



جامعة 20 أوت 1955 - سكيدة

كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الإنسانية

قسم علم النفس

العوامل النفسية المساهمة في ظهور الأفكار الانتحارية لدى الفصامي

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر، تخصص: علم النفس العيادي

اشراف

د. محمد سمير

اعداد الطلبة

- أحمد شاوش ابتسام
- بوشنافة يسرى

لجنة المناقشة

الجامعة	الصفة	الرتبة العلمية	الأستاذ
جامعة 20 أوت 1955 سكيدة	رئيسا	أستاذ مساعد (أ)	سعادنة خالد الأمين
جامعة 20 أوت 1955 سكيدة	مشرفا ومقررا	أستاذ محاضر (أ)	محمد سمير
جامعة 20 أوت 1955 سكيدة	ممتحنا	أستاذ مساعد (أ)	خريف سارة

السنة الجامعية: 2022/2021

ملخص البحث:

تهدف هذه الدراسة الى التعرف على فئة من فئات المرضى العقليين الا وهي الفصامين وما يواجههم من صعوبات وضغط على المستوى النفسي وانعكاساته على تفكير في الانتحار، انطلقت هذه الدراسة من التساؤل حول: ماهي العوامل النفسية المساهمة في ظهور الأفكار الانتحارية عند الفصامي؟

وضعت تحت هذه التساؤل فرضية عامة مفادها ان: العوامل النفسية تساهم في ظهور الأفكار الانتحارية عند الفصامي. تتدرج تحت هذه الفرضية ثلاث فرضيات جزئية مفادهم. ان كلا من الضغوط النفسية والصعوبات العلائقية دور مساهم في ظهور الأفكار الانتحارية عند الفصامي وكذا ان للهلاوس والهديانات دور في ظهور الأفكار الانتحارية عند الفصامي، لتحقيق هذه الفرضيات اتبعنا خطوات منهجية ونظرية، اد اتبعنا المنهج العيادي القائم على الملاحظة والمقابلة العيادية والذي تفرضه علينا طبيعة الموضوع. حيث اخترنا عينة البحث التي تتناسب مع الموضوع والذي يبلغ عددهم 4 حالات، تم تشخيصهم بالفصام ويتمتع المعاش النفسي لديهم افكار انتحارية.

اعتمدنا افي هذا البحث مجموعة من الوسائل لجمع المعلومات حول الحالة حيث اعتمدنا على المقابلة العيادية النصف موجهة، ومن الناحية الإجرائية قمنا بتصميم دليل مقابلة يشمل على معظم الأسئلة التي طرحت على المفحوص من أجل جمع البيانات، تم الاعتماد على مقياس الأفكار الانتحارية ل ليزلي موراي المتفرع من قائمة تقدير الشخصية 1991، واستبيان إدراك مؤشر الضغط لفتستين 1993، بعد تطبيق المقياسيين والقيام بكل الإجراءات التطبيقية والمنهجية والتحليلات لكل حالة تحصلنا على النتائج التالية:

العوامل النفسية تلعب دور مهم في ظهور الأفكار الانتحارية عندي الفصامي، وأن الضغوط النفسية والصعوبات العلائقية التي يعيشها، إضافة الى اعراض الهلاوس والهديان هي عوامل مساهمة في هذا المعاش النفسي.

الكلمات المفتاحية: العوامل النفسية؛ الأفكار الانتحارية؛ الفصام

Résumé :

Cette étude vise à identifier une catégorie de malades mentaux, à savoir les schizophrènes, et les difficultés et pressions auxquelles ils sont confrontés au niveau psychologique et ses répercussions sur les idéations suicidaires.

Cette étude est partie de l'interrogation de savoir quelles sont les causes psychologiques qui conduisent aux pensées suicidaires chez les schizophrènes ?

Sous cette interrogation, l'hypothèse suivante a été mise selon laquelle le stress psychologique joue un rôle dans l'émergence des pensées suicidaires chez le schizophrène. Deux hypothèses partielles relèvent de cette hypothèse : les difficultés relationnelles ont un rôle dans l'émergence des pensées suicidaires chez le schizophrène, Et aussi les hallucinations et les délires ont un rôle dans l'émergence des pensées suicidaires chez le schizophrène. Pour parvenir à ces hypothèses, nous avons suivi des étapes méthodologiques et théoriques. L'approche clinique basée sur l'observation et l'entretien clinique a été appliquée aux cas qui nous étaient imposés par la nature du sujet. Là où nous avons choisi l'échantillon de recherche qui correspond le plus au sujet, et dont le nombre est de 4 cas, ils ont été diagnostiqués schizophrènes et ont un train de vie psychologique avec pensées suicidaires. Dans cette recherche, nous avons utilisé un ensemble de moyens pour recueillir des informations sur le cas, où nous nous sommes appuyés sur l'entretien clinique semi-dirigé pour comprendre la dynamique de la vie psychologique des cas, et d'un point de vue procédural, nous avons conçu un guide d'entretien qui reprend la plupart des questions posées au candidat afin de recueillir des données. On a compté sur l'échelle des idées suicidaires de Leslie Murray tirée de la liste d'évaluation de la personnalité de 1991 et du questionnaire de perception de l'indice de stress de Leftestein de 1993. Après avoir appliqué les deux normes et effectué toutes les procédures et analyses pratiques et méthodologiques pour chaque cas, nous avons obtenu les résultats suivants :

- ❖ Le stress psychologique a un rôle dans l'émergence des pensées suicidaires chez le schizophrène.
- ❖ Les difficultés relationnelles ont un rôle dans l'émergence des pensées suicidaires dans la schizophrénie.
- ❖ Les hallucinations et les délires jouent un rôle dans l'émergence des pensées suicidaires chez le schizophrène.

Mots clés : les facteurs psychologiques, les idées suicidaires, la schizophrénie.

شكر

أحمدك ربي حمدا لا يحمد به سواك واشكرك شكرا جزيلا
والحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على خاتم الأنبياء
والمرسلين

أتقدم بجزيل الشكر والعرفان إلى الدكتور سمير محند الذي
لم يبخل علينا بعلمه وجهده الذي رافقنا في هذه المرحلة
العلمية وكان خير معين

إلى كل أعضاء لجنة المناقشة الذين سننال شرف مناقشتهم
لبحثنا فلكم منا كل الشكر

إهداء

أهدي هذا العمل إلى أمي رحمها الله وأسكنها فسيح جناته

وإلى أبي اطال الله في عمره

وإلى كل من ساعدني في إنجاز هذه المذكرة

إهداء

أهدي هذا العمل إلى أمي وأبي وجميع عائلتي

اطال الله في أعمارهم

وإلى كل من ساعدني في إنجاز هذه المذكرة

فهرس المحتويات

الصفحة	المحتوى
أ	ملخص البحث
ب	شكر
ج	اهداء
1	مقدمة
الفصل التمهيدي: الإطار العام لإشكالية البحث	
3	1. إشكالية البحث
6	2. الفرضيات
6	3. أسباب اختيار الموضوع
6	4. أهداف الدراسة
7	5. أهمية الدراسة
7	6. تحديد المفاهيم
8	7. الدراسات السابقة
الفصل الثاني: الفصام	
13	تمهيد
13	1. تعريف الفصام
14	2. انتشار الفصام
15	3. اعراض الفصام
16	4. تطور الفصام
17	5. أنواع الفصام
19	6. أسباب الفصام
22	7. النظريات المفسرة للفصام
23	8. مأل الفصام
24	9. علاج الفصام
26	خلاصة الفصل

الفصل الثالث: الأفكار الانتحارية	
28	تمهيد
28	1. تعريف الانتحار
28	2. تعريف الأفكار الانتحارية
29	3. أنواع الانتحار
30	4. وظائف الانتحار
31	5. مظاهر الانتحار
32	6. السيرورة الانتحارية
33	7. عوامل الخطر الانتحارية
34	8. النظريات المفسرة للانتحار
35	9. الوسائل الانتحارية
36	10. علامات التفكير في الانتحار
36	11. الوقاية من الانتحار
38	خلاصة الفصل
الفصل الرابع: منهجية البحث	
40	تمهيد
40	1. الدراسة الاستطلاعية
40	2. حدود البحث
41	3. منهج الدراسة
41	4. ادوات البحث
46	5. حالات البحث
46	خلاصة الفصل
الفصل الخامس: عرض تفسير ومناقشة النتائج	
48	تمهيد
49	1. عرض الحالة الأولى
52	2. عرض الحالة الثانية
57	3. عرض الحالة الثالثة
61	4. عرض الحالة الرابعة
64	5. مناقشة النتائج

70	خلاصة الفصل
72	خاتمة البحث
74	اقتراحات البحث
74	صعوبات البحث
75	قائمة المراجع
81	الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	الجدول
23	جدول رقم (1) مؤشرات المآل الحسن والسيئ لمرض الفصام
33	جدول رقم (2) عوامل الخطر الانتحاري والوقاية
45	جدول رقم (3) العبارات المباشرة وغير المباشرة لمقياس إدراك الضغط
46	جدول رقم 4 خصائص مجموعة البحث
50	جدول رقم (5) نتائج المقاييس النفسية للحالة الاولى
55	جدول رقم (6) نتائج المقاييس النفسية للحالة الثانية
59	جدول رقم (7) نتائج المقاييس النفسية للحالة الثالثة
62	جدول رقم (8) نتائج المقاييس النفسية للحالة الرابعة
65	جدول رقم (9) نوع الهذيان عند المفحوص
66	جدول رقم (10) نتائج مقياس إدراك الضغط للحالات الاربعة
66	جدول رقم (11) نتائج اختبار الأفكار الانتحارية للحالات الاربع

فهرس الملاحق

الصفحة	المعلق
81	الملحق رقم (1) دليل المقابلة العيادية
83	الملحق (2) مقياس الأفكار الانتحارية
84	الملحق (3) مقياس إدراك الضغط

مقدمة البحث:

الفصام مرض عقلي يؤدي الى تدهور جميع جوانب الشخصية من الناحية الادراكية، المزاجية، الانفعالية الوجدانية والسلوكية العلائقية، حيث يختار المريض عالم خاص به بعيد عن الواقع هذا الأخير الذي يتجسد من خلال السلوكيات الغريبة لدى مرض الفصام، يبدئ الفصام في فترة المراهقة فجأة بعد ظهور العامل المفجر والضغوطات التي بدورها تؤدي الى اختلال توازن الجهاز النفسي وبالتالي التأثير على كل جوانب شخصية المريض يبدئ بأعراض خفيفة تتصاعد في شدتها تتمثل في قلة التركيز، الميل الى العزلة، الانسحاب من المجتمع.

تتعدد أعراض الفصام منها الإيجابية التي تتضمن أنواع الهلوس والهلديانات، مثل الهلديانات الاضطهادية، جسدية، الدينية والعظمة، اما فيما يخص الهلوس فهي خبرات شبيهة بالإدراك تحدث بدون مثير خارجي تكون قوية وتؤثر على ادراك المريض، تشكل الهلوس السمعية أكثر الأنواع شيوعا لدى مرضى الفصام، اما اضطراب التفكير فيستدل عليه من كلام المريض يشمل انحراف الإجابات وتضارب الآراء، عدم التناسق في الأفكار غالب ما تكون الاعراض الإيجابية مصحوبة باعراض سلبية مثل العزلة الاجتماعية، تسطح الوجدان، تتجسد أغلب اعراض الفصام في مجال التفكير مما يؤدي الى عدم ارتباط الأفكار في ذهن المريض وهذا بالإضافة الى اضطرابات الاجتماعية حيث يجد المريض صعوبة في التكيف مع العالم الخارجي حيث تظهر العزلة الاجتماعية الشعور بالرفض والنبذ مما يؤثر على تقدير المريض لذاته، و التي تتعكس عليها سلوكيات وأفكار شاذة تدفع بالمريض الى التفكير في الانتحار او وضع حد لحياته حيث أضحت ظاهرة الانتحار ظاهرة أساسية يعد الحدث المأساوي الأكثر شيوعا في مرض الفصام، وعليه فان من المهم التطرق لهذا الموضوع وكشف خفاياه ومعرفة مختلف السيرورات التي تؤدي بالفرد الى وضع حد لحياته وذلك راجع الى وجود خصائص عيادية تزيد من خطر الانتحار عند هذه الفئة، كوجود الأعراض الذهانية أو أعراض اكتئابية. مما يجعلها تعيش معانات نفسية تكون من أهم أسباب التفكير في الراحة من خلال وضع حد لحياته، كما أن الخوف والقلق وصعوبات الاندماج داخل المجتمع كلها عناصر قادرة على زيادة التفكير في الانتحار لدى، مما يستوجب التقدير النفسي العيادي وهو اعتمدها في هذا البحث

وقمنا بمقابلات العيادية النصف موجهة مع تطبيق استبيان ادراك الضغط ومقياس الأفكار الانتحارية أين تكون هذه الأخيرة عاكسة لمدى الأفكار السلبية التي تتراد الحالات .

وعليه فقد شملت هذه الدراسة خمسة فصول يتعلق كل واحد منها بمتغير من متغيرات

البحث وهي يلي: الجانب النظري يشمل:

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة، يحتوي على اشكالية البحث والفضيات، اهداف وأهمية بالإضافة الى تحديد المصطلحات وأخيرا الدراسات السابقة التي ذات صلة بالموضوع.

الفصل الثاني: الفصام ويتضمن، تعريف الفصام -انتشاره، أعراض الفصام، تطور الفصام، أنواع الفصام، أسباب الفصام، النظريات المفسرة للفصام، مال الفصام، علاج الفصام.

الفصل الثالث: ويتضمن تعريف الانتحار، تعريف الأفكار الانتحارية، وظائف الانتحار، السيورة الانتحارية، عوامل الخطر في الانتحار، النظريات المفسرة للانتحار، الوسائل الانتحارية، علامات التفكير في الانتحار، الوقاية من الانتحار.

الجانب التطبيقي: قد شمل على فصلين الأول منهجي والثاني ميداني.

الفصل الرابع: منهجية البحث، تناولنا فيه بالشرح والتوضيح الوسائل والأدوات المستعملة، خصائص العينة، المجال الزمني والجغرافي للدراسة.

الفصل الخامس: تحليل ومناقشة النتائج، خصص لعرض الحالات ومناقشة الفرضيات وتفسير النتائج وتقديم التوصيات والمقترحات.

الفصل التمهيدي

الإطار العام لإشكالية البحث

1. إشكالية البحث
2. فرضيات البحث
3. أسباب اختيار الموضوع
4. أهداف البحث
5. أهمية البحث
6. تحديد المفاهيم
7. الدراسات السابقة

1. إشكالية البحث:

يعد الفصام واحدة من أكثر الاضطرابات العقلية خطورة وانتشارا فحوالي 50 بالمائة من الموجودين في المستشفيات العقلية هم من الفصام، وهذا راجع الى صعوبة تشخيص الفصام من خلال التعدد في مسبباته وتداخلها مع الاضطرابات الأخرى، حيث من المختصين من يعتبر الفصام على أنه مجموعة من الأعراض والبعض الآخر على أنه مرض عقلي قائم بذاته فالمريض الفصامي ينفصل على عالمه الحقيقي، والفصام من بين أقدم الاضطرابات العقلية التي ظهرت في تاريخ البشرية، فأول وصف لهذا المرض يرجع الى عام 1400 قبل الميلاد في مخططات طبية هندية أرجعت سببه الى الروحية الشيطانية، بعدها تلتها أسماء عديدة مثل الجنون، وفي أطروحة إيميل كريبلن 1993 أطلق عليه تسمية الخبل المبكر بالإضافة الى الخرف المبكر والعتة، كل هذه المسميات ساهمت في وضع تعريف شامل محدد لهاته الحالة المرضية، ولأن هذا المرض غير واضح من حيث أسبابه، أعراضه فان معظم التعاريف ركزت على الأعراض المرضية المحددة له، والتي تجمل على أن تعريف الفصام يقوم على أساس التفكك. (زغير، 2010، ص 255-257).

ويعد الفصام اضطراب نفسي يتسم بسلوك اجتماعي غير طبيعي مع فشل في تمييز الواقع مما يؤثر على طريقة تفكير الشخص وشعوره وسلوكه، وحسب تناول الجمعية الأمريكية للطب النفسي من خلال الدليل التشخيصي والاحصائي للأمراض العقلية الطبعة الخامسة فالفصام يشتمل على مجموعة من الاعراض تظهر في اضطراب يتميز بالهذيانات و الهالوس والكلام غير المنظم والسلوك الحركي غير منظم، والأعراض السلبية مثل التبدل العاطفي أو الوجداني والتدهور في الوظائف والعلاقات الشخصية" (APA, 2013, p 122, 123).

ويتميز مريض الفصام بسمات أهمها اضطراب التفكير والوجدان، الشعور بالهالوس الهذيانات وعدم تراكم الأفكار، عدم القدرة على الاستمرار بموضوع واحد لمدة طويلة فهو يزيد في الكلام والتفصيلات التي لا معنى لها، حيث نجده يشكو دائما من الفراغ الفكري، كذلك عدم الاستجابة الوجدانية كالعطف، الحنان، السرور، الحب والكراهية، خاصة بالنسبة لأفراد الأسرة بالإضافة الى العزلة وعدم التواصل مع المجتمع الخارجي. وهذا ما أكدته دراسات تهامي ويونس سنة 2007 التي توصلت الى أن هناك ثلاث سمات رئيسية للنمط الفصامي والمتمثلة في ضعف الاحساس اللذة الاجتماعية، التفكير السحري، والاختلالات الادراكية. (الكيلاني، 2020، ص202).

يكشف مرض الفصام عن مجموعة متنوعة من الأعراض الإيجابية التي تتضمن بعض أنواع الهلوس و الهذيان واضطرابات التفكير، محتوى الهذيان قد يشمل مجموعة متنوعة من الموضوعات مثلا الهذيان الاضطهادية، الهذيان المرجعية، الجسدية، الدينية، أما الهلوس فهي خبرات شبيهة بالإدراك تحدث بدون مثير خارجي تكون قوية وبالتالي تؤثر على الإدراك الطبيعي للمريض، وتشكل الهلوس السمعية أكثر الأنواع شيوعا لدى مرضى الفصام، أما اضطراب التفكير الأساسي يستدل عليه من كلام الفرد يشمل انحراف الإجابات وعدم فهم الكلام أو فقدان الكلام، غالبا ما تكون تلك الأعراض مصحوبة بأعراض سلبية مثل تسطح الوجدان، انخفاض الدافعية، العزلة الاجتماعية، وتتجسد أغلب أعراض الفصام في مجال التفكير حيث يضطرب ترابط التفكير بصورة منطقية رغم ارتباط الأفكار في ذهن المريض، كما تضطرب علاقات المريض بالعالم الخارجي وينعزل عاطفيا مما يجعله يخلق عالم خاص به يعوضه عن العالم الواقعي، كما يظهر اضطراب المريض انفعاليا في شكل التعبير الانفعالي غير الصحيح أو التبدل الانفعالي أو يكون في صورة ثنائية انفعالية إزاء الأفراد أو الأشياء، وغالبا ما يعتقد المريض الأفكار الفلسفية، الدينية أو السياسية الغامضة قد يظهر لدى المريض سلوك جنسي شاذ باستعراض أعضائه التناسلية، أو قد يقوم بالاغتصاب الجنسي وهذا بالإضافة الى أعراض أخرى في الهياكل الجسمية التي يأخذها المريض كالتخشب فلا يتحرك لمدة طويلة . (الخالدي، 2015، ص ص 184-187).

ينتشر في جميع أنحاء العالم ويظهر الفصام في عمر 15 سنة الى 35 سنة وتكون أكثر إصابة ووقوعا في سنوات الشباب، وتؤكد غالبية الدراسات أن المرأة تبقى أقل إصابة من الرجل لكونها أقل تعرضا لشدائد الحياة ومسؤولياتها إذ لا تتوفر احصائيات شاملة وهذا راجع الى صعوبة انتباه الأسرة أو المجتمع الى كل حالة مرضية فقد يكون الفصام مخفيا عن الملاحظة الطبية مع صعوبة التشخيص والتقدير ولذلك فان هناك ملاحظات أخرى أفادت بها الدراسات الطبية الإحصائية في العديد من البلدان أهمها: أن أغلب نسبة للإصابة تكون في المدن وخاصة المدن الكبرى وتقل النسبة بشكل تدريجي في الريف، ومن الملاحظ أيضا وجودها في الطبقات الأدنى تعليما، مهنيا، اقتصاديا و اجتماعيا . (زعيرة، 2010، ص 262).

يحدث الفصام نتيجة تفاعل عدة عوامل متداخلة فيما بينها من الأعراض العصابية والمزاجية وتعدد مسببات حدوثه التي تشمل العوامل البيولوجية، النفسية وغيرها من المواقف التي تعرض اليها الشخص واستعداداته الشخصية.

تتعدد المشاكل النفسية التي يعيشها الفصامي التي تؤكد بدورها على التوافق النفسي للمريض والتكيف مع عالمه الخارجي وبالتالي الاضطراب في شخصيته وفي علاقته مع الآخرين حيث يؤدي انعدام الثقة بالآخرين والحساسية الشديدة اتجاه عدم قبول المريض منهم الأمر الذي يجعله ضعيف يميل الى الانسحاب هذا الأخير الذي يستعمل كدفاع نفسي بغية المحافظة على أمنه الداخلي واعتباره لذاته وتجنب للقلق وهذا ما يؤدي به الى الانفصال عن الواقع أكثر ويزيد من رفض الآخرين له، الذي ينجم عليه الإحباط الذي يهدد اعتباره لذاته أكثر، كما أن العوامل النفسية المتمثلة في الضغوطات ومشاعر القلق والاحباطات المتكررة والفشل في التكيف الحياتي تؤثر على المريض، فنجد عند الفصامي اختلال في وضعية الذات (ضعف الذات) حيث ينشأ عنها نقص التميز بين النفس والموضوع ونقص تناغم الوظائف النفسية وتكاملها وبداية الاضطرابات المتولدة حول العدوان مما يؤدي الى نقص المقاومة لكل أنواع الضغوط وفقدان العلاقة مع الواقع بالإضافة الى الشعور بالاكئاب، القلق. (الخالدي، 2010، ص. 201).

تقود كل هذه العوامل الفصامي الى التفكير بالهروب من الواقع أو العالم المحيط من خلال الأفكار الانتحارية التي تأخذ الصور مطالب أوامر حتميات في صور سماع المريض أصوات توجه له الإساءة أو الذم في شكل مباشر تتحدث مع بعضها البعض أو وجود صور أو أطياف تمر أمامه أو معلقة في الفراغ أو غيرها التي مآلها التفكير في الانتحار التي تؤدي بالمريض الى الاستجابة الى المنيرات المحيطة به أو الخارجية التي تكون بداية لنهاية مأساوية وهذا ما أكدته العديد من الدراسات التي تناولت العوامل النفسية المؤدية الى التفكير الانتحاري عند الفصامي من بينها دراسة عواد 2012 والتي توصلت الى أن أكثر العوامل المؤدية الى الانفصامي الى الانتحار هي فقدان الصلة بالحياة والانعزال، دراسة شحاته و آخرون 2012 توصلت الى أن السبب يرجع الى التاريخ الأسري، ودراسة كزادي 2008 والتي توصلت الى أنها ترجع الى الحالة المزاجية المصاحبة للاكتئاب وسوء الالتزام والأثار الجانبية للأدوية . (كيلاني، 2021، ص. 400).

من التناول النظري السابق والدراسات التطبيقية التي تم عرضها التي تؤكد على دور الجانب النفسي في ظهور التفكير الانتحاري لدى الفصامي يمكن صياغة سؤال البحث كالتالي:

ماهي العوامل النفسية المساهمة افي ظهور التفكير الانتحاري عند الفصامي؟

2. الفرضية العامة:

تساهم العوامل النفسية دور في ظهور الأفكار الانتحارية عند الفصامي

1.2 الفرضيات الجزئية:

- تمثل الضغوط النفسية عامل مساهم في ظهور الأفكار الانتحارية عند الفصامي؛
- تمثل الصعوبات العلائقية عامل مساهم في ظهور الأفكار الانتحار عند الفصامي؛
- تمثل الهلوس والهذيان عامل مساهم في ظهور الأفكار الانتحارية عند الفصامي.

3. أسباب اختيار الموضوع:

- الميل الشخصي نحو الاطلاع على موضوع الفصام.
- قلة الأعمال البحثية السابقة حول الموضوع على حد اطلاقنا.
- الانتشار الواسع للاضطراب الفصام وتفاقم مشكلة الانتحار باعتبارهما محور هذا البحث.

4. أهداف الدراسة:

- الإجابة على تساؤل الدراسة وذلك بالتعرف على أهم الأسباب المساهمة في ظهور الأفكار الانتحارية لدى الفصامي.
- التعرف على فئة من فئات المرض العقليين ألا وهي الفصاميين وما يواجهه من مشاكل وصعوبات على المستوى النفسي.
- التعرف على الضغوط التي يعاني منها الفصامي.

