

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي



جامعة منتوري - قسنطينة-

كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

رقم التسجيل: .....

الرقم التسلسلي: .....

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي

**مساهمة في دراسة محاولة الانتحار عند المراهق**

**بعد تعرضه لصدمة فشل**

**- الأسباب واستراتيجيات التكفل النفسي-**

دراسة ميدانية لثلاث حالات بالمركز الإستشفائي الجامعي

- سعادنة محمد عبد النور - سطيف

إشراف: أ.د محمد شلبي

للطالب: كور و غلي محمد لمين

لجنة المناقشة:

د. محفوظ بوشلوخ	رئيسا	أستاذ محاضر	جامعة منتوري قسنطينة
أ.د محمد شلبي	مشرفا	أستاذ التعليم العالي	جامعة منتوري قسنطينة
د. حياة عبود	عضوا	أستاذة محاضرة	جامعة منتوري قسنطينة

السنة الجامعية: 2009-2010

الصفحة	العنوان
01	إشكالية مقدمة
02	الفرضيات
03	دوافع اختيار الموضوع
03	أهداف الدراسة
	الإطار النظري
	الفصل الأول: المقاربة النظرية للانتحار ومحاولة الانتحار
06	تمهيد .....
07	1-1- الحقل الدلالي لمصطلح الانتحار .....
12	1-2- واقع الانتحار في الجزائر .....
18	1-3- تصحيح لبعض المفاهيم المتعلقة بالانتحار .....
20	1-4- أسباب الانتحار .....
20	1-4-1- العوامل الاجتماعية .....
20	1-4-2- العوامل الأسرية .....
21	1-4-3- العوامل الفردية .....
22	1-5- أشكال الانتحار .....
22	1-5-1- الانتحار الحيزي .....
23	1-5-2- الانتحار العدوانى .....
24	1-5-3- الانتحار oblatif .....
24	1-5-4- الانتحار اللعبي .....
25	1-5-5- محاولة الانتحار .....
25	1-5-1- تعريف محاولة الانتحار .....
25	1-5-2- تفسير محاولة الانتحار .....
28	1-6- النماذج التفسيرية لظاهرة الانتحار ومحاولة الانتحار .....
28	1-6-1- وجهة نظر دينية .....
28	1-6-2- وجهة نظر قانونية .....
29	1-6-3- وجهة نظر نفسية .....
33	1-6-4- وجهة نظر اجتماعية .....
34	1-7- استراتيجيات التكفل .....
34	1-7-1- التكفل الطبى .....

34	..... 1-7-2- التكفل النفسي
35	..... 1-7-3- التكفل العائلي
35	..... 1-7-4- الوقاية
38	..... خلاصة الفصل الأول
	<b>الفصل الثاني: الصدمة النفسية</b>
40	..... تمهيد
41	..... 2-1- تعريف الصدمة النفسية
43	..... 2-2- نظريات الصدمة النفسية
43	..... 2-2-1- الصدمة من وجهة نظر FREUD
44	..... 2-2-2- الصدمة من وجهة نظر FERENCZI
44	..... 2-2-3- رؤية DIATKINE للصدمة
45	..... 2-2-4- البسيكوسوماتيك التحليلي
45	..... 2-2-5- التحليل النفسي وصدمة الأنا
46	..... 2-2-6- اضطرابات معايشة الجسد
48	..... 2-3- مميزات الصدمة النفسية وآثارها على الفرد المتعرض لها
49	..... 2-4- أنواع الصدمات
49	..... 2-4-1- الصدمات الرئيسية
51	..... 2-4-2- صدمات الحياة
52	..... 2-4-3- تصنيف E.Moussong
53	..... 2-5- اضطراب ضغط ما بعد الصدمة PTSD
53	..... 2-5-1- تعريف PTSD
53	..... 2-5-2- المسار والمآل
54	..... 2-6- الخصائص التشخيصية لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة
56	..... 2-7- العصاب الصدمي
56	..... 2-7-1- تعريف العصاب الصدمي
56	..... 2-7-2- الفرق بين PTSD والعصاب الصدمي
57	..... 2-7-3- مميزات العصاب الصدمي
58	..... 2-8- الشخصية العصابية الصدمية
59	..... 2-9- علاج الصدمة النفسية

59	..... مفهوم التكفل 1-9-2
59	..... تدخل الأزمة 2-9-2
60	..... التطهير النفسي 3-9-2
62	..... العلاج الدوائي 4-9-2
63	..... خلاصة الفصل الثاني
	<b>الفصل الثالث: المراهقة</b>
65	..... تمهيد
66	..... 1-3- تعريف المراهقة
67	..... 2-3- أزمة المراهقة
68	..... 3-3- مظاهر النمو في المراهقة
68	..... 1-3-3- النمو الجسمي والفيزيولوجي
70	..... 2-3-3- النمو الجنسي
70	..... 3-3-3- النمو الانفعالي
73	..... 4-3-3- النمو العقلي
74	..... 5-3-3- النمو الاجتماعي
75	..... 4-3- أهداف المراهقة
77	..... 5-3- حاجات المراهقة
77	..... 1-5-3- الحاجة إلى الأمن
78	..... 2-5-3- الحاجة إلى الإشباع الجنسي
78	..... 3-5-3- الحاجة إلى النمو العقلي
79	..... 6-3- مشكلات المراهقة
79	..... 1-6-3- المشاكل النفسية
79	..... 2-6-3- المشاكل الانفعالية
79	..... 3-6-3- المشاكل الصحية
80	..... 4-6-3- المشاكل الاجتماعية
81	..... 7-3- الانتحار في المراهقة
82	..... 8-3- المراهقة في الجزائر
84	..... خلاصة الفصل الثالث

## الإطار التطبيقي

86	1- منهج البحث .....
87	2- أدوات البحث .....
88	2-1- المقابلة .....
89	2-2- الملاحظة .....
90	3- إطار البحث .....
90	4- حالات الدراسة .....
91	4-1- الحالة الأولى .....
91	أولا: البطاقة الإكلينيكية .....
91	ثانيا: ملخص المقابلات .....
92	ثالثا: الملاحظة المباشرة للمفحوص .....
93	رابعا: النقاط الحساسة من خلال المقابلة والملاحظة .....
94	خامسا: تحليل النتائج على ضوء المقابلة .....
95	سادسا: الحالة على ضوء الملاحظة المقابلة وتحليل النتائج .....
96	4-2- الحالة الثانية .....
96	أولا: البطاقة الإكلينيكية .....
96	ثانيا: ملخص المقابلات .....
97	ثالثا: الملاحظة المباشرة للمفحوصة .....
98	رابعا: النقاط الحساسة من خلال المقابلة والملاحظة .....
99	خامسا: تحليل النتائج على ضوء المقابلة .....
100	سادسا: الحالة على ضوء الملاحظة المقابلة وتحليل النتائج .....
101	4-3- الحالة الثالثة .....
101	أولا: البطاقة الإكلينيكية .....
101	ثانيا: ملخص المقابلات .....
102	ثالثا: الملاحظة المباشرة للمفحوصة .....
103	رابعا: النقاط الحساسة من خلال المقابلة والملاحظة .....
104	خامسا: تحليل النتائج على ضوء المقابلة .....
105	سادسا: الحالة على ضوء الملاحظة المقابلة وتحليل النتائج .....

106	..... مناقشة النتائج على ضوء الفرضيتان الإجرائيتان
107	..... خاتمة

قائمة المراجع

الملاحق

قائمة الأشكال والجدول

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
09	تطور الأزمة الانتحارية عند الرشد	01-01
11	أنواع الأزمات وتطورها	02-01
12	أسباب الانتحار في الجزائر ما بين 1993-2003	03-01
13	معدلات الانتحار بمختلف مناطق الوطن ما بين 1993-2003	04-01
14	حالات الانتحار حسب العمل ما بين 1993-2003	05-01
14	الوسائل المستعملة في محاولات الانتحار (I) وحالات الانتحار الناجحة (II) ما بين 1999-2000	06-01
15	حالات الانتحار (I) ومحاولة الانتحار (II) في الجزائر حسب الجنس سنة 2009	07-01
16	توزيع حالات الانتحار الناجحة حسب الولايات سنة 2009	08-01
16	توزيع حالات الانتحار الناجحة حسب الفئات العمرية سنة 2009	09-01
17	توزيع حالات الانتحار الناجحة حسب العمل سنة 2009	10-01

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
22	الوسائل المباشرة وغير المباشرة لمحاولة الانتحار	01-01
47	الانعكاسات الجسدية والعقلية حسب طبيعة الصدمة لنفسية	01-02

## 1- إشكالية مقدمة:

يعتبر الانتحار مشكل عالمي للصحة العمومية وفي الوقت نفسه ظاهرة جد مأساوية، إذ يخلف سنويا حالات وفاة في بعض البلدان أكثر من تلك التي تخلفها جرائم القتل وحوادث المرور، وفي إطار اليوم العالمي للوقاية من الانتحار رصدت منظمة الصحة العالمية أكثر من مليون شخص ينتحر سنويا وفي سنة 2020 سيصل عدد الحالات إلى مليون ونصف المليون وهي توقعات جد مخيفة لأن الأسباب والعوامل المساعدة على الانتحار لن تتناقص مستقبلا.

ولعل الفئة الأكثر تضررا، لهي فئة الشباب بين 15-25 سنة وحسب منظمة الصحة العالمية فإن كل وفاة عن طريق الانتحار تنتج عنها مخلفات تدميرية على جميع المستويات سواء كانت نفسية، اجتماعية أو اقتصادية.

والانتحار هو فعل مشترك بين جميع المجتمعات، لكن الاختلاف يبقى في نظرها إليه وهذا من خلال الطريقة التي يتم بها ودرجة تواتره في مختلف الفترات والعصور، وحسب Emile Durkheim الذي قام سنة 1897 بوضع كتاب كامل سماه الانتحار في دراسة ما كان يسميه ظاهرة اجتماعية والذي يعتبر معدل الانتحار مؤشرا عاما في تقييم وعي مجتمع ما.

ويعرف الانتحار على أنه قتل النفس إراديا وهو ينتج بطريقة مباشرة أو غير مباشرة من فعل سلبي أو إيجابي تقوم به الضحية، هذه الأخيرة تعرف مسبقا وجوب الوصول إلى القضاء على الحياة، وحسب الموسوعة البريطانية فهو فعل تدمير الذات الطوعي المقصود، أما عن محاولة الانتحار فهذا المصطلح يشمل كل فعل يضع الفرد من خلاله حياته في خطر إما بطريقة هادفة أو بطريقة رمزية وقد لا يصل بهذا الفعل إلى الموت وبالتالي الأمر ليس فقط متعلق بانتحار فشل الوصول إليه، بل نتحدث عن أشخاص منتحرين وميول انتحارية، كما يجب التنويه إلى أهمية ربط هذا المفهوم بالمراهقة إذ أنها فترة صراعات ولها خصائصها ومتطلباتها خاصة على المستوى النفسي والاجتماعي وأهميتها الكبيرة في شخصية الفرد. وهي المرحلة التي تكون فيها كل الاحتمالات واردة بسبب هشاشة الفرد وعدم قدرته على اتخاذ قرارات حاسمة وكذلك تأثره بمختلف الظروف الصعبة التي يعاني منها كالصدمة المختلفة التي يتعرض لها ولعل أهم هذه الصدمات لهي صدمة الفشل لما لها من أثر بليغ في نفسية المراهق ويعد الفشل في البكالوريا مثلا أو الفشل العاطفي من المشاكل التي تمثل محيط محفز وملائم للإقدام على الانتحار ومحاولة الانتحار.

وإن كثيرا من العلماء من ذهب إلى البحث عن الأسباب الكامنة وراء هذا الفعل مفسرا إياها بتعرض المراهق الذي يحاول الانتحار لصدمة فشل وقد حاول العلماء أيضا التفكير في أنجع وسائل التكفل النفسي بأولئك الذين حاولوا الانتحار.

فهل يمكن لصدمة الفشل أن تدفع المراهق إلى محاولة الانتحار وهل نستطيع اقتراح استراتيجيات للتكفل النفسي بالمراهق محاول الانتحار؟.



## 2- الفرضية العامة :

تؤدي صدمة الفشل بالمراهق إلى محاولة الانتحار.

## 3- الفرضيات الإجرائية:

- تؤدي صدمة الفشل في البكالوريا بالمراهق إلى محاولة الانتحار.
- تؤدي صدمة الفشل العاطفي بالمراهق إلى محاولة الانتحار.

#### 4- دوافع اختيار الموضوع:

يعتبر اختيارنا للموضوع دافعا استمددناه من دراستنا السابقة للانتحار في مذكرة لنيل شهادة الليسانس، حيث وقفنا على نتائج نريد من خلال هذه المساهمة في البحث، استقصاء ما تم التوصل إليه بشكل أكثر عمقا وما زادنا إصرارا على تتبع الموضوع لهو الانتشار الكبير والمتزايد لحالات محاولات الانتحار والتي وللأسف تنجح في بعض الحالات وما تمثله من مأساة ومشكلة حقيقية للفرد والمجتمع.

#### 5- أهداف الدراسة:

تتمحور الدراسة حول هدفين رئيسيين:

- 1- معرفة مدى قدرة صدمة الفشل بأن تدفع بالمراهق إلى محاولة الانتحار.
- 2- الوصول إلى اقتراح استراتيجيات للتكفل النفسي بالمراهقين محاولي الانتحار.

# الإطار النظري

# الإطار النظري

## الفصل الأول: المقاربة النظرية للانتحار ومحاولة الانتحار

تمهيد

1-1- الحقل الدلالي لمصطلح الانتحار

1-2- واقع الانتحار في الجزائر

1-3- تصحيح لبعض المفاهيم المتعلقة بالانتحار

1-4- أسباب الانتحار

1-4-1- العوامل الاجتماعية

1-4-2- العوامل الأسرية

1-4-3- العوامل الفردية

1-5- أشكال الانتحار

1-5-1- الانتحار الحيزي

1-5-2- الانتحار العدواني

1-5-3- الانتحار oblatif

1-5-4- الانتحار التلاعبي

1-5-5- محاولة الانتحار

1-5-1- تعريف محاولة الانتحار

1-5-2- تفسير محاولة الانتحار

1-6- النماذج التفسيرية لظاهرة الانتحار ومحاولة الانتحار

1-6-1- وجهة نظر دينية

1-6-2- وجهة نظر قانونية

1-6-3- وجهة نظر نفسية

1-6-4- وجهة نظر اجتماعية

1-7- استراتيجيات التكفل

1-7-1- التكفل الطبي

1-7-2- التكفل النفسي

1-7-3- التكفل العائلي

1-7-4- الوقاية

خلاصة الفصل الأول

## الإطار النظري

### الفصل الأول: المقاربة النظرية للانتحار ومحاولة الانتحار

#### تمهيد:

باعتبار الانتحار فعل خطير ومهدد لحياة الفرد واطرانه ويعبر عن درجة المعاناة التي وصل إليها الفرد وكذلك درجة وعي مجتمع ما، فإنه من المهم التطرق لهذا الموضوع وكشف خفاياه ومعرفة مختلفة السيرورات التي تؤدي بالأفراد إلى وضع حد لحياتهم وقد بينت مختلف الدراسات إلى خطورة الظاهرة وتأثيرها السلبي على الفرد والمجتمع.

وتعتبر فئة المراهقين من أكثر الفئات تضررا من هذه الظاهرة، وقد يصعب في بعض الحالات تعداد الظروف والأسباب التي تدفع بالمراهق إلى الانتحار وتتشأ حالات معقدة بشكل خاص عندما تنقطع العلاقة العاطفية بين الطفل وأمه مثلا فهذا الفشل العاطفي يؤثر بشكل سلبي على الطفل والمراهق ويدفع في بعض الحالات إلى الانتحار أو التفكير في محاولة الانتحار.

ومجرد التفكير في الانتحار ووجود ميولات انتحارية لهو أكبر دليل على هشاشة الفرد من ناحية بنيته وميكانيزماته الدفاعية التي يستعملها في مواجهة أزمات الحياة المختلفة. كل هذا دفع بنا إلى البحث عن مفهوم واضح وعلمي للانتحار وكيفية حدوثه وماهيته وأسبابه ونتائجه وكيف نتجنبه.

وفي هذا الفصل، سنحاول تسليط الضوء على مختلف مركبات هذه الظاهرة من تعريفات وأسباب وأطر نظرية، كما سنتعرض إلى معالجة الجوانب النفسية للظاهرة خاصة الأسباب النفسية الدافعة إلى الانتحار، مع التطرق إلى سبل الوقاية من هذه الظاهرة والاهتمام بمحاولة الانتحار، مهما كانت طبيعتها و مهما كان هدفها .

## 1-1- الحقل الدلالي لمصطلح الانتحار :

- يعرف الانتحار على أنه الفعل الواعي و المحرر لقتل النفس (1).  
- الانتحار هو فعل يخص الإنسان فقط، و يعرف بأنه قتل النفس إراديا و هو ينتج بطريقة مباشرة أو غير مباشرة من فعل سلبي أو إيجابي تقوم به ضحية هذا الفعل، هذه الأخيرة تعرف مسبقا وجوب الوصول إلى هذه النتيجة أي القضاء على الحياة (2).  
- من بين الأنشطة العدوانية الذاتية، الانتحار عند صغار السن الذي يتميز بأنه تصرف قد يؤدي إلى الموت و تفسيره السيكوديناميكي لا يكون حسب نجاحه أم لا، بل بنظر الفرد القائم بالفعل إليه (3).  
- جاء في الموسوعة البريطانية أن الانتحار هو فعل تدمير الذات الطوعي المقصود (4).  
- الانتحار هو الإقدام على قتل النفس إراديا، أي فعل تدمير ذاتي و ذلك بالتعرض إلى خطر قاتل أو فشل خطير و هو تدمير للسلطة الذاتية بالإقدام على وضع حد للحياة (5).  
من خلال تأملنا للتعريف سألفة الذكر، يتضح قاسم مشترك فيما بينها والمتمثل في أن الانتحار هو قتل الفرد لنفسه وبكيفية واعية والذي يهدف إلى وضع حد للحياة، ما يشير ضمنا إلى وجود تخطيط بغية تنفيذ الفعل الذي قد كان الفرد أن بلور الفكرة حتى تجسيدها.  
كما نشير إلى أن هذا الفعل يصنف ضمن الأنشطة العدوانية الذاتية التي قد يؤدي حدوثها أو يكون الهدف من القيام بها هو الموت.

وتختلف أشكال وأساليب ووسائل هذا الفعل الخطير بالنسبة للفرد والمجتمع حسب الفرد القائم بالفعل، وحسب اختياراته، ويتم من خلال التعرض لخطر قاتل أو فشل خطير ويعتبر كذلك فعل الانتحار تدمير للسلطة الذاتية.

كما أن دراسة الأفراد الذين يقتلون أنفسهم انتحارا أو يحاولون ذلك تفيد في معرفة الفكر الانتحاري و الكشف عن أسبابه، الأمر الذي يساعد المختصين في هذا الميدان، في إنقاذ من تراوده نفسه بالانتحار، ذلك أن الإبقاء على الحياة و ليس الموت ذاته هو ما يدفع إلى دراسة الانتحار .  
إن الانتحار الذي يرمي عادة إلى تدمير الذات لا يتسم بالغرابة والغموض فلا يمكن فهمه بل هو على العكس، له منطق خاص و نمط تفكيري يدفع بالمنتحر إلى إنهاء حياته، حيث يغدو الموت الطريق الوحيد الذي ينهي المأساة والمتاعب، ومثل هذا النمط من السلوك يمكن إدراكه بسرعة عند المنتحرين، ثم إن هناك خطوات يمكن اتخاذها لتحويل دون تنفيذ المنتحر لنيته في قتل ذاته، إذا عرفنا المواطن التي يجب أن نعاينها في نفسه وننظر إليها نظرة ثاقبة .

(1) Robert Pelsser, Manuel de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, édition Masson , 1989, Paris, P.251.

(2) Encyclopédie Microsoft Encarta 2002.

(3) J de Ajuriaguerra, manuel de psychiatrie de l'enfant, édition masson, 2<sup>ème</sup> édition, 1980, Paris, P.487.

(4) الموسوعة البريطانية في مجلة الثقافة النفسية، المجلد الرابع، العدد 16، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان، 1993، ص. 59.

(5) Dictionnaire de la langue française, tome 10 .

ومن العلماء من أمثال Ionescu و Blanchet من أدرج فكرة أزمة الانتحار مفادها أنها أزمة نفسية يتمثل فيها الخطر الأكبر في الانتحار والذي ينتج من حالة نفسية تضع الفرد في حالة هشاشة بالنسبة لتوازنه النفسي المعتاد، هذه الحالة هي طبعاً قابلة للتغير وفي نفس الوقت مؤقتة وهي تمثل المسار الذي يبدأ بالشعور بوضعية فشل وصولاً إلى الشعور باستحالة وجود مخرج وتراود هذه الحالة أفكار انتحارية ملحة باستمرار إلى غاية المرور إلى الفعل الحقيقي<sup>(1)</sup>. كما تجدر الإشارة إلى أن هناك حالة أزمة تظهر عندما يجد الفرد نفسه في مواجهة حاجز يحول بينه وبين الوصول إلى أهداف مهمة في حياته، هذا الحاجز في وقت ما لا يمكن تخطيه بالوسائل المعتادة لحل المشاكل، فتظهر بعد ذلك فترة خلل في التنظيم وهي فترة غير مريحة يتم خلالها القيام بعدة محاولات لإيجاد حلول وبعدها قد ينشأ شكل تكيفي والذي قد يكون لفائدة الفرد ومحيطه أو عكس ذلك.

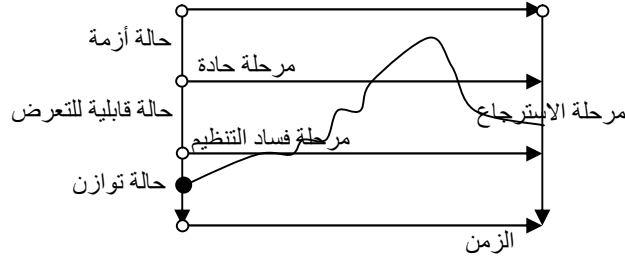
ويمثل الشعور بفقدان التناسق مع العالم الخارجي ومع الفرد نفسه وفقدان الشعور بالتحكم في الحياة خبرات قادرة على إنذار الشعور بالهوية وكأي أزمة من أزمات الحياة اليومية يهدف حل الأزمة الانتحارية إلى تحويل شخصية الفرد الذي مر بها.

---

(1) Serban Ionescu et Alain Blanchet, Psychologie clinique, Psychopathologie, Psychothérapie, édition PUF, 2007, Paris, P.132.

و يجب التأكيد هنا على تطور الأزمة والتي تنطلق من حالة التوازن إلى حالة الأزمة  
والمرور إلى الفعل حسب الشكل التالي:

**شكل (01-01) : تطور الأزمة الانتحارية عند الرشد**



**المصدر : Serban Ionescu et Alain Blanchet, Psychologie clinique,**

**. Psychopathologie, Psychothérapie, édition PUF, 2007, Paris, P.135**

لا يأخذ هذا النموذج بعين الاعتبار تنوع الظروف المسببة للأزمة ومختلف الأفكار التي ينظر بها الفرد لمشكلاته قبل الدخول في حالة الأزمة. بينما هناك من اقترح نمطية معينة ترتبط إلى حد ما بنمط معين من خلل التنظيم النفسي والتي يمكن لها أن توجهنا بطريقة سريعة إلى اختيار التدخل الملائم سواء كان قصير المدى أو متوسط المدى، وفي هذا الصدد يقترح Séguin, Brunet و Leblanc الأنماط التالية للأزمة الانتحارية:

**أولاً: الأزمة النفسية الاجتماعية:**

تفسر الأزمة النفسية الاجتماعية بوجود ضيق نتيجة ظرف إشكالي قد يكون متوقع أو غير متوقع، لكن طبيعة المشكل المواجه لا تتعدى حدود السواء، فالحداد والأمراض وانقطاع العلاقات والحالات الانفعالية ذات منشأ اجتماعي ثقافي، كلها وضعيات حادة يمكن أن تسبب خلل في التوازن وتفجر حالة الأزمة.

عموما يحاول الأفراد إيجاد حلول للعودة إلى حالة التوازن، لكن عندما تنتهي كل محاولاتهم بالفشل، يمكن الشعور في هذه الحالة بتزايد الضغوطات والتي قد تقود الفرد إلى حالة الأزمة. كما نلاحظ لدى الفرد في حالة أزمة اضطرابات من النمط المعرفي، صعوبة في التركيز وإيجاد حلول للمشاكل، كما يمكن أن يشعر الفرد بالفراغ بسبب حدة الانفعالات ويتصور الفرد نفسه منحط القيمة وأنه غير قادر على إيجاد توظيف ملائم لمصادره وقدراته كما يمكن أن يصل الحد به إلى الشعور بالطابع النهائي لهذه الحالة، وهذا ما يمكن أن يسبب الشعور بفقدان الأمل فيصبح الفرد موهما بأنه في كل مرة يصبح غير قادر على التحكم في حياته وهنا يمكن لبعض الأفراد المرور إلى الفعل الانتحاري والذي يمثل غالبا طريقة للتخلص من ظرف صعب لا حل له<sup>(1)</sup>.

<sup>(1)</sup> Serban Ionescu et Alain Blanchet, Op.Cit, P.136.



### ثانيا: الأزمة النفسية المرضية:

يعاني الأفراد المصابين باضطرابات عقلية من حوادث مسببة للأزمات، فأتساءل أزمة نفسية مرضية تفسر القابلية الفردية للتعرض مقدار الضيق واللجوء إلى حلول غير فعالة للخروج من الأزمة.

عند مواجهة الفرد لظروف صعبة متكررة، فإن الطريقة التي يصل من خلالها إلى إيجاد الحل تلعب دورا مهما في ظهور الأزمة أو تطورها. ففي وقت الأزمة النفسية المرضية لا يجد الفرد غالبا حولا لمشكلاته، فيفجر المشكل المسبب للأزمة عدة مشاكل أخرى موجودة منذ زمن بعيد ويصبح بالتالي خطر المرور إلى الفعل أكثر أهمية بالنسبة للفرد الذي يواجه أزمة ذات طبيعة نفسية مرضية، آخذين بعين الاعتبار أن الفرد يفقد لاستراتيجيات خفض التوتر، وفي حالة ما إذا كان الفرد يعاني من اضطرابات في الشخصية فإنه يمكن أن يجد نفسه بطريقة سريعة واندفاعية أمام المرور إلى الفعل وفي هذه الحالة يمكن أن يواجه الفرد عدوانيته نحو غيره أو نحو ذاته.

يكمن الفرق بين الأزمة النفسية الاجتماعية والأزمة النفسية المرضية في حدة ردود الأفعال الناتجة عن الحوادث الصعبة واقتراب وسرعة المرور إلى الفعل ودرجة قابلية الفرد المسبقة للتعرض للأزمة. وفي السياق ذاته، الأخذ بعين الاعتبار أن معرفة أسباب الأزمة يمكن أن يؤدي بنا إلى أحسن التدخلات التي ينبغي اقتراحها، كما أن الانخراط في السيرورة الانتحارية غالبا ما ينجم عن تراكم الأحداث التي تؤدي إلى حد الانقطاع أو الخسارة الكبيرة وتظهر هنا الفكرة الانتحارية ولا تمثل في بداية الأزمة إلا حلا من الحلول الموجودة.

ففي بداية الأزمة، عندما لا يكون الفرد منعزلا عن وسطه يمكن أن تظهر الميولات الانتحارية عن طريق الرسائل غير المباشرة والتي ينبغي أخذها على محمل الجد في حالة وجود محاولات انتحار سابقة، وفي حالة ما إذا فشلت محاولات التكيف فإن حل الانتحار يتعزز إلى غاية ما يصل في ذهن الفرد أنه الحل الوحيد الممكن. كما يصاحب تطور الأزمة بعض الأعراض مثل:

- تزايد الشعور بالانعزال؛

- تزايد إلقاء الأحكام؛

- تذبذب صورة الذات؛

- تزايد الشعور بالمعاناة.

وفي بعض الحالات يمكن أن يؤدي إحباط بسيط الحجم إلى مرور إلى الفعل جد عنيف، فالفرد يفكر أقل ويفتتح بصحة تحليلاته وأحكامه.

### ثالثا: الأزمة النفسية الصدمية:

من المحتمل أن يصل الفرد المتعرض لحادث صدمي بطريقة سريعة إلى حالة أزمة، فالصدمة تولد أزمة تصنف لوحدها مقارنة بالأزمة النفسية الاجتماعية والأزمة النفسية المرضية حيث تميزها فجائية الانتقال من حالة التوازن إلى حالة الأزمة، كما أن هناك خاصيتين تساهمان في تعريف الحادث الصدمي:

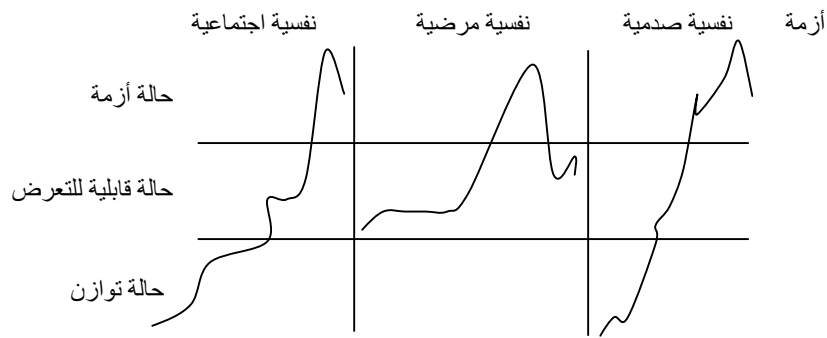
1- يمثل الحادث الصدمي تهديدا للحياة (اغتصاب، اختطاف...);

2- يولد هذا الحادث رد فعل صدمي حاد من الخوف والضعف والهلع.

وتنسب الأزمة النفسية الصدمية إلى هذه المرحلة من فقدان التحكم والتي من خلالها يمكن ملاحظة أعراض القلق والاكتئاب شاملة بذلك تلك المرتبطة باضطراب إجهاد ما بعد الصدمة، حيث يعاني الفرد من كوابيس وتفاعل عاطفي وجسدي عنيف مع كل ما يذكر بالصدمة وفقدان ذاكرة واضطراب في النوم وصعوبة في التركيز على وجه الخصوص.

عموما، غالبية الأفراد الذين يتعرضون لأحداث صدمية يبدون بعض الأعراض دون أن يظهر لديهم إجهاد ما بعد الصدمة وهذا إذا لم تستمر الأعراض أكثر من شهر واحد، أما إذا كان عكس ذلك فردود الأفعال ما بعد الصدمة إنما تنسب للإطار المرضي ويصبح خطر المرور إلى الفعل الانتحاري خطرا جادا يجب توخي الحذر منه. والشكل التالي يوضح أنواع الأزمات السالفة الذكر وتطورها، بحيث أن معرفة أسباب ظهور الأزمات المختلفة والأعراض المصاحبة لكل منها يساهم بشكل كبير في اقتراح تدخل الأزمة الملائم لذلك.

### الشكل (02-01): أنواع الأزمات وتطورها.



المصدر: . Serban Ionescu et Alain Blanchet, Op.Cit, P.138

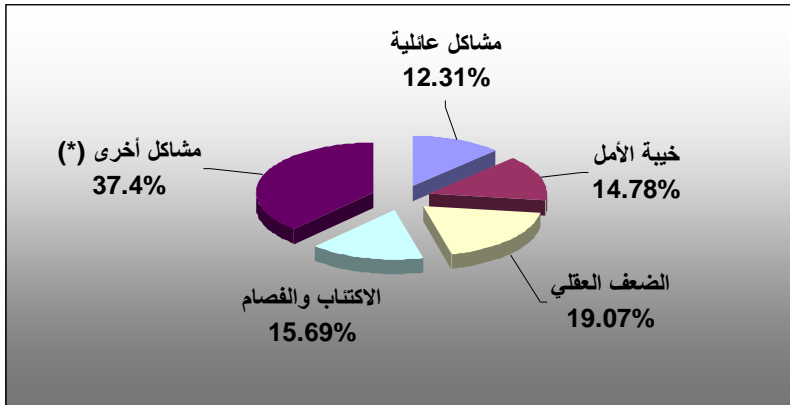
## 1-2- واقع الانتحار في الجزائر :

الانتحار ظاهرة اجتماعية تشكل أحد أبرز أسباب الموت في الجزائر، فمن خلال اللقاء الوطني حول الانتحار المنظم يوم 15 فيفري 2005 بالجزائر العاصمة من طرف (La FOREM) و بلدية الحراش، مختصون، أطباء عقليين، اجتماعيون وممثلون عن مختلف الولايات، حاولوا رفع الستار عن الدوافع والأسباب التي تدفع بالجزائريين إلى الانتحار ومحاولة إيجاد حلول لهذه الظاهرة.

أصبح الانتحار المسؤول الأول عن كل حالة وفاة تحدث كل 12 ساعة، حسب تحقيق قام به الدكتور مصطفى خياطي رئيس (La FOREM) - ففي ظرف 10 سنوات يضيف الدكتور عدد حالات الانتحار قد تضاعف من 251 حالة سنة 1993 إلى 699 حالة سنة 2003. فبين 1993 و 2003، سجلت الجزائر 4571 حالة إنتحار .

و حسب مختصين حاضرين في هذا الملتقى، الأزمة التي مرت بها الجزائر في التسعينات لعبت دورا كبيرا في تزايد حالات الانتحار، إضافة إلى ذلك المشاكل العائلية 12.31%، حالات خيبة الأمل 14.78%، الضعف العقلي 19.07% وبعض الاضطرابات الأخرى كالاكتئاب والفصام بنسبة 15.69%. كما يضيف المختصون أن الفقر، البطالة، فقدان شخص عزيز، التحرشات الجنسية في الطفولة، المشاكل المهنية، شرب الكحول وتناول المخدرات يمكن أيضا أن تساهم في تزايد أخطار الانتحار.

### الشكل (01-03): أسباب الانتحار في الجزائر ما بين 1993-2003



(\*) : الفقر، البطالة، فقدان شخص عزيز، التحرشات الجنسية في الطفولة، المشاكل المهنية، الكحول والمخدرات.

