دراسة إيبدميولوجية لمحاولات الانتحار بمدينة عنابة: دراسة ميدانية بمركز الوقاية من الصدمة والانتحار، من جانفي 2000 إلى أكتوبر 2013

نجاة خليفي

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، كلية الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية

جامعة باجي مختار-عنابة

ملخص

هدفت هذه الدراسة للكشف عن خصائص محاولي الانتحار بمدينة عنابة، للفترة الممتدة بين جانفي 2000 إلى أكتوبر2013، استخدمنا البيانات الجاهزة في التقارير الإحصائية وملفات العملاء المتوفرة بمركز الوقاية من الصدمة والانتحار. أظهرت النتائج أن 917 حالة قامت بمحاولة انتحار وأن الفئة العمرية الأكثر عرضة للخطر هي (15-24) سنة، شكلت الإناث 77% من إجمالي العينة، تبين أن 10.25% من الحالات ذات مستوى جامعي، بينما 76% عازبين، 64% عاطلين عن العمل، استخدم التسمم الدوائي لدى 78% من الحالات، كما عانى 20% من أفراد العينة من اضطرابات القلق، ونسب 67%من أفراد العينة القيام بالفعل لوجود الصراعات بمختلف أنواعها.

الكلمات المفاتيح: خصائص محاولي الانتحار، اضطرابات نفسية وعقلية، أسباب، وسائل.

Etude épidémiologique des tentatives de suicide à Annaba de Janvier 2000 à Octobre 2013 Etude de terrain au Centre de Prévention du Traumatisme et du Suicide

Résumé

Le but de cette étude était d'établir un profil des suicidants qui ont été suivis au centre spécialisé dans la prévention du suicide et PTSD à Annaba, l'analyse des données recueillies a permis de recenser 917 cas ,77% étaient de sexe féminin, 59% âgés entre 15-24 ans, 76% étaient célibataires, 64% chômeurs, 10.25% avaient un niveau universitaire,78% de cet échantillon ont utilisé l'intoxication médicamenteuse volontaire, les troubles anxieux ont touché 20% des cas et 67% des cas ont considéré les conflits comme cause de leur TS.

Mots-clés: Tentatives de suicide, caractéristiques sociodémographiques, troubles mentaux, moyens utilisés, causes.

Epidemiological study of attempted suicide in Annaba from 2000 to 2013 A field study in the Centre for Trauma and Suicide Prevention

Abstract

This study aimed to know the social and psychological characteristics of suicide attempters during the period 2000-2013, it employed the data and records that were available in CTSP, the results have helped in identifying that 917 patients had attempted suicide in their lives, that the most risked population was of youngersters between15-24, that the females were represented by 77%, that about 10.25% had high level school, that 64% didn't work, and that 76% were not married, the most current method of attempted suicide was IMV, 20% suffered from anxious troubles, 67% declared that conflicts were the most important causes.

Key words: Attempted suicide, socio-demographical characteristics, mental disorders, used means, causes.

مقدمـــة

يطرح موضوع الانتحار إشكالية عالمية بالغة التعقيد، أما الصبغة العالمية فتتجلى في انتشار الظاهرة الواسع في جميع المجتمعات على اختلافها وتعدد خصائصها، والأرقام التي تطالعنا بها الإحصاءات رهيبة إذ جاء في تقرير المنظمة العالمية للصحة، أن شخصا واحدا ينتحر كل أربعين ثانية، وان أزيد من مليون شخص يموتون في العالم من جراء الانتحار سنويا. وأظهر التقرير أنه يتم تسجيل 40 حالة انتحار لكل 100 ألف نسمة، إضافة إلى أن عدد الذين يموتون من جراء الانتحار يفوق عدد الذين يموتون من جراء الحروب، وأن هذه النزعة في تنام رغم خطورتها وتداعياتها. ويشير التقرير أيضا إلى أن عدد المحاولات الانتحارية يفوق العدد المسجل للوفيات انتحارا بعشرين مرة مما يعنى أن عدد المحاولات الانتحارية الذي يتم سنويا هو 20 مليونا[1]. أما التعقيد فينبع من أهمية البعد الذاتي الذي يرتبط به، فالانتحار كما يعرفه دوركايم «Durkheim» : "هو كل حالة موت تنتج عن فعل تقوم به الضحية نفسها وهي تعلم بأنه يؤدي إلى هذه النتيجة"[2] فقتل النفس يرمي إلى تدمير الذات بواسطة الذات وهو قرار معقد يحمل أبعادا نفسية واجتماعية وفي أحيان كثيرة قد يكون الحل الذي اختاره الفرد لتدمير ذاته مرتبطا بموقف أو مواقف عادة ما تكون مؤقتة ومرحلية رغم صعوبتها[3] إلا أن النتائج المترتبة عن هذا الفعل تكون وخيمة ليس على الفرد المنتحر فقط بل على أسرته وأصدقائه والمجتمع ككل حيث يحس أهل القائمين بالمحاولة الانتحارية سواء نجحت أم لا بالخزي والذنب ويحاولون إخفاء الأمر قدر المستطاع وهو ما يساهم في التشكيك في دقة الإحصائيات المقدمة سابقا (حوة وآخرون، 1997)[4]. لقد اختلف العلماء في مقاربة موضوع الانتحار حيث برز منذ بداية الدراسات اتجاهان أساسيان أحدهما فردي والآخر اجتماعي. ويؤمن أنصار المقاربة الاجتماعية بزعامة "إميل دور كايم" بأهمية العوامل الاجتماعية والدور الفعال والأساس الذي تلعبه في انتشار الانتحار؛ فقد عده "دوركايم" ظاهرة سلوكية شبه وبائية، ترتبط ارتباطا وثيقا بالبيئة والمجتمع ونظمه الاجتماعية المتغيرة وما تمارسه من ضغوط على الفرد حتى يفقد قدرته على الاحتمال، ومن ثمة ينتحر. أما عن الاتجاه الفردي فيركز على العوامل الذاتية المرتبطة بالفرد ويفسر لجوءه للانتحار بضعف في الشخصية أو وجود سمات معينة تؤهله للمرور إلى الفعل، فالملاحظ أن معايشة الأفراد نفس الظروف والمشكلات لا يجعل ردود أفعالهم متشابهة وهو ما يدفع للتفكير بوجود سمات شخصية مختلفة تسمح للبعض باستخدام استراتجيات تكيف مناسبة تساعدهم على التحدي والمواصلة بينما يلجأ البعض الآخر للمحاولة الانتحارية كحل. وهذا ما يثير اهتمام الباحثين حاليا.

1- الإشكالية: تعد مشكلة الانتحار من المشكلات الاجتماعية الخطيرة التي لازمت المجتمعات البشرية، وهي مؤشر قوي لتفككها، كما تمثل الفشل الفردي والجماعي في التكيف مع المعايير والضوابط الاجتماعية[5]، والجزائر كغيرها من دول العالم خضعت لمجمل التغيرات الاجتماعية والاقتصادية، والتي بدون شك أثرت على مستوى القيم والعادات والتقاليد مما أفرز العديد من المشكلات الاجتماعية والنفسية والتي من ضمنها السلوك الانتحاري، وبالرغم من الجهود التي بذلها الباحثون ويبذلونها إلا أن هذا التناقض الحاد بين غريزتي الموت والحياة حيرهم، وما زال الموضوع يطرح العديد من التساؤلات نظرا لتشعبه وتداخل عوامله والتي حصروها في:

- **العوامل الأولية:** وتجمع كل عوامل الخطر التي تحمل قدرة إنذارية عالية ولكنها تسمح في نفس الوقت بالتدخل كالسوابق الشخصية (محاولة انتحارية سابقة، واضطرابات المزاج، وسمات الشخصية كالقلق، والاندفاعية، والعصابية، وعدم كفاية الآليات الدفاعية وضعف استراتجيات التحكم وتنظيم مثال الأنا...إلخ). كما تتدخل السوابق

العائلية للفرد كقيام أحد أفراد العائلة بمحاولة انتحارية وكذا وجود اضطرابات عقلية(فصام، ومخدرات، وإدمان كحول، واكتئاب،..إلخ) [6].

