الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة وهران2 محمد بن احمد

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس والارطوفونيا

الموضوع:

محاولة الانتحار وتأثيرها على تقدير الذات لدى المريض الميلانخولي

دراسة عيادية لحالتين(02)

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

من اعداد الطالبتين:

- لراشي محجوبة
- حادي حبيبة

تحت اشراف الاستاذة:

كبداني خديجة

2018-2019

جمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة وهران2 محمد بن احمد

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس والارطوفونيا

الموضوع:

محاولة الانتحار وتأثيرها على تقدير الذات لدى المريض الميلانخولي

دراسة عيادية لحالتين(02) بمستشفى الامراض العقلية بسيدي الشحمي الشحمي وهران

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

من اعداد الطالبتين:

- لراشي محجوبة
- حادي حبيبة

تحت اشراف الاستاذة:

كبداني خديجة

2018-2019

شكر و تقدير

الحمد لله ربي العالمين والصلاة والسلام على اشرف المرسلين واله وصحبه الى يوم الدين.

فلا يسعنا بعد ان اكرمنا القدير بإتمام هذه الدراسة الا ان نتقدم بجزيل الشكر والعرفان لكل من قدم لنا النصيحة او المساعدة لإتمام هذا البحث واخص بذكر الاستاذة **كبداني خديجة** التي امنت علينا بقبول الاشراف على هذه المذكرة، والتي لم تدخر جهدا في نصحنا وتوجيهنا من اجل اتمام هذه المذكرة.

ونشكر ايضا الاخصائية النفسانية المتواجدة على مستوى الجناح رقم3 السيدة دلال التي افادتنا كثيرا بخبرتها ولا ننسى كدلك الحالتين اللدان لولاهما لما أتممنا هدا العمل.

وفي الاخير نشكر كل من ساهم في انجاز هذا العمل.

اهداء 1

إلى من لهما الفضل في تربيتي وتعليمي إلى منبع الحب وحنان والعطاء إلى الوالدين الكريمين أطال الله في عمرهما أهدي هذا العمل.

إلى إخوتي و أخواتي و أحبائي الذين ساندوني إلى من جمعني معهم القدر وتعلق بهم الفؤاد حبيبة وخديجة، فاطمة، خضرة، وسام، مليكة، مروة.

إلى زملائي وزميلاتي دفعة ماستر2علم النفس العيادي 2019/2018م.

ولكل من الأستاذة "كبداني خديجة" وجميع أساتذة علم النفس العيادي الذين يرجع لهم الفضل فيما وصلنا إليه.

والى كل من عرفني أهدي هذا العمل المتواضع.

لراشي محجوبة

اهداء 2

اهدي ثمرة جهدي الى اغلى ما في الوجود الى الوالدين الكريمين

والى اخواتي فوزية وحنان واولادها: اية، دنيا والكتكوت الصغير محمد الحبيب.

الى صديقتي الغالية محجوبة التي شاركتني محنة هذا العمل الشاق والى كافة طلبة تخصص علم النفس العيادي.

وشكر خاص للأستاذة «**كبداني خديجة**» وكل اساتذة علم النفس جامعة وهران الذين يرجع اليهم الفضل فيما وصلنا اليه.

اليهم جميعا اهدي هذا العمل المتواضع.

حادي حبيبة

ملخص البحث:

تهدف دراستنا الى البحث حول محاولة الانتحار وتأثيرها على تقدير الذات لدى المريض الميلانخولي ومحاولة الاجابة على التساؤل التالي: هل محاولة الانتحار تؤثر على تقدير الذات لدى المريض الميلانخولي؟

وذلك بالاعتماد على المنهج العيادي باستخدام تقنية دراسة الحالة ولاختبار صحة الفرضيات استخدمنا الادوات التالية: المقابلة الموجهة – الملاحظة العيادية – مقياس تقدير الذات لروزنبيرغ rosenberg .

طبقت الدراسة على حالتين من الذكور و تم اختيارهما بطريقة قصدية واللذين توفرت لديهما جملة من الخصائص، والتي تم تحديدها من قبلنا وتمثلت في: الجنس، العمر، التشخيص. اما بالنسبة للجنس فشملت دراستنا حالتين من جنس الذكور تتراوح اعمارهم ما بين 46- 50سنة ، وكذلك تبعا لتشخيص الاخصائيين في المستشفى، الحالتان مصابتان بالاكتئاب السوداوي melankholie وقد اقدموا على عدة محاولات انتحارية.

ومنه فقد اسفرت النتائج على ما يلي: محاولة الانتحار تؤثر على تقدير الذات لدى المريض الميلانخولي.

-انخفاض تقدير الذات يثير لدى المريض الميلانخولي فكرة الانتحار.

-تكرار المحاولات الانتحارية لها تأثير على انخفاض تقدير الذات لدى المريض الميلانخولي.

قائمة المحتويات

شكر و تقدير ..... أ

اهداء 1 ..... ب

اهداء 2 ..... ج

ملخص البحث ..... د

قائمة المحتويات ..... هـ

قائمة الجداول ..... و

مقدمة 2

الفصل الاول: مدخل الى الدراسة 5

1- الاشكالية 6

2- فرضيات الدراسة 8

3- اهداف الدراسة 8

4- اهمية الدراسة 9

5- التعاريف الاجرائية 9

الفصل الثاني: محاولة الانتحار 10

تمهيد 11

1- تعريف محاولة الانتحار.....12

2- تفسير محاولة الانتحار 13

3- النماذج التفسيرية لظاهرة الانتحار و محاولة الانتحار.....14

4- محاولة الانتحار وعلاقتها بالميلانخولي.....18

5- الفرق بين الانتحار و محاولة الانتحار.....19

خلاصة 20

الفصل الثالث: تقدير الذات.....21

تمهيد 22

1- تعريف تقدير الذات.....23

2- مستويات تقدير الذات.....24

3-نظريات تقدير الذات 25

4- العوامل المهددة لتقدير الذات: 26

5- الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات: 26

خلاصة 28

الفصل الرابع: الميلانخوليا.....29

تمهيد 30

1-تعريف الاكتئاب السوداوي 31

2- أنواع الميلانخوليا 32

3- أعراض الميلانخوليا.....33

4- أسباب الميلانخوليا.....34

5- النظريات التي تحدثت على الميلانخوليا.....34

خلاصة.....36

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية.....38

I. الدراسة الاستطلاعية.....39

1- أهداف الدراسة الاستطلاعية.....**39**

2- مجالات الدراسة.....39

II. الدراسة الأساسية.....44

1-حالات الدراسة.....44

2- منهج الدراسة.....44

3- أدوات الدراسة.....45

الفصل السادس: تقديم الحالات.....48

سير مقابلات الحالة الاولى.....49

سير مقابلات الحالة الثانية.....53

تطبيق الاختبار واستخراج النتائج.....56

الفصل السابع: تفسير ومناقشة الفرضيات على ضوء نتائج الدراسة.....58

تفسير و مناقشة الفرضية العامة.....59

تفسير ومناقشة الفرضية الجزئية الاولى.....60

تفسير و مناقشة الفرضية الجزئية الثانية 60

الخاتمة 63

التوصيات و الاقتراحات.....64

قائمة المراجع 65

قائمة الملاحق.....65

قائمة الجداول

جدول 1 سير مقابلات الحالة الاولى 50
جدول 2 نتائج الاختبار للحالة الاولى 52
جدول3 سير مقابلات الحالة الثانية 54
جدول 4 نتائج الاختبار للحالة الثانية 57

مقدمة

مقدمة:

يعتبر الاكتئاب اكثر الاضطرابات النفسية شيوعا بعد القلق،(عبد الستار ابراهيم،1978، ص7). حيث يتبدى بالكأبة والشعور بالذنب وينتهي بالعجز والميل الى الانتحار كما أن خطر الاكتئاب في درجاته المرضية لا يقل عن خطر الامراض الجسمية الشديدة خصوصا عندما يتحول الى حالة مزمنة ليصبح دائم في حياة الشخص، ويعرف هذا النوع بالاكتئاب الذهاني الذي نجد فيه المريض يندفع الى حالة عميقة من الاكتئاب ويظل محاصرا فيها، فالمرض عميق الجذور يصاحبه جمود انفعالي ينذر معه التعاطف الشعوري والتجاوب مع مثيرات الفرص والاتصال بالواقع محدود او معدوم ويبدو عليه محبط في النشاط النفسي والحركي والوظائف العقلية، كما توجد اوهام اكتئابية و هذيانات الخاطيئة وافكار الانعدام والمريض لا يسعى الى العلاج وغالبا ما يتم علاجه في المستشفى الامراض العقلية.(انس عبدو شكشك،2009، ص63). ومن اهم انواع الاكتئاب الذهاني نجد الميلانخوليا ويتمثل في اضطراب المزاج حيث يظهر فيه اكتئاب حاد شديد وخطر جسيم للقيام بخطر الانتحار واضطرابات معرفية تتمثل في الكف والشعور بالذنب وافكار هذيانية والاحساس بالدناءة والحقارة (غنية زهية حافري،2016 ، ص170). حيث تؤدي هذه الاعراض وابرزها الافكار الانتحارية وانخفاض تقدير الذات الى ظهور الاضطرابات السلوكية مثل :الانسحاب الاجتماعي والاقدام على محاولات التي تعكس بصورة واضحة الصراع الداخلي والمعاناة النفسية وتكون بذلك اكبر دليل لتأثير محاولة الانتحار على تقدير الذات لدى المريض الميلانخولي.

وهذا ما سنحاول التعرف عليه من خلال الدراسة، ولتحقيق ذلك قمنا بتقسيم البحث الى جانبين هما الجانب النظري والجانب التطبيقي.

اما الجانب النظري فيكون من اربعة فصول، الفصل الاول خصص للاطار العام للبحث اين تطرقنا فيه الى اشكالية البحث وفرضياته واهداف وايضا اهمية موضوع البحث مع تحديد المصطلحات الاجرائية، اما الفصل الثاني فتناولنا فيه موضوع محاولة الانتحار وذلك من خلال تقديم مفهومها وتفسيراتها وكذلك النظريات المفسرة لها ومحاولة الانتحار وعلاقتها بالميلانخوليا وايضا الفرق بين الانتحار ومحاولة الانتحار.

وفيما يخص الفصل الثالث فقد جاء فيه مفهوم تقدير الذات مع تحديد مستويات والنظريات المفسرة له وكذلك العوامل المهددة لتقدير الذات والفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات، اما الفصل الرابع

فتناولنا فيه موضوع الميلانخوليا مع تحديد مفهومه وتصنيفاته واعراضه واسبابه وايضا النظريات التي تحدثت عنه.

اما الجانب التطبيقي فقد احتوى على ثلاثة فصول يتعلق الفصل الخامس بالإجراءات المنهجية الذي يحتوي على الدراسة الاستطلاعية واهدافها ومجالات الدراسة التي تشمل الزمان والمكان وايضا على الدراسة الاساسية التي تتضمن المنهج المتبع واختيار حالات الدراسة والادوات المناسبة للبحث اما الفصل السادس فقد تطرقنا الى تقديم الحالات التي تتمثل في سير المقابلات للحالتين مع عرض نتائج اختبار روزنبيرغ وفي الاخير الفصل السابع الذي تناولنا فيه تفسير ومناقشة الفرضيات على ضوء نتائج الدراسة وانتهت بخاتمة ومجموعة من التوصيات والاقتراحات.

الجانب النظري

الفصل الاول: مدخل الى الدراسة

1-اشكالية الدراسة

2-فرضيات الدراسة

3-اهداف الدراسة

4-اهمية الدراسة

5-التعاريف الاجرائية

1- الاشكالية

يعتبر الاكتئاب مرض العصر حيث انتشر بكثرة في الآونة الاخيرة، وهو حالة من الحزن الشديد وهو مستمر ينتج عن الظروف المحزنة و الاليمة ويعبر عن شيء مفقود، وان كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه.**(ابراهيم عبد الستار، 1998، ص15)**

ومن اشد صور الاكتئاب نذكر الاكتئاب الذهاني وهو نوع من الاكتئاب ينتمي الى مجموعة تعرف باسم مجموعة اضطرابات الحالات المزاجية التي تشمل عددا من الاضطرابات التي تظهر فيها اعراض الاكتئاب، بحيث ينطوي على مزيج من اعراض الاكتئاب البربرية من اعراض الذهان، يزداد عادة عندما تظهر اعراض الاكتئاب بمستوى حاد جدا وخصوصا في حالات التي ينتشر فيها خطر الانتحار ومن اهم واخطر انواعه نذكر الميلانخولي او ما يعرف بالاكتئاب السوداوي الذي يتميز بفقدان المتعة في الحياة وسوء المزاج، اضافة الى تواجد اعراض بيولوجية مثل قلة النوم و الحركة وفقدان الشهية والوزن، وافكار الانعدام مما يثير لديه فكرة محاولة الانتحار والتي هي عبارة عن انتحار فاشل ناتج عن ضعف التدبير لعملية الانتحار فليس الهدف هو الموت بل توجيه رسالة ابتزاز او تهديد او استغاثة للآخرين ومنه فان محاولة الانتحار تؤثر على تقدير الذات للشخص الذي يعرف على انه القيمة التي يضعها الشخص للتعبير عن مفهومه لذاته وغالبا ما يتوافق مع مفهوم الذات، ومن بين الدراسات التي تحدث عن هذه المواضيع نذكر أولا: **الدر**اسات الاجنبية ودراسة دينا هيلز، روبرت هيلز(ترجمة عبد العلي الجسماني 1990) ان 10% ممن كانوا قد حاولوا قتل انفسهم في الماضي، اقدموا في نهاية المطاف على تنفيذ ماربهم.

دراسة ريتش واخرون (RICH & al) 1992 حيث اكد ان متغيرات التي يمكن ان تدخل في تفسير الانتحار والسلوك الانتحاري كثيرة ولكن يمكن الاشارة لها والنظر لها من خلال النوع والسلالة، المشاكل العائلية والاكتئاب والياس، الشعور بعدم القيمة والصراع بين الاشخاص بالإضافة الى العزلة الاجتماعية، الى جانب سوء استخدام العقاقير والكحول، كما يمكن اضافة متغير منهم وهو الاحداث الضاغطة.