**Source: Le quotidien d'oran, édition du 16.02.2005, P.04.**

أثبتت الأرقام المبينة أن الفئة الأكثر تضررا من الانتحار هي فئة البطالين، ففي خلال العشرية 1993-2003، 63% من المنتحرين كانوا بطالين، 06% طلبة، 11% عمال، 08% أعمال حرة كما تبين دراسة الدكتور مصطفى خياطي أيضا أن الانتحار يمس مجمل المناطق في

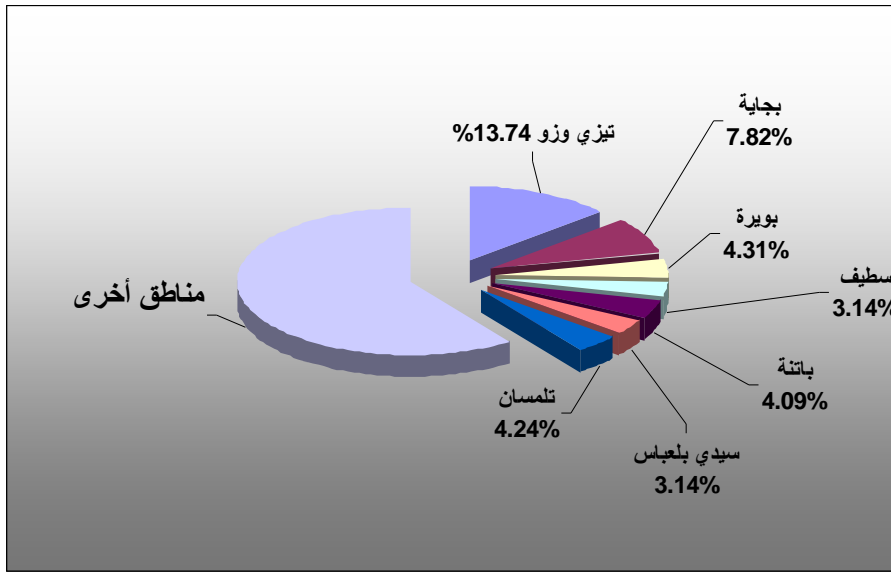
الفصل الأول : ..... المقاربة النظرية للانتحار ومحاولة الانتحار

الجزائر، فمن خلال إحصاءات، منطقة القبائل تمثل قمة الهرم بحالات انتحار بلغت نسبتها 13.74 % بتيزي وزو، 7.82% بجاية، 4.31% بالبويرة.

الظاهرة أيضا تنتشر بشرق البلاد بسطيف بنسبة 3.14 %، 4.09 % بباتنة، كذلك الغرب الجزائري بـ : 3.14% بسيدي بلعباس و 4.24 % بتلمسان .

والشيء المثير للحيرة هو الانتحار بين القاصرين، فالمنحنى يظهر تزايد واضح للشباب أقل من 18 سنة الذين وضعوا حدا لحياتهم، فمن 27 حالة سنة 1993 إلى 200 حالة سنة 2002.

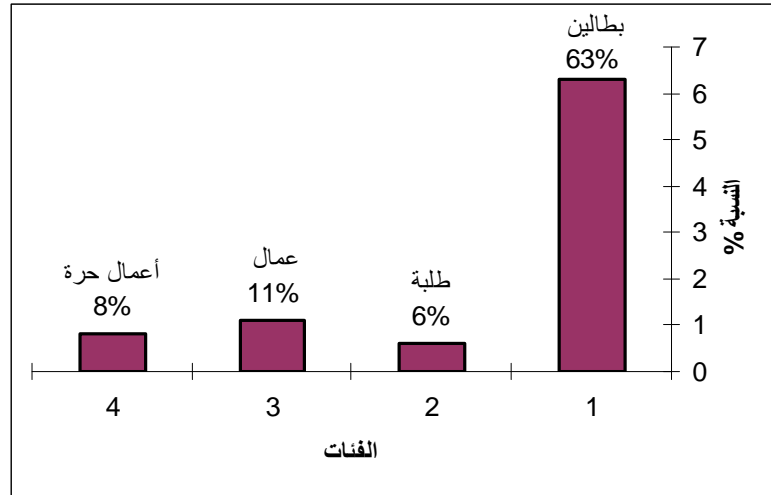
الشكل (01-04): معدلات الانتحار بمختلف مناطق الوطن ما بين 1993-2003



Source: Le quotidien d'oran, Op.Cit, P.04

كما يبين المنحنى التالي، الفئات المختلفة المتضررة من الانتحار، حسب نوع النشاط أو المهنة .

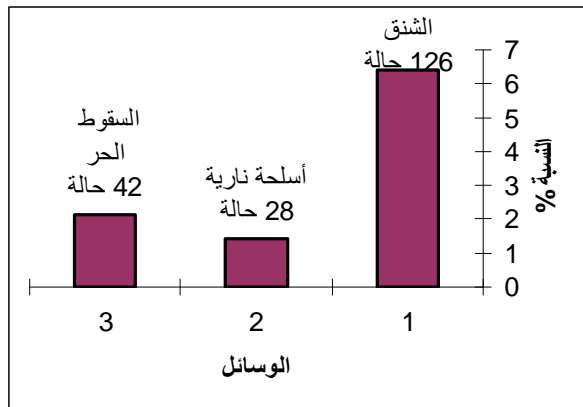
الشكل (01-05): حالات الانتحار حسب العمل ما بين 1993-2003



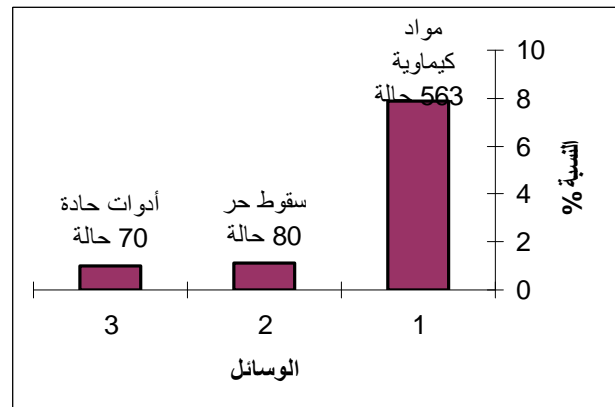
Source: Le quotidien d'oran, Op.Cit, P.04

كما تجدر الإشارة إلى أن الوسائل المستعملة في محاولة الانتحار والانتحار في الفترة 1999-2000 كانت مواد كيميائية متناولة 563 حالة، السقوط الحر 80 حالة، كذلك الأدوات الحادة 70 حالة، و بالمقابل فإن الحالات الناجحة للانتحار في نفس الفترة السابقة الذكر كانت بالشنق 126 حالة، الأسلحة النارية 28 حالة و السقوط الحر 42 حالة .

الشكل (01-06): الوسائل المستعملة في محاولات الانتحار (I) وحالات الانتحار الناجحة (II) ما بين 1999-2000



II

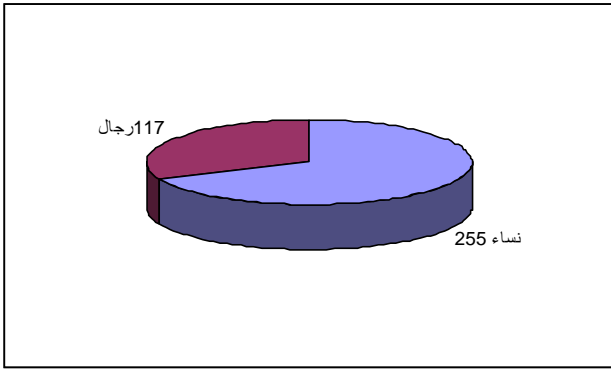


I

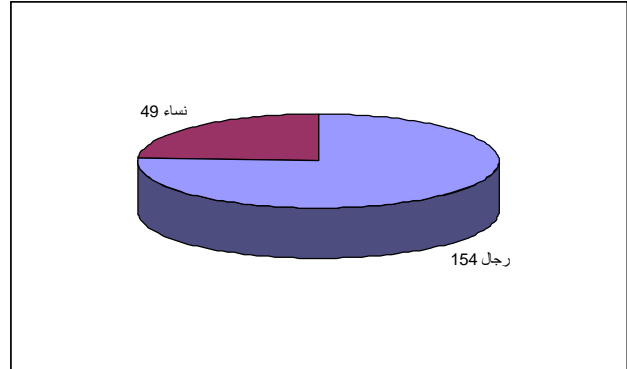
Source: Le quotidien d'oran, Op.Cit, P.04.

و رغم التزايد الظاهر لحالات الانتحار إلا أن الجزائر تبقى مصنفة ضمن الدول الأقل تضررا من الظاهرة، ففي فرنسا الانتحار يسبب حالة وفاة كل 40 دقيقة وحسب علماء الاجتماع المفهوم الإسلامي للانتحار يحفظ الجزائريين من المرور إلى الفعل . ولقد تشير الدراسة التي قام بها الأستاذ بن اسماعيل إلى أنه يتناقص وبشكل ملحوظ الانتحار خلال شهر رمضان المعظم<sup>(1)</sup> . كما تجدر الإشارة إلى نقص المؤسسات الاستشفائية الخاصة بالوقاية من الانتحار في الجزائر، فحسب الحاضرين في المؤتمر " الصحة العقلية هي الأب الفقير للصحة العمومية في الجزائر"، إضافة إلى نقص المختصين في مستشفيات الولايات الداخلية للبلاد. أما في السنوات الأخيرة، فيمكن ملاحظة تزايد كبير لحالات الانتحار، ويؤكد المختصون أن الأسباب المؤدية للانتحار تبقى مرتبطة بعوامل نفسية واجتماعية. وقد قامت خلية الاتصال بالدرك الوطني بوضع حوصلة فيما يخص الانتحار في الجزائر لسنة 2009، حيث عالجت وحدات الدرك الوطني عبر القطر الجزائري 203 حالة انتحار مؤكدة، منها 154 رجل و 49 امرأة. ومقارنة بسنة 2008 فإن عدد حالات الانتحار تزايد بـ 60 حالة، وبالمقابل تشير الحوصلة إلى 372 محاولة انتحار، 255 منها نساء.

شكل (01-07): حالات الانتحار (I) ومحاولة الانتحار (II) في الجزائر حسب الجنس سنة 2009



II



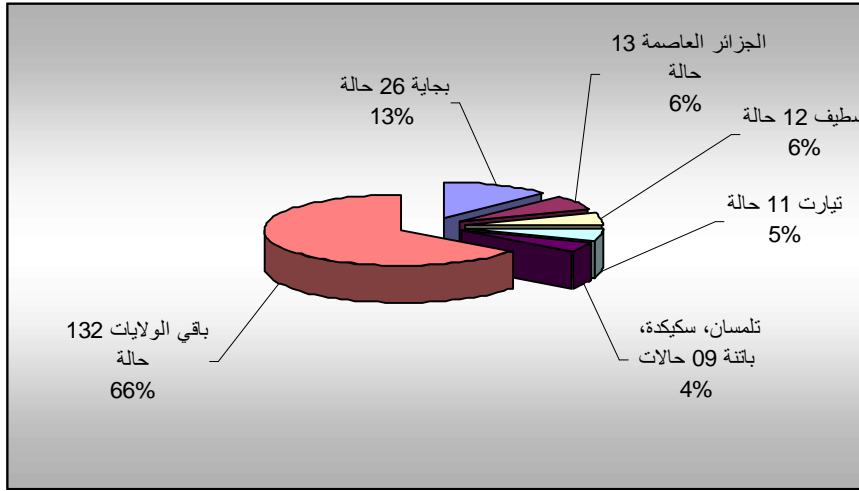
I

**Source: [www.city-dz.com/Algérie-suicides-en-Algérie-en-2009.HTML](http://www.city-dz.com/Algérie-suicides-en-Algérie-en-2009.HTML) .  
consulté le 10-04-2010.**

بالنسبة للولايات، تحتل ولاية بجاية قمة الهرم بـ 26 حالة، الجزائر العاصمة 13 حالة، سطيف 12 حالة، تيارت 11 حالة، تلمسان وسكيكدة وباتنة 09 حالات وحسب نفس الإحصائية فإن العزاب يقبلون على الانتحار أكثر من المتزوجين.

(1) S.Durki, D.Moussaoui, F.Kacha, Manuel du psychiatre maghrébin, Masson, Paris, 1987, P.70.

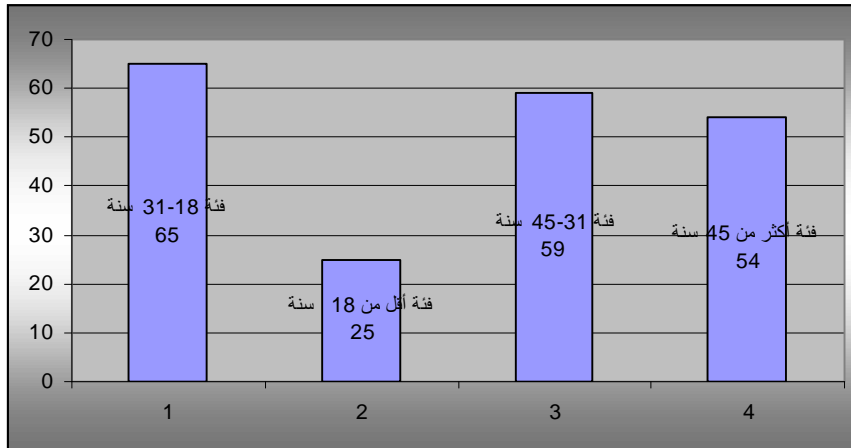
شكل (01-08): توزيع حالات الانتحار الناجحة حسب الولايات سنة 2009



Source: [www.city-dz.com/Algerie-suicides en Algérie-en-2009.HTML](http://www.city-dz.com/Algerie-suicides%20en%20Algerie-en-2009.HTML) .  
consulté le 10-04-2010.

كما تشير الحوصلة إلى توزيع الإنتحار حسب الفئات العمرية وتأتي فئة 18-31 سنة هي الأولى بـ 65 حالة، أما أقل من 18 سنة فبنسبة 25 حالة، كذلك 59 حالة في فئة 31-45 سنة وأخيرا 54 حالة في فئة أكثر من 45 سنة.

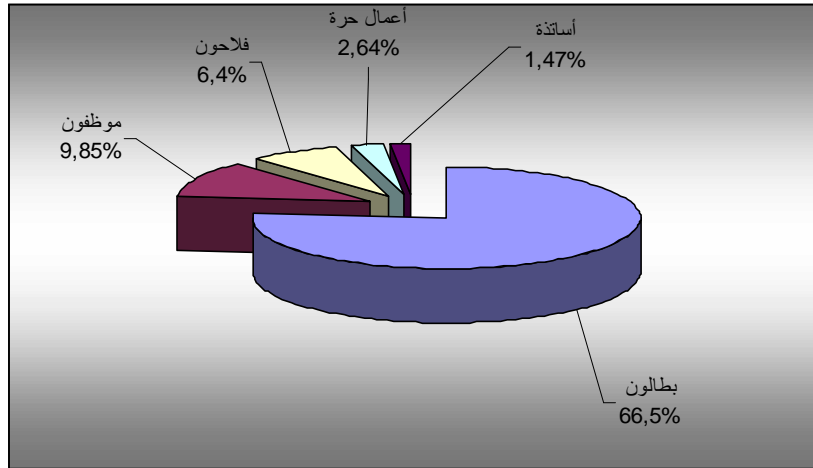
شكل (01-09): توزيع حالات الانتحار الناجحة حسب الفئات العمرية سنة 2009



Source: [www.city-dz.com/Algerie-suicides en Algérie-en-2009.HTML](http://www.city-dz.com/Algerie-suicides%20en%20Algerie-en-2009.HTML) .  
consulté le 10-04-2010.

وقد أكدت هذه الدراسة أن الأشخاص المنتحرين ينتمون إلى طبقات اجتماعية متنوعة لكن الظاهرة تمس أكثر الطبقة الكادحة من المجتمع، فالبطالون يمثلون نسبة 66.5 % من حالات الانتحار، الموظفون 9.85%، الفلاحون 6.4%، الأعمال الحرة 2.46% وأخيرا فئة الأساتذة 1.47% من الحالات.

شكل (10-01): توزيع حالات الانتحار الناجحة حسب العمل سنة 2009



*Source: [www.city-dz.com/Algérie-suicides en Algérie-en-2009.HTML](http://www.city-dz.com/Algérie-suicides%20en%20Algérie-en-2009.HTML) .*

*consulté le 10-04-2010.*

وفي الأخير، تشير الإحصائيات إلى الوسائل المستعملة في الانتحار، فيأتي الشنق في المرتبة الأولى بنسبة 70% من الحالات، إضافة إلى التسمم، الأسلحة النارية والأسلحة البيضاء. ويمثل فقدان الأمل 20% من أسباب الانتحار، كذلك الظروف الاقتصادية والاجتماعية، المرض العقلي، الفشل المدرسي والمشاكل المالية<sup>(1)</sup>.

<sup>(1)</sup> [www.city-dz.com/algérie-suicides en algérie-en-2009.html](http://www.city-dz.com/algérie-suicides%20en%20algérie-en-2009.html), consulté le 10-04-2010.



### 1-3- تصحيح لبعض المفاهيم المتعلقة بالانتحار :

يعرف بعض العلماء، بعض الأخطاء والأفكار غير الصحيحة المتعلقة بظاهرة الانتحار، وهذا من المتعارف عليه عند مختلف المجتمعات و حتى المتمهين في الصحة. وفيما يلي عرض مختلف هذه المعتقدات مع تصحيح الفكرة<sup>(1)</sup>.

#### 1- عدم الجدية في التعامل مع التهديد بالانتحار :

"لا يمر الأفراد الذين يتكلمون أو يهددون بالانتحار إلى الفعل"، هذا خطأ بما أن 8 أفراد من أصل 10 ينتحرون، قد تكلموا عن الانتحار مسبقاً، و بالتالي قد يكون من الخطير عدم الاهتمام واللامبالاة بالرسائل المباشرة و غير المباشرة المتعلقة بالانتحار.

#### 2- الانتحار المسبق -الانذاعي :

"يأتي الانتحار بطريقة مسبقة، دون سابق إنذار"، هذا خطأ بما أن محاولي الانتحار يبذلون مؤشرات و تحذيرات لميولاتهم، كما يرسلون عدة رموز وعلامات خطر ونداءات مساعدة و بينها حركات انتحارية.

#### 3- الاختيار المحتم :

"من المؤكد أن محاولي الانتحار، قد قرروا الموت"، هذا خطأ لأن عدد كبير من محاولي الانتحار يطلب المساعدة، ما يشير إلى أن الانتحار يأتي بعد مرحلة عدم قدرة على اتخاذ القرار و التناقض، يظهر طلب المساعدة الرغبة في عدم الوصول إلى التدمير الذاتي، كما أن الرغبة في الموت في معظم الحالات انتقالية و تدوم مدة قصيرة، فالانتحار قد يكون وسيلة لعدم المعاناة نهائياً.

#### 4- عدم انقلاب السيرورة الانتحارية:

"تراود فكرة الانتحار الفرد دوما و الرغبة و الميل إلى الانتحار غير قابلة للانقلاب"، هذا خطأ، فمراحل قابلية التعرض المعاشة أثناء أزمت الحياة قصيرة المدى، فبعد تدخل خاص، أو علاج نفسي، يصبح الفرد قادر على التكيف، العمل و من ثمة عضوا فعالا اجتماعيا. كما أن "التحسن السريع يشير بعد محاولة الانتحار إلى أن خطر الانتحار ضعيف أو منعدم"، هذا خطأ، بحيث يجب اعتبار الأفراد في حالة ضعف لفترة ثلاثة أشهر على الأقل، كما أنه من المهم وضع مخطط علاجي على المدى الطويل.

<sup>1)</sup> Robert Pelsser, Op.Cit, P.252-253.

#### 5- وراثية الانتحار:

"الميل إلى الانتحار وراثي، يتواجد دائما في العائلات نفسها". هذا خطأ، فلا يوجد أي دليل علمي يثبت أن الانتحار وراثي إلا في حالات اضطراب المزاج حيث يكون الخطر كبيرا إذا كان أحد الوالدين قد انتحر.

#### 6- جنون الانتحار :

"الأفراد الذين يميلون إلى الانتحار هم مرضى عقليون، فالانتحار يكون دائما من فعل أشخاص ذهانيين". هذا خطأ، لأن الأفراد الذين يقدمون على الانتحار هم مكتئبون، فاقدون للأمل، يائسون، لكن ليسوا بالضرورة مرضى عقليين. فالميولات الانتحارية يمكن أن تظهر بالمقابل عند شخص متوازن لا يرغب في الموت إلا لإيقاف المعاناة .

#### 7- الجبن و شجاعة الانتحار:

"الفرد يحاول الانتحار جبان أو العكس، هو شجاع"، هذا خطأ، في الواقع الفعل الانتحاري هو مؤشر عن نقص الاختيار وليس احتمال الاختيار، فالفرد يرى في الانتحار حلا أخيرا لأن الحياة تبدو له غير مطابقة، و بالتالي ليست القضية في الجبن أو الشجاعة، لكن في فقدان الأمل حيث أن الظرف يبدو بدون مخرج.

#### 8- الانتحار بهدف السيطرة:

"كل الأفراد الذين يهددون بالانتحار أو يحاولون ذلك يرغبون في السيطرة" هذا خطأ، فبالرغم من وجود فئة من المنتحرين، تلعب لعبة السيطرة وأن بعض الأفراد قد يموتون في معظم الحالات، لكن ليس الهدف من ذلك هو جلب الانتباه وتحريك عاطفة الآخرين بل يكون الهدف وراء ذلك التدمير الذاتي في وقت محدد تكون الحياة فيه غير مريحة.

#### 4-1 - أسباب الانتحار:

أوضحت الدراسات أن هناك عوامل مختلفة يمكن أن تؤدي أو تحفز الفرد للجوء لمحاولة الانتحار و التي يمكن تصنيفها كالتالي :العوامل الاجتماعية، الأسرية والفردية.

#### 1-4-1- العوامل الاجتماعية:

قام العلماء بمقارنة مختلف أنماط المجتمعات لمعرفة مدى تأثير بعض الخصائص الاجتماعية العامة على ظاهرة الانتحار، و قد لوحظ أن معدل الانتحار يكون أكثر ارتفاعا في الحالات التالية :

- لا تحمل العلاقات الأسرية أي قيمة مهمة، فحياة الفرد تكون مهددة بالاضطراب في حالة طلاق الوالدين، غياب أحد الوالدين أو كلاهما.
- أصبح للنجاح الدراسي أو الرياضي أو الاجتماعي قيمة كبيرة عند الفرد، فهذا الأخير يواجه شروطا جد فائقة لمستواه الحقيقي ولا تصبح لديه القدرة على تحمل الإحباط في حالات الفشل.
- لا يستطيع الفرد التعبير عن العدوانية ببعض الوسائل كتأكيد الذات أو التفريغ عن طريق الكلام.
- تصبح المعايير والقيم التي توجه سلوك الفرد مختلطة ومتعددة فالتسامح الاجتماعي والعائلي لا يسمح للفرد ببناء هويته .
- يعيش الفرد حالة عدم استقرار، الهجرة، تغيير السكن باستمرار، الانعزال، و بالتالي شبكة علاقاته الاجتماعية تتفكك .
- لم يتمكن الفرد من اكتساب الشعور بالقدرة على لعب دور فعال في المجتمع، وبالتالي ينتج لديه شعور بالتبعية والضعف، لأنه لا يستطيع تسيير شؤون حياته .

#### 1-4-2 - العوامل الأسرية :

تؤثر الاضطرابات الأسرية على عدد حالات الانتحار وتواتر محاولات الانتحار ومن أهم هذه العوامل ما يلي :

- الصراعات الأسرية، خاصة انفصال الوالدين، كذلك غياب الأب أو الصورة الأبوية، هذا العامل يكون أكثر تأثيرا إذا حدث الانفصال قبل 06 سنوات .
- السوابق العائلية المرضية : انتحار أو محاولة انتحار، مرض عقلي، تناول الكحول أو المخدرات من طرف الأب أو الأم.
- الرحيل وتغيير السكن العائلي باستمرار الذي يؤدي بالضرورة إلى تغيير المدرسة والشارع وبالتالي الشبكة الاجتماعية (عدم الاستقرار).

الفصل الأول : ..... المقاربة النظرية للانتحار ومحاولة الانتحار

- التوظيف الأسري المرضي كالتعدييات الجسدية و النفسية على الأطفال، جو من التوتر والعنف، اتصال غير متكيف، الوالدين في هذه الحالة قاصيين، غير مبالين، بحيث لا يتعاملان عاطفيا مع الأولاد وبالتالي يصبح الوسط العائلي مملوء بالصراعات والتوتر.
- الحالة المهنية لأحد الأبوين لا تؤثر على تواتر الانتحار، فعمل المرأة خارج البيت من عدمه لا يكتسي أي معنى سلبي اتجاه أسباب الانتحار<sup>(1)</sup>.

### 1-4-3 - العوامل الفردية:

- يزيد خطر الانتحار إذا توفرت مجموعة من العوامل الفردية، يمكن تلخيصها في :
- تجارب الفقدان، كفقدان أحد الوالدين أو أي شخص عزيز، انفصال الوالدين، حدوث انقطاع في علاقة حب أو صداقة، كل هذه العوامل يمكن أن تكون أسباب مباشرة أو غير مباشرة .
- انقطاع الدراسة، الفشل الدراسي، فشريحة كبيرة من المراهقين لم تتعدى المستوى الابتدائي و هم شباب يعمل أو بطل .
- استهلاك المخدرات، فمعدل الانتحار عند المدمنين أكثر بكثير منه عند غير المدمنين .
- الصراعات الفردية، حيث يعاني محاولوا الانتحار من عدة مشاكل، فهم فاقدون للشجاعة، مكتئبون، يحسون بالملل، يائسون، قلقون، كما يتعذر عن معظمهم إقامة علاقات اجتماعية، يشعرون بالوحدة و الرفض، و يعيشون أزمة هوية والحط من قيمة ذاتهم .
- مشاكل صحية، كسوابق لأحداث و أمراض جسدية مع استشفاء منتظم، كما نلاحظ وجود ميولات إلى الجسدنة كاضطرابات المريء و الأمعاء .
- وجود تشخيص نفسي مرضي، فمعظم حالات الانتحار 75-90 % من المنتحرين، تشخص على أنها تعاني من اضطراب قبل محاولة الانتحار وبعدها: إكتئاب، اضطراب عصابي، نفخة هذيانية، اضطرابات الطبع و السلوك ...، و معدل المرض يمكن أن يرتفع إلى 35% في حالات تكرار محاولة الانتحار ووجود اضطراب عقلي يمثل عامل خطر<sup>(2)</sup>.

(1) De Montremy J, « Pourquoi, quand, où et comment prévenir le suicide », Psychologie Médical, tome 1977, P.223.

(2) De Montremy J, Op.Cit, P.224.

### 1-5- أشكال الانتحار:

حدد Bachler سنة 1975، مختلف أشكال الانتحار، هذا الوضع النمطي لا يشير إلى سبب الانتحار، لكن إلى معناه، فالتعريفات هنا عامة و قابلة للتطبيق في مختلف مراحل الحياة، لكن بعضها يمكن أن تظهر بصورة أكبر عند الأطفال والمراهقين، و يعرف Bachler 11 شكل من الانتحار ينقسم إلى أربع مجموعات و هي (1):

### 1-6-1- الانتحار الحيزي:

تضم هذه المجموعة، الحالات الانتحارية التي تتخذ فيها دلالة الفعل شكل الهروب، فهو يظهر كوسيلة للهروب من شيء أو شخصا ما. وقبل التطرق إلى الأنماط التابعة لهذه المجموعة، سنتطرق إلى الرسائل المباشرة وغير المباشرة التي تسبق محاولة الانتحار.

### جدول رقم (01-01) : الرسائل المباشرة و غير المباشرة لمحاولة الانتحار

الرسائل المباشرة	الرسائل غير المباشرة
-أريد أن أموت.	- قريبا سأكون بسلام.
-أريد الانتهاء.	- سأسافر سفرا طويلا، قريبا.
-لا أستطيع الحياة.	- أنا غير مفيد.
- لا تعني الحياة لي شيئا.	- لم أتمكن من إيجاد مكاني في المجتمع.
- سأكون أحسن ميتا.	- إني أجد الفرد المنتحر، شجاعا.
-الحياة متعبة.	- ستكونون أحسن من دوني.
-لماذا الحياة؟	- ضيعت كل شيء في حياتي.
- إذا وقع هذا، سأنتحر.	- خسرت كل شيء في حياتي.
- أخاف أن أنتحر.	-هناك ستكون الحياة أفضل.

**Source: Robert Pelsser, Op.Cit, P.258.**

(1) Robert Pelsser, Op.Cit, P.257-259.

### 1-الهروب:

يحاول الفرد من خلال محاولة الانتحار الهروب من ظرف غير محتمل أو خطير، إن الهروب بالنسبة للأطفال و المراهقين قد يسبق فعل الانتحار أو يحل محله.

### 2- الحداد:

يكون هنا الانتحار، بسبب فقدان شخص عزيز، كما يمكن للطفل أو المراهق أن ينتحر، عندما يحس باللامبالاة بعد فقدان شخص قريب منه و الانتحار ليس فقط مؤشر للميولات الإكتئابية و إنما يهدف أيضا إلى الالتحاق بالفرد المفقود بطريقة سريعة.

### 3-الشعور بالذنب:

قد ينتحر الفرد ليكفر عن خطأ حقيقي أو خيالي، السلوك الانتحاري هو نتيجة لمشاعر ذنب عميقة و ميولات مازوشية، وإن محاولة الانتحار تعبر عن الحاجة للعقاب الذاتي و هي في الوقت نفسه عدوانية موجهة نحو الغير.

### 1-2-5- الانتحار العدواني:

تندرج ضمن هذا الصنف، الحالات التي يكون الانتحار فيها عدوانية موجهة نحو الغير، فمن خلال الانتحار أو محاولة الانتحار يبحث الفرد عن إلحاق الأذى بغيره من الأفراد.

### 1-الانتقام:

يحاول الفرد وضع حد لحياته لكي يثير الألم لدى الآخرين أو يلحق بهم العار وقد تحمل محاولة الانتحار هوامات عدوانية هامة اتجاه الآخرين لاسيما اتجاه الأسرة.

### 2-الجريمة:

هذا النوع من الانتحار قد يظهر في المراهقة، فإما أن ينتحر الفرد بعد أن يقوم بجريمة قتل شخص قريب للتكفير عن الجريمة، أو أن يختار عدو أقوى منه و يستثيره إلى أن يقتله.

### 3- المساومة:

يقوم هنا الفرد بمحاولة الانتحار للضغط على شخص آخر، و هنا يجب توخي الحذر بين محاولة انتحار حقيقية و محاولة الضغط و يجب التنويه إلى أن المساومة بالانتحار تؤدي أحيانا إلى الموت غير المرجو و أن كل محاولة انتحار يجب أن تعالج بجدية.

### 4- النداء:

باللجوء إلى محاولة الانتحار، يصل النداء إلى المحيط بأن الفرد المنتحر في خطر، فالأفراد القائمين بهذا الفعل، يكون لديهم الإحساس بأنهم غير مرغوب فيهم أو غير مفهومين، فالانتحار يصبح نداء مساعدة موجه للآخرين الذين لا يهتمون بخطورة الإهمال و اللامبالاة.

### 1-4-3- Oblatif الانتحار :

نجد في هذا النمط الحالات التي يظن أصحابها أنهم بانتحارهم ينزعون بحياتهم الفردية وهذا باعتبار الانتحار وسيلة ضرورية للوصول إلى شيء أعلى و أسمى.

#### 1- التضحية:

ينتحر الفرد هنا للوصول إلى قيمة يعتبرها سامية في حياته كالانتحار الجماعي لأفراد معبد الشمس في فرنسا سنة 1995.

#### 2- المرور:

ينتحر الفرد للدخول في حالة يعتبرها أحسن كالحياة الأخرى، و أن هذه الأنماط من السير الانتحارية يمكن أن تظهر في حالات الاضطرابات الكبرى كالقصاص، أين يعتبر الفرد الموت انتقال إلى شيء أعلى و أسمى . في هذه الحالة تحمل محاولة الانتحار اعتبارات دينية أو سياسية.

### 1-4-4- الانتحار اللعبي:

هذه الفئة تجمع حالات الانتحار التي يكون الهدف من محاولة الانتحار فيها تحمّل أخطار حياتية أو اللعب مع الموت .

#### 1- L'ordalie :

الفرد يخاطر بحياته ليثبت نفسه.

#### 2- Le suicide-jeu :

يلعب الفرد هنا بحياته أو معها بالتعرض لأخطار الموت، كالسياقة الخطرة، لعب التوازن في أماكن عالية، و يتحمل الفرد هنا أخطار غير معتبرة بالنسبة له ويكون الهدف الشعور بالقوة أو إظهار الشجاعة أو مقاومة الموت.

## 1-5- محادثة الانتحار:

### 1-5-1- تعريف محاولة الانتحار:

يشمل هذا المصطلح كل فعل يعرض الفرد من خلاله حياته للخطر، إما بطريقة هادفة أو بطريقة رمزية، ولا يصل به إلى حد الموت . و بالتالي الأمر ليس فقط متعلق بانتحار فشل الوصول إليه، وإنما بأفراد منتحرين وميولات انتحارية .  
و الواقع أن محاولة الانتحار تعرف على أنها حلول تهدف إلى القضاء على الحياة و إزهاق الروح دون الوصول إلى هذه الغاية .

كما يمكن تعريف محاولة الانتحار على أنها محاولة لإنجاح فعل تدمير الذات عمداً، هذا بالإضافة إلى كونها تعبر عن نتيجة ما قام به الفرد المنتحر، فإذا نجحت محاولة الانتحار، فإن نتيجة عمله هي القضاء على حياته أما العكس فينتج عنه محاولة انتحار فاشلة.  
ترتبط محاولة الانتحار في معظم الحالات بصراعات شديدة يعاني منها الفرد محاول الانتحار على صلة بمعاشه النفسي و بالاضطرابات التي يعانيها<sup>(1)</sup>.

### 1-5-2- تفسير محاولة الانتحار:

لقد ذهب العلماء إلى تفسير محاولة الانتحار ووقفوا على اتسام الفرد محاول الانتحار ببعض السمات السيكولوجية التي تدفع به إلى الإقدام على وضع حد لحياته.  
وتفيد معرفة هذه السمات في تحليل محاولة الانتحار وإمكانية وضع خطط علاجية ووقائية انطلاقاً من محاولة الحد من سيطرة هذه السمات على الفرد.

#### 1- الألم النفسي:

لا يقدم على الانتحار أي فرد و هو سعيد في حياته، فعند الحياة هو الألم، ومحاول الانتحار يسعى إلى الهروب من الألم، و أن الهدف العاجل بالنسبة للمعالج أو المختص النفسي أو أي شخص مختص يتعامل مع أفراد ذوي نزعات انتحارية قوية هو تخفيف ألم هؤلاء بأي وسيلة ممكنة متوفرة .

