداء الحالي بشكل واضح (ماهر سكران 2006، 666).

وبهذا فإن المعالج وفق هذا الإطار ينقل بشكل مباشر للمريض فكرة أساسية مفادها أن إدراكه للواقع ليس هو الواقع ذاته، إنه المبدأ الذي إذا تعلمه المريض يدرك من خلاله إلى حد بعيد ماهية اضطرابه، وأي السبل أقرب لعلاج.

3- خصائص العلاج المعرفي السلوكي:

يتميز العلاج المعرفي- السلوكي بخصائص عملية محددة يتم فيما يلي وصفها بشيء من التفصيل.

3-1- صياغة المشكلة:

يقصد بها فهم الحالة وصياغتها أو التنظير الذي يحكم التدخل فيها بهدف العلاج، كما يقصد بها مجموعة الفروض العاملة التي تدور حول الآليات النفسية الأساسية التي شكلت المعاناة أو عملت على استمرار المشكلات التي تعاني منها الحالة. ويتم توظيف هذه الفروض العاملة أو فهم الحالة من قبل المعالجين النفسيين لتوجيه العلاج المعرفي السلوكي الوجهة الصحيحة أو تعديله عند اللزوم.

وينبثق نموذج الفهم والصياغة المعرفية السلوكية للحالة من أن مشكلات الأفراد واضطراباتهم الانفعالية ما هي إلا نتاج تنشيط وتفعيل المعتقدات الأساسية بواسطة أحداث الحياة المثيرة للضغوط.

ويعتمد المعالج إلى تطوير صياغته للحالة وتنقيحها بشكل مستمر أثناء سيرورة العلاج.

وتبدأ الصياغة المعرفية للمشكلة بجملة من الخطوات منها:

أ- رصد أفكار العميل المرتبطة بالمشكلة الحالية والتي تدعم استمرارها.

ب- تحديد المعرفيات والصور الذهنية والانفعالات، والجوانب الفيزيولوجية ذات العلاقة بالمشكلة.

ج- تحديد دور العوامل المترسبة والمفجرة، والتي تدعم المعتقدات المشوهة، وتبقي على السلوك المضطرب.

د- تفسيرات العميل لمواقف الحياة وأحداثها الأساسية عبر الزمن.

وبعدما يحدد المعالج الفروض العاملة والتي تربط بين مشكلات العميل ومعتقداته والأحداث المثيرة لها، فإنه يصبح من السهل عليه تحديد أهداف العلاج والتدخلات العلاجية الملائمة، كما يمكنه التنبؤ بالعقبات التي يمكن أن تواجه عملية العلاج.

2-3: العلاقة مع المعالج:

تعد العلاقة بين المعالج والعميل في العلاج المعرفي- السلوكي علاقة تعاونية، حيث يمارس المعالج دوراً نشطاً فعالاً في عملية العلاج، يبدأ بالتعليم النفسي ورفع مستوى وعي المريض بأفكاره الآلية ذات العلاقة بمشكلته، وفحصها واختبارها كفروض سواء داخل الجلسة أو خارجها (أي في الواقع)، كما يقوم المعالج بتعليم المريض كيف يتحدى معتقداته اللاتوافقية، ويستخدم في ذلك واجبات محددة بدقة تشكل مهمات أساسية يأتيها المريض وتمثل جزءاً مهماً من إسهامه في العمل العلاجي، وتحمل المسؤولية الذاتية في سيرورة العلاج.

ويعمل المعالج على تشجيع المريض على الانخراط في نشاطات من شأنها أن تطلق مشاعر الكفاءة، والسرور وتبني مجموعة من التعزيزات الإيجابية الذاتية المرتبطة بهذه النشاطات (بيرل. س بيرمان، 2004، 194)

وبوجه عام يجب أن يكون المعالج حساساً لحاجات المريض، وأن يتصف بالدفء والتعاون والتقبل، وأن يحسن إشراك المريض في حل مشكلته، وهو ما يسهم في نشوء علاقة تعاونية ناجحة.

3-3- بناء الجلسات:

يتم التخطيط للجلسات من خلال جدول أعمال يتم الاتفاق عليه بين المعالج والعميل وهذا الجدول يسمح باستخدام أمثل للوقت وهو يعمل بمثابة موجه للعميل، كما يمدنا بإطار عمل محدد وملائم لرصد التقدم العلاجي، ويكون نموذج الجدول كما يلي:

- فحص مزاج المريض.
 - مراجعة موجزة للأسبوع المنقضي بين الجلسات.
 - وضع جدول أعمال للجلسة الحالية.
 - تلقي العائد، والربط بين الجلسة الحالية والجلسات السابقة.
 - مناقشة بنود جدول الأعمال.
 - طلب عائد في نهاية الجلسة. (بالمرو وآخرون، 2008، 43)
- وبهذا يتم تعميق التقدم العلاجي عن طريق طرح مهام ومسؤوليات محددة للمعالج والعميل في مرحلة علاجية وثيقة الصلة بالموضوع.

4-3: العلاج الموجه نحو الهدف:

عادة يتم تحديد الأهداف وتقريرها بشكل تعاوني بين المعالج والمريض، وتنبثق أهداف العلاج المعرفي السلوكي عن قائمة المشكلات محكمة الصياغة والبناء، عن الفروض العاملة، فإذا افترض المعالج - مثلا- أن قلق مريضة ناجم عن عجز في استعداداته ومهاراته، فإن خطة علاجه لابد أن تتضمن بناء مهارات المواجهة والتعرض المباشر وعدم التجنب والهروب في هذا المجال، وإذا افترض المعالج فرضا بديلا بأن قلق مريضة ناجم عن تنشيط اعتقاد أساسي لا تكفي لديه مضمونه "أنه عاجز عن أداء مهمة من المهام" فلا بد أن تتضمن خطته العلاجية "إعادة البناء المعرفي لهذا المعتقد المشوه. (روبرت ليهي، 2006، 71).

وبهذا فإن جملة التقنيات المستخدمة في العلاج المعرفي – السلوكي لا يتم تطبيقها بصورة سلبية، بل تكون موجهة بشكل محدد بعناية كاملة حيث تختلف المضامين العلاجية باختلاف محتوى مشكلات المريض.

3-5: رصد وتعديل التفكير غير المنطقي:

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي أن الاضطراب النفسي هو اختلال في التفكير يتضمن عمليات معرفية مختلفة تؤدي إلى رؤية محرفة عن الذات والمستقبل، كما تؤدي على انفعالات غير سارة وصعوبات سلوكية، واعتمادا على هذا التصور يتم استخدام فنيات لفحص وتحدي التفكير غير المساعد، ويعلم المريض كيف يستخدم الأدلة والبراهين لدحض وتفنيد تفكيره غير الواقعي. (بالمر وآخرون، 53، 2008)

ومن هنا فإن المعالج أثناء الجلسات يقوم بالعمل على فكرة معينة من الأفكار المختلة وظيفيا والتي يعاني منها المريض وفق واحدة من هذه الفنيات، معلما إياه كيفية استخدامها خارج الجلسات، وفي حياته اليومية كجزء من المسؤولية الشخصية التي يتحملها المريض في العملية العلاجية.

3-6- تعليم العميل أن يكون معالجا لنفسه:

هذه الخاصية تركز على تعليم العميل كيف يكون فعالا داخل الجلسة، أو خارجها وذلك بقيامه بالمهام والواجبات المنزلية حيث يحث المعالج المريض على تقويم مساهمته في مشكلته الحالية، واستكشاف أنماط الاعتقاد الكامنة لديه والتي تؤدي إلى التفكير السلبي ومن ثم تعلم المريض القدرة على إدارة انفعالاته، كما يتم تزويده بالمهارات اللازمة لمنع عودة المرض بعد حدوث التحسن (منع الانتكاسة). (طه عبد العظيم، 2007، 113).

وبهذا يعتبر العلاج المعرفي السلوكي علاجا تعليميا يساعد على تعلم أسلوب حياة أكثر إيجابية وكفاءة في التعامل مع الصعوبات المستقبلية، حيث يهتم من البداية بتعديل الأفكار اللاواعية التي يسميها "بيك" الأفكار الآلية، ويسميها "إليس" الأفكار اللاعقلانية وإحلال مكانها أفكار أكثر معقولة ومنطقية تسهم بشكل دال في توافق الفرد.

4- المخططات المعرفية:

4-1: لمحة تاريخية عن المخططات المعرفية :

إستعملت كلمة مخطط من طرف المفكرين الإغريق، ولكن لم تظهر بشكل إصطلاحي حتى القرن التاسع عشر فقد وضع المفكر الفيلسوف إمنويل كانت (Emmanuel Kant) في كتابه نقد المنطق أول مفهوم اصطلاحى حيث يرى أن الأشياء تحدد في ذاتها وظاهرها، فكل فرد يضع ثلاث توقعات حول الأشياء في العالم الخارجى : الوقت، المكان والسببية.

يستطيع الفرد تصنيف هذه المواضيع في محيطه، لكن لا يستطيع معرفة مايقع داخل هذه التصنيفات لذا يعتبر كانت Kant أول من وضع مفهوم في علم النفس يخص معالجة المعلوم.

تتعلق المخططات المعرفية حسب جيفري يونغ تاريخيا ب :

- بنية الجهاز العصبي .
- تمثل المخططات المعرفية مبدأ منظم للحياة النفسية والمتعلقة بالمعتقدات الراسخة من خلال الخبرات السابقة.
- فمن خلال ذلك إستطاع المختصون في علم الأعصاب المعرفي الإجابة على تساؤولاتهم، فاستعمل هذا المصطلح لتحديد المواقع العصبية التي تمثل محور الهوية، لذا وضع هايز (Head) سنة 1918 مخطط الجسد الذي أرجع هذه العملية إلى الفص الجداري والذي يؤمن إستقرار صورة الجسد وتمثل الذات في موقع الحدث , 2006, (Jeffrey.E.Young p15).

بعد تراجع أدلر Adler عن موقفه مع فرويد Freud وبدون منازع هو أول معالج نفسي أشار إلى المخططات المعرفية، كما تكلم عن مخططات الإدراك وذلك لتوضيح وجهة نظر كل فرد إلى عالمه وإلى ذاته، وذلك في كتاب تحت عنوان "علم الحياه" سنة

1929 كما إستعمل أدلر Adler مصطلح المخططات المعرفية العصابية، فلهذا المرجع أثر كبير على العلاج المعرفي في وقتنا المعاصر .

كما أن لـ"جورج كيللي" دور كبير في نشر هذا المفهوم في الولايات المتحدة الأمريكية سنة 1955 وذلك باستعماله مصطلح "بنية الشخصية " من أجل الدلالة على البنيات او الأبعاد ثنائية القطب التي تعكس معتقدات وأحكام المتعلقة بذات الفرد، العالم، والآخرين، فيمكن لهذه البيانات أن تتراكم وتكون لنا سلوكيات مضادة كما نجد أنفسنا أمام تذبذبات سريعة بين القطبين وتظهر من خلال تناقض الأحكام مع الآخرين .

إستخلص "بياجي" Piaget " في مجموعة من الأعمال نشرها سنة 1964 سيرورتين تساعدان في النمو المعرفي هما :

التمثل : الذي يجعل العلم شبيه للمواضيع والمخططات السابقة .
والمواءمة : تكيف المخطط حسب العالم الخارجي، فهناك مجموعة من الموازنات المتتابعة التي تحفز الأخطوطات الفطرية الحس -حركية الأكثر بساطة -المص والمسك- وذلك للإنتقال إلى المراحل الأكثر تعقيدا في المعلومات (ماقبل العمليات، العمليات الملموسة وأخيرا المجردة)، وإستعمل كل من التمثل والمواءمة من قبل المعالجين المعرفيين الذين وضعوا هذه المصطلحات في محور العلاج المعرفي لاضطرابات الشخصية .

كما إستعمل "بيك" مصطلح "مخطط" منذ سنة 1967 إنطلاقا من ثاني كتاب له حول "الإكتئاب" الذي نشره سنة 1979، والذي وضح فيه أن المخططات المعرفية تمثل لنا تأويلا شخصيا وأليا للواقع، وهي تؤثر على إستراتيجيات التكيف لدى الفرد والتعامل مع الموقف .

4-2: تعريف المخطط المعرفي :

يعرف معجم Larousse المخطط المعرفي حسب "هينريت بلوش" وآخرين، والذي ربط بين المخطط و"الأخطوة" ووضع التعريف التالي : "هو عبارة عن مجموعة

من البنيات المعرفية المجردة التي تمثل ميدانا خاصا بالأشياء والأحداث مع مميزاتها الخاصة او المواصفات والعلاقة بينها، فالمخطط يمكن إعتبره مجموعة من المعلومات المخزنة في الذاكرة، كما أنه أيضا بنية وظيفية، إذا يحمل مخططات (Plans) لمعالجة المعلومات المتعلقة بالميادين التي يتدخل فيها" (Hinritte Bloch et All, 2008, 816) أعطى "جي تيبيرغين تعريفا للمخطط، وهو الآخر ربطه مع الأخطوة قال هو : "تمثلات عقلية تسمح لنا بحل المشكلات وتوجيه الأفعال دون الإهتمام بالأحداث الدقيقة". ويعرفه كل من "شامبون" و"كردين" : على أنه بنية معرفية ثابتة نسبيا تحتوي على ما يعرفه الفرد عن ذاته والعالم الخارجي، فهو يحتوي على المعتقدات، الإنفعالات، كما يقوم بترتيب وتوجيه الانتباه والادراك، ويسهل عملية التذكر. " (Guy tiberghin, 2002, p269)

وعرفه "مرجرت دبليومتلين" : "أنه بنية عامة للمعارف المتعلقة بشئ موضوع، حدث تم تعلمه من خلال الخبرات السابقة". (Chambon et cardine, 1995, p48)

3-4: دراسة نظريات المخططات المعرفية :

هناك عدة دراسات أجريت على المخططات المعرفية، وسنعرض في بحثنا هذا خمس نظريات من مختلف المجالات في : علم النفس المعرفي، العلاج النفسي، معالجة المعلومات، النمو المعرفي، علم النفس المرضي، وعلم النفس العصبي، وهذه المجالات متداخلة بعضها مع بعض.

النمو المعرفي عند « بياجى » والأخطوطات المعرفية : يرى كل من "غويدتى" و"تورات" أن بياجى «Piaget» وضع مصطلحا عبارة عن مكون شبيه لمخطط العقل، يقوم بتشكيل بناء وتنظيم الحركة .

إذا لا ندرك الأخطوة بشكل مباشر، ولكن عن طريق الإنتظام الدوري لسلوك الفرد . إستعمل « بياجى » Piaget أمثلة عديدة لشرح الأخطوطات خاصة في المرحلة الحس -- حركية، كأخطوة المص والمسك، إذ حركاتنا بوصفنا راشدين راجعة إلى هذه

الأخطوطات، كما لا يمكن رؤيتها ولكن نستخلصها من حركاتنا بالرغم أنها هي المسؤولة عنها، فالأخطوطات تدعم وتحفظ بالحركة من خلال التدريب، ولكن يمكن تعديدها إما عن طريق التعميم بتطبيقها على أشياء، مواضيع ووضعية مختلفة أو تحت ضغوط العالم الخارجي .

هذا لا يكفي لتحديد الأخطوطات فإن أخطوطات الرضيع البسيطة تحول وتعديل الحركات الإنعكاسية إلى حركات أكثر تعميماً (بناء مفهوم صنفى لحركات المتشابهة)، وأكثر كثافة (تطبق على أشياء ومواضيع مختلفة)، وأكثر نشاطاً (الإرتباط مع أخطوطات أخرى)، وهنا مرتبطة بذكاء الرضيع ولتعديل هناك سيوررات أساسية هي : التمثل : أخذ "بباجي " هذا المصطلح من البيولوجية وهو دمج عنصر خارجي داخل العضوية وهو نفس الشئ بالنسبة للذكاء، نقول إذا إن هناك تمثلاً كلما أدمج موضوع داخل موضوع جديد داخل أخطوطات حركية سابقة . إذا هو ميكانزم يسمح بدمج جميع العناصر الجديدة في البنيات العقلية للفرد، وتمتد إلى جميع الميادين : الحركية الإدراكية، العقليةإلخ، ويأخذ عدة أشكال :

-- التمثل الوظيفي : يقوم بتقوية أخطوطات الحركة من خلال تكرار الحركة،

-- التمثل التعميمي : وهو تطبيق نفس الأخطوطات على المواضيع .

-- تماثل إعادة التعرف : يسمح بتحديد مختلف المواضيع المتعلقة بأخطوطات معينة،

التمائل المتبادل المتعلق بالسيرورة : وهو قدرة الأخطوطات على دمج معطيات مختلفة مع بعضها البعض، كدمج الرضيع بين البصر والمسك، فهناك دمج بين الأخطوطات البصرية والحركية، أي يمسك ما يرى ويرى ما يمسك .

التمثل هو دمج المحيط الخارجي داخل الفرد ولكن هذا الدمج ليس دائماً الحدوث، فالأحداث ليست متماثلة دائماً من طرف العضوية التي يجب تعديلها ليتمكن دمجها لذا يوجد ميكانزم المواءمة .

-- المواءمة: على المستوى البيولوجي يتعلق بتعديل العضوية للتكيف مع المحيط الجديد، مثلا: نقل نبتة من بلدها الأصلي إلى بلد مناخ مغاير، يجب على هذه الأخيرة التكيف مع المناخ الجديد. نفس الشيء بالنسبة للذكاء فتحدث المواءمة بعد تمثل الأخطوة.

فالمواءمة تعدل وتطابق مع المعطيات الجديدة (الذكاء) مثلا: الطفل تعلم مسك الأشياء لكنه لا يستطيع حمل الأشياء الكبيرة أو السائلة فتتدخل المواءمة بعد هذا التماثل فيستعمل الرضيع يديه الاثنتين ليحمل الأشياء الكبيرة والسائلة.

عندما يستطيع إنجاز هذه المواءمة يسمح بإدخال متمثلات أخرى فيرفع من مجال خبرته، ووضع احتمالات مصادفة للأشياء المختلفة غير المتماثلة للأخطوات الموجودة والتي تحتاج لتدخل المواءمة لتعديلها.

التكيف أو الموازنة: إن ازدواجية سيرورتي التماثل والمواءمة، والتي تساعدان في عملية التكيف الذي يعتبر قاعدة نشاط الذكاء الفردي، أما بيولوجيا التكيف هو عبارة عن تغير متبادل بين العضوية والمحيط، كلما كان هذا التغير والتبادل شديدا وسريعا كلما كان هناك تكيف على مستوى الذكاء. نفس الشيء كلما غزدت التغيرات بين الفرد والمحيط (التماثل والمواءمة) كلما يميل الفرد للتوازن داخل محيطه.

إن التحقيق التوازن لا يصله الفرد لأنه يتغير وينمو، والمحيط هو الآخر متغير لذا يفضل "بياجي" استعمال مصطلح أكثر ديناميكية "التنظيم الذاتي أو الموازنة" في مكان التوازن الذي يرجع إلى وضعيات أكثر استقرارا، فاسترجاع الموازنة متتابع على أن يتجاوز البنية السابقة بإدماجها في المركبات الجديدة فهذه السيرورة تسمى الموازنة (M.Guidetti et C.Tourette, 2002, p48).

هنا يمكن تعريف نمو الذكاء على أنه سيرورة موازنة في البحث عن التوازن المستمر إلى الأكثر فالأكثر استقرارا ومراحل النمو التي وضعها "بياجي" تتعلق بأرضية

للحظات من الموازنة، كما لا يمكننا فصل التكيف عن وظيفة النظام لأننا نتكيف مع العالم عندما تنتظم الأفكار.

4-4: معالجة المعلومات والمخططات المعرفية:

ترى "مرجرت متلين" أن المخططات المعرفية توجه فهمنا أ تعرفنا على الأمثلة والمعطيات الجديدة ويرجع الفضل للتوقعات التي تضعها الأحداث القابلة للظهور مجدداً، إذا المخططات ترجع إلى المعالجة الموجهة من طرف المفاهيم أو التمثلات المأخوذة من التجارب السابقة أو ما يسمى "معالجة المعلومات السالفة"، وأكثر من ذلك، فإن المخططات تسمح لنا بالتوقع أو التنبؤ بما سوف يحدث في الوضعيات الجديدة. في غالب الأحيان يكون هذا التنبؤ في محله، فالمخططات عبارة عن مكتشف (كاشف) أو بمعنى آخر هي مرجع للمعلومة الانية، كما تؤدي بنا المخططات أيضا إلى تنبؤات خاطئة أو الانحراف نحو مسارات خاطئة، ولكن في أغلب الأحيان هذه الأخطاء لها معنى داخل المخطط نفسه.

إن لفظ المخطط أصبح في علم النفس المعرفي مصطلحا عاما يحمل في طياته معنى شتى فمثلا نشير إلى أعمال بارتلت Bartlett سنة 1932 حول المخططات المعرفية والذاكرة عند الراشد. (M.W.Matlin, 2002, p335-343)

□ المخططات المعرفية وعملية الانتقاء في الذاكرة :

إن الذاكرة تعمل بصورة جيدة عندما تكون المواضيع والمواد مطابقة للمخططات، فالفرد يتذكر الأشياء وفق خبرته السابقة، هنا يشير كل من هاشر وألبا Hasher et Alba سنة 1983 إلى انتقاء المعلومات في الذاكرة حيث أرجعها إلى ثلاث شروط راجعة للمعلومات المختارة للتفسير :

-- أن يكون لدى الفرد مخطط مناسب مثل مخطط المكتب،

-- أن يكون المخطط منشطا لعملية التذكر،

-- أن تكون المعلومات المأخوذة تكتسي نوعا من الأهمية مثل أهمية الكرسي بالنسبة للمكتب .

إن شروط التعلم المعرفي يمكن أن تكون ذو طبيعة ترجع لمعالجة الموضوع المملوءة بالأخطاء لذا يمكننا تذكر الأشياء بصورة جيدة عندما تتعلق بتوقعنا .

□ المخططات المعرفية وتجريد الذاكرة :

التجريد هو ميكانيزم يقوم على تخزين المعلومات في ذاكرة المعاني للرسالة المستقلة عن المادة المكونة لها (الكلمة عن الجملة) فمثلا يمكننا استرجاع المعلومات المتعلقة بمفهوم (مميزات العائلة) بدون الحاجة لتذكر أي جملة لها علاقة بها تماما، فالشخص يستطيع تذكر اسم جهاز مسمى باسمه دون رؤية هذا الجهاز، فأى واحد منا يمكنه تذكر مقطع من فيلم الرسالة، ولكن ليس كلمة بكلمة .

إن أعمال فرانكس وبرانسفورد Franks et Bransford هما اللذان وضعوا نموذجاً بنائياً متعلقاً بالمادة النثرية من خلال النموذج، فإن دمج المعلومات من جملة معزولة، والتي تشكل لنا مواضيع لبناء أفكار أكثر عمومية، أظهروا في أعمالهما أن الأشخاص يظنون أن هذه الجمل قد صادفتهم في الماضي، لأنه تم تسجيل جميع المعلومات في الذاكرة، لذا فإن محاولة إرجاع الجملة كلمة كلمة يكون صعباً، إذا تم تفاوت الكلمة الأولى لأن الجملة مركب كلمات .

4-5: المخططات المعرفية وعملية الدمج في الذاكرة :

من خلال مختلف النظريات المتعلقة بالمخطط هناك تمثل واحد ووحيد يدمج المعلومات داخل الذاكرة، وإنطلاقاً من ترتيب المعلومات كمرحلة أولية، ثم تجريدها في مرحلة ثانية، ثم تأويلها في مرحلة ثالثة بمساعدة المعلومات السابقة .

إن مختلف الدراسات أكدت أن عملية الإسترجاع لا تتعلق بالمعلومات السابقة لأنه تم إختيارها مباشرة بعد تعلم المادة ولكن بعد مدة زمنية طويلة تدمج المادة في نفس المخططات التي وجدت في السابق عن بعضها (غير مدمجة) .

□ المخططات المعرفية والذاكرة الأوتوبيوغرافية (السيرة الذاتية): حسب مثلين عبارة عن بنيات معرفية عامة متعلقة بمواضيع وأحداث تم تعلمها في السابق فإنها تحتوي كذلك على مجموعة كبيرة من الأحداث تم تعلمها في السابق فإنها تحتوي كذلك على مجموعة كبيرة من الأحداث الخاصة المتعلقة بحياة الفرد اليومية وتلخص المميزات الأساسية لهذه الوضعيات فإذا أخذنا مثلاً مخطط العشاء فإننا نجلس في مكان معين ومع نفس الأشخاص وربما يدور نفس الحديث . كذلك فيما يخص الذاكرة الأوتوبيوغرافية، المخططات تسمح بتنظيم عملية التخزين في الذاكرة لمعلومات يومية ومعالجتها في تاريخ حياتك الشخصية. (M.W.Matlin, 2002, p220, 221)

ففي هذا المعنى يجب تفسير حدود قدرات الذاكرة التي تسمح لنا باسترجاع التفاصيل الدقيقة عن حياتنا اليومية كما أن المخططات تسمح لنا بمعالجة أكبر حجم من المواد (المعلومات) لأننا نستطيع تلخيص منظمات وجودنا، كذلك فإن المخططات تسمح وبطريقة خاطئة تذكر مجموعة من الأحداث لم تحصل أصلاً، وقد تتعلق بالموازاة بالأحداث الراهنة .

4-6: تكون الذات والمخططات المعرفية :

حسب شامبون وكاردين فإن بوليك Pulik سنة 1993 وضع تعريف للذات (self) كوحدة معرفية لمعالجة ودمج تمثلات عن ذاتها (soi) بالرجوع إلى الآخر والمحيط فتكون الذات الذي ينمو عند الفرد وعلاقته مع الآخرين فهو يعني الشخص ذاته، فيكون الشعور به سهل المنال عكس مخطط الذات (self-schema) فهو مفهوم عن ذات الشخص ولكن الشعور والوعي به ليس سهل المنال، كما ينظم السيرورات النفسية اللاواعية تسمى السيرورات العقلية الداخلية أو الأوتوماتيكية.

الذات عبارة عن بنية معرفية تنتمي إلى ميدان ذاكرة المعاني كنظام لتمثلات طويلة المدى، إذا هو عبارة عن مجموعة أنظمة أساسية لدمج سياق وشخصية الفرد فينظم ويمركز المعرف مع الآخرين، فتعمل كوسيط بين الافراد والوضعيات التي تواجهه .
تكلما حتى الان عن الجانب الواعي، ولكن يجب التركيز على الجانب اللاواعي والتمثل في المخططات المعرفية .

مخطط الذات عبارة عن نظام لمخطط يرجع إلى الذات (soi) -- مجموعة المخططات الذات -- مخطط العلاقة مع الآخرين -- مختلف المخططات بين الأشخاص -- فتعتبر المخططات كالوحدة التي تبنى الشخصية، فيعرفان المخطط على أنه بنية معرفية ثابتة نسبيا تحتوي على ما يعرفه الفرد عن ذاته والعالم الخارجي، فتحتوى على الرغبات المواقف، الإنفعالات، كما تسهل عملية الإنتباه والإدراك، وتسهل عملية الذاكرة، فتسمح بتمديد ميادين الحياة العقلية المستخدمة، قدرة الفرد على التغيير -- المرونة والصلابة -- أو على إستمرارها في النظام المعرفي (O.Chambon et M.M.Cardin, 1995, p47a54).

عندما يضع المخطط توقعاته لا يشارك في العملية المعرفية ولكن عندما يصل إلى أعلى مستوى من التكافؤ يقوم بتقنين -- وضعها داخل قنوات -- المعلومات من الأول إلى الآخر ويقوم بترتيب المعطيات حسب الموقف .

4-7: المخططات المعرفية والعلاج المعرفي :

أ- حسب أ.بيك (A.Beck):

يشير أ.بيك (A.Beck) إلى المخططات عبارة عن بنيات معرفية موجودة لدى الفرد تتضمن الإعتقادات والافتراضات، التوقعات، المعاني، والقواعد التي يكونها الفرد عن الأحداث، الآخرين والبيئة .

وعلى هذا التمثل الإطار الأساسي الذي يستخدمه الفرد لفهم الذات والعلم والعلاقة الإجتماعية مع الآخرين إذ أنها تؤثر في الكيفية التي تدرك بها الأشياء والناس، والأحداث

والإستجابات نحوه وهي المسؤولة عن تنشيط الأفكار التلقائية ونشأتها، كما يمكن أن تكون هذه المخططات ضمنية أو ظاهرة وتختلف من شخص لآخر .

ومن ثم نجد طرق تأويل وتفسير المواقف الواحد تكون بطريقة مختلفة إذ أن مضمون كل مخطط يختلف من شخص لآخر حسب خبرات هذا الفرد، ويختلف الأفراد عي عدد المخططات أو البنيات التي يتضمنها كل مخطط، وتبعاً لذلك يظهر تبايناً في إستجاباتهم نتيجة لإختلاف المخطط لديهم .

ويذكر أ. بيك « A . Beck » أن محتوى هذه المخططات المعرفية يحدد العمليات الدفاعية والوجدانية والمعرفية داخل الأفراد وأن هذه المخططات عندما تكون غير توافقية فإنها تشكل عقبة وحاجز في بناء الشخصية لأنها تؤثر في صيغة الإتجاهات والقيم والإعتقادات لدى الفرد نحو الآخرين كما يمكن لبعض المخططات أن تكون كامنة ضمنية وغير نشطة لفترة من الزمن، التي تثيرها أحداث ترتبط بها كامنة ضمنية وغير نشطة لفترة من الزمن، التي تثيرها أحداث ترتبط بها من حيث الموضوع أو الفكرة . بمعنى أن هذه المخططات تنشط عندما تكون هذه المثيرات البيئية المرتبط بهذه المخططات، تمثل إعتداء على الفرد أو تمسه.

وأشار بيك وكلارك Beck er Klarck إلى أن هناك خمس أنواع من المخططات المعرفية وهي : المخططات معرفية إدراكية، سلوكية، دفاعية، وجدانية، فسيولوجية، تتضمن المخططات المعرفية الإدراكية (التخزين، التفسير، والمعني التي يكونها الفرد عن العالم) وتعتبر الإعتقادات من المخططات المعرفية الإدراكية . أما المخططات الوجدانية فتتضمن كل من المشاعر الموجبة والسالبة .

في حين أن المخططات الفسيولوجية تتضمن إدراك الوظائف الجسمية أو الفيريقية مثل إستجابة الألم التي تتضمن زيادة سرعة التنفس . بالنسبة للمخططات السلوكية مثل سلوك الهرب عند الشخص المفزوع أو الخائف (طه عبد العظيم، 2007، ص144).

ترتبط المخططات الدفاعية بالمخططات السلوكية وهناك أمثلة عن المخططات الدفاعية التي تتضمن الرغبة في تجنب الألم والرغبة في الأكل والدراسة واللعب .

ب - حسب جيفري يونغ (Jeffrey Young) :

وضع يونغ الفرضية أن بعض المخططات تنمو نتيجة الخبرات المؤلمة التي تحدث في مرحلة الطفولة والمراهقة والتي تشكل لب اضطرابات الشخصية ومشكلات الطبع والعديد من الاضطرابات المتعلقة بالمحور الأول. (Jeffrey.E.Young.2006, p34)
كل فرد وفي مراحل حياته الأولى وحسب التجارب المعاشة يكون مخططا معرفيا يستمد مكوناته من هذه التجارب المعاشة وهذه المخططات تنقسم إلى قسمين :

□ المخططات غير المكيفة السلبية المبكرة : *Sechèmas prècoce inadaptes nègattifs*

إن الأشخاص الذين لديهم أحد المخططات الأكثر تأثيرا وضررا على الفرد والمتمثلة في : الإهمال والاستقرار الاستغلال والحذر، الخجل وعدم الكمال أو الحرمان العاطفي، فهؤلاء الأفراد تم معاملتهم بشكل سيء ا وتم التخلي عنهم في مرحلة الطفولة، ففي سن الرشد يتم تنشيط هذه المخططات من خلال مجموعة من الأحداث الصادمة التي عاشها هؤلاء الأفراد أثناء طفولتهم فعندما ينشط المخطط تترافق معه مجموعة من الإنفعالات السلبية المتمثلة في الحزن، الخجل، الخوف والغضب . وجدير بالذكر أنه ليس كل المخططات غير المكيفة منشؤها الصدمات والإساءة التي يتلقاها الطفل في مرحلة الطفولة، بل قد يتلقى الطفل كل الرعاية والحماية إلا أن مخططه يكون سلبيا غير مكيفا مثلا : التبعية وعدم الخبرة .

