

A Case Study of Cognitive Behavioral Therapy for a Case of Depression

Mustafa Muammar Habil *

Department of Classroom Teacher, Faculty of Education, Al-Asmarya Islamic University, Zliten, Libya

دراسة حالة علاج سلوكي معرفي لحالة إكتئاب نفسي

مصطفى معمر حبيب *

قسم معلم فصل، كلية التربية، الجامعة الاسمرية الاسلامية، زلتن، ليبيا

*Corresponding author: mustafaehbil@gmail.com

Received: January 31, 2026

Accepted: February 20, 2026

Published: March 31, 2026



Copyright: © 2026 by the authors. This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Abstract:

This study demonstrates the importance and effectiveness of cognitive-behavioral strategies in treating a case of severe depression. It is divided into two parts: the first part is the theoretical section, which includes concepts related to the case study, such as the definition of depression and the definition of cognitive-behavioral therapy. The second part comprises the practical application, presenting the methodological aspects, the case study, functional analysis, hypotheses, and treatment strategies (the outcome of the therapy sessions). The study concludes with a summary and conclusions.

Keywords: Effectiveness, Cognitive-Behavioral, Severe Depression, Case Study, Therapy.

الملخص

هذه الدراسة توضح مدى أهمية وفعالية الإستراتيجيات المعرفية السلوكية في علاج حالة تعاني من اكتئاب حاد وقد تم تقسيمها إلى جزئين: الجزء الأول هو القسم النظري ويشمل المفاهيم المتعلقة بدراسة الحالة وضمت: تعريف الاكتئاب وتعريف العلاج السلوكي المعرفي. بينما ضم الجزء الثاني الجانب التطبيقي العملي حيث تم فيه عرض الجانب المنهجي وعرض الحالة والتحليل الوظيفي والفرضيات والإستراتيجيات العلاجية (مآل الجلسات العلاجية) وكانت النهاية بالخاتمة والاستنتاجات.

الكلمات المفتاحية: الفعالية، العلاج السلوكي المعرفي، الاكتئاب الحاد، دراسة حالة، العلاج.

مقدمة:

الاكتئاب أحد الاضطرابات الانفعالية التي اهتم بها المعالجون النفسيون ومنهم المعالجون السلوكيون المعرفيون، كما أنّ دراسة الحالة كما جاء في كتاب (أساسيات الإرشاد والتربوي بين النظرية والتطبيق) لـ (عبدالله أبو زعيزع، 2009) تقدم خدمات كثيرة في تقدم العلاج النفسي باعتبارها مصدراً خصباً للكثير من المعارف التي يعتمدها العاملون في ميدان العلاج النفسي في عملهم (سامي محمد ملحم، 2001 ص57).

وتعتبر هذه الدراسة حالة من ضمن الحالات الكثيرة التي تعاني من الاكتئاب النفسي، والتي تم التكفل بها نفسياً باستخدام الإستراتيجيات العلاجية النفسية السلوكية المعرفية، والتي من خلالها يتضح لنا الأهمية الكبيرة والفعالية الكبيرة في استخدام هذه التقنيات العلاجية.

مصطلحات الدراسة:

- 1-1 **الاكتئاب:** يقوم المحتوى الفكري لمرضى الاكتئاب بشكل أساسي على فكرة فقد، على فكرة وقوع فقدان كبير، مما يجعل المريض بالاكتئاب يشعر أنه قد خسر شيئاً يعتبره ضرورياً ومهماً لسعادته وأمنه وطمأنينته، ويتوقع من أي مشروع هام نتائج سلبية، ويرى نفسه فاقداً للصفات اللازمة لتحقيق أهداف ذات شأن، وتؤدي هذه التوقعات السلبية إلى الانفعالات المميزة للاكتئاب مثل الحزن، والإحباط، والتبلد حين يقوي فيه الإحساس بالتورط في موقف بغيض ومشاكل عسية تنبند دافعيته التلقائية البناءة، وربما غلبه ميل قاهر إلى الهرب من هذه الحالة غير المحتملة عن طريق الانتحار (أرون بيك، 2000، ص99).
- 2-1 **العلاج السلوكي المعرفي:** يرتبط العلاج السلوكي المعرفي بعدد طرق تعديل الأفكار والانفعالات من خلال مواجهة مباشرة للمواقف، وأكمل البرامج تحتوي على تمارين الاسترخاء (Jean Cottraux, 2011, P.181)

النظريات السلوكية والاكتئاب:

توجد عدة نظريات حول الاكتئاب المشتقة من الإشرط الإجرائي Procedural conditioning والنموذج الأكثر انتشاراً هو العجز المكتسب.