5. أهمية الدراسة:

قد يفيد هذا البحث العاملين في مجال الصحة النفسية العقلية في التعرف على أسباب المساهمة في بروز لأفكار الانتحارية ومن ثم تقديم تكفل أفضل للمرضى الفصاميين بالمستشفى، الأهمية البالغة لمرض الفصام وعلاقته بالانتحار باعتباره أكبر مهددات الأمن النفسي.

قد تفيد نتائج هذه الدراسة في اتباع طرق وأساليب جديدة للتعامل مع هذه الفئة.

6. تحديد المفاهيم:**1.6. الفصام:**

نظرياً: ورد تعريف الفصام في الدليل التشخيصي والاحصائي للأمراض العقلية المراجعة الخامسة لجمعية الطب النفسي الأمريكية على أنه ذهان وظيفي مزمن واضطراب عقلي يمس عمق الشخصية بحيث يجعل المصاب به غير متوافق كلياً، يكون المريض غير مستبصر بحالته ولا يسعى للعلاج. (الحمادي، 2013، ص 55)

إجرائياً: هو مجموعة من الأعراض، التي تمس جميع نواحي الشخصية الإدراكية، المعرفية، السلوكية والانفعالية مع مجموعة من الأعراض الموجبة المتمثلة في الهلوس، الهذيان، اختلاط في الكلام والمواظبة على موضوع واحد بطريقة نمطية، أما الأعراض السلبية تتمثل في مجموعة من السلوكيات العنيفة أو المستقرة تكون مفككة مع التناقضات.

الفصامي: هو الشخص الذي تم تشخيصه من طرف طبيب الأمراض العقلية والمتواجد في مصحة عقلية لتلقي العلاج الطبي وذلك بأخذ الدواء للتخفيف من حدة الأعراض (الهلوس، الهذيان، الأوهام) وعلاج نفسي لإعادة التأهيل ودمجه في المجتمع.

2.6. الأفكار الانتحارية:

نظرياً: الأفكار الانتحارية هي: "الانهماك في أفكار غير طبيعية مسببة للانتحار من محاولات غير مكتملة يمكن اتسافها أو قد تكون معدة بشكل كامل ينتج عنها حد وضع للحياة". (معمرى، 2006، ص 111).

اجرائياً: الأفكار الانتحارية تتمثل في الاعداد العقلي الشعوري للرغبة في الموت سواءً كانت في حالة نشاط أو خمول وهذه الأفكار مرات تظهر معبرة تحت شكل التهديدات الانتحارية، كما تظهر من خلال نتائج الاختبار المستخدم في هذا البحث.

7. الدراسات السابقة:

1.7. دراسة نيكسون وآخرون، 1992، مصادر الضغوط التي تؤدي الى الأفكار الانتحارية عن طريق تأثيرها على اليأس: أجريت الدراسة على عينة قوامها 142 من طلاب علم النفس (54 ذكور و79 أنثى) مما تتراوح أعمارهم بين 17 - 19 سنة، طبق مقياس تصور الانتحار، أحداث الحياة السلبية والمشاحنات كمصادر الضغوط ومقياس اليأس واعتمد في ذلك على المنهج الوصفي التحليلي، أسفرت النتائج على أن المشاحنات قد أثرت تأثير كبير على كل من اليأس وتصور الانتحار بعد عزل أحداث الحياة اليومية. (الضيدان، 2015)

2.7. دراسة فايد، 1997، الفروق بين الاناث والذكور في كل من الاكتئاب، اليأس وتصور الانتحار: هدفت هذه الدراسة الى التعرف على طبيعة العلاقة بين اليأس وتصور الانتحار لدى مجموعتي الذكور والاناث، حيث تكونت عينة الدراسة من 324 طالب جامعيين (23 من الذكور و22 من الاناث) متوسط أعمارهم ما بين 17 الى 23 سنة، بحيث تم استخدام مقياس بيك للاكتئاب، مقياس اليأس وتصور الانتحار، واعتمدت هذه الدراسة على المنهج السببي المقارن، توصلت نتائج الدراسة الى أنه بفعل التأثير المشترك بين الاكتئاب واليأس يزداد تصور الانتحار وأنه عند عزل تأثير اليأس عن العلاقة بين الاكتئاب وتصور الانتحار تراجع قيمة معامل الارتباط بشكل ملحوظ لدى مجموعة الاناث دون مجموعة الذكور. (الضيدان، 2015).

3.7. دراسة كريشنر، فبرير، فورنس، 2010، مدى انتشار إيذاء الذات المعتمد ونوايا الانتحار و التفكير في الانتحار وأعراض خطر الانتحار في سن المراهقة: شملت 171 طالب من مدرسة الثانوية، تتراوح أعمارهم ما بين 15 الى 16 سنة، واعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، تم تقييم سلوك إيذاء النفس ونوايا الانتحار عن طريق مقياس YSR واستراتيجيات المواجهة عن طريق GRI للشباب وتوصلت الدراسة الى ان معدل انتشار سلوك إيذاء الذات المعتمد هو 11.4 بالمائة، التفكير في

الانتحار 13.5 بالمائة، مع عدم وجود فروق بين الجنسين، ويوجد ارتباط كبير بين إيذاء الذات المتعمد والتفكير في الانتحار. (الضيدان، 2015).

4.7. دراسة جوابرة، 2013، التأثيرات النفسية والاجتماعية لوصمة المرض النفسي على المصابين

بمرض الفصام: هدفت هذه الدراسة الى التعرف على مدى تأثير وصمة المرض النفسي على مرضى الفصام، تم استخدام المنهج الوصفي الذي اعتمد فيه على المقابلة والاستبيان، على عينة الدراسة التي تكونت من 150 مريض من المحافظة الشمالية للضفة الغربية، وتوصلت الى أن مرضى الفصام العقلي واجهوا وصمة المرض النفسي في كافة نواحي حياتهم. (محمد سالم الغمري مريم، 2016).

5.7. دراسة غزال أمال، 2015، الفصام والمحاولات الانتحارية: هدفت هذه الدراسة الى التعرف

على التوظيف انفي (حرمان أو فقدان) في ظهور الفكر الانتحاري، أجريت الدراسة على حالة أنثى تبلغ من العمر 18 سنة، اعتمادا على المنهج الوصفي التحليلي. واستخدام اختبار الروشاخ، وتوصلت الى وجود قلق حاد جعل من الإجابات تظهر في شكل غير مناسب لما هو مساير للواقع مما عرقل السيرورة التفكيرية، وظهر أهمية واضحة في الانشطار والتفكك، وعجز واضح لم يمكن الحالة من التكيف مع الواقع وبالتالي توجهها نحو مواضيع خارجية بهدف ضبط الحدود مما جعل اتصال الحالة تظهر وكأنها موجهة نحو الخارج أكثر منها نحو الداخل، وكثرة الإجابات الجزئية وغياب الإجابات الكلية التي عكست الكآبة النفسية والانهيار التي كانت تعيشه الحالة، مما بين توظيف نفسي هش كان له دور في المرور الى التفكير في الانتحار لأن فقدان الرغبة وفقدان العلاقة جعلها غير قادرة على المسايرة والتكيف مع الواقع. (وعد محمد رؤوف، 2021).

6.7. دراسة عبد اللطيف قنوعه، 2015، الانتحار، الدوافع والأسباب: تمت هذه الدراسة على عينة

من المتخرجين من المنطقة الريفية، بولاية تقرت، وبناء على النتائج التي توصل اليها فان الدوافع ترجع الى الأسباب الاجتماعية ودوافع نفسية منها المشكلات الأسرية والزوجية، تفكك في العلاقات والروابط العائلية، الانعزالية والتهميش، الى جانب التوظيف النفسي الهش، كما لعبت الأمراض النفسية من الاكتئاب والفصام والمزاج الحاد دور في التوجه نحو التفكير في الانتحار (وعد محمد رؤوف، 2021).

7.7. دراسة رجاء زهاني، 2016، التوظيف النفسي للفصامي، محاولة الانتحار: أجريت هذه

الدراسة على حالة ذكر يبلغ من العمر 24 سنة، واعتمدت المنهج العيادي، واختبار الروشاخ وتوصلت

الى أن وجود سمات اكتتابيه وجود قدرات عقلية محدودة، مع قلة الثقة بالآخرين، حيث أن المريض يعاني من اضطرابات في التفكير ذو شخصية هشة مع ادراك سلبي لصورة الذات، إحساس بعدم الأمان، تغلب في كل المشكلات، (التفكير في الانتحار في كل مرة يعتبره مهرب وحل)، وعليه فقد كان محتوى التفكير للمريض غير منسق، سياق التفكير متضارب مع وجود أفكار هديانات اضطهادية، هذاء التأثير، أفكار مرجعية، هلاوس سمعية مستمرة، أفكار انتحارية مدعمة بنشاط هذياني هلوسي. (زهاني، 2016).

8.7. دراسة داود حكيمة، 2017، الأفكار الانتحارية لدى الشخصية الفصامية: هدفت هذه الدراسة

الى تسليط الضوء على موضوع الأفكار الانتحارية التي تعاني منها الشخصية الفصامية وذلك من خلال دراسة ثلاث حالات، شملت هذه الدراسة 30 حالة يبلغون من العمر 21 الى 27 سنة، اعتمدت هذه الدراسة على المنهج العيادي باستخدام المقابلة والملاحظة بالإضافة الى تطبيق مقياس الأفكار الانتحارية، توصلت الى أن الشخصية الفصامية لديها أفكار انتحارية وأن هذه الأفكار كافية للمرور للفعل وذلك بناء على المقابلات بالإضافة الى نتائج تطبيق الاختبار التي اوضحن أنهم يعانون من تقلبات شديدة في المزاج، القلق، إحساس دائم بالفراغ، صورة مشوهة غير مستقرة عن الذات، سلوكيات متهورة خطيرة في أغلب الأوقات، سلوكيات انتحارية متكررة أو تهديدات بالانتحار أو تصرفات مؤدية للنفس، شعور بالانقطاع عن النفس ومراقبة النفس من خارج الجسم، فقدان الاتصال مع الواقع. (وعد محمد رؤوف، 2021).

9.7. دراسة آسيا حمان، 2020 أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بالأفكار الانتحارية لدى الشباب

الجامعي: أقيمت الدراسة على عينة من 60 ذكر و60 أنثى، واعتمدت على المنهج الوصفي بشقيه الارتباطي والفارقي، وتوصلت الى عدم وجود علاقة ارتباطية بين أبعاد المعاملة الوالدية واحتمالية الانتحار لدى الشباب وفق متغير الجنس، وعدم وجود فروق بين الاناث والذكور في كل من أساليب المعاملة الوالدية والأفكار الانتحارية. (وعد محمد رؤوف، 2021)

10.7 التعقيب على الدراسات السابقة:

هناك العديد من الأبحاث التي تناولت مرض الفصام من حيث الدعم الأسري، والاجتماعي، والعبئ الأسري، لكن الأبحاث التي تحدثت عن الأسباب النفسية المؤدية بالفصامي الى الأفكار الانتحارية قليلة جدا حسب اطلاعنا، وقد تناولت الدراسات العديد من الجوانب المتعلقة بالانتحار، أسبابه وكذا الفئة الأكثر

عرضة له وعلاقته بالعديد من المتغيرات (اليأس، الضغوط، الوحدة، العزلة) منها دراسة ديكسون التي أشارت إلى الضغوط وعلاقتها بالانتحار، دراسة كريشنر التي ركزت على مدى الانتشار ودراسات أخرى.

أما الدراسات التي تناولت الفصام كما ذكر في الدراسات السابقة تناولت معظمها المعاش النفسي للفصامي أو التوظيف النفسي وعلاقته بالأفكار الانتحارية، حيث تناولت الدراسات وصف الاستقرار النفسي من خلال أبعاد مختلفة.

من حيث المنهج، وأدوات الدراسة والعينة في الدراسات التي تناولت الانتحار اقتصرت العينة على طلاب المدارس الثانوية وكذا طلاب الجامعة، أي ما بين 15 إلى 20 سنة، فيما تبنت دراسات الفصام الحالات الفردية التي تتراوح أعمارهم ما بين 18 إلى 24 سنة وكانت العينة قصدية.

معظم الأبحاث استخدمت المنهج التحليلي الوصفي والمنهج الوصفي حيث قام الباحثون على تحليل الظواهر من خلال الدراسات الميدانية ودراسة الحالة وغيرها بالنسبة للانتحار، فيما يخص دراسات الفصام فكانت معظمها تتبنى المنهج العيادي باستخدام دراسة الحالة، المقابلة، الملاحظة، هناك من الدراسات من استخدمت المنهج السببي المقارن والوصفي الاستكشافي.

الفصل الثاني: الفصام

تمهيد

1. تعريف الفصام
 2. انتشار الفصام
 3. أعراض الفصام
 4. تطور الفصام
 5. أنواع الفصام
 6. أسباب الفصام
 7. النظريات المفسرة للفصام
 8. مآل الفصام
 9. علاج الفصام
- خلاصة الفصل

تمهيد:

يعد الفصام أحد الاضطرابات العقلية التي تتميز باختلال العمليات الفكرية والمعرفية للمريض والذي يصل الى درجة تمنع أو تقلل الى حد كبير من قدرة المريض على الحكم على الأمور او الاتصال بالواقع مما يؤثر على التوافق بين الأفكار والمشاعر والسلوك ليؤدي الى التفكك والتدهور من ناحية ومن ناحية أخرى يتميز بالغموض والتداخل مع بعض الأمراض النفسية الأخرى.

في هذا الفصل سنتطرق موضوع الفصام بالتفصيل، من حيث المفهوم، الأسباب، الأنواع، الأعراض المميزة له وتشخيصه.

1. تعريف الفصام:

نقدم مجموعة من التعريفات للمنظرين، وهذا حسب الاتجاهات العلمية والمقاربات النظرية التي ينتمون اليها ومن أهمها:

حسب ماير "الفصام هو عدم توافق في الجانب العقلي لا يختلف عما هو عليه لدى الأسوياء، الا في الكم فقط، فالفصام تضخيم لعناصر وجودها مؤكد في أدهان الأسوياء". (الزرد، 1983، ص. 14)

ويرى **أحمد عزت راجح** أن "الفصام هو اضطراب وظيفي في الشخصية، ويبدو في صورة أعراض في جوانب الشخصية جميعا، الجانب الانفعالي والجانب الفكري، والجانب السلوكي". (حسين فالح، 2013، ص 55).

فيما يعرفه **أحمد عائشة** بانه "مرض عقلي يتصف باضطراب في التفكير والوحدات والسلوكي والخلقي والاجتماعي، مما يفقد الفرد شخصيته وبالتالي يصبح عزلة عن العالم الحقيقي والمجتمع". (الصفدي، 2009، ص. 129)

ويعتبره **B. Bernard** "ذهان مزمن يؤثر تأثيرا عميقا في الشخصية، والذي يجب اعتباره نوع من صنف الذهان المزمن، بتغير عميق ومتطور للشخص، فيتوقف هذا الأخير عن الاتصال مع الآخرين ويضيع في أفكار توحديّة أي في هباء وهمي". (Henriey.b, 1970, p. 540)

أما **الرابطة الاكلينيكية الأمريكية لعلم النفس**: فتتظر الى الفصام على انه عبارة عن "أفكار وهمية، سلوك مفكك، وهذه الأعراض السلبية تتمثل في انخفاض الإمكانيات الوظيفية، وهذه الأعراض يجب أن

تستمر لمدة ستة أشهر على الأقل وتؤدي الى فقدان التكيف الاجتماعي والموضوعي". (Pierre, 1995, p. 01)

ويعتبر دافيد كوبر الفصام على أنه: "حادثة أو أزمة يعيشها الفرد في المجتمع، أين تكون سلوكياته وتصرفاته غير صالحة بالنسبة للمجتمع (خارجية عن الألوفا) ويعتبر كوبر أن كل شخص له قابلية لهذا المرض، بمعنى أن حالة الجنون يمتلكها أي واحد منا، لكن تكون مخفية، ولا يتوفر الا بتوفر عوامل مفرجة". (حسن، 2001، ص. 06).

من التعريفات السابقة يتضح أن الفصام هو اضطراب عقلي يندرج ضمن الاضطرابات الذهانية، يتسم بمجموعة من الأعراض التي تؤدي الى تدهور في السلوك من الجوانب الانفعالية، الوجدانية، التفكير، وعدم القدرة على التكيف في الحياة الاجتماعية لفشل الإمكانيات الوظيفية مما يدفع المريض الى خلق عالم خاص به مليئ بالهلاوس و الهذات نتيجة فشل في الكيف مع الواقع الخارجي وقطع العلاقة مع الواقع و العيش في العالم افتراضي هذا الأخير الذي يعتبر كوسيلة للتوازن .

يظهر الفصام في سن مبكر لكنه أكثر شيوعا في سن الرشد

2. انتشار الفصام:

لا تتوفر احصائيات شاملة لأقطار العالم ومجتمعاته، تبين نسبة وقوع المرض بين الناس، وتوزيع هذا الواقع بين طبقاته وشرائحه السكانية، وحتى البلدان التي تتوفر فيها دراسات حول الفصام، فان هناك تفاوت بين الباحثين حول ذلك، بالإضافة الى ذلك صعوبة انتباه الأسرة أو المجتمع، الى كل حالة مرضية.، وأثبتت الدراسات وقوعه بدرجة أعلى للأشخاص الذين ولدوا في المناطق الحضرية في الدول الصناعية وتظهر الأعراض عند الرجال في وقت مبكر مقارنة لدى النساء، وانتشار مرض الفصام متساوي لدى المرأة والرجال، لكن الاختلافات تكمن في ظهور المرض، وتبدأ عادة قبل سن 25 سنة عند الرجال، وبين 25 الى 35 سنة لدى النساء، وحوالي 3 الى 10 بالمائة من النساء يظهر الفصام بين سن 40 سنة، وما يقرب من 90 بالمائة من مرضى الفصاميين في سن ما بين 15 و 55 سنة، ونادرا ما يظهر الفصام قبل سن 10 سنة او بعد سن 60 سنة، وقد أظهرت الدراسات ان الرجال أكثر ظهورا للأعراض السلبية من المرأة.

والنتيجة النهائية لمرضى الفصام الاناث يكون أفضل من المرضى الذكور المصابين بالفصام، خاصة أن المرأة تميل الى العمل بصورة أفضل من الرجال اجتماعيا واقتصاديا وعلاقاتهم، وغالبا ما تعاني من عدم الرعاية والنبت الاجتماعي. ويكون ظهور الفصام نادرا في مرحلة الطفولة، بنسبة حوالي 1 في 400000 الأطفال، فقط 1 في 100 من البالغين المصابين بهذا الاضطراب.

أظهرت الدراسات الأخيرة ان هناك زيادة ظهور مرض فصام للأشخاص الذين ولدوا او ترعرعوا في المدن الداخلية وأيضا في الطبقات الاجتماعية والاقتصادية كبيرة التدرج، ومع زيادة انتشاره في الطبقات الشعبية من خلال الانحراف الاجتماعي وفي الطبقة الاجتماعية، وفي المناطق المحرومة الداخلية من المدن وعوامل خطر البيئة، مثل (الاكتظاظ، تعاطي المخدرات)، أي حالات الفصام في البلدان الصناعية من 10-70 حالة جديدة من السكان، وخطر مدى الحياة يقدر ب 0.5-1 بالمائة للتوزيع الجغرافي. (Martin, 2002, p. 30)

3. اعراض الفصام:

تتمثل أعراض الفصام فيما يلي:

1.3. الأعراض الإيجابية:

الهالوس (les hallucinations): تمثل إدراك زائف لأشياء في غيابها، حيث ان المريض يرى، يسمع، يشم، يشعر، مؤثرات حسية غير موجودة.

اضطراب اللغة: من أهم الاضطرابات اللغوية التي ظهرت عند هؤلاء المرضى التوقف والنمطية والوظوب، يكون كلامه غريب، وعباراته غير مفهومة وغير منطقية، لا يعالج نوايا الآخرين، يميل الى الرمزية، يعاني من الشرود وعدم الانتباه. (بوخميس، 2008، ص. 198)

السلوك العنيف: رغم أن التهديدات بالعنف، وحتى الانفجارات العدوانية خفيفة الشدة هي شائعة في الحالات الفصامية الحادة، فان السلوك الخطر هو عندما ينصاع المريض الى الهالوس الصوتية التي تأمره بالهجوم على مضطهديه حسب ما يبدو له، هذا السلوك هو الخطر العدواني عند مرضى الفصام، وهناك جرائم ترتكب من قبل فصاميين مزمنين يتصفون بالشعور بالرفض الاجتماعي، مع تزايد مخاطر الانتحار في جميع أطوار المرض عند الفصاميين. (الحجار، 1998، ص. 146)

2.3. الأعراض السلبية: تشمل هذه الاعراض:

فقدان العاطفة: الانسحاب الاجتماعي (العائلة، الأصدقاء، والتغيرات في أنماط النوم، السلوك المعادي للمجتمع)

التناقض: حيث يظهر المريض الفصامي المشاعر والاتجاهات والأمني والأفكار المتناقضة اتجاه الشخص أو موقف معين، والتناقض مظهر لأمراض أخرى، لكنه سرعان ما يكون أشد وطأة في الفصام.

اختلال الهوية: وهي أفكار غير واقعية لا تكون هذيانيه عادة، ويدرك المريض شذوذها ويشكون من الكرب الذي تحدثه، ويوجد شعور بالتغير في الشخصية أو في أجزاء الجسم، ويشعر المريض بأنه لم يعد هو نفسه، ولكن لا يشعر بأنه صار شخص آخر، وقد يكون هناك شعور مخيف بالغرابة، ويذكر المريض أن مشاعره قد تجمدت وأفكاره أصبحت غريبة، وأن أفكاره وتصرفاته تبدو كما لو كانت تنفذ بطريقة آلية.

عدم التناسب الوجداني: حيث تكون الاستجابات الانفعالية غير ملائمة لمحتوى التفكير، ويكون المزاج غير متسق أو مبالغ فيه، وقد يشمل الاضطراب الوجداني، واللامبالاة، والضحالة، والتبدل الوجداني. (يوسف، 1994، ص. 192)

3.3. الأعراض المعرفية: تشمل مجموعة من الاختلالات على المستوى المعرفي:

فكر مشوش: عدم القدرة على التركيز، الحجج.

اضطراب في شكل التفكير: تتمثل في التغير من موضوع الى موضوع آخر بسبب التداعي لتفاصيل تافهة، الميل للتجريد العام مع أفكار غامضة، متكررة، ولا تحمل كثيرا من الوقائع و المعلومات بالرغم من زيادة معدل الكلام.

اضطراب في عمليات التفكير: العجز عن الاستمرار في موضوع واحد مع الميل الى تشتت التفكير نحو جوانب هامشية لا علاقة لها بالموضوع الرئيسي. (Saoud.M, 2006, p. 41)

4. تطور الفصام:

1.4. المرحلة الاستهلاكية (الأولية): غالبا ما تحدث بدايات الفصام في مرحلة المراهقة، وقد تحدث أحيانا بشكل مفاجئ جدا، أو بشكل بطيء تستغرق سنوات حتى تظهر على شكل اضطرابات ذهانية واضحة، ولعل أهم ما تتصف به هذه المرحلة هو ميل الفصامي الى الانسحاب والعزلة الاجتماعية، وغالبا ما يهمل مظهره وصحته، وينسى أن يذهب الى الحمام، وينام بملابسه، كما أداءه في المدرسة أو

في العمل يختل ويضعف ويبدو أدائه مهملاً وتبدو انفعالاته، وفي نفس الوقت نفسه سطحية وساذجة وغير مناسبة، وتحصل في الحالات أن الاضطراب يظل يتطور بصورة تدريجية ولكن بشكل غير واضح للأخريين الى أن يبدأ بإظهار تصرفات شاذة وغريبة.

2.4. المرحلة النشطة: يبدأ المريض في هذه المرحلة النشطة بتصرفات سلوكية ذهانية، حيث تظهر عليه أعراض متنوعة متمثلة في: الهلوس، الأوهام، الكلام الغير مرتبط، الانسحاب الحاد وما الى ذلك.

3.4. المرحلة المتبقية: حيث يكون السلوك فيها مشابهاً للمرحلة الأولى، الاستهلاكية ويغلب عليه الجمود في العواطف، وتكون انفعالاته ووجدانياته سطحية ولبيدة، وقد يبقى كلامه مفككا، وصحته متدهورة، وبالرغم من أن هلاوسه وأوهامه قد تتبدد، فإنه يظل يمر بخبرة ادراكية غير عادية وأفكار غريبة، وادعاءات القدرة على التنبؤ بالمستقبل أو السيطرة على الأحداث بتفكير سحري، ونتيجة لذلك فإن الفصامي في هذه المرحلة يبقى غير قادر على تحمل مهمات بيئية أو القيام بعمل وظيفي، كما قد نجد بعض الحالات تتحسن أوضاعهم ويمارسون وظائفهم بشكل عادي لكن هذا لا يحدث الا نادر. (صالح، 2008، ص. 242).