دراسة يونج وكلوم: (Yong & clum1994)

اجريت على عينة قوامها (101) من الطلاب الاسيويين المقيمين في امريكا(73ذكورا و28اناث) تراوحت اعمارهم ما بين (18-40سنة) بمتوسط عمري قدره 23.4سنة و انحراف معياري 24.4سنة طبق الباحثان مقياس "ميلر" لتصور الانتحار ومقياس "بيك" الياس ومقياس" زونج zung" للاكتئاب ومقياس مسح خبرات الحياة **(PSLES) ومقياس المساندة الاجتماعية" لبارسون " واخرون. اسفرت النتائج على ان** العلاقة بين تصور الانتحار والاكتئاب علاقة مباشرة وان هناك مجموعة من العوامل المرضية التي تؤثر على هذه العلاقة مثل افتقاد الثقة في حل المشاكل و الياس.**(فايد،2005، ص255)**

دراسة فكتور وسميث «Victor. R Willur & Delors Smith 2005 » قام كل من فكتور وسميث بدراسة الضغط النفسي واحترام الذات بالأفكار الانتحارية عند المراهقين وشملت مجموعة من طلاب الجامعة بينت النتائج ان هناك علاقة بين كل من الضغط النفسي وتقدير الذات والتفكير بالانتحار حيث يتدنى احترام الذات او تقدير السيء للذات وزيادة التعرض للموافق الضاغطة وعدم القدرة على مواجهتها كثيرا ما يدفع الى التفكير بمحاولة الانتحار.**(Victor & Smith,2005,p 42)**

ومن الدراسات العربية نذكر دراسة جهيدة زرزوني: اعدت في دراستها التي سمتها" الخلفية السوسيونفسية للانتحار" التي عرضت ضمن فعاليات الملتقى الوطني الاول حول" الانتحار في المجتمع الجزائري(2004) بجامعة منتوري قسنطينة " على دور العوامل النفسية في الانتحار ومحاولة الانتحار حيث توصلت في دراستها الى ان الاكتئاب له دور فعال في الاقدام على محاولة الانتحار لدى عينة لدى عينة دراستها وقدرت نسبة مشخصين بدقة على انهم مكتئبين23 .69%.

ودراسة فخري الدباغ عام(1986) الذي يؤكد ان من بين محاولي الانتحار من يعاود محاولة الانتحار اكثر من مرة وقلة منهم ينجحون في الانتحار التام بعد اذن وهذا بنسبة 10% واغلبهم من المدمنين على الكحول.

كما يؤكد محمد الحجار(1998) ان ما يقارب واحدا من اصل خمسة اشخاص يحاولون الانتحار يكررون محاولة الانتحارية في غضون مدة سنة، وان واحدا من اصل عشرة تنجح محاولة الانتحارية في الانتهاء الى الموت.

دراسة عبد الوافي بوسنة: دراسة قام بها في قسنطينة 2004 تبين له علاقة واضحة بين الاضطرابات الاكتئابية و السلوكات الانتحارية وهذه العلاقة تعتبر معطيات اساسية في الطب العقلي، ولهذا تعتبر الافكار الانتحارية و السلوكات الانتحارية من المعايير التشخيصية لحالات الاكتئاب في الجداول التصنيفية DSM4 وCIM10وفي حدود دراستنا واطلاعنا لم نجد الدراسات السابقة التي تتحدث حول موضوعنا ومن هنا يمكن ان نطرح الاشكالية التالية:

- هل محاولة الانتحار تؤثر على تقدير الذات لدى المريض الميلانخولي؟

الأسئلة الفرعية: أم أسئلة الفرعية فتتكون من:

- هل انخفاض تقدير الذات يثير لدى المريض الميلانخولي فكرة الانتحار؟
- هل تكرار محاولات الانتحارية لها تأثير على انخفاض مستوى تقدير الذات لدى المريض الميلانخولي؟.

2- فرضيات الدراسة

الفرضية الرئيسية:

محاولة الانتحار تؤثر على تقدير الذات لدى المريض الميلانخولي.

الفرضيات الفرعية:

- الفرضية الفرعية الاولى:

انخفاض تقدير الذات يثير لدى المريض الميلانخولي فكرة الانتحار.

- الفرضية الفرعية الثانية:

تكرار محاولات الانتحار لها تأثير على انخفاض تقدير الذات لدى المريض الميلانخولي.

3- اهداف الدراسة

1) تهدف هذه الدراسة الى محاولة التحقق من هدف الفرضيات التي تم صياغتها او بطلانها بناءا على تحليل و مناقشة النتائج.
2) تهدف الى معرفة مدى تأثير محاولة الانتحار على تقدير الذات لدى الميلانخولي وما يترتب عنه من اثار نفسية.

3) التعرف على مستوى تقدير الذات لدى المريض الميلانخولي.
4) توفير قاعدة علمية للبحث في مجال محاولة الانتحار لدى المرضى العقليين وخاصة لدى الميلانخولي وتأثيرها على تقدير الذات لديه.

4- اهمية الدراسة

- تكمن اهمية الدراسة الى الاشارة الى محاولة الانتحار كحل خطير يتخذه المريض للتخلص من الالم النفسي وما مدى تأثيرها على تقدير الذات لديه.
- اغلب الدراسات التي شملت موضوع الانتحار اهتمت به من الجانب الاجتماعي واهملت الجانب النفسي والاضطرابات العقلية من بينها الاكتئاب السوداوي بحيث نسعى من خلال بحثنا على تسليط الضوء عليه.
- توضح هذه الدراسة العلاقة بين تقدير الذات ومحاولة الانتحار لدى المريض الميلانخولي.

5- التعاريف الاجرائية

❖ **محاولة الانتحار:**

هو الفعل الذي يقوم به المريض الميلانخولي للتخلص من المعاناة النفسية التي يعيشها.

❖ **تقدير الذات:**

هو القيمة التي يتحصل عليها المريض الميلانخولي في سلم تقدير الذات لروزنبيرغ.

❖ **مريض الميلانخولي: le mélencolique**

هو المريض العقلي الذي يعاني من الحزن المفرط و الالم الشديد والمتواجد بمستشفى الامراض العقلية.

الفصل الثاني: محاولة الانتحار

تمهيد

1-تعريف محاولة الانتحار

2-تفسير محاولة الانتحار

3-النماذج التفسيرية لمحاولة الانتحار والانتحار

4-محاولة الانتحار وعلاقتها بالميلانخوليا

5-الفرق بين الانتحار ومحاولة الانتحار

خلاصة

تمهيد

تعتبر محاولة الانتحار من اخطر المشاكل التي يواجهها العالم في الوقت الحالي وهي دليل على هشاشة بنية الفرد و ميكانيزماته الدفاعية التي يستخدمها في مواجهة الازمات والتخلص من معاش الاليم للشخص ، وقد تطرقنا في هذا الفصل الى تعريف بمحاولة الانتحار و محاولة الانتحار وعلاقتها بالميلانخوليا، الفرق بين الانتحار ومحاولة الانتحار.

1- تعريف محاولة الانتحار:Tentative de suicide

كلمة tentative اي محاولة تأتي من اللاتينية tentare وهو ما يعني tenter وهذا يعني البدأ في تحقيق النجاح و tentative de suicide تدل على محاولة الانتحار وهي محاولة الخروج من الحياة.

وفي القاموس«Robent 1990 » كلمة tentative تعرف كما يلي:

هو الفعل الذي يحاول المرء من خلاله الحصول على نتيجة وتكون تلك النتيجة شك او صفر، يعرفها«1996Rardet»: محاولة الانتحار" tentative de suicide" او t.s حسب مصطلحات الطبية هو فعل متعمد من جانب الفرد يؤدي الى الاذى الجسدي بقصد الانتحار او للحصول على تغيير في وضعية «لأنهاء المعاناة النفسية او الجسدية» ولكن في نهاية هو ليس قاتلا. **(Martene ,2002,p9)**

ويشير«Vincent caillard» في تعريف اخر" محاولة الانتحار هي الفعل الغير القاتل الذي يقوم به الفرد لأسباب متعددة بابتلاع مواد ضارة وذلك املا في الموت" **(Vincent C, 2003,p 04)**

وحسب جمعية كيبك لمنع الانتحار AQPS :

محاولة الانتحار هو الحالة التي يكون فيها الشخص قد اظهر ميزة او فعل يضع حياته في خطر او مع نية حقيقية لمحاكاة سبب الوفاة او الاعتقاد بان ذلك كان نيته ولكن الفعل غير ناجح ليس الموت.

نستنتج من التعاريف السابقة ان محاولة الانتحار هي محاولة فاشلة للانتهاء من المعاناة «الجسدية او النفسية» من اجل توجيه انذار للأخرين.

2-تفسير محاولة الانتحار

لقد ذهب العلماء الى تفسير محاولة الانتحار و وقفوا على اتسام الفرد محاولة الانتحار ببعض السيمات السيكولوجية بحيث تفيد في وضع حد لهذه الظاهرة.

أ) الالم النفسي

يسعى الفرد من خلال محاولة الانتحار الى التخلص من الالم او الهروب منه، وهدف الاخصائي النفساني هو تخفيف الالم باي وسيلة.

واتضح ان تحقيق الالم مهما كانت حدته يدفع الفرد الذي حاول الانتحار الى تغيير موقفه.

ب) الحاجات السيكولوجية المحبطة

تكون غير مشبعة في الغالب، لان حاجات الطمأنينة والثقة والصداقة هي اساسيات في حياة الفرد الداخلية، فإشباعها غالبا ما يتجنب حدوث محاولة الانتحار.

ج) البحث عن الحل

محاولة الانتحار بمثابة استجابة لحيرة مصدرها عدم ايجاد حل لمشكلة معينة، فيسعى الشخص من خلال محاولة الانتحار الى ايجاد حل لمشكلته التي تواجهه فيقوم بالحاق الاذى بنفسه.

د) الياس و فقدان

الاحباط و الشعور بالذنب و الارتباط بالغير بحثا عن السند، وراء هذه السلبية يكمن الشعور بالعجز والقناعة بعدم وجود اي فرد قادر على ازالة المعاناة والالم النفسي وان المخرج الوحيد هو اللجوء الى محاولة الانتحار.

و) تضييق الخيارات

الافراد محاولون للانتحار يفكرون بحلين فقط، اما الوصول الى الحل الكامل غير منقوص او ايقاف كل شيء واما بقية الخيارات فهي خارج مجال نظرتهم للواقع.

هـ) التناقض الوجداني

بالنسبة للأشخاص الذين حاولوا الانتحار يكون التناقض الوجداني مسالة حياة او موت.**(محمد الحجار،1989 ، ص81)**

3- النماذج التفسيرية لظاهرة الانتحار و محاولة الانتحار

1) وجهة نظر دينية

ترى وجهة النظر الإسلامية بتحريم قتل النفس وقد نهى الله عز وجل عن ذلك في القران الكريم وانذر من يفعل ذلك عذابا ابديا، فمن اقدم على ازهاق روحه بيده، مهما كانت الاسباب كان متعديا على حدود الله وظالما لنفسه لقوله تعالى« ولا تقتلوا انفسكم ان الله كان بكم رحيما». **[سورة النساء، الآية 29]**

يؤدي الوازع الديني بالالتزام الخلقي الى التأثير على الفرد المؤمن بشكل يؤدي الى عدم الاتجاه الى سلوك المنحرفين، ما لم يكن تدينه ظاهريا ومزيفا. **(رمضان محمد القذافي، 1998، ص240)**

2) وجهة نظر القانون

يعرف الانتحار بانه فعل يقوم الانسان من خلاله بقتل نفسه او الحاق الاذى بها بشكل يؤدي الى الموت، مع امتلاك الفرد لكافة قواه العقلية وهو مسؤول عن سلوكه مسؤولية تامة.

بهذا المنظور فان الاقدام على الانتحار جريمة يعاقب عليها القانون، وقد نصت بعض القوانين على مصادرة ممتلكات المنتحر، كما الحال في بريطانيا في وقت معين. **(نفس المرجع الذي سبق ذكره ص241)**

3) وجهة النظر التحليلية

ان وجود دوافع انتحارية يطرح اشكالية نظرية بالنسبة للمحللين النفسانيين لان الانتحار هو انحراف خطير لغريزة الحياة وهذا ما ادى الى تساؤلات عن العلاقة الموجودة بين غريزة الحياة وغريزة الموت؟ وكيفية انقلاب العدوانية ضد الذات ويصبح بذلك انتحار!؟

لفهم دينامية الانتحار علينا بالرجوع الى المفاهيم والعناصر الاساسية التي وضعها فرويد عام1912 عند دراسته للحداد و الميلانخوليا وتتمثل في:

التجاذب الوجداني، وهو العنصر الاساسي الذي يميز الاكتئاب، اذ يكون فيه الفرد المصاب منشطر بين الحب والكراهية ويتحدد مستوى النكوص لهذا التجاذب في المرحلة ماقبل التناسلية واما مستوى النكوص في الميلانخوليا فقد ارجعه ابرهام 1924 الى المرحلة الفمية–السادية التي تمتاز بعدم القدرة على حب الموضوع دون تدميره. (احمد محمد صالح، 1989، ص182)

ولقد شبهه فرويد الملانخوليا بالحداد فهي حالة ثانية لفقدان الموضوع، ويتم فقدان الموضوع اما بإخفاء الفرد(موته)، او تشوه الصورة التجريبية المعوضة لذلك الفرد، وهنا يحدث تفكك للالتحام الذي كان بين الدوافع اللبيدية والسادية والتي أصلا كانت موجهة نحو الموضوع إذ تحول مسارها لتتجه نحو الأنا.