وانطلاقاً من نظريات الإشرط الجزئي بيّن الباحثون أنّ غياب الأحداث المفرحة في المحيط يقلل الدافعية لدى الشخص بحيث يصبح تدريجياً بدون نشاط وحزين، وهو السلوك الذي يكون خالي من المواقف الإيجابية ينتهي بالإنطفاء، كذلك كثرة الأحداث السلبية والمفاجئة يؤدي إلى نفس النتيجة، السلوك أي أنّ نتائجه تكون سلبية بصفة دائمة ينتهي به إلى الضياع من فهرس الفرد.

الشخص المكتئب يحمل ظاهرة الإنطفاء الراجعة إلى نقصان كبير أو خطير في الدعم الإجتماعي الإيجابي، وتبقى الظواهر الإكتئابية الوحيدة المدعمة.

حسب (لويسو هن 1974 Lewisohn) هناك في الأصل سبب نفسي، مرضي الذي يمكن أن يؤدي إلى تدعيم إجرائي للاكتئاب.

بالنسبة (لسيليقمان 1975 Seligman) فإنّ الاكتئاب هو نتيجة فقدان الشخص إمكانية وضع علاقة بين الفعل والدعم الإيجابي، وقد قام سيليقمان بتجربة على الكلاب المصدومة (عن طريق الكهرباء) فوجد أنّ الكف والذي أسماه (بالعجز المكتسب) أو (خيبة أمل مكتسبة) فوجد أنّ كل من الحيوانات والأفراد المكتئبين بعد تعرضهم إلى تجربة صدمية مطولة أو صدمات كثيرة متكررة يتوقفون عن إعطاء إجابات منتجة، كما استخدم نموذج العجز المكتسب في الإطار المعرفي من قبل كل من (أبرمسون Abramson، وسيليقمان Seligman، وتيسدال Teasdale) سنة 1978 م بحيث أنّ الشخص المكتئب عندما يكون أمام الفشل مثلاً يعطي حكم سببي (الانتساب أو عزو الأسباب يكون داخلي، عام وثابت) فالشخص يرجع كل المسؤولية إلى الفشل (انتساب داخلي)، ويعتبر هذا الفشل دائم (ثابت)، ويعممه في كل مجالات حياته (تعميم) والعكس في حالة النجاح، أو حادث إيجابي يعطي الأحكام التالية: أحكام خارجية (الصدفة، أو الآخرين هم السبب)، أحكام خاصة (الحادث معزول) / أو أحكام غير مستقرة (هذا لا يستمر).

لقد بيّن أبرمسون "Abramson 1984" في دراسة حول الطلاب بأنّ البنية المعرفية الداخلية الثابتة والعامّة تنبئنا بأنّ هناك رد فعل إكتئابي دائم بعد الفشل في الامتحان، والعكس الشخص الذي يكون لديه مزاج عادي يكون لديه إلى المبالغة في تقييم مسؤوليته في الأحداث الإيجابية.

3. النموذج المعرفي Cognitive model:

من النموذج المعرفي، أصحاب هذا النموذج المعرفي للاكتئاب (بيك وشركائه، 1979) ينادون بنموذج معالجة المعلومة، المكتئب يجهل المعلومة الإيجابية، أو يمسك المعلومة السلبية (Jean. Cottraux, 1995, p48 p49).

ومن ذلك فالانحرافات المعرفية في الحالات الإكتئابية حسب النموذج المعرفي هي:

1. **التداخل العشوائي Random interference**: ويتمثل في استنتاج خلاصات بدون أدلة، أي خلاصات مبنية على معلومات ناقصة.
2. **التجريد الانتقائي Selective abstraction**: ويتمثل في التركيز على جزء خارج المضمون وعدم إدراك الشكل والمعنى العام للموقف.
3. **المبالغة في التعميم Overgeneralization**: بحيث يعمم الشخص تجربته الحزينة على كل المواقف الممكنة، مثلاً إخفاق مهني محدود يصبح في المستقبل إخفاق معمم على كل المواقف اللاحقة.
4. **بخس الإيجابيات والانتقاء السلبي Underestimating the positives and negative selection**: يتمثل في إعطاء قيمة كبيرة إلى الإخفاقات أو الأحداث السلبية ونقص من قيمة النجاحات والمواقف المفرحة.
5. **العزو الشخصي Personal attribution**: يفكر الشخص بصفة أتوماتيكية بأنه المسؤول الوحيد على كل ما يحدث من أحداث سلبية وينتهي به الأمر إلى تحويل الواقع إلى معاش محزن من خلال المخطط الإكتئابي.
6. **التفكير الإكتئابي Depressive thinking**: مجموع هذه التشويبات خاصة التداخل العشوائي تترجم عيادياً بأحداث معرفية التي تكون مسجلة بنمط من التفكير الثنائي (Dualistic thinking style) أي بنظر الشخص إلى الأحداث أو الناس طبقاً لمبدأ الكل أو لا شيء، ليس لديه أي قيمة، ليس لديه ما ينبغي أن يكون لديه، الشخص ينغلق في عدم النشاط وعدم الإنتاج (Jean. Cottraux, 1995, P 51).

