



UNIVERSITE
Abdelhamid Ibn Badis
MOSTAGANEM

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

-جامعة عبد الحميد بن باديس -مستغانم-

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم النفس



UNIVERSITE
Abdelhamid Ibn Badis
MOSTAGANEM

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر الأكاديمي

تخصص: علم النفس

المسار: علم النفس عيادي

العنوان

الفصامي الناتج عن ادمان المخدرات وعلاقته بالأفكار الانتحارية

دراسة ميدانية لحالتين بمستشفى الامراض العقلية بمستغانم

تحت اشراف:

- د. أمينة صافة

اعداد الطالبات:

- شخمام حورية
- أمزيان منصورية

لجنة المناقشة:

<u>الاسم واللقب:</u>	<u>الرتبة:</u>	<u>الصفة:</u>
- د. صافة أمينة	- أستاذة محاضرة (أ)	- مشرفة و مقررة
- د. بوريشة جميلة	- أستاذة محاضرة (أ)	- رئيسة
- د. دويدي سامية	- أستاذة مساعدة (أ)	- مناقشة

تاريخ الإيداع 09/07/2024 إمضاء المشرف بعد التصحيح

السنة الجامعية 2025/2024



UNIVERSITE
Abdelhamid Ibn Badis
MOSTAGANEM



UNIVERSITE
Abdelhamid Ibn Badis
MOSTAGANEM

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

-جامعة عبد الحميد بن باديس -مستغانم

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم النفس

مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماستر أكاديمي

تخصص: علم النفس

المسار: علم النفس عيادي

العنوان

الفصامي الناتج عن ادمان المخدرات وعلاقته بالأفكار الانتحارية

دراسة ميدانية لحالتين بمستشفى الامراض العقلية بمستغانم

تحت اشراف:

- د. أمينة صافة

اعداد الطالبات:

- شخمام حورية

- أمزيان منصورية

لجنة المناقشة:

الصفة:

- مشرفة و مقررة

- رئيسة

- مناقشة

الرتبة:

- أستاذة محاضرة (أ)

- أستاذة محاضرة (أ)

- أستاذة مساعدة (أ)

اللقب والاسم :

- د. صافة أمينة

- د. بوريشة جميلة

- د. دويدي سامية

السنة الجامعية 2025/2024

اهداء

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، هو المعين في كل درب، والسند حين تشتدّ الصعاب.

إلى والديّ العزيزين... لكم مني كل الحب والامتنان، كفيتما ووفيتما، وكنتما دائماً النور الذي يهديني والدعاء الذي يرافقتني.

إلى زميلتي ورفيقتي في إنجاز هذه المذكرة حورية، شكراً لصدقك ووقوفك، كنت نعم الرفيقة في هذا المشوار.

وإلى أختي الغالية زهرة، التي كانت لي عزاءً في التعب، شكراً لدفئك الذي كان البلمس في كل لحظة صعبة.

وأخيراً... إلى نفسي، التي صبرت وكافحت وتحملت 17 سنة من السعي والطموح، شكراً لك لأنك لم تستسلمي، لأنك آمنتِ رغم كل شيء، ولأنك اليوم تقفين في نهاية طريق، ببداية جديدة تملؤها الثقة والفخر.

ها أنا اليوم أطوي صفحة من التعب، وأسجل في تاريخي فخراً لا يُنسى... تلاشت غيوم الإرهاق، وابتسم الأفق، وتنفس قلبي سلاماً وفرحاً وامتناناً.

أمزيان منصورية

بسم الله الرحمن الرحيم

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات , والشكر لرب العالمين على توفيقه وفضله
وتمام هذا العمل.

إلى أمي الحبيبة،

يا من جمعت بين الدورين، وكنت لي الأم والأب، الحزن والأمان، والقدوة في
الصبر والقوة. كل خطوة خطوتها في طريقي كانت بفضل دعائك ووجودك. هذا
الإنجاز ثمرة تعبك، فشكراً من القلب.

إلى جدتي الغالية،

التي لم تفارقني يوماً بدعواتها وحنانها وصبرها الطويل.

إلى خالتي العزيزة،

التي كانت لي الأخت والداعمة، حضورها كان بلسماً في لحظات التعب.

إلى زوج أمي،

الذي كان أكثر من مجرد زوج لها، بل كان أباً لي بكل معنى الكلمة، أحفظ له
بكل امتنان واحترام.

إلى عائلتي الصغيرة،

التي كانت حزن الأمان ودافع الاستمرار.

إلى نفسي، شكراً لأنك وصلت رغم كل شيء. هذا الإنجاز لكى ومنك وبك يكتمل
الفخر.

وأخيراً، إلى صديقتي ، التي لم تكن فقط صديقتي منذ الثانوية، بل كانت شريكة
في كل خطوة من خطوات هذا العمل. تشاركنا الجهد، والقلق، والفرح، ليكون هذا
الإنجاز شاهداً على صداقتنا وثمرتها

إلى كل من ساندني... هذا الأهداء لا يفيكم حقكم، لكنه يحمل كل الامتنان من قلبي

شخمام حورية

شكر و تقدير

نحمد الله تعالى حمدًا كثيرًا طيبًا مباركًا فيه، أن وفقنا لإنجاز هذا العمل المتواضع، ونسأله أن يجعله خالصًا لوجهه الكريم.

نتقدم بجزيل الشكر إلى الدكتورة أمينة صافة على إشرافها وتوجيهها خلال إعداد هذه المذكرة.

كما نعبر عن امتناننا لطاقتهم العمل في مستشفى الأمراض العقلية، على تعاونهم وتفهمهم، مع شكر خاص للطبيبة كيشوشي على دعمها وتسهيلها لمهامنا خلال الجانب التطبيقي.

لكل من ساهم في إنجاز هذا العمل، منا أصدق الدعاء والتقدير

ملخص الدراسة باللغة العربية:

سلطت الدراسة الحالية الضوء على العلاقة بين الفصام الناتج عن تعاطي المخدرات وظهور الأفكار الانتحارية، حيث هدفت إلى فهم مدى تأثير الإدمان كمسبب للفصام في زيادة حدة ونسبة ظهور الأفكار الانتحارية لدى المرضى.

واعتمدت الدراسة على المنهج العيادي من خلال دراسة حالتين سريريتين تم تشخيصهما بالفصام الناتج عن تعاطي المخدرات، حيث تم استخدام أدوات مثل المقابلة العيادية والملاحظة العيادية المباشرة ومقياس النفسي للميول الانتحارية لمعوشة عبد الحفيظ لجمع المعطيات. وانطلقت الدراسة من التساؤل التالي: كيف يسهم الفصام الناتج عن الإدمان المخدرات في ظهور الأفكار الانتحارية لدى مرضى الفصاميين ؟

وقد بينت نتائج المقياس النفسي للميول الانتحارية لمعوشة عبد الحفيظ أن الفصام الناتج عن الإدمان يرتبط بشكل وثيق بارتفاع في شدة الأفكار الانتحارية، وذلك نتيجة تأثير المواد السامة على الدماغ، وما تسببه من اضطرابات معرفية وعاطفية شديدة تزيد من مشاعر اليأس والاندفاع، مما يرفع خطر الانتحار.

الكلمات المفتاحية:

الفصام الناتج عن الإدمان ، الأفكار الانتحارية ، إدمان المخدرات، المخدرات.

ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية:

The present study shed light on the relationship between schizophrenia resulting from drug abuse and the emergence of suicidal thoughts. It aimed to understand the extent to which addiction, as a cause of schizophrenia, increases the severity and prevalence of suicidal thoughts in patients

The study relied on the clinical approach through the examination of two clinical cases diagnosed with schizophrenia resulting from drug abuse. Tools such as the clinical interview, direct clinical observation, and the psychological scale of suicidal tendencies by Maoucha Abdelhafid were used to collect data.

The study was guided by the following question: How does schizophrenia resulting from drug addiction contribute to the emergence of suicidal thoughts in schizophrenic patients?

The results of the psychological scale of suicidal tendencies by Maoucha Abdelhafid showed that schizophrenia resulting from addiction is closely linked to an increase in the intensity of suicidal thoughts. This is due to the effect of toxic substances on the brain, causing severe cognitive and emotional disturbances that enhance feelings of despair and impulsivity, thereby increasing the risk of suicide.

Keywords: Schizophrenia resulting from addiction, suicidal thoughts, drug addiction, drugs.

فهرس المحتويات

أ	اهداء
ت	شكر وتقدير
ث	ملخص الدراسة باللغة العربية
ج	ملخص الدراسة باللغة الانجليزية
ح	فهرس المحتويات
01	مقدمة
فصل الأول: مدخل الدراسة	
05	إشكالية الدراسة
07	فرضيات الدراسة
08	أهمية الدراسة
09	اهداف الدراسة
09	أسباب اختيار الموضوع
10	المفاهيم الاجرائية
الفصل الثاني: الفصام	
12	تمهيد
13	تعريف الفصام
15	لمحة تاريخية لتسمية مرض الفصام
17	مدى انتشار الفصام
19	اعراض الفصام
23	مراحل تطور الفصام
27	أنواع الفصام
28	النظريات المفسرة للفصام والعوامل المساهمة في نشأته
37	تعريف الفصام الناتج عن ادمان المخدرات
38	خاتمة الفصل
فصل الثالث: إدمان المخدرات	
40	تمهيد
40	تعريف الإدمان على المخدرات
42	لمحة تاريخية عن استعمال المخدرات
43	أسباب وعوامل الإدمان على المخدرات
44	مراحل الإدمان على المخدرات
46	أنماط الإدمان على المخدرات

47	اثار الإدمان على المخدرات
49	النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات
52	سبل الوقاية من تعاطي المخدرات
53	علاج الإدمان على المخدرات
54	كيف يؤدي تعاطي المخدرات الى ظهور أعراض الفصام
57	خاتمة الفصل
فصل الرابع: الافكار الانتحارية	
59	تمهيد
59	تعريف التفكير الانتحاري
60	تعريف الانتحار
60	الفرق بين الانتحار و محاولة الانتحار
62	مدى انتشار الأفكار الانتحارية
62	تشكل وتطور الأفكار الانتحارية
63	تطور الأفكار الانتحارية الى الفعل الانتحاري
64	النظريات المفسرة للأفكار الانتحارية
67	علامات الأفكار الانتحارية في الفصام
69	خاتمة الفصل
الفصل الخامس: عرض الحالات العيادية ومناقشة الفرضيات	
71	تمهيد
71	الدراسة الاستطلاعية
72	اهداف الدراسة الاستطلاعية
72	صعوبات الدراسة الاستطلاعية
73	منهج الدراسة الأساسية
73	تاريخ الدراسة الاستطلاعية
74	هيكل المؤسسة الاستشفائية
74	مهام مصلحة الامراض العقلية
75	أدوات الدراسة الأساسية
77	مقياس الميول الانتحارية
81	مواصفات الحالات المدروسة
82	خاتمة الفصل

84	دراسة الحالة الاولى
93	الاستنتاج العام للحالة الأولى
94	دراسة الحالة الثانية
102	الاستنتاج العام للحالة الثانية
104	الاستنتاج العام للحالتين والمقارنة بينهما
105	عرض وتفسير ومناقشة الفرضية العامة
106	مناقشة الفرضية الجزئية
109	الخاتمة
110	التوصيات

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	جدول يوضح مجالات مستوى الميل الانتحاري	78
02	جدول يوضح مواصفات الحالات المدروسة	81
03	عرض مقابلات العيادية للحالة الاولى	87
04	جدول يوضح نتيجة المقياس للحالة الأولى	92
05	جدول يوضح عرض المقابلات العيادية للحالة الثانية	98
06	جدول يوضح نتيجة المقياس للحالة الثانية	102

قائمة الأشكال

الصفحة	العنوان	رقم الشكل
31	يمثل تركيز الجينات	01
63	يمثل تطور الأفكار الانتحارية الى الفعل الانتحاري	02

قائمة الملاحق

الصفحة	العنوان
116	دليل المقابلة للحالة الاولى
119	دليل المقابلة للحالة الثانية
121	مقياس الميول الانتحارية
125	تصريح شرفي حول النزاهة العلمية لمذكرة الماستر

مقدمة:

تُعد فئة الشباب من الفئات الأكثر عرضة للسلوكيات الخطرة في المجتمعات العربية، وخاصة في الجزائر، نتيجة لعوامل متعددة تتعلق بغياب التوعية، ضعف الرقابة، والانفتاح غير المنضبط على المؤثرات الخارجية. في هذا السياق، يلجأ بعض الأفراد إلى تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية، سواء بدافع الفضول أو التأثر بالبيئة المحيطة. وتشير تقارير دراسة ميدانية أجراها الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان إلى أن أكثر من ثلاثة ملايين جزائري يتعاطون المخدرات، من بينهم 3% من النساء، بما في ذلك الأدوية ذات التأثير العقلي

ومما يزيد من خطورة الظاهرة أن انتشار المخدرات والمؤثرات العقلية يحدث في مجتمع يُفترض أنه محصن دينياً وأخلاقياً، فالمجتمع الجزائري مجتمع مسلم، يقوم في أساسه على تعاليم الدين الإسلامي التي تُحرّم بشكل صريح تعاطي كل ما يُذهب العقل أو يؤدي إلى ضرر في النفس أو الجسد. ورغم أنه لم يرد نص صريح في القرآن أو السنة عن المخدرات باعتبارها من الأمور المستجدة، فإنها داخلة في عموم قول النبي صلى الله عليه وسلم: "كل مسكر حرام"، وهي من المواد المهلكة التي تُذهب العقل وتُفسد الجسد. بل إن ضررها – من حيث الإسكار والإضرار – أشد وأخطر من كثير من أنواع المسكرات المعروفة. (سلطاني، 2024 ص 142)

ورغم ما سبق من تحذير ديني ومخاطر صحية واجتماعية، لا بدّ من الوقوف عند مفهوم المخدرات لفهم طبيعتها وآثارها بشكل أدق. تُعرّف المخدرات على أنها كل ما يؤثر على العقل فتخرجه عن طبيعته المميزة الحاكمة العاقلة، ويترتب على الاستمرار في تعاطيها الإدمان فيصبح الشخص أسيراً لها. (عليوي، 2021 ص 22)، وهذه المخدرات، يمكن أن يسبب إدمانها إلى تهوّل عديد من الاضطرابات النفسية وحتى العقلية. ومن بين الاضطرابات العقلية التي قد تنجم عنها، نجد الفصام بحيث يكشف الواقع الميداني في المستشفيات المتخصصة في علاج الأمراض العقلية، أن نسبة كبيرة من مرضى الفصام الجدد لديهم تاريخ طويل أو حديث من تعاطي المخدرات، خصوصاً الحشيش والمهلوسات.

ويعرف الفصام أنه مرضاً ذهانياً وظيفياً يتميز بظهور مجموعة من الأعراض النفسية والعقلية، والتي إذا لم تُعالج في مراحلها الأولى، قد تؤدي إلى اضطرابات

وتدهور ملحوظ في شخصية المريض وسلوكه بمختلف جوانبه. ويؤثر هذا الاضطراب بشكل مباشر على الجانب العقلي والوجداني، وتتعاكس آثاره على تصرفات المريض في شكل تدهور واضح وفقدان تدريجي للقدرة على التكيف مع الواقع.

يُعد الفصام من بين أشد الاضطرابات النفسية تعقيدًا وخطورة، إذ لا يقتصر تأثيره على تدهور الأداء الوظيفي والاجتماعي للمريض، بل يمتد ليشكل خطرًا كبيرًا على حياته. نجد الانتحار على رأس الخطر الذي يحدثه الفصام فبعد محاولة انتحار خطيرة، يُقدم ما بين 25 إلى 50% من مرضى الفصام أو الاضطراب الفصامي العاطفي على محاولة انتحار أخرى خلال عامين، ويُكمل 3% منهم الانتحار خلال عشر سنوات، وهو ما يمثل حوالي 60% من جميع المرضى بهذه التشخيصات الذين يُنهون حياتهم بالانتحار. (أغاروال، 2014، ص 1).

وغالباً ما يزداد خطر الانتحار لدى الشباب المصابين بالفصام إذا كانوا مصابين باضطراب تعاطي المواد.

وبما أن الانتحار غالباً ما يشكل النهاية المأساوية لمسار طويل من المعاناة النفسية، فإن التركيز على الأفكار الانتحارية يُعد خطوة أساسية في الوقاية والتدخل المبكر، وتعرف هذه الأخيرة بأنها تلك الأفكار السلبية المرتبطة بتخلص الفرد من حياته والتخطيط لذلك نتيجة شعوره باليأس والإحباط، وإنعدام الهدف والمعنى، وفقدان الرغبة في الحياة ورغبة في الإنتحار منهيًا ذلك بمحاولات فعلية للإنتحار (جمال 2023 ص 1007)

تبرز ثلاثية تجسد صورة معقدة ومقلقة في آن واحد: الإدمان، الفصام، والأفكار الانتحارية. فقد يؤدي الإدمان في بعض الحالات إلى نشوء أعراض فصامية، خاصة لدى الأفراد ذوي القابلية البيولوجية، بينما لا يؤدي بالضرورة في حالات أخرى إلى ظهور اضطرابات ذهانية. وفي المقابل، يُعد الفصام من أكثر

الاضطرابات اقترانًا بالحزن العميق، والانفصال عن الواقع، ما يجعل المريض عرضة بدرجة أكبر لتبني أفكار انتحارية. وتزداد خطورة هذه الأفكار حين يكون الإدمان حاضرًا. من هنا، فإن فهم هذا التداخل بين الإدمان والفصام والانتحار يُعد خطوة ضرورية للوقاية والتشخيص والتدخل المبكر.

وقد تم تقسيم هذه الدراسة إلى جانبين رئيسيين، أحدهما نظري والآخر تطبيقي، بالإضافة إلى الفصل الأول الذي خُصص لتأطير عام للدراسة، حيث تضمن إشكالية البحث، فرضياته، أهدافه، أهميته، الأسئلة الفرعية، أسباب اختيار الموضوع والمفاهيم الإجرائية لمتغيرات البحث. أما الجانب النظري، فقد تم عرضه في ثلاثة فصول أساسية، تناول الفصل الثاني مرض الفصام، من حيث تعريفه، نشأته وتطوره التاريخي، مدى انتشاره، أعراضه، أنواعه، النظريات المفسرة له، مراحلها، العوامل المساهمة في نشأته، وكذا التعريف بالفصام الناتج عن تعاطي المخدرات. أما الفصل الثالث فقد خُصص لموضوع الإدمان، حيث تضمن تعريفه، لمحة عن تاريخه، أسبابه، أنماطه، مراحلها، آثاره، النظريات المفسرة له، سبل الوقاية والعلاج، بالإضافة إلى علاقته بظهور أعراض الفصام. في حين أن الفصل الرابع تطرق إلى موضوع الأفكار الانتحارية، فتم فيه تعريف كل من التفكير الانتحاري والانتحار والتمييز بينهما، كما تناول مدى انتشار هذه الظاهرة، تطورها، النظريات المفسرة لها، علامات ظهورها لدى مرضى الفصام، والعوامل المؤدية إلى الانتقال من الفكرة إلى الفعل الانتحاري. أما الجانب التطبيقي فقد قُسم إلى فصلين، تناول الفصل الأول التطبيقي الإجراءات المنهجية للدراسة، حيث شمل الدراسة الاستطلاعية (أهدافها، صعوباتها، ونتائجها)، منهج الدراسة الأساسية، المؤسسة المستضيفة، أدوات البحث، وأداة القياس المستخدمة للكشف عن الميول الانتحارية. أما الفصل الثاني التطبيقي، فقد خُصص لعرض وتحليل الحالات العيادية محل الدراسة، حيث تم تقديم الحالة الأولى وتحليلها، ثم الحالة الثانية، وصولاً إلى مناقشة الفرضيات العامة والجزئية بناءً على المعطيات المستخلصة من المقابلات واختبار الميول الانتحارية. وأختتمت الدراسة بجملة من التوصيات العملية والمقترحات البحثية، تلتها خاتمة عامة، ثم قائمة المراجع المعتمدة، والملاحق التي احتوت على أدوات الدراسة المستعملة

الفصل الأول: مدخل الدراسة

✓ إشكالية الدراسة

✓ فرضيات الدراسة

✓ أهمية الدراسة

✓ أهداف الدراسة

✓ أسباب اختيار الموضوع

1-الإشكالية:

الإدمان هو حالة نفسية وجسدية تتسم بالاعتماد الشديد على مادة معينة أو سلوك معين، بحيث يصبح الشخص غير قادر على التحكم في استخدامه لهذه المادة أو ممارسته لهذا السلوك رغم العواقب السلبية التي قد تنجم عنه. يعد الإدمان على المخدرات، الكحول، أو حتى سلوكيات معينة مثل القمار أو الإنترنت، من أكثر أنواع الإدمان شيوعاً. يبدأ الإدمان عادةً مع تجربة أولية تكون بدافع الفضول أو الهروب من المشاكل، ليصبح مع مرور الوقت حاجة ملحة يصعب التغلب عليها. ويتميز الإدمان بفقدان الشخص القدرة على اتخاذ قرارات عقلانية بشأن سلوكه، مما يؤدي إلى تدهور حالته الصحية والعاطفية.

يُعتبر الإدمان من المشاكل الصحية الخطيرة التي تؤثر على الفرد بشكل شامل، بحيث لا يقتصر تأثيره على الأبعاد الجسدية فقط، بل يمتد ليشمل الصحة العقلية والنفسية بشكل كبير. وقد أظهرت الدراسات أن الإدمان على المخدرات يمكن أن يسبب العديد من الاضطرابات النفسية، من بينها الفصام. كما توصلت الدراسات إلى وجود علاقة وثيقة بين الإدمان والفصام.

تعد العلاقة بين الفصام وإدمان المخدرات واحدة من القضايا المعقدة، حيث يُعرف الفصام كاضطراب عقلي مزمن يؤثر على الإدراك والتفكير والعواطف، ويتسم بتفكك التجربة الذاتية للواقع، مما يؤدي إلى ظهور أعراض مثل الهلوسة، الأوهام، واضطراب التفكير. أما إدمان المخدرات، فهو حالة يعاني فيها الفرد من التعلق المزمن بمادة مخدرة معينة، ويتميز بفقدان القدرة على التحكم في تناولها وظهور تأثيرات جسدية ونفسية عميقة. وبينما يُعتبر الفصام مرضاً نفسياً يستدعي علاجاً طويلاً ومعقداً، فإن إدمان المخدرات يمكن أن يسهم في ظهور الأعراض الفصامية أو تفاقمها، مما يجعل من الصعب التمييز بين الأعراض الناتجة عن الفصام الأصلي وتلك الناتجة عن تعاطي المخدرات.

في هذا السياق، تشير الدراسات إلى أن المخدرات تؤثر بشكل كبير على كيمياء الدماغ، حيث يمكن أن تسبب تغييرات في مستويات النواقل العصبية مثل الدوبامين والسيروتونين، وهي المواد الكيميائية التي تلعب دوراً هاماً في تنظيم المزاج

والإدراك. ومن بين الدراسات التي ركزت على هذا الجانب، دراسة نُشرت سنة 2018 من قبل البروفيسور أونور نويان بعنوان "انقسام الشخصية بسبب إدمان المخدرات" في هيئة تحرير مستشفى NP إسطنبول الوطني، حيث توصل إلى أن المواد المخدرة تزيد من مستويات الدوبامين في الدماغ، وأن هذه الزيادة تحدث في جميع أنواع الإدمان، لكنها أكثر وضوحًا في حالات تعاطي المخدرات. كما أشار إلى أن هذه الزيادة في الدوبامين تسبب العديد من الأمراض النفسية، خاصةً الفصام، وقد أظهرت النتائج أن نصف مرضى الفصام تقريبًا هم من الأشخاص الذين تعاطوا المخدرات في فترة مراهقتهم.

إن التداخل بين الفصام وإدمان المخدرات يُعد أحد أبرز التحديات في مجال الصحة النفسية، حيث تتشابه الأعراض والتأثيرات لكل منهما بطريقة تجعل التشخيص والعلاج أكثر تعقيدًا. كما ينتج عن هذا التداخل عدة آثار نفسية خطيرة، ومن بين أخطرها الأفكار الانتحارية، وهي أفكار متكررة حول الموت أو التخلص من الحياة، مع استعداد نفسي لمواجهة الانتحار كحل للمشاكل أو الألم النفسي العميق.

ومن بين الدراسات التي تناولت ظاهرة الانتحار لدى المدمنين، دراسة فدياء روميضاء (2022) بعنوان "الأفكار الانتحارية لدى مدمني المخدرات". هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مستوى الأفكار الانتحارية لدى المدمنين على المخدرات والتعرف على العوامل التي تدفعهم إلى الانتحار، وذلك بالاعتماد على مقياس بيك. وقد تمت دراسة أربع حالات، وأظهرت النتائج أن جميع الحالات تعاني من مستويات عالية من الاكتئاب مع أفكار انتحارية متكررة.

أما بالنسبة إلى الانتحار لدى مرضى الفصام، فقد تناولت دراسة كيت هوتون وآخرون (2005) بعنوان "عوامل خطر الانتحار لدى الأشخاص المصابين بالفصام" المخاطر التي يتعرض لها هؤلاء المرضى. توصلت الدراسة إلى أن مرضى الفصام معرضون لخطر انتحار أعلى مقارنة بعامة السكان، بسبب الأعراض المرتبطة بالاكتئاب والتفكك العقلي. إلا أن الفصام ليس العامل الوحيد؛ بل تتداخل عوامل أخرى، مثل سوء استخدام المواد، ضعف الالتزام بالعلاج، والتعرض لخسائر نفسية واجتماعية.

كما نجد دراسة أخرى مهمة في هذا المجال، وهي دراسة موزينو بومبلي وآخرون (2007)، التي هدفت إلى استعراض العوامل المرتبطة بخطر الانتحار لدى مرضى الفصام من أجل تطوير استراتيجيات وقائية فعّالة. أظهرت الأبحاث أن ما

بين 5% و13% من مرضى الفصام يموتون منتحرين، مع الإشارة إلى أن الفئة الأكثر عرضة لذلك هي الشباب من الذكور، غير المتزوجين، ذوي الأداء الجيد قبل المرض، والذين يعانون من الاكتئاب بعد نوبات الذهان، أو لديهم تاريخ من الإدمان ومحاولات الانتحار السابقة. وتشمل العوامل النفسية المرتبطة بالانتحار الشعور باليأس، العزلة الاجتماعية، فقدان الأمل في العلاج، وزيادة الوعي بالمرض لدى بعض المرضى، مما يؤدي إلى إدراك مؤلم للتدهور العقلي.

وقد استخدم الباحثون في هذه الدراسة مراجعة منهجية للأدبيات العلمية بين عامي 1966 و2006، شملت قواعد بيانات طبية ونفسية، إلى جانب مساهمات خبراء دوليين. كما تم التطرق إلى الجوانب البيولوجية مثل انخفاض مستوى السيروتونين لدى بعض المرضى وربطها بالسلوك الانتحاري. وأشارت الدراسة إلى أن بعض الأدوية مثل كلوزابين تُظهر فعالية واضحة في تقليل خطر الانتحار مقارنة بأدوية أخرى. وفي الختام، شددت الدراسة على أهمية التشخيص المبكر، وتقديم الدعم النفسي والاجتماعي، ومتابعة الحالات عالية الخطورة، خاصة في الفترات التالية للتشخيص أو الخروج من المستشفى، بهدف الوقاية من الانتحار وتحسين جودة الحياة لدى المصابين بالفصام.

ومع أن معظم الدراسات ركزت على أحد العناصر الثلاثة (الإدمان، الفصام، الأفكار الانتحارية) دون النظر إليها كظاهرة مترابطة، إلا أنها لم تقدم رؤية شاملة توضح كيف يؤدي تداخل هذه العوامل إلى تفاقم الأفكار الانتحارية. لذا، تهدف الدراسة الحالية إلى استكشاف كيفية تأثير الإدمان على تطور الأعراض الفصامية، وكيف تسهم هذه الأعراض في ظهور الأفكار الانتحارية.

ومن هنا، يمكن طرح التساؤل التالي: كيف تسهم العلاقة بين الإدمان والفصام في ظهور الأفكار الانتحارية لدى الأفراد المدمنين الفصاميين؟

السؤال الفرعي:

ما مستوى الأفكار الانتحارية عند الفصامي الناتج عن ادمان المخدرات؟

2-فرضية الدراسة: يساهم التداخل بين الإدمان والفصام في رفع احتمالية نشوء الأفكار الانتحارية، نتيجة التفاعل السلبي بين الأعراض الذهانية وتأثيرات تعاطي المخدرات.

الفرضية الجزئية:

➤ يكون مستوى شدة الأفكار الانتحارية بدرجة عالية لدى الفصامي الناتج عن الإدمان

3-أهمية الدراسة:

1-3 الأهمية النظرية:

- تسهم في توسيع الإطار المعرفي حول العلاقة بين الفصام الناتج عن إدمان المخدرات والأفكار الانتحارية.
- تملأ فراغًا بحثيًا في الدراسات النفسية التي لم تتناول هذا التداخل بشكل متكامل.
- تساهم في فهم أعمق للآليات النفسية والبيولوجية التي تربط الإدمان بظهور الأعراض الفصامية والانتحارية.
- تدعم الجهود النظرية في مجال علم النفس المرضي.
- تساعد الباحثين المستقبليين على تطوير نماذج تفسيرية جديدة للعلاقة بين الفصام والإدمان والانتحار.

2-3 الأهمية التطبيقية:

- تساهم في توعية المختصين في الصحة النفسية بخطورة تداخل الفصام مع الإدمان في نشوء الأفكار الانتحارية.
- تساعد على تصميم برامج علاجية متخصصة تستهدف هذه الفئة من المرضى.
- تقدم معطيات يمكن الاستفادة منها في الوقاية من الانتحار داخل المؤسسات العلاجية النفسية.
- تدعم تطوير استراتيجيات تدخل فعالة تقوم على التكامل بين العلاج النفسي، الدوائي، والاجتماعي.
- تساهم في تحسين جودة حياة المرضى من خلال الحد من الانتكاسات والمضاعفات النفسية والانتحارية.

4-أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

1. تحليل مدى مساهمة التداخل بين الفصام والإدمان على المخدرات في زيادة خطر التفكير في الانتحار
2. معرفة مدى شدة الأفكار الانتحارية عند الفصامي الناتج عن ادمان المخدرات

5-أسباب اختيار الموضوع:

بداية، جاء اختيارنا لهذا الموضوع انطلاقًا من اهتمامنا الشخصي به، حيث لاحظنا خلال دراستنا لعلم النفس العيادي مدى تعقيد العلاقة بين الإدمان والفصام والأفكار الانتحارية، مما أثار فضولنا العلمي ودفعنا إلى دراسته بشكل معمق. كما أن ندرة الدراسات التي تتناول هذا التداخل الثلاثي زادت من رغبتنا في البحث فيه، خاصة أنه يمثل تحديًا كبيرًا في المجال العيادي.

خلال دراستنا الاستطلاعية في مستشفى الأمراض العقلية، التقينا بأخصائية في المجال لاستشارتها حول الموضوع، لكنها لم تقدم لنا إفادة واضحة، بل اعتبرت أنه موضوع طويل ومعقد. ومع ذلك، لم نكتفِ لهذا الرأي، بل زادنا ذلك إصرارًا

على المضي قدمًا في دراسته، نظرًا لاقتناعنا بأهميته ورغبتنا الكبيرة في التعمق فيه. كما أن أستاذتنا المشرفة كانت داعمًا كبيرًا لنا، حيث ساعدتنا في صياغة عنوان الدراسة بالإضافة إلى تحفيزنا وتشجيعنا على الاستمرار في البحث.

