

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة وهران 2



كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس و الأرتوفونيا
تخصص علم النفس العيادي

مذكرة تخرج ماستر2:

التكفل النفسي بالحالات المحاولة للانتحار

دراسة ميدانية لحالتين بالمستشفى الجامعي - وهران

الاستاذة المشرفة:

طباس نسيمة

من اعداد الطالبة:

بلقادة اكرام

السنة الجامعية:
2020/2019

شكر و عرفان

قال الله تعالى "ولئن شكرتم لأزيدنكم"

إن الشكر والحمد لله الذي وفقني لإنجاز هذا العمل المتواضع بخطا ثابتة اتقدم بجزيل الشكر والتقدير للأستاذة المشرفة "طباس نسيمه" التي كان لها الفضل في السير الحسن لهذا العمل من خلال كل التوجيهات والنصائح التي كنت استنير دائما اليها في انجاز هذا العمل. تشكراتي المسبقة الى اعضاء اللجنة التي سوف تتفضل لمناقشة هذا العمل.

الشكر الموصول لرئيس قسم علم النفس وكل الطاقم الاداري وكل أساتذة قسم علم النفس . لا أنسى أن أتقدم بالشكر الجزيل إلى كل العاملين بقطاع الصحة الذين ساعدوني في إجراء الدراسة

الميدانية وكل الفريق العامل خاصة الأخصائية النفسية .

شكر خاص إلى كل زملائي في الدفعة والذين تشرفت بمعرفتهم وصحبتهم خلال فترة الدراسة الشكر الموصول إلى طاقم المكتبة على تعاونهم وصبرهم وعلى الإخراج الجيد لهذه الرسالة.

إهداء

أهدي ثمرة جهدي إلى اعز ما لدي و اقرب الناس إلي والداي.

إلى ملاكي في الحياة، إلى معنى الحب و الى معنى الحنان و التفاني إلى بسمه الحياة و سر الوجود إلى من كان دعائها سر نجاحي و حنانها بلسم جراحي إلى أغلى الحبايب أمي الحبيبة التي طالما سهرت على تربيتي و ساعدتني طوال مشواري الدراسي أطال الله في عمرها.

و إلى من كلله الله بالهيمنة و الوقار على من علمني العطاء بدون انتظار إلى من أحمل اسمه بكل افتخار أبي العزيز القدوة المثالية و الشمعة التي أنارت لي الطريق ، أتمنى له طول الحياة و الصحة الجيدة لتري ثمارا قد حان قطافها بعد طول انتظار و ستبقى كلماتك نجوم أهتدي بها اليوم و في الغد و إلى الأبد.

إلى من بها أكبر و عليها اعتمد إلى من بوجودها أكتسب قوة و محبة لا حدود لها، إلى من عرفت معها معنى الحياة أختي حنان.

و إلى من أرى في وجهها البراءة و التفاؤل إلى الشمعة المضيئة التي تنير ظلمة حياتي تغير مزاجي و تحلي أيامي حبيبتي أختي أحلام .

إلى الوجه الذي أرى الحياة بعينيه و السعادة في ضحكته إلى شعلة النور و الذكاء إلى الوجه المفعم بالبراءة و بمحبته أزهرت أيامي أخي مصطفى.

إلى كل من يكن لي ذرة حب ، إلى كل من ساندني و ساعدني من قريب أو من بعيد

حفظكم الله و أدام عليكم الصحة و العافية.

ملخص المذكرة

يؤكد الباحثون أن ظاهرة الانتحار و محاولة الانتحار في بلادنا في ارتفاع مستمر ، وهي تمس فئة المراهقين و المراهقات على وجه الخصوص.

هذه الظاهرة تعبر عن معاش نفسي صعب ، و ردود أفعال مختلفة و مشاعر متناقضة ازاء وضعية حرجة ، تدبب بين عدة مواقف كالشعور بالذنب، الغضب، الحزن، العداة الخ..

و عليه أردنا من خلال هذا البحث التكفل بمراهقين ناجين من محاولة انتحار و هذا بهدف التخفيف من معاناتهم و مساعدتهم على التعبير عن المعانات و التجربة المشينة بكل حرية و مساعدتهم على ادراج جيد للواقع و تعزيز الثقة بالذات و الأهم تجنب تكرار المحاولة الانتحارية.

قسمت بحثي هذا الى ثمانية فصول بحيث تطرقت في :

الفصل الأول: من الجانب النظري مقدمة البحث، الاشكالية، الفرضية، أهمية الموضوع

دوافع اختيار الموضوع، أهداف الموضوع، المفاهيم الاجرائية

الفصل الثاني: علم النفس الاكلينيكي ، الأخصائي النفسي ، خصائصه ، و مهامه

الفصل الثالث: التكفل النفسي، مراحلها، أنواعه، وسائله، تقنياته، و أهدافه.

الفصل الرابع: تعريف المراهقة، مراحلها، حاجاتها ، مشكلاتها، المراهقة في الجزائر و الانتحار في المراهقة

الفصل الخامس: تحدثت عن الانتحار، أنواعه، أسبابه، تفسيره، التكفل بالانتحار و الوقاية

الفصل السادس: من الجانب التطبيقي تطرقت الى منهجية البحث "أدواته و اجراءاته"

الفصل السابع: عرض الحالات العيادية.

الفصل الثامن: عرض النتائج و مناقشتها.

قائمة المحتويات

الصفحة	العنوان
أ	- كلمة شكر
ب	- اهداء
ج	- ملخص المذكرة
د	- قائمة المحتويات
1	- مقدمة
الجانب النظري	
الفصل الاول : مدخل الى الدراسة	
4	- الاشكالية
5	- الفرضية
6	- أهمية الموضوع
6	- دوافع اختيار الموضوع
6	- أهداف الموضوع
7	- المفاهيم الاجرائية
الفصل الثاني : الأخصائي النفسي	
9	- تمهيد
10	- لمحة تاريخية عن علم النفس الاكلينيكي
11	- تعريف علم النفس الاكلينيكي
12	- عمل الأخصائي النفسي الاكلينيكي
15	- معوقات الممارسة النفسية للأخصائي النفسي
16	- أخلاقيات مهنة الأخصائي النفسي
18	- خلاصة

الفصل الثالث: التكفل النفسي

20	- تمهيد
21	- تعريف التكفل النفسي
21	- مراحل التكفل النفسي
22	- أنواع التكفل النفسي
25	- وسائل و تقنيات التكفل النفسي
26	- أهداف التكفل النفسي
27	- خلاصة

الفصل الرابع : المراهقة

29	- تمهيد
30	- تعريف المراهقة
31	- المراحل الزمنية للمراهقة
32	- أزمة المراهقة
33	- مظاهر النمو في المراهقة
38	- حاجات المراهقة
40	- مشكلات المراهقة
41	- المراهقة في الجزائر
42	- الانتحار في المراهقة

الفصل الخامس : الانتحار و محاولة الانتحار

45	- تمهيد
46	- تعريف الانتحار
47	- تعريف محاولة الانتحار
48	- مفاهيم ذات صلة بالانتحار و محاولة الانتحار
48	- أسباب الانتحار
50	- أنواع الانتحار
51	- تفسير محاولة الانتحار

53	- النماذج التفسيرية لظاهرة الانتحار و محاولة الانتحار
56	- الانتحار في الجزائر
57	- استراتيجيات التكفل
58	- الوقاية
59	- خلاصة
الجانب التطبيقي	
الفصل السادس: منهجية البحث "أدواته و إجراءاته"	
63	- تمهيد
64	- تعريف المنهج العيادي
64	- أدوات البحث
66	- تقديم مكان التربص
66	- مواصفات الحالات العيادية المدروسة
الفصل السابع: عرض الحالات العيادية	
	● الحالة الأولى
68	- التقرير السيكولوجي للحالة
68	- اختبار فحص الهيئة العقلية
68	- أهم الجوانب النفسية و الاجتماعية للحالة
69	- حوصلة حول الحالة
	● الحالة الثانية
70	- التقرير السيكولوجي للحالة
70	- اختبار فحص الهيئة العقلية
70	- أهم الجوانب النفسية و الاجتماعية للحالة
71	- حوصلة حول الحالة
الفصل الثامن: عرض النتائج و مناقشتها	
74	- مناقشة النتائج على ضوء فرضية البحث
74	- استنتاج عام

75	- خاتمة
76	- توصيات
77	- قائمة المراجع

مقدمة:

الانتحار ظاهرة جد مأساوية تعني قتل النفس إراديا وهو ينتج بطريقة مباشرة أو غير مباشرة من فعل سلبي أو إيجابي يقوم به الضحية ، هذا الأخير يعرف مسبقا وجوب الوصول إلى القضاء على الحياة ، " فهو نبة مقصودة و مختارة لوضع نهاية للحياة كما يشير إلى اضطراب عميق و معاناة كبيرة تهدد حياة الفرد و المجتمع على حد سواء". (POM MEREAU 2005: 24)

اصبحت هذه الظاهرة تهدد كل مجتمعات العالم فهي مشكل عالمي للصحة العمومية ، 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 نهاية سنة 2020 سيصل عدد الحالات إلى مليون ونصف المليون وهي توقعات جد مخيفة لأن الأسباب والعوامل المساعدة على الانتحار لن تتناقص مستقبلا.

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 منتهزين وميول انتحارية، كما يجب التنويه إلى أهمية ربط هذا المفهوم بالمراهقة إذ أنها فترة صراعات ولها خصائصها ومتطلباتها خاصة على المستوى النفسي 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 و لهذا وجب تدخل الاخصائي النفسي من اجل التكفل النفسي بالمراهقة المحاولة للانتحار للتخفيف من معاناتها و تحقيق التوافق النفسي.

الجانب النظري

الفصل الاول

مدخل الى الدراسة

- اشكالية
- فرضية
- اهمية الموضوع
- دوافع اختيار الموضوع
- اهداف الموضوع
- المفاهيم الاجرائية

الاشكالية:

حظيت ظاهرة الانتحار باهتمام كبير من طرف العلماء و الباحثين في مختلف الميادين و المجالات منها (الطب و علم الاجتماع و علم النفس و القانون) وهذا الاهتمام المتزايد يرجع إلى كون هذه الظاهرة مشكلة عامة تمس الفرد و المجتمع و خطيرة تتضح خطورتها في انتشارها انتشارا واسعا في العالم، حيث تشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية (OMS) أنه يتم انتحار حوالي مليون شخص سنويا في العالم كما يرى أخصائيو المنظمة أنه لا تمر دقيقة و النصف إلا انتحر شخص في هذا العالم.

و إذا نظرنا إلى الجزائر فإننا نجد أن لها نصيبا من نسبة الوفيات بسبب الانتحار فحسب تقرير لمصالح الدرك الوطني أنه تم إحصاء حوالي 164 حالة انتحار خلال الثلاثي الأول لسنة 2010 و هي في تزايد مستمر بالنظر إلى الإحصائيات المسجلة لدى مصالح الدرك لوطني أو ما يلاحظ في الجرائد اليومية عن قيام شاب أو فتاة بالانتحار أو محاولة الانتحار، وهنا نلاحظ أن من بين الفئات العمرية الأكثر قياما بالمحاولات الانتحارية هم المراهقين هذا ما أكدته منظمة الصحة العالمية (OMS) حيث وجدت أن من بين الأسباب الرئيسية للوفاة بين المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين (14-15)

هو الانتحار (Grégory.M 2001 :16).

و لعل هذا راجع إلى أن هذه المرحلة حساسة جدا لأن المراهق يعيش فيها مجموعة من التغيرات العنيفة التي تفقده القدرة على التحكم ، أين يكون مروره إلى القيام بالفعل سريعا لأن كل ما تعجز الوظيفة الكلامية عن التعبير عنه يعبر عنه بالفعل الفوري لإزالة الضغط الداخلي ما يفسر الانفجارات المزاجية و الاندفاعات العدوانية اتجاه الذات و الآخرين كما أن الظروف الجديدة من تنظيمات اجتماعية تجعل المرور إلى الفعل أكثر شيوعا ، حيث أن كثيرا من المراهقين يجدون أنفسهم ضحايا التسرب المدرسي و معزولين عن الحياة العملية التي أصبحت مطالبها جد مبالغ يصعب عليهم تحقيقها ما يدفع إلى تبني أسلوب سير متناقض فيجدون في الفعل الانتحاري حلا لهم.

(M.Boucebci 1982:68)

حيث اكد (kacha) 1996 ان انتحار المراهقين في تزايد مستمر نظرا لتراكم الصعوبات العائلية والاجتماعية التي تصاحب اندفاعهم و يأسهم و إحباطاتهم الشخصية ما يدفع إلى القيام بالفعل الانتحاري أو المحاولة الانتحارية.

فإن معايشة المراهق لظروف اجتماعية و عائلية و مدرسية صعبة تجعلهم يعانون من ضغط نفسي كبير يمكن أن يعتبر من أحد العوامل المساعدة في القيام بهذا الفعل.

و فحسب دراسة دويلد و آخرون (Dewilde &all) 1992 تخص المراهقين المحاولين للانتحار مراهقين أصحاء أظهرت فيها نتائج الدراسة أن المجموعة الأولى أي المراهقين المحاولين للانتحار هم أكثر تعرض للأحداث الضاغطة والتي ترجع إلى المشاكل المدرسية و الأسرية و العلائقية و العاطفية تجعلهم يعيشون ضغط نفسي كبير.

ويرى (M. Boucebci) "أن محاولة الانتحار لدى المراهقين في الجزائر، هي ظاهرة جديدة، وهي تعبر عن فشل في البحث عن نظام جديد أمام طريق مسدود ويبقى المرور إلى الفعل الملجأ الأمثل.

(Boucebci 1978:19)

وعليه تعد مرحلة المراهقة من أصعب المراحل التي يمر بها الفرد ، و هذا لما تتميز به من أنها فترة التحولات الفسيولوجية و النفسية العميقة، أين يعجز بعض من المراهقين التكيف تلك التحولات بسبب

صعوبة في التنظيم النفسي، و بالتالي تكون هناك أرضية استعداد للمرور للفعل، و غالبا ما يعبر الفعل عن وجود معاناة و ضيق شديدين و محاولة لجلب اهتمام المحيط، و العجز في فهم كل هذه المعاناة قد يزيد من حدة الصراعات و تفاقمها مما يؤدي الى محاولة الانتحار.

ولهذا يعتبر التكفل النفسي مهم جدا بالنسبة لهذه الفئة ، و عليه قمت بهذا البحث و ارتأيت من خلاله التكفل النفسي بالمراهق المحاول للانتحار للتخفيف من معاناته و تحقيق التوافق النفسي و الالهم هو تجنب المراهق تكرار محاولة الانتحار.

ومن هنا نطرح التساؤل :

- ما مدى فعالية التكفل النفسي بالحالات المحولة للانتحار من أجل تجنب المحاول الانتحارية؟

الفرضية:

- يعتبر التكفل النفسي مهم في تجنب تكرار المحاول الانتحارية.

أهمية الموضوع:

نظرا لكون الانتحار أصبح أحد المشاكل التي يلتمسها كثيرا من الغموض و النقص من حيث معرفة السبب الرئيسي الذي يؤدي بالشخص إلى ارتكاب الانتحار هذا ما أدى الباحثين و العلماء إلى اللجوء إلى دراسة الانتحار من عدة جوانب نفسية ، اجتماعية ، فتجلت أهمية بحثي هذا في تسليط الضوء على التكفل الاخصائي بالحالات الانتحارية نفسيا و معرفة مدى فعالية العلاج العائلي في التغيير من نمط شخصية المحاول للانتحار و تعديل رؤيته للمستقبل.

دوافع اختيار الموضوع:

إن تفشي ظاهرة الانتحار ومحاولة الانتحار بمجتمعنا الجزائري وخاصة في فئة المراهقين، يستدعي منا التوقف لحظة وإعادة النظر في الظاهرة بعين الباحث المتطلع القضايا مجتمعه، والمتعاطش بمعرفة دوافع المراهق الى محاولة الانتحار بتقديم يد المساعدة و التخفيف من معاناتهم والدعم لتخطي كل الصعوبات الممكنة، و كذا ابراز دور الاخصائي النفسي في التكفل بهذه الحالة، هذا ما دفعني الى اختيار هذا الموضوع بالرغم من حساسيته و صعوبة التكفل بالمراهقين بعد محاولة الانتحار.

اهداف الموضوع:

- لفت الانتباه الى ظاهرة محاولة الانتحار لدى المراهقين على وجه الخصوص.
- معرفة اسباب و نتائج الانتحار و اقتراح توصيات للحد من الظاهرة.
- وصف شخصية المراهق الناجي من محاولة الانتحار.
- تبيان اهمية التكفل النفسي بالمراهق المحاول للانتحار.
- الرغبة في معرفة برنامج التكفل النفسي الذي ينتهجه الاخصائي النفسي قصد التكفل بمحاولي الانتحار و مدى تأثير على تغيير شخصيته والتخلص من مختلف السلوكيات السلبية .
- تأكيد مدى فعالية التكفل النفسي في تجنب تكرار محاولة الانتحار.

المفاهيم الاجرائية:**- التكفل النفسي:**

يشمل التكفل النفسي في تقديم المساعدة للمراهقة بعد محاولة الانتحار، من خلال إرشاد علاجي يمكنها التخفيف من معاناتها ومواقف الإحباط، والصراعات الداخلية، وتوفير لها الإمكانيات المناسبة لتطوير من قدراتها وثقتها بذاتها وتحقيق التوافق النفسي، ويتضمن التكفل المتابعة المستمرة بين فترات محددة للتقييم النفسي للمراهقة

ويشمل التكفل النفسي أيضا مساعدتهم على تجاوز هذه المرحلة ، والأحاسيس والمشاعر المصاحبة لها وإحداث التوازن ومساعدتهم على تقبل الوضع، وتقديم لهم المعلومات الصحيحة الخاصة وفق حاجات ومتطلبات المرحلة(المراهقة) بهدف تعزيز التفاعل والتواصل.

- الانتحار:

هو فعل التدمير الذاتي يقوم به الفرد بصفة إرادية بقصد الموت و الخروج من هذه الحياة، ويرجع إلى أسباب مختلفة منها النفسية، المرضية، المعرفية، الاجتماعية و البيولوجية و غيرها.

- المنتحر:

هو الشخص الذي ينجح في تدمير ذاته و وضع حد لحياته بفعل الانتحار الكامل أي يصل إلى الموت.

- محاول الانتحار:

هو الشخص الذي يقوم بمحاولة انتحار فاشلة، أي أنه لا ينجح في تدمير ذاته و وضع حد لحياته على الرغم من مروره إلى الفعل الانتحاري.

- والفرق بين المنتحر ومحاول الانتحار يكمن في كون الأول يرغب فعلا في قتل نفسه بينما الثاني يسعى إلى جلب الانتباه و كسب تعاطف الغير.