يحدث تفكك الدوافع بواسطة سياق تقمصي – سادي إذ أن جزء من الأنا يتقمص الموضوع المفقود وهكذا يتم تعويضه ، والجزء الأخر يتكفل به الأنا الأعلى الذي سوف يحول الدوافع السادية التي أصلا كانت موجهة نحو الموضوع لتتجه نحو الأنا (أي الشخص ذاته) وكل هذا يعكس بطبيعة الحال على مستوى اللاشعور ويصبح الصراع بين الفرد والموضوع محجوز بالداخل أي بين الأنا المعدل من طرف الموضوع والأنا الأعلى وهنا يمثل الأنا الأعلى السلطة العليا.

هكذا يأخذ الانتحار معناه الحقيقي في الملانخوليا بواسطة التعديل الذي حدث لبنية الأنا وكذا عدم تكامل العلاقة بين الموضوع المبتلع والشخص المصاب للانتحار وجه آخر عن الذي رأيناه في الملانخوليا وهذا عند المصابين بالاكتئاب العصبي.

دائما لفهم دينامية الانتحار في الاكتئاب العصبي ، يجب الرجوع إلى المفاهيم الأساسية التي تفسر الحالات الاكتئابية العصابية . كيث كراملينغر وآخرون ،2002، ص108).

حدد فرويد(1924) البنية الفمية – السادية لكل حالات الاكتئاب مع التجاذب الوجداني للدوافع وتمثل النرجسية الخاصية الثانية للحالات الاكتئابية إذ أن تقدير الذات يرتكز أساسا على تقدير الآخرين كما يمتاز المكتئب بتبعية مطلقة لموضوعه وهو عرضة للإحباطات المتكررة.

الميكانزمات المفجرة للسلوك الانتحاري هي متشابهة في كل حالات الاكتئاب ولكن ما يميزها عن الاكتئاب الملانخوليا هو أن عملية الابتلاع ليست كاملة إذ تحتفظ العلاقة مع الموضوع، وعوض أن يكون الصراع محجوز بالداخل كما هو الحال في الملانخوليا يصبح في الحالات الاكتئابية العصابية يتموقع حول التوظيف النرجسي الموزع بين الفرد و مواضيع حبه.

الانتحار في الاكتئاب العصابي له صبغة علائقية بالمقارنة مع الانتحار في الملانخوليا، إذ يظهر في غالبية الحالات على شكل تهديدات حيث يحاول المكتئب جاهدا أن يجلب انتباه موضوعه وفي نفس الوقت الاعتداء عليه وإيذاؤه وذلك لنيل شفقته لاسترجاعه والضغط عليه لابتزاز حبه . **(كيث كراملينغر وآخرون ،2002 ، ص108).**

تترتب عن هذه العدوانية المتمثلة في الانتحار الذي يدخل في إطار التهديدات نتيجتين:

تتمثل النتيجة الأولى ، في زيادة حدة الاكتئاب لأن الفرد المكتئب يحس بأنه مسؤول عن هذه العدوانية التي تظهر على شكل الإلحاح الشديد في طلب الحب الذي يتبعه إحساس بالذنب واكتئاب حادا، وفي هذه المرحلة قد يمر الاكتئاب من المستوى العصابي إلى المستوى الملانخوليا والتهديد بالانتحار يتحول إلى مرور للفعل الحقيقي.

تتمثل النتيجة الثانية في الطريقة التي يستجيب بها المحيط لهذه العدوانية المقنعة وللتجاذب الوجداني الذي يكون إما بعدوانية مقابلة أو تجاذب وجداني مماثل وهذه الطريقة قد تدفع الفرد المصاب بالاكتئاب إلى الانتحار وتحفزه. **(أحمد محمد صالح، 1989، ص182).**

لقد قام باس شلير(BASCHLER) 1975 وآخرون في البحث عن المعنى والتفسير الذي يعطيه المنتحر لسلوكه الانتحاري انطلاقا من هذا، وضع تصنيفا للانتحار ذو أربعة معاني وهي:

(Wilmotte,1986,p177)

❖ **الانتحار كهروب:**

و هو عبارة عن محاولة المنتحر الهروب من وضعية صعبة تبدو بدون حل أو مخرج وهي إما آلام مزمنة حادة من جراء فقدان موضوع ما أو مواجهة مشكل حياتي صعب.

❖ **الانتحار العدواني**

يتجه هذا النوع من الانتحار نحو الآخرين وذلك بجعلهم يتألمون عن طريق الإلحاق بهم العار أو تهديدهم ، كما له وضيفة ثانية تتمثل في نداء من أجل الاتصال، لأن أصحاب هذا الاتجاه يعتبرون أن العدوانية هي شكل من أشكال الاتصال الغير لفضي.

❖ **الانتحار كقربان**

هو عبارة عن تقديم الذات كقربان للسمو بها إلى الكمال أو من أجل بلوغ هدف ذو قيمة روحية عالية.

❖ **الانتحار اللعبي**

و ينسب هذا المعنى للأفراد الذين يضعون ذواتهم و قدرهم الفردي في امتحان الالاهي، اذ يتركون مصيرهم للصدفة و يخاطرون بوضع أنفسهم في وضعيات لاعقلانية جنونية.

قد نستنتج من خلال ما سبق أن المحللين النفسانيين لم يتطرقوا لدراسة الانتحار كسلوك منفرد بذاته ، إلا من خلال دراستهم للحداد و الملانخوليا لهذا كانت مساهمتهم في الميدان قليلة جدا وهكذا لم تحظى هذه الظاهرة بالبحث والدراسة.

4) وجهة النظر الاجتماعية

بحثت النظرية الاجتماعية عن الاسباب الانتحار في الوسط الاجتماعي ويعد ايميل دور كايم (E. Durkheim) زعيم هذا التيار حيث احدث ثورة حقيقية في دراسة هذا التساؤل فهو يقول «ان شخص ليس هو المنتحر لكن المجتمع هو الذي انتحر على يد هؤلاء الاشخاص»

يشير هنا ميشال ماريك(2000) M. Michel الى ان الاهمية الاجتماعية للمنتحر تعبر اجتماعيا عن بنية المزاجية للمجتمع وتثبت في كل لحظة احتمال الموت الارادي. **(Michel.M,2000, p8)**

من خلال هذه النظريات يتبين لنا ان هناك مجموعة من العوامل التي تؤدي الى محاولة الانتحار منها نفسية و اجتماعية ودينية و قانونية.

4- محاولة الانتحار وعلاقتها بالميلانخولي:

يعتبر الاكتئاب من احد الاسباب المسببة للانتحار فنجد بكثرة عند سوداويين الذين يتغلب عليهم طابع الحزن والياس مع عدم الارتباط بالآخرين في الماضي او الحاضر فهذا ما يؤدي بهم الى الانتحار.

(P. Bernard et CH. Baisset, 1989)

فجماعة التحليل النفسي واجهوا مشكلة الانتحار من خلال تفسيرهم للنزاعات المادية في الشخصية السوداوية وكذلك الصراع بين غريزتي الحياة والموت حيث قال فرويد يمكن لنزوة الموت الموجهة نحو الخارج او تندمج وتتوجه نحو الداخل.**(V. Jereemie.2013)**

ويشير وولف 1957 في مقال نشره بألمانيا الى انتحار الشخصية السوداوية بوصفه استشهاد النرجسية نتيجة خيبة شديدة، نشأت عن فقدان محبوب توجد به الانا، فتنبثق في الذات رغبة في قتله، ترتد الى الانا بتأثير عملية الابدال المقترنة باحتقار الذات وكراهيته. **(مكرم سعدان1964، ص69)**.

لفهم دينامية الانتحار علينا بالرجوع الى المفاهيم والعناصر الاساسية التي وضعها فرويد 1912 عند دراسته للحداد و الميلانخوليا وتتمثل في:

التجاذب الوجداني وهو العنصر الاساسي الذي يميز الاكتئاب اذ يكون فيه الفرد المصاب منشطر بين الحب والكراهية و بتحديد مستوى النكوص في ميلانخوليا فقد ارجعه ابراهام 1924 الى المرحلة الفمية السادية التي تمتاز بعدم القدرة على الحب الموضوع دون تدميره. **(احمد محمد صالح، 1989.ص182)**

ولقد شبه فرويد الميلانخوليا بالحداد فهي حالة ثانية لفقدان الموضوع، ويتم فقدان الموضوع اما باختفاء الفرد (موته)، او تشوه الصورة التجريبية المعروضة لذلك الفرد للالتحام الذي كان بين دوافع الليبيدية والسادية والتي اصلا كانت موجهة نحو الموضوع اذ تحول مسارها لتتجه نحو الانا.

يحدث التفكك بواسطة سياق تقمصي – سادي اذ ان جزء من الانا يتقمص الموضوع المفقود وهكذا يتم تعويضه، والجزء الاخر يتكفل به الانا الاعلى الذي سوف يحاول الدوافع السادية التي اصلا كانت موجهة نحو موضوع لتتجه نحو الانا (أي الشخص ذاته) وكل هذا يعكس بطبيعة الحال على مستوى اللاشعور ويصبح الصراع بين الفرد والموضوع المحجوز بالداخل أي بين الانا المعدل من طرف الموضوع والانا

الاعلى وهنا يمثل الانا الاعلى السلطة العليا وهكذا يأخذ الانتحار معناه الحقيقي في الميلانخوليا بواسطة التعديل الذي حدث لبنية الانا وكذا عدم تكامل العلاقة بين الموضوع المبتلع والشخص المصاب.

(عبد الحفيظ معوشة،،2008،ص.72)

5-الفرق بين الانتحار ومحاولة الانتحار

1- الانتحار يتم بوسائل عنيفة مثل: السلاح الناري او الشنق، اما محاولة الانتحار فتتم بتناول الادوية او مواد التنظيف او قطع الشرايين phèlotomie.

2- الانتحار المدروس بسرية تامة ، اما محاولة الانتحار فتكون غالبا مصرحا بها.

3-الانتحار يتم غالبا ليلا ،اما محاولة الانتحار فتحدث في الغالبية نهارا.

4-غالبا ما يكون سبب الانتحار الفصام او الميلانخوليا اما محاولة الانتحار ففي الغالب سببها الصراعات العائلية والعاطفية.

5-تواتر الرجال في الانتحار اكثر من تواتر النساء اما في محاولة الانتحارية فالعكس.

6-المنتحر له نية الرغبة في تدمير الذات ويهدف الى ابادة الانا.

7-محاولة الانتحار يحاول ان يلفت انظار محيطه لمشاكله. **(زينب سهيري،2013، ص52)**

خلاصة:

من خلال ما تم التطرق اليه في هذا الفصل حول مشكلة محاولة الانتحار وتفسيرها يمكننا القول ان محاولة الانتحار هي دليل وجود اضطرابات نفسية وعلائقية و اجتماعية وهي في انتشار كبير في الآونة الاخيرة بسبب تأزم الصراعات وبسبب تعقد الحياة.

الفصل الثالث: تقدير الذات

تمهيد

1- تعريف تقدير الذات

2- مستويات تقدير الذات

3- النظريات المفسرة لتقدير الذات

4- العوامل المهددة لتقدير الذات

5- الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات

خلاصة

تمهيد:

يعتبر مفهوم الذات احد اهم المفاهيم الاساسية التي تناولها من طرف علماء النفس و الصحة النفسية والذي يتم من خلاله الكشف عن السواء واللاسواء، في ارتفاع تقدير الذات يعني تقدم امكانيات الانسان للأمام، وانخفاض مستواه يعني انحصار امكانياته داخل ذاته وظهور الاضطرابات النفسية واحيانا العضوية ايضا.

وبالتالي فان تقدير الذات الذي يضعه الفرد لنفسه هو الذي يحدد اتجاهاته ومكانته.

1- تعريف تقدير الذات:

يعرف على انه القيمة التي يضعها الفرد لمفهومه عن ذاته وهو غالبا ما يترادف مع قيمة الذات، فيشير تقدير الذات الايجابي للذات الى مدى تقبل الفرد لذاته وشعوره بالرضا والفخر عنها وادراكه بانه شخص ذو قيمة يستحق الاحترام وتقدير الاخرين، اما التقدير السلبي فهو يشير الى عدم تقبل الفرد لنفسه وشعوره بالنقص والعجز.

ومن هنا تختلف وتتعدد تعاريف تقدير الذات:

- تعريف ماسلو في هرمه حاجات تقدير الذات:

وهي حاجات الفرد الى تقدير الاخرين واعترافهم وشعوره بالجدارة والاستحقاق واشباعه لهذه الحاجة يكون مصحوبا بالثقة والقيمة والمنفعة كما يؤدي عدم اشباع هذه الحاجة الى الشعور بالنقص والعجز والافتقار للثقة والانسحاب من موافق التنافس **(الزيات، 1999: ص72)**

تعريف كوبر سميث (cooprsmith1976):

تقدير الذات هو التقويم الذي يصدره الفرد عن ذاته ويحافظ عليه ويعبر عن قبوله لذاته او عدم القبول، والى اي مدى يعتقد الفرد انه ناجح وذو قيمة في الحياة.

تعريف روزنبرغ(Rosenberg1979):

تقدير الذات هو التقييم الذي يضعه الفرد لذاته ويحتفظ به عادة لذاته وهو يعبر عن الاستحسان او الرفض، فاذا كان تقدير الذات عالي فانه يدل على ان الفرد ذو قيمة ويحترم ذاته، اما اذا كان تقدير لذاته منخفض فانه يشير الى رفض الذات. **(محمد السيد،1992، ص341)**.

يعرفه عبد الرحمن سليمان وفيوليث فؤاد:

عبارة عن تقييم الفرد لذاته وهو تعبير سلوكي يعبر من خلاله الفرد عن مدى تقديره لذاته الامر الذي ينعكس عليه بالجدارة والكفاية **(سليمان عبد الواحد، 2010، ص428)**.

- بالرغم من تعدد التعاريف الا ان جل الباحثين والعلماء واتفقوا على ان تقدير الذات هو القيمة او التقويم الذي يضعه الفرد لذاته ويصدر على نفسه إما بالإيجاب او بالسلب.

2- مستويات تقدير الذات:

- التقدير العالي للذات:

ويطلق عليه عدة تسميات مثل: مفهوم الذات الايجابي ويتمثل في تقبل ورضا الفرد عن ذاته وتتضح صورة الفرد الذي يتمتع بالتقدير العالي للذات من خلال الاحتكاك والتعامل معه.