و قد اتضح أن تخفيف الألم و الضيق النفسي مهما كانت حدتها يدفع بالأفراد الذين قد وردت ببالهم فكرة الانتحار أو حاولوا ذلك إلى تغيير مواقفهم .

#### 2- الحاجات السيكولوجية المحببة:

تكون في الغالب غير مشبعة، إذ أن حاجات الطمأنينة والثقة والصدقة هي أساسيات في حياة الأفراد الداخلية، فإشباع هذه الحاجات غالباً ما يجنب حدوث محاولة انتحار .

(1) S.Durki, D.Moussaoui, F.Kacha, Op.Cit, P.70.



### 3- البحث عن الحل:

لا يحدث الانتحار عشوائيا و لا ينفذ بدون هدف، إنه موقف يصعب تحمله و أزمة حادة عارمة تتجاوز قدرات الفرد على التحمل، فمحاولة الانتحار بمثابة استجابة لحيرة مصدرها عدم إيجاد حل لمشكل معين والجدير بالذكر أن محاول الانتحار يسعى إلى إيجاد حل للمشكل الذي يواجهه قبل الإقدام على تصرف يرمي إلى إلحاق الأذى بنفسه.

### 4- اليأس و فقدان العون:

الخجل و الشعور بالذنب والإحباط والارتباط بالغير بحثا عن السند، كلها إجراءات سلبية تعتبر أسبابا لمحاولة الانتحار، لكن وراء هذه السلبية يكمن الشعور بالعجز والقناعة بعدم وجود أي فرد قادر على إزالة المعاناة والألم النفسي، وأن لا شيء يمكن أن يفيد سوى اللجوء إلى محاولة وضع حد للحياة.

### 5- تضيق الخيارات:

عوضا من أن ينظر الأفراد محاولوا الانتحار إلى الحلول المتنوعة لمشكلاتهم يفكرون فقط بخيارين لا ثالث لهما، إما الوصول إلى الحل الكامل غير المنقوص أو إيقاف كل شيء و أما بقية الخيارات فهي خارج مجال نظرهم للواقع.

### 6- التناقض الوجداني:

إذ يبدو بعض التناقض الوجداني سويا، فكل فرد يحمل الحب والكرهية لذاته وللآخرين، لكن بالنسبة للشخصية ذات الميول الانتحارية يكون التناقض الوجداني مسألة حياة أو موت. ففي محاولة انتحارية نموذجية يلجأ محاول الانتحار إلى ذبح حنجرته و في الوقت نفسه يلتمس النجدة بصراخه.

### 7- الكشف عن الرغبة في الانتحار:

إن حوالي 80% من الأفراد الذين يحاولون الانتحار يصرحون بنياتهم إلى الأصدقاء والأقرباء من خلال إشارات ورموز تمهد لذلك. فهم يبديون أو لا تعبيرات الضعف واليأس ثم يستجدون ويستغيثون ويعمدون إلى إيجاد فرص تستدعي الإسعاف والواقع أن محاولة الانتحار بالنسبة لهؤلاء ليست في جوهرها رغم ما تكتسبه من سمات عدوانية ذاتية إلا محاولات لجلب اهتمام الآخرين نحو الأهموم ومعاناتهم وبالتالي منعهم من قتل أنفسهم.

### 8- أنماط الصراع المستمر طوال الحياة:

إذا أردنا تحديد السلوك الانتحاري الشديد الخطر، يتعين أن نعاين الخصائص سالفة الذكر وأسلوب الفرد في تحمل الألم النفسي والميل إلى تفكير محدود وعلينا أن ننظر إلى أنماط الهروب المبكر، مثل ترك العمل والانفصال عن الزوج، وكذلك ننظر إلى طريقة محاول الانتحار في حل المشكلة والتي يمكن أن نسميها "قطع كل شيء والهروب" وبالطبع لا نجد في كل حالات محاولة

الفصل الأول : ..... المقاربة النظرية للانتحار ومحاولة الانتحار

الانتحار العلامات السالفة الذكر، بشكل نكون فيه أمام ظواهر يمكن تعميمها على كل حالة انتحار أو محاولة الانتحار.

يمكن القول في الأخير أن كل سمة من السمات المذكورة المفسرة لمحاولة الانتحار لا توحى بالضرورة إلى محاولة الانتحار والتعميم على تنفيذه و دالة على ميل انتحاري، بل أن جميع هذه السمات تشكل بحد ذاتها صورة تدل على وجود ميل إلى الانتحار وأن هذا الأخير هو فعل يصدر عن فكر مشوش وألم يبدو غير محتمل وغير قابل للحل، يقترن هذا الألم بحاجات سيكولوجية غير مشبعة أو لا تجد سبيلا لإشباعها. وهنا تطوف بتفكير المنتحرين الرغبة في إفناء الذات وإنهاء الحياة والهروب إلى عالم آخر أفضل بحيث يكون الموت هو الأكثر جاذبية من حياة تعيسة حاجات الفرد فيها غير مشبعة (1).

(1) محمد الحجار، الطب السلوكي المعاصر، أبحاث في أهم موضوعات علم النفس الطبي والعلاج النفسي السلوكي، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان، ط1، يناير 1989، ص.76-81.

## 1-6-6- النماذج التفسيرية لظاهرة الانتحار ومحاولة الانتحار:

### 1-6-1- وجهة نظر دينية:

ترى وجهة النظر الإسلامية بتحريم قتل النفس و قد نهى الله عز وجل عن ذلك في القرآن الكريم و أنذر من يفعل ذلك عذابا أبديا، فمن أقدم على إزهاق روحه بيده، مهما كانت الأسباب كان متعديا على حدود الله و ظلما لنفسه لقوله تعالى: " و لا تقتلوا أنفسكم إن الله كان بكم رحيمًا، ومن يفعل ذلك عدوانًا و ظلما فسوف نصلبه نارا و كان ذلك على الله يسيرا " النساء 29-30.

ويؤدي الوازع الديني والالتزام الخلقي إلى التأثير على الفرد المؤمن بشكل يؤدي إلى عدم الاتجاه إلى سلك سلوك المنتحرين، ما لم يكن إيمانه غير صادق وتدينه ظاهريا وإخلاصه سطحي ومزيف، ومما يلاحظ بصورة عامة في هذا المجال أن نسبة المنتحرين في الأقطار التي تدين بالإسلام و المسيحية الكاثوليكية والأرتدوكسية تقل عما هي عليه في أديان أخرى كالولايات المتحدة، السويد و اليابان<sup>(1)</sup>.

### 1-6-2- وجهة نظر قانونية:

تعرف القوانين الانتحار بأنه فعل يقوم الإنسان من خلاله بقتل نفسه أو إلحاق الأذى بها، بشكل يؤدي إلى الموت، مع إمتلاك الفرد لكافة قواه العقلية ومسؤوليته عن سلوكه مسؤولية تامة . بهذا المنظور، فإن الإقدام على الانتحار جريمة يعاقب عليها القانون، وقد نصت بعض القوانين على مصادرة ممتلكات المنتحر، كما كان الحال في بريطانيا في وقت معين<sup>(2)</sup>.

(1) رمضان محمد القذافي، في الصحة النفسية والتوافق، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان، ط2، 1998، ص.240-241.

(2) رمضان محمد القذافي، م.ن، ص.241.

### 1-6-3- وجهه نظر نفسية:

تشير نظرية التحليل النفسي إلى أن الإنسان يعمل أحيانا على توجيه نزعاته العدوانية اتجاه نفسه، فإذا كانت المشاعر المصاحبة للنزعة العدوانية الدفينة قوية فإن الإنسان يقدم على الانتحار. كما قد تعمل الرغبة في الموت والهلاك وهي ما يطلق عليها نزوة الموت على الاتجاه إلى الداخل لتدمير الفرد ذاتيا، مما يدفع الإنسان إلى محاولة القضاء على حياته. و ترى وجهة النظر النفسية أن الرغبة في هلاك النفس قد تأخذ أشكالا متعددة فتظهر على شكل مظاهر غير مباشرة مثل الإهمال وتعتمد عدم الانتباه في قيادة السيارة أو القيام بأعمال فيها الكثير من المجازفة والمخاطرة مما يعرض النفس لأخطار لا مبرر لها، والإسراف في تناول الأطعمة والمشروبات والتدخين بشراهة وتعاطي المسكرات والمخدرات وغيرها<sup>(1)</sup>.

### 1-3-6-1- وجهه نظر نفسية عند الطفل و المراهق:

يمكن بوضوح تحديد الانتحار الطفلي من الانتحار الراشد من خلال :  
أ- الشكل الاندفاعي للفعل و الذي يكون غير متوقع و مفاجأ بالنسبة للمحيط.  
ب- غياب المشاعر الإكتئابية، أو الأفكار الانتحارية المعبر عنها اتجاه المحيط.  
كما يمكن أن يكون للسلوك الانتحاري ومحاولة الانتحار عدة معاني نفسية مرضية خاصة بالطفل والمراهق وهي :

1-الصراعات الهامة التي يعيشها الطفل أو المراهق والتي لا يعبر عنها، لأنه غير قادر على التعبير عن المشاعر المرتبطة بخبراته المعاشة، فهو يبدي خلل في العقلنة والإرصان النفسي مع الميل إلى المرور إلى الفعل (اضطرابات سلوكية، عدوانية غيرية، هروب، انحراف، مخدرات...).

2- يبدي الطفل أو المراهق تسامح ضعيف مع الإحباط الحقيقي أو الخيالي، وأن اندفاعية فعل الانتحار تشير إلى فقدان أو فشل يعاش بشكل درامي أو غير قابل للتصحيح، و في الغالب تكون محاولة الانتحار هنا مفاجئة وغير محضرة.

3- يمكن للطفل أو المراهق أن يظهر اضطرابات مزاجية خفيفة، بدون وجود ميولات اكتئابية واضحة: حزن، لامبالاة، ألم نفسي، تعاسة، وتكون المشاعر الإكتئابية معتدلة، لكن يمكن أن تدل على سلسلة من المؤثرات تدل على نقص الديناميكية والنشاط النفسي الحركي (اكتئاب مغطى).

4- يبدي الطفل أو المراهق نقص القدرة على التحكم، وهذا عندما تكون ردة فعله اتجاه إحباط ضعيف أو عندما يكون متأثر بحالة انتحار حدثت في محيطه وهذا لأن شخصيته غير ناضجة وقابلة للتأثير.

(1) رمضان محمد القذافي، م.س، ص.241.

5- إن ميكانيزمات الدفاع التي تلعب في العادة أدوار حمائية، لا تستعمل من طرف الطفل أو المراهق مثل : نزع الاستثمار من موضوع مفقود أو مخيب، عمل الحداد، اللجوء إلى الخيالي، إعادة استثمار الطاقة النفسية في مواضيع جديدة وغيرها (1).

### 1-3-2- معنى خاص بالمراهقة:

يمكن أن يأخذ الانتحار ومحاولة الانتحار، معنى أو معاني خاصة بالمراهقة :

- 1- تشير محاولة الانتحار غالبا إلى اللجوء لميكانيزمات دفاع نمطية في المراهقة، فيحاول المراهق تحليل بعض القضايا المهمة بطريقة علمية و يبدي ميولات إلى أن يكون راديكالي نوعا ما. مثالية الأنا تبقى ذات سمات بدائية مع خطر خيبة الأمل والتفكير العملي يدفع المراهق إلى طريق التشدد .
- 2- يلعب المراهق بفكرة الموت و معنى الحياة، و إذا كان معظم المراهقين يفكرون في الموت أو مؤقتا في الانتحار، فإن أقلية فقط من يكون قادرا على محاولة الانتحار وتنتابهم أفكار عدوانية ذاتية. إن اللعب بفكرة الموت، بالتفكير أو بالمرور إلى الفعل، يمكن من مراقبة القلق الموجود والمرتبب بالحياة، و هذا يظهر بخصوص في السياقة الخطيرة أو سلوكيات التحدي .
- 3- ترتبط المراهقة بطبيعتها بأشكالية اكتئابية، وهذا بسبب عدة افتقادات يعيشها المراهق، فهي تفرض عليه نوع من عمل الحداد كالاتعاد عن العائلة والأصدقاء وعن الامتثال إلى الجماعة والحياة الاجتماعية. وعن ضرورة الابتعاد عن الطفولة والانطلاق في حياة الرشد، هذا ما قد يؤدي إلى تحريك بعض المشاعر الاكتئابية أو الحصرية عند المراهقين .
- 4- تسبب التغيرات الجسدية المرتبطة بالنضج اضطرابات هامة لدى المراهق، فهو يظن بأنه فقد السيطرة على جسده ويمكن بأن يحس بأنه غائب لا يمتلكه ومعنى هذا أنه تمكن أن تكون محاولة الانتحار محاولة أو وسيلة للسيطرة على هذا الجسم أو لمراقبة القلق الناتج عن التغيرات الجسمية.
- 5- يمكن أن يحس المراهق بأنه غير قابل للتعرض، ويأخذ أخطار معتبرة كسلوكيات التحدي ويطور المراهق فكرة أنه شخص خاص خارج عن العادي والذي يترجم هواميا بعبارة: " هذا لا يحدث إلا للآخرين ..."، فهو يعتبر نفسه محميا من خطر بعض القوى الخيالية نوعا ما.

(1) د. أحمد عياش، الانتحار نماذج حياة لمسائل لم تحسم بعد، دار الفرابي، بيروت، لبنان، 2003، ص. 112 .

### 1-3-6-3- المعنى العلائقي:

يمكن أن ينظر إلى محاولة الانتحار بالمعنى العلائقي وأن تكون مؤشر لألم واضطراب في العلاقة مع الغير و بالخصوص مع الوالدين و الأصدقاء .

1- لا يحس الفرد محاول الانتحار بأن المحيط يسمعه وهذا الأخير لا يصل إلى فهم الرسائل المباشرة و غير المباشرة، فالغير لا يتفهم و أحيانا ينكر الخصائص والسمات الاكتئابية ولا يدرك مؤشرات الألم ويصبح الانتحار بالنسبة للشخص المخرج الوحيد الممكن.

2- يظهر الفرد صعوبة في توجيه العدوانية الغيرية، فمحاولة الانتحار تفسر على أنها عدوانية غيرية يعاد توجيهها نحو الذات، فالفرد المنتحر أو محاول الانتحار يمكن أن يستعمل جسده للاعتداء على أحد الوالدين كرفض الأكل، تعذيب الذات ... فالرسالة تكون هنا " سأقتل هذا الجسم الذي أعطيته أنت الحياة ... " (1)

### 1-3-6-4- التفسير السيكوديناميكي :

لاقت محاولة الانتحار تفسيرين رئيسيين على المستوى السيكوديناميكي فالأولى تتمثل في السيرورة انفصال-تفرد والثانية في علاقة الفرد بجسمه الخاص كموضوع، وهذا التفسير قدم من قبل مجموعة من العلماء مثل : Malen, Masterson, Ladame، وغيرهم .

#### أولا : السيرورة انفصال-تفرد :

يمكن أن ينظر إلى المراهقة على أنها إعادة لمرحلة الانفصال-تفرد التي تمت في الطفولة الأولى، فالفرد له مهمة تطويرية أي أن يصبح مستقلا بالنسبة للصور الأبوية و اكتساب هوية شخصية، هذه الاستقلالية تتطلب بأن تتم سيرورة الانفصال -تفرد بدون جرح في الطفولة، أي على أسس سليمة و كافية، فمحاول الانتحار يبدي قلق انفصال شديد لأنه لا يستطيع أن يتخيل نفسه مستقل عن الغير، خاصة الوالدين، والاعتماد على مصادره الفردية، فهو يعاني من صعوبة في تكوين عالم خيالي داخلي، تمثيل داخلي للموضوع و هذا بسبب توقف سيرورات الاستدخال . يقول Ladame 1981 بأنه يوجد اختلال توازن بين قطبي التقمص يسيطر التقمص الإسقاطي على التقمص الاستدخالي و أن المواضيع الخارجية (الوالدين) ينظر إليها على أنها مواضيع سيئة لا تفهم و لا تعرف الفرد، و بالتالي لا يستطيع هذا الأخير تكوين مواضيع جيدة داخلية و أيضا اكتساب صورة إيجابية عن الذات و هوية ناضجة.

(1) Robert Pelsser, Op.Cit, P.259.

فمحاول في الانتحار لا يتسامح مع الانفصال السابق الذكر ويلجأ إلى محاولة الانتحار ليجلب إليه حب الموضوع البدائي وهو الأم الذي يعتبره مفقود، و تصبح محاولة الإنتحار وسيلة لاسترجاع الاهتمام ومشاعر الأم البدائية لكي تصبح موضوع مستدخل و محبوب كلية.

#### ثانيا : العلاقة بالجسم كموضوع:

عندما ينظر محاول الانتحار -خاصة المراهق- فإنه ينظر إلى الوالدين وخاصة إلى الأم التي تعتبر الموضوع الأولي للحب، فمحاولة الانتحار هي بوضوح عدوانية لصورة الآخر التي يحملها الفرد لنفسه، كما سيدخل الموضوع السيئ (الأم) ويحاول الفرد تدميره ذاتيا .  
و يصبح الجسم الممثل للموضوع السيئ الأولي، و لكن هذه المرة بداخل الفرد، و إن ميكانيزم الانتحار يتواجد في نفس منطقة تواجد ميكانيزم الاكتئاب الموصوف من طرف Freud، وتترجم محاولة الانتحار في نفس السياق رغبة للتدمير و إيجاد الموضوع الأولي، فالانتحار هو المحاولة الوحيدة للعودة إلى الموضوع البدائي لتقمصه كلية و إيجاد حبه الذي لا يهزم<sup>(1)</sup>.

---

(1) Robert Pelsser, Op.Cit, P.260-263.

#### 1-4-6-4- وجهه نظر اجتماعية:

ترى هذه النظرة بصفة عامة أن الإقدام على الانتحار يعد جريمة في حق المجتمع، وأن المقدم على الانتحار هو مجرم في حالة فشله أو مجنون في حالة نجاحه في التخلص من الحياة، ويتضح لنا من متابعة الدراسات الاجتماعية، أنه كلما ازدادت العلاقات الاجتماعية قوة، كلما اشتد الشعور بالانتماء، كلما قلت نسبة الانتحار. فقد لوحظ ارتفاع نسبة المنتحرين في المدن الكبرى عنه في المناطق الريفية و في مراكز المدن عنه في ضواحيها، و أعلى بين المترملين و المطلقين عنه بين المتزوجين و أن محاولات الانتحار بين الشباب تزيد في حالات التفكك الأسري.

#### 1-4-6-1- ظاهرة الانتحار من وجهة نظر Durkheim:

و تشير النظرية الاجتماعية لدوركايم إلى وجود ثلاثة أنواع من السلوك الانتحاري، يمكن استخدامها كأساس للتصنيف وهي :

**أولا : الانتحار بسبب الأتانية:**

و يشعر الفرد في هذه الحالة بضعف الروابط الأسرية والاجتماعية، فيميل إلى العزلة عن الآخرين و قلة الاتصال بهم أو التعاطف معهم، مما يدفعه إلى عدم الرغبة في مواصلة الحياة والقيام بعمليات التوافق اللازمة لمواصلة الحياة .

**ثانيا : الانتحار من أجل الغير :**

و ينشأ كاستجابة للمتطلبات الاجتماعية التي يملها الترابط الاجتماعي، الذي يدفع بدوره إلى التضحية بالنفس و يبدو ذلك في الأعمال البطولية التي يقدم عليها أفراد الفرق الانتحارية في سبيل تخليص المجتمع من بعض الأضرار و المخاطر.

**ثالثا: الانتحار لأسباب غير سوية:**

و قد يكون الدافع إلى الانتحار في هذه الحالة هو ظهور بعض المشاكل الفردية ذات الطابع الاقتصادي أو الاجتماعي أو النفسي، مما يؤدي إلى ظهور اضطراب معين و تؤدي العوامل الفردية و إلهام الضغوط البيئية إلى تجديد نوعية السلوك الذي قد يسلكه الإنسان في محاولة للهروب من مواجهة مشاكله التي لا تنتهي والتي تجد لها حولا و قد يختار الإنسان في هذه الحالة الانتحار، كما قد يختار الاتجاه نحو المرض العقلي، في الوقت الذي لا نعلم فيه كيفية حدوث أحدهما دون الآخر (1).

(1) رمضان محمد القذافي، م.س، ص.242-243.



### 1-7-7- استراتيجيات التكفل :

إن معايير التدخل اتجاه محاولة الانتحار يجب أن تكون على عدة مستويات، فسبل الوقاية والعلاج من ظاهرة الانتحار تأخذ عدة أشكال، فهناك التدخل الطبي والإسعاف الاستعجالي ، كما يمكن إخضاع حالات محاولات الانتحار إلى علاج نفسي، فردي أو جماعي، كما يوجد عدة طرق وقائية يتم التطرق إليها من خلال ما يأتي<sup>(1)</sup>.

#### 1-7-1- التكفل الطبي:

ينجر عن محاولة الانتحار استشفاء استعجالي، بسبب الإصابة الجسدية ( تسمم، Phlébotomie...)، هذا الاستشفاء يكون في العادة قصير المدى، ويجب اعتباره كفترة جيدة لتقييم وضعية محاول الانتحار و علاقاته بالعائلة و المحيط على العموم .

كما يمكن عند بعض الحالات، الانتقال من استشفاء استعجالي إلى استشفاء في أقسام الطب العقلي، خاصة عندما يظهر محاول الانتحار جدول مرضي ( إكتئاب، نفخة هذيانية، فصام...)، أو إذا كان يعيش صراعات هامة مع الخارج، هذا الأخير يكون غير منظم و منشأ للمرض. و اللجوء إلى العلاج الدوائي مشجع في حالة ظهور اضطرابات عقلية (إكتئاب...)، ويجب دائما الاحتراس من أن الدواء قد يستعمل كوسيلة جديدة لمحاولة الانتحار، لهذا فالجرعات المقدمة يجب أن تعطى بحذر شديد .

#### 1-7-2- التكفل النفسي:

إن فترة الاستشفاء الاستعجالي يجب أن تلخص بتقييم عيادي مفصل لظروف محاولة الانتحار، العلاقات بالمحيط، أهمية الأفكار الانتحارية و أخطار الانتكاس، وبالمقابل فالمقابلة يكون هدفها ربط أو وضع الأسس لبناء علاقة علاجية دقيقة، حيث يكون متاحا لمحاول الانتحار إمكانية الثقة بالمعالج، كما أن اقتراح علاج نفسي يكون خاضع لبعض المتغيرات، فعادة التدخل العلاجي على المدى القصير يكون ضروريا، لأنه يسمح بعمل نوع من تشكيل الأفكار حول فعل الانتحار، ويضيف العياديون إلى أن الأزمة الانتحارية (مدخلين الرغبة في الموت أو قتل النفس)، يمكن أن تدوم من 6 إلى 8 أسابيع، كما أن علاج نفسي على المدى الطويل ومن الأفضل ذو إيحاء سيكوديناميكي يوصف إذا ارتبطت محاولة الانتحار بصراعات عميقة أو مرض عقلي معين .

(1) De Montremy J, Op.Cit, P.263-264.

### 1-7-3- التطفل العائلي:

إن الاتصال بالوالدين يكون دائما ضروريا ولا يكون إلا في حالة الاستعجال، لأن الوالدين يمكن لهما أن يخففا من شدة الأزمة الانتحارية أو مبالغة الوضع بإنساب الحالة إلى اضطراب عقلي خطير، كما يجب أن يصبح الوالدين مساعدين في العلاج لأنهما سيكونان مدعمين للفرد محاول الانتحار.

ولا يجب أن ينطوي العلاج الأسري تحت سياق أن محاول الانتحار قام بفعل خطير ورط فيه الوالدين، ولكن الأمر يتعلق قبل كل شيء بالتخفيف من الجو الدرامي أثناء الاستشفاء الاستعجالي .

إن علاج نفسي أسري يكون في حالة تفسير محاولة الانتحار بوجود صراع في الوسط العائلي أو أن هذا الأخير منشأ للاضطراب، ومن الممكن اقتراح شكل معين كعقد علاجي على المدى القصير والذي يمكن أن يجدد إذا اقتضت الضرورة ذلك .

### 1-7-4- الوقاية:

يجد أحيانا المختص النفسي أو الممارس عموما في المجال الطبي صعوبة في تقدير الخطر الانتحاري لدى المفحوص، ولهذا يجب عند القيام بهذا التقدير طرح سؤالين رئيسيين مهما كانت السوابق المرضية والاضطرابات التي يبيدها المفحوص:

• لماذا يريد المفحوص الانتحار؟

• ماهو خطر المرور إلى الفعل؟

وللإجابة على هذه التساؤلات يجب الأخذ بعين الاعتبار النقاط التالية:

- **تجنب اعتماد خطة وقائية على أساس ديني أو مذهبي:** لأنه بذلك يصبح الانتحار اعتداء على المحرمات وقد ينتج ذلك لدى المفحوص الشعور بالذنب، فالأساس ليس اتخاذ اجراءات ضد الانتحار باعتباره محرّم وجريمة، لكن الهدف الرئيسي هو تجنب المرور إلى الفعل مهما كانت الدوافع والأسباب العميقة؛
- **لا يجب تقييم خطورة محاولة الانتحار بالنظر إلى الوسيلة المستعملة:** لكن على عكس ذلك يجب التعمق في معنى وهدف محاولة الانتحار؛
- **كما يجب على الطبيب أو المختص النفسي عدم تهويل الحادث أو بالعكس تجاهله تماما؛**
- **أما بالنسبة للمحيط العائلي فيجب أن يكون متفهما:** بحيث لا يخلق جو درامي للفرد محاول الانتحار لأن ذلك يزيد من القلق وهذا ما قد يحفز المرور إلى الفعل مرة أخرى، ويكون التعامل الصحيح هنا بتحقيق رغبات المفحوص دون البحث في أسبابها وتشجيعه على التخلي عن أفكاره السوداء؛

- لا يجب عزل المفحوص أو تحسيسه بأنه تحت الحراسة المشددة: لأن ذلك قد يزيد من احتمال توارد الأفكار الانتحارية والتخطيط لمشروع انتحار جديد، كما يجب تجنب السلوكات العقابية والمؤنبة للضمير؛
- **التجاهل:** وغالبا ما نواجه هذه المشكلة لدى الممارسين الذين لا يملكون لا الوقت ولا الرغبة في تصخير أنفسهم تماما لمحاول الانتحار، فبطريقة غير مباشرة يوحون للعميل الذي يطلب المساعدة ويرغب في التنفيس عن الضيق الذي بداخله بالتوجه إلى مكان آخر بعيدا عنهم، فهم بذلك يخفضون من قلقهم الخاص بهم متجاهلين خطورة تجاهلهم. فإذا تم تجنب النقاط سالفة الذكر يمكن للطبيب أو المختص النفسي حينئذ تقدير الخطر الانتحاري والمساهمة أيضا في وقايتهم. فإذا كنا بصدد مريض ذهاني (هذيان مزمن، سوداوية، فصام، عته، خلط عقلي) فالاستشفاء الاستعجالي ضروري بهدف إتاحة الفرصة لحل الأزمة النفسية المرضية التي أدت بالمريض إلى محاولة الانتحار في وسط محمي.
- وفي حالات أخرى لا يوجد أي معيار مطلق، لكن هناك بعض عوامل الخطر التي يمكن أن تساهم كمؤشرات في التنبؤ نذكر منها ما يلي:
- **أعراض اكتئابية مهمة:** فالسوداوية هي العنصر الأساسي في التنبؤ خاصة في حالات التهيج العصبي؛
- **السوابق الانتحارية:** ويرى Gourevitche أن نسبة 10% من الناجين من محاولة انتحار ينتهون في الأخير بالانتحار في ظرف العشر سنوات التي تلي محاولتهم الانتحارية؛
- **افتقار العلاقات الجيدة مع المحيط:** فبقدرات اتصال محدودة وغياب الرغبة المرتبطة بالفشل أو الحداد كلها مؤشرات على تنبؤ سيء؛
- **وجود أفكار اجترارية محتواها متعلق بالموت والانتحار.**
- يجب على الممارس في المجال الطبي أن يلعب دورا جوهريا في الوقاية من الانتحار، فهو عادة الذي يستقبل حالات محاولات الانتحار وليس من الضروري طبعا إرسال كل الحالات إلى الطب العقلي لكن يجب بالضرورة توجيه كل المنتكسين ومحاولي الانتحار الذين يبدوون اضطرابات ظاهرة إلى الأطباء العقليين، والمقابلة بالنسبة لهم تساهم في:
- تقييم قيمة العرض في السلوك الانتحاري للعميل؛
- اقضاء الاضطرابات العقلية وحل الوضعيات الصراعية نهائيا من أجل تفادي الانتكاسات.

كما يجب التنويه إلى ضرورة خلق مراكز للوقاية من الانتحار خاصة في المدن الكبرى مع الأخذ بعين الاعتبار التأطير الجيد من جهة وضرورة حل المشاكل الاجتماعية ومحاولة التخفيف من حدة تأثيرها على الفرد من جهة أخرى، ويجب أن تتم الوقاية في سياق اجتماعي وهذا بخلق فضاءات استقبال واستماع للشباب وتعزيز تبادل الأفكار والحوار بين المراهقين وبين مختلف الأجيال وبالخصوص تدعيم الاستقرار والتوازن العائلي.

ويمكن أن نضيف إلى ذلك ضرورة التركيز على وضع مقاييس وقائية اتجاه محاولة الانتحار تهدف بالخصوص إلى تقليص مؤشر اضطراب هذه الحالات إلى المرور إلى الفعل، ولهذا يمكن استعمال عدة وسائل :

- تقديم معلومات عامة حول موضوع الانتحار للوالدين و المعلمين و كل من له صلة بالأفراد ذوا الأفكار أو الميولات الانتحارية وحتى عند الأفراد العاديين، ليصبح العام و الخاص على علم بعوامل خطر الانتحار ويجب في هذه الحالة تجنب خلق جو اضطراب بدراماتيكية مبالغة .

- تشجيع خلق مراكز استماع أين يستطيع أي شخص أن يتوجه في حالة أزمة انتحارية، إما أن يكون مركز معين أو خط هاتفي، ويكون الهدف المنشود هو تمكين الناس من الوصول إلى الفرد المقدم على الانتحار لكي لا يحس أنه وحده من جهة، ومن جهة أخرى أنه في وضعية من دون مخرج<sup>(1)</sup>.

---

(1) S.Durki, D.Moussaoui, F.Kacha, Op.Cit, P.73-74.

### خلاصة الفصل الأول:

من خلال ما تم التطرق إليه خلال هذا الفصل، بالدراسة والتعمق في مشكلة الانتحار، من مختلف جوانبها، كالحقل الدلالي للانتحار، أسبابه، انتشاره، وكذلك وجهات النظر المفسرة للظاهرة وفي الأخير الوقاية والعلاج من الانتحار، يمكن القول بأن الانتحار مشكلة اجتماعية ونفسية في آن واحد، ويمثل الانتحار قمة المأساة الإنسانية، فهو من جهة يعتبر دليلا على اضطراب العلاقات الاجتماعية والأسرية ويشكل أيضا مشكلة نفسية لأنه مؤثر على اضطراب الفرد والصحة النفسية. وقد قام العاملون بالطب العقلي بمعالجة ظاهرة الانتحار بوصفه عرضا مرضيا ناجما عن اضطرابات نفسية أو عقلية لدى الفرد المنتحر، كما تجدر الإشارة إلى أن الدول المتقدمة تعير اهتماما بالغا لمشكلة الانتحار وتعمل على تفاديها أو التخفيف من شدة تواترها، في الوقت الذي نجد فيه الدول العربية لا تعيره إلا بعض الدراسات النادرة والوصفية في أغلب الأحيان. كما تجدر الإشارة إلى أن نسبة الانتحار في العالم تزداد كل يوم وذلك بسبب تعقد الحياة واشتداد الصراعات.

# الفصل الثاني: الصدمة النفسية

تمهيد

1-2- تعريف الصدمة النفسية

2-2- نظريات الصدمة النفسية

1-2-2- الصدمة من وجهة نظر FREUD

2-2-2- الصدمة من وجهة نظر FERENCZI

3-2-2- رؤية DIATKINE للصدمة

4-2-2- البسيكوسوماتيك التحليلي

5-2-2- التحليل النفسي وصدمة الأنا

6-2-2- اضطرابات معايشة الجسد

3-2- مميزات الصدمة النفسية وآثارها على الفرد المتعرض لها

4-2- أنواع الصدمات

1-4-2- الصدمات الرئيسية

2-4-2- صدمات الحياة

3-4-2- تصنيف E.Moussong

5-2- اضطراب ضغط ما بعد الصدمة PTSD

1-5-2- تعريف PTSD

2-5-2- المسار والمآل

6-2- الخصائص التشخيصية لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة

7-2- العصاب الصدمي

1-7-2- تعريف العصاب الصدمي

2-7-2- الفرق بين PTSD والعصاب الصدمي

3-7-2- مميزات العصاب الصدمي

8-2- الشخصية العصابية الصدمية

9-2- علاج الصدمة النفسية

1-9-2- مفهوم التكفل

2-9-2- تدخل الأزمة

3-9-2- التطهير النفسي

4-9-2- العلاج الدوائي

خلاصة الفصل الثاني

## الفصل الثاني: الصدمة النفسية

### تمهيد:

إن الحياة الإنسانية عرضة دائماً لتهديدات المحيط الذي يتواجد فيه الإنسان، ومع الوقت يدرك الإنسان موضوعية هذه التهديدات وحقيقتها كما يدرك أن آماله نجاحه أكبر كثيراً من احتمالات موته.

وبهذا تترسخ لديه فكرة الموت المؤجل إلى أجل غير مسمى، فهو يعتقد بقدرته على تجاوز الأخطار والتهديدات وإذا كنا في مجال الحديث عن الصدمة النفسية فإن أكبر صدمة يمكن أن يتلقاها الإنسان هي تلك المواجهة فجأة مع الموت. فهذه المفاجأة تزيل عن ذهنه فكرة التأجيل وتدفعه للتفكير باحتمال موته في أية لحظة أو ضمن فترة معينة من الزمن.

وسنحاول من خلال هذا الفصل المتعلق بالصدمة النفسية إلقاء الضوء عن مختلف المفاهيم والسيروورات والميكانيزمات المستعملة والاضطرابات الواردة والتي تكون عادة مرتبطة بالصدمة النفسية، كما سنحاول اقتراح بعض الاستراتيجيات المساعدة في التكفل بالأفراد المتعرضين لصدمة عنيفة مهما كان نوعها وربط الصدمة النفسية بالمراهق ومحاولات انتحاره.

