العلاج التعريضي السردي وأثره في خفض التفكير الانتحاري وتحسين مفهوم الذات لدى عينة من مراجعي العيادات النفسية

إبراهيم باجس معالي *

ملخص

هدفت الدراسة إلى معرفة فاعلية برنامج "العلاج التعريضي السردي وأثره في خفض التفكير الانتحاري وتحسين مفهوم الذات لدى عينة من مراجعي العيادات النفسية". تكونت عينة الدراسة من (40) مراجعاً ومراجعة تم اختيارهم بطريقة عشوائية، وهم الذين حصلوا على أعلى الدرجات على مقياس التفكير الانتحاري وحصلوا على درجات منخفضة على مقياس مفهوم الذات. وقسمت عينة الدراسة إلى مجموعتين، المجموعة التجريبية، تكونت من (20) مراجعاً ومراجعة تلقوا برنامجاً علاجياً لخفض التفكير الانتحاري وتحسين مفهوم الذات،تكون البرنامج من (10) جلسات بمعدل جلسة واحدة أسبوعياً لمدة (90) دقيقة، والمجموعة الضابطة تكونت من (20) مراجعاً ومراجعة لم يتلقوا برنامجاً علاجياً. أظهرت نتائج تحليل التباين المصاحب (ANCOVA) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في خفض التفكير الانتحاري وتحسين مفهوم الذات لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة. ولم تظهر نتائج الدراسة أن هناك تفاعلاً بين البرنامج العلاجي والجنس على التفكير الانتحاري مفهوم الذات.

الكلمات الدالة: العلاج التعريضي السردي، التفكير الانتحاري، مفهوم الذات.

المقدمة

إن الشعور بالذات هو المصدر الأساسي للهوية، وهو الجوهر الموحد لشخصية كل فرد، لذلك يعد مفهوم الذات مهمًا ؛لأنه يعمل كمحور وظيفي للإنسان. فهو ينمو شعورياً خلال مشاعر الهوية الشخصية ومن خلال الخبرة الذاتية، فتراكم الخبرة الذاتية والمعرفة الذاتية لدى الفرد يؤديان إلى تكوين الإطار المرجعي الذاتي للفرد الذي هو الأساس لاستمرار الذات (ميزاب، 2013).

ويعرف مفهوم الذات بأنه طريقة شعور الفرد نحو ذاته بما في ذلك درجة احترامه وقبوله إياها (Woolfolk, 2001). ويعرف كذلك بأنه تكوين معرفي منظم ومتعلم للمدركات الشعورية والتصورات والتقييمات الخاصة بالذات، يبلوره الفرد ويعتبره تعريفاً نفسياً لذاته (الخفش، 2013).

إن وظيفة مفهوم الذات هي وظيفة دافعية وتكامل وتنظيم وبلورة عالم الخبرة المتغير الذي يوجد الفرد في وسطه، لذا فإنه ينظم ويحدد السلوك، وينمو مفهوم الذات تكوينياً كنتاج للتفاعل الاجتماعي بالتوازي مع الدافع الداخلي لتأكيد الذات. وعلى الرغم من أنه ثابت نسبياً إلا أنه يمكن تعديله وتغييره تحت ظروف معينة واستخدام أساليب في العلاج النفسي (Burns, 2010).

وينقسم مفهوم الذات إلى أنواع متعددة، منها الذات المثالية وهي ما يطمح أن يصل إليه الفرد والذات الواقعية وهي ما يكون عليه الفرد في الواقع، والذات الاجتماعية، وهي علاقة الفرد بالآخرين، إذ يرى روجرز أنه إذا كان هناك تناسق بين الذات المثالية والذات الواقعية، فإن الفرد يمتلك مفهوم ذات إيجابي، وإذا لم يكن هناك توافق فالفرد يتكون لديه مفهوم ذات سلبي (Corey, 2010).

ويشكل مفهوم الذات الإيجابي دوراً مهماً في زيادة دافعية الفرد للإنجاز وفي تطور شخصيته وجعلها أقل عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية المختلفة، كما يرتبط بالصحة النفسية والشعور بالسعادة في حين أن مفهوم الذات السلبي يرتبط بمشكلات نفسية عديدة مثل الاكتئاب والقلق والعزلة والانتحار (معالي، 2014).

وقد حاز موضوع الانتحار على اهتمام الباحثين، بحيث ركزوا ليس فقط على السلوك الانتحاري وإنما أيضاً على الأفكار التي

---

* كلية العلوم التربوية، جامعة العلوم الإسلامية العالمية. تاريخ استلام البحث 2016/7/4، وتاريخ قبوله 2016/9/16.

© 2019 عمادة البحث العلمي / الجامعة الأردنية. جميع الحقوق محفوظة.

تسبق الانتحار إذ يفرق جولدني (Goldney, 2008) بين ما يأتي:

1. الانتحار، وهو سلوك إيذاء الذات الذي يؤدي إلى الموت.
2. محاولة الانتحار وهي سلوك إيذاء الذات بدرجات متفاوتة في النية، ومميت بدرجات متفاوته.
3. التفكير الانتحاري، وهو التفكير في إيذاء الذات بدرجات متفاوتة في النية والجدية في تطبيقه،وغير مميت.

وهناك العديد من النظريات التي تفسر الانتحار وهي:

- نموذج الاستهداف – الضغط Stress Diathesis Model

يفترض النموذج أن هناك استعداداً عند كل شخص لتطوير اضطراب ما، لكن هناك فروق فردية في شدة الاضطراب النفسي، فالضغوط النفسية المستمرة تفسر التفكير الانتحاري، وهذا ما أكدته دراسة (سكوت ,Schote) إذ أشارت نتائجها أن الأفراد الذين يتعرضون إلى ضغوطات نفسية مستمرة، تؤدي إلى التفكير بالانتحار. وإن الضغط النفسي أكثر العوامل المسببة في الانتحار أكثر من الاكتئاب أو اليأس (Shneidman, 1999).

- نظرية الهروب في الانتحار كوسيلة للهروب من الذات: Suicide as escape from self

يرى بايشلر (Baechler, 1980) صاحب النظرية، أن الفرد يستخدم الانتحار كوسيلة لحل مشاكله، فالفرد يطور رؤية سلبية لمفهومه لذاته، وهي نتيجة توقعات عالية وغير منطقية عن الذات، وعزو الفرد الفشل الذي يحدث معه إلى ذاته، لذلك يبدأ الفرد بالتعامل مع هذه الأفكار والمشاعر بالهروب منها، ونتيجة لمفهوم الذات السلبي والمنخفض وعدم قدرة الفرد على الكبت تؤدي إلى تفكير الفرد بالانتحار، لأنه يرى أن الانتحار هو الوسيلة للهروب من مشاكله.

- النظرية المعرفية السلوكية The Cognitive Behavioral Theory

يرى بيك والفرد (Beck & Alfred, 1997) أن العامل المعرفي (التفكير) هو الأساس في الانتحار، وهو المعنى الذاتي الذي يتبناه الفرد نحو نفسه وبيئته ومستقبله (الثالوث المعرفي). وأن نظام الأفكار المعرفية يختلف من شخص إلى آخر، ويرتبط بشكل مباشر مع نظرة الفرد إلى نفسه ومفهومه لذاته، فالأفراد الذين يفكرون بالانتحار لديهم هشاشة في الأفكار، حيث أن الأفكار الانتحارية تتواجد في الأبنية العقلية، وهي الوعي التلقائي، والوعي، وما قبل المعرفي.

