نقد الذات المرضي وعلاقته بالميول الانتحارية لدى طلاب المرحلة الثانوية
" دراسة حالة"

إعداد

د/ رانيا عبد العظيم محمود أبو زيد

مدرس بقسم الصحة النفسية

كلية التربية – جامعة الزقازيق

المستخلص:

هدف البحث إلى الكشف عن العلاقة بين نقد الذات المرضي والميول الانتحارية لطلاب المرحلة الثانوية، ولتحقيق هدف البحث تم تطبيق مقياسي نقد الذات المرضي، والميول الانتحارية (إعداد الباحثة)، على عينة قوامها (٤٥٦) طالبًا وطالبة بالمرحلة الثانوية ممن تتراوح أعمارهم بين (١٦– ١٨) عامًا بمتوسط عمري (١٧.٨٤) وانحراف معيارى (٠.٩٩)، ومن حالتين كعينة كلينيكية: الحالة الأولى (لطالبة بالقسم العلمي بالفرقة الثالثة)، والحالة الثانية (لطالب بالفرقة الثالثة بالقسم الأدبي) ممن حصلوا على درجات مرتفعة على المقياسين، ولتحقيق هدف البحث الإكلينيكي تم تطبيق استمارة المقابلة (إعداد الباحثة)، والملاحظة الإكلينيكية غير المباشرة، واختبار "ساكس" لتكملة الجمل، واختبار تفهم الموضوع للكبار(T.A.T)، و أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيًا عند مستوى(٠.٠١) بين نقد الذات المرضي والميول الانتحارية لطلاب المرحلة الثانوية، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الذكور والإناث على مقياس نقد الذات المرضي، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الذكور والإناث على بعدي التفكير الانتحاري والتصورات الانتحارية ، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات طلاب القسمين العلمي والأدبي على مقياسى نقد الذات المرضي والميول الانتحارية، كما أكدت النتائج أنه يمكن التنبؤ بالميول الانتحارية من خلال نقد الذات المرضي، وكشف استجابات الحالتين على الأدوات الإكلينيكية والسيكومترية وجود ديناميات شخصية مميزة لهم واتفاق لنتائج البحث الكيفية مع نتائج التحليل الكمي في وجود بعض أعراض نقد الذات المرضي والميول الانتحارية المرتفعة.

الكلمات المُفتاحية: نقد الذات المرضي – الميول الانتحارية – طلاب الثانوية العامة

Pathological Self-Criticism and its Relationship to Suicidal Tendencies Among High School Students "Case Study"

By

Dr. Rania Abd el Azeem Mahmoud Abo Zed

A Lecturer at Department Of Mental Health,

Faculty of education – Zagazig University

Abstract

The research aimed to study the relationship between pathological self-criticism and suicidal tendencies of secondary school students. To achieve the aim of this research, the pathological self-criticism scale and the suicidal tendencies scale were applied (prepared by the researcher), and the psychometric research sample was (456) (male and female) secondary school students aged between (16-18) years old, with an average age of (84.17) and a standard deviation (0.99), and the clinical research sample consisted of two cases who obtained high scores on the two scales. To achieve the aim of the clinical research, the Interview Form (prepared by the researcher), Indirect Clinical Observation, the Sacks Test sentences complete test , and Thematic Apperception test (T.A.T) were applied. The results revealed that there is a statistically positive correlation at the level of significance (0.01) between pathological criticism and suicidal tendencies. There are no statistically significant differences between the mean scores of males and females on the satisfactory self-criticism scale, and there are no statistically significant differences between the mean scores of males and females on the two dimensions of suicidal ideation and suicidal perceptions, and there were no statistically significant differences between the mean scores of students of the scientific and literary departments on the self-criticism scale and suicidal tendencies scale. The results also confirmed that suicidal tendencies can be predicted through satisfactory self-criticism. The results of the qualitative study agreed with the results of the quantitative analysis in the presence of some symptoms of pathological self-criticism and suicidal tendencies.

Keywords: pathological self-criticism - suicidal tendencies – secondary school students.

مقدمة البحث:

تُعد مرحلة التعليم الثانوي من أهم المراحل في حياة الإنسان، حيث صُنفت بأنها المرحلة الإنمائية الحرجة لكونها مرحلة انتقالية، فقد يكون بها بعض المنغصات نتيجة حدوث العديد من التغيرات الفسيولوجية والانفعالية والاجتماعية مما يجعلها مرحلة انتقالية مهمة، ورغم ذلك فهناك الكثير من المراهقين يستطيعون المرور منها بأمان لما يتمتعون به من قدرة على إدارة أفكارهم وتصرفاتهم وانفعالاتهم، في حين قد يصارع البعض الآخر مما ينعكس على تواصلهم مع ذواتهم ومع الآخرين.

ووصف إريكسون هذه المرحلة بأنها مرحلة الهوية مقابل تشتت الهوية، ففيها يبحث الفرد عن هويته، وتكون نقطة الأساس هنا للتغلب على الصعاب مدى قوة ووضوح هويته وقدرته على تقييم ذاته بشكل جيد، فالفرد لديه دافع أساسي يوجه سلوكه إلى تحقيق ذاته، ومن ثم لديه استعداد دائم لفهم وتوجيه وتنمية ذاته، وهناك العديد من العوامل التي تساهم في تكوين الذات، منها: مكانة الفرد بين أقرانه، والمعايير الاجتماعية التي وضعها المجتمع، والتفاعل الاجتماعي، وخبراته أثناء التنشئة الاجتماعية فيسلك تجاه نفسه كما يسلك الآخرون نحوه، فإذا عجز المراهق عن إثبات هويته فإنه يقع فريسة للاندماج الخبراتي السلبي، وسيطرة الرسائل السلبية على ذاته، ويصبح لديه القابلية للإصابة بالاضطرابات المختلفة كنقد الذات (Zurof, Koestner, Moskowitz, Mcbride, & Bagby, 2012).

ونقد الذات له جانب إيجابي وهو وعي المراهق بالإيجابيات وكيفية تنميتها وتطويرها، بالإضافة إلى تحديد السلبيات وآليات التخلص منها في وقت محدد وبدون تسويف، وهنا يعكس المسؤولية الذاتية ليحقق التوازن المطلوب، أما الجانب المظلم فقد يتحول إلى نقد الذات المرضي الذي يولد شعورًا بالإثم سواء بسبب أو بدون سبب؛ مما يُعيقه عن إنجاز المراهق لمهامه، ويدعم ذلك ما أشارت إليه دراسة (فرج عبد القادر طه، وشاكر عطية قنديل، وحسين عبد القادر محمد، ومصطفى كامل عبدالفتاح، ٢٠٠٩) من أن نقد الذات شكل من أشكال الفكر التي تحاول الاقتراب من الموضوعية، وتختلف درجته تبعًا لبناء الأنا الأعلى وضغوطه، وشدته تجاه الأنا.

ونقد الذات المرضي هو شعور سلبي تجاه الذات، وعدم معرفة الفرد بقدراته وإمكانياته؛ مما يولد لديه الشعور بالهزيمة النفسية والاستسلام للفشل، والشعور بعدم الكفاءة، وعدم الرضا عن الذات، وكراهية ورفض الذات (أحمد الحسيني هلال، ودينا على السعيد، ٢٠٢٢، ١٦٣).

وظاهرة نقد الذات المرضي تعود لعوامل عديدة منها المعاملة غير السوية من الوالدين أو القائمين بالرعاية: كالمعاملة بقسوة أو نبذ أو نقد مستمر أو سخرية، كل ذلك قد يخلق لدى المراهق ضميرًا قاسيًا وشعورًا مستمرًا بتأنيب ذاته، بل أحيانًا تنشأ لديه رغبة في معاقبتها، ويظهر في النهاية في صورة شكل متطرف للعقاب الذاتي الذي يصل للميول الانتحارية؛ لأنها عملية تلقائية يكتسبها الفرد من العالم المحيط من خلال التنشئة الاجتماعية والتمثيلات العقلية التي يمر بها الفرد، فيميل لتفسير المواقف الغامضة بما يتماشى مع خبراته الماضية وحاجاته الراهنة (Weierich, Hooley, Deliberto, Nock, & Glassman, 2007)

أشارت نتائج كثير من الأبحاث إلى أنه عندما ينتقد المراهق ذاته بشكل مرضي فإنه ينتقد السلوك الخاطئ بطريقة أو نمط يتميز بالحكم والتقييم السلبي، ويرتبط ذلك بالوجدانيات السلبية، وعجز الفرد عن التعايش مع هذه الوجدانيات، وبصفة خاصة بكل من ازدراء الذات واحتقارها مما يخلق ميولًا انتحارية لدى هؤلاء الأفراد (Xavier, 2016; Campos, 2018; Zeifman et al ., 2021; Sekowski, Lengiewicz, & Lester, 2022; Tibubos et al., 2023)

وقد دعمت العديد من الدراسات أن نقد الذات المرضي والميول الانتحارية تتكون نتيجة للمعايير غير المنطقية وغير العقلانية التي يضعها المراهق لنفسه، ونتيجة تفكيره السلبي نحو خصائصه الشخصية والجسمية فيكون لدى الفرد مشاعر لوم الذات تجاه نقاط ضعفه (Sahar, 2015; Sahar, 2016; Nagy, Shanahan, & Bear, 2021).

إن الميول الانتحارية هي نزعة الفرد للتخلص من حياته والتي يمكن معرفتها من خلال اتجاه الفرد نحو الحياة والموت نتيجة الصراع الداخلي لديه، وتفكيره في الألم النفسي الذي يشعر به، ويقوم بالتعبير عن رغبته في التخلص من حياته والتغلب على حاجز الخوف الغريزي من الموت (نورا محمد عرفة، ٢٠٢٢، ٧٢).

ويحاول البحث الحالي الكشف عن الخصائص النفسية والمعرفية التي تجمع بين فئة المحاولين الانتحار نتيجة نقدهم لذاتهم بشكل مرضي، وفهم الأسباب الكامنة وراء معاودة هذا السلوك لأكثر من مرة، ولعل ذلك يُمكن في النهاية من فهم الظاهرة وآليات حدوثها، انطلاقًا من فكرة أن نقد الذات المرضي يشير إلى اضطراب صحة الفرد النفسية من جراء ما يُعانيه من تناقضات بين حقوقه وواجباته، وبين توقعات الآخرين وإمكانياته الشخصية، وتأثير كل هذا على إضعاف الأنا، ومن ثم الإقدام على الانتحار، وبمراجعة الباحثة للدراسات السابقة في البيئة المحلية لنقد الذات المرضي لاحظت أنه لا توجد دراسة تناولت العلاقة بين نقد الذات

المرضي والميول الانتحارية، وبناء على ذلك اهتم البحث الحالي ببحث العلاقة بين نقد الذات المرضي والميول الانتحارية لطلاب المرحلة الثانوية .

مشكلة البحث:

طلاب الثانوية العامة يحتاجون إلى دعم لحصد ثمار جهودهم طوال المراحل الدراسية الماضية، فيمرون بالعديد من التغيرات الجذرية في حياتهم؛ لأنها تعد مرحلة دراسية بمثابة الوجود أو عدم الوجود، ففيها يثبت المراهق ذاته، ويحقق طموحاته، بل وطموحات والديه والمقربين إليه، أو يشعر بخيبة أمل طوال حياته، ومن ثم فأي اضطراب يمر به سيؤثر على مستقبله ومستقبل أولاده فيما بعد.

نبعت مشكلة البحث من خلال قيام الباحثة بإجراء دراسة استكشافية على (١٠٠) طالب من طلاب الثانوية العامة بمدارس مختلفة، وذلك بتوجيه أسئلة مفتوحة لهم، تبين من خلال الدراسة الاستكشافية أن ما يعتقده المراهق من أفكار تجاه ذاته هي الجوهر الأساسي لنقد الذات وتقييمها، فالنقد الإيجابي للذات يؤدي بالمراهق إلى تقدير ذات إيجابي مرتفع، والعكس صحيح؛ فعندما يمتلك المراهق لنقد ذات مرضي فإنه يتجسد لديه قواعد ذهنية سلبية عن نفسه،وفي تفسيره للأحداث من حوله مما يؤدي إلى تقدير ذات سلبي في مواجهة هذه الأحداث، وذلك كله يخلق لطالب الثانوية العامة رسائل محبطة داعمة للفشل، ومدمرة للهمة والعزيمة، في حين أنه يحتاج لرسائل إيجابية داعمة للنجاح، وتحفيز دافعي.

وقد أكدت العديد من الدراسات أن المراهقين مرتفعي النقد الذاتي لديهم معتقدات سلبية مشوهة عن الذات في مختلف نقاط حياتهم، وهي معتقدات ثابتة عبر الزمن، ويظهر نقد الذات كعرض مرضي في العديد من الاضطرابات الإكلينيكية، واضطرابات الشخصية، ومن أبرز هذه الاضطرابات الميول الانتحارية (Cox et al ., 2004; Dauarte et al ., 2014; Sekowski et al ., 2022)

وأوضح عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠١٣) أن هناك العديد من التغيرات التي يمُر بها المراهق التي قد تكون سببًا للاضطرابات بدرجات متفاوتة، وذلك في صورة الجسم، والخصائص الجنسية، والأدوار الاجتماعية، والنمو العقلي، ومفهوم الذات؛ فقد يتعامل البعض مع هذه التغيرات بتعاطف ورحمة بذواتهم فيكونون بمنأى عن الاضطرابات والمشكلات النفسية، في حين يقع البعض الآخر فريسة للشعور بالذنب، وعدم الاستحقاق، ونقد ذاتهم، ومن ثم يرى القُبح في كل ما يمتلكه من قدرات وإمكانات لا يعرف قدرها، رغم أنه قد يكون محط أنظار الآخرين دون وعي منه.

ويطرح موضوع الانتحار إشكالية عالمية بالغة التعقيد، والأرقام التي نطالعها في الإحصاءات رهيبة؛ إذ جاء في تقرير منظمة الصحة العالمية أنه ينتحر كل عام أكثر من ٧٠٠٠٠٠ شخص، وتقابل كل حالة انتحار حالات أخرى عديدة من محاولات الانتحار، ومحاولة الانتحار من قبل هي العامل الوحيد الأهم الذي يزيد من احتمال الإقدام مرة أخرى على الانتحار لدى المنتحرين، فالانتحار هو السبب الرئيسي الرابع للوفاة في صفوف الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ إلى ٢٩ عامًا، و٧٧% من حالات الانتحار في العالم تحدث في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، ويعتبر ابتلاع المبيدات الحشرية، والشنق، والأسلحة النارية من بين الأساليب الأكثر شيوعًا للانتحار على مستوى العالم (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٢١).

والميول الانتحارية لا تكون بصورة مفاجئة، بل تكون حصيلة استعداد نفسي مسبق، ويمر بأربع مراحل كالتالي: المرحلة الأولى وهي مرحلة تكوين الأفكار الانتحارية، وتتمثل في تكوين أفكار متكاملة عن الانتحار، وأنه السبيل الوحيد للخلاص من المشكلات والآلام، والمرحلة الثانية تكون في نضوج هذه الفكرة، وتتضمن انهماك الفرد المستمر وانشغاله بفكرة الانتحار، والمرحلة الثالثة تكون بالاستغراق المكثف بإجراءات تنفيذ محاولة الانتحار، والمرحلة الرابعة تكون بالانتحار الفعلي (Hawton, Casanas, Comabella, Haw& Saunders, 2013).

وبيّن جونيس ودانيلس (Jones& Daniels, 2016) أن الشخص اليائس يظن أن الانتحار هو الحل الأمثل الذي يشعره بالراحة ويعمل على إزالة توتراته الانفعالية، فالمراهق يعيش مجموعة من الظروف التي تعتبر صعبة؛ فيرغب في تغيرها والتخلص منها من خلال المحاولة الانتحارية؛ حيث تتميز الظروف التي تسبق المحاولة الانتحارية ببعض التجارب والأحداث التي يتعرض لها المراهق، وتتمثل في النقد والعقوبات من قبل شخص ذي سلطة في العائلة أو خارجها، أو من طرف شخص محبوب، وهذا ما يجعله يشعر بأنه مرفوض ومحتقر.

وتؤكد دراسة هبة محمد حسن (٢٠٠٩) أن التعرف على العلامات التي تشير إلى الانتحار يتيح لنا التدخل المبكر من خلال المساعدة النفسية قبل أن يقدم المراهق على الانتحار، ومنها نقد الذات المرضي، والتغيرات المفاجئة في السلوك، والتغيرات في نمط النوم أو نمط الطعام، والإهمال في الدراسة والعلاقات الاجتماعية والمظهر الخارجي.

الأمر الذي دفع الباحثة لتبني متغير نقد الذات المرضي والميول الانتحارية لكون البحث سوف يُطبق على طلاب المرحلة الثانوية، فالحوادث المتكررة للانتحار بين المراهقين تدفع إلى محاولة الكشف عن مجموعة العوامل الكامنة التي من شأنها زيادة قابلية هذه الفئة للانتحار .

وفي ضوء العرض السابق يمكن صياغة مشكلة البحث في عدد من الأسئلة على النحو التالي:

١- هل توجد علاقة ارتباطية بين نقد الذات المرضي والميول الانتحارية لدى طلاب الثانوية العامة؟

٢- هل توجد فروق في نقد الذات المرضي تُعزى للنوع (ذكور- وإناث) لدى طلاب الثانوية العامة؟

٣- هل توجد فروق في الميول الانتحارية تُعزى للنوع (ذكور- وإناث) لدى طلاب الثانوية العامة؟

٤- هل توجد فروق في نقد الذات المرضي تُعزى للتخصص (علمي- وأدبي) لدى طلاب الثانوية العامة؟

٥- هل توجد فروق في الميول الانتحارية تُعزى للتخصص (علمي- وأدبي) لدى طلاب الثانوية العامة؟

٦- هل يمكن التنبؤ بالميول الانتحارية من خلال نقد الذات المرضي لدى طلاب الثانوية العامة؟

٧- ما هي ديناميات الشخصية المميزة لدى الحالات التي تعاني من نقد الذات المرضي والميول الانتحارية المرتفعة من منظور المنهج الإكلينيكي؟

أهداف البحث:

يسعى هذا البحث إلى تحقيق الأهداف التالية:

١- الكشف عن العلاقة بين نقد الذات المرضي والميول الانتحارية لدى طلاب الثانوية العامة.

٢- التعرف على الفروق بين الجنسين في نقد الذات المرضي لدى طلاب الثانوية العامة.

٣- التعرف على الفروق بين الجنسين في الميول الانتحارية لدى طلاب الثانوية العامة.

٤- التعرف على الفروق بين القسمين (العلمي/ والأدبي) في نقد الذات المرضي لدى طلاب الثانوية العامة.

٥- التعرف على الفروق بين القسمين (العلمي/ والأدبي) في الميول الانتحارية لدى طلاب الثانوية العامة.

٦- بحث إمكانية التنبؤ بالميول الانتحارية من خلال أبعاد نقد الذات المرضي لدى طلاب الثانوية العامة.

٧- الكشف عن ديناميات الشخصية والبناء النفسي المميز للحالات التي تعاني من نقد الذات المرضي والميول الانتحارية المرتفعة من منظور المنهج الإكلينيكي.

أهمية البحث:

أولًا - الأهمية النظرية:

١- يستمد البحث أهميته من أهمية المرحلة العمرية التي يتناولها بالبحث؛ فالاهتمام بمرحلة المراهقة من المؤشرات الهامة لتقدم أي مجتمع.

٢- يكتسب البحث أهميته من أهمية الموضوع الذي يبحث فيه، وهو نقد الذات المرضي الذي يُعد مصطلحًا حديثًا نسبيًا، كما توجد ندرة في الدراسات العربية التي بحثت فيه، حيث أنه لم يلق الاهتمام البحثي بالحجم الذي لاقاه في الدراسات الأجنبية (في حدود اطلاع الباحثة).

٣- توفير الفهم النظري للدور الذي يلعبه نقد الذات المرضي في الميول الانتحارية.

٤- سوف يُسهم البحث الحالي في التعرف على بعض العوامل الشعورية واللاشعورية التي تسبب نقد الذات المرضي، ومن ثم تؤدي إلى إقبال المراهقين على الانتحار، خاصة في ضوء عدم وجود دراسات عربية تناولت دراسة المتغيرين معًا (في حدود إطلاع الباحثة).

٥- الإمداد بمعلومات عن كيفية الوقاية الناجحة من الميول الانتحارية وعواقبها النفسية، والبحث عن إمكانيات لمنع العواقب المرضية لنقد الذات.

ثانيًا - الأهمية التطبيقية:

١- يقدم البحث الحالي مقياسين لمتغيري البحث (نقد الذات المرضي- والميول الانتحارية) والتي يُمكن استخدامهما في التدخلات العلاجية؛ مما قد يفتح آفاقًا جديدة في البحث.

٢- من خلال نتائج البحث المتعلقة بالتعرف على العلاقة بين نقد الذات المرضي والميول الانتحارية لدى طلاب الثانوية العامة، يفتح المجال لتطوير وتوجيه العلاج النفسي لخفض نقد الذات المرضي، وتصميم برامج علاجية وإرشادية لخفض نقد الذات المرضي.

٣- قد يُفيد هذا البحث في المجال التطبيقي والواقع العملي في مساعدة الآباء والأمهات في كيفية التعامل مع أبنائهم من أجل التخفيف من وطأة نقد الذات المرضي وتأثيرها السلبي عليهم، ومساعدتهم على الوصول إلى حالة من الاتزان النفسي.

٤- سوف تنعكس نتائج البحث في العناية بمشكلات طلاب الثانوية العامة، ومراعاة احتياجاتهم، والذي يُعد أمرًا ذا أهمية قصوى؛ حيثُ تُمثل عينة البحث نُخبة من الأشخاص الذين يسعون لتطوير أنفسهم من أجل المجتمع، ويعتبرون النواة المستقبلية للتغيير والتحسين.

المصطلحات الإجرائية:

نقد الذات المرضي Self- Criticism:

هو تقييم سلبي ومؤذٍ وقاسٍ للذات يُصاحبه **مشاعر كراهية للذات** (تكون في صورة انفعال سلبي يصاحبه أفكار ومعتقدات ونزعات تدميرية تنعكس في شكل سلوك عدائي وتخريبي للذات)، **ولوم شديد للنفس** (وهى حالة نفسية تتضمن مشاعر الأسف والندم مصحوبة بتأنيب للنفس وإدانتها ناجمة عن تصرفات وأفعال قام بها الفرد ويرى أنها مُشينة وخاطئة)، **وخوف دائم من الفشل** (وهو ميل لتجنب المواقف ذات احتمالية لنتائج سلبية نتيجة إخفاق الفرد في تحقيق النجاح)، ويتم حسابها بالدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس نقد الذات المرضي الذي أعدته الباحثة.

الميول الانتحارية Suicidal Tendencies:

هي حالة يشعر فيها المراهق أن إنهاء حياته هو الحل الأمثل لجميع مشاكله سواء المشاكل الناجمة عن صراعات نفسية أو اجتماعية أو دراسية أو اقتصادية، ويبدأ ذلك **بتفكير انتحاري** (وهو استسلام المراهق لمجموعة أفكار سلبية حول معاقبة النفس والانتقام منها تدفعه للانتحار لإنهاء مشاكله)، ثم **التصور الانتحاري** (وهو محاولة تنفيذ التخلص الفعلي من حياته باختيار الوسيلة التي خطط لاستخدامها مثل: تناول أدوية بكميات كبيرة، حبوب الغلة، استخدام الآلات الحادة، مشاهدة مقاطع فيديو ومحاكاتها لأشخاص انتحروا بالفعل، إشعال

النار في نفسه .... إلخ)، وتنتهي **بسلوك انتحاري** (وهو التغيرات السلبية والهازمة التي تطرأ على السلوك مثل (فقدان الاهتمام بالمهام الحياتية، حدوث اضطرابات النوم والأكل، العزلة ..... إلخ)، ويتم حسابها بالدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس الميول الانتحارية الذي أعدته الباحثة.

المرحلة الثانوية:

تبدأ هذه المرحلة خلال سنوات المراهقة ضمن الفترة العمرية من ١٦– ١٨ عامًا، وهي آخر مرحلة من التعليم الإلزامي الذي يتلقاه الطالب، وذلك بعد اجتيازهم مرحلتي التعليم الابتدائي والإعدادي، وهي المرحلة التي تحدد طبيعة التخصص الجامعي الذي سيلتحق به الطالب بعد تخرجه، ويُحدد أيضًا طبيعة المهنة التي يلتحق بها لاحقًا.

الإطار النظري ودراسات سابقة:

أولًا – نقد الذات المرضي Self- Criticism:

مفهوم نقد الذات المرضي:

أوضح كوكس وزملاؤه (Cox et al., 2004) أن نقد الذات المرضي هو شكل ضار ومؤذٍ من التقييم الذاتي الذي ينطوي على مشاعر عدم الجدوى أو اللاقيمة والشعور بالذنب، ويرتبط بشعور الفرد بالفشل في الارتقاء إلى مستوى التوقعات.

وصف جيلبيرت (Gilbert, 2009) نقد الذات المرضي بأنه تعامل الفرد مع خبرات الفشل بمهام الحياة اليومية، ومواقفها الصعبة بلوم ذاتي آلي، وهجوم ذاتي تلقائي يضم الغضب المباشر، والاشمئزاز والكراهية الذاتية.

وأكد لونج (Longe et al., 2010) أن نقد الذات المرضي هو صعوبة الشعور بالاطمئنان النفسي والاتجاه إلى استجابات التعايش غير التكيفية عند التعرض لمواقف الحياة الصعبة.

تشير سامية محمد صابر (٢٠١٠) إلى أن نقد الذات مكون في الشخصية يجعل الفرد يُقيم ذاته على نحو موجب سوٍ أو سالب مرضي غير سَوٍ، وقد يكون ظاهرًا أو خفيًا، شعوريًا أو غير شعوري وهو عرض للاكتئاب.

يُعرف (Kannan& Levitt, 2013) نقد الذات المرضي بأنه تقييم واعٍ للذات يمكن أن يكون سلوكًا صحيًّا، ولكن يمكن أن يكون له أيضًا آثار ونتائج ضارة للفرد.

ويُشير كُل من (Shahar, Doron,& Szepsenwol, 2015) إلى أن نقد الذات المرضي هو عملية التقييم الذاتي السلبي، وتكون عادة مصحوبة بمشاعر سلبية مثل ازدراء الذات والغضب منها.

ويرى (Shahar, 2016) نقد الذات بأنه علاقات معقدة ومستمرة مع الذات تتميز بإجبار الذات على الوصول إلى أداء عال، والكراهية عندما يفشل الفرد في الوصول إلى المستوى أو المعيار الخاص بها.

وتُعرف آمال إبراهيم الفقي (٢٠١٨) نقد الذات المرضي بأنه مجموعة من التقييمات والانفعالات والتصرفات السلبية تتجسد في الشعور بالنقص، وعدم الاستحقاق، والشعور بالذنب، وضعف الكفاءة الاجتماعي، مترتبًا على ذلك قصور في الأداء العام للفرد.

ويؤكد كل من (Tamrizi et al., 2019) أن نقد الذات المرضي عبارة عن عقاب للذات يُمنح لشخص ما عندما لا يستطيع الوصول إلى مستوى أو معيار غير واقعي.

ويضيف (Loew et al., 2020) أن نقد الذات المرضي هو التدقيق الذاتي المستمر والقاسي، والتقييمات النقدية المفرطة لسلوك الفرد وردود الفعل السلبية على الإخفاقات المتصورة.

وتعرفه فاطمة الزهراء محمد مليح (٢٠٢١، ٢٥٣٧) بأنه تقييم قاسٍ للذات يصاحبه مشاعر ذنب ولوم عال للنفس، والشعور بالنقص والدونية والتقصير الدائم وعدم الرضا عن الذات.