إضافة إلى ذلك، من خلال اطلاعنا على بعض الحالات في المستشفى، لاحظنا أن مرضى الفصام الذين لديهم تاريخ من الإدمان غالبًا ما يكونون أكثر عرضة للأفكار الانتحارية، وهو ما دفعنا إلى التساؤل حول كيفية اسهام الفصامي الناتج عن ادمان المخدرات في ظهور الافكار الانتحارية . كما أن التفاعل مع هذه الفئة جعلنا ندرك مدى معاناتهم النفسية، مما زاد من رغبتنا في البحث عن طرق للتخفيف منها وفهم طبيعة الصعوبات التي تواجههم.

وبناءً على هذه الدوافع، وجدنا أن هذا الموضوع يستحق الدراسة، ليس فقط من أجل إثراء المعرفة الأكاديمية، ولكن أيضًا للإسهام في تطوير فهم أعمق لهذه الفئة من المرضى، مما قد يساعد المختصين النفسيين في تقديم رعاية أكثر فاعلية لهم.

6- المفاهيم الإجرائية لدراسة:

1- الفصامي الناتج عن ادمان المخدرات :

هو اضطراب نفسي حاد يظهر على شكل أعراض فصامية كالهلاوس، والأوهام، واضطراب التفكير، نتيجة التعاطي المزمن أو المكثف للمواد المخدرة. يتميز بصعوبة التمييز بين الفصام الأساسي والأعراض الناتجة عن تأثير المواد، وغالبًا ما يتفاقم مع وجود استعداد نفسي أو وراثي لدى الفرد

2- الأفكار الانتحارية:

هي أفكار أو مشاعر متكررة عند الفرد تتعلق بالرغبة في الموت أو إيذاء النفس، وتظهر على شكل أمنيات بالموت، تخيلات حول الانتحار، أو تخطيط فعلي لإنهاء الحياة، وتُستدل عليها من خلال المقابلة العيادية وتحليل خطاب المريض.

3- الإدمان على المخدرات:

هو حالة من الاعتماد النفسي والجسدي على مواد مخدرة، يؤدي إلى تغييرات في السلوك والإدراك والمزاج، ويظهر من خلال الحاجة القهرية لاستهلاك المادة وعدم القدرة على التوقف رغم الأضرار، ويثبت من خلال الملف الطبي وشهادة الطاقم العلاجي.

4- المخدرات:

هي مواد كيميائية طبيعية أو صناعية تؤثر على الجهاز العصبي المركزي، وتسبب تغييرات في الوظائف النفسية والإدراكية، ويؤدي استخدامها المتكرر إلى الإدمان، مثل القنب، الكوكايين، المهلوسات.

فصل الثاني: الفصام

- ✓ تمهيد
- ✓ تعريف الفصام
- ✓ لمحة تاريخية لتسمية مرض الفصام
- ✓ مدى انتشار الفصام
- ✓ اعراض الفصام
- ✓ مراحل تطور الفصام
- ✓ أنواع الفصام
- ✓ النظريات المفسرة للفصام و العوامل المساهمة في نشأته
- ✓ تعريف الفصام الناتج عن ادمان المخدرات
- ✓ خلاصة الفصل

تمهيد:

يستدعي مرض الفصام اهتمامًا خاصًا من الناس والأطباء والباحثين والعلماء، لكونه أحد الاضطرابات النفسية واسعة الانتشار في مختلف المجتمعات، كما أنه يختلف عن باقي الأمراض العصبية بكونه غير محسوس بالنسبة للعامة (سرحان 2010 ص9). وتشير الإحصاءات الغربية إلى أن حوالي 50% من

الراقدين في المستشفيات العقلية هم من المصابين بالفصام.

ونظرًا لاختلالاته الشديدة في الفكر والسلوك والإدراك، فقد وصفه الكثيرون بالجنون، مما يوحي وكأننا أمام اضطراب واحد، في حين أن الفصام في الواقع عبارة عن مجموعة من الاضطرابات التي تتباين بشكل واسع من حيث الأعراض والعوامل المسببة لها (حسين ، 2017 ص 223).

وانطلاقًا من هذا التباين، يتناول هذا الفصل مفهوم الفصام من خلال التعرض لتاريخه، وانتشاره، وأبرز أنواعه، ثم التطرق إلى العوامل التي تساهم في ظهوره. وسنركز بشكل خاص على الفصام الناتج عن إدمان المخدرات، نظرًا لخصوصية هذا النوع وارتباطه المتزايد بالتحويلات النفسية الخطيرة لدى فئة الشباب.

1-تعريف الفصام:

1-1 المعنى اللغوي:

إن مصطلح شيزوفرينيا من أصل يوناني وهي كلمة أطلقها يوجين بلولر وتعني شيزو skhizen تمزق، تفرقة، انفصال وphrenos;تعني العقل، أي أن المعنى الحرفي إنقسام العقل، جاء هذا المصطلح بديلاً عن مصطلح الخرف المبكر الذي جاء به كريبلن في نهاية القرن التاسع عشر. (كمال، 2018ص21)

2-1 إصطلاحاً:

تناوعت تعريفات الفصام لكونه اضطراب معقد تتداخل فيه العديد من العوامل نذكر:

3-1 تعريف بلولر (1911):

يعرف بلولر الفصام ب إنها حالات تتصف بتغيير محدد في الفكر والعاطفة وبالعلاقة مع العالم المحيط، وهو تغيير لا يظهر في أي حالة أخرى لقد أكد على أهمية الترابط الفكري وعلى انسحاب المريض من الواقع بحيص وجد مبررا لإعطاء الحالة المرضية هذه مصطلح الشيزوفرينيا. ويعني هذا المصطلح إنقسام أو تجزئة العقل إلى مكوناته الأساسية ألا وهي الفكر، العاطفة والسلوك (بلولر 2018 ص23)

سمي الخرف المبكر فصاماً لأن الانفصال في الوظائف النفسية هو أحد خصائصه الأهم (دوبي 2002ص1)

4-1 تعريف لويس:

أكد تعريفه على ناحيتين أساسيتين وهما:

أولاً، تكسر في المقومات المكونة للعقل وهي الفكر، العاطفة والسلوك.

ثانياً، فقدان التوازن في العمليات النفسية الداخلية. يعد هذا التعريف أقرب لتعريف بلولر (كمال، 2018ص24)

5-1 تعريف الفصام وفقاً لإميل كريبلين:

الفصام هو مرض ذهاني وظيفي يتميز بمجموعة من الأمراض النفسية والعقلية التي تؤدي إن لم تعالج في بدايتها إلى اضطرابات أو تدهور واضح في الشخصية والسلوك في جوانبه المختلفة، أي أن هذا الاضطراب يحمل الجانب العقلي والوجداني من شخصية المريض ويبدو في سلوكه في شكل تدهور واضح.

ويعتبر إميل كريبلين Emile Kraepelin أول طبيب نفسي وصف الفصام، وسمّاه "العتة المبكر Dementia Praecox"، فقد وضع كريبلين موقفه الضخم عام 1896، وكان يعتقد أن الفصام متى أصاب شخصاً أدى به إلى تدهور متزايد مستمر دون أدنى احتمال للشفاء أو التحسن. ولحسن الحظ، لم يعد هذا الاعتقاد صحيحاً، والواقع أن واحداً من بين كل ثلاثة فصامين يشفى شفاءً، وأكثر من الثالث يتحسن بدرجة تكفي لأن يحيا حياة عادية (مجدي ، 2000 ص 200)

وقد جمع كريبلين بين ثلاث حالات كانت تعتبر منفصلة سابقاً:

- الهيفرينيا: تتميز بسلوك غير منظم وغير لائق.
- الكاتاتونيا: تميز الشخص بين السلبية المطلقة والجمود أو النشاط الزائد والغير منظم.
- الخرف البارانويدي: يهيمن عليه الهذيان بجنون العظمة والعظمة الشخصية. (دبوي 2002ص1)

معايير كريبلين لتشخيص مرض الخرف المبكر:

- اضطراب الإنتباه والقدرة على الفهم
- الهلاوس خاصة السمعية
- سماع المريض لأفكاره
- شعور المريض بوجود قوى خارجية تسيطر عليه
- اختلال محتوى التفكير
- رصد العديد من السلوكيات المرضية مثل انخفاض الدافعية، المحاكاة، التهيج الكاتاتوني، النمطية (<https://faculty.ksu.edu.sa>)

6-1 في الطب النفسي:

الفصام هو حالة عقلية غير سوية تصيب الكائنات البشرية وحدها، وتغير تغييراً عميقاً من أنماط تفكيرهم، شعورهم وسلوكهم تجاه العالم بحيث تختلط لديهم الحقيقة بالوهم وتؤدي إلى تبني أساليب حياتية لا تتسق مع الواقع (شويخ، 2017ص 172)

7-1 تعريف منظمة الصحة العالمية:

يؤثر الفصام على حوالي 24 مليون شخص - واحد من كل 300 - في جميع أنحاء العالم، الأشخاص الذين يعانون منه لديهم متوسط عمر متوقع أقل من 10 إلى 20 عاماً من عامة السكان، يتميز الفصام بتشويه كبير للإدراك والتغيرات في السلوك. تشمل الأعراض الأوهام المتكررة أو الهلوسة أو التفكير غير المنظم أو السلوك غير المنظم للغاية أو التحريض الشديد. قد يعاني الأشخاص المصابون بالفصام من صعوبات معرفية مستمرة. ومع ذلك، هناك خيارات علاج فعالة، مثل علاجات المخدرات والتثقيف النفسي والتدخلات المنزلية وإعادة التأهيل النفسي الاجتماعي (Who.int10/02/2025)

ويمكن إيجاز تعريف هذا المرض كما يلي:

الفصام هو اضطراب عقلي معقد يتميز بمجموعة من الأعراض التي تؤثر على التفكير، الإدراك، والانفعال، مما يؤدي إلى فقدان الترابط بين جوانب الشخصية المختلفة. من أبرز مظاهره الانفصال عن الواقع، الهلوسات، الأوهام، واضطراب المشاعر والسلوك. كما يمكن أن يتفاقم مع مرور الوقت، مما يؤثر على الأداء الاجتماعي والوظيفي للفرد، لكنه قد يتحسن مع العلاج المناسب.

2- لمحة تاريخية لتسمية مرض الفصام:

يُعد مرض الفصام من الاضطرابات النفسية التي طالما حيرت الإنسان منذ أقدم العصور، حيث ظهرت تفسيرات متعددة لأعراضه عبر مختلف الحضارات. ففي العصور القديمة، غالباً ما فسرت أعراضه بأنها ناجمة عن قوى غير مرئية أو عوامل روحية، وهو ما انعكس في التسميات التي أُطلقت عليه. ففي الحضارة اليونانية القديمة، ظهرت إشارات لحالات مشابهة لما يُعرف اليوم بالفصام، أما في الثقافة العربية، فقد استُخدم مصطلح "مسودن" في وصف الشخص الذي يعاني من اضطرابات عقلية.

الاهتمام العلمي بالفصام بدأ بشكل واضح في النصف الثاني من القرن التاسع عشر، حيث كان الطبيب الفرنسي موريل (Morel) أول من أشار إلى ما اعتبره حالة مرضية مستقلة في عام 1856، عندما لاحظ تدهورًا سريعًا في القدرات المعرفية والسلوكية لمراهق في سن الرابعة عشرة، فاقترح لها مصطلح "الخرف المبكر" (Dementia Praecox)، مشيرًا إلى بدايتها المبكرة ونهايتها بتدهور ذهني شديد.

وفي عام 1870، قدّم الطبيب هيكر (Hecker) وصفًا لحالة مشابهة ظهرت في مرحلة المراهقة وأسماها "هيبفرينيا" (Hebephrenia)، في إشارة إلى تفكك الشخصية وبداية أعراض مرضية حادة في مرحلة الشباب. تعود التسمية إلى الكلمة اليونانية "هيببي" وتعني الشباب، و"فريني" التي تعني العقل.

لاحقًا، وتحديدًا بين عامي 1863 و1878، ساهم الطبيب كالبوم (Kahlbaum) في تطوير التصنيفات النفسية، من خلال طرحه لمصطلحات جديدة مثل "الخرف الزوري" (Dementia Paranoides)، و"البارانويا" التي تُشير إلى أوهام ممنهجة، وكذلك "الكاتاتونيا" (Catatonia) التي تصف حالة من الجمود والانغلاق الجسدي والنفسي.

وفي عام 1896، قام الطبيب الألماني كريبلين (Kraepelin) بجمع هذه الأعراض المتفرقة ضمن إطارين رئيسيين: الأول يتعلق بالاضطرابات المزاجية وسماه "الهوس الاكتئابي"، والثاني احتفظ له بتسمية "الخرف المبكر"، معتبرًا إياه اضطرابًا يبدأ في سن مبكرة وينتهي بتدهور عقلي دائم. وقد هيمن هذا التصنيف لفترة طويلة من الزمن.

أما التحول المفاهيمي الأبرز فقد جاء مع الطبيب السويسري بلولر (Bleuler)، الذي لاحظ أن هذا الاضطراب لا يقتصر فقط على مرحلة البلوغ، بل يمكن أن يظهر في فترة تمتد من سن الخامسة عشرة حتى الخامسة والأربعين. كما أشار إلى أن الفصام ليس بالضرورة أن يكون دائمًا أو يؤدي إلى تدهور عقلي نهائي، إذ قد تعرف بعض الحالات تحسنًا أو شفاءً جزئيًا. ولذلك، اقترح مصطلح "الفصام"

(Schizophrenia)، واستخدمه بصيغة الجمع "الفصامات" (Schizophrenias) ليعبر عن تنوع أشكال المرض واختلاف أنماطه السريرية ودرجات تطوره.

وبالرغم من مرور عقود طويلة على هذه التسمية، ما يزال مصطلح "الفصام" حاضرًا بقوة في الأدبيات الطبية والنفسية، مع استمرار الجهود لفهمه وتطوير طرائق تشخيصه وعلاجه. (سرحان ، 2010 ص9)

3- مدى إنتشار الفصام:

يُعد اضطراب الفصام من الأمراض المنتشرة بشكل ملحوظ في مختلف أنحاء العالم، حيث يتم تسجيل ما بين حالتين إلى أربعين حالة لكل عشرة آلاف شخص سنويًا. وقد أظهرت الدراسات أن هناك احتمالية بنسبة تقارب 1% أن يصاب أي فرد بهذا الاضطراب خلال حياته. في دراسة واسعة النطاق أجرتها منظمة الصحة العالمية شملت عشر دول ذات مستويات اقتصادية وتنموية متباينة، وُجد أن معدلات الإصابة شهدت تراجعًا طفيفًا. هذه المعطيات تشير إلى أن الفصام ليس مرضًا حديث الظهور، بل هو اضطراب مستمر عرفته البشرية على مر العصور، ويزداد الاهتمام به بشكل أكبر في القرن العشرين. (سرحان ، 2010، ص. 12)

تشير بعض الدراسات إلى أن الفصام نسبة انتشاره تكون أكبر بين الذكور عكس النساء وذلك بسبب أعباء العمل ومختلف الضغوط النفسية والاجتماعية التي يمر بها الرجل ويمكن أن يكون هذا من العوامل المساهمة في نشأة الفصام. وكذلك أشارت الدراسات أن نسبة الإصابة بهذا المرض تكون أعلى عند الرجال قبل سن الثلاثين عكس النساء بحيث تكون أو تعلق نسبة الإصابة بعد سن الثلاثين ولذلك غالبًا ما نرى أن علاج أعراض الفصام عند الرجال يكون أبكر من النساء.

تشير البيانات إلى أن غالبية الحالات، بما يقارب 70%، تحدث بين الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و40 عامًا، وغالبًا ما يسجل أعلى معدل لظهورها في أواخر العقد الثالث من العمر. (عكاشة 2003، ص. 306)

من الناحية الاجتماعية، تُظهر الأبحاث وجود علاقة متبادلة بين الفصام والفقر، حيث تبين أن الضغوط النفسية والاجتماعية التي يعاني منها الأفراد المنتمون إلى الطبقات الفقيرة أو المتدنية قد تسهم بشكل كبير في زيادة خطر الإصابة بهذا المرض. وفي المقابل، يُمكن للفصام أن يؤدي إلى تدهور الحالة الاقتصادية والاجتماعية للمصاب، مما يعزز من فقره ويزيد من تهميشه داخل المجتمع. ولا يعني ذلك أن الإصابة تقتصر على سكان الريف، بل على العكس، تُسجل المدن –

وخاصة المناطق الحضرية الفقيرة منها – نسباً أعلى من حالات الفصام، مما يشير إلى أن البيئة الاجتماعية والاقتصادية الصعبة في هذه المناطق قد تكون من العوامل الرئيسية في تطور المرض. أكدت العديد من الأبحاث العلمية وجود علاقة وثيقة بين ارتفاع معدلات الإصابة بالفصام وظاهرة الهجرة، حيث تُعد الضغوط النفسية والاجتماعية المرتبطة بالانتقال والاندماج في بيئات جديدة من العوامل التي قد تسهم في ظهور هذا الاضطراب. وقد فسّرت بعض الدراسات هذا الارتفاع بكون بعض المهاجرين كانوا يعانون بالفعل من أعراض الفصام قبل هجرتهم، بينما أشارت دراسات أخرى إلى أن الصعوبة في التكيف مع البيئة الجديدة تلعب دوراً كبيراً في تفاقم الأعراض أو في تحفيز ظهور المرض لدى من لديهم استعداد مسبق. (سرحان 2010 ص13)

من المثير للاهتمام أن الفصام، مثل العديد من الاضطرابات الذهانية الحادة، يظهر بشكل موسمي، حيث تزداد حالات الإصابة بشكل ملحوظ في فصلي الربيع والصيف. ورغم صعوبة تحديد الأسباب الدقيقة وراء هذا التوقيت، فإن بعض الدراسات تشير إلى أن التغيرات المناخية قد تؤثر على الأشخاص المهيئين للإصابة، مما يزيد من احتمالية ظهور الأعراض أو تعرضهم لانتكاسات. وتُظهر بعض الأبحاث أيضاً أن الأشخاص المولودين في فصل الشتاء يكونون أكثر عرضة للإصابة بالفصام، كما أن الحالات تظهر بشكل ملحوظ بين أصغر الأبناء

في الأسر الكبيرة. (عكاشة ، 2003 ص. 306) وعلى سيرة ذكر الأبناء فإن إصابتهم بالفصام أشارت بعض الأبحاث أن الإصابة تزداد إذا كان أحد الوالدين يعاني من الفصام بنسبة تتراوح ما بين 12% و16%، وإذا كان كلا الوالدين يعاني من الفصام فاحتمال الإصابة يصل إلى نسبة تتراوح ما بين 39% و68%. (صبر، 2014 ص 188)

من جانب آخر، وهو جانب مهم في سياق التوعية، أكدت عدة دراسات أن الأشخاص غير المتزوجين يكونون أكثر عرضة للإصابة بالفصام، إذ أنهم غالباً ما يميلون إلى الانسحاب الاجتماعي، مما يقلل من فرص اندماجهم في المجتمع ويصعب عليهم تكوين علاقات أسرية مستقرة.

وغالباً ما يكون لدى هؤلاء الأفراد استعداد وراثي للإصابة بالمرض، الأمر الذي يجعلهم أكثر هشاشة أمام العوامل النفسية والاجتماعية التي قد تسهم في ظهور الفصام. (عكاشة، 2003 ص 306)

ونستخلص مما سبق أن الفصام مرض واسع الانتشار، ويظهر بنسب أعلى بين الرجال قبل سن الثلاثين، بينما يزداد بين النساء بعد ذلك، كما يرتبط بعوامل اجتماعية واقتصادية مثل الفقر والهجرة. تلعب العوامل الوراثية دورًا مهمًا في احتمالية الإصابة، إضافة إلى تأثير التغيرات الموسمية والبيئية في تحفيز ظهور المرض أو حدوث الانتكاسات.

4- مظاهر الفصام:

الفصام، شأنه شأن الاضطرابات الذهانية الأخرى، يتميز بمجموعة من الأعراض التي تختلف في طبيعتها من شخص لآخر، سواء من حيث شدتها أو تأثيرها على الحياة اليومية.

تنقسم هذه الأعراض إلى نوعين رئيسيين:

1. الأعراض الإيجابية ("الإنتاجية"):

• تشمل الأوهام، والهلوسة، واضطرابات التفكير، والسلوكيات غير المفهومة

2. الأعراض السلبية ("النقصية"):

• تتجلى في الانسحاب الاجتماعي، ونقص الحافز، وخلل التواصل

الأعراض الإيجابية

• الأوهام: أفكار أو معتقدات خاطئة وثابتة يتمسك بها الشخص بشدة، رغم أنها لا تستند إلى واقع حقيقي أو منطق سليم، ورغم وجود أدلة واضحة تُثبت عدم صحتها.

• الهلوسة: إدراكات حسية وهمية، أي أن الشخص يشعر أو يسمع أو يرى أشياء غير موجودة في الواقع الخارجي، ولكنها تبدو له حقيقية تمامًا.

• اضطرابات التفكير: وتعني أن الشخص لا يستطيع التفكير بشكل واضح أو منظم، مما يؤثر على قدرته في التواصل، اتخاذ القرارات، وفهم الواقع. وهي من الأعراض الجوهرية للفصام.

الأعراض السلبية

• الانسحاب الاجتماعي: تجنب العلاقات الاجتماعية أو الأنشطة التي تتطلب التواصل مع المحيطين به. وذلك إثر صعوبة التواصل مع الآخرين.

• نقص الحافز: فقدان الاهتمام بالأنشطة اليومية والعزوف عن التفاعل مع البيئة المحيطة.

• الخلل العاطفي والحركي : ويُقصد به اضطراب في التعبير أو الإحساس بالمشاعر، وتدهور في السلوك الحركي . (دبوي كورين 2002ص2)

لا يعني هذا أن الإيجابية تحمل طابعًا جيدًا، بل إنها تشير إلى سمات ظاهرة في شخصية المريض مثل الهلوسات، الضلالات، وحديثه المشوش. أما الأعراض السلبية، فتتمثل في تلك غير الملحوظة لدى المريض، كغياب العاطفة، ضعف التفاعل، واضطراب تنظيم الأفكار، مما يجعلها غير مرتبطة بوضوح بالسياق الطبيعي.

ويوجد تصنيف آخر لأعراض الفصام سيتم عرضها كما يلي:

1. اضطرابات التفكير:

من أبرز سمات اضطرابات التفكير ما يُعرف بالتوهم (Delusions)، وهو اعتقاد خاطئ راسخ لا يمكن تغييره أو تصحيحه بالحجج المنطقية، ولا يستند إلى الواقع أو الخبرة، كما أنه لا يتوافق مع الخلفية الثقافية أو التعليمية للشخص. ويستمر هذا الاعتقاد رغم كل الأدلة التي تعارضه، مما يجعله من العلامات المميزة للفصام.

➤ توهم الاضطهاد (Persecutory Delusions)

يتوهم المريض بأن هناك من يحاول إيذائه أو أن شخصًا ما يلاحقه، كما يعتقد أن الجميع يكرهونه، بما في ذلك أصدقائه وأفراد أسرته. وغالبًا ما تؤدي هذه الأوهام إلى سلوك عدواني، قد يترتب عليه إيذاء الآخرين ممن يظن أنهم يشكلون تهديدًا له.

➤ توهم الإشارة للذات (Delusions of reference)

يشعر المريض في هذه الحالة أن جميع الأحداث من حوله موجهة إليه شخصيًا، حيث يعتقد أن حديث الناس، أو برامج التلفاز، أو حتى الإعلانات في الشارع تحمل رسائل خفية موجهة له بشكل خاص. وقد يمتد هذا الشعور ليشمل الأحداث

العالمية الكبرى، معتقدًا أن لها علاقة مباشرة به. وغالبًا ما يتقاطع هذا النوع من التوهم مع توهم العظمة، حيث يرى المريض نفسه محورًا للأحداث أو شخصية مهمة تستهدفها قوى معينة.

➤ التوهم الديني (Religious Delusion)

يكون لدى المريض معتقدات دينية غير منطقية، حيث يعتقد أنه يحمل رسائل سماوية أو أنه المهدي المنتظر. وغالبًا ما تتمحور هذه الأوهام حول النبوة أو الألوهية، فيرى نفسه نبيًا مرسلاً أو ذا صفة إلهية، رغم أن هذه المعتقدات لا تستند إلى الواقع، ويؤمن بناء على هذه الأفكار الخاطئة بما يوافق في مشاكل مع الناس والقانون.

➤ توهم العظمة (Grandiose delusion)

يتوهم المريض أنه يمتلك قدرات خارقة ويتمتع بعبقرية تميّزه عن الآخرين، فقد يعتقد مثلاً أنه شخصية تاريخية عظيمة، أو ملك، أو وزير، ويرى أن لديه معجزات تؤهله للنبوة. تكون هذه المعتقدات غير واقعية ولا تستند إلى أي دليل، ومع ذلك يتمسك بها بقناعة تامة.

➤ التوهم الجسمي (Physical delusion)

يتوهم المريض أنه ميت، أو أنه يعاني من مشكلة صحية خطيرة، أو أن جزءًا من جسده قد تلف أو لم يعد يعمل. وفي بعض الحالات، يعتقد المريض أن هناك من يمارس معه الجنس دون إرادته، رغم عدم وجود أي دليل على ذلك. وغالبًا ما تكون هذه التوهيمات مصحوبة بهلاوس حسية، مثل الإحساس بلمسات أو حركات جسدية وهمية، مما يعزز قناعته بوجود ما يتوهمه.

➤ توهم العدم (Nihilistic delusion)

يعتقد المريض أن جسده أو جزءًا منه غير موجود، وقد يظن في بعض الحالات أن العالم قد انتهى أو أنه ميت بالفعل. وغالبًا ما يكون هذا النوع من التوهم شائعًا في حالات الاكتئاب الذهاني الشديد.

➤ توهم السيطرة (Delusion Of Control)

يعتقد المريض أن هناك قوة خارجية (مثل أشخاص، أرواح، أو أجهزة) تسيطر عليه وتتحكم في أفكاره أو أفعاله، بحيث يشعر بأنه خاضع تمامًا لأوامر تلك القوة. ويفسر كل ما يقوم به من تصرفات على أنها ليست نابعة منه، بل نتيجة لتحكم خارجي يُمارس عليه. (سرحان 2010ص14 / 15)

2. اضطرابات الإدراك :

يُعد الإدراك عملية عقلية تتبع الاستثارة الحسية، حيث تمر المعلومات عبر الحواس الخمس. فعلى سبيل المثال، يتطلب السمع والبصر استقبال الصوت أو الصورة ونقلها إلى الدماغ من أجل إدراكها وفهمها، ومن ثم التعرف عليها.

ومن أبرز اضطرابات الإدراك نذكر الهلوسات. وهي كالتالي:

• الهلوسة السمعية :

تُعد الهلوسة السمعية من الأعراض الأكثر شيوعًا لدى مرضى الفصام، حيث يسمع المريض أصواتًا لا وجود لها في الواقع، غالبًا ما تكون ذات طابع تهديدي. كما قد يتوهم المريض أنه يُصدر أوامر لأشخاص غير موجودين، أو على العكس، يتلقى منهم أوامر. وفي بعض الحالات، تتخذ هذه الأصوات شكل تعليقات مستمرة على تصرفاته، أو تكرارًا لأفكاره بصوت مسموع، وهي حالة تُعرف بـ صدى الأفكار (Thought Echo)

• الهلوسة البصرية :

في هذا النوع، يرى المريض صورًا بسيطة مثل الأضواء أو الومضات، وأحيانًا يرى أشخاصًا غير موجودين في الواقع، أو مخلوقات غريبة. وتُعد هذه الهلوسة نادرة في الفصام، فإذا ظهرت بشكل متكرر أو ملحوظ، فقد تشير شك الطبيب في وجود تشخيص آخر، وخاصة الذهان العضوي

• الهلوس الحسية:

في هذا النوع، يشعر المريض بمحفزات جسدية لا وجود لها في الواقع. فعلى سبيل المثال، قد يتوهم بوجود حشرات تزحف تحت جلده، أو يشعر بوجود مؤثرات

غريبة في أعضائه التناسلية، وقد تصل هذه الإحساسات إلى حد الشعور بجماع كامل، رغم غياب أي مثير خارجي فعلي.

• الهلاوس الشمية :

في هذا النوع من الهلاوس، يشعر المريض بروائح غريبة أو كريهة، وغالبًا ما تكون هذه الإحساسات غير حقيقية. وقد تتمثل هذه الروائح في رائحة البخور، أو رائحة الموتى، أو روائح أخرى مزعجة وغير مألوفة.

وتُعد هذه الهلاوس غير شائعة في الفصام، لكنها أكثر شيوعًا في حالات مثل الصرع الفص الصدغي وبعض الأورام الدماغية.

• الهلاوس الذوقية :

في هذا النوع من الهلاوس، يشعر المريض بطعم غير طبيعي عند تناوله للطعام أو شربه للماء، وغالبًا ما يعتقد أن هذا الطعم ناتج عن وجود الزرنيخ أو مادة سامة أُضيفت إلى طعامه. وقد يدفعه هذا التوهم إلى الامتناع عن الأكل أو الشرب، خوفًا من التعرض للتسمم.

3. اضطرابات المزاج:

من السمات البارزة في الفصام وجود اضطرابات في التعبير العاطفي، حيث يُلاحظ انخفاض واضح في إظهار المشاعر، مع عدم انسجام المزاج أو الانفعال مع الموقف. كما قد يعاني المريض من فقدان القدرة على الاستمتاع بالأشياء التي كانت تُعدّ ممتعة سابقًا، وقد يتطور الأمر إلى الشعور بالاكئاب في بعض الحالات. (سرحان 2010 ص 16/18)

5- مراحل تطور مرض الفصام :

➤ المرحلة الأولى:

يبدأ المرض تدريجيًا، وتظهر على الشخص تغييرات غامضة في طريقة تواصله مع الآخرين، وقد يبدأ بالانسحاب الاجتماعي أو فقدان الاهتمام بالأشخاص أو الأنشطة التي كان يستمتع بها سابقًا. وتعد هذه المرحلة مقدمة لفقدان الانخراط في الحياة اليومية.

➤ المرحلة الثانية:

يبدأ المرض تدريجيًا، وتظهر على الشخص تغييرات غامضة في طريقة تواصله مع الآخرين، وقد يبدأ بالانسحاب الاجتماعي أو فقدان الاهتمام بالأشخاص أو الأنشطة التي كان يستمتع بها سابقًا. وتعد هذه المرحلة مقدمة لفقدان الانخراط في الحياة اليومية.

➤ المرحلة الثالثة:

تتمثل في تغييرات مفاجئة في السلوك والانفعالات، ويظهر على المريض اضطراب واضح في التفكير، مع أفكار غريبة أو معتقدات غير منطقية، مثل الاعتقاد بأن هناك من يراقبه أو يتآمر ضده، وقد يستخدم كلمات غريبة لا معنى لها أو غير مترابطة.

➤ المرحلة الرابعة:

يبدأ شكل المرض في اتخاذ طابع مستمر أو مزمن، مع تكرار الأعراض بشكل دوري. في هذه المرحلة، قد يتطور المرض إلى نوع من الفصام المزمن الذي يتطلب علاجًا طويل الأمد، وتصبح الأعراض أكثر ثباتًا وتؤثر بعمق على حياة المريض اليومية.

➤ المرحلة الخامسة:

يظهر المرض بشكل اضطرابات واضحة في التفاعل الاجتماعي والسلوك، ويظهر المريض عدم اكتراث بمظهره، أو بنظافته الشخصية، أو بالالتزامات الاجتماعية والمهنية. وقد يعاني من خمول جسدي أو ذهني، أو العكس تمامًا فيظهر نشاط زائد وعدوانية.

➤ المرحلة السادسة:

تتسم هذه المرحلة بتغييرات عميقة في بنية الشخصية نفسها، فيصبح المريض شخصًا مختلفًا تمامًا، وتظهر عليه أعراض مثل العزلة التامة، الانفصال عن الواقع، والجمود العاطفي، مما يصعب عليه التعبير عن مشاعره أو التواصل مع الآخرين.