4. **التحليل الوظيفي Job analysis**: لكي يكون هناك تمثيل دقيق للتحليل الوظيفي للاكتئاب وضع (جون كوترو Jean Cottraux) شبكة التحليل الوظيفي (SECCA) التي تجمع العناصر التالية: منبه، مشاعر، معارف (الأفكار العقلية، نظام الاعتقادات)، سلوك، والتوقعات.

هذه الشبكة كانت ذات هدف تطبيقي وتحتوي على جزء آني (وقتي – حالي) الذي يسمح بتحليل جانب سلوكي (منبه، عاطفة، أفكار، سلوك، وتوقعات وعلاقتهم بالمحيط الاجتماعي) كما تحتوي على جزء تاريخي وهو الذي يسمح بتنظيم التاريخ الماضي للعمل (Jean. Cottraux, 1995, P 74).

5. منهجية البحث:

5.1 **مكان البحث**: لقد تم إجراء هذا البحث على حالة مصابة باكتئاب في مدينة زليتن.

5.2 أدوات البحث:

أ. **المقابلة العيادية**: لقد تم استخدام المقابلة نصف الموجهة وهي مقابلة تضم عدداً من الأسئلة المفتوحة التي تسير وفق دليل محدد، ويقوم الباحث بتتبع أجوبة المشتركين وطرح المزيد من الأسئلة للاستيضاح، وكان ذلك بقصد جمع المعلومات، ومعالجة سلوكية معرفية بدأت بالبحث عن سبب الاستئارة النفسية، التركيز على المشكلة (متى، لماذا، وكيف؟).

وبعد إنشاء العقد العلاجي تم اختيار الإستراتيجيات العلاجية الملائمة (العلاج المعرفي).

ب. مقياس الاكتئاب (لهاملتون (Hamilton): وقد تم بناء هذا المقياس من هاملتون سنة 1967، وهو يحتوي على (17 بند) ويشمل على العديد من الجوانب (الانفعالية والسلوكية والمعرفية) وقد تم اختيار هذا المقياس لأنه مؤشر جيد لتحديد الشدة العامة للاكتئاب، كما يمكننا من خلاله تقييم تغييرات شدة الاكتئاب.

تقديم الحالة:

يتعلق الأمر بالسيدة (ز. م. ح) التي تم فحصها للمرة الأولى في يناير 2023 عندما كانت تبلغ من العمر (61 عاماً) متزوجة وأم لستة من الأبناء ترتيبها بين إخوتها الثاني من اثني عشر أخ وأخت، مستواها التعليمي خريجة معهد المعلمات وتعمل معلمة لمادة اللغة العربية في مدرسة إعدادية ومستواها الاقتصادي فوق المتوسط، لها من الأبناء المتزوجون أربعة ثلاث من الذكور وفتاة واحدة.

السيدة (ز) فقدت ولدها الثاني في ترتيب أبنائها في تفجير معسكر تدريب خفر السواحل في منطقة سوق الثلاثاء في مدينة زليتن بتاريخ: 07/يناير/2016 م حيث كان يعمل مدرباً فيه عندما قام داعشي بتفجير شاحنة محملة بالمتفجرات في المعسكر الذي كان يكتظ بالمعلمين والمتدربين أثناء التجمع الصباحي، حيث فقد عدد (67) شخصاً حياته، وأصيب عدد آخر (200) بجراح متفاوتة.

ومما زاد في آلام الأم وحرزها أن ولدها الثالث تطوع في قتال الدواعش في مدينة سرت الليبية وقاتل مع غيره من المتطوعين وأصيب بجراح خطيرة وكاد أن يفقد حياته وعانى فترة طويلة من الألم في سبيل استعادة صحته وعافيته.

(ز. م) تم الكشف عليها عدة مرات من قبل طبيب عقلي بعد خوف زوجها وأولادها عليها بعد ملاحظتهم للتغيرات الظاهرة عليها بعد وفاة ابنها في التفجير كحالة الانطواء والعزلة والبعد عن الاجتماعات العائلية وتواصل غيابها عن عملها كمعلمة لمادة اللغة العربية في مدرسة إعدادية.