- **العوامل الثانوية:** لا يسمح مجموع هذه العوامل بالتدخل ولا تحمل قوة إنذارية عالية إلا إذا اقترنت بالعوامل الأولية وبالإمكان ربطها بالأسباب العائلية كالتفكك الأسري وانعدام الأمن، والمشاحنات الزوجية، أو غياب أحد الوالدين. وقد ترتبط أيضا بأسباب اجتماعية أخرى كالفشل الدراسي وغيره (Brezo &al,2006)[7] ويركز الخبراء على الوضعية الاجتماعية بصفة خاصة (العزل، والبطالة، والوحدة...إلخ) أو على وجود أحداث ماضية صادمة (حداد، وانفصال، واعتداء جنسي، وسوء معاملة..إلخ). كما تشكل الأمراض المزمنة أيضا عامل خطر ثانوي خاصة لدى المسنين (Pitchot &al,2008)[8].

- **العوامل الثلاثية:** ولا يتأكد تأثير هذه العوامل إلا من خلال وجود العوامل الثانوية والأولية كالسن حيث (35–54) هي الفئة الأكثر إقبالا على الانتحار، والجنس (الذكور أكثر انتحارا من الإناث بينما الإناث أكثر محاولة للانتحار من الذكور)، وصعوبة تقبل التوجه الجنسي والعاطفي...إلخ، كما قد تلعب الأسباب الظرفية والأزمات والتي يمكن ربطها بالأحداث التي يعيشها الفرد خاصة ما ارتبط منها بنظام العلاقات القائمة بينه وبين الأشخاص ذوي الأهمية بالنسبة له (الأهل، والأصدقاء، والحبيب)، أو ظهور أزمات مفاجئة كانهيار الوضع الاقتصادي، أو تغيير سكن أو إقامة، أو إحالة إلى العيش في مركز..إلخ [9]. إن عملية الكشف عن الخصائص المميزة لمحاولي الانتحار تسهم ولو بقدر قليل في فهم السلوك الانتحاري وتحديد آليات حدوثه وهو ما دفعنا لطرح التساؤل الرئيس الآتي: ما هي خصائص محاولي الانتحار بمدينة عنابة؟ وما مدى ارتباطها بالعوامل السابقة الذكر؟ وما هي الأسباب التي يقدمونها مبررا لسلوكهم؟

2- الدراسات السابقة:

1- دراسة مكرم سمعان، 1964: "مشكلة الانتحار: دراسة نفسية اجتماعية".

تعد من أولى الدراسات العربية التي اهتمت بموضوع السلوك الانتحاري،حيث حاول الباحث الكشف عن العوامل النفسية والاجتماعية الدافعة للانتحار في القاهرة مع اختبار الفرض الذي يربط بين العزلة والاغتراب والسلوك الانتحاري. وتوصل إلى ارتفاع نسب الانتحار بين الذكور من الشريحة (20–40) مع تضاؤل في النسب كلما تقدم العمر، وكذلك المطلقون والعاطلون عن العمل، أما الأسباب فقد تعلقت بوجود صراعات ووجود إحساس قهري بالعزلة (سمعان،1964)[10].

2- دراسة ولاء عبد الفتاح الصرايرة، 2006: "الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والنفسية للمنتحرين في المجتمع الأردني للفترة من 1995–2004": هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والنفسية للمنتحرين في المجتمع الأردني للفترة من 1995–2004. أظهرت النتائج أن فئة الشباب، غير العاملين، من إقليم الوسط، هي الأكثر ارتكابا للانتحار، واحتلت الأسباب الاجتماعية الترتيب الأول، كما احتل استخدام السلاح الناري وتناول المواد السامة الترتيب الأول (الصرايرة، 2006)[11].

3- عمامي وآخرون، 2013 «tentative de suicide du lycéen et de l'étudiant» : هدفت هذه الدراسة للكشف عن ملمح ايبدميولوجي لمحاولي الانتحار من خلال دراسة امتدت من 1997–2009، بمستشفى الطب العقلي بمدينة صفاقس، وتوصلت من خلال تحليل 61 حالة إلى أن أغلب أفرا د العينة من الشباب، الإناث،

لديهن مشكلات دراسية ومشكلات تكيف، قمن بالمحاولة بطريقة اندفاعية، في البيت، عن طريق التسمم الدوائي. (Amami&al,2013) [12].

3- الهدف من البحث: الكشف عن خصائص محاولي الانتحار الذين ترددوا على المركز النفسي الطبي المتخصص في الوقاية من الصدمة والانتحار بمدينة عنابة منذ افتتاحه في جانفي 2000 إلى غاية أكتوبر 2013. هذه الخصائص شملت: الجنس، والسن، ومقر الإقامة، والمستوى الدراسي، والوضعية الاجتماعية، والوضعية المهنية، والسوابق الشخصية والعائلية، والاضطرابات النفسية والعقلية، والوسائل المستخدمة، والأسباب.

4- الأدوات المستخدمة: من خلال تحليل البيانات الجاهزة في التقارير الإحصائية وكذا البيانات المتوفرة في ملفات المرضى الذين قاموا بمحاولة انتحار وتوبعوا في المركز، تم الكشف عن المتغيرات السابقة الذكر، وقد تمت الاستعانة بنتائج التشخيص الطبي–العقلي من خلال الدليل الإحصائي الرابع المعدل DSMIV-TR. بالإضافة إلى نتائج الفحص النفسي تحصلنا على المعطيات الخاصة بظروف المحاولة والوسائل المستخدمة: من خلال تحليل المعطيات المتوفرة بملف كل عميل عن الظروف التي سبقت المحاولة والوسيلة المستخدمة ....إلخ.

5- تحديد المفاهيم: المفاهيم المتعلقة بالبحث الحالي: الانتحار، ومحاولة الانتحار، والسلوك الانتحاري.

1- مفهوم الانتحار: تعرف الموسوعة الكبرى لعلم النفس الانتحار بأنه: "الانتحار إما أن يكون فعلا عقلانيا (acte rationnel) ينفذه الفرد استنادا إلى اعتبارات أخلاقية، أو اجتماعية، أو دينية، أو فلسفية، أو شخصية، أو هو على العكس من ذلك فعل مرضي(acte pathologique)، يحدث كنتيجة، في مراحل تطور بعض الاضطرابات النفسية (الاكتئاب، أو الهذيان المزمن، أو العته، أو الخلط الذهني، أو قد يكون ناتجا عن أزمة وجود حادة (existentielle aigue crise)، تتسم بالقلق وتوجه العدوانية نحو الذات[13].

2- مفهوم محاولة الانتحار: "هي تدبير تنفيذ الفعل، دون الوصول إلى تحقيق الموت الفعلي، كنتيجة مباشرة. أما مفهوم الشروع في الانتحار فهو اصطلاح قانوني للدلالة على اتخاذ التدابير لتنفيذ الفعل دون بلوغ الموت. الفعل غير المنتهي بالموت شروع والفاعل شارع في الفعل، أي خاض فيه"[14]. أما عن اعتبار محاولة الانتحار مجرد فشل لفعل الانتحار فهو أمر أضحى مرفوضا من طرف المختصين[15]، ذلك لأن الوظائف التي تحملها محاولة الانتحار أصبحت معروفة وذات أهمية، فإن وظيفة الاستغاثة وطلب المساعدة مثلا تدفع بمحاول الانتحار إلى مقاسمة محنته علنيا مع الآخرين ويراوده الأمل في إحداث تغيير على مستوى سلوكهم سواء كان هذا التغيير دائما أو مؤقتا.

3- السلوك الانتحاري: هو "مجموع أو سلسلة الأفعال التي يقوم بها الفرد، محاولا تدمير حياته بنفسه، دونما تحريض من آخر، أو تضحية لقيمة اجتماعية ما"[16] ويميل الباحثون المعاصرون إلى جمع الانتحار مع محاولة الانتحار، والتهديد بالانتحار والأمور التي تعادل الانتحار[17] ولأجل ذلك يكون السلوك الانتحاري بالنسبة لهم: "هو عملية مركبة من مراحل مختلفة، تبدأ بتصور الانتحار الكامن، وتتقدم خلال مراحل من تأمل الانتحار النشط، وفي النهاية تتراكم محاولات انتحار نشطة لدى الفرد. قد يتذبذب مركز الفرد في هذه العملية وفقا لتأثير العمليات البيولوجية، والنفسية، والاجتماعية"[18].