✓ المرحلة السابعة:

يعاني المريض من انغلاق فكري كامل، ويعيش في عالم خاص به، يتحدث مع نفسه أو يتفاعل مع خيالات داخلية. في هذه الحالة، يفقد القدرة على التمييز بين الواقع والخيال، وتصبح استجاباته غير مفهومة، ما يدل على تفكك في التفكير والشخصية. (كمال 2018 ص 193)

تشكل مظاهر الفصام مجموعة من الأعراض المتنوعة التي تؤثر على الإدراك والتفكير والسلوك والعاطفة، مما يجعل التكيف مع الحياة اليومية صعبًا بالنسبة للمصابين به. وبينما تساعد دراسة هذه الأعراض في فهم طبيعة المرض، فإن تصنيفات الدلائل التشخيصية، مثل DSM-5، تقدم إطارًا أكثر دقة لتحديد معايير التشخيص والتعامل مع هذا الاضطراب. سيتم في العنصر التالي تناول مظاهر الفصام وفقًا لما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5)

معايير تشخيص الفصام حسب Dsm-5:

A. تواجد اثنين (أو أكثر) مما يلي، على أن يوجد كل منهما لفترة مستمرة من الزمن خلال فترة شهر واحد على الأقل (إذا عُولجت بنجاح). واحد منها على الأقل يجب أن يكون: 1, 2, أو 3

1. أوهام

2. هلوسات

3. كلام غير منظم (مثل الإنحراف المتكرر أو التفكك)

4. سلوك غير منظم أو كاتاتوني بشكل صارخ

5. أعراض سلبية (مثل تناقص التعبير العاطفي أو فقد الإرادة)

B. خلال فترة صغيرة من الوقت، ومنذ بداية الاضطراب، فإن مجالًا أو أكثر من مجالات الأداء الوظيفي الأساسية كالعلاقات الشخصية أو الرعاية الذاتية هي بصورة جلية دون المستوى المحقق قبل النوبة (أو الانخفاض في المستوى المنتظر في العلاقات الشخصية أو الإنجاز الأكاديمي أو المهني عندما تكون البداية في الطفولة أو المراهقة)

C. تدوم علامات الاضطراب المستمرة ستة أشهر على الأقل. وينبغي أن تتضمن فترة الستة أشهر هذه شهرًا من الأعراض (أو أقل إذا عولجت بنجاح) والتي تحقق المعيار A (أي أعراض الطور - النشط)، وقد تتضمن فترات من الأعراض البادرية أو المتبقية. قد تشمل الاضطراب أثناء هذه الفترات البادرية أو المتبقية، أعراضًا سلبية فقط، أو اثنين أو أكثر من الأعراض المدرجة في المعيار A التي تكون موجودة بشكل مخفف (مثال، اعتقاد امستمرة، تجارب إدراكية غير مألوفة)

D- الفصام الوجداني، والاضطراب الاكتئابي أو ثنائي القطب مع المظاهر الذهانية قد تم استبعادها، وذلك بسبب:

1. لم تحدث النوب للاكتئاب الجسيم أو لنوبات القطب بشكل متزامن خلال الطور النشط للأعراض.

2. إذا حدثت نوب مزاجية خلال الطور النشط للأعراض فقد كان حضورها لفترة قصيرة من الفترة الكلية للطور النشط و المتبقي من الأمراض.

E- لا يرجع المرض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار أو دواء) أو عن حالة طبية عامة.

F- إذا كان هناك تاريخ سابق للاضطراب التوحدي أو اضطراب التواصل ذو البدء الطفولي، فإن التشخيص الإضافي بالفصام لا يتم إلا إذا كانت الأوهام أو الهلوسات بارزة وتستوفي بقية الأعراض الأخرى المطلوبة للفصام، وتستمر لمدة شهر واحد على الأقل (إذا عُولجت بنجاح).

(حمادي أنور ، 2016، ص45)

6- أنواع الفصام:

تنقسم أنواع الفصام إلى عدة أشكال وفقًا للأعراض التي تظهر على المريض. فهناك نوع تغلب عليه الهلوس والضلالات والاضطهاد، وآخر يتميز بعدم التنظيم في التفكير والسلوك، بالإضافة إلى أنواع أخرى تتعلق بالجمود الحركي أو التقلبات الانفعالية الحادة.

سنستعرض فيما يلي أنواع الفصام بشكل مفصل:

1-6 الفصام البارانويدي:

يُعد هذا النمط من الفصام من أكثر الأنماط ارتباطًا بالهذات، خصوصًا هذات العظمة والاضطهاد. حيث يعتقد المريض أن الآخرين ينسبون إليه صفات سلبية لا يقبلها في نفسه، وقد يُسقط عليهم تلك الصفات كوسيلة دفاعية. يبدأ الأمر بالارتياح والشك في نوايا الآخرين، ثم يتطور إلى اعتقاد راسخ بأنهم يتآمرون عليه أو يدبرون له مكيدة. وتُلاحظ في هذا النوع من الفصام سيطرة المعتقدات الضلالية بشكل أكبر مقارنة بالأنواع الأخرى، وقد تأخذ شكل ضلالات الاضطهاد، أو العظمة، أو توهم الإصابة بأمراض خطيرة.

وبمعنى آخر، يتميز هذا النوع من الفصام بسيطرة الأفكار الضلالية، حيث يعتقد المريض اعتقادات خاطئة وثابتة لا تتغير رغم غياب الأدلة، مثل شعوره بأنه مراقب أو مضطهد، أو أن له قدرات متميزة.

2-6 الفصام التخشبي:

يُعد الفصام التخشبي من أكثر الأنماط ميلًا للانطواء، كما يتميز المرضى فيه بالعناد، والعصيان، ومخالفة التعليمات. ومن أبرز سمات هذا النوع أن المريض يتخذ وضعيات جسدية متخشبة وثابتة، يبقى عليها لساعات طويلة دون أن يُظهر تعبًا أو انزعاجًا. وإذا حاول أحد التدخل لتغيير وضعيته، فقد يستجيب مؤقتًا، لكنه سرعان ما يعود إلى وضعيته السابقة.

3-6 الفصام الوجداني:

بالإضافة إلى الأعراض الفصامية، تُلاحظ تغييرات ملحوظة في الحالة الانفعالية أو المزاجية لدى المريض، وهي تغييرات قد تُصنّف ضمن اضطراب ذهاني مختلف يُعرف بـ "الاضطراب ثنائي القطب"، حيث يمرّ المريض بنوبات من الحزن العميق والاكتئاب، تتناوب مع فترات من النشاط المفرط والسعادة المبالغ فيها قد تصل إلى حد الهوس. ورغم إمكانية تحسّن الحالة أو اختفائها مؤقتًا، إلا أنها غالبًا ما تعاود الظهور من جديد.

4-6 الفصام البسيط:

يظهر في هذا النوع الخمول و البلادة ،كما نجد عدم الاهتمام و النشاط مع ضعف التواصل الاجتماعي، وبرودة في الإستجابات الإنفعالية. (أحمد 2002 ص 205 , 204)

5-6 الفصام المتبقي:

نوع من الفصام يعتبر مرحلة مزمنة من المرض. أي أن المريض قد مر سابقا بمرحلة نشطة من الفصام (حيث ظهرت أعراض واضحة مثل الهلوسة أو الأوهام)، ثم دخل مرحلة أقل حدة في وقت لاحق من حيث الأعراض الإيجابية (مثل الهلوسة)، ولكن ظلت الأعراض السلبية المزمنة.

تتمثل أعراضه في، بطء نفسي حركي، قلة النشاط، تبدل في الوجدان، سلبية و إفتقاد إلى المبادرة، فقر في كمية الكلام ، نقص الأداء الاجتماعي . (غانم 2014 ص 190)

النظريات المفسرة للفصام والعوامل المساهمة في نشأته:

7-النظريات المفسرة:

لقد سعى العديد من الباحثين في تفسير الفصام نظراً لتعقيده من خلال نظريات مختلفة ، تشمل المنظور النفسي، والاجتماعي، السلوكي والمعرفي وذلك لفهم العوامل التي تؤدي إلى ظهوره وتطوره. سنعرض الآن مجموعة من النظريات المفسرة للفصام.

1-7 نظرية التحليل النفسي:

يرى سيغموند فرويد أن مرض الفصام يعود إلى صراع داخلي في نفس الشخص، وتحديدًا بسبب مشاكل في تطور الغرائز الجنسية عند الطفل (وهو ما يسميه فرويد بـ "الليبيدو" أو الطاقة الجنسية). عندما يتعرض الطفل لصدمات أو إخفاقات في طفولته (مثل الإهمال أو العقاب)، فإنه لا يستطيع التعبير عن هذا الصراع بشكل سوي، فيقوم بسحبه إلى الداخل.

في هذه الحالة، يفشل الطفل في التكيف مع الواقع، ويبدأ في بناء عالمه الخاص المنفصل. يرى فرويد أن الفصام ليس إلا نتيجة لانسحاب الطاقة النفسية من العالم الخارجي إلى الداخل، وبهذا يكون المريض قد قطع صلته بالواقع. كما يربط فرويد

بين الفصام وبين الانكفاء على الذات وظهور أفكار غير منطقية وسلوكيات غريبة، تعود كلها إلى اضطرابات في النمو النفسي الجنسي.

ونجد كارل يونغ أيضا وهو تلميذ سابق لفرويد، خالفه في التفسير. فقد رأى أن الفصام يرتبط أكثر بالانفصال عن الواقع وليس فقط بالصراع الجنسي الداخلي كما قال فرويد. ويعتقد يونغ أن المريض الفصامي يعيش في عالم داخلي خيالي مليء بالرموز والأحلام، وهو يهرب إلى هذا العالم بسبب عجزه عن التكيف مع العالم الواقعي.

يقول يونغ إن الفصامي لا يستطيع مواجهة الواقع أو الضغوط الخارجية، فينسحب تدريجيًا إلى عالم من الخيال، مشكلاً بذلك نوعًا من "الكون الداخلي". وقد أشار إلى أن الفصام مرتبط باضطراب في الوظائف النفسية العليا، مثل التفكير والشعور والإدراك.. (كمال 2018 ص63)

7-2 النظرية السلوكية:

من المفسرين نجد بافلوف الذي يرى أن مرض الفصام هو عبارة عن انفعال وقائي لمراكز الدماغ الضعيفة، فهو يرى أن الفصامي فرد ينفعل و يتأثر بسرعة، عندها يتعرض لمثيرات قوية.

إنّ الفصاميين يستجيبون بحالة غضب شديدة عند إثارتهم بهذا المرض، وهذا يعني أن الفصام حالة من النهي الواقي للدماغ وذلك لحماية الخلايا الدماغية.

تفسر نظرية التعلم بأن الفصامي مريض يتصف بتأخير في الأداء و ذلك بسبب استجابات غير صحيحة و لا علاقة لها. (كمال 2018 ص65)

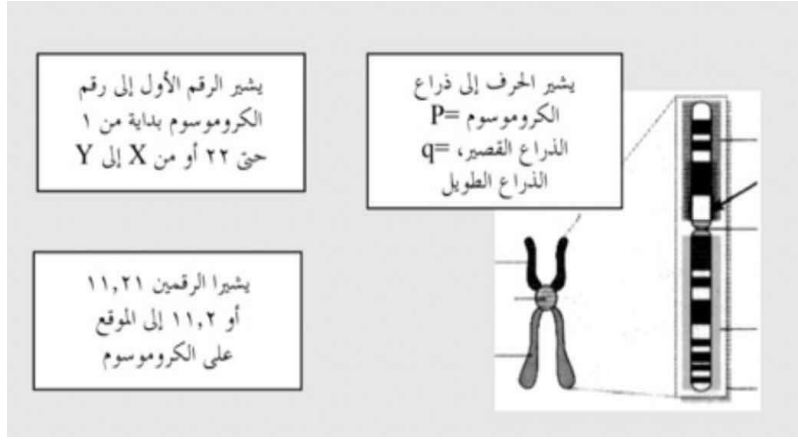
8- العوامل المساهمة في نشأة الفصام:

تضاعفت العوامل التي تساهم في تكوين الفصام، بما في ذلك العوامل الوراثية والبيئية والكيميائية العصبية، مما يجعله اضطرابا له أسباب متعددة ومتداخلة. لذلك، تهدف هذه الدراسة إلى إلقاء الضوء على النظريات المفسرة للفصام، وكذلك العوامل التي تساهم في ظهوره، في محاولة لفهم هذا الاضطراب المعقد بشكل أعمق.

8-1 العوامل الوراثية:

لقد تباينت نسب انتشار الفصام نظرًا لتعدد وتنوع الدراسات التي تناولت هذا الاضطراب، إذ أشار علي كمال في كتابه فصام العقل أو الشيزوفرينيا (2018) إلى وجود نتائج متباينة في هذا الشأن، إلا أن الفروقات بين هذه النتائج لم تكن شديدة أو متباعدة بشكل كبير. ومن بين هذه الدراسات، نجد دراسة كالمان (1950) التي أفادت بأن نسبة التوافق في الإصابة بالفصام بين التوائم المتماثلة الذين لا يعيشون في محيط واحد قد بلغت حوالي 88.1%، بينما بلغت 91.5% لدى الحالات التي لم تُفرق ولم تعش في بيئات منفصلة، ما يعزز فرضية وجود أساس وراثي قوي للمرض. (كمال 2018ص163)

وفي السياق نفسه، تؤكد دراسة أخرى حديثة (Tienari, Wynne, Moring, et al., 2000) هذه الفرضية، حيث تناولت أطفالاً تم تبنيهم وكانت أمهاتهم البيولوجيات مصابات بالفصام، وتبين أن هؤلاء الأطفال، حينما نشأوا في بيئات أسرية مضطربة، أظهروا معدلات مرتفعة من الاضطرابات الذهانية. أما من نشأ منهم في بيئات مستقرة، فقد كانت احتمالات إصابتهم أقل رغم وجود الاستعداد الوراثي. بينما لم يُظهر الأطفال من أمهات غير مصابات - حتى عند وجودهم في بيئات مضطربة - نسبةً مشابهة في الإصابة. (هناك شويخ استناداً إلى نتائج دراسات الربط الجيني الواسعة (GWAS)، وجد أن هناك مؤشرات وراثية مرتبطة بزيادة احتمال الإصابة بالفصام، حيث تهدف هذه الدراسات إلى تحديد تغييرات معينة في الجينوم، مثل أشكال متعددة من النيوكليوتيدات المفردة (SNPs) وتغير عدد النسخ (CNVs). أظهرت النتائج أن هذه التغييرات ليست عشوائية، ولكنها تتكرر بين المصابين، مما يشير إلى استعداد وراثي لهذا الاضطراب. تدعم هذه النتائج الفرضية القائلة بأن العوامل الوراثية تلعب دوراً مهماً في ظهور الفصام.



شكل 01: يمثل تركيز الجينات

تشير هذه المعطيات مجتمعة إلى أن الفصام اضطراب معقد يتداخل فيه العامل الوراثي بشكل كبير، غير أن البيئة تمثل محفزاً مهماً قد يُسرّع أو يُخفف من ظهور الأعراض، مما يعزز النظرة التفسيرية التفاعلية التي تربط بين الاستعداد الجيني والتأثير البيئي. (شويخ ، 2017ص 519)

2-8 العوامل البيولوجية:

هناك عدة عوامل بيولوجية يمكن الإشارة إلى بعضها :

النور أدرينالين:

أشارت الأبحاث أن زيادة نشاط ناقل النور أدرينالين في الفصام يؤدي إلى زيادة حساسية الجهاز العصبي للمحفزات الحسية المستقبلية من البيئة.

حامض أمينوبتيريك:

يؤدي انخفاض نشاط أمينوبتيريك إلى زيادة نشاط الدوبامين . وأشارت عدة دراسات دور الدوبامين في أعراض الفصام.

الدوبامين:

أشارت الدراسات إلى وجود علاقة بين الناقل العصبي الدوبامين وأعراض الفصام؛ حيث وُجد أن مستقبلات الدوبامين في دماغ الشخص المصاب بالفصام تكون أكثر حساسية من المعدل الطبيعي. ويعتقد العلماء أن المسارات الدوبامينية،

المرتبطة بمنتصف لحاء قشرة المخ (وهو جزء مسؤول عن التفكير والإدراك) وبالفص الطرفي (المرتبط بالمشاعر والسلوك)، تلعب دورًا هامًا في ظهور أعراض الفصام.. (حسن 2014 ص 196)

السيروتونين:

في بعض المرضى الذين يعانون من الفصام المزمن، لاحظ الباحثون أن ناقل السيروتونين لا يتبع مساره الطبيعي داخل الدماغ، مما يعني أن طريقة العمل أو النقل غير منتظمة. أظهرت الدراسات العلمية نتائج متفاوتة، حيث وجدت بعض الأبحاث أن مستوى السيروتونين منخفض في الدم لدى مرضى الفصام، في حين أشارت دراسات أخرى إلى مستوى عالٍ. يعتقد أن هذا الاختلاف في النتائج قد يكون بسبب اختلاف في منهجيات البحث أو في طبيعة الحالات المدروسة. على الرغم من هذا الاختلاف، تتفق جميع الدراسات على وجود خلل وظيفي في عمل السيروتونين في مرضى الفصام. (حسن 2014 ص 197)

3-8 الشخصية الفصامية (قبل المرض، أو الذهانية فصامية):

أشارت الدراسات أن لشخصية دور تمهيدي في تهيئة الفرد للإصابة بمرض الفصام، إذ أن بعض أنواع الشخصيات تكون أكثر عرضة للإصابة إذا توفرت ظروف معينة. ويتشكل هذا الاستعداد نتيجة تفاعل عاملين أساسيين: العامل الوراثي الذي يتمثل في ما يرثه الفرد من والديه، كوجود استعداد جيني للفصام، والعامل البيئي الذي يشمل ظروف التنشئة، والضغوط النفسية، والصدمات والعلاقات الاجتماعية. وعندما نقول إن "الشخصية الحاملة للفصام ما هي إلا موروثات ضعيفة لهذا المرض.

فإن ذلك يعني أن هناك شخصيات معينة تمتلك قابلية وراثية ضعيفة للإصابة، لكنها لا تؤدي إلى ظهور الفصام بشكل تلقائي. بل يحتاج هذا الاستعداد الوراثي إلى محفزات بيئية أو فسيولوجية.

وقد تعددت الآراء بالنسبة للشخصية المهيئة للفصام، ومن أهم الأبحاث في هذا الصدد ما قام به أرنولد 1955 بدراسة خمسمائة فصامي، وجد شخصياتهم قبل المرض كالاتي: %32,2 شخصيات سوية، %26,2 شخصيات غير محددة، %26,2 شخصيات شبه فصامية Schizoid، وفي %15,3 شخصيات مضطربة ولكن غير فصامية (عكاشة 2003 ص 310)

4-8 العوامل الأسرية :

الترابط المزدوج:

تعتمد نظرية بيتسون في شرح ظهور الفصام على فكرة أن الطفل أثناء نموه قد يتعرض لآثار نفسية شديدة من الوالدين يمثلها ما يعرف باسم الترابط المزدوج، وهو نوع من الرسائل المتناقضة التي تربك الطفل وتخلط بين تصوره. يعتمد

التفكير السليم والمنطق الواضح على القدرة على التمييز بين ما هو مهم وما هو تافه، وهذه القدرة ليست موروثه ولكن يتم اكتسابها من خلال تفاعل الطفل مع والديه.

عندما يكون سلوك الوالدين مرتبكا، مليئا بالتناقضات والعواطف غير المنتظمة، يكبر الطفل في بيئة يهيمن عليها هذا النوع من الترابط، مما يؤدي إلى اضطراب في تفكيره وسلامة تصوره. يهدف الاتصال المزدوج إلى الطفل لتلقي رسالتين

متناقضتين في نفس الوقت، مثل مطالبته بفعل شيء ما وعدم القيام به في نفس الوقت، وغالبا ما تنتقل هذه الرسائل بطرق غير لفظية تعكس اضطرابا في مشاعر الوالدين وعواطفهم. في مثل هذا الجو، لا يستطيع الطفل التمييز بين السلوك الصحيح والخطأ، وقد يعاقب بغض النظر عن سلوكه، مما يجعله في النهاية يميل إلى السلبية وعدم اتخاذ أي موقف، وهو أرض خصبة لظهور الفصام. (عكاشة 2003ص 311)

الإنشقاق في الأسرة حسب: lizd 1962

نظرية ليدز من النظريات النفسية التي تناولت نشأة مرض الفصام بنظرة مختلفة عن نظرية بيتسون؛ ففي حين ركز بيتسون على العلاقة الثنائية بين الطفل ووالديه، وسلط الضوء على تأثير التفاعل المباشر بينهما في تشكّل الفصام، ركز ليدز على التفاعل الثلاثي بين الأب، والأم، والطفل، مؤكداً أن الخلل في العلاقة بين الوالدين هو الأساس الذي ينعكس سلباً على الطفل.

وترى هذه النظرية أن الأسرة بكاملها تعاني من اضطراب نفسي، وأن الطفل الفصامي ليس هو المريض الوحيد، بل مجرد انعكاس لهذا الاضطراب العام في النظام الأسري. وقد ركز ليدز على مفهومي "الاعوجاج" (Skew) و"الانقسام"

(Schism) كمظاهر رئيسية لهذا الخلل. ففي حالة الاعوجاج، نجد أحد الوالدين ضعيف الشخصية ومنطويًا وسلبياً، في حين يكون الآخر قوياً ومسيطرًا، مما يُحدث اختلالاً في توازن الأدوار داخل الأسرة، وبيئة غير صحية لنمو الطفل نفسياً.

أما الانقسام، فهو يتمثل في العلاقة الباردة والمنفصلة بين الوالدين، الخالية من المشاعر والدفع، والتي توصف بالطلاق العاطفي، وهي بدورها تولد صراعات داخلية لدى الأطفال وتزيد من احتمالية إصابتهم بالفصام، خاصة إذا كانت الأم

شخصية قوية ومهيمنة مقابل أب ضعيف ومنسحب. وبهذا، يؤكد ليدز أن العلاقة المضطربة بين الوالدين وما تخلقه من مناخ أسري مشوش تمثل بيئة خصبة لظهور الفصام لدى الأطفال المعرضين له.

أجرى وارنج وريكس في عام 1965 مجموعة من الأبحاث في هذا المجال، ويمكن تلخيص نتائجها على النحو التالي:

1. تتميز عائلة مرضى الفصام المزمنين بالآتي:

- يعاني الوالدان أو أحدهما الذهان أو الحد الفاصل للذهان.
- تتميز علاقة الأبوين بالطفل بالتكافل الطويل المدى.
- يعيش الآباء والأمهات في حالة من الطلاق العاطفي، مع اعوجاج واضح في الحياة الزوجية.

توجد اختلافات في هذه العوامل، فمثلاً إذا كان أحد الوالدين ذهانياً، فيبدو ذلك على سلوك الزواج، إذ يصبح غير عاطفي، ويبدو هنا التداخل المستمر بين عاملي الوراثة والبيئة، وكيفية مسارهما في دائرة مفرغة.

2. يتميز مرضى الفصام الذين يشفون من مرضهم بوجودهم في عائلات، يبدو فيها الاكتئاب واضحاً كاستجابة لخسارة أو فقدان عزيز أثناء طفولة المريض، ويصح تسمية هذه الحالات بالفصام الوجداني.

3. لا تنجب العائلة ذات الصحة الانفعالية السوية أطفالاً يصابون بالفصام عند نضوجهم. (عكاشة 2003 ص311/312)

1/ الحرمان العاطفي:

لقد أوضح "جون بولبي" (Bowlby, 1950) أن حرمان الطفل من الأم في سن مبكرة، سواء بسبب الوفاة أو الانفصال، قد يؤدي إلى اضطرابات انفعالية وشخصية خطيرة تظهر لاحقاً في صورة ضعف العلاقات الاجتماعية وانعدام القدرة على التفاعل السليم مع الآخرين. وبينت دراسات أخرى أن الأطفال الذين نشؤوا دون رعاية أمومية مستقرة عانوا من مشكلات في التكيف الاجتماعي، والسلوك العدواني، وعدم التمييز بين الصواب والخطأ. كما أشار "أريتي" إلى أن علاقة الطفل بأمه، عندما تتسم بالتسلط والبرود العاطفي، قد تسهم في ظهور

اضطرابات نفسية حادة مثل الفصام. وذهب "هيل" إلى أن الأم غير المتوازنة، التي تتصرف أحياناً بحنان وأحياناً ببرود، تزرع في نفس الطفل شعوراً بعدم الأمان والارتباك، ما يجعله عرضة لاضطرابات عقلية مستقبلاً. كل هذا يؤكد أن العلاقة المبكرة والمستمرة بين الأم والطفل تمثل ركيزة أساسية في التوازن النفسي والنمو السوي. (كمال 2018 ص 147)

2/ العوامل الغذائية والهرمونات:

قدّم العديد من العلماء أبحاثاً تهدف إلى استكشاف العلاقة المحتملة بين الغدد الصماء، أو الهرمونات، ومرض الفصام. من بين هذه الأبحاث نذكر بحث الدكتور "جسنج"، الذي بدوره لاحظ أن مرضى الفصام الكاتونوني الدوري يحتفظون بكميات غير طبيعية من مادة النيتروجين داخل أجسامهم، وأن حالتهم النفسية تتحسن عند التخلص من هذه المادة. واستناداً إلى هذه الملاحظة، استخدم جسنج هرمون الغدة الدرقية كمحفز لطرد النيتروجين الزائد، وقد أظهرت نتائج إيجابية تمثلت في تحسن ملحوظ لدى المرضى.

وتشير هذه النتائج إلى وجود دور محتمل للهرمونات، وخاصة هرمونات الغدة الدرقية، في التأثير على بعض أشكال الفصام، مما يعزز من أهمية النظر إلى المرض من زاوية بيولوجية إلى جانب العوامل النفسية والاجتماعية.

العوامل المساعدة :

1- عوامل جسيمة:

تشير الشواهد الإكلينيكية إلى أن بعض الأمراض الجسدية قد تُشكّل عاملاً محفزاً لظهور مرض الفصام لدى الأفراد الذين لديهم استعداد مسبق. فقد لوحظ أن الفصام

قد يظهر لدى بعض الأشخاص بعد الإصابة بحمى شديدة، أو عقب الولادة، أو نتيجة أمراض معينة في الجهاز العصبي مثل الصرع، أو حتى بسبب

أورام في الدماغ. وبناءً على هذه الملاحظات، تم تصنيف الفصام إلى نوعين:

الفصام التلقائي: والذي يظهر دون وجود مرض عضوي واضح وغالبًا ما تكون أسبابه وراثية.

الفصام المرضي: الذي يُعد أحد أعراض مرض عضوي آخر، ويظهر نتيجة وجود خلل جسدي سابق.

2- عوامل نفسية:

أشار العلماء إلى أن الضغوط النفسية، والإجهاد، والصدمات العاطفية كفقدان شخص عزيز أو المرور بتجارب قاسية، لا تُسبب مرض الفصام بشكل مباشر، وإنما تلعب دورًا مهمًا في ظهوره لدى الأشخاص الذين لديهم استعداد وراثي. فحين يتعرض الفرد لضغوط نفسية قوية، وتكون قدرته على التكيف و التعامل مع هذه الضغوط جد ضعيفة. قد تبدأ أعراض الفصام في الظهور. ويُعزى ذلك إلى أن التوتر النفسي يزيد من إفراز هرمونات مثل الأدرينالين والكورتيزول، والتي قد يخلل توازنها في جسم مريض الفصام، مما يزيد من احتمالية ظهور المرض أو نكسه. (عكاشة 2003 ص 320)

بعد عرضنا للفصام من حيث أسبابه وأنواعه ونظرياته المفسرة، يجدر بنا التوقف عند شكل خاص من أشكال هذا الاضطراب، وهو الفصام الناتج عن تعاطي المواد المخدرة، لما له من أهمية خاصة في فهم العلاقة بين الإدمان والاضطرابات النفسية، وهو ما يمثل محور دراستنا الحالية

9- تعريف الفصام الناتج عن إدمان المخدرات :

يشير الفصام الناتج عن إدمان المخدرات إلى نوع فرعي من الفصام يتم تحفيزه بسبب إدمان المخدرات. الفصام بحد ذاته هو اضطراب عقلي مزمن يتميز بالتفكير المشوش، والاضطرابات في المشاعر والسلوك، أما الفصام الناتج عن تعاطي المخدرات فيُعزى تحديدًا إلى تعاطي المواد المخدرة.

يتم تشخيص الفصام الناتج عن إدمان المخدرات عندما يُظهر الفرد أعراضًا عادةً ما ترتبط بالفصام، مثل الأوهام، والهلوسة، والكلام غير المنظم، وضعف القدرات

المعرفية، بعد استخدام المخدرات. قد تستمر هذه الأعراض لفترة زمنية طويلة حتى بعد التوقف عن تعاطي المخدرات.

من المهم الإشارة إلى أن الفصام الناتج عن إدمان المخدرات يختلف عن الفصام الأولي، الذي لا يكون ناجمًا عن تعاطي المواد. تتطلب عملية التشخيص تقييمًا دقيقًا من قبل مختصين في الصحة النفسية للتمييز بين الحالتين.

تشير الأبحاث إلى أن الفصام الناتج عن إدمان المخدرات قد يظهر بشكل مختلف مقارنة بالفصام الأولي. على سبيل المثال، قد يعاني الأفراد المصابون بالفصام الناتج عن إدمان المخدرات من ظهور أسرع للأعراض.

تختلف نسبة انتشار الفصام الناتج عن تعاطي المخدرات اعتمادًا على عوامل مثل نوع المادة المخدرة، مدة وشدة الاستخدام، والاستعداد الفردي. يظهر بشكل أكثر شيوعًا بين الأفراد الذين لديهم تاريخ من تعاطي المخدرات أو لديهم استعداد وراثي للإصابة بالفصام. بالإضافة إلى ذلك، يُعد الشباب والذكور أكثر عرضة لتطوير الفصام الناتج عن تعاطي المخدرات.

(compassionbehavioralhealth.com/22/02/2025)

خاتمة الفصل :

يُعد الفصام من أكثر الاضطرابات النفسية تعقيدًا وتشعبًا، إذ يتغلغل في أعماق إدراك الفرد وتفكيره وسلوكه، مما يجعله تحديًا حقيقيًا على مستوى الفهم والتشخيص والعلاج. وقد اختلفت المقاربات النظرية والطبية في تعريفه، فمثلاً، يرى بلولو أن الفصام يعني إنقسام أو تجزئة العقل أو إنقسامه إلى مكوناته الأساسية وهي الفكر والعاطفة والسلوك (كامل علي؛ 2018ص23)، أما منظمة الصحة العالمية، فتعرّفه على أنه اضطراب ذهاني خطير يتميز بتشوهات في التفكير والمشاعر والسلوك، غالبًا ما يؤدي إلى تدهور الأداء المهني والاجتماعي للفرد.

فصل الثالث: ادمان المخدرات

- ✓ تمهيد
- ✓ تعريف الإدمان على المخدرات
- ✓ لمحة تاريخية عن استعمال المخدرات
- ✓ أسباب وعوامل الإدمان على المخدرات
- ✓ مراحل الإدمان على المخدرات
- ✓ أنماط الإدمان على المخدرات
- ✓ آثار الإدمان على المخدرات
- ✓ النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات
- ✓ سبل الوقاية من تعاطي المخدرات
- ✓ علاج الإدمان على المخدرات
- ✓ بعض المخدرات التي تسبب الفصام أو تعدمن العوامل المساعدة في ظهور الفصام
- ✓ خلاصة الفصل

تمهيد:

يُعد الإدمان من أبرز التحديات النفسية والسلوكية التي تواجه الأفراد والمجتمعات في العصر الحديث. فهو ليس مجرد عادة سيئة أو ضعف في الإرادة، بل يُصنّف كاضطراب نفسي مزمن يؤثر على وظائف الدماغ والسلوك، مما يؤدي إلى فقدان السيطرة على استخدام مادة أو الانخراط في سلوك معين، رغم العواقب السلبية المترتبة عليه.