- التكفل :

هو عبارة عن تقنية علاجية يستعملها الفاحص و تتضمن مجموعة من الحصص يبرمجها على أساس قواعد علمية نظرية تهدف الى تحقيق مجموعة من الأهداف تسمح بالوصول بالفرد إلى ضمان حقوقه و الإحساس بالعدالة وسط المجتمع ، و هو أيضا وسيلة نفسية اجتماعية لتوعية الفرد بذاته ، و انه قادر على التواصل مع الآخرين لتحقيق استقلاليته من خلال تنمية القدرات و المهارات و استغلالها أحسن استغلال .

- التكفل النفسي :

تأخذ بعين الاعتبار حالة الطفل و المحيط الذي يعيش فيه و كذا الجانب النفسي بهدف تحسين الحالات أو الأفراد ، كما يمكن أن تأخذ شكل تربوي إعادة التأهيل و العلاقات النفسية و في كل هذه الحالات تعتبر العلاقة فاحص ،مفحوص مهمة جدا.

- المراهقة:

هي مرحلة عمرية من مراحل النمو عند الإنسان تفرض نفسها منذ بداية البلوغ حتى سن الرشد تتميز بمجموعة من التغيرات الفيزيولوجية و النفسية و الفكرية و الاجتماعية و هي محددة في دراستنا الحالية حسب الحالات المدروسة من(15-20 سنة).

الفصل الثاني

الأخصائي النفسي

- تمهيد
- لمحة تاريخية عن علم النفس الاكلينيكي
- تعريف علم النفس الاكلينيكي
- خصائص شخصية المختص الاكلينيكي
- عمل الأخصائي النفسي الاكلينيكي
- معوقات الممارسة النفسية للأخصائي النفسي
- أخلاقيات مهنة الأخصائي النفسي
- خلاصة

تمهيد:

يعد علم النفس العيادي من العلوم الإنسانية التي تقوم وفق أسس ومبادئ ونظريات تختص في فهم التركيبة البشرية عن طريق الاستعانة بأدوات وأشخاص ذوي اختصاص بهذا العلم ، ويعد الأخصائي النفسي الممثل الرئيسي لهذا العلم من خلال ممارساته التطبيقية واجراءاته الفنية المتبناة من هذا العلم وفيما يلي سوف نبرز مكانة الأخصائي النفسي من خلال الإحاطة به من مختلف جوانبه من جهة ، وبالعلم الذي يستمد منه مهامه من جهة أخرى .

I. لمحة تاريخية عن علم النفس الإكلينيكي :

يرجع تاريخ علم النفس الحديث سنة (1892) وذلك مع اقتراب نهاية القرن التاسع عشر، حيث ظهر حدثان مهمان في تلك الحقبة هما: تأسيس الرابطة النفسية الأمريكية **apa** عام (1892) وتنصيب "ج ستانلي هول" كأول رئيس لها .

ويعد العالم ويتمر "Witmer" أول من استخدم مصطلح مفهوم علم النفس وذلك للإشادة به إلى إجراءات التقييم والتشخيص المستخدمة مع الأطفال المتخلفين والمعوقين، لذا يعد اهتمام المختصين في ميدان علم النفس الإكلينيكي في فترات مبكرة من نشأة هذا العلم موضوعا متقدما، إذ بدأ علم النفس الإكلينيكي من الناحية العلمية لدراسة ضعاف العقول ، وفي سنة (1906) تم إنشاء عيادة شيكاغو لإرشاد هاتين vin lande ب إنشاء مؤسسة المدرستين على دراسة عدد متنوع من الاضطرابات النفسية والعقلية إلا أن الاهتمام الرئيسي ظل قاصرا على عمليات التشخيص والتخدير للوظائف العقلية وهو الاهتمام الذي بقي مرتبطا بتعريف علم النفس الإكلينيكي طوال النصف الأول من القرن العشرين (محمد جاسم 2003:13) .

وفي سنة 1907 (تم تأسيس أول مجلة لعلم النفس من قبل العالم ويتمر وفي العام نفسه بدا "مورتون بريس MORTON PRINEE " بنشر مجلة علم الشواذ وأصبح بإمكان الأخصائيين التطبيقيين البدء في تشكيل هويتهم الخاصة وتعزيزت تلك الهوية عندما قام HEALY بتأسيس معهد تأهيل السيکوباتين للأحداث في شيكاغو وبحلول (1910.1909) كان هناك (222) عضو في الرابطة الأمريكية لعلم النفسية الأمريكية، (APA) وفي عام (1919م) تأسست أول منظمة لعلم النفس الإكلينيكي على يد "هيلي" في بوسطن .

وفي عام 1931 م قامت الشعبة الأمريكية التابعة للرابطة الأمريكية لعلم النفس بتشكيل لجنة معايير تدريب في الرابطة وفي عام (1936 م) نشر "لوتين LOUTTIN أول كتاب في علم النفس الإكلينيكي، وفي عام (1937 م) تأسست مجلة علم النفس الاستشاري وقد تطور العلاج النفسي وتطورت أساليبه وحظي ممارسوه بالاهتمام من الحكومات في الدول المتقدمة وخصوصا أمريكا وذلك في أعقاب الحرب العالمية الثانية وذلك لبروز دور هؤلاء الأخصائيين النفسانيين في معالجة الاضطرابات النفسية والصدمات العصبية لآلاف البشر من النساء والأطفال والرجال بعد أن فشلت الحكومة والطب في احتوائهم أو تقديم ما ينجي من تلك الكارثة بعد الحرب العالمية الثانية مما ساعد أولئك الاخصائيين على إعادة الثقة لهم وبناء مهتهم وتطويرها (فالح 2011:11).

وفي عام (1947) تم إنشاء مجلس للممتحنين الأمريكي في علم النفس المهني للسماح للمتخصصين في علم النفس بالممارسة الإكلينيكية.

وفي سنة (1963) اللجنة المشتركة للصحة العقلية تدعوا إلى إنشاء مراكز الصحة العقلية داخل المجتمع.

وفي سنة (1973) جمعية علم النفس توافق في اجتماعها السنوي على دعم التدريب المهني وتدعوا إلى إنشاء درجة جديدة للدكتوراه وهي دكتوراه في علم النفس بالإضافة إلى دكتوراه في الفلسفة.

وفي (1975) جمعية علم النفس تضع قواعد تدريب المختصين في العلاج داخل المجتمع.

(عبد الله؛ وعبد الستار 2008: 14)

وفي سنة (2002) قامت الرابطة APA بنشر طبعة جديدة عن المبادئ الأخلاقية وقواعد السلوك لأخصائي النفسي وعليه ارتأينا انه من الضروري أن نعرف بالميدان الذي يوجد فيه الأخصائي النفسي.

II. تعريف علم النفس الإكلينيكي :

كلمة إكلينيكي مشتقة من كلمة يونانية تشير إلى معنى عيادة المريض. وبمرور الوقت نجد أن كلمة CLINIC قد اكتسبت المعاني مختلفة منها : العيادة الخاصة مقابل الإقامة في المستشفى.

ويرى آخرون أن علم النفس الإكلينيكي يتناول المرضى والشواذ فقط.

ومن وجهة نظر السيكولوجيين هو ذلك الفرع من علم النفس الذي يهتم بمشكلات توافق الشخصية الإنسانية وتعديلها.

تعريف جمعية علم النفس الأمريكية :

إن علم النفس الإكلينيكي هو فرع من فروع علم النفس التطبيقية يهدف إلى تحديد خصائص سلوك الفرد وامكاناته باستخدام أساليب القياس والتحليل والملاحظة كما يقدم الاختبارات والتوصيات لغرض توافق الفرد توافقا سويا بعد أن يتم معالجة ما توصل إليه الفحص الطبي والبيانات الشخصية التاريخية والخلفية الاجتماعية ومن خلال استخدام علم النفس الإكلينيكي أساليب علمية لتقديم العون لأشخاص يعانون من اضطرابات انفعالية نفسية ومن تم علاجهم. (محمد جاسم 2013: 13)

وعلم النفس الإكلينيكي بالمعنى الواسع هو ميدان تطبيق المبادئ النفسية التي تهتم أساسا بالتوافق

السيكولوجي للأفرد ويتضمن التوافق السيكولوجي: مشكلات السعادة مثل مشاعر عدم الارتياح والإحباط وعدم الملائمة والقلق أو التوتر لدى الفرد، كما يتضمن علاقاته بالآخرين ومطالب المجتمع الأكبر الذي يعيش فيه وأهدافه وعاداته. (جوليان 1984 : 23) .

III. خصائص شخصية المختص الاكلينيكي:

- يتطلب الإكلينيكي كفاءة شخصية والقدرة على اتخاذ القرارات الملائمة في أكثر المواقف غموضا.

- القدرة على تطوير علاقات إنسانية ولكنها مهنية بمرضاه ويحتاج الأخصائي أن ينمي بجمهوره علاقة إنسانية دافئة ولكم يجب أن تكون في نفس الوقت واقعية ومهنية ولهذا يؤكد الكثير من المعالجين أهمية التعاطف مع المريض والتعاطف معناه إحساس المعالج بمشكلة المريض كما يعيشها المريض ذاته وبهذا فهو يختلف عن العطف أو الشفقة ومن احد أساليب إظهار التعاطف والمشاركة : الإصغاء للمريض وتشجيعه على الحديث عن نفسه بتقبل واهتمام دون نقد، أو حكم، أو موافقة أو عدم موافقة.

- إدراك المريض في إطاره اجتماعي والتصرف بمقتضى ذلك أن المريض ليس شخصا مجردا عن واقعه الاجتماعي والمعالج الناجح هو الذي يدرك ذلك جيدا بان يعي الظروف الاجتماعية والبيئية التي تحيط بالمريض بهدف فهم كيفية تكون المرض وكيفية علاجه (عبد الستار؛ وعبد الله 2008: 25)

● **التعامل مع الزملاء ومؤسسات العمل:**

يحتاج الأخصائي النفسي التعامل مع الإدارات والمؤسسات والزملاء والأجهزة البيروقراطية ومن المهم أن يتدرب على كيفية التعامل معها وذلك بان يطلع على ادوار العاملين الرسمية، ومصادر القوة غير الرسمية، وكيفية الاتصال بأصحاب القارات والمهيمنين على جهاز المؤسسة.

(عبد الستار؛ وعبد الله 2008: 26)

● **احترام الذات وفهمها :**

احترام الذات وفهمها وتطوير إمكانياتها عمل ضروري لكل اكلينيكي سواء كان اهتمامه موجها للبحث أو العلاج أو الاستشارة ولهذا فان الأخصائي النفسي الإكلينيكي المؤثر هو من يستطيع أن يحقق التوازن بين حاجاته للانغماس أو البعد عن عمله , وان يع رف متى ينشط ويتحمس

ومتى ينسحب ويتراجع . (عبد الستار؛ و عبد الله 2008: 26).

_ أما عن الصفات التي على الممارس النفسي ان يتحلى بها، فهي تتمثل في العناصر التالية:

- قوة الشخصية والثقة في النفس .
- الأمانة .
- الأصالة .
- المرونة .
- القدرة على الإقناع.
- التفكير التحليلي والفراسة.
- روح المسؤولية.

IV. **عمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي :**

تقوم مهنة الأخصائي النفسي على تقديم المساعدات للأفراد التي تعاني من مشكلات سوءا كانوا أفراد أو جماعات بغرض تخليصهم من الوضعيات الصعبة التي يمرون بها وتجاوزها إلى وضعيات تكون أفضل مما سبق غيرها ومن الأعمال التي يقوم بها الإكلينيكي:

- تقويم السلوك العصابي إلى سلوك مهذب.

- القيام بنفسه بكل أنواع العلاج النفسي لكافة الأنماط الإكلينيكية وخاصة القلق والاكتئاب والعصاب الذي أصبح يشمل الآن كل الأفراد والجماعات.

- القيام بالاستفادة من معظم وقت الإكلينيكي في مساعدة المريض لتعليمه كيفية القيام بأدواره الاجتماعية بطريقة تكون أكثر نضجا و بناء العلاقات الإنسانية المتينة بين المعالج وصاحبه.

ولقد أكد "patterson" (1973) "باترسون" إن عمل الأخصائي يندرج تحته التعامل مع مشكلات الأفراد في العلاج النفسي منها : الجنسي، جنوح الأحداث، الإدمان، المخدرات، الاكتئاب، العصبية، الانفعالات الحادة، والمشكلات الحادة التي تتصف باتصالها بالشعور والمشكلات الحادة التي تتصف باتصالها بالاشعور.

-ويمكن أن نقسم الأعمال التي يقوم بها الأخصائيون النفسيون في ثلاث مهام أو أساليب وهي على النحو التالي:

- أولى هذه المهارات في قياس الذكاء والقدرات العامة وهذا النشاط لا يتضمن مجرد قياس القدرة

الحالية للفرد بل يتضمن أيضا تقدير إمكاناته وكفاءته واثار المشكلات أو الظروف الأخرى التي

تحيط به في قيامه بوظائفه العقلية. (محمد جاسم 2013: 25)

- والمجال الثاني من مجالات تطبيق المهارات والأساليب الإكلينيكية يتعلق بقياس الشخصية ووصفها وتقييمها وما يتضمن من تشخيص ما يمكن أن نطلق عليه السلوك المشكل أو الشاذ أو غير التوافقي

(محمد جاسم 2013: 25)

- والمجال الثالث من مجالات الممارسة السيكولوجية الإكلينيكية هو ما نطلق عليه عادة العلاج

النفسي ويقصد به في أذهان الكثيرين طريقة العلاج التي يتحدث فيها المعالج للمريض عدة ساعات

في محاولة لمساعدته على فهم نفسه والوصول إلى توافق أفضل وهذا المصطلح يستخدم بمعنى أوسع لوصف جميع طرق العلاج النفسي وهذه الطرق تتضمن معالجة المرضى وجها لوجه لفترة من

الزمن وتوجيه التوصيات للآباء أو المدرسين أو المرضى أنفسهم مباشرة والقيام بإحداث هذه التغيرات

وبعبارة أخرى تتضمن هذه الطرق أية أساليب أو توصيات لزيادة توافق الفرد (محمد جاسم 2013: 26)

• مجالات عمل الأخصائي النفسي:

تمتد مجالات عمل الأخصائي النفسي وتتوسع لتشمل المستشفيات العقلية والمصحات النفسية بل تتعداها لتشمل العيادات النفسية الخارجية العيادات المدرسية العيادات العسكرية وزيادة على هذا أصبح دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي ضروريا في مراكز التوجيه والإرشاد المدرسي والجامعي وبالسجون ومراكز الإصلاح والتأهيل ومؤسسات التخلف العقلي ومؤسسات الجانحين ومؤسسات علاج الإدمان على الكحول والخمر والمخدرات ومؤسسات فاقد البصر والصم والمعوقين جسميا حتى مجالات الصناعة والإنتاج أصبحت تستعين بالسيكولوجيين الإكلينيكيين بهدف التوجيه والإرشاد النفسي للعمال والموظفين والقيام بالبحوث الخاصة بتوافق العمال وتقديم الاستشارات للمؤسسات والوكالات الحكومية والصناعية فيما يتعلق بمشكلات قياس الشخصية والاختيار من أجل صحة نفسية أفضل والحصول على طاقة أكبر على العمل والإنتاج، كما يجب ذكر أهميته في الميدان العسكري لتعامله مع مختلف الاضطرابات النفسية والصدمات التي تظهر أوقات الحروب كاضطرابات الصدمة وما بعدها بالإضافة إلى مساعدته في تخطيط وتوجيه العمليات النفسية كجزء من العمليات العسكرية.

• النشاطات التي يقوم بها الأخصائي النفسي :

وقد ذكرها (عبد الستار؛ و عبد الله 2008: 27).

- المساهمة في تشخيص الأمراض النفسية والعقلية المختلفة :

حيث يستخدم الأخصائي النفسي هنا عددا من الاختبارات المقننة الملائمة لأغراضه، بجانب عدد آخر من الوسائل مثل: الملاحظة والمقابلات الشخصية ودراسة الحالة. وتتعدد الأهداف من التشخيص فلا تقتصر على وضع المريض في فئة تصنيفية من فئات الاضطرابات بل يجب أن تشمل على عملية تقويم شاملة للشخصية بحيث يمكن التقرير الإكلينيكي لحالة معينة من معرفة الكثير عن العوامل المسببة للمرض ومصدر الاضطراب إن كان وظيفيا أو عضوي، أو مسار هذا الاضطراب مستقبلا والمناهج العلاجية التي تصلح مع هذا المريض.

- العلاج :

حيث يستخدم الأخصائي النفسي الإكلينيكي مناهج متنوعة من العلاج تنتمي نظريا لإطارات مختلفة ومن أهمها : نظرية التحليل النفسي نظريات التعلم النظريات الإنسانية والنظريات المعرفية العقلانية.

- البحث :

يمثل القيام بالبحوث وظيفية هامة من الوظائف التي يجب أن يقوم بها الأخصائي النفسي

ويحدد Mackay (1975) خمسة أنماط عريضة من البحوث ذات الطابع الإكلينيكي :

إجراء التجارب السلوكية على الحيوانات بهدف الوصول إلى الفروض محددة عن الطبيعة البيولوجية بالاضطرابات النفسية والعقلية.

- التحقق من الفروق التي تنمو عن طبيعة الاضطرابات النفسية في مختلف الجماعات والفئات المرضية.

- التفحص والتدقيق العلمي في دراسة أسباب الاضطرابات النفسية.

- المقارنة بين الأشكال المختلفة من العلاج.

- الكشف عن العلامات التي تمكن من الحكم على إمكانية شفاء مريض معين.

وتتسع نشاطات البحث لتشتمل القيام ببحوث متنوعة يساعد بعضها على الكشف العوامل المسببة

للاضطرابات المختلفة، ويساعد بعضها الآخر على إلقاء الضوء على فاعلية النظريات الحديثة. وهناك

أيضا بحوث يقوم بها الإكلينيكيون بهدف تقرير التحسن في الشخصية والتغيير فيها في ظل شروط علاجية مختلفة.

- الاستشارة وتقديم النصح :

تتخذ الاستشارة أشكال عدة حيث يميز "ساندبيرج sundberg"، "وتيلر tyler" و "تابلين" 1973 بين نوعين رئيسيين من الاستشارة:

- الاستشارة الإكلينيكية التي يكون فيها إعطاء النصح وتقديم المشورة فيما يختص بالجوانب الإكلينيكية للحالة، وقد تشمل هذه الوظيفة أن يقوم الأخصائي نفسه بإجراء عمليات التشخيص والعلاج أو قد تقتصر على إعطاء النصح للعاملين الآخرين الأقل تدريباً إكلينيكياً بخصوص المناهج العلاجية التي تصلح للمريض، وأساليب معالجة المشاكل الطارئة في حياة المريض.