وصف الطبيب المعالج للسيدة (ز. م) بعض من الأدوية المهدئة، ولكن هذه الأدوية كان لها بعض الآثار السلبية على حالة السيدة النفسية فتوقفت عن تناولها بتحويلها من أبنائها بعدما لاحظت الأسرة تأزم حالتها النفسية، ولم تتوقف الأسرة عن عرضها على الأطباء بل أنهم عرضوها على معالج روحاني حاول علاجها بالقرآن الكريم، ولكن بدون ملاحظة أي تحسن يذكر.

في الجلسة الأولى مع السيدة (ز. م) كانت تحاول أن تبدي ارتياحها واعترفت بحاجتها للعلاج، وتكلمت كثيراً عن الآلام التي عانتها بتردها الكثير على الأطباء وعلى المعالج الروحاني عندما شعرت بأنهم لم يقدموا لها علاجاً ذا فائدة ولم يتمكنوا من تخليصها من حزنها وآلام فقدان ولدها الذي وصفته بأنه كان أكثر أولادها عطفاً وحناناً عليها.

مما زاد من شعور السيدة بالألم والحزن هو سماعها للطبيب المعالج يتكلم مع أحد أولادها عن مدى تعقد حالة أمه وصعوبة علاجها، مما زاد في انغلاقها عن نفسها وابتعادها عن التعامل مع الآخرين، وبدأت تفكر في الانتحار في بعض الأحيان وإن لم تقم بخطوات عملية لتنفيذ ذلك (في الجلسة الأولى في شهر أكتوبر من عام 2024م).

وبعد تدهور حالتها النفسية والجسدية أصبحت السيدة (ز) تعاني من التالي:

- 1- حالة من الانطواء: حيث أصبحت تتضايق من البقاء في الجماعات المختلفة سواء في العمل أو في البيت " لا أحتمل كلام الناس وأميل للبقاء بمفردي".
- 2- التقدير الذاتي المنخفض جداً: كما جاء على لسانها " أنا لا شيء، أنا ضعيفة، أنا فاشلة في عملي، أنا فاشلة في حياتي الاجتماعية".
- 3- المزاج دائماً حزين: " أتأثر لأبسط الأشياء، عيناى مليئة دائماً بالدموع، أبكى دائماً وبشكل سريع".
- 4- حساسية مفرطة: " أقلق لأبسط المثيرات، أبسط شيء يقلقني".

- 5- الشعور بالذنب: " بسبب عدم قدرتها على تلبية حاجات الاسرة اليومية " عائلتي تعاني وأشعر أنني السبب لعدم قدرتي على القيام بواجباتي اليومية "
- 6- اضطرابات في الأكل: انخفاض ملحوظ في الوزن.
- 7- اضطراب في النوم.
- 8- أحلام وكوابيس: تستيقظ ليلاً في حالة من الفزع وهي تتصبب عرقاً.
- 9- أفكار انتحارية: " لماذا أعيش، لا طعم للحياة، أفكر في الموت بشكل مستمر "
- 10- نظرة غامضة سوداوية للمستقبل: " أرى مستقبلي أسوداً وغامضاً "

التحليل الوظيفي: بعد إجراء التحليل الوظيفي للحالة باستخدام شبكة (SECCA) التي تم فيها تحليل الماضي والحاضر يسلك الحالة.

أ. تحليل الماضي:

الحالة لها سوابق مرضية خاصة حيث سبق لها أن دخلت في حالة من الحزن والاكتئاب عندما سبق لها أن عانت من حالة قوية من الحزن والرعب عند إصابة أحد أولادها في الحرب التي خاضها الشباب الليبي للدواعش في مدينة سرت الليبية ففي 5 مايو 2016م أعلن المجلس الرئاسي الليبي تشكيل غرفة عمليات لإطلاق وقيادة عملية "البنيان المرصوص" لطرده التنظيم من سرت الليبية، ومشاركة ابن آخر في مواجهات عسكرية أخرى في ليبيا، وسفر ابنها الآخر للدراسة خارج البلاد، مما فاقم من قلقها وخوفها وتوترها.