تشير الدراسات النفسية إلى أن الإدمان ينجم عن تفاعل معقد بين العوامل البيولوجية، والنفسية، والاجتماعية. فالعوامل النفسية، مثل التوتر، والقلق، والاكتئاب، تلعب دورًا محوريًا في دفع الأفراد نحو الإدمان كوسيلة للهروب أو التخفيف من المعاناة النفسية. كما أن بعض السمات الشخصية، كضعف تقدير الذات أو الميل إلى السلوكيات الاندفاعية، قد تزيد من قابلية الفرد للإدمان. (فراس 2023 ص 8)

1- تعريف الإدمان على المخدرات:

قبل أن نعرف الإدمان على المخدرات، لابد أن نشير أولاً لمفهوم المخدرات وخصائصها العامة وتأثيراتها المختلفة ذلك أن المخدرات ليست كلها نوع واحد ولا مصدر واحد وليس لها تأثير واحد فهناك أنواع كثيرة متباينة تختلف قليلاً أو كثيراً في مصدرها وصفاتها وتأثيراتها وبالتالي لا يوجد تعريف واضحاً للمخدرات ويمكن عرض مجموعة من التعاريف فيما يلي:

لفظ المخدرات مشتق لغوياً من خدر وتخدر والخادر هو الفاتر الكسلان، والخدر تشنج يصيب العضو فلا يستطيع الحركة وهو الستر والتضليل والتعتيم والغموض والفتور والكسل (مظلوم 2012, ص5)

والمخدر في اللغة العربية هو اسم فاعل مشتق من الفعل خدر بتشديد الدال مصدره التخدير وتطلق في اللغة على معاني عديدة منها:

- الفتور و الكسل و الخمول و الاسترخاء
- الستر الذي يحد للجار به من ناحية البيت
- فتور العين

- الحيوان الذي تخلف عن قطيعته و لم يلحق به

- المطر و ظلمة الليل

و جميع هذه المعاني تتحقق في الشخص المخدر حيث يعتريه ضعف وفتور و تكاسل عن القيام بأعماله ثم لا يلبثان يعترى عقله الظلمة والتي تستره عن معرفة حقائق الاشياء وحينئذ تسكن روحه ويزول نشاطه و يتخلف عن مواكبة المجتمع بأسره (غلاب 2011، ص 8)

وترجمة كلمة المخدرات في اللغة الفرنسية هي كلمة *drogue*، وتعني مادة تستخدم اراديا وتؤدي الى ادمان إذا استعملت في غير اغراضها الطبية بمفردها أو بخلطها وهي تعمل على تغيير حالة أو وظيفة الخلايا أو الاعضاء.

كما أن كلمة *narcotic* فتعني: عقار يحدث النوم أو التبلد في الاحاسيس، وحالة استخدام كبيرة تحدث التبلد الكامل وهي تقابل مخدر في اللغة العربية

1-2 التعريف العلمي:

وتعرفها منظمة الصحة العالمية *who* بانها كل المواد التي تستخدم في غير الاغراض الطبية ويكون من شأن تعاطيها تغيير وظائف الجسم والعقل ويؤدي الافراط في تناولها الى حالة من التعود والادمان بالإضافة للأثار الجسمية والنفسية والاجتماعية

وتعرفها لجنة المخدرات في الامم المتحدة بأنها كل مادة خام أو مستحضرة منبهة أو مسكنة أو مهلوسة إذا استخدمت في غير الاغراض الطبية أو الصناعية الموجهة تؤدي الى حالة من التعود أو الادمان عليها مما يضر بالفرد والمجتمع (حاج 2014، ص 12)

وتعرفها لجنة الخبراء التابعة لمنظمة الصحة العالمية عام 1969 بأنها: المخدر هو كل مادة تدخل الى جسم الكائن الحي وتعمل على تعطيل واحدة أو أكثر من وظائفه (بولجراف 2012، ص 14)

3-1 تعريف علم النفس:

المخدر هو مادة لها خصائص عقاقيري خاصة من حيث انها تؤدي الى التحمل والتبعية وبشكل عام الى الادمان. (سليمانى،2012, ص 14)

فالمخدرات من الناحية النفسية: تعرف بأنها أي مادة تؤدي للاعتماد العضوي او النفسي التي تساعد المتعاطي على تنمية الاستعداد لديه للإصابة بالاضطرابات النفسية والامراض العقلية (حاج، 2014 ص 12)

4-1 التعريف القانوني:

المخدرات مجموعة من المواد تسبب الادمان وتسبب الجهاز العصبي ويحظر تداولها او زراعتها او صنعها الا لأغراض يحددها القانون. (فتحي 2004، ص19)

2- لمحة تاريخية عن استعمال المخدرات:

يعتبر وجود المخدرات ذات الاصل النباتي ضارب في التاريخ وقديم قدم الانسانية، فشاع استعمال بذور الخشخاش والقنب وأوراق الكوكا في العديد من الحضارات كالصين، اليونان، الرومان، العراق مصر والهند فعرف الافيون منذ 7000 سنة قبل الميلاد كمادة لعلاج بعض الامراض كالمغص عند الاطفال، والاطباء العرب لم يقتصر وصفهم لخصائص الافيون بل زادت على تضمينه في كثير من وصفاتهم الطبية فكان يعالج الارق، الاسهال والتهاب الاعصاب، الام الروماتيزمية.

اما في الهند فقد عرف في القرن السادس *6* ميلادي وتعددت استخداماته بين التعاطي من ناحية والعلاج من ناحية اخرى في حين عرف الافيون في الصين في القرن العشرين فكان يستهلكه العشرات من الملايين الصينيين.

أما القنب كان يستعمل حوالي 4000 سنة قبل الميلاد في اسيا وشمال غرب الصين ثم انتشر عبر العالم ووصل الى الهند قرابة 1500 سنة قبل الميلاد وتم استخدامه 800 قبل الميلاد امل في افريقيا فقد بدأ استخدامه في القرن ال 11 بعد الميلاد.

واستخدم الخشخاش كمنوم ومزيل للألم وأول طبيب عربي توصل بالتداوي بهذه المادة هو ابن البيطار ويسمى ضياء الدين ابو محمد عبد الله بن احمد المالكي ولد سنة 1197 بالأندلس ويعتبر خبيراً في علم النبات والصيدلة كتب موسوعة عن

اعداد وتركيب الدواء والغذاء وكان ذلك خلال القرن السابع 7هجري وقد اتسع انتشار المخدرات بعد دخول التتار بلاد الشام.

اما بالنسبة للقات فقد اشتهر استعماله في منطقة جنوب البحر الاحمر خصوصا اليمن في حوالي القرن الرابع عشر 14; ميلادي و كان يتم تعاطيه عن طريق المضغة كما كانت هناك علاقة بين استخدام المواد المخدرة ; القنب و الكوكا; و الطقوس الدينية و المعتقدات الخاصة التي تقوم على التفكير السحري و الارواح اعتقادا منها ان تعاطي المخدرات يسهل لها عملية الاتصال بعالم الارواح او بالقوي الغيبية كما كان استهلاكها مقتصر فقط على فئة اجتماعية معينة فكانت الكوكا مخصصة للنخبة و الكهنة و الهيئة الحاكمة و كانت محرمة على بقية الشعب خاصة النساء . (بن عبيد 2013، ص. 8-9).

3-أسباب وعوامل الإدمان على المخدرات:

توجد العديد من الاسباب الكامنة وراء البدء في الإدمان وفي الحقيقة فان كلا من المخدرات والنيكوتين والكحول يؤثر في طريقة شعور الفرد عقليا وجسديا حيث ان هذه المواد تخلق شعورا ممتعا لديه ودافعا قويا لإعادة استخدامها مرة اخرى، مما يؤدي الى تكون عادة من الصعب التوقف عنها، والجدير بالذكر أنه غالبا ما يفقد الفرد السيطرة على الإدمان نتيجة الحاجة المتزايدة لإشباع الرغبة القوية والوصول للنشوة والمتعة.

وفي الواقع هناك بعض العوامل التي تزيد من خطر وقوع الفرد في مشكلة الإدمان ولكن وجود هذه العوامل لدى الفرد لا تسبب بالضرورة الإدمان لديه ومن أبرزها ما يأتي: (2-25 Risk factor for 2021-

3-1 العوامل الوراثية:

تعد الجينات الوراثية الخاصة بالفرد هي المسؤولة عن نصف الصفات المختلفة لديه تقريبا وتزيد احتمالية الإدمان لدى الفرد في حال معاناة الوالدين أو الاقارب من مشكلة الإدمان على الكحول او المخدرات؛ وتجدر الإشارة الى ان النساء والرجال متساوون في احتمالية الإدمان على الفرد في حال معانات الوالدين أو الاقارب من مشكلة الإدمان على المخدرات وتجدر الإشارة الى ان النساء والرجال متساوون في احتمالية الوقوع في مشكلة الإدمان (fritzl. Hershey-) (20-1-2021)

2-3 العوامل البيئية:

يمكن أن تساهم العوامل البيئية وأسلوب الحياة لدى الفرد في حدوث مشكلة الإدمان ومن هذه العوامل

- التعرض للعنف

- تعاطي العقاقير غير القانونية خلال سنوات المراهقة،

- سهولة الوصول لهذه المواد

- المعاناة من المشاكل العائلية منذ الصغر

- التعرض للضغوط النفسية الشديدة او الصدمات.

- البعد عن الوالدين والاقارب (- 25-2 retriever - www.webmd.com -2021 édite

3-3 الاضطرابات العقلية :

ان معاناة الفرد من الاكتئاب أو القلق الدائم أو صعوبة الانتباه والتركيز قد يساهم في اللجوء الى الادوية المخدرة والعقاقير غير القانونية بهدف الشعور بتحسن وهذا بدوره يزيد من احتمالية الإدمان لديه (Fritz. Hershey- 20-1-2021)

4-3 العمر:

يعد البالغون الشباب الذين تتراوح اعمارهم بين 18-24 عاما هم الاكثر عرضة للإدمان على الكحول والمخدرات وذلك بناءا على المسح الاحصائي الاستقصاء قام به المعهد الوطني لتعاطي وادمان المخدرات.

4-مراحل الإدمان على المخدرات:

من المتعارف عليه ان حالة الإدمان لا تقع من مجرد تعاطي المخدر للمرة الأولى لا بدا لها ان تمر على عدة مراحل ابتداءا من التعود او الاعتماد النفسي مرورا الى فترة الاشتياق للتعاطي كذلك مرحلة النشوة المحققة والشعور بالراحة وبدالك يؤدي كل هذا الى نشوء لما يعرف بالاعتماد الجسمي الذي يعتبر اشد صور الإدمان واكثرها مقاومة للعلاج هذا من جهة ومن جهة اخرى يعدا قريبا ايضا لانتكاسا في حالة التوقف العودة للإدمان ومن هذه المراحل:

1-4 مرحلة ما قبل الادمان (مرحلة التحمل):

يكون بداية التعاطي التجريدي وهو الاكثر من تعاطي المخدر ومن ثما يحدث بتعاطي جرعات زائدة ليحصل على التأثير المرغوب فيه.

2-4 مرحلة الانذار بالإدمان (مرحلة التعود)

حيث يتعود الفرد تعاطي المخدر بانتظام وذلك بغرض خفض التوتر وحدوث اعتماد نفسي وعدم القدرة على ايقاف التعاطي.

3-4 مرحلة الادمان (مرحلة الاعتياد)

بحيث يصبح المتعافي يجد صعوبة في التوقف عن تعاطي مخدر معين لمدة تزيد عن 24 ساعة وهذا الحدوث ما يسمى بالاعتماد الفيزيولوجي (مشافيه 2007 ص 212)

- مميزات الشخصية المدمنة :

يعتبر الفرد المتعاطي مدمنًا إذا مر بمراحل الاعتماد النفسي والعضوي تتمثل خصائص الادمان فيما يلي:

- عدم قدرة المتعاطي التوقف عن تناول المادة المخدرة لعدة ساعات وايام وذلك بسبب وجود سعيره داخلية تدفعه لمعاودة تعاطيها. (دردار 2005 ص 07)

- الميل المستمر الى زيادة الجرعة من المادة المتعاطة حدوث الالم و مضاعفات نفسية و جسدية في حالة التوقف عن التعاطي و تكمن هذه الاعراض الانسحابية (كالقلق, الكأبة عدم الارتياح، الصداع و التعرق و الارتجاف في الاطراف و الوجه و اللسان و ألم المفاصل و العضلات حتى الاغماء (ابوالخير 2013،ص26)

- تعود جسمي و نفسي متزايد على العقار و القدرة على الاحتمال حيث هناك تأثير متناقض لعملية تكرار الجرعة نفسها للعقار وبالتالي تصبح الزيادة في الجرعة ضرورة للحصول على نفس النشوة

- اعتماد الجسمي على العقاران هناك حاجة ملحة لاستمرار تعاطي العقار والحصول عليه بأي وسيلة (عبد الكريم 2013 ص 26)

5- أنماط الإدمان على المخدرات :

يعتمد نظام تصنيف الإدمان على المعايير التالية (فطاير 2001 ص 67-68)

1-7 على أساس كيفية تأثيرها في حياة الفرد وكيفية سيطرة الإدمان على حياته :

وبناء على هذه التأثيرات نجد أنواع الإدمان هي:

1. **إدمان الفا (A)** ولهذا النوع الأثر الأكبر على الصحة البدنية للمدمن وامثلة على ذلك إدمان السكريات الدخان أو الموالح وغيره حيث لا يوجد اعراض انسحابية وهذا النوع من الإدمان يهمل غالبا

2. **إدمان بيتا (B)** ولهذا النوع النصيب الأكبر من التأثير على العقل والجسد على حد سواء ويظهر هذا التأثير على الاعضاء الجسدية كالقلب والكبد والمعدة والدماغ الخ وهذا النوع من الإدمان هو أكثر تعرفا من قبل هيئات الصحة العالمية والمجتمع والقانون وذلك لوجود اضطرابات وانحرافات سلوكية ناجمة عنه

3. **إدمان جاما (C)** لهذا النوع إثر على العقل حيث يؤثر على الإدراك والعواطف والتصرفات وهذا النوع يتضمن الإدمان على موضوعات غير مادية كالقمار والشبكات الالكترونية والسرقة... الخ وله اعراض عقلية كالقلق والتوتر والاكتئاب والعدوانية وغيرها.

على أساس شدة تأثيرها في حياة الفرد :

وهناك من يصنفه بتصنيف اخر هو خالد المهدي

1. **الإدمان الصدمي** : ويأتي نتيجة صدمة حدثت بصورة مفاجئة وحادة ويدهن الفرد بهذه الطريقة عادة عندما يفتقر الى العلاقات الاجتماعية المناسبة مما يؤدي الى تطور الازمة التي تسببها الصدمة كما يتميز سلوكه واتجاهاته بالنزعة نحو تدمير الذات

2. **الإدمان الفعلي** : ويتميز هذا الإدمان بوجود صراع فعال في البيئة مما يؤدي الى الشعور بعدم الارتياح والكأبة والاقلال من الاهتمامات والاتجاهات والانشطة المعبرة عن العواطف ويظهر المدمن تعبيرات عن التحدي والتعصب

3. الإدمان الانتقالي : ويرجع إلى الاضطرابات نفسية متنوعة تتلاءم مع بداية إدمان العقاقير مثل حالات الهوس وخاصة مدمني الهيروين والاكتئاب المتكرر مع أشكال القهرية (المهندي ، 2013 ، ص. 54-55)

4. الإدمان المتعلق بالاعتلال الاجتماعية : حيث يقع الإدمان في صراع نفسي اجتماعي يعبر عنه بالرغبة في إفراغ الرغبات المكبوتة ويتميز هذا المدمن بعدم النضج النفسي والاجتماعي وبحياة عائلية مضطربة كما يعاني من صدمات عنيفة مع قواعد السلوك الاجتماعي والقانوني في أثناء فترة المراهقة وعادة ما يوجد في تاريخ المدمن ما يدل على سلوك غير مبالي والآخرين وغير قادر على التفاعل الاجتماعي

6- آثار الإدمان على المخدرات :

1-6 الآثار الصحية :

توجد العديد من الآثار الصحية الخطيرة الناجمة عن إدمان المخدرات، حيث يؤدي إلى ارتفاع خطر الإصابة بعدد من الأمراض التي تنتقل عبر الدم بسبب مشاركة الحقن والمعدات المستخدمة للحصول على المخدرات في العديد من الحالات وقد تتضمن هذه الأمراض عدوى فيروس العوز المناعي البشري والتهاب الكبد الفيروسي والتهاب شغاف القلب والتهاب النسيج الخلوي

((Www. drugabuse . Gov retrived ;18-2-2020 edited

إضافة لأمراض الأخرى:

- امراض القلب والشرابين.
 - ألم البطن و الغثيان والذي بدوره يؤثر في الشهية و الوزن.
 - تضرر الدماغ و الاضطرابات العقلية و النوبات العصبية.
 - اضطراب الذاكرة والانتباه و القدرة لاتخاذ القرارات.
 - زيادة حجم الثدي لدى الرجال.
- كما يؤدي استخدام الام الحامل لاحد انواع المخدرات اثناء الحمل الى اصابة الجنين بما يعرف بمتلازمة امتناع الجنيني بعد الولادة وهي عبارة عن مجموعة من اعراض الانسحاب التي تظهر على الطفل بسبب انقطاعه على المادة المخدرة

التي كانت تستخدمها الام اثناء الحمل وقد تتضمن هذه الاعراض النوبات العصبية والحمى واضطرابات النوم والرضاعة والارتعاش وتعتمد هذه الاعراض وشدها على نوع المخدرات المستخدمة اثناء الحمل كما يعاني بعض اطفال الرضع من اضطرابات النمو والانتباه والتفكير كما تصدر الاشارة الى ان العديد من انواع المخدرات يمكن ان تنتقل من حليب الام الى الطفل الرضيع (www.drugabuse.gov retrived;18-2-2020edited)

2-6 الاثار النفسية والعقلية:

تم ربط الاصابة بالعديد من الاضطرابات النفسية والعقلية في ادمان المخدرات في الجهة المقابلة فان المعاناة من أحد هذه الاضطرابات يؤدي الى ارتفاع خطر الادمان الشخص للمخدرات وكما تم ذكره سابقا فان ادمان المخدرات يؤدي الى حدوث عدد من التغيرات النفسية والدماعية طويلة والقصيرة الامد وتعد الرغبة الشديدة لاستخدام المخدرات وشعور الشخص على متابعة حياته دون استخدامها أحد الاثار النفسية لها

ومن بين الاثار النفسية والعقلية الاخرى المصاحبة لاستخدام المخدرات جنون الارتياب، القلق النفسي، الهلوسة، الاكتئاب، التشوش، التقلبات المزاجية، الرغبة في الانخراط ببعض الممارسات المحفوفة بالتخاطر العنف (natasha tracy، 23-4-2019)

3-6 الاثار الاجتماعية:

ان اثار ادمان المخدرات لا يقتصر على الفرد وانما تمتد للعائلة والاصدقاء والمجتمع والعمل، وفيما يأتي بيان لبعض الاثار الاجتماعية لإدمان المخدرات: (www. Justice. Gov -22020 edited)

- الازمة المالية : نتيجة لتأثير ادمان المخدرات في المحافظة على عمل ثابت و التكلفة المرتفعة للحصول على المخدرات خصوصا نتيجة الحاجة المتكررة و المتزايدة للمخدرات فان الشخص غالبا ما يعاني من ازمة مالية ناجمة عن ادمان المخدرات ways drug abuse 10 hurts you and those

((Around you – drugbuse. Com. 18-2-2020 edited

- المشاكل الزوجية : تعتمد العلاقات الزوجية على الثقة المتبادلة و على العكس من ذلك فان ادمان المخدرات يكون مصحوبا بالكذب و الهدر المالي للزوجين والخداع و هو ما قد يؤدي الى المشاكل الزوجية او حتى انهاء العلاقة الزوجية في بعض الحالات.

- نفور الاصدقاء : يصاحب تعاطي المخدرات العديد من السلوكيات التي قد تؤدي الى نفور الأصدقاء و ابتعادهم عن الشخص المدمن مثل عدم الاهتمام بالآخرين و مشاعرهم و الخداع و تقلبات المزاج و بعض التغيرات في الشخصية.

- تقييد الحرية : نتيجة الاضطرابات العقلية و العجز المالي و عدم القدرة على العمل التي صاحب ادمان المخدرات فان الشخص قد يلجأ الى السرقة و كسر بعض القوانين او ممارسة بعض الجرائم والتي بدورها قد تؤدي الى تقييد حرية الشخص المدمن او دخوله الى السجن.

- التفكك الاسري : يؤثر الشخص المدمن سلبا في عائلته جميعها نتيجة عدم ممارسته أي دور فعال فيها بالإضافة الى عدم المشاركة في الانشطة العائلية التي تتضمن تقديم الرعاية للأفراد الاخرين وذلك عدا عن الازمة المالية التي قد تنتج عن حاجة الشخص المدمن الكبيرة للتمويل المالي و اخذ حق الاخرين في العائلة في العديد من الحالات (Natasha Tracy) 23-4-2019)

- انخفاض مستوى التعليم: نتيجة التغيب عن العديد من الحصص الدراسية او ترك المدرسة بشكل تام لدى المراهقين المدمنين بالإضافة الى المعاناة من اضطرابات معرفية وسلوكية لدى مدمني المخدرات (Natasha Tracy، 23-4-2019)

ارتفاع معدل العنف: يرتبط العنف بشكل مباشر بإدمان المخدرات وقد اظهرت احدى احصائيات وزارة العدل الامريكية ان ما يزيد عن 750 ألف جريمة وقعت عام 2007 م في امريكا تم ربطها مع ادمان المخدرات او الكحول (romeo vitelli، 8-3-2018)

7- النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات:

هناك مجالات بحث كثيرة تهتم بدراسة ظاهرة الادمان على المخدرات وتحليل أسبابها وتفسير طبيعتها إلا ان هناك وجهة نظر مختلفة حول تفسير الظاهرة.

1-7 التفسير البيولوجي:

هذا التفسير يرجع الادمان على المخدرات الى عوامل بيولوجية تتعلق بطبيعة جسم الانسان وبطريقة عمل الجهاز العصبي فالجسم عندما يتكيف مع هذه المواد المخدرة تحت الادمان اما إذا لم يتكيف معها لا يحدث ادمان، ولا زالت الدراسات تتأرجح على تأكيد العمل الوراثي للإدمان من عدم وجوده ونذكر في هذا المجال دراسة " فرجنتن " الذي وجد أن 39 بالمئة من أبناء متعاطي للمخدرات أصبحوا مدمنين، وتعني بالوراثة انتقال بعض السمات والخصائص من الاباء ولأجداد والى الابناء عن طريق الجينات.

وحسب عادل صادق 1986 يقول ان هناك مواد يفرزها المخ بشكل طبيعي لتسكين الالام وتعرف باسم الاندروفينات والانكفاليينات أي أن هناك أفيونا داخلية تفرز من مخ الانسان وتسكن الالم، كما، يضيف على أن مدمن مادة الافيون كان له حظ قليل من أفيون المخ يلجأ للإدمان من أجل التعويض.

2-7 التفسير السلوكي:

يعتمد التفسير السلوكي لظاهرة الادمان على نظريتي التعلم وخفض التوتر فحسب هذا التفسير فان سلوك الادمان أو التعاطي هو سلوك مكتسب ومتعلم عن طريق الاستمرار والمداومة على أخذ الجرعات والكميات من المادة المخدرة ومن تم فان المداومة على فعل أي شيء يؤدي الى تعلم هذا الفعل.

يرى أصحاب نظرية التعلم أن المدمن يلجأ الى الشراب أو التعاطي للشعور بالسكينة و الهدوء مما يدفعه الى تكرار في ذلك لعدة مرات مقبلة ليحصل على نفس الشعور فحسب نظرية التعلم فان سلوك المتعاطي يكون عن طريق التكرار فتلك الرغبة القاهرة في الحصول على المخدر لتخفيف الاثار المزعجة تجعل المدمن يكرر تناول المادة التي اعتاد عليها و بالتالي يصبح هذا السلوك معتاد و مألوف أي متعلم أما نظرية خفض التوتر فتجعل كل السلوكات و الافعال التي تقوم بها تسعى لتحقيق هدف واحد و محدد هو خفض التوتر الذي تشعر به حيث تعتبر كل السلوكات جهدا للوصول الى خفض التوتر و مثال على المدمن الذي يسعى للحصول على المخدر فسلوكه يهدف الى الحصول على المتعة والانشراح وتجنب القلق و التوتر الناجمين عن انسحاب المخدر

3-7 النظرية النفسية:

يعتبر موضوع الادمان على المخدرات من المواضيع التي تخص مجال علم النفس حيث يحاول الباحثون في هذا المجال اعطاء بعض التفسيرات لهذا السلوك، ويرى علماء النفس والتربية أن تعاطي المخدرات يكون بديلا لتفادي الحرمان الاحباط ومن هذا المنظور يعتبر كلا من الاحباط والحرمان من

العوامل التي تدفع نحو طريق الإدمان اما المدرسة السيكو دينامية فتشير الى ان الادمان عرض أكثر من كونه سببا لمشكلات سلوكية وانفعالية ومن يتضح ان الادمان على المخدرات قد يكون السبب في ظهور بعض المشاكل الانفعالية والسلوكية كما قد تكون هذه المشاكل السلوكية والانفعالية هي المؤدية للإدمان (أحمد 2006، ص 89)

ويعتبر " سيغmond فرويد " من الذين اهتموا بموضوع الادمان وتفسيره فهو يرى ان تعاطي الافراد للمخدرات انما يعود الى العديد من العوامل اهمها تعرض الفرد لتجارب متعددة من الاحباطات أي الفشل في تحقيق أهداف الحياة يسبب لدى الفرد الاحباط ويجعله في مواقف، القلق وعدم الاستقرار.

وتصنف مدرسة التحليل النفسي مظاهر الادمان على المخدرات في الاشكال التالية: المرح والانبساط وهو الشكل الاساسي للإدمان، اضطراب النشاط الجنسي، تدهور عقلي، تدهور خلقي، اجتماعي وديني؛ وعليه وحسب مدرسة التحليل النفسي فان المدمن تظهر عليه جملة من الأعراض المرضية تشمل نشاطه الجنسي (الضعف الجنسي) قواه العقلية (تدهور الملكات العقلية) قيمة الاخلاقية (تدهور الاخلاق) وعلاقاته الاجتماعية (صعوبات التكيف) ومشاكل وصعوبات في العمل.

4-7 النظرية الاجتماعية:

تتمثل النظرية الاجتماعية في وجهة نظر علماء الاجتماع وكيفية تفسيرهم لظاهرة الادمان على المخدرات حيث اتفق اغلب علماء الاجتماع على ان الإدمان جريمة وانحراف اجتماعي فلا إدمان على المخدرات سلوك انحرافي وآفة خطيرة تضر المدمن وأسرته ومجتمعه ويقول بعض الدارسين أن رغبة الانسان في التفوق على الاخرين والسيطرة عليهم تدفعه الى تحقيق هذه الرغبة بكل الطرق و

حسب هؤلاء الدارسين فان المدمنين يلجئون الى الادمان على المخدرات لتحقيق رغباتهم وعليه فان ادمان بعض المخدرات من الطرق والاساليب المحققة للإشباع والمعروضة للحرمان والنقص. ويحدد رجال علماء الاجتماع العوامل الاساسية المؤدية للإدمان في النقاط التالية:

- التدريب الاجتماعي الخاطئ أو الناقص و ضعف الرقابة

وجود بعض الجماعات التي تزين الانحراف وتجعله قانونيا في المجتمع

- خبرات الفرد الضعيفة بالنسبة للامتثال والانحراف (سليمانى 2012 ص 39)

8- سبل الوقاية من تعاطي المخدرات:

نصت المادة 1/38 من الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لعام 1961 بصيغتها المعدلة ببرتوكول سنة 1972 على ان تعير الدول الاطراف اهتماما خاصا وتتخذ جميع التدابير الممكنة عمليا لمنع إساءة استعمال المخدرات ومعرفة الاشخاص المتورطين بذلك في موعد مبكر وعلاجهم وتعليمهم ومتابعة رعايتهم و

ادماجهم اجتماعيا وتنسق جهودها لهذه الغايات ونفس هذا الحكم نصت عليه المادة 1/20 من اتفاقية الامم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع في المخدرات سنة 1988 (عتيق 2006 ص 236)

وتتطلب الوقاية من تعاطي المخدرات نشر التوعية عن طريق تعزيز دور الاعلام في التوعية من مخاطر المخدرات واساليب ترويجها وسبل معالجتها وانواعها على كافة المستويات عبر البرامج الثقافية والندوات والبرامج الاذاعية والتلفزيونية بأسلوب سهل ومبسط وجاذب للمتابعة وتوفير فرص عمل الشباب ووسائل الترفيه وانشطة للقضاء على اوقات الفراغ والتفكير في امور اخرى (عبد الرحمن 2005 ص 158)

والتشريعات التي تشدد العقوبة على تجارها ومهربيها ومروجيها ومتعاطيها لتكون بمثابة رداع لمن تسول له نفسه ارتكاب هذه الجرائم وكذا ضرورة التعاون الدولي والاقليمي في مجال مكافحة المخدرات بجميع جوانبها (المراشدة 2012 ص 19)

9- علاج الادمان على المخدرات:

تعتبر مشكلة الادمان حالة قابلة للعلاج مهما كان نوع الادمان حيث تتوفر العديد من الوسائل والطرق للحصول على المساعدة ولعل من ابسطها طلب المشورة الطبية من عند الطبيب العام (www. Nhs.uk ,18-4-2016)

ولكن تجدر الإشارة الى ان علاج حالات الادمان قد يستغرق وقتا طويلا وقد يكون معقدا بعض الشيء ويعود السبب في ذلك الى ان الادمان هو حالة مزمنة ترتبط مع مجموعة متفاوتة من التأثيرات النفسية والجسدية كما يعد علاج الادمان امر شخصيا وخصوصا للخاصة ويتطلب مساعدة افراد العائلة والمجتمع المحيطين بالفرد المدمن غالبا وفي الواقع تختلف اساليب العلاج وطرق التعامل مع الحالة

باختلاف المواد والسلوكيات التي يدمن عليها الافراد (-4-18, www. Nhs.uk (2016)

وقد تختلف العلاجات المستخدمة بناءات على احتياجات الفرد ومنها اختيار العلاج المناسب والأفضل للمادة التي يدمن عليها الافراد ومستوى الرعاية الذي يحتاجه، ومتطلبات الصحة العقلية الشخصية، والخيارات العلاجية التي يمكنه تحمل اعبائها (corina underword 12-12-2020)

وفيما يأتي اهم الخيارات العلاجية المتوفرة لعلاج الادمان:

9-1 ازالة السموم:

تستخدم عملية ازالة واخراج السموم في حالات الشدود وتهدف الى التخفيف من الاعراض الانسحابية التي يعاني منها الفرد خلال فترة خروج الكحول او المخدرات من جسمه ويتم ذلك عن طريق تقديم الطبيب الرعاية اللازمة واعطاء الادوية والعلاجات الطبية التي تقلل من حدة الاعراض الانسحابية (gleveland clinic medical professional ; 19-10-2020)

9-2 الادوية العلاجية:

قد يصف الطبيب الادوية العلاجية التي تقلل من رغبة الفرد الشديدة للحصول على المادة او الادوية التي تقلل من الاعراض الانسحابية المستمرة او الادوية العلاجية لحالات الاضطراب النفسي التي يعاني منها الفرد ايضا مثل: اضطراب ثنائي القطب والاكتئاب.