□ المخططات المكيفة الإيجابية المتأخرة : Schèmas tardifs adaptes positifs

كما يكون الفرد مخططا سلبيا يستطيع أن يكون مخططا إيجابيا، كما يمكن للمخطط أن يكون مكيفا أو غير مكيف، حيث يسمح هذا المخطط الإيجابي للفرد بتكوين نظرة ايجابية ومتفائلة عن نفسه وعن الآخرين والعالم الخارجي.

(Jeffrey.E.Young.2006, p36)

يتكون هذا النوع من خلال مرحلة متأخرة من فترة المراهقة إلى بداية سن الرشد فكلما كان تشكل المخطط مبكرا كلما كان تأثيرا كبيرا وشيئ على شخصية الفرد لاحقا والعكس صحيح .

حيث يركز يونغ على المخططات السلبية المبكرة أو كما يسميها "المخططات المعرفية اللاتوافقية Schemas cognitifs inadaptes" لما لها من تأثيرات سلبية على الفرد:

□ تعريف المخططات اللاتوافقية : يرى يونغ أن هذا النوع من المخططات تنمو نتيجة الخبرات المؤلمة التي تحدث في مرحلة الطفولة والمراهقة والتي تشكل لب الغضطرابات الشخصية ومشكلات الطبع والعديد من الغضطرابات المتعلقة بالمحور الأول، ويعرفها :

- موضوع مهم يسيطر على الفرد، تتكون من ذكريات، إنفعالات، معارف، وأحاسيس جسمية .
- تتعلق بذات الفرد وعلاقاته مع الآخرين .
- تتكون في مرحلة الطفولة والمراهقة .
- تستمر وتنمو طيلة حياة الفرد .
- خلل وظيفي ذا معنى .

إذا فإن المخططات المعرفية اللاتوافقية هي طراز معرفي وإنفعالات غير واثق من نفسه ومتشائم، والذي يظهر في مراحل النمو المبكرة ويتكرر طيلة حياة الفرد .

□ مميزات المخططات المعرفية اللاتوافقية :

- ليس جميع المخططات لديها أصول راجعة إلى الصدمات ولكنها جميعا هادفة، كما تحدثها الخبرات المؤلمة والتي تتكرر بصورة منتظمة في مراحل الطفولة والمراهقة، .

- المخططات المعرفية اللاتوافقية تقاوم من أجل البقاء وذلك من خلال بحث الفرد ذاته على استمرارها في تمثل للفرد ما هو مألوف لديه وإتجاه الأحداث المؤلمة، فتتدخل لتصبح هذه المواقف مألوفة ويرتاح لها الفرد، ولكنها ترسخ من خلال المواقف التي تنشطها وهذا ما يصعب تغييرها، فتصبح تمثل له الواقع فتؤثر على الخبرات المتكررة كما تؤثر على طريقة تفكير الفرد، إحساسه وطريقة تعامله مع الآخرين، فنقوده بطريقة متناقضة والية في حياته، .

- تظهر في مراحل الطفول والمراهقة من خلال محيط الفرد الذي يكون خبرته السابقة، فهذه المخططات تدفع الفرد إلى التعامل مع المواقف بنفس الطريقة في نفس الموقف السابق.

- تظهر طبيعة الوظيفة المختلة (فيما بعد) للمخططات في حياة الفرد حيث أن هذه الوظيفة تؤثر على التفاعل مع الأفراد بطريقة خاطئة وغير متكيفة، فيقوم بسلوكيات تسمح بالتكيف معها مثلما يحدث في الأعراض المزمنة للمحور الأول، كالقلق الكابة، الإفراط في الادمان، الاضطرابات السيكوسوماتية.

(Jeffrey.E.Young.2006, p18a41)

المخططات متعددة الأبعاد من حيث المدى والشدة، وهذا يعني أن هناك مستويات مختلفة للخطورة بحيث كلما تعددت المواقف التي تغذي مخطط معين يدعو ذلك إلى تضخمه .

□ مصدر المخططات المعرفية اللاتوافقية :

الحاجات الأنفعالية الأساسية :

وهي الانفعالات الأساسية التي نحتاج إليها في مرحلة الطفولة وتوجد خمس حاجات

اساسية هي:

- الشعور بالظامن المتعلق بالظارتباط بالآخرين ويحتوي الإستقرار، الأمن والتربية المتعلقة بالتقبل.
- الذاتية الكفاءة والشعور بالهوية .
- الحرية في التعبير عن الحاجات والانفعالات، .
- التلقائية واللعب .
- معرفة الحدود والتحكم بالذات .

توجد هذه الحاجات عند جميع الأفراد من حيث الأهمية، من خلال التفاعل الموجود بين المزاج الفطري للطفل ومحيطه في المراحل المبكرة من النمو، والذي ينجم عنه الإحباط في مكان اللذة في مجال الحاجات العاطفية الأساسية.

□ دور الخبرات المبكرة في الحياة :

الخبرات المؤلمة في مرحلة الطفولة هي أصل المخططات المعرفية اللاتوافقية، فكلما ظهرت بشكل باكر كلما كان تأثيرها أكبر، ويعود أصلها بنسبة لبعض الأطفال إلى بنية وديناميكية عائلته التي تمثل له عالما واسع، فعندما تصادف أحداث تنشط لديها هذه المخططات يعاودون عيش هذه الأحداث الدرامية . ولا حظ يونغ Young اربع أشكال من الخبرات :

- إحباط الرغبات : وتحدث عندما يتم إهمال رغبات وحاجيات الطفل في مرحلة مبكرة من العمر داخل محيطه كالاستقرار العاطفي، التفهم والحب، فيبني مخطط

مثل النقص العاطفي/التخلي.(Jeffrey.E.Young.2006, p42)

- التعرض إلى المواقف الصادمة أو يكون ضحية إعتداء : يكون الطفل هنا ضحية للمعاملة السيئة فينمو لديه مخطط عدم الثقة /الحرمان، عدم الكفاءة /الخجل، أو الخوف من الخطر والأمراض .
- الإفراط في تحقيق الرغبات : هناك إفراط من طرف الوالدين في إعطاء الطفل جميع الأشياء الجميلة التي يريدها وبصورة مفرطة، حيث نجدها في المخطط تبعية / عدم الجدارة، الحقوق الشخصية المبالغ فيها/ التمبر، فتكون نتيجة حماية زائدة أو بالعكس هناك إفراط في إعطاء الحرية والذاتية بدون حدود .
- التماهي لسلوكيات الاشخاص المهمين في الحياة : يتماهى إلى أحد الوالدين أو كليهما حيث يقوم بالنماهي إلى سلوك العدوانى للوالدين، إنفعالاتهم، وحتى سلوكياتهم المرضية ولكن هذا لا يعني أن يكون دائما ممثلا لهذا السلوك بل توجد حالات تمثل دور الضحية أو عدم تأثرها بهذه السلوكيات.

□ دور المزاج الإنفعالي :

هناك عوامل أخرى في محيط الطفل تلعب دورا مهما في تكوين المخططات، فالمزاج الإنفعالي للطفل بصورة عامة مهم، فلكل طفل مزاج وإنفعالات تخصه وتميزه عن الآخرين وذلك بصورة فطرية، فهناك من يتميزون بسرعة الغضب وآخرين أكثر خجلا، كما يتميز البعض بالعدوانية ان بعض الدراسات أكدت أهمية هذا الموضوع خاصة البحوث في المجال البيولوجية والوراثة مثل أعمال كاجن Kagan وزملاؤه الذين قامو ببحوث حول خصائص ومميزات المزاج الملاحظ في مرحلة الطفولة، وإكتشفوا أنها تبقى ثابتة في معظم الوقت .

وهناك سبع ابعاد مفترضة لنوعية المزاج الإنفعالي والتي تعتبر فطرية ونسبيا غير متغيرة من خلال العلاج النفسي : انفصالي / متفاعل / متشائم / متفائل / قلق / هادئ وسواسي / غير مبالي / سلبي / عدواني / سريع الغضب / مرح / خجول / اجتماعي.

وهذا راجع إلى سوء المعاملة الوالدية أو الإفراط في التدليل ويأخذ مستويات مختلفة من التماهي الإيجابي إلى التماهي السلبي فقد تكون المعاملة السيئة جراء عدائية الطفل على ظهور سلوكيات هادئة وسلبية كما يزيد من عدائته .

□ ميادين المخططات اللاتوافقية :

وضع "يونغ" ثمانية عشر مخططا في خمس مجموعات كبرى للحاجات العاطفية غير المكتملة والتي تدعى ميادين المخططات وسنعرضها كالتالي :

الميدان الأول : الرفض والإنفصال :

في هذا المجال، الحالات تعاني من مخططات حيث نجد فيها عدم القدرة على تشكيل روابط متينة ومرضية مع الآخرين، فيظن ان الحاجات كالأستقرار، الأمن، الاهتمام، الحب، والانتماء لا تكون دائما كاملة ومستمرة، وهنا نجد مخططات من نفس العائلة : عدم الإستقرار (عدم الأستقرار /التخلي)، سوء المعاملة (عدم الثقة/الرفض) برودة(النقص العاطفي)، الرفض (عدم الكفاءة/ الخجل)، الإنفصال عن العالم الخارجي (الانعزال الاجتماعي)، فهذه المخططات التي سوف نعرضها هي الأكثر خطورة حيث عاشو معظمهم طفولة صادمة :

1- مخطط التخلي / عدم الأستقرار:

هي ادراك نقص الأستقرار في العلاقات والروابط العلائقية بين الفرد والأشخاص المهمين له في محيطه، وتكون مصحوبة بالشعور بعدم مساندة الأشخاص له في ربط العلاقة، القوة، أو الحماية لان الأشخاص غير مستقرين عاطفيا ومتغيرين انفعاليا كما انهم غير مستقرين في علاقتهم لأنهم سوف يموتون او يهجرونه نحو شخص افضل منه .

هدم الثقة /المعاملة السيئة (الأستغلال) :

لدى الفرد انتظارات أن الآخرين يسببون لهم الأذى ويعاملونهم بسوء، يحتقرونهم، يكذبون عليهم، ويستغلونهم عموما يرى أن هذه المعانات مفروضة عليه وأنه غير مهم أو أنه ضحية إهمال، فينتج لديه إحساس أنه غير مقبول من طرفهم .

2- مخطط النقص (الحرمان) العاطفي :

يشعر الفرد في هذا المخطط أن الآخرين لا يعطونه الدعم العاطفي الذي يحتاجه ونجد ثلاث مجموعات أساسية :

- نقص القاعدة العاطفية، غياب الإهتمام، العاطفة، الحنان، الدفء والحضور الودي.

- نقص في علاقة التفهم، غياب شخص يفهمه، الذي يصغي إليه ويستطيع التحدث معه في الأمور الشخصية ويتبادل معه الاحاسيس .

- نقص الحماية، غياب شخص قوي يوجهه ويعطيه النصائح .

3- مخطط النقص/الخجل (العار) :

يحكم الفرد على نفسه أنه ناقص، سيئ، دوني، وغير قادر، إن التصريح بعيوبه يدخل عليه فقدان العلاقة الودية مع الآخرين وهذا قد يدخل الاحساس المفرط للانتقاد، للرفض والتأنيب، فيما قد يجد إزعاج بمقارنته بالآخرين، فقد يشعر بالخجل من إظهار عدم جدارته (كفاءته) والتي قد تكون [خارجية] مثلا : تشوه خلقي، أو إزعاج إجتماعي .

4- مخطط الانعزال الإجتماعي : هو الشعور بالانعزال، الانقطاع عن باقي العالم،

مختلف عن الآخرين، أو عدم الإنتماء لأي جماعة أو مجموعة خارج العائلة .

الميدان الثاني : النقص في الذاتية (الاستقلالية) والأداء :

الذاتية هي قدرة الفرد على الانفصال عن العائلة والتعامل بشكل مستقل عنها، فالافراد الذين لديهم مخطط من هذا الميدان لديهم توقعات عن أنفسهم وعن العالم الخارجي لا تتناسب وقدراتهم الذاتية [الاستقلالية] عندما كانوا في الطفولة كان الأبوان يقومان بجميع الأعمال بدلا عنهم ويوفرون لهم الحماية المفرطة ظاوا عكس ذلك -- غالبا ما يوفرون الحماية --

ملاحظة : غالبا الاباء هم المسؤولون عن تكوين هذ المخطط لدى هؤلاء الأفراد، وعن نقص ثقتهم بأنفسهم .

1- مخطط التبعية / عدم الجدارة :

يعتقد الفرد أن ليس لديه القدرة على مواجهة المسؤوليات الحياة اليومية بدون مساعدة الاخرين، مثلا : تسير النقود حل المشكلات اليومية، اتخاذ القرارات، ويقولون أنهم غير قادرين على القيام بها بمفردهم، هذ المخطط يظهر غالبا بالسلبية ونقص في المبادرة .

2- مخطط الخوف من الأخطار والأمراض :

هو الخوف المبالغ فيه بحدوث كارثة متوقعة في أي لحظة والتي لا يستطيع مواجهتها، وهو الخوف من إحدى المستويات التالية :

- على المستوى الصحي : نوبة قلبية، السيدا، السرطان، .
 - على المستوى الإنفعالي : فقدان القدرة على التحكم، مرض عقلي .
 - الكوارث الطبيعية والفوبيا : الخوف من المصعد، الطائرة، جريمة.
- 3- مخطط التفكك وضمور الشخصية : ونعني به الارتباط العاطفي بشخص أو مجموعة من الأشخاص وفي أغلب الأحيان يعتقد هؤلاء الأشخاص أنهم لا يستطيعون العيش دون الاخرين أو عيش حياة بدونهم وفي الحالات المعقدة يسألون عن وجودهم الذاتي.
- ### 4- مخطط الفشل :

يرتبط هذا المخطط مع الاعتقاد أن الفرد قد فشل ولديه احتمالات أنه سوف يفشل في المستقبل وأنه ليس لديه القدرة على النجاح كالأخرين -مجال دراسي، رياضي، مهني - في أغلب الحالات لديهم اعتقاد أنهم أغبياء ليسوا أكفاء، وبدون موهبة .

الميدان الثالث : نقص معرفة الحدود :

الأفراد الذين لديهم هذه المخططات من هذا الميدان، لم ينمو قدراتهم على معرفة حدودهم المناسبة في مجال التبادل والتحكم الذاتي، كما يمكن أن يكون نقص في معرفة

الحدود الداخلية، نقص في معرفة مسؤولياته تجاه الآخرين أو قدرتهم على تسطير أهداف في المستقبل، هناك صعوبات في تقدير حقوق الآخرين ومساعدتهم أو الالتزام بارتباطات أو حتى الصبر والانتظار، تظهر هذه الحالات على أنهم أنانيين، مدللين، غير مسؤولين ورجسيين .

1- مخطط الحقوق الذاتية المبالغ فيها / التكبر (العظمة) :

هذا المخطط يتعلق بالتأكيد أنهم أفضل من الآخرين وأسمى منهم، وأن لديهم حقوق خاصة وامتيازات إضافية هؤلاء الأشخاص ليس لديهم الشعور أو الإحساس بالارتباط بالقوانين المتبادلة التي توجه العلاقة الاجتماعية العادي، إذ يعتقدون أن لديهم الحق بأن يحصلوا على ما يريدونه دون اعتبار للآخرين، كما ان لديهم ميلا مبالغا فيه لتأكيد قوتهم او وجهة نظرهم، أو يتحكمون بالآخرين حسب طريقتهم، كما يتميزون بالمبالغة والهيمنة.

2- مخطط التحكم في الذات /نقص ضبط الذات :

المشكل المركزي هو عدم القدرة او نقص ضبط الكافي، كذلك ليس لديهم القدرة على تحمل الاحباط خاصة إحباط رغباتهم، كما يبتعدون عن التوبيخ ويجتنبون الألم والصراعات، المواجهة، المسؤولية، الالتزام الشخصي، والاندماج .

الميدان الرابع التوجه نحو الآخرين :

الأشخاص الذين نجد لديهم هذه المخططات من هذا الميدان يوجهون اهتماما مبالغ فيه تجاه اهتمامات الآخرين، كما لديهم ميول متمركزة بشكل اني حول اجابة الآخرين على حساب وجهة نظرهم الخاصة . هؤلاء الأشخاص عندما كانوا أطفال لم تكن لديهم الحرية لتتبع حاجياتهم الطبيعية، إن نوع التنشئة الأسرية لهذا المخطط هو التقبل الشرطي فإذا أرادوا أن يشعروا بحب ورضا الوالدين يجب عليهم خفض وبصورة كبيرة من حاجياتهم ورغباتهم الشخصية .

1- مخطط الخضوع :

مخطط الخضوع متعلق بالامتثال التام للآخرين وتوجيهاتهم مما جعل الفرد نفسه مجبرا على التصرف بصفة عامة حسب أوامر الآخرين وذلك لاجتناب غضب أو مجادلة أو تخلي الآخرين عنه، وهناك شكلان أساسيان :

- الخضوع للطلبات : إلغاء رغباته الشخصية وأخذ رغبات الآخرين بالأولوية.
- الخضوع الانفعالي : إلغاء الاستجابات الانفعالية وخاصة الغضب فانفعالات ورغبات الفرد ليس لها أي أهمية فيظهر الانقياد المبالغ فيه وبالمبادرة لإرضاء الآخرين فلهذه غضب مكبوت يثير لديه أعراضا مثل السلوكيات السلبية / العنف/انفجارات انفعالية غير متحكم فيها، أعراض سيكوسوماتية أو انطواء عاطفي

- التضحية بالذات : الأشخاص الذين يعانون من هذا المخطط لديهم اهتمامات لإتمام حاجيات ورغبات الآخرين على حساب رغبتهم، ويتصرفون كذلك بهدف توفير وتجنب الأذى والمعاناة عن الآخرين وتجنبهم الشعور بالذنب، الأنانية والرفع من تقدير الذات، وربط علاقات عاطفية مع أشخاص نرجسيين [يظن الآخرون أنهم نرجسيين] كما يظهرون حساسية مفرطة تجاه الآمن الآخرين وشعورهم بعدم تحقيق حاجياتهم من خلال الأشخاص الذين يهتمون بهم .

2- مخطط البحث عن الرضا ورد الجميل :

المشكل الرئيسي هو الرغبة مبالغ فيها بإثارة الاهتمام، التقدير ورضا الآخرين على حساب بناء شخصية قوية وحقيقية، فيكون تقدر ذاتهم من خلال آراء الآخرين، وليس حسب رأيهم الخاص، فالأشخاص يعطون أولوية مفرطة في طريقة حياة، المظهر، النقود، المنافسة، أو النجاح (أن يكون الأفضل والأكثر شعبية) ليحصلوا على الاهتمام، الإعجاب والرضا في النهاية، فيقومون بتأدية نشاطات لا تؤدي بهم إلى السعادة، هذه الحالات حساسة للرفض، وحسد الأشخاص الأفضل منهم .

الميدان الخامس: اليقظة المفرطة والكف :

في هذا الميدان الأشخاص يكبحون التعبير التلقائي لأحاسيسهم ودوافعهم، فالمشاكل الرئيسي هو التحكم المفرط في ردود الأفعال، الأحاسيس ومواضيع أخرى من أجل تجنب الأخطاء، أو الشبث في القوانين الشخصية الصارمة تتعلق بالسيرة والأداء أو معطيات أخرى عن الحياة التي تحقق اللذة، العطل، الصداقة .

النتيجة الأسرية لهؤلاء مرت بدون مرح، معتدلة مع الصارمة في التحكم بالذات ونفيها على حساب التلقائية والراحة، هؤلاء الأطفال لم يشجعوا على اللعب أو البحث عن السعادة، بل على العكس ذلك تعلموا على أن يكونوا جد يقدين تجاه الأحداث السلبية للحياة، واعتبار الحياة محزنة.

في الحياة العائلية للطفل : العمل، الواجبات الأداء، الطاعة، كتم الأحاسيس وتجنب الأخطاء هي عبارات الأكثر أهمية من السعادة، والراحة والاسترخاء. فنجدهم متشائمين ومشغولي البال، يطنون أن كل شيء في حياتهم قد يتفكك [يضمحل] إذا لم يكونوا يقظين وحذرين.

1- مخطط السلبية والتشاؤم :

يهيمن هذا المخطط وبصورة متمركزة حول المواضيع السلبية للحياة، مثل : الألم، الموت، الضياع، فقدان الأمل، الصراع، الشعور بالذنب، خلق مشاكل بدون حل، الأخطاء المتوقعة، ويقللون الاهتمام بالمواضيع الإيجابية فتتدخل توقعاتهم المبالغ فيها في مختلف المواقف -- العمل، الوضع المالي، العلاقة مع الآخرين -- سرعان ما يصبح كل شيء سيئا.

هؤلاء لديهم خوف مبالغ فيه بالوقوع في الأخطار والقلق من النتائج (خراب، خسارة، موقف غير لائق) كما يضخم الأحداث الجزئية السلبية، هؤلاء يقضي معظم وقته مشغول البال، غير راضو، متردد .

2- التحكم المفرط في الانفعالات :

- تتحكم هذه الحالات بردود الأفعال التلقائية وبصورة مفرطة في الانفعالات والأحاسيس والكلام، وهدفها تجنب لوم الآخرين ومن أهم المجالات نجد :
- نجد الغضب والعدوانية .
 - التحكم في الدوافع الإيجابية كالفرح والأحاسيس العاطفية والرغبات الجنسية .
 - الصعوبة في التعرف على نقاط ضعفهم أو سهولة التعبير عن رغباتهم أو أحاسيسهم.
 - الاهتمام المفرط بربط الأحداث بالمنطق والعقل على حساب الانفعالات تتميز هذه الحالات كونها مملّة صارمة، باردة وجافة .

3- الأفكار المثالية المفرطة والنقد المفرط :

- يرسخ هذا المخطط الاعتقاد انه يجب عليه الوصول والثبات بمستوى مرتفع من الكفاءة والأداء، في الغالب يكون بهدف تجنب لوم الأشخاص لهم أو الإحراج . هذه المبالغة تؤدي به إلى ضغوطات مستمرة ونقد دائم للذات والآخرين .
- يعاني هؤلاء الأشخاص من بعض الاضطرابات على مستوى الصحة، تقدير الذات والعلاقة مع الأشخاص وإرضاء الذات والراحة . يتميز هذا المخطط بـ :
- المثابرة والجدية : يحتاج هؤلاء إلى إتقان الأشياء والأعمال يهتمون بالجزئيات والتدقيق المفرط فيها كما يقيمون درجة كفاءتهم .

- القواعد الصارمة : يجب القيام بأعمالهم، كما تكون هذه القوانين مطبقة في مجالات مختلفة من الحياة : الأخلاقية، الثقافية، والدينية .
- انشغال البال بالزمن والأداء فيجب دائما القيام بالأكثر والأفضل .

4- العقاب :

- هؤلاء الأشخاص لديهم ميولات متعصبة، نافذة، نافذة الصبر ويعاقبون أنفسهم والآخرين إذا لم يحققوا المستوى المطلوب من الأداء كما لديهم صعوبات في مسامحة

الآخرين في عدم الكفاءة (فيما يخص الذات أو الآخرين) فلا يوجد في رصيدهم قدرة على الملاطفة، ولديهم نقص في العلاقة الوجدانية، والمرونة، أو القدرة على تبادل وجهات النظر مع الآخرين. (Jeffrey.E.Young.2006, 49, 50)

4-8: طبيعة المخططات الشرطية واللاشرطية :

يرى "يونغ Young " أنه في البداية كان يعتبر المخططات اللاتوافقية لا شرطية على عكس "أبيك A.Beck " الذي يعتبرها شرطية، ولكن حالياً يعتبر بعض المخططات شرطية وأخرى غير شرطية، إن المخططات المبكرة والأكثر تمركزاً عبارة عن اعتقادات لا شرطية، وعلى عكس ذلك فإن المخططات التي تنمو فيها بعد تعتبر شرطية .

فيرى أن المخططات اللاشرطية لا تترك أي ملل للحالة فهمها تفعيل تتحصل على النتيجة نفسها، فالشخص يصبح غير كفاء، متفكك، غير قادر على أن يكون محبوب، غير متكيف، معرض للخطر، شيء، ولا يستطيع أن يغير أي شيء . فكل مخطط التخلي / عدم الإستقرار، عدم الثقة، المعاملة السيئة، النقص العاطفي / الخجل(العار)، العزلة الإجتماعية، الخوف من الأخطار والأمراض، التفكك وضمور الشخصية، الفشل السلبية والتشاؤم، العقاب، الحقوق الشخصية المبالغ فيها / التكبر، التحكم في الذات / ضبط الذات .

المخطط يعبر على تعلم الطفل بدون أي خيار، على غرار تلك المخططات الشرطية تعبر عن بعض الأمل فالفرد له إمكانية تغيير نهائي للوضع، فالخضوع، التضحية بالذات، البحث عن الرضا، التحكم المفرط في الانفعالات تستطيع الحالة تجنب النهايات السلبية على الأقل بصورة مؤقتة، فالمخططات الشرطية تمثل في معظم الأحيان تكثف ينمو انطلاقاً من المخططات اللاشرطية تحت هذا المفهوم أو المعنى، المخططات الشرطية هي ثانوية . فمثلاً :

- الأفكار المثالية المفرطة إستجابة للنقص : "إذا أصبحت كفؤا سيء سيحبني الجميع"

- الخضوع إستجابة لمخطط الانسحاب، التخلي فالحالة تعتقد : " أنها إذا قامت بكل ما يطلب منها الاخر وإذا لم يقم بإغضابه سيبقى هذا الشخص معه "

- التضحية بالذات استجابة للنقص : " إذا حققت الجميع رغبات الاخر وتجاهلت رغباتي، هنا يتقبلني هذا الشخص رغم عيوبى ولا أشعر أنني غير قادر على أن أكون محبوبا "

إن المخططات الشرطية هي المدخل للمخططات المركزية فسرعان ما تفشل الحالة، فتجد نفسها تواجه المخططات المركزية من جديد.

4-9: نماذج التكيف مختلفة الوظيفة :

تنمي الحالات طيلة حياتها نماذج تكيفية مختلفة الوظيفة، الذي يسمح بالتكيف مع مخططاتها، وذلك لتجنب الإحساس بشحنات انفعالية حادة والتي لا تحتمل إذا حدثت . فإذا ساعدت هذه النماذج التكيفية الفرد على تجنب المخطط، هذا لا يعني أنه شفى منه، فجميع النماذج التكيفية مختلفة الوظيفة عبارة عن سيرورات تساعد في بقاء هذه المخططات .

كما أن السلوكيات لا تنتمي إلى المخطط هي تابعة للاستجابات التكيفية لكن المخطط يوجه السلوك .معظم الاستجابات التكيفية كانت سلوكية أولاً، فالحالات تتكيف من خلال الاستراتيجيات المعرفية والانفعالية فيظهر النموذج التكيفي من خلال المعارف، الانفعالات، والسلوكيات وليس من خلال المخطط نفسه .

وضع يونغ Young هذا الاختلاف بين المخططات والنماذج التكيفية لأن كل حالة تستعمل أسلوب تكيفي مختلف وفي وضعيات مختلفة وفي فترات زمنية من الحياة لتكيف مع نفس المخطط . فالنماذج التكيفية التي يضعها الفرد ليست ثابتة عبر الزمن، لكن

المخطط الأصلي الموضوع للتكيف يظهر عن طريق نماذج سلوكية مختلفة، وفي بعض الأحيان متناقضة .

مثلا : هناك ثلاث أطفال يتكيفون مع مخطط النقص بطرق مختلفة، بالطبع فإن الأطفال الثلاثة يشعرون أنهم مليئون بالأخطاء، فنجد أحدهم يبحث عن رفاق وأصدقاء ينتقدونه،

و الآخر يجتنب العلاقات المقربة والثالث يتبنى النقد والتعالي تجاه الآخرين، إذا فالسلوك التكيفي ليس محتوى جوهرى في مخطط (ينبع منه).

أ . مختلف نماذج التكيف مختل الوظيفة :

وضع " يونغ" ثلاث وظائف تكيف مختلفة للاستجابة أمام أي تهديد : المواجهة، الهرب، الاستسلام ففي محتويات النماذج التكيفية، يرى "يونغ" Young أن المواجهة تعني التعويض والهرب يعني التجنب والاستسلام يعني الخضوع . ففي تاريخ الطفل المخطط المبكر اللاتوافقي يمثل وجود تهديدا إما عن طريق إحباط الرغبات العاطفية الأساسية للطفل، أو الخوف من الشحنات الإنفعالية الحادة الناجمة عن المخطط فلمواجهة هذا التهديد يختار أسلوب من الأساليب الثلاثة للتكيف إما يخضع يتجنب أو يعوض، إن أي نموذج من هذه النماذج الثلاثة يستعمل بطريقة آلية ولاشعورية من طرف الحالة .

1- الخضوع للمخطط اللاتوافقي :

يرى يونغ أنه عندما تصبح الحالة خاضعة للمخطط اللاتوافقي تستسلم له فلا تحاول أن تتجنبه أو تواجهه فتقتنع بالفكرة أنها حقيقية فتشعر الحالة مباشرة بالأم انفعالية مرتبطة بالمخطط فأسلوب تصرف الحالة واستجابتها تؤكد رسوخ المخطط .

الأفراد لا ينجزون ما يريدون، ولكن يكررون نفس الحدث ويعيشون الخبرات الطفولية التي أدت إلى ظهور المخطط اللاتوافقي . فعندما تواجه الأحداث التي تنشط

المخطط اللاتوافقي تكون لديها إستجابات إنفعالية غير متجانسة وتعيش الحالة بكل وعي انفعالها وعلى المستوى السلوكي في الطفولة وبصورة مهينة .

2- تجنب المخطط اللاتوافقي :

حسب "يونغ" تستعمل الحالات التجنب كنموذج تكيفي وذلك بعدم مواجهة أي منشط للمخطط اللاتوافقي فنتجنب التفكير فيه وتحاول العيش بدون الشعور به وكأنه لا يوجد فإنها توقف الأفكار والصورة التي تضمن أنها تنشط المخطط اللاتوافقي، فعندما تهدد أي أفكار أو صور الحالة تقوم بتحويلها وصرفها عن بالها فتجنب المخطط .
عندما تظهر الانفعالات يتعاملون معها بطريقة الية فيقومون بشرب الكحول بصورة مفرطة، العقاقير، يبحثون عن حياة جنسية غير مستقرة، يأكلون بطريقة مفرطة ويغتسلون بطريقة قهرية.

3- تعويض المخطط اللاتوافقي :

حسب "يونغ" عندما يقوم هؤلاء الأفراد بالتعويض يقاومون ويواجهون المخططات اللاتوافقية عن طريق أفكار، انفعالات، سلوكيات ونماذج علائقية التي تناقض المخطط اللاتوافقي .

إنهم يحاولون وبكل قواهم أن يصبحوا عكس ما كانوا عليه في طفولتهم عندما ظهر هذا المخطط، إذا كان غير معترف به ولا قيمة له في طفولته فإنه يحاول في سن الرشد أن يكون جديرا، إذا كان خائفا وخجولا في طفولته يصبح متمردا، وإذا كان في طفولته متحكما به يصبح متحكما في الاخرين أو يرفض أي شكل من أشكال التأثير، إذا كان يعامل بسوء يعامل الاخرين بسوء ايضا، ففي المظهر الخارجي يظهر متحكما في ذاته ولكن داخليا يشعر بالحمل الثقيل المخطط الذي يهدده . حسب يونغ Young التعويض يكون محاولة نسبية صحيحة وصالحة لمواجهة المخطط اللاتوافقي ولكن من سوء الحظ ليتجاوز الهدف، فهو يقوم بتعزيز المخطط بدلا من علاجه .

ب . العوامل المحددة لنماذج التكيف :

حسب الفرضية التي وضعها " يونغ " المزاج الانفعالي هو من أهم العوامل المحددة لاختيار نماذج التكيف عند الحالات وحتى على حساب المخطط، فالحالات التي تعاني من مزاج سلبي نجدهم أكثر تبعية للخضوع أو التجنب، بينما الحالات التي لديها مزاج عدواني نجدها تستخدم التعويض . حيث وضع "يونغ Young " توجهات هذه الحالات نحو نماذج معينة من التكيف وذلك من خلال الإدخال والامتصاص أو النمذجة :فالطفل يدخل ويمتص السلوكيات التكيفية لأحد الوالدين الذي يتماها إليه .