ويشير أحمد الحسيني هلال، ودينا على السعيد (٢٠٢٢، ١٦٣) إلى أن نقد الذات المرضي شعور سلبي تجاه الذات، وعدم معرفة الفرد بقدراته وإمكانياته؛ مما يولد لديه الشعور بالهزيمة النفسية، والاستسلام للفشل، والشعور بعدم الكفاءة، وعدم الرضا عن الذات، وكراهية ورفض الذات.

بينما وضح (Tibubos et al., 2023) أن نقد الذات المرضي هو سمة شخصية مستقرة تشكل خطرًا على شخصية الفرد، وتؤدي إلى العديد من الاضطرابات النفسية والصحية.

نقد الذات المرضي ومفاهيم آخرى:

ترى الباحثة أن هناك بعض المفاهيم ذات صلة بمفهوم نقد الذات المرضي، ومن هذه المفاهيم المتداخلة: مفهوم لوم الذات Self- blame ، والشعور بالذنب feeling guilty، وتنديد الذاتSelf- denunciation ، واكتئاب لوم الذاتself- blame depression ، واتهام الذات Self- accusation :

لوم الذات هو جزء من الشعور بالذنب، ويمكن تعريف لوم الذات بأنه وجدان (بدلًا من كونه حكمًا أو معتقدًا) وفيه يُحمِّل الفرد نفسه المسئولية عن الأحداث السلبية وعواقبها، بينما **الشعور بالذنب** هو شعور داخلي بالإثم يصدر من خلال الضمير الحي نتيجة للقيام بعمل محرم دينيًا أو مستهجن اجتماعيًا أو يعاقب عليه القانون، فيكون وسيلة لتهذيب الفرد إذا تناسب مع مستوى الخطأ، وإلا كان حائلًا دون تحقيق أهدافه فلزم العلاج منه، كما تتجلى النظرة الإيجابية للشعور بالذنب في أن الذنب يرتبط بنزعات صحية باتجاه التعاطف والتوافق الاجتماعي، ويركز الانتباه على الخطأ الواقع في الحدث المؤدي إليه، وغالبًا ما يصاحبه حاجة مُلحة للتقليل والتلطيف من هذا الشعور، والأفراد المذنبون غالبًا ما ينشغلون بأعمال إصلاح ذاتهم بهدف إبطال الأخطاء التي أقدموا عليها، ويقف وراء ذلك إحساسهم بالمسئولية عن أعمالهم، ورغبة في الاعتراف والاعتذار لطلب الغفران والمسامحة، وذلك هو الدور الإيجابي للشعور بالذنب، **تنديد الذات** هو لوم الفرد الشعوري لذاته واستنكاره لأفعاله عند حكمه على سلوكه الشخصي بأنه سلوك لا يتسق مع معاييره الخاصة أو مع السلوك الخلقي، **اكتئاب لوم الذات** وهو الاكتئاب الذي يحُط فيه الفرد من شأن ذاته، ويتهم فيه نفسه بارتكاب حماقات إلى درجة مبالغ فيها، بينما **اتهام الذات** هو لوم الفرد لنفسه على أخطاء متوهمة وغير حقيقية وتولد لديه إحساسًا زائفًا بالذنب (Etxebarria, 2000; Silfver, 2007؛ جابر عبد الحميد، وعلاء الدين كفافي، ١٩٩٥، ٣٤٣٦).

تستخلص الباحثة الفرق بين نقد الذات المرضي وكل من الشعور بالذنب ولوم الذات حيث يُعد نقد الذات المرضي هو الجانب السلبي للشعور بالذنب، ويتضمن معتقدًا ووجدانًا معًا؛ حيث يُصاحبه جلد للذات، وتوجيه تقييمات سلبية ومشاعر كراهية للذات، ورفض لها بناءً على وجود بعض التشوهات المعرفية عن الذات، دون سعي من الفرد لإصلاح ذلك، ويستسلم لهذا الشعور، ويبدأ في ممارسة أساليب تعايش غير تكيفية كالانتحار عند مواجهة مواقف الحياة الصعبة، ونقد الذات المرضي يختلف عن اتهام الذات؛ حيث يلوم الفرد نفسه على أخطاء حقيقية ولكن بطريقة مبالغ فيه ومؤذية لصحته النفسية، ولكن تشترك جميع المفاهيم السابقة في تأثيرها على توافق الشخص النفسي والاجتماعي وإحساسه بالدونية.

عواقب نقد الذات المرضي:

أ- **الحساسية الانفعالية السلبية:** حيث التأثر الشديد بمواقف عادية قد لا يعبأ بها الآخرون، ولا تستدعي التجاوب معها بهذه الشدة، وتتمثل في حدة الانفعالات وشدتها والمبالغة والتهويل والحساسية الأخلاقية المفرطة وحساسية العلاقات البينشخصية.

ب- **البعد والانصراف عن الإيجابيات:** إذا يميل الأشخاص ناقدو الذات إلى النظر إلى أخطائهم بصفة مستمرة، ولا يدركون إنجازاته ونقاط قوتهم؛ مما يفقدهم الشعور بالسعادة؛ فعلى سبيل المثال إذا حصل الشخص الناقد لذاته على تقييم إيجابي في العمل فإنه لا يعترف بذلك.

ج- **عدم الأهلية الشخصية** عندما يقيم الأفراد أنفسهم على نحو تدميري فإن ذلك يؤثر على إحساسهم بالكفاءة في الحياة، فعندما يشعر الشخص بأنه غير محبوب فإنه بالتالي سيكون شخصًا لا يستحق أن يحبه الآخرون (فاطمة الزهراء محمد مليح، ٢٠٢١؛ Bergner, 1995).

تستنتج الباحثة أن النقد المرضي للذات يجعل الأفراد مُفتقرين للاتزان الانفعالي ويصدقون الأسوأ عن أنفسهم، ويكونون جاهزين للموافقة على الأحكام السالبة الصادرة من الآخرين، ويصبحون معتمدين على الآخرين في تقديرهم لأنفسهم؛ وذلك لأن تقديرهم لأنفسهم منخفض.

يوضح (Thompson& Zuroff, 2004, 420) أنواع نقد الذات المرضي:

أ- نقد الذات المقارن Comparative self- criticism:

تبعًا لهذا الشكل من النقد يكون مفهوم الشعور بالنقص مفهومًا علائقيًّا؛ لأنه يتعلق بالآخرين، وفيه يشعر الفرد بتشويه ذاته نتيجة المقارنات غير المرضية للذات مع الآخرين، ومن ثم يرتبط هذا النقد بالكمالية الاجتماعية، ومن ثم يشعر بعدم الراحة عند التقييم أو التعرض للآخر؛ فينظر للآخرين على أنهم أعداء وناقدون له، ومن ثم يشعر بالنقص وعدم القدرة على التأقلم.

ب-نقد الذات الداخلي Internalized self- criticism:

ونظرة الفرد السلبية هنا تكون نتيجة المقارنة بالمعايير الداخلية والشخصية للفرد ذاته؛ حيث تكون المعايير التي يضعها الشخص لذاته عالية وغير واقعية، ومتناقضة باستمرار؛ مما يؤدي إلى فشل الفرد في تحقيقها؛ ومن ثم يرتبط نقد الذات المرضي بالكمالية الموجهة نحو الذات، ويتسم هذا الشخص بعدم الرضا عن ذاته، ويرى نفسه فاشلًا دائمًا.

تستنتج الباحثة أنه على الرغم من اختلاف أنواع نقد الذات المرضي إلا أنها في النهاية تؤدي لنفس العواقب حيث الشعور بعدم الكفاءة، وفرض معايير مستحيلة، والهجوم القاسي على الذات، وعدم الرضا، والحساسية الانفعالية، وتشويه الذات؛ ومن ثم الشعور المزمن بالفشل في مواجهة المواقف الحياتية.

خصائص الناقدين لذواتهم :

اتفقت بعض الدراسات على أن الأشخاص الناقدين لذاتهم يتسمون بالشعور العالي بالذنب، وإصدار أحكام خاطئة تجاه الآخرين والذات، ولديهم خوف مُفرط من عدم الاستحسان ونقد الآخرين، كما أن المراهقين الذين يعانون من نقد الذات المرضي لديهم ميول انتحارية بدرجة عالية، ويعانون من الشعور المستمر بالتوتر والإجهاد، ولديهم مستوى مرتفع من القلق الاجتماعي والفوبيا الاجتماعية (Cox, Fleet, & Stein, 2004 & Marshall, Zuroff, D, Mcbride, & Bagby, M, 2008; Nagy, Shanahan, & Bear, 2021).

وأشارت دراسة (James, Verplanken, & Rime, 2015) إلى أن المراهقين الناقدين لذواتهم بصفة مستمرة هم أشخاص كماليون عصابيون، ويضعون لأنفسهم معايير مفرطة في الأداء، ويسعون بشكل قهري إلى تحقيقها، ولا يشعرون بالرضا عن ذواتهم، ويشعرون بالدونية والتقصير دائمًا، ويميلون إلى محاسبة أنفسهم بقسوة شديدة.

وأكدت دراسة (Stinckens, Lietaer, & Leijsse, 2013) أن الأفراد الذين يعانون من نقد الذات المرضي لديهم صورة ذاتية سلبية، ويشعرون بأنهم غير أكفاء، وعديمو القيمة، ومكروهون وشكاكون، ولا يظهرون أي تعاطف مع الذات وغير قادرين على مسامحة أنفسهم على أخطاء الماضي، وهم أشخاص مملون، ويبحثون عن التسلية أو الراحة بطريقة وسواسية، ويظهرون موقفًا متشائمًا وساخرًا تجاه الآخرين، ويتصرفون بشكل عدواني ومتكبر.

النماذج النظرية المفسرة لنقد الذات المرضي:

أولًا – نموذج (المتناقضان في نمو الشخصية والسلوك المرضي):

وهو نموذج نظري ترجع جذوره إلى التحليل النفسي، وقد ميز هذا النموذج بين جانبين أساسين في نمو الشخصية وهما: تعريف الذات، والارتباطات الشخصية، ويرجع **تعريف الذات** إلى نمو هوية الفرد من خلال تعريف ذاته بشكل مختلف للآخرين، وذلك في ضوء أهدافه ونجاحه وإنجازه وتطور استقلاله عن الآخرين، أما **الارتباطات الشخصية** فتتضمن قدرة الفرد على تطوير علاقات عميقة مع الآخرين، ويُعزى هذا إلى تطوير إحساس عميق بالثقة والتعاون والصداقة مع الآخرين، ونقد الذات المرضي يقع هنا كجانب فرعي فى جوانب تعريف الذات،

وفي الارتباطات الشخصية؛ فالانحرافات النمائية في هذه الجوانب تؤدي إلى خلل واضح في الصحة النفسية، وزيادة التعرض للاضطرابات النفسية، والتي تتضمن الشعور بالفشل، وانعدام القيمة، ونقد الذات المرضي .(Blatt& Luyten, 2009; Blatt& Luyten, 2013)

لقد تحدث فرويد عن نقد الذات المرضي في سياق تفسيره للاضطرابات النفسية على أنه تعبير داخلي عن الكراهية والصراعات، في حين تحدث "Blatt" عن وجود بعض الصفات إذا توافرت عند الفرد فإنه يكون معرضًا للاضطرابات النفسية كنقد الذات المرضي نتيجة استدخال مواقف الوالدين والقائمين على رعاية الفرد، ويعبر عن ذلك بالهجوم أو النقد للآخرين، ويتطور نقد الذات المرضي بعد ذلك إلى بعض الحيل الدفاعية اللاشعورية مثل: الإسقاط والتعويض (Casalin et al., 2014; Luthar& Blatt, 1993).

ثانيًا – نموذج محور النقد (ACRIM):

ووضع هذا النموذج مصادر لنقد الذات كما يلي:

١– من خلال نقد الوالدين للتعبيرات الانفعالية لأطفالهم.

٢– فشل في محاولات الطفل في تطوير ذات حقيقية ذات موثوقية في جانب التعبيرات الانفعالية الناقدة للآخرين من (الوالدين، والأصدقاء، والمعلمين)؛ مما يؤدي إلى ارتفاع نقد الذات، فنقد الذات الحادث بسبب سوء المعاملة يؤثر على التفاعل الاجتماعي والرضا عن العلاقات؛ فقد أوضحت الدراسات النمائية والمستقبلية النموذج التبادلي؛ حيث يشكل نقد الذات المرضي أحد عوامل النموذج المضطرب للنمو المرضي؛ وذلك بسبب ضعف إصرار الفرد على أهدافه والتقدم نحوها مع عدم وجود مفهوم حقيقي لذاته (Shahar, 2015).

ثالثًا – المدخل المعرفي التطوري لنقد الذات:

وهذا النموذج مرتبط بالنموذج الذي وضعه Gilbert ليشرح من خلاله معالجة نقد الذات من المنظور المعرفي– التطوري مثل طريقة العلاج عن طريق الشفقة بالذات، ونقد الذات من هذا المنظور يقع كظاهرة بين نظام الدافعية للتنافس والتركيب الاجتماعي، فنظم التنظيم الانفعالي المتصلة بنقد الذات هي نظم حماية من التهديد ضد بعض الانفعالات كالغضب والقلق والاشمئزاز، فتعرض الفرد لخبرات الإساءة والإهمال والصراعات الوجدانية يجعله يعاني من الخوف من الشفقة تجاه ذاته في مراحله العمرية (Gilbert, 2014).

ويرى Beck أن أفكار الفرد وراء تصرفاته، فعندما يدرك الفرد الأحداث على أنها إضافة أو تهديد بالنسبة لمجاله الشخصي الذي يتألف من جملة أشياء يعطيها أهمية خاصة كمفهومه لذاته، فعندما يتعرض لمواقف محبطة باستمرار فإنه يكون مفهوم ذات سلبي، ويعزو أسباب الإحباطات لنفسه، وهنا يكون الفرد قد أدرك سلبيات الموقف لا إيجابياته، وأخذ يقارن نفسه بالآخرين، ونتج عن ذلك انخفاض تقديره لذاته، ونظرته التشاؤمية للحياة؛ لذا فإن البنية المعرفية سواء السلبية أو الإيجابية هي التي تجعل الفرد لديه استعداد للمرض النفسي (Clark, Beck, & Brown, 1992).

تستخلص الباحثة من خلال عرض النماذج النظرية المُفسرة لنقد الذات المرضي أن معظم الاضطرابات النفسية ومنها نقد الذات المرضي تنشأ نتيجة عدم الاتساق بين الذات وخبرات الفرد، حيث عدم قدرة الفرد على حل معظم مشاكله فينظر لنفسه على أنه ضعيف ويتجنب الصعاب ولا يواجها، وينشأ نقد الذات نتيجة لأساليب التنشئة الاجتماعية المتطرفة: فعلى سبيل المثال عندما يستدخل الوالدان عبارات سلبية مثل (لا يمكنك عمل شيء جيد– أنت غبي) كل هذه العبارات تخلق شعورًا بعدم الاستحقاق، ومن ثم سيطرت بعض الأفكار السلبية على الفرد مثل (محكوم على بالفشل – لا أستحق) فهنا يتجلى نقد الذات المرضي.

ثانيًا – الميول الانتحارية Suicidal Tendencies:

مفهوم الميول الانتحارية:

الميل هو شعور يصاحب انتباه الفرد واهتمامه بموضوع ما، ويقترب كثيرًا من الاتجاه، والاتجاه أكثر عمومية من الميل، وتختلف الميول من حيث مدى الاستمرارية؛ فقد يكون هناك ميل طارئ ولكن سرعان ما ينصرف عنه الفرد، وهناك ميول تستمر معه لفترة طويلة. وبداية الميول تظهر في مرحلة الطفولة المتأخرة، وتتضح في مرحلة المراهقة مصاحبة للنمو العقلي الذي حققه المراهق (علاء الدين كفافي، ٢٠٠٦، ٢٤٩).

وأشار أحمد محمود عياش (٢٠١١) إلى أن الميول الانتحارية عملية معقدة تكون على متصل يمثل أحد طرفيه تصور الانتحار الكامن، وبعد ذلك يتطور خلال مراحل مختلفة تبدأ بأفكار انتحارية كاملة، ثم تفكير مكثف، ثم ينتهي بمحاولات انتحارية فعلية ويتطور السلوك الانتحاري على هذا المتصل بصورة تدريجية، ويتضمن مجموعة من المشاعر والأفكار ومحاولات الانتحار الناجحة والفاشلة.

بينما أوضح عبد الله سعيد الرشود (٢٠٠٦) أن السلوكيات الانتحارية تعني حدوث سلسلة من الأفعال (سواء تم الانتحار أو لم يتم) تشمل التهديد بالانتحار، والشروع فيه. ويمكن تصوره على هيئة متصل يشمل صورة الانتحار، ثم التأملات الانتحارية، تليها محاولة الانتحار، وأخيرًا الانتحار الفعلي.

وأضاف فايز عبد القادر المجالي (٢٠١٤) أن الشروع في الانتحار يقصد به الأفعال التي يقوم بها الشخص بقصد التخلص من حياته، لكنها لم تؤدِ إلى النتيجة المطلوبة والتي هي الموت، وذلك نتيجة تدخل عوامل داخلية وخارجية مثل: عدم فاعلية الأداة المستخدمة، أو تدخل بعض الأشخاص كالأهل أو الجهات الأمنية.

إن المحاولة الانتحارية كما أشار غازلي نعيمة (٢٠١٤) تعتبر وضع حد لحياة الفرد قصدًا باستعمال وسائل تؤدي به إلى الموت: كشرب المواد السامة، وتناول الأدوية، وغيرها من الوسائل لكن دون الوصول إلى ذلك.

أشار أحمد بن مسعود البوشي (٢٠١٨) أن الانتحار عملية مركبة تبدأ بتصور الانتحار الكامن، ثم يتطور خلال عدد من المراحل تبدأ بتأمل الانتحار النشط، ثم التخطيط للانتحار النشط، وفي النهاية تتراكم محاولات انتحار نشطة لدى الفرد.

بينما أوضح كل من ريم بندر السلمان، وبدر محمد الأنصارى (٢٠١٩) أن مصطلح الانتحارية عادة يصف طائفة من الأفكار والسلوكيات تتضمن التفكير الانتحاري غير المحدد مثال ذلك: أفكار الموت، وفكرة الترحيب بالموت، وخطط الانتحار عندما توضع نية الموت في صورة عيانية، ومحاولة الانتحار عندما يصل الترحيب الظاهر بالموت أو نية الموت إلى أفعال يوقعها الشخص بنفسه لكنها لا تكون مميتة، وإيماءات الانتحار محاولة ذات درجة منخفضة من الإماتة تنفذ عادة بشكل مبسط، والانتحار الكامل وهو موت موجه إلى الذات بنية وقصد.

وعرفت رانيا حاكم كامل (٢٠٢٠) الانتحار بأنه فعل قصدي يؤدي إلى إنهاء حياة الفرد ذاتيًا، فالانتحار في حقيقته سلوك تدميري ذاتي بالغ التعقيد، ينطوي على رغبة الفرد الواعية في الموت.

وأضاف كل من صلاح الدين عبد الله داود، ورائد سامي عفاش (٢٠٢١) أن الانتحار مجموعة من الإجراءات والأفعال التي تؤدي في المحصلة النهائية لتخلص الفرد من حياته

وهو مدرك لما يقوم به من أفعال ودون أن يكون فعله الذي أقدم عليه أي تضحية لقيمة اجتماعية أو دينية أو تحريضًا من شخص آخر.

وأشارت ماجدة محمود أحمد (٢٠٢١) أن الانتحار نتاج لعدة أسباب أسرية واجتماعية ونفسية زعزعت الكيان النفسي للإنسان، وجعلته يزهد في الحياة واتخذ قرارًا بقتل نفسه.

وأضافت نورا محمد عرفة (٢٠٢٢، ٧٢) أن الميول الانتحارية هي نزعة الفرد للتخلص من حياته والتي يمكن معرفتها من خلال اتجاه الفرد نحو الحياة والموت نتيجة الصراع الداخلي لديه، وتفكيره في الألم النفسي الذي يشعر به، ويقوم بالتعبير عن رغبته في التخلص من حياته والتغلب على حاجز الخوف الغريزي من الموت.

الميول الانتحارية ومفاهيم آخرى:

وهناك بعض المفاهيم ذات صلة بالميول الانتحارية مثل محاولة الانتحار Suicide Attempt وهي سلوك غير مميت موجه للنفس، مع وجود قصد أو نية الموت نتيجة لهذا السلوك (Silverman, 2011)، **السلوك الانتحاري Suicidal Bhavior** سلسلة أفعال سواء تم الانتحار أو لم يتم، ويمكن ملاحظتها بصورة مباشرة مسموعة ما يؤكد إمكانية حدوث الانتحار أو الميل نحو هذا القصد (عبدالله بن سعد الرشود، ٢٠٠٦)، أما **الانتحارية Suicidality** كما عرفها (Mayo, 1992) فيرى أن تعريف الانتحارية له أربعة أبعاد وهي: مفهوم الانتحار يتحقق في حالة الموت، يجب أن يقوم به الشخص نفسه، يكون عن فعل سلبي أو إيجابي، يهدف الشخص في ذلك إلى القضاء على حياته، **القابلية للانتحار Suicidal Probability** تشير إلى التأثير الناتج عن الديناميكيات البينشخصية للحرمان والتي تظهر بصورة واضحة بسبب ضعف المهارة في حل المشكلات الاجتماعية والبينشخصية، وضعف التواصل الأسري والاجتماعي، ويمكن معرفتها من صعوبة الخبرات التي يمر بها الفرد (Sheehy & Oconnor, 2002)،

وتلاحظ الباحثة من خلال عرض التعريفات السابقة أنها جميعها اتفقت جوهريًا في معنى الميول الانتحارية، وبذلك **تعرف الباحثة الميول الانتحارية إجرائيًا** بأنها حالة يشعر فيها الفرد أن إنهاء حياته هو الحل الأمثل لجميع مشاكله سواء المشاكل الناجمة عن صراعات نفسية أو اجتماعية أو اقتصادية، ويبدأ ذلك بفكرة انتحارية، ثم التخطيط للانتحار، وتنتهي بسلوك انتحاري.

نبذة تاريخية حول ظاهرة الانتحار:

الانتحار في العصور اليونانية القديمة مرتبط بمفهوم أورفيس Orphic أي الوفاة، وهو تحقيق لرغبة الروح الخالدة لتُحرر نفسها من الجسد والانضمام إلى مصدره الإلهي، ونوقش هذا المفهوم من طرف العديد من الفلاسفة اليونان، وهذا يعكس الاهتمام المستمر بهذه الظاهرة، حيث كانت أسباب هذه الظاهرة في الكتابات المختلفة متشابهة مع أسبابها في عصرنا الحالي، ومن بين الأسباب الرئيسية: احتقار الحياة، والهروب من الأمراض، وفقدان الشخص من يحب، أما في الإمبراطورية الرومانية فالانتحار هو عمل بطولي كان ينظر فيه للمنتحر بشرف لأنه انتحر لتجنب المهانة والمعاناة من المرض (Pamela& Jon, 2006, 32).

كما كان الانتحار يرتكب في العصور القديمة بعد خسارة المعارك الحربية لتفادي التعذيب والاستعباد من طرف العدو مثل ما قام به الجنرال ورجل الدولة القرطاجي حنبل (Hannibal) سنة ١٨٣ قبل الميلاد، كما كان الشاب في الروم عندما يتقدم لخطبة فتاة وترفضه فإنه ينتحر وفق طقوس يقوم بها الكهنة وهذا الأمر محتم على الشباب (Mishara& Tousignant, 2004, 10).

أما في الكتابات العلمية عن الانتحار فقد بدأت تظهر في القرن التاسع عشر على يد مجموعة من مؤسسي الطب النفسي أمثال إسكيرول (Esquirol, 1838) الذي أكد أن جميع الأشخاص الذين انتحروا هم في الحقيقة متخلفون عقليًا، وفي بداية هذا القرن إميل كرابلن (Emil Kraplin) الذي يرى أن ٣٠% من أعراض المرض العقلي واضحة لدى المنتحرين، وفي سنة ١٨٩٧ كان كتاب دوركايم عن الانتحار هو أحد أهم الكتب المنشورة عن هذا الموضوع (Nils, 1933,192).

تلاحظ الباحثة من خلال هذه اللمحة الموجزة لظاهرة الانتحار أنه كان ينظر له من منظور فلسفي وديني، ومع تطور البحث العلمي أصبح ينظر إليه من منظور علمي يبحث عن الأسباب المؤدية له سواء كانت الاجتماعية أو المرضية التي تختلف من وقت لآخر.

مؤشرات الميول الانتحارية:

١- التشوهات المعرفية عن الذات: وهي التشوهات في طريقة تفسير الفرد لوقائع الحياة والمعتقدات الخاطئة التي يبنيها الشخص عن ذاته وعن العالم الخارجي من حوله؛ فالمنتحر قبل موته لا يرى سوى التشوهات، وهذه التشوهات تؤدي للاكتئاب الذي يقوده للانتحار (ريم بندر السلطان، وبدر محمد الأنصاري، ٢٠١٨، ٢٨).

٢- المحاولات الانتحارية الفاشلة التي لم تنجح: لأن النية في قتل النفس كانت ضئيلة، فمعظم الذين يحاولون الانتحار مترددون في رغبتهم بالموت (عزيزة عنو، ٢٠١٩، ٢٥).

٣- العلامات السلوكية: حيث يحاول الشخص الذي يتعرض لضغوط الحياة الحصول على سلاح أو كميات كبيرة من العقاقير، ويبدأ في التخلي عن الممتلكات الثمينة، وتوديع الناس بطريقة يقصد بها نهاية العلاقة وكتابة الوصية (رقية العزاق، وحياة لموشي، ٢٠١٨، ٨٧).

٤-العلامات اللفظية: وتكون في صورة عبارات منطوقة أو مكتوبة مباشرة مثل (أنا ذاهب لأفعلها هذه المرة، سوف أقتل نفسي) أو غير مباشرة (لم تعد ترجى مني أي فائدة)، العلامات الموقفية: وتعبر عما يعانيه الفرد من كدر في عدد من الظروف مثل موت شخص عزيز أو الطلاق أو الإصابة بأحد الأمراض المزمنة، الأعراض النفسية: مثل العجز وعدم الرضا عن الحياة والاكتئاب والشعور بالوحدة (نازك السلطاني، ٢٠١٤).

تستخلص الباحثة مما سبق أن كل هذه المؤشرات لا تعبر عن رغبة حقيقية من الفرد في الموت أكثر من كونها رغبة في طلب المساعدة من الأشخاص المحيطين لمساندته في العبور من أزماته المختلفة.

أنواع الميول الانتحارية:

- **الانتحار الأنومي (اللامعياري):** هذا النوع من الانتحار يحدث داخل المجتمعات التي حدث لها اختلال في نظامها الاجتماعي كحدوث بعض الأزمات الاقتصادية أو حالات الرخاء المفاجئة أو الإفلاس (رشيد شيخي، ٢٠١٤، ١٠٨).

- **الانتحار الهروبي:** حيث الهروب من المشاكل على جميع الأصعدة، وهذا الانتحار يمثل حالة صريحة من الضعف البشري والاستسلام أمام المصاعب، وهو نوع من الهروب السلبي (هاني الخير، ٢٠٠٠، ١٠).

- **الانتحار القدري:** وهذا النوع من الانتحار وصفه إميل دور كايم بأنه ظاهرة نادرة الحدوث يقوم به الأشخاص الذين يشعرون أنهم بلا قيمة مثل العبيد، وهذا النوع من الانتحار ينتج بسبب المعايير الصارمة التي يتم فرضها على الناس، ويتم اضطهادهم، ويكون مستقبلهم مجهولًا (Kehinde & Austin, 2014, 52).

- **الانتحار الأناني:** يتميز هذا النوع من الانتحار بانخفاض درجة التكامل مع المجتمع، ويقع عندما يعاني الفرد من الوحدة، ويقع في حالات المعاناة الشخصية كالطلاق.

- **الانتحار الإيثاري:** يحدث عندما يكون الفرد في حالة تكامل استثنائية مع مجتمعه؛ أي عندما تكون الروابط الاجتماعية قوية جدًا، ويتخذ هذا النوع من الانتحار طابع التضحية من أجل المصلحة العليا(عبد الله محمود قازان، ونادیا إبراهيم يوسف، ٢٠١٨، ١٠٧).

