

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENTS

SUPERIEUR ET

DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE AKLI MOHAND OULHADJ

- BOUIRA -

FACULTE DES SCIENCES SOCIALES ET

HUMAINES



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة أكلي محند أولحاج

-البويرة-

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

الشعبة: علم النفس

التخصص: علم النفس العيادي

الوحدة النفسية وعلاقتها بالميل الانتحاري لدى مرضى الفصام

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

تحت إشراف الأستاذ:

- مكيري كريم

من إعداد الطالب:

- فراجي محمد يوسف

لجنة المناقشة:

رئيساً	جامعة البويرة	د. / عطاء الله أمينة
مناقشاً	جامعة البويرة	د. / سالمى حياة
مشرفاً	جامعة البويرة	د. / مكيري كريم

السنة الجامعية: 2025/2024

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

لَا إِلَهَ إِلَّا أَنْتَ

أنداء بحمد الله تعالى وشكره والتنازل عليه أفاضت وفقني ودرسي إن شاء

عزرا العمل فله الحمد أولاً وآخراً

نعم أنوجه بحملي الشكر والتقدير للأساتذة الفاضلة الدكتور ملكية كرمي الذي كان لي خير أساذ

وخير مشرف ولم يخل عني بالتوجيه والإرشاد والنصح طوال مراحل هذه الدراسة

والشكر مرضي الفصاح الذين ساهموا في إنجاز هذه الدراسة مقدريين تعاونهم وتقنيهم

والله يفوتني أفاضل أقدري بجزيل الشكر واللامتناه لعائلتي العزيزة التي كانت سنداً ودفءاً لي

نعمو الشكر والتعظيم

والخير الشكر كل من قد لي يد العون والمساعدة من قريب أو بعيد فلكم

جميعاً مني كل التقدير والعرفان

فهرس المحتويات:

الصفحة	المحتويات
.	كلمة شكر
.	فهرس المحتويات
أ	مقدمة
القسم الأول: الجانب النظري للدراسة الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
3	1. إشكالية الدراسة
7	2. فرضية الدراسة
7	3. أهمية الدراسة
8	4. هدف الدراسة
8	5. تحديد المفاهيم الإجرائية
الفصل الثاني: الوحدة النفسية	
12	تمهيد
12	1. مفهوم الوحدة النفسية
14	2. الفرق بين مفهوم الوحدة النفسية في مجال علم النفس وفي مجال علم الاجتماع
15	3. المفاهيم المرتبطة بالوحدة النفسية
17	4. أنواع الوحدة النفسية
20	5. أبعاد الشعور بالوحدة النفسية
21	6. مكونات الوحدة النفسية

22	7. مظاهر الشعور بالوحدة النفسية
23	8. أسباب الوحدة النفسية
25	9. النظريات المفسرة للوحدة النفسية
27	10. الطرق الفعالة للحد من الوحدة النفسية
28	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: الميل الانتحاري	
31	تمهيد
31	1. مفهوم الانتحار
33	2. المفاهيم المرتبطة بالانتحار
34	3. إيبيديمولوجيا الانتحار
35	4. أشكال الانتحار
38	5. مظاهر الميل الانتحاري
39	6. العوامل المؤدية للانتحار
41	7. النماذج النظرية النفسية المفسرة للانتحار
44	8. الوقاية من الانتحار
45	خلاصة الفصل
الفصل الرابع: الفصام	
47	تمهيد
47	1. مفهوم الفصام
48	2. إيبيديمولوجيا الفصام
49	3. أعراض الفصام
50	4. أنواع الفصام
52	5. تشخيص الفصام حسب DSM-5

54	6. العوامل المؤدية للفصام
57	7. علاج الفصام
59	خلاصة الفصل
<p>القسم الثاني: الجانب التطبيقي للدراسة</p> <p>الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة</p>	
62	تمهيد
62	1. الدراسة الاستطلاعية
66	2. منهج الدراسة
66	3. حدود الدراسة
67	4. مجموعة الدراسة
67	5. أدوات الدراسة
72	خلاصة الفصل
<p>الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج</p>	
74	1. عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى
77	2. عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية
81	3. عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة
85	4. مناقشة النتائج
91	خاتمة
92	اقتراحات وتوصيات
94	المراجع
103	الملاحق

فهرس الجداول:

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
67	خصائص مجموعة الدراسة	(01)
86	نتائج الحالات الثلاث في مقياسي الوحدة النفسية والميل الانتحاري	(02)

مقدمة

مقدمة:

يعتبر الانتحار ظاهرة من أخطر الظواهر التي تهدد تماسك المجتمعات وتوازنها، فهي ظاهرة عالمية لا يُستثنى منها أي مجتمع، مهما بلغ مستوى تطوره. ورغم أن هذه الظاهرة معروفة منذ العصور القديمة، إلا أن تفاقمها في العصر الحديث بلغ حدًا مقلقًا غير مسبوق، وذلك نتيجةً للتحوّلات السريعة التي يشهدها العالم على المستويات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والنفسية. كما أن تسارع إيقاع الحياة، وتعدّد العلاقات الاجتماعية، وازدياد الضغوط اليومية أدّى إلى خلق بيئة تتسم بالتوتر والقلق، انعكست آثارها بشكل مباشر على الأفراد، فارتفعت نسب محاولات الانتحار بشكل لافت. وقد بيّنت الأبحاث الإكلينيكية أن الغالبية العظمى من الحالات الانتحارية ترتبط باضطرابات نفسية، حيث يُقدّر خطر الانتحار لدى المصابين بها بما يتراوح بين 20 إلى 120 ضعفًا مقارنةً بباقي السكان. ويبرز من بين هذه الاضطرابات مرض الفصام، باعتباره أكثر الاضطرابات الذهانية شيوعًا، حيث يشكّل المصابون به نسبةً تفوق 60% من المرضى العقليين. وتشير الإحصاءات إلى أن معدلات الانتحار بين مرضى الفصام تتراوح بين 10% و15%، في حين تصل نسبة من حاولوا الانتحار منهم إلى ما بين 18% و55%، وهي نسبة عالية تستدعي تدخلات نفسية وفهم معمق لأهم أسبابها.

إنّ الأسباب التي قد تدفع المريض بالفصام إلى الانتحار متعددة ومعقدة، إذ إن الفصام يُحدث تغييرًا جذريًا في حياة الفرد، وقد يمثل هذا التغير في حد ذاته عبئًا نفسيًا يصعب تحمّله، مما قد يدفعه إلى التفكير في الانتحار. كما تلعب الأعراض الإيجابية للمرض، كالهلاوس السمعية والبصرية، دورًا كبيرًا في هذا السياق، بالإضافة إلى الأوهام، والاضطرابات في التفكير، والشعور، والسلوك، وفقدان السيطرة على الواقع. غير أن ما قد يُغفل عنه في بعض الأحيان، ولم يلق اهتمام كثير من الباحثين والمختصين هو الأثر العميق للمرض على الحياة الاجتماعية والعلاقات الشخصية للمصابين، إذ غالبًا ما يؤدي الفصام إلى الانسحاب الاجتماعي وتدهور الروابط الاجتماعية والعاطفية، مما

يُعمّق لديهم الإحساس بالوحدة النفسية. وهذا الشعور قد يكون أحد العوامل الأساسية التي تساهم في زيادة خطر الانتحار لدى هذه الفئة.

وانطلاقاً من حساسية هذا الموضوع وأهميته، ارتأينا التطرّق إليه ومحاولة الإحاطة بجميع جوانبه، وقد تم تقسيم هذه الدراسة إلى جانبين رئيسيين:

الجانب النظري: ويتضمن ثلاثة فصول، يُعالج الفصل الأول الإطار العام للدراسة، من حيث الإشكالية، والفرضية، وأهمية وأهداف البحث، بالإضافة إلى تحديد المفاهيم الإجرائية. بينما يتناول الفصل الثاني موضوع "الوحدة النفسية" من حيث المفهوم، الأبعاد، المكونات، الأسباب، والمفاهيم المرتبطة بها، والنظريات المفسرة لها، وسبل الوقاية. أما الفصل الثالث، فيتطرق إلى مرض الفصام من خلال التعريف به، وأعراضه، وأسبابه، وتأثيراته النفسية والاجتماعية، وكذلك النظريات المفسرة، والعلاج.

الجانب التطبيقي: ويشمل الفصل الرابع "الإطار المنهجي للدراسة"، من خلال توضيح المنهج المعتمد، وأدوات القياس، والعينة وحدود الدراسة. ويُخصّص الفصل الخامس لعرض النتائج المتوصل إليها ومناقشتها، في ضوء الأدبيات السابقة وفرضية الدراسة.

القسم الأول: الجانب النظري للدراسة

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

محتويات الفصل:

1. إشكالية الدراسة
2. فرضيات الدراسة
3. أهمية الدراسة
4. هدف الدراسة
5. تحديد المفاهيم الإجرائية

1. إشكالية الدراسة:

تشكل الصحة العقلية والنفسية (Mental Health) أحد أهم انشغالات المختصين في كل من مجال الطب النفسي وعلم النفس، وذلك نظراً لدورها الرئيسي في تحديد كفاءة الفرد على المستويات المعرفية، والسلوكية، والنفسية، والاجتماعية. فهي تُعد مفتاحاً أساسياً لإدراك الواقع والتفاعل معه بصورة سوية. وبالتالي، فإن أي اضطراب أو خلل أو قصور في الصحة العقلية والنفسية من شأنه أن ينعكس سلباً على تلك الجوانب.

وتأخذ اضطرابات الصحة العقلية والنفسية عدة أشكال، منها ما هو مزمن، ومنها ما هو غير مزمن، ومنها ما يؤدي إلى انفصال كلي أو جزئي عن الواقع، وذلك باختلاف مدتها وشدتها. ويُعد "الذهان" من أكثر أشكال الاضطرابات العقلية والنفسية شيوعاً.

وحسب قاموس الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA)، يُعرف الذهان بأنه حالة عقلية غير طبيعية تتضمن مشاكل كبيرة في اختبار الواقع، وتتميز بضعف أو اضطرابات خطيرة في الوظائف العقلية العليا الأساسية كالإدراك والتفكير والعمليات المعرفية والمشاعر، كما يتجلى في الظواهر السلوكية مثل الأوهام والهلاوس والكلام غير المنظم (APA, 2018). والذهان عبارة عن مجموعة من الأعراض وليس مرضاً مستقلاً، وهو يضم مجموعة من الاضطرابات تحت مسمى "الاضطرابات الذهانية"، ومن بينها مرض الفصام.

يُعتبر الفصام (Schizophrenia) حالة من حالات اضطراب الصحة العقلية والنفسية، وهو الشكل الأكثر شيوعاً وتشخيصاً ضمن أشكال الاضطراب الذهاني، وذلك لوجود الأعراض الذهانية الشائعة كخبرات الهلوسة والمعتقدات التوهيمية، وغالباً ما يُشار إليها على أنها الأعراض المعرفية للفصام (ستيل، 2014، ص 11). وقد عرّف بلويلر (Bleuler) الفصام على أنه مجموعة من الأعراض الذهانية تسلك أحياناً مصيراً مزمنياً، وأحياناً أخرى نوبات متكررة،

ويُحتمل أن تتوقف أو تتدهور هذه الأعراض في أي مرحلة، ولكن لا يعود الفرد للتكامل السابق، كما يتميز هذا المرض بأعراض خاصة في التفكير، والشعور، وعلاقة الفرد بالعالم الخارجي، والتي لا تظهر بهذه الطريقة في أي مرض آخر (عكاشة، عكاشة، 2010، ص 282).

والفصام من أكثر الذهانات المزمنة انتشاراً، إذ يُصيب 1% من سكان العالم، ويظهر غالباً في بداية الشباب - خلال سنوات المراهقة أو الرشد المبكر - (Karilla, Boss, Layet, 2002, p 111). وقد نال هذا المرض اهتماماً واسعاً في الدراسات، سواء كانت أجنبية أو عربية أو محلية. ونذكر منها على سبيل المثال لا الحصر، دراسة محلية قامت بها الباحثة ميلوح خليفة (2016) بعنوان: "مدى فاعلية تقنيات الفحص العيادي الإسقاطية والموضوعية في تشخيص الفصام في المجتمع الجزائري"، والتي هدفت إلى معرفة أهمية التقنيات الإسقاطية والموضوعية التي يستخدمها المختص النفسي لتشخيص الفصام، باستعمال اختبار رورشاخ، واختبار تفهم الموضوع، واختبار مينيسوتا، وقد أظهرت الدراسة صلاحية هذه الاختبارات في تشخيص مرض الفصام.

في ظل تعقيدات مرض الفصام وتأثيراته الجذرية على حياة الفرد، يواجه المرضى صعوبات كبيرة في بناء العلاقات الاجتماعية والحفاظ عليها. ويُعزى ذلك إلى التدهور الذي يطرأ على الوظائف العقلية والمعرفية نتيجة الأعراض الذهانية، التي تعيق تواصل المريض مع محيطه، بالإضافة إلى السلوكيات والمظاهر غير المألوفة التي تميزهم. هذا الواقع الاجتماعي والنفسي يُفضي إلى شعور متزايد بالنقص والعجز، مع انخفاض في تقدير الذات والثقة بالنفس، وتُعد هذه المشاعر مجتمعة من العوامل التي قد تسهم في نشوء ما يُعرف بالوحدة النفسية لدى المريض.

تُعرف جودة (2006): " الوحدة النفسية بأنها حالة يختبرها الفرد، تنشأ أساساً عن قصور في العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، مما يجعله يشعر بالألم والمعاناة بسبب إحساسه بعدم التقبل، وإهمال الآخرين له " (ص 104). ويكون الشعور بالوحدة النفسية ناتجاً عن عدة عوامل، منها ما هو نفسي، ومنها ما هو اجتماعي، ومنها ما هو غير ذلك.

ومن بين العوامل النفسية نجد الاضطرابات النفسية التي تؤثر على الحياة الاجتماعية والعلاقات الشخصية للمرضى، وبالتالي تؤدي بهم إلى الشعور بالوحدة النفسية.

وقد أثبتت عدة دراسات ارتباط مرض الفصام بالوحدة النفسية وبعض المتغيرات الأخرى، كالعزلة الاجتماعية، والاغتراب النفسي، والاكتئاب، وغيرها. ومن بين الدراسات التي أظهرت ترابط الفصام بالوحدة النفسية، نجد دراسة Liao, Lee, Hsu, & Yen (2021) بعنوان: "الوحدة النفسية لدى مرضى الفصام"، حيث هدفت إلى استكشاف مدى شيوع الوحدة النفسية لدى هؤلاء المرضى، وتوصلت إلى أنهم يعانون من مستويات أعلى من الوحدة النفسية مقارنة بغيرهم. كما أظهرت دراسة أخرى قام بها Eglit, Palmer, Martin, Tu, & Jeste (2018) بعنوان: "الوحدة في الفصام: توضيح المفهوم، القياس، والأهمية السريرية"، أن مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى الفصام أعلى تقريباً بانحراف معياري كامل مقارنة بالأشخاص غير المصابين.

في خضم تعقيدات الواقع، والصراعات النفسية، وضغوطات الحياة المعاصرة، يتعرض الكثير من الأفراد لأزمات نفسية أو اجتماعية أو مادية قد تدفعهم إلى التفكير في حلول قاسية، كالهروب من الألم والمعاناة من خلال الانتحار. وقد ذكر مجدي (2008) أن الانتحار ظاهرة سلوكية مرضية مرتبطة بعوامل اجتماعية ونفسية ودينية وزمنية، ترتبط بالنظام الاجتماعي، وما يطرأ عليه من تغيرات وتطورات سريعة تجعل الفرد غير قادر على التكيف، مما يؤدي إلى مشكلات في التقبل والتكيف قد تصل به إلى الانتحار (ص 7).

ويُعرف Pierre (2009) الانتحار بأنه: "أي حالة وفاة ناتجة بشكل مباشر أو غير مباشر عن فعل إيجابي أو سلبي قام به الضحية بنفسه، وكان يعلم أن نتيجته الموت" (p 20). والانتحار ظاهرة عرفت في التاريخ منذ العصور القديمة، إلا أنه لم يشكل هاجساً أو خطراً مثلما هو عليه في الوقت الحاضر، حيث تشير تقارير منظمة الصحة العالمية

(2008) إلى أن ما بين 20 و60 مليون شخص يحاولون الانتحار، ونحو مليون شخص ينجحون فيه سنوياً، بمعدل 3000 حالة وفاة يومياً، ومقابل كل حالة انتحار هناك 20 محاولة أو أكثر (الضمور، 2014، ص 74).

والانتحار يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالاضطرابات النفسية والعقلية. فقد أكد الباحثون والمتخصصون في الصحة النفسية على هذا الارتباط، مدعمين ذلك ببيانات إحصائية تشير إلى كثرة تكرار السلوك الانتحاري أو ارتفاع نسبته بين نزلاء المصحات النفسية، وخصوصاً بين المصابين بأنواع معينة من الاضطرابات العقلية. وقد أظهرت الدراسات المبكرة والخبرة الإكلينيكية في القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين، ارتفاع نسبة المصابين باضطرابات عقلية ممن نفذوا أو شرعوا في الانتحار، حتى بدا وكأن المرض العقلي يتساوى تقريباً مع احتمالية الانتحار (سمعان، 1963، ص 55).

ويُعتبر مرضى الفصام من الفئات الأكثر عرضة للانتحار، والذي يُعد السبب الأول للوفاة لديهم. فقد وجد Casadebaig (1999) أن ما بين 9% إلى 13% من مرضى الفصام يموتون منتحرين، كما وجد Meltzer (1998) أن ما بين 30% إلى 50% منهم يحاولون الانتحار مرة واحدة على الأقل خلال حياتهم. وتزيد بعض الخصائص من خطر الانتحار لدى هذه الفئة، مثل وجود أعراض ذهانية، أو اكتئابية، أو تبعية للكحول (زهاني، 2016، ص 180).

ومن بين الدراسات التي تناولت موضوع الفصام والانتحار، دراسة رجاء زهاني (2016) بعنوان: "الفصام بين الاكتئاب والانتحار"، والتي هدفت إلى معرفة السياقات النفسية الخاصة بالفصامين الذين حاولوا الانتحار، كما تظهر في اختبار رورشاخ (النظام الإدماجي)، وأسفرت عن نتائج تفيد بأن هؤلاء المرضى يعانون من اضطرابات متعددة، منها العجز المعرفي، وعدم الرضا عن الذات، والتوجه التشاؤمي، بالإضافة إلى تحقيقهم لمؤشر الاكتئاب وفق الاختبار.

وتختلف العوامل الديموغرافية والنفسية والاجتماعية المرتبطة بزيادة خطر الانتحار لدى مرضى الفصام. ففي دراسة Kahn و Sherd (2019) بعنوان: "الانتحار لدى مرضى الفصام: لمحة تعليمية شاملة"، تبين أن السلوك الانتحاري يرتبط ببعض المتغيرات النفسية، كالهلاوس والأوهام ذات الطابع العدوانية أو التأمري، وكذلك بعض الأعراض الاكتئابية مثل الحزن، وفقدان الأمل، واللامبالاة.

لكن، قد يكون هناك عامل آخر مرتبط بالسلوك الانتحاري لدى مرضى الفصام لم يحظَ باهتمام كافٍ من الباحثين، وهو الشعور بالوحدة النفسية. فالانعزال، وعدم الشعور بالانتماء الاجتماعي أو العائلي، والافتقار إلى الروابط الشخصية والاجتماعية المرغوبة، قد تكون لها علاقة بالميل الانتحاري لدى هؤلاء المرضى. وعلى العكس، فكلما قلَّ الشعور بالوحدة النفسية وزاد شعور الفرد بالانتماء، قلَّ ميله نحو الانتحار.

وعلى هذا الأساس، صيغ التساؤل التالي:

هل يؤدي الشعور بالوحدة النفسية إلى ارتفاع الميل الانتحاري لدى مرضى الفصام؟

2. فرضية الدراسة:

يؤدي الشعور بالوحدة النفسية إلى ارتفاع الميل الانتحاري لدى مرضى الفصام.

3. أهمية الدراسة:

1.3 الأهمية النظرية:

- إثراء الإطار النظري حول العلاقة بين الوحدة النفسية والميل الانتحاري، خاصة لدى فئة مرضى الفصام، نظراً لعدم تلقي هذه العلاقة ما يكفي من الاهتمام البحثي مقارنة بعوامل أخرى.

- فتح آفاق جديدة للبحث العلمي حول الأبعاد النفسية والاجتماعية للاضطرابات الذهانية، وتحديدًا الفصام.

2.3 الأهمية التطبيقية:

- تحسيس المختصين والأطباء النفسيين بضرورة وضع استراتيجيات علاجية وتدخلات نفسية تهدف إلى تقليل الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى الفصام، وبالتالي الحد من خطر الميل الانتحاري.

- المساهمة في رفع الوعي حول أهمية العوامل الاجتماعية في الوقاية من الانتحار، وليس فقط العوامل المرضية التقليدية.

4. هدف الدراسة:

- الكشف عن العلاقة بين الشعور بالوحدة النفسية والميل الانتحاري لدى مرضى الفصام.

5. تحديد المفاهيم الإجرائية:

1.5 الوحدة النفسية:

• التعريف الاصطلاحي:

عرّفت أبو عكر (2011) الوحدة النفسية بأنها: " حالة يشعر فيها الفرد بالانفصال عن الآخرين عندما يحدث خلل في شبكة العلاقات الاجتماعية، ويصاحبها معاناة من ضروب الوحشة والاكتئاب. ويشعر الفرد بأنه غير محبوب، وعاجز عن الدخول في علاقات اجتماعية قوية مع الآخرين، وغالبًا ما يشعر بالوحدة حتى في وجود الآخرين " (ص83).

• التعريف الإجرائي:

تعرف الوحدة النفسية إجرائيًا في البحث الحالي بالدرجة الكلية التي يتحصل عليها مريض الفصام في مقياس الوحدة النفسية لراسيل (1996)، والمتكون من بعدين:

أ- بعد الوحدة النفسية العاطفية: وهو مجموع الدرجات المتحصل عليها في هذا البعد.

ب- بعد الوحدة النفسية الاجتماعية: وهو مجموع الدرجات المتحصل عليها في هذا البعد.

2.5 الميل الانتحاري:

• التعريف الاصطلاحي:

يعرف (Orbach, Milstein, Har-Evan, Apter, Tiano, Elizur (1991) الميل الانتحاري بأنه: " نموذج ظاهري للسلوك، يركز على فرضية أن الانتحار يتطور حول نزاع أساسي بين الميل أو الاتجاه نحو الحياة أو الموت، ويتغلب فيه الميل نحو الموت في حالة الانتحار الكامل " (p 399).

• التعريف الإجرائي:

يعرف الميل الانتحاري إجرائيًا في البحث الحالي بالدرجة الكلية التي يتحصل عليها مريض الفصام في مقياس الميول الانتحارية من إعداد الباحث ربحي (2020).

3.5 مرضى الفصام:

• التعريف الاصطلاحي:

يعرف الحبيب (2007) مرض الفصام بأنه: " مجموعة أعراض نفسية متزامنة تظهر عادة قبل سن الأربعين، وتؤدي عمومًا إلى تفكك وتدهور شخصية الفرد. ويكون لدى المصابين بالفصام، في العادة، طرق شاذة وغريبة في التفكير والسلوك والمشاعر، فهم ينظرون إلى ما حولهم بطريقة غير سوية، وتهيمن على حياتهم الشخصية أفكار غير واقعية " (ص 13).