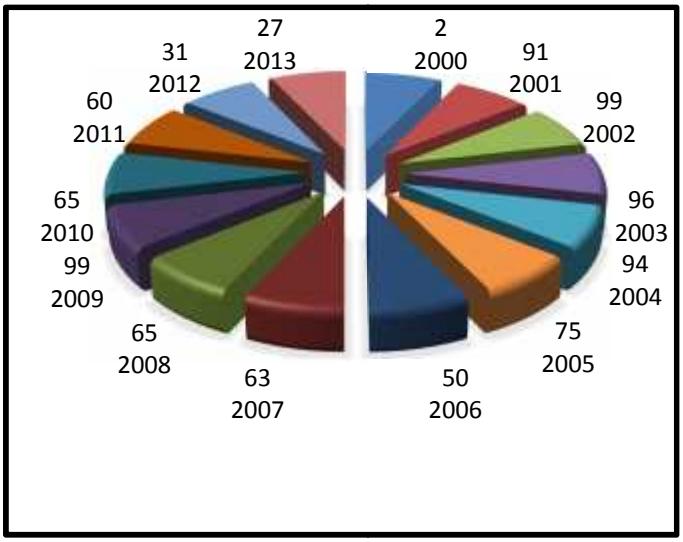
أولا: عرض النتائج: قمنا بالمعالجات الإحصائية اللازمة من خلال تحليل البيانات الجاهزة في التقارير الإحصائية والمتوفرة بالمركز وكذلك المعطيات المتوفرة بملفات المرضى.

1- توزيع أفراد العينة وفقا لمقر الإقامة: لقد قصد المركز خلال السنوات الثلاثة عشر الماضية 1313 حالة، بلغ عدد محاولي الانتحار 917، بنسبة قدرت بـ70% من المفحوصين، 30% من الحالات المتبقية عانت من اضطرابات الصدمة واضطرابات أخرى. كانت العينة من مختلف ولايات شرق الوطن وبصفة خاصة الولايات المجاورة لمدينة عنابة، حيث تم استقبال 684 حالة من محاولي الانتحار من مدينة عنابة بنسبة 75%، بينما كانت 183 حالة من ولاية الطارف بنسبة 20%، 23 حالة من ولاية قالمة بنسبة 1%، أما الولايات المتبقية فشملت ولاية سوق أهراس بعدد 10 حالات، وسكيكدة 08 حالات، وتبسة 04 حالات، وباتنة 3 حالات، وقسنطينة حالتين.

2- توزيع الحالات ابتداء من جانفي 2000 إلى غاية أكتوبر 2013: لقد توزعت عينة البحث بصفة غير منتظمة خلال هذه السنوات فلم يعرف العام الأول لافتتاح المركز (2000) سوى تسجيل حالتين وهو أمر منطقي إذا ما تمت مراعاة جهل السكان بالخدمات التي يقدمها، بينما عرفت السنة الموالية (2001) تسجيل 91 محاولة انتحار كما عرفت سنة 2002 و2009 أعلى معدل حيث بلغ عدد الحالات 99 حالة، تليها في الترتيب سنة 2003، بـ96 حالة و2004 بـ94 حالة، بينما سجلت سنة 2012 و2013 انخفاضا نسبيا في عدد الحالات.

جدول رقم (1) يوضح توزيع العينة على مدى السنوات ابتداء من 2000 إلى غاية أكتوبر 2013

السنة	عدد الحالات
2000	02
2001	91
2002	99
2003	96
2004	94
2005	75
2006	50
2007	63
2008	65
2009	99
2010	65
2011	60
2012	31
2013	27
المجموع	917



مخطط بياني رقم (1) يوضح توزيع العينة من2000-2013

3- توزيع الحالات حسب السن:

تراوح سن العينات بين (7-83) سنة بمتوسط بلغ 26 سنة، ارتفعت نسبة محاولات الانتحار في الشريحة العمرية (15-24) سنة، مما شكل 56.10% من حجم العينة وهذا الارتفاع يلاحظ خلال السنوات كلها، تلتها في الترتيب الفئة العمرية المحصورة بين (25-44) سنة بنسبة قدرت ب 32.17%، كما سجلت في الفئة المحصورة بين (45-65) نسبة 4.58%، كما قاربت الفئة العمرية الأقل من 15 سنة 4% وتقل معدلات المحاولات في الشريحة العمرية المحصورة بين (65-83) سنة، إذ بلغت 0.5%. مع ملاحظة أنه لا توجد سوى حالة واحدة لطفلة بلغ سنها 07 سنوات.

جدول رقم (2): يوضح توزيع العينة وفقا لمتغير السن من 2000 إلى غاية أكتوبر 2013:

السنة	أقل من 15سنة	24-15	44-25	64-45	83-65
2000	01	01	/	/	/
2001	01	55	27	07	01
2002	05	59	32	02	01
2003	03	68	23	02	/
2004	01	52	37	04	/
2005	02	44	27	01	01
2006	01	36	10	03	/
2007	05	32	22	03	01
2008	02	41	19	03	/
2009	02	64	29	04	/
2010	03	31	26	04	01
2011	04	25	26	05	/
2012	03	17	07	04	/
2013	/	17	10	/	/
المجموع	33	542	295	42	05
النسبة	%3.59	%59.10	%32.17	%4.58	%0.54

4- توزيع الحالات حسب الجنس: إن الجنس الأنثوي ممثل بقوة في محاولي الانتحار إذ فاق بقليل ثلثي الحجم الإجمالي للعينة فقد مثلت النساء بتعداد بلغ 702 حالة، أي 77% من إجمالي محاولي الانتحاري، وبلغ عدد الرجال 215 بنسبة مقدرة بـ 23%، ويلاحظ ارتفاع المحاولات لدى النساء خلال كل السنوات عدا العام الأول لافتتاح المركز والذي تعادل فيه عدد الإناث والذكور.

الجدول رقم (3): يوضح توزيع العينة ابتداء من 2000 إلى غاية 2013 وفقا لمتغير الجنس:

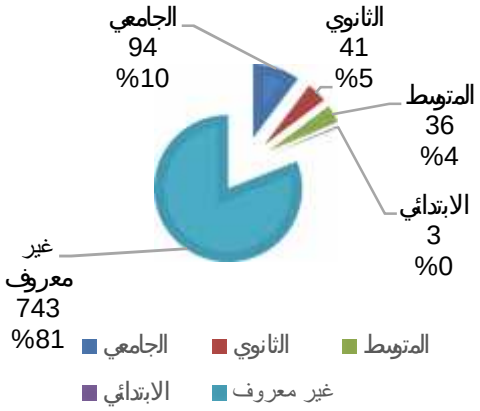
السنة	عدد الحالات	عدد الإناث	عدد الذكور
2000	02	01	01
2001	91	65	26
2002	99	70	29
2003	96	75	21
2004	94	70	24
2005	75	54	21
2006	50	38	12
2007	63	47	16
2008	65	50	15
2009	99	90	09
2010	65	50	15
2011	60	46	14
2012	31	24	07
2013	27	22	05
المجموع	917	702	215
النسبة	%100	%77	%23

5- توزيع الحالات حسب المستوى التعليمي: أما عن المستوى التعليمي للعينة فلم يسمح فرز الملفات سوى بالحصول على معلومات متعلقة بـ 174 حالة، أي أن ما يزيد عن 80% من مجموع الحالات لم تسجل معطيات

عن مستواهم الدراسي. ولقد أفرز تحليل العينة المتبقية عن وجود 10.25% ذوي مستوى التعليم الجامعي، متبوعا بـ 4.47% ذات مستوى تعليمي ثانوي، و3.92% ذات مستوى تعليمي متوسط بينما تحصل المستوى التعليمي الابتدائي على 0.32%.

جدول رقم (4): يوضح توزيع العينة وفقا لمتغير المستوى الدراسي

المستوى	عدد الحالات	النسبة
الجامعي	**94**	**%10.25**
الثانوي	**41**	**%4.47**
المتوسط	**36**	**%3.92**
الابتدائي	**03**	**%0.32**
غير معروف	**743**	**%81.25**
المجموع	**917**	**%100**



مخطط بياني رقم (2)

6- توزيع الحالات حسب الوضعية الاجتماعية: أظهرت الدراسة أن 675 **من محاولي الانتحار عازبون** وهو ما **شكل** 76% من حجم العينة ،أما المتزوجون فقد بلغ عددهم 190**شخصا وشكلوا نسبة** 21%، بلغ عدد المطلقين 18 **حالة ما شكل نسبة** 2%، **كان عدد الأرامل** 3، **ما شكل نسبة** 0.33% من إجمالي العينة، بينما**أ** ظهرت **النتائج** 29 **حالة بنسبة بلغت** 3% بدون أي معطيات عن وضعيتها الاجتماعية.