ج . الاستجابات التكيفية :

الاستجابات التكيفية هي عبارة عن سلوكيات واستراتيجيات خاصة التي توضح لنا وظيفة النماذج التكيفية الثلاث . فهي تحتوي على جميع الاستجابات السلوكية للفرد وجميع الطرق أو الطبع الذي من خلاله يظهر الفرد أساليب التكيف الثلاث، فعندما يستخدم الفرد نموذج التكيفي يصبح سمة وخاصة مميزة، بينما الاستجابة التكيفية هي عبارة عن وضعية .النموذج التكيفي إذا هو مجموعة من الاستجابات التكيفية يستعملها الفرد مميزة له من أجل التجنب، التعويض أو الخضوع الاستجابة التكيفية هي سلوك استراتيجي خاص يستعمله الفرد في وضعية ما من الزمن .(Jeffrey.E.Young.2006, 51, 52)

ومن هنا نستنتج أن المخططات المعرفية اللاتوافقية تكتسب في مرحلة الطفولة والمراهقة إثر خبرات أليمة وصادمة وتنشط حتى في مرحلة الرشد، فتؤثر في حياتنا المهنية الاجتماعية والعلائقية وحتى في حياتنا الدراسية وتعرقل مجرى حياتنا النفسية بصفة عامة، فيصبح الفرد حبيس مخططاته اللاتوافقية رهينة لتكيفاتها مختلة الوظيفة، ويصبح عاجزا غير قادرا على تجاوزها، لذا وضع جيفري يونغ علاجا متخصصا بهذه المخططات والتي تمس جانبا من شخصيتنا يدعى بالعلاج بالمخططات المعرفية وذلك من أجل تجاوزها وتعامل بطريقة سلمية ومتكيفة مع المواقف ولا يصبح رهينة لمخططاته المبكرة اللاتوافقية .

5- الأفكار غير الوظيفية (الأفكار التلقائية الأتوماتيكية) Automatic thoughts

تعتبر الأفكار التلقائية مفهوم أساسي في العلاج المعرفي عند بيك وتسمى بالحدث المعرفي Cognitive event، ولقد عرفها بيك بأنها سياق من الأفكار والتأويلات التي ترد إلى العقل لإراديا أو دون وعي من الفرد، وتظهر أحيانا مع السياق الظاهري للأفكار وما إلا المحصلة النهائية للعملية المعرفية، فهي الأفكار التي يشعر بها الفرد نتيجة التفاعلات بين المعلومات الواردة للفرد والأبنية المعرفية، بمعنى الأفكار التي تطرأ بين المعلومات الواردة للفرد والذي يحدث سريعا وبشكل دائم ويتحكم في نمط انفعالات ومشاعره.

وعادة تعكس هذه الأفكار عدم القدرة على التوافق والنظرة السلبية نحو الذات والعالم والمستقبل للفرد، وهي تأتي عقل الفرد دون أن يلاحظها، وكلما كان محتوى هذه الأفكار سلبا يكون لها تأثيرا عكسيا على أداء الفرد ومشاعره وتكون هي السبب في ظهور الاضطرابات الانفعالية كالاكتئاب والقلق والغضب واستمرارها لدى الفرد، وبناء على ذلك فإن ما يقوله الفرد لنفسه من أفكار تكون انفعالاته، فإذا كانت أفكاره سلبية ينتج عنها الاضطراب الانفعالي لديه، وقد تتغير الاستجابات الانفعالية التي تصدر عن الفرد تجاه الموقف تبعا لتغير إدراكه وتقييمه وتفسيره للموقف فالاستجابات الانفعالية التي تصدر عن الفرد تجاه الأحداث والوقائع التي يتعرض لها تكون مرتبطة بالأفكار التي يكونها عن الموقف. (طه عبد العظيم، 2007، 103)

ومن هنا فإن الأفكار الوظيفية هي أفكار تلقائية تظهر عند المواقف الانفعالية بطريقة تلقائية وتكون غير منطقية وتتنافى مع الواقع.

1-5: طبيعة الأفكار غير الوظيفية وخصائصها:

- تكون واضحة ومميزة وبعيدة عن الغموض.
- تكون مصاغة في أسلوب اختزالي مكونة من كلمات جوهرية قليلة، ويمكن أن تكون صورة أو تخيل صوت أو ابتسامة.

- تكون مبرأة من التدبر والتفكير وخالية من الشكل المنطقي.
 - تصاغ في ضوء قواعد الينبغيات أو الواجبات مما ينتج عنها إحساس بالذنب أو فقدان لتقدير الذات.
 - تميل إلى الفطاعة فهي تنبئ بالكوارث وإدراك الخطر.
 - تحدث بطريقة تلقائية دون أي تأمل أو استدلال مسبق.
 - يعتبرها المريض مقبولة ومعقولة حتى وإن كانت مستحيلة من وجهة نظر الآخرين.
 - تدور حول موضوع واحد يسيطر على الشخص في كل المواقف.
 - تكون سابقة على الانفعالات فهي تولد الاضطراب وليس الأحداث الخارجية.
 - تقاوم التغيير بالرغم من وجود المنطق والدليل الذي يقتضي تغييرها.
 - تتضمن الاستخفاف بالذات حيث يقلل من قدرة وأهمية الذات.
 - هي أفكار متعلمة أو مكتسبة من الأسرة والأصدقاء في سياق النمو المعرفي.
- (روبرت ليهي، 2006، 82)

ومن هنا نلاحظ أن هذه الأفكار راسخة وثابتة ويمكن تحديدها لأنها واضحة لكن تغييرها يحتاج إلى عمل منظم تحت إشراف المعالج.

2-5: أساليب التعرف على الأفكار غير الوظيفية:

يستخدم المعالج المعرفي عدة أساليب في إثارة الأفكار التلقائية لدى المرضى وهي:

- الأسئلة المباشرة والحوار السقراطي.
- استخدام لحظات الانفعال القوية أثناء الجلسات.
- التخيل المعرفي ولعب الأدوار.
- التأكيد على معنى الأحداث.
- حصر وعد الأفكار التلقائية.

- الاشتراك في المهام السلوكية وتسجيل الأفكار المصاحبة لها.
- كتابة مذكرات يومية عن التغييرات المزاجية والأفكار التلقائية. (آمال باظة، 1999، 275)

بالنسبة لكتابة المذكرات اليومية تكون من خلال جدول يعطيه المعالج للمريض حيث يحدد فيها المواقف التي تثير الانفعالات والأفكار التي تراوده في حينها ويساعده على اقتراح استجابات بديلة.

3-5: تعديل الأفكار غير الوظيفية:

إن تعديل الأفكار التلقائية السلبية المثيرة للقلق والاكتئاب يمثل جزءا هاما في العلاج المعرفي، إذ أن الهدف من العلاج هو مساعدة المريض على أن تكون لديه أنماط تفكير أكثر واقعية عن ذاته وعن عالمه وعن مستقبله، ومن ثم فلا بد من تغيير الأفكار السلبية لديه واستبدالها بأفكار أكثر إيجابية وتوافقية، وعلى هذا هناك عدة فنيات معرفية وسلوكية تستخدم في تعديل الأفكار التلقائية السلبية وتتضمن الفنيات المعرفية ما يلي:

- بناء تفسيرات بديلة.
 - تكوين احتمالات واقعية لكل تفسير.
 - تصميم التجارب السلوكية.
 - التبعاد وفض التمرکز.
 - إعادة تعريف المصطلحات المستخدمة (فهم المعنى الخاص لها).
 - إعادة الغزو.
 - استخدام سجل الأفكار المختلة وظيفيا.
- وفي أثناء الجلسات يقوم المعالج باختيار فكرة أو اثنين من الأفكار التلقائية السلبية لدى المريض ويستخدم معها الفنيات السابقة بهدف تعديلها وتغييرها ويتم ذلك من خلال أن يطلب المعالج من المريض أن يقدم الدليل الذي يدعم ويؤيد هذا التفكير وأيضا الدليل الذي يخالف هذا التفكير.

ويطلب المعالج من المريض أن يضع قائمة بالتفسيرات البديلة للموقف وتقدير درجة الاحتمال الواقعي لكل التفسيرات البديلة للموقف وتقدير درجة الاحتمال الواقعي لكل تفسير، ومن أجل أن يكون المريض قادرا على فعل ذلك يكون من الضروري للمريض أن يقوم بتجربة سلوكية ويجمع المعلومات وهذه الطريقة تكون مفيدة في تحديد مكونات الموقف وتصحيح الاستنتاجات، كما تشكل فنية التباعد وفض التمرکز أساسا هاما في العلاج المعرفي حيث يطلب المعالج من المفحوص أن يبتعد عن تفكيره ويفحصه بطريقة واقعية وموضوعية. (Ruch.A.J, Beck .A.T, Kocacs, 1977p85)

ومن هنا فإن عمل المعالج النفسي مع الأفكار غير الوظيفية يقوم أساسا على تحديد هذه الأفكار أولا ثم يعلم المفحوص كيفية تقييمها وإمكانية استبدالها بأفكار تكون أكثر واقعية وتوظيفها في مختلف المواقف والانفعالات إلى أن تصبح أفكارا وظيفية.

خلاصة الفصل:

من خلال ما تطرقنا إليه في هذا الفصل من عناصر توضح خصائص العلاج المعرفي السلوكي كمنحنى يفترض أن الاضطرابات الانفعالية هي دالة أساليب التفكير المختل وظيفيا، حيث يعتمد العلاج إلى رصد وتعديل هذا التفكير باستخدام أساليب مختلفة، وقد تبث فعاليته من خلال الدراسات السابقة، فهو يعتبر من أهم العلاجات النفسية وفق ما حققه من نتائج هامة على الصعيد الفردي والجماعي بالرغم من الانتقادات الموجهة له، وهذا ما دفعنا لاعتماده كأسلوب علاجي من أجل تغيير الأفكار غير الوظيفية لى الشباب الذين حاولوا الانتحار.

الباب الثاني

الدراسة الميدانية

الفصل الرابع : الاجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1- إعادة التذكير بتساؤلات وفرضيات الدراسة.

2- تحديد المنهج المستعمل في الدراسة.

3- الدراسة الاستطلاعية.

4- تحديد عينة الدراسة.

5- مكان وزمان إجراء الدراسة.

5-1: التعريف بمكان إجراء الدراسة.

5-2: زمان إجراء الدراسة.

6- وسائل جمع البيانات:

6-1: المقابلة العيادية النصف موجهة.

6-2: اختبار الاكتئاب لـ: بيك (Beck Depriion Iventery).

6-3: مقياس المخططات المعرفية.

7- برنامج العلاج المعرفي السلوكي.

7-1: المرجعية النظرية للبرنامج.

7-2: خطوات العلاج المعرفي السلوكي.

7-2-1: المرحلة الأولى.

7-2-2: المرحلة المتوسطة.

7-2-3: المرحلة الأخيرة.

خلاصة الفصل

1- تحديد المنهج المستعمل في الدراسة:

كل دراسة علمية تتطلب منهج، والمنهج هو الذي يحدد مدى موضوعية البحث العلمي، فهو الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسة ظاهرة ما، من حيث تفسيرها ووصفها، التحكم فيها والتنبؤ بها، كما يتضمن ما يستخدمه الباحث من أدوات ومعدات مختلفة، للإجابة عن الأسئلة التي يثيرها موضوع بحثه. (عبد الرحمن العيسوي، 1984، ص17)

ولقد تعددت مناهج البحث المستعملة في علم النفس حسب اختلاف المواضيع، ولورد على تساؤلات بحثنا وتوضيح العلاقات الموجودة بين متغيرات البحث اعتمدنا على المنهج العيادي الذي يدرس سلوك الفرد في إطار موضوعي، ويكشف عن طرق تفاعله وصراعاته في وضعيات معينة.

وما جعلنا نختار هذا المنهج هو ملائمة مع نوعية الدراسة وهي دراسة عيادية، وملائمة مع موضوع دراستنا وهو فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تغيير الأفكار غير الوظيفية لدى الشباب الذي حاول الانتحار، حيث أن هذا المنهج يعد الأنسب لدراسة الحالة والكشف عن قرب عن الأفكار غير الوظيفية ومحاولة تغييرها من خلال تدريب الحالات على التعرف عليها واستبدالها بأفكار واقعية للتكيف مع الواقع والتخفيف من شدة الضغط والاكتئاب.

يعرف دانيال لاقاش (Danial lagach) المنهج العيادي على أنه "تناول للسيرة في منظورها الخاص، وكذلك التعرف على مواقف وتصرفات الفرد اتجاه وضعيات معينة محاولاً بذلك إعطاء معنى للتصرف مع بنيتها وتكوينها والكشف عن الصراعات التي تحركها" (Perron, R, 1985, p38)

أما (عبد الباسط) عرفه على أنه "المنهج الذي يعتمد على جمع البيانات المتعلقة بأي وحدة وهو يقوم أساساً على التعمق في دراسة مرحلة معينة من تاريخ الوحدة أو دراسة

جميع المراحل التي مرت بها من أجل الوصول إلى الأعماق" (عبد الباسط، 1963، ص329).

إن المنهج العيادي هو منهج استنتاجي يمكننا من التعرف على موضوع دراستنا عن قرب من خلال التوظيف النفسي الخاص بالشخص في فرديته بغرض فهم الظاهرة المدروسة ومحاولة إيجاد حلول بالتعاون مع أفراد وحالات الدراسة وبالتالي التعميم على بقية الحالات والاستفادة من خبرات الآخرين.

3- الدراسة الاستطلاعية:

كان لزاما على الباحث إجراء دراسة استطلاعية بغرض التهيئة الميدانية، وتعتبر هذه التجربة أو الدراسة الاستطلاعية إحدى الطرق التمهيدية للدراسة المراد القيام بها من أجل الوصول إلى أحسن طريقة لإجراء الاختبارات التي تؤدي بدورها للحصول على نتائج صحيحة ومضبوطة حتى يكون للباحث فكرة على إمكانية توفير الشروط اللازمة لإجراء الاختبار وإعطاء صورة بسيطة ومفصلة عن الموضوع الذي نحن بصدد دراسته، ومثل هذه الدراسة تؤدي بدورها إلى ضبط الإشكالية والفرضيات التي أخذنا فيها وقت كافي حيث استغرقت حوالي أكثر من سنتين بسبب خصوصية الحالات وصعوبة الوصول إليهم إذ بدأت منذ شهر أكتوبر 2014 إلى غاية جانفي 2017 وتمكنا بهذا من اختيار الحالات التي سيتم مواصلة الدراسة عليها وتطبيق العلاج المعرفي السلوكي معها (من بين 15 حالة في الدراسة الاستطلاعية تم اختيار 6 حالات لصعوبة الاستمرار مع كل الحالات بسبب ظروفهم الاجتماعية وخصوصية طبيعة الظاهرة في مجتمعنا بحكم الدين والتقاليد، وذلك بعد تطبيق مقياس المخططات المعرفية لـ: يونغ (Young) وتحكيمه من قبل مجموعة من الأساتذة والمختصين النفسانيين حيث تم حذف بعض البنود التي لا تتناسب مع مجتمعنا، وأيضا تم تطبيق اختبار الاكتئاب لـ: بيك (Beck) الذي ساعدنا في تحديد الاكتئاب لدى هذه الحالات من خلال مراقبة الأعراض الاكتئابية لديهم بالإضافة إلى

ذلك ساعدتنا هذه الدراسة على وضع الأسئلة المناسبة التي نحتاجها لجمع المعلومات من خلال المقابلات العيادية النصف موجهة.

كما تمكن من خلال هذه الدراسة من العمل ببرنامج العلاج المعرفي السلوكي حيث وجدنا قابلية لمواصلة العلاج عند أغلب الحالات لكن الظروف المخيطة كانت تشكل حاجزا كما سبق وذكرنا خصوصية الحالات وطبيعة الظاهرة في حد ذاتها وكذلك عامل البعد الذي شغل حاجزا مهما خاصة بعد انتهاء المرحلة الاستشفائية للحالات وخروجهم من المستشفى مما تعذر علينا إيجاد مكان لمواصلة المقابلات العيادية والظروف الاجتماعية للحالات مما أدى للأسف إلى توقف العلاج مع بعض الحالات.

حيث استمر العلاج الفعلي مع 11 حالة ولمسنا تغيرا ملحوظا في طريقة تعاملهم مع المواقف الطاغية عموما، وتغيرا تدريجيا ملموسا في طبيعة التفكير وتحكم في ممارسة خطوات البرنامج العلاجي خاصة بعد لمس التغيير من قبل الحالات مما زادهم اهتماما باستمرارية العلاج وتطبيقه بحذافيره، ومن هنا تمكنا من تحديد أهميه كل مرحلة من مراحل العلاج وقمنا بالتركيز على الخطوات الأكثر أهمية وتدريب الحالات عليها وما ساعدنا على ذلك أنه كل الحالات كان لديها القدرة على القراءة والكتابة وهذا شرط أساسي للتمكن من تدويت المواقف والأفكار غير الوظيفية وإيجاد البدائل للوصول إلى الأهداف المراد الوصول إليها في المراحل الأخيرة من العلاج وذلك بتغيير الأفكار غير الوظيفية إلى أفكار وظيفية.

4- تحديد عينة الدراسة وخصائصها:

تم اختيار عينة البحث بشكل يمكننا من اختصار المجتمع المراد دراسته في عدد معين من الحالات، إذ يعرفها جودت عزت على أنها: "جزء من المجتمع الأصلي يختارها الباحث بأساليب مختلفة، وبطريقة تشمل المجتمع الأصلي، وتحقق أغراض البحث وتغني الباحث من مشقات دراسة المجتمع الأصلي" (عبد الباسط، 1963، ص212).

وقد شملت عينة دراستنا 6 حالات من الشباب الذين حاولوا الانتحار مع العلم أنه كلما كان حجم العينة كبيراً كلما كانت النتائج المتحصل عليها أكثر دقة وتمثيلاً للمجتمع الأصلي، لكن تعذر علينا اتخاذ عدد أكبر من الحالات لعدة أسباب نذكر منه خصوصية الظاهرة بالنسبة لمجتمعنا حيث يفضل الكثير التستر على مثل هذه الحالات بحكم الدين والعادات، وكذلك عدم وجود مراكز خاصة بالتكفل بهذه الحالات حيث أجبرنا على البحث عنها في المؤسسات الاستشفائية العامة بمستشفى "شيغيفرا" وسط مدينة مستغانم وكذلك المؤسسة الاستعجالية بخروبة مستغانم، بالإضافة إلى مستشفى الأمراض العقلية لمدينة مستغانم والملحقة التابعة للمستشفى الخاصة بعلاج حالات الإدمان، وما جعل الأمر أكثر صعوبة هو أن هذه الحالات لا تبقى في المستشفى لمدة طويلة وهذا ما أدى إلى عدم الاستمرارية في الجلسات مع بعض الحالات التي ظروفها تمنعها من حضور إلى الجلسات التي تمت خارج المستشفى وبهذا تم تحديد العينة وفق الخصائص التالية:

1-4: حجم العينة: لقد شملت عينة البحث على 6 حالات سبق لهم وأن قاموا بمحاولة انتحار واحدة أو أكثر، منها 3 حالات التقيناها معهم، اثنتان من منطقة تيجديت والثالثة من مزهران حيث تمت المقابلات الأولى مع الحالات في مقر سكنهم، أما ثلاث حالات المتبقية التقينا حالة منهم في مستشفى الأمراض العقلية لمدينة مستغانم، وأخرى في مستشفى شيغيفار بمستغانم، والحالة الأخيرة في المؤسسة الاستعجالية الواقعة بخروبة مستغانم، وتم مواصلة المقابلات مع هذه الحالات بعد خروجها من المستشفى بين منازلهم ومكان عملنا خارج أوقات الدوام.

2-4: متغير السن: تتميز عينة بحثنا بكونها تضم فئة الشباب الذين تتراوح أعمارهم ما بين 20 إلى 35 سنة، حيث اعتمدنا في تفسير هذه الظاهرة على العلاج المعرفي السلوكي الذي يعتمد على المخططات المعرفية في تفسير السلوكيات، حيث تكون هذه المخططات تشكلت بشكل نهائي في هذه المرحلة من العمر، ويكون الشخص أكثر نضجاً مما يجعله يتعرف عليها بطريقة ادق ويعمل على تغييرها بوعي وعن قناعة.

3-4: متغير الجنس: لقد تكونت عينة بحثنا من كلا الجنسين حيث درسنا ثلاثة حالات من الإناث، وثلاثة من الذكور لنتمكن من المقارنة بين الجنسين في اختلاف طبيعة الانتحار لدى كليهما.

4-4: المستوى الاقتصادي: لقد وجدنا جل الحالات تنتمي إلى مستوى اقتصادي أقل من المتوسط مع العلم أننا لم نتقصد ذلك من خلال اختيارنا للحالات.

5-4: المستوى الدراسي: اختلفت المستويات الدراسية بالنسبة للحالات فمنها من لديه مستوى جامعي ومنها من كان مستواه متوقف على المرحلة الابتدائية وهذا سيتم التفصيل فيه من خلال عرضنا للحالات.

6-4: الوضعية الاجتماعية: تحتوي عينتنا البحثية على ثلاث حالات متزوجين وثلاثة منهم عزاب.

7-4: مكان السكن: اختلفت أماكن سكن الحالات ما بين مدينة مستغانم وريفها.

8-4: محاولة الانتحار: تعتبر الشرط الأساسي الذي يجب أن يتوفر في كل أفراد العينة، إذ لا بد أن يكونوا قد أقدموا على محاولة انتحار فاشلة أو أكثر.

ويمكن تلخيص هذه الخصائص في الجدول التالي:

حجم العينة	متغير السن	متغير الجنس	المستوى الاقتصادي	الوضعية الاجتماعية	السكن	محاولة الانتحار
6 حالات	من 20 إلى 35 سنة	3 ذكور 3 إناث	أقل من المتوسط	3 متزوجين 3 عزاب	بين مدينة وريف مستغانم	الاقدم على محاولة انتحار واحدة على الأقل

جدول رقم (1) خصائص عينة الدراسة

5- مكان وزمان إجراء الدراسة:

5-1: التعريف بمكان إجراء الدراسة:

بحكم خصوصية ظاهرة الانتحار في مجتمعنا، تعذر علينا أن نحدد مكان واحد لإجراء الدراسة وكنا مضطرين أن نتتبع الحالات سواء في المستشفيات أو أماكن إقامتهم بعد خروجهم من المستشفى، حيث أن هناك بعض الحالات تعرفنا عليهم في المستشفيات، كمستشفى "شيغيفارا" ومستشفى الأمراض العقلية لولاية مستغانم:

5-1-1: المؤسسة الاستشفائية للصحة العقلية بولاية مستغانم:

تتكون المؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية بولاية مستغانم من:

أ - مصلحة علاج حر رجال : تتكون من طابقين :

- الطابق العلوي يحوي :07 غرف للمرضى، حمامين، 04غرف للعزل، مكتب خاص بالأخصائيين النفسانيين .

- الطابق السفلي: ويحتوي: حمامين، نادي، مكتب الطبيب، قاعة العلاج، مكتب خاص بالمرضى، مكتب خاص برئيس المصلحة، 03 غرف لمرضى.

- أما بالنسبة للعنصر البشري فهناك : 06 أخصائيين نفسانيين منهم تخصص علم النفس العيادي آخرين تخصص عمل وتنظيم، 04 أطباء عقليين، طبيب عام، 14 ممرض ومساعد ممرض يعملون بالتناوب، 20 عون أمن، 11 عون نظافة

ب- مصلحة علاج حر نساء :

هي الأخرى تحوي طابقين، الطابق العلوي به 03غرف للمرضى، غرفة واحدة للعزل، حمام، قاعة خاصة بالحلاقة، مكتب خاص بالأخصائيين النفسانيين.

وبالنسبة للطابق السفلي فيحوي قاعة للعلاج، مطبخ، حمام، نادي، غرفة للمريضات، مكتب للطبيب، قاعة للانتظار.

يعمل بالمصلحة: 08 أخصائيين نفسانيين، أخصائي العلاج بالعمل، طبيب عقلي، طبيب عام، 12 ممرض ومساعد ممرض يعملون بالتناوب، رئيس المصلحة، 04 أعوان أمن، 04 أعوان نظافة.

ج- مصلحة الفحص الطبي: تتكون من طابقين:

- الطابق العلوي يحتوي على: مكتب خاص بالأخصائيين النفسانيين العياديين (وعددهم 02)، مخبر للتحاليل، مكتب خاص بفحص النشاط الكهربائي (EEG)، صيدلية، غرفة خاصة بالأشعة.

- الطابق السفلي مكون من: مكتب خاص بالأخصائيين النفسانيين العياديين والذين يعملون بالتناوب، مكتب الفحص الخاص بالطبيب العقلي، قاعة العلاج، قاعة طب جراحة الأسنان، غرفة لمنح الأدوية للمرضى حسب المواعيد المحددة، مكتب الفحص الطبي. تكمن مهمة الأخصائيين النفسانيين في هذه المصلحة في استقبال الحالات المتوافدة إلى المؤسسة الإستشفائية وغير المقيمة بها والتي تكون مرفقة برسائل توجيه من طرف الجهات المختصة.

د- المركز الوسيطي لمكافحة الإدمان :

يحوي مكتبين خاصين بالأخصائيين النفسانيين العياديين والبالغ عددهم 06 يعملون بالتناوب، مكتب خاص بالطبيب العام، مكتب خاص بالطبيب العقلي، مكتب خاص برئيس المصلحة، مكتب خاص بالأمانة "السكرتارية" ويضم 04 موظفين ذكور وإناث، مخزن خاص بأدوات النظافة والأدوات المكتبية.... إلخ، حمامين، 05 أعوان أمن، عون نظافة واحد.

5-1-2: التعريف بالمؤسسة العمومية الإستشفائية -شي غيفارا لولاية مستغانم :

تأسست سنة 1843 على يد المستعمر الفرنسي الذي بدأ في التفكير في إنشاء مستشفى عسكري، من أجل هدف عسكري، وبالتالي فكانت عبارة عن ثكنة عسكرية، نسبة إلى تم اعتمادها بعد الاستقلال كمستشفى أطلق عليه اسم Ernesto Che Guevara

القائد الكوبي، على يمين الإدارة العامة في فيفري سنة 1967 كتب عليه " la victoria siempre hasta " وتعني "إنها الحرية البسيطة" كان عبارة عن مستشفى جهوي مدني عسكري ثم تحول إلى القطاع الصحي بمستغانم وأصبح من أهم مؤسسات الولاية ذات طابع عمومي، يتكون من مجموعة من العناصر الصحية العمومية التي يتم من خلالها المعالجة والاستقبال. تضم المستشفى عدة مصالح نذكر من بينها: الجراحة العامة، الطب الداخلي، جراحة العظام، الأعصاب، طب الأطفال، جراحة الأطفال، الإنعاش، الطب الشرعي، الأمراض المعدية، التشريح كما تضم هيكل إداري من 4 مديريات فرعية.

- تضم المؤسسة 4 مؤسسات ملحقة: وحدة الاستعجالات الطبية الجراحية مع مصلحة تصفية الدم، وحدة طب العيون، الطب اليومي المتخصصة في علاج الأورام السرطانية.

2-5: زمان اجراء الدراسة:

لقد دامت هذه الدراسة خمس سنوات حيث بدأنا من خلال الدراسة العيادية في أكتوبر 2014 إلى غاية سبتمبر 2019 وتم خلال هذه الفترة عملية البحث عن الحالات التي تنطبق عليها خصائص دراستنا هذه وتجسد الصعوبة في هذه المرحلة من خلال خصوصية الحالات وطبيعة الظاهرة التي يتعامل معها مجتمعنا بتحفظ كبير، وبعد اختيار الحالات تم الشروع مباشرة في العمل معها من خلال تطبيق المقاييس، والتعريف بطبيعة العلاج وتدريبهم على العمل بأساليبه المختلفة إلى غاية الوصول إلى الجلسات الأخيرة التي تم فيها تدريب المتعالجين من أجل تقادي الانتكاسات وكيفية التعامل معها.

6- وسائل جمع البيانات:

1-6: المقابلة العيادية النصف موجهة:

لقد اعتمدنا في بحثنا هذا على المقابلة العيادية النصف موجهة، أيضا المقابلات ذات المجال المفتوح للاجابة، تشتمل في "طرح أسئلة معينة دقيقة، يكون فيها المفحوص حر في الاجابة، ولكن يبقى دائما مقيد بمضمون إطار السؤال المطروح عليه" (Chiland,1983, p119)

حيث أن المقابلة العيادية هي التي تزودنا بمعلومات عن المفحوص، التي لا تستطيع المقاييس المستعملة الأخرى أن تقدمها لنا، سواء كانت حول حياة المفحوص أو علاقته مع محيطه، كما أنها تسمح لنا بالتعامل مع المفحوص بصفة مباشرة، وتخلق علاقة مساعدة بين الفاحص والمفحوص لأن عمل المختص النفسي لا يقتصر فقط على تطبيق الاختبارات بل يتعدى ذلك، بجعل المفحوص يستعيد الثقة بنفسه ويغير نظرتة للحياة ولنمط تفكيره.

وقد احتوت محاور المقابلة العيادية على:

المحور الأول: دراسة تاريخ الحالة والعلاقات العائلية والاجتماعية.

المحور الثاني: التعرف على الحالة والتركيز على انفعالات وطبيعة تفكيرها.

المحور الثالث: تطبيق الاختبارات النفسية والغوص أكثر في طبيعة تفكير الحالة.

المحور الرابع: التعرف على العلاج المعرفي وطريقة الكشف عن الأفكار غير الوظيفية وانجاز الواجبات المنزلية ومناقشتها.

وسيتم تلخيص سير المقابلات وفق برنامج العلاج المعرفي السلوكي من خلال الجدول التالي:

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	الأساليب والفنيات المستخدمة	محتوى الجلسة
الجلسة رقم 01	- بناء علاقة ثقة. - التعرف على الأعراض المرضية	- المناقشة والحوار عن طريق الأسئلة الموجهة وغير الموجهة. - الملاحظة.	- تعارف بين الباحث والمفحوص وكسب ثقته. - تحديد مواعيد الجلسات ليتناسب مع كلا الطرفين.
الجلسة رقم 02	- التحليل الوظيفي. - البدء بالعمل على المشكلة ومراقبة الأفكار.	- تقديم مقياس المخططات المعرفية للحالة	- تحديد طبيعة المخطط المعرفي.
الجلسة رقم 03	تأكيد المعلومات. - مواجهة الأعراض المرضية.	- تقديم اختبار BECK من أجل اثبات أو نفي فرضية ان هذه الأفكار تتميز بطابع إكتئابي.	- التأكد من طبيعة الأفكار غير الوظيفية.
الجلسة رقم 04	تحديد الأفكار غير	التعمق في طبيعة العلاقات	مناقشة هذه الأفكار وما تخلفه

من انفعالات.	الأسرية والاجتماعية ومدى تأثير هذه الأفكار عليها.	الوظيفية وتعلم طرق التعرف عليها.	
تعريف الحالة بمعنى الأفكار غير الوظيفية وطريقة التعرف عليها.	التعمق أكثر في أفكار وانفعالات الحالة وطريقة تحليلها وتعاملها مع هذه الأفكار.	تعلم طرق التفكير جديدة وإيجاد البدائل.	الجلسة رقم 05
شرح مفصل لطريقة العمل وتوضيح أهمية هذه الخطوة.	تقديم جدول تحديد الأفكار غير الوظيفية وتحديد الانفعالات المصاحبة لها مع وضع الفكرة البديلة.	تقديم الواجبات المنزلية ومواجهة الشعور بالذنب والكسل ومشاعر الفشل.	الجلسة رقم 06
إعادة تقييم العمل والتركيز على الأفكار البديلة ونتائجها.	ورقة العمل (جدول الأفكار غير الوظيفية والأفكار البديلة).	مناقشة الواجب المنزلي ومواجهة الرغبة في الوصول إلى الكمال.	الجلسة رقم 07 و08 و09 و10
تحديد الأفكار التي تدعم الفكرة غير الوظيفية والأفكار التي تدعم الفكرة البديلة وبالتالي تقييم سير العلاج ككل.	جدول التقييم.	إعادة مناقشة الفكرة غير الوظيفية العامة والفكرة البديلة ومواجهة مشاعر اليأس والميول الانتحارية.	الجلسة رقم 11
مناقشة النتيجة المتحصل عليها.	مقياس المخططات المعرفية.	إعادة تطبيق مقياس المخططات المعرفية وإعادة التدريب على بعض التقنيات لتفادي الانتكاس.	الجلسة رقم 12
مناقشة النتيجة المتحصل عليها.	للاكتئاب Beck اختبار بيك	إعادة تطبيق اختبار الاكتئاب والتمهيدي لبدء الانهاء من أجل تفادي مشاكل الانهاء.	الجلسة رقم 13
تتمين النتيجة والعمل على استمرارية تطبيق مبدأ العلاج المعرفي السلوكي في الحياة اليومية	مراجعة جميع الخطوات والواجبات المنزلية.	حوصلة النتائج وتقييمها.	الجلسة رقم 14
التأكيد مع الحالة على تطبيق مبدأ العلاج المعرفي السلوكي في الحياة بصفة عامة.	ورقة إعادة تقييم الأفكار غير الوظيفية والأفكار البديلة.	الانهاء الفعلي والوقاية من الانتكاس.	الجلسة رقم 15

(جدول رقم 2)

2-6: اختبار الاكتئاب لـ: بيك (Beck Depression Inventory):

هو عبارة عن استبيان للتقييم الذاتي موجه لقياس شدة الاكتئاب عند الأفراد انطلاقاً من فترة المراهقة، ولقد تم وضعه من طرف أرون بيك (Aaron beck) وآخرون 1994 وقام بترجمة هذا المقياس إلى اللغة العربية ونشره الدكتور عبد الستار إبراهيم (زيزي السيد إبراهيم، 2006، ص 152).