• التعريف الإجرائي:

هم المرضى الذين تم تشخيصهم بمرض الفصام من قبل الطبيب النفسي، والذين يخضعون للمتابعة والعلاج تحت إشرافه.

الفصل الثاني: الوحدة النفسية

محتويات الفصل:

تمهيد

1. مفهوم الوحدة النفسية
2. الفرق بين مفهوم الوحدة النفسية في مجال علم النفس وفي مجال علم الاجتماع
3. المفاهيم المرتبطة بالوحدة النفسية
4. أنواع الوحدة النفسية
5. أبعاد الوحدة النفسية
6. مكونات الوحدة النفسية
7. مظاهر الشعور بالوحدة النفسية
8. أسباب الوحدة النفسية
9. النظريات المفسرة للوحدة النفسية
10. الطرق الفعالة للحد من الوحدة النفسية

خلاصة الفصل

تمهيد:

تعد الوحدة النفسية ظاهرة نفسية-اجتماعية، وهي تشكل خبرة يعيشها الفرد، وقد تصيبه في أي مرحلة من مراحل عمره. وهي خبرة مؤلمة تشكل منعطفاً في حياة الفرد؛ لتأثيراتها العميقة على حياته النفسية وعلاقاته الاجتماعية. وسنقوم في هذا الفصل بعرض أهم المعلومات المتعلقة بهذه الظاهرة.

1. مفهوم الوحدة النفسية:

اختلفت تعريفات العلماء والمختصين لمفهوم الوحدة النفسية، وذلك راجع لعدة أسباب، منها:

- اختلاف نظرة الباحثين والمختصين والمنظرين لهذه الظاهرة، وذلك راجع لاختلاف مجالاتهم وتخصصاتهم.
- تداخل مفهوم الوحدة النفسية مع مفاهيم أخرى، كالاكتئاب، والاغتراب النفسي، والعزلة الاجتماعية.
- اختلاف أسباب وأشكال وأبعاد الوحدة النفسية.

يرى الدسوقي (1997) أن الباحثين والمختصين قد نظروا إلى مفهوم الوحدة النفسية في الآونة الأخيرة على أنه مفهوم مستقل له خصائصه المميزة. وعلى الرغم من التداخل الموجود بينه وبين بعض المفاهيم السيكلوجية الأخرى كالعزلة الاجتماعية، والاغتراب النفسي، والانطواء، وأن كل من هذه المفاهيم عناصر مكونة أو تسهم في تكوين الوحدة، فإنه من الخطأ استعمال أي من هذه المفاهيم منفصلة للتعبير عن الوحدة النفسية. إلا أن هذه الأخيرة تحدث نتيجة لافتقار الإنسان لأن يكون طرفاً في علاقة محددة أو مجموعة من العلاقات (الغامدي، 2020، ص 1487).

يعرف (Asher & Julie 2003) الوحدة النفسية بأنها: " حالة انفعالية داخلية تتأثر بقوة بأشكال حياة الفرد الاجتماعية، وأضافا بأن الظروف الخارجية التي تحيط بالفرد لا تلعب بحد ذاتها دوراً مهماً في إحساس الفرد بالوحدة النفسية " (p 26).

كما يعرفها حمادة (2003) بأنها: " شعور الفرد بفجوة نفسية تباعد بينه وبين الوسط المحيط به، وذلك لحدوث خلل في علاقاته الاجتماعية بصورة كمية أو كيفية، وعدم قدرته على الدخول في علاقات مشبعة ومرضية مع الآخرين، إضافة إلى شعوره بالإهمال وعدم التقبل، مما يؤدي به إلى الشعور بالوحدة والانزواء " (ص 10).

ويعرفها الدسوقي (1998) بأنها: " نتيجة حدوث خلل في شبكة العلاقات الاجتماعية للفرد، سواء كان بصورة كمية (لا يوجد عدد كافٍ من الأصدقاء)، أو بصورة كيفية (افتقاد المحبة والألفة والتواد مع الآخرين) " (ص 7).

أما قشقوش (1983) فيعرف الوحدة النفسية بأنها: " إحساس الفرد بوجود فجوة نفسية تباعد بينه وبين أشخاص وموضوعات مجاله النفسي، إلى درجة يشعر معها بافتقاد التقبل والتواد والحب من جانب الآخرين، بحيث يترتب على ذلك حرمان الفرد من أهلية الانخراط في علاقات مثمرة ومشبعة مع أي من أشخاص وموضوعات الوسط الذي يعيش فيه ويمارس دوره من خلاله " (ص 191).

كما يعرفها عطا (1993) بأنها: " مفهوم يمثل حالة نفسية تنشأ من إحساس الفرد بأنه ليس على قرب نفسي من الآخرين. وهذه الوحدة ناتجة عن افتقار الفرد لأن يكون طرفاً في علاقة محددة أو مجموعة من العلاقات، ويترتب عليها كثير من صنوف الضيق والضجر " (ص 274).

وتعرفها آمال جودة (2005) بأنها: " ظاهرة من ظواهر الحياة الإنسانية يختبرها الإنسان بشكل ما، وتتسبب له بالألم والضيق والأسى. فهي حقيقة حياتية لا مفر منها، لا تقتصر على فئة عمرية معينة، يعاني منها الأطفال، والمراهقون، والراشدون، والمسنون " (جودة، 2006، ص 101).

وذكر الزهراني (2012) أن معنى الوحدة النفسية لا يتفق مع العزلة الموضوعية التي يُجبر الإنسان عليها، مثل حالات السجن الانفرادي وغيرها من الحالات التي يفقد فيها الإنسان حريته ويُعزل عن الآخرين رغم إرادته (ص 18). يتضح من خلال التعريفات المتعددة السابقة لمفهوم الوحدة النفسية، أن هذا التنوع لا يعكس فقط اختلاف التخصصات العلمية والنظرية التي ينتمي إليها الباحثون، بل يعكس كذلك تعقد الظاهرة وتشعبها. فالوحدة النفسية لا يمكن اختزالها في مجرد عزلة اجتماعية أو اغتراب نفسي، بل هي حالة وجدانية عميقة تتداخل فيها الأبعاد الانفعالية والاجتماعية والمعرفية. ومن خلال استعراض التعريفات، نلاحظ أن ثمة عناصر مشتركة تُشكّل نواة هذا المفهوم، مثل الإحساس بالفجوة النفسية، غياب العلاقات الاجتماعية المشبعة، الشعور بعدم القبول أو الاندماج، والافتقار إلى روابط عاطفية ومعنوية مع الآخرين. كما تؤكد معظم التعريفات على أن الوحدة النفسية ليست بالضرورة ناتجة عن غياب فعلي للعلاقات، وإنما قد تنشأ رغم وجود علاقات اجتماعية، إذا ما افتقدت هذه العلاقات إلى الجودة والإشباع العاطفي.

2. الفرق بين مفهوم الوحدة النفسية في مجال علم النفس وفي مجال علم الاجتماع:

لخص تيرنرز (1960) وجهة نظر الباحثين في هذين المجالين بخصوص الوحدة النفسية، فقال: "إن الشخص يُعتبر وحيداً من وجهة نظر علم النفس عندما يعي أو يشعر بعزله في وحدته، ويبدو مكتئباً أو مهموماً من جراء إحساسه بالوحدة، ويترتب على هذا الإحساس أن ينأى الفرد بنفسه أو يبتعد عن المجتمع، ويبدو بلا رفيق أو صديق، ويشعر تبعاً لذلك كما لو كان مفقراً من الوجهة النفسية أو المعنوية (Spiritually isolated). أما بالنسبة لعلماء الاجتماع،

فيحدد المفهوم بمدى عزلة الفرد اجتماعياً عن الآخرين، أي في ضوء مدى إشباع حاجة الفرد إلى الانخراط في علاقات اجتماعية مع آخرين، وذلك من خلال ارتباطه وتفاعله مع هؤلاء الآخرين وتواصله بهم" (قشقوش، 1983، ص 190).

3. المفاهيم المرتبطة بالوحدة النفسية:

1.3 الوحدة النفسية والاكتئاب:

كثيراً ما يتم الخلط بين مفهومي الوحدة النفسية loneliness، والاكتئاب depression، وذلك راجع لترابطهما ببعضهما البعض، لأن الأسباب التي تكمن وراء الشعور بالوحدة النفسية غالباً ما تكون نفسها الأسباب التي تدعو إلى الشعور بالاكتئاب. ويرى (Weeks, Michela, Peplau & Bragg, 1980) أن هناك ثلاثة أسباب على الأقل تبين العلاقة بين الوحدة النفسية والاكتئاب، وهي:

- أن الشعور بالوحدة النفسية لفترة طويلة قد يكون سبباً في ظهور الاكتئاب.
- قد يؤدي الاكتئاب إلى أن يُخفض من نشاطات الأفراد الاجتماعية، ومن ثم يصبحون وحيداً.
- وجود عوامل أخرى، كفقدان علاقة صداقة قوية وحميمة، والتي تؤدي إلى الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى الفرد في وقت واحد (p 1239).

2.3 الوحدة النفسية والاغتراب:

ذكر (السيد، 2001) أن الاغتراب (Alienation) في العلوم الاجتماعية يشير إلى عملية القطيعة والانفصال التي تقع بين الذات والعالم الخارجي. ويرى علماء النفس أن الاغتراب هو حالة معينة لعلاقة الإنسان بنفسه وبغيره من

الناس، وأن الإنسان يشعر بالعزلة لأنه قد انفصل عن الطبيعة، وعن بقية البشر، بل وعن ذاته؛ تلك العزلة التي تعبر عن موقف إنساني عام (ص 137).

3.3 الوحدة النفسية والعزلة الاجتماعية:

يشير البلاح (2009) إلى أن العزلة هي حالة من العزل البيئي والابتعاد عن الآخرين، وقد يكون عند الفرد وحدة نفسية أو لا يكون. أما الوحدة النفسية، فهي حالة من الحزن والوهن، مع وعي الشخص بكونه وحيداً، وتمثل حالة نفسية تنبثق عن إدراك الذات للتخلي والهجر. ولا يشترط فيمن يعاني من الوحدة النفسية أن يكون منعزلاً؛ فيستطيع أن يشعر بالوحدة وهو بين الآخرين (أوحرشواو، أوراغ، 2015، ص 27).

4.3 الوحدة النفسية والخجل:

يرى النبال (1999) أن الشعور بالوحدة النفسية يعد من المتغيرات النفسية وثيقة الصلة بظاهرة الخجل، فهناك خصائص نفسية وسلوكية مشتركة بينهما، يتصدرها تجنب التفاعل والاحتكاك مع الآخرين، فضلاً عن انخفاض كل من السلوك التوكيدي وتقدير الذات. ولا تنحصر هذه الخصائص المشتركة في الجوانب السلوكية، بل إنها تتضمن أيضاً جوانب معرفية، كالحيرة في كيفية التصرف نحو الآخرين، إلى جانب الشعور بالارتباك، وضعف القدرة على الاسترخاء، والشعور بعدم الجاذبية والأهمية. ويرى "مينيجر" Menninger أن الفرد الذي يشعر بالوحدة النفسية يشترك مع الفرد الخجول في أن شخصية كل منهما تميل إلى الفشل في التكيف الاجتماعي، حيث إن الفرد الخجول والمنفرد والمنسحب من الوسط الذي يعيش فيه، جميعها أنماط غير اجتماعية (الزهراني، 2012، ص 22-23).

5.3 الوحدة النفسية والمساندة الاجتماعية:

ذكر غانم (2007) أن العديد من الدراسات قد أوضحت أن العلاقة بين الشعور بالوحدة النفسية والمساندة الاجتماعية علاقة ارتباطية عكسية؛ فكلما زادت المساندة الاجتماعية المقدمة للأفراد، كلما كانت مشاعر الشعور بالوحدة النفسية لديهم منخفضة. وأن الشعور بالوحدة النفسية له العديد من العوامل والأسباب، أهمها: نقص المساندة الاجتماعية، وضعف الصحة، وفقدان شخص عزيز، وتوقع الموت، والشعور بالهامشية، وغيرها من الأسباب التي ترتبط في أساسها بالتواصل والتفاعل الاجتماعي (رحال، 2016، ص 104-105).

4. أنواع الوحدة النفسية:

اختلف العلماء في تقسيمهم وتحديد أشكال الوحدة النفسية، وذلك راجع لاختلاف الاعتبارات التقسيمية؛ فمنهم من قسم أشكال الوحدة النفسية باعتبار نشأتها، ومنهم من قسمها باعتبار أنواعها، ومنهم من قسمها باعتبار مدتها.

تذكر (خالدة، وصاحب، د.ت) أن "Russell" وآخرين قدموا شكلين رئيسيين للشعور بالوحدة النفسية، وهما:

• **الوحدة النفسية العاطفية (الانفعالية):** وتُعد داخلية المنشأ، وتحدث نتيجة عدم الإشباع في العلاقات العاطفية للفرد، مما يدفعه للبحث عن تلك العلاقات الحميمة والدافئة من خلال الاندماج مع الآخرين.

• **الوحدة النفسية الاجتماعية:** وتُعد خارجية المنشأ، وتحدث نتيجة عدم كفاية العلاقات الاجتماعية للفرد، مما يدفعه للبحث عن مجموعات تشاركه الميولات والاهتمامات والأفكار (ص 54).

وتذكر (النيال، 1993) أن يونغ (1990) ميّز بين ثلاث أنواع للوحدة النفسية على أساس المدة الزمنية، وهي كما يلي:

• **الوحدة النفسية العابرة Transient:** وهي التي تتضمن فترات من الوحدة، على الرغم من أن حياة الفرد الاجتماعية تتسم بالتوافق.

• **الوحدة النفسية التحولية Transitional:** وفيها يتمتع الفرد بعلاقات اجتماعية طيبة في الماضي، ولكنه يشعر بالوحدة النفسية حديثاً نتيجة لبعض الظروف المستجدة (كالطلاق، أو وفاة شخص مقرب إليه).

• **الوحدة النفسية المزمنة Chronic:** وهي التي قد تستمر لفترات طويلة تصل إلى حد السنين، ولا يشعر الفرد بأي نوع من أنواع الرضا فيما يتعلق بعلاقاته الاجتماعية (ص 103).

كما ميّز Weiss (1973) بين نوعين من أنواع الوحدة النفسية، أولهما: الوحدة النفسية الناشئة عن الانعزال الانفعالي، وثانيهما: الوحدة النفسية التي تتجم عن العزل الاجتماعي. فالأول نتاج غياب الاتصال والتعلق الانفعالي، في حين يرجع النوع الثاني إلى انعدام الروابط الاجتماعية. وكلا الطرفين في الواقع خبرتان مؤلمتان، فضلاً عما يصاحبهما من أعراض التوتر، والاكتئاب، وعدم الشعور بالراحة (النيل، 1993، ص 102).

نلاحظ تشابهاً بين تقسيم "Russell" وتقسيم "Weiss"، حيث قاما بتقسيم الوحدة النفسية باعتبار نشأتها (داخلية أو خارجية).

كما أن (قشقوش، 1983) قسمها إلى ثلاثة أنواع رئيسية، وهي:

• أولاً: الوحدة النفسية الأولية

تُوصف الوحدة النفسية الأولية بأنها سمة سائدة أو منتشرة في الشخصية، أو بأنها اضطراب في إحدى سمات الشخصية، وهي ترتبط أو تتصاحب في الحالتين بالانسحاب الانفعالي عن الآخرين.

وفي ضوء ما انتهت إليه البحوث والدراسات التي أُجريت في مجال الإحساس بالوحدة النفسية، يمكن القول بوجود منحنيين لتفسير أو تحديد ماهية مقدمات الإحساس بالوحدة النفسية الأولية:

يُعرف أولهما بـ المنحى النمائي،

ويُعرف الثاني بـ المنحى النفسي الاجتماعي.

ويتمثل المنحى الأول فيما يذهب إليه فريق من الباحثين والكتاب من حيث إن اضطراب التفاعل الاجتماعي الذي يكمن وراء الإحساس بالوحدة النفسية الأولية يُعزى إلى وجود تباطؤ أو تخلف في التتابع الطبيعي لنمو الشخصية.

ويتمثل المنحى الثاني فيما يذهب إليه فريق آخر من الباحثين والكتاب، عندما يُرجعون أسباب الإحساس بالوحدة النفسية الأولية إلى وجود عجز أو قصور في الوظائف النفسية التي تحكم عملية التفاعلات الشخصية المتبادلة.

• ثانيًا: الإحساس بالوحدة النفسية الثانوية

يمكن تمييز الإحساس بالوحدة النفسية الثانوية عن الإحساس بالوحدة النفسية الأولية من ناحيتين:

أولاهما: أن الإحساس بالوحدة النفسية الثانوية يفترض أنه كانت توجد علاقات سليمة ومُشبعة تربط الفرد بآخرين ذوي أهمية قبل أن يحدث تمزق مفاجئ في البيئة الاجتماعية للفرد. وبالتالي، فإن هذا الشكل من أشكال الإحساس بالوحدة النفسية يحدث فجأة كاستجابة من جانب الفرد لحرمان مفاجئ يطرأ في حياته من أفراد آخرين يعتبرهم ذوي أهمية لديه. وتتلخص الناحية الثانية في أن الإحساس بالوحدة النفسية الثانوية يسكن أو يخف عندما يتغير الموقف المؤلم الذي كان قد طرأ في حياة الفرد.

• ثالثًا: الإحساس بالوحدة النفسية الوجودية

يتحدث فريق من الباحثين في مجال علم النفس عما يُعرف بالإحساس بالوحدة النفسية الوجودية، ويتضمن هذا الشكل من أشكال الإحساس بالوحدة النفسية شكلاً أوسع مما يتضمنه أي من الشكلين اللذين سبقت الإشارة إليهما، وهو يُعتبر شكلاً منفصلاً أو متميزاً إلى حد ما عن كل منهما.

ومن الوجهة النظرية، ينظر كثير من كتاب المدرسة الوجودية إلى الإحساس بالوحدة النفسية على أنه حالة إنسانية طبيعية، بل يُعتبر هذا الإحساس في نظرهم بمثابة حالة حتمية يتعذر الهرب منها.

ويذهب Mosse (1957) خطوة أبعد في هذا الصدد، حيث يرى أن بعض الشخصيات لديها استعدادات جينية وتركيبية غير واضحة أو محددة، إذا لم يُتح لها أو يتوافر لها نوع ما من إجراءات التوازن المضاد من خلال ظروف بيئية معززة أو مشجعة، فإن هذه الاستعدادات تُفسي بأصحابها في النهاية إلى إحساس بالوحدة النفسية (ص 193-197).

5. أبعاد الشعور بالوحدة النفسية:

وضع Weiss (1987) ثلاثة أبعاد أساسية للشعور بالوحدة النفسية، وهي:

• البُعد الأول: العاطفة (Emotional):

يحتاج الأفراد دائماً إلى علاقات عاطفية حميمة مع أشخاص مقربين، بالإضافة إلى التأييد الاجتماعي. ويتولد الشعور بالوحدة النفسية نتيجة لفقدان الأفراد هذا النوع من الدعم العاطفي من قبل الآخرين.

• البُعد الثاني: فقدان الأمل (اليأس والإحباط):

يتمثل في شعور الفرد بالقلق المرتفع والضغط النفسي عند توقع احتياجات لا تتحقق، مما يؤدي إلى الإحباط ويُسهم في توليد الشعور بالوحدة النفسية.

• البُعد الثالث: المظاهر الاجتماعية:

يشكل شعور الفرد بالوحدة النفسية حاجزاً أمام تكوين الصداقات والعلاقات الاجتماعية، مما قد يؤدي إلى الاكتئاب، ويجعل الفرد أكثر عرضة للانحراف، والإدمان، والسلوكيات العنيفة والعنوانية، خاصة لدى المراهقين (عزب، صابر، فواز، 2022، ص 64).

6. مكونات الوحدة النفسية:

ترى Rokach (1988) أن هناك نموذجاً يتكون من أربع مكونات أساسية للشعور بالوحدة النفسية، وهي:

- **اغتراب الذات (Self-Alienation):** يتمثل في شعور الفرد بالفراغ الداخلي، والانفصال عن الآخرين، واغترابه عن ذاته وهويته، إلى جانب تقليل احترامه لذاته.

- **العزلة البينشخصية (Interpersonal Isolation):** تتجلى في شعور الفرد بالوحدة على المستويات الانفعالية والجغرافية والاجتماعية، بالإضافة إلى الإحساس بعدم الانتماء في العلاقات ذات المعنى، ويتضمن هذا البُعد غياب المودة، والإدراك بالفراغ الاجتماعي، والشعور بالخذلان والهجر.

- **ألم وصراع عنيف (Agony):** يظهر من خلال الهياج الداخلي والانفعالي، وفراط الحساسية، وسرعة الغضب، مع فقدان القدرة على الدفاع عن الذات، إلى جانب مشاعر الارتباك والاضطراب واللامبالاة، وهي خصائص بارزة لدى الأفراد الذين يعانون من الوحدة النفسية.

- **ردود الأفعال الموجعة المضاغطة (Distress Reaction):** وهي نتاج الألم والمعاناة الناتجة عن الخبرة المعاشة للشعور بالوحدة النفسية، وتتضمن مشاعر الاضطراب والانزعاج النفسي التي يمر بها الأفراد الذين يشعرون بالوحدة (شبيبي، 2005، ص 18-19).

7. مظاهر الشعور بالوحدة النفسية:

ذكر Seepersad (2004) أن الشعور بالوحدة النفسية يتجلى في عدد من المظاهر، منها:

- الرغبة في وجود شخص يهتم بنا: تتجسد في الحاجة إلى شخص يشاركنا أفكارنا ومشاعرنا، يهتم بنا ويحبنا، ونشعر معه بالألفة والاهتمام.

- البكاء: كثيرًا ما يقترن الشعور بالألم بالبكاء، وكذلك فإن الشعور بالوحدة النفسية يتلازم مع الدموع كوسيلة للتعبير عن الحزن الداخلي.

- المشاعر الخفية: يميل بعض الأفراد إلى إخفاء مشاعرهم خوفًا من السخرية أو الرفض، فلا يُظهرون شعورهم بالوحدة النفسية أو أي علامة ضعف.

- البلادة والخمول: تظهر الوحدة النفسية أحيانًا على شكل خمول وانسحاب، مثل قضاء الوقت في الفراش أو الجلوس دون حراك، مع الانغماس في التفكير أو أحلام اليقظة.

- الانسحاب والاستغراق في أحلام اليقظة كوسيلة للهروب من الواقع: قد ينغمس الفرد في عالم خيالي يعوضه عن العلاقات الحقيقية المفقودة.

- الانتحار: قد يلجأ بعض الأشخاص إلى التفكير بالموت كحل نهائي للهروب من مشاعر الوحدة القاسية.

- التدين: يلجأ البعض إلى الدين كملاذ روحي، حيث يشعرون بأن الإيمان والقرب من الله يمنحهم السكينة ويخفف عنهم مشاعر الوحدة (الغامدي، 2020، ص 1492-1493).

وأشار عطا (1993) إلى أن الشخص الوحيد هو من يشعر بعدم الانسجام مع محيطه، ويعاني من نقص الأصدقاء، والإحساس بالإهمال من قبل الآخرين، ويشعر بأنه غير مفهوم، بالإضافة إلى كونه خجولاً ويعتقد أن الناس منشغلون عنه (ص 175).