جدول رقم (5): يوضح توزيع العينة حسب الوضعية الاجتماعية

السنة	عدد الحالات	أعزب	متزوج	مطلق	أرمل	غير معروف
2000	**02**	**02**	**/**	**/**	**/**	**/**
2001	**91**	**63**	**21**	**04**	**03**	**/**
2002	**99**	**76**	**21**	**02**	**/**	**/**
2003	**96**	**80**	**16**	**/**	**/**	**/**
2004	**96**	**58**	**16**	**02**	**/**	**20**
2005	**75**	**58**	**15**	**01**	**/**	**01**
2006	**50**	**37**	**13**	**/**	**/**	**/**
2007	**63**	**43**	**18**	**02**	**/**	**/**
2008	**65**	**51**	**10**	**/**	**/**	**04**
2009	**99**	**75**	**20**	**02**	**/**	**01**
2010	**65**	**46**	**17**	**02**	**/**	**/**
2011	**60**	**42**	**14**	**03**	**/**	**01**
2012	**31**	**23**	**05**	**03**	**/**	**/**
2013	**27**	**21**	**02**	**02**	**/**	**02**
المجموع	**917**	**675**	**190**	**20**	**03**	**29**
النسب	**%100**	**%76**	**%21**	**%2**	**%0.33**	**%3**

7- توزيع أفراد العينة وفقا لمتغير المهنة:

تعد ممارسة مهنة من العوامل ذات الدلالة في السلوك الانتحاري، فالبطال ينتحر ويحاول الانتحار أكثر من العامل ولم تخالف عينة الدراسة الحالية هده النتائج، حيث أظهرت أن 588 حالة لم تكن تمارس أي نشاط مهني ما شكل 64% من إجمالي محاولي الانتحار، بينما شكل العاملون بعدد 112 حالة نسبة قدرت بـ 12%، ظهر في عينة البحث 3 أشخاص متقاعدين بنسبة 0.32% بينما تحصلنا على 174 طالبا في مختلف المستويات الدراسية وشكلوا نسبة 19% بينما بقيت 39 حالة بنسبة قدرت بـ 4.25% بدون معلومات عن وضعيتها المهنية.

جدول رقم(6): يوضح توزيع العينة من 2000 إلى غاية 2013 وفقا لمتغير المهنة

عامل	112	%12.21
بطال	588	%64.12
متقاعد	3	%0.32
طالب	174	%19
غير معروف	39	%4.25
المجموع	917	%100

8- السوابق الشخصية والعائلية للحالات:

لقد حاولت 65 حالة الانتحار لثاني أو لثالث مرة أي أن السابقة الانتحارية أصبحت جزءا من تاريخ الحالة وهو أكثر مؤشر خطر يلاقي الإجماع بين المختصين فكانت نسبة المعاودين هي 7% من أجمالي المحاولين. كما أظهرت النتائج وجود سابقة انتحار لدى أحد أفراد العائلة، أو لدى شخص قريب لدى 4 حالات، ما شكل 0.43%، ووجود إدمان على الكحول أو على المخدرات أو الاثنين معا ظهر لدى 31 حالة وهو ما مثل 3.38% من إجمالي العينة.

9- الأساليب المستخدمة في محاولة الانتحار:

لقد تنوعت الوسائل المستخدمة لدى الحالات بين أساليب جذرية وأخرى أقل جذرية، واتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسات علمية سابقة حول الموضوع فقد اتضح أن استخدام التسمم الدوائي هو الأسلوب الأكثر شيوعا في محاولات الانتحار لدى أفراد العينة حيث بلغ عددهم 713 حالة بنسبة 78%. واحتل استخدام المواد السامة الترتيب الثاني بعدد حالات بلغ 79 حالة ونسبة قدرت بـ 9%، واحتل الرمي بالنفس من مكان عال الترتيب الثالث حيث استخدمته 11 حالة بنسبة 1% أما عن استعمال الأسلحة البيضاء فاستخدمته كوسيلة للانتحار 8 حالات بنسبة 0.87%، واستخدمت 4 حالات الشنق، ما شكل 0.43%، أما الغرق واستنشاق الغاز فقد استخدمت كل وسيلة حالة واحدة ما شكل 0.10% من إجمالي العينة، واستخدم حرق الذات حالتان وهما رجلان ونسبته 0.21%. أما عدد الحالات التي لم تعرف الوسيلة المعتمدة قد بلغ عددها 98 حالة.

جدول رقم (7): يوضح الوسائل المستخدمة في محاولات الانتحار

الوسيلة المستخدمة	عدد الحالات	النسبة
التسمم الدوائي	713	%78
تناول مواد سامة	79	%9
السقوط من علو	11	%1
سلاح أبيض	08	%0.87
حرق الذات	02	%0.21
الشنق	04	%0.43
استنشاق الغاز	01	%0.10
الغرق	01	%0.10
غير معروف	98	%10.68
المجموع	917	%100

10- الاضطرابات السيكاترية:

إن وجود طاقم طبي متخصص (الطبيبة العقلية، والطبيبة العامة، والأخصائيين النفسيين) في (CMP) سمح بالكشف عن الاضطرابات العقلية والنفسية التي يعاني منها العملاء الذين يقصدونه، وقد أسفرت نتائج التشخيص الذي تم غالبا اعتمادا على DSM4-TR عن معاناة 20% من حجم العينة من اضطرابات القلق بكل أنواعها. أظهر الفحص أن 8.72% من المفحوصين عانوا اضطرابات مستدخلة عن طريق مواد، وظهر الاكتئاب لدى 8% من الحالات، أما اضطرابات الشخصية فمثلت ما يقارب 5%. أما الاضطرابات الذهانية فشكلت 4% من الحالات. أما عن الاضطرابات الأخرى فقد شكلت نسبا قليلة لم تتعد 1% كالاضطرابات العلائقية والاضطرابات المهنية والاضطرابات التحويلية والاعتلالات الجنسية وحالات الحداد.

جدول رقم (8): يوضح توزيع العينة حسب الإصابة باضطرابات نفسية أو عقلية اعتمادا على DSM-4-R

الاضطراب المشخص	عدد الحالات	النسبة
اضطرابات القلق	184	%20
اضطرابات مستدخلة عن طريق مواد	80	%8.72
الاكتئاب	74	%8
اضطرابات السلوك اللاجتماعي	28	%3
اضطرابات الشخصية الهيسترية	25	%2.72
اضطرابات الشخصية الحدية	10	%1.09
اضطرابات الشخصية غير المصنفة	05	%0.54
اضطرابات الشخصية اللاجتماعية	04	%0.43
اضطرابات الشخصية المتجنبة	01	%0.10
اضطرابات الطبع	09	%1

اضطرابات ذهانية	12	%1.30
فصام تخشبي	06	%0.65
فصام برانيودي	02	%0.21
ذهانات غير نمطية	07	%0.76
اضطراب الهوس والاكتئاب	09	%0.98
اضطرابات التكيف	09	%0.98
اضطرابات تحويلية	04	%0.43
مشكلات علائقية	02	%0.21
مشكلات مهنية	02	% 0.21
حداد	01	% 0.10
اضطرابات جنسية	05	%0.54
غير معروف	438	%47.76
المجموع	917	%100

11- الأسباب:

لقد تبين أن العامل الذي احتل الترتيب الأول في قائمة الأسباب هو وجود صراعات لدى العملاء سواء كانت أسرية أو داخلية أو مهنية أو على الصعيد الاجتماعي العام، بنسبة 70% من مجمل الأسباب التي قدمها العملاء. يليها في الترتيب الفشل العاطفي وما يترتب عنه من فقدان للعلاقة، بنسبة 3% أما الاضطرابات الذهانية فقد شكلت 2.72% من إجمالي الأسباب المشخصة، تساوت حالات الإدمان والفشل المدرسي وأزمات المراهقة 0.65%، بينما تحصل الحداد كسبب للقيام بالمحاولة على 0.10%.

جدول رقم (9): يوضح توزيع العينة وفقا لأسباب محاولة الانتحار

أسباب المحاولة	عدد الحالات	النسبة
الصراع العائلي	513	%56
الصراع بين الزوجين	32	%3.48
الصراع الاجتماعي	29	%3.16
الصراع الداخلي	26	%2.83
الصراع المهني	11	%1.19
الفشل العاطفي	27	%2.94
اضطرابات ذهانية	25	%.2.72
أزمة مراهقة	06	%0.65
إدمان	6	%0.65
الفشل الدراسي	06	% 0.65
الحداد	01	%0.10

ضحية زنا المحارم	01	%0.10
التعرض لعنف جنسي	05	%0.54
غير معروف	229	%25
المجموع	917	%100

ثانيا: مناقشة النتائج:

لقد سمحت عملية فرز الملفات المتواجدة بمركز الوقاية من الصدمة والانتحار بإحصاء 917 حالة من محاولي الانتحار خلال الفترة الممتدة بين 2000–2013 وأظهر تحليل النتائج أن الفئة الأكثر إقبالا على الانتحار هي فئة الشباب مابين (15–24) سنة وفئة الإناث بـ77%.