بعد عرض الباحثة لأنواع الميول الانتحارية المختلفة تجد أنه على الرغم من اختلاف أسباب كل نوع من أنواع الانتحار إلا أن الأفراد الذين يقدمون على محاولة الانتحار بالطبع يكون وازعهم الديني ضعيفًا، وصحتهم النفسية مضطربة، ويشتركون في الدوافع المعرفية والسلوكية لهذا السلوك.

أسباب الميول الانتحارية:

١- **ضعف الإيمان:** تؤكد دراسة صلاح الدين عبد الله، ورائد سامي عفاش (٢٠٢١، ٢٢٠) أن الأفراد الذين يقدمون على الانتحار يعانون من ضعف الوازع الديني، حيث يضعف لدى المنتحرين إحساس رقابة الإله سبحانه وتعالى عليهم، وغاب عنهم أن ما يقومون به يغضب الله عز وجل، كما أن كثرة المعاصي تميت القلب لدرجة أن يقدم الإنسان على إزهاق روحه بيده.

فالمنتحر إنسان ضعيف الصلة بربه، ولهذا لا يقدر على مواجهة الشدائد والصعاب، وهو عاجز عن خوض معركة الحياة، وإذا ما هبت رياح الشدة والبلاء ينهار أمامها، وتخور قواه، ويقنط من روح الله، فالانتحار يكثر حين يقل الإيمان، ويفشو الكفر والإلحاد، وإن من فوائد الإيمان مدافعة المصائب والأقدار والصبر عليها (رشيد الشيخي، ٢٠١٤، ١١٥).

٢- **الاكتئاب:** تسيطر فكرة الانتحار على ذهن الشخص المكتئب الذي تتولد لديه قناعات بأن الانتحار هو المخرج الوحيد لما هو فيه، ما لم يتم مساعدته حيث يهرب المكتئبون مما يعدونه وضعًا غير محتمل وذلك من خلال الانتحار (محمد عزت عربي، ٢٠١٥، ٦٩).

٣- **الصحبة الفاسدة ورفاق السوء:** يترتب عليهم سلوكيات منحرفة كالإدمان وشرب المخدرات؛ **فالأشخاص** الذين يدمنون المخدرات أكثر عرضة من غيرهم للسلوك الانتحاري (عثمان فكار، ٢٠١٠).

٤- **الفقدان والخسارة:** البعض حينما يفقد والده أو أمه أو حبيبه أو صديقه أو وظيفة كانت بمثابة **حلم** تتحول حياتهم إلى شيء لا يطاق، وغالبًا ما يلجأ هؤلاء الأشخاص في هذه الظروف إلى الانتحار(محمد عزت عربي، ٢٠١٥، ٦٩).

٥- **الاستسلام لليأس:** ينتحر المرء عندما يشعر بالتعاسة واليأس؛ بمعنى أنه لا أمل في أي شيء، ويعتقد جازمًا بأن خلاصه في الموت الذي سيريحه من هذه المشاعر المؤلمة، فالانتحار هو لحظة اللاوعي التي ينتهي عندها الإحساس بكل شيء، وبكل ما هو موجود في الدنيا، وهي لحظة ظلام دامس فيسهل على الإنسان حينها أن يضع حدًا لحياته (زياد نائل الطراونة، ٢٠١٠، ١٨).

٦- **الأزمات الاقتصادية:** التي يعيشها الفرد كالإفلاس والبطالة المزمنة والفقر، كل هذه عوامل **حاسمة** في السلوك الانتحاري (عثمان فكار، ٢٠١٠، ٩٩).

من خلال عرض الباحثة لدوافع الانتحار يتضح أنه عند تراكم أحداث الحياة الضاغطة في وقت واحد على المراهق، وحينما يفوق ذلك قدرة المراهق على المواجهة وخاصة لو اجتمعت الضغوط مع خصال شخصية سلبية فإن ذلك يؤدي إلى زيادة التأثر بهذه الضغوط ومن ثَمَّ زيادة الانخراط في الميول الانتحارية.

اتجاهات تفسير دوافع الميول الانتحارية:

أ- **الاتجاه الفردي:** ترجع الدراسات ٣٥% من حالات الانتحار لهذا الاتجاه، ويشتمل على الدراسات التي اعتمدت على دراسة الحالات الفردية والمتمثلة بدراسات الطب العقلي، ودراسات التحليل النفسي، والدراسات الإكلينيكية، وترتكز على وصف دوافع سلوك الفرد وديناميات شخصيته دون الالتفات كثيرًا إلى أثر البيئة والعلاقات الاجتماعية؛ فلكل شخص عالم فريد بذاته، فكما هو الحال عند مرضى الاكتئاب وفصام الشخصية، ينتحرون بطريقة اندفاعية استجابة للهلاوس السمعية والضلالات الاضطهادية، وأصحاب الأمراض الخبيثة كالسرطان أو مرضى الإيدز ينتحرون كراهية لاستمرار حياتهم على هذا الحال.

ب- **الاتجاه الاجتماعي :** ترجع ٦٥% من حالات الانتحار لهذا الاتجاه، ويشتمل هذا الاتجاه على الدراسات الاجتماعية التي تناولت هذه الظاهرة بشكلها الوبائي من حيث مدى انتشارها والظروف المصاحبة لها، فهناك من يقدم على الانتحار للتخلص من اليأس والإحباط والضغوط أو مشاكل أسرية ومجتمعية وعاطفية ودراسية (محمد صالح ربيع، ٢٠١٣، ٣٠١).

يتضح للباحثة اختلاف الاتجاهين في تفسير دوافع الميول الانتحارية؛ فالاتجاه الفردي أشار إلى أنه حينما يفقد الفرد القدرة على التواصل مع ذاته وعالمه الداخلي يمكن اعتبار ذلك

عاملًا سابقًا ومهيئًا للانتحار، بينما يركز الاتجاه الاجتماعي على إحباطات العالم الخارجي، وقلة التعزيز الاجتماعي ممن حوله.

النظريات المفسرة للميول الانتحارية:

١- **نظريــة النمــوذج الإرادي التحفيــزي المتكامــل:** يـرى أصـحاب هـذا النمـوذج أن العزلـة والانطواء يقود إلى ظهور أفكار انتحارية، وهناك مجموعة من الوسائط التي تقود الانتقال من التفكير الانتحاري إلى السلوك الانتحاري، ومن هذه العوامل: الوسيطة التخطيط، الاندفاعية، محاولات الانتحار السابقة، الوصول إلى وسائل انتحار، وبحسب هذا النموذج فإن السلوك الانتحاري هو محصلة لعملية نفسية اجتماعية تتضمن ثلاثة مراحل كالتالي: **مرحلـة مـا قبـل التحفيـز** حيث تشكل عوامل الضعف النفسي والاجتماعي، والصعاب المبكرة في الحياة: كالفقر، وانفصال الوالدين، والتنشئة الاجتماعية السيئة بيئة مناسبة للانتحار، **المرحلـة التحفيزيـة** وهي المرحلة التي يتم فيها الانتقال من نية الانتحار إلى محاولة الانتحار التي تحفزها أوضاع الحياة السيئة؛ ومن ثَمَّ يبدأ النظر للانتحار على أنه حل، **المرحلـة الإراديـة** وهي المرحلة التي ينتقل فيها الفرد من الأفكار الانتحارية إلى السلوكيات الانتحارية (إصلاح الجندي، ٢٠٢١، ٣٤٧).

٢- **نظريـة الألـم النفسـي:** وهذه النظرية لشنايدمان "Shneidman" فالألم النفسي من أهم العوامل المساهمة في الانتحار، وهو يشير إلى مستوى حاد من الألم العاطفي يؤدي للانتحار، وذلك حينما يتجاوز الألم قدرة الفرد على التحمل. واهتمت هذه النظرية بشكل أساسي بالسمات الفردية المشتركة بين الأفراد المنتحرين كما بين ذبك شنايدمان في كتابه العقل الانتحاري (Rose, 2015, 12).

٣- **نظريـة الخطـوات الثلاثـة:** تنظر إلى الانتحار بأن التفكير الانتحاري متطور باستمرار، ويمر بثلاث خطوات كما يلي: **الخطوة الأولى:** تشير إلى مزيج من الألم النفسي واليأس بسبب فكرة انتحارية؛ فالفرد يعاقب نفسه بسبب الانخراط في هذه الحياة البائسة **والمؤلمة،** ومن هنا تبدأ الرغبة في تجنب هذه الحياة، **الخطوة الثانيـة:** خلال هذه الخطوة يتصاعد التفكير في الانتحار عندما يتجاوز الألم الترابط بين الفرد والآخرين ويتغلب عليه؛ فالترابط مع الأحبة والأهل والأصدقاء يجعل الحياة تستحق العيش على الرغم من الألم، **الخطوة الثالثـة:** تشير إلى الأفكار الانتحارية القوية تتقدم إلى الفعل (إصلاح الجندي، ٢٠٢١، ٣٤٨).

٤- **نظرية دوركايم:** يري دوركايم أن الانتحار يرجع لعوامل اجتماعية وليس للعوامل الفردية؛ حيث لاحظ أن معدل الانتحار يختلف باختلاف الزمان والمكان، وبالتالي حاول البحث عن العوامل وراء ذلك. وفي هذه الحالة نظر إلى الدرجة التي يشعر فيها الناس بالاندماج في بيئة المجتمع وفي محيطهم الاجتماعي كعوامل اجتماعية تؤدي **للانتحار**، وتوصل إلى استنتاج من خلال معدلات الانتحار بين البروتستانت والكاثوليك؛ حيث وجد أن معدلات الانتحار بين الكاثوليك منخفضة مقارنة بالبروتستانت، وذلك بسبب التحكم الاجتماعي الأقوى لدى الكاثوليك (Kehinde& Austin, 2014, 49).

٥- **نظرية البيت المحطم:** يرى العالمان الأمريكيان "Sheldone& Glueck" أن البيت السوي هو **البيت** الذي يتواجد فيه أحد الأبوين على الأقل بصورة دائمة وواقعية، ويتم فيه بناء علاقات اجتماعية وعاطفية جيدة مع أطفالهم؛ فغياب الوالدين يحدث شرخًا في الترابط العائلي والتماسك الأسري؛ حيث يفقد الطفل الشعور بالأمن والحماية، وأشارت العديد من الدراسات إلى أن هناك ترابطًا بين البيت المحطم والانتحار أو الشروع فيه، فلقد وجد العالم "Greer" بعد مقارنة ٨١ شخصًا حاولوا الانتحار مع ٣٨٥ شخصًا سويًا بأن فقدان الأبوين قبل سن الخامسة عشرة كانوا هم الغالبية من المنتحرين (فايز عبدالقادر مناور، وعدنان محمد سعيد، ٢٠١٤، ٢١١).

٦- **النظرية الشخصية النفسية:** تعتبر هذه النظرية هي الأكثر شهرة واستشهادًا بها في الأبحاث المعاصرة حول الانتحار، وهي للعالم "توماس جونير""Thomas Joiner " تم تبني النظرية الجديدة نسبيًا نظرًا لقاعدة الأدلة القوية التي تعتمد عليها، ولا تتفق هذه النظرية مع نهج التحليل النفسي الذي يؤكد أن الانتحار عدوان خارجي تحول إلى الداخل وتؤكد بدلًا عن ذلك بأن سبب الانتحار هو الافتقار إلى العلاقات الشخصية الاجتماعية، ويُعد ذلك تحولًا في النظريات النفسية بعيدًا عن الأمراض النفسية الداخلية نحو نظرية تعترف بالسياق الاجتماعي في كتابه لماذا يموت الناس بالانتحار، يرى " جونير" أن الانتحار يكون نتيجة لعاملين هما: الرغبة والقدرة، فالرغبة في الانتحار تكون نتيجة الانتماء الفاشل والأعباء المتصورة، والقدرة تشير إلى قدرة المرء النفسية في التغلب على غريزة البقاء على قيد الحياة، ومن عوامل الخطر التي تسهم في تطوير هذه القدرة محاولات الانتحار السابقة العزلة الاجتماعية (Rose, 2015, 12).

٧- **نظرية مينجر**: وقد بنى "كارل مينجر" نظريته على تصورات " فرويد"، وأصدر كتابه الإنسان ضد نفسه، وأوضح فيه أن الانتحار هو قتل مرتد أو قتل مقلوب؛ فنتيجة لغضب المنتحر من شخص آخر يقوم بتحويل هذا الغضب إلى داخله، أو ينتحر عقابًا لنفسه، وقد قسم مينجر العدوان في الانتحار إلى ثلاثة عناصر وهي: رغبة الشخص في أن يَقتل، ورغبة الشخص في أن يُقتل، ورغبته في أن يموت (محمد قاعد زايد، ٢٠٢٠، ١٤٥).

من خلال العرض السابق للنظريات المختلفة المفسرة **يتبين للباحثة** أن الميول الانتحارية مسألة معقدة؛ حيث توجد صعوبة في تحديد أسبابها ولا يوجد سبب محدد لها فهي نتاج تَضافر مجموعة عوامل سواء خاصة بالفرد أو بمحيطه، ولذلك تتعدد النظريات العلمية المفسرة لها.

أساليب الوقاية من الانتحار:

١- زيادة الوازع الديني: الدين هو المؤثر الأكبر في حياة الإنسان فالديانات السماوية أجمعت على تحريم الانتحار وقتل النفس وهنا يقع العبء الأكبر على العلماء والدعاة في بيان خطورة الانتحار، وتوضيح عقوبته، وأن الله سبحانه وتعالى خلق الإنسان على فطرة الدين القويم فلا بد أن تكون تربية الأفراد وتنشئتهم على منهج قويم ليصل بهم إلى أعلى درجات التوازن لتصبح سلوكياتهم قويمة ومناسبة للمنهج السليم، فمعرفة الإنسان لأوامر الله ونواهيه من أهم العوامل التي تعمل على تحقيق الضبط الذاتي فيصبح مميزًا للصواب والخطأ (صلاح الدين عبدالله داود، ورائد سامى عفاش، ٢٠٢١، ٢٢٣؛ فايز عبدالقادر مناور، وعدنان محمد سعيد، ٢٠١٤، ٢٠٦).

٢- توعية الشباب: فهم أكثر الفئات العمرية التي تشهد هذه الظاهرة، وتنمية الجوانب الإيجابية لدى الشباب، وتعزيز دورهم في مجتمعاتهم في المساهمة في عملية التطوير والإنتاج والاهتمام بتنمية الجانب النفسي لديهم، وهذا كله من شأنه أن يؤدي لتحقيق الصحة النفسية لديهم التي تعتبر مانعًا للسلوك الانتحاري (إيمان قينان، ومختارية وبن العربي، ٢٠٢١، ٤٦٢).

٣- الاهتمام بالجوانب الاقتصادية التي يُعتبر من أبرز أسباب الانتحار: كالفقر، والبطالة، والإفلاس؛ لذلك لا بد من إيجاد العوامل المناسبة للتعامل مع الظروف الاقتصادية السيئة كي لا تساهم في زيادة محاولات الانتحار، وذلك من خلال إنشاء المؤسسات المهنية

والتدريبية التي تهدف إلى إكساب الأفراد العاطلين عن العمل مهارات مهنية تساعدهم على إيجاد فرص عمل لهم، وسد متطلباتهم المالية، وكذلك العمل بنظام الزكاة الذي يساهم في زيادة التكافل والترابط الاجتماعي، وسد حاجات الفقراء، والحيلولة بينهم وبين ارتكاب الجرائم، ومنها جريمة الانتحار (فايز عبدالقادر مناور، وعدنان محمد سعيد، ٢٠١٤، ٢٠٩).

تستخلص الباحثة أن طرق الوقاية من الانتحار لا تمكن إلا من خلال معالجة الأسباب المؤدية له، وينبغي على أصحاب القرار العمل على تنفيذها وترجمتها إلى حقيقة ملموسة للحد من هذه الظاهرة المتفشية في جميع الأوساط .

سبل الحد من الانتحار لمن لهم محاولات انتحار سابقة:

١- توظيف مهارات العلاج الجدلي السلوكي: حيث بينت" لينهان" بأن هذه التقنية عملية يتم من خلالها تغيير ظاهرة أو سلوك أو فكرة يدور حولها صراع النفي والإثبات، وذلك حتى ينتهي الصراع بوجهة نظر جديدة؛ فالمنهج الجدلي يكون فيه كل شيء ملتئمًا مع نقيضه؛ فالعلاج السلوكي الجدلي يتعامل مع المريض بشكل كامل وليس كمرض أو اضطراب منفصل؛ فالشخص الذي يفكر في الانتحار يرغب في العيش والموت في آن واحد بقوله أريد أن أموت بدلًا من أن يقتل نفسه بسرية، ولكنه في داخله يوجد الشعور المعاكس وهو الرغبة في العيش، ومن هنا يأتي دور العلاج الجدلي في حل هذا الموقف المتعارض، ودمج وتوليف المتناقضات، وبناء مواقف جديدة من خلال إيجاد حلول أفضل (مريم حسني حمد، وصالح سالم سويلم، ٢٠٢١، ٣٧٨).

٢- توظيف العلاج المعرفي السلوكي: الذي يهدف إلى مساعدة الشخص لعلاج ذاته بذاته، وجعله يمتلك حصانة نفسية تساعده على مواجهة المشكلات المختلفة، وهذا العلاج يحتاج إلى تحالف بين الفاحص والمفحوص؛ فالهدف من هذا العلاج هو جعل الشخص قويًا بذاته وليس مجرد التخلص من الألم (رقية عزاق، وحياة لموشي، ٢٠١٨، ٩٣).

مما سبق من عرض سبل الوقاية من الانتحار **تقترح الباحثة** تفعيل دور المساجد والمدارس والإعلام لزيادة التوعية الدينية بمدى خطورة الانتحار، والآثار المترتبة عليه في الدنيا والآخرة، مع العمل على إعداد قاعدة بيانات على مستوى المحافظات توضح أعداد حالات الانتحار حتى يتسنى الوقوف على أسبابه والعوامل المؤدية إليه، ومن ثم وضع خطة وقائية وعلاجية

شاملة للحد من هذه الظاهرة مستقبليًا، بالإضافة إلى متابعة الأسر التي فقدت أحد أفرادها منتحرًا، وتقديم التهيئة الاجتماعية والنفسية لهم.

ثالثًا – العلاقة بين نقد الذات المرضي والميول الانتحارية:

مرحلة التعليم الثانوي من أخطر المراحل في بناء شخصية المراهق، حيث يرى المراهق أنها مرحلة مُجهدة وضاغطة أكاديميًا، بالإضافة إلى أنها فترة مليئة بالمشكلات والصراعات المباشرة وغير المباشرة التي يتعرض لها سواء داخل الأسرة وخارجها، وعجزه عن ملاحقة خصائص هذا العصر، وهذا كله يؤدي بالضرورة إلى معاناته من القلق وانخفاض مستوى النشاط والحماس لديه؛ مما يدفعهم إلى نقد ذاتهم بشكل مرضي، والدخول في دائرة الميول الانتحارية.

إن المراهقين الناقدين لذاتهم بصفة مستمرة هم أشخاص كماليون عصابيون، يضعون لأنفسهم معايير مفرطة من الأداء، ويسعون بشكل قهري إلى تحقيقها، ولا يشعرون بالرضا، بل يشعرون بالتقصير دائمًا، ويميلون إلى محاسبة أنفسهم بشدة، وهذا ما أكدته العديد من الدراسات كدراسة (James, Verplanken& Rimes, 2015)، كما أنهم يتسمون بمستوى عال من الشعور بالذنب، وفقدان الثقة بالنفس، بالإضافة إلى أن وجهة الضبط داخلية، وهذا ما أكدته دراسة (Clara, Cox& Enns, 2003)

تظهر هنا الميول الانتحارية للمراهق كتعبير عن الشعور بالإنهاك من الحياة، وأن الحياة لا تستحق العيش فيها، وذلك يحدث بعد وصول المراهق إلى مرحلة من اليأس والقنوط وفقدان الأمل وتضخم السلبيات في حياته، وعندما يشوب البناء المعرفي للمراهق بعض الاختلالات والتشوهات في إدراك وتفسير المواقف على إنها خسارة، وهزيمة وفشل وحرمان يكون ذلك دافعًا للتخلص من الحياة والمعاناة بالانتحار (إبراهيم مغربي، ٢٠١٥).

ولذلك تستنتج الباحثة أن نقد الذات المرضي إذا زاد عن الحد المعقول أصبح صفة سلبية تعوق المراهق عن التمتع بإنجازاته، وتجعله لا يستطيع الشعور بالرضا عن أي شيء ينجزه، بل يصبح دائم الإحساس بالدونية والكراهية لذاته، والخوف من عدم قدرته على الالتزام بالتوقعات التي يضعها لنفسه، والتي يتوقعها الآخرون منه، ولا يجد المراهق حلًا لمشكلاته من وجهة نظره سوى التطرق إلى الانتحار، والميل للانتحار هو أكبر دليل على هشاشة المراهق النفسية، وعدم تمكنه من استخدام ميكانيزمات الدفاع في مواجهة أزمات الحياة المختلفة.

إن الميول الانتحارية من المشكلات الاجتماعية التي تهدد المجتمع وتماسكه؛ لأنها تؤدي لفقدانه لبعض أعضائه، وتمثل فشلًا فرديًا وجماعيًا في التكيف مع المعايير والضوابط الاجتماعية، ولا تزال الأسباب المؤدية للانتحار محط اهتمام الكثير من الباحثين (محمد قاعد زايد، ٢٠٢٠، ١٣٨).

وفيما يلي عرض لبعض الدراسات **السابقة التي تناولت العلاقة بين نقد الذات المرضي والميول الانتحارية :**

هدفت دراسة (Weierich, M., Hooley, J., Deliberto, T., Nock, M., & Glassman, L., 2007) إلى بحث العلاقة بين سوء المعاملة في مرحلة الطفولة والانتحار ونقد الذات المرضي، لذلك طبقت على عينة قوامها (٨٦) مراهقًا تتراوح أعمارهم بين (١٢-١٩) عام، باستخدام استبيان سوء المعاملة الوالدية، واستبيان النقد الذاتي، واستبيان الميول الانتحارية، وقد أشارت النتائج إلى وجود علاقة بين سوء المعاملة من حيث (الإهمال الجسدي، والإساءة العاطفية، والاعتداء الجنسي) وكل من نقد الذات المرضي والميول الانتحارية، كما أكدت النتائج أن الأطفال الذين يتعرضون لسوء المعاملة أثناء الطفولة على شكل إهانات متكررة وانتقاد مفرط قد يتبنون نظرة نقدية مماثلة لأنفسهم، ويظهر في النهاية في صورة شكل متطرف للعقاب الذاتي الذي يصل للانتحار الفعلي.

بينما حاولت دراسة (Campos, R., Besser, A., & Blatt, S., 2012) بحث ما إذا كان الضيق النفسي يتوسط العلاقة بين الميول الانتحارية وبين نقد الذات المرضي، وذلك على عينة قوامها (١٠٥) من المراهقين، ولتحقيق ذلك تم تطبيق مقياس الضيق النفسي، ومقياس النقد الذاتي، والتقارير الذاتية عن أي محاولات انتحار سابقة، وأشارت النتائج إلى أن النقد الذاتي المرضي يرتبط بشكل قوى بالميول الانتحارية؛ فالأفراد الناقدون لذاتهم أكثر عرضة للانتحار بسبب مرورهم بأحداث مؤلمة، كما أشارت النتائج أيضًا إلى أن الضيق النفسي يتوسط العلاقة بين نقد الذات المرضي والميول الانتحارية.

و بحثت دراسة (Campos, R., Basser, A., & Blatt, S., 2013) فيما إذا كان نقد الذات المرضي وأعراض الاكتئاب يتوسط العلاقة بين ذكريات الرفض الأبوي والميول الانتحارية، ولتحقيق هذا الهدف أكملت عينة مكونة من (٢٠٠) مراهق برتغالي استبيان النموذج المختصر من قائمة الجرد لتقييم ذكريات سلوك تربية الوالدين، واستبيان التجارب الاكتئابية، وتقارير عن أي محاولات انتحار أو التفكير في الانتحار، وأبرزت النتائج أن

ذكريات الرفض الوالدي ترتبط بقوة بالميول الانتحارية والاكتئاب، وذكريات الرفض الوالدي ترتبط بشكل غير مباشر بأعراض الاكتئاب والانتحار من خلال النقد الذاتي وتتوسط أعراض الاكتئاب العلاقة بين النقد الذاتي والانتحار.

وحاولت دراسة (Khanipour, H., Hakim,S., & Bidaki, R., 2016) معرفة العلاقة بين سوء المعاملة في الطفولة وكل من الميول الانتحارية ونقد الذات، ولتحقيق ذلك تم تطبيق مقياس احتمالية الانتحار ومقياس تنظيم العاطفة والنقد الذاتي، والقائمة المرجعية لأساليب المعاملة الوالدية على عينة مكونة من (١٦٩) مراهقًا، أشارت نتائج الدراسة أن هناك علاقة ارتباطية قوية بين سوء المعاملة في الطفولة وبين الميول الانتحارية، ويمكن أن يُنبأ نقد الذات المرضي الذي يتضمن مشاعر عدم الكفاءة وكراهية الذات وصعوبة التحكم في الانفعالات بنسبة ٥٠ % بالميول الانتحارية.

وهدفت دراسة (Xavier, A., 2016) إلى معرفة الدور الوسيط لكل من النقد الذاتي وأعراض الاكتئاب في العلاقة بين ذكريات الطفولة السيئة والميول الانتحارية، تكونت عينة الدراسة من (٨٥٤) مراهقًا أعمارهم تتراوح بين (١٢– ١٨) عامًا من بينهم (٤٥١) أنثي و(٤٠٣) ذكور بمتوسط عمري (١٤.٨٩) وانحراف معيارى (١.٧٩)، أظهرت نتائج تحليل المسار أن ذكريات الطفولة السيئة وغياب الذكريات الإيجابية وإيذاء الأقران والانتحار يرتبط بشكل مباشر بنقد الذات والاكتئاب.

و دراسة (Falgares, G., Marchetti, D., Desantis, S., Carrozzino, D., Kopala, D., Fulcheri, M., & Verrocchio, M., 2017) هدفت لبحث ما إذا كان النقد الذاتي والتبعية يتوسطان العلاقة بين أنماط التعلق غير الآمن والميول الانتحارية، وذلك على عينة قوامها (٣٤٠) طالبًا في المرحلة الثانوية تتراوح أعمارهم بين (١٣– ٢٠) عامًا بمتوسط عمري (١٦.٤٧) وانحراف معياري (١.٥٢) أكملوا استبيان تجارب الاكتئاب للمراهقين، واستبيان أنماط التعلق، واستبيان السلوك الانتحاري، وأظهرت النتائج أن النقد الذاتي والتبعية يتوسطان العلاقة بين التعلق غير الآمن (القلق والمتجنب) والسلوكيات المرتبطة بالميول الانتحارية.

كانت دراسة (Campos, R., 2018) دراسة طولية، وتمت على مرحلتين، وكان الهدف منها كشف العلاقة بين نقد الذات المرضي والضيق العام والتفكير الانتحاري، تم تطبيق مقياس النقد الذاتي، ومقياس الضيق العام، ومقياس الميول الانتحارية على العينة الأولى، وكان

عددها (٢٠٢) من المراهقين، والعينة الثانية الطولية عددها (٢٠٧) من المراهقين. أظهرت نتائج الدراسة أن نقد الذات المرضي يرتبط بكل من الميول الانتحارية والضيق العام، كما أن نقد الذات المرضي يُنبئ بالانتحار.

وهدفت دراسة (Smith, D., Wang, S., Carter, M., Fox, K., 2020) إلى التعرف على العلاقة بين نقد الذات المرضي والاكتئاب والميل الانتحاري، وذلك على عينة قوامها (٢٥٢) طبقوا مقياس نقد الذات المرضي، ومقياس الاكتئاب، واستبيان الميل الانتحاري، وأشارت أبرز النتائج عن وجود علاقة بين نقد الذات المرضي والميل الانتحاري، وأن الاكتئاب يُنبئ بالميل الانتحاري.