- الاستشارة التي تتم بهدف إنشاء البرامج الإكلينيكية العامة وتقييمها : وفي هذه الحالات لا تكون وظيفة الأخصائي النفسي محصورة الحالات الفردية، ولكنها تكون مركزة على تحسين النظم العلاجية العامة.

V. معوقات الممارسة النفسية للأخصائي النفسي :

أ- ضعف التكوين العلمي:

ويقصد به نقص التكوين الجامعي من حيث المعرفة النظرية للممارسة النفسية، وهذا ما يؤكد "ويندفريد" Windfrid بقوله: " أن مشكلة التكوين تعتبر من أكثر المشكلات حدة في علم النفس العيادي، لذلك لابد من توفير تكوين صلب في الجانب النظري والميداني حتى تتوفر الكفاءة التي هي شرط مدن شروط الممارسة النفسية " (Windfrid,1986:225)

ب- ضعف التدريب الميداني:

ويقصد به نقص التدريب الميداني من حيث المعرفة التطبيقية لاستخدام التقنيات العلاجية، ففي دراسة لـ "كلثوم بلميهوب" (1998) حول المشكلات التي تواجه الأخصائي النفسي وجدت أن 26 % من العاديين اعتبروا أن ضعف التكوين في العلاج يشكل أهدم الصعوبات التي يواجهونها، وأشارت بيانات الدراسة إلى افتقار العياديين إلى التحكم في التقنيات العلاجية الحديثة التي ثبتت فعاليتها، وكذا عدم مسايرتهم للتطور الذي يعرفه علم النفس العيادي في العالم المتقدم. (كلثوم، 1998: 675).

ج- عدم الاعتراف بالمهنة:

أي عدم الاعتراف بمهنة ودور الأخصائي النفسي من طرف المحيطين به، بدءاً بمدير المؤسسة

وعمالها(زملاء العمل) وصولاً إلى كافة شرائح المجتمع المختلفة، وعدم إدراك الأهمية البالغة التي يلعبها هذا الفرد في المجتمع، لذا نجد أن أغلبية الأخصائيين يعانون من التهميش حتى من طرف المثقفين والمسؤولين، مما يحول دون تحسين وضعيتهم المهنية.

د- الضغط المهني:

قد يعاني الأخصائي النفسي من ضغوط مهنية تفرضها طبيعة المهنة، فهو يتعامل مع أفراد مضطربين غير أسوياء، وسيرورة العمل معهم قد تزيد من احتمال الإصابة بضغط المهنة.

وقد يعود الضغط المهني إلى الفشل في العلاج، حيث بينت دراسة "كلثوم بلميهوب" (1998) أن الأخصائيين يواجهون صعوبات شديدة في تقديم العلاج للحالات التي يتعاملون معها، مما يؤدي إلى معاناتهم من الضغط المهني بشكل متفاوت. (كلثوم، 1998 : 181).

ه- نقص الوسائل والإمكانيات المادية:

لكي يؤدي الأخصائي النفسي مهمته على أكمل وجه، لابد أن يتوفر لديه مكتب مريح وملائم للحالات التي يستقبلها، وأدوات ووسائل خاصة تساعد في عمله؛ منها: الألعاب التربوية، المسجل (موسيقى الاسترخاء)، الاختبارات النفسية...

في هذا الشأن ترى بعض الاتجاهات أن التطور الحادث في الاختبارات النفسية هو الطريق الذي يساعد في التشخيص والعلاج للمشكلة التي هو بصدها ... وبالتالي نستطيع القول أن الأخصائي النفسي يجذب أن يتسلح بهذه الأدوات، ولكن يبقى الخبرة الدينامية التي يستطيع بها أن يلقي نظرة شاملة على المشكلة المراد بحثها . (رأفت عسكر 2004:46)

و- عدم تعاون الأسرة:

أي عدم تعاون الأسرة مع الأخصائي النفسي من أجل علاج الحالة، مما يحمله المسؤولية الكاملة لمتابعة المريض وعلاجه، فتصعب عليه المهمة بذلك.

VI. أخلاقيات مهنة الأخصائي النفسي :

في سنة 1953 نشرت جمعية علم النفس الأمريكية ميثاق المعايير الأخلاقية وقد اعتمدت في ذلك على الدراسة المستفيضة للمشكلات الصعبة التي تواجه الممارسين و القرارات الضعيفة التي يشعر الفرد منهم بالحيرة عند اتخاذها. وقد أرفقت جمعية علم النفس بالميثاق الأخلاقي التي صاغت مبادئه بالتعاون بين أعضائها كتابيا آخر يشرح معنى كل مبدأ نشر، وبعض الحالات التي يتعرض لها الأخصائيون النفسانيون لتحديد معنى هذه المبادئ في ميدان الممارسة العملية.

وفيما يلي بعض المبادئ الأخلاقية التي ترتبط بميدان الممارسة الإكلينيكية:

- المبدأ الأول : التمسك بالمعايير الأخلاقية والقانونية :

يجب على الأخصائي النفسي عند ممارسته لمهنته أن يحترم الأوضاع الاجتماعية السائدة في مجتمعه فضلا عن الاستجابة للتوقعات الأخلاقية من قبل المجتمع الذي يعمل فيه وان يضع في الاعتبار أن قيامه للخرق للمعايير الاجتماعية والأخلاقية والقانونية السائدة، قد يترك آثاره السيئة على مرضاه، وطلابه وزملاء مهنته (عبد الستار؛ وعبد الله 2008 : 29).

- المبدأ الثاني : التصريحات العامة :

التحلي بالتواضع والحذر العلمي والوعي الواضح بحدود المعرفة العلمية المتاحة وذلك في كل التصريحات التي تصدر عن الأخصائي النفسي عندما يطلب منه مباشرة أو غير مباشرة الإدلاء بمعلومات معينة للجمهور (عبد الستار؛ وعبد الله 2008:29)

المبدأ الثالث : السرية :

حماية أي معلومات يكون قد حصل عليها من فرد معين بطرق التعليم، أو الممارسة أو البحوث وتجنب إفشاء المعلومات بأي حال من الأحوال لأي شخص إلا تحت شروط ضرورية.

(عبد الستار وعبد الله 2008: 29)

المبدأ الرابع: الصالح العام للعميل أو الحالة:

يحترم الأخصائي النفسي تكامل الشخص أو الجماعة التي يعمل معها ويحمي مصالحها ما أمكن ومن الأمثلة التي يضعها الميثاق لذلك : أن يحتفظ الإكلينيكي بمسؤوليته تجاه الحالات التي تحول إليه أن يتولى شخص آخر المسؤولية، وان يكون قادر على إنهاء علاقة إكلينيكية بمرضاه طالما يعرف أنها أصبحت غير مفيدة، وان لا يغفل في مواقف الصارع مع أعضاء المهن الأخرى إن أولى باهتمامه في مثل هذه الظروف هو الحالة وليس المهنة... الخ (عبد الستار؛ وعبد الله 2004: 29)

المبدأ الخامس : الإعلان عن الخدمات :

على الأخصائي النفسي أن يتمسك بالمعايير المهنية وليس بالمعايير الدعائية أو التجارية عند محاولته التعريف بخدماته فمثلا(يجب تجنب الإعلان عن عمله، وان لا يتحيز في اختباره للحالات التي تأتي، و أن لا يضع عند تقديم خدماته متطلبات مغالى فيها(عبد الستار؛ وعبد الله 2008: 29)

المبدأ السادس : تفسير الاختبارات والمقاييس :

والدرجات التي يحصل عليها الأخصائي النفسي باستخدام المقاييس النفسية والاختبارات يجب معاملتها نفس المعاملة التي يعامل بها هذه الأدوات فلا يجعلها متاحة إلا للأشخاص المدربين على تفسيرها أو الذين سيستخدمونها بطريقة لائقة(عبد الستار؛ وعبد الله 2008: 29).

المبدأ السابع : الحيطة عند ممارسة البحث العلمي :

يتحمل الأخصائي النفسي المسؤولية كاملة لحماية صالح الأشخاص والحيوانات التي تكون موضوعا لبحوثه (عبد الستار؛ وعبد الله 2008: 29).

الخلاصة:

من خلال ما تطرقنا إليه في هذا الفصل من تعاريف حول طبيعة عمل الأخصائي النفسي والإطار العمل الذي ينتمي إليه وجل النشاطات و المهمات التي يمارسها بالإضافة إلى مختلف المعايير والأخلاقيات التي يجب أن يتحلى بها اتضح لنا أهمية هذا العنصر البشري الفعال في المجتمع من خلال أدواره البارزة وخدماته الإنسانية النبيلة المقدمة لكافة الشرائح التي هي بحاجة ماسة إليها.

الفصل الثالث

التكفل النفسي

- تمهيد
- التكفل النفسي
- مراحل التكفل النفسي
- انواع التكفل النفسي
- وسائل و تقنيات التكفل النفسي
- اهداف التكفل النفسي
- خلاصة الفصل

تمهيد:

إن الانقطاع الذي تشهده العلاقات التي تربط المراهق بأسرته يكون سببا لهذا الفرد في خلق عدة اضطرابات مع محيطه الاجتماعي فيصبح غير متكيف معه مما يدفعه إلى التمرد و بالتالي الجنوح مما يستوجب الاعتناء به ، و انطلاقا من هذا يبدأ دور المختص النفسي بالتدخل في إطار ميدان عمله المسطر من قبل الحكومة و المتمثل في العلاج النفسي.

هذا الأخير الذي لا يقتصر على مجرد إزالة الأعراض المرضية التي يشكو منها الفرد بل يتعدى علاج الاضطرابات السلوكية التي يعاني منها بعض الأفراد التي تمنعهم من التكيف تكيفا سليما في مجالات الحياة اليومية و هذا ما يقدمه التكفل النفسي.

I. التكفل النفسي:

يعتبر التكفل النفسي أنجح طريقة يعتمدها المختصون للتخفيف من حدة الاضطرابات النفسية.

1-تعريف التكفل:

التكفل هو التزام أو ارتباط من طرف شخص لغرض تحقيق مساعدة طبية أو مساعدة اجتماعية، وهو عبارة عن مصدر أولي للطمأنينة الاجتماعية ويهدف للوصول ولو جزئياً لتحقيق علاج أو إعادة تدريب أو راحة أو ثقافة.

2-تعريف التكفل النفسي:

"هو مجموعة من الطرق المنهجيات النفسية الإجرائية، المتداخلة للعناية بالأشخاص الذين يعانون من مختلف الاضطرابات سواء كانت نفسية أو عضوية وتتمثل في تدخل الأخصائي".

(جون لا بالانش وبونتاليس، 1985، ص 221)

II. مراحل التكفل النفسي:

يتضمن التكفل النفسي ثلاث مراحل أساسية تتمثل في:

1-التشخيص: "يمثل التشخيص خطوة رئيسية خلال عملية التواصل إلى افتراض دقيق عن طبيعة وأساس مشكلة المريض، قصد التنبؤ ورسم خطة علاجية و متابعتها وتقويمها ويكون ذلك عن طريق جمع كل المعلومات عن المريض ثم تحليلها وتنظيمها بغرض فهمها بغية الحصول على خطة علاجية تتناسب مع حالة المريض" (مصطفى فهمي 1979: 212).

وهو تلك العملية التي يقوم بها الأخصائي النفسي يجمع في سيفها البيانات والمعلومات عن الفرد ليعالجها معالجة خاصة تمكنه من أن يرسم صورة تحليلية متكاملة لشخصية من الفرد تتضمن وصفا دقيقا لقدراته وإمكاناته ومشكلته وأسبابها وذلك بهدف وضع تصور أو استراتيجية معينة لخطة عمل ملائمة تنفذ على هذا الفرد ويمكن أن يكون التشخيص تعاوني يقوم به عدد من الأخصائيين نحو العملاء وهذا النوع يستعين بالأطباء والأخصائيين في الطب النفسي أو العقلي وعلى الأساس يمكن الأخصائي أن يقوم بالعلاج الضروري للمخصوص" (مصطفى فهمي 1979: 212).

"ولقد اختلف الأخصائيون النفسيون حول موضوع التشخيص في العملية العلاجية في حين يرى بعضهم أن العملية تكون قبل الانطلاق في عملية العلاج أو قبل المساعدة الذي يقدمها الأخصائي النفسي (عبد الرحمان العيساوي 1992: 49-55)

يرى البعض الآخر أنها عملية تتم أثناء عملية العلاج أو المقابلة الإرشادية.

وتتمثل الأهداف العامة للتشخيص في:

التمييز بين الاضطرابات العضوية والوظيفية.

الكشف عن الاستجابة للاضطرابات النفسية.

تقييم درجة الاضطرابات في مداهمها وعمقها.

تقييم درجة العجز العضوي والوظيفي.

التبوء بالمسار المحتمل للاضطراب.

تحديد الأساس العلمي لتصنيف البيانات وتحليلها". (عطية محمود هنا 1983: 81).

2-العلاج النفسي:

"يعتبر الطريقة العلاجية للاضطرابات النفسية أو الجسدية باستخدام الوسائل السيكولوجية المختلفة مثل العلاقة بين المعالج والمريض". (فيصل عباس 1994 : 147-148)

"ويشترك في عملية العلاج كل من الأخصائي في العلاج النفسي والطبيب النفسي والأرطفوني والمربي، قدور المعالج النفسي ليقترن على تطبيق التقنيات والوسائل العلاجية بل يتعدى ذلك إلى اعتماد وتطبيق بعض البرامج ذات الأهداف العلاجية ويجب حث الأهل والمدرسين لاشتراكهم في تطبيق البرامج المختصة بمعالجة ومساعدة الأطفال". (غسان يعقوب، الطبعة الأولى: 253)

3-التقويم النفسي:

"وعبرة عن تقييم نتائج الكفالة النفسية والحكم على المتابعة النفسية التي تمت، إذن فالتقويم هو إصدار حكم على مدى تحقيق الأهداف المنشودة من الكفالة، ويتضمن ذلك دراسة الآثار التي تحدثها بعض الظروف والعوامل في تسهيل الوصول إلى تلك الأهداف أو تعطيلها ويرتبط للتقويم النفسي مفهوم آخر على درجة كبيرة من الأهمية وهو مفهوم القياس ولهذا المصطلح معاني عدة في المجال النفسي.

مقارنة شيء معين بوحدة أو مقدار معياري.

العملية التي يمكن أن تصف شيئاً وصفاً كميًا حتى يمكن تحديد سعة ذلك الشيء.

تحديد مرتبة الشيء أو إمكاناته في مقياس يقدم وصفاً كميًا". (فؤاد أبو حطب 1973 : 52-53)

III. أنواع التكفل النفسي:

1- العلاجات التحليلية:

أ- التحليل النفسي:

"يعتبر العلاج بالتحليل النفسي من أقدم الطرق النفسية المستعملة، بحيث يعتمد على تحليل الخبرات والذكريات الماضية المكبوتة في مرحلة الطفولة المبكرة التي يرى فيها زعماء التحليل النفسي أنها السبب الرئيسي لحدوث مختلف الأمراض العصبية و عليه يجب إتباع طرق علاجية تحليلية التي تمنح للمفحوص القدرة على تذكر الخبرات الماضية مما يشجعه على الاستبصار في مشكلاته و صراعاته ، فالاستبصار يؤدي الى التغيير التلقائي ، فالتحليل النفسي خاصة منه التدعيمي يهدف إلى الكشف عن الأسباب و العوامل الأصلية في حدوث المرض ، فهو يتجه إلى حل مشكلات المريض و العمل على حل صراعاته و إزالة عوامل الضغط و تخليص المريض من الشعور بالذنب و الذنب المكبوت و

البحث عن الشيء المفقود بالنسبة للمريض و إعادة الثقة بالنفس و كذلك الوقوف بجانبه و تنمية روح التفاؤل لديه". (عطوف محمود ياسين 1981: 125)

ب- العلاجات المستوحاة من التحليل النفسي :

" تكون فيها حصص متابعة أكثر و أكثر ليونة في الشرح و يركز فيها المعالج على حديث المريض الأكثر أهمية المعبر عن معاناته النفسية و هذا النوع من العلاج لا يقلق المريض و لا يجبره.

بحيث يساعد على إدراك و فهم المكانزمات اللاشعورية التي تدوم بها الحالة الاكتئابية و حالة القلق و هذه الطريقة فيها تعليمات أكثر من التحليل النفسي كما تساعد الفرد على حل المشاكل الصعبة و الصراعات الداخلية دون تعمق.

ج- العلاجات التحليلية القصيرة المدى:

في هذا النوع من العلاج تكون الحصص متقاربة و يتم تحديد الإطار الزمني بصفة دقيقة و يتم في هذا النوع من العلاجات تحسين العلاقات بين الأشخاص و مساعدة المريض على حل المشاكل و يتطلب هذا النوع من العلاج التحليلي توظيف و تركيز نفسي خاص من طرف المفحوص".

(Dechemia dedie 1995 :98)

- الطرق و الأساليب المشتركة:

أ- التداوي الحر : الفرد يكون هنا في حالة استلقاء و استرخاء.

ب- تكوين ضرب من ضروب العلاقة العلاجية.

ج- عقد عدة جلسات.

د- التأكيد على التخيلات و الطرح و زلات اللسان و تفسير أحلام المريض".

(عبد العلي الجسماني 1999: 256-266)

2- العلاج السلوكي:

"يعرف العلاج السلوكي في قاموس التحليل النفسي التقليدي بأنه شكل من أشكال العلاج النفسي يعتمد على نظرية التعلم و يفترض هذا الاتجاه من العلاج أن الأعراض العصبية هي حصيلة تعلم خاطئ ، ثم طريق الاشرط و هذا النوع من العلاج يهدف إلى إزالة الأعراض العصبية عن طريق عملية فك الاشرط ثم إعادة الاشرط بشكله الصحيح أي أن جماعة العلاج السلوكي يعتبرون الأعراض العصبية المريضة عبارة عن عادات خاطئة تعلمها المريض لكي يقلل من درجة قلقه و توتراته ، ففعالية العلاج السلوكي تكمن في المنهج المتبع و الذي يمتاز بقدرة الباحث في هذا المجال على الضبط و التحكم في وضع خطة للعلاج". (عطوف محمد ياسين 1981: 125)

3- العلاج المعرفي:

"العلاج المعرفي جاء كامتداد لتناول سلوكي و كرد فعل له انطلاقا من العلاج السلوكي ، هذا النوع من العلاج يركز على السلوك الظاهري مهملا بذلك السلوك الباطني الذي يعبر عنه التناول المعرفي بالعملية المعرفية.

و العلاج يكون عن طريق إعادة بناء العالم المعرفي للأشخاص الذين يعانون من تلك الاضطرابات و من بين النماذج العلاجية الأكثر شيوعا و تطبيقا في التناول المعرفي نجد: العلاج العقلي الانفعالي. العلاج المعرفي.

-نموذج حل Zurila et gold fred " (محمد الحجاز 1984 :111)

4- العلاج السلوكي المعرفي:

"يطلق مصطلح العلاج السلوكي المعرفي على التدخلات التي تقوم على أسس و تقنيات العلاج السلوكي المستعملة في التغيير المباشر كالعلاقات المعرفية للعملاء.