1- وبائيات الانتحار ومحاولات الانتحار: (الإحصاءات،الجنس،السن)

1-1- إحصائيات الانتحار ومحاولات الانتحار في العالم:

بداية تجدر الإشارة إلى أنه بعد الدراسة التي قدمها "دوركايم" Durkheim والتي اعتمدت على إحصائيات العديد من الدول الأروبية، أصبح الباحثون يتعاملون بحذر مع الإحصائيات فقد ذهب" دوغلاس" (1967) Douglas في كتابه: "المعاني الاجتماعية للانتحار"الصادر في 1967 إلى أن: "مفهوم الفعل الذي يعرف بأنه انتحار أو يعامل على أنه انتحار يختلف من ثقافة إلى أخرى مما يدفع إلى الارتياب في المقارنات التي تعقد بين معدلات الانتحار عبر الثقافات وعبر العصور" [(19)]. كما ارتاب أيضا في بيانات الانتحار التي يتوصل إليها ويقررها محققون مختلفون ممن يتناولون أسباب الوفيات المشتبه فيها، وتؤيد منظمة الصحة العالمية في تقرير لها عن الانتحار هذا الموقف.اذ تشير التقديرات المتعلقة بالعام 2012 إلى حدوث ما يقرب من 804000 حالة وفاة بسب الانتحار حول العالم ومعدل الانتحار العالمي السنوي المقاس حسب العمر هو 11.4 لكل 100000 نسمة (15 للذكور و8 للإناث). في البلدان الأغنى، يبلغ عدد الرجال الذين يموتون انتحارا ثلاثة أضعاف عدد النساء. لكن في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، تكون نسبة الذكور إلى الإناث أقل، إذ تبلغ 1.5 رجل لكل امرأة. وفيما يتعلق بالعمر، يبلغ الانتحار أعلى معدلاته لدى الأشخاص البالغة أعمارهم 70 سنة، أو أكثر من الرجال والنساء على حد سواء، في جميع مناطق العالم تقريبا. وفي بعض البلدان يبلغ الانتحار أعلي معدلاته بين الشباب. يعد الانتحار ثاني أهم أسباب الوفاة في الفئة العمرية (15–29 عاما). وأمام كل حالة انتحار لشخص بالغ تقابلها 20 حالة من محاولات الانتحار كل عام. إن معدل انتشار محاولات الانتحار، المبلغ عنه هو 3 لكل 1000 شخص أي ما يعادل 0.3% في كل من الذكور والإناث في البلدان المرتفعة الدخل، و6 لكل 1000 في البلدان المتوسطة الدخل و4 لكل 1000 في البلدان المنخفضة الدخل.(OMS,2014) [(20)].

1-2- أما عن معدلات الانتحار في البلدان العربية فتشهد ارتفاعاً سريعاً، حيث وصلت نسبة المنتحرين العرب إلى 4 في كل 100 ألف منذ بداية الألفية الجديدة وتعد مصر والمغرب وتونس والجزائر الدول العربية الأربع الأولى في نسب الانتحار على حسب الباحث ثابت(2014)، بينما تأتي دول لبنان وسوريا والخليج في أسفل القائمة حيث يصل العدد في مصر إلى حوالي 3000 محاولة انتحار سنوياً لمن هم أقل من 40 عاماً. أما في المغرب فسجّلت ما بين عامي 2009 و2013 2894 محاولة انتحار بين ناجحة وفاشلة، حيث بلغ عدد الوفيات

جراء الانتحار 2134، منها 85% تمت شنقاً بواسطة حبل أو حزام للسراويل، وشملت حالات الانتحار 65% من الذكور، و20% من الإناث. وفي تونس وحسب معطيات صادرة عن وزارة الداخلية التونسية فقد عرفت ظاهرة الانتحار ارتفاعاً ملحوظاً في العقد الأخير حيث وصل معدل حالات الوفاة الناتجة عن انتحار إلى 19 حالة شهرياً. وكانت إحصائيات الجزائر لعام 2012 تقول إنه توجد 1108 حالة انتحار أغلبها لشباب ومراهقين وخاصة من الإناث. ويحاول 3 أشخاص جزائريون الانتحار يومياً. وكانت حالات الانتحار في الأردن قد وصلت في 2013 إلى 70 حالة انتحار من إجمالي حوالي 400 محاولة، وهو ارتفاع شديد مقارنة بإحصائية 2012 والتي وقعت فيها 57 حالة انتحار، ويتميز الأردن بظاهرة انتحار الأطفال حيث ينفذون 18% من حالات الانتحار في المملكة (ثابت،2014)[21]. ووصل معدل الانتحار في اليمن إلى 251 حالة في عام 2013. وجاءت المملكة العربية السعودية الأولى على قائمة أقل الدول في عدد ونسبة حالات الانتحار عربياً. ووفقا لتقرير منظمة الصحة العالمية، فقد جاءت السودان في أعلى نسب نمو عدد الحالات بنسبة 17.2 حالة في كل 100 ألف. وفي آخر ترتيب الدول العربية جاءت كل من السعودية وسوريا متساويتين بنسبة بلغت 0.4 (ثابت،2014)[22]. ويقدم رجل واحد على محاولة الانتحار مقابل 1،7 نساء في أغلب دول العالم (منظمة الصحة العالمية، 2014)[23]. لوحظ أن النساء أكثر إقبالا على محاولة الانتحار من الرجال في كل الشرائح العمرية[24]. وتتزايد نسب الانتحار مع التقدم في السن في أروبا، حيث سجل في فرنسا مثلا في 2007 أكثر من 3000 حالة وفاة انتحار في الفئة العمرية(65 سنة فما فوق). وقد كان من بينهم 1640 شخصا، تجاوز سنهم 75 سنة. فالوفاة انتحارا هو ثالث سبب للوفاة لدى المسنين بعد مرض السرطان ومرض "الزهايمر". كما يمثل الانتحار الناجح لدى المسنين أكثر من ضعف عدد الحالات لدى المراهقين(Mosciki,1995) [25].

1-3- الانتحار ومحاولات الانتحار في الجزائر:

مع الأسف لا نملك إلا معطيات متفرقة هنا وهناك حول وبائيات الانتحار ومحاولات الانتحار في الجزائر، رغم نداءات المختصين المتكررة في كل اللقاءات العلمية لإنشاء مرصد وطني خاص بالانتحار يكون هو القائم على رصد الإحصاءات المتعلقة بالانتحار ومحاولات الانتحار عبر كامل ولايات الوطن مما يعطي فكرة واضحة ودقيقة عن الظاهرة، ولكن لم يتحقق بعد هذا المطلب. تصنف الأرقام الجزائر ضمن الدول العربية ذات معدلات الانتحار المتوسطة. ولا تملك منظمة الصحة العالمية إلى اليوم إحصاءات الانتحار ومحاولات الانتحار عن الجزائر(OMS,2014) [26]. ولكن بعض البحوث تشير إلى ارتفاع معدلات الانتحار ومحاولات الانتحار في الجزائر، حيث تشير دراسة تكفي (1995) على سبيل المثال إلى أن الاستعداد للانتحار في الجزائر يظهر عند فئة الشباب أكثر مقارنة بالفئات الأخرى، أي أن معدلات الانتحار تقل كلما تقدم العمر (تكفي،1995) [27]. وتشير تقارير وحدات الدرك الوطني من 1993 إلى غاية أوت 2005 إلى وجود 3709 حالة انتحار، 2785 منها قام بها رجال، كما تم إحصاء 1423 محاولة انتحار، مثلت النساء 848 منها، وكانت الولايات المعنية أكثر هي: ولاية بجاية، وتيزي وزو، وبويرة، وتلمسان، ووهران، وسكيكدة، وميلة. بلغت هذه المعدلات ذروتها بين سنتي 2000–2003، مع انخفاض طفيف لهذه المعدلات بالنسبة لـ 2004. أما في سنة 2005 فقد بلغ عدد المنتحرين 136 فردا، بينهم 112 رجلا و24 امرأة، معدل الانتحار مرتفع في الفئة العمرية (18–40) سنة[28]، إذا ما أجرينا