وأكدت دراسة (Baghaei, N., Ahmadi, A., Khaliq, I., & Liang, H., 2021) المقدمة من مؤسسة الصحة النفسية في نيوزلندا أن واحدًا من كل خمس أشخاص سيصاب باضطراب مزاجي خطير بما في ذلك الاكتئاب، وأكدت أن التدخل المبكر له تأثير إيجابي كبير. أجريت الدراسة على ٣٨ مراهقًا لاقتراح حلول مصممة بشكل مشترك لتحسين المرونة والرفاهية النفسية للمراهقين كجزء من الإستراتيجية الوطنية لمنع الانتحار، وكان من أبرز التدخلات المبكرة التي تدعم التغيير طويل الأمد العلاج الذي يركز على التعاطف مع الذات للوقاية من النقد الذاتي؛ حيث يمثل النقد الذاتي عاملًا خطيرًا يؤدي للميل الانتحاري أو للانتحار الفعلي، ودعمت هذه الدراسة أيضًا الواقع الافتراضي لعلاج القلق والرهاب وإدارة الذات.

كما هدفت دراسة (Nagy, L., Shanahan, M., & Bear, R., 2021) إلى معرفة العلاقة بين كل من نقد الذات المرضي والتعاطف مع الذات والميول الانتحارية، لدى عينة من الطلاب عددهم (٢٣٣) وأعمارهم تتراوح بين (١٨- ٣٩) سنة بمتوسط عمري (١٩.٣٧) وانحراف معياري (٢.١٢)، ولتحقيق هذا الهدف تم تطبيق مقياس نقد الذات، ومقياس التعاطف مع الذات، ومقياس الميول الانتحارية، وقد أشارت النتائج إلى أن التعاطف مع الذات يرتبط بشكل سلبي مع الميول الانتحارية، ونقد الذات المرضي يرتبط بشكل إيجابي مع الميول الانتحارية، وتسلط هذه الدراسة الضوء على أن الأبحاث المستقبلية لا بد أن تدرس النقد الذاتي كمقدمة محتملة للانتحار في العينات الطولية.

وبحثت دراسة (Zeifman, R., Jennifer, A., Mortin, M., & Kuo, J., 2021) العلاقة بين التعاطف مع الذات والسلوك الانتحاري المبلغ عنه والانتحار الضمني بين (١٣٠)

مراهقًا متنوعًا عرقيًا، فتم تطبيق التقرير الذاتي للتعاطف مع الذات، ومقياس النقد الذاتي، ومقياس السلوكيات الانتحارية، والمقياس الضمني للانتحار، وأشارت النتائج إلى ارتباط التعاطف مع الذات سلبيًا مع السلوكيات الانتحارية المبلغ عنها ذاتيًا ونقد الذات، وارتباط التعاطف مع الذات سلبيًا أيضًا بالانتحار الضمني ونقد الذات. وأشارت التوصيات إلى ضرورة استخدام التعاطف مع الذات كهدف في التدخل العلاجي للحد من مخاطر الانتحار.

هدفت دراسة (Sekowski, M., Lengiewicz, I., & Lester,D., 2022) إلى التعرف على العلاقة بين نقد الذات المرضي والانتحار والاكتئاب واضطراب الشخصية الحدية، ولتحقيق هدف الدراسة تم تطبيق مقياس النقد الذاتي والتبعية، واستبيان السلوكيات الانتحارية، واستبيان التجارب الاكتئابية، واختبار الشخصية الحدية، على عينة قوامها (٢٤٠) شخصًا منهم (١٣٤) أنثى و(١٠٦) ذكور أعمارهم تتراوح من (١٨- ٣٩) سنة بمتوسط عمري (٢٥.١٣) وانحراف معيارى (٤.٤١)، وأشارت النتائج أن الإناث أظهروا مستويات أعلى من الاكتئاب واضطراب الشخصية الحدية والتبعية مقارنة بالذكور، ولم يرتبط أي متغير من متغيرات الدراسة بشكل كبير مع العمر الزمني، وأسفرت النتائج أيضًا عن وجود ارتباط قوي بين النقد الذاتي والسلوك الانتحاري، وتوسط الاكتئاب واضطراب الشخصية الحدية هذه العلاقة.

تعقيب عام على البحوث السابقة:

١- جوانب الاستفادة من الدراسات السابقة:

البحث الحالي استفاد كثيرًا مما سبقه من دراسات؛ فقد حاولت الباحثة أن توظف كثيرًا من الجهود السابقة للوصول إلى معالجة مشكلة البحث بشكل شمولي ودقيق، ومن جوانب الاستفادة العلمية للدراسات السابقة ما يلي:

أ-استفاد البحث الحالي من جميع الدراسات السابقة في الوصول إلى صياغة دقيقة للعنوان البحثي.

ب-استفاد البحث الحالي من جميع الدراسات السابقة في الوصول للمنهج الملائم لهذا البحث.

ج- وظف البحث الحالي توصيات ومقترحات الدراسات السابقة في دعم مشكلة البحث وأهميته.

د- استفاد البحث الحالي من الدراسات السابقة في صياغة أدوات البحث.

٢- الفجوة العلمية التي يعالجها البحث:

أ- من خلال عرض الدراسات السابقة لاحظت الباحثة عدم وجود أي دراسة عربية تناولت نقد الذات المرضي والميول الانتحارية معًا (في حدود إطلاع الباحثة) ولكن كان جميعها دراسات أجنبية.

ب-أظهرت الدراسات الاهتمام بمرحلة المراهقة وهي نفس الفئة العمرية التي تناولها البحث الحالي التي تقابل مرحلة التعليم الثانوي.

ج- كانت نتائج الدراسات السابقة هاديًا للباحثة في الحصول على فروض هذا البحث.

فروض البحث:

يسعى البحث الحالي للتحقق من صحة الفروض التالية:

١- توجد علاقة ارتباطية موجبة بين نقد الذات المرضي والميول الانتحارية لدى طلاب الثانوية العامة.

٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث على مقياس نقد الذات المرضي وأبعاده الفرعية لدى طلاب الثانوية العامة.

٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث على مقياس الميول الانتحارية وأبعاده الفرعية لدى طلاب الثانوية العامة.

٤- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين بين متوسط درجات القسمين العلمي والأدبي على مقياس نقد الذات المرضي وأبعاده الفرعية لدى طلاب الثانوية العامة.

٥- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين بين متوسط درجات القسمين العلمي والأدبي على مقياس الميول الانتحارية وأبعاده الفرعية لدى طلاب الثانوية العامة.

٦- يُسهم نقد الذات المرضي بالتنبؤ بالميول الانتحارية لدى طلاب الثانوية العامة.

٧- تكشف استجابات الحالات على الأدوات الإكلينيكية والسيكومترية عن وجود ديناميات شخصية مميزة لهم وبعض أعراض نقد الذات المرضي والميول الانتحارية المرتفعة.

إجراءات البحث:

أ- منهج البحث:

اعتمدت الباحثة في البحث الحالي على المنهج الوصفي الذي يعتمد على وصف الظاهرة وصفًا دقيقًا، ومن ثم وصف العلاقة بين مُتغيري البحث (نقد الذات المرضي، والميول الانتحارية)، **والمنهج الإكلينيكي** للكشف عن ديناميات الشخصية، والكشف عن العوامل

النفسية الكامنة وراء نقد الذات المرضي والميول الانتحارية، وذلك للتعمق في دراسة حالات بعينها فاستخدمت استمارة المقابلة الشخصية (إعداد الباحثة)، والملاحظة الإكلينيكية غير المباشرة، واختبار تفهم الموضوع (T.A.T)، واختبار ساكس لتكملة الجمل.

ب- **عينة البحث: تكونت العينة الكلية للبحث** من (٤٥٦) طالبًا وطالبة من طلاب بعض المدارس الثانوية بمحافظتي الشرقية والدقهلية من مدن (بلبيس- الزقازيق- ديرب نجم- وميت غمر)، ممن تتراوح أعمارهم بين (١٦- ١٨عامًا)، بمتوسط عمري (١٧.٨٤)، وانحراف معياري (٠.٩٩)، وتكونت **عينة الدراسة الإكلينيكية** من حالتين (الحالة الأولى طالبة بالفرقة الثالثة بشعبة علمي علوم، والحالة الثانية طالب بالفرقة الثالثة شعبة أدبي) ممن حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس نقد الذات المرضي ومقياس الميول الانتحارية .

ج- أدوات البحث:

أولاً: أدوات البحث السيكومترية

١- مقياس نقد الذات المرضي (إعداد الباحثة):

الهدف من إعداد المقياس:

قامت الباحثة بإعداد مقياس نقد الذات المرضي، وكان الهدف من تصميمه هو التوصل إلى أداة لقياس النقد المرضي للذات لدى طلاب المرحلة الثانوية من الجنسيين، وبما يتناسب مع طبيعة وخصائص الطلاب في هذه المرحلة.

خطوات إعداد المقياس:

أ- استطلاع رأي بعض طلاب الثانوية العامة:

أجرت الباحثة استطلاع رأي لمائة طالب بمرحلة الثانوية العامة، وذلك عن طريق استبانة تضمنت ثلاثة أسئلة، وذلك بعد تعريف الباحثة لنقد الذات المرضي: هل تكره ذاتك؟ وإذا كانت الإجابة بنعم فاذكر سبب ذلك، هل تلوم ذاتك باستمرار؟ وإذا كانت الإجابة (نعم) فهل يكون ذلك في صورة حديث داخلي مع ذاتك أم تحرم نفسك من أشياء تحبها؟ هل الأهداف التي تسعى لتحقيقها في حياتك تتناسب مع قدراتك؟

ب-الاطلاع على بعض المقاييس التي صممت لقياس نقد الذات المرضي:

وبعد الاطلاع على الأطر النظرية والدراسات السابقة ومراجعتها لبعض المقاييس العربية والأجنبية، ومن بين هذه المقاييس **مقياس نقد الذات إعداد (أحمد الحسيني هلال، ودينا على السعيد، ٢٠٢٢)** لطلاب الجامعة. يتكون المقياس من (٢٨) عبارة موزعة على أربعة أبعاد

هي: الشعور بعدم الكفاءة وعدم الرضا عن الذات، والإحساس بالفشل والخوف من الوقوع في الفشل، وكراهية الذات ورفض الذات، ووضع المعايير والأهداف ذات المستوى العالي، **ومقياس نقد الذات في مقابل الشعور بالاطمئنان الذاتي لطلاب الجامعة إعداد (جيهان أحمد حمزة، ٢٠٢٢)** تكون المقياس من (٢٢) عبارة موزعة على ثلاثة أبعاد هي عدم الكفاية الذاتية، وكراهية الذات، والاطمئنان الذاتي، **ومقياس نقد الذات إعداد (فاطمة الزهراء محمد، ٢٠٢١) للطلاب المتفوقين** ويتكون المقياس من (٤٠) عبارة موزعة على خمسة أبعاد وهي: الشعور بالذنب ولوم الذات وكراهية الذات والشعور بالدونية وعدم الرضا عن الذات والانصراف عن الإيجابيات والخوف من الفشل، **ومقياس نقد الذات للطلاب المتفوقين عقليًا إعداد (آمال إبراهيم الفقي، ٢٠١٨)** يتكون من (٤١) عبارة موزعة على أربعة أبعاد وهي الشعور بالنقص والشعور بالذنب ومعاقبة الذات وضعف الكفاءة الاجتماعية ، **ومقياس نقد الذات لطلاب الجامعة إعداد (سلوى فهاد حماد، ٢٠١٥)** ويتكون من بعد واحد فقط.

وبعد الاطلاع على هذه المقاييس تبين ضرورة إعداد مقياس للنقد المرضي للذات إذ إن هذه المقاييس لا تفي بأغراض البحث الحالي لأنها على عينات مغايرة مثل طلاب الجامعة، والطلاب المتفوقين بمدارس STEM، كما أن بعضها أُعد منذ فترة طويلة ولم يتم التحقق من ثباته وصدقه، وقد أعدت الباحثة مقياس النقد المرضي للذات في ضوء خصائص العينة والأطر النظرية الخاصة بالمفهوم والمقاييس التي تم الاطلاع عليها، وقد تكون المقياس في صورته الأولية من الأبعاد التالية: **البعد الأول** كراهية الذات ويتكون من (١٥ مفردة)، **البعد الثاني** لوم الذات، ويتكون من (١٥ مفردة)، **البعد الثالث** الخوف من الفشل، ويتكون من (١٥ مفردة) ، وبذلك يتكون المقياس من (٤٥) مفردة موزعة على (٣ أبعاد) وهي (كراهية الذات، لوم الذات، الخوف من الفشل) وأمام كل عبارة ثلاثة بدائل للإجابة (دائمًا – أحيانًا – نادرًا) يختار منها الطالب ما يناسبه.

وكان التعريف الإجرائي الذي بُني على أساسه مقياس نقد الذات المرضي هو: تقييم سلبي ومؤذٍ وقاسٍ للذات يُصاحبه مشاعر كراهية للذات، ولوم شديد للنفس، وخوف دائم من الفشل، ويتحدد من خلال الدرجة التي يحصل عليها المراهق على مقياس نقد الذات المرضي الذي أعدته الباحثة.

التعريف الإجرائي للبعد الأول (كراهية الذات): انفعال سلبي يصاحبه أفكار ومعتقدات ونزعات تدميرية تنعكس في شكل سلوك عدائي وتخريبي للذات، ويشمل العبارات أرقام (١

إلى ١٥). **التعريف الإجرائي للبعد الثاني (لوم الذات):** حالة نفسية تتضمن مشاعر الأسف والندم مصحوبة بتأنيب للنفس وإدانتها ناجمة عن تصرفات وأفعال قام بها الفرد ويرى أنها مُشينة وخاطئة، ويشمل العبارات أرقام (١٦ إلى ٣٠).

التعريف الإجرائي للبعد الثالث (الخوف من الفشل): ميل لتجنب المواقف ذات احتمالية لنتائج سلبية نتيجة إخفاق الفرد في تحقيق النجاح، ويشمل العبارات أرقام (٣١ إلى٤٥).

واعتمدت طريقة التصحيح على أن لكل استجابة درجة، فكان تصحيح العبارات كالتالي: **تنطبق دائمًا (ثلاث درجات)، تنطبق أحيانًا (درجتان)، تنطبق نادرًا (درجة واحدة)**، بحيث تدل الدرجة المرتفعة على نقد مرضي للذات بدرجة مرتفعة، وتدل الدرجة المنخفضة على وجود النقد المرضي للذات بدرجة منخفضة

حساب صدق المحكمين:

عرضت الباحثة الصورة الأولية للمقياس على خمسة محكمين من الأساتذة والأساتذة المساعدين والمدرسين المتخصصين في الصحة النفسية وعلم النفس ومن لهم خبرة بهذا المجال، للحكم على مدى مناسبة صياغة العبارة، ومدى انتمائها للبعد الذي تقيسه، وقد تم الاستفادة من آراء المحكمين في تعديل صياغة بعض العبارات، وكذلك حذف العبارات التي قلت نسبة اتفاق المحكمين على مناسبتها أو انتمائها للبعد عن ٨٠% من المحكمين (التي يقل عدد المحكمين المتفقين على العبارة عن ٤ محكمين من ٥ محكمين)، اعتبرت الباحثة أن المحك هو حذف العبارة التي تقل نسبة اتفاق المحكمين على مناسبتها أو انتمائها للمحور عن ٨٠% من المحكمين، وفي هذه الخطوة لم يتم حذف أي عبارة.

الخصائص السيكومترية لمقياس نقد الذات المرضي:

اتبعت الباحثة الخطوات التالية للتحقق من صدق وثبات مقياس نقد الذات المرضي، تم تطبيق مقياس نقد الذات المرضي على أفراد عينة الخصائص السيكومترية المكونة من (١٥٠) طالبًا وطالبة من طلاب الثانوية العامة، وتم حساب ثبات وصدق أبعاد المقياس الثلاثة على النحو التالي:

الاتساق الداخلي لمقياس نقد الذات المرضي:

وذلك عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجة العبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه العبارة في حالة حذف درجة العبارة من الدرجة الكلية للبعد باعتبار أن بقية عبارات البعد

محكًا للعبارة، والجدول رقم (١) التالي يوضح معاملات ارتباط عبارات كل بعد من أبعاد مقياس نقد الذات المرضي:

جدول (١): مُعاملات الارتباط بين المفردة والدرجة الكلية للبعد الذى تنتمى إليه لمقياس نقد الذات المرضي (ن=١٥٠)

كراهية الذات		لوم الذات		الخوف من الفشل	
رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
١	**٠.٥١٨	١٦	**٠.٦٩٢	٣١	**٠.٦٧٧
٢	**٠.٥٥٨	١٧	**٠.٧١١	٣٢	**٠.٧٢٣
٣	**٠.٥٤٦	١٨	**٠.٧٦٣	٣٣	**٠.٧١٩
٤	**٠.٦٤٢	١٩	**٠.٧١٢	٣٤	**٠.٧٨٨
٥	**٠.٥٧٥	٢٠	**٠.٧٠٨	٣٥	**٠.٥٥٩
٦	**٠.٦٢٠	٢١	**٠.٥٦١	٣٦	**٠.٧٣٦
٧	**٠.٥٨١	٢٢	**٠.٥٨٥	٣٧	**٠.٦٩٦
٨	**٠.٧٢٧	٢٣	**٠.٦٦٥	٣٨	**٠.٧٥١
٩	**٠.٧٢٨	٢٤	**٠.٦٩٦	٣٩	**٠.٧٥٧
١٠	**٠.٥٢٠	٢٥	**٠.٦٤٠	٤٠	**٠.٧٤٨
١١	**٠.٧٠١	٢٦	**٠.٦٩٢	٤١	**٠.٦٣٩
١٢	**٠.٦٠٧	٢٧	**٠.٥٥٥	٤٢	**٠.٦٩٣
١٣	**٠.٥٥١	٢٨	**٠.٦٩٨	٤٣	**٠.٦٣٤
١٤	**٠.٦١٢	٢٩	**٠.٦٨٥	٤٤	**٠.٧١٩

كراهية الذات		لوم الذات		الخوف من الفشل	
رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
١٥	**٠.٦٨٠	٣٠	**٠.٦٢٣	٤٥	**٠.٦٦٩

*** دال إحصائيًا عند مستوى (٠.٠٥) ** دال إحصائيًا عند مستوى (٠.٠١)**

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

أن جميع معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه العبارة (في حالة حذف درجة العبارة من الدرجة الكلية للبعد) دالة إحصائيًا عند مستوى (٠.٠١) وهذا يدل على اتساق البناء الداخلي للمقياس.

صدق مقياس نقد الذات المرضي:

صدق أبعاد مقياس نقد الذات المرضي الثلاثة:

تم حساب صدق كل بعد من أبعاد مقياس نقد الذات المرضي عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية لمقياس نقد الذات المرضي، فوجد أن معاملات الارتباط دالة إحصائيًا عند مستوى (٠.٠١) مما يدل على صدق كل بعد من أبعاد مقياس نقد الذات المرضي، كما بالجدول رقم (٢) التالي:

جدول (٢): معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاد مقياس نقد الذات المرضي والدرجة الكلية للمقياس (ن=١٥٠)

الأبعاد	معامل الارتباط	
	القيمة	دلالة الارتباط
أولًا: كراهية الذات	٠.٨٠٠	**٠.٠٠٠
ثانيًا: لوم الذات	٠.٩٤٩	**٠.٠٠٠
ثالثًا: الخوف من الفشل	٠.٩٠٠	**٠.٠٠٠

*** دال إحصائيًا عند مستوى (٠.٠٥) ** دال إحصائيًا عند مستوى (٠.٠١)**

مما سبق تحقق للباحثة توافر مؤشرات الصدق الكافية للاطمئنان لمقياس نقد الذات المرضي كأداة دقيقة وصالحة لقياس نقد الذات المرضي لدى طلاب الثانوية العامة (عينة البحث الحالي).

ثبات مقياس نقد الذات المرضي:

١- **حساب معامل ألفا لـ كرونباخ Alpha-Cronbach** لكل بعد من أبعاد مقياس نقد الذات المرضي (كراهية الذات، لوم الذات، الخوف من الفشل)، وفي كل مرة يتم حذف درجات إحدى العبارات من الدرجة الكلية للبعد الذي تقيسه العبارة، وأسفرت تلك الخطوة عن أن جميع العبارات ثابتة، حيث وُجد أن معامل ألفا لكل عبارة أقل من أو يساوي معامل ألفا العام للبعد الذي تنتمي إليه العبارة؛ أي أن تدخل العبارات لا يؤدي إلى انخفاض معامل ثبات البعد ككل، وهذا يشير إلى أن كل عبارة تسهم بدرجة معقولة في الثبات الكلي للبعد الذي تقيسه. والجدول التالي يوضح نتائج الثبات بطريقة ألفا لـ كرونباخ Alpha-Cronbach لكل بعد من أبعاد مقياس نقد الذات المرضي:

جدول (٣): معاملات ثبات عبارات أبعاد مقياس نقد الذات المرضي (ن=١٥٠)

كراهية الذات		لوم الذات		الخوف من الفشل	
رقم العبارة	معامل ألفا	رقم العبارة	معامل ألفا	رقم العبارة	معامل ألفا
١	٠.٨٧٤	١٦	٠.٩٠٣	٣١	٠.٩٢٢
٢	٠.٨٧٤	١٧	٠.٩٠٣	٣٢	٠.٩٢١
٣	٠.٨٧٣	١٨	٠.٩٠٠	٣٣	٠.٩٢١
٤	٠.٨٦٩	١٩	٠.٩٠٢	٣٤	٠.٩١٨
٥	٠.٨٧٢	٢٠	٠.٩٠٣	٣٥	٠.٩٢٥
٦	٠.٨٧٠	٢١	٠.٩٠٩	٣٦	٠.٩٢٠
٧	٠.٨٧٥	٢٢	٠.٩٠٨	٣٧	٠.٩٢٢
٨	٠.٨٦٤	٢٣	٠.٩٠٤	٣٨	٠.٩٢٠
٩	٠.٨٦٤	٢٤	٠.٩٠٣	٣٩	٠.٩١٩
١٠	٠.٨٧٤	٢٥	٠.٩٠٥	٤٠	٠.٩٢٠
١١	٠.٨٦٦	٢٦	٠.٩٠٣	٤١	٠.٩٢٣
١٢	٠.٨٧٠	٢٧	٠.٩٠٨	٤٢	٠.٩٢١
١٣	٠.٨٧٣	٢٨	٠.٩٠٣	٤٣	٠.٩٢٤
١٤	٠.٨٧٠	٢٩	٠.٩٠٤	٤٤	٠.٩٢١
١٥	٠.٨٦٧	٣٠	٠.٩٠٦	٤٥	٠.٩٢٢
معامل ألفا للبعد ككل = ٠.٨٧٨		معامل ألفا للبعد ككل = ٠.٩١٠		معامل ألفا للبعد ككل = ٠.٩٢٦	

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

كانت قيم معاملات ألفا لكل عبارة أقل من أو يساوي معامل ألفا العام للبعد الذي تنتمي إليه العبارة؛ أي أن تدخل العبارات لا يؤدي إلى انخفاض معامل ثبات البعد ككل، وهذا يشير إلى أن كل عبارة تسهم بدرجة معقولة في الثبات الكلي للبعد الذي تقيسه، وكانت قيم معاملات ألفا للأبعاد الثلاثة التي يقيسها المقياس (كراهية الذات، لوم الذات، الخوف من الفشل) هي (٠.٨٧٨، ٠.٩١٠، ٠.٩٢٦) على الترتيب، في حين بلغت قيمة معامل ألفا العام لمقياس نقد الذات المرضي ككل (٠.٩٥٧) وهي قيم مرتفعة تدل على تحقق ثبات العبارات والأبعاد الثلاثة لمقياس نقد الذات المرضي.

٢- حساب ثبات الأبعاد الثلاثة لمقياس نقد الذات المرضي والدرجة الكلية له بطريقة التجزئة النصفية:

تم حساب ثبات كل بعد من الأبعاد الثلاثة لمقياس نقد الذات المرضي بطريقة التجزئة النصفية لـ سبيرمان- براون Spearman-Brown، فوُجد أن معاملات ثبات كل بعد من الأبعاد الثلاثة مرتفعة، مما يدل على ثبات أبعاد مقياس نقد الذات المرضي كما بالجدول رقم (٤) التالي:

جدول (٤): معاملات ثبات التجزئة النصفية لمقياس نقد الذات المرضي وأبعاده (ن = ١٥٠)

البعد/ المقياس	عدد العبارات	معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية لـ سبيرمان- براون
أولًا: كراهية الذات	١٥	٠.٨٧٦
ثانيًا: لوم الذات	١٥	٠.٨٥٣
ثالثًا: الخوف من الفشل	١٥	٠.٨٧٥
مقياس نقد الذات المرضي ككل	٤٥	٠.٨٨٥

٢- مقياس الميول الانتحارية: (إعداد الباحثة)

الهدف من إعداد المقياس :

قامت الباحثة بإعداد مقياس الميول الانتحارية، بهدف الحصول على أداة سيكومترية تتناسب مع أفراد العينة وأهداف وطبيعة البحث؛ حيث إن غالبية المقاييس المعدة للتطبيق على طلاب جامعة.

خطوات إعداد المقياس:

أ- استطلاع رأي بعض طلاب الثانوية العامة:

أجرت الباحثة استطلاع رأي لمائة طالب بمرحلة الثانوية العامة وذلك عن طريق استبانة تضمنت ثلاثة أسئلة بعد تعريف الباحثة للميول الانتحارية، السؤال الأول: هل لديك أي ميول انتحارية؟ والسؤال الثاني: هل ظهرت الميول الانتحارية إن وجدت في صورة أفكار أم سلوك أما في صورة أفكار وسلوك معًا ؟ والسؤال الثالث ما الوسائل التي خططت لاستخدمها في الانتحار؟ وما السبل التي تقترحها للحد من ظاهرة الانتحار؟

ب-**الاطلاع على بعض المقاييس التي صممت من أجل قياس الميول الانتحارية مثل:-**

مقياس احتمالية الانتحار إعداد (عبد الرقيب البحيري، ٢٠١٣) يتكون من (٣٦) عبارة مقسم إلى أربعة أبعاد هي: الشعور باليأس (١٢ عبارة)، وتصور الانتحار(٨ عبارات)، والتقييم السلبي للذات (٩ عبارات)، والعداوة (٧ عبارات) ، **ومقياس الميول الانتحارية إعداد (محمد ربحي عبدالفتاح، وصلاح الدين محمد أبو ناهية، وحسام الدين محمود عزب، ٢٠٢٠)** وتكون المقياس من (٣٠) عبارة وثلاثة أبعاد هي: التفكير وتصور الانتحار (١٠ عبارات)، الرغبة والتخطيط للانتحار (١٠ عبارات)، والقدرة الفعلية على الانتحار(١٠ عبارات). وتندرج الاختيارات بين (أوافق بشدة، أوافق، محايد، أعارض، أعارض بشدة)، **ومقياس الميول الانتحارية إعداد (شيماء محمد، ٢٠٢٠)** تكون المقياس من (٢٦) عبارة، وتتضمن ثلاثة استجابات (دائمًا، وأحيانًا، ونارًا)، **ومقياس الميول الانتحارية إعداد (صابر فاروق محمد، وغدير أحمد المياح، ٢٠٢٢)** ويتكون المقياس من (٢١) عبارة .