كما أن العلاج المعرفي يستند إلى فكرة أساسية تنص على أن الطريقة التي نرى بها أو نفسر بها الوقائع التي تحذف في بيئتنا تؤثر على طريقة سلوكنا، وانطلاقا من ذلك اقترح لازاروس علاجه الذي سماه بعلاج إعادة تركيب البنية المعرفية المستمدة من مقولته التالية: " إن الحوادث الخارجية في حالية من أي مؤثر أو إزعاجات، ولكن تأويلنا لهذه الحوادث هو الذي يخلق الإزعاجات في نفوسنا"

من هذه المقولة يتضح لنا أن بيئتنا المعرفية ورأيها للأحداث بصورة سلبية هي التي تخلق لنا الإزعاج ومنه الفلق الاكثتاب". (عبد العلي الجسماني1981: 284)

أ- التقنيات المستخدمة:

تحري وتقصي ما يجري في تفكير الفرد وتحديد اتجاهاته.

التعرف على لدى الفرد من أنماط فكرية سلبية.

إعادة التربية لتغيير نمط التفكير لديه.

إعطاء المريض واجبات بدنية لإنجازها بقصد التعرف على مدى تقدمه وكفاءته.

5- العلاج بالاسترخاء:

"هو علاج نفسي يعلم الفرد كيف يهدأ أو يتغلب على المواقف الصدمية القاسية التي يتعرض لها، وهو عبارة عن تجربة جسمانية تتجه للمعاش الجسماني للمريض وهو علاج منشئ كثيرا في جميع أنحاء العالم نظرا لفعاليتها على الراشد وحتى الطفل ويتطلب التخصص كباقي العلاجات"

(Dechemia dedie1995:98)

"فالاسترخاء يؤدي إلى إعادة توزيع الطاقة في شكل متوازن إلى إزالة التشنجات العضلية التي ترتكز في مختلف أعضاء الجسم.

كما تشير الأبحاث إلى أن الاسترخاء يؤدي للحد من إفراز مادة الأدرينالين وبالتالي يقلل من انعكاس الانفعال النفسي على الصعيد الجسمي.

كما أن الاسترخاء يتطلب من المريض تركيز تفكيره على الجسم بمعزل عن العالم الخارجي مما يخلصه من آثار الصراعات النفسية". (أحمد النابلسي1988 : 74-79).

- والاسترخاء ينقسم إلى فترتين:

الفترة الأولى: "تمارين استرخائية رياضية قصد الوصول إلى الاسترخاء الفيزيولوجي الكامل، تكون بعد ذلك الراحة الجسمية، والفكرة بعد هذه الفترة التدريبية يصبح الشخص في حالة حلم.

الفترة الثانية: تخصصت التفسيرات وتحليل سطحي للمادة اللاشعورية وهو يشبه اليقظة وأول من طبق تقنية الاسترخاء هو طبيب السيكاتري "شيلتز" الذي كان يعمل كطبيب للأمراض الجلدية، طبق عمله لأول مرة في و.م.أ. " (Dechemia dedie:98) **طرق الاسترخاء:**

"تتعدد الطرق المستعملة في عملية الاسترخاء وهدفها الوصول إلى هدوء عصبي وعضلي بفضل التمارين المنظمة، عن طريق التمدد تدريجياً بالتحكم بالجانب العضلي والانفعالي ومن أهم تقنيات الاسترخاء تذكر:

-تقنية التدريب الذاتي.

تقنية إعادة تربية القدرات التقنية.

وهناك تقنيات أخرى (جينفر - جيرون كلوثر - كريششر - ستروني جاكسيون) .

(Brussete (f)1987:100)

6- العلاج الإسنادي:

"يعتبر من العلاجات المنتشرة بكثرة وهو علاج موجه شفوي تشجيعي إيجابي، ويطبق على الفرض داخل المكتب العلاجي أو داخل المؤسسة وهو يهدف إلى تقوية الآليات الدفاعية النفسية للفرد إلى يتكيف جيداً مع محيطه كما دون البحث شخصيته والفاحص هنا لا يتدخل مباشرة في حياة المواطن وإنما يكون تدخل بنصحه ومساعدته أو بتوجيهه في اختياره وإما بطمأنته أو إعادة الثقة في النفس."

(dechemia didie1995 :100)

"فالعلاج الإسنادي يستعمل لحل مشكل راهن عندما يكون الشخص في وضعه تتطلب المساعدة ونوع من التشجيع والتوجيه، ويتم اختيار العلاج الإسنادي كذلك عندما تتعدم الرغبة في العلاج لدى المفحوص والذي يعود لهشاشة الشخصية فهدف العلاج الإسنادي هو جعل الشخص أكثر قابلية على تقبل علاج أعمق." . (Brussete (f)1987 :100)

IV. وسائل وتقنيات التكفل النفسي:

تتنوع الوسائل والتقنيات التي يستعملها الأخصائي النفسي خلال عملياته العلاجية، وذلك وفقاً لشخصية المفحوص وحالته الراهنة ومن أهم هذه الوسائل والتقنيات نجد:

-دراسة حالة : "تستخدم هذه الطريقة لفهم الأسباب المؤدية إلى اضطراب عقلي أو نفسي أو سلوكي، وتعتبر دراسة حالة الإطار الذي ينظم ويقيم فيه المختص، كل المعلومات والنتائج التي يتحصل عليها من الفرد، وذلك عن طريق المقابلة والتاريخ الاجتماعي والفحوص الطبية والاختبارات البسيكولوجية. المقابلة العلاجية: تعتبر وسيلة اتصال بين كل من الفاحص والمفحوص وهي نوع من المحادثة بينهما الغاية منها الحصول على معلومات كافية عن سلوك المفحوص وبعد ذلك تحليلها من أجل تقديم التشخيص والمساعدة للتوصل إلى الراحة النفسية، وأهم مبدأ تقوم عليه المقابلة العلاجية والأمانة التي تضم بدورها الثقة المتبادلة بين الفاحص والمفحوص وتفادي الأحكام المسبقة والتزام الموضوعية من قبل الفاحص، إضافة إلى تحديد الهدف الرئيسي من هذه المقابلة"

(عطوف محمود ياسين1981:454)

V. أهداف التكفل النفسي:

- يهدف التكفل النفسي إلى حل مشاكل المفحوص بأنواعها ومن بين أهم هذه الأهداف ما يلي:
- 1- "تعديل أو تبديل إزالة سلوكيات وأعراض المعينة أو تغيير أنماط سلوك ظاهري.
 - 2- المساهمة في نمو تقدير الذات واحترامها وغرس الثقة بنفسها بالآخرين.
 - 3- محاولة شفاء المريض أو تحسين حالته أو اختصار مدة التكفل به، وذلك باختيار أفضل طريقة لمعالجة كل حالة على حدى.
 - 4- إزالة الاضطرابات وتقويته الآن وتدعيم قدراته لجعله قادرا على التحكم في الحالات الانفعالية الصراعية.
 - 5- ترميم الشخصية وإعادة بنائها وذلك بمساعدة الطفل على التكيف مع العائلة جديد يستمر وينمو.
 - 6- الاستماع الجيد للطفل في إطار علائقي بنيوي يسمح للطفل الحصول على التعويض الذي يحتاجه والفهم الجيد لنفسه وهذا الكلام المصغى إليه يصبح عنصرا أساسيا لتطوره مستقبلا."
- (عطوف محمود ياسين:125)
- 7- "زيادة وعي الفرد واستبصاره وفهمه لذاته فهما صائبا وموضوعيا، بعيدا عن المبالغة.
 - 8- حل الصراعات الناجمة عن العجز، الصراعات التي تسبب عجز الإنسان وتبدد طاقته وتحرمه من السعادة." (أحمد النابلسي ، ص 74-79).
 - 9- زيادة قبول العميل لذاته والرضا عنها.
 - 10- "انتهاج أساليب أكثر من الكفاءة في التعامل مع المشاكل التي تواجه العميل، من ثمة التغلب عليها.
 - 11- تقوية أو تنمية قوة الذات لدى العميل بحيث يشعر بالموئمة، بالأمن والأمانة."
- (أحمد النابلسي : 74-79)

خلاصة الفصل:

من المعقول أن صنف المراهقين أو الشباب بصفة عامة تمثل أعلى نسبة سكانية في مجتمعنا و بناءا على ذلك فإن تأثيرها في حاضره و مستقبله لا يستهان به ،خاصة و قد ارتفعت نسبة الانحراف على وجه الخصوص جنوح الأحداث الأمر الذي يستوجب تدخل لمساعدته على إعادة بناء توازنه النفسي و ذلك قصد تقديم علاج فعال للمفحوص في إطار التكفل النفسي الملائم لشخصية المراهق الناجي من محاولة انتحار.

و عليه فالكفالة النفسية هي عبارة عن حصص التي يبرمجها المختص النفسي على أساس القواعد العلمية ، تأخذ بعين الاعتبار النمو ، الحاجات ، الإمكانيات الذاتية و المحيط الذي يعيش فيه و كذلك الجانب النفسي .

الفصل الرابع

المراقبة

- تمهيد
- تعريف المراقبة
- المراحل الزمنية للمراقبة
- أزمة المراقبة
- مظاهر النمو في المراقبة
- حاجات المراقبة
- مشكلات المراقبة
- المراقبة في الجزائر
- الانتحار في المراقبة

تمهيد:

يمر الإنسان في حياته بعدة مراحل زمنية حددها الباحثين و العلماء و من بين هذه المراحل و التي تعتبر أكثر تأثيرا على الإنسان هي مرحلة المراهقة حيث تعتبر هذه المرحلة بوابة للانتقال لعالم الرشد هذا الأخير الذي يكتمل فيه نمو الفرد من مختلف الجوانب و يصبح فيه شخص كامل و ناضج و مسؤول عن تصرفاته و مستقل بذاته و في نفس الوقت ينتقل الفرد من مرحلة الطفولة مرحلة كان يعتمد فيها كل الاعتماد على الآخرين لينتقل الفرد إلى مرحلة المراهقة هذه المرحلة التي تتوسط هاتين المرحلتين الأساسيتين في حياة الإنسان بمؤثراتها و مميزاتها الخاصة و سنعرض من خلال هذا الفصل أهم ما يميز هذه المرحلة من خلال التعرض إلى : مفهومها و مراحلها الزمنية و خصائصها و أشكالها و النظريات المفسرة لها بالإضافة إلى مشكلاتها و حاجاتها و الانتحار في المراهقة و أيضا التعرض إلى عنصر مهم و هو المراهقة في الجزائر .

I. تعريف المراهقة:

يعرف فرويد (S. Freud) "المراهقة بأنها فترة إتمام التغيرات".

حيث يرى أنها "مرحلة تزداد فيها الشحنات النفسية الليبيدية بشدة ، تنظم هذه الشحنات في صورة أعمال تمهيدية أو مساعدة تنشأ عن نشوة تسبق حالة اللذة بالكبت أو القمع و يستخدمها الأنا على نحو ما ، و تنشأ عن ذلك سمات الفرد الخلقية إما بأن يعمل الفرد على إعلانها أو تبديل الأهداف".

(سيغموند فرويد 1995 : 6)

و يعرفها جون بياجى (Piaget) "بأنها مرحلة نشوء كفاءات و ملكات عقلية لم تعرفها الطفولة" أما روسو فيعرفها بأنها " ولادة ثانية متطورة إلى الانقلابات التي تحدثها".

(نزهة الخوري 1997:65)

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 تنضج الغدد التناسلية ويصبح الفرد قادرا على التناسل والمحافظة على نوعه واستمرار سلالته.

(خليل ميخائيل معوض 1993 : 324).

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، فرهفته معناها أدركته، وأرهفته 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. (خليل ميخائيل معوض: 330).

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 (بول سون وآخرون 1986: 104).

كما تعرف المراهقة على أنها مرحلة الانتقال من الطفولة إلى الشباب وتنسم 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 وجرز 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 (ميخائيل ابراهيم أسعد 1994 : 225).

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.

II. المراحل الزمنية للمراهقة:

اختلف الباحثون و العلماء في تحديد المراحل الزمنية للمراهقة و لكن الشيء المؤكد عموما هو أن هذه الفترة تبدأ ما بين فترة البلوغ الجنسي و اكتمال النضج الجسدي ، و لتحديد أكثر دقة قد وضع الباحثين ثلاث مراحل أساسية لهذه المرحلة و هذا بناء على بعض خصائص و مميزات النمو و هو ما سنراه في ما يلي:

ا- مرحلة المراهقة المبكرة:

تمتد هذه الفترة مند بداية البلوغ إلى ما بعد وضوح السمات الفيزيولوجية الجديدة بعام تقريبا ، و هي تتسم باضطرابات مثل : القلق ، التوتر و الصراع أي المشاعر المتضاربة و بصفة عامة مرحلة المراهقة المبكرة تتميز بأنها فترة تقلبات عنيفة و حادة مصحوبة بتغيرات في مظاهر الجسم و وظائفه مما يؤدي إلى الشعور بعدم التوازن و ظهور الصفات الجنسية الثانوية و ضغوط الدوافع الجنسية التي لا يعرف المراهق كيفية كبحها أو السيطرة عليها و عادة ما تظهر الاضطرابات الانفعالية على شكل ثورات مزاجية حادة مفاجئة و تقبل دوري ما بين الحزن و الفرح و شعور بالضيق و عدم معرفة ما سيحدث له . (رمضان القدافي 2000 : 353)

ب- مرحلة المراهقة الوسطى:

تمتد هذه المرحلة من 15- 18 سنة و تتميز بشعور المراهق بالنضج و الاستقلالية وتعتبر هذه المرحلة قلب مراحل المراهقة حيث تنضج فيها مختلف المراحل المميزة لها ، كما تتميز هذه المرحلة بالشعور بالهدوء و الاتجاه إلى تقبل الحياة بكل ما فيها من اختلافات أو عدم الوضوح و القدرة على التوافق كما يتميز المراهق هنا بطاقة هائلة و قدرة على العمل و إقامة علاقات متبادلة مع الآخرين ، ومن المميزات الخاصة بهذه المرحلة ما يلي:

- الشعور بالمسؤولية الاجتماعية.
- الميل إلى مساعدة الآخرين.
- الاهتمام بالجنس الآخر على شكل ميول و إقامة علاقات مع الآخرين.
- وضوح الاتجاهات و الميول لدى المراهق (حامد زهران 1995: 73)

ج- مرحلة المراهقة المتأخرة:

تمتد هذه المرحلة من حوالي 18- 21 سنة ، و هي فترة يحاول فيها المراهق إعادة لم أشتاته و يسعى من خلالها إلى توحيد جهوده من أجل إقامة وحدة متألفة من مجموع أجزائه و مكونات شخصيته و يتميز المراهق في هذه المرحلة بالقوة و الشعور بالاستقلالية و وضوح هويته و الالتزام بالمسؤولية و

يشير الباحثون أن مرحلة المراهقة المتأخرة تعتبر مرحلة التفاعل و توحيد أجزاء الشخصية و التناسق فيما بينما بعد أن أصبحت الأهداف واضحة و القرارات مستقلة.(نفس المرجع 1995 :108)

III. 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 تنظيم مرضية.

الأزمات الخاصة بالنمو والتي تحدث في مراحل مهمة أثناء النمو ومن بينها أزمة المراهقة.

إن أزمة المراهقة بالنسبة ل Guy Avanzini 1978 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 (Leila Hassas 1993 :12)

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 و مندفع وبيدي 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 (P.Canoui, P.Messerschmitt, O.Ramos, 1994 :302)

IV. مظاهر النمو في المراهقة: 1- النمو الجسمي والفيزيولوجي:

أولاً: البلوغ:

إن المراهقة تبدأ عندما يتم البلوغ ويمكن الاختلاف بينهما في أن كلمة البلوغ تعني التغير الفيزيولوجي الذي يطرأ على المراهق وهذا بسبب نضج الغدد التناسلية واكتساب معالم جنسية حديثة تنقل الطفل من فترة الطفولة إلى فترة الفرد الراشد.

ويري 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 سنة
- 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 التغير 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 ب 17 سنة عام 1840 و 13 سنة عام 1970 ، غير أن هذه الظاهرة متأخرة نوعاً ما في البلدان النامية والدول الفقيرة فيكون النضج بعد سنوات من هذا المتوسط (Alex Raffy, 2000 :437)

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 طارناً 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 لاقتراب بلوغ الولد.

إن الغدد هي المسؤولة عن هذه التغييرات، فما تحت المهاد يحث الغدة النخامية لتثير 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 (Hélène Harcel-Biraud, 1994 :57)

ثانياً: 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:

-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 منحني 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.

-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 كلف 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 كلف تقريبا، وبعدها لا يزيد وزن الفتاة حتى سن العشرين إلى 55 - 56 كلف بينما يستمر تفوق الذكور ليصل الوزن إلى 65-66 كلف.

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 .

(جابر نصر الدين 1992: 14)

2- النمو الجنسي:

تتحرك النزوات الجنسية لدى المراهق مع بداية نشاط نزوات أخرى، وهذا عند النضج الفيزيولوجي وهي تنقل الفرد من الجنسية الطفولية 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 الارتياح 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 الإخفاء، 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. (Hélène Harcel : 60)

3- النمو الانفعالي:

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

- 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 تدريجياً حدة استجابات الغضب.

(سعدية محمد علي بهادر، 1980: 377)

-الخوف:

في فترة المراهقة تقل درجة الانفعال 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 الاستقرار النفسي أو صعوبة الوضع الذي يمر به أو يكون مرتبطاً بالأخطار التي تهدده كالأمراض المعدية والخطيرة.

- القلق:

يعتبر القلق من الانفعالات 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 استجابات هذا الانفعال إلى اضطرابات سلوكية كتعاطي المخدرات، المهدئات، شرب الكحول، الإفراط في النشاط الجنسي، العدوانية، الهروب وهذه الاستجابات هي وسيلة للتخفيف من حدة القلق ومع نهاية هذه الفترة وتأثير الوسط العائلي والمدرسي والاجتماعي تتطور قدرة المراهق على السيطرة والتحكم في استجاباته القلقة. (ج.ب لابلونش وبونتاليس، 1997: 322)

- 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 الانتباه كما يمكننا ملاحظة العدوانية في أشكال عديدة مثل الرفض المدرسي، الامتناع عن الأكل العصبي والانتحار.

ويمكن أن تمارس هذه النزوة على الجسد أو في الوسط العائلي في حالة إخفاق الوالدين في التعامل مع المراهق، كما يمكن أن تنتقل إلى المحيط الخارجي خاصة الجيران والمحيط الدراسي.