9-3 إعادة لتأهيل:

تهتم خدمات اعادة التأهيل بمساعدة الافراد على التعامل مع الادمان على المدى الطويل وعيش الحياة بطريقة صحية أكثر وذلك من خلال توفير الطبيب مجموعة من الخدمات التأهيلية منها المنظمة والتعليم والدعم والتشجيع وتقديمها للفرد خلال مواعيد الزيارات وجلسات العلاج المحددة للمرضى الداخليين او من يعيش في منشآت خاصة لإعادة التأهيل

9-4 مجموعات الدعم:

إن العديد من الافراد المدمنين على التعامل بشكل صحيح مع مشكلة الادمان حيث توفر هذه المجموعات الفرص لمشاركة التجارب والخبرات التي مر بها الفرد بالإضافة الى الحصول على التشجيع المستمر لمقاومة الادمان ومن أبرز الامثلة على هذه المجموعات منظمة aklanon التي تقدم الدعم للأسرة واصدقاء وافراد الذين يعانون من الادمان والتعاطي.

كما هناك أنواع اخرى من العلاج، وقد يوصي الطبيب باستخدام انواع مختلفة من العلاج مثل العلاج السلوكي cognitive behavioral therapy او العلاج بالارتجاع البيولوجي biofeedback

Therapy او العلاج النفسي talk therapy و فالحقيقة تساهم هذه العلاجات في تبني الافراد المدمنين لوجهات النظر جديدة و تغيي سلوكهم (www.webmd 25-2-2021, .com)

10- كيف يؤدي تعاطي المخدرات الى ظهور أعراض الفصام:

يمكن أن يؤدي تعاطي المخدرات، وخاصة الاستخدام المطول والمفرط لبعض الأدوية، إلى تعطيل كيمياء الدماغ الحساسة، مما يؤدي إلى ظهور أعراض تشبه الفصام. ورغم أن الآليات المحددة التي تساهم بها الأدوية في تطور الحالة لا تزال قيد الدراسة، إلا أن الباحثين أحرزوا تقدماً كبيراً في كشف هذه العلاقة المعقدة.

عندما يتم إدخال الأدوية إلى الجسم، فإنها تتفاعل مع أنظمة الناقلات العصبية المختلفة، مما يغير من أدائها الطبيعي. على سبيل المثال، يمكن أن تزيد المخدرات مثل الأم فيتامينات والكوكايين من إطلاق الدوبامين، وهو ناقل عصبي مرتبط بالمتعة والمكافأة. ومن خلال هذا التفاعل، يمكن أن يعيق الإطلاق المفرط

للدوبامين في الدماغ، مما يؤدي إلى عدم توازن في التفاعل الدقيق للنقلات العصبية.

علاوة على ذلك، يمكن لمواد مثل القنب وLSD والهلوسة أن تحاكي أنماط الإدراك والإدراك التي تشبه أعراض الفصام. وقد تشير الأبحاث إلى أن الاستخدام المطول لهذه المواد قد يتسبب في تغييرات طويلة الأمد في بنية الدماغ ووظيفته، مما يعزز تطور الأعراض السريرية للفصام.

compassionbehavioralhealth.com/22/02/2025

فيما يتعلق بالتعاطي، فقد يسرع هذا الأخير في حدوث الفصام: إذ قد يؤدي تعاطي أي مادة مغيرة للحالة المزاجية، خاصة القنبيات (مثل الحشيش والبانجو والماريجوانا) والستروكس والمهلوسات، إلى حدوث الفصام. ولعل الأخطر من ذلك هو أن تناول المواد المخدرة، حتى الكحول أو المواد المهلوسة الأقل شيوعًا، يمكن أن يؤدي إلى اضطرابات نفسية شديدة، منها الفصام.

تناول المواد المهلوسة بشكل عام يؤدي إلى اختلال في كيمياء المخ، حيث تحدث الهلوسة بشكل ملحوظ. وتُظهر الدراسات أن الخمر، الحشيش، الستروكس، و مواد أخرى لها تأثيرات مماثلة على الدماغ، مما يعزز من احتمال حدوث اضطراب ضلالي أو فصام كأحد مضاعفات المخدرات، وهو أمر قد يحدث على المدى الطويل أو بشكل دائم. (إيهاب الخراط 2022 ص239)

وفي هذا السياق، أشار الأستاذ المساعد البروفسور أنور نوبات إلى أن "المواد التي نسميها مخدرات تزيد من الدوبامين في الدماغ"، موضحًا أن هذا الأمر صحيح في جميع أنواع الإدمان. ومع ذلك، فإن تأثير هذه الزيادة يكون أكثر وضوحًا وأهمية في حالة تعاطي المواد المخدرة. فقد تسبب زيادة الدوبامين في الدماغ العديد من الأمراض النفسية الأخرى، خاصة مرض الفصام أو الذهان المرتبط بزيادة الدوبامين. كما أظهرت جميع الدراسات الحديثة أن نصف مرضى الفصام هم من الأشخاص الذين انغمسوا في تعاطي المواد المخدرة في مرحلة المراهقة أو نور نويان (npistanbul.com 30/12/2024)

من بين المخدرات التي لها علاقة مع الفصام نجد القنب بحيث كشفت الدراسات أن تعاطي القنب المفرط خلال مرحلة المراهقة قد يُعد عامل خطر مساهمًا في زيادة احتمالية الإصابة بالفصام. فقد لوحظ أن الأفراد الذين يستهلكون هذه المادة بشكل مفرط يُظهرون معدلات أعلى لظهور أعراض الفصام مقارنة بغيرهم. ومع ذلك،

لا تدعم الأدلة العلمية الحالية وجود علاقة سببية مباشرة بين تعاطي القنب والإصابة بالفصام، إذ تُظهر النتائج أن العلاقة تقتصر على الارتباط دون إثبات السببية. كما أن بعض الدراسات، على الرغم من ملاحظتها لارتفاع معدلات الفصام بين مستخدمي القنب، تعاني من محدوديات منهجية تتعلق بالتصميم والإجراءات البحثية. علاوة على ذلك، أظهرت أبحاث إضافية أن استخدام القنب قد لا يؤدي إلى الإصابة بالفصام إلا في وجود عوامل بيولوجية معينة، مثل الطفرات في جين (COMT)، التي قد تسهم في تعديل أثر القنب على العمليات الدماغية المرتبطة بالمرض. بناءً على ذلك، يُمكن اعتبار تعاطي القنب عاملاً من عوامل الخطر التي تتفاعل مع الاستعدادات الوراثية والبيئية الأخرى، دون أن يشكل سبباً مستقلاً ومباشراً للإصابة بالفصام. (شويخ 2017ص 530)

بعض المخدرات التي تسبب الفصام أو تعدمن العوامل المساعدة في ظهور الفصام:

القنب والفصام:

تشير العديد من الدراسات إلى وجود علاقة بين تعاطي القنب، خاصة في مرحلة المراهقة، وزيادة خطر الإصابة بالفصام، إلا أن هذه العلاقة لا تعني بالضرورة أن القنب يسبب الفصام بشكل مباشر، بل يتضح أن تأثيره يزداد لدى الأفراد الذين لديهم استعداد وراثي للإصابة بهذا الاضطراب. فقد أظهرت الأبحاث، مثل تلك التي أجراها Capi وزملاؤه، أن وجود طفرة في جين COMT، وهو جين مسؤول عن تنظيم الدوبامين في الدماغ، يرتبط بزيادة احتمال الإصابة بالفصام لدى من يتعاطون القنب في سن مبكرة. وهذا يشير إلى وجود تفاعل بين العوامل البيئية (مثل تعاطي القنب) والعوامل الجينية، حيث لا يؤدي أي منهما وحده إلى الإصابة، لكن اجتماعهما قد يرفع من احتمال ظهور المرض بشكل كبير. (شويخ 2017ص 530)

الكوكايين والفصام:

من الممكن أن يؤدي الكوكايين إلى تطور الفصام. هناك حالات أبلغ فيها الأفراد تشخيص إصابتهم بالحالة عن استخدام الكوكايين في غضون عام قبل ظهور الأعراض، وكذلك من المعروف أن الكوكايين يسبب خلل في القشرة المخية قبل

الجبهية للدماغ. هذه واحدة من العلامات العصبية للفصام، أيضا يمكن أن يؤدي هذا الدواء إلى تفاقم جنون العظمة والهلوسة المرتبطة بالفصام.
(Medicinenet.com 12/03/2025)

خلاصة الفصل:

و تبقى ظاهرة المخدرات و ادمانها من الاضطرابات النفسية و الاجتماعية التي يصعب علاجها لأنه من الصعب التحكم في المدمن و ابعاده عن مادة سمه الا ذلك يتطلب مزيدا من الوقت فأنها تمس حياته الشخصية و الاجتماعية من جميع النواحي فالبيئة الاسرية الغير سوية والعوامل الاسرية تعتبر العامل الرئيسي في ادمان افرادها و خاصة اولئك الذين ينحدرون من بيئات اجتماعية متردية او من طبقات دنيا في المجتمع او اولئك الذين يعيشون في اسر يتبع فيها الالباء اساليب خاطئة في تربية ابنائهم كما قد يقع ايضا الانسان احيانا فريسة سهلة لرفاق السوء فيأخذوه في تيار المخدرات التي تقضي عليه و تدمر حياته.

فصل الرابع: الافكار الانتحارية

✓ تمهيد

✓ تعريف التفكير الانتحاري

✓ تعريف الانتحار

✓ الفرق بين الانتحار والمحاولة الانتحارية:

✓ مدى انتشار الأفكار الانتحارية

✓ تشكل و تطور الأفكار الانتحارية

✓ تطور الأفكار الانتحارية إلى الفعل الانتحاري

✓ النظريات المفسرة للأفكار الانتحارية

✓ علامات الأفكار الانتحارية في الفصام

✓ ملخص

الفصل

تمهيد:

يُعدّ الانتحار من أبرز الإشكاليات التي تواجه المجتمعات الإنسانية في العصر الحديث، وقد أصبح يشكل تحديًا حقيقيًا أمام المختصين في الصحة النفسية، نظرًا لتعقيد أسبابه وتعدد عوامله. وفي قلب هذه الظاهرة تكمن الأفكار الانتحارية، التي تُعتبر المرحلة الأولى في سلسلة معاناة نفسية قد تنتهي بفعل مأساوي.

من منظور علم النفس، تُعدّ الأفكار الانتحارية مؤشرًا على اضطرابات داخلية عميقة، غالبًا ما ترتبط بحالات مثل الاكتئاب الحاد، اضطرابات القلق، الصدمات النفسية، واضطرابات الشخصية، كما أنها قد تظهر نتيجة عوامل اجتماعية مثل العزلة، الفقد، العنف، أو الفشل الدراسي والمهني. ولا يقتصر خطر هذه الأفكار على إمكانية تطورها إلى محاولات انتحار فعلية، بل تؤثر بشكل كبير على جودة حياة الفرد وتوازنه النفسي.

إن تزايد نسب التفكير في الانتحار، خاصة في أوساط الشباب والمراهقين، يدعو إلى الوقوف بجدية عند هذه الظاهرة، من أجل فهم آلياتها النفسية، وتشخيصها المبكر، وتقديم التدخلات العلاجية الملائمة

1-تعريف التفكير الانتحاري:

يعرفه (رود) أنه اتجاه الأفراد إلى الانتحار يبدأ بفكرة تتدرج لتصبح أفكارا أكثر وضوحا لتصل في النهاية إلى اتخاذ السلوك الفعلي. (عزت 2015 ص 76)

ويعرف كل من بيك وآخرون أيضا الأفكار الانتحارية على أنها نمط من الأنماط السلبية للتفكير يمكن تصوره واقعا متصل لقوة كافية تتضمن نية الفرد أو تفكيره أو اندماجه في رغبته بالانتحار، إذ يتفاوت مدى أو شدة هذه الرغبة من مجرد أفكار عابرة في ذهن الفرد إلى أفكار واسعة وصولا إلى التخطيط التفصيلي للانتحار والقيام بالعملية أو قد تكون محاولات غير خرين إليه أو قد تكون مقصودة وكاملة وتؤدي إلى الموت ويتم اكتشافها بشكل مقصود لغرض لفت أنظار إنقاذ الفرد في اللحظات الأخيرة. (صادق 2019، ص41)

أيضا هي تلك الأفكار التي تظهر على بعض الحالات في مرحلة من مراحل حياتهم بدون تجسيد على أمر الواقع، مجرد أفكار بدون سيرورات سلوكية تسمح بالمرور للفعل الانتحاري (Djaoui bentamara, 2012 ص11)

والمروور للفعل الانتحاري قد يؤدي لمحاولة انتحارية أو انتحار نورد فيما يلي:

2-تعريف الانتحار:

1-2 الانتحار لغة: واستخدمه الفقهاء بلفظ اخر وهو (قتل النفس)، ويعني الانتحار لغة عملية (قتل الذات بذاتها) ومشتق من كلمة مركبة من أصل لاتيني من فعل Gaerdere بمعنى يقتل والاسم sui بمعنى النفس او الذات. وفي العربية يفيد الانتحار معنى مماثلا فالكلمة مشتقة من فعل (نحر) أي ذبح نسه وقتلها (الجيشي 1990 , ص23)

2-2 الانتحار اصطلاحا:

1- تعريف كارل منجر 1938: الانتحار هو فعل قتل الانسان نفسه بالطريقة التي يختارها سواء كان الموت الناتج عاجلا او اجلا، وهذا التعريف يخلط بين الانتحار وبين أنواع أخرى السلوك المقارب للانتحار كالرهبنة والتنسك والتصوف والزهد.

2-تعريف هليفاكس: الانتحار هو حالة الموت الناتج عن فعل يأتيه الضحية بنفسه بقصد قتل نفسه وليس التضحية به لشيء اخر، أي هو موت ارادي يقوم عليه الفرد للخلاص من مشاكله وصعوباته غير المحتملة التي نشأت من حياته مع الجماعة.

3-تعريف شارل بك ندل: الانتحار هو حالة الموت الناتج عن فعل يأتيه الضحية بنفسه بقصد قتل نفسه وليس الضحية بنفسه وليس التضحية به لشيء اخر، أي هو موت ارادي يقوم عليه الفرد للخلاص من مشاكله وصعوباته غير المحتملة التي نشأت من حياته مع الجماعة.

4-تعريف شارل بك ندل: الانتحار هو الفعل الذي يصدر عن انسان يفضل الموت عن وعي، ورغم قدرته على اختيار الحياة دونما ضرورة أخلاقية.

3- الفرق بين الانتحار والمحاولة الانتحارية:

إن السلوك الانتحاري سلسلة أفعال سواء تم الانتحار أم لم يتم، تشمل الانتحار والشروع فيه والتهديد بالانتحار ومحاولة الانتحار، ويمكن تصويره على هيئة متصل لقوة كامنة يشتمل على صورة الانتحار ثم التأملات الانتحارية تليها محاولة الانتحار وأخيرا وقوع الانتحار الفعلي (قنيفة 2016، ص 308)

- وبإمكاننا التفريق بين الانتحار والمحاولة الانتحارية من خلال النقاط التالية:
- الانتحار يتم بوسائل عنيفة مثل السلاح الناري أو الشنق، أما المحاولة الانتحارية فتتم بتناول الأدوية أو المواد المنظفة وقطع الشرايين Phlébotom
 - الانتحار مدروس بسرية تامة، أما المحاولة الانتحارية فتكون غالبا مصرح بها.
 - الانتحار يتم غالبا ليلا، أما المحاولات الانتحارية فتحدث في الغالبية نهارا.
 - غالبا ما يكون سبب الانتحار الفصام أو الميلانخوليا أما المحاولة الانتحارية وهي في الغالب سببها صراعات عائلية وعاطفية.
 - تواتر الرجال في الانتحار أكثر من تواتر النساء أما في المحاولة الانتحارية فنجد العكس.
 - المنتحر له نية الرغبة في التدمير الذاتي النهائي ويهدف إلى إبادة الأنا.
 - المحاول للانتحار يحاول أن يلفت أنظار محيطه لمشاكله. (سهيري 2013، ص52)
 - زيادة على ما سبق ذكره في نطاق التفريق بين المحاولة الانتحارية والانتحار نذكر أيضا أن الهدف عند أصحاب المحاولات الانتحارية هو البحث عن نسيان ما يعاني منه، وليس البحث عن الموت وهي تأخذ طابعا اجتماعيا إلى جانب هذا يظهر الاختلاف في الانتحار والمحاولة الانتحارية في عوامل أخرى كالسن والجنس حسب ما يلي:
 - يحدث الانتحار لدى الأشخاص المتقدمين في السن عموما، أما محاولة الانتحار تنتشر أكثر عند المراهقين والراشدين حتى سن الأربعين.
 - (معوشة 2008، ص 49-50)
 - نجد نسبتها تختلف، فهناك عشرة محاولة انتحار مقابل انتحار واحد، مجموعة محاولي الانتحار أصغر سنا مقارنة بمجموعة المنتحرين. (الغزال، 2016، ص25)

4- مدى انتشار الأفكار الانتحارية:

1-دراسة عالمية حول انتشار الأفكار الانتحارية:

تشير دراسة نُشرت في مجلة Nature إلى أن معدل انتشار الأفكار الانتحارية مدى الحياة بلغ 14.33%، بينما بلغت نسبة محاولات الانتحار 1.26%.

2-تقرير مركز السيطرة على الأمراض والوقاية منها (CDC) في الولايات المتحدة (2015-2019)

أفاد التقرير أن 4.3% من البالغين الأمريكيين (حوالي 10.6 مليون شخص سنويًا) أبلغوا عن أفكار انتحارية خلال العام السابق.

3-دراسة حول الطلاب الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و18 عامًا أظهرت دراسة نشرت في مجلة Frontiers in Psychiatry أن 25.7% من الطلاب أبلغوا عن أفكار انتحارية خلال حياتهم، و12.5% خلال الـ 12 شهرًا الماضية

4-تحليل عالمي نُشر في مجلة The Lancet

أظهر التحليل أن أعلى معدل انتشار للأفكار الانتحارية كان في منطقة إفريقيا بنسبة 21.0%، بينما كانت النسبة الأدنى في منطقة آسيا.

5- تشكل وتطور الأفكار الانتحارية:

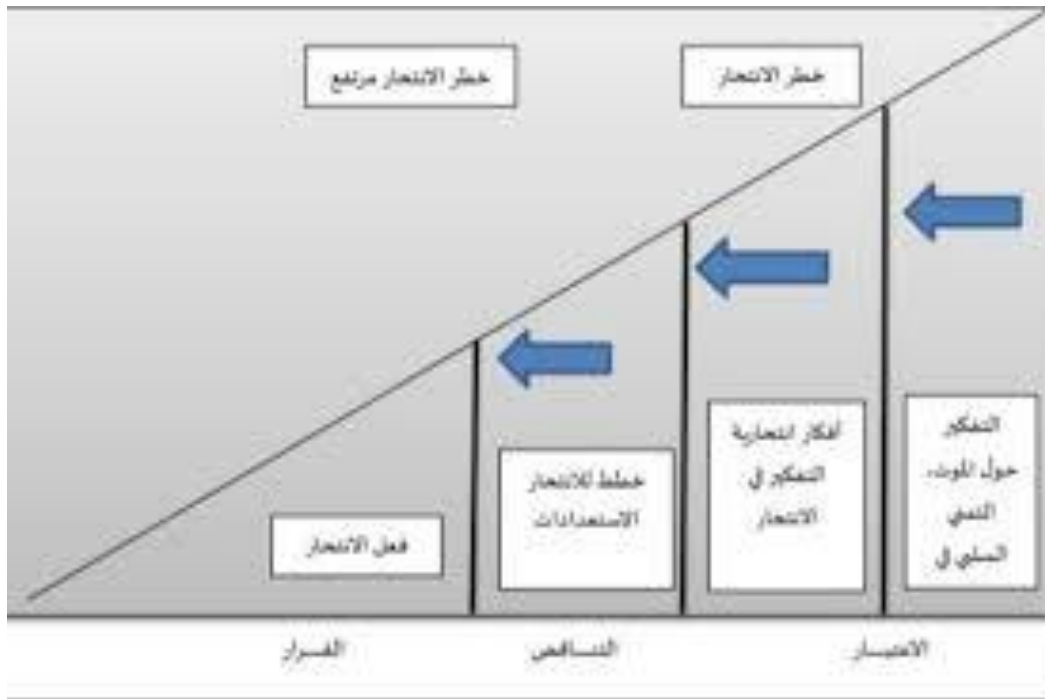
يشير التفكير الانتحاري إلى عملية تدريجية تبدأ بأفكار انتحارية كامنة وغامضة، وغالبًا ما تأخذ شكل الرغبة في الموت أو عدم الرغبة في الاستمرار في العيش، ثم تتطور إلى أفكار أكثر وضوحًا وأكثر كثافة، يليها التعبير عن هذه الميول من خلال التلميحات أو البيانات اللفظية أو السلوكيات التي تشير إلى الانتحار. تكون هذه الأفكار أكثر خطورة عندما ينتقل الفرد إلى مرحلة التخطيط الفعلي، حيث يحدد الطريقة والوقت والمكان، ثم قد يصل في نهاية المطاف إلى تنفيذ الفعل الانتحاري. تكمن خطورة هذه العملية في تقاطع عنصرين أساسيين: رغبة الفرد في الموت من ناحية، واستعداده لتنفيذ هذه الرغبة من ناحية أخرى، مما يجعل التفكير الانتحاري مؤشرًا أساسيًا على السلوكيات الانتحارية. غالبًا ما يتعارض

هذا التفكير أيضا مع معتقدات المرء حول الحياة والموت، مما يخلق صراعا داخليا قد يؤدي إلى تفاقم الألم النفسي. يؤكد الباحثون أن مجرد الانشغال بالأفكار المتعلقة بالموت أو الأشخاص المميّنة هو في حد ذاته مؤشر خطير يجب أخذه في الاعتبار. اقترح بعض الباحثين، مثل المغربي (2015)، مفهوما تطوريا

لهذه العملية، بدءا من الرغبات الغامضة في عدم البقاء على قيد الحياة، إلى نية الانتحار، ثم التفكير بالتفصيل في كيفية تنفيذها، وأخيرا ارتكاب المحاولة، سواء كانت خاطئة أو حقيقية.

كما أوضح نموذج (Jans et al. 2018) هذا التسلسل في عدة مراحل تبدأ بالتفكير حول الموت، ثم الأفكار الانتحارية، فالتخطيط، فالاستعدادات، ثم اتخاذ القرار، وأخيرا الفعل الانتحاري. (حسنا 2023 ص 129)

6- تطور الأفكار الإنتحارية إلى الفعل الانتحاري



الشكل 02: تطور الأفكار الإنتحارية إلى الفعل الانتحاري

(توماس 2018 ص 14)

وكذلك نجد تقسيم آخر لمراحل الأفكار الانتحارية وتطورها:

1. المرحلة الأولى – التفكير السلبي والانسحاب:

يبدأ الفرد بمشاعر الحزن الشديد، الشعور بعدم القيمة، أو الإحساس بالذنب. في هذه المرحلة، تكون الأفكار الانتحارية غير واضحة، لكنها تظهر كـ “رغبة في الهروب”.

2. المرحلة الثانية – بروز فكرة الموت:

تتحول المشاعر إلى رغبة في الموت كوسيلة للخلاص من الألم، دون وجود خطة فعلية. هذه المرحلة تُعرف بـ “الأفكار الانتحارية السلبية”.

3. المرحلة الثالثة – الأفكار الانتحارية النشطة:

تبدأ فكرة الانتحار بالترسخ، وتُصاحبها أفكار مثل: “كيف سيكون شكل الموت؟” أو “متى أفعلها؟”.

4. المرحلة الرابعة – التخطيط والتنفيذ:

في هذه المرحلة، يخطط الشخص لكيفية تنفيذ الفعل الانتحاري. ويصبح خطر المحاولة الفعلية مرتفعًا. (مجلة clinical Psychology review)

7- النظريات المفسرة للأفكار الانتحارية:

نظرية التحليل النفسي:

يُعتبر الانتحار، من وجهة نظر فرويد، نتيجةً لإخفاق الدوافع العدائية لدى الفرد في التعبير عن نفسها تجاه الآخرين، مما يؤدي إلى توجيه هذا العداء نحو الذات وتدميرها. ويظهر ذلك بوضوح في حالات الاكتئاب، وهي حالات انفعالية يعاني فيها الفرد من الحزن الشديد، وبطء الاستجابة، والتشاؤم. وفي بعض الحالات، قد يصل الأمر إلى التفكير في الانتحار. كما تتسم هذه الحالات بارتفاع كبير في الشعور بالذنب، إلى درجة أن الفرد لا يتذكر سوى أخطائه وذنوبه، وقد يصل به الحال إلى نوبات من البكاء الحاد. (محمد 2023 ص127)

نظرية الاجتماعية:

يرى أصحاب النظرية الاجتماعية أن الانتحار ليس ظاهرة نفسية بحتة، بل هو مشكلة اجتماعية تقع ضمن أبعاد تتجاوز الفرد وتُعزى إلى المؤثرات والضغوط

الاجتماعية. بناءً على ذلك، قدّم علماء الاجتماع تفسيرات للانتحار باعتباره ظاهرة اجتماعية، ومن أبرزهم إميل دوركايم الذي اعتبر أن الانتحار يتأثر بدرجة اندماج الفرد في المجتمع أو انعزاله عنه. وقد أظهرت العديد من الدراسات أن الانتحار لا يقتصر على من يعانون من اضطرابات نفسية، بل يشمل أيضاً أشخاصاً لا تظهر عليهم أي علامات مرض نفسي، مما يدل على أهمية العوامل الاجتماعية في فهم هذه الظاهرة. فعندما تنقطع الروابط الاجتماعية، تزداد احتمالية الانتحار، وهذا ما يفسر انتشاره بين فئات مثل الأطفال المصابين بالفصام الذين يفتقرون إلى دعم اجتماعي كافٍ. بناءً عليه، تنتقد النظرية الاجتماعية الاعتماد الحصري على التحليل النفسي، وتدعو إلى تبني مقاربة أوسع تشمل الأبعاد الاجتماعية لفهم ظاهرة الانتحار.

النظرية المعرفية:

تفسر هذه النظرية الانتحار من خلال البناء المعرفي للفرد، حيث يرى أصحاب هذه النظرية أن الشخص الانتحاري يعاني من جمود في التفكير وصعوبة في التركيز، ناتجة عن تشوهات في طريقة تفسيره لوقائع الحياة. يتكون لديه نمط من المعتقدات السلبية والخاطئة عن نفسه والعالم من حوله، فيرى نفسه شخصاً

فاشلاً، والعالم مكاناً قاسياً، والمستقبل مظلماً. وتزداد هذه الأفكار سلبية عندما يتعرض لصدمات أو مواقف محرجة مثل الفشل المهني، أو العلاقات السيئة، أو الرفض من طرف قريب. هذه التجارب تؤدي إلى حالة من الاكتئاب، التي تُعد القاسم المشترك بين مختلف أشكال الانتحار. ووفقاً للعالم آرون بيك، فإن

الشخص المكتئب يُكوّن صورة سلبية عن ذاته والعالم والمستقبل، ما يؤدي إلى فقدان الأمل والدافعية، وبالتالي يتوقع نتائج سلبية لأي فعل يقوم به، ويفقد الحافز للانخراط في أنشطة بناءة، مما يدفعه في النهاية إلى التفكير في الانتحار كخيار نهائي.

النظرية السلوكية:

تفسر النظرية السلوكية الانتحار على أنه سلوك متعلم وليس ناتجاً عن عوامل وراثية أو جينية. ووفقاً لهذا التصور، فإن الشخص يكتسب سلوك الانتحار من خلال التفاعل مع بيئته، خاصة إذا كانت بيئة تفتقر إلى التعزيز الإيجابي وتدعم بطريقة غير مباشرة السلوكيات السلبية. فعندما يشعر الفرد أن سلوكاً معيناً،

كإيذاء النفس أو التهديد بالانتحار، يؤدي إلى حصوله على اهتمام أو تعاطف من المحيطين به، فإن هذا التعزيز قد يشجعه على تكرار السلوك. كما أن النمذجة تلعب دورًا أساسيًا في هذا السياق، إذ يمكن للفرد أن يتعلم السلوك الانتحاري من خلال مشاهدة نماذج أخرى تقوم به، لا سيما إذا لاحظ أن هذه النماذج حصلت على مكافآت معنوية أو تخلصت من الضغوط بعد الانتحار أو محاولة الانتحار. وبهذا، يصبح الانتحار استجابة مكتسبة تظهر كلما واجه الشخص ضغوطًا نفسية تفوق قدرته على التحمل، في حال كانت الأرضية النفسية والاجتماعية مهياة لذلك. العوامل الخمس الكبرى كمتنبئات للأفكار الإنتحارية (محمد 2023 ص129/128)

النظرية الإنسانية:

يرى المنظور الإنساني الوجودي أن إدراك الإنسان لحقيقة الموت هو ما يمنح حياته معنى وقيمة، فالموت ليس نهاية عبثية بل دافع للعيش بوعي وتحقيق الإمكانيات الكامنة في الإنسان. يؤكد هذا التوجه أن الإنسان مسؤول عن حياته، وعليه أن يستغل وجوده لتحقيق ذاته بدل الاستسلام لليأس. ويُستشهد بقول أحد المرضى: "أنا أعرف شيئين فقط: الأول أنني سأموت يومًا ما، والثاني أنني الآن ما زلت حيًا، والسؤال

الوحيد هو: ماذا أفعل في الفترة بينهما؟"؛ لِيبرز أهمية اتخاذ موقف فعّال من الحياة رغم حتمية الموت.

ومن هذا المنظور، يُعد الانتحار موقفًا انهزاميًا وإهدارًا لقدرات الإنسان، لأنه يعني التخلي عن إمكانية تحقيق الذات وتجاوز المعاناة بإرادة حرة ومسؤولية. (حسين، الاضطرابات النفسية والعقلية)

السمات السيكولوجية لنزوعات الإنتحارية:

النزوعات التي سيتم ذكرها من تحديد د محمد الحجار في كتابه (الطب السلوكي المعاصر)، استنادا من الباحث Edwin shneidman هذا الأخير من الباحثين في ميدان الإنتحار وهو يعتبر أن السمات التي سيتم ذكرها هي أشكال اللوحة السيكولوجية لأرضية الإنتحار.

تتمثل هذه السمات في:

1. **الألم النفسي الذي لا يحتمل:** الشخص لا ينتحر لأنه سعيد، بل لأن الألم النفسي لا يُطاق، والانتحار بالنسبة له هو طريقة للهروب من هذا الألم.

2. **الحاجات النفسية غير المشبعة:** عندما تبقى الاحتياجات النفسية الأساسية غير ملباة (مثل الحب، التقدير، الأمان...)، فهذا يزيد من خطر التفكير في الانتحار.

3. **البحث عن حل:** الانتحار لا يحدث فجأة، بل هو نتيجة شعور بالحيرة الشديدة، وكأنه "حل أخير" لمشكلة تبدو بلا مخرج.

4. **محاولة إطفاء الوعي:** الشخص يريد الهروب من وعيه المؤلم؛ فينظر للانتحار كطريقة لإيقاف التفكير والعذاب الداخلي.

5. **اليأس وفقدان الدعم:** الشعور بالعجز، الخجل، الذنب، أو فقدان من يعتمد عليهم الشخص، كلها عوامل تدفعه نحو الانتحار.

6. **تضييق الخيارات:** الشخص لا يرى إلا خيارين: إمّا النجاح الكامل أو إنهاء كل شيء، ولا يرى حلولاً وسطية.

7. **التناقض الوجداني:** يعيش الشخص صراعًا داخليًا بين رغبة في الحياة ورغبة في الموت، ويكون هذا التناقض مؤلمًا بشدة.

8. **الكشف عن الرغبة في الانتحار:** حوالي 80% من المنتحرين يُظهرون إشارات أو يخبرون مقربين منهم عن نيتهم قبل التنفيذ.

9. **الرحيل:** مثل مغادرة المنزل أو العمل، وهذا يرمز إلى رغبة في الانسحاب من الحياة، وقد يكون مقدمة للانتحار.