ب. التحليل الحالي:

بدأت وضعية الحالة تتأزم نفسياً، بعد تلقيها خبر إصابتها بمرض السكري من قبل طبيبها المعالج،

- تقدمت الحالة مع أفراد أسرتها أكثر من مرة بطلب للحصول على إجازة من العمل، تم رفض جميع الطلبات مع رفض جهة العمل طلب نقلها لمدرسة قريبة من محل سكنها.
- تكاثر المشاكل العائلية خاصة بعد إصابة زوجها بجلطة دماغية بسيطة طلب منه على أثرها ترك التدخين ورفضه لهذا الطلب، مع حاجته لإجراء العمليات اللازمة لذلك.
- كل ذلك تداخل مع سمات الحالة الخاصة كشعورها بالذنب على تقصيرها وعدم القدرة على تلبية رغبات أفراد الأسرة وتأدية واجباتها اليومية بنفس الكفاءة السابقة، مع زيادة هذه الواجبات بعد زواج ابنتها الوحيدة.

مع كل هذه الظروف أصبح الشعور بتأنيب الضمير يزداد تدريجياً حتى أصبح يثقل كاهلها وأصبحت تشعر بعدم فائدتها وكونها أصبحت عاجز وتشكل عبئاً على الآخرين (تقدير منخفض للذات).

فرضيات الدراسة:

بعد إجراء التحليل الوظيفي للحالة موضوع الدراسة وتطبيق استبيان الاكتئاب لهاميلتون حيث كان مجموع الحالة (22) مما يعنى وجود اكتئاب متوسط مع ملاحظة معاناة الحالة من وجود اضطرابات جسدية كمرض السكري مع فقدان الشهية وآلام غير محتملة أسفل الظهر مع وجود صداع متكرر، مع كسل شديد وفقدان للنشاط وسرعة الاعياء وضياح التركيز وضعف الشغف والاستمرارية مع كثرة التعرق، بالإضافة إلى ذلك كانت الحالة تعاني من بعض التشوهات المعرفية كالتالي:

- **التفكير المستمر في الاكتئاب:** وذلك يتضح من وصف الحالة لنفسها بعبارات مثل: أنا فاشلة، أنا عاجزة، لا يمكنني تحقيق ما يتوقعه منى افراد العائلة، ينبغي أن أموت لأنه لا قيمة لي.

- **بخس الإيجابيات والاختيار السلبي:** ويتضح ذلك من كلمات الحالة "عائلتي تنتظر مني الكثير ولكنني أصبحت عاجزة عن مسايرتهم، فأنا مريضة وعاجزة وإنسانة فاشلة في علاقاتي الشخصية والعائلية والمهنية (أصبحت في عزلة تامة).
- **العزو الشخصي:** الاحساس بأنها هي السبب في كل في كل المشاكل التي تواجه العائلة وزملاء المهنة (تأنيب الضمير، والشعور بالذنب).
- **المبالغة في التعميم:** مثل قولها " أنا مريضة ولا يمكنني الاستمرار في حياتي الزوجية، أو مساعدة العائلة لأنني عاجزة.
- **التداخل العشوائي:** كقولها عائلتي سوف تقلل من احترامي لأنني أصبحت غير قادرة على تلبية مطالبهم " وقد توصل العميل إلى نتيجة سلبية بدون أن تمتلك دليلاً قاطعاً. ولمواجهة وتجاوز كل هذه السلبيات طبقنا هذه الأساليب مع الحالة:
- تمارين الاسترخاء.
- معالجة الأفكار الآلية.
- الحوار الباطني.
- الدعم الاجتماعي العائلي الايجابي.

الإستراتيجيات العلاجية:

تنظيم الجلسات العلاجية: الجلسات العلاجية هي جلسات علاجية فقمنا بتنظيم الوقت وبرنامج العمل مع الحالة، وفي كل جلسة كنا نقوم بتلخيص النقاط الهامة التي تم تناولها خلال الجلسة العلاجية وتنتهي بسؤاله أسئلة مثل " إذا فهمت جيداً، لقد رأينا بأننا ...".

وفي نهاية كل جلسة نلاحظ مدى تأثيرها على العميل، نطلب من الحالة أن تلخص لنا ما الذي فهمته من الجلسة، وبعد المناقشة يتم الاتفاق على النقاط التي لم يتم التطرق لها، وبالتالي الاتفاق على تناولها في الجلسات التالية، ثم نطلب منها تحديد الأشياء التي أزعجتها في الجلسة، وذلك لكي يتم تحديد الأفكار السلبية ومن تم تصحيحها.