ويمكن أيضا للعدوانية أن تكون غير مفسح عنها وتصبح في هذه الحالة موجهة نحو الذات لتصل في أقصاها إلى الانتحار. (Hélène Harel-Biraud, : 61)

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 الاستجابات العدوانية والذي قد يكون موجها نحو الذات مثل الانتحار أو موجها نحو الغير كالاعتداء على الآخرين ويجب هنا التمييز بين العدوانية كاستعداد والاعتداء كسلوك يجسد هذه النزعة (Pierre Lalonde et Frédéric Crunberg, : 645)

-الاكتئاب:

يعتبر انفعالا طبيعيا يصاحب عملية النمو في هذه الفترة وهو انعكاس لحالة الصراع النفسي وعدم الاتزان الانفعالي الذي تفرزه المعطيات الجديدة لهذه الفترة وهنا يجب أن نفرق بين هذا الانفعال والاكتئاب الذي يظهر من خلال أعراض مثل عدم القدرة على التصرف وغياب الإحساس باللذة والشعور بالحزن وغيرها.

ويمكننا أن نقول أن الاكتئاب هنا يبقى استجابة طبيعية ومقبولة ومؤقتة في فترة المراهقة وتصبح من الأعراض المهيئة لاضطراب الاكتئاب إذا زادت على حدها.

- الخجل:

سمة مميزة لشخصية المراهق وسبب ظهوره يرجع إلى صعوبة الكلام ومواجهة الجنس الآخر، عدم القدرة على التحدث أمام الناس والانتساب 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 الاضطرابات السلوكية.

-الغيرة:

الغيرة من الانفعالات 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 توجيهه لاهتمامات المراهق نحو شخص معين يشكل مصدر الغيرة لديه أو عدم الحصول على بعض الامتيازات التي يتمتع بها هذا الشخص. (جابر نصر الدين، م.س، ص:20-22)

4- النمو العقلي:

-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 وبقدرات مجردة كالراشد

ونسُميها مجردة لأنها يمكن أن تستعمل تصورات مجردة (تفكير عقلي محض)، والتثقيف دفاع ضد القلق الذي سيطور عن طريق برامج التعليم التي تتطلب من الفرد الاستنتاج وإثبات الدلائل أو نفيها.

-الانتباه:

تزداد قدرة المراهق على الانتباه ويستطيع أن يستوعب مشاكل طويلة ومعقدة والانتباه هو ما يبلوره الإنسان من شعور في مجاله الإدراكي.

-التذكر:

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

-التخيل:

يتجه 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 صعباً في مراحل سابقة من التعليم.

-الاستدلال 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.

- 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 والاهتمام بالظواهر الاجتماعية وللاشارة فإن المراهق يذهب بتفكيره وتأمله إلى كل الأوضاع المحيطة به. (محمد مصطفى زيدان 1990: 165)

5- النمو الاجتماعي:

يتأثر هذا النمو بالتنشئة الاجتماعية وبالنضج في نفس الوقت، وكلما كانت بيئة الفرد ملائمة، ساعد ذلك إلى أن تكون علاقاته الاجتماعية ملائمة. ويتصف النمو الاجتماعي في المراهقة بمظاهر رئيسية وتبدو هذه المظاهر في تألف المراهق مع الأفراد الآخرين ويتضح هذا التألف 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 ويقترب 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 يقترب 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 .

(محمد مصطفى زيدان، م.ن،ص: 166- 167)

V. حاجات المراهقين:

المراهقون بخلاف الراشدين أو الأطفال لديهم العديد من الحاجات التي تعتبر ضرورية في حياتهم و غيابها يمكن أن يتسبب بالعديد من المشاكل ، حيث يمكن أن تعتبر فترة المراهقة أكثر مرحلة يحتاج فيها الفرد لأكثر عدد من الحاجات و من بين هذه الحاجات نستطيع أن نذكر ما يلي :

- الحاجة إلى تحقيق الذات:

إن السعي لتحقيق الذات وظيفة يمارسها الإنسان في كل المراحل العمرية ، كل مرحلة بما يناسبها فالإنسان يقوم بالوظائف الملائمة لقدراته ، و يمارس الأدوار المناسبة له و المتوقعة منه ، ويشعر جراء ذلك بالقيمة و الأهمية ، أو ما يسمى بتحقيق الذات ، و المراهق يعيش مرحلة انتقال من الطفولة إلى الرشد مما يتطلب تغيير وظيفته الأسرية و الاجتماعية لما يتماشى مع طبيعة المراهق الجديدة فهذا الأخير يريد تحقيق ذاته عن طريق اختبار قدراته و تفريغ طاقته و بممارسة دوره الاجتماعي.

فالحاجة إلى تحقيق الذات مطلب نفسي مهم للمراهق حيث ينبع من داخله من أحاسيسه و أفكاره المدعومة بالتحويلات العضوية و المعرفية و الانفعالية التي يمر بها جسده و عقله و انفعالاته و هو لا يحس بالتنفيس عنها إلا إذا قام بدور اجتماعي مناسب.

- الحاجة إلى التقدير و المكانة الاجتماعية:

من أهم حاجات المراهقين هو الحاجة إلى تقدير الذات و المكانة الاجتماعية فالمراهق معجب بنفسه و هو معتد بها و هو يعتقد أنه محط أنظار الناس و بؤرة اهتمامهم و هذا ناتج عن فقدانه التوازن الانفعالي و العاطفي و عن التحويلات السريعة المفاجئة التي مر بها و عن قلة خبرته و تجربته لذلك يلاحظ أن المراهق مرهف و شديد الحساسية و يشعر بخيبة الأمل لنقد الآخرين ، لذلك نجده يسعى إلى اكتساب احترام الآخرين و إعجابهم عن طريق القيام بسلوكات يعتقد أنه يستطيع من خلالها أن ينال رضاهم و إعجابهم حيث أن شعور المراهق بالتقدير يكون له تأثير كبير على شخصيته و سلوكه.

(خولة عبد الله، 2004 :38-39)

- الحاجة إلى الانتماء و التقبل الاجتماعي:

تعتبر حاجة المراهق إلى الحب و الانتماء و التقبل الاجتماعي من الحاجات المهمة في هذه المرحلة من حياته حيث أن شعور المراهق بتقبل الوالدين له في الأسرة و تقبله في المدرسة و بين الأصدقاء من أهم عوامل نجاحه ، و شعوره بالنبذ و الكراهية من هؤلاء يعتبر من أسباب فشله حيث يدخل التقبل الاجتماعي لدى المراهق و يشعر بأنه مهم و مقبول و هذا ما يشكل له حافز قوي للعمل و النجاح و يعتبر الفشل الدراسي بالنسبة للمراهق في كثير من الحالات راجع إلى عدم شعوره بالمحبة و التأييد. (حامد عبد السلام زهران، 1995: 67).

الحاجة إلى الاستقلال:

يمثل الاستقلال أو الاعتماد على الذات خاصية يمكن ملاحظتها في وقت مبكر من حياة الفرد و تعتبر رغبة المراهق للاستقلال من أبرز مظاهر حياته النفسية ، فهو تسعى إلى الاعتماد على ذاته و الاستقلال عن أسرته فالتغيرات الجسمية التي طرأت عليه أشعرته بأنه لم يعد طفلاً فلا يجب أن يحاسب أو أن يخضع سلوكه إلى الرقابة و الوصاية من قبل الأسرة لكنه من ناحية أخرى لا يزال يعتمد على الأسرة في إشباع حاجاته الاقتصادية و في توفير الأمن و الطمأنينة له.

الحاجة إلى القيم:

كثيراً ما تصطدم حاجات المراهق و رغباته بالقيم و التقاليد الاجتماعية و يؤدي التعارض بين حاجات المراهق و قيم المجتمع إلى صراع داخلي لذلك لا بد من التعرف المراهق على الطرق المشروعة لإشباع حاجاته و تشتتد حاجة المراهق إلى القيم نتيجة التناقض بين المبادئ الدينية الخلقية التي آمن بها منذ الصغر و بين ما يراه ممارساً بواسطة ما يحيط من حوله من الكبار ، فالمراهق إذا يحتاج إلى اكتساب مجموعة من الأخلاق و القيم التي توجه سلوكياته.

الحاجة إلى الحب و القبول:

الحاجة إلى القبول تتضمن الحاجة إلى الحب و المحبة و التقبل الاجتماعي، فالقبول مطلب نفسي اجتماعي لا يستغني عنه الفرد حيث تسعى المراهق للبحث عن الرضا و المحبة و التقدير من الآخرين و يكره أن يستهان به فرغم انتقال المراهق من مجتمع الطفولة إلى مجتمع الكبار إلا أنه في أحيان كثيرة يتعامل معه كطفل يتلقى الأوامر و النواهي ويتم التشديد عليه ، فلا بد من إشباع حاجاته للقبول حتى يستطيع هو الآخر أن يتقبل الآخرين و يعمل بتوجيهاتهم.

الحاجة إلى النمو العقلي الابتكاري:

بعدما ينتقل المراهق من عالم الطفولة إلى عالم الراشدين يجد أن خبراته لم تعد كافية لكي يستطيع التكيف مع بيئته الجديدة ، لدى فهو بحاجة إلى توسيع قاعدته الفكرية و تحصيل الحقائق و تفسيرها كما يحتاج إلى خبرات جديدة و متنوعة و إلى معلومات تساعد قدراته على النمو اللازم لتحقيق النجاح و التقدم سواء كان هذا في مجاله الدراسي أو في بيئته الاجتماعية بشكل عام ، كما أن المراهق محتاج إلى أن يكون فكرة إيجابية عن الدراسة و تنمية الرغبة في الإنجاز و الابتكار.

(خولة عبد الله، 2004: 37-39)

بالإضافة إلى هذه الحاجات هناك حاجات أخرى لا بد من وجودها عند المراهق منها الحاجة إلى الأصدقاء ، الحاجات الجنسية و الحاجة إلى العمل و المسؤولية ، الأمن الجسدي الذي يؤدي غيابه إلى سوء التوافق و التوتر و هنا يشير بيتر شيرترز (Peter Shertzer) " أنه يجب النظر إلى الحاجات ليس على أنها نقص لكن مطالب النمو و إشباعها يؤدي إلى التوافق و الصحة النفسية.

(حامد عبد السلام زهران، 1995 :38)

V. مشكلات المراهقة:

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

1- المشاكل النفسية:

إنطلاقاً من العوامل التي تبدو واضحة في تطوع المراهق نحو التجدد والاستقلالية 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 يتفهمون قدراته ومواهبه ولا يعاملونه كفرد مستقل ولإشباع حاجاته الأساسية فهو يحب أن يحس بذاته وأن يكون شيئاً يذكر حتى يعترف الكل بقدرته وقيمه. (ميخائيل إبراهيم أسعد، م.س: 302)

2- المشاكل الإنفعالية:

إن العامل الإنفعالي في حياة المراهق يبدو واضحاً في عنف انفعالاته وحدثها 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 .

(ميخائيل خليل معوض ، م.س،ص:89)

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 أفراد مع الطبيب للإستماع لمتاعبهم وهو في حد ذاته جوهر العلاج، لأن لدى المراهق إحساس بأن أهله لا يفهمونه .

(محمد رفعت، 1974 : 220)

4- المشاكل الاجتماعية:

إن المراهق يميل للاستقلال 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 حائلا 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 .

(ميخائيل إبراهيم أسعد، م.س: 300)

VI. 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 الاهتمام 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 والالتكالي، كما أن معاملة الذكر والأنثى ليست على حد سواء، إذ أعطي الذكر كامل الحرية في التصرف وإن وصل به الأمر إلى حد الممارسات اللاأخلاقية والانحرافات 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...إلخ.

لقد أثبتت الدراسات أن مرحلة المراهقة تعتبر من الفترات الحرجة التي يمر بها الفرد أثناء نموه لما يميز هذه الفترة من تغيرات جسمية وعقلية وانفعالية واجتماعية، إذ تصبح انفعالاته غير مستقرة تتراوح بين الهدوء تارة والغضب والتهيج 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 الاضطرابات وأهمل فإنه ينقم على المجتمع ويسلك سلوكات غير عادية كتعبير عن المعاناة التي يعيشها، ولجوؤه إلى الانحراف 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.

(Nini M.N, 1997:258)

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 بوتقنوشات 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 أو سياسية.

(Nouredine Toualbi 1975 :199)

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" (Bensmail B, 1994 :184).

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 الإستقلال 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 وتخلى الآباء عن تربية الأبناء وألقوا بهذه المهمة على عاتق المدرسة لوحدها الشيء الذي أثر على المراهقين الذين أصبحوا يعانون عدم التكيف

(Nini M.N, Op.cit :259)

VII. الانتحار في المراهقة:

تتميز فترة المراهقة بمجموعة من التغيرات الجسدية و النفسية التي تتسم بسرعتها و تؤثر على حياة المراهقين ، إنها تعتبر كإختبار للمرور إلى حياة الرشد إن الأمر يتعلق بدخول لمرحلة من شأنها أن تجعل هذا الوقت (سن المراهقة) أكثر معاشة للمعاناة بالنسبة للمراهقين لذلك يسعى البعض إلى إظهار طبيعة المعاناة التي لا تطاق في حياتهم ، و البعض الآخر يختار رفض كل المعاناة بشكل جذري من خلال محاولات الإنتحار أو من خلال منح الوفاة أي الانتحار. (Marie L, 1999 :196)

و هذا ما أكدته منظمة الصحة العالمية فقد وجدت أن هناك إنتشار كبير للمحاولات الانتحارية وللانتحار الذي يعد واحد من الأسباب الرئيسية للوفاة عند المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 24 سنة و قد حدد (Lejoyeux 1994) أن محاولات الانتحار عند الفتيات تكون بين 15- 19 سنة ، و عند الذكور ما بين 20- 24 سنة و بالنسبة للجنس في محاولات الانتحار فإن الذكور يموتون بسبب الانتحار من 2 إلى 3 مرات أكثر من الإناث و الإناث معرضين للقيام بالمحاولات الانتحارية من 1 إلى 2 أكثر من الذكور.

و هناك مشكل آخر يطرح نفسه هو تكرار المحاولة الانتحارية عند المراهقين فهي منتشرة بالنسبة-50 % من الحالات و هذا يعني المراهق المنتحر يقوم بثلاث محاولات انتحارية .

(Grégory.M, 2001 :16) .

إن محاولات الانتحار الخاصة و المميزة لمرحلة المراهقة تفسر الحركات و الأفعال التي تمثل الأساليب و النوايا التي تطبق في جو من الغرائز إنها نوع من العدوانية الذاتية ضد الجسم إنها وسيلة للإستفزاز أو لأفكار الموت التي تعرف تواترها أو تردها في هذه المرحلة من الحياة . .
(Braconnier A, 1991 :140)

و محاولة الانتحار حسب منظمة الصحة العالمية هي فعل تكون له نتائج غير قاتلة يتعمد فيه الفرد القيام بسلوك غير متعود دون تدخل من الآخرين ما يؤدي إلى إلحاق ضرر ذاتي بابتلاع مواد بكميات أعلى أو جرعة زائدة و التي تهدف إلى عواقب جسدية حقيقية أو محتملة لإحداث تغييرات يرغب فيها الفرد.

إن هذا التعريف حسب (Diekstra & all 1993) يؤكد على إستعمال المراهق لهذا الفعل الذي يعرضه لخطر الموت من أجل إحداث تغيير على نطاق واسع (Grégory.M, 2001 :17)

هذا لأن المراهق يعيش مجموعة من الظروف التي تعتبر صعبة فيرغب في تغييرها و التخلص منها من خلال المحاولة الانتحارية ، حيث تتميز الظروف التي تسبق القيام بالمحاولة الانتحارية ببعض التجارب و الأحداث التي يتعرض لها المراهق و تتمثل في تأنيب و عقوبات من قبل شخص ذو سلطة في العائلة أو خارجها أو من طرف شخص محبوب و هذا ما يجعله يشعر بأنه مرفوض و محتقر.

(Despinoy. M 2000 :153)

الفصل الخامس

الانتحار و محاولة الانتحار

- تمهيد
- تعريف الانتحار
- تعريف محاولة الانتحار
- مفاهيم ذات صلة بالانتحار و محاولة الانتحار
- أسباب الانتحار
- أنواع الانتحار
- تفسير محاولة الانتحار
- النماذج التفسيرية للانتحار و محاولة الانتحار
- الانتحار في الجزائر
- استراتيجيات التكفل
- الوقاية
- خلاصة

تمهيد:

باعتبار الانتحار فعل خطير ومهدد لحياة الفرد وانه يعبر 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 وتنشأ 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 .

I. تعريف الانتحار:

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

تعريف الانتحار حسب بعض القواميس:

يعرف الانتحار في " المعجم الكبير لعلم النفس " بأنه فعل قتل الذات

(Acte de se donner soi-même la mort)، قد يكون فعل عقلائي ينفذ وفقا لاعتبارات أخلاقية واجتماعية ودينية أو شخصية أو فعل مرضي يبرز أثناء تطور العديد من الإضرابات العقلية كالإكتئاب والهذيان المزمن وحالات الاضطهاد أو قد يرجع إلى أزمة حادة في شكل قلق وعدوانية موجهة نحو الذات. (Bloch, & all 1993:763)

كما يعرف حسب (La rosse) بأنه عملية قتل الذات بذاتها ، و هذا المفهوم مشتق من كلمة مركبة من أصل لاتيني من الفعل coedere بمعنى قتل، والاسم sui بمعنى الذات

(La petite la rosse, 1999 :979)

"ويعرفه سيلامي (sillamy) بأنه عدوانية ضد الذات شعوري أو إرادي تؤدي إلى الموت"

(Sillamy.N, 1993:653)

أما الموسوعة العالمية البريطانية encyclopedia britanni (1994-1997) هو فعل إرادي أو متعمد بأخذ واحد للحياة وحسب Encarta1998 الانتحار يحدث عند جميع الثقافات لدى الأفراد الذين يحاولون أو ينتحرون بالكامل عادة ما يعانون من آلام عاطفية وضيق شديد (John, h, 2008 :24) . وفي اللغة العربية الانتحار كلمة مشتقة من "نحر أي ذبح" و قتل.

(قاموس بن هادية، 1991: 205)

تعريف الانتحار حسب العلماء:

تبني العديد من العلماء تعاريف عدة لمفهوم الانتحار وذلك حسب توجهاتهم العلمية:

فمن المنظور الفلسفي نجد بيار جاني (P.Janet) 1928 يعرف الانتحار "بأنه موت يحدث لضرورة أخلاقية فالمنتحر هو شخص يبحث عن الهروب من الحياة ببساطة لأن هذه هي الحياة". (Loick, M, & all, 1999:308)

ومن منظور اجتماعي نجد العلامة الكبير إميل دوركايم Durkheim 1887 يحدد تعريفا له بقوله "هو كل حالات الموت التي تنتج بصورة مباشرة أو غير مباشرة من فعل إيجابي أو سلبي يقوم به الضحية ذاته وهو يدرك نتيجة هذا الفعل" (Durkheim,1897: 55)

ويعرفه ديزارتوري (Disertouri) بأنه " فعل ضد اجتماعي لأنه يقضي على الحياة ويمكن إرجاعه إلى الأمراض النفسية ، ينتج عن صعوبة تألف تعد قبل مرضية للشخصية".