مقارنة بسيطة بين بعض الإحصاءات المتوفرة في مدينة الرياض(نصر،1429هـ)[29] والإحصاءات المتوفرة عن مدينة قسنطينة (Madoui&Boulala, 2005)[30] ونتائج البحث الحالي للاحظنا:

جدول رقم (10): يوضح إحصاءات محاولات الانتحار في كل من الرياض، قسنطينة، وعنابة

السنة	عدد محاولات الانتحار الخاصة بالإناث في مدينة الرياض	عدد المحاولات الخاصة بالإناث في مدينة عنابة	عدد المحاولات الخاصة بالإناث والذكور في مدينة قسنطينة
2000	91	1	38
2001	18	65	50
2002	21	70	38
2003	22	75	38
2004	20	70	/
المجموع	172	281	164

يتضح من الجدول أن عدد محاولات الانتحار بمدينة عنابة يفوق بأكثر من مرة عدد المحاولات بمدينة الرياض، وكذا في مدينة قسنطينة في كل السنوات ماعدا السنة 2000. وقد يبرر هذا الانخفاض بالافتتاح الحديث لمركز الوقاية من الانتحار وجهل المجتمع العنابي بالخدمات التي يقدمها. أما بالنسبة لارتفاع معدلات المحاولات لدى النساء فقد يبرر بانفتاح المرأة على أدوار جديدة في المجتمع الجزائري، مقارنة بالمجتمع السعودي المحافظ، قد يحملها أعباء ومسؤوليات جسام تعرضها للضغوط المستمرة والمعاناة. كما يرى أنصار (la théorie de l'ego) أن المرأة تولي اهتماما خاصا للعلاقات وقد توصلت بعض الدراسات إلى وجود رابط بين الأهمية التي توليها المرأة للعلاقات وبين العوامل ذات التأثير في الانتحار، وأن الضغط النفسي الناتج عن العجز عن تسيير الصراعات البين–شخصية هو من ضمن أهم العوامل المؤثرة في انتحار المرأة.

وقد خص بعض الباحثين المرأة القائمة بمحاولة انتحار بأربعة ميزات هي: الضعف أمام الفقدان، وتثبيط الغضب، وتثبيط الفعل والعدوان، وضعف تقدير الذات.

2- المستوى الدراسي:

لم نتمكن من معرفة المستوى الدراسي لـ80% من الحجم الإجمالي للعينة، واتضح أن 10.25% من إجمالي العينة طلبة ذوو مستوى جامعي، وقد تكون هذه الفئة أكثر استهدافا للخطر بسبب حساسية ذوي التعليم العالي لما يتهدد مكانتهم، وهم أكثر تأثرا بتغير العلاقات الاجتماعية وتصارع الأدوار كما قد يكون لارتفاع مستوى طموحاتهم علاقة بالسلوك الانتحاري. كما استبعدت فئة الأميين عن العينة الحالية، وهو ما يخالف نتائج دراسات جزائرية سابقة، فقد نشرت جريدة الشروق اليومي نتائج دراسة أمنية أجريت في الفترة الممتدة بين 2000–2004 اتسمت 80% من حجم عينتها بالأمية[31]. كما أوضحت دراسة سعودية أن 80% من أفراد عينتها أميون. غير أن الباحثين لم يظهروا وجود علاقة ارتباطيه بين المستوى التعليمي للفرد وقيامه بمحاولة انتحار، غير أن

(INSERM) أظهرت في إحدى دراستها أن 31% من ضمن الشباب الذين حاولوا الانتحار، وتراوح سنهم بين 12–24 عاما كانوا يكرهون الدراسة (Choquet,Granboulan,2004) [32].

3- الوضعية الاجتماعية:

شكلت عينة العزاب 76% من حجم العينة الحالية، أما المتزوجون فمثلوا 21%، وبلغت نسبة المطلقين 2% والأرامل 0.33%، لقد بينت العديد من البحوث أن خطر الانتحار يرتفع بالنسبة للأشخاص الذين يعيشون بمفردهم وخاصة العازبين، والمطلقين، والأرامل، إن هذه المتغيرات الاجتماعية تم مناقشتها على يد "دوركايم"، وبعد دراسته المستفيضة توصل إلى:

- الرجال الذين يتزوجون في سن مبكر تزداد نسبة الانتحار لديهم وأن نسبة الانتحار والميل إلى الانتحار تقل عند هؤلاء(المتزوجون في سن مبكر) مقارنة بغير المتزوجين.
- نسبة الانتحار تقل بين المتزوجين مقارنة بالعزاب.
- الانتحار بين النساء أقل من الرجال وتقل نسب انتحار غير المتزوجات من النساء عن نظائرهم من الرجال، كما تزداد نسب الانتحار بين النساء الأرامل.
- المتزوجون الذين لديهم أطفال أقل انتحارا من المتزوجين بدون أطفال.
- الأرامل الذين لديهم أطفال نسبة الانتحار لديهم اقل من الأرامل بدون أطفال.
- كلما ازداد حجم الأسرة، كلما قلت نسبة الانتحار [33] ذلك لأن الزواج والإنجاب يعد من عوامل الحماية الهامة إذ يشبع الحاجة للحب والانتماء والتقدير.

4- الوسائل المستخدمة:

لقد أظهرت نتائج البحث الحالي أن التسمم الدوائي هو الوسيلة الأكثر شيوعا لدى القائمين بمحاولة انتحار، حيث أقدم 78% من الحالات على استعماله، أما تناول المواد السامة فقد شكل 9%، وتحصلت الأساليب الأخرى من سقوط من علو، واستخدام سلاح أبيض، وحرق الذات، والشنق، واستخدام الغاز على نسب منخفضة لم تتجاوز 1%، إن مقارنة هذه النتائج بالنتائج العالمية أو الوطنية يسفر عن اتفاقها، حيث تجدر الإشارة إلى أن دراسة (Mazari &al,2006) [34] بينت أن استعمال الأدوية هو أول وسيلة مستخدمة في مدينة تلمسان لدى محاولي الانتحار، تليها استخدام المواد السامة. هذا ويشير المختصون إلى أن: "خطورة الفعل لا ترتبط بدرجة الألم النفسي الذي يعاني منه المقبل على الانتحار، وهو ما يعني أن عدم وجود أضرار بليغة جسميا، لا يقلل من درجة خطورة المحاولة" [35].

5- الوضعية المهنية:

أضحت فرضية ارتباط البطالة بالسلوك الانتحاري من الفرضيات المحققة منذ 1975، وأصبحت عامل خطر معترف به لدى الفئة العمرية (25–49) سنة [36]، إذ البطالة ترفع من احتمالية الانتحار ومحاولة الانتحار فقد يكون فقدان الوظيفة عاملا مفجرا، ويفسر على أن الجرح النرجسي الذي يترتب عن فقدان الوظيفة، يسبب إحساسا عميقا بالخزي وقد يكون مهدا للإصابة باكتئاب، غير أن العلاقة بين البطالة والسلوك الانتحاري لا تبدو بسيطة، فلئن كانت موجودة فهي معقدة، بدليل أن اسبانيا حيث توجد أعلى معدلات للبطالة في اروبا، تتمتع بنسب انتحار منخفضة مقارنة بالدول الأروبية الأخرى (OMS, 2014) [37]. ولأجل هذا يشير العديد من الباحثين إلى أن

النتائج المترتبة عن فقدان العمل تتعلق وإلى درجة كبيرة بأهمية هذا العمل بالنسبة للشخص وبدرجة ضعف أو هشاشة هذا الشخص أيضا.

6- الاضطرابات النفسية والعقلية:

لقد تبين في الدراسة الحالية أن 20% من أفراد العينة عانوا من اضطرابات القلق بكل أنواعها، و8.72% من إجمالي العينة يعاني من اضطرابات مستدخلة عن طريق مواد، كما شكل الاكتئاب 8% من الإصابات، أما اضطرابات الشخصية (الهيسترية، والحدية، واللااجتماعية، والمتجنبة، وغير المصنفة) فقد شكلت 5% من الاضطرابات أما الاضطرابات الذهانية فقد بلغت نسبتها 4%، وتوزعت الاضطرابات الأخرى بنسب ضعيفة على باقي العينة، وشملت المشكلات العلائقية، والمشكلات المهنية، وحالة حداد، والاضطرابات الجنسية). لقد أجرت الباحثة عبيب (1995) دراسة عن خصائص محاولات الانتحار في قسم الاستعجالات بالعاصمة اتضح منها أن محاولات الانتحار أكثر معاناة من القلق، والاكتئاب، والفوبيا، والهيستريا من غير المحاولات. كما تبين لديهن مستوى مرتفع من القلق الجسدي: انتشار الشكاوي الجسدية كالعياء، والصداع، وآلام الظهر، والأرق، واضطرابات معوية، (عبيب،1995) [38].