كما ذكرت Rokach (1988) أن دراسات نفسية أجراها "روبنشتين" و"فيليب" طلبت من أشخاص وصف مشاعرهم أثناء شعورهم بالوحدة، وقد كشفت هذه الدراسات عن أربعة مظاهر رئيسية:

- اليأس (Despair): الشعور بالإحباط والعجز.
- الاكتئاب (Depression): مشاعر الحزن والانكسار.
- الضجر وعدم الصبر (Boredom): الإحساس بالملل والفراغ.
- احتقار وانتقاص الذات (Self-Deprecation): انخفاض تقدير الذات والشعور بعدم القيمة (خويطر، 2010، ص 54-55).

8. أسباب الوحدة النفسية:

بعد التطرق إلى أشكال، وأنواع، وأبعاد، ومكونات الوحدة النفسية، يتّضح جلياً أن الأسباب المؤدية إلى الشعور بالوحدة النفسية متعددة ومتنوعة، نظراً لاختلاف مصادرها. فمنها ما يرتبط بالفرد ذاته، ومنها ما يتعلق بالبيئة الاجتماعية المحيطة به.

يرى Weiss (1974) أن هناك مجموعتين رئيسيتين من الأسباب:

• الأسباب المرتبطة بالمواقف أو البيئة الاجتماعية (Situational): وتتمثل في النواقص والمشكلات في البيئة، مثل: فقدان شريك الحياة (الوفاة أو الطلاق)، الانتقال إلى بيئة جديدة، أو العيش في مكان منعزل جغرافيًا.

• الأسباب المرتبطة بالفروق الفردية (Characterological): حيث تختلف استجابات الأفراد للمواقف الاجتماعية، فبعضهم يشعر بالإهمال أو بعدم الدعم والاهتمام أكثر من غيرهم، حتى في نفس الظروف (عابد، 2008، ص 18). كما أشار Papalic & Olds (1998) إلى أن شعور الفرد بالوحدة قد يكون عابرًا، ويزداد عندما يكون وحيدًا في المنزل دون وجود أشخاص مهمين في حياته، أو عندما يكون وسط مجموعة تتجاهله، أو عند فقدان شخص عزيز (بن دهنون، ماحي، 2014، ص 74).

وترى Rokach (1989) أن هناك أسبابًا أخرى، منها: اضطراب العلاقات مع الأقران أو الشريك، عدم القدرة على تحقيق الذات، ضبابية المستقبل، ضعف الدعم الاجتماعي، التغيرات المفاجئة في الحياة مثل البطالة أو التقاعد أو مرض مزمن. كما أن هناك خصائص شخصية تزيد من احتمال الشعور بالوحدة مثل: الخجل، تدني تقدير الذات، ضعف التوكيدية، نقص المهارات الاجتماعية، والعداونية (مخير، 2003، ص 67).

من جانبه، يرى Roy (1997) أن الشعور بالوحدة ينبع من عدم إشباع ثلاث حاجات نفسية أساسية:

- الحاجة إلى الحب والمشاركة الوجدانية.

- الحاجة إلى طرف يتفهم المشاعر.

- الحاجة إلى الشعور بالأهمية لدى الآخرين.

وإذا لم تُشَبَّع هذه الحاجات، يشعر الفرد بالفراغ. وقد يعود ذلك إلى ضعف المهارات الاجتماعية منذ الطفولة، أو إلى أساليب تنشئة اجتماعية سلبية كالقسوة أو التمييز بين الأبناء. وقد أكدت دراسة Hill على دور العلاقة الحميمة بين الطفل وأمه في الوقاية من الشعور بالوحدة (شيبي، 2005، ص 25).

كما أشار Rubenstein & Shaver (1980) إلى أن للوحدة النفسية في المراهقة جذورًا في الطفولة المبكرة، خصوصًا في حالات الانفصال عن الوالدين أو الإهمال، ما يؤدي إلى خلل في الإحساس بالأمان والاقتراب من الآخرين (النيل، 1993، ص 103).

من خلال ما سبق، يمكن القول بأن العوامل والأسباب المؤدية للشعور بالوحدة النفسية تعود إلى أسباب متمثلة في الحاجة الأساسية للفرد إلى الانتماء، ورغبته في الإشباع العاطفي من خلال علاقات اجتماعية مثمرة. فعند عدم تحقيق هذه الأمور، يشعر الفرد بالوحدة. كما تلعب الفروق الفردية والعوامل الشخصية دورًا في ذلك، بالإضافة إلى الأحداث المحورية في حياة الفرد التي قد تكون من العوامل المؤدية للشعور بالوحدة النفسية، مثل: موت أحد الأقارب، أو الانفصال عن شخص مهم، أو الطلاق، أو الانتقال للعيش من مكان إلى آخر... إلخ.

ولعل أهم سبب من الأسباب هو وجود اضطراب نفسي يؤدي إلى نقص أو انعدام مهارات التواصل الاجتماعي، وبالتالي ظهور خلل في التفاعلات الاجتماعية، التي غالبًا ما تنتهي بشعور المريض بالوحدة النفسية. ومن هذه الاضطرابات نجد الاضطرابات الذهانية.

9. النظريات المفسرة للوحدة النفسية:

1.9 نظرية التحليل النفسي:

فسّر فرويد (1856-1939) الشعور بالوحدة النفسية بأنها عملية تتأفر المكونات داخل الفرد: الـهو (Id)، الـأنا (Ego)، الـأنا الأعلى (Super Ego)، مما يؤدي إلى سوء توافقه مع نفسه وبيئته الاجتماعية من حوله. ويمكن النظر إلى الشعور بالوحدة النفسية على أنه نتيجة للقلق العصابي الطفولي، وله وسيلة دفاعية نفسية تعمل للحفاظ على الشخصية من التهديد الناشئ من البيئة الاجتماعية، ويُعبّر عنه في صورة عزلة أو انسحاب (العقلي، 2004، ص 16).

2.9 النظرية السلوكية:

أشارت Rokach (1988) إلى أن جون واطسون (1878-1958) يرى بأن الشعور بالوحدة النفسية نمط سلوكي لم يتوفر له تعزيز اجتماعي إيجابي. بمعنى آخر، أن الشخصية الإنسانية هي نتاج لعملية التعلم، وأنها عبارة عن مجموعة من العادات السلوكية التي اكتسبها الفرد، وأن السلوك متعلم في البيئة، وبالتالي فإن الوحدة النفسية والتجنب الانفعالي سلوك متعلم من البيئة المحيطة بالفرد (بن دهنون، 2017، ص 43).

3.9 نظرية الذات: كارل رودجرز (Rogers):

أشار عبد الوهاب (2000) إلى أن أصحاب هذه النظرية اتفقوا على أن الشعور بالوحدة النفسية ينشأ من التناقض بين الذات الداخلية للفرد والذات الواضحة للآخرين.

فيرى رودجرز "Rogers" في نظريته بأن سبب الوحدة النفسية هو ضغوط المجتمع الواقعة على الفرد، والتي تجعله يتصرف بطرق محددة ومتفق عليها اجتماعيًا، مما يؤدي إلى التناقض بين ذات الفرد الداخلية والذات الواضحة أمام الآخرين. وهكذا يؤدي الفرد دوره المطلوب في المجتمع من غير دقة أو اهتمام، مما ينشأ عنه الشعور بالفراغ.

ويرى "روجرز" بأن الوحدة النفسية هي تمثيل للتوافق السيء، وأن سببها يكمن داخل الفرد متمثلاً في التناقض الظاهري لمفهوم الفرد.

واتفق موري "Moore" مع "روجرز" بأن التناقض بين ذات الفرد الحقيقية والمثالية ينتج عنه شعور الفرد بالوحدة النفسية.

واختلف "روجرز" عن أصحاب النظرية الدينامية في تأثير الطفولة على الفرد، ويرى أن العوامل الحاضرة تسهم إلى حد كبير في تكوين الشعور بالوحدة النفسية (شيببي، 2005، ص 15-16).

4.9 تفسير النظرية المعرفية:

أشارت (مراكشي، 2014) إلى أن "جونز" (Jones) وزملاءه يرون أن الشعور بالوحدة النفسية يعود إلى الأفكار والتصورات الخاطئة التي يحملها الفرد عن ذاته، وهذه التصورات ما هي إلا طريقة للتفسير والتفكير حول واقعنا اليومي. كما يعتبرون أن كلاً من السلوك والوجدان إنما يتحدان من خلال عمليات معرفية ضمنية، وهذا يجعل المهارات الاجتماعية لشخص ما تختل بتأثير من أفكاره غير الواقعية وغير المتوافقة.

فقد يظن هذا الشخص أن زملاءه سوف يرفضونه إذا حاول أن يعقد صداقات معهم، ويؤدي هذا الظن إلى إثارة قلقه وتوتره إلى الحد الذي يدفعه إلى تجنب الآخرين والعزوف عن المبادرة بالتفاعل الاجتماعي، كي لا يوقع نفسه في الحرج الناتج عن نبذ الآخرين وإهمالهم له (ص 91).

10. الطرق الفعالة للحد من الوحدة النفسية:

إن الحد من الشعور بالوحدة النفسية يتطلب أن يكون الفرد على وعي تام بالأسباب الحقيقية وراء شعوره بالوحدة النفسية، ومنها يبرز دور النضج الشخصي الصحيح للفرد الذي يتمثل في التوازن بين إشباع حاجات الفرد في إقامة علاقات مع الغير من ناحية، وتكوين قاعدة آمنة للشعور بالرضا عن الذات من ناحية أخرى. وهذا يتطلب أن يتخذ الفرد عدة خطوات للحد من الشعور بالوحدة النفسية، منها:

- التعامل مع تجربة الوحدة النفسية باعتبارها خبرة شعورية تهدف للوصول إلى مرحلة النضج النفسي.
- إن الاختلاء بالذات بمقدوره الإسهام في معرفة الفرد لذاته، وهو الأمر الذي قد يزيد من قدرته على إقامة علاقات حميمة مع الآخرين.
- البحث عن الأسباب المؤدية للوحدة النفسية بدلاً من إلقاء اللوم على الذات.
- تكوين مواقف حسنة مع الآخرين.
- الاهتمام بإثراء الصداقات بدلاً من البحث عن شريك حياة متسم بالرومانسية.
- تحليل المواقف الاجتماعية المنطوية على الأخطار يعد مناسباً لتعزيز ما إذا كان النفع المحتمل منها جديراً بالمخاطرة.
- إنجاز الأعمال والمهام اليومية.
- مزاوله الأنشطة في أوقات الفراغ، كالقيام بالتمارين الرياضية، وقراءة الكتب، وكتابة الروايات... الخ (أوحرشواو، أوراق، 2015، ص 36، 37).

خلاصة الفصل:

يتضح مما سبق ذكره أن الوحدة النفسية هي خبرة مؤلمة يعيشها الفرد في أي مرحلة من مراحل حياته، وتظهر على شكل مشاعر سلبية غير مرغوبة، كالاكتئاب، والقلق، والتوتر. كما تؤثر على علاقة الفرد بمحيطه الاجتماعي، وقد تكون مزمنة أو عابرة. كما أنها ترتبط بعدة مفاهيم أخرى في علم النفس من دون أن تتفق معها، لذا يجب تحديدها بدقة. كما أن للوحدة النفسية عدة أشكال وأنواع وأسباب.

الفصل الثالث: الميل الانتحاري

محتويات الفصل:

تمهيد

1. مفهوم الانتحار

2. المفاهيم المرتبطة بالانتحار

3. ابيديمولوجيا الانتحار

4. أشكال الانتحار

5. مظاهر الميل الانتحاري

6. العوامل المؤدية للانتحار

7. النماذج النظرية النفسية المفسرة للانتحار

8. الوقاية من الانتحار

خلاصة الفصل

تمهيد:

يُعتبر الانتحار ظاهرة إنسانية عالمية، صاحبت الوجود البشري منذ بدايته إلى يومنا هذا. وهو من الظواهر التي استدعت اهتمام المختصين في مجالات متعددة، كعلم النفس، والطب النفسي، وعلم الاجتماع، وعلم الأوبئة... إلخ. ولعل هذا الاهتمام نابع من الانتشار الكبير للانتحار في الآونة الأخيرة، وكذلك من الضرورة الملحة للوقاية منه، والتكفل بالأشخاص الذين لديهم استعداد وميول للقيام بهذا الفعل.

وفي هذا الفصل، سنتعرف على مفهوم الانتحار والمفاهيم المرتبطة به، كما سنتناول انتشاره، ومظاهر الميل الانتحاري، وأشكال الانتحار، وتصنيفاته، والعوامل المؤدية إليه، إضافة إلى النظريات النفسية المفسرة لهذه الظاهرة، وسبل الوقاية منها.

1. مفهوم الانتحار:

تعددت تعريفات الباحثين والمختصين في مختلف المجالات كعلم النفس وعلم الاجتماع لظاهرة الانتحار، وذلك لتعدد أشكال هذه الظاهرة وتشعب أشكالها، وتصنيفاتها، وأسبابها. وفيما يلي بعض التعريفات لهذه الظاهرة:

عرف دوركايم (2011) الانتحار بأنه: " كل موت ينجم بنحو مباشر أو غير مباشر عن فعل إيجابي أو سلبي جرى تنفيذه بيد الضحية ذاتها " (ص 7).

ثم عقب على هذا التعريف وقال بأنه تعريف غير مكتمل حيث ميز بين الانتحار الذي يكون ناجم من فرد واعي، والانتحار الناجم من فرد غير واعي. حيث أضاف إلى تعريفه السابق أنه يجب على الضحية التي قتلت نفسها أن تكون تعلم بالنتيجة المترتبة على فعلها بالضرورة. أي أنه أضاف الطابع الإرادي لعملية الانتحار.

ويعرف هال فاكس (1930) الانتحار بأنه: " كل حالة موت ناتج عن فعل يأتيه الضحية بنفسه بقصد قتل نفسه، وهو ليس بالتضحية " (معوشة، 2017، ص 11).

نرى أن فاكس وضع قيدًا آخر لتعريف الانتحار، وهو ألا تكون عملية الانتحار ناتجة عن تضحية، فالجندي الذي يندفع إلى مواجهة موت محقق كي ينقذ بلده أو فوجه، فإن فعله لا يُعتبر انتحارًا بالرغم من أنه أدى بنفسه إلى موته. وكذلك الأم التي تضحي بنفسها من أجل ولدها. وأشار دوركايم أيضًا إلى هذا المعنى في كتابه.

ويُعرف الانتحار في علم النفس كما يعرفه الغرير وأبو سعد (2009) بأنه: " عملية اختيار الموت عندما يستطيع الشخص اختيار الحياة، وهو ناتج عن رفض الواقع الذي يعيشه الفرد نتيجة حالة توتر شديد، ويقولان بأنه يأتي في الدرجة الخامسة في تصنيف خطورة المرض النفسي " (ص 219).

كما يعرف "المعجم الكبير لعلم النفس" الانتحار بأنه: فعل قتل الذات، قد يكون عقليًا يُنفذ وفقًا لاعتبارات أخلاقية، اجتماعية، دينية وشخصية، أو فعل مرضي يبرز أثناء تطور العديد من الاضطرابات العقلية كالإكتئاب، الفصام، الهذيان المزمن...، أو قد يرجع إلى أزمة حادة في شكل قلق وعدوانية موجهة نحو الذات (Bloch, Chemama,) (Gallo, 1993, p 763).

أما التعريف الاجتماعي للانتحار فهو كما يعرفه المجالي والضمور (2014) بأنه: " الانهزام الفردي والهروب من الحياة نحو الموت، عندما يفقد الفرد الثقة بمحيطه الاجتماعي نتيجة فشل النسق الاجتماعي في تأدية وظيفته، وإيجاد الوسائل المشروعة لتحقيق الأهداف الفردية المطلوبة " (ص 196).

وتُعرف سهيري (2013) الانتحار بأنه: " فعل قتل الذات بطريقة إرادية أو لا إرادية، أو بطريقة شعورية أو لا شعورية، أخذًا الموت كوسيلة أو هدف دونما تحريض من آخر أو تضحية ما " (ص 52).

في هذا التعريف يظهر أن الصبغة الإرادية والشعورية ليس من الضروري أن تكون موجودة في فعل الانتحار.

من خلال التعريفات السابقة نستخلص بأن الانتحار هو مصطلح يشير إلى قيام الفرد بقتل نفسه، وتختلف أسباب هذا الفعل من أسباب نفسية واجتماعية، كما أن هناك من العلماء من يرى بأن الانتحار هو فعل يفتقر إلى وجود قصد ونية، وهناك من الباحثين من لا يرى ضرورة إدخال هذا القيد في الانتحار. فالمرضى العقليون بشكل عام والمرضى الفصاميون بشكل خاص لا ينبغي استثناؤهم من هذا المصطلح.

2. المفاهيم المرتبطة بالانتحار:

هناك العديد من المصطلحات التي لها نفس الحقل الدلالي مع مصطلح الانتحار، ونذكر منها ما يلي:

1.2 المحاولة الانتحارية:

تعرفها قنيفة وسعدي (2016) بأنها: " الانتحار الفاشل، حيث تكون رغبة الموت موجودة إلا أن السلوك الانتحاري غير محكم التنفيذ، لذلك لا ينتهي هؤلاء إلى الموت لأنهم يحاولون تدمير ذاتهم لكنهم يفشلون، وذلك إما لسرعة تدخل المحيط لإنقاذهم، وإما لضعف التدبير للعملية " (ص 381).

2.2 الميل الانتحاري:

تعرفه رجب (2023) بأنه: " رغبة ملحة في الموت والتخلص من الواقع عن طريق قتل النفس " (ص 625).

ويعرفه مقدم (2004) بأنه: " نزعة الفرد نحو شيء معين وهو الانتحار، ولمعرفة مدى الميل الانتحاري للفرد يكفي أن نعرف رغبته في الانتحار، واستعداده للمرور للفعل الانتحاري إلى جانب معرفة تمسك الفرد بالحياة وخوفه من الانتحار، مع معرفة مدى مقاومته للتفكير في الانتحار " (الذهبي، 2023، ص 339).

3.2 التفكير الانتحاري:

يعرفه (رود) بأنه: " اتجاه الأفراد نحو الانتحار، يبدأ بفكرة ثم تتدرج لتصبح أفكاراً أكثر وضوحاً لتصل في النهاية إلى اتخاذ السلوك الفعلي " (كاتبي، 2015، ص 76).

4.2 السلوك الانتحاري:

يعرفه الرشود (2006) بأنه: " سلسلة أفعال سواء تم الانتحار أم لم يتم، تشمل الانتحار، والشروع فيه، والتهديد بالانتحار، ومحاولة الانتحار، ويمكن تصوره على هيئة متصلة بقوة كامنة تشتمل على صورة الانتحار، ثم التأمّلات الانتحارية، تليها محاولة الانتحار، وأخيراً وقوع الانتحار الفعلي " (الضمور، 2014، ص 23).

3. ايبيديمولوجيا الانتحار:

يعتبر الانتحار ظاهرة عالمية تهدد حياة البشرية، حيث تدل المؤشرات العلمية والطبية إلى ارتفاع نسبة الانتحار عالمياً خلال السنوات الأخيرة. وقد ذكرت منظمة الصحة العالمية أن نسبة الانتحار تصل إلى 800 ألف حالة سنوياً بمعدل حالة انتحار واحدة كل 40 ثانية. كما يعتبر الانتحار ثاني أهم سبب للوفاة في الفئة العمرية بين 15 و29 عاماً. كما يمثل الانتحار 75% من حالات الوفاة في الدول المنخفضة والمتوسطة الدخل (منظمة الصحة العالمية، 2014، ص 11).

وتجدر الإشارة إلى أن المحاولات الانتحارية تقدر بـ 20 إلى 30 مرة أعلى من عدد حالات الانتحار المذكورة.

أما محلياً، فإن هذه الظاهرة تبدو مستفحلة في المجتمع الجزائري؛ فقد تم تسجيل 356 حالة انتحارية سنة 2000، ليزداد العدد سنة 2003 إلى 369 حالة انتحارية. وقد تمثلت أكثر حالات الانتحار عند فئة الشباب الذين تتراوح

أعمارهم ما بين 14 و40 سنة بـ 35 حالة انتحار خلال السداسي الأول من سنة 2004، و7 حالات عند المراهقين الذين تقل أعمارهم عن 18 سنة، و18 حالة أخرى عند الفئة التي تفوق 40 سنة. كما تؤكد الدراسات أن مدى انتشار الانتحار لدى الرجال قدر بنسبة 67.69%، و32% لدى النساء، و74% لدى البطالين، أما العمال فيمثلون 26% (عنو، 2007، ص 133).

ولقد أحصت أجهزة الدرك الوطني في الجزائر خلال عام 2011 ما يقل عن 1860 محاولة انتحار و330 حالة انتحار عبر مختلف ولايات الوطن، وتكشف الدراسات أن أغلب المنتحرين فضلوا الموت شنقاً (عمور، 2018، ص 1010).

4. أشكال الانتحار:

يمكن تقسيم أشكال الانتحار حسب عدة اعتبارات، وهي كالتالي:

1.4 حسب كونه مباشر أو غير مباشر:

أ- الانتحار المباشر: وهو فعل الإنسان بنفسه، مما يؤدي إلى ازهاق روحه قاصداً الموت، سواء فعل ذلك من تلقاء نفسه، أو بمساعدة وإرشاد شخص آخر، كأن يطعن نفسه بأي أداة قاتلة، أو يطلق على نفسه عيارات نارية... ونحو ذلك.

ب- الانتحار غير المباشر: وهو أن يعرض الشخص نفسه لما يؤدي إلى الهلاك دون قصد الهلاك، فيموت جراء هذا السبب. ومن أمثلة ذلك تعاطي الإنسان المخدرات أو المسكرات مع علمه بخطرهما على نفسه، فيموت بسببها (الضمور، 2014، ص 45).

2.4 حسب كونه فردي أو جماعي:

أ- الانتحار الفردي: هو الانتحار الذي يقوم به الفرد دون مشاركة شخص آخر في عملية الانتحار، وهذا النوع يمثل غالبية أنواع الانتحار.

ب- الانتحار الجماعي: يشارك في عملية الانتحار أكثر من فرد واحد، وهو الآخر يكون على عدة أنماط؛ يمكن أن ينتحر كل فرد من الجماعة على حدة، ويمكن أيضاً أن يحدث بقبول الجماعة، كأن يقتل الأب كل عائلته لكي ينتحر بعد ذلك (Douki, Moussaoui, Kacha, 1987, p 70).

3.4 حسب وظيفته:

نقصد بالوظيفة أي الهدف الذي قام الشخص المنتحر بالانتحار من أجله:

أ- الانتحار العدواني: يكون خاصاً بالحالة النفسية للفرد، إذ يبحث من خلاله عن الانتقام من محيطه بمروره إلى الفعل، بأمل ترك الندم في نفوسهم والتحسر عليه.

ب- الانتحار التهديدي: ذكر Thibaut (1977) بأن هذا النوع نجده خصوصاً عند المراهقين، وهو عبارة عن نداء للنجدة، فلا يستهدف مباشرة الموت وإنما تغيير وضعية أصبحت لا تُطاق. نذكر من بين هذا النوع اضطراب فقدان الشهية الذي نادراً ما ينتهي بالموت.