وفي ختام الجلسة نتفق مع الحالة بعد فهمه وموافقته على الانشطة التي يستطيع القيام بها وذلك من أجل تنمية تجارب الرغبة والتحكم واختبار الأفكار الإكثنايبية ومواجهتها في الواقع. ومن تم تقرر أن يكون تنظيم خطة الجلسات العلاجية كالتالي:

من الجلسة العلاجية الأولى إلى الجلسة الرابعة:

بعد أن تم تحديد درجة الاكتئاب ودرجة الأفكار السلبية والتي كانت تقدر تقريبا بـ 20 درجة والتي كانت تدل على وجود اكتئاب متوسط مع وجود إشارات على وجود بعض الأفكار الانتحارية (يتضح ذلك من قول المريض (أنا مريض) مع ما يتبعه من شعور الحالة بالقلق والحزن والاكتئاب مما يؤدي به تشبع بالأفكار السلبية (آلية) وتمثلت في ترديده لكلمات مثل: عائلتي لا تقدرني ولا تحترمني ولا تعطيني أي قيمة لأنني عاجز، أو أنا مريض وأشعر بالذنب، ماذا تفكر عائلتي بي عندما أنني لا أستطيع مساعدتها، لا فائدة من وجودي، أفكر كثيراً في الانتحار لأريح الآخرين مني.

وبما أن الحالة عندها عديد الأفكار السلبية التي كان لها تأثير كبير على الجانب الانفعالي السلوكي انتهت الجلسة الثالثة بتدريب الحالة على تمارين الاسترخاء خاصة في المواقف الصعبة والمستعجلة (تخفيض درجة القلق ودرجة التهوية) ... مع البداية في تدريب الحالة على تمارين الاسترخاء من الجلسة الرابعة.

من الجلسة العلاجية الخامسة إلى الجلسة الثامنة:

كنا قد بدأنا منذ الجلسة الثالثة تمارين الحالة على تمارين الاسترخاء، وفي الجلسة الخامسة كتحققنا تدريب الحالة على الاسترخاء في المواقف المستعجلة لتخفيض درجة التهوية، والتي من شأنها تبطئه الايقاع النفسي (Slowing down the psychological rhythm) مما يؤدي إلى الانخفاض الانفعالي العام سواء كان

جسدي أو تنفسي، ونحن لا نفكر بنفس الطريقة في حالة سرعة أو انخفاض نبضات القلب، ومن الملاحظات التي يجب توعية الحالة عليها:

- وضعية الاسترخاء تكون في حالة الجلوس.
 - تخفيض الدرجة التهوية.
 - التركيز على التنفس وهذا بتركيز جيد على كل شهيق وزفير بحثاً عن التنفس المريح.
 - العمل على مساعدة الحالة على عدم التركيز على أفكاره الإكتائبية وعدم تعليل مسؤولية كل ما يحدث من مشاكل للمقربين منه إلى نفسه.
 - تسجيل الأفكار الآلية أثناء الجلسة وتحديد درجة شدتها وتسجيل الأفكار المقترحة الأكثر عقلانية.
- جدول (1): مثال للانفعالات العامة.**

الموقف والمشاعر	الأفكار الآلية	الأفكار الأكثر العقلانية
<ul style="list-style-type: none"> - وصف الموقف والأفكار التي تتعبها وتسبب لها مشاعر قاسية. - أنا متعبة. - أنا مريضة. 	<ul style="list-style-type: none"> - يتم تسجيل الأفكار الآلية التي تسبق أو تأتي بعد المشاعر. - أنا عاجزة، لا قيمة لي. - سوف تقل قيمتي وتستهزئني عائلتي. - أفكر في الانتحار. 	<ul style="list-style-type: none"> - تسجيل الأفكار المعاكسة للأفكار الآلية التي تكون أكثر عقلانية. - المرض لا يعني العجز وفقدان القيمة، - عائلتي كانت تحترمي ولا يمكن أن تتغير بسبب المرض. - الانتحار شيء غير مقبول دينياً وليس هو الحل للمشكلة.
مشاعر الحزن والاكتئاب شدة انفعالها من (0 إلى 8) هي 7	درجة اعتقادها لهذه الأفكار من (0 إلى 8) هي 8.	درجة اعتقادها للأفكار المناقضة للأفكار الآلية من (0 إلى 8) هي 3
-	-	إعادة تقييم الحالة لأفكارها الآلية بعد الاختبار المناقض من (0 إلى 8) هي 7.

في كل جلسة علاجية نستخدم فيها هذا الجدول لتغيير الأفكار الآلية لنعمل على تخفيض درجة اعتقادها للأفكار الآلية في كل جلسة حتى وصلت إلى أقل مستوى ممكن (0) وبالتالي وصلنا إلى نهاية الأفكار الانتحارية.

ومن أجل تدعيم الحالة إيجابياً كنا نشجعها في كل جلسة علاجية ونعطيها واجبات ونشاطات منزلية مريحة مثل قراءة الكتب والمجلات وزيارة الصديقات المقربات منها، والقيام بالحوار الداخلي أو الضغط الانفعالي مع المداومة والاستمرار بتمرينات الاسترخاء حتى وصلت إلى حبها والاستمتاع بها وتعودت على القيام بها لوحدها.