5. أنواع الفصام: يمكن تصنيف أنواع الفصام كالتالي:

1.5. الفصام البسيط: يعتبر هذا النوع أبسط الأنواع خطرا أو شدة من حيث الدرجة، يتسم أفراد هذه الفئة بالتبند العاطفي (الانفعالي) والانسحاب من العلاقات الاجتماعية وعدم الاهتمام بالجنس وعدم الإحساس بالمسؤولية والانخراط في صفوف المتشردين أو المجرمين، ويتصف سلوكهم بالاتكالية والاعتماد على الآخرين، ويفقدون أي حافز أو دافع للتحصيل أو الإنتاج مع ظهور تدهور عقلي واضح، ويظهر الفصام البسيط بشكل تدريجي يبدأ بعدم الاهتمام واللامبالاة في كل شيء ثم فقدان الإرادة والطموح والدافع وأخيرا تظهر الهديانات و الهلوس ويصبح المريض بحاجة الى العلاج.

كما أن المصاب بهذا النوع من الفصام يعاني من اضطراب في الانتباه وهو كذلك تسببه الدرجات الشديدة من الشخصية الشبه فصامية، إضافة الى أنه قابل للتحسن أكثر من الأنواع الأخرى للفصام. (ياسين، 1981، ص. 306).

2.5. الفصام الهيبوفريني (المراهقة): هذا النوع من الفصام يكون شاذ ويسميه كريبيلن جنون المراهقة، ينشغل التفكير في الموضوعات الفلسفية والدينية والأمور الجنسية وكثرة التخيل والأوهام

والانهيار الشديد ويظهر فيه ضحك طفولي ينقلب الى بكاء وصراخ ويعتقد المريض أن أعداء يلاحقونه ويستغرق المريض بأفعال جنسية علنية دون إدراك لما يفعل، ويميل المريض لتكشير وجهه والتفاهة في سلوكه، ويعتقد أن دماغه قد تحلل وأن أمعاه مليئة بالإسمنت أو أن قلبه مليء بالرمل. (أحمد، 1999، ص. 182).

3.5. الفصام التخشبي: ويتصف بالانسحاب الكامل من الواقع وأمل الشفاء في هذا النوع قائم أكثر من بقية الأنواع، وفي الاستجابة التخشبية ينقلب المريض بين ذهول عميق وبين حالة الاثارة، وفي حالة الذهول تجمد كامل قد يستمر لساعات ولا يقوى على الحركة، وفي حالة الاثارة يمشي بسرعة ويسلك سلوكا جنسيا مكشوفاً ويقوم بأفعال عدوانية ضد غيره وأحيانا ضد نفسه، ويتسم الفصام التخشبي أساسا بالأعراض السلبية وخاصة عدم الإيجابية والمثيرات البيئية. (فايد، 2004، ص. 102).

4.5. فصام البارنويا (الهذائي): هذا النوع من الفصام يتميز أساسا بالأوهام حيث يقع المريض تحت وطأة أوهام الاضطهاد والقسوة أو أوهام العظمة أو كليهما، فالشخص الذي يشعر بأنه مضطهد قد يتمسك باعتقاده أن الناس يحاولون دائما قتله أو وضع السم له أو أنهم يدبرون له المكائد للنيل منه لذا فهو يشك في أي شخص، ويحاول أن يقدم الأدلة على ذلك ويعمم هذه الأفكار التي قد تؤدي به الى موقف التهجم على الآخرين أو محاولة الانتحار. (العبيدي، 2009، ص. 210).

5.5. الفصام الحاد غير المتميز: يصعب تشخيص هذا النوع لوجود التشابه بينه وبين الحالات الفصامية الأخرى والبعض يسميها الفصام الكامن، ولكي نكشف هذا النوع لا بد من استخدام الوسائل الإسقاطية مثل اختبار الروشاخ ومن المشكلات التشخيصية في هذه الحالات، وجود نمط سطحي خارجي شبه عصابي يخفي وراءه الفصامي الحقيقي. (العبيدي، 2009، ص. 212).

6.5. الفصام الوجداني: يتسم أفراد هذه الفئة تظهر عملياتهم الفكرية الفصامية مع الاستجابات الوجدانية التي تشبه نمط الهوس الاكتئاب، فقد نجد المريض في حالة الاثارة وهوس أو في حالة اكتئاب شديد وتوجد أعراض ذاتية وعدم تناسب بين ضبط التفكير والاستجابة الانفعالية. (العبيدي، 2009، ص. 213).

7.5. الفصام الطفولي: لا يزال هذا النوع مشكوك فيه وموضوع جدال بين العلماء لأن الفصام مرض يباً بمرحلة البلوغ، وقد تم ادراجه عام 1952 في الكتيب الاحصائي التشخيص للجمعية الأمريكية للطب النفسي وقد وصف العالم بندر مظاهره كالتالي:

- اضطراب الوظائف الحيوية من الأكل والنوم وتعرق وتبول؛
- اضطراب في النشاط الحركي ودورات الدماغ بعد سن 6 سنوات؛
- خلل في الاتزان الادراكي واستعمال اللغة ومهارة ونبوغ في الرسم والموسيقى؛
- اضطرابات سيكولوجية في مشكلات العلاقة بين الذات والواقع والبيئة والعلاقات غير الذاتية محطمة دون شك، وكذلك التوجيه في الزمان والمكان غير الواضح، هذا وان فصام الطفولة هو حالة نادرة. (العبيدي، 2009، ص. 215)

8.5. الفصام الارتكاسي والتدريجي: يظهر على مدار سنوات تتزايد في شدتها مع مرور الزمن، وقد كشف اختبار الروشاخ عدم وجود نشاط ادراكي في الفصام التدريجي، ووجود علامات بين أفراد الفصام التدريجي أفراد الفصام الارتكاسي، أما الفصام الارتكاسي فيكشف عادة في المريض عن نمو اجتماعي مع شيء من التوتر المراهق للاستجابة الذهنية والتنبؤ بالشفاء الجيد والمصاب بالفصام الارتكاسي ذو شخصية منظمة ووظائفه الادراكية شبه متكاملة (ياسين. ع، 1881، ص. 308).

9.5. الفصام المتبقي أو المتأخر: ويستخدم هذا المصطلح لوصف المرضى الذين يصابون بانهيار فصامي ولكنهم تحسنوا بعد ذلك في وظائفهم في المجتمع الا أنهم محتفظين ببقايا السلوك والتفكير والأفعال، ويفيد هذا الاصطلاح في ترتيب السجلات الإحصائية أكثر مما يفيد في فهم سلوك المريض. (ياسين. ع، 1881، ص. 310).

6. أسباب الفصام: يمكن تلخيص أسباب الفصام فيما يلي:

1.6. الوراثة: لا يورث الفصام عن طريق جينات سائدة او متحية بل الأرجح انه ينتقل عن طريق جينات متعددة لكل منها تأثير محدود ومتراكم في نفس الوقت.

وقد ظهر الاعتقاد بالفصام أسباب وراثية وذلك بملاحظة ارتفاع معدل حدوثه في عائلات معينة دون أخرى وقد تكون أفضل الأساليب للبحث عن مدى تأثير العوامل الوراثية للإصابة بهذا المرض هو دراسة للتوائم المتماثلة حيث اثبتت دراسة كوتيسامان (1978) وكيسلر (1980) ان الدراسات التي أجريت على التوائم على مدى 20 سنة فوجد ان متوسط معدل التطابق في الفصام تبلغ بين التوائم المتطابق 47 بالمائة مقابل 15 بالمائة بين التوائم المتأخية.

وفي ضوء هذه النتائج يمكن إعطاء أهمية للعوامل الوراثية في الإصابة بمرض الفصام لا تتعدى الا تزود الفرد باستعداد بيولوجي للإصابة وان ثمة عوامل أخرى لا بد من توافرها ليظهر المرض بشكل حقيقي. (عسكر، 2004، ص. 189).

2.6. الأسباب الكيميائية الحيوية: وتتسبب الفصام الى اختلال ناقلات عصبية ومستقبلاتها.

فرضية الدوبامين: ومجمله أن الفصام ينتج عن زيادة في نشاط الألياف العصبية التي تفرز ناقل الدوبامين أو زيادة حساسية مستقبلاته ومما يؤدي هذا القرض نجاح الأدوية المضادة للذهان في تحسين أعراضه، وكلما تقلق مستقبلات الدوبامين ويخفض نشاط أليافه كما أن المركبات التي ترفع تركيز الدوبامين في أجزاء معينة من المخ تؤدي الى تدهور حالة الفصام وأشهرها المنشطات والكوكايين.

فرضية النورأدرينالين: يزداد نشاط هذا الناقل في الفصام مما يؤدي الى زيادة الحساسية للمؤثرات الحسية الخارجية.

فرضية حامض الجا أمينو بيوتيريك (جابا): يؤدي انخفاض هذا الناقل الى زيادة نشاط الدوبامين.

فرضية السيروتونين: يضطرب تمثيل هذا الناقل في الفصام وقد ينتج عنه مواد تؤدي الى أعراض ذهانية.

الفيثايل أتيل أماي (PEA): وهو مركب أميني يصنعه المخ ويشبه منشط الأمفيتامين ويؤدي لزيادة إفرازه الى زيادة الاستعداد للإصابة بالفصام.

فرضية الجلوتين: وهو من مكونات بروتين القمح الذي لا يتحملة بعض مرضى الفصام فيؤدي الى المرض. (عسكر، 2004، ص. 190).

3.6. العوامل النفسية: ان دور المسببات النفسية في حدوث الفصام غير واضحة، لكن العديد من العلماء يقررون بإمكانية حدوث الفصام بفعل عامل نفسي وبناء على ذلك فقد دعاها فارجيمان في عام 1963 دهانات نفسية المنشأ وأشار الى أن مآل من اصابتهم تلك النوبات الذهنية الحادة يعد جيدا مقارنة بمرضى الفصام الاخرين.

ان هذا النوع من النكوص (الفصام) يمكن أن يترسب بواسطة الصراعات أو الضغوط التي تنتاب المراهق في مقابلة مشكلات النضج، ولكي يتجنب المراهق هذه الصعوبات فانه يتقهر نحو النموذج

الطفولي، الى مرحلة الدنيا حيث كان أكثر أمانا أنها وسيلة هروبية من مرارة الفشل والخيبة في مواجهة الصعوبات والمشاكل، والسبب في أكثر مراحل النمو النفسي استهدافا للسلوك النكوص فان هذا يرجع الى الأسلوب النكوص لا يرجع الى تأثير البيئة فحسب بل يتأثر بالجهاز العصبي وجهاز الغدة والوراثة.

يفسر بعض علماء النفس المرض بوجود صدمة نفسية قاسية في الطفولة المبكرة للمريض تحيله الى شخصية شديدة الحساسية لا تتحمل الضغوطات وتراكمات الاحباطات المستقبلية والتي قد يتحملها غيره من الناس فادا ما واجهه في كبره ضغوطات فانه يرجع الى عالم الطفولة حيث لا يوجد صراع مع عالم الواقع وحيث يجد إرضاء لذاته لا يجده في عالم الواقع.

ومن بين المسببات النفسية التي ذكرتها مراجع الطبيب النفسي: برامج التحيف القاسية، ووفاة أحد أفراد العائلة، والأزمات العاطفية والمالية والوظيفية والفشل الدراسي، الاجهاد، الصدمات الانفعالية.

وكلما كان الاجهاد طفيفا وحدث المرض معه على أنه الاستعداد للإصابة بالمرض كان أكبر والعكس مما يتطلب مسببات (مرسبات) نفسية بالغة لإظهاره. (فرج، 2009، ص. 169).

4.6. العوامل الأسرية: هناك العديد من البحوث والدراسات التي ركزت على العلاقة بين مرض الفصام والجو العائلي خاصة الأب والأم ويمكن تلخيص ذلك في النقاط التالية:

التعلق العاطفي: حيث يعكس تمزقا في الارتباط بين الطفل والوالدين وأن بناء الثقة الأساسية يكون ممزقا وينتج عن ذلك خوف من فقدان والانفصال والانسحاب.

الترابط المزدوج: يمكن أن تسبب أشكال معينة من العلاقات بين الوالدين والطفل وسلوك الفصام ويقوم الوالدان بالاتصال بالطفل بطرق مختلفة تتطلب استجابات متناقضة.

الصراع وعدم التماثل بين الزوجين: حيث يكون الوالدين في صراع واضح ويحاول كل واحد منهما أن يجند الطفل الى جانبه وفي حالات أخرى يكون هناك انحراف زواجي بحيث يسيطر أحد الوالدين بشدة على الآخر.

الارتباك والحيرة: يمكن أن يكون الفصام الملاحظ لدى بعض الأطفال وسيلة عقلية عملية لتعامل مع الوالدين الذين يتصرفان بطرق غير ثابتة ومرتبكة.

الأم المصابة وراثيا: فقد تكون الأم من النوع الذي يحمي بإفراط أو تتسم بأنها كتومة رافضة ومنعزلة متحكمة لدرجة كبيرة بشكل يؤدي الى أحداث سلوك فصامي لدى الطفل فتهياً بذلك الشخصية الفصامية عند أولادها. (قاسم، 2005، ص. 147)

7. النظريات المفسرة للفصام:

1.7. نظرية التعلم الاجتماعي: أكدت أن مرضى الفصام لا يستجيبون بصورة سوية للمثيرات الاجتماعية، ووفقا للنموذج القائم على نظرية التعلم الاجتماعي، فإن الفصام ينظر اليه مؤيدو هذا الاتجاه على أنه دور اجتماعي يحدده العاملون في مستشفيات الطب العقلي، حيث يتم تشجيع المريض على أن يسلك وفقا لنموذج معين، ويتم تعزيز هذا النموذج، وعلى ذلك فإن السلوك الفصامي يجد تعزيزا داخل المستشفى من قبل العاملين بها فالعاملون، في المستشفى يوجهون اهتماما كبيرا للمريض عندما يكون سلوكه شاذاً، وحديثه شاذاً أكثر مما لو كان المريض طبيعياً، أو ممتثلاً، وأستنتج هؤلاء العلماء هذا العرض من مجرد الإيحاء للمرضى وهم يجيبون على أسئلة اختبار الشخصية المتعدد الأوجه MMPI بطريقة معينة لتحقيق النفع لهم، ولكن هذا لا يقوى بأن يكون سببا في نشأة المرض أصالة وفي الدخول للمستشفى، فالمريض يخلق لنفسه دورا اجتماعيا يناسبه.

2.7 النظرية السلوكية المعرفية: قام دونالد هيرت ميكينبوم، بالعمل مع مرضى الفصام وتدريبهم على تنمية نوع من الحديث الصحي، وذلك باستخدام أساليب الاشرط الاجرائي، وقد لاحظ هيرت أن بعض المرضى كان يرددون نفس العبارات أثناء المقابلات التتابعية لتقويم فاعلية الطريقة حيث كانوا يقولون: (تحدث حديثا صحيحا، كن متمسكا وملاتما)، وبذلك كانوا منخرطين في نوع من الأحاديث الذاتية التلقائية، وقد خلص هيرت الى أن التدريب على التعليمات الذاتية يمكن أن يكون فعالا في تغيير الأنماط المعرفية وكذلك الخاصة بعزو السلوك ولكنه حذر في نفس الوقت من أن فاعلية هذه الطريقة لم تتأكد بعد، وقد استخدم هيرت طريقة بعد ذلك في تدريب حالات الفصام على تعديل سلوكهم حيث اشتملت التعليمات اللفظية التي يقولونها لأنفسهم، وهذا ما أوضح أهمية الحديث الذاتي في التأثير على اعراض الفصام.

3.7 نظرية التحليل النفسي: لقد ذهب فرويد الى القول بأن ذهان الفصام يرجع الى حالة النكوص أي العودة الى مرحلة النرجسية الأولية وهي مرحلة تحدث قبل المرحلة الفمية، قبل أن تتمايز الأنا وبنكوص المريض الى المرحلة النرجسية الأولية يفقد الاتصال بالعالم الخارجي، وهذا أحد الاعراض المميزة للفصام.

وفي خلال مرحلة المراهقة والرشد تزداد الذات الدنيا كثافة وهي بواعث ذات طبيعة جنسية وهذا هو السبب في حدوث النكوص والنرجسية، اذ يعاني المريض من نقص في العلاقات الشخصية المتبادلة والارتباط النفسي والحيوي والجنسي ويكون ذلك راجع الى كون المريض يميل الى شدة الحساسية ضد النقد، ويفسر فرويد الأعراض التي يعاني منها مريض الفصام من حيث الضلالات و الهديانات و الهلوس واضطراب التفكير تأتي محاولة للتكيف مع الذات الدنيا ومطالبها، وهناك دراسات ميدانية اكدت أن اضطراب وعجز الذات العاقلة لدى الفصاميين ناتج عن زيادة في دوافع الذات.

8. مآل الفصام:

يمكن ان نلخص مآل الفصام في الجدول التالي:

المآل سيئ	المآل حسن
1- البداية في سن مبكر (أوائل المراهقة)	1- البداية في سن متأخرة.
2- البداية المتدرجة.	2- البداية الحادة.
3- المسار المتفتر والمستمر.	3- المسار الدوري
4- الشخصية قبل المرض هشة ومنغلقة وحساسة ومنعزلة.	4- الشخصية قبل المرض ناجحة ودافئة عاطفيا واجتماعيا.
5- انخفاض نسبة الذكاء أو توجيهه الى التمرکز على الذات، تساعد على الغاء الآخر.	5- ارتفاع نسبة الذكاء الذي استعمل في إنجازات واقعية.
6- وجود سوابق (تاريخ عائلي) حافل وخاصة بحالات فصام، تدهور أو اضطرابات شخصية لها مضاعفات جسمية.	6- وجود سوابق (تاريخ عائلي) سليم أو فيه اضطرابات عاطفية (دورية).
7- عدم وجود عامل مسبب (المرض ظهر هكذا فقط).	7- وجود عامل مسبب واضح هو الذي أظهر المرض.
8- وجود علامات أو أعراض سلبية مثل ضحالة الوجدان وفقد الإرادة.	8- وجود علامات وأعراض إيجابية مثل الأوهام (الضلالات).
9- نموجية الأعراض.	9- عدم نموجية أعراض الفصام تماما.
10- فقد المشاعر واختفاء التعاطف الوجداني.	10- الاحتفاظ بدرجة مناسبة من التفاعل الوجداني (العاطفي).
11- الافتقار الى جو أسري (اجتماعي) خازم ومحتمل ومسامح معا.	11- وجود دعم أسري محصن وموفر للحنان في نفس الوقت.
12- التأخر في بداية العلاج.	12- العلاج المبكر.
13- العلاج أحادي الشكل مثل الاقتصار على العلاج بالحقن طويلة المدى دون تأهيل، أو مثل الاكتفاء بالعلاج النفسي العميق دون الأدوية المناسبة.	13- العلاج التأهيلي والمركز على استعادة العلاقة بالواقع وليس مجرد اختفاء الأعراض.

جدول رقم (1): يبين مؤشرات المآل الحسن والسيئ لمرض الفصام

المصدر: (العقباوي أحمد، 1999، ص. 128)

9. علاج الفصام:

1.9. العلاج الدوائي: يقوم العلاج الدوائي على الأدوية التي تستخدم تحت اشراف طبيب مختص فقط، وتقسم الى عدة مجموعات من أكثرها استخدام **مضادات الذهان** التي لها تأثير ومفعول جيد ضد الضلالات و الهلوس والهياج وبقية الأعراض الحادة أو النشطة، ولكن تأثيرها على الأعراض السلبية ولانسحابيه قليل، لذلك قد يعالج المريض بالأدوية التي تكبح وتقمع الضلالات و الهلوس، ولكنه يتحول الى انسان شبه عاجز قليل، الدافعية والإرادة عديم النشاط بطيء الحركة خامل الإحساس والوجدان، مما يتطلب ضرورة العلاج النفسي والاجتماعي والتأهيلي. (السيخان، 2010، ص. 129).

2.9. العلاج الكهربائي: يستخدم هذا العلاج في بداية الفصام أو في الحالات الحادة المصحوبة بأعراض تخشبيه، أو مع حالات المرضى الذين يتسمون بالخمول والتبلد، أو حالات الفصام المصحوبة بأعراض الاضطراب الوجداني، ولا تصلح في الحالات المزمنة، ويستخدم هذا العلاج بهدف تقليل جرعة مضادات الذهان. (فهيم، 2010، ص. 276).

3.9. العلاج الجماعي: يضم هذا النوع من العلاج مجموعة من المرضى الفصاميين وفي وجود المعالج وتعتبر هذه المجموعة كأسرة او نموذج صغير من المجتمع، وفي وجود المعالج وبارادته يتم الحوار والمناقشة بين المرضى، وتتكون لديهم علاقات اجتماعية، مما يهدف الى تجنب الانسحاب والعزلة عن العالم الخارجي، وباستمرار العلاج يتم عودة المرضى الى الاتصال بالعالم الخارجي، مع تجنب التعرض في الحديث الى اجتزاز الماضي وما فيه من مساوئ، ولكن هذا النوع من العلاج يحتاج الى العلاج الماهر. (فهيم، 2010، ص. 283).

4.9. العلاج بالعمل: ويهدف هذا النوع من العلاج أيضا الى القضاء على العزلة المريض وعدم تركه خاملا او متمركزا حول ذاته غارقا في اوهامه وأحلام يقظته وذلك بإلحاقه بالعمل الذي يتناسب مع قدراته وإمكاناته الإنجاز فيه حتى نعيد اليه ثقته بنفسه ويشعر بأنه شخص له مكانته في المجتمع بالإضافة الى انشغاله في العمل المنتج يبعده عن التفكير في أوهامه ويخلصه من التمرکز حول الذات ويعيد اليه صلته بالعالم الخارجي وكلها أعراض موجودة لدى بعض الفصاميين. (محمد، ع، 2000، ص. 407).

5.9. العلاج الاسري: في هذا النوع من العلاج يقوم المعالج بإجراء مقابلات شخصية مع أفراد أسرة المريض، ويقوم بدراسة تطور الحالة من خلال أفراد الاسرة، ويمكن لأفراد الأسرة زيارة المستشفى لاستكمال المعلومات عن المريض. (فهيم، 2010، ص. 285).

6.9. العلاج المعرفي السلوكي: يركز العلاج المعرفي السلوكي مع الاضطرابات الذهنية على ثلاث اهداف تبدأ من تخفيف المشاعر السلبية والعجز المرتبط بالأعراض الذهانية، مع العمل على تخفيف حدة الاضطرابات الانفعالية المصاحبة وتدعيم المساهمة الفعالة للفرد في الأنشطة المختلفة مما يخفف من شعوره بالعجز الاجتماعي ويقلل من احتمالية حدوث انتكاسة. (محمد ع.، 2000، ص. 405).

7.9. التأهيل: التأهيل النفسي لمريض الفصام هو عملية إعادة المريض لممارسة حياته بأقرب صورة للوضع الطبيعي، وهذا يتم في برنامج خاص لكل مريض وحسب امكانياته وثقافته ودراسته وعمله وشخصيته، وعمره ومتطلبات حياته المستقبلية، والتأهيل لا يتم بمعزل عن المعالجة الدوائية والنفسية والاجتماعية بل مجموع هذه المعالجات مضافا إليها:

- اختيار نقاط القوة والضعف في شخصية وقدرات المريض؛
- التركيز على نقاط القوة وتعزيزها ونقاط اهتمام المريض؛
- وضع برنامج يومي يشمل الرياضة، والقراءة والصلاة والاعتناء بالحاجات الخاصة والاهتمام بالنظافة الشخصية، والهدام والحمام، ومشاهدة التلفزيون والقيام بأعمال التسلية؛
- التركيز على تطوير مهنة المريض مثل التعليم على النجارة أو الحدادة، أو تطوير المعرفة بالكمبيوتر والالتحاق بدورات مهنية أو علمية أو دراسة اللغات أو العمل على تشغيله في الزراعة والصناعة؛
- التركيز على النشاطات الجماعية للمرضى، ومناقشة مشكلاتهم وطموحاتهم معا ومع كادر المستشفى، وإعطاء المريض الحق في تقرير ما يرغب فعله، واستغلال المناسبات كالأعياد أو أعياد الميلاد والأفراح لتعزيز الترابط الاجتماعي؛
- لا بد وأن يشمل التأهيل جلسات علاج عائلية، يتم فيها تعديل سلوكيات ومواقف العائلة من المريض، وتخفيف النقد والعدوانية والتدخل الزائد، ومساعدة العائلة في أخذ المواقف المناسبة ومعرفة متى يكون الحزم ومتى تطلب الشدة ومتى يمكن التساهل، وهذا يتطلب عدة جلسات عائلية مع الطبيب المعالج أو أحد أطراف الفريق الطبي النفسي. (سرحان، 2000، ص. 57).