لقد ظلت النظرة السيكاترية مسيطرة على تفسير السلوك الانتحاري لمدى طويل، خاصة على يد "بينال"(pinel)، وترسخ التفسير الرابط للجنون بالانتحار على يد "اسكيرول" (1840) ,Esquirol الذي يقول: "لا يسلك الفرد سلوكا مضادا لحياته إلا إذا كان في حالة هذيان، والمنتحرون هم مجانين"[39]. يبدو أن نتائج الدراسات حول علاقة الاضطرابات النفسية والعقلية بالانتحار ومحاولة الانتحار متضاربة، فبينما تشير منظمة الصحة العالمية (2014) إلى أنه في البلدان المرتفعة الدخل، تمثل الاضطرابات النفسية نحو 90% من الناس الذين يموتون عن طريق الانتحار، وأن من 30–76% من هذه الحالات كانت تعاني من الاكتئاب[40]. تشير دراسات أخرى أن خطر الانتحار يتضاعف مرتين ونصف عند الرجال المصابين باضطراب عقلي مقارنة بالآخرين ويشكل الاكتئاب نحو 15% خطرا للانتحار مدى الحياة، وقد سجل لدى ثلث المنتحرين إصابة بإدمان سواء على الكحول أو المخدرات. أما اضطرابات الشخصية وخاصة الحدية منها فقد شكلت 30% من المنتحرين (Lesage,1994) [41] . ترتكز العلاقة بين الاكتئاب والانتحار على ثلاثة محاور أساسية:

1- إن تعاطي المخدرات يعمل على زيادة العدوانية لدى الفرد، وبالتالي يدفعه إلى انتحار يوصف بالاندفاعي أي أنه كان بالإمكان تجنبه لو لم يتم التعاطي قبل الوفاة[42].

2- تتحول المواد المتناولة إلى الوسائل الوحيدة التي يواجه بها المتعاطي مشكلاته إذ تساعده على الإنكار والتناسي غير أنه مع الاستعمال الدائم والاعتمادية يصبح غير قادر على مواجهة الحقيقة والواقع والألم النفسي الذي يعانيه.

3- يرتبط انتحار المدمن بوجود حالة اكتئابية أو اضطراب في الشخصية (Farges&al,2004)[43]. كما تقر نتائج البحوث ارتباط الانتحار ومحاولات الانتحار باضطرابات القلق والفصام: حيث يشكل خطر الانتحار لدى الفصامي نحو 10–12% على مدى حياته كما ترتبط باضطرابات المزاج الأخرى، واضطرابات السلوك، والاندفاعية، والشعور بالعجز واليأس، كما أن الاكتئاب يعد اضطرابا خطيرا نظرا لاقترانه بمكون اليأس. (La Dame& al,1999) [44].

7- وجود محاولة انتحارية سابقة:

يعتبر وجود هذه السابقة في تاريخ الفرد عامل خطر هام، متفق عليه بين المختصين، خاصة إذا استخدمت في المحاولة وسائل شديدة الخطورة كالأسلحة النارية، أو السقوط من علو، أو الشنق، وتفيد بعض الدراسات أن 40% ممن انتحروا قاموا بمحاولة سابقة، وأن 10% ممن قاموا بمحاولات انتحارية قد انتحروا فعلا خلال العشر سنوات التالية للمحاولة[45].

8- الأسباب:

يسجل الفاحصون الأسباب التي يعرضها محاولو الانتحار مبررين بها مرورهم للفعل، غير أنها قد لا تكون ذات علاقة أصيلة بالمحاولة، إذ قد تختفي وراءها عوامل أخرى لا يمكن معرفتها إلا بالتقصي العميق والبحث الجاد في تاريخ الحالة، ماضيها وحاضرها. ولكن عند الإجابة عن سؤال الطبيبة العقلية أو الطبيبة العامة الخاص بالأسباب الدافعة للفعل، يقدم العملاء الصراعات على تعدد أنواعها (صراع عائلي، بين الزوجين، مهني، داخلي، اجتماعي: كالصراع مع الغرباء أو الجيران..إلخ) وعادة ما تسبق هذه الصراعات القيام بالمحاولة بأيام قليلة أو أقل من ذلك. كما أظهرت النتائج وجود فشل، سواء كان من النوع العاطفي، أو المدرسي، ووجود اضطرابات ذهانية تساهم في مرور المريض إلى الفعل، بالإضافة إلى تعرض بعض العملاء إلى اعتداءات جسدية أو جنسية، كما شخص لبعض الحالات الإدمان، والحداد وأزمات المراهقة كسبب لمحاولة الانتحار.

تعد الأحداث السابقة للفعل من العوامل المعجلة، وهي ظروف تسبق بفترة قليلة القيام بالفعل (أحداث حياة سلبية، انفصال، مرض، فشل)– قد يكون الحدث بسيطا ولكنه في نظر صاحبه يملك قيمة عليا، مشبعة عاطفيا ومنشطة للخبرات السلبية الماضية التي تعرض لها، وترى (Choquet,2000) أن الصراع القائم بين الفرد وأحد أصدقائه أو بينه وبين آخر ذو أهمية في حياته، أو وجود مشكلات متعلقة بالانضباط ،سواء مع أحد الأولياء أو في المدرسة، أو مع القانون، قد تكون من العوامل المفجرة لدى المراهقين (Choquet,2000)[46]. إن خبرة الفشل التي يعايشها العميل، مهما كان مصدرها (فشل عاطفي، أو دراسي، أو مهني...إلخ) تسبب له إحساسا عميقا بالإحباط، مما يدفعه لتحرير آليات دفاعية غير متكيفة، لا تسمح له بالمواجهة بل تفرض عليه الانسحاب والهروب وهو ما يجعل فعل الانتحار مقبولا لديه، لقد لاحظ الباحثون أن وجود صراع بين–شخصي (conflit intra-personnel) في الأسبوع السابق لمحاولة الانتحار يعد من عوامل الخطر الثانوية عند المراهق وعند الراشد أيضا (Périsse &Cohen,2003)[47]. وفي هذا الإطار نظمت (La FOREM) ملتقى وطنيا يوم 2005/02/15 حول الانتحار وقد توصل الباحثون إلى أن 12% من القائمين بمحاولة انتحار يعزون السبب للمشاكل العائلية، و15% إلى خيبة الأمل و19% للضعف العقلي و16% إلى اضطرابات أخرى، كما شكلت المشاكل الأخرى التي شملت: البطالة، وفقدان شخص عزيز، والتحرشات الجنسية في الطفولة، والمشاكل المهنية، والكحول، والمخدرات 37% من أسباب الإقدام على الفعل (كوروغلي،2010) [48] كما يلعب المحيط الأسري دورا هاما جدا في الإقدام على السلوك الانتحاري، ذلك أن الصراعات الأسرية تعد من أولى الأسباب التي ترتبط بهذا السلوك، فوجود صراعات أسرية وعلائقية مع الزوج، وكذا ضعف السند الأسري، والمناخ الأسري المشحون بالعنف والاعتداء الجسدي، والاعتداء الجنسي كلها من الأسباب التي قد تدفع بالفرد للانتحار[49]. وتقر بعض الدراسات التي

اهتمت بفترة المراهقة، أنه بالإضافة للعوامل السابقة أن المراهقين الذين يدخلون في علاقة حب –خاصة الإناث– يصبحون أكثر هشاشة، وقد يكونون أكثر عرضة من غيرهم للخطر.