وقد عرف أوكازول (O'Carrol, 1996) الأفكار الانتحارية بأنها وجود رغبة ونيه وطريقة لتنفيذ الانتحار، إذ تتضمن الأفكار الانتحارية التفكير في الشروع في أي سلوك انتحاري بشكل واعي يهدف إلى الموت. والأفكار الانتحارية قد توجد عند أي فرد في ظروف صعبة ومختلفة، فالأفكار الانتحارية هي مرحلة تسبق محاولة الانتحار والانتحار. فالتفكير في الانتحار يرتبط بعوامل متعددة، تؤثر بشكل مختلف على الأفراد فمن هذه العوامل، الاكتئاب والمستوى الاقتصادي والاجتماعي المتدني، والنظرة السلبية إلى الذات (مفهوم الذات المنخفض) والتعرض للعنف، والضغوطات النفسية، والمشكلات الدراسية (صافية، 2016).

لذلك من المهم تحديد المراحل أو الخطوات في عملية الانتحار، مثل التفكير الانتحاري، عندها يمكن أن يتم التدخل من قبل الأخصائيين لإيقاف عملية التفكير بالانتحار قبل وصولها إلى مرحلة التخطيط والتطبيق، ومن أفضل الوسائل العلاجية التي يمكن استخدامها، هو العلاج التعريضي السردي، الذي تم تطويره لعلاج الضغوطات والمشكلات النفسية الناتجة عن تعرض الفرد لأحداث صادمة متكررة ومستمرة. ويتضمن بعض أفكار العلاج السلوكي المعرفي، والعلاج بإدلاء الشهادات من خلال سرد تفاصيل الحدث (Neuner & Klaschik, 2004).

ويشير فيندل ودنيس (Fazel, & Danes, 2010) إلى أن العلاج بالتعرض السردي يقوم على التعرض العاطفي لذكريات الأحداث المؤلمة، وإعادة تنظيم الذكريات ضمن سياق زمني متسلسل، ويستخدم هذا العلاج مع البالغين والأطفال، فالعلاج السردي يتطلب تعديل وتغيير للبنية المعرفية لدى الفرد، التي تتكون من الاستجابة المعرفية والنفسية والفسيولوجية التي ترتبط مع بعضها كالشبكة.

أشار شور والبرت (Shauer & Elbert, 2010) إلى أن دور المعالج يكون تسهيل عملية السرد القصصي للفرد مع إظهار التعاطف له، ولا يقوم المعالج بالتفسير نيابة عن الفرد، ولا بإصدار أحكام عنه. وإنما يترك له المجال للسرد والتعبير عن الأفكار السلبية أو الانتحارية التي لديه. وأن المسؤولية مشتركة بين الفرد والمعالج.

وقد طور فوا وروثيم (Foa & Rothbaum, 1998) العلاج بالتعريف السردي، وهو من أكثر العلاجات نجاحاً، إذ يتحدث الفرد بشكل متكرر عن أفكاره والأحداث التي يعيشها، وبذلك يتعرض للحدث وذكرياته، فالأفراد الذين يتمكنون من بناء سرد متسق للحدث في أثناء العلاج التعريضي السردي يستفيدون أكثر من غيرهم، ويركز العلاج على ما يسمى الذاكرة الساخنة، أي الأفكار

السلبيه أو الانتحارية التي يصاحب استرجاعها انفعالات وإحساسات جسدية، ولكي يتمكن الفرد من تنشيط هذا الجزء من الذاكرة، وعليه أن يسرد الأفكار والأحداث بالتفصيل، التي لم تخزن حتى الآن في الذاكرة الباردة.ان مهمة المعالج تنشيط الأفكار السلبية والمؤلمة، وأن يمنع استجابات الفرد التجنبية، وأن يساعد المعالج الفرد على التنظيم ما بين الأفكار في الذاكرة الباردة والذاكرة الساخنة المرتبطة بالأفكار الانتحارية (الفروخ، 2016).

ويركز العلاج التعريضي السردي على نقطتين أساسيتين هما:

1. خفض أعراض الاضطراب المعرفي والسلوكي من خلال مواجهة المريض بأفكاره ،أي تنشيط الذاكرة الساخنة. وإعادة سرد الأفكار للحدث نفسه ومعايشة الحدث نفسه.
2. إعادة بناء ذاكرة السيرة الذاتية عن طريق السرد، أي التعبير بالكلمات عن الأفكار وإدخالها ضمن الرواية السردية للفرد عن ذاته. (Schauer & Schauer, 2010)

إن العلاج بالتعريض السردي يركز على إعادة البناء الزمني الفعال للأفكار والأحداث، وكذلك ربط الجوانب المعرفية والحسية والانفعالية في سياق الزمان والمكان، وإعادة التقييم المعرفي للمعتقدات والسلوك، وإعادة التعرض لسرد تجارب الحياة الإيجابية ، وبذلك فانه باستخدام هذا العلاج نستطيع التقدم نحو سيرة ذاتية متكاملة لحياة الفرد الذي تسيطر عليه الأفكار الانتحارية ،قبل أن يحاول أن يطورها إلى محاولة ثم الى سلوك، ويستخدم المعالج مع الفرد أساليب ثلاثة هي:

1. التفريغ الانفعالي المرتبط بالتفكير الانتحاري والتركيز على الذاكرة الساخنة وربطها بالذاكرة الباردة.
2. وضع تفسيرات للأحداث الضاغطة والأفكار السلبية وعلاقتها بالزمان والمكان.
3. تحديد الأسباب المسؤولة عن التفكير الانتحاري(Shlers & Clork, 2000) .

مشكلة الدراسة

من خلال خبرة الباحث لسنوات طويلة في مجال الإرشاد والعلاج النفسي، وتعامله اليومي مع الحالات النفسية المتنوعة، لاحظ أن العديد من مراجعي العيادات النفسية، يعانون من مشكلات معرفية في التفكير، ولديهم مستوى منخفض لمفهوم الذات. مما دفع العديد منهم إلى التفكير بالانتحار أو محاولة الانتحار. لذلك ارتأى الباحث دراسة هذه الظاهرة، وبالرجوع إلى إحصائيات منظمة الصحة العالمية (2015) تبين أن الانتحار شكل السبب العاشر للوفاة لدى مختلف الفئات العمرية، وكان سبباً لوفاة مليون شخص سنوياً، كما قدرت الخسائر المالية الناجمة عن الانتحار في الأعوام ما بين (1950–2000) من (4) حالة انتحار إلى (13) حالة انتحار لكل (100.00) شخص في الفئة العمرية من (15–24) عاماً أي بزيادة تصل إلى (200%).كل ذلك حدا بالباحث إلى دراسة هذه الظاهرة، مستخدماً أسلوب العلاج التعريضي السردي، لمساعدة الأفراد في مواجهة التفكير الانتحاري واستبداله بتفكير إيجابي.

أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة أثر العلاج السردي في خفض التفكير الانتحاري وتحسين مفهوم الذات لدى عينة من مراجعي العيادات النفسية. ولذا قام الباحث بتصميم برنامج علاجي، للمشاركين من (10) جلسات إرشادية، وإذا ثبتت فاعلية هذا البرنامج في خفض التفكير الانتحاري وتحسين مفهوم الذات، فيمكن للمعالجين في المستشفيات النفسية والمرشدين النفسيين في المدارس والجامعات من استخدامه لمساعدة الأفراد على تعديل أفكارهم الانتحارية ،والعمل على تعلم أفكار إيجابية. ان التدريب على برنامج علاجي ليس الهدف منه تقديم حلول لمشكلة محددة، ولكن لتزويد الأفراد بمهارات معرفية وسلوكية ومعلومات تساعدهم على إدارة ذواتهم بتفكير إيجابي وليس تفكير انتحاري.

أهمية الدراسة

تظهر أهمية الدراسة بشكل عام من خلال ما يأتي:

الأهمية النظرية

- توضيح العلاقة بين البرنامج العلاجي والتفكير الانتحاري ومفهوم الذات.