كما قمنا باستعمال الحوار الداخلي وهو عبارة عن محاورة الأفكار الإكتائبية والتي تحولت إلى أفكار آلية، وعلما الحالة كيف تستبدلها بأفكار أكثر عقلانية، واستفدنا من كون الحالة لها كفاءة مهنية جيدة، ومن ذلك جعلنا الحالة تدرك الجوانب الإيجابية لذاتها من خلال عملها.

من الجلسة التاسعة إلى الجلسة الثانية عشر:

بعد ملاحظة أن التقدير الذاتي للحالة منخفض بدأنا معها استخدام تقنية التدعيم الذاتي الإيجابي لندعم بها الحالة إيجابياً سواء بطريقة لفظية أو عملية.

كانت الحالة تحاول التواصل مع أفراد العائلة ولكنها كلما كانت تفشل في ذلك نقوم بتشجيعها على المحاولة ومحاولة الاندماج مع الآخرين على يكون بذلك بالتدرج مع الصبر.

وبما أنه كانت للحالة أختين مفضلتين من إخوتها البالغ عددهم (11) ما بين أخ وأخت تساعدانها وتقفان إلى جانبها لقبها في السن منها، شجعناها على التواصل معهما ووضعنا لهن أهمية دورهن في تقديم المساندة والدعم للحالة، كما قمنا بتشجيع الحالة على مواصلة التواصل معهن. واستمرار ومداومة الزيارة لشقيقتها وعندما تعودت على الزيارات بدأنا إدخال بقية أفراد العائلة بالتدرج في جلسات الزيارة ومن تم تعميم الزيارات لبقية الإخوة وأفراد العائلة.

من الجلسة الحادية عشر لاحظنا أن شدة الاضطراب الانفعالي وشدة الأفكار الآلية قد انخفضت، فقد أصبح المجموع الكلي عند قياس الاكتئاب يقدر بـ 2 بمقياس الاكتئاب لهاميلتون ويتضح معه اختفاء الاكتئاب.

عادت علاقة الحالة مع أقاربها وعائلاتها للتحسن التدريجي، وعادت للعمل في المدرسة كمعلمة احتياط بعد نقلا إلى مدرسة قريبة من مقر سكنها، كما تمكنت من إنشاء علاقات زمالة مع المعلمات الزميلات في المدرسة الجديدة.

عند استخدام (مقياس التقدير الذاتي لماسلو) وجد أن تقدير الحالة الذاتي قد أصبح ضمن الحد الآمن عند قيمة 1 أي آمن جداً.

من الجلسة الثالثة عشر إلى الجلسة السادسة عشر:

رغم الاستقبال الجاف وغير المتفهم من بعض المعلمات والجيران إلا أن الحالة لم تعد تعتبرها صدمات تؤثر في حياته وتدفعها للاكتئاب بل اكتسبت الخبرة في إنهاء العلاقات الاجتماعية التي تسبب لها الألم وبدأت تبني علاقات اجتماعية جديدة تساعد على التكيف مع المجتمع.

ورغم الألم الي كانت الحالة تشعر به أحيانا إلا أنها تماسكت واستطاعت تجاوزه، وفي كل مرة تتعرض فيها للذكريات المؤلمة كانت تؤكد أن الحياة تستمر وأن الفقد مكانه ذكرياته الجميلة التي تستعرضها في ذاكرتها وتدعو له من قلبها بدون أن تسبب لها الاكتئاب، وأن الحياة فيها الكثير من الأشياء الرائعة التي تستحق أن نجربها ونستمتع بها.

وقد كان لحصص تمارين الاسترخاء دور كبير وتأثير إيجابي حسب تعبير الحالة فأصبحت أكثر نشاطاً في الحياة اليومية وأكثر استمتاعاً بها، حيث أصبحت الحالة أكثر تحكماً في ضغوطاتها الانفعالية والمشاكل الجسدية والتي بدأت تقل وتخفي بشكل تدريجي خاصة عند مواجهة المشاكل المؤلمة والصعبة يومياً.

وبفضل تعلم الحالة لتمرينات الاسترخاء والمداومة عليها بالإضافة إلى تقنية الحوار الداخلي أصبحت أكثر تفهماً لأحوالها النفسية وأصبحت تستعمل هاتين التقنيتين كوسيلة وأداة للتخلص قلقها اليومي.