خلاصة الفصل:

يعد الفصام أحد الاضطرابات العقلية الذي لقيت اهتمام من طرف العديد من الباحثين، يحدث هذا الاضطراب نتيجة تفاعل عدة عوامل متداخلة فيما بينها، حيث يظهر نتاج عدة عوامل نفسية، اجتماعية، أسرية، وراثية، وغيرها من المواقف التي يتعرض لها الفرد مما يستوجب التحاقه بالمستشفى لتلقي العلاج بمختلف أنواعه الطبي والنفسي والاجتماعي والأسري، بالإضافة الى التكفل العلاجي الذي يقلل من احتمال انتكاسه ويزيد من نسبة شفاؤه كأى مرض عضوي.

الفصل الثالث: الأفكار الانتحارية

تمهيد

1. تعريف الانتحار
 2. تعريف الأفكار الانتحارية
 3. أنواع الانتحار
 4. وظائف الانتحار
 5. مظاهر الانتحار
 6. السيرورة الانتحارية
 7. النظريات المفسرة للانتحار
 8. علامات التفكير في الانتحار
 9. الوقاية من الانتحار
- خلاصة الفصل

تمهيد:

أصبح الانتحار اليوم ظاهرة عامة وشاملة مست العالم بأكمله وهي في تزايد مستمر بنظر الإحصائيات المسجلة سنويا في منظمات الصحة الدولية والعالمية، إذ تعتبر هذه الظاهرة من أخطر المشكلات لأنها تؤدي إلى وفاة العديد من الأشخاص من مختلف الفئات العمرية بطريقة إرادية، وذلك لأسباب ودوافع مختلفة حيث يعتبر مشكل حقيقي يؤثر على الفرد والمجتمع ككل، الأمر الذي دفع بالعديد من الباحثين للبحث فيها من مختلف الجوانب وإيجاد تفسيرات علمية لها للأفكار الانتحارية ومحاولة الحد منها.

وستنطلق في هذا الفصل انطلاقا من آراء الباحثين والعلماء إلى توضيح هذه الظاهرة من إعطاء تعريفات لها، وأيضا معرفة أنواع وظائف الانتحار، مظاهر الانتحار، السيرورة الانتحارية، عوامل الخطر الانتحارية، النظريات المفسرة للانتحار، وسائل الانتحار، علامات التفكير الانتحاري، والوقاية من الانتحار.

1. تعريف الانتحار:

إن الانتحار ظاهرة موجودة في مختلف دول العالم منذ القدم وحتى العصر الحديث وقد انتشرت هذه الظاهرة انتشارا واسعا في العالم كله ما دفع إلى دق ناقوس الخطر والبحث فيها من مختلف الجوانب هذا ما أوجد تعاريف وتفسيرات مختلفة لها وهو ما سنراه في التعاريف التالية:

يعرف المعجم الكبير في علم النفس الانتحار بأنه فعل قتل الذات، قد يكون فعل عقلائي ينفذ وفقا لاعتبارات أخلاقية واجتماعية ودينية أو شخصية أو فعل مرضي يبرز أثناء تطور العديد من الاضطرابات العقلية كالاكتئاب والهذيان المزمن وحالات الاضطهاد أو يرجع إلى أزمة حادة في شكل قلق وعدوانية موجهة نحو الذات. (Bloch, &all,1993, p763)

يعرفه سيلامي sillamy: بأنه عدوانية ضد الذات شعوري أو إرادي يؤدي إلى الموت. (Sillamy N,1993,p653)

2. تعريف الأفكار الانتحارية:

هي تفكير جاد واعتزام جاد على الانتحار، أو هو نماذج من التفكير التي تؤدي بالفرد إلى قتل نفسه، والأفكار الانتحارية مصطلح يشير إلى أفكار ان الحياة لاستحق ان تعاش وتتراوح في شدتها من أفكار

عابرة إلى ملموسة، وأيضا خطط مدروسة لقتل النفس أو الانشغال الكامل في التدمير الذاتي. (نسرين الجراد، 2015، ص.7)

يعرف كل من بيك وآخرون، لأفكار الانتحارية على أنها نمط من الأنماط السلبية للتفكير يمكن تصوره واقعا متصل لقوة كافية تتضمن نية الفرد أو تفكيره أو اندماجه في رغبته بالانتحار، وأيضا هي تلك الأفكار التي تظهر على بعض الحالات في مرحلة من حياتهم بدون تجسيد على ارض الواقع، مجرد أفكار. (كعوان، بايع راسو، 2019، ص57)

وهي أفكار الفرد التي تدفع إلى أداء السلوك الانتحاري، ويمكن أن نميز في الأفكار الانتحارية حسب (canoui, 1992):

- أفكار انتحارية.
- أفكار انتحارية مرضية قهرية.
- أفكار انتحارية مصحوبة بمخطط معين. (Conoui, 1992, p316)

3. أنواع الانتحار:

يمكن تصنيف الانتحار إلى تصنيفات عديدة وذلك حسب الدراسات التي اهتمت بهذا الموضوع حيث نجد تصنيف الطب العقلي وعلم النفس المرضي يمكن أن نذكر منها م ايلي:

1.3. الانتحار العصابي le suicide névrotique: السلوك الانتحاري لدى العصابين كثير لكنها لاتصل إلى حد الموت ويمكن إن نميز في هذا النوع:

أ- **الانتحار الهستيرى:** تكون هناك محاولات انتحارية عديدة ومتكررة بغرض جلب الانتباه هذا لان الهستيرى يشعر انه غير مفهوم وغير محبوب حيث تحدث محاولة الانتحار في إطار مسرحي لجلب الانتباه كطريقة للهروب والتأثير في الآخرين.

ب- **الانتحار الوسواسي:** يكون انتحار وسواسي ناجح في اغلب الأحيان لأنه يكون بطريقة منهجية دون تخطيط سابق مثل الهستيرى إذ لم ينجح فانه يعيد المحاولة حتى ينجح.

2.3. الانتحار الذهاني le suicide psychotique.

أ- الانتحار الفصامي: يعد الانتحار من بين الأسباب الأولى للموت عند الفصامي فحسب (Caldwell & gottesman1990) فان 13% من الفصامين ينتحرون و 20% إلى 40% يقومون بمحاولات انتحار، ويكون الانتحار عند الفصامين كرد فعل للشعور باختلال وظائف الواقع، فعندما يكون المريض تحت تأثير الهلوس والذهيان لا يستطيع أن يجد الطريق نحو الواقع. (Caillière, 1994, p100)

يرى M.CH. Brunel أن الحالات الفصامية سجلت أكثر من تسعة مرات محاولة انتحارية مقارنة بالأمراض العقلية الأخرى، مراحل الدخول والخروج من ذهان الفصام تمثل الوقت الأكثر تهيئاً إلى خطر الانتحار والمحاولات الانتحارية ومن بين الأعراض الشائعة التي تميزه التشويه الذاتي، محتوى الهذيان أو الهلوسة يبقى تحت سيطرة الأوامر والتي تتمثل في أصوات توجهه نحو اللجوء إلى الموت، نزوة عنيفة ومفاجئة يقدم فيها المريض على عملية قتل أو انتحار أو تشويه لنفسه.

ب- الانتحار السوداوي: الدافع لانتحار السوداوي هو الهذاء حيث يعتبر الحل الوحيد الذي يخرج من الواقع الصعب والعقاب على أخطائه غير المسموحة، وتعد السوداوية الحالة الأكثر عرضة لخطر المحاولة الانتحارية، يتميز بالشعور بالذنب الحاد، وسحب الاستثمار من العالم الخارجي وفقدان القدرة على الحب وضعف تقدير الذات.

4. وظائف الانتحار:

يؤدي الانتحار مجموعة من الوظائف لدى الفرد نميز من بينها:

وظيفة النداء: يهدف الفرد من خلالها إلى طلب تدخل الآخر، انه نداء مساعدة ونداء استغاثة، رسالة مليئة باليأس موجهة لمحيط عدواني وغير مبالي، فهي نداء لأخر من اجل التدخل.

وظيفة الهروب: يهدف الفرد من وراثها لتجنب وضعية غير مقبولة أو مؤلمة جدا فالمنتحر يحاول الهروب من وضعية صعبة تكون بدون حل أو مخرج وهي إما تكون ألام مزمنة حادة (مرض السرطان) أو فقدان شخص ما أو مواجهة مشكلة في الحياة تكون صعبة.

وظيفة الانتحار لفعل كارثي: تظهر محاولة الانتحار هنا بشجاعة تخرج عن نطاق الإرادات وتعتبر عن اضطرابات الفرد لوجود دعر مفاجئ عنيف أمام وضعية انفعالية لا تحتل، هذه الوضعية تشكل حل لمشكل صعب.

وظيفة المساومة: غالبا ما تظهر في المحاولات الانتحارية وتحتوي على البحث الشعوري والغير شعوري عن قواعد ثانوية بالتحديد بالانتحار إذ لم تلبي هذه الطلبات، وترجع المسؤولية إلى موضوع هذه المطالب.

وظيفة اللعب: يلعب هنا محاول الانتحار أو المفكر في الانتحار بالموت مع نفسه ومع الآخرين بتحدي الحياة وتحدي الموت، ومثال ذلك لعبة جديدة ظهرت في أوساط الشباب وتتمثل في الخنق حتى الإغماء تسمى " باللعبة الاختناق" وهي مسؤولة عن وفات عشرات من الأشخاص، وهي ليست تسعى للموت كهدف وإنما تبحث عن فقدان الوعي وخلق حالة ذهنية جديدة، تتكرر هذه اللعبة عدة مرات في البت والمدرسة وتؤدي إلى وفات العديد من الشباب.

وظيفة العدوانية الموجهة نحو الذات: يمثل الانتحار هنا سلوك عدوان حقيقي موجه نحو الذات، وذلك خلال انقلاب لعدوانية شديدة اتجاه الذات مثل حالات الاكتئاب السوداوي والفصام.

وظيفة العدوانية: يكون الفعل الانتحاري هنا موجه نحو الآخرين وذلك لجعلهم يتألمون عن طرق إلحاق العار بهم أو تهديدهم، رسالته "لي الموت ولكم الندامة"، وهو يعتبر وسيلة للاعتداء على الآخر.
(Caillé, 1994, pp 73-96)

5. مظاهر الانتحار:

تتميز شخصية المنتحر أو الأفكار الانتحارية بمظاهر عديدة تجعله يتميز عن غيره من الأشخاص ومن أبرز هذه المظاهر مالي:

المظهر الانفعالي: وهنا يشير وجوليان وآخرون إلى أنه يميزه الجانب الانفعالي عند المنتحر هو الاندفاعية والعدوانية والغضب والعنف وأيضا اليأس والتشاؤم.

كما وصف markethall المنتحر بأنه شخص حزين، محبط، يؤنب ذاته، انفعالي إلى حد كبير يعاني من صعوبة في مراقبة أوقات غضبه وله ردود أفعال خارجية قوية.

المظهر الطبي: يتمثل في وجود مظاهر نفسية مثل الأمراض العقلية (السوداوية، والفصام) سوابق للأمراض العقلية والوراثية.

المظهر المرضي: يتمثل المظهر المرضي في الانحراف، الوحدة والهروب وغيرها.

(caillière, 1994, p79)

المظهر المعرفي: يتمثل في وجود تشوه للإدراك ووجود اضطراب في التفكير وقد وصف levenser المفكر في محاولة الانتحار بأنه شخص يدرك العالم بشكل مغلق وبمجرد حدوث تغير في جزء منه فإن الكل يظهر للشخص متدهورا. (Chabro,1984, p41)

6. السيرورة الانتحارية:

تمثل السيرورة الانتحارية المرور من الفكرة إلى الفعل، وهي ترتبط بعوامل نفسية لدى الفرد، مثل الأحداث مؤلمة التي تعتبر عامل خطر والقابلية للإصابة بالاضطرابات النفسية، وحسب P. Moron 1996 السيرورة الانتحارية تعرف عدّة سيرورات منها نجد:

السيرورة الدفاعية: يمنح الانتحار قيمة رد فعل دفاعي للشخص بالنسبة إلى الوضعيات الحيوية النفسية أو الاجتماعية التي يتواجد فيها، وهذه الأخيرة سواء كانت عادية أو مرضية، حيث يرى A. Adler في رغبة الموت رد فعل دفاعي وانتقامي تعويضي عن الشعور بالنقص.

السيرورة التأديبية: مرتبطة بالشعور بالذنب وبالسلوك التكفيري ففي نفس الوقت نجده حاكم ومذنب ضحية وقاسي، أي بمعنى يأخذ الشخص دورين، دور الحاكم ودور الضحية، وفي هذه الحالة يخضع المنتحر لإلزام أمرى بالموت، وتكون هذه السيرورة لاشعورية تبرهن عن عقاب ذاتي في السلوك العصابي الفاشل.

السيرورة العدوانية: يشغل المخطط الأول وجهة نظر التحليل النفسي، حيث يرى S. Freud أنّ الانتحار تماثل ذاتي لقتل الآخر، ومن خلال التماهي بالموضوع ترجع العدوانية ضد الذات.

السيرورة الإيثارية: يسلك بعض المحاولين للانتحار طريق التضحية، والمضحى يكتسي شخصية إما قوية أو شخصية ضعيفة.

سيرورة اللعب: مثل ما نجده في الحياة أيضا نجد اللعب بالموت وهذا الشعور باللعب يبعث الحياة لبعض المحاولين للانتحار. (غزال 2015 ص 36).

7. عوامل الخطر الانتحارية:

اقترح Lévesque, Roy, 1999 نموذج يوضح عوامل الخطر والوقاية للانتحار نوره فيما يلي:

العوامل الوقائية	العوامل المنشطة	العوامل المساهمة	العوامل المهيبة
FACTEURS DE PROTECTION	FACTEURS PRECIPITANTS	FACTEURS CONTRIBUTANTS	FACTEURS PREDISPOSANTS
علاقات عائلية حميمة تدعم الانتماء. مراج مرز، مهارة في حل المشاكل. استقلالية، تجربة في ضبط الذات، طموح، مزاج.	رسوب شخصي، إهانة، صدمة فردية أزمة تطويرية فقدان فرد في العائلة ذات قيمة. موت، خصوصا عن طرق الانتحار. استنزاف، بشاعة، فقدان أصدقاء، شبكة، نبتة، موت، خصوصا عن طرق الانتحار.	نمط معرفي صارم، ضعف في القدرة على التكيف، الإفراط في تعاطي المخدرات، اندفاعية، حساسية مفرطة. إفراط في تناول المواد المنووعة قانونيا. عدم استقرار عائلي، صراعات عائلية مستمرة.	محاولات انتحارية سابقة، اكتئاب، مشاكل سيكولوجية، حاد مستمر أو غير مرصن سوابق انتحارية عالية، عنف/تدني مفرط في العائلة، مشاكل سيكولوجية في العائلة، انفصال/حادث في الطفولة. عزلة اجتماعية و Alienation حياة ترابية طويلة و سلبية. غياب علاقات ذات معنى
إمكانات المشاركة. الأمل في المستقبل. تضامن في الجماعة. وجود مصادر مساندة	موت شخصية مشهورة، خصوصا عن طرق الانتحار. صراع مع القانون، حبس.	معالجة إعلامية ذات أثر على الإحساس بتردد/شك في شبكة المساعدة. قلة مصادر المساعدة. فقر اقتصادي	ثقل و انتقال الانتحار. تهميش. غياب التزام سياسي
وجود راشدين يؤمنون بهم، تدخل الأهل، تشجيع للمشاركة.	رسوب، طرد، أزمة تأديبية.	انقطاع أثناء المراحل الانتقالية في المدرسة، تردد/شك في مساعدة موظفي المدرسة	

جدول رقم (2) : يوضح عوامل الخطر الانتحاري والوقاية

المصدر: زواد دليلة، 2014، ص82

8. النظريات المفسرة للانتحار:

تتعدد النظريات المفسرة لسلوك الانتحار، وتتضمن وجهات نظر متباينة حسب المنظور الذي تعتمد عليه كل منها، وفيما يلي سنعرض لاهم تلك النظريات:

1.8. النظرية البيولوجية: تلعب الجوانب البيولوجية دوراً في زيادة خطورة الانتحار رغم عدم وجود جينات بيولوجية انتحارية أو مؤشر أو جين محدد لسلوك الانتحار، حيث تظهر الأبحاث أن الأشخاص الذين لديهم نقص في المادة الكيميائية (5-HIAA) (AsideHydrocylindolAcetique) وهو خاص ببناء الناقلات العصبية السيروتونين (منتجو مصنع من مادة السيروتونين) هم أكثر عرضة لسلوك الانتحاري كما أن هناك ارتباط بين انخفاض مستويات السيروتونين والاكتئاب والعدوان والانديفاع والسلوك الانتحاري، إذ أن نقص هذه المادة يعتبر عامل منبئ بحدوث حالات الانتحار

(Hardy baylé all,2003,p216)

2.8. النظرية التحليلية: أقدم المشتغلون بالتحليل النفسي على تفسير السلوك الانتحاري من خلال خبراتهم، ونتيجة لعلاجهم حالات فردية، أبدت رغبة في الموت أو هددت بالانتحار أو حاولت تنفيذه أو نفذته فعلاً فيما بعد، وكان تفسيرهم دائماً يدور في الإطار النظري الذي خطه فرويد للبناء النفسي للإنسان.

إن هذا التفسير يعتمد على افتراض فرويد الذي أقر أن التكوين النفسي يتضمن غريزتين متصارعتين هما غريزة الموت مدار كل فعل تدميري عدواني وغريزة الحياة مدار كل فعل وسلوك، مع التسليم بغلبة غريزة الموت في النهاية بفضل الميل السادية المازوشية، يحدث ذلك على إثر إعادة الكراهية والعدوان والتدمير إلى الأنا.

فيرجع فرويد هذه الظاهرة إلى مقابلة بين الليبيدو ونزوة الموت داخل العضوية ويقول "إن الليبيدو تقابل نزوة الموت والتهديم، هذه النزوة تعمل على تحطيم الكائن الحيوي إلى أجزاء وتدفع كل بنية أصلية فردية إلى حالة الثبات غير العضوي".

فجماعة مشكلة الانتحار من خلال تفسيرهم للنزاعات السادية في الشخصية السوداوية كذلك الصراع بين غريزتي الحياة والموت حيث قال فرويد أنه يمكن لنزوة الموت الموجهة نحو الخارج أن تندمج وتوجه نحو الداخل. (عياش. 2003. ص126).

3.8. نظرية الطب العقلي: يؤكد اسكيروول Esquirol 1839 أب نظرية الطب العقلي أن الانتحار هو مرض عقلي حيث يقول انه "لا يقوم الشخص بإنهاء أيامه إلا إذا كان في حالة غداء والمنتحرون هم مجانين" وهو ينظر للانتحار باعتباره:

- عمل تدمير ذاتي.
- مرض عقلي.
- الانتحار هو عرض وليس مرض لأنه يكون بدون معطيات ديناميكية تطوري.

أن الخطر الرئيسي في التفكير في الانتحار أو محاولة الانتحار حسب هذه النظري يكمل في الاضطرابات العقلية العضوية حيث (80.50%) من حالات الانتحار مرتبطة بإضرابات المزاج ويكون بكثرة عند المدمنين والذهانين وخاصة عند الأشخاص الذين يعانون من حالة اكتئاب حيث يوجد على الأقل 15% محاولي الانتحار من الأشخاص المكتئبين كما يلاحظ هشاشة عند المكتئب، والفصامين أيضا معرضين لخطر الانتحار حيث يلاحظ وجود النسبة 15% عند هؤلاء الأشخاص.

إن العديد من التصنيفات المرضية تحتوي على خطر الانتحار، لكن لا يمكن اعتبار كل الأفعال الانتحارية مرضية وهذا ما اتفق عليه العديد من الباحثين اعتبر وان المنتحرين أثناء الفعل الانتحاري كانوا في وضعيات انفعالية أو انفعالية مرضية. (Maria,2005, p28)

9. الوسائل الانتحارية:

إن العامل الرئيسي الذي يحدد فيما إذا كان السلوك الانتحار مميتا أو غير مميت بالطريقة التي اختيرت للانتحار والوسيلة المستعملة في ذلك، وهذا يختلف من منطقة لأخرى ومن بلد لآخر وقد جاء في تقرير منظمة الصحة العالمية (2002) حول العنف والصحة world report on violence and health أن الولايات المتحدة الأمريكية يشيع فيها استخدام وسائل للأسلحة في ثلثي حالات الانتحار الإجمالية تقريبا إما في الصين فالطرق الشائعة في الانتحار هي التسمم واستعمال المبيدات الحشرية وفي بعض الدول كأستراليا تستخدم وسائل الشنق، أما في الهند الوسيلة المستعملة هي الحرق الذاتي وفي اليابان تتبع ممارسة تقليدية بنزع الأحشاء الذاتية بالسيف، في حين أن الوسائل الانتحارية الأكثر استعمالا في الجزائر فهي تناول العقاقير النفسية والقفز من النوافذ والتسمم واستعمال الأسلحة البيضاء والغرق واستعمال مواد التنظيف. (Kacha, 1996, p 274)

وفيما يخص العمر والجنس فإن النساء يستعملون ألطف الطرق مع طرق الرجال وذلك في كل مكان تقريبا كتناول جرعات مفرطة من الأدوية، فيما يميل الذكور لاستعمال وسائل انتحارية أكثر عنفا مثل الشنق وشق الوريد بالإضافة إلى الانتحار من خلال استعمال المسدس.

10. علامات التفكير في الانتحار:

التقلبات المزاجية: تغير المزاج العام لدى الشخص نتيجة تعرضه للاكتئاب أو الحزن الشديد أو الغضب أو الانزعاج، يقابله هدوء نسبي عندما يكون الشخص قد اختار الانتحار كأسلوب لحل مشاكله النفسية اضطرابات النوم: هي سمة ملازمة للشخص المقبل على فكرة التخلص من حياته فهو لا يستطيع التحكم في ساعات النوم ولا يتحصل على الراحة التامة.

تعاطي المخدرات: يلجأ البعض لتعاطي المخدرات أو الكحول عند بدأ مرحلة التفكير بالانتحار. **العصبية والتهور:** ويظهر من خلال السلوكات الجنونية أو اختلاق مشاكل مع الآخرين بغرض عدم الحفاظ على سلامتهم أو النيل منهم أو عن طريق إقامة علاقات جنسية مليئة بالمخاطر مما يؤدي بإصابته بفيروسات.

الوحدة واليأس: بعد العزلة الاجتماعية والنفسية يستخرج الشخص لنفسه شهادة مختومة باليأس فهو يفضل الاستمتاع بالألم النفسي على حل المشكلة.

تفضيل الموت: من أبرز علامات الانتحار الشائعة والتي يمهد من خلالها الشخص المقبل على هذه الخطوة لإبصال رغبته في إنهاء حياتهم خلال الحديث علانية عن الموت والبحث عن أي وسيلة للانتحار. **الانسحاب المفاجئ:** بدون مقدمات يتعامل الشخص مع من حوله بتجاهل شديد لا يهتم لأمرهم ولا يؤدي أي أعمال أو أنشطة، يفقد قيمة الوقت، لا يشتكي العزلة والوحدة التي يعيشها مؤخرًا.

خطة الوداع: يهيئ الشخص نفسه لوضع خطة محكمة للانتحار، سواء بكتابة توديع للمقربين قبل

الانتحار. (<http://WWW.msmanuals.com>)

11. الوقاية من الانتحار:

الانتحار والمحولات الانتحارية في تزايد مستمر رغم اختلاف أسبابها وعوامل الخطر الدافعة وراء هذا السلوك ما دفع إلى وضع طرق مختلفة للوقاية واستعمال طرق مختلفة للوقاية واستعمال أساليب علاجية خاصة بإمكانها الحد ولو قليلا من هذا السلوك، وفيما يلي بعض طرق المعالجة الأكثر شيوعا.

1.11. الوقاية من خلال معالجة الاضطرابات النفسية: حسب تقرير المنظمة العالمية (2002) حول العنف والصحة وجد أن عدد من الاضطرابات النفسية يرتبط بقوة بالانتحار لذلك فإن الكشف المبكر والمعالجة المناسبة لهذه الاضطرابات يعتبر استراتيجية مهمة في الوقاية من الانتحار وما يتعلق في هذا المجال بشكل خاص هو اضطرابات المزاج، وإدمان المخدرات، والفصام، وبعض أنماط اضطرابات الشخصية فمعالجة المصابين باضطرابات المزاج يمكن أن يكون فعالا في إنقاص معدلات الانتحار بين أولئك المعرضين لخطر الانتحار.

2.11. المعالجة باستعمال الأدوية: أثبتت البحوث العلمية نجاح العلاج باستعمال الأدوية في العمليات البيولوجية التي تقف وراء بعض الحالات النفسية المتعلقة بسلوك الانتحار وقد اظهر فيركس وزملاؤه بأن مادة الباروكسيتين يمكن أن تكون فعالة في إنقاص السلوك الانتحاري والسبب في اختيار الباروكسيتين للتأثير على السلوك الانتحاري كونه يتوافق ينقص وظيفة السيروتونين فالاروكستين مثبط نوعي لإعادة السيروتونين وقد أظهرت النتائج بأن دعم وظيفة السيروتونين لإعادته يمكن أن ينقص السلوك الانتحاري عند المرضى دوي سوابق المحاولات الانتحارية (Susan.J&all,1990,p482).

