

The Islamic University–Gaza
Research and Postgraduate Affairs
Faculty of Education
Master of Community Mental Health



الجامعة الإسلامية - غزة
شئون البحث العلمي والدراسات العليا
كلية التربية
ماجستير صحة نفسية مجتمعية

التشريح النفسي لمُحاوِلي الانتحار بغزة
(دراسة إكلينيكية تحليلية)

Psychological autopsy of suicide
attempters in Gaza
(Clinical analytical study)

إعدادُ الباحِثة
إلهام حمزة محمد الخواجة

إشرافُ
الدكتور
جميل حسن الطهراوي

قُدمت هذه الإستكمالاً لِمُنْتَطَلَباتِ الحُصولِ على دَرَجَةِ المَاجستيرِ
في (الصحة النفسية المجتمعية) بكُليةِ (التربية) في الجَامِعَةِ الإسلاميَّةِ بِغَزَّةِ

مايو/2016م - شعبان/ 1437هـ

إقرار

أنا الموقع أدناه مقدم الرسالة التي تحمل العنوان:

التشريح النفسي لمُحاوِلي الانتحار بغزة

(دراسة إكلينيكية تحليلية)

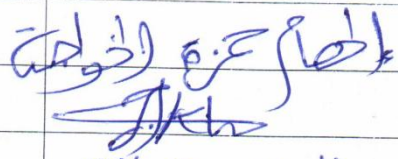
**Psychological autopsy of suicide
attempters in Gaza
(Clinical analytical study)**

أقر بأن ما اشتملت عليه هذه الدراسة إنما هو نتاج جهدي الخاص، باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيثما ورد، وأن هذه الدراسة ككل أو أي جزء منها لم يقدم من قبل الآخرين لنيل درجة أو لقب علمي أو بحثي لدى أي مؤسسة تعليمية أو بحثية أخرى.

Declaration

I understand the nature of plagiarism, and I am aware of the University's policy on this.

The work provided in this thesis, unless otherwise referenced, is the researcher's own work, and has not been submitted by others elsewhere for any other degree or qualification.

Student's name:	الحسام عزة الخولعة	اسم الطالب:
Signature:		التوقيع:
Date:	27-8-2016	التاريخ:



هاتف داخلي: 1150

مكتب نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا
الرقم.....Ref

التاريخ س.ع/35/.....Date

2016/07/27م

نتيجة الحكم على أطروحة ماجستير

بناءً على موافقة شئون البحث العلمي والدراسات العليا بالجامعة الإسلامية بغزة على تشكيل لجنة الحكم على أطروحة الباحثة/ الهام حمزة محمد الخواجة لنيل درجة الماجستير في كلية التربية/ قسم الصحة النفسية المجتمعية وموضوعها:

التشريح النفسي لمحاوли الانتحار بغزة- دراسة اكلينيكية تحليلية

وبعد المناقشة التي تمت اليوم الأربعاء 22 شوال 1437هـ، الموافق 2016/07/27م الساعة الحادية عشر صباحاً ، اجتمعت لجنة الحكم على الأطروحة والمكونة من:

.....	مشرفاً و رئيساً	د. جميل حسن الطهراوي
.....	مناقشاً داخلياً	د. أنور عبد العزيز العبادسة
.....	مناقشاً خارجياً	د. عايده شعبان صالح

وبعد المداولة أوصت اللجنة بمنح الباحثة درجة الماجستير في كلية التربية/قسم الصحة النفسية المجتمعية.

واللجنة إذ تمنحها هذه الدرجة فإنها توصيها بتقوى الله ولزوم طاعته وأن تسخر علمها في خدمة دينها ووطنها.

والله ولي التوفيق ،،،

نائب الرئيس لشئون البحث العلمي والدراسات العليا

أ.د. عبدالرؤوف علي المناعمة

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة لتشريح مُحاولي الانتحار تشريحاً نفسياً، من أجل الكشف عن المشكلات النفسية والأسرية والاجتماعية والاقتصادية التي أدت لمحاولات الانتحار، والتعرف إلى الدلالة النفسية التي أدت للجوء إلى محاولة الانتحار، وكذلك الكشف عن مستوى التدين لديهم.

إجراءات الدراسة: استخدمت الباحثة المنهج الاكلينيكي على عينة قوامها ثلاث حالات من عيادة غرب غزة للصحة النفسية، مُطبقة الأدوات التالية: المقابلة المنظمة من إعداد الباحثة، دراسة الحالة، الزيارات المنزلية، ومجموعة من الاختبارات والمقاييس وهي: (قائمة مراجعة الأعراض (90) SCL تقنين إبراهيم حماد (2015)، اختبار اضطرابات الشخصية لغانم وآخرين (2007)، اختبار بيك القائمة الثانية للاكتئاب (1996) تقنين بشير معمريه (2010)، اختبار التوافق الزوجي لأبي موسى (2008)، اختبار التدين للحجار ورضوان (2008)، اختبار الاتجاه نحو تعاطي المخدرات لمرسی (1998)، واختبار روتر لتكملة الجمل تقنين صفاء الأعسر).

أهم نتائج الدراسة: توصلت هذه الدراسة إلى مجموعة نتائج أهمها:

1- تتسم التنشئة الاجتماعية لمحاولات الانتحار بالتذبذب ما بين الافراط والتفريط، كما أن هناك مجموعة من العوامل التي ساهمت بلجوء الحالات لمحاولات الانتحار وهي العوامل النفسية والتي أبرزها (الحرمان العاطفي، تحمل المسؤولية مبكراً بما يفوق الاحتمال، التقدير السلبي للذات، القلق من المستقبل، الشعور بالاضطهاد، الحساسية الزائدة، الشعور بالاغتراب والعدوانية تجاه الآخرين، الضغوط النفسية والحزن، وكثرة الشكوى) وأما العوامل الاجتماعية فأبرزها (تدني المستوى التعليمي، الاعتداء الجنسي والتعرض له، تدخلات أهل الزوج، التعرض للعنف والتهديد والانتقادات، الطلاق، الخلافات مع أحد الوالدين أو كليهما، والحاجة للمساندة) وهناك عدة عوامل أسرية أبرزها (الشعور بعدم الرضا عن الزوج وضعف شخصيته، وعدم وجود مشاركة أسرية فاعلة)، كما أن المستوى الاقتصادي غير كافٍ لتلبية احتياجات الحالات.

2- هدفت تلك المحاولات لاستعطاف الآخرين ومساندتهم، الحاجة للتقدير والاهتمام وإثبات الذات، لفت انتباه المحيط، والهروب من المشكلات والتي أبرزها الصراعات.

3- انخفاض مستوى التدين لأفراد العينة، حيث كان مستوى التدين لديهم متوسط فأقل.

أهم توصيات الدراسة: خرجت هذه الدراسة بالتوصيات التالية:

1- عقد دورات تدريبية وورشات عمل حول الانتحار وتوضيح طرائق الوقاية والعلاج.

2- إعداد مُختصين في مجال الانتحار في مؤسسات الصحة النفسية العامة والخاصة.

3- توعية الرأي العام بظاهرة الانتحار من خلال وسائل الإعلام المرئية والمسموعة والمقروءة.

الكلمات المفتاحية: التشريح النفسي، الانتحار، محاولات الانتحار.

Abstract

Aim:

The aim of this study is to show the psychological autopsy of suicide attempters in order to explore the leading psychological, familial, social, and economical causes, and to find out the psychological meaning behind the attempts, and the attempters religious level.

Methodology and procedure:

The researcher followed the clinical approach to study three cases from West-Gaza mental health clinic, and she collected data through the systematic interview (prepared by the researcher), case study, home visits, and some other scales including: symptoms checklist-90 (standerized by Ibraheem Hammad), personality disorders scale (Ghanem et al., 2007), BDI-II (Beck, 1996; standerized by Basheer Maamarya), marital compliance scale (Abu Mousa, 2008), religious level scale (Alhajjar and Radwan, 2008), tendency to drug abuse scale Morsy, 1998), and Rotter incomplete sentence blank (standerized by Saffa Aasar).

Results:

1- The socialization process of the suicide attempters fluctuate between strictness and cuddling. The leading factors were psychological ones (emotional deprivation, early over-responsibility taking, negative self-esteem, future anxiety, feeling oppressed, oversensitivity, alienation, aggression towards others, stresses and sadness, and continuous complaining); social (low educational level, rape or sexual abuse, family-in-low interferences, domestic violence, divorce, troubles with one or both parents, and missing support); and familial factors (marital dissatisfaction, absence of active familial participation, deprivation from participation in decision-making, and bad economic status).

2- Suicide attempts were ways to seek attention and support from others, to show the need to be appreciated, the need to self-confirmation, to get rid of problems mainly conflicts.

3- Religious values ranged from moderate to low.

Recommendations:

1- Holding training courses and workshops regarding suicide, its means, and methods of prevention.

2- Preparing specialists in suicide in general and special mental health organizations.

3- Holding awareness campaigns regarding suicide through the media (seen, read, and written media).

Key words: Psychological autopsy, Suicide, Suicide attempt.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا ۝﴾

وَمَنْ يَفْعَلْ ذَلِكَ عُدْوَانًا وَظُلْمًا فَسَوْفَ نُصَلِّيهِ نَارًا

وَكَانَ ذَلِكَ عَلَى اللَّهِ يَسِيرًا ﴿﴾

[النساء: 29-30]

الفتاة من المشاعر

إلى روح من وراه الثرى، إلى من كان له الفضل بتأسيسي على المبادئ والقيم، وكنت أتمنى

رؤية ملامحه اليوم ولكن مشيئة القدر أقوى، أبي... .

إلى منبع العطاء والتضحيات، إلى من غرست في ذاتي حب العلم وبذلت الغالي والنفيس

منذ مجيئي لهذه الحياة، ولولاها لما وصلت، أمي... .

إلى من قضيت معهم معظم أوقاتي وهم سندي بهذه الحياة، إخوتي وأخواتي... .

إلى من هن بمثابة أخواتي، ولكن تختلف نهايات أسمائنا، صديقاتي... .

إلى أولئك الذين يهربون من قطار الحياة قاطفين زهرة أعمارهم بأيديهم،

مستسلمين لآلامهم، مُحاولي الانتحار... .

شكر وتقدير

اللهم إن شكري نعمة تستحق الشكر فعلمني كيف أشكر، الحمد لله كما ينبغي لجلال وجهك وعظيم سلطانك، فبفضلك إلهي تتحول الأحلام إلى وقائع، فالحمد لله أولاً وأخيراً.

انطلاقاً من قوله تعالى: ﴿ وَقَالَ رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ ﴾ [النمل: 19]، وإنصافاً لذوي الفضل، فإنه لا يسعني إلا وأن أشكر كل من كان لي عوناً لإتمام هذه الدراسة، فإنني أتقدم بالشكر لكل من:

منهل العلم والعلماء من صمدت بوجه الأعداء جامعتي **الجامعة الإسلامية**، كما ولا أنسى فضل أساتذتي بقسم **علم النفس** الذين غرسوا بي جذور العلم، وها أنا اليوم أجنبي الحصاد.

جميل من الإنسان أن يكون شمعة ينير درب الحائرين، ويأخذ بأيديهم ليقودهم إلى برّ الأمان متجاوزاً بهم أمواج الفشل والقصور، وإني لأتقدم بجزيل الشكر والعرفان لأستاذي الفاضل **الدكتور جميل حسن الطهراوي**، الذي شرفت بتقبله الإشراف على دراستي هذه، وكان داعماً لي طيلة الوقت، ولم يبخل عليّ بعلمه ولا بنصحه منذ أن كان مجرد فكرة حتى خروجه بهذه الصورة.

وإني لأتقدم بالشكر للجنة المناقشة الذين تشرفت بقبولهم مناقشتي والمتمثلة بالمناقش الخارجي **د. عايدة صالح** والمناقش الداخلي **د. أنور العبادسة**، فجزاهما الله عني خير الجزاء.

كما وأنتي أشكر أساتذتي الذين لم يبخلوا عليّ بعلمهم، وساهموا بتقديم النصح لي، وأخص بالذكر: **د. أنور العبادسة** لما قدمه لي من استشارات أفادتني بدراستي، وأ. **إبراهيم حماد** لما قدمه من عون لي بتوفير وتحليل الاختبارات النفسية.

كما وأتقدم بالشكر والتقدير **للدكتور حسن الخواجة** مدير عيادة غرب غزة للصحة النفسية لما قدمه من تسهيلات لإنجاز هذه الدراسة، وكذلك أتقدم بالشكر **للشرطة الفلسطينية** لإمدادي باحصائيات حول محاولات الانتحار بالقطاع.

ولا أنسى فضل زملائي الكرام الذين ساعدوني بهذه الدراسة وأخص بالذكر: **د. عبد الله الجمل**، وأ. **نائل أبو وردة** لما كان لهما من آراء مساهمة بانجاز هذه الدراسة، وأ. **إيمان أبو شايوش** لمساعدتها لي بكل ما يخص الترجمة، وأتقدم بالشكر **للدكتور خليل حماد** لمساعدته لي بالتدقيق اللغوي، كما لا أنسى اللواتي لولاهن لما خرجت هذه الدراسة للنور، فشكراً للأخوات اللواتي تطوعن بأن يكنّ عينة لهذه الدراسة، وأخيراً شكراً لكل من وقف إلى جانبي حتى خروج هذه الدراسة المتواضعة لطريق النور.

الباحثة: **إلهام الخواجة**

فهرس المحتويات

ب	إقرار
ج	نتيجة الحكم على الأطروحة
د	ملخص الدراسة
هـ	ABSTRACT
و	آية قرآنية
ز	إهداء
ح	شكر وتقدير
ط	فهرس المحتويات
ن	قائمة الجداول
س	فهرس الأشكال
ع	فهرس الملاحق
1	الفصل الأول الإطار العام للدراسة
2	المقدمة:
5	مشكلة الدراسة:
6	أهداف الدراسة:
6	أهمية الدراسة:
7	المفاهيم والمصطلحات:
8	حدود الدراسة:
9	الفصل الثاني الإطار النظري
10	الانتحار

11	أولاً- مصطلحات ومفاهيم:
13	ثانياً- ظاهرة الانتحار في العصور القديمة:
16	ثالثاً- معايير مقترحة لاضطراب السلوك الانتحاري:
16	رابعاً- طرائق وحالات الانتحار:
17	خامساً: تصنيفات الانتحار:
18	سادساً- دوافع وأهداف الانتحار:
19	سابعاً: العوامل والأسباب الدافعة للانتحار:
19	1- العوامل الدينية <i>Religious Factors</i> :
20	2- العوامل البيولوجية <i>Biological Factors</i> :
20	3- العوامل الطب نفسية <i>Psychiatric Problems</i> :
21	4- العوامل النفسية <i>Psychological Factors</i> :
21	5- العوامل الأسرية <i>Family Factors</i> :
22	6- أحداث الحياة الضاغطة <i>Stressful Life Events</i> :
23	7- التقليد والمحاكاة <i>Modeling and simulation</i> :
23	8- العوامل البيئية والاجتماعية <i>Environmental and social factors</i> :
24	ثامناً: الانتحار ومحاولات الانتحار بغزة:
29	تاسعاً- الاضطرابات النفسية وعلاقتها بالانتحار:
30	1- الاكتئاب:
31	2- النرجسية:
31	3- الفصام:
32	4- الهستيريا:
32	5- البارانويا:
32	6- الصرع والتشوش الفعلي:
33	7- الإعاقة الذهنية:
33	8- العُصاب والقلق والهجاس:

- 9- الإدمان:.....34
- 10- اضطرابات الأكل:.....34
- عاشراً- الشخصية الانتحارية:.....34
- الحادي عشر- نمو السلوك الانتحاري:.....36
- الثاني عشر- مراحل النمو وعلاقتها بالانتحار:.....37
- 1- الطفولة:.....37
- 2- المراهقة:.....38
- 3- الشباب:.....39
- 4- المسنون:.....40
- الثالث عشر- معالجة المريض الانتحاري:.....42
- الرابع عشر- الانتحار وإيذاء الذات:.....44
- الخامس عشر- الانتحار وعلاقته بنتائج الامتحانات:.....45
- السادس عشر- النظريات التي حاولت تفسير الانتحار:.....46
- 1- التفسير البيولوجي:-.....46
- 2- التفسير النفسي:-.....46
- 3- التفسير الاجتماعي:.....50
- 4- التفسير السلوكي:.....51
- 5- التفسير الإنساني:.....51
- 6- التفسير المعرفي:.....51
- 7- تفسير فرانكل Frankl:.....53
- 8- تفسير نظرية الضبط الاجتماعي:.....54
- 9- تفسير نظرية الضغط الاجتماعي:.....55
- التعقيب على النظريات:.....55
- السابع عشر- الأفكار الخاطئة حول الانتحار:.....57
- الثامن عشر- وجهة نظر الإسلام بالانتحار:.....59

61	تعقيب عام على الإطار النظري:
63	الفصل الثالث الدراسات السابقة
64	أولاً- الدراسات العربية:
64	1- دراسات تناولت محاولات الانتحار:
71	2- دراسات تناولت الميل والاستعداد والتفكير بالانتحار:
80	3- دراسات تناولت الانتحار والسلوك الانتحاري:
84	4- دراسات تناولت الوقاية أو برامج علاجية للانتحار:
87	ثانياً- الدراسات الأجنبية:
87	1- دراسات تناولت استخدام تقنية التشريح النفسي للانتحار أو لمحاولات الانتحار:
91	2- دراسات تناولت الاضطرابات النفسية وعلاقتها بالمحاولات الانتحارية أو الانتحار:
102	3- دراسات تناولت المحاولات الانتحارية:
107	4- دراسات تناولت الانتحار والسلوك الانتحاري:
113	5- دراسات تناولت الحد أو منع سلوكيات الانتحار:
115	6- دراسات تناولت تواصل مقدمي الرعاية مع المنتحرين:
116	التعقيب على الدراسات السابقة:
121	الفصل الرابع إجراءات الدراسة
122	أولاً- منهج الدراسة:
122	ثانياً- مجتمع الدراسة:
123	ثالثاً- عينة الدراسة:
123	رابعاً: أدوات الدراسة:
141	خامساً_ خطوات تطبيق الدراسة:
142	سادساً- الصعوبات التي واجهتها الباحثة خلال الدراسة:
143	الفصل الخامس عرض النتائج وتفسيرها وتحليلها

144	الحالة الأولى:
144	أولاً- عرض الحالة:
145	ثانياً- إجابات أسئلة المقابلة الموجهة:
149	ثالثاً- الفحص السيكولوجي:
151	رابعاً- مقاييس التشخيص و الأعراض:
166	الخلاصة:
167	الحالة الثانية:
167	أولاً- عرض الحالة:
168	ثانياً- إجابات أسئلة المقابلة الموجهة:
171	ثالثاً- الفحص السيكولوجي:
173	رابعاً- مقاييس التشخيص و الأعراض:
184	الخلاصة:
185	الحالة الثالثة:
185	أولاً- عرض الحالة:
186	ثانياً: إجابات أسئلة المقابلة الموجهة:
189	ثالثاً: الفحص السيكولوجي:
191	رابعاً: مقاييس التشخيص و الأعراض:
204	الخلاصة:
205	التعليق على نتائج مجموعة البحث:
212	التوصيات والمقترحات:
212	البحوث المقترحة:
214	المصادر والمراجع:
232	الملاحق:

قائمة الجداول

- جدول (2.1): توزيع حالات الانتحار ومحاولات الانتحار بحسب الفئات العمرية.....25
- جدول (2.2): توزيع حالات الانتحار ومحاولات الانتحار بحسب المحافظات.....26
- جدول (2.3): توزيع حالات ومحاولات الانتحار بحسب الجنس.....26
- جدول (2.4): توزيع حالات الانتحار ومحاولات الانتحار بحسب الدافع.....27
- جدول (2.5): توزيع حالات ومحاولات الانتحار بحسب الأدوات المستخدمة.....27
- جدول (2.6): توزيع حالات الانتحار ومحاولات الانتحار بحسب الحالة الاجتماعية.....28
- جدول (4.1): صدق الاتساق الداخلي حيث ارتباط الدرجة على المقياس الفرعي بالدرجة الكلية للاختبار ككل.....128
- جدول (4.2): ثبات الاعداد (ن الكلي = 240).....130
- جدول (5.1): نتائج قائمة مراجعة الأعراض للحالة الأولى.....151
- جدول (5.2): نتائج مقياس اضطراب الشخصية للحالة الأولى.....153
- جدول (5.3): نتائج مقياس التدخين للحالة الأولى.....155
- جدول (5.4): نتائج مقياس التوافق الزوجي للحالة الأولى.....156
- جدول (5.5): مقياس تعاطي المخدرات للحالة الأولى.....157
- جدول (5.6): نتائج قائمة مراجعة الأعراض للحالة الثانية.....173
- جدول (5.7): نتائج مقياس اضطراب الشخصية للحالة الثانية.....174
- جدول (5.8): نتائج مقياس التدخين للحالة الثانية.....176
- جدول (5.9): نتائج قائمة مراجعة الأعراض للحالة الثالثة.....191
- جدول (5.10): نتائج مقياس اضطراب الشخصية للحالة الثالثة.....193
- جدول (5.11): نتائج مقياس التدخين للحالة الثالثة.....195
- جدول (5.12): نتائج مقياس التوافق الزوجي للحالة الثالثة.....196

فهرس الأشكال

- شكل (2.1): عوامل وأسباب الانتحار.....19
- شكل (2.2): غريزتي الموت والحياة من وجهة نظر التيار التحليلي.....49
- شكل (2.3): نموذج بيك لليأس في علاقته بتصور الانتحار والخبرات السلبية.....52
- شكل (2.4): نموذج بيك للاكتئاب واليأس والانتحار.....52

فهرس الملاحق

- مُلحق رقم: (1) دراسة الحالة الأولى..... 233
- مُلحق رقم: (2) دراسة الحالة الثانية..... 241
- مُلحق رقم: (3) دراسة الحالة الثالثة..... 248
- مُلحق رقم (4) أسئلة المقابلة المنظمة..... 255
- ملحق رقم: (5) SCL- 90-R..... 256
- ملحق رقم: (6) اختبار اضطرابات الشخصية..... 263
- ملحق رقم: (7) استبانة الاتجاه نحو التدين..... 270
- ملحق رقم: (8) استبانة التوافق الزوجي..... 272
- ملحق رقم: (9) قائمة أرون ت. بيك وآخرون الثانية للاكتئاب BDI - II..... 275
- ملحق رقم: (10) استبيان الاتجاه نحو تعاطي المخدرات..... 280
- مُلحق رقم: (11) "اختبار روتر للتوافق"..... 285
- ملحق رقم: (12) كتاب تسهيل مهمة لإدارة التنمية والقوى البشرية..... 288
- ملحق رقم: (13) كتاب تسهيل مهمة عمل لإدارة الشرطة الفلسطينية..... 289
- ملحق رقم: (14) كتاب تسهيل مهمة عمل لوكيل وزارة الصحة..... 290
- ملحق رقم: (15) كتاب تسهيل مهمة عمل لعيادة غرب غزة للصحة النفسية..... 291
- ملحق رقم: (16) الموافقة الخطية للحالة الأولى..... 292
- ملحق رقم: (17) الموافقة الخطية للحالة الثانية..... 293
- ملحق رقم: (18) الموافقة الخطية للحالة الثالثة..... 294

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

المقدمة:

الحياة والروح هبة من الله عزّ وجل وهي أمانة غالية ودعانا الله للحفاظ عليها، فهناك من يُحافظ عليها ويُحاول تنمية ذاته من خلال تحديد الأهداف التي تُعينه على اكتشاف هذه الحياة، متحدياً كل صعب يواجهه إزاء ذلك، مُقابل آخر تسوّد الحياة بوجهه عند مواجهته لأدنى العراقيل، وهناك من يعيش أيامه يُعدّ الأيام مُتجاهلاً كل ما تحمله من معاني أو تجارب أو خبرات، فالاحساس بقيمة الحياة يختلف من شخصٍ لآخر بحسب الشخصية والبيئة التي نشأ بها وكذلك نظرتّه وآراؤه وقناعاته بصفة عامة، إن كل شخص في هذه الحياة يمرّ بعدة ضغوطات، وإزاء ذلك تختلف تصرفات البشر في مواجهة الظروف الضاغطة أو بالية التعامل مع المواقف السلبية، فهناك من يتصرف بحكمة لوحده وهناك من يستعين بالآخرين، وهناك من تصاب قدراته بالشلل تجاه تلك المواقف، وهناك من يهرب منها باللجوء للأفكار السلبية ومن بينها اللجوء إلى الانتحار، فالانتحار أو محاولة الانتحار ما هو إلا ردة فعل لتجنب ظروف فاقت احتمال من لجأ إليه، أو كون تفكيره لم يجد حلاً لمشكلة علق بها سوى الهروب من هذه الحياة، أو لربما كان للانتقام من الذات حين تتعارض الطموحات مع القدرات، ومع تكرار تلك الفكرة السلبية في لحظة مفاجئة تتحول لتنفيذ قرار.

ويرى حجازي (2012, www.alwaei.com) إن بداية ظاهرة الانتحار كانت بالغرب، ثم انتقلت العدوى للدول العربية، ومن خلال إحصائيات تابعة لمنظمة الصحة العالمية عام (2010م) تبين أن هناك حوالي مليون شخص ينتحرون سنوياً، أي هناك ما يقارب حالة انتحار واحدة في كل (40) دقيقة، مما يرفع معدلات الانتحار بنسبة (60%) في جميع أنحاء العالم عن الخمسين سنة الماضية، ولكل حالة انتحار (20) محاولة انتحار فاشلة تسبقها، وبحسب دراسات مؤسسة الفكر العربي للبحوث عام 2010 فإن حالات الانتحار في الوطن العربي تزايدت، حيث إن هناك ما يقارب (4) حالات انتحار بين كل (100000) شخص بعد أن كانت حالتين فقط.

يُعد الانتحار مشكلة على الصعيد الإنساني، الفردي، والجمعي؛ فعلى المستوى الفردي يُعد الانتحار خلاً كاملاً بالشخصية ونتيجة ما يُعانيه الشخص من تناقضات بين حقوقه

والتزاماته؛ مما يؤدي إلى إضعاف الأنا، أما على المستوى الإنساني فمعدل الوفيات بارتفاع، حيث أصبح الآن اهتمام العلوم الإنسانية (مجيد، 2007م، ص264).

وأما أسباب اللجوء إلى الانتحار، فهناك من يعتقد بأن الألم سيزول إثر الانتحار؛ وذلك بتخلصه من الصراعات المحيطة به للأبد، وقد يكون سبباً رئيساً لإيلام الآخرين، فيؤدي إلى الانسحاب من حياتهم بهدوء، ولربما كان انتقاماً وإيلاً لمن ظلمه؛ حتى يُشعرهم بتأنيب الضمير، وقد يتردد أحياناً أخرى في تنفيذ ذلك القرار فيقوم باستخدام أسلوب أقل خطورة كمحاولة قطع الشرايين أو تناول الأدوية بدلاً من الشنق وإطلاق الرصاص والحرق بالنار، مما يعني أن المتردد يود تحقيق الهدف المُستفاد من لجوئه إلى الانتحار دون أن يُنفذه (ثابت، 2012م، ص131).

وبالتالي فإن الانتحار ما هو إلا عملية تُعطي الموت قيمة كبيرة للمنتحر ولمحاول الانتحار، فالوصول لمرحلة قتل النفس طوعاً واختياراً ما هي إلا حالة تُعبر عن وصول المشاعر الفردية تجاه الحياة إلى عُنق الزجاجة الذي لا بُد من الخروج منه، وعندما يفشل الإنسان بالخروج من عُنق هذه الزجاجة يؤدي به إلى الغرق في قاع الزجاجة مُرحباً باللجوء إلى لانتحار على اعتبار أنه الحل الأمثل للتعامل مع المشكلات التي يستحيل التخلص منها (أبو الخير، 2001م، ص227).

وقد أشارت دراسة (مسيلي، 2013م)، و(أبو ركاب، 2010م) بأن اليأس والضغط لها دور في زيادة احتمالية الانتحار.

بينما أشارت دراسة كوريهارا وآخرون (Kurihara et al., 2009) إلى أن هناك نسبة 80% من المُقبلين على الانتحار تم تشخيصهم باضطراب نفسي، وأشارت دراسة وونج وآخرون (Wong et al., 2008) بأن هناك اضطراباً نفسياً واحداً على الأقل لدى الفئة العمرية (30 - 49) من المُقبلين على الانتحار.

بينما أشارت دراسات كل من ايروغلو، كراكوس، وتامام (Eroglu M. Z., Karakus G. and Tamam, L, 2013) وروبنغورن وآخرون (Ruengorn C. et al., 2012)، وشابساندني وهيسويك (Shahpesandy and Heeswijk, 2012)، على أن هناك علاقة ما بين الانتحار والاضطرابات النفسية.

وبحسب علم الباحثة أنه من المرجح أن تكون أول دراسة استخدمت التشريح النفسي هي دراسة زيلبورغ (Zilboorg G) التي تحرى فيها (93) حالة انتحار متتابعة في مدينة نيويورك

بين عامي (1934) و(1940)، وفي عام (1958) قام كبير الأطباء الشرعيين لمكتب الطب الشرعي في مدينة لوس انجيلوس بطلب المساعدة من فريق من المهنيين من مركز لوس أنجيلوس لمنع الانتحار في تحقيقاته في الحالات المبهمة التي كان سبب الوفاة فيها خفياً، ومن خلال التحقيقات صاغ الطبيب النفسي إدوين شنايدمان (Edwin Shneidman) مصطلح التشريح النفسي لوصف الطريقة التي طورها هو وفريقه أثناء تلك التحقيقات، وتضمنت الطريقة الحديث بشكل لبق ومنهجي مع الأشخاص الرئيسيين كالزوج والوالد والابن اليافع والصديق والزميل والمساعد الذين يعرفون الشخص المتوفى، واستمرت ممارستها في لوس أنجيلوس لمدة (30) عاماً، وسمحت بتصنيفات أكثر صحة لحالات الوفاة المبهمة، كما ساهمت في فهم الخبراء للانتحار (www.deathreference.com, No Date).

كما وتقوم الدراسات التي تستخدم التشريح النفسي بجمع البيانات ضمن عوامل وأبعاد كثيرة منها تفاصيل حول الخلفية الأسرية والبيئة الاجتماعية؛ ومسار الحياة والتفاعل الاجتماعي وظروف العمل والصحة الجسدية والنفسية وتاريخهما؛ وأي سلوك انتحاري سابق إن وجد والعناصر السلبية في حياته وأي تواصل مع مقدمي المساعدة قبيل الانتحار (www.ncbi.nlm.nih.gov, 2005).

وفي السبعينات والثمانينات، قام الباحثون باستخدام التشريح النفسي للتحقيق في عوامل الخطر المؤدية للانتحار، وأثبتت دراساتهم أن الأغلبية العظمى من ضحايا الانتحار كانوا يعانون - على الأرجح - من اضطراب نفسي (غالباً الاكتئاب، الاكتئاب الهوسي، أو مشكلات في تعاطي العقاقير والكحول)؛ فيما أظهرت بعض الدراسات الأخرى عوامل مثل توافر الأسلحة النارية في منازل المنتحرين، والأحداث الصادمة في حياتهم، وبعض العوامل النفسية والاجتماعية الأخرى (www.deathreference.com, No Date).

وترى الباحثة بأن الانتحار ومحاولات الانتحار سلوكيات جديدة بدأت تغزو قطاع غزة خصوصاً بعد الحرب الأخيرة (2014م)، فمن المؤكد بأن سلوكيات الانتحار منتشرة بالبلدان العربية سواء بسبب مشاكل نفسية، أم اقتصادية، أم اجتماعية، أم دينية وغيرها، وكذلك غزة التي هي جزء من البيئة العربية، وبسبب تردد عدد من محاولي الانتحار من على مكان عمل الباحثة كمدمني المخدرات أو ذوي الاضطرابات النفسية الأخرى، هذا بدوره دفع فضول الباحثة لدراسة شريحة من محاولي الانتحار، ولا سيما وأن قطاع غزة له خصوصيته، وقد تختلف أو تتشابه أسباب اللجوء للانتحار مع المناطق الأخرى، ففي الصفحات القادمة سنحاول الباحثة حصر كل ما يخص الانتحار ويسهم في الفهم المتعمق لهذه الظاهرة قدر الإمكان.

وعليه قامت الباحثة باستخدام طريقة التشريح النفسي مع محاولي الانتحار، لمعرفة الأسباب من وجهة نظرهم وطبيعة المواقف التي مروا بها وأثرت عليهم، وتضيف الباحثة بأنه يمكننا التقليل من الذاتية التي قد تتدخل في تحليل البيانات بطريقة التشريح النفسي من خلال اللجوء للاستعانة بالاختبارات النفسية؛ للتأكد من بعض البيانات ولتدعيم النتائج، فالتشريح النفسي يتميز بتعمق أكثر لطبيعة الحالة من خلال التعمق بالوضع النفسي، الاجتماعي، والبيئي، حتى نستطع الوصول لفهم أكثر لطبيعة الحالة وما الذي أدى بها إلى محاولة الانتحار...؟!

مشكلة الدراسة:

مع تراكم الأزمات بغزة واحدة تلو الأخرى، حصار فحروب، فبطالة، فمشكلات أسرية، ففناذ الصبر وغيرها، ابتدأ بعض من فئات الشعب الغزي يُفكر بكيفية الهروب من تلك المشكلات، ومن بين تلك الحلول مجموعة من الأفكار السلبية، والتي تُدعم الميول لتنفيذ الأفكار الانتحارية؛ بل وازداد الأمر سوءاً بأن أصبح الاعتقاد بأنه الحل الأمثل لتلك الفئات وتُرجم هذا الحل لفعل، وما يدل على ذلك ما لاحظته الباحثة من زيادة تردد محاولي الانتحار على مركز التأهيل النفسي المجتمعي والعيادات النفسية التابعة له، ومن خلال تواصل الباحثة مع أحد العاملين بقسم الاستقبال بمستشفى الشفاء الطبي تبين أن هناك عدة مُحاولات انتحارية تصل للمشفى، ومن هنا ظهرت فكرة الدراسة والشعور بأهميتها حيث تحاول هذه الدراسة الإجابة عن التساؤلات التالية:

1- ما ملامح التشريح النفسي التي تدل على نمو السلوك الانتحاري؟ وينبثق من هذا التساؤل الرئيس عدة تساؤلات تتمثل في:

أ- ما ملامح التنشئة الاجتماعية المميزة لمحاولي الانتحار بغزة؟

ب- ما الأسباب والعوامل النفسية التي ساهمت في اللجوء لمحاولات الانتحار بغزة؟

ج- ما ملامح العوامل الاجتماعية المُميزة لمُحاولي الانتحار بغزة؟

د- ما ملامح العوامل أسرية التي ساهمت باللجوء للانتحار بغزة؟

هـ- ما ملامح الوضع الاقتصادي لمحاولي الانتحار بغزة؟

2- ما هي الدلالات النفسية لمحاولات الانتحار؟

3- ما هو مدى الالتزام الديني لمُحاوِلي الانتحار بغزة؟

أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى التشرّيح النفسي لمحاوِلي الانتحار تشرّيحاً نفسياً معمّقاً وذلك من خلال:

1- الكشف عن العوامل التي ساهمت في لجوء البعض إلى الانتحار ومنها:

أ- معرفة التنشئة الاجتماعية المميزة لمحاوِلي الانتحار بمحافظة غزة.

ب- معرفة العوامل النفسية التي ساهمت باللجوء لمحاولات الانتحار بمحافظة غزة.

ج- محاولة الوصول للعوامل الاجتماعية المُميزة لمُحاوِلي الانتحار بمحافظة غزة.

د- الكشف عن العوامل الأسرية التي أدت للجوء للانتحار بمحافظة غزة.

هـ- بيان دور الوضع الاقتصادي باللجوء للانتحار بمحافظة غزة.

2- التعرف إلى الدلالات النفسية لمحاولات الانتحار.

3- معرفة ما مدى اللاتزام الديني لدى مُحاوِلي الانتحار بمحافظة غزة.

أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية الدراسة في جانبين الجانب النظري، والجانب التطبيقي، وذلك على النحو

التالي:

1- أهمية نظرية:

أ- إثراء مكتبة البحث العلمي بالدراسات الإكلينيكية، وبخاصة وأن المكتبات تفتقر لهذه الأنواع من الدراسات، وتكون هذه الدراسة بمثابة أساس وبداية لدراسات أخرى في المجال نفسه.

ب- إهتمام هذه الدراسة بعينة يصعب التعامل معها، ويبعد عنها الباحثون وحظيت بدراساتٍ قليلة ولا سيما في مجتمعنا الفلسطيني، الذي لديه تحفظ في مثل هذه المواضيع، حيث ستحاول هذه الدراسة توضيح الأوضاع المؤدية للانتحار سواء أكانت من ناحية نفسية أم اجتماعية.

2- أهمية تطبيقية: تتمثل بما يلي:

- أ. قد تُسهم في إفادة المهتمين وذوي الشأن في زيادة القدرة على فهم مُحاولي الانتحار، مما ينجُم عنه تصميم برامج توعوية.
- ب. قد تُساعد الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين في فهم أكبر لأوضاع مُحاولي الانتحار وأفضل الطرائق للتعامل معهم.
- ج. ربما تفيد العاملين في المجال النفسي والاجتماعي من خلال عقد الندوات لعدد من الأسر الغزيرة للتوعية بمثل هذا الموضوع.
- د. توعية مرشدي المدارس والجامعات لاكتشاف هذه الحالات منذ البداية ومساعدتها، وذلك من خلال ما سيتم التوصل إليه من مؤشرات للانتحار.

المفاهيم والمصطلحات:

1- التشريح النفسي Psychological autopsy:

يُعرفه بات وآخرون (Batt. A, et al. 2005, www.ncbi.nlm.nih.gov) بأنه تحري مركّب شديد الدقة متعدد المحاور حول الانتحار.

وتُعرف الباحثة التشريح النفسي إجرائياً: بأنه دراسة كافة الظروف والعوامل النفسية والأسرية والاجتماعية والاقتصادية، ومدى الالتزام الديني لمن حاول الانتحار منذ الميلاد حتى اللحظة بشكلٍ مُعمق، وذلك بهدف محاولة الكشف عن الأسباب المؤدية لمحاولتهم الانتحار.

2- الانتحار Suicide:

يُعرفه سمعان على أنه " الفعل أو مجموعة أفعال قام بها الفرد لقتل نفسه بنفسه؛ وقد تم له ذلك وانتهت حياته نتيجة لتلك الأفعال " (مجيد، 2007م: ص267).

3- مُحاولَة الانتحار Suicide attempt:

ويُقصد بها العملية التي يؤدي بها الفرد للمخاطرة بحياته طوعاً بقصد قتل النفس والتي تنتهي بالنجاة (حلوان، 2008م: ص16).

وتُعرفها الباحثة إجرائياً بأنها: الشروع بالانتحار والتدبير له وتنفيذ ما خطط له، وإما أن يكون بهدف الموت الحقيقي أو بهدف لفت الانتباه، لكن لا يصل لدرجة الموت وتُكتب له حياة جديدة.

4- مُحاولو الانتحار **Suicide attempters**:

تُعرفهم الباحثة إجرائياً: على أنهم الحالات التي يتم تسجيلها من قبل الشرطة أثناء تواجدها بالمشفى العام إثر إنقاذها من محاولتها للانتحار، ومن ثم يتم تحويلها للعيادة النفسية، أو تلك الحالات التي يتم تحويلها للعيادة النفسية من قبل الأهل مباشرة إثر مُحاولتها للانتحار.

حدود الدراسة:

1- الحد الزمني: طبقت هذه الدراسة بالفترة ما بين يونيو 2015م - مايو 2016م.

2- الحد المكاني: محافظة غزة.

3- الحد البشري: ثلاث حالات ممن حاولن الانتحار بغزة، ويترددن على عيادة غرب غزة للصحة النفسية.

4- الحد الموضوعي: تناولت هذه الدراسة مُحاولي الانتحار بغزة (دراسة إكلينيكية تحليلية)، حيث قامت الباحثة بدراسة العوامل النفسية والاجتماعية والأسرية والاقتصادية والدينية التي دفعت للجوء للحالات للانتحار، وبيان الوسائل والدوافع لتلك المُحاولات.

الفصل الثاني

الإطار النظري

الانتحار

عرفت ظاهرة الانتحار انتشاراً واسعاً في السنوات الأخيرة على المستويين العالمي والإقليمي، لذا أصبح موضوعاً شغل بال الكثيرين خاصة المتخصصين في علم النفس وعلم الاجتماع، كونها تمثل مشكلة نفسية واجتماعية في آن واحد (حميمي، 2012م، ص189)، فمن المؤكد أن الانتحار قد بات قضية تؤرّق العالم، حتى إن منظمة الصحة العالمية خصصت العاشر من سبتمبر من كل عام؛ ليكون اليوم العالمي لمنع الانتحار، مؤكدة بأن الغرض من ذلك هو تعزيز الالتزام والعمل في شتى أرجاء العالم من أجل منع حالات الانتحار، كما ويُسجل المتوسط (300) حالة انتحار يومياً، وهناك لكل حالة انتحار (20) محاولة فأكثر (ثابت، 2012م، ص38).

يُعد الانتحار مشكلة نفسية كونها تؤكد حدوث خلل على مستوى توافق الفرد وهشاشة الشخصية التي لا تستطيع مواصلة التعامل مع المشاكل الصعبة والضاغطة؛ كالقلق الشديد على سبيل المثال أو الصدمات النفسية المختلفة، فالشخصية المقدّمة على الانتحار تدل على أنها شخصية منسحبة وتعاني من اضطراب شديد على مستوى الصحة النفسية، ومن ناحية أخرى فهي مشكلة اجتماعية من حيث كثرة انتشارها لدى جميع الأوساط والفئات العمرية؛ كما وأنها تدل على وجود خلل في العلاقات الاجتماعية، كما وتعد مشكلة بيولوجية لما يرتبط بتغيرات وتبدلات بالبنية العضوية للفرد (حميمي، 2012م، ص190).

فالانتحار هو الفعل المتعمّد لقتل النفس، وهذا هو التعريف الذي تضمنته مراجع الطب النفسي، وقد يُطلق عليه الفعل المدروس لإيذاء الذات (DSH Deliberate Self Harm)، وقد يكون مجرد محاولة للانتحار لم تتم بها قتل النفس (الشرييني، 2001م، ص187).

لقد كان الانتحار - ولا زال - مثيراً للجدل والمناقشات، فقد يعد هروباً من مرض عضال أو الفقر المدقع أو العار المشين أو الحب المرفوض، وقيل بأن الإنسان يقتل نفسه هروباً من منازعات عائلية أو عقاباً ذاتياً على شعور عنيف بالإثم، أو في سبيل تضحية شخصية، أو بسبب فقدان روابط عائلية أو فقدان ثروة، كما قيل: إن الجهد المضني والأعمال الشاقة تدفع الإنسان إلى التخلص من حياته (مهدي، 1900م، ص235).

يتراوح السلوك الانتحاري بين التفكير العابر أو الدائم؛ وبين الشاننتاج - التهديد بالانتحار من خلال المحاولات المتكررة لفتناً للنظر وطلباً للمساعدة - وبين التنفيذ الفعلي، كما وأن هناك

الانتحار البطيء كرفض الطعام والإدمان على المخدرات وعدم الإدراك الواعي بالأضرار والنتائج، وكالقيادة الجنونية للسيارات (الديدي، 1995م، ص176).

ومن هنا أُلقت الباحثة الضوء على تلك الظاهرة وماهيتها والعوامل الدافعة لها، مع تفسيرات للاتجاهات النظرية لتفسير تلك الظاهرة.

أولاً- مصطلحات ومفاهيم:

- الانتحار:

لغة: انتَحَرَ الرَّجُلُ: قَتَلَ نَفْسَهُ بِوَسِيلَةٍ مَا.

الانتحار: قيام الإنسان بقتل نفسه بوعيه أو بدون وعي، أو هو الفعل المقصود لقتل النفس أو زهق الرُّوح عن سابق تصميم حاول الانتحار (www.almaany.com).

وبحسب تعريف قاموس العلوم الاجتماعية (Badawi, 1982, P. 414)، فهو: عبارة عن قيام الإنسان بقتل نفسه بنفسه بوعي أو بدون وعي، وتتوقف النظرة إلى الانتحار في كافة المجتمعات على مدى التأكيد الذي يفرضه كل منها على الفردية، فحيث ثقل المنافسة يندر بالانتحار، وعلى العكس حينما يشتد التنافس بين الأفراد ويسود الطموح الشخصي يغدو الانتحار أكثر انتشاراً.

- محاولة الانتحار:

يعرفها سمعان على أنها: مفهوم نظري شامل الانتحار والشروع فيه

(مجيد، 2007م، ص267).

كما وتعرّف محاولة الانتحار بقاموس إكسفورد لعلم النفس على أنها: إيذاء النفس عمداً إما بالجرح أو التسميم، دون وجود نية حقيقية لإنجاح المحاولة (Colman, 2009, P. 515).

ويعرفها شنايدر Schneider 1973م على أنها: " كل انتحار باء بالفشل؛ لأن الفرد لا يزال على قيد الحياة، وهذا مهما كان... سبباً للفشل " (سهيري، 2003م، ص52).

وبحسب تعريف الدليل الإحصائي التشخيصي الخامس (DSM5, 2013, P. 801) تعرف محاولة الانتحار على أنها: سلسلة من السلوكيات يبادر بها الشخص من تلقاء نفسه وهو

يتوقع أنها قد تؤدي إلى وفاته، ووقت المبادرة هو الوقت الذي يقوم فيه الفرد بسلوك يشمل تطبيق الطريقة.

- مصطلحات لها علاقة بالانتحار:

1- الشروع بالانتحار:

يعرفه سمعان على أنه: التدبير والتنفيذ للانتحار دون الوصول بالفعل لتحقيق الموت (مجيد، 2007م، ص 267).

2- الاستعداد للانتحار:

تُعرفه شهاب (2013م، ص 33) على أنه: " إمكانية الفرد على القيام بقتل النفس إذا ما عانى ضغوطاً نفسية أو اجتماعية أو حزناً شديداً أو حرماناً يصعب تحمله "

3- الأفكار الانتحارية:

هي مجموعة أفكار تجعل من الانتحار الوسيلة الوحيدة للخروج من الأوضاع الصعبة وغير المحتملة، أو للتخلص من عذاب نفسي وجسدي أو للهروب من أزمة وضيق شديدين (حلوان، 2008م، ص 16).

4- الانتحار النفسي:

نوع من الانتحار غير الصريح، حيث يذهب البعض عن الحياة تماماً ويبغضونها، كما وتدفعهم عوامل اليأس لتحطيم أنفسهم فيصابون بحالات مرضية، أما الانتحار الحقيقي فهو موت جسدي (فايد، 2001م، ص 18 - ص 19).

كما ويتضمن الفعل الانتحاري باعتباره فعلاً حركي ثلاث رغبات وهي:

1- نزعة عدوانية بأن يُقتل وتكون نفسه مشحونة بالكراهية، لتوبيخ الآخر وعزله والتخلص منه، فتصدر رغبة القتل من الأنا.

2- من خلال توبيخ الذات والشعور بالإثم؛ يمر بمرحلة أنه بحاجة ملحة للعقاب، وهنا تضم النزعات المازوخية كالاستمتاع بالخضوع والألم، أي الأنا الأعلى التي تولد لديه رغبة بأن يُقتل.

3- وأخيراً الرغبة بالموت والتخلص من الحياة، وتُولد هذه المرحلة من الهو، حيث تزداد لديه غريزة الموت.

ولا بد من الإشارة إلى أن المراحل الثلاث السابقة ليست الدرجة نفسها، بل هناك تفاوت فيما بينها (ويليامز ومشان، 1996م/ 2002م، ص292 - ص293).

كما لا بد من التنويه إلى أن هناك مفاهيم لا تدخل ضمن تعريف الانتحار، كمن يعتقد أنه يجيد السباحة لكنه يغرق، كما يحدث بالأرياف والبحر، أو من يحبون - بطبعهم - المخاطرة كمن يقوم بالقفز من فوق شجرة أو يقوم بالألعاب البهلوانية (المتيت، 1980م، ص115).

وبعد أن قامت الباحثة بعرض تلك التعريفات يمكنها أن تخلص إلى أن الانتحار يمر بعدة مراحل الأفكار الانتحارية فالاستعداد للانتحار فالشروع بالانتحار فالمحاولة الانتحارية وأخيراً الانتحار.

ثانياً- ظاهرة الانتحار في العصور القديمة:

لقد عُرف الانتحار منذ القدم ولم يكن وليد اللحظة وفيما يلي موجز عن دلائل وجود الانتحار قديماً، بالأسطر التالية:

الوحيد من بين المخلوقات الذي يعرف الانتحار هو الإنسان، وقد يرتكبه البعض تحت ظروف نفسية أو اجتماعية خاطئة أو مشاكل نفسية ملحة (الجبالي، 2005م، ص144)، كما ويرى زيلبورج أن الانتحار أكثر انتشاراً بين الأقاليم البدائية، ومن ثم فلا يمكن اعتباره من نتاج الحضارة، ومن بين المعتقدات السائدة بين الأقاليم البدائية أن شبح المنتحر يُطارده أعداءه ويؤذيهم (حلمي، 1948م، ص22).

فالسلك الانتحاري قائم منذ أن وُجد الإنسان عبر مختلف الأزمان والحضارات، إذ يرتبط الانتحار بالموت علماً بأن للمجتمعات القديمة فلسفاتها؛ فالفيثاغورثية مثلاً تؤمن بالتناسخ والخلود حتى إن فيثاغورث نفسه إدعى بزمانه بأنه متجسد حينذاك للمرة الخامسة، كما وتعتقد البوذية بأن المثل الأسمى الذي يمكن أن يصبو له الفرد هو الوصول لحالة فناء الذات وإتصالها بعالم الحقيقة، فالوجود شر على الإنسان والموت وسيلة للتحرر من مظاهر الحياة الخادعة، وتظهر محاولات الانتحار في حضارات وادي الرافدين، فعند وفاة شخص عزيز يقوم أفراد الأسرة

بتمزيق ثيابهم ويلقون بأنفسهم على الأرض ويجرحون أنفسهم بسكين ومحاولة الانتحار وفاءً له (البرزيخي، 2009م، ص548).

كذلك الانتحار كان معروفاً في الحضارة الإغريقية كوسيلة عقابية على الجرائم الكبرى أو طريقة في الوقت نفسه للتخلص من وِطْئةٍ محتملة، وأما في روما فإن تورط عرض الشريف بموقف سيء لسمعته وكرامته فعليه اللجوء للانتحار، تخلصاً من ظروفه السيئة وإثباتاً لحريته وتأكيداً لكرامته الشخصية (ثابت، 2012م، ص15)، كما كان الأبطال الرومانيون ينتحرون بحالة لو غضب الآلهة منهم بموقف يهين كرامتهم أو يشين سمعتهم (أيوب، 2012م، ص29)، وبالتالي فإنه حسب اعتقاده يغسل ذنوبه كما وشهد العرب وفي صدارة الإسلام حوادث للانتحار وإن كانت نادرة (ثابت، 2012م، ص15)، وذلك كما فعلت الشاعرة الخنساء حينما حاولت إيذاء جسدها كمحاولة للانتحار (البرزيخي، 2009م، ص548).

وأيضاً قد يكون تنفيذاً للتقاليد كما هو الحال باليابان حيث إن هناك ما يُسمى بانتحار الهاراكيري، حيث يقومون باغماد السيف بأنفسهم تنفيذاً لبعض التقاليد الغربية والطقوس البدائية، كما أنه موجود بالهند حيث تقوم الأرامل بحرق أنفسهن حزناً على أزواجهن، وأيضاً بعض الكهنة والمتطرفين يقومون بالامتناع عن الطعام والشراب سعياً وراء أهداف قبلية أو دينية أو قومية.

وأيضاً في المجتمع الأمريكي وما حدث بمجزرة غويانا، وهذه الحادثة حدثت منذ عدة أعوام حينما انتحر مئات الشباب في وقت واحد، تنفيذاً لتعاليم أحد المشعوذين وهي إحدى نماذج الانتحار الجماعي التي كانت ظاهرة بارزة في المجتمعات القديمة عامة بشكل صارخ في أمريكا (الجبالي، 2005م، ص144 - ص145).

كذلك كان قديماً ينتحر القادة العسكريون عند خسران المعركة، أو هزيمة الجيش الذي تحت قيادته، وبالتالي يكون الانتحار هنا تعبيراً عن الوطنية والوفاء (أيوب، 2012م، ص28). وهناك عدد من القصص والشواهد التي سجلها التاريخ لمن قاموا بالانتحار وتذكر الباحثة أبرزها على النحو التالي:

1- الملكة كليوباترا: بسبب هزيمة زوجها أنطونيوس على يد منافسه أكتافيوس بالموقعة البحرية الشهيرة أكتيوم سنة 31 قبل الميلاد والتي كانت على ميناء الاسكندرية، وعلى أثرها بدأ حكم الرومان في مصر، وانتهى حكم اليونان.

2- **الفيلسوف سقراط:** حيث تم إجباره على تناول السم حتى مات؛ بسبب نشره للأفكار الخاطئة بين الشباب (الجبالي، 2005م، ص144)

3- **الشاعرة سافو:** والتي اشتهرت بالشعر الذي يمجد بني جنسها، وقد انتحرت بإلقاء نفسها من قمة الجبل بسبب زواج أخيها ممن كانت تحبها، فهي من نُسب إليها الشذوذ الجنسي (السحاق) (أيوب، 2012م، ص29).

كما وقد شغل الانتحار بالمشرّعين والفلاسفة ورجال الدين، وذلك لما له من إنعكاسات وخيمة على الفرد والمجتمع على السواء، كما وشرّعت قوانين تمنع الفعل الانتحاري (فكار، 2010م، ص91)، وفيما يلي عرض موجز لبعض هذه القوانين التي صنفها أيوب (2012م، ص30 - ص31):

الانتحار في قوانين وادي الرافدين:

حينما تم البحث والتقيب الآثاري، وُجدت هناك مجموعة من القوانين من بينها قوانين حمورابي والتي احتوت على مجموعة قوانين تخص حياة الإنسان وسلامة جسده، ويخص بعضها القتل العمد، على الرغم من عدم وجود نصوص مباشرة على جريمة الانتحار، كذلك احتوت على مواد تشير للقتل الخطأ.

إن مثل هذه الأفعال لا يمكن تصورها في ظل سلوك اجتماعي مرتبط ارتباطاً وثيقاً بالمعتقدات الدينية السائدة، والتي ترى خلود الإنسان وتواصل موته وحياته وديموميتها، وهذا ما نلاحظه في محتويات الموتى بـمكان مآواهم حيث يعتقدون أن موتاهم موجودون برعاية الآلهة.

الانتحار في قوانين مصر القديمة:

عُرفت لديهم جرائم الانتحار والقتل العمد على شكل قوانين ووضعيات مناسبة لذلك العصر، على الرغم من عدم تطرقهم لجرائم الانتحار، وقد أكدت قوانين الفراعنة على حرمة الإنسان وصيانتته وكرامته، وقدّست الإنسان في التصرف بحياته ووجوده.

الانتحار في التشريع اليوناني والروماني:

أجمعت القوانين الرومانية واليونانية على تحريم الانتحار، لكن بدون فرض أي عقوبة عليه، إلا أن التشريعات اليونانية استثنت العسكريين من الإجماع في حال تعرضهم لهزيمة بداعي صون الشرف والكرامة عدا القادة منهم، وأزلت عنهم العقوبة، فبالنظر إلى نصوصهم المزدوج.

كذلك يرى القانون الروماني أن المدير يحاول الانتحار هروباً من الضرائب، ومقابلته هناك نوع من الانتحار يقدر وييجل من ينفذه وهذا في حالة قيام أحد باتهامه بموقف يلوث سمعته فالانتحار هنا بطولي يبرر فعلته.

ثالثاً- معايير مقترحة لاضطراب السلوك الانتحاري:

بحسب الدليل التشخيصي الخامس (DSM5, 2013, P. 801)؛ فقد اقترح خمس محددات للسلوك الانتحاري؛ وهي كما يلي :

- 1- قيام الشخص في محاولة انتحار خلال الأشهر الأربع وعشرين الماضية.
- 2- السلوك المذكور لا يتبع معايير إيذاء الذات غير الانتحاري (لا يشمل إيذاء الذات الموجه نحو سطح الجسم الخارجي والذي تم تنفيذه للتخفيف من حدة شعور سلبي/ حالة معرفية ما أو لخلق حالة من المزاج الإيجابي.
- 3- التشخيص لا ينطبق على التفكير الانتحاري أو الأفعال التمهيدية.
- 4- لم تتم المبادرة بالأفعال خلال حالة من الهذيان أو التشوش.
- 5- لم يتم القيام بالأفعال لغرض سياسي أو ديني فقط.

حدّد إذا ما كان:

موجود حالياً: لم يمض أكثر من (12) شهراً على محاولة الانتحار الأخيرة.
في بدايات الشفاء: مرور من (12- 24) شهراً على آخر محاولة انتحار

رابعاً- طرائق وحالات الانتحار:

ترى الباحثة بأنه هناك عدداً من الطرائق المتعارف عليها وهي الأكثر تطبيقاً من قبل المنتحرين والمقدمين على الانتحار، قد تم التوصل إليها من خلال عدة دراسات حول ظاهرة الانتحار، ولا بد لنا من معرفة تلك الطرائق لما لها من أهمية عند القيام بعمل برامج إرشادية ووقائية لمحاولات الانتحار، وهذه الطرائق كما حددها الخالدي (2007م، ص326) كما يلي:

- 1- الانتحار وتسميم الذات بمواد سائلة (المسكنات، مضادات الحمى والروماتيزم، مهدئات، عقاقير، أدوية، مستحضرات كيميائية وكاوية، الزرنيخ، الغازات).
- 2- إصابة الذات بالشنق والخنق والاختناق.
- 3- الغرق.
- 4- تسميم الذات بالأسلحة النارية والمتفجرات.
- 5- إصابة الذات بآلات قاطعة او ثاقبة.
- 6- وسائل أخرى متعددة.

وتُضيف الباحثة إلى ما سبق بأنه ومن خلال عملها تبين أن أكثر الطرائق المستخدمة لمحاولة الانتحار في غرة ابتلاع الأدوية أو التسمم وذلك بسبب سهولة توفر تلك المواد بأية لحظة وبكل مكان تقريباً، ثم جرح الوريد الذي يحتاج لجرأة أكثر لتنفيذه، يليها السقوط من علو الذي بحاجة لشجاعة أيضاً، ثم الطرائق الأخرى المختلفة.

خامساً: تصنيفات الانتحار:

وعلى الرغم من أن كل طرائق الانتحار تؤدي للنتيجة ذاتها إلا أن هناك عدة تصنيفات له وهي على النحو التالي:

- 1- الانتحار الهوسي: وهو الذي يكون على شكل هلاوس أو خيالات، أو استجابة لنداء خفي.
- 2- الانتحار الملانخولي (السوداوي أو الاكتئابي): وهو الذي يتبع حالة من الكرب نتيجة فقدان التقدير سواء لعلاقات أم أشياء، وغالباً ما يصاحبها عدد من الأفكار الهلاوس، والأفكار الهديانية التي تقود للانتحار.
- 3- الانتحار الوسواسي: بهذه الحالة تكون فكرة الموت تستحوذ على المريض دون سبب، وتسيطر عليه الرغبة بالانتحار على الرغم من تأكده عدم وجود سبب معقول لفعل ذلك، ويحاول قمع الأفكار ولا يستطيع، والمحاولة الوحيدة هنا إن فشلت، فهي كفيلة بأن تتجح بتسكين الرغبة المرضية فترة من الزمن.
- 4- الانتحار الاندفاعي أو الأوتوماتيكي: تنتج الرغبة بالانتحار هنا بلا إنذار وبلا مقدمات ولا يستطيع كبحها فوراً، بمعنى أن تظهر فكرة الانتحار وتُولد النتيجة بتلقائية، فمثلاً لو شاهد

السكين سيقوم في محاولة الانتحار، ويكون المريض واعياً بتلك الحالة (دوركايم، 1897م/ 2010م، ص33 - ص36).

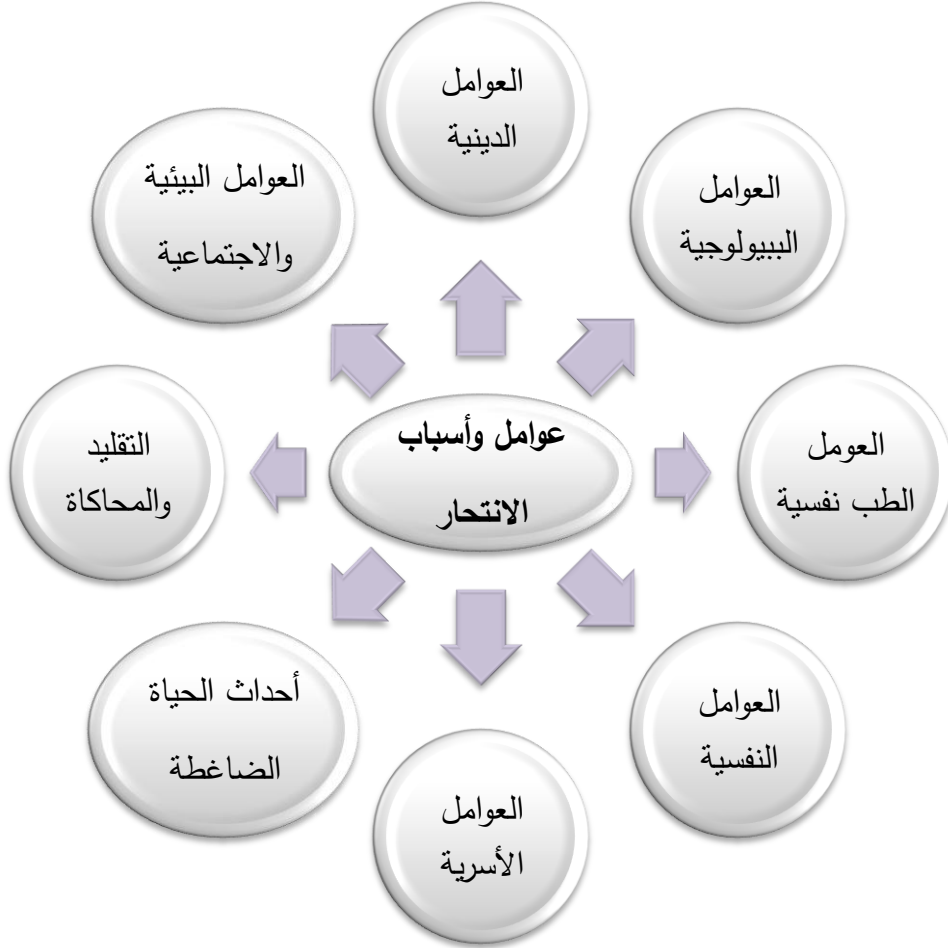
وبحسب DSM5 (2013, P.801) فإن هناك تصنيفات أخرى للسلوك الانتحاري بحيث يتم تصنيف السلوك الانتحاري - عادة - بحسب مدى عنف الطريقة المتبعة، وبشكل عام فإن الجرعات الزائدة من العقاقير (القانونية أو غير القانونية) تعتبر طرائق غير عنيفة، في حين يعتبر القفز أو إطلاق النار وما شابههما من الطرائق العنيفة، كما وهناك بعد آخر للتصنيف وهو التبعات الطبية المترتبة على السلوك الانتحاري، إذ تعرّف المحاولات شديدة الفتك على أنها المحاولات التي تتطلب الإدخال للمشفى عقب زيارة قسم الطوارئ، ويوجد بعد آخر للتصنيف وهو التخطيط للانتحار مقابل الاندفاعية، وهي صفة قد ينتج عنها تبعات طبية لمحاولة الانتحار، وإذا حدث السلوك الانتحاري قبل (12 - 24) شهراً من التقييم، فيمكن اعتبار الحالة في مرحلة الشفاء المبكر، مع الأخذ بعين الاعتبار أن الشخص يظل معرضاً لخطر الإقدام على محاولة انتحار أخرى والموت خلال الأشهر الأربعة والعشرين اللاحقة للمحاولة الأولى.

سادساً- دوافع وأهداف الانتحار:

تتلخص الأهداف للسلوك الانتحاري كما يراها أبو الخير (2001م، ص226)، في النقاط التالية:

- 1- كراهية الفرد للمحيط كما في حالة الاكتئاب الشديد والفصام، وبعض الأمراض المزمنة الخبيثة والمؤلمة كبعض أنواع السرطانات.
 - 2- الطمع في الحصول على حياة أفضل بعد الموت، كما حدث في مذبحة جونز تاون واتباع جماعة معينة من الشعب بولاية غويانا.
 - 3- كراهية الحياة والتضحية بها، لأجل تحقيق مصالح للآخرين من بعده كرجية التخلي عن العار، أو إيذاء الآخرين وهم أحياء حتى يشعروا بالإثم ناحيته.
- وتُضيف الباحثة أن محاولة الانتحار في الغالب لا تأتي من فراغ، ولا تكون وليدة اللحظة بل يوجد هناك عوامل وأسباب ممهدة للمحاولات والتي يمكن توضيحها فيما يلي:

سابعاً: العوامل والأسباب الدافعة للانتحار:



شكل (2.1): عوامل وأسباب الانتحار

1- العوامل الدينية Religious Factors:

ويعزو محمود (2008م، ص17) هذه العوامل إلى عدة أسباب كالجهد بأحكام الشريعة الإسلامية، فقد لا يدرك الشخص عظم جريمة قتل النفس، والبعد عن المنهج الإلهي واتباع الهوى ووساوس الشيطان، فطاعة الله تورث الرضا والقناعة والطمأنينة، فقد قال تعالى ﴿ وَمَنْ أَعْرَضَ عَنْ ذِكْرِي فَإِنَّ لَهُ مَعِيشَةً ضَنْكًا ﴾ [طه: 14].

وإذ تربط الباحثة بين التدين وعدم اللجوء للانتحار، فعند وعي الإنسان بدينه وتشريعاته بغض النظر عن نوع الديانة، فذاك سيعني أن هناك مرجعاً رئيساً يعود له عند مواجهته للمشكلات وسيجد ضمن التشريعات الحلول التي ستؤدي به للشعور بالطمأنينة، وعلى سبيل المثال فالدين الإسلامي قد أوجد الحلول حتى في أشد المصائب، سواء بالصلاة والدعاء أم الصبر أو الرضا بما قسمه الله .. إلخ، فذاك سيجلب الراحة والطمأنينة النفسية التي ستعود بالإنسان لرشده وتوكيل أموره لله سبحانه وتعالى، وهذا هو سر النجاح بالحياة.

2- العوامل البيولوجية Biological Factors:

فقد أثبتت عدة دراسات من بينها دراسة مان وستوف Mann and Stove (1997) أن انخفاض نسبة السيروتونين لدى محاولي الانتحار يؤدي إلى الانتحار مكتمل بالمستقبل (استينية وسرحان، 2012م، ص88)، إضافة للمشاكل بهوية المراقبة خاصة في طور الانتقال لمرحلة البالغين (قوننير، ب.ت/ 2001م، ص185).

وتعلق الباحثة على ما سبق أنه في فترات النمو وبالمراقبة خاصة والتي يحدث بها تغيرات بالهرمونات ونمو الجسم كتغير بالصوت للذكور، ونمو الأعضاء لدى الإناث، فهناك منهم لا يتقبل جسده أو صوته الجديد، كونه كان في مرحلة الطفولة مما يدفع به للشعور بالاغتراب، ومن ثم التفكير بالانتحار والذي قد يدفع للمحاولات الانتحارية.

3- العوامل الطب نفسية Psychiatric Problems:

ويجدر القول بأنه من الممكن أن يحدث السلوك الانتحاري في العديد من الاضطرابات النفسية ومن أشهرها اضطراب ثنائي القطب، اضطراب الاكتئاب الجسيم، الفصام العقلي، اضطرابات القلق (بشكل خاص اضطراب الهلع المصحوب بمحتوى مفرح والومضات المصاحبة لاضطراب ما بعد الصدمة)، اضطرابات تعاطي العقاقير خاصة الكحول، اضطراب الشخصية الحدية، اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع، اضطرابات الأكل، واضطرابات التكيف (DSM5, 2013, P.803)، ومن خلال الصفحات التالية، سيتم التوضيح حول العلاقة بين الاضطرابات النفسية والانتحار، تحت عنوان الاضطرابات النفسية والانتحار.

4- العوامل النفسية Psychological Factors:

كالشعور القهري بالعزلة والاعتراب عن مجتمعه، فينجم عن ذلك التاكيف المؤدي للضييق والقلق، ومن ثم اللجوء للانتحار (العزة، 2004م، ص273)، كذلك الديناميات والدوافع الفردية للشخص القلق والمعادي للمجتمع، وتفسر الباحثة ذلك بأن الشخص المعادي للمجتمع نتيجة شعوره بالكراهية والاضطهاد للآخرين ورفضه للقوانين والعادات المفروضة بالمجتمع هذا سيشعره بالاعتراب ومن ثم اللجوء للانتحار، وتضيف بأن الشخص القلق في حال فقد القدرة على التأقلم مع آثار القلق، فإنه سيبحث عن السبل لإنهاء القلق والتي من بينها التفكير بالانتحار ثم اللجوء للمحاولات الانتحارية.

وكذلك الموقف من الحياة وعدم تحمل الفشل والإحباط والصراع، فقدان شخص عزيز، هذا - بدوره - سيؤدي إلى اللجوء للانتحار للحاق به (العزة، 2004م، ص274)، الصراعات الداخلية والتي لا علاقة لها بالظروف الحالية ولا ترتبط بها بشكل مباشر (لينل وبيركلتر، 2008م/ 2009م، ص123)، وتفسر الباحثة ذلك بأنه نتاج مجموعة من الضلالات أو الأوهام والتي تكون نتيجة للفهم الخطأ للأمور أو التحليل السلبي لها قد يتخذ الفرد قرار اللجوء للمحاولات الانتحارية حتى يتخلص من أزمته.

كما وللصراعات والسلوكيات العدوانية الجسمانية مع أعضاء الأسرة وغيرهم دور باللجوء للانتحار (فوننير، ب.ت/ 2001م، ص188)، وسيلة لإيذاء الآخرين كتعبير عن الغضب الشديد (الزيود، 2007م، ص161)، الشعور بالاضطهاد وكراهية الآخرين له وعدم الرغبة به (العزة، 2004، ص277)، وتفسر الباحثة ما سبق بأن العلاقات السلبية والعدوانية تؤدي إلى شعور الفرد بالوحدة وعدم وجود من يحتويه وبأن الجميع ضده، وبالتالي يبحث عن الراحة بكافة الطرائق والتي من بينها الطرائق السلبية كمحاولات الانتحار.

5- العوامل الأسرية Family Factors:

اتضح وجود تاريخ لسلوك الانتحار في الأسرة خاصة في حالة كون أحد الوالدين يعاني من الاضطرابات السيكوباتولوجية، كذلك المشاكل الأسرية كالطلاق أو عصيان أحد الوالدين (استنيتية وسرحان، 2012م، ص89)، الفشل بالعلاقة بين الأزواج وفقدان المشاعر والحب بينهما وانعدام الأمان يؤدي للتفكير بالانتحار، الانتقاد اللاذع للأبناء يجعلهم يتجهون للتفكير

بالانتحار هرباً من الانتقادات التي بمثابة عار لهم من والديهم. (العزة، 2004م، ص276)، وعدم الرضا عن قواعد البيت ونظامه والشعور بكونها صارمة ثابتة يستحيل تغييرها (فونتيير، ب. ت/ 2001م، ص187).

وتضيف الباحثة لما سبق بأن طبيعة التنشئة الأسرية السلبية قد تؤدي للانتحار، فعلى سبيل المثال لا الحصر التربية المتشددة ستؤدي لتنشئة شخصية خاضعة لا تقدر على المواجهة، والتنشئة المتذبذبة ما بين التذليل والشدة ستؤدي لنشوء شخصية حدية - و هو طراز ثابت من عدم الإستقرار في العلاقات مع الآخرين و في صورة الذات و في العواطف و الإنفاعية الواضحة حيث يكون البدء في فترة مبكرة من البلوغ - وغير قادرة على صنع القرارات، كذلك الدلال الزائد وتلبية كافة الطلبات ستؤدي لتنشئة شخص حالم يتوقع أن تتحقق كافة أحلامه في لحظة، وعند مواجهة الواقع فمن الطبيعي أن تُصدم تلك الشخصيات السالفة الذكر وبخاصة أنها تتعامل مع أطياف مختلفة في المجتمع، وبالتالي ستشعر بزيادة القيود أو الصدمات أو عدم القدرة على التحمل أو التمرد، والتي من الطبيعي أن تؤدي للتفكير بالتخلص من ذاك الشعور؛ ومن بين تلك الأفكار التفكير في الانتحار ومن ثم المحاولة الانتحارية.

6- أحداث الحياة الضاغطة Stressful Life Events:

كالمشاكل القانونية ومشاكل الحياة اليومية والتي لها علاقة وطيدة بالانتحار، إضافة إلى طبيعة الاضطراب الباثولوجي لضحايا الانتحار والفقد الشخصي (استيتية وسرحان، 2012م، ص90)، والبؤس من الوضع العام؛ وعدم القدرة على حل المشكلات (الزيود، 2007م، ص161).

وتعلل الباحثة ما سبق بأن للفرد طاقة ولتلك الطاقة حد، وفي حالة زيادة الضغوطات والتي سببها المشاكل التراكمية أو زيادة المسؤولية، أو كثرة المهام الموكلة إليه، والتي تؤدي إلى فقدان القدرة على التحمل، وبالتالي يلجأ للبحث عن حلول للتخلص من ذلك العبء وتتمثل إحدى تلك الحلول في اللجوء للانتحار.

7- التقليد والمحاكاة Modeling and simulation:

كتقليد القصص والتقارير اليومية (استيتية وسرحان، 2012م، ص90)، وقيام الأبناء بلا قصد بمحاكاة الشخصيات التلفزيونية أو الميل للمجازفة والتهور (ليتيل وبيركلتر، 2008م/ 2009م، ص123).

وتربط الباحثة بين ما سبق وما يُعرض على شاشات التلفزة سواء بالرسوم الكرتونية كسوبرمان أم باتمان وغيره، أم بالأفلام التي تحاكي قصصاً عدوانية أم حروب واقتتال، فبكليهما نجد مشاهد لمن يهبط من مكان عال كقمة جبل أو سطح عمارة للهروب من شخص أو موقف ما أو بهدف الانقاذ لشخص آخر، وبطبيعة الأطفال والمراهقين حب التقليد وبالتالي يتم تقليدهم للمشاهد بهدف التقليد، وهذا هو الانتحار اللامقصود.

8- العوامل البيئية والاجتماعية Environmental and social factors:

كسوء الوضع الاجتماعي أو الاقتصادي، الغياب عن المدرسة، الانحراف، التوحد الجنسي، والمثلية الجنسية (استيتية وسرحان، 2012م، ص89- ص91)، التعرض لأزمات مالية أو الإفلاس سواء أكان بسبب التجارة أم اللعب كالفقر، الفقر فالعجز عن إشباع الحاجات الأساسية سيؤدي للتفكير بالانتحار (العزة، 2004م، ص275)، وقد يكون وسيلة أخيرة للفت إنتباه المحيط في حال فشل الوسائل الأخرى قد تكون وسيلة ذكية لمعالجة شخص آخر لكنها تحتاج للبراعة وذلك بتهديده بالانتحار (الزيود، 2004م، ص161)، وكذلك الفضائح الجنسية خصوصاً في المجتمع المحافظ، فالانتحار هنا وسيلة للحفاظ على السمعة، أو وسيلة هروب من الأحكام القاسية كالسجن أو الإعدام (العزة، 2004م، ص27)، كما أن زيادة التوتر والمنافسة بين الطلاب أو الفشل بالمدرسة مع زيادة مطالب المدرسة يؤدي للمحاولات الانتحارية (فونتيير، ب.ت/ 2001م، ص188).

وتفسر الباحثة ما سبق بأن طبيعة البيئة أو المجتمع الذي ينشأ به الفرد له أثر على لجوء الفرد للانتحار، فعلى سبيل المثال كَوّن الفرد يعيش في وسط ممتليء بالمشاحنات سواء الوالدين، الأصدقاء، الأم والجدة، سواء أكان أحد أطراف المشاحنات أم كان له دور المتفرج، كذلك لو كان يعيش في بيئة ومجتمع مليء بالحروب أم هناك مجاعة أم عدم وجود أماكن للترفيه، أم انعدام وجود الأصدقاء، أم عندما لا يكون هناك عمل، أو في حالة كان عمل ولكن

تكثر المشكلات مع الزملاء أو الإدارة، فهذا سيؤثر على تفكيره وإحساسه وشعوره ويسلب طاقته وبالتالي اللجوء للانتحار كوسيلة لجلب الراحة وللتخلص من المشكلات، كما وتتوه الباحثة بأنه لا يمكن فصل عامل عن آخر، فالفصل فقط لفهم وتوضيح الأسباب، بينما فعلياً فالعوامل مترابطة بل وقد يكون السبب في - حد ذاته - يتبع عاملين كالشعور بالاضطهاد قد يكون بسبب اجتماعي ونفسي وأسري، مثلاً شخص نشأ بتنشئة تسلطية هذا بدوره جعله يشعر بكرهية الأهل له، ثم عند اختلاطه بالمجتمع لم يستطيع مصادقة أحد، لأنه لم ينشأ على ذلك، وأصبح معادياً للجميع، وبالتالي شعوره بالوحدة والنقص جعله يشعر بالاضطهاد ومن ثم التفكير للخلاص من ذلك، وتكون إحدى نتائج التفكير محاولات الانتحار.

وما يؤكد ما سبق دراسة أحمد (1991م، ص66) التي توصلت إلى أن نجاح إحدى محاولات الانتحار كان نتيجة للتفاعل بين العوامل التكوينية وخبرات التنشئة الاجتماعية والنفسية، وأيضاً دراسة عبد القوي (1989م، ص205) التي أكدت أن المشكلات الأسرية والزواجية والدراسية تلعب دوراً أساسياً في محاولة الانتحار، ويسوق ذلك إبتعداداً في الشخصية يتمثل في درجة عالية من التوتر والعصائية واضطراب عملية الحكم والتفكير.

كما ويعزو فرانسيس بيكون Francis Bacon الانتحار إلى الشعور بالعزلة مع توفر وسائل الحضارة، حيث يمكن إيجاز قوله بأنه من النادر إدراك الأشخاص للعزلة وآثارها، فلا يعني وجود جمع من الناس الصحية، فإن الحب هو الأساس، وإن انعدم فالناس مجرد صور، والحديث معهم فرقة، كما ويؤكد ألسير برلين أن الانتحار يكون بهدف تحطيم كل ما يمكن أن يجس الشعور، ويعني بقوله إن الهدف من اللجوء للانتحار هو الخلاص من المشاكل، ويرى هنري أن التقدم العلمي يوماً ما سيكون سبباً للانتحار، وذلك من خلال تفجير العالم (الخالدي، 2007م، ص322 - ص323).

ثامناً: الانتحار ومحاولات الانتحار بغزة:

وعلى صعيد غزة تضيف الباحثة القول بأنه - ومن واقع عملها أو من خلال اهتمامها بمتابعة حالات ومحاولات الانتحار - فهناك بعض الحالات قد حاولت الانتحار أو انتحرت فعلاً بسبب نتائج الثانوية العامة سواء أكان ذلك بسبب تدني مستواها الأكاديمي من الأساس أم عدم تقبل الأهالي للنتيجة، أم بسبب الحصول على معدلات أقل من مستواها أم لم يحالفها الحظ فرسبت بالثانوية العامة بعد أن كان متوقفاً أنها ستكون من الأوائل، كذلك الاصطدام

بحقيقة أحد أفراد الأسرة وخاصة الوالدين ككونه يعاني من مرض أو اضطراب أو وضع لا يتقبله عليه، فيحاول الهرب من الحياة خشية من نظرة الآخرين له أو لرفض واقع بات مفروضاً عليه، كذلك الاقتتال الداخلي الفلسطيني والذي أثر على رواتب الموظفين، فهناك حالات لموظفين تم اقطاع رواتبهم قاموا بمحاولات الانتحار، وآخرين بسبب تراكم الديون أو عدم القدرة على التوفيق بين تكاليف الحياة اليومية وسداد مستحقات البنوك، وكذلك عدم القدرة على سداد الرسوم الجامعية، وكذلك المحاربة في لقمة العيش كإغلاق البسطات وحجزها، علماً بكونها مخالفة للقوانين، ولكن للضرورة أحكام، فلا يوجد مصدر رزق غيرها في ظل الضغوطات التي نعيشها، وهرباً من تلك الضغوطات نجم عنها الطريق لمحاولة الانتحار.

وأما عن نسب الانتحار ومحاولات الانتحار بالسنوات الست الأخيرة (2009م)، (2010م)، (2011م)، (2012م)، (2013م)، (2014م)، (2015م) فهي كما يلي (5.68%)، (12.9%)، (14.8%)، (15.43%)، (15.34%)، (16.11%)، (19.5%) على التوالي، مما يمكن للباحثة أن تستخلص أن للحروب الثلاث الأخيرة أثر في زيادة نسب الانتحار ومحاولاته، فقد ازدادت بعد الحرب الثانية على غزة (2012م) بنسبة (0.63%)، وأما بعد الحرب الثالثة (2014م) فقد ازدادت بنسبة (3.4%)، ولا توجد إحصائية لما قبل الحرب الأولى (2009م)، حتى تتمكن الباحثة من مقارنة نسبة الانتحار ومحاولة الانتحار ما قبل الحرب الأولى وبعدها.

ومن خلال الجداول التالية توضح الباحثة الانتحار ومحاولات الانتحار بغزة لعامي (2014م، و2015م) بحسب البيانات التي تم الحصول عليها من قبل الشرطة الفلسطينية، والتي سُمح لها بالنشر:

جدول (2.1): توزيع حالات الانتحار ومحاولات الانتحار بحسب الفئات العمرية

الفئة	أقل من 18		18 - 30		31 - 45		أكثر من 46	
السنة	2014م	2015م	2014م	2015م	2014م	2015م	2014م	2015م
النسبة	24.2%	19.8%	56.9%	65.2%	13.2%	12.7%	5.6%	2.3%

وبملاحظة الجدول السابق نجد بأن أكثر الفئات العمرية لجوءاً للانتحار ومحاولات الانتحار هي فئة الشباب ما بين (18 - 30 عاماً)، ويمكن للباحثة أن تعزو ذلك لعدة أسباب لعلّ أبرزها البطالة، عدم القدرة على إكمال التعليم أو تحقيق الطموح، عدم وجود أماكن للترويح عن النفس.

جدول (2.2): توزيع حالات الانتحار ومحاولات الانتحار بحسب المحافظات

المحافظة	2014م	2015م
شمال غزة	%9.5	%11.1
غزة	%47.6	%39.5
الوسطى	%5.6	%10.9
خان يونس	%25.5	%25
رفح	%11.7	%13.6

وبملاحظة الجدول السابق نجد بأن أكثر سكان المحافظات لجوءاً للانتحار ومحاولات الانتحار هي محافظة غزة، وتعزو الباحثة ذلك لكون محافظة غزة مدينة وتكتظ بالسكان مما يزيد من الخلافات والمشكلات، كذلك طبيعة الانفتاح بمحافظة غزة أعلى من المحافظات الأخرى لذا قد تكون العلاقات العاطفية لها دور بذلك.

جدول (2.3): توزيع حالات ومحاولات الانتحار بحسب الجنس

الجنس	ذكر		أنثى	
	2014	2015	2014	2015
السنة	2014	2015	2014	2015
النسبة	%49.6	%50.4	%50.4	%49.6

وبملاحظة الجدول السابق نجد بأنه لا توجد فروق تعزى لمتغير الجنس لحالات الانتحار ومحاولات الانتحار، وتعزو الباحثة ذلك إلى أن طبيعة مجتمع غزة المحافظ لا يسمح بتسجيل الإناث لدى الشرطة أو لدى المستشفيات كمحاولات انتحار وذلك حفاظاً على سمعتها، فمن يحاول الانتحار تتبعه الاتهامات، وما يؤكد ذلك أن كافة الدراسات حول الانتحار قد أكدت بأن نسب محاولات الانتحار لدى الإناث ضعف نسب الانتحار لدى الذكور والتي غالباً غايتها لفت الانتباه، بينما بالانتحار الذكور أعلى من الإناث بسبب الجدية بالانتحار.

جدول (2.4): توزيع حالات الانتحار ومحاولات الانتحار بحسب الدافع

الدافع	2014م	2015م
خلاف عائلي	61.3%	65.5%
حالة نفسية	21.2%	15.2%
ضائقة مالية	7.1%	7.9%
مجهول	6.5%	7.1%
عاطفي	1.1%	0.7%
مرض نفسي	2.8%	3.6%

وبملاحظة الجدول السابق نجد بأن الخلافات العائلية تحتل المرتبة الأولى بدوافع اللجوء للانتحار، وتعزو الباحثة ذلك إما لضيق السكن أو لعدم قدرة على تحمل المشكلات.

جدول (2.5): توزيع حالات ومحاولات الانتحار بحسب الأدوات المستخدمة

الأدوات المستخدمة	2014	2015
الأدوية	69.5%	62.9%

2015	2014	الأدوات المستخدمة
%20.5	%18.6	السموم
%2.3	%2.4	الشنق
%8.9	%5.4	آلة حادة
%2.5	%1.1	الحرق
%2.1	%1.9	السقوط من علو
-	%0.4	إطلاق النار
-	%0.2	سموم وأدوية
%0.2	%0.2	غرق
%0.5	%0.2	أخرى

وبالنظر للجدول السابق نجد أن الأدوية هي أكثر وسيلة مستخدمة، وتعزو الباحثة ذلك لكونه الأكثر توفراً وتداولاً بكل منزل تقريباً، كذلك اللجوء للأدوية لا يكون الهدف منه الانتحار بقدر ما هو لفت انتباه المحيط.

جدول (2.6): توزيع حالات الانتحار ومحاولات الانتحار بحسب الحالة الاجتماعية

أرمل	مجهولة	مطلق	خاطب	عزب	متزوج	الحالة الاجتماعية
-	%5.4	%0.9	%1.7	%48.7	%43.3	2014
%0.9	%1.8	%3.6	%1.4	%56.5	%35.8	2015

وبملاحظة الجدول السابق نجد بأن فئة العزاب هي الأكثر لجوءاً للانتحار، وتعزو الباحثة ذلك إما للشعور بالوحدة، أو لعدم القدرة على الزواج، تليها فئة المتزوجين، وتعزو الباحثة ذلك إما لعدم القدرة على إدارة شؤون المنزل، أو للخلافات الزوجية.

وتأكيداً لما سبق فإن هناك دراسة تُعد الأولى فلسطينياً من نوعها درست ظاهرة الانتحار بالضفة الغربية وقطاع غزة للباحثة نادية الصباغ أجريت في عام (1997م) ونُشرت عام (2007م)، كان من أبرز نتائجها: الآثار البارزة للحرب والاحتلال والعنف السياسي على قصص الشباب والفتيات المحاولين للانتحار، حيث خلصت بدراستها إلى زيادة محاولات الانتحار في المجتمع الفلسطيني إثر نهاية الانتفاضة الأولى (1987م - 1993م) (ثابت، 2012م، ص49).

تاسعاً- الاضطرابات النفسية وعلاقتها بالانتحار:

يقول العلماء إن وراء كل رغبة بالانتحار مرض نفسي، وقد أكد ذلك البروفيسور كلاوس توماس Klaus Thomas مدير معهد برلين الخاص الذي قام بدراسة 5000 حالة انتحار، كان بينها 4986 شخصاً عانى من مرض نفسي.

لكن تجدر الإشارة إلى أن ليس الأمراض النفسية وحدها هي السبب في محاولات الانتحار (يوكر، ب.ت/ 1982م، ص108)، لذا لا بد من الإشارة إلى أن هناك فرقاً بين الأزمات النفسية الاجتماعية التي تؤدي إلى التفكير بالانتحار كحل للهروب من هذه الأزمات، وبين الاضطرابات النفسية المؤدية للانتحار وفي مقدمتها الاكتئاب (الشربيني، 2001م، ص187)، فأكثر من 70% من المنتحرين هم ضحايا لهذا المرض، ونسبة أخرى من ذوي الشخصية المضطربة والمدمنين على الكحول والمخدرات، ونسبة أخرى من الفصام العقلي (سرحان والخطيب وحباشنة، 2001م، ص62).

وفيما يلي تعرض الباحثة مختصراً يوضح فكرة الانتحار لدى مجموعة من الاضطرابات النفسية والتي تمكنت من الحصول على مراجع لها، فهي كما يلي:

1- الاكتئاب:

يكون الانتحار بهذا الاضطراب كحل للتخلص من الألم والمعاناة المحيطة به، ولا يكون حلاً أولاً بل نهائي حينما تتوفر العوامل المساعدة على القيام بذلك، وعلى سبيل المثال طبيعة المشكلات التي يمر بها المريض، كذلك مدى ارتباطه بأسرته ومعتقداته الدينية والفكرية، والمساعد الرئيس لمحاولة الانتحار لدى المكتئبين عدم وجود دعم أو مساندة من المحيط مما يجعله يفقد الأمل بالخروج من الحالة التي يعاني منها (الشرييني، 2001م، ص187).

كما أنه يشيع أن من يُقدم على الانتحار يكون لديه اكتئاب شديد، لكن حقيقة هناك بعض حالات الاكتئاب النفسي الحاد ولكن ببطء الحركة وهبوط الإرادة يؤديان إلى عجز المريض عن الإقدام على تنفيذ الانتحار (الشرييني، 2001م، ص189)، كما أن المرضى الذين تماثلوا للشفاء من اكتئاب شديد هم بخطر عالٍ لارتكاب الانتحار أكثر من أولئك الذين ما زالوا مكتئبين بشدة، وذلك يعود لأن المرضى قد استردوا وضوحاً كافياً للتفكير والطاقة ليتصرفوا وفق أفكارهم الانتحارية، كما أنه في حالة ظهور الأمن المفاجئ لدى المريض المكتئب والمحتاج سابقاً هو بمثابة عامل خطر آخر من أجل الانتحار وهذا لربما يدل على أن المريض قد توصل لقتل نفسه وهو الآن هادئ (إبراهيم، 2011م، ص270).

وإذ تعلل الباحثة سبب علاقة التماثل للشفاء من الاكتئاب والتفكير بالانتحار بالقول: إنه في حالة الاكتئاب الشديد يكون المريض معطل التفكير؛ وحينما يتمثل للشفاء يبدأ بتشغيل التفكير، ومن الطبيعي تتوارد الأفكار السلبية ومن بينها التفكير بالانتحار ولربما اللجوء إليه.

وأما بالنسبة لحالات الاكتئاب الذهاني فالشعور بالتفاهة، وعدم القيمة والتوسوس بالذنب فالبتالي يؤدي أحياناً للدوافع الانتحارية، وإذ رأى كل من فارييرو وشنايدمان Farbaro and Schneidman 1979م أن السلوك الانتحاري يصل له المكتئبون في حالة حاجتهم للمعونة من الآخرين، وتعجز الحالات المكتئبة بشدة عن إيجاد الحلول وينقطع بالتالي الأمل بالمستقبل (أحمد، 1992م، ص578).

كما أن ظهور مريض الاكتئاب المهتاج سابقاً بشكل فجائي بمظهر الأمن والسلام، لربما كان دليلاً على أنه قد توصل لحل قتل النفس الآن وهو هادئ (ب.م، ب.ت/ 2008م، ص138).

2- النرجسية:

طبيعة الشخصية النرجسية تحب تقدير الذات، وفي حالة العجز عن ذلك والمرور بخبرات مؤلمة والنقد والتهوين من ذواتهم، فذلك سيجعلهم أكثر عرضة للرغبة بالانتحار.

وقد توصلت ستون Stone إلى أن المرضى ذوي الشخصية الهامشية المنطبقة عليهم المعايير التشخيصية النرجسية لديهم ميول عالية للانتحار أكثر من ذوي اضطراب الشخصية الهامشية، كما وتوصلت إلى أن من يعانون من اضطراب الشخصية النرجسية أكثر عرضة للانتحار من بقية المرضى النفسيين (البحيري، 2007م، ص 236 - ص 237) وإذ تُعَلَّل الباحثة ما سبق بأن الشخصية النرجسية تُحب دائماً سماع المدح والإطراء ونيل الإعجاب من قبل الجميع، وفي حالة انقطع أو خفَّ هذا الإطراء يُشعرها ذلك بالنقص وتميل لجذب الاهتمام مرة أخرى في محاولة الانتحار، إما لنيل العطف مرة أخرى، أو لعدم قدرتها على تحمل التهميش حتى لو كان جزئياً.

وقد وصف كيرنبرج Kirnbeerg أن من يعانون من النرجسية الخبيثة ممن يعانون من اضطراب نرجسي بالشخصية واضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع، بأنهم يشعرون بالسعادة وتضخيم الذات حينما يتصرفون بطريقة عدوانية، وكان بعض منهم يشعر بالسعادة وبالغناد أو التمرد القاسي، وقد كان هؤلاء المرضى والذين كانوا منعزلين في علاقاتهم الاجتماعية عن الآخرين عرضة - بصفة خاصة - للتشوه، وفي بعض الأحيان يميلون لقتل النفس من أجل إشباع بارد وتحكمهم بالحياة والموت إلى حد يصل لفرح الأهل والأقارب والأطباء النفسيين، وتميل العمليات الانتحارية مع هؤلاء المرضى (البحيري، 2007م، ص 236 - ص 237).

3- الفصام:

في حالات مرض الفصام يكون الانتحار استجابة لأصوات وهمية تعرضه على إنهاء حياته، ويكون الانتحار في حالة الفصام نادراً، نظراً لكون المريض متبلد الشعور ومسلوب الإرادة فلا يفعل ما يطرأ على مخيلته (فهيم، 2007م، ص 67).

وتوضح الباحثة ذلك بأن محاولة الانتحار لدى الفصامين تتمثل بسماع أصوات تدفعه للانتحار كأن يقول له: هيا ألق بنفسك، أو اقتل نفسك لكن بطبيعة تبلد الإحساس لدى الفصامي لا يقوم بتلبية هذه الأوامر الملقاة عليه.

4- الهستيريا:

يكون الهدف من الانتحار لدى هؤلاء المرضى لفت الانتباه دون أن يكون لديهم عزم أكيد للانتحار، وهم - غالباً - ما يتركون دليل بعد فعلتهم لتدل على سبب الإصابة ليسعفهم بالعلاج قبل فوات الأوان (فهيم، 2007م، ص67)، ويتخذ شكل الانتحار عند الهستيريا الشكل المسرحي لجذب الانتباه واستثارة العطف وغالباً ما يحدث بشكل لا واعي (الديدي، 1995م، ص178).

وتضيف الباحثة القول بأن الشخص الهستيريا لا يُقدم على الانتحار في حالة وجوده لوحده في مكان خالٍ من الأفراد، إذ إنه يختار بعناية الوقت المناسب لتلك المحاولة بحيث يتيقن من أن هناك من سيلتفت إليه ويسعى لإنقاذه، ولربما يُصدر صوتاً قبل القيام بفعلته.

5- البارانويا:

يُقدم البارانوي على الانتحار بعد سابق تصميم حتى يفلت من مضطهدين وهميين يعتبرهم أعداء وخونة (الديدي، 1995م، ص178).

وتُفسر الباحثة ما سبق إلى طبيعة الشخص البارانودي الذي يعتقد أن هناك من يترصدّه ويتتبعه ليُلحق الأذى به، نظراً لكوّنه شخصاً مهماً، مما يدفعه خياله لإطلاق العنان للبحث عن سُبُل الخلاص من أولئك الأعداء والتي من بينها اللجوء لمحاولات الانتحار.

6- الصرع والتشوش الفعلي:

أولئك الذين يُعانون من الصرع والتشوش الفعلي يكون إقدامهم على الانتحار بشكل لا إرادي لا واعي (الديدي، 1995م، ص178)، وتُضيف الباحثة أنه إضافة للصرع يكون المريض يُعاني من اضطراب نفسي آخر كالاكتئاب أو غيره، وما يؤكد ذلك ما توصلت له دراسة فيروتتي وآخرون (Verrotti, A, et. al, 2008, P. 365) والتي هدفت إلى تحليل العلاقة بين الانتحار والصرع، ومعرفة عوامل الخطورة، وتحليل الخيارات العلاجية الفعّالة بأنه غالباً ما يكون هناك ميل أكبر تجاه تطوير الاكتئاب والانتحار، خاصة في أمراض الصرع

والسكري، حيث يُعد الانتحار من أهم أسباب الوفاة، ورغم ذلك غالباً ما يُستهان به، حيث قاموا بهذه الدراسة بتحليل العديد من الدراسات التي قارنت نسب الوفاة الناتجة عن الانتحار لدى مرضى الصرع بتلك التي لدى عامة الناس، وقد أظهرت جميع الدراسات بأن مرضى الصرع يميلون للانتحار أكثر من الأشخاص الأصحاء الذين قورنوا بهم (العينة الضابطة)، كما أظهرت بأن بعض أنواع الصرع تجعل الفرد أكثر ميلاً للانتحار مثل - temporal - lobe - epilepsy، كما وأشارت الدراسات أيضاً إلى بعض عوامل الخطورة ومنها العلاج الجراحي (كانت نسبة الميل للانتحار خمسة أضعاف النسبة لدى مرضى الصرع الذين يخضعون للعلاج الدوائي)، كما أن غياب التشنجات لفترة طويلة خاصة بعدما كانت متكررة كثيراً، ووجود اضطرابات نفسية مرافقة (كالإكتئاب الجسيم، اضطرابات القلق، الإكتئاب، اضطرابات الشخصية، سوء استخدام العقاقير، والذهان) تُساهم في اللجوء للانتحار.

7- الإعاقة الذهنية:

نادراً ما يُقدّم المعاق ذهنياً على الانتحار، وإن حدث فالسبب يكون سوء تصرف أو عن طريق الخطأ (الديدي، 1995م، ص178)، وإذ تُعلّل الباحثة ما سبق بأن الإعاقة الذهنية هي فقدان للعقل والانتحار أو محاولة الانتحار بحاجة لتخطيط وتحضير، وهذا ما لا يستطيع المعاق ذهنياً القيام به بسبب تدني قدراته العقلية وإمكانياته.

8- الغضب والقلق والهجاس:

نادراً ما يتم اللجوء هنا للانتحار، حيث إن فكرة الاستحواذ أشد من الرغبة بالموت (الديدي، 1995م، ص178)، وتُعلّل الباحثة ما سبق بأن الانتحار هو موت الأهداف، وبأن تُصبح الحياة خالية من أي هدف، لكن طبيعة الشخص القلق لديه هدف وطموح يسعى لتحقيقه، وهذا ما يتنافى مع الهروب من الحياة.

9- الإدمان:

هناك بعض من حالات إدمان الكحول تعتبر حالة إكتئاب حادة يصحبها مضاعفات عقلية ونفسية وجسمية، وبما أن المدمن لا يستطيع ضبط تصرفاته تحت تأثير الكحول؛ فيمكن أن يتعرض لإيذاء نفسه بسبب الاكتئاب والأعراض الأخرى المصاحبة للإدمان (أبو مغيصب والزراد، 2008م، ص 105 - ص 106).

10- اضطرابات الأكل:

يشير كل من الانتحار Suicide واضطرابات الأكل Eating Disorders إلى صراع داخلي وسلوكيات سوء التوافق أقرب للحدوث أثناء فترة المراهقة والرشد المبكر، أكثر مما تحدث في أي مرحلة من المراحل المبكرة أو المتأخرة من النمو (ب. م، م، ب.ت/ 2009م، ص 525). وتعلق الباحثة على ما سبق أننا لو أردنا تصنيف الأسباب المؤدية إلى محاولات الانتحار من خلال الاضطرابات النفسية، فهناك ما يكون بشكلٍ واسعٍ كالتفكير السلبي الذي يتصدر قائمة أسباب محاولات الانتحار سواء أكان ذلك هروباً من مشكلة أم بكيفية لفت إنتباه المحيطين، والشكل اللاواعي كما في حالة وجود هلاوس سمعية أو أوهام وضلالات تحدث على وجوب اللجوء للانتحار.

ويُضيف فهيم (2007م، ص 68) بأنه لا تقتصر مسببات الانتحار على الاضطرابات النفسية؛ بل ولربما كان السبب بالأمراض العضوية المزمنة والتي يصاحبها الاكتئاب، ويكون ذلك خاصة بين المسنين الذين يعانون الاكتئاب، نتيجة لإدراكهم المتدهور والوحدة وضعف القدرة البدنية والعقلية إضافة للإحساس باليأس والركود الإجباري وعدم تلقائية الحركة، وأحياناً لوجود مرض عضال غير قابل للشفاء.

عاشراً- الشخصية الانتحارية:

يغلب على شخصية المنتحر سمات عدم النضج والنكوص الطفولي المتمركز حول الذات، ويعاني المنتحر من الوحدة وتتطوي شخصيته على عدوان شديد كامن والعجز عن تكوين علاقات اجتماعية مُرضية (منصور، 2011م، ص 218).

كما أنهم يتسمون بالانطواء وفرط الحساسية (ب.م، ب.ت/ 2007م، ص44)، كذلك تتسم شخصيته باللامسؤولية وبلا هوية جنسية، ويعيش حالة من الفراغ المستمر والشعور بالاكنتاب (محمود، 2008م، ص 24)، مع الافتقار للتفاؤل والشعور بالتعاسة وانعدام الأمل بالمستقبل (فونثير، ب.ت/ 2001م، ص188).

وبشكل عام فهناك صفات مميزة لمن ينتحر أو يحاول الانتحار يحددها محمود (2008م، ص24) يمكن إيجازها على النحو التالي:

- 1- خلل على صعيد الأنا، فلا يستطيع بلورة الطاقات الدفاعية للتعامل مع الآخرين.
- 2- الشعور الواقعي أو الخيالي بالنقص أو الخسارة.
- 3- الشعور بصعوبة الظروف وعدم القدرة على مواجهتها.
- 4- توظيف كل الخيال تجاه شيء معين، وهذه هي الطعنة النرجسية، أو ضعف الخيال لديه؛ ولا يستطيع التخفيف من ضغوطاته عن طريقه.
- 5- العنف مع الذات النابع من الكبت وصعوبة التعبير.
- 6- دائماً ما يكون بحاجة ماسة لامتداح الآخرين وطمأننتهم له، وهذا ناجم عن ضعف الثقة بالنفس.
- 7- عاجز عن إيجاد الحلول وفاقدهم للقدرة الذاتية، ولا يجد سوى الانتحار كونه الحل الأمثل لأية مشكلة.

وتضيف الباحثة بأن الشخصية التي تحاول الانتحار لديها أولاً ضعف إلى جانب التدين، والذي يكمن بالإيمان بالقضاء والقدر، فلو كان راضياً بما قسمه الله عز وجل وصابراً على البلاء، لما لجأ لمحاولة الانتحار، كذلك بنية الشخصية المحاولة للانتحار بطبيعتها هشة، إما لتعرضها للعوامل السالفة الذكر، أو لكونها تعرضت لظروف وصدمات متتالية جعلت بنيتها وقوتها تنتزاع، وبالتالي تصبح هشة غير قادرة على تحمل المشكلات أو الواقع الجديد الذي تمر به، مما يؤدي للتفكير بالانتحار، ومن ثم اللجوء للمحاولات الانتحارية.

الحادي عشر - نمو السلوك الانتحاري:

من المداخل المهمة لفهم وتحديد سلوك الانتحار لدى الأطفال والمراهقين ما يسمى بالتشريح النفسي Psychological Autopsy، حيث يحاول الباحثون فهم التصرفات - خلال الأونة الأخيرة - والتاريخ النفسي والتاريخ الأسري لضحايا الانتحار، وهناك دراسات تم من خلالها إعداد فريق من الباحثين بهدف الكشف وتحديد العوامل المؤدية للانتحار للوقاية من تلك المشكلات في المستقبل، كذلك استعدوا لتقديم خدماتهم لمن هم بحاجة لذلك، وتوصلوا - من خلال مكاتب التحقيق - إلى من يشتبه بتعرضهم للانتحار، وذلك بهدف مقابلتهم دون جرح لمشاعرهم وقاموا بعقد مقابلات غير مخططة مع أفراد الأسرة لتقصي التاريخ الأسري والمدرسي والنمائي، مع فحص للأحداث المهمة في حياتهم وإعادة تنظيم سلوكهم خلال الأيام القليلة السابقة للانتحار مباشرة، مع مقابلة بعض أقارب وأصدقاء الضحية المهمين في حياته (ب.م، ب.ت/ 2007م، ص41).

كما ويمثل الانتحار قمة المأساة الإنسانية، وهو يُمثل مشكلة اجتماعية لكثرة إقدام الشباب والمراهقين على الانتحار، وحرمان المجتمع من الشباب، وممن لهم قدرات ممتازة، كما ويُعتبر الانتحار مؤشراً على وجود اضطراب في الشخصية وفي العلاقات الاجتماعية والفكرية، وتكثر حالات الانتحار لدى المراهقين الذين يُعانون من مرض الفصام والاكتئاب، كما أن عملية الانتحار تُفسر على أنها نتيجة موقف يحد من مجال شعور الفرد المنتحر لدرجة فقدان الانتباه للحياة ذاتها؛ وعند ذلك يحدث إنهيار عضوي، وتُصبح المراكز العصبية العليا غير قادرة على الاستجابة للمثيرات فيفقد الفرد القدرة على التخيل، وتكون النتيجة شللاً للقدرة الذاتية السوية عن مواجهة مشاكل الحياة، وقد يكون سبب الانتحار حصيلة مرض الاكتئاب الشديد أو في حالات الإحباط العاطفي والهذاء، وفي الغالب يكون الانتحار لدى الذكور جريئاً، أما بالنسبة للفتيات فيكون لتحقيق بعض الأغراض لديهنّ (الزباد، 1997م، ص87).

وفيما يلي تعرض الباحثة تفصيلاً لنمو الانتحار عبر مراحل النمو الطفولة، المراهقة، الشباب، والمسنين.

الثاني عشر - مراحل النمو وعلاقتها بالانتحار:

1- الطفولة:

يُعد إقدام الأطفال على قتل أنفسهم أكثر مأساوية من وفاتهم الطبيعية، كما أنه من الصعب على أسرة الطفل وأصدقائه على - وجه الخصوص - التعامل مع هذه الكارثة (بالدوك، ب.ت/ 2005م، ص114)، وقد يكون التحدث حول الانتحار لآباء الأطفال الذين يتمتعون بالصحة والحيوية بمثابة المفاجأة، لكن لا بد لنا أن ندرك بأن التعرض لعدد من الضغوط النفسية باستمرار ممكن أن يؤدي في النهاية للتفكير بالانتحار، وقد تكون الضغوط النفسية لهم كالاختبارات المدرسية، المضايقات التي يتعرضون لها من قبل زملائهم بالمدرسة، مشاكل مع الأقارب، عدم القدرة على تحقيق ما يتوقعه الآخرون منهم، التعرض للإحباط والمزيد من الصراعات الداخلية، ولقد ازدادت المحاولات الانتحارية في السنوات العشر الأخيرة لمن هم دون الأربعة عشر عاماً (سوليفان، 2002م/ 2008م، ص165 - ص166).

وبحسب ليدي موتون Lady Mouton فإن الأطفال الذين يتعرضون لحوادث السير، فذلك يعود لتعمدهم للعب لعبة الانتحار، وما يثبت كلامها دراستها لعشرين طفلاً ممن أدخلوا المستشفى إثر حوادث السير؛ وكانت النتيجة كالتالي:

هناك طفلان لديهما غير من المواليد الجدد، وثلاثة ممن عوقبوا بالضرب ظلماً، وآخرون لم يحصلوا على ما تم وعدهم به، وآخر علم بأن أمه الأرملة تعتزم الزواج، كما وأنها أكدت أن من يقوم بتلك الأفعال هم الأطفال قبل سن الرابعة عشر، حيث لا يعلمون عواقب الفعل بقدر ما يسعون لتحقيق نتائجهم، وعلى أثره بدأ الأطباء ينصحون بضرورة بقاء الأم مع طفلها أثناء دخوله المستشفى، فذلك سيزيد من سرعة تماثله للشفاء وصحته النفسية والعكس صحيح (رفعت، 1993م، ص232).

كما أن هناك بعض الأطفال ذوي المزاج المتقلب وممن تربوا على أن الانتحار هو أحد الحلول للمشاكل العالقة، فالوقوع بالمشاكل هو نهاية العالم، ولا بد من اللجوء للانتحار كعاقبة للمحيط، فهو بمثابة استغاثة للمحيط بضرورة الإغاثة (خضور، 1990م، ص 247).

2- المراهقة:

قد يلجأ المراهق لسلوك الانتحار، حيث أن تلك المرحلة - عادة ما تكون - محفوفة بالعادات والصراعات الاجتماعية، فضلا عن كونهم معرضين للاضطرابات العاطفية، فينظرون للانتحار على أنه حلٌّ للألم النفسي أو الجسدي أحيانا المرتبط بالاكتئاب، اليأس، الفراغ، الخوف، والإجهاد مضافاً لعوامل أخرى والذي يفوق الاحتمال ويضطرهم إلى اللجوء لإنهاء حياتهم (ليتل وبيركلتر، 2008م/ 2009م، ص123).

وعلى الرغم من خصوصية كل حالة من حالات الانتحار؛ إلا أن هناك عدداً من إشارات التنبيه التي يتفق عليها المراهقون بهذا الشأن، وهي التغيرات المفاجئة بالسلوك والتغيرات في نمط النوم أو فقدان الاهتمام بالأنشطة اليومية أو الانسحاب من بعضها، وإحساس بالخزي واليأس والذنب مع عدم قدرة على التركيز، والتخلص من المقتنيات الثمينة، كما يجدر الانتباه هنا على أنه في حالة وجود أي من هذه الأعراض فالمراهق هنا بخطر (شريم، 2007م، ص334).

فوجود أحداث فجائية طارئة هي السبب الرئيس لدفع المراهق لمحاولة الانتحار كالمريض، الرسوب المدرسي، خسارة الحبيب، لكن تلك الأسباب والعوامل هي نتيجة لأحداث قديمة كالعوامل النفس مرضية أو الاجتماعية التي تغرس أسبابا حقيقية، فمحاولة الانتحار عبارة عن دفاع يخفي الأسباب والدوافع الحقيقية التي أدت إلى الانتحار، لذا يجب استدعاء العوامل النفسية بالاطار الاجتماعي البيئي التي أدى للوصول للانتحار (الطفيلي، 2004م، ص231- ص232).

كما ويكمن الهدف خلف محاولات انتحار المراهقين في إرسال رسالة استغاثة للآخرين، ولكن بصورة غير صحيحة، أو لجذب الانتباه وتحقيق الشهرة

(إيرفين، 2002م/ 2009م، ص223)، كما أن قيام المراهق بجرح نفسه بواسطة أي آلة حادة كالسكين أو الشفرة أو قطع الزجاج المكسورة للتخفيف من الاستياء والغضب، وهذا ما يصعب على الراشدين فهمه، ويغضب الأهالي إزاء تلك التصرفات، فمحاولة الانتحار عادة تنمو إزاء المشاعر البغيضة، لذا لا بد من تشجيع الحوار معهم وتعليمهم لأنشطة تساعد على كيفية قضاء وقتهم وذلك بالتعاون بين الأهل والمعالجين (باتريك وشاري، ب. ت/ 2007م، ص135- ص137).

وبعد قيام اذلمراهق في محاولة الانتحار يسود الآباء الحيرة، هل يعيدون استخدام الأساليب الصارمة والتي قد تؤدي إلى محاولة الانتحار مجدداً أم لا؟ مثلاً عند قيام مراهق في محاولة انتحار بعد شجار ما، لا يكون الشجار هو الدافع للانتحار، وإنما لإيجاد أساليب أخرى تسهم في التخفيف من الاستياء والغضب بالمواقف المشابهة، فالمرهق هنا بحاجة لدعم من الأهالي إضافة للقوانين الصارمة التي تحترم استقلاليتهم وتساعدهم على تحمل أفعالهم (باتريك وشاري، ب. ت/ 2007م، ص132- ص133).

3- الشباب:

تحدث فكرة الانتحار - بشكل عام - عند الفئات الاجتماعية كافة، إلا أن للشباب النصيب الأكبر بذلك، ونتيجة لاضطرابات نفسية معينة لدى الفرد يحدث الانتحار تبعاً لذلك (الخالدي، 2007م، ص323)، كذلك لغضاضة خبراتهم الحياتية، إضافة للمشكلات التي عانوا منها منذ الصغر، وكبرت معهم للمراهقة، مما يجعلهم يعتقدون أنه من الصعب حل تلك المشكلات ويضطرون للجوء للانتحار (أبو الخير، 2001م، ص 227).

أما بالنسبة لشعورهم تجاه أنفسهم، فهم يرون أنهم مختلفون عن الغير ولا يملكون القوة ولا حب الغير ولا الجاذبية، إضافة إلى شعورهم بالعجز تجاه توقعات الوالدين أو الأصدقاء، فضلاً عن ذلك فلا يوجد هناك من يستطيع فهمهم، وتتم معاقبتهم بأحكام جائرة وقاسية تجاه أي خطأ يقعون به، ودائماً مستهدفون للانتقاد اللاذع والجرح، علماً بأنه لا يوجد من يساعدهم، والجميع يقف ضدهم، بل وأيضاً يرفضهم الجميع ولا يعتمدون عليهم.

ونتيجةً لتلك المشاعر السوداوية المتشائمة لم يجدوا حلاً أمامهم سوى الانتحار، حيث قاموا بتوجيه عدائهم لذواتهم الداخلية كرد للفعل السلبي الذي يشعرون به نحو الآخرين، فالإقدام على الانتحار هو الحل للتخلص من المعاناة الوهمية وتحويل عدائهم للمجتمع لعدائهم تجاه أنفسهم.

وقد قدم بيتر Peter مجموعة من الاستدلالات التي يمكننا الاستدلال من خلالها عن نية الشاب بالإقدام على الانتحار، كبحثه عن يهتم به ومناقشته لموضوع الانتحار، الشكوى من المشاكل العاطفية، والبحث عن الاهتمام بذاته وصحته، فذلك دليل على الاكتئاب والتفكير في

الانتحار، وأيضاً كثرة التحدث عن أسباب بسيطة ليس لها معنى، التشوش والاضطراب الجنسي، والتعبير عن الكآبة واليأس.

إذن، فالانتحار هو أحد المظاهر العدوانية لدى الشباب والتي تعود أسبابه إلى المتاعب والمشاكل الأسرية والاجتماعية، العنف والإحباط والخذلان وفقدان الهوية الشخصية، لذا لا بد من استيعابه لمساعدته على التخلص من العدوان الموجه لذاته (العمر، 2009م، ص178 - ص179).

4- المسنون:

يتجه كبار السن ممن يكون قرارهم الإقدام على الانتحار لمراجعة الأطباء العاملين في الخدمات الصحية أكثر من العاملين في التدخل بالأزمات، ويقدمون مفاتيح مباشرة وغير مباشرة للتعبير عن نيتهم في الإقدام على الانتحار، وعلى سبيل المثال القول بشكل مباشر سأقدم على قتل نفسي، أو أنا تعبٌ من الحياة وستصبحون أفضل بدوني، فتلك إichاءات غير مباشرة لنية الإقدام على الانتحار، أما بالنسبة للعلامات السلوكية فهي - أيضاً - إما مباشرة كمحاولة الانتحار مرة أخرى في غضون سنة أو سنتين من المحاولة الأولى أو غير مباشرة كتوكيل شؤونه الخاصة كالأموال مثلاً لغيره.

أما بالنسبة للدلالات النفسية فتكمن في عدة أعراض تلازمية كالكآبة، القلق، الضغوط النفسية، الإثارة والاهتياج، الشعور بالذنب، ويرافقها علامات أخرى كالعزلة والاعتماد على الغير (الزبيدي، 2009م، ص334 - ص335).

وأما عن الأسباب الدافعة للسلوك الانتحاري لدى الشيوخ فيمكن إيجازها في النقاط التالية:
- عدم القدرة في إيجاد جماعة تشابهه باهتماماته وهواياته وهمومه وعاداته من نفس فئته العمرية ذاتها.

- إنشغال الأبناء في حياتهم الخاصة سواء في حالة تكوين أسرهم أم كونهم مشغولين رغم عزوبيتهم، هذا بدوره يؤدي إلى إنعزالهم واكتئابهم، ويزيد من العجز الجسدي، فيزيد إنفعال ذواتهم المقهورة فيقدمون على الانتحار دون تفكير أو دون استخدام العقل في تبصير الأمور (العمر، 2009م، ص261).

وهناك البعض ممن يدعون أن الحياة ملك لصاحبها؛ فيحق له أن يضع حداً لنهايتها، ويختار الموت بنفسه في الساعة التي يريدها، وهو في سبيل ذلك له أن ينحر نفسه أو يستعين بغيره لتحقيق ذلك، وهؤلاء يُفضلون للمسنين أن يختاروا هذا الطريق، وخاصةً أهل الفقر والمرض، لذا يفضلون لهم إنهاء حياتهم لحماية ذواتهم من المرض والفقر ونكران المعروف من قبل جيل الشباب، ويزعمون أن من مهام الطبيب إرشاد أولئك المسنين إلى أفضل وأيسر طريق للانتحار.

ولا زال البعض يروجون لذلك الدمار منذ الثمانينات باسم واجب الموت عند الشيخوخة (هاللي، 2002م، ص92)، وتُعلل الباحثة ما سبق بأن البعد عن الدين وخاصة الإسلامي هو السبب الرئيس لجعل أولئك يروجون لمثل تلك الأفكار، حيث إن الديانات السماوية وخاصة الدين الإسلامي تحت دوماً على الصبر.

وترى الباحثة بأننا لو قمنا بالتشريح النفسي وتتبعنا ظروف وحياة الشخص المقدم على الانتحار، سنجد أن فكرة الانتحار ليست وليدة اللحظة، ولم تكن نتيجة لموقف محدد حدث قبل الإقدام عليه، فالموقف ما هو إلا عبارة عن القشة التي قصمت ظهر البعير، ولو تتبعنا حياة محاولي الانتحار لوجدنا أن هناك ترسبات وتراكمات واكبت عدداً من المواقف التي أدت في النهاية للانفجار والاقدام على محاولة الانتحار، فعلى سبيل المثال نجد في الطفولة إهمال الوالدين للطفل بحجة كونه طفلاً لا يعي شيئاً، متناسين أن أهم مرحلة في التنشئة هي الطفولة، فكل ما يحدث بها سيظل عالقاً في ذهن الطفل ويكبر معه، وكذلك بمرحلة المراهقة جهل الوالدين ومن لهم علاقة بالفرد أن تلك المرحلة حساسة وتحمل تغيرات بحياة الفرد وتكون فترة تكوين الشخصية؛ فيحاولون طمسها وفرض القوانين عليه دون مشاورة، وأما مرحلة الشباب وهي الأهم حينما يجد نفسه محاطاً بالمشكلات والتي من أبرزها الاغتراب الذاتي، أو على سبيل المثال لا الحصر الفقر والبطالة وعدم القدرة على مواجهة متطلبات الحياة، كذلك مرحلة منتصف العمر من يقدم على الانتحار، فذلك تعبير على ضعف الموازنة بين متطلبات الأسرة والعمل والذات، ونهاية بمرحلة الشيخوخة، فما هو إلا تعبير عن فقدان الاهتمام والاستسلام لمصاعب الحياة بالتخلي عنها، فالانتحار لا يقتصر على فئة عمرية دون أخرى، وإنما يقتصر على من يشكو من ضعف القدرة على المواجهة للإيفاء بمتطلبات الحياة.

الثالث عشر - معالجة المريض الانتحاري:

من الضرورة الاهتمام بمحاولات الانتحار مبكراً بشكل وقائي، وذلك من خلال الاهتمام بمعالجة من يحاول الانتحار حتى لا يصل إلى مرحلة الانتحار وانتهاء الحياة، لذا يتوجب أن يتم توجيه محاولي الانتحار فوراً للعلاج النفسي، حيث إن كثيراً من محاولات الانتحار تنجح عند إعادة تنفيذها في السنة التالية، كذلك لا بد من المداومة على العلاج وإلا فانقطاع العلاقة بين الطبيب والمريض وعدم تعاون الأهل له دور بنجاح المحاولة التالية (الجبالي، 2005م، ص151 - ص154).

وتكون الوقاية من الانتحار عندما يتأكد المعالج من وجود الدعم الاجتماعي للكف عن التفكير بالانتحار، مع عدم وجود خطة محددة للانتحار، وانعدام الدافعية باتجاه تقبل فكرة الانتحار، وعند توفر الشروط الثلاثة السابقة تكون الوقاية بما يلي:

1- تقليل الألم النفسي من خلال تعديل الجو الأسري وإحداث التغييرات البيئية والاجتماعية المناسبة.

2- الفهم الموضوعي بأن المريض لديه شكوى واقعية.

3- تقديم بدائل للانتحار.

4- عند تكرار المحاولة لدى البعض، يتطلب الأمر في هذه الحالة إدخالهم للمستشفى وإعطائهم مضادات للذهان، أو مضادات الاكتئاب مع علاج نفسي فردي وأسري والتدعيم الاجتماعي مع الملاحظة الدقيقة داخل المستشفى (الجلالي، 2011م، ص276 - ص277).

ولا بد من التأكيد على أن المعالجة النفسية لا بد أن تركز على فهم منطق الانتحاري وليس على المنطق العام، وإلا فتسكون المعالجة فاقدة للفائدة العملية، وستزيد من الرغبة في الانتحار؛ نظراً لكونها تزيد من مشاعر الذنب وتنقص من مشاعر تقدير الذات (إبراهيم، 2011م، ص261).

وهناك عدد من الوسائل التي لو طبقت سيسهم ذلك بإبقاء الانتحار تحت السيطرة، ومن أهم تلك الوسائل ما يلي:

1- التمسك بتعاليم وقيم الدين الإسلامي الحنيف لما به من حلول لكافة المشكلات والمظاهر السلبية بالمجتمع.

- 2- الحرص على تربية الجانب الإيماني في تربية أبناء المجتمع عن طريق الحث على مراقبة الله تعالى في كل الأعمال والأقوال، فمن يراقب الله تعالى لن يستحوذ عليه الشيطان ولن يلقي بنفسه للتهلكة.
 - 3- تشديد الرقابة على وسائل الإعلام المختلفة لمنع بث كل ما يُشجع على السلوكيات المؤدية للالتحار، والتي لا تتناسب مع ديننا الحنيف.
 - 4- إخضاع الظواهر السلبية بالمجتمع للدراسة والبحث حتى تُعرف أسبابها، ودواعيها، ومن ثم تبدأ الخطوة للوقاية منها، وإيجاد الحلول المناسبة لها (رشيد، ب. ت، ص120).
 - 5- عدم التخلي عن الأسرة الممتدة لما له من أثر على التفكك الاجتماعي ونقص، في التعاطف والتكافل.
 - 6- زيادة الوعي بالمشاكل النفسية وبخاصة الاكتئاب بين الناس.
 - 7- توفير خدمات الإرشاد بالمدارس والجامعات وأماكن العمل.
 - 8- إدخال المريض النفسي ضمن أنظمة التأمين المختلفة، والتي استتنت المريض النفسي دون منطوق.
 - 9- تدريب الأطباء - طلاباً وعاملين - على تمييز الاكتئاب وتشخيصه لعلاج أو تحويله لمتخصصين.
 - 10- العناية والاهتمام الكامل بعلاج حالات الاكتئاب الشديدة ذات النوايا الانتحارية بدقة وحذر.
 - 11- العمل على تعديل القوانين بحيث يصبح التقييم النفسي إجباراً لكل حالات إيذاء الذات ومحاولات الانتحار (سرحان وآخرون، 2001م، ص64).
- فالعلاقة بين الطبيب والمريض الانتحاري هي علاقة ذات خطورة كبيرة بالمعالجة مقارنة بالمرضى الآخرين، وهي قابلة للانقطاع - بالوقت ذاته - فخسارته للعلاقة تعني خسارته لحياته، بمعنى أن أي مريض آخر لو انقطعت علاقته بطبيبه سيبحث عن طبيب آخر بين المريض الانتحاري سيقوم بقتل نفسه، وكما يقول فرانسيس بيابودي Francis Baapodi 1927: فإن السر خلف معالجة المريض الانتحاري هو الاهتمام بالمريض نفسه (إبراهيم، 2011م، ص267).

ويكون العلاج الدوائي للحالات المرضية التي هي سبب في ظهور الأفكار الانتحارية عن طريق إعطاء الشخص الأدوية المضادة للانهايار Neuroleptiques Majeurs أو عن طريق الليثيوم Lithium، والصدمات الكهربائية التي من شأنها تهدئة المريض حتى يصبح في متناول المعالج النفسي من خلال تعويد الشخص على تحمل الألم والإحباط وتجاوز القلق وتصريف العدوانية بشكل إيجابي بناء (الديدي، 1995م، ص179)، وترى الباحثة بأنه لا يتم اللجوء للعلاج الدوائي إلا في حالة وجود دواعٍ لذلك كالاضطراب النفسي أو مجموعة أعراض نفسية تستدعي العلاج، وبحسب نوع الاضطراب.

وأيضاً حالة من النضج العاطفي والتصالح مع الذات وتدعيم الدفاعات التي تساعد على التكيف السليم، إضافة إلى حل المآزم والعقد الطفلية وتخفيف القلق الوجودي والبحث عن أسباب الفشل وتخفيف الطموحات اللامحدودة وتقبل الذات ومحو الجروح النرجسية (الديدي، 1995م، ص179).

الرابع عشر - الانتحار وإيذاء الذات:

إن تشويه الذات يختلف عن الانتحار، من ناحية أن من يُقدم على الانتحار يود أن يقضي على كل المشاعر، بينما من يشوه الذات يريد أن يشعر بتحسن.

وعلى الرغم من أن تلك السلوكيات في بعض الأحيان يُشير إليها الباحثون على أنها شبه إنتحارية Parasuicide، فإن أغلب الباحثين يُدركون أن مؤلم الذات لا يهدف إلى الموت نتيجة للأفعال التي يقوم بها، كما أن محاولات الانتحار لا تقوم بتخفيف الآلام أو خفض تكرارها، إن المرضى المصابين بإيذاء الذات عادة ما يُعانون من الإقصاء الاجتماعي، ويعيشون في كآبة، وهم قد يحاولون الانتحار، وعلى الرغم من أن إيذاء الذات لا يؤدي للانتحار إلا أنه قد يؤدي للتفكير بالانتحار ومن ثم الانتحار نفسه، وهذا ما لا حظه فاقازا Favaza أي أننا أدركنا حالياً فقط أن إيذاء الذات يُعد شكلاً مرضياً للمواجهة والذي ينتقل إليه الفرد حينما لا يكون هناك مهرب من الانتحار، وقد كتب قائلاً: تُصبح من الأمور التافهة عمليات قطع أو جرح الرسغ، ومن الأمور سيئة التعريف محاولة الانتحار وتعتبر كلها أعراضاً لاضطراب الشخصية، ولقد تم الحصول على تأكيد بأن الطبيعة المميزة لإيذاء الذات تأتي من دراسة التشخيص النفسي بين الذين يقومون بإيذاء الذات كمقابلة للمحاولة الانتحارية (سكستون، 2002م/ 2004م، ص28 - ص30).

وتوضح الباحثة ما سبق من خلال مقابقتها لإحدى الحالات التي قامت بإيذاء ذاتها وتبلغ من العمر (15) عاماً والتي علّلت فعلتها بأنها تود لفت نظر المحيطين والعائلة لكي يقوموا بزيارتها وإحضار الهدايا لها، وكذلك بسبب غيرتها من أختها التي قامت بإجراء عملية جراحية وحضر الجميع لزيارتها ومعهم الهدايا لها، إذ تشعر أنها مكروهة من الجميع وتود لفت إنتباههم لها.

الخامس عشر - الانتحار وعلاقته بنتائج الامتحانات:

يكثر الانتحار في مواسم الامتحانات بين الطلبة الراسيين، ولو أن تربيته كانت مبنية على الدين الإسلامي لما هان عليه خسارة الآخرة بسبب خسارة الدنيا، بمعنى لما كره حياته بسبب عدم النجاح في دراسته، فالعلم صفة من صفات الكمال تكون للإنسان على حسب قدراته، وليست وسيلة من وسائل العيش، ولما جرى على القاعدة الفاسدة شهادة بلا علم خير من علم بلا شهادة، ولو رُبي على الشجاعة النفسية والرضا بما قسمه الله فالاستقلال الذاتي يكون بما يبذله الإنسان من جهد مهما كانت وظيفته، ولو رُبي على ذلك فلا يجزع ولا يُجن.

ولا ننسى تربية الأبناء الخطأ والتي تكون على أنه لا بد وأن يُصبح بالغاً مديراً ويتم تخويفه من عواقب الفشل، ويُردد على مسامعه: موتك أفضل من حياتك، وأيضاً للمدرس دور حين يقوم بتربيته على احترام ذوي المناصب العليا فقط وكأنه يوحي له أن المناصب كل شيء بالحياة (المنفلوطي، 1900م، ص155 - ص156).

وأما بالنسبة للموهوبين فيظهر لديهم الميل للانتحار كنتيجة للفشل بإقامة ضبط اجتماعي في سلوك الفرد بشرط فقده لفرديته وكل محدداتها، وبالتالي بدلاً من الاتجاه للعدوان الخارجي يوجه العدوان للذات والتي بدورها تزيد الطاقة التي تدفعه لتحطيم ذاته، حيث يُعتبر الانتحار قمة العقاب الموجه للذات والمرتب للداخل.

ومن العوامل التي تؤدي إلى انتحار الطلبة الموهوبين وبحاجة للتدخل:

الكمالية، عدم الشعور بالأمن، الإكتئاب، اضطراب الهوية، اضطراب التواصل الشخصي، على سبيل المثال إن لم يؤد أعماله على الوجه الأمثل يشعر بالفشل والخيبة وتؤدي إلى مفهوم سلبي بحيث يرتفع القلق لديهم (فهيم، 2007م، ص70).

السادس عشر - النظريات التي حاولت تفسير الانتحار:

لكي نستطع فهم أي مشكلة وتشخيصها وفهم العوامل المسببة لها، وحتى نستطع الخروج بأنجح الوسائل للفهم والتفسير لتلك الظاهرة، لا بد لنا من الرجوع للمدارس العلمية التي قامت بتفسير تلك الظاهرة (الرشود، 2006م، ص89)، لذا تعرض الباحثة هنا مجموعة من النظريات التي فسرت ظاهرة الانتحار كي يسهل فهمها.

1- التفسير البيولوجي:-

ربط هذا التفسير بين الانتحار والاضطرابات العقلية من خلال إرجاع السبب للانتحار للمرض العقلي ذاته والتي هي مسببات بيولوجية وفسولوجية بمعظمها (وليامز ومشان، 1996م/ 2002م، ص294)، فقد فسروا الانتحار على أنه صورة للعنف والعدوان والتي مصدرها الجينات التي يرثها الإنسان، أو خلل بالجهاز العصبي أو الغدد.

لكن هذا الاتجاه قد تعرض للانتقادات، وقرر الباحثون - على إثره - عدم ربط الانتحار بالوراثة، وأكدوا على عدم وجود انتحار موروث (الرشود، 2006م، ص94).

2- التفسير النفسي:-

بدايةً كان هناك تفسير للانتحار معتمداً على الأساطير والخرافات والجن، والرؤية الخيالية والمتمركزة على الحياة الخاصة البعيدة عن الواقع، ولم يكن وجود لأي تفسير علمي إلى أن تم عقد مؤتمر الانتحار في فيينا، والذي قدم مساهمات من قبل المهتمين وعلماء التحليل النفسي كزيبورك وفرويد، ثم أتبعه بعد ذلك الكثير من الدراسات النفسية للانتحار، وأصبح هناك تيار ينطلق من رؤية فرويد، وآخر يمثل الحقل الاجتماعي.

أ. التفسيرات النفسية ذات الاتجاه التحليلي:

- نظرية فرويد Freud:

تنطوي نظرية فرويد على وجود تذبذب بالمشاعر؛ فتارة يُحب وأخرى يكره، وبالتالي تُولد لديه هنا السادية والتي كان سببها عدم القدرة على التعبير عن المشاعر بشكل علني؛ فيتجه

للاتجاه الداخلي والذي يخرج بصورة الانتحار، فالسادي لم يُولد هكذا، بل مرّ بظروف كعدم القدرة على التعبير عن المشاعر وبالتالي تقلب المزاج، حتى يصل للاكتئاب ومن ثم تبدأ فكرة الانتحار بالتبلور تدريجياً.

أو قد يكون للماشوزية دور في ذلك، وعموماً فإن النزعتين مترابطتان، بمعنى إن حال الواقع لتحقيق السادية فإن الإيذاء يتحول لا شعورياً للفرد ذاته، ويصبح هناك ماشوزية ثانوية تُدعم الماشوزية الأساسية، وبالتالي تُفسر الماشوزية هنا على أنها امتداد لسادية وجدانية مشحونة بالانتقام والخوف والإحساس بالاثم (العمر، 2005م، ص296 - ص297).

وعندما تصل العلاقة بين الأنا والآخر لدرجة تثبت الأنا عليه، عندئذٍ يعامل الأنا ذاته بوصفها هذا الآخر - مصدر الألم والخيبة والعدوان - وترتد النزعات العدوانية على الآخر إلى أن يصل العدوان في أوج قوته بتدمير الأنا وتنفيذ الانتحار (مجيد، 2007م، ص271).

وقد ميّز فرويد دوافع الانتحار بما يلي:

- 1- المشاعر العدوانية الداخلية المتركمة كالرغبة بالقتل.
 - 2- العدوانيات السابقة المتركمة كتمنيه بأن يُقتل.
 - 3- النزعة العدوانية المقترنة بحوافز مثيرة متكاسلة بسبب القدم كتمني الموت أو الرغبة به، والتي بدورها لا تنتهي، بل تؤجل لحين مواجهته لمشكلات كبيرة كالفشل بتحقيقه لأحد الأحلام.
- وقد أضاف بولاك **Pollack** لفرويد فكرة اضطراب المزاج وصعوبة التكيف الجنسي التي - غالباً - ما تقترن بعقدة أوديب - حب الابن لأمه وحب الابنة لأبيها والتحيز ضد الأب في الحالة الأولى وضد الأم في الحالة الثانية - أو العلاقة المثلية.
- أما زيلبورك **Zilburk** فيرى أن هناك قوى خارجية تتدخل وتعرقله على نمط العيش، فيرى الحياة مستحيلة، إضافة إلى عدم قدرته على حب الناس وفي الوقت نفسه يرغب بأن يكون مشهوراً بينهم، وبالتالي يكون لانتحاره هدفان أولهما التخلص من الحياة وثانيهما الشهرة.
- في حين يرى بيدان جاميسون **Bidan Jamison** أن لمرحلة الطفولة أثراً في حب الطفل لذاته ونرجسيته - افتتانه بذاته - وأنايته، فوصل للسلوك العدواني افتتاناً بذاته وعدوانيته.

وقد قام كل من ويندر وشيلدر **Winder And Schilder** بدراسة (18) حالة انتحار لمن هم دون ال (13) عام وقد توصلوا إلى أن ما يدفع الفرد للانتحار ما يلي:

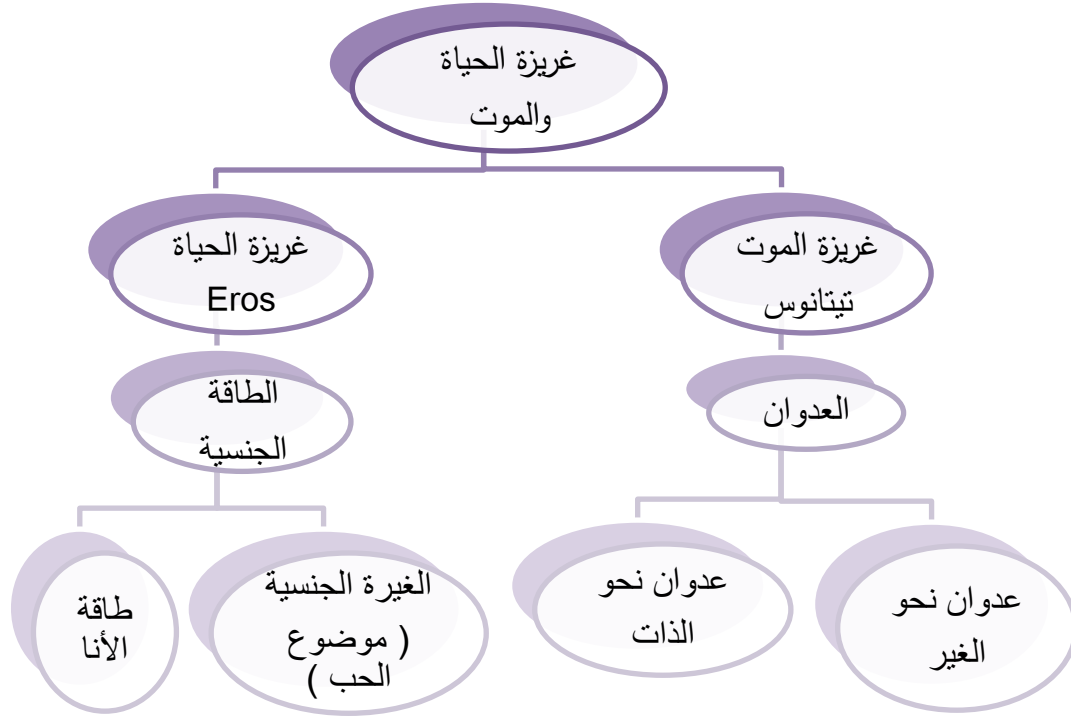
- 1- الظروف القاسية التي يمر بها الفرد.
- 2- الحرمان العاطفي من الوالدين والوسط الاجتماعي.
- 3- معاملة الوالدين العدوانية للأبناء.
- 4- بدافع الانتقام من الوسط الاجتماعي الذي قهره وقسى عليه.
- 5- لفت انتباه المحيط لكسب العطف.

أما **Gama** فيرى أن الانتحار هو حلٌ للخلاص من المحيط الخانق، كما أن للوراثة دور في ذلك.

ولقد ميّز **Bergelr** بين ثلاثة أنواع من الانتحار كما يلي:

- 1- كون المنتحر لديه شعور بالذنب تجاه ذاته.
- 2- التعبير عما هو مكبوت بداخله بشكل مسرحي؛ وهذا هو الانتحار الهستيري.
- 3- الانتحار المتشنت مبني على الشك بالآخرين وعلى فصام الشخصية، وغالباً ما يتأمل بذاته العليا ويسرح بعيداً عن الواقع، كما أنه يسمع أصواتاً تأمره بقتل الآخرين والتلذذ بإيذاء ذاته (العمر، 2005م، ص297- ص299).

وبناءً على ما سبق فإن نظرية التحليل النفسي للانتحار تقر أن الفرد لم تتبلور عنده مشاعر ومحاولة الانتحار مرة واحدة، بل بدأت بالحب والكره مشبعة بدوافع عدوانية تبحث عن القتل أو الموت معبراً عن الاضطراب المزاجي الذي يعكس سوء توافق الفرد مع النشاط الجنسي الذي يتحول إلى عقدة أوديب أو العلاقة المثلية - مع الجنس نفسه - بعبارة أخرى فإن شخصية المنتحر تُعبر عن تناقض صارخ وشديد يتراوح بين مشاعر الحب والكراهية، مما يُولد نزعة عدوانية تراكمية، تنتهي برغبة ملحة وجامحة بالقتل والموت، ويمكن إيجاز ذلك بالشكل التالي: (وازي، 2012م، ص72).



شكل (2.2) : غريزتي الموت والحياة من وجهة نظر التيار التحليلي

ب- التفسيرات النفسية ذات الاتجاه غير التحليلي:

تميّزت عن التفسيرات التحليلية في تأكيدها على وجود مظاهر نفسية تبدو ضرورية لوقوع حدث الانتحار، وليست مبنية على ديناميات أو سيناريو نفسي لا شعوري كما في التفسيرات التحليلية، وتتمثل المظاهر النفسية اللا تحليلية فيما يلي:

- 1- التشوش الحاد Acute Perturbation: وهي عبارة عن زيادة حالة الاستياء العامة لدى الفرد.
- 2- العدائية المفرطة وزيادة في إنكار الذات ولومها وكراهيتها، مع الإحساس بالذنب والشعور بالعار.
- 3- الزيادة الحادة والفجائية بانخفاض التركيز العقلي والتقليل من عملية التفكير، مع التقليل من المحتوى العقلي؛ وضعف بالقدرة على رؤية اختيارات يمكن أن تحدث على نحو عادي للعقل.
- 4- فكرة التوقف والاستبصار الذي يمكن من وضع نهاية للمعاناة بتوقيف الانسياب غير المحتمل وهنا لا يفهم الانتحار كحركة نحو الموت، بل نوع من الهروب من الانفعال اللامحتمل. (استثنائية وسرحان، 2012م، ص95).

3- التفسير الاجتماعي:

ورائده دوركايم Durkheim حيث إنه قام بتقسيم الانتحار لثلاثة أنماط أساسية وهي:

أولاً- الانتحار الغيري الإيثاري Ahruism Suicide: وهو نابع من إيثار الغير، وتقوم فكرته على أن الفرد يتبع الجماعة، فمن يقوم بالانتحار يحاول الحفاظ على النظام الجمعي، فذلك له علاقة بالأخلاق، على سبيل المثال كما هو الحال بالروح العسكرية.

ثانياً- الانتحار الأناني Egoism Suicide: وهو على النقيض من النوع الأول، حيث يبرز هنا حب الفرد لذاته، وتكون الكرامة هي الغاية القصوى للسلوك، ويميل الفرد هنا إلى أن يكون شيئاً عظيماً ولكن في حال عدم السمو والرفعة لذاته ويصعب عليه رؤية أي شيء فوقه، هنا تبرز الفردانية والأنانية وهما قريبتان من بعضهما البعض، كل منهما تُتعش الأخرى، فهنا يحدث الانتحار الأناني (دوركايم، 1987م/ 2010م، ص473 - ص474).

ثالثاً- الانتحار الفوضوي Anomie Suicide: وهو يكون في حالة انهيار قوة النظام بالمجتمع، سواء في حالة ازدهار ورواج الاقتصاد أو في حالة كساده، ففي حالة الكساد سيفقد البعض وظائفهم وسيحدث انفصال في الأبنية الاجتماعية كالأسرة والدين والدولة، ويتم الوقوع تحت تأثير هجوم التيارات الأنومية.

أما في حالة الرواج فهي الأصعب فالنجاح المفاجيء للفرد يؤدي به للانفصال عن الأبنية الاجتماعية التقليدية التي ينتمي إليها، كما أنه سيستقيل من عمله لينتقل إلى مجتمع جديد، ولربما يؤدي به للزواج بأخرى، وهنا يتحرر من النظام ويصبح عبداً للغرائز والشهوات التي تؤدي به للانتحار.

وهناك نوع رابع لم يذكره دوركايم بشكل أساسي في كتابه بل كان على الهامش وهو **الانتحار القدرى Fatalism Suicide**، والذي هو على العكس من الانتحار الأنومي حيث يكون هنا النظام زائداً عن الحد، فينشأ أفراد ذوو مستقبل مظلم يعانون من كبت العواطف والرغبات بكل قسوة وعنف، مما يتحول ذلك لقهر وخلق رغبات سوداوية تؤدي للانتحار (الجوهري وزيدان وبدران، 2011م، ص152 - ص154).

4- التفسير السلوكي:

حين يكون تصور أو توقع لفقدان معزز إيجابي ذي قيمة عالية كالأصدقاء أو الوظيفة... إلخ، مضافاً لذلك التوقع بالحصول على تعزيزات إيجابية إضافية، فيكون قرار الانتحار هنا لجعل الأشخاص الذين تركوهم يفتقدونهم ويؤنبوا ضميرهم لأجلهم، فالانتحار مكسب لجلب الانتباه والرثاء والشفقة والانتقام، وبالتالي يكون ابتعد عن مواقف ليست معززة، واتجه لأخرى معززة (الزعيبي، 2013م، ص131 - ص132).

5- التفسير الإنساني:

يكون السلوك الانتحاري هنا نتيجة عائق أمام تحقيق الذات، أو ليحصل على التقدير والاعتبار من ذوي الأهمية (رشود، 2006م، ص101).

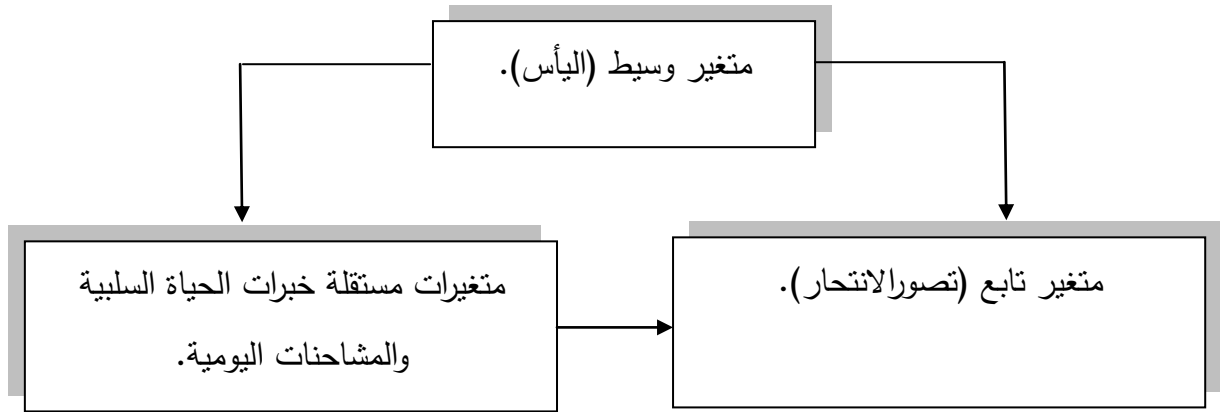
كما وتفترض النظرية الإنسانية (Joiner, 2005) أن الشخص لا يموت منتحراً إلا إذا توافر لديه كل من الرغبة بالموت منتحراً، والمقدرة على التنفيذ، وترى النظرية أن الحاجة للانتماء وإفادة الآخرين المقربين هي حاجات أساسية، وبالتالي فإن إحباطها يعد من أهم العوامل المؤدية إلى الرغبة في الانتحار، كما ترى النظرية أن الأفكار الانتحارية ما هي إلا تفعيل لهذه الرغبة، وبحسب النظرية فإن الرغبة في الانتحار وحدها لا تعد كافية للانتحار، بل يجب أن يكتسب الفرد المقدرة على قتل الذات عن طريق التعرض ومن ثم التعود على الخوف والألم المصاحبين لإيذاء النفس (Van Orden et al, 2008, P. 72 - P. 73).

6- التفسير المعرفي:

يشير أصحاب المنظور المعرفي أليس Alice وجرينبرج Greenberg وبيك Beck، إلى أن ما نفعه يتوقف على طبيعة معرفتنا، وأن كل سلوك يكون مسبوقاً ببناء معرفي ومعتقدات سابقة لظهوره، لذا لا بد من الاهتمام بمعتقدات كل فرد، لأنها سوف تؤثر على صحته النفسية أو مرضه النفسي، كما وتشير لينهان Linehan إلى أن معتقدات الفرد تتوسط إدراك الضغوط والانتحار، فإن كانت النظرة للذات والمستقبل والآخرين سلبية، فذلك سيزيد من ميله للانتحار، والعكس صحيح (راصع وفرج ويونس وعبد الله، 2014م، ص107).

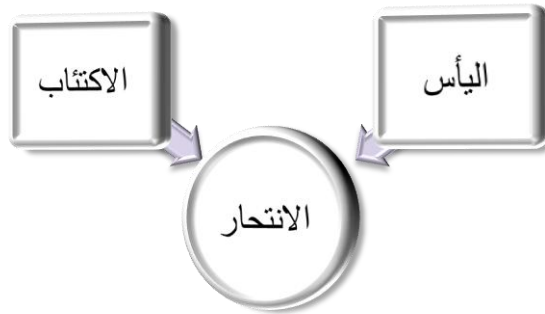
وهذا يعني أن الانتحار يُفسر بوجود عدة مشكلات وآلام نفسية غير محتملة، فيحدث التفكير اللا منطقي ومن ثم الانتحار (رشود، 2006م، ص101).

حيث تشير الدراسات الحديثة بأن المشاحنات السلبية وأحداث الحياة الضاغطة تؤدي لليأس الذي يؤدي إلى الانتحار، وبالشكل التالي توضيح لتلك العلاقة (راصع وآخرون، 2014م، ص107).



شكل (2.3): نموذج بيك لليأس في علاقته بتصور الانتحار والخبرات السلبية

كما أن هناك علاقة ما بين اليأس والاكتئاب والانتحار، فالليأس والاكتئاب يؤديان للانتحار، وفيما يلي توضيح لنموذج بيك Beck (إستبئية وسرحان، 2012م، ص88).



شكل (2.4) : نموذج بيك للاكتئاب واليأس والانتحار

حيث إنه أمام هذا التقدم التكنولوجي السريع، والضغط الاقتصادي التي يتسم بها العصر الحالي، أصبح الانتحار ظاهرة سلوكية واسعة الانتشار تكاد تشمل العالم بأسره؛ وذلك نتيجة الاحباطات التي يقابلها الأفراد وعجزهم عن ملاحظة خصائص هذا العصر سواء بشكل مباشر أم غير مباشر، مما يدفعهم للاكتئاب واليأس والتفكير بالانتحار (فايد، 1998م، ص42)، وكذلك اعتناق الفكر الوجودي الذي يعطي قيمة إرادة الإنسان واختياره ومسؤوليته، وهي المسؤولية المطلقة إما بتحقيق الذات أو إنهاء الحياة (2008م، ص17 - ص18).

وتفسر الباحثة ما سبق بأن الإنسان مع زيادة التطور والتقدم سيؤدي لزيادة الضغوط النفسية وتدني قدرة الشخص على التحمل خاصة في حال شعوره بنقص القدرة على استيعاب ما حوله، هذا بدوره سيؤدي للشعور بصعوبة التقدم وقد للقدرة على الإنجاز، ومن ثم سيؤدي لشعوره بالإحباط واليأس خاصة إن لم يكن هناك من يسانده، وبالتالي ستبدأ الأفكار السلبية تتراود لذهنه، وبخاصة الأفكار التي تدعم الموت والهروب من هذه الحياة، فعلى سبيل المثال هذه الحياة لا تصلح لي، ليس لي مكان في هذه الدنيا، سأجد راحتي عندما أموت، سأرحل لأريح البشرية من همي، سأرحل عنهم ليعرفوا قيمتي، عندما أموت سيكون هناك من يهتم بي ويزورني أما الآن فلا أحد يعرفني، بمعنى أن هناك تشوهات معرفية مسيطرة على الفرد نتاج شعور معين، وفي حال زيادتها ستتحول تلك الأفكار لحيز التطبيق من خلال المحاولات الانتحارية.

وقد أكدت دراسة فايد (1998م، ص74) أن هناك تفاعلاً مشتركاً بين كل من الاكتئاب واليأس والذي من شأنه زيادة تصور الانتحار.

7- تفسير فرانكل Frankl:

نشأت نظرية فرانكل (Viktor Frankl) وأسلوبه العلاجي من خبراته التي عايشها في معسكرات الموت النازية، إذ رأى عبر ملاحظته للأشخاص الذين نجوا والذين ماتوا (رغم حصولهم على فرصة للنجاة) أن الأشخاص الذين يملكون الأمل في الاجتماع ثانية بأحبائهم، أو الذين لديهم مشاريع يرغبون بإكمالها، أو الذين لديهم إيمان عميق، كانوا أكثر حظاً في النجاة من أولئك الذين فقدوا الأمل كلياً، أطلق فرانكل اسم logo therapy على أسلوبه العلاجي وهي كلمة مستقاة من كلمة لاتينية تعني الدراسة، الكلمة، الروح، الإله، المعنى، كما وأكد على

ضرورة وجود معنى وهدف في حياة الانسان وأن المعنى يجب أن يُكتشف لا أن يُعطى، وأن الناس يرغبون بالتوتر الناشئ عن الكفاح من اجل هدف سامي، وأشار فرانكل الى أنه يهدف إلى صنع التوازن بين الناحية الفسيولوجية ووجهة النظر الروحانية لان هذه خطوة هامة تجاه تطوير أسلوب علاجي أكثر فعالية، ومن أهم المصطلحات التي اشار إليها فرانكل هي مصطلح الضمير باعتباره نوعاً من الروحانية اللاواعية (وهي تختلف عن اللاوعي الغريزي الذي يتحدث عنه فرويد)، وأشار إلى أن الضمير هو لب وجودنا ومصدر تكاملنا الشخصي، وبحسب فرانكل، فإن صراع البحث عن المعنى قد يكون محبطاً، وأن هذا الاحباط قد يؤدي الى ما أسماه "العصاب الروحاني/الوجودي" (الشعور بالفراغ، انعدام المعنى، انعدام الهدف ... الخ)، وأن البعض قد يستجيب لهذا الفراغ بسلوكيات غير اعتيادية مثل إيذاء الذات، إيذاء الاخرين، الاضرار بالمجتمع، أو قد تكون الثلاثة مجتمعة (Boeree, 2006, P 6-7).

8- تفسير نظرية الضبط الاجتماعي:

بحيث تركز هذه النظرية على العوامل الاجتماعية التي تفسر الانحراف أو الجريمة ويرى هيرشي Hirschi بأن الضبط الاجتماعي يعتمد على عدة عناصر وهي:

1- قوة الارتباط بين الشخص والمقربين: كالأبوين والأصدقاء.

2- مدى الاندماج، فحينما تكون درجة الاندماج مع المقربين منه قوية فهذا يعني انشغالهم في أداء الأنشطة التقليدية للحياة، وبالتالي لا يوجد لديهم أي وقت للتفكير أو ممارسة أي سلوك خاطيء.

3- الالتزام، فكلما زاد إلتزام الفرد تجاه المحيط به وأولهم الأب والأم ثم الأسرة، كلما استقام سلوكه وقل تعرضه للانحراف، لأن الالتزام من أهم العوامل التي تكبح رغبة الأفراد في الوقوع بالخطأ.

4- التقيد بنظم وقيم المجتمع يحمي الفرد من الانحراف أو السلبيات ويتم ذلك بداية من الأسرة إلى مؤسسات التنشئة الاجتماعية الأخرى ووفقاً لذلك كلما قل التزام الفرد وارتباطه بالمحيط كلما أدى للزيادة احتمالية انتحاره (الكحلوت، 2016م، ص 69).

9- تفسير نظرية الضغط الاجتماعي:

يتم التعرض لمجموعة من الضغوطات الاجتماعية، أو النفسية، أو الاقتصادية، أو البيئية، تتسم بالاستمرارية والازدياد مما يُوصل الفرد للإرهاك والانهيار فيقدم على الانتحار (الريمح، 2009م، ص198).

وتميل الباحثة أكثر بتفسير ظاهرة الانتحار أو محاولته أو الشروع به تفسير الضبط الاجتماعي أكثر من غيرها مع العلم بضرورة عدم التقليل من أهمية النظريات الأخرى، وذلك بسبب أنه كلما ارتبط الفرد أكثر بأسرته وخاصة الأب والأم أو الأخوة أو الأبناء أو الزوج كلما شعر أن هناك بيئة تحتضنه تعينه على تجاوز مشكلاته، وكلما كان مندمجاً مع مقربين إيجابيين فمن الطبيعي أن يشاركهم وقته بشيء مفيد يعود أثره بشكل إيجابي على الصعيد الفردي أو الاجتماعي، ويبتعد عن التفكير بأية سلوكيات خطأ، أيضاً تحمل المسؤولية يُسهم في ابتعاد الفرد عن ممارسة كل ما يؤدي الذات وذلك بسبب الشعور بضرورة الالتزام لتلبية مطالب من هم تحت مسؤوليته بشكل معقول، وبما أن الأسرة جزء من المجتمع فاهتمام الفرد بأسرته سيجعله متابعاً جيداً للأنظمة والقوانين مما سيدفعه للالتزام بها قدر الامكان، وبالتالي لن يشعر بأنه شاذ عن الآخرين ولن يفكر بممارسة أي سلوك انحرافي كالانتحار أو محاولة الانتحار، ما سيدفعه للحفاظ على حياته.

التعقيب على النظريات: بعد اطلاع الباحثة على النظريات يمكنها أن تخلص لما يلي:

1- التفسير البيولوجي: ربط التفسير البيولوجي بين الوراثة والانتحار، وترى الباحثة بأن هذا غير معقول فهناك العديد من محاولي الانتحار أو المنتحرين ولم يسبقهم أحد بالعائلة للسلوك الانتحاري.

2- التفسير النفسي: بالنسبة للتفسير النفسي فهو قسمان الأول التحليلي المتمثل بكل من: فرويد الذي يرى أن المنتحر أو محاول الانتحار يشعر بالاضطهاد تجاه الآخرين مما يجعله عدوانياً تجاههم، وفي حال عدم مقدرته على الانتقام فيقوم بتوجيه هذا الانتقام لذاته، ويتمثل ذلك في السلوك الانتحاري أو المحاولة الانتحارية، بينما بولاك فيرى أن لها علاقة باضطراب المزاج وهذا رأي صواب من وجهة نظر الباحثة فلا يوجد شخص يقدم على الانتحار بحالة شعوره بالمزاج الجيد، وترى الباحثة أنه لم يوفق بإرجاع سبب محاولة الانتحار لصعوبة التكيف الجنسي كعقدة أوديب فلا يمكن الجزم أن جميع محاولي الانتحار أو المنتحرين كان لديهم تلك العقدة.

أما بالنسبة لزيلبورك فتتفق معه الباحثة بأن محاول الانتحار أو المنتحر يكون فاقداً للشعور بالحب وتختلف معه في أن محاول الانتحار يسعى طلباً للشهرة، فهناك عدد لا بأس من المنتحرين كان انتحارهم هرباً من تلك الشهرة، كما وتتفق الباحثة مع بيدان جاميسون بأن اللجوء للانتحار يبدأ غرسه منذ الطفولة من خلال التنشئة، فإن نشأ محباً لذاته ولا يرى أحداً غيره فهذا سبباً للجوء للانتحار في حالة اختلاطه بالمجتمع، وكان الاهتمام منصّباً على شخص آخر.

وأيضاً تتفق الباحثة مع كل من ويندر وسشليدر بأن اللجوء للانتحار يسبقه ظروف تتمثل في الحرمان العاطفي والظروف القاسية والمعاملة الوالدية السلبية والانتقام ولفت الانتباه، كما وتتفق الباحثة مع جاما أن الانتحار يكون هرباً من الظروف الخائفة، ولكنها تختلف معه بأن للوراثة دوراً في ذلك.

وبالنسبة لبيرجلر فتتفق معه الباحثة إلى حد ما في تصنيفه لمحاولات الانتحار إما شعور بالذنب أو الهستيري أو المشتت المبني على ضلالات أو هلاوس، لكنها تُضيف أيضاً أموراً أخرى غفل عنها، كالانتحار الانتقامي أو الهروبي أو الذي يكون بدافع دفع العقاب عنه، وأخذ التصريح لفعل كل ما هو خاطئ في نظر الآخرين

وبالتالي يمكن للباحثة إيجاز ما سبق بأنها تتفق مع النظرية النفسية من خلال العوامل المهيئة للانتحار كالشعور بالكراهية والعدوان تجاه الآخرين، والهروب من الظروف، لكنه من غير المعقول أن يكون لصعوبة التكيف الجنسي دور لدى جميع المقبلين على الانتحار، لكن ربما يكون لدى فئة قليلة جداً منهم.

أما التفسير الثاني فهو التفسير النفسي غير التحليلي والذي تتفق الباحثة معه من ناحية أن الانتحار يكون نتيجةً لعدة عوامل تتمثل بالعدوان والتشوش الحاد وعدم القدرة على رؤية حلول أكثر إيجابية، الهروب من الانفعال اللامحتمل.

3- التفسير الاجتماعي: وبالنسبة للتفسير الاجتماعي فقد قسم دوركهايم الانتحار إلى أربعة أنواع: حيث تتفق معه الباحثة بتلك التصنيفات، فهناك الانتحار الإيثاري كما يحدث مع الجنود الذين يقدمون على الانتحار إما تضحيةً أو طاعة وحفاظاً على القوة العسكرية المتمثلة بوحدة الرأي، وبالانتحار الأناني حينما يعجز الفرد على رؤية شخص أفضل منه فيكون انتحاره بدافع إعادة لفت الانتباه له أو الانتقام ممن قَللوا من شأنه، وأيضاً الانتحار الفوضوي الذي يسببه إما الفقر كما يحدث بالدول الفقيرة أو الازدهار كما هو الحال في روسيا، كذلك الانتحار

القدرى تتفق الباحثة معه بشدة بالقوانين وإرغام الشخص دون مشورته وبشكل مُبالغ ينشئ فرداً محبطاً شبيهاً بالآلة غير قادر على البت في القرارات وبالتالي سيدفعه للانتحار.

4- التفسير السلوكي: بالنسبة للتفسير السلوكي تتفق الباحثة معه إلى حد ما يكون الانتحار ردة فعل لأشخاص تخلوا عنه حتى شعروهم بالذنب تجاهه.

5- التفسير الإنساني: وهو فسّر الانتحار على أنه حاجة للانتماء والتقدير من قبل الآخرين وهنا، تتفق الباحثة معه، فاللجوء للانتحار لا يكون من قبل شخص مُقدر ويحظى باهتمام من قبل الآخرين.

6- التفسير المعرفي: وهو الذي فسّر الانتحار على أنه مجموعة أفكار سلبية كانت نتيجة للشعور بالآلام غير المحتملة، وتتفق الباحثة مع هذا التفسير في حالة كان الانتحار بشكل واعٍ، لكن تختلف معه إن كان بشكل لا واعٍ كما يحدث مع حالات الفصام.

7- تفسير فرانكل: وهو الذي ربط الانتحار بخلو المحبين والأهداف، وإذ تتفق الباحثة معه ففي حالة الشعور بالفراغ بسبب عدم وجود هد من الطبيعي أن يتم فقدان الأمل والانقياد للسلوكيات السلبية والتي من بينها اللجوء للانتحار.

8- تفسير الضبط الاجتماعي: وهو الذي فسّر الانتحار نتيجة وجود خلل بالمحيط الاجتماعي، وتتفق الباحثة بشدة مع هذا التفسير فلا يوجد مُقبل على الانتحار خالٍ من المشكلات مع المحيط، فلو كان هناك إلتزام ومشاركة وارتباط مع الأسرة والمحيط وتفيد بالنظم المجتمعية لما أقبل على الانتحار.

9- تفسير نظرية الضغط النفسي: وهي التي فسّرت الإقدام على الانتحار تبعاً لضغوط عدة، وإذ تتفق الباحثة مع هذه النظرية فلولا الضغوط أصلاً لما كان اللجوء للانتحار.

السابع عشر - الأفكار الخاطأ حول الانتحار:

هناك عدة أفكار غير صحيحة حول الانتحار، ستعرضها الباحثة مع عرض الفكرة الصحيحة المقابلة لها:

1- هناك مجموعة من طبقة اجتماعية محددة هم فقط الذين يقتربون الانتحار.
والحقيقة أن الأفراد من كل الطبقات تقوم بارتكاب الانتحار، فهو غير مقتصر على طبقة واحدة.

- 2- الأفراد الانتحاريون لديهم رغبة واضحة لإنهاء حياتهم.
- والحقيقة أن تلك الفكرة ليست مؤكدة النية، إذ إن معظم الانتحاريين يظهرون صراع مفرداً سواء للرغبة في العيش أو الموت (أحمد، 1992م، ص 578 - ص 579).
- 3- الناس الذين يتحدثون عن الانتحار لا يقصدون القيام بذلك.
- والحقيقة أن الناس الذين يتحدثون عن الانتحار قد يسعون للحصول على المساعدة أو الدعم، فهناك عدد كبير من الناس الذين يفكرون في الانتحار يعانون من القلق والاكتئاب واليأس، وربما يشعرون أنه لا يوجد خيار آخر (منظمة الصحة العالمية، 2014م، ص 15).
- 4- ليس - بمقدورنا - منع صاحب الميول الانتحارية عن الاقدام على فعلته بالتنفيذ لحكم الموت بنفسه.
- والحقيقة أن غالبية المنتحرين كانوا متناقضين بين سلوكهم ومشاعرهم وكانوا يطلبون الإنقاذ من قبل الآخرين.
- 5- فكرة الانتحار تبقى مسيطرة للأبد إن سيطرت مرة واحدة.
- والحقيقة أن تلك المشاعر مؤقتة، وإن تخلصوا منها سيصبحون أكثر قدرة على قيادة أنفسهم ومواجهة الحياة.
- 6- تحسن المريض الاكتئابي يعني أن سلوك الانتحار قد غاب وولّى.
- والحقيقة لا بد من مرور (3 أشهر) عليهم حتى يمتلكوا القدرة على مقاومة وتغيير فكرتهم وقصدهم عن الانتحار.
- 7- الوراثة لها دور في السلوك الانتحاري.
- والحقيقة أن ليس للوراثة دور في السلوك الانتحاري، وإنما هي مشكلة فردية حسب الضغوطات.
- 8- من يحاول ويفشل في الانتحار من أول مرة لن يُقبل عليه مرة أخرى.
- والحقيقة أن هناك ما يقارب (50% - 80%) لديهم محاولات سابقة فاشلة (أبو الخير، 2001م، ص 230 - ص 231).
- 9- معظم حالات الانتحار تحدث فجأة وبلا سابق إنذار.

والحقيقة أن معظم حالات الانتحار قد سبقها علامات تحذيرية سواء أكانت لفظية أم سلوكية،
علماً بأن هناك بعضاً من حالات الانتحار حدثت بلا سابق إنذار

(منظمة الصحة العالمية، 2014م، ص 29).

10- فقط من لديهم اضطرابات نفسية يُقدمون على الانتحار.

والحقيقة أن السلوك الانتحاري يُشير إلى التعاسة العميقة لكن ليس بالضرورة إلى الاضطراب
النفسي، فلا يتأثر كثير من الناس المتعاشين مع الاضطرابات النفسية بالسلوك الانتحاري،
وليس كل من ينتحر لديه اضطراب نفسي. (منظمة الصحة العالمية، 2014م، ص 53).

11- الحديث عن الانتحار فكرة سيئة، ويمكن تفسيرها على أنها تشجيع على الانتحار.

والحقيقة نظراً لانتشار وصمة الانتحار على نطاق واسع، فإن معظم من يتحدثون عن الانتحار
لا يعلمون مع من يتحدثون، فإن الحديث الانفتاحي يمكن أن يمنح خيارات أخرى أو إعطاء
مهلة من الوقت لإعادة التفكير في القرار المتخذ، وبالتالي الوقاية من الانتحار

(منظمة الصحة العالمية، 2014م، ص 65).

الثامن عشر - وجهة نظر الإسلام بالانتحار:

ينظر الدين الإسلامي للإنسان على أنه مُكرم، وأودع به الكثير من الأسرار والطاقات،
وأوجده لهدف سامٍ نبيل هو عبادته أولاً، قال تعالى ﴿ وَمَا خَلَقْتُ الْجِنَّ وَالْإِنْسَ إِلَّا لِيَعْبُدُونِ ﴾
[الذاريات: 56]، ثم ليستخدمه بالأرض ليعمرها قال تعالى ﴿ وَإِذْ قَالَ رَبُّكَ لِلْمَلَائِكَةِ إِنِّي
جَاعِلٌ فِي الْأَرْضِ خَلِيفَةً ﴾ [البقرة: 30]، ووهبه الروح ليرعاها ففي رعايتها النور والهداية، وفي
الإعتداء عليها الفجور والكفر، فمن تعجل بإرهاقها بواسطة الانتحار انتظره في الآخرة عذاب
أليم، وباء بالخزي والعار (الزوبي، 1998م، ص 41).

فالانتحار هو إتلاف طوعي للجسد من قبل صاحبه بإزهاق الروح، وكثيراً ما تحيط
بالمنتحر ظروف قاسية تجعله مع ضعف الإيمان يلجأ إلى هذا المنفذ المهلك (موسى،
1995م، ص 41 - ص 42)، ولقد حرّم الإسلام على الإنسان أن يعتدي على حياته، وقتل
نفسه، كما حرم عليه قتل الآخر، وإزهاق روحه لقوله تعالى ﴿ وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ

بِكُمْ رَحِيمًا ﴿ وَمَنْ يَفْعَلْ ذَلِكَ عُدْوَانًا وَظُلْمًا فَسَوْفَ نُصَلِّيهِ نَارًا وَكَانَ ذَلِكَ عَلَى اللَّهِ يَسِيرًا ﴿ ﴿ [النساء: 29 - 30].

إن عملية الانتحار مرفوضة من الناحية العقلية والمنطقية أيضاً، وبالتالي تُعد أبشع من القتل؛ وذلك لكون فطرة الإنسان تنزع لحماية وحفظ الحياة والبقاء، ثم إن الإسلام يرى أن الحياة هي واجب على الإنسان أكثر من كونها حقاً، وبالتالي هي حق من حقوق الله عز وجل، يجب على الإنسان المحافظة عليه، وفي ذلك يقول الشاطبي " إن إحياء النفوس وكمال العقول والأجسام من حق الله تعالى في العباد لا من حقوق العباد، فإذا أكمل الله تعالى على عبد حياته وجسمه وعقله الذي به تحصيماً ما طلب منه القيام بما كُلف به، فلا يصح للعبد إسقاطه " (الجبوري، 2012م، ص 286 - ص 287).

كذلك ما ورد من الأحاديث القدسية حول الانتحار حَدَّثَنَا مُحَمَّدٌ، حَدَّثَنَا حَجَّاجٌ، حَدَّثَنَا جَرِيرٌ، عَنِ الْحَسَنِ، حَدَّثَنَا جُنْدُبُ بْنُ عَبْدِ اللَّهِ فِي هَذَا الْمَسْجِدِ، وَمَا نَسِينَا مُنْذُ حَدَّثَنَا، وَمَا نَخْشَى أَنْ يَكُونَ جُنْدُبٌ كَذَبَ عَلَى رَسُولِ اللَّهِ قَالَ: قَالَ رَسُولُ اللَّهِ ﷺ (كَانَ فِيمَنْ كَانَ قَبْلَكُمْ رَجُلٌ، بِهِ جُرْحٌ، فَجَزَعَهُ، فَأَخَذَ سِكِّينًا، فَحَزَّ بِهَا يَدَهُ، فَمَا رَقَا الدَّمُ، حَتَّى مَاتَ، قَالَ اللَّهُ تَعَالَى: " بَادَرَنِي عَبْدِي بِنَفْسِهِ، حَرَمْتُ عَلَيْهِ الْجَنَّةَ) [صحيح البخاري ومسلم].

وبرواية لأبي داوود من حديث جابر ابن سمرة قال: (أُخْبِرَ النَّبِيُّ ﷺ بِرَجُلٍ قَتَلَ نَفْسَهُ، فَقَالَ: لَا أَصَلِّي عَلَيْهِ) [صحيح مسلم].

فالمنتحر له عقوبة في الإسلام (طافش، 2008م، ص 79) وعقوبته تكمن بقول رسول الله ﷺ (مَنْ قَتَلَ نَفْسَهُ بِحَدِيدَةٍ فَحَدِيدَتُهُ فِي يَدِهِ يَتَوَجَّأُ بِهَا فِي بَطْنِهِ فِي نَارِ جَهَنَّمَ خَالِدًا فِيهَا أَبَدًا، وَمَنْ شَرِبَ سَمًا فَقَتَلَ نَفْسَهُ فَهُوَ يَتَحَسَّاهُ فِي نَارِ جَهَنَّمَ خَالِدًا فِيهَا أَبَدًا، وَمَنْ تَرَدَّى مِنْ جَبَلٍ فَقَتَلَ نَفْسَهُ فَهُوَ يَتَرَدَّى فِي نَارِ جَهَنَّمَ خَالِدًا فِيهَا أَبَدًا) [صحيح مسلم].

وقد حفظ الإسلام أتباعه من الوقوع في هذه الجريمة النكراء بطرائق متعددة من أهمها غرس عقيدة الإيمان بالله بالنفوس، حيث يؤمن الإنسان أن كل ما يجري بهذا الكون إنما يجري بقضاء الله وقدره وإرادته مع التسلح بالصبر لمواجهة المصاعب، لأنه خير علاج، قال تعالى ﴿ إِنَّمَا يُوقِي الصَّابِرُونَ أَجْرَهُمْ بِغَيْرِ حِسَابٍ ﴾ [الزمر: 10]، والاعتقاد بأن الكرب يعقبه الفرج والعسر يليه اليسر، حيث يقول الله تعالى ﴿ فَإِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا ﴾ [الشرح: 5]، ويقول ﷺ (وَاعْلَمْ أَنَّ فِي الصَّبْرِ عَلَى مَا تَكَرَّرَ خَيْرًا كَثِيرًا، وَأَنَّ النَّصْرَ مَعَ الصَّبْرِ، وَأَنَّ الْفَرَجَ مَعَ الْكَرْبِ، وَأَنَّ مَعَ

العُسْرُ يُسْرًا) (صحيح البخاري)، كذلك العمل والرضا بالواقع مع بذل الجهد للوصول للأفضل والاعتقاد بأن الفشل هو الخطوة الأولى التي تسبق النجاح (الزويبي، 1998م، ص42 - ص44).

وعليه فإن البعد عن الله وضعف الإيمان أو عدمه وعدم الرضا بأقدار الله وإنكار عقيدة البعث والحساب والثواب والعقاب يوم القيامة يكون أحد الدوافع الرئيسة للانتحار، والبيئة الثقافية الخصبة له ولغيره من الجرائم، فإن كانت ثقافة الأمة تنتظر للانتحار على أنه عمل شجاع يأتي بالتقدير والاحترام، فإن الانتحار لا بد وأن يتفشى؛ لأنه لم يعد جريمة أصلاً، وهذا ما يحدث في دول العالم وفي اليابان على وجه التحديد.

لذا جاء الوعيد على من يقتل نفسه عمداً بسبب عدم الصبر على بلاء وقع عليه، كفقْدان عزيز على أو فقد مال أوجاه أو غير ذلك من عرض الدنيا (الريبيش، 2005م، ص27).

تعقيب عام على الإطار النظري:

بعد أن قامت الباحثة بعرض مفصل - قدر الإمكان - حول الانتحار، يُمكنها أن تخلُص إلى أن اللجوء لمحاولة إنهاء الحياة ليس ردة فعلٍ لموقف قد حصل مع الفرد للتو، بل هو عبارة عن ردة فعل لعدة مواقف تراكمية قد أثرت في الفرد طيلة حياته، فيكون اللجوء للانتحار هنا إما إشارة تمردية على الوضع الحالي، أو هروباً من أوضاع فاقت الاحتمال، ولربما للفت اهتمام المحيط.

تتعدد الأسباب ولربما كان هناك أكثر من سبب اتحدوا بالنتيجة ذاتها، وهي اللجوء للانتحار، فهناك أسباب بيولوجية ونفسية واجتماعية، وأسباب لها علاقة بالمواقف الحياتية وغيرها من الأسباب، كما اختلفت النظريات حول تفسير ما هية اللجوء للانتحار، وكل مدرسة انحازت لتخصصها، فعلى سبيل المثال المدرسة النفسية ردت الانتحار لعوامل نفسية، وكذلك الاجتماعية وغيرها.

إن اللجوء إلى الانتحار هو بمثابة اعتراض على القدر، وهذا ما حرّمه الشرع، لذا لا بد من الأخذ بيد من حاول الانتحار من خلال احتوائه واستيعابه، وتقديم المعونة اللازمة له، وأهم تلك المعونات تعليمه اللجوء لله عز وجل، ولحل المشكلات بدلاً من الهروب منها، ولكن تجدر الإشارة إلى أنه ربما يكون اللجوء للانتحار بشكل لا واعٍ كما في الاضطرابات النفسية والتي

أبرزها الفصام فقد يُقدم الفصامي على الانتحار بسبب أصوات وهمية أمرته بالإقدام على الانتحار، وهنا رحمة الله أوسع من كل شيء، وحتى بالقانون الفلسطيني بحال ثبت أن مُحاول الانتحار يعاني من اضطراب نفسي تتم معافاته من العقوبة المفروضة على محاولي الانتحار. وأخيراً ترى الباحثة بأن الانتحار بغزة ليس بظاهرة كبقية البلاد، ولكن إن لم تُعالج تلك المشكلة فلا شك أنها ستصبح ظاهرة يصعب حلها كلما طال عليها السكوت، لذا لا بد من لفت انتباه صنّاع القرار لحل تلك الأزمة التي أصبحت الحل الأمثل للبعض.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

تعرض الباحثة في هذا الفصل لأهم وأحدث الدراسات السابقة العربية والأجنبية التي تم الحصول عليها ضمن محاور رئيسة، وذلك وفقاً للتسلسل الزمني والبدء بالأحدث حتى الأقدم، ومن ثم التعقيب عليها.

أولاً- الدراسات العربية:

1- دراسات تناولت محاولات الانتحار:

1-1- دراسة (أبو صفا: 2014م):

هدفت الدراسة إلى تقصي المخاطر الكامنة وراء تجربة الانتحار لدى عينة من النساء الفلسطينيات.

وقد اتبعت الدراسة المنهج الوصفي الكيفي للظاهرة، وكانت عينة الدراسة عينة قصدية مكونة من (20) امرأة ممن حاولن الانتحار مرة واحدة على الأقل، تم اختيارهن من المؤسسات الأهلية غير الحكومية وبعض الوزارات الحكومية كوزارة الشؤون الاجتماعية ومستشفيات خاصة جميعها في الضفة الغربية، وتم إجراء مقابلات مسجلة صوتياً معهن [في مكان خاص بعد موافقتهم]، عبر المقابلة المعمّقة شبه المنظمة وجهاً لوجه مبنية على دليل المقابلات شبه المركبة.

وتم تحليل البيانات بناء على طريقة Giorgi لتحليل البحوث الوصفية الكمية للظاهرة، وقد أظهرت الدراسة وجود خمسة عوامل أساسية تشتمل على (18) عاملاً فرعياً كالتالي: (العنف: الجنسي، الأسري، الجمعي، مشاهدة الاعتداءات، وسوء معاملة الطفل)، (الفقد: فقد الوالدين، فقد الهوية الثقافية، فقد علاقة ما)، (فقد الأمان عوامل خطر نفسية: تدني الكفاءة الذاتية، تدني تقدير الذات، صورة سلبية عن الذات، آليات تأقلم غير تكيفية)، (عوامل اجتماعية ثقافية: الفقر، الوصمة، الأسر المختلة)، (غياب نظام الدعم: المهني وغير المهني)، كما وأشارت الباحثة إلى أهمية برامج الوقاية الوطنية كتطبيق برامج الصحة النفسية وإدراك حقوق النساء، ومواجهة الأمية لدى الرجال والنساء، ومنع زواج القاصرين الإجباري، وتقديم الدعم

الاقتصادي والاجتماعي وبخاصة للنساء الصغيرات، وتفعيل القيم الإسلامية أكثر من العادات والتقاليد.

1-2- دراسة (مسيلي: 2013م):

هدفت الدراسة إلى محاولة الكشف عن الأساليب التي يستخدمها محاولو الانتحار في تعاملهم مع الضغوط النفسية التي تواجههم، وأسباب معاودة هذا السلوك التدميري من خلال بعض المميزات المعرفية والشخصية المتمثلة في كل من الاكتئاب واليأس.

وقد لجأ الباحث لاستخدام المنهج الوصفي المقارن، حيث قام باختيار عينة مقصودة قوامها (75) فرداً (40) ذكور، و(35) إناث، حاولوا الانتحار بمعدل مرة لأربع مرات من مختلف المصالح الطبية الاستشفائية والعيادات المتمددة الخدمات بولاية عنابة - الجزائر، حيث قام بتطبيق استبانة جمع البيانات، استبانة إدراك الضغط لفنستين، استبانة أساليب التعامل لفولكمان ولازاروس، مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس بيك لليأس.

وباستخدام الأساليب الإحصائية التحليلية كاختبار Anova أحادي التعامل، اختبار ليفين لحساب التجانس، اختبار Tukey، اختبار Kruskal - Wallis اللامعلمي، توصل الباحث لعدد من النتائج أهمها: أن مشاعر اليأس المرتفعة لدى محاولي الانتحار يمكن أن تكون السبب بظهور محاولات جديدة، كما أن من يتميز بقدرة عالية من الضغط الشديد واليأس يكون معرضاً بشكل أو بآخر للسلوك الانتحاري، وما لهذه المتغيرات من دور في رفع احتمالية الانتحار.

1-3- دراسة (شفيق: 2013م):

هدفت الدراسة إلى اختبار فرضية أن هناك متلازمات نفسية واجتماعية، وعوامل خطر مرتبطة بمحاولة الانتحار، تأتي من ثقافات مختلفة وتؤثر تلك الثقافات فيها.

وقد لجأ الباحث لاستخدام المنهج المقارن، وقام باختيار عينتين عشوائيتين قوامهما (110) من المراجعين لقسم الطب النفسي، ومركز السموم بمستشفيات جامعة عين شمس بالقاهرة، و(50) من محاولي الانتحار المحولين إلى مركز الكويت للصحة النفسية، وتمت المقارنة بعينتين ضابطين قوامهما (50 و90) بمصر والكويت تم اختيارهم من أصدقاء عينة الدراسة، بشرط ألا يكون لهم تاريخ محاولات انتحارية أو أية أمراض نفسية، وقد قام بتطبيق كل

من فحص الحالة العقلية المصغر، قائمة مراجعة الأعراض للتصنيف الدولي العاشر للأمراض، ملزمة نصف منظمة لتدوين البيانات الديموجرافية الاجتماعية والعوامل المرتبطة بتحديد السلوك الانتحاري، المقياس المدرج لحالة العائلة الاجتماعية والاقتصادية للشخص، استبانة التغلب على حوادث الحياة لليونارد، واستبانة مغزى الحياة لكرامبو.

وقد توصل الباحث إلى عدد من النتائج أهمها: أن هناك مجموعة من عوامل الخطر النفسية والاجتماعية ترتبط مع السلوك الانتحاري كالمشاكل الحياتية في العلاقات والمشاكل الاقتصادية والصحية والقانونية وغيرها، وكذلك وجود اضطرابات نفسية خاصة الاكتئاب، اضطرابات الشخصية غير المستقرة عاطفياً من النوع المندفع، الخلفية المعرفية المميزة المتعلقة بالتفاعل السلبي لأحداث الحياة الصعبة، وانخفاض أبعاد معنى الحياة.

1-4- دراسة (حميمي: 2012م):

هدفت الدراسة إلى محاولة التعرف إلى بعض الأسباب التي يمكن أن تكون وراء هذا السلوك - القلق الشديد وعلاقته بالاكتئاب ومشاعر اليأس لدى شريحة من محاولي الانتحار - من الناحية النفسية، ومن ثم يمكن إدراجها بشكل أو بآخر في برامج التكفل النفسي والرعاية النفسية وبخاصة في مجال الطوارئ النفسية.

استخدمت الباحثة للمنهج الوصفي، على عينة عرضية قوامها (75) فرداً (41 إناً، 34 ذكوراً) بالجزائر، وتطبيق كل من المقاييس التالية تايلور للقلق، بيك للاكتئاب، بيك لليأس.

وتحليل البيانات باستخدام الإحصاء الوصفي كالوزن النسبي، والإحصاء الإستدلالي من خلال معاملات الارتباط، توصلت الباحثة إلى عدد من النتائج أهمها: من بين المحركات الأساسية للانتحار عدم القدرة على مواجهة القلق المستمر والشديد والذي يصاحبه الاكتئاب، ومن ثم اليأس وقد يؤدي في النهاية للإقدام على الانتحار، وكل ذلك يرجع إلى هشاشة شخصية محاولي الانتحار أحياناً، لأنه لا يستطيع مواجهة والتحمل، وأحياناً قد تكون البنية العضوية والنفسية للفرد غير قادرة على الاستجابة لمصادر الضغوط المختلفة وبالتالي لا تؤدي بالفرد لمواجهة والتسوية، واستمرار هذا الوضع وارتباطه ببعض المميزات النفسية والمعرفية قد يؤدي إلى المحاولة الانتحارية خاصة إذا علمنا أن الفشل في مواجهة والتسوية يُشعر الفرد بالحزن الشديد، وقد يتشكل عنده الشعور باليأس الذي يُعد المفجر الفعلي للمحاولة الانتحارية أو الانتحار.

1-5- دراسة (نعيمة: 2012م):

هدفت الدراسة إلى فهم ظاهرة الانتحار عامة والمحاولة الانتحارية خاصة، ومدى تأثير وتأثر أفراد الأسرة فيما بينهم، ومدى تأثير هذه العلاقة على المراهق لتؤدي به إلى ارتكاب محاولات انتحار أو لا، إضافة إلى التحقق من الفرضيات التي وضعها الباحث للدراسة، والتي لم تهتم بها الدراسات المحلية، حيث إن الفرضية الأساسية تتمثل في النسق الأسري له علاقة بظهور المحاولة الانتحارية لدى المراهق.

وقد لجأ الباحث إلى استخدام المنهج الوصفي المقارن، واختار عينة استطلاعية قوامها (60) من المستشفى الجامعي بتييزي وزو- الجزائر، و(4) أفراد منهم للدراسة التجريبية للمقاييس، و(10) حالات من محاولي الانتحار، منهم (7) حالات من محاولي الانتحار في المستشفى الجامعي CH4 لتييزي وزو و(3) من مستشفى الأمراض العقلية بتييزي وزو بالجزائر، و(10) أفراد من طلاب الثانوية بتييزي وزو لم يحاولوا الانتحار، وقد قام الباحث بتطبيق المقابلة العيادية نصف الموجهة، مقياس بيك للاكتئاب، واختبار الإدراك الأسري FAT.

واستخدم الباحث للأساليب الإحصائية التحليلية كالارتباط، اختبار T للفروق بين المتوسطات، إضافة إلى تحليل البيانات، توصل الباحث إلى أن الصراع الظاهري بأنواعه المختلفة مرتفع لدى فئة المراهقين محاولي الانتحار، مع غياب الحول لحل تلك الصراعات، كما أن الاتساق الأسري يتميز بالانغلاق التام، مع ارتفاع للمعاملة القاسية لديهم، ويسود اتساقهم الأسري انفعال الحزن والاكتئاب، وبالتالي فإن المراهق الذي يعيش في ظل اتساق أسري بالمواصفات المذكورة سينعكس عليه فيحاول الانتحار.

1-6- دراسة (تفاحة: 2010م):

هدفت الدراسة إلى محاولة التعرف إلى البروفيل الشخصي لمحاولي الانتحار وأيضاً خفض مستوى السلوك الانتحاري لديهم.

وقد استخدم الباحث للمنهج الوصفي التجريبي، وتطبيقه على عينة قوامها (60) من طلبة الكلية بين (19 - 24) قسموا لمجموعتين متساويتين، الأولى محاولي انتحار بالفعل إما بجرعات زائدة من المواد المخدرة أو بإشعال النار بأنفسهم أو بتناول مواد سامة بمستشفى جامعة قناة السويس بالإسماعيلية، والأخرى من الأفراد العاديين من طلاب الجامعة، حيث قام بتطبيق

مقياس احتمالية الانتحار، اختبار الشخصية المتعدد الأوجه M.M.P.I، واختبار اليد الإسقاطي.

وباستخدامه للأساليب الإحصائية T - Test، وويلكوكسون Wilcoxon، توصل الباحث إلى عدد من النتائج أهمها: هناك عدة متغيرات منبئة باحتمالية الانتحار وهي تقدير الذات السلبي، ثم الشعور باليأس، مما يسهم في التفكير بالانتحار ثم المحاولة، أما بالنسبة لنتائج اختبار اليد الإسقاطي فقد أسفرت نتائجه بالنسبة لفئتي العدوان والتسيير عن أن محاولي الانتحار يفضلون الوحدة والانعزال والبعد عن الناس أو التعامل معهم، ولديهم قدر من العدائية نحو الذات، أما الاتصال والتواصل فيعني أن إنعدام العلاقات المتبادلة وإنعدام التعبير الوجداني الإيجابي والحساسية الاجتماعية والحب والتعاطف لدى محاولي الانتحار، بينما الخوف والتواصل يرجع لاحتياجهم للمساندة والسند والرغبة بالتعاون الاجتماعي والتنفيس عن مشاعر الغضب والألم مع ظهور النزعة الماسوكية التي تتضمن الإنكار خوفاً من الثأر ومن العدوان الموجه نحو الذات.

أما العجز اللا شخصي السلبي واللا شخصي النشط، فيُبدل على إحساس بالعجز والانحطاط، وعدم القدرة على حل المشكلات ومواجهة الضغوط وتحقيق الرغبات، وأيضاً الإحساس بعدم القيمة والأهمية واللا معنى وعدم الكفاية، وكذلك إنعدام النشاط الترفيهي لدى محاولي الانتحار والانغلاق على الذات بسبب الشعور بالدونية والعجز، مما يترتب عليه ممارسة أنشطة سلبية داخلية كالتأنيب وجلد الذات وعقابها بالانتحار، مما يقلل السلوك العدواني المكشوف والموجه نحو الآخر، وبالتالي فللعلاج السلوكي المعرفي دور في الحد من تصور الانتحار.

1-7- دراسة (المين: 2010م):

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى قدرة صدمة الفشل في أن تدفع بالمراهق إلى محاولة الانتحار، والوصول إلى إقتراح استراتيجيات التكفل النفسي بالمراهقين محاولي الانتحار.

وقد لجأ الباحث لاستخدام المنهج الإكلينيكي، على عينة قوامها (3) حالات (1 ذكر، 2 أنثى) من المركز الاستشفائي الجامعي سعادنة بن عبد النور - سطيف - بالجزائر، مستخدماً المقابلة الإكلينيكية نصف الموجهة، والملاحظة المباشرة.

وبتحليل البيانات توصل إلى عدد من النتائج أهمها: بالنسبة للحالة الأولى فالمفحوص حاول الانتحار عدة مرات وباستعمال وسائل مختلفة بسبب الإحباط الذي تعرض له بعد فشله في إقامة علاقة عاطفية وفقدان شخص عزيز، الأمر الذي أدى إلى قلق كبير (قلق فقدان الموضوع) وبالتالي أبدى المفحوص نتيجة الذي تعرض له عدوانية كبيرة، وكانت في البداية غيرية ثم وجهت نحو الذات بسبب تقديره المتدني للذات وشعوره بالذنب، وهذا ما أدخله في تناذر اكتئابي أدى إلى محاولة الانتحار التي تكررت بسبب عدم وجود حلول وانعدام الاهتمام الخارجي به وضعف شخصيته ومعاناته من الاهتمام من حالة الاكتئاب التي لم يمكنه تجاوزها.

أما الحالة الثانية فقد حاولت الانتحار من خلال السقوط الحر بسبب فشل علاقتها بعد الزواج وفشل علاقة كانت تقيمها مع شاب وهذا ما أدى إلى قلق كبير، أبدت بعده المفحوصة سمات اكتئابية لم تكتمل بسبب نمط شخصيتها الهستيري، وبالتالي أظهرت عدوانية نحو الذات بسبب تدني تقديرها لذاتها، وضعف الأنا في مواجهة الصدمات، وبالتالي تُفسر محاولاتها الانتحارية بأنها وسيلة لجلب المحيط والتعبير عن حالة ضيق تعاني منها، ولم تجد مخرجاً لها.

وبالنسبة للحالة الثالثة فقد حاولت الانتحار من خلال تناول جرعة دواء، وذلك إثر الإحباط بسبب التعرض للفشل العاطفي، مما أدى لدخولها بصدمة نفسية، وبسبب سوء المعاملة الوالدية ازداد الأمر سوءاً، وأدى لدخول الحالة بالقلق تطور إثره لأعراض اكتئابية بسبب هشاشة شخصيتها، ثم تحولت النزعات العدوانية نحو ذاتها بسبب التقدير المتدني للذات وتأنيب الضمير الذي سيطر عليها، وضعف الأنا في مواجهة الصدمات والتي فسرتها مُحاولات الانتحار، وبالتالي تُفسر محاولتها الانتحارية بأنها إنهاء لوضعية صراعية خطيرة كانت تعاني منها ولم تجد لها خيارات أخرى واقعية قابلة للتنفيذ.

1-8- دراسة (خضر: 2008م).

هدفت الدراسة إلى بيان أثر العوامل الاجتماعية والاقتصادية والنفسية والدينية للمنتحرات ومن حاولن الانتحار، بهدف تحديد الخصائص الشخصية والاجتماعية والاقتصادية للمنتحرات، ومن حاولن الانتحار، وبيان أهم خصائص الانتحار، وتحديد أهم العوامل المؤدية لانتحار الإناث.

وقد لجأت الباحثة لاستخدام المنهج الوصفي التحليلي، حيث طبقت دراستها على عينة مؤلفة من (287) حالة، منها (285) حالة من محاولات الانتحار وحالتان قد انتحرتا بالفعل من

داخل مستشفيات الرياض، وذلك من خلال الصدفة، وقد استخدمت الباحثة تحليل المضمون ومنهج البحث الاجتماعي إضافة للاستبانة والمقابلة.

وباستخدام الأساليب الإحصائية التالية: التكرارات، النسب المئوية، اختبار كاي²، واختبار الفروق بين المتوسطات من خلال برنامج *Spss*، تم الوصول لعدد من النتائج أهمها: تتميز المنتحرات ومحاولات الانتحار بعدد من السمات وهي: (أنهن من فئة الشباب مسلمات حصلت على التعليم المتوسط، وتعانين من أمراض نفسية وعضوية، تدني نسبة التدخين في حالة وجود الضغوط الحياتية، وهذا يدل على وجود علاقة بين كل من الحالة الصحية والمستوى الاقتصادي والمهني والعوامل الدافعة للانتحار، ووجود علاقة عكسية بين كل من التعليم ومحاولات الانتحار، ولا توجد أية علاقة بين كل من تعاطي المخدرات ومحاولات الانتحار لدى النساء)، يتسم الانتحار بعدد من الخصائص أبرزها: (ارتفعت نسب محاولات الانتحار بعام 1427هـ، وتمت محاولة الانتحار بالمنزل حينما كانت بمفردها، وقد أسعفت أغلب الحالات من قبل أسرتهن، حيث كانت السموم هي أبرز الوسائل للمنتحرات ومحاولات الانتحار، وبالنسبة للعوامل الاجتماعية الدافعة للانتحار فقد توصلت الباحثة إلى: (تحتل المرتبة الأولى المشاكل العائلية بنسبة (46.7%)، تليها المشاكل الزوجية بنسبة (26.5%)، وأخيراً الصراع مع الآخرين بنسبة (13.7%)، وهذا ما أثبتته أيضا الخروج بنتيجة عدم ترك رسائل للأهالي أو الأصدقاء قبل تنفيذ القرار لعدم الشعور بالأمان تجاه أحدهم، بالنسبة للعوامل النفسية التي دفعت للانتحار فهي (تدني الصبر، سماع الموسيقى والأغاني، التفكير مشوش، الحياة مملّة، الشعور بالحزن والاكتئاب ووجود الأمراض النفسية).

9-1- دراسة (ميموني: 2008م).

تهدف الدراسة إلى معرفة الأسباب التي يتم من خلالها اللجوء لمحاولات الانتحار بوهران - الجزائر.

وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي حيث طبق دراسته على عينة مكونة من (173) حالة بمصلحة الاستعجالات بمركز الصحة النفسية بوهران- الجزائر، مستخدما التحليل، وذلك باستخدام المقابلة.

وبتحليل الباحث للمقابلات توصل للنتائج التالية: السمات التي تميز محاولي الانتحار قد توصل اليها الباحث إلى: أن هناك نسبة (75%) من محاولات الانتحار إناث، بينما (25%) ذكور،

وهناك نسبة (87%) من محاولي الانتحار لا يتجاوز سنهم ال (36) سنة، نسبة (65%) منهم غير متزوجين و(35%) متزوجون وأغلب المتزوجين من النساء)، وأما عن أسباب اللجوء للانتحار فقد توصل الباحث للتالي: (احتل العنف الأسري وسوء التواصل المرتبة الأولى، تليها المشاكل الغرامية سواء بحدوث خلافات فيما بينهما أو رفض الأهالي تزويجهم، ثم تصلب الآباء وعدم اصغائهم لأبنائهم وبهذه الحالة كان احتجاج الفتيات أكثر من الفتيان، ثم احتقار الأسر لأبنائها)، كون محاولات الانتحار ليست فعلا بسيطا لكنه صدمة عميقة تمس كلاً من الأسرة والمحيط، مما قد تؤدي لسلوكيات مميتة ولا زالت المحاولات في ازدياد.

2- دراسات تناولت الميل والاستعداد والتفكير بالانتحار:

2-1- دراسة (السلطاني: 2014 م):-

هدفت الدراسة إلى بناء مقياس يقيس الميل نحو الانتحار لدى طلبة المرحلة الإعدادية وقياسه، لمعرفة إن كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية في الميل نحو الانتحار وفقاً لمتغير الجنس (ذكر وأنثى) ومتغير السكن (مدينة وريف).

وقد لجأ الباحثان لاستخدام المنهج الوصفي التحليلي، وطبقاه على عينة عشوائية قوامها (435) طالباً وطالبة من المرحلة الإعدادية في محافظة بابل - العراق، مستعينين بالمقياس الذي قاما بإعداده.

وباستخدام الأساليب الإحصائية التحليلية كمعامل ارتباط بيرسون، التباين الثنائي لمتغيرين مستقلين، مربع كاي، والحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية S.P.S.S، توصل الباحثان إلى بناء مقياس الميل نحو الانتحار، وأن الميل للانتحار لدى الإناث أعلى من الذكور، كذلك الميل للانتحار لدى سكان المدينة أعلى من الريف.

2-2- دراسة (شهاب: 2013م):

هدفت الدراسة إلى معرفة الدور الفعال لمدير المدرسة في تحجيم ظاهرة الاستعداد للانتحار من وجهة نظر الطلبة في مركز محافظة نينوي- العراق وفقاً لمتغير الجنس والتخصص والترتيب الولادي.

وقد لجأت الباحثة إلى استخدام المنهج الكمي، على عينة قوامها (150) من طلاب المرحلة الإعدادية (100 طالب، 50 طالبة)، مُطبقة أداة الاستعداد للانتحار من إعداد الباحثة. وباستخدام الأساليب الإحصائية التحليلية كاختبار T - Test 1، T - Test 2، توصلت الباحثة إلى عدد من النتائج أهمها: هناك نسبة من الطلبة والطالبات لديهم مستوى عالٍ من الاستعداد للانتحار، كما أن هناك أثراً للجنس في حدوث الاستعداد للانتحار لصالح الإناث، ولا يوجد فروق بمستوى الاستعداد للانتحار وفقاً لمتغيري التخصص والترتيب الولادي.

2-3- دراسة (الغديان: 2011م):

هدفت الدراسة إلى معرفة الأسباب التي تقود المنحرفين والطلبة العاديين للتفكير في الانتحار، مع التعرف إلى الفروق في التفكير بالانتحار بين الأحداث المنحرفين والطلبة العاديين، إضافة إلى معرفة نوع الجريمة وطبيعة الحكم والعودة إلى الدار على التفكير بالانتحار لدى الأحداث المنحرفين.

وقد لجأ الباحث لاستخدام المنهج الوصفي الارتباطي، وطبقه على عينة عشوائية بلغ قوامها (100) طالب عادي من أحد المراكز الصيفية بالرياض، و(100) حدث منحرف من دور الملاحظة الاجتماعية بالرياض، مستعيناً بمقياس التفكير بالانتحار، واستبانة المعلومات الأولية.

وباستخدام الباحث الأساليب الإحصائية الوصفية كالتكرارات والنسب المئوية، والأساليب الإحصائية التحليلية كتحليل التباين الأحادي واختبار T لدلالة الفروق، توصل الباحث إلى أن هناك عدداً من الأسباب يُؤدي للتفكير في الانتحار كالضغوط النفسية، عدم التقبل من الأسرة أو المجتمع، انخفاض تقدير الذات، الوضع الزمني للحكم والوضع السيء في الدار، البعد عن الله عز وجل، الشعور باليأس، انتقاد الأسرة، تعاطي المخدرات، العلاقات الجنسية، المشكلات الأسرية، الإساءة الجسدية، الفراغ، وفاة الوالدين أو إحداهما، الحب، فقر الأسرة، ضغوط رفاق السوء، كما أن الأحداث المنحرفين أكثر تفكيراً في الانتحار من العاديين.

2-4- دراسة (أبو ركاب: 2010م):

هدفت الدراسة إلى معرفة الأسباب المهيئة للانتحار في البيئة الفلسطينية سعياً للوصول بالمجتمع الفلسطيني لأرقى المستويات بالمستقبل.

وقد لجأ الباحث للمنهج الوصفي، وقام باختيار عينة قوامها (60) فرداً، قام بتوزيعهم على مجموعتين تجريبية وضابطة، وذلك من المناطق (غزة، الوسطى، خان يونس، رفح)، وقام بتطبيق كل من اختبار أيزنك للشخصية E.P.Q، واختبار جليفورد للاكتئاب.

وباستخدام الأساليب الاحصائية الوصفية كالوزن النسبي، معامل ارتباط ألفا كرونباخ، التوزيع الطبيعي، المتوسط الحسابي، والأساليب الاحصائية التحليلية كاختبار T، العوامل المهيئة للانتحار هي كما يلي: العُصاب فأكثر الناس تفكيراً بالانتحار هم متقلبو المزاج، ممن يشعرون بالتعاسة، ممن يتوقعون بأن هناك أعداء كُثراً، ممن يُحبون أن يخاف الناس منهم، والمتعرضين للكذب من قِبَل الناس، أما في مجال الانطواء فكثيرو الصمت، دائمو التفاخر بأنفسهم، وممن يتمنون لو كانوا ميتين أكثر تفكيراً بالانتحار، وعلى صعيد مجال الذهان فالقلقون من وجود الديون، ممن ينزعجون من رؤية الأطفال، ممن تتساوى في نظرهم أمور الحياة أكثر تفكيراً بالانتحار، وأما على صعيد مجال الكذب فمن يقبلون المديح، كثيرو الملل، العصبيون، العنيفون، من يشعرون بالوحدة هم أكثر الناس تفكيراً بالانتحار، وعلى صعيد مقياس جليفورد للاكتئاب من يُكثرون من أحلام اليقظة، ذوي الحساسية المرتفعة، متقلبو المزاج، ممن ينزعجون من التجارب السيئة أكثر تفكيراً بالانتحار.

2-5- دراسة (الشهري: 2010م):

هدفت الدراسة إلى دراسة ضعف التدين والقلق والاكتئاب والشعور بالوحدة النفسية كمنبئات للميول الانتحارية.

وقد قام الباحث باختيار عينة قوامها (307) من الطلبة والطالبات من مرحلتَي الثانوية العامة والجامعة، والعينة الثانية عينة دراسة الحالة (28) فرداً ممن أقدموا على محاولات الانتحار من مستشفيات الصحة النفسية والمودعين بالسجون بالسعودية، وآخرون وصل إليهم الباحث من خلال معارفه، وقد طبق الباحث مقياس مستوى التدين، مقياس الاضطرابات النفسية لكل من: (القلق، الاكتئاب، الشعور بالوحدة النفسية)، كما أنه قام بتطبيق مقياس الميول

الانتحارية على عينة الدراسة العامة، وطبق كلاً من مقياس الميلول الانتحارية والتدين على دراسة الحالة.

وقد توصل الباحث إلى أن ضعف التدين والقلق والاكتئاب والشعور بالوحدة النفسية مؤشرات يمكن التنبؤ بها لإقدام الفرد أو ميله للانتحار.

2-6- دراسة (سالم: 2010م):

هدفت الدراسة إلى رصد انعكاسات التحولات البنائية التي شهدتها المجتمع المصري خلال العقود الأخيرة على تفاعلات الحياة اليومية للأفراد، ودورها في اضطراب الشخصية وإنتاج حالة اليأس التي كثيراً ما تدفع بالفرد نحو الانتحار كخيار للتخلص من مشكلاته الانتحارية، وكذلك إيجاد تفسير اجتماعي لظاهرة الانتحار لندرة الدراسات الاجتماعية على المستويين العالمي والعربي.

وقد استخدمت الباحثة المنهج الكشفي الوصفي على عينة قوامها (179) جريمة انتحار ما بين (2000 - 2006)، من خلال الحصول على المعلومات من موقع صحيفة الأهرام على الانترنت، وأرشيف المعلومات بمؤسسة الأهرام - مصر.

ومن خلال تحليل المضمون واستخدام الباحثة للإحصاء الوصفي كالوزن النسبي والتوزيع التكراري، توصلت الباحثة إلى عدد من النتائج أهمها: أن أهم دوافع الانتحار كانت كما يلي: (20.6%) مرور الضحايا بضائقة مالية، (19.5%) مشاكل أسرية، (16.7%) المرض النفسي، (10%) خلافات زوجية، (6.7%) رسوب بالامتحانات، (6.7%) الهروب من الفضيحة، (5.2%) هروب من السجن، (4.4%) اليأس من الشفاء من مرض عضوي، (4%) اليأس من الحصول على فرصة عمل، (3.3%) الشعور بالظلم والاضطهاد، (2.2%) عدم الحصول على مجموع في الشهادات العامة، (0.5%) الإدمان، وأما عن الوسائل المستخدمة في الانتحار فكانت كما يلي: (35.7%) سقوط من علو، (14.5%) حرق، (2.7%) السلاح الأبيض، (5.5%) السلاح الناري، (2.7%) استخدام عقاقير، (0.5%) قطع شرايين، 18% استخدام مادة سامة، (13%) شنق، (6.7%) غرق، حقن بمادة مخدرة (0.5%)، كما أن هناك علاقة بين ثقافة المنتحر ونوع الوسيلة المستخدمة فمثلاً بالبيئة الريفية يستخدمون السموم والمبيدات الحشرية والكبروسين.

2-7- دراسة (حسن: 2009م):

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى الفروق بين متوسط درجات طلاب وطالبات الجامعة في متغيرات الدراسة: (المعانة الاقتصادية، التقدير السلبي للذات، تصور الانتحار)، معرفة مدى علاقة كلاً من (المعانة الاقتصادية، والتقدير السلبي للذات) بتصور الانتحار لدى طلاب وطالبات الجامعة من أفراد العينة، مع معرفة مدى العلاقة بين المعانة الاقتصادية وتصور الانتحار بعد العزل الإحصائي السلبي للذات، ومعرفة التأثير المشترك لكل من المعانة الاقتصادية والتقدير السلبي للذات على تصور الانتحار لدى طلاب وطالبات الجامعة من أفراد العينة.

وقد طبقت الدراسة على عينة قصدية قوامها (290) طالباً وطالبة من جامعة الزقازيق، حيث استخدمت الباحثة استمارة بيانات عامة من إعدادها، استمارة المعانة الاقتصادية، مقياس روزنبرج لتقدير الذات، ومقياس تصور الانتحار.

وقد حلت الباحثة البيانات من خلال الإحصاء الاستدلالي كاختبار T، معامل الارتباط البسيط، معامل الارتباط الجزئي، ومعامل الارتباط المتعدد، وقد توصلت إلى عدد من النتائج أهمها: هناك ارتباط موجب دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) بين إدراك الشباب الجامعي للمعانة الاقتصادية وبين تصور الانتحار، بمعنى عدم كفاية الدخل يؤدي لزيادة الأفكار والمشاعر الانتحارية، وجود ارتباط موجب دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) بين التقدير السلبي للذات وتصور الانتحار لدى أفراد العينة من الشباب الجامعي، وتزداد العلاقة بين المعانة الاقتصادية وتصور الانتحار حينما يكون تقدير الذات سلبياً والعكس صحيح، وتصور الانتحار يزداد بفعل التأثير المشترك لكل من المعانة الاقتصادية والتقدير السلبي للذات.

2-8- دراسة (زهير: 2008م):

هدفت الدراسة للتعرف إلى خصائص التصور الاجتماعي لظاهرة الانتحار وكيفية تكونه لدى الطالب الجامعي.

وقد لجأت الباحثة لاستخدام المنهج الوصفي، حيث اختارت عينة قوامها (1257) طالباً من طلاب جامعة محمد خيضر ببسكرة- الجزائر، مستخدمة الملاحظة، والمقابلة، والاستمارة حول مفهوم الانتحار.

وباستخدام الأساليب الإحصائية الوصفية كالنسب المئوية، والمتوسط الحسابي، والأساليب الإحصائية التحليلية كعامل ارتباط بيرسون، والارتباط الرتبي للبيانات الكمية، أما البيانات الكيفية فقد قام بذكر مستويات التحليل النفسي والاجتماعي والأنثروبولوجي، وقد توصلت الباحثة إلى عدد من النتائج أهمها: أن هناك عدة أسباب للانتحار كالفشل العاطفي، المشاكل العائلية كالطلاق أو الهجر أو المشاكل الأسرية، أيضاً معرفة الطلبة لمفهوم الانتحار بما يقارب عمر (8 - 10) سنوات.

2-9- دراسة (الحميري: 2008م):

هدفت الدراسة للتعرف إلى نسبة شيوع الانتحار لدى طلبة الثانوية والجامعية في مدينة ذمار- اليمن، وطبيعة الفروق بين أفراد العينة طبقاً للجنس (ذكور، إناث)، والمرحلة الدراسية (ثانوية، جامعية).

قد لجأ الباحث لاستخدام المنهج الوصفي التحليلي، وطبقه على عينة عشوائية بسيطة قوامها (2800) طالب وطالبة باليمن بواقع (1189) من التعليم الثانوي: (595 ذكوراً، 594 إناثاً)، و(1611) من جامعة ذمار: (813 ذكوراً، 798 إناثاً).

وباستخدام الأساليب الإحصائية الوصفية كالمتوسط الحسابي والانحراف المعياري، والأساليب الإحصائية التحليلية كتحليل التباين الثنائي، توصل الباحث إلى أن (5.3%) من طلبة الثانوية العامة، و(7.3%) من طلبة الجامعة يعانون من تصور الانتحار، كذلك الفروق الفردية بين الطلبة في تصور الانتحار غير دالة إحصائياً طبقاً للمرحلة والجنس.

2-10- دراسة (فايد: 2008م):

هدفت الدراسة إلى تعريب وإجراء أداتين لقياس كل من التفكك والتفكير الانتحاري وتحديد معالمها السيكومترية في البيئة المحلية، فحص العلاقة بين صدمة الطفولة البينشخصية وكل من خبرات التفكك والتفكير الانتحاري، وإلى التعرف إلى القدرة التنبؤية لصدمة الطفولة البينشخصية بدرجة التفكك والتفكير الانتحاري.

وقد لجأ الباحث لاستخدام المنهج الكمي، على عينة استطلاعية قوامها (150) طالبة جامعية، وعينة أساسية قوامها (314) طالبة من المقيدات بجامعة حلوان بعمر (17 - 19)، مطبقاً عليهم إستبانة صدمة الطفولة، مقياس الخبرات التفككية، ومقياس التفكير الانتحاري.

وباستخدامه للأساليب الاحصائية الوصفية كالانحراف المعياري، والأساليب الإحصائية التحليلية كعامل الارتباط ومعامل ألفا كرونباخ، التحليل العامل، والارتباط البسيط، الانحدار البسيط، والتباين، توصل إلى عدد من النتائج أهمها: هناك ارتباطات بالتفكير الانتحاري أكبرها الارتباط بين صدمة الطفولة البيئشخصية وأنماطها المتنوعة وبين التفكير الانتحاري، ثم الإساءة الانفعالية والتفكير الانتحاري، ثم الإساءة البدنية والتفكير الانتحاري، وأخيراً الإهمال الانفعالي والتفكير الانتحاري، كما أن الإساءة البدنية منبئ قوي للتفكير الانتحاري.

2-11- دراسة (الدسوقي: 2006م):

هدفت الدراسة إلى نمذجة العلاقة السببية بين خبرات الإساءة والقلق والاكتئاب وتصور الانتحار لدى عينة من السيدات المعرضات للإساءة، بهدف تصميم نموذج سببي يوضح العلاقة بين الخبرات المذكورة آنفاً، وتصور الانتحار لدى عينة من النساء الراشدات المعرضات للإساءة، إلى جانب التعرف إلى أبعاد الإساءة الجسمية أو النفسية أو الجنسية المنبئة بالاضطرابات النفسية لدى أفراد العينة.

وقد لجأ الباحث لاستخدام المنهج الكمي، على عينة قوامها (114) من السيدات العاملات بإدارة جامعة المنوفية، والعاملات بالمدارس الثانوية ممن تتراوح أعمارهم ما بين (28 - 43) عاماً، وقد كان اختيار العينة خاضعاً لشروط، وقد قام بتطبيق استمارة بيانات أولية من إعداد الباحث، مقياس التطور الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المطور للأسرة، مقدار تقدير سلوكيات الإساءة، مقياس القلق، قائمة تشخيص الاكتئاب IDD.

وباستخدام الأساليب الاحصائية التحليلية التحليل العامل، تحليل المسار، ارتباط بيرسون، أسلوب الانحدار المنظم، تم الوصول لعدد من النتائج أهمها: أن خبرات الإساءة والقلق والاكتئاب وتصور الانتحار تُشكل فيما بينها سبباً يوضح العلاقة بين هذه المتغيرات، كذلك الإساءة الجسمية والجنسية تتبئ بظهور خبرات اضطراب القلق والاكتئاب وتصور الانتحار.

2-12- دراسة (فايد: 2006م):

هدفت الدراسة إلى إعداد أداة لقياس ضغوط الحياة لدى طلاب الجامعة، والتعرف إلى التأثير السلبي للضغوط المرتفعة في زيادة تصور الانتحار، التعرف إلى التأثير الإيجابي للمساندة الاجتماعية بالتخفيف من حدة ضغوط الحياة وتصور الانتحار، والتعرف إلى دور المساندة الاجتماعية كعامل وقائي يخفف من حدة تصور الانتحار الناجم عن ارتفاع مستوى الضغوط.

وقد لجأ الباحث لاستخدام المنهج الوصفي، وطبقه أولاً على عينة استطلاعية قوامها (150) من طلبة المعهد العالي للخدمة الاجتماعية بسوهاج، ثم على عينة أساسية قوامها (409) من طلبة المعهد العالي للخدمة الاجتماعية بسوهاج، مستعيناً باستبانة أحداث الحياة الضاغطة من إعداد الباحث، مقياس العلاقات الاجتماعية، مقياس تصور الانتحار.

وباستخدام الأساليب الاحصائية التحليلية كاختبار T للمجموعات المستقلة غير متساوية العدد، توصل الباحث إلى عدد من النتائج أهمها: كلما كان هناك مساندة اجتماعية كلما انخفض إدراك الفرد لضغوط حياته، كما أن المساندة الاجتماعية المرتفعة تلعب دوراً كبيراً في خفض تصور الانتحار لدى الفرد سواء أكان يجد أو لا يجد ضغوطاً حياتية.

2-13- دراسة (خير: 2005م):

هدفت الدراسة إلى معرفة دوافع الشروع في الانتحار ونسبة وجود الاضطرابات النفسية وأنواعها لدى حالات محاولات الانتحار التي تم تمويلها - بياتها - في مستشفى الملك فهد للحرس الوطني بالرياض، وبيان الاختلافات بين السعوديين وغير السعوديين والذكور والإناث.

حيث قام الباحث باستخدام المنهج التحليلي الاسترجاعي، وتطبيق الدراسة على عينة قوامها 365 حالة شروء بالانتحار منذ (1 / 1 / 1984) إلى (31 / 12 / 2003)، وذلك بالرجوع للملفات الطبية لمحاولة الانتحار.

ومن خلال تحليل البيانات باستخدام الإحصاء الاستدلالي مربع كاتي، توصل الباحث لعدد من النتائج أهمها ما يلي: أن نسبة مُحاولي الانتحار الإناث (75.3%)، بينما الذكور (24.7) ذكور، نسبة السعوديين (88%) بينما غير السعوديين (12%)، أكثر المشاكل شيوعاً لدى النساء المشاكل العائلية أو الزوجية بنسبة (74%)، يليها الاضطراب النفسي بنسبة

(12.9%)، بينما الذكور احتل الاضطراب النفسي المرتبة الأولى بنسبة (37.3%)، تلاه المشاكل العائلية والزواجية بنسبة (32.8%)، كذلك هناك مشاكل عمل لدى (43.3%) لدى غير السعوديين، و(2.5%) لدى السعوديين، هناك نسبة (90%) من الشارحين في الانتحار الذكور عانوا من اضطراب نفسي، مقابل (77%) من الإناث، أما الاضطرابات النفسية التي أدت إلى الانتحار احتل اضطراب المزاج المرتبة الأولى بنسبة (58%) من مجموع الاضطرابات النفسية المشخصة، الاضطرابات الذهانية المتعلقة بالادمان والفصام كانت لدى الذكور أعلى من الإناث، الاضطرابات الشخصية شكلت نسبة (7.9%).

2-14- دراسة (محمد: 2004م):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مدى الارتباط بين احتمالية التفكير الانتحاري وكل من سمات الشخصية وأحداث الحياة الضاغطة التي يتعرض لها عينة من المراهقين ومن طلاب وطالبات المرحلة الثانوية، والتعرف إلى الفروق بين الذكور والإناث من المراهقين في كل من احتمالية التفكير الانتحاري وأحداث الحياة الضاغطة.

وقد قامت الباحثة باختيار عينة قوامها (281) تلميذاً وتلميذة من (6) مدارس (3 ذكور، و3 إناث) من مدارس الثانوية العامة بمدينة سوهاج، وقامت بتطبيق كل من مقياس التفكير الانتحاري، مقياس التحليل الإكلينيكية للشخصية CAQ، ومقياس أحداث الحياة الضاغطة.

وباستخدامها للأساليب الإحصائية الوصفية كالوزن النسبي، المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، والأساليب الإحصائية التحليلية كمعامل الارتباط، واختبار T، توصلت إلى عدد من النتائج أهمها: أن هناك علاقة ارتباطية بين التفكير الانتحاري وبعض سمات الشخصية مثل: (الارتياب والشك، التخيل، التحرر، عدم الشعور بالأمن، التوتر، التوهم المرضي، الاكتئاب الباعث للانتحار، الاكتئاب المصحوب بالقلق، الاكتئاب المصحوب بالطاقة المنخفضة، الاستياء والشعور بالذنب، الملل والانسحاب، البارانويا، الفصام، السيكاثينيا الوهن النفسي، القصور النفسي)، كما وجدت علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً بين احتمالية التفكير الانتحاري وبعض سمات الشخصية مثل: (الثبات الانفعالي، الانسجام مع المحيط، المغامرة والإقدام، ضبط النفس، والانحراف السيكوباتي)، وأخيراً لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين التفكير الانتحاري وأي من السمات التالية: (الدفء، الذكاء، السيطرة، الاندفاعية،

الحساسية، الدهاء، الاكتفاء الذاتي، والهباج)، كما أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين التفكير الانتحاري وأحداث الحياة الضاغطة.

3- دراسات تناولت الانتحار والسلوك الانتحاري:

3-1- دراسة (الزعبي: 2013م):

هدفت الدراسة إلى تعريف الخلفية النظرية لمشكلة الانتحار، وتعريف النظريات المفسرة للانتحار من وجهة نظر علم النفس والدين الإسلامي، مع تعرف إلى الخصائص الشخصية والاجتماعية والاقتصادية للمنتحرين في الأردن.

وقد لجأ الباحث لاستخدام الباحث المنهج الوصفي التحليلي (استقراي كمي)، وطبقه على عينة بلغ قوامها (20) منتحراً (12 ذكور، 8 إناث) من عمّان والزرقاء وإربد خلال عامي 2009 - 2010 تم اختيارهم بشكل قصدي، وقد حصل الباحث على المعلومات الشخصية للمنتحرين من المستشفيات الرسمية لسكانهم.

ووجدت الدراسة أن نسبة المنتحرين الذكور أكثر من الإناث، والمنتحرين من الشباب أكثر من كبار السن، وأكثر فئات المنتحرين هم الموظفون وريبات البيوت والعازبين.

كما وتوصلت إلى أن هناك مجموعة من العوامل التي تؤدي إلى الانتحار وهي الاضطرابات النفسية، ضعف الباعث الديني، مشاكل عائلية وفشل عاطفي، وكانت أكثر الوسائل استخداماً الحرق، إطلاق النار، الشنق، القفز، وتناول السموم والمبيدات.

3-2- دراسة (شعلان: 2011م):

هدفت الدراسة إلى تفسير انتحار الروائي والشاعر الأردني تيسير سبول في ضوء النظرية المعرفية.

واعتمدت الباحثة منهج دراسة الحالة، وذلك من خلال جمع المعلومات وتحليلها والمقابلات ودراسة أجزاء من تاريخ الحالة.

ومن خلال تحليل المعلومات تم الوصول إلى أن الكمالية اللا تكيفية قد تكون بدأت لدى سبول بفكرة لاعقلانية عن إمكانية أو شرط الوصول لإبداع نموذجي وبمشاعر الإحباط وعدم

الرضا، وسلوك يجنح إلى التمزيق والاتلاف بشكل مستمر بهدف الوصول لهذا النموذج الكامل المتخيل ثم انتهت به إلى حالة من الشعور بالعجز وعدم الجدوى واليأس التام خاصة أن شعوره بكيونته وتقديره لذاته كان متأثراً - إلى حد بعيد - بنظريته الشخصية لقدرته الإبداعية وبنظرة الآخرين المدركة لهذه القدرة، وقد ارتبط في النهاية بعلاقة مباشرة مع قراره بالانتحار .

وبالنسبة للاكتئاب فقد أصبح يرى نفسه خاسراً حين بدأ يشعر بفقدان موهبته الأدبية، ثم يشعر بعدم قيمة الحياة نفسها، كما لديه عدد من الأفكار اللاعقلانية الإحدى عشر اثنتان هما لا بد أن أكون مستحسناً من قبل الجميع، وأن أكون على درجة عالية من الكفاءة، وأحقق ما أريده ببراعة، هذه الأفكار مع عوامل أخرى ساهمت في سوء حالته المزاجية ومن التشوهات المعرفية التي كانت واضحة كل شيء أو لا شيء، وبالنسبة له إن لم يستطيع إنجاز عملٍ كلياً فمن الأفضل له تركه، كذلك كان لديه تعظيم الأمور من خلال المبالغة بأوجه القصور وبتبخيس الأمور من ناحية التبخيس بقيمة الإنجازات، فالحصول على الجوائز لم يكن حدثاً للتعظيم وإن استصعب عليه أمر الكتابة فإنه يعظمه.

وعليه فإن سبول قد عانى من الاكتئاب بتأثير ما يسميه بيك الضغوط البطيئة الخفية وهي أخطاء وتشويهات البنية المعرفية، حيث إنه لم يكن يعاني من ضغوطات حياتية خطيرة أو أحداث صدمية، فالثالوث المعرفي لسبول تشكل من معان مشوهة شملت مكون ذاته التي لم تعد جديرة بالحفاوة أو المكانة لتدهور ركيزة تميزها وتقربها وهي الموهبة الإبداعية، وتكون خبرته الإبداعية تضعه في أنه في مرتبة أدنى من سواه من المبدعين الآخرين، وتقف عقبة في طريق آماله وطموحاته، والمكون الثالث المتمثل في مستقبله الإبداعي الذي تسيطر عليه التوقعات الشخصية بالفشل الذريع، وبالتالي فالإكتئاب الذي عانى منه سبول، ونشأ بتأثير مخطوطاته المعرفية مع ترافق درجة مرتفعة من اليأس الذي يشكل حول الثالوث المعرفي وارتبط بعلاقة مباشرة مع الانتحار .

أيضاً لم يكن سبول حاصل على دعم اجتماعي وكاف، وكان لديه تحذيرات إضافية للانتحار من خلال كتاباته، فلم يستغرب زملاؤه من فعلته أيضاً لديه محاولة انتحار فاشلة سابقة، وكذلك التدين منخفض لديه وعليه يمكننا أن نستخلص بأن سبول قد تشكلت فكرة الانتحار لديه من تشكيل الفكرة المطمئنة لمعنى الموت، مع تزواج بين أفكار المتصوفة والعقلانية المثقفة، وبالتالي شكّلت هذه الفكرة أخيراً العمق أو المكون المعرفي لقرار الانتحار، كما لعب انخفاض الدعم الاجتماعي دور العامل الوسيط الثاني في العلاقة المباشرة التي ربطت الكمالية واليأس بالانتحار .

3-3- دراسة (إسماعيل وعبد الستار وعبد الباقي: 2011):

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى انتشار السلوك الانتحاري بين طلبة المدارس الثانوية في مدينة الكويت، ومعرفة بعض المتغيرات التي قد ترتبط بالسلوك الانتحاري. لجأ الباحثون لاستخدام المنهج الوصفي على عينة مكونة من (1067) طالباً وطالبة من المدارس بالكويت، وتم استخدام الاستبانة كأداة للبحث.

وباستخدام الإحصاء الوصفي كعامل بيرسون وبمستوى دلالة ($\alpha 0.05$)، توصل الباحثون إلى عدد من النتائج أبرزها: هناك نسبة 8.3% من الطلاب لديهم ميول أو محاولات انتحارية، أما عن أسباب اللجوء لتلك المحاولات فتتمثل بالتالي: الكآبة المتمثلة ب (الشعور بالوحدة، والشعور بالحزن)، القلق، انخفاض المستوى الدراسي، التعرض للعقوبة البدنية في البيت، واحتمالية تأثر السلوك الانتحاري للمراهقين بالعوامل التربوية والاجتماعية-النفسية مثل اضطراب الصحة النفسية، انخفاض المستوى الدراسي، والتعرض للعقاب البدني.

3-4- دراسة (البرزخي، 2009م):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن الخلفية النظرية لمفهوم الانتحار، والتعرف إلى العوامل المؤدية إليه ووسائله.

وقد قامت الباحثة بمراجعة البيانات بالمستشفيات والأهالي، لعينة قصدية من المنتحرين (12 ذكوراً، 8 إناث)، من مدينة خانقين في السعودية.

وباستخدام الإحصاء الوصفي والوزن النسبي، توصلت الباحثة إلى عدة نتائج أهمها: أن المنتحرين الشباب أكثر من الإناث، أكثر المنتحرين كانوا من الكتبة، ربات البيوت، العازبين، وأما دوافع زيادة محاولات الانتحار فهي لدى المصابين بالاضطرابات النفسية، ومن ثم ضعف الوازع الديني، ثم المشاكل العائلية، وأخيراً الفشل العاطفي.

3-5- دراسة (خطابي، بو فلفل: 2008م):-

هدفت الدراسة إلى رصد وتحليل مجموعة المتغيرات المتعلقة بالسلوك الانتحاري في الجزائر بالفترة الممتدة من (1990) إلى (2005)، وذلك من خلال إحصائيات تم الحصول عليها من الجهات الحكومية الرسمية

وأتبع الباحثان المنهج الوصفي التحليلي، وطبقاه على عينة قوامها (1200) حالة من المنتحرين ومن شرعوا بالانتحار خلال الفترة (1990 - 2005)، ومن خلال جمع البيانات من خلال مجموعة دراسات ومقالات وإحصائيات.

توصل الباحثان الانتحار لعدة نتائج أهمها: أنه يقل السلوك الانتحاري برمضان، وهذا يعود لأهمية الجانب الروحاني في خفض الميل نحو الانتحار، كذلك تعلق الانتحار بالظروف السوسيو اقتصادية.

3-6- دراسة (الصريرة: 2006م):

هدفت الدراسة إلى معرفة الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والنفسية لضحايا الانتحار في المجتمع الأردني للفترة (1995 - 2004).

وقد لجأت الباحثة إلى استخدام المنهج الوصفي، وذلك بالرجوع للبيانات الجاهزة والمتوفرة بالتقارير الإحصائية الجنائية والصادرة عن مديرية الأمن العام بالمملكة الأردنية الهاشمية من (1995 - 2004).

ووجدت الباحثة أن أكثر الفئات ارتكاباً للانتحار هم الشباب ثم كبار السن، وغير العاملين أكثر ارتكاباً للانتحار من العاملين، وفئة إقليم الوسط أكثر ارتكاباً للانتحار من فئتي الشمال والجنوب، كما أن الأسباب الاجتماعية هي أكثر الأسباب الدافعة للانتحار، والسلاح الناري أكثر الوسائل استخداماً للانتحار.

3-7- دراسة (كريم: 2003م):

هدفت الدراسة إلى تحديد أهم العوامل المؤثرة في حدوث ظاهرة الانتحار في محافظة السليمانية وضواحيها - العراق لكلا الجنسين، من خلال تصنيف المتغيرات، وتحديد أهمها في

الظاهرة المدروسة، وذلك لوصف العلاقات التصنيفية بين هذه المتغيرات من خلال تطبيق التحليل العاملي، باستخدام طريقة التعامل الرئيسي التي تخص المنتحرين المتوفين.

وإستخدام الباحث المنهج الوصفي، حيث قام باختيار عينة قوامها (410) من المنتحرين من كلا الجنسين، ثم جمع بيانات سجل لثلاث سنوات من (2000 - 2002) من مديرية شرطة السلیمانیة ودائرة الإحصاء وشعبة الحروق في المستشفى التعليمي، وقد تم تطبيق المقابلات مع أطباء الحالة النفسية ومن محاولي الانتحار بالمشفى والأهالي.

وباستخدام الأساليب الإحصائية الوصفية كالجداول التكراري، الجدول التكراري المزدوج، التوزيع الطبيعي، الإنحدار الخطي، أوزان المركبات، والأساليب الإحصائية التحليلية كمعادلة الإنحدار، الإنحدار الخطي، إختبار F، مصفوفة العوامل المدورة وغير المدورة، التحليل العاملي، مربع كاي، تم الوصول لعدة نتائج أهمها: من أسباب الانتحار ما يلي: (10.7%) أمراض نفسية، (2.13%) أمراض عقلية، (3.65%) أمراض جسمية، (20.9%) مشاكل مع الأهل، (30.7%) مشاكل مع الزوج، (2.4%) الصدمة، (1.7%) الإدمان، (14.6%) سوء التعامل، (13.4%) العوز المادي، (16.3%) لأسباب مجهولة.

4- دراسات تناولت الوقاية أو برامج علاجية للانتحار:

4-1- دراسة (جادو: 2012م):

هدفت الدراسة إلى قياس مستوى كل من احتمالية الانتحار والمعتقدات ما وراء المعرفية لدى الشباب الجامعي، والتحقق من الفروض النظرية للعلاج ما وراء المعرفي في أن المعتقدات المعرفية تسبب الاضطراب النفسي، ومعرفة مدى إمكانية التنبؤ بحدوث الاضطراب النفسي من خلال المعتقدات ما وراء المعرفية لدى الفرد، مع دراسة فعالية العلاج ما وراء المعرفي في تخفيف حدة كل من احتمالية الانتحار والمعتقدات ما وراء المعرفية.

وقد لجأ الباحث إلى استخدام المنهج الوصفي التجريبي، وقد طبق دراسته على عينة استطلاعية قوامها (62) طالباً وطالبة (33 ذكوراً، 29 إناثاً)، وعينة أساسية قوامها (188) (95 ذكوراً، 93 إناثاً)، والعينة التجريبية قوامها (5) طالبات، وهم من طلاب المعهد العالي للخدمة الاجتماعية بأسوان وقد قام بتطبيق مقياس احتمالية الانتحار ترجمة البحيري (2003)، مقياس ما وراء المعرفة لويلز، برنامج علاجي من إعداد الباحث، واستمارة جمع المعلومات.

وباستخدام الأساليب الإحصائية الوصفية كالوزن النسبي، المتوسط الحسابي، والأساليب الإحصائية التحليلية كالتحليل العاملي التوكيدي، ومعامل بيرسون للارتباطات، واختبار T لدراسة فروق المتوسطات، توصل الباحث إلى عدة نتائج من أهمها: وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائياً بين احتمالية الانتحار، والمعتقدات ما وراء المعرفية، وبالتالي يمكن التنبؤ باحتمالية الانتحار والمعتقدات ما وراء المعرفية، وعليه فإن العلاج ما وراء المعرفي فعال في خفض احتمالية الانتحار وتعديل المعتقدات ما وراء المعرفية.

4-2- دراسة (عبد الله: 2009م):

هدفت الدراسة من ناحية نظرية إلى تكوين إطار نظري خاص بظاهرة الانتحار، ومن ناحية تطبيقية الإجابة عن عدة تساؤلات وهي: ما هي الخدمات الاجتماعية التي يجب أن نقدمها لهذه الفئة التي حاولت الانتحار؟، هل نقص التربية الروحية وعدم الثبات على العقيدة والعبادة يؤدي إلى ظهور ظاهرة الانتحار؟، هل دور الخدمة الاجتماعية الإسلامية وحده يكفي بما يخص طرائق الوقاية والعلاج من ظاهرة الانتحار؟، هل دور الخدمة الاجتماعية الإسلامية يُخفف من الظاهرة أو يقضي عليها تماماً؟، هل توجد خدمات اجتماعية بديلة وفعّالة من أجل التخفيف من حدوث مثل هذه الظاهرة؟، مع الكشف عن الأسباب الاجتماعية والنفسية والاقتصادية التي تساعد الفرد على الانتحار، ومعرفة أكثر الفئات إقداماً على الانتحار، وذلك بهدف وضع برامج للخدمة الاجتماعية للتخفيف منه .

وقد لجأ الباحث إلى استخدام المنهج الوصفي ودراسة الحالة، حيث قام باختيار عينة قوامها (10) حالات من محاولي الانتحار بولاية الحضنة المسلية- الجزائر، مستخدماً المذكرات، المعاجم، المجلات، الجرائد الرسائل والأطروحات، المحاضرات، القواميس، القوانين، التلفزيون وغيره، إضافة للمقابلة المقننة...إلخ

وباستخدام الأساليب الإحصائية كالنسبة المئوية، توصل الباحث إلى عدد من النتائج أهمها: أن للخدمة الاجتماعية الإسلامية في مجال التربية الروحية والعبادة وفي مجال العقيدة دوراً كبيراً في التخفيف من ظاهرة الانتحار من خلال طرائق الوقاية والعلاج بشتى أنواعها وطرائق أدائها، مع وجود خدمات اجتماعية مساعدة في المجال الاجتماعي، الاقتصادي، الصحي، والنفسي، كذلك أبرز الوسائل المستخدمة للانتحار الشنق، فالسقوط من مكان عال، ثم السلاح ووسائل أخرى كالتسمم، وأما عن الأسباب فكان هناك (80%) من العينة لديهم مشاكل

نفسية واجتماعية، مقابل عدم المعيشة مع الأسرة بنسبة (20%)، كذلك هناك نسبة (10%) يعانون من أمراض صحية أو نفسية أو عقلية أو جسدية، و(50%) عانوا من مشاكل كعدم استقرار أو تفكك الأسرة كالطلاق للأبوين، و(20%) هجر الأزواج، و(10%) وفاة الأم، و(70%) غير ملتزمين بالشعائر الدينية فلداهم فراغ روحي ونقص بالوازع الديني، و(90%) عدم تمسك بالشعائر الدينية، و(80%) لديهم أصدقاء رفاق السوء، و(50%) يعيشون في وسط إجرامي.

4-3- دراسة (وناس: 2007 م):

هدفت الدراسة للتكفل النفسي بشباب نجا من الموت إنتحاراً، وهو يتماشى مع برنامج الصحة العقلية المسطر من طرف وزارة الصحة الوطنية للفترة ما بين 2000 - 2010، باعتبار إمكانية تعميم خطة التكفل النفسي مع حالات مشابهة، وهي عديدة بالسجون الجزائرية.

وقد لجأ الباحث إلى استخدام منهج دراسة الحالة، على عينة قوامها فرد يبلغ من العمر (33) عاماً، وعينة أخرى ضابطة قوامها (30) تم اختيارها بشكل مقصود من المساجين لمقارنة نتائجهم بنتائج دراسة الحالة، وقد قام بتطبيق الملاحظة المعمّقة للحالة، جمع معلومات ووزنها إكلينيكيًا، المقابلة، الاختبارات النفسية وهي احتمال الانتحار لبشير معمرية، أيزنك لتقدير الذات، إضافة إلى جمع المعلومات من (الملف الصحي، الملف الجزائي، بطاقة السلوك، الجوار، الرسائل، أفراد العائلة).

وبتحليل البيانات توصل الباحث إلى عدة نتائج أهمها: أن العميل شخص مضاد للمجتمع Anti Social يعاني من الإدمان ومجموعة من الإنحرافات والاضطرابات السلوكية، كالاغتهاء على النفس والانحراف الجنسي، وهذا تسبب لديه بفقدان الثقة بالنفس أدى إلى تدني تقدير الذات ثم فقدان الأمل في المستقبل السعيد، ودخوله للسجن المتكرر مما أدى لتدهور حالته مع أسرته إلى حد القطيعة، ثم الندم على سلوكياته مقابل تعب والدته عليه، ثم الانعزال رغم تواجده بين المساجين ومطالبته بالنقل لسجن آخر، ثم تراجعت سلوكياته الإعاشية مما تسبب بالخمول والنفاعة ثم الإكتئاب، ثم وقع فريسة لليأس مما أدى لمحاولة الانتحار.

وعند تطبيق برنامج التكفل كان هناك مؤشرات لتراجعته عن الانتحار أهمها التشبث بتعاليم الدين الإسلامي وعودته للعلاقات العائلية، وإعادة تهيئته للدمج بعد إنتهاء مدة العقوبة، وكذلك كانت نتائج الاختبارات النفسية إيجابية مقارنة بما سبقها، وأصبح يهتم بصحته وتخلصه

من الأفكار المشوهة من خلال الاسترخاء، لكن مقابل ذلك فهناك مؤشرات سلبية قد تعمل على إعادة محاولته للانتحار ثانية وهي عدم تخلصه من الإدمان، لا تزال هناك إصابات في جسده من آثار محاولات الانتحار السابقة مما قد يهون الأمر عليه من عمل محاولات أخرى، إضافة إلى أن العميل سيكوباتي، مع ترده على السجون التي بها نسب الانتحار ثلاثة أضعاف السجون الأخرى، وتلت المساجين إما لديهم اضطراب نفسي سابق أو تلقوا علاجاً نفسياً خلال الست الأشهر الماضية، وأخيراً كَوّن العميل أعزب مما يجعله محروماً من الوقاية التي يُشكلها الزواج وإنجاب الأبناء.

ثانياً- الدراسات الأجنبية:

1- دراسات تناولت استخدام تقنية التشريح النفسي للانتحار أو لمحاولات الانتحار:

1-1- دراسة كيزا وآخرون (Kizza et al. 2012):

هدفت الدراسة إلى فهم الديناميكيات والظروف التي تحيط بالانتحار بين النساء بعد التعرض للنزاعات في شمال أوغندا، باستخدام مقابلات تعتمد التشريح النفسي النوعي.

تكونت عينة الدراسة من (11) فرداً، حيث أجريت المقابلات مع ثلاثة إلى خمسة أفراد من أقارب وأصدقاء المنتحرات الثلاث اللاتي شملتهن الدراسة، وهي دراسة كمية، أدواتها مقابلة التشريح النفسي تحتوي العناصر التي حددها شنايدمان (Shneidman 1993).

تم تحليل البيانات باستخدام التحليل التفسيري للظواهر (IPA) من أجل الفهم العميق لتجربة المنتحر والظروف النفسية له قبيل الانتحار، ووجد الباحثون أن النساء المنتحرات مررن بتجارب صادمة تعزى للحرب - النزاع طويل الأمد بين الجماعات المتمردة والقوات المسلحة الحكومية بأوغندا-، ومع ذلك فإن قرار إنهاء الحياة ذاتياً بدأ مرتبطاً بمجموعة من التجارب والأحداث غير السارة التي سادت حياتهن خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة قبل الانتحار، والتي يمكن تلخيصها تحت عنوانين رئيسيين هما: فقدان التحكم بالحياة، وغياب الرعاية والاهتمام. كما وجدت الدراسة بعض العوامل التي اعتبرت بمثابة انتهاكات ثقافية ومن ثم ساهمت في انتحار النساء منها تبدل الأدوار المجتمعية التقليدية المنوطة بالجنسين، بحث الرجال عن رجولتهم المفقودة، ومحاولات النساء الدفاع عن حقوقهن.

1-2- دراسة فروتشن وآخرون (Freuchen et al.: 2012):

هدفت الدراسة إلى الحصول على المعلومات المتعلقة بالانتحار لدى الأطفال والمراهقين. هذه دراسة مقارنة تكونت عينتها التجريبية من 41 حالة انتحار من الفئة العمرية (15) فأقل من النرويجيين تم اختيارهم من الإحصاء النرويجي والذين قاموا بالانتحار بين عامي (1993 و 2004)، وتكونت الهيئة الضابطة من (43) طفلاً قضاوا في حوادث مختلفة في الفترة الزمنية نفسها يقاربونهم في العمر، وتم اختيارهم من بيانات الإحصاء النرويجي أيضاً.

وقد تكونت أداة الدراسة من مقابلة التشريح النفسي للعينة حيث تم جمع البيانات من أهالي الأطفال وسجلات المستشفى وتقارير الشرطة لهؤلاء الأطفال، كما قورنت بعينة مجتمعية تم أخذها من دراسة (Bergen Child Study (BCS) وهي دراسة طويلة مبنية على المجتمع حول تطور الطفل وصحته النفسية، وأخذت منها الدراسة الحالية البيانات حول الأطفال في الفترة التي بلغوا فيها عمر (13-15) عاماً، وتم اختيار (10) أطفال مقابل كل طفل انتحار لتصبح العينة المجتمعية الضابطة مكونة من (410) من الأطفال، تم تحليل البيانات عبر برنامج SPSS باستخدام اختبار بيرسون Pearson's Chi-square، اختبار فيشر Fisher's exact test، واختبار "ت" t-test، إضافة إلى اختبار logistic regression analysis.

أظهرت الدراسة ما يلي: في مجموعة المنتحرين، انطبقت معايير أحد الاضطرابات النفسية على (25%) منهم وكان (30%) من هذه العينة يعانون من الاكتئاب الجسيم وقت الوفاة، كما أشار أهالي (60%) من أفراد هذه العينة إلى وجود صراعات ناجمة عن الضغوط لدى أبنائهم قبل الموت، في حين أشار (12%) فقط من أهالي المتوفين في حوادث إلى وجود مثل هذه الصراعات لدى أبنائهم قبل الوفاة.

1-3- دراسة كافالسانت وآخرون (Cavalcante et al. 2012):

هدفت الدراسة إلى تحليل جودة وثبات نموذج مقابلة شبه منظمة تم إعدادها خصيصاً لهذه الدراسة عن الانتحار لدى كبار السن ، وتقديم طريقة التشريح النفسي والاجتماعي والتي نتجت عن تطبيق هذه الأداة، كما هدفت إلى إيضاح كيفية اختبار وتحسين المقابلة المتعمقة وما تلاها من تنظيم البيانات وتحليلها عبر شبكة من الباحثين من ثماني مناطق برازيلية.

تم تقييم الوسيلة قبل وبعد تطبيق الأداة لجمع البيانات وتنظيمها وتحليلها، وتم تطبيقها على عينة مكونة من (51) حالة من كبار السن الذين قاموا بالانتحار في عشر مقاطعات برازيلية، ثم قامت الدراسة بما هو أكثر من جمع البيانات باستخدام الدقة العلمية، إذ إنها أوضحت ثبات الأداة المستخدمة وقابلية الوسيلة للتطبيق، وطرحت هذه الدراسة نسخة محسنة من الأداة مع تعليمات حول كيفية التطبيق والتحليل.

1-4- دراسة كوريهارا وآخرون (Kurihara et al.: 2009):

هدفت الدراسة إلى تفصي عوامل الخطر للانتحار في ظل النسب المتزايدة في بالي، وهي دراسة مقارنة تم فيها دراسة التشريح النفسي.

وقد تكونت عينة المجموعة التجريبية من عائلات (60) حالة انتحار، بينما تكونت المجموعة الضابطة من عائلات (120) من الأشخاص الأحياء متقابلين من حيث العمر والجنس ومكان الإقامة، ممن أقدموا على الانتحار عام (2007)، تم استخدام بعض المقاييس مثل قائمة التجارب المهددة، المقابلة السريرية المركبة لتشخيص الاضطراب النفسي (SCID-I)، إضافة إلى البيانات الديموغرافية والعوامل النفسية الاجتماعية كمحاولات الانتحار السابقة والتاريخ الأسري حول الانتحار والممارسات الدينية والدعم الاجتماعي. تم تحليل البيانات على برنامج SPSS باستخدام binary logistic regression analysis و multivariate logistic regression model.

وكشفت الدراسة عن عوامل الخطر التالية: وجود اضطراب نفسي واحد على الأقل من المحور الأول، مستوى ضعيف من التدخين، ووجود مشكلات إنسانية شديدة، كما أظهرت الدراسة أن (80%) من المنتحرين تم تشخيصهم باضطراب نفسي لكن (16.7%) منهم فقط قاموا بزيارة أخصائيي الرعاية الصحية، ولم يتناول أي منهم علاجات نفسية لمدة شهر قبل الانتحار.

1-5- دراسة وونج وآخرون (Wong et al. 2008):

هدفت الدراسة إلى الخروج بمعلومات حول الانتحار فيما يخص هذه الفئة العمرية في ظل تزايد محاولات الانتحار بشكل عام.

هذه الدراسة هي دراسة مقارنة تكونت عينتها التجريبية من (85) من أقارب الأفراد المنتحرين الذين تراوحت أعمارهم ما بين (30- 49) عام تم أخذهم من عينة من دراسة حديثة حول الانتحار في هونج كونج، وتكونت العينة الضابطة من أقارب (85) من أفراد المجتمع الذين يتناسبون معهم في العمر والجنس. تم إجراء مقابلات معهم باستخدام منهج مقابلات التشريح النفسي التي شملت بعض المقاييس منها المتغيرات الديموغرافية، المقابلة السريرية لتشخيص الاضطراب النفسي بحسب الدليل الرابع (SCID-I-DSM-IV-TR)، مقياس تقدير درجة الاندفاعية، مقياس حل المشكلات الاجتماعية، ومقياس أنماط الحياة الصحية من تطوير الباحثين، وتم تعزيز المقابلة بتدوين الملاحظات ومراجعة سجلات المحكمة وتقارير التحري التي أجرتها الشرطة.

تم تحليل البيانات عبر برنامج SPSS-PC وتم قياس المتوسطات ومقارنتها، كما تم تحليل البيانات باستخدام binary logistic regression analysis و multivariate logistic regression model.

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن عوامل الخطر المرتبطة بالانتحار لدى هذه الفئة العمرية كانت وجود اضطراب نفسي واحد على الأقل، المديونية، البطالة، العزوبية، والعيش وحيداً، وخلصت الدراسة إلى الأثر الكبير الذي تسهم به العوامل الاقتصادية الاجتماعية في الانتحار لدى هذه الفئة العمرية.

1-6- دراسة ويرلانج و بوتيفا (Werlang and Botega 2003):

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى دقة المقابلة شبه المنظمة وقابليتها للتطبيق في حالات الانتحار.

وقد تكونت عينة الدراسة من (42) شخصاً من أقارب حالات الانتحار عددها (21) حالة بين عامي 1998 و 2000 في البرازيل، وكانت أداة الدراسة هي المقابلة شبه المنظمة للتشريح النفسي (SSIPA) وهي تتكون من أربع وحدات تتناول عناوين رئيسة مرتبطة بالانتحار (الضغوطات/ العوامل المرسبة، التحقّز، الفتك، التعمد)، ولتقييم قابلية الأداة للتطبيق أجريت مقابلات مع 42 فرد من ذوي أقارب حالات الانتحار وتم تسجيل المقابلات ومن ثم نسخها، ثم تم عرض المادة إضافة إلى تحقيق الشرطة على أربعة محكمين

تم تحليل البيانات باستخدام البرنامج الإحصائي STATA وتم استخدام تقنية Kappa Statistics لمعرفة مدى التوافق في الآراء حول استخدام المقياس، وقد أظهرت الدراسة قابلية المقياس للتطبيق مع أقارب ضحايا الانتحار الذين يرغبون بالإدلاء بالمعلومات.

1-7- دراسة لي وآخرون (Lee et al. 2002):

هدفت هذه الدراسة إلى تحري العلاقة بين الاندماج في الثقافات المختلفة وبين الانتحار في شرق تايوان.

هذه الدراسة هي دراسة مقارنة تكونت عينتها التجريبية من (60) حالة انتحار متتابعة من مجموعتين تايوانيتين أصليتين وهما Atayal and Ami (30 فرداً من كل مجموعة) وتكونت المجموعة الضابطة من (120) فرداً حي يناسبونهم في العمر والجنس ومكان السكن (من شخصين حيين مقابل كل حالة انتحار)، وتكونت أدواتها من المقياس التايواني للاندماج الثقافي المتأصل ومقابلة التشريح النفسي.

وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين انخفاض درجة استيعاب الثقافة وبين الخطر المرتفع للانتحار في مجموعة Atayal ولدى الذكور حتى مع ضبط العوامل المتعلقة بحدوث نوبة اكتئاب (بحسب ICD-10) واضطراب الشخصية المصحوب بعدم استقرار العاطفة.

2- دراسات تناولت الاضطرابات النفسية وعلاقتها بالمحاولات الانتحارية أو الانتحار:

1-2 - دراسة إيروغلو، كراكوس، وتامام (Eroglu M. Z., Karakus G. and Tamam, L. 2013):

هدفت الدراسة إلى تقييم مدى تكرار محاولات الانتحار ونوعها وأهم الخصائص الإكلينيكية المصاحبة لها.

تكونت عينة الدراسة من (122) فرداً (60 إنثاءً، 62 ذكوراً) مريضاً مصاباً باضطراب ثنائي القطب تتراوح أعمارهم ما بين (18 - 65) عاماً من المرضى الخارجيين الذين يتابعون في كلية الطب قسم الطب النفسي في جامعة شوكوروفا (Çukurova) في تركيا، وتكونت

أدواتها من نموذج تسجيل ومتابعة المريض من إعداد قسم الطب النفسي في الجامعة المذكورة،
المقابلة السريرية المركبة لتشخيص الاضطراب النفسي حسب الدليل الرابع (SCID-I)، حيث
تمت تعبئة النماذج عبر المقابلات مع المرضى وذويهم وعبر تقييم ملفات المرضى الداخليين.

وتم تحليل البيانات باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS عبر اختبار مربع كاي (Chi-square test)، واختبار فيشر (Fisher's exact test)، واختبار مان-ويتني (Mann-Whitney U test) إضافة إلى النسب والتكرارية، وقد أظهرت الدراسة ما يلي: أن معدل انتشار حالات الانتحار بلغ (19.7%) في المرضى الخارجيين، كما وجدت ارتباطاً بين وجود تاريخ سابق من السلوك الانتحاري وكل من: أن يكون المريض امرأة، وجود الاكتئاب لأول مرة ووجود مؤشرات على خطورة اضطراب ثنائي القطب كمدة المرض، مدة تواجد مرض لم يتم علاجه، عدد مرات الإدخال إلى المستشفى، عدد نوبات المزاج الكاملة التي انتابته، عدد نوبات الاكتئاب التي عانى منها، عدد النوبات المختلطة التي حدثت له، ووجود تاريخ أسري من الأمراض النفسية.

وخلصت الدراسة إلى أن مرضى اضطراب ثنائي القطب لديهم نسب أعلى من محاولات الانتحار، مما يشير إلى ضرورة أن يكون التسريع في طلب العلاج وتقليل عدد النوبات وتقدير خطر الانتحار خلال النوبات الاكتئابية والمختلطة من أهم أولويات العملية العلاجية.

2-2- دراسة روينغورن وآخرون (Ruengorn C. et al. 2012):

هدفت الدراسة إلى معرفة عوامل الخطر المؤدية لمحاولات الانتحار بين مرضى الاكتئاب الجسيم في شمال تايلاند عند عينة من مرضى الاكتئاب الجسيم بحسب (ICD-10).

وتكونت عينة الدراسة التجريبية من (186) مريضاً مصاباً بالاكتئاب الجسيم من الذين جاءوا للعلاج في إحدى المستشفيات في الفترة ما بين أكتوبر 2006، ومايو 2009، حيث تم اعتماد الحالات على أنهم جميع المرضى الذين تم إدخالهم للمشفى بعد محاولات انتحار، وتكونت العينة الضابطة من (914) فرد سليم لم يحاول الانتحار، كانت الآلية أن يتم اختيار (4) أفراد لم يحاولوا الانتحار مقابل فرد حاول الانتحار، ويتم اختيار الجميع الأسبوع ذاته، تم الحصول على البيانات بالبحث في السجلات الطبية حيث تم الحصول على البيانات الديموغرافية وبيانات أخرى كالتشخيص حسب ICD-10 وشدة الاضطراب والعلاج الموصوف

وأي إدخال سابق للمشفى ومدته، ومدة العلاج من الاكتئاب والتاريخ الأسري السابق لأي اضطرابات نفسية أو للانتحار والوسيلة المستخدمة فيه.

تم تحليل البيانات باستخدام univariable و multivariable logistic regression، وأظهرت نتائج الدراسة أن العوامل المرتبطة بمحاولات الانتحار كانت أحداث الحياة الضاغطة، تعاطي الكحول، قلة الالتزام بتناول الأدوية النفسية أو تناولها بشكل متقطع، وجود محاولتين سابقتين فأكثر للانتحار، ومضادات الذهان الموصوفة له، فيما وجدت أن العوامل المرتبطة عكسياً بمحاولات الانتحار كانت طول المدة التي يتعالج فيها المريض من الاكتئاب بما يقدر بحوالي خمس سنوات فأكثر، إضافة إلى مضادات الاكتئاب الموصوفة له.

2-3- دراسة شابساندي و هيسويك (Shahpesandy and Heeswijk 2012):

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد عوامل الخطورة للانتحار (العوامل الديموغرافية والسريرية وتلك المتعلقة بتقديم الخدمات) لدى المرضى النفسيين في منطقة جغرافية محددة. هذه الدراسة هي دراسة استرجاعية تكونت عينتها من (35) مريضاً قاموا بالانتحار بين يناير 2006 و ديسمبر 2008.

أظهرت نتائج الدراسة أن العوامل الديموغرافية المؤهلة للانتحار اشتملت الجنس الذكري، البطالة، العيش وحيداً، التعليم الأساسي، ومواقف الحياة الصعبة، فيما اشتملت العوامل السريرية على الدخول السابق للمشفى بسبب اضطراب نفسي، محاولة انتحار سابقة، الإصابة بالاكتئاب، وجود أكثر من اضطراب نفسي معاً، والتواصل مع مقدمي الرعاية قبيل الانتحار، وأظهرت الدراسة أيضاً أن الانتحار شنفاً كان أكثر الوسائل المستخدمة بين الرجال والنساء، كما أظهرت أن معظم الرجال قاموا بالانتحار في الربيع والصيف، بينما قامت غالبية الإناث بالانتحار في الخريف.

2-4- دراسة لارج وآخرون (Large M. et al. 2011):

هدفت الدراسة إلى معرفة عوامل الخطورة المؤدية للانتحار خلال عام من خروج المريض من مستشفيات الأمراض النفسية وتحديد فائدتها في تصنيف المرضى، من حيث خطر الانتحار

(مرتفع أو منخفض) في هذا العام، وهي دراسة تحليلية منهجية، وتم البحث عن الدراسات وملخصات المؤتمرات التي تناولت خصائص الأفراد الذين قاموا بالانتحار خلال عام من إخراجهم من المشفى أو مجموعة ضابطة لم تقدم على الانتحار خلال المدة نفسها، والمنشورة في قواعد البيانات الالكترونية التالية: PsychINFO (منذ 1967 - 2010)، Embase (منذ 1980 - 2010)، MEDLINE/PubMed (منذ 1950 - 2010)، و CINAHL (منذ 1981 - 2010)، إضافة إلى البحث في مراجع الدراسات التي تم الحصول عليها، والبالغ عددها 13 دراسة انطبقت عليها المعايير بالكامل.

تم تحليل البيانات باستخدام meta-analysis وتم استخدام نموذج الأثر العشوائي random effect model بسبب عدم التجانس في العوامل المدروسة في الدراسات المختلفة.

ووجدت الدراسة ارتباطاً متوسط القوة بين وجود تاريخ من إيذاء النفس و وجود أعراض اكتئابية وبين الانتحار اللاحق للخروج من المشفى، بينما وجدت ارتباطاً ضعيفاً مع بعض العوامل الأخرى كوجود أفكار انتحارية أو الخروج من المشفى دون تخطيط أو وجود صعوبات اجتماعية حديثة أو اضطراب الاكتئاب الجسيم، أو أن يكون المريض ذكراً، كما خلصت الدراسة إلى أنه لا يوجد عامل أو مجموعة عوامل ترتبط بذاتها بالانتحار خلال عام من الخروج من المشفى، كما أشارت إلى أن (3%) من هؤلاء الأشخاص يصنفون ضمن ذوي خطر الانتحار المرتفع، وأنهم يقدمون على الانتحار فعلياً خلال مدة العام، إلا أن (60%) ممن أقدموا على الانتحار منهم كانوا ممن تم تصنيفهم من ذوي خطر الانتحار المنخفض، ما يقلل من جدوى تصنيف المرضى في منع حالات الانتحار هذه.

2-5- دراسة نوفيك، شوارتز و فرانك (Novick D. M., Swartz H. A. and Frank) (E., 2010):

قام الباحثون بمراجعة الدراسات السابقة وتحليل التقارير المنشورة في قاعدة البيانات PsycINFO بين 1/1/1970 و 31/12/2008 والتي اقتصت بنسب المرضى المصابين باضطراب ثنائي القطب الثاني في البيانات المتعلقة بمحاولات الانتحار، واقتصر البحث عن الدراسات التي تناولت عينة البالغين والتي كانت دراسات عشوائية أو مضبوطة أو تدرس أثر برنامج علاجي أو رجعية أو استطلاعية منشورة باللغة الانجليزية.

حيث بلغ عدد التقارير المشمولة في هذه الدراسة (24) تقريراً يعرض نسب محاولات الانتحار في اضطراب ثنائي القطب الثاني وعينتها (1623) فرداً حاولوا الانتحار و (21) تقريراً يعرض نسب محاولات الانتحار في اضطراب ثنائي القطب من الفئتين الأولى والثانية معاً وعددها (4899) فرداً حاولوا الانتحار، وتم تحليل البيانات المستخرجة منها بمقارنة النسب باستخدام تقنيات التحليل عشوائي التأثير .

ووجدت الدراسة أن (32.4%) من مرضى ثنائي القطب الفئة الثانية لديهم تاريخ سابق من محاولات الانتحار، وأن (19.8%) منهم أشاروا - بأثر رجعي - إلى وجود محاولات انتحار، وأن (20.5%) من محاولي الانتحار كانوا يعانون من اضطراب ثنائي القطب الثاني، كما أشارت (15) دراسة قابلة للتحليل إلى عدم وجود فروقات في معدل انتشار محاولات الانتحار بين اضطراب ثنائي القطب الأول والثاني (36.3%)، (32.4%) على التوالي، وخلصت الدراسة إلى أن مساهمة اضطراب ثنائي القطب الثاني في محاولات الانتحار بشكل كبير، وأن المصابين به يستخدمون للانتحار وسائل أكثر عنفاً وفتكاً من مرضى اضطراب ثنائي القطب الأول.

2-6- دراسة هور وتيلور (Hor K. and Taylor M. 2010):

قاما في هذه بمراجعة منهجية للدراسات المنشورة في قواعد البيانات OVID Medline, PsychINFO, EMBASE وشملت كل الدراسات الأصلية التي تناولت موضوع الانتحار لدى مرضى الفصام والتي نشرت من عام (2004 - 2010)، وشملت الدراسة (51) دراسة سابقة انطبقت عليها المعايير التي حددها الباحثان بالكامل.

تم تصنيف عوامل الخطورة للانتحار المذكورة في هذه الدراسات لتحليلها في (6) أشكال رئيسية وهي: العوامل الديموغرافية، عوامل متعلقة بالمرض، الاستبصار، وجود أفكار/ محاولات انتحار، أحداث الحياة، الجينات.

وجد الباحثان إجماعاً على أن خطر الانتحار بلغ ما نسبته (5%)، كما وجد أن عوامل الخطورة المرتبطة بشكل وثيق بالانتحار في فترات لاحقة هي أن يكون المريض ذكراً، صغير السن بمستوى تعليم مرتفع، كما أشارا إلى أن أهم العوامل المنبئة بالانتحار كانت عوامل الخطورة المتعلقة بالمرض بالإضافة إلى وجود عدد من المحاولات السابقة للانتحار، مع وجود أعراض اكتئابية، وجود ضلالات وهلوس نشطة لدى المريض، ووجود استبصار قوي لديه،

وجود تاريخ أسري ويرافق المرض تعاطي العقاقير، بينما كان عامل الحماية الوحيد هو الوصول للعلاج والالتزام به.

2-7- دراسة بيراود وآخرون: (Perroud et al.: 2009):

هدفت هذه الدراسة إلى تحري المسار والعوامل المنبئة بظهور الأفكار الانتحارية أو ازديادها سوءاً أثناء العلاج بمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة، ومضادات الاكتئاب المانعة للسيروتونين.

تكونت عينة الدراسة من (811) من المرضى البالغين ممن يعانون من الاكتئاب أحادي القطب المتوسط إلى الشديد (بحسب DSM-IV and ICD-10) المشاركين في GENDEP، وهي دراسة عشوائية جزئية متعددة المراكز، أجريت في أوروبا، وتم إعطاء بعضهم جرعات من عقار سيتالوبرام، وآخرين أعطوا عقار نورترينتين لمدة (12) أسبوعاً، أما الذين يعانون من مضاعفات من هذين العقارين فتم إعطاؤهم عقاراً آخر.

استخدمت الدراسة مقياساً فرعياً من مقياس (HRSD-17) لقياس التفكير الانتحاري، والبند التاسع من مقياس بيك للاكتئاب (BDI)، والبند العاشر من مقياس تقدير شدة الاكتئاب (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)).

تم تصنيف المشاركين حسب النتائج إلى أشخاص ظهرت لديهم أفكار انتحارية بسبب العلاج و أشخاص ساءت لديهم الأفكار الانتحارية بسبب العلاج وذلك اعتماداً على وجود هذه الأفكار من عدمها عند بدء الدراسة.

وتم تحليل البيانات باستخدام *generalised linear latent and mixed model (GLLAMM)*، وأظهرت الدراسة أن الأفكار الانتحارية تناقصت خلال العلاج بمضادات الاكتئاب، وأن شدة الاكتئاب كانت من العوامل المنبئة بظهور الأفكار الانتحارية أو ازديادها سوءاً، كما أظهرت النتائج أن العلاج بعقار سيتالوبرام كان أكثر نجاحاً في خفض الأفكار الانتحارية لدى الرجال من عقار نورترينتين.

2-8- دراسة هنت وآخرون (Hunt et al. 2009):

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد عوامل الخطورة بما فيها الفروقات في الرعاية الصحية المقدمة للمرضى النفسيين المرتبطة بالانتحار خلال الأشهر الثلاثة اللاحقة لإخراجهم من المشفى.

هذه الدراسة هي دراسة مقارنة تكونت عينتها التجريبية من (238) مريضاً نفسياً قاموا بالانتحار خلال الأشهر الثلاث اللاحقة لخروجهم من المشفى، بينما تكونت عينتها الضابطة من (238) شخصاً حياً يناسبونهم في تاريخ الخروج من المشفى.

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن (43%) من حالات الانتحار وقعت خلال الشهر الأول من الخروج من المشفى، كما أظهرت أن الأسبوع الأول واليوم الأول من الخروج كانا فترات مرتفعة الخطورة، وأظهرت الدراسة أيضاً أن عوامل الخطورة اشتملت وجود تاريخ سابق من إيذاء النفس، وجود تشخيص أولي للإحدى الاضطرابات الوجدانية، التواصل حديثاً مع خدمات الصحة النفسية والإخبار عن وجود أعراض سريرية خلال هذا التواصل، وكذلك أظهرت الدراسة أيضاً أن المرضى الذين قاموا بالانتحار هم من طالبا الخروج من المشفى في الغالب، كما أنهم تخلفوا عن موعد المتابعة مع مقدمي الخدمة، بينما قلّت الخطورة للانتحار لدى المرضى الذين تم حجزهم إجبارياً للعلاج في المشفى أو الذين وُضعوا تحت الرعاية المتقدمة بعد الخروج.

2-9- دراسة جيبونز وآخرون: (Gibbons et al. 2007):

قاموا بها بعد تحذيرات الضباط الأمريكيان و الأوروبيون من احتمالية وجود علاقة بين تعاطي مضادات الاكتئاب وبين التفكير والسلوك الانتحاري.

قيّم الباحثون إذا ما كانت هذه التحذيرات قد أدت إلى تنفير الأطفال والمراهقين من مضادات الاكتئاب، وإذا ما أدت إلى تزايد معدلات الانتحار كنتيجة لعدم علاج الاكتئاب، وذلك بتفقد البيانات حول معدل وصف مضادات الاكتئاب SSRI في أمريكا وهولندا بين عامي (2003 و 2005) للأطفال والمراهقين لغاية عمر (19) عاماً، وكذلك معدلات الانتحار في هذه الفئة العمرية باستخدام المعلومات المتاحة.

ووجدت الدراسة أن وصف مضادات الاكتئاب SSRI للشباب قد انخفض بنسبة (22%) بعد هذه التحذيرات في كل من الولايات المتحدة وهولندا، كما وجدت الدراسة أن معدل انتحار

الشباب في هولندا قد ارتفع بنسبة (49%) بين عامي 2003 و 2005 مما يثبت وجود علاقة عكسية بين تناول SSRI وبين الانتحار، بينما ارتفع معدل انتحار الشباب في الولايات المتحدة بنسبة (14%) بين عامي 2003 و 2004، وهي النسبة الأعلى للتغير في معدل الانتحار السنوي بين السكان منذ أن بدأت مراكز السيطرة على المرض ومنعه بجمع البيانات حول الانتحار في عام 1979.

وخلصت الدراسة إلى تناقص وصف مضادات الاكتئاب للأطفال والمراهقين بعد هذه التحذيرات، وأن هذا النقص أدى إلى ارتفاع معدلات الانتحار في كل من الولايات المتحدة وهولندا.

2-10- دراسة باكن و فاغلوم: (Bakken and Vaglum: 2007):

وهي دراسة استطلاعية لست سنوات من المتابعة لدراسة مقطعية سابقة حول محاولات الانتحار لدى المرضى المعتمدين على الأدوية الذين جاءوا يطلبون العلاج، وهدفت الدراسة إلى معرفة تكرارية محاولات الانتحار الجديدة خلال السنوات الست لهذه الدراسة، ومعرفة القيمة التنبؤية لاضطرابات المحورين الأول والثاني (عند البدء) على محاولات الانتحار خلال فترة الملاحظة مع ضبط متغيرات العمر والجنس واستخدام العقاقير التي تم قياسها عند البدء وأثناء المتابعة.

وقد تكونت عينة الدراسة من (287) شخصاً مصاباً باضطراب الاعتماد على العقاقير بحسب الدليل التشخيصي الرابع منهم (156) متعاطي كحول و(131) من متعاطي العقاقير متعددة ممن كانوا مرضى خارجيين (157 مريضاً) أو داخليين (130 مريضاً) في مقاطعتين نرويجيتين ممن طلبوا العلاج بين سبتمبر 1997 و نوفمبر 1998، أما عينة المتابعة فتكونت من (254) فرد شاركوا في المتابعة.

وقد تكونت أدوات الدراسة عند البدء من النموذج الوطني النرويجي لتقييم المريض، باستخدام المقابلة التشخيصية الدولية المركبة (CIDI)، المقياس السريري متعدد المحاور (لاضطرابات المحور الثاني)، وقائمة أعراض هويكنز - (HSCL-25)، كما تمت المتابعة بعد ست سنوات باستخدام قائمة أعراض هويكنز (25) ومقاييس الاستخدام السيئ للعقاقير.

تم تحليل البيانات باستخدام اختبارات Anovas ومربع X، Pearson's product-moment correlation coefficient، و multiple logistic regression analyses.

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن معدل انتشار محاولات الانتحار خلال سنوات المتابعة الست بلغ (19%) دون وجود فروق تعزى للجنس أو لنوع المادة التي يتم تعاطيها، كما أشارت إلى أنه - عند بدء الدراسة - كانت اضطرابات الأكل، رهاب الساح مع أو بدون اضطراب الهلع، والاكتئاب الجسيم مترابطة بشكل كبير ومستقل مع محاولات الانتحار.

ومع التقدم في الدراسة بدا أن الاكتئاب المزمن زاد من خطر محاولات الانتحار، في حين قلّت الخطورة بسبب اضطراب القلق المعمم، في حين فشلت مقاييس العقار المستخدم عند البدء، ومقاييس الاستخدام السيئ للعقاقير أثناء المتابعة وقبل عام من نهاية الدراسة، في التنبؤ بحدوث محاولات الانتحار خلال فترة المتابعة.

2-11 - دراسة دوميز وآخرون: (Dumais et al. 2005):

هدفت الدراسة إلى مقارنة مستوى السلوكيات الاندفاعية والعنيفة، ومدى انتشار الأمراض النفسية المرافقة لها مع ضبط عامل تواجد اضطراب نفسي، وهي دراسة مقارنة.

وقد تكونت عينة الدراسة التجريبية من (104) من الذكور الذين تبلغ أعمارهم (18) عاماً فأكثر والذين قاموا بالانتحار، والذين تم تشخيصهم بالاكتئاب الجسيم خلال (6) أشهر قبل الوفاة، وتكونت العينة الضابطة من (74) من الذكور المصابين بالاكتئاب، وتمثلت أداة الدراسة في مقابلة التشريح النفسي، وتم إجراؤها مع أحد أفراد الأسرة المقربين، إضافة إلى المقابلة السريرية المركبة لتشخيص الاضطراب النفسي حسب (DSM-IV (SCID، ومقابلة براون-غودوين لتحديد تاريخ العنف (The Brown-Goodwin History of Aggression).

تم تحليل البيانات عبر برنامجي SPSS و Epi-info باستخدام اختبارات مربع كاي (Chi square) واختبار فيشر (Fisher's exact test - two-tailed) واختبار "ت" (student's t test) واختبار stepwise logistic regression، وتوصلت الدراسة إلى أن من العوامل المؤدية لزيادة خطر الانتحار في الأشخاص المصابين بالاكتئاب تعاطي أو إدمان الكحول، وتعاطي أو إدمان العقاقير، ووجود اضطرابات الشخصية من فئة "ب"، كما وجدت ارتباطاً بين الانتحار وارتفاع معدلات الاندفاعية والعنف خاصة لدى الضحايا ما بين (18 - 40) عاماً

2-12- دراسة أوكويندو : (Oquendo et al. 2001):

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة معدلات الانتحار الناجم عن الاكتئاب في خمس مجموعات عرقية في الولايات المتحدة، ودراسة أثر العوامل الديموغرافية بدراسة معدلات الاكتئاب لدى الأفراد المنفصلين أو المطلقين، وذوي الدخل المحدود، والعاطلين عن العمل، وذلك بمقارنة معدلات الاكتئاب وارتباطها بمعدلات الانتحار في المجموعات الخمس.

تم جمع البيانات من دراسة المنطقة الموبوءة التي أجريت في الولايات المتحدة، وكانت عينتها طبقية مخططة لأفراد تتراوح أعمارهم ما بين (20 - 74) عاماً (ECA 1980 - 1984) والمسح الوبائي الغذائي والصحي الذي أجراه المركز الوطني للإحصاء الصحي وكانت عينته طبقية مخططة متعددة المراحل تشمل أفراداً أعمارهم ما بين (6 شهور و 74 عاماً)، في هذه الدراسة تم تحليل بيانات الأفراد الذين تتراوح أعمارهم ما بين (20 - 74 عام فقط) استخدمت المقابلة التشخيصية للصحة النفسية (DIS) لوضع تشخيص بحسب DSM-III. وكلاهما

تم تحليل البيانات ببرنامج SAS باستخدام PROC FREQ واختبار مربع كاي Chi-square test و Breslow-Day test و Logistic regression analysis.

وقد أظهرت نتائج الدراسة ما يلي: معدلات الاكتئاب في عام واحد موزعة كالتالي: (3.6%) لدى البيض، (3.5%) لدى السود، (2.8%) للأمريكان المكسيكيين، (2.5%) للأمريكيين الكوبيين، و 6.9% للبرتوريكيين.

وبالنظر إلى معدلات الاكتئاب، وجد الباحثون أن معدلات الانتحار لدى الرجال كانت أعلى منها لدى الإناث، كما كانت معدلات الانتحار لدى الرجال من أصل أمريكي مكسيكي ومن البرتوريكيين أقل منها لدى الرجال البيض. وأرجعت الدراسة هذه الفروقات إلى أن الاكتئاب، ربما يختلف في شكله وحدته بين المجموعات المختلفة، أو لوجود بعض العوامل غير المعروفة التي تمنع الانتحار في بعض المجموعات العرقية.

2-13- دراسة موتو و بوستروم : (Motto J. A. and Postrom A. G. 2001):

هدفت إلى اختبار الفرضية القائلة بأن التواصل طويل الأمد للمختصين مع الأفراد ذوي الخطورة المرتفعة للانتحار يمكنها أن تملك تأثيراً في منع الانتحار.

بين عامي (1969 - 1974)، تم إدخال (3005) من الأشخاص إلى المستشفيات في سان فرانسيسكو بسبب الاكتئاب أو محاولة الانتحار، وتم التواصل معهم بعد (30) يوماً من إخراجهم من المستشفيات كجزء أساسي من خطة المتابعة التي تضعها المستشفيات لهم، وتم تقسيمهم إلى مجموعة علاجية (قبلت العلاج الدوائي واستمرت عليه خلال فترة المتابعة) ومجموعة غير علاجية (عددها 834)، وتم تقسيم المجموعة غير العلاجية بدورها إلى مجموعة ذات تواصل مع مزودي الرعاية (يتم التواصل معها بإرسال أربع رسائل على الأقل سنوياً لمدة خمس سنوات) ومجموعة بلا تواصل (منقطعة). كما تم اعتماد منهجية لمعرفة المرضى الذين توفوا خلال فترة الخمس سنوات من المتابعة وأولئك الذين توفوا خلال السنوات العشر اللاحقة، وتمت مقارنة معدلات الانتحار في المجموعتين التجريبية والضابطة.

ووجدت الدراسة أن معدل الانتحار في المجموعة التي تم التواصل مع أفرادها كانت أقل طوال فترة السنوات الخمس من المتابعة وبخاصة في السنتين الأوليين، ثم بدأت معدلات الانتحار بين أفراد المجموعتين تتقارب تدريجياً حتى أصبحت متساوية بعد (14) عاماً.

وخلصت الدراسة إلى أن خلق برنامج منهجي للتواصل مع الأفراد ذوي الخطورة العالية للانتحار وأولئك الذين يرفضون البقاء في نظام الرعاية الصحي يسهم - بشكل ملحوظ - في منع الانتحار لمدة عامين على الأقل.

2-14- دراسة كارينتر وآخرون (Carpenter et al. 2000):

هدفت الدراسة إلى اختبار العلاقة بين وزن الجسم النسبي، الاكتئاب النفسي، الأفكار الانتحارية، ومحاولات الانتحار لدى عينة مجتمعية من البالغين المقيمين في أمريكا.

بُنيت هذه الدراسة على بيانات المسح القومي الطولي الوبائي حول الكحول عام 1992 (NLAES) وتكونت عينة الدراسة من (40086) فرداً من الأفارقة الأمريكيين والبيض عبر مقابلتهم في مسح قومي، وقد تكونت أداة الدراسة من المقابلة حول اضطراب تعاطي الكحول وما يرافقه من إعاقات AUDADIS والذي اشتمل على بعض الأسئلة لتحديد وجود الاكتئاب بحسب DSM-IV ووزن الجسم النسبي.

تم تحليل البيانات عبر برنامج SUDAAN باستخدام:

The Satterwaiteadjusted χ^2 test statistic, Bivariate logistic regression models, Multivariate logistic regression analyses.

وأظهرت الدراسة وجود ارتباط بين وزن الجسم وبين اضطراب الاكتئاب (حسب الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية)، محاولات الانتحار، والأفكار الانتحارية، مع وجود فروقات في هذا الارتباط بين الرجال والنساء، حيث ارتبطت زيادة الوزن لدى النساء بحدوث الاكتئاب والأفكار الانتحارية فيما ارتبط نقصان الوزن لدى الرجال بالاكتئاب، محاولة الانتحار، والأفكار الانتحارية دون وجود فروقات عرقية في النتائج.

3- دراسات تناولت المحاولات الانتحارية:

3-1- دراسة بيلا: (Bella M. E. 2012):

هدفت الدراسة إلى وصف الأطفال والمراهقين ذوي محاولات الانتحار ومقارنتهم بمجموعة ضابطة عبر دراسة مقارنة واستطلاعية مبنية على المقابلات والاختبارات السريرية.

هذه دراسة مقارنة تكونت عينتها التجريبية من (30) طفلاً ومراهقاً (أدخلوا إلى المستشفى بسبب محاولة الانتحار) وذويهم، وتكونت عينتها الضابطة من (40) فرداً ليس لديهم أي محاولات سابقة.

تم تحليل الاضطرابات النفسية، السلوكيات الخطرة (تعاطي العقاقير - سوء المعاملة - عنف الزملاء - الاعتداء الجنسي - العلاقات الجنسية المبكرة)، والعوامل الأسرية وعلاقتها بمحاولات الانتحار.

أظهرت الدراسة أن (77%) من محاولي الانتحار كانت لديهم اضطرابات نفسية (38% منهم اكتئاب) ومعدل انتشار أعلى للسلوكيات الانتحارية وسوء المعاملة والتحرش الجنسي وسوء استخدام العقاقير، كما أظهرت الدراسة أن الذكور تحت عمر (12) عاماً كان لديهم خطر أعلى للانتحار، بينما كانت الخطورة أعلى لدى الإناث فوق عمر (12) عاماً، كما وجدت الدراسة أن التواصل الخطر مع الآباء والإخوة كان من بين عوامل الخطورة الأخرى للانتحار.

3-2- دراسة ديسور وآخرون: (Dessauer et al: 2011):

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد الخصائص السريرية والوبائية للمرضى المتسممين بالأدوية نتيجة لمحاولة انتحار، وتم إدخالهم على إثرها لقسم العناية المكثفة للأطفال في تشيلي.

وذلك عبر دراسة استرجاعية قائمة على الملاحظة أجريت على مرضى قسم العناية المكثفة للأطفال في مستشفى تعليمي من الدرجة الثالثة، كل هؤلاء المرضى أدخلوا للقسم بين يناير 2005 و ديسمبر 2008 إثر محاولة الانتحار بتسميم أنفسهم.

أظهرت نتائج الدراسة أن من بين (3045) فرد أدخلوا للمشفى، كان منهم (178) مصاباً بحالة تسمم بالأدوية ومنهم (108) تناولوا الدواء بغرض الانتحار أي بنسبة (60.6%)، كما أظهرت الدراسة زيادة في النسبة السنوية، علماً بأن أعلى المعدلات كانت في الربيع والخريف وأقلها في الشتاء، وبحسب الدراسة فإن متوسط العمر لهؤلاء الأفراد كان (13) عاماً، وأن نسبة (8.4%) منهم كانوا تحت عمر (12) عاماً، وأن (88.9%) منهم كنّ من الإناث، تم تناول الأدوية من المنزل، وكانت أكثر الأدوية استخداماً مضادات الاكتئاب والمهدئات، في حين استخدم خليط من عدة أدوية في (57%) من الحالات، وأشارت الدراسة أيضاً إلى وجود حالة نفسية لدى (92.6%) من الحالات، وأن العوامل المرافقة لمحاولات الانتحار كانت خللاً وظيفياً في الأسرة، مشكلات في المدرسة، سوء المعاملة والعنف والبلطجة.

3-3- دراسة ستيفانييلو وآخرون (Stefanello et al.: 2007):

هدفت الدراسة إلى تحديد الفروقات الاجتماعية الديموغرافية، الاجتماعية النفسية، والسريرية بين الرجال والنساء الذين حاولوا الانتحار، وتمت مقابلتهم في مستشفى تعليمي تابع لأحدى الجامعات.

تألفت عينة الدراسة من (210) من المشاركين منهم (68.1%) نساء ممن حاولن الانتحار بين عامي 2002 و 2004 وأدخلن إلى مستشفى Hospital de Clínicas of the Universidade Estadual de Campinas وتم إجراء مقابلات موحدة تكونت، من مقياس من إعداد الباحثين. وهذه الدراسة عبارة عن دراسة عرضية كمشروع فرعي من دراسة التدخل متعدد المواقع حول السلوك الانتحاري التي تقوم بها منظمة الصحة العالمية، وأجريت في مدينة ساو باولو البرازيلية.

تم تحليل البيانات باستخدام The Statistical Analysis System (SAS) عبر Uni and multivariate logistic regression analyses، وأظهرت الدراسة أن النساء المشاركات حصلن على درجات سيئة في دليل منظمة الصحة العالمية للرفاه النفسي، وفي مقياس بيك للاكتئاب، وفي جدول تقييم الإعاقة النفسية، كما أظهرت الدراسة وجود اضطرابات

نفسية ناجمة عن تعاطي الكحول والعقاقير لدى الرجال أكثر منها لدى النساء، وأنهم استخدموا الكحول بغرض الانتحار بشكل أكبر من النساء، بينما أظهرت النساء نسباً أعلى من سوء المعاملة الجسدية والجنسية.

3-4- دراسة بريزو وآخرون (Brezo et al. 2007):

هدفت هذه الدراسة إلى فهم العمليات التي تقف وراء الرابط بين الشخصية ومحاولات الانتحار غير القاتلة وتحديد المجموعات ذات الخطر المرتفع للانتحار.

وقد تحرى الباحثون الفروقات الكمية والكيفية في سمات الشخصية الضيقة والرحبة بين محاولي الانتحار لمرة واحدة وأولئك ذوي المحاولات المتكررة للانتحار عبر دراسة طولية مبنية على السكان لدى فئة اليافعين الفرنسيين الكنديين.

وقد تكونت عينة الدراسة التي أجريت في فرنسا من (1094) فرد تتراوح أعمارهم ما بين (21 - 24) عاماً، وتكونت أدواتها من مزيج من المقابلات والتقارير الذاتي باستخدام مقاييس البيانات الديموغرافية، ومقاييس من إعداد الباحثين شملت بنوداً حول العقاب الجسدي والاعتداء الجنسي في الطفولة وعنف الشريك العاطفي وأحداث الحياة الضاغطة، والدليل التشخيصي الثالث المعدل (DSM-III-R)، والتقييم التشخيصي لاضطرابات الشخصية (DAPP-BQ)، ومقاييس للانتحار منها مقياس الجدية في الانتحار (SIN) ومقياس الأفكار الانتحارية ومقياس الدعم الاجتماعي.

وتم تحليل البيانات باستخدام ANOVAs, Scheffe Multiple Comparison, and Chi square tests, logistic regression، ووجدت الدراسة فروقات بين محاولي الانتحار لمرة واحدة وأولئك ذوي المحاولات المتكررة في سمة واحدة من سمات الشخصية الضيقة وسمة واحدة من السمات الرحبة، فيما وجدت فروقات بين محاولي الانتحار لمرة واحدة وأولئك الذين لم يحاولوا الانتحار من حيث الحرص وعدم الاستقرار العاطفي.

وقد خلصت الدراسة إلى أن غياب التنظيم العاطفي والمعرفي وما يتعلق به من مظاهر سلوكية ترتبط بمحاولات الانتحار بدرجات خطورة مختلفة.

3-5- دراسة نوك و كيسلر : (Nock and Kessler 2006):

هدفت الدراسة إلى بيان أهمية توافر النية الحقيقية للموت بمقارنة محاولي الانتحار بإيذاء أنفسهم، بهدف الموت فعلاً مع أولئك الذين تظاهروا بالانتحار بإيذاء أنفسهم ليس بهدف الموت، وإنما كوسيلة للتواصل مع الآخرين.

وقد تكونت عينة الدراسة من (5877) فرداً تم الحصول على بياناتها بالرجوع إلى بيانات المسح الوطني لترافق المراضة (NCS) الذي أجري بين عامي (1990 - 1992) وشمل أفراداً بعمر (15 - 45) عاماً، وتم جمع بياناتها باستخدام المقابلة المركبة وجهاً لوجه على مرحلتين، تناولت المرحلة الأولى تقييم الاضطراب النفسي بحسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-III R)، وتناولت المرحلة الثانية تقييم عوامل الخطورة وتبعات الاضطراب المذكور في المرحلة الأولى وتشمل السؤال عن أية محاولات أو إيماءات انتحارية، كما استخدمت الدراسة نسخة معدلة من المقابلة التشخيصية الدولية المركبة (CIDI, WHO 1990b)، والدليل التشخيصي الرابع (CSM-IV)،

تم تحليل البيانات باستخدام simple cross-tabulation و logistic regression models، وأظهرت الدراسة أن محاولي الانتحار اختلفوا عن مدعي الانتحار بكونهم ذكوراً ذوي سنوات تعليم أقل، القاطنين في المناطق الجنوبية والغربية من الولايات المتحدة، والذين يعانون من مشكلات نفسية بما فيها الأعراض الاكتئابية، الاندفاعية، والعدوانية، وترافق المراضة، والذين تعرضوا لعدة اعتداءات جسدية وجنسية.

3-6- دراسة جولانت وآخرون (Jollant et al. 2005):

هدفت الدراسة إلى تقييم القدرة على اتخاذ القرار بين محاولي الانتحار باستخدام Iowa Gambling Task.

وتكونت عينة الدراسة من أربع مجموعات وهي: مرضى لديهم تاريخ من السلوك الانتحاري العنيف، حيث بلغت العينة (32) فرداً، مرضى لديهم تاريخ من السلوك الانتحاري غير العنيف وبلغت العينة (37) فرداً، مرضى يعانون من اضطرابات المزاج دون وجود تاريخ سابق لديهم للانتحار، وبلغت العينة (25) فرداً، وأشخاص طبيعيين وبلغت العينة (82) فرداً، علماً بأن تقييم المرضى تم في وقت غياب الاضطراب.

وقد تكونت أدوات الدراسة من مقياس بارانت للاندفاعية (Barrantt Impulsivity Scale)، مقياس العدائية (Buss-Durkee Hostility Inventory)، مقياس التعبير عن الغضب (Spielberger State-Trait Anger)، مقياس شدة العاطفة (Affective Intensity Scale)، ومقياس عدم الاستقرار العاطفي (Affective Liability Scales).

وتم تحليل البيانات عبر برنامج SAS باستخدام Shapiro-Wilks test و Friedman's test و Kruskal-Wallis test و Bonferroni correction و Spearman's correlation coefficients و Chi-square و Wilcoxon's test وأظهرت الدراسة أن الأداء لدى أفراد مجموعتي محاولي الانتحار كان أضعف منه لدى الأفراد الأسوياء، وأن المرضى ذوي التاريخ العنيف من السلوك الانتحاري كانوا أضعف أداءً من أولئك الذين يعانون من اضطرابات المزاج، دون وجود فروقات ذات دلالة إحصائية بين المجموعات، كما لم تجد الدراسة ارتباطاً بين ضعف الأداء وبين العمر، القدرات العقلية، مستوى التعليم، عدد محاولات الانتحار، العمر عند أول محاولة انتحار، بينما وُجد ارتباط إيجابي بين الأداء وبين تقلب المزاج، والتعبير عن الغضب.

3-7- دراسة رابيلي و بوتيفا (Rapeli and Botega 2005):

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد وجود مجموعات مختلفة من محاولي الانتحار الذين يصابون بمخاطر طبية تستدعي إدخالهم إلى المشفى.

وقد تكونت عينة الدراسة من (121) فرداً تم إدخالهم إلى المشفى بشكل متتابع، وتكونت أدواتها من مقياس يشمل خصائص الفرد ومقاييس نفسية تقيس مدى جدية محاولة الانتحار وفتكها.

وتم تحليل البيانات باستخدام K-means method، وأظهرت نتائج الدراسة وجود ثلاث مجموعات: المجموعة الأولى تكونت من (43) فرداً معظمهم من الإناث، حيث قامت كل واحدة بتسميم نفسها من خلال تعاطي أدوية، واتسمت هذه المجموعة بالاندفاعية المرتفعة وقلة الجدية في محاولة الانتحار، والمجموعة الثانية تكونت من (53) فرداً معظمهم من الرجال قاموا بتناول المبيدات الحشرية، واتسمت هذه المجموعة بقدر متوسط من الفتك والجدية في محاولة الانتحار،

أما المجموعة الثالثة فتكونت من (17) فرداً غالبيتهم العظمى من الرجال قاموا باستخدام وسائل عنيفة للانتحار واتسمت بمستويات مرتفعة من الفتك والجديّة في محاولة الانتحار.

3-8- دراسة بيوتريز: (Beautrais A. 2003):

هدفت الدراسة إلى مقارنة عوامل الخطر المؤدية للانتحار ومحاولات الانتحار الجادة التي لم تؤد للوفاة وإنما تركت أثراً طبياً خطيراً لدى الشباب في نيوزلندا.

وقد تم تقسيم عينة الدراسة إلى ثلاث مجموعات وهي: الأفراد الذين نجحوا بالانتحار وهم تحت (25) عاماً بين عامي 1991-1995 (60 فرداً: 49 ذكوراً و 11 إناثاً)، الأشخاص الذين قاموا بمحاولات جادة ولكن فاشلة للانتحار وهم تحت (25) عاماً وتركوا لديهم أثراً طبياً بين عامي 1991 - 1994 (125 فرد)، وأشخاص لم يقدموا مطلقاً على الانتحار تم اختيارهم من دراسة كبرى حول السلوك الانتحاري وعددهم (151) فرداً، وتكونت أداة الدراسة من المقابلة شبه المركبة مع ولي الأمر شملت محاور منها البيانات الديموغرافية وعوامل الخطر والبيئة الأسرية ومدى فتك الأداة المستخدمة وضغوطات الحياة والاضطراب النفسي (DSM-III R) والتاريخ النفسي السابق. تم تحليل البيانات باستخدام Logistic Regression Models.

ووجدت الدراسة أن خصائص مجموعة المنتحرين شملت الذكورة، غياب المهارات التعليمية، وجود اضطرابات المزاج، وجود تاريخ سابق من الرعاية النفسية، وجود أحداث حياة ضاغطة، كما وجدت الدراسة أيضاً أن هذه الخصائص توافرت في مجموعة الأفراد الذين حاولوا الانتحار فيما عدا عنصر الجنس، وأرجعت الدراسة ذلك إلى وجود فروقات بين الجنسين في الوسيلة المستخدمة للانتحار.

4- دراسات تناولت الانتحار والسلوك الانتحاري:

4-1- دراسة أنجلماير وآخرون (Anglemyer A. et al. 2014):

هدفت الدراسة إلى فهم التقديرات الحالية للعلاقة بين وجود الأسلحة النارية في المنازل والانتحار أو جرائم القتل، عن طريق البحث في جميع الدراسات التي تناولت إمكانية الوصول

للأسلحة النارية والنتائج لدى المشاركين الذين وصلوا لها، والذين لم يصلوا - بغض النظر - عن العمر والجنس والدولة .

هذه الدراسة هي دراسة مراجعة للدراسات السابقة التي تناولت العنوان، وتم البحث عبر مواقع PubMed, EMBASE, the Cochrane Central Register of Controlled Trials, and Web of Science دون وضع محددات تتعلق بتاريخ النشر أو البقعة الجغرافية أو اللغة، إضافة إلى الدراسات المذكورة في فهارس الدراسات المشمولة بشرط أن تكون دراسات مضبوطة أو عشوائية مضبوطة أو دراسات مقارنة أو دراسات قبلية-بعديّة.

تم تجميع البيانات عبر الدراسات المختلفة وتم تحليلها باستخدام

fixed-effects model and random-effects models.

وأظهرت نتائج الدراسة أن إمكانية الوصول للأسلحة النارية ترفع خطر الموت بالانتحار أو بجريمة قتل، ففي حال توافر الأسلحة ترتفع نسبة الخطر للانتحار بين الرجال، بينما ترتفع نسبة ارتكاب جريمة قتل بين النساء.

4-2- دراسة ريدن وآخرون: (Redden et al.: 2011):

هدفت الدراسة إلى الخروج بمعلومات سريرية، وتحليل مستقل للعلاقة بين العقار والأحداث الانتحارية.

وذلك عبر تحليل (13) دراسة استخدمت العلاج الوهمي، ودراسة واحدة استخدمت علاجاً بجرعة مخففة، أخذت هذه الدراسة - بعين الاعتبار - الأحداث الجسيمة كعوامل مرتبطة بالانتحار (تم الكشف عنها باستخدام نظام الحسابات التصنيفي الكولومبي لتقييم الانتحار -CASA)، كما شملت الدراسة المؤشرات التالية: الصرع، اضطراب ثنائي القطب، الوقاية من الشقيقة، العدوان الاندفاعي، والخرف. أظهرت الدراسة النتائج التالية:

تم رصد حالات انتحار في خمسة من أصل (13) دراسة على العلاج الوهمي، ومن بين (1327 فرداً) يتعاطون عقار divalproex sodium (يشكلون نسبة 0.83% من المشمولين في الدراسة)، قام فردان في محاولة الانتحار، بينما وجدت أفكار انتحارية لدى (9) أفراد، ومن بين (922) فرداً تناولوا العلاج الوهمي (يشكلون نسبة 9.91% من المشمولين في الدراسة)، قام فرد بالتحضير لمحاولة انتحار، شخصان حاولا الانتحار، ووجدت الأفكار الانتحارية لدى

(6) منهم، وقد كانت النسب المرجحة للسلوك الانتحاري والأفكار الانتحارية بشكل عام = (0.72%) في الدراسات التي استخدمت العلاج الوهمي.

4-3- دراسة مورالز ومارتينز: (Morales and Martinez: 2010):

هدفت الدراسة إلى تحديد العوامل الفردية، الأسرية، والاجتماعية المرتبطة بحدوث الانتحار في نارينو.

تكونت عينة الدراسة من مجموعة مفحوصة (101 فرد ممن قاموا بالانتحار) ومجموعة ضابطة (112 فرداً ممن توفوا بسبب جروح عرضية) متقاربين في العمر ومكان السكن وتاريخ الانتحار، وتم جمع البيانات حول أفراد كلتا المجموعتين من أقرب فرد في الأسرة عبر استبانة منظمة تحتوي على تقنيات التشريح النفسي والكشف عن الاضطرابات النفسية الكبرى كالاكتئاب والقلق والذهان).

وأظهرت نتائج الدراسة أن (70%) من أفراد كلتا المجموعتين كانوا من الذكور، كما أظهرت عدداً من العوامل المستقلة المنبئة بشدة بخطر الانتحار وهي انعدام الممارسات الدينية، سنوات تعليم رسمي أقل من (11) سنة، وجود اضطراب نفسي سابق، وجود محاولة انتحار سابقة، وجود ضغط نفسي حاد، والاكتئاب.

4-4- دراسة رزيايان (Rezaeian 2010):

أنت بعد وجود دراسات عدة تؤكد وجود وتنامي ظاهرة الانتحار بين الإناث في بلدان الشرق الأوسط المسلمة، وهدفت إلى كشف أهم الأسباب الكامنة وراء هذا التوجه. قام الباحث بمراجعة الدراسات السابقة المنشورة عبر الانترنت بين عامي 1968 و 2008 باستخدام PubMed التي تناولت الظاهرة، إضافة إلى المجالات والمراجع المختلفة، وحصل على (12) دراسة أصلية تناولت الانتحار بين المسلمين في الشرق الأوسط وتحديداً في تركيا وإيران والسعودية وباكستان.

وجد الباحث أن جميع الأوراق المنشورة تؤكد وجود وتنامي ظاهرة الانتحار بين المسلمين في الشرق - أوسطيات اليافعات، كما وجد أن أهم العوامل المتداخلة المساهمة في نجاح محاولة

الانتحار هي الوسيلة المستخدمة للانتحار، وجود اضطراب نفسي، الزواج، والسلطة الرجولية الممارسة عليهن.

4-5- دراسة فان أوردن وآخرون (Van Orden et al. 2008):

قام الباحثون بإجراء ثلاث دراسات درست فرضية النظرية الإنسانية في السلوك الانتحاري، وأجريت الدراسة الأولى على (309) من الطلبة الجامعيين بمتوسط عمري (19) عاماً من جامعة Florida State University، وتكونت أدواتها من مقياس الحاجات الإنسانية (INQ) ومقياس بيك للأفكار الانتحارية (BSS) ومقياس بيك للاكتئاب (BDI) وتم تحليل البيانات باستخدام الوسط والانحراف المعياري والترابط الداخلي للمتغيرات.

وأظهرت الدراسة توافق نتائجها مع فرضية النظرية الإنسانية من حيث إن الرغبة في الانتحار تأتي من وجود عاملين إنسانيين مختلفين ولكنهما مترابطتان وهما الحاجة غير الملباة للانتماء، والحاجة غير الملباة للمساهمة في منفعة الآخرين.

أما الدراسة الثانية والتي أجريت على (228) مريضاً بالغاً من عيادة FSU النفسية فقد استخدم فيها الباحثون عدداً من المقاييس منه: مقياس بيك للأفكار الانتحارية (BSS) ومقياس بيك للاكتئاب (BDI) ومقياس الأحداث المؤلمة والاستنزائية (PPES) ومقياس المقدرة المكتسبة على الانتحار (ACSS) وكلاهما من تطوير الباحثين، تم تحليل البيانات بإيجاد الوسط والانحراف المعياري والترابط الداخلي للمتغيرات إضافة إلى التحليل أحادي الاتجاه One-way analysis of variance.

وأظهرت النتائج أن نتائج هذه الدراسة متوافقة أيضاً مع فرضية النظرية الإنسانية من حيث إن الفرد لكي يقوم بإيذاء ذاته فإنه بحاجة ليس فقط للرغبة في الانتحار وإنما أيضاً بحاجة لتواجد المقدرة على تنفيذ تلك الرغبة، وأنه كلما كان لدى الفرد عدداً أكبر من المحاولات السابقة للانتحار ومن التجارب المؤلمة والاستنزائية فإنه يصبح أكثر قدرة من الآخرين على التغلب على الخوف والألم المصاحبين لعملية إيذاء الذات.

أما الدراسة الثالثة فقد شملت (153) مريضاً بالغاً من عيادة FSU النفسية بأعمار مشابهة لأعمار أولئك المشمولين في الدراسة الثانية واستخدم فيها كلاً من مقياس بيك للاكتئاب (BDI) ومقياس الحاجات الإنسانية (INQ) ومقياس المقدرة المكتسبة على الانتحار (ACSS) بالإضافة إلى تقييم خطر الانتحار من قبل المختصين في العيادة النفسية.

تم إيجاد الوسط والانحراف المعياري والترابط الداخلي للمتغيرات إضافة إلى regression equation.

وجاءت نتائج الدراسة موافقة أيضاً لفرضية النظرية الإنسانية من حيث ضرورة توافر كل من الرغبة في الانتحار والمقدرة على تنفيذه، وإن كانت لا ترى أنهما غير كافيين للانتحار.

4-6- دراسة سيريل، جوردان و دوبرشتاين (Cerel, J., Jordan, J. R., and Duberstein, P. R. 2008):

قام الباحثون بمراجعة وتلخيص الدراسات التي تناولت أثر الانتحار على أفراد الأسرة، وعلى الشبكات الاجتماعية، وذلك بهدف مناقشة التغيرات التي تطرأ على العائلة عقب الانتحار وآثار الانتحار على الشبكات الاجتماعية بشكل عام واستجابات أفراد الأسرة الأطفال وكبار السن له.

وجد الباحثون أن أكثر الآثار إيذاءً على الشبكات الاجتماعية هو تشوه عمليات التواصل التي قد تحدث بعد الوفاة، وبخاصة فيما يتعلق بموضوعي التكم على سبب الانتحار واللوم، حيث تبين أن كثيراً ما يقوم أفراد الأسرة بلوم أنفسهم على بعض الكلمات التي تفوهوا بها أو على فشلهم في التنبؤ بإمكانية الانتحار أو منعه، كما أشارت الدراسة إلى آثار انتحار أحد المقربين على الأطفال، وتشمل مشكلات في الصحة النفسية كاضطرابات المزاج، اضطراب ما بعد الصدمة، اضطرابات القلق، والسلوك الانتحاري ومشكلات في عواطفهم كالحزن والغضب والشعور بالذنب، ومشكلات في أدائهم الوظيفي على الصعيدين الاجتماعي والأكاديمي، ومشكلات جسدية كالإصابة بمرض ما أو حدوث مضاعفات في مرض قائم، أما فيما يتعلق بآثار الانتحار على كبار السن فقد تمثلت في الوصمة، الشعور بالخجل، والشعور بالرفض.

4-7- دراسة ماهون وآخرون (Mahon et al. 2005):

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة إذا ما كان الانتحار بين الموظفين العسكريين النظاميين في مكان العمل قد أضحى وباء أو ظاهرة، ودراسة عوامل الخطر الخاصة بالاحتلال كنموذج للمهن ذات الخطورة المرتفعة للانتحار في مكان العمل.

وقد تكونت عينة هذه الدراسة من (732) موظفاً عسكرياً في قوات الدفاع الإيرلندية، وهي دراسة مقارنة بين مجموعة الموظفين العسكريين الذين قضاوا انتحاراً، وآخرون قضاوا بغير انتحار

يناسبونهم في العمر والجنس تم اختيارهم عشوائياً، وهي دراسة تم الحصول على عينتها وبياناتها عبر مراجعة أسباب الوفاة للموظفين والمذكورة في مسح مقطعي للفترة ما بين 1970 - 2002م.

وتم تحليل البيانات عبر مربع كاي (Chi-square test) واختبارات فيشر (Fisher's) (Mann-Whitney tests) exact tests – two-tailed واختبارات مان ويتي و logistic regression analysis.

ووجدت الدراسة أن معدل الانتحار كان 15.3 / 100000، وأن الانتحار باستخدام الأسلحة النارية شكل ما نسبته (53%) من حالات الانتحار، كما وجدت الدراسة أن غالبية حالات الانتحار التي حدثت في العمل أقدم عليها أفراد بقوا وحيدين بعد تسلّم مهامهم في الصباح بفترة وجيزة، كما وأشارت نتائج الدراسة إلى أن من بين عوامل الخطر المستقلة التي تتبأت بحدوث الانتحار بالأسلحة النارية كانت وجود اضطراب نفسي وتاريخ سابق من محاولات إيذاء النفس المتعمدة، المهام الصباحية خاصة بعد فترة وجيزة من تولي المهمة، وما يترتب على ذلك من سهولة الوصول للأسلحة النارية، وحدث تدهور طبي حديث.

4-8- دراسة كوبر وآخرون: (Cooper et al. 2005):

هدفت الدراسة إلى تقدير معدلات الانتحار خلال السنوات الأربع اللاحقة لإيذاء النفس المتعمد، ولإستيضاح أثر المدة الزمنية في معدلات الانتحار خلال فترة المتابعة، ولمعرفة العوامل الديموغرافية - الاجتماعية والعوامل السريرية المنبئة بحدوث الانتحار خلال المتابعة.

شملت الدراسة (7986) فرد ممن وصلوا أقسام الطوارئ في أربع مستشفيات بعد محاولات إيذاء أنفسهم خلال الفترة الزمنية بين 1/9/1997 و 31/8/2001، في مدينتي مانشستر وسالفورد. استخدمت الدراسة نموذج تقييم قياسي يتم ملؤه بعد الإدخال عبر الطبيب، ICD-9، نماذج كوكس للمخاطر النسبية Cox's Proportional Hazards Models.

وبإجراء إحصاءات وصفية إضافة إلى Cox regression (Univariate and multivariate) للبيانات، أظهرت النتائج وقوع (60) حالة انتحار بين المشمولين بالدراسة خلال فترة المتابعة، كما وجدت أن خطر الانتحار لهذه الفئة يعادل (30) ضعف خطر الانتحار لدى الأشخاص الاعتياديين، كما أظهرت الدراسة أيضاً أن معدل الانتحار ونسبة الوفاة

(SMR) كانت أعلى لدى الإناث منها لدى الذكور، وأن معدلات الانتحار كانت الأعلى خلال الشهور الست الأولى اللاحقة لمحاولة إيذاء الذات التي تم رصدها في الدراسة، وأشارت الدراسة أيضاً إلى أن العوامل المستقلة المنبئة بالانتحار كانت عدم اكتشاف أحد لأمر إيذائه لنفسه، عدم مشاركة أحد أقربائه له في المسكن، وجود مرض نفسي سابق، تشوه الذات، الإفراط في استخدام الكحول، ووجود أمراض جسدية.

4-9- دراسة كونر وآخرون (Conner et al.2001):

هدفت الدراسة إلى اختبار الفرضية القائلة بأن العنف خلال العام الأخير من الحياة يرتبط بالانتحار حتى مع ضبط عامل تعاطي الكحول.

قام الباحثون بتحليل البيانات المأخوذة من المسح القومي للوفيات (1993)، وتم اختيار الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين (20- 64) عاماً وتكونت عينتها من (753) فرداً قضاوا منتحرين و(2115) فرداً قضاوا في حوادث مختلفة، تمت مقارنة بياناتهم، واستخدمت الدراسة مقياس CAGE.

تم تحليل البيانات باستخدام multiple logistic regression واختبار مربع كاي Chi-square test.

وقد أظهرت النتائج أن العنف خلال العام الأخير من حياة الفرد كان عاملاً ينبئ بالانتحار خاصة لدى الأفراد الذين لم يسرفوا في استخدام الكحول، وفي النساء، والياقنين.

5- دراسات تناولت الحد أو منع سلوكيات الانتحار:

5-1- دراسة روبنسون وآخرون (Robinson et al. 2012):

قام الباحثون بمراجعة الدراسات التجريبية المبنية على البيئة المدرسية التي تناولت وهدفت إلى منع الانتحار أو معالجة السلوكيات الانتحارية كبرامج التدخل المبكر في الانتحار، والتدخل بعده، تم الحصول عليها من قواعد البيانات MEDLINE, PsycINFO, CCRCT وأجري البحث في يوليو (2011).

حصل الباحثون على (43) دراسة ذات صلة بالموضوع، انطبقت عليها المعايير، منها (15) من برامج التوعية العالمية، (23) من برامج التدخل الانتقائي، (3) برامج تدخل موجه، ومحاولتي تدخل بعديّة.

وجدت هذه الدراسة أن أكثر برامج التدخل فعالية في البيئة المدرسية كانت تدريب حارس البوابة و برامج الكشف المبكر، كما أوصت الدراسة بضرورة إجراء دراسات أخرى مماثلة.

5-2- دراسة فايغا وآخرون: (Vaiva et al. 2011):

هدفت الدراسة للمساهمة في إيجاد وسيلة تدخل تسهم في تقليل خطر الانتحار.

قام الباحثون باختبار فعالية برنامج ALGOS الخوارزمي، وهو شكل من أشكال التدخل الهادفة إلى تقليل محاولات الانتحار الجديدة خلال (6) شهور، وهو يتألف من استراتيجيتي تدخل أظهرتا انخفاضاً ملحوظاً في عدد محاولات الانتحار، وهما التواصل الهاتفي المنظم (غير ناجح مع محاولي الانتحار للمرة الأولى)، وبطاقة الأزمة (ينجح فقط في محاولي الانتحار للمرة الأولى)، أما فيما يتعلق بالمشاركين الذين يرفضون الرعاية الصحية والذين لا يمكن التواصل معهم فيمكنهم الاستفادة من الرسائل القصيرة وبطاقات البريد.

أظهرت الدراسة أن برنامج ALGOS هو تدخل زهيد التكلفة قابل للتكرار يقدم التوجيهات حول تقييم وإدارة الحالات التي تجد صعوبة في الالتزام نظم الرعاية الصحية، كما يمكنه أن يستهدف المجموعات الفرعية من المرضى بتقديم تدخلات خاصة لزيادة منافع خطة إدارة الحالة.

5-3- دراسة تارير، تيلور و جودنج (Tarrier, Taylor, and Gooding. 2008):

هدفت الدراسة إلى تحري فعالية العلاجات السلوكية المعرفية في تقليل السلوك الانتحاري.

تم البحث عبر قواعد البيانات PsychInfo و Web of Science عن الدراسات التي تناولت أثر البرنامج العلاجي السلوكي أو المعرفي أو كليهما بحيث تشتمل على عينة تجريبية وأخرى ضابطة والمنشورة في مجلة معتمدة منذ عام (1980)، كما تم البحث في المراجع المفهرسة في هذه التقارير. وجد الباحثون (28) دراسة تنطبق عليها الشروط.

وتم تحليل البيانات باستخدام نموذج الأثر العشوائي random effect model وذلك بسبب التباين وعدم التجانس في متغيرات الدراسات المختلفة، وقد أظهرت الدراسة أثراً كبيراً للعلاج السلوكي المعرفي في خفض السلوك الانتحاري، كما وجدت أن العلاج عظيم الفعالية مع البالغين (ولكن ليس المراهقين)، وفي العلاجات الفردية (وليس الجماعية)، وفي العلاج السلوكي المعرفي مقارنة بالعلاجات الاعتيادية الأخرى (ولكن ليس مقارنة بالعلاجات الفعالة).

6- دراسات تناولت تواصل مقدمي الرعاية مع المنتحرين:

6-1- دراسة كريم (Kraemer M. 2013):

هدفت الدراسة إلى اختبار ردة الفعل واستراتيجيات التأقلم لدى الأخصائيين الاجتماعيين بعد السلوك الانتحاري للمرضى (أفكار انتحارية، محاولة الانتحار، الانتحار الفعلي)

وقد تكونت عينة الدراسة من عينة عشوائية من (56) أخصائياً اجتماعياً من الحاصلين على درجة الماجستير فأعلى المقيمين في مينيسوتا، عبر دراسة كمية، وكانت أداة الدراسة عبارة عن مسوحات عبر البريد الإلكتروني تشتمل على أسئلة متعلقة بالبيانات الديموغرافية وأسئلة وصفية حول عدد الحالات التي تعامل معها الأخصائي ممن حاولوا أو نفذوا الانتحار، وأسئلة تتعلق بردود أفعالهم وآليات التأقلم التي قاموا بها.

تم تحليل البيانات باستخدام الإحصاءات الوصفية لاكتشاف العلاقة بين ردة الفعل وآليات التأقلم، وبعد تحليل النتائج أظهرت الدراسة أن الخوف والحزن كانا أكثر ردة الفعل شيوعاً عقب انتحار المريض، بينما كانت أكثر استراتيجيات التأقلم شيوعاً استشارة زميل أو الخضوع للإشراف المهني.

6-2- دراسة لوما، مارتين و بيرسون: (Luoma J. B., Martin C.E. & Pearson

-(J.L. 2002

هدفت الدراسة إلى اختبار معدل تواصل الأشخاص الذين قضاوا منتحرين مع أخصائيي الرعاية الأولية والرعاية النفسية قبل وفاتهم، وذلك بمراجعة (40) دراسة تم الحصول عليها عبر قواعد البيانات MEDLINE, PsycINFO, and the Social Sciences Citation

Index, منذ تاريخ صدورها وحتى العام 2000، والتي اشتملت على معلومات حول معدلات التواصل مع الرعاية الصحية، وقامت الدراسة الحالية بدراسة الفروقات بين المشاركين فيما يتعلق بالجنس والعمر.

وتم تحليل البيانات باستخدام Mann-Whitney U test، وقد وجدت الدراسة أن التواصل مع مقدمي الرعاية الأولية كان شائعاً قبيل الانتحار، ففي الوقت الذي تواصل فيه ثلاثة من كل أربعة من المنتحرين مع مقدمي الرعاية الأولية خلال العام الذي أقدموا فيه على الانتحار، تواصل ما يقرب من ثلث المنتحرين مع خدمات الصحة النفسية. ووجدت الدراسة أن واحداً من كل خمسة من المنتحرين تواصل مع خدمات الصحة النفسية خلال شهر قبل الانتحار، فيما تواصل (45%) منهم مع مقدمي خدمات الرعاية الأولية خلال المدة نفسها، كما أشارت الدراسة إلى أن معدل التواصل مع مقدمي خدمات الرعاية الأولية كان أعلى لدى البالغين عنه في اليافعين خلال الشهر السابق للانتحار.

وخلصت الدراسة إلى أنه على الرغم من صعوبة التنبؤ بالدرجة التي يسهم فيها التواصل مع مقدمي الرعاية الأولية وخدمات الصحة النفسية في منع الانتحار، فإن الغالبية العظمى من المنتحرين تواصلوا مع مقدمي الرعاية الأولية خاصة الكبار البالغين، وبالنظر إلى أن هذا النمط متوافق مع طلب الخدمات الصحية عامة، فإن هناك حاجة ملحة لطرائق بديلة في الجهود المبذولة لمنع الانتحار للأشخاص الذين يندر رؤيتهم أو حضورهم للرعاية الأولية أو الصحة النفسية خصوصاً الفتية اليافعين.

التعقيب على الدراسات السابقة:

وبعد أن عرضت الباحثة الدراسات التي تمت بصلة لموضوع الدراسة، لاحظت وجود عدة فروقات من ناحية الأهداف والعينة والفئة المستهدفة والمنهج والأدوات المستخدمة وآلية استخلاص النتائج، ويمكن عرض موجز لتلك الفروقات على النحو التالي:

أولاً- الأهداف:

تتوعت أهداف الباحثين حول الدراسات المتعلقة بالانتحار، فهناك من أراد الكشف عن علاقة الانتحار ببعض المتغيرات، وهناك من أراد الكشف عن الأسباب العوامل التي تؤدي إلى الانتحار، وهناك من هدفت دراسته لتقييم الوسائل أو لبناء مقاييس تُستخدم بدراسة الانتحار، وهناك من هدف لمعرفة أثر الانتحار على مُقدمي الرعاية، ومنهم من هدف لبيان ذوي القرار

بالحد من ظاهرة اللجوء للانتحار، ومنهم من هدف لدراسة علاقة الانتحار بالاضطرابات النفسية، ومنها من كان هدفها التأكد من فرضيات كالنسق الأسري والانتحار، واحتمالية الانتحار بالمعتقدات المعرفية، وهناك من هدف لتقييم البرامج العلاجية لمُحاوِلي الانتحار.

وقد اتفقت هذه الدراسة في هدفها حول معرفة الأسباب التي تكمن خلف الانتحار مع دراسة كل من (حميمي، 2012م)، (أبو ركاب، 2010م)، (رازيان، 2010م)، (كوبرهارا وآخرون، 2009م)، (ميموني، 2008م)، (بريزو وآخرون، 2007م)، (خير، 2005م)، (كريم، 2003م)، كذلك اتفقت هذه الدراسة بمعرفة تأثير الوضع الاقتصادي والعوامل النفسية والدينية باللجوء للانتحار مع كل من (خضر، 1429هـ)، واتفقت مع دراسة (تفاحة، 2010م) في التعرف إلى البروفيل النفسي لمُحاوِلي الانتحار حيث أن التشريح النفسي والبروفيل النفسي مصطلحان متقاربان، كما واتفقت هذه الدراسة بهدفها بالتعرف إلى العوامل الأسرية والاجتماعية المؤدية للانتحار مع كل من (مورالز ومارتينز، 2010م)، واتفقت مع دراسة (كوبر وآخرون، 2005م) في التعرف إلى علاقة العوامل الاجتماعية بالانتحار.

وما يُميز هدف هذه الدراسة هو التشريح النفسي لمُحاوِلي الانتحار بمعنى التعمق بدراسة الأسباب النفسية والاجتماعية والأسرية والزواجية والاقتصادية والدينية التي ساهمت في اللجوء للانتحار.

ثانياً- العينة:

تنوعت الدراسات السابقة من حيث اختيار العينة، فهناك من لجأ للعينة القصدية، العشوائية، التجريبية، العرضية، المسحية، والطبقية.

وقد اتفقت هذه الدراسة باستخدام نوع العينة القصدية مع دراسات كل من (أبو صفا، 2014م)، (مسيلي، 2013م)، (الزعيبي، 2013)، (البرزخي، 2009)، (حسن، 2009)، بينما اختلفت هذه الدراسة مع دراسة كل من: (سُلطاني، 2014)، (شفيق، 2013)، (كرايمر وآخرون، 2013)، (بيراود وآخرون، 2009)، (الحُميري، 2008) من ناحية اختيارهم للعينة العشوائية.

ثالثاً- الفئة المُستهدفة:

تنوعت الدراسات السابقة من ناحية الفئة المُستهدفة، فهناك من استهدف مُراجعِي المؤسسات الأهلية والوزارات الحكومية، وهناك من استهدف مُراجعِي المستشفيات والمراكز

الطبية، وآخرون قاموا باستهداف الطلاب، وآخرون الأحداث، وآخرون العاملات، وهناك من استهدف العسكريين، وآخرون كبار السن.

بينما استهدفت هذه الدراسة المتابعين لعيادة غرب غزة للصحة النفسية، وقد اتفقت في نوع الفئة المُستهدفة مع دراسات كل من (شفيق، 2013م)، (إيروغلو وكراكوس وتمام، 2013م)، (نعيمة، 2013م)، (روينغورن وآخرون، 2012م)، (لارج وآخرون، 2011م)، (نوفك وشوارتز وفرانك، 2010م)، (هوز وتيلور، 2010م)، (بيراود وآخرون، 2009م)، (هنت وآخرون، 2009م)، (ميموني، 2008م)، (وناس، 2007م)، (باكن وماغلوم، 2007م)، (دوميزو وآخرون، 2005م)، (مودو وبوستروم، 2001م)، (أوكويندو، 2001م)، باستهدافهم للمراجعين لمراكز الصحة النفسية أو أقسام الطب النفسي.

رابعاً- المنهج المستخدم:

تنوعت المناهج التي استخدمها الباحثون السابقون ما بين الوصفي، التحليلي، المسحي، المقارن، الاسترجاعي، التجريبي، الارتباطي.

وقد استخدمت هذه الدراسة المنهج الإكلينيكي، وبهذا اتفقت مع دراسات كل من: (شعلان، 2011م) التي طبقت دراستها على عينة واحدة، (لمين، 2010م) طبق دراسته على ثلاث حالات، (عبد الله، 2009م) طبق دراسته على 10 حالات، (وناس، 2007م) طبق دراسته على حالة واحدة.

وقد تميزت هذه الدراسة بأنها طبقت الدراسة على ثلاث حالات، حيث لا يوجد سوى دراسة (لمين 2010م) الذي قام بتطبيق الدراسة على (3) حالات، بحيث ستكون نتائج الدراسة أعمق وأشمل.

خامساً- الأدوات المستخدمة:

تنوعت الأدوات التي استخدمتها الدراسات السابقة ما بين بيانات استرجاعية، مقابلات، استبانات، مقاييس، مذكرات، أطروحات، وسائل الإعلام، دراسة الحالة، تقرير ذاتي.

وقد اتفقت هذه الدراسة مع دراسة (شعلان، 2011م) باستخدام دراسة الحالة، واتفقت هذه الدراسة مع دراسات كل من: (أبو صفا، 2014م)، (نعيمة، 2012م)، (شعلان، 2011م)، (لمين، 2010م)، (عبد الله، 2009م)، (زهير، 2008م)، (وونج وآخرون، 2008م)، (وناس، 2007م)، (ستيفانيللو وآخرون، 2007م)، (بريزو وآخرون، 2007م)، (نوك وكيسلر وآخرون،

2006م)، (دوميز وآخرون، 2005م)، (بيوتريز، 2003م)، (كريم، 2003م) باستخدام المقابلة، واتفقت مع دراسة كل من: (نعيمة، 2012م)، (حميمي، 2012م)، (بيراود وآخرون، 2009)، (فان أوردين وآخرون، 2009) باستخدام مقياس بيك للاكتئاب، واتفقت هذه الدراسة مع دراسات كل من: (لمين، 2010م)، (زهير، 2008م) باستخدام الملاحظة، واتفقت مع دراسة (الشهري، 2010م) باستخدام مقياس التدين، واتفقت مع دراسة (تفاحة، 2010م) باستخدام اختبار الشخصية متعدد الأوجه MMPI.

وما يميز هذه الدراسة الدمج بين كل من دراسة الحالة، المقابلة والملاحظة البسيطة، اختبار الشخصية المتعدد الأوجه MMPI-2، اختبار SCL-90، اختبار اضطرابات الشخصية، واختبارات أخرى بما يتناسب مع وضع الحالة.

سادساً- آلية استخلاص النتائج:

تنوعت الدراسات في تحليل البيانات ما بين الإحصاء الوصفي والاستدلالي، البرامج الإحصائية، تفسير الظواهر، تحليل البيانات، تحليل عشوائي التأثير، تحليل المضمون. وقد اتفقت هذه الدراسة مع دراسة كل من: (شعلان، 2011م)، (لمين، 2010م)، (ميموني، 2008م) باستخلاص النتائج من خلال تحليل البيانات.

سابعاً- أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة:

من خلال الدراسات السابقة يُمكن للباحثة حصر أسباب وعوامل اللجوء للانتحار فيما يلي:

1- البيئة العربية: فمن أسباب لجوء العرب للانتحار العُنف بأنواعه، الصراعات، المشاكل النفسية والأسرية والاجتماعية، الاضطرابات النفسية خاصة الاكتئاب، الفشل العاطفي، الضغوط الحياتية، التعاطي، اليأس، الانحراف، أصدقاء السوء، العلاقات الجنسية، الوحدة، ضعف التدين، المعاناة الاقتصادية، صدمات الطفولة، خبرات الإساءة الجنسية والجسدية، القلق، غياب المساندة الاجتماعية، التشوهات المعرفية، تدني تقدير الذات، العدوان، العزلة، الإدمان، والعيش بوسط إجرامي.

2- البيئة الغربية: أما عن أسباب لجوء الغرب للانتحار ما يلي: فقدان التحكم بالحياة، محاولة الرجال إثبات رجولتهم، بحث النساء عن حقوقهن، الاضطرابات النفسية خاصة الاكتئاب، الصراعات مع الأبناء، ضعف التدين، المشاكل الإنسانية، البطالة، العزوبية والزواج، الوحدة، تعاطي الكحول، عدم الالتزام بتناول الأدوية النفسية أو تناولها بشكل متقطع، وجود

تاريخ سابق لإيذاء النفس، زيادة وزن النساء، إنخفاض وزن الرجال، سوء المعاملة، التحرش الجنسي، سوء المعاملة الجنسية والجسدية، غياب التنظيم المعرفي والعاطفي، تدني مستوى التعليم، تقلب المزاج، ولجوء الإناث للانتحار بسبب السُّلطة الرجولية المُمارسة عليهن، الحاجة للانتماء، التجارب المؤلمة والاستفزازية، إيمان العقاقير والكحول، الاندفاعية والعنف، عدم مشاركة الأقارب، عدم اكتشاف أحد لإيذائه المسبق لذاته، تشوه الذات، أمراض جسدية، الخوف والحزن، ضغوطات الحياة.

أما بالنسبة للوسائل المستخدمة فتنوعت إلا أن أبرزها الحروق والسقوط من علو بالبيئة العربية، وفي البيئة الغربية فاستخدام الأدوية والأسلحة النارية أبرز الوسائل، وهناك دراسات غربية صنفت الوسائل المستخدمة أكثر فبالنسبة للإناث فيعد التسمم بالأدوية وسيلة، وبالنسبة للرجال يُعد التسمم بالمبيدات الحشرية وسيلة.

وقد استفادت الباحثة من الدراسات السابقة في عدة أمور منها:

- توسيع إدراك الباحثة حول مُحاولات الانتحار والمفاهيم المرتبطة بها كالاستعداد للانتحار والتفكير بالانتحار والانتحار.
- توسيع إدراك الباحثة حول العوامل المساهمة باللجوء للانتحار، بمختلف الدراسات تبعاً للبيئة التي أُجري بها البحث.
- الكشف عن أبرز الاضطرابات النفسية التي تؤدي للجوء للانتحار.
- الكشف عن أبرز المشكلات النفسية والاجتماعية والشخصية التي تؤدي بالفرد للجوء للانتحار.
- الاستفادة بشكل أخص من الدراسات الإكلينيكية التي أُجريت حول مُحاولات الانتحار لمعرفة الإجراءات التي سارت عليها.

أهم ما يُميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة:

- 1- كونها الدراسة النوعية الأولى على حد علم الباحثة التي تدرس الانتحار بغزة.
- 2- استخدامها للنمط الاستكشافي بمعنى بعد دراسة كل حالة على حدا، سيتم تطبيق الاختبارات المناسبة للحالة نفسها.
- 3- ستكون هذه الدراسة بمثابة لبنة أساس لدراسات لاحقة تدرس نفس المجال.

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

تعرض الباحثة في هذا الفصل كل ما اتبعته منذ البداية حتى الخروج بالصورة النهائية لهذه الدراسة، من حيث المنهج المتبع، مجتمع الدراسة والعينة التي تم اختيارها لتطبيق الدراسة عليها، والأدوات المستخدمة لإنجاز هذه الدراسة وطريقة تطبيقها وتصحيحها وتحليل بياناتها، والإجراءات التي استخدمت بالتطبيق.

أولاً- منهج الدراسة:

اتبعت الباحثة المنهج الإكلينيكي وهو " الخطوات العلمية المنظمة المتبعة للدراسة المنظمة لحالات فردية، أي الدراسة المتعمقة للشخصية في بيئاتها وأحوالها العديدة بطرائق كثيرة " .

كما ويدرس المنهج الإكلينيكي المسالك والمواقف الإنسانية وتشخيصها في الإطار العام للشخصية ككل وليس كمتغير منفصل، ومن ثم يتم ربط المؤشرات والنتائج الرقمية والإحصائية إلى نشأتها وعلاقتها بالكل الدينامي (باطه، 1998م، ص10).

وتجدر الإشارة إلى أن المنهج الإكلينيكي قد نشأ في ظل المهام الطبية وخاصة الطب الإكلينيكي، كما ويقوم المنهج الإكلينيكي - بشكل معمق - على ملاحظة المرضى وهم يُعانون مشاكلهم، ثم معرفة ظروف حياتهم كلها معرفة تامة، بحيث يتيسر تأويل كل حادث في ضوء الوقائع الأخرى، نظراً لأن جميعها تشكل كلاً دينامياً (عباس، 1994م، ص19).

ثانياً- مجتمع الدراسة:

ويُقصَد به جميع أفراد الظاهرة التي تُعاني منها مشكلة الدراسة، وسُتعم نتائجها عليهم ومن ثم تُشتق العينة (زايدة، 2012م، ص155).

ونظراً لأنه لا توجد إحصائية شاملة لمركز التأهيل النفسي المجتمعي - الطب النفسي سابقاً - والعيادات التابعة له حول محاولات الانتحار، وكذلك لعدم موافقة الشرطة الفلسطينية على نشر الإحصائية لمحاولات الانتحار، فلن تستطيع الباحثة ذكر عدد أفراد مجتمع العينة.

ثالثاً - عينة الدراسة:

في كثيرٍ من الأحيان التي يتم بها تناول مشكلة ما ودراستها بعمق، تُطبق الدراسة على عينة صغيرة مما يتمخض عنها معلومات قيمة أكثر من مجرد معلومات حول المشكلة، وهذا ما يحدث في إطار البحث النوعي (البطش وأبو زينة، 2009م، ص 109 - ص 110).

وقد قامت الباحثة باستخدام أسلوب العينة القصدية العمدية، والتي يتم اختيارها على أساس حرّ، من قبل الباحث، وحسب طبيعة بحثه، بحيث يحقق الاختبار هدف الدراسة أو أهداف الدراسة المطلوبة (زايدة، 2012م، ص 164).

حيث اختارت الباحثة ثلاث حالات من محاولي الانتحار بغزة، المتابعين بعيادة غرب غزة للصحة النفسية التابعة لمركز التأهيل النفسي المجتمعي - الطب النفسي سابقاً - التابع لوزارة الصحة، وتم اختيارهم جميعاً من فئة الإناث، بحيث تكون عدد محاولات الانتحار اثنتين فأكثر، ويكون آخرها خلال 2014م - 2015م.

رابعاً: أدوات الدراسة:

1- دراسة الحالة:

أسلوب دراسة الحالة هو ذلك الأسلوب الذي يتجه لجمع البيانات المتعلقة بوحدة ما، قد تكون فرداً أو مؤسسة أو نظاماً اجتماعياً أو مجتمعاً محلياً أو مجتمعاً عاماً، كما أنه مبني على التعمق في دراسة مرحلة معينة من تاريخ الوحدة أو دراسة جميع المراحل التي مرّت بها، وذلك بغرض الوصول لتعميمات علمية متعلقة بالوحدة المدروسة أو غيرها من الوحدات المتشابهة، أي أنها تهدف إلى الحصول على عمق وتفصيلات البيانات، بحيث تعطي صورة كلية لدراسة ظاهرة معينة في مجتمع محدد (لطي، 1995م، ص 51 - ص 52).

وقد قامت الباحثة باستخدام نموذج دراسة الحالة الموجود في مركز الإرشاد النفسي بالجامعة الإسلامية المعتمد من قبل مصطفى المصري والمترجم من قبل إبراهيم حماد والذي يحتوي على المعلومات التالية: ملخص الحالة، المعلومات الشخصية، الشكوى الرئيسية، التاريخ الحالي، التاريخ السابق، التاريخ العائلي، التاريخ الاجتماعي، فحص الحالة العقلية، التشخيص التفريقي، التشخيص على المحاور الخمسة، الأداء الوظيفي والإعاقة، مقاييس التشخيص والأعراض، أنظر نموذج دراسة الحالة ملحق رقم (1، 2، 3).

2- المقابلة:

تُعدُّ المقابلة إحدى أدوات البحث العلمي اللازمة لجمع المعلومات والبيانات المدروسة، ويستفيد العديد من الباحثين من المقابلة كأداة بحثية لما تحققه من أهداف قد لا تتمكن أدوات البحث العلمي الأخرى من الوصول إليها، وهي عبارة عن حوار وجهاً لوجه بين القائم بالمقابلة وشخص أو مجموعة أشخاص آخرين، وذلك بغرض المحاولة للحصول على المعلومات التي تُعبر عن الأداء أو الاتجاهات أو الإدراكات أو المشاعر أو الدوافع بالماضي والحاضر (سالم، 2012م، ص122).

كما وأن هناك العديد من أنواع المقابلة وقد لجأت الباحثة إلى استخدام المقابلة المنظمة وهي عبارة عن مجموعة من الأسئلة الموجهة بحيث يتم سؤال المقابل مجموعة من الأسئلة المُعدة مسبقاً، والتي سبق وأن حُددت إجاباتها وبها قدر قليل من التنوع، وقد تُستخدم هنا الأسئلة المفتوحة - وهذا ما لجأت إليه الباحثة - حيث بالمقابلة المنظمة يتلقى جميع المشاركين جميع الأسئلة بنفس الترتيب والطريقة ويكون الباحث محايداً (خياط، 2010م، ص264).

وقد قامت الباحثة باستخدام المقابلة وذلك لمدة تتراوح ما بين (45 - 60) دقيقة بحسب تعاون الحالة، حيث استمرت مع الحالة الأولى مدة (15) مقابلة، واستمرت مع الحالة الثانية مدة (9) مقابلات، واستمرت مع الحالة الثالثة مدة (10) مقابلات، بحيث كان هناك مقابلة أسبوعياً، وتم دراسة الحالات بشكل فردي ومتسلسل، علماً بأنه في المقابلة الأولى لكل حالة قد تم الترحيب بالحالة والعمل على بناء العلاقة المهنية، كذلك تم الاستئذان من الحالة على أن تكون إحدى عينات الدراسة، وتم طمأننتها بأن المعلومات التي سيتم تداولها ستكون سرية لا تستخدم خارج إطار البحث العلمي، وبعد أن تمت الموافقة من قبل الحالة بدأت الباحثة بمرحلة بناء الثقة والتفهم والتقبل، والاتفاق على مواعيد الجلسات القادمة بما يتناسب ووضع الحالة وفي نهاية كل جلسة يتم التوضيح للحالة ما سيحدث بالجلسة التالية، والتأكيد على موعد المقابلة ومكانها.

قامت الباحثة باستخدام عدة مهارات بالمقابلة كالصمت، التسجيل، بناء الثقة، عكس المشاعر، عكس المحتوى، الاستفسار، الاستيضاح، التعاطف، والتلخيص.

وقد قامت الباحثة بتوضيح الهدف من المقابلة للحالة، ومن ثم توجيه الأسئلة والصبر على الحالة، حتى تقوم بالإجابة، وأحياناً لجأت الباحثة لمساعدة الحالة بالإجابة من خلال إعطائها محاور رئيسة للسؤال، لتتمكن من أخذ اجابات مُفصلة أكثر، كذلك لم تستطيع الباحثة

تسجيل كل كلمة تقولها الحالة نظراً لطبيعة الموقف الذي تتحدث به الحالة، كي لا يفهم القصد من التسجيل بأن دور الباحثة يقتصر فقط على التسجيل وغير مبالية بمشاعر الحالة، وبعد الانتهاء من المقابلة قامت الباحثة بالتسجيل الفوري لما استطاعت تذكره مما جرى بالمقابلة مما لم يكن مسجلاً أثناء المقابلة، أنظر أسئلة المقابلة مُلحق (4).

وفي أثناء المقابلات قامت الباحثة باستخدام **الملاحظة البسيطة** والتي تُعرّف بأنها: الملاحظة غير الموجهة للظواهر، حيث تحدث تلقائياً وبدون أن تخضع لأي نوع من الضبط العلمي، أو دون استخدام الباحث لأي نوع من أنواع أدوات القياس للتأكد من صحة الملاحظة ودقتها (المغربي، 2002م، ص131).

3- الزيارة المنزلية:

وتُعرفها الباحثة بأنها: مقابلة ولكن في منزل الحالة، وقد يكون أحد أفراد أسرته مشاركاً في المقابلة، بحيث قامت الباحثة بإجراء سبع زيارات منزلية بغرض زيادة الثقة مع الحالة واستكمال بقية المقابلات لكل من الحالتين الثانية والثالثة، علماً أنها لم تقم بزيارة الحالة الأولى لعدم توفر مناخ أسري مناسب، وكانت جميع مقابلاتها في مركز التأهيل النفسي المجتمعي، أو في عيادة غرب غزة للصحة النفسية.

4- المقاييس والاختبارات:

يجمع الباحث بياناته في هذا النوع من المقاييس لتقويم قدرة الفرد على الأداء في اختبار تحصيلي كاختبارات التحصيل المدرسية، أو اختبار التحصيل محكية المرجع أو اختبار ذكاء مثل مقاييس وكسلر للذكاء، أو اختبار الاستعداد للقدرات مثل اختبارات بينيه لتحديد الاستعداد الدراسي للطفل، أو استبانة الميول مثل كودر للميول، أو مقاييس الشخصية مثل مقياس مينسوتا متعدد الأوجه، وقد قُنتت كثير من هذه الاختبارات في الدول العربية (أبو علام، 2013م، ص157).

وهناك نوع آخر من الاختبارات وهو الاختبارات الإسقاطية والتي تهدف إلى الكشف عن دوافع سلوك الفرد الغامضة، وهم لا يكشفون عن هذه الدوافع من خلال الآخرين ولكن من خلال أنفسهم، فمن المبادئ الرئيسة لنظرية التحليل النفسي أن سلوك الفرد توجهه رغبات وميكانزمات دفاع نابغة من اللا شعور، وتكون هذه الرغبات غير مقبولة اجتماعياً في نظر الفرد، ومن ثم فإنه يكتبها في اللا شعور ولا يسمح لها بالظهور (الجوهري والخريجي، 1995م، ص337 - ص338).

وقد قامت الباحثة باستخدام مجموعة من الاختبارات والمقاييس في هذه الدراسة، بهدف المساهمة في تحديد المشكلات التي يُعاني منها مُحاولو الانتحار، وفيما يلي عرض لتلك الاختبارات.

4. 1. مقياس قائمة مراجعة الأعراض (SCL 90):

قامت الباحثة باستخدام قائمة الأعراض المعدلة Symptom Checklist-90-Revised (SCL)- 90- R، وذلك بهدف معرفة أبرز الأعراض التي تُعاني منها الحالة.

- وصف المقياس:

وهو من إعداد "ديروجيتس وليمان وكوفي Derogatis, Lipman & Covi (1976)، وترجمة البحيري (2005): وتتكون القائمة من (90) عبارة في صورة تقرير ذاتي خاص بالأعراض النفسية والعقلية، وقد صممت لتعكس أنماطاً من الأعراض السيكاطرية والطبية التي يعاني منها المرضى وهي: الأعراض الجسمانية وبنودها التالي: (1، 4، 11، 29، 40، 42، 48، 49، 52، 58، 71)، والوسواس القهري وبنوده التالي: (3، 9، 10، 28، 38، 45، 46، 51، 55، 65)، وحساسية التعامل مع الآخرين وبنودها: (6، 21، 34، 36، 37، 41، 61، 69، 73)، والاكتئاب وبنوده: (2، 5، 14، 15، 20، 22، 26، 27، 28، 30، 31، 32، 54)، والقلق وبنوده: (12، 17، 23، 33، 39، 57، 72، 79، 80، 86)، والعداوة وبنودها: (13، 24، 63، 67، 74، 81)، وقلق الخواف وبنوده: (25، 47، 50، 70، 75، 78، 82)، والبارانويا التخيلية وبنودها: (8، 18، 43، 68، 76، 83)، والذهانية وبنودها: (7، 16، 35، 62، 77، 84، 85، 87، 88، 90)، والذهانية وبنودها: (7، 16، 35، 62، 77، 84، 85، 87، 88، 90)، وعبارات أخرى وتشمل البنود التالية: (19، 44، 53، 59، 60، 64، 66، 89)، ويتم وضع كل عبارة على مقياس مكون من خمس نقاط للإجابة تمتد على متصل لشدة الأعراض وهي (مطلقاً، نادراً، أحياناً، كثيراً، دائماً) وتقديراتها (0، 1، 2، 3، 4) على التوالي، انظر ملحق رقم (5).

- صدق المقياس: للتأكد من صدق المقياس قام إبراهيم حماد باستخدام الطرائق التالية:

أ. صدق الاتساق الداخلي: قد تم حساب صدق الاتساق الداخلي عبر حساب معامل ارتباط البند بالمجموع؛ وفيما يلي عرض لنتائج هذه الخطوة حيث تبين أنها جميعها دالة وقيمة معامل ارتباطها بالمجموع، وجميعها دالة عند (0.05)، وقد توزع عدد العبارات في صورتها النهائية على محاور الاتجاه كما يلي: الأعراض الجسمانية (12 عبارة) والوسواس القهري (10 عبارات)

والحساسية التفاعلية (9 عبارات) والاكنتاب (13 عبارة) والقلق (10 عبارات) والعداوة (6 عبارات) وقلق الخوف (7 عبارات) والبارانويا التخيلية (6 عبارات) والذهانية (10 عبارات) والعبارات الإضافية (7 عبارات).

ب. **الصدق الذاتي:** تم حساب الصدق الذاتي، ويمثل الجذر التربيعي لمعامل الثبات للمقياس وقد بلغ (0.97).

- **ثبات المقياس:**

تم حساب ثبات المقياس من قبل إبراهيم حماد بطريقة ألفا كرونباخ، وقد بلغ معامل ألفا كرونباخ (0.96) وهو يشير إلى ثبات مرتفع. (العبادة وآخرون، 2015م).

- **تصحيح المقياس:**

يتم حساب الدرجات من خلال المفاتيح السالفة الذكر عند وصف المقياس ومن ثم إعطاء الدرجات، وبالتالي تتراوح الدرجات ما بين (0 - 360).

4. 2. **اختبار اضطراب الشخصية لغانم وآخرون (2007):** قامت الباحثة باستخدام اختبار غانم وآخرين للاضطرابات الشخصية، بهدف الكشف الأولي إن كان هناك أعراض اضطرابات الشخصية لدى الحالة أم لا.

- **وصف الاختبار:**

قام بإعداده كل من محمد غانم، عادل الدمرداش، ومجدي زينة، بحيث يتكون من 120 فقرة موزعة بالتساوي على مجموعة أبعاد حيث يتضمن كل بُعد (8 فقرات وهي كما يلي: الشخصية البارانويدية، الشخصية الفصامية النوعية، الشخصية شبه الفصامية، الشخصية المضادة للمجتمع، الشخصية البيئية، الشخصية الهستيرية، الشخصية النرجسية، الشخصية الوسواسية القهرية، الشخصية المتجنبة، الشخصية المعتمدة على غيرها، الشخصية السلبية العدوانية، الشخصية المكتئبة، الشخصية الهازمة للذات، الشخصية السادية، الشخصية المازوخية).

- **صدق الاختبار:** تم حساب صدق الاختبار بعدة طرق منها:

أ- الصدق الظاهري: عُرض الاختبار على عدد من المحكمين (ن = 5)، (2) من أساتذة علم النفس بجامعة عين شمس، و(3) من أساتذة الطب النفسي بكلية طب بنات الأزهر، ولم يتم استبعاد أي عبارة.

ب- الاتساق الداخلي: تم حساب معامل الارتباط بين البند ومجاله الفرعي من خلال تحليل البنود وذلك على نفس عينة الثبات (ن = 240)، وفيما يلي حساب صدق الاتساق الداخلي.

جدول (4.1): صدق الاتساق الداخلي حيث ارتباط الدرجة على المقياس الفرعي بالدرجة الكلية للاختبار ككل.

م	المقاييس	معامل الارتباط*
-1	الشخصية البارانودية.	0.41
-2	الشخصية الفصامية النوع.	0.49
-3	الشخصية شبه الفصامية.	0.49
-4	الشخصية المعادية للمجتمع.	0.61
-5	الشخصية البيئية.	0.62
-6	الشخصية الهستيرية.	0.62
-7	الشخصية النرجسية.	0.63
-8	الشخصية الوسواسية القهرية.	0.33
-9	الشخصية المتجنبة.	0.56
-10	الشخصية المعتمدة على غيرها.	0.51
-11	الشخصية العدوانية.	0.59
-12	الشخصية المكتئبة.	0.65
-13	الشخصية الهازمة للذات.	0.66

م	المقاييس	معامل الارتباط*
-14	الشخصية السادية.	0.51
-15	الشخصية المازوخية.	0.33

*/ دالة عند 0.05 عندما = 0.06 لاختبار ثنائي الذيل.

**/ دالة عند 0.01 عندما = 0.08 لاختبار ثنائي الذيل.

ج- **صدق المجموعات المتناقضة:** حيث تم تطبيق الاختبار على مجموعة من الأسوياء (ن=200) ومجموعة من المرضى المضطربين نفسياً وعقلياً (ن=200)، حيث تراوحت أعمارهم ما بين (20-60) عاماً، بمتوسط قدره (87، 35) عاماً، وانحراف معياري قدره (2.32) عاماً، وتم سحب العينة الاكلينيكية المرضية من المترددين على العيادة النفسية لطب الأزهر (مستشفى الزهراء الجامعي)، وقسم الطب النفسي لمستشفى الطب النفسي (الدمرداش) من المقيمين، ومستشفى الصحة النفسية بالعباسية، ومستشفى الصحة النفسية بطوان، وقد سبق تشخيص المرضى المضطربين نفسياً وعقلياً من قبل الأطباء النفسيين، وقد وُجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين فئتي الأسوياء والمرضى مما يؤكد قدرة الاختبار على التمييز بين الفئات المرضية والفئات غير المرضية أو غير الإكلينيكية.

د- **التحليل العاملي:** تم استخراج (4) عوامل من التحليل العاملي بعد التدوير المتعامد بطريقة ألفاريماكس ومضمونها وتشبعاتها المقبولة، كما يلي.

العامل الأول: الشخصية المعادية للمجتمع، البيئية، والهستيرية، النرجسية، والعدوانية حيث كان التشبع (0.80، 0.76، 0.67، 0.65، 0.64) على التوالي، كما واستوعب (14.69%) من التباين الكلي.

العامل الثاني: الشخصية الهازمة للذات، المكتئبة، المازوخية، المعتمدة على غيرها وفصامية النوع حيث كان التشبع (0.56، 0.62، 0.58، 0.51، 0.36) على التوالي، كما واستوعب (19.3%) من التباين الكلي.

العامل الثالث: الشخصية البارانودية، شبه الفصامية، والسادية حيث كان التشبع (0.69)،

(0.57، 0.56) على التوالي، وكما استوعب 19.32% من التباين الكلي.

العامل الرابع: الشخصية الوسواسية القهرية والمتجنبة، حيث كان التشبع (0.78، 0.52) على

التوالي، كما واستوعب (16.4%) من التباين الكلي.

ويتضح مما سبق أن جميع المقاييس الفرعية (ال 15 مقياساً) لاضطرابات الشخصية ذات

تحليل عاملي مرتفع، مما يؤدي إلى الثقة في استخدام هذا الاختبار من جانب، وتشبع كل

مقياس فرعي بفئة الاضطراب التي يقيسها من جانب آخر.

ثبات الاختبار:

تم حساب الثبات بطريقة إعادة بفاصل زمني قدره خمسة عشر يوماً وذلك على عينة

من الذكور والإناث، بواقع (120) شخصاً في كل فئة (ن الكلي = 240) ممن تتراوح أعمارهم

ما بين (17-61) عاماً بمتوسط قدره (29.971) عاماً، وانحراف معياري قدره (0.432) عاماً

لدى عینتی الذکور والإناث، وتم حساب الثبات لاختبار اضطرابات الشخصية بطريقة إعادة

الاختبار.

جدول (4.2): ثبات الإعادة (ن الكلي = 240)

م	المقاييس	ثبات الإعادة
-1	الشخصية البارانودية.	0.94
-2	الشخصية الفصامية النوع.	0.93
-3	الشخصية شبه الفصامية.	0.81
-4	الشخصية المعادية للمجتمع.	0.84
-5	الشخصية البيئية.	0.71
-6	الشخصية الهستيرية.	0.71

م	المقاييس	ثبات الإعادة
-7	الشخصية النرجسية.	0.88
-8	الشخصية الوسواسية القهرية.	0.75
-9	الشخصية المتجنبة.	0.78
-10	الشخصية المعتمدة على غيرها.	0.86
-11	الشخصية العدوانية.	0.80
-12	الشخصية المكتئبة.	0.87
-13	الشخصية الهازمة للذات.	0.70
-14	الشخصية السادية.	0.67
-15	الشخصية المازوخية.	0.71
-16	الدرجة الكلية.	0.92

ويتضح من الجدول السابق رقم (1) أنه قد انحصرت قيم ثبات الإعادة ما بين 0.67 - 0.94، وهي قيم ثبات جيدة.

- **تصحيح الاختبار:** يصحح الاختبار بإعطاء درجة واحدة على الإجابة بنعم، وصفر على الإجابة بلا، وتجمع درجات كل فئة من فئات اضطرابات الشخصية ال (15) وإذا كانت الدرجة مساوية أو أكبر من الدرجة المفترضة لتشخيص اضطراب شخصية ما، يشخص الفرد بوقوعه من فئة هذا الاضطراب، مع الأخذ بعين الاعتبار الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع DSM-IV، وكذلك الدليل العاشر: ICD: 10 قد تم تحديد محكات التشخيص لكل اضطراب من اضطرابات الشخصية يتراوح ما بين 3 إلى 5 درجات.

- **معايير التصحيح:** مُرفق مع الاختبار معايير التصحيح بناءً على معايير مُحددة، انظر ملحق رقم (6).

4. 3. **اختبار التوجه نحو التدين:** استخدمت الباحثة هذا الاختبار بغرض الاجابة عن تساؤل الدراسة عن مستوى التدين لدى الحالات.
- **وصف الاختبار:**

قام بإعداده بشير الحجار وعبد الكريم رضوان 2005، ويهدف هذا الاختبار إلى قياس التدين الجوهري المتمثل بالتفكير بخالق الكون، والاتجاه إليه بالعبادة والدعاء، مما يربي الضمير ويهذب المشاعر، بينما التدين الظاهري هو السلوكات والممارسات الدينية المتمثلة بالعبادات والمعاملات والأخلاق، كما ويتكون هذا الاختبار من (27) فقرة، موزعة على مجالين أحدهما جوهري (13) فقرة، وثانيهما ظاهري (14) فقرة، حيث أعطى لكل فقرة وفق مدرج ثلاثي (دائماً، أحياناً، نادراً)، لقياس مدى التوجه نحو التدين لطلاب الجامعة الإسلامية، أنظر ملحق رقم (7).

- **صدق الاختبار:** للتأكد من صدق المقياس قام الباحثان الحجار ورضوان بالطرائق والخطوات التالية:

أ. **صدق المحكمين:**

تم عرض الاستبانة بصورتها الأولية على مجموعة من الأساتذة المختصين بالعلوم الشرعية والتربوية، حيث قاموا بإبداء آرائهم وملاحظاتهم تجاه الاختبار، ومدى انتماء الفقرات لمجالات الاختبار، وكذلك وضوح صياغتها اللغوية، وفي ضوء تلك الآراء تم استبعاد بعض الفقرات والتعديل للبعض الآخر، ليصبح عدد الفقرات (27) فقرة.

ب. **صدق الاتساق الداخلي:**

جرى التحقق من صدق الاتساق الداخلي للاختبار بتطبيق الاختبار على عينة مكونة من (70) طالباً وطالبة، من خارج أفراد عينة الدراسة، وتم حساب معامل ارتباط بيرسون بين كل مجال من مجالات الاختبار والدرجة الكلية للاختبار، وتم حساب معامل ارتباط بيرسون بين كل فقرة من فقرات الاختبار والدرجة الكلية للمجال الذي تنتمي إليه من خلال البرنامج الإحصائي SPSS (الحجار ورضوان، 2005م، ص278 - ص279)

- ثبات الاختبار:

تم حساب ثبات الاختبار من قبل مُعدي الاختبار على أفراد العينة الاستطلاعية وذلك باستخدام طريقتي معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية، وكانت قيمتا معاملات الثبات (0.867، 0.848) على التوالي، وهذا يعني بأن الاختبار يتمتع بدرجة عالية من الثبات (الحجار ورضوان، 2005م، ص280).

- تصحيح الاختبار:

يتم تصحيح الاختبار من خلال مفتاحين أحدهما للتدين الجوهري والآخر للتدين الظاهري، بحيث تُعطى ثلاث درجات (لدائماً)، ودرجتان (لأحياناً)، ودرجة (لنادراً)، وبالتالي تنحصر الدرجات بين (27، 81).

ولكن الباحثة قامت بتقييم المدرج من (0 - 2) أي تتراوح الدرجات من (0 إلى 54).

4.4. إستبانة التوافق الزوجي: لجأت الباحثة إلى استخدام هذا الاختبار بهدف تحديد التوافق بين الحالة والزوج، لمعرفة العوامل الأسرية المساهمة في اللجوء للانتحار، خاصة العلاقة بالزوج.

- وصف الاستبانة:

قامت بإعدادها سمية أبو موسى 2008، بحيث تتكون الاستبانة من (41) عبارة موزعة على ثلاثة أبعاد وهي: المحبة والرحمة المتبادلة من 1 - 20، الرضا والسعادة الزوجية 21 - 33، القدرة على حل الخلافات الزوجية 34 - 41. (أبو موسى، 2008م، ص 180)، أنظر ملحق رقم (8).

- صدق الاستبانة: للتأكد من صدق الاستبانة قامت الباحثة أبو موسى بالطرائق التالية:

أ. صدق المحكمين:

تم عرض الاستبانة على أحد عشر محكماً وهم نخبة من المتخصصين في ميدان علم النفس والتأهيل، وتم التعديل بناءً على توجيهاتهم وآرائهم، بحيث تكونت في صورتها الأولية من (106) عبارة، وبصورتها الثانية من (55) عبارة، والصورة النهائية تكونت من (41) عبارة.

ب. صدق الاتساق الداخلي:

قامت أبو موسى بحساب الصدق للعينة الاستطلاعية والتي قوامها (60) معاقاً من المؤسسات للتأكد من صدق الاتساق للاستبانة من خلال برنامج SPSS، وذلك بحساب معامل الارتباط بين كل درجة بُعد والدرجة الكلية للاختبار، مع بيان مستوى الدلالة في كل حالة ثم درجة كل فقرة مع مجموع درجات البعد الذي تنتمي إليه هذه الفقرة على الترتيب، وكان معامل ارتباط البعد الأول 0.809، والبعد الثاني 0.751، والبعد الثالث 0.439 (أبو موسى، 2008م، ص182 - ص183).

- ثبات الاستبانة:

تم حساب ثبات الاستبانة من قبل أبو موسى بطريقتين:

أ. ألفا كرونبا: عن طريق برنامج الحاسوب SPSS، وكان معامل الثبات للبعد الأول (0.948)، وكان للبعد الثاني (0.646)، وللبعد الثالث (0.801)، وأما للاستبانة ككل (0.833).

ب. التجزئة النصفية: تم حساب الثبات الكلي للاستبانة وأبعادها المختلفة من خلال حساب معامل الارتباط سبيرمان لكل بعد من أبعاد الاستبانة باستخدام طريقة التجزئة النصفية ومنها حساب معامل الارتباط سبيرمان براون، فتم التوصل لمعامل ارتباط سبيرمان للبعد الأول 0.812، ومعامل الارتباط المعدل 0.896، ومعامل الارتباط سبيرمان البعد الثاني 0.620، ومعامل الارتباط المعدل 0.765، ومعامل سبيرمان للبعد الثالث 0.322، ومعامل الارتباط المعدل 0.864، ومعامل الارتباط سبيرمان للاستبانة ككل 0.833، ومعامل الارتباط المعدل 0.864.

مما سبق يتضح أن الاستبانة تتمتع بصدق وثبات جيد، مما يجعلها قابلة للتطبيق وقياس ما يمكن قياسه، (أبو موسى، 2008م، ص186 - ص188).

- تصحيح الاستبانة:

استخدمت أبو موسى مقياساً خماسي الأبعاد حيث تم تقييم العبارات على المقياس ب (5، 4، 3، 2، 1) للبدائل (دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، أبداً)، على الترتيب في حال كانت

العبارات الإيجابية، بينما تُعطى الدرجات (1، 2، 3، 4، 5) على الترتيب في حال كانت العبارات السالبة، وبالتالي تصبح الدرجة العليا (205)، والدنيا (41) (أبو موسى، 2008م، ص182).

ولكن الباحثة قامت بإعطاء الدرجات على النحو التالي: (0، 1، 2، 3، 4) وبالتالي تصبح الدرجة العليا (164)، والدنيا (0).

4. 5. قائمة بيك الثانية للاكتئاب B. D. I - II:

- وصف المقياس:

يُعتبر آ. ت. بيك الطبيب النفسي وزملاؤه هم أول من قام ببناء قائمة لقياس الاكتئاب، وقد خرجت النسخة الثانية للاختبار عام 1996م، وتتكون القائمة من (21) مجموعة من العبارات بحيث تحتوي كل مجموعة على أربع عبارات تم ترتيبها من انعدام الاكتئاب للأكثر شدة، ووفقاً لدرجات تتراوح من صفر - 3، بحيث تقيس القائمة أعراض الاكتئاب التالية: (الحزن، التشاؤم من المستقبل، الفشل السابق، فقدان الاستمتاع، مشاعر الإثم، مشاعر العقاب، عدم حب الذات، نقد الذات، الأفكار الانتحارية، البكاء، التهيج والاستثارة، فقدان الاهتمام أو الإنسحاب الاجتماعي، التردد في إتخاذ القرارات، إنعدام القيمة، فقدان الطاقة، تغيرات في نمط النوم، التعب والقابلية للغضب أو الانزعاج، تغيرات في الشهية، صعوبة التركيز، الإرهاق أو الإجهاد، فقدان الاهتمام بالجنس)، انظر ملحق رقم (9).

تم تقنيه على البيئة الجزائرية من قبل بشير معمريّة على (998) فرداً (473) ذكوراً و(525) إناثاً تتراوح أعمارهم ما بين (18 - 49) عاماً، من كليات جامعة الحاج لخضر، بحيث شملت الطلبة والموظفين والأساتذة، ما بين 11 أكتوبر 2009 - 15 يناير 2010.

- صدق الاختبار: قام مُقنن الاختبار بما يلي:

أ. الصدق التمييزي: كانت قيمة T لعينة الذكور (20.48)، ولعينة الإناث (24.48) عند مستوى دلالة 0.001، وبالتالي تم التوصل إلى أن القائمة تتميز بقدرة كبيرة على التمييز بين المرتفعين والمنخفضين في الاكتئاب، لدى الذكور والإناث.

ب. الصدق الاتفاقي:

تم تطبيق قائمة بيك الثانية للاكتئاب مع قائمة بيك لقياس اليأس، وكانت نتيجة معامل الارتباط (0.656)، واستبانة معمريّة لقياس الشعور باليأس لدى الراشدين بمعامل ارتباط (0.692)، واستبانة قياس التشاؤم بمعامل ارتباط (0.473)، واستبانة قياس التعب المزمن بمعامل ارتباط (0.683)، وقائمة بيك لقياس الفلق بمعامل ارتباط 0.593، مما يدل على أن اختبار بيك يتميز بمعاملات صدق مرتفعة (معمريّة، 2010م، ص100).

- ثبات الاختبار: تم حساب الثبات من قبل مُقنن الاختبار بطريقتين:

أ. طريقة إعادة الاختبار:

معامل ألفا: تم حساب معامل ألفا كرونباخ للذكور (0.839)، وللإناث (0.831)، والدرجة الكلية ذكور وإناث (0.839)، ويتضح مما سبق أن قائمة بيك الثانية للاكتئاب تتميز بشروط سيكومترية مرتفعة على عينات من البيئة الجزائرية، مما يجعلها صالحة للاستعمال بكل اطمئنان، سواء في مجال البحث النفسي، أم في مجال التشخيص العيادي.

ب. طريقة تطبيق قائمة الاكتئاب وتصحيحها: تم تطبيق القائمة على عدة مجموعات كل مجموعة يتراوح عددها من 15 - 58 فرداً، بوقت 15 - 20 دقيقة.

وبالنسبة لتصحيح الاختبار فالدرجة القصوى (63) والدنيا صفر، وتراوحت الدرجات الفعلية للذكور بين صفر و 49، وللإناث بين صفر و 51 (معمريّة، 2010م، ص101).

- تصحيح الاختبار:

بعد جمع درجات الإجابات يتم اختيار الإجابة ضمن المستويات المُدرجة التالية:

(0 - 9) لا يوجد اكتئاب.

(10 - 15) اكتئاب بسيط.

(16 - 23) اكتئاب متوسط.

(24 - 36) اكتئاب شديد.

(37 فأكثر) اكتئاب شديد جداً.

4. 6. استبانة الاتجاه نحو تعاطي المخدرات: لجأت الباحثة لهذا الاختبار بهدف تحديد العوامل التي ساهت بلجوء الحالة الأولى للإدمان.

- وصف المقياس:

من إعداد أبو بكر مرسي محمد مرسي 1998، ويتكون هذا المقياس من (41) عبارة مقسمة على ثلاثة أجزاء، منها (19) عبارة لقياس العوامل المعرفية و(12) عبارة لقياس العوامل النفسية والبدنية و(13) عبارة لقياس العوامل الانفعالية لتعاطي المخدرات، كما وتهدف هذه الاستبانة للقياس الكمي لقبول أو رفض الفرد لتعاطي المخدرات أي مدى تأييده أو معارضته لتعاطيها، بحيث تشير الدرجة المرتفعة لتأييده لتعاطي المخدرات، بينما تشير الدرجة المنخفضة لمعارضته لتعاطي المخدرات، أنظر ملحق رقم (10)

- صدق الاستبانة: قام مُعدّ الاختبار باختبار الصدق بطريقتين:

أ. الصدق التلازمي **Concurrent Validity**:

وعن الصدق التلازمي بين الاستبانة ومحك آخر خارجي وهي استبانة تعاطي المخدرات كما يدركها المتعاطي وُجد أن معامل الارتباط بينهما = (0.46) بمستوى دلالة (0.01).

ب- الصدق العاملي **Factor Validity**:

للتحقق من صدق التكوين أو الصدق البنائي للاستبانة تم استخدام التحليل العاملي بطريقة الفاريمكس ل كايزر كأسلوب أمثل لتحديد عدد وطبيعة العوامل التي تكمن وراء فقراته.

- ثبات الاستبانة: قام مُعدّ الاختبار بالتأكد من ثبات المقياس بطريقتين:

أ. الاتساق الداخلي: وفي هذه الطريقة يكون مجموع درجات الاستبانة هي ذاتها المعيار المستخدم لحساب ثباته، وذلك من خلال إيجاد معامل الارتباط بين درجة كل فقرة بالدرجة الكلية للاستبانة، ولتحقيق ذلك طُبقت الاستبانة على عينة من طلاب الجامعة من كليات الآداب والتجارة والصيدلة بجامعة الزقازيق على عينة قوامها (150) طالباً (62 إناثاً، 88 ذكوراً)، تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (17 - 28) عاماً، وبمتوسط عمري قدره (21.17) وانحراف معياري قدره (2.15).

ب. معامل ألفا **Alpha**: ويهدف إلى معرفة مدى تجانس الفقرات، ووجد أن معامل ثبات الاستبانة (0.81)، وكان معامل ثبات الجانب المعرفي للاستبيان (0.73) والجانب الانفعالي (0.65) والجانب المتعلق بالنواحي البدنية - والجنسية (0.56).

- طريقة تصحيح الاختبار:

يتم تصحيح الاختبار من خلال ورقة الإجابة المكوّنة من ثلاثة مفاتيح، كما تم توضيحها سابقاً، بحيث تُعطى الدرجات صفر بتقدير غير موافق، واحد بتقدير غير متأكد، إثنان بتقدير موافق، ثلاث بتقدير موافق بشدة، ومن ثم تتراوح الدرجة الكلية للاستبانة ما بين (0 - 132) درجة وتشير الدرجة المرتفعة إلى وجود اتجاه إيجابي لتعاطي المخدرات. وقد قامت الباحثة بتطبيق هذا الاختبار على الحالة الأولى فقط كونها الوحيدة بينهن تُعاني من الإدمان (أبو موسى، 1996).

4.7. اختبار روتر لتكملة الجملة: The Rotter Incomplete Sentence Blank

.R.I.S.B

لجأت الباحثة لاستخدام هذا الاختبار لمعرفة الإجابات اللاشعورية للمشكلات التي تُعاني منها الحالة

- وصف الاختبار:

يعرف اختبار روتر ورافرتي باسم اختبار روتر لتكملة الجمل الناقصة، ويقوم المفحوص بتكملة الجمل الناقصة التي يتكون منها الاختبار وعددها (40) جملة، أنظر ملحق رقم (11) (العرقان، ب.ت، ص2).

- صدق الاختبار:

وزعت درجات أفراد العينة في جدول تكراري، ولوحظ أن التوزيع قريب من الاعتدال، وهذا يشير إلى قوة الاختبار على التمييز بين الأفراد، وكان معامل الارتباط بين اختبار بين اختبار بل للتوافق، واختبار روتر يساوي (0.73)، مستخرجاً من إجراء الاختبارين على عينة من (20) طالبة، بينما معامل الارتباط بين اختبار روتر للتوافق واختبار كاتل للقلق هو (0.79)، محسوباً من نتائج عينة (20) طالبة على الاختبارين.

- ثبات الاختبار:

قدمت صفاء الأعسر تقنياً لهذا الاختبار على البيئة المصرية، فقامت بحساب الثبات

بطريقتين:

أ. حساب معامل الثبات بطريقة إعادة الاختبار على عينة من (20) طالبة من كلية البنات على مدى شهرين وكان معامل الارتباط بين الإجراءين (0.83).

ب. حساب معامل الارتباط بين نتيجة تصحيح الباحثة وتصحيح أخصائي نفسي مدرب في المجال الإكلينيكي لأربع عشرة حالة بعد تقديم أسس التصنيف، وكان معامل الارتباط بين المصححين (0.86) (العرقان، ب.ت، ص7).

- تقدير الاستجابات:

1- تتراوح الدرجات بين صفر و 6 درجات حسب نوع الاستجابة التي يُعطىها المفحوص، ومدى توافقها أو عدم توافقها.

2- وضع روتر دليلاً للاستجابات يكون بمثابة مساعد لتقدير الاستجابات - نماذج لتصنيف الاستجابات -.

3- تتراوح الدرجة الكلية من الناحية النظرية بين صفر و 240 درجة، أما الناحية العملية الواقعية فتكون بين 70 و 200 درجة.

4- الدرجات التي تقع بين 110، 150 هي الدرجات التي يكثر تواترها وترددها.

5- الدرجة 135 هي الدرجة الفاصلة بين حالات التوافق وسوء التوافق.

6- هناك استجابات للإناث، وأخرى للذكور وهي لا تحتوي على كل الاستجابات الممكنة، بل هذا الدليل يحتوي على الاستجابات الشائعة، وتعيننا على التقدير ووضع الدرجة الصحيحة.

7- يؤخذ بعين الاعتبار أن العبارات التي يتركها المفحوص لا تعطى درجة، وقد يكون لتركه لها عوائق نفسية داخلية، ومن ثم بتوافق سيء.

8- العبارات التي تحتوي على إجابات ناقصة أو لا معنى لها فتقدر بالمعادلة التالية:

$$40 - \frac{40}{\text{الاستجابات المحذوفة}} x \text{ الدرجة الكلية (العرقان، ب.ت، ص4 - ص5).}$$

- التحليل الكيفي:

يمكن الاستفادة من استجابات المفحوص بتحليلها تحليلًا كليًا علي أساس أنها تعبر عن وحدة كلية متفاعلة هي الشخصية.

نموذج(1):

أولاً- نظرة الفرد لذاته: تتسم بالإيجابية- من حيث وجود أهداف يسعى المفحوص نحو تحقيقها.

(الإجابة عن البنود 15،23،37)

ثانياً- العلاقة بالأسرة تتسم بالحب والسعادة.

(الإجابة عن البنود 2،11،15،17،34)

ثالثاً- العلاقات الاجتماعية مشعبة وتوافقية.

(الإجابة عن البنود 7،14،40)

رابعاً- الشعور العام بالسعادة والرضا سواء في الماضي أم الحاضر أم المستقبل.

(الإجابة عن البنود 17، 23، 31)

خامساً- لا تظهر مشكلات واضحة فيما عدا الشعور بالخجل والضيق أحياناً.

(الإجابة عن البنود 17، 36) مما تقدم نستخلص أن هذه الحالة تتمتع بدرجة عالية من التوافق

ويؤيد ذلك انخفاض درجتها علي المقياس حيث حصلت على 130 والمتوسط 136.

النموذج السلبي:

أولاً- نظرة الفرد لذاته: تتسم بالسلبية وعدم تقدير الذات.

(الإجابة علي البنود 35، 34، 30، 29، 19)

ثانياً- العلاقة بالأسرة تظهر فيها المشكلات وخاصة علاقة المجيب بالأب.

(الإجابة عن البنود 34، 14، 4)

ثالثاً- العلاقات الاجتماعية تتسم بالشك والتهديد وتوقع الأذى.

(الإجابة عن البنود 40، 19، 21، 13، 19، 12، 10).

رابعاً- الشعور العام بالحزن الذي لا يستطيع التغلب عليه ولا فهمه ويظهر الشعور بالندم علي

ما مضى والحزن علي الحاضر والتشاؤم من المستقبل.

(الإجابة عن البنود 5، 23، 32، 29، 33).

نستخلص مما تقدم أن هذه الحالة تعاني من سوء التوافق في أكثر من مجال وهذا يتفق مع ارتفاع الدرجة الكلية علي المقياس حيث حصلت على (183) في حين أن المتوسط (126) (العرفان، ب.ت، ص48).

خامساً_ خطوات تطبيق الدراسة:

طبقت الباحثة الدراسة على الحالات بشكل فردي تبعاً للتسلسل التالي:

- توجهت الباحثة لعمادة الدراسات العليا للحصول على كتاب رسمي للجهات المختصة للحصول على مجتمع الدراسة.
- ثم تم التوجه لتلك الجهات (التنمية البشرية - مركز التأهيل النفسي المجتمعي - الطب النفسي سابقاً -، والإدارة العامة للشرطة الفلسطينية) للحصول على مُجتمع الدراسة من إحصائيات لمُحاوли الانتحار بغزة بالفترة من 2014. إلى 2015م، أنظر بالملاحق (12)، (13)، (14)، (15).
- ثم تم التوجه لعيادة غرب غزة للصحة النفسية وتم اختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية بحيث بلغ عددها ثلاث حالات، ولم تتمكن الباحثة من نشر عدد مجتمع الدراسة لعدم الحصول على موافقة بالنشر.
- بدأت الباحثة بمقابلة الحالات بهدف تطبيق أدوات الدراسة بعد توضيح الهدف من البحث، وقامت الحالات بالتوقيع على موافقة خطية، أنظر بالملاحق رقم (16)، (17)، (18).
- ثم تم تطبيق قائمة مراجعة الأعراض 90 - scl، وذلك بسبب عدم بهدف التعرف على الأعراض التي تعاني منها الحالات الثلاث، وتم تصحيح المقياس والخروج بالنتائج.
- ثم تم تطبيق مقياس غانم وآخرون للاضطرابات الشخصية وتم تصحيح المقياس والخروج بالنتائج.
- ثم تم تطبيق مقياس التدين، ومن ثم تصحيح الاختبار والخروج بالنتائج.
- ثم تم تطبيق اختبار بيك للاكتئاب، وتصحيح المقياس وتحليل البيانات والخروج بالنتائج.
- ثم تم تطبيق مقياس التوافق الزواجي، وتصحيح المقياس وتحليل البيانات والخروج بالنتائج.
- ثم تم تطبيق اختبار الاتجاه نحو المخدرات، ومن ثم تحليل البيانات والخروج بالنتائج.

• وأخيراً تم تطبيق الاختبار الإسقاطي روتر لاستكمال الجمل، ومن ثم تحليل البيانات والخروج بالنتائج.

وتضيف الباحثة بأن المقاييس تم تطبيقها بعد الانتهاء من مقابلة ودراسة حالة كل حالة على حدة تبعاً للنتائج التي تم الحصول عليها، مع العلم بأن هناك اختبارات تفردت بها حالات عن أخرى كالاتجاه نحو تعاطي المخدرات تفردت به الحالة الأولى فقط كونها تتعاطى، واختبار التوافق الزوجي تفردت به الحالة الأولى والثالثة دون الثانية كونها مطلقة.

سادساً- الصعوبات التي واجهتها الباحثة خلال الدراسة:

- 1- ندرة المراجع العربية التي تتحدث حول الانتحار، وإن وُجدت فالحديث حول الانتحار إما مُكرراً بأكثر من مرجع أو قليلاً لا يتجاوز بضع صفحات.
- 2- عدم وجود دراسات أو مراجع عربية تتحدث حول التشريح النفسي.
- 3- مقتل إحدى الحالات التي كانت تنوي الباحثة القيام بدراستها، وذلك إثر خلافات عائلية.
- 4- عدم إفصاح الحالات عن حياتها أو مشكلاتها بسهولة، وذلك بسبب الشك وخاصة الحالة الأولى التي استغرقت حوالي (4) جلسات لبناء الثقة.

الفصل الخامس

عرض النتائج وتفسيرها وتحليلها

الفصل الخامس

عرض النتائج وتفسيرها وتحليلها.

سيتم عرض مُلخص حول وضع الحالة، ومن ثم عرض أسئلة المقابلة وإجاباتها على لسان الحالة، ومن ثم سيتم العرض للفحص السيكولوجي للحالة، وأخيراً نتائج المقاييس الكمية ومقياس روتر الإسقاطي، ومن ثم سيتم عرض تعقيب عام على الحالات الثلاث.

الحالة الأولى:

أولاً- عرض الحالة:

أنثى تبلغ من العمر (33) عاماً، نشأت في أسرة مكونة من الأب والأم و(7) أشقاء وشقيقات، وقد توفى والدها وعمرها (10) سنوات، وبقيت مع والدتها وإخوتها، حيث نشأت بأسرة متشددة من ناحية القوانين الصارمة كضربها من قِبَل الأم والأخ المُتدين لمنعها من الخروج للعب مع صديقاتها.

عاشت طفولتها بحياة يملؤها الحرمان العاطفي والاقتصادي، والشعور بالنبذ والاضطهاد من قبل الآخرين وبخاصة زميلاتها ومدرساتها والمديرة بحسب ادعاؤها، كذلك كانت تشعر بالنقص عند مقارنتها بالآخرين كونها لم تكن ترتدي مثلهم أو تأكل وتشرب مثلهم.

انسحبت من المدرسة قبل أن تنتهي من دراسة الصف الثامن، وذلك لسوء مستواها الدراسي علماً أنه تبع تلك الفترة علاقة عاطفية مع أحد الأقارب وتم كتب كتابه عليها، تصف خطوبتها بالجيدة في البداية إلا أنها قد انفصلت عنه بسبب محاولته الاعتداء عليها، ولكن تم رجوعها له تحت ضغوطات الأهل وتم الزواج.

ابتدأت حياتها الزوجية بمشكلات منذ اليوم الأول، حياة خالية من الحب والأمان والمشاعر من قبل زوجها الذي لا يهتم سوى إشباع رغباته الجنسية، إضافة لضغوطات وتدخلات الأهل الزائدة فوق احتمالها واكتشافها لإدمان زوجها وعائلته، وقد رجعت لبيت أهلها أكثر من مرة، ولكن في كل مرة تعود لبيت زوجها تحت تأثير الضغوطات إضافة إلى أن

أبناءها لا يوجد من يهتم بهم سواها، ولم تجد مسكناً للضغوطات سوى إيمان الأترامادول والذي حاولت تركه ولم تستطع.

وقد تعرفت منذ بضع سنوات على سائق حاول إغواءها وقد نجح في ذلك، حيث عوضها بالبداية بما ينقصها من مشاعر ومادة وأغرقها بالهدايا والرحلات؛ وتطورت علاقته بها لعلاقة غير شرعية استمرت ما يقارب الثلاث سنوات، تعرضت خلالها - ولا زالت - لشكوك ومراقبة وضغوطات أهل الزوج عليها بسبب شكوكهم بها من خلال تغير الوضع الاقتصادي المفاجيء وطريقة وصول الهدايا ولكن لم يجدوا دليلاً.

حاليا تعيش حياة ملؤها الضغوطات مع محاولاتها المتكررة للانتحار؛ والتي باءت جميعها بالفشل، علماً بانها تقسو حالياً على أبنائها وتكلفهم بمهام كبيرة رغم صغر سنهم، وقد انتهى بها المطاف إلى زيادة إيمان الأترامادول منذ فشل أول محاولات للانتحار، بحيث أصبحت تشعر بصداغ ودوخة، وتميل بجسدها.

ثانياً- إجابات أسئلة المقابلة الموجهة:

1- ما أكثر مشكلة تعانين منها؟

على لسان الحالة: مش شايفة حد بيحبنى كل الناس بتكرهني كله بحسه بيضحك عليا زي الهيلة، بشوف الناس بحسها تقلانة عليا مش مهتمة بيا، كأني زبالة بتبعد عنها، عايشين من قلة الموت، برتاحش بالنوم بالمرة، بدي أخلص من هالحياة مش عاجباني العيشة بالمرة.

2- ما أكثر المواقف التي مررت بها وأثرت بك ولا زالت عالقة بذهنك؟

يمكن تصنيف المواقف المؤثرة التي ذكرتها الحالة لما يلي:

أ- على صعيد الحياة المدرسية: فعلى لسان الحالة:

المعلمات بيكرهوني بيحبونيش بيخلوني بس أنصف الصف وأكب السلة وبيضربوني كثير، وكنت أحب كرة الطائرة بس المعلمة تاخذنيش وتاخذ الأواثل، وكانت المديرية دايمًا تقول لي شعرك مش نضيف تتهمني أنه فيه حشرات مع أي كنت أنصفه وتقعدني آخر بنك لحالي، وفي معلمة لليوم متذكراها يما شكلها بيخوف وصوتها تخين وضخمة مرة طلبت منها أروح الحمام وختلتيش وقلنت والبنات صاروا يضحكوا عليا، الأكل ما كُنّاش ناكله كنا بس يدخلوا

الفورسة نزل نلم الخبز ال ضل ورا الأولاد والبنات أنا وخواتي وناكله، كنت أحسدهم ليش هيك البنات هيك الناس عايشين وأنا لأ، بياخدوا مصروف وانا لأ كرهت المدرسة من هيك وبطلت منها، كلشي كان ناقص من ناحية اللبس والمظهر والشنطة والمريول ممزج، وهلقيت بنات صفي بشوفهم دكاترة وممرضات وأنا لأ.

ب- على سعيد الحياة العائلية: على لسان الحالة:

أخوي كان شيخ وكنت وأنا عشر سنين إن شافني عالباب بيلحقني وبيضربني بالجنزير، وكانت أمي تضربنا إن رحنا ع دار عمي أو ما اشتغلناش، وأخويا حاول يعتدي عليا وبس ما خليتوش وطلعت، وبس بطلت من المدرسة شافني قريبي وحبني وخطبني وبمرة أجاني كان شارب وكان بده الذهب وحاول يعتدي عليا بس خليتوش، وتطلقت منه بس رجعوني.

ج- على سعيد الحياة الزوجية: فعلى لسان الحالة:

تجوزت زي الخطف ما فرحتش وما جابوا لي سيارة أفرح بيها والكوافير والبدلة هم ال كانوا حاجزينها وجابوليش فدعوس، وجاييني سيارة عالخط 6 راكب بس سألت بأي صالة عاملين قالولي بس امشي وبعدين لتشوفي وين، وودوني ع شقة واسعة فيها سماعات وكراسي وفش ساعة إلا وخربوا العرس، وأخوي صار يقول بديش أجوزها وكان جوزي شارب ومسطول معي ومش معي، بعديها نزلت وسلفي الكبير شدني وطرده أخوتي وأهلي عدا أمي، وبعديها حطوني بغرفة مع حماتي بالعيلة - علماً أنها انهمرت بالبكاء كثيراً بعدما انتهت من حديثها - ثم أكملت كان دايماً يضحك عليا عأساس أنه رايح عالشغل بعديها عرفت أنه بيطلع يكمل نومه يا بالمستشفى يا عند خواته بيغطن عليه، وبس عرفت من الناس وسألته حكالي فش شغل.

وحمايا كان يكب الكاز ويرشني وأنا نائمة، وبعد ما خلفت بنتي الثانية بدا يتحرش بيا وجوزي وأخوته طنشوا، وطرودوني من الدار وباعوا ذهبي وبنوا غرفتين لي عالسطح بينفغنش للسكن، وحردت عند أهلي ورجعوني إلا بس شرط عمي أغير اسم بنتي الصغيرة عاسم مرته ال ماتت.

3- كم عدد محاولاتك للانتحار؟ وما الظروف التي دفعتك لذلك؟ وكيف ومتى تم التنفيذ؟

قامت بست محاولات للانتحار وهي كالتالي: على لسان الحالة:

أ. زوج أخت زوجي توفى وحاولوا يجوزها لزوج أختي، وأي مشاكل تصير بالموضوع يحطوها فيا، وأقول ماليش دخل مش أنا ال فسدت ولما جوزي شافهم كلهم عليا حكالي ليش

بتفسيدي وصاروا كلهم ضدي، وكان عندي علاجات شربت حبوب وقعدت للعصر وصار عندي دوخة وترجيع حكيت لجوزي طنش وعملت حالي رايحة ع أهلي ورحت عالشفا بسنة 2004 وحكيت شربت 40 حبة وعملت غسل معدة.

ب. سكننا بال 2008 وفش سطح وأجى موسم الشتا والبرد والمياه تمشي وتعددي وجوزي مش راضي يحط زينكو وولا أبوه ساعده، بعدها فاع جوزي علشان طلباتي، صوتت وضربت حالي بالسكين وبعدها سُفت ووقعت واستتجد بأهله.

ج. برضه ب 2008 جوزي كان شارب أرتان وحشيش وغيره، وفاع علينا وخبط وكسر وحدت وشردت ونزلت عند دار عمي تحت وضليت للأدان عندهم، وأجى حايلني ورجعني فوق وأول ما شافني بهدلني ونزل يضرب بيا وهمست لبناتي يشردوا وأنا ح ألحقهم، بعدها شد الباب بجنزير وفاع فوعته وصرت بدي أهرب وخبطني بالحيطه، وصغرت روحي وأعصابي ورميت حالي من الشباك لحقني ومسكني، وأخذت غرز بكفتي وإيدي.

د- هادي السنة من 6 أشهر - تقصد 2015 - كنت عاملة جمعية ب 40 مليون، وابن سلفي بيبيع أترمال وتاجر، وكنت أنا أشرب ولما عرف إنني أخذت صار يضحك عليا ويقنعني إنني أديه إياهم، ومن المريح بديكي مصاريكي وبعطيكي إياهم مشيت معاه لأنني فش وسيلة تانية أجيب أترمال بيهم، وأديته إياهم أول جمعة شريط والثاني والثالث وبس لشهر، وبعدها صار يتهرب يقول لي فش ويديلي حبة أو تنتين ، وبعد 3 شهور صار يجنني ويعمل حجج، وأجى أبوه يشكي مني وبس عرف استغرب قال له بدك ترجع لها مصاريها حكاله لأ، حكيته أديني مليون أصرف عالبنات أبدأ، وحكى لأبوه إنه تتصب عليه، لحد آخر مرة طلبت صار يزعقلي ويقول فش مصاري ويخبط بيا وهجم عليا، وقعد يخبط بإيديه ورجليه ونزل أبوه وصار عليا مع ابنه، ويحط حجج وأبوه قال لجوزي لو إنك زلمة بترميها لأهلها وصار يضربني وسحبت حالي وطلعت وكنت شاربة حبة أترمال ورميت حالي عن الدرج وجسمي كله تطبش.

ه- من قبل شهر - تقصد بسنة 2015 - من جوزي برضه فايح وشارب أرتان بيضربني وبيصحيني من النوم بطلت أتمالك حالي، وصرت أطم وعنيا وجعوني وراسي، وتقاتلنا ودار عمي وقفوا ضدي وشردت ولحقني، ومن خوفي منه بدي أنط من الشباك وخبطته بإيدي ونطيت، ومسكني هو وولاد سلفي وبهدلوا بيا، وإيدي نرقت وسُفت، ومن يومها زاد إدماني للأترمال.

و- من أسبوع - تقصد 2015 - عشان الأوضاع السيئة ال وصلت لها، أولادي بعاد عني حاطاهم بمؤسسة، وأهل جوزي بيقاتلوني بدهم يطردونا من العمارة وبدور على دار مش لاقية، وتعبت من الحكي والقبل والقال وكل ما أروح على أهلي بيضلهم يقولولي وين رايحة ووين جاية، لأنهم سلافي بيضلوا يقولولهم بتطلع وبتنزل وأنا ما استحملتش، وأصلاً ربنا ما بيحبني لو بيحبني كان أخذني.

4- صف لي شعورك بعد محاولاتك للانتحار؟

أجابت الحالة: بأندم، علشان ما متت.

5- كيف تصفين علاقاتك بالمحيط؟

على لسان الحالة: علاقة عادية بأهلي وحدش بيزورني لا برمضان وولا بغيره وولا بالعيد، بس أخويا الصغير بروحله وأنا عندي مشاكل، ودايماً خناقات أنا وسلفتي ويغار منها ليش بتطلع هي وجوزها مع أهله وأنا بياخدونيش، ونفسي أعتال كل العيلة وفكرت من أربع سنوات أشترى مسدس وأقتل ال بكرههم، وبحب أعمل مقالب بالناس.

6- ما أكثر الأحلام التي تراودك أثناء النوم؟

على لسان الحالة: الرجال بيهجموا عليا وحمايا وسلفي منهم، إني ماشية بالبحر وبيطوف عليا وبأغرق بالبحر، بسة سودة بتصوت وبيخوف منظرها، سكينه بأحلم بيها، خناقات مع سلفتي ال بكلمهاش.

7- هل حدث وأن ذهبت لمعالجين تقليديين؟ وما السبب؟ وما هي النتيجة؟

على لسان الحالة: مرتين قبل 4 سنين ع فتاحة، ال راجل ال حبيته ومشيت معه أخذني عليها عشان يعمل لي عمل أسيب جوزي، فقالت لي أنت بدك تتطلقي وبالك حدا وبدك تتخلصي من جوزك وهو بيحبك، قعدت أعيط وعملتي قزازة مياه أشربه إياها وما شربته ليصير له إشي، وكذبت عالثاني قتلته شربته، وبالمره الثانية حجاب تحت المخدة وما حطيته رميته، ليطلقني ويرميني والثاني يطلع نصاب، وبيضل جوزي أفرط بيه عشان واحد بعرفوش، شو يضمنلي أنه يتزوجني وأهلي يوافقوا وخاصة أنه مدمن.

8- هل تعتبرين نفسك مُتدنية؟

أجابت: لا، لا بصوم ولا بأصلي وأوقات بفطر برمضان من وين متدنية.

9- ما هي أمنياتك التي قد تجعلك تتركين فكرة الانتحار؟

أجابت: ربنا يهدي جوزي ونبعد عن شر الناس، وأطلع من الدار، وأتخلص من كلام الناس حاسة كل الناس بيحكوا عني.

ثالثاً- الفحص السيكولوجي:

حضرت الحالة لمركز التأهيل النفسي المجتمعي، تشكو من كراهية ذاتها ولومها، وكذلك كراهيتها للحياة، وتبين من خلال عدة مقابلات أن هناك زملة من الأعراض تُعاني منها منذ ما يُقارب الأربع سنوات، أبرزها: الصداع، القلق، الشعور بالنبذ، الشعور بالكراهية، العصبية، والحساسية الزائدة، ثم اتضح أن الحالة تتعاطى منذ ما يُقارب الخمسة عشر عاماً من خلال زوجها الأترامادول، الأسيفال، والحشيش.

وأما عن التاريخ العائلي فقد نشأت الحالة في وسط أسري مُتعاطي حيث كان الأب تاجراً للمخدرات، وكذلك كان إثنان من إخوتها متعاطين، ثم انتقلت للزواج من أحد أقاربها والذي كان يتعاطى كذلك، إضافة لأسرته أيضاً التي بعض أفرادها يُتاجر ويتعاطى المخدرات، ووصفت علاقتها بزوجها بالسيئة الخالية من المودة والحب أو الإنسانية، حيث دائماً ما تتعرض للإهانة والعنف، ولا يهمله سواء إشباع رغباته الجنسية.

وأما عن تسلسل تاريخها الاجتماعي، فقد عاشت الحالة تاريخاً حافلاً بالمعاناة من كافة الجوانب سواء من حيث سوء الوضع الاقتصادي، وعدم الشعور بالأمان أثناء المرحلة المدرسية سواء من قبل مدرساتها أو صديقاتها، التعرض للظلم، عدم شعور بالأمان، تحاول دوماً الهروب من الواقع المأساوي على حد وصفها، وهذا كان سبباً للجوئها للإدمان منذ سنوات، ولافتقادها لمشاعر الحب وحاجتها للأمان، لجأت لتعويض ذلك من خلال إقامة علاقة مع أحد الرجال الذين تعرفت عليهم صدفة، فعوضها عن كل ما كان ينقصها، وعلى حد تعبيرها فتلك اللحظات هي أجمل أيام حياتها، إلى أن انتهى المطاف لإقامة علاقة غير شرعية معه، واستمرت معه بضع سنوات.

لديها ست محاولات انتحارية تنوعت بها وسائل اللجوء للانتحار ما بين تناول الأدوية، الطعن بالسكين، محاولة السقوط، وأما عن أسباب لجوئها للانتحار فكانت إثر مشكلات أسرية أو عائلية أو مع الأقارب، فكان انتحارها بمثابة هروب من المشكلات أو المواجهة مع الآخرين.

ومن خلال المقابلة السيكولوجية تم فحص الحالة العقلية حيث تبين أن الحالة مهتمة بمظهرها بشكل لافت، سواء من ناحية انتقائها للألوان أو وضع الماكياج، وعلى الرغم من ذلك فهي تبدو أكبر من عمرها، أما عن السلوك العام فكان متذبذباً ما بين الهدوء والتوتر في حالة التحدث عن مشاكلها، وبين الانبساط والانفعال بالإيماءات في حالة التحدث عما يُبسّطها، كما وتبدو بمزاج ووجدان حزين، وأما عن الكلام فهو متذبذب ما بين الإسهاب في حالة التحدث عما يبسطها، والاختصار في حالة التحدث عما يحزنها، والنغمة والسرعة ما بين المتوسط والمنخفض، تم فحص الوظائف المعرفية المتمثلة بالذاكرة والتي اتضح أنها جيدة عدا البعيدة، وأما التفكير التجريدي والتوجه فهو جيد، وهناك مشكلة بالإدراك وذلك إثر التعاطي فالحالة تُعاني من خيالات سمعية بسماعها للأصوات وهلاوس بصرية تتمثل بأن هناك من يراقبها، إضافة للهلاوس اللمسية بأن هناك شيئاً ما يسير تحت الجلد، لديها ضغط بالتفكير يتمثل في الصراعات بين رغباتها وحاجاتها وحقوقها وواجباتها وواقعها وطموحها، وأما مجرى التفكير فهو منظم والوعي جيد، كذلك اتضح أن الحالة مستبصرة كلياً، إلا أن الحكم والتمييز لديها سلبي ولا تستطيع السيطرة على نزعاتها العدوانية.

تم تشخيص الحالة على المحاور الخمسة، ففي المحور الأول AXIS I الحالة تُعاني من اضطراب مُحدث بمادة إدمانية، وبالمحور الثاني AXIS II فالحالة لا تُعاني من أي اضطراب بالشخصية؛ ولكن تلجأ لاستخدام ميكانيزمات التبرير والإسقاط والإنكار والنكوص كوسيلة للدفاع، أما المحور الثالث AXIS III فالحالة الصحية العامة للحالة جيدة، وبالمحور الرابع AXIS IV فهناك مشاكل تُعاني منها الحالة، فهناك مشاكل اجتماعية بيئية تتمثل بمشكلات أسرية، حيث لم يتبق لها سوى طليقة واحدة وهناك خلافات دائمة مع الزوج، كذلك مشكلات اجتماعية بسبب افتقارها للمساندة الاجتماعية والعائلية، ومشكلات تعليمية تتمثل في تدني المستوى الدراسي فلم تُكمل المرحلة الإعدادية، ومشكلات السكن من حيث الخلافات مع أسرة الزوج والبحث عن منزل آخر، ومشكلات اقتصادية بسبب عدم كفاية المال، ومشكلات أخرى تتمثل بتعرضها لعدة مُحاولات اعتداء والانحراف، وبالمحور الخامس AXIS V تقييم الأداء الوظيفي حسب الدليل التشخيصي الأمريكي الرابع DSM-IV (28)، وهو يعني بأن السلوك يتأثر بالأوهام أو الأهلالات أو اختلال كبير في التواصل أو في المحاكمة، (مثلاً متفكك أحياناً، يتصرف بوضع غير مُناسب، انشغال انتحاري، أو عجز الأداء الوظيفي في كافة المجالات تقريباً مثلاً يبقى بالسرير كل يوم، لا عمل أو لا بيت، ولا أصدقاء).

رابعاً- مقياس التشخيص و الأعراض Tests, Scales and Questionnaires

1- قائمة مراجعة الأعراض:

جدول (5.1): نتائج قائمة مراجعة الأعراض للحالة الأولى

الأعراض	المجموع	الأعراض	المجموع	الأعراض	المجموع
الجسمانية	33	الاكتئاب	47	قلق الخوف	10
الوسواس القهري	16	القلق	32	البارانويا التخيلية	23
الحساسية التفاعلية	24	العداوة	22	الذهانية	30
إضافية	24	المجموع الكلي	255		

عند حساب الدرجات حصلت الحالة على (255) درجة من أصل (360) درجة وهذا يُدلل على أن معدل الأعراض لديها شديد، وتتمثل فيما ما يلي: فقد حصلت على درجة 33 من أصل 48 درجة بالأعراض الجسمانية، وهذا يُدلل على أن الأعراض لديها شديدة فالحالة تشكو من آلام بنتشوش النظر وأسفل الظهر، كما وحصلت على (16) درجة من أصل (40) درجة بأعراض الوسواس القهري، وهذا يُدلل على أن الأعراض لديها متوسطة فالحالة دائمة الانشغال بفكرة الانتحار وأنها ستحقق الراحة في حال نجاحها بالتنفيذ، كما وحصلت على (24) درجة من أصل (36) درجة بأعراض الحساسية التفاعلية، وهذا يُدلل على أن الأعراض لديها شديدة فهي سهلة الاستقزاز وسريعة التأثير حينما توجه لها الانتقادات، كما وحصلت على (47) درجة من أصل (52) بأعراض الاكتئاب، وهذا يُدلل على أن الأعراض لديها شديدة جداً وهذا ما يظهر عليها بحال عدم توفر المواد التي أدمنت عليها، كما وحصلت على (32) درجة من أصل (40) درجة بأعراض القلق، وهذا يُدلل على أن الأعراض لديها شديدة جداً فهي دائمة القلق على مستقبلها أو أن يُكتشف أمرها، كما وحصلت على (22) درجة من أصل (24) بأعراض العداوة، وهذا يُدلل على أن الأعراض لديها شديدة جداً فهي دائماً ما تقوم بتوجيه الضغوط النفسية بضرب أبنائها، وكما حصلت على (10) درجات من أصل (32) بأعراض قلق الخوف، وهذا يُدلل على أن الأعراض لديها متوسطة فلا يكاد يخلو يوم تخرج به إلا وتعتقد أن هناك من يتتبعها حتى وإن تأكدت من عدم وجود أحد خلفها، وحصلت على 23 درجة من أصل 24 بأعراض

البارانويا التخيلية، وهذا يُدلل بأن الأعراض لديها شديد جداً فهي دائمة الاعتقاد بأن الجميع ضدها، وحصلت على (30) درجة من أصل (40) درجة بالأعراض الذهانية، وهذا يُدلل على أن الأعراض لديها شديدة وتلك المتمثلة بالهلوس السمعية والبصرية التي تتبع التعاطي، كما وحصلت على (24) درجة من أصل (28) درجة بالأعراض الإضافية وهذا يُدلل على كونها شديدة جداً.

وإذ تُصنف الباحثة الأعراض لدى الحالة بما يلي: الأعراض الشديدة جداً تتمثل بالاكْتئاب، القلق، العداوة، والبارانويا التخيلية، وبالنسبة للأعراض الشديدة تتمثل ب الأعراض الجسمانية، الحساسية التفاعلية، والذهانية، وأما الأعراض المتوسطة فتتمثل بالوسواس القهري وقلق الخواف.

وإذ تربط الباحثة ما بين هذه النتائج وأعراض الإدمان على الأترمدول والحشيش، وما حدث أثناء المقابلة مع الحالة بعدة جلسات، فهناك توافق كبير في النتائج، فالحالة بسبب الإدمان وبسبب السلوك الانحرافي لديها ومراقبة الجميع لها، بدأ لديها شعور بالاضطهاد من الجميع كذلك خوف وقلق من أن يكشفها أحد، وتندمر حياتها أكثر، إضافة للهلوس التي تسمعها وتراها وإذ تتمثل بوجود رجال ينظرون إليها، وبأن هناك شيئاً ما تحت جسدها يُشعرها بالتمثيل، وقد تبين خلال الجلسات بأن هناك نوعاً من التفيق من خلال طريقة رواية ودبلجة كيفية كشف أقرائها لقصتها مع الرجل الآخر وكيفية خروجها من القصة وذلك بنسج سلسلة لاستكمال الأمور وذلك بكيفية ملاحقة قريبها للرجل حينما عزم السفر معها وكيف هرب بجوازات السفر ونجى من المطاردة واستطاع التسلل لمنزلها وإعطائها الوثائق وقدرته على الاختباء بمنزله لفترة إلى أن استطاع السفر، كذلك الظروف الحياتية التي مرّت بها أودت بها للاكتئاب، وبالأساس سبب لجوئها للإدمان هو الهروب من الاكتئاب لديها، والإدمان أدى إلى ظهور الأعراض الجسمانية، فتكاد لا تخلو جلسة إلا وتشكو من أوجاع بالمفاصل والرقبة في حال امتنعت عن التعاطي، وبالتالي ابتدئ لديها شعور بأن الناس لا يتقبلونها وأنهم دائماً بالخوف منها، ولا تكاد تقترب لها صديقة إلا وتبتعد عنها بفترة وجيزة، فهي دائماً التساؤل بأن الجميع يكرهها ولا يُكمل العلاقة معها، هذا بدوره جعلها تُعوض ما لديها من نقص بالتسلط على أبنائها واستغلالهم بترتيب المنزل ودائماً ما تستخدم العنف سواء اللفظي أم الجسدي تجاههم بحال خالفوا تعليماتها أو في حال ما إن لم ينفذوا أوامرهم فوراً.

2- مقياس اضطراب الشخصية لغانم وآخرين:

جدول (5.2): نتائج مقياس اضطراب الشخصية للحالة الأولى

م	نوع اضطراب الشخصية	الدرجة التي حصل عليها	التفسير
1	الشخصية البارانودية.	7	مرتفع
2	الشخصية الفصامي النوعي.	7	مرتفع
3	الشخصية شبه الفصامية.	1	X
4	الشخصية المضادة للمجتمع.	7	مرتفع
5	الشخصية البيئية.	7	مرتفع
6	الشخصية الهستيرية.	7	مرتفع
7	الشخصية النرجسية.	7	مرتفع
8	الشخصية الوسواسية القهرية.	3	X
9	الشخصية المتجنبة.	5	واضح
10	الشخصية المعتمدة على غيرها.	6	واضح
11	الشخصية السلبية العدوانية.	7	مرتفع
12	الشخصية المكتئبة.	7	واضح
13	الشخصية الهازمة للذات.	6	مرتفع
14	الشخصية السادية.	6	واضح
15	الشخصية المازوخية	2	X

بعد حساب الدرجات التي حصلت عليها الحالة، تبين أن هناك أعراضاً مرتفعة من الشكوك بالآخرين وعدم الثقة وسرعة الاستثارة الناتج عن التعاطي، وهذا يتضح في أعراض الشخصية البارانودية والفصامي النوعي، كذلك اتضح وجود أعراض مرتفعة من عدم الالتزام بالقوانين والسلوكيات السلبية؛ ويتمثل في اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع.

وما يُدلّل على ما سبق ما تحدثت عنه الحالة في أنه بعدما شك الجميع من عائلتها وعائلة زوجها بالتغير المفاجيء من ناحية الوضع المادي، بدأوا بمراقبتها وهي حالياً في مرحلة الشك والخوف حتى وإن خفت مراقبتهم لها، وبالنسبة للشخصية المضادة للمجتمع فهي دائماً تحب عمل المقالب بالآخرين والتي تهدف إلى زيادة الرعب، فعلى سبيل المثال تقوم بتقديم الشاي الساخن ثم تسكبه على الآخرين لأجل الضحك، أو تقوم بوضع الأترمال للأقارب لأجل أن يصيبهم الهوس وتضحك عليهم، أو تنتهز فرصة انقطاع الكهرباء لأجل أن ترتدي الشراشف وتقوم بتخويف أبنائها.

كذلك أعراض مرتفعة من التقلب والتذبذب سواء على صعيد الأمور الشخصية أم بالعلاقات، وهذا يظهر بالشخصية البينية، فعند المقابلة تبين أنها عند التعاطي تصل لأوج الانبساط والرضا وعلى العكس من ذلك عند عدم التعاطي، وهي بفضل ذلك متقلبة المزاج بين الحين والآخر، أيضاً تارة تحب الخروج من المنزل وتارة أخرى لا، تارة تتحدث عن علاقاتها الاجتماعية وصدقاتها وأخرى لا، وهذا ما يظهر بالشخصية البينية.

وكذلك هناك أعراض مرتفعة من حب لفت لانتباه الآخرين وبلوغ الهدف بسرعة، وهذا يتضح من خلال الشخصية الهستيرية، وما يؤكد على أنها في أحد المرات عندما تمكن أحد الأشخاص من إيجاد عمل لها في إحدى الشركات، قامت بترك العمل لأنها لم تستطيع لفت انتباه الآخرين، إضافة لغيرتها من الموظفين الأصغر منها سناً وأكثر أناقة، وهذا ما ظهر بالشخصية الهستيرية.

كذلك هناك أعراض مرتفعة من حب الذات وحب التحدث عن نفسها، وحاجتها للإطراء والمدح على مظهرها، وذلك كتعويض لما عانت به في فترة طفولتها من حرمان وفقير، وهذا ما يظهر في الشخصية النرجسية.

وأيضاً هناك أعراض واضحة من الابتعاد عن الناس وعدم الاندماج بالأنشطة والتحفيز بالعلاقات، وهذا ما يظهر في الشخصية التجنبية، وما يؤكد على ذلك كونها لا تقيم علاقات وليس لها أصدقاء، أيضاً أعراض واضحة من عدم القدرة على إنجاز الأشياء بمفردها ودائمة

الاستعانة بالآخرين، وهذا بسبب الظروف التي وصلت إليها مؤخراً حيث أصبحت شخصية معتمدة على غيرها حتى في أبسط الأمور، فعلى سبيل المثال تقوم بتوكيل كافة مهام المنزل لأطفالها، ولا تقوم بفعل أي شيء.

وهناك أعراض مرتفعة من رفض آراء وطلبات الآخرين بمعنى التمرد، والتكاسل بأداء المهام ودائمة الامتناع والسخط، وهذا ما يظهر في الشخصية السلبية العدوانية، وما يؤكد ذلك أنها دائمة الشجار مع سلفتها وزوجة أخيها، كذلك عدوانيتها تجاه أبنائها.

وهناك أعراض واضحة من الحزن، وهذا ما يظهر في الشخصية المكتئبة، والذي يظهر عندها في حالة عدم التعاطي.

كذلك وجود أعراض مرتفعة من الانهزام وتعريض النفس للاستغلال، وهذا ما يظهر في الشخصية الهازمة للذات، وما يُدلل على ذلك علاقتها بأحد الشباب والتي وصلت لعلاقة غير شرعية لأجل التعويض عما حدث لها.

كذلك أعراض واضحة من حب إيذاء الآخرين والانبساط عند إيذائهم سواء بهدف المرح أو العقاب.

وترى الباحثة بأن الحالة تُعاني من أعراض اضطرابات الشخصية السالفة الذكر بسبب الوضع الذي تعيشه وهناك أعراض من خلال حياتها الواقعية الحالية، علماً بأن اضطراب الشخصية سواء بالدليل التشخيصي الرابع أم بالدليل التشخيصي الخامس يتم التشخيص باضطراب الشخصية بناءً على معايير وبناءً على ملازمة تلك الأعراض للحالة منذ البلوغ، وعليه فالحالة لا تُعاني من أي اضطراب بالشخصية.

3- مقياس التدين:

جدول (5.3): نتائج مقياس التدين للحالة الأولى

التدين الظاهري		التدين الجوهري	
2	المجموع	5	المجموع

وبتحليل النتائج فقد حصلت الحالة على مجموع (5) درجات من أصل (13) بالتدين الجوهري المتمثل بالضمير تجاه الحلال والحرام، وهذا يُدلل على أنه خفيف، وبتطبيق ذلك مع

المقابلة تبين بأن الحالة لا يوجد لديها وازع ديني للتفريق بين الحلال والحرام، وذلك تمثل من خلال محاولات الانتحار، إيذاء الآخرين، مصادقة الجنس الآخر، وغياب الضمير.

أما بتحليل التدين الظاهري المتمثل في العبادات، فقد حصلت على درجتين من أصل (14) وهذا يُدلل على أن التدين الظاهري لديها خفيف، ومن خلال عدة مقابلات تبين أن الحالة غير ملتزمة بالصلاة أو الصيام وقيامها بعبادات خارجة عن الدين كاللقاءات مع الرجال.

4- مقياس التوافق الزوجي:

جدول (5.4): نتائج مقياس التوافق الزوجي للحالة الأولى

الدرجة	البعد	م.
31	المودة والرحمة المتبادلة في العلاقة الزوجية.	-1
16	الرضا والسعادة الزوجية.	-2
19	القدرة على حل الخلافات الزوجية.	-3
66	المجموع الكلي	

بحساب الدرجات للعبارات السلبية والإيجابية، فقد حصلت الحالة على مُعدل (66) درجة من أصل (164) أي بتقدير متوسط، وهذا يُدلل على أن التوافق الزوجي لديها متوسط، وتفسر الباحثة ذلك بأن كلاهما غير ملتزم دينياً ولا أخلاقياً كذلك كلاهما نشأ في الظروف الحياتية ذاتها ومن أبرزها جو الإدمان والعادات والتقاليد، أما من ناحية عدم التوافق فتفسر الباحثة ذلك بأن كلاهما يبحث عن علاقات مع الجنس الآخر لتعويض النقص سواء بشكل مباشر أم عبر الانترنت على حد تعبير الحالة، كذلك الجو المنزلي خالٍ من الألفة والمودة والتعبير عن مشاعر الحب والعطف والحنان، و فقط يتمثل بالعلاقة الخاصة بين الأزواج التي تكون بمثابة تأدية واجب فقط، وفيما يلي تحليل لأبعاد القياس:

حصلت الحالة على (31) من أصل (80) درجة في بُعد المودة والرحمة أي بتقدير متوسط، وهذا ما تحدثت عنه الحالة كونها ارتبطت بزوجها بعد علاقة عاطفية، وهناك تقبل ولين وتسامح نوعاً ما بين الحالة وزوجها.

كما وحصلت الحالة على (16) من أصل (52) درجة في بُعد الرضا والسعادة الزوجية، أي بتقدير ما بين الخفيف والمتوسط، فهناك نوع بسيط من السعادة والرضا عن الحياة الزوجية؛ وذلك بسبب الظروف المحيطة وخاصة إيمان الطرفين.

بينما حصلت على (19) درجة من أصل (32) درجة في بُعد القدرة على حل الخلافات الزوجية، أي بتقدير فوق المتوسط، وهذا ما يظهر من خلال حل المشكلات وإنهاء الخلافات أولاً بأول قبل أن تتفاقم، وهذا ما يؤكد رجوع الحالة لزوجها على الرغم من الطلاق الذي تم مرتين.

5- اختبار بيك للاكتئاب:

بتحليل الدرجات فقد حصلت الحالة على (47) درجة، أي بمعنى اكتئاب شديد، وهذا يتفق مع قياس الأعراض، كما أنه يتفق مع أثر التعاطي للمخدرات، فالحالة لديها تشاؤم من المستقبل وفقدان للطاقة، كذلك فقدان للشهية وعدم معرفة النوم سوى بالأدوية.

6- مقياس تعاطي المخدرات:

جدول (5.5) : مقياس تعاطي المخدرات للحالة الأولى

م.	العامل	المجموع
1-	المعرفي.	39
2-	النفسي والبدني.	24
3-	الانفعالي.	32
	إجمالي الدرجات.	95

وبالنظر للنتائج، فقد حصلت الحالة على (95) درجة من أصل (132) درجة، مما يدل على أن هناك اتجاهاً شديداً تجاه التعاطي، وبتحليل الباحثة لنتائج أبعاد المقياس، فقد حصلت

الحالة على (39) درجة من أصل (57) درجة بالنسبة للعوامل المعرفية، وهذا يُدلل على أنها بمعدل موافق بالشدة أي أن هناك اتجاهاً معرفياً قوياً بشدة، ومما يُثبت صحة ذلك ما توصلت إليه الباحثة من خلال الجلسات بأن سبب لجوء الحالة للتعاطي كان سببه في البداية بغرض التجربة للأترمال، حيث أنها ترى آثاره على زوجها من ناحية التغيير بشكل أفضل من وضعه بدون الأترمال، فكان هدفها بمثابة الهروب من الواقع لتستطيع نسيان ما مرّت به من تجارب وخبرات، كما وأن التعاطي - من وجهة نظرها - هو بمثابة حاجة للشعور بالقوة والجرأة تجاه المواقف والأشخاص واستكمال المهام، فعلى سبيل المثال تقوم بالإفطار في أيام رمضان قبل موعد الإفطار لتتمكن من تجهيز السفرة للعائلة، كما أنها في حالة انقطاع الأترمال ذاك لا يُشعرها بوجود شيء ناقص بمعنى لا ضرر في ذلك حيث إنها تقوم بتعويض ذلك باللجوء للحشيش أو الأسيفال الذي تستطيع الحصول عليه من المصادر نفسها، كذلك تتضايق بحال إن كان هناك حملات ضد المخدرات وبدائلها فلا تستطيع البقاء بدون ذلك.

وبالنسبة للعوامل النفسية والبدنية فقد حصلت على (24) درجة من أصل (36) درجة بمعدل شديد، مما يُدلل على أن هناك اتجاهاً معرفياً بديناً نفسياً تجاه التعاطي، وبتحليل المقابلة التي أجريت مع الحالة تبين أن من أحد أهداف التعاطي هو تجنب الأرق وعدم القدرة على النوم بسبب كثرة التفكير، وأيضاً للتخفيف من بعض الآلام الجسدية، فقد ذكرت بأنه بعد محاولة الانتحار الخامسة حيث حدث النزيف فلم تستطيع تحمله وإيقافه إلا بعد التعاطي، كذلك باعتقادها بأن التعاطي يُساعدها على زيادة قدرتها على إتمام إنجاز المهام المنزلية أو قدرتها على التعلم بالجمعية التي تذهب إليها فهي تمدها بالحيوية والنشاط، لذا فمن رؤيتها أن أجهزة الإعلام تبالغ بالتحذير من أضرار المخدرات، كما أنه - من وجهة نظرها - من الخطأ أن يبتعد الناس عن أصدقائهم بحالة اكتشافهم للتعاطي، وهذا بالفعل ما يُضايقها، فلا توجد فتاة أو امرأة تعرفت عليها إلا وقد ابتعدت عنها بفترة وجيزة.

وبالنسبة للعوامل الانفعالية فقد حصلت على (32) درجة من أصل (39) درجة، مما يعني أنها باتجاه قوي جداً، وهذا يُدلل على أن الاتجاه الانفعالي للتعاطي شديد جداً، وبتحليل الباحثة للمقابلات وللاستبانة فقد ثبت أن الحالة تتعاطي بهدف تجنب الأرق، الانقباض، الحزن، التخلص من الضغوطات التي باتت تُورقها من كافة الجوانب، كذلك لمواجهة الإحباطات التي مرت بها سواء على صعيد الحياة الزوجية أم البيئية، هذا بدوره يجعلها ترضى عن ذاتها، فعلى سبيل المثال تشعر بقوة الشخصية بعد أن تنتشجر مع سلفتها، أو بعد أن تقوم بالانتقام من حماها، فقد ذكرت بأنه في إحدى المرات قد قامت بالتعاطي لتستطيع ملأ المياح بالخران من

خلال المولد الكهربائي، لكن حماها منعها من ذلك وفصل الخزان عن المولد الخاص بهم، فقامت بحمل الماء بواسطة الدلو وعندما تعبت، قامت بتخريب المولد الكهربائي للمياه، وقد حضرت للمقابلة وهي في قمة الارتياح النفسي والانسياب وشعرت بالقوة كونها قد قامت بالانتقام.

7- "اختبار روتر للتوافق"

- 1 -أحب: أولادي.
- 2 -أسعد الأوقات: لما بطلع مع صاحب لي.
- 3 -أريد أن أعرف: ليش الناس بتحكي عليا.
- 4 -أشعر بالندم: لما أعمل إشي غلط.
- 5 -في البيت: كسل.
- 6 -عندما أذهب لأنام: أقلق.
- 7 -الشبان: بتفرقش عندي عادي بهتملهمش.
- 8 -الأحسن: الله يخليلي أولادي.
- 9 -يضايقتني: كلام الناس.
- 10 -الناس: زي الجراس وجع راس.
- 11 -لأم: في بعد حنان الأم، ورضاها علينا، الله يخلينا إياها.
- 12 -أشعر: بالخوف الكثير والقلق والتوتر.
- 13 -أخاف جداً: من كل إشي.
- 14 -في المدرسة: كنت ساقطة والمعلمات حاطين ضدي كانوا، فمش إلا وحدة كانت مصاحباني من كل المدرسة، وكان البواب زي ال مستقصدني بيغمزلي، لحتى الآن بتذكره.
- 15 -لا أستطيع: أملك أعصابي، لما أتهور بقدرش أمسك حالي.
- 16 -أوقات الفراغ: حياتي كلها فراغ أصلا، كل ما بحب بلبس ويطلع، فش إشي رابطني بالدنيا أقلق عليها.
- 17 -عندما كنت طفلة/أو طفل: مشردة بالشوارع كنا، بتذكر أمي مريضة عيانة فش إهتمام بيها، وكناش نضاف، ودارنا زينكو ورمل.
- 18 -أعصابي: فاقسة كثير، فش أعصاب عندي.

- 19 -الناس الآخرون: بأمنش ولا لإنسان ولا بني آدم الله خلقه، بس حطيهم للنميمة وأغلبهم بيظنوا سوء بيا.
- 20 -أعاني: ألم في ركبي وضعف نظري كثير ووجع بالراس، وإديا بيجمعوني.
- 21 -فشلت: في كل إشي.
- 22 -عقلي-تفكيري: مشنت.
- 23 -المستقبل: ضايع من وين بده يجي مستقبل، الحياة ال أنا فيها فش مستقبل، وولا جوزي صاحب مستقبل.
- 24 -أحتاج إلى: الحنان مساعدة الناس، من كل إشي بحتاج، مش ملاقية.
- 25 -الزواج: ياريت عمره ما كان، ياريتني ما تزوجت، حد بيتزوج زي زوجي، وولا العيلة ال بيها تصلح للعيشة.
- 26 -أكون في أسعد حالاتي: لما أكون مع أولادي.
- 27 -أحياناً: فش إشي أحياناً، كله على طول، أحياناً لما باجي أعمل إشي غلط بتردد وبخاف.
- 28 -يؤلمني: كلام الناس، ووجع ركبي، ووجع الراس.
- 29 -أكره: نفسي.
- 30 -هذه الكلية: - بدلتها الباحثة بالجمعية نظراً لأنها تتردد على إحدوي الجمعيات حالياً - برتاح لها ومفيدة حسنت من أخلاقي كثير.
- 31 -أنا في غاية: الشك.
- 32 -مشكلتي الوحيدة: الانتحار.
- 33 -أود أن: مش عارفة.
- 34 -أبي: مات وسابني للعذاب.
- 35 -أنا: إنسانة فاشلة.
- 36 -سرا أنا: عادية.
- 37 -همي الأكبر: كلام الناس.
- 38 -معظم البنات: عاديات.
- 39 -أوقات الفراغ: ما عنديش فراغ عادي.
- 40 -عندما أكون في جماعة من الأصدقاء: بيكونوا بموضوع بقاطعهم، بيدونيش حرية أحكي مهمليني.

وبتحليل إجابات الحالة من خلال النظرة الإيجابية حصلت الحالة على مجموع (207.56) درجات، وهذا يُدلل على سوء التوافق، وفيما يلي التقييم الكيفي:

أ: النموذج الإيجابي:

1- نظرة الفرد لذاته تتسم بالإيجابية: حصلت الحالة على (18) درجة من أصل (18) درجة، وهذا يُدلل على أن النظرة للذات سلبية بتقدير شديد جداً، وهذا ما ظهر في المقابلة، فالحالة تنظر لذاتها نظرة دونية ودائمة الشعور بالنقص.

2- العلاقة بالأسرة تتسم بالحب والسعادة: حصلت الحالة على (21.25) درجة من أصل (30)، وهذا يُدلل على أن هناك سوء توافق مع الأسرة بتقدير شديد، فلو كان هناك توافق لما اتسم سلوك الحالة بالانحراف.

3- العلاقات الاجتماعية مشبعة وتوافقية: حصلت على (15) درجة من أصل (18) درجة، وهذا يُدلل على أن هناك سوء توافق في العلاقات الاجتماعية بتقدير شديد، وهذا ما ظهر في المقابلات من خلال شكوى الحالة من عدم تقبل أحد لها، أو لا تستطيع الاستمرار بصداقة مع أحد من بني جنسها.

4- الشعور العام بالسعادة والرضا سواء بالحاضر أم الماضي أم المستقبل: حصلت الحالة على (18) درجة من أصل (18) درجة، وهذا يُدلل على أن هناك شعوراً بعدم السعادة والرضا بتقدير شديد جداً، وهذا ما ظهر من خلال المقابلة فإحدى أسباب لجوء الحالة لمحاولات الانتحار عدم رضاها عن حياتها.

5- عدم ظهور مشكلات واضحة فيما عدا الشعور بالخجل والضيق أحياناً: حصلت الحالة على (9) درجات من أصل (12) درجة، وهذا يُدلل على ظهور مشكلات واضحة غير الخجل والضيق بتقدير شديد جداً، فالحالة تُعاني من مشاكل أخرى أبرزها الإدمان والانحراف.

ب. النموذج السلبي:

وبتحليل درجات الحالة من خلال النظرة السلبية فقد حصلت الحالة على ما يلي:

1- نظرة الفرد للذات تتسم بالسلبية وعدم تقدير الذات: حصلت الحالة على (23) درجة من أصل (30) درجة، وهذا يُدلل على النظرة السلبية للذات بتقدير شديد، فالحالة تشعر بالدونية والنقص.

2- العلاقة بالأسرة تظهر فيها المشكلات وخاصة الأب: حصلت الحالة على (15) درجة من أصل (18) درجة، وهذا يدل على سوء التوافق مع الأسرة بتقدير شديد جداً، وهذا ما ظهر كما سبق التوضيح الخروج بتعويض النقص من خلال الانحراف.

3- العلاقات الاجتماعية تتسم بالشك والتهديد وتوقع الأذى: حصلت على (36) درجة من أصل (36) بعلاقاتها الاجتماعية، حيث تتسم بالشك والتهديد وتوقع الأذى بتقدير شديد جداً، فهي دائمة الخوف والشك من أقاربها بأن يكتشفوا أمرها.

4- الشعور بالندم على ما مضى والحزن على الحاضر والتشاؤم من المستقبل: حصلت الحالة على (28.75) من أصل 30 درجة، وهذا يدل على ندمها الدائم على الماضي وتشاؤمها من المستقبل بتقدير شديد جداً، فالحالة نادمة على زواجها؛ وتشعر أن الحياة قد اسودت أمامها، وهذا سبب لجوئها لمحاولة الانتحار.

نستخلص أن الحالة تُعاني تعاني من سوء توافق في أكثر من مجال، وهذا ما يتفق مع ارتفاع الدرجة الكلية بالمقياس، حيث حصلت على 207.56 والمتوسط 135.

وبتحليل إجابات الحالة يمكن للباحثة أن تخلص للنقاط التالية:

أولاً- الاتجاهات الأسرية:

يتضح من خلال إجابات الحالة بأنها تعاني من الشعور بالإرهاق داخل المنزل وعدم الشعور بالراحة داخله وذلك من خلال إجابتها عن السؤال (5)، كما تبرز المعاناة لديها منذ الطفولة حيث عانت منذ الصغر من الإهمال وعدم الاستقرار، ويظهر حزنها على سوء وضعها الاقتصادي وهذا ما ظهر بإجابتها رقم (17)، وأما عن تجاهها تجاه العائلة فيظهر حنينها لوالدها من خلال الأسف عليه وفقدانها له، بحيث ربطت بدء معاناتها بوفاة والدها وهذا ما اتضح بإجابة السؤال رقم (34)، كذلك هناك مشاعر حب للأُم رغم ما تبين بالمقابلة أنها كانت قاسية تجاهها، وهذا ما اتضح بإجابة السؤال رقم (11).

ثانياً- الاتجاهات الاجتماعية والجنسية:

وبتحليل إجابات الحالة تظهر الاتجاهات الاجتماعية بأنها تُعاني من كلام الناس عنها وهذا ما يظهر كل من السؤالين (9، 28)، أيضاً إتضح من خلال إجابة السؤال (28) بأنها تُعاني من

مشاكل جسدية، كما يظهر أن هناك شعور بالندم وتأنيب الضمير تجاه الأخطاء التي تقوم بفعلها، وأما عن الاتجاهات الجنسية فيظهر من خلال إجابتها عن السؤال رقم (7) بأنها غير مبالية بهم أو بأرائهم، رغم أنه اتضح خلال المقابلة أنها تنجذب للشباب ولمصادقتهم أكثر من الفتيات، وأما عن بني جنسها فتصفهن بالعاديات رغم أنها كانت تمجد من نفسها أثناء المقابلات وتشكو من عدم تقبل الفتيات لها.

ثالثاً- الاتجاهات العامة:

لدى الحالة شعور بالقلق والتوتر والخوف وهذا ما ظهر بالإجابة عن السؤال رقم (12)، كما يظهر لديها شعور بالنقص والدونية منذ أيام المدرسة، وعوضت هذا النقص بمعاكسة حارس المدرسة لها حتى تشعر بالأهمية، وهذا ما اتضح بالإجابة عن التساؤل رقم (14)، كذلك تتضح نظرتها الدونية لذاتها وهذا ما اتضح بالإجابة عن السؤال رقم (35، 31) حين وصفت ذاتها بالفشل والشك.

رابعاً- سمات الشخصية:

من خلال الاجابات يتضح أن هناك عدة سمات تُميز الحالة من بينها: عاطفة الأمومة بإجابة السؤال (1)، رغم أنه اتضح من خلال المقابلة عدوانيتها تجاههم وهذا هو التكوين العكسي، كما واتضح أن هناك سمات بارانودية عند شكها بأن الجميع يتحدث عنها وهذا ما ظهر بالإجابة عن التساؤل رقم (3)، كذلك كراهيتها لذاتها من خلال الإجابة عن السؤال رقم (29)، كذلك المعاناة من آلام جسدية من خلال الإجابة عن السؤال رقم (20)، كذلك هناك سمات من عدم الثقة بالذات والفشل وهذا ما اتضح بإجابة كل من السؤالين (31، 35)، كما أنها تُعاني من قلق وخوف دائم وهذا ما اتضح بإجابة السؤال (27)، كذلك لا تشعر بأنها مميزة ولو بشيء بسيط وهذا ما تبين بإجابة السؤال (36).

الخلاصة:

يتضح من خلال إجابات الاختبار الإسقاطي أن الحالة لديها مشاكل أسرية واجتماعية ونظرة سلبية للذات، إضافة للشعور بالفشل والشك والقسوة تجاه الذات وهذا ما أكدته أيضاً إجابات الأسئلة رقم (2، 6، 8، 16، 22، 23، 24، 25، 32، 33، 40)، أن الحالة تُعاني من قلق وفقدان للاهتمام وفراغ مع فقدان الأمل والشعور بالضيق أدى للجوئها للانتحار.

وبعد العرض المفصل لكل ما تم إجراؤه مع الحالة الأولى يمكن للباحثة أن تخلص إلى ما يلي:

نشأت الحالة تنشئة اجتماعية سلبية من حيث عدم إشباع الحب من قبل الأهل، كما وتأرجحت التنشئة الأسرية ما بين التشدد والانحراف بمعنى أنها متذبذبة، فالأخ الأكبر والأم كانا يحاسبانها على كل خطأ مهما صغر، وفي الوقت نفسه الأخ الأصغر والأب كانا يُعانيان من الإدمان، إضافة لمحاولة الأخ الإعتداء عليها، إضافة لنشأتها بعيداً عن والدها بسبب وفاته.

كما وتعاني الحالة من مجموعة أعراض نفسية كالشعور بالاضطهاد، الشعور بالدونية، عدم تقدير الذات، الاكتئاب، الشعور بالإهانة، الحاجة للإحساس وتقدير مشاعرها من قبل الآخرين، الشعور بالغيرة، الإحساس بالنقص، الإدمان على الأترمال والحشيش والاسيفال، الشعور بالاضطهاد، حب الانتقام، الحقد والكراهية للآخرين، كراهية الذات وعدم تقديرها لذاتها، الشعور بالضيق والضجر في حال لم تلتفت نظر الآخرين لها، عدم مصارحة الذات، العدوان تجاه الأبناء والآخرين، الهروب من الواقع، الشعور بالاغتراب، الإحساس بالظلم، الصراع النفسي بالاختيار ما بين البقاء مع زوجها أو الطلاق والذهاب مع صديقها، البحث عن تعويض ما ينقصها سواء من مشاعر أو مادة بالطرائق السلبية، الصراع ما بين رغباتها وحاجاتها، وبين التزامها بدورها كزوجة وأم، كما أن هناك سمات شخصية تميزها أبرزها التوتر والخوف، الإحساس بالفشل، الشك، القلق، عدم إحساس بقيمة الذات، كثرة الشكوى، والقسوة تجاه الذات.

وعلى صعيد الوضع الاجتماعي فالحالة تُعاني من علاقة سطحية مع الأهل، كما وتزوجت من مُدمن السطحية مع الأهل، الزواج بشخص مدمن، الحاجة للاهتمام والحب من قبل المحيط، العنف المدرسي، عانت من العنف الأسري، التعرض لمحاولات اغتصاب من قبل الأخ والزوج قبل الزواج، وسلفها بعد الزواج وتعرضها لمحاولات تحرش من قبل والد زوجها، اتهامها من قبل العائلة بفعل أشياء لم يكن لها يد بها، ليس لها سند يدافع عنها عند الوقوع

بمشكلات، تعرضت للسرقة والاختلاس، تعرضت للعنف اللفظي واللا لفظي، الشعور بفرق المعاملة بينها وبين سلفتها لصالح سلفتها، هذا بدوره أدى إلى الانحراف وإقامة علاقة لا شرعية، عدم وجود أخت أو صديقة مقربة، الاختلاط بأفراد من الجنس الآخر، الانحراف، التعرض للنقد اللاذع من قبل المحيط والجيران.

والعوامل الأسرية التي تُميزها: الشعور بالإهمال وعدم الاستقرار ببيت الأهل، إجبارها على الزواج بمن لا ترغب رغم طلبها للانفصال منذ الخطوبة، الزواج المبكر، الشعور بالعُصاة والقهر لعدم عمل مراسم الزواج لها، التعرض للخداع من قبل الزوج وعائلته، العلاقة الفاترة مع زوجها، عدم الشعور بالأمان مع الزوج، الحاجة لسماع كلمات الحب والمدح من قبل الزوج، اقتصار العلاقة بينها وبين زوجها على إشباع الرغبة الجنسية، التعرض للعنف اللفظي والجسدي من قبل الزوج، الخوف من أن يكتشف زوجها أمرها، القلق على مصير أبنائها، فراقها عن أبنائها كونهم مقيمين بإحدى المؤسسات، تدخلات أهل الزوج بها وبزوجها، الاحساس بالخضوع والقهر للزوج وعائلته، الاخلاقات العائلية المتكررة سواء مع الزوج أو مع أهله، والشعور بالإرهاق داخل المنزل.

وعلى صعيد الوضع الاقتصادي يتسم بالتدني سواء على صعيد سوء السكن، أو بسبب عدم كفاية العائد المالي للعائلة بسبب صرف الاموال على المخدرات، كما أن الأوضاع والظروف المعيشية سيئة للحالة.

كذلك من خلال تحليل الباحثة لما تم بالمقابلات يتضح أن الحالة قد قامت بست محاولات انتحارية من خلال اتباع الطرائق والوسائل التالية: ابتلاع الحبوب، الطعن بالسكين، محاولة السقوط من علو، محاولة السقوط من أعلى الدرج.

أما عن الدلالة النفسية لتلك الإجراءات التي أدت للمحاولة الانتحارية فبتحليل الباحثة لإجابات الحالة وبناءً على ما تم استنتاجه من المقابلات التي تمت، يظهر أن المحاولة الأولى كانت إثر الشعور بالظلم، حيث إن الجميع ضدها، فيكون الدلالة هنا الاستعفاف، أما المحاولة الثانية فكانت إثر رفض الزوج لطلبها، فهنا يكون دليلاً للحاجة للتقدير والاهتمام والاستماع، وفي المحاولة الثالثة بعد خلافها مع زوجها، فهنا تكون محاولات الانتحار للهروب من المشكلات، والمحاولة الرابعة إثر شعورها بالظلم، فهنا يكون دليل حاجتها للمساندة، وفي المحاولة الخامسة إثر خلافها مع زوجها وتعرضها للضرب فتكون المحاولة هنا للهروب من المشكلات، وبالمحاولة الأخيرة إثر تضيق أهلها بالسؤال، فهنا يكون دليل حاجتها لإزاحة

الستار عن المشكلة الأساسية - سؤالهم كيف تقضي الوقت خارج البيت؟ - وجذب الانتباه لها بمعنى كتبرير لتصرفاتها.

كما تبين أن الحالة لديها مستوى تدين متدنٍ وهذا يتماشى مع تصرفاتها وعاداتها، كذلك سبب كراهية الحياة والشعور بالضيق هو بعدها عن الله عزوجل.

الخلاصة:

بعد هذا العرض الذي قامت به الباحثة حول الحالة الأولى يمكن للباحثة أن تخلص إلى أن سبب لجوء الحالة للانتحار كان نتاج التنشئة الاجتماعية المتذبذبة، إضافة إلى عدة عوامل اجتماعية، نفسية، أسرية، واقتصادية.

لجأت الحالة لعدة وسائل بمحاولتها للانتحار كابتلاع الأدوية، ومحاولة السقوط والطعن بالسكين، وتحليل الباحثة لتلك المحاولات تبين أنها تلجأ للانتحار إما للاستعطاف، أو لحاجتها للتقدير والاهتمام والاستماع، أو للهروب من المشكلات، أو الحاجة للمساندة، أو لتبرير التصرفات، كذلك الحالة لديها مستوى تدين متدنٍ ساهم بتعزيز فكرة اللجوء للانتحار.

الحالة الثانية:

أولاً- عرض الحالة:

أنثى تبلغ من العمر (32) عاماً، نشأت في أسرة مكونة من الأب والأم، لديها (6) أخوة ذكور وهي الأنثى الوحيدة بينهم، نشأتها جيدة، وهي المدللة بينهم، حالياً هي مُطلقة وليس لديها أبناء، تعيش مع أهلها ولها غرفتها المستقلة بها.

عاشت طفولة جيدة خالية من المشكلات، وكان النمو طبيعياً لديها، فقد كانت مجتهدة في دراستها، وتساعد الأم ببعض أعمال المنزل، كذلك علاقتها جيدة مع الجميع وتحب الاختلاط بالآخرين.

وأما في مرحلة المراهقة فقد تدنى مستواها الدراسي، وأصبحت تحصل على درجات متوسطة، ثم بدأت الخلافات تظهر بينها وبين عائلتها إثر علاقة عاطفية كانت تمر بها، وقد منعها من الذهاب للمدرسة الأهل ورفض الأهل تزويجها من الشاب على الرغم من محاولاته لخطبتها، وابتدى لديها الشعور بعدم الأمان والضياع ولا تعي ما يجب عليها القيام به، وبدأ لديها الشعور بكراهية الحياة.

خُطبت لشاب يكبرها ببضع سنوات وتصف فترة خطوبتها بأنها جيدة، ولكن بعد الزواج اكتشفت أنها خُدعت بشخصيته، فلم يكن أهلاً للزواج، وقد كان لا يملك القدرة على البت بأي قرار، فقد كان إرجاع الأمور كلها لأمه، وقد كانت أم زوجها وأخواتها يُملين عليها القرارات والأوامر، حتى نفذت قدرتها على التحمل، وذهبت لأهلها وطلبت الطلاق، وتم الطلاق.

وإثر الطلاق بدأ لديها الشعور بالعصبية والاختناق، والهروب من المنزل حتى أصبحت تشعر بأن الجميع بما فيهم عائلتها يتحدثون عنها، وبعد سنة من الطلاق تقدم لخطبتها رجل آخر، أرمل ويكبرها بسنوات كثيرة حيث وجدت معه الحب الحنان والعطف الذي كانت تفقته وحقق لها السعادة وعوضها عن الحرمان، إلا أن أبناءها لم يبادلوها الاحترام وكانوا جميعاً ضدها وضد فكرة زواج والدهم، وكانوا دائمي التهديد لها، ورغم أن زوجها كان يُنصفها إلا أنهم استطاعوا تحريضه ضدها إلى أن تم الطلاق.

وإثر الطلاق الثاني شعرت بأن الجميع ينظر لها نظرات سلبية خاصة أنها لم تنجح في الزواج مرتين، وبدأ لديها حب الخروج من المنزل كثيراً، وطلب الأموال من أهلها وتنفقهم بسرعة

حتى على أشياء ليست بالمهمة، وبدأ لديها حب الماكياج الصارخ، وعدوانيتها على الأطفال الذكور خاصة، كما وأصبحت مقطعة لصلاتها.

لديها أربع محاولات انتحار كانت جميعها بسبب الخلافات بينها وبين الأهل منذ فشل علاقتها العاطفية الأولى إلى طلاقها الأخير، ولا زالت تحلم بمن يفهمها ويستوعبها ويعوضها عن الحرمان والحنان الذي افتقدته.

ثانياً- إجابات أسئلة المقابلة الموجهة:

1- ما أكثر مشكلة تعاني منها؟

على لسان المريضة: الوحدة حاسة بوحدة فظيعة، خلافي مع زوجي كنت متفاجئة بيه كان يموت بيا وفجأة يطلقني، ونفسي أكمل تعليمي زي بقية البنات، لاقية كل الدنيا ضدي مش لاقية إشي معاي، ولما أبويا ضرب الإنسان ال حبيته بالشارع أكثر اشي مآثر عليي أصول ما ضربوش راحوا ضربوه وفضحوه، عمري ما بنسأه حتى لما تزوجت بغيره وطلعونني من المدرسة.

2- ما أكثر المواقف التي مررت بها وأثرت بك ولا زالت عالقة في ذهنك؟

تصنف الباحثة المواقف التي مرت بها الحالة كما يلي:

* بالمدرسة: تقول الحالة: كنت أأمنش لصاحباتي ماليش ثقة بيهم، كنت أعمل لصاحباتي وما يبادلونيش نفس الشعور، كنت أأمن لهم ويكذبوا كانت صاحباتي تكلم شباب وتحطها بيا، وتيجي لأهلي تشكي لهم ومن يومها بطلت أصحاب كثير، بيحاولوا يصاحبوني بأبعد عنهم، وبالثنانوي صاحباتي يحكولي سيبني الدار ايش بدك بأبوكي كنت أرد عليهم، والمدرسة تبعت الدين كانت تضربني وتخليني برة الصف، كنت شاطرة ب كله إلا بالدين والإنجليزي.

* انسحابها من المدرسة: عشان أهلي رفضوا يزوجوني ال كنت أحبه، وحسيت كانوا عليا وضدي واني وحيدة لحالي من ناحية الإحساس ولليوم مآثر فيا، وطلعت يومها من الدار لأبعد منطقة بغزة، حسيت أبويا عليا والكل ضدي ويس وصلت حسيت بخوف وكانش لي خاطر أرجع.

* حياتها مع الزوج الأول: كان بيضرني ولما أخذو ذهبي من الصباحية، وظلموني عشان يجيب سيارة يشتغل عليها وولا جاب سيارة وولا حاجة، وكانت حماتي قوية معايا وتطلب مصاري مني جيبي مصاري من أهلك وبالألف دينار ومش حاسة بالأمان، كنت حاسة رح أتطلق وقعدت أربع أشهر وخواته يحطوا الشغل كله فوق راسي وكنتش ألاقي منهم لا حمداً وولا شكوراً، وحمايا كان كويس كانش يتدخل كان بس يراضيني، وكانش يقدر يحكمها، وكان زوجي ضدي شفنتش اشي حلو منه كان محكوم لأمه.

* عند الطلاق: زعلت لأنني قعدت بس 4 أشهر عنده والناس بترحمش حسيت الكل ضدي ويحكوا عليا، صاحباتي تزوجوا وخلفوا وولادها مشيوا وأنا لسه، ولو تشوفهم ولا وحدة فيهم بتستاهل تتزوج وكنتش أروح الأفراح بدي أنتخبى من الناس بحبش يشوفوني وكان أبويا يضرني.

* الخطوبة الثانية: كنت بالنادي وشافني وبعث أخته تطلبني، حسيت بدي أرضى وأطلع من هالدار مستعجلة مش حباها مخنوقة، فش لا طلعات وولا نزلات.

* عند الزواج: لما هجموا عليا ولاده وضربوني ولحقوني كلهم، وضربوني عشان الذهب، وكانوا يخوفوني زي ال بيرشق كلشن أو يمسك بمياه نار ويقول في وحدة بدي أحرقتها بالدار، وكانوا قاسيين عليا كتير وعملوا مشاكل وطلقوني.

* الطلاق الثاني: صار معي إنهيار عصبي بيحبني ليش يرد على أولاده ليش سابني وزاد الشعور زي الطلاق الأول، وبأتحسر بس أشوف صاحباتي وحاسة إني ضايعة فش تفكير أفكر فيه.

3- كم عدد محاولاتك للانتحار؟ وما الظروف التي دفعتك لذلك؟ وكيف ومتى تم التنفيذ؟

قامت بأربع محاولات للانتحار وهي كالتالي:

أ. من أبويا عشان ضرب الشاب ال كنت أحبه سنة 1998 وعمل لي سمعة بالشارع، ولليوم بيقولوا هي حبيبها وأبوي عصبي عقدي، فرحت وأنا جارحة إيدي بالسكين وبأعز أمني أكثر من أبويا.

ب. أبويا ضربني ورماني على الدرج وساعتها جاكرتة وقلت ح أرمي حالي عن السطح من الطابق الخامس سنة 1999، وأكملت الأم قائلة: عشان أخوها وأبوها كانوا يتقاتلوا وحاولت تفرع بينهم وعمتها ال أنقذتها.

ج. كنت أتناقر أنا ومرة أخويا على مشكلة عائلية، إشي تافه عشان شغل الدار سنة 2001، وقتلتها جكر فيكي ح أرمي حالي عشان أريح حالي من نساوين الأخوة، وعمي أنقذني.

د. على لسان الأم: كنت أنا وهي وأخوها راكبين وفي سيارة مسرعة وبدها تزت حالها ومسكناها بالعافية كان إندهست، - وأكملت الحالة - كانوا ماخدينني قبل كم شهر - تقصد سنة 2015 - على شيخ وأنا بديش شيوخ تعصبت ونزلت من السيارة، - وأكملت الأم - : رفضت أنها تنفذ وصية الشيخ فزنت حالها وأخوها مسكها.

4- صفي لي شعورك بعد محاولاتك للانتحار؟

ولا إشي بقول ما عملتش ال بدي إياه وحققوش - تقصد أمنياتها - بس حاسة بندم عشان حاولت وحسيت ضايعة عالفاضي بعمل وإن عصبوا عليا تاني ح أحاول.

5- كيف تصفين علاقاتك بالمحيط؟

كويسة مع ال بحبهم بس، زي أمي ونساوين أخوتي، ومش كويسة مع ال راحوا زمان صاحباتي.

6- ما أكثر الأحلام التي تراودك أثناء النوم؟

حياة لاحقاني، سيارة دهساني، لابسة ذهب وعمتي بتلبسني فستان، حد بيعتدي عليا ومبعرفوش

7- هل حدث وأن ذهبت لمعالجين تقليديين؟ وما السبب؟ وما النتيجة؟

رحت أكثر من مرة - وأضافت الأم - : عشان حالتها بتعصب وتطلع من الدار ويتغيب بالأيام - وأكملت الحالة - : وبأمرض بس أسمع القرآن، وقاللي راكبك جن وكل ما أروح بأنشرف ريق أبويا بحبهمش الشيوخ، وبحس حالي مخنوقة إن سمعت القرآن ومش طايقة حد وحالتي النفسية تعبانة.

8- هل تعتبر نفسك متدينة؟

يعني نص نص، بلبس شالة وجلباب وبصلي أحيانا، وبصوم، بس لسه بحط ماكياج.

9- ما هي أمنياتك التي قد تجعلك تتركين فكرة الانتحار؟

إني ألاقي ابن حلال يسعدني العمر كله وأخلف منه، ونفسي حياتي تتغير للأحسن نفسي ألاقي إنسان أو إنسانة طيبة أفهمها.

ثالثاً- الفحص السيكولوجي:

حضرت الحالة لعيادة غرب غزة للصحة النفسية تشكو من العصبية وافتعال الشجارات، وعدم القدرة على الجلوس في المنزل، كذلك الحلم بكوابيس، والشعور بالملل ومحاولات انتحارية سابقة.

تزوجت مرتين وتعرضت في كلتا المرتين للطلاق، وابتدت معها زملة من الأعراض منذ الطلاق الأول أبرزها: العصبية، الخروج من المنزل، حب وضع الماكياج بشكل صارخ، كراهية الحياة، اضطراب النوم، العدوانية تجاه الأطفال، التذبذب في حب الاجتماعيات وحضور المناسبات، إنفاق الأموال على أشياء ليس لها فائدة ولا قيمة، شراهة الأكل.

كما تبين من خلال المقابلات أن الحالة قد مرت بعدة تجارب سيئة كان أبرزها الفشل في قصة عاطفية عند مرورها بمرحلة المراهقة، وعلى حد تعبيرها أنها مهما مرت بها الأيام فلن تستطيع النسيان، وقد تبع تلك المشكلة المحاولة الانتحارية الأولى كردة فعل ضد رفض الأهل زواجها بمن تحب.

تبين أن الحالة تربطها علاقة جيدة بعائلتها عدا الأب، وذلك كونه من وقف في طريق سعادتها بحسب إدعائها، كما ولا يوجد أي شخص آخر لديه أي اضطراب نفسي.

وأما التاريخ الاجتماعي فتبين أن الحالة نشأت طفولة جيدة خالية من المشكلات، إلا أن المشاكل بدأت تظهر في مرحلة المراهقة من حيث تدني المستوى الدراسي، وإثر فشل علاقتها العاطفية السالفة الذكر بدأت تشعر بعدم الأمان والضياع، وعدم الارتياح، والشعور بالتوهان.

وإثر الطلاق الأخير بدأت تنتقاد لمزاجها من حيث الخروج واللبس، وبدأ لديها حب وضع الماكياج بشكل ملفت.

كما أن لديها عدة محاولات انتحارية كانت أغلبها إثر مشكلات مع العائلة، سواء بسبب صراع الأجيال أم اختلاف الأفكار أم بسبب خلافات مع زوجات الأخوة، وأما عن الوسائل فقد تنوعت ما بين جرح الوريد، محاولة السقوط من علو، محاولة السقوط أسفل السيارة.

حالياً تعيش بيئته تهتم كثيراً في وضعها، حتى أن الأب يُحاول تحسين علاقته بها بحسب ادعاء الأم، إلا أنها رافضة لتقبله أو تقبل إعادة بناء الثقة، وذلك لأنه قد حرمها من أجمل حلم لها على حد تعبيرها.

ومن خلال إحدى المقابلات تم فحص الحالة العقلية للحالة فتيين ما يلي: أن الحالة تهتم بمظهرها بشكل لافت، وتتنقي الألوان اللافتة للنظر، كذلك تستخدم الماكياج بشكل صارخ جداً، وزن زائد وتبدو أكبر من عمرها، ومن ناحية سلوكها فهي تجلس في وضع متوتر ومُحدقة بالباحثة، تبدو بمزاج ووجدان حزين، كلامها مترابط وبنغمة وسرعة وكمية متوسطة، تم فحص الوظائف المعرفية فتيين أن التركيز والانتباه جيد، الذاكرة جيدة عدا البعيدة، لديها تفكير تجريدي، ومن خلال المقابلة تبين ملاحظة أن الحالة لديها توجه جيد حيث إنها تعرف الزمان والمكان والأشخاص، وهناك مشكلة في الإدراك، فهي ترى هلاوس بصرية تتمثل في رؤية حياة وهلاوس سمعية بشخصٍ يأمرها بالخروج، لديها ضغط بالتفكير أغلبه عندما حدث الطلاق من خلال زوجها الثاني وهل هناك من سيقبل الزواج منها مرة أخرى، مجرى التفكير متذبذب بين الانتظام والنشبت فأحياناً يخرج عن السياق وتقوم بالتحدث في موضوع آخر وأحياناً أخرى لا، لديها وعي جيد ومستبصرة كلياً، ولا تستطيع السيطرة على نزعاتها العدوانية.

تم تشخيص الحالة على المحاور الخمسة في المحور الأول AXIS I الحالة تُعاني من اضطراب ثنائي القطب 1، وبالمحور الثاني AXIS II فالحالة لا تُعاني من أي اضطراب في الشخصية؛ كما وتلجأ لاستخدام ميكانيزمات الإنكار كوسيلة للدفاع، أما المحور الثالث AXIS III فالحالة الصحية العامة للحالة جيدة، وبالمحور الرابع AXIS IV فهناك مشاكل تُعاني منها الحالة، فهناك مشاكل اجتماعية بيئية تتمثل في مشكلات أسرية حيث كونها مُطلقة، ومشكلات تعليمية تتمثل في تدني المستوى الدراسي، فلم تُكمل سوى المرحلة الإعدادية، حيث إنها انسحبت من المدرسة منذ الصف الأول الثانوي ولم تستكمله، ومشكلات السكن من حيث الخلافات مع زوجات الأخ والأب، ومشكلات اقتصادية بسبب عدم كفاية المال، وبالمحور الخامس AXIS V تقييم الأداء الوظيفي حسب الدليل التشخيصي الأمريكي الرابع DSM-IV 30، وهو يعني بأن السلوك يتأثر بالأوهام أو الأهلالات أو اختلال كبير في التواصل أو في المحاكمة، (مثلاً متفكك أحياناً، يتصرف بوضع غير مناسب، انشغال انتحاري، أو عجز الأداء الوظيفي في كافة المجالات تقريباً مثلاً يبقى بالسرير كل يوم، لا عمل أو لا بيت، ولا أصدقاء).

رابعاً- مقاييس التشخيص و الأعراض Tests, Scales and Questionnaires

1- قائمة مراجعة الأعراض:

جدول (5.6): نتائج قائمة مراجعة الأعراض للحالة الثانية

الأعراض	المجموع	الأعراض	المجموع	الأعراض	المجموع
الجسمانية	25	الاكتئاب	38	قلق الخوف	17
الوسواس القهري	21	القلق	18	البارانويا التخيلية	18
الحساسية التفاعلية	27	العداوة	15	الذهانية	27
الإضافية	23	المجموع الكلي	229		

بتحليل النتائج فقد حصلت الحالة على مجموع (229) درجة من أصل (360) درجة وهذا يُدلل على أن الأعراض لديها شديدة، وفيما يلي تفصيل لأعراض:

قد حصلت الحالة على (25) درجة من أصل (48) درجة بالأعراض الجسمانية، وهذا يدل على أن الأعراض لديها، بتقدير فوق المتوسط، فالحالة أحياناً ما تشكو من آلام بالرقبة وأسفل الظهر، كما وحصلت على (21) درجة من أصل (40) درجة بالأعراض الوسواسية القهرية وهذا يُدلل على أن الأعراض بتقدير فوق المتوسط، فالحالة لا تستطيع الجلوس أحياناً إلا إذا نفذت فعلها القهري وهو الخروج من المنزل ولا ترتاح إن مُنعت من ذلك، كما وحصلت على (27) درجة من أصل (36) درجة في أعراض الحساسية التفاعلية، وهذا يدل على أن الأعراض شديدة، فهي منذ الطلاق الأول قلّ اختلاطها بالناس لتأثرها بكلامهم وازداد ذلك نتيجة الطلاق الثاني، كذلك حصلت على (38) درجة بالاكتئاب من أصل (52) درجة، وهذا يُدلل على شدة الأعراض وهذا يظهر بعزلتها وتجنبها للاختلاط في نوبة الاكتئاب، وحصلت على (18) درجة من أصل (40) درجة بالقلق وهذا يدل على أن الأعراض لديها متوسطة، فهي لا تزال قلقة على مستقبلها، وحصلت على (15) درجة من أصل (24) درجة في العداوة، وهذا يدل على شدة الأعراض، فهي عدوانية تجاه الآخرين وخاصة الأطفال الذكور، وحصلت على (17) درجة من أصل (28) درجة في قلق الخوف مما يدل على شدة الأعراض، فهي لا يزال

لديها خوف من أن تجد من يقدرها وترتبط به، كما وحصلت على (18) درجة من أصل (24) درجة بالبارانويا التخيلية، وهذا يدل على شدة الأعراض فهي لا تزال كثيرة الشك بأن الجميع يتحدث حولها وحول طلاقها، وأن هناك من يقف ضد سعادتها، وحصلت على (27) درجة من أصل (40) درجة بالأعراض الذهانية، وهذا يُدلل على شدة الأعراض، فبحسب ادعاء المريضة أنها ترى حية أحياناً وتسمع صوتاً يأمرها بالخروج من المنزل.

وإن أردنا تصنيف الأعراض، فقد حصلت على معدل شديد بكل من: الحساسية التفاعلية، الاكتئاب، العداوة، قلق الخوف، البارانويا التخيلية، الأعراض الذهانية، بينما كانت فوق المتوسط بكل من الأعراض الجسمانية، الوسواسية القهرية، وكانت الأعراض متوسطة بالقلق.

وإذ تربط الباحثة بين النتائج ووضع الحالة، فالحالة بدأت بالاكتئاب إثر المشكلة العاطفية التي حدثت لها، هذا بدوره أدخلها لحالة الفعل القهري بالخروج من المنزل للتخفيف من الاختناق، ثم بعد الطلاق الأول بدأ لديها أعراض البارانويا التخيلية بأن الجميع ينظر لها، وازدادت إثر الطلاق الثاني، كذلك الحساسية التفاعلية من مواجهة الآخرين، وبعد الطلاق الثاني، ازدادت الأعراض السالفة الذكر، ثم ظهرت الأعراض الذهانية والعدائية، وأخيراً بدأ ظهور القلق وقلق الخوف لديها، وهذا أثر على الجسد وظهرت الأعراض الجسمانية.

2- مقياس اضطراب الشخصية لغانم وآخرين:

جدول (5.7): نتائج مقياس اضطراب الشخصية للحالة الثانية

م	نوع اضطراب الشخصية	الدرجة التي حصل عليها	التفسير
1	الشخصية البارانودية.	6	واضح
2	الشخصية الفصامي النوعي.	4	واضح
3	الشخصية شبه الفصامية.	4	X
4	الشخصية المضادة للمجتمع.	2	X

م	نوع اضطراب الشخصية	الدرجة التي حصل عليها	التفسير
5	الشخصية البيئية.	7	مرتفع
6	الشخصية الهستيرية.	6	واضح
7	الشخصية النرجسية.	6	واضح
8	الشخصية الوسواسية القهرية.	5	واضح
9	الشخصية المتجنبة.	6	واضح
10	الشخصية المعتمدة على غيرها.	6	واضح
11	الشخصية السلبية العدوانية.	6	واضح
12	الشخصية المكتئبة.	6	واضح
13	الشخصية الهازمة للذات.	5	خفيف
14	الشخصية السادية.	3	X
15	الشخصية المازوخية	2	X

هناك أعراض واضحة من الشك بالآخرين وفقدان الثقة وسهولة الاستنارة، وهذا يتمثل في الشخصية البارانودية والشخصية الفصامية النوعية، فالحالة بطبيعتها واثقة تماماً أن هناك أشخاصاً قد وقفوا أمام سعادتها إلى أن تم طلاقها، وأعراضاً مرتفعة بين قبول الشيء أو رفضه، وهذا يتمثل في الشخصية البيئية، فهي تارة مطيعة وأخرى عنيدة، تارة تحب فعل الأشياء كحضور الأفراح أو سماع الأغنيات وأخرى لا، وأعراض واضحة من لفت، الانتباه ويتمثل في الشخصية الهستيرية فهي تحب وضع الماكياج الصارخ لتلفت نظر الشباب لها كما تقول، وأعراض واضحة من حب الذات وحب الظهور تتمثل في الشخصية النرجسية فهي مؤلعة بالاجتماعات أو اللقاءات وإن لم تكن الأهم بالجلسة فتقوم بالانسحاب، وأعراض واضحة من

الفعل القهري تتمثل في الشخصية الوسواسية القهرية كحب الخروج من المنزل، وأعراض واضحة من الابتعاد عن الناس تتمثل في الشخصية المتجنبة وهذا يظهر بالنوبة الاكتئابية ولا تحب الاختلاط بالآخرين، وأعراض واضحة من الاتكالية تتمثل في الشخصية المعتمدة على غيرها، فهي حالياً تعتمد على والدتها وعلى زوجات أخوتها بما يخصها من أعمال، وأعراض واضحة من العناد ومعاداة الغير تتمثل في الشخصية السلبية العدوانية وخصوصاً بعد المشكلة العاطفية أصبحت تعاند ولا تنفذ الأوامر، وأعراض واضحة من الحزن والانعزال تتمثل في الشخصية المكتئبة حين تصاب بالنوبة الاكتئابية، وأعراض خفيفة من اليأس والانهازم تتمثل في الشخصية الهازمة للذات، فهي ترى نفسها بلا قيمة.

ولكن ترى الباحثة بأن الحالة تُعاني من أعراض اضطرابات الشخصية السالفة الذكر بسبب الوضع الذي تعيشه، وهناك أعراض من خلال حياتها الواقعية الحالية، علماً بأن اضطراب الشخصية سواء بالدليل التشخيصي الرابع أو الدليل التشخيصي الخامس يتم التشخيص باضطراب الشخصية بناءً على معايير وبناءً على ملازمة تلك الأعراض للحالة منذ البلوغ، وعليه وبناءً على ملاحظات الباحثة وما تم الوصول إليه من خلال المقابلات فالحالة لا تُعاني من أي اضطراب في الشخصية.

3- مقياس التدين:

جدول (5.8): نتائج مقياس التدين للحالة الثانية

التدين الظاهري		التدين الجوهري	
18	المجموع	13	المجموع
31		المجموع الكلي	

حصلت الحالة على (31) درجة من أصل (54) درجة، أي بتقدير فوق المتوسط، وفيما يلي تحليل لأبعاد المقياس:

حصلت الحالة على (13) درجة من أصل (26) درجة بالتدين الجوهري المتمثل في الضمير الواعي للحلال والحرام، بينما حصلت على (18) درجة من أصل (28) درجة بالتدين الظاهري أي بتقدير فوق المتوسط، وهو ما يتمثل في تأدية العبادات كالصلاة والصيام، وتُعلل

الباحثة ذلك كون الحالة نشأت بأسرة تحترم الدين والعادات والتقاليد، ولكن أثناء النوبة يقل التدين لديها بسبب طبيعة المرض النفسي خاصة إن كانت نوبة اكتئاب مما يجعلها تنقطع عن أداء العبادات.

4- اختبار بيك للاكتئاب:

وبحساب النتائج فقد حصلت الحالة على (43) درجة، باختبار بيك للاكتئاب وهذا يُدل على أن الحالة بنوبة اكتئاب شديدة، وإذ تتفق نتيجة هذا الاختبار مع نتيجة اختبار قائمة مراجعة الأعراض.

5- "اختبار روتر للتوافق"

- 1- أحب: أمي وصحتي وأخوتي.
- 2- أسعد الأوقات: قضيتها مع زوجي الثاني.
- 3- أريد أن أعرف: إيش أخباره - تقصد الزوج الثاني -
- 4- أشعر بالندم: إني معرفتش أعيش عنده - الزوج الثاني -.
- 5- في البيت: حاجات كثيرة بتخليني مضطربة مش مبسطة يائسة.
- 6- عندما أذهب لأنام: بحس بقلق بتوتر بعرفش أنام.
- 7- الشبان: كارثة بالمجتمع بيحسوش بالبنات.
- 8- الأحسن: أبدى صفحة جديدة وأتعلم من ال فات.
- 9- يضايقني: إني لسه لحتى اليوم ما لقيتش العرسان ال يحترمني ويقدرني.
- 10- الناس: كلامهم بيجرح، وبيحسوش ب ال حوالهم وظالمين.
- 11- الأم: حنونة أكثر من هيك بقدرش أحكي وست بيت كمان.
- 12- أشعر: بضيق نفس بصدري والغثيان وخيبة الأمل.
- 13- أخاف جداً: أن أرى من اعتدى عليا.
- 14- في المدرسة: كانت أطلّ أيام طفولتي ياريت ترجع تاني.

- 15- لا أستطيع: أتحمل رؤية بنات كانوا أعز صحاب لي وظلموني.
- 16- أوقات الفراغ: فش لي أوقات فراغ، بقعد أفكر تفكير قوي، وأعصابي كثير بتشوش.
- 17- عندما كنت طفلة/أو طفل: كانت أحلى أيام طفولتي كنت إنسانة رائعة، كنتش أفكر بأي حاجة ياريت ترجع ثاني.
- 18- أعصابي: متوترة جدا مش طايقة حد.
- 19- الناس الآخرون: بحبش الناس بحسهم ظلموني، عندي عقدة منهم.
- 20- أعاني: من وجع بظهري ورجليا وأتمنى صحتي ترجع زي الأول.
- 21- فشلت: في قصة حب زمان، لو نجحت لعشت أحسن عيشة.
- 22- عقلي-تفكير: مشوش لدرجة كبيرة مش مسيطرة عليه يعني.
- 23- المستقبل: ماليش مستقبل أنا، مستقبلي ضاع إنهار ع الآخر.
- 24- أحتاج إلى: ملابس جديدة، ناس يفهموني.
- 25- الزواج: قسمة ونصيب، وأتمنى إنسان يفهمني وأفهمه.
- 26- أكون في أسعد حالاتي: إذا زوجي الثاني رجعلي، يرجع لعقله ويرجع لي.
- 27- أحياناً: بحس إنني أنا غريبة مش عارفة شو بدني بالدنيا، بصير أفكر وأفكر عالفاضي.
- 28- يؤلمني: رؤية أمي أنها عيانة، بحب أشوف صحتها كويسة، تعيش لي تدير بالها عليا.
- 29- أكره: الكذب.
- 30- هذه الكلية: - استبدلتها الباحثة بالحياة كون الحالة لم تذهب لكلية - صعبة جداً بدها ال يفهمها.
- 31- أنا في غاية: الزعل والاحباط، مش مبسوفة منكدة.
- 32- مشكلتي الوحيدة: عصبيتي، عصبية جداً.
- 33- أود أن: أتعلم، أكمل تعليمي، أرجع لزوجي.
- 34- أبي: مشكلة في حياتي.
- 35- أنا: إنسانة عادية مش طالبة غير حد يفهمني بس.

36- سرّاً أنا: بحس حالي مختلة عقليا، وبحس بنفس الوقت إنني مش عارفة إيش بدي، أنا أصلا غامضة لي أفكار كثيرة بحياتي، بحبش حدا يعرف أسراري.

37- همي الأكبر: أبويا.

38- معظم البنات: خائنات، صارت قصص كثيرة علمتني، فش لي صاحبات.

39- أوقات الفراغ: بكون قاعدة لحالي، بكلم الحيطان.

40- عندما أكون في جماعة من الأصدقاء: ما عنديش أصدقاء عشان يكونلي جماعة.

بتحليل النتائج فقد حصلت الحالة على درجة (182.5) درجة من أصل (240) درجة، مما يُدلل على سوء التوافق، وبالتحليل الكيفي لأبعاد الاختبار بالتقدير الإيجابي تم التوصل لما يلي:

1- نظرة الفرد لذاته تتسم بالإيجابية: حصلت الحالة على (16) درجة من أصل (18) درجة، وهذا يُدلل على أن نظرتها سلبية للذات بتقدير شديد جداً، وهذا ما ظهر أثناء المقابلة، فالحالة تُعاني من تدني تقدير الذات والنظرة الدونية لذاتها.

2- العلاقة بالأسرة تتسم بالحب والسعادة: حصلت الحالة على (15) درجة من أصل (30) درجة، وهذا يُدلل على أن علاقتها بأسرتها سلبية بتقدير متوسط، وهذا ما ظهر خلال المقابلة فالحالة رغم الدعم الأسري المقدم من قبل أسرتها، إلا أن علاقتها مع والدها سلبية، كذلك تارة تظهر أن علاقتها جيدة بالأسرة وأخرى لا.

3- العلاقات الاجتماعية مشبعة وتوافقية: حصلت الحالة على (11) درجة من أصل (18)، درجة وهذا يُدلل على أن علاقاتها الاجتماعية سلبية بمعدل فوق المتوسط، وهذا ما اتضح أثناء المقابلة، ففي نوبة الهوس تكون علاقاتها الاجتماعية جيدة، وتحب الاختلاط وفي نوبة الاكتئاب تكون علاقاتها الاجتماعية سلبية ومنعزلة.

4- الشعور العام بالسعادة والرضا سواء بالماضي أم الحاضر أم المستقبل: حيث حصلت الحالة على (12) درجة من أصل (18) درجة، وهذا يُدلل على شعورها العام بالرضا سلبي، بتقدير فوق متوسط، ومن خلال المقابلة تبين أن الحالة تشعر بالرضا تجاه بعض الجوانب كالدعم من الأم والحياة، وعلى جوانب أخرى تتمرد كالسلطة الوالدية والوضع بعد الطلاق.

5- لا تظهر مشكلات واضحة فيما عدا الشعور بالضيق والملل أحياناً: حصلت على (6) درجات من أصل (12) درجة، وهذا دليل على أن مشكلات الأرق والقلق تظهر بشكل متوسط، وهذا ما ظهر خلال المقابلة أن هناك مشكلات أخرى مثل القلق والملل كالغيرة وغيرها.

وبتحليل النتائج على المدرج السلبي، فكانت الدرجات كما يلي:

1- نظرة سلبية وعدم تقدير الذات: حصلت الحالة على (25) درجة من أصل (30) درجة، وهذا دليل على أن نظرتها السلبية للذات بتقدير شديد، وقد سبق التوضيح.

2- علاقتها بالأسرة تظهر فيها المشكلات وخاصة علاقة المجيب بالأب: حصلت الحالة على (10) درجات، وهذا دليل على أن علاقتها بأسرتها سلبية بتقدير فوق المتوسط، فالعلاقة مع الأم وبعض الأخوة جيدة، وسلبية مع الأب وبعض زوجات الأخوة.

3- العلاقات الاجتماعية تتسم بالشك والتهديد: حصلت الحالة على (34) درجة من أصل (36) درجة، وهذا دليل على أن علاقاتها الاجتماعية سلبية بدرجة شديدة جداً، فهي تشعر أن الجميع ضدها وفقدت الثقة بالأغلبية.

4- الشعور العام بالحزن الذي لا يستطيع التغلب عليه ولا فهمه، ويظهر بالشعور بالندم على ما مضى والحزن على الحاضر والتشاؤم من المستقبل: حيث حصلت الحالة على (23) درجة من أصل (30) درجة، وهذا دليل على أن شعورها العام بالحزن سلبي بتقدير شديد، فعند المقابلة تبين أنها تشعر بالحزن كلما فكرت بما حدث لها في حياتها.

وعند مقارنة النتائج بكلا التقديرين مع المعدل العام نستخلص بأن الحالة تُعاني من سوء التوافق.

وبتحليل الباحثة لإجابات الحالة يمكنها أن تخلص للإجابات التالية:

أولاً- الاتجاهات الأسرية:

يبدو أن الحالة لا تتمتع بدعم أسري قوي فهي تفتقر للدعم والمساندة وهذا ما أكدته إجابة السؤال رقم (5)، رغم أنها قد نشأت نشأة أسرية جيدة وكانت المدللة وعاشت أيام سعيدة بصغرها وهذا ما أكدته إجابة السؤال رقم (17)، وأما عن علاقتها بوالديها يتضح أن علاقتها بالأب تتسم بعدم الانسجام والخلاقات الدائمة وهذا ما أكدته إجابة السؤال رقم (34)، وعلى عكس ذلك يبدو أن علاقتها بالأم جيدة إذ ترى بها أنها قدوتها وهذا ما أكدته إجابة السؤال رقم (11).

ثانياً- الاتجاهات الاجتماعية والجنسية:

اتضح أن الحالة تفتقد لوجود شخص يساندها ويفهمها ويسايرها وعبرت عن ذلك بحاجتها للزواج وهذا ما أكدته إجابة السؤال رقم (9)، كما يبدو قلقها وخوفها على والدتها وعلى صحتها وخاصة أن والدتها هي من تدير شؤونها بدلاً من العكس وهذا ما أكدته إجابة السؤال رقم (28)، وأما عن علاقتها بالجنس الآخر فيبدو أن الحالة تشكو منهم وتتهمهم ببلادة الاحساس وهم سبب لدمار المجتمع وهذا هو الذي تعبر به عن دمارها وهذا ما أكدته إجابة السؤال رقم (7)، كما تبدو حسرتها وندمها على عدم قدرتها على العيش مع طليقها الثاني وهذا ما أكدته إجابة السؤال رقم (9) فهي بحاجة لشريك بالحياة، كما ويبدو أن علاقتها ببني جنسها سيئة بسبب مشاكل سابقة حدثت وهذا ما أكدته الإجابة رقم (38) فالحالة قد عانت من صديقات لها بمرحلة المراهقة.

ثالثاً- الاتجاهات العامة:

يبدو أن الحالة مرت بتجارب حياتية أفقدتها رؤية النور بالحياة بحيث باتت نظرتها تشاؤمية جعلتها تصل لخيبة الأمل وهذا ما أكدته إجابة السؤال رقم (12)، وأما عن نظرتها للمدرسة اتضح أنها قضت بها أيام جيدة ولا تزال لها ذكريات جميلة تربطها بها وهذا ما أكدته إجابة السؤال رقم (14)، كما اتضح أنها تفتقد للانبساط وتشعر بالاحباط والحزن ولديها شعور عام بالاغتراب وهذا ما أكدته إجابات كل من السؤالين رقم (31،35).

رابعاً- سمات الشخصية:

يبدو أن لدى الحالة إنتماء لأسرتها من خلال تعبيرها لحبها لأُمها وأختها واهتمامها بهم وهذا ما أكدته إجابة السؤال رقم (1)، كما تظهر رغبتها بإكمال التعليم وحبها لتحمل المسؤولية وهذا ما أكدته إجابة السؤال رقم (33)، كما اتضح خلال المقابلة كراهيتها للكذب وهذا ما اتضح بإجابة السؤال رقم (29)، كما وبدت الحالة كثيرة الشكوى وخاصة من الصحة وهذا ما أكدته إجابة السؤال رقم (20)، كما اتضح أنها شخصية حزينة ولكن لديها طموح بإكمال تعليمها وهذا

ما أكدته إجابات رقم (31، 35)، ولديها شعور بالاغتراب والضياع وهذا ما اتضح بإجابة السؤال رقم (27)، كما أن الحالة تفتقد الثقة بالآخرين وهذا ما أكدته إجابة السؤال رقم (36).

الخلاصة:

يتضح أن الحالة خلال إجابات الاختبار الاسقاطي أن الحالة لديها مشاكل أسرية واجتماعية ونظرة سلبية للذات، إضافة لتعلقها بالماضي وقلقها حول المستقبل، الحاجة لشريك حياة وسند، الحساسية الزائدة، الخيالات الجنسية، الشعور بالقهر والظلم، ضغط الأفكار، التوتر، التساؤم، صعوبة المواجهة للحياة، العصبية، الخلافات مع الأب، مع الإحساس بالوحدة وهذا ما أكدته إجابات كل من الأسئلة التالية (2، 3، 6، 9، 10، 13، 15، 16، 18، 21، 22، 23، 24، 25، 26، 30، 32، 37، 39).

وبعد هذا العرض حول الحالة الثانية يمكن للباحثة أن تخلص إلى ما يلي:

نشأت الحالة نشأة اجتماعية متذبذبة ما بين الدلال الزائد والتشدد، فقد كانت مُدلة من ناحية توفير كافة طلباتها ولا تُحرم من أي شيء، مُقابل التشدد في العادات والتقاليد، وعدم الأخذ برأيها بما يخص حياتها ومستقبلها.

كذلك هناك مجموعة عوامل نفسية مميزة للحالة كالفشل العاطفي بسبب تشدد والدها، عدم تحملها أو استيعابها لتعنيف والدها لمن كانت تتمنى الزواج به، فقدان الشعور بالأمان، الشعور بالضياع، الشعور بالوحدة، فقدان الثقة بالصدقات، وشعورها بالاضطهاد من قبل الجميع، حاجتها للاحتواء، الحاجة لتفهم مشاعرها، الغيرة من صديقاتها المتزوجات واللاتي أصبحن أمهات وهي لا تزال كما هي بلا أبناء، الشعور بالضيق والاختناق، الصدمة النفسية بسبب التعرض لتجربة الطلاق مرة أخرى، الإحساس بالانهيار، محاولة للفت انتباه الآخرين للإحساس بوجودها، التقلبات المزاجية وذلك بسبب طبيعة مرضها اضطراب ثنائي القطب، فقدان المفاجيء للحب والحنان والأمان بعد أن وصلت للإشباع مع طليقها الثاني وذلك بسبب الطلاق، الشك بالآخرين، عدم القدرة على كبح رغبتها بالخروج من المنزل، كراهيتها للحياة، العدوانية تجاه الأطفال والذكور خاصة، الحيرة والشعور وكأنها داخل متاهة، التقدير السلبي للذات، القلق والخوف من المستقبل، الإحساس بالفراغ، الحنين إلى الماضي، الإحباط، الحزن،

الاغتراب، إضافة للسّمات الشخصية المميزة للحالة المتمثلة بكثرة الشكوى، الحسرة على عدم إكمال التعليم، الاغتراب، والشعور بالضياع.

وأما عن الأسباب الاجتماعية فتتمثل بالإحاطة برفاق السوء وهي في مرحلة المراهقة، الانصياع لأوامر صديقاتها المتمثلة بالتمرد على الأهل والخروج من المنزل، العنف الجسدي من قبل إحدى المدرسات، مشاكلها مع زوجة أخيها بسبب مهام المنزل، كرهها للتردد على المُعالجين التقليديين، عصبية والدها تجاهها، التذبذب في علاقاتها الاجتماعية بحسب نوبتها ففي حالة نوبة الهوس تصبح اجتماعية، وفي نوبة الاكتئاب تحب الاعتزال، العلاقة المتوترة مع الأب، مشكلة عدم قدرتها على الإنجاب فلا يوجد لها أبناء تستطيع تقضية وقت فراغها معهم، الحاجة لشريك بالحياة، الشعور بالذنب تجاه الأم.

وأما العوامل الأسرية التي تميزها: الانخداع بطليقها الأول وبأسرته فلم يكن هو فارس الأحلام المنتظر، ضعف شخصية طليقها، وعدم قدرته على حمايتها وخضوعه لأهله، تحكم والدة طليقها بها والشجارات الدائمة بينهم، استغلالها من قبل أهل طليقها الأول بمهام تنظيف البيت، فشل تجربة الزواج الأولى والتي كُلت بالطلاق بعد أربعة أشهر، التعرض للطلاق مرة أخرى، التعرض للعنف اللفظي والتهديد من قبل أبناء طليقها الثاني، افتقارها للدعم والمساندة من قبل الأب والخلافات الدائمة معه.

وعلى صعيد الوضع الاقتصادي للحالة فيتسم بالمتوسط، ولكن ليس بكاف لتلبية رغبات الحالة من أزياء وأدوات التجميل.

كذلك من خلال المقابلة اتضح تنوع الوسائل لدى الحالة في مُحاولاتها الانتحارية الأربعة تمثلت في استخدام السكين لجرح الوريد، مُحاولاة السقوط من علو، مُحاولاة إلقاء نفسها أسفل إحدى السيارات، وأما عن الدلالات النفسية خلف تلك المُحاولات، ففي المُحاولاة الأولى كانت إثر رفض والدها ارتباطها بمن تُحب، فهنا تكمن المُحاولاة الانتحارية بمثابة تمرد ورفض الانصياع للأوامر، وفي المُحاولاة الثانية كانت إثر مُحاولتها فض خلاف بين والدها وأخيها وكانت ردة فعل الأب عنيفة تجاهها، فتكمن المُحاولاة هنا لمُحاولاة إثبات الذات، وفي المُحاولاة الثالثة إثر خلافها مع زوجة أخيها فكانت المُحاولاة هنا بمثابة هروب من المشاكل، وفي المُحاولاة الأخيرة كانت إثر رفض الانصياع لتنفيذ أوامر أحد المشايخ فهنا المُحاولاة تكون لفرض الرأي والعناد.

كما اتضح أن الحالة لا تستطيع التمسك بالدين بوقت النبوة، وكذلك انقطاعها عن العبادة خاصة الصلاة، عدم الرضا بالقضاء والقدر بشكل كاف، وندبها لحياتها، هذا بدوره ساهم في خلق الفراغ الروحاني، وبالتالي التفكير بالانتحار، ومن ثم محاولة الانتحار.

الخلاصة:

بعد العرض السابق للحالة تلخص الباحثة أسباب لجوء الحالة للانتحار بعدة عوامل تتمثل في التنشئة الاجتماعية المتذبذبة والعوامل النفسية والاجتماعية والاقتصادية والأسرية. كما لجأت الحالة لمحاولات الانتحار بعدة وسائل السقوط من علو، جرح الوريد بالسكين، ومحاولة إلقاء نفسها أسفل السيارة، وأما عن غايتها خلف تلك المحاولات فتكمن بتمردتها وعدم الانصياع للأوامر، إثبات الذات، هروب من المشكلات، والعناد وفرض الرأي.

الحالة الثالثة:

أولاً- عرض الحالة:

أنثى تبلغ من العمر (32) عاماً، نشأت بأسرة مكونة من الأب والأم و(4) أخوة ذكور، وهي الأنثى الوحيدة بينهم، تزوجت ولديها (3) أبناء ذكور وإناث، ولكنها حالياً شبه منفصلة عن زوجها أي مُعلقة، وتقيم عند أهلها منذ سنوات.

عاشت فترة الطفولة ونصف فترة المراهقة بشكل جيد بلا مشاكل، بل وكانت المدللة بين الأخوة كونها الأنثى الوحيدة، إلا أنها تعرضت لمحاولة اغتصاب وهي في المرحلة الابتدائية من قبل أحد أقاربها، لكنها استطاعت حماية نفسها، عاشت حياتها المدرسية بشكل جيد، حيث كانت تملك أصدقاء ومستواها الدراسي جيد.

أنهت تعليمها حينما وصلت إلى الصف الأول الثانوي بسبب خطوبتها لأحد الأقارب، وتصف ذاتها بأنها لم تعش المراهقة كبقية من هم بسنها، تزوجت وسكنت في غرفة بمنزل العائلة، وبحسب قولها فهي لم تكن تشعر بالارتياح بسبب تدخلات أهل الزوج غير المرغوب بها، رغم أن زوجها كان جيداً معها لكنه لا يملك القرار، فما استطاعت الاستمرار معه سوى (9) سنوات.

كما وأنها تعرضت لمحاولة إغواء من قبل أحد أقارب الزوج، لكنها استطاعت حماية ذاتها من خلال الاستعانة بالعائلة، إلا أن تلك التجربة جعلتها تهرب من المنزل لأهلها، إلى أن وصل بها المطاف لعدم التحمل، فتنازلت عن كافة حقوقها حتى يتم طلاقها وقد تم الطلاق، إلا أنه ومع محاولات الأهل لإرجاعها عادت إلى زوجها مرة أخرى، لكنها لم تتحمل سوى (15) يوماً، وعادت لأهلها طالبة الطلاق، لكن زوجها رفض ذلك ويشترط عليها التنازل عن حقوقها ليطلقها مرة أخرى، وهي لا تريد التنازل.

ومنذ ما يقارب الست سنوات حتى الآن وهي مقيمة عند أهلها، ولا ترى أبناءها سوى عدة ساعات أسبوعياً، كما وأنها تعاني - إثر ذلك كله - من عدة أعراض كفقدان الشهية واكتفائها بشرب المنبهات كالقهوة بما يُعادل (5) أكواب كبيرة يومياً، إضافة للشاي، مع قضاء أغلب وقتها في النوم، ولا تحب سماع أي صوت، كما لا تحب الاختلاط أو الخروج من المنزل.

وإضافة لما سبق فهي دائمة السرحان، وأحياناً تضحك بلا سبب، كما ويغنى عليها مرة شهرياً، كما وتعاني من خمول وكسل، وتقضي أغلب وقتها في غرفتها، وأصبحت مهملة بوظائف المنزل، وتقطع بالصلاة، وازداد لديها التعلق بالانترنت.

ثانياً: إجابات أسئلة المقابلة الموجهة:

ما هي أكثر مشكلة تعانين منها؟

لما أكون لحالي بأفكر وممكن أقعد أعيط، بحكيش لأهلي بأفكر بحالي وبولادي ولو انفصلت حدا ح يرضى بيا، برضو بيرضوش أهلي يجوزوني أو لأ.

2- ما أكثر المواقف التي مررت بها وأثرت بك ولا زالت عالقة في ذهنك؟

يمكن تصنيف المواقف المؤثرة التي ذكرتها الحالة لما يلي:

* بمرحلة الطفول: على لسان الحالة:

في حاجة دائماً بتخطر ببالي وحدث بيعرفها بالدار إلا جديد وعمري 9 سنين كان واحد من قرابي بدو يغتصبي، وبتعب نفسياً بس أشوفه، بحبش أشوفه.

* حياتها المدرسية: على لسان الحالة:

بالمدرسة كانش أبويا يخليني أروح ع صاحباتي ممنوع، ال بدو تيجيكي تيجي بس أنت ممنوع تروحي، ومدرسة الرياضيات كانت تتقبلنيش دائماً تتقدني وتهيني قدام البنات عادي، بس مدرسة الانجليزي كانت تحبني وحببت الانجليزي عشانها.

* قبل الزواج، مرحلة المراهقة: على لسان الحالة:

حدثت سن المراهقة ما عشتوش ما حبيتش ما عملتش شغلات نفسي بيها، ما فيش إعجاب أو جذب انتباه لحدا، وكان لي ابن عم بدو إياني ولليوم بيحكي لو انفصلت بدو إيها، ومباخدوش ليقولوا عيانة وأخذت ابن عمها الناس بترحمش، وعشان مشاكل بين أمي وأمه.

* الزواج: على لسان الحالة:

عملتش عُرس بالمرّة، ولبست بدلة والكوافيرة مش شاطرة كانت أيام حرب وعمي قال خدوها ع السكينة وكانت ليلة سودة، وما كنتش أروح أعراس وإن رُحت أتحسر بس أشوف

عرايس وأفراح، أهله بيتدخلوا بيا كثير ما تلبسبش ما تتمكيجيش تتطلعيش ما تحكيش كثير، الدار أخذوها وسكروا شبابيك الدار كلها، دايماً أنا ال منبوذة بينهم ولو لبست شغلة بيتطلعوا، أعطيتهم الذهب سلفي بنى وأنا أخذت الدار تحت وما سابونيش بحالي، أخوه دايماً يحكي عني، ومرة حكالي ح أدير ع وجهك مياه نار عشان رديت عليه، وتطلقت مرة لما كنت تعبانة وتنازلت عن حقوقي كلها وخلصت معاهم، وبس رجعت قعدتس إلا 15 يوم ورجعت ع أهلي ورافض يطلق إلا بس اتنازل.

وقريب جوزي كان بيعتلي رسالة عالجمال وكروت وبده إبانني وأنا رفضت وحكيت لأخت جوزي ووقفت معي وبس هي كلمته أنكر فحكيت لأهلي جابوه وضربوه، وهو بس إنضرب هدد وأنا صار معي إنهيار عصبي وطلعت أجري بدون وعي بالشارع، وقريب تاني له كان يشوف عندي مجلات وأخذ وحدة عشان يكتب رسالة حب لحبيبتة، وبس رجعها أخذها سلفي منه ولقى فيها رسالة حب وقعد يسألني إحكي ايش في بينكم وحلفتله فش اشي، وحلف طلاق ع مرته إن حكيتس يطلقها وبطلقتي، وبعدها بعثوله وقال هو ال ناسيها وسكتوا.

* الظروف وهي معلقة عند أهلها: على لسان الحالة:

أنه مرة تعرفت ع حدا عالنت وكان بده يرتبط بيا بس أهلي عرفوا وكلموه وحكاهم بدي أخطبها وكلمتها، هاد تعرفت عليه عند صاحبتني بمصر وفكرني بنت وحكى بدي أخطبها مبعرفش إني منفصلة وكنت معجبة بيه، كلموه ونهوا القصة معه بدهمش يطلعوني برة، ووحد تاني شاف صورتي عالفايبر عند أخته وطلب يتكلم مع أمي وأمي مش راضية تكلمه، بس أنا بكلموش.

3- كم عدد محاولاتك للانتحار؟ وما الظروف التي دفعتك لذلك؟ وكيف ومتى تم التنفيذ؟

قامت بأكثر من محاولة ولكنها لا تذكر سوى ثماني محاولات وهي كما يلي:

أ. كان بالخرانة شفرات حلاقة خبيبتهم بالكنبه عشان ما حدا يشوفهم ولما حدا يعصبني أمسكها وأنتش بإيدي - تقصد جرح الوريد -، كنت سرحانة ومخنوقة من غير ما حدا يضايقني بسنة ال 2011.

ب. لما أخذوني ع دكتور نفسي روحت من عنده كسرتله العيادة كلها، وروحت ومزعت إيدي - تقصد جرح الوريد -، ونصحهم بالانفصال عأساس أهل جوزي أخذوني عليه ع إني بأمتل، وروحت قلت بدي أموت حالي، بعد المرة ال قبلها بأشهر - تقصد سنة 2011 -.

ج. وأنا عند جوزي أكسر وأمزع بإيدي - تقصد جرح الوريد - وأنا بطبخ هيك لحالي بعد ما سرحت، كانت سلفتي بدها إياني أتعالج عند دكتور وحكتلي بدي آخذك ع دكتور نفساني، تعبت أنا أروح ع دكتور نفساني! كيف أروح ع دكتور نفساني!، هادي بال 2012.

د. كان قدامي البوفيه كسرتة وكنت مسكرة الباب، ومزعت إيديا كان أبويا مزعلني - تقصد جرح الوريد - عشان تأخرت ورجعت متأخرة، وكنت تعبانة نفسياً لأنهم جابولي شيوخ، كمان هادي بال 2012.

ه. جابولي شيخ بالبيت وقتلهم بتجيبولي شيوخ، وأجيت بدي أبط حالي بالسكينة وهجم عليا أخويا وأخذها مني، برضه بال 2012.

و. أجو خوات جوزي وحكولي مبسوفة ع ريمتك هادي عالكنباية، وقمت عالطبخ وكسرت وجبت سكينة وصاروا يصوتوا ولحقوني وأغمى عليا، كمان بال 2012 هادي أكثر سنة حاولت انتحر بيها.

ز. كنت بأشرب وكنت زعلانة مع وحدة صاحبتني بأول عايا مش متعودة حد يحكي معايا بالأسلوب هادا (جرحت بيا)، وعصبت ع حالي وكسرت الكباية وجرحت إيدي وقتل حدش بيحبنى، قبل سنتين - تقصد 2013 -.

ي. تناقرت أنا وأمي وأخذت 7 حبات حبوب، صار مشاكل عشان موضوع بدنا نرجعك وأنا بديش، وقتلتها والله لأريحك مني قبل سنة - تقصد سنة 2014 -.

4- صفي لي شعورك بعد محاولتك للانتحار؟

متضايقه ليش ظبطتش معايا، ليش ما مُنتش وكنت أقول مرة ثانية بتزيط معايا، بس لأ بيدخلوا عليا دايمًا.

5- كيف تصفين علاقاتك بالمحيط؟

بحالي بتدخلش بحدًا في جمعة ناس بيتحدثوا بأضل ساكتة، عندي صاحبة من النت عرفتها وعرفتها ع أهلي، وهان لي صاحبة كل شهرين بروح عليها، أو لو شفتها بالشارع.

6- ما أكثر الأحلام التي تراودك أثناء النوم؟

أهل جوزي مشاكل النكد، وجه بيخوف بأصحي مفزوعة.

7- هل حدث وأن ذهبت لشيوخ؟ وما السبب؟ وما النتيجة؟

كثير! في كانوا يضريني وفي ناس يحكوا مركوبة، واشي يثريوني مياه وملح واشي يضريني، واشي يقطني بمياه حمرا، أو يحكلي أتحم بمياه وعطر، هاد لما اكون تعبانة بيحيوهم، وفي واحد ضربته عشان كان معاه عصايا ضربيني شوهلي وجهي، وفي شيخ كان يخنق بيا يقول إطلع إطلع، وفي شيخ قالهم عندها حالة نفسية وطلعوها برة خلوها تغير جو.

8- هل تعتبرين نفسك متدينة؟

لا بطلعش بالعباية، بأصليش كويس، وكل فترة لما أقرأ القرآن وبأتعب بسببه.

9- ما هي أمنياتك التي قد تجعلك تتركين فكرة الانتحار؟

أشوف حياتي شو ح يصير فيها، شو آخرة ال أنا بيه بدي أطلع من الحالة إل أنا بيها، بدي أنفصل بدي أرتبط بدي إياها إيجابية، أعمل ال نفسي بيه أرتبط ع كيفي من هانا أو من برة وأهلي يكونوا موافقين، زي هيك بدي أطلع من البلد.

ثالثاً: الفحص السيكولوجي:

حضرت الحالة لعيادة غرب غزة للصحة النفسية تشكو من الضيق والاختناق، علماً بأنها لم تكن مُتعاونة منذ الجلسة الأولى لها بالعيادة، فقد كانت تكتفي بالصمت والنظر لأسفل مع إيحاءات توجي بالتوتر.

ومن خلال المقابلات اتضح أنها تُعاني من عدة ضغوطات أسرية وسكنية تتمثل بعدم توفر البيئة الصحية للسكن بحسب وصفها، إضافة إلى عدة مشكلات مع الزوج وأهله، والتي انتهت بوجودها حالياً عند أهلها منذ ما يُقارب الست سنوات، وهي لا تزال على ذمة زوجها.

اتضح مع المقابلات التي أُجريت أنها حالياً تُعاني من قلة الشهية، زيادة بالنوم، الضيق عند سماع أي صوت، عدم حب الاختلاط بالآخرين، الضحك والسرحان بلا سبب في بعض الأحيان، حب العزلة وكرهية الخروج من المنزل.

كما واتضح بأن الحالة دائماً ما تراودها أفكاراً انتحارية، وقد حاولت الانتحار عدة مرات وذلك إثر خلافات أسرية وعائلية علماً بأن آخر محاولة كانت في عام 2014م.

تبين كذلك أنها كانت رافضة لفكرة العلاج عند الأطباء النفسيين، كي لا ينعتها الجميع بالمجنونة على حد تعبيرها، كذلك رفضت العلاج لدى المعالجين التقليديين وكانت ترفض

التعامل معهم عند حضورهم للبيت، حتى بدت تقتنع بضرورة وجود شخص ما لمساعدتها على حسب وصفها.

وأما عن التاريخ العائلي فقد اتضح بأن الحالة تتمتع بمساندة اجتماعية جيدة من قبل أسرتها المتمثلة بالأب والأم والأخوة وبخاصة أنها الأنثى الوحيدة بينهم، وعلى خلاف ذلك علاقتها بزوجها وأسرته، فالعلاقة بالزوج بدت جيدة ببداية مرحلة الزواج، ولكن حالياً علاقته بها فائرة وخاصة أنها مُطلقة منه مرة وحالياً مُعلقة، وأما عن أسرته فعلى حد تعبيرها أنهم كثيراً التدخل بها، إضافة إلى عدة مشاكل يثيرونها تجاهها، وأما عن علاقتها بأبنائها فقد كانوا لا يتقبلونها لكونها بعيدة عنهم، ولكن حالياً بدت العلاقة تتحسن بهم بحيث يأتون لزيارتها مرة بالأسبوع ولكنها تُصاب بنوبة إغماء بعد مفارقتهم لها.

وأما التاريخ الاجتماعي فقد اتضح أنها نشأت في طفولتها بشكل جيد، ولكن بدأت المشكلات في مرحلة المراهقة إثر تركها المدرسة بسبب الخطوبة والزواج، وخصوصاً أنه لم يحم لها مراسم حفل الزواج، فهي لا تزال تُصاب بالحسرة عند حضور أي حفل زفاف بحسب وصفها، وحالياً هي تسكن مع أهلها بعيداً عن أبنائها نظراً للظروف والمشاكل التي كانت سبباً في عرقلة حياتها.

تم فحص الحالة العقلية للحالة، فمن ناحية المظهر الحالة تهتم بشكلها حتى تبدو بمظهر لائق، وأما سلوكها فقد كانت تجلس في وضع متوتر وتضحك عند الحديث عن مشكلاتها، لديها مزاج ووجدان حزين، كلام قليل في بداية المقابلات حيث كان الصمت هو الغالب ثم مع بناء العلاقة بدأت تتحدث بكمية مناسبة حسب السؤال، وبنغمة وسرعة متوسطة، تم فحص الوظائف المعرفية فتمت أن التركيز والانتباه جيد، الذاكرة جيدة فيما عدا الضعيفة، التفكير التجريدي والتوجه جيد، والإدراك جيد فلا توجد هلاوس أو أوهام، محتوى التفكير كثير ومشتت من ناحية مستقبلها وحياتها، طلاقها وهل سيكون هناك من يقبل بها بعد ذلك أم لا، هل الأهل سيتقبلون زواجها بالطريقة التي ترغب بها أم لا، كيف سيكون حال أبنائها في حال تنازلها عن حقها مقابل الطلاق، وكان لديها تفكير منتظم ومُتحوّل في الموضوع نفسه، وليس لديها سيطرة على النزعات العدوانية في حال استفزازها.

وبالتشخيص على المحاور الخمس تبين في المحور الأول AXIS I أن الحالة تُعاني من اضطراب المزاج الدوري، وبالمحور الثاني AXSI II فالحالة تُعاني من اضطراب الشخصية البيئية وتلجأ إلى استخدام ميكانيزم دفاع الانشطار، أما المحور الثالث AXSI III فلا توجد

أمراض جسدية، المحور الرابع AXSI IV فالحالة لديها مجموعة من المشكلات الاجتماعية والبيئية تتمثل ب: مشكلات البيئة الأسرية كونها قد طُلقَت مرة من زوجها وحالياً هي مُعلقة مقيمة عند أهلها، مشكلات البيئة الاجتماعية تتمثل في فقدان الدعم من قبل زوجها، مشكلات سكنية كالنزاع مع أهل زوجها إضافة لقيام أهل الزوج باقفال نوافذ سكنها وتضييق السكن عليها، مشكلات اقتصادية كعدم كفاية المال لتلبية حاجتها، ومشكلات أخرى كتعرضها للتهديد من قبل أحد أقارب الزوج، وبالمحور الخامس AXIS V تم تقييم الأداء الوظيفي للحالة بدرجة (50) وهي تعني وجود أعراض شديدة (أفكار انتحارية، طقوس وسواسية شديدة، سرقة) أو خلل حاد في الوظائف الاجتماعية والمهنية والمدرسية (لا يوجد أصدقاء وعدم القدرة على الاحتفاظ بالمهنة).

رابعاً: مقاييس التشخيص و الأعراض Tests, Scales and Questionnaires:

1- قائمة مُراجعة الأعراض 90 - SCL:

جدول (5.9): نتائج قائمة مراجعة الأعراض للحالة الثالثة

الأعراض	المجموع	الأعراض	المجموع	الأعراض	المجموع
الجسمانية	15	الاكتئاب	42	قلق الخوف	8
الوسواس القهري	23	القلق	19	البارانويا التخيلية	13
الحساسية التفاعلية	25	العداوة	16	الذهانية	19
الاضافية	21	المجموع الكلي	201		

تم حساب كافة الأعراض فحصلت الحالة على 201 درجة بمعدل شديد، وفيما يلي التحليل التفصيلي لكل عرض على حدة:

حصلت على (15) درجة من أصل (48) درجة في الأعراض الجسمانية، مما يُدلّل على وجود تلك الأعراض بتقدير دون المتوسط، فالحالة تعاني أحياناً من أعراض جسمانية تتمثل في الصداع، وظهور الحبوب على الرقبة، كما وحصلت على (23) درجة من أصل (40) درجة في أعراض الوسواس القهري أي بتقدير فوق المتوسط، فالحالة لديها وسواس بأفكار انتحارية.

كما وحصلت على (25) درجة من أصل (36) درجة في أعراض الحساسية التفاعلية بمعدل شديد، فالحالة لا تتحمل أدنى انتقاد يوجه لها وسريعة الانفعال تجاه من ينتقدها، وقد تصل للدفع أو الضرب أحياناً، كما وحصلت على (42) درجة من أصل (52) في أعراض الاكتئاب بمعدل شديد جداً، فهي منذ ما يُقارب الخمس سنوات تحب العزلة وإغلاق باب غرفتها على نفسها، كذلك ترفض الاختلاط وحضور المناسبات في أغلب الأوقات.

كما وحصلت على (19) درجة من أصل (40) درجة في أعراض القلق أي بمعدل متوسط، فالحالة تقلق أحياناً على وضعها الاجتماعي كونها مُعلقة، فهي قلقة على مصيرها هل هو الرجوع أم الطلاق أم الزواج بآخر، كما وحصلت على (16) درجة من أصل (24) درجة في أعراض العداوة بمعدل شديد، ومن خلال ملاحظة الباحثة للحالة فهي تقوم بالعنف اللفظي تجاه إخوتها أو دفع والدتها عند عصبيتها.

كما وحصلت على (8) درجات من أصل (28) درجة في أعراض قلق الخوف بمعدل دون المتوسط، فهي لديها خوف حول لو كان مصيرها الطلاق هل ستتزوج بآخر أم لا، وحصلت على (13) درجة من أصل (24) درجة في أعراض البارانويد التخيلي بمعدل فوق المتوسط، فهي ترى نفسها محور حديث وانتقاد الجميع بسبب جلوسها عند أهلها.

وحصلت على (19) درجة من أصل (40) درجة في الأعراض الذهانية بمعدل متوسط، ولكن من خلال المقابلة اتضح أن الحالة لا تُعاني من أية أعراض ذهانية.

وتصنف الباحثة الأعراض السابقة كما يلي: أعراض شديدة جدا تتمثل بالاكتئاب، أعراض شديدة تتمثل بالحساسية التفاعلية، والوسواس القهري، والعداوة، وأعراض ما بين فوق المتوسط تتمثل بالبارانويد التخيلي، والأعراض المتوسطة تتمثل في الأعراض الجسمانية، القلق، والذهانية، وأعراض ما دون المتوسط تتمثل بقلق الخوف.

وبتحليل للأعراض السابقة وكيفية حدوثها مع الحالة فهي كما يلي:

طبيعة الوضع البيئي للحالة وما حدث معها إثر مشكلة أحد أقارب الزوج بحسب ادعاء المريضة ووالدتها وتهديده لها، مما جعلها تهرب من المنزل بلا وعي وهذا بدوره أدى لاصابتها بالاكتئاب، وبسبب نظرة المحيط لها مُطلقة ومُعلقة، بدأت تشعر أن الجميع يمقتها ويتحدث عنها وبالتالي بدأت لديها أعراض البارانويد التخيلي، ونتيجة لذلك بدأت تتفعل من الانتقادات ولا تحب الاختلاط بالآخرين مما أظهر الحساسية التفاعلية، ثم تطورت الأعراض لسرعة الانفعال والعنف اللفظي وغير اللفظي المتمثل بالعدوانية.

ومع مرور الوقت ولمحاولة الخروج من أزمتها بدأت التعلق بالانترنت والتعرف إلى شاب من خلال إحدى الصديقات وتعلقت به، هذا بدوره أدى إلى ظهور أعراض القلق ما بين الالتزام بالعادات والتقاليد والتمتع ببعض الحرية، كذلك الرجوع لزوجها أم الاستمرار في العلاقة لتتمكن من الزواج برجل من اختيارها، كذلك قلق الخواف كان نتيجة لذلك ما بين هل سيوافق الأهل على الزواج بغريب، وكيف سيكون مصير الأبناء بعد ذلك في حالة اختيارها للطلاق، هذا بدوره اوجد لديها الاحساس بأن الموت راحة لها وأوجد الفعل القهري في محاولات الانتحار، وتلك الأفكار من الطبيعي أن توجد لديها الأعراض الجسمانية المتمثلة بالصداع وآلام الرقبة.

2- مقياس اضطراب الشخصية لغانم وآخرون:

جدول (5.10) : نتائج مقياس اضطراب الشخصية للحالة الثالثة

م	نوع اضطراب الشخصية	الدرجة التي حصل عليها	التفسير
1	الشخصية البارانودية.	4	خفيف
2	الشخصية الفصامي النوعي.	3	X
3	الشخصية شبه الفصامية.	3	X
4	الشخصية المضادة للمجتمع.	4	واضح
5	الشخصية البيئية.	5	X
6	الشخصية الهستيرية.	6	واضح
7	الشخصية النرجسية.	5	خفيف
8	الشخصية الوسواسية القهرية.	5	واضح
9	الشخصية المتجنبة.	6	واضح
10	الشخصية المعتمدة على غيرها.	7	مرتفع

م	نوع اضطراب الشخصية	الدرجة التي حصل عليها	التفسير
11	الشخصية السلبية العدوانية.	7	مرتفع
12	الشخصية المكتئبة.	8	مرتفع
13	الشخصية الهازمة للذات.	5	خفيف
14	الشخصية السادية.	2	X
15	الشخصية المازوخية	3	X

بتحليل الباحثة للاجابات كانت النتائج كما يلي: هناك أعراض مرتفعة من اضطراب الشخصية المكتئبة، وذلك لطبيعة الظروف التي مرّت بها الحالة منذ أول يوم للزواج حتى الآن، وحياة القهر التي مرّت بها حسب ادعائها، هذا أدى لحبها للعزلة وعدم الاختلاط بالناس أو مشاركتها للمناسبات، وقد بدأت تظهر تلك الأعراض بعد الطلاق، وأعراض مرتفعة من الشخصية السلبية العدوانية تتمثل بعنفها اللفظي والالفظي تجاه الآخرين وعدوانها تجاه ذاتها المتمثل في محاولات الانتحار، والتهرب من المسؤولية، والعصبية، والتي كان سببها الظلم من قبل عائلة الزوج بحسب ادعاء الحالة، وأعراض مرتفعة من الشخصية المعتمدة على غيرها، فالحالة أيضا بعد الطلاق أصبحت تعتمد بشكل كلي على والدتها وابنة أخيها في تلبية مطالبها، ولا تقوم بأدنى الأشياء حتى صنع كوب القهوة، رغم أنها لم تكن كذلك أبداً.

وهناك أيضاً أعراض واضحة من الشخصية المضادة للمجتمع من خلال العدوانية الموجهة للآخرين، والتبرير لأخطائها تجاههم بإسقاط المسؤولية بذلك على طريقة معاملتهم معها، كذلك أعراض واضحة من الشخصية الهستيرية التي تتمثل بحبها للمواساة والمجاملة، التساؤل المركز حول ذاتها ومصيرها، عدم تحكمها بالانفعالات، وأعراض واضحة من الشخصية الوسواسية القهرية تتمثل بصعوبة اتخاذها للقرار المناسب، إضافة لاقتناعها بأن أفكارها هي الصحيحة، وتود أن يتبعها الآخرون، كذلك أعراض واضحة من الشخصية التجنبية تتمثل بقطع العلاقات الاجتماعية.

وهناك أعراض خفيفة من الشخصية البارانودية من خلال شعورها بأن الجميع يتحدث عنها وعن وضعها، وأعراض خفيفة من الشخصية النرجسية تتمثل بالأناقة والاهتمام بالمظهر عند الخروج، كذلك أعراض خفيفة من أعراض الشخصية الهازمة للذات تتمثل الخضوع في بعض الأوقات للآخرين.

ولكن ترى الباحثة بأن الحالة تُعاني من أعراض اضطرابات الشخصية السالفة الذكر بسبب الوضع الذي تعيشه، وهناك أعراض من خلال حياتها الواقعية الحالية، علماً بأن اضطراب الشخصية سواء بالدليل التشخيصي الرابع أو الدليل التشخيصي الخامس يتم التشخيص باضطراب الشخصية بناءً على معايير وبناءً على ملازمة تلك الأعراض للحالة منذ البلوغ، وعليه وبناءً على ملاحظات الباحثة وما تم الوصول إليه من خلال المقابلات فالحالة تُعاني من اضطراب في الشخصية البينية.

3- مقياس التدين:

جدول (5.11): نتائج مقياس التدين للحالة الثالثة

التدين الظاهري		التدين الجوهري	
15	المجموع	14	المجموع
29		المجموع الكلي	

حصلت الحالة على مجموع (29) درجة من أصل (54) درجة أي بتقدير فوق متوسط، فالبيئة التي نشأت بها الحالة تتبع العادات والتقاليد، فهي أسرة شرقية من الدرجة الأولى، كذلك متدينة لذا فالحالة لديها تدين مرتفع في حالة الاستقرار بالعلاج سواء الجوهري المتمثل بالضمير أم الظاهري المتمثل بالعبادات، ولكن بسبب المرض يقل التدين، وفيما يلي تحليل لأبعاد المقياس:

حصلت الحالة على (14) درجة من أصل (26) في بعد التدين الجوهري أي بتقدير فوق المتوسط، وهذا ما يظهر بالضمير والخوف من الحلال والحرام، كما حصلت على (15) درجة من أصل (28) درجة في التدين الظاهري أي بتقدير فوق المتوسط.

4- مقياس التوافق الزوجي:

جدول (5.12): نتائج مقياس التوافق الزوجي للحالة الثالثة

م	البعد	المجموع
-1	المودة والرحمة المتبادلة.	24
-2	الرضا والسعادة الزوجية.	17
-3	القدرة على حل الخلافات الزوجية.	16
	المجموع الكلي	57

عند حساب العبارات السلبية والايجابية فقد حصلت الحالة على (57) درجة من أصل (164)، مما يعني أن التوافق الزوجي دون المتوسط، وفيما يلي التحليل للأبعاد كل على حدة:

فقد حصلت الحالة على (24) درجة من أصل (80) درجة في بُعد المودة والرحمة بتقدير دون المتوسط، وهذا إن دل فيدل على أن التقبل والتقدير والاحترام والتضحية والمعاملة الحسنة بين الزوجين دون المتوسط، وهذا ما يظهر في تقليل الحالة من شأن زوجها ووصفه بالشخصية الضعيفة التابعة لأهله، كذلك لا تشعر الحالة تجاهه بأي شيء ولا يُقدم لها أي اهتمام عاطفي.

كما وحصلت على (17) درجة من أصل (52) في بُعد الرضا والسعادة الزوجية بتقدير دون المتوسط، وهذا إن دل فإنما يدل على عدم تقبل الحالة لزوجها، وعدم شعورها بالرضا والسعادة معه، وهذا ما يؤكد المعلومات التي تم الحصول عليها أثناء المقابلات بكونها لم تكن راضية بالزواج منه وكانت تود الزواج بآخر.

وقد حصلت على (16) درجة من أصل (32) درجة في بُعد القدرة على حل الخلافات الزوجية بتقدير متوسط، مما يُدلل على أن الحالة تملك أحياناً القدرة على حل الخلافات الزوجية والتروي قبل إصدار الأحكام، وهذا ما يظهر في تحملها للخلافات التي تبدر من أهل زوجها وعودتها لزوجها إثر الطلقة الأولى.

5- مقياس بيك للاكتئاب:

حصلت الحالة على (39) درجة مما يعني أن لديها اكتئاباً شديداً، فالحالة تميل إلى العزلة، العصبية، فرط النوم، عدم حب حضور المناسبات خاصة الأفراح، البكاء، شعور بالضيق والاختناق، انخفاض الطاقة، فقدان الاهتمام بهوايتها وهي صنع الحلويات، العصبية، محاولات الانتحار.

6- اختبار روتر للتوافق:

- 1- أحب: شخص مُعين بس أبصر يكون لي.
- 2- أسعد الأوقات: فش عندي أوقات سعيدة.
- 3- أريد أن أعرف: مصيري.
- 4- أشعر بالندم: دائماً.
- 5- في البيت: خنقة.
- 6- عندما أذهب لأنام: قلق.
- 7- الشبان: أندال.
- 8- الأحسن: إني أموت.
- 9- يضايقني: تدخلات الآخرين.
- 10- الناس: كلامها كثير.
- 11- الأم: صابرة.
- 12- أشعر: باكتئاب.
- 13- أخاف جداً: من المستقبل.
- 14- في المدرسة: أجمل أيام حياتي.
- 15- لا أستطيع: أخذ قرار.
- 16- أوقات الفراغ: كثيرة كثير.

- 17- عندما كنت طفلة/أو طفل: دلوعة.
- 18- أعصابي: متوترة.
- 19- الناس الآخرون: مش كويسين.
- 20- أعاني: من التوتر.
- 21- فشلت: في الحياة.
- 22- عقلي-تفكيري: مشنت.
- 23- المستقبل: مظلم.
- 24- أحتاج إلى: سفرية وتغيير جو.
- 25- الزواج: مرار.
- 26- أكون في أسعد حالاتي: وأنا بكلم وحدة صاحبيتي صديقة.
- 27- أحياناً: أبكي وما حدش يشوفني.
- 28- يؤلمني: وضعي.
- 29- أكره: حياتي.
- 30- هذه الكلية: - بدلتها الباحثة بالحياة نظراً لأنها لم تتردد على الكلية - مملة.
- 31- أنا في غاية: التعاسة.
- 32- مشكلتي الوحيدة: أخذ قرار مناسب.
- 33- أود أن: أرتبط.
- 34- أبي: بحبه.
- 35- أنا: فاشلة.
- 36- سرا أنا: سري لصاحبيتي.
- 37- همي الأكبر: أولادي.
- 38- معظم البنات: فاشلين.
- 39- أوقات الفراغ: كثير.

40- عندما أكون في جماعة من الأصدقاء: يكون مبسوطه.

بتحليل إجابات الحالة وتقديرها تبعاً للنموذج، فقد حصلت الحالة على (192.6) درجة بالاختبار الكلي من أصل (240) درجة، أي بتقدير شديد، مما يعني أن الحالة تُعاني من سوء التوافق، وفيما يلي تحليل تفصيلي لبعض الجوانب:

أولاً: النموذج الإيجابي:

1- نظرة الفرد لذاته تتسم بالإيجابية من حيث وجود أهداف يسعى المفحوص نحو تحقيقها:

حصلت الحالة على (13) درجة من أصل (18) درجة، مما يُدلل على أن الحالة تُعاني من نظرة سلبية للذات بدرجة فوق المتوسطة، وهذا يُثبت ما تم الوصول إليه في المقابلة من أن تقدير الذات للحالة سلبي، حيث تنعت نفسها بالفشل.

2- العلاقة بالأسرة تتسم بالحب والسعادة:

حصلت الحالة على (16) درجة من أصل (30) درجة، مما يُدلل على أن الحالة تُعاني من علاقة سلبية بالأسرة بتقدير متوسط، وهذا ما يُثبت دقة البيانات التي تم الحصول عليها أثناء المقابلة من أنها تشعر تجاه أسرتها - عائلتها الأب والأم والأخوة بالسعادة - بينما تفتقد الحب والسعادة مع زوجها، بينما بدأت حديثاً تقوى علاقتها بأبنائها.

3- العلاقات الاجتماعية مشبعة ومتوافقة:

حصلت الحالة على (7) درجات من أصل (18) درجة، مما يُدلل على أن الحالة تُعاني من علاقات سلبية بتقدير دون المتوسط، وذلك ما تم الوصول إليه أثناء المقابلات بأن الحالة تلجأ لتعويض حاجتها بملء الفراغ لمواقع التواصل الاجتماعي، بينما أثناء مرورها بنوبة الاكتئاب فهي تلجأ للعزلة.

4- الشعور العام بالسعادة والرضا سواء بالماضي أم بالحاضر أم بالمستقبل:

حصلت الحالة على (13) درجة من أصل (18) درجة، مما يُدلل على أن الشعور العام السلبي تجاه الماضي أو الحاضر أو المستقبل بتقدير فوق المتوسط، فالحالة أثناء المقابلات أبدت سعادتها تجاه طفولتها، ولكن فيما بعد المراهقة بدأت تشعر بالحزن والندم بشكل عام.

5- لا تظهر مشكلات واضحة فيما عدا الشعور بالضيق والخجل أحياناً:

حصلت الحالة على (درجتين) من أصل (12) درجة، مما يُدلل على صحة ما تم الوصول إليه بالمقابلات من أن الحالة تشعر بضيق وضجر تجاه وضعها الحالي والخجل إزاء ذلك لا غير.

ثانياً- النموذج السلبي:

1- نظرة الفرد لذاته تتسم بالسلبية وعدم تقدير الذات:

حصلت الحالة على (25) درجة من أصل (30)، مما يعني أن نظرة الحالة لذاتها سلبية بدرجة شديدة فهي تصف ذاتها بالفشل.

2- العلاقة بالأسرة تظهر فيها المشكلات وخاصة علاقة المجيب بالأب:

حصلت الحالة على (7) درجات من أصل (18) درجة، مما يعني أن العلاقة بالأسرة سلبية بدرجة دون المتوسط كما سبق التوضيح، كذلك الحالة تشعر بالمحبة تجاه والدها وهي مطيعة له ولا تستطيع مخالفتها.

3- العلاقات الاجتماعية تتسم بالشك والتهديد وتوقع الأذى:

حصلت الحالة على (29) درجة من أصل (36) درجة، مما يعني أن علاقات الحالة تتسم بالشك والتهديد وتوقع الأذى بدرجة شديدة، وهذا ما ينطبق على الحياة الواقعية للحالة بعيداً عن العالم الافتراضي في مواقع التواصل الاجتماعي، وخاصة إثر مشكلة أحد أقارب الزوج، حيث أصبحت تخشى الآخرين وتتوقع الأذى منهم.

4- الشعور العام بالحزن الذي لا يستطيع التغلب عليه ولا فهمه، ويظهر الشعور بالندم على ما مضى والحزن على الحاضر والتشاؤم من المستقبل:

حصلت الحالة على (30) درجة من أصل (30) درجة، مما يعني أن شعور الحالة السلبي تجاه الماضي والحاضر والمستقبل بتقدير شديد بشدة، فالحالة نادمة على الزواج وحزينة على وضعها الحالي ولا ترى فائدة بالمستقبل، وهذا ما دفعها للانتحار. تستخلص الباحثة مما سبق بأن الحالة لديها سوء توافق في أكثر من مجال.

وتحليل الباحثة لإجابات الحالة يمكنها أن تخلص للعناصر التالية:

أولاً- الاتجاهات الأسرية:

يبدو أن الحالة لا تتسجم مع عائلتها وتشعر بالاختناق عند تواجدها بالمنزل وهذا ما تبين من خلال إجابة السؤال رقم (5)، كما وتبين أنها كانت تنعم بحياة جيدة وتلبية كافة طلباتها بمرحلة الطفولة وهذا ما أثبتته إجابة السؤال رقم (17)، وأما عن علاقتها بوالديها فأتضح أن هناك علاقة قوية بالأب فقد تبين من خلال المقابلة أنها تحبه وتخشى من غضبه وهذا ما اتضح من خلال إجابة السؤال رقم (34)، وأما عن علاقتها بالأم فوصفتها بالصابرة وهذا ما اتضح من خلال اجابتها عن السؤال رقم (11)، وما يؤكد ذلك ما روته الحالة أنها ورم عنفها تجاه والدتها إلا أنها تستحملها.

ثانياً- اتجاهات اجتماعية وجنسية:

يبدو أن الحالة تشكو من كلام وتدخلات الآخرين وهذا ما ظهر بالإجابة رقم (9)، كما أنها متأزمة من وضعها الحالي وهذا ما أثبتته إجابة رقم (28) فالحالة تشكو من وضعها المجهول فهي ليست بالمطلقة ولا المتزوجة.

كما اتضح بأن الحالة تشكو من الجنس الآخر وتتعتهم بالأندال بالرغم من حاجتها للعيش بقصة حب وهذا ما ظهر بإجابة السؤال رقم (7)، كذلك تشعر بالحالة بالندم كثيراً تجاه كل ما مرت به من ظروف حياتية وهذا ما ظهر بإجابة السؤال رقم (4)، كما وتتعت بني جنسها بالفشل.

ثالثاً- الاتجاهات العامة:

لدى الحالة شعور عام بالحزن والاكتئاب وهذا ما ظهر بإجابة رقم (12) فهي دائمة الحزن على واقعها وما آل بها، وأما عن نظرتها للمدرسة فليها نظرة إيجابية لها وتتعتها بأنها أفضل أيامها وهذا ما ظهر بإجابة رقم (14)، كما أن نظرتها لذاتها سلبية ودائماً ما تتعت نفسها بالتعاسة والفشل وهذا ما ظهر بإجابة كل من السؤالين (31، 35).

رابعاً- سمات الشخصية:

تتميز الحالة بعاطفتها الشديدة المصاحبة للقلق وهذا ما ظهر بإجابة رقم (1)، فرغم أنها قد عاشت قصة عاطفية عبر الانترنت إلا أنها لا تزال قلقة حول مصيرها ومصير تلك العلاقة، وما يؤكد ذلك رغبتها بالزواج وهذا ما أكدته إجابة رقم (33)، فهي ترغب بالارتباط بمن اختارته بنفسها، كما اتضح أنها غير منسجمة بحياتها وهذا ما أكدته إجابة رقم (29)، حيث اتضح أنها تكره حياتها.

كما وتبين شعورها بالتوتر وهذا ما تبين بإجابة رقم (20) فالحالة متوترة بسبب وضعها ومصيرها، كما ويبدو أنها تعاني من كثرة تجارب الفشل التي أدت بها للانتحار وهذا ما اتضح بإجابة كل من السؤالين (31، 35)، كما أن لدى الحالة نوع من الظهور بالقوة أمام الجميع ولكن حينما تجلس لوحدها ينعكس الحال وتتهمر بالبكاء وهذا ما ظهر بإجابة رقم (27)، كما لديها شك بأغلب الناس سوى صديقتها التي تستأمنها على أسرارها وهذا ما ظهر بإجابتها رقم (36).

الخلاصة:

يتضح أن الحالة خلال إجابات الاختبار الاسقاطي أن الحالة لديها مشاكل أسرية واجتماعية ونظرة سلبية للذات، إضافة لكونها ويشكل عام فالحالة تعاني من الحزن، القلق، التفكير بالموت، كلام الناس، عدم القدرة على إتخاذ القرارات، الفراغ، تشتت الأفكار، الحاجة للترويح، وندمها على الزواج، وهذا ما ظهر بإجابات أسئلة كل من (2، 6، 8، 10، 15، 16، 22، 25، 30، 37)

وبعد هذا العرض المفصل حول الحالة يمكن أن تخلص الباحثة إلى ما يلي:

نشأت الحالة تنشئة اجتماعية متذبذبة ما بين التذليل الزائد من ناحية توفير المتطلبات، والتشدد من ناحية فرض القرارات، فكّون الحالة الأنثى الوحيدة بين إخوتها الذكور كان سبباً لتذليل أهلها لها من خلال توفير احتياجاتها، مُقابل ذلك، فالأسرة لم تتخلّ عن طباعها الشرقية عند تزويج الحالة، فقاموا بفرض أحد أقاربها عليها، علماً أنها كانت تود الارتباط بقريبٍ آخر.

كما وتعرضت لعدة عوامل نفسية كالحرمان العاطفي، تحمل المسؤولية مبكراً، التقدير

السلبى للذات، عدم الاحساس بالمرور بتجربة مرحلة المراهقة، بمعنى هناك مرحلة عمرية

ناقصة، عدم قدرة على تحمل الصعاب، عدم القدرة على اتخاذ القرارات، القلق والخوف حول مصيرها المستقبلي، الحساسية الزائدة، الشعور بالقهر والغصة بسبب عدم عمل حفل الزفاف، الانهيار العصبي، العصبية الزائدة، رفضها لمسمى مريضة نفسياً، سهولة الاستثارة والاستفزاز، الشعور بالاغتراب عن الآخرين، قضاء معظم اليوم بالنوم، الإفراط في تناول المنبهات، الضغوط النفسية، الاكتئاب، ضعف القدرة على التحمل، مرورها بفترة لم تتقبل بها أبناءها ولم يقبلوها، الغياب عن الواقع والاندماج بالعالم الافتراضي مواقع التواصل الاجتماعي، الحزن، التعاسة، الفشل، كما أن الحالة لديها سمات شخصية تتمثل بالعاطفة الزائدة والقلقة، عدم الانسجام بالحياة، الفشل، التظاهر بالقوة بوجود الآخرين والعكس صحيح، الشك.

وعلى صعيد الوضع الاجتماعي فالحالة تعاني من عدم إكمال التعليم، التعرض لمحاولة اغتصاب في مرحلة الطفولة، التدخلات التطفلية من قبل أهل الزوج، التعرض لمحاولة إغواء من قبل أحد الأقارب، سوء العلاقات الاجتماعية الواقعية والاندماج بعلاقات التواصل الاجتماعي، الحالة الاجتماعية التي تعيشها لا هي المتزوجة ولا المطلقة، ابتعادها عن أبنائها، رفضها للقيود المفروضة عليها من قبل والدها والتي تتمثل بالعادات والتقاليد، العنف اللفظي والانتقادات اللاذعة من قبل المدرسات، تشدد والدها ومنعها من زيارة صديقاتها منذ الطفولة حتى الآن، والسماح لها باستقبالهم فقط، التعرض للتهديد من قبل أحد أقارب الزوج، حرمانها من حقها بالذهب لأجل بناء منزل لسلفها، اتهامها بأفعال لم يكن لها يد بها، الخلافات مع الوالدين، بسبب اختلاف أفكار الأجيال، عدم تقبلها لفكرة العلاج عند المشايخ، التعرض للانتقاد اللاذع من قبل أخوات الزوج، التنازل عن الحقوق في الطلقة الأولى، تدني عدد الأصدقاء بالواقع، تدخلات وتطفلات الآخرين، حاجة للحب والمساندة، الندم على الماضي.

وأما العوامل الأسرية التي أثرت بها: الانخداع بشخصية الزوج، الشعور بعدم الرضا عن الزواج، إجبارها على الزواج بمن لا ترغب به، ضعف شخصية زوجها مقارنة بإخوته، خضوع زوجها لقرارات أهله، عدم وجود مشاركة باتخاذ القرارات، عدم وجود نقاش في الأمور التي تهم البيت، عدم وجود زيارات أو خروجات مشتركة بينها وبين زوجها، فإما يلازمان المنزل أو كل يخرج على حدة في أغلب الوقت، عدم تقبلها لفكرة الرجوع لزوجها، أو تنازلها عن حقها لأجل الطلاق، كذلك تشعر بالاختناق وعدم انسجام بالأسرة.

وعلى صعيد المستوى الاقتصادي فالأسرة دخلها متوسط، ولكن علاج الحالة خاصة كونها أنثى بحسب قول أهل فلم يقصروا في عرض حالتها على أكثر من طبيب نفسي، فتكاليف العلاج وطلباتها تؤثر على الوضع الاقتصادي للأسرة.

كذلك من خلال المقابلات تبين أنه قد تعددت الوسائل التي استخدمتها الحالة للجوء للانتحار كان أبرزها شفرات حلقة، الزجاج، محاولة طعن نفسها بالسكين، تناول الحبوب، وأما الدلالة النفسية وراء ذلك فتضيف الباحثة بأن المحاولة الأولى كانت إثر شعورها بالاختناق وهي جالسة وحيدة، فهذا دليل على محاولتها لإزاحة الألم الداخلي لألم خارجي وللفت إنتباه المحيط للاهتمام بها، في المحاولة الثانية كانت إثر رفضها العلاج لدى طبيب نفسي، وهذا دليل على التمرد على القرارات التي يتخذها المحيط تجاهها، وفي المحاولة الثالثة كانت إثر رفضها لنصيحة سلفتها بالذهاب لطبيب نفسي، فهذا دليل على رفض تدخلات الآخرين في حياتها ورفض نصيحتهم، وفي المحاولة الرابعة كانت إثر خلافها مع والدها إثر تأخرها واحضارهم شيخاً للبيت لعلاجها، فهنا دلالة للدفاع عن حريتها، وفي المحاولة الخامسة إثر إحضار شيخ للمنزل فهنا دلالة لرفض ما يفرضه الآخرون عليها، وفي المحاولة السادسة إثر مُعاقبة أخوات زوجها لها ومُحاولة الاستهزاء بوضعها فكانت بمثابة دليل على رفض نظرة الآخرين لها، وأما المحاولة السابعة فكانت إثر عدم تحملها خلاف مع صديقتها فكان بمثابة لفت الانتباه، وفي المحاولة الأخيرة كانت إثر خلافها مع والدتها بخصوص العودة لزوجها فكانت بمثابة دليل على رفض التدخل بما يخص حياتها.

كما تبين أنه بحال ازدياد الأعراض المرضية للحالة تقطع الصلاة، وبالتالي يتدنى مستوى الصبر وتشعر بالاختناق ومن ثم تلجأ لمحاولات الانتحار، لكن مع استقرار وضعها وتحسن الظروف تعود للالتزام.

الخلاصة:

تتنوع الأسباب التي دفعت الحالة إلى محاولات الانتحار تتمثل بعوامل التنشئة الاجتماعية، النفسية، الأسرية، الاجتماعية، والاقتصادية.

وأما عن الوسائل والطرائق التي استخدمتها الحالة في محاولتها الانتحار فكانت استخدام الزجاج أو شفرات الحلقة لجرح الوريد، محاولة طعن نفسها بالسكين، تناول الحبوب، وأما عن غايتها من محاولات الانتحار فكانت بمثابة لفت الانتباه من قبل المحيط ورفض القرارات التي تُفرض عليها من قبلهم، كذلك رفضها للتدخل في خصوصياتها وقراراتها، إضافة للدفاع عن حريتها ورفض نظرة الآخرين لها.

التعقيب على نتائج مجموعة البحث:

أولاً- ملخص المقابلات التي أُجريت مع الحالات:

الحالة الأولى تُعاني من شعور بكراهية الحياة وكراهية الناس لها، كما أنها تشعر بتدني تقدير الذات وهذا ما يدفعها للجوء لمحاولات الانتحار، وبحسب ادعائها ففي فترة حياتها المدرسية كانت مضطهدة من قبل المُدرسات ودائماً ما يهملونها ويوكلون لها أعمال النظافة، كما أن إحداهن قد حرمتها من ممارسة هوايتها في كرة الطائرة على حد تعبيرها، كما أن لديها غيرة ممن كنَّ زميلات لها في فترة الدراسة وخاصةً أنهن الآن في مراكز مرموقة وهي لا.

ترعرعت في بيئة غير سوية حيث إن والدها يعمل في تجارة المخدرات، ولها أخ وأخت يُعانون من الإدمان مع العلم أن أباها حاول اغتصابها، مُقابل أخ لها مُتدين وأم متمسكة بالعادات والتقاليد كانوا متشددين تجاهها، مما يعني أن تنشئتها متذبذبة ما بين الانحراف والتمسك بالعادات والتقاليد.

تزوجت بأحد الأقرباء وتخلل هذا الزواج طلقتان، وذلك إثر مشكلات عديدة سواء إدمانه أم مشكلات مع عائلته، إلى أن انتهى بها المطاف للإدمان كوسيلة للنسيان، ومع تزايد تلك المشكلات الأسرية والاجتماعية استسلمت بدورها لرجل آخر حاول تعويضها ما ينقصها سواء من مشاعر أم مادة، ووصل الأمر إلى العلاقة غير الشرعية.

حاولت الانتحار ست مرات كان آخرها ب 2015 علماً أن مُحاولاتها الانتحارية كانت تعقب حدوث المشاكل بينها وبين زوجها وأسرته وأسرته، وكأنها تبتغي وراء ذلك استعطفهم أو إنهاء الخلافات والهروب من المشاكل، وإثر فشل مُحاولاتها تشعر بالندم كونها لم تنجح بالانتحار.

وتصف علاقاتها بالعادية ولا أحد يقوم بزيارتها، كذلك تتساءل: لِمَ جميع من نتعرف عليهم من بني جنسها لا يُكملون علاقتهم بها وينهون العلاقة فوراً رغم أن علاقتها تكون جيدة بهم؟، وأما عن أحلامها فأغلبها نابعة من واقع مشاكلها كمحاولات الأقارب باغتصابها، أو الشجار مع سلفتها، أو الغرق ببحر، أو رؤية قطة سوداء، وكأغلب الحالات ذهبت لأحد المشايخ، ولكن هنا يختلف الأمر ليس لعلاج مرضها، بل كي تقوم بعمل سحر لزوجها بمرافقة من قامت ببناء علاقة معه كي يُطلقها وتتزوج منه، ولكنها لم تفعل لعدم ثقتها به، كما أنها تعترف بكونها لا تُؤدي الفرائض الدينية، وحالياً أمّيتها أن تُحل خلافاتها مع زوجها وتجد منزلاً أكثر أمناً بعيداً عن مشكلات عائلته.

وأما الحالة الثانية فهي تشعر بالوحدة، ولا زالت مُستغربة من طلاقها من زوجها الثاني، وتحلم باكمال تعليمها الذي انسحبت منه إثر خلافها مع والدها بسبب رفضه زواجها ممن كانت تُحب أثناء فترة مراهقتها.

نشأت بأسرة شرقية مُلتزمة بالعادات والتقاليد وكان هذا هو السبب لرفض والدها لمن تقدّم لخطبتها، وبحسب قولها فقد بدأت تفقد الثقة بالآخرين، ابتدأت منذ مراهقتها إثر خلافات مع زميلاتها، تزوجت مرتين وكُلّلت كلاهما بالطلاق بسبب خلافات أُسرية، وحالياً تشعر بالغيرة من صديقاتها المتزوجات وخاصة أن لديهن أبناء وهي لم تستطيع الإنجاب.

حاولت الانتحار أربع مرات، وذلك إثر مشكلات وخلافات أُسرية وعاطفية، وكانت مُحاولاتها كردة فعل لتهميشها أو لإنهاء خلافات قائمة، وتشعر بالندم إزاء تلك المُحاولات خاصة أنها لم تُحقق رغباتها بعد فشل المُحاولة، كما وأنها تُصر على تكرار تلك المحاولات في حال قام أحد من أسرتها باستفزازها.

علاقتها جيدة مع والدتها، وعلى عكس ذلك فهي سلبية مع والدها، وذلك بسبب وقوفه في طريق سعادتها بحسب قولها، كما أن ليس لديها سوى صديقة واحدة لا تزال على اتصال معها حتى الآن، وأغلب أحلامها تتوافق مع أمنياتها بأنها ترتدي المجوهرات والفستان، أو ما يتوافق مع تفكيرها بالانتحار أنها تعرضت للدهس، وأخرى تتوافق مع خيالاتها بأنها تتعرض للاعتداء، وأخرى مع الهلوس التي تُراودها برؤية حية.

تصف نفسها بالتدين المتوسط، وتحلم بأن تجد الشخص الذي يقبل الزواج منها وتُتجب الأبناء، كذلك أن تجد من يفهمها وتفهمه.

وبالنسبة للحالة الثالثة فهي تشكو من كثرة التفكير والبكاء، كذلك لديها حيرة ما بين الطلاق أم الرجوع، وتُعاني من قلق المستقبل في حال طلاقها كيف سيكون حال أبنائها؟ وهل سيقبل شخص آخر الزواج بها أم لا؟.

نشأت تنشئة اجتماعية متذبذبة ما بين التدليل من ناحية تلبية كافة حاجاتها وما بين الشدة بالتقييد عليها بمنعها من زيارة صديقاتها وفرض زوجها عليها.

تعرضت في حياتها لعدة مشكلات أبرزها مُحاولَة الاعتداء عليها من قبل الأقارب، كذلك تشعر بنقص مرحلة المراهقة، وأنها لم تكن جزءاً من حياتها بسبب عدم ممارستها لأعمال المراهقين كالحب ونيل الإعجاب من قبل الشباب سوى أحد الأقرباء الذين لم يكن لها نصيب بالزواج منه وتزوجت بآخر.

حياتها الزوجية ليست مُستقرة بسبب المشكلات من قبل أسرة زوجها وذويه، وبسبب ضعف شخصية زوجها، حالياً هي مُقيمة عند أهلها منذ ست سنوات، وبعيدة عن أبنائها، وبهذه الفترة تعرفت إلى شخص من خلال مواقع التواصل الاجتماعي، ولكن عند اكتشاف الأهل ذلك قاموا بإنهاء المشكلة.

لديها عدة مُحاولات انتحارية وكان أغلبها إثر مشكلات أسرية أو خلافات عائلية، وكانت المحاولات بمثابة تمرد على تدخلات الآخرين في خصوصياتها وفرض الآراء عليها والحد من حريتها، وتصف شعورها إثر تلك المحاولات بالضيق بسبب فشلها.

تصف علاقتها بالمحيط بالعادية، ولديها صديقتان فقط إحداهما تعرفت إليها عبر مواقع التواصل الاجتماعي والأخرى من خلال العلاقات الواقعية، وأما أحلامها فأغلبها من واقع حياتها وتكمن بالمشاكل مع زوجها، والحلم بوجه مُخيف.

رفضت العلاج لدى المُعالجين التقليديين أو المختصين، ولكن في النهاية انتهت باقتناعها بالجوء لطبيب نفسي لحل مشكلتها، وترى نفسها غير متدينة.

تحلم بحياة إيجابية تقوم بها بفعل كل ما تريد بحسب قرارها وليس بحسب قرارات الآخرين، كما وتود السفر والخروج من غزة.

ثانياً: مُلخص الاختبارات والمقاييس:

1- قائمة مراجعة الأعراض SCL - 90: اتفقت الحالات الثلاث بوجود أعراضٍ شديدة بكل من الاكتئاب والعداوة، وبأقي الأعراض تتفاوت درجاتها بينهن، فالشعور بالاكتئاب كان كنتيجة طبيعية لما آلت به ظروفهن، ونظراً لكثرة الضغوط المتراكمة عليهن يقمن بتوجيه تلك الضغوطات بشكل عدائي تجاه الآخرين، وهذا ما يؤكد نظرية فرويد من أن العدوان تجاه الآخرين يتحول لعدوان تجاه الذات، ومن ثم مُحاولة الانتحار.

2- اختبار اضطراب الشخصية لغانم: حصلت الحالات الثلاث على تقديرات مُتفاوتة في أعراض اضطرابات الشخصية، ولكن أغلب تلك الأعراض هي سلوكيات نابعة من مواقف بحياتهن ومن المُحتمل أن تزول بحال تغير ظروف الحياة التي يعشنها، حيث إنه وبحسب الدليل التشخيصي الخامس DSM - 5 فإنه لا يمكن تشخيص اضطراب الشخصية أنه اضطراب إلا بحال بدأه بمرحلة البلوغ عدا اضطراب الشخصية البارانودية يبدأ منذ (15) عاماً،

وعليه تصبح تلك الأعراض اضطرابات سلوكية، وبناءً على ما سبق فإن الحالة الأولى والثانية لا تُعاني من أي اضطرابٍ بالشخصية، بينما الحالة الثالثة اضطراب الشخصية البينية.

3- اختبار التدين: حصلت الحالة الأولى على درجة متدنية بمقياس التدين، وهذا ما يتوافق مع سلوكياتها، بينما الحالة الثانية والثالثة فقد حصلت على تقدير فوق المتوسط، وذلك بحسب التربية التي تلقوها بالبيئة.

4- مقياس التوافق الزوجي: حصلت الحالة الأولى على تقدير متوسط بالتوافق الزوجي، وهذا يؤكد انسجامها بشكل متوسط مع زوجها فهي تتفق معه بالعادات والتقاليد والسلوكيات، وتختلف من ناحية شعورها بالحرمان العاطفي، بينما لم يُطبق اختبار التوافق الزوجي على الحالة الثانية لكونها مُطلقة، فيما حصلت الحالة الثالثة على تقدير دون المتوسط، وهذا ما يُفسر إقامتها عند أهلها منذ ست سنوات.

5- مقياس تعاطي المخدرات: قامت الباحثة بقياسه على الحالة الأولى فقط نظراً لكونها الوحيدة التي تتعاطى المخدرات، واتضح من خلال المقياس بأن الحالة لديها اتجاه شديد نحو التعاطي.

6- مقياس بيك للاكتئاب: حصلت الحالات الثلاث على تقدير شديد بالاكتئاب، وهذا يتفق مع نتيجة قائمة مراجعة الأعراض SCL-90 بأن الاكتئاب شديد لدى ثلاث حالات، وهذا ما يؤكد ما ذكرته الباحثة في الاطار النظري أن الاكتئاب هو الاضطراب الأول الدافع لمحاولات الانتحار.

7- اختبار روتر للتوافق: تُعاني الحالات الثلاث من سوء توافق بأكثر من مجال فردي، اجتماعي، أسري، عدم شعور بالرضا، ووجود مشكلات واضحة، فلو لم يكن الأمر كذلك لما لجأ للانتحار، وهذا ما يؤكد النظريات المُفسرة للانتحار كنظرية الضغط الاجتماعي التي رأت أن التعرض للضغوطات المتعددة يسهم باللجوء للانتحار.

وبعد هذا العرض للحالات الثلاث يمكن للباحثة أن تُجمل نتائج الدراسة فيما يلي: توصلت هذه الدراسة إلى أن التنشئة الاجتماعية المميزة للعينة التي طُبِّقت عليها تتميز بالتذبذب، سواء بين التشدد والانفلات كما في الحالة الأولى، أو الدلال والسلطة بفرض القرارات كما في الحالة الثانية، مما يعني أن الحالات قد نشأت منذ الصغر نشأة سلبية، وهذا ما توصل إليه نعيمة 2012 في دراسته أن المعاملة القاسية للمراهقين سبب في لجوء الحالات للانتحار، كذلك توصلت هذه الدراسة إلى أن الحالات الثلاث أجبرن على الزواج بمن لا يريدن كما في

الحالة الأولى حينما أجبروها على العودة لخطيبها بعد فترة انفصالها عنه، والحالة الثالثة التي فرضوا عليها أحد الأقرباء وكانت تود الارتباط بآخر، أو عدم الزواج بمن تريد كما حدث مع الحالة الثانية وهو أحد الأسباب التي أدت لمحاولات الانتحار.

كما وتوصلت الدراسة إلى أن هناك مجموعة من العوامل النفسية التي ساهمت في لجوء الحالات للانتحار وهي: الحرمان العاطفي، تحمل المسؤولية مبكراً، التقدير السلبي للذات وهذا ما توصلت إليه دراسات كل من أبو صفا (2014)، الغديان (2011)، تفاحة (2010)، وكريم (2003) بأن النظرة السلبية للذات أحد أسباب اللجوء للانتحار، كذلك اتفقت الحالات الثلاث في عدم قدرتها على تحمل الصعاب والقلق والخوف حول مصيرها المستقبلي، وهذا ما توصلت له حميمي (2012) من أن القلق حول المصير المستقبلي وعدم القدرة على التحمل كان له دور باللجوء للانتحار، واشتركت الحالة الأولى والثانية بالشعور بالاضطهاد، وهذا ما توصلت إليه دراسة الشهري (2010) من أن الشعور بالاضطهاد أحد العوامل التي ساهمت في اللجوء للانتحار، واتفقت الحالات الثلاث بالحساسية الزائدة تجاه الآخرين وسهولة الاستنارة والاستفزاز، كما كان الشعور بالاغتراب عن الآخرين والعدوانية تجاههم أحد أسباب لجوء الحالة الأولى والثانية للانتحار، وقد توصلت دراسة نوك وكيسلر (2006) إلى أن العدوانية تجاه الغير أحد أسباب اللجوء للانتحار، كما كان للضغوط النفسية دور في لجوء الحالات الثلاث للانتحار وهذا ما توصلت إليه دراسات كل من الشهري (2010) وخضر (2008) وستيفانيلو وآخرين (2007) وبيوتريز وآخرين (2003) من أن الضغوط النفسية ساهمت في لجوء الحالات للانتحار، وأيضاً اتفقت الحالات الثلاث بوجود زملة من أعراض الاكتئاب النفسي كانت سبباً في لجوئهن للانتحار، وهذا ما توصلت إليه عدة دراسات من بينها دراسة كل من بيلا (2012) فروتشن وآخرين (2013) ولارج وآخرين (2011) وبيراود وآخرين (2009).

وأما العوامل الاجتماعية التي أدت للجوء الحالات الثلاث للانتحار فكانت للأسباب التالية: تدني مستواهم التعليمي، وهذا ما توصلت إليه دراسة مورالز ومارتينز (2010) من أن تدني مستوى التعليم دون (11) سنة كان أحد العوامل المتسببة باللجوء للانتحار، كما وتوصلت دراسة خضر (2008) إلى وجود علاقة عكسية بين التعلم والانتحار، بينما توصلت دراسة جولانت وآخرون (2005) إلى أن التعليم ليس له علاقة باللجوء للانتحار، التعرض لمحاولة اغتصاب أو أكثر، التدخلات التطفلية من أهل الزوج، كما كان للطلاق دور في لجوء الحالات للانتحار فالحالة الأولى طُلق مرتين وباقى لها طفلة واحدة، والحالة الثانية تزوجت مرتين وطُلق منها، وأما الحالة الثالثة فقط طُلق طفلة واحدة، وهذا ما توصلت إليه دراسة زهير

(2008) بأن الطلاق أحد العوامل التي تؤدي للجوء للانتحار، كما أن الابتعاد عن الأبناء كما في الحالتين الأولى والثالثة له دور في اللجوء للانتحار، كما كان لرفض للقيود المفروضة من قبل الأهل والتي تتمثل بالعادات والتقاليد دور في اللجوء للانتحار، وهذا ما توصلت إليه دراسة ميموني (2008) بأن القوانين الصارمة من قبل الآباء على الأبناء تسهم في لجوء الأفراد للانتحار، التعرض للعنف من قبل المدرسات، التعرض للتهديد من قبل أحد أقارب الزوج، اتهامها بأفعال لم يكن لها يد بها، الخلافات مع الأب أو الأم أو كليهما، عدم التقبل لفكرة العلاج عند المشايخ، التعرض للانتقاد اللاذع من قبل أهل الزوج.

كما وهناك عدة عوامل أسرية ساهمت في دفع الحالات لمحاولات الانتحار أبرزها الانخداع بشخصية الزوج، الشعور بعدم الرضا عن الزواج، ضعف شخصية الزوج مقارنة بإخوته، خضوع الزوج لقرارات أهله، عدم وجود مشاركة باتخاذ القرارات، عدم وجود نقاش بالأمور التي تهم البيت وهذا ما توصلت إليه دراسة الغديان (2011) بأن المشكلات الأسرية تؤدي للجوء للانتحار، ودراسة زهير (2008) التي توصلت إلى أن المشكلات الأسرية تسهم باللجوء للانتحار، ودراسة كريم (2003) التي خرجت بأن المشاكل مع الزوج تسهم باللجوء للانتحار.

كما أن الحالات الثلاث اشتركن بكون المستوى الاقتصادي غير كافٍ لتلبية احتياجات الحالات اللازمة، فالحالة الأولى تُنفق كل ما تحصله على شراء العقاقير، والحالتان الثانية والثالثة اشتركت بأن المستوى الاقتصادي متوسط لكنه غير بكاف لتلبية طلباتهن واحتياجاتهن، وهذا ما توصلت إليه دراسات كل من أبو صفا (2014) والغديان (2011) بأن الفقر يسهم باللجوء للانتحار، ودراسة شفيق (2013) أن المشاكل الاقتصادية لها دور باللجوء للانتحار، وتوصلت دراسة سالم (2010) بأن المرور بضائقة مالية كان أعلى نسب أسباب اللجوء للانتحار.

كما ولجأت الحالات لعدة طرائق بمحاولاتها للانتحار تتمثل ب محاولة طعن ذاتها بالسكين، محاولة السقوط من علو، فقد توصلت دراسة الزعبي (2013) بأن القفز من علو كان وسيلة اللجوء للانتحار، جرح الوريد إما بالزجاج أو شفرات الحلاقة، التسمم بابتلاع الأدوية، وهذا ما توصلت إليه دراسة ديسور وآخرون (2011) ودراسة رابيلي وبوتيجا (2005)، محاولة السقوط أسفل السيارات.

أما عن الدلالة النفسية لمحاولات الانتحار، فقد توصلت هذه الدراسة إلى أن الغاية من تلك المحاولات تتمثل بالحاجة للاستعطف والمساندة، والحاجة للتقدير والاهتمام وإثبات

الذات، وهذا ما توصلت إليه دراسة لمين من (2010) أن الغاية من محاولة الانتحار كانت بهدف جذب انتباه المحيط، والهروب من المشكلات، وهذا ما توصلت إليه دراسة لمين (2010) التي وضحت أن اللجوء للانتحار كان بسبب إنهاء حالة الضيق والصراع، مع تبرير التصرفات السلبية، ورفض الانصياع للأوامر، و العناد وفرض الرأي ورفض قرارات الآخرين أو نصائحهم، والدفاع عن الحرية الشخصية ورفض نظرة الآخرين لها.

وتبين أن الحالة الأولى لديها مستوى متدنٍ من التدين، بينما الحالتان الثانية والثالثة فلهيما مستوى متوسط من التدين، مما يعني أن انخفاض درجة التدين له دور في اللجوء للانتحار، وهذا ما توصلت إليه دراسات كل من خضر (2008) أن تدني مستوى التدين في حال الضغوط الحياتية يؤدي إلى اللجوء للانتحار، وتوصلت دراسة كل من الزعبي (2013) والبرزيخي (2009) وكويهارا (2009) إلى أن ضعف الوازع الديني يؤدي للجوء للانتحار.

وتؤكد الباحثة أنه وبعد التشريح النفسي للحالات تبين أن هناك مشكلات عدة ساهمت بدفع هذه الحالات إلى الانتحار وتكاد تتمثل بالتنشئة الاجتماعية المتذبذبة إضافة لعدة مشكلات نفسية سواء على الصعيد طبيعتها الشخصية أم ما اكتسبته بسبب الظروف المحيطة، واجتماعية بفعل المحيط المتمثل بالجوار أو العائلة، وأسرية تتمثل بالخلافات مع الأزواج، واقتصادية بعدم كفاية المال لتلبية الاحتياجات.

وأما عن الوسائل و الطرائق المستخدمة فتتعدد بين محاولة الطعن، محاولة السقوط من علو، محاولة السقوط أسفل السيارة، وجرح الوريد، وابتلاع الأدوية، وذلك بهدف لفت انتباه المحيط وإثبات الذات، ورفض الانصياع لأوامر وتدخلات الآخرين، كما وتراوح مستوى التدين لدى محاولات الانتحار ما بين المتوسط والمتدني.

وبناءً على كل ما سبق ترى الباحثة بأن هذه الدراسة قد تكون بمثابة اللبنة الأولى لدراسات لاحقة، حيث إنها ساهمت ببناء الأسس لدراسة مُحاولي الانتحار وهذا هو هدف الدراسات النوعية الاستكشافية، كما أنها ساهمت في تكوين إطار نظري لفهم الانتحار ومحاولاته من الجوانب كافة، بحيث قامت هذه الدراسة بتشريح مُحاولات الانتحار تشريحاً نفسياً متعمقاً، مع النظر للجوانب الاجتماعية والأسرية والاقتصادية والدينية لإثراء الدراسة ولمحاولة فهم الحالة من الجوانب كافة، مما قد يسهم في فهم أسباب اللجوء للانتحار، وعليه بناء البرامج العلاجية التي تُساهم في لجوء الحالات لطرائق أكثر إيجابية للتأقلم مع الحياة بدلاً من الهروب منها، وترى الباحثة بأن ثقافة المجتمع الفلسطيني نابعة من ثقافة البيئة العربية إلا أن هناك

اختلافات من حيث التعرض للحروب المُتتالية عبر مختلف الأجيال، ولا زال المجتمع الفلسطيني حالياً تحت الحصار، مما يعني أن هناك اختلافات لصالح المجتمع الفلسطيني في بعض الجوانب.

التوصيات والمقترحات: من خلال الإطار النظري والدراسات السابقة، وفي ضوء ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج، فإن الباحثة تُقدّم بعض التوصيات التي من شأنها أن تُفيد القائمين على رعاية المجتمع بشكل عام:

ومن هذه التوصيات:

- 1- عقد دورات تدريبية وورشات العمل حول الانتحار وتوضيح طرائق الوقاية والعلاج.
- 2- إعداد مُختصين في مجال الانتحار بمستشفيات وعيادات ومؤسسات الصحة النفسية.
- 3- توعية الرأي العام بظاهرة الانتحار من خلال وسائل الإعلام المرئية والمسموعة والمقروءة.

البحوث المقترحة:

- 1- الكشف عن الاستعداد للانتحار، وعلاقته ببعض المتغيرات لدى الشباب.
- 2- مدى تأثير المرور بتجربة الانتحار على مُحاولي الانتحار وذويهم.
- 3- دور المؤسسات المجتمعية والدينية للتخفيف من ميول الشباب للانتحار.
- 4- إعداد برنامج علاجي يسهم في زيادة الوعي والتفكير الإيجابي لعلاج المشكلات الحياتية والتأقلم معها بدلاً من اللجوء للانتحار.

المصادر والمراجع

المصادر والمراجع

أولاً - المراجع العربية:

القرآن الكريم.

السنة النبوية.

إبراهيم، عبد الرحمن جمال. (2011م). *إضاءات حول الفصام والاكتئاب*. حلب: شعاع للنشر والعلوم.

أحمد، سهير كامل. (1991م). دراسة حالة لظاهرة الانتحار الناتج عن ذهان الهوس والاكتئاب. *مجلة علم النفس*، ع(18)، 46 - 69.

أحمد، نعمة عبد الكريم. (1992م). *أسس علم النفس*. الإسكندرية: دار الفكر الجامعي.

إستيتية، دلال ملحس، سرحان، عمر موسى. (2012م). *المشكلات الاجتماعية*. عمان: دار وائل للنشر.

إسماعيل؛ عصام، وعبد الستار؛ خالدة، وعبد الباقي؛ حسن (2011م). انتشار السلوك الانتحاري بين طلبة المدارس الثانوية في مدينة الكويت والعوامل المرتبطة به. *مجلة بابل الطبية*، 8(4)، 561 - 568.

إيرثين، ج. (2009م). *دليل الأسرة السعيدة*، (ترجمة فريق الترجمة). القاهرة: دار الفاروق للنشر والتوزيع. (العمل الأصلي نُشر في عام 2002م).

أيوب، عصام كامل. (2012م). *جريمة التحريض على الانتحار دراسة مقارنة*. عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

باتريك، ك، شاري، ج. (2007م). *التغلب على اكتئاب المراهقين دليل الأبوين*، (ترجمة سهى نزيه كركي). الرياض: مكتبة العبيكان. (العمل الأصلي ب. ت).

باطة، آمال عبد السميع. (1998م). *المنهج الاكلينيكي*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

بالدوك، ك. (2005م). *غرس الثقة بالنفس عند الأطفال*، (ترجمة قسم الترجمة بدار الفاروق). دار الفاروق للنشر والتوزيع: القاهرة. (العمل الأصلي ب. ت).

البحيري، عبد الرقيب. (2007م). *الديناميات الوظيفية للشخصية النرجسية*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

البرزيخي، دنيا طيب. (2009م). الانتحار أسبابه - وسائله - دراسة ميدانية. *مجلة كلية الآداب جامعة بغداد العراق*، ع(88)، 543 - 567.

البطش، محمد وليد، وأبو زينة، فريد كامل. (2007م). *مناهج البحث العلمي تصميم البحث والتحليل الإحصائي*. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

ثقافة، جمال السيد. (2010م). السلوك الانتحاري دراسة تشخيصية علاجية. *المجلة العلمية*، ع(1)، 280 - 324.

ثابت، ياسر. (2012م). *شبكة اليائسين الانتحار في العالم العربي*. بيروت: التنوير للطباعة والنشر.

جادو، جمال عبد الحميد. (2012م). احتمالية الانتحار والمعتقدات ما وراء المعرفية لدى طلاب الجامعة وفعالية العلاج ما وراء المعرفي في خفض حدتها. *مجلة الإرشاد النفسي*، ع(31)، 311 - 365.

الجبالي، حمزة. (2005م). *جرائم الأطفال والمُراهقين أسبابها ودوافعها وعلاجها*. عمان: دار الصفاء للنشر والطباعة والتوزيع.

الجبوري، هاشم فارس. (2012م). *حق الإنسان في الحياة ووسائل حمايته في القانون والشريعة*. عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع.

الجلالي، لمعان مصطفى. (2011م). *التحصيل الدراسي*. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

الجوهري، محمد محمود؛ وزيدان، أحمد؛ وبدران، محمود (2011م). *تاريخ التفكير الاجتماعي (الرواد)*. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

الجوهري، محمد، والخريجي، عبد الله. (1995م). طرق البحث الاجتماعي. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

الحجار، بشير إبراهيم، ورضوان، عبد الكريم. (2006م). التوجه نحو التدين لدى طلبة الجامعة الإسلامية بغزة. مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية)، ع(1)، 269 - 289.

حجازي آندي (2012م). الانتحار أعراضه ومسبباته وسبل الحد منه. مجلة الوعي الإسلامي الكويتي، ع(563)، تاريخ الاطلاع 3/ إبريل/ 2016، الموقع www.alwaei.com/site/index.php?cID=1033.

حسن، هبة محمد علي. (2009م). المعاناة الاقتصادية وتقدير الذات وعلاقتها بتصوير الانتحار لدى الشباب الجامعي. مجلة كلية التربية، ع(62)، 155 - 257.

حلمي، محمد عبد القادر. (1948م). الانتحار والمرض العقلي. مجلة علم النفس، 4(1)، 21 - 28.

حلوان، زينة. (2008م). التوظيف النفسي لدى الراشدين الذين قاموا في محاولة الانتحار وابتلاع مواد محرقة دراسة عيادية لتسع حالات (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الجزائر، الجزائر.

الحميري، عبده فرحان. (2012م). تصور الانتحار لدى طلبة الثانوية والجامعة في مدينة ذمار - اليمن. مجلة العلوم الاجتماعية، 40(2)، 81 - 99.

حميمي، عتاب. (2012م). إدراك القلق الشديد وعلاقته بالاكنتاب ومشاعر اليأس لدى شريحة من مُحاولي الانتحار. مجلة معارف، ع(12)، 189 - 199.

الخالدي، عطا الله. (2007م). إرشاد المجموعات الخاصة. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

خضر، فوزة (1429هـ). بعض العوامل الدافعة لانتحار الإناث في مدينة الرياض (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الملك سعود. الرياض: السعودية.

خضور، نزار. (1990م). الاسعاف في عالم الأطفال. طرابلس: دار الشمال للطباعة والنشر والتوزيع.

- خطابي، أحمد، وבו فلفل، إبراهيم. (2008م). مقارنة سوسولوجية للسلوك الانتحاري بالجزائر دراسة تحليلية لإحصائيات الانتحار بالجزائر. *مجلة الدراسات الاجتماعية*، ع(26)، 1 - 57.
- خياط، ماجد محمد. (2010م). *أساسيات البحوث الكمية والنوعية في البحوث الاجتماعية*. عمان: دار الولاية للنشر والتوزيع.
- أبو الخير، الكريم. (2001م). *أساسيات التمريض في الأمراض النفسية والعقلية*. عمان: دار وائل للنشر.
- خير، أوسيمة يوسف، والمديفر، عمر إبراهيم. (2005م). دوافع الشروع بالانتحار وأنواع الاضطرابات النفسية المشخصة لدى الشارعين بالانتحار. *مجلة الطب النفسي العربية*، 16(2)، 161 - 172.
- الدسوقي. مجدي محمد. (2006م). نمذجة العلاقة السببية بين خبرات الإساءة والقلق والاكتئاب وتصور الانتحار لدى عينة من السيدات المعرضات للإساءة. *مجلة العلوم النفسية والتربوية النوعية*، ع(1)، 2 - 58.
- دوركايم، إ. (2010م). *الانتحار*، (ترجمة حسن عودة). دمشق: منشورات الهيئة العامة السورية وزارة الثقافة. (العمل الأصلي نُشر في عام 1897م).
- الديدي، عبد الغني. (1995م). *المراهقة والتحليل النفسي ظواهر المراهقة مشاكلها وخفاياها*. بيروت: دار الفكر اللبناني.
- راصع، إشراق أحمد يحيى؛ وفرج، صفوت أرنست؛ ويونس، فيصل عبد القادر؛ وعبد الله، معتز سيد. (2014م). الضغوط والاكتئاب كمتغيرين منبئين بالتفكير الانتحاري. *دراسات عربية في علم النفس*، 13(1)، 99 - 132.
- الريش، أحمد بن سليمان بن صالح. (2005م). جريمة الانتحار بين الشريعة الإسلامية والقوانين الوضعية. *مجلة كلية الشريعة والقانون بطنطا*، ع(20) الجزء الأول، 547 - 603.
- الرشود، عبد الله بن سعد. (2006م). *الانتحار التشخيص والعلاج*. الرياض: مركز الدراسات والبحوث بجامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

رشيد، شيخي. (ب. ت). قراءة سوسيو دينية لظاهرة الانتحار في الجزائر. دراسات اجتماعية، ع(15)، 105 - 120.

رفعت، محمد. (1992م). الآفات الاجتماعية والأمراض النفسية. بيروت: مؤسسة عز الدين للطباعة والنشر.

أبو ركاب، إسماعيل. (2010م). العوامل المهيئة للانتحار وعلاقتها ببعض المتغيرات. برنامج البحث العلمي والتدريب. جمعية الوداد للتأهيل المجتمعي، غزة.

الريميح، صالح بن رميح. (2009م). مشكلات الأسرة وإقدام الشباب على الانتحار. مجلة جامعة الملك سعود، مج(21)، 194 - 213.

أبو زائدة، حاتم. (2012م). مناهج البحث العلمي. غزة: مركز أبحاث المستقبل.

الزبيدي، علي جاسم. (2009م). سيكولوجيا الكبر والشيخوخة. عمان: دار إثراء للنشر والتوزيع.

الزراد، فيصل محمد خير. (1997م). مشكلات المراهقة والشباب. بيروت: دار النفائس للنشر والتوزيع.

الزعبي، إبراهيم أحمد. (2013م). مشكلة الانتحار في الأردن من وجهة نظر إسلامية ونفسية " دراسة ميدانية ". مؤتمة للبحوث والدراسات، سلسلة العلوم الاجتماعية، 28(5)، 121 - 144.

زهير، بوسنة عبد الوافي. (2008م). التصور الاجتماعي لظاهرة الانتحار لدى الطالب الجامعي - دراسة ميدانية بجامعة بسكرة - (رسالة دكتوراة غير منشورة)، جامعة منتوري قسطنطينة، الجزائر.

الزويبي، ممدوح. (1998م). الانتحار بين المتعة والفلسفة والمعتقدات. بيروت: مؤسسة الإيمان.

الزيود، نادر فهمي. (2007م). الدليل العملي للمرشدين النفسيين والتربويين. عمان: دار الفكر.

سالم، حنان محمد حسن. (2010م). ظاهرة الانتحار في المجتمع المصري دراسة سوسيوولوجية لصحيفة الأهرام في الفترة من عام 2000 حتى عام 2006. مجلة الشرق الأوسط (مركز بحوث الشرق الأوسط بجامعة عين شمس)، ع(26)، 621 - 677.

سالم، سماح. (2012م). *البحث الاجتماعي، الأساليب، المنهج، الإحصاء*. عمّان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

سرحان، وليد؛ والخطيب، جمال؛ وحباشنة، محمد. (2001م). *الاكتئاب*. عمّان: دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.

سكستون، آ. (2004م). *إيذاء الذات التشخيص - الأسباب - العلاج*، (ترجمة وإعداد أ. د. حسن مصطفى عبد المعطي). القاهرة: دار السحاب للنشر والتوزيع. (العمل الأصلي نُشر في عام 2002م).

السُّلْطاني، نازك شطب عمران. (2014م). قياس الميل نحو الانتحار لدى طلاب المرحلة الإعدادية. *مجلة كلية التربية للبنات للعلوم الإنسانية*، ع(14)، 359 - 405.

سهيري، زينب. (2003م). دراسة استطلاعية عن ظاهرة الانتحار والمحاولة الانتحارية. *مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية*، ع(10)، 50 - 70.

سوليفان، ك. (2008م). *الأبناء والتربية المثالية في ظل الضغوط الحياتية*، (ترجمة خالد العامري). القاهرة: دار الفاروق. (العمل الأصلي نُشر في عام 2002م).

سيكولوجية الجنس والنوع. (2009م)، (ترجمة سامح الخفش ومحمد سليط). عمّان: دار الفكر. (العمل الأصلي ب. ت).

الشربيني، مصطفى. (2001م). *الاكتئاب الأسباب والمرض والعلاج*. بيروت: دار النهضة العربية.

شريم، رعدة. (2007م). *سيكولوجية المراهقة*. عمّان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

شعلان، لطيفة. (2011م). الانتحار في إطار الكمالية واليأس والدعم الاجتماعي والمعنى المعرفي للموت نموذج تفاعلي لحالة الروائي والشاعر الأردني المنتحر تيسير سبول. *مجلة كلية التربية - جامعة عين شمس*، ع(35)، الجزء الثاني، 91 - 135.

شفيق، إيهاب محمد. (2013م). *دراسة المتلازمات النفساجتماعية لمحاولة الانتحار منظور ثقافي* (رسالة دكتوراة غير منشورة)، كلية الطب، جامعة عين شمس، مصر.

شهاب، شهرزاد محمد. (2013م). الدور الفعال لمدير المدرسة في تحجيم ظاهرة الاستعداد للانتحار من وجهة نظر الطلبة. مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية، 12(4)، 25 - 54.

الشهري، محمد بن صالح. (2010م). ضعف التدين والقلق والاكتئاب والشعور بالوحدة النفسية منبئات للميول الانتحارية (رسالة دكتوراة غير منشورة)، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، السعودية.

الصريرة، ولاء عبد الفتاح. (2006م). الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والنفسية لضحايا الانتحار في المجتمع الأردني للفترة 1995 - 2004 (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة مؤتة، الأردن.

طافش، محمود. (2008م). الظلم مفهومه أشكاله عواقبه وآثاره المدمرة للنفس والمجتمع. عمان: دار الفرقان للنشر والتوزيع.

الطفيلي، إمتثال زين الدين. (2004م). علم نفس النمو من الطفولة إلى الشيخوخة دراسة تحليلية للسلوك والمعاش الإنساني. بيروت: دار المنهل اللبناني للطباعة والنشر.

العبادسة؛ أنور، وحماد؛ إبراهيم، وأبو يوسف؛ محمد. (2015م). نمو ما بعد الصدمة وأعراض الاضطراب النفسي لدى النازحين في مراكز الإيواء في محافظة خانيونس. كلية التربية، الجامعة الإسلامية.

عباس، فيصل. (1994م). أضواء على المعالجة النفسية بين النظرية والتطبيق. دار الفكر اللبناني: بيروت.

عبد القوي، سامي. (1998م). دراسة في سيكولوجية محاولي الانتحار. مجلة شؤون اجتماعية، ع(27)، 203 - 205.

عبد الله، عريوة. (2009م). طرق الوقاية والعلاج لظاهرة الانتحار في المجتمع الجزائري من منظور الخدمة الاجتماعية الإسلامية دراسة ميدانية بمنطقة الحضنة ولاية المسيلة (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الجزائر، الجزائر.

العرقان، محمد. (ب. ت). اختبار روتر لتكملة الجملة. جامعة عين شمس، كلية الآداب.

- العزة، سعيد. (2004م). *تمرير الصحة النفسية*. عمان: مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- أبو علام، رجاء محمود. (2013م). *مناهج البحث الكمي والنوعي والمختلط*. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- العمر، مَعن خليل. (2005م). *التفكك الاجتماعي*. دمشق: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- العمر، مَعن خليل. (2009م). *عالم ضحايا الإجرام*. عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- العمر، مَعن خليل. (2009م). *علم اجتماع الانحراف*. عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- غانم؛ محمد، ودمرداش؛ عادل، وزينة، مجدي. (2007م). *اختبار اضطرابات الشخصية*.
- الغديان، سليمان بن عبد الرازق. (2011م). *السلوك المنحرف ودوره بالتفكير بالانتحار لدى الأحداث المنحرفين*. دراسات عربية في علم النفس، 10(2)، 391 - 428.
- فايد، حسين علي. (2008م). *صدمة الطفولة البيئشخصية وعلاقتها بخبرات التفكك والتفكير الانتحاري لدى عينة غير إكلينيكية*. دراسات نفسية، 18(4)، 649 - 688.
- فايد، حسين علي. (1998م). *الفروق في الاكتئاب واليأس وتصور الانتحار بين طلبة الجامعة وطالباتها*. دراسات نفسية، 8(1)، 41 - 78.
- فايد، حسين علي. (2001م). *دراسات في الصحة النفسية*. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- فايد، فريد علي. (2006م). *المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين ضغوط الحياة وتصور الانتحار*. دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، 21(2)، 980 - 1020.
- فرج، صفوت. (2005م). *القياس النفسي*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية:.
- فكار، عثمان. (2010م). *ظاهرة الانتحار في الجزائر مسارها وتطورها*. دراسات اجتماعية، ع(2)، 96 - 108.
- فهم، كليز. (2007م). *رعاية الأبناء ضحايا العنف*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

قوننير، د. (2001م). الأسلوب الأمثل في تربية المراهقين، (ترجمة فريق مكتبة جرير).
السعودية: مكتبة جرير. (العمل الأصلي ب. ت).

الكلوت، محمد رفيق. (2016م). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالعزو السببي لدى محاولي
الانتحار في قطاع غزة (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية. غزة.

كراسة تدريب لاختبار الشخصية المُتعدد الأوجه. (2003م). الجامعة الإسلامية، مركز الإرشاد
النفسي.

كريم، ريزان حمه رشيد. (2003م). دراسة إحصائية لأهم العوامل المؤثرة على ظاهرة الانتحار
(رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة السليمانية. اقليم كردستان/ العراق.

لجنة التعريب والترجمة. (2007م). أنواع الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين. غزة:
دار الكتاب الجامعي.

لطفى، طلعت إبراهيم. (1995م). أساليب وأدوات البحث الاجتماعي. القاهرة: دار غريب للنشر
والتوزيع.

لمين، كوروغلي محمد. (2010م). مساهمة في دراسة محاولة الانتحار عند المراهق بعد تعرضه
لصدمة فشل الأسباب واستراتيجيات التكفل النفسي (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة
منتوري قسنطينة، الجزائر.

ليتل، إ، وبيركلتر، ت. (2009م). حديثي مع الآباء دليل إرشاد للمشكلات التي تُورق الآباء
والمراهقين، (إعداد قسم الترجمة بدار الفاروق). الدقي: دار الفاروق للاستشارات الثقافية.
(العمل الأصلي نُشر بتاريخ 2008م).

المتيت، أبو اليزيد على. (1980م). البحث العلمي عن الجريمة. الإسكندرية: مؤسسة شباب
الجامعة للطباعة والنشر.

مجيد، سوسن شاكِر. (2007م). اضطرابات الشخصية أنماطها قياسها. عمّان: دار صفاء للنشر
والتوزيع.

محمد، عبير محمد شعبان. (2004م). مخاطرة الانتحار وعلاقتها بسمات الشخصية وأحداث الحياة الضاغطة (رسالة ماجستير منشورة). في مستخلصات بحوث الماجستير والدكتوراة في جامعات صعيد مصر. (عبد المنعم احمد الدردير 2012م). مج(2)، 97 - 98.

محمود، أيمن. (2008م). مشاهير المنتحرين. الجيزة: دار الفاروق للاستثمارات الثقافية.

مرسي، أبو بكر مرسي محمد. (1998م). إستبيان الاتجاه نحو تعاطي المخدرات. كلية الآداب. جامعة الزقازيق.

مسلم، زهرة ماهود. (2013م). تصور الانتحار وعلاقته بفقدان الأمل لدى طالبات الجامعة. مجلة كلية التربية للبنات. 24 (1). 115 - 144.

مسيلي، رشيد. (2013م). الضغوط النفسية المدركة وعلاقتها بمعاودة المحاولة الانتحارية دراسة مقارنة بين أساليب التعامل ومستوى الشعور بالاكتئاب واليأس. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، ع(13)، 305 - 331.

معجم المعاني، تاريخ الاطلاع 1/مارس/2015، الموقع
//www.almaany.com/ar/dict/ar-ar/انتحار

معمرية، بشير. (2010م). تقنين قائمة أرون بيك الثانية للاكتئاب. مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، ع(25، 26)، 92 - 105.

المغربي، كامل محمد. (2002م). أساليب البحث العلمي في العلوم الإنسانية والاجتماعية. عمان: الدار العلمية للنشر والتوزيع.

المغني في علم السلوك. (2008م)، (ترجمة عبد الرحمن إبراهيم) حلب: شعاع للنشر والتوزيع. (العمل الأصلي ب.ت).

أبو مغيص، عابد عبد الله، والرزاد، فيصل محمد خير. (2008م). الإدمان على المخدرات والكحول والمخدرات والمؤثرات العقلية التشخيص والعلاج. بيروت: اليمامة للنشر والتوزيع.

مليكة، لويس كامل. (1990م). اختبار الشخصية المتعدد الأوجه. القاهرة: جميع الحقوق محفوظة للمؤلف.

منصور، السيد كامل الشرييني. (2011م). الصحة النفسية للعاديين وذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة: دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.

منظمة الصحة العالمية. (2014م). الوقاية من الانتحار ضرورة عالمية. جنيف: المكتب الإقليمي للشرق الأوسط.

المنفلوطي، مصطفى لطفي. (1900م). النظرات. ج 1. بيروت: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

مهدي، عباس. (1900م). الشخصية بين النجاح والفشل. بيروت: دار المناهل للنشر والتوزيع.

أبو موسى، سمية محمد جمعة. (2008م). التوافق الزوجي وعلاقته ببعض سمات الشخصية لدى المعاقين (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الإسلامية، غزة.

موسى، عبد الله إبراهيم. (1995م). المسؤولية الجسدية في الإسلام. بيروت: دار ابن حزم للطباعة والنشر والتوزيع.

ميموني، مصطفى. (2008م). محاولات الانتحار بين فرض الكيان و الهروب من الواقع. إنسانيات. ع(41)، 51-62.

نعيمة، غازلي. (2012م). النسق الأسري وعلاقته بظهور المحاولة الانتحارية لدى المراهق 14 - 17 سنة دراسة مقارنة ل 20 حالة (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة مولود معمري، الجزائر.

هلال، سعد الدين مسعد. (2002م). قضية المسنين الكبار المعاصرة وأحكامهم الخاصة في الفقه الإسلامي دراسة فقهية مقارنة. الكويت: مجلس النشر العلمي بجامعة الكويت.

وازي، طاوس. (2012م). ظاهرة الانتحار بين التفسير الاجتماعي والتشخيص النفسي. دراسات تربوية ونفسية، ع(8)، 62 - 76.

وناس، أمزيان. (2007م). دراسة حالة ناجي من الموت انتحاراً (التشخيص، التكفل، والعلاج). مجلة دراسات، ع(8)، 125 - 155.

- ويليامز، ف، وميشان، م. (2002م). *السلوك الإجرامي النظريات*، (ترجمة عدلي السمرة). الأزابطة: دار المعرفة الجامعية. (العمل الأصلي نُشر بتاريخ 1996م).
- يوكر، ه. (1982م). *النمو النفسي للطفل وعلم النفس الذي يخصصنا*، (ترجمة طاهر مزروع). القاهرة: مكتبة النهضة المصرية. (العمل الأصلي ب. ت).

ثانياً- المراجع الأجنبية:

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Disorders (5th ed)*. American Psychiatric Publishing: Washington, DC.
- Anglemyer, A., Horvath, T. & Rutherford, G. (2014). The accessibility of firearms and risk for suicide and homicide victimization among household members. *Annals of Internal Medicine*, 160, 101-110.
- Badawi, A. Z. (1982). *Dictionary of Social Scences*. Lebanon: Lebanon Library.
- Bakken, K. & Vaglum, P. (2007). Predictors of suicide attempters in substance-dependent patients: a six-year prospective follow-up . *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3(20), Retrieved 20, 2015 from <http://www.cpementalhealth.com/content/3/1/20>
- Batt, A., Bellivier, F., Delatte, B. & Spreux-varoquaux, O. (2005). *autopsy, a research tool for prevention. In Collective Expert Reports [Internet]*. Paris: INSERM. Retrieved November 28, 2015 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7126/>.
- Beautrais, A. (2003). Suicide and serious suicide attempts in youth: A multiple-group comparison study. *The American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1093.
- Bella, M. E. (2012). Comportamientos de riesgo para la salud en niños y adolescentes con intentos de suicidio y en sus familiares [Risk behaviors to health in children and adolescents with suicide attempts and their families]. *Rev Med Chile*, 140, 1417-1424.
- Boeree, G. (2006). Viktor Frankl [1905 -1997]. *In Personality Theories* (pp. 1-14). Shipoensburg University.

- Brezo, J., Paris, J., Hébert, M., Vitaro, F., Tremblay, R. & Turecki, G. (2007). Broad and narrow personality traits as markers of one-time and repeated suicide attempts: A population-based study. *BMC Psychiatry*, 8, 8-15.
- Carpenter, K. M., Hasin, D. S., Allison, D. B., & Faith, M. S. (2000). Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *American journal of public health*, 90(2), 251.
- Cavalcante, F. G., Minayo, M. C. D. S., Meneghel, S. N., Silva, R. M. D., Gutierrez, D. M. D., Conte, M., ... & Vieira, L. J. E. D. S. (2012). Psychological and psychosocial autopsy on suicide among the elderly: a methodological approach. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 2039
- Cerel, J., Jordan, J. R. & Duberstein, P. R. (2008). The impact of suicide on the family. *Crisis*, 29(1), 38-44.
- Colman, A, M. (2009). *Oxford Dictionary Of Psychology*.
- Conner, K. R., Cox, C., Duberstein, P. R., Tian, L., Nisbet, P. A. & Conwell, Y. (2001). Violence, alcohol, and completed suicide: A case-control study. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 1701-1705.
- Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Mackway-Jones, K. & Appleby, L. (2005). Suicide after deliberate self-harm: A 4-Year cohort study. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 297-303.
- Dessauer, B. V., Ortiz, P. F., Hinostroza, T. C., Bataszew, A. V., Velasquez, A. D., Correa, M. P., Caceres, J. M. & Mulet, A. B. (2011). Intento de Suicidio Vía Ingesta de Fármacos en Niños [Suicide attempts secondary to self-inflicted drug poisoning]. *Revista Chilena de Pediatría*, 82(1), 42-48.
- Dumaise, A., Lesage, A. D., Alda, M., Rouleau, G., Dumont, M., Chawky, N., Roy, M., Mann, J. J., Benkelfat, C. & Gustavo Turecki (2005). Risk factors for suicide completion in major depression: A case-control study of impulsive and aggressive behaviors. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 2116-2124.

Encyclopedia of Death and Dying. Autopsy, psychological Retrieved November 28, 2015 from <http://www.deathreference.com/A-Bi/Autopsy-Psychological.html>

Eroglu, M. Z., Karakus, G. & Tamam, L. (2013). Bipolar disorder and suicide. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 26(2), 139-147.

Freuchen, A., Kjelsberg, E., Lundervold, A. J. & Groh, B. (2012). Differences between children and adolescents who commit suicide and their peers: A psychological autopsy of suicide victims compared to accident victims and a community sample. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), Retrieved October 4, 2015 from <http://www.capmh.com/content/6/1/1>.

Gibbons, R. D., Hendricks Brown, C., Hur, K., Marcus, S. M., Bhaumik, D. K., Erkens, J. A., Herings, R. M. C. & Mann J. J. (2007). Early evidence on the effects of regulators' suicidality warnings on SSRI prescriptions and suicide in children and adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 164, 1356-1363.

Hor, K. & Taylor, M. (2010). Suicide and schizophrenia: A systematic review of rates and risk factors. *Journal of Psychopharmacology*, 24(11), 81-90

Hunt, M., Kapur, N., Webb, R., Robinson, J., Burns, J., Shaw, J. & Appleby, L. (2009). Suicide in recently discharged psychiatric patients: a case-control study. *Psychological Medicine*, 39(3), 443-449.

Jollant, F., Bellivier, F., Leboyer, M. & Courtet, P. (2005). Impaired decision making in suicide attempters. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 304-310.

Kizza, D., Knizek, B. L., Kinyanda, E. & Hjelmeland, H. (2012). An escape from agony: A qualitative psychological autopsy study of women's suicide in a post-conflict Northern Uganda. *International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-being*, 7, 18463.

Kraemer, M. (2013). Reactions and coping strategies utilized by social workers following client suicidal behavior. *Master of Social Work Clinical Research Papers*. Paper 213.

- Kurihara, T., Kato, M., Reverger, R. & Tirta, I. G. R. (2009). Risk factors for suicide in Bali: a psychological autopsy study. *BMC Public Health*, 9(327), Retrieved September 18, 2015 from <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/327>.
- Large, M., Sharma, S., Cannon, E., Ryan, C. & Nielssen, O. (2011). Risk factors for suicide within a year of discharge from psychiatric hospital: A systematic meta-analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 619-628.
- Lee, C. S., Chang, J. C. & Cheng, T. A. (2002). Acculturation and suicide: a case-control psychological autopsy study. *Psychological Medicine*, 32(1), 133-141.
- Luoma J. B., Martin C. E. & Pearson J. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 909-916.
- Mahon, M. J., Tobin, J. P., Cusack, D. A., Kelleher, C. & Malone, K. M. (2005). Suicide among regular-duty military personnel: A retrospective case-control study of occupation-specific risk factors for workplace suicide. *The American Journal of Psychiatry*, 162,1688-1696.
- Morales, E. J. M. & Martinez, M. I. G. (2010). Factores de riesgo asociados al suicidio en Nariño (Colombia): estudio de casos y controles [Risk Factors for Suicide in Nariño, Colombia: A Matched Case-Control Study], *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 39(2), 291-312.
- Motto, J. A. & Postrom, A. G. (2001). A Randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatric services*, 52(6), 828-833.
- Nock, M. K. & Kessler, R. C. (2006). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the national comorbidity survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 616-623.
- Novick, D. M., Swartz, H.A. & Frank, E. (2010). Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: a review and meta-analysis of the evidence. *Bipolar Disorders*, 12, 1-9.

- Oquendo, M., A., Ellis, S. P., Greenwald, S., Malone, K. M., Weissman, M.M. & Mann, J. J. (2001). Ethnic and sex differences in suicide rates relative to major depression in the United States. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 1652-1658.
- Perroud, N., Uher, R., Marusic, A., Rietschel, M., Mors, O., Henigsberg, N., Hauser, G. et al. (2009). Suicidal ideation during treatment of depression with escitalopram and nortriptyline in Genome-Based Therapeutic Drugs for Depression (GENDEP): a clinical trial. *BMC Medicine*, 7(60), 1-14.
- Rapeli, C. B. & Botega, N. J. (2005). Clinical profiles of serious suicide attempters consecutively admitted to a university-based hospital: a cluster analysis study]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(4), 285-289. Retrieved December 25, 2015, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000400006&lng=en&tlng=en.
- Redden, L., Pritchett, Y., Robieson, W., Kovacs. X., Garofalo, M., Tracy, K. & Saltarelli, M. (2011). Suicidality and divalproex sodium: analysis of controlled studies in multiple indications. *Annals of General Psychiatry*, 10(1), Retrieved September 10, 2015 from: <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/10/1/1>.
- Rezaeian, M. (2010). Suicide among young Middle Eastern Muslim females. *Crisis*, 31(1), 36-42.
- Robinson, J., Cox, G., Malone, A., Williamson, M., Baldwin, G., Fletcher, K. & O'Brien, M. (2012). A systematic review of school-based interventions aimed at preventing, treating, and responding to suicide-related behavior in young people. *Crisis*, 34(3), 164-182.
- Ruengorn, C., Sanichwankul, K., Niwatananun, W., Mahatnirunkul, S., Pumpaisalchai, W. & Patumanond, J. (2012). Factors related to suicide attempts among individuals with major depressive disorder. *International Journal of General Medicine*, 5, 323-330.
- Abu Safa, E. (2014). *Palestinian women attempted suicide, risks beyond the experience. A descriptive phenomenological* (study Masters Thesis), Palestine: Al Najah National University.

- Shahpesandy, H. & Heeswijk, A. V. (2012). Suicide on the Isle of Wight: A Case-study of 35 Suicides among Mental Health Service Users Between 2006 and 2008. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 29(2), 80-84.
- Stefanello, S., Cais, C. F., Mauro, M. L., Freitas, G. V. & Botega, N. J. (2008). Diferenças entre os sexos nas tentativas de suicídio: resultados iniciais do estudo multicêntrico de intervenção no comportamento suicida (SUPRE-MISS) obtidos em Campinas, Brasil [Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil]. *Revista Brasileira de Psiquiatria [online]*, 30(2), 139-143.
- Tarrier, N., Taylor, K. & Gooding, P. (2008). Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior. *Behavior Modification*, 32(1), 77-108.
- Vaiva, G., Walter, M., Arab, A. S., Courtet, P., Bellivier, F., Demarty, A. L., Duhem, S., Ducrocq, F., Goldstein, P. & Libersa, C. (2011). ALGOS: the development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. *BMC Psychiatry*, 11(1), Retrived September 20, 2015 from <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/11/1>.
- Van Orden, K., Witte, T. & Bender, T. W. (2008). Suicidal Desire and the Capability for Suicide: Tests of the interpersonal– psychological theory of suicidal behavior among adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 72-83.
- Verrotti, A., Cicconetti, A., Scorrano, B., De Berardis, D., Cotellessa, C., Chiarelli, F., & Ferro, F. M. (2008). Epilepsy and suicide: pathogenesis, risk factors, and prevention. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 4(2), P 365 - 370.
- Werlang, B. G. & Botega, N. J. (2003). Entrevista semi-estruturada para autópsia psicológica em casos de suicídio [A semi-structured interview for psychological autopsy in suicide case]. *Revista Brasileira de Psiquiatria [online]*, 25(4), 212-219. ISSN 1809-452X.

Wong, P. W., Chan, W. C., Chen, E. Y., Chan, S. S., Law, Y. & Yip, P. S. (2008). Suicide among adults aged 30–49: A psychological autopsy study in Hong Kong. *BMC Public Health*, 8(147), Retrieved October 20, 2015 from <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/147>.

الملاحق

ملحق رقم: (1)

دراسة الحالة الأولى

معلومات المريض Patient Information

المعلومات الشخصية:

الإسم:	ن. ي	رقم الهوية:	Xxxxxxxxxx
الجنس:	أنثى	الحالة الاجتماعية:	متزوجة + 5
العنوان:	غزة	رقم الهاتف:	Xxxxxxxxxx
المستوى الدراسي:	السابع	المهنة و العمل:	ربة منزل
تاريخ الميلاد:	1982 /x/x	جهة التحويل:	الأهل.
اسم المعالج:	المركز العلاجي:	الغرض من التحويل:	التشخيص والعلاج.
	عيادة غرب غزة للصحة النفسية		

الشكوى الرئيسية Chief Complaint

من المريض:	من المرافق:
بأضل أسب حالي، صرت أكره حالي بهالدنيا، بصحى من النوم بقول ليش أنا	()

صحيته.

التاريخ الحالي Present History

ابتدت الأعراض لديها منذ عام (2012)، حيث ابتدأت تشكو من صداع بالرأس، ولكن الفحوصات الطبية كانت سليمة فتم نصحتها بالذهاب للعيادة النفسية، حيث تبين أن لديها قلق ولا تستطيع النوم سوى ثلاث أو أربع ساعات يومياً بسبب التفكير والكوابيس الليلية، تُعاني من الحكة بكامل جسدها، لديها شعور بكرهية الناس لها وأنها غير متقبلة من الآخرين، لديها اعتقاد بأن الجميع يتحدث عنها، تشعر بتقل بكافة جسدها، اضطراب بالأكل بحيث تفقد الشهية أحياناً وأحياناً أخرى تزداد، دائمة العصبية وتقوم بالتفريغ النفسي بأبنائها، لديها حساسية زائدة خاصة من الانتقادات أو توجيه الأسئلة من قبل أهلها، وقد تبين أنها تتعاطى الأترمال بمعدل حبة يومياً بحسب قولها وقد أصبحت الجرعة يومياً تدريجياً منذ 2001، وحينما تُحاول تركه فوزنها يزداد، كما أنه انتهى بها المطاف لعدد من محاولات الانتحار وذلك بسبب خلافات عائلية.

هذا بدوره قد أثر على حياتها الروحانية فقد كانت تصلي ومنذ بدء الأزمة لديها قطعت الصلاة، كما أثر على الحياة الاجتماعية فلم تعد تحب الاختلاط وولا تنق بأحد، على الناحية التربوية فلم تعد تهتم بالتطريز بسبب تشوش النظر لديها، وأثر على الناحية النفسية من ناحية الحزن والعصبية، والحالة الصحية كضعف النظر وحدث آلام بالرأس والرقبة.

التاريخ السابق Past History

ابتدت الأعراض لديها منذ عام 2004، وذلك في محاولة انتحار إثر خلاف عائلي وتلتها ثلاث محاولات أخرى، وحينما تفاقم الوضع بعد سنوات طوال ذهبت للعلاج بعيادة السويدي لدى الأخصائية النفسية هناك، إلى تم توجيهها للطب النفسي ومن ثم عيادة غرب غزة للصحة النفسية، علماً بأن لديها تاريخ سابق ممثل بالمشاكل العائلية والاجتماعية والنفسية.

التاريخ العائلي Family History

نشأت بأسرة متكونة من الأب والأم وأربعة أخوة وثلاث أخوات، ولديها أخ مُدمن، وقد تزوجت منذ عام 1998، وزوجها يكبرها ب سبع سنوات علماً أنه مُدمن وعنيف تجاهها وتجاه أبنائها، وذلك لأنه مُدمن، وكذلك أسرة زوجها تُتاجر بالمخدرات، ولا يوجد أحد يُعاني من أمراض مزمنة.

علاقتها العائلية بإخوتها وأخواتها تصفها بالعادية فلا يوجد تبادل للزيارات فيما بينهم حتى بالمناسبات، وأما عن علاقتها بزوجها فهي فاترة، ولا تشعر معه بحب أو حنان أو تبادل حتى القليل من المشاعر، فقط كل ما يريده هو العلاقة الخاصة والتي تشعر وكأنها اغتصاب.

التاريخ الاجتماعي Social History

عاشت طفولة مبتدأة بشكل عادي لكن! كان هناك عدد من المشكلات وعلى رأسها المشكلات الاقتصادية، والغيرة ممن هنّ بسنها، والحرمان العاطفي.

وفي الطفولة المتوسطة ابتدأت المشاكل تتفاقم رويداً رويداً، وذلك بسبب المشكلات المدرسية والتي تتضمن ضعف التحصيل الدراسي، ضعف العلاقات الاجتماعية بالمدرسة، كراهية المدرسات لها؛ وذلك من خلال نبذها وإهمالها، وعدم ضمها لفريق كرة الطائرة التي كانت ضمن هواياتها سابقاً، وقد تعرضت للاتهام من قبل المديرية بعدم اهتمامها بنظافة شعرها، كذلك كان هناك تضيق عليها من قبل أخيها وأمها من ناحية الخروج من المنزل أو اللعب مع الأقارب أو الصديقات.

وفي فترة المراهقة قد انسحبت من المدرسة بسبب المشكلات السابق ذكرها، وقد تمت خطبتها لأحد الأقارب، ولكن حينما حاول اغتصابها انفصلت عنه بسبب محاولته الاعتداء عليها، ثم عاودت الارتباط به تحت ضغوط عائلية، وكذلك تعرضت لمحاولة اغتصاب أخرى من قبل أخيها.

ومنذ الزواج حتى الآن وهي تتعرض لمضايقات من قبل أهل الزوج، كما وتقول أنها قد تعرضت لمحاولات اغتصاب من قبل حماها وسلفها، وبعد الحرب الأولى 2008-2009 تعرفت على سائق وقد عوضها عن كل ما ينقصها من حب ومشاعر وهدايا وأموال ورحلات وحتى استئجار بيت لها ولزوجها ع حسابه الخاصة لفترة أشهر، حيث شعرت من خلال ذلك بتغيير حياتها للأفضل بل وتصف تلك المرحلة بكونها أجمل وأفضل سنوات عمرها، حيث إنه قد حاول إغوائها وقد نجح بالفعل بذلك بحيث استمرت علاقتها غير الشرعية ما يقارب الثلاث سنوات ودون علم زوجها حتى أنه حاول مساعدتها بالذهاب لعرافين لعمل عمل ليفصلها عن زوجها، ولكن حدث خلافات بينها وبين زوجها وعائلته حيث إنهم بدأوا يهتموها طبقاً للتغيير الاقتصادي الذي حدث وبسبب تلك المشكلات طُفقت منه مرة ثانية لكنها رجعت مرة أخرى لتستطيع الخروج مع الرجل الآخر حيث إن الطلاق والبقاء مع أهلها كان سيحرمها ذلك، واستمرت علاقتها به إلى أن اكتشف زوجها أمرها لكنها استطاعت التخلص من ذلك، إلى أن تم الاتفاق على أن

تهرب مع ذلك الرجل والسفر، ولكن كُشف الأمر مرة أخرى واستطاعت التخلص من ذلك وحل المشكلة وانتهت العلاقة بسفره.

حالياً تعيش ببيئة تشوبها عدة خلافات واستمرار الشكوك حولها من قِبل أهل الزوج وعدم تصديقهم لها بأي أمر، إلا أنها استطاعت الانضمام لأحدى المؤسسات وتعلم أشياء جديدة لكن هذا لم يسعفها من الشكوك أو وضعها السلبي، وحالياً تعاني من عدم القدرة على استكمال العلاقات الاجتماعية بسبب شعورها بأن الجميع يهاهبها.

فحص الحالة العقلية Mental State Examination

Appearance	مهتمة بمظهرها وملابسها بحيث تتقي ألوان ملائمة ومتناسقة، تستخدم أدوات التجميل بشكل مُلفت وواضح، طولها ووزنها متناسبين، إلا أنها تبدو أكبر من عمرها.	المظهر الخارجي
Behavior	حينما تتحدث عن مشاكلها كانت لا تنظر للباحثة، تجلس بوضع متوتر، وتبكي، ولكن حينما تتحدث عما يسعدها تجلس وتنظر للباحثة وتحرك أيديها بحركات منسجمة مع الحديث، وتبتسم.	السلوك
Mood and Affect	تم سؤال الحالة عن مزاجها، فأجابت حسب الوضع بس أطلع برة بأنبسط وبس أرجع بتتكد. مما يعني أن المزاج حزين، وظهر على الحالة وجدان متذبذب بحسب المواضيع التي يتم التطرق لها.	المزاج و الوجدان

Speech	<p>محتواه جيد وملئم للموضوع، إن كان عن المشكلات فهو قليل، وبصوت منخفض، وسرعة بطيئة، وإن كانت تتحدث عما يُسعدُها فهو كثير، فبصوت متوسط، وسرعة فوق المتوسطة.</p>	الكلام
Cognitive functions	<p>التركيز والانتباه: تم الطلب منها أن تركز بالعملية الحسابية التي يتم إعطائها إياها وهي أن تقوم طرح 7 من 100 وكرر السؤال 4 مرات أخرى بطرح 7 من الناتج النهائي فأجابت بشكل ضعيف فتم استبدال السؤال، بأن تذكر أيام الأسبوع بالعكس فأجاب بشكل صحيح، وهذا ما يدل على أن التركيز متوسط، والانتباه جيد.</p> <p>* الذاكرة:</p> <p>الفورية: تم إعطاء الحالة ثلاث كلمات على أن تردها بنفس اللحظة فأجابت بشكل جيد.</p> <p>القريبة: تم سؤالها عن الثلاث كلمات السابقة بعد 10 دقائق فأجابتها بشكل جيد.</p> <p>الطويلة: تم سؤالها شو تغديتي مباح؟ فأجابت بشكل جيد.</p> <p>البعيدة: تم سؤاله عن مُدرستها بالصف الثاني، فأجابت مش فاكرة، وهذا يعني أنها ضعيفة. وهذا ما يدل أن ذاكرتها جيدة، عدا البعيدة.</p> <p>* التفكير التجريدي:</p> <p>التفكير التجريدي: تم سؤال الحالة عن تفسير المثل القائل (على قد لحافك مد رجلك)، فأجابت: على</p>	<p>الوظائف المعرفية (التركيز والانتباه الذاكرة، التفكير التجريدي، التوجيه).</p>

	<p>قد ما الله معطيك إرضى وعيش، مما يعني أن التفكير التجريدي جيد.</p> <p>التوجه: من خلال المقابلة تم ملاحظة أن الحالة لديها معرفة بالزمان والمكان والأشخاص وهذا يدل أن توجهها جيد.</p>	
Perception	<p>هناك خيالات من خلال رؤيتها لأشخاص يراقبونها وأحياناً تسمع أصوات، ولكن هذا بحالة التعاطي، كذلك لديها هلاوس لمسية وكأن شيئاً ما يسير تحت الجلد.</p>	الإدراك
Thought (content)	<p>تم سؤال الحالة كيف شايقة تفكيرك اليوم؟ فأجابت مضغوطة بالمشاكل إلي بتصير بالبيت ومع الناس.</p>	التفكير (محتوى)
Thought (process)	<p>أفكار منتظمة.</p>	التفكير (مجرى)
Consciousness	<p>جيد.</p>	الوعي
Insight	<p>مستبصرة كلياً.</p>	الاستبصار
Judgment	<p>تم سؤال الحالة شو بتعملي لو شفتي دخنة بالشارع؟ فأجابت: ولا شي بأضل ماشية أنا بدني ال يسعفني، مما يعني عدم قدرتها على الحكم والتمييز.</p>	الحكم و التمييز
Impulse control	<p>عدوانية، ولا تسيطر على ذاتها.</p>	السيطرة على النزعات

التشخيص Diagnosis

التشخيص التفريقي

التشخيص	أعراض متفقة	أعراض متعارضة	يستثنى
			نعم ١ لا
1- اكتئاب جسيم.	مزاج منخفض، فقدان الطاقة، تفكير انتحاري، فقدان الاهتمام بالذات، انخفاض التركيز والتفكير.	لا تُعزى الأعراض لتأثيرات فيزيولوجية مُحدثة بمادة سوء استخدام عقار.	نعم
2- اضطراب ذهاني محدث بمواد.	هلاوس بسبب المخدرات، تدني في الأداء الوظيفي.	لا يحدث الاضطراب حصراً خلال مسار حالة الهذيان.	نعم

التشخيص على المحاور الخمسة DSM IV TR Multi-Axial Diagnosis

المحور الأول	سوء استخدام العقاقير الطبية.	AXIS I
المحور الثاني	بحسب تاريخ الحالة لا يوجد أي اضطراب بالشخصية، لكنها تلجأ للتبرير والاسقاط والنكوص كآليات للدفاع.	AXIS II
المحور الثالث	لا يوجد أمراض جسدية.	AXIS III
المحور الرابع	هناك مشاكل اجتماعية ونفسية وأسرية وبيئية	AXIS IV

		وسكنية.
AXIS V		المحور الخامس التقييم: 28

Function and Impairment الأداء الوظيفي و الإعاقة

28	مستوى الأداء الوظيفي الحالي
40	أفضل مستوى أداء سابق
-	مستوى الإعاقة الحالي
سيء	مستوى نوعية الحياة الحالي
خطورة شديدة تجاه الذات، ومتوسطة تجاه الآخرين	عوامل الخطورة
شديد	إيذاء الذات
متوسط	إيذاء الآخرين
بشكل عام صحتها جيدة.	تدهور الصحة العامة

مُلحق رقم: (2)

دراسة الحالة الثانية

معلومات المريض Patient Information

المعلومات الشخصية

الاسم:	ه. ل	رقم الهوية:	Xxxxxxxxxx
الجنس:	أنثى	الحالة الاجتماعية:	مطلقة
العنوان:	غزة	رقم الهاتف:	Xxxxxxxxxx
تاريخ الميلاد:	1983 /x/x	المستوى الدراسي:	التاسع
جهة التحويل:	الأهل.	المهنة و العمل:	ربة منزل
اسم المعالج:	المركز العلاجي:	التشخيص والعلاج.	عيادة غرب غزة للصحة النفسية

الشكوى الرئيسية Chief Complaint

من المريض:	من المرافق:
بأعصب ودالما بأقاتل، بعرفش أضل بالدار لازم أطلع، وبحلم كوابيس ويزهق،	()

وحاولت أنتحر .

التاريخ الحالي Present History

ابتدت الأعراض لديها منذ وأن كان عمرها (15) عام، بإحداث المشاكل والخلافات مع العائلة وحب الخروج من المنزل، ومحاولة الانتحار، وذلك إثر مرورها بفشل عاطفي، ثم استمرت لعشرة سنوات وتزوجت ولم يستمر الزواج سوى أربعة أشهر وتم الطلاق بسبب تدخلات الأهل، وتطورت الأعراض بحيث ازدادت لديها العصبية، وازداد حب الخروج من المنزل والغياب من يوم إلى ثلاثة أيام، وبدت تحب وضع الماكياج الصارخ، كما وحاولت الانتحار، وحينما تزوجت من آخر وطلّقت بعد ما يقارب الأربع سنوات ازدادت الأعراض السالفة الذكر وحاولت الانتحار من جديد، أصبحت تشعر بكراهية تجاه الحياة، النوم لديها مضطرب تارة قلق وتحلم بالكوابيس الليلية وتارة أخرى النوم فوق المعتاد، عصبية، عدوانية تجاه الأطفال وبخاصة الذكور، تكره الاختلاط بالناس أحياناً وأحياناً أخرى تحب، تحب حضور الحفلات والمناسبات تارة وأخرى تكره ذلك، تحب أخذ النقود وصرفها حتى على أشياء ليست ذات فائدة، كذلك الأكل لديها كثير وبشراهة.

هذا بدوره قد أثر على حياتها الروحانية فقد كانت تصلي ومنذ بدء الأزمة لديها بدأت تارة تصلي وأخرى لا، كما أثر على الحياة الاجتماعية فلم تعد تحب الاختلاط بالأشخاص وولا تثق بأحد، ولم يؤثر على الناحية الترويحية، وأثر على الناحية النفسية من ناحية الحزن والعصبية وحب لفت الأنظار، ولم يؤثر على الناحية الصحية.

التاريخ السابق Past History

ابتدت الأعراض إثر الفشل بعلاقة عاطفية مرة وفشل بالزواج مرتين وحينما تقاوم الوضع بعد سنوات طوال ذهبت للعلاج بالطب النفسي ومن ثم عيادة غرب غزة للصحة النفسية، علماً بأن لديها تاريخ سابق ممتلئ بالمشاكل العائلية والاجتماعية والنفسية.

التاريخ العائلي Family History

نشأت بأسرة متكونة من الأب والأم وستة أخوة وهي الأنثى الوحيدة بينهم، وقد تزوجت وعمرها 25 عام، وطلّقت بعد أربعة شهور بسبب الخلافات العائلية، واستمرت على وضعها عام ونصف، ثم تزوجت بأخر يكبرها كثيراً بالسن، واستمر الزواج لما يقارب الأربع سنوات ثم طلّقت

منه إثر تدخلات أبنائه، وحالياً هي مطلقة.

علاقتها العائلية بإخوتها وأخواتها تصفها بالجيدة، فهم يهتمون بها، إلا أن العلاقة أقوى بالأم حيث إنها مستودع لأسرارها، وبالأخ الأكبر الذي تلجأ له عند حاجتها. لا يوجد شخص آخر بالعائلة لديه مرض نفسي أو أمراض أخرى مزمنة.

التاريخ الاجتماعي Social History

عاشت طفولة مبتدأة بشكل عادي وكبيرة الأطفال ممن هم بسنها.

وفي الطفولة المتوسطة كانت جيدة ومجتهدة بدراستها، كذلك مُعانة لأمها في بعض أعمال المنزل، كذلك علاقتها جيدة مع الأصدقاء والمدرسات والأهل.

وفي فترة المراهقة انخفض مستواها الدراسي للمتوسط، ثم كان لها قصة عاطفية باءت بالفشل بسبب رفض والدها تزويجها منه رغم عدد من المحاولات لخطبتها، وابتدأ لديها شعور بعدم الأمان، ودائمة الخلافات مع والدها، وابتدى لديها شعور بالضياع وعدم الارتياح بالحياة، وحب الخروج من المنزل والشعور بالتوهان.

ثم تم لها الزواج وكانت تشعر ببداية الخطوبة بالارتياح، ولكن عند الزواج ابتدأ الوضع يختلف ولم تحتمل المضايقات وطلبت الطلاق، وشعرت أثر ذلك بالاختناق، نتيجة لوم الجميع لها، وحديثهم عنها.

ثم حُطبت لرجل آخر يكبرها بكثير وشعرت بالأمان معه وتعويض عن حياتها السابقة، حيث إنه لم يعاملها سوء قط، إلا أن تدخلات وعراقيل أبنائه لها لم تسعفها، وطُلق مرة أخرى، وابتدت تشعر بأن الجميع يتحدث عنها، تكره الخروج من المنزل أو الاختلاط بأحد.

حالياً تعيش ببيئة تهتم بها وتحاول مساعدتها، لا أن ذلك ليس بكافٍ لها، فهي تحب الانقياد لمزاجها وقتما يأمرها بالخروج، وتحب لفت انتباه الآخرين من خلال الاهتمام بمظهرها بشكل لافت.

فحص الحالة العقلية Mental State Examination

المظهر	مهتمة بمظهرها وملابسها وتنقي الألوان الملفتة	Appearance
--------	--	------------

	للنظر، تستخدم أدوات التجميل بشكل صارخ جداً، طولها متوسط ووزنها زائد، كما وأنها تبدو أكبر من عمرها بشكل بسيط.	الخارجي
Behavior	تجلس بوضع متوتر تهز أرجلها وواضحة أيديها بين ركبتيها، وتحقق النظر بالباحثة عند التحدث.	السلوك
Mood and Affect	تم سؤال الحالة عن مزاجها اليوم فأجابت زعلانة، مما يعني أن المزاج حزين وكذلك الوجدان.	المزاج و الوجدان
Speech	محتواه جيد وملئم للموضوع، بكمية متوسطة، وبنغمة وسرعة متوسطة.	الكلام
Cognitive functions	<p>التركيز والانتباه: تم الطلب من الحالة أن تطرح 7 من 100 وتكررت العملية 5 مرات بطرح 7 من الناتج مما يعني أن التركيز جيد، والانتباه جيد. * الذاكرة:</p> <p><u>الفورية</u>: تم إعطائها ثلاث كلمات على أن تذكرها بنفس الوقت فذكرتها بشكل جيد، وتم الطلب منها أن تبقى حافظة الثلاث الكلمات لأنه ستسأل عنها بعد عشرة دقائق.</p> <p><u>القريبة</u>: تم سؤالها عن الثلاث كلمات السابقة بعد 10 دقائق فأجابتها بشكل جيد.</p> <p><u>الطويلة</u>: تم سؤالها شو تغديتي مباح؟ فأجابت بشكل جيد.</p> <p><u>البعيدة</u>: تم سؤالها عن مدرستها بالصف الثاني فأجابت نسيت، مما يعني أنها ضعيفة. وهذا ما يدل أن ذاكرتها جيدة، عدا البعيدة. * التفكير التجريدي:</p>	<p>الوظائف المعرفية (التركيز والانتباه الذاكرة، التفكير التجريدي، التوجه).</p>

	<p>تم سؤالها شو يعني عمر الدم ما بيصير مياه فأجابت الأخوة مهما يتقاتلوا بيضلوا لبعض، مما يعني أنه جيد.</p> <p>التوجه: من خلال المقابلة تم ملاحظة أن الحالة لديها معرفة بالزمان والمكان والأشخاص.</p>	
Perception	<p>هناك هلاوس بصرية، بحيث ترى حية أحياناً، وأحياناً أخرى تسمع صوت شخص يأمرها بالخروج. كذلك لديها تخیلات جنسية بأن هناك أكثر من شخص قد اغتصبها.</p>	الإدراك
Thought (content)	<p>تم سؤالها كيف شايفة تفكيرك فأجابت أفكار كثيرة بمستقبلي بحياتي ليش هيك صار معي، مما يعني أن هناك ضغط بالأفكار.</p>	التفكير (محتوى)
Thought (process)	<p>أفكار منتظمة غالباً، وأحياناً أخرى مشتتة.</p>	التفكير (مجرى)
Consciousness	<p>جيد.</p>	الوعي
Insight	<p>مستبصرة كلياً.</p>	الاستبصار
Judgment	<p>تم سؤالها لو شفتي اتنين بيتقاتلوا شو بتعملي؟ فأجابت: بحاول أفزع بيناتهم، مما يعني أنه جيد.</p>	الحكم و التمييز
Impulse control	<p>عدوانية، ولا تسيطر على ذاتها.</p>	السيطرة على النزعات

التشخيص التفريقي

التشخيص	أعراض متفكة	أعراض متعارضة	يستثنى
			نعم لا
1- الفصام العقلي	الهلاوس، تدني الأداء الوظيفي.	أوهام أو كلام غير منتظم مرافق للهلاوس، تدوم الأعراض ل 6 أشهر على الأقل.	نعم
الفصام الوجداني	لا يعزى لتأثيرات فيزيولوجية أو حالة طبية عامة.	النوبة المزاجية لا تحدث مع أعراض الفصام.	

التشخيص على المحاور الخمسة DSM IV TR Multi-Axial Diagnosis

المحور الأول	ثنائي القطب 1.	AXIS I
المحور الثاني	من خلال تاريخ الحالة فالحالة لا تعاني من أي اضطراب بالشخصية	AXIS II
المحور الثالث	لا يوجد أمراض جسدية	AXIS III
المحور الرابع	مشاكل اجتماعية ونفسية وأسرية.	AXIS IV
المحور الخامس	التقييم: 30	AXIS V

الأداء الوظيفي و الإعاقة Function and Impairment

30	مستوى الأداء الوظيفي الحالي
----	-----------------------------

60	أفضل مستوى أداء سابق
-	مستوى الإعاقة الحالي
متوسط	مستوى نوعية الحياة الحالي
خطورة شديدة تجاه الذات، ومتوسطة تجاه الآخرين.	عوامل الخطورة
شديد	إيذاء الذات
متوسط	إيذاء الآخرين
الصحة بشكل عام جيدة.	تدهور الصحة العامة

ملحق رقم: (3)

دراسة الحالة الثالثة

Patient Information معلومات المريض

المعلومات الشخصية

الإسم:	ي. ر	رقم الهوية:	Xxxxxxxxxx
الجنس:	أنثى	الحالة الاجتماعية:	متزوجة
العنوان:	غزة	رقم الهاتف:	Xxxxxxxxxx
تاريخ الميلاد:	1983 /x/x	المستوى الدراسي:	العاشر
جهة التحويل:	الأهل.	الغرض من التحويل:	التشخيص والعلاج.
اسم المعالج:		المركز العلاجي:	عيادة غرب غزة للصحة النفسية

Chief Complaint الشكوى الرئيسية

من المريض:	من المرافق:
حاسة بظغوط، وبخنقة.	()

التاريخ الحالي Present History

ابتدت الأعراض تظهر لديها منذ خمس سنوات حيث بدأ لديها الإحساس بقيود بالضغط النفسية، وذلك إثر التدخلات غير المرغوب بها من قبل أهل الزوج، وأصبحت تعاني من قلة الشهية، زيادة النوم، تتضايق من سماع أي صوت، لا تحب الاختلاط، أحياناً تسرح وتضحك بلا سبب، يُغْمَى عليها تقريباً مرة كل شهر، تحب العزلة، تكره الخروج من المنزل. تراودها أفكار انتحارية دائماً، كما وأنها حاولت الانتحار عدة مرات كان آخرها منذ ما يقارب العام ب 2014، تُعاني من خمول وكسل، كما وأنها تقضي معظم وقتها بغرفتها ولا تحب حضور أي من المناسبات الاجتماعية.

هذا بدوره قد أثر على حياتها الروحانية فقد كانت تصلي ومنذ بدء الأزمة لديها بدأت تارة تصلي وأخرى لا، كما أثر على الحياة الاجتماعية فقد أصبحت تميل للوحدة، والمهنية كانت تقوم بكل مهام المنزل وحالياً لا تعمل شيء، وأثر على الناحية النفسية من ناحية الحزن والعصبية وحب، ولم يؤثر على الناحية الصحية، ومن الناحية الترويحية فكانت تحب صنع الحلويات وحالياً لا.

التاريخ السابق Past History

ابتدت الأعراض إثر المشكلات والتدخلات التي افتعلها أهل الزوج من خلال مضايقتهم لها، علماً أن لديها تاريخ سابق إثر تلك المشكلات فقد ذهبت للعلاج لدى عدة أطباء نفسيين مختصين، علماً أنها كانت رافضة فكرة زيارة طبيب نفسي، كي لا توصف بالمجنونة واختلفت تشخيصات الأطباء ما بين اضطراب الاكتئاب واضطراب الشخصية الحدية، وقد أحضر لها الأهل عدة مشايخ للمنزل وأيضاً رفضت التعامل معهم، إلى أن بدأت تقتنع بفكرة أنه لا بد من وجود أحد ليساعدها وتم تحويلها لعيادة غرب غزة للصحة النفسية من خلال أحد الأطباء.

التاريخ العائلي Family History

نشأت بأسرة متكونة من الأب والأم وأربعة أخوة وهي الأنثى الوحيدة بينهم، علاقتها بأهلها جيدة، ويظهر ذلك من خلال اهتمام الأسرة بها، ودعمهم ومساندتهم لها، وتحمل كل ما يصدر منها من أفعال أو ردود الفعل.

وقد تزوجت عام 2000، وأنجبت ثلاثة أبناء ذكور وإناث، كانت علاقتها بزوجها جيدة بالبداية، إلا أنها بدأت تصبح فاترة ولا يتحدثون سوياً سوى مرة كل أسبوعين كما وأنها قد تأثرت وتغيرت

تبعاً للمشكلات التي بانت تحيط بهم قبل أهله وذويه، وحينما فاقت قدرتها على الاحتمال منذ ما يقارب الست سنوات، عادت لبيت أهلها مرة أخرى وتم الطلاق مقابل التنازل عن حقوقها، وبعد فترة وجيزة رجعت لبيت زوجها بعقد جديد لكنها لم تستحمل الوضع أكثر من أسبوعين تقريباً فعدت لمنزل الأهل وطالبت بالطلاق، إلا أن الزوج رافض حتى الآن تطليقها إلا بعد التنازل عن حقوقها، كما وأنها ترفض التنازل كما بالمرة السابقة.

علاقتها حالياً بأبنائها بدأت تتحسن، وبدأت تتقبلهم ويتقبلونها، حيث إنها كانت خالية من التقبل من قبل الطرفين بسبب وضعها النفسي.

التاريخ الاجتماعي Social History

عاشت طفولة مبتدأة ومتوسطة بشكل جيد وطبيعي.

وفي فترة المراهقة أصبحت تميل للانطواء، وترى أنها لم تعش تلك الفترة بل هي مرحلة ناقصة لديها، لم يكن لها قصص حب كبقية من هم بسنها، حتى وأن أحد الأقارب حينما أعجب بها وتقدم لها رُفض بسبب خلافات بين العائلتين.

ثم تركت المدرسة وهي بالصف الثاني ثانوي بسبب الخطوبة والزواج، ولم يُقم لها مراسم الاحتفال بسبب أحداث الانتفاضة الثانية، واستمرت عند زوجها 9 سنوات متحملة كل المضايقات، إلى أن انتهى بها المطاف بتهديد أحد أقارب الزوج لها بالاعتداء عليها، فهربت لبيت أهلها وتم الطلاق، وعند العودة بعد فترة عاودت الرجوع لأهلها مرة أخرى، و حالياً منذ ست سنوات هي عند أهلها.

حالياً تعيش بيئة جيدة موفرة لها كافة مطالبها، والجميع قائم على رعايتها، وترى أبنائها مرة أسبوعياً تقريباً، كما أنها تجلس على الانترنت بوقت استيقاظها، وبخاصة على مواقع التواصل الاجتماعي.

فحص الحالة العقلية Mental State Examination

Appearance	مهتمة بمظهرها، ملابسها ملائمة وبألوان هادئة، شكلها يبدو كمن هم بعمرها، تضع الماكياج لكن بشكل هاديء.	المظهر الخارجي
------------	---	----------------

Behavior	تجلس بوضع متوتر تهز أرجلها وأيديها ثابتة بين ركبتيها، وإيماءاتها مناسبة لحديثها ونغمتها، تنظر للباحثة غالباً، وأحياناً أخرى تدير رأسها، تضحك وتسخر عند التحدث عن مشكلاتها.	السلوك
Mood and Affect	تم سؤال الحالة كيف شايقة مزاجك اليوم أجابت مكتئبة وكذلك الوجدان يبدو الحزن الخفيف عليها.	المزاج و الوجدان
Speech	محتواه جيد وملئم للموضوع، بكمية قليلة بالبداية ثم بعد بداية الثقة أصبح بشكل مناسب للموضوع، ونغمة وسرعة متوسطة.	الكلام
Cognitive functions	التركيز والانتباه: تم إعطائها عملية حسابية بطرح 7 من 100 بحيث تتكرر العملية 5 مرات بطرح 7 من الناتج، مما يعني أن التركيز جيد، والانتباه جيد. * الذاكرة: الفورية: تم إعطائها ثلاث كلمات على أن تذكرها بنفس الوقت فذكرتها بشكل جيد، وتم الطلب منها أن يبقى حافظة الثلاث الكلمات لأنها ستسأل عنها بعد عشرة دقائق. القريبة: تم سؤالها عن الثلاث كلمات السابقة بعد 10 دقائق فأجابتها بشكل جيد. الطويلة: تم سؤالها شو تغديتي مبارح؟ فأجابت بشكل جيد. البعيدة: تم سؤالها عن مُدرستها أو صديقتها بالصف الثاني فأجابت مش فاكرة، مما يعني أن الذاكرة البعيدة ضعيفة. وهذا ما يدل أن ذاكرتها جيدة، عدا البعيدة.	الوظائف المعرفية (التركيز والانتباه الذاكرة، التفكير التجريدي، التوجيه).

	* التفكير التجريدي: تم سؤالها شو يعني عُمر الدم ما بيصير مياه، فأجابت يعني قد ما يتقاتلوا الأخوة مالهمش غير بعض، مما يُدلل على أنه جيد. التوجه: من خلال المقابلة تم ملاحظة أن الحالة لديها معرفة بالزمان والمكان والأشخاص.	
Perception	لا يوجد هلاوس أو أوهام.	الإدراك
Thought (content)	تم سؤال الحالة كيف شايقة تفكيرك فأجابت: أفكار كثيرة، ومشتتة، عشان مش عارفة وضعي شو حيصير بيه.	التفكير (محتوى)
Thought (process)	أفكار منتظمة وبنفس الموضوع.	التفكير (مجرى)
Consciousness	تفقد الوعي مرة شهرياً.	الوعي
Insight	مستبصرة كلياً.	الاستبصار
Judgment	تم سؤال الحالة شو بتسوي لو لقيتي محفظة بالشارع فأجابت: وأنا مالي، مما يعني أنه سلبي.	الحكم و التمييز
Impulse control	عدوانية، بحالة العصبية أو الاستفزاز.	السيطرة على النزعات

التشخيص التفريقي

التشخيص	أعراض متفقة	أعراض متعارضة	يستثنى
			نعم لا
1- اضطراب	مزاج منخفض، فقدان الاهتمام	انخفاض واضح بالأداء	نعم

الاكتئاب المزمن.	والاستمتاع، خمول وفقدان طاقة، لا تعزى لحالة طبية عامة، فرط النوم.	الاجتماعي والمهني، واستمرار الأعراض لأسبوعين
------------------	---	--

التشخيص على المحاور الخمسة DSM IV TR Multi-Axial Diagnosis

المحور الأول	اضطراب المزاج الدوري.	AXIS I
المحور الثاني	اضطراب الشخصية البينية.	AXIS II
المحور الثالث	لا يوجد أمراض جسدية	AXIS III
المحور الرابع	مشاكل اجتماعية ونفسية وأسرية.	AXIS IV
المحور الخامس	التقييم: 50	AXIS V

الأداء الوظيفي و الإعاقة Function and Impairment

50	مستوى الأداء الوظيفي الحالي
75	أفضل مستوى أداء سابق
-	مستوى الإعاقة الحالي
متوسط	مستوى نوعية الحياة الحالي
خطورة شديدة تجاه الذات، ومتوسطة تجاه الآخرين	عوامل الخطورة
فوق المتوسط.	إيذاء الذات

دون المتوسط.	ايداء الآخرين
بشكل عام جيدة.	تدهور الصحة العامة

مُلحق رقم (4)

أسئلة المقابلة المنظمة

- ما أكثر مشكلة تعانيين منها؟
- 2- ما أكثر المواقف التي مررت بها وأثرت بك ولا زالت عالقة في ذهنك؟
- 3- كم عدد محاولاتك للانتحار؟ وما الظروف التي دفعتك لذلك؟ وكيف ومتى تم التنفيذ؟
- 4- صفي لي شعورك بعد محاولاتك للانتحار؟
- 5- كيف تصفين علاقاتك بالمحيط؟
- 6- ما أكثر الأحلام التي تراودك أثناء النوم؟
- 7- هل حدث وأن ذهبت لمعالجين تقليديين؟ وما السبب؟ وما هي النتيجة؟
- 8- هل تعتبرين نفسك متدنية؟
- 9- ما هي أمنياتك التي قد تجعلك تتركين فكرة الانتحار؟

ملحق رقم: (5)

SCL- 90-R

.....التعليم	.....الجنس	.....الاسم
.....التاريخ	.....العمر	.....الحالة الاجتماعية

التعليمات:

فيما يلي قائمة بالمشاكل والشكاوي التي يُعاني منها عامة الناس اقرأ كل عبارة بدقة، وبعد التأكد من درجة انطباق العبارة عليك، أرجو أن تضع دائرة حول أحد الأرقام الموجودة يسار السؤال والتي تصف معاناتك أحسن وصف، إلى أي مدى تنطبق عليك هذه المشكلة خلال الأسبوع الماضي حتى اليوم؟، ضع دائرة واحدة فقط على أحد الأرقام بعد كل مشكلة مع عدم إغفال الإجابة عن أي عبارة، وإذا غيرت رأيك في الاستجابة، امسح الدائرة الأولى تماماً وضعها حول الرقم المناسب.

م	العبارة	مطلقاً	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً
-1	الصداع.	0	1	2	3	4
-2	سرعة الانفعال أو الاستثارة أو الاضطراب الداخلي.	0	1	2	3	4
-3	وجود أفكار أو خواطر أو ألفاظ غير مرغوب فيها لا تفارق بالك.	0	1	2	3	4
-4	الشعور بالإعياء أو الإغماء أو الدوخة.	0	1	2	3	4
-5	فقدان الاهتمام الجنسي أو اللذة الجنسية.	0	1	2	3	4
-6	الشعور بالحساسية تجاه الآخرين.	0	1	2	3	4
-7	الاعتقاد بأن شخصاً ما يستطيع السيطرة على أفكارك.	0	1	2	3	4
-8	إلقاء اللوم على الآخرين في معظم متاعبك.	0	1	2	3	4

4	3	2	1	0	الصعوبة في تذكر الأشياء.	-9
4	3	2	1	0	الانشغال الزائد فيما يتعلق بالفذارة وبالإهمال.	-10
4	3	2	1	0	الشعور بسرعة المضايقة والاستثارة.	-11
4	3	2	1	0	الإحساس بآلام في القلب أو الصدر.	-12
4	3	2	1	0	الشعور بالخوف بالأماكن المفتوحة أو الشوارع.	-13
4	3	2	1	0	الشعور بالخمول أو قلة النشاط.	-14
4	3	2	1	0	التفكير في إنهاء حياتك.	-15
4	3	2	1	0	سماع أصوات لا يسمعها الآخرون.	-16
4	3	2	1	0	رعشة بالجسم.	-17
4	3	2	1	0	الشعور بعدم الثقة في معظم الناس.	-18
4	3	2	1	0	ضعف الشهية للطعام.	-19
4	3	2	1	0	البكاء بسهولة.	-20
4	3	2	1	0	الشعور بالخل أو الاضطراب مع الجنس الآخر.	-21
4	3	2	1	0	الشعور بأنك محبوس أو مُقيد الحركة.	-22
4	3	2	1	0	رُعب مُفاجئ دون سبب.	-23
4	3	2	1	0	ثورات مزاجية لا يُمكنك السيطرة عليها.	-24
4	3	2	1	0	الشعور بالخوف من أن تخرج من المنزل بمفردك.	-25
4	3	2	1	0	لوم نفسك على الأحداث التي تمر بك.	-26
4	3	2	1	0	الإحساس بآلام أسفل الظهر.	-27
4	3	2	1	0	عدم القدرة على إتمام أعمالك.	-28
4	3	2	1	0	الإحساس بالوحدة.	-29
4	3	2	1	0	الإحساس بالانقباض.	-30
4	3	2	1	0	القلق على الأشياء بصورة مُبالغ فيها.	-31

4	3	2	1	0	الشعور بعدم الاهتمام بما حولك.	-32
4	3	2	1	0	الشعور بالخوف.	-33
4	3	2	1	0	الإحساس بأن مشاعرك يُمكن أن تُجرح بسهولة.	-34
4	3	2	1	0	الاعتقاد بأن الآخرين يطلعون على أفكارك الخاصة.	-35
4	3	2	1	0	الشعور بأن الآخرين لا يفهمونك أو لا يتعاطفون معك.	-36
4	3	2	1	0	الشعور بعدم صداقة الناس لك أو أنهم لا يحبونك.	-37
4	3	2	1	0	الاضطرار إلى أداء أعمالك ببطء شديد حتى تتأكد من دقتها.	-38
4	3	2	1	0	الإحساس بضربات القلب وزيادة سرعتها.	-39
4	3	2	1	0	الإحساس بالغثيان واضطراب المعدة.	-40
4	3	2	1	0	الإحساس بأنك أقل من الآخرين (الشعور بالنقص).	-41
4	3	2	1	0	الشعور بالألم في العضلات.	-42
4	3	2	1	0	الشعور بأن الآخرين يراقبونك أو يتحدثون عنك.	-43
4	3	2	1	0	صعوبة الاستغراق في النوم.	-44
4	3	2	1	0	الاضطرار إلى إعادة التأكد من أفعالك (تعيد وتزيد).	-45
4	3	2	1	0	صعوبة إتخاذ القرارات.	-46
4	3	2	1	0	الشعور بالخوف عند السفر بالقطارات أو الأوتوبيسات.	-47
4	3	2	1	0	الصعوبة في التقاط أنفاسك.	-48
4	3	2	1	0	الإحساس بنوبات من البرودة أو السخونة في جسمك.	-49
4	3	2	1	0	الاضطرار إلى تجنب أشياء أو أفعال أو أماكن معينة لأنها تُسبب لك الإحساس بالخوف.	-50
4	3	2	1	0	الإحساس بأن ذهنك خالٍ من الأفكار.	-51
4	3	2	1	0	تنميل أو شكشكة في أجزاء من جسمك.	-52

4	3	2	1	0	الإحساس بأن شيئاً يقف في زورك (يسد زورك) .	-53
4	3	2	1	0	الإحساس باليأس من المستقبل.	-54
4	3	2	1	0	صعوبة في التركيز.	-55
4	3	2	1	0	الشعور في ضعف في أجزاء من جسمك.	-56
4	3	2	1	0	الشعور بالتوتر أو أنك مشدود داخلياً.	-57
4	3	2	1	0	الشعور بثقل في ذراعيك أو رجلك.	-58
4	3	2	1	0	التفكير في الموت.	-59
4	3	2	1	0	الإفراط في تناول الطعام.	-60
4	3	2	1	0	الشعور بالاضطرابات والضيق عندما يتحدث الناس عنك أو يراقبونك.	-61
4	3	2	1	0	الشعور بأن أفكارك ليست من صنعك.	-62
4	3	2	1	0	الإحساس بدافع مُلح لأن تضرب أو تجرح أو تؤذي شخص مُعيّن.	-63
4	3	2	1	0	الاستيقاظ من النوم في الساعات المبكرة من الصباح.	-64
4	3	2	1	0	الاضطرار إلى تكرار نفس الأفعال كاللمس والعد والغسيل.	-65
4	3	2	1	0	نوم مضطرب أو غير مُريح.	-66
4	3	2	1	0	الشعور بدافع مُلح لتكسير أو تخريب الأشياء.	-67
4	3	2	1	0	وجود أفكار أو معتقدات لديك لا يشاركك فيها الآخرون.	-68
4	3	2	1	0	الإحساس بالخجل والهيبة في وجود الآخرين.	-69
4	3	2	1	0	الشعور بضيق في الأماكن المزدحمة كالأسواق والسينما.	-70
4	3	2	1	0	الشعور بأن كل شيء عناء في عناء (الدنيا تعب في	-71

					تعب).	
4	3	2	1	0	نوبات من الفزع أو الذعر دون سبب معقول.	-72
4	3	2	1	0	الإحساس بالضيق عند تناول طعام أو شراب في مكان عام.	-73
4	3	2	1	0	الدخول في كثير من الجدل والمناقشات.	-74
4	3	2	1	0	الشعور بالتوتر عندما تكون بمفردك.	-75
4	3	2	1	0	الشعور بأن الآخرين لا يُعطونك ما تستحق من ثناء وتقدير على أعمالك وإنجازاتك.	-76
4	3	2	1	0	الشعور بالوحدة حتى في وجود الآخرين.	-77
4	3	2	1	0	الشعور بعدم الاستقرار أو لدرجة لا تُمكنك من الجلوس هادئاً في مكان.	-78
4	3	2	1	0	الشعور بأنك عديم الأهمية.	-79
4	3	2	1	0	الشعور بأن الأشياء المألوفة تبدو غريبة أو غير حقيقية.	-80
4	3	2	1	0	نوبات من الصراخ وقذف الأشياء.	-81
4	3	2	1	0	الشعور بالخوف من الإغماء في الأماكن العامة.	-82
4	3	2	1	0	الإحساس بأن الناس سوف يأخذون فرصتك لو مكنتهم من ذلك.	-83
4	3	2	1	0	أفكاراً عن الجنس تُسبب لك اضطراباً شديداً.	-84
4	3	2	1	0	أفكار تسيطر عليك بأنك لا بد أن تُعاقب على ذنوبك.	-85
4	3	2	1	0	الاعتقاد بأنك مدفوع لعمل أشياء مُعينة.	-86
4	3	2	1	0	الاعتقاد بأن هناك شيئاً خطيراً قد حل بجسمك.	-87
4	3	2	1	0	عدم الشعور بأنك قريب من أي إنسان آخر.	-88
4	3	2	1	0	الشعور بالذنب.	-89

4	3	2	1	0	90- الاعتقاد بأن هناك تغييراً غريباً قد طرأ على أفكارك.
---	---	---	---	---	---

نموذج تصحيح قائمة الأعراض المعدلة

SCL-90-R

الاسم..... العمر.....

3- الحساسية التفاعلية.		2- الوسواس القهري.		1- الأعراض الجسمية.	
الدرجة	العبارة	الدرجة	العبارة	الدرجة	العبارة
	-6		-3		-1
	-21		-9		-4
	-34		-10		-12
	-36		-28		-27
	-37		-38		-40
	-41		-45		-42
	-61		-46		-48
	-69		-51		-49
	-73		-55		-52
			-65		-53
					-56
					-58
	مجموع درجات العبارات/ 9.		مجموع درجات العبارات/ 10.		مجموع درجات العبارات/ 12.
6- العداوة.		5- الفلق.		4- الاكتئاب.	
	-11		-2		-5
	-24		-17		-14
	-63		-23		-15
	-67		-33		-20
	-74		-39		-22
	-81		-57		-26
			-72		-29
			-78		-30
			-80		-31

			-86		-32 -54 -71 -79 مجموع درجات العبارات/ .13
	مجموع درجات العبارات/ 6.		مجموع درجات العبارات/ .10		
	الذهانية.		البارانويا التخيلية		7- قلق الخواف.
	-7 -16 -35 -62 -77 -84 -85 -87 -88 -90 مجموع درجات العبارات/ 10.		-8 -18 -43 -68 -76 -83 مجموع درجات العبارات/ .6		-13 -25 -47 -50 -70 -75 -82 مجموع درجات العبارات/ .7
		المجموع	الأعراض		العبارات الإضافية
			الجسمانية.		-19
			الوسواس القهري.		-44
			الحساسية التفاعلية.		-59
			الاكتئاب.		-60
			القلق.		-64
			العداوة.		-66
			قلق الخواف.		-89
			البارانويا التخيلية.		
			الذهانية.		
			إضافية.		مجموع درجات العبارات/ 7

الدرجة الإجمالية



ملحق رقم: (6)

اختبار اضطرابات الشخصية

التعليمات:

فيما يلي مجموعة من العبارات أمام كل عبارة كلمة " نعم " - " لا "، الرجاء قراءة كل عبارة جيداً وتحديد إجابتك بوضع علامة (X) أمام الإجابة التي تنطبق عليك في الغالب.

- من فضلك لا تترك أي عبارة بدون إجابة.
- لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة.

م	العبارة	نعم	لا
-1	لا بدّ أن أكون يقظاً حتى لا أتعرض للإيذاء من قبل الآخرين.		
-2	أتشكك في ولاء الأصدقاء.		
-3	كثيراً ما أفهم المعاني الخفية فيما يقوله الناس أو يفعلونه.		
-4	ليس من السهولة أن أغفر لمن أساءوا إليّ.		
-5	لا أفضي بأسراري للآخرين حتى لا تُستغل ضدي.		
-6	من الأفضل ألا يعرف الآخرون معلومات عني.		
-7	إذا أهانني شخص أغضب بسرعة وأرد الإهانة.		
-8	لا بدّ أن أكون منتبهاً حتى لا أُستغل من قبل الآخرين.		
-9	كثيراً ما أتشكك في أن الآخرين يتحدثون عني.		
-10	أرتب أشيائي بطريقة تحمل معنى خاص بي.		
-11	تحدث أن تحدث الأشياء بمجرد أن أفكر بها.		
-12	كثيراً ما يتغير وجهي يتغير في المرأة.		
-13	أشعر بالانزعاج في المواقف التي يوجد بها أشخاص لا أعرفهم.		
-14	نادراً ما أظهر انفعالاتي للآخرين.		
-15	الآخرون يُدركون مشاعري بدون أن أفصح عنها.		
-16	أستطيع الاتصال بالغير عن طريق الأفكار أو الحاسة السادسة.		

		لا أحب أن أوثق علاقاتي بالآخرين.	-17
		لا أشعر بالانتماء لأي شيء.	-18
		لا أستمتع بأي علاقة اجتماعية مع الآخرين.	-19
		لا أشعر بالمتعة في ممارسة أي نشاط.	-20
		ليس لدي أصدقاء مقربون.	-21
		لا أهتم بمدح الآخرين لي.	-22
		أبدو أمام الآخرين بارداً إنفعالياً.	-23
		لا أهتم بدم الآخرين لي.	-24
		نادراً ما أخطط للمستقبل.	-25
		أفضل في الوفاء بالتزاماتي المالية.	-26
		دائماً ما أجد المبررات لسلوكي العنيف تجاه الغير.	-27
		لا مانع من أن أكذب حتى أحقق منفعة شخصية لي.	-28
		كثيراً ما أتشاجر مع الآخرين.	-29
		أجد صعوبة في الالتزام بالقوانين.	-30
		نادراً ما أشعر بالندم.	-31
		أواجه فشلاً مستمراً في العمل.	-32
		أنا متقلب المزاج.	-33
		حين أغضب أفقد السيطرة على نفسي.	-34
		أشعر بالملل والفراغ.	-35
		أشعر بالفزع لمجرد أن شخصاً يهمني على وشك أن يفارقني.	-36
		كثيراً ما أندفع للقيام بأعمال معينة.	-37
		علاقاتي الشخصية بالآخرين متقلبة.	-38
		كثيراً ما أهدد بأن أؤذي نفسي.	-39
		تختلف شخصيتي من موقف إلى آخر.	-40
		لا أشعر بالارتياح إن لم أكن موضع اهتمام الآخرين.	-41

		انفعالاتي سطحية ومتقلبة.	-42
		أحب الحديث في العموميات دون الدخول في التفاصيل.	-43
		كثيراً ما ألجأ للتحويل حين أتحدث عن نفسي.	-44
		أحرص دائماً أن يكون مظهري ملفتاً للأنظار.	-45
		كثيراً ما أتأثر بآراء وأفكار الآخرين.	-46
		أبالغ في التعبير عن انفعالاتي.	-47
		لا أطيق الانتظار لكي أحصل على ما أريد.	-48
		أنا حساس جداً لآراء الآخرين في.	-49
		أحياناً ألجأ إلى نفاق الآخرين حتى أحصل على ما أريد.	-50
		أعتقد أن الآخرين يغارون مني.	-51
		لا أختلط إلا بالشخصيات المعروفة والمهمة.	-52
		كثيراً ما أحسد غيري على مواهبه.	-53
		أبالغ في وصف إنجازاتي ومواهيبي.	-54
		أتوقع دوماً أن ألقى معاملة خاصة من الآخرين.	-55
		دائماً ما أنشغل بأحلام النجاح الذي لا يعرف حدوداً.	-56
		أنشغل دوماً بالتفاصيل الصغيرة عند مناقشة أي موضوع.	-57
		أسعى إلى الكمال في كل عمالي.	-58
		لا أهتم بممارسة الأنشطة الاجتماعية أو الهوايات.	-59
		لا أتهاون في أي أمر يتعلق بالأخلاق.	-60
		أجد صعوبة في التخلص من " الكراكيب " أو الأشياء عديمة القيمة.	-61
		من الصعب أن أجعل شخصاً آخر يقوم بعملتي.	-62
		من المهم أن تدخر نقوداً تحسباً لتقلبات المستقبل.	-63
		لا أنشغل إلا بتجويد عملي.	-64
		أي نقد أو عدم استحسان لي يؤدي إلى جرح مشاعري.	-65

		ليس لدي أشخاص حميمون ائتمنهم على أسراري.	-66
		إذا تأكدت أن الآخرين سيحبونني أقيم معهم علاقة.	-67
		أتجنب أي أنشطة اجتماعية تتطلب الاحتكاك بالآخرين.	-68
		لا أقبل الأعمال أو المهام التي يتم التعامل من خلالها مع الجمهور.	-69
		أخشى أن يلاحظ الآخرون انفعالاتي.	-70
		قد أبالغ في الأخطار التي ستواجهني في عملي مستقبلاً.	-71
		متحفظ في علاقاتي مع الآخرين.	-72
		أجد صعوبة في اتخاذ القرارات كالأخرين.	-73
		ألجأ إلى أخذ المشورة والنصيحة من الآخرين.	-74
		كثيراً ما أعتد على الآخرين في تصريف بعض أموري الشخصية.	-75
		لا أجاهر الآخرين بالاختلاف معهم خشية من إثارة غضبهم.	-76
		أشعر بالعجز عندما أكون وحيداً.	-77
		أبحث دوماً عن علاقة وثيقة مع شخص آخر يُساندني.	-78
		أجد صعوبة في المبادأة بعمل أفعلي جديد بمفردي.	-79
		أنشغل دوماً بأن يهجرني من وثقت به.	-80
		كثيراً ما أتلکأ في إنجاز الأعمال في الوقت الذي يطلبه الآخرون.	-81
		أتعمد البطء في العمل إذا كنت في قرارة نفسي لا أريد القيام به.	-82
		نادراً ما أحترم رؤسائي (أو أي رمز سلطة).	-83
		أؤدي أعمالي بصورة أفضل مما يعتقد الآخرون.	-84
		لا أقبل الاقتراحات التي يقدمها الآخرون لي لتحسين أدائي.	-85
		كثيراً ما أدعي النسيان لعدم قيامي بأعمال معينة.	-86
		أجادل عندما يُطلب مني شيء لا أريد فعله.	-87
		أنا دائم الامتعاض والسخط.	-88
		أشعر بالحزن والتعاسة لدرجة لا تُحتمل.	-89

		90- أشعر باليأس وفقدان الأمل من المستقبل.
		91- أشعر بأنني تافه وسيء للغاية.
		92- شهيتي للطعام سيئة.
		93- أستيقظ مرهقاً في الصباح.
		94- تُراودني أفكار للتخلص من نفسي.
		95- أشعر بأن شيئاً سيحدث لي.
		96- فقدت اهتمامي بالآخرين.
		97- معظم الأشخاص الذين وثقت بهم قد تخلو عني.
		98- كثيراً ما أضع نفسي في مواقف تؤدي إلى استغلالي.
		99- أرفض أن يساعدني الآخرون حتى لا أضايقهم.
		100- لا أفرح حتى لو أحرزت نجاحاً.
		101- كثيراً ما أقول - أو أفعل أشياء - تجعل الآخرون غاضبين مني.
		102- أشعر بالملل من الأشخاص الذين يتوددون إليّ.
		103- أضحي بنفسي من أجل الآخرين حتى إن لم يطلبوا مني ذلك.
		104- كثيراً ما فشلت في إنجاز الأهداف الشخصية التي حددتها لنفسي.
		105- أستمتع بمشاهدة مُعاناة الآخرين الجسمية والنفسية.
		106- أحب مشاهدة الرياضة العنيفة (المصارعة - الملاكمة).
		107- أميل إلى إيذاء الشخص حتى أضمن السيطرة عليه.
		108- دائماً ما يكون عقابي للشخص المخطئ أمام الآخرين.
		109- أُجبر الآخرين على تنفيذ أوامري ولو بالقوة.
		110- كثيراً ما أقوم بتحقير شأن الآخرين.
		111- لا أهتم بمشاعر الآخرين.
		112- أقسو في عقابي لأي شخص أنا مسئول عنه (طفل - زوجة - طالب).
		113- لا أتضايق حين يقوم الآخرون بتوجيه عُذوانهم إليّ.

		لا أهتم بالأشخاص الذين يسخرون مني.	-114
		لا أعترض على الأشخاص الذين يعترضون مصالحي.	-115
		" ضرب الحبيب مثل أكل الزبيب "	-116
		أتحمل عذاب وهجر الشخص الذي أحبه.	-117
		لا أتضايق حين يأمرني الآخرون بتنفيذ مطالبهم.	-118
		(كُن مظلوماً ولا تكن ظالماً) .	-119
		لا أتضايق حين أكون " الضحية " .	-120

نموذج تصحيح الاختبار

م	نوع اضطراب الشخصية	المحكات المفروضة للتشخيص	الدرجة التي حصل عليها	أرقام العبارات من إلى
-1	الشخصية البارانودية.	4		8-1
-2	الشخصية الفصامي النوعي.	4		16-9
-3	الشخصية شبه الفصامية.	5		24-17
-4	الشخصية المضادة للمجتمع.	3		32-25
-5	الشخصية البينية.	5		40-33
-6	الشخصية الهستيرية.	5		48-41
-7	الشخصية النرجسية.	5		56-49
-8	الشخصية الوسواسية القهرية.	4		64-57
-9	الشخصية المتجنبة.	4		72-65
-10	الشخصية المعتمدة على غيرها.	4		80-73
-11	الشخصية السلبية العدوانية.	4		88-81
-12	الشخصية المكتئبة.	5		96-89
-13	الشخصية الهازمة للذات.	5		104-97
-14	الشخصية السادية.	4		112-105
-15	الشخصية المازوخية	4		120-113

ملحق رقم: (7)

استبانة الاتجاه نحو التدين

م	العبارة	دائماً	أحياناً	أبداً
-1	أشعر براحة نفسية عميقة عند قراءة القرآن الكريم.			
-2	أحرص على أن توافق أقوالي أفعالي.			
-3	أحافظ على أداء الصلاة بوقتها باطمئنان وخشوع.			
-4	أحافظ على صيام النوافل (مثل الاثنين والخميس).			
-5	أداوم على قراءة الأذكار والأوراد الدينية.			
-6	أكون سعيداً وأنا أبتهل إلى الله بالدعاء وشكره على نعمه.			
-7	أرحم الصغير وأوقر الكبير.			
-8	إذا وقعت في معصية أبادر إلى الاستغفار والتوبة والندم.			
-9	أحافظ على العهد وأوفي بالوعد.			
-10	أحرص على مخالطة الأتقياء والصالحين.			
-11	أحب مساعدة الآخرين.			
-12	أحرص على التعرف على معاني الآيات القرآنية لأفهم أمور ديني.			
-13	أحرص على صلة الأرحام رغم انشغالي في الدراسة.			
-14	أحرص على الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر.			
-15	أصبر على البأساء والضراء.			
-16	أكظم غيظي وأعفو عمّن ظلمني.			
-17	أحرص على إمطة الأذى عن الطريق.			
-18	أستأذن أقاربي وأصدقائي قبل زيارتي لهم.			

			أبتعد عن الغيبة والنميمة والخوض في أعراض الناس.	-19
			أجتهد بدراستي ثم أستعين بالله تعالى على النجاح.	-20
			أخلص النية قبل العمل.	-21
			ألبي دعوة الأصحاب وأعتذر عند عدم الاستطاعة.	-22
			أحافظ على أسرار الآخرين وخصوصياتهم.	-23
			أسيطر على انفعالاتي في حال الغضب والفرح والسرور.	-24
			أشارك جيراني في مناسباتهم.	-25
			أرى أن التقصير في الدراسة دون عذر معصية سيعاقبني الله عليها.	-26
			أصدق على من أراه محتاجاً، وأكون سعيداً بذلك.	-27

ملحق رقم: (8)

استبانة التوافق الزوجي

م	العبارة	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	أبداً
1-	نشعر بالدفء العاطفي بحياتنا الزوجية.					
2-	نقدم الهدايا لبعضنا في المناسبات وغيرها.					
3-	يشتاق كل منا لعودة الآخر للمنزل.					
4-	يُقدر كل منا الآخر.					
5-	يُشعر كل منا الآخر بالمودة المتبادلة.					
6-	يُنصت كل منا باهتمام لحديث الآخر.					
7-	نشعر بأن كلانا بحاجة للآخر.					
8-	نتمنى لو ارتبطنا ببعضنا منذ زمن طويل.					
9-	أتمنى لزوجي الاستمرار مدى الحياة.					
10-	أعمل ما أستطيع لإقامة حياة زوجية سعيدة.					
11-	ننتقي أجمل العبارات لإشعار الآخر بحبه وتقديره.					
12-	نخفف عن بعضنا البعض في أوقات الضيق.					
13-	أسعد اللحظات هي التي نجتمع فيها معاً.					
14-	نشعر بالأمان والطمأنينة في حياتنا الزوجية.					
15-	أؤدي واجباتي الزوجية بسعادة.					
16-	نجد راحتنا في بُعد كل منا عن الآخر.					
17-	يسامح كلانا الآخر إذا أخطأ أحدهما في حقه.					

					18-	يغلب على زواجنا علاقات المحبة والصدقة.
					19-	أعتقد أننا نواجه الأزمات المالية بشجاعة وصبر.
					20-	نستطيع التكيف مع مسؤوليات الحياة الزوجية.
					21-	نساعد بعضنا في أعمال المنزل.
					22-	أشعر بالسعادة في حياتي الزوجية.
					23-	نخرج للتنزه معاً في أوقات الفراغ.
					24-	يتقبل كل منا الآخر.
					25-	يتنازل أحدهما عندما يشتد النزاع بينهما.
					26-	أتمنى لو تزوجت من شخص آخر.
					27-	نشعر بالسعادة والرضا في علاقتنا الزوجية.
					28-	أؤدي واجباتي الزوجية بسعادة ورضا.
					29-	لا نتغاضى عن عيوب بعضنا البعض.
					30-	كلانا يُشارك في اتخاذ قرارات تخص الأسرة.
					31-	يهتم كلانا في سماع رأي الآخر في أي موضوع.
					32-	يؤثر كل منا الآخر على نفسه.
					33-	ينتمي كلانا لأسرة تتفق في عاداتها وتقاليدها مع أسرة الآخر.
					34-	لا نختلف في كيفية أداء الشعائر الدينية.
					35-	تواجهنا مشكلة في حياتنا الزوجية لاختلاف عاداتنا وتقاليدها.
					36-	نتحرى الصدق في أقوالنا وأفعالنا.
					37-	موافقنا للاقتراح جاءت عن رضا وقناعة ذاتية.

					أعتقد أن إعاقتي سبباً في إثارة المشكلات بيننا.	-38
					يقوم كلانا بإدخال أهله في أمورنا الشخصية.	-39
					أصبحنا نخلق المشاكل والمنازعات لأتفه الأسباب.	-40
					يتجنب كلانا المناقشات منعاً للمشاجرات.	-41

ملحق رقم: (9)

قائمة أرون ت. بيك وآخرون الثانية للاكتئاب

BDI - II

ظهرت عام 1996

تُطبق على 16 سنة من العمر فاكثر

العمر:.....

الجنس:

المهنة:

المستوى التعليمي:

التخصص التعليمي:

تعليمات:

تتضمن هذه القائمة (21) مجموعة من العبارات، المطلوب منك أن تقرأ كل مجموعة على حدة وبناية، ثم تختار من كل منها عبارة واحدة فقط، تصف بطريقة أفضل مشاعرك في الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك اليوم، ثم تضع دائرة حول الرقم الذي يُشير إلى العبارة التي اخترتها 0، 1، 2، 3.

وإذا تبين لك أن أكثر من عبارة في مجموعة واحدة تنطبق عليك بصورة متساوية، ضع دائرة حول أعلى رقم في هذه المجموعة، وتأكد أنك تختار دائماً عبارة واحدة فقط من كل مجموعة، حتى المجموعة رقم 16 المتعلقة ب (تغيرات في نظام النوم)، والمجموعة 18 المتعلقة ب (تغيرات في الشهية).

0- لا أشعر بالحزن.	3	-1
1- أشعر بالحزن معظم الوقت.		
2- أشعر بالحزن طول الوقت.		
3- أشعر بالحزن إلى درجة لا أستطيع تحمل ذلك.		

<p>0- لم تضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي. 1- أشعر بضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة أكثر مما تعودت. 2- أتوقع بالأمر تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي. 3- أشعر بأنه لا أمل لي في المستقبل وأنه سوف تزداد الأمور سوءاً.</p>	التشاؤم.	-2
<p>0- لا أشعر بأني شخص فاشل. 1- لقد فشلت أكثر مما ينبغي. 2- كلما نظرت إلى حياتي السابقة أرى الكثير من الفشل. 3- أشعر بأني شخص فاشل تماماً.</p>	الفشل السابق.	-3
<p>0- أستمتع بالحياة بنفس قدر استمتاعي بها من قبل. 1- لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه. 2- أحصل على قدر قليل جداً من الاستمتاع بالحياة مما تعودت عليه من قبل. 3- لا أستطيع الحصول على أي استمتاع بالحياة، كما تعودت أن أستمتع من قبل.</p>	فقدان الاستمتاع بالحياة.	-4
<p>0- لا أشعر بالذنب. 1- أشعر بالذنب على العديد من الأشياء التي قمت بها، أو الأشياء التي كان يجب أن أقوم بها ولم أقم بها. 2- أشعر بالذنب في معظم الأوقات. 3- أشعر بالذنب في كل الأوقات.</p>	مشاعر الإثم (تائب الضمير)	-5
<p>0- لا أشعر بأني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى. 1- أشعر بأني يمكن أن أتعرض قليلاً للعقاب أو للأذى. 2- أشعر بأني سوف أتعرض كثيراً للعقاب أو للأذى. 3- أشعر بأني سوف أتعرض دائماً للعقاب أو للأذى.</p>	الشعور بالتعرض للعقاب أو للأذى.	-6
<p>0- شعوري نحو نفسي عادي. 1- فقدت الثقة في نفسي. 2- أصبت بخيبة أمل في نفسي. 3- لا أحب نفسي.</p>	عدم حب الذات.	-7

0 - لا أنقد ولا ألوم نفسي. 1- أنقد وألوم نفسي أكثر مما تعودت. 2- أنقد وألوم نفسي على كل أخطائي. 3- أنقد وألوم نفسي على كل ما يحدث بسببي من أشياء سيئة.	نقد الذات ولومها.	-8
0- ليس لدي أي أفكار للانتحار. 1- لدي أفكار انتحارية ولكن لا يمكنني تنفيذها. 2- أريد أن أنتحر. 3- قد أنتحر لو سمحت لي الفرصة.	الأفكار أو الرغبات الانتحارية.	-9
0- لا أبكي أكثر مما تعودت. 1- أشعر بالرغبة في البكاء. 2- أبكي أكثر مما تعودت. 3- أبكي بكثرة جداً.	البكاء.	-10
0- أشعر بالهيجان والإثارة لدرجة عادية. 1- أشعر بالهيجان والإثارة أكثر مما تعودت. 2- أتهيج وأثور إلى درجة أنه من الصعب عليّ البقاء مستقراً. 3- أتهيج وأثور إلى درجة تدفعني إلى الحركة أو إلى فعل أي شيء ما.	الهيجان والإثارة (عدم الاستقرار).	-11
0- لم أفقد الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية. 1- أنا قليل الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية. 2- فقدت معظم اهتمامي بالآخرين وبكثير من الأمور الأخرى. 3- من الصعب عليّ أن أهتم بأي شيء آخر.	فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي.	-12
0- أتخذ القرارات بنفس كفاءتي التي تعودت عليها. 1- أجد صعوبة في اتخاذ القرارات. 2- لدي صعوبة في اتخاذ القرارات أكثر بكثير مما تعودت عليه. 3- لا أستطيع اتخاذ القرارات.	التردد في اتخاذ القرارات.	-13

<p>0- لا أشعر أنني عديم القيمة.</p> <p>1- أنا لست ذا قيمة كما تعودت أن أكون.</p> <p>2- أشعر أنني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين.</p> <p>3- أشعر أنني عديم القيمة تماماً.</p>	<p>انعدام القيمة.</p>	<p>-14</p>
<p>0- لدي القدر نفسه من الطاقة كما تعودت.</p> <p>1- لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت.</p> <p>2- ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء.</p> <p>3- ليس لدي طاقة لعمل أي شيء.</p>	<p>فقدان الطاقة على العمل.</p>	<p>-15</p>
<p>0- لم يحدث لي أي تغير في نظام نومي.</p> <p>1. أ- أنام أكثر مما تعودت إلى حد ما.</p> <p>1. ب- أنام أقل مما تعودت إلى حد ما.</p> <p>2. أ- أنام أكثر مما تعودت بشكل كبير.</p> <p>2. ب- أنام أقل مما تعودت بشكل كبير.</p> <p>3. أ- أنام معظم اليوم.</p> <p>3. ب- أستيقظ من نومي مبكراً ساعة أو ساعتين أو أكثر، ولا أستطيع العودة إلى النوم مرة أخرى.</p>	<p>تغيرات في نظام النوم.</p>	<p>-16</p>
<p>0- أغضب بدرجة عادية.</p> <p>1- أغضب أكثر مما تعودت.</p> <p>2- أغضب أكثر بكثير مما تعودت.</p> <p>3- أكون بحالة غضب طول الوقت.</p>	<p>القابلية للغضب أو الانزعاج.</p>	<p>-17</p>
<p>0- لم يحدث أي تغير في شهيتي.</p> <p>1. أ- شهيتي أقل مما تعودت إلى حد ما.</p> <p>1. ب- شهيتي أكثر مما تعودت إلى حد ما.</p> <p>2. أ- شهيتي أقل كثيراً مما تعودت.</p> <p>2. ب- شهيتي أكثر كثيراً مما تعودت.</p> <p>3. أ- ليس لدي أي شهية على الإطلاق.</p> <p>3. ب- لدي رغبة قوية إلى الطعام طول الوقت.</p>	<p>تغيرات في الشهية.</p>	<p>-18</p>

<p>0- أستطيع التركيز بكفاءة كما تعودت. 1- لا أستطيع التركيز بكفاءة كما تعودت. 2- من الصعب عليّ أن أركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة. 3- أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء.</p>	<p>صعوبة التركيز.</p>	<p>-19</p>
<p>0- لست أكثر إرهاقاً أو إجهاداً مما تعودت. 1- أُصاب بالارهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها. 2- يعوقني الإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي اعتدت عليها. 3- أنا مرهق ومجهّد جداً بحيث أجد صعوبة لعمل معظم الأشياء التي اعتدت عليها.</p>	<p>الإرهاق أو الإجهاد.</p>	<p>-20</p>
<p>0- إن اهتمامي بالجنس عادي في هذه الأيام. 1- أنا أقل اهتماماً بالجنس في هذه الأيام مما تعودت. 2- أنا أقل اهتماماً بالجنس بدرجة كبيرة في هذه الأيام. 3- فقدت الاهتمام بالجنس تماماً.</p>	<p>فقدان الاهتمام بالجنس.</p>	<p>-21</p>

ملحق رقم: (10)

استبيان الاتجاه نحو تعاطي المخدرات

أخي/ أختي:

فيما يلي عدد من العبارات نرجو قراءتها بعناية وتحديد درجة موافقتك على ما تحمله من معنى:
 فإذا كنت توافق بشدة على العبارة ضع علامة (X)، في خانة موافق بشدة.
 وإذا كنت توافق فقط على العبارة ضع علامة (X)، في خانة موافق.
 فإذا كنت غير متأكد من العبارة ضع علامة (X)، في خانة غير متأكد.
 أما إذا كنت غير موافق على العبارة ضع علامة (X)، في خانة غير موافق.

م	العبارة	موافق بشدة	موافق	غير متأكد	غير موافق
-1	أفضل وسيلة للهروب من الواقع الأليم هي المخدرات.				
-2	التواجد في جلسات تعاطي المخدرات يُجنب الشعور بالوحدة.				
-3	أعتقد أن المهدئات ضرورية لتجنب الأرق.				
-4	أعتقد أن المخدرات تُساعد على النسيان وتخفي جوانب الفشل في الحياة.				
-5	للمخدرات تأثير إيجابي على زيادة القدرة الجنسية.				
-6	أعتقد أن المخدرات تُجنب الشعور بالحزن والانقباض.				
-7	أعتقد أن المخدرات تُعطي إحساس بالقوة.				
-8	لا مانع من تناول أي مخدر لتخفيف من بعض الآلام البدنية.				
-9	هناك من المخدرات ما يُقلل من مشاعر الغضب والعدوان.				

				ليست أزمة أن نُجرب تعاطي المخدرات.	-10
				أعتقد أن هناك من العقاقير ما يُساعد على التركيز.	-11
				لماذا التحامل على مُتعاطي المخدرات مادام الأمر مرتبطاً بحرية كل شخص.	-12
				أعتقد أن هناك من العقاقير ما يُساعد على التركيز.	-13
				تؤدي المخدرات إلى ملء الإحساس بالفراغ وانعدام الهدف.	-14
				تُخفف المخدرات من مشاعر القلق والمُعاناة النفسية.	-15
				لا مانع من تجريب المخدرات إذا امتك الفرد الإرادة في عدم إدمانها.	-16
				أعتقد أن المخدرات تزيد من قدرة الفرد على إنجاز أعماله.	-17
				في اعتقادي أن المخدرات تُخلص من الشعور بالملل والكآبة.	-18
				أعتقد أن للعقاقير (المُنشطة - المُنومة - المُهدئة) تأثير إيجابي على القيام بالمسئوليات الاجتماعية.	-19
				هناك مُبالغة من أجهزة الإعلام في إبراز خطورة المُخدرات.	-20
				أعتقد أن المهدئات ضرورية عند الشعور بالتوتر والقلق.	-21
				أعتقد أن المخدرات تُحقق نوعاً من الشعور بالقيمة.	-22
				هناك أثر نفسي طيب لتعاطي المخدرات يفوق المخاطر المرتبطة بها.	-23
				تُحقق المخدرات للمتعاطي شعوراً بالرضا عن نفسه.	-24
				ليس هناك تحريم ديني قاطع لكل أنواع المخدرات.	-25

				-26	تناول المخدرات في تصوري ينطوي على مُتعة.
				-27	المخدرات تُحقق الهدوء للنفس تخلصاً مما تحسه من مُعاناة وضغوط.
				-28	في إعتقادي أن المخدرات تُعطي قوة في مواجهة مشكلات الحياة.
				-29	أعتقد أن المخدرات تُصور الحياة كما لو كانت أكثر أمناً.
				-30	أعتقد أن المخدرات وسيلة فعالة للاسترخاء ونسيان الهموم.
				-31	في تصوري أن المخدرات تجعل الفرد أكثر توافقاً مع واقعه.
				-32	تؤدي المخدرات إلى زيادة الحيوية والنشاط.
				-33	أعتقد أن تعاطي بعض أنواع المخدرات يجلب الشعور بالارتياح من ضغوط الحياة.
				-34	تعمل بعض العقاقير على تنشيط التفكير.
				-35	تعاطي أحد الأصدقاء للمخدرات ليس مبرراً للابتعاد عنه.
				-36	تعاطي المخدرات يساعد في التغلب على هموم الواقع ومشكلاته.
				-37	ما دام هناك عدم انتظام في تعاطي المخدرات فليست هناك مشكلة.
				-38	أعتقد أن المخدرات تجعل الفرد أكثر قدرة على مواجهة الإحباطات.
				-39	المخدرات تجعل الفرد أكثر قدرة على مواجهة المواقف الصعبة.

				40- لا مانع من تجريب المخدرات في المناسبات العامة أو الخاصة.
				41- هناك من المخدرات ما يجعل الفرد أكثر شجاعة في مواجهة أعباء الحياة.
				42- أعتقد أن المخدرات تُخلص الفرد من الشعور بالعجز والسلبية.
				43- الحملة على المخدرات مُبالغ فيها.
				44- تجريب المخدرات لا يعني بالضرورة التعود عليها.

استمارة تصحيح

الاسم أو الرقم الكودي: النوع/ السن/ المستوى التعليمي/

العوامل الإنفعالية		العوامل النفسية والبدنية		العوامل المعرفية	
.....	.3	.....	.2	.....	.1
.....	.6	.....	.5	.....	.4
.....	.9	.....	.8	.....	.7
.....	.12	.....	.11	.....	.10
.....	.15	.....	.14	.....	.13
.....	.18	.....	.17	.....	.16
.....	.21	.....	.20	.....	.19
.....	.24	.....	.23	.....	.22
.....	.27	.....	.26	.....	.25
.....	.30	.....	.29	.....	.28
.....	.33	.....	.32	.....	.31
.....	.36	.....	.35	.....	.34
.....	.38			.....	.37
				.....	.39
				.....	.40
				.....	.41
				.....	.42
				.....	.43
				.....	.44

مُلحق رقم: (11)

"اختبار روتر للتوافق"

تعليمات الاختبار:

فيما يلي أربعون جملة ناقصة اقرأ كل واحدة منها وأكملها بكتابة أول شيء يرد إلى ذهنك إذا لم تتمكن من تكلمة جملة ما فضع دائرة حول الرقم المقابل لها، وانتقل إلى الجملة التي تليها ثم عد إليها لإكمالها فيما بعد وإذا سمحت الظروف للفاحص فمن الممكن أن يقوم بعملية استقصاء حول العبارات التي تركت دون أجابه فربما تكون ذات مغزى لدى المبحوث كما يمكنه أن يقوم باستقصاء حول العبارات التي تبدو له خاصة أو غريبة ويطلب من المبحوث إن يوضحها.

في الحالات التي يشعر فيها المبحوث بالقلق يمكن إجراء الاختبار شفهيًا وتسجيل الاستجابات، وقد يجد المبحوث فرصه لاستخدام هذه العبارات للقيام بعملية التفرغ كما يسمح الاختبار للفاحص أن يقف علي المجالات الخاصة التي تثير اضطراب المبحوث، وذلك باتباع ما يطرأ عليه من تغيرات جسميه ظاهرة كتغير نبرات الصوت أو تعبيرات الوجه أو ما يطرأ علي سلوكه من تغيير.

1- أحب:

2- أسعد الأوقات:

3- أريد أن أعرف:

4- أشعر بالندم:

5- في البيت:

6- عندما أذهب لأنام:

7- الشبان:

8- الأحسن:

9- يضايقتني:


- 10- الناس:
- 11- الأم:
- 12- أشعر:
- 13- أخاف جداً
- 14- في المدرسة:
- 15- لا أستطيع:
- 16- أوقات الفراغ:
- 17- عندما كنت طفلة/أو طفل:
- 18- أعصابي:
- 19- الناس الآخرون:
- 20- أعاني:
- 21- فشلت:
- 22- عقلي-تفكيري:
- 23- المستقبل:
- 24- أحتاج إلى:
- 25- الزواج:
- 26- أكون في أسعد حالاتي:
- 27- أحياناً:
- 28- يؤلمني:
- 29- أكره:
- 30- هذه الكلية:
- 31- أنا في غاية:
- 32- مشكلتي الوحيدة:
- 33- أود أن:
- 34- أبي:
- 35- أنا:

- 36- سرّاً أنا:
37- همي الأكبر:
38- معظم البنات:
39- أوقات الفراغ:
40- عندما أكون في جماعة من الأصدقاء:

ملحق رقم: (12)

كتاب تسهيل مهمة لإدارة التنمية والقوى البشرية

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

 **الجامعة الإسلامية - غزة**
The Islamic University - Gaza

مكتب نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا هاتف داخلي 1150

الرقم: ج.ب.ع/35/ Ref
التاريخ: 2015/07/08 Date


الأخ الدكتور/ ناصر أبو شعبان
مدير عام التنمية والقوى البشرية
حفظه الله
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،


الموضوع/ تسهيل مهمة طالبة ماجستير

تهديكم شئون البحث العلمي والدراسات العليا أعطر تحياتها، وترجو من سيادتكم بمساعدة الطالبة/ الهام حمزة محمد الخواجة، برقم جامعي 220130132 المسجلة في برنامج الماجستير بكافة التربية تخصص الصحة النفسية المجتمعية وذلك بهدف تطبيق أدوات دراستها والحصول على المعلومات التي تساعدنا في إعداد رسالة الماجستير والتي بعنوان :

التشريح النفسي لمحاوли الانتحار بغزة - دراسة إكلينيكية تحليلية

والله ولي التوفيق:،،،

مساعد نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا

/ أ.د. فؤاد علي العاجز



صورة إلى:-
المناف.

٤

ص.ب. 108 الرمال غزة فلسطين هاتف: +970 (8) 286 0700 فاكس: +970 (8) 286 0800
www.iugaza.edu.ps public@iugaza.edu.ps

ملحق رقم: (13)

كتاب تسهيل مهمة عمل لإدارة الشرطة الفلسطينية



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الجامعة الإسلامية - غزة
The Islamic University - Gaza

هاتف داخلي 1150

مكتب نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا

الرقم: ج.س.ج/35/Ref

التاريخ: 2015/12/15 Date

حفظه الله

الأخ الفاضل المقدم/ أيمن البطنجي

مدير المكتب انعام الإعلامي للشرطة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،

الموضوع/ تسهيل مهمة طالبة ماجستير

تهديكم شئون البحث العلمي والدراسات العليا أعطر تحياتها، وترجو من سيادتكم بمساعدة الطالبة/ الهام حمزة محمد الخواجة ، برقم جامعي 220130132 المسجلة في برنامج الماجستير بكلية التربية تخصص الصحة النفسية والمجتمعية وذلك بهدف تطبيق أدوات دراستها والحصول على المعلومات التي تساعد في إعدادها والتي بعنوان:

التشريح النفسي لمحاوли الانتحار بغزة- دراسة اكلينيكية تحليلية

والله ولي التوفيق،،،

نائب الرئيس لشئون البحث العلمي والدراسات العليا

أ.د. عبدالرؤوف على المناعمة

الإدارة العامة
الدراسات

لا مانع من تزويد اللابسة بالملفات
كما تم إيجازي م
بالتاريخ
2015
12/15

الأخ العبد/ أبو بكر
كعبار لسانه فقدم الأرقام والإعطيات
تحت الدراسة وتيسر لغيره

صورة إلى:-
المكتب.


ملحق رقم: (14)

كتاب تسهيل مهمة عمل لوكيل وزارة الصحة

The Palestinian National Authority Ministry of Health Directorate General of Human Resources Development		السلطة الوطنية الفلسطينية وزارة الصحة الإدارة العامة لتنمية القوى البشرية
التاريخ: 2015/10/29م		الرقم:
حفظه الله،،،		الأخ / د. فؤاد العيسوي وكيل الوزارة المساعد السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،،
الموضوع/ تسهيل مهمة باحث		
بخصوص الموضوع أعلاه، يرجى تسهيل مهمة الباحث/ الهام حمزة الفواحيمة الملتحق ببرنامج ماجستير الصحة النفسية والمجتمعية - كلية التربية - الجامعة الإسلامية بغزة في إجراء بحث بعنوان :- " التشريح النفسي لمحاوли الانتحار بغزة - دراسة اكلينيكية تحليلية " حيث الباحثة بحاجة لعمل دراسة حالة لعدد ثلاثة من محاولي الانتحار المراجعين لعيادات الصحة النفسية في قطاع غزة. نأمل توجيهاتكم لذوي الاختصاص بعدم السماح للباحثة بتطبيق أدوات الدراسة إلا بعد الحصول على الموافقة المستنيرة من المريضات الذين هم على استعداد للمشاركة في البحث ومن ثم تمكين الباحثة من التواصل معهم، بما لا يتعارض مع مصلحة العمل وضمن أخلاقيات البحث العلمي ودون تحمل الوزارة أي أعباء أو مسؤوليات		
وتفضلوا بقبول التحية والتقدير،،،		
 د. ناصر رأفت أبو شعبان مدير عام تنمية القوى البشرية		صورة/ - الإدارة العامة للرقابة الداخلية - صاحب/ة الملف

ملحق رقم: (15)


كتاب تسهيل مهمة عمل لعيادة غرب غزة للصحة النفسية

<p>Palestinian National Authority Ministry of Health Mental Health General Administration</p>		<p>السلطة الوطنية الفلسطينية وزارة الصحة الإدارة العامة للصحة النفسية</p>
<p>التاريخ: 2015/ 11/08</p>		
<p>حفظهم الله</p>	<p>الأخوة / مدراء مراكز الصحة النفسية</p>	<p>السلام عليكم ورحمة الله وبركاته...</p>
<p>الموضوع / تسميل مهمة باحث</p>		
<p>نرجو من سيادتكم تسهيل مهمة الباحثة/ الهام حمزة الخواجة الملتحقة ببرنامج الماجستير - تخصص الصحة النفسية والمجتمعية - الجامعة الإسلامية لإجراء بحث بعنوان:- "التشريح النفسي لمحاولي الانتحار بغزة- دراسة إكلينيكية تحليلية" حيث ستقوم الباحثة بعمل دراسة حالة لعدد ثلاثة من محاولي الانتحار المراجعين لمراكز الصحة النفسية في قطاع غزة , بما لا يتعارض مع الأخلاقيات المتبعة حسب الأصول.</p>		
<p>وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير</p>		
<p>محمد أبو شوايش رئيس قسم البحث العلمي</p>		
		<p>Mr. Mohamed .O. Abu Shuwish Comm. Mental Health Counselor Psychotherapist Lic 142009001</p>

ملحق رقم: (16)

الموافقة الخطية للحالة الأولى

أوافق أنا الموقعة أدناه على أن أكون مدرسا في دراسة التثمين النفس
للمعادلة الاقتصادية بغزة للباحثة الوفاء على أن يكون الفرع أو
تكون معلوماته مشيرة بكل ما يخص.

التوقيع


ملحق رقم: (17)

الموافقة الخطية للحالة الثانية

أدافع أنا الموقع أدنى عن أن يكون ضمن عينة الدراسة
حول موضوع الترشح للنسب للحواديج الانتخابية دراسة
الكتيكية تحليله للباحثة في إطار الفواجه في ~~الدراسة~~ تشير
المعلومات بكل مباشر لي ولتوصيتي.

التوقيع



ملحق رقم: (18)

الموافقة الخطية للحالة الثالثة

أوافق أنا الموقع أدناه على أنه أتودعه ضمن درج الترخيص للنسج
لحجاري الانتعاش في غزة ودرج الترخيص تحويلية للباطة الام
الجوابه على الاكثر المعلومات المرصود به لتفهم بكل مباشر