خاتمــة

لقد أفادت نتائج هذه الدراسة أن المشاكل السلوكية الموقفية، المشحونة بالانفعالات السالبة الحادة، المقترنة بمحاولات الانتحار بمدينة عنابة كانت من أكثر الظروف تكرارا وكان أهمها الصراع مع الآخرين، سواء كان ذلك على مستوى الأسرة أو العمل أو المحيط الاجتماعي بصفة عامة. كما أن الأزمات الانفعالية الحادة التي يتعرض لها الأفراد ناتجة عن انقطاع مفاجئ لعلاقة كان يثمنها الفرد لعبت دورها. أما مجمل الاضطرابات النفسية والعقلية والبطالة والعزوبة ....إلخ. فقد تضمنت نوعا من الرفض الاجتماعي يجعل الفرد يشعر بالقهر الذاتي وتمنعه من إقامة علاقات تفاعل سوية في بيئته، وليس هناك ما يرجح أن هذه العوامل تملك تأثيرا مباشرا في محاولة الانتحار بل الأرجح أن الإثارة النفسية والاجتماعية المترتبة عنها هي المسؤولة عن الإقدام على الفعل لما تسببه من إحساس بالقلق والعزلة والاكتئاب. ونختم هذه الدراسة بلمسة من الأمل إذ تفتح منظمة الصحة العالمية في تقريرها الأخير الخاص بالانتحار آفاقا واسعة ملؤها الأمل، أمام المرضى الانتحاريين وأهاليهم، وكذا المختصين الممارسين في الميدان لاعتبارها الانتحار من الأمور التي يمكن الوقاية منها؛ فهي ترى أن هناك عددا من التدابير التي يمكن اتخاذها لمنع الانتحار ومحاولات الانتحار، كالحد من فرص الوصول إلى وسائل الانتحار وإعداد وسائل الإعلام للتقارير بطريقة مسؤولة، وتطبيق سياسات الكحول للحد من استخدامها على نحو ضار؛ والتشخيص والعلاج والرعاية المبكرة للمصابين باضطرابات نفسية أو الاضطرابات الناجمة عن تعاطي مواد الإدمان والآلام المزمنة والاضطرابات العاطفية الحادة.

الهوامش:

1- منظمة الصحة العالمية، 2014: "الوقاية من الانتحار ضرورة عالمية"، (المكتب الإقليمي للشرق الأوسط) www.who.int

2- رولان دورون، فرسواز بارو، تعريب فؤاد شاهين، موسوعة علم النفس، عبيدات للنشر والطباعة، لبنان، 1997، ص 1037.

3-Grand dictionnaire de la psychologie. Sous la direction de Henriette Bloch, Larousse, Paris, 1999, p 911.

4-حوة وآخرون: "ظاهرة الانتحار في تونس"، الثقافة النفسية، المجلد 8، العدد29، 1997، ص 78.

5- مكرم سمعان، مشكلة الانتحار (دراسة نفسية اجتماعية لسلوك الانتحاري بالقاهرة) دار المعارف بمصر، 1964، ص 26.

6-Charles Spielberger,Encyclopedia of applied psychology ,vol3,per y index, Elsiever Academic, Press,usa,2004, p 521.

7-Brezo Jelen, Paris J, Turecki M "personality traits as correlates of suicide attempts and suicidal ideation in young adults ", psychological medicine, vol 36, no2, 2006, pp 191-202.

8-Pitchot W,Paquay, C, Anssen M, « le comportement suicidaire :facteurs de risque psychosociaux et psychiatriques », Revue med Liège 63, (5-6), 2008, pp 396-403.

9-Wilmott J, Bastyns, JM , Demaret G, Duvivier M «le suicide :psychothérapies et conduites suicidaires » , Mardaga, Bruxelles ,1986, p 49.

10- مكرم سمعان، مرجع سابق، ص 116.

11- ولاء عبد الفتاح الصرايرة، "الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والنفسية لضحايا الانتحار في المجتمع الأردني بين 1995–2004"، إشراف ذياب البداينة، مذكرة تخرج لنيل شهادة ماجستير، جامعة مؤتة، 2006.

12-Amami othlman, et al,: «tentative de suicide du lycéen et de l'étudiant» la Tunisie Medicale,vol91(no03), 2013, pp 175-178.

13-Grand dictionnaire de la psychologie, 1999, p 911.

14- مكرم سمعان، مرجع سابق، ص 50.

15- ناجي الجيوش، الانتحار دراسة نفسية اجتماعية للسلوك الانتحاري، مؤسسة الشبيبة للإعلام والنشر، دمشق، 1990، ص 109.

16- نفس المرجع.

17- دورون، بارو، مرجع سابق، ص 1037.

18- بشير معمرية، بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس، ط1، ج1، منشورات الحبر، الجزائر، 2007، ص 178.

19-Dictionnaire de la sociologie, sous la direction de André Akoun, Pierre Ansart, Le Robert Seuil, 1999, p 512.

20- منظمة الصحة العالمية، 2014، مرجع سابق.

21- ياسر ثابت، "شهقة اليائسين" (الانتحار في العالم العربي)، دار التنوير، لبنان، ط1، 2012، المكتبة الالكترونية، 2014/05/08.

22- نفس المرجع.

23- منظمة الصحة العالمية، 2014، مرجع سابق.

24- بلال عرابي، "جرائم الانتحار وتعامل المحقق معها": الشرطة، العدد426، (2004/2)، ص 22–26.

25-Mosciki EK ."epidemiology of suicidal behavior" .suicide and life threatening behavior ,spring25(1), 1995, pp 22-35.

26- منظمة الصحة العالمية، مرجع سابق.

27- نقلا عن ولاء الصرايرة، مرجع سابق، ص 33.

28-le soir d'Algerie: « le suicide en Algérie »18/11/2008: 3w.lesoirdalgerie.com.

29-فوزة ياسين فقيد عواد نصر، "بعض العوامل الدافعة لانتحار الإناث في مدينة الرياض" إشراف حميد خليل الشايجي، ماجستير علم الاجتماع، جامعة الملك سعود، 1429هـ.

30-Madoui F.Zohra, Boulala Nadia, «suicide et Troubles Mentaux», Journée Internationale sur le suicide, 28, 29, 3O Octobre 2OO5, Annaba.

31-الشروق اليومي: الانتحار في الجزائر12/05/ 2008: ملف من إعداد نائلة ب، غنية قمراوي، بلقاسم عجاج.

32-choquet Marie, Granboulan virginie «jeunes suicidants à l'hôpital», carnet psy n0 85, 2003/8, p13.

33-Maurice Halbwachs; «les causes du suicide» .3w.uqac.uquebec.ca/zone 30/classiques des sciences sociales/index.html.

34-Mazari wafa ,Mokhtari Soraya,Mrabet Janet « .Le suicide dans la wilaya de Tlemcen,Chu Tlemcen, 2006-2007».docslide.fr.

35-Malka J et al, «risques et conduites suicidaires de l'enfant et de l'adolescent»: 3w.medecine. UPS-tise.fr.

36-Dictionnaire de la sociologie, p 512.

37-OMS, 2014.

38-غنية عبيب، "محاولة الانتحار لدى الإناث وعلاقتها بالعوامل النفسية والأسرية"(15–25) سنة، إشراف بلعربي الطيب مذكرة تخرج لنيل شهادة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر، 1995.

39-Baechler Jean, «les suicides», Calmann-Levy, France, 1981, pp 60-65.

40-OMS, 2014.

41-Le sage F, Alda M,Mouleau G,et al,"risk factors for suicide completion in major depression a case control study of impulsive and agressive behaviors in men."AMJ psychiatry,162, 21 2005, pp 16-24.

42-Overholser, et al," Emotional distress and substance abuse as risk factors for suicide attempts", canadian journal of psychiatry, vol 42, no 4, 1997, pp 402-408.

43-Farges et al, «alexithymie et toxicomanie: liens avec la dépression», revue l'encéphale, vol 30, ,2004, pp 201-211.

44-La Dame, Fet al, «Tentatives de suicide à l'adolescence». EncyclMéd Chir Psychiatrie, 37-216-H-10, 1999, p 6.

45-عبد الله بن سعد الرشود، ظاهرة الانتحار التشخيص والعلاج، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2006، ص 58.

46-Choquet Marie, «suicide et adolescence acquis épidémiologiques» ,Fédération Française de psychiatrie, (la crise suicidaire ,reconnaitre et prendre en charge), (textes des experts) paris: Anaes conférence de consensus des 19 et 20octobre 2000, p181-201.

47-Perisse Didier, Cohen David, «suicide des jeunes .un point de vue sur les facteurs de risque».carnet psy (,no85), 8/2003, p 29-31.

48- محمد لمين كوروغلي: "مساهمة في دراسة محاولة الانتحار عند المراهق بعد تعرضه لصدمة فشل (الأسباب والاستراتجيات)، إشراف محمد شلبي، مذكرة تخرج لنيل شهادة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة قسنطينة، 2010.

49-Canoui P, Messerschmit P, Ramos O. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Maloine, Paris, 1994, p 351.