3.11. المعالجة باستعمال الأساليب السلوكية: هذا النوع من المعالجة مركز في التوجه المباشر إلى السلوك وذلك من خلال جلسات علاجية منع المرضى يناقشون معهم أثناء السلوك الانتحاري، والأفكار الانتحارية، ويحاولون من خلالها الوصول إلى أسباب هذا السلوك وقد أظهرت النتائج نجاح هذا النوع من المعالجة ففي دراسة اجرية في الولايات المتحدة الأمريكية لمعرفة مدى نجاح هذا النوع من المعالجة السلوكية للأشخاص الذين لديهم سوابق في المحاولات الانتحارية، أستعمل فيها تحليل السلوك وإستراتيجية تحليل المشاكل جلال سنة بعد المعالجة ظهر نقص في عدد محاولات الانتحار (Susan.J&all,1990,p483).

4.11. استعمال أساليب المعالجة المعرفية: يستهدف العلاج المعرفي إلى تعديل وتغيير المحتويات المعرفية عن طريق تعديل معالجة المعلومة، حيث ينتقل العلاج المعرفي في مناهج معرفية مبنية أساسا على مراجعة أنظمة الفكر الآلي وأنظمة الاعتقادات فهو علاج مبنى، ومنظم يلعب فيه المعالج دور فعال، ويركز أساسا على العمل على التشوهات المعرفية، وعدم القدرة على حل المشكل، واللجوء إلى الانتحار كحل (Susan J&all,1990, p484).

خلاصة الفصل:

إن البحث في موضوع الانتحار هو أمر صعب لان هذا الموضوع واسع ويحتوي عل معطيات تسير في اتجاهات مختلفة وغنية بالكم العلمي والمعرفي والذي يصعب جمعه والاطلاع عليه، وقد برز لنا هذا أثناء البحث وجمع المعلومات هناك اتفاق بين العلماء والباحثين ومختلف الدراسات التي شكلت موضوع الانتحار محوراً أن هذا الفعل المتمثل في إيذاء الذات يخلف مجموعة من الآلام النفسية الراجعة لمعايشة ظروف حياتية صعبة تنتوع أسبابها إلى هذا السلوك الذي يرفضه المجتمع.

الفصل الرابع: منهجية البحث

تمهيد

1. الدراسة الاستطلاعية

2. حدود البحث

3. منهج البحث

4. أدوات البحث

5. حالات البحث

خلاصة الفصل

تمهيد:

بعدما تطرقنا في الفصول السابقة الى الجانب النظري بطرح المفاهيم الأساسية لمتغيرات الدراسة، سنعرض في هذا الفصل إجراءات الدراسة الميدانية بإعطاء فكرة حول كل من المنهج المتبع في الدراسة، الدراسة الاستطلاعية، حدود الدراسة، المكانية والزمانية بالإضافة الى الأدوات المستخدمة في تحليل نتائج الدراسة.

1. الدراسة الاستطلاعية :

تعتبر الدراسة الاستطلاعية جزء مهم من الدراسة في جانبها الميداني وفي البحث فهي تسمح بالتقرب أكثر من فهم الموضوع وتوظيف المعلومات النظرية التي تحصلنا عليها فهي دراسة لازمة حيث تسمح بالصياغة السليمة لفروض البحث فهي محطة استكشافية تتميز بالابتعاد قدر الإمكان عن الذاتية فكان الهدف المرجو من دراستنا هو تحديد واختيار الحالات المناسبة للبحث وكان ذلك بالاتصال بالمصلحة الاستشفائية المتخصصة في طب الامراض العقلية الحروش ولاية سكيكدة، وذلك لوجود الحالات المعنية بالدراسة ولقد تقرنا من الحالات التي تعاني فصام وخصوصا من أفكار انتحارية وذلك لأخذ معطيات عامة عن الاضطراب حيث اخترنا الحالات المناسبة التي تخدم موضوع الدراسة.

من خلال الملاحظات التي تمت ملاحظتها، تمكنا من التقرب للحالات واجراء المقابلات التي من خلالها تم التعرف على الحالات المبحوثة كما ساعدة الدراسة الاستطلاعية أيضا في استخدام المقاييس والحصول على المعلومات الخاصة بكل حالة.

2. حدود البحث:

1.2. الحدود المكانية: تمت دراستنا في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب الامراض العقلية بوغاية البغدادي بالحروش ولاية سكيكدة، وهي مؤسسة عمومية ذات طابع اداري يعود تاريخ بنائها الى 10 نوفمبر 1975، وهي تضم قطاع خاص بالأمراض العقلية بسعة 255 سرير للرجال و68 سرير للنساء يغطي ولاية سكيكدة ودائرة الميلية بجيجل وواد زناتي بقالمة، كما أنها تضم مصلحتين الاولى لطب الامراض العقلية للكبار يحتوي على أربعة وحدات والطب العقلي لصغار يحتوي على وحدتين، الاطفال والمراهقين.

2.2. الحدود الزمنية: تم اجراء هذا البحث في السنة الجامعية 2022/2021، وتم العمل التطبيقي بين شهر ديسمبر 2021 الى شهر ماي 2022.

3. منهج البحث:

إن طبيعة الموضوع هي التي تفرض علينا إتباع منهجية محددة وبما أن موضوع البحث يتناول الأسباب النفسية المساهمة في ظهور الأفكار الانتحارية عند الفصامي، فقد اخترنا اتباع المنهج العيادي. وهو منهج يهتم بالدراسة المعمقة للحالات الفردية بصرف لنظر عن انتباهها الى السوي او المرضي، كما يهدف المنهج العيادي لمعرفة السير النفسي والوقائع النفسية التي يكون الفرد منبعها، يسمح هذا المنهج بجمع المعطيات ليكون هدفه فهم ديناميكية وتوظيف النفسي للحالات ومعرفة جوانب القوة والضعف في سلوكهم، كما يهدف الى علاج الافراد من معاناتهم النفسية والعمل الوقائي من الاضطرابات المحتملة، كل هذه الدراسات تتميز بالدينامية والشمولية مع التركيز على الفردانية وخصوصية الحالة المدروسة (سلام 2017 ص 27).

و قد اعتمدنا المنهج العيادي في بحثنا هذا الانه يسمح بالتمعن في الفرد مع محاولات فهمه عن طريق أدوات الملاحظة و المقابلة و هذا غرض ابراز تاريخ حياة الفرد في وضعيات معقدة و التي تستدعي قراءات على عدة مستويات ،كذا تحليل المعطيات المتحصل عليها من المصادر المذكورة سابقا ،لفهم التوظيف النفسي للحالات من خلال ملاحظة خصوصيات الحالة .كما يساعدنا المنهج العيادي في الكشف عن تصرفات و مواقف و أوضاع الفرد اتجاه موقف معين والبحث عن معنى الموقف ،أساسه ،أسبابه و ذلك بالاستناد الى الدراسات المعمقة لك حالة على هذا .

4. ادوات البحث:

اعتمدنا في هذا البحث مجموعة من الوسائل لجمع المعلومات حول الحالات التي عملنا معها، ورأينا بان انسب الوسائل للمنهج العيادي هي المقابلة العيادية، مع استخدام مقياس الأفكار الانتحارية، ومقياس إدراك الضغط.

1.4. المقابلة العيادية: تعتبر المقابلة وسيلة هامة في جمع المعلومات والبيانات عن العميل او المفحوص وهي لب وصميم المنهج الإكلينيكي.

وهي محادثة بين شخصين او أكثر القائم بالمقابلة والمستجيب بغرض الحصول على بيانات ومعلومات من المستجيب، يمكن استخدامها لوحدها او مع وسائل اخرى كالملاحظة، المقاييس والاختبارات وسلام التقدير، تمكننا من دراسة خطاب المفحوص ومعناه وذلك بالنظر الى التجارب السابقة، الخبرات الاجتماعية وايض دراسة خطاب المفحوص في حد ذاته في ضل جو نفسي يتسم بالثقة والاهتمام المتبادل ونجد المقابلة:

1. وفق الاهداف: منها المقابلات الاستطلاعية وتشخيصية.
2. وفق لعدد المشاركين في المقابلة: نجد مقابلة فردية بين الاخصائي وفرد واحد، وجماعية وهي التي تتم بين عدد من المبحوثين والباحث في نفس الجلسة.
3. وفق الشكل المقابلة: هناك المقابلة المقننة والمقابلة الحرة او المفتوحة (غالبا محمد، 2014 ص 63-64).

تلعب العلاقات التفاعل بين الاخصائي الإكلينيكي و المريض دورا هاما خاصة في الاضطرابات الفصامية التي يجب ان تعتمد على اساس مهم و هو قبول المريض أيا كان وضعه ،والاستجابة له، والابتعاد عن اصدار أي حكم اخلاقي على سلوكه و عدم وضعه في أي موقف ضاغط .كذلك يجب على المختص ان يكون على درجة واضحة من الحذر و اليقظة في ملاحظاته و متابعة سلوك المريض و ما يصدر عنه من اشارات و حركات بالإضافة الى الانتباه الى نوع الأسئلة و الابتعاد كل البعد عن الاسئلة المثيرة للانفعال وخاصة فيما يتعلق بالهلاس و الهواجس و التي على الاخصائي تجنب الحكم عليها بصحة او الخطأ و الاتجاه الى الحصول على المزيد من المعلومات التي من شأنها توفير الفرصة على التواصل و الحوار , لذلك يتطرب من لإخصائي الإكلينيكي توجيه اسئلة من شأنها الكشف عن هديانات المريض و الحصول على معلومات تفيد في متابعة الحالة النفسية للمريض ،وهذا ما يدفع بالمريض الى التحدث بحرية وبدون التقيد بنوع الاجابات ان كانت صحيحة او خاطئة و التي يعكس من خلالها سلوك تعويضي الناتج عن الضغط ، و بصفة عامة ان لكل اخصائي اسلوبه في ادارة المقابلة مع الحالة بشرط مراعات الاصغاء و الاهتمام بالمعلومات المقدمة من طرف المريض .

وقد اعتمدنا في هذا البحث المقابلة العيادية نصف الموجهة، اين نقوم بطرح سؤال حول موضوع محدد، ونمنح المبحوث الحرية في الإجابة عليه وفق ما يراه، وهو ما يسمح لنا بفهم دينامية حياته النفسية.

ومن الناحية الإجرائية، قمنا ببناء دليل مقابلة يشمل الأسئلة التي نطرحها على المبحوث من أجل جمع البيانات اللازمة ذات العلاقة مع الفرضيات التي قمنا ببنائها سابقا، وفيما يلي عرض للمحاور المعتمدة:

المحور الأول: المعلومات الشخصية. يهدف الى التعرف على البيانات الخاصة بالمبحوث وأسباب الدخول للمستشفى مدة الاستشفاء.

المحور الثاني: الحياة العلائقية. يهدف الى التعرف على الصعوبات العلائقية والمشاكل العائلية والاجتماعية التي يعاني منها الحالة وانعكاسها على نفسيته وتفكيره بصفة خاصة (الضغوط والعلاقات مع المجتمع) وينقسم هذا المحور الى قسمين؛ قسم الضغوط العلائقية الاسرية والضغوط والمشاكل الاجتماعية المعيقة لتكيفه مع المجتمع.

المحور الثالث: الأفكار الانتحارية. يهدف هذا المحور الى التعرف على الأفكار الانتحارية واسبابها في الوقت الراهن أي التطرق الى المعاش النفسي للفصامي في الوقت الحاضر، ومدى وجود مرور الى الفعل الانتحاري، والوسائل المستخدمة فيه.

المحور الرابع: المعاش النفسي للهذاء والهلاوس. يهدف هذا المحور الى التعرف على الأفكار الهديانية التي يعيشها المفحوص والهلاوس التي يدركها وتأثيرها على نفسية الحالة.

طريقة تحليل المقابلة المعتمدة في هذا البحث:

طريقة تحليل المقابلة حسب المحاور وقراءة لخطاب المفحوص، من خلال ما جمعناه من معطيات هامة، وهذا من أجل استخراج أهم المؤشرات التي تعكس لنا الأعراض الظاهرة عند الحالة، والتي على أساسها نستطيع فهم التوظيف النفسي للحالات وذلك من خلال ربطا لنتائج المتحصل عليها من المقابلات العيادية بنتائج الاختبارين، حتى تكون الدراسة شاملة وملمة بأهم الأسس التي تكشف لنا الأسباب الخفية وراء هذا التفكير.

2.4. مقياس الأفكار الانتحارية:

تم استخدام مقياس التفكير الانتحاري المتفرع من قائمة تقدير الشخصية ليزلي موراي 1991، تعريب مصري عبد الحميد حنورة 1998، حيث يتكون المقياس من 344 بند موزع على 22 مقياس كلي

من بينهم 10 مركبة تتضمن 31 مقياس فرعي، القائمة من تصميم ليزلي موراي 1991 وقد تم تقنينها على المجتمع المصري والكويتي.

أوضحت الدراسات المختلفة في الثقافات المتباينة ان القائمة ككل ومقاييسها الكلية والفرعية على درجة مقبولة من الصدق، حيث ظهر هنالك اتساق داخلي بين البنود، فيما تم التأكد من الثبات في ثلاث ثقافات مختلفة، الولايات المتحدة الامريكية سنة 1991، جمهورية مصر العربية سنة 1998، والكويت سنة 1997، حيث اشارت النتائج الى درجة عالية من الثبات لجميع المقاييس الكلية والفرعية، والتي تم حساب الثبات فيها بعدة طرق من بينها اعادة التطبيق والتجزئة النصفية، حساب الاتساق الداخلي بمعامل الفا كرونباخ.

تعليمات التطبيق:

يتكون المقياس من 12 بندا يمكن تطبيق المقياس سواء في الوب الفردي او الجمعي، ويستغرق معظم المفحوصين في الإجابة حوالي 3 دقائق، وقد وضعت تعليمات للمقياس مختصرة وبسيطة، وتحدد للمفحوص مباشرة المطوب منه عند لإجابة.

توجد تعليمات التطبيق في ورقة لإجابة وفيها إشارة واضحة في البداية لإجابة على البنود ليس من بينها ما يصنف على انه صواب أو خطأ، وكذلك تم النص على عدم ترك أي بنود لإجابة على الأسئلة تتم من خلال فئات هي:

- ✓ ان البند ينطبق عن حالة المفحوص البتة وتتم اجابة عليه ب 0 .
- ✓ ان البند ينطبق على المفحوص قليلا وتتم اجابة عليه ب 1 .
- ✓ ان البند ينطبق على المفحوص دائما وتتم الإجابة عليه ب 3 .

وبعد ان تنتهي المفحوص من الإجابة عن جميع البنود يتوجب على الباحث مراجعة جميع البنود حتى يتأكد انه لم يتم ترك أي بند دون إجابة وان المفحوص يقدم اجابتين لبند واحد. إذا حدث ذلك فلا بد من إعادة الورقة الى المفحوص مرة أخرى كي يستكمل الإجابة على جميع البنود وفقا للتعليمات التي تلقاها.

تعليمات التصحيح:

يتم تصحيح المقياس على ولرقة الإجابة وقد تم تصميم ورقة الإجابة بحيث أن المفحوص يستجيب على الورق ،يعطي كل بند في المقياس درجة موزونة تتراوح من 0-3 وتصحيح البنود الدالة على وجود

التفكير الانتحاري بإعطائها الاوزان ذاتها .وهي الأرقام التي قام المفحوص ،بوضع دائرة عليها في نسخة الاختبار ،بينما تصحح البنود المشيرة الى عدم وجود التفكير الانتحاري بإعطائها اوزانا معكوسة أي أن الإجابات التي وضع حولها المفحوص في 0،1،2،3 تصحح بالترتيب 3،2،1،0 وأرقام بنود المقياس الدالة على عدم وجود التفكير الانتحاري و هي كما يلي 10،12 و الدرجة التي تساوي صفر و الدرجة العليا تساوي 36.

الدرجات المتوسطة 60 فما فوق تدل على ان صاحبها لديه قليلة حول الانتحار الدرجات من 60 فما فوق حتى 70 تدل على ان صاحبها ليه أفكار جادة حول الانتحار وقلق وينظر الى الناس بتشاؤم، ومثل هؤلاء الأشخاص يستحقون الاهتمام والرعاية ومساعدتهم على تجاوز ما يتعرضون له من ضغوطات، تدل الدرجة العليا أكثر من 85 على أن الحالة خطيرة ولكن ينذر أن تصل الدرجات التالية الى المائة.

3.4. مقياس إدراك الضغط النفسي:

تم بناء هذا المقياس سنة 1993 لقياس مؤشر الضغط النفسي، من طرف لفتستين ويشمل 30 عبارة يتم الإجابة عليها من خلال أربع بدائل هي: تقريبا ابدأ، أحيانا، كثيرا، عادة، وتنقط من 4 الى 1، وتتنوع الى بنود مباشرة وتنقط العبارات الـ 22 الالية من 1 الى 4 من اليمين الى اليسار وتدلل على إدراك الضغط الإجابة بالقبول، في حين تنقط العبارات غير المباشرة بصفة معكوسة من 1 الى 4

العبارات المباشرة	.2،3،4،5،6،8،9،11،12،14،6،18،19،20،22،23،24،26،27،28،30
العبارات غير المباشرة	.1،7،10،13،17،21،25،29

جدول رقم (3) يبين العبارات المباشرة وغير المباشرة لمقياس إدراك الضغط

يعتبر التقط حسب نوع البنود مباشرة او غير مباشرة، ويستنتج مؤشر الضغط في هذا الاختبار وفق المعادلة التالية: مجموع قيم الخام - 30/ 90.

يتم الحصول على القيم الخام بجمع كل النقاط المتحصل عليها في الاختبار من البنود المباشرة والغير مباشرة، وتتراوح الدرجة الكلية بعد حساب مؤشر الضغط من 0 ويدل على أدنى مستوى ممكن من الضغط الى 1 ويدل على اعلى مستوى ممكن من الضغط.

تم التحقق من صدق المقياس باستخدام الصدق التلازمي الذي يقوم على مقارنة استبيان إدراك الضغط مع المقاييس الأخرى، وقياس ثبات المقياس من خلال التوافق الداخلي للاستبيان باستعمال معامل الفا

فاظهر وجود تماسك قوي يقدر بـ 0.90 كما تم قياس ثبات الاستبيان بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق بعد فاصل زمني قدر بـ 8 أيام ووجد معامل ثبات مرتفع يقدر بـ 0.82.

5. حالات البحث:

تم اختيار مجموعة بحث تتكون من 4 حالات من مجتمع الدراسة الأصلي شرط ان تكون تتماشى مع المعايير التي تتوافق مع بحثنا والتي تتمثل في:

- ان يكون المبحوث من المرضى الذين تم تشخيصهم بالفصام؛
- ان يتميز المعاش النفسي له بوجود أفكار انتحارية؛
- ان يكون لكل الحالات مستوى اقتصادي واجتماعي متقارب؛

في الجدول التالي نوضح خصائص مجموعة البحث التي عملنا معها:

عدد مرات الاستشفاء	سنة الدخول الى المستشفى	العمر	الجنس	الحالات (أسماء مستعارة)
6 مرات	2019	37	ذكر	أسامة
18 مرة	2007	32	انثى	أحلام
11 مرة	1990	33	ذكر	امير
15 مرة	1996	45	ذكر	سليم

جدول رقم 4: يبين خصائص عينة البحث

خلاصة الفصل:

اعتمدنا في هذا الفصل على المنهج العيادي الذي هو الأنسب لحالات الخمس المدروسة مع تطبيق المقابلة العيادية نصف الموجهة، حيث قمنا ببناء دليل مقابلة مناسب للحصول على معلومات ثرية، بإمكانها الجابة على تساؤلات بحثنا، وكنا في حالة الى أدوات أكثر تقنيا، فلجأنا الى استعمال اختباري الضغط والأفكار الانتحارية، وهذا ما سنراه في الفصل التالي من خلال عرض الحالات ومناقشتها على ضوء الفرضيات.

الفصل الخامس:

عرض، تفسير ومناقشة النتائج

تمهيد

1. عرض الحالة الأولى

2. عرض الحالة الثانية

3. عرض الحالة الثالثة

4. عرض الحالة الرابعة

خلاصة الفصل

تمهيد:

فيما يلي عرض لحالات الدراسة مع التطرق للنتائج التي تم الحصول عليها باستخدام أدوات الدراسة المتمثلة في استبيان إدراك الضغط لفتنتستين ومقياس الأفكار الانتحارية لـ ليزلي موراي وفقا لأسئلة الدراسة وفرضياته حيث يعتبر هذا الجزء من البحث هو الأساسي من حيث النتائج التي تجيب بدورها عن تساؤلاتنا التي انطلقنا منها. حيث تم اختيار دراسة الحالة باعتبارها دراسة معمقة و شاملة تهتم بمختلف الجوانب شخصية المفحوصين بتركيز على فردانية كل حالة على حدة والتي تسمح لما بجمع واستقبال معطيات تقرينا من الحيات النفسية للمفحوص بطريقة أفضل .تم اختيار طريقة تحليل المقابلة حسب المحاور وقراءة لخطاب المفحوص، من خلال ما جمعناه من معطيات هامة ،وهذا من أجل استخراج أهم المؤشرات التي تعكس لنا الأعراض الظاهرة عند الحالة ،والتي على أساسها نستطيع فهم التوظيف النفسي للحالات وذلك من خلال ربطا لنتائج المتحصل عليها من المقابلات العيادية بنتائج الاختبارين ،حتى تكون الدراسة شاملة وملمة بأهم الأسس التي تكشف لنا الأسباب الخفية وراء هذا التفكير، اعتمدنا على تحليل كل حالة على حدة الى غاية الوصول الى مرحلة التحقق من الفرضيات ومعرفة المعاش النفسي لكل الحالات.

1. عرض الحالة الأولى:

1.1. تقديم الحالة:

أسامة يبلغ من العمر 37 سنة من سكيكدة متحصل على شهادة التعليم المتوسط، لم يتمكن من اكمال دراسته بسبب الظروف المعيشية، هو الأخ الثالث من بين 4 اخوة، 2 ذكور و 2 اناث من أسرة متوسطة ماديا، حيث أن الأب سائق والأم مائكة في البيت، لم تكن في الاسرة سوابق مرضية عقلية، في حيث يعاني الأب من السكري، كان عمر الحالة 33 سنة عند بداية مرضه وتشخيصه بالفصام سنة 2019 حيث أحيل على المصلحة الاستشفائية للأمراض العقلية بوغاغة حروش سكيكدة بطلب من أهله، للذكر فان والدي الحالة منفصلين منذ أن كان عمر الحالة 17 سنة وأعاد والده الزواج من امرأة أخرى.

كان سبب دخوله الى المصلحة الاستشفائية هو ظهور الأفكار الانتحارية لديه والانسحاب الاجتماعي، العزلة، الهلوس، وقد توالى مرات الدخول الى المصلحة لتصل الى 5 مرات.

تمثل علاج الحالة الدوائي في مضادات الذهان والنوزينون (Nozinan) كمزيل للقلق ومضاد للذهان الا أنه يستخدم كمنوم، كما يستعمل مضادات الذهان العصبي بالإضافة الى لالدول (Haldol) وباركينال (Parkinane).

أظهر المفحوص خلال المقابلة فشل عام في الحركات بطيء في الكلام، فترات صمت خاصة في اجاباته عن مضمون الهلوس والهذات مع مزاج حزين، توتر، تعرق، وشروء.

2.1. نتائج المقابلة العيادية:

من خلال المقابلة العيادية مع الحالة تبين أن أسامة شخص كتوم يعاني من قلة الثقة بالآخرين مع إحساس كبير بعدم الأمان والخوف، يوصف على انه شخص ضيق الخيال، دفاعي ويعاني من القلق، اضطرابات الاكل والنوم ويعاني من مشاكل تقدير الذات.

يعيش ظروف عائلية ومعيشية صعبة حيث مر بطفولة صعبة، تعرض من خلالها لمحاولات عديدة من التحرش الجنسي في العائلة (الأب) الذي كان يمارس مختلف أنواع التحرش والتعدي على الحالة مما أدى الى اضطراب في العلاقات الأسرية، وهذا ما أكدته ام أسامة، فحسب أسامة تم الاعتداء عليه من طرف شخصين في عمر 13 سنة مما تولد لدى المفحوص نوع من الخوف والعزلة الاجتماعية (مبقاش

عندي صحاب، هنا كايين ليفهمني برا يضحكو ويتمسخرو عليا) وعدم الرضا على الذات، فهو يحس بعدم الأمان المتولد من العلاقة المتوترة مع زوجة الأب (راني خايف منها كلشي في يديها كاش مديرلي، وليت تحت يديها، راح تقتلني) حيث بدأ يحس بقلق مرضي جعله يخرج من البيت ليمشي يوميا، يلاحظ على المفحوص أنه ذو شخصية هشة مع انخفاض تقدير الذات وقلق مرضي (يحس بقلق كبير) يعاني أسامة من الرفض الكبير من طرف الأسرة، الشعور بالتهديد، والمعاملة السيئة في كل المراحل الحياتية.