## 2-1- تعريف الصدمة النفسية :

المعنى الأصلي لكلمة صدمة هو الكلمة اليونانية trauma والتي تعني جرح أو ضرر يلحق بأنسجة الجسم، واليوم تستعمل عبارة صدمة نفسية لوصف وضع يواجه فيه الشخص حدثا صعبا جرح نفسه.

الصدمة هي حدث أو تجربة معاشة في حياة الإنسان تؤدي خلال فترة وجيزة لزيادة كبيرة جدا من الآثار، تتحدد تبعا لشدها وبالعجز الذي يجد الشخص فيه نفسه، إذ أن مجابهتها أو محاولة خفض التوتر الناتج عنها بحلول سوية ومألوفة تؤول بالفشل. وهذا ما يضطر الأنا للقيام بدفاعاته لمواجهة حيث تختلف الدفاعات تبعا لقوة الأنا وطبيعة التثبيات وتوقفات مراحل النمو. وقد عرفها معجم مصطلحات التحليل النفسي على أنها حدث في حياة الفرد يتحدد بشده وبالعجز الذي يجد الشخص نفسه فيه والاستجابة الملائمة حياله، بما يثيره التنظيم النفسي من اضطراب وآثار دائمة مولدة للمرض. وتتصف الصدمة من الناحية الاقتصادية بفيض من الآثار تكون مفرطة بالنسبة لطاقة الشخص على الاحتمال وبالنسبة لكفاءته في السيطرة على هذه الآثار (1).

يرى ماكينوم أن الصدمة تشير إلى حوادث تعد قوية ومؤذية ومهددة للحياة، تحتاج هذه الحوادث إلى مجهود غير عادي لمواجهة والتغلب عليها (2).

تعرف الصدمة بأنها أي حادث يهاجم الإنسان ويخترق الجهاز الدفاعي لديه، مع إمكانية تمزيق حياة الفرد بشدة. وقد ينتج عن هذا الحادث تغيرات في الشخصية أو مرض عضوي إذا لم يتم التحكم فيه والتعامل معه بسرعة وفاعلية. وتؤدي الصدمة إلى نشأة الخوف العميق والعجز أو الرعب (3).

أما Bergeret فيعرف الصدمة النفسية على أنها غياب النجدة في أجزاء الأنا التي ينبغي أن تواجه تراكم الآثار التي لا تطاق سواء كانت من مصدر داخلي أو خارجي (4).

كما يعرفها Freud على تجربة معاشة تحمل معها للحياة النفسية وخلال وقت قصير نسبيا زيادة كبيرة جدا في الإثارة لدرجة أن تصفيتها أو إرصانها بالوسائل المألوفة ينتهي بالفشل، مما ينجر عنه اضطرابات دائمة في قيام الطاقة الحيوية بوظيفتها (5).

(1) Laplanche et Patalis, Vocabulaire de la psychanalyse, sous la direction de Daniel Lagache, PUF, édition Delta, Paris, 1997, P.300.

(2) Postel.J, Dictionnaire de psychiatrie et psychopathologie clinique, édition Bordas, Paris, 1998, p.32.

(3) عبد الرحمن سي موسى، رضوان زقار، الصدمة والحداد عند الطفل والمراهق، ط1، الجزائر، 2002، ص.62.

(4) J.Bergeret , Psychologie pathologique, théorique et clinique, édition Masson, Paris 1982, P.236.

(5) Laplanche Et Pontalis, Op.Cit, P.300.



أما ميلاني كلاين فترى أن كل صدمة مهما كانت تعتبر كسرا وتخرب كل ما بناه الطفل، كذلك توظف وتنشط هوماته البدائية، وكل جسم ينفجر تحت تأثير أي صدمة يستطيع تفجير الضحية إلى عدة عناصر<sup>(1)</sup>.

ويرى Pierron أنه في كل حالات الصدمة النفسية هناك مفهوم اقتصادي، فنحن نتحدث عن كميات من الطاقة سببها أحداث عنيفة تفوق شدتها صاد الإثارات كما أن هناك حقيقة تفرض نفسها وهي أن الصدمة النفسية لا تتعلق فقط بطبيعة الحدث حيث أن نفس الحدث قد يكون له تأثيرات مختلفة على أفراد مختلفين<sup>(2)</sup>.

بالنسبة لـ Pierre Marty الصدمة النفسية هي الصدى النفسي والعاطفي الذي يظهر أثره على الفرد ويكون ناتج عن وضعية قد تكون ممتدة في الزمن أو عن حدث خارجي يأتي ليعرقل التنظيم وهو في مرحلة التطور والنمو أو يمس التنظيم الأكثر تطورا عند حدوث الصدمة<sup>(3)</sup>.

كما يعرف Bailly الحادث الصدمي بأنه يخضع الجهاز النفسي لضغط قد يتمكن كل فرد وفي وقت ما من إر صانه، فإذا لم يتم ذلك أو كان مستحيلا فإنه يؤدي إلى إنتاج صدمة في الجهاز النفسي<sup>(4)</sup>.

ومن خلال التعريفات السابقة يتضح جليا أن الصدمة النفسية هي حدوث اهتزاز نسبي في نفسية الفرد ينتج عنه تأثير سلبي على الفرد المتعرض للصدمة.

فهي كل حادث يهدد الفرد بصورة مفاجئة، حيث يفقد الفرد فيه معظم إمكانيات مواجهة هذا الحادث، فيستجيب بالعجز والإحساس بتهديد الذات مما يؤثر على التوازن النفسي العام للشخص، وتختلف هذه الإستجابات من شخص لآخر أمام نفس الموقف أو الحادث الصدمي .

والصدمة النفسية يمكن تعريفها بعبارة بسيطة على أنها رؤية الفرد نفسه ميتا داخل الجهاز النفسي.

(1) G.Lopez, Victimologie clinique, PUF, Paris 1995, P.55.

(2) Roger Pierron, l'agression et les autres, édition Bordas, Paris, 1983, P.87.

(3) Pierre Marty, Les mouvements individuels de la vie et la mort, Masson, Paris, 1976, P.102.

(4) Bailly, Les catastrophes et leurs conséquences psycho traumatique, PUF, Paris, 1985, P.36.

## 2-2- نظريات الصدمة:

### 2-2-1- الصدمة من وجهة نظر FREUD:

يحتمل مفهوم الصدمة النفسية مكانة جوهرية في نظرية التحليل النفسي حيث ظهر هذا المصطلح منذ البداية في أعمال FREUD في كتاب "دراسات حول الهستيريا" وقد ميز هذا الأخير بين الصدمة التي تشير إلى الأثر الداخلي الناتج عند الشخص بسبب حادث ما، وبين الصدمة النفسية التي تشير إلى الحادث الخارجي الذي يصيب الفرد. ويعتبر فرويد صدمة الولادة (مع ما يصاحبها من إحساس الوليد بالاختناق المرادف لضيق الموت) بمثابة أول تجربة للقلق في حياة الإنسان، ثم عاد فرويد إلى تناول موضوع العصاب الصدمي في عدة مناسبات بعد الحرب العالمية الأولى في كتاب "ما وراء مبدأ اللذة" سنة 1920 وفرويد لا ينكر مبدأ العصاب الصدمي بل إنه يعترف قبل وفاته بهذه الأعصبة فيقول: "لقد شذت هذه الأعصبة دوما وتمردت على فرضية الصراع النفسي الطفولي" (1).

وقد تناول FREUD الصدمة النفسية من زاويتين أساسيتين يصعب التمييز بينهما، سنتناولهما فيما يلي:

### أولاً: وجهة نظر دينامية:

افترض FREUD أن الصدمة النفسية تكون دائماً جنسية وتنتج عن الإغراء، وهذا بوجود حدثين على الأقل، إذ يتعرض الطفل في المشهد الأول الذي يسمى بمشهد الغواية إلى إغراء جنسي من قبل راشد بدون أن يولد عنده هذا الإغراء إثارة جنسية، وبعد البلوغ يأتي مشهد ثاني يكاد أن يكون عديم الأهمية ظاهرياً كي يوقظ المشهد الأول من خلال إحدى السمات الترابطية بينهما. وبالتالي، ذكرى المشهد الأول هي التي تطلق فيضاً من الإثارة الجنسية التي تطفئ على دفاعات الأنا وقد سمى FREUD المشهد الأول بالمشهد الصدمي.

وعليه فوجهة النظر الدينامية للصدمة توضح أهمية التاريخ النفسي للفرد في حدوث الصدمة وكيفية التعامل معها، إذ لا يأتي الحادث الصدمي أبداً على قاعدة عذراء، بل يوجد تنظيم نفسي وورجسية وهوية جنسية مختلفة في صلابتها، مع تهيئة دفاعية وقدرة متفاوتة في مقاومة الصدمة التي يتلقاها الفرد من الواقع. وحينما يكون الأنا منظماً بشكل جيد وورجسية ذات صلابة معينة لا تضعف أمام العوامل الخارجية أو الظروف الصعبة، وحينما يكون الطفل محبوباً ومحترماً يكون له حظ أكبر في مقاومة الصدمات.

(1) محمد أحمد النابلسي، الصدمة النفسية، علم النفس الحروب والكوارث، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان، 1991، ص. 24.

### ثانيا: وجهة نظر اقتصادية:

لقد أشار إليها FREUD قائلا: "نطلق تسمية صدمة على تجربة معاشة تحمل معها للحياة النفسية وخلال وقت قصير نسبيا زيادة كبيرة جدا من الإثارة لدرجة أن تصنيفها أو إرصانها بالوسائل السوية والمألوفة تنتهي بالفشل مما ينجر عنه اضطرابات دائمة في قيام الطاقة الحيوية بوظيفتها". يصبح فيض الإثارة مفرطا بالنسبة لطاقة الجهاز النفسي على الاحتمال، سواء نتج ذلك عن حدث فريد بالغ العنف كانفعال شديد أو عن تراكم إثارات تظل متحملة إذا أخذت كل منها بمعزل عما عداها.

### 2-2-2- الصدمة من وجهة نظر FERENCZI:

يرى فيرونزي أن الصدمة تتضمن انهيار الشعور بالذات والقدرة على المقاومة والسلوك والتفكير بهدف الدفاع عن النفس أو أن الأعضاء التي تتضمن الحفاظ على الذات تضحل أو تقلل من وظيفتها إلى أقصى حد ممكن.

فهو بهذا المعنى إذن تلاشي وفقدان الشكل الأصلي والتقبل السهل ومن غير مقاومة للشكل الجديد، حيث تبرز الصدمة النفسية دائما من غير تهيب وتكون مسبقة بالشعور بالثقة بالنفس فيأتي الحادث الصادم ليزعزع هذه الثقة ويحطمها في الذات وفي المحيط الخارجي، إذا كان الشخص قبل الحادث يعتقد أن ذلك لن يحدث له بل فقط للآخرين. ويرى فيرونزي أن الصدمة قد تكون فيزيائية خالصة أو نفسية خالصة أو فيزيائية ونفسية معا، وأن الصدمة الفيزيائية تكون دائما نفسية كذلك، حيث يكون القلق هو النتيجة المباشرة لها وتتضمن الشعور بعدم القدرة على التكيف مع وضعية الضيق الأكبر الذي ينتج بسبب طابع الفجائية الذي تتسم به الصدمة النفسية، فلا يتمكن بذلك الشخص من تنصيب دفاعات واقية ضد الضرر الناجم أو إنتاج تصورات متعلقة بالتغير المستقبلي للواقع في الاتجاه الملائم، ذلك أن هذه التصورات تعمل كمضاد للتسمم ضد الضيق والألم<sup>(1)</sup>.

### 2-2-3- رؤية DIATKINE للصدمة:

يعتبر الصدمة النفسية أنها الأثر الناتج عن إثارة عنيفة، تظهر في ظرف لا تكون فيه نفسية الفرد في مستوى القدرة على خفض التوتر الناتج وذلك إما لرد فعل انفعالي مفاجئ أو لعدم قدرة الفرد على القيام بإرصان عقلي كافي، فالخبرة الشاقة تلاقي رغبة لاشعورية مما يؤدي إلى الإخلال بتوازن القوى النزوية وتوازن الأنا فينجر عنه بتر لنظام صاد الإثارات وكبت مكثف يتولد عنه ظهور الأعراض. ولذلك فكل حادث يتعرض له الشخص دون أن يكون هناك عمل نفسي يمهد له، يضع مباشرة حياته النفسية الواقعية في خطر<sup>(1)</sup>.

(1) عبد الرحمن سي موسى، رضوان زقار، م.س، ص.63.

(1) عبد الرحمن سي موسى، رضوان زقار، م.ن، ص.64.

## 2-2-4- البسيكوسوماتيك التحليلي:

أعاد المحللون المحدثون العاملون في ميدان البسيكوسوماتيك طرح موضوع الأعصاب الراهنة، وكان مدخلهم إلى ذلك إعادة قراءة لحالة دورا تلك المريضة الشهيرة التي عالجها فرويد وكتب عن حالتها كتابا لا يزال مستخدما في تعليم التحليل النفسي. بهذه المناسبة تعمق هؤلاء المحللون في دراستهم للحالة دورا فرأوا أنها تعاني من عصاب هستيري لكنها كانت تعاني من وضعيات عصابية أخرى تنتمي إلى ميدان الأعصاب اللانمطية وهذه الأعصاب هي المسؤولة عن الاضطرابات البسيكوسوماتية لدى دورا. ومن هنا سميت هذه الأعصاب بالبسيكوسوماتية وهم يقسمون هذه الأعصاب إلى :

أ- العصاب السلوكي وينجم عن سوء تنظيم الجهاز النفسي.

ب- العصاب الطبيعي وينجم عن عدم كفاية التنظيم النفسي وعدم الكفاية هذه على درجات ومن هنا يقسم العصاب الطبيعي إلى ثلاث درجات وهي:

• جيد العقلنة؛

• غير مؤكد العقلنة؛

• سيء العقلنة.

ونحن هنا نركز على هذه المنطلقات النظرية بهدف تغطية جانب فائق الأهمية في موضوع الصدمة وهو المتمثل بالتظاهر الجسدي لآثار الصدمة والذي يمكنه أن يصل إلى حدود الموت. كما يقول المحللون أن المصاب بهذه الأعصاب يكون أقل قدرة على تحمل الصدمات والرضوض النفسية وذلك بسبب خلل جهازه النفسي المسؤول أصلا عن إصابته بالعصاب (2).

## 2-2-5- التحليل النفسي وصدمة الأنا:

إنه من الضروري التطرق ومناقشة تأثير الصدمة النفسية على الأنا، هذا التأثير الذي تعمقت في دراسته ميلاني كلاين وتلامذتها فيما بعد، ويتلخص هذا التأثير بما يلي:

1- الجسد يهدد الأنا وهذا عندما يكون الجسد هو مصدر الصدمة التي تهدد الحياة كالإصابة بمرض السرطان مثلا.

2- الجسد موضوع تهديد وهنا يكون الجسد سليما ولكنه يتعرض لتهديد عوامل خارجية.

3- الجسد المشوه أو الخوف من تشوه الجسد.

4- الجسد المتخلف أو التفكك النفسي أو الجسدي.

وبالنسبة للتحليل النفسي فإن الشخص يبني من الناحية النفسية استنادا على علاقته بجسمه وذلك بدءا من اللحظة التي يدرك فيها تمايزه عن جسد أمه والمرضى الشاكين من اضطراب

(2) محمد أحمد النابلسي، م.س، ص.25.

علاقتهم بأجسادهم لا يستطيعون تحقيق هذا التمايز إلا بصورة جزئية. وذلك بحيث تبقى تجاربهم الجسدية البدائية عندما كانوا لا يفرقون بين أجسادهم وأجساد أمهاتهم. ففي هذه التجارب البدائية يظن الطفل أن جسد أمه هو جسده الخاص به وتعود هذه التجارب إلى الظهور كلما تعرض الشخص إلى صدمة أو إلى تجربة سيئة. وبذلك تتحول علاقة الشخص بجسمه إلى تكرار للنمط البدائي وهنا يمكننا أن نتكلم عن حالة من التثبيت والنكوص سببتها الصدمة، هذه الحالة تقود بدورها إلى انفصال الأنا (cission du moi) بحيث يبتعد الأنا عن الجسم الذي لا يعود معاشا من قبل الشخص، وهكذا ينشأ الفارق بين الجسد والأنا وينفصل الأنا عن الجسد فينظر الأنا للجسد أحيانا أنه مهدد وأحيانا مهدد وأحيانا أخرى مشوه أو متخلف. كما يجدر التنبيه إلى أن معايشة الجسد بطريقة نفسية مرضية لا تتعلق فقط بالبنية الذاتية للشخص (أي التنظيم الخاص لجهازه النفسي ومجموعة أعطال هذا التنظيم) ولكنها تتعلق أيضا بنوعية الصدمات التي يتعرض لها الشخص<sup>(1)</sup>.

## 2-2-6 - اضطرابات معايشة الجسد:

تصنف الاضطرابات النفسية المرضية المتعلقة بالصدمة النفسية على صعيد معايشة الجسد

وفقا للعوامل التالية:

- أ- نوعية الصدمة التي تعرض لها الشخص؛
  - ب- الانعكاسات النفسية الجسدية للصدمة؛
  - ج- الانعكاسات العقلية للصدمة؛
  - د- نوع الانشطار المتبدي على المريض.
- والجدول التالي يحدد طريقة تلازم هذه العوامل مع الصدمات التي يتعرض لها الشخص:

(1) محمد أحمد النابلسي، م.س، 28 .

جدول رقم 01-02 : الانعكاسات الجسدية والعقلية حسب طبيعة الصدمة النفسية

نوعية الانشطار	الانعكاسات العقلية	الانعكاسات الجسدية	طبيعة الصدمة النفسية
الجسد يهدد الأنا	انعدام القابلية الاجتماعية والانصراف عن الطعام وقد يتطور هذا الانصراف ليصل إلى الامتناع عن الأكل	خلل التوازن النفسي الجسدي، معاودة ظهور الأمراض أو نوبات الأمراض الجسدية التي كانت كامنة.	صدمة عاطفية، صعوبات العلاقات الشخصية مع الآخرين
الجسد عرضة للتهديد	تفجر الوسواس المرضية	تجسيدات مختلفة	وضعية عظامية (أسر، اعتقال، خسائر أو فقدان شخص عزيز)
الجسد عرضة للتشويه	تفجر المخاوف والوسواس المتمحورة حول تعرض الجسد للتشويه	تجسيدات مختلفة من النوع الهستيرى	التعرض لصدمة تهدد الحياة بشكل خطير (حروب، أمراض خطيرة)
الجسد عرضة للجنون	مظاهر اختلال الأنية	ظهور مظاهر التفكك على الصعيد الجسدي	الشعور بالذنب أمام الضحايا من قبل الشخص الناجي من الكارثة أو التعرض لتهديد الحياة لمدة طويلة.

المصدر: محمد أحمد النابلسي، م.س، ص.30.

### 2-3- مميزات الصدمة النفسية وآثارها على الفرد المتعرض لها:

تتصف الصدمات النفسية بأنها:

- فجائية، غريبة، مؤلمة، حادة، شديدة ومتكررة.
- لا نستطيع أن نتنبأ بزمن حدوثها.
- تفقدنا السيطرة على الموقف.
- تفقدنا الإحساس بالثقة بالنفس في مواجهة المواقف.
- الشعور بالعجز.
- تحدث تثبيطاً حاداً في مجريات حياتنا اليومية.
- تسبب القلق والحزن الشديد.

أما عن آثار الصدمة النفسية على الصحة النفسية وعلى الفرد عموماً فنذكر منها ما يلي:

- الحزن، اليأس، الألم والحداد؛
- الإكتئاب العصبي البسيط والحاد؛
- انعدام الشعور بالقيمة والجدوى واحتقار الذات؛
- العزلة والإنسحاب الإجتماعي؛
- التخيلات والأوهام والهذات؛
- التفكير في الإنتحار ووضع حد للمعاناة؛
- هستيريا القلق؛
- فقدان السمع والبصر؛
- الشلل الهستيرى؛
- الحبسة الكلامية وعدم النطق؛
- الأعراض الحسية الحركية؛
- فقدان الذاكرة الهستيرى؛
- ظهور بعض الأمراض التي تصنف في فئة الإضطرابات السيكوسوماتية<sup>(1)</sup>.

(1) Mini DSM-IV Ntr 2004, P.215-218.

## 4-2 أنواع الصدمات:

- الصدمة نوعين أساسيين الصدمات الرئيسية وصددمات الحياة:

### 2-4-1- الصدمات الرئيسية:

هي الخبرات الجلية في حياة أي فرد تصادفه باكرا وتكون لها آثار نفسية حاسمة لا يمكن أن تستحدثها أي صدمة أخرى وهي أنواع:

### 2-4-1-1- صدمة الميلاد:

تعتبر الولادة أول وضعية خطيرة يعيشها الإنسان والتي تصبح قاعدة لكل قلق فيما بعد، لذا تعتبر صدمة الميلاد صدمة ولعل أشهر من تحدثت عن صدمة الميلاد هو Otto Rank في كتابه *Le traumatisme de la naissance* سنة 1923، حيث اعتبر أن الميلاد حدث تهتز له نفس الطفل ويصيبها منه القلق الشديد الذي يكون أصل القلق لاحقا.

واعتبرها النموذج الأولي أو نواة لكل عصاب، فخروج الطفل من جنته الأولى بانتراعه من الحياة الرحمية لهو النمط الأولي لكل قلق وأصل كل عصاب، وأن الصدمة النفسية تنشط مباشرة القلق البدائي وتسبب العصاب الصدمي حيث يعمل خطر الموت الخارجي على إثارة التحقيق العاطفي لذكرى الميلاد التي لم تتحقق لحد الآن لاشعوريا.

فمن خلال الأحلام المزعجة التي تظهر في العصاب الصدمي يتكرر إنتاج صدمة الميلاد بطريقة نموذجية تحت قناع الحادث الصادم الراهن مع بعض التفاصيل المتعلقة به. فعندما نفتقد شخصا عزيزا مهما كان جنسه فإن هذا الفراق يحيي ذكرى الفراق الأساسي مع الأم، فيباشر عمل نفسي مؤلم يهدف إلى فصل اللبيدو عن هذا الشخص المفقود وهو ما يتوافق مع التكرار النفسي لصدمة الميلاد.

وحسب لايونش وبونتاليس الرحم هو منبع اللذة والسعادة، والميلاد هو طرد من تلك الحياة الداخلية إلى حياة خارجية تتميز بالقسوة باعتبار الرحم بيئة مثالية للطفل لا يشكل بالنسبة له تهديدا ولا توجد فيه الصراعات ومن ثم يصاب الطفل بالهلع لحظة الميلاد ويبكي بشدة ويضل لديه حنين دائم خلال النمو ليعود للرحم<sup>(1)</sup>.

(1) Otto Rank, *Le traumatisme de la naissance*, PUF, Paris, 1976, P.10.



#### 2-1-4-2- صدمة الفطام:

يتعاقب الإشباع والإحباط عند الطفل منذ ولادته، فعلاقة الرضيع بالثدي كموضوع جيد تعقبها علاقته به كموضوع سيء وكريه أثناء الفطام، وهكذا تتراوح مواقف الرضيع من المواضيع إذ يرسم صورة هوائية تجعل هذه المواضيع سيئة أو جيدة، وقد لا ترتبط هذه الصورة فعلا بحقيقتها ومن هنا ينبع القلق والعصاب.

كما ترى ميلاني كلاين أن الأم هي ميدان زراعة الطفل، فهي تؤمن له التغذية والعلاقة مع العالم الخارجي، وهي في نفس الوقت منبع كل أنواع الهجر، فهي تسهم في صدمة الولادة وصدمة الفطام ومبدأ ميلاني كلاين هو الإنشطار بين الهوام والواقع وبين الموضوع الجيد والسيء والقلق والعدائية<sup>(1)</sup>.

#### 2-1-4-3- صدمة البلوغ:

يعرف البلوغ على أنه مجموعة التغيرات النفسية والفيزيولوجية المرتبطة بنضج جنسي ويمثل البلوغ الانتقال من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد، والبلوغ مرحلة محتمة لكل فرد يمر بها خلال نموه ولهذا تعتبر مرحلة البلوغ صدمة وأزمة نفسية.

ويذهب بعض العلماء إلى القول بأن صدمة البلوغ تضاهي صدمة الميلاد أثراً، فالمعروف أن الطفل في البلوغ يشهد تغيرات في جسمه ويحس بمشاعر لم تكن من قبل، ويقوم بتصرفات يحس إزاءها بأنه مختلف تماماً. وربما تكون له في هذه المرحلة من نموه استجابات تكون لها تأثيرات مهمة على حياته النفسية وتظل معه بقية عمره<sup>(2)</sup>.

(1) حسين عبد القادر وأحمد النابلسي، التحليل النفسي، ماضيه ومستقبله، دار الفكر المعاصر، ط1، القاهرة، 2002، ص.424.

(2) N.Sillamy, Dictionnaire encyclopédique de psychologie, Paris, 1996, P.211-212.

#### 2-4-2- صدمات الحياة:

وهي التجارب التي يمر بها الفرد أو الأحداث التي يتعرض لها سواء كانت بسيطة أو عنيفة وإن كانت كذلك فتسبب له صدمة نفسية وهي أنواع (1):

#### 2-4-2-1- صدمة الطفولة:

صدمة الطفولة قد تكون أحداث مؤلمة منفردة من النوع الذي يستغرق حدوثها وقتا قصيرا، كالعلاجات الجراحية التي تجرى للطفل دون إعداده نفسيا، أو الإعتداءات الجنسية على الطفل أو موت أحد الوالدين أو كليهما فجائيا أو اختفاؤه، وقد تكون أحداث طويلة الأمد استغرقت بعض الوقت ك انفصال الوالدين وشذوذ العلاقات الأسرية أو المعاملة القاسية التي يتلقاها الطفل من بيئته ويرى Freud أن كل الأمراض منشؤها صدمات طفلية.

#### 2-4-2-2- صدمة ناتجة عن معايشة حدث صدمي:

وهي ناتجة عن أحداث عنيفة طبيعية خارجة عن نطاق الفرد كالفيضانات والزلازل ومختلف الكوارث الطبيعية، كما قد تكون بفعل الإنسان كالحروب وحوادث المرور وغيرها.

#### 2-4-2-3- صدمة ناتجة عن سماع خبر مؤلم دون معايشة الحدث:

كسماع الفرد بموت أحد المقربين له مما يؤثر على نفسيته بالرغم من عدم حضوره أثناء الوفاة، وعموما كل ما يعيشه الشخص من حادث يتخطى الإطار المألوف لتجربة إنسانية وإن يكن هذا الحدث مؤملا لدى أي فرد مثل التهديد الخطير على الحياة الشخصية أو الجسد أو على الزوجة والأولاد، أو رؤية جريمة قتل أو إعتداء جنسي أو غيرها.

#### 2-4-2-4- صدمة المستقبل أو الصدمة الحضارية:

تكون كنتيجة للإفراط في الإثارة كما يقول توفلر ويحدث ذلك عندما يضطر الفرد إلى التصرف بشكل يتجاوز مداه التكيفي ويقصد بمداه التكيفي قدرة الفرد على التكيف أو التأقلم ولا يمكن تحقيق التكيف الناجح إلا عندما يكون مستوى الإثارة معقولا وبدون إفراط في الزيادة أو النقصان ولهذا يحذر توفلر من الإفراط في إثارة الإحتياجات الأمر الذي يؤدي إلى انهيار الجسد، فالتقليل من الإثارة أساس لتحقيق التنمية السليمة.

(1) عبد المنعم الحنفي، موسوعة علم النفس، المجلد الثالث، ط4، مكتبة مدبولي، القاهرة، 1996، ص.924.

### 2-4-3- تصنيف E.Moussong:

والذي عرض في المؤتمر الدولي الثامن للطب النفسي بأثينا سنة 1989 ويتمثل فيما يلي<sup>(1)</sup>:

#### أولاً: التهديد من داخل الجسد:

وتضم هذه الفئة معاشة المريض لشعور إصابته بمرض يهدد حياته (القلب، السرطان، السيدا وغيرها) حتى لو لم يكن مصابا بها فعلا، فقد تحدث مثل هذه المعاشة لمجرد طلب الفحوصات وهو طلب يترجمه الشخص على أنه إصابة مؤكدة بالمرض، كما تتضمن هذه الفئة صدمات التعرض للعمليات الجراحية وغيرها من صدمات المرض الجسدي، كما تضاف إليها حالات الخوف من فقدان التكامل العقلي أو المرض العقلي.

#### ثانياً: التهديد من خارج الجسد:

ويضم هذا النوع مخاوف العدوى، مخاوف الأذى الإصطناعي كالحرب والخطف والتهديد، ومخاوف الأذى الطبيعي كالزلازل والفيضانات. كما تتضمن هذه الفئة مخاوف خارجية تتداخل مع مخاوف الفئة الأولى فتساعد على تفجيرها مثل فقدان شخص عزيز أو أحيانا بمجرد موت شخص معروف.

(1) محمد أحمد النابلسي، م.س، ص.91.

## 2-5-5- اضطراب ضغط ما بعد الصدمة PTSD:

### 2-5-1- تعريف PTSD:

كلمة PTSD هي اختصار لعبارة "Post traumatic stress disorder" وقد تم ترجمتها إلى العربية تحت اسم اضطراب ضغط ما بعد الصدمة. وقد صنفت ضمن اضطرابات القلق في DSMVI-R وهي عبارة عن مجموعة أعراض واضطرابات تظهر بعد الصدمة وهي كالتالي: صعوبة في النوم، قلة التركيز، الغضب الزائد، المبالغة في الارتجاف، اليقظة المفرطة وتكون مرتبطة بأحداث تثير أو ترمز للصدمة (1).

### 2-5-2- المسار والمآل:

من المعروف أن ضغط ما بعد الصدمة يأخذ بعض الوقت كي تظهر أعراضه وهذا الوقت يتفاوت فيقصر في بعض الحالات إلى أسبوع ويطول في حالات أخرى ليصل إلى ثلاثين سنة. وتتفاوت شدة الأعراض من وقت لآخر ولكنها تبلغ ذروتها في أوقات الانضغاط النفسي وقد تبين الدراسات التي أجريت على الحالات النمطية من ضغط ما بعد الصدمة ما يلي:

- 30 % من الحالات يتم شفاؤها تماما.
  - 40% يستمرون في المعاناة من بعض الأعراض البسيطة.
  - 20% يعانون من أعراض متوسطة الشدة.
  - في حين يبقى 10% كما هم أو يتدهورون أكثر.
  - وهناك علامات تشير إلى توقع المآل الجيد ومنها:
  - ظهور الأعراض بعد وقت قصير من وقوع الحادث.
  - قصر مدة الأعراض (أقل من ستة أشهر).
  - كفاءة أداء الشخصية قبل الاضطراب.
  - وجود تدعيم اجتماعي جيد.
  - وأخيرا عدم وجود اضطرابات نفسية أخرى مصاحبة للحالة.
- وقد وجد بشكل عام أن المآل قد يصبح أسوأ في حالات الأطفال وكبار السن مقارنة بمتوسط العمر لافتقاد هاتين الفئتين لقدرات المواجهة ومهارات التكيف (2).

(1) B.Dorayet, C-Louzoum, Le traumatisme dans le psychisme et la culture, ERES, 1997, P.134.

(2) H.I Kaplan et B.j.Sadock, Livre de poche de psychiatrie clinique, traduction et adaptation française de S.Ivanov-Mazzucconi, Masson éditeur, Paris, 1998, P.81.

## 2-6- الخصائص التشخيصية لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة:

إن الخاصية الأساسية في هذا الاضطراب هي الذاكرة الصدمية وهذا ينعكس في أعراض نفسية محددة وردت في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية ( DSMIV 1994) كالتالي:

- أ- تعرض الشخص لحدث صدمي وحدث كالتالي:
  - 1- مر الشخص بخبرة أو شاهد أو واجه أحداث تضمنت موت حقيقي أو تهديد بالموت أو إصابة بالغة أو تهديد شديد لسلامة الفرد والآخرين.
  - 2- تضمنت استجابة الفرد الخوف و إحساس بالعجز والتعب وفي حالات الأطفال يظهر هذا في صورة سلوك مضطرب.
- ب- تتم إعادة معايشة الحدث الصدمي بطريقة أو بإخرى من الطرق التالية:
  - 1- تذكر الحدث بشكل متكرر ومقتحم وضغط وذلك يتضمن صوراً ذهنية أو أفكار أو مدركات.
  - 2- استعادة الحدث بشكل متكرر وضغط في الأحلام.
  - 3- التصرف أو الشعور وكأن الحدث الصادم عائد.
  - 4- انضغاط نفسي شديد عن التعرض للمثيرات سالفة الذكر داخلية كانت أم خارجية والتي ترمز أو تشبه بعض الجوانب من الحادث الصدمي.
  - 5- استجابات فيزيولوجية تحدث عند التعرض للمثيرات سابقة الذكر.
- ج- التفادي المستمر لأي مثيرات مرتبطة بالحادث الصدمي إضافة إلى هبوط عام في الاستجابات.
- د- أعراض زيادة الاستثارة بشكل دائم.
- هـ- الأعراض مستمرة لمدة شهر على الأقل.
- و- اضطراب ضغط ما بعد الصدمة يسبب انضغاطاً اكلينيكيًا واضحاً أو يؤدي إلى تدهور في الأنشطة الاجتماعية أو الوظيفية أو جوانب أخرى هامة.

وقد قسم DSMIV حالة PTSD إلى:

- حادة: عندما تستمر الأعراض أقل من ثلاثة أشهر.
- مزمنة: عندما تستمر الأعراض من ثلاثة أشهر فما فوق.
- متأخرة: إذا ظهرت الأعراض بعد ستة أشهر من العامل المسبب للضغط.

وفي حالة الأطفال لا نجد عملية استعادة الحادث بالشكل المألوف لدى الكبار وإنما هي عملية تمثيل للحدث أثناء اللعب أو نجد أحلام مفزعة لا يستطيع الطفل ذكر محتواها<sup>(1)</sup>.

---

<sup>(1)</sup> DSM-IV, Manuel Diagnostique Et Statistique Des Troubles Mentaux, 2<sup>ème</sup> édition, Masson, Paris, 2003, P.117.

## 2-7- العصاب الصدمي:

### 2-7-1- تعريف العصاب الصدمي:

هو نمط من العصاب تظهر فيه الأعراض إثر صدمة انفعالية ترتبط عموماً بوضعية أحس الفرد فيها أن حياته مهددة بالخطر، وهو يتخذ في لحظة الصدمة شكل نوبة قلق عارمة تجر إلى حالات من الهياج والذهول أو الخلط العقلي، ويتيح التطور اللاحق لنا والذي يأتي غالباً بعد فترة من السكينة أن نميز إجمالاً ما بين حالتين:

أولاً: تقوم الصدمة بدور العنصر المفجر الذي يكشف عن بنية عصابية سابقة.