10. **الصراعات المستمرة في الحياة:** غالبًا ما يكون لدى الشخص تاريخ من المعاناة النفسية أو اضطرابات سابقة. (حسنا 2023 ص 128)

8- علامات الأفكار الانتحارية في الفصام:

يُعد الانتحار من المخاطر الكبيرة المرتبطة بمرض الفصام، إذ تشير التقديرات إلى أن واحدًا من كل عشرة مصابين ينهي حياته انتحارًا، ما يساهم في انخفاض

متوسط العمر المتوقع لديهم مقارنة بباقي السكان. ورغم أن الاكتئاب يُعتبر من أبرز عوامل الانتحار، فإن الفصام لا يقل خطورة، خاصة في مراحله الأولى عند تشخيص المرض وبدء العلاج والخروج من المستشفى، حيث يكون أغلب المرضى في سن الشباب. في هذه المرحلة، يفتقر الكثير منهم إلى الارتباط بشبكات الدعم أو الوعي بطبيعة مرضهم وأهمية الالتزام بالعلاج، وقد يدخلون في حالة إنكار تدفعهم للتوقف عن تناول الأدوية بمجرد تحسن الأعراض. هذا يؤدي إلى صعوبة في التكيف مع الحياة السابقة، والشعور بالعزلة نتيجة فقدان

العلاقات الاجتماعية، مما يعمق الإحساس باليأس.

ويزداد خطر الانتحار لدى غير المتزوجين، ومن ينتمون لخلفيات اجتماعية واقتصادية عالية، أو ذوي الذكاء المرتفع وتوقعات الحياة العالية، نتيجة لتضارب الواقع مع الطموحات. كما أن عدم الامتثال للعلاج واللجوء إلى المخدرات يزيد الوضع سوءاً. ويظل الاكتئاب من أكثر الأعراض النفسية ارتباطاً بمحاولات

الانتحار لدى مرضى الفصام، كما هو الحال في معظم الاضطرابات النفسية الأخرى (Delisi Lynn E ، 2006، p93)

كيف يؤدي الإدمان إلى الأفكار الإنتحارية:

يؤدي الإدمان إلى تغيير جذري في طريقة تفكير المدمن، حيث يغرق في نظرة سوداوية للحياة، لابتعاده عن العقل والمنطق ما يجعله يعيش في حالة دائمة من الحزن واليأس. ومع فقدان المواد المخدرة أو الكحول لتأثيرها المنشط بمرور الوقت، يصبح المدمن أكثر عرضة للأفكار الإنتحارية، خصوصاً إذا

يعاني من اضطرابات نفسية كالاكتئاب أو القلق. تؤكد معظم الدراسات والإحصائيات التي أشرفت عليها منظمة الصحة العالمية والكثير من الجامعات حول العالم أن التسمم الناتج عن جرعة المخدرات الزائدة هو السبب الرئيسي في ارتفاع نسبة المنتحرين بين المدمنين، خاصة مدمني الأدوية والعقاقير ومدمني

الكحول، والمثير للدهشة والاستغراب أن حوالي 8% من المدمنين المنتحرين ذكوراً، بينما تشكل نسبة الإناث حوالي 34% من عدد حالات الانتحار.

وفيما يلي نلخص النتائج التي قدمتها تلك الدراسات حول علاقة الإدمان والانتحار:

- تقدر حالات الانتحار سنوياً بـ 800 ألف شخص.

- معظم المنتحرين يعانون من أمراض نفسية بنسبة تصل إلى 90% ولا تقل عن 27%.
- أكثر من 50 من المائة من نسبة المنتحرين يعانون من الاكتئاب الحاد.
- تبلغ نسبة المنتحرين بسبب إدمان الأدوية والعقاقير الطبية سواء المهدئات أو المنومات وأيضاً إدمان الكحول 15% إلى 61%.
- نسبة المنتحرين الذين يتعاطون الهيروين 35%.
- حوالي 20% من متعاطي الكوكايين والمهلوسات ينتحرون بشكل مؤكد، و65% تسيطر عليهم الأفكار الانتحارية. (أحمد، 2002ص12)

ملخص الفصل:

يُعد التفكير الانتحاري من الظواهر النفسية المعقدة التي تستوجب فهماً عميقاً لمختلف أبعادها النفسية والاجتماعية والبيولوجية. فهو لا يظهر فجأة، بل يتطور تدريجياً عبر مراحل تبدأ من المعاناة النفسية وتصل أحياناً إلى التخطيط الفعلي للانتحار. وقد بيّنت النظريات النفسية المختلفة كيف تتداخل العوامل الإدراكية والانفعالية والاجتماعية لتؤدي إلى هذه الحالة الخطيرة من اليأس وفقدان الأمل.

ويؤكد الانتشار الواسع للتفكير الانتحاري، لا سيما بين الفئات الهشة نفسياً، على أهمية التدخل المبكر والتشخيص الدقيق لتفادي تفاقمه نحو المحاولة الفعلية. كما تسلط الخصائص النفسية المرتبطة به، مثل الاكتئاب واليأس والاندفاعية، الضوء على أهمية الدعم النفسي المستمر والعلاج المتعدد التخصصات.

إن فهم التفكير الانتحاري لا يقتصر فقط على الوقاية من الانتحار، بل يشكّل مدخلاً أساسياً لفهم المعاناة الإنسانية في أعماق تجلياتها، ما يدعو المهنيين النفسيين والمجتمع إلى التعامل معه بوعي، ومسؤولية، وتعاطف.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

- ✓ تمهيد
- ✓ الدراسة الاستطلاعية
- ✓ أهداف الدراسة الاستطلاعية
- ✓ صعوبات الدراسة الاستطلاعية
- ✓ نتائج الدراسة الاستطلاعية
- ✓ منهج الدراسة الأساسية
- ✓ تاريخ الدراسة الاستطلاعية
- ✓ هيكل المؤسسة الاستشفائية
- ✓ مهام مصلحة الأمراض العقلية
- ✓ أدوات الدراسة الأساسية
- ✓ مقياس الميول الإنتحارية
- ✓ عرض الحالات العيادية

تمهيد:

تماشياً مع التطور العلمي في ميدان علم النفس والاضطرابات العقلية، لم تعد الدراسات تقتصر على الجانب النظري فقط، بل أصبحت تركز على الأبحاث الميدانية التي تهدف إلى مقارنة الواقع النفسي للأفراد بشكل أكثر دقة وموضوعية. ومن بين الإشكالات التي باتت تفرض نفسها بقوة في السنوات الأخيرة، العلاقة المعقدة بين تعاطي المخدرات وظهور الاضطرابات الذهانية، وعلى رأسها الفصام.

ويأتي هذا البحث ليسلط الضوء على هذه العلاقة من خلال دراسة ميدانية تهدف إلى التأكد من صحة الفرضيات المطروحة، وذلك باتباع منهج علمي دقيق يسمح بفهم أعمق لهذا النوع من الفصام المرتبط بالإدمان.

1- الدراسة الاستطلاعية:

تُعد الدراسة الاستطلاعية خطوة أساسية في البحث العلمي، وهي من المراحل الأولية التي يعتمد عليها الباحث قبل الشروع في الدراسة الفعلية. تهدف هذه المرحلة إلى توضيح الرؤية العامة للموضوع، وتساعد الباحث على التعمق أكثر في فهم الإشكالية التي يود دراستها، من خلال الاحتكاك الأولي بالميدان والتعرف على مدى توفر المعطيات اللازمة. فالدراسة الاستطلاعية لا تكتفي بجمع معلومات أولية فحسب، بل تُعتبر وسيلة فعالة للتأكد من قابلية تطبيق البحث ميدانياً، ومن مدى توفر الظروف المناسبة لذلك.

وانطلاقاً من هذا الأساس اتجهنا بعد الحصول على الإذن من الجامعة بتقديم الطلب إلى المصلحة الاستشفائية للأمراض العقلية بتجديت، مستغنامً لسماح لنا بإجراء الدراسة الميدانية في هذه المصلحة، وبعد الحصول على الموافقة، تم استقبالنا بشكل جيد من قبل الطاقم العامل هناك، حيث لقي طلبنا كل الترحيب والتقدير، مما سهّل علينا عملية الاستطلاع الأولي.

كما قامت الطبيبة العقلية بمساعدتنا على التعرف على الحالات الملائمة لموضوع دراستنا، حيث أوضحت لنا أن حوالي 70% من المرضى يعانون من الفصام، و20% يعانون من اضطراب ثنائي القطب، في حين تمثل الاضطرابات النفسية الأخرى النسبة المتبقية المقدّرة بـ 10%. ولتوفير الوقت وتسهيل عملية التعامل مع الحالات الفصامية الملائمة لدراستنا، قامت الطبيبة بتوجيهنا نحو بعض المرضى

الذين تتطابق حالتهم مع المعايير التي نبحث عنها، مما ساعدنا على الانطلاق في جمع المعطيات بشكل فعّال ومنظّم.

2- أهداف الدراسة الاستطلاعية:

- تحديد موضوع الدراسة بصورة دقيقة.
- التعرف على الحالات المناسبة للدراسة وجمع البيانات المتعلقة بها.
- استكشاف ميدان الدراسة

3- صعوبات الدراسة الاستطلاعية:

- واجهنا خلال الفترة الاستطلاعية صعوبة في التواصل مع بعض المرضى بسبب حالتهم العقلية.
- بعض المرضى كانوا متحفظين ولم يتقبلوا بسهولة فكرة التحدث معنا أو المشاركة في الدراسة.
- واجهنا عراقيل في تنسيق المواعيد بسبب انشغال الفريق العلاجي في مهام أخرى.
- تم تأجيل بعض المقابلات نتيجة تعذر توفر المرضى في الأوقات المحددة.

3- نتائج الدراسة الاستطلاعية:

بعد قيامنا بالدراسة الاستطلاعية توصلنا إلى:

- المنهج الملائم لدراسة الأساسية.
- تم اختيار أدوات الدراسة الأساسية.
- تحديد مكان الدراسة.

4- مجال الدراسة الاستطلاعية :

حدود الزمنية لدراسة الاستطلاعية :

إمتدت الدراسة الاستطلاعية من 2025/11/19 إلى غاية أسبوع ونصف بعد هذا التاريخ

الحدود البشرية لدراسة الاستطلاعية: بعد القيام بعدد من اللقاءات خلال الفترة الاستطلاعية ، تم التعامل مع عشر حالات من المرضى المتواجدين في مستشفى الأمراض العقلية "جناح الرجال" وذلك بهدف معرفة مدى ملاءمة الحالات لموضوع دراستنا. وبعد التقييم والملاحظة، تم اختيار حالتين فقط تمت متابعتهما بعمق خلال فترة الدراسة

5- الدراسة الأساسية:

1-5 منهج الدراسة الأساسية:

تقتضي طبيعة هذه الدراسة، التي تتناول أبعادًا نفسية عميقة، اعتماد منهج علمي يتلائم مع خصوصيتها ويُسهّم في تحليل معطياتها بشكل دقيق. ومن هذا المنطلق، تم اعتماد المنهج العيادي، نظرًا لملاءمته في دراسة الحالات الفردية وتحليلها في سياقها النفسي والاجتماعي. يعرفه فؤاد أحمد في كتابه المنهج الإكلينيكي الفحص النفسي والمقابلة العيادية 2023 بأنه ذلك البحث التفصيلي الشامل على شخص واحد أو مجموعة من الأشخاص كل على حدة، هذا المنهج مناسب في البحوث النفسية ذات الطابع الأكاديمي، وكذا في عيادات العلاج النفسي، يتميز بالنقاط الأساسية التالية:

- يستهدف الحالات التي تعاني من المشكلات السلوكية والاضطرابات النفسية التي تتقدم للعيادة بهدف العلاج.
- يركز على بحث شامل لتاريخ الحالة على وحدتها الكلية الحالية والصراعات الأساسية.
- يعتمد على عدة طرق مختلفة مناسبة للحالة، الملاحظة، المقابلة، والاختبارات النفسية.

5-2 مجال الدراسة الأساسية:

-الحدود الزمنية للدراسة الأساسية: تم إجراء الدراسة من 30 فيفري إلى 5 ماي 2025

-الحدود المكانية للدراسة الأساسية: تم إجراء الدراسة على مستوى المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للأمراض العقلية بمستغانم المسماة ب (EHSPM) (يوسف المجنوب) التي فتحت أبوابها التي فتحت أبوابها سنة 2007 بعدما تأكدنا من وجود حالات مناسبة للموضوع الذي تطرقنا إليه.

6- هيكل المؤسسة الاستشفائية:

-الجنح الإداري: يتكون من مكتب الطبيب العام مكتب الأخصائي النفسي، مكتب طبيب مختص في الأمراض العقلية مكتب المراقبة الطبية، مكتب السكرتير والأرشيف، حديقة المصلحة.

-جنح الامراض العقلية للرجال: يتكون من ستة غرف بكل غرفة سريرين، غرفة العلاج، غرفة أشغال وترقية، غرفة الفرادية لعزل الحالات الهائجة مرحاض وحمام.

-جنح الأمراض العقلية للنساء: يتكون من ستة غرف بكل غرفة سريرين، غرفة العلاج، غرفة أشغال وترقية مطبخ مرحاض وحمام.

7- مهام مصلحة الأمراض العقلية:

- فحص نفسي.
- فحص طبي للمرضى.
- استقبال الحالات الاستعجالية للمرضى
- إجراء الحقن
- التكفل النفسي والطبي بمرضى المقيمين.
- استخراج شهادة السلامة العقلية.
- استخراج شهادة التي تثبت المرض العقلي.

- تم التركيز بشكل كبير على جناح الرجال، كما تم اختيار الحالات من هذا الجناح تحديداً.

الحدود البشرية: يتكون المجال البشري لهذه الدراسة من حالتين تم تشخيصهما بحالات فصام ناتج عن إدمان المخدرات، حيث ظهرت أعراض الاضطراب الفصامي بعد فترة من التعاطي المستمر للمواد المخدرة، وقد تم اختيارهما من بين عدة حالات تم مقابلتها، وذلك بحكم أنهما يُظهران أفكاراً انتحارية

➤ تم اختيار الحالات من مستشفى الأمراض العقلية بتجديت وهم يخضعون للمتابعة الطبية والنفسية تتراوح أعمارهم ما بين 20 سنة الى 45 سنة يشتركون في:

- ظهور اعراض ذهانية (هلاوس، اضطراب في التفكير, سلوك...بعد فترات اما طويلة او قصيرة حسب الحالة)
 - وجود تاريخ من التعاطي المكثف والمتكرر لمواد مخدرة خاصة الحشيش.
- أدوات الدراسة الأساسية:**

لأجل جمع المعطيات الضرورية وتحقيق أهداف هذه الدراسة، تم اعتماد مجموعة من الأدوات النفسية والعلمية التي تسمح بفهم أعمق للحالات المدروسة. شملت أدوات الدراسة ما يلي:

المقابلة العيادية:

تكون وجها لوجه مع الشخص المضطرب كما يمكن ان تكون عند الضرورة مع أحد افراد محيطه حسب الحالة تهدف إلى تبصير الفرد بذاته وبسلوكه وبدوافعه ومحاولة تخليصه من كل ما هو عالق في ذهنه من المخاوف أو الأوهام أو الصراعات التي تسبب له القلق المستمر، ولا بد من الإشارة هنا:

إلى ان في هذه المقابلة ينبغي ان لا يفرض الحل فرضاً على المفحوص أو المسترشد. ويفضل ان يتم العلاج لموقف معين تبعاً لظروف ومعتقدات المسترشد ويجب الإعداد الجيد للمقابلة بحيث يكون المريض مسترخياً واثقاً في المعالج بينهما علاقة طبية مرنة خالية من الشك والخوف (أحمد فؤاد 2023 ص34)

تتعدد أشكال المقابلات في البحث العلمي، وقد وقع اختيارنا على المقابلة نصف الموجهة في إطار هذه الدراسة:

تعريف المقابلة النصف موجهة:

تتخذ هذه المقابلة طابعًا وسطًا بين المقابلة الموجهة والمقابلة الحرة، إذ لا يعتمد الفاحص على أسئلة جاهزة ومحددة مسبقًا، بل يدخل المقابلة وفي ذهنه مجموعة من المحاور العامة التي توجه الحوار، مما يتيح له قدرًا من المرونة دون الابتعاد عن أهداف المقابلة الأساسية. (مقراني سهيلة 2022 ص 61)

يتمثل الهدف من استخدام المقابلة النصف موجهة في استكشاف الجوانب النفسية والمعرفية والانفعالية لدى مرضى الفصام الناتج عن الإدمان، مع التركيز بشكل خاص على الكشف عن وجود أفكار أو ميولات انتحارية. وقد مكّنت مرونة هذا النوع من المقابلات من فتح المجال أمام المرضى للتعبير بحرية عن تجاربهم ومشاعرهم، وفي الوقت نفسه، حافظت على توجيه الحوار نحو محاور أساسية تخدم أهداف البحث

الملاحظة العيادية :

هي ليست ملاحظة عامة وإنما هي استثمار علمي وتقني لمعطيات ذات علاقة مع موضوع البحث أو مع الاضطراب المراد علاجه، بقول آخر يجب أن تكون الملاحظة العيادية موجهة ومركزة على سلوك أو مجموعة من السلوكيات لتكون أكثر دقة وأن المناحي التجريبية ودراسة الحالة وغيرها تتضمن ملاحظة لما يقوم به الشخص لما في الحاضر أو قام به في الماضي (أحمد فؤاد 2023 ص 35)

تم اعتماد الملاحظة العيادية بهدف مراقبة السلوكيات الظاهرة المرتبطة باضطراب الفصام وبالإدمان، وتحديد المؤشرات السلوكية التي قد تدل على وجود أفكار انتحارية أو اضطرابات انفعالية خطيرة. وقد ساعدت هذه الأداة على دعم وتحقيق مصداقية المعطيات المستخلصة من المقابلات، من خلال المتابعة المباشرة

للمريض داخل المؤسسة العلاجية، في سياقات تفاعلية

8-مقياس الميول الانتحارية لمعوشة عبد الحفيظ:

➤ تعريف المقياس:

مقياس الميول الانتحارية هو أداة نفسية قام بتصميمها الأستاذ معوشة عبد الحفيظ من جامعة خنشلة – الجزائر، ونُشرت سنة 2017 في العدد العاشر من مجلة إبداعات تربوية ونفسية. يهدف هذا المقياس إلى قياس درجة الميول أو النزعة الانتحارية لدى الأفراد، بالاعتماد على النظرية المعرفية السلوكية، وقد تم بناؤه استنادًا إلى مقابلات مع حالات انتحار فعلية، وآراء مختصين، ودراسات سابقة. يتميز المقياس بخصائص سيكو مترية مقننة (الصدق والثبات) وقد طُبّق على عينة مكونة من 547 شابًا جزائريًا.

يتكون هذا المقياس من 57 بند (عبارة) يجاب عنها بخمس بدائل هي:

- غير موافق بشدة.
- غير موافق.
- محايد.
- موافق
- موافق
-

➤ كيفية تطبيقه:

يمكن تطبيق هذا المقياس فردياً أو جماعياً على كل من يفوق 13 سنة ودون أي شروط.

➤ طريقة تصحيحه:

يتضمن هذا الاستبيان عبارات موجبة، وأخرى سالبة، والعبارات السالبة هي (56-20-21-22-26-28-51)

فالإجابات الموجبة إذا أجاب عليها المضمون بـ "موافق بشدة" يعطي خمس درجات (5)، وإذا أجاب بـ "موافق" يعطي أربع درجات (4)، وإذا أجاب بـ

“محايد” يعطي ثلاث درجات (3)، وإذا أجاب بـ “غير موافق” يعطي درجتين (2)، وإذا أجاب بـ “غير موافق بشدة” يعطي درجة واحدة (1).

أما العكس بالنسبة للإجابات السالبة، أي إذا أجاب المضمون على العبارات السالبة بـ “موافق بشدة” يعطي درجة واحدة، وإذا أجاب بـ “غير موافق بشدة” يعطي خمس درجات.

فإذا أجاب المضمون على خمس عبارات بـ “غير موافق بشدة” يعطي خمس درجات (5)، وإذا أجاب بـ “غير موافق” يعطي أربع درجات (4)، وإذا أجاب بـ “محايد” يعطي ثلاث درجات (3)، وإذا أجاب بـ “موافق” يعطي درجتين (2)،

وإذا أجاب بـ “موافق بشدة” يعطي درجة واحدة. أقصى درجة يمكن الحصول عليها هي (285)، وأقل درجة هي (57)

➤ مستويات الميل الانتحاري:

الجدول 01 يوضح مجالات مستوى الميل الانتحاري.

المجال	المستوى
(57-123)	منخفض
(124-219)	متوسط
(220-285)	مرتفع

الخصائص السيكومترية للمقياس :

• خصائص عينة الدراسة:

اختيرت عينة الدراسة بصورة عرضية فكانت العينة التي قيست بها الخصائص السيكومترية لمقياس الميل الإنتحاري لدى الشباب مكونة من 409 شاب من الجنسين تتراوح أعمارهم ما بين 16 و 30 سنة. إتضح أن نسبة الذكور أكبر من نسبة الإناث بحيث بلغت نسبة 56,7% و الإناث 43,3% ويرجع هذا في الأساس إلى التكوين الثقافي للمجتمع الجزائري ، حيث أن الذكور في الغالب هم أكثر إستعدادا للإجابة على أدوات البحث من مقاييس واستبيانات خاصة في المدن الداخلية. بنسبة للإقامة، كانت العينة الخاصة بالدراسة السيكومترية موزعة على أربعة ولايات وهي : الشلف، باتنة، خنشلة و غليزان ،وقد أختيرت هذه الولايات بطريقة من أجل تسهيل عملية الإتصال بين الباحث وعينة الدراسة قصد معرفة صعوبات تطبيق أداة الدراسة.

• صدق المقياس:

صدق المحكمين: تم عرض النسخة الأولية من الاستبيان على مجموعة من المحكمين المتخصصين في علم النفس، علم الاجتماع، واللغة العربية من جامعات جزائرية وعربية، للتأكد من وضوح العبارات ومدى ملاءمتها، وكذلك مناسبة التدرج الخماسي للإجابات. بناءً على ملاحظاتهم، قام الباحث بتعديل وصياغة بعض العبارات، ليصل عدد بنود المقياس النهائي إلى 60 بنداً.

الصدق التكويني (الاتساق الداخلي): بعد التأكد من صدق المحكمين، استخدم الباحث معامل ارتباط بيرسون لمقياس الاتساق الداخلي، أي العلاقة بين درجات الأبعاد المختلفة ودرجة المقياس الكلية، وذلك لعينة الذكور، والإناث، والعينة الكلية. وتم عرض النتائج في جداول لاحقة.

الصدق التمييزي بأسلوب المقارنة الطرفية : و في هذه المرحلة في حساب صدق الاستبيان تم سحب %27 من طرفي توزيع الدرجات التي حصل عليها أفراد العينة في هذا الاستبيان، وهذا بعد ترتيبها من أدنى درجة إلى أعلى درجة .

• **ثبات المقياس:**

معامل ألفا كرونباخ: تم استخدامه لقياس مدى اتساق المقياس داخليًا، خاصة أن العينة كانت عرضية ولا يمكن إعادة تطبيق الاختبار عليها. جاءت النتائج كما يلي:

• العينة الكلية: 0.700

• عينة الذكور: 0.697

• عينة الإناث: 0.704

طريقة التجزئة النصفية (فردى/زوجي) : قام الباحث باحتساب درجتين لكل فرد في العينة الأولى:

• درجة للبنود الفردية

• ودرجة للبنود الزوجية ثم حسب معامل الارتباط بين هاتين الدرجتين لقياس الثبات و كانت النتائج بدرجة مرتفعة مما يؤكد ثبات المقياس

وبما أن المقياس يتميز بدرجتين صدق و ثبات كبيرتين ،فعليه يمكن تطبيقه في دراسات تهتم بدراسة الميل الإنتحاري

➤ مواصفات الحالات المدروسة:

الجدول رقم 02 يوضح مواصفات الحالات المدروسة

الحالة	السن	الجنس	الاضطراب	المستوى الدراسي	المهنة	السبب	مدة الدخول
ب.م	45	ذكر	فصامي	سنة الأولى ثانوي	حداد	نقلته زوجته الى مستشفى الامراض العقلية بعد ان حاول الانتحار بتناول 30 قرصا دفعة واحدة	7 ايام
ي.م	46	ذكر	فصامي	ليسانس في علوم التجارية	مستشار منشط في صندوق الوطني للتقاعد	تم إدخاله الى المستشفى الامراض العقلية بعدما قام أخوه باحضاره برفقة الشرطة الى المصحة اثر محاولة الانتحار حيث حاول اغراق نفسه في البحر	3 ايام

خلاصة الفصل:

من خلال هذا الفصل، تم التطرق إلى الجوانب المنهجية الأساسية التي انطلقت منها هذه الدراسة، بدءًا بالدراسة الاستطلاعية التي مثلت خطوة تمهيدية لفهم الميدان وتحديد مدى توافقه مع طبيعة الإشكالية المطروحة، والتي ساعدتنا على اختيار العينة المناسبة وتجاوز بعض العقبات التنظيمية. تلتها الدراسة الأساسية التي اعتمدنا فيها على المنهج العيادي لكونه الأنسب لتحليل الحالات النفسية المعقدة في سياقها الفردي والاجتماعي. كما تم عرض أدوات الدراسة المعتمدة، من بينها المقابلة النصف موجهة، الملاحظة العيادية، ومقياس الميول الانتحارية، والتي تم اختيارها بعناية لضمان دقة التشخيص وموضوعية النتائج. وعليه، فإن هذا الإطار المنهجي المتكامل وقر الأرضية الصلبة للانتقال إلى تحليل الحالات المدروسة بشكل علمي وموضوعي في الفصول القادمة



عرض وتحليل الحالات العيادية

دراسة الحالة الأولى:

➤ البيانات الأولية:

الإسم و اللقب: ب.م

السن: خمسة و أربعون سنة

الجنس: ذكر

المستوى الدراسي: سنة أولى ثانوي

الحالة المدنية: متزوج

عدد الأولاد: أربعة أولاد؛ ثلاث ذكور و بنت

الوالدين: الأب متوفي و الأم على قيد الحياة

رتبته في العائلة: الثاني بين أربعة إخوة

المهنة: حداد

المستوى الاقتصادي: متوسط

نوع الإضطراب: الفصامي المدمن

➤ السيميائيات العامة و السلوك:

- يظهر عليه الإعياء الجسدي و النفسي .
- لديه ذاكرة جيدة، خاصة فيما يخص الأحداث الماضية.
- لديه تواصل بصري حاد.
- واعي بمرضه .
- المظهر الخارجي: يبدو في هيئة غير مرتبة، وملامحه شاحبة.
- اللغة: سليمة عمومًا، واضحة ومفهومة.

- سلوك عام هادئ، متعاون خلال الجلسات.
- التركيز والانتباه: متوسط، يظهر تشتتًا طفيفًا أثناء الحديث عن مواضيع مؤلمة.
- وجود هلاوس سمعية وبصرية.

➤ تقديم الحالة:

الحالة (م.ب)، يبلغ من العمر 45 سنة، ذكر، متزوج من امرأة كان يكنّ لها مشاعر قوية منذ شبابه، وقد أنجب منها أربعة أطفال (ثلاثة ذكور وأنثى). ينتمي إلى أسرة بسيطة، وله ثلاثة إخوة، ويحتل الترتيب الثاني بينهم. مستواه الدراسي متوسط، حيث توقف عن الدراسة مبكرًا، واشتغل في مهنة الحدادة، التي مارسها لسنوات طويلة وكان يعتمد عليها كمصدر رزق رئيسي.

تعرض في إحدى فترات عمله إلى حادث مهني أدى إلى إصابة على مستوى رجله، مما أثر على قدرته في مواصلة العمل بنفس الوتيرة السابقة.

➤ التاريخ المرضي:

يعود ظهور أولى المؤشرات المرضية لدى الحالة إلى سن 16 سنة، حين بدأ في تعاطي المواد المخدرة بشكل منتظم، ما أدى إلى تغيرات جذرية في سلوكه وشخصيته. من مراهق هادئ نسبيًا، أصبح يظهر سلوكًا عدوانيًا متقلب المزاج، متوترًا، وانفعاليًا، كما بدأت علاقته الاجتماعية بالتدهور، خاصة مع أفراد العائلة والمحيط الدراسي. في تلك المرحلة، لم يكن هناك وعي حقيقي بخطورة الوضع، فتم التعامل مع التغيرات على أنها أزمة مراوحة عابرة.

مع بلوغه سن 26 سنة، بدأت أعراض اضطرابه العقلي تتبلور بشكل أوضح وأكثر حدة. حيث ظهرت عليه اضطرابات في التفكير والإدراك، تمثلت في اعتقادات غريبة وشبه وهمية؛ من بينها اقتناعه بأنه "مسخ" وأن الله سيقوم الساعة قريبًا، كما راوده اعتقاد قوي بأنه مسحور أو مُستهدف بقوى خارقة، وهو ما دفع والده إلى أخذه للطبيب العقلي لأول مرة. في تلك المرحلة، تم تشخيص حالته مبدئيًا باضطراب ذهاني، وبدأ العلاج بالأدوية المضادة للذهان. غير أن المريض لم

يُظهر التزامًا حقيقيًا بالعلاج، وكان يتناول الأدوية بشكل متقطع، ويرفض الاستمرار فيها بمجرد شعوره بتحسن جزئي. بعد مدة دخل المريض في نوبة ذهانية حادة صاحبها تفكير انتحاري واضح، ما دفعه إلى محاولة الانتحار

عن طريق خنق نفسه، غير أن تدخل الأسرة في الوقت المناسب حال دون وقوع الكارثة، وتم نقله إلى مستشفى الأمراض العقلية . بعد خضوعه للعلاج تم إخراجه غير أن التعافي ظل هشًا بسبب غياب الاستمرارية في العلاج والدعم النفسي الأسري.

بعد سنوات من الاستقرار الظاهري، وتحديدًا بعد 19 سنة من المحاولة الأولى، انتكست حالته بشكل حاد، حيث عاد مجددًا إلى تعاطي المخدرات، وخاصة الحشيش، مما أدى إلى عودة الأعراض الأولية. وعبر عن شعوره بمعاناة كبيرة رافقته هو وزوجته، إذ رأى أن زوجته وأولاده يعانون من تصرفاته العنيفة، واعتبر نفسه عبئًا عليهم. في هذا السياق، أقدم على محاولة انتحار من خلال تناول 30 قرصًا من أدويته.

تجدر الإشارة إلى أن هذه هي المرة الثانية التي يُنقل فيها إلى مستشفى الأمراض العقلية، إذ سبق له أن خضع للعلاج وتناول الأدوية في فترة سابقة. وقد تم إحضاره هذه المرة من طرف زوجته، بعد أن تناول 30 قرصًا من الأدوية التي كانت موصوفة له، مما استدعى نقله إلى مستشفى الأمراض العقلية للمرة الثانية. أفاد بأنه لا يوجد أفراد في العائلة يعانون من أمراض عقلية.

➤ عرض المقابلات العيادية: الحالة الأولى

جدول 03 عرض المقابلات العيادية للحالة الأولى

المقابلات التاريخ	الوقت	المكان	الهدف من المقابلات
الأولى	17/02/2025	20 دقيقة	مستشفى الأمراض العقلية بمستغانم
التعريف بدوري كأخصائية نفسية وجمع البيانات الأولية والتعرف على سبب الدخول إلى مستشفى الأمراض العقلية			
الثانية	20/02/2025	30	//
التعرف على مرحلة الطفولة والمراهقة والعلاقة مع العائلة			
الثالثة	25/02/2025	45	//
التعرف على بداية ظهور الاضطراب			
الرابعة	01/03/2025	45	//
التعرف على الأسباب الحالية التي أدت إلى الإنتكاسة و العودة إلى مستشفى الأمراض العقلية			
الخامسة	10/03/2025	20	//
تطبيق مقياس نفسي لكشف عن وجود الأفكار الإنتحارية لدى الحالة			

المقابلة 01 :

دامت 20 دقيقة، بتاريخ 2025/02/17 في مستشفى الأمراض العقلية بمستغانم، واستهدفت التعرف بدوري كأخصائية نفسية، وجمع البيانات الأولية، والتعرف على سبب المجيء.