- تقديم أسلوب إرشادي علاجي جديد لمساعدة الأفراد على التعامل مع مشكلاتهم.

الأهمية التطبيقية

- تقدم الدراسة تغذية راجعة للاستخدام العلاجي التعريضي السردي.
- يمكن أن يستفيد من برنامج الدراسة ونتائجها المستشفيات النفسية والمراكز الإرشادية

فرضيات الدراسة

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس التفكير الانتحاري وأبعاده الفرعية تُعزى للبرنامج العلاجي.
2. لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس مفهوم الذات تُعزى للبرنامج العلاجي.
3. لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية (ذكور، إناث) تُعزى للتفاعل بين للبرنامج العلاجي والجنس.

تعريف المصطلحات مفاهيماً وإجرائياً

العلاج التعريضي السردي: هو مقاربة علاجية تم تطويرها لعلاج الاضطرابات الناتجة عن التعرض لأحداث سلبية متعددة ومستمرة، وهو مبني على نظرية شبكة الخوف، ويتضمن مبادئ تتعلق بالعلاج المعرفي السلوكي والعلاج بسرد تفاصيل الحدث ضمن تسلسل زمني بتوجيه من المعالج (Schauerm Schauer, 2010).

ويعرف إجرائياً في هذه الدراسة: بأنه برنامج علاجي يتألف من (10) جلسات، يهدف إلى التخفيف عن أعراض الاضطرابات المعرفية السلوكية من خلال إعادة سرد المريض لتجاربه وإثارة الذاكرة والتعبير عنها بالكلمات بتوجيه من المعالج.

التفكير الانتحاري: هي أفكار ذهنية تتمركز حول تنفيذ عملية انتحارية (Segen, 2006). ويعرف إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس التفكير الانتحاري المستخدم في هذه الدراسة.

مفهوم الذات: هو تكوين معرفي منظم ومتعلم للمدركات الشعورية والتقييمات الخاصة للذات يصوغه الفرد كتعريف نفسي لذاته، ويتكون من أفكار الفرد الذاتية المتسقة والمحددة الأبعاد عن العناصر المختلفة لكينونته الداخلية والخارجية المختلفة (الظاهر، 2010). ويعرف إجرائياً بأنه الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس مفهوم الذات المستخدم لهذه الدراسة.

حدود الدراسة ومحدداتها

الحدود البشرية: تم تطبيق الدراسة على عينة من الذكور والإناث من مراجعي العيادات النفسية بعمان.

الحدود المكانية: تم تطبيق الدراسة في العيادة النفسية.

الحدود الزمانية: تم التطبيق (2016/2015).

أما المحددات: فهي اقتصار الدراسة على استخدام مقياس التفكير الانتحاري ومقياس مفهوم الذات كاختبار قبلي وبعدي، لذا فإن نتائج هذه الدراسة سوف تعتمد على صدق وثبات المقياسين.

الدراسات السابقة

في دراسة أجراها فرانك وألبرت (Frank & Elbert, 2000) هدفت لاختبار فاعلية العلاج بالتعريض السردي في خفض أعراض الصدمة، تكونت العينة من (277) من اللاجئين الأوغنديين، وقسمت العينة إلى ثلاث مجموعات، مجموعة تجريبية أولى، طبق عليها العلاج السردي ومجموعة تجريبية ثانية تم تقديم الاستشارة النفسية لها، ومجموعة ضابطة ،أشارت النتائج الى انخفاض مستوى اضطراب الصدمة عند المجموعة الأولى التي تعرضت للعلاج السردي مقارنة مع المجموعة الثانية والثالثة.

وقام دحادحة (2004) بدراسة هدفت إلى الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي جمعي قائم على تفنيد الأفكار اللاعقلانية وتأكيد الذات في خفض مستوى الاكتئاب وتحسين مفهوم الذات لدى الطلبة المكتئبين. وتكونت عينة الدراسة من (30) طالباً، وقسمت

العينة إلى ثلاث مجموعات إحداها تجريبية خضعت إلى برنامج تفنيد الأفكار اللاعقلانية، ومجموعة تجريبية أخرى خضعت إلى برنامج تأكيد الذات، ومجموعة ضابطة لم تخضع إلى أي برامج. ولأغراض الدراسة استخدم مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس بيرس – هاريس لمفهوم الذات. وقد أظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم في خفض مستوى الاكتئاب وتحسين مفهوم الذات لصالح المجوعتين التجريبيتين مقارنة بالمجموعة الضابطة.

أجرى كلارك (Clark, 2009) دراسة هدفت إلى معرفة العوامل التي لها علاقة بالأفكار الانتحارية لدى لمضطربين انفعالياً، وتكونت عينة الدراسة من (54) مشتركاً (30) منهم فكر في الانتحار خلال فترة الدراسة. واستخدم الباحث مقياس الاضطرابات الانفعالية ومقياس المعايير التشخيصية، وأشارت النتائج إلى أن المشاعر الانفعالية مثل اليأس لها علاقة مباشرة بالأفكار الانتحارية.

وفي دراسة ويفر وماثيوس (Weaver & Matheus, 2010) هدفت التعرف إلى فاعلية تطبيق برنامج علاجي لتطوير مفهوم الذات لدى عينة من المرضى النفسيين. وتم استخدام نموذج صمم خصيصاً لمفهوم الذات. وتكونت العينة من (120) مشاركاً في البرنامج العلاجي، أظهرت النتائج فاعلية البرنامج العلاجي في تحسين مفهوم الذات لدى المشاركين.

أجرى برين (Brne, 2011) دراسة هدفت التعرف إلى فاعلية برنامج علاجي يعتمد أسلوب حل المشكلات في مساعدة الطلبة على خفض التفكير الانتحاري وزيادة التحصيل الأكاديمي. واستخدمت الدراسة مقياس حل المشكلات ومقياس مهارات الحياة. وتكونت عينة الدراسة من (20) طالباً وطالبة لديهم مستوى منخفض من مفهوم الذات ومستوى مرتفع من التفكير الانتحاري، أظهرت نتائج الدراسة مدى فاعلية البرنامج العلاجي في تحسين مفهوم الذات وخفض الأفكار الانتحارية.

قام تشين ولو وشانج (Chen & Lu & Chang, 2010) بدراسة هدفت إلى تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي لتخفيف أعراض الاكتئاب وتحسين مفهوم الذات لدى عينة تكونت من (51) مريضاً من مدرسة الرعاية والدفاع الوطني بتايوان، تم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين: المجموعة التجريبية تكونت من (26) مريضاً والمجموعة الضابطة تكونت من (25) مريضاً. أشارت نتائج الدراسة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الأعراض الاكتئابية وتحسين مفهوم الذات لدى أفراد المجموعة التجريبية بالمقارنة بالمجموعة الضابطة على القياس البعدي والمتابعة.

وفي دراسة أجراها داي وشو (Dai & Chiu, 2011) هدفت دراسة العلاقة بين العوامل الاجتماعية والديموغرافية وبين الانتحار، واشترك في الدراسة (1654) فرداً في أنحاء مختلفة في الصين، تراوحت أعمارهم بين (16–34) وجه لهم السؤال الآتي: هل فكرت بالانتحار يوماً ما بطريقة جدية، هل خططت لعملية الانتحار؟ هل حاولت الانتحار؟ وأشارت النتائج إلى أن أكثر العوامل تأثير في التفكير الانتحاري كانت العمر، والجنس، ومستوى التعليم، والحالة الاجتماعية، والعمل والمستوى الاقتصادي ،وأظهرت النتائج أن (18%) من العينة فكروا بالانتحار و(2%) قاموا بمحاولة انتحارية، وأشارت النتائج كذلك أن نسبة الإناث في التفكير في الانتحار كانت أعلى من الذكور.