(Disertouri B, 1975 :110)

أما العالم Bachler بشلار (1975) فقد فسر الانتحار من منظور معرفي ويعرفه بأنه " أي سلوك يبحث ويسعى لحل مشكلة موجودة بالفعل بالاعتداء على حياة الفرد"

(Marléne, Fardea, 2002 :9)

ومن جهة أخرى يعرفه (L.Gorceisx1963) " بأنه عمل عدواني ذاتي عام"

ويعرف (G.Deshaies1947) "الانتحار هو عملية قتل النفس بأسلوب واعى يأخذ الموت كوسيلة أو نهاية". (Doick.M &all, 1999 :308)
 أمادافيس (Davis 1968) فإنه يعرف الانتحار بأنه " الفعل المتعمد لتدمير الذاتي يقوم به شخص ما هو أو هي يكون على إطلاع بالنتيجة المحتملة الحدوث لفعلته".
 ومن جانب تحليلي عرفه أب علم الانتحار في و.م.أ شنايدمان 1985 (shneidman) بقوله
 " الانتحار هو فعل ناتج عن التدمير الذاتي له أبعاد متعددة ويعتبر أفضل حل بالنسبة للفرد"
 كما يعرفه أيضا بأنه " فعل الإنسان الموجه إلى الذات لإنهائها" (John.H, 2008 :24)

- نلاحظ من خلال هذه التعاريف أنها تشترك في أن الانتحار هو فعل يحتوي على القصد والنية في تحصيل الموت مهما كانت الأسباب الدافعة وراء هذا السلوك سواء كانت اجتماعية علائقية أو مرضية شخصية أو بسبب صراعات داخلية نفسية و من هنا يتبين لنا أن الانتحار هو فعل إيذاء الذات بأسلوب واعى تتدخل فيه عدة عوامل.
- إن الفعل الانتحاري يمكن أن يكون غير مميت ويطلق عليه بمحاولة الانتحار tentative de suicide والذي يمكن أن نعرفها بمايلي:

II. تعريف محاولة الانتحار : tentative de suicide

كلمة tentative أي محاولة تأتي من اللاتينية tentare وهو مايعني tenter وهذا يعني البدء في التحقيق الناجح و(tentative de suicide) تدل إذا على محاولة الانتحار وهي محاولة للخروج من الحياة.

وفي قاموس (1990 Robent) كلمة "tentative" تعرف بمايلي:
 هو الفعل الذي يحاول المرء من خلاله الحصول على نتيجة وتكون تلك النتيجة شك أو صفر.
 يعرفها (BARDET) 1996 " محاولة الانتحار tentative de suicide أو t.s حسب المصطلحات الطبية هو فعل متعمد من جانب الفرد يؤدي إلى الأذى الجسدي بقصد الانتحار أو للحصول على تغيير في الوضعية (لإنهاء المعاناة النفسية أو الجسدية) ولكن في النهاية هو ليس قاتلا.
 (Marlène, 2002 :9)

و يشير (Vincent caillard) في تعريف آخر "محاولة الانتحار هي الفعل الغير القاتل الذي يقوم به الفرد لأسباب متعددة بابتلاع مواد ضارة وذلك أملا في الموت" (Vincent.C, 2003 :04)
 وحسب جمعية كيبك لمنع الانتحار AQPS :
 محاولة الانتحار هو الحالة التي يكون فيها الشخص قد أظهر ميزة أو فعل يضع حياته في خطر أو مع نية حقيقية لمحاكاة سبب الوفاة أو للاعتقاد بأن ذلك كان نيته ولكن الفعل غير ناجح ليس الموت.
 من خلال هذه التعاريف نستطيع الوصول إلى أن المحاولة الانتحارية هي محاولة لشروع في الانتحار ولكنها انتهت بالفشل أي عدم الوصول إلى الموت.

III. مفاهيم ذات صلة بالانتحار والمحاولة الانتحارية:

الأفكار الانتحارية:

هي أفكار الفرد التي تغذيه على أداء السلوك الانتحاري (Brianl,Mishra,f 2004 :50) ويمكن أن نميز في الأفكار الانتحارية حسب Canoui.p1992:

- أفكار انتحارية .
- أفكار انتحارية مرضية قهرية .
- أفكار انتحارية مصحوبة بمخطط معين .

(conoui,1992 :316)

السلوكات الانتحارية:

حسب جمعية كيبك لمنع الانتحار AQPS هي: السلوكات التي يمكن ملاحظتها بصورة مباشرة ومسموعة ما يؤكد إمكانية حدوث الانتحار أو الميل نحو هذا القصد و لكن لم يتم حدوث القتل أو الفعل.

(Brian I.& Françoise.C,2004 :50)

السيرورة الانتحارية:

هي الفترة التي تفصل بين لحظة التفكير في الانتحار و المرور إلى الفعل حيث تحتوي السيرورة الانتحارية على خمسة مراحل هي:

- البحث عن الحلول .
- الأفكار الانتحارية .
- اجترار هذه الأفكار الانتحارية .
- بلورة المشروع الانتحاري .
- العامل المفجر للمرور إلى الفعل.

IV. 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- 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 او 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.

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 تأثيراً 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).

-التوظيف الأسري المرضي كالتعديت الجسدية و النفسية على الأطفال، جو من التوتر والعنف، اتصال غير متكيف، الوالدين في هذه الحالة قاصيين، غير مبالين، بحيث لا يتعاملان عاطفياً 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. (De Montremy J, 1977 :223)

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 محاولو الانتحار من عدة مشاكل، فهم فاقدون للشجاعة، مكتئبون، يحسون بالملل، يأسون، 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 الجسدية 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: اكتئاب، 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. (De Montremy J :224).

V. أنواع الانتحار:

يمكن تصنيف أنواع الانتحار حسب الدراسات التي اهتمت بهذا الموضوع حيث نجد علم الاجتماع وضع تصنيفا والطب العقلي وعلم النفس المرضي..، وهذا حسب توجهات العلماء والباحثين ما أنتج تصنيفات عدة يمكن ذكر أبرزها في ما يلي:

1- حسب النموذج الاجتماعي:

ميز دوركايم بين أربع نماذج أساسية للانتحار هي :

الانتحار الجبري (fataliste)، الانتحار الغيري (altruiste)، الانتحار الأناني (egoiste) ، الانتحار الأنومي (anomique)

- الانتحار الجبري le suicide fataliste:

يحدث هذا النوع بسبب شدة وصرامة النظام (يفترض الشخص أن المستقبل مظلم ومؤلم وهذا بسبب وجود نظام تعسفي ظالم) على سبيل المثال المرأة المتزوجة التي بدون أولاد.

- الانتحار الغيري le suicide altruiste :

المنتحر هنا يضحي بنفسه من أجل المجتمع وتتميز الجماعة أو الفرد بتماسك قوي والفرد يكون خاضع أكثر للقيم الاجتماعية.

- الانتحار الأناني le suicide egoiste:

يحدث هذا النوع من الانتحار بسبب وجود مشكل أو خلل في اندماج الفرد في الجماعة الاجتماعية .

- الانتحار الأنومي (الفوضوي) le suicide anomique :

يقوم الفرد هنا بالانتحار رغبة في إنهاء حياته ، فالأنومي حسب المفهوم الدوركايمي هو كنهاية السيئة ميز دوركايم بين نوعين من الأنومي ، الأنومي الحاد (aigue) والمزمن (chronique) الذي يكون في الأزمات الاقتصادية أو العائلية كالطلاق. (Vincent.C, 2010 :3)

2- حسب النموذج المرضي :وهنا يمكن أن نميز بين

- الانتحار العصابي (le suicide névrotique)

السلوكات الانتحارية لدى العصابين كثيرة لكنها لاتصل إلى حد الموت و يمكن أن نميز في هذا النوع مايلي:

- الانتحار الهستيرى:

تكون هناك محاولات انتحارية كثيرة ومتعددة بغرض جلب الانتباه هذا لأن الهستيرى يشعر أنه غير مفهوم وغير محبوب حيث تحدث محاولة الانتحار في إطار مسرحي لجلب الانتباه كطريقة للهروب و التأثير في الآخرين. (Bergeret, 1976 :156) .

- الانتحار الوسواسي:

يكون الانتحار الوسواسي ناجح في أغلب الأحيان لأنه يكون بطريقة منهجية دون طبول أو أبواق مثل: الهستيرى وإذا لم ينجح فإنه يعيد المحاولة حتى ينجح. (Ibid, p181) .

- الانتحار الذهاني le suicide psychotique :

غالبا ما تكون محاولات الانتحار مصحوبة بالحزن والاكتئاب وهذا موجود في الأذهنة حيث تتوفر فيها الشروط الانتحارية ويمكن أن نميز بين:

- الانتحار السوداوي:

الدافع لانتحار السوداوي هو الهذاء حيث يعتبر الحل الوحيد الذي يخرج من الواقع الصعب و العقاب على أخطائه الغير المسموحة . (Caillére , 1994 :98) .

- الانتحار الفصامي:

يعد الانتحار من بين الأسباب الأولى للموت عند الفصاميين فحسب (Caldwell & gottesman1990) ، 13% من الفصامين ينتحرون و 20% -40% يقومون بمحاولات انتحارية . (Henri, G, 1998 :17)

ويكون الانتحار عند الفصاميين كرد فعل للشعور بفساده وفساد وظائف الواقع، فعندما يقع المريض في الهوامات والهذيان لا يستطيع أن يجد الطريق نحو الواقع . (Caillére, 1994 :100) . بالإضافة إلى هذين النموذجين هناك أنواع أخرى للانتحار نذكر أبرزها في مايلي:

- القتل شفقة: Euthanasie

يعرف بالقتل الرحيم يكون بعد طلب المريض يقوم الطبيب بوضع نهاية للألم المريض، المشتركون في جمعية الحق في الموت (Association pour de droit de mourir dans la dignité) يدافعون عن حق القتل شفقة و ذلك في حالة الشيخوخة الهرمة أو مرض، يريدون مساعدتهم على الموت ، لا يختارون الموت في حالة السرطان أو السيدا لكنهم يختارون عدم التعذب على كرسي متحرك. (Ibid :122)

- التظاهر بالانتحار: le suicide simulé

يعرف هذا النوع من الانتحار بأنه محاولة الضحية قتل نفسها لكن دون توفر النية، هي تريد التظاهر بالانتحار فقط (Blondel, 1983 :3)

- الهجوم الانتحار: l'attentat suicidaire

هذا النوع منتشر كثيرا في أيامنا هذه عبر العالم وهذا سواءا بتفجير النفس وسط تجمع أفراد أو جنود أو باستعمال سيارة مفخخة. (Mishara & tousignant, 2004 :88)

V. 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 انطلاقا من محاولة الحد من سيطرة هذه السمات على الفرد.

- الألم النفسي:

لا يقدم على الانتحار أي فرد و هو سعيد في حياته، فعدو 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 حدتهما يدفع بالأفراد الذين قد وردت ببالهم فكرة الانتحار أو حاولوا ذلك إلى تغيير مواقفهم.

- الحاجات السيكولوجية المحبطة:

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

- 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.

- 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.

- 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.

- التناقض الوجداني:

إذ يبدو بعض التناقض الوجداني سويا، فكل فرد يحمل الحب والكراهية 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.

- الكشف عن الرغبة في الانتحار:

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

- 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 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

توحي 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 (محمد الحجار 1989 : 76).

VII. النماذج التفسيرية لظاهرة الانتحار ومحاولة الانتحار:

I. 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 عذاباً أبدياً، فمن أقدم على إزهاق روحه بيده، مهما كانت الأسباب كان متعدياً على حدود الله و ظالماً لنفسه لقوله تعالى: " و لا تقتلوا أنفسكم إن الله كان بكم رحيماً، ومن يفعل ذلك عدواناً و ظلماً فسوف نصليه ناراً و كان ذلك على الله يسيراً " النساء 29-30 و يؤدي 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 ظاهرياً وإخلاصه سطحي ومزيف، ومما يلاحظ بصورة عامة في هذا المجال أن نسبة المنتحرين في الأقطار التي تدين بالإسلام و المسيحية الكاثوليكية والأرتوكسية تقل عما هي عليه في أديان أخرى كالولايات المتحدة، السويد و اليابان.

(رمضان محمد القذافي، 1998:240-241)

II. 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 المنتح، كما كان الحال في بريطانيا في وقت معين. (رمضان محمد القذافي : 241).

III. وجهة 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 ذاتياً، مما يدفع الإنسان إلى محاولة القضاء على حياته. و ترى وجهة النظر النفسية أن الرغبة في هلاك النفس قد تأخذ أشكالاً 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. (رمضان محمد القذافي: 241)

IV. وجهة نظر نفسية عند الطفل و المراهق:

يمكن بوضوح تحديد الانتحار الطفلي من الانتحار الراشد من خلال:

- الشكل الاندفاعي للفعل و الذي يكون غير متوقع و مفاجئاً بالنسبة للمحيط.
- 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:

- 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 والأرصان النفسي مع الميل إلى المرور إلى الفعل (اضطرابات سلوكية، عدوانية غيرية، هروب، انحراف، مخدرات...).
- يبدي الطفل أو المراهق تسامح ضعيف مع الإحباط الحقيقي أو الخيالي، وأن اندفاعية فعل الانتحار تشير إلى فقدان أو فشل يعيش بشكل درامي أو غير قابل للتصحيح، و في الغالب تكون محاولة الانتحار هنا مفاجئة وغير محضرة.

- 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).
- 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.
- 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 (د. أحمد عياش، 2003 : 112).

معنى خاص بالمراهقة:

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

- 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.
- يلعب المراهق بفكرة الموت ومعنى 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 سلوكات التحدي.
- 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.
- 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.
- يمكن أن يحس المراهق بأنه غير قابل للتعرض، ويأخذ أخطار معتبرة كسلوكات 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.

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.
- 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.
- 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 ... " (Robert Pelsser :259).

التفسير السيكو ديناميكي:

لاقت محاولة الانتحار تفسيرين رئيسيين على المستوى السيكو ديناميكي 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 المرافقة 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.

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 Robert Pelsser, P.260-263.

V. وجهة 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.

VI. ظاهرة الانتحار من وجهة نظر Durkheim

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

أولاً : الانتحار بسبب الأناية:

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.

ثانياً : 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.

ثالثاً: 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.

(رمضان محمد القذافي 242-243)

VIII. الانتحار في الجزائر:

- أصبحت الجزائر في السنوات الأخيرة من الدول التي ينتشر فيها الانتحار بنسب كبيرة و واسعة حيث يمس مختلف الفئات العمرية سواء كانوا رجال أو نساء مراهقين أو كبار في السن و هذا رغم أنه فعل محرم دينيا و غير مقبول اجتماعيا إنه ظاهرة غريبة عن مجتمعنا الإسلامي حيث نلاحظ مؤخرا في الجرائد اليومية العديد من الأخبار حول أن هناك أشخاص حاولوا الانتحار أو عثر عليهم منتحرين ولأسباب مختلفة و المشكل هنا في الجزائر هو عدم وجود إحصائيات دقيقة ، فالكثير من العائلات تخفي قيام أحد أفراد أسرتها بهذا الفعل لأنه عمل مشين و فضيحة كبرى حيث تنسبه إلى التسمم أو إلى أنه مجرد حادث و قد صادفنا مثل هذه الحالات أثناء قيامنا بالبحث في الجانب الميداني وهذا الأمر يجر إلى عدة صعوبات خاصة فيما يخص طرق التكفل بهذه الظاهرة من قبل الهيئات المختصة حيث أظهرت دراسة لدرك الوطني حول الانتحار أن نسبة إنتشار الانتحار في تزايد مستمر و هو من أول الأسباب للموت حيث أوجدت الإحصائيات أنه خلال الفترة الممتدة بين 1993 إلى غاية أوت 2003 تم التكفل ب 3711 قضية انتحار و 1423 محاولة انتحار ، و قد ميزوا 2787 رجل أي 75.08 % و 924 أي 24.11% من مجموع حالات الانتحار، و قد أوجدت الإحصائيات أسباب مختلفة و متعددة للانتحار

تراوحت بين الاكتئاب و الفصام و الذي تراوحت نسبته 19.07 % و التخلف العقلي و الذي كانت نسبته 15.07% حيث تعتبر الإضطرابات العقلية في كثير من الأحيان السبب الرئيسي للانتحار و المشاكل العائلية بنسبة 12.31 % واليأس بنسبة 14.78 % وأسباب أخرى مجهولة بنسبة 37.40 % راجعة للمعاش النفسي للمنتحر قبل الانتحار.

IX. 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 (De Montremy J, :263-264)

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.

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.

3- التكفل 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 .

X. 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 يبديها 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 محرم 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 والمؤنبية 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 Gourevitch 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 يبدون اضطرابات ظاهرة إلى الأطباء العقليين، والمقابلة بالنسبة لهم تساهم في:
- تقييم قيمة العرض في السلوك الانتحاري للعميل.
- اقصاء الاضطرابات العقلية وحل الوضعيات الصراعية نهائيا من أجل تقادي 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 ذووا 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

. (S.Durki, D.Moussaoui, F.Kacha :73-74)

خلاصة الفصل:

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 بالغاً 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.

الجانب التطبيقي

الفصل السادس

منهجية البحث "أدواته و إجراءاته"

- تمهيد
- تعريف المنهج العيادي
- ادوات البحث
 - دراسة الحالة
 - المقابلة العيادية
 - الملاحظة العيادية
- تقديم مكان اجراء التربص
- مواصفات الحالات العيادية المدروسة

تمهيد

يقوم كل بحث علمي على منهجية علمية مضبوطة بمجموعة من الطرق و خطوات يتبعها الباحث تمكنه من الوصول الى فهم أعمق للظاهرة المدروسة و تسمح له بالخروج بنتائج و استنتاجات ثابتة و صادقة. سنتعرض في هذا الفصل لمختلف الاجراءات المنهجية المتبعة في بحثنا هذا، و التي شملت المنهج العيادي بوسائله الكلاسيكية من مقابلة عيادية نصف موجهة و ملاحظة عيادية .

• تعريف المنهج العيادي

قد عرفه (perron 1979) على انه "منهد يهدف الى معرفة التنظيم النفسي للشخصية، و الفرد موضوع لها." (Perron1979 :33-44) .

كما يرى (Maurice 1969) ان المنهج العيادي هو منهج خاص ينظر الى السلوك بمنظور خاص ، فهو يحاول الكشف بكل موضوعية عن كينونة الفرد و سلوكياته التي يقوم بها في موقف ما ، كما يكشف عن الصراعات النفسية من خلال اظهار دوافعها وما يقوم به من سلوكات ازاء هذه الصراعات لأجل التخلص منها.