الحالة (م.ب) البالغ من العمر 45، تم إدخاله إلى مستشفى الأمراض العقلية بتاريخ 10 فيفري 2025، بعد أن قامت زوجته بإحضاره إلى المصحة العقلية إثر محاولته الانتحار، حيث تناول 30 قرصًا دفعة واحدة.

المقابلة 02 :

دامت 30 دقيقة، بتاريخ 20/02/2025 في مستشفى الأمراض العقلية بمستغانم، واستهدفت التعرف على مرحلة الطفولة والمراهقة والعلاقة مع العائلة.

يذكر الحالة (م.ب) أنه في طفولته عانى كثيرًا، خاصةً في علاقته مع والده، حيث كان يشعر بأن والده يكرهه ويفضّل عليه الأخ الأكبر، مما جعله يتلقى معاملة غير جيدة من طرف هذا الأخير أيضًا. أما علاقته مع والدته فكانت جيدة، وكذلك مع بقية إخوته. (أنا ماما نبغيها، وخوتي الباقيين لباس، بصح با ماكانش يطيقني، كان يبغي غير خويا الكبير، وحتى هو كان يعاملني كيما با)

ويضيف الحالة أنه كان لديه صديق مقرب يشعر معه بالراحة، يدرس معه، وتوقف عن الدراسة معًا في نفس الفترة. وفي مرحلة المراهقة، يذكر أنه لم يكن اجتماعيًا وكان له صديق واحد فقط، وكان يقضي أغلب وقته في الخارج مع هذا الصديق (مكانش عندي صحاب بزاف، غير صاحبي هداك كنا دايمين في راحة، نخرجوا بزاف)

المقابلة 03 :

دامت 45 دقيقة، بتاريخ 2025/02/25 بمستشفى الأمراض العقلية بمستغانم، وكان هدفها محاولة التعرف على بداية ظهور الاضطراب وسببه.

يذكر الحالة (م.ب) أن بداية التغيرات النفسية لديه تعود إلى سنوات سابقة، حيث بدأ في تعاطي المخدرات رفقة صديقه المقرب، فكانت البداية مع التدخين، ثم

تطور الأمر إلى استهلاك مادة الحشيش (أنا كنت نديها مع صاحبي، نكمي برك، وبعد وليت نحشش، ومبعد تبدلت بزاف)

ويضيف أنه بعد مرور سنوات، بدأ يلاحظ تغييرًا كبيرًا في شخصيته، (أنا راهي شخصيتي تبدلت، وليت نخاف، نعصب، ونكره الناس بلا سبب.) حتى أن صديقه الذي كان قريبًا منه أصبح يكرهه (حتى هو تبدّل، ما بقاش كيما بكري، وليت نحس بلي يكرهني). كما ذكر أن علاقته مع والده ازدادت سوءًا، حيث اتهمه والده باللواط، ما زاد من ألمه النفسي (بابا زاد كرهني، قالي راك تدير في حاجات ماشي مليحة... قالي راك لوطي، وأنا راني بريء الحمد لله لكورونا قتلته) ويؤكد الحالة أن الناس من حوله بدأوا يكرهونه فجأة دون سبب واضح، وأصبح يشعر بالرفض من الجميع.

وبدأ يعاني من أعراض غريبة، منها رؤى وأصوات تخاطبه، خاصة رؤيته لأنثى تظهر له وتقبله، ثم تقول له: "اقتل روحك، النهاية قرّبت، راك مسخ، هذا عقاب من ربي، راهي القيامة غادي تقوم." ويضيف الحالة أنه أصبح يعيش في حالة خوف دائم من يوم القيامة، وكان يشعر أن الموت قبل وقوع القيامة هو الخيار الأفضل له، لذلك قرر أن يضع حدًا لحياته، يظهر ذلك في قوله (قلت صايي، الموت خير من أني نعيش ونشوف القيامة بعيني، هاكا نرتاح قبل ما تجي النهاية)

المقابلة 04:

دامت 45 دقيقة، بتاريخ 2025/03/01 بمستشفى الأمراض العقلية بمستغانم، وكان هدفها التعرف على الأسباب الحالية التي أدت إلى الانتكاسة وإعادة الدخول إلى المؤسسة الاستشفائية.

ذكر الحالة (م.ب) أنه بعد خروجه من المستشفى في المرة السابقة، حاول أن يبدأ حياة جديدة بشكل طبيعي، حيث اشتغل لفترة، لكنه تعرض لاحقًا لإصابة في رجله جعلته غير قادر على مواصلة العمل، في تلك الفترة تعرّف على فتاة

أحبّها، غير أن عائلتها رفضته في البداية بسبب إصابته، وهو ما زاد من شعوره بالرفض والإحباط (قالولي ما تصلحش لبنتنا، خاطر راك معوّق، وأنا قلبي تحطّم)

أمام هذا الضغط، توقف عن تناول الأدوية الموصوفة له، وبدأ مجددًا في تعاطي المخدرات (قلت ما كانش فايده، ورجعت نحشش باش نريح). وبعد مدة، استطاع الزواج من تلك الفتاة، ورُزق منها بأبناء، لكن المشاكل لم تنته؛ إذ واجه صعوبات في العمل وعوائق اجتماعية ما جعله يعود إلى التعاطي بشكل مفرط (ما قدرتش نوقر للدار، كنت كل يوم نغرق أكثر، نكمي باش ننسى)

ومع مرور الوقت، بدأت الأعراض الأولى في الظهور مجددًا، فصار عدوانيًا، كما يذكر هو (حسيت روعي وليت كما بكري ديك البنات عودت جاتني مجديد وني منارفي سبة صغيرة نضرب ليجا قدامي)

يقول إنه صار يعتقد أن هناك من يعتدي على أخته، وأنه يشعر بواجب حمايتها (أنا كل ليلة نسمع أصوات تقول راهي أختك في خطر... نروح نفيقها هي وراجلها، نحاول نحميها)

سلوكه هذا أصبح مزعجًا ومقلقًا للعائلة، مما تسبب في توتر كبير داخل بيته، خاصة مع زوجته التي كانت تغضب وتغادر إلى بيت أهلها (مرتي كي تشوفني هكذا، تقول راك وليت خطر علينا، وتروح عند والديها).

وأصبح (م.ب) يشعر بأنه عبء على الجميع، وبأن وجوده صار يؤذي من حوله، عاد إليه التفكير بالموت كخلاص (أنا وليت غير مشاكل، كل يوم مشاكل، نحس باللي الموت أرحم... كيما يقولو: "اللي يضر الناس، خير بيعد"، وأنا نحس روعي صرت نضرمهم)

وختم حديثه بقوله: "المخدرات ما خلاتلي حتى قيمة، والمرض رجعني إنسان ما عندوش حتى معنى، نحب غير نرتاح ونبعد على كل واحد بصح هذا كامل بسباب با مات ومتهانيتش منه)

ملخص المقابلات:

من خلال المقابلات التي أجريت مع الحالة (م.ب)، تبين أن الصراعات النفسية التي يعاني منها بدأت منذ الطفولة، حيث أشار إلى شعوره بعدم القبول من طرف والده، الذي كان يفضل عليه شقيقه الأكبر، مما ولد لديه إحساسًا بالظلم والتمييز داخل الأسرة. قال: "با ماكانش يطيقني، كان يبغي غير خويا الكبير، وحتى خويا الكبير ماكانش يعاملني مليح". خلال المراهقة، كان منطويًا ولم يكن له أصدقاء كثير، سوى صديق واحد تقاسم معه أغلب أوقاته. لاحقًا، بدأت ملامح الاضطراب النفسي بالظهور حين انخرط في تعاطي المخدرات، خاصة مادة الحشيش، قائلاً: "كنت نديها مع صاحبي، نكمي برك، ومن بعد وليت نحشش". تطورت حالته النفسية تدريجيًا، وأصبح يشعر بالخوف والعدوانية ونفور غير مبرر من الناس: "وليت نخاف، نعصب، ونكره الناس بلا سبب".

كما أصبح يعتقد أن الجميع يكرهه، حتى أقرب أصدقائه، وأصبح يسمع أصواتًا ويرى رؤى غريبة، خصوصًا امرأة تظهر له وتقول: "اقتل روحك، راك مسخ، هذا عقاب من ربي". هذا دفعه لمحاولة الانتحار بعد أن اقتنع أن الموت أفضل له. بعد خروجه من المستشفى حاول بدء حياة جديدة، وعمل لفترة قصيرة قبل أن يتعرض لإصابة في رجله، ثم وقع في حب فتاة رفضته عائلتها، ف شعر مجددًا بالرفض: "قالولي ما تصلحش لبنتنا، خاطر راك معوق". توقف عن أخذ العلاج، فعادت إليه الأعراض بشكل أشد. ورغم أنه تزوج لاحقًا من الفتاة، إلا أن ظروفه لم تتحسن، وزادت عليه الأعباء الاجتماعية، فعاد إلى الإدمان، وازدادت حالته تدهورًا، وقال: "رجعت نحشش باش ننسى، كل يوم نغرق أكثر".

وأصبح يعيش توترات متواصلة داخل بيته، ويعتقد أن أخته تتعرض للخطر، فكان يوقظها ليلاً لمحاولة حمايتها. هذا السلوك زاد من توتر علاقته بزوجته، التي أصبحت تغادر بيت الزوجية بسبب خوفها منه. في نهاية المطاف، عبّر (م.ب) عن شعوره بأنه أصبح عبئًا على الجميع، وأن موته أفضل من بقاءه، قائلاً: "نحس باللي الموت أرحم، المرض رجعني إنسان ما عندوش حتى معنى".

المقابلة 5:

دامت 20 دقيقة، بتاريخ 2025/03/10 بمستشفى الأمراض العقلية بمستغانم، وكان الهدف منها تطبيق مقياس نفسي للكشف عن وجود أفكار انتحارية لدى الحالة استُهلّت المقابلة بتوفير جو من الطمأنينة والسرية لتسهيل تفاعل الحالة، حيث تم شرح طبيعة الاختبار والغرض منه بشكل مبسط. أبدى الحالة (م.ب) تعاونًا واضحًا وأجاب على الأسئلة بكل صدق وارتياح.

تم تطبيق مقياس معوشة عبد الحفيظ" مقياس الميول الإنتحارية 2017 "وكانت النتائج كالتالي:

جدول 04 يوضح نتيجة المقياس للحالة (م،ب)

الحالة	نتيجة المقياس	المستوى
م.ب	163	متوسط

- يتضح من خلال الجدول أن الحالة تحصلت على درجة 163 في مقياس الميل الإنتحاري لمعوشة عبد الحفيظ 2017، وهي نتيجة ضمن مجال [124-219] وهو ما يشير إلى مستوى متوسط من الميل الإنتحاري.

الإستنتاج العام للحالة الأولى:

يتضح من خلال دراسة الحالة (م.ب)، البالغ من العمر 45 سنة، أن الاضطراب العقلي "الفصام" الذي يعاني منه مرتبط ارتباطاً مباشراً بتعاطيه المبكر والمزمن للمواد المخدرة، خاصة مادة الحشيش، حيث بدأت أولى العلامات المرضية في سن المراهقة بالتزامن مع بداية الاستهلاك، كما أشار بنفسه "أنا كنت نديها مع صاحبي، نكمي برك، وبعد وليت نحشش، ومبعد تبدلت بزاف."

هذا التعاطي أسهم بشكل كبير في حدوث تغيرات سلوكية وانفعالية حادة، تطورت لاحقاً إلى أعراض ذهانية ذات طابع فصامي، كالهلاوس والأفكار الوهمية ذات المحتوى الديني والعدمي، مثل قوله:

"كنت نشوف وحدة تقبلني وتقولي: اقتل روحك، راهي النهاية قرّبت، راك مسخ، هذا عقاب من ربي، راهي القيامة غادي تقوم."

في هذا السياق المضطرب، بدأ المريض يُظهر ميولاً انتحارية واضحة:

"قلت صايي، الموت خير من أني نعيش ونشوف القيامة بعيني، هاكا نرتاح قبل ما تجي النهاية."

وقد بلغ التفكير الانتحاري مستوى خطيراً تمثل في محاولتين صريحتين للانتحار: الأولى عن طريق الخنق، والثانية بابتلاع 30 قرصاً دفعة واحدة من الأدوية الموصوفة له.

وعند تطبيق مقياس معوشة عبد الحفيظ للميول الانتحارية (2017)، تحصّلت الحالة على درجة 163، والتي تقع ضمن مجال الميل الانتحاري المتوسط [124 - 219]. ويُعزى هذا المستوى المتوسط إلى كون المقياس طُبّق خلال فترة علاجية نشطة، كان فيها المريض تحت رعاية طبية ونفسية، مما ساعد في التخفيف الجزئي من حدة ميوله الانتحارية في تلك المرحلة.

دراسة الحالة الثانية:

➤ البيانات الأولية:

- الاسم واللقب: ي.م
- السن: 46 سنة
- الجنس: ذكر
- المستوى الدراسي: ليسانس في علوم التجارية
- الحالة المدنية: متزوج
- عدد الأولاد: 2 بنات و ولد
- الوالدين: الاب متوفي والام على قيد الحياة
- رتبة في العائلة: الأول بين 3 اخوة
- المهنة: مستشار منشط في صندوق الوطني
- المستوى الاقتصادي: جيد
- نوع الاضطراب: اضطراب عقلي فصامي

➤ تقديم الحالة:

المريض (ي.م)، رجل في السادسة والأربعين من عمره، من ولاية مستغانم، متزوج حالياً ولديه طفلان من زواجه الأول: بنت وولد، يبلغان من العمر أربع وخمس سنوات تقريباً. كان زواجه الأول من امرأة من ولاية وهران، وقد وصفها بأنها "حب حياته"، إلا أن الزواج انتهى بالطلاق بعد سنوات بسبب عدم قدرة الزوجة على التأقلم مع الظروف المعيشية الصعبة في مدينة مستغانم. ترك هذا الانفصال أثراً عاطفياً بالغاً عليه، خاصة مع ابتعاده عن أطفاله لاحقاً. بعد الطلاق، دخل المريض في علاقة زوجية ثانية لكنها متوترة وتشهد صراعات

مستمرة، ما يزيد من شعوره بالضغط والعزلة. تتقاطع هذه الصراعات مع تاريخه النفسي، حيث سبق له أن مرّ بتجارب اكتئابية حادة، أدت إلى محاولتين انتحاريتين بالغرق، إلى جانب سوابق في التدخين والإدمان. يعيش المريض حاليًا في حالة من التذبذب النفسي والعاطفي، بين الحنين لماضيه، والرفض للواقع الحالي، مع غياب شبكات الدعم الاجتماعي الفعالة، مما يعمّق من شعوره بالعجز واليأس وتفكيره في الانتحار.

تجدر الإشارة إلى أن هذه هي المرة الثانية التي يُنقل فيها إلى مستشفى الأمراض العقلية، إذ سبق له أن خضع للعلاج وتناول الأدوية في المرة الأولى، وقد تم إحضاره هذه المرة من طرف زوجته بعد ملاحظة سلوكيات غير معتادة وتدهور واضح في حالته النفسية، مما استدعى نقله مجددًا إلى مستشفى الأمراض العقلية.

➤ السيميائيات العامة والسلوك:

- يظهر عليه اعياء جسدي ونفسي
- ليس لديه شهية للطعام
- لديه ذاكرة جيدة
- وجود الهلاوس والهذيان
- يتحدث بلغة واضحة
- مضهره جيد ونظيف
- لديه

التاريخ المرضي

يعود التاريخ المرضي للحالة (ي.م) إلى بدايات مرحلة الشباب، حيث بدأ بتدخين السجائر في سن 19 عامًا، واستمر في ذلك لمدة ثلاث سنوات، قبل أن يقلع عنها بشكل مفاجئ ودون أي تدخل طبي، وهو ما يمكن تفسيره كبداية لسلوكيات تعويضية مرتبطة باضطرابات داخلية غير مُشخّصة. بعد ذلك، دخل المريض في فترة من تعاطي المواد المخدرة، حيث أصبح مدمنًا على الحشيش وبعض الحبوب المهدئة، واستمر على هذا النمط لعدة سنوات.

في تلك المرحلة، بدأ المريض يُظهر سلوكيات انسحابية وتقلبات مزاجية متكررة لم تُؤخذ على محمل الجد، كما بدأت تظهر عليه بشكل تدريجي أعراض ذهانية، تمثلت في هلوسات سمعية واعتقادات اضطهادية. على سبيل المثال، كان يُبلغ عن سماعه لأصوات تناديه باسمه وتطلب منه أفعالاً معينة، رغم عدم وجود أي شخص بجانبه، كما كان يعبر عن اقتناعه بأن هناك من يراقبه باستمرار، وبأن جيرانه يتآمرون عليه ويريدون إيذائه. في إحدى المرات، رفض الخروج من المنزل لأيام متتالية لأنه كان يعتقد أن هناك "شخصًا يتبعه" في كل مكان يذهب إليه.

ورغم هذه الأعراض، لم يخضع المريض لأي تقييم نفسي أو تدخل علاجي ملائم، ما ساهم في تدهور حالته النفسية والعقلية بمرور الوقت. كان يعاني أيضًا من نوبات حزن طويلة، اضطرابات في النوم، وفقدان تدريجي للاهتمام بالأنشطة الاجتماعية والمهنية، دون أن تُفسر هذه الأعراض في سياق اضطراب عقلي واضح.

في سن 35 عامًا، قام بمحاولة انتحار أولى من خلال دخوله إلى البحر بهدف الغرق، وتم إنقاذه من قبل إخوته. ورغم خطورة الحادثة، لم يتلقَ المريض أي متابعة نفسية أو علاجية بعد تلك الحادثة، ما جعل حالته تستمر في التدهور بشكل

مزمن وغير ظاهر في بعض الأحيان.
وبعد مرور عشر سنوات، أعاد المريض محاولة الانتحار بنفس الطريقة (الغرق في البحر)، في سن 45 عامًا، مما يُشير إلى نمط متكرّر في التفكير والسلوك الانتحاري. وعند إخضاعه للفحص النفسي، عبّر عن إحساس عميق باليأس، وانعدام القيمة، وغياب الهدف من الحياة، موضّحًا أن رغبته في “الراحة الأبدية” وإنهاء المعاناة النفسية هي ما دفعته لمحاولة الانتحار.

➤ عرض المقابلات العيادية للحالة الثانية:

جدول 05 عرض المقابلات العيادية للحالة الثانية

المقابلات	التاريخ	الوقت	المكان	الهدف من المقابلات
الأولى	2025 /17/02	25 دقيقة	مستشفى الامراض العقلية بمستغانم	التعريف بدوري كأخصائية نفسية وجمع البيانات الأولية والتعرف على سبب الدخول الى مستشفى الامراض العقلية
الثانية	2025 /20/02	30	//	التعرف على مرحلة الطفولة والمراهقة والعلاقة مع العائلة
الثالثة	25/02/2025	45	//	التعرف على بداية ظهور الإضطراب وسببه
الرابعة	2025 /03/03	35	//	تطبيق مقياس نفسي لكشف عن وجود الأفكار الانتحارية لدى الحالة

المقابلة 01:

دامت 25 دقيقة, بتاريخ 17/02/2025 في المستشفى الامراض العقلية بمستغانم, واستهدفت التعريف بدوري كأخصائية نفسية, وجمع البيانات الأولية, والتعرف على سبب المجيء.

الحالة (ي.م) البالغ من العمر 46 سنة, تم إدخاله الى المستشفى الامراض العقلية بتاريخ 13 فيفري 2025, بعد ما قام أخوه بإحضاره برفقة الشرطة الى المصحة العقلية إثر محاولته الانتحار, حيث حاول اغراق نفسه في البحر.

المقابلة 02:

دامت 30 دقيقة, بتاريخ 20/02/2025 في المستشفى المراض العقلية بمستغانم, واستهدفت التعرف على مرحلة الطفولة والمراهقة وعلاقته مع العائلة. يذكر الحالة (ي.م) أنه في طفولته كان يعيش حياة عادية بين اخوته و والديه ونضرا انه الطفل الأكبر بين اخواته فتحمل مسؤولية المنزل في سن صغير خاصتا بعد وفاة والده كان في عمره 15 سنة في قوله (كنت أنا الراجل تع الدار مور ما مات الوالد امي مرضت وخاوتي انا كنت مقابلهم) ولكن مع ذلك كان يدرس جيدا حيث كان دائما في المراتب الأولى . ومع كثرت الضغوطات بدأ بالتعاطي الحشيش في سن 19 سنة مع مجموعة من أصدقائه لمدة 3 سنوات وأضاف أن أباه من يقول له أن يستمتع في الحياة يضره ذلك في قوله " كنت نسمع مرات با يقولني متخمش عيش حياتك" وتوقف عن التعاطي بسبب اكتشافه لمرض السكر بحيث أصبح يتناول الدواء لكن توقف عن التعاطي لمدة 6 أشهر لأنه لم يستطيع التوقف عن التعاطي .

المقابلة 03:

يذكر الحالة أن حالته النفسية بدأت تتدهور تدريجيًا خلال السنوات الماضية، وقد حاول الانتحار مرتين بالغرق في البحر، وكانت المحاولة الأخيرة سببًا في إدخاله للمستشفى مجددًا. يصف ذلك بقوله: "المرّة الأولى دخلت للمستشفى، لكن والله ما حسيت بفرق، بقيت نحشش كما كنت، وما تبدل والو." تحدث عن الصراعات العائلية التي يعيشها، خاصة مع والدته وأفراد الأسرة الذين يكرهون زوجته الثانية رغم أنهما يعيشان في الطابق العلوي من نفس المنزل، ويقول:

"عايش فوق معاها، بصح المشاكل في الدار التحت ما تكملش، ماما دايرا العداوة مع مرتي، نحسهم ما يحبوش مرتي وما يرضاوش بيها" وأشار إلى أن ابنته توقفت عن زيارته، بينما يزوره ابنه من حين لآخر، ويعتقد أن زوجته الأولى تحرض أبنائه ضده: "بنتي ما راحيش تجيني، وولد يجي من وقت لوقت، نسمع أن أمهم تحرضهم عليا" ويذكر أنه يعتقد أن زوجته الأولى قد تعرضت للسحر، وأن ذلك هو ما جعلها تطلب الطلاق منه، قائلاً: "كنت شاك بلي مرتي الأولى دارينلها سحر، على خاطر هكذا طلبت الطلاق فجأة، وبلا سبة باينة."

وعن تعاطيه للمخدرات، قال إنه لم يتوقف عن التعاطي حتى بعد دخوله المستشفى للمرة الأولى، وأن ذلك لم يفيد به شيء، وأضاف: "دخلت للمستشفى، قالوا لي رايح تولي بخير، بصح أنا بقيت ندي في الحشيش والتدخين كما قبل، ما تغيرت والو، ما حسيت حتى نتيجة." ويشرح أنه كلما شعر بالضغط النفسي أو الاختناق، يلجأ للتدخين أولاً، وإذا استمر الشعور، يلجأ إلى تعاطي الحشيش ليهرب من الواقع: "كي نحس روحي مخنوق، نكمي برك، وإذا مافادنيش الدخان، نحشش، نحس ننسى الهم والوجع" وأضاف أن المشاكل العائلية وضغط العمل زادا من شعوره بالاختناق، مما دفعه للتوجه إلى البحر في محاولته

الثانية لإنهاء حياته: "الخدمة ما تسهلش، ملفري كنت نبغيها وخدمتها بعد تعب طويل والبيت فيه مشاكل، كي نحس روجي خلاص، نمشي للبحر، نفكر، ونقول نغرق خير ما نعيش هكذا"

ملخص المقابلات:

أُجريت مع الحالة (ي.م)، البالغ من العمر 46 سنة، ثلاث مقابلات في مستشفى الأمراض العقلية بمستغانم، استُهدفت فيها مراحل مختلفة من حياته. في المقابلة الأولى التي تمت بتاريخ 17 فيفري 2025، صرّح أنه تم إدخاله إلى المستشفى بعد محاولته الانتحار غرقاً في البحر، حيث أحضره شقيقه برفقة الشرطة، وقال: "المرّة الأولى دخلت للمستشفى، لكن والله ما حسيت بفرق، بقيت نحشش كما كنت، وما تبدل والو."

أما في المقابلة الثانية بتاريخ 20 فيفري 2025، فتحدث عن طفولته ومسؤوليته المبكرة بعد وفاة والده، إذ كان في عمر 15 سنة، وأصبح المعيل الرئيسي لعائلته، كما عبّر بقوله: "كنت أنا الراجل تع الدار مور ما مات الوالد، أمي مرضت، وخاوتي أنا كنت مقابلهم." رغم ذلك، حافظ على مستواه الدراسي الجيد. غير أن الضغوطات النفسية دفعته إلى تعاطي الحشيش في سن 19 سنة، وتوقف لفترة وجيزة بسبب إصابته بمرض السكري، لكنه عاد إليه بعد ستة أشهر لأنه "ما قدرش يبطل."

وفي المقابلة الثالثة، تطرّق إلى تدهور حالته النفسية والصراعات العائلية، خاصة مع والدته التي لا تقبل زوجته الثانية، قائلاً: "ماما دايرا العداوة مع مرتي، نحسهم ما يحبوش مرتي وما يرضاوش بيها." كما عبّر عن شعوره بالخذلان من أبنائه، معتقداً أن زوجته الأولى تحرضهم عليه: "بنتي ما راحيش تجيني، وولدي يجي من وقت لوقت، نسمع أن أمهم تحرضهم عليا." وأضاف أنه يشك أن زوجته الأولى تعرّضت للسحر، وهو ما دفعها لطلب الطلاق، قائلاً: "كنت شاك بلي مرتي الأولى دارينلها سحر، على خاطر هكذا طلبت الطلاق فجأة، وبلا سبة باينة." كما أشار إلى أنه لم يستفد من العلاج في المرة الأولى، إذ واصل تعاطي الحشيش كلما شعر بالضغط أو الاختناق: "كي نحس روجي مخنوق، نكمي برك، وإذا مافادنيش الدخان، نحشش، نحب ننسى الهم والوجع." وختم بأن ضغط العمل والمشاكل

العائلية دفعاه لمحاولة الانتحار مجددًا: "الخدمة ما تسهلش... كي نحس روجي خلاص، نمشي للبحر، نفكر، ونقول نغرق خير ما نعيش هكذا"

المقابلة 04:

دامت 35 دقيقة، بتاريخ 2025/03/03 بمستشفى الأمراض العقلية بمستغانم، وكان الهدف منها تطبيق مقياس نفسي للكشف عن وجود أفكار انتحارية لدى الحالة .

تم تطبيق مقياس معوشة عبد الحفيظ" مقياس الميول الانتحارية 2017 " وكانت النتائج كالتالي:

جدول 06 يوضح نتيجة المقياس للحالة (م،ي)

الحالة	نتيجة المقياس	المستوى
ي.م	171	متوسط

• يتضح من خلال الجدول أن الحالة تحصلت على درجة 171 في مقياس

الميل الإنتحاري لمعوشة عبد الحفيظ 2017، وهي نتيجة ضمن مجال

[124-219] وهو ما يشير إلى مستوى متوسط من الميل الإنتحاري.

الإستنتاج العام للحالة الثانية:

يتضح من خلال دراسة الحالة (ي.م)، البالغ من العمر 46 سنة، أن الاضطراب العقلي "الفصام" الذي يعاني منه مرتبط بسلسلة من العوامل النفسية والاجتماعية والبيئية، من بينها تعاطي المواد المخدرة والإدمان المزمن، خاصة مادة الحشيش، والتي لجأ إليها كوسيلة للهروب من الضغوط اليومية. كما لعبت الضغوطات الأسرية المتكررة، والصدمات العاطفية، والتجارب الحياتية القاسية دورًا كبيرًا في تعميق حالته، خصوصًا بعد طلاقه من زوجته الأولى. وقد صرّح في هذا السياق:

“كي نحس روجي مخنوق، نكمي برك، وإذا مافادنيش الدخان، نحشش، نحب ننسى الهم والوجع.

تُظهر الحالة نمطاً من التفكير الاضطهادي الذي تجلّى في اعتقاده بأن والدته تكنّ العداء لزوجته الثانية، وبأن زوجته الأولى تحرض أطفاله عليه، وأن أصدقاءه لا يحبونه، ما يعكس تدهوراً في منظومة الثقة لديه، واتساع الفجوة في علاقاته الاجتماعية، وهو ما يُعتبر من السمات الذهانية الفصامية. وقد ساهم هذا الإطار الذهني المضطرب في تغذية الشعور بالرفض والإقصاء، وتعزيز الإحساس بالعجز والوحدة. كما أبلغ بوجود هلاوس سمعية بحيث يذكر "كنت نسمع مرات با يقولي متخمش عيش حياتك"

ومع تصاعد الأعراض الفصامية وتراكم الإحباطات النفسية والعائلية، بدأت تظهر لدى الحالة ميول انتحارية واضحة، بلغت ذروتها في محاولتين صريحتين للانتحار عن طريق الغرق في البحر، الأولى في سن 35 والثانية في سن 45، عبّر خلالهما عن رغبته في "الراحة الأبدية" وإنهاء المعاناة. وعند تطبيق مقياس معوشة عبد الحفيظ للميول الانتحارية (2017)، تحصّلت الحالة على درجة 171، وهي ضمن المجال المتوسط [124 - 219]، ما يشير إلى مستوى خطر متوسط. ويُعزى هذا المستوى إلى تواجده في فترة علاجية نشطة داخل المؤسسة الاستشفائية، حيث استفاد من الرعاية النفسية والدوائية، مما ساعد في التخفيف الجزئي من حدة ميوله الانتحارية خلال هذه المرحلة.

الاستنتاج العام الذي يشمل الحالتين والمقارنة بينهما:

يتضح من دراسة الحالتين (م.ب) و(ي.م) أن كليهما يعانيان من اضطراب فصامي مرتبط بإدمان مزمن على المخدرات، خاصة الحشيش، حيث ساهم هذا التداخل المرضي في نشوء وتفاقم أفكار انتحارية خطيرة. في الحالتين، يشكل الإدمان العامل الأساسي المسبب والمعرض للأعراض الذهانية، والتي تترافق مع ظروف اجتماعية وأسرية ضاغطة، مما أدى إلى نمو الإحباط واليأس والانفصال عن الواقع. كما قام كلاهما بمحاولتين انتحاريتين واضحتين وتم نقلهما إلى مستشفى الأمراض العقلية للمرة الثانية بعد الانتكاسة. ورغم اختلاف بعض الظروف الفردية والاجتماعية، فإن القاسم المشترك بينهما يشمل تعاطي الحشيش منذ سن مبكرة، ظهور أعراض ذهانية مثل الهلوس والاضطهاد والاعتقادات الوهمية، تدهور العلاقات العائلية والشعور بالرفض أو العزلة، محاولات انتحار ناجمة عن شعور بعدم القيمة أو انعدام الأمل، ومستوى متوسط من الميول الانتحارية حسب مقياس معوشة عبد الحفيظ. وتوضح الخلاصة التحليلية أن الحالة (م.ب) تمثل نموذجًا للفصام المرتبط بمعتقدات عَدَمِيَّة دينية وشعور عميق بالذنب والعقاب الإلهي، في حين تمثل الحالة (ي.م) نمطًا اضطهاديًا وهذيانيًا يتمحور حول العداة الاجتماعي والسحر والرفض الأسري. كما يلجأ كلاهما إلى المخدرات كمهرب نفسي، لكن ذلك يؤدي دائمًا إلى تفجر داخلي يتجسد في ميول انتحارية متكررة، ويتدهور وضعهما النفسي عند غياب الدعم الأسري وضعف الالتزام بالعلاج.

مناقشة الفرضية العامة:

تنص الفرضية على أن: "يساهم التداخل بين الإدمان والفصام في رفع احتمالية نشوء الأفكار الانتحارية، نتيجة التفاعل السلبي بين الأعراض الذهانية وتأثيرات المواد."