وفي دراسة هاسنوفيش (Hasanovic, 2011) هدفت إلى معرفة مدى فاعلية برنامج علاجي مبني على العلاج بالتعريض السردي المترافق مع الدعم الاجتماعي، في خفض أعراض القلق والاكتئاب لدى مجموعة من البوسنيين تراوحت أعمالهم من (15–18) عاماً، أشارت النتائج إلى فاعلية البرنامج العلاجي في خفض مستوى القلق والاكتئاب.

قام ملحم (2011) بدراسة حول قياس أثر برنامج تدريبي معرفي في تحسين التفكير العقلاني ومفهوم الذات وخفض مستوى الاكتئاب لدى المراهقين المكتئبين المحرومين من الرعاية الوالدية، تكونت عينة البحث من (60) طالباً وطالبة من الصف العاشر الأساسي ممن حصلوا على أعلى درجات على مقياس بيك للاكتئاب في عمان، وتم تطبيق مقياس بيك للاكتئاب وقائمة بيرس – هارس لمفهوم الذات واختبار الأفكار العقلانية واللاعقلانية والبرنامج الإرشادي، أظهرت نتائج هذه الدراسة بأن البرنامج الإرشادي المعتمد على اللعب ذو أثر على الطلاب والطالبات بشكل إيجابي بحيث قام بخفض الاكتئاب وتفنيد الأفكار اللاعقلانية المشوهة لدى الطلاب.

وأجرى بيرس (Pierce, 2012) دراسة هدفت التعرف على صدق المقاييس المتنبئة بالأفكار الانتحارية على عينة مكونة من (500) مريض عانوا من مشكلات تدني مفهوم الذات وسلوكيات إيذاء الذات ،وتم استخدام مقياس النية في الانتحار لبيك Beack. وتم علاجهم في إحدى المستشفيات الأمريكية، وأشارت النتائج إلى أن 94% من المشاركين فكروا في استخدام السم في الانتحار، وبعد فترة المتابعة التي استمرت (5) سنوات كرر (108) التفكير الانتحاري.

وأجرى روبنسون (Robenson, 2013) دراسة هدفت التعرف إلى أثر برنامج علاجي لتخفيف القلق لدى عينة من الطلبة في أمريكا، حيث اشتمل البرنامج على مهارات التعامل وإدارة القلق. مثل التفكير العقلاني. وإعادة البناء المعرفي، أظهرت النتائج أن البرنامج كان فاعلاً في خفض القلق لدى الطلبة المشاركين.

وأجرى صافيه (2016) دراسة هدفت إلى الكشف عن المتغيرات الشخصية والديموغرافية التي تتنبأ بالأفكار الانتحارية لدى عينة من المراهقين، وتكونت عينة الدراسة من (203) طالباً ومهني في مرحلة المراهقة المتأخرة، واستخدم الباحث مقياس الأفكار الانتحارية، ومقياس الصلابة النفسية، وقائمة العوامل الخمس للشخصية. وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المشتركين الذكور والإناث على مقياس الأفكار الانتحارية لصالح الإناث، وأشارت النتائج أن لبعدي التحدي الافكار الانتحارية والعصابية الذي يتضمنها مقياس الصلابة النفسية أهمية كبيرة في تفسير الأفكار الانتحارية.

في دراسة أجرتها الفروخ (2016) هدفت إلى اختبار فاعلية العلاج التعريضي السردي في خفض أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة على عينة من اللاجئين السوريين في الأردن، وتكونت عينة الدراسة من (30) من الذكور والإناث، اختيروا بطريقة قصدية وتم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية (15) وضابطة (15)، وتم تطبيق مقياس دافيدسون ، وتطبيق برنامج العلاج التعريضي السردي على أفراد المجموعة التجريبية، وأشارت النتائج الى فعالية البرنامج العلاجي في خفض أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، ولم تشر النتائج إلى أي أثر ذات دلالة إحصائية لمتغيري الجنس والمستوى التعليمي لأفراد المجموعة التجريبية.

من خلال استعراض الدراسات السابقة، نلاحظ أنها تنوعت في تناول العديد من المتغيرات، فهناك دراسات عن مفهوم الذات، بعضها استخدم برامج علاجية كدراسة برين (Bryne, 2011) وبعضها استخدم برامج إرشادية كدراسة دحادحة (2004)، وهناك دراسات ركزت على العديد من العوامل التي ترتبط بالانتحار كدراسة صافية (2016) وبعضها استخدم العلاج المعرفي السلوكي، وأيضاً هناك دراسات كدراسة الفروخ (2016) استخدمت العلاج التعريضي السردي مع متغير اضطراب ما بعد الصدمة، لذلك يمكن الإشارة إلى أن هذه الدراسة ركزت على بناء برنامج علاجي يهدف إلى مساعدة الأفراد في خفض التفكير الانتحاري وتحسين مفهوم الذات من خلال استخدام العلاج التعريضي السردي.

الطريقة والإجراءات

مجتمع الدراسة والعينة:

تكون مجتمع الدراسة من جميع مراجعي العيادات النفسية في مدينة عمان، والبالغ عددهم (90) مراجعاً ومراجعة، وتم اختيار عينة الدراسة بطريقة عشوائية وعددها (40) بعد أن تم تطبيق مقياس التفكير الانتحاري ومقياس مفهوم الذات على أفراد مجتمع الدراسة بناءً على حصولهم على أعلى الدرجات على مقياس التفكير الانتحاري واقل الدرجات على مقياس مفهوم الذات. ثم تم توزيع العينة بطريقة عشوائية إلى مجموعتين على النحو الآتي:

المجموعة التجريبية:

تكونت من (20) مراجعاً ومراجعة (10) من الذكور و(10) من الإناث، تلقوا برنامج تدريب لخفض التفكير الانتحاري وتحسين مفهوم الذات. تم الالتقاء بهم بمعدل لقاء أسبوعياً، لمدة ثمانية أسابيع، وتكون البرنامج من (10) جلسات إرشادية مدة كل جلسة (90) دقيقة.

المجموعة الضابطة:

تكونت من (20) مراجعاً ومراجعة (10) ذكور و(10) إناث، لم يتلقوا برنامج تدريبي لخفض التفكير الانتحاري وتنمية مفهوم الذات.

ويوضح الجدول (1) توزيع أفراد عينة الدراسة وفق المجموعة والقياس.

جدول (1) توزيع عينة الدراسة وفق نوع المجموعة والقياس القبلي والبعدي

القياس / نوع المجموعة	مقياس التفكير الانتحاري				مقياس مفهوم الذات			
	قبلي		بعدي		قبلي		بعدي	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث
المجموعة التجريبية	10	10	10	10	10	10	10	10
المجموعة الضابطة	10	10	10	10	10	10	10	10
المجموع	40		40		40		40	

أدوات الدراسة:

1- مقياس التفكير الانتحاري:

قام الباحث بإعداد مقياس للتفكير الانتحاري، واعتمد في بناءه على مراجعة مجموعة من المقاييس نذكر منها، مقياس بيك وتوفاسك (Beck and Novacs, 1979) للتفكير الانتحاري (Scale of Suicidal Ideation)، ومقياس بيك Beck للنية في الانتحار (Suicidal Intent Scale, 1974)، ومقياس الأفكار الانتحارية للراشدين (Adults Suicidal Ideation Questionare, 1999)، ومقياس هوبكنز للاكتئاب (Hopkins Symptom Checklist, 2002).