يظهر لدى الحالة ميل مستمر نحو التفكير في الانتحار كل مرة فحسب الحالة يعتبره مهرب وحل، هذه الأفكار الانتحارية تكون مدعمة بنشاط هلوسي دائم (كرهت حياتي، محابش نعيش، علاه نعيش، حاب نموت خلوني نخرج).

يلاحظ من خلال المقابلة مع أسامة وجود أفكار هذيانية ذات محتوى اضطهادي حيث يقول أن هناك من يريد قتله، وهلاوسه سمعية مستمرة (دارتلي جن في راسي يحكم فيا، دارتلي السحور في بيتي) فيما يعاني من هلاوس سمعية بصفة دائمة، حيث يقول أنه يسمع أصوات تأمره بوضع حد لحياته (أقتل روحك علاه عايش، ما عندك حتى معنى، ناس كامل يكرهوك)، وأصوات تأمره بالتحرش بالمقربين أو إيذاء الآخرين، وهلاوس بصرية تتمثل في رؤية امرأة تهدده في كل مرة عند الخلود للنوم وهذا ما دعم التفكير في الانتحار، يعاني المفحوص من اضطراب النوم، عدوانية ذاتية، حيث لوحظ عليه آثار جروح متفاوتة في مختلف مناطق الجسم، محاولات انتحارية (شربت l'acide)، ضرب الرأس على الجدار.

3.1. نتائج المقاييس النفسية:

نتائج المقياس		المقياس
ضغط مرتفع	0,65	إدراك الضغط
خطير	77	أفكار انتحارية

جدول رقم (5): يبين نتائج المقاييس النفسية للحالة الأولى

أظهرت النتائج في مقياس ادراك الضغط النفسي أن المفحوص يعاني من ادراك ضغط مرتفع بنسبة تقدر ب 0,65 وهي نسبة تقترب من 01 وتبتعد على الـ 0 كمؤشر لارتفاع الضغط وهذا ما تضمنه بنود الاستبيان، حيث تبرز مجموعة من المؤشرات التي تدرك مدى ادراك المفحوص لمصادر الضغوط والتي ظهرت من خلال النتائج المتحصل عليها، فقد كان الشعور بتراكم الضغوط يظهر مدى المعاناة النفسية

للمفحوص حيث مثلت أكبر نسبة في حين جاء عرض شعور المفحوص بمعايشة ضغط أكبر من الأشخاص الآخرين متساوي مع شعور المفحوص بالمخاوف وغياب الأمن في حين جاء عرض شعور المفحوص بالوحدة والعزلة كأقل إجابات بالنسبة للحالة .

فيما أوضحت النتائج المتحصل عليها في اختبار موراي للأفكار الانتحارية والتي قدرت بـ 77 كونها عالية ومرتفعة حيث تظهر الرغبة المباشرة في المرور الى الفعل الانتحاري.

4.1. خلاصة الحالة الاولى:

توصلنا من خلال المقابلة أن الحالة يعاني من ضغوطات علائقية على مستوى الأسرة والمجتمع، حيث أن الصعوبات الأسرية كانت شديدة التأثير على المفحوص وهذا ما ظهر في كثير من تعبيراته التي عانى فيها من الإساءة اللفظية والجسمية وكذا التعدي الجنسي من قبل الوالد بالأخص وهذا ما عكس التمثيل السلبي للعائلة الذي ينعكس بدوره على نفسية المفحوص، بالإضافة الى مختلف أنواع الإساءة التي تعرض لها المفحوص من قبل المجتمع التي دفعت به الى العزلة وعدم الثقة بالآخرين واعتبارهم مصدر للخطر مما عزز لديه التفكير في الانتحار الذي يمثل في الغالب طريقة للتخلص من الصعوبات التي لا حل لها حسب خطاب المفحوص، وهذا ما أثر على تفكير الحالة وجعلها تعاني من مستوى ادراك مرتفع لضغط نفسي والتي قدرت بـ 0,65 هذه الأخيرة أدت الى اضعاف قدرت المفحوص على التعامل والعيش والتكيف السليم مع المجتمع، مما أدى به الى تكوين نظرة سلبية على ذاته والعالم المحيط به وهنا يشير الفيلسوف ابيكتيتوس أن الأشخاص لا يضطربون من الأحداث ولكن الأفكار والمعاني قد تكون مؤثرة لهذه الأحداث هي السبب في اضطراباتهم، كما أن التقييم المعرفي لها هو الذي يولد الشعور بالتهديد والعجز عن السيطرة على المواقف والأحداث البيئية وهو ما ظهر لدى المفحوص، الذي يعاني من أعراض فصامية حادة تتجلى في الهلوس والهذيان وكذا التفكك وتشوه في مجرى التفكير وهو ما أدى به الى تشوه الواقع وسوء ادراكه، فسوء فهم السلوك وتصرفات الغير مع رد فعل غير ملائم ومناسب تماما، وبالتالي فان المفحوص يسيئ فهم تفاعل وسلوك الآخرين ويتعامل بالرفض، وشعور بالتهديد مما عزز لديه فكرة الانتحار، وهو ما أكدته نتائج اختبار موراي التي قدرت بـ 77% لتشير الى وجود أفكار انتحارية، وهي أفكار خطيرة ناتجة عن صعوبات التكيف مع وضعيات الحياة اليومية بالإضافة الى اضطراب مؤشر تشوه الادراك الناتج عن الهلوس والهذيان التي تعكس خلل خطير في تفسير الواقع وهو ما يظهر عند مرض الفصام.

2. عرض الحالة الثانية:

1.2. تقديم الحالة:

أحلام عزياء تبلغ من العمر 32 سنة، من مدينة سكيكدة، هي الأخت الثالثة من بين 4 أخوة، مستوى اجتماعي واقتصادي متوسط، حيث أن الأب متقاعد والأم مأكثة في البيت، المستوى التعليمي للحالة ابتدائي، أجريت الحالة عملية جراحية على مستوى الأمعاء، لا توجد سوابق مرضية عقلية في الاسرة، في حين يعاني الأب من ضغط الدم ومرض السكري، كان عمر الحالة 17 سنة عند الالتحاق بالمصلحة الاستشفائية للأمراض العقلية، وهذا من بداية الاضطراب وتشخيصها بالفصام، أحيلت الى المصلحة وعمرها 17 سنة بسبب تكسير ممتلكات عمومية (سيارة) ومن ثم توالى مرات الدخول من فترة الى أخرى، تمثلت للعلاج الدوائي في لالدول (Haldol) ، باركينال (Parkinane)، نوزينون (Nozinan).
للدكر فان للحالة أحلام طفل من جراء علاقة غير شرعية متواجد على مستوى مراكز الطفولة المسعفة عدم قدرتها على الاعتناء به.

تميز سلوك الحالة أثناء المقابلة، برفض الاندماج أو التحدث خاصة عن مرحلة الطفولة والمراهقة، مع اضطراب في الكلام عند طرح الأسئلة والتهد وفترات من الصمت عند بعض الأسئلة، ونظرة حزينة ومزاج مضطرب، ورفض التكلم وأحيانا كلام منقطع وشرود، وبكاء مستمر كسلوك غير تكفي اضطررنا الى انهاء المقابلة بسببه.

2.2. نتائج المقابلة العيادية:

من خلال المقابلة العيادية مع أحلام تبين انها تحمل تصور سلبي عن ذاتها مع الشعور بعدم القيمة والأهمية في الحياة، كان موقف الحالة اثناء المقابلة عدواني في بداية الحصص بعد ذلك أصبحت متعاونة، فيما يخص سلوك الحالة اثناء المقابلة فكان يتميز بكثرة فترات الصمت حيث انها تعيش حالة ندم متبوع بشعور الذنب لما حدث لها في سن الطفولة حيث تحمل نفسها المسؤولية، يظهر على الحالة اثناء سرد الحادثة يبدأ جسدها يرتعش وتحمّر عيناها، تتوقف على الكلام وكأنها تعيش نفس الموقف وهذا ما أدى الى تدهور حالتها النفسية حيث انها تعيش في توتر دائم، وهذا ما أدى الى رفض الاندماج او التحدث خاصة عن مرحلة الطفولة او المراهقة باعتبارها مرحلة صعبة في حياتها، حيث

تواجه الخبرات المؤلمة التي تشير إليها بفترات الصمت واضطراب الكلام والمزاج وتقطع في سيولة الخطاب.

حسب الحالة فإنها تعيش ظروف اجتماعية صعبة وخاصة على مستوى العلاقات الاجتماعية والأسرية، حيث أنها تعيش حرمان ناتج عن العلاقة المضطهدة مع الام وعدم وجود الامن العاطفي فهي تعيش مشاعر النبذ وتعاني من الرفض وكل أنواع الإساءة داخل العائلة، حيث كانت تعيش طفولة عادية الى حد الاعتداء عليها من طرف جاراها في عمر 11 سنة، تكتمت أحلام على الاعتداء بسبب الخوف من العائلة وعدم تفهم الموضوع، مما أدى الى عدم الاستقرار النفسي الناتج عن القلق وتكوين الصورة السيئة على الذات وفقدان كل الحاجات النفسية الضرورية وبالتالي فقدان مشروع الحياة حسب أحلام دخلت المفحوصة الى المصلحة الاستشفائية للأمراض العقلية حروش سكيكة منذ 2007 لمدة شهر بسبب الأفكار الانتحارية، التي تحولت فيما بعد الى سلوك انتحاري من خلال الصعود الى السطح ومحاولة رمي نفسها وهذا ما أدى الى نقلها الى المستشفى للأمراض العقلية.

غالبا ما يحدث الفصام في مرحلة المراهقة وقد تحدث أحيانا بشكل مفاجئ أو بشكل بطيئ تستغرق سنوات حتى تظهر على شكل اضطرابات ذهانية واضحة، ولعل أهم ما تتصف به هذه المرحلة هو الميل الى الانسحاب والعزلة وهو ما ظهر عند الحالة وغالبا ما يهمل مظهره وصحته، حيث يبدئ المريض في هذه المرحلة بتصرفات سلوكية فصامية حيث تظهر عليه أعراض الهلوس والأوهام، الكلام الغير مرتبط والانسحاب الحاد الى غير ذلك من أعراض فصامية.

تعاني الحالة من اضطراب في السلوك وضغط من قبل العائلة جراء ولادتها طفل ناتج عن اعتداء جنسي في سن 25 سنة، هذا الأخير الذي نتج عنه مشاكل عائلية وانقطاع علائقي، وخروج الحالة من المنزل الذي نتج عن سلوك عدواني كضرب، الاعتداء، صراخ مستمر في الطريق، تعاني الحالة من نوع من الخوف الاجتماعي والعزلة الاجتماعية حيث تقول بأنها تفضل البقاء وحيدة (نحب نكون وحدي في شمبرتي وحدي)، كما أن الحالة تنزعج من الأصوات العالية وتعتبرها كمصدر تهديد وخطر مما تؤدي الى رد فعل عدواني من قبل الحالة، تبدي الحالة نوع من عدم الثقة في النفس حيث تعتبر نفسها غير مرغوب فيها مما وبالتالي تلجأ الى النفور والعزلة من الآخرين وذلك ناتج عن التخوف من رفض المجتمع لها والتخوف من بناء العلاقات حيث لم تبقى لها ثقة في الآخرين وتواجههم من خلال مشاعر القلق، الخوف والتردد كل هذا كان له انعكاس لمعاناتها وما عاشته من حرمان فهي لم تتلقى قبول ووجدت نفسها محاطة

بمشاكل في سن مبكرة، والعيش في الفقر والشارع لفترة (واحد ميحبي، واحد ما حايني نكون عايشة، نموت خير) وذلك راجع للمعاملة الوالدية أو المجتمعية التي تتلقاها الحالة من شتم وتعنيف لفظي (بعايروني دايمن، يفلو عليا في البيت، ميخليونيش نخرج).

تتميز الحياة النفسية للحالة بظهور الهلوس والهذات المستمرة والمتعلقة بموضوع ابنها، حيث ترى المفحوصة الدم في سائر الأوقات، وكذا تعرض ابنها للخطر في كل مرة وعدم استطاعتها انقاذه أو المحافظة على سلامته (نشوف ولدي طاحت عليه حوايج تجرحو والدم يسيل منو) كما تعاني من هذيانات اضطهاد حيث تقول إن هناك أشخاص يريدون قتلها (نشوف والديا يقتلونني)

بالنسبة للهلوس فهي تعاني من هلوس سمعية بصفة دائمة بحيث تقول بأنها تسمع أصوات تأمرها اما بقتل نفسها أو قتل الغير (يجيني صوت يأمرني نقتل يا اما روجي أو نقتل ماما وصوت هذا صوت ماما) لكنها تؤكد في كل مرة على وضع حد لحياتها (دائماً يقلي أقتلي روحك).

نجد عند الحالة أفكار انتحارية مستمرة حيث تصر على قتل نفسها في كل مقابلة وكذا البحث عن الطرق أو الوسائل التي تتمكن من خلالها من وضع حد لحياته وهذا ما يحقق معاناتها (الحل تاعي الوحيد أني نموت ونرتاح بحاجة أقوى مني).

تعاني الحالة من ضغوطات نفسية جراء الوصمة الاجتماعية التي تعيق تكيفها ومعايشتها للمجتمع، حيث تشير الى أنها مصدر سخرية لدى كل أبناء الحي ومحل استغلال، وهذا ما دعم الأفكار الانتحارية لدى الحالة (تعبت الضغط عليا بزاف، منخافش من الموت، حابة نرتاح، وليت نخاف نأذي الناس، الأصوات قلقوني بزاف، تعبت منهم).

من خلال المقابلة العيادية مع الحالة ظهرت صعوبات في الحياة النفسية من خلال تقدير ذات متدني، وصعوبات على المستوى العلائقي سواء في الأسرة أو في المجتمع مع تجربة الولادة خارج الزواج ومهمة الاعتناء بطفل، هذه الصعوبات رافقتها اعراض الفصام في صورة الهذيان والهلوس والاحساس بالاضطهاد، كل هذا كان مساهم في ظهور الأفكار الانتحارية.

3.2. نتائج المقاييس النفسية:

نتائج المقياس		المقياس
ضغط شديد	0,72	إدراك الضغط
خطيرة	90	الأفكار الانتحارية

جدول رقم (6): يبين نتائج المقاييس النفسية للحالة الثانية.

أظهرت نتائج الحالة في مقياس ادراك الضغط النفسي أن المفحوص يعاني من ادراك ضغط مرتفع وشديد بنسبة تقدر بـ 0,72 بالمائة وهي نسبة تقترب كثيرا من 01 وتبتعد عن الصفر كمؤشر لارتفاع الضغط وهذا ما تضمنه بنود الاختبار حيث تبرز مجموعة من المؤشرات تدل على مدى ادراك المفحوص لمصادر الضغوط والتي ظهرت من خلال النتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق الاستبيان، فقد كان عرض إجابات الشعور بتراكم الضغوط أكبر نسبة من الإجابات في حين جاء عرض شعور المفحوص بالخوف وغياب الأمن النفسي لدى المفحوص يليها الشعور بالوحدة والعزلة كأقل إجابات .

فيما جاءت النتائج المحصل عليها في مقياس الأفكار الانتحارية لموراي والتي قدرت بـ 90 لتشير الى أفكار خطيرة وحادة جدا، وتبدو تكون أكثر وضوحا في الحياة النفسية لدى الحالة، وتتطور تلك الأفكار لتنتقل الى الرغبة في الانتحار ثم إمكانية التخطيط في الانتحار وفي النهاية المرور الى السلوك انتحاري الفعلي.

4.2. خلاصة الحالة الثانية:

من خلال نتائج المقابلة تبين أن الحالة تعاني من اضطرابات نفسية داخلية والتي ترتبط أساسا بالعلاقة بالوالدين والأسرة بصفة خاصة والتي عكست لنا الهشاشة في العلاقات الأسرية، أو الاجتماعية وعدم وجود روابط متينة وظهور العلاقة في شكلها المرضي بالنسبة للحالة، فهي تعاني من حرمان ناتج عن علاقة مضطهدة مع الوسط الاجتماعي، مع عدم وجود أمن عاطفي وبالتالي عدم استقرار نفسي ناتج عن رفض أسري اجتماعي جعلها تعيش في قلق واكتئاب، شعور بنقص القيمة وعيش فراغ داخلي وبالتالي فقدان معنى الحياة وهذا ما أكدته مقياس التفكير الانتحاري المطبق على الحالة التي تحصلت بدورها على نتائج عالية عكست خطورة الأفكار التي تراودها فهي كانت تركز على وضع حد لحياتها، هذا الأخير الذي كان مرتبط بنشاط هلوسي، حيث كان تفكير المفحوص يتميز بأنه تشويبه وتخريف الأفكار وهذا ما

يشير اليه **Beck** من ان استجابة الفرد تتحدد بالطريقة التي يدرك بها الواقع المحيط وأن ردود الفعل الانفعالية ناتجة عن نظام معرفي داخلي وعدم الاتفاق بين الداخل والخارج يؤدي الى اضطرابات نفسية كالأفكار الانتحارية. (صندلي ريمة، 2011، 243).

كما يشير أيضا أوباخ وآخرون 1999 الى "أن التجارب المتكررة غير القابلة للحل في الاسرة تنتج إدراك أو تصور بأن المشكلة لا يمكن حلها" (صندلي، 2011، 241)، وهذا ما ظهر عند المفحوصة عند تطبيق استبيان الضغط حيث حصلت على نتيجة 0,72 وهي نتيجة أقرب للواحد توصف بدرجة عالية، ويمكن القول بأن نتائج كلا الاختبارين والمقابلة العيادية جاءت متكاملة بالنسبة للحالة.

3. عرض الحالة الثالثة:

1.3. تقديم الحالة:

أمير شاب يبلغ من العمر 33 سنة من مدينة سكيكدة، الأخ الثاني من بين 7 أولاد، منهم 5 إناث و2 ذكور متحصل على شهادة ليسانس في الحقوق من أسرة جيدة اقتصاديا واجتماعيا، حيث أن الأب يعمل مهندس معماري والأم مائكة بالبيت.

كان عمر أمير 21 سنة عند بداية مرضه وتشخيصه بالفصام حيث تم نقله الى المصلحة الاستشفائية للأمراض العقلية 2010 توالى مرات الاستشفاء الى 05 مرات، حيث تكون البروتوكول العلاجي للحالة من ادوية لادول (Haldol)، باركينال (Parkinane)، نوزينون (Nozinan).

للإشارة فقد اوضحت السوابق المرضية العقلية في الاسرة أن الأخ الأكبر يعاني من مرض عقلي مكث على إثره في المصلحة الاستشفائية للأمراض العقلية.

2.3. نتائج المقابلة العيادية:

من خلال المقابلة مع أمير تبين أنه يعاني من تدني تقدير الذات وانخفاض في المشاركة الاجتماعية والتعبير اللفظي مع انعدام الإرادة، حيث أنه كان يتميز بمزاج اكتئابي في أغلب المقابلات، رغم هذا أبدى تعاون أثناء المقابلة تمثلت في محاولة التعبير عن مختلف المشاكل والمعاناة النفسية التي يعيشها.

كان أسلوب الحالة اثناء المقابلة العيادية مضطرب يتميز بكثرة الحركة والتهد، ارتجاف الأطراف، فترات صمت، وغيرها من عدم توافق الأفكار والمشاعر وكذا التناقضات في الكلام، ضحك مستمر، لكن رغم كل هذا أبدت الحالة تفاعل جيد أثناء المقابلة، كل هذه الأعراض والملاحظة عند المفحوص تعد من أهم العلامات التشخيصية في الدليل التشخيصي الأمريكي الخامس والتي تعرف بالتفكك، والسلوك غير المنظم وأعراض السلبية والتمثلة في تناقض التعبير العاطفي أو فقدان الإرادة.

من خلال المقابلة العيادية مع أمير تبين أنه كان يعيش ظروف عائلية مستقرة في بداية المراحل العمرية حيث أنه تلقى كل الرعاية أو العناية من زوجة عمه التي كانت مسؤولة عن تلبية كل حاجاته في حين تميزت العلاقة مع أسرته بعلاقة سطحية مليئة بالمشاكل في المراحل الأخرى من حياته (المراهقة،

الشباب) سواءً من الناحية العائلية أو المجتمعية حيث كانت المعاملة قاسية حسب تعبير الحالة، يشير أمير أن الأب كان يتعاطى الكحول وتخلّى عن مسؤولياته في سن مبكرة مما أدى بالحالة لحمل المسؤولية في سن 17 سنة وهذا ما أدى به حسب تعبير الحالة لتحول حالاته من حياة هادئة الى حياة مليئة بالصعاب (تبدلت حياتي كاملة حاجة ما قعدت كيما كانت) حيث أصبح يتعاطى المخدرات وهذا حسب الحالة من جراء القلق الذي كان يعيشه.

وعلى مستوى الحياة العلائقية فالحالة يعيش صعوبات على المستوى بين الشخصي، ويعاني من كل اشكال العنف والتهميش من المجتمع حيث يقول (يسبوني، ينقصولي من قيمتي، حاطيني مهبول، المعاملة تاعهم ما تعجبنيش) حيث اختصرها في كلمة (معاملة الشارع وحشية) وهذا ما أدى به الى عدم الخروج من المنزل لمدة 20 يوم متتالية في فترة معينة وبعدها شهرين في ظلام دون خروج من المنزل اثر تعرضه لاعتداء جسدي من قبل أشخاص، وهذا ما يشير أيضا الى السلوكات غير السلبية وغير التكيفية في حياة المفحوص، الذي يعاني أيضا صعوبة التأقلم حيث أنها محدودة نوعا ما وهذا يظهر من خلال مواجهة مطالب الحياة وهذا ما نجده عند الفصامي أي جمود وتصلب في أسلوب حل المشكلات.

تعاني الحالة من كميات كبيرة من الألم النفسي غير معروفة المنشأ مرتبطة بأوهام غير سارة حيث يحس بأن هناك قوة خارجية تتحكم به، تكونت لدى أمير حالة من عدم القدرة على التوافق فهو غير راضي عن علاقاته الاجتماعية وتفاعلاته مع الآخرين والتي تكونت عليها واقع مشوه وتحريف للواقع خاصة في المجال العلائقي مما أدى الى بناء شخصية هشة وضعيفة، أدت بدورها الى تدني قيمة الذات وهذه الصفات أو السمات نجدها في الفصام الحاد والتي تتميز بالانفصال على العلاقات الاجتماعية ونقص في التعبيرات الانفعالية في مختلف السياقات بالإضافة الى الجمود العاطفي.

ظهر لدى الحالة ميل نحو السلوك الانتحاري وهذا ناتج عن استجابات خيالية مسيطرة حول النفس والآخرين نتج عنها القلق والاحباط، حيث أن الحالة حاول الانتحار شنقا بواسطة حبل، كرد فعل ناتج عن خيبات أمل متكررة في كافة الجوانب الحياتية (مبقاش عندي حاجة نعيش عليها كلشي راح، حاب نموت هذا هو الراحة تاعي).

يعاني أمير من هلاوس بصرية ذات موضوع اضطهادي فهو يعتقد بأن هناك من يريد إيذائه، ويستغرق كل وقته في البحث والشك في كل المحيطين به (وليت نشوف الناس كامل مدايرينلي فخ حابيين يقتلونني)

وخصوصا أخوه هذا الأخير الذي تمحور حوله كل هذات المفحوص، فحسب تعبير أمير فانه متزوج وأب لأربعة أولاد وهذا ما تم نفيه من طرف أم وأخت المفحوصة وتأكيد بأنه أعزب ولم يسبق له الزواج، حسب المفحوص فان أخاه الأكبر قد أعاد الزواج بامرأته وهذا ما دفعه لأخذ قرار بقتل نفسه ومحاولة قتل أخاه، يقول المفحوص أنه يعاني اضطهاد الآخرين، مما أدى به الى اشعال النار وحرق كل ما يوجد داخل المنزل، ثم محاولة وضع حد لحياته.

يعاني الحالة من هلاوس سمعية وبصرية فحسبه فانه يسمع أصوات غير مألوفة تقلل من قيمته وتجبره على التفكير السلبي (أقوال مجرحة بزاف للذات) بالإضافة الى أنه يرى خيالات دائما (نشوف خيال دايم من معدي حدي، أنا متادي) كل هذا ساهم في ظهور واستمرار التفكير الانتحاري لدى الحالة.