وفي ضوء الإطار النظري للبحث الحالي وعلاقة الميول الانتحارية ببعض المتغيرات النفسية، وسمات الأفراد الذين لديهم ميول انتحارية، وطبيعة خصائص وأفراد العينة – تم صياغة فقرات المقياس في صورته الأولية بما يتناسب وأسس ونظريات الميول الانتحارية والمتغيرات المرتبطة بها، لتعبر عن مستوى الميول الانتحارية لدى طلاب المرحلة الثانوية؛ لذا تألفت الصورة الأولية للمقياس من الأبعاد التالية: البعد الأول التفكير الانتحاري، ويتكون من (١٥مفردة)، البعد الثاني التصور الانتحاري، ويتكون من (١٥ مفردة)، البعد الثالث السلوك الانتحاري، ويتكون من (١٥ مفردة)، وبذلك يتكون المقياس من (٤٥) عبارة موزعة على (٣ أبعاد) وهي (التفكير الانتحاري، التصور الانتحاري، السلوك الانتحاري) وأمام كل عبارة ثلاثة بدائل للإجابة (تنطبق دائمًا، تنطبق أحيانًا، تنطبق نادرًا) يختار منها المراهق ما يناسبه.

وكان التعريف الإجرائي الذي بني على أساسه المقياس هو ما يلي: حالة يشعر فيها المراهق أن إنهاء حياته هو الحل الأمثل لجميع مشاكله سواء المشاكل الناجمة عن صراعات نفسية أو اجتماعية أود راسية أو اقتصادية، ويبدأ ذلك بتفكير انتحاري، ثم تصور انتحاري، وتنتهي بسلوك انتحاري" ، ويتحدد من خلال الدرجة التي يحصل عليها المراهق على مقياس الميول الانتحارية الذي أعدته الباحثة.

التعريف الإجرائي للبعد الأول (التفكير الانتحاري): هو استسلام المراهق لمجموعة أفكار سلبية حول معاقبة النفس والانتقام منها تدفعه للانتحار لإنهاء مشاكله، ويشمل العبارات من (١ إلى ١٥).

التعريف الإجرائي للبعد الثاني (التصور الانتحاري): هو وضع خطوات أو تصور ذهني لمحاولة تنفيذ التخلص الفعلي من حياته باختيار الوسيلة التي خطط لاستخدامها مثل (تناول أدوية بكميات كبيرة، حبوب الغلة، استخدام الآلات الحادة، مشاهدة مقاطع فيديو ومحاكاتها لأشخاص انتحروا بالفعل.... إلخ)، ويشمل العبارات من (١٦إلى ٣٠).

التعريف الإجرائي للبعد الثالث (السلوك الانتحاري): هو الممارسات السلبية والهازمة التي تطرأ على سلوك المراهق مثل (فقدان الاهتمام بالمهام الحياتية، حدوث اضطرابات النوم والأكل، العزلة ..... إلخ)، ويشمل العبارات من (٣١ إلى ٤٥)، اعتمدت طريقة التصحيح على أن لكل استجابة درجة، فكان تصحيح العبارات كالتالي: تنطبق دائمًا (ثلاث درجات)، تنطبق أحيانًا (درجتان)، تنطبق نادرًا (درجة واحدة)، بحيث تدل الدرجة المرتفعة على وجود الميول الانتحارية بدرجة مرتفعة، وتدل الدرجة المنخفضة على وجود الميول الانتحارية بدرجة منخفضة

حساب صدق المحكمين:

عرضت الباحث الصورة الأولية للمقياس على خمسة محكمين من الأساتذة والأساتذة المساعدين والمدرسين المتخصصين في الصحة النفسية وعلم النفس ومن لهم خبرة بهذا المجال، للحكم على مدى مناسبة صياغة العبارة، ومدى انتمائها للبعد الذي تقيسه، وقد تم الاستفادة من آراء المحكمين في تعديل صياغة بعض العبارات، وكذلك حذف العبارات التي قلت نسبة اتفاق المحكمين على مناسبتها أو انتمائها للبعد عن ٨٠% من المحكمين (التي يقل عدد المحكمين المتفقين على العبارة عن ٤ محكمين من ٥ محكمين)، اعتبرت الباحثة أن المحك هو حذف العبارة التي تقل نسبة اتفاق المحكمين على مناسبتها أو انتمائها للمحور عن ٨٠% من المحكمين، وفي هذه الخطوة لم يتم حذف أي عبارة.

الخصائص السيكومترية لمقياس الميول الانتحاري

اتبعت الباحثة الخطوات التالية للتحقق من صدق وثبات مقياس الميول الانتحارية، تم تطبيق مقياس الميول الانتحارية على أفراد عينة الخصائص السيكومترية المكونة من (١٥٠) طالبًا وطالبة من طلاب الثانوية العامة، وتم حساب ثبات وصدق أبعاد المقياس الثلاثة على النحو التالي:

الاتساق الداخلي لمقياس الميول الانتحارية:

تم حسابه عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجة العبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه العبارة في حالة حذف درجة العبارة من الدرجة الكلية للبعد باعتبار أن بقية عبارات البعد محكًا للعبارة. والجدول رقم (٥) التالي يوضح معاملات ارتباط عبارات كل بعد من أبعاد مقياس الميول الانتحارية:

جدول (٥): معاملات الارتباط بين المفردة والدرجة الكلية للبعد الذى تنتمى إليه لمقياس الميول الانتحارية (ن=١٥٠)

التفكير الانتحاري		التصورات الانتحارية		السلوك الانتحاري	
رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
١	٠.٨٠٢**	١٦	٠.٧٤٢**	٣١	٠.٦٧٢**
٢	٠.٧٨٨**	١٧	٠.٦٩١**	٣٢	٠.٨٣٠**
٣	٠.٧٦٦**	١٨	٠.٦٧٠**	٣٣	٠.٧٧٩**
٤	٠.٦٩٢**	١٩	٠.٧٢٤**	٣٤	٠.٧٢٦**
٥	٠.٦٥٢**	٢٠	٠.٦٨١**	٣٥	٠.٧٥١**
٦	٠.٧٩٠**	٢١	٠.٧٠٦**	٣٦	٠.٦٤٧**
٧	٠.٧٣٣**	٢٢	٠.٧٦٠**	٣٧	٠.٨٠٢**
٨	٠.٧٢٦**	٢٣	٠.٧٦٨**	٣٨	٠.٧٨٢**
٩	٠.٧٢٩**	٢٤	٠.٥٨٨**	٣٩	٠.٨٣٦**
١٠	٠.٧١٣**	٢٥	٠.٧٢٩**	٤٠	٠.٧٧٢**
١١	٠.٦٩٩**	٢٦	٠.٦٩٩**	٤١	٠.٧٩٥**
١٢	٠.٧٣٩**	٢٧	٠.٦٢١**	٤٢	٠.٨١٥**
١٣	٠.٧٤٨**	٢٨	٠.٤٩٧**	٤٣	٠.٧١٠**
١٤	٠.٧٧٠**	٢٩	٠.٥٩٣**	٤٤	٠.٧١٣**
١٥	٠.٨٠٨**	٣٠	٠.٧٢٢**	٤٥	٠.٧٨١**

*** دال إحصائيًا عند مستوى (٠.٠٥) ** دال إحصائيًا عند مستوى (٠.٠١)**

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

إن جميع معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه العبارة (في حالة حذف درجة العبارة من الدرجة الكلية للبعد) دالة إحصائيًا عند مستوى (٠.٠١)، وهذه النتيجة تتفق مع نتائج الثبات بطريقة ألفا – كرونباخ.

صدق مقياس الميول الانتحارية الثلاثة:

تم حساب صدق كل بعد من أبعاد مقياس الميول الانتحارية عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية لمقياس الميول الانتحارية، فوُجد أن معاملات الارتباط دالة إحصائيًا عند مستوى (٠.٠١) مما يدل على صدق كل بعد من أبعاد مقياس الميول الانتحارية، كما بالجدول رقم (٦) التالي:

جدول (٦): معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاد مقياس الميول الانتحارية **والدرجة الكلية للمقياس (ن=١٥٠)**

الأبعاد	معامل الارتباط	
	القيمة	دلالة الارتباط
أولًا: التفكير الانتحاري	٠.٩٥٨	٠.٠٠٠**
ثانيًا: التصورات الانتحارية	٠.٩٣١	٠.٠٠٠**
ثالثًا: السلوك الانتحاري	٠.٩٢٥	٠.٠٠٠**

*** دال إحصائيًا عند مستوى (٠.٠٥) ** دال إحصائيًا عند مستوى (٠.٠١)**

مما سبق تحقق للباحثة توافر مؤشرات الثبات وأدلة الصدق الكافية للاطمئنان لمقياس الميول الانتحارية كأداة دقيقة وصالحة لقياس الميول الانتحارية لدى طلاب الثانوية العامة (عينة البحث الحالي).

ثبات مقياس الميول الانتحارية:

١- **حساب معامل ألفا لـ كرونباخ Alpha-Cronbach** لكل بعد من أبعاد مقياس الميول الانتحارية (التفكير الانتحاري، التصورات الانتحارية، السلوك الانتحاري)، وفي كل مرة يتم حذف درجات إحدى العبارات من الدرجة الكلية للبعد الذي تقيسه العبارة، وأسفرت تلك الخطوة عن أن جميع العبارات ثابتة، حيث وُجد أن معامل ألفا لكل عبارة أقل من أو يساوي معامل ألفا العام للبعد الذي تنتمي إليه العبارة؛ أي أن تدخل العبارات لا يؤدي إلى انخفاض معامل ثبات البعد ككل، وهذا يشير إلى أن كل عبارة تسهم بدرجة معقولة في الثبات الكلي للبعد الذي تقيسه. والجدول التالي يوضح نتائج الثبات بطريقة ألفا لـ كرونباخ Alpha-Cronbach لكل بعد من أبعاد مقياس الميول الانتحارية:

جدول (٧): معاملات ثبات عبارات أبعاد مقياس الميول الانتحارية **(ن=١٥٠)**

التفكير الانتحاري		التصورات الانتحارية		السلوك الانتحاري	
رقم العبارة	معامل ألفا	رقم العبارة	معامل ألفا	رقم العبارة	معامل ألفا
١	٠.٩٣٤	١٦	٠.٩٠٢	٣١	٠.٩٤٧
٢	٠.٩٣٤	١٧	٠.٩٠٤	٣٢	٠.٩٤٣
٣	٠.٩٣٥	١٨	٠.٩٠٥	٣٣	٠.٩٤٤
٤	٠.٩٣٦	١٩	٠.٩٠٣	٣٤	٠.٩٤٦
٥	٠.٩٣٩	٢٠	٠.٩٠٥	٣٥	٠.٩٤٥
٦	٠.٩٣٤	٢١	٠.٩٠٤	٣٦	٠.٩٤٧
٧	٠.٩٣٦	٢٢	٠.٩٠٢	٣٧	٠.٩٤٣
٨	٠.٩٣٦	٢٣	٠.٩٠١	٣٨	٠.٩٤٤
٩	٠.٩٣٦	٢٤	٠.٩١١	٣٩	٠.٩٤٢
١٠	٠.٩٣٦	٢٥	٠.٩٠٣	٤٠	٠.٩٤٤
١١	٠.٩٣٦	٢٦	٠.٩٠٤	٤١	٠.٩٤٤
١٢	٠.٩٣٦	٢٧	٠.٩٠٧	٤٢	٠.٩٤٣
١٣	٠.٩٣٥	٢٨	٠.٩١١	٤٣	٠.٩٤٦
١٤	٠.٩٣٤	٢٩	٠.٩٠٨	٤٤	٠.٩٤٦
١٥	٠.٩٣٣	٣٠	٠.٩٠٣	٤٥	٠.٩٤٤
معامل ألفا للبعد ككل = ٠.٩٣٩		معامل ألفا للبعد ككل = ٠.٩١١		معامل ألفا للبعد ككل = ٠.٩٤٨	

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

كانت قيم معاملات ألفا لكل عبارة أقل من أو يساوي معامل ألفا العام للبعد الذي تنتمي إليه العبارة؛ أي أن تدخل العبارات لا يؤدي إلى انخفاض معامل ثبات البعد ككل، وهذا يشير إلى أن كل عبارة تسهم بدرجة معقولة في الثبات الكلي للبعد الذي تقيسه، وكانت قيم معاملات ألفا للأبعاد الثلاثة التي يقيسها المقياس (التفكير الانتحاري، التصورات الانتحارية، السلوك الانتحاري) هي (٠.٩٣٩، ٠.٩١١، ٠.٩٤٨) على الترتيب، في حين بلغت قيمة معامل ألفا العام لمقياس الميول الانتحارية ككل (٠.٩٧٠) وهي قيم مرتفعة تدل على تحقق ثبات العبارات والأبعاد الثلاثة لمقياس الميول الانتحارية.

٢- حساب ثبات الأبعاد الثلاثة لمقياس الميول الانتحارية **والدرجة الكلية له بطريقة التجزئة النصفية:**

تم حساب ثبات كل بعد من الأبعاد الثلاثة لمقياس الميول الانتحارية بطريقة التجزئة النصفية لـ سبيرمان- براون Spearman-Brown، فوُجد أن معاملات ثبات كل بعد من الأبعاد الثلاثة مرتفعة، مما يدل على ثبات أبعاد مقياس الميول الانتحارية كما بالجدول رقم (٦) التالي:

جدول (٨): معاملات ثبات التجزئة النصفية لمقياس الميول الانتحارية **وأبعاده (ن = ١٥٠)**

البعد/ المقياس	عـــــــدد العبارات	معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية لـ سبيرمان- براون
أولا: التفكير الانتحاري	١٥	٠.٩٣١
ثانيًا: التصورات الانتحارية	١٥	٠.٨٨٠
ثالثا: السلوك الانتحاري	١٥	٠.٩٢٣
مقياس الميول الانتحارية ككل	٤٥	٠.٩٢٠

٢- استمارة المقابلة الإكلينيكية: (إعداد الباحثة)

هى مقابلة يتم فيها جمع معطيات تاريخ الحالة في جميع الجوانب وذلك لدراسة التاريخ الشخصي والاجتماعي والحصول على معلومات رئيسية عن ظروفه الأسرية حيث علاقة الحالة بأفراد أسرتها وأصدقائها وتاريخها الدراسي والصحي وخبراتها الناجحة والفاشلة وأبرز مخاوفها وهواياتها وعلاقاتها العاطفية وطموحها وفلسفتها في الحياة وتوجهها نحو الزمن.

٣- الملاحظة الإكلينيكية غير المباشرة:

وهي وسيلة تستخدم لجمع معلومات مكملة للمقابلة الشخصية، لاحظت الباحثة من خلال خطة منظمة وموضوعية بعض الأعراض النفسية والأنماط السلوكية للحالات، وذلك كله ساعد الباحثة عند تفسير النتائج السيكومترية والإكلينيكية .

٤- اختبار " ساكس" لتكملة الجمل (إعداد جوزيف ساكس، ترجمة أحمد سلامة،١٩٧٠).

يتكون الاختبار من (٦٠) عبارة ناقصة تغطي (١٥) اتجاهًا تحت أربعة مجالات للتوافق وهي: **المجال الأول: الأسرة** (١٢ عبارة) يتضمن: الاتجاه نحو الأب، والاتجاه نحو الأم، ووحدة الأسرة. **المجال الثاني: مجال الجنس:** (٨ عبارات) يتضمن الاتجاه نحو النساء، والعلاقات الجنسية الغيرية. **المجال الثالث العلاقات الإنسانية المتبادلة:** (١٦ عبارة) يتضمن الاتجاه نحو الأصدقاء والمعارف، وزملاء العمل والدراسة، ورؤساء العمل أو المدرسة، والمرؤوسين. **المجال الرابع فكرة المرء عن نفسه:** (٢٤ عبارة) يتضمن: المخاوف، والشعور

بالذنب، والأهداف، وفكرة المرء عما لديه من قدرات ذاتية، فكرة المرء عن المستقبل والماضي. يتم تصحيح الاختبار بطريقة المنوال بتقدير الدرجات كميًا بعدد (٣) على الأقل، ويقوم الباحث بجمع العبارات المتضمنة في كل اتجاه على حدة، ويحسب لها منوال الدرجات، ثم يفسر استجابات الحالة في كل اتجاه على حدة مستعينًا بالبيانات التي جُمعت أثناء المقابلة.

٥- اختبار تفهم الموضوع T. A. T (إعداد موراي ومورجان، ترجمة محمد خطاب، ٢٠١٧):

يعتبر اختبار تفهم الموضوع أسلوبًا لدراسة ديناميات الشخصية كما تظهر في العلاقات بين الأشخاص، ويتكون من (٣١) بطاقة يطلب فيها من المفحوص رواية قصة عما يدور في البطاقة من أحداث، وهذه الرواية تعكس إدراك الشخص للمثيرات الغامضة عمدًا، وهذا الاختبار أكثر الأساليب الإسقاطية استخدامًا بعدما ظهر في صورته النهائية على يد " مورجان وموراي"، كما يعتبر أداة مناسبة لإجراء دراسة شمولية للشخصية، حيث يكشف عن الدوافع والانفعالات والصراعات لدى المفحوص، وبشكل خاص النزعات المكبوتة، كما أنه يساعد على تشخيص الاضطرابات النفسية والسلوكية والعقلية.

ولقد اعتمدت الباحثة على طريقة" موراي" الكيفية في تحليل وتفسير استجابات الحالات على الاختبار، حيث تأويل الحالة القصة والتعرف على البطل الرئيسي للقصة، الذي يُعد انعكاسًا لشخصية المفحوص، حيث يُسقط عليه رغباته ونزعاته ومشاعره، فقصص المفحوص ما هي إلا إسقاطات لدوافعه وأفكاره أو على موضوعات للبيئة المُحيطة، ثم بعد ذلك يتم تحديد الحاجات الأساسية والمخاوف والصراعات التي تدور في نفسه ومشاعره، والحاجات الكامنة لدى المفحوص.

اختارت الباحثة البطاقات التي تتناسب مع الحالة، وتتناسب مع طبيعة البحث وهي:

لحالات الذكور تم استخدام البطاقات رقم (3BM- 6BM- 7BM- 9BM-17BM- 18BM)، ولحالات الإناث بطاقات رقم (7GF- 6GF-3GF- 9GF-17 GF- 18GF)، وهناك بطاقات مشتركة تم استخدامها للذكور والإناث بطاقات رقم (5 -4 -16-2).

نتائج البحث ومناقشتها :

يتناول هذا الجزء عرضًا لنتائج البحث من خلال التحقق من فروض البحث، وينتهي هذا الجزء بمناقشة نتائج البحث وتفسيرها في ضوء ما اطلعت عليه الباحثة من الإطار النظري والدراسات السابقة بالإضافة للخبرة الشخصية للباحث. وتفصيل ذلك فيما يلي:

التحقق من الفرض الأول للبحث:

ينص الفرض الأول للبحث على: "**توجد علاقة ارتباطية موجبة بين نقد الذات المرضي والميول الانتحارية لطلاب الثانوية العامة**". وللتحقق من هذا الفرض تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات نقد الذات المرضي والميول الانتحارية لدى طلاب الثانوية العامة، والجدول (٩) التالي يوضح النتائج:

جدول (٩): معامل ارتباط بيرسون ودلالته بين درجات نقد الذات المرضي والميول الانتحارية لدى طلاب الثانوية العامة (ن= ٤٥٦)

نقد الذات المرضي / الميول الانتحارية	كراهية الذات	لوم الذات	الخوف من الفشل	نقد الذات المرضي ككل
التفكير الانتحاري	**٠.٧٢٦	**٠.٦٩٣	**٠.٥٢٧	**٠.٧١٢
التصورات الانتحارية	**٠.٦٣٨	**٠.٥٠٢	**٠.٣٢٥	**٠.٥٢١
السلوك الانتحاري	**٠.٥٩٢	**٠.٦٩١	**٠.٥٩٢	**٠.٧٠٣
الميول الانتحارية ككل	**٠.٧١٠	**٠.٧٠٧	**٠.٥٥٣	**٠.٧٢٥

*** دالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة (٠.٠٥)، ** دالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة (٠.٠١).**

يتضح من الجدول (٩) ما يلي:

- توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيًا عند مستوى (٠.٠١) بين نقد الذات المرضي ككل وأبعاده (كراهية الذات، ولوم الذات، والخوف من الفشل)، والميول الانتحارية ككل وأبعادها (التفكير الانتحاري، والتصورات الانتحارية، والسلوك الانتحاري) لدى طلاب الثانوية العامة، وهذا يعني أنه كلما زاد نقد الذات المرضي زادت الميول الانتحارية، مما يعني تحقق الفرض الأول.

مناقشة نتيجة الفرض الأول:

أسفرت نتيجة الفرض الأول عن وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيًا عند مستوى (٠.٠١) بين نقد الذات المرضي والميول الانتحارية لطلاب الثانوية العامة، والنتيجة السابقة لها تأييد فيما تم ذكره في الدراسات السابقة كاتفاقها مع دراسة (Weierich et al., 2007) التي أشارت إلى أنه نتيجة لسوء معاملة المراهق أثناء الطفولة سواء كان ذلك على شكل إهانات متكررة، وانتقاد مفرط يؤدي إلى أن يتبنى هؤلاء المراهقون نظرة نقدية مماثلة لأنفسهم، ويظهر في النهاية في صورة شكل متطرف للعقاب الذاتي الذي يصل للانتحار الفعلي.

وتتفق مع نتائج دراسة (Daniel& David, 2017) التي أشارت إلى أن نقد الذات المرضي يرتبط بشكل مستقبلي بمجموعة من اضطرابات الصحة النفسية مثل تعاطي المخدرات، واضطراب القلق الاجتماعي، والميول الانتحارية، واضطراب الشخصية التجنبية.

وتدعم هذه النتيجة دراسة (Golestaneh et al., 2017) التي توصلت إلى أن نقد الذات المرضي من أكثر الخصائص التي تؤدي إلى ضعف تواصل المراهق مع البيئة المحيطة؛ وذلك كنتيجة طبيعية لشعوره بلوم ذاته بشكل دائم، ومن ثُم فنقد الذات يُعد سمة أساسية من سمات مرضي الاكتئاب وليس سببًا فقط ودافع قوى للإقبال على الانتحار.

كما اتفقت نتيجة هذا الفرض أيضًا مع دراسة (Campos, R., Besser, A., & Blatt, S., 2012) التي أوضحت أن المراهقين الناقدين لذواتهم أكثر عرضة للانتحار بسبب مرورهم بأحداث مؤلمة وذكريات الرفض الوالدي، وأوضحت نتائجها أيضًا أن الضيق النفسي يتوسط العلاقة بين نقد الذات المرضي والميول الانتحارية.

وأشارت كثير من الدراسات إلى أنه عندما ينتقد المراهق ذاته بشكل مرضي فإنه ينتقد السلوك الخاطئ بطريقة أو نمط يتميز بالحكم والتقييم السلبي، ويرتبط ذلك بالوجدانيات السلبية وعجز المراهق عن التعايش مع هذه الوجدانات، وبصفة خاصة بكل من ازدراء الذات واحتقارها مما يخلق ميولًا انتحارية لدى هؤلاء المراهقين كدراسة (Xavier, 2016; Campos, 2018; Zeifman et al ., 2021; Sekowski, Lengiewicz, & Lester, 2022; Tibubos et al., 2023)

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن المراهق في المرحلة الثانوية يضع لنفسه معايير مفرطة في الأداء سواء الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو الانفعالي، ويسعى بشكل قهري إلى تحقيقها، ولا يشعر المراهق بالرضا، بل يشعر بالتقصير دائمًا، ويميل إلى محاسبة نفسه بشدة، فتظهر هنا الميول الانتحارية للمراهق كتعبير عن الشعور بالإنهاك من الحياة، وأن الحياة لا تستحق العيش فيها، وذلك يحدث بعد وصول المراهق إلى مرحلة من اليأس والقنوط، وفقدان الأمل، وتضخم السلبيات في حياته.

فترى الباحثة أن هذه النتيجة منطقية ومعقولة؛ فنقد الذات المرضي نقطة ضعف نفسية تساعد على ظهور الميول الانتحارية؛ فالمراهق يعيش مجموعة من الظروف التي تعتبر صعبة فيرغب في تغيرها والتخلص منها من خلال المحاولة الانتحارية، حيث تتميز الظروف التي تسبق المحاولة الانتحارية ببعض التجارب والأحداث التي يتعرض لها المراهق، وتتمثل في

النقد، والعقوبات من قبل شخص ذي سلطة في العائلة كالأب أو الأم أو خارجها كالمدرسين، أو من طرف شخص محبوب يرتبط به عاطفيًا، وهذا ما يجعله يشعر بأنه مرفوض ومحتقر.

وتستنتج الباحثة أن نقد الذات المرضي يجعل الأفراد مُفتقرين للاتزان الانفعالي، ويصدقون الأسوأ عن أنفسهم، ويكونون جاهزين للموافقة على الأحكام السالبة الصادرة من الآخرين، ويصبحون معتمدين على الآخرين في تقديرهم لأنفسهم، وذلك لأن تقديرهم لأنفسهم مُتدنٍ، فينظر المراهق لنفسه على أنه ضعيف، ويتجنب الصعاب ولا يواجها.

كما تُضيف الباحثة أن نقد الذات ينشأ نتيجة لأساليب التنشئة الاجتماعية المتطرفة؛ فعلى سبيل المثال: عندما يستدخل الوالدان عبارات سلبية مثل (لا يمكنك عمل شيء جيد – أنت غبي) كل هذه العبارات تُنشئ شعورًا بعدم الاستحقاق، ومن ثم سيطرة بعض الأفكار السلبية على الفرد مثل (محكوم عليَّ بالفشل – لا أستحق) فهنا يتجلى نقد الذات المرضي الذي يولد ميلًا انتحاريًّا عند المراهق كسبيل لحل جميع مشاكله.

ولكن استنتجت الباحثة من هذا البحث أن الميول الانتحارية مؤشرات لا تعبر عن رغبة حقيقية من المراهق في الموت أكثر من كونها صرخة بصوت عالٍ، ورغبة في طلب المساعدة من الأشخاص المحيطين لدعمه، ولمساندته في العبور من أزماته المختلفة.

- **التحقق من الفرض الثاني للبحث:**

ينص الفرض الثاني على: "**لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الذكور ومتوسطات درجات الإناث على مقياس نقد الذات المرضي وأبعاده الفرعية لدى طلاب الثانوية العامة**"، للتحقق من الفرض الثاني للبحث تم استخدام اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين (independent Samples T-Test) لدراسة دلالة الفروق بين متوسطات درجات الذكور ومتوسطات درجات الإناث على مقياس نقد الذات المرضي وأبعاده الفرعية لدى طلاب الثانوية العامة، والجدول (١٠) التالي يوضح النتائج:

جدول (١٠): نتائج اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين لدراسة دلالة الفروق بين متوسطات درجات الذكور ومتوسطات درجات الإناث على مقياس نقد الذات المرضي وأبعاده الفرعية لدى طلاب الثانوية العامة (ن=٤٥٦) (الذكور=٨٠، الإناث=٣٧٦)

أبعاد نقد الذات المرضي	النوع	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
كراهية الذات	ذكور	٢٠.٧٦٣	٥.٤٥٠	١.٣٨٦	٠.١٦٦ غير دالة
	إناث	١٩.٨٧٠	٥.١٨٥		
لوم الذات	ذكور	٢٧.٥٢٥	٦.٢٣٠	٠.٤٠٤	٠.٦٨٦ غير دالة
	إناث	٢٧.٩١٠	٨.٠٠٧		
الخوف من الفشل	ذكور	٣٠.١٧٥	٧.٣٢٦	١.١٦٣	٠.٢٤٦ غير دالة
	إناث	٣١.٣٧٥	٨.٥٨٩		
نقد الذات المرضي ككل	ذكور	٧٨.٤٦٣	١٦.٤٦٩	٠.٢٩٤	٠.٧٦٩ غير دالة
	إناث	٧٩.١٥٤	١٩.٥٨٨		

*** دالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة (٠.٠٥)، ** دالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة (٠.٠١).**

يتضح من الجدول (١٠) السابق أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين متوسطات درجات الذكور ومتوسطات درجات الإناث على مقياس نقد الذات المرضي وأبعاده الفرعية لدى طلاب الثانوية العامة، أي أنه لا يوجد اختلاف بين الذكور والإناث من طلاب الثانوية العامة في نفد الذات المرضي وأبعاده، مما يعني تحقق الفرض الثاني.

مناقشة نتيجة الفرض الثاني:

أظهرت النتائج عدم وجود فروق تُعزى إلى النوع في نقد الذات المرضي، فقد اتفقت هذه النتيجة مع دراسة (عماد ناصف، ٢٠١٣) التي أثبتت عدم وجود فروق بين الجنسين في لوم ونقد الذات.

واتفقت أيضًا مع دراسة (أحمد الحسيني هلال، دينا على السعيد، ٢٠٢٢) التي أشارت إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور والإناث على مقياس نقد الذات وأبعاده الفرعية.

في حين تتعارض هذه النتيجة مع دراسة (سامية صابر، ٢٠١٠) التي أثبتت نتائجها وجود فروق في اتجاه الذكور في نقد الذات، ودراسة (Vilegen& Luyten, 2009) التي أثبتت أن الإناث أكثر نقدًا لذواتهن من الذكور، ودراسة (دانيا الشبؤون، ٢٠١١)، ودراسة (Shahar,2016) التي تشير إلى أن الإناث أكثر نقدًا لذواتهن من الذكور، ودراسة (فاطمة

الزهراء محمد، ٢٠٢١) التي أثبتت وجود فروق تعزى إلى النوع في الدرجة الكلية للنقد السلبي للذات وعامل الشعور بالذنب في اتجاه الإناث.

وتشير دراسة (Shahar, 2016) أن النقد الذاتي يحتوي على فجوة بين (الظاهر وأنفسنا الحقيقية) ومعرفة الذات (ما يفكر فيه شخص ما عن نفسه)، وهذه الظاهرة لها تأثير على زيادة ميل المراهقين بصفة عامه إلى تطبيق معايير عالية تجاه مهام حياته، ومن ثم وصولهم لدرجة عالية من نقد الذات المرضي لكلا الجنسين.

وترى الباحثة أنه عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في نقد الذات المرضي يعود إلى انتماء الطلاب في غالبيتهم إلى نفس البيئة الاجتماعية والثقافية؛ بمعنى أنهم يخضعون لنفس المؤثرات والمعايير الاجتماعية والثقافية.

وترجع الباحثة هذه النتيجة أيضًا إلى طبيعة مرحلة المراهقة التي تتميز بالحساسية الانفعالية السلبية والشعور بالذنب والنزعة للكمالية، والتي لا تختلف باختلاف الجنس، كذلك طبيعة المرحلة الدراسية (المرحلة الثانوية) والتي يتعرض فيها الطلاب منذ بدايتها إلى العديد من الضغوط سواء كانت ضغوط أسرية أو مدرسية أو ضغوط شخصية ترجع إلى سمات الشخصية، والتي تجعل المراهقين من الذكور والإناث ينتقدون أنفسهم بشكل مستمر، بالإضافة إلى فقدانهم الثقة بنفسهم وحدة انفعالاتهم.

وذلك ما دعمته العديد من الدراسات؛ حيث إن نقد الذات المرضي يتكون نتيجة للمعايير غير المنطقية وغير العقلانية التي يضعها المراهق لنفسه، ونتيجة تفكيره السلبي نحو خصائصه الشخصية والجسمية؛ فيكون لدى الفرد مشاعر لوم الذات تجاه نقاط ضعفه (Sahar, 2015; Sahar, 2016; Nagy, Shanahan, & Bear, 2021)

- **التحقق من الفرض الثالث للبحث:**

ينص الفرض الثالث على أنه : "**لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الذكور ومتوسطات درجات الإناث على مقياس الميول الانتحارية وأبعاده الفرعية لدى طلاب الثانوية العامة**"، للتحقق من الفرض الثالث للبحث تم استخدام اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين (independent Samples T-Test) لدراسة دلالة الفروق بين متوسطات درجات الذكور ومتوسطات درجات الإناث على مقياس الميول الانتحارية وأبعاده الفرعية لدى طلاب الثانوية العامة، والجدول (١١) التالي يوضح النتائج:

جدول (١١): نتائج اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين لدراسة دلالة الفروق بين متوسطات درجات الذكور ومتوسطات درجات الإناث على مقياس الميول الانتحارية وأبعاده الفرعية لدى طلاب الثانوية العامة (ن=٤٥٦) (الذكور=٨٠، الإناث=٣٧٦)

أبعاد الميول الانتحارية	النوع	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
التفكير الانتحاري	ذكور	٢٠.٦٠٠	٦.٤٧٨	١.٨١٤	٠.٠٧٠ غير دالة
	إناث	٢٢.٢٥٠	٧.٥٦٥		
التصورات الانتحارية	ذكور	١٧.٦٦٣	٥.٣٣٠	٠.٩٦٦	٠.٣٣٤ غير دالة
	إناث	١٨.٢٩٣	٥.٢٨٩		
السلوك الانتحاري	ذكور	٢٣.٧٥٠	٨.٤٠١	٣.٣٢٩	**٠.٠٠١
	إناث	٢٧.٤٧٣	٩.٢٢١		
الميول الانتحارية ككل	ذكور	٦٢.٠١٣	١٨.٣٥٨	٢.٢٥٤	*٠.٠١٥
	إناث	٦٨.٠١٦	٢٠.١٩٣		

*** دالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة (٠.٠٥)، ** دالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة (٠.٠١).**

يتضح من الجدول (١١) السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين متوسطات درجات الذكور ومتوسطات درجات الإناث على بعدي التفكير الانتحاري والتصورات الانتحارية كأحد أبعاد الميول الانتحارية لدى طلاب الثانوية العامة، بينما يوجد فرق دال إحصائيًا عند مستوى (٠.٠١) بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث على بعد السلوك الانتحاري كأحد أبعاد الميول الانتحارية لصالح الإناث، كما وجد فرق دال إحصائيا عند مستوى (٠.٠٥) بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث على الميول الانتحارية ككل لصالح الإناث.

مناقشة نتائج الفرض الثالث:

تشير نتائج هذا الفرض إلى أن الإناث أكثر ميلًا نحو الانتحار من الذكور، مما يعني عدم تحقق الفرض الثالث جزئيًا، وتحقق الفرض البديل.

قد ترجع هذه النتيجة إلى بعض العوامل الفسيولوجية مثل وجود بعض الإنزيمات داخل البينية المخية للأنثى، وبعض الهرمونات التي يفرزها جسمها تجعلها أكثر عرضة للاضطرابات النفسية مقارنة بالذكور (Carandang, Bronson& Kamare, 2000, 28).

فقد أكدت نتائج بعض الدراسات أن الإناث أقل صلابة نفسية وأقل ثباتًا انفعاليًا من الذكور كدراسة (أحمد عبد الوهاب، ٢٠١٥)، وذلك قد يفسر سبب وجود فرق دال إحصائيًّا عند مستوى (٠.٠١) بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث على بعد السلوك الانتحاري كأحد أبعاد الميول الانتحارية لصالح الإناث.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (صابر فاروق محمد، ٢٠٢١) التي أثبتت حصول الإناث على متوسط أعلى من الذكور في مقياس الميول الانتحارية، وذلك بدلالة جوهرية عند مستوى (٠.٠١) ، بينما اختلفت هذه النتيجة مع دراسة (يحيى بن مبارك خطاطبة، وأحمد بن سعد الأحمد، ٢٠٢٠) التي أشارت إلى عدم وجود فروق في الميول الانتحارية تُعزى لمتغير النوع، واختلفت نتائج البحث الحالي أيضًا مع نتائج دراسة (سالمة عطية عبدالله، ورأف الله أبو شعراية، ٢٠١٩) التي أسفرت نتائجها عن وجود فروق بين الذكور والإناث في الميول الانتحارية لصالح الذكور.

تفسر الباحثة هذه النتيجة في ضوء الطبيعة السيكولوجية للمرأة، فهي تتمتع بالمشاعر الجياشة أكثر من الذكر، وبدرجة عالية من الحساسية الانفعالية؛ فتكون أكثر حساسية للمشاكل والضغوط التي تواجهها، فسرعان ما تشعر بالقنوط والإحباط، فعندما تتراكم أحداث الحياة الضاغطة في وقت واحد على الأنثى، وحينما يفوق ذلك قدرتها على المواجهة وخاصة لو اجتمعت الضغوط مع خصال شخصية سلبية يؤدي ذلك إلى زيادة تأثر بهذه الضغوط؛ وبالتالي زيادة انخراط الأنثى في السلوكيات الانتحارية كأحد أبعاد الميول الانتحارية.

-التحقق من نتائج الفرض الرابع للبحث:

ينص الفرض الرابع على: "**لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القسمين العلمي والأدبي على مقياس نقد الذات المرضي وأبعاده الفرعية لدى طلاب الثانوية العامة**"، للتحقق من الفرض الرابع للبحث تم استخدام اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين (independent Samples T-Test) لدراسة دلالة الفروق بين متوسطات درجات القسمين العلمي والأدبي على مقياس نقد الذات المرضي وأبعاده الفرعية لدى طلاب الثانوية العامة، والجدول (١٢) التالي يوضح النتائج:

جدول (١٢): نتائج اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين لدراسة دلالة الفروق بين متوسطات درجات القسمين العلمي والأدبي على مقياس نقد الذات المرضي وأبعاده الفرعية لدى طلاب الثانوية العامة (ن=٤٥٦) (العلمي=٢٤١، الأدبي=٢١٦)

أبعاد نقد الذات المرضي	القسم	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
كراهية الذات	العلمي	٢٠.٢٥٣	٥.١٠٣	٠.٩٧٩	٠.٣٢٨ غير دالة
	الأدبي	١٩.٧٧٢	٥.٣٨٤		
لوم الذات	العلمي	٢٧.٨٩٢	٧.٣٩٢	٠.١٤٦	٠.٨٨٤ غير دالة
	الأدبي	٢٧.٧٨٦	٨.٠٩٠		
الخوف من الفشل	العلمي	٣١.٤١٩	٨.٠٦٢	٠.٦٨٦	٠.٤٩٣ غير دالة
	الأدبي	٣٠.٨٧٩	٨.٧٤٥		
نقد الذات المرضي ككل	العلمي	٧٩.٥٦٤	١٨.٢٣٦	٠.٦٣٠	٠.٥٢٩ غير دالة
	الأدبي	٧٨.٤٣٧	١٩.٩٧٥		

*** دالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة (٠.٠٥)، ** دالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة (٠.٠١).**

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين متوسطات درجات القسمين العلمي والأدبي على مقياس نقد الذات المرضي وأبعاده الفرعية لدى طلاب الثانوية العامة، أي أنه لا يوجد اختلاف بين القسمين العلمي والأدبي من طلاب الثانوية العامة في نقد الذات المرضي وأبعاده، مما يعني تحقق الفرض الرابع.

مناقشة نتائج الفرض الرابع:

تتفق هذه النتيجة في جزء مع نتيجة دراسة (أحمد الحسيني هلال، ودينا على السعيد، ٢٠٢٢) وتختلف معها في جزء حيث كان من أبرز نتائج هذه الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القسمين العلمي والأدبي على مقياس نقد الذات ككل وأبعاده الفرعية ماعدا بعد (وضع الأهداف والمعايير ذات المستوى العالي) حيث وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القسمين العلمي والأدبي لصالح القسم العلمي.

يُمكن أن تُفسر الباحثة هذه النتيجة في ضوء خصائص المراهقين حيث يتسمون بحدة المشاعر والانفعالات؛ فهم يعانون من صراع داخلي عنيف بصرف النظر عن تخصصهم الأكاديمي وأعبائهم الدراسية، فتُسيطر عليهم مشاعر الخوف، والغضب، والحيرة، ولوم الذات، والشعور بالذنب، وفقدان الثقة بالنفس، فيميلون إلى إصدار أحكامًا قاسية على ذاتهم، بالإضافة إلى إحساسهم الدائم بالدونية وعدم الاستحقاق، حيث صُنفت هذه المرحلة بأنها المرحلة الإنمائية الحرجة لكونها مرحلة انتقالية، فقد يكون بها بعض المنغصات نتيجة حدوث العديد من التغيرات الفسيولوجية والانفعالية والاجتماعية، فالمراهق سواء كان تخصصه

(علمي) أو (أدبي) يرى نفسه كثير العيوب ولا يستحق الاحترام، فالمراهق بوجه عام يُعظم فشله، ويقلل من نجاحاته، ويتجاهل أي قدرات لديه، ويسعى من أجل المعايير العالية والتمام والكمال، وهذا كله لا يعكس الرغبة في التفوق والتميز ولكنه رغبة منه في تجنب الفشل.

- **التحقق من الفرض الخامس للبحث:**
- ينص الفرض الخامس على أنه: "**لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القسمين العلمي والأدبي على مقياس الميول الانتحارية وأبعاده الفرعية لدى طلاب الثانوية العامة**"، للتحقق من الفرض الخامس للبحث تم استخدام اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين (independent Samples T-Test) لدراسة دلالة الفروق بين متوسطات درجات القسمين العلمي والأدبي على مقياس الميول الانتحارية وأبعاده الفرعية لدى طلاب الثانوية العامة، والجدول (١٣) التالي يوضح النتائج:

جدول (١٣): نتائج اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين لدراسة دلالة الفروق بين متوسطات درجات القسمين العلمي والأدبي على مقياس الميول الانتحارية وأبعاده الفرعية لدى طلاب الثانوية العامة (ن=٤٥٦) (العلمي=٢٤١، الأدبي=٢١٦)

أبعاد الميول الانتحارية	القسم	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
التفكير الانتحاري	العلمي	٢١.٥٨١	٧.١٤٥	١.١٥٩	٠.٢٤٧ غير دالة
	الأدبي	٢٢.٣٨٦	٧.٦٨٣		
التصورات الانتحارية	العلمي	١٧.٩٤٦	٤.٧٦١	١.٠٠٧	٠.٣١٤ غير دالة
	الأدبي	١٨.٤٤٧	٥.٨٣٧		
السلوك الانتحاري	العلمي	٢٦.١٧٠	٩.٠١٣	١.٦٠٣	٠.١١٠ غير دالة
	الأدبي	٢٧.٥٤٩	٩.٣٣٩		
الميول الانتحارية ككل	العلمي	٦٥.٦٩٧	١٩.٢٨٠	١.٤٣٣	٠.١٥٣ غير دالة
	الأدبي	٦٨.٣٨١	٢٠.٧٢١		

*** دالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة (٠.٠٥)، ** دالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة (٠.٠١).**

يتضح من الجدول (١٣) السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين متوسطات درجات القسمين العلمي والأدبي على مقياس الميول الانتحارية وأبعاده الفرعية لدى طلاب الثانوية العامة، أي أنه لا يوجد اختلاف بين القسمين العلمي

والأدبي من طلاب الثانوية العامة في الميول الانتحارية وأبعاده، مما يعني تحقق الفرض الخامس.

مناقشة نتائج الفرض الخامس:

اختلفت نتائج هذا البحث مع نتائج دراسة (سالمة عطية عبد الله، ورأف الله بو شعراية الدرسي، ٢٠١٩؛ Zheng, A., & Wang, Z, 2014) حيث أشارت نتائجهم إلى ارتفاع معدل الميول الانتحارية مع العبء الأكاديمي، بينما اتفقت نتائج هذا البحث مع نتائج دراسة (يحيي بن مبارك خطاطبة، وأحمد بن سعد الأحمد، ٢٠٢٠) التي أشارت إلى عدم وجود فروق في الميول الانتحارية تُعزى لمتغير التخصص العلمي، واتفقت أيضًا نتائج هذا الفرض مع دراسة (أبرار إبراهيم الحبيب، وفاطمة خليفة السيد، ٢٠٢١) التي أشارت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) بين الطالبات عينة الدراسة في الميول الانتحارية وفقًا لمتغير التخصص الدراسي (إنساني/ علمي)، واتفقت مع نتائج دراسة (نورا محمد عرفة، ٢٠٢٢) التي أثبتت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الرغبة في الانتحار تبعًا لاختلاف التخصص، واتفقت مع دراسة (عصام عبداللطيف عبدالهادي، ٢٠٢٢) التي أثبتت عدم وجود فروق في الميل الانتحار تُعزى لنوع التعليم.

تستنتج الباحثة أن الفروق في الميول الانتحارية لا تعود لنوع التخصص الأكاديمي بل تعود لوجود العوامل التي تُحفز ظهور الميول الانتحارية لدى طالب المرحلة الثانوية كضعف الوازع الديني لديه فالإسلام حرم الانتحار، وشعور المراهق بالعجز وعدم القدرة على التأثير في الأحداث واعتقاده بأن العالم مكان خطر وأن الموت حل لكل مشاكله وراحه له ولمن حوله، ووجود الشعور بالوحدة والفراغ وعدم الرضا عن الذات، وعدم قدرة المراهق على بذل الجهد هي من أبرز مقدمات حالات إيذاء الذات والانتحار، كذلك عدم رضا المراهق عن علاقاته مع الآخرين، وإدمان بعض المراهقين للمواد المخدرة، وتكون نهاية المراهق في حالة عدم العلاج إما الموت أو الانتحار، وفقد المراهق لأحد الوالدين بسبب الموت أو السفر أو الانفصال يجعل المراهق أكثر حساسية لخبرات الفقد التالية، ووجود تاريخ أسري من الانتحار حيث وجود أحد أفراد الأسرة الذي يتكلم بشكل دائم عن عدم رغبته في الحياة والتعرض كذلك لخبرات الإساءة في مرحلة الطفولة كل هذه الأسباب تدفع المراهق للانتحار بصرف النظر عن تخصصه.

- **التحقق من الفرض السادس للبحث:**

ينص الفرض السادس على: "**يمكن التنبؤ بالميول الانتحارية من خلال نقد الذات المرضي لدى طلاب الثانوية العامة)**"، وللتحقق من هذا الفرض قامت الباحثة بحساب تحليل الانحدار المتعدد المتدرج لدراسة إمكانية التنبؤ بالميول الانتحارية من خلال نقد الذات المرضي لدى طلاب الثانوية العامة، والنتائج موضحة في الجداول التالية:

جدول (١٤): نتائج تحليل الانحدار المتعدد المتدرج للميول الانتحارية (كمتغير تابع) وأبعاد نقد الذات المرضي (كمتغيرات مستقلة) (ن=٤٥٦)

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	الدلالة	مربع معامل الارتباط المصحح
بين المجموعات	١٠٥٧٦٨.١٠٠	٣	٣٥٢٥٦.٠٣٣	٢٠٩.٢٧٨	**٠.٠٠٠	٠.٥٧٩
داخل المجموعات	٧٦١٤٦.٢٦٦	٤٥٢	١٦٨.٤٦٥			
التباين الكلي	١٨١٩١٤.٣٦٦	٤٥٥				

** دالة عند مستوى (٠.٠١). *دالة عند مستوى (٠.٠٥).

يتبين أن قيمة (F) دالة عند مستوى دلالة (Sig = 0.01) وهذا يؤكد إمكانية التنبؤ بالميول الانتحارية من خلال نقد الذات المرضي لدى طلاب الثانوية العامة. كما أن نسبة التباين المفسر للتغير في الميول الانتحارية من خلال أبعاد نقد الذات كانت (٥٧.٩%) وهي نسبة جيدة، بينما باقي النسبة تعود لعوامل أخرى، وهذا يعني تحقق الفرض السادس. ويمكن تحديد معادلة الانحدار من خلال النتائج بالجدول (١٥) التالي:

جدول (١٥): معاملات الانحدار المتعدد المتدرج للميول الانتحارية (كمتغير تابع) وأبعاد نقد الذات المرضي (كمتغيرات مستقلة) (ن=٤٥٦)

المتغيرات	معامل الانحدار	قيمة (ف)	الدلالة
كراهية الذات	٠.٤٢٠	٩.٤١١	**٠.٠٠٠
لوم الذات	٠.٣٦١	٥.٩٢٤	**٠.٠٠٠

** دالة عند مستوى (٠.٠١). *دالة عند مستوى (٠.٠٥).

من خلال نتائج معاملات الانحدار المتعدد المتدرج الدالة للميول الانتحارية (كمتغير تابع) وأبعاد نقد الذات المرضي (كمتغيرات مستقلة) يمكن كتابة معادلة الانحدار التالية:

الميول الانتحارية = ٠.٤٢٠ * كراهية الذات + ٠.٣٦١ * لوم الذات.

وهذا يعني أنه يمكن التنبؤ بالميول الانتحارية من خلال بعدي كراهية الذات ولوم الذات كأحد أبعاد نقد الذات المرضي.

مناقشة نتائج الفرض السادس:

اتفقت نتيجة هذا الفرض مع نتائج دراسة كل من (Cox et al ., 2004; Dauarte et al ., 2014; Sekowski et al ., 2022) حيثُ أشاروا إلى أن المراهقين مرتفعي نقد الذات المرضي يكون لديهم معتقدات سلبية مشوهة عن الذات في مختلف نقاط حياتهم، وهي معتقدات ثابتة عبر الزمن، ونقد الذات يظهر كعرض مرضي في العديد من الاضطرابات الإكلينيكية واضطرابات الشخصية، ويُنبئ بوجود ميول انتحارية لدى المراهقين.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Jones& Daniels, 2016) التي أظهرت أن المراهق اليائس يظن أن الانتحار هو الحل الأمثل الذي يشعره بالراحة ويعمل على إزالة توتراته الانفعالية، فالمراهق يعيش مجموعة من الظروف التي تعتبر صعبة فيرغب في تغيرها والتخلص منها من خلال المحاولة الانتحارية حيث تتميز الظروف التي تسبق المحاولة الانتحارية ببعض التجارب والأحداث التي يتعرض لها المراهق، وتتمثل في النقد، والعقوبات من قبل شخص ذي سلطة في العائلة أو خارجها أو من طرف شخص محبوب، وهذا ما يجعله يشعر بأنه مرفوض ومحتقر.

وتتفق مع دراسة (Weierich, Hooley, Deliberto, Nock, & Glassman, 2007) التي أكدت أن المراهقين مُفرطي النقد لذواتهم يظهرون في النهاية نقدهم في صورة شكل متطرف للعقاب الذاتي الذي يصل للانتحار الفعلي.

كما أكدت نتيجة هذا الفرض دراسة (Khanipour, Hakim, & Bidaki, 2016) حيث أشارت في نتائجها إلى أنه يُمكن أن يُنبئ نقد الذات المرضي الذي يتضمن مشاعر عدم الكفاءة وكراهية الذات وصعوبة التحكم في الانفعالات بنسبة ٥٠ % بالميول الانتحارية.

تستنتج الباحثة أن نقد الذات المرضي يُنبئ بالميول الانتحارية؛ فإنه إذا زاد النقد عن الحد المعقول أصبح صفة سلبية تعوق المراهق عن التمتع بإنجازاته ويلوم نفسه بشكل مستمر، بالإضافة إلى إنه لا يستطيع الشعور بالرضا عن أي شيء ينجزه، بل يصبح دائم الإحساس بالدونية، والكراهية لذاته، والخوف من عدم قدرته على الالتزام بالتوقعات التي يضعها لنفسه، والتي يتوقعها الآخرون منه، ولا يجد المراهق حلًا لمشكلاته من وجهة نظره سوى التطرق إلى

الانتحار، والميل للانتحار هو أكبر دليل على هشاشة المراهق النفسية، وعدم تمكنه من استخدام ميكانيزمات الدفاع في مواجهة أزمات الحياة المختلفة.

نتيجة الفرض السابع ومناقشته

ونصه" **تكشف استجابات الحالتان على الأدوات الإكلينيكية والسيكومترية عن وجود ديناميات شخصية مميزة لهم وبعض أعراض نقد الذات المرضي والميول الانتحارية المرتفعة**". وللتحقق من ذلك تعرض الباحثة استجابات الحالتين على أدوات البحث على النحو التالي:

استجابات الحالة الأولى على مقياس النقد المرضي للذات ومقياس الميول الانتحارية:

بعد تطبيق مقياس النقد المرضي للذات والميول الانتحارية على الحالة، تم تجميع الدرجات فكانت الدرجات على النحو التالي:

جدول (١٦)

درجات الحالة الأولى على المقاييس

مقياس النقد المرضي للذات			مقياس الميول الانتحارية		
الأبعاد	الدرجة الكلية	درجة الحالة	الأبعاد	الدرجة الكلية	الحالة
كراهية الذات	٤٥	٤٢	التفكير الانتحاري	٤٥	٤١
لوم الذات	٤٥	٤١	التصور الانتحاري	٤٥	٤٠
الخوف من الفشل	٤٥	٤٠	السلوك الانتحاري	٤٥	٣٩
الدرجة الكلية للمقياس	١٣٥	١٢٣	الدرجة الكلية للمقياس	١٣٥	١٢٠

يلاحظ ارتفاع درجة الحالة الأولى على مقياس النقد المرضي للذات وأبعاده، حيث أعربت الحالة عن كراهيتها لذاتها؛ حيث توجد أفكار ومعتقدات ونزعات تدميرية تنعكس في شكل سلوك عدائي وتخريبي لذاتها، ولومها لذاتها؛ حيث توجد مشاعر الأسف والندم مصحوبة بتأنيب للنفس وإدانتها ناجمة عن تصرفات وأفعال قامت بها الحالة وترى أنها مُشينة وخاطئة، ولديها شعور بالخوف من الفشل؛ حيث تميل لتجنب المواقف ذات احتمالية لنتائج سلبية نتيجة إخفاق الحالة في تحقيق النجاح، كما يلاحظ ارتفاع درجة الحالة على مقياس الميول الانتحارية حيث يوجد تفكير انتحاري يشير إلى استسلام الحالة لمجموعة أفكار سلبية حول

معاقبة النفس والانتقام منها تدفعها للانتحار لإنهاء مشاكلها، ووجود تصورات انتحارية وهى تصور ذهني لمحاولة تنفيذ التخلص الفعلي من حياته باختيار الوسيلة التي خطط لاستخدامها مثل (تناول أدوية بكميات كبيرة، حبوب الغلة، استخدام الآلات الحادة، مشاهدة مقاطع فيديو ومحاكاتها لأشخاص انتحروا بالفعل، إشعال النار في نفسه .... إلخ)، ووجود سلوك انتحاري، وهي الممارسات السلبية والهازمة التي تطرأ على السلوك مثل (فقدان الاهتمام بالمهام الحياتية، حدوث اضطرابات النوم والأكل، العزلة ..... إلخ).

١- ملخص دراسة الحالة الأولى من خلال استمارة المقابلة الشخصية:

عند إجراء البحث كان عمر الحالة (١٧) عامًا، وهي **طالبة** بالثانوية العامة شعبة **علمي علوم**، وترتيبها الأول في أسرتها يليها أخ وأخت توأم عمرهم (١٢) عامًا بالصف السادس الابتدائي، **وعن علاقتها بأخواتها** ذكرت أن علاقتها بهم عادية، ولا يوجد حوار بينهم فقالت الحالة عنهم في المقابلة **(تافهين كل همهم اللعب، وكنت بتمنى يكون ليا أخ أو أخت أكبر منى يشيلوا عنى همومي وأقدر أعتمد عليها شوية بدل ما الحمل كل عليه أنا).**

وعن علاقتها بالأب يعمل الأب مدرس رياضيات للمرحلة الابتدائية، يبلغ من العمر ٤٥ عامًا، حالته الصحة جيدة لا يعاني من أي أمراض، شخصيته قوية فقالت الحالة (**شخصية بابا قوية بقسوة كل همه الناس هتقول إيه وبس)**، الأب غير متوافق نفسيًا فقالت الحالة (**بابا بيطلع عقده كلها وهو صغير علينا أنا وأخواتي وأمي)**، علاقة الحالة بوالدها علاقة متوترة دائمًا فقالت **(مفيش عمار بيني أنا وبابا)**، وعن اتجاه الحالة نحوه اتجاه سلبي ذكرت الحالة (**ولا بحبه ولا بكره وجوده عادى يعنى وجوده زي عدمه بالنسبة ليا).**

وعن علاقتها بالأم تعمل الأم مدرسة رسم بنفس المدرسة التي يعمل بها والد الحالة، وتبلغ من العمر (٤٠) عامًا، تعاني الأم من بعض الأمراض فقالت الحالة (ماما عندها نزيف تقريبًا بشكل دايم بعد ولادة إخواتي)، وشخصية الأم قوية فقالت الحالة **(ماما على طول عصبية من أقل حاجة تتنرفز)**، علاقة الحالة بوالدتها علاقة متوترة ومضطربة فقالت الحالة **(افتكر أن ماما عمرها ما حضنتني ولا وأنا فرحانة ولا وأنا زعلانة).**

وعن علاقة الأب والأم ببعض علاقة مشحونة دائمًا بالمشاكل وغير متوافقة فذكرت الحالة **(مفيش يوم نقدر نقضيه حلو ويعدى من غير مشاكل حتى رمضان حتى العيد كل أيامنا فيها مشاكل).**

وعن أسلوب التربية وطفولتها تذكر الحالة أن الأب والأم كانا يستخدمان معها العقاب البدني والتوبيخ على أصغر الغلطات التي تفعلها كطفلة فقالت الحالة (**طفولتي مكنتش أحسن حاجة يعنى ولا مراهقتي كمان كل حياتي أرف)**، وذكرت الحالة أن طريقة تعامل الأب والأم معها بهذا الأسلوب أعطى من حولها فرصة في أن يتعامل معها بنفس الأسلوب فقالت الحالة (**في جُمل قاسية لسه بترن في ودنى من جدتي أم بابا وكانت على طول تفضل ولاد عمى عليه وتحبهم أكتر منى)**، فكانت الجدة تقيم معهم في نفس البيت وذكرت الحالة أن شخصيتها ظالمة وعنيدة، وكانت تشجع والد الحالة على توبيخ الحالة وضربها.

أما عن علاقاتها الاجتماعية فليس للحالة أصدقاء مقربين فقالت الحالة (**بأحس دايمًا أنى كمالة عدد بين أصدقائي وقرايبي بردوا)**، وذكرت الحالة أنها اشتركت في بعض الجمعيات الخيرية حتى تستطيع تكوين أصدقاء، ولكنها شعرت أنهم أصدقاء مصلحة وقالت الحالة (**بمجرد ما تنتهى المصلحة يبعدوا عنى)**، وذكرت أن أقاربها يكرهونها، ولا يحبون التحدث لها، وهي أيضًا لا تحب أن تجتمع معهم في مكان، فذكرت أن لها ابنة عم قالت عنها الحالة (**طول عمري نفسي يبقي ليا عيشة زي عيشتها بأحسها محبوبة من كل الناس عنى)**، فالحالة تشعر بالوحدة والغربة.

أما عن علاقاتها العاطفية ذكرت الحالة أن علاقتها بالجنس الآخر فاشلة؛ فكانت تحب شابًّا في الفرقة الأولى بكلية هندسة، ولكنهما الآن انفصلا فقالت الحالة **(بأحسه دايمًا كان شايلني إستبن)**، فذكرت أنه كان متعدد علاقات الحب، وكان عندما يترك من يحبها يعود للحالة مرة أخرى حتى قررت الحالة الابتعاد عنه فقالت **(عملت له بلوك من حياتي ومن كل وسائل التواصل عندي)**، وذلك سبب للحالة حزنًا شديدًا واكتئابًا وقالت الحالة (**نفسي حد يحبني زي ما أنا أو على حقيقتي)** .

بالنسبة لتاريخها التعليمي فذكرت الحالة أن مستواها التعليمي في الابتدائي والإعدادي متوسط، ولكنها تحاول أن تجتهد في الثانوية العامة فقالت الحالة (**نفسي ربنا يعوضني بقي وأطلع دكتورة عشان أجيب كل حاجة اتحرمت منها)** وذكرت بأنه رغم عمل الأب والأم كمدرسين فلم يقفا بجانبها في مشوارها التعليمي، **أما عن تاريخها الصحي** فلا تعاني الحالة من أمراض مزمنة، ولكنها ذكرت أن مناعتها ضعيفة جدًا؛ فذكرت أنها دائمًا ما تتعرض لنزلات معوية وبرد منذ صغرها، وخصوصًا في فصل الشتاء، **أما عن هوايتها** فذكرت الحالة أنها تحب الرسم؛ فقد شاركت في مسابقات مدرسية قبل ذلك، وتحب القراءة عن علم الفلك.

بالنسبة لتوجه الحالة نحو الزمن الحالة تنظر للماضي والحاضر والمستقبل نظرة تشاؤمية سوداء مليئة بالاكتئاب والألم والتوتر.

بالنسبة لفلسفتها في الحياة الحالة فاقدة للأمل من أن حياتها سوف تتحسن وقالت الحالة (**يتردد لى دائمًا فكرة التخلص من حياتي ولكنى أعرف أنه حرام ولكن باشوف حل لكل مشاكلي وقت زعلى)**، وترى الحالة أن الحياة صعبة وشاقة فقالت (**مبقاش عندي طاقة للحياة أصلًا**).

وعن رأي الحالة في شخصيتها ترى الحالة أن أفضل صفات تحبها في شخصيتها طيبتها فقالت (**بأحس أنى على نياتي وبنسي غلطات الناس في حقي بسرعة)**، وذكرت أن أكثر صفات تكرهها في شخصيتها عدم ثقتها بنفسها والتردد فقالت الحالة (**ترددي سبب أنى باسمع رأى ناس وباعمل اللي هما عاوزينوا مش اللي أنا عاوزاه ويندم)**.

بالنسبة للمخاوف ذكرت الحالة أنها تخاف من الوحدة والظلام، وأنها تخاف من الموت ولكنها تراه حلًّا لمشاكلها وأزمتها مع أهلها فقالت (**حاسة أنى زهقت من الحياة دي**)، أما **عن الأحلام والكوابيس** فالحالة لا تنام جيدًا، وذلك يؤثر على انتباها وتركيزها في استذكارها للدروس، وتحلم بكوابيس مفزعة.

بالنسبة لنقدها لذاتها ذكرت الحالة أنها تنتقد نفسها بشكل دائم على أصغر الغلطات، وتنتقد شكلها وشكل جسمها ومستواهم الاجتماعي والمادي. و**بالنسبة لميولها الانتحارية** تفكر الحالة في التخلص من حياتها بشكل دائم فقالت (**الموت راحة واللي بيموت بيرتاح**) وذكرت أن ذلك كله بسبب مشاكل والدها ووالدتها بشكل دائم، وبسبب عدم وجود صديق أو حبيب مخلص لها ويتقبل حقيقتها كما ذكرت؛ فتنظر لحياتها نظرة تشاؤمية وسوداوية.

تعقيب الباحثة على تاريخ الحالة الأولى:

من خلال المقابلة ودراسة الحالة تبين أن الحالة هي البنت البكر لوالديها، ولديها أخ وأخت أصغر منها، وعلاقتها بهم سطحية، والدها ووالدتها يعملان مدرسين في نفس المدرسة، وعلاقتها بهما متوترة حيث سردت أنهما أثناء طفولتها ومراهقتها كانا يتعاملان معها بشدة وصرامة، وكانا دائمي العقاب اللفظي وغير اللفظي لها، يتشاجران معها بشكل دائم، وذكرت أنها تشعر بالوحدة والعزلة حيث لا يوجد لها أصدقاء مقربون. وأوضحت أنها فشلت في علاقتها العاطفية الوحيدة، واتجاه الحالة نحو الزمن سلبي وتشاؤمي، وذكرت أنه من أبرز هواياتها القراءة والرسم، وتطمح الحالة أن تصبح دكتورة مشهورة، وذكرت أنها تتعرض لأحلام

مزعجة كثيرة وكوابيس أثناء نومها مما يجعلها تنام نومًا متقطعًا وتستيقظ مرهقة، وأشارت أنه من أبرز مخاوفها أنها تخاف من المستقبل، وتخاف من نقدها الدائم لنفسها بشكل سلبي؛ فهي تنتقد شكلها وتصرفاتها، وذكرت أن من الصفات التي تحبها في شخصيتها طيبتها، وتكره في نفسها ترددها وعدم ثقتها بنفسها، وأنها حاولت التفكير في الانتحار أكثر من مره لكثرة المشاكل التي تتعرض لها في أسرتها أو خارجها؛ فترى أن موتها هو حل وراحة لكل من حولها.

لاحظت الباحثة بكاء الحالة أحيانًا كثيرة أثناء المقابلة وسردها لهذه الأمور، وضحكها في أحيان أخرى **(تستخدم الحالة ميكانيزم الإنكار والعزل)** لتظهر تماسكها، فكان يظهر على الحالة كم كبير من القلق والتوتر والتشاؤم نتيجة لما مرت به من مشاكل، واتضح للباحثة من خلال دراسة الحالة تأثر شخصية الحالة بمشاكل والديها في مرحلة طفولتها.

٢-تفسير استجابات الحالة الأولى على اختبار " ساكس" لتكملة الجمل:

عرضت الباحثة استجابات الحالة الأولى على محكمين بالإضافة إلى الباحثة، وبذلك يكون عدد المحكمين ثلاثة، لتقدير الدرجة كميًا على كل عبارة، ثم قامت الباحثة بأخذ الدرجة المنوالية للدرجات الثلاثة التي وضعها المحكمون، أو أخذ المتوسط للدرجات في حالة تعذر الدرجة المنوالية، ثم إعطاء درجة لكل اتجاه من الاتجاهات الخمسة عشر الخاصة بالاختيار، وفي النهاية قامت الباحثة بتفسير الاستجابات الخاصة بالحالة على النحو التالي:

- **الاتجاه نحو الأم:** تُظهر استجابات الحالة اضطرابًا شديدا نحو الأم، حيث يوجد بينهم خلافات ومشاكل وضعف التواصل، وتفتقد الحالة الدعم والحنية والمساندة من والدتها، فوالدتها دائمة التوبيخ لها كما ذكرت الحالة في المقابلة، وتسخر من بنتها، ومن شكل جسمها ومظهرها، ومن سلوكياتها؛ مما جعل الحالة تنتقد نفسها بشكل دائم، فقد ذكرت الحالة في استجابتها " **أمي كانت سبب في ضعف ثقتي بنفسي وترددي** " .
- **الاتجاه نحو الأب:** تُظهر استجابات الحالة اضطرابًا شديدًا واتجاهًا سلبيًّا نحو الأب، حيث كان يتعامل مع الحالة بقسوة وبعصبية وبالعقاب البدني؛ مما دفع الحالة إلى التفكير في الانتحار أكثر من مره للتخلص من مشاكلها، كما أكدت ذلك استجابات الحالة "**بودي لو أن أبي قام بالحديث معي بدل من ضربي**".
- **الاتجاه نحو وحدة الأسرة:** تظهر استجابات الحالة اضطرابًا شديدًا في هذا الاتجاه، فما تعرضت له الحالة من ضغط أسري ومجتمعي من والدها ووالدتها وجدتها وأصدقائها

والشخص الذي كانت تحبه جعلها تشعر بالحزن والوحدة والرغبة في العزلة، وتذكر الحالة في استجابتها "**أسرتي تُعاملني كما لو كنت شخص سيئ**" مما دعم لديها إحساسها بالفشل وأنها منبوذة اجتماعيًا، ودفعها ذلك كله لإيذاء ذاتها بشكل مُتعمد.

- **الاتجاه نحو المرأة:** تظهر استجابات الحالة اضطرابًا متوسطًا في الاتجاه نحو المرأة، ويتضح ذلك من خلال استجابتها " **معظم البنات طيبين وينخدعوا بسرعة**" ، وأكدت الحالة خلال المقابلة أن من أكثر الصفات التي تحبها في شخصيتها هي طيبتها، ولكن عبرت عن رغبتها في منحها لمن يستحقها.
- **الاتجاه نحو العلاقات الجنسية الغيرية:** تظهر استجابات الحالة اضطرابًا شديدًا في هذا الاتجاه، فالحالة تؤكد أن كل العلاقات العاطفية حتمًا ستفشل مثلما فشلت علاقتها مع من تُحب، وأن كل الأزواج يمثلون السعادة ولكنهم في الحقيقة تُعساء.
- **الاتجاه نحو الأصدقاء والمعارف:** تظهر استجابات الحالة اضطرابًا في هذا الاتجاه، وأكد على ذلك ما ذكرته في المقابلة أن أصدقائها يعرفونها لمصلحة ما وبمجرد ما تنتهي المصلحة يقطعون علاقتهم بها، وذكرت في استجابتها " **أشعر بأن الصديق الحق غير موجود**" .
- **الاتجاه نحو رؤساء العمل أو المدرسة:** تظهر استجابات الحالة اضطرابًا متوسطًا نحو رؤساء العمل أو المدرسة ففي عبارة "**الناس الذين أعدهم أعلى منى متكبرين**"، وأكد على ذلك استجابتها على عبارة" **عندما أرى رئيسي قادمًا أتجاهله**"، وهذا يوضح مدى اضطراب الحالة فتلجأ لاستخدام ميكانيزمات الدفاع كالتقمص والإسقاط والإنكار لتخفيف حدة خوفها من رؤساء العمل.
- **الاتجاه نحو المرؤوسين:** تظهر استجابات الحالة اضطرابًا نحو المرؤوسين ويظهر ذلك من خلال استجابات الحالة " **لو أن الناس عملوا من أجلى لفرحت جدًا أن في حد مُهتم بيا بس ده صعب**"، حيث تتمنى الحالة أن تكون موضع اهتمام وحب من أسرتها وأصدقائها.
- **الاتجاه نحو زملاء العمل أو المدرسة:** تظهر الحالة في هذا الاتجاه اضطرابًا، وأوضحت في المقابلة أنها وحيدة تفتقد الأصدقاء المخلصين في حياتها، فهي صديقة نفسها كما ذكرت، وتفضل الانعزال، وذلك كله جعلها تشعر بالاكتئاب والرغبة في التخلص من حياتها، فاستخدمت الحالة ميكانيزم الانسحاب والهروب.

- **الاتجاه نحو المخاوف:** تظهر الحالة اضطرابًا شديدًا في هذا الاتجاه؛ فتخاف من المستقبل، ومن الوحدة، ومن فقدان شعور الاهتمام والاحتواء، وتخاف من مشاعر النبذ والرفض والاضطهاد، وعدم الثقة في الآخرين، وتخاف من مشاعر الندم والحسرة على قرارات الماضي الخاطئة، ويتضح ذلك في استجابتها " **أكثر أصدقائي لا يعرفون أنى أخاف من المستقبل**" .
- **الاتجاه نحو مشاعر الذنب:** تشعر الحالة باضطراب شديد في هذا الاتجاه، فهي تشعر بالذنب تجاه نفسها، ويظهر شعورها بالذنب في استجابتها" **أسوء ما فعلته في حياتي أننى أحمل نفسي نتيجة ما وصلت له في كل أمور حياتي**" ، **أنا على استعداد أن أقوم بأى عمل ينسيني ذلك الوقت الذي أقوم فيه بمحاسبة نفسي** "، وذلك كله دفع الحالة لنقدها الدائم لذاتها بشكل مَرضي.
- **الاتجاه نحو القدرات الذاتية:** تظهر الحالة في هذا الاتجاه اضطرابًا شديدًا؛ فهي تستسلم أمام المشكلات ولا تستطيع حلها، وتبين استجابتها ذلك " **عندما لا تكون الظروف في جانبي أهرب من الدنيا بالنوم ونفسي أهرب منها خالص بالموت**"، فتظهر استجابات الحالة استخدمها لميكانيزم الإنكار ووجود ميول انتحارية عالية لديها، ويؤكد على ذلك أيضًا استجابتها على عبارة " **عندما يكون الحظ ضدي هو على طول ضدي أصلًا**"، مما يؤكد نظرتها التشاؤمية للحياة وفقدانها الشغف.
- **الاتجاه نحو الماضي:** أظهرت الحالة اضطرابًا شديدًا في هذا الاتجاه، ذكرت الحالة في المقابلة "**طفولتي مش أحسن حاجة**"، وتؤكد على ذلك بعض استجابات الحالة على الاختبار " **أوضح ذكرياتي عن أيام طفولتي كلها سيئة وسودة ضرب وإهانة**"، وذلك كله سببه الشجار الدائم بين الأب والأم، وبين الأب والحالة، والأم والحالة، والحالة وإخوتها، فاتجاه الحالة نحو الماضي تشاؤمي بسبب الخبرات السلبية التي مرت بها.
- **الاتجاه نحو المستقبل:** تظهر استجابات الحالة اضطرابًا شديدًا نحو المستقبل؛ حيث ذكرت أثناء المقابلة " **أكتر شيء بيخوفني في الدنيا المستقبل**"، فالحالة تتوقع الشر دائمًا؛ وذلك بسبب ما عاشته في الماضي، وتبين استجابتها على المقياس ذلك " **عندما يتقدم بي السن هيكون عندي ذكريات وحشة أكتر من قبل كده**"، " **في يوم من الأيام سأكون مسئولة عن موتى**" ، فالحالة تعبر عن رغبتها في التخلص من حياتها لإنهاء مشاكلها التي ترى أنها غير قابلة للحل، وللتخلص من الواقع المحبط والألم .

- **الاتجاه نحو الأهداف:** تظهر الحالة اضطرابًا متوسطًا في هذا الاتجاه، فالحالة لديها أهداف أكاديمية، ولكنها غير واثقة في قدرتها للوصول إليها، خصوصًا وأنها شعبة علمي علوم، وهي شعبة صعبة كما ذكرت في المقابلة، ويظهر ذلك من خلال استجابتها "**سأكون في سعادة تامة إذا حققت حلمي وبقيت دكتورة ومش احتاج لوالدي في حاجة تاني واجيب لبس كتير براحتي**" ، وهذا يؤكد على ما سردته الحالة في المقابلة من أن نقد والديها الدائم لها جعلها لا تثق في قدرتها وجعلها مترددة في قرارتها.

تعقيب الباحثة: يتضح من استجابات الحالة عدم قدرتها على التوافق النفسي مع نفسها ومع أسرتها ومع أصدقائها، وتعاظم الأمر بسبب عدم وجود المساندة والدعم، ووجود الإهمال والنبذ والرفض والعقاب، ويبدو أن الحالة تعاني من اضطراب في معظم المجالات، ومن أبرز ميكانيزمات الدفاع التي استخدمتها الحالة الإنكار والإسقاط والانسحاب والهروب والسلبية.

٣-تفسير استجابات الحالة الأولى على اختبار تفهم الموضوع:

تم تطبيق (١٠) بطاقات من بطاقات (T. A. T) وأوضح تحليل استجابات الحالة عن حاجة الحالة إلى الحب والتقدير والدعم والمساندة والاحتواء، وهذا يظهر في معظم استجاباتها على معظم بطاقات اختبار تفهم الموضوع مثل (**"تفسها الناس اللي حواليها تحس بيها**" ،" **شايلة مسؤولية نفسها**" ، "**بعدت وشها عن أمها لأنها مش بتفهمها**"، "**بتبص لأبوها باستغراب لأنها عارفة أنه في النهاية هيعاقبها**")، كما استخدمت الحالة التكوين العكسي في البطاقة (9GF) حيث ذكرت نهاية سعيدة للقصة عكس ما تبديه من تشاؤم ونظرة سلبية للحياة ويدل ذلك على محاولة الأنا في التكيف، وكانت الحالة في كثير من الأحيان تتجاهل تفاصيل البطاقات بشكل صحيح وهذا يدل على الإنكار والهروب، وعلاوة على ذلك استخدمت ميكانيزم الإسقاط في إسقاط مشاعرها على أمها وأبوها كما في البطاقة (7GF)، كما استخدمت ميكانيزم الكبت للأفكار غير المقبولة أو مشاعرها الجنسية في القصة كما في البطاقة (4)، كما أظهرت البطاقة(18GF) عدوان موجه نحو الذات ووجود ميول انتحارية كرد فعل يعبر عن ثورة داخلية موجهة في الأصل نحو نماذج السلطة فكانت من ضمن استجابات الحالة على هذه البطاقة (**تحاول البنت قتل والدتها لأنها تظلمها دائمًا ثم قتل نفسها لترتاح من الحياة**)،كما تظهر نرجسية الحالة في البطاقة رقم (2) في قولها (**بنت جميلة ومثقفة**)، يتجلى في استجابات الحالة الخضوع المكبوت، ويظهر في البطاقة (5) قالت (**استسلمت البنت لحياتها ومشاكلها**)، كانت الحالة أكثر حزنًا وبأسًا في البطاقة

(17GF) وتظهر ميولها الانتحارية ونقدها المرضي لذاتها ويتبدى ذلك في قولها **(البنت بتبص في ماية البحر شافت صورة نفسها اللي بتكرهها وافتكرت كل شريط حياتها المليان بالمشاكل فقررت تنتحر وترتاح)**، وتعكس استجابتها على البطاقة (3GF) نقدها المرضي لذاتها **(البنت زعلانة ويتعيط على كل اللي بيحصلها ومش بتلوم غير نفسها لأنها هي السبب)**، وفى البطاقة (6) تعكس رغبتها في الثورة على علاقاتها بوالدها وحاجتها لتعيش حياة أفضل بعيد عنه ويتبدى ذلك في قولها **(تتحدث البنت لأبوها وتقول له لم أعد أحتاج إليك)**، وفي البطاقة (16) أظهرت مدى تشاؤم الحالة ونظرتها السوداوية للحياة من خلال استجابتها فقالت **(رغم أن الصورة كلها بيضة بس بردوا أنا شايفاها سودة زي حياتي بالظبط وواثقة أنها مش هتتعدل بردوا)** فتركت الحالة البطاقة وبدأت في الحديث عن حياتها، وهذا يدل على ضعف الأنا لديها، ويعكس مدى اكتئاب الحالة.

في النهاية ترى الباحثة أن معظم قصص التي سردتها الحالة مستوحاة من ذكرياتها وخبرتها التي عاشتها في طفولتها، وفي المجمل ساعد ذلك في الكشف عن العوامل التي تؤثر في وعي الشخصية ونقدها المرضي لذاتها وميولها الانتحارية، وتدل على وجود ميكانيزمات دفاعية لمواجهة ضعف الأنا وقسوة الأنا الأعلى، وفقدان موضوع الحب وعدم القدرة على التوحد بأى من الوالدين نتيجة الخبرات الطفولية غير المشبعة، ووجود نزعة تدميرية للعقاب الذاتي، وصورة سيئة عن الذات وفقدان الثقة في الآخرين والنظرة السوداوية للحياة والعلاقة بالآخر.

تعقيب الباحثة على استجابات الحالة الأولى على اختبار تفهم الموضوع:

دار **مضمون القصة** حول حياة الحالة ومشاكلها مع والدها ووالدتها وقسوتهم عليها، وهمومها وأحزانها، وطموحها ورغبتها في الانتقام، ونقدها المرضي لذاتها وميولها الانتحارية، وكان **البطل** في أغلب قصص الحالة حزينًا ومتشائم، ويخاف من الحاضر والمستقبل، بما يعكس معاناتها وكرهها للحياة، كما يفتقد الدعم والمساندة، واتضح من القصص أن أغلب **الأشخاص المحيطين بالبطل** كان دورهم سلبيًا في حياتها، وكان بعضهم مصدرًا للإذلال والقهر والقلق والتوتر ويظهر في قولها **(أمها وأبوها ظلموها)** لذلك كانت تفضل العزلة والانطواء نتيجة شعورها بالإحباط ، كما تظهر استجابات الحالة الاتجاه العدواني تجاه الجنس الآخر يتبدى في قولها على البطاقة (4) **(غدار وخائن)**، كما كشفت الاستجابات عن وجود رغبة في تكوين صداقات تتسم بالحب والإخلاص كما ظهر في الاستجابة على البطاقة (16) **(كان**

نفسي يكون حواليا عزوة من الصحاب)، ودار **الصراع النفسي** بين مخاوفها وحاجاتها، فلم يتمكن البطل من تحقيق ما يتمنى في القصص، وعانى من الصراع بين الحاجة للعائلة والأصدقاء والخوف من الوحدة، وبين الحاجة إلى الحب والخوف من الكره، والحاجة إلى الدعم والمساندة والخوف من النبذ والإهمال، والحاجة إلى الأمان والخوف من المستقبل، والحاجة إلى استعادة الشغف للحياة ونظرته التشاؤمية، كما كشفت استجابات الحالة الحاجة إلى الجنس الآخر والخوف من الفشل في العلاقات العاطفية.

وعن **تصور الحالة للبيئة المحيطة** كانت البيئة مُحبطة وقاسية في قصص الحالة يسودها القسوة والعدوان والقهر وغير مُشبعة لحاجات البطل ورغبة البطل في التحرر منها؛ فاستخدمت الحالة ميكانيزم أحلام اليقظة للهروب من هذا الواقع المؤلم والمُحطم لآمالها وأحلامها، وعن **حاجة الحالة** الحاجة لعيش واقع أفضل، والحب والاحتواء من قبل الأسرة، والحاجة إلى الاستقلالية والتحرر وحرية الاختيار، والحاجة لاستعادة الشغف في الحياة، والحاجة إلى تكوين صداقات، وعكست القصص **حاجات كامنة** منها العدوان المكبوت.

وعكست قصص الحالة **مخاوفها** الخوف من المستقبل، والخوف من العزلة، والخوف من الإهمال والرفض وفقد الدعم والخوف من المشاكل والهموم، أما عن **ميكانيزمات الدفاع** التي استخدمتها الحالة فتمثلت في التوحد والتقمص والكبت والعزل والتكوين العكسي والإزاحة، وغلبت على الحالة في أغلب قصصها **مشاعر** الحزن، والتشاؤم، والإحباط، والقلق، وفقدان الشغف، ونقد الذات المرضي، وفقدان الحب والأمن، واليأس والعجز والتعب، وظهر **الأنا** غير متكيف في أغلب القصص، وحاول في قليل من القصص أن يتكيف رغبة في الاستقرار والتحرر، وأظهرت معظم استجابات الحالة دفاعًا لا شعوريًّا عن الذات لمحاولة حمايتها من التهديدات الخارجية ، بينما كان **الأنا الأعلى** قاسيًا ويُجبر الحالة على التكيف مع متطلباتها مما سبب للحالة شعور بالحزن ونادرًا ما ظهر الأنا الأعلى عادلًا في القصص.

وبذلك يظهر النقد المرضي للذات والميول الانتحارية بصورة مسيطرة على اللوحة الإكلينيكية للحالة، وينعكس ذلك في صورة ميكانيزمات دفاعية كالكبت والإسقاط والتكوين العكسي والتوحد كمحاولة للتقليل من النقد المرضي للذات وللتغلب على ما تُعانيه الحالة من صراعات وإحباطات داخلية وخارجية.

ملخص نتائج استجابات الحالة الأولى على أدوات الدراسة الإكلينيكية والسيكومترية:

كشفت نتائج المقابلة ودراسة الحالة الأولى واستجابات الحالة على اختبار تفهم الموضوع، واختبار "ساكس" لتكملة الجمل الناقصة، ومقياس نقد الذات المرضي والميول الانتحارية عن ديناميات الشخصية والبناء النفسي للحالة، ومدى معاناتها من نقدها المرضي لذاتها، ووجود ميل انتحاري لديها؛ فخبرات طفولتها السلبية، وإهمال الوالدين لها أدى إلى تفاقم كراهيتها ولومها لذاتها، وخوفها من الفشل؛ وذلك كله جعل الحالة تنتقد نفسها بشكل مرضي بسبب أو بدون سبب، من المعروف أن مرحلة المراهقة مرحلة حساسة يعيش المراهق فيها مجموعة من التغيرات العنيفة التي تفقد القدرة على التحكم؛ فلديه تغيرات مزاجية واندفاعات عدوانية تجاه الذات والآخرين؛ مما يدفع المراهق إلى الانتحار أحيانًا، فالانتحار من أخطر أنواع العدوان على الذات إذ يعمد المراهق إلى إيذاء نفسه ، والانتحار كسلوك يمتد من فكرة حتى يصل تصور ثم تنفيذ فعل مخطط له.

استجابات الحالة الثانية على مقياس النقد المرضي للذات ومقياس الميول الانتحارية:

بعد تطبيق مقياس النقد المرضي للذات والميول الانتحارية على الحالة الثانية ، تم تجميع الدرجات فكانت الدرجات على النحو التالي:

جدول (١٧)

درجات الحالة الثانية على المقاييس

مقياس النقد المرضي للذات			مقياس الميول الانتحارية		
الأبعاد	الدرجة الكلية	درجة الحالة	الأبعاد	الدرجة الكلية	الحالة
كراهية الذات	٤٥	٤٠	التفكير الانتحاري	٤٥	٣٨
لوم الذات	٤٥	٤٢	التصور الانتحاري	٤٥	٤٠
الخوف من الفشل	٤٥	٣٩	السلوك الانتحاري	٤٥	٣٩
الدرجة الكلية للمقياس	١٣٥	١٢١	الدرجة الكلية للمقياس	١٣٥	١١٧

يلاحظ ارتفاع درجة الحالة الثانية على مقياس نقد الذات المرضي وأبعاده، حيث أعربت الحالة عن كراهيتها لذاتها؛ حيث توجد أفكار ومعتقدات ونزعات تدميرية تنعكس في شكل

سلوك عدائي وتخريبي لذاتها، ولومها لذاتها حيث توجد مشاعر الأسف والندم مصحوبة بتأنيب للنفس وإدانتها ناجمة عن تصرفات وأفعال قامت بها الحالة، وترى أنها مُشينة وخاطئة كشربه للحشيش، ولديه شعور بالخوف من الفشل حيث تميل لتجنب المواقف ذات احتمالية لنتائج سلبية نتيجة إخفاق الحالة في تحقيق النجاح أو فقد من يُحب، كما يلاحظ ارتفاع درجة الحالة الثانية على مقياس الميول الانتحارية حيث يوجد تفكير انتحاري يشير إلى استسلام الحالة لمجموعة أفكار سلبية حول معاقبة النفس والانتقام منها تدفعها للانتحار لإنهاء مشاكلها، ووجود تصورات انتحارية وهي تصور ذهني لمحاولة تنفيذ التخلص الفعلي من حياته باختيار الوسيلة التي خطط لاستخدامها مثل (تناول أدوية بكميات كبيرة، حبوب الغلة، استخدام الآلات الحادة، مشاهدة مقاطع فيديو ومحاكاتها لأشخاص انتحروا بالفعل، إشعال النار في نفسه .... إلخ)، ووجود سلوك انتحاري وهو الممارسات السلبية والهازمة التي تطرأ على السلوك مثل (فقدان الاهتمام بالمهام الحياتية، حدوث اضطرابات النوم والأكل، العزلة ..... إلخ)، وبرز ذلك كله من خلال استجابات الحالة أنه أقدم على الانتحار وإيذاء ذاته بشكل فعلي أكثر من مرة للتخلص من مشاكل حياته.

١- ملخص دراسة الحالة الثانية من خلال استمارة المقابلة الشخصية:

عند إجراء البحث كان عمر الحالة (١٨) عامًا، وهو **طالب** بالثانوية العامة **شعبة أدبي**، وترتيبه الثاني في أسرته؛ فلديه أخ أكبر منه، وهو أخوه من والده ووالدته عمره (٢٠) عامًا بالفرقة الثانية بكلية الهندسة، وأخ أصغر منه، وهو أخوه من زوج أمه عمره ثلاثة سنوات، ويعاني أخوه من مرض السكر والكلى، **وعن علاقتها بإخوته** ذكر أن علاقته بأخيه الأكبر متوترة دائمًا بسبب شخصية أخيه كما ذكر في المقابلة **(على طول شايف نفسه أن أحسن منى وعبقري عشان هو دخل علمي وأنا لا)**، وعلاقته بأخيه الأصغر في بعض الأحيان متوترة وأحيانًا أخرى لا كما ذكر **(علاقتي بيه ساعات حلوة بيصعب عليه عشان تعبه وساعات لا لأن أمي بتفضله عليه)**.

وعن علاقته بالأب يعمل الأب ميكانيكي سيارات، وغير متعلم، يبلغ من العمر ٤٢ عامًا، حالته الصحة جيدة، لا يعاني من أي أمراض، منفصل عن والدة الحالة، ومتزوج من أخرى، شخصيته قوية ومتسلطة فقالت الحالة **(شخصيته ظالمة بيهتم بولاد مراته أكتر منى أنا وأخويا)**، الأب غير متوافق نفسيًا؛ فقالت الحالة **(أبو أبويا بردوا كان مطلق ستي وأبويا عاش نفس حياتنا الزفت دي مع جوز أمه بردوا)**، علاقة الحالة بوالده علاقة متوترة وبها

الكثير من المشاكل فقال (**أبويا بالنسبة ليا مصدر للفلوس وبس**)، وعن اتجاه الحالة نحوه اتجاه سلبي كما ذكرت الحالة (**نفسى أبويا ينصحني زي أبهات صحابي كده ويخرج حتى معايا لكن أنا حاسس أنى يتيم وهو عايش**).

وعن علاقته بالأم: الأم ربة منزل حاصلة على دبلوم تجارة ، وتبلغ من العمر (٣٨) عامًا، تعاني الأم من بعض الأمراض فقالت الحالة (**ماما مريضة سكر منذ خمس سنوات**)، وشخصية الأم ضعيفة وعصبية فقالت الحالة (**ماما على طول بتسمع كلام جوزها من غير نقاش معاه وبتطلع كل اللي بيعمله فيها مشاكل علينا**)، علاقة الحالة بوالدته علاقة مضطربة فقالت الحالة (**أنا لسه فاكر اليوم اللي ماما سابتنا فيه عند تيته وراحت عشان تتجوز وبعتت أخدتنا بعد أسبوعين يعنى أنا حضرت فرح أمي للأسف أبشع شعور حد ممكن يحسه**).

وعن العلاقة بين الأب والأم: علاقة غير متوافقة؛ فقد انفصلا منذ كانت الحالة في الصف الرابع الابتدائي بسبب مشاكل كثيرة متعلقة بالعيش في بيت عائلة؛ فذكرت الحالة (**تقريبًا مفيش بينهم كلام خالص علاقتهم مقطوعة**)، وتزوج والد الحالة بأخرى بعد الانفصال بأربعة أشهر، وتزوجت ووالدة الحالة أيضًا بعد سنة من الانفصال.

وعن أسلوب التربية وطفولته تذكر الحالة أن الأب والأم كانا مهملين جدًا في الاهتمام به أو بأخيه، فكانت طفولة مريرة مليئة بالخبرات السلبية، كما ذكرت الحالة (**من يوم ما جيت الدنيا وأنا حياتي سوده كده**)، وأوضح أن معظم وقته كان في بيت جدته لأمه كما أوضحت الحالة (**بسبب غضبات أمي الكتير ومشاكل أبويا تقريبًا كونا عايشين في بيت ستي**)، وأوضح أن جدته لأمه كانت تحسن معاملته ومعاملة وأخيه.

أما عن علاقاته الاجتماعية فـذكرت الحالة أن له أصدقاء كثيرين، ولكن يشعر بينهم بالغربة والوحدة فقال (**ليا أصحاب كتير بس أنا على طول بطولي في فرحى وحزني**)، كما ذكر أن أصدقاءه كانوا سببًا في تخلصه من مشاكله ولكن بطرق غير سوية (**أنا شربت حشيش بسبب أمي وأبويا وصحابي**).

أما عن علاقاته العاطفية فذكرت الحالة أنه يحب إحدى أقاربه حبًّا شديدًا منذ الصف الأول الثانوي، فيراها على خُلق وقدر من الجمال، وقال (**دي الوحيدة اللي لو سابتني انتحر**)، وذكر أنها أول حب في حياته، وأنها نموذج عكس والدته تمامًا فقال (**دي اللي نفسي أربي عيالي معاها عشان مش يعيشوا اللي عيشته**).

بالنسبة لتاريخه التعليمي: ذكر أنه ذكي ولكنه غير مهتم بالأمور الأكاديمية منذ طفولته بسبب ظروفه الأسرية وكثرة غيابه فقال **(كان نفسي أبويا يقولي ذاكر وأمي تحضر ليا السندوتشات زي ما بأشوف أهل صحابي كده)**، وذكر أنه غير مهتم بالمرحلة الثانوية، ويتغيب كثيرًا من الدروس وقال **(حتى لو طلعت أحسن حد في الدنيا مين هيفرح لفرحى)**، **أما عن تاريخها الصحي** فلا يُعاني من أمراض مزمنة ولكنه خضع لتدخل جراحي قبل ذلك وهو طفل عمره خمس سنوات بسبب ابتلاعه جنيه معدني وقال **(من وقتها وأنا بخاف من الحقن والدكاترة)**، **أما عن هوايتها** ذكر أنه يحب كرة القدم.

بالنسبة لتوجه الحالة نحو الزمن الحالة تنظر للماضي والحاضر والمستقبل نظرة تشاؤمية سوداء مليئة بالاكتئاب والألم والتوتر وقال **(بافكر انتحر من وقت للتاني عشان مفيش حيل أعيش مشاكل تاني)**.

بالنسبة لفلسفته في الحياة فهو اقد الأمل من أن حياته سوف تتحسن وقالت **وقال (حاسس الدنيا كلها جايه عليه)** ،**وعن رأى الحالة في شخصيته** أفضل صفات في شخصية الحالة كما ذكر مساعدته للمحتاج فقال **(أى حد يحتاجني في حاجة بساعده حتى لو معرفوش)**، وذكر أن أسوأ صفات يكرهها في شخصيته لومه الدائم لنفسه وكثرة تفكيره فقال **(بفكر في اللي حصل واللي بيحصل واللي ممكن يحصل)**.

بالنسبة للمخاوف ذكر أنه يخاف من الناس والامتحانات وقال **(الناس كلها بقت وحشة)**، **(نفسي مدخلش الامتحانات)** ، أما **عن الأحلام والكوابيس** فالحالة تحلم بكوابيس مزعجة، وهناك حلم يتكرر باستمرار **(أمي راكبة قطر وماسكة شنطة وسيبانا ومسافرة)**، **(باحلم أن المراقب بيسحب منى ورقة الامتحان)**.

بالنسبة لنقده لذاته ذكر أنه دائم النقد واللوم لذاته بسبب كره لحياته وأسرته ولنفسه. **وبالنسبة لميوله الانتحارية** يفكر في التخلص من حياتها بشكل دائم، وذلك اتضح من خلال العديد من العبارات في المقابلة فقال **(فكرت انتحر كتير واعتقد محدش هيزعل عليا دول هيرتاحوا)** وذكرت أن ذلك كله بسبب كثرة ما يواجهه من مشكلات.

تعقيب الباحثة على تاريخ الحالة الثانية:

من خلال المقابلة ودراسة الحالة تبين أن الحالة ترتيبها الثاني بين إخوته؛ فلديه أخ أكبر منه، وأخ أصغر، ووالدته ووالده منفصلان منذ أن كانت الحالة في الصف الرابع الابتدائي وتزوج كل منهما بآخر، وعلاقته بهما متوترة وغير مستقرة، وسرد أنه عاش طفولة مليئة بالإهمال

والعقاب والقسوة من والديه، وذكر أن لديه أصدقاء كثيرين، وأنه يحب فتاة من أقاربه حبًا شديدًا، واتجاه الحالة نحو الزمن سلبي وتشاؤمي، وذكر أنه من أبرز هواياته الكتابة ولعب كرة القدم ، وذكر أنه يتعرض لأحلام مزعجة كثيرة وكوابيس أثناء نومه مما يجعله ينام نومًا متقطع ويستيقظ مرهقًا، وأشار أن من أبرز مخاوفه أنه يخاف من الناس والامتحانات، وذكر أن من الصفات التي يحبها في شخصيته مساعدته للمحتاج، ويكره في نفسه كثرة التفكير، وذكر أنه فكر في الانتحار أكثر من مره.

لاحظت الباحثة ضحك الحالة أحيانًا كثيرة أثناء المقابلة وسردها لمشاكلها بتبلد مشاعر، وأحيانًا تلقي اللوم على نفسها، وأحيانًا تلقيه على الآخرين **(تستخدم الحالة ميكانيزم الإسقاط والإنكار والعزل)** لتظهر تماسكها، فكان يظهر على الحالة كم كبير من القلق والتوتر الانفعالي والتشاؤم؛ نتيجة لما مرت به من مشاكل، واتضح للباحثة من خلال دراسة الحالة تأثر شخصية الحالة بمشاكل وخبرة الانفصال بين والديه، والعيش مع زوج الأم.

٢- تفسير استجابات الحالة الثانية على اختبار " ساكس" لتكملة الجمل:

عرضت الباحثة استجابات الحالة الثانية على اثنين من المحكمين بالإضافة إلى الباحثة، وبذلك يكون عدد المحكمين ثلاثة، لتقدير الدرجة كميًا على كل عبارة، ثم قامت الباحثة بأخذ الدرجة المنوالية للدرجات الثلاثة التي وضعها المحكمون، أو أخذ المتوسط للدرجات في حالة تعذر الدرجة المنوالية، ثم إعطاء درجة لكل اتجاه من الاتجاهات الخمسة عشر الخاصة بالاختيار، وفي النهاية قامت الباحثة بتفسير الاستجابات الخاصة بالحالة على النحو التالي:

- **الاتجاه نحو الأم:** تُظهر استجابات الحالة اضطرابًا شديدًا نحو الأم، حيث تفتقد الحالة التواصل والحب والحنية والمساندة من والدته، فوالدته انفصلت عن والده وتزوجت من آخر ذي شخصية متسلطة ودائم التوبيخ له هو ولأخيه مما دفع الحالة إلى التفكير في الانتحار، كما ذكرت الحالة في المقابلة في استجاباته " **أمي كانت سبب رئيسي في حياتنا المدمرة دي وأنا حقيقي نفسي أموت** " .
- **الاتجاه نحو الأب:** تُظهر استجابات الحالة اضطرابًا شديدًا واتجاهًا سلبيًّا نحو الأب، حيث كان يتعامل مع الحالة بعصبية وقسوة، وبالعقاب البدني واللفظي على العكس من تعامله مع أولاد زوجته فيتعامل معهم بلطف، كما أكد ذلك استجابات الحالة "**بودي لو أن أبي يعاملني مثل ما يعامل أولاد زوجته**".

- **الاتجاه نحو وحدة الأسرة:** تظهر استجابات الحالة اضطرابًا شديدًا في هذا الاتجاه، فما تعرضت له الحالة من تفكُك أسري حيث خبرة الانفصال المؤلمة بين والده ووالدته وزواج كل منهما بآخر، وتذكر الحالة في استجابتها "**أسرتى تُعاملني كما لو كنت مش موجود**" مما دعم لديه إحساسها بالوحدة والغربة والنبذ، مما دفع الحالة للتفكير في الانتحار أكثر من مره.
- **الاتجاه نحو المرأة:** تظهر استجابات الحالة اضطراب متوسط في الاتجاه نحو المرأة، ويتضح ذلك من خلال استجابتها " **معظم البنات في عيني ولا حاجة جمب حبيبتي**".
- **الاتجاه نحو العلاقات الجنسية الغيرية:** تظهر استجابات الحالة عدم اضطراب متوسط في هذا الاتجاه، فالحالة تؤكد أن كل العلاقات العاطفية حتمًا ستكتمل بالزواج.
- **الاتجاه نحو الأصدقاء والمعارف:** تظهر استجابات الحالة اضطرابًا في هذا الاتجاه، وأكد على ذلك ما ذكره في المقابلة أن أصدقائه سبب في تعاطيه للحشيش، وذكرت في استجابته " **أشعر بأن الصديق الحق هو من يقربنا من الطريق الصح**" .
- **الاتجاه نحو رؤساء العمل أو المدرسة:** تظهر استجابات الحالة اضطرابًا متوسطًا نحو رؤساء العمل أو المدرسة ففي عبارة "**الناس الذين أعدهم أعلى منى نفسي أكون زيهم**"، وأكد على ذلك استجابته على عبارة" **عندما أرى رئيسي قادمًا أسلم عليه**".
- **الاتجاه نحو المرؤوسين:** تظهر استجابات الحالة اضطرابًا شديدًا نحو المرؤوسين، ويظهر ذلك من خلال استجابات الحالة " **لو أن الناس عملوا من أجلى لاستغربت لأن عمر ما حد عمل لأجلى حاجة**"، حيث تتمنى الحالة أن تكون موضع اهتمام وحب من أسرتها وأصدقائها، واستخدمت الحالة ميكانيزم الإسقاط والتبرير للتخفيف من القلق والتوتر والإحباط.
- **الاتجاه نحو زملاء العمل أو المدرسة:** تظهر الحالة في هذا الاتجاه اضطرابًا، وأوضح في المقابلة أنه يفتقد الأصدقاء الصالحين في حياته ، فذكر أن لديه الكثير من الأصدقاء ومع ذلك يشعر بالوحدة، وألقى اللوم على الظروف والأصدقاء في تعاطيه للحشيش، وذلك كله جعله يشعر بالرغبة في التخلص من حياته.

- **الاتجاه نحو المخاوف:** تظهر الحالة اضطرابًا شديدًا في هذا الاتجاه فتخاف الحالة من الوحدة ، ومن فقدان شعور الاهتمام والاحتواء، وتخاف من مشاعر النبذ والرفض والاضطهاد، وتخاف من مشاعر الندم والحسرة على تصرفاته الخاطئة، ويتضح ذلك في استجابتها " **أكثر أصدقائي لا يعرفون أنى أخاف من الحياة والناس**" .
- **الاتجاه نحو مشاعر الذنب:** تشعر الحالة باضطراب شديد في هذا الاتجاه، فهو يشعر بالذنب تجاه نفسه ويظهر شعوره بالذنب في استجابته" **أسوء ما فعلته في حياتي أنني حاولت الانتحار ولكن غصب عنى** " ، **أنا على استعداد أن أقوم بأى عمل ينسيني ذلك الوقت الذي انفصلت فيه أمي عن أبي** "، وذلك كله دفع الحالة لنقدها الدائم لذاتها بشكل مَرضي.
- **الاتجاه نحو القدرات الذاتية:** تظهر الحالة في هذا الاتجاه اضطرابًا شديدًا فيقف عاجزًا أمام أي مشكلة، ولا يحاول حتى حلها، وتبين استجابته ذلك " **عندما لا تكون الظروف في جانبي أشرب حشيش**"، فتظهر استجابات الحالة استخدمها لميكانيزم الإنكار، ويؤكد على ذلك أيضًا استجابته على عبارة " **عندما يكون الحظ ضدي بلوم نفسي**"، مما يؤكد نقد الحالة لذاتها بشكل مرضي.
- **الاتجاه نحو الماضى:** أظهرت الحالة اضطراب شديد في هذا الاتجاه، ذكرت الحالة في المقابلة "**أنا معشتش طفولتي**"، وتؤكد على ذلك بعض استجابات الحالة على الاختبار " **أوضح ذكرياتي عن أيام طفولتي كلها مشاكل بين أبويا وأمي**"، فاتجاه الحالة نحو الماضي تشاؤمي، ونظرته له سوداوية بسبب الخبرات السلبية التي مرت بها.
- **الاتجاه نحو المستقبل:** تظهر استجابات الحالة اضطرابًا شديدًا نحو المستقبل حيث ذكرت أثناء المقابلة " **أكتر شيء بيخوفني في الدنيا اللي جاي**"، فالحالة مُتشائمة ويتوقع الشر دائمًا؛ وذلك بسبب ما عاشه في طفولته من مشاكل، وتبين استجابته على المقياس ذلك " **عندما يتقدم بي السن بأخاف**"، " **في يوم من الأيام سأكون مسئول عن زوجتي وأولادي وأعيشهم في هنا**"، فالحالة هنا استخدمت ميكانيزم التكوين العكسي كما اتضح في إجابته "بأخاف، وأعيشهم في هنا" .
- **الاتجاه نحو الأهداف:** تظهر الحالة اضطرابًا شديدًا في هذا الاتجاه ، فالحالة ليس لديها أهداف أكاديمية يسعى للوصول، ويظهر ذلك من خلال استجابتها "**سأكون في**

سعادة تامة إذا خلصت تعليم خالص لأني زهقت من المناهج الصعبة دي" ، فالحالة هنا استخدمت ميكانيزم التبرير لخفض القلق والتوتر.

تعقيب الباحثة: يتضح من استجابات الحالة عدم قدرته على التوافق النفسي مع نفسه ومع البيئة المحيطة، والحالة أيضًا تعاني من العدوان الموجه لذاته وللآخرين، وبرز ذلك في محاولات الانتحار للحالة، ونقده الدائم لذاته، وتعاظم الأمر بسبب خبرات الإهمال والنبذ والرفض والعقاب من قبل والديه وزوج أمه، ويبدو أن الحالة تعاني من اضطراب في معظم المجالات، ومن أبرز ميكانيزمات الدفاع التي استخدمتها الحالة الإنكار والإسقاط والانسحاب والهروب والسلبية وأحلام اليقظة.

٣- تفسير استجابات الحالة الثانية على اختبار تفهم الموضوع:

تم تطبيق (١٠) بطاقات من بطاقات (T. A. T) وأوضح تحليل استجابات الحالة مدى توحده مع البطل، وهذا يتيح فرصه كبيرة للتعبير عن صراعاته الداخلية التي يعاني منها مثل الشعور بالكبت والوحدة النفسية والإهمال، وعن حاجة الحالة إلى الحب والاحتواء وهذا يظهر في معظم استجاباته على معظم بطاقات اختبار تفهم الموضوع مثل ("**الشخص ده إدى ظهره للعالم كله لأن محدش فهمه**" ،" **بيتكلم وأمه بردوا مش سمعاه**" ، كما استخدمت الحالة التكوين العكسي في البطاقة (2) حيث بدأ القصة بحكاية حزينة فقال "**أنا على طول واقف في حياتي زي الجبل ده بأخد صدمات واستحمل بس**" ، ولكن أنهى القصة نهاية سعيدة " **في النهاية عافر هذا الشاب رغم الظروف وتزوج تلك الفتاة**" ويدل ذلك على محاولة الأنا في التكيف، وعلاوة على ذلك استخدم ميكانيزم الإسقاط في إسقاط مشاعره على أصدقائه" **صحابه هما السبب أنه يشرب حشيش واتخدع من كلامهم أنه هيحل مشاكله**" كما في البطاقة (9BM)، كما استخدمت ميكانيزم الكبت للأفكار غير المقبولة أو مشاعره الجنسية في القصة كما في البطاقة (4)، كما أظهر تعدد القصص في البطاقة (17GF) بالخيال الوجداني المرتفع لدى الحالة، ومدى معاناته من التردد حيث كرر كلمات مثل (ربما ، ممكن ، احتمال ، مش متأكد)، واستخدمت الحالة ميكانيزم التبرير للتخفيف من حدة القلق والتوتر في البطاقة (3BM) فقال " **الولد مش في وعيه بسبب كل المشاكل اللي مر بيها** "، وأشارت استجابات الحالة إلى وجود عدوان موجه نحو الذات والآخرين كرد فعل يعبر عن ثورة داخلية موجهة في الأصل نحو الأب والأم فكانت من ضمن استجابات الحالة على البطاقة (17BM) (**هايخنق الولد نفسه بالحبل اللي بيلعب بيه ده عشان يحزن أبوه وأمه ويخلص**

من مشاكله)، يتجلى في استجابات الحالة الخضوع المكبوت ويظهر في البطاقة (18BM) قال **(ساب نفسه للدنيا ولصحابه)**، كانت الحالة أكثر حزنًا وبأسًا وفي حاجة للحب والاحتواء كما في البطاقة (4) فقال "**نفسي أحكى لها كل اللي مزعلني**" وتظهر ميول الحالة الانتحارية ونقده المرضي لذاته، ويتبدى ذلك في قوله في البطاقة (5) **(أمه دخلت الأوضة تدور عليه بعد فوات الأوان لاقيته شانق نفسه بالحبل)**، وتعكس استجابة الحالة على البطاقة (16) نقده المرضي لذاته **(حظه دايما وحش والدنيا مش هتتعدل عشان كده كره نفسه والناس)** ويدل ذلك على رفض الحالة للمجتمع المحيط به خصوصًا لأسرته بسبب الإهمال وعدم الاهتمام، وانشغالهم عنه كما ذكرت الحالة في المقابلة.

في النهاية ترى الباحثة أن معظم قصص التي سردتها الحالة مستوحاة من ذكرياته الأليمة التي عاشتها في طفولته بسبب انفصال والده عن والدته وتربيته مع زوج الأم، وفي المجمل ساعد ذلك في الكشف عن العوامل التي تؤثر في وعى الشخصية ونقدها المرضي لذاتها وميولها الانتحارية.

تعقيب الباحثة على استجابات الحالة الثانية على اختبار تفهم الموضوع:

دار **مضمون القصة** حول حياة الحالة ومشاكلها مع والده ووالدته وزوج أمه وقسوتهم عليه، فكان لديه مشاعر سخط، وعدم رضا، ولوم لنفسه ورغبة في الانتقام، وكان ينتقد ذاته بشكل مرضي، ولديه ميول انتحارية، وكانت الأنا لدى **البطل** متناقضة؛ ففي بعض كانت الأحيان ضعيفة، وغير كفء، واستسلامية لا تستطيع مواجهة واقعها؛ لذلك استخدمت العديد من ميكانيزمات الدفاع لخفض القلق والتوتر والحيرة، ومن أبرز ميكانيزمات الدفاع الإسقاط والتكوين العكسي والكبت والتبرير وأحلام اليقظة ، واتضح من القصص أن أغلب **الأشخاص المحيطين بالبطل والبيئة** كان دورهم سلبيًا في حياته، فالأب والأم وزوج الأم كانوا مصدرًا للإحباط والتهديد والقسوة والعقاب البدني واللفظي، والأصدقاء كانوا سببًا في إدمانه للحشيش، وعلى الرغم من ذلك أظهرت بعض البطاقات رغبة الحالة في أن يتفهمها الأب والأم ويتقربا منه كما في البطاقة (5) " **كان نفسه الأم تتدخل تتكلم معاه بدل ما تلاقيه انتحر**" ، لذلك كانت الحالة دائمة الاستخدام لأحلام اليقظة للهروب من هذا الواقع المؤلم ، ودار **الصراع النفسي** بين مخاوفه وحاجاته، فكان البطل يتمكن من تحقيق ما يتمنى في القصص أحيانًا، وأحيان أخرى لا يتمكن من تحقيق أحلامه، وعانى من الصراع بين الحاجة للأب والأم ورغبته في التحرر والاستقلالية وحرية الاختيار، وبين الحاجة إلى الحب والخوف من الكره

والفقد، والحاجة إلى الاحتواء والدعم والمساندة والخوف من النبذ والإهمال، والحاجة إلى الأمان والخوف من التهديد، والحاجة إلى التفاؤل ونظرته التشاؤمية.

وعن **حاجة الحالة** الحاجة لعيش واقع أفضل، والحاجة إلى الاحتواء من قبل الأب والأم والأخ الأكبر، والحاجة إلى حرية الاختيار، والحاجة لاستعادة الشغف في الحياة، والحاجة إلى تكوين صداقات صالحة، والحاجة لتحقيق طموحه وعكست القصص **حاجات كامنة** منها العدوان المكبوت سواء موجه نحو ذاته أو نحو الآخرين .

وعكست قصص الحالة **مخاوفه** من العزلة، والخوف من الإهمال والرفض، وفقد الدعم، والخوف من المشاكل والهموم، أما عن **ميكانيزمات الدفاع** التي استخدمتها الحالة فتمثلت في الإسقاط، وأحلام اليقظة، والتوحد، والتقمص، والكبت، والعزل، والتكوين العكسي، والإزاحة، وغلبت على الحالة في أغلب قصصها **مشاعر** اليأس، والعجز، والتشاؤم، والإحباط، والقلق، وفقدان الشغف، والكراهية، ولوم الذات، ونقد الذات بشكل مرضي، وظهر **الأنا** غير متكيف