وتكون المقياس من (56) فقرة توزعت على الأبعاد الآتية:

1. البعد الفسيولوجي: ويتضمن أعراضاً كالشعور غالباً بالتعب الشديد، والصداع، واضطرابات الهضم، وتصبب العرق، وسرعة نبضات القلب، وسرعة التنفس.
2. البعد المعرفي: ويتضمن أعراضاً كالتفكير السلبي في أمور غير مترابطة، والنسيان، وعدم التركيز، والتردد في اتخاذ القرار.
3. البعد النفسي: يتضمن أعراضاً كالخوف والاكتئاب، وعدم الشعور بالسيطرة على الأمور، والقلق من عدم تحقيق كل الأهداف.
4. البعد البينشخصي: ويتضمن توتر العلاقة بين الفرد والآخرين، وفقدان القدرة على التواصل والانسحاب والعزلة.

تم استخراج الصدق المنطقي للمقياس لأغراض الدراسة الحالية وذلك من خلال عرضه على نخبة من أساتذة الجامعات والأطباء النفسيين والمتخصصين في علم النفس والإرشاد وعددهم (10). وتم الأخذ بآراء المحكمين ،وأجرى الباحث التعديلات المطلوبة، ولأغراض هذه الدراسة تم حساب معامل الثبات بطريقة الاتساق الداخلي، باستخدام معادلة كرونباخ ألفا، على عينة مكونة من (20) مراجعاً ومراجعة من خارج عينة الدراسة، حيث بلغت قيمة الثبات (0.88).

أما تصحيح المقياس فقد اعتمد الباحث على تدريج رباعي لتصحيح الإجابات، إذ يحدد درجة انطباق الفقرة على المستجيب وفقاً للآتي: بدرجة كبيرة (4)، بدرجة متوسطة (3)، بدرجة بسيطة (2)، بدرجة بسيطة جداً (1). وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (56-224)، أي من حصل على (132) فما فوق يعني أنه يعاني من درجة عالية من التفكير الانتحاري، واقترابه من الحد الأدنى (56) أي من حصل على (46) فما دون يعني أن التفكير الانتحاري الذي يعاني منه بأدنى درجاته بناء على العلامة الدنيا للمقياس.

2- مقياس مفهوم الذات:

استند الباحث في بناءه للمقياس على عدد من مقاييس مفهوم الذات نذكر منها: مقياس مفهوم الذات لروزنبرغ (Rosenberg, 1965) ومقياس (الخوالدة، 2008)، ومقياس مفهوم الذات لتنسي (Tenisi) ترجمة فرج وكامل (1985). ومقياس مفهوم الذات ليفيتس (Fiets, 1970).

وتكون بصورته الأولية من (17) فقرة، استخرج الباحث دلالات الصدق المنطقي للمقياس بعرضه على مجموعة من المحكمين من أساتذة الجامعات في الإرشاد النفسي، وذلك من أجل بيان مدى مناسبة الفقرات ومدى ملائمة صياغة الفقرات لغوياً، إذ تم الإبقاء على (10) فقرات من أصل (17) فقرة التي اتفق عليها (8) من المحكمين أي ما نسبته (80%) من مجموع المحكمين.

واستخرج الباحث ثبات الأداة بحساب معامل الثبات للمقياس بطريقة إعادة الاختبار (test-retest) بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية تكونت من (30) مراجعاً ومراجعة. تم اختيارهم بطريقة عشوائية حيث كانت الفترة الزمنية بين مرتي التطبيق ثلاثة أسابيع، وبلغ معامل الارتباط بيرسون (0.85). واعتمد الباحث على تدريج رباعي لتصحيح الإجابات، بحيث يحدد درجة انطباق الفقرة على المستجيب وفقاً للآتي: بشدة (4)، موافق (3)، غير موافق (2)، غير موافق بشدة (1)، للفقرات الإيجابية، ويعكس التقدير للفقرات السلبية. وتتراوح الدرجة لكلية للمقياس بين (10–40)، اذ حدت درجة القطع بأن من حصل على (26) درجة فما دون، يعني انخفاض مفهوم الذات.

3- البرنامج العلاجي:

لإعداد البرنامج العلاجي أجرى الباحث مسحاً للأدب النظري من خلال الأبحاث ورسائل الماجستير والدكتوراه، ولتحقيق أهداف الدراسة تم بناء برنامج علاجي يهدف إلى خفض التفكير الانتحاري وتحسين مفهوم الذات لدى عينة من مراجعي العيادات النفسية، وتكون البرنامج من (10) جلسات مدة كل جلسة (90) دقيقة بمعدل لقاء واحد في الأسبوع إذ تم تدريب الأفراد على مجموعة من المهارات تتضمن الجوانب المعرفية والسلوكية والانفعالية والجسدية. وأجرى الباحث الصدق المنطقي للبرنامج من خلال عرضه على (10) محكمين من المختصين في مجال الطب النفسي والإرشاد النفسي لمعرفة آرائهم في محتوى البرنامج، ومدى ملائمته للأهداف والمهارات التي استخدمت في التدريب، وتم الأخذ بآراء المحكمين. وتكون البرنامج من الجلسات الآتية:

الجلسة الأولى: التعارف وبيان ماهية التفكير الانتحاري

تم التركيز على طبيعة العلاقة بين المعالج والمشاركين وأهداف البرنامج، ثم تم توضيح معنى التفكير الانتحاري، والعوامل والظروف التي تؤدي إلى التفكير بطريقة انتحارية.

الجلسة الثانية: ماهية مفهوم الذات

ركز المعالج على معنى مفهوم الذات، وكيف ينمو ويتطور خلال مراحل الحياة، وأنواع مفهوم الذات، وظهور التفكير الانتحاري عند عدم الانسجام بين أنواع مفهوم الذات المثالي والواقعي.

الجلسة الثالثة: التشخيص والتثقيف النفسي:

يتم التشخيص من خلال المقابلة والتقارير الذاتية التي قدمها المشارك، ويركز المعالج على الأعراض ونوعيتها وتكرارها وشدتها، والتركيز كذلك على ظروف الأفراد النفسية كالحلقات الاكتئابية أو الإدمان على العقاقير.

الجلسة الرابعة: خط الحياة

يركز المعالج على العلاقة بينه وبين الأفراد المشاركين، ويستمع إلى سرداً مختصراً عن أهم الأحداث في حياته، ويظهر المعالج التعاطف والتقبل، وأن يصنف الفرد الأشياء الإيجابية باسم ورده والأشياء السلبية باسم حجر.

الجلسة الخامسة: السرد التفصيلي

يبدأ المعالج بالتركيز على التفاصيل التي يمكن أن يكون قد نسيها الفرد عند الحديث عن ذاته، وربط الأحداث بنوع التفكير الذي يستخدمه الفرد سواء كان تفكيراً سلبياً أو إيجابياً ويناقشه.

الجلسة السادسة: المخاوف المعرفية

يركز المعالج على التفكير الذي يتسم بالخوف والتردد، والمخاوف المرتبطة بالعناصر الجسدية والمعرفية والانفعالية والسلوكية. ويربط كل ذلك بالأهداف في الماضي والحاضر.

الجلسة السابعة: الذاكرة الساخنة والأحاسيس

يركز المعالج على الأفكار الساخنة المترسبة في ذهن الفرد التي تؤدي به إلى الإحساس بتدني مفهوم الذات لديه، وتدفعه للتفكير بالانتحار.

الجلسة الثامنة: الذاكرة الباردة ورواية القصة

يبدأ المعالج بإعادة رواية مختصرة لقصة كل فرد، موضحاً النقاط الإيجابية والسلبية في كل قصة، وارتباط كل موقف بالجوانب الانفعالية والسلوكية والحسية، ومقاربة بين النقاط المشتركة في قصة كل فرد، وتوضيح النقاط المختلفة، وتفسير تباين ردود أفعال الأفراد وتفكيرهم.