من خلال المقابلة مع الحالة أظهرت أ، المفحوص يعاني من البعد عن الواقع مع فقدان القدرة على الاتصال بالواقع هذه الأخيرة التي ينتج عنها عجز في التكيف والانسجام الاجتماعي، بالإضافة الى عدم الاتساق اللغوي والفكر ومع الهلاوس والهديانات بالنسبة للحالة

3.3. نتائج المقاييس النفسية:

نتائج المقياس		المقياس
ضغط مرتفع	0,64	إدراك الضغط
شديدة	%77	الأفكار الانتحارية

جدول رقم (7): يبين نتائج المقاييس النفسية للحالة الثالثة

أظهرت نتائج الحالة في مقياس ادراك الضغط النفسي أن المفحوص يعاني من ادراك ضغط مرتفع للمشاكل والضغوط النفسية التي تعرض لها في حياته حيث جاءت النسبة بـ 0,64 وهي نسبة تقترب من 1 وتبتعد كل البعد عن 0 وهو ما يدل على مستوى ادراك مرتفع وهذا ما تضمنه المقياس وينوده، حيث تعكس مجموعة من المؤشرات التي تبرز مدى ادراك المفحوص لمصادر الضغوط والتي ظهرت هذه الأخيرة من خلال النتائج المتحصل عليها من خلال الإجابات المستمدة من تطبيق الاستبيان، فقد كان عرض الشعور بتراكم المشاكل والضغوط له أكبر نسبة من الإجابات يليها عرض شعور المفحوص بمعايشة ضغوط نفسية مقارنة بالأشخاص يليها الشعور بالخوف وغياب الأمن وأخيرا نجد عرض الشعور بالوحدة كأقل نسبة .

فيما قدرت نتائج مقياس الأفكار الانتحارية لموراي بـ 77% والتي تمثل درجة مرتفعة تعبر على أن المفحوص ينظر الى الحياة بتشاؤم، وفي حاجة الاهتمام به ورعايته وكذا مساعدته على تجاوز الضغوط.

4.3. خلاصة الحالة الثالثة:

تبين لنا من خلال المقابلة العيادية واختبار موراي للأفكار الانتحارية واستبيان ادراك الضغط أن الحالة تعاني من تقدير ذات منخفض بالإضافة الى تعرض الحالة الى مصادر ضغوط ترجع بالدرجة الأولى الى العوامل العلائقية الأسرية وهذا ما ظهر في تعبير الحالة الذي عانى من رفض عائلي دفع به الى الهروب الى حلول أخرى مثل تعاطي المخدرات، هذا الأخير الذي يعتبر مهرب أو طريقة لتجاوز المشاكل من جهة وعدوانية ذاتية من جهة أخرى، الأهم عند المفحوص هو غياب العلاقات العائلية هذه الأخيرة التي تكون من أهم عوامل الخطر الانتحارية، يظهر لدى المفحوص معاش نفسي مهدد مشبع بهلاوس متبوعة بكثير من المواضيع الاضطهادية وهذا ما عزز التفكير الانتحاري عند الحالة وهو ما أكدته نتائج اختبار موراي للأفكار الانتحارية حيث تحصل على 77% كنسبة شديدة ومرتفعة.

يظهر لدى الحالة تشوهات ادراكية تعيق تكيف مع المجتمع وهذا ما يؤدي به الى الإحساس بالرفض والنبت من الآخرين مما يولد له مشاعر الإحباط والعجز الذي يفسر ضعف الحياة العلائقية التواصلية وهذا ما دفع بالمفحوص الى اللجوء الى التفكير في الانتحار باعتباره راحة حسبه، هنا يشير Le pore بضرورة المساندة الاجتماعية. (كعواش زهرة، 2019، 131).

حيث أشار وانخ وآخرون في دراسة Wong 2012 بأن وصمة وخبرة الخزي تساهم في ارتفاع مستوى الأفكار الانتحارية (كعواش زهرة، 2019، 129)، وهذا بالإضافة الى مختلف الضغوط المعيشية وهذا ما جاءت به نتائج استبيان إدراك الضغط لدى المفحوص والذي قدرت نسبته 0,64 بالمائة والذي يعبر عنها بأنها مرتفعة وهذا ما أكده خطاب المفحوص حيث أن نتائج المقابلة والاختبارين كانت متكاملتين نسبياً بالرجوع الى خطاب ومعاينة المفحوص.

4. عرض الحالة الرابعة:

1.4.1. تقديم الحالة:

سليم ذكر يبلغ من العمر 45 سنة بسكيكدة متحصل على شهادة التعليم الثانوي، لم يتمكن من اكمال دراسته بسبب الظروف المعيشية الصعبة، هو الأخ الثاني من بين أربعة اخوة 2 ذكور و2 اناث، من أسرة متوسطة ماديا حيث أن الأب متقاعد والأم مأكثة في البيت، بالنسبة للأب فهو يعاني من داء السكري وارتفاع ضغط الدم، أما الأم في مصابة بارتفاع ضغط الدم، بالنسبة للسوابق المرضية العقلية فقد كان عم المريض يعاني من اضطراب عقلي، كان عمر الحالة 18 سنة عند الإلتحاق بالمصلحة الاستشفائية للأمراض العقلية، حيث تم تشخيصه بالفصام، وكان سبب الإحالة سلوكيات انتحارية متكررة.

تمثل البروتوكول العلاجي الدوائي الحالة في مضادات الذهان العصبي، لالدول (Haldol) ، باركينال (Parkinane)، نوزينون (Nozinan).

كان سو ك الحالة أثناء المقابلة يتميز بالاستقرار، مع بعض السلوكيات الغريبة التي تتمثل في عدم تماسك الأفكار، حيث ينتقل من فكرة الى أخرى دون ترابط بينهما، وقد كان المفحوص دفاعي أثناء المقابلة وذلك راجع لرفض اصابته بالاضطراب، يتميز الحالة بالانطوائية، صعوبات الاتصال، البرود ولا مبالاة وفي غالب الأحيان الشعور بالقلق الحاد بسبب العجز عن التعبير على المشاعر.

2.4. نتائج المقابلة العيادية:

من خلال المقابلة العيادية مع سليم تبين انه لديه تقدير جيد للذات حيث كان متكيف نسبيا مع الواقع رغم انكاره لمرضه، وظهر يعاني من قلة الثقة بالآخرين، ومعايشته لظروف عائلية صعبة من الناحية المادية ما أدى به الى الانقطاع على الدراسة، في حين تميزت العلاقة مع أسرته بتوتر وعدم الاستقرار تسودها المشاكل حيث أن الأب مسيطر وصعب والأم غير حاضرة تماما، حيث كانت المعاملة قاسية حسب الحالة، نجد لدى الحالة مواقف احباط متعددة ساهمت في ظهور الاضطراب وخاصة خروجه المبكر من الدراسة وعدم قدرته على تحقيق طموحاته (كيما نشوف لي كانو يقرؤ معايا ناجحين ولباس بيهم نتعذب بزاف) حيث يشير سليم الى أن الفقر الذي عاشه في مرحلة الطفولة والمراهقة أثر على حياته وانعكس سلبيا على نفسيته بصفة خاصة بالإضافة الى الضغوط التي ترجع الى العوامل

الأسرية والتي تتمثل خاصة في العنف الجسدي الذي اثر كثيرا في حياة المفحوص مع الالهال الذي يعيشه، الى جانب المواضيع الاجتماعية الذي يعتقد فيها المفحوص انه مرفوض اجتماعيا بسبب وصمة المرض العقلي، فهو يشعر برفض والنبذ من الآخرين وتعرضه المستمر للتمتر من قبل المحيط الاجتماعي، وكذا مشاعر التهديد والعجز والأمن التي تعيشها وتعيق توافقه وتسهم في زيادة شدة اعراض التفكك، وتوجهه الى الوحدة (دوكا مبقاوش عندي أصحاب، راحو أكل، ما نمش فيهم، يغيرو مني) أي ان ضعف الحياة العلائقي أدى الى ميل الحالة الى التفكير الانتحاري، ضف الى ذلك المعاناة من أعراض الهلوس السمعية والبصرية (نسمع الجن يحكي معايا، نشوف عباد فاتو حداي، راجل ضخم) هذه الأصوات التي يسمعه تأمره بوضع حد لحياته والقيام بأفعال غير مقبولة مثل التحرش بالمقربين، ونظرا لعدم مقبولية تلك الأفكار، يتجه المفحوص الى الأفكار الانتحارية كملجأ من التهديد الذي يعيشه (الواحد يقتل روحو ويتهنى، كرهت حياتي الطريق قدامي مسدود) وبالتالي ظهور مزاج اكتئابي لدى الحالة دفع به الى التفكير في الهروب بواسطة اللجوء الى الانتحار كحل نهائي.

من خلال المقابلة العيادية مع الحالة اتضح ان الحياة النفسية اتسمت بمعانات و كميات كبيرة من الألم النفسي المرتبطة بالواقع المشوه و فقدان قيمة الذات الناتج عن استجابات خيالية مسيطرة حول النفس و الاخرين مما كون لدى الحالة قلق واحباط وهذا بالإضافة الى المعاش النفسي المشبع بالهلوس والهدايات التي يغلب عليها الطابع الاضطهادي والحياة العلائقية كانت الحالة من كل أشكال العنف والتهميش من الناحية العائلية أو من المجتمع حيث يشير الى ان الحياة العلائقية كانت مليئة بالصعاب مما عكس عنها الضغوط وعدم القدرة على التوافق الناتج من عدم الرضى على العلاقات و التفاعلات الاجتماعية التي كانت كعامل مساهم في ظهور الأفكار الانتحارية واستمرارها كتسوية للصعوبات التي يعيشها.

3.4. نتائج المقاييس النفسية:

نتائج المقياس		المقياس
ضغط مرتفع	0,67	إدراك الضغوط
خطير	94,44	أفكار انتحارية

جدول رقم (8): يبين نتائج المقاييس النفسية للحالة الرابعة

أظهرت نتائج استبيان إدراك الضغط أن الحالة تعاني من ضغط مرتفع للمشاكل والضغط النفسية والتي قدرت بـ 0,67 وهي نسبة تقترب من 01 وتبتعد عن 0 كمؤشر لارتفاع الضغط، وهذا ما تضمنه المقياس وبنوده التي عكست شدة الضغط، والتي أوضحت اجاباته أن أكبر نسبة في بند الشعور بتراكم المشاكل يليها الخوف وغياب الأمن إضافة الى وحدتي الشعور بالوحدة ومعايشة الضغط مقارنة بالأخرين اللتان جاءتا متقاربتان في الإجابات.

وأوضحت نتائج مقياس الأفكار الانتحارية والتي قدرة بـ 94 والتي تعبر عنها حسب المقياس انها أفكار خطيرة وجادة تعبر على الرغبة المباشرة للحالة باللجوء الى الانتحار.

4.4. ملخص الحالة الرابعة:

توصلنا من خلال المقابلة العيادية نصف الموجهة وتطبيق كلا الاختبارين العياديين أن الحالة له تضخيم في الذات حيث تعتقد بان لها مكانة خاصة عند الله، الا أنه يعاني من مشاكل علائقية وأسرية على مستوى الأسرة التي تعاني من نسق غير متوازن أدى بالمفحوص الى سوء التوافق النفسي وظهور عدة اضطرابات، بالإضافة الى تعلقه بالماضي وطريقة تعامل الوالد على وجه الخصوص من قسوة وإساءة جسدية ونفسية جعل المفحوص يعاني من قلق حاد حول المستقبل، وهذا من جهة ومن جهة أخرى عانى المفحوص من وصمة المرض النفسي جعلته يحس بالرفض والنبذ الاجتماعي الذي دفعه للعزلة والوحدة وكذا صعوبة الظروف المعيشية وذلك راجع الى عدم القدرة على بناء علاقات سوية في الوسط المهني، مما خلق لدى المفحوص صعوبات تكيفية اجتماعية دفعت به الى اللجوء الى أسهل الحلول حسب خطاب المفحوص وهو التفكير في الانتحار والتخلص من الضغوط وهذا ما أكدته نتائج استبيان ادراك الضغط النفسي المطبق على الحالة والتي تحصل فيه على نسبة مرتفعة تقدر بـ 0,67 بالمائة حيث تعكس معاناة الحالة، بالإضافة الى ثقل الأعراض الفصامية الحادة، والتي تجلت في الهلوس والهذيان التي كانت معظمها اضطهادية مع اضطراب التفكير الذي يتجلى في الكلام المتناقض لدى المفحوص أي أن خطر التوظيف الذهاني للمفحوص أدى به الى تعزيز الأفكار الانتحارية لديه وهذا ما أكده مقياس التفكير الانتحاري لموراي والذي تحصل فيه المفحوص على درجة خطيرة قدرت بـ 94,44 بالمائة وهذا ناتج عن مشاكل أسرية، اجتماعية، والشعور بالقهر والظلم الاجتماعي والتوتر والتشاؤم من المستقبل، يمكن القول بأن نتائج المقابلة العيادية كانت متوافقة مع نتائج المقياسين.

5. مناقشة النتائج:

بداية تناولنا في هذا الموضوع العوامل المساهمة في ظهور الأفكار الانتحارية عند الفصامي، حيث انطلقنا من تساؤل حول الأسباب النفسية المساهمة في ظهور لأفكار الانتحارية عند الفصامي. وبعد الاطلاع على التراث النظري الخاص بالموضوع والدراسات السابقة التي تناولت الموضوع، سمح لنا باقتراح فرضيات للإجابة عن تساؤلاتنا، قمنا بقسيمها الى فرضية عامة والتي مفادها أن الاسباب النفسية لها دور في ظهور الأفكار الانتحارية عند الفصامي، فيما جاءت الفرضيات الجزئية بان لمتغيرات الضغوط، الهلوس والهذيان والصعوبات العلائقية دور في ظهور الافكار الانتحارية عند الفصامي، وذلك من خلال تطبيق أدوات الدراسة المتمثلة في المقابلة العيادية نصف الموجهة واختبار موراى للأفكار الانتحارية واستبيان ادراك الضغط لفتستين لقياس مؤشر ادراك الضغط.

توصلنا من خلال نتائج المقابلة العيادية الى أن الحالات الثلاثة الأولى تعاني من ضعف تقدير الذات وفقدان معنى الحياة أو الحوافز الناتج على المسببات النفسية و خاصة الضغوط و التراكمات الإحباطية وعلى محور الحياة العلائقية ظهر لدى الحالات معاناة من مشاكل أسرية علائقية سواء من خلال المشاكل مع أفراد الأسرة أو المعاناة من سوء العلاقات والتعاملات والإساءة اللفظية أو الجسمية وأيضا المعاناة من عدم توفر الهدوء والراحة في الوسط الأسري والتي أظهرت كل حالة منها نسبة مرتفعة من الضغط مؤثر بدوره على الناحية النفسية ومن جهة أخرى اتضح دور العلاقات الاجتماعية في ظهور الأفكار الانتحارية الناتجة عن الشعور بالنبذ والرفض الاجتماعي، وكذا الاساءة من طرف الآخرين وهذا ما جعل مستوى الضغط مرتفع لدى هذه الفئة حيث أن كثرة المشاكل والضغوط جعلت المفحوصين يلجؤون الى الهروب الى بدائل لمواجهة المواقف الضاغطة، وهذا بطلب الدعم والسند من الأشخاص المحيطين بهم خاصة الأسرة والأصدقاء، وغياب كل هذا يؤدي بالحالات الى تفضيل العزلة والابتعاد على العلاقات، وهذا ما وجدناه عند الحالات الثلاثة الأولى التي انعكست عليهم الصعوبات العلائقية في صور مختلفة أهمها مشاكل تقدير الذات وتشوه الواقع بالنسبة لأربع حالات مما يؤدي الى سوء الادراك وبالتالي اعراض اكتئابية لكل الحالات ناتج عن عدم تحمل الضغط وعجز في القدرة على المواجهة والتأقلم مع متطلبات الحياة اليومية بسبب فقر في العلاقات الاجتماعية الذي نتج عنه احباط وتوقف البحث عن معنى العلاقات الشخصية وهو ما يعكس عدم الرضا الأساسي على الجوانب الخارجية وهو ما قد يعتبر ضار في الساحة الاجتماعية خصوصا الواقع المشوه وتحريف الواقع خاصة في المجال العلائقي مما

يؤدي الى الميل نحو التفكير الانتحاري حيث أن الحالات لديهم استجابات عالية خيالية تدل على وجود تصور غير واقعي وادراك خاطئ لأنفسهم والأخرين فهم يميلون الى توقعات خيالية وأوهام في التفاعلات الانسانية.

تعاني الحالات الأربعة من هلاوس سمعية بصرية معززة بنشاط هدياني اضطهادي مما يؤثر على طريقة تفكير الحالات التي تؤدي بدورها الى فشل تمييز الواقع بسبب الاعتقادات الراسخة والمسيطرة والتي لا تقبل التغيير حيث ان هذه الأعراض تعيق الحالات عن التكيف مما يؤدي الى منع الحالات من ممارسة حياتهم بصف عادية.

فيما ظهر الهذيان لدى الحالات الأربعة متعلقا بالشك والاضطهاد بصفة عامة، مع خصوصية لدى كل حالة في بناء أفكار حول محتوى يتعلق بسياق حياتها اليومي، يوضح الجدول التالي خصوصية كل حالة في هذا الجانب.

الحالات	الحالة الأولى	الحالة الثانية	الحالة الثالثة	الحالة الرابعة
نوع الهديانات	اضطهادي	اضطهادي	اضطهادي	اضطهادي، عظمة
الاعتراض	يتميز بأوهام واعتقادات أن الناس يحاولون قتله أو الحاق الأذى به، يشك الحالة في المقربين منه (الأب وزوجة الأب.	يتميز بسيطرة هديانات الاضطهاد المتعلقة بها وولدها المقيم في مركز الطفولة المسعفة. تعتقد ان هناك من يريد قتلها.	اعتقاد مستمر بفكرة أن كل الناس تكرهه وتريد التخلص منه بالإضافة الى الشك بالمقربين (الأخ)	يعتقد فيه الحالة انه ليه مكانة خاصة عند الله وان هنالك من يريد قتله أو الحاق الأذى به.

جدول رقم (9): يمثل نوع الهذيان عند الحالات الأربعة

وللحصول على نتائج أكثر موضوعية قمنا بتطبيق مقاييس واختبارات نفسية كمقابلة عيادية مدعمة، وجاء النتائج في مقياس ليفنستاين لإدراك الضغط كما هي موضحة في الجدول التالي:

الحالة الأولى	الحالة الثانية	الحالة الثالثة	الحالة الرابعة	مقياس إدراك الضغط
0,64	0,72	0,65	0,67	
مرتفع	شديد	مرتفع	مرتفع	
0,67				المتوسط الحسابي

جدول رقم (10): يمثل نتائج مقياس إدراك الضغط للحالات الأربعة

من خلال الجدول اعلاه تبين أن المتوسط الحسابي العام للحالات يبلغ 0,67 وهذا يدل على مستوى إدراك مرتفع الضغط لدى الحالات الأربعة، وبعد كعامل مساهم في المعاش النفسي لهم، بما في ذلك ظهور الأفكار الانتحارية

واثبتت اختبار الأفكار الانتحارية وجود أفكار انتحارية للحالات الأربعة، موضحة في الجدول التالي:

الحالة الأولى	الحالة الثانية	الحالة الثالثة	الحالة الرابعة	مقياس الأفكار الانتحارية
77	90	77	94,44	
شديدة	خطيرة	خطيرة	خطيرة	
84,61				المتوسط الحسابي

جدول رقم (11): يبين نتائج اختبار الأفكار الانتحارية للحالات الأربعة

من خلال الجدول الموضح لأعلاه تبين ان الحالات الأربعة تعاني من مستوى خطير من الافكار الانتحارية و هذا ما دل عليه قيمة المتوسط الحسابي العام التي بلغت نسبتها 84,61 حيث، أوضحت نتائج اختبار الأفكار الانتحارية لموراي وجود أفكار انتحارية ناتجة عن محتوى تفكير غير منسق، ضمن سياق متضارب و بروز أفكار هذيانية اضطهادية وهلاوس سمعية، فكل الحالات الأربعة تعتقد بأن هناك من يريد قتلها، أي أن الأفكار الانتحارية عند الحالات تكون مدعمة بنشاط هلوسي ينتج عن أثره قلق مرضي، مزاج مكتئب، عدوانية ذاتية ونحو الغير، عزلة وانسحاب اجتماعي.

1.5. مناقشة الفرضيات:

جاءت صياغة الفرضية العامة كالتالي: **تساهم العوامل النفسية في ظهور الأفكار الانتحارية عند الفصامي، حيث يظهر مسار حياة الحالات الأربعة مليء بالصعوبات وعدم الاستقرار وهذا ما ظهر عند الحالات التي تعاني من الكآبة والحزن، فقدان الاهتمام، القلق، عدم الرضى في الحياة الناتج عن الظروف و المعاناة النفسية الذي ينعكس في صورة عدوانية ذاتية و تفضيل للعزلة والشعور بانخفاض تقدير الذات لدى الحالات نجد عند الحالات ضعف أو عدم القدرة على التعبير الانفعالي الناتج عن صعوبة التواصل و بناء علاقات والذي يولد بدوره الشعور بالإحباط وفقدان الرغبة في الحياة و بالتالي انعدام الشعور بالأمن النفسي واللجوء الى التفكير في الانتحار كحل.**

نجد ان الحالات الأربعة نشأوا في ظروف قاسية من الحرمان و مختلف أنواع الإساءة اللفظية والجسمية و هذا ما أكده كوبر في أن العوامل النفسية القاسية تساعد على التهيئة للمرض العقلي، حيث تعتبر عوامل معجلة لظهور الفصام أو تقاوم أعراضه حيث يرى بريكن 1980 أن المشاكل التي يواجهها معظم الناس بقلق معتدل فإنها تثير لدى الفصامي قلق أكبر، حيث تؤكد الدراسات أن الفصاميون يتصفون بالتوتر المزاجي الحاد والحساس ويواجهون بنية تفقر الى الدفاء العاطفي. (مروان أبو حويج، 2009، ص131)

كل هذه الاعراض ساهمت في التفكير الانتحاري عند حالات البحث وبالتالي فالنتائج تشير الى تحقق الفرضية العامة التي مفادها أن العوامل النفسية تساهم في ظهور الأفكار الانتحارية عند الفصامي.

وتشير الفرضية الجزئية الأولى الى ان الضغوط النفسية عامل مساهم في ظهور الأفكار الانتحارية عند الفصامي، حيث يرجع التفكير في الانتحار الى العوامل الضاغطة في المجتمع وخاصة العوامل العائلية كوجود صعوبات أو غياب الأبوين وعدم القدرة على التكيف ضمن الاطار العائلي الاجتماعي له أثر كبير في ظهور أعراض التفكك لدى الفصامي، وهذا ما ظهر جليا عند الحالات الأربعة والتي رفضت الواقع المعاش عن طريق الهروب الى التفكير في الانتحار الذي يعتبر طلب لتغيير وضعية سيئة وهذا ما أكده لوبور 1993 "أن الدلالة العقلية للانتحاري هي عبارة عن طلب استغاثة ونداء مساعدة، ونوع من رسالة يائسة موجهة لمحيط غير مبالي أو عدواني من أجل التدخل لتغيير البيئة

الاجتماعية أو تجنب وضعية غير مقبولة وأليمة" (صندلي، 2011، 182) حيث أن فقدان الدعم الاجتماعي والأسري العائلي بصفة عامة كالحب والتقبل يجعل الحالات تحس بألم نفسي شديد وهذا ما يتفق مع ما جاء به Shneidman "في أن من أهم المميزات المشتركة بين الأشخاص المنتحرين هو وجود الألم النفسي، (صندلي، 2011، 226) وهذا ما عبر عليه الحالات من خلال خطابها و شعورها بالرفض و النبذ وكذا وصمة المرض العقلي الذي أدت الى عدم الاستقرار الناتجة عن عدم الرضا عن العلاقات التي أدت الى عدم الاستقرار الناتج على عدم الرضا على العلاقات التي أدى بالحالة الى ضعف تقدير الذات، حيث أن التأثيرات السلبية للضغوط تظهر من خلال تفسير المشاكل والأحداث الضاغطة وعليه وبسبب ما عاشه من مشاكل مستمرة، تبنت الحالات اعتقاد أن هذه المشاكل والصعوبات في تزايد مستمر ولا حل لها ولا يمكن التعامل والتعايش معها، رغم اختلاف المشاكل بين الحالات الا أن الأحداث الضاغطة دفعت بهم الى التفكير في الانتحار، وهذا ما جاء به شوكي في دراسة 1989 "أن عوامل الضغط تزيد من خطر الانتحار عند الفرد الذي أمام أي حدث صدمي أو مفجر يقع في حالة من التوتر ويؤدي عجزه عن حل الوضعيات الضاغطة الى زيادة التوتر النفسي الذي يظهر في شكل قلق متزايد و عدوانية و احساس بالعجز في حل المشكلات مما يؤدي الى زيادة الاحساس بالتهديد الذي يسبق المرور الى الفعل الانتحاري كمخرج وحيد للأزمة". (صندلي 2011، 229).

وبالتالي فان النتائج تشير الى تحقيق الفرضية الجزئية الأولى للبحث والتي مفادها أن الضغوط النفسية عامل مساهم في ظهور التفكير الانتحاري لدى الفصامي.