ولقد اخترنا استعمال مقياس بيك للاكتئاب (BDI-2) لأنه المقياس الذي يقيس مدى عمق وشدة الأعراض الاكتئابية ولأنه المقياس الذي أثبت درجة صدقه وثباته على مستوى القياس النفسي هذا من جهة، ومن جهة أخرى للتأكد من أن الحالات المأخوذة في عينة الدراسة تعاني من درجة معينة من الاكتئاب التي تثبت ارتكاب محاولة الانتحار من قبل هؤلاء الشباب، بالإضافة إلى التأكيد على أن الأفكار غير الوظيفية لدى هذه الحالات تتسم بالطابع الاكتئابي.

يتكون مقياس الاكتئاب 'BDI-2' من 21 بنداً، ولقد تم وضعه من أجل تقييم الأعراض المرافقة لمعايير تشخيص الاضطرابات الاكتئابية حسب الدليل التشخيصي الرابع (DSM-4-1994) والتفسير الفرنسي (1984).

ويتكون كل بند من أربعة عبارات، لتعكس مدى شدة الأعراض الاكتئابية وكل بند منقط من 0 إلى 3 ما عدا البند السادس عشر 16 المتعلق بعادات النوم، وكذلك البند الثامن عشر 18 المتعلق بالشهية اللذان يحتويان على سبعة 7 احتمالات للإجابة (0, 1a, 1b, 2a, 2b, 3a, 3b) وهذا بهدف تقديم الارتفاع أو الانخفاض في هذه السلوكيات. (Beck et steer, 1998, p6)

إن مقياس بيك للاكتئاب يمكننا من تقديم شدة الاكتئاب لدى المرضى الراشدين والمراهقين، الذين تحصلوا على تشخيص سيكاتري. (Beck et steer, 1998, p6)

وفي هذا المقياس بنود خاصة تعد مؤشرات لاحتمال ارتكاب المحاولة الانتحارية من قبل الحالات خاصة البنود رقم 2 خاص بالتشاؤم، والبند رقم 9 المتعلق بأفكار أو رغبات في الانتحار.

• التطبيق:

في كل مرة بعد الانتهاء من المقابلة العيادية مع كل حالة نمهد لتطبيق مقياس بيك للاكتئاب، ذلك بالتوضيح للحالات الهدف والغرض من الاجابة على هذا المقياس، بحيث نقيس درجة الاكتئاب لديهم، ونبين لهم مدى أهمية اعطاء الاجابة الصحيحة في صدق نتائج بحثنا، لكي نحقق ذلك نطلب منهم دائماً الاجابة مباشرة على المقياس بدون تفكير مطول، وحسب الدليل الخاص بتطبيق مقياس بيك لقد حدد وقت تطبيق المقياس الذي لا يتعدى 10 دقائق، بعد موافقة الحالة واعطاء التعليلة نطلب منه قراءة بنود المقياس بتمعن، وإذا لزم الأمر نقرأ البنود بصوت مرتفع على الحالات ومتابعتها بالشرح نقوم بذلك حتى نتأكد أن البنود مفهومة من قبل الحالة بصورة جيدة.

• التنقيط:

النقطة النهائية لمقياس (BDI-2) يتم الحصول عليها بجمع أرقام البنود الواحد والعشرون، كل بند منقط من (0 إلى 3) نقاط، ما عدا البند السادس عشر 16 المتعلق بعادات النوم، وكذلك البند الثامن عشر 18 المتعلق بالشهية اللذان يحتويان على سبعة 7 احتمالات للإجابة، وإذا قدم فرد عدة إجابات لبند واحد، يجب اختيار الرقم الأعلى، والنقطة المعيارية العالية تتمثل في 63 نقطة.

• تفسير العلامات:

يتم تفسير العلامات المتحصل عليها كما يلي:

تفسير علامات بيك للاكتئاب:

المستوى	العلامات الكلية
اكتئاب أدنى	من 0 إلى 11
اكتئاب خفيف	من 12 إلى 19
اكتئاب متوسط	من 20 إلى 27
اكتئاب شديد	من 28 إلى 63

جدول رقم (3)

• الخصائص السكومترية للمقياس: (يزي السيد ابراهيم، 2006، ص84).

لقد وجد بيك وآخرون أن بطارية بيك الثانية للاكتئاب لها ثبات مرتفع لدى عينة من الطلاب، حيث بلغ معامل ألفا إلى 0,93، أما عند المرضى الذين يترددون على العيادات الخارجية كان معامل ألفا 0,92 كما أنها تتم بصدق محتوى وصدق عاملي أيضا، وقد أثبتت البطارية كفاءة في التشخيص والتشخيص الفارق للاكتئاب.

وقد قام (دزوا DZOO) وآخرون بدراسة البناء العاملي لبطارية (بيك) الثانية للاكتئاب والخصائص السيكومترية الأخرى، ووجدوا عند تطبيق الصورتين معا ارتباطا بين الدرجة على الصورتين قدره 0,93، كما وجد أن للبطارية قدرة على تصنيف الأفراد وفقا للدرجات عليها، حيث وجدوا أن الحاصلين على درجات تتراوح بين 0 إلى 12 يعدون غير مكتئبين، ومن حصلوا على درجات تتراوح بين 13 إلى 19 يمثلون فئة الضيق الانفعالي، أما الحاصلون على درجات تتراوح بين 20 إلى 63 كانوا يمثلون فئة المكتئبين.

و بناء على هذا التقييم كان معدل الاتفاق مساويا 91 %، أما بالنسبة لتقدير التكوين العاملي لبطارية بيك الثانية للاكتئاب فقد تبين من التحليل العاملي وجود عاملين يفسران 46 % من التباين الكلي في استجابات المفحوصين، يفسر العامل الأول نسبته 38% من التباين والعامل الثاني يفسر مقدار 8 % من التباين، وقد تشبع العامل الاول ببند الفشل وعدم القيمة وكره الذات والتشاؤم ونقد الذات وعدم القدرة على اتخاذ قرارات ومشاعر الذنب والانتحار ومشاعر العقاب والحزن.

وبدا هذا مفسرا للبعد المعرفي الوجداني للتقدير الذاتي للأعراض الاكتئابية، أما العامل الثاني فهو خاص ببنود النوم والتعب وفقدان الطاقة والتهيج وفقدان الاهتمام بالجنس وفقدان الاهتمام عموما، وفقدان الاستمتاع وتغيرات الشهية، وهذا العامل العام المفسر للجانب الجسدي - الاجهاد الاكتئابي.

أما في الثقافة العربية فقد قام (غريب عبد الفتاح) بترجمة وإعداد المقياس للاستخدام، حيث قام بتطبيق المقياس ووجد نتائج مشابهة لنتائج الدراسات التي أجريت بالخارج.

فقد نتج عن التحليل العملي لبطارية بيك الثانية للاكتئاب المترجم عاملين، العامل الأول تشبعت عليه البنود التي تقيس أعراض الحزن، التشاؤم، الفشل السابق، فقدان الاستمتاع، مشاعر الاثم، مشاعر العقاب، كراهية الذات ونقد الذات، الأفكار والرغبات الانتحارية، البكاء والتهيج أو الاستثارة وفقدان الاهتمام، التردد وانعدام القيمة، فقدان الطاقة وصعوبة التركيز، واعتبر الباحث هذا العامل ممثلا للبعد الوجداني المعرفي للاكتئاب، وتضمنت التشبعت الدالة على العامل الثاني البنود التي تقيس أعراض الأفكار والرغبات الانتحارية وانعدام القيمة وفقدان الطاقة وتغيرات في نمط النوم والقابلية للغضب والانزعاج، وتغيرات في الشهية وصعوبات التركيز، الارهاق، الاجهاد، واعتبر هذا العامل ممثلا للبعد الجسدي وفي دراسته للخصائص السيكومترية لبطارية بيك الثانية للاكتئاب قام (غريب عبد الفتاح) بتطبيق البطارية على 145 طالبا جامعيا (ن=44 ذكورا)، (ن=101 إناثا)، كما قام بتطبيقها على عدد من المرضى نفسيا (ن=36)، (ن=18 ذكور)، (ن=18 إناث) وكشفت نتائج ثبات إعادة الاختبار توفر مستوى مرتفع من الثبات لبطارية بيك الثانية للاكتئاب. (زيزي السيد ابراهيم، 2006، ص85).

فقد كان معامل ثبات إعادة الاختبار على عينة مكونة من 55 طالبا مساويا 0,74 ففي عينة الاناث (ن=24) كان ثبات إعادة الاختبار هو 0,88 وعينة الذكور (ن=70) هو 0,79 والقيمة الكلية 0,83، وفيما يتعلق بالصدق فقد تم حساب الصدق التقاربي

والتمييزي وذلك عن طريق حساب الارتباط بين درجة المفحوص كل من بطارية بيك الثانية للاكتئاب والصورة المختصرة له فكان $r=0,76$ ، كما ارتبطت الدرجة على بطارية بيك الثانية للاكتئاب بالدرجة على اختبار القلق وكانت قيم معاملات الارتباط هي: بالنسبة للدرجة الكلية للعينة قدرت بـ $0,42$ ، بالنسبة للدرجة الذكور فكان $r=0,76$ ، كما ارتبطت الدرجة على بطارية بيك الثانية للاكتئاب بالدرجة على اختبار القلق وكانت قيم معاملات الارتباط هي: بالنسبة للدرجة الكلية للعينة قدرت بـ $0,19$ ، كما حسب الارتباط بين الدرجتين كما يلي: معاملات الارتباط للعينة الكلية قدر بـ $0,38$ ، معاملات الارتباط لعينة الذكور بـ $0,37$ ، أما معاملات الارتباط لعينة الإناث قدر بـ $0,38$. (زيزي السيد ابراهيم، 2006، ص86)

3-6: مقياس المخططات المعرفية:

يحتوي مقياس يونغ في نسخته الأصلية باللغة الانجليزية على 90 بند، الذي تم إعداده من طرف (Jeffrey Young) سنة 2005 الذي يعمل على تحديد المخططات المعرفية والأفكار غير الوظيفية، والذي قمنا بترجمته، وبعد عرضه على مجموعة من المحكمين تم حذف بعض الأسئلة التي لا تتكيف مع معتقدات وثقافة مجتمعنا، وبهذا احتوت النسخة النهائية التي تم العمل بها في بحثنا هذا على 75 سؤالاً (الملحق رقم 2) مع العلم أن النسخة الأصلية للمقياس تحتوي على 90 سؤالاً (الملحق رقم 3)، وقد احتوت النسخة التي تم العمل بها على 15 محوراً يضم كل محور 5 أسئلة، والغرض منه هو تحديد المخططات المعرفية المبكرة لدى الحالات وبالتالي التعرف على الأفكار غير الوظيفية لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار علماً أنه لكل مخطط مجموعة من الأفكار غير الوظيفية التي سننظر في الجدول التالي:

مبادئ مقياس يونغ للمخططات المعرفية

الميدان	المدور	الرمز	رقم الأسئلة	المخطط المعرفي	الأفكار غير الوظيفية
ميدان الانفصال	1	ED	5/4/3/2/1	مخطط النقص العاطفي	لا احد يساندني وانا محروم من الحب والحنان.

والرفض	2	AB	/9/8/7/6 10	مخطط التخلي واللااستقرار	الاقتناع بأن الآخرين سيتخلون عنه ولن يدعموه.
	3	MA	13/12/11 15/14/	مخطط الحذر والاستغلال	الجميع يسيء معاملي عن قصد، والكل منافقين وكذابين.
	4	SI	18/17/16 20/19/	مخطط العزلة الاجتماعية	انا مختلف عن الآخرين ولا أنتمي إليهم.
	5	DS	23/22/21 25/24/	مخطط العار وعدم الكمال	عدم الكفاءة والحساسية نحو الانتقادات والرفض والتوبيخ.
	6	FA	28/27/26 30/29/	الفشل مخطط	أنا فاشل في كل شيء. كثرة الشك.
ميدان انعدام الاستقلالي ة وضعف الاستعدادات	7	DI	33/32/31 35/34/	مخطط التبعية وعدم الكفاءة	الاعتقاد بعدم القدرة على تحمل مسؤوليات وأعباء الحياة.
	8	VH	38/37/36 40/39/	مخطط الخوف من الأمراض والأخطاء	خوف مبالغ فيه اتجاه كوارث قد تحدث أو الإصابة بمرض خطير.
	9	EM	43/42/41 45/44/	مخطط ضمور الشخصية واللاتمايز	التعلق الانفعالي الزائد اتجاه شخص معين.
ميدان التوجه نحو الآخر	10	SD	48/47/46 50/49/	مخطط الخضوع	الخضوع التام والشديد للآخرين في الحاجات والانفعالات.
	11	SS	53/52/51 55/54/	مخطط التضحية بالذات	العمل على اشباع حاجات ورغبات الآخرين على حساب حاجاتهم.
	12	EU	58/57/56 60/59/	مخطط التحكم في الانفعالات	غياب التلقائية وكبت المشاعر والسيطرة الزائدة على الانفعالات.
	13	US	63/62/61 65/64/	مخطط الأفكار الملحة والإفراط في النقد	البحث عن الكمال لتفادي الشعور بالخجل أو فقدان الاحترام.
ميدان انعدام الحدود	14	ET	78/67/66 70/69/	مخطط الإفراط بالاهتمام بالشخصية والقوة والعظمة	يعتقد أنه الأفضل وهو فريد من نوعه وحاجاته تمر قبل الكل.
	15	IS	73/72/71 75/74/	مخطط التحكم في الذات وعدم الكفاءة بالضبط الذاتي	قدرة الفرد أو رفضه للتحكم الكافي في ذاته وتفادي مواضع الاحباط.

جدول رقم (4)

ومن هذا الجدول نجد أن الأفكار غير الوظيفية هي أفكار سلبية تتسم بعشر خصائص أساسية وهذا ما وضعه Beck في كتابه (Ruch.A.J, Beck .A.T, Kocacs, 1977p85)

- **السلبية الكلية:** هي عبارة عن فكرة مستمدة من رغبتنا ومن ما نأمل الحصول عليه فبمجرد حصول فشل بسيط كل الأشياء التي حققناها تصبح عديمة المعنى (طغيان الجانب السلبي على الجانب الايجابي)
- **التعميم:** يشكل الفرد قواعد معينة حول سلوكاته المستقبلية انطلاقاً من حدث سلبي حدث في الماضي كأن يفشل في مرحلة معينة يقول أنه لا يستطيع تجاوزها ويبني مستقبه كله عليها حيث يكون لديه ضعف في الثقة بالذات، أو يفشل في ميدان ما من ميادين الحياة ويعمم ذلك على كل الميادين.
- **السلبية في السلوكات:** هنا يقوم الشخص بعمل معين وهو مرتاح له وبمجرد أن يصادف عائق بسيط يقول بأن هذا العمل سلبي، حيث يركز على الجزئيات وانطلاقاً من هذه الجزئيات يحكم على الكل.
- **عدم كفاءة التجربة التي مر بها:** يرى أن تجربته التي مر بها مهما كانت إيجابية هي تجربة سلبية وأن الآخرين يخدعونه عندما يقولون أن تجربته إيجابية ويعتقد أنهم يجاملونه، فنقديره لتجاربه يكون سلبي حتى وإن كانت تجارب ناجحة.
- **الأحكام السريعة:** وهذا يكون انطلاقاً من تصوراتة فهو يبني سيناريو سلبي يحكم على أساسه على كل المواقف كأن تترك رسالة لشخص ولا يرد عليه فيعتقد أنه غير مبالي وغير مهتم رغم أنه قد يكون لم يرها أو لم تصله.
- **المبالغة:** وذلك بتهويل حجم الخطأ وتضخيم المشكل رغم بساطته.
- **التفكير الانفعالي:** هنا الانسان لا يستعمل عقله ولا يكون تفكيره منطقياً بل يستعمل التفكير الانفعالي العاطفي.

- **الواجبات الخاطئة:** يكلف نفسه بالقيام بأعمال معية وعندما لا يتمكن من انجازه بسبب ظروف معينة هنا يشعر بالذنب لأنه لم يتمكن من تحقيق الأهداف المبرمجة.
- **الأحكام على الآخرين وعلى الذات:** هنا يصدر أحكام مطلق وفق سلوك معين نحو الآخرين أو نحو الذات مثلا: أنا فاشل، أنا منافق، هؤلاء أشرار، هؤلاء حقيرين.
- **تحمل مسؤولية أخطاء الآخرين:** هنا يحمل الفرد نفسه نتيجة أخطاء الآخرين فمثلا إذا لم يتوفق ولدي في دراسته فأنا المسؤول.

الخصائص السيكومترية للمقياس:

أ-الصدق: استعملنا صدق المحكمين حيث تم عرض اختبار المخططات المعرفية على عدد من أساتذة الجامعات والأخصائيين النفسانيين (قوادري زكريا أخصائي نفسي بمصلحة الإدمان بمستغانم- مجبر فاطمة أخصائية نفسانية بمستشفى الأمراض العقلية لمدينة مستغانم- د.حمزاوي زكية أستاذة علم نفس بجامعة مستغانم- ديب زهيرة أستاذة علم النفس بجامعة تلمسان) وقد أجمعوا على صلاحية الاختبار للتطبيق على البيئة العربية بعدما تم حذف بعض الأسئلة التي لا تتكيف مع طبيعة مجتمعنا.

ب-الثبات: قمنا بعرض مقياس المخططات المعرفية على عينة عشوائية بغرض تحديد ثبات المقياس في الزمان والمكان حيث اعتمدنا طريقة (ألفا كرونباخ) لتقدير ثبات اختبار المخططات المعرفية بحساب معامل ألفا كرونباخ لفقرات المقياس، عدد الفقرات 75 وقد بلغت قيمة ألفا (0,646) وهي قيمة تدل على مستوى جيد من الثبات، وهي دالة عند (0,01) وتفي بمتطلبات تطبيق المقياس على أفراد العينة.

التنقيط: يتم تنقيط المقياس حسب الدرجة على النحو التالي:

سلم التنقيط	
لا تنطبق عليا تماما	1
نادرا ما تنطبق عليا	2
قليلا ما تنطبق عليا	3
تنطبق عليا بشكل متوسط	4
تنطبق عليا في أغلب الأوقات من حياتي	5

6	تنطبق عليا تماما
---	------------------

جدول رقم (5)

وبعدها يتم جمع نقاط كل محور على حدى والمحور الذي يتحصل على أعلى درجة هو الذي يحدد لنا المخطط المعرفي لدى المفحوص مع العلم أن كل محور يحدد لنا مخطط معين.

7- برنامج العلاج المعرفي السلوكي:

1-7: الخلفية النظرية للبرنامج:

ويقوم هذا البرنامج على أساس توليفه بين مختلف الأساليب العلاجية بهدف رسم إستراتيجية منظمة علمية تأخذ بعين الاعتبار تفرّد كل شخص من حيث تكون سلوكه وحالة اضطرابه، خاصة و أن "الاكتئاب يعتبر مجموعة متغيرة الخواص Heterogeneous فيما يتعلق بعلم أسباب الأمراض (Etiology) وكذلك الاستجابة للعلاج" (Beck et Al , 1979, p361).

ويتوجه التدخل العلاجي (INTERVENTION) بشكل أولي إلى تحديد المعرفيات المشوهة، المتعلقة بسوء التكيف، والسلوكات المختلة وظيفيا المرتبطة بها، ومن ثم دحض هذه المعلومات وتعديلها مما يؤدي إلى تغييرات في كيفية رؤية المتعالج للعالم، في استجابة الانفعالية للمثيرات، وفي تحديد السلوك المناسب.

حيث تم تصميم الصيغة الأولية للبرنامج بعد الإطلاع على الأسس النظرية للعلاج المعرفي-السلوكي بشكل عام والعلاج المعرفي – السلوكي لعلاج الاكتئاب بشكل خاص، وذلك من خلال مجموعة من بعض المراجع العربية مثل (الشناوي وعبد الرحمن، 1992)، (ابراهيم، 1998) والمراجع الأجنبية (Beck,) (Beck , et al, 1979) (Dattilio&Freeman, 2000) (Burns, 1999) (1994) وتمّ الاطلاع على مجموعة من البرامج العلاجية والإرشادية والتدريبية مثل (أحمد محمد، 1991) (الحجار، 1992) (صباح مصطفى 2005)، فضلا عن عدد كبير من الكتب والوسائل السمعية والبصرية التي تشرح العملية العلاجية، تم الحصول عليها من مركز بيك Beck من أمريكا

(Freeman&Lurie, 1994) (Trower et , Al 1999) كما تم الاطلاع على الأبحاث والدراسات السابقة التي وردت خلاصة نتائجها في الفصل الثاني الذي يستعرض الدراسات السابقة.

و بناء على كل ما سبق تم توليف البرنامج الحالي وإخراجه بالشكل النهائي بعد المتابعة مع الأستاذ المشرف على البحث، إذ اعتمد على مجموعة من التقنيات والإجراءات التابعة لبعض الأساليب العلاجية المعرفية -- السلوكية مثل تقنية الحوار الذاتي لمكنبام، وتقنية مراقبة الأفكار التلقائية لبيك، وتقنية ضبط الذات.

2-7: خطوات برنامج العلاج المعرفي السلوكي:

لكي يبلغ العلاج المعرفي السلوكي أهدافه، لا بد من إتباع المعالج الخطوات الأساسية الموضوعية من قبل مؤسس العلاج المعرفي للاكتئاب بيك 1976، وبيك وزملائه 1979 (Trower et Al , 1999, p7).

خلاصة الفصل:

تم في هذا الفصل عرض كل مايتعلق بإجراءات الدراسة ، وذلك بدءا بالمنهج والتصميم التجريبي الملائم لأهداف المحددة للدراسة ابتداءا من تفصيل خصائص العينة وكذلك أدوات الدراسة وخصائصها السيكميترية، كما تم عرض تفاصيل البرنامج المستخدم في الدراسة وجوانبه النظرية وفنياته وخطواته الذي تم العمل به مع حالات الدراسة للتأكد من صحة أو نفي الفرضيات المحددة مسبقا وسنقوم بعرض الحالات والنتائج العيادية تفصيلا في الفصل الموالي.

الفصل الخامس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة

- تمهيد

1- عرض الحالات.

1-1: الصنف الأول من الحالات.

1-1-1: الحالة الأولى.

2-1-1: الحالة الثانية.

3-1-1: الحالة الثالثة.

2-1: الصنف الثاني من الحالات

1-2-1: الحالة الأولى.

2-2-1: الحالة الثانية.

3-2-1: الحالة الثالثة.

2-مناقشة نتائج الدراسة.

1-2: مناقشة الفرضية الأولى.

2-2: مناقشة الفرضية الثانية.

3-2: مناقشة الفرضية الثالثة.

3- خلاصة الدراسة

4- المقترحات

تمهيد:

بعد أن حددنا الأدوات والمقاييس اللازمة لهذه الدراسة، وأعطينا نبذة عن كيفية استعمالها وعن هدف كل منها، وكيفية تحليل نتائج كل أداة سواء المقابلة العيادية، أو مقياس بيك للاكتئاب أو اختبار يونغ للكشف عن المخططات المعرفية، ففي هذا الفصل سنقوم بعرض النتائج المتحصل عليها من هذه المقاييس بعد تطبيقها على عينة الدراسة وتحليل هذه النتائج للتوصل إلى الإجابة على الأشكال المطروح في هذه الدراسة وذلك بتأكيد أو نفي الفرضيات.

1- عرض الحالات:

1-1: الصنف الأول من الحالات (إناث):

1-1-1: الحالة الأولى:

• ملخص عن الحالة:

الحالة (ب) البالغة من العمر 20 سنة عزباء ولكن مخطوبة من حوالي شهرين الحالة انخطبت من قبل وفسخت الخطوبة، تم انخطبت من جديد، الحالة حاليا تعيش مع والدتها بعدما انفصل والديها عاشت الفترة الأولى من طفولتها مع والدها في ولاية غليزان ولكن في سن السابعة انتقلت للعيش مع والدتها بحيث درست سنة فقط عند والدها والباقي عند والدتها مابين تيجديت ومزرغان، والدتها تسكن بمنزل مع زوجها الثالث ولكن المسكن ملكها نصفه تستأجره والنصف الآخر تقيم به، والدة الحالة طلقت عدة مرات وأصبحت تمارس أفعال لم ترضى بها الحالة كالخروج ليلا مع رجال غرباء عنها، فطلاق والدتها من والدها كان في سنة 2007 ولديها إخوة من الجهتين أما الإخوة من الأب والأم هم ثلاث بنات وذكر، تعتبر الحالة في الترتيب الثاني من بين إخوتها الأشقاء.

كانت الأفكار الانتحارية تدور في ذهن الحالة من سن 17، غير أنه تم تطبيق تلك الأفكار في سن 18، حيث ان الحالة قامت بتناول كمية كبيرة من الأقراص وتوجهت الى سطح المنزل لتخلد للنوم، وكانت هذه أول محاولة انتحار لها بسبب شجارها مع والدتها، وقد غابت عن الوعي واستيقظت لتجد نفسها في المشفى بعد غسل أمعائها، وتقول الحالة ان والدتها وجدت جسمها متجمد بالرغم من حرارة الجو، وكان سبب محاولة انتحارها ظننها أنها فقدت عذريتها، وبعد عرضها على طبيب نساء فند الأمر. أما محاولة الانتحار الثانية فكانت في سن 19 سنة، قامت بقطع عروق يدها لأنها تشاجرت مع خطيبها تم أخذها للمستشفى وتم تضميد يدها، بحيث ان الحالة لم تكن تحب الذهاب للمستشفى ولا تحب المتابعة مع الأخصائية النفسية بالرغم من توجيهها لها، بينما باقي محاولات الانتحار كانت بالحمض 'ACID' وكان سبب ذلك هو شجارها مع خطيبها فتذهب

لمكان عمله وتهاتف خطيبها وتقول له لاحظ ما سأفعله، وقد تكرر هذا التصرف عدة مرات، ولم تكن تذهب للمستشفى أي أنه أصبح تصرف عادي بالنسبة لها كلما حدث موقف يغضبها تقوم بمحاولة انتحارية.

• نتيجة مقياس المخططات المعرفية:

بعد تفريغ مقياس المخططات المعرفية الخاص بالحالة وجدنا أن النسب الأعلى في الاجابات كانت للأسئلة الخمسة الأوائل حيث كانت على النحو التالي:

الرقم	البند	العلامة
1	في أغلب الأحيان لم أجد شخصا يرعاني ويساندني أو يقلق لما يحصل لي	6
2	عامّة الاخرون لم يكونوا حاضرين من أجلي لمنحي العاطفة والحنان	6
3	طوال حياتي لم أشعر أنني عزيز بالنسبة لشخص آخر	6
4	في أغلب الأحيان لم أجد الشخص الذي يستمع إلي ويفهمني ويهتم لحاجاتي ومشاعري	6
5	نادرا ما أجد شخصا ينصحنني أو يساعدني في اختيار الطريقة المناسبة في سير حياتي	6

(جدول رقم 13)

من خلال الجدول نلاحظ أن مجموع نقاط إجابات الحالة كانت تامة حيث تحصلت على 30 من 30 نقطة وبهذا فإن **المخطط السائد عند الحالة** هو "مخطط النقص العاطفي" وهو ما ولد لها أفكار غير وظيفية بأنها لا تجد السند في حياتها وبأنها بحاجة للأخرين لمساعدتها وأنها غير مؤهلة لاختيار الطريقة المناسبة لسير حياتها وجعلها تدخل في حالة اكتئاب وهذا ما تأكدنا منه من خلال مقياس "بيك للاكتئاب"

نتيجة مقياس "بيك للاكتئاب": كانت النتيجة على النحو التالي:

تحصلت المفحوصة على 30 درجة وهذا يعني أن لديها اكتئاب شديد حيث تتراوح درجات الاكتئاب الشديد ما بين (24 و 26) وهذا ما دفعها إلى القيام بعدة محاولات إنتحارية وتجسدت "أتمنى الموت إذا وجدت فرصة لذلك من خلال البند ". وهذا ما ولد لديها الإحساس بعدم القيمة وبأنه لا أهميه لوجودها.

• جدول تسجيل الأفكار:

التاريخ	الموقف: أين كنت وماذا كان يحدث عندما شعرت بالضيق؟	الانفعالات (حزن، غضب، قلق (... مع تحديد شدته من %0 إلى %100	الأفكار الذاتية (الأفكار والصور التي مرت بذهنك حينئذ؟ قدر اعتقادك في كل منها (من %0 إلى 100)	الاستجابات البديلة: استخدم الأسنلة التي في أسفل الصفحة لعمل استجابات للأفكار الذاتية. قدر اعتقادك في كل منها (من %0 إلى %100)	النتيجة: أعد تقدير اعتقادك الذاتية والانفعالات المصاحبة لها (من %0 إلى %100)
2/29 2017	كلمت خطيبي ووجدت هاتفه مغلق	غضب حزن %100	هو يخدعني مع أخري وسيبتعد عني إنه لا يحبني %100	ربما هو يتكلم مع أحد أصدقائه وهذا أمر عادي	%95
3/05 2017	كلمت خطيبي في الهاتف وقال انا في العمل وعندما ذهبت لم أجده	غضب قلق %90	أكيد ذهب ليقابل فتاة أخرى %80	ربما اضطر للخروج لقضاء حاجة ما %50	%75
3/26 2017	تشاجرنا وقال أنه سيفسخ الخطوبة.	حزن %90	سيتحلى عني وسأعيش وحيدة %70	لن يفعلها قالها في لحظة غضب وان فعلها لن أضعف %60	%75
4/15 2017	أخبرتني جارتنا أنها رأته مع فتاة أخرى	قلق %70	إنه يخدعني معها سأقتلها %50	يجب أن لا أتسرع ربما تكون قريبتة أو جارتنا تكذب %50	%65
4/07 2017	شجار مع أمي بسبب الخروج ليلا	غضب %60	هي لاتبالي ولا تفكر في شرفي جابتلي العار	المهم أن أحافظ على نفسي ولا أكون مثلها	40%
4/28 2017	أمي عايشة حياتها خرجت مع رجل جا داها من الدار قدام الناس	غضب %70	أمي لاتهتم بي هي غير مسؤولة %60	لقد كبرت وأستطيع تحمل مسؤوليتي %80	%60

(جدول رقم 14)

• نتيجة إعادة تطبيق مقياس المخططات المعرفية بعد العلاج:

الرقم	البند	العلامة
1	في أغلب الأحيان لم أجد شخصا يرعاني ويساندني أو يقلق لما يحصل لي	5
2	عامّة الاخرون لم يكونوا حاضرين من أجلي لمنحي العاطفة والحنان	5
3	طوال حياتي لم أشعر أنني عزيز بالنسبة لشخص آخر	3
4	في أغلب الأحيان لم أجد الشخص الذي يستمع إلي ويفهمني ويهتم لحاجاتي ومشاعري	3
5	نادرا ما أجد شخصا ينصحنني أو يساعدني في اختيار الطريقة المناسبة في سير حياتي	2

(جدول رقم 15)

نلاحظ من خلال الجدول انخفاض في درجات المخطط السلبي لدى الحالة حيث تحصلت على 18 نقطة من 30 مع العلم أنها تحصلت على 30 نقطة في المرة الأولى وهذا يعني أن نتيجة العلاج كانت إيجابية وبدأت الحالة تتعرف على أفكارها غير الوظيفية وتحاول تكيفها مع الواقع وتعمل على تغييرها.