ثانياً: تلعب الصدمة هنا دوراً حاسماً في محتوى العرض نفسه وهذا على شكل معاودة الحادث الصدمي وكوابيس تكرارية واضطرابات النوم... الخ والذي يبدو وكأنه محاولة متكررة لاستيعاب الصدمة وتصريفها. يخصص فرويد والمحللون النفسيون تسمية العصاب الصدمي عادة لهذه اللاتحة الإكلينيكية الأخيرة<sup>(1)</sup>.

### 2-7-2- الفرق بين PTSD والعصاب الصدمي:

في سنة 1987 أصدرت الجمعية الأمريكية للطب العقلي DSMIII والذي ورد فيه ما يسمى بالـ PTSD الذي جاء كبديل لمصطلح العصاب الصدمي وفي سنة 1995 حددت هذه الجمعية المعايير التشخيصية لحالة الـ PTSD والأعراض المرافقة له. فإذا تجاوزت هذه الأعراض ستة أشهر يطلق عليها اسم العصاب الصدمي<sup>(2)</sup>.

(1) ج.ب. لابلونش وبونتاليس، معجم مصطلحات التحليل النفسي، ترجمة مصطفى حجازي، المؤسسة الجامعية، ط3، بيروت، 1997، ص. 335.

(2) عبد الرحمن سي موسى، رضوان زقار، م.س، ص78.

### 2-7-3- مميزات العصاب الصدمي:

أولاً: فترة الكمون:

وهو الزمن الفاصل بين الصدمة وظهور الأعراض، فالمؤكد أن العصاب الصدمي هو حالة ذات آثار وعواقب مرضية وذات ديمومة قد تطول أو تقصر. وعليه فإنه لا يجب الخلط بينه وبين ردود الأفعال الفورية الناجمة عن شدة الصدمة والارهاق النفسي الذي تسببه، فمظاهر العصاب الصدمي تستقر مع الوقت وتحديداً بعد فترة الكمون. وتختلف هذه الفترة باختلاف الأشخاص والوضعيّات (من أيام إلى سنوات).

وتمثل هذه الفترة العمل الدينامي الذي تقوم به دفاعات الأنا في محاولة منها لإصلاح الخلل الناجم عن الصدمة وهذا العمل الدينامي يستدعي دفاعات جديدة لمساعدته في مواجهة التخريب الذي نجم عن حدث لم يكن بالإمكان التحكم به وبأثره لدى وقوعه.

إن الكشف عن العصاب الصدمي في هذه المرحلة (أي قبل تظاهره العيادي الواضح) يعتبر خطوة رئيسية على الصعيد الوقائي، إذا ما لجأ المعالج خلال هذه المرحلة إلى كسر وحدة المريض وجموده وإلى تنفيس صدمته من خلال حوار ثنائي فإنه يمكن عرقلة العمل العصابي والحوار دون تحول صدمة المريض إلى بناء هيكل عصابي.

### ثانياً: تناذر التكرار المرضي:

يتميز العصاب الصدمي بمجموعة من الأعراض التي أصبحت محددة بشكل واضح وقد تم الإجماع على تسميتها بتناذر التكرار والذي يرمز خاصة إلى كابوس تكراري (إعادة معايشة الحادث الصدمي) ويكون هذا الكابوس معاشاً أكثر من تأملياً، وفيه يعيش المريض مجدداً الحدث الصدمي سواء بشكله الأصلي أو بشكل آخر تبعاً لميكانيزمات الإزاحة والتكثيف والترميز في الحلم. ويكون هذا الكابوس معاشاً بصورة حادة بحيث يدفع المريض إلى الصراخ والتقلب وأحياناً الوقوع من السرير، ثم يستيقظ المريض مذعوراً ومتعرقاً.

كما أن هناك أشكال أخرى للتكرار مثل افتتاح الوعي من قبل أفكار ذات علاقة بالحادث الصدمي والاجترار العقلي لظروفه وأحداثه والرؤية شبه الهلوسية والخاطفة لبعض مشاهدته والتعلق الذي تصعب مقاومته بمشاهدة مظاهر العنف وتأملها (في الواقع أو في الصور أو الأفلام) وتكرار سلوك حركي مصاحب بحركات دفاعية أو عدائية (وكأنه يتعرض للصدمة من جديد) وأخيراً تظاهرات جسدية قد تتسبب بها مثيرات بسيطة.



### ثالثاً: بعض الأعراض العصابية المستعارة من أعصاب أخرى:

إلى جانب تناذر التكرار المرضي، وصف الباحثون في جداولهم العيادية المقترحة للعصاب الصدمي عدداً من الأعراض العامة كالقلق والتعب (الإعياء) والعجز الجنسي وبعض الأعراض مثل الخوف وتحول هستيري والعلامات الوسواسية.

وهذا ما يؤكد عليه فرويد إذ يبرز أساساً في كتابه "ما فوق مبدأ اللذة 1920" ويقول : "يقترّب الجدول العيادي للعصاب الصدمي من ذلك المتعلق بالهستيريا من حيث الغنى بالأعراض الحركية المماثلة ولكنها تتجاوزه كقاعدة عامة على صعيد إشارات الألم الذاتي الصارخة جداً والخاصة بها، كما تتجاوزها على صعيد دلائل الوهن والاضطراب الأكثر شمولاً في الوظائف النفسية". ويصر فرويد أثناء الحديث عن العصاب الصدمي على الطابع الجسدي والنفسي للصدمة أي الهزة العنيفة التي تصيب الفرد محدثة فيضاً من الإثارة وما يرافقها من رعب في آن واحد. ويرى فرويد في هذا الرعب (وهو تلك الحالة التي تحدث حين تقع في وضعية خطيرة دون أن نكون مستعدين لها) العامل الحاسم في تحديد العصاب الصدمي (1).

### 2-8- الشخصية العصابية الصدمية:

إن العصاب لا يعرف فقط من خلال أعراضه المميزة وإنما يعرف أيضاً من خلال الشخصية الكامنة وراءه (المرشحة للإصابة بذلك)، فالشخصية القلقة تكمن وراء عصاب القلق، والرهابية وراء الفوبيا والهستيرية وراء الهستيريا، والشرجية وراء عصاب الوسواس القهري، لكن العصاب الصدمي يختلف عن كل هذه الأعصاب من حيث كونه عصاباً راهناً وهو بالتالي لا يستند إلى شخصية كامنة، بل إنه يحدث تغييراً مميزاً في الشخصية بعد حدوثه. ولذلك يمكننا الحديث عن الشخصية العصابية الصدمية ولكن بعد حدوث العصاب الصدمي.

وتتميز هذه الشخصية بعلامات الخوف والكف والنكوص والتبعية، كما يعرف Fenichel هذه الشخصية والتي تتسم بتنشيط الوظائف الثلاثة للأنا وهي:

- 1- وظيفة تثقية المثيرات؛
- 2- وظيفة الحضور والنشاط في العالم؛
- 3- الوظيفة اللبديية وفيها كل إمكانيات الحب الموجه للمواضيع وللآخر، وذلك بسبب توجه هذه الوظيفة نحو ترميم محبة الذات التي فقدت الدعم في لحظات الحدث الصدمي (2).

(1) محمد أحمد النابلسي، م.س، ص. 33-44.

(2) محمد أحمد النابلسي، م.ن، ص. 46.

## 2-9- علاج الصدمة النفسية:

ينبغي التأكيد على أهمية العلاج في حالات الصدمة النفسية باعتباره السبيل الوحيد لإعادة التوازن للفرد المتعرض للصدمة، لكن من المهم أيضا الأخذ بعين الاعتبار لبعض متطلبات أي تدخل علاجي أو تكفل بالحالات المتعرضة لصدمة نفسية ونذكر منها ما يلي:

- **إستعادة الأمان:** وذلك بنقل الفرد إلى مكان يشعر فيه بالأمان والطمأنينة بعيدا عن مكان الحادث؛
  - **استعادة القدرة على التعامل مع عواقب الحدث الصدمي:** من خلال مساعدته على معرفة ما حدث له ولمحيطه بشكل يحتمله وعيه؛
  - **استعادة شبكة الدعم والمساندة:** وذلك من خلال إحاطته بمن تبقى من أفراد أسرته أو أقاربه في حالة كارثة طبيعية مثلا أو بجمعيات الدعم والسند في المجتمع؛
  - **إمكانية استيعاب الخبرة الصادمة:** وهذا من خلال البناء المعرفي البسيط من خلال إعطاء تفسيرات عقلية ومنطقية لما حدث.
- وقبل التطرق إلى مختلف الإستراتيجيات المستعملة في حالات الصدمة النفسية، نقوم بإلقاء الضوء على مفهوم التكفل وبعض الإستراتيجيات:

## 2-9-1- مفهوم التكفل:

التكفل هو تعبير يشمل كل المقاربات الفردية والجماعية في مختلف الحقول العلاجية التربوية والبيداغوجية والاجتماعية، يمكن إذن لهذا المفهوم أن يكون علاج نفسي أو إعادة تأهيل أطفوني أو علاج نفسي حركي أو علاج بالعمل أو حتى تكفل مؤسساتي باعتبار المؤسسة مكانا للتكفل بالفرد الذي يواجه صعوبات وهذا لما سيتعرض له الفرد من فعل تربوي أو تعليمي أو تجهيزي أو علاجي... إلخ.

وفيما يلي عرض لبعض استراتيجيات التكفل بالأفراد المتعرضين للصدمة:

## 2-9-2- تدخل الأزمة:

يرجع الفضل بالتعريف بهذا المفهوم إلى Lindman الذي أعطاه قيمة جوهرية وهذا بمناسبة دراسته لرد فعل الحداد العادي والمرضي وعلاجه. وبعدها نشرت عدة كتب ومقالات للعلاج قصير المدى وللتعريف أكثر بتدخل الأزمة يفرق Sifnos بين نوعين من التدخل، الأول وهو العلاج قصير المدى بكل ما تحمله الكلمة من معنى والذي يمتد من شهرين إلى سنة وتدخل الأزمة الذي يمثل علاجا محددًا بعدد قليل من الحصص أي من ستة إلى عشر حصص فقط.

والجدير بالذكر أن تدخل الأزمة يشمل في معناه عدة إيجابيات ملموسة ومنها إمكانية مساعدة أكبر عدد من المرضى باستعمال عقلاني واقتصادي للموارد العلاجية المتاحة، كذلك الوقاية من التزام الناتج عن غياب التخطيط أو غياب الأهداف العلاجية.

في العلاج قصير المدى، يقوم المعالج باستخدام مجموعة متنوعة من التدخلات الشخصية والعلاجية في آن واحد كالعلاج السلوكي، التنفيس، العلاج الصيدلاني أو تدخل على مستوى المحيط العائلي والإجتماعي للعميل. كل هذه الوسائل تسمح للمعالج بالتعرف على المفحوص والتقييم السريع لحدة مشاكله والتدخل الملائم لحالته. كل هذا يحدد تبعاً لطبيعة الأزمة وشخصية المفحوص وبصورة عامة فإنه من الممكن وصف نوعين رئيسيين من العلاج قصير المدى حسب طبيعة التدخلات:

**أولاً:** العلاج النفسي التفسيري والذي قد يسبب القلق لأنه يهدف إلى إيصال المفحوص إلى الوعي بالصراع على أمل حدوث تغيير حالي في رد الفعل العصابي لمواجهة المشكلة.

**ثانياً:** العلاج بالسند والذي يهدف إلى التخفيض من صراعات المفحوص بمساعدة الإيحاء، تطبيب خاص أو أحيانا تدخل على مستوى محيط المفحوص.

### 2-9-3- التطهير النفسي:

التطهير النفسي أو العلاج بعد الآني موجه للأفراد الذين عايشوا حوادث خاصة أو صدمات كالكوارث الطبيعية والحوادث أو وضعيات ناتجة عن عنف بشري. هؤلاء الأفراد يمكن أن يكونوا مدنيين، عمال يمارسون المهن ذات مخاطر. كما أن رجال الإنقاذ الذين شهدوا هذه الحوادث صعبة التخيل معنيين بالتطهير النفسي وفي بعض الحالات يعجزون عن إنقاذ روح بشرية.

كل هؤلاء الأفراد واجهوا فجأة الموت، إدراك الموت والذات أو الآخرين، وهم يتواجدون في وضعية إجهاد مع تزعزع توازنهم الداخلي مما يسبب خلل التنظيم لذاتهم.

مهما كانت طبيعة الإصابات والتي في بعض الحالات تكون صعبة التعرف عليها والأعراض العيادية محددة، الإستمرارية النفسية للفرد تعرضت للخطر. وبالموازاة مع انقطاع الوظيفة الزمانية ففعليا الوقت الصدمي يكون جامدا وينتج عنه تمزيق في إدراك الإستمرارية. كما تختلف طرق العلاج حسب الظروف وعلى علاقة بوقت ومكان تواجدهم.

### أولاً: العلاج الإستعجالي:

التطهير المبكر والذي يسمى Le Diffusing يمارس في مكان الحادث الصدمي ويؤمن عموماً من طرف الأطباء العقليين والمختصين النفسيين والممرضين وخلايا الإستعجال الطبية النفسية تكون مهياًة والعلاج موجه للضحايا المدنيين لمساعدتهم على استيعاب معاشهم الآني وقلقهم.

### ثانيا: العلاج بعد الإستعجالي:

يمارس التطهير النفسي من يومين إلى عدة أيام بعد الحادث (بين 24 ساعة إلى 72 ساعة)، في مكان محايد ومستقر، قد يكون فردي أو جماعي ومدته تتراوح بين ساعة ونصف إلى ثلاث ساعات حسب عدد المشاركين والذين لا يجب أن يتجاوز عددهم 12 شخص. هذه الطريقة موجهة للأفراد المدنيين والممارسين الذين واجهوا اعتداءات أو أحداث خطيرة أثناء ممارسة وظيفتهم وكذلك رجال الإنقاذ بعد ممارسة مهمتهم ويكون مؤمنا من طرف أخصائيي الصحة العقلية المكونين في الإجهاد ودينامية الجماعات.

### ثالثا: المتابعة النفسية:

يبيدي بعض الأشخاص الحاجة إلى متابعة حصص علاج نفسي لمساعدتهم على الخروج من تناذر بعد صدمي. هذا العلاج يؤمن من طرف مختصين نفسيين أو أطباء عقليين مكونين خصيصا في هذا النوع من العلاج النفسي (العلاج بالسند).

يمارس العلاج في معاينات خاصة بعلم النفس الصدمي، كما أن التطهير النفسي هو اجتماع لمجموعات منظمة لمراجعة الأحداث بالتفاصيل والأفكار والأحاسيس وردود الأفعال التي تلت الحادث الصدمي كما يهدف التطهير النفسي إلى التنبؤ بآثار غير مرغوب فيها وتسريع الإسترجاع الطبيعي والمحافظة على الدافعية.

وعموما الفكرة الأساسية في العلاج النفسي تتلخص في إزالة الإجهاد النفسي الواقع على الفرد وذلك بإبعاده عن مصدر الخطر والتهديد، ثم مساعدته على التنفيس عما تراكم بداخله من مشاعر وذكريات أثناء وقوع الحادث، وهذا يتم بشكل تدريجي في جو آمن ومدعم حتى يستطيع في النهاية استيعاب آثار الصدمة وتجاوزها. ويلي ذلك تعليم الفرد المتعرض للصدمة مهارات مواجهة الأحداث حتى تزداد مناعته في مواجهة أحداث مماثلة<sup>(1)</sup>.

(1) محاضرة الأستاذ محمد شلبي بتاريخ: 25-05-2009. سنة أولى ماجستير، جامعة قسنطينة.

## 2-9-4- العلاج الدوائي:

هناك بعض الأدوية التي ثبتت فعاليتها في علاج هذا الاضطراب ومنها مضادات الإكتئاب ثلاثية الحلقات مثل الأميرامين (نفرانيل) والأميتريبتيلين (تريبتيزول) ويبدأ العلاج بجرعات صغيرة وتزيد هذه الجرعات بالتدرج حتى تتحسن الحالة مع مراعاة الآثار غير المرغوب فيها خاصة على القلب وهذا بواسطة الفحص العيادي وعمل رسم القلب خاصة إذا كانت الجرعات الموصوفة كبيرة نوعا ما.

وهناك مجموعة أخرى من الأدوية وهي حديثة نوعا ما وتسمى مانعات استيراد السيروتونين الإنتقائية مثل الفلوكستين والسيتالوبرام والباروكستين والفلوفوكسامين وغيرها. وهذه المجموعة تتميز بأن أعراضها الجانبية أقل وتقبلها أفضل.

أما الأدوية المساعدة فنذكر منها مضادات القلق مثل البرازولام (زاناكس) ومضادات الصرع مثل كاربامازيبين (تيجريتول) وفالبروات الصوديوم (ديباكين)، ويمكن استخدام البوربرانول (أندرال) بجرعات بسيطة في حالة زيادة ضربات القلب أو وجود المظاهر الجسمية للقلق كالتعرق والرعدة وعدم الإستقرار<sup>(1)</sup>.

---

(1) H.I Kaplan et B.j.Sadock, Op.Cit, P.88.

## خلاصة الفصل الثاني:

تناولنا في هذا الفصل المفاهيم الأساسية التي هي على علاقة مباشرة بالحدث الصدمي وهي الصدمة النفسية واضطراب ضغط ما بعد الصدمة والعصاب الصدمي. كما تطرقنا إلى مسار ومآل هذه الإضطرابات، فهناك حالات يتم شفاؤها وحالات أخرى تستمر في المعاناة مع بعض الأعراض البسيطة أو المتوسطة في الشدة أما البعض الآخر فيتدهور إلى درجة كبيرة وهذا ما يستدعي التدخل لإسعافهم والتكفل اللازم بهم.

وقد ذكرنا مختلف أشكال التكفل والوسائل المتاحة للمختص في مجال الصدمة النفسية خاصة المختص النفسي للقيام بمهمته على أحسن وجه والوصول بالفرد المتعرض للصدمة إلى القدرة على استرجاع توازنه النفسي وقدراته ورغبته في الحياة ومباشرة أعماله اليومية دون أن يكون للأثار التي خلفتها هذه الصدمة دور مثبط لنشاطاته وآماله.

ونرجو أن نكون قد ألممنا ولو بالشيء القليل والمتاح على كامل العناصر التي تخص موضوع الصدمة النفسية لما لهذه الأخيرة من أهمية كبيرة في الصحة النفسية العمومية.

# الفصل الثالث : المراهقة

تمهيد

1-3- تعريف المراهقة

2-3- أزمة المراهقة

3-3- مظاهر النمو في المراهقة

1-3-3- النمو الجسمي والفيزيولوجي

4-3- أهداف المراهقة

5-3- حاجات المراهقة

1-5-3- الحاجة إلى الأمن

2-5-3- الحاجة إلى الإثبات الجنسي

3-5-3- الحاجة إلى النمو العقلي

6-3- مشكلات المراهقة

1-6-3- المشاكل النفسية

2-6-3- المشاكل الإنفعالية

3-6-3- المشاكل الصحية

4-6-3- المشاكل الاجتماعية

7-3- الانتحار في المراهقة

8-3- المراهقة في الجزائر

خلاصة الفصل الثالث

## الفصل الثالث: المراهقة

### تمهيد:

تشكل المراهقة أهم المشكلات التي تعاني منها المجتمعات، فهي من المحطات الحرجة في مسيرة نمو الفرد نظرا لتسارع وتيرة النمو فيها ولقوة الغرائز من لبيدو وعدوانية، مما يعرض المراهق إلى مشكلات التكيف مع الذات والمحيط الخارجي.

فالمراهقة هي المرحلة التي يكتمل فيها النضج الجسمي والانفعالي والعقلي والاجتماعي، وتبدأ بوجه عام في الثانية عشرة وتمتد حتى الواحدة والعشرين. وبالرغم من أن التغيرات العضوية تسبق ماعداها في الظهور، إلا أنه من الخطأ القول بأن هذه التغيرات هي سبب ما يحدث للمراهق، فكما أن هذا المراهق ينمو جسميا، فإنه كذلك ينمو انفعاليا واجتماعيا وعقليا وتتفاعل كل هذه العناصر في ظاهرة كلية عامة تسمى المراهقة.

وإذا كانت الطفولة الثالثة فترة كمون جسمي وانفعالي، فإن المراهقة مرحلة طفرة أو قفزة في النمو الجسمي وتقلب شديد في الانفعالات، كما تتميز هذه المرحلة بظهور مشكلات في جميع أوجه النمو النفسي. وإذا كانت بعض هذه المشكلات ترجع إلى أسباب عضوية، فإن بعضها الآخر هو نتيجة إهمال تربوي أو قسوة في غير محلها، أو اضطراب في الرعاية من طرف البيئة المحيطة بالمراهق.

والمراهقة ليست مجرد مرحلة انتقالية من الطفولة إلى الرشد وإنما هي مرحلة لها خصائصها وعناصرها ومتطلباتها ومشاكلها والتي سوف نتطرق لها في هذا الفصل.



### 3-1- تعريف المراهقة:

إن كلمة مراهقة مشتقة من الفعل اللاتيني *Adolecere* ومعناها التدرج نحو النضج الجنسي والانفعالي والعقلي، وهنا يتضح الفرق بين كلمة مراهقة *Adolescence* وكلمة بلوغ *Puberté*، فالبلوغ يقتصر على النمو الفيزيولوجي والجنسي وهي مرحلة تسبق المراهقة مباشرة وفيها تتضج الغدد التناسلية ويصبح الفرد قادرا على التناسل والمحافظة على نوعه واستمرار سلالته<sup>(1)</sup>. وكثيرا ما تستخدم كلمتا المراهقة والبلوغ على أنهما مترادفتان، وفي الحقيقة أن ثمة اختلافا فنيا في معنى اللفظين، فكلمة مراهقة تطلق على مرحلة تبدأ بالبلوغ وتستمر حتى مرحلة النضج أي فيما بين سن 12-20 سنة.

أما المعنى اللغوي للمراهقة فهو المقاربة، فرهقته معناها أدركته، وأرهقته تعني دانيتها، فراهق الشيء معناه قاربه، وراهق البلوغ معناه قارب سن البلوغ، وراهق الغلام معناه قارب الحلم وصبي مراهق معناه مدان للحلم، والحلم هو القدرة على إنجاب النسل<sup>(2)</sup>. فالمراهقة هي المرحلة التي يكتمل فيها النضج الجسمي والانفعالي والعقلي والاجتماعي، وتبدأ بوجه عام في الثانية عشرة وتمتد حتى الواحدة والعشرين وإن ذهب بعض الباحثين على اعتبار نهايتها في الثامنة عشرة وتسمى الفترة الأولى من هذه المرحلة بفترة البلوغ<sup>(3)</sup>. كما تعرف المراهقة على أنها مرحلة الانتقال من الطفولة إلى الشباب وتتسم بأنها فترة معقدة من التحول والنمو تحدث فيها تغيرات عضوية ونفسية وذهنية واضحة تقلب الطفل الصغير عضوا في مجتمع الراشدين. و من جهة أخرى يرى دوروتي روجرز بأن للمراهقة تعاريف متعددة، فهي فترة نمو جسدي وظاهرة اجتماعية ومرحلة زمنية، كما أنها فترة تحولات نفسية عميقة. ويبقى التعريف الأكثر شمولاً للمراهقة ما يعدها فترة نمو شامل ينتقل من خلالها الكائن البشري من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد<sup>(4)</sup>.

ورغم أن المراهقة هي مسيرة باتجاه النضج العاطفي والذهني والجسمي والانفعالي والجنسي إلا أنها أزمة بكل ما تعنيه الكلمة من معنى، فهي أزمة شاملة لكل جوانب الشخصية، كما أنها ولادة ثانية كما سماها جان جاك روسو. أزمة يمتاز بها الإنسان المتحضر بشكل خاص لما تمثله من ابتعاد عن عالم الطفولة واتكاليته من أجل مواجهة عالم الكبار بقيمه ومؤسساته مع ما يتطلب ذلك من استقلالية وتسيير ذاتي.

إن المراهقة هي مرحلة التفاوت بين الطموحات المثالية والإمكانات المحدودة، كما أنه أزمة اكتشاف الذات ومحاولة تأكيدها وإيجاد الموقع المناسب لها.

(1) خليل ميخائيل معوض، سيكولوجية النمو، الطفولة والمراهقة، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، ط3، 1993، ص.324.

(2) خليل ميخائيل معوض، م.ن، ص.330.

(3) بول سون وآخرون، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة، سيكولوجية الطفولة والمراهقة، ط1، الكويت، 1986، ص.104.

(4) ميخائيل إبراهيم أسعد، مشكلات الطفولة والمراهقة، دار الجيل، ط2، بيروت، 1994، ص.225.

### 3-2- أزمة المراهقة:

إن كلمة أزمة تشير إلى فترة خطيرة أو حاسمة من اضطراب ما، كما يرى H.Pieron أن الأزمة تعني مظهر عصبي يوصف بمفاجأته، عنفه وقصر مدته. وعند Ericson, Tindman, Kaplan مفهوم الأزمة يستدل من عدم التوازن المؤقت، متضمنا فترة من عدم الثقة والقلق متبوعين بحل للأزمة.

ويمكن وصف ثلاث أنواع من الأزمات:

- الأزمات الاستجابية أو الوضعية وتكون مرتبطة ببعض الأحداث والوضعية المهمة والتي تهم حياة الفرد؛
- الأزمات المرضية وتحدث للفرد نتيجة لتنظمة مرضية؛
- الأزمات الخاصة بالنمو والتي تحدث في مراحل مهمة أثناء النمو ومن بينها أزمة المراهقة.

إن أزمة المراهقة بالنسبة لـ 1978 Guy Avanzini مرتبطة بعدم الاتزان الذي يعيشه المراهق بفعل نموه الجنسي في الوقت الذي مازال يعتبر طفلا على الصعيد العاطفي والاجتماعي، وأزمة المراهقة وقتها قصير ومفهومها يشير لمجموعة الاضطرابات التي يعيشها المراهق والتي ستنظم شخصيته وتحدد هويته<sup>(1)</sup>.

ففي هذه الفترة تظهر اضطرابات في السلوك والتي تكون مرحلية وغير خطيرة، ولكن هناك بروز لبعض الاضطرابات العميقة للشخصية، وهذه الأخيرة لا تشكل في كل الحالات خطورة لكن الانحرافات يمكن أن تتطور بصورة خفية لا يمكننا ملاحظتها أو اكتشافها.

يبحث المراهق في هذه المرحلة عن مقاييسه هو، يريد اكتشاف ذاته، فهو يعيش عدم توازن في السلوك ويظهر ذلك في اضطرابات النوم، فنوم المراهق يصبح خفيفا، لا ينام إلا قليلا، يفضل النوم في الصباح ويعاني أيضا من فترات أرق قد تقلق المحيطين به.

أما الطبع، فنجد المراهق متقلب ومندفع ويبدى رغبة وبحث دائم عن الحرية والاستقلالية مع إبداء سلوك متمرد ضد كل إلزام من طرف الآخرين، خاصة الوالدين. ومن ناحية أخرى، هو ذو مزاج متقلب مع ظهور مراحل اكتئابية متفاوتة وضجر وملل وتقدير سيء للذات وفي بعض الحالات الإعياء والكسل. كما تظهر فترات من التهيج والمرح ورغبات غير منتظمة ومشاريع مثالية وحديثه يكون مليء بالنقاش والجدل<sup>(2)</sup>.

(1) Leila Hassas, contribution à l'étude de l'identité culturelle chez l'adolescent, thèse de Magister en psychologie clinique, université d'alger, 1993, P.12.

(2) P.Canoui, P.Messerschmitt, O.Ramos, révision accélérée en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Malonie, 1994, P.302-303.

### 3-3- مظاهر النمو في المراهقة:

#### 3-3-1- النمو الجسمي والفيزيولوجي:

##### أولاً: البلوغ:

إن المراهقة تبدأ عندما يتم البلوغ ويكمن الاختلاف بينهما في أن كلمة البلوغ تعني التغيير الفيزيولوجي الذي يطرأ على المراهق وهذا بسبب نضج الغدد التناسلية واكتساب معالم جنسية حديثة تنتقل الطفل من فترة الطفولة إلى فترة الفرد الراشد. ويرى Anatrella أن مرحلة المراهقة تتزامن في نفس الوقت مع مرحلة البلوغ، غير أنها تدوم أطول، وينقسم حسب رأيه تزامن المراهقة والبلوغ إلى ثلاث أقسام:

- البلوغ من 12 إلى 17-18 سنة؛

- المراهقة من 17-18 إلى 24-25؛

- مرحلة ما بعد المراهقة 23-24 إلى 30 سنة.

ويعرف البلوغ بأنه مرحلة من الحياة تعرف ببداية ظهور خلايا مكونة جديدة واختلافات في بعض الخصائص الجنسية إضافة إلى التغييرات الفيزيولوجية والجسدية، وهناك من يرجع بعض الخصائص إلى المحيط الاجتماعي وآخر إلى التغيير في المحيط المناخي.

فالبلوغ يكون متأخراً في البلدان الجنوبية الساخنة، كما يختلف كذلك نظراً للنظام الغذائي والمعيشي، ففي أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية متوسط عمر ظهور العادة الشهرية حدد بـ 17 سنة عام 1840 و13 سنة عام 1970، غير أن هذه الظاهرة متأخرة نوعاً ما في البلدان النامية والدول الفقيرة فيكون النضج بعد سنوات من هذا المتوسط<sup>(1)</sup>. يعتبر ظهور العادة الشهرية عند الفتاة علامة أولية لبلوغها مع ظهور علامات ثانوية والتي تتمثل في بروز الثديين، استدارة الرقبة، نعومة البشرة، تكسر الصوت وبروز الشعر في بعض المناطق في الجسم. أما عند الولد فيعتبر تدفق السائل المنوي ويكون هذا الفعل طارئاً أو مستثاراً دليلاً على بلوغه ويكون في أغلب الوقت بلوغ الولد متأخراً عن بلوغ الفتاة مع ظهور علامات ثانوية كظهور الشعر وبثور في الوجه والصوت الخشن وأنف ضخمة بالنسبة للوجه الذي لا يزال طفلياً وبروز الحنجرة وكل هذه العلامات تعتبر كمؤشر لاقترب بلوغ الولد. إن الغدد هي المسؤولة عن هذه التغييرات، فما تحت المهاد يحث الغدة النخامية لتثيير غدداً أخرى والتي بدورها تقوم بإفراز الهرمونات التي يتحكم بعضها في النمو مثل الغدة الدرقية التي تفرز هرمون النمو GH وأخرى تؤثر على الغدد التناسلية وتحثها على النضج والتي تعتبر التغييرات الأصلية التي تحدث في المراهقة<sup>(2)</sup>.

(1) Alex Raffy, Les psychanalystes et le développement de l'enfant, Toulouse, 2000, P.437.

(2) Hélène Harcel-Biraud, Manuel de psychologie à l'usage des soignants, 2<sup>ème</sup> édition, Masson, Paris, 1994, P.57.

## ثانيا: النمو الجسمي:

هذا المظهر من النمو يعطينا من المؤشرات والدلائل ما يسمح لنا بتقصي بعض الحالات النفسية والسلوكيات الاجتماعية للمراهق التي تنصب اهتماماته في بداية هذه المرحلة على التحولات التي تطرأ على الشكل العام للجسم وتتمثل في:

### 1- الطول:

يلعب هذا المظهر دورا في إعطاء صورة كاملة وواضحة لطبيعة النمو، والدراسات العديدة تشير إلى أنه بعد السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، يزداد الطول بأخذ منحى الانخفاض التدريجي ثم ما يلبث أن يرتفع من جديد مع البلوغ وبداية المراهقة، ويؤكد Sitephens أن النمو السريع في السنوات الأولى يكون الطفل قد وصل إلى ربع طوله أثناء الولادة وإلى نصف هذا الطول في سن الثالثة وأنه في ما عدا فترة المراهقة فإن النمو يظل في تناقص نسبي. وحسب ملاحظات الأخصائيين في علم النفس فإن معدلات النمو في الطول ليست واحدة قبل المراهقة وبعدها، ففي مرحلة الطفولة المتأخرة يكون الطفل في حالة كمون من حيث معدلات النمو المختلفة ويكون هناك تقارب نسبي في الطول عند الجنسين وفي مرحلة البلوغ وبداية المراهقة يلاحظ تفوق نسبي في الطول لدى الإناث في سن الرابعة عشرة تقريبا ويتفوق الذكور نسبيا على الإناث في الطول حتى آخر الفترة والتي تمثل أقصى حد لزيادة الطول.

### 2- الوزن:

هو أكثر اتصالا وانسجاما مع الطول لإعطائه صورة كاملة للجسم، ومعدلات الزيادة في الوزن تكون بصفة عامة متقاربة لدى الجنسين في سن الطفولة المتأخرة، فحسب رأي البعض أنه عند سن العاشرة يصل الوزن إلى حوالي 33 كغ عند الجنسين كمعدل عام ثم يزداد الوزن بشكل نسبي عند الإناث ثم تليها الفترة ما بين 14-15 سنة أين يتساوى فيها الوزن عند الجنسين عند معدل 50 كغ تقريبا، وبعدها لا يزيد وزن الفتاة حتى سن العشرين إلى 55-56 كغ بينما يستمر تفوق الذكور ليصل الوزن إلى 65-66 كغ.

يصاحب الزيادة في الوزن ثقل في الجسم وفي بداية المراهقة عموما تكون المراهقات أثقل جسما من المراهقين، ومع تقدم هذه الفترة يصبح الذكور أكبر وزنا وأثقل جسما من الإناث والتغيرات الحاصلة في الطول والوزن يصاحبها تطور في الجانب الوظيفي لأعضاء الجسم<sup>(1)</sup>.

(1) جابر نصر الدين، علاقة الرفض الأبوي بالتنكيف النفسي، رسالة ماجستير، الجزائر، 1992، ص.14.

### 3-3-2- النمو الجنسي:

تتحرك النزوات الجنسية لدى المراهق مع بداية نشاط نزوات أخرى، وهذا عند النضج الفيزيولوجي وهي تنقل الفرد من الجنسية الطفلية أين تكون صورة الوالدين حاضرة ومرتبطة بالصراع الأوديبي إلى جنسية غيرية والتي تأخذ معناها في علاقة حقيقية بعد تجربة حصلت في الطفولة كما نسميها تجربة الإسناد، فيبدأ المراهق أول خطوة وذلك بإيجاد اللذة في الذات أي غلطة ذاتية عن طريق الإستمناء الذي يجلب الإرتياح له، لكن لم يستطع بعد أن يدخل في علاقة حقيقية مع الجنس الآخر وهذا قد يولد لديه الإحساس بالذنب.