ويرى حامد زهران1977: ان مفهوم الذات الايجابي يدل على تقبل الفرد لذاته وفهمها وتقبله للآخرين وبالتالي فهو يدل على الصحة النفسية والتوافق النفسي.

ويرى بلوك ومريه(2005): **Block and Meritt**

ان الافراد الذين يتمتعون بتقدير الذات الايجابي تكون لديهم بعض الخصائص هي:

الشعور بالأهمية – الشعور بالمسؤولية اتجاه انفسهم- قدرة التحكم العاطفي في الذات – القدرة العالية في تحمل الاحباط – الاعتراف والفخر بقدراتهم.

-التقدير المتدني للذات:

يسمى ايضا بالتقدير السلبي للذات ويظهر من خلال الانحرافات السلوكية لحياة الافراد وهذا يظهر من خلال سوء التكيف الاجتماعي او النفسي، وكذلك من خلال اسلوب حديثه وتصرفاته وتعبيره عن مشاعره اتجاه نفسه او اتجاه الاخرين، وهذا ما يجعلنا نصنفه ضمن فئة غير الاسوياء. **(سفير احمد كامل، 2005، ص330)**

يذكر جبريل 1983: بعض الخصائص التي تتمتع بها هذه الفئة وهي:

-الحساسية نحو النقد: فهي تؤكد على صحة شعورهم بالنقص.

-الشعور بالاضطهاد نتيجة انكار الضعف والفشل الشخصي واسقاط اللوم على الاخرين.

-الميل الى العزلة والابتعاد عن التنافس بهدف اخفاء النقص.

3-نظريات تقدير الذات:

- نظرية روزنبرغ1956 Rosenberg

والذي ركز في نظريته على الربط بين سلوك تقسيم الفرد لذاته مع قيم المحيط الاجتماعي مثل: فئة المراهقين، كما عمل على توضيح العلاقة بين تقدير الذات الذي يتكون في اطار الاسرة واساليب السلوك الاجتماعي للفرد مستقبلا.

واعتمد على مفهوم الاتجاه الذي يربط بين الاحداث السابقة واللاحقة للفرد وتوصل روزنبرغ الى ان اتجاه الفرد نحو ذاته مختلف عن اتجاهه نحو المواضيع الاخرى، وهذا ما بين ان تقدير الذات هو التقييم الذي يضعه الفرد لذاته ويحتفظ به عادة لنفسه.

-نظرية زيلر1969: Zelar

والذي اشار في نظريته الى نشوء وتطور تقدير الذات داخل المحيط الاجتماعي حيث ينظر الى تقدير الذات من زاوية نظرية المجال في الشخصية.

اي ان تقييم تقدير الذات للفرد لا يحدث الا في اطار مرجعي اجتماعي **(عبد الحفيظ سعيد مقدم،2003، ص21)**.

ويصف تقدير الذات الذي يقوم به الفرد لذاته بالوسيط الذي يجمع بين الذات والعالم الواقعي.

كما يربط تقدير الذات بين تكامل شخصية الفرد من ناحية وقدرته على الاستجابة لمختلف الميزات التي يتعرض لها.

-نظرية كوبر سميث 1976: cooper smitt

قام بتوضيح البعد متعدد الجوانب لتقدير الذات الذي يشمل عملية تقييم الذات وردود الافعال والاستجابات والذي يساعد في تفسير وفهم اكثر لتصميم تقدير الذات لدى الفرد حيث يقسم تفسير ذاتي اي ادراك الفرد لذاته ووصفه لها والى تفسير الانماط السلوكية وهي تقدير لذاته التي تكون محل ملاحظة الاخر.

كما ميز بين نوعين من تقدير الذات وهما: تقدير الذات الدفاعي لدى الفرد الذي لا يشعر انه ذو قيمة، وقد افترض اربع محددات لتقدير الذات وهي: الحاجات، والقيم والطموحات والدفاعات.

- ومن هنا نرى ان كل هذه النظريات ركزت على الربط بين تقدير الذات والمحيط الاجتماعي، والعلاقة بينهما، فتقدير الفرد لذاته هو بمثابة وسيط يجمع بين الذات والعالم الخارجي.

4- العوامل المهددة لتقدير الذات:

النقد:

يؤدي التعرض المستمر للنقد الى غياب الثقة والافتقار الى اهمية الذات والشعور بالنقص او العجز.

-التفرقة والتمييز في المعاملة بين الابناء:

تؤديان الى انخفاض الاحساس بقيمة الفرد وعدم اهميته.

-الاساءة الجسدية والعقلية:

تؤدي الى الاحساس بعدم القيمة او المنفعة وكذلك عدم الاهمية.

-التسميات والالقاب الغير محببة:

يطلق الوالدين احيانا تسميات على ابنائهم تؤذي تقديرهم لذاتهم مثل: غبي، كسول، وهذه تعد بمثابة رسائل توحي بعدم الجدارة والاهمية.

فاللغة هنا تلعب دور كبير في التشجيع او الاحباط.

5- الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات:

مفهوم الذات عبارة عن معلومات عن صفات الذات، بينما تقدير الذات هو تقييم الذات لهذه الصفات فمفهوم الذات يتضمن فهما موضوعيا او معرفيا للذات بينما تقدير الذات هو فهم انفعالي للذات يعكس الثقة بالنفس. **(ليلى عبد الحميد، 1982، ص66)**.

حيث فرق كوبر سميث cooper smitt بين مفهوم الذات وتقدير الذات ويمكن ايجازه في:

ان مفهوم الذات يشمل مفهوم الشخص وآرائه عن نفسه، بينما تقدير الذات يتضمن التقييم الذي يتصنعه وما يتمسك به من عادات مألوفة لديه مع اعتبار لذاته.

ولهذا فان تقدير الذات يعبر عن اتجاه القبول او الرفض، ويشير الى معتقدات الفرد اتجاه ذاته، وباختصار يكون تقدير الذات هو الحكم على مدى صلاحيته معبرا عنها بواسطة الاتجاه الذي يجعله نحو ذاته، فهو خبرة ذاتية ينقلها الاخرين عن طريق التقارير اللفظية، ويعبر عنها بالسلوك الظاهر **(ليلى عبد الحميد،1982، ص07)**.

وفي الابحاث التي قام بها فوكسfox ميز بين الاصلاح الوصفي" مفهوم الذات" الاصلاح العاطفي الوجداني " تقدير الذات" ففي تعليقه يقول ان مفهوم الذات يشير الى وصف الذات خلال استخدام سلسلة من الجمل الاخبارية «انا شاب» وذلك لتكوين وصياغة صورة شخصية متعددة الجوانب.

ونستنتج مما سبق ان هناك فرقا مفهوم الذات وتقدير الذات، فمفهوم الذات هو التعريف الذي يضعه الفرد لذاته او الفكرة التي يكونها الفرد عن ذاته، اما تقدير الذات فهو التقييم الذي يصنعه الفرد لذاته بما فيها من صفات.

خلاصة:

نستنتج مما سبق ان تقدير الذات هو التقييم الذي يصنعه الفرد لذاته، ففكرة الفرد عن نفسه تتميز بالتفرد ولكنها عرضة للتعديل بتأثير الظروف البيئية والاجتماعية التي تحيط به وبوجهة نظر الآخرين عنه، فالفرد يرى نفسه احيانا بصورة ايجابية واحيانا بصورة سلبية، الا ان تصوره لذاته هو شبه ثابت.

الفصل الرابع: الميلانخوليا

- تمهيد

1- تعريف الميلانخوليا

2- أنواع الميلانخوليا

3- أعراض الميلانخوليا

4- أسباب الميلانخوليا

5- النظريات التي تحدثت عن الميلانخوليا

- خلاصة

تمهيد:

يعتبر مرض الميلانخوليا من اخطر الأمراض العقلية التي تصيب الإنسان وهو أقصى درجات الاكتئاب حيث ينعزل المريض عن العالم الخارجي ويحاول وضع حد لحياته من خلال محاولات الانتحار.

وسوف نتطرق في هذا الفصل إلى تعريف الميلانخوليا وأهم أنواعها و أعراضها و الأسباب المؤدية إلى هذا المرض، وفي الأخير تطرقنا إلى أهم نظريات التي تحدثت عن الميلانخوليا.

1-تعريف الاكتئاب السوداوي:(mélencoli)

لغويا: هي كلمة يونانية الأصل وهي كلمة مركبة من لفضيين (Mélos) أو (Melanos)

ومعناه الأسود أو سوداء وهي لفظة تنتمي بدورها إلى عائلة Melante الدلالية التي تضم مجموعة من مشتقات ولفظة kholé معنا المرارة. (**الأخضر قويدري،2008، ص220**).

اصطلاحا: يرتبط مصطلح السوداوية بحالة مرضية من مؤشراتها الكآبة، الهبوط النفسي والعصبي، وهي تمس فئة من مجتمع، تقدر نسبتها ب1٪الأمر الذي يجعل الوضع مألوفا ومعتادا، وفي مثل هذه الحالة المرضية ، يحس المصاب بالدناءة، وعدم الأهلية، وافتقاد الجدارة لأشكال التقدير و الاحترام، بل انه يرى نفسه مسؤولا عن خطايا وذنوب كلها في حياته، فيحكم عليها بالامتثال لأقصى أنواع العذاب واستحقاق الخضوع لأقصى قيم، العقاب ودرجاته. **(حسان زرمان،2017، ص306)**

- **تعريفات العلماء:**

- **نوربار سيلامي (Norbert Sillamy)**: بأنها الوضع المرضي، ميزته الأساسية الفم، وفقد الرغبة في الحياة، وذلك بالإعراض عن النشاطات الاجتماعية و تواصلية، ومن الأعراض السوداوية أيضا، أن يساور المريض بإحساس غريب يتباطأ فيه الزمن المعيشي إلى حد بعيد يبدو فيه متجمدا، بفعل ركود الذهن وتثبيط عمليات التفكير و آلياته و نلاحظ أن المصاب بالسوداوية يبدو متعبا.

- **ابن سينا:** «الميلانخوليا يجعل الإنسان فرارا من الناس الأحياء، محبا لمجاورة الموتى و المقابر مع سوء قصد لمن يغافصه (أي يأخذه على حين غرة) ويكون بروز صاحبه ليلا، واختفاؤه وتواريه نهارا كل ذلك حنا للخلوة وبعيدا عن الناس، ومع ذلك فلا يكمن في موضع واحد أكثر من ساعة واحدة، بل لا يزال يتردد، ويمشي مشيا مختلفا لا يدري أين يتوجه، مع الحذر من الناس ، وربما لم يحذر بعضهم غفلة منه وقلة تفطن لما يرى أو يشاهد، ومع ذلك فانه يكون على غاية السكوت، والعبوس و التأسف و الحزن اصفر اللون، جاف اللسان، عطشان و على ساقه قروح لا تندمل». **(عبد الرزاق القلسي،2015، ص8)**.

إسحاق ابن عمران: عرفه بقوله «يحل المرض في الجسم والنفس، وجوهر الدماغ، وأعراضه الخوف والحزن، الذي يغلب عليه، والخوف الملاحق، ظنا منهم انه وحش المتصور لهم في النفس يحدث لهم الفزع أحيانا». **(بن احمد قويدر، 2013، ص9)**.

من خلال هذه التعريفات يمكننا تعريف الميلانخوليا على أنها أقصى درجات الاكتئاب حيث اتفق العلماء على جملة من الأعراض المميزة لهذا المرض من بينها الانسحاب الاجتماعي و الركود و الحزن.

2- أنواع الميلانخوليا:

للميلانخوليا أنواع من أهمها نذكر:

2-1. ميلانخوليا البسيطة: يظهر هذا النوع من الميلانخوليا «مع الشعور» أمام حالة من الوهن يمكن للمريض الذهاب إلى شغله على الرغم من بحثه عن الاطمئنان لا يمكن استبعاد الانتحار .

2-2. ميلانخوليا القلق: أن أفكار المتعلقة بالكرامة أو الاتهام الذاتي موجودة للغاية، فالخوف هو بمثابة ذعر حقيقي ،حيث يشعر المريض بالاهتزاز ويصرخ بين يديه ويمسك بذراعيه وأفكار الانتحار، هو الحل الوحيد بدوره هي ثابتة، وفقدان الوزن هو المهم.

2-3. ميلانخوليا الذهول «ذهول الميلانخولي»:

يصل تثبيط الحركي النفسي إلى أقصى حد له، حيث يتم تجميد المريض "ميت" دون أي تبادل محتمل يظل في الفراش وجب أن يتغذى في الغالب عن طريق الأنبوب، وفقدان الوزن كبير، انه أكثر أشكال الاكتئاب شدة.

2-4.ميلانخوليا الوهم:

لا يزال اضطرب موجود ولكن الأوهام في مقدمة الصورة. الأفكار الحزينة الهزلية ذات نبرة مؤلمة، رتابة، قد يعاني المريض من صداع، بدون بناء فكري سلبي تعيش كل المصائب مثل: الوفاة، الانقباض، الأقارب هم من يكشفون الهذيان والتهديد والاضطهاد ويتم مراقبته، يمكن ملاحظة السمات الدائمة: الذنب "التهام الذاتي"-الإحباط، الخراب، الحداد.

2-5.ميلانخوليا الانقلاب:

غالبا ما تظهر هذه الأعراض كعرض مهم للقدرة على التحلي بالمريض، بصرف النظر عن عمره، يقدم نفس خصائص الميلانخوليا الكلاسيكية، يمكن الإبلاغ عن بعض الجوانب المحددة رفع التثبيط، الإثارة النفسية، مصفوفة كبيرة جدا من الألم الأخلاقي "الهستيري"

القلق الذي يمكن أن يعبر نفسه بطريقة متناقضة: الاتهام الذاتي له الأسبقية على الأفكار الوهمية الأخرى، و الهلوسة متكررة، مع وجود متلازمة كوتارد وغالبا ما تكون غير متكاملة، كلاسيكيا نتحدث عن وصول الميلانخوليا إلى الهوس لينجح كل منهما الأخر في ذهان الهوس الاكتئابي و المرض ثنائي القطب يتم وصف تطورات الاحتكار أيضا لأن أنواع الوصول المختلفة دائما ما تكون بنفس النوع، بشكل عام ميلانخوليا.