ويرى لاقاش (Lagache,1996) ان المنهج العيادي هو "تناول للسيرة في منظورها الخاص اضافة الى التعرف على مواقف و تصرفات الفرد اتجاه وضعيات معينة محاولا بذلك اعطاء معنى لها للتعرف على بنيتها و تكوينها ، كما يكشف عن الصراعات التي تحركها و محاولات الفرد لتجاوزها .

(Recélant 1996 :105)

ومن هنا نستخلص ان هذا المنهج يهدف الى فحص الفرد و التعرف على خصوصياته في مختلف الوضعيات . فهو يتميز بالموضوعية و يهتم بوضع صورة متكاملة عن الحالة و اعراضها، و يقف على الاسباب و الظروف السابقة لأجل الوصول الى تشخيص سليم.

فهدفنا من استخدام المنهج العيادي هو معرفة تقدير الذات عند المرأة المعنفة كما أنه يمكننا دراسة الموضوع بشكل متكامل، و عميق ، كما يتيح الفرصة للباحث من جمع اكبر قسط من المعلومات و من تم التأكيد من صحتها و دراسة الموضوع دراسة معمقة.

يقوم هذا المنهج اساسا على دراسة الحالة و التي هي "الفحص المعمق للحالة الفردية بصورة كلية و شاملة من خلال محاولة لفهم سلوك الشخص ضمن كل وجوده" (Mazella,1984 :24)

• ادوات البحث

1- دراسة الحالة:

الحديث عن المنهج العيادي يقودنا بالضرورة الى الحديث عن دراسة الحالة التي تعتبر "من اهم الطرق و التقنيات و الاليات التحليلية التي تستند عليها عدة علوم و خاصة علم النفس، اذ انها اكثر شمولية و قرب من التفكير السليم كونها تمد الاخصائي النفسي بصورة واضحة بجمع المعلومات و البيانات عن الحالة و تنظيمها و من ثم التحليل الشامل لها عن طريق الملاحظة و التواصل، و بالتالي تفسير شخصية الفرد" (Sillamy 1996 :296).

ويذكر (Huber,1993) ان "دراسة الحالة هي واحدة من وسائل تكوين و اثبات الفرضيات و كذا التفسيرات، انها مركز المنهج العيادي" (Pedinielli 1994 :67) . وهي فرع من المقاربة الوصفية و التحليلية ، تقوم على علاقة نوعية بين الفاحص و المفحوص توصل الى نتائج هامة و قيمة عن المفحوص، مبدأها الساسي هو الانتباه الخاص و النوعي و المشاركة و الملاحظة الفعالة و الوصف الدقيق

لخصوصية الوضعية العيادية و التوظيف النفسي للشخص الذي يشكل تركيبة نوعية و متفردة للأحداث النفسية التي يكون مصدرها الشخص،(جعديني 2011:125).

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 المجراة، 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؟

السوابق:

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

-هل توجد قصة عائلية للانتحار؟

6-المرض المخفي 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 تتلقاه 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.

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 (رشيد زرواتي، 2002: 154) 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.

• تقديم مكان التربص:

لقد تمت الدراسة بمصلحة الاستعجالات الطبية بالمستشفى الجامعي بوهران وتقع هذه المصلحة (UMC) في القسم الشرقي لما كان يسمى سابقا (Garrison) وفي الجنوب الغربي للمستشفى الجامعي بوهران - (CHUO) شارع الإخوة بوشاقور عند ملتقى شارع الشهداء و شارع الثورة، يشمل الهيكل المعماري للمصلحة على مصلحتين - مصلحة الاستعجالات الطبية (Urgences medicales)، ومصلحة (UMC)، الاستعجالات الجراحية (Urgences Chirurgicales) وتضم كل مصلحة عدد من الوحدات، إذ تشمل مصلحة الاستعجالات الطبية على وحدة الفرز، ووحدة الاستعجالات الجراحية .

كما تضمن المصلحة العامة (UMC) الوحدات التقنية، وحدة المخبر، ووحدة الأشعة -بمختلف قاعاتها المتخصصة.

ونظرا لتكفل مصلحة (UMC) بالمرضى على مدار 24/24 ساء، يشمل نظام عملها على فرق تنشط بتوقيت زمني يشمل نظام 8 ساعات، نظام 12 ساعة، ونظام 16 ساعة، ونظام 24 ساعة، ويتم بشكل تناوبي. كما تشمل المصلحة عدد من الأطباء التابعين المجموعة المصالح الإستشفائية يوميا وعلى مدار 24/24 ساعة لممارسة المناوبة .

وتعتبر (UMC) من أكبر مصالح المستشفى الجامعي بوهران وشريانه الأساسي لما تستقطبه من عدد هائل للمرضى - ومن بينهم حالات المحاولين للانتحار .

كما تمت أيضا المقابلات في (خلية الإصغاء والتوجيه النفسي) (Cellule d'écoute) المتواجدة في المستشفى الجامعي بوهران - بالقرب من الجناح 05 تخصص مرضى داء السكري، ويضم 06 أخصائيين نفسانيين.

• مواصفات الحالات العيادية المدروسة:

شملت الدراسة العيادية على حالتين من جنس أنثى ، ذات مستوى دراسي ثانوي و متوسط ، يبلغان من العمر 20 و 19 سنة على التوالي ، قامتا بمحاولة انتحارية ، و مها متواجدان حاليا بمصلحة الاستعجالات الطبية ، و مها متواجدان حاليا بمصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية " UMC" بالمستشفى الجامعي بوهران.

الفصل السابع

عرض الحالات العيادية

• الحالة الأولى

- 1- التقرير السيكولوجي للحالة
- 2- اختبار فحص الهيئة العقلية
- 3- اهم الجوانب الاجتماعية و النفسية للحالة
- 4- حوصلة حول الحالة

• الحالة الثانية

- 1- التقرير السيكولوجي للحالة
- 2- اختبار فحص الهيئة العقلية
- 3- اهم الجوانب الاجتماعية و النفسية للحالة الثانية
- 4- حوصلة حول الحالة

• الحالة الأولى:

1- التقرير السيكولوجي للحالة الأولى:

- الاسم: (أ.س)
- الجنس: انثى
- السن : 20 سنة
- الرتبة: 2 من 5
- الحالة الاجتماعية: عزباء
- المستوى الدراسي: ثانوي
- مكان الفحص: مكتب الأخصائي النفسي بمصلحة الاستعجالات الطبية
- دافع التقويم: دراسة حالة في اطار تحضير لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

2- اختبار فحص الهيئة العقلية:

الاستعداد و السلوك العام: تبلغ من العمر 20 سنة ،بيضاء البشرة، متوسطة القامة،متوسطة البنية، يبدو عليها القلق و الحزن و الانطواء.

الهندام: لباس نظيف و ألوانه داكنة.

النشاط الفكري: لم تكن الحالة متجاوبة خلال المقابلات، كلام متقطع ، فترار شرود ، لغتها غير واضحة، أسلوبها غير مفهوم.

المزاج و العاطفة: مزاج الحالة مضطرب، مكتئب ، ايماءات الحزن و اليأس، كما لاحظنا فترات الصمت.

أما التفكير فكان سلبي و تقديرها لذاتها منخفض.

القدرة العقلية: ذاكرة قوية كونها تتذكر كل التفاصيل لكن تسردها بصعوبة.

الاستبصار و الحكم: من خلال المقابلات التي أجريناها مع الحالة تبدو "أ" مستبصرة بحالتها وواعية بالموقف الذي تعيشه

3- اهم الجوانب الاجتماعية و النفسية للحالة:

"أ" فتاة تبلغ من العمر 20 سنة، تعيش في عائلة متكونة من 5 أفراد وهي في المرتبة الثانية بين إخوتها، مأكثة في البيت ، مستواها التعليمي ثانوي، وهي عازبة، تعاني حاليا من كسور على مستوى العمود الفقري، بنيتها الجسمية متوسطة، تعيش وضعية مادية عادية و هي تقيم مع والدتها ، الوالدين منفصلين.

واجهنا صعوبة في التعامل مع الحالة لانها رفضت الحديث و التعامل معنا، لكن بعد عدة محاولات استطعنا القيام بالمقابلة .

"أ" قامت بأول محاولة انتحار في حياتها ، حيث ذهبت إلى منزل صديققتها و قامت برمي نفسها من شرفت البيت الذي هو في الطابق الثاني للعمارة وقد تنقلت إلى هناك هاربة من القهر الذي كانت تعانيه مع عائلتها، بحيث أن والديها مطلقين وتعيش مع أمها وأخواتها الأربعة ، وسبب رحيلها على حد قولها هو المشاكل التي كانت تحدث بينها وبين أخيها الأكبر منها، وهذا بسبب زواج هذا الأخير بفتاة كانت تعرفها و هما لا يطيقان بعضهما وحدث نوع من الغيرة بينهما، كذلك فشل علاقة عاطفية كانت تجمعها بفتى شاب كان يدعي انه يحبها و سيتزوجها لكن هذا الأخير تقدم لخطبة صديققتها .

كما أن غياب الأب وحتى عندما كان مع العائلة أي قبل الطلاق، حيث كان أبا متسلطا وعنيفا وكان يمارس الضرب والعنف الكلامي مع زوجته وبناته، و قالت المفحوصة ان لا توجد اهمية لحياتها وانها كانت دوما تبحث عن حل يخرجها من وضعها هذا، وهذا ما يدعو إلى القول بأن تقديرها لذاتها منخفض 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، وقالت ان الانتحار لن يأتي لها ما تريد (جلب انتباه العائلة لها)، كما قالت انها بعد تعافيتها ترغب في بناء حياتها من جديد حيث انها ترغب في الزواج و الاستقرار النفسي .

4- حوصلة حول الحالة:

من خلال ملخص المقابلات وتاريخ الحالة والاطلاع على ملفها الطبي، يمكن ملاحظة أن المفحوصة تعاني من تقدير منخفض للذات وهذا من خلال تعبيراتها بأن نفسها لا تعني لها شيئا، كما تعرضت المفحوصة لإحباط كبير نتيجة صدمة فشل عاطفي بعد انقطاع علاقتها وعدم زواجها من الشخص الذي تحبه اضافة الى زوجه اخيها 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، ولجأت الى الانتحار للتعبير عما تعانيه، سبقه حالة من القلق الواضح في تصرفاتها، و حملها مشاعر العدوانية 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 .

وفي الاخير و رغم كل هذا الا ان "أ" ترغب في التغيير وتتنظر إلى المستقبل نظرة إيجابية، كما أنها تطلب مساعدة الغير لها، وتتنظر خاصة مساعدة الأهل الذين ترى فيهم سببا لمعاناتها .

• الحالة الثانية:

1- التقرير السيكولوجي للحالة الثانية:

- الاسم: (م.س)
- الجنس: انثى
- السن: 19 سنة
- الرتبة: 4 من 4
- الحالة الاجتماعية: عزباء
- المستوى الدراسي: متوسط
- مكان الفحص: مكتب الأخصائي النفسي بمصلحة الاستعجالات الطبية
- دافع التقييم: دراسة حالة في اطار تحضير لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

2- اختبار فحص الهيئة العقلية:

- الاستعداد و السلوك العام:

"م" فتاة تبلغ من العمر 19 سنة ،سمرء البشرة، متوسطة القامة، متوسطة البنية، يبدو عليها القلق و الحزن و الانطواء

- الهدام: لباس عادي، نظيف، ذو ألوان داكنة.
- النشاط الفكري: كانت الحالة متجاوبة خلال المقابلات، تتكلم بكل طلاقة و تجيب عن كل الاسئلة تتسم ، أسلوبها متناسق و مفهوم.
- المزاج و العاطفة: مزاج الحالة مكتئب ، ايماءات الحزن.
- أما التفكير فكان سلبي و تقديرها لذاتها منخفض.
- القدرة العقلية: ذاكرة قوية كونها تتذكر كل التفاصيل.
- الاستبصار و الحكم: من خلال المقابلات التي أجريناها مع الحالة تبدو "أ" مستبصرة بحالتها وواعية بالموقف الذي تعيشه.

3- أهم الجوانب النفسية و الاجتماعية للحالة

"م" فتاة تبلغ 19 سنة مستواها الدراسي اولى متوسط لديها اربعة اخوة ذكور و لها اخت واحدة ابوها يبلغ 57سنة وهو عامل بسيط وامها 54 سنة و هي مأكثة في البيت ، "م" هي اخر العنقود في اخوتها ، كانت "أ" مرتبطة لكنها انفصلت عن خطيبها بسبب رفض العائلتين لهذه العلاقة ، لم تستطع تحمل هذا فقامت بشرب نصف قارورة من مادة روح الملح كسبيل للموت و حل لمشاكلها.

تم إحضارها إلى المستشفى بسبب قيامها بمحاولة إنتحار،قالت المفحوصة فيما يخص حياتها العائلية أنها سيئة جدا نتيجة الاهانة و الضرب من طرف افراد العائلة، خاصة الاخ الذي يقوم بضربها و سبها بدون سبب دون تدخل الوالدين ،و عند رغبتها في الخروج يقوم بتمزيق ملابسها و ضربها و منعها التحدث مع الجيران و حتى التحدث في الهاتف و قالت انها تعيش في حصار دائم، وتقول ان علاقتها مع ابوها سيئة لانه لا يحبها و ضربها قبل دخولها المستشفى و على جسمها اثار ضرب زرقاء و انها مهمشة بين اخوتها ولا يقوم بمسؤوليته نحوها و قالت انها سقطت من الدرج و تكسرت من قدمها لكنها لم تحظى باهتمام احد

و عندما أخذها الى المستشفى حتى تعفن قدمها، كذلك قام بوضعها خلف الباب و ضربها بعصى غليظة لكنها لم تحظى بالمساندة ولا الدفاع من احد و كأنها ليست انسان ، علاقتها سيئة مع امها ايضا لانها لا تقوم بمساعدتها لا تجد من يساندها أو يدافع عنها حتى الأم لها علاقة سيئة معها هي بعيدة عنها لا تدافع عنها عندما يقوم الأخ و الأب بضربها و تضيف هي أيضا تضربها حيث لها ذكريات سيئة حول معاشتها لعنف و قسوة شديدة من قبل الأم منذ صغرها . علاقتها مع اختها سيئة ايضا لانها تحرض عنها والدها مما يدفعها إلى البكاء وعدم الأكل ، فالشخص القريب منها زوجة اخيها و ابنها و كذا اخوها الذي هو بالسجن رغم طباعه السيئة الا انه حنون معها . و في الجانب العاطفي للمفحوصة شخص في حياتها تحبه كثيرا و هو يحبها و يفهمها لكنها في شجار دائم معه بسبب شكه فيها و كذا رفض العائلتين لعلاقتها ما أدى إلى قيامها بمحاولة الإنتحار. ارادت الحالة اتمام دراستها و تحقيق طموحها لتصبح محامية لكن اخاها منعها من ذلك الشيء الذي سبب لها تعب كبير

تضيف المفحوصة إلى أنه لا معنى لحياتها لا يوجد الأمان لم يعد لها وجود في هذه الحياة تريد الموت و هو الحل لكل مشاكلها هي مصرة عليه خاصة بعد إنفصالها عن الشخص الذي تحبه بالإضافة إلى كثرة المشاكل العائلية.

4- حوصلة حول الحالة:

إنطلاقا من المقابلة إستطعنا ملاحظة عدة نقاط جد مهمة هي : تعاني الحالة من عدة ضغوط في حياتها ترجع إلى العوامل الأسرية والتي تتمثل خاصة في العنف الجسدي الذي أثر كثيرا في حياتها بالإضافة إلى وجود اللامبالاة و عدم الإهتمام بها ، و أيضا إلى العوامل العاطفية و التي ترجع أساسا إلى الفشل في علاقتها العاطفية و إلى العوامل التربوية و التي تمثلت في فشلها الدراسي و عدم قدرتها على تحقيق طموحاتها الدراسية و إثبات ذاتها . - يظهر على الحالة الذكاء و الرغبة في التفريغ لأنها تتحدث و تجيب عن كل الأسئلة دون خوف كما يظهر عليها أيضا الخوف و الحزن و الإصرار على الانتحار حتى الموت، من الناحية الجسدية وجود العديد من المناطق الزرقاء الناتجة عن الضرب .