تعتبر هذه الفترة دليل على هشاشة المراهق وهي قريبة من قلق الإخصاء، والمراهق يمر بعدها بمرحلة أخرى وهي الجنسية المثلية والتي قد تكون ظاهرة أو كامنة وكل تاريخ المراهقة يعتبر مرور من ممر حب الذات إلى حب الآخر وقبول حقيقة الفرق بين الجنسين<sup>(1)</sup>.

### 3-3-3- النمو الانفعالي:

هناك إجماع علمي على أن المراهقة هي فترة الانفعالات الحادة والتقلبات المزاجية ومن أهم الأنماط الإنفعالية ظهورا خلال هذه الفترة ما يلي:

#### 1- الغضب:

هو من الانفعالات الحادة المميزة للمراهقة ويكون كرد فعل لمضايقات ومواقف معينة كالنقد الشديد من قبل الآباء، السخرية من تصرفاته، الحط من قيمته أو ضربه، توبيخه ومقارنته بإخوته أو زملائه كما قد يكون الغضب رد فعل لوجود إعاقة جسمية أو حسية أو حركية أو مرض يحول دون قيامه بنشاط معين، ومع اقتراب نهاية المراهقة تقل تدريجيا حدة استجابات الغضب<sup>(2)</sup>.

#### 2- الخوف:

في فترة المراهقة تقل درجة الإنفعال من بعض الأشياء كالظلام والأشخاص الغرباء وتظهر مخاوف جديدة كالخوف من الأماكن الخالية والأصوات المرتفعة أو بعض الحيوانات. كما يخاف المراهق من التغيرات الحاصلة في الشخصية خاصة الجسمية منها، وكذلك الخوف من إقامة علاقات جديدة أو مواجهة بعض الناس كما يمكن أن يكون خوفه نتيجة شعوره بعدم الإستقرار النفسي أو صعوبة الوضع الذي يمر به أو يكون مرتبطا بالأخطار التي تهدده كالأمرض المعدية والخطيرة.

(1) Héléne Harcel- Biraud, Op.Cit, P.60.

(2) سعدي محمد علي بهادر، سيكولوجية المراهق، دار البحوث العلمية، الكويت، 1980، ص.377.

### 3- القلق :

يعتبر القلق من الإنفعالات المميزة لهذه الفترة ويكون كرد فعل أمام كل منبه يشكل خطراً مهدداً للذات ويكون مصدره غالباً غير معروف وغير محدد عكس الخوف، وينتاب المراهق هذا الشعور بالقلق نظراً لما يطرأ عليه من تغيرات أو بسبب الأسلوب التربوي المتبع من طرف الوالدين والذي لا يتناسب مع سن المراهق ووضعيته الجديدة.

وهناك استجابات فيزيولوجية تصاحب القلق مثل الشعور بالصداع والضيق وعبوس الوجه والإحساس بالتعب وفي بعض الحالات تتحول إستجابات هذا الإنفعال إلى اضطرابات سلوكية كتعاطي المخدرات، المهدئات، شرب الكحول، الإفراط في النشاط الجنسي، العدوانية، الهروب وهذه الإستجابات هي وسيلة للتخفيف من حدة القلق ومع نهاية هذه الفترة وتأثير الوسط العائلي والمدرسي والاجتماعي تتطور قدرة المراهق على السيطرة والتحكم في استجاباته القلقة<sup>(1)</sup>.

### 4- العدوانية :

تستيقظ النزوات العدوانية في فترة المراهقة والتي تكون في فترة الكمون على شكل شتم وتعليق، هذه النزوة تجعل المراهق غير محبوب وتكون مرتبطة بالقلق والشعور بالذنب ويمكن أن تكون العدوانية وسيلة لجلب الإنتباه كما يمكننا ملاحظة العدوانية في أشكال عديدة مثل الرفض المدرسي، الإمتناع عن الأكل العصبي والإنتحار.

ويمكن أن تمارس هذه النزوة على الجسد أو في الوسط العائلي في حالة إخفاق الوالدين في التعامل مع المراهق، كما يمكن أن تنقل إلى المحيط الخارجي خاصة الجيران والمحيط الدراسي. ويمكن أيضاً للعدوانية أن تكون غير مفسح عنها وتصبح في هذه الحالة موجهة نحو الذات لتصل في أقصاها إلى الإنتحار<sup>(2)</sup>.

ورغم سلبيات العدوانية في هذه المرحلة إلا أنها تبقى نزعة طبيعية بدرجة مقبولة في الإنسان، والزيادة في حدتها تستوجب توجيهها لأنشطة اجتماعية مقبولة للتنفيس من حدة الصراع الذي يعاني منه المراهق، ويعتبر العنف أبرز الإستجابات العدوانية والذي قد يكون موجهاً نحو الذات مثل الإنتحار أو موجهاً نحو الغير كالإعتداء على الآخرين ويجب هنا التمييز بين العدوانية كاستعداد والإعتداء كسلوك يجسد هذه النزعة<sup>(3)</sup>.

(1) ج.ب لابلونش وبونتاليس، معجم مصطلحات التحليل النفسي، ترجمة مصطفى حجازي، المؤسسة الجامعية، ط3، بيروت، 1997، ص.322.

(2) Héléne Harel-Biraud, Op.cit, p.61.

(3) Pierre Lalonde et Frédéric Crunberg, Psychiatrie clinique : Approche contemporaine, Gaëtan Morin éditeur, Canada, 1980, P.645.

### 5- الإكتئاب:

يعتبر انفعالا طبيعيا يصاحب عملية النمو في هذه الفترة وهو انعكاس لحالة الصراع النفسي وعدم الإتزان الانفعالي الذي تفرزه المعطيات الجديدة لهذه الفترة وهنا يجب أن نفرق بين هذا الإنفعال والإكتئاب الذي يظهر من خلال أعراض مثل عدم القدرة على التصرف وغياب الإحساس باللذة والشعور بالحزن وغيرها. ويمكننا أن نقول أن الإكتئاب هنا يبقى استجابة طبيعية ومقبولة ومؤقتة في فترة المراهقة وتصبح من الأعراض المهيئة لاضطراب الإكتئاب إذا زادت على حدّها.

### 6- الخجل:

سمة مميزة لشخصية المراهق وسبب ظهوره يرجع إلى صعوبة الكلام ومواجهة الجنس الآخر، عدم القدرة على التحدث أمام الناس والإنتساب إلى أسرة فقيرة أو وجود إعاقة بدنية. ويجب التفريق هنا بين الخجل العادي الطبيعي الذي يمثل للقيم والمعايير الاجتماعية من خلال امتناع المراهق عن القيام بسلوكات وعادات مجتمعه ويسمى **الحياء**، وبين زيادة درجته وكثرة ظهوره في كل المواقف أين يتحول إلى خجل شاذ يعيق النمو النفسي الطبيعي ويصنف ضمن الإضطرابات السلوكية.

### 7- الغيرة:

الغيرة من الإنفعالات الملاحظة في هذه الفترة ويعرفها البعض على أنها انفعال صبياني ويظهر بصورة قوية ومقنعة أثناء بداية المراهقة والبعض الآخر يراها انفعالا يكون مصدره اجتماعيا ومن أسباب ظهوره توجيه جل اهتمامات المراهق نحو شخص معين يشكل مصدر الغيرة لديه أو عدم الحصول على بعض الإمتيازات التي يتمتع بها هذا الشخص<sup>(1)</sup>.

(1) جابر نصر الدين، م.س، ص.20-22.

### 3-3-4- النمو العقلي:

#### 1- الذكاء:

ذكاء المراهق يكون في هذه المرحلة في آخر إمكانياته العملية في الرياضيات كما يوضحه Piaget في دراسته لنمو الذكاء، ويصل في هذه المرحلة إلى أقصى قدرات العمل العقلي وب قدرات مجردة كالراشد ونسبها مجردة لأنها يمكن أن تستعمل تصورات مجردة (تفكير عقلي محض)، والتتقيف دفاع ضد القلق الذي سيتطور عن طريق برامج التعليم التي تتطلب من الفرد الإستنتاج وإثبات الدلائل أو نفيها.

#### 2- الإنتباه:

تزداد قدرة المراهق على الإنتباه ويستطيع أن يستوعب مشاكل طويلة ومعقدة والإنتباه هو ما يبيلوره الإنسان من شعور في مجاله الإدراكي

#### 3- التذكر:

يصاحب نمو قدرة الإنتباه وهو القدرة على التعلم والتذكر، وهذه القدرة تؤسس على الفهم والميل والتذكر عند المراهق هو إستنتاج للعلاقات الجديدة بين الموضوعات المتذكرة ولا يستطيع المراهق أن يتذكر موضوعا إلا إذا فهمه وربطه بموضوعات مرت به كخبرات سابقة.

#### 4- التخيل:

ينتجه المراهق إلى الخيال المجرد المبني على الألفاظ أي الصور اللفظية، وهنا يعود إلى عملية اكتساب اللغة التي تكاد تدخل في طورها النهائي ولأنها تصب فيها المعاني المجردة فإن نمو التخيل لدى المراهق يساعده على التفكير المجرد كالهندسة والحساب وهذا يكون صعبا في مراحل سابقة من التعليم.

#### 5- الإستدلال والتفكير:

التفكير هو حل مشكلة قائمة ويجب أن تهدف التربية إلى مساعدة المراهقين على التفكير السليم في حل مشكلاتهم (اقتصادية، اجتماعية، علمية، عاطفية...) فإذا استطعنا ذلك فإننا نعطي له الفرصة في معالجة المشاكل عن طريق التفكير العقلي السليم.



## 6- الميول:

تتنوع ميولات المراهقين في هذه الفترة، فنجد أن الذكور يميلون إلى التجارة والنشاطات البدنية، أما الإناث فيميلون إلى الطرز والخياطة وغيرها. وهذا كله يساعد المراهق على التفتح الذهني والتفكير المعنوي المجرد والإهتمام بالظواهر الاجتماعية وللإشارة فإن المراهق يذهب بتفكيره وتأمله إلى كل الأوضاع المحيطة به (1).

## 3-3-5- النمو الإجتماعي:

يتأثر هذا النمو بالتنشئة الإجتماعية وبالنضج في نفس الوقت، وكلما كانت بيئة الفرد ملائمة، ساعد ذلك إلى أن تكون علاقاته الإجتماعية ملائمة. ويتصف النمو الإجتماعي في المراهقة بمظاهر رئيسية وتبدو هذه المظاهر في تآلف المراهق مع الأفراد الآخرين ويتضح هذا التآلف فيما يلي:

- يميل المراهق للجنس الآخر ويتضح نمط سلوكه ونشاطه لجلب انتباه الجنس الآخر؛
- الثقة وتأكيد الذات ويتحقق في سيطرة الأسرة مما يؤدي إلى تأكيد شخصيته ويشعر بمكانته؛
- الخضوع لجماعة الرفاق حيث يخضع إلى معايير ونظم أصدقائه وما يحيط به من أفراد؛
- إدراك العلاقات القائمة بينه وبين الأفراد الآخرين ويحاول المراهق هنا أن يفهم آثار تفاعله مع الآخرين، مما يؤدي به إلى النفوذ إلى أعماق سلوكهم ويحاول الملائمة بينه وبين الآخرين؛
- اتساع دائرة التفاعل الاجتماعي وهذا باتساع نشاطه الاجتماعي مما يخفف من أنانيته ويقتررب سلوكه من معايير الآخرين ويتعاون معهم في نشاطه ومظاهر حياته الاجتماعية.

كما يتضح نفور المراهق في حالات أخرى كما يلي:

- التمرد والذي يتحدد من سيطرة الأسرة وهذا يشعره بفرديته ونضجه واستقلالته وتحدي السلطة القائمة؛
- السخرية ويتطور إيمان المراهق بالمثل مما يؤدي به إلى السخرية من الحياة الواقعية وهذا لبعدها عن هذه المثل التي يؤمن بها ولكن يقتررب شيئاً فشيئاً من الواقع في سن الرشد؛
- التعصب حيث يزداد تعصب المراهق لآرائه ومعايير الجماعة التي ينتمي إليها وقد يصل تعصبه إلى سلوك عدواني وهذا يتضح في النقد اللاذع (2).

(1) محمد مصطفى زيدان، النمو النفسي للطفل والمراهق ونظريات الشخصية، دار الشروق، ط3، جدة، 1990، ص.165.

(2) محمد مصطفى زيدان، م.ن، ص.166-167.

### 3-4- أهداف المراهقة:

يتم في المراهقة القضاء على التوازن النسبي الذي يميز الطفولة الثالثة (الإستقرار العاطفي، النظرة الموضوعية للأمور، التوافق مع المحيط والإنصياع للأنا الأعلى)، ويسعى المراهق إلى التوافق مع المتغيرات الجسدية الجديدة وما تجره من صعوبات في التوافق مع المحيط وصولاً إلى حالة الإستقرار والثبات التي تميز مرحلة النضج وحل أزمة المراهقة.

• فعلى الصعيد الجنسي نلاحظ انتقال المراهق من الإهتمام بأعضاء نفس الجنس إلى الإهتمام بأعضاء الجنس الآخر وانتقاله من مرحلة الوعي الكامل بالنمو الجنسي إلى قبول النضج الجنسي.

• وعلى الصعيد الإجتماعي ينتقل المراهق من الشعور بعدم التأكد في قبول الآخرين له إلى الشعور بالأمن وقبول الآخرين له، كما يتم الانتقال:

- من الإرتباط اجتماعياً إلى التسامح اجتماعياً؛
  - من التقليد المباشر للأفراد إلى التحرر من التقليد المباشر للأقران؛
  - من الرغبة في الحصول على رفاق كثيرين إلى الميل على التركيز على رفيق واحد.
- وعلى صعيد سلطة الأسرة نلاحظ انتقال المراهق من:

- ضبط الوالدين التام إلى ضبط الذات؛
  - الإعتدال على الوالدين من أجل الأمن إلى الإعتدال على الذات؛
  - التوحد مع الوالدين كمثال إلى الإتجاه نحو الوالدين كأصدقاء واختيار نماذج أخرى تقمصية.
- وعلى صعيد النضج العقلي ينتقل المراهق من:

- قبول الحقيقة لمجرد أنها صادرة عن الأهل إلى طلب الدليل قبل قبولها؛
  - الرغبة في الحقائق إلى الرغبة في معرفة الأسباب؛
  - الاهتمامات والميولات الكثيرة إلى الميولات الثابتة والقليلة والمتخصصة.
- وعلى صعيد النضج الإنفعالي نلاحظ انتقال المراهق من:

- التعبير الإنفعالي غير الناضج إلى التعبير الإنفعالي البناء؛
  - التفسير الذاتي للمواقف إلى التفسير الموضوعي للمواقف؛
  - المخاوف الطفلية والدوافع الطفلية إلى المثيرات الناضجة للإنفعالات؛
  - عادات الهروب من الصراعات إلى عادات مواجهة الصراعات.
- وعلى صعيد اختيار المهنة ينتقل المراهق من:

- الإهتمام بالمهن البراقة إلى الإهتمام بالمهن العملية؛
- الإهتمام بمهن كثيرة إلى الإهتمام بمهنة واحدة؛
- زيادة أو قلة تقدير قدراته إلى التقدير الدقيق للقدرات؛

- عدم مناسبة الميول للقدرات إلى مناسبة الميول للقدرات.
- وعلى صعيد فلسفة الحياة نلاحظ انتقال المراهق من:
  - اللامبالاة بخصوص المبادئ العامة إلى الإهتمام بها؛
  - إعتقاد السلوك على العادات الخاصة المكتسبة إلى إقامة سلوك على أساس الضمير والواجب؛
- وعلى صعيد استخدام أوقات الفراغ ينتقل المراهق من:
  - الإهتمام بالألعاب النشيطة غير المنظمة إلى الإهتمام بالألعاب الجماعية المنظمة؛
  - الإهتمام بالنجاح الفردي إلى الإهتمام بنجاح الفريق؛
  - اهتمام بهوايات كثيرة إلى الإهتمام بهوايات محددة ومحدودة.
- وعلى صعيد توحيد الذات نلاحظ انتقال المراهق من:
  - إدراك قليل للذات إلى إدراك دقيق نسبياً للذات؛
  - فكرة بسيطة عن إدراك الآخرين للذات إلى فكرة جيدة عن إدراك الآخرين لذاته؛
  - توحيد الذات مع أهداف شبه مستحيلة إلى توحيد الذات مع أهداف ممكنة<sup>(1)</sup>.

---

(1) عبد الغني الديدي، التحليل النفسي للمراهقة، ظواهر المراهقة وخفاياها، دار الفكر اللبناني، بيروت، لبنان، ط1، 1995، ص.13-14.

### 3-5- حاجات المراهقة:

يصاحب التغيرات التي تحدث مع البلوغ، تغيرات في حاجات المراهقين قريبة من حاجات الراشدين، إلا أن المراهق يجد فروقا واضحة في مرحلة المراهقة، ولعلنا لا نبالغ إذا قلنا أن الحاجات والميول والرغبات تصل في مرحلة المراهقة إلى أقصى درجة من التعقيد.

#### 3-5-1- الحاجة إلى الأمن:

وتتضمن الحاجة للأمن الجسدي والصحة والحاجة إلى الشعور بالأمن الداخلي والحاجة إلى البقاء على قيد الحياة. كذلك الحاجة إلى تجنب الخطر والألم والحاجة إلى الراحة والشفاء عند المرض والحاجة إلى الحياة الأسرية الآمنة والحاجة إلى المساعدة في حل المشكلات الشخصية. إضافة إلى الحاجة إلى الأمن، نجد عند المراهقين حاجات أخرى كالرغبة في الحب والقبول وتأكيد الذات، ولتحقيق ذلك فإن المراهق يلجأ إلى الانخراط داخل الجماعة وتعرف هذه الجماعة بجماعة الرفاق الحميمة، حيث تتألف هذه الجماعة من أفضل الأصدقاء، فمع البلوغ يختار الفتى صديقا وثيق الصلة به ليكون موضع سره وكذلك تفعل الفتاة، وهذا الفتى أو الصديق يشبع لدى المراهق الكثير من الحاجات الإجتماعية حيث يقضي معه وقتا أطول مما يقضيه مع الآخرين، وعادة ما يكون الرفيق من نفس الجنس ولديه نفس الميول والقدرات، وتكون العلاقة بينهما وثيقة إلى الحد الذي يتأثر فيه كل منهما بالآخر، وعلى الرغم مما ينشأ بينهما من اختلاف إلا أن صلة الصداقة بينهما تكون قوية بالثلة وهي تجمع أكبر حيث تتشكل من ثلاثة إلى أربعة أصدقاء ذوي ميولات واهتمامات مشتركة ويجمع بين أعضاء الثلة روابط قوية يتركز نشاط أعضائها حول الأنشطة الإجتماعية مثل الإستذكار الجماعي أو مشاهدة الأفلام السنمائية والمباريات الرياضية وحضور الحفلات.

والمراهق الذي ينتمي إلى شلة معينة يتبنى معايير هذه الشلة ويتمسك بها حتى لو اختلفت أو تعارضت مع معايير أسرته، فالمراهق في هذه المرحلة يزداد إحساسه بذاتيته ورغبته في تأكيدها وسط الجماعة، فهو في نظر نفسه لم يعد ذلك الطفل أو الصبي الذي لا يسمح له بالكلام أو إبداء الرأي أو النقاش أونقد آراء الآخرين، فهو من خلال هذا يسعى إلى أن يكون له مركز ودور داخل المجتمع حتى يتم الإعتراف به حيث يميل دائما للقيام بأعمال ملفتة للنظر ولعل وسائله في ذلك متعددة ومنها الإهتمام بالمظهر الشخصي واختيار الملابس والإهتمام بالألوان الزاهية اللافتة للنظر وتفضيل آخر خرجات الأزياء مما يظهر محاسن الجسم ويستتر مساوئه.

والفتاة تسعى من خلال قيامها بالأعمال المنزلية المتنوعة لتصبح مضرب مثل للآخرين والفتى يحاول إقحام نفسه في مناقشات تكون فوق مستواه وقد يطيل الحديث وذلك من أجل إبراز ذاته بين أقرانه.

فجماعة الرفاق بالنسبة للمراهق هي مسعى حيث يرتبط بها ارتباطا وثيقا ويناضل من أجل تأكيد مكانه بها، فهو ما دام في وسطها فإنه حتما سيتبنى قيمها ومعاييرها ومثلها، ذلك أن المراهق يشعر في وسط جماعته بالمشابهة وبوحدة الأهداف والغايات، فالجماعة توفر له الشعور بالأمان والإرتياح والمتعة ويستطيع عن طريق تفاعله في وسط جماعته أن يصبح أكثر تساهلا ومرونة ومنها يكتسب المهارات الإجتماعية والولاء الإجتماعي، ولعل أهم المواضيع التي يناقشها مع جماعته لهي الأمور المتعلقة بالنمو الجنسي والعلاقات بين الجنسين ولعلها من أهم المواضيع التي تشغل تفكير المراهق في بداية هذه المرحلة<sup>(1)</sup>.

### 3-5-2- الحاجة إلى الإشباع الجنسي:

وتتضمن الحاجة إلى التربية الجنسية، الحاجة للجنس الآخر وحبه وإلى التخلص من التوتر وكذا الحاجة إلى التوافق الجنسي الغيري.

### 3-5-3- الحاجة إلى النمو العقلي:

وتتضمن الحاجة إلى التفكير وتوسيع قاعدة الفكر والسلوك والحاجة إلى تحصيل الحقائق وتفسيرها والحاجة إلى خبرات جديدة ومتنوعة والحاجة إلى إشباع الذات عن الطريق العمل والحاجة إلى النجاح الدراسي والحاجة إلى المعلومات ونمو الذات وكذا الحاجة إلى الإرشاد العلاجي والتربوي والمهني والأسري والزوجي<sup>(2)</sup>.

(1) ت.ه.س.ن.مكفالي، ترجمة عبد العلي الجسماني وعبد الوهاب العيسى وآمال طعيمة، علم النفس والتعليم، الدار العربية للعلوم، 1994، ص.216.

(2) M.Debesse, L'adolescent, PUF, Paris, 1959, P.140.

### 3-6-6- مشكلات المراهقة:

تتميز المراهقة بعدة مشاكل وقد حددها عدد من الباحثين في المشاكل التالية:

#### 3-6-6-1- المشاكل النفسية:

إنطلاقاً من العوامل التي تبدو واضحة في تطلع المراهق نحو التجدد والإستقلالية وتأكيد الذات بشتى الطرق والوسائل، فالمراهق لا يخضع للأمور البيئية وقوانينها وأحكام المجتمع، بل أصبح يقصد الأمور ويناقشها على حسب تفكيره وقدراته وإذا أحس بأن المجتمع يعارضه ولا يقدر موافقه وأحاسيسه يسعى لأن يؤكد تمرده وعصيانه. فإذا كانت الأسرة والمدرسة والأصدقاء لا يفهمون قدراته ومواهبه ولا يعاملونه كفرد مستقل ولإشباع حاجاته الأساسية فهو يحب أن يحس بذاته وأن يكون شيئاً يذكر حتى يعترف الكل بقدرته وقيمه (1).

#### 3-6-6-2- المشاكل الإنفعالية:

إن العامل الإنفعالي في حياة المراهق يبدو واضحاً في عنف انفعالاته وحدتها واندفاعها وهذا الإندفاع ليست أسبابه نفسية خالصة بل يرجع كذلك للتغيرات الجسمية، فإحساس المراهق بنمو جسمه وشعوره بأنه لا يختلف عن أجسام الكبار وصوته قد أصبح خشناً، يشعر المراهق بالفخر وكذلك يشعر بالحياء والخجل من هذا النمو السريع، كما يتجلى بوضوح خوف المراهقين من هذه المرحلة الجديدة التي ينتقل إليها والتي تتطلب منه أن يكون رجلاً في سلوكه وتصرفاته (2).

#### 3-6-6-3- المشاكل الصحية:

من أهم المتاعب المرضية التي يتعرض لها الشباب في سن المراهقة هي السمنة، إذ يصاب المراهقون بسمنة مؤقتة وإن كانت كبيرة فيجب العمل على تنظيم الأكل والعرض على الطبيب المختص، والسمنة قد تكون وراءها اضطرابات في الغدد كما يجب عرض المراهقين على انفراد مع الطبيب للإستماع لمتاعبهم وهو في حد ذاته جوهر العلاج، لأن لدى المراهق إحساس بأن أهله لا يفهمونه (3).

(1) ميخائيل إبراهيم أسعد، م.س، ص.302.

(2) ميخائيل خليل معوض، م.س، ص.89.

(3) محمد رفعت، المراهقة وسن البلوغ، دار المعارف للطباعة والنشر، بيروت، لبنان، 1974، ص.220.

### 3-6-4- المشاكـل الإـجـتـمـاعـية:

إن المراهق يميل للإستقلال والحرية والتمرد وعندما تتدخل الأسرة فإنه يعتبر هذا الموقف تصغيراً وانتقاصاً لقدراته، لذلك نجده يميل إلى النقد ومناقشة كل ما يعرض عليه من آراء وأفكار مما يؤدي إلى الصراع مع عائلته.

كما قد يواجه المراهق النقد من المجتمع والعادات والتقاليد والقيم الخلقية والدينية السائدة ولكونه فرد ينتمي إلى المجتمع فهو يؤكد رغبته في التعبير عن ذاته وشخصيته. كما أن المراهق يعتبر التقاليد المعروفة في مجتمعه تقف حائلاً دون الوصول إلى الجنس الآخر وتحقيق الرغبة الجنسية، فعندما يفصل المجتمع بين الجنسين فإنه يعمل على إعاقة الدوافع النظرية الموجودة لدى المراهق اتجاه الجنس الآخر وإحباطها وقد يتعرض لانحرافات ويلجأ إلى أساليب ملتوية لا يقر بها المجتمع كعكاسة الجنس الآخر أو التشهير به أو الانغماس في بعض الأساليب المنحرفة<sup>(1)</sup>.

(1) ميخائيل إبراهيم أسعد، م.س، ص.300.

### 3-7- الإنتحار في المراهقة:

تتميز المراهقة بازدياد النشاط الغريزي من جنس وعدوانية وازدياد الموانع الذاتية الخارجية التي تعمل على صدها وكبح جموحها وبالتالي الشعور بالإحباط والميل لتصرف الفائض من هذه العدوانية إما عن طريق الذات أو الإعتداء على الآخرين. وبالنسبة لتصرف العدوانية على الذات نلاحظ ميل المراهق أحيانا إلى العقاب الذاتي الذي يتخذ أشكالا متعددة مثل:

- تبني الفشل الدراسي أو المهني؛
  - المازوشية بكافة أشكالها الجسدية والمعنوية؛
  - التشدد على الذات وعلى الجسد من خلال الزهد والتقصيف والحرمان؛
  - عدم الرضا عن الذات والميل إلى التكفير عن ذنوب لم ترتكب والنقد القاسي للذات؛
  - الأمراض والإضطرابات السيكوسوماتية مثل بعض الحساسيات وصداع الرأس فهي تمثل وجها من أوجه الكراهية غير المبددة حيث يعتبر الألم الجسدي أخف وطأة من كره المرء لذاته بسبب عدوانيته الزائدة؛
  - توريث الذات بمشكلات تستدعي العقاب (تمرد، عصيان)؛
  - تعريض الذات للأخطار مثل الإنغماس في التدخين والمسكرات والمخدرات وقيادة السيارات بسرعة جنونية والإستهتار بقواعد الصحة والسلامة وتبني السلوك المتطرف المضر.
  - ولعل الإنتحار يمثل قمة العنف الممارس على الذات.
- يبدو الإنتحار في الظاهر سلوكا عبثيا لا معنى ولا تبرير له، لكنه في الواقع تصرف له أسبابه ومبرراته العميقة اللاواعية.

إنه بالتحديد عملية قتل الذات بواسطة الذات، ويتراوح السلوك الإنتحاري بين التفكير العابر أو الدائم به وبين المساومة (التهديد بالإنتحار من خلال المحاولات المتكررة لفتا للنظر وطلبا للمساعدة) وبين التنفيذ الفعلي.

كما أن هناك سلوك مكافئ للإنتحار أو ما يسمى بالإنتحار البطيء مثل رفض الطعام والإدمان على المخدرات رغم الإدراك الواعي بالأضرار والنتائج وتزايد نسبة إنتحار المراهقين خاصة مع تعقيدات الحضارة وضغوطاتها وهي تخف إبان الحروب لإمكانية توجيه العدوانية ضد الآخرين<sup>(1)</sup>.

(1) عبد الغني الديدي، م.س، ص.174-176.



### 3-8- المراهقة في الجزائر:

تختلف نظرة المجتمعات للمراهق حسب الثقافات السائدة، ففي المجتمعات البدائية مثلا لم يكن هناك ما يدعى بمرحلة المراهقة والسائد عندهم هو البلوغ، فالفرد بمجرد بلوغه يكون قد اقتحم عالم الرشد، ولم يكن هناك ما يعرف بأزمة المراهقة ونتيجة لتغير الفكر الاجتماعي والتطور الحضاري بدأت فكرة الإهتمام بمرحلة المراهقة. وأصبحت من أخطر مراحل النمو التي تستوجب اهتماما بالغا من طرف المختصين والمحيطين، فالجزائر كغيرها من المجتمعات لم تكن تعرف مصطلح المراهقة في عاميتها وإنما المعروف هو مصطلح البلوغ، وقد تراوحت معاملة الأسرة الجزائرية للبالغ بين السماحة واللين أحيانا والقسوة والتسلط أحيانا أخرى.

فكانت تتعته بالوقح والكسول والإتكالي، كما أن معاملة الذكر والأنثى ليست على حد سواء، إذ أعطي الذكر كامل الحرية في التصرف وإن وصل به الأمر إلى حد الممارسات اللاأخلاقية والإنحرافات السلوكية، لأن الرجل في نظرهم لا يجلب العار أما الأنثى فتعامل بنوع من القسوة والشدة والصرامة والمراقبة الشديدة لسلوكها وتحركاتها وحتى في علاقتها مع الآخرين وخاصة علاقتها مع الجنس الآخر. فالفتاة رمز شرف للعائلة الجزائرية، حيث ترى الباحثة نفيسة زردومي أن الفتاة الجزائرية في بعض العائلات تشكل نكسة في أعضاء الأسرة، فيما يمكن أن تجلبه من عار لهذه العائلة، فهي تعامل منذ البداية على أساس مخلوق غير مرغوب فيه ولكنه ضروري. كما انحصرت تربية الفتاة في الوسط الجزائري على تلقينها مفردات آلية وهي: الطاعة، الحشمة، الأناقة، العيب، الحرام، الأصل، الشرف... الخ.

لقد أثبتت الدراسات أن مرحلة المراهقة تعتبر من الفترات الحرجة التي يمر بها الفرد أثناء نموه لما يميز هذه الفترة من تغيرات جسمية وعقلية وانهالية واجتماعية، إذ تصبح انفعالاته غير مستقرة تتراوح بين الهدوء تارة والغضب والتهيح تارة أخرى، كما تتسع دائرة العلاقات الاجتماعية للمراهق بخروجه إلى المدرسة والشارع، لذلك ينبغي على المجتمع بصفة عامة والأسرة بصفة خاصة تفهم خصوصية مرحلة المراهقة وإحاطة المراهق برعاية نفسية وصحية واجتماعية لأنه وإن لم يؤخذ بعين الاعتبار في تجاوز هذه الإضطرابات وأهمل فإنه ينقم على المجتمع ويسلك سلوكيات غير عادية كتعبير عن المعاناة التي يعيشها، ولجوؤه إلى الإنحراف ربما هو المنفذ الأحسن للوصول إلى تلبية حاجاته التي عجزت الأسرة والبيئة المحيطة عن توفيرها، رغم أنه في بعض الأحيان يرغب في الابتعاد عن المخدرات مثلا لكن هذه الأخيرة وللأسف تبقى الشيء الوحيد المتاح الذي يستطيع المراهق من خلاله التخفيف من الآلام والمعاناة التي يعيشها بغض النظر عن المضاعفات السيئة لها<sup>(1)</sup>.

(1) Nini M.N, thèse de doctorat, Contribution à l'étude des structures chez l'adolescent Algérien, université de Paris, 1997, P.258.

بالإضافة إلى ذلك فإن التغيرات الجسدية التي تحدث في مرحلة المراهقة هي نفسها عند جميع الأفراد في مختلف الأمكنة والأزمنة ولكن التغيرات النفسية التي تحدث فيها تختلف حسب طبيعة الأفراد والمناطق والظروف العائلية والاجتماعية والثقافية المحيطة بهم.

ولو أخذنا حالة المجتمع الجزائري فإننا نجد أن العائلة الجزائرية التقليدية تتميز بكونها عائلة مكتملة العدد، أي مجموعة من الأفراد يعيشون مع بعضهم في بيت واحد ويشكلون أسرة واحدة ويشرف عليها فرد واحد وهو الأكبر، هذا التنظيم العائلي القديم يركز على السلطة الأبوية، فهي تنتظر للطفل بوصفه امتدادا لأبيه أي أنه عندما يكبر يباشر أعمال أبيه بنفس السلطة لأنه ذكر ولأن الأسرة الجزائرية أسرة أبوية ويوضح ذلك بوتفوشات مصطفى فيقول: "إن الأب ينتظر من ابنه أن يكون تابعا له كليا ويجب على الابن أن يظهر أنه يعتبر بالدم الذي أعطي له ويحترم سلطة الأب في كل المواقف وأن يخدم عائلته تبعا للقيم التقليدية للعائلة".

والمراهق الجزائري قديما كان ينتقل مباشرة إلى الرشد بمجرد البلوغ حيث تبدأ العائلة في إعداده لتحمل المسؤولية الاقتصادية لكن حاليا نظرة المجتمع للمراهق تغيرت ولكن هذا التغير مصحوب بنوع من التشدد والحماية والرقابة خاصة على البنات فالمراهق الجزائري يعيش مرحلة جد صعبة وهذا نتيجة الظروف المحيطة به سواء كانت اقتصادية أو اجتماعية أو ثقافية أوسياسية<sup>(1)</sup>.