قد تكون هناك حلقة واحدة فقط في قلب الوجود أن تحدثنا بين وصوليين عن عودة "مجموعة الإعلان "أن نرى الكثير من المرضى يستقرون في حالة اكتئابية مزمنة تتطلب علاجا مستمرا.

(Christine arbriso, 2002, p152)

3- أعراض الميلانخوليا:

منها ما هو شامل لكل أصنافها، ومنها ما هو خاص:

- ✓ **أعراض المزاجية:** الحزن-الكآبة-انخفاض المعنويات-القلق-سهولة الاستثارة-عدم التركيز.
- ✓**أعراض معرفية:** فقدان الاهتمام-صعوبة التركيز- انخفاض الدافع الذاتي-الأفكار السلبية – التردد – الشعور بالذنب – الأفكار الانتحارية –الأوهام.
- ✓ **أعراض سلوكية:** تأخر ردود الفعل السيكو حركية- الانسحاب الاجتماعي- الانتحار.
- ✓**أعراض بدنية:** اضطراب النوم – الإرهاق – نقص الشهية- فقدان الوزن- برود جنسي- الألم في الرأس. (الأخضر قويدري، 2008، ص221).

4- أسباب الميلانخوليا:

على حسب إسحاق ابن عمران تنقسم إلى:

- **الاسباب النفسية:** يذكر الأسباب النفسية من زاوية طبيعتها المتقلبة من حال إلى حال، ومن زمن إلى زمن، فيقول« من سخط أو رضا أو جنون أو فزع أو حياء » وفيه إشارة إلى طبيعة النفس التي من خصائصها عدم الاستقرار و بالتالي فدرجة تعمق كل واحد من أعراض النفس و القوى المعرفية وثباتها على الأفكار الوسواسية يجعلها عرضة للإصابة بالمرض .
- **الاجهاد الفكري:** يسمى الميلانخوليا بالمرض الخبيث من خلال ما يتصف به من خلاله الذهن، وفشل النفس وضعف الفكر و الخاطر وما بداخل عقولهم من التعب.
- **اثر الانفعالات:** يعد السبب الرئيسي ويعتبر العنصر المفجر للإصابة بالمرض وهو فراق الأحبة أي فقدان شيء غالي غلى قلبه.
- **الأسباب المناخية:** يوضح أهمية المناخ في الإصابة بالمرض حيث ربط المناخ بالغذاء حيث يرى أن تجمع الأغذية نتيجة طبيعة المناخ، تؤدي في أغلب الاحيان إلى تسممات داخل الجسم لعدم تخلصه منها. **(بن احمد قويدر،2013، ص14)**.

5- النظريات التي تحدثت على الميلانخوليا:

أرسطو: اعتبر أن الميلانخوليا موجودة عند المفكرين و الشعراء و الفنانين، كما أشار إلى مجموعة من خصائص النفسية الآتية: القلق، الحزن، معاناة، الأرق وقلة النوم و الشعور بالرعب و الرغبة في الموت.

فلكس بلاتر(FlatterFeliX): أشار فلكس إلى أن الميلانخوليا نوع من الاغتراب العقلي الذي يؤدي إلى الحزن و الخوف ،كما يرى أن خصائص الفزع و الرعب من الأحداث غير المرئية هي عبارة عن السبب الرئيسي الشائع المرتبط بهذا المرض.

كربلين(Kraepelin): أول من فرق بين العديد من الأمراض مثل: الهوس و الميلانخوليا، وقد استطاع أن يميز الجنون الاكتئابي- الهوس عن بقية الأمراض الأخرى، كما أوضح كربلين أن هذا المرض وراثي، بالرغم من انه زواج بين الهوس و الاكتئاب إلا أنهما لا يحدثان معا فالاكتئاب العرضي منفصل تماما عن الهوس. (htt ps://kenanoonline.come /users/Ngydaoud..posts/264829)

فرويد(S.Freud): إن هناك ارتباطا بين الحداد و السوداوية و الهوس إلى حد أنها يمكن تسجيلها في نفس النسق، يحدد فرويد هذا المعنى في كتابه الذي ألفه سنة1917 ateMaL gieolohcSyp "علم ما وراء النفس" والذي ضمنه تحليلا عميقا لتلك العلاقة التي تربط وتفرق بين مفهوم الحداد و السوداوية أين يعتقد أن هناك تقارب بين حالتين السوداوية وعمل الحداد لان كلاهما يخضع لشروط وعوامل تساعد في ظهوره "الحداد هو رد على نتيجة فقدان شخص عزيز أو موضوع له علاقة بالفكرة أو الحرية فكرة شيء مثالي"، الفعل ذاته يثير لدى العديد من الأشخاص هذا الشعور، وهذا يجعلنا نشك في وجود استعداد مرضي، لحالة السوداوية بدل عمل الحداد، السوداوية تتميز من وجهة نظر النفسية باكتئاب ومعاناة عميقة، إقصاء الاهتمام بالعالم الخارجي، فقدان القدرة على الحب، كف لكل نشاط وانخفاض في مشاعر تقدير الذات والتي تظهر في تأنيب الذات واحتقار الذات و تذهب إلى توقع الهذياني للعقاب، عمل الحداد يحمل نفس السمات ماعدا اضطراب تقدير الذات يركز فرويد على "فقدان الموضوع الحب" في الحداد يكون موضوع الحب في حقل الشعور لا يجد شيء له علاقة بالشخص محبوب يبقى في اللاشعور، في السوداوية وضع فرويد فرضية فقدان موضوع حيث ينسحب من شعور ويختلف عن الحداد، فيتطور حينها نحو مفهوم جديد: موضوع المفقود في سوداوية هي الأنا الحقيقي للسوداوي، ثم يضيف ان الحداد يكون مركزا حول الخارج بينما في السوداوية، يكون مركز على الأنا أي العالم الداخلي في السوداوية يكون الأنا نفسه «العالم »المريضة يعتقد أن أناه بدون قيمة غير قادر على شيء مهما كان ونفسيا فهو محكوم عليه بالإعدام يقوم بعتاب و احتقار وينتظر أن يكون ملقى في الخارج ويعاقب. **(بن احمد قويدر،2018، ص83)**

نستنتج مما سبق أن الجميع النظريات سواء القديمة أو الجديدة ركزت على أعراض المرض الميلانخولي التي من بينها الحزن، الكآبة، الرغبة في الموت، تقدير الذات المنخفض.

خلاصة:

يتبين لنا أن مرض الميلانخوليا من بين الاضطرابات العقلية التي لقيت اهتماما كبيرا من طرف علماء النفس منذ القدم، وينتج هذا المرض من خلال أسباب و أعراض مختلفة.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية

I. الدراسة الاستطلاعية

1- أهدافها

2- مجالات الدراسة

II. الدراسة الأساسية

1- حالات الدراسة

2- منهج الدراسة

3- أدوات الدراسة

I. الدراسة الاستطلاعية:

للقيام بأي بحث ولتحديد المنهج المتبع في الدراسة لابد من إجراء دراسة استطلاعية حيث تساعد هذه الدراسة على تحديد أبعاد البحث هو الهدف المراد الوصول إليه من خلال هذه الدراسة، فالدراسة الاستطلاعية توجه الباحث وتوضح له الميدان الذي سيجري عليه بحثه وكيفية التعامل مع المعطيات .

وقد اعتمدنا في دراسة الاستطلاعية على معلومات تم الحصول عليها من خلال الأخصائية النفسانية في المؤسسة الاستشفائية وقد مكنتنا هده الدراسة من التعرف على الحالات الموجودة بالمصلحة و أعطتنا فكرة عن الحالات إلي سيتم التعامل معها:

1- أهداف الدراسة الاستطلاعية:

-التعرف على مكان إجراء الدراسة.

-التعرف على حالات الدراسة.

- ربط الجانب النظري بالجانب التطبيقي من خلال الملاحظة.

2- مجالات الدراسة:

2-1.المجال المكاني:

2-1-1.التعريف بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية:

عند زيارتنا الأولى في 6 ديسمبر2018على الساعة9:00 صباحا، حيث تقع هذه المؤسسة في الجهة الشرقية لمدينة وهران ببلدية سيدي الشحمي، شيد منذ الاستعمار تبلغ مساحتها الواسعة 72هكتار. يعود تاريخه إلى فترة الاستعمار الفرنسي أعيد بناءه في 1947 كان عبارة عن منطقة عسكرية الى غاية 14جانفي1957، في 1973 انظم إليها عدد من الأطباء و الأخصائيين في علم النفس.

منذ ذلك الوقت، تبذل المؤسسة مجهودات كبيرة من اجل توفير الرعاية الطبية و النفسية للمرضى كما يسهر الفريق طبي نفسي بالمتابعة المستمرة حيث يتم توفير كل الوسائل العلاجية الضرورية للتحكم في الحالة النفسية للمختل ذهنيا أو على الأقل ضمان استقرارها لفترة من الزمن.

وان الهيكل الصحي يستقبل الحالات الخطيرة القادمة من المستشفى الجامعي بوهران جناح35 وكذالك من الولايات المجاورة كمستغانم، غليزان، بلعباس، والتي يتم تحويلها صوب المصلحة المغلقة او المعزولة، وان المستشفى توفر التغطية الصحية الكاملة بالجهة الغربية وحتى لبعض المناطق الجنوبية، بحيث ان اغلب المرضى المحولين من طرف السلطة القضائية يعالجون بهذه المصحة.

2-2. البطاقة التقنية للمستشفى:

تضم المؤسسة ثلاثة مصالح مبينة كما يلي:

2-2-1. مصلحة(1)استشفائية جامعية: وهي وحدة يتضمن "A" جناح للنساء وجناح للرجال(للأمراض العقلية) تضم06سرير وجناح لمكافحة الإدمان (مرضى المدمنين) تضم20سرير.

2-2-2. مصلحتين(2) للصحة العمومية:

*وحدة"B" تتكفل بكل المرضى الذين يدخلون عن طريق قرار الجهة القضائية أو قرار الجهة الإدارية(مثل قرار من الوالي ولاية معينة)+ولديهم جناح يتكفل بالرجال +جناح للنساء.

*وحدة"C" تتكفل بالمرضى لمدة أطول+ جناح للرجال.

أما فيما يخص التكفل بالمرضى خارج المستشفى:

✓يوجد مستوصفين في الخارج متخصصين للراشدين، حيث تتمثل مهمتهم بالتكفل الاستعجالي للمرضى خارج المؤسسة –مقر الأول في سيدي معروف والمقر الثاني

في حي ابن سينا "فيكتور هيقو" بمدينة وهران.

- مستوصف الأول مقره بسيدي معروف، يتكفل بالفحص الاستعجالية المرضى القاطنين في شرق وهران وشرق البلدية.
- مستوصف الثاني يتكفل بالفحص الاستعجالي المرضى القاطنين وسط وغرب وهران و كذالك وغرب البلدية.
- نقطتين(02) متخصصتين للأطفال، الأولى بالعقيد والثانية بسيدي المعروف.

وبالتالي فالعدد الإجمالي للأسرة فيما يخص المستشفى عامة 490سرير.

وفيما يلي توضيح كامل عن مصالح وملحقات:

المصالح الإدارية: تضم أربعة مديريات هي:

- ✓ المديرية.
- ✓ المديرية الفرعية للموارد البشرية.
- ✓ المديرية الفرعية للمصالح الاقتصادية، المنشآت الصحية والتجهيزات.
- ✓ المديرية الفرعية للمصالح الصحية.

المصالح الاستشفائية الجامعية: تضم مصلحتين هما:

1-المصلحة"A"تضم03اجنحةهي:

- الجناح 5للنساء.
- الجناح7للرجال.
- جناح معالجة الإدمان.

مصالح الصحة العمومية:

2-الوحدة "B"تضم 04اجنحة هي:

- جناح 1للرجال.
- جناح1للنساء.
- جناح2للرجال.
- جناح3للرجال.

فيما يخص التعداد الكلي للموارد البشرية:

-قدرة استيعاب المؤسسة للمرضى تقدر بـ 490سرير.

-يقدر عدد الأطباء المختصين في الأمراض العقلية بـ 13 طبيب.

–يقدر عدد طبيب عام	بـ 09طبيب.
–يقدر عدد الصيدليين	بـ 02 صيدلي.
– يقدر عدد أطباء جراحة الأسنان	بـ 01 طبيب.
– يقدر عدد أخصائيين نفسانيين	بـ07 أخصائي.
– يقدر عدد أفراد الشبه الطبيين	بـ137فرد.
– يقدر عدد الموظفين(الإداريين + الأعوان)	بـ223 عامل.

مهام الفريق النفساني:

1/المختص النفساني:(يضمن كل النشاطات الوقائية و العلاجية)

– العمل على ملاحظة المفحوص وتسجيل الملحوظات و المعلومات المتصلة بسلوك المريض.

– إجراء مقابلات عيادية لتجميع بعض المعلومات والبيانات الأولية و الشخصية و العائلية.

– تطبيق الاختبارات النفسية و تفسيرها و القيام بالتشخيص النفسي وإبداء الرأي العيادي حسب المريض.

– ضمان المتابعة الفردية أو الجماعية للأشخاص المعنيين.

2/الطبيب النفسي: يكلف على الخصوص بما يلي:

–التكفل بالمرضى المحولين من الجناح 35 بالمستشفى الجامعي بوهران بموجب محضر من الطبيب الخبير بالأمراض العقلية لدى المحكمة والمرضى الذين تم إحضارهم من طرف الشرطة (يدخل ضمن إطار عمل جناح رقم2)

–التكفل بالمرضى الدين إدخالهم من طرف أوليائهم وأحيانا يتوجهون بإرادتهم خاصة الأفراد المدمنين على مختلف أنواع المخدرات والكحول (يدخل ضمن عمل المصلحة"A")

-القيام بعملية الفحص وإعداد وصفة علاجية تضم مجموعة من الأدوية.

-المتابعة الطبية طيلة تواجد المريض على مستوى المؤسسة.

3-الوحدة"C"تضم 03 أجنحة هي:

- جناح4 للرجال.
- جناح 6 للرجال.
- جناح6للنساء.

الملحقات:

- المصالح الطبية.
  - ✓ مخبر الأشعة جراحة السنان
  - ✓ طب العمل.
- الصيدلية العامة.

ويحتوي كل جناح على فريق متكون من طبيب عقلي وأخصائي نفسي وعدد من الممرضين الذين يسهرون على راحة المرضى، كما يحتوي كل جناح على قاعة استقبال الزيارات وكذلك مرقد جماعي وغرف فردية وحمام وساحة خاصة بالمرضى.

أما جناح مقر التربص ودراسة الحالتين فهو الجناح رقم 3 الذي 74 مريض المشرفين 15 أطباء وشبه طبيين، إن الزيارات المتعددة و المستمرة خلال السداسي سمحت لنا بالاحتكاك بالمرضى المقيمين هناك وملاحظة الاضطرابات التي كانت عليهم والتي تم ملاحظتها من خلال أعراض متعددة ومختلفة حيث كانت الحالتين موضوع الدراسة متواجدتين في جناح رقم3.

2-2-1. المجال الزمني للدراسة:

استغرقت دراستنا فترة شهرين ونصف ابتداء من شهر ديسمبر إلى غاية منتصف فيفري 2019، بمعدل حصة في أسبوع.

II. الدراسة الأساسية:

1- حالات الدراسة:

اختيار الحلات كان قصدي ويخص المرضى المصابين بالاكتئاب السوداوي المتواجدين بمستشفى الأمراض العقلية و النفسية بسيدي الشحمي، وهدف من هذه الدراسة معرفة تأثير محاولة الانتحار على تقدير الذات لدى المريض الميلانخولي، لذا فقد سعينا إلى تحديد الحالات حسب بعض الخصائص، التي قد تؤثر على تحديد تساؤلات البحث في صياغة فروضه ومن ثم إجراءات التطبيق الميداني ومن أهم الخصائص نذكر:

- **الجنس:** شملت دراستنا حالتين من الجنس الذكري.
- **العمر:** اقتصرت دراستنا على حالتين في سن 50-46سنة وذلك وفق لقيامهم بمحاولات انتحارية عديدة من اجل تحقق من الفرضية رقم-3-.
- **التشخيص:** اخترنا المرضى المصابين بالاكتئاب السوداوي طبقا لتشخيص الأطباء في المستشفى.

2- منهج الدراسة:

المنهج العلمي هو الأسلوب التفكير و العمل يعتمده الباحث لتنظيم أفكاره وتحليلها وعرضها وبالتالي الوصول إلى النتائج وحقائق معقولة حول الظاهرة موضوع الدراسة. **(احمد بدر، 1973، ص57)**

وقد تناول موضوعنا محاولة الانتحار وتأثيرها على تقدير الذات لدى الميلانخولي، واشكاليتنا ذات طابع إكلينيكي، والمنهج المستعمل هو المنهج العيادي ويعرف بأنه " يدرس الفرد ككل فريد من نوعه، أي انه دراسة الفرد كوحدة متكاملة متميزة عن غيرها". **(حلمي المليجي، 2001، ص30)**

ومن بين الطرق التي يستخدمها المنهج العيادي نذكر طريقة دراسة الحالة وهي أسلوب يقوم على جمع البيانات ومعلومات كثيرة وشاملة عن الحالة الفردية واحدة أو عدد من الحالات وذلك بهدف الوصول إلى فهم أعمق للظاهرة المدروسة وما يشبهها من ظواهر حيث تجمع البيانات عن الوضع الحالي للحالة المدروسة وكذلك عن ماضيها وعلاقتها من اجل فهم أعمق وأفضل للمجتمع الذي يمثله. **(هشام احمد محمد، 2008، ص32)**

وأشار شرتز وليندن إلى دراسة يمكن أن تعرف على أنها تقرير شامل متميز بالتحقيقات التشخيصية والتحليلية المكثفة حول أية وحدة اجتماعية، حيث يركز الانتباه على العوامل المساهمة في تنمية أبعاد معينة في الشخصية أو تطوير مشكلات خاصة متعلقة بها. **(ماهر محمود عمر، 1987، ص210)**

3- أدوات الدراسة:

3-1. المقابلة:

وهي أسئلة موجهة من شخص إلى أخر وجها لوجه بطريقة شفوية كأن يكون الشخص الأول الفاحص والشخص المفحوص فتوجه مجموعة من الأسئلة للحصول على المعلومات عن الشخصية. **(نبيل صالح سفيان، 2004، ص214)**

وللمقابلة تقنيات:

استخدمنا في دراستنا تقنية المقابلة الموجهة لان الحالات تعاني من اكتئاب سوداوي.

المقابلة المغلقة"STRUCTURED"

وهي لا تفسح المجال للشرح المطول، بل يطرح السؤال وتسجل الإجابة التي يقررها المستجيب. **(ربحي مصطفى عليان، عثمان محمد غنيم، 2013، ص202)**

3-2.الملاحظة العيادية:

هي أداة من أدوات البحث تجمع بواسطتها المعلومات التي تمكن الباحث من الإجابة عن أسئلة البحث واختبار فروضه، فهي تعني الانتباه المقصود والموجه نحو سلوك فقط أو وصفه وتحليله، أو وصفه وتقويمه. **(إبراهيم عبد العزيز الدعيلج، 2010، ص108)**

3-3.سلم تقدير الذات لروزنبيرغ M. Rosenberg(1965):

يقيس سلم روزنبيرغRosenberg(1965) لتقدير الذات شعور الفرد نحو ذاته وشعوره مقارنة بالأخريين ،وقمنا باختياره باعتباره أداة مناسبة للدارسات النفسية ولأنه يتلائم مع الموضوع بحثنا كما أن بنوده مفهومة وتتماشى مع كل مستويات ثقافية وفئات العمرية يتكون مقياس روزنبيرغRosenberg(1965) من عشرة بنود مقسمة لقياس الشعور الإيجابي و الشعور السلبي يختار منها المفحوص البنود التي تناسبه، وتكون الإجابة بأربعة نقاط من أوافق تماما إلى لا أوافق تماما، حيث يحصل المفحوص في محور 1-3-4-5-9على 4نقاط في أوافق تماما، 3 نقاط في أوافق، 2لا أوافق، 1لا أوافق تماما بينما يكون تنقيط عكسي في المحور2-6-7-8-10 حيث يمنح المفحوص نقطة واحدة على أوافق تماما،2 نقاط على أوافق، 3 لا أوافق،4لا أوافق تماما.

تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين10الى40 نقطة (10نقاط هي اقل درجة يمكن أن يحصل عليها المفحوص و 40نقطة هي أعلى درجة) ويتم التقييم كالتالي:

- من10 إلى 16 نقطة تقدير الذات منخفض.
- من 17الى 33 نقطة تقدير الذات متوسط أو معتدل.
- من 34 إلى 40 نقطة تقدير الذات عالي.

الخصائص السيكومترية:

اجري البحث الأصلي لهذا المقياس على حوالي 500طالب من المدارس العليا و الذين ينتمون إلى مختلف الأعراف ، وتلته بحوث أخرى شملت ألاف الطلبة من المعاهد و الراشدين من المهن وتخصصات مختلفة ، والمعايير موجودة لمختلف هده المجموعات.

الثبات:

توصل كل من شوب وفرتمان«choop & Freeman» 1997 إلى معامل الثبات يبلغ 0.88 بطريقة إعادة الإجراء على عينة من الطلبة بفارق زمني يقدر بأسبوعين–أما بلاسكوفيتش و نومالي

«Pasco Kitch & Nomale» قد توصلا إلى معامل ثبات يبلغ 0.82 بطريقة إعادة التطبيق بفارق زمني يقدر بأسبوع.

الصدق الذاتي:

توصل ثوب Toup وأخرون 1997 إلى معامل صدق بحساب الصدق الذاتي يبلغ 0.9. **(عامر عبدلي،2015، ص)**

الفصل السادس: تقديم الحالات

1- سير مقابلات الحالة الاولى

2- سير مقابلات الحالة الثانية

3- تفسير نتائج اختبار المطبق على الحالات

سير مقابلات الحالة الاولى:

تقديم الحالة1:

اسم ولقب الحالة: م.ع

الجنس: ذكر

السن: 46 سنة

الحالة المدنية: اعزب

المهنة: عاطل

المستوى التعليمي: جامعي

المستوى المعيشي: متوسط

الرتبة في العائلة: 3

الحالة المرضية: اكتئاب سوداوي

السوابق المرضية: لا توجد

السيميائية العامة للحالة:

1) الهيئة العامة:

البنية المورفولوجية: ذو بنية ضعيفة وقامة متوسطة، اسمر البشرة واسود العينين

اللباس والهندام: لباس غير مرتب وغير نظيف فلا يبدي اهتماما بمظهره

2) الملامح والايماءات: ملامح الحزن والكآبة، مع وجود نضرات تهربية لديه

3) الوجدان والعاطفة: شخصية منعزلة ومنطوية مع وجود مظاهر الحزن الشديد والياس لديه

4) الاتصال: الاتصال مع الحالة جد صعب، كما يخفض راسه عند التحدث وقليل الكلام وصعوبة في التواصل البصري

5) النشاط العقلي: لغة بسيطة سطحية، فيجيب قدر السؤال

6) الذاكرة: صعوبة في استحضار بعض الاحداث الماضية

جدول 1 سير مقابلات الحالة الاولى

المقابلة	التاريخ	المدة	عنوانها	اهدافها
1	19-01-2019	40د	جمع البيانات الاولية	– التعريف بأنفسنا كأخصائيتين نفسانيتين. – كسب ثقة المريض – جمع البيانات الاولية
2	26-01-2019	30د	التاريخ العائلي للحالة	– التعرف على طفولة الحالة. – السوابق المرضية في العائلة.
3	03-02-2019	45د	التاريخ المرضي للحالة	– تطرق الى بداية المرض. – التعرف على الامراض التي ادت به الى الالتحاق بالمستشفى. – التطرق الى محاولات الانتحار التي قام بها.
4	04-02-2019	35د	الحالة الراهنة	– المظهر الحالي وسلوك العام. – محتوى الافكار. – الحالة الانفعالية.
5	05-02-2019	25د	اجراء الاختبار	– اجراء الاختبار. – تقدير اسئلة الاختبار.

المقابلة الاولى: وقد كانت بتاريخ 19-01-2019 ودامت 40د في البداية عرفنا بأنفسنا وبدورنا

كأخصائيتين نفسانيتين وباننا جئنا لطلب المساعدة من اجل إتمام موضوع دراستنا، ولكن واجهتنا صعوبة في التواصل مع الحالة لأنه قليل الكلام وليس له الرغبة في الحديث، فيجيب قدر السؤال بمساعدة الاخصائية وهو منحني الراس ولديه نظرات تجنبية ويقول انه لا يعرف سبب مجيئه الى هنا فيقول الحالة «ماعلابالیش علاه راني هنا...مادرت والو...» واضطررنا لإنهاء المقابلة لأنه كان يشعر بضيق التنفس وقد سقط ارضا لعدم تناول الطعام ولفقدان شهيته.

المقابلة الثانية: وكانت بتاريخ 26-01-2019 ودامت 40د وخصصنا هذه المقابلة للتعرف على تاريخ الحالة وطفولته، حيث يعيش في وسط عائلة مكونة من الاب والام و7اخوة وبنت وهو يحتل المرتبة الثالثة، ولا توجد حالة متشابهة في العائلة، تربطه علاقة متوترة مع الوالدين ذات نمط صلب خالي من المرونة، يقول الحالة « والديا شويا واعرين...» ولقد تنهد بشكل اطول.

اما العلاقة مع الاخوة فكانت سطحية، ولا مكان للصداقة في حياته يقول «نبغي نقعد وحدي... » وزاول دراسته الى غاية تحصله على شهادة الهندسة المعمارية ولكنه لم يجد عملا، ونتيجة للفراغ الحاصل في حياته فقد قام الحالة بتعاطي الكحول وهذا ما جعله يكتئب ويقول « كرهت كلشي...الدنيا كحالت في عيني...» ولا حضنا ان الحالة كان يعاني من الخمول والتعب الشديد وقلة الطاقة وقد دخل الحالة في صمت مطول مما دفع بنا الى انهاء المقابلة

المقابلة الثالثة: اجريت بتاريخ03-02-2019 وقد دامت حوالي45د، قمنا بتخصيص هذه المقابلة للتحدث عن التاريخ المرضي للحالة واصيب بحالة اكتئاب شديدة دفعت بوالده لأخذه الى الراقي عدة مرات ثم الى طبيب الاعصاب ومنذ ذلك الوقت اخذ يتناول الدواء.

وعند التطرق الى المشكلة التي ادت به الى هذه الحالة، يقول« درت مشكلة...ضربت جاري...» وحسب قول الاخصائية فان السبب هو قيامه بقتل جاره بعد توقفه عن تناول الدواء ثم ادخل السجن وفيه قام بمحاولة الانتحار الثانية عن طريق محاولة شنق نفسه، اما المحاولة الاولى فكانت في المنزل في محاولة منه بحرق نفسه وبما انه اصبح يشكل خطرا على نفسه وعلى الاخرين فقد ادخل المستشفى بتقرير من الطبيب العقلي، وحتى بالمستشفى هدد بقتل نفسه لأنه يريد الخروج ولما سألناه لماذا؟ قال دنيا ماتستاهلش باه نعيشها...» ولا حضنا ملامح الحزن والكآبة الشديدة وانه منعزل فهو يحب الانفراد بذاته وكلما توغلنا في الحديث عن المشكل زاد صمته حتى انه طالب بالانصراف.

المقابلة الرابعة: وكانت بتاريخ 04-02-2019 وقد دامت حوالي35د، وفيها قد خصصناها للتعرف على محتوى افكاره وحالته الانفعالية، وعلمنا ان الحالة مازال لديه افكار انتحارية التي كانت لديه قبل دخوله للمستشفى والسجن بالإضافة الى صعوبة التركيز والتشتت، لا حضنا ان الحالة لديه تعب كبير وضعف في التواصل البصري، واما الحالة الانفعالية السائدة فكانت الكآبة والحزن الشديد.

المقابلة الخامسة: اجريت بتاريخ05-02-2019 وقد دامت حوالي 35د وقد خصصناها لتطبيق اختبار روزنبيرغ لقياس تقدير الذات، فقمنا بشرح الاختبار للحالة وكيفية الاجابة بصفة مكررة نظرا لصعوبة التواصل التي يعاني منها الحالة.

تطبيق اختبار روزنبيرغ واستخراج النتائج:

تحصل الحالة على 11نقطة وهي بذلك ما بين 10و16 مما يشير الى ان الحالة يعاني من تقدير ذات منخفض والذي يظهر من خلال الشعور بالفشل والحزن وفقدان الاهتمام بنفسه وبالآخرين ووجود افكار التخلص من حياته.

جدول 2 نتائج الاختبار للحالة الاولى

نوع الفقرات	رقم الفقرات	اوافق تماما	اوافق	لا اوافق	لا اوافق تماما
العبارات الموجبة	9-5-4-3-1	0	0	0	5
العبارات السالبة	10-8-7-6-2	4	1	0	0

الاستنتاج العام للحالة الاولى:

من خلال المقابلات المجراة مع الحالة(ع. م) ومن خلال الاعراض الظاهرة تبين ان الحالة غير مستقرة نفسيا، يعاني من اكتئاب سوداوي والذي يظهر من خلال شعوره بالحزن والكآبة والياس وكذلك الانسحاب الاجتماعي والفشل والتعب وهذا ما اكدته الاخصائية النفسانية المشرفة عليه في المؤسسة الاستشفائية وقد يكون تكرار المحاولات الانتحارية الفاشلة سببا رئيسيا في وجود تقدير الذات المنخفض لدى الحالة وهذا ما اكده اختبار روزنبيرغ لقياس تقدير الذات.

سير مقابلات الحالة الثانية:

تقديم الحالة 2:

-الاسم: ب.م.

-الجنس: ذكر.

-السن: 50 .

-المهنة: بناء.

-السكن: ماسرة –مستغانم–

– الحالة المدنية: متزوج.

-المرتبة في العائلة:7.

– المستوى المعيشي: متوسط.

-الحالة المرضية : اكتئاب سوداوي.

-سوابق مرضية: لا توجد.

السيميائية العامة للحالة:

1-الهيئة العامة:

-**البنية المرفولوجية:** ذو بنية ضعيفة، وقامة متوسطة، أبيض البشرة، عينان زرقوتان.

-**اللباس والهندام:** لباس غير مرتب.

2-الملامح والإيماءات: ملامح حزينة، حالته النفسية سيئة، بطيء في الحركة «مشي».

3-الوجدان والعاطفة: مكتئب، يأس، متشائم.

4- الاتصال: لم يكن سهلا فهو لم يكن يحب تحدث كثيرا، نظرات تهربية.

5-النشاط العقلي:

-**لغة:** لغة سطحية وأحيانا تأتأة.

-**الذاكرة:** عدم القدرة على التركيز، لا يرغب في استرجاع الأحداث الماضية.

جدول3 سير مقابلات الحالة الثانية

المقابلة	التاريخ	المدة	عنوانها	أهدافها
1	2019-01-19	30د	جمع البيانات الأولية	-التعرف بأنفسنا كأخصائيتين نفسانيتين -كسب ثقة المريض. -جمع البيانات الأولية.
2	2019-01-26	45د	التاريخ العائلي للحالة	-التعرف على طفولة الحالة. -السوابق المرضية.
3	2019-02-3	50د	التاريخ المرضي للحالة	-تطرق إلى بداية المرض. -التعرف على الأعراض التي أدت به إلى الالتحاق بالمستشفى. -التطرق إلى محاولات الانتحار التي قام بها.
4	2019-02-4	35د	الحالة الراهنة	-المظهر الحالي وسلوك العام. -محتوى الأفكار. -الحالة الانفعالية.
5	2019-02-5	30د	إجراء الاختبار	-إجراء الاختبار. -تقديم أسئلة الاختبار.

المقابلة الاولى:

كانت بتاريخ 19-01-2019 دامت حوالي 30د، في بداية المقابلة عرفنا بأنفسنا وبدورنا كأخصائيتين نفسانيتين وبأننا جئنا لطلب المساعدة من أجل إتمام موضوع دراستنا، وجدنا صعوبة في الاتصال مع الحالة، رغم انه قليل التحدث معنا، لأنه كان صامت طوال الوقت ولا يجيب إلا قدر السؤال وبتدخل الأخصائية النفسانية لأنه كان يسرح كثيرا بذهنه، وعندما سألناه عن المشكلة التي يعاني منها قال «درت ديقا...قتلت مرتي».

المقابلة الثانية:

كانت بتاريخ 26-01-2019 دامت حوالي 45د، خصصنا هذه المقابلة للتعرف على تاريخ العائلي للحالة، كانت الحالة تعيش في وسط عائلي متكون من أب وأم و16اخوة «12ذكرو4اناث » توفي الأب عندما كان عمر الحالة 20سنة «كنت في فرنسا كي مات الشيباني.....محضرتلوش» كانت طريقة تربيته قاسية، كانت علاقاته بإخوته متوترة «نفوت بزاف.....تغيضني عمري بصح نفوت...ما نحبش نحكي معاهم...ما يعرفوش يتناقشو»، سافر إلى فرنسا عندما كان عمره 19سنة يقول «كنت نقول في نفسي هذي البلاد مشي بلادي...كنت نحس روحي محقور» كان قريب من أخيه الصغير.

تزوج الحالة في عمر 37من ابنة خاله، كان الحالة يشرب الخمر لكنه توقف بعد زواجه، لا يوجد للحالة أصدقاء ولديه 4 أولاد، علاقته مع زوجته كانت جيدة يقول «جامي جرحتني بكلمة» لم تكن للحالة سوابق مرضية في العائلة.

المقابلة الثالثة:

كانت بتاريخ 3-02-2019 دامت حوالي 50د، خصصناها للتعرف على تاريخ المرضي للحالة، حيث بدأ مرضه بعد عودته من فرنسا المرة الأخيرة 2008 حيث بدا المحيطون يلاحظون عليه تغيرات، أصبح منعزل ولا يحب التحدث مع احد، ولا ينام كثيرا وكان يشكو من الم في الرأس، حيث حاول أخ الحالة إقناعه بالذهاب إلى الطبيب، إلا انه رفض على حسب أقوال أخ الحالة، حاول الانتحار في المرة الأولى بشرب الدواء إلا أن زوجته اكتشفت الأمر ومنعته واجبره أخوه إلى الذهاب إلى الطبيب يقول

«داني خويا للطبيب منيش عارف علاه.....أنا منيش مريض....نحب نقعد وحدي...نريح كي نكون وحدي» لم تكن الحالة مواظبة على شرب الدواء حسب أقوال أخيه « كنا نخافو نخلوه وحدوا لا كاش مايدير في روحو».

لأنه حاول قتل نفسه مرة أخرى «حول تعليق نفسه إلا أن الحبل انقطع» أرادت العائلة إدخاله إلى المستشفى إلا أن أمه رفضت، كما انه انقطع عن شرب الدواء وكان رافضا فكرة العلاج على حسب أقوال أخيه.

المقابلة الرابعة:

أجريت بتاريخ 4-02-2019 ودامت حوالي 35د، خصصنا هذه المقابلة للتعرف على محتوى أفكار الحالة وحالته الراهنة، حيث كان الحالة يجد صعوبة في تنفس، والتركيز ويشرد كثيرا وقليل الكلام، وحزين يقول «الدنيا راهي تبانلي كحلة.....منقدرش نعيش فيها».

اضطررنا إلى إنهاء المقابلة لأنه كان يشعر بالتعب، وعندما نهض شعر بدوار وكاد يسقط.

المقابلة الخامسة:

أجريت بتاريخ 5-02-2019 دامت حوالي 30د وكان الهدف منها تطبيق اختبار روزنبيرغ لقياس تقدير الذات لدى الحالة، وقد قمنا بشرح الاختبار للحالة وكيفية الإجابة عنه عدة مرات ، نتيجة عدم التركيز وفقدان القدرة على التواصل لديه.

- **تطبيق الاختبار واستخراج النتائج:**

تحصل الحالة (م.ب) على 12نقطة وهي بذالك بين 10و16نقطة مما يشر إلى إن حالة يعاني من تقدير ذات منخفض والذي يظهر من خلال عدة أعراض منها محاولة الانتحار –الانعزال–الحزن.

جدول 4 نتائج الاختبار للحالة الثانية

نوع الفقرات	رقم العبارات	أوافق تماما	أوافق	لا أوافق	لا أوافق تماما
العبارات موجبة	9-5-4-3-1	0	0	0	5
العبارات السالبة	10-8-7-6-2	3	4	0	0

الاستنتاج العام حول الحالة2:

من خلال الأعراض الظاهرة على الحالة من خلال المقابلات تبين أن الحالة تعاني من اكتئاب سوداوي ومن أهمها : الحزن– اليأس– الانعزال– الخمول– الإعياء– ومحاولة التخلص من نفسه وكل هذا أكدته الأخصائية النفسية المتواجد في الجناح –03– وهي المشرفة عليه، وقد أكد لنا اختبار روزنبيرغ لقياس تقدير الذات أن الحالة تعاني من تقدير ذات منخفض ويتجلى ذالك من خلال محاولات الانتحار التي قام بها.

الفصل السابع: تفسير ومناقشة الفرضيات على ضوء نتائج الدراسة

1- تفسير و مناقشة الفرضية العامة.

2- تفسير و مناقشة الفرضية الجزئية الاولى.

3- تفسير و مناقشة الفرضية الجزئية الثانية.

مناقشة الفرضيات حسب نتائج البحث:

انطلاقا من فرضيات دراستنا والدراسات السابقة التي تناولت بعض متغيرات موضوعنا، ومن خلال اتباعنا للمنهج العيادي والذي من اهم طرقه دراسة الحالة وباستعمالنا المقابلة الموجهة التي قمنا بها مع حالات الدراسة، كذلك اعتمدنا على الملاحظة العيادية، وقمنا بتطبيق مقياس تقدير الذات لروزنبيرغ لأنه يتماشى مع كل المستويات الثقافية وجميع الفئات العمرية وخاصة ان الفئة التي تعاملنا معها هي المريض الميلانخولي ويهدف هذا المقياس الى اكتشاف مستوى تقدير الذات لدى المريض الميلانخولي ووجدنا ان الحالتان يشتركان في بعض الخصائص والاعراض التي ظهرت قبل وبعد المرض ومتمثلة في نمط التربية القاسي والصارم والانسحاب الاجتماعي، الحزن، الكآبة، القلق، انخفاض المعنويات، اضطرابات في النوم، فقدان الشهية والنظرة السوداوية للحياة ومن اهمها التفكير الدائم في الانتحار وتدرج للدخول في المرض وهذا ما وجدناه خلال دراستنا الاكلينيكية للحالتين، والذي اثر على تقدير الذات لدى المريض الميلانخولي فتوصلنا الى النتائج مفادها تأكيد الفرضيات وهي:

تفسير ومناقشة الفرضية العامة والمتمثل فيما يلي:

محاولة الانتحار تؤثر على تقدير الذات لدى المريض الميلانخولي

اثبتت نتائج الدراسة صحة هذه الفرضية حيث توصلنا الى ان الحالة الاولى (م.ع) يعاني من تقدير الذات المنخفض ب11نقطة والحالة الثانية (ب. م) الذي يعاني من تقدير الذات المنخفض ب12نقطة على سلم اختيار روزنبيرغ لقياس تقدير الذات، حيث ان الحالتين تتشابه في الاعراض من اهمها الحزن الشديد واليأس والكآبة والانسحاب الاجتماعي وكذلك ظهور فكرة الانتحار للتخلص من الذات، كما قد تسبب فشل محاولة الانتحار لدى الحالتين التي تعاني من الاكتئاب السوداوي الى انخفاض تقدير الذات لديهما وهذا ما اسفرت عليه نتائج البحث من خلال اختيار روزنبيرغ لقياس تقدير الذات وكذلك من خلال المقابلات التي اجريت مع الحالتين.

وتعد دراسة مونج وكلوم من بين الدراسات التي اكدت صحة هذه الفرضية حيث اسفرت النتائج على وجود علاقة مباشرة بين محاولة الانتحار والاكتئاب والتي تؤثر على مستوى تقدير الذات للحالة بالانخفاض او بالسلب.

وهذا ما تأكده دراسة ريتش واخرون (RICH & al) 1992 حيث اكد ان متغيرات التي يمكن ان تدخل في تفسير الانتحار والسلوك الانتحاري كثيرة ولكن يمكن الاشارة لها والنظر لها من خلال النوع والسلالة، المشاكل العائلية والاكتئاب والياس، الشعور بعدم القيمة والصراع بين الاشخاص بالإضافة الى العزلة الاجتماعية، الى جانب سوء استخدام العقاقير والكحول، كما يمكن اضافة متغير منهم وهو الاحداث الضاغطة.

تفسير ومناقشة الفرضية الجزئية الاولى: المتمثل فيما يلي:

انخفاض تقدير الذات يثير لدى المريض الميلانخولي فكرة الانتحار، اثبتت دراسة البحث صحة هذه الفرضية من خلال النتائج المتوصل اليها حيث ان الحالتين تعانين من الاكتئاب السوداوي من خلال تشخيص الاطباء وتقرير الاخصائية النفسانية المتواجدة على مستوى المؤسسة الاستشفائية كما تبين لنا من خلال المقابلات العيادية ومن خلال الاختبار ان الحالة (ع. م) و(م. ب)، تعانيان من وجود تقدير الذات المنخفض، وهذا ما ساهم في ظهور افكار انتحارية لدى الحالتين، الامر الذي اثبتته الدراسة الاجنبية التي قام بها كل من فكتور و سميث والتي بينت نتائجها على وجود علاقة بين الضغط النفسي وتقدير الذات والتفكير بالانتحار حيث انخفاض احترام الذات او التقدير السلبي للذات وزيادة التعرض للمواقف الضاغطة مع صعوبة مواجهتها يدفع الى التفكير بمحاولة الانتحار لدى الطلاب

(Victor et Smit(2005):42) ومنه نستنتج ان انخفاض تقدير الذات اثار لدى الحالتين التي تعاني من الاكتئاب السوداوي الى فكرة الانتحار.

تفسير ومناقشة الفرضية الجزئية الثانية: المتمثل فيما يلي:

تكرار المحاولات الانتحارية لها تأثير على انخفاض تقدير الذات لدى المريض الميلانخولي ومن خلال النتائج المتوصل اليها في الاختبار ومن خلال المقابلات العيادية مع الحالتين فقد اثبتت لدينا صحة هذه الفرضية، حيث ان المحاولات الانتحارية المكررة تزيد من انخفاض تقدير الذات لدى الحالتين التي تعاني من الاكتئاب السوداوي «الميلانخوليا» ومن بين الدراسات التي دعمت صحة هذه الفرضية

نذكر الدراسات العربية ومنها دراسة جهيدة زرزوني والتي كانت تحت اسم « الخلفية السوسيونفسية للانتحار» والتي كانت ضمن فعاليات الملتقى الوطني الاول حول «الانتحار في المجتمع الجزائري2004» بجامعة قسنطينة والتي اكدت فيها على دور العوامل النفسية في الانتحار والمحاولات الانتحارية حيث توصلت في دراستها الى ان الاكتئاب له دور فعال في الاقدام على عدة محاولات انتحارية لدى عينة دراستها ويوجد ايضا دراسة عبد الوافي بوسنة بقسنطينة والتي اكد فيها على العلاقة الواضحة بين الاضطرابات الاكتئابية و السلوكات الانتحارية وقد اعتبر ان الافكار و السلوكات الانتحارية من المعايير التشخيصية للحالات الاكتئابية.

و تأكده ودراسة فخري الدباغ عام(1986) الذي يؤكد ان من بين محاولي الانتحار من يعاود محاولة الانتحار اكثر من مرة وقلة منهم ينجحون في الانتحار التام بعد اذ وهذا بنسبة 10% واغلبهم من المدمنين على الكحول.

كما يؤكد محمد الحجار(1998) ان ما يقارب واحدا من اصل خمسة اشخاص يحاولون الانتحار يكررون محاولة الانتحارية في غضون مدة سنة، وان واحدا من اصل عشرة تنجح محاولة الانتحارية في الانتهاء الى الموت.

ودراسة دينا هيلز، روبرت هيلز(ترجمة عبد العلي الجسماني 1990) ان 10% ممن كانوا قد حاولوا قتل انفسهم في الماضي، اقدموا في نهاية المطاف على تنفيذ ماربهم.

الخاتمة

الخاتمة:

يمثل البحث الذي قمنا به في دراسة محاولة الانتحار وتأثيرها على تقدير الذات لدى المريض الميلانخولي وذلك بالاعتماد على الدراسة العيادية للحالتين عن طريق المقابلة العيادية والملاحظة و تطبيق اختبار روزنبيرغ Rosenberg لقياس تقدير الذات ،وقد تبين لنا أن هذه الحالات تعيش حالة نفسية جد مضطربة وغير مستقرة ،بالإضافة إلى الشعور بالنقص و انخفاض في مستوى تقدير الذات مع وجود أفكار انتحارية.

حيث تسألنا حول تأثير محاولة الانتحار على تقدير الذات لدى المريض الميلانخولي وافترضنا أن محاولة الانتحار تؤثر على تقدير الذات لدى المريض الميلانخولي، ومن خلال تحليلنا للمعطيات المتحصل عليها في المقابلات العيادية و تطبيق اختبار روزنبيرغ لقياس تقدير الذات ، توصلنا إلى نتائج أجابت على تساؤلاتنا وتمت من خلالها الإجابة على فرضية بحثنا.

كما أن الدراسة الميدانية بينت لنا ضرورة الاهتمام بالجانب النفسي للمريض الميلانخولي الذي قام بمحاولات انتحارية .

و في الأخير نتمنى أن يكون بحثنا المتواضع في المستوى وأن تكون هناك مبادرات أخرى لهذا الموضوع خاصة من طرف المختصين وهذا من أجل مساعدة مثل هذه الحالات على التقبل و التواصل و التفاعل مع ذاتهم و مع الأخريين

التوصيات والاقتراحات:

- تشجيع الباحثين على إجراء البحوث والدراسات العلمية حول تأثير محاولة الانتحار على تقدير الذات لدى المريض الميلانخولي.

- توعية المجتمع من وسائل الإعلام والاتصال بضرورة التكفل بهذه الفئة.

-توعية الأسرة بضرورة إبعاد المريض عن أسباب التي تدفع بالمريض لسوء حالته الصحية.

- محاولة تفهم هذه الفئة ومساعدتها للخروج من العزلة سواء من طرف الاسرة او المحيط.

- إنشاء مراكز متخصصة لعلاج الاكتئاب.

- توعية الأسرة بضرورة المعالجة النفسية في حالة قيام الفرد بمحاولة انتحار.

- إقامة برامج تلفزيونية يومية لتحسيس الناس وتوعيتهم بدور الأخصائي النفساني في تقديم المساعدة لهم لإيجاد الحلول للخروج من مشاكلهم.

- تشجيع البحث العلمي في هذا المجال التي يجب التعمق فيها وإعطاء الحلول الممكنة لتفادي انتشاره أكثر.

- ولابد أيضا من تكوين مكثف لفريق متخصصين للتكفل النفسي والطبي والاجتماعي بمحاولي الانتحار.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

أولا :المراجع باللغة العربية:

❖ **الكتب:**

1. أحمد عياش(2003)، **نماذج حية لمسائل لم تحسم بعد**، ط1،دار الفرابي، بيروت.
2. بدر احمد(1973)، **أصول البحث العلمي و مناهجه**، ط 1، وكالة المطبوعات عبد الله الحرمي، كويت.
3. الحجار محمد(1989)، **الطب السلوكي المعاصر «أبحاث في أهم موضوعات علم النفس و العلاج النفسي»**، ط 1، دار العلم للملايين، بيروت – لبنان.
4. الدعليج عبد العزيز إبراهيم (2010)، **مناهج وطرق البحث العلمي** ، ط 1، دار الصفاء للنشر، عمان.
5. الزيات مصطفى فتحي(1998)، **صعوبات التعلم الأسس النظرية وتشخيصية و العلاجية**، ط1، دار النهضة، بيروت.
6. سفيان صالح نبيل(2004)، **مختصر في الشخصية والإرشاد النفسي**، ط 1، ايتراك للنشر و التوزيع، مصر.
7. سمعان مكرم(1964)، **مشكلة الانتحار دراسة نفسية اجتماعية للسلوك الانتحاري**، دار المعارف، مصر.
8. السيد محمد (1992)، **نظريات الشخصية**، د ط، دار القباء، القاهرة.
9. شربيني لطفي(2015)، **عالم اسرار المجانين اسباب وانواع المرض العقلي**، ط1، دار العلم والايمان للنشر والتوزيع، دسوق
10. شكشك عبدو انس(2009) الامراض النفسية والعلاج النفسي،ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان–الاردن.
11. صالح محمد احمد(1989)، **تقدير الذات لدى عينة من المراهقين**، كتاب السنوي في علم النفس، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، المجلد السادس.

12.عامر محمود ماهر(1987)، **المقابلة في الشخصية و الإرشاد النفسي**، ط 2، دار المعرفة للنشر والتوزيع، مصر.
13.عبد الحميد ليلى(1982)، **مقياس تقدير الذات للكبار والصغار**، ط 1، دار النهضة، بيروت.
14.عبد الستار ابراهيم(1998)، **الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه واساليب علاجه**، دط، عالم المعرفة، الكويت.
15.عبد الواحد سليمان(2010)، **صعوبات التعلم الاجتماعية و الانفعالية**، د ط، دار ايتراك، القاهرة.
16.عليان مصطفى ربحي، عثمان محمد غنيم(2013)، **أساليب البحث العلمي النظرية و التطبيقية**، ط 5، دار الصفاء للنشر و التوزيع، عمان.
17.فايد حسين (2005)، **المشكلات النفسية حقيقتها و طرق علاجها**، ط1، درا النهضة العربية للنشر والطباعة، القاهرة ، مصر.
18.القذافي محمد رمضان (1998)، **في الصحة النفسية و التوافق**، ط 2، دار النهضة العربية، بيروت – لبنان.
19.القلسي عبد الرزاق (2015)،**الاكتئاب و الطب النفسي في الحضارة العربية السلامية**، د ط ، مؤسسة مؤمنون بلا حدود لدراسات و الأبحاث، الرباط.
20.قويدر بن أحمد (2018)، **الاكتئاب و التمثلات الثقافية في مسار العلاجي في الجزائر**، ط 1، دار حامد للنشر و التوزيع، عمان.
21.كامل سهير احمد(2005)، **مدخل إلى علم النفس**، ط1، مكتبة لأنجلو المصرية، مصر.
22.كيث كراملينغر واخرون، ترجمة مركز التعريب والترجمة(2002)، **حول الاكتئاب**، ط1، الدار العربية للعلوم، لبنان.
23.محمد أحمد هشام(2008)، **مناهج البحث في علم النفس**، ط 1، مؤسسة الرؤية للطباعة، مصر.
24.الميليجي حلمي (2001)، **مناهج البحث في علم النفس**، ط 1، دار النهضة العربية، بيروت– لبنان.

❖ **المجلات:**

1. زرمان حسان، السوداوية : **مصطلح ومفهوم، مجلة العلوم الإنسانية**، جامعة الإخوة منتوري قسنطينة "الجزائر"، العدد47، جوان 2017.
2. زينب سهيري، **دراسة استطلاعية عن ظاهرة الانتحار و محاولة الانتحار**، مجلة العلوم الاجتماعية و الإنسانية، جامعة الأغواط، الجزائر ،العدد العاشر،2013 .
3. قويدر الأخضر، **العلاج الروحي للأمراض النفسية- الاكتئاب نموذجا-**، مجلة العلوم التربية، جامعة الأغواط-الجزائر-،2008 .
4. قويدر بن أحمد، **من تراث الإسلامي « إسحاق بن عمران مقالة في ميلانخوليا نموذجا»**، إصدار شبكة العلوم النفسية العربية، العدد4، 2013.

❖ **المذكرات:**

عبدلي عامر، الضغوط النفسية وعلاقتها بتقدير الذات لدى مرضى السكري، مذكرة لنيل شهادة الماستر الاكاديمية، كلية العلوم الاجتماعية والانسانية، قسم علم النفس، جامعة قاصدي مرباح-ورقلة2014-2015.

❖ **المحاضرات:**

حافري زهية غنية، مطبوعات الدعم البيداغوجي في مقياس علم النفس المرضي، موجهة لطلبة السنة الثانية ليسانس علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية والانسانية، قسم علم النفس و الارطوفونيا، جامعة سطيف2015،2-2016.

ثانيا: قائمة المراجع باللغة الفرنسية:

1. christine arbriso& jean claude (2002) , **la psychologie clinique tome2,** édition1, dirrection de la collection lexifac psychologie serge netchine ,France.
2. J. kandevoorde, psychopathologie du suicide, dunool paris, 2013.
3. J.De Montremy (1977**), « pourquoi quand, ou et comment prévenir le suicide»,**psychologie médical, tome 9.

4. Marlene Falardeau (2002), **hit clés pour la prévention du suicide chez les junes,** édition presses de l'université du Québec- canada.
5. Michal Maret(2000), **l'euthanasie :Alternatina sociale et enjeux pour l'éthique chrélienne,** Edition saint-Augustine-saint- Maurice suisse.
6. P.bermar, manuel de laq psychatrie, 6^{eme} edition, masson, 1989.
7. S .Freud(1981), **Névrose, psychose, et perversion,** PU F, paris.
8. Vincont Caillard & Fran çoix Chastang(2003), **Le geste suicidaire,** Edition Elsevier Mosion, SAS, France.
9. wilmotte, bestyns, duvivier, demaret, 1986, le suicide psychotherapie et conduites suicidaires, édition pierre maedaga, paris.

❖ **المواقع:**

Htt psm//kenanaonline.com/usus/Nagydaaoud/posts/264829.13-2-2019.18 :30.

قائمة الملاحق

ملحق 01:

مقياس تقدير الذات

التعليمة:

أخِي الكريم، أختي الكريمة:

فيما يلي مجموعة من العبارات، الرجاء ان تقرأها بتمعن وتجيب عليها بكل صراحة المطلوب منك:

*قراءة كل عبارة بدقة و وضع علامة X امام الاختيار الذي يناسبك و العبارة التي تنطبق عليك.

*لا توجد اجابة صحيحة واخرى خاطئة، كل اجابة تعتبر صحيحة مادامت تعبر عن رايك.

*وتأكد (ي) ان الاجابات تبقى سرية ولا تستخدم الا لغرض البحث العلمي، وشكرا جزيلا على تعاونكم.

البيانات الشخصية:

الجنس:

ضع (ي) العلامة(+) في الاطار المناسب لوصف حالتك:

العبارات	اوافق تماما	اوافق	لا اوافق	لا اوافق تماما
1-بصفة عامة انا راضي عن نفسي				
2-احيانا ارى اني فرد غير صالح				
3-اشعر من ان لي عدد صفات الجيدة.				
4-مقارنة مع الاخرين ارى اني شخص جدير بالاحترام				
5-مثل الافراد الاخرين بإمكاني القيام بالعديد من المهام				
6-ليس لي ما افتخر به				
7-من غير ادنى شك اشعر انني فاشل احيانا				
8-اتمنى لو احترم نفسي اكثر				
9-اتجاهي نحو نفسي اتجاه اجابي				
10-بصفة عامة اشعر اني فاشل				