

Suicide Motives in the Light of Psychoanalytic Theory

Dr. Makhloufi seid¹

¹Teachers Training College El Katiba Assia Djebbar Constantine (Algeria).

The E-mail Author: Makhloufi.seid@ensc.dz

Received: 11/09/2024

Published: 20/04/2025

Abstract:

Life change and complexity due to technological transformation and rapid social change between nations and individuals have produced many problems that are difficult for today's individual to deal with, including unemployment, housing, poverty, divorce, Some incurable diseases have led to complex and acute psychological crises that sometimes end in suicide, due to the lack of adaptation on the one hand, and the psychological immaturity of the victim's individual, and his or her character-building is disrupted in a way that is consistent, Psychological factors are the result of a combination of overlapping social and economic factors, and what are the motives for suicide in the light of psychoanalysis theory?

Keywords: Suicide, adaptation, disorder, causes of suicide, psychological motivations.

دوافع الانتحار في ضوء نظرية التحليل النفسي

د. مخلوفي اسعيد

المدرسة العليا للأساتذة آسيا جبار قسنطينة (الجزائر)

البريد الإلكتروني: Makhloufi.seid@ensc.dz

الملخص:

إن تغير الحياة وتعقدها بسبب التحول التكنولوجي والتغير الاجتماعي السريع بين الأمم والأفراد، أفرز لنا العديد من المشكلات التي صعب لفرد اليوم التعامل والتكيف معها منها مشكلة البطالة، والسكن، الفقر، الطلاق، وبعض الأمراض المستعصية العلاج؛ معظمها أدت إلى بروز أزمات نفسية معقدة وحادة تنتهي أحيانا إلى الانتحار، بسبب عدم التكيف معها من جهة، وعدم النضج النفسي للفرد الضحية من جهة ثانية فيختل بناءه النفسي لذاته ولشخصيته فيعجز عن الخروج من بعض الأزمات الخاصة، فالعوامل النفسية ما هي إلا محصلة لمجموعة من العوامل الاجتماعية والاقتصادية المتداخلة، فما هي دوافع الانتحار في ضوء نظرية التحليل النفسي؟

الكلمات المفتاحية: الانتحار، التكيف، الاضطراب، أسباب الانتحار، الدوافع النفسية.

مقدمة:

يعد الانتحار ظاهرة اجتماعية تستوجب الدراسة والاهتمام الشديد بها؛ لما لها من الآثار السيئة على كل من الفرد والمجتمع، فظاهرة الانتحار تعتبر سلوك غير سوي يصاحبه ضرر بالمجتمع ومس بكيانه القائم وأمنه السائد؛ إذ أن المنتحر كان يظن أن خروجه

من ساحة الحياة أمر خاص به وحده فقط، وتناسى في زحمة المشاكل وخضم الحياة أن تخليه عن وظيفته فيه من الضرر على مجتمعه، فانتحاره يخسر المجتمع طاقة من طاقاته، وعنصرًا فعالاً من عناصره.

حيث تعاني معظم دول العالم من تفاقم ظاهرة الانتحار، لذلك قامت العديد من الدول بإنشاء مراكز متخصصة لدراسة وعلاج هذه الظاهرة؛ ويعرف الانتحار بأنه الفعل الجاد لإيذاء النفس والتخلص من الحياة. ويشير علماء النفس أن بعض الناس يفكرون في الموت والخلاص من الحياة عندما لا يستطيعون الاستمرار لاعتقادهم بأن ظروفهم الصعبة لا يمكن حلها. وتشير الإحصائيات إلى أن (35%) من حالات الانتحار ترجع إلى أسباب نفسية في حين (65%) منها ترجع إلى الأسباب أخرى.

كما أظهرت منظمة الصحة العالمية في تقريرها الصادر، أن الانتحار يأتي في المرتبة الثانية بعد حوادث الطرق كسبب رئيسي للوفاة، وكشف التقرير عن أكثر الطرق شيوعًا للانتحار، متمثلة في (الشنق، إطلاق النار، تناول المبيدات السامة، خصوصًا في المناطق الريفية) بحسب التقرير، فيما سجلت أشكالًا للانتحار متنوعة، منها الانتحار تحت عجلات القطارات والمetro، أو إلقاء الشخص بنفسه من فوق الجسور.

مشكلة البحث:

تؤكد الدراسات الاجتماعية حول ظاهرة الانتحار، رغم تباين المجتمعات التي درست فيها تلك الظاهرة -أن نسب حوادث الانتحار، سواء حالات الشروع في الانتحار أو حالات الإنتحار الفعلي آخذة في التزايد والارتفاع عبر الزمن، مع تباين النسب في المجتمعات المختلفة (من مجتمع لآخر ومن منطقة لآخرى داخل المجتمع الواحد)، ومن زمن لآخر طبقاً لما أشار إليه (أميل دوركايم) في دراسته عن الإنتحار من معدل الإنتحار يخلف من مجتمع لآخر (الرشود، 2006).

وقد نشرت منظمة الصحة العالمية تقريراً عن ظاهرة الانتحار حول العالم. حيث جاء فيه أن شخصاً واحداً ينتحر كل 40 ثانية، أي أكثر من الذين قتلوا في الحروب وعمليات القتل أو سرطان الثدي. وتصدرت مصر قائمة البلدان العربية من حيث أعداد المنتحرين لعام 2016، أما الجزائر فقد جاءت في المرتبة الرابعة بعدد حالات انتحار بلغت 1299 حالة، حيث شهدت 3799 حالة انتحار. وأظهر التقرير أن أكثر من نصف المنتحرين في العالم أجمع هم دون سن الـ 45، وفي فئة الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و29 عاماً، وحسب منظمة الصحة العالمية يأتي الانتحار في المرتبة الثانية بعد حوادث الطرق كسبب رئيسي للوفاة. ومن أكثر طرق الانتحار شيوعاً هي الشنق وإطلاق النار وتناول المبيدات السامة خصوصاً في المناطق الريفية.

والملفت للانتباه أن معدلات الانتحار في الجزائر التي احتلت المركز الرابع في ترتيب الدول العربية وفقاً للتقرير الذي أعدته منظمة الصحة العالمية في 2019 "لا يزال في ارتفاع" وعلى الرغم من أن وباء كورونا حصد الكثير من الأرواح بالجزائر، على غرار كثير من الدول، إلا أن مصيره الزوال، بزوال أسبابه، أو بتعميم التطعيم "بينما أسباب الانتحار لا تزال قائمة وبالتالي فالظاهرة أخطر. وأن الضغوط الاجتماعية وعلى رأسها المعاناة من البطالة وتراجع فرص العيش الكريم وأزمة السكن والاضغوطات والأزمات النفسية الحادة من بين أهم الأسباب التي تدفع بالشباب للانتحار.

انطلاقاً من المعطيات السابقة يحاول البحث الحالي الإجابة عن مشكلة البحث محل التحليل والدراسة والتي يمكن صياغتها في الآتي: ما هي الأسباب والدوافع النفسية للانتحار في ضوء نظرية التحليل النفسي؟ ولتحليل هذه الظاهرة والإجابة على مشكلة البحث اتبع البحث الخطة التالية:

أولاً: المبحث الأول

1- أهداف البحث.

2- أهمية البحث.

3- منهج البحث.

ثانياً: المبحث الثاني

1- تعريف الإنتحار (لغة، اصطلاحاً).

2- مفهوم محاولة الإنتحار.

3- نظرية التحليل النفسي نشأتها وأهميتها.

4- الأسباب والاضطرابات النفسية للانتحار.

1-4- الأسباب النفسية للانتحار.

2-4- الاضطرابات النفسية الدافعة للانتحار.

- خاتمة.

أولاً: المبحث الأول

1-أهداف البحث: يهدف البحث الحالي إلى الكشف عما يلي:

- 1- التأصيل النظري لموضوع الإنتحار.
 - 2- الكشف عن الأسباب النفسية الخفية التي تؤدي إلى الإنتحار.
- ### 2-أهمية البحث: تتمثل أهمية البحث الحالية في النقاط التالية:
- تبرز هذه البحث أهم الأسباب التي أدت إلى انتشار ظاهرة الانتحار، وطرق الوقاية منها.
 - قد تسهم نتائج البحث الحالية في تبصير أفراد المجتمع بخطر هذه الظاهرة التي ازداد انتشارها بشكل ملحوظ في وقتنا الحاضر مما يساعد على معالجتها.

3- منهج البحث

استخدم الباحث في البحث الحالي المنهج الوصفي التحليلي الذي يقوم على وصف الظاهرة وصفاً دقيقاً من خلال جمع المعلومات والعمل على تصنيفها والتعبير عنها كما وكيفاً، وذلك للوصول إلى استنتاجات تسهم في التعرف على أهم الأسباب التي أدت إلى انتشار ظاهرة الانتحار.

ثانياً: المبحث الثاني

1-تعريف الانتحار:

1-1-تعريف الانتحار لغة:

هو عملية " قتل الذات بذاتها" وهو مفهوم مشتق من كلمة مركبة من أصل لاتيني من فعل "caedere" بمعنى "يقتل" والاسم " بمعنى النفس أو الذات، والاسم (sui) بمعنى النفس أو الذات في الفرنسية (suicide) وهو نفس المفهوم في الإنجليزية (الجيوش، 1990). وفي اللغة العربية يفيد الانتحار معنى مماثل للكلمة مشتقة من الجذر "نحر" أي ذبح وقتل، وانتحر الشخص أي ذبح نفسه وقتلها، وقد استعملت كلمة "بخع نفسه" في القرآن الكريم والأحاديث النبوية الشريفة، ونصوص التاريخ الإسلامي مرادفة للانتحار، وتعني أهلك نفسه أو انتهت غمماً (ابن منظور، 1970).

2-1-تعريف الانتحار اصطلاحاً:

يعرفه دوركايم (E, Durkheim) : الانتحار نتيجة مباشرة أو غير مباشرة لفعل إيجابي أو سلبي نفذ عبر الضحية ذاتها، والتي كانت تعلم مسبقاً بحيثيات النتيجة "، فدوركايم لا يأخذ بالقصد في الانتحار، لأن الجندي الذي يواجه الموت لإنقاذ فرقته لا يقصد الموت. وقد أشار اسكيروول (الرشود، 2006) رغم من أنه لم يتعرض لمفهوم الانتحار مباشرة، إلى عزل السلوك الانتحاري عن أفعال التضحية باختيار فردي أو تحت قهر جماعي لأن التضحية ليت سلوكاً مرضياً كالانتحار.

ويؤكد هالفاكس (M.halbwachs) على التفرقة بين السلوك الانتحاري الإرادي وبين أشكال الموت الإجباري، وأهمها التضحية، فالانتحار هو " كل حالة موت الناتج عن فعل يأتيه الضحية بنفسه بقصد قتل نفسه وليس هو بالتضحية فالسلوك يكون انتحارياً عندما يقوم الفرد بقصد قتل ذاته دون.

تعريف هاليناكس: "الانتحار هو حالة الموت الناتج عن فعل يأتيه الضحية بنفسه بقصد قتل نفسه وليس التضحية بها لشيء آخر، أي هو موت إرادي يقدم عليه الفرد للخلاص من مشاكله وصعوباته غير المحتملة" (الرشود، 2006، 28).

من التعاريف السابقة يمكن أن نستنتج أن هناك نوعين من الإنتحار وهما: (الانتحار النفسي، والانتحار الحقيقي)؛ فالأول منهما أنه نوع من الإنتحار غير الصريح حيث يزهد البعض الحياة تماماً وتدفعهم عوامل اليأس إلى تحطيم أنفسهم، فيصابون بحالات مرضية، أما الثاني منهما فهو قتل الإنسان لنفسه عمداً.

2- مفهوم محاولة الانتحار:

في الانتحار الفاشل رغبة الموت موجودة، إلا أن السلوك الانتحاري غير محكم التنفيذ لذلك لا ينتهي هؤلاء إلى الموت، إنهم يحاولون تدمير ذاتهم، لكنهم يفشلون وذلك إما لسرعة تدخل المحيط لإنقاذهم وإما لضعف التدبير لعملية الانتحار، والفرق شاسع بين الحالتين. ففي الأولى القرار حاسم بالاستقالة من الحياة بالرحيل عن هذه الدنيا التي يعتبرونها لا تساوي شيئاً ذا قيمة ولا تستحق الحياة، وهي تقارب أو توازي بالحدة والفعل الانتحار "الناجح" ولا تقل خطورة عنه، أما الثانية لدى الضعف في التدبير لعملية الانتحار فليس الهدف الموت، بل توجيه رسالة ابتزاز أو تهديد أو نداء استغاثة للآخرين، لذلك يأتي التدبير عقيماً غير متماسك، وفي

بعض الأحيان يعلنون للآخرين رغبتهم في الانتحار قبل الشروع فيه بدقائق معدودة، ويحددون لهم الطريقة والمكان والزمان ويعتقد بعض الباحثين أن خطورة المحاولة الانتحارية لا يجب أن تكون مؤشراً ذا مصداقية في تحديد درجة النية لدى الفرد الذي قام بالفعل، فالبعض قد يتناولون القليل من الأدوية بغرض ترك فرصة لإنقاذهم من طرف الآخرين، ولكن لسوء الحظ اسأؤوا حساب الآثار الناجمة عنها، ويتم إيجادهم على وشك الهلاك.

3- نظرية التحليل النفسي نشأتها وأسسها:

يمكن تعريف التحليل النفسي بأنه مصطلح ظهر حديثاً ويمثل في عدد من النظريات العلمية التي نشأت في الفترة ما بين عام 1900 إلى 1905 على يد العالم النمساوي الغني عن التعريف "سيغموند فرويد" والتي تناقش كيفية تعميق فهم الشخصية الإنسانية، فضلاً عن استكشاف العقل والسلوك ووضع استراتيجيات للعلاج النفسي (فوزي، 2020) والتحليل النفسي طريقة من أجل الكشف عن العمليات العقلية غير الواعية، كما أنه يهتم بطرق العلاج النفسي والعلاقة بين العمليات النفسية الشعورية واللاشعورية.

لقد بذل العديد من المحللين النفسانيين محاولات لشرح عملية الانتحار. فمن وجهة نظر فرويد الإنتحار هو امتداد للاكتئاب. فالانتحار وفقاً لفرويد نتيجة للعداء المكبوت الذي لا يجد مخرجاً آخر. وفقاً لعدوان فرويد يمكن أن يتحول إلى الخارج أو الداخل ورأى ميننجر أن العدوان لديه العديد من القنوات الداخلية وأحدهم هو الانتحار. قسم فرويد العقل تبعاً لنظرية التحليل النفسي لثلاث مناطق، وهي: (فوزي، 2020).

أ/ الوعي: موطن أفكارنا، ومشاعرنا، وتركيزنا المباشر.

ب/ ما قبل الوعي: ويسمى أحياناً العقل الباطن، وهو منشأ كل ما يمكننا تذكره، أو استرجاعه من ذاكرتنا.

ج/ اللاوعي: أعمق مستوى في العقل، وهو مستودع العمليات التي تقود سلوكنا، بما في ذلك رغباتنا البدائية، والغريزية. طرح فرويد لاحقاً نموذج أكثر تنظيماً للعقل من ثلاثة أجزاء مجازية، وتتطور شخصياتنا من التفاعلات، والصراعات بين هذه الأجزاء الثلاث، وهي:

1-الهُو: في اللاوعي وتركز فقط على الرغبات الغريزية، والدوافع، تتشكل الهو من اثنتين من الغرائز البشرية، وهما غريزة البقاء، التي تدفعنا إلى الانخراط في أنشطة تدعم الحياة، وغريزة الموت التي تدعم السلوك العدواني والعنيف.

2-الأنا: تعمل على تلبية احتياجات الهو بطريقة مناسبة اجتماعياً، تعد الأكثر ارتباطاً بالواقع، وتبدأ في التطور من الطفولة.

3-الأنا الأعلى: تكمن الأخلاق السوية، والمبادئ الأعلى في هذا الجزء من العقل؛ مما يساعدنا على التصرف بطريقة مقبولة أخلاقياً، واجتماعياً.

اعتقد فرويد أن الهو، والأنا، والأنا الأعلى في صراع مستمر، وأن شخصيات البالغين، وسلوكياتهم تنشأ كنتيجة لهذه الصراعات الداخلية خلال فترة الطفولة، وتعد سيطرة الأنا مؤشراً للشخصية الصحية، وتؤدي الاختلالات في هذا النظام إلى السلوكيات غير الصحيحة، والاضطرابات النفسية.

4- الأسباب والاضطرابات النفسية للانتحار:

من المعروف أن عوامل الانتحار متعددة ومتشابكة، ومن الخطأ اعتبار الانتحار ناتج عن عامل واحد فقط، بل يمكن إرجاعه إلى أسباب متعددة مادية اجتماعية ونفسية. إذ يرى "دوركايم" أن للانتحار أسباب اجتماعية، وكلما زاد ارتباط الشخص بمجتمعه تكون هيمنة العقل الجمعي قوية، ويقل الانتحار وعلى العكس من ذلك كلما ضعف تأثير الضوابط الاجتماعية والمؤسسات الاجتماعية، والدينية، والسياسية، والاقتصادية والأسرية، تقل سيطرة العقل الجمعي على الأشخاص، مما يدفع بالفرد إلى العزلة والانطواء، ونتيجة لذلك تكثر ظاهرة الانتحار (Kessler et al.)، 1999.

فمن بين العوامل التي ذكرها الباحثون، نجد العامل الاقتصادي؛ البطالة والفقر، وعامل فقدان الحرمان والاعتداءات الجنسية، من العوامل المؤثرة في السلوك الاجتماعي البيئي، فالفرد الذي ينشأ في ظل تنظيم عائلي مفكك قد يكون مهياً مستقبلاً للتأثر بالعوامل الانتحارية (Morno، 2004؛ عمور، 2019).

وعليه تم تقسيم أسباب الإنتحار في ضوء نظرية التحليل النفسي إلى شقين وهما:

الشق الأول: التفسير النفسي للانتحار:

يقوم هذا التفسير بوجه عام على أساس أن الجريمة أو الإنتحار في أساسه يعود إلى الخلل والاضطرابات في التكوين النفسي للشخصية التي تفصح عن نفسها في أشكال أخرى من السلوك المنحرف، تبعا لظروف وعوامل تكوين كل شخصية مع عدم إغفال العوامل الاجتماعية المؤثرة في علاقة الفرد بالآخر (المغربي، 1994).

ويميل كثير من الباحثين إلى التسليم بأن الإنتحار من الزاوية النفسية هو حصيلة أزمة حادة دوماً، وأن صعاباً ضخمة هي التي تحاصر المنتحر، فلا يستطيع لها دفعا، وهناك العديد من المداخل والاتجاهات، تنتمي إلى التفسير النفسي لظاهرة الإنتحار، وتعرض لأهمها وهي كالتالي:

أ- الإنتحار باعتباره ظاهرة نفسية داخلية: (Intrapsychic) وهنا يتم تفسير الإنتحار على أساس وجود ألم نفسي لا يحتمل، ويكون هذا الألم شعورياً، فحينما يكون الموقف غير محتمل، ويريد الشخص اليأس أن يخرج منه فيلجأ إلى الإنتحار وهذا ما لاحظته موارى (Murray7)، 196 بأن الانتحار وظيفة، الغرض منها إلغاء توتر مؤلم للفرد، وأنه يقدم شفاء من معاناة غير محتمله.

كما يفسر الإنتحار، طبقاً للتقلص المعرفي، وذلك الذي يشير إلى الجمود في التفكير، وصعوبة التركيز، والرؤية المعتمنة فالشخص الانتحاري من الناحية المجازية يكون مسمما أو مخدرا بالتقلص المعرفي، ولا يعرض أثناء اللحظة التي تسبق موته سوى تشوهات خاصة بصدمة أو حرج مثل (الفشل في العمل الصحة السيئة رفض من الأفراد القريبين منه) وفي مواجهة الصدمة يصبح الحل هو التقلص المعرفي الذي يمثل أخطر أشكال العقل الانتحاري (المغربي، 1994).

كذلك يفسر الإنتحار، طبقاً للتعبيرات غير المباشرة، فالشخص الانتحاري يتسم بثنائية الوجدان، ليس فحسب بالنسبة للحب والكرهية، ولكن قد يكون هناك صراع بين البقاء والألم غير المحتمل، ويجبر الشخص الإنتحاري إذلالاً وخضوعاً، ولاء وطاعة، أو ضرباً بالسياط، وحتى ما زوجته في بعض الأحيان، وعلاوة على ذلك لا يكون الشخص الإنتحاري شاعراً سوى بجزء من العقل الإنتحاري وتكون الحافزة للانتحار، هي عمليات لاشعورية إلى حد كبير (الأطيش، 2018).

كما يفسر الإنتحار باعتباره راجعاً إلى ضعف الأنا حيث تحدد "الأنا" باعتبارها جزء العقل الذي يتفاعل مع الحقيقة ولها إحساس بالفردية بناء على ذلك، ففوة الأنا هي عامل وقائي ضد الإنتحار، أما ضعف الأنا فيرتبط على نحو إيجابي مع خطورة الإنتحار، فالأشخاص الانتحاريون، يعرضون على نحو متكرر ضعفاً نسبياً في قدرتهم على تنمية ميول بنائية والتغلب على صعوباتهم الشخصية، ويرجع ضعف الأنا إلى أحداث الحياة الجارحة مثل الخسارة الرفض الفشل (القايد، 2014).

ب - الإنتحار كاضطراب في العلاقة الشخصية المتبادلة Interpersonal relation disorder :

إن الشخص الإنتحاري له مشاكل في تأسيس أو بقاء العلاقة الشخصية المتبادلة (العلاقة بموضوع الحب)، فيوجد على نحو متكرر موقف شخصي متبادل غير متحمل (نكبة سائدة)، وربما كان النمو الإيجابي في تلك العلاقة المضطربة هو الحل الوحيد للاستمرار في الحياة، ولكن مثل هذا النمو كان يُرى باعتباره لم يحدث، فتحبط الحاجات النفسية للإنسان، ويقوم الفرد بالانتحار بسبب إحباط الحاجات النفسية على نحو شخصي متبادل. كما يفسر الإنتحار وفقاً لرفض العدوان، حيث يعتبر (الفقد loss) أمراً أساسياً في الإنتحار، فالفقد غالباً ما يكون رفضاً باعتباره هجراً، إنه إيذاء نرجسي غير محتمل، وإيذاء يؤدي إلى كراهية موجهة نحو الآخرين ولوم الذات. باعتبار أن الشخص الإنتحاري يتسم بثنائية وجدانية عميقة، وفي نطاق تلك الثنائية فقد يصبح الإنتحار نكوصاً إلى دوافع قاتلة للذات، وقد يكون الإنتحار عدواناً محجوباً (الأطيش، 2018).

ووفقاً لرفض التوحد، فقد اقترح " فرويد " أن التوحد الشديد مع شخص مفقود أو مرفوض، أو كما وضح زيلبورج (Zilboork) أن فقدان أي شخص مثالي (في الحياة العملية) يكون حاسماً في فهم وفكر الشخص الإنتحاري، ويحدد التوحد، بأنه ارتباط صفة قائمة على رابطة انفعالية هامة مع الشخص الآخر (موضوع) وأي مثال، وإذا لم تتحقق هذه الحاجة الإنفعالية فإن الشخص الإنتحاري يتألم ألماً عميقاً (عدم الراحة) فيتحول سلوكه إلى محاولة مغادرة الحياة لينتهي من الألم.

ج- تفسيرات نفسية ذات اتجاه غير تحليلي:

وتتميز تلك التفسيرات عن التفسيرات التحليلية في كونها لا تفرض وجود مجموعة من الديناميات النفسية أو سيناريوات شعور شامل، ولكنها تؤكد على مظاهر نفسية ومعينة تبد وضرورة لوقوع حدث الإنتحار المهلك، وتتمثل تلك المظاهر في الآتي: (الأطيش، 2018).

1- تشوش حاد أي زيادة في حالة الاستياء العام لدى الفرد.

2- عدائية مرتفعة، وزيادة في انكسار الذات، وكراهية الذات، والإحساس بالعار، والشعور بالذنب، ولوم الذات.

3- زيادة حادة وفجائية تقريبا في انخفاض التركيز العقلي، أو تقليل العمليات الفكرية، وتضييق للمحتوى العقلي، وضعف القدرة على رؤية اختيارات حيوية التي يمكن أن تحدث على نحو عادي للعقل.

4- فكرة التوقف والاستبصار الذي يمكن أن يصنع نهاية للمعاناة بتوقف الانسياب غير المحتمل، ويفهم الإنتحار في السياق، ليس كحركة نحو الموت (التوقف)، ولكن يفهم كنوع ما للهروب من انفعال لا يحتمل.

ويمكن أن توجز خلاصة التفسيرات النفسية للانتحار والشروع فيه على أنه عدوان مرتد إلى الذات، بفاعلية عمليات التقمص أو الإبدال تحت ضغط اعتبارات اجتماعية أو ذاتية تمنع وقوع العدوان على موضوعه الخارجي.

2-الشق الثاني: الاضطرابات النفسية الدافعة للانتحار:

قد تُسهم بعض الاضطرابات النفسية الشائعة أو المزمنة في التفكير بالانتحار، ونتطرق للاضطرابات النفسية التي تؤدي إلى الانتحار، فيما يلي:

1-2/ اضطرابات الأكل:

تتمثل اضطرابات الأكل فيما يُعرف بفقدان الشهية العصبي، حيث يشعر المريض بمعاناته الشديدة من السمنة، وعند الاتجاه لخفض وزنه، لا يستطيع التخلص من ذلك بشتى الطرق، لذا يختار طريقة الانتحار للتخلص من هذه المشكلة المزمنة التي يُعاني منها. هذا وتُشكل اضطرابات الأكل خطرا كبيرا على صحة الشخص قد يصل إلى الوفاة، فالأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الأكل أكثر عرضة للإصابة بفشل القلب مقارنة بغيرهم، كما أنهم أكثر عرضة للإصابة باضطرابات القلق والإدمان فضلا عن الاكتئاب الذي يدفعهم في نهاية المطاف إلى الأفكار الانتحارية ومن ثم الانتحار (Bender et al, 2001).

رغم أنه يُشاع أن اضطرابات الأكل تحدث بسبب العوامل البيئية والثقافية فقط فإنه لا يوجد سبب محدد لحدوث تلك الاضطرابات. لذا خلال هذا التقرير سوف نتعرف على اضطرابات الأكل وأنواعها ومن ثم نحاول استكشاف العوامل المسببة لها .

2-2-اضطراب الهلع:

قدم وايزمان وزملاؤه (1989) أول نظرة عامة على اضطراب الهلع فيما يتعلق بالانتحار ووجدوا زيادة خطر محاولات الانتحار بمقدار 20 ضعفا تقريبا مقارنة بأولئك الذين لا يعانون من أي اضطراب، وتشير دراسات متابعة حالات الانتحار المكتملة إلى أن ما يقرب من (20%) من الوفيات الناجمة عن الانتحار ترجع إلى اضطراب الهلع (Schmidt et al, 2000).

كما وجدت دراسة متخصصة في الإنتحار وذات سمعة كبيرة في السويد أن معدل انتحار لاضطراب الهلع الخالص مماثل للاكتئاب الشديد وغيره من الأمراض النفسية الخطيرة التي تتطلب رعاية المرضى الداخليين (Allgulander and Lavori, 1991).

2-3- اضطراب ما بعد الصدمة:

وقد أظهر اضطراب ما بعد الصدمة أقوى ارتباط بالانتحار في أي من اضطرابات القلق (Kessler, 2000 ; Molnar , 2001 ;

et al

وهو يتنبأ بالبداية الأولى اللاحقة لمحاولة الانتحار بنسبة احتمالات تبلغ (6%)، مقارنة باضطرابات القلق الأخرى بنسبة ثلاث احتمالات، واضطرابات المزاج عند 12.9 ضعف الخطر المتزايد، علاوة على ذلك، يبدو أن اضطراب ما بعد الصدمة لديه نسبة احتمالات مأسوية أو أكبر من اضطرابات المزاج أو اضطرابات القلق الأخرى لوضع خطة انتحار والقيام بمحاولات انتحار متهورة (Kessler et al, 1999).

2-4-اضطرابات الفصام:

واحد من الأمراض التي تؤدي إلى الانتحار إذا لم يتوجه المصابون به للعلاج، في الغالب يكون مرضى الفصام انطوائيون ومنعزلين عن المجتمع وعن أسرهم ولا يفضلون الاختلاط كثيراً في العمل أو التجمعات

يعتقد العلماء أن المصابين بالفصام لديهم خلل في المواد الكيميائية في الدماغ أو الناقلات العصبية: الدوبامين، الجلوتامات والسيروتونين؛ حيث تسمح هذه الناقلات العصبية للخلايا العصبية في الدماغ بإرسال رسائل إلى بعضها البعض. ويؤثر عدم توازن هذه المواد الكيميائية على الطريقة التي يتفاعل بها دماغ الشخص مع المنبهات وهو ما يفسر سبب غمر الشخص المصاب بالفصام بالمعلومات الحسية (الموسيقى الصاخبة أو الأضواء الساطعة) التي يمكن للآخرين التعامل معها بسهولة، هذه المشكلة في معالجة الأصوات والمشاهد والروائح والأذواق المختلفة يمكن أن تؤدي أيضًا إلى الهلوسة أو الأوهام.

الالتهابات الفيروسية والاضطرابات المناعية: قد يحدث الفصام أيضًا بسبب الأحداث البيئية، مثل العدوى الفيروسية أو الاضطرابات المناعية. على سبيل المثال، الأطفال الذين تصاب أمهاتهم بالإنفلونزا أثناء الحمل هم أكثر عرضة للإصابة بالفصام في وقت لاحق من الحياة. والأشخاص الذين يدخلون المستشفى بسبب التهابات شديدة هم أيضًا أكثر عرضة للخطر.

وقد أشارت الإحصائيات أنه ما يقرب من 2.2 مليون بالغ أمريكي أو حوالي (1.1%) من السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 18 عامًا وما فوق في سنة معينة يعانون من الفصام (Regier et al, 1993b). ويؤثر الفصام على الرجال والنساء بتواتر متساوٍ وله بداية في مرحلة البلوغ المبكرة (Robins and Regier, 1991) تشمل أعراض الفصام الأوهام والهلوسة والكلام غير المنظم والفكر والحركات. وتسمى هذه أيضًا "الأعراض الإيجابية"، من حيث أنها سلوكيات إضافية، ويطلق عليه البعض الآخر، بـ "الأعراض السلبية" وهو غياب السلوكيات المعيارية مثل العواطف المسطحة أو السلوكيات العنيفة المنخفضة، والتفاعل الاجتماعي، والإرادة (APA, 1994).

كما يشمل الاضطراب الفصامي العاطفي فترات المرض التي تحدث خلالها إما نوبة اكتئاب كبيرة أو نوبة هوس أو مختلطة، بالتزامن مع الأعراض القياسية لمرض انفصام الشخصية. غالبًا ما يتم تشخيص الأشخاص الذين يعانون من هذا الاضطراب بالفصام عند التعبير عن تلك الأعراض، مما يجعل حساب الانتشار كاضطراب منفصل أمرًا صعبًا. لغرض هذا التقرير، سيتم الإشارة إلى أولئك الذين يعانون من أي من التشخيصين باسم أولئك الذين يعانون من اضطرابات انفصام الشخصية.

ترتبط الاضطرابات الفصامية بالوفاة المبكرة، مع ما يقرب من 4-10 في المائة من خطر الانتحار مدى الحياة (Tsuang et al, 1980)، خطر الانتحار لأولئك الذين يعانون من اضطرابات انفصام الشخصية هو ما يقرب من 30-40 مرة من عامة السكان ويمثل الأفراد المصابون باضطرابات انفصام الشخصية ما بين (25-33) في المائة من حالات الانتحار التي تحدث في مستشفيات الأمراض النفسية من المرجح أن تكون محاولات الانتحار بين هؤلاء السكان قاتلة بشكل معتدل إلى شديد مع ارتفاع. ووفقًا للباحثين، يموت ما يقرب من 10٪ من المصابين بالفصام عن طريق الانتحار، وهو أكبر مساهم في انخفاض متوسط العمر المتوقع بين أولئك الذين يعانون من هذا الاضطراب الذهاني (ناصر، 2020).

فالأشخاص المصابون بانفصام الشخصية أو اضطرابات ذهانية أخرى قد يكون لديهم أوهام (معتقدات كاذبة ثابتة) بأنهم يجدون من المستحيل التكيف معها، أو أنهم قد يسمعون أصواتًا (الهلوسة السمعية) تقودهم إلى قتل أنفسهم. كما يكون مرضى الفصام عرضةً للاكتئاب أيضًا.

وبحسب المتخصصين في الطب النفسي يكون المريض بهذا المرض أكثر عرضة للهلوس السمعية التي تتمثل في سماع همسات وأصوات لأشخاص غير موجودين وأوامر من مجهولين لتشجيعهم على الانتحار في بعض الحالات. وينصح بالاهتمام بالمريض بشكل خاص في هذه الفترة .

2-5- اضطراب الشخصية الحدية:

يعرف اضطراب الشخصية الحدية بأنه مرض عقلي خطير يتميز بعدم الاستقرار المنتشر في الحالة المزاجية والعلاقات الشخصية والصورة الذاتية والسلوك، والذي يتداخل بشكل خطير مع الأداء، كان يعتقد في الأصل أنه على "حدود" مع الذهان، يعاني الأشخاص المصابون باضطراب الشخصية الحدية من اضطراب في تنظيم العاطفة. اضطراب الشخصية الحدية أكثر انتشارًا من الفصام أو الاضطراب الثنائي القطب، حيث يؤثر على 2 في المائة من البالغين، ومعظمهم من الإناث (Swartz et al, 1990). اضطراب الشخصية الحدية (BPD) هو اضطراب الشخصية الأكثر دراسة كذلك فيما يتعلق بالانتحار، ويرجع ذلك جزئيًا إلى ارتفاع معدل السلوكيات المؤذية للذات ومحاولات الانتحار. في الواقع BPD هو واحد من اثنين فقط من التشخيصات في نظام DSM الذي يتم سرد السلوك الانتحاري كأحد الأعراض، مع حلقة الاكتئاب مثل الأخرى (APA, 1994). وهناك معدل مرتفع من إيذاء النفس دون نية الانتحار، فضلًا عن معدل كبير من محاولات الانتحار والانتحار المكتمل في الحالات الشديدة (Gardner and Cowdry, 1994b ; Soloff et al, 1985).

غالبًا ما يحتاج المرضى إلى خدمات الصحة العقلية واسعة النطاق، وقد أظهرت العديد من الدراسات أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية لديهم تاريخ أكثر شمولًا من المرضى الخارجيين النفسيين والمرضى الداخليين والنفسيين الاجتماعيين من كلا المرضى الذين يعانون من اضطراب اكتئابي كبير (Bender et al, 2001).

وتظهر الإحصائيات أن نسبة 65 في المائة من المصابين باضطراب الشخصية الحدية لديهم حلقة اكتئاب رئيسية مما يزيد من خطر الانتحار (Isometsa et al, 1996)، وأن (95) في المائة من ضحايا الانتحار الذين يعانون من اضطرابات الشخصية من

الفئة B يعانون من اضطرابات اكتئابيه مصاحبة أو اضطرابات تعاطي المخدرات أو كليهما، كما وجد فاير وزملاؤه (1988) أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية المصاحب واضطرابات المزاج أو تعاطي المخدرات كانوا أكثر عرضة من المرضى الآخرين للقيام بمحاولات انتحار عالية الفتك، وبالإضافة إلى ذلك، فإن الأعراض الحدية التي لا تصل إلى معايير تشخيص مرض شلل الأطفال الترموي لدى المرضى المصابين بالاكتئاب تزيد من احتمال حدوث محاولة انتحار (Corbitt et al, 1996).

بالإضافة إلى أن المصابين باضطراب الشخصية الحدي أو اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع، وخاصّة أولئك الذين لديهم تاريخ من السلوك العنيف، هم أكثر عرضة للانتحار أيضًا. يتحمّل مرضى هذه الاضطرابات الإحباط بشكل سيّء، ويتفاعلون مع الشدّة بشكلٍ مُتهوّر، ممّا يؤدّي في بعض الأحيان إلى إيذاء النفس أو السلوك العدواني، يزيد العيش منفردًا من خطر السلوك الانتحاري. ويعدّ الأشخاص المنفصلون أو المطلّقون أو الأرمال أكثر عرضة للانتحار؛ بينما يعدّ الانتحار أقلّ شُبوعًا بين الأشخاص الذين هم في علاقة آمنة مقارنة بالذين يعيشون بمفردهم.

2-6-اضطراب الاكتئاب:

فالاعتئاب من أخطر الأمراض النفسية التي تؤدي إلى الانتحار، ويعرف بأنه "الاكتئاب العقلي"، وهو نوع من أنواع الاعتئاب المعقد، الذي يتسم بالنظرة السوداوية، ويؤثر على عمل المصاب ودراسته وعلاقاته الاجتماعية، ويصيب الفرد في حالة تعرضه إلى ظروف نفسية قاسية، مما تجعل الأفكار السلبية البائسة تسيطر على تفكيره وفي هذه الحالة يكون هذا الشخص خطرا على نفسه وعلى أفراد أسرته أو من يعيش معه.

يسهم الاعتئاب، بما في ذلك الاعتئاب الذي يكون جزءًا منه الاضطراب ثنائي القطب، في أكثر من 50٪ من محاولات الانتحار ونسبة أعلى من حالات الانتحار المكتملة. يمكن أن يحدث الاعتئاب بشكل غير متوقّع، وقد ينجم عن خسارة حديثة أو حدث مؤلم آخر، أو ينجم عن مجموعة من العوامل، قد تؤدي المشاكل الزوجية، أو الاعتقال أو المشاكل القانونية في الآونة الأخيرة، أو حالات الحب غير السعيدة أو المنتهية، أو النزاعات مع الوالدين (بين المراهقين)، أو فقدان أحد أفراد الأسرة مؤخرًا (وخاصة بين كبار السن) إلى الاعتئاب. ويكون خطر الانتحار أعلى إذا كان لدى الأشخاص، الذين يعانون من الاعتئاب، قلق كبير أيضًا، ويعتبر الاعتئاب من أهم العوامل المرتبطة بالانتحار، حيث يعد من أكثر التشخيصات النفسية التي لها علاقة قوية بالانتحار، لأن الفرد المكتئب شخص يهجر الحياة ويرفضها ولا يجد أية لذة بها وبالتالي يرفض وجوده وينبذه مما يدفع به إلى الانتحار، وقد ينتحر (15%) ممن يعانون من الاعتئاب الشديد (وازي، 2012).

قد يحدث لدى الأشخاص المصابين باضطرابات طبية معينة، الاعتئاب ومحاولة الانتحار أو الانتحار التام أو المكتمل، وتؤثر معظم الاضطرابات المرتبطة بزيادة معدلات الانتحار بشكل مباشر في الجهاز العصبي والدماغ (كما يحدث في الإيدز والتصلب المتعدد وصرع الفص الصدغي وإصابات الرأس)، أو تنطوي على علاجات يمكن أن تسبب الاعتئاب مثل بعض الأدوية المستخدمة لعلاج ارتفاع ضغط الدم (Paula J. Clayton, 2017).

2-7-اضطراب الوسواس القهري:

يعد الوسواس القهري اضطراباً عقلياً مزمنًا قد يظهر في مرحلة مبكرة من الطفولة أو المراهقة، وقد يستمر لمرحلة متقدمة من العمر ولا يستطيع الكثيرون الشفاء منه. فهو كذلك واحد من الاضطرابات النفسية التي تؤدي في بعض الأحيان إلى الانتحار، بحسب فرويز، لافتا إلى أن الوسوسة تؤدي في الغالب إلى الشك والتوهم بالمرض وعند تملك فكرة معينة على عقله لا يستطيع السيطرة عليها خاصة الأفكار السلبية، ويقول فرويز إن المريض يعاني من الاضطرابات النفسية التي تستدعي لتدخل الطبي ولاتخاذ العلاج من خلال العقاقير أو الجلسات حتى لا تتدهور حالته وتصل إلى الانتحار .

إن شخصية الانتحاري غالباً لا تفكر في أي شيء غير تلك الوسواس التي تعززها مشاعره السلبية بالانهزامية، والحرمان العاطفي، والتنشئة الاجتماعية التي قد تتسم بالقسوة أو العنف (جلوب، 2004).

ويعاني مريض الوسواس القهري من وجود قوة خفية تدفعه للقيام ببعض الأفعال القهرية غير المنطقية، ومن هنا تأتي تسمية "الوسواس القهري". ما يؤثر على الحياة اليومية للمريض ومعاناته من نتائج هذه الأفعال ونظرة المجتمع المشككة له، ويفقده السيطرة على حياته وتراجع تركيزه نتيجة الهواجس التي تلازمه، وفي حال محاولة مقاومة هذه الأفعال القهرية والرغبة بالتوقف عنها، قد يصاب مريض الوسواس القهري بنوبات من الهلع (الصباغ، 2020).

ومن هذه العلامات: فقدان الأمل بالحياة والشعور بالإحباط واليأس، التحدث باستمرار عن الموت والرغبة في الإنتحار. الاعتئاب والحزن طوال الوقت. عدم الاهتمام بمظهره الشخصي. الهروب من الواقع، وإدمان المخدرات والكحول. فقدان الشهية والرغبة

بتناول الطعام. تكرار الحديث عن آماله الأخيرة في الحياة. كتابة وصيته أو رسالة وداع للعائلة والأصدقاء. التخلي عن ممتلكاته الشخصية الثمينة ومنصبه. تغيرات جذرية في الشخصية والسلوك (الصباغ، 2020).

وقد تكون هذه العلامات واضحة، لكن الشخص الذي يرغب بالانتحار لن يطلب المساعدة والإهتمام بشكل واضح، لذا ينبغي عدم إهمال هذه العلامات والتعامل معها بحذر وعلاجها بشكل فعال من خلال التواصل مع طبيب نفسي مختص قادر على مساعدة مريض الوسواس القهري للتخلص من هذه الأفكار الانتحارية.

2-8- اضطراب عدوى الدراما السينمائية:

كشفت دراسة حديثة حول «المراهقين الانتحاريين»، أن رؤية مشاهد الانتحار قد تتسبب في التفكير بالانتحار، وتعرض بعض الأعمال الدرامية أو السينمائية لظاهرة الانتحار، يُصدر للأطفال والمراهقين القلق والاعتداء والتنمر، وأن الموت أصبح وسيلة للانتقام منهم. ويوضح المتخصصون في الطب النفسي، أن هناك ما يُسمى «العدوى بالانتحار»، أو «التقليد الأعمى»، فقد سُجلت حوالي (10%) من حالات الانتحار عقب انتحار ممثل هوليوود روبن ووليامز.

وكاستنتاج لما تقدم فإن نظرية التحليل النفسي ترى بأن الإنسان يولد ومع غريزتان أساسيتان تعمل كل منهما ضد الأخرى (ويحملها الإنسان في جهازه النفسي) وهما: غريزة الحب والحب والناء، وغريزة الموت والكرهية والموت والفناء؛ حيث تتصارع هاتان الغريزتان في تشكيل السلوك الإنساني، فكل عمل يقوم به الإنسان إلا ويكون وراءه هدف ايجابي بناء يعد عملاً من أعمال الغريزة الأولى (الحياة)، وعلى عكس من ذلك فإن أي عمل يقوم به البشر يكون وراءه هدف سلبي هدام يعد عملاً من أعمال الغريزة الثانية (الموت)، وتبعاً لذلك فن غريزة الموت تؤدي إلى العدوان على الذات الذي يؤدي إلى الانتحار، فالكائن البشري حسب رؤية فرويد يتقصد الشخص الذي يحبه بطريقة متناقضة وجدانياً (يحبه ويكرهه)، فعند أوقات الإحباط يظهر الجانب العدواني من التناقض الوجداني ويوجهه ضد الذات.

فكأن الانتحار إذن هو تحول الطاقة العدوانية عن الشخص الذي تسبب في الإحباط لتتحول وتتجه إلى معاقبة الذات، ولهذا فإن الإنسان ربما يقوم بقتل نفسه لكي يقتل صورة الشخص الذي كان يكرهه والذي كان يحبه من قبل (الرشود، 2006).

الخاتمة:

الانتحار أو الميول الانتحارية أو التفكير بالانتحار، كلها مُسميات لطريق واحد، فاستجابة الشخص للمؤثرات المحيطة به أو الخارجية، يكون بدايةً لنهاية مأسوية، ومعرفة الأسباب والعلامات التي تؤدي للانتحار يُحدد ماهية المشكلة، والتعامل مع تشخيص الاضطرابات النفسية قد يُقلل من تلك الأفكار، ويتداخل الانتحار مع الإدمان والألعاب الإلكترونية والحوادث، وفي كل الأحوال التنبؤ بعلامات الرغبة بالانتحار لدى الشخص المعني بالظاهرة، والاستعانة بمختص يُحد من الظاهرة سيئة السمعة. كما تبين أن العوامل النفسية هي أكثر العوامل المؤدية للانتحار ولكنها لا تنشأ من فراغ ولكن بسبب العوامل الأخرى الاجتماعية والاقتصادية والدينية فجميعهم متداخلين مع بعضهم البعض والعوامل النفسية ماهي إلا محصلة لتفاعل العوامل الأخرى بأبعادها المختلفة وأيهما أكثر استحواذاً على الفرد، ويمكن ترتيبهم بأن العوامل الاجتماعية هي الأكثر تأثيراً تليها العوامل الدينية تليها العوامل الاقتصادية. الاضطرابات والأمراض النفسية التي تؤدي إلى الانتحار في النهاية.

قائمة المراجع:

1. الأطيوش، أسماء. (2018). بعض العوامل الاجتماعية وعلاقتها بظاهرة الانتحار (دراسة ميدانية اجتماعية على محاولي الانتحار بمدينة بنغازي). رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة بنغازي، ليبيا.
2. الجيوش، ناجي. (1990). الانتحار دراسة نفسية اجتماعية للسلوك الانتحاري. مؤسسة الشبيبة للإعلام والنشر، دمشق.
3. القايد، حسين. (2014). اليأس وحل المشكلات والوحدة النفسية وفاعلية الذات كمنبآت تصور الانتحار لدى الجامعة، رابطة الأخصائيين المصريين، 8(01)، 346-347.

4. الرشود، عبد الله بن السعد. (2006). ظاهرة الانتحار التشخيص والعلاج. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، مركز لدراسات والبحوث، الرياض.
5. الصباغ، جومنة. (2020). عشر علامات تحذيرية تشير إلى أن مريض الوسواس القهري يفكر بالانتحار. تاريخ الاسترجاع من الموقع: 2022/05/25، الموقع: <https://www.hiamag.com/>
6. ابن منظور. (1970). لسان العرب، دار صادر، بيروت.
7. بوالفل، إبراهيم. (2018). السلوك الانتحاري لدى الشباب في المجتمع الجزائري دراسة تحليلية لإحصائيات الانتحار بولاية جيجل للفترة (2000-2008). جامعة جيجل، مجلة علوم الإنسان والمجتمع.
8. جلوب، منذر. (2004). العلاقة بين الإنسان وجسده، من وجهة نظر الدين (من الصوم إلى العمليات الانتحارية)
9. عمور، مصطفى. (2019). ظاهرة الانتحار في المجتمع الجزائري دراسة ميدانية في ولاية بجاية أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع تخصص: ديموغرافيا، جامعة الجزائر (2).
10. عياش، احمد. (2003). الإنتحار. نماذج حية لنماذج لم تجسد بعد، لبنان، دار الفارابي.
11. فوزي، أمل. (2020). نظرية التحليل النفسي لفرويد: ما هي وما تطبيقاتها؟ تاريخ الاسترجاع من الموقع 25 ماي 2022 الموقع: <https://tiryaqy.com/%D9%86%D8>
12. المغربي، إبراهيم حامد، (2015)، الانتحار رؤية تكاملية، المكتب الجامعي، الإسكندرية، مصر.
13. المغربي، سعد. (1994)، علم النفس الجنائي، مطبعة لكلية الشرطة، القاهرة.
14. ناصر، دية. (2020). انفصام الشخصية والانتحار. تاريخ الاسترجاع من الموقع 27 ماي 2022 الموقع: <https://mqaall.com/schizophrenia-suicide>
15. وازي، الطاوس. (2021). ظاهرة الانتحار بين التفسير الاجتماعي والتشخيص النفسي. مجلة دراسات نفسية وتربوية، مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية ورقلة، العدد (08)، 62-76.

- باللغة الإنجليزية:

16. Allgulander C. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behaviour: anxiety disorders. In: Hawton K, editor, van Heeringen K, editor, Editors. The International Handbook of Suicide and at tempted Suicide. (pp. 179-192). Chichester, UK: John Wiley and Sons.
17. APA (American Psychiatric Association). (1994). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC.
18. Bender DS, Dolan RT, Sokol AE, Sanislow CA, Dyck IR, McGlashan TH, Shea MT, Zanarini MC, Oldham JM, Gunderson JG. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. American Journal of Psychiatry, 158(2) : 295-302 .
19. Corbitt EM, Malone KM, Haas GL, Mann JJ. (1996). Suicidal behavior in patients with major depression and comorbid personality disorders. Journal of Affective Disorders, 39(1) : 61-72 .
20. Gardner DL, Cowdry RW. (1985). Suicidal and parasuicidal behavior in borderline personality disorder. Psychiatric Clinics of North America, 8(2) : 389-403.
21. Kessler RC, Borges G, Walters EE. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry, 56(7) : 617-626 .
22. Kessler RC. (2000). Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. Journal of Clinical Psychiatry, 61 (Suppl 5) : 4-12 ; discussion 13-14 .
23. Moron (P). (2005) Le suicide ،PUF ،France.
24. Paula J. Clayton. (2017). Suicidal Behavior. <https://www.msdmanuals.com/ar/home>.

25. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, Locke BZ. (1993). One-month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: The Epidemiologic Catchment Area study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* ,88(1) : 35-47 .
26. Schmidt NB, Woolaway-Bickel K ,Bates M. (2000). Suicide and panic disorder: Integration of the literature and new findings. In : Joiner TE, editor ; Rudd MD, editor. «Editors. *Suicide Science : Expanding the Boundaries*. (pp.117-136).
27. Swartz M, Blazer D, George L, Winfield I. (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of Personality Disorders* ,4(3) : 257-27.