ويضيف الدكتور بن سماعيل في هذا المجال قائلا: "إن فكرة المراهقة متأثرة بالثقافة في بعض المجتمعات التقليدية كالثقافة الجزائرية فمكانة المراهق عندنا غير معترف بها لذا فالطفل لا يدرك إطلاقا هذه المرحلة من عمره نتيجة غياب الوعي بها"<sup>(2)</sup>. وبالتالي ففي هذه المجتمعات كلمة مراهق غير متداولة بين الناس ولكن نقطة العبور في المكانة الاجتماعية هي البلوغ والتي تعبر عن النضج مستعملين بذلك كلمة شباب وهذا ما يفسر وبدون شك اختفاء كلمة مراهق من قاموس لغتنا اليومية. وبذلك فإن مصطلح المراهقة ظهر في المجتمع الجزائري بعد الاستقلال كنتيجة للتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والسياسية وما خلفه الإستعمار من دمار وسياسة التصنيع والتنمية، حيث أثرت كل هذه العناصر على توازن المجتمع وفاقمت من حجم الصراع بين الأجيال، إلى أن وصل الحال بالجزائريين إلى أن يتقاتلوا فيما بينهم، إضافة إلى التفكك الأسري وفقدان الدور المنوط بالأسرة وتخلي الآباء عن تربية الأبناء وألقوا بهذه المهمة على عاتق المدرسة لوحدتها الشيء الذي أثر على المراهقين الذين أصبحوا يعانون عدم التكيف<sup>(3)</sup>.

(1) Nouredine Toulbi, Les attitudes et représentations du mariage chez la jeune fille Algérienne, EPIN, Alger, 1975, P.199.

(2) Bensmail B, Psychiatrie d'aujourd'hui, office de publication universitaire, Alger, 1994, P.184.

(3) Nini M.N, Op.cit, P.259.

### خلاصة الفصل الثالث:

من خلال ما تم التطرق إليه من تعريف للمراهقة ومختلف خصائصها يتضح لنا أنها ليست مجرد مرحلة تحدث فيها تغييرات فيزيولوجية سريعة مرتبطة بالبلوغ وما يترتب عليه من تغييرات جسمية بل بالعكس هي تحول حاسم في الجانب النفسي والإنفعالي والإجتماعي لشخصية المراهق ولهذا يجب التعامل مع ما يسمى بالأزمة من جانبها السيء بأنها مجرد أزمة مؤقتة كونها مرحلة من مراحل النمو التي يمر بها الإنسان لينتقل إلى الرشد.

ولهذا يجب أن يحاط المراهق بالرعاية من طرف الوالدين لتحقيق التكيف والتوافق مع القوانين والعادات والقيم والنظام الذي يسير عليه المجتمع الذي يعيش فيه هذا المراهق وتجنب سوء المعاملة والإهمال والتجاهل وكل العوامل التي قد تؤدي بالمراهق إلى الجنوح أو الإنحراف أو الجريمة وغيرها من الإضطرابات والمشاكل التي قد تصاحب هذه المرحلة الحساسة من حياة الفرد.

# الإطار التطبيقي

- 1- منهج البحث
- 2- أدوات البحث
  - 1-2- المقابلة
  - 2-2- الملاحظة
- 3- إطار البحث
- 4- حالات الدراسة
  - 1-4- الحالة الأولى
  - 2-4- الحالة الثانية
  - 3-4- الحالة الثالثة
- 5- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيتان الإجرائيتين

## 1- منهج البحث :

اعتمدنا المنهج العيادي الذي يعد في نظر Maurice reuchlin على أنه: "طريقة تنظر إلى السلوك من منظور خاص، فهي تحاول الكشف بكل ثقة وبعيدا عن الذاتية عن كينونة الفرد والطريقة التي يشعر بها وسلوكاته، وذلك في موقف ما، كما تبحث عن إيجاد معنى لمدلول السلوك والكشف عن أسباب الصراعات النفسية مع إظهار دوافعها وسيورتها، وما يجسده الفرد إزاء هذه الصراعات من سلوكات للتخلص منها"<sup>(1)</sup>.

يتضح من خلال هذا التعريف أن المنهج الإكلينيكي يتيح البحث في الظواهر بكيفية معمقة والمقصود بذلك محاولة معرفة الأسباب الباطنة. يشكل هذا الجانب العامل الأساسي الذي دفعنا إلى اختيار هذا المنهج.

---

(1) فيصل عباس، أساليب دراسة الشخصية، التكنيكات الإسقاطية، دار الفكر اللبناني، لبنان، ط1، 1990، ص.23 .

## 2- أدوات البحث :

من بين أدوات الإستقصاء التي يوفرها المنهج الإكلينيكي وقف اختيارنا على:

### 2-1- المقابلة:

اعتمدنا المقابلة الإكلينيكية نصف التوجيهية بهدف البحث، لأنها تسمح بالتعبير بأكبر قدر من التلقائية عن المشاعر والانفعالات، وللمحافظة على سير المقابلة نحو الهدف المحدد من قبل الأخصائي النفسي تم التركيز على مجموعة من الأسئلة التي تهدف إلى حصر مواضيع معينة تقتضيها ضروريات البحث.

وقد صممنا في سياق المقابلات المجرأة، جدول مقابلة اعتمدنا فيه على المحاور التالية:

- المحور الأول: يتعلق بمحاولة الانتحار.
- المحور الثاني: يتعلق بالأسباب التي أدت بالمفحوص إلى اللجوء إلى محاولة الإنتحار
- المحور الثالث: خاص بالتكفل النفسي بالمفحوص.

أدرجنا ضمن كل محور من هذه المحاور الثلاثة أسئلة نهدف من خلالها إلى الحصول على معلومات من شأنها توضيح الأسباب القائمة خلف محاولة الانتحار فضلا عن الأساليب العلاجية التي تلقاها المفحوص. ولقد شكلت هذه الأسئلة ما يطلق عليه جدول المقابلة والمتمثل في:

### 1- الطريقة:

- ماهي الوسيلة التي استعملتها في محاولة انتحارك؟
- هل لجأت إلى استعمال وسيلة هادئة طويلة المدى أم وسيلة مؤذية وسريعة؟

### 2- الميل:

- هل كتبت شيء ما أو رسالة؟
- هل كان مشروع الانتحار مجزء، مدقق؟
- هل كان مشروع الانتحار محضر منذ مدة أم حديث النشأة؟

### 3- الإجهاد:

- ماهي طبيعة الأحداث المجهدة التي سبقت الحدث؟
- ماهي الحلول البديلة لمواجهة الإجهاد؟

### 4- الوضعية المتناقضة:

- هل استعملت وسائل لتنبيه شخص ما لإنقاذه؟
- هل كان شخص ما حاضر أثناء محاولة الانتحار؟
- هل كان شخص ما على علم بمحاولة الانتحار قبل أو بعد حدوثها؟

**5- السوابق:**

- هل توجد قصة محاولة انتحار سابقة وإن وجدت، ماهو نمط الحالة؟
- هل توجد قصة عائلية للانتحار؟

**6- المرض المختفي وراء محاولة الانتحار:**

- هل ترتبط محاولة الانتحار بصعوبات مرحلية أم بصعوبات موجودة منذ وقت طويل؟
- هل تعرضت من قبل إلى محاولة علاجية (طبيب عقلي، مختص نفسي، مركز استقبال...)?

**7- السند:**

- ما نمط السند الذي يمكن أن نتلقاه من طرف العائلة، الأصدقاء، المعلمين، إذا عدت إلى وسطك الطبيعي؟

تجدد الإشارة إلى أنه تم طرح هذه الأسئلة على المفحوص باللغة العربية الدارجة علما بأن المستوى الدراسي للحالات قيد الدراسة لم يتيح لنا فرصة مخاطبتها باللغة العربية الفصحى.

## 2-2- الملاحظة المباشرة:

- الملاحظة هي إحدى طرق البحث في جميع فروع العلوم الطبيعية والإنسانية، يعتمد عليها علماء النفس لجمع أكبر عدد ممكن من المعلومات عن بعض جوانب سلوك الفرد<sup>(1)</sup>.
- وقد اعتمدنا في بحثنا على الملاحظة المباشرة، من شأن أداة البحث هذه إتاحة لنا فرصة ملاحظة مختلف سلوكيات المفحوص وردود أفعاله أثناء المقابلة..
- ولقد اعتمدنا لهذا الغرض على جدول نهدف من خلاله تحديد:
- ردود الأفعال الدالة عن القلق: كثرة التحرك، كثرة التنهد، ارتجاف الأطراف وغيرها.
  - ردود الأفعال الدالة عن خيبة الأمل: مزاج حزين، نظرة غير معبرة، تيهان وفترات صمت وغيرها.

---

(1) رشيد زرواتي، تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، دار هومه، ط1، الجزائر، 2002، ص.154.



### 3- إطار البحث:

تمت هذه الدراسة بالمركز الاستشفائي الجامعي سعادنة محمد عبد النور، جناح الاستعجالات الطبية الجراحية بسطيف، حيث ترددنا ولمدة لا تقل عن ستة أشهر على مصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية بحثا عن حالات تتوفر فيها شروط الدراسة والمقصود بذلك مراهمين حاولوا الانتحار.

إن المدة التي استغرقتها مكنتنا من مصادفة ثلاث حالات.

### 4- حالات البحث :

تمثلت الدراسة في ثلاث حالات وهي شاب وفتاتان، وقلة أفراد العينة راجع إلى عدم وجود تكفل جيد بحالات محاولات الانتحار لعدم وجود مؤسسات خاصة بهذا الغرض، لذلك كان من الصعب علينا إيجاد الحالات.

أما سن أفراد العينة فقد تراوح بين 18 إلى 21 سنة، وقد تم إيجاد الحالات بالمركز الإستشفائي الجامعي سعادنة محمد عبد النور بسطيف، جناح الإستعجالات الطبية الجراحية، أين تم إجراء مجموع المقابلات.

#### 4-1- الحالة الأولى :

##### أولاً: البطاقة الإكلينيكية:

"ف" يبلغ من العمر 18 سنة، يعيش في عائلة متكونة من 8 أفراد وهو الأصغر بين إخوته، لا يعمل حالياً، لكنه كان من قبل يعمل في بيع مواد البناء، مستواه التعليمي نهائي، وهو أعزب، لا يعاني من أي اضطرابات عضوية، مستواه الاقتصادي الاجتماعي مقبول، الأب متوفي والأم على قيد الحياة، عانى "ف" من اضطرابات نفسية حيث أنه تلقى عناية طب عقلية. حاول الانتحار عقب فشل عاطفي.

##### ثانياً: ملخص المقابلات :

قام المفحوص بعدة محاولات انتحار، باستعمال وسائل متعددة، كمحاولة الشنق أو تناول مواد سامة (مواد قاتلة للفئران)، لكن باءت كلها بالفشل، كما أن المفحوص لا يعير اهتماماً لنفسه ولا تعني له هذه الأخيرة شيئاً، كما ينظر إلى الحياة بصورة سوداء ولا يهتم بالعالم الخارجي، وهذا لتقديره السيء لذاته وحتى للعالم الخارجي، كما تحدث المفحوص خلال المقابلات على محاولات انتحاره والتي كانت نتيجة لفشل علاقة عاطفية كانت تجمعها بفتاة، هذه الأخيرة تزوجت من شخص آخر مما سبب له صدمة كبيرة، فقد قام بكسر زجاج سيارة ومشاجرة مع زوج تلك الفتاة، وهذا دليل على تحول الإحباط الذي نتج عن صدمة فشل علاقته العاطفية إلى عدوانية غيرية وبذلك أصبح المفحوص يميل إلى الانطواء والانسحاب الاجتماعي مع التوقف عن العمل والدخول في مرحلة اكتئاب.

إضافة إلى التقدير الواطئ للذات ونظرة سيئة عن المحيط وقد تم معاينة ملفه الطبي الذي يلخص حالته في تناذر اكتئابي مع امتناع عن الأكل والنوم. ومن نتائج المشاكل التي كان يعاني منها أيضاً ابتعاد الزملاء والأهل عنه وقد أدى كل هذا إلى تطور حالته وتعدد الوضع من انطواء وانسحاب اجتماعي إلى أن وجد نفسه في وضعية من دون مخرج، فلم يبق له من سبيل إلا التفكير في محاولة الانتحار كحل أخير، وحسب ما صرح به المفحوص أيضاً فإن محاولة الانتحار لم تأت إلا بعد تفكير طويل في إيجاد حلول لكن بدون فائدة، وقد كانت آخر محاولة انتحار له منذ أسبوع قبل إجراء المقابلة، وتمثلت تلك المحاولة في طعنات سكين في البطن والصدر مع خدوش كبيرة في مختلف أنحاء الجسم، كما صرح المفحوص أيضاً أنه إذا أتاحت له فرصة أخرى فسيحاول محاولة انتحاره.

### ثالثاً: الملاحظة المباشرة للمفحوص:

تمت ملاحظة المفحوص خلال المقابلة وقد سجلنا حسب جدول الملاحظة المسخر لهذا

الغرض ما يلي:

- خدوش موجودة على جسده؛
- انفعال وتوتر عند طرح الأسئلة المتعلقة بمحاولة انتحاره؛
- التنهد في فترات معينة؛
- نظرة تعيسة ومزاج حزين؛
- التكلم بصعوبة ورفض الاتصال في البداية؛

**ملاحظة:** يخضع المفحوص لعلاج كيميائي إضافة إلى العلاج النفسي، وهذا العلاج يتمثل في مهدئات، مضادات للقلق والاكتئاب، ومنومات. أما بالنسبة لجدول المقابلة فيمكن الاطلاع على الأسئلة المطروحة على المفحوص في الملاحق.

#### رابعاً: النقاط الحساسة من خلال المقابلة والملاحظة:

من خلال تاريخ الحالة، وما تم استخراجها من المقابلة والملاحظة، نلاحظ أن المفحوص يعاني من اكتئاب سببه صدمة فشل بعد انقطاع العلاقة العاطفية التي كانت تربطه بفتاة (فقدان الموضوع المستثمر) ودخول الحالة في دوامة من الصراعات التي تميزت بقلق كبير (قلق فقدان الموضوع) والذي يستمد جذوره من الصراعات المكونة لشخصيته، هذه الأخيرة التي تتسم بكل الأعراض الاكتئابية كما أنه من الملاحظ أن المفحوص أصيب بإحباط أدى إلى ظهور عدوانية تحولت من الاتجاه نحو الغير إلى عدوانية ذاتية متمثلة أساساً في محاولات انتحاره، وسلوكاته المازوشية والهادفة إلى تعذيب الذات كالخدوش التي لوحظت على جسده، كما تبين أن المفحوص لديه تقدير واطئ للذات وغير راض عن نفسه، كذلك انقطاعه عن المجتمع، ويعتبر انطوائه أكبر دليل على السمات الاكتئابية وحتى دخوله في حالة سوداوية أدت إلى اللجوء إلى محاولة الانتحار، كما لوحظت عند المفحوص رغبة في مساعدة الآخرين له من خلال المبادرة في الرغبة في الخروج مما يعانيه وطلب مساعدة العائلة له، لكن تبقى رغباته في التحسن رهن الدعم والسند الذي يتلقاه.

#### خامسا: تحليل النتائج على ضوء المقابلات:

يظهر من خلال محتوى المقابلات بأن المفحوص يعيش أزمة نفسية مرضية خطيرة مرتبطة بسمات شخصيته الاكتئابية التي تفجرت فيها الأعراض في الوقت الذي تعرض فيه المفحوص لفشل خطير والمتمثل في انقطاع علاقة عاطفية كانت تجمعها بفتاة، هذه العلاقة تعتبر استثمار نزويا كليا في موضوع حب واحد ما أدى به إلى استغلال كل طاقاته في سبيل استقرار ونجاح هذه العلاقة دون وضع احتمال فشل هذه العلاقة وبالتالي تولد لدى المفحوص عدم القدرة على تحمل الإحباط.

كما ينسب مرور المفحوص إلى الفعل الانتحاري إلى الإطار المرضي وهو في الوقت ذاته رد فعل ما بعد صدمي وبيبين مقدار الضيق الذي يعاني منه المفحوص وضعف شخصيته الذي أدى به إلى تضيق الخيارات واختزال كل الحلول الفعالة الممكنة للخروج من الأزمة.

فالمفحوص من خلال المقابلات المجراة معه، واجه ظروفًا صعبة متتالية لم يستطع إيجاد حلول لها في الوقت المناسب وبعد انقطاع علاقته تعرض لصدمة فشل عاطفي خطير تفجرت بعده الأعراض الاكتئابية التي كانت مستترة وراء الراحة النفسية التي كان يشعر بها أثناء استثماره لموضوع حبه وهو على علاقة حب بتلك الفتاة. لكن بعد انقطاع هذه العلاقة لم يعد في الإمكان تحمل الإحباط والضغوط وطفقت كل المشاكل إلى السطح ووجد المفحوص نفسه في وضعية أزمة وهو يفتقد لأدنى الاستراتيجيات الدفاعية الهادفة إلى خفض التوتر.

فمحاولات انتحاره المتكررة تعتبر عدوانية موجهة نحو ذاته بسبب اضطراب شخصيته وعدم قدرته على التكيف، ما أدى إلى تعزيز خيار الانتحار الذي لم يكن في البداية إلا حلا من الحلول الموجودة، لكن سرعان ما زاد اقتناع المفحوص بأن الانتحار هو الحل الوحيد الممكن، فالمفحوص هنا يفكر أقل ومقتنع تماما بتحليله لحالة الأزمة وكيفية التعامل معها، وما زاد الأمور تعقيدا هو عدم تدخل المحيط في الوقت المناسب، بحيث أنه كان من الممكن استيعاب الوضع بالسند الاجتماعي اللازم في مثل هذه الحالات من طرف الوالدين والأصدقاء والمحيط الاجتماعي للمفحوص عموما.

ويجب مع هذه الحالات التدخل سريعا لتجنب خطر الانتكاس ومعاودة محاولات انتحارية جديدة قد تنتهي في الأخير بالقضاء على حياة المفحوص ويضيع معها كل شيء.

**سادسا : الحالة على ضوء الملاحظة، المقابلة وتحليل النتائج:**

ما يمكن قوله من خلال المقابلة، الملاحظة وتحليل النتائج، أن المفحوص حاول الانتحار عدة مرات وباستعمال وسائل مختلفة وهذا نتيجة الإحباط الذي تعرض له بعد فشله في إقامة علاقة عاطفية وفقدانه لشخص عزيز والذي أدى إلى قلق كبير (قلق فقدان الموضوع) وبالتالي أبدى المفحوص نتيجة الإحباط الذي تعرض له عدوانية كبيرة، كانت في البداية غيرية ثم وجهت نحو الذات بسبب تقديره الواطئ لذاته وشعوره بالذنب وهذا ما أدخل المفحوص في تناذر اكتئابي أدى في الأخير إلى محاولة الانتحار التي تكررت بسبب عدم وجود حلول وانعدام الاهتمام الخارجي به وضعف شخصيته ومعاناته من حالة اكتئاب لم يتمكن بعد من تجاوزها.

#### 4-2- الحالة الثانية :

##### أولاً: البطاقة الإكلينيكية:

"ص" فتاة تبلغ من العمر 21 سنة، تعيش في عائلة متكونة من 4 أفراد وهي في المرتبة الثالثة بين إخوتها، لا تعمل في الوقت الحاضر، مستواها التعليمي نهائي، وهي عازبة، تعاني حالياً من كسور على مستوى العمود الفقري، بنيتها الجسمية متوسطة، تعيش وضعية اقتصادية اجتماعية عادية، أما عن والديها فهما مطلقان وتعيش المفحوصة مع أمها. واجهتنا مع هذه الحالة نوع من الصعوبة، خاصة في الاتصال والتكلم، لأنها كانت ممتعة عن الكلام وترفض التعامل معنا، لكن بعد عدة محاولات استطعنا القيام بالمقابلة.

##### ثانياً: ملخص المقابلات :

قامت المفحوصة بمحاولة انتحار، هي الأولى في تاريخ حالتها، تمثلت في رمي نفسها من شرفة الطابق الأول بمركز استقبال وقد تنقلت إلى هناك هاربة من القهر الذي كانت تعانيه مع عائلتها، بحيث أن والديها مطلقين وتعيش مع أمها وأخواتها الثلاثة، وسبب رحيلها على حد قولها هو المشاكل التي كانت تحدث بينها وبين أختها الأكبر منها، وهذا بسبب زواج هذه الأخيرة وحدث نوع من الغيرة بينهما.

كذلك فشل علاقة عاطفية كانت تجمعها بفتى شاب كان سيتقدم لخطبتها لكن حالت المشاكل العائلية والصراعات بين المفحوصة وبين باقي أفراد الأسرة دون حدوث ذلك.

كما أن غياب الأب وحتى عندما كان مع العائلة أي قبل الطلاق، حيث كان أباً متسلطاً وعنيفاً وكان يمارس الضرب والعنف الكلامي مع زوجته وبناته، وقد صرحت المفحوصة بأنها الآن لا تعير اهتماماً كبيراً لنفسها وأن المهم بالنسبة لها هو إيجاد المساعدة المناسبة للخروج مما تعاني منه، وهذا ما يدعو إلى القول بأن تقديرها لذاتها واطمئنانها بالرغم من رغبتها في التغيير.

وللعلم، فإن المفحوصة لا تعاني من اضطرابات عميقة للشخصية، كما أنها واعية بما قامت به وصرحت بأنها لن تعاود ما قامت به، لأن الانتحار لن يأتي حسبها بالحلول المرجوة (جلب انتباه العائلة لها)، كما ترغب المفحوصة بعد الخروج من الاستشفاء في العمل، الزواج والاستقرار النفسي.

### ثالثاً: الملاحظة المباشرة لسلوك المفحوصة:

تمت ملاحظة المفحوصة خلال المقابلة وقد سجلنا حسب جدول الملاحظة المسخر لهذا

الغرض ما يلي:

- كسور على مستوى العمود الفقري؛
- اضطراب في الكلام عند طرح الأسئلة المتعلقة بمحاولة انتحارها؛
- التنهد وفترات من الصمت عند بعض الأسئلة؛
- نظرة حزينة ومزاج مضطرب؛
- رفض التكلم وحتى بعد الحديث كلام منقطع وشروء لفترات؛



#### رابعاً: النقاط الحساسة من خلال المقابلة والملاحظة:

من خلال ملخص المقابلات وتاريخ الحالة والاطلاع على ملفها الطبي، يمكن ملاحظة أن المفحوصة تعاني من تقدير واطئ للذات وهذا من خلال تعبيراتها بأن نفسها لا تعني لها شيئاً، كما تعرضت المفحوصة لإحباط كبير نتيجة صدمة فشل عاطفي بعد انقطاع علاقتها وعدم زواجها من الشخص الذي تحبه وزواج أختها التي كانت في مشاكل دائمة معها، أما بالنسبة للاضطرابات النفسية التي كانت تعانيها، فقد تبين لنا أن محاولة انتحارها كانت بهدف جلب الانتباه أي أنها تدخل في سياق هستيري، حيث أنها كانت محاولتها الأولى وصرحت بأنها لن تعاود فعلتها، ورغم ظهور السمات الهستيرية على شخصيتها، إلا أن المشاكل والصدمات التي واجهتها دفعت بها إلى حالة اكتئاب لم تكتمل معالمه، وهذا ما سبب لها الإحساس بالوجود في وضعية مخرجها الوحيد هو جلب الانتباه عن طريق محاولة الانتحار، كما نلاحظ أن الجوء لمثل هذه الطريقة للتعبير عما تعانيه، سبقه حالة من القلق الواضح في تصرفاتها، إضافة إلى مشاعر العدوانية التي كانت تحول كل مرة من عدوانية غيرية إلى أخرى موجهة نحو الذات، تمثلت في محاولة الانتحار، ورغم الطابع الهستيري لشخصيتها إلا أنه يجب أخذ محاولتها الانتحارية على محمل الجد والتعمق في فهمها ومساعدتها على تغيير أفكارها.

وأخيراً، نلاحظ أن المفحوصة رغم كل هذا، ترغب في التغيير وتتنظر إلى المستقبل نظرة إيجابية، كما أنها تطلب مساعدة الغير لها، وتنتظر خاصة مساعدة الأهل الذين ترى فيهم سبباً لمعاناتها.

### خامسا: تحليل النتائج على ضوء المقابلة:

ما يظهر جليا في هذه الحالة، أن المفحوصة واجهت عدة مشاكل خاصة على الصعيد النفسي الاجتماعي، فالمشاكل العائلية التي تعاني منها كانت كفيلة للدخول سريعا في مرحلة فساد التنظيم ثم التطور لاحقا إلى حالة أزمة نفسية اجتماعية خطيرة، فالمفحوصة لا تبدي أي اضطرابات عميقة في الشخصية ولا نية حقيقية نابعة من قناعة مفادها القضاء على الحياة، إنما تبين لنا من خلال تحليل المقابلات المجراة معها أن فشل علاقتها العاطفية بسبب المشاكل العائلية الكثيرة سبب لها صدمة فشل عاطفي أدت بها إلى وضع احتمال محاولة الانتحار ليس كحل أخير لا يمكن لحل غيره أن يخرجها من هذه الأزمة، لكن على عكس ذلك كانت عدة خيارات وحلول موجودة لدى المفحوصة، فقد حاولت في البداية حل المشكلة مع أهلها ثم لجأت إلى الهروب من البيت نتيجة سوء المعاملة فالأب متسلط عنيف يمارس كل أنواع العنف اللفظي والجسدي على الأم والأولاد، فالجو العائلي متوتر، واضطراب العلاقة مع الأخت الأكبر سنا زاد الأمور تعقيدا خاصة مع رفض الأم لمشروع زواج البنت من شاب كانت تحبه وترى فيه مخرجا للحالة التعيسة التي تعيشها.

بعد محاولة هروبها وجدت نفسها أنها تخسر كل شيء ولم تصل إلى أي هدف من الأهداف الموضوعة لاسترجاع مكانتها وتوازنها النفسي والاجتماعي، فقررت بذلك اللعب مع الموت للوصول إلى جلب انتباه المحيط لها والمساومة على مطالبها خاصة الزواج من الشاب الذي كانت تجمعها به علاقة عاطفية لعبت دورا كبيرا في تحريك مشاعر وميولات المفحوصة لوقت طويل. ولا يجب في مثل هذه الحالات الاستهزاء أو تجاهل خطر المرور إلى الفعل الانتحاري لأنه قد يكمن وراء نية جلب الانتباه اضطرابات علائقية ووجدانية لا نستطيع الكشف عنها في وقت ما، لكن الاستمرار في حالة أزمة وعدم وجود حلول فعالة للمشاكل المحيطة وضعف الشخصية والقابلية الكبيرة للتعرض وتجاهل المحيط لقيمة المشكل وتأثيره على المفحوصة قد يؤدي بها فعلا إلى محاولة انتحارية جديدة تكون أكثر تخطيطا وتهدف إلى حل المشكل نهائيا، لأنه في ظل عدم حل المشاكل المطروحة يتزايد القلق وما يزيد الأمور تعقيدا هو عدم التدخل في الوقت المناسب واقتراح استراتيجية تكفل تهدف على المدى القصير إلى الخروج من حالة الأزمة وتخفيف القلق والتوتر وعلى المدى الطويل إلى الوقاية من خطر الانتكاس.

**سادسا: الحالة على ضوء المقابلة، الملاحظة وتحليل النتائج:**

ما يمكن قوله من خلال المقابلة، الملاحظة وتحليل النتائج، أن المفحوصة حاولت الانتحار وكانت المحاولة الأولى في تاريخ حالتها ووسيلتها إلى ذلك هي السقوط الحر، وهذه المحاولة جاءت نتيجة صدمة الفشل التي تعرضت لها بعد زواج أختها وفشل علاقة كانت تقيمها مع شاب وهذا ما أدى إلى قلق كبير، أبدت المفحوصة بعده سمات اكتئابية لم تكتمل معالمها وهذا بسبب شخصيتها من النمط الهستيري، وبالتالي أظهرت نوع من العدوانية الموجهة نحو الذات سببها التقدير الواطئ لذاتها وضعف الأنا في مواجهة الصدمات وبالتالي تفسر محاولتها الانتحارية على أنها وسيلة لجلب انتباه المحيط والتعبير عن حالة ضيق تعاني منها ولم تجد مخرجا لها.

## 3-4- الحالة الثالثة :

## أولاً: البطاقة الإكلينيكية:

"ز" فتاة تبلغ من العمر 17 سنة، تقطن بأحد أرياف ولاية باتنة، من عائلة متوسطة الدخل، تتكون من 03 ذكور وبنينين والأب والأم، تحتل الرتبة الثالثة بين إخوتها، تدرس بالسنة الثانية ثانوي، ذات مستوى دراسي متوسط ولا تعاني من اضطرابات أو أمراض جسمية، كما لا توجد أي سوابق مرضية عائلية.

بالنسبة لعلاقتها مع أسرتها، فهي لا تتفق إطلاقاً مع إخوتها الذكور بسبب تسلطهم واحتقارهم لها على حد تعبيرها، كما أبدت المفحوصة انزعاجاً واضحاً من سلوك الأم التي ترى بأنها متحيزة إلى صف الذكور في البيت، كما يمارس على المفحوصة عنف أسري يتمثل أساساً في ضرب إخوتها لها وحراستها ذهاباً وإياباً إلى المدرسة بحيث أن أفراد العائلة لا يعتبرون الدراسة ضرورية بالنسبة للفتاة ويقدمون فكرة الزواج المبكر، حيث أن أختها الأكبر منها تزوجت في سن السادسة عشر.

لم تواجهنا مع هذه الحالة أي صعوبة، خاصة في الاتصال والتحدث عن مشكلاتها، لكن الصعوبة الكبرى كانت في إلهام أحد أفراد الأسرة على البقاء معنا في القاعة أثناء القيام بالمقابلة، وبعد عدة محاولات استطعنا إقناع أخيها بضرورة تركها لوحدها لمساعدتها على التفريغ عن مكبوتاتها حتى لا تعاود أفعالها الانتحارية.

## ثانياً: ملخص المقابلات :

قامت المفحوصة بمحاولة انتحار، هي الأولى في تاريخها وتمثلت في تناول جرعة مفرطة من الأدوية التي تحصلت عليها في المنزل خلسة عن والدها الذي كان يعاني من مرض ضغط الدم، وقد ذكرت المفحوصة بأنها قامت بمحاولتها الانتحارية نتيجة الضغوط التي كانت تعيشها بالبيت وحلمها في التحرر بالزواج من الشخص الذي كانت تحبه والذي تركها بعد علاقة حب دامت سنة ونصف وتزوج من فتاة أخرى، هذا ما سبب لها خيبة أمل كبيرة وأدخلها في مرحلة اكتئابية انتهت في الأخير باتخاذ قرار بوضع حد لحياتها وهذا على حد تعبيرها للتخلص من الضغوط التي كانت تعيشها وجلب العار لأهلها الذين تعتبرهم سبباً في معاناتها وأرادت من خلال محاولتها الانتحارية الإنتقام منهم وتدويقهم جزء من المعاناة التي لم يكونوا يحسون بها.

وللعلم، فإن المفحوصة لا تعاني من أي اضطرابات عقلية، كما أنها أبدت نوع من الندم وتأنيب الضمير لما قامت به وصرحت بأنها لن تعاود ما قامت به، فمن كانت تحبه قد تزوج ويتمتع بحياته على حد تعبيرها وأنها في حالة الموت تعتبر كافرة وتدخل النار.

### ثالثاً: الملاحظة المباشرة للمفحوصة:

تمت ملاحظة المفحوصة خلال المقابلة وقد سجلنا حسب جدول الملاحظة المسخر لهذا

الغرض ما يلي:

- اصفرار الوجه وفشل عام في الحركات؛
- بطء في الكلام خاصة عند طرح الأسئلة المتعلقة بمحاولة انتحارها؛
- فترات صمت عند طرح بعض الأسئلة و بكاء في فترات أخرى؛
- نظرة شاردة ومزاج يبدو حزينا؛
- التكلم بتوتر واحمرار الوجه أحيانا؛
- التعرق أحيانا والشروود أحيانا أخرى؛

#### رابعاً: النقاط الحساسة من خلال المقابلة والملاحظة:

من خلال ملخص المقابلات والبطاقة الإكلينيكية والاطلاع على ملفها الطبي، يمكننا ملاحظة أن المفحوصة تعرضت لعدة وضعيات سببت لها إجهادا كبيرا كما تعرضت لصدمة فشل عاطفي سببها انقطاع علاقة الحب التي كانت تجمعها بشاب تركها وتزوج من فتاة أخرى، كما عانت المفحوصة من سوء المعاملة الوالدية من ضرب وطمس لشخصيتها وعدم احترام رغبتها في مواصلة الدراسة وما زاد الأمور تعقيدا سيطرة الإخوة الذكور وفرض سلطتهم على الأسرة مما انتهى في الأخير بأخيها الأكبر منها لضربها ومعاملتها بالعنف الجسدي الشيء الذي زاد الأمور تعقيدا وجعلها ترى الحياة بمنظار أسود ما أدى بها إلى إلغاء كل الخيارات الموجودة في اختيار وحيد لا غير وهو وضع حد لحياتها وبالتالي القضاء على معاناتها لأن الحياة في تلك اللحظة الحاسمة لم يعد لها طعم ولا معنى.

وأخيرا، نلاحظ أن المفحوصة رغم ما تعرضت له من صدمات ووضعيات مولدة للإجهاد، تريد تجاوز ما حدث لها وتتنظر إلى المستقبل نظرة إيجابية، كما أنها تريد أن يساعدها أهلها ومحيطها عموما في تجاوز هذه المرحلة وترغب في تعويض كل ما خسرت في مواصلة الدراسة.

#### خامسا: تحليل النتائج على ضوء المقابلة:

يبدو أن الأمور تختلف نوعا ما في هذه الحالة مقارنة بالحالات السابقة، ففي هذه الحالة وبعد إجراء مجموعة من المقابلات، تبين لنا أن المفحوصة تعرضت لوضعيات مجهدة متتالية في الوقت الذي كانت أصلا تعيش حالة أزمة والتي تتمثل في المرحلة العمرية الحرجة التي تمر بها وهي المراهقة، فالمفحوصة ذات السبعة عشر ربيعا لا زالت تواجه مشكلة الهوية وتحاول فرض شخصيتها وإبداء رغبتها في الوجود والاستقلالية، في هذا الوقت تحديدا تواجه رفضا عائليا واجتماعيا مطلقا لأي تواجد لها على كل الأصعدة، فالأب والإخوة الذكور يرفضون فكرة تدرستها وقدرتها على الوصول إلى الدراسات العليا بالجامعة لأن التنقل من القرية إلى المدينة والمبيت خارج البيت حتى ولو كان في إطار الدراسة يمثل أحد المحرمات وأسباب جلب العار وككل الحالات التي تعاملنا معها، أكد أن وراء المرور إلى الفعل الانتحاري صدمة فشل وهي في هذه الحالة العنصر المفجر لإشكالية مرضية وضعت المفحوصة نفسها من خلالها في وضعية بدون مخرج.