من خلال تحليل محتوى المقابلة العيادية التي أجريت مع المفحوصة استطعنا الوصول إلى تقديرات أولية أهمها تعرض الحالة إلى مصادر ضغط ترجع بالدرجة الأولى إلى العوامل الأسرية العلائقية و كان التعرض للإساءة اللفظية و الجسمية من قبل أفراد الأسرة هو العامل الأكثر تأثيرا وهذا من خلال خطاباتها كقولها "لي كنت صغيرة و هي تضربني" "بابا تاني يضربني" "ضربني حتى لحي زرقه" وهذا يدل على شدة تأثيرها بالمعاملة السيئة التي تتعرض لها حيث أن المراهق و في هذه المرحلة يكون حساس جدا شديد التأثير بالخطابات المدمرة و العنف الجسدي خاصة من قبل أفراد العائلة و هنا يرى كل من (Botsis 1995) و (Straus 1994) أن من بين أهم عوامل الخطر الانتحاري عند المراهقين هو العنف الجسدي أو الجنسي (Marie. M, 1999, p198)

بالإضافة إلى هذا المفحوصة أظهرت معاناة من مشاكل دائمة مع الإخوة الأمر الذي تسبب في غياب الهدوء و الاستقرار في البيت ، حيث تعتبر العائلة عادة الملجأ الأساسي للشعور بالراحة بالنسبة للمراهق و هو عكس ما تعيشه المفحوصة و هنا يشير Caillére بقوله " محاول الانتحار لديه مفهوم شخصي و اجتماعي يتميز بتوافقه مع معالم نفسية اجتماعية كوجود تفكك في الأسرة ، مشاكل بين الوالدين حرمان عاطفي والذي سيطرة و الدية (Caillére, 1994, p79) "فالألم الناتج عن المشاكل مع أفراد الأسرة

كان من بين الأسباب التي دفعتها للمحاولة الانتحارية و التي تمثل هنا رسالة تسير في اتجاهين أولاً نداء للمحيطين بها بأنها تعاني و تتألم نتيجة ما تتعرض له من ظلم من قبلهم و ثانياً يمثل أيضاً طريقة غير مباشرة للانتقام من الأشخاص الذين تسببوا لها بهذا الألم بمعنى الموت كما ظهر عند الحالة مصادر ضغط ترجع إلى عوامل مدرسية تمثلت أساساً في عدم قدرتها على تحقيق طموحاتها الدراسية فهي كانت تريد أن تصبح محامية و يكون لها شأن في المستقبل و لكنها منعت من إكمال دراستها في سن مبكر وهذا ما ظهر في خطابها " كنت باغيا أنولي محامية بصح مخلاونيش " الأمر الذي سبب لها ضغط نفسي كبير و تسبب لها بشعور بانعدام القيمة و الأهمية و هنا يقول " (Boucebic. M 1979) المراهق المحاول للانتحار يتميز بتصوره السلبي عن ذاته" . فالمفحوصة لم تستطع أن تعيش حياتها في البيت بشكل جيد بسبب النظام التربوي الصارم المفروض من طرف العائلة و الذي يسمح بالسيطرة من قبل الإخوة الذكور و يفرض الخروج المبكر من الدراسة ، استعمال العنف و منعها من إبداء الرأي أو إقامة علاقات و هنا يقول مصطفى بوتفوشيت " Bontefinouchet الفتاة المراهقة في المجتمع الجزائري تكون أقل حظاً من الذكر ، إذ قد تحرم من التعليم في سن مبكرة لتتغلب بتعلم نشاطات الزوجة و ربت البيت مستقبلاً و تحاط برقابة شديدة و دائمة من طرف أفراد كل العائلة " و هنا و في ظل ما كانت تعيشه المفحوصة من ضغوط و ما تعانيه من مشاكل داخل الأسرة كان الأمر الذي يربطها بالحياة و يجعلها تحس براحة نفسية هو علاقتها مع الشخص الذي تحبه لكن الأمر تعقد و ازدادت المشاكل بينهما و ما زاد الأمر سوءاً هو رفض عائلتها و عائلته هذا الارتباط ما أدى إلى فسخ العلاقة بينهما ما دفع الحالة إلى المرور للقيام بالمحاولة الانتحارية كحل لما تعانيه من مشاكل . لكن تعرض المفحوصة لضغوط السابقة و التي ترجع لمصادر أسرية و شخصية و عاطفية لا يمكن أن يؤثر عليها إلا بوجود بمستوى إدراك كبير و في هذا الشأن يشير " Wantman,1992 إن حوادث الحياة ترفع من خطورة الانتحار أو الإصابة بالمرض في حال ما إذا أدركت على أنها و ضعيات مهددة". في حين نجد اعتمادها على الدعم أو السند الاجتماعي ضعيف و هذا راجع لعدم قدرتها على التواصل مع أفراد الأسرة بسبب المشاكل الموجودة و لعدم ثققتها في الأصدقاء بسبب تعرضها للخيانة من قبل صديقتها و هنا يشير (Lepore 1994) أن المساندة الاجتماعية هي الإمكانيات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الاجتماعية للفرد يمكن الاعتماد عليها في أوقات الضيق ، و يتزود بها من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية التي تضم في الغالب الأسرة و الأصدقاء تساعد في التخفيف من أثر المشاكل و الضغوط ، حيث أن كثرة المشاكل و عدم قدرتها على تجاوزها جعلها تلجأ للهروب بدل المواجهة في المواقف الضاغطة ، حيث نفذت كل الحلول الممكنة و لم يبق إلا القيام بالمحاولة الانتحارية كحل أخير " و هنا يشير " (Baechler 1975) محاولات الانتحار تمثل كل

السلوكيات للبحث و إيجاد الحل لمشكل وجودي بوضع حد لحياة الفرد. "

الفصل الثامن

عرض النتائج و مناقشتها

- مناقشة النتائج على ضوء فرضية البحث
- استنتاج عام
- خاتمة
- توصيات

مناقشة النتائج على ضوء فرضية البحث:

يعتبر التكفل النفسي مهم في تجنب تكرار المحاولة الانتحارية.

من خلال هذه الدراسة حاولت القيام بدراسة عيادية "حالتين من المراهقين المحاولين للانتحار، الحالتين من جنس أنثى حيث تتراوح أعمارهم بين "19 – 21 سنة".

و ذلك عن طريق المنهج العيادي " الملاحظة العيادية، المقابلة العيادية، اختبار فحص الهيئة العقلية. انطلقت في بحثي هذا بالتحدث عن الاخصائي النفسي ثم التكفل النفسي ثم عن المرافقة و و الانتحار هذا محور اشكاليتنا و اعتبرنا ان حلها يكمن في الفرضية المدونة أعلاه و قد تحققت هذه الفرضية على أساس أن للتكفل النفسي بالحالات المحاولة للانتحار دور فعال من أجل تجنب تكرار المحاولة الانتحارية ، و الهدف من هذا التكفل هو مساعدة الحالة على الاستقرار تجاوز مشكلتها و تقبل ذاتها و تصحيح الأفكار السلبية كما استطاعت أيضا التخلص من عزلتها حيث بدأت تندمج شيئاً فشيئاً و عدم تكرارها المحاولة الانتحارية.

استنتاج عام :

من خلال ما تم التوصل إليه من نتائج، في هذه الدراسة " التكفل النفسي بالحالات المحاولة للانتحار، شملت الدراسة حالتين من المراهقين المحاولين للانتحار ، و منها استنتجت مايلي:

التكفل النفسي للحالات المحاولة للانتحار يعد ضروريا لتجنب تكرار السلوك الانتحاري ربما بوسيلة أكثر خطورة، و التقليل من خطورة السلوك الانتحاري مهما كان بسيطا، و عدم إهمال رغبة الحالات في تحقيق الموت حتى و لو كان هناك سببا يظهر كدافع أساسي و محرك لقيام المراهق بهذه المحاولة، حيث يهدف التكفل النفسي الى إعادة تأطير للوضعية الحالية التي يعيشونها، ثم العمل على تغيير بعض المظاهر التفاعلية السلبية والوصول إلى حل بسيط للمشكل المطروح، إضافة إلى معالجة اختلال الاتزان النفسي لدى هذه الحالات المحاولة للانتحار دونها حصره في التكوين النفسي للحالات كما ينبغي اختصار مدة العلاج النفسي في حصص محددة كي يتسنى للحالات المحاولة الانتحار القدرة على متابعة العلاج و تجنب تكرار المحاولة الانتحارية.

الخاتمة:

محاولة الانتحار ليست مشكلة ذاتية بقدر ما هي إجتماعية و ثقافية مرتبطة بكل التغييرات التي تشمل الفرد و المجتمع و من خلال دراستنا الحالية التمسنا عدة أسباب مميزة و خصائص كانت مساهمة في الشروع في الانتحار عند حالات البحث حيث كانت المشكلات و الضغوط الخارجية التي يتعرض لها المراهق من بين الأسباب الدافعة للمحاولة الانتحارية ، حيث تؤثر سلبا و تدفع به في الدخول لتمثيلات البحث عن الحلول لكن عجز النشاطات المعرفية في إيجاد الحلول المناسبة للخروج من دائرة المشاكل ساهم بدرجة كبيرة في بلورة الأفكار الانتحارية و من ثم الشروع فيه و هو الأمر الذي قد ينجح في كثير من الأحيان ، و قد أثبت في الدراسة الحالية أن التكفل النفسي مهم جدا لهذه الحالات من أجل تجنب تكرار محاولة الانتحار حيث ساعد في التخلص من الافكار السلبية، كما لمست فعاليته من خلال تحسن الحالات اذ أصبحت أكثر تفهما لنفسها و مشكلاتها و معرفة قدراتها و توظيفها لتغيير الأفكار مما ساعد بشكل كبير على تعديل السلوك ، و بالتالي توصلت الى التحقق من فرضية البحث بأن التكفل النفسي مهم جدا في تجنب تكرار المحاولة الانتحارية.

التوصيات:

- توفير وحدات أو خلايا خاصة لتكفل النفسي و العقلي و الطبي و الاجتماعي بالمرهقين بعد القيام بالمحاولة الانتحارية من أجل تفادي تكرار المحاولة الانتحارية مرة أخرى.
- التكفل بالمرهق المحاول للانتحار من خلال الاعتماد على التقنيات الخاصة بالاسترخاء أو تقنيات السوفروولوجيا المساعدة على تعديل الأفكار الخاطئة و خلق جو من الراحة و الطمأنينة.
- البحث أكثر عن المتغيرات الخاصة بالنشاطات العقلية المعرفية التي من شأنها أن تبين و تظهر الاحتمالية الانتحارية و تساعد في استخدام استراتيجيات معرفية مناسبة .
- تسليط الضوء على دور الأسرة و خاصة الوالدين في توفير جو أسري مناسب و تقديم الدعم و السند اللازمين خاصة في سن المراهقة للحد من المحاولات الانتحارية في هذه السن.
- التحسيس و التوعية بخطورة هذه الظاهرة و فتح مراكز خاصة تعنى بمشاكل المرهقين خاصة منهم الذين قاموا بمحاولات انتحارية.
- تدريب المرهقين المحاولين للانتحار على مواجهة الضغوط النفسية بالاعتماد على نماذج خاصة لحل و مواجهة المشكلات التي يتعرضون لها .
- الاعتناء بالصحة النفسية للفرد، خاصة من طرف الوالدين في مرحلة الطفولة و المراهقة.
- وجوب توعية الأسر و خاصة الوالدين بخطر الظاهرة و تسليط الضوء على العوامل المؤدية إليها لتفادي وقوع الفرد في خطر الإقبال عليها.
- تعزيز دور الإعلام و خاصة السمعي البصري في الحوار و التعريف بالظاهرة و التطرق لأسبابها و طرق مكافحتها.
- محاولة الكشف المبكر عن المرهقين الذين قد يصل بهم الأمر إلى حد محاولة الانتحار من خلال الانتباه إلى ردود أفعالهم و الإصغاء إلى مشاكلهم بدل من تجاهلهم أو رفضهم.
- لا بد من تكوين فريق متخصص للتكفل النفسي و الطبي و الاجتماعي بمحاولة الانتحار.

قائمة المراجع

• المراجع العربية:

1. ابن هادية علي و آخرون، (1991)، القاموس الجديد للطلاب، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر.
2. أحمد محمود عياش (2003) الانتحار (نماذج حية لمسائل لم تحسم بعد) دار الفرابي بيروت
3. ب. سون و آخرون(1986) ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة، سيكولوجية الطفولة والمراهقة، ط 1 الكويت.
4. بلميهوب كلثوم(1998) المشكلات التي تواجه الأخصائي النفسي.
5. بوزياني وئام(2012) واقع التكفل النفسي للمريض بالفصام داخل المؤسسة، رسالة ماجستير، جامعة محمد خيضر بسكرة.
6. جابر نصر الدين (1992) علاقة الرفض الابوي بالتكيف النفسي، رسالة ماجستير، الجزائر.
7. جاسم، محمد جاسم (2004) علم النفس الإكلينيكي، السعودية، عمادة شؤون المكتبات بجامعة الإمام محمد بن سعود.
8. جوليان روتر (1989) علم النفس الإكلينيكي، ترجمة عطيه محمود هنا، القاهرة، دار الشروق.
9. جون لا بالانش و بونتاليس(1985) معجم مصطلحات على نفس التحليلي، ترجمة مصطفى الحجازي، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.
10. جون لا بالانش و بونتاليس(1985)، معجم مصطلحات على نفس التحليلي، ترجمة مصطفى الحجازي، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان،
11. حامد عبد السلام زهران (1995) علم النفس النمو- الطفولة و المراهقة ، ط 5 عالم المكتبة القاهرة - مصر.
12. خ. م. معوض (1993) سيكولوجية النمو، الطفولة والمراهقة، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية .
13. خ. م. معوض(1993) سيكولوجية النمو، الطفولة والمراهقة، ط3، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية،
14. خولة عبد الله السبتي (2004) مشكلات المراهقة الاجتماعية النفسية و الدراسية (دراسة وصفية على عينة من الطالبات السعوديات) رسالة ماجستير منشورة، الرياض.
15. رأفت عسكر(2004) علم النفس الاكلينيكي، التشخيص، التنبؤ في الميدان الاضطرابات النفسية و العقلية، مدرسة علم النفس، مصر.
16. رشيد زرواتي (2007) مناهج وأدوات البحث في العلوم الاجتماعية، ط 1، دار الهدى، عين مليلة، الجزائر.
17. رمضان محمد القذافي(2000) علم النفس الطفولة و المراهقة المكتب الجامعي الحديث
18. رمضان محمد القذافي (2011) الصحة النفسية و سيكولوجية الشخصية ط2 ، المكتب العلمي للكيمبيوتر و النشر و التوزيع، الاسكندرية.
19. رمضان محمد القذافي(1998) في الصحة النفسية والتوافق، ط 2 دار النهضة العربية، بيروت.
20. الزهراء جعدوني (2011) سيكوباتولوجية الاعتداء الجنسي – التوظيف النفسي للمعتدي الجنسي، رسالة دكتوراه جامعة وهران.
21. زهران حامد عبد السلام1995، علم النفس الطفولة والمراهقة، عالم الكتب، الطبعة5، القاهرة
22. زهران، حامد عبد السلام (1985) الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب. القاهرة

23. زيدان محمد مصطفى(1995)،النمو النفسي للطفل والمراهق، دار النشر والتوزيع، الطبعة الأولى.
24. سيغموند فرويد(1995) ، معالم التحليل النفسي ، ديوان المطبوعات الجامعية.
25. الشربيني، لطفي (1996) وصمة المرض النفسي في البيئة العربي ة"، ورقة عمل مقدمة إلى مؤتمر الجمعية العالمية للصحة النفسية، لبنان: بيروت.
26. عبد الرحمان العيساوي(1984) سيكولوجية الجنوح، دار النهضة العربية للطباعة، بيروت.
27. عبد الستار، ابراهيم و عسكر، عبد الله(2008) علم النفس الاكلينيكي في ميدان الطب النفسي ط4،مكتبة الانجلو مصرية القاهرة.
28. عبد العلي الجسماني(1999)، العناية بالعقل والنفس، دار العربية للعلوم، بيروت.
29. عطوف محمود ياسين(1981)، علم النفس الإكلينيكي، دار المسيرة، بيروت.
30. عطوف، محمد ياسين (1986) علم النفس العيادي الإكلينيكي، بيروت، دار العلم للملايين.
31. عطية محمود هنا (1983)، علم النفس الإكلينيكي، دار النهضة العربية، بيروت.
32. غسان يعقوب، سيكولوجية حروب والكوارث، دور العلاج النفسي اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة، دار الفرابي، الطبعة الأولى.
33. ف. عباس(1990) أساليب دراسة الشخصية، التقنيات الإسقاطية، ط1، دار الفكر اللبناني، لبنان.
34. فالح، بن صنهاج الدلحي العتيبي (2011) دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي من وجهة نظر العاملين في المستشفيات الحكومية في مدينة الرياض، رسالة ماجستير في العلوم الاجتماعية، قسم العلوم، كلية، الدراسات العليا، الرياض، السعودية.
35. فؤاد أبو حطب(1973)، التقويم النفسي، مكتبة الأنجلو المصرية.
36. م. الحجار(1989) الطب السلوكي المعاصر، أبحاث في أهم موضوعات علم النفس الطبي والعلاج النفسي السلوكي، ط 1، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان.
37. م. رفعت(1974)، المراهقة وسن البلوغ، دار المعارف للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
38. محمد الحجاز(1984)، الطب السلوكي المعاصر، الطبعة الأولى، دار العلم القاهرة.
39. مصطفى فهمي(1979) علم النفس الإكلينيكي، دار العلم.
40. ميخائيل ابراهيم أسعد(1991)، مشكلات الطفولة و المراهقة. ط2، دار الثقافة الجديدة.بيروت .
41. نزهة الخوري(1997) أثر التلفزيون في تربية المراهقين ، دار الفكر ،لبنان.

42. B. Bensmail(1994)Psychiatrie d'aujourd'hui, office de publication universitaire, Alger.
43. J. De Montremy(1977)« Pourquoi, quand, où et comment prévenir le suicide », Psychologie Médical, tome 9.
44. J. Bergeret(1982) Psychologie pathologique, théorique et clinique, édition Masson, Paris.
45. P.Canoui, P.Messerschmitt, D.Ramos(1994) Révision accélérée en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Malouine, Paris
46. S.Durki, D.Moussaoui, F.Kacha(1987) Manuel du psychiatre maghrébin, Masson, Paris.
47. N.Sillamy(1996) Dictionnaire encyclopédique de psychologie, Paris.
48. Blondel (1983) Le Suicide , édition Librairie Universitaire Strasbourg.
49. Caillé k (1994) Suicide et tentative du Suicide, puf , America
50. Psychiatric Press ,Paris.
51. Despinoy.M (2002)Psychologie del'enfant et de l'adolescent édition
52. Quercy Cahors, France.
53. Durkheim Emile (1897) Le Suicide Etude de Sociologie , édition Presse universitaire de , France .
54. Disertouri ,B(1975) ;La Psychaitrie Sociale , édition Bodas ,paris.
55. Dechemia dedie(1995) les de pressions de la prévention a la guérison, ED dahleb,.
56. Henri Grivois & luigi Gross (1990) La Schizophrénie Débutante puf Johon Libey Eurotext , Paris.
57. Jhon Henden (2008) Preventing Suicide the Solution Focused Approach édition Wiley England.
58. Mishara Brian L & Michel Tousignant (2004) Comprendre le suicide ;
59. Pupliched by the Press Syndicate of the University of Combidge ; NewYork.
60. Pedinielli J (1999) Introduction à La Psychologie Clinique , Edition
61. Nathan , Paris France.
62. Robert(1989) Pelsser, Manuel de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Masson, Paris,
63. Bloch & all(1993) Grand dictionnaire de la psychologie , Edition la
64. rousse , France.
65. La petite La Rosse (1999) Grande Format , paris.

66. Marlène Falardeau (2002) Huit Clés pour la prévention du Suicide chez les jeunes édition presses de l'université du Québec ,Canada.
67. Jhon Henden (2008) Preventing Suicide the Solution Focused Approach édition Wiley England.
68. Canoui A & All (1992) Psychiatrie de l'adulte, Maloine , Paris.
69. Brian L Mishara & Francois Chagnon (2004) Evaluation de programmes en Prévention du Suicide Edition Presses de l'université du Québec, France.
70. Loik M & Jean –luc Viaux (1999) Expertise psychologique ,
71. psychopathologie et méthodologie édition l'Harmattan France.
72. Vincent Caillard & François Chastang (2010) le geste Suicidaire , Edition Elsevier Mason.S.A.S. France.
73. Brussette (f) (1987) psychanalyse et psychothérapie EMC, Paris.
74. Windfrkd h (1986). La psychologie clinique aujourd'hui. Bruxelles : pierre mardaga
75. M.N. Nini, 1997 Contribution à l'étude des structures chez l'adolescent Algérien, thèse de doctorat, Paris.
- 76.24- N. Toualbi, 1975 Les attitudes et représentations du mariage chez la jeune fille algérienne, EPIN, Alger.
77. Marie –Line Morin (1999) Le Suicide Chez Les Jeunes (Un Cris Pour La Vie) édition Médiaspaul Paris France.
78. Grégory Michel (2001) La prise de Risque a L'adolescence édition Masson Paris.
79. Cacha Farid (2001) Les Conduites Suicidaires , Algérie Sante , Revue Bimestrielle De Santé.
80. Blondel (1983) Le Suicide , édition Librairie Universitaire Strasbourg.