ج- الانتحار الهروبي: ذكر Haim (1971) بأنه انتحار ناجم عن عدم القدرة على مواجهة الخطر والمشاكل التي تحيط بالشخص، بحيث يكون هذا ناتجاً عن ضعف في الشخصية، فمن هنا يفضل الشخص الهروب من المشاكل بمحاولة الانتحار على مواجهتها (معوشة، 2008، ص 49-53).

د- الانتحار اللعبي: هذا النوع يجمع حالات الانتحار التي يكون الهدف من محاولة الانتحار فيها تحمل أخطار حياتية أو اللعب مع الموت (كوروغلي، 2010، ص 24).

4.4 حسب حالة الشخص المنتحر وعلاقته مع المجتمع:

صنف دور كايم الانتحار في أربعة أنواع، يمثل كل نوع منها حالة الشخص المنتحر وعلاقته مع مجتمعه الذي يعيش فيه، وهذه الأنواع هي:

أ- الانتحار الأناني: ذكر عمر (2004) بأن هذا الانتحار يحدث نتيجة تغلب أهداف الفرد الشخصية وغاياته الذاتية على الأهداف المجتمعية، ويقول دوركايم إن الانتحار يتناسب تناسباً عكسياً مع درجة تماسك الجماعات الاجتماعية، أي إذا كان التماسك الاجتماعي ضعيفاً فإن معدلات الانتحار تكون عالية، وإذا كان التماسك الاجتماعي قوياً فإن معدل الانتحار يكون أقل في المجتمعات (الضمور، 2014، ص 87).

ب- الانتحار الإيثاري: يحدث عندما يكون المرء في حالة تكامل استثنائية مع مجتمعه، أي عندما تكون الروابط الاجتماعية شديدة القوة وتغلب قيم المجتمع على قيم الفرد، وفي مثل هذه الحالة يتخذ الانتحار من أجل المصلحة العليا، وهو الانتحار الذي يرجع إلى شدة اندماج الفرد في الجماعة حتى أنه يفقد فرديته. ويقول دوركايم إن هذا النوع يوجد غالباً في المجتمعات التي تتميز بالتضامن الآلي، ومن جهة أخرى قد ينتحر الفرد أيضاً إذا فشل في الامتثال لقواعد الجماعة وتوقعاتها (بوالفلل، 2012، ص 66-67).

ج- الانتحار اللامعاري (الأنومي): ناجم عن غياب التنظيم الاجتماعي، ويعني دوركايم بذلك أن الأوضاع الاجتماعية في حالة الضياع تحرم الناس من المعايير بسبب التغير السريع أو شيوع عدم الاستقرار في المجتمع. كما أن فقدان المرجعيات التي يحتكم إليها المرء في رغباته وميوله، كما يحدث عادة في حالات الخلل الاقتصادي أو المعاناة

الشخصية عند الطلاق، قد يؤدي إلى اختلال التوازن بين ظروف الناس من جهة وتطلعاتهم من جهة أخرى (عمور، 2018، ص 1014).

د- الانتحار القديري: هذا النوع من الانتحار يمثل حالة معاكسة للانتحار اللامعاري، الذي يكون نتيجة الضوابط الاجتماعية السائدة، بينما الانتحار القديري يكون نتيجة التشدد والمبالغة في عمليات الضبط الاجتماعي (الضمور، 2014، ص 91).

5. مظاهر الميل الانتحاري:

هناك بعض العلامات التي تظهر على الشخص ذي الميل الانتحاري ومنها:

- العلامات المباشرة في الكلام: وهي التعبير عن الرغبة في الانتحار، وتكرار التهديد ببعض المصطلحات والجمل التي تشير إلى الرغبة في الموت.

- العلامات غير المباشرة في الكلام: وهي بعض الجمل غير المباشرة التي تدل على رغبة الفرد في الموت.

- العلامات التي يبديها في تصرفاته: مثل العزلة، والانطواء الواضح على الذات، والانسحاب الاجتماعي، والابتعاد عن الناس، والتهرب من الزائرين، بالإضافة إلى علامات سلوكية أخرى ذات أهمية في هذا الصدد، تتمثل في الشعور الدائم باليأس، وعدم التكيف مع الحياة، وعلامات الحزن الظاهرة على الوجه، وقلة الكلام، والشرود المستمر، والإسراف في تناول الكحول والعقاقير والمخدرات.

- العلامات التي يبديها في الإنتاج الفكري والأدبي والفني: يمكن ملاحظة علامات دالة على الانتحار في الإنتاج الأدبي والشعري والفني، مثل الرسم والنحت. ومن العلامات الدالة على الانتحار في الإنتاج الأدبي ما يظهر في

بعض الأبيات الشعرية، إذ يُعد الشعر من أهم الوسائل التعبيرية التي يعبر فيها الشاعر عن مكونات نفسه، حيث يستطيع الشاعر ترجمة الصراع المتأجج في داخله بالعبارات اللغوية (وجدان، 2020، ص 392).

6. العوامل المؤدية للانتحار:

تتقسم العوامل المؤدية للانتحار عمومًا إلى عوامل اجتماعية ونفسية، وهي كالآتي:

1.7 العوامل الاجتماعية:

وهي عوامل خارجية لا تقع ضمن نطاق سيطرة الفرد، ومنها:

أ- **التفكك الاجتماعي:** ذكر عمر (2005) أن التفكك الاجتماعي هو حالة معاكسة للتنظيم الاجتماعي القائم على الروابط القوية والتفاعل بين أفراد المجتمع، فإذا كانت الجماعة غير متماسكة في علاقاتها الداخلية، ولم يشعر الفرد بأن له قيمة عالية فيها، ولم يجد جماعة جديدة يرتبط بها، عندئذ يصاب بقلق شديد، ويفكر بشكل مضطرب، ويشعر بالارتباك. وإذا عاش الفرد منعزلًا عن الجماعة الاجتماعية، تصبح حياته بائسة، فيصل في نهاية المطاف إلى أن يصبح سلوكه عبثيًا.

ب- **التفكك الأسري والظروف العائلية:** ذكر الحديدي (1993) أن حياة الترف والدلال التي تنعم بها بعض العائلات تلعب دورًا مهمًا في اللجوء إلى السلوك الانتحاري، وقد تدفع بعض الأفراد، خصوصًا الأطفال، إلى الإقدام على الانتحار أو التهديد به لإجبار الأهل على الرضوخ لأمر واقع وتلبية طلباتهم والاهتمام بهم بشكل مبالغ فيه.

وصنف وليام جود (Goode) الأشكال الرئيسية للتفكك الأسري في النقاط التالية:

- انحلال الروابط الأسرية تحت تأثير الرحيل الإرادي لأحد الوالدين، كحالات الطلاق أو الانفصال أو الهجرة، أو الغياب الاضطرابي المؤقت أو الدائم بسبب الموت أو السجن أو غيرها.

- تغير الأدوار الناتج عن التأثير المختلف للتغيرات الثقافية، مما يؤثر في مدى ونوعية العلاقات بين الزوجين.

- ضعف الاتصال داخل السقف الأسري، مما يقود إلى الفشل في العلاقة.

كل ما سبق من أشكال التفكك الأسري قد يكون عاملاً من عوامل لجوء الشخص إلى الانتحار، إذ إن للنسق الأسري وظيفة تتمثل في المحافظة على الاستقرار النفسي والعاطفي للفرد، وإذا غاب هذا الاستقرار، فقد تظهر سلوكيات وأفكار انتحارية (الضمور، 2014، ص 46-48).

ج- الظروف الاقتصادية: لاحظ Ogburn & Thomas (1922) في الولايات المتحدة الأمريكية وإنجلترا وويلز أن هناك علاقة وثيقة نسبياً بين تقلبات نسب الانتحار وتقلبات ظروف العمل. فوجدوا أن نسب الانتحار تزداد في أوقات الأزمات الاقتصادية، وتنخفض خلال فترات الرخاء. ووجد Hurlburt (1932) أن نسب الانتحار اتجهت إلى الارتفاع كلما قلت فرص العمل في الولايات المتحدة الأمريكية بين 1905-1925 (سمعان، 1963، ص 92).

2.7 العوامل النفسية:

أشار ويرزليكي (1998) M. Wierzlicki إلى أن محاولة الانتحار مرتبطة إلى حد كبير بمتغيرات سلوكية ونفسية معينة، أهمها الاكتئاب، الشعور بالوحدة النفسية، ضغوط الحياة الشديدة، والألم الناجم عن فقدان شيء أو شخص عزيز (وازي، 2012، ص 70).

وذكر De Montremy (1977) أن هناك تشخيصاً نفسياً مرضياً لدى الأشخاص المنتحرين، فمعظم حالات الانتحار (75-90%) تشخص بأنها تعاني من اضطراب قبل محاولة الانتحار وبعدها، كالاكتئاب، أو اضطراب عصابي، أو

نوبة هذيانية، أو اضطرابات في الطبع والسلوك. ويمكن أن يرتفع معدل الإصابة بالمرض إلى 35% في حالات تكرار محاولة الانتحار ووجود اضطراب عقلي يمثل عامل خطر.

كما أن الإدمان على المخدرات يُعد عاملاً آخر من عوامل الانتحار، فمعدل الانتحار عند المدمنين أعلى بكثير مقارنة بغير المدمنين (كوروغلي، 2010، ص 21).

إلى جانب العوامل الاجتماعية والنفسية، هناك عوامل أخرى، مثل الحالات الطبية، حيث توجد أمراض شهدت العديد من حالات الانتحار بسببها، كالألم المزمن، والأمراض الدماغية، والسرطان بأنواعه، والفشل الكلوي الذي يتطلب غسيل الكلى، وفيرس نقص المناعة البشرية، والذئبة الحمامية، والأرق، والزهايمر، وأورام المخ.

كما أن وسائل الإعلام، خاصة مواقع التواصل الاجتماعي، تلعب دوراً كبيراً في تداول مقاطع فيديو لعمليات انتحار وتمجيدها، ما يؤدي إلى آثار سلبية تُعرف بعدوى الانتحار، حيث يُقلّدها الأطفال وغير البالغين دون إدراكهم لخطورة هذا الفعل (عزاق، 2018، ص 275).

7. النماذج النظرية النفسية المفسرة للانتحار

1.8 نظرية التحليل النفسي:

قام فرويد Freud بتفسير مشكلة السلوك الانتحاري من خلال تحليله للنزعات السادومازوخية في الشخصية السوداوية (الملاخوليا). ويستند تفسير فرويد إلى افتراض وجود غريزتين: إحداها للحياة، والأخرى للموت، بوصفهما أساساً للسلوك البشري. فالأولى تقف وراء كل سلوك يؤدي إلى إقامة علاقات إيجابية وبناءة وأداء أفعال إبداعية خلاقية، أما الثانية فتتمثل الأساس لكل سلوك عدواني ومدمر.

وإن كانت الغريزتان متلازمتين، فإن لغريزة الحياة أسبقية منطقية، بينما لغريزة الموت غلبة فعلية. ومن خلال الصراع بين الغريزتين وتفاعلهما مع الطاقة الجنسية الحيوية (الليبدو)، في مختلف مواقف الحياة، خاصة المواقف الجنسية، وما تتضمنه من خبرات متأرجحة بين إرضاء الرغبات أو صدها، بين إشباع الحاجات أو إحباطها، وبين اللذة والألم، وتحت وطأة مقتضيات الواقع وضغط الأنا الأعلى، تنبثق النزعات السادية أو المازوخية، وكلا النزعتين تتضمنان عناصر عدوانية وتدميرية.

فالسادية هي إشباع شبق من خلال إيذاء وتعذيب الآخر، والمازوخية إشباع شبق عبر تعذيب الذات والاستمتاع بالألم. وهاتان النزعتان غير منفصلتين، بل غالبًا ما تجتمعان، أو تحدث بينهما عملية تحول وإبدال لا شعوري. فإذا حال الواقع دون تحقيق النزعة السادية، يتحول الإيذاء لا شعوريًا إلى الذات، وتصبح مازوخية ثانوية تدعم المازوخية الأصلية. وهنا، تصبح المازوخية امتدادًا لسادية تحولت نحو الذات التي حلت محل الموضوع.

وغالبًا ما تصاحب هذه النزعات بطانة وجدانية مشحونة بالانتقام والخوف والإحساس بالذنب. وعندما تصل العلاقة بين الأنا وآخر يحتفظ له الأنا بتناقض وجداني إلى درجة التثبيت عليه، يتم امتصاص الآخر والتوحد معه، فيعامل الأنا ذاته بوصفها هذا الآخر مصدر الألم والخيبة والحرمان. وتترد النزعات العدوانية على هذا الآخر إلى الذات، فيصبح إيذاؤها إيذاءً للآخر، والاعتداء على الأنا عدوانًا عليه. وتدعم هذا العدوان المرتد نزعة مازوخية حتى يصل إلى ذروته في تدمير الأنا وتنفيذ الفعل الانتحاري (سمعان، 1963، ص 62-63).

2.8 النظرية السلوكية:

اعتبر كل من Krasner & Ullman (1975) أن تدمير الذات هو نتيجة انتقالية محددة في نمط التعزيزات الشخصية. فالخاصية الجوهرية لهذا النمط الانتحاري هي أن تقدير الشخص للموقف الحياتي لا يشكل مصدرًا كافيًا للتعزيز.

وهذا يعني أن الانتحار ينتج عن فقدان فعلي أو متوقع أو متصور لتعزيزات ذات قيمة عالية، مثل العمل، أو الصحة، أو الأصدقاء، أو العائلة، إلخ. فهؤلاء الأشخاص لا يتوقعون الحصول على تعزيزات بديلة من خلال استمرارهم في الحياة، لذا يرون في فكرة الموت تعزيزًا إيجابيًا. ذلك أن انتحارهم قد يدفع من يتركونهم خلفهم للشعور بالندم والأسف، في حين يعاني من تسبب لهم بالألم من تأنيب الضمير طوال حياتهم.

بعبارة أخرى، قد يرون في الموت وسيلة للحصول على أشياء يحبونها مثل الانتباه، والشفقة، والثناء، والانتقام. وبالتالي، فإن الانتحار وفقًا للسلوكيين يشبه الاكتئاب، وما ينطبق على الاكتئاب وعلاجه ينطبق على الانتحار أيضًا. فالسلوك عندهم هو استجابة مكتسبة للمواقف الضاغطة والخبرات المؤلمة، ويُعزى أي انحراف فيه إلى ما اكتسبه الفرد من بيئته (المصري، 2020، ص 162-163).

3.8 النظرية المعرفية:

يرى Beck (1979) أن الاضطراب السيكلوجي عمومًا هو نتيجة لخلل أو تشوهات في تفسير الفرد لوقائع الحياة، إضافة إلى معتقدات فكرية خاطئة يبنها الفرد عن نفسه والعالم.

فالشخص المكتئب يكون اتجاهات غير عقلانية تجاه محيطه ومستقبله، مما يؤدي إلى توقعات سلبية. وكلما زادت شدة هذه التوقعات، زاد الاكتئاب وزادت معه الرغبة في الانتحار (سهيري، 2013، ص 57).

وقد ذكر المصري (2020) أن نظرية الثالوث المعرفي لـ Beck ترى أن الاكتئاب والانتحار يشتركان في نفس البناء المعرفي، ويتجلبان من خلال مجموعة من الأفكار غير المعلنة التي تؤدي إلى نظرة سلبية نحو الذات والمجتمع. ويتألف الثالوث من ثلاثة عناصر معرفية:

- نظرة سلبية نحو الذات، حيث يرى المكتئب نفسه كشخص عديم القيمة وغير مرغوب فيه.

- تفسير سلبي للتجارب الحياتية، فيرى أن العالم يفرض عليه مصاعب لا يمكن تجاوزها.

- نظرة سلبية نحو المستقبل، حيث يتوقع أن تستمر معاناته إلى ما لا نهاية (ص 161-162).

وبذلك، فإن الانتحار وفق هذه النظرية هو نتيجة لخلل معرفي يؤدي إلى شعور بالفشل واليأس والعجز، فتتشكل لديه رغبة في إنهاء حياته.

8. الوقاية من الانتحار:

تشمل الوقاية من الانتحار التعامل مع الأشخاص ذوي الميول الانتحارية، والأشخاص الذين قاموا بمحاولات انتحار سابقة، وكذلك المصابين باضطرابات عقلية قد تدفعهم إلى الانتحار. وعند السعي للوقاية، يجب التركيز على هذه الفئات لأنها غالبًا ما تمتلك الرغبة والقدرة والدافع نحو الإقدام على الفعل الانتحاري. وتُعد الوقاية من الانتحار مسؤولية فردية ووطنية. ولكي تكون الأهداف الوطنية فعالة في هذا المجال، يمكن تصميمها على النحو الآتي:

- تعزيز الرصد وإجراء البحوث.
- تحديد الفئات القابلة للتأثر واستهدافها.
- تحسين تقييم السلوك الانتحاري ومعالجته.
- تعزيز عوامل الحماية البيئية والفردية.
- زيادة الوعي من خلال التثقيف العام.
- تحسين المواقف والمعتقدات الاجتماعية، والتقليل من الوصم تجاه الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية أو تظهر عليهم سلوكيات انتحارية.

• الحد من تيسير الوصول إلى وسائل الانتحار.

• تشجيع وسائل الإعلام على تبني سياسات وممارسات مسؤولة عند تناول قضايا الانتحار.

• دعم الأفراد المفجوعين بسبب حالات انتحار.

(منظمة الصحة العالمية، 2014، ص 54).

خلاصة الفصل:

بناءً على ما سبق طرحه، يمكننا القول بأن الانتحار هو فعل قتل النفس إرادياً، وهو ظاهرة منتشرة عالمياً ومحلياً، وينشئ هذا الفعل عن عوامل اجتماعية، وعوامل نفسية، كما أن له عدة أشكال، فقد يكون مباشر أو غير مباشر، وقد يكون فردي أو جماعي، كما يكون مسبوق بعدة أهداف، وهو فعل يعبر عن حالة الفرد داخل وسطه الاجتماعي. كما أن الانتحار يحتوي على عدة مصطلحات، كالمحاولة الانتحارية، والميل الانتحاري، والسلوك الانتحاري، والأفكار الانتحارية.

الفصل الرابع: الفصام

محتويات الفصل:

تمهيد

1. مفهوم الفصام

2. ابيديمولوجيا الفصام

3. أعراض الفصام

4. أنواع الفصام

5. تشخيص الفصام

6. العوامل المؤدية للفصام

7. علاج الفصام

خلاصة الفصل

تمهيد:

يُعتبر مرض الفصام أحد أبرز الاضطرابات الذهانية، وهو مرض يفقد فيه المريض جميع جوانب الشخصية، كالإدراك، والتفكير، والجوانب الانفعالية، والسلوكيات السوية، مما يتسبب في عجز على المستوى الشخصي، والاجتماعي، والمهني للمريض. وفي هذا الفصل الوجيز، سنقوم بطرح نفهم من خلاله مفهوم الفصام، وأعراضه المميزة، وأنواعه، كما سنذكر بعض العوامل التي تؤدي إلى الإصابة بهذا المرض، ونذكر التشخيص، والنظريات المفسرة للفصام، وكذا التدخل العلاجي.

1. مفهوم الفصام:

يعرف Sillamy (1989) الفصام بأنه: " حالة مرضية تتميز بفقدان التواصل مع العالم الخارجي، والانفصال عن الواقع، وتشنت التفكير، وتحت لفظ الفصام تندرج مجموعة من الاضطرابات، من بينها: الأفكار الهذيانة، مثل تشنت الفكر، والهلاوس السمعية والبصرية، والكلام غير المنطقي، واللامبالاة العاطفية، والعزلة الاجتماعية، والشعور بالغربة " (p 246).

ويعرفه عكاشة وعكاشة (2010) بأنه: " مرض ذهاني يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية، التي تؤدي - إن لم تُعالج في بادئ الأمر - إلى اضطراب وتدهور في الشخصية والسلوك. وأهم هذه الأعراض: اضطرابات التفكير، والوجدان، والإدراك، والإرادة، والسلوك " (ص 288).

كما عرف بلويل (Bleuler) الفصام بأنه: " مجموعة من الأعراض الذهانية تسلك أحياناً مصيراً مزمنًا، وأحياناً أخرى نوبات متكررة، ويُحتمل أن تتوقف أو تتدهور هذه الأعراض في أي مرحلة، ولكن لا يعود الفرد إلى التكامل السابق،

كما أن هذا المرض يتميز بأعراض خاصة في التفكير، والشعور، وعلاقة الفرد بالعالم الخارجي، والتي لا تظهر بهذه الطريقة في أي مرض آخر."

وعرّفت الجمعية الأمريكية لعلم النفس الفصام بأنه: مجموعة من الاستجابات الذهانية، وتتصف باضطراب أساسي في العلاقات الواقعية وتكوين المفهوم، واضطرابات وجدانية وسلوكية وعقلية بدرجات متفاوتة، كما تتصف بميل قوي للبعد عن الواقع، وعدم التناغم الانفعالي، والاضطرابات في مجرى التفكير، والسلوك الارتدادي، ويميل إلى التدهور في بعض الحالات (عبد الفتاح، 2010، ص 2581).

يظهر من التعريفات السابقة أن الفصام مرض عقلي ينتمي إلى الاضطرابات الذهانية، يتميز بانفصال المريض عن واقعه، ويتميز بالأعراض الذهانية المتمثلة في الهلوس السمعية والبصرية، كما يحد من مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي، بالإضافة إلى اختلال التفكير والشعور.

2. إبيديمولوجيا الفصام:

يُعتبر الفصام من أكثر الأمراض الذهانية انتشارًا، حيث يُصيب حوالي 0.5% إلى 0.8% من مجموع السكان. ويكون الفصاميون أغلبية مرضى مستشفيات الأمراض العقلية، فهم يُشكّلون حوالي 25% إلى 33% من الذين يدخلون مستشفيات الأمراض العقلية لأول مرة. وتبلغ نسبة الفصامين حوالي 50% من المرضى العقليين المزمنين الذين يُقيمون في مستشفيات الأمراض العقلية (زهران، 2005، ص 534).

كما يُعتبر الفصام من أكثر الأمراض إعاقةً للشباب، فيُصيب المراهقين أو الشباب ما بين سن 16 إلى 25 سنة، كما يُصيب الرجال والنساء بنسب متساوية. فيكون بالنسبة للرجال سن الإصابة ما بين 11 إلى 20 عامًا، أما بالنسبة للنساء فإن سن الإصابة يكون متأخرًا، بين سن 20 إلى 30 عامًا. ومن الممكن ظهور المرض في سن النضج، ولكن

البداية تكون أقل بعد سن الثلاثين، ونادرًا بعد سن الأربعين. وهناك نوع في الطفولة، ولكنه نادر، ومن الممكن أن يظهر في الأطفال الصغار في سن الخامسة. كما أن المرض يظهر عند كل الشعوب، وفي جميع أنحاء العالم، ويُصيب كل الأجناس وكل الطبقات الاجتماعية (عمارة، 2016، ص 34).

أما محليًا، فقد أظهرت إحصائيات وزارة الصحة لسنة (2019) أن 420 ألف شخص، أي 1% من سكان الجزائر، يعانون من مرض الفصام (زواني، 2020، ص 154).