وتشير الفرضية الجزئية الثانية الى ان الصعوبات العلائقية عامل مساهم في ظهور الافكار الانتحارية، حيث أظهرت النتائج المحصل عليها عند كل الحالات معاناة من الرفض ومعايشة الاساءة الجسمية واللفظية والعبء الأسري مع التركيز على الجانب الاجتماعي، مما اسهم في تحريف الواقع في المجال العائلي وظهور اعراض إكتئابية كانعكاس لذلك تمثلت في العزلة والهروب الى التفكير في الانتحار كحل نهائي، حيث ومن خلال ما سبق نلاحظ أن مصادر الضغوط لدى الحالات السابقة تحتوي على ادراك ضغوط شديدة ومتنوعة المصادر سواء الأسرية أو المجتمع، وقد أكد هذا Lempériere بقوله: " أن الانتحار يعني فعل التحرر من وضعية أدركت بأنها قاسية و غير قابلة لحل". صندلي ريمة، 2011، 228)، ومن هنا يمكن ان نقول ان الفرضية الثانية تحققت مع الحالات الأربع، حيث أسهمت الصعوبات العلائقية في ظهور التفكير الانتحاري. وهذا ما أكدته الدراسات التي تشير الى دور

الأعراض العاطفية، حيث ان الشعور بعدم الجدوى والأهمية من طرف الاسرة والمجتمع تؤدي الى اليأس التي يظهر بدوره في صورة الأفكار الانتحارية، حيث ان 50% من مرضى الفصام كانوا عرضة للكأبة عند البعض وظهور الاكتئاب الذهاني عند البعض الاخر. (HULSELMANS ET DES AUTR. 6. 2019. P

الفرضية الجزئية الثالثة جاءت لتفيد بأن: الهلاوس والهذيان عامل مساهم في ظهور الأفكار الانتحارية عند الفصامي، حيث ظهر لدى كل الحالات معاناة من نفسية كانعكاس لظهور الاعراض الهذيانية والهلاوس السمعية البصرية والتي عكست ضعف القدرة على اصدار الأحكام لدى الحالات وعجز على المواجهة وهو ما ظهر من خلال سوء التوافق واليأس التي تدفع بالحالات الى التفكير في الانتحار، فقد كان محتوى تفكير الحالات غير منسق ومتضارب يتميز بانطباعات سلبية ومتشائمة حول صورة الذات الناتج عن الأصوات التي تسمعها والتي تقلل بدورها من قيمة الذات، مع وجود أفكار اضطهادية وهو ما عزز التفكير في الانتحار حيث أن الحالات تعاني من نشاط هذيان هلوسي دفع بها الى العزلة وانسحاب وغياب الثقة، مما انعكس سلبا على العلاقة بالواقع والعلاقات الاجتماعية، وبذلك تكون الفرضية قد تحققت بدورها مع الحالات الأربع، وهذا ما أكدته العديد من الدراسات التي تشير الى دور الهلاوس في ظهور الأفكار الانتحارية عند الفصامي والتي تقر بان لأشخاص اللذين لديهم أعراض ذهانية هم أكثر عرضة للانتحار، وهناك دراستان تقولان بأن بان الأوهام والهلوسة السمعية تعززان الانتحار وخاصة الاضطهادية (HULSELMANS ET DES AUTR. 2019. P5).

تتفق النتائج المتوصل اليها مع ما جاءت به الدراسات السابقة التي تناولت مختلف الضغوط التي يعاني منها الفصامي مثل دراسة داود حكيمة التي توصلت فيها ان الفصامي ليه أفكار انتحارية وأن هذه الأفكار كافية للمرور الى للفعل جراء الإحساس الدائم بالفراغ، والصورة المشوهة على الذات بالإضافة الى السلوكات الانتحارية المتكررة و التي تعكس خطورة الهلاوس والهديانات على الجانب النفسي للفصامي. حيث تناولت دراسة اسيا حمان أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بالأفكار الانتحارية، حيث توصلت الى أن هنالك علاقة بين الأساليب المعاملة و الانتحار لدى عينة الدراسة. في حين جاءت دراسة رجاء الزهراني لتؤكد العلاقة بين التوظيف النفسي والأفكار الانتحارية لدى الفصامي حيث توصلت الى أن الإحساس بعدم الأمان والتفكير المتضارب مع سيطرة أفكار هذيانيه اضطهادية، هداء التأثير، أفكار مرجعية، هلاوس سمعية كلها ساهمة في ظهور الأفكار الانتحارية عند الفصامي.

خلاصة الفصل:

من خلال هذا الفصل الذي تم فيه التعرف على العوامل النفسية المساهمة في ظهور الأفكار الانتحارية عند الفصامي وذلك من خلال المنهج العيادي، ودراسة الحالة، حيث تم العمل مع أربعة حالات، واستخدام المقابلة العيادية نصف الموجهة واستبيان إدراك الضغط ومقياس الأفكار الانتحارية، وتم تحليل النتائج المحصل عليها من كل الوسائل العيادية، مما سمح لنا بالحصول على نتائج حول الموضوع المدروس.

ومن خلال النتائج المتحصل عليها اتضح مساهمة العوامل النفسية في ظهور الأفكار الانتحارية لدى الفصامي، اين كانت كل من الضغوط النفسية والصعوبات العلائقية والبين الشخصية عاملا في ظهور صعوبات على مستوى الحياة النفسية لدى الحالات الأربع، بالإضافة الى ثقل اعراض الفصام مثل الهذيان والهلاوس والاحساس بالاضطهاد، كلها كانت عوامل مساهمة في ظهور التفكير الانتحاري كهروب من واقع نفسي صعب ومؤلم وغير محتمل.

خاتمة البحث

خاتمة:

من خلال دراستنا البسيطة والتي تناولنا فيها العوامل المساهمة في ظهور الأفكار الانتحارية عند الفصامي، من أبرز ما ميز طرح الإشكالية إجابات مبدئية التي حاولنا من خلالها تسليط الضوء عن أهم الصعوبات و الضغوط التي تواجه الفصامي و تدفع به الى التفكير في وضع حد لحياته ،ودلك بالاستناد الى الدراسات السابقة ،حيث أن هذه الضغوط تتنوع حسب الحالات وتحليلا لدراستنا النظرية والتطبيقية في اطار البحث عن أهم نقاط الضعف لدى الفصامي و التي اعتمدنا فيها على المنهج العيادي لوصف الحالات ،حيث تأسست على دراسة ميدانية أي الاحتكاك المباشر بالحالات قمنا فيها بعرض النتائج و تفسيرها على ضوء ما تطرقنا اليه في الجانب النظري و بتطبيق خطوات اختبار موراي واستبيان ادراك الضغط ،حيث توصلنا الى اثبات الفرضيات .

الأسباب النفسية تساهم في ظهور الأفكار الانتحارية لدى الفصاميين جهة و من جهة أخرى، الضغوط النفسية تساهم في ظهور الأفكار الانتحارية عند الفصامي، حيث ان فقدان معنى الحياة أو الحوافز الناتج على المسببات النفسية وخاصة الضغوط والتراكمات الإحباطية، وعلى محور الحياة العلائقية ظهر لدى الحالات معاناة من مشاكل أسرية علائقية سواء من خلال المشاكل مع أفراد الأسرة أو المعاناة من سوء العلاقات والتعاملات والإساءة اللفظية أو الجسمية وأيضا المعاناة من عدم توفر الهدوء والراحة في الوسط الأسري والتي أظهرت كل حالة منها نسبة مرتفعة من الضغط مؤثر بدوره على الناحية النفسية.

حيث اتضح دور الصعوبات البين علائقية ودور العلاقات الاجتماعية في ظهور الأفكار الانتحارية الناتجة عن الشعور بالنبذ والرفض الاجتماعي، وكذا الاساءة من طرف الآخرين وهذا ما جعل مستوى الضغط مرتفع لدى هذه الفئة حيث أن كثرة المشاكل والضغوط جعلت المفحوصين يلجؤون الى الهروب الى بدائل لمواجهة المواقف الضاغطة، وهذا بطلب الدعم والسند من الأشخاص المحيطين بهم خاصة الأسرة والأصدقاء، وغياب كل هذا يؤدي بالحالات الى تفضيل العزلة والابتعاد على العلاقات، حيث عكست عليهم الصعوبات العلائقية في صور مختلفة أهمها مشاكل تقدير الذات وتشوه الواقع بالنسبة للأربع حالات مما يؤدي الى سوء الادراك وبالتالي اعراض اكتئابية لكل الحالات ناتج عن عدم تحمل الضغط ،فقر في العلاقات الاجتماعية الذي نتج عنه احباط وتوقف البحث عن معنى العلاقات الشخصية وهو ما يعكس عدم الرضا الأساسي على الجوانب الخارجية ،تحريف الواقع خاصة في المجال العلائقي مما يؤدي الى الميل نحو التفكير الانتحاري .

تعاين الحالات الأربعة من هلاوس سمعية بصرية معززة بنشاط هدياني اضطهادي مما يؤثر على طريقة تفكير الحالات التي تؤدي بدورها إلى فشل تمييز الواقع بسبب الاعتقادات الراسخة التي لا تقبل التغيير حيث إن هذه الأعراض تعيق الحالات عن التكيف مما يؤدي إلى منع الحالات من ممارسة حياتهم بصف عادية.

في الأخير فإن النتائج المتحصل عليها غير قطعية لأن الدراسة تمت على عينة صغيرة (أربعة حالات) لذلك لا يمكن تعميمها على باقي الفئات الأخرى لأنها خاصة فقد بالأفراد العينة وهي كذلك خاصة فقط بالزمان والمكان التي أجريت فيه الدراسة لا كنها تبقى كدراسة يعتمد على نتائجها لتأكيدا أو نفيها من خلال دراسات لاحقة.

اقتراحات البحث:

من خلال النتائج المحصل عليها في هذا البحث، يمكن ان نقترح ما يلي:

- ❖ التحسيس والتوعية بخطورة ظاهرة الانتحار عند الفصامي.
- ❖ ضرورة التركيز على الصحة النفسية للفرد من طرف الوالدين خاصة في مرحلتي الطفولة والمراهقة التي تعتبر انطلاقة للاضطرابات النفسية.
- ❖ توعية الأسرة والمجتمع بخطورة الظاهرة وتسليط الضوء على الأسباب المؤدية اليها لتفادي وقوع الفرد في خطر التفكير فيها.
- ❖ اجراء بحوث أخرى موسعة حول المرضى العقليين بصفة عامة والضغوط التي تواجههم.
- ❖ تسليط الضوء على أهمية الدعم والسند في تفادي الضغوط النفسية.
- ❖ ضرورة استمرار الأهل في تقديم المساعدة والاهتمام وخاصة التقبل لمرضى العقليين والإحاطة بهم

صعوبات:

- ❖ صعوبات التنقل
- ❖ رفض الحالات الخضوع الى الاختبار.
- ❖ صعوبات التعامل وكسب ثقة المرضى العقليين.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

باللغة العربية

- أحمد عاش. 2003. الانتحار نماذج حية لم تحسم بعد. ط 1. در الفرابي بيروت.
- أديب محمد الخالدي. 2015. علم النفس الاكلينيكي في التدخل والعلاج. دار المسير للنشر والتوزيع.
- أمل غزال، 2015 دراسة سيكوباتولوجية للفتيات المحاولات للانتحار في حالة الفشل العاطفي، كلية العلوم الاجتماعية، أطروحة دكتوراه في علم النفس العادي المرضي.
- أمينة السماك. 2001. الرابطة الأمريكية للطب النفسي. 2001.
- بن عبد الله محمد. 2010. سيكوباتولوجيا المغربية. ط 1. ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر.
- بوفولة بوخميس. 2008 نوفمبر. مجلة اضطرابات اللغة عند الفصامين. المجلة العربية للطب النفسي اتجاه الأطباء النفسانيين العرب الأردن.
- جبل فوزية. 2001. الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية. مكتبة الجامعة. الإسكندرية مصر. رأفت عسكر. 2004.
- حمد عكاشة. 2002. الطب النفسي المعاصر. ط 5. مكتبة الانجلو المصرية.
- رأفت عسكر. 2004. علم النفس الإكلينيكي التشخيص والتنبؤ في ميدان الاضطرابات النفسية والعقلية. مدرسة علم النفس بآداب الزقازيق. مصر.
- رجاء زهراني 2016. التوظيف النفسي للفصامي محاولة الانتحار. جامعة الجزائر 2.
- رشيد حميد زغير. 2010. الصحة النفسية والمرض النفسي العقلي. ط 1. در الثقافة للنشر والتوزيع. عمان الأردن.
- زواد دليلة. 2014. الهشاشة النفسية والسير الانتحارية لدى المراهق والشباب الجزائري. أطروحة دكتوراه غير منشورة. جامعة الجزائر 2. الجزائر.
- سهيل كامل أحمد. 1999. الصحة النفسية والتوافق. مركز الإسكندرية. مصر.
- الشيخ علي حنان. 2013. فعالية برنامج علاجي في الدمج والاستشفاء لدى مرض الفصام في قطاع غزة فلسطين. رسالة ماجستير. الجامعة الإسلامية غزة فلسطين.

- صلاح حسين الداھوي. 2008. آليات التوافق النفسي والاضطرابات السلوكية الانفصالية. ط1. دار الصفاء للنشر والتوزيع عمان.
- صندلي ريمة. 2011. الضغوط النفسية واستراتيجيات المواجهة لدى المراهق المحاول للانتحار. مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي. تخصص علم النفس الضغط. جامعة سطيف.
- طارق بن علي الحبيب. 2008. الفصام. مؤسسة دروس للنشر والتوزيع. مصر.
- عادل صادق. الطب العقلي. دار السعودية للنشر والتوزيع.
- عادل مصطفى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية المعايير التشخيصية. ط1. المنارة الإسلامية. الكويت.
- عبد الستار ابراهيم. 2007. علم النفس الكلينيكي في ميدان الطب النفسي. ط 4. مكتبة الانجلو المصرية.
- عبد الكريم الحجاوي. 2003. موسوعة الطب النفسي. ط 1. دار أسامة للنشر والتوزيع. الأردن عامان.
- عبد اللطيف حسين فرج. 2009. الاضطرابات النفسية. ط1. دار حامد للنشر والتوزيع.
- عبد المنعم عبد الله حسين. 2006. مقدمة في الصحة النفسية. ط2. دار الوفاء للنشر. الإسكندرية.
- عطوف محمد ياسين. 1981. علم النفس العيادي. ط1. دار القلم. بيروت لبنان.
- عطوف محمد ياسين. 1981. علم النفس العيادي. ط1. دار العلم. بيروت.
- علاء فوزي الكيلاني. 2021. ممارسة النموذج العقلاني الانفصالي في خدمة الجماعة لتعديل الأفكار وخفض مخاطر الانتكاس لدى مرضى الفصام. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية. العدد 02. 1 يناير 2021.
- غانم محمد. 2006. الاضطرابات العقلية السلوكية. مكتبة الانجلو الأصلية. القاهرة مصر.
- فارس بن شيخ. التيارات المفسرة للأمراض العقلية. مجلة الطب العقلي. 19 ديسمبر 2001.
- قاسم حسين صالح. 2008. الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية أسبابها أعراضها وطرائق العلاج. دار كتبة عمان الأردن.

كعوان زهرة. بايع راسو ليلي. 2020. استراتيجيات مواجهة الضغط وعلاقتها بالتفكير الانتحاري لدى المراهق المتدربين في المرحلة النهائية من التعليم الثانوي. مذكرة لنيل شهادة ماستر. جامعة 08 ماي 1945 قالمة. الجزائر.

لعقباوي أحمد. 1994. المرشد في الطب النفسي. منظمة الصحة العالمية. المكتبة الإقليمية للشرق الأوسط.

لعوانس زهرة. 2019. استراتيجيات مواجهة الضغوط وعلاقتها بالتفكير الانتحاري لدى المراهقين المتدربين. مذكرة لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي. جامعة 8 ماي 1945 قالمة.

محمد الحميدي الحجار. 1998. مدخل إلى علم النفس المرضي. ط1. دار النهضة العربية للطباعة والنشر. بيروت عمان.

محمد جاسم العبيدي. مشكلات الصحة النفسية أمراضها علاجها. دار الثقافة. عمان الأردن.

محمود هاشم الودرني. 1972. مدخل في الطب النفسي وعلم النفس المرضي. ط 1. دار الحوار للنشر والتوزيع. سوريا.

مروان ابو حويج عصام الصعيدي. 2009. المدخل إلى الصحة النفسية. ط1. درار المسير للنشر والتوزيع عمان الأردن.

مصطفى عمور. 2008. ظاهرة الانتحار. جامعة بجاية.

مليوح خليفة. 2013. مدى فعالية تقنيات الفحص العيادي في تشخيص الفصام في المجتمع الجزائري. أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي.

نسرين عيسى سليمان الجرادات. 2015. الأفكار الانتحارية وعلاقتها بعوامل الخطر المرتبطة بالقلق والاكتئاب عند الشباب في المجتمع الفلسطيني. رسالة ماجستير. جامعة القدس. فلسطين.

هشام عبد الحميد تهامي. 2019. النمط الفصامي. مجلة الدراسات النفسية المعاصرة. مج 1 مارس 2019.

وعد محمد رؤوف. 2021. ظاهرة الانتحار في المجتمعات العربية القضية والحلول. كلية التمريض. جامعة الكويت.

Andree. Anne. Lf 2008. Ala recherche d'un endphenotupe de la schizophrénie. Etude des processus mnésiques chez les indirrdus en delsut d'évolution d'une psychose et chez leurs parents non atteins. Thiès doctorat.

Bloch. all.1993.Grand dictionnaire de la psychologie. Edition la Rous. France.

caillere K. 1994.suicide et tentative du suicide. Puf. Paris. American psychiatrie

Chabrol.1984. Les comportement suicidaire chais la dolassent. Paris.

Conoui. All1992. Psychiatrie de l'adulte. Malouine. Paris.

Daniel weinbeger. 2011. Schizophrenia. Edition edited by daniel R.

Henrier. B. Bernard et les autres. 1870. Manuel de psychiatrie. Edition

[http//WWW.msmanuals.com](http://WWW.msmanuals.com)

Kacha.1996. Psychiatrie et psychologie et conduits suicidaires. Edits. E. m. i. agréer.

Maria.2005. Suicide. 3eme édition harmattans.

Masson. Paris.

Norbert. N. 1999. Dictionnaire de la psychologie. La rousse. Paris.

Philippe coutet. 2010. Suicides et tentative de suicide. Edition. Brigitte peyrot.

Pierre. 1995. La psychothérapie institutionnelle ère e édition. Presses universitaires de la France. Paris.

saaid. M.D amato. T 2006. La schizophrénie de l'actuetle des causes aux traitements. Méson. s. a .s. paris.

Susan. Blament Hal. David sk. 1990.suicide over the life cycle risk factors. Easements. And treatment of suicidal patients. Ed America psychiatric. Peeress.

ملاحق البحث

الملحق رقم (1) دليل المقابلة

دليل المقابلة العيادية يشمل الأسئلة التي طرحها على المبحوث من اجل جمع البيانات الازمة

المحاور	الأسئلة
المعلومات الشخصية	<p>1- الاسم، السن، الجنس، الرتبة، المستوى التعليمي، التاريخ المرضي</p> <p>2- ما هي أسباب وجودك في المستشفى؟</p> <p>3- هل سبق لك وان دخلت المستشفى؟</p> <p>4- كم المدة التي أمضيتها في كل مرة؟</p> <p>5- من أحضرك إلى هنا؟</p>
الحياة العلائقية	<p>1- هل يمكن ان تصف العلاقة بين أفراد أسرتك كل على حدا؟</p> <p>2- هل تعاني من مشاكل داخل أسرتك؟</p> <p>3. ما هي مختلف الضغوط التي تصادفك داخل الأسرة والاجتماعية؟</p> <p>4. هل تتعرض للاسائة أو عدوان جسدي أو لفضي بكل أنواعها من طرف أسرتك أو المجتمع؟</p> <p>5. من المسؤول ل عن رعايتك والتكفل بك بطريقة جيدة؟</p> <p>6. كيف تشعر نحو حياتك الأسرية والاجتماعية؟</p> <p>7. ماهو انطباعك نحو الناس ولأصدقاء؟</p> <p>8. هل تشعر بالتوتر والضيق في مختلف المواقف ولماذا؟</p> <p>9. تفضل العزلة أو الحياة الاجتماعية؟</p> <p>10. هل تعاني من وصمت المرض النفسي وكيف تأثر على نفسيتهك وتكيفك مع المجتمع؟</p> <p>11. كيف تقوم بمعالجة المشاكل التي بها في كل مرة؟</p>

<ol style="list-style-type: none"> 1. هل قمت بمحاولة انتحار من قبل؟ 2. كم مرة قمت بمحاولة الانتحار؟ 3. ماهي الوسائل المستعملة؟ 4. ماهو هدفك من المحاولة الانتحارية؟ هل تقصد الموت أو لفت الانتباه؟ 5. ماهي نضرتك نحو الانتحار؟ 6. هل تراودك أفكار انتحارية؟ 7. ماهي هذه الأفكار هل يمكن ان تحدثني عنها؟ 8. ماهي مختلف الضغوط التي تؤدي بك بالانتحار؟ 9. هل توجد سوابق للانتحار في العائلة؟ 10. ماهي طبيعة الأحداث الضاغطة التي تؤدي بك إلى الأفكار الانتحارية؟ 	<p>الأفكار الانتحارية</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. تقول إنك تسمع أصوات؟ صف لي هذه الأصوات وحدثني عما تشعر به أثناء سماعها؟ 2. هل هذه الأصوات مألوفة أو لا؟ 3. بما تأمرك هذه الأصوات؟ 4. كيف تتفاعل معها؟ 5. هل تراودك تخيلات وأنت على يقظة؟ ماهي هذه التخيلات؟ 6. ماهي نوع السيطرة التي تكون ناتجة عن هذه التخيلات ولأصوات؟ 7. هل تأثر هذه التخيلات على أفعالك؟ 8. هل تتكرر هذه الأصوات والتخيلات بصفة متكررة؟ 9. هل هناك ما يضايقك في إثارة هذا الموضوع؟ وما هي فكرتك حوله؟ 	<p>المعاش النفسي الهذاء والهلاس</p>

الملحق رقم (2)

مقياس التفكير الانتحاري؛ متفرع من قائمة تقدير الشخصية ل، ليزلي موراي 1991 Lmorey تعريب

مصري عبد الحميد حنورة 1998.

الرقم	العبارة	0	1	2	3
01	تنتابني الرغبة أحيانا في أن أموت.	0	1	2	3
02	لقد فكرت في بعض الطرق التي أقتل بها نفسي.	0	1	2	3
03	لقد خططت لقتل نفسي.	0	1	2	3
04	فكرت مؤخرا في الانتحار.	0	1	2	3
05	لقد فكرت طويلا في الانتحار.	0	1	2	3
06	اعتقد أن في الموت راحة.	0	1	2	3
07	لقد فكرة فيما يمكن أن اكتبه عن إقدامي على الانتحار في مذكراتي.	0	1	2	3
08	أتجنب التفكير في الأسباب التي تدعوني للاستمرار في الحياة.	0	1	2	3
09	لقد فكرت فيما سوف يفعله الآخرون إذا ما أقدمت على قتل نفسي.	0	1	2	3
10	هناك الكثير الذي يستحق أن أعيش من اجله.	0	1	2	3
11	أفكر أحيانا في الانتحار.	0	1	2	3
12	لم تكون الأمور بالغة السوء لكي أفكر في الانتحار.	0	1	2	3

الملحق رقم: (3) استبيان إدراك الضغط

العبارات	تقريبا أبدا	أحيانا	كثيرا	أبدا
1. تشعر بالراحة				
2. تشعر بوجود متطلبات كثيرة لديك				
3. أنت سريع الغضب				
4. لديك أشياء كثيرة للقيام بها				
5. تشعر بالوحدة أو العزلة				
6. تجد نفسك في مواقف صراعية				
7. تشعر بأنك تقوم بأشياء تحبها				
8. تشعر بالتعب				
9. تخاف من عدم استطاعتك إدارة الأمور لبلوغ أهدافك				
10. تشعر بالهدوء				
11. لديك عدة قرارات لاتخاذها				
12. تشعر بالإحباط				
13. أنت مليء بالحيوية				
14. تشعر بالتوتر				
15. تبدو مشاكلك أنها تتراكم				
16. تشعر أنك في عجلة من أمرك				
17. تشعر بالأمن والحماية				
17. تشعر بالأمن والحماية				
18. لديك عدة مخاوف				
19. أنت تحت ضغط مقارنة بالأشخاص الآخرين				
20. تشعر بفقدان العزيمة				
20. تشعر بفقدان العزيمة				
21. تتمتع نفسك				
22. أنت خائف من المستقبل				
23. تشعر بأنك قمت بأشياء ملزما بها وليس لأنك تريدها				
24. تشعر بأنك موضع انتقاد وحكم				

ملاحق البحث

				25. أنت شخص خالي من الهموم
				26. تشعر بتعب وإنهاك فكري
				27. لديك صعوبة في الاسترخاء
				28. تشعر بعبء المسؤولية
				29. لديك الوقت الكافي لنفسك
				30. تشعر بأنك تحت ضغط مميت