• نتيجة إعادة تطبيق اختبار الاكتئاب بعد العلاج :

تحصلت الحالة في التطبيق الثاني لمقياس الاكتئاب بعد فترة من العلاج على 21 درجة من سلم بيك وهذا يعني أن أصبح لديها اكتئاب متوسط، علما أنها في المرة الأولى تحصلت على 30 درجة من سلم بيك للاكتئاب أي كان لديها اكتئاب شديد، وبمقارنة النتيجتين نلاحظ تحسن ملموس واضح من خلال انخفاض الدرجة وبالتالي انخفاض شدة الاكتئاب من اكتئاب شديد الى اكتئاب متوسط وهذا ما بدى واضحا على الحالة من خلال شكلها العام حيث أصبحت أكثر اهتماما بمنظرها، وحتى اهتمامها بتفاصيل حياتها اليومية حيث أصبحت أكثر إيجابية في تفكيرها من خلال البحث عن فرص جديدة كالعامل من أجل تغيير حياتها إلى الأفضل.

• ورقة العمل على المعتقدات الأساسية:

المعتقد الأساسي القديم:

لا أستطيع العيش بعيدا عن الأشخاص الذين أحبهم وإذا ابتعدوا عني لا قيمة لحياتي لهذا أفضل الموت على أن أكون بعيدة عنهم.

المعتقد الجديد:

الأشخاص الذين حولي مهمين بالنسبة لي لكن هذا لا يعني أنني لا أستطيع العيش دونهم فأنا إنسانة واعية ويمكنني تحمل كل مسؤولياتي دون اللجوء إليهم.

دلائل تبدو مؤيدة للمعتقد القديم مع تحفظ	دلائل تعارض المعتقد القديم وتؤيد المعتقد الجديد
- أنزعج من لا مبالاة أمي لكن يمكنني التكيف مع الوضع. - أنزعج من غياب خطيبي الدائم لكنني أحاول تناسي الامر.	- اصبحت اثق بنفسي وبقدرتي على تحمل المسؤولية. - ابحت الان عن عمل لكي أشغل نفسي عن التفكير في الافكار السلبية.

(جدول رقم 16)

1-1-2:- الحالة الثانية:

• ملخص الحالة:

الحالة (س1) تبلغ من العمر 31 سنة كانت تعيش وسط عائلة متواضعة تقول انها كانت سعيدة إلى أن جاء اليوم الذي تزوجت فيه في سن 19 حيث دخلت في علاقة مع جارهم منذ كان سنها 12 سنة واعتقدت أنه سيكون سند لها في كل شيء وانه سيكون الرجل المحب والعطوف فوهبته نفسها وحملت منه ليجبر أهلها على قبوله كزوج لابنتهم واستغل فقرهم وكبر سن أبيها، لكن بعد الزواج اكتشفت أنه وحش في صفة انسان وتقول انها لم تعرف معه يوما طعم السعادة وكان قاسيا معي ويسبني ويضربني لأتفه الاسباب لم يحسنني أبدا بالأمان معه لم يكن الرجل الذي قد تحلم به أي فتاة كان يشرب الخمر ويتناول المهلوسات ويضربني ضربا مبرحا، ويقوم بغلق الأبواب والنوافذ لأنه كان شكاكا كان يعاملني كالسجناء حرمني من كل شيء جميل في الحياة ومنعني من زيارة أهلي وكان يرفض زيارتهم لي وإذا حدث وزارتي أمي كان يراقب حديثنا واكتشفت بعدها أنه كان يضع مسجل صوت ليسجل كلامنا يعني لم يكن يسمح لي حتى بالحديث عن الوضع الذي كنت أعيشه معه، وقد حاولت عدة مرات الهروب من هذا الجحيم لكن في كل مرة كان يجديني ويعيدني إلى المنزل وكل مرة تسوء معاملته اكثر ومع ذلك كان يرفض ان اتناول حبوب منع الحمل فأنجبت ثلاثة أطفال منه ومع هذا لم يتغير وظل يضربني أمام أولادي وكثيرا ما كان يضربهم هم أيضا وصل به الأمر ان يضربني مرة بالسكين وبالأسلاك الكهربائية وحاول أن يحرق نفسه في المنزل أمام أولاده وكنت دائما أقول في نفسي حتى وان تمكنت من التخلص منه من سيعينني على تربية أولادي ومن أين سأصرف عليهم، إلى أن وصل بي الأمر أن حاولت أن اتخلص من حياتي فتناولت قارورة من ماء الجافيل فغبت عن الوعي وعندما استيقظت وجدت نفسي في المستشفى تمنيت لو انتهت حياتي فلولا أولادي لامعنى لحياتي وسط هذا الظلم و"الحقرة" هكذا عبرت المفحوصة عن معاناتها .

• نتيجة مقياس المخططات المعرفية:

الرقم	البند	العلامة
31	لا أشعر بالقدرة على حل مشاكل الحياة اليومية	6
32	تشكل لي مشاكل الحياة اليومية عبء ثقيل	6
33	أشعر بأنني أفقر إلى الحكمة	6
34	أفقر إلى التحكيم السليم لمختلف المواقف الحياتية	6
35	أشك في قدرتي على حل المشاكل اليومية	6

(جدول رقم 17)

بعد تفريغ مقياس المخططات المعرفية الخاص بالحالة (س) وجدنا أننا أعلى الدرجات كانت على الأسئلة المرقمة من 31 إلى 35 حيث تحصلت على 30 درجة على 30 وهذا يعني أن المخطط المعرفي لديها هو مخطط التبعية وعدم الكفاءة (DI) وهذا ما ولد لديها الاعتقاد بعدم القدرة على تحمل مسؤوليات وأعباء الحياة لوحدها مما جعلها تتحمل كل الظلم التي تعيشه مع زوجها وتقبل أن تعيش تحت غطرسته وسيطرته خوفاً من أن لا تتمكن من تحمل أعباء الحياة بنفسها.

• نتيجة مقياس الاكتئاب:

بعد تفريغ مقياس المخططات المعرفية الخاص بالحالة (س) اتضح أن الحالة تعاني من اكتئاب شديد الذي تتراوح درجته من 24 إلى 36 درجة علماً أن الحالة تحصلت على 28 درجة ويظهر هذا من خلال الشكل العام للحالة حيث أنها غير مهتمة بمظهرها وتهمل أطفالها ونظافة المنزل وتمضي معظم وقتها نائمة أو جالسة في نفس المكان وتجسد هذا من خلال البند "أعيب من القيام بأي جهد في عمل أي شيء"، "لا أستطيع أن أقوم بعمل أي شيء على الإطلاق"، "لقد فقدت معظم اهتمامي بالناس الآخرين"، "ليس لي رغبة الحياة" دون أن نتجاهل محاولة الانتحار التي قامت بها الحالة من شدة اليأس والعنف المعنوي والجسدي الممارس عليها من طرف زوجها وذكرت أنه كان يمارس عليها العنف حتى في العلاقة الجنسية.

• تسجيل الأفكار:

التاريخ	الموقف: أين كنت وماذا كان يحدث عندما شعرت بالضيق؟	الانفعالات (حزن، غضب، قلق...) مع تحديد شدته من 0% إلى 100	الأفكار الذاتية (الأفكار والصور التي مرت بذهنك حينئذ؟ قدر اعتقادك في كل منها (من 0% إلى 100%)	الاستجابات البديلة: استخدم الأسئلة التي في أسفل الصفحة لعمل استجابات للأفكار الذاتية. قدر اعتقادك في كل منها (من 0% إلى 100%)	النتيجة: أعد تقدير اعتقادك الذاتية والانفعالات المصاحبة لها (من 0% إلى 100%)
2017/10/13	جاءت عندي امي ووجدت الباب والنوافذ مغلقة فاتصلت به كي يفتح لها لم يأتي وعندما عاد شتمني وضربني	حزن 100%	هذا مصيري أنا التي اخترته ويجب أن أتحمّل 95%	حتى وان أخطأ في اختياري أنا لست مجبرة لتحمل هذه العيشة 40%	80%
2017/11/3	دخل ثملا في الليل وحاول وطلبني للفراش وعند رفض حمل سكيننا وهددني حتى إنه ضربني به في رأسي	حزن وغضب واحتقار 90%	كل شيء أقوم به هو نتيجة اختياري الخاطيء استحق كل ما يحدث لي وسادفح الثمن طيلة حياتي إن لم أتخلص من حياتي 85%	هو شخص مريض وكان يمثل قبل الزواج (مايستاهلش معاه ومايستاهلش نخم نقلت نفسي عل جالو) 70%	70%
2017/12/7	جاءت الشرطة ليمسكوه لأنه يبيع المخدرات فأخذ يهدد بحرق نفسه وسكب البنزين على نفسه أمام أولادنا	خوف 90%	بسببي يعيش أولادي هذه المعناه 70%	هذا مكتوب ربي بصح لازم نلقا حل باش مايعيشوش أولادي هاد العيشا 90%	65%
2017/12/23	دخل على الثامنة صباحا وجدني جالسة أروض ابنتي قال "راكي غي قاعدا ما قضيتي والو قتلو مازال الحال" فانها عليا بالضرب واتهمني بانني كنت أكلم شخصا في الهاتف	خوف حزن 100%	سأتحمّل لأنني لأستطيع العيش في بيتنا سيهددني أنا وأهلي ومن يصرف علينا "البيتني أقتله وأرتاح"	"لي خلق ماضيع" ننجم نعيش أنا وولادي بلايه غي الفقر ولا هاد الذل وقالت "مانستحملش حياتي هكا"	لم أفعل شيئا لكن بدأت في التفكير في التغيير فعليا

2018/01/17	قتلوا ديني لدارنا قالي نسايمهم انا ولهاي في دارك قتلوا انت تنجم تنسا داركم فبدأ يصرخ ويسب ويضرب كالمجنون	خوف حزن غضب 100%	سأهرب من المنزل إلى مكان لن يجديني فيه وأرتاح	هكذا لن اتخلص منه نهائيا سيجديني أكيد	بقيت في المنزل وقررت أن نرفع قضية خلع .
------------	--	------------------------	---	--	---

جدول رقم (18)

وفي يوم 2017/2/21 خرج باكرا، أنهيت أعمالى المنزلية وجلست أنتظره حتى جاءت أمي وأخبرتني أنه قد تم القبض عليه، فقلت لها "ريحت منه" وقررت حينها أن أتخلص منه نهائيا فتركت كل شيء كما هو في بيته لأنى لا أريد منه أي شيء، وأدركت أن تفكيري كان خاطئا عندما اعتقدت أن الحياة تتوقف على شخص مثله وأيقنت أن حياتي ستكون أفضل بعيدا عنه وسيطرت على كل مخاوفي ورفعت قضية "خلع" والحمد لله الان أنا مرتاحة البال بعيدا عنه.

• نتيجة إعادة تطبيق مقياس المخططات المعرفية بعد العلاج:

الرقم	البند	العلامة
31	لا أشعر بالقدرة على حل مشاكل الحياة اليومية	2
32	تشكل لي مشاكل الحياة اليومية عبء ثقيل	4
33	أشعر بأنى أفتر إلى الحكمة	3
34	أفتر إلى التحكيم السليم لمختلف المواقف الحياتية	3
35	أشك في قدرتي على حل المشاكل اليومية	4

جدول رقم (19)

من الملاحظ من خلال الجدول الذي يمثل المخطط الخاص بالحالة "مخطط التبعية وعدم الكفاءة" أن حدة الأفكار غير الوظيفية خفت بنسب معتبرة علما أنها في المرة الأولى التي طبق فيها المقياس تحصلت على الدرجة التامة وهي 30 درجة من 30 أما بعد الخضوع للعلاج والالتزام بكل خطواته والمواظبة تحصلت الحالة على 16 درجة من 30 وهذا يظهر بوضوح في طريقة تعامل الحالة مع مشكلات حياتها اليومية وأصبحت أكثر

اهتماما بنفسه وبأولادها وتقول أن هدفها الآن هو نجاح أبنائها في دراستهم فنحجم هو ناجحي.

• نتيجة إعادة تطبيق اختبار الاكتئاب بعد العلاج:

من خلال تطبيق اختبار الاكتئاب للمرة الثانية بعد العلاج تحصلت الحالة على 22 درجة من سلم بيك وهذا يعني أنه أصبح لديها اكتئاب متوسط بعدما كان لديها اكتئاب شديد قدر بـ: 38 درجة في سلم بيك للاكتئاب ولاحظنا ها التحسن فعليا من خلال المقابلات الأخيرة مع الحالة وبدى جليا في أسلوب تفكيرها حيث لم تعد تفكر في إعادة تجربة الانتحار بل أصبحت ترى أنها تستحق حياة أفضل بعيدا عن زوجها الذي اعتبرته سبب تعاستها وهي تعمل جاهدة على تغيير حياتها للأفضل.

• ورقة العمل على المعتقدات الأساسية

- المعتقد الأساسي القديم:

أنا متزوجة ولا أستطيع العيش بعيدا عن زوجي رغم كل العنف الذي يمارسه علينا "انا واولادي" لأنني لا أستطيع تربية أولادي لوحدي.

- المعتقد الجديد:

وجودي معه كان ظلما لي ولأولادي نحن الآن نعيش حياة أفضل بعيدا عنه وسأفل كل ماإمكانني لألبي حاجيات أولادي.

دلائل تبدو مؤيدة للمعتقد القديم مع تحفظ	دلائل تعارض المعتقد القديم وتؤيد المعتقد الجديد
- لا يوجد.	- أنا الآن أعيش مع أسرتي ورغم الفقر إلا أنني أصبحت مرتاحة البال. - يمكنني تحمل مسؤولية تربية أبنائي - الحمد لله الآن أنا أعتني بطفل صغير وأتقاضى مبلغا بسيط يسد جزء من حاجياتنا.

جدول رقم (20)

3-1-1: الحالة الثالثة:

• ملخص عن الحالة:

الحالة (س2) تبلغ من العمر 23 سنة عزباء تعيش بإحدى دوائر سيق ولاية مستغانم، والديها على قيد الحياة الأم مريضة عقليا منذ 6 سنوات تعاني من فصام الشخصية، وقد بدأت معاناة الحالة منذ سن 18 وهذا بعد انفصالها عن حبيبها الذي تزوج بأخرى وقالت أنها كانت تقول للجميع أنها زوجة فلان، حيث دامت العلاقة بينهما أكثر من 5 سنوات أي منذ كانت تدرس في المتوسطة ثم إلى الثانوية حتى أنه رافقها في امتحان شهادة البكالوريا، صرحت الحالة أنها كانت تعشقه لدرجة أنها تقول "أنا هو" أنا لا أوجد، دخلت الحالة إلى مستشفى الأمراض العقلية بعدما قامت بمحاولة انتحار حيث رمت نفسها في بئر المنزل ثم تم نقلها إلى المستشفى لتتلقى العلاج وبعدها وجهت إلى مستشفى الأمراض العقلية، عندما سألنا الحالة لما رمت نفسها في البئر، فأجابت لكي ترتاح من هم الدنيا وهذا هو الحل الوحيد لنسيانه، قالت أنه "سحرها لأن والده طالب" كما تقول أنها بقيت على علاقة معه حتى بعد زواجه كان يأتي لزيارتها في الجامعة وهذا ما زادها تعلقا به، الآن هي تعاني من اضطراب في النوم "أرق شديد" بالإضافة إلى اهمال كبير في مظهرها الخارجي لدرجة أنها لا تستطيع أن تنظر إلى نفسها في المرآة، أصبحت لا تتق في أي شخص بعد الخيانة التي تعرضت لها من خيانة، ورغم محاولاته المتكررة في قطع لاققتها معه إلا أنها لم تتمكن من ذلك تقول الحالة "ما طببت مانحرق" وتقصد أنها تعيش بين نارين نار نسيانه والابتعاد عنه ونار البقاء معه وهو متزوج بغيرها وهي تعتقد أنها حتى وان انفصلت عنه لا تستطيع العيش مع غيره.

• نتيجة مقياس المخططات المعرفية:

بعد تفريغ مقياس المخططات المعرفية الخاص بالحالة وجدنا أن النسب الأعلى في الاجابات كانت للأسئلة المرقمة من 5 إلى 10 حيث كانت على النحو التالي:

الرقم	البند	العلامة
6	أتعلق بالأشخاص الذين أعرفهم خوفاً من أن يتخلوا عني	6
7	أحتاج للآخرين بقدر ما أخاف من أن يتركوني	6
8	أخاف من أن يتركني الأشخاص الذين أحبهم أو أن يتخلوا عن	6
9	أشعر باليأس عندما أفكر بفقدان شخص عزيز علي	6
10	أحياناً أشعر بالقلق خوفاً من أن يهجرنى الآخرين	6

(جدول رقم 21)

من خلال الجدول نلاحظ أن مجموع نقاط إجابات الحالة كانت تامة حيث تحصلت على 30 من 30 نقطة وبهذا فإن المخطط السائد عند الحالة هو "مخطط التخلي والاستقرار" وهو ما ولد لها أفكار غير وظيفية بأنها بحاجة للآخرين وتخاف من أن يتركوها وأنها بمجرد التفكير في الأمر يتولد لديها شعور باليأس، لهذا السبب انهارت عندما تزوج حبيبها بغيرها وحاولت الانتحار.

• نتيجة مقياس الاكتئاب :

لقد قدرت درجة الاكتئاب لدى الحالة بـ 73 درجة على سلم بيك للاكتئاب، وهذا يعني أن الحالة تعيش اكتئاب شديد جدا الذي حددت درجته من 37 فأكثر وحالتها متأزمة فعلا، والدليل على ذلك العبارات التي تم اختيارها في هذا المقياس، مثلا: "إنني حزينة بدرجة لا أستطيع تحملها"، "أشعر أن المستقبل لا أمل فيه وأن الأمور لا تتحسن"، "عندما أنظر إلى ما مضى من سنوات عمري فأنا لا أرى سوى الفشل الذريع"، "أتمنى الموت إذا وجدت فرصة لذلك"، "أبكي طوال الوقت"....

• جدول تسجيل الأفكار:

التاريخ	الموقف: أين كنت وماذا كان يحدث عندما شعرت بالضيق؟	الانفعالات (حزن، غضب، قلق ...) مع تحديد شدته من 0% إلى 100%	الأفكار الذاتية (الأفكار والصور التي مرت بذهنك حينئذ؟ قدر اعتقادك في كل منها (من 0% إلى 100%)	الاستجابات البديلة: استخدم الأسئلة التي في أسفل الصفحة لعمل استجابات للأفكار الذاتية. قدر اعتقادك في كل منها (من 0% إلى 100%)	النتيجة: أعد تقدير اعتقادك الذاتية والانفعالات المصاحبة لها (من 0% إلى 100%)
07/06/2018	مانجمنش نرقد نخمم غي فيه رفدت التلفون وعيطتلو ماردش عليا.	حزن 100%	راه راقد مع مرتو عايش حياتو وفرحان بيها 100%	لازم نخرجو من عقلي ونشوف حياتي 20%	100%
07/17/2018	ستيتو ماعيطلش يعيط	حزن 90%	ما ننجمش نعيش بلا بيه تحسب هو الهوا أكيد راه ساحرني 90%	عمر الدنيا ماتتوقف عند أي شخص 40%	80%
07/25/2018	اتصل بي ولم اتمالك نفسي وكلمته بكل شوق	قلق، ندم 90%	أكيد مهما حاولت مانجمنش ننساه 80%	لازم نكون قوية ونتحدي نفسي هذا قراري 60%	70%
09/04/2018	درته في الروجوتي وتهنيت بصح ماقالنيش جاعند دارنا وقابلني بلعاني	خوف 80%	خمنت باش نخرج نلقاه 50%	مانخرج مانجيب لروحي المشاكل راني بدبت ننساه غي بشوية مالا زمش نعاود نبدا من الصفر 65%	70%
08/14/2018	خرجت نشري مع صحبتي وشفته من بعيد مع مرتو وهو ماشافنيش	خفقان القلب وقلق 90%	بغيت نروح ونقوله هادي فاش خير مني 60%	ماليقش نطيح نيفي كرامتي فوق كل اعتبار 70%	80%
08/21/2018	جاء لخطبتي شخص مقبول الشكل والخلق	قلق خوف 70%	كيف أتزوج غيره وأنا مازلت أفكر فيه 40%	هو أصلا ماخمنش فيا وراه عايش حياتو لازم نقبل ونبدا حياة جديدة بعيدا عنه على الأقل نكون أسرة ومستقبل لكن بعد اتمام دراستي ان شاء الله 80%	60%

(جدول رقم 22)

• نتيجة إعادة تطبيق مقياس المخططات المعرفية بعد العلاج:

بعد إعادة اجراء المقياس تم الحصول على النتائج التالية بالنسبة للمخطط السابق للحالة:

الرقم	البند	العلامة
-------	-------	---------

5	أتعلق بالأشخاص الذين أعرفهم خوفا من أن يتخلوا عني	6
5	أحتاج للآخرين بقدر ما أخاف من أن يتركوني	7
5	أخاف من أن يتركني الأشخاص الذين أحبهم أو ان يتخلوا عن	8
5	أشعر باليأس عندما أفكر بفقدان شخص عزيز علي	9
4	أحيانا أشعر بالقلق خوفا من أن يهجرني الآخرين	10

جدول رقم (23)

ما نلاحظه من خلال الجدول أن الحالة لم تتمكن من التغلب على أفكارها غير الوظيفية لأنها راسخة في ذهنها منذ الطفولة فإصابة أمها بالمرض العقلي مثل لها انفصالا وجدانيا وتعتبر أنها حرمت منها رغم وجودها جسديا لكن غابت وظيفتها كأم، وما أكد لديها مخطط "مخطط التخلي والاستقرار" هو تخلي الشخص الذي كانت تعتقد أنه الشخص الذي سيعوضها عن الحرمان الذي عاشته، لكن رغم ذلك لا ننكر أنه هناك انخفاض طفيف في درجة وحدة المخطط علما أنها تحصلت على الدرجة التامة في التطبيق الأول للاختبار وهي 30 درجة من 30، أما في التطبيق الثاني تحصلت على 24 درجة.

● نتيجة اعادة تطبيق اختبار الاكتئاب بعد العلاج:

تعتبر الحالة الثالثة من الصنف الاول هي الأقل تفاعلا مع العلاج مقارنة بالحالتين السابقتين ورغم ذلك وجدنا انخفاض في درجة الاكتئاب لديها حيث تحصلت على 34 درجة في التطبيق الثاني من سلم بيك وأصبح لديها اكتئاب شديد بعدما كان لديها اكتئاب شديد جدا بـ: 53 درجة ورغم محاولاتها الواضحة في التغيير ألا ان أسلوبها في التفكير وسيطرة الأفكار غير الوظيفية عليها هو ما جعلها الأكثر بطء في التحسن مقارنة مع بقية الحالات وهذا ما يتطلب منها بدل المزيد من المجهود من أجل التغيير.

● ورقة العمل على المعتقدات الأساسية:

• المعتقد الأساسي القديم:

لا أستطيع أن أعيش بدونه هو كل حياتي، حياتي لا قيمة لها بدونه أنا لاشي بعيدا عنه فالموت أفضل من الابتعاد عنه.

• المعتقد الجديد:

الحياة لا تتوقف عند أي شخص، وهذه الحياة لن نعيشها مرتين لهذا سأبتعد عن ما يقلقني وأبدأ حياة جديدة أحقق فيها طموحاتي وأحلامي.

دلائل تعارض المعتقد القديم وتؤيد المعتقد الجديد	دلائل تبدو مؤيدة للمعتقد القديم مع تحفظ
<p>- تناسيت من كان سبب معاناتي. - اشغل نفسي بدراستي. - بدأت بتقبل الشخص الذي خطبني وأحاول أن أبني معه حياة جديدة.</p>	<p>- عندما أتذكر سبب عذابي أشعر بالحسرة لأنني لن أكمل معه بقية حياتي. - دائما أحلم انني مازلت معه فلو بقي معي لكأنت حياتي أفضل. - أشعر أنه محتم عليا أن أعيش في تعاسة وحتى لو تزوجت سيتخلى عني هو الآخر.</p>

(جدول رقم 24)

2-1: الصنف الثاني من الحالات (ذكور):

1-2-1: الحالة الأولى:

• ملخص عن الحالة:

الحالة (ي) هو طالب في الجامعة ويعيش مع أسرة ممتدة تتكون من الجدة والعمة العازبة والديه والأختان اللتان يكبرهما سناء، حسب الحالة كانت أسرته تعيش حياة هنيئة، لكن بعد موت جده انتقلت الجدة وابنتها للعيش معهم وهكذا بدأت المشاكل بالظهور، ومن خلال المقابلات العيادية مع الحالة اتضح لنا أن ياسين يعيش حالة عدم استقرار نفسي بسبب الضغط الذي تعيش فيه أسرته، فسوء العلاقة بين الأب والأم، أثرت بشكل كبير عليه حيث صرح أنه يكره جدته وعمته لأنهما سبب المشاكل فالجدة ترى بما أنها تساعد في مصروف المنزل لديها الحق هي وابنتها في التدخل في كل صغيرة وكبيرة، وترغم

الجميع على احترام قراراتها، والملاحظ أن جل الخلافات تكون بين الجدة وأم ياسين، أما عن سبب إقدام ياسين على الانتحار هو نشوب خلاف حاد بين والديه ودائما بسبب الجدة والعمة حيث وصل الأمر بالأب إلى درجة طرد زوجته من المنزل ورغبته بتطليقها، بعد أن ضربها ضربا مبرحا، وفي الوقت الذي كان فيه الجميع غارق في الشجار والصراخ، كانت أختي الحالة تساندان أمهما بالبكاء الشديد أما ياسين لم يجد أي وسيلة يعبر بها عن معاناته، إلا أنه في الأخير دخل غرفة الجدة وقام بشرب مجموعة من العقاقير كانت تستعملها الجدة في علاج داء السكري مما تسبب في إغمائه وبهذا توجه اهتمام الجميع إليه وتم نقله إلى المستشفى أين تلقى الرعاية اللازمة، وبعد عودته إلى المنزل قام الأب بإرجاع زوجته لبيتها لكي يحافظ على استقرار أسرته وخوفا منه على أبنائه، لكن المشاكل لم تتوقف رغم محاولة الأم تهدئة الأمور لكي لا تتكرر نفس التجربة "محاولة الانتحار" مع ابنها أو أختيه، لكن الحالة يرى أن المشاكل لن تنتهي إلا بموت جدته وقالها بصريح العبارة "كون غي تموت وتخلينا نعيشو حياتنا ولا بقات الحالة هكا نحرق ونتهنى منها" لكن الأمر الذي جعله يؤجل فكرة الهجرة هو خوفه على أمه وأختيه وتوقعاته للمعاناة التي قد يعيشونها في غيابة فهو يعتبر نفسه ذرع الحماية الذي يحميهم من سخط جدته وجبروتها.

• نتيجة مقياس المخططات المعرفية:

بعد تفريغ مقياس المخططات المعرفية الخاص بالحالة كانت النتائج على النحو التالي:

الرقم	البند	العلامة
35	أشك في قدرتي على حل المشاكل اليومية	4
36	اتوقع دائما أن شيئا خطيرا قد يحصل	5
37	لدي شعور بأنه ستقع كارثة طبيعية او مالية أو جريمة أو مرض في أي وقت	5
38	أحشى من أن أتعرض للهجوم	5
39	أحشى من فقدان كل ما أملك والعيش في بؤس	4

(جدول رقم 25)

بعد تفريغ مقياس المخططات المعرفية الخاص بالحالة وجدنا أن النسب الأعلى في الاجابات كانت للأسئلة الخمسة المرقمة من 31 إلى 39 حيث كانت على النحو التالي:

من خلال الجدول نلاحظ أن مجموع نقاط إجابات الحالة كانت تامة حيث تحصلت على 28 من 30 نقطة وبهذا فإن **المخطط السائد عند الحالة** هو "مخطط التبعية وعدم الكفاءة" وهو ما ولد لديه أفكار غير وظيفية بأنه غير قادر على حل مشكلات الحياة اليومية، وأن هذه المشكلات تشكل له عبء ثقيل فهو يشك في قدرته على مواجهة هذه المشاكل واتغلب عليها ويتوقع دائما حدوث الأسوأ لهذا لجأ إلى محاولة الانتحار عندما لم يتمكن من توقيف الشجار الذي قام بين أفراد أسرته.

• **نتيجة مقياس الاكتئاب :**

لقد قدرت درجة الاكتئاب لدى ياسين بـ 40 درجة على سلم بيك للاكتئاب، وهذا يعني أن الحالة يعيش اكتئاب شديد جدا الذي حددت درجته من 37 فأكثر، والدليل على ذلك العبارات التي تم اختيارها في هذا المقياس، مثلا: "إنني حزين بدرجة لا أستطيع تحملها"، "لا أستطيع البكاء حتى لو كانت لي رغبة في ذلك"، "أتمنى الموت إذا وجدت فرصة لذلك"، "أشعر أن المستقبل لا أمل فيه وأن الأمور لن تتحسن".

• **جدول تسجيل الأفكار:**

التاريخ	الموقف: أين كنت وماذا كان يحدث عندما شعرت بالضيق؟	الانفعالات (حزن، غضب، قلق...) مع تحديد شدته من 0% إلى 100%	الأفكار الذاتية (الأفكار والصور التي مرت بذهنك حينئذ؟ قدر اعتقادك في كل منها (من 0% إلى 100)	الاستجابات البديلة: استخدم الأسئلة التي في أسفل الصفحة لعمل استجابات للأفكار الذاتية. قدر اعتقادك في كل منها (من 0% إلى 100%)	النتيجة: أعد تقدير اعتقادك الذاتية والانفعالات المصاحبة لها (من 0% إلى 100%)
7/3/2018	ذهبت أمي لزيارة أهلها وعندما عادت للمنزل كنت نائما واستيقظت على صراخ جدتي كانت تلومها لأنها لم تستشرها ولم تطلب منها الذهاب معها.	غضب 100%	من بكري تبغي تتحكم فينا 100%	لازم نحترم جداتي بصح هذا مايعنيش نخليها تتحكم فينا 50%	90%

70%	هادي عمتي وكون نعايرها ابي يزحف مني وزيد نتسما ماي مربي 60%	مشي دايرتلي اعتبار تكلي انا مكاش غادي نعايرها 90%	حزين 90%	دخلت للمنزل كانوا راقدين لقيت عمتي تأكل في حقي تاع العشاء	7/9 2018
55%	تراجعت وقلبتلها الهدرة باش مانديرش مشكل 80%	خمنت نرد عليها نقولها مزيا ماشبهتكمش لا في الشكل ولا في العقلية 70%	غضب 80%	قاتلي جداتي انت ماشي شباب كيفنا شبهت أمك ماتسعاش الزين	7/16 2018
50%	نورمالمو كون مارديش عليها مهما كان راهي مرا كبيرة 80%	ماحسيتش بروحي ردبت عليها بالزعاف اصلا تستاهل اكثر من هاك	غضب 70%	كنت راقد جداتي بدأت تشكل في الهدرة قالتلي سيادك راهم ررافدين الديار مشي غي الماكلة والرقاد	7/20 2018
50%	مابقالي والو ونكمل ننجم نخدم بلا مانحيس قراية مين يكون عندي الوقت 90%	خمنت نحبس قرايا ونخدم على روجي باش مانبقاش نسمع في الهدرة 60%	غضب 70%	أبي شرالي لبسة قلعتلو جداتي قاتلو باقيلوش هذا كون هو راه يكسيك	7/27 2018
40%	قلت في راسي نورمال راهم عارفينها كبيرة 90%	نوض نحشمها كيما راهي محشمتي ونقوللهم جداتي يابسة "بخيلة" 40%	غضب 60%	جاو صحابي عندي ماما تهلات فينا وطيبينلنا القهوة جداتي حشمتي قدامهم وزعفت على ماما	8/5 2018

(جدول رقم 26)

• نتيجة إعادة تطبيق مقياس المخططات المعرفية بعد العلاج:

بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي بكل خطواتها قمنا بإعادة عرض مقياس

المخططات المعرفية على الحالة وكانت النتائج الخاصة بمخطط الحالة كالتالي:

الرقم	البند	العلامة
35	أشك في قدرتي على حل المشاكل اليومية	3
36	اتوقع دائما أن شيئا خطيرا قد يحصل	4
37	لدي شعور بأنه ستقع كارثة طبيعية او مالية أو جريمة أو مرض في أي وقت	3
38	أحشى من أن أتعرض للهجوم	3
39	أحشى من فقدان كل ما أملك والعيش في بؤس	3

(جدول رقم 27)

من خلال الجدول نلاحظ انخفاض ملموس في درجة الأفكار غير الوظيفية لدى الحالة وبتالي تراجع سيطرة المخطط على تفكير المفحوص وهذا ما لمسناه بوضوح من خلال ردود فعله اتجاه المواقف التي كانت تثير انفعالاته سابقا حيث أصبح يتعامل معها بعقلانية ودون تهويل الوضع، وقد تحصل على 16 درجة من أصل 30 وهذه نتيجة إيجابية مقارنة مع نتيجة التطبيق الأول للمقياس التي تحصل فيها على 28 نقطة وهنا نكون قد خطونا خطوة معتبرة في العلاج حيث تعود المفحوص على العمل وعلى عقلنة الأفكار غير الوظيفية من أجل تكيفها مع الواقع ويمكنها الاستمرار بهذا الشكل مع كل المواقف التي سيمر بها لاحقا.