الجلسة التاسعة: الاسترخاء العضلي والذهني

ينمذج المعالج أنواع الاسترخاء من خلال تطبيقها على الأفراد المشاركين، ويوضح أهمية الاسترخاء بنوعية لتهدئة التفكير الانتحاري.

الجلسة العاشرة: كتابة الوثيقة (القصة أو الرواية)

يطلب المعالج من الأفراد أن يكتب كل فرد قصته أو روايته وأساليبه التي استخدمها سابقاً، والآن ما هي الأساليب التي سوف يستخدمها، ومستوى التفكير الانتحاري عند بداية رواية القصة وعند كتابتها الآن.

إجراءات الدراسة:

قام الباحث بالإجراءات الآتية لتحقيق أهداف الدراسة:

1. تحديد مجتمع الدراسة من مراجعي العيادات النفسية في مدينة عمان.
2. استخراج دلالات الصدق والثبات لأداتي الدراسة: أ) مقياس التفكير الانتحاري، ب) مقياس مفهوم الذات.
3. بناء برنامج علاجي لخفض التفكير الانتحاري وتحسين مفهوم الذات.
4. تم تطبيق مقياس التفكير الانتحاري ومقياس مفهوم الذات اختباراً قبلياً وبعدياً على جميع أفراد عينة الدراسة.
5. إجراء تطبيق البرنامج العلاجي على المجموعة التجريبية ذكوراً وإناثاً، وتم اجراء التطبيق في إحدى العيادات النفسية عام(2015) اذ التقى الباحث بالمجموعة التجريبية مرة كل أسبوع، أما المجموعة الضابطة فقد تم وضعه على قائمة الانتظار.

تصميم الدراسة:

المجموعة التجريبية:

قياس قبلي – البرنامج العلاجي – قياس بعدي

O1 X O2

المجموعة الضابطة:

قياس قبلي – لا معالجة – قياس بعدي

O1 O2

المتغير المستقل:

برنامج العلاج التعريضي السردي، المتغيرات التابعة: 1) التفكير الانتحاري، 2) مفهوم الذات.

التحليل الإحصائي:

تم استخدام المنهج شبه التجريبي في هذه الدراسة، وذلك لمعرفة مدى تأثير فاعلية البرنامج العلاجي واستقصاء أثره في التفكير الانفعالي النفسي وتحسين مفهوم الذات لدى عينة الدراسة. ولأغراض اختبار فرضيات الدراسة ، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء أفراد العينة على أداتي الدراسة، لكل من القياس القبلي والبعدي، كما تم مقارنة المتوسطات الحسابية القبلية والبعدية باستخدام تحليل التباين المصاحب (ANCOVA) بهدف ضبط أثر القياس القبلي في القياس البعدي.

النتائج:

النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس التفكير الانتحاري وأبعاده الفرعية تعزى للبرنامج العلاجي.

ولفحص هذه الفرضية فقد تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل من المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي والبعدي على مقياس التفكير الانتحاري بأبعاده الأربعة والجدول (2) يبين ذلك:

جدول (2) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس التفكير الانتحاري وأبعاده

الأبعاد	المجموعة	القياس القبلي		القياس البعدي	
		م	ع	م	ع
البعد الفسيولوجي	التجريبية	28.4	4.0	25.0	2.9
	الضابطة	28.1	2.8	29.3	3.1
البعد المعرفي	التجريبية	43.8	5.5	36.3	5.2
	الضابطة	45.8	4.5	47.2	5.1
البعد النفسي	التجريبية	60.9	9.6	51.2	4.6
	الضابطة	63.2	5.0	6.8	8.2
البعد البينشخصي	التجريبية	21.2	3.6	17.4	2.0
	الضابطة	21.8	1.9	22.5	2.8
الدرجة الكلية	التجريبية	161.5	18.7	133.3	12.3
	الضابطة	165.1	10.7	169.3	16.3

يتضح من الجدول (2) الفروق في المتوسطات البعدية والقبلية حيث انخفضت درجة التفكير الانتحاري على جميع الأبعاد في القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي، ولمعرفة إن كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس التفكير الانتحاري بعد تثبيت أثر القياس القبلي لكل مجموعة استخدم تحليل التباين المشترك (ANCOVA)، والجدول (3) يوضح نتائج تحليل التباين المشترك.

جدول (3) تحليل التباين المشترك (ANCOVA) لبيان دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين في القياس البعدي على مقياس التفكير الانتحاري

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	القيمة الاحتمالية
المصاحب قياس قبلي	557.093	1	557.093	2.789	0.103
بين المجموعات	12147.673	1	12147.673	60.750	*0.000
الخطأ	7398.475	37	199.959		
الكلي	30103.240	39			

تبين من الجدول (3) أن الفروق بين المتوسطات بلغت الدلالة الإحصائية، حيث بلغت قيمة ف (60.750) وهي دالة إحصائياً عند الدلالة ($\alpha = 0.05$) مما يعني أن البرنامج كان ذات أثر في خفض التفكير الانتحاري لدى أفراد العينة التجريبية مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة.

النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس مفهوم الذات تعزى للبرنامج العلاجي.

ولفحص هذه الفرضية تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل من المجموعتين (التجريبية والضابطة) في القياس البعدي على مقياس مفهوم الذات ويظهر الجدول (4) نتائج ذلك.

جدول (4) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعتين (التجريبية والضابطة) على مقياس مفهوم الذات البعدي

	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية	
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
مفهوم الذات	20.79	1.992	31.105	1.477

يتضح من الجدول (4) الفرق في المتوسط الحسابي لمفهوم الذات بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، ولمعرفة دلالة الفروق بين المجموعتين (التجريبية والضابطة) على مقياس مفهوم الذات بعد تثبيت أثر القياس القبلي لكل مجموعة استخدم تحليل التباين المشترك (ANCOVA)وتتضح النتائج في الجدول (5).

جدول (5) تحليل التباين المشترك (ANCOVA) لبيان دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين في القياس البعدي على مقياس مفهوم الذات

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	القيمة الاحتمالية
المصاحب قياس قبلي	0.00677	1	0.00677	0.22747	0.636
بين المجموعات	0.997	1	0.3997	33.521	0.000
الخطأ	1.101	37	0.03	199.959	
الكلي	2.105	39			

نلاحظ من الجدول (5) أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0.05$) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس مفهوم الذات لصالح المجموعة التجريبية التي طبق عليها البرنامج العلاجي مما يدل على الأثر الإيجابي للبرنامج.

النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية (ذكور، إناث) على مقياس التفكير الانتحاري ومفهوم الذات تعزى للبرنامج العلاجي.

ولفحص هذه الفرضية تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل من المجموعتين (التجريبية والضابطة) في القياس البعدي على مقياس مفهوم الذات ويظهر الجدول (4) نتائج ذلك.

جدول (6) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الذكور والإناث على مقياس التفكير الانتحاري لدى المجموعة التجريبية

	ذكور تجريبية		إناث تجريبية	
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
فسيولوجي	27.4000	2.4585	31.3000	2.3118
معرفي	44.5000	3.7786	50.1000	4.7481
نفسي	57.9000	3.6652	71.7000	4.7387
بينشخصي	21.2300	2.4716	23.8600	2.4878

ولمعرفة إن كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لتفاعل البرنامج مع مجموعتي الذكور والإناث بعد تثبيت القياس القبلي لكل مجموعة، تم استخدام تحليل التباين المشترك (ANCOVA) ويظهر الجدول (7) نتائج ذلك.