طبقاً لما توصلت إليه الدراسة النظرية والتطبيقية، من خلال تطبيق المقابلة العيادية و الملاحظة العيادية ومقياس المحاولات الانتحارية يُلاحظ أن الإدمان لعب دوراً مباشراً ومسبباً في ظهور الأعراض الفصامية لدى الحالات المدروسة، وأن التفاعل الناتج

بين هذين العاملين أدى إلى نشوء أفكار انتحارية. حيث ان الحالة الاولى

الحالة الأولى (م.ب) أظهرت بداية تعاطٍ مبكر للحشيش في سن المراهقة، تبعته تغييرات سلوكية ونفسية حادة تطورت إلى اضطراب فصامي واضح، تميز بهلاوس بصرية وسمعية ذات طابع ديني ووعدي، مثل اعتقاده بأنه

"مسخ" وأن "القيامة اقتربت"، ما دفعه لمحاولتين انتحاريتين، إحداها عن طريق الخنق، والثانية بابتلاع 30 قرصاً من الأدوية. وقد تحصل في مقياس معوشة عبد الحفيظ (2017) على درجة 163، وهو ما يشير إلى مستوى متوسط من الميل الانتحاري.

أما الحالة الثانية (ي.م)، فقد كان لها تاريخ طويل من الإدمان على الحشيش والمهدئات، سبق بسنوات ظهور الأعراض الفصامية التي تمثلت في الهلاوس السمعية والاعتقادات الاضطهادية. عاش صراعات نفسية وعائلية متواصلة، وقام بمحاولتين للانتحار عن طريق الغرق. وقد تحصل على درجة 171 في نفس المقياس، ما يشير أيضاً إلى مستوى متوسط من الميل الانتحاري.

نتائج هاتين الحالتين تتقاطع مع ما توصلت إليه عدة دراسات نظرية، من بينها دراسة أونور نويان (2018) التي أكدت أن المواد المخدرة، لا سيما الحشيش، تؤدي إلى اضطرابات في كيمياء الدماغ من خلال رفع مستوى الدوبامين، مما يسهم في ظهور أعراض فصامية حتى عند الأفراد غير المصابين مسبقاً.

كما دعمت دراسة "رابط جيني بين الفصام والمخدرات" (2014) هذا الطرح، حيث أثبتت أن تعاطي القنب يمكن أن يكون محفزاً مباشراً لظهور الفصام، خاصة

عند الأفراد الذين لديهم استعداد وراثي، مما يعزز احتمال الانزلاق نحو الميول الانتحارية.

كذلك، توصلت دراسة كيت هوتون وآخرون (2005) إلى أن خطر الانتحار عند مرضى الفصام يتضاعف في حالة الإدمان، بسبب تأثير المواد على تدهور التوازن النفسي، وزيادة الأعراض الاكتئابية، وسوء الالتزام بالعلاج. أما دراسة موزينو بومبلي وآخرون (2007) فقد بينت أن ما بين 5% و13% من مرضى الفصام يموتون منتحرين، خاصة من لديهم تاريخ في تعاطي المخدرات ومحاولات انتحار سابقة.

بناءً على ما سبق، يتأكد أن نتائج الدراسة الحالية، سواء من خلال تحليل الحالات أو من خلال تطبيق المقياس، تتوافق مع مضمون الفرضية العامة، حيث أن الإدمان كان عاملاً مسبباً في نشوء الفصام، وأن العلاقة المركبة بين الاضطرابين أدت إلى ظهور أفكار انتحارية واضحة، مما يعزز من وجهة الفرضية ويدعمها من الناحيتين النظرية والميدانية.

مناقشة الفرضية الجزئية:

تنص الفرضية الجزئية على أن:

“يكون مستوى شدة الأفكار الانتحارية بدرجة عالية لدى الفصامي الناتج عن الإدمان.”

لقد سعت هذه الفرضية إلى استكشاف العلاقة بين الاضطراب الذهاني (الفصام) المرتبط بتعاطي المواد المخدرة، ودرجة شدة الأفكار الانتحارية التي تراود المريض. من خلال هذه الفرضية، تم التركيز على معرفة ما إذا كانت هذه الفئة من المرضى – أي الفصاميين المدمنين – تعاني من مستوى عالٍ من التفكير الانتحاري، سواء من حيث التكرار، أو الحدة، أو خطورة التوجه الفعلي نحو الانتحار.

وقد بينت نتائج مقياس معوشة عبد الحفيظ للميول الانتحارية، والذي طُبّق على حالتين تم دراستهما ميدانياً هما (م.ب) و(ي.م)، أن درجة الميول الانتحارية لدى

كليهما كانت مرتفعة، حيث بلغ مجموع النقاط 163 بالنسبة للحالة الأولى، و171 بالنسبة للحالة الثانية، وهي درجات تقع ضمن المجال المتوسط المرتفع حسب سلم القياس، ما يعكس وجود أفكار انتحارية متكررة وواضحة. كما أن هذه النتائج تم رصدها خلال فترة خضوع المريض للعلاج في مؤسسة استشفائية نفسية، وهو ما يُعد مؤشرًا على استمرارية هذه الأفكار رغم تلقي الدعم الطبي والنفسي.

إن هذه البيانات تبرز بوضوح أن الفصام الناتج عن الإدمان يُعد عاملاً يزيد من شدة الأفكار الانتحارية، ولا يقتصر فقط على رفع معدل ظهورها. فالمريض لا يعاني من اضطرابات ذهانية فحسب، بل أيضًا من اضطرابات إدراكية ومعرفية وسلوكية ناتجة عن تأثير المواد السامة على الدماغ، وهو ما يجعل الأفكار الانتحارية أكثر حضورًا وحدةً. وقد عبّر المريض أثناء المقابلات العيادية عن شعور عميق بالفراغ واليأس والعجز، وعبارات مثل: "أتمنى لو أنتهي"، و"لم يعد هناك معنى لأي شيء"، وهي مؤشرات لفظية تدل على شدة التوجه الانتحاري لديه.

ومن الناحية النظرية، تتماشى هذه النتائج مع ما توصلت إليه العديد من الدراسات العلمية التي اهتمت بالعلاقة بين الفصام والانتحار، لا سيما حين يتداخل الفصام مع سلوك الإدمان. فقد أشارت دراسة موزينو بومبلي وآخرون (2007) إلى أن مرضى الفصام الذين يتعاطون المخدرات هم أكثر عرضة للتفكير الانتحاري بدرجات أعلى من أولئك الذين لا يعانون من الإدمان، ويرجع ذلك إلى التغيرات العصبية والكيميائية التي تحدثها المواد المخدرة في الدماغ، والتي تؤثر على تنظيم الانفعالات والقدرة على ضبط النفس.

كما أوضحت دراسة هوتون وآخرون (2005) أن تعاطي المواد المخدرة يزيد من تفاقم الأعراض الذهانية ويقلل من فعالية الأدوية المضادة للذهان، مما يؤدي إلى تفاقم الشعور بالضيق والإحباط، ومن ثم التفكير في الانتحار كحل نهائي للهروب من المعاناة. كذلك، أظهرت نتائج دراسة مارك تايلور وزملاؤه (2010) أن الجمع بين الفصام وتعاطي المخدرات يُضاعف من احتمالات الميل للانتحار، نظرًا لما يحدثه هذا التداخل من اضطراب شامل في البنية النفسية والمعرفية.

وعليه، فإن النتائج الميدانية المتوفرة، مدعومة بالإطار النظري والدراسات السابقة، تؤكد صحة الفرضية الجزئية التي تم اقتراحها. فقد تبين أن مستوى شدة

الأفكار الانتحارية كان عاليًا فعليًا لدى المرضى الذين يعانون من الفصام الناتج عن تعاطي المخدرات، مما يعكس خطورة هذا التداخل المرضي.

الخاتمة:

من خلال هذه الدراسات التي تناولت حالتين تعانين من الفصام الناتج عن تعاطي المخدرات، سعينا إلى فهم العلاقة بين الإدمان كعامل مسبب للاضطرابات النفسية، وخاصة الفصام، وبين بروز الأفكار الانتحارية لدى المرضى. وقد أبرزت نتائج التحليل أن الإدمان لا يُعد فقط مدخلاً للاضطرابات عقلية خطيرة، بل يسهم كذلك في تفاقم المعاناة النفسية ورفع مستوى الميل نحو الانتحار.

لقد أكدت الدراسة، عبر أدوات القياس والتحليل الكيفي، أن الأفراد المصابين بالفصام الناتج عن المخدرات يعيشون صراعاً داخلياً مريراً، تتجاذبه مشاعر الإحباط، والعجز، وفقدان المعنى، مما يجعل من الأفكار الانتحارية مخرجاً وهمياً للهروب من الألم النفسي.

إن نتائج هذه المذكرة تُعد دعوة صريحة للمهنيين في الصحة النفسية إلى إيلاء أهمية قصوى للفئات الهشة نفسياً، والعمل على التدخل المبكر لمرافقة المرضى، والحد من العوامل المؤدية إلى تطور الفصام والانتحار، خاصة في ظل الانتشار المتزايد لظاهرة الإدمان في مجتمعاتنا.

وفي الأخير، نأمل أن تفتح هذه الدراسة آفاقاً جديدة للبحث، وأن تسهم في تعزيز جهود التكفل النفسي والوقاية من الانتحار في الوسط العلاجي والاجتماعي على حد سواء.

التوصيات:

في ضوء ما توصلت إليه هذه الدراسة من نتائج تؤكد العلاقة السببية بين الإدمان وظهور الأعراض الفصامية، وما يترتب عنها من ميول انتحارية متزايدة، يمكن تقديم التوصيات التالية:

أولاً: على مستوى التكفل العلاجي:

- ضرورة التكفل المزدوج والمتكامل بالحالات التي تعاني من الفصام المرتبط بالإدمان، من خلال برامج علاجية متخصصة تراعي التفاعل بين الاضطراب العقلي وتعاطي المواد، ولا تفصل بينهما كما يحدث في الكثير من الممارسات السريرية التقليدية.
- تعزيز الرعاية النفسية داخل المؤسسات الاستشفائية بعد وجود الأفكار الانتحارية، من خلال جلسات علاج نفسي فردي وجماعي، تهدف إلى التعامل مع المشاعر السلبية الحادة (اليأس، الذنب، الفراغ).
- متابعة الحالات بعد الخروج من المستشفى نفادياً لحالات الانتكاس والعودة إلى الإدمان، وذلك عن طريق آليات متابعة ميدانية أو رقمية (اتصال، زيارات، دعم اجتماعي).

ثانياً: على مستوى التوعية والوقاية:

- تنظيم حملات توعوية موجهة للشباب والمراهقين حول مخاطر المخدرات، ليس فقط على المستوى الجسدي بل على الصحة النفسية والعقلية أيضاً، خاصة أنها قد تكون مدخلاً لاضطرابات عقلية خطيرة كالذهان والفصام.
- إشراك الأسرة في عملية العلاج والمتابعة، من خلال جلسات إرشاد نفسي عائلي، يتم فيها شرح طبيعة المرض وتدريبهم على طرق الدعم المناسبة دون لوم أو نبذ.
- تعزيز الوعي داخل المؤسسات التربوية حول العلامات المبكرة للإدمان والاضطرابات النفسية، وتدريب المستشارين النفسانيين على آليات التدخل السريع.

ثالثاً: على مستوى البحث العلمي:

- الدعوة إلى إجراء دراسات ميدانية موسعة تشمل عينات أكبر، وبيئات مختلفة، تسمح بفهم أدق للعوامل النفسية والاجتماعية التي تتداخل بين الفصام والإدمان والانتحار.
- ضرورة تطوير مقاييس تشخيصية متخصصة تجمع بين الاضطرابات الذهانية وتاريخ التعاطي والميول الانتحارية، لتمكين الأخصائي من التشخيص الدقيق والتدخل المبكر.
- تشجيع الأبحاث حول فعالية برامج التدخل النفسي المكثف في تخفيف التفكير الانتحاري عند الفئة المصابة بالفصام الناتج عن الإدمان.

قائمة المراجع:

1. أبو الخير قاسم، عبد الكريم. (2013). معركة الإدمان. عمان.
2. أبو شتار، فؤاد أحمد. (2023). المنهج الإكلينيكي (الفحص) النفسي والمقابلة العيادية. دار اليازوري للنشر والتوزيع.
3. بردان الحياي، صبري، وعبد الواحد الكبيسي. (2014). مدخل إلى التربية الخاصة. المنهل.
4. تلمساني، فريال حسناء، وفتحية شكر اوي عبد القادر. (2023). "الأفكار الانتحارية لدى الشباب: دراسة ميدانية". مجلة السراج في التربية وقضايا المجتمع، 7(2).
5. توفيق، أحمد محمد عبد الله مجدي. (2000). علم النفس المرضي: دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب. دار المعرفة العربية.
6. حسناء تلمساني، فريال، وفتحية شكر اوي عبد القادر. (2023). "الأفكار الانتحارية لدى الشباب: دراسة ميدانية". مجلة السراج في التربية وقضايا المجتمع، 7(2).
7. حسنين، هناء شويخ. (2017). علم النفس المرضي. مكتبة الأنجلو المصرية.
8. حنفي، مها محمد ثاني العنزي، وهديل محمد شنتاوي. (2023). "العوامل الخمس الكبرى للشخصية كمتنبئات بالأفكار الانتحارية". مجلة دورية، كلية التربية، جامعة حلوان.
9. خراط، إيهاب. (2020). المخدرات والإدمانات الأخرى. صفصافة للنشر والتوزيع.
10. درار، فتحي. (2005). إدمان المخدرات، الخمر، التدخين. الجزائر.
11. سليمان، فتيحة. (2012). الإدمان على المخدرات وأثره على الوسط الأسري. وهران.
12. سرحان، وليد. (2010). الفصام. دار مجدلاوي للنشر.

13. سعيد، عبد الرحمن محمد العيسوي. (2005). المخدرات وأفكارها. الإسكندرية.
14. شويخ، هناء. (2017). علم النفس المرضي. مكتبة الأنجلو المصرية.
15. عتيق، السيد. (2006). جرائم المخدرات. القاهرة.
16. عكاشة، أحمد. (2003). الطب النفسي المعاصر. مكتبة الأنجلو المصرية.
17. علي، كمال. (2018). فصام العقل. المؤسسة العربية للدراسات والنشر. المملكة المتحدة.
18. العنزي، مها محمد ثاني، وهديل محمد شنتاوي. (2023). "العوامل الخمس الكبرى للشخصية كمتنبئات بالأفكار الانتحارية". مجلة دورية، كلية التربية، جامعة حلوان.
19. فطاير، جواد. (2001). الإدمان: أنواعه ومراحل علاجه. القاهرة.
20. قاسمي، حسين صالح. (2017). الاضطرابات النفسية والعقلية: نظرياتها، أسبابها، طرائق علاجها. دار دجلة.
21. قسيم، حسين صالح. (2017). الاضطرابات النفسية والعقلية: نظرياتها، أسبابها، طرائق علاجها. دار دجلة.
22. الكبيسي، عبد الواحد، وصبري بردان الحياتي. (2014). مدخل إلى التربية الخاصة. المنهل.
23. معوشة، عبد الحفيظ. (2017). "تصميم مقياس الميول الانتحارية". مجلة أبحاث نفسية وتربوية، 10(ب).
24. مجدي، أحمد محمد عبد الله. (2000). علم النفس المرضي. دار المعرفة العربية.
25. المراشدة، يوسف عبد الحميد. (2012). جريمة المخدرات: آفة تهدد المجتمع الدولي.
26. مشافية، محمد أحمد. (2007). الإدمان على المخدرات: الإرشاد والعلاج النفسي. الأردن.

27. معوشة، عبد الحفيظ. (2017). "تصميم مقياس الميلول الانتحارية". مجلة أبحاث نفسية وتربوية، 10(ب).
28. مختار سليمان، هبة، وأحمد مصطفى. (2022، يونيو 8). "الإدمان والانتحار: كيف يغذي الإدمان الميلول الانتحارية". مستشفى دار الهضبة.
29. النويان، أونور. (2018). "هيئة تاريخ مستشفى NP إسطنبول الوطني". npistanbul.com.
30. هشام، صادق كاظم جريو الشمري، وحنين حبيب غازي المحنة. (2019). اضطراب الهوية الجنسية وعلاقته بالأفكار الانتحارية.
31. هبة مختار سليمان، وأحمد مصطفى. (2022). "الإدمان والانتحار: كيف يغذي الإدمان الميلول الانتحارية". مستشفى دار الهضبة.
32. الفصام <https://faculté.ksu.edu.sa> "Schizophrenia".
33. كتاب جماعي. (2019). منهجية البحث العلمي وتقنياته في العلوم الاجتماعية. المركز الديمقراطي العربي.
34. Delisi, Lynn E. (2006). 100 Questions and Answers About Schizophrenia. Jones & Bartlett Learning.
35. Dupuy, Corinne. (2002). La schizophrénie, une pathologie aussi fréquente que mal connue. Fondation pour la Recherche Médicale.
36. Jans, Thomas, & Timod. (2018). Suicide and self-harming behaviour. In Mood disorders (Chapter E.4)
37. Around You – DrugAbuse.com. (2020). <https://www.drugabuse.com>
38. Hershey, Fritz. (2021). WebMD. <https://www.webmd.com>
39. National Health Service (NHS). (2016). <https://www.nhs.uk>

National Institute on Drug Abuse. **.40**

(2020). <https://www.drugabuse.gov>

Romeo Vitelli. (2018). <https://www.psychologytoday.com>. **41**

Natasha Tracy. (2019). <https://natashatracy.com>. **42**

Corina Underwood. **.43**

(2020). <https://www.verywellmind.com>

U.S. Department of Justice. (2020). <https://www.justice.gov>. **44**

(. "رابط جيني بين الفصام. 2014سكاي نيوز عربية)

والمخدرات". <https://www.skynewsarabia.com>

الملاحق

❖ الملحق 01: دليل المقابلة للحالة الأولى:

دليل المقابلة 01:

س: متى دخلت المستشفى؟

ج: "دخلت للمستشفى في 10 فيفري 2025."

س: من الذي أحضرك إلى المستشفى؟

ج: "مرتي هي اللي جابتني."

س: ما سبب دخولك إلى المستشفى؟

ج: "حاولت نقتل روحي، شربت 30 قرص دفعة وحدة."

دليل المقابلة 02:

س: كيف كانت طفولتك؟

ج: "أنا في طفولتي عانيت بزاف، خاصة مع با، كنت نحس بلي يكرهني ويفضّل خويا الكبير، وكان حتى هو يعاملني كيما با."

س: كيف هي علاقتك بوالدتك؟

ج: "أنا ماما نبغيها."

س: كيف هي علاقتك مع إخوتك؟

ج: "خوتي الباقيين لباس."

س: هل كان لديك أصدقاء في طفولتك؟

ج: "كان عندي صاحبي نرتاح معاه، نقراو مع بعض، وحبسنا قراية كيفكيف."

س: كيف كانت علاقتك الاجتماعية في مرحلة المراهقة؟

ج: "مكانش عندي صحاب بزاف، غير صاحبي هداك كنا دايمن في راحة، نخرجوا بزاف."

دليل المقابلة 03:

س: متى بدأت تشعر بتغيرات في حالتك النفسية؟

ج: "أنا راهي شخصيتي تبدلت، وليت نخاف، نعصب، ونكره الناس بلا سبب."

س: كيف بدأت رحلة تعاطيك للمخدرات؟

ج: "أنا كنت نديها مع صاحبي، نكمي برك، وبعد وليت نحشش، ومبعد تبدلت بزاف."

س: هل تغيرت علاقتك بصديقك المقرب؟

ج: "حتى هو تبدل، ما بقاش كيما بكري، وليت نحس بلي يكرهني."

س: كيف كانت علاقتك بوالدك خلال هذه الفترة؟

ج: "بابا زاد كرهني، قالي راك تدير في حاجات ماشي مليحة... قالي راك لوطي، وأنا راني بريء الحمد لله لكورونا قتلاته."

س: هل شعرت بأن الآخرين يرفضونك؟

ج: "الناس كامل ولأو يكرهوني، بلا سبب، نحس بلي مرفوض من الجميع."

س: هل عانيت من أعراض غير معتادة؟

ج: "كنت نشوف وحدة تقبلني وتقولني: اقتل روحك، راهي النهاية قرّبت، راك مسخ، هذا عقاب من ربي، راهي القيامة غادي تقوم."

س: ماذا كنت تفكر عندما كنت ترى هذه الرؤى؟

ج: "قلت صايي، الموت خير من أني نعيش ونشوف القيامة بعيني، هاكا نرتاح قبل ما تجي النهاية."

دليل المقابلة 04:

س: ماذا فعلت بعد خروجك من المستشفى في المرة السابقة؟

ج: "حاولت نعيش حياتي عادي، خدمت شوية، بصح تصبت في رجلي وما قدرتش نكمل نخدم."

- س: هل كانت هناك علاقة عاطفية خلال تلك الفترة ؟
- ج: “تعرفت على بنت، حبيبها، غير أن عايلتها رفضتني في البداية بسبب إصابتي.”
- س: كيف كان وقع هذا الرفض عليك؟
- ج: “قالولي ما تصلحش لبنتنا، خاطر راك معوّق، وأنا قلبي تحطّم.”
- س: كيف تصرّفت بعد هذا الموقف؟
- ج: “قلت ما كانش فايده، ورجعت نحشش باش نريح.”
- س: هل تم الزواج لاحقًا؟
- ج: “قدرت نتزوج بيها، ورزقني ربي بأولاد، بصح المشاكل ما حبتش تسالي.”
- س: ما طبيعة هذه المشاكل؟
- ج: “ما قدرتش نوّفّر للدار، كنت كل يوم نغرق أكثر، نكمي باش ننسى.”
- س: هل عادت الأعراض النفسية للظهور؟
- ج: “حسيت روعي وليت كما بكري، ديك البنت عودت جاتني مجديد، وني منارفي، سبة صغيرة نضرب ليجا قدامي.”
- س: كيف تفاعل أهلك مع سلوكك؟
- ج: “مرتي كي تشوفني هكذا، تقول راك وليت خطر علينا، وتروح عند والديها.”
- س: كي شفت هاد المشاكل تتراكم، وش كنت تحس؟
- ج: “أنا وليت غير مشاكل، كل يوم مشاكل، نحس باللي الموت أرحم...”
- س: واش جاتك فكرة تنهي حياتك باش ترتاح؟
- ج: “كيما يقولو: اللي يضر الناس، خير يبعد، وأنا نحس روعي صرت نضرهم.”
- س: كي تفكر في روحك وفي حياتك، وش تشوف؟
- ج: “المخدرات ما خلّاتلي حتى قيمة، والمرض رجعني إنسان ما عندوش حتى معنى، نحب غير نرتاح ونبعد على كل واحد...”

❖ الملحق 02: دليل المقابلة للحالة الثانية

دليل المقابلة 01:

س: متى دخلت إلى المستشفى؟

ج: "دخلت في 13 فيفري 2025."

س: من الذي أحضرك؟

ج: "خويا جابني مع الشرطة، قالولي لازم تدخل المصحة."

س: ما سبب إدخالك إلى المستشفى؟

ج: "حاولت نغرق روعي في البحر، كنت تعبان، ما قدرتش نكمل."

دليل المقابلة 02:

س: كيف كانت طفولتك؟

ج: "كنت نعيش مع والديّ وخوتي، حياة عادية، أنا الكبير، وكنت نحس بالمسؤولية."

س: متى فقدت والدك؟

ج: "كنت في عمري 15 عام كي مات بابا، ومن تما تبدلت حياتي."

س: من تولى مسؤولية العائلة بعد وفاته؟

ج: "أنا، بصح كنت صغير بزاف. أمي مرضت، وكنت مقابل خوتي."

س: كيف كان مستواك الدراسي؟

ج: "كنت نجيب ديما المراتب الأولى، بصح الضغط بزاف خلاني نتعب."

س: متى بدأت تعاطي المخدرات؟

ج: "في عمر 19، مع جماعة كنت نعرفهم، ودامت حوالي ثلاثة سنين."

س: لماذا توقفت؟

ج: "جاوني أعراض السكر، بديت ناخذ دوا، وبطلت غير ستة شهور، بصح رجعت، ما قدرتش نحبس."

س: هل تسمع أحياناً صوت أشخاص آخرين يتحدثون إليك؟ ماذا يقولون لك؟
ج: "كنت نسمع مرات با يقولني متخمش عيش حياتك".

دليل المقابلة 03:

س: كيف هي علاقتك بزوجتك الثانية؟

ج: "عايش فوق معاها، بصح المشاكل في الدار التحت ما تكملش، ماما دايرا العداوة مع مرتي، نحسهم ما يحبوش مرتي وما يرضاوش بيها."

س: هل لديك تواصل مع أولادك من الزواج الأول؟

ج: "بنتي ما راحيش تجيني، وولد يجي من وقت لوقت، نسمع أن أمهم تحرضهم عليا."

س: لماذا تظن أن زوجتك الأولى طلبت الطلاق؟

ج: "كنت شاك بلي مرتي الأولى دارينها سحر، على خاطر هكذا طلبت الطلاق فجأة، وبلا سبة باينة."

س: هل توقفت عن تعاطي الحشيش بعد دخولك للمستشفى؟

ج: "دخلت للمستشفى، قالوا لي رايح تولي بخير، بصح أنا بقيت ندي في الحشيش والتدخين كما قبل، ما تغيرت والو، ما حسيت حتى نتيجة."

س: ماذا تفعل عندما تشعر بالضغط أو الحزن؟

ج: "كي نحس روجي مخنوق، نكمي برك، وإذا مافادنيش الدخان، نحشش، نحب ننسى الهم والوجع."، "كي نحس روجي خلاص، نمشي للبحر، نفكر، ونقول نغرق خير ما نعيش هكذا".

س: كيف كانت ظروفك النفسية والاجتماعية قبل محاولة الانتحار؟

ج: "الخدمة ما تسهلش، ملقري كنت نبغيها وخدمتها بعد تعب طويل، والبيت فيه مشاكل"

وتعتبر الوقاية أولى خطوات هذه المواجهة، ويعتبر هذا المقياس أداة تشخيصية لقياس الميل الانتحاري، تساعد على تشخيص الحالات التي يمكن أن تمر إلى الفعل الانتحاري .

مقياس الميول الانتحارية

الرقم	العبرة	بدائل الإجابة			
		موافق بشدة	موافق	محايد	معارض بشدة
1	الحياة هي مصدر كل آلامي				
2	أنا كثير التدخين				
3	أنا على أتم الاستعداد لقتل نفسي				
4	الحياة لا تعني لي شيئا				
5	أنتظر بفارغ الصبر موتي				
6	أفضل قيادة السيارة باستعمال السرعة				
7	حين أفكر في الحياة أصاب بتشاوم				
8	لا أفكر تماما فيم هم حولي				
9	لدي الطريقة المثلى لقتل نفسي				
10	أكره كل ماله علاقة بحياتي				
11	أنا لا أكثرث إن أصبت بجروح				
12	استطيع اتخاذ القرار بخصوص مكان انتحاري				
13	أنا أحب المجازفة والمغامرة				
14	لا يمكن أن أجد هدفاً لحياتي				
15	الكثير ممن انتحروا هم قدوتي في الحياة				
16	أنا لا أنام كثيراً				
17	إذا كان الإنسان غير سعيد				

تصميم مقياس الميول الانتحارية

					فمن الأفضل له أن ينتحر	
					18 استطيع اتخاذ القرار بخصوص زمان انتحاري	
					19 مادام مصيري هو الموت فالانتحار أفضل من الانتظار	
					20 لا أفكر في الانتحار لاهتمامي لأمر أسرتي	
					21 أنا كثير الاهتمام بنوعية غذائي	
					22 أنا كثيرا ما أزور الطبيب	
					23 استطيع اتخاذ القرار بخصوص وسيلة انتحاري	
					24 أول ما أفكر فيه يوميا هو الانتحار	
					25 ما يشغل تفكيري هو ما بعد الحياة	
					26 لا أفكر في الانتحار لاهتمامي لأمر والدي	
					27 أعتقد أن تعقيدات الحياة يمكنها أن تصل إلى درجة أن ينتحر لإنسان	
					28 أنا أخاف من الأمراض	
					29 سلوكاتي متهورة	
					30 الموت راحة	
					31 الانتحار هو رسالة للمجتمع	
					32 ليست لي الشجاعة لمواجهة الحياة	
					33 لقد انتهيت من إعداد خطة لقتل نفسي	
					34 أجمل ما في الحياة هو نهايتها بالموت	
					35 الإصابة بمرض مزمن تعني	

				الموت	
				لقد فكرت طويلا في الانتحار	36
				الكثير من مواضيع أحاديثي يكون موضوعها الموت	37
				أفكر في الانتحار لأنني ثقل على محيطي	38
				المشاكل الاجتماعية هي ما يجعل الفرد ينتحر	39
				أفضل الموت منتحرا	40
				أفكر في الانتحار لأن هناك من انتحر من أفراد أسرتي.	41
				لا أنشغل للكيفية التي يراني بها الآخرون	42
				في كثير من الأحيان أتناول أدوية دون استشارة الطبيب	43
				أتمنى أن أنام دون أن أستيقظ	44
				الكثير من أحاديثي يكون موضوعها الانتحار	45
				لقد فكرت فيما قد أكتبه عندما أقدم على الانتحار	46
				المنتحر فرد شجاع	47
				أرغب حقا في قتل نفسي	48
				هناك من انتحر من أصدقائي	49
				أميل كثيرا لمشاهدة أفلام عن الانتحار	50
				ما يمنعني من الانتحار هو موقف المجتمع من سلوكي	51
				أميل كثيرا لقراءة قصص حول الانتحار	52
				أفضل حل لمواجهة المشاكل هو الانتحار	53

تصميم مقياس الميول الانتحارية

					54	الانتحار جائزة لنفسى
					55	إن الانتحار هو عقاب للمجتمع
					56	يرعبنى ما يصحب الانتحار (دم، ألم، حزن...)
					57	الانتحار حل عملي لجميع المشاكل الاجتماعية

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

تصريح شرفي خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية
لإنجاز البحث

أنا الممضي أدناه،

الطالب(ة): شوخام حورية رقم التسجيل الجامعي: 202037030589

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم: LM 579170 والصادرة بتاريخ: 15/05/2025

عن بلدية سليانة

المسجل بكلية العلوم الاجتماعية والإنسانية / قسم علم النفس

شعبة علم النفس / التخصص علم النفس التربوي

والمكلف بإنجاز مذكرة ماستر بعنوان:

الفهم الناتج عن ادمان المخدرات وطرقه بالتفكير الانتقاري

أصرح بشرفي أنني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات العلمية والنزاهة الأكاديمية
المطلوبة في إنجاز البحث ، وأتحمل المسؤولية الشخصية عن كل المحتوى المتضمن في البحث المذكور أعلاه .

التاريخ: 15/06/2025

إمضاء المعني



* ملحق القرار الوزاري رقم 933 المؤرخ في 28 جويلية 2016 الذي يحدد القواعد المتعلقة بالوقاية من السرقة العلمية ومكافحتها.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عبد الحميد بن باديس-مستغانم-
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

تصريح شرفي خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية
لإنجاز البحث

أنا الممضي أدناه،

الطالب(ة): أمزيان منبورية رقم التسجيل الجامعي: 2024037030629

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 19813428 والصادرة بتاريخ: 2024/09/24

عن بلدية سيادة

المسجل بكلية العلوم الاجتماعية والإنسانية/ قسم علم النفس

شعبة علم النفس / التخصص علم النفس العملي

والمكلف بإنجاز مذكرة ماستر بعنوان:

النساق الناتج عن ادمان المخدرات وعلاقته بالفكر

#نتجارية

أصرح بشرفي أنني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات العلمية والنزاهة الأكاديمية
المطلوبة في إنجاز البحث ، وأتحمل المسؤولية الشخصية عن كل المحتوى المتضمن في البحث المذكور أعلاه .

التاريخ: 15/06/2025

إمضاء المعني



* ملحق القرار الوزاري رقم 933 المؤرخ في 28 جويلية 2016 الذي يحدد القواعد المتعلقة بالوقاية من السرقة العلمية ومكافحتها.