• نتيجة اعادة تطبيق اختبار الاكتئاب بعد العلاج:

بعد تطبيق اختبار الاكتئاب للمرة الثانية بعد العلاج مع الحالة تحصل على 23 درجة من سلم بيك علما أنه في التطبيق الأول على 40 درجة من سلم بيك للاكتئاب، حيث انخفضت درجة الاكتئاب لديه من اكتئاب شديد جدا إلى اكتئاب متوسط حيث أصبح يتعامل بعقلانية مع المواقف الضاغطة وتقبل الوضع الذي يعيشه وأصبح يعتبرها أمور عادية قد تحصل في أي عائلة ومع أي شخص وأنه يجب أن يتقبل كل أفراد عائلته بكل عيوبهم.

• ورقة العمل على المعتقدات الأساسية:

المعتقد الأساسي القديم:

الدنيا هادي صعبية بزاف والمشاكل كل مرا تزيد تكبر واللي راه جاي أصعب ملي فات ومانقدر ندير والو باش نبدل حياتي وزيد كلهم يتحكمو فيا وفي أموري وما ننجم ندير والو كون لازم بابا هو لي يلقي الحل.

المعتقد الجديد:

حقا لا أستطيع تغيير تصرفات الآخرين ولا التدخل فيما سيحدث مستقبلا لكن على الأقل يمكنني التفكير بإيجابية وكذلك يجب أن لأركز في تصرفات الآخرين وأحاول تغيير

تصرفاتي أنا وأهتم بدراستي ومستقبلي فبنجاحي أستطيع تغيير حياتي وحياء أمي إلى الأفضل.

دلائل تبدو مؤيدة للمعتقد القديم مع تحفظ	دلائل تعارض المعتقد القديم وتؤيد المعتقد الجديد
<p>- عندما تكثر المشاكل تبدأ الافكار السلبية تدور في رأسي لكن أحاول التغلب عليها وتغييرها بأفكار إيجابية.</p>	<p>- أحاول أن لا أنزعج من تصرفات جدي فمهما كان أصبحت كبيرة وعليا احترامها. - وضعت في رأسي أن عمي ستتزوج يوما ما لهذا قلت لأمي لا تشغل نفسها بها. - تفرغت لدراستي لأن مستقبلي ونجاحي سيكون بعد اتمام دراستي. - كل ما وجدت وقتا اخرج مع أمي واختي للتنزه وأحيانا جدي أيضا لتوطيد العلاقات بينهم.</p>

جدول رقم (28)

2-1-1: الحالة الثانية:

• ملخص عن الحالة:

اسماعيل هو شاب يبلغ من العمر 21 سنة يعيش بإحدى ضواحي مدينة مستغانم يحتل المرتبة الثانية بين اخوانه بعد أخته الكبرى، يعيش مع عائلة متكونة من الأب والأم والاخت بالنسبة للأب هو بطل ويعاني من الشلل ومن داء السكري بالإضافة إلى الضغط المرتفع، أما الأم فهي أيضا لا تعمل حيث يعيشون في مستوى اقتصادي سيء.

يتحدث المفحوص عن السبب الظاهري للمحاولة الانتحارية فيقول أنه شجار مع الأخت لأنه طلب منها إحضار غرض فرفضت ما أدى إلى ضربها الشيء الذي أثار إزعاج كل أفراد العائلة بما فيهم الأم والأخت الكبرى التي يحترمها كثيرا، حيث قاموا بتوبيخه أشد التوبيخ ولكنه لم يستطع مواجهتهم، فدخل إلى الغرفة وتناول حوالة 25 حبة من الأدوية المختلفة (تم تقديرها بعد دخوله إلى المستشفى).

يشير المفحوص إلى أنه من خلال تناوله الدواء كان يرغب في إنهاء حياته لأنه يعيش حياة لا معنى لها مليئة بالمشاكل، فهم يعيشون بما يتصدق به عليهم من بعض الناس رغم أنه يبحث عن عمل لكنه لم يجد وهذا ما زاد الأمر سوءا حيث ذكر المفحوص أن والده يلزم الفراش منذ سبع سنوات بسبب المرض مما يجعله داما في حالة قلق الأمر الذي أثر على كل أفراد الأسرة وخاصة المفحوص.

أما بالنسبة للأم فيشير إلى أن علاقته بها ليست جيدة ويصفها بأنها عنيفة ولا يوجد أي حب أو حنان من قبلها اتجاهه بسبب ما تعانيه من ظروف صعبة فهي دائما تطالبه بالعمل وكذلك إحضار مصروف البيت، وفيما يخص إخوته فعلاقته بهم أيضا سيئة وحسب أقواله إنهم بعيدون عنه ولا يتواصل معهم كثيرا، ويشير أن الأقرب له من بين إخوته هي الأخت الكبرى وهي أخته من الأم والتي تأتي لزيارتهم من فترة لأخرى ولكنها ستزوج عن قريب وتنتقل لمكان بعيد عنهم حيث يقول "ماذا سأفعل من دونها"

ويرى المفحوص أنه تحمل مسؤولية البيت منذ كان في الثامنة من عمره لم يستطع إكمال دراسته رغم مستواه الجيد (أمي كانت دائما تقول روح تخدم) من أجل إحضار الدواء للأب.

كما يضيف المفحوص أن جميع أبواب العمل مغلقة في وجهه وكل ما يحصل عليه من المال لا يكفي حتى لمصروفه الخاص، بالإضافة إلى استغلال الناس له فهو يعمل طوال النهار مقابل مبالغ زهيدة، حيث أنه أصبح يعاني من العديد من الآلام في جسده بسبب العمل المتعب إنه يرى أن المجتمع لا يرحم وفقد الثقة في كل الناس.

أما فيما يخص مواجهته للمواقف الضاغطة في حياته فهو يقول بأنه دائما يلجأ للهروب والابتعاد عن الآخرين حيث يلجأ إلى تناول المخدرات والنوم.

• نتيجة مقياس المخططات المعرفية:

بعد تفريغ مقياس المخططات المعرفية الخاص بالحالة وجدنا أن النسب الأعلى في الاجابات كانت للأسئلة الخمسة المرقمة من 31 إلى 35 حيث كانت على النحو التالي:

الرقم	البند	العلامة
31	لا أشعر بالقدرة على حل مشاكل الحياة اليومية	6
32	تشكل لي مشاكل الحياة اليومية عبء ثقيل	6
33	أشعر بأني أفتقر إلى الحكمة	6
34	أفتقر إلى التحكيم السليم لمختلف المواقف الحياتية	6
35	أشك في قدرتي على حل المشاكل اليومية	6

(جدول رقم 29)

من خلال الجدول نلاحظ أن مجموع نقاط إجابات الحالة كانت تامة حيث تحصل على 30 من 30 نقطة وبهذا فإن **المخطط السائد عند الحالة هو "مخطط الحذر/ الاستغلال"** حيث لاحظنا أنه غير مستقر في علاقاته مع الآخرين وهذا ما لمسناه في علاقته مع أمه وقد توصل إلى هذا الشعور لأنه حمل عبئا ثقيلًا عليه وذلك بتحملة مسؤولية عائلته في سن مبكرة مما جعله يعتقد أنه مستغل من الآخرين خاصة مع الضغوطات التي تمارسها الأم عليه.

• نتيجة مقياس الاكتئاب :

لقد قدرت درجة الاكتئاب لدى اسماعيل بـ 39 درجة على سلم بيك للاكتئاب، وهذا يعني أن الحالة يعيش اكتئاب شديد جدا الذي حددت درجته من 37 فأكثر، والدليل على ذلك العبارات التي تم اختيارها في هذا المقياس "أني متعب لدرجة أنني لا أستطيع أن أقوم بأي عمل"، "أشعر أن المستقبل لا أمل فيه" و"أن الأمور لن تتحسن"، "لا أستمتع إطلاقاً بأي شيء في الحياة" إضافة إلى شعوره الدائم بالحزن والفتش في أداء مهمات بسيطة، وكذلك غضبه المستمر لأتفه الأسباب.

• جدول تسجيل الأفكار:

التاريخ	الموقف: أين كنت وماذا كان يحدث عندما شعرت بالضيق؟	الانفعالات (حزن، غضب، قلق...) مع تحديد شدته من 0% إلى 100%	الأفكار الذاتية (الأفكار والصور التي مرت بذهنك حينئذ؟) قدر اعتقادك في كل منها (من 0% إلى 100%)	الاستجابات البديلة: استخدم الأسئلة التي في أسفل الصفحة لعمل استجابات للأفكار الذاتية. قدر اعتقادك في كل منها (من 0% إلى 100%)	النتيجة: أعد تقدير اعتقادك الذاتية والانفعالات المصاحبة لها (من 0% إلى 100%)
08/12 2018	دخلت للدار مالفيتهمش مطيبين عشاء، قاتلي مكان والو.	حزن 100%	يا ربي دوك كي ندير نروح نسرق 90%	نتسلف شويا دراهم وكي نخدم نرجعهم 80%	90%
08/21 2018	كنت خدام مع بناء في نهاية الأسبوع قتلو خلصني قالي مشي ليوم وانا نحتاج دراهم	غضب 100%	باننلي نشعلها معاه ونعيبه باش يعرف شراه يدير 70%	هذي خبزتي ومالازمش نلعب بيها الله غالب ماعنديس خدمة اخرى نخدمها 80%	80%
08/28 2018	مرض "با" في الليل تغاشلانا مالفيتش شكون يديه للسبيطار وماعنديش باش نخلص الطاكسي	حزن 90%	غاضتني عمري وكرهت حياتي باننلي نرهج روجي ونريح من هاد الدنيا 60%	هذا مكتوب ربي وماعليا غير نصبر يجي نهار ويفرج ربي ان شاء الله 80%	75%
09/04 2018	خدمت في قهوة مولاها يعاملني كي العبد حاسبني مخدوم من الحديد نهار كامل وانا واقف والي غاضتني زعف عليا قدام الرجال	غضب 70%	بغيت نهرسلو الكيسان ونخرج في وجهه 50%	الحمد لله راني لقيت هاد الخدمة نلعبها ماسمعتش وصاي خير ملي نعشي لا خدمة لاوالو 70%	65%

09/10 2018	قالي مول القهوة راني كل مرة نلتاك مجمع وتتكيف ستف روحك ولا نكمل معاك	غضب 70%	بغيت نقولو انتوما بروحكم تحقرو اللي ماعندوش دوك أنا نكمل معاك مشي أنت 40%	سكت وخليتو وقلت بصح قلت لازم نلقا وحدخرا خدمو ماننجمش نحمل هاد الذل 70%	60%
09/16 2018	عرضو عليا جماعة لي كنت نشري عليهم الزطلة نخدم معاهم	قلق 60%	بانتي نخدم خدمة مافيهاش التعب والربح أكيد 40%	خمنت في دارنا شكون بيهم كون ندخل للحبس وخواتاتي أكيد يخرجو طريق بلايبا ماشي هذا هو الحل 90%	40%
09/27 2018	تلاقيت صاحبي تاع الصغر راه خدام وبخير عليه كي شاف حالتي مدلي شويا دراهم	حزن 70%	كرهت حياتي غاضتني عمري قلت غي أنا لي راني نعاني الدنيا كامل عايشين حياتهم 50%	استغفرت ربي وقلت الحمد لله على الصحة كايين لي راهم أكثر مني 100%	30%

(جدول رقم 30)

• نتيجة إعادة تطبيق مقياس المخططات المعرفية بعد العلاج :

بعد إعادة عرض مقياس المخططات المعرفية على المفحوص تحصلنا على النتائج

الموضحة في الجدول التالي:

الرقم	البند	العلامة
31	لا أشعر بالقدرة على حل مشاكل الحياة اليومية	4
32	تشكل لي مشاكل الحياة اليومية عبء ثقيل	4
33	أشعر بأنني أفتر إلى الحكمة	3
34	أفتر إلى التحكيم السليم لمختلف المواقف الحياتية	3
35	أشك في قدرتي على حل المشاكل اليومية	3

(جدول رقم 31)

نذكر أن المفحوص تحصل على 30 درجة في التطبيق الأول للمقياس بالنسبة

لمخطط "الحدز/التبعية" أما في التطبيق الثاني للمقياس فقد تحصل على 17 درجة وهذا

تقدم لأبأس به ويعني أن الحالة تمكن من التعرف على أفكاره غير الوظيفة وهو يحاول

الآن تكييفها مع الواقع الذي يعيشها لكي لا يعرض نفسه للضغط أكثر.

• نتيجة اعادة تطبيق اختبار الاكتئاب بعد العلاج :

تحصل الحالة بعد فترة من العلاج على 14 درجة من سلم بيك للاكتئاب، بينما كنت درجة الاكتئاب لديه قبل العلاج 39 حيث انتقل من درجة الاكتئاب الشديد جدا، إلى درجة الاكتئاب البسيط مع العلم أنه كان مواظبا على واجبات العلاج وكذلك الجلسات وهذا ما ساعده على الانتقال هذه النقطة الايجابية في درجة الاكتئاب، وكان ذلك واضحا من خلال القرارات الايجابية التي اتخذها حيث قرر الوقوف مع عائلته وإعانتهم إلى أن يصل بهم إلى بر الأمان.

• ورقة العمل على المعتقدات الأساسية:

المعتقد الأساسي القديم:

أنا معشش حياتي كل الناس تستغلني يخمو غي في رواحهم حتى واحد مايخم فيا حاسبيني ربو مانعيا مانحس.

المعتقد الجديد:

صح الوقت لي رانا فيه واعر وصعيب والمجتمع مايرحمش بصح لازم نكون صنديد ونواجه المشاكل تسما أنا راني الراجل تاع الدار من بعد ما مرض "با" على هذا عايلتي أمانة في رقبتي وكى يتكلو عليا هذا يعني راهم دايرين أملمهم وثقتهم فيا وما لازم نخيبهم.

دلائل تبدو مؤيدة للمعتقد القديم مع تحفظ	دلائل تعارض المعتقد القديم وتؤيد المعتقد الجديد
<p>- مين نتعب بزاف نقنط ونقول علاه غي أنا لي نعاني.</p> <p>- مين مانجبش نجيب لدارنا واش يحتاجو نقول هاذو علاه مايحسنوش عوني أنا مانيش مجبور بيهم.</p>	<p>- لازم نجيب الخبزة وينما كانت يالوكان نخدم "زبال" المهم نجيبها بالحلال.</p> <p>- تأكدت بلي عايلتي مش قصدهم يستغلوني كون "با" ماممرضش كون ماصراليش هكا.</p> <p>- راني نبعد على المخدرات وبديت نقص حتى من الدخان.</p> <p>- دوك نزوج خياتي ونريح وبتكاكا بروحي.</p>

(جدول رقم 32)

3-2-1: الحالة الثالثة:

• ملخص عن الحالة:

الحالة سيد احمد الذي يبلغ 35 سنة من العمر عاش طفولته وسط عائلة فقيرة في شقة ضيقة ولم يتمكن من اتمام دراسته لأن نتائجه كانت غير مرضية وكان كل مرة يكرر السنة وبعد بلوغه السن المحددة في المدرسة الابتدائية تم فصله، يعيش في ديار الهناء أحد العمارات القديمة الأيلة إلى للسقوط أثناء التسجيلات الاحصائية سنة 2013 تم تسجيل المفحوص على أنه عازب لكنه بعدها تزوج وأصبح لديه طفل وهنا زادت مشاكله لأن السكن ضيق، لهذا قام بكراء محل بمبلغ رمزي بغرض العيش فيه رفقة زوجته وابنه علما أنه عامل يومي "بحري".

في تلك الفترة بدأت اللجنة السكنية بإحصاء العائلات الموجودة بهذه المحلات وحينها طلب منه صاحب المحل الخروج من المحل ليستفيد هو من السكن الاجتماعي حيث نشب بينهما مناوشات وصراعات وأصبح يضغط عليه كي يخرج، فلم يجد مكان يأويه هو وأسرته ورفضت الزوجة الذهاب لأهلها لأنها تزوجت دون رضاهم، فاضطر للعودة إلى بيت أهله وبعد فترة قصيرة تم توزيع السكنات على كل سكان هذه العمارات لكن المشكل أن الحالة لم يتحصل على سكن خاص بل طلب منه الانتقال رفقة بقية العائلة التي تتكون من الأب والأم وثلاثة إخوة ذكور والأخت وهذا ما أثار غضبه وهدد بأن يفعل شيء بنفسه لكن لم يعيروه اي اهتمام وما زاد الطين بلة أن جارهم حاز على سكن خاص وكذلك والديه على سكن آخر.

هنا ثار المفحوص وأراد أن يرمي نفسه من أعلى العمارة لكن رجال الحماية المدنية تمكنوا من منعه وتظاهر أنه لن يكرر هذا ودخل للمنزل وقام بقطع شريانه حيث تم اسعافه مباشرة لأن السلطات المحلية كانت متواجدة وكذلك الشرطة والحماية المدنية وهذا ما منحه فرصة جديدة للحياة وتم تقديم وعود بمنحة سكن خاص بعد دراسة ملفه، وانتشرت أخبار أنهم سيقومون بتوزيع سكنات أخرى على بعض الحالات الاستثنائية، هنا انتقل للعيش رفقة أهله على أمل حصوله على سكن في أقرب فرصة.

• نتيجة مقياس المخططات المعرفية:

بعد تفريغ مقياس المخططات المعرفية الخاص بالحالة وجدنا أن النسب الأعلى في الاجابات كانت للأسئلة الخمسة المرقمة من 16 إلى 20 حيث الدرجات كانت كما هو موضح في الجدول التالي:

الرقم	البند	العلامة
16	أنا أختلف عن الآخرين	6
17	أجد صعوبة في التكيف بحكم أنني أختلف عن الآخرين	5
18	أشعر بأنني شخص وحيد	6
19	أشعر أنني غريب عن الآخرين	6
20	أشعر أنني خارج الجماعات	6

(جدول رقم 33)

من خلال الجدول نلاحظ أن مجموع نقاط إجابات الحالة كانت 29 من 30 نقطة وبهذا فإن المخطط السائد عند الحالة هو "مخطط العزلة الاجتماعية" وهو ما ولد له أفكار غير وظيفية بأنه شخص يختلف عن الآخرين وأنه وحيد في هذه الدنيا ولا يجد من يسانده وهو يشعر أنه غريب عن الآخرين ولا يستطيع التكيف معهم، وهذا ما دفعه لمحاولة الانتحار عندما تعرض للموقف الضاغط الذي أكد له حقيقة مخطئه المعرفي بعدما أحس أنه حقا منبوذ من المجتمع ولم يتمكن من أخذ أبسط حقوقه في العيش تحت سقف يحميه هو وأسرته الصغيرة.

• نتيجة مقياس الاكتئاب :

لقد قدرت درجة الاكتئاب لدى سيد أحمد بـ 47 درجة على سلم بيك للاكتئاب، وهذا يعني أن الحالة يعيش اكتئاب شديد جدا الذي حددت درجته من 37 فأكثر، والدليل على ذلك العبارات التي تم اختيارها في هذا المقياس، مثلا: "أتمنى الموت إذا وجدت فرصة لذلك"، "إنني حزين بدرجة لا أستطيع تحملها"، "لا أستطيع البكاء حتى لو كانت لي رغبة في ذلك"، ويبدو هذا واضحا من ملامح الحالة حيث يعيش حالة حزن وأسى.

• جدول تسجيل الأفكار:

التاريخ	الموقف: أين كنت وماذا كان يحدث عندما شعرت بالضيق؟	الانفعالات (حزن، غضب، قلق مع تحديده من شدته من 0% إلى 100%)	الأفكار الذاتية (الأفكار والصور التي مرت بذهنك حينئذ؟ قدر اعتقادك في كل منها (من 0% إلى 100%)	الاستجابات البديلة: استخدم الأسئلة التي في أسفل الصفحة لعمل استجابات للأفكار الذاتية. قدر اعتقادك في كل منها	النتيجة: أعد تقدير اعتقادك الذاتية والانفعالات المصاحبة لها
08/12/2018	حاولت الدخول عند رئيس الدائرة باش نستخبر عن المستجدات مااستقبلنيش	غضب 100%	خمنت نشعل فيه النار هو واللي معاه 85%	غادي نضيع حياتي وحية ولدي 80%	90%
08/21/2018	بداو المشاكل تاع النسا دايزت مرتي مع ما	غضب 100%	خمنت نرفد قشي وندبر على روعي نكري ونهني راسي 80%	الكراء راه غالي وماعنديش باش نخلص 90%	85%
08/28/2018	خويا قالي ناوي نتزوج قصدو يحاوزني باش يستبيت هو	حزن 90%	باننلي نقلعو هادي الدار نسالوا فيها كيف 75%	درت حساب الشيباني راه مريض وماليقلوش الزعاف 80%	70%
	كل ماندخل للدار تبداني بالشيكيات على مشاكلها مع ما	غضب 70%	راسي راه يقولي نطلقها ونتهني 50%	هذا ماهوش حل نيتم ولدي وانا حي 85%	65%
09/10/2018	وصلتني أخبار لي ماعطاولوش السكنة المرة الاولى غي مايستناش يمدولو	غضب 70%	كرهت حياتي راسي راه يقولي نحرق في بوطي 50%	ومين نحرق ولدي شكون بيه واك حتى ماليها مايقبلوهاش 70%	50%
09/16/2018	خويا بدا يجهز في روحو وزاد الضغط عليا	قلق 60%	ماعلاباليش بيه حقهم يدبرو عليا ومن بعد يخمو يزوجه 55%	راني كبير أنا ندبر على روعي لازم نخرج بالوكان ندير بركة 75%	45%
09/27/2018	خيمت مع الجماعة لي كانوا مخيمين وانا نستتاو في الحل	حزن 70%	بيا غي وليدي الصغير مايحملش البرد والتمرميدة راني بين نارين الله غالب هادي بلادنا حكمو علينا نعيشو في الذل 60%	مالقيتش حل غير نخلي ولدي عند يما ونبقى أنا وداري في الزنقا باش نحركو جماعة النهار والشروق بلاك 80% يلقاوناحل	45%

(جدول رقم 34)

• نتيجة إعادة تطبيق مقياس المخططات المعرفية بعد العلاج :

بعد تطبيق الحالة لخطوات العلاج المعرفي قمنا بإعادة عرض مقياس المخططات المعرفية على المفحوص حيث تحصلنا على النتائج الموضحة في الجدول التالي:

الرقم	البند	العلامة
16	أنا أختلف عن الآخرين	5
17	أجد صعوبة في التكيف بحكم أنني أختلف عن الآخرين	4
18	أشعر بأني شخص وحيد	4
19	أشعر أنني غريب عن الآخرين	3
20	أشعر أنني خارج الجماعات	3

(جدول رقم 35)

من خلال الجدول نلاحظ أن المفحوص قد خطى خطوة معتبرة في العلاج حيث نلاحظ أن حدة الافكار غير الوظيفية بدأت تتضاءل وأن درجة المخطط المعرفي انخفضت بنسبة معتبرة علما أنه تحصل في التطبيق الاول للمقياس على 29 نقطة من 30 في "مخطط العزلة الاجتماعية" أما في المرة الثانية فقد تحصل على 19 نقطة، وخير دليل على هذا التغيير هو أن الحالة بدأ يتفاعل مع الناس من حولة خاصة من كانت لهم نفس مشكلته من أجل العمل معا لحل مشكلتهم بشكل عقلاني وهنا نأكد أن الحالة لم يعد يجد صعوبة في التكيف مع الآخرين كما في السابق.

• نتيجة إعادة تطبيق اختبار الاكتئاب بعد العلاج:

بعد اتمام فترة العلاج المحددة قمنا بإعادة تطبيق مقياس الاكتئاب على الحالة حيث تحصل هذه المرة على 19 درجة من سلم بيك للاكتئاب علما أنه في التطبيق الأول للاختبار تحصل على 47 درجة وكانت هذه نقلة معتبرة من درجة الاكتئاب الشديد جدا إلى درجة اكتئاب متوسط حتى أنه بدى واضحا في كلامه وطريقة تفكيره وأصبح أكثر إيجابية في تعامله وتعاونه مع الآخرين.

• ورقة العمل على المعتقدات الأساسية

المعتقد الأساسي القديم:

الدنيا هاذي واعرة بزاف والناس ولاو صعاب ومايتآمنوش والحيط لي تميل عليه تلقاه راشي وماكاش لي تجم تتكل عليه يعونك في هاذ الدنيا تصيب روحك متخابط معا غي لوحدك.

المعتقد الجديد:

صحيح أننا نعيش في زمن صعب وقليل لي يتمنى الخسر لخوه في هذا الزمان بصح تعلمت بلي الدنيا عمرها ماتخلى ومازال كاين الخير ومازالو الرجال الي يوقفو وقت المخاين الكبار وزيد اليد وحدها ماتصفقش ولا بد نتعلم نختار الناس لي يكونو محل ثقة.

دلائل تعارض المعتقد القديم وتؤيد المعتقد الجديد	دلائل تبدو مؤيدة للمعتقد القديم مع تحفظ
<ul style="list-style-type: none"> - رانا مضامين مع ولاد الكارتي لي صرالهم كيما أنا. - تفاهمنا باش مانسكتوش على حقنا. - الحمد لله دارنا راهم واقفين معايا بيلا ما عطاوني السكنة. 	<ul style="list-style-type: none"> - خطراتش نحس بلي راني نطبل في الماء وحتى واحد مايسمعنا يمدولنا غير في الوعود الكاذبة باش يسكتونا.

(جدول رقم 36)

2- مناقشة نتائج الدراسة:

قبل البدء في مناقشة نتائج الدراسة سنقوم بعرض الجدول التالي الذي يلخص لنا الحالات المدروسة ونتائج المقاييس التي تم تطبيقها قبل وبعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي:

الصف	رقم الحالة	السن	المستوى الدراسي	الحالة الاجتماعية	الوسيلة المستعملة في محاولة الانتحار	المخطط المعرفي	درجة المخطط قبل العلاج	درجة المخطط بعد العلاج	درجة الاكتئاب قبل العلاج	درجة الاكتئاب بعد العلاج
الصف الأول (إناث)	الحالة 1	20 سنة	الثانية متوسط	عزباء	شرب ماء Acide	النقص العاطفي	30	18	30	21
	الحالة 2	31 سنة	الأولى متوسط	متزوجة	شرب ماء الجافيل	التبعية وعدم الكفاءة	30	16	38	22
	الحالة 3	23 سنة	الثانية جامعي	عزباء	رمت نفسها في البئر	التخلي واللااستقرار	30	24	53	34
الصف الثاني (ذكور)	الحالة 1	21 سنة	طالب جامعي	أعزب	تناول كمية من الأدوية	التبعية وعدم الكفاءة	28	16	40	23
	الحالة 2	21 سنة	الثالثة متوسط	أعزب	تناول كمية من الأدوية	الحذر/ الاستغلال	30	17	39	14
	الحالة 3	35 سنة	الأولى متوسط	متزوج	قطع شربانه	العزلة الاجتماعية	29	19	47	19

(جدول رقم 37)

2-1: مناقشة الفرضية الأولى:

" يوجد لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار أفكار غير وظيفية" لكي نتحقق من صحة هذه الفرضية أو ننفينا اعتمادنا على مقياس المخططات المعرفية الذي من خلاله يتم تحديد المخطط وبالتالي يتم التعرف على الأفكار غير الوظيفية، وبعد عرضنا لهذا المقياس على الحالات توصلنا إلى نتيجة مفادها أن كل الحالات التي درسناها وبدون استثناء لديها مخطط معرفي معين وكانت النتيجة على النحو التالي:

بالنسبة للحالة الأولى من الصنف الأول (إناث) وجدنا أن المخطط السائد لديها هو مخطط "النقص العاطفي ED" حيث تحصلت فيه على الدرجة الكاملة وهي 30 نقطة من 30 والأفكار غير الوظيفية التي تدرج تحت هذا المخطط هي اعتقاد الحالة الدائم أنها لم تجد من يرها ويساندها ويقلق عليها وأنه لا يوجد من يمنحها العاطفة والحنان وأنها ليست عزيزة بالنسبة للآخرين، ولا يوجد من يسمعها ويفهمها ويهتم لحاجاتها ومشاعرها، وكذلك هي تعتقد أنه لا يوجد من يقدم لها النصح والإرشاد، وهذا ما تجسد من خلال علاقتها مع خطيبها الذي كانت متعلقة به بشدة وكانت مستعدة لفعل أي شيء فق كي لا يتخلى عنها، لأنها كانت تعتقد انها سيعوضها عن الحب والحنان الذي افتقدتها في حياتها، ومشاكلها معها كانت هي الموقف المفجر الذي دفعها إلى محاولة الانتحار عدة مرات لكي تلفت انتباهه وتضمن بقائه دائما بجانبها وكانت تضع نفسها بين خيارين إما الموت أو البقاء مع من تحب.

أما عن الحالة الثانية فتحصلت على أعلى درجة في مخطط "التبعية وعدم الكفاءة DI" حيث كانت درجته 30 من 30 كأقصى حد، وهو يجسد الأفكار الوظيفية التالية: شعور بعدم القدرة على حل مشكلات الحياة اليومية التي تشكل بالنسبة لها عبء ثقيل وكذلك شعورها بأنها تفنقر إلى الحكمة وإلى التحكيم السليم. وهذا ما أدى إلى تأزم الأمور أكثر في علاقتها مع زوجها الذي كانت تتأمل أن يكون هو سندها في الحياة لكن بتسلطه

عليها وتعنيفه لها أكد لها أن كل اعتقاداتها كانت صحيحة مما تحاول الهرب تارة والانتحار تارة أخرى،

وفيما يخص الحالة الثالثة من هذا الصنف فدرجتها الأعلى كانت من نصيب مخطط "التخلي والاستقرار AB" حيث حصلت هي الأخرى على العلامة الكاملة (30 درجة) وكانت تشعر باليأس بمجرد تفكيرها بفقدان شخص عزيز، وتعيش حالة من القلق الشديد خوفاً من أن يهجرها الآخرين، وتحققت كل هذه المخاوف عندما تخلى عنها الشخص الذي أحبته مما جعلها تدخل في حالة اكتئاب دفعها إلى تجربة انتحار عنيفة برمي نفسها في البئر.

وفي الصنف الثاني (الذكور) تحصل الحالة الأولى على أعلى درجة وهي 28 من 30 نقطة في مخطط "التبعية وعدم الكفاءة DI" وكانت أفكاره غير الوظيفية تدور حول عدم القدرة على حل المشاكل اليومية حيث كانت تشكل بالنسبة له عبء ثقيل وهو يعتقد أنه يفتقر للتحكيم السليم في مختلف المواقف وهذا ما جعله يلجأ إلى محاولة الانتحار عندما تفاقمت المشاكل بين والديه حين وجد نفسه غير قادر على فعل أي شيء فرأى أن الانتحار هو أحسن حل.