جدول (7) تحليل التباين المشترك (ANCOVA) لبيان دلالة الفروق بين متوسطات المجموعتين على مقياس التفكير الانتحاري

مصدر التباين قياس قبلي – بعدي	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	القيمة الاحتمالية
المصاحب القبلي	67.110	1	67.110	0.723	0.401
الجنس	4012.014	1	4012.014	43.213	0.000
بين المجموعات	12516.401	37	12546.401	134.811	*0.000
الجنس × المجموعة	228.869	39	228.869	2.465	0.125
الخطأ	3249.531	35	92.844		
الكلي	20073.925	39			

يتضح من الجدول السابق أن قيمة ف تساوي (43.313) وهي دالة إحصائياً عند (0.05) مما يعني أن البرنامج كان فعالاً في خفض التفكير الانتحاري لدى أفراد العينة الذكور مقارنة مع الإناث. ولمعرفة هل هناك تفاعل بين البرنامج والجنس على مقياس مفهوم الذات. فقد تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعة التجريبية على مقياس مفهوم الذات ويظهر الجدول (8) نتائج ذلك.

جدول (8) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للذكور والإناث على مقياس مفهوم الذات

المقياس	الذكور (20)		الإناث (20)	
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
مفهوم الذات	30.0252	0.223	28.880	0.226

يتضح من الجدول أن المتوسط الحسابي للإناث على مقياس مفهوم الذات أدنى من المتوسط الحسابي للذكور مما يؤكد أن الفروق كانت لصالح الذكور.

ولمعرفة إن كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لتفاعل البرنامج مع مجموعتي الذكور والإناث بعد تثبيت القياس القبلي لكل مجموعة تم استخدام تحليل التباين المشترك المصاحب (ANCOVA) والجدول (9) يوضح ذلك.

جدول (9) تحليل التباين المشترك (ANCOVA) لبيان دلالة الفروق بين متوسطات المجموعتين على مقياس مفهوم الذات البعدي

مصدر التباين قياس قبلي – بعدي	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	القيمة الاحتمالية
المصاحب	0.036	1	0.03569	1.499	0.229
البرنامج	1.025	1	1.025	43.036	0.000000142
الجنس	0.214	1	0.214	9.002	0.00495
الجنس × المجموعة	0.047	1	0.047	1.987	0.167
الخطأ	0.833	35	0.024		
الكلي	2.155	39			

بما أن الدلالة لتفاعل البرنامج مع الجنس أكبر من 0.05 إذ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على حساب مقياس مفهوم الذات تعزى لتفاعل البرنامج مع الجنس.

المناقشة والتوصيات:

مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس التفكير الانتحاري وأبعاده الفرعية تعزى للبرنامج.

فد أظهر تحليل التباين المشترك أن الفروق في المتوسطات بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بلغت الدلالة الإحصائية، فقد أظهر أفراد المجموعة التجريبية انخفاضاً في التفكير الانتحاري بين القياس القبلي والقياس البعدي مقارنة بالمجموعة الضابطة ويمكن تفسير هذه النتيجة إلى الاستراتيجيات والمهارات التي استخدمها البرنامج العلاجي، حيث استخدم فيها أساليب مثل التثقيف النفسي، وخط الحياة، والسرد التفصيلي، والذاكرة الساخنة والذاكرة الباردة. وهذه الأساليب قد ساهمت في مساعدة الأفراد على إعادة البناء المعرفي، إذ كان المعالج يقوم في كل جلسة بشرح الأسلوب العلاجي ويناقشه، ويعزز الأفكار الإيجابية ويفند الأفكار السلبية، وفي البداية ركز المعالج على الجانب المعرفي والذاكرة الساخنة ثم بعد أن يقنع أفراد المجموعة بالأسلوب من خلال المناقشة، يبدأ بعرض الأسلوب سلوكياً وتطبيقه عليهم ثم يطلب من بعض الأفراد أن يقدموا أنفسهم كنموذج من خلال السرد، لخلق جو من الحوار والمناقشة، وهذا هو الجانب السلوكي، الذي تم التركيز عليه بالإضافة للجانب المعري مما أدى خفض التفكير الانتحاري عند معظم أفراد المجموعة على معظم الأبعاد.

وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة (صافية، 2016) ودراسة بيرس (Pierce, 2012) ودراسة داي وشو (Dai & Chiu, 2011) فقد أشارت نتائج هذه الدراسات إلى انخفاض التفكير الانتحاري عند الأفراد ، وكذلك ساهمت الدراسات في تحديد العوامل المتبناة بالأفكار الانتحارية واتفقت كذلك مع دراسة (دحادحة، 2004) التي أشارت نتائجها إلى انخفاض مستوى الاكتئاب لدى الأفراد المكتئبين.

أما فيما يتعلق بالأبعاد الأربعة: الفسيولوجي والمعرفي والنفسي والبينشخصي، أظهرت نتائج التحليل أن الفروق بين المتوسطات للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، بلغت الدلالة الإحصائية كما أشارت إليها القياسات القبلية والبعدية لكل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة. ويمكن عزو تلك النتيجة بأن البرنامج العلاجي ركز على أساليب جديدة، مثل خط الحياة، وأسلوب الرواية، والاسترخاء العضلي والذهني، وكتابة الوثيقة، وتدريبهم على كيفية التعامل مع أفكارهم الانتحارية، كل ذلك ساهم في تحسين التفكير الإيجابي (تنشيط الذاكرة الباردة) وخفض الأفكار الانتحارية.

مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس مفهوم الذات تعزى للبرنامج.

أظهر تحليل التباين المشترك أن الفروق في المتوسطات بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قد بلغت الدلالة كما أشارت متوسطات القياسات القبلية والبعدية لكل من المجموعة التدريبية والمجموعة الضابطة، فقد أظهر أفراد المجموعة التجريبية تحسناً في مفهوم الذات مقرانة بالمجموعة الضابطة، ويمكن عزو تلك النتيجة إلى فعالية البرنامج العلاجي للتدريب على رواية القصة التي تساعد في معرفة الفرد لجوانب الضعف في ذاته، وكذلك مناقشة ماهية مفهوم الذات وابعادة. وتضمن البرنامج كذلك تدريب أفراد المجموعة على إعادة البناء الزمني، وإعادة التقييم المعرفي، والتعامل مع.شبكة الخوف وتدريبهم أيضاً على أن هذا الأسلوب يساعد الفرد التفريغ الانفعالي، ومتابعة خط الحياة، وتنظيم السرد. وكيف يحدد مشكلته والرغبة في التغيير. ثم تعليمه أن هناك بدائل كثيرة لحل المشكلة، ثم كيف يختار البديل المناسب، ان تزويد الأفراد بمثل هذه المهارات التي يفتقرون إليها بالإضافة إلى نمذجة كل خطوة من الخطوات داخل الجلسة العلاجية، كلها تهدف إلى زيادة وعيهم بمفهوم الذات لديهم،ومساعدتهم على ردم الفجوة بين مفهوم الذات المثالي ومفهوم الذات الواقعي .كذلك ان دور البرنامج العلاجي للمجموعة التجريبية التي تعرضت للتدريب قد كان أحد العوامل المساعدة في النتيجة التي تم التوصل إليها. فالبرنامج العلاجي الجمعي يمتاز بأنه يضم مجموعة من الأفراد الذين يعانون تقريباً من المشكلة نفسها، فوجودهم ضمن جو دافئ وآمن وودي، يسهل بالتالي عملية الاتصال بينهم، حيث يعمل ذلك على زيادة الوعي بالذات. وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة دحادحة (2004) ودراسة ملحم (2011) ودراسة تشين ولو وشانج (Chen & Lu, Chang, 2010) التي أشارت جميعها إلى فاعلية البرامج الجمعية العلاجية في المساهمة في تحسين مفهوم الذات وخفض الأفكار السلبية.

مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية (ذكور وإناث) تعزى للتفاعل بين البرنامج العلاجي والجنس.

فقد أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود تفاعل بين البرنامج العلاجي والجنس (ذكور، إناث) وهذه النتيجة تختلف مع نتائج دراسة صافية (2016) ودراسة داي وشو (Dai & Shiu, 2011) اللتان أشارتا إلى ارتفاع نسبة التفكير الانتحاري عند الإناث أكثر منه عند الذكور، وتتفق مع دراسة الفروخ (2016) التي لم تظهر فرقاً بين الجنسين. وقد يفسر هذا بأن البرنامج العلاجي لم يكن متحيزاً لجنس دون الآخر، كما قد يفسر بأن الأنشطة التي تم تنفيذها خلال جلسات البرنامج قد أعطيت للذكور والإناث على حد سواء، كما تفسر النتائج بتجانس عينة الدراسة؛ اذ أن الذكور والإناث من الفئة العمرية نفسها تقريباً ،وقد تم تشخيصهم على أن لديهم أفكاراً انتحارية، كما قد تفسر النتائج أيضاً بأن تنفيذ الجلسات العلاجية قد تم من قبل المعالج مع المجموعة ككل.

التوصيات

1. تصميم برامج إرشادية وبرامج علاجية لطلبة المدارس والجامعات لتدريبهم على التفكير الإيجابي وحل المشكلات.
2. إجراء دراسات تتناول الجوانب والعوامل المختلفة التي قد تؤدي إلى سلوك الانتحار.
3. تصميم برامج توجيه جمعي توعوية وقائية للأسرة والطلبة عن السلوك الانتحاري.

المراجع

الخفش، س (2013). النظرية والتطبيق في الإرشاد والعلاج النفسي. دار الفكر، الطبعة الثانية، عمان، الأردن.

دحادحة، ب. (2008). فاعلية برنامج إرشادي في تفنيد الأفكار اللاعقلانية وتأكيد الذات في خفض الاكتئاب وتحسين مفهوم الذات، مجلة العلوم التربوية والاجتماعية: جامعة أم القرى، 20(1)، 1−20.

صافية، ش (2016). المتغيرات الشخصية والديموغرافية التي تتنبأ بالأفكار الانتحارية لدى عينة من المراهقين. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان الأهلية، الأردن.

الفروخ، س. (2016). فاعلية العلاج التعريضي السردي في خفض أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (P.T.S.D). على عينة من

اللاجئين السوريين في الأردن. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان الأهلية.
معالي، أ. (2014). فاعلية برنامج علاجي في خفض القلق النفسي وتنمية مفهوم الذات لدى الطلبة المتميزين، مجلة البلقاء للبحوث والدراسات، المجلد (17)، العدد (1)، ص139-164.
ملحم، س. (2011). أثر برنامج معرفي في تحسين التفكير العقلاني ومفهوم الذات وخفض مستوى الاكتئاب لدى المراهقين المكتئبين المحرومين من الرعاية الوالدية، مجلة العلوم التربوية، 19(3)، 35-59، مصر.
منظمة الصحة العالمية (2015).
ميزاب، ن (2013). إشكالية مفهوم الذات عبر مقاربات نفسية مختلفة، دار وائل للنشر، عمان، الأردن.

Baechler, B. (1980). A Strategic Theory, Suicide and Life. Threatening Behavior, 10, 70-99.

Beck A. & Alfred, D. (1997). The Integrative Power of Cognitive Therapy, New York. Guilford Press.

Bryne, H. (2012). The Effect of a Therapy Program Based on Problem Solving in Reducing Suicidal Ideation and Improving a Achievement. British Journal of Guidance and Counseling. 28, 1, 101-123.

Burns, R. (2010). The Self-concept: Theory Measurement, Development & Behavior, New Yurok, Longman, Inc.

Chen, Lu & Chang (2010). The Evaluation on Cognitive Behavioral Group Therapy on Patient Depression and Self-Esteem, Archives of Psychiatric Nursing, Vol. (20), No. 1, pp. 3-11.

Clark, D. (2009). The Predictors of Suicide in Major Affective Disorder. American Journal of Psychiatry, 144, pp. 189-203.

Corey, G. (2010). Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy, Brooks, Cole, Publishing Company.

Dai, J. & Chiu, H, (2011). Suicidal Ideation and Attempts Among Rural Chinese Aged 16-34 Years. Socio demographic Correlates in the Context of a Fransfarming China. Journal of Affective Disorders. 130, 438-446.

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive Model of Post-traumatic Stress Disorder. Behavioral Research and Therapy . 6, (31), P. 201-223.

Fazel, M., Danesh, J. (2010). Prevalence of Serious Mental Disorder in 7000 Refugees Resettled in Western Countries: A systematic Review. Lancet, 365, 1309-1314.

Foa, E. Rothbaum B. (1998). Treating the Trauma of Rape: cognitive-Behavioral for PTS./ Treatment Manuals for Practitioners, New York: Guilford Press.

Frank , D. Elber, E. (2009). Narrative Exposure Therapy for the Treatment of Traumatized Children and Adolescents, (KidNET): From Neurocognitive Theory to Field Intervention, 3, pp. 641-664.

Goldney, R. (2008). Suicide in the Young. Journal of Pediatrics and Child Health, 29, (1), 50-72.

Neuner, F., Karunakara, (2004). Psychological Trauma and Evidence for Enhanced Vulnerability for PTSD Through Previous Trauma in West Nile Refugees. MBC Psychiatry, 4, 34.

O'Carrol, P. (1996). Beyond the Tower of Bable, a Nomenclature for Sociology. Journal of Suicide and Life threatening Behavior 26, (3), 237-252.

Pierce, S. (2012). The Predictive Validation of Suicide Intent Scale: Five years Follow-up. British Journal of Psychiatry. 139, 391-411.

Robins, R. (2013). Self-concept Development Across the Lifespan, Current Directions in Psychological Science, 14, 158-162.

Schauer, M. and Schauer, T. (2010). Dissociation Following Traumatic Stress: Etiology and Treatment. Journal of Psychology. (2/8). 109-127.

Schauer, M., F., Elbert T. (2011). Narrative Exposure Therapy: A short Term Treatment for Traumatic Stress Disorders (2nd edition). Cambridge, MA: Hogrefe Publishing.

Segen, M. (2006). Concise Dictionary of Medicine. New York.: McGraw-Hill.

Shneidman, E. (1999). The Psychological Pain Assessment Scale. Suicide and Life. Threatening Behavior, 29, (4), 287-298.

Weaver, M. & Matheus. D. (2010). The Effects of a Program to Build the Self-concept of A Psychological Clinic. Journal of Humanistic & Development, 314, pp. 181-270.

The Effect of Narative Exposure Therapy in Reducing Suicidal Ideation and Improving Self-concept of Psychological Clinic

Ibraheem Bajis Maali*

ABSTRACT

The purpose of this study was to investigate the effect of narrative exposure therapy in reducing suicidal and improving self-concept in a sample of psychological clinic. The sample of this study consisted of (40) male and female randomly from who a chive high score in suicidal ideation scale and low score in self-concept scale. The experimental group consisted of (20) male and female who received a therapy program of (10) sessions; one session each week which lasted for (90) minutes. The Control group consisted of (20) male and female who were not exposed to the therapy program. The results of ANCOVA showed significant differences in reducing psychological suicidal ideation and improving self-concept among the experimental group compared to the control group. The results also indicated that there were no significant differences between gender and the therapy program in both of the psychological suicidal ideation level of self-concept.

Keywords: Narative exposure therapy, Suicidal ideation, Self-concept.

* Ministry of Education, Irbid. Received on 4/7/2016 and Accepted for Publication on 16/9/2016.