وبعد أن تمت ملاحظة وجود استقرار معرفي سلوكي عند الحالة خلال تتابع الجلسات العلاجية، أصبحت الجلسات كل أسبوعين (نصف شهرية)، ثم جلسة شهرية، ثم جلسة كل شهرين، وصولاً إلى جلسة نصف سنوية، ثم تم نقلها إلى مدرسة أخرى أقرب لمحل سكنها وتعيش في استقرار مع عائلتها وتبحث عن زوجة لآخر أبنائها.

خاتمة:

إن استخدام تقنيات العلاج المعرفي السلوكي كان لها تأثير واضح وإيجابي على تحسن الحالة نفسياً وصحياً ونلخصه فيما يلي:

- أولاً: تقنية تمرينات الاسترخاء المستخدمة كانت مهمة للدخول التدريجي في العلاج، وكانت أيضاً وسيلة للسيطرة على استجاباته الانفعالية، الجسدية، وساعدت بصفة تدريجية على غياب جميع الاضطرابات الفسيولوجية.
- ثانياً: تقنية التدعيم الإيجابي كان لها دور إيجابي مشكل ملموس في تحسن الحالة وساهمت في رفع تقديرها الذاتي وزيادة أنشطتها ومشاركاتها اليومية المدعمة كزيارة الأقارب بشكل تدريجي وزيادة الاندماج مع زميلاتها في المدرسة، كما زادت ثقتها في نفسها بشكل واضح مع قدرتها التامة على اتخاذ القرارات بدون صعوبات تذكر.
- وهذا ما كان (أرنولد. لازاروس) يؤكد (يكون التعزيز الايجابي مسألة اجتماعية ويطرح بشكل إطراء، ومديح، أو تقدير، أو تشجيع (أرنولد. لازاروس، 2002، ص 270).
- ثالثاً: معالجة أفكار الحالة الآلية متمثلة في مساعدتها على نزع التركيز على الأفكار السلبية والإكتئابية عبر تسجيلها، وتسجيل قوتها، ثم مساعدة الحالة على تبديلها بأفكار إيجابية وأكثر منطقية.
- كما تم من خلال الجلسات مساعدة الحالة على عدم تحميل نفسه مسؤوليه حدوث كل شيء سيء للعائلة وللمحيطين به وهنا يرى (محمد حجار) أنه (من الضروري جداً شرح للعميل آلية الأفكار الخاطئة وكيف تنشطها الحوادث الخارجية) (محمد حمدي حجار، 2004، ص 54).
- رابعاً: كان للنشاط الخارجي للحالة المتمثل في تسجيلها الأفكار الآلية في مواقف الضغوطات الانفعالية والسلوكية، خاصة مع وجود الأفكار الانتحارية والإكتئابية، تأثير مزعج بشكل كبير للحالة، فدرنا الحالة على استخدام الحوار الداخلي مع تدريبها على كيفية استبدال الأفكار السلبية بأفكار عقلانية أكثر وهو ما تقبلته الحالة وطبقته بشكل جيد حتى تعودت عليه واعتمده كوسيلة دفاعية في كل مرة تنتابها أفكار اكتئابيه أو سلبية.

المراجع:

أولاً المراجع العربية:

- 1- أرون بيك (2024): العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، ترجمة: عادل مصطفى، مؤسسة هنداي، يورك هاوس، المملكة المتحدة.
- 2- محمد حمدي حجار (2008): فن الارشاد النفسي السريري (الاكلينيكي) الحديث المختصر، المركز العربي للدراسات الامنية والتدريب، الرياض، السعودية.
- 3- أرنولد لازاروس (2002): العلاج النفسي الشامل الحديث، مؤسسة الرسالة للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
- 4- سامي محمد ملحم (2001): الارشاد والعلاج النفسي، الأسس النظرية والتطبيقية، ترجمة محمد حمدي حجار، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان الأردن.
- 5- عبدالله أبوز عيزع (2018): أساسيات الإرشاد النفسي والتربوي بين النظرية والتطبيق، دار يافا للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

ثانياً المراجع الاجنبية:

- 6- COTTRAUX. J (1995):Les therapies comportementales et cognitives, 2e`me edition, Masson.
- 7- COTTRAUX.J(2001): Les therapies cognitive (comment agir sur nos pensees) , RETZ/VUEF.
- 8- CUNGL.C(2001): Savoir affirmer, 2e`me edition, RETZ.

Disclaimer/Publisher's Note: The statements, opinions, and data contained in all publications are solely those of the individual author(s) and contributor(s) and not of **JSHD** and/or the editor(s). **JSHD** and/or the editor(s) disclaim responsibility for any injury to people or property resulting from any ideas, methods, instructions, or products referred to in the content.