أما الحالة الثانية من هذا الصنف فتحصل على الدرجة الكاملة في مخطط "الحذر/الاستغلال MA" فهو، ويشك في نوايا الآخرين ويستشعر نواياهم السيئة.

أما بالنسبة للحالة الثالثة من الصنف الثاني فقد تحصل على 29 نقطة كأعلى درجة في مخطط "العزلة الاجتماعية SI" وتتمثل أفكاره غير الوظيفية بشعوره أنه مختلف عن الآخرين حيث يرى أنه يجد صعوبة في التكيف بسبب هذا الاختلاف وأنه شخص وحيد وغريب عن الآخرين.

ومن خلال ما تطرقنا إليه نصل إلى نتيجة مفادها أنه يوجد لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار أفكار غير وظيفية ومن هنا نستطيع القول أن فرضية البحث الأولى قد تحققت مع

كل الحالات التي قمنا بدراستها مع الاختلاف في نوع وطبيعة هذه الأفكار وفق خصوصية كل حالة.

2-2: مناقشة الفرضية الثانية:

"الأفكار غير الوظيفية لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار تساهم في ظهور الاكتئاب" بعد تطبيقنا لمقياس المخططات المعرفية على الحالات وجدنا أن كل حالة لديها مخطط معرفي مبكر وغير مكيف معين، وبهذا تأكدنا أن هذه الحالات لديها أفكار غير وظيفية علما أن علما أن الأفكار هي وليدة المخطط المعرفي المبكر، وللإجابة على فرضيتنا الثانية التي تنص على أن الأفكار غير الوظيفية لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار تساهم في ظهور الاكتئاب" اعتمدنا على اختبار الاكتئاب لـ: بيك Beck حيث تحصلنا على النتائج التالية:

بالنسبة للحالة الأولى من الصنف الأول (إناث) تحصلت على 30 درجة وهذا يعني أن لديها اكتئاب شديد الذي تتراوح درجته ما بين 24 إلى 30 درجة من سلم Beck للاكتئاب، بينما تحصلت الحالة الثانية من هذا الصنف على 28 درجة من مقياس بيك Beck للاكتئاب وبهذا فهي أيضا تعاني من اكتئاب شديد، وتحصلت الحالة الثالثة على 53 درجة وهذا يدل على أن مستوى الاكتئاب عندها أكثر حدة من مستوى اكتئاب الحالتين السابقتين فهي تعاني من اكتئاب شديد جدا الذي حددت درجته من 37 فأكثر.

أما عن الصنف الثاني فقد تحصلت المفحوص الأول على 40 درجة فهو يعاني من اكتئاب شديد جدا، أما المفحوص الثاني فتحصل على 39 درجة من سلم بيك Beck وهذا يعني أنه يعاني من اكتئاب شديد جدا، أما بالنسبة للمفحوص الثالث من الصنف الثاني فقد تحصل على 47 درجة من سلم بيك Beck وبالتالي هو كذلك يعاني من اكتئاب شديد جدا.

ومن هنا نلاحظ أن جميع الحالات من كلا الصنفين كان لديها اكتئاب مع اختلاف في الدرجات، وهذا ما بدى واضحا من خلال الحوار الذي دار مع الحالات أثناء المقابلات

الأولى حيث تجسد من خلال المظهر العام للحالات من حيث الإهمال في المظهر، وكذلك من خلال الحوار وأسلوب التعبير التشاؤمي للحالات.

ومن خلال هذه النتائج نكون قد أكدنا الفرضية الثانية حيث أنه وجدنا فعلا أن وجود تلك الأفكار غير الوظيفية ساهم في ظهور الاكتئاب لدى الحالات التي تم دراستها نتيجة التراكمات التي ولدتها هذه الأفكار بعد استدامها بالواقع والمواقف المفجرة التي مرت بها الحالات من خلال تفاعلها مع المجتمع ومحاولاته المستمرة لتأكيد المخطط المعرفي المبكر لديها جعلها تحاول جاهدة الابتعاد هذا المخطط تارة ومواجهتها تارة أخرى وكانت في أغلب الأحيان مواجهات فاشلة لأنها لا تتكيف مع متطلبات المحيط وبالتالي تولد مشاعر الحزن والغضب مما أدى إلى ارتفاع درجة الاكتئاب لدى هذه الحالات. وهذا على عكس ما جاء به "فرانسوان دافينسون وماري شوكي عام 1974 في دراسة وبائية عن محاولة الانتحار حيث توصلوا إلى نتيجة مفادها أن 55% من الحالات لم يفكروا من قبل في الانتحار وأنه قد تم بصورة اندفاعية وأن حوالي 20% فقط أقروا بأنهم فكروا في هذه المحاولة قبل بضعة أسابيع، و8, 5% منهم فكروا فيها قبل أقل من أسبوعين و11% من أسبوعين إلى 8 أسابيع وهذا يعني أن أكبر نسبة من الحالات لم يكن لديهم تفكير مسبق في محاولة الانتحار وهذا ما يدل بالضرورة على عدم وجود الأفكار غير الوظيفية بل من الممكن أن المخطط كان هامدا في انتظار الموقف المفجر. (بولحبال نوار مربوحة، 2004)

وأرجع "بورو Porot" (1986) , Porot محاولة الانتحار إلى الوسط الأسري المضطرب وهنا نرجح احتمال أن هذا الوسط المضطرب هو الذي ساهم في ظهور المخطط السلبي المبكر من خلال أساليب التربية الخاطئة التي تلقنتها الحالات، وينفي "دوركاييم (1930) Durkheim كل هذا حيث يرى أنه لا يمكن ارجاع ظاهرة الانتحار إلى عوامل نفسية مرضية أو إلى عامل الوراثة أو التقليد أو الشعور بالفشل أو إلى أي دافع شخصي آخر، بينما يؤكد "ترافاتوف Travatof" (1988) , Travanof أن كل هذه

العوامل قد تؤدي إلى الانتحار من طلاق وتحضر مما يجعل الفرد يشعر بالاغتراب ويقدم على الانتحار.

بينما يرجع "الجوشي" في دراسة نفسية اجتماعية للسلوك الانتحاري، أن الظروف المباشرة المقترنة بالسلوك الانتحاري والتي من أهمها المشاكل والخلافات الأسرية والأزمات الحادة الناجمة عن انقطاع مفاجيء لعلاقة وثيقة (حب أو زواج). (بولحبال نوار مربوحة، 2004)

وبالرغم من أن كل هذه الدراسات لم تذكر الأفكار غير الوظيفية بصورة صريحة، إلا أن كل هذه الظروف والأسباب التي تطرق إليها الباحثون هي بدورها قد تكون سببا رئيسيا في تولد أو ظهور الأفكار غير الوظيفية لدى أغلب الحالات التي حاولت الانتحار.

2-3: مناقشة الفرضية الثالثة :

« هناك فرق في درجة المخطط المعرفي لدى الشباب الذين حالوا الانتحار قبل وبعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي »
قبل مناقشة هذه الفرضية سنقوم بعرض نتائج مقياس المخططات المعرفية قبل وبعد العلاج في الجدول التالي :

الصف	رقم الحالة	المخطط المعرفي	درجة المخطط قبل العلاج	درجة المخطط بعد العلاج
إناث	ح 1	مخطط النقص العاطفي	30 / 30	30 / 18
	ح 2	مخطط التبعية وعدم الكفاءة	30 / 30	30 / 16
	ح 3	مخطط التخلي والإستقرار	30 / 30	30 / 24
ذكور	ح 1	مخطط التبعية وعدم الكفاءة	30 / 28	30 / 10
	ح 2	مخطط الحذر/الإستغلال	30 / 30	30 / 17
	ح 3	مخطط العزلة الإجتماعية	30 / 29	30 / 19

(جدول رقم 38)

من خلال الجدول نلاحظ أن جل الحالات عرفت انخفاضا في درجة المخطط بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي . لكن هذا الانخفاض كان بدرجات متفاوتة، حيث نرى أن الحالة الأولى من الصنف الأول تحصلت على 18 درجة في مخططها المتمثل في "مخطط النقص العاطفي" علما أنها قبل العلاج تحصلت على الدرجة الكاملة وهي 30 من 30 وهذا الانخفاض بدى جليا في طريقة تفكيرها وردود أفعالها اتجاه المواقف الضاغطة لدرجة حيث بدأت تفكر بطريقة إيجابية تتماشى مع الواقع الذي تعيشه وتزوجت بالشخص الذي تحبه لكنها مازالت تحاول التغيير إلى الأحسن وهي تبحث عن عمل لتأكد لنفسها أنها ليست بحاجة للأخرين وأنها قادرة على تحمل أعباء الحياة دون الاتكال على الآخرين .

أما الحالة الثانية من الصنف الأول الذي كان مخططها "مخطط التبعية وعدم الكفاءة"، حيث تحصلت قبل الخضوع للعلاج وتطبيق كل خطواته عرفت انخفاضا معتبرا في درجة المخطط، حيث تحصلت على 16 درجة وهذا يعتبر إنجازا في مثل حالتها مع العلم أنها أصبحت قادرة على اتخاذ قرارات مهمة في حياتها دون الشعور بالتبعية للأخرين، وبكل جرأة قامت بخلع الزوج الذي كان يستغل تبعيتها له بممارسة كل أساليب العنف عليها وعلى أبنائه وقررت أن تتحمل مسؤولية تربية أبنائها لوحدها كي لا يعيشوا نفس المعاناة التي عاشتها، وهي تحاول الآن أن توفر لهم حياة أفضل.

وفيما يخص الحالة الثالثة من صنف الإناث فقد عرفت انخفاضا بسيطا في درجة المخطط مقارنة مع الحالتين السابقتين إذ تحصلت على 24 درجة من "مخطط التخلي والاستقرار" وهذه الدرجة تعتبر غير كافية لتحقيق التغيير الجذري في أسلوب التفكير لكن هذا لا يعني أن الحالة لم تعرفا تقدما في مراحل العلاج وهذا ما يبدو جليا في الخطوات التي مشتها في حياتها حيث قررت نسيان الشخص الذي كان تعتقد أن الحياة لن تستمر بدونها وهي الآن تركز على النجاح في دراستها وتحاول بناء حياة عاطفية جديدة مع الشخص الذي تقدم لخطبتها وهذا يتطلب المزيد من المجهود والمواظبة على طريقة العلاج المعرفي السلوكي لتفادي الرجوع إلى نقطة البداية .

وبالنسبة للصنف الثاني من الحالات وهو صنف الذكور فنلاحظ إخفاض معتبر في درجة "مخطط التبعية وعدم الكفاءة" لدى الحالة الأولى حيث تحصل بعد العلاج على 16 درجة علما أن درجته قبل العلاج 28 درجة وبهذا يكون قد خطى خطوة معتبرة في العلاج ويتضح ذلك من خلال تصرفاته مع أكثر شخص كان يسبب له الإزعاج وهي جدته التي ايقن نه عليه احترامها، وتفرع لدراسته لأنه أصبح على دراية أنها مفتاح نجاحه في المستقبل .

وقد تحصل الحالة الثانية من الصنف الثاني على 17 درجة من "مخطط الحذر / الإستغلال"

بعد العلاج وهي درجة متحفظة مع درجته في تطبيق المقياس قبل العلاج حيث تحصل في التطبيق الأول على الدرجة الكاملة وهي 30 درجة، بالإضافة إلى أنه تأكد بأن عائلته لم يكن غرضها استغلاله لكن الظروف المعيشية التي تمر بها العائلة ومرض الأب هو الذي حتم عليه تحمل المسؤولية كونه الذكر الوحيد بين أخواته ولقد تقبل الأمر ويطمح الآن لتزويج أخته ووضعها إلى المكان المناسب لهما .

أما الحالة الثالثة فقبل العلاج قد تحصل على 29 درجة في "مخطط العزلة الاجتماعية" وكان يرى أن المجتمع لم يعطه حقه وأنه مضطهد من قبل المجتمع لكن بعد العلاج تحصل على 19 درجة وأصبح أكثر تفاعلا مع محيطه حيث تضامن مع أهل الحي الذين يشاركونه نفس المشكل من أجل التعاون على إيجاد الحلول المناسبة واتخاذ كل الإجراءات اللازمة من أجل الحصول على سكن لائق .

ومن خلال عرضنا لهذه النتائج يمكننا القول ان الفرضية الثالثة قد تحققت والدليل على ذلك انخفاض درجة المخطط المعرفي لدى كل الحالات رغم أن الحالة الثانية في الصنف الأول كانت نسبة الانخفاض عندها ضئيلة لكن مع الاستمرارية ومواصلة العلاج يمكن الحصول على نتائج أفضل وبهذا نستطيع أن نوكد على أنه هناك الفرق في درجة المخطط المعرفي لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار قبل وبعد تطبيق برنامج العلاج

السلوكي، وهذا على غرار ما جاء به راش وبيك بالرجوع إلى الدراسات السابقة 1977 Ruech et Beck في دراسة مقارنة لفعالية العلاج الدوائي (الأميرامين)، والعلاج المعرفي السلوكي في علاج متعالي الاكتئاب الخارجين (أي الغير مقيمين بالمستشفى) حيث أكدت النتائج ان العلاج المعرفي أظهر تحسنا أكبر بشكل مهم في الأعراض الاكتئابية عن متعالي العلاج الدوائي .

ودراسة صبرينة عربي 2012 تحت عنوان "مدى فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية أساليب التعامل الإيجابية مع الضغوط المهنية لدى الممرضين بالجزائر التي توصلت إلى نتيجة مفادها أن الأساليب الأكثر إستخداما هي أسلوب حل المشكلات وأسلوب الرفض، وتوصلت كذلك إلى فعالية العلاج التدريبي في إدارة الضغوط النفسية المهنية لدى الممرضات .

2-4: مناقشة الفرضية الرابعة:

« هناك فرق في درجة الاكتئاب لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار قبل وبعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي».

من خلال عرضنا للجدول التالي الذي يمثل نتائج اختبار الاكتئاب قبل وبعد تطبيق العلاج المعرفي السلوكي مع الحالات سنتمكن من مناقشة فرضيتنا بدقة ووضوح.

الصف	رقم الحالة	درجة الاكتئاب قبل العلاج	درجة الاكتئاب بعد العلاج
الصف الأول (إناث)	الحالة 1	30 اكتئاب شديد	21 اكتئاب متوسط
	الحالة 2	38 اكتئاب شديد	22 اكتئاب متوسط
	الحالة 3	53 اكتئاب شديد جدا	34 اكتئاب شديد
الصف الثاني (ذكور)	الحالة 1	40 اكتئاب شديد جدا	23 اكتئاب متوسط
	الحالة 2	39 اكتئاب شديد جدا	14 اكتئاب بسيط
	الحالة 3	47 اكتئاب شديد جدا	19 اكتئاب متوسط

رغم أن درجة الاكتئاب كانت متفاوتة من حالة لأخرى لكن يبدو واضحا انخفاض شدة الاكتئاب لدى كل الحالات بعد تطبيق العلاج المعرفي السلوكي والمواظبة على كل

خطواتها في حياتهم اليومية حيث انخفض لدى الحالة الاولى من الصنف الأول بـ: 9 درجات فبعدها كان لديها اكتئاب شديد بـ: 30 درجة أصبح اكتئاب متوسط بـ: 21 درجة، وانخفض لدى الحالة الثانية من نفس الصنف بـ: 16 درجة وأصبح بذلك اكتئاب متوسط بـ: 22 درجة بعدما كان اكتئاب شديد بـ: 38 درجة، أما بالنسبة للحالة الثالثة فكان هناك انخفاض واضحاً بـ: 19 درجة من أكتئاب شديد جداً 53 درجة إلى اكتئاب شديد بـ: 34 درجة.

وبهذا ومن خلال ما تطرقنا إليه نرى أن العلاج المعرفي السلوكي قد أثبت نجاعة مع حالات عديدة واضطرابات مختلفة وهذا ما يؤكد أن العلاج المعرفي السلوكي يعكس نتائج إيجابية وسريعة في العلاج النفسي.

3- خلاصة الدراسة:

لقد مست هذه الدراسة بعض الحالات من فئة الشباب الذين حاولوا الانتحار، والذين يمثلون استثمارا بالنسبة للمجتمع، حيث عمدت الباحثة إلى الكشف عن ظاهرة اصبحت تهدد المجتمعات بسبب الارتفاع المستمر في نسبها في العقود الاخيرة، وهي ظاهرة الانتحار، وذلك في محاولة الكشف عن الافكار غير الوظيفية لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار وتغييرها إلى أفكار وظيفية، ومن هنا تكتسي هذه الدراسة أهميتها كونها تمثل جهدا علاجيا لا مجرد وصف للظاهرة، وهو الامر الذي نحن في أمس الحاجة إليه، حيث يمكن لمثل هذا العلاج أن يقدم خدمة قيمة لمن يعانون من الاكتئاب ويفكرون في تكرار محاولة الانتحار وذلك بفهم طبيعة تفكيرهم والتعرف على المخطط المعرفي الذي ينشط الأفكار غير الوظيفية التي تتحكم في مختلف انفعالاتهم ومن هنا يتم السيطرة عليه وتغيير هذه الأفكار إلى أفكار وظيفية تساعدهم على التكيف مع الواقع والتحكم في انفعالاتهم بطريقة عقلانية، وبالتالي يتمكن الفرد من تأكيد ذاته من الناحية الشخصية والاجتماعية، حيث توصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية:

- يوجد لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار أفكار غير وظيفية.
- الأفكار غير الوظيفية لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار تساهم في ظهور الاكتئاب.
- هناك فرق بين درجة المخطط المعرفي لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار قبل وبعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي.
- هناك فرق في درجة الاكتئاب لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار قبل وبعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي.

ومن خلال ما توصلنا إليه من نتائج بعد دراستنا لمجموعة من الشباب الذين حاولوا الانتحار يمكننا القول أن العلاج المعرفي أثبت فعاليته فعليا في تغيير الأفكار غير الوظيفية إلى أفكار وظيفية، وبعد قبول كل فرضيات البحث نستنتج أن للعلاج المعرفي السلوكي فعالية في تغيير الأفكار غير الوظيفية لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار إلى أفكار وظيفية تساعده على التكيف مع الواقع، وباختصار فإن العملية العلاجية تتضمن تعليم الأفراد

السيطرة على الإحباط وعدم الارتياح فزيادة كم المعرفة السلوكية المعلومات التي يدركها الفرد عن نفسه يمكن أن تؤدي إلى زيادة حاجة الفرد إلى تعديل التحكم والسيطرة، حيث أن وجود السيطرة والتحكم بصورة كافية لدى الفرد يمكن أن يؤدي إلى تغلب بصورة كافية لدى الفرد يمكن أن يؤدي إلى تغلب الجوانب الانفعالية على الجوانب الفعلية .

وهذا ما يحفز على تطبيقه مع مختلف الحالات خاصة الحالات التي يظهر عليها بوادر الاكتئاب وكذلك من لديهم أفكار انتحارية، لكن تبقى ظاهرة المحاولة الانتحارية شديدة التعقيد، لأنها تأخذ أبعاد مختلفة وترجع إلى عوامل متداخلة، فهي تأخذ البعد الاجتماعي كالأسرة والمدرسة، والمجتمع بشكل عام، والبعد العلائقي كالعلاقات التواصلية التي تربطه بأفراد الأسرة تم الأفراد الآخرين كالأصدقاء، وأخيرا البعد الفردي الذي يمثله كل من الجانب الغرائزي والحاجات، وأسلوب التفكير الذي نعتبره الأهم بحكم أنه المسير الأساسي لمختلف العلاقات التي سبق ذكرها وهذا ما دفعنا إلى التركيز عليه بالاستناد على مبدأ العلاج المعرفي السلوكي الذي يقوم أساسا على تغيير الأفكار السلبية إلى أفكار إيجابية أو بالأحرى تغيير الأفكار غير الوظيفية إلى أفكار وظيفية.

4- المقترحات:

يعتبر الكائن البشري من أكثر الكائنات تعقيدا، في بنيته وأفكاره وسلوكياته، ففي كل مرة ندرس مسألة ما نجد أنفسنا مع مسألة أخرى تتطلب الدراسة للتحقق منها أو نفيها، لأن الانسان هو كل متكامل ولا يكفي دراسة جانب واحد لتفسير سلوكه، ويمكن القول أن نهاية كل بحث تعد بداية لبحث أو بحوث جديدة، وبهذا توصلنا إلى طرح مجموعة من التساؤلات حول الموضوع، نلخصها فيما يلي:

- اجراء دراسات على محاولات الانتحار عند فئة الأطفال.
- اجراء دراسات مماثلة على فئة المراهقين الذين حاولوا الانتحار.
- اجراء دراسات تفسر انتشار ظاهرة الانتحار عند البالغين.
- اجراء دراسات حول معتقد أن بعد حالات الانتحار يرجعها الأهل إلى الجن والسحر.
- اجراء دراسات على نظرة المجتمع للشخص الذي حاول الانتحار.
- اجراء دراسات تعمل على اعادة دمج الشخص الطي حاول الانتحار في المجتمع.
- اجراء دراسات يتم فيها التنبؤ بالمحاولة الانتحارية قبل حدوثها من خلال الأفكار غير الوظيفية.
- اجراء دراسات تحدد نمط الأفكار التي قد تدفع بالفرد إلى محاولة الانتحار.
- اجراء دراسات يتم فيها تطبيق العلاج المعرفي السلوكي مع حالات أخرى من المجتمع.
- اجراء دراسات يتم من خلالها المقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي وعلاجات أخرى.
- اجراء دراسات يتم الدمج فيها بين العلاج المعرفي السلوكي وعلاجات أخرى.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

1. المراجع باللغة العربية:

• القواميس:

1- ابن المنظور، (1970)، لسان العرب، دار اللسان بيروت، لبنان.

• الكتب:

2- إبراهيم عبد الستار (1998) الاكتئاب اضطراب العصر الحديث، سلسلة عالم

المعرفة العدد 239 المجلس الوطني للثقافة والعلوم، الكويت.

3- اسماعيل علوي، (2009)، العلاج النفسي المعرفي، عالم الكتاب الحديث، عمان.

4- بالمرس، كورين.ب، رودل.ب، (2008)، العلاج المعرفي السلوكي المختصر، ترجمة محمود مصطفى، دار إيتراك القاهرة.

5- بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض.

6- بيرل.س، بيرمان، (2004)، قواعد التشخيص والعلاج النفسي، دار إيتراك، القاهرة.

7- تيموتي.ج، ترول، (2007)، علم النفس الاكلينيكي، ترجمة فوزي طعيمة، جنان زين الدين، دار الشروق، عمان.

8- الحجار، محمد حمدي (1992): الحقيبة التدريبية- البرنامج العلمي لتثقيف المدمن

9- حسين علي فايد، (2005)، المشكلات النفسية الاجتماعية، مؤسسة طبية للنشر والتوزيع، جامعة حلوان، القاهرة، الطبعة الأولى.

10- حسين فايد، (2008)، علم النفس المرضي، حورس الدولية، الاسكندرية، مصر.

11- حطب زهير ومكي عباس، (1981)، مآزم الشباب العلائقي وأشكال التعاطي، معهد الانماء العربي، بيروت، الطبعة الأولى.

- 12- روبرت ليهي، (2006)، العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية، ترجمة جمعة يوسف، محمد الصبوة، دار إيتراك، القاهرة.
- 13- زهدان حامد عبد السلام، (1984)، علم النفس الاجتماعي، عالم الكتب، القاهرة.
- 14- زيزي السيد ابراهيم، (2006)، العلاج المعرفي للاكتئاب، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
- 15- سامية حسن الساعاتي، (1983)، الجريمة والمجتمع، بحوث في علم الاجتماع الجنائي، دار النهضة العربية، بيروت، الطبعة الأولى.
- 16- سميرة أحمد السيد، (1988)، علم النفس الاجتماعي والتربوي، دار الفكر العربي، مصر، الطبعة الأولى.
- 17- الشناوي محمد محروس، وعبد الرحمن محمد السيد، (1998)، العلاج السلوكي الحديث دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع القاهرة.
- 18- صالح قاسم حسين، (1990)، الشخصية بين التنظير والقياس، جامعة بغداد، العراق.
- 19- طه عبد العظيم حسن، (2007)، العلاج النفسي المعرفي (مفاهيم وتطبيقات)، دار الوفاء، الاسكندرية، ط1.
- 20- عبد الباسط، (1963)، أصول البحث الاجتماعي، دار الفكر العربي، بيروت، لبنان.
- 21- عبد الحكيم العيفي، (1990)، الاكتئاب والانتحار، دراسة اجتماعية ونفسية، الدار المصرية اللبنانية.
- 22- عبد الرحمن العيسوي، (1984)، سيكولوجية الجنوح، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.

- 23- عبد الرحمن عيسوي، (1993)، علم النفس الجنائي، ديوان المطبوعات الجامعية، الطبعة الأولى.
- 24- عبد الستار إبراهيم، (2008)، عين العقل، دار الوفاء، الاسكندرية.
- 25- عدلي السمري، (1992)، دراسة في الثقافة الفرعية الجانحة، دار المعرفة العلمية للنشر والتوزيع، مصر.
- 26- لويس كامل مليكة، (1994)، العلاج السلوكي وتعديل السلوك، دار ناشر، القاهرة.
- 27- محمد محروس الشناوي، بدون تاريخ، بحوث في التوجيه الاسلامي للارشاد والعلاج النفسي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- 28- محمد مصطفى مياسة، (1972)، دراسة في دوافع الانتحار، مطابع الادارة السياسية للجيش والقوات المسلحة، رسائل الثقافة النفسية، دمشق.
- 29- المراهق ضد الإدمان على المسكرات والمواد المخدرة والإرشاد الأسري، دار النشر
- 30- مصطفى سويف، (1978)، الأسس النفسية للتعامل الاجتماعي، دار المعارف، القاهرة.
- 31- معن خليل عمر، (2005)، علم المشكلات الاجتماعية، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى.
- 32- المغربي سعد، (1974)، الاغتراب في حياة الانسان، الجمعية المصرية للدراسات النفسية.
- 33- مكرم سمعان، (1964)، مشكلة الانتحار دراسة نفسية اجتماعية للسلوك الانتحاري بالقاهرة، مشورات جامعة علم النفس التكاملية، دار المعارف، مصر.

- 34- هوفمان.إ.س.جي، (2012)، العلاج المعرفي السلوكي المعاصر، ترجمة مراد عيسى، دار الفجر، القاهرة.
- الرسائل والمجلات والدوريات:
- 44- أحمد عبد الخالق، حياة البناء، (2006)، الخوف من الأماكن المتسعة وعلاقته بالخوف الاجتماعي والتفكير السلبي التلقائي، مجلة دراسات نفسية، م16، 4ع القاهرة.
- 45- أحمد محمد عبد الخالق 1991 قياس الاكتئاب مقارنة بين أربعة مقاييس مجلة دراسات نفسية المجلد الأول الجزء الأول رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم) يناير.
- 46- أمال باظة، (1999)، بحوث وقرارات في الصحة النفسية، الأنجلو المصرية، القاهرة.
- 47- بن شيخ نورية، (2004)، الانتحار في الدراسات السوسولوجية في الجزائر، منشورات مخبر العلوم الاجتماعية وقضايا المجتمع جامعة قسنطينة.
- 48- بولحبال نوار مربوحة، (2004)، البعد التربوي لانتحار الأحداث، دراسة تحليلية لوقائع انتحارية في صفوف التلاميذ، تتبع حالات مع بعض الثانويات بالشرق الجزائري، جامعة قسنطينة.
- 49- رضوان سامر جميل، (2000)، الاكتئاب والتشاؤم، دراسة ارتباطية مقارنة، مجلة العلوم التربوية والنفسية، العدد الأول، جامعة البحرين.
- 50- زياد عدوان، (1990)، الانتحار، رسالة دكتوراه غير منشورة قسم الطب الشرعي، تحت رئاسة مفيد جو خدار، إشراف حنا الخوري، كلية الطب، جامعة دمشق.

51-صباح مصطفى فتحي السقا، (2005)، أثر برنامج معرفي سلوكي في خفض حدة الاكتئاب، رسالة دكتوراه غير منشورة في علم النفس، كلية التربية، دمشق.

52-ماهر سكران، (2006)، استخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الأفراد لتنمية المهارات الاجتماعية للأطفال، مجلة كلية التربية م1، ع35.

II. المراجع باللغة الفرنسية:
• القواميس:

53-. Antoine porot , (1996), Manuel Alphabétique de psychiatrie, PUF Pars .

54- Guy Tiberghien , (2002) , Dictionnaire des Science cognitive, Armand Colin , Paris.

55- Hinritte Bloch , R. Chamama , E.Depret , A.Gallo , et all (2008) , Larousse de la Psychologie , paris

• الكتب:

56-Arffa. (S), (1983) :Cognition and suicide, A methodological review, N°13.

57-Beck et Steer, (1998), manuel de l'inventair de dépression de Beck, 2éme édition, ECpa.

58-Braconnier (A) et Marcelli (D), (2004) , Adolescent et psychologie, 6eme edition Mason, Paris .

59-Braconnier.A et Al (2004), Adolescent et psychopathologie, 6eme édition masson, Paris.

60-CHILAND (C), (1983), antretizn clinique , Puf, Paris.

61-Durkheim (E), (1969) :Le suicide, PUF, Paris.

- 62-Durkheim email (1930), le suicide, Puf, Paris.
- 63- Jeffrey .E.Young, (2006) , sous la traduction de Bernard Pascal, préface de Jean Cottraux, la thérapie de schémas Approche, cognitive de la personnalité, de boeck université, Paris.
- 64-O, Chmbam , et M .Maerie cardine. Préface de Jean Couttraux.(1995), Psychothérapie cognitive des psychos chronique, Masson, Parie.
- 65-Halbwachs Maurice, (2002): Les causes du suicide, Préface : Serge Paugam, Puf, Paris.
- 66- M . Guridetti , et C .Tourette, (2000) , la psychologie de développement , Amand colin, Paris .
- 67-Masgaret. W . Matlin , (2000) , sous traduction de Alain Brossand, 4eme édétion , de Boeck université.
- 68-Maureen. P, Harvey.W, (1987) :Cognitive Rigidity in Suicide attemptes , Suicide and life-Threatening Behavior, Vol 17, N°3.
- 69-Perron (R), (1979), les problèmes de la preve les demarches pour l'unitée de la psychologie clinique 01 PUF, Paris.
- 70-Porot , (1986), les tendances suicidaires chez le adolescentzs .
- 71-Travanof, (1988), le suiside au canada, canada.

• الرسائل والبحوث والدوريات:

- 65- Humeau Mikael, (2005) : Conduites suicidaires au moyen d'une arme a feu – approche clinique et thérapeutique dans le cadre de la psychiatrie de liaison-thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine,

faculté de médecine et de pharmacie, université de poitiers. France .

.VII المراجع باللغة الانجليزية:

● المعاجم والقواميس:

66- Cambell, R, J , (1981) :Psychiatric dictionary.N, Y, Oxford .

● الكتب:

- 67- Beck, A. et al. (1979): Cognitive therapy of depression, New York, the Guilford press.
- 68- Beck, A.T (1994): depression, University Of Pennsylvania Press- Fourteenth printing, Philadelphia.
- 69- Burns D D. (1999): The Feeling Good Hand Book, penguin books, NewYork.
- 70- Burns D D.(1991):Feeling Good, William Morrow, New York.
- 71- Burns DD , (1991) : Feeling good, William morrow, New york .
- 72- Clark David.M and Fairburn christofer, G (1999) : cience and pratique of cognitive behavioral therapy, Oxiford university press .
- 73- Dattilio, Frank and Freeman, arthue, (2000) : cognitive-behavioral stratigies in grisis intervention the guilford press, New york .
- 74- Dattilio, Frank and Freeman, arthue.(2000): Cognitive-Behavioral Strategies in Crisis Intervention, The Guilforod press, New York.
- 75- Farber, M, (1968)Theory of Suicide, New York, Funket Wagnalls, .

- 76- Freeman, Arthur, Lurie, Lurie, Marge.(1994):
Depression A Cognitive Therapy Approach, New Bridge
Communications, New York.
- 77- Hales RE, et al(1999):Textbook of Psychiatry,
American Psychiatric Press.
- 78- Meichenbaum, Donald.(1979): Cognitive Behavioral
modification, Plenum Press, New York.
- 79- Newman, Cory F.(2000) :Hypothetical inCognitive
Psychotherapy Creative Question, Novel Answer, and
Therapeutic Change, jou, of Cognitive Psychotherapy:
an international guarty, V.14, N, 2.
- 80- Patelearnk, S, Diabets, A, (1981) : problem solving
aproch, London heneann nursing.
- 81- Robert L.Basker, (1995) :The social work dictionary,
3rd ed washington, dc :nasw press.
- 82- Trower, Peter, et al (1999): Cognitive- Behavioral
Counelling action, SAGE Publications, London.
- 83- Wriqh JH, Beck At (1988): Cognitive Therapy of
Depression, Therapy a practice. Hospital and
community , 34.

دوريات ومجلات:

- 84- Bartfai. A, Winbory. M, Asbery. M, (1990) :Suicidal
behavior and cognitive flexibility, psychological review,
vol 20, N° 3.
- 85- Beck, A.T, (1975) : Hoplessness and suicidal
behavior, journal, of American medical association,
N°234.
- 86- Black burn, I, Bishop, S, Glem , A , I, Cristie, J, (1981)
the efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy,
each and in combination, british ournal of psyiatry.
- 87- Ruch, A, J, Beck. A.T, Kovacs (1977) : comparative
efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the

threatment of depressed outpatients, cognitive thzrapy and reseach.

- 88- Shaw, B, F, (1977) : comparative of cognitive therapy and behavior thzrapy in the treatment of depression, Journal of consulting and clinical psycology.

الملاحق

الملاحق:
الملحق رقم (1)

دليل المقابلة العيادية:

(1) المحزر الأول:

أ) المعلومات الشخصية:

- الاسن واللقب:.....
الجنس:.....
تاريخ الميلاد:.....والمكان:.....
المستوى الدراسي:.....
عدد الاخوة:.....
غدد الأخوات:.....
ترتيب الحالة بين الاخوة:.....

ب) معلومات خاصة بالنمو النفسي والجسدي:

- اضطرابات مراحل النمو.....
السوابف المرضية:.....

(2) المحور الثاني:

المعلومات الخاصة بالوالدين:

- هل الوالدين على قيد الحياة: نعم () ، لا ()
- في الاجابة ب: لا من هو المتوفي:
الأم (.....) ، الأب (.....)
- هل أعاد الزواج الطرف المتبقي على قيد الحياة:
نعم (.....) لا (.....)
- سن الأب:

- سن الأم:.....
- مهنة الأب:.....
- مهنة الأم:.....
- السوابق المرضية لكل منهما:

الأب:.....
الأم:.....

(3) المحور الثالث: الوضعية الاجتماعية:

- المنزل: واسع(.....) ضيق (.....) عدد الغرف (.....),
- الدخل: ضعيف (.....) متوسط (.....) جيد (.....).

(4) المحور الرابع: حياة المفحوص العلائقية مع الأسرة:

- أحكي لي عن والديك.....
- كيف تعيش معهم؟.....
- كيف كانت معاملة الأب لك؟.....
- كيف كانت معاملة الأم لك؟.....
- كيف يعاملونك إخوتك؟.....
- كيف هي علاقة أمك وأبيك؟.....
- هل يعامل والديك جميع إخوتك بالمساواة؟.....
- هل يوجه لك والديك النصائح؟.....
- كيف يعاملانك عندما ترتكب الخطاء؟.....

(5) المحور الخامس. علاقة الأسرة بالآخرين:

- هل يأتي الضيوف إلى داركم؟.....

- هل يعيش معك الجدين أو أحدهما؟.....
- هل تعاشرهم الجيران؟.....
- هل يدخل أصحابك إلى داركم؟.....
- هل تدخل إلى دار أصحابك؟.....

(6) المحور السادس: العلاقة مع الاخوة والأصدقاء:

- غحكي لي عن غخوتك وأخواتك.....
- هل يفرق أبوك اخوتك؟ نعم (....) لا (....)
- كيف تعيش معهم؟.....
- هل عندك أصدقاء مقربين؟.....
- عندما تغيب عن المنزل هل يبحثون عنك؟.....

(7) المحور السابع: النظرة المستقبلية:

- ماذا تريد أ، تفعل وتتمنى الحصول عليه في المستقبل؟.....
- كيف ترى المستقبل؟.....

(8) المحور الثامن: تجربة التحار:

- كم مرة حاولت الانتحار؟.....
- ماهو السبب في كل مرة؟.....
- ماهي الوسيلة التي استعملتها؟.....
- هل تم اسعافك؟.....
- من الشخص الذي أسعفك؟.....

- كيف كان شعورك بعد النجاة؟.....

الملحق رقم (2)

جدول تسجيل الأفكار:

عندنا تلاحظ، تغيراً مزاجياً للأسوأ حدث لك عليك أن تسأل نفسك "ما الذي يدور في ذهنك الآن؟" وبأسرع ما يمكن أكتب الفكرة أو الصورة الذهنية في عمود ثم أدرس مدى واقعية ودقة هذه الأفكار.

التاريخ	الموقف: أين كنت وماذا كان يحدث عندما شعرت بالضيق؟	الانفعالات (حزن، غضب، قلق (... مع تحديد شدته من 0% إلى 100%)	الأفكار الذاتية (الأفكار والصور التي مرت بذهنك حينئذ؟ قدر اعتقادك في كل منها (من 0% إلى 100%)	الاستجابات البديلة: استخدم الأسئلة التي في أسفل الصفحة لعمل استجابات للأفكار الذاتية. قدر اعتقادك في كل منها (من 0% إلى 100%)	النتيجة: أعد تقدير اعتقادك الذاتية والانفعالات المصاحبة لها (من 0% إلى 100%)

- ما الدليل على أن هذه الفكرة الذاتية صحيحة؟ ما الدليل على أنها ليست صحيحة؟
- هل هناك تفسيرات بديلة لهذا الحدث أو طرق بديلة لهذا الحدث لرؤية الموقف؟
- ماذا يعني أن تكون الفكرة الذاتية صحيحة؟ ما هو أكثر شيء فيها يدعو للضيق؟ ماهي النظرة الأكثر واقعية لها؟ وما الذي يمكن أن أفعله بخصوصها؟
- ما الذي يمكن أن تقوله لصديق حميم يمر بنفس الموقف؟

الملحق رقم (3)

مقياس الكشف عن المخططات المعرفية
النسخة الأصلية باللغة الانجليزية:

Young Schema Questionnaire – short version (2005)
(YSQ – S3)

Name	Date
------	------

INSTRUCTIONS

Listed below are statements that people might use to describe themselves. Please read each statement, then rate it based on how accurately it fits you *over the past year*. When you are not sure, base your answer on what you *emotionally feel*, not on what you think to be true.

A few of the items ask about your relationships with your parents or romantic partners. If any of these people have died, please answer these items based on your relationships while they were alive. If you do not currently have a partner but had partners in the past, please answer the item based on your most recent significant romantic partner.

Choose the **highest score from 1 to 6** on the rating scale below that best describes you, then write your answer in the block on the right of each statement.

RATING SCALE	
1 = Completely untrue of me	4 = Moderately true of me
2 = Mostly untrue of me	5 = Mostly true of me
3 = Slightly more true than untrue	6 = Describes me perfectly

1	I haven't had someone to nurture me, share him/herself with me, or care deeply about everything that happens to me.	
2	I find myself clinging to people I'm close to because I am afraid they'll leave me.	
3	I feel that people will take advantage of me.	
4	I don't fit in.	

5	No man/woman I desire could love me once he or she saw my defects.	
6	Almost nothing I do at work (or school) is as good as other people can do.	
7	I do not feel capable of getting by on my own in everyday life.	
8	I can't seem to escape the feeling that something bad is about to happen.	

9	I have not been able to separate myself from my parent(s) the way other people my age seem to do.	
10	I think that if I do what I want, I'm only asking for trouble.	
11	I'm the one who usually ends up taking care of the people I'm close to	
12	I am too self-conscious to show positive feelings to others (e.g. affection, showing I care)	
13	I must be the best at most of what I do; I can't accept second best	
14	I have a lot of trouble accepting "no" for an answer when I want something from other people	
15	I can't seem to discipline myself to complete routine or boring tasks	
16	Having money and knowing important people make me feel worthwhile	
17	Even when things seem to be going well, I feel that it is only temporary	
18	If I make a mistake, I deserve to be punished	
19	I don't have people to give me warmth, holding and affection	
20	I need other people so much that I worry about losing them	
21	I feel that I cannot let my guard down in the presence of other people, or else they will intentionally hurt me	
22	I'm fundamentally different from other people	

23	No one I desire would want to stay close to me if he or she knew the real me	
24	I'm incompetent when it comes to achievement	
25	I think of myself as a dependent person when it comes to everyday functioning	
26	I feel that a disaster (natural, criminal, financial, or medical) could strike at any moment	
27	My parent(s) and I tend to be overinvolved in each other's lives and problems	
28	I feel I have no choice but to give in to other peoples' wishes, or else they will retaliate or reject me in some way	
29	I am a good person because I think of others more than of myself	
30	I find it embarrassing to express my feelings to others	
31	I try to do my best; I can't settle for "good enough"	
32	I'm special and shouldn't have to accept many of the restrictions placed on other people	
33	If I can't reach a goal, I become easily frustrated and give up	
34	Accomplishments are most valuable to me if other people notice them	
35	If something good happens, I worry that something bad is likely to follow	
36	If I don't try my hardest, I should expect to lose out	
37	I haven't felt that I am special to someone	
38	I worry that people I feel close to will leave me or abandon me	
39	It is only a matter of time before someone betrays me	
40	I don't belong; I'm a loner	

41	I'm unworthy of the love, attention and respect of others	
42	Most other people are more capable than I am in areas of work and achievement	
43	I lack common sense	
44	I worry about being physically attacked by people	
45	It is very difficult for my parent(s) and me to keep intimate details from each other, without feeling betrayed or guilty	

46	In relationships, I usually let the other person have the upper hand	
47	I am so busy doing for the people that I care about that I have little time for myself	
48	I find it hard to be free-spirited and spontaneous around people	
49	I must meet all my responsibilities	
50	I hate to be constrained or kept from doing what I want	
51	I have a very difficult time sacrificing immediate gratification or pleasure to achieve a long-range goal	
52	Unless I get a lot of attention from others, I feel less important	
53	You can't be too careful. Something will always go wrong	
54	If I don't do the job right I should suffer the consequences	
55	I have not had someone who really listens to me, understands me or is tuned into my true needs and feelings	
56	When someone I care for seems to be pulling away or withdrawing from me, I feel desperate	
57	I am quite suspicious of other people's motives	
58	I feel alienated or cut off from other people	

59	I feel that I'm not lovable	
60	I am not as talented as most people are at their work	
61	My judgment cannot be counted on in everyday situations	
62	I worry that I'll lose all my money and become destitute or very poor	
63	I often feel as if my parent(s) are living through me - that I don't have a life of my own	
64	I've always let others make choices for me, so I really don't know what I want for myself	
65	I've always been the one who listens to everyone else's problems	
66	I control myself so much that many people think that I am unemotional or unfeeling	
67	I feel there is constant pressure for me to achieve and get things done	
68	I feel that I shouldn't have to follow the normal rules and conventions that other people do	
69	I can't force myself to do things I don't enjoy, even when I know its for my own good	
70	If I make remarks at a meeting, or am introduced in a social situation, it's important for me to get recognition and admiration	
71	No matter how hard I work, I worry that I could be wiped out financially and lose almost everything	
72	It doesn't matter why I make a mistake. When I do something wrong I should pay the consequences	
73	I haven't had a strong or wise person to give me sound advice or direction when I am not sure what to do	
74	Sometimes I am so worried about people leaving me that I drive them away	
75	I am usually on the lookout for other people's ulterior or hidden motives	
76	I always feel on the outside of groups	

77	I am too unacceptable in very basic ways to reveal myself to other people or let them get to know me well	
78	I am not as intelligent as most people when it comes to work (or school)	
79	I don't feel confident about my ability to solve everyday problems that come up	
80	I worry that I'm developing a serious illness, even though nothing serious has been diagnosed by a doctor	
81	I often feel that I do not have a separate identity from my parent(s) or partner	
82	I have a lot of trouble demanding that my rights be respected and that my feelings be taken into account	
83	Other people see me as doing too much for others and not enough for myself	
84	People see me as uptight emotionally	
85	I can't let myself off the hook easily or make excuses for my mistakes	
86	I feel that what I have to offer is of greater value than the contributions of others	
87	I have rarely been able to stick to my resolutions	
88	Lots of praise and compliments make me feel like a worthwhile person	
89	I worry that a wrong decision could lead to disaster	
90	I'm a bad person who deserves to be punished	

© 2005 Jeffrey Young, Ph.D. Special thanks to Gary Brown, Ph.D., Scott Kellogg, Ph.D., Glenn Waller, , Ph.D., and the many other therapists and researchers who contributed items and feedback in the development of the YSQ. Unauthorized reproduction, translation or modification in any form whatsoever without written consent of the author is prohibited. For more information write: Schema Therapy Institute, 36 West 44th Street, Suite. 1007, New York, NY 10036.

الملحق رقم (4)

النسخة المترجمة باللغة العربية بعد التقنين:

هذا المقياس استخدمه "يونغ young" من أجل تحديد طبيعة المخططات المعرفية وقد تم ترجمته من الانجليزية إلى العربية من قبل الأستاذة: ديب ونحن بصدد استعمالها في بحثنا هذا للكشف عن طبيعة الأفكار غير وظيفية وذلك بتحديد المخطط المعرفي لدى الحالات الذين أقدمو على محاولة انتحار

الجنس:

السن:

المستوى:

السكن:

تاريخ إجراء الإختبار:

تعليمات الإختبار:

ستجدون في هذا الاختبار مجموعة من الأسئلة التي تدل على وصف الشخص لنفسه لذا يرجى قراءة السؤال جيدا والإجابة عليه كما تشعر به إنفعاليا وليس كما تفكر به، ضع نقطة من 1 إلى 6 التي تناسبك أكثر .

سالم التنقيط	
لا تنطبق عليا تماما	1
نادرا ما تنطبق عليا	2
قليل ما تنطبق عليا	3
تنطبق عليا بشكل متوسط	4
تنطبق عليا في أغلب الأوقات من حياتي	5
تنطبق عليا تماما	6

	1	في أغلب الأحيان لم أجد شخصا يرعاني ويساندني أو يقلق لما يحصل لي
	2	عامة الاخرون لم يكونوا حاضرين من اجلي لمنحي العاطفة والحنان
	3	طوال حياتي لم أشعر أنني عزيز بالنسبة لشخص آخر
	4	في أغلب الأحيان لم أجد الشخص الذي يستمع إلي ويفهمني ويهتم لحاجاتي ومشاعري
ED	5	نادرا ما أجد شخصا ينصحنني أو يساعدني في اختيار الطريقة المناسبة في سير حياتي
	6	أنتعلق بالأشخاص الذين أعرفهم خوفا من أن يتخلوا عني
	7	أحتاج للآخرين بقدر ما أخاف من أن يتركوني
	8	أخاف من أن يتركني الأشخاص الذين أحبهم أو ان يتخلوا عن
	9	أشعر باليأس عندما افكر بفقدان شخص عزيز علي
AB	10	أحيانا أشعر بالقلق خوفا من أن يهجرني الآخرين
	11	أشعر بأن الآخرين يستغلونني
	12	ينتابني شعور بأن أكون مستعدا لمواجهة أي مكروه من طرف الآخرين
	13	الخيانة ماهي إلا مسألة وقت
	14	أشك كثيرا في نوايا الآخرين
MA	15	عادة ما أستشعر النوايا السيئة للآخرين
	16	أنا أختلف عن الآخرين
	17	أجد صعوبة في التكيف بحكم أنني أختلف عن الآخرين
	18	أشعر بأنني شخص وحيد
	19	أشعر أنني غريب عن الآخرين
SI	20	أشعر أنني خارج الجماعات
	21	لا يوجد شخص يستطيع أن يحبني إذا ما اكتشف نقائصي
	22	لا أحد يرغب في البقاء معي إذا ما اكتشف حقيقتي
	23	أنا لا أستحق حب واهتمام واحترام الآخرين
	24	أشعر بأنني شخص غير محبوب
DS	25	لا داعي لأن يتعرف الآخرون علي لكوني مرفوض أصلا
	26	إن الأعمال التي أقوم بها لا تساوي شيئا أمام أعمال الآخرين
	27	ليست لي القدرة على القيام بإنجازات معينة
	28	أغلبية الأشخاص ناجحين في أعمالهم وحياتهم مقارنة بي

	29	لا أملك الموهبة التي يملكها الآخرون عندما ينجزون أعمالهم
FA	30	لست شخصا ذكيا كالآخرين إذا ما تعلق الأمر بالعمل أو الدراسة
	31	لا أشعر بالقدرة على حل مشاكل الحياة اليومية
	32	تشكل لي مشاكل الحياة اليومية عبء ثقيل
	33	أشعر بأنني أفقر إلى الحكمة
	34	أفقر إلى التحكيم السليم لمختلف المواقف الحياتية
DI	35	أشك في قدرتي على حل المشاكل اليومية
	36	أتوقع دائما أن شيئا خطيرا قد يحصل
	37	لدي شعور بأنه ستقع كارثة طبيعية او مالية أو جريمة أو مرض في أي وقت
	38	أخشى من أن أتعرض للهجوم
	39	أخشى من فقدان كل ما أملك والعيش في بؤس
VH	40	أخشى من أن يتطور لدي مرض خطير حتى وان لم يشخص الطبيب ذلك
	41	أنا لا أستطيع الانفصال عن والدي كما يفعل أقراني
	42	أعتبر نفسي مشكلا من المشاكل التي يعاني منها أبي
	43	لا أتصور بأنني وأمي نستطيع كتمان الأسرار عن بعضنا دون الشعور بالذنب والخيانة
	44	غالبا ما أشعر أن أُمي تعيش من خلالي حيث أنه ليست لي حياة خاصة بي
EM	45	غالبا ما أشعر أنه ليست لدي هوية منفصلة عن والدي أو شريكي
	46	أظن أنه إذا قمت بما أريد فذلك سيجلب لي المزيد من المشاكل
	47	أشعر بأنه ليس لدي الخيار إلا الخضوع لرغبات الآخرين تفاديا لانتقامهم أو هجرهم
	48	غالبا ما أترك الآخرين يتحكمون بمصيري
	49	عادة ما أترك الآخرين يفكرون مكاني وعليه أجهل ما هو أفضل لي
SB	50	أجد صعوبة عندما أحتج على حقوقي حيث لا يضع الآخرون وزنا لمشاعري
	51	عادة ما أعتني بالأشخاص المقربين مني
	52	أنا شخص صالح لأنني أهتم بالآخرين أكثر من اهتمامي بنفسي
	53	إن اهتمامي بالآخرين لا يترك لي الوقت لأهتم بنفسي
	54	لقد كنت دائما الشخص الذي يسمع لمشاكل الآخرين
SS	55	يرى الناس أنني أهتم بالآخرين أكثر من اهتمامي بنفسي
	56	لدي الوعي الكافي لإضهار المشاعر الإيجابية اتجاه الآخرين
	57	أشعر بالانزعاج عندما أتحدث عن مشاعري للآخرين
	58	يصعب علي أن أكون عطوفا وعفويا
	59	لي القدرة على التحكم انفعاليا لدرجة أن الآخر يصفني أنني خال من الانفعالات
EI	60	يرى الآخرون أنني شخص يفتقر للانفعالات

	61	يجب أن أكون الأفضل في كل ما أقوم به حيث أنه لا يمكنني القبول بأقل من ذلك
	62	أقوم دائما بما هو أفضل ولا أَرْضَى بأقل من ذلك
	63	يجب علي القيام بجميع مسؤولياتي
	64	أظن أنه لدي ضغط مستمر للقيام بالأعمال على أفضل مايرام
US	65	لا أسمح لنفسي بالانصراف بدون تقديم أعذار على أخطائي للآخرين
	66	لدي صعوبة في تقبل الرفض كإجابة إذا ما أردت شيئا من شخص ما
	67	ترفض شخصيتي الفريدة من نوعها قبول القيود التي يفرضها الآخر
	68	أكره أن يعارضني شخص ما أو يمنعني من القيام بشيء أريده
	69	أظن أنه ليس عليا إتباع القوانين واحترام اتفاقاتي مع الآخرين
ET	70	أشعر أن ما أهبه للآخرين يفوق قيمة ما أجنيه منهم
	71	لا أستطيع تنظيم وقتي للقيام بأعمال روتينية مملة
	72	أشعر بالإحباط إذا لم أستطع الوصول إلى هدف معين
	73	أحيانا أضحي بالأهداف قريبة المدى للحصول على مدف معين
	74	لا أستطيع إرغام نفسي لأقوم بأعمال غير مرغوب بها بالرغم من أنها لمصلحتي
IS	75	نادرا ما أفي بوعودي

إذا كانت لديكم رغبة في التواصل مع الأخصائية النفسانية نرجو ترك رقم هاتفكم
رقم الهاتف:

- مخطط النقص العاطفي ED
- مخطط التخلي والاستقرار AB
- مخطط الحذر والاستغلال MA
- مخطط العزلة الاجتماعية SI
- مخطط العار وعدم الكمال DS
- مخطط الفشل FA
- مخطط التبعية وعدم الكفاءة DI
- مخطط الخوف من الأمراض والأخطاء VH
- مخطط ضمور الشخصية واللاتمايز EM
- مخطط الخضوع SD
- مخطط التضحية بالذات SS
- مخطط التحكم الزائد في الانفعالات EU
- مخطط الأفكار الملحة والافراط في النقد US
- مخطط الإفراط بالاهتمام بالشخصية والقوة والعظمة ET

مخطط التحكم في الذات وعدم الكفاءة بالضبط الذاتي IS

الملحق رقم (4)
اختبار الاكتئاب لـ: بيك Beck

مقياس B . D . I

الاسم : ..
تاريخ الميلاد : / /
المستوى التعليمي :
تاريخ اليوم : / /
المهنة : طالب / موظف
التشخيص : ..

تعليمات

في هذه الكراسة إحدى وعشرون مجموعة من العبارات , الرجاء أن تقرأ كل مجموعة على حدة , وستجد أن كل أربع منها تتناول موضوعاً معيناً اختر عبارة واحدة ترى أنها تصف حالتك ومشاعرك خلال هذا الأسبوع , ثم ضع دائرة حول رقم العبارة التي تختارها (0 أو 1 أو 2 أو 3) .

تأكد من قراءة عبارات كل مجموعة قراءة جيدة قبل أن تختار واحدة منها , وتأكد أنك أجبت على كل مجموعة .

الأخصائية النفسية :

أولاً :

- 0 - لا أشعر بحزن .
- 1- أشعر بحزن .
- 2- أشعر بحزن طوال الوقت , ولا أستطيع أن أتخلص منه .
- 3-إنني حزين بدرجة لا أستطيع تحملها .

ثانياً :

- 0-لست متشائماً بالنسبة للمستقبل .
- 1-أشعر بتشاؤم بالنسبة للمستقبل .
- 2-أشعر بأنه ليس هناك شيء يشدني للمستقبل .
- 3-أشعر أن المستقبل لا أمل فيه وأن الأمور لن تتحسن .

ثالثاً :

- 0 - لا أشعر أنني فاشل .
- 1- أشعر أنني فشلت أكثر من المعتاد .
- 2-عندما أنظر إلى ما مضى من سنوات عمري فأنا لا أرى سوى الفشل الذريع .
- 3-أشعر أنني شخص فاشل تماماً .

رابعاً :

- 0- أستمتع بدرجة كافية بجوانب الحياة كما اعتدت من قبل .
- 1- لا أستمتع بجوانب الحياة على النحو الذي تعودت عليه .
- 2- لم أعد أحصل على استمتاع حقيقي من أي شيء في الحياة .
- 3- لا أستمتع إطلاقاً بأي شيء في الحياة .

خامساً :

- 0- لا أشعر بالذنب .
- 1- أشعر أنني قد أكون مذنباً .
- 2- أشعر شعوراً عميقاً بالذنب في أغلب الأوقات .
- 3-أشعر بالذنب بصفة دائمة .

سادساً :

- 0 - لا أشعر أنني أتلقى عقاباً .

- 1- أشعر بأني قد أتعرض للعقاب .
- 2- أتوقع أن أعاقب .
- 3- أشعر بأني أتلقى عقاباً .

سابعاً :

- 0- لا أشعر بعدم الرضا عن نفسي .
- 1-أنا غير راضي عن نفسي .
- 2-أنا ممتعض من نفسي .
- 3-أكره نفسي .

ثامناً:

- 0 – لا أشعر بأني أسوأ من الآخرين .
- 1- أنقد نفسي بسبب ضعفي وأخطائي .
- 2-ألوم نفسي معظم الوقت على أخطائي.
- 3-ألوم نفسي على كل شيء سيء حدث .

تاسعاً :

- 0- أشعر بضيق من الحياة .
- 1- ليس لي رغبة الحياة .
- 2- أصبحت أكره الحياة .
- 3- أتمنى الموت إذا وجدت فرصة لذلك .

عاشرأ :

- 0- لا أبكي أكثر من المعتاد .
- 1- أبكي الآن أكثر من ذي قبل .
- 2- أبكي طوال الوقت .
- 3- لقد كنت قادراً على البكاء فيما مضى ولكني الآن لا أستطيع البكاء حتى لو كانت لي رغبة في ذلك .

حادي عشر :

- 0 – لست متوتراً أكثر من ذي قبل .
- 1- أنضايق أو أتوتر بسرعة أكثر من ذي قبل .
- 2- أشعر بالتوتر كل الوقت .
- 3-لا أتوتر أبداً من الأشياء التي كانت توترني فيما مضى .

ثاني عشر :

- 0-لم أفقد الاهتمام بالناس الآخرين .
- 1-أني أقل اهتماماً بالآخرين مما أعتدت أن أكون .
- 2-لقد فقدت معظم اهتمامي بالناس الآخرين .

3- لقد فقدت كل اهتمامي بالناس الآخرين.

ثالث عشر :

- 0 - اتخذ قرارات على نفس المستوى الذي اعتدته تقريباً .
- 1- لقد توقفت عن اتخاذ القرارات بصورة أكبر مما مضى .
- 2- أجد صعوبة أكبر في اتخاذ القرارات عما كنت أقوم به .
- 3- لم أعد أستطيع اتخاذ القرارات على الإطلاق .

رابع عشر:

- 0- لا اشعر أنني أبدو في حالة أسوأ عما اعتدت أن أكون .
- 1- يقلقتني أنني أبدو أكبر سنًا وأقل حيوية .
- 2- أشعر بأن هناك تغيرات مستديمة في مظهري تجعلني أبدو أقل حيوية.
- 3- أعتقد أنني أبدو قميئاً .

خامس عشر :

- 0- أستطيع أن أقوم بعلمي كما تعودت .
- 1- أحتاج لجهود كبير لكي أبدأ في عمل شيء ما .
- 2- أن علي أن أضغط على نفسي بشدة لعمل أي شيء .
- 3- لا أستطيع أن أقوم بعمل أي شيء على الإطلاق .

سادس عشر:

- 0- أستطيع أن أنام كالمعتاد.
- 1- لا أنام كالمعتاد .
- 2- أستيقظ قبل مواعي بساعة أو بساعتين وأجد صعوبة في النوم مرة أخرى .
- 3- أستيقظ قبل بضعة ساعات من مواعي المعتاد ولا أستطيع العودة للنوم مرة أخرى .

سابع عشر :

- 0- لا أشعر بتعب أكثر من المعتاد .
- 1- أتعب بسرعة عن المعتاد .
- 2- أتعب من القيام بأي جهد في عمل أي شيء .
- 3- أنني متعب لدرجة أنني لا أستطيع أن أقوم بأي عمل .

ثامن عشر :

- 0 - أن شهيتي للطعام ليست أقل من المعتاد .
- 1- أن شهيتي للطعام ليست جيدة كالمعتاد .
- 2- أن شهيتي للطعام أسوأ كثيراً الآن .
- 3- ليس لدي شهية على الإطلاق في الوقت الحاضر.

تاسع عشر:

- 0- لم ينقص وزني في الآونة الأخيرة .
- 1- فقدت أكثر من كيلو جرامين من وزني .
- 2- فقدت أربعة كيلو جرامات من وزني .
- 3- فقدت ستة كيلو جرامات من وزني .

عشرون :

- 0- لست منشغلاً عن صحتي أكثر من ذي قبل .
- 1- أني مشغول ببعض المشكلات البدنية مثل الأوجاع واضطرابات المعدة والإمساك .
- 2- أني مشغول جداً ببعض المشكلات اليومية ومن الصعب أن أفكر في شيء آخر .
- 3- أني مشغول جداً حول مشكلاتي البدنية لدرجة أن لا أستطيع أن أفكر في شيء آخر.

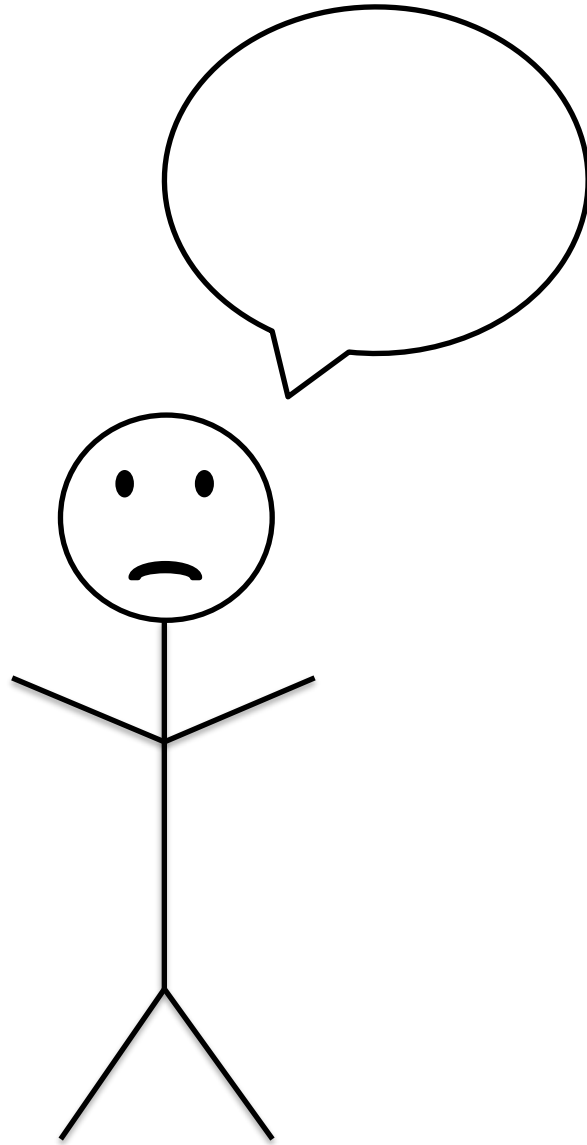
واحد وعشرون :

- 0- لم ألاحظ أي تغيرات حديثة في اهتمامي بالجنس .
- 1- أنني أقل اهتماماً بالجنس عن المعتاد .
- 2- لقد قل الآن اهتمامي بالجنس كثيراً .
- 3- لقد فقدت اهتمامي بالجنس كثيراً .

الملحق (5)

الرسم الكاريكاتوري

اسأل نفسك لماذا يبدو هذا الشخص غير سعيد؟ كون بعض الأفكار التي تزعج هذا الشخص.



(Bruns , 1999)

الملحق رقم (6)

قائمة المحكمين لمقياس المخططات المعرفية

الرقم	الاسم واللقب	الدرجة العلمية	التخصص	مكان العمل
1	يحياوي زهية	أستاذ محاضر	علم النفس العيادي	جامعة مستغانم
2	ديب زهرة	أستاذ تعليم عالي	علم النفس العيادي	جامعة تلمسان
3	نزاي زهرة	دكتوراه	القياس النفسي وتحليل المعطيات	المدرسة الابتدائية
4	مربوح فاطمة	اخصائية نفسية	علم النفس العيادي	مستشفى الأمراض العقلية بمستغانم
5	فغول عبد الحميد	أخائي نفساني	علم النفس العيادي	الحماية المدنية
6	بلکرد محمد	أستاذ محاضر	علم النفس العيادي	جامعة مستغانم
7	بن صافي عبد الرحمن	دكتورا	القياس النفسي وتحليل المعطيات	جامعة مستغانم
8	بن حمو محمد الهادي	أستاذ مساعد- أ-	القياس النفسي وتحليل المعطيات	جامعة مستغانم