فالمفحوصة دخلت وبصورة سريعة في حالة أزمة نفسية صدمية بعد السماع المفاجئ لخبر خطبة الشاب الذي كانت تحبه وهو الأمر الذي لم يكن متوقعا وسبب استنثاره كبيرة للجهاز النفسي، لم يستطع الأنا الهش الضعيف استيعاب فيض الإثارة وتصريفه بالطرق الممكنة والفعالة ولعل ما كان له الأثر الكبير في تعقيد المشكل لهو العنف الجسدي الذي مارسه الأخ الأكبر عليها بعد محاولتها الخروج من المنزل والاتصال بذلك الشاب لمعرفة الأسباب الخفية وراء قطعه لعلاقته العاطفية معها، الأمر الذي لم تتمكن منه والذي كان في الوقت ذاته يمثل العيب والعار بالنسبة للعائلة وحتى الجيران والمحيط عموما. فوجدت المفحوصة نفسها سريعا في حالة أزمة لم تكن تتوقع الوصول إليها ولم تستلزم لها الوسائل والميكانيزمات الدفاعية الكفيلة بتجاوز هذه المرحلة، وفي لحظة ضعف وانهيار للتوازن الداخلي العميق للشخصية وضعف الأنا على مواجهة قوة الصدمة التي تعرضت لها المفحوصة، يظهر حل الانتحار ويتعزز ويتطور لأن المفحوصة في تلك اللحظة في مواجهة مباشرة مع الموت التي أصبحت ترى فيها حلا مريحا وسريعا ونهائيا للخروج من هذه الحياة التعيسة والكئيبة التي لم تجلب لها إلا الدمار والحزن وهي في بداية حياتها. وفي الوقت المناسب وليلا والناس نيام، في هدوء تام وصمت رهيب وجو عائلي مشحون ورافض تماما لأفعالها، ترى المفحوصة في علبة دواء أبيها وسيلة فعالة وحلا للمشكلة، فالعواقب لم تحسب والمشروع لم يخطط في وقت كاف، لكن الضيق الكبير والقابلية للتعرض وكل المؤشرات السلبية موجودة فلم يبق إلا المرور إلى الفعل الانتحاري كأول تجربة للمفحوصة مع الموت. وفعلا تم ذلك وباعت محاولتها بالفشل ويجب في الوقت الحالي التكفل اللازم بالحالة وإقناع المحيط العائلي بضرورة الحوار وإيجاد حلول واقعية، عملية وسليمة للمشكلات المواجهة.

### سادسا: الحالة على ضوء المقابلة، الملاحظة وتحليل النتائج:

ما يمكن قوله من خلال المقابلة، الملاحظة وتحليل النتائج، أن المفحوصة حاولت الانتحار وكانت المحاولة الأولى في تاريخ حالتها ووسيلتها إلى ذلك هي تناول جرعة مضاعفة من دواء والدها الخاص بالضغط الدموي، وهذه المحاولة جاءت نتيجة الإحباط الذي تعرضت له بعد فشل عاطفي نتيجة انقطاع علاقة حب كانت تجمعها مع شاب، هذا الأخير الذي تركها وتزوج من فتاة أخرى مما سبب لها صدمة كبيرة وما زاد الأمور تعقيدا هو سوء المعاملة الودية وهذا ما أدى إلى قلق كبير، أبدت المفحوصة بعده أعراض اكتئابية وهذا بسبب هشاشة شخصيتها وبالتالي انتهت بها الأمور إلى تحويل نزعاتها العدوانية نحو ذاتها بسبب التقدير الواطئ لذاتها وتأنيب الضمير الذي سيطر عليها وضعف الأنا في مواجهة الصدمات وبالتالي تفسر محاولتها الانتحارية على أنها الحل الوحيد الممكن لوضعية صراعية خطيرة كانت تعاني منها ولم تجد لها خيارات أخرى واقعية قابلة للتنفيذ.



## 5-مناقشة النتائج على ضوء الفرضيتان الإجرائيتان:

بعد إجراء المقابلات مع الحالات الثلاث، وبعد تحليل النتائج، نستطيع أن نربط بين فرضية البحث والنتائج المتحصل عليها، وقبل ذلك يجدر التذكير بفرضية البحث التي مفادها أن صدمة الفشل تؤدي بالمرهق إلى محاولة الانتحار وتطرقت الفرضيات الإجرائية إلى أن صدمة الفشل العاطفي أو الفشل في البكالوريا تؤدي بالمرهق إلى محاولة الإنتحار، ومن خلال نتائج العمل التطبيقي تبين لنا أن الحالات الثلاثة التي أجريت معها المقابلات تعرضت لصدمة فشل عاطفي، ومنه أثبتت المقابلات صدق الفرضية الإجرائية الثانية أما الفرضية الإجرائية الأولى المتعلقة بالفشل في البكالوريا فلم نتأكد من صحتها بسبب عدم وجود حالات على مستوى المؤسسة الإستشفائية المعنية بالدراسة الميدانية.

تجدر الإشارة إلى أن النتائج التي توصلنا إليها ما هي صالحة إلا بالنسبة للحالات المدروسة التي تعد بمثابة سند لتفكيرنا.

## خاتمة:

من خلال ما تم التطرق إليه خلال هذه الدراسة، يتبين لنا أن محاولة الانتحار عند المراهق من الظواهر الخطيرة التي يجب إعلام المجتمع بها والتصدي للعوامل المسببة لها ومكافحة تفشيها بين أفراد المجتمع، خاصة فئة المراهقين أين يزداد تواتر ومعدل الانتحار ومحاولات الانتحار.

وقد أثبتت الدراسة التطبيقية من خلال الحالات المدروسة أن صدمة الفشل تلعب دورا في الدفع بالمراهق إلى محاولة الانتحار لا سيما إذا كان هذا الأخير لا يجد في الوسط الذي يعيش فيه السند الكافي لتجاوز محنته، فكلما زاد تعرض الشخص لصددمات الفشل المتعددة كلما ازداد ميله نحو محاولة الانتحار.

ولهذا الغرض من الممكن اقتراح استراتيجيات لمحاولة التصدي للظاهرة التي يبقى من العسير حدها ونوجزها في:

- الاعتناء بالصحة النفسية للفرد، خاصة من طرف الوالدين في مرحلة الطفولة والمراهقة.
  - وجوب توعية الأسر وخاصة الوالدين بخطر الظاهرة وتسليط الضوء على العوامل المؤدية إليها لتفادي وقوع الفرد في خطر الإقبال عليها.
  - تعزيز دور الإعلام وخاصة السمعي البصري في الحوار والتعريف بالظاهرة والتطرق لأسبابها وطرق مكافحتها.
  - وجود أو خلق مراكز استقبال واستماع، تعنى بمشاكل المراهقين وتهتم بالكفالة النفسية للأفراد ذوي الميول الانتحارية وحتى الأفراد الذين مروا إلى الفعل.
  - محاولة الكشف المبكر عن المراهقين الذين قد يصل بهم الأمر إلى حد محاولة الانتحار من خلال الانتباه إلى ردود أفعالهم والإصغاء إلى مشاكلهم بدل من تجاهلهم أو رفضهم.
  - لابد من تكوين فريق متخصص للتكفل النفسي والطبي والاجتماعي بمحاولة الانتحار.
- وتجدر الإشارة في الأخير إلى أن الظاهرة مازالت محصورة في بعض الدراسات العلمية والتي تعتبر قليلة بالنسبة لخطر تزايد آثار الانتحار.

أما عن الصعوبات، فقد واجهنا مشاكل كبيرة في ظل عدم وجود المرافق الصحية الضرورية للتكفل بالحالات الانتحارية وفي ظل بقاء الموضوع لحد الآن من التابوهات les tabous ، كذلك قلة الحالات، حيث لاحظنا في الدراسة التطبيقية عدم وجود تشخيص جيد لمحاولات الانتحار، فلتقادي المشاكل التي قد تحدث لمحاول الانتحار، يوضع على سبيل المثال في الملف الطبي ملاحظة تسمم دوائي أو غذائي بدلا من وضع ملاحظة محاولة انتحار، وهذا ما سبب لنا صعوبة في التفريق بين محاولة الانتحار الحقيقية وبين حالات التسمم. لكن رغم ذلك استطعنا إيجاد ثلاث حالات تمت عليهما الدراسة التطبيقية والتي خلصت نتائجها إلى أن صدمة الفشل تدفع بالمراهق إلى محاولة الانتحار.

الملاحق

• الأسئلة المطروحة خلال المقابلات التي جرت مع الحالة الأولى:

- وش استعملت كي جيت تسويسيدي؟
- كل مرة كيفاه، مرة شربت الدواء ومرة الدواء تاع الفيران ومرة بالموس.
- كي شربت الدواء، قداش كليت؟ كنت على بالك كيفاش تشربه وبلي كي دوبلي لا دوز فيها دونجي ولا لا؟
- كليت باطة كاملة مالقري كنت علابالي بلي يقتل.
- في المرة اللخرة استعملت حاجة ما ضرش وتطول باش تقتل ولا حاجة واعرة وتقتل ليه ليه؟
- المرة اللخرة جربت تقتل روجي بالموس.
- إيسك كنت تكتب كشما حاجة قبل ما تحاول تسويسيدي؟
- شاك فوا نخلي ورقة نقول فيها بلي رايح نسويسيدي خاطر هذ الدنيا ما فيها والو وما تستاهلش نعيشوها.
- كيفاش حببت تسويسيدي؟
- جبت موس ماضي من الكوزينة ودرقتو عندي ربع أيام وكى خرجو كامل من الدار ديسيديت باش تقتل روجي وكنت على بالي بلي الموس قادر على كلش.
- من وكتا وانت تخمم تسويسيدي؟ وعلاه؟
- من مدة لا خاطر كيما درت مالقيتلهاش راسها وما كان عندي حتى حل واحد آخر.
- وش صرى قبل ما تحاول تسويسيدي؟
- قبلها، كنت نحب واحدة بصح راحت زوجت بواحد آخر وخلاتني.
- كيفاش كانو صحابك ودارك معاك بعد ما حببت تسويسيدي؟
- صحابي جبدو رواحم عليا والعابلة راك تعرف عيطو شوي ولاو سكتو وهذا الشي خالاني نحس روجي وحدي.
- إيسك عندك حل آخر بغير السويسيدي؟
- خممت في كلش، كيما درتها ما حبت تصلح، رحمت من جيت من كلش سماطلي وما لقيت قدامي غير الموت تريحني.
- كشما درت حاجة توله اللي دايرين بيك باش يعاونوك وكشما كان واحد حاضر معاك كي جيت تقتل روحك؟
- ما كنتش نقول لحتى واحد بلي رايح نسويسيدي، كنت كي نديرها يا يكونوا راقدين يا يكونوا خرجو ونبقى وحدي.

- قداش نمرة حبيت تسويدي قبل اللخرة هذه؟ وكشما كاين واحد في دراكم قبلك سويديا؟
- جربت قداه نمرة قبل هذه أكل كانت على جال سبة واحدة وفي لافامي ما سويديا حتى واحد من قبل.
- في رايك، كنت تسوفري من وقت طويل ولا بيريوذ برك وتروح؟
- جربت نسويدي كي تزوجت الي كنت نحبها وخلاتني، بصح حتى من قبل ما كنتش مرتاح للمعيشة اللي راني عايشها، حاجة ما صلحتلي، وديقوتيت الدنيا أكل.
- إيسك رحت لطبيب نفسي من قبل ولا آهون؟
- إيه، رحت لطبيب نفسي مرتين ولا ثلاثة بصح ما دارلي والو.
- وش باغي من صحابك وعائلك باش يعاونوك؟
- واحد في حالتي واش يحوس غير شوي حنانة ولي يفهمني شتا خويا ولا صاحبي باه نخرج ملي راني فيه.

• الأسئلة المطروحة خلال المقابلات التي جرت مع الحالة الثانية:

- وش استعملتي كي جيتي تسويسيدي؟
- طيشت روعي من لبروميير إيتاج.
- كشما شربتني دواء، قداش كليتي؟ كنتي على بالك كيفاش تشربيه وبلي كي دوبي لا دوز فيها دونجي ولا لا؟
- ما شربت حتى دواء.
- في المرة اللخرة استعملت حاجة ما ضرش وتطول باش تقتل ولا حاجة واعرة وتقتل ليه ليه؟
- كانت هذه هي المرة اللولة تاعي وصح صح ما كنتش باغية نموت.
- إيسك كنت تكتبي كشما حاجة قبل ما تحاولي تسويسيدي؟
- لالا، ما كتبت والو قبل ما نديسيدي باش نسويسيدي.
- كيفاش حبيتي تسويسيدي؟
- جات هكذا، فكرت شويا ومبعدا ديسيديت نسويسيدي نطيش روعي من البالكو بسبة واش كنت نسوفري من عايلتي.
- من وكنا وانت تخمي تسويسيدي؟ وعلاه؟
- ما علاباليش بصح في دفيقة هكذا ما لقيت حتى حل مالقري فكرت في كلش.
- وش صرى قبل ما تسويسيدي؟
- قبل لاكسيدون، صراو بزاف مشاكل، ختي اللي كنت ما نيش دكور معاها تزوجت وخسرت العبد الي كنت باغية نعيش معاه لا خاطر ما قدرش يقدم يخطبني باسكو اما ما كانتش قابلاتو.
- كيفاش كانو صحاباتك وداركم معاك بعد ما حبيتي تسويسيدي؟
- كانت عندي صحبتي واحدة فريدة وكى مرضت ما بقانتش أون كونتاكت معايا وفاميلتي خالوني وما سقساوش علي وهذا الشي خلاني نهرب من الدار.
- إيسك فكرتي في حل آخر بغير السويسيد؟
- والله نحوس نلقى خدمة ونزوج ونستابيليزي روعي مع لاقامي لاخاطر هذه هي الحاجة اللي تعاوني باش نرتاح.
- كشما درتي حاجة تولهي بيها لانتوراج تاعك باش يعاونوك وكشما كان واحد حاضر معاك كي جيتي تطيشي روحك؟
- ما حبيت نقول لحتى واحد وما استعملت حتى حاجة تنبهم بلي رايحة نموت، وثاني ما كان حتى واحد حاضر معاي وما كان حتى واحد على بالو من قبل لا خاطر طيشت روعي في الليل وكنت نتحرك بشوي وبلا حس باش واحد ما يحس بيا.

- قداش نمرة حبيتي تسويسيدي قبل المرة هذه؟ وكشما كاين واحد في دراكم من قبل سويسيديا؟
- ما لقري لا سوفرونس تاغي جامي خممت نسويسيدي قبل المرة وفي لا فامي واحد ما سويسيديا من قبل.
- ايسك كنت تسوفري من بكري من المشاكل ولا الوقت اللخر برك؟
- حبيت نسويسيدي بسبة المشاكل التي كانت تصرالي حتى وأنا صغيرة، ختي كانت تغير مني وكنا دائما ننهاوشو وبابا كان يضربنا وما يخلينا حتى حرية وماما كانت لاتية بالخدمة وماهيش لاتية بينا.
- ايسك رحت لطبيب نفسي ولا دخلت للسبيطار من قبل ولا آهون؟
- ايه مرة واحدة رحت لطبيب العقلية وكي ديسيديت نهرب من الدار رحت لدار التضامن باش يعاونوني لخاطر خفت نبات برة في الطرق وكانت نفسياتي صعبة بزاف.
- وش باغية من صحاباتك وعائلتك باش يعاونوك؟
- نحوس دارنا يحنو عليا شوي ونتمنى تولى لي صحبتي نحوس من قلبي نلقى خدمة وعبد مسقم نعيش معاه.



## الأسئلة المطروحة خلال المقابلات التي جرت مع الحالة الثالثة:

- وش استعملتي كي جيتي تسويسيدي؟
- شربت باطة دواء تاع بابا.
- كي شربتي دواء، قداش كليتي؟ وكنتي على بالك كيفاش تشربيه وبلي كي دوبلي لا دوز فيها دونجي ولا لا؟
- علابالي بلي الدواء يقتل وعلى هاذيك لي كليتي.
- في المرة اللخرة استعملت حاجة ما ضرش وتطول باش تقتل ولا حاجة واعرة وتقتل ليه ليه؟
- هذه هي المرة اللولة لي ندير هكذا وما لقينش قدامي غير الدوا.
- ايسك كنت تكتبي كاشما حاجة قبل ما تحاولي تسويسيدي؟
- كتبت بر يا بيني وبين روجي للي راح تزوج بواحدة خرى.
- كيفاش حبيتي تسويسيدي؟
- خخمت وقت طويل مع روجي ولقيت بلي حياتي ما عندها حتى معنى، مالي مسكرين علي، خاوتي نهار وطول يعسو في، وعلابالي بلي مانيش رايحة ندخل الجامعة ولي حبيتي وقلت يهيني من هاذ لحياة خدعني وكذب علي وراح تزوج.
- من وكتا وانت تخمي تسويسيدي؟ وعلاه؟
- عمري ما كنت نظن ندير حاجة كيما هذي، بصح في الدقيقة اللي سمعت فيها خبر الخطبة وصحاباتي لي ضحكو علي وتمهزواو بي كحال كلش بين عيني وما قدرتش نبقي في الدنيا هذي.
- وش صرى قبل ما تسويسيدي؟
- قبلها بيوم واحد ضربني خويا لكبير كي درت الروطار باش نرجع للدار لخاطر كنت حابة نفهم من اللي راح وخالني واش صرى وعلاش خطاني، بصح هو تهرب مني وما بغاش يشوفني.
- كيفاش كانو صحاباتك وداركم معاك بعد ما حبيتي تسويسيدي؟
- لي كنت حاطتهم صحاباتي أكل جبديو رواح علي وصاحبتي لحقانية حلف فيها باباها ما تزيدش تهدر معايا، خاطر جبت العار لماليي وواحد ما جاء وزارني غير أما وخوي صغير وأختي المزوجة، وقاتلي ما بلي قريب قتلتني باباك بلي درتية خاطر عندو لاطونسيون.
- كاشما فكرتي في حل آخر بغير السويسيد؟
- ظرك ماني نخم في والو غير كيفاش نولي لحياتي نورمال ويسمحولي والدي.
- كاشما درتي حاجة تولهي بيها لانتوراج تاعك باش يعاونوك وكاشما كان واحد حاضر معاك كي جيتي تطيشي روجك؟
- ما قلت لحتا واحد وش رايحة ندير، خليت الليل خلاص وكليت الدوا وما فطنتش غير في السيطار.

- قداش نمرة حبيتي تسويسيدي قبل المرة هذه؟ وكشما كاين واحد في دراكم من قبل سويسيدا؟
- هاذي المرة اللولة وما كان حتى واحد دارها في الدار من قبل.
- إيسك كنت تسوفري من بكري من المشاكل ولا هذا هو المشكل اللول في حياتك؟
- ما كان حتى حاجة تفرح في حياتي كاملة، لي نبات فيه نصح فيه وخاوتي واعرين كلش يحاسبوني عليه، يخافو من كلام الناس وتاع دوارنا ما يرحموش قاعدين غير للعسة والهدرة.
- وكاشي مرة رحت لطبيب نفسي ولا دخلت للسبيطار من قبل ولا آهون؟
- ما درت حتى علاج نفسي، بصح تمنيت روح لبسيكولوج باش نفرغ واش راهو في قلبي، بصح تعرف عقلية الدوار ما خلاونيش.
- وش باغية من صحاباتك وعائلتك باش يعاونوك؟
- نتمنى وكان والدي يسامحوني ويخليوني نكمل قرابتي وما يبطلونيش أوموان ندير حاجة مسقمة في حياتي.

# قائمة المراجع

## قائمة المراجع

أولاً: المراجع باللغة العربية:

1- الكتب:

- 1- أ. عياش، الانتحار نماذج حية لمسائل لم تحسم بعد، دار الفرابي، بيروت، لبنان، 2003.
- 2- ب. سون وآخرون، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة، سيكولوجية الطفولة والمراهقة، ط1، الكويت، 1986.
- 3- ت. ه. س. ي. ميكافيلد، ترجمة عبد العلي الجسماني وعبد الوهاب العيسي وآمال طعيمة، علم النفس والتعليم، الدار العربية للعلوم، 1994.
- 4- ح. عبد القادر وأ. النابلسي، التحليل النفسي، ماضيه ومستقبله، دار الفكر المعاصر، ط1، القاهرة، 2002.
- 5- خ. م. معوض، سيكولوجية النمو، الطفولة والمراهقة، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، ط3، 1993.
- 6- ر. زرواتي، تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، دار هومه، ط1، الجزائر، 2002.
- 7- ر. زرواتي، مناهج وأدوات البحث في العلوم الاجتماعية، دار الهدى، ط1، عين مليلة، الجزائر، 2007.
- 8- ر. م. القذافي، في الصحة النفسية والتوافق، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان، ط2، 1998.
- 9- س. م. ع. بهادر، سيكولوجية المراهق، دار البحوث العلمية، الكويت، 1980.
- 10- ع. الجسماني، سيكولوجية الطفولة والمراهقة وحقائقها الأساسية، الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان، ط1، 1994.
- 11- ع. الديدي، التحليل النفسي للمراهقة - ظواهر المراهقة وخفاياها-، دار الفكر اللبناني، بيروت، لبنان، ط1، 1995.
- 12- ع. سي موسى، ر. زقار، الصدمة والحداد عند الطفل والمراهق، ط1، الجزائر، 2002.
- 13- ف. عباس، أساليب دراسة الشخصية، التقنيات الإسقاطية، دار الفكر اللبناني، لبنان، ط1، 1990.
- 14- م. إ. أسعد، مشكلات الطفولة والمراهقة، دار الجيل، ط2، بيروت، 1994.

- 15- م. أ. النابلسي، الصدمة النفسية، علم النفس الحروب والكوارث، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان، 1991.
- 16- م. الحجار، الطب السلوكي المعاصر، أبحاث في أهم موضوعات علم النفس الطبي والعلاج النفسي السلوكي، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان، ط1، يناير 1989.
- 17- م. رفعت، المراهقة وسن البلوغ، دار المعارف للطباعة والنشر، بيروت، لبنان، 1974.
- 18- م. شلبي، محاضرة عن التكفل النفسي، سنة أولى ماجستير، جامعة منتوري، قسنطينة، 2009/05/25.
- 19- م. م. زيدان، النمو النفسي للطفل والمراهق ونظريات الشخصية، دار الشروق، ط3، جدة، 1990.

ثانيا: المراجع باللغة الفرنسية:

- 1- **A. Porrot**, Manuel alphabétique de psychologie, PUF, Paris, sans année.
- 2- **A. Raffy**, Les psychanalystes et le développement de l'enfant, Toulouse, 2000.
- 3- **B. Bensmail**, Psychiatrie d'aujourd'hui, office de publication universitaire, Alger, 1994
- 4- **B. Cyrulnik et Al**, La résilience : le réalisme de l'espérance, Fondation pour l'enfance, Ramonville Saint-Agne, 2001.
- 5- **B. Mustapha**, évolution et caractéristiques récentes, SNET, 1982.
- 6- **B.Dorayet, C-Louzoum**, Le traumatisme dans le psychisme et la culture, ERES, 1997.
- 7- **Bailly**, Les catastrophes et leurs conséquences psycho traumatique, PUF, Paris, 1985.
- 8- **J. De Montremy**, « Pourquoi, quand, où et comment prévenir le suicide », Psychologie Médical, tome 9, 1977.
- 9- **E. caralp, A. Gallo**, Le dico de la psychologie et de la psychanalyse, édition Milan, Paris, New York, Rio de Janeiro, 1998.
- 10- **E.Eriksson**, Adolescence et crise, la quête de l'identité, édition Flammarion, Paris, 1972.
- 11- **F. Choutri et Al**, Violence, trauma et mémoire, édition Casbah, Alger, 2001.
- 12- **G.Lopez**, Victimologie clinique, PUF, Paris, 1995.
- 13- **H. Harcel-Biraud**, Manuel de psychologie à l'usage des soignants, 2<sup>ème</sup> édition, Masson, Paris, 1994.
- 14- **H. Pierron**, Vocabulaire de psychologie, édition PUF, France, 1979.

- 15- **H.I Kaplan et B.j.Sadock**, Livre de poche de psychiatrie clinique, traduction et adaptation française de S.Ivanov-Mazzucconi, Masson éditeur, Paris, 1998.
- 16- **J de Ajuriaguerra**, Manuel de psychiatrie de l'enfant, deuxième édition antérieurement refondue, édition Masson, Paris, 1980.
- 17- **J. Bergeret**, Psychologie pathologique, théorique et clinique, édition Masson, Paris, 1982.
- 18- **J. Laplanche, J-B.Pontalis**, Vocabulaire de la psychanalyse, sous la direction de Daniel Lagache, PUF, édition Delta, Paris, 1997.
- 19- **J. Postel**, Dictionnaire de psychiatrie et psychopathologie clinique, édition Bordas, Paris, 1998.
- 20- **M. Anaut**, La résilience Surmonter les traumatismes, Armand Colin, Espagne, 2007.
- 21- **M. Chelbi**, El-Mesred, glossaire Français-Arabe à l'usage de l'étudiant en psychologie, 2<sup>ème</sup> édition, Dar El-Faïz, Constantine, 2009.
- 22- **M. de Clercq, F. Lebigot et Al**, Les traumatismes psychiques, Masson, Paris, 2001.
- 23- **M.Debesse**, L'adolescent, PUF, Paris, 1959.
- 24- **N. Toualbi**, Les attitudes et représentations du mariage chez la jeune fille algérienne, EPIN, Alger, 1975.
- 25- **N.Sillamy**, Dictionnaire encyclopédique de psychologie, Paris, 1996.
- 26- **O. Rank**, Le traumatisme de la naissance, PUF, Paris, 1976.
- 27- **P. Lalonde et F. Crunberg**, Psychiatrie clinique : Approche contemporaine, Gaëtan Morin éditeur, Canada, 1980.
- 28- **P. Marty**, Les mouvements individuels de la vie et la mort, Masson, Paris, 1976.
- 29- **P.Canoui, P.Messerschmitt, D.Ramos**, Révision accélérée en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Malouine, Paris, 1994.

- 30- **R. Pelsser**, Manuel de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Masson, 1989, Paris,
- 31- **R. Pierron**, l'agression et les autres, édition Bordas, Paris,1983
- 32- **S. Ionescu et A. Blanchet**, Psychologie clinique, Psychopathologie, Psychothérapie, PUF, 2007, Paris
- 33- **S.Durki, D.Moussaoui, F.Kacha**, Manuel du psychiatre maghrébin, Masson, Paris, 1987.



2- القواميس:

أ- باللغة العربية:

- 1- ج.ب لابلونش وبونتاليس، معجم مصطلحات التحليل النفسي، ترجمة مصطفى حجازي، المؤسسة الجامعية، ط3، بيروت، 1997.
- 2- ع. الحنفي، موسوعة علم النفس، المجلد الثالث، ط4، مكتبة مدبولي، القاهرة، 1996.

ب- باللغة الفرنسية:

- 1- **Dictionnaire de la langue française**, tome 10
- 2- **DSM-IV**, Manuel Diagnostique Et Statistique Des Troubles Mentaux, 2<sup>ème</sup> édition, Masson, Paris, 2003.
- 3- **Encyclopédie Microsoft Encarta 2002**.
- 4- **Mini DSM-IV ntr**, Manuel Diagnostique Et Statistique Des Troubles Mentaux, Masson, Paris, 2004.

المجلات والدوريات والمذكرات:

أ- باللغة العربية:

- 1- ن. جابر، علاقة الرفض الأبوي بالتكيف النفسي، رسالة ماجستير، الجزائر، 1992.
- 2- مجلة الثقافة النفسية، المجلد الرابع، العدد 16، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان، 1993.

ب- باللغة الفرنسية:

- 1- **Le quotidien d'Oran**, éditions du 12.09.2004 et 16.02.2005, P.04.
- 2- **L. Hassas**, Contribution à l'étude de l'identité culturelle chez l'adolescent, thèse de Magister, Alger, 1993.
- 3- **M.N. Nini**, Contribution à l'étude des structures chez l'adolescent Algérien, thèse de doctorat, Paris, 1997.

ثالثا: الإنترنت:

- 1- [www.city-dz.com/](http://www.city-dz.com/) Algérie-suicides en Algérie-en-2009.HTML . consulté le 10-04-2010.

## ملخص:

تعيش المجتمعات في عصرنا هذا عدة تغيرات وتطورات، والسبب راجع للمتطلبات والصعوبات التي يواجهها الأفراد في التكيف مع الوضعيات الجديدة.

هذه المتطلبات تستلزم من الفرد أن يتنازل نوعا ما عن بعض ما يشعر به ويمتثل للجماعة التي يعيش فيها لكي يستطيع أن يكون عنصر فعال ومفيد ولا يحس بالغربة والوحدة. ومما ينجر عن هذه التغيرات ظواهر إيجابية كالتطور التكنولوجي وتحسن المستوى المعيشي ومواكبة درب الحضارة، أما من جهة السلبيات فنلاحظ خاصة في الدول المتطورة والسائرة في طريق النمو، تزايد معتبر للآفات الاجتماعية والظواهر السلبية كارتفاع نسبة جرائم القتل والسطو والاعتداءات الجسدية والجنسية، كذلك تزايد إقبال الأفراد غير المتكفين على الخمر وإدمان المخدرات والآفات الاجتماعية بصفة عامة.

إضافة إلى كل هذا تبرز ظاهرة كانت لوقت ما محصورة في مجتمعات معينة ولدى طبقات خاصة، لكن ظروف العصر جعلت منها ظاهرة خطيرة ومشكل كبير للصحة العمومية، ألا وهي ظاهرة الانتحار التي أصبح من الضروري إلقاء الضوء عليها ومحاولة التطرق لمختلف جوانبها.

ونظرا للأهمية الكبيرة في التعرف على الانتحار ومحاولة الانتحار خاصة عند المراهق وقلة الدراسات العلمية المتطرفة لهذا الموضوع، ارتأينا أن نسلط الضوء على مختلف جوانب مشكل الانتحار من خلال هذا البحث والذي جاء تحت عنوان: "مساهمة في دراسة محاولة الانتحار عند المراهق بعد تعرضه لصدمة فشل، الأسباب واستراتيجيات التكفل النفسي"، وقد تم تقسيم البحث إلى إطارين، أولهما نظري تضمن الانتحار ومحاولة الانتحار، الصدمة النفسية والمراهقة.

أما الإطار التطبيقي فقد تم فيه عرض النتائج التطبيقية للحالات التي تمت عليها الدراسة ومناقشة النتائج على ضوء الفرضيتان الإجرائيتان، وفي الأخير أتينا على خاتمة البحث والتوصيات والصعوبات المواجهة..

ونرجو أن نكون قد ساهمنا ولو بالشيء القليل في تسليط الضوء على ظاهرة محاولة الانتحار عند المراهق بعد تعرضه لصدمة فشل وأنها حاولنا عرض مختلف استراتيجيات التكفل بهذه الحالات للحد من الانتشار المتزايد للظاهرة ومكافحة كل أشكال الانحراف والجريمة والمشكلات المختلفة التي يواجهها المراهق في هذه المرحلة الحساسة من العمر.

## Résumé :

Aujourd'hui, beaucoup de sociétés vivent un changement et une évolution à cause des exigences et des différentes difficultés qu'affrontent les gens afin de s'adapter avec les nouvelles situations.

Ces exigences obligent l'individu souvent à s'adhérer à son groupe sans prendre en compte ses désirs et ses sentiments. Et ceci, pour être efficace et utile et pour ne pas avoir le sentiment d'être bizarre et seul au monde.

Tout ce changement a pour effet positif l'énorme développement technologique et l'amélioration du niveau de vie. En revanche, on observe surtout dans les pays industrialisés et les pays en cours de développement une hausse du taux de criminalité voire ; meurtres, vols, viols, aussi, abus de drogues et alcoolisme ainsi les différentes formes de déviances surtout pour les gens ayant des difficultés d'adaptation.

En plus de ça, apparaît un phénomène qui ne caractérisait un peu en arrière que des sociétés et des couches sociales spécifiques, mais les conditions de vies on fait de lui un phénomène très dangereux et un grand problème de santé publique qui est le suicide, dont on est sensé de l'étudier et déceler ses secrets.

Et vue la grande importance de savoir le suicide et la tentative de suicide surtout chez l'adolescent et aussi le manque d'études scientifiques traitant ce sujet, on a opté pour cette étude intitulée : "Contribution à l'étude de la tentative de suicide chez l'adolescent suite à un traumatisme d'échec – causes et stratégies de prise en charge psychologique-".

Cette étude a été établie en deux parties ; une partie théorique comprenant le suicide et la tentative de suicide, le traumatisme psychique et l'adolescence, et la partie pratique, où on a présenté les cas étudiés et discuté les résultats obtenus par rapport aux hypothèses opérationnelles.

En conclusion, on a parlé des suggestions pour mieux prendre en charge ces cas et aussi on a exposé les différentes difficultés trouvées pendant l'étude pratique.

Enfin, on espère pouvoir contribué même avec peu de chose à éclaircir ce sujet et qu'on a pu proposer les différentes stratégies de prise en charge psychologique indispensables pour les adolescents qui tentent se suicider suite à un traumatisme d'échec.

## **Resume:**

Nowaday, many societies live in changes and evolution, this refer to the exigencies and different difficulties which face persons to the adaptation of the new situations.

These demands oblige individual sometimes to adhere to his group without referring to his desires and sentiments. This objective of being useful and not has sentiment of being strange and unique in the world.

All these changes have a positive effect which is the enormous technologic development and the amelioration of the level of life. In revenge, we see especially in industrial's countries and countries in the way of development a high level of criminality such as: killing, robbery, violation and also the drugs abuse and alcoholism, without forgetting the different forms of deviance especially the persons who face adaptation difficulties.

In many years age, other phenomena appeared witch characterised only some societies and social's step, but life conditions give it a dangerous phenomena and a great problem of public health, which is named the suicide that we are sensed to study it and solve his enigma.

Referring to the importance of adolescent's tentative of suicide, and the missing of scientific studies which treat this theme, we have opted this study intituled "contribution at the study of adolescent's tentative of suicide, causes and strategies of psychological charge".

This study has been established in two parties; the theorist one composed of suicide ant tentative of suicide, psychological traumatism and adolescence. The practical one, that we have presented samples study and results discussion supporting with operational hypotheses.

At the end, we have suggested well recommendations of psychological charge to theses cases and also we have exposed different difficulties facing the practical study.

We hope that we have contributed with a few things to in light this theme, and proposed different psychological charge strategies indispensable for adolescents having the intention of suicide referring to a traumatism failing.