3. أعراض الفصام:

تنقسم أعراض الفصام إلى أعراض موجبة وأعراض سالبة، فالأعراض الموجبة تتمثل في:

- **الهلاوس:** وتشير إلى التصورات التي يمكن أن تحدث دون وجود حافز خارجي، وهي خبرات حسية دون مثير خارجي، وغير موجودة في الواقع. كما يظهر اضطراب الإدراك في اضطراب صورة الجسد والذات.
- **الضلالات (الأوهام):** وهي المعتقدات الخاطئة والثابتة، غير القابلة للتغيير في ضوء الأدلة المتعارضة.
- **اضطرابات التفكير والكلام:** حيث يقوم الفرد أثناء الكلام بالتحول من موضوع إلى آخر، وتظهر لديه مشكلات في التفكير، كتداخل الأفكار، واختلاط الخيال بالواقع، حيث يفقد المريض القدرة على التفكير بشكل منطقي ومتربط، فيصبح التفكير شاذًا.
- **اضطراب السلوك الحركي:** حيث يظهر على الفرد سلوك حركي غير منظم، فنجد المصابين بالفصام يقومون بأفعال قهرية كالأرجحة، أو يصبح المريض متفوقًا داخل عالمه الخاص، المحاط بالأفكار والصور غير الواقعية.

أما الأعراض السالبة فتتمثل فيما يلي:

- تبدل العواطف، واختلال الوجدان، والتقلص في التعبير العاطفي.
- فقدان الدافع، وانعدام الإرادة، وانعدام التلذذ بالأنشطة المختلفة.
- العزلة الاجتماعية، وعدم الاهتمام بالتفاعلات الاجتماعية.
- فقر الكلام، وفقر أو توقف التفكير (إقبال، 2022، ص 201-202).

4. أنواع الفصام:

إن مرض الفصام ليس له شكل أو نوع واحد، فهناك أشكال وأنواع تجمعها بعض الأعراض، ولكن تختلف في أعراض أخرى. ويمكن تقسيم الفصام إلى خمسة أنواع رئيسية، وهي:

1.4 الفصام الاضطهادي (البارانوي) Paranoid:

- **الأعراض الرئيسية:** أعراض إيجابية بشكل رئيسي، مثل الهلوسات السمعية (سماع الأصوات)، والأوهام الاضطهادية (يعتقد المرضى أن شخصاً ما يريد إيذاءهم).
- **المظهر:** عادةً ما يكون المرضى قلقين، مرتابين، في حالة تأهب أو حذر غير عادي، متحفظين، وأحياناً عدوانيين.
- **القدرات الاجتماعية:** على الرغم من ذلك، لا يزال بإمكانهم التصرف بشكل مناسب في المواقف الاجتماعية. قد تظل شخصياتهم سليمة إلى حد ما، وقد يظلون قادرين على العمل بشكل ما.

2.4 الفصام غير المنتظم (المتفكك) Disorganized:

- **مسمى آخر:** يعرف أيضاً باسم فصام المراهقة.

• **الأعراض الرئيسية:** يتميز الفصام غير المنتظم بتراجع الوظائف العقلية العليا إلى سلوك بدائي (أساسي)، غير مثبّط وغير منظم.

• **مظهر المرضى:** لا يستطيع المرضى المصابون بالفصام غير المنتظم الاعتناء بنظافتهم الشخصية، كما يتضح من المظهر غير المرتب.

• **السلوك الاجتماعي:** المرضى غير قادرين على التصرف بشكل مناسب في الأماكن العامة. على سبيل المثال، قد ينفجرون في الضحك دون سبب واضح، أو يضحكون على شيء من المفترض أن يكون حزينًا.

• **التعبير العاطفي:** يظهرون القليل من المشاعر أو لا يظهرون أي مشاعر في تعابير الوجه.

ملاحظة: السلوكيات غير المثبطة أو غير المنضبطة بشكل سيئ هي أفعال اندفاعية يقوم بها الفرد متجاهلاً مدى ملاءمتها الاجتماعية، مثل تعرية الأعضاء التناسلية أو الاستمنااء في الأماكن العامة.

3.4 الفصام الكاتاتوني (التخشيبي) Catatonic:

• **الأعراض الرئيسية:** يتميز الفصام التخشيبي باضطرابات في وظائف الحركة، وانخفاض القدرة العقلية على الاستجابة للأشياء التي تحدث من حولهم.

• **مظهر المرضى:** يظهر هؤلاء المرضى بأنهم في حالة ذهول (حالة شبه فاقد للوعي أو عدم استجابة)، بالإضافة إلى صلابة في قوة العضلات. كما يتميزون بالجمود، فهم يبقون في وضع واحد حتى يحاول شخص ما تغييره.

4.4 الفصام المتبقي Residual:

- **الأعراض الرئيسية:** يتميز الفصام المتبقي بأعراض سلبية في الغالب، فليس لديهم المجموعة الكاملة من الأعراض النشطة (الأعراض الإيجابية) لاستيفاء تشخيص الأنواع الأخرى من الفصام.

5.4 الفصام غير المتميز Undifferentiated:

- يمثل هذا النوع المرضى الذين يعانون بوضوح من الفصام، ولا يمكن تصنيفهم بسهولة في نوع واحد أو آخر (Kit, George, 2021, p. 32).

5. تشخيص الفصام حسب DSM-5:

يتم تشخيص الفصام حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية إذا توفرت المعايير التالية:

- أ- **الأعراض المميزة:** يجب أن يتواجد اثنان أو أكثر من الأعراض التالية على أن يوجد كلٌ منها لفترة معتبرة من الزمن خلال فترة شهر واحد (أو أقل إذا عولجت بنجاح)، وأحدها على الأقل يجب أن يكون (1)، أو (2)، أو (3)، والأعراض كالتالي:

1. أوهام.
2. هلاوس.
3. كلام غير منظم (عدم الاتساق اللغوي والفكري).
4. سلوك غير منظم أو كاتاتوني (أعراض تخشبية).
5. أعراض سلبية (كالخمول العاطفي أو فقدان الإرادة).

ب- **القصور المهني والاجتماعي:** خلال فترة معتبرة من الوقت، ومنذ بداية الاضطراب، فإن مجالاً أو أكثر من مجالات الأداء الوظيفي الأساسية، ك: العمل، أو النشاطات الاجتماعية (كالعلاقات الأسرية والاجتماعية)، أو الرعاية الذاتية (كالاهتمام بالنواحي الصحية، والنظافة الشخصية، والملبس)، يكون بصورة جلية دون المستوى المتحقق قبل النوبة. أما إذا كانت الأعراض قد بدأت في مرحلة المراهقة أو الطفولة، فيكون المحك هنا ما هو متوقع من الفرد في المرحلة العمرية التي هو فيها.

ج- **المدة:** نقصد بها الفترة الزمنية اللازمة للتشخيص؛ في هذا الاضطراب لا بد من أن تكون علامات الاضطراب قد وُجدت لدى الفرد لفترة لا تقل عن 6 أشهر. يجب أن تشمل هذه الأشهر الستة وجود شهر كامل من الأعراض الإكلينيكية التي سبق طرحها في المجموعة "أ" دون انقطاع، وتُسمى هذه بالأعراض النشطة للاضطراب. وقد تتضمن هذه الفترة فترات من الأعراض التمهيدية أو المتبقية. وقد يتجلى الاضطراب أثناء هذه الفترات التمهيدية أو المتبقية بأعراض سلبية فقط، أو اثنتين أو أكثر من الأعراض المدرجة في المعيار "أ" التي تكون موجودة بشكل مخفف (مثال: اعتقادات مستغربة، تجارب إدراكية غير مألوفة).

د- **استبعاد الاضطراب الفصامي الوجداني والاضطراب الاكتئابي أو ثنائي القطب:** ويتم الاستبعاد عندما لا يكون هناك دليل واضح على وجود اضطرابات مزاجية، كاضطرابات الهوس أو ما يسمى بالاضطرابات الوجدانية المتداخلة. وتظهر هذه الأعراض لدى الفرد في نفس وقت ظهور الفترة النشطة للمرض.

بمعنى آخر، غياب أي نوبة اكتئابية عظمى، أو هوسية، أو مختلطة في نفس الوقت مع أعراض المرحلة النشطة، أو إذا وُجدت مرحلة مزاجية أثناء وجود أعراض المرحلة النشطة فإن مدتها تكون قصيرة مقارنة مع زمن المرحلة النشطة أو المتبقية.

هـ- استبعاد الحالة الناشئة عن تأثير المخدرات أو الأمراض العضوية: أي أن الاضطراب لا يكون ناتجًا عن الآثار الفيزيولوجية لأي مادة (كإساءة استخدام مخدر، أو دواء)، أو عن إصابة طبية عامة.

و- إذا كان لدى الشخص تاريخ مرضي يشير إلى وجود اضطراب نمائي (كالتوحد أو اضطراب التواصل الطفولي)، فإنه لا يتم تشخيصه بالفصام إلا إذا كانت الأوهام أو الهلوس بارزة، بالإضافة إلى كون الأعراض الأخرى المطلوبة للفصام قد وُجدت لشهر واحد على الأقل، أو أقل إذا عولجت بنجاح (APA, 2022, p. 114).

6. العوامل المؤدية للفصام:

ليس من المعروف على وجه اليقين ما الذي يسبب الفصام، ولكن مثل معظم مشاكل الصحة العقلية الأخرى، يعتقد الباحثون أن مجموعة من العوامل البيولوجية، والنفسية، والاجتماعية تساهم في تطورها. ونذكر من هذه العوامل ما يلي:

1.6 العوامل البيولوجية:

تشير العوامل البيولوجية إلى أن أسباب الفصام تتمثل فيما يلي:

أ- الوراثة: عندما يكون لدى أحد أفراد الأسرة المقربين مرض الزهايمر، يزيد خطر الإصابة بهذا المرض داخل الأسرة.

ب- الاختلالات العصبية: تنتج أعراض الفصام عندما يكون هناك خلل في توازن المواد الكيميائية في الدماغ (مثل الناقلات العصبية: الدوبامين والغلوتامات).

ج- اختلافات هيكلية في الدماغ: تم اكتشاف وجود اختلافات هيكلية في الدماغ عند الأشخاص المصابين بالفصام، ومع ذلك، ليس من المعروف ما إذا كانت هذه الاختلافات هي سبب الفصام أو إذا كان الفصام يسبب الاختلافات.

د- **ظروف الحمل والولادة:** تشير الأبحاث الحالية إلى أن الفصام قد يتأثر بعوامل نمو الدماغ قبل وأثناء الولادة، وخلال الطفولة والمراهقة. يُعتقد أن هذه التأثيرات المختلفة تهيئ المسرح للفصام، الذي يظهر عادة في أواخر المراهقة أو أوائل مرحلة البلوغ (Ernest, Vuksic, Shepard, Webb, 2017, p. 20–21).

2.6 العوامل النفسية:

إن العوامل النفسية وحدها لا تؤدي إلى الفصام ما لم تكن هناك تهيئة بيولوجية. كما يجب الأخذ في الاعتبار أن العوامل البيولوجية ليست علة كافية للفصام ما لم توازرها سلسلة من الظروف النفسية غير المواتية.

وقد لخص Silvano Arieti تاريخ أو بدايات الإصابة بالفصام من خلال أربع مراحل هي:

• **المرحلة الأولى:** مرحلة الطفولة المبكرة، حيث يعيش المريض بكثافة انفعالية داخل أوضاع أسرية يختبرها بقوة بالغة وبشكل غير عادي.

• **المرحلة الثانية:** مرحلة الطفولة المتأخرة، فغالبًا ما يكتسب المريض خلالها نمطًا خاصًا من الشخصية، ما لم يتم تصحيحه. وأحد تلك الأنماط هو النمط الانطوائي، حيث يتوقع الشخص علاقات غير مرضية مع الآخرين، فيصبح ميالًا للعزلة، أقل انفعالات، وأقل اهتمامًا واندماجًا مع الآخرين.

• **المرحلة الثالثة:** تبدأ عادة مع المراهقة، حيث يتبع الفرد ميكانيزمات تمليها عليه طبيعته الانعزالية، فيتبع الآخرين في صمت، ويظل شخصًا منعزلًا بلا صاحب، مع العديد من مشاعر اليأس، وأنه لا أمل في المستقبل، ويدرك صورة الذات كشيء مدمر.

• المرحلة الرابعة: المرحلة التي يتجلى فيها المرض بصورة إكلينيكية صريحة، فتتقطع الروابط بين المريض والواقع، وينسحب منه بطريقة لافتة للنظر، بل ويصبح العالم مرعباً، والخطر يتهده في كل مكان، ولا سبيل أمامه للهروب (غانم، 2006، ص 147).

3.6 العوامل الاجتماعية والأسرية:

ذكر الخالدي (2000) أن عوامل الفقر، والحرمان، والضغوط الاجتماعية، والهجرة، والانتماء لأقلية اجتماعية، من شأنها أن ترفع معدل حدوث المرض. وقد دلت دراسات أخرى على أن العوامل الاجتماعية تقلل من تقدير الذات لدى الفرد، مما يسهل حدوث المرض النفسي.

وقد عززت تلك النتائج دراسات أشارت إلى أن المراكز الحضرية، وخاصة المراكز الصناعية، وأي محيط من شأنه أن يزيد المعاناة الإنسانية، ويقلل من تقدير الذات، ويزيد من صعوبة الشعور بالتقاول وضمان الأمل، ترتفع فيه معدلات الإصابة بالفصام.

وهكذا يتضح أن من شأن العوامل الاجتماعية التي يترتب عليها الإحساس بالمعاناة، أن تكون أسباباً غير مباشرة لحدوث الفصام، وذلك من خلال الوسيط النفسي.

أما بالنسبة للعوامل الأسرية، فقد قُدمت فروض عديدة في هذا الصدد، منها:

- تضارب أوامر الوالدين ونواهيهما (افعل ولا تفعل)، فيتعلم الطفل السلبيّة.

- الطلاق العاطفي بين الوالدين.

- سيطرة أحد الوالدين وضعف الآخر وانعزاله.

- التفكير المختل في عائلات الفصامين.

- التعرض لانعصاب أو مشقة أو كرب.

- شيوع نمط شاذ في التفكير والاتصال في عائلات مرضى الفصام.

- وجود أنماط معينة في المعاملة الوالدية مثل الحماية الزائدة أو الإهمال (غراب، 2015، ص 92-93).

يمكن أن نلخص العوامل المؤدية للفصام في أن الفرد يُولد ولديه استعداد وراثي للمرض، أو مضاعفات في الجهاز العصبي عقب الولادة، وينشأ في بيئة عائلية يُعزز فيها هذا الاستعداد، ثم - إما تلقائيًا أو تحت تأثير عوامل نفسية أو اجتماعية أو بيئية أو كروب - تحدث الاضطرابات الكيميائية في مستقبلات موصلات الجهاز العصبي، والتي تسبب أعراض المرض المعروفة.

7. علاج الفصام:

يُعتبر مرض الفصام من الاضطرابات الذهانية، ولكونه من هذه الفئة من الاضطرابات، فإنه يحتاج إلى تدخل علاجي متكامل، يجمع بين العلاج الدوائي والعلاج النفسي، ويكمن الهدف من العلاج في أن تكون الأعراض تحت السيطرة أو في حدود قدرة الشخص على القيام بالأنشطة والمهام اليومية بدون وجود عجز واضح. وغالبًا ما تبدأ الخطة العلاجية لمرض الفصام بالأدوية، ثم يأتي بعد ذلك العلاج النفسي.

1.7 العلاج الدوائي:

الأدوية الرئيسية المستخدمة في علاج أعراض الفصام هي مضادات الذهان، وغالبًا ما يتم استخدامها مع مجموعة أدوية لأعراض نفسية أخرى، مثل: مثبتات المزاج، المسكنات، مضادات الاكتئاب، والعلاجات المستخدمة للتخفيف من بعض الآثار الجانبية لمضادات الذهان.

وعلى الرغم من أن هذه الأدوية تساعد معظم الأشخاص المصابين بالفصام، إلا أنه يمكن أن يكون لها آثار جانبية خطيرة، لذا يجب فهم أن الهدف الأساسي من الخطة الدوائية هو تقليل الأعراض الرئيسية للمرض والسيطرة عليها مع إبقاء الأعراض الجانبية في حدها الأدنى (المهدي، الدوسري، الأمير، الناصر، 2022، ص 32).

2.7 العلاج النفسي:

تُعد صعوبة التواصل بين المعالج ومريض الفصام من الأسباب الرئيسية في عدم جدوى العلاج النفسي في حالات الفصام، كما تتجلى هذه الصعوبة بدرجة أكبر في نوبات المرض الحادة. ونظرًا لأن المريض بالذهان لا يستطيع إدراك تفسيرات سلوكه، فإن العلاج التحليلي والعلاج الفردي ربما يؤديان إلى اضطراب أكبر.

ورغم ذلك، فإن العلاج النفسي يؤدي دورًا في معالجة الفصام، خصوصًا العلاج النفسي المساند (Supportive Psychotherapy) الذي يتم من خلاله طمأنة المريض، وذلك عند تحسنه (استبصاره)، وطمأنة أهله وشرح طبيعة المرض لهم.

وقد استُخدم العلاج المعرفي لتحسين القدرات المعرفية للمريض، وتقليل درجة التشوش لديه، وتصحيح أخطائه في الحكم على الأمور. كما توجد محاولات لاستخدام هذا اللون من العلاج في تحويل الضلالات والهلاوس بعض الشيء، إلا أن هذا ما زال يحتاج إلى المزيد من البحث والدراسة.

ويرتكز العلاج الجماعي على الحوار حول مشكلات المريض، وعلاقاته، ومشاريعه الحياتية. ويفيد هذا النوع من العلاج في تخفيف عزلة المريض، وزيادة شعوره الجماعي، ورفع مستوى قدرته على اختبار الواقع والتعامل معه. ولا يقوم المعالج بتقييم أو تفسير الحوار الدائر بين أفراد المجموعة، وإنما عليه تقديم الدعم لتفعيل الحوار البناء دون نقده (الحبيب، 2007، ص 207).

نستنتج مما سبق أن هناك العديد من نماذج العلاج النفسي، وكل نموذج له هدف خاص، فمنها ما يهدف إلى تثقيف المريض وأهله بهذا المرض لزيادة استبصار المريض بحالته، وهذا ما يسمى بـ التربية العلاجية. ومنها ما يهدف إلى مساعدة المريض في تطوير وتحسين مهارات التواصل، مما يساهم في تخفيف الشعور بالعزلة. ومنها أيضًا ما يهدف إلى تحسين القدرات المعرفية المتضررة من خلال برامج علاجية محددة.

خلاصة الفصل:

نستخلص مما سبق أن الفصام يتسبب في اضطراب حاد في جميع جوانب شخصية المريض: العقلية، والنفسية، والانفعالية، والسلوكية. ويُعد الفصام مرضًا لا يندرج تحت نوع واحد فقط، بل له أشكال متعددة. كما أن العوامل المؤدية للإصابة بهذا المرض تتمثل في عوامل بيولوجية، ونفسية، واجتماعية، وأسرية. أما بالنسبة للعلاج، فإن هذا المرض يستلزم تدخلًا علاجيًا يجمع بين العلاج الدوائي والعلاج النفسي.

القسم الثاني: الجانب التطبيقي للدراسة

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

محتويات الفصل:

تمهيد

1. الدراسة الاستطلاعية

2. منهج الدراسة

3. حدود الدراسة

4. مجموعة الدراسة

5. أدوات الدراسة

خلاصة الفصل

تمهيد:

يتناول هذا الفصل الإجراءات المنهجية المعتمدة في الدراسة الحالية، من خلال تحديد المنهج المتبع، وضبط حدود ومجتمع الدراسة، إضافة إلى اختيار الأدوات المناسبة لجمع البيانات وتحليلها. كما تم إجراء دراسة استطلاعية تمهيدية بهدف التحقق من صلاحية الأدوات المستعملة وفهم خصوصيات الميدان.

1. الدراسة الاستطلاعية:

تُعد الدراسة الاستطلاعية مرحلة جوهرية في بناء البحث العلمي، حيث مثلت الخطوة الأولى التي انطلقنا منها، نظرًا لأهميتها الكبيرة في تحديد معالم البحث وتوجيهه بدقة. من خلالها تتضح الرؤية حول كيفية توظيف أدوات البحث، وطريقة تناول الظاهرة النفسية وفق الأطر النظرية والمنهجية المعتمدة، بما يضمن جمع معلومات وبيانات علمية موثوقة وذات صلة بموضوع البحث.

وقد تمثل الهدف الأساسي من هذه الدراسة الاستطلاعية في الحصول على نظرة شاملة حول خصوصية الميدان الذي تتم فيه الدراسة، بالإضافة إلى التأكد من صلاحية الأدوات المستخدمة ومناسبتها للموضوع. ومن أجل ذلك، أجرينا مقابلة نصف موجهة مع حالة من مرضى الفصام تتابع العلاج عند الطبيب النفسي، ومررنا المقاييس المستخدمة في الدراسة. أبدت المفحوصة اهتمامها وتعاونها، لكنها واجهت صعوبة في فهم عبارات المقاييس، فقمنا بشرحها لها بالدارجة لتسهيل الفهم. ولم نلاحظ أية صعوبات أو مشاكل متعلقة بميدان الدراسة.

وقد أُجريت كل من الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية بحضور الطبيب النفسي داخل مكتبه.

1.1 عرض الحالة:

آسيا امرأة تبلغ من العمر 39 سنة، تتابع العلاج عند الطبيب النفسي، وقد تم تشخيصها بالفصام من قبل الطبيب. تعاني من المرض منذ عام 2008، أي منذ 17 سنة، وقد دخلت المصحة العقلية مرتين. تعاني من الفصام الاضطهادي، ولا تزال تخضع للعلاج الدوائي. ذكرت أن الهلوس السمعية والبصرية والهذات قد قلت مؤخرًا، واستقرت بعض الشيء. كانت الحالة تبدو هادئة، وأبدت رغبتها في المشاركة.

2.1 البيانات الشخصية للحالة:

- المستوى الاقتصادي: متوسط
- المستوى الدراسي: أولى متوسط
- الحالة المدنية: عزباء
- عدد الإخوة: 11 (6 ذكور، 5 إناث)
- الترتيب في الأسرة: 11
- المهنة: مأكنة بالبيت

3.1 عرض نتائج الحالة:

1.3.1 عرض وتحليل نتائج مقياس الوحدة النفسية:

تمثلت استجابات المبحوثة كما يلي:

(2 - 2 - 1 - 2 - 1 - 2 - 3 - 1 - 1 - 1 - 2 - 2 - 3 - 2 - 2 - 2 - 3 - 1 - 3 - 2).

ومجموع الاستجابات هو: 38 درجة على مقياس الوحدة النفسية.

تدل الدرجة التي حصلت عليها المبحوثة (38 من أصل 80) على مستوى متوسط من الوحدة النفسية. تعكس هذه النتيجة توازنًا نسبيًا؛ فالحالة لا تعاني من وحدة حادة، لكنها أيضًا لا تشعر بارتباط قوي أو دائم بمن حولها. قد يكون هناك تقلب في الإحساس بالقرب أو البعد الاجتماعي، مما يشير إلى شعور متكرر - وإن لم يكن دائمًا - بالعزلة أو افتقار التواصل العاطفي الكافي.

2.3.1 عرض وتحليل نتائج مقياس الميل الانتحاري:

تمثلت استجابات المبحوثة كما يلي:

4 - 4 - 1 - 1 - 4 - 1 - 2 - 2 - 1 - 2 - 1 - 1 - 2 - 1 - 1 - 3 - 1 - 4 - 3 - 2 - 1 - 4 - 3 -
3 - 2 - 3 - 3 - 3 - 5 - 4 - 1).

ومجموع الاستجابات هو: 73 درجة على مقياس الميل الانتحاري.

الدرجة التي حصلت عليها المبحوثة (73 من أصل 150) تشير إلى مستوى متوسط من الميل الانتحاري. تعكس النتيجة وجود أفكار أو مشاعر سلبية متعلقة بالحياة أو بالذات، لكنها ليست في نطاق الخطر أو التقدم. تبدو الحالة وكأنها تمر بلحظات من الضيق أو الإحباط الشديد، وقد تراودها أفكار سوداوية من حين لآخر، لكنها لم تصل إلى مرحلة السلوك الفعلي أو وجود نية واضحة.

3.3.1 عرض وتحليل نتائج المقابلة:

• محور الوحدة النفسية:

طرحنا على المبحوثة السؤال التالي: "هل تحسي روحك وحيدة ومكاش لي يحب يهدر معاك ولا يهتم بيك؟" كانت الإجابات:

("إيه منين ذاك نحس روحي بعيدة على الناس ومنحبش نخالط") ... ("عندي غير خاوتي وخواتاتي لي نهدر معاهم") ... ("إيه كاين ناس لي يفهموني ويفهمو حالتي").

تشير إجابات الحالة إلى وجود شعور جزئي بالوحدة النفسية. تعبر العبارة "نحس روحي بعيدة على الناس ومنحبش نخالط" عن ميل إلى العزلة وتجنب التفاعل الاجتماعي، مما يدل على نوع من الانسحاب. ومع ذلك، تظهر عبارة "عندي غير خاوتي وخواتاتي لي نهدر معاهم" وجود دعم اجتماعي محدود يخفف من الشعور بالعزلة التامة. كما تعكس عبارة "كاين ناس لي يفهموني ويفهمو حالتي" إدراكًا لوجود من يشاركها الفهم والتعاطف، وهو عامل إيجابي يدل على عدم وجود إهمال أو نبذ.

بالتالي، تعيش الحالة شعورًا بالوحدة بدرجة متفاوتة مع وجود نوع من الانسحاب الاجتماعي، لكنه لا يشكل تجربة كاملة للوحدة النفسية بسبب احتفاظها بدائرة تواصل ضيقة تشعر ضمنها بالدعم والفهم.

• محور الميل الانتحاري:

طرحنا عليها السؤال: "هل راكي حابة تديري حاجة عيانة في روحك ولا تخمي تديرها؟" كانت الإجابة: ("منين ذاك نخم بصح أفكار برك مراش نديرها").

تشير إجابة الحالة: "منين ذاك نخم بصح أفكار برك مراش نديرها" إلى وجود أفكار عابرة تتعلق بإيذاء النفس أو السلوك الانتحاري، لكنها غير مصحوبة بنية فعلية للتنفيذ. هذا يدل على أن الحالة تمر بفترات من الضيق أو الضغط النفسي تدفعها للتفكير السلبي، لكنه يبقى في إطار التفكير دون الانتقال إلى السلوك.

أكدت نتائج هذه الدراسة الاستطلاعية الظروف الملائمة لإجراء الدراسة، وتوافر مجتمع البحث. كما يمكن الاعتماد على دليل المقابلة الذي تم بناؤه، إضافة إلى صلاحية مقياسي الوحدة النفسية والميل الانتحاري.

2. منهج الدراسة:

يتحدد المنهج المستخدم في الدراسة حسب طبيعة الموضوع والأهداف المتعلقة به، وحسب موضوعنا الحالي سنتطرق إلى استخدام المنهج العيادي الذي يخدم الموضوع ويعتمد على دراسة الحالة، فهو أنسب طريقة للوصول إلى فهم دقيق وعميق للحالة والكشف عن الجوانب السوية أو المرضية في الشخصية.

ويعرف ملحم (2017) المنهج العيادي بأنه: " دراسة معمقة، ومجملية وتابعة لسلوك معين سوي أو غير سوي، وهو المنهج الذي يهتم بدراسة السلوك وتفسيره، حيث يقوم بدراسة المريض كحالة ووحدة كلية، فيشخص الاضطرابات النفسية ويعمل على علاجها " (ص 235).

3. حدود الدراسة:

نقصد بحدود الدراسة النطاق الزمني والمكاني الذي تمت فيه هذه الدراسة، وهي كالتالي:

1.3 الحدود المكانية:

تمت الدراسة داخل المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية ببلدية سور الغزلان، ولاية البويرة، وتمت داخل مكتب الطبيب النفسي.

2.3 الحدود الزمانية:

تم إجراء الدراسة الميدانية خلال الفترة الممتدة من 20 إلى 27 ماي 2025.

4. مجموعة الدراسة:

1.4 شروط انتقاء مجموعة الدراسة:

- أن يكون المبحوث يتابع العلاج عند الطبيب النفسي وليس داخل المصحة العقلية.
- أن يكون سن المبحوث فوق 20 سنة.
- أن يكون لدى المبحوث مستوى دراسي لا يقل عن السنة الخامسة ابتدائي، حتى يتمكن من فهم عبارات المقياس.

2.4 خصائص مجموعة الدراسة:

جدول (01): يمثل خصائص مجموعة الدراسة

الاسم	السن	مدة الإصابة بالمرض	عدد مرات الدخول إلى المصحة العقلية	نوع الفصام
حمزة	35 سنة	10 سنوات	لم يدخل	اضطهادي
ناصر	28 سنة	سنتين	مرتين	اضطهادي
عبد الرزاق	43 سنة	15 سنة	3 مرات	اضطهادي

5. أدوات الدراسة:

تم استخدام كل من الأدوات التالية في هذه الدراسة:

1.5 المقابلة النصف موجهة:

يعرف العالم (الين روس) المقابلة بأنها عبارة عن علاقة دينامية وتبادل لفظي بين شخصين أو أكثر، ويعرفها (بنجها، ومور، وجستاد) بأنها محادثة موجهة لغرض محدد غير الإشباع الذي يتم عن المحادثة نفسها (عطوف، 1981، ص 399-400).

وتم استخدام المقابلة النصف موجهة في هذه الدراسة، وذكر (مقراني، جابر، 2022) أن الفاحص يقدم على مقابلة المفحوص وفي ذهنه مجموعة من المحاور أو رؤوس المواضيع بدل الأسئلة التي نجدها في الشكل الموجه، كأن يفكر في أن يطرق المحاور التالية: الأسرة، المرض الحالي، الطفولة، سنوات التعلم، العمل، مكان الإقامة، الحوادث والأمراض، الحقل الجنسي، العادات والهوايات، الاتجاه نحو الأسرة، الاتجاه نحو المرض الحالي (ص 61).

دليل المقابلة المستخدم في هذه الدراسة موجود في الملحق (1).

2.5 مقياس الشعور بالوحدة النفسية:

لقياس مستوى الوحدة النفسية لدى مرضى الفصام قمنا بالاستعانة بمقياس الشعور بالوحدة النفسية لراسيل (1996)، والذي تم تعريبه وتقنيته من طرف الدكتور (الدسوقي، 1998).

1.2.5 وصف المقياس:

يتألف المقياس من (20) فقرة موزعة على بُعدين من الوحدة النفسية، وهما: الوحدة النفسية العاطفية، والوحدة النفسية الاجتماعية. ويتكون من (9) فقرات إيجابية، وهي: (1، 5، 10، 9، 6، 15، 16، 19، 20)، و(11) فقرة سلبية،

وهي: (2، 3، 4، 7، 8، 11، 12، 13، 14، 17، 18). وكانت الإجابة على الفقرات وفق أربعة بدائل: (أبدأ، نادرًا، أحيانًا، دائمًا).

وكان التصحيح للفقرات السلبية بالترتيب التصاعدي (1، 2، 3، 4)، وبالترتيب التنازلي للفقرات الإيجابية (4، 3، 2، 1). الدرجة الكلية للمقياس (80) درجة، والدرجة المرتفعة عن نصف الدرجة الكلية تشير إلى شعور شديد بالوحدة النفسية، والمنخفضة تشير إلى شعور منخفض بالوحدة النفسية. وقد تم تطبيق المقياس على عينة قوامها (1220) فردًا من كلا الجنسين ومن مستويات عمرية مختلفة.

2.2.5 الخصائص السيكومترية للمقياس:

• **صدق المقياس:** تم التحقق من الصدق بعدة طرق، من بينها:

أ- **الصدق البنائي (التكويني):** تم حسابه على عينة قوامها 400 طالب وطالبة، وتراوحت معاملات الارتباط بين البنود والدرجة الكلية بين 0.371 إلى 0.744، وهذه المعاملات دالة إحصائيًا عند مستوى (0.01)، ما يشير إلى اتساق المقياس وصدق محتواه (خوج، 2002، ص 61-62).

ب- **الصدق التمييزي:** تم إجراء تحليل للصدق التمييزي من خلال أسلوب المقارنة الطرفية بين الطلبة مرتفعي ومنخفضي الشعور بالوحدة النفسية، باستخدام عينة من 400 طالب وطالبة. تم ذلك من خلال مقارنة أعلى 27% من الدرجات مع أدنى 27%. أظهرت النتائج أن قيمة النسبة الحرجة كانت 12.66، وهي قيمة دالة إحصائيًا عند مستوى 0.01، مما يعني أن المقياس يستطيع التمييز بشكل واضح بين من يشعرون بوحدة نفسية مرتفعة ومن يشعرون بها بدرجة منخفضة (خوج، 2002، ص 62).

• **ثبات المقياس:** تم التحقق من ثبات المقياس باستخدام عدة طرق:

أ- إعادة التطبيق: تم تطبيق المقياس ثم إعادة تطبيقه مرة أخرى بفواصل زمني قدره شهر على أفراد عينة التقنين، وبعد حساب معامل الارتباط بين درجات الأفراد في التطبيقين الأول والثاني، اتضح أن معاملات الارتباط دالة عند مستوى (0.01)، مما يطمئن إلى توافر شرط الثبات (خوج، 2002، ص 62).

ب- طريقة التجزئة النصفية: تم حساب معامل الارتباط بين درجات البنود الفردية ودرجات البنود الزوجية لكل عينة، ثم تم تصحيح معاملات الارتباط باستخدام معادلة سبيرمان - براون، واتضح أن جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى (0.01)، مما يؤكد أن المقياس يتمتع بثبات جيد (خوج، 2002، ص 62).

ج- طريقة كرونباخ (معامل ألفا كرونباخ): تم استخدام أسلوب كرونباخ للتحقق من ثبات المقياس، واتضح أن جميع معاملات الثبات دالة عند مستوى (0.01)، مما يطمئن إلى أن المقياس يتمتع بدرجة جيدة من الثبات (خوج، 2002، ص 63).

3.5 مقياس الميل الانتحارية:

لقياس مستوى الميل الانتحاري لدى مرضى الفصام قمنا بالاستعانة بمقياس الميل الانتحارية من إعداد الباحث (ربحي، 2020).

1.3.5 وصف المقياس:

يتألف المقياس من (30) فقرة موزعة على ثلاثة أبعاد رئيسية، وهي: التفكير وتصور الانتحار، الرغبة والتخطيط للانتحار، والقدرة الفعلية على تنفيذ الانتحار، بواقع (10) فقرات لكل بعد، حيث توزعت كالتالي:

• التفكير وتصور الانتحار: (1، 4، 7، 10، 13، 16، 19، 22، 25، 28).

• الرغبة في الانتحار: (2، 5، 8، 11، 14، 17، 20، 23، 26، 29).

• القدرة الفعلية على تنفيذ الانتحار: (3، 6، 9، 12، 15، 18، 21، 24، 27، 30).

تم تصحيح المقياس بناءً على (30) فقرة باستخدام مقياس تقدير خماسي: (أوافق بشدة، أوافق، محايد، أعارض، أعارض بشدة)، وقد أُعطيت هذه البدائل أوزانًا من (5) إلى (1) على الترتيب.

لأجل استخراج الدرجة الكلية، تُجمع الدرجات التي يحصل عليها المستجيب، لذا فإن أعلى درجة ممكنة هي (150)، وأدنى درجة (30). وتشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع الميل الانتحاري، والمنخفضة إلى انخفاضه. وقد طُبّق المقياس على عينة مكونة من (167) طالبًا وطالبة من ثلاث جامعات فلسطينية: جامعة الأزهر بغزة، جامعة القدس المفتوحة، وجامعة الأقصى بغزة.

2.3.5 الخصائص السيكومترية للمقياس:

• **صدق المقياس:** تم التحقق منه باستخدام عدة طرق، منها:

أ- **صدق الاتساق الداخلي:** طُبّق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (167) طالبًا وطالبة، وتم حساب معامل ارتباط بيرسون بين كل فقرة والدرجة الكلية، باستخدام برنامج (SPSS)، وخلصت النتائج إلى أن جميع المفردات كانت دالة إحصائيًا عند مستوى (0.01)، مما يؤكد الاتساق الداخلي (ربحي، 2020، ص 170-171).

ب- **الصدق البنائي:** تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بُعد من أبعاد المقياس والأبعاد الأخرى، وكذلك بين كل بُعد والدرجة الكلية، فتبين وجود ارتباطات دالة إحصائيًا عند مستوى (0.01)، مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق (ربحي، 2020، ص 171-172).

• **ثبات المقياس:** تم التحقق منه من خلال طريقتي التجزئة النصفية وألفا كرونباخ:

أ- طريقة التجزئة النصفية: استُخدمت درجات العينة لحساب معامل الارتباط بين النصفين الأول والثاني لكل بُعد، ثم عُدلت باستخدام معادلة سبيرمان - براون. وقد كانت معاملات الثبات مرتفعة، مما يدل على ثبات المقياس (ربحي، 2020، ص 172).

ب- طريقة ألفا كرونباخ: تم استخدام هذه الطريقة لإيجاد معامل ثبات المقياس، وقد كانت جميع القيم مرتفعة، مما يؤكد أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات والصدق، ويمكن استخدامه علميًا (ربحي، 2020، ص 172-173).

خلاصة الفصل:

في هذا الفصل، قدّمنا عرضًا شاملاً لطبيعة المنهج المعتمد في الدراسة، إلى جانب توضيح الأدوات المستخدمة وأساليب تطبيقها. كما تناولنا الدراسة الاستطلاعية التي ساعدتنا بشكل كبير في التعرف على خصوصيات الميدان ومجتمع البحث، وأسهمت في التحقق من مدى صلاحية أدوات القياس. وتم أيضًا تحديد مجتمع البحث بدقة، مع عرض لخصائص الحالات التي شملتها الدراسة.

الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

محتويات الفصل:

1. عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى

2. عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية

3. عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة

4. مناقشة النتائج

1. عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى:

1.1 عرض الحالة:

حمزة شاب يبلغ من العمر 35 سنة، يتابع العلاج عند الطبيب النفسي، وقد تم تشخيصه بالفصام من قبل الطبيب. يعاني من المرض منذ عام 2015، أي منذ 10 سنوات، لم يسبق وأن دخل إلى المصحة العقلية. يعاني من الفصام الاضطهادي، حيث ذكرت الطبيبة بأن لديه هلاوس، وهذات، واضطراب في السلوك، ولا يزال يخضع للعلاج الدوائي. وقد ذكر للطبيبة بأن حالته لم تتحسن مؤخراً وأنه لا زال يسمع الأصوات، والتي غالباً ما يقصد بها الهلاوس السمعية، والحالة دخل إلى مكتب الطبيب النفسي مع والدته، وكان يبدو عليه القلق، ولم يرغب في الكلام كثيراً، لكنه أبدى رغبته في المشاركة في الدراسة.

2.1 البيانات الشخصية للحالة:

- المستوى الاقتصادي: ضعيف

- المستوى الدراسي: ثانية متوسط

- الحالة المدنية: متزوج

- عدد الأبناء: 2

- عدد الإخوة: 5 (3 ذكور، 2 إناث)

- الترتيب في الأسرة: 5

- المهنة: عاطل عن العمل

3.1 عرض وتحليل نتائج مقياس الوحدة النفسية:

تمثلت استجابات المبحوث من العبارة 1 إلى 20 كما يلي:

.(2-2-3-4-1-2-4-1-3-4-4-4-2-3-4-3-1-2-1-4)

ومجموع الاستجابات هو: 54 درجة على مقياس الوحدة النفسية.

تدل الدرجة التي حصل عليها المبحوث (54 من أصل 80) على مستوى مرتفع من الوحدة النفسية. وتعكس هذه النتيجة شعورًا واضحًا بالعزلة، وضعفًا في الروابط الاجتماعية والعاطفية، وصعوبة في الشعور بالانتماء وبناء العلاقات. وقد يرجع ذلك حسب استجابات المبحوث في المقياس إلى ضعف في مهارات التواصل الاجتماعي لديه، حيث كانت إجابته على العبارة (9)، والتي تنص على: "هل تشعر بأنك شخص اجتماعي وانبساطي؟" بـ "أبداً"، وكذلك على العبارة (17): "هل تشعر بالخل؟" بـ "دائمًا". وهذا يشير إلى وجود خلل في المهارات الاجتماعية. كما يُلاحظ أن السبب في عدم معاناته من وحدة نفسية شديدة قد يعود إلى وجود شخص يهتم به ويلجأ إليه، وهي والدته كما ذكر أثناء المقابلة، وبذل على ذلك استجاباته للعبارات (3، 19، 20).

4.1 عرض وتحليل نتائج مقياس الميل الانتحاري:

تمثلت استجابات المبحوث من العبارة 1 إلى 30 كما يلي:

$-4-4-4-2-4-3-1-4-1-1-3-3-1-3-1-1-3-1-1-2-3)$

.(1 - 4 - 4 - 5- 4 - 2 - 2 - 4 - 2

ومجموع الاستجابات هو: 78 درجة على مقياس الميل الانتحاري.

تدل الدرجة التي حصل عليها المبحوث (78 من أصل 150) إلى وجود مستوى فوق المتوسط بـ 3 درجات على مقياس الميل الانتحاري، ويظهر الميل الانتحاري حسب استجابات المبحوث في الأفكار الانتحارية، والتصورات التي يحملها حول الانتحار، وكذلك المشاعر السلبية التي تجعله يميل إليه، ومع ذلك تشير بعض استجاباته إلى عدم وجود نية واضحة أو استعداد فعلي للإقدام على الانتحار أو التخطيط له، ما يجعلنا نقول ان الحالة تتعلق أكثر بالأفكار والانفعال، وليس بسلوك فعلي أو وشيك.

5.1 عرض وتحليل نتائج المقابلة:

• محور الوحدة النفسية:

طرحنا على المبحوث السؤال التالي: "هل تحس روحك وحيد ومكاش لي يحب يهدر معاك ولا يهتم ببيك؟" كانت الإجابات:

(ايه ملي مرضت وليت وحداني، معنديش لي نريح معاهم)، (عندي يما برك لي نهدر معاه).

تعكس هذه الإجابات وجود شعور واضح بالعزلة الاجتماعية والانفعالية، خاصة بعد فترة المرض، ما يشير إلى أن هذه المرحلة قد شكّلت نقطة تحوّل في علاقاته الاجتماعية. ويظهر من عباراته افتقاره إلى الدعم الاجتماعي خارج إطار علاقته بوالدته، مما يعمّق الإحساس بالوحدة.

كذلك، فإن اقتصار تفاعله الاجتماعي على شخص واحد فقط (والدته) يعبر عن ضيق في الشبكة الاجتماعية.

• محور الميل الانتحاري:

طرحنا عليه السؤال: "هل راك حابة تدير حاجة عيانة في روحك ولا تخم تديرها؟" كانت الإجابة:

(ايه ساعات يجيني فراسي هاذ التخمام، نقول لوكان نديرها نتهنى).

تشير إجابة المبحوث إلى وجود تفكير انتحاري يظهر من وقت لآخر، كما عبر عن تصوره للانتحار، فهو يراه راحة من مشاكله، ولا يُفكر في الانتحار كفعل عنيف أو تهديد للحياة، بل كوسيلة محتملة للراحة أو الهروب من واقع مرير.

6.1 خلاصة الحالة:

تشير النتائج المستخلصة من تطبيق الأدوات المنهجية إلى أن "حمزة" يعاني من مستوى مرتفع من الوحدة النفسية، إذ سجل 54 من أصل 80 على المقياس، ما يدل على شعور واضح بالعزلة وصعوبة في بناء علاقات اجتماعية فعالة، وميل إلى الانسحاب. كما أن وجود دعم محدود من والدته - كما صرح خلال المقابلة بقوله: (عندي يما برك لي نهدر معاها) - يوفر له حدًا أدنى من التفاعل الاجتماعي، مما يفسر عدم بلوغ حالته درجة الوحدة القصوى.

أما فيما يخص النتائج المستخلصة من مقياس الميل الانتحاري، فقد سجل المبحوث 78 من أصل 150، وهي درجة تشير إلى ميل متوسط نحو الأفكار الانتحارية دون وجود سلوك أو تخطيط فعلي. وقد عبّر عن هذا الميل من خلال قوله أثناء المقابلة: (ايه ساعات يجيني فراسي هاذ التخمام، نقول لوكان نديرها نتهنى). وقد يكون هذا الأسلوب في التعبير مرتبطًا بحالة الوحدة النفسية التي يمر بها.

2. عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية:

1.2 عرض الحالة:

ناصر شاب يبلغ من العمر 28 سنة يتابع العلاج عند الطبيب النفسي، وقد تم تشخيصه بالفصام من قبل الطبيب. يعاني من المرض منذ سنتين، وسبق أن دخل إلى المصحة العقلية مرتين. يعاني من الفصام الاضطهادي، ذكرت

الطبيبة بأن لديه هلاوس تسلطية (تأمرية)، وهذات، ولا يزال يخضع للعلاج الدوائي. وقد ذكر للطبيبة بأن حالته تحسنت جدا مؤخرا بفضل الأدوية، وذكر بأن الهلاوس والأوهام لم تعد كما كانت، والحالة كان يبدو متزنا، ومنفتحا حول الكلام عن حالته.

2.2 البيانات الشخصية للحالة:

- المستوى الاقتصادي: متوسط
- المستوى الدراسي: أولى متوسط
- الحالة المدنية: أعزب
- عدد الإخوة: 7 (5 ذكور، 2 إناث)
- الترتيب في الأسرة: 6
- المهنة: عامل يومي

3.2 عرض وتحليل نتائج مقياس الوحدة النفسية:

تمثلت استجابات المبحوث من العبارة 1 إلى 20 كما يلي:

(3 - 3 - 3 - 3 - 3 - 3 - 4 - 3 - 2 - 3 - 3 - 3 - 4 - 3 - 4 - 4 - 3 - 2 - 3 - 3)

ومجموع الاستجابات هو: 62 درجة على مقياس الوحدة النفسية.

تدل درجة 62 من أصل 80 على مستوى مرتفع من الوحدة النفسية لدى المبحوث. وتدل استجاباته على أنه يعيش في عزلة، كما أن ليس لديه روابط اجتماعية وعاطفية قوية.

4.2 عرض وتحليل نتائج مقياس الميل الانتحاري:

تمثلت استجابات المبحوث من العبارة 1 إلى 30 كما يلي:

2 - 2 - 5 - 2 - 5 - 2 - 5 - 5 - 1 - 5 - 2 - 5 - 5 - 1 - 5 - 5 - 1 - 2 - 2 - 1 - 2 - 1 - 3 - 3 - 3 - 3 - 4 - 4 - 3 - 2 - 1).

ومجموع الاستجابات هو: 92 درجة على مقياس الميل الانتحاري.

تدل الدرجة التي حصل عليها المبحوث (92 من أصل 150) على وجود مستوى مرتفع من الميل الانتحاري. تشير استجاباته بوضوح إلى أنه سبق له محاولة أو عدة محاولات انتحارية، كما خطط للانتحار عدة مرات وحدد الطريقة التي كان ينوي استخدامها. ومع ذلك تظهر استجاباته الحالية أنه لا يفكر في الانتحار في الوقت الراهن، وأنه غير مستعد لتنفيذ أي محاولة حالياً.

5.2 عرض وتحليل نتائج المقابلة:

• محور الوحدة النفسية:

طرحنا على المبحوث السؤال التالي: "هل تحس روحك وحيد ومكاش لي يحب يهدر معاك ولا يهتم بك؟" كانت الإجابات:

(إيه نحس روحي وحداني، ماكاش واحد يسقسي عليا ولا يهمو أمري، كي شغل منيش موجود).

من خلال هذه الإجابة، يتضح الشعور العميق بالوحدة والتهميش الذي يعيشه المبحوث، حيث عبر عن افتقاده للاهتمام والتواصل مع الآخرين. كما أن إجابته تدل على غياب الروابط العاطفية والدعم الاجتماعي، ما يعكس حالة من العزلة والانطواء، ويكشف عن معاناة داخلية قد تؤثر سلبًا على توازنه النفسي وعلاقاته بالغير.

• محور الميل الانتحاري:

طرحنا عليه السؤال: "هل راك حابة تدير حاجة عيانة في روحك ولا تخمم تديرها؟" كانت الإجابة:

(ايه درتها من قبل، شديت حبل وربطتو على رقبتي، ومبعدا خممت مع روعي وقلت أستغفر الله وش راني ندير)،
(حاليا مزال يجيني تخمام باه ندير حاجة عيانة فروحي بصح منديرهاش).

من خلال إجابة المبحوث على سؤال المقابلة المرتبط بالميل الانتحاري، يتضح وجود سوابق فعلية لمحاولة انتحار، حيث صرّح بقوله: "ايه درتها من قبل، شديت حبل وربطتو على رقبتي، ومبعدا خممت مع روعي وقلت أستغفر الله وش راني ندير". هذه العبارة تكشف بوضوح أن المبحوث قد وصل في فترة سابقة إلى مرحلة التنفيذ الفعلي لسلوك انتحاري، لكنه توقف في اللحظة الأخيرة. أما العبارة الثانية: "حاليا مزال يجيني تخمام باه ندير حاجة عياني فروحي بصح منديرهاش"، فتعكس استمرار وجود أفكار انتحارية حالية، لكنها تظل في نطاق التفكير فقط دون الانتقال للسلوك، وهو ما يتوافق مع إستجاباته لعبارات مقياس الميل الانتحاري، كما نلاحظ وجود تناوب بين الرغبة والرفض، حيث تتكرر الأفكار، لكنها تقابل برفض داخلي أو ربما خوف أو تردد، ما يدل على صراع داخلي يعيشه المبحوث.

بناءً على ذلك، يمكن القول إن المبحوث يمرّ بحالة خطيرة نسبيًا من حيث الميل الانتحاري، لأنه لا يكتفي بالتفكير، بل قام بمحاولة فعلية سابقة. ومع أن التفكير الحالي لا يتعدى حدود "التخمام"، إلا أن وجود تاريخ سابق لمحاولة انتحار يزيد من احتمالية تكرار السلوك الانتحاري مستقبلاً.

6.2 خلاصة الحالة:

تشير النتائج المستخلصة من تطبيق الأدوات المنهجية إلى أن "ناصر" يعاني من مستوى مرتفع من الوحدة النفسية، إذ سجل 62 من أصل 80 على المقياس، وهي درجة تدل على شعور عميق بالعزلة وغياب الروابط الاجتماعية والعاطفية الفعالة. وقد عبّر المبحوث عن هذه الحالة خلال المقابلة بقوله: "إيه نحس روجي وحداني، ماكاش واحد يسقسي عليا ولا يهمو أمري، كي شغل منيش موجود"، وهي عبارة تعكس الإحساس بالتهميش الاجتماعي وانعدام الشعور بالانتماء. أما فيما يخص نتائج مقياس الميل الانتحاري، فقد سجل المبحوث 92 من أصل 150، وهي درجة مرتفعة تُشير إلى وجود ميل انتحاري واضح، خاصة مع وجود سوابق فعلية لمحاولة انتحار. وقد صرّح المبحوث أثناء المقابلة بقوله: "إيه درتها من قبل، شديت حبل وربطتو على رقبتني، ومبعدا خممت مع روجي وقلت أستغفر الله وش راني ندير"، وهي عبارة تبين أن المبحوث وصل في وقت سابق إلى لحظة حرجية من التنفيذ الفعلي. رغم ذلك لا تزال الأفكار الانتحارية حاضرة لديه كما أشار في قوله: "حاليا مزال يجيني تخمام باه ندير حاجة عيانة فروجي بصح منديرهاش"، ما يدل على صراع داخلي مستمر بين التفكير في الانتحار ومحاولة مقاومته. والحالة هذه قد يكون سببها الشعور الحاد بالوحدة النفسية لديه.

3. عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة:

1.3 عرض الحالة:

عبد الرزاق كهل يبلغ من العمر 43 سنة، يتابع العلاج عند الطبيب النفسي، وقد تم تشخيصه بالفصام من قبل الطبيب. يعاني من المرض منذ عام 2003، أي منذ 22 سنة، سبق وأن دخل إلى المصحة العقلية 3 مرات. يعاني من الفصام الاضطهادي، ولا يزال يخضع للعلاج الدوائي. وذكر أثناء المقابلة مع الطبيبة بأنه تحسن كثيرا بسبب

الدواء، والحالة دخل إلى مكتب الطبيب النفسي مع أخيه، وكان يبدو عليه النشاط، والرغبة في الكلام، والحالة يظهر بأنه لا يهتم بمظهره حيث لم تبدو عليه النظافة في ملابسه، بعد الطلب منه المشاركة في البحث الحالي أبدى رغبته في ذلك.

2.3 البيانات الشخصية للحالة:

- المستوى الاقتصادي: متوسط
- المستوى الدراسي: أولى متوسط
- الحالة المدنية: مطلق
- عدد الأبناء: 1
- عدد الإخوة: 11 (6 ذكور، 5 إناث)
- الترتيب في الأسرة: 7
- المهنة: عامل يومي

3.3 عرض وتحليل نتائج مقياس الوحدة النفسية:

تمثلت استجابات المبحوث من العبارة 1 إلى 20 كما يلي:

(1 - 1 - 1 - 3 - 1 - 1 - 1 - 1 - 2 - 1 - 1 - 1 - 4 - 2 - 4 - 4 - 2 - 1 - 3 - 1)

ومجموع الاستجابات هو: 36 درجة على مقياس الوحدة النفسية.

تدل الدرجة التي حصل عليها المبحوث (36 من أصل 80) على مستوى متوسط إلى منخفض من الوحدة النفسية. وتعكس هذه النتيجة حالة من الانتماء والشعور بالتقبل ووجود بعض الروابط الاجتماعية والعاطفية، مع وجود شعور بالوحدة النفسية من حين إلى آخر دون ثبات هذه الحالة. ومن خلال استجابات المبحوث في المقياس، نلاحظ أن لديه شخص أو عدة أشخاص يلجأ إليهم ويستطيع أن يتحدث معهم، كما يظهر أنه شخص اجتماعي وانبساطي ولا يشعر بأنه مهمل أو منبوذ.

4.3 عرض وتحليل نتائج مقياس الميل الانتحاري:

تمثلت استجابات المبحوث من العبارة 1 إلى 30 كما يلي:

$$-1-1-2-1-1-2-1-1-2-1-2-2-1-1-1-1-1-1-1-1-1) \\ \cdot (1-2-2-2-1-1-3-1-2$$

ومجموع الاستجابات هو: 41 درجة على مقياس الميل الانتحاري.

تشير هذه النتيجة (41 من أصل 150) إلى أن المبحوث لديه مستوى منخفض من الميل الانتحاري. فاستجاباته تعكس غيابًا للأفكار والتصورات الانتحارية، ورغم وجود بعض الاستجابات التي قد توحي بمرور المبحوث بمشاعر ضيق أو ضغط نفسي، إلا أنها لا تقع ضمن سياق التفكير الانتحاري أو التخطيط الفعلي للإقدام على الانتحار.

5.3 عرض وتحليل نتائج المقابلة:

• محور الوحدة النفسية:

طرحنا على المبحوث السؤال التالي: "هل تحس روحك وحيد ومكاش لي يحب يهدر معاك ولا يهتم بيك؟" كانت

الإجابات:

(للا الحمد لله عندي لي نهدر معاهم، عندي خاوتي يهتمو بيا، عندي صحابي نريح معاهم برا).

يلاحظ من جواب المبحوث غياب الشعور بالوحدة النفسية الحادة، حيث أكد بأن لديه دائرة من العلاقات الاجتماعية،

تشمل كلاً من الأسرة (الإخوة) والأصدقاء.

واستخدامه لعبارات مثل "نهدر معاهم" و"نريح معاهم برا" يشير إلى تفاعل اجتماعي فعلي ونشط، سواء داخل الأسرة

أو خارجها، وهو مؤشر على وجود دعم اجتماعي وعاطفي، يسهم في التخفيف من الشعور بالوحدة. كما أن عبارة

"يهتمو بيا" توحى بإدراك المبحوث لوجود اهتمام ورعاية من قبل محيطه، وهو ما يُعد عاملاً يساعد في التغلب على

الشعور بالنبذ أو الإهمال، والذي غالباً ما يكون مصاحباً للوحدة النفسية.

• محور الميل الانتحاري:

طرحنا عليه السؤال: "هل راك حابة تدير حاجة عيانة في روحك ولا تخمم تديرها؟" كانت الإجابة:

(للا الحمد لله في حياتي لا فكرت فيها، صح منين ذاك يضغطني المرض بصح منديرش حاجة عيانة فروحي).

يظهر من هذه الإجابة الغياب الصريح للتفكير الانتحاري بشكل دائم، حيث أكد المبحوث أنه لم يفكر من قبل في

إيذاء نفسه، واستعمل تعبير "في حياتي لا فكرت فيها"، وهو تصريح قوي يعكس الرفض الداخلي لفكرة الانتحار.

وتشير اجابته ايضا إلى أن الضغوط الناتجة عن المرض قد تؤثر نفسياً عليه في بعض اللحظات، كما في قوله:

"منين ذاك يضغطني المرض". هذه العبارة تدل على أن المبحوث يمرّ بلحظات من الضيق والانفعال، لكنها لا تتطور

إلى أفكار أو سلوكيات انتحارية، ما يدل على نوع من التماسك الداخلي أو القدرة على التكيف مع المعاناة.

6.3 خلاصة الحالة:

تشير النتائج المستخلصة من تطبيق الأدوات المنهجية أن لدى "عبد الرزاق" مستوى منخفض إلى متوسط من الوحدة النفسية، حيث سجل 36 من أصل 80 على مقياس الوحدة النفسية. وهي درجة تدل على وجود شعور محدود بالعزلة، مع وجود روابط اجتماعية وعاطفية. وهذا ما أكدته المقابلة حين صرح المبحوث بقوله: "لألا الحمد لله عندي لي نهدر معاهم، عندي خاوتي يهتمو بيا، عندي صحابي نريح معاهم برا"، ما يشير إلى أن لديه تفاعلات اجتماعية سواء داخل الأسرة أو خارجها. وعبارات مثل "نهدر معاهم" و"نريح معاهم برا" تدل على علاقات قائمة ومباشرة، كما أن قوله "يهتمو بيا" يعكس شعوره بالإحاطة والدعم، وهو ما يخفف من الشعور بالنبذ الذي عادة ما يرتبط بالوحدة النفسية.

أما فيما يخص نتائج مقياس الميل الانتحاري، فقد سجل المبحوث 41 من أصل 150، وهي درجة منخفضة تدل على غياب الميل الانتحاري لديه. استجابات المقياس جاءت متسقة مع ما عبر عنه في المقابلة، حيث قال: "لألا الحمد لله في حياتي لا فكرت فيها، صح منين ذاك يضغطني المرض بصح منديرش حاجة عيانة فروحي"، وهي عبارة تعكس بوضوح أن المبحوث لم يسبق له التفكير الجدي في إيذاء نفسه، حتى في فترات الضغط أو التعب النفسي. وعلى الرغم من إشارته إلى أن المرض يضغط عليه أحيانا، إلا أنه يملك القدرة على ضبط ذاته ومقاومة أي اندفاع سلبي. وقد يكون السبب وراء كونه لا يحمل ميل انتحاري هو الشعور بالانتماء والدعم الاجتماعي والعاطفي الذي يتلقاه.

4. مناقشة النتائج:

تنص فرضية الدراسة على أن "الشعور بالوحدة النفسية يؤدي إلى ارتفاع الميل الانتحاري لدى مرضى الفصام"، ويمكن مناقشة نتائج الدراسة تحت ضوء هذه الفرضية كالآتي:

1.4 مناقشة نتائج المقياسين:

بعد تطبيق كل من مقياس الوحدة النفسية والميل الانتحاري كانت النتائج كالآتي:

الجدول (02): يوضح نتائج الحالات الثلاث في مقياسي الوحدة النفسية والميل الانتحاري

الحالة	درجة الوحدة النفسية	النسبة المئوية	درجة الميل الانتحاري	النسبة المئوية
حمزة	80 / 54	%67.5	150 / 78	%52
ناصر	80 / 62	%77.5	150 / 92	%61
عبد الرزاق	80 / 36	%45	150 / 41	%27

من خلال النتائج المتحصل عليها، نلاحظ بأن أعلى درجة في مقياس الوحدة النفسية، والمسجلة لدى الحالة الثانية (ناصر) بواقع 62 من أصل 80، قد صاحبها أيضًا أعلى درجة في مقياس الميل الانتحاري بـ 92 من أصل 150. في المقابل، سجلت الحالة الثالثة (عبد الرزاق) أدنى درجة في الشعور بالوحدة النفسية (36 من أصل 80)، إلى جانب أدنى درجة في الميل الانتحاري (41 من أصل 150). أما الحالة الأولى فقد تميزت بدرجات متوسطة في كلا المقياسين. تشير هذه النتائج إلى وجود علاقة طردية بين الشعور بالوحدة النفسية والميول الانتحارية لدى أفراد مجتمع البحث، حيث كلما ارتفع مستوى الوحدة النفسية ارتفع معه الميل الانتحاري، وكلما انخفض الشعور بالوحدة النفسية انخفض الميل إلى السلوك الانتحاري. وهذا يدعم فرضية الدراسة.

2.4 مناقشة نتائج المقابلات:

من خلال نتائج المقابلات النصف موجهة مع الحالات نستخلص ما يلي:

• في حالة "ناصر":

أظهرت نتائج المقابلة مع "ناصر" أنه يعاني من وحدة نفسية شديدة، ويتضح ذلك من خلال إجاباته، حيث صرّح قائلاً: "نحس روحي وحداني، ماكاش واحد يسقسي عليا ولا يهمو أمري، كي شغل منيش موجود". تشير عبارة "نحس روحي وحداني" إلى وجود نقص كمي في العلاقات الاجتماعية، وهو من أبرز سمات الوحدة النفسية. وقد أشار حمادة (2005) إلى أن وجود خلل في العلاقات الاجتماعية، سواء من حيث الكم أو الكيف، يُعد من الأسباب الرئيسة للشعور بالوحدة النفسية. كما أن قوله: "ماكاش واحد يسقسي عليا ولا يهمو أمري، كي شغل منيش موجود" يشير إلى الشعور بالبعد العاطفي والاجتماعي عن الناس من حوله، وهذا من أهم مظاهر الشعور بالوحدة النفسية.

ورافق شعور "ناصر" بالوحدة النفسية مستوى عال من الميل الانتحاري كما أظهر ذلك في المقابلة حيث قال "شديت حبل وربطتو على رقبتى". حيث نرى ان هذا الشعور العميق بالوحدة النفسية والانفصال عن المحيط الاجتماعي رافقه ميل انتحاري مرتفع بلغ حد التنفيذ الفعلي، كما صرح بأنه لا زال يملك تفكير انتحاري بقوله "حالياً مزال يجيني تخمام باه ندير حاجة عيانة في روحي"، ومن المعلوم ان الميل الانتحاري يظهر جليا على مستوى التفكير، حيث ذكرت (هلال، 2016، ص 114) بأن بيك وآخرون يرون

بأن الانتحار ليس حدثاً منعزلاً بل هو عملية معقدة، وأن الانتحارية يمكن تصورها باعتبارها واقعة لقوة كامنة تشمل التفكير الانتحاري، ثم التأمّلات الانتحارية يلها محاولة الانتحار وأخيراً إكمال هذه المحاولة.

• في حالة "عبد الرزاق":

أظهرت نتائج المقابلة مع "عبد الرزاق" أنه يتمتع بعلاقات اجتماعية مرضية، ويتضح ذلك من قوله: "عندي خاوتي يهتمو بيا، عندي صحابي نزيح معاهم برا"، حيث عبّر عن اهتمام إخوته به، وهو عامل مضاد للشعور بالوحدة

النفسية. ووفقًا لـ Seepersad (2004)، فإن من أبرز مظاهر الشعور بالوحدة النفسية هو الرغبة في وجود شخص يهتم بنا. كما أن "عبد الرزاق" لا يبدو منعزلًا عن الناس، إذ لديه أصدقاء يتواصل ويخرج معهم.

ومن جانب آخر، أبدى "عبد الرزاق" رفضًا تامًا لفكرة الانتحار، حيث صرّح: "لألا الحمد لله، في حياتي لا فكرت فيها"، مما يعد مؤشرًا مضادًا للميل الانتحاري. كما أشار إلى قدرته على التحمل ومواجهة صعوبات المرض بقوله: "صح منين ذاك يضغطني المرض، بصح منديرش حاجة عيانة في روعي..."، وهو ما يعكس قدرًا من الاتزان الداخلي.

ويُستخلص من حالة "عبد الرزاق" أن الدعم العاطفي والاجتماعي، إلى جانب غياب الشعور بالوحدة النفسية، يلعب دورًا مهمًا في خفض الميل الانتحاري، بعكس ما تم ملاحظته في حالة "ناصر".

وقد يعزى عدم شعور "عبد الرزاق" بالوحدة النفسية إلى طول مدة معاناته من المرض، إذ تُعد حالاته الأطول مقارنة بباقي الحالات، مما ساعده على التكيف مع المرض، وتطوير مهارات التواصل، ما خفف من شعوره بالعزلة والانفصال عن الآخرين.

• في حالة "حمزة":

أظهرت نتائج المقابلة مع "حمزة" أنه يشعر بالوحدة النفسية، خاصة بعد إصابته بالفصام. وقد عبّر عن ذلك بقوله: "إيه، ملي مرضت وليت وحداني، ما عنديش لي نريح معاهم". هذا يدل على التغير الكبير الذي صار في حياته بعد المرض، وهو ما يتماشى مع ما ذكرته Rokach (1989)، بأن من أسباب الشعور بالوحدة النفسية التغيرات المفاجئة في الحياة، مثل البطالة، التقاعد، أو الإصابة بمرض مزمن مثل حالة "حمزة".

وتظهر الوحدة النفسية أيضًا في قوله: "عندي يما برك لي نهدر معاها"، وهذا يعني أن علاقاته الاجتماعية محدودة جدًا، وتقتصر فقط على والدته. وهذا يعتبر مؤشر على نقص كبير في الدعم الاجتماعي. ورغم ذلك، فإن وجود والدته في حياته كشخص يسمع له ويتكلم معاه، قد يخفف عليه نوعًا ما هذا الإحساس بالوحدة.

أما بالنسبة للميل الانتحاري، فقد قال: "إيه، ساعات يجيني فراسي هاذ التخمام، نقول لوكان نديرها نتهنى". هذا التصريح يبين أنه يفكر في الانتحار من وقت لآخر، لكنه لم يصل بعد لمرحلة التنفيذ. وطريقته في التعبير توضح أنه ما لا يرى الانتحار كشيء عنيف، بل كطريقة للراحة من المعاناة التي يعيشها.

تُظهر حالة "حمزة" وجود علاقة واضحة بين الشعور بالوحدة النفسية والميل إلى الانتحار، حيث ساهمت العزلة الاجتماعية بعد إصابته بالفصام في زيادة إحساسه بالوحدة، وهو ما انعكس في أفكاره الانتحارية التي عبّر عنها.

بناءً على ما سبق نجد اتساقًا بين نتائج المقاييس وما صرح به المبحوثين في المقابلات، وعليه يمكننا القول بأن نتائج الدراسة تدعم إلى حد كبير الفرضية المطروحة، وهي أن الشعور بالوحدة النفسية يؤدي إلى ارتفاع الميل الانتحاري لدى مرضى الفصام.

خاتمة

خاتمة:

في ختام هذه الدراسة، التي سعت إلى تسليط الضوء على العلاقة بين الشعور بالوحدة النفسية والميل الانتحاري لدى مرضى الفصام، يمكن القول بأن البحث قد كشف عن وجود علاقة واضحة هذين المتغيرين. حيث أظهرت النتائج أن المرضى الذين يعانون من مستويات مرتفعة من الوحدة النفسية يميلون إلى تبني أفكار وسلوكيات انتحارية أكثر من أولئك الذين يتمتعون بدعم اجتماعي وعاطفي كافٍ. وذلك باستخدام المقابلات النصف موجهة والمقاييس التي أسهمت في فهم أعمق لتجارب المرضى ومعاناتهم النفسية مع المرض، هذه النتائج تؤكد الفرضية الرئيسية للدراسة، والتي تنص على أن الشعور بالوحدة النفسية يؤدي إلى ارتفاع الميل الانتحاري لدى مرضى الفصام. وبهذا، نأمل أن تفتح هذه الدراسة المجال أمام المزيد من الأبحاث المستقبلية التي تتناول جوانب أخرى مهمة في الاضطرابات الذهانية، وتساهم في بناء استراتيجيات وقائية فعّالة تعزز الصحة النفسية في مجتمعنا.

اقتراحات وتوصيات:

في ضوء النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة، والتي أبرزت العلاقة بين الشعور بالوحدة النفسية والميل الانتحاري لدى مرضى الفصام، فإننا نقترح التوصيات التالية:

1. الاهتمام بالآثار الاجتماعية السلبية التي يحدثها مرض الفصام، كالعزلة وصعوبة بناء العلاقات، والعمل على معالجتها ضمن برامج علاجية تُساعد المريض على الاندماج الاجتماعي من جديد.
2. التوسع في دراسة أسباب انتحار مرضى الفصام، لفهم العوامل النفسية والاجتماعية التي تدفعهم لذلك.
3. اقتراح وتجريب برنامج تدخل نفسي اجتماعي، يهدف لتقليل الوحدة النفسية وتقييم أثره في خفض الميل الانتحاري.
4. تدريب أسر المرضى على الدعم والتواصل الفعال، لتقليل العزلة وتعزيز شعور المريض بالانتماء والثقة.

المراجع

قائمة المراجع:

الكتب العربية:

- أحمد، ز، ح. (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة: عالم الكتب.
- الحبيب، ط، ب. (2007). الفصام. مصر: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.
- الحبيب، ع. (2007). الطب النفسي المعاصر. الرياض: دار الخريجي للنشر والتوزيع.
- الدسوقي، م. م. (1998). مقياس الشعور بالوحدة النفسية. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- السيد، ف. ع. (2001). القلق وإدارة الضغوط النفسية. مصر: دار الفكر العربي.
- الضمور، ع، م. (2014). ظاهرة الانتحار: دراسة سيكولوجية. عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع.
- العكاشة، أ، العكاشة، ط. (2010). الطب النفسي المعاصر. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الغانم، م، ح. (2006). الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الغريز، أ، ن، أبو سعد، أ. ع. (2009). التعامل مع الضغوط النفسية. عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- الفايد، ح. (2004). علم النفس المرضي (السيكوباتولوجي). مصر: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
- المهدي، ن، أ، الدوسري، ن، ف، الأمير، ع، الناصر، م. (2022). الدليل المساعد لكيفية التعامل مع الفصام. المملكة العربية السعودية: مكتبة الملك فهد الوطنية.

-دوركاييم، إ. (2011). الانتحار. (ح، عودة، مترجم). دمشق: منشورات الهيئة العامة السورية للكتاب. (الأصل نُشر عام 1897).

-زهران، س. ح. (2004). إرشاد الصحة النفسية لتصحيح مشاعر ومعتقدات الاغتراب. مصر: عالم الكتب.

-ستيل، ك. (2014). الشيزوفرينيا: العلاج السلوكي المعرفي للمرض والتدخلات القائمة على الأدلة والتوجهات المستقبلية (ع. عيسى، مترجم). مصر: دار الفجر للنشر والتوزيع. (الأصل نُشر عام 2013).

-سمعان، م. (1963). مشكلة الانتحار -دراسة نفسية اجتماعية للسلوك الانتحاري بالقاهرة. مصر: دار المعارف.

-عطوف، ي. (1981). علم النفس العيادي (الكلينيكي). لبنان: دار العلم للملايين.

-مجدي، أ. م. (2008). الاتجاه نحو الانتحار وعلاقته بالشخصية. مصر: دار المعرفة الجامعية.

-ملحم، س. (2017). مناهج البحث في التربية وعلم النفس. الأردن: دار المسيرة للطباعة والنشر.

-منظمة الصحة العالمية. (2014). الوقاية من الانتحار: ضرورة عالمية. القاهرة: المكتب الإقليمي لشرق المتوسط.

المقالات والمذكرات والملتقيات العربية:

-أبو عكر، أ. م. (2011). الشخصية الهستيرية وعلاقتها بالشعور بالوحدة النفسية ومركز الضبط وبعض المتغيرات الديمغرافية لدى طلبة الجامعات الحكومية والأهلية بولاية الخرطوم (أطروحة دكتوراه منشورة). جامعة أم درمان الإسلامية، السودان.

-إقبال، س. م. (2022). الهلاوس وعلاقتها بالسيطرة الدماغية لدى عينة من مرضى الفصام بمدينة مكة. دراسات

عربية في التربية وعلم النفس، 1(141)، 197-216

-الزهراني، ب. ح. (2012). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في تخفيض درجة الوحدة النفسية وزيادة درجة الأمن النفسي لدى طلاب المرحلة الثانوية بمدينة جدة (رسالة ماجستير منشورة). جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.

-الزواني، ن. (2020، فيفري). جودة الحياة لدى مرافقي الأشخاص المصابين بمرض الفصام في ضوء بعض المتغيرات. مداخلة بالملتقى الوطني حول جودة الحياة والتنمية المستدامة في الجزائر. جامعة الوادي، الجزائر.

-العقيلي، ع. ب. (2004). الاغتراب وعلاقته بالأمن النفسي لدى طلبة جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية بمدينة الرياض (رسالة ماجستير منشورة). جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، المملكة العربية السعودية.

-العمارة، إ. ع. (2016). الفصام (الشيزوفرنيا). مجلة التربوي، (8)، 33-59.

-الغامدي، أ. م. (2020). الوحدة النفسية وعلاقتها بالأفكار اللاعقلانية لدى طالبات المرحلة الثانوية في مدينة الباحة. مجلة كلية التربية بجامعة المنصورة، 5(110)، 1479-1532.

-الغراب، أ. ع. (2015). فاعلية العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات في التخفيف من الضغوط النفسية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي (رسالة ماجستير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.

-المجالي، ف. ع.، الضمور، ع. م. (2014). تفسير ظاهرة الانتحار في الأردن. مجلة الفكر الشرطي، 23(1)، 189-248.

-المخيمر، ع. (2003). الرفض الوالدي ورفض الأقران والشعور بالوحدة النفسية في المراهقة. مجلة دراسات نفسية، 13(1)، 59-105.

- المصري، م، ر. (2020). الكفاءة السيكومترية لمقياس الميول الانتحارية لدى عينة من طلبة الجامعات الفلسطينية. مجلة كلية التربية - جامعة عين شمس، 2(44)، 149-178.
- النيل، م. أ. (1993). بناء مقياس الوحدة النفسية ومدى انتشارها لدى مجموعات عمرية متباينة من أطفال المدارس بدولة قطر. مجلة علم النفس بمصر، 7(25)، 102-117.
- أوحشواو، ن.، وأورغ، ك. (2015). الشعور بالوحدة النفسية والتوافق النفسي الاجتماعي لدى الراشد المصاب بإعاقة حركية مكتسبة (رسالة ماجستير منشورة). جامعة مولود معمري، تيزي وزو.
- بن دهنون، س. ش. (2017). بعض الخصائص النفسية (الاكتئاب، الوحدة النفسية) وعلاقتها بتقدير الذات في ضوء متغيري الجنس والمستوى التعليمي (أطروحة دكتوراه منشورة). جامعة وهران 2، الجزائر.
- بن دهنون، س. ش.، وماحي، إ. (2014). الشعور بالوحدة النفسية وعلاقتها بتقدير الذات لدى طلاب الجامعة. مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، 6(16)، 69-85.
- بوالفلل، إ. (2012). السلوك الانتحاري لدى الشباب في المجتمع الجزائري: دراسة تحليلية لإحصائيات الانتحار بولاية جيجل للفترة (2000-2008). مجلة علوم الإنسان والمجتمع، 1(4)، 59-87.
- جودة، أ. ع. (2006). الوحدة النفسية وعلاقتها بالاكتئاب لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة الأقصى. مجلة كلية التربية بعين شمس - مصر، 1(30)، 97-137.
- خالدة، أ.، وصاحب، د. (د.ت). الاغتراب النفسي وعلاقته بالوحدة النفسية لدى طالبات الأقسام الداخلية في جامعة بغداد. المؤتمر الدوري الثامن عشر لكليات وأقسام التربية الرياضية في العراق.

- خوج، ح، ب. (2002). الخجل وعلاقته بكل من الشعور بالوحدة النفسية وأساليب المعاملة الوالدية لدى عينة من طالبات المرحلة المتوسطة بمدينة مكة المكرمة (رسالة ماجستير منشورة). جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
- خويطر، و. ح. (2010). الأمن النفسي والشعور بالوحدة النفسية لدى المرأة الفلسطينية (المطلقة والأرملة) وعلاقتها ببعض المتغيرات (رسالة ماجستير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.
- رجحي، م، ع. (2020). الكفاءة السيكومترية لمقياس الميول الانتحارية لدى عينة من طلبة الجامعات الفلسطينية. مجلة كلية التربية بجامعة عين شمس، 2(44)، 149-178.
- رجب، ن. ي. (2023). العلاقة بين إدمان الألعاب الإلكترونية وبين الميول الانتحارية لدى الشباب في الجامعة. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية، 3(63)، 609-650.
- رحال، س. (2016). الأمن النفسي وعلاقته بالوحدة النفسية لدى الطالب الجامعي المقيم (أطروحة دكتوراه منشورة). جامعة محمد خيضر، بسكرة.
- زهاني، ر. (2016). التوظيف النفسي للفصامي محاول الانتحار - دراسة حالة. مجلة العلوم الإنسانية، جامعة أم البواقي، 3(1)، 173-182.
- زهاني، ر. (2016). الفصام بين الاكتئاب والانتحار (أطروحة دكتوراه منشورة). جامعة الجزائر 2، الجزائر.
- زواني، ب. (2020). الميول الانتحارية وعلاقتها بمستوى القلق لدى الطلبة. مجلة العلوم النفسية، 8(2)، 45-68.
- سهيري، ز. (2013). دراسة استطلاعية عن ظاهرة الانتحار والمحاولة الانتحارية. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية بجامعة الأغواط، 5(10)، 49-70.

- شبيبي، ج. ب. (2005). الوحدة النفسية وعلاقتها بسمات الشخصية لدى عينة من طالبات بجامعة أم القرى بمكة المكرمة (أطروحة دكتوراه منشورة). جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
- عابد، و. ج. (2008). الوحدة النفسية لدى زوجات الشهداء في ضوء بعض المتغيرات النفسية (رسالة ماجستير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.
- عبد الفتاح، م. (2010). استخدام وسائل التعبير في العمل مع جماعات مرضى الفصام لتنمية مهاراتهم في التفاعل الاجتماعي. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، 5(29)، 2577-2620.
- عزاق، ر. (2018). انتحار الشباب في الوسط الجزائري: الأسباب، أساليب الوقاية. مجلة العلوم النفسية والتربوية، 6(1)، 270-292.
- عزب، ح. م.، صابر، ف.، فواز، أ. ف. (2022). الخصائص السيكومترية لمقياس الشعور بالوحدة النفسية. مجلة الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس، 3(70)، 57-85.
- عطا، م. (1993). تقدير الذات وعلاقته بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى طلاب الجامعة. مجلة دراسات نفسية، 3(3)، 269-287.
- عمور، م. (2018). ظاهرة الانتحار في المجتمع الجزائري: دراسة ميدانية على مستوى ولاية بجاية. مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، 10(1)، 1009-1022.
- عنو، ع. (2007). الانتحار واستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي. مجلة الوقاية والأرغونوميا بجامعة الجزائر، 2(2)، 131-158.

-قنيفة، ن، سعدي، ر. (2016). المحاولة الانتحارية في قراءة إحصائية. مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة أم البواقي، 8(27)، 379-386.

-كاتبي، م، ع. (2015). أزمة الهوية وعلاقتها بالتصور الانتحاري لدى عينة من طلبة التعليم الثانوي في مدارس محافظة دمشق الرسمية. مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس، 13(4)، 65-87.

-كوروغلبي، م، ل. (2010). مساهمة في دراسة محاولة الانتحار عند المراهق بعد تعرضه لصدمة فشل - الأسباب واستراتيجيات التكفل النفسي - (رسالة ماجستير منشورة). جامعة منتوري، قسنطينة.

-مراكشي، م. (2014). استخدام شبكات التواصل الاجتماعي وعلاقته بالشعور بالوحدة النفسية لدى الطلبة الجامعيين - فاييبيوك أنموذجاً (رسالة ماجستير منشورة). جامعة محمد خيضر، بسكرة.

-معوشة، ع. (2008). الميول الانتحارية وعلاقتها بتقدير الذات عند الشباب (رسالة ماجستير منشورة). جامعة محمد خيضر، بسكرة.

-معوشة، ع. (2017). تصميم مقياس الميول الانتحارية. مجلة أبحاث نفسية وتربوية، 2(10)، 7-46.

-مقراني، س، جابر، ن. (2022). تطبيقات المقابلة العيادية. مجلة العلوم النفسية والتربوية بجامعة بسكرة، 8(3)، 57-70.

-ميلوح، خ. (2016). مدى فاعلية تقنيات الفحص العيادي الإسقاطية والموضوعية في تشخيص الفصام في المجتمع الجزائري (أطروحة دكتوراه منشورة). جامعة محمد خيضر، بسكرة.

-هلال، ر. (2016). التفكير الانتحاري وعلاقته بأسباب العيش لدى طلبة الصف الثاني ثانوي في مدينة حمص، 38(35)، 107-142.

-وازي، ط. (2012). ظاهرة الانتحار بين التفسير الاجتماعي والتشخيص النفسي. دراسات نفسية وتربوية، 5(1)، 62-76.

-وجدان، ع، ع. (2020). الميول الانتحارية وعلاقتها بمعنى الحياة لدى طلبة الجامعة. مجلة الدراسات التربوية والعلمية - الجامعة العراقية، 3(20)، 384-400.

المعاجم الأجنبية:

-APA. (2018, April). Psychosis. <https://dictionary.apa.org/psychosis>

-Bloch, H., Chemama, R., & Gallo, A. (1993). Grand dictionnaire de la psychologie. France: Larousse.

-Sillamy, N. (1989). Dictionnaire de la psychologie. Paris: Larousse.

الكتب الأجنبية:

-American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edition, text rev). USA: Amer psychiatric pub inc.

-Douki, S., Moussaoui, D., & Kacha, F. (1987). Manuel de psychiatrie du praticien Maghrébin. Paris: Masson.

-Ernest, D., Vuksic, O., & Webb, E. (2017). Schizophrenia: An information guide. Canada: Library and Archives Canada.

-Karila, L., Boss, V., & Layet, L. (2002). Psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent. Paris: Ellipses.

-Kit, L. T., & George, P. (2021). Schizophrenia in Malaysia. Malaysia: Malaysian mental health association.

-Pierre, S. (2009). Tout savoir sur le suicide pour mieux le prévenir. Suisse: Favre.

المقالات والمذكرات الأجنبية:

-Asher, S. R., & Julie, A. P. (2003). Loneliness and peer relations in childhood. *Current Directions in Psychological Science*, 12(3), 75-78.

-Eglit, G., Palmer, B., Martin, A., Tu, X., & Jeste, D. (2018). Loneliness in schizophrenia: Construct clarification, measurement, and clinical relevance. *PLOS ONE*, 13(3), e0194021.

-Liao, H., Lee, Y., Hsu, S., & Yen, C. (2021). Loneliness in patients with schizophrenia. *Taiwanese Journal of Psychiatry*, 35(2), 59–63.

-Orbach, I., Milstein, I., Har-Even, D., Apter, A., Tiano, S., & Elizur, A. (1991). A multi-attitude suicide tendency scale for adolescents. *Psychological Assessment*, 3(3), 398–404.

-Sher, L., & Kahn, R. (2019). Suicide in schizophrenia: An educational overview. *Medicina*, 55(7), 361.

-Weeks, D. G., Michela, J. L., Peplau, L. A., & Bragg, M. E. (1980). Relation between loneliness and depression: A structural equation analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(6), 1238–1244.

الملاحق

ملحق رقم (01): دليل المقابلة العيادية النصف موجهة

المحور الأول: البيانات الشخصية

الإسم:

السن:

الجنس:

المستوى الدراسي:

المستوى الاقتصادي:

الحالة المدنية:

عدد الإحوة: الذكور: البنات:

الرتبة في الأسرة:

عدد الأبناء:

المهنة:

المحور الثاني: تاريخ المرض الحالي

ما هو سن بداية المرض العقلي؟

ما هي عدد المرات التي دخل فيها إلى مستشفى الأمراض العقلية؟

ما هو نوع الفصام؟

ما هي الأعراض التي يعاني منها؟

المحور الثالث: الوحدة النفسية

هل تحس روحك وحيد ومكاش لي يحب يهدر معاك ولا يهتم بك؟

المحور الرابع: الميل الانتحاري

هل راك حاب تدير حاجة عيانة في روحك ولا تخمم تديرها؟

ملحق رقم (02): مقياس الوحدة النفسية

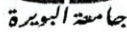
رقم العبارة	العبارة	أبدا	نادرا	أحيانا	دائما
1	هل تشعر بأنك على وفاق مع الناس من حولك؟				
2	هل تشعر بأنك تفتقد الصحبة؟				
3	هل تشعر بأنه لا يوجد الشخص الذي تستطيع أن تلجأ إليه عندما تريد؟				
4	هل تشعر بأنك وحيد؟				
5	هل تشعر بأنك عضو في صحبة أو جماعة؟				
6	هل تشعر بأنك تشارك الناس في أشياء عديدة؟				
7	هل تشعر بأنك لم تعد قريبا من أحد؟				
8	هل تشعر بأن الآخرين من حولك لا يشاركونك الاهتمامات والأفكار؟				
9	هل تشعر بأنك شخص اجتماعي وانبساطي؟				
10	هل تشعر بأنك قريب من الناس؟				
11	هل تشعر بأنك مهمل ومنبوذ؟				
12	هل تشعر بأن علاقتك مع الآخرين بلا معنى؟				
13	هل تشعر بأنه لا يوجد شخص يفهمك جيدا؟				
14	هل تشعر بأنك في عزلة عن الآخرين؟				

				هل تشعر بأنك سوف تجد الصحبة عندما تريد؟	15
				هل تشعر بأن هناك آخرين يفهمونك جيداً؟	16
				هل تشعر بالخجل؟	17
				هل تشعر بأن الناس من حولك كأنهم ليسوا معك؟	18
				هل تشعر بأن هناك من تستطيع أن تتحدث إليه؟	19
				هل تشعر بأن هناك من يمكنك أن تلجأ إليه عندما تريد؟	20

ملحق رقم (03): مقياس الميل الانتحاري

رقم العبارة	العبارة	أوافق بشدة	أوافق	محايد	أعارض	أعارض بشدة
1	أفكر في الانتحار.					
2	أرغب بوضع حد لحياتي.					
3	لقد قمت بالتخطيط لقتل نفسي مرات عدة.					
4	لقد وضعت خطة لمحاولة الانتحار.					
5	أفكر بالانتحار للتخلص من حزني.					
6	اقتربت كثيرا من إنهاء حياتي بالانتحار.					
7	عندما يكون المجتمع ظالما فالانتحار هو الحل.					
8	يشعرتني الفراغ بالرغبة في الانتحار.					
9	قررت أن أنهى حياتي بنفسى.					
10	عندما يفقد الإنسان كل شيء يصبح الحل هو الانتحار.					
11	أستطيع تحديد الطريقة التي سوف أنتحر بها.					
12	لقد أخبرت صديق بأننى سوف أنتحر.					
13	أعتقد الحل الأمثل للفشل المتكرر هو الانتحار.					
14	لقد قمت بالتخطيط مرات للانتحار.					
15	كنتت وصيتي بأننى انتحرت.					
16	أعتقد أن الشخص المنتحر مات مقتنعا بالحل.					
17	يدفعني اليأس للرغبة في الانتحار.					
18	مستعد تماما للانتحار.					

					عندما يفقد الإنسان أحبابه قالحل هو الانتحار.	19
					يدفعني تكرار الفشل إلى التفكير في الانتحار.	20
					الانتحار الحل الوحيد لكل شيء.	21
					عندم يفقد الإنسان السعادة الحل الأمثل هو الانتحار.	22
					حياتي لا تستحق لذا أنا مستعد للانتحار	23
					اعتقد أن أمور كثيرة سوف تتصلح بعد موتي	24
					اعتقد أن الانتحار أمر سهل	25
					خيبات الأمل تدفعني للانتحار دون أن أحسب العواقب	26
					الحياة أصبحت بلا معنى	27
					اعتقد أن الموت راحة لكل من يعاني	28
					شعر بفراغ كبير في حياتي	29
					أعرف تماما وسيلة انتحاري	30



الرقم: ٨٤.../ك.ع.ا.ق.ع.ن.ت/2025/2024

في الأسر من العقليّة يسود الغرابة

الموضوع: رخصة إجراء بحث ميداني

في إطار التكفل بالبحوث الميدانية التي تنظم على مستوى المؤسسات لفائدة طلبة كلية العلوم الإجتماعية والانسانية بجامعة البويرة .

يشرفنا أن نتقدم إلى سيادتكم بهذا الطلب الخاص بمنح رخصة الدخول إلى مؤسستكم:

للطالب (ة): خارجي محمد يوسف رقم التسجيل: 151933024282

والطالب (ة): رقم التسجيل:

وهذا من أجل إجراء بحث ميداني في إطار إعداد مذكرة الماستر تخصص:.....

بمعنا: الوجود النسبي و علاقتهما بالاميل... الانفتاح على... هو في المقام

وفي هذا الاطار نرجو منكم تقديم العون والتسهيلات اللازمة في حدود إمكانياتكم .

تقبلوا منا أسمى عبارات التقدير والاحترام.

المؤسسة المستقبلية

رئيسة قسم علم النفس وعلوم التربية

رئيسة قسم علم النفس وعلوم التربية
بالجامعة الأردنية
ولادة ١٩٤٥م - ١٩٤٥م



قسم علم النفس وعلوم التربية
مصلحة البحث العلمي للقس

السنة الجامعية: 2025/2024

إذن بإيداع مذكرة التخرج بعد التصحيح

نحن الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة عن المذكرة :

الأستاذ المشرف (ة): هكيم ج. ك. ليم

الأستاذ المناقش (ة) : .. سامي حياة

الأستاذ الرئيس (ة) : .. عطا الله أ. هنيحة

نأذن بإيداع مذكرة التخرج لنيل شهادة الماستر بعد تصحيحها

بعنوان: .. الوحدة الذهنية وعملتها بالمثل إلى الانتعاش لدى المهاجرين
بالفهم

والتي أعدها الطالب (ة): .. ج. ج. محمد سيودمغ

والطالب (ة):

والطالب (ة):

المسجل بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية ميدان : علم النفس وعلوم التربية

تخصص : .. علم النفس الاجتماعي

الموسم الجامعي: 2024/2025

إمضاء المشرف

إمضاء المناقش

إمضاء رئيس اللجنة



نموذج التصريح الشرفي الخاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث.

انا المعضي أسفله، السيد (ق) قراجي، موهود يوسا، الصفة: طالب، امتاذ، باحث طالب

الحامل (ة) لبطاقة التعريف الوطنية: 405985843 والصادرة بتاريخ 2023/05/09

المسجل (ة) بكلية / معهد العلوم الاجتماعية قسم علم النفس وعلوم التربية

والمكلف (ة) بإنجاز اعمال بحث (مذكرة، التخرج، (مذكرة ماستر) مذكرة ماجستير، اطروحة دكتوراه).

عنوانها: الوحدة النفسية وعلاقتها بالصحة النفسية

لدى من قسم الفصام

تحت إشراف الأستاذ (ق): مكي مكي

أصرح بشرفي أنني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية الاخلاقيات المهنية والنزاهة الاكاديمية

المطلوبة في انجاز البحث المذكور أعلاه.

التاريخ: 2025/06/03 توقيع المعني (3) 

رأى هيئة مراقبة السرقة العلمية:

النسبة:

$\% 24,3$





ID: o7cy2y-192939

Certificat d'analyse de la similarité textuelle

- Nom du document: **فراجي.docx**
- Soumis par: **OULD MOHAND Lamia** Enseignant
- Date de soumission: **2025-06-03**



Taux global de similarité

- 24.3% Similarité Forte
- 0.0% Exclu manuellement



Nombre de sources

42 sources internet
28 sources Thèses-Algérie
0 sources dépôt privé



Passages surlignés

20681 mots
127313 caractères
2.5% de citations

Ce document est un certificat et résumé d'analyse et de détection de similarité textuelle qui peut être utilisé pour l'établissement d'un rapport de plagiat. Il revient à l'examineur, l'encadrant ou bien au comité déontologique de l'université ou de l'école d'émettre un avis quant au statut de plagiat du document analysé.

Consultez l'arrêté N° 1082 du 27 Décembre 2020 fixant les règles relatives à la prévention et la lutte contre le plagiat pour en savoir plus concernant ce qui est considéré comme étant un acte de plagiat, les procédures ainsi que les sanctions.

Signature d'intégrité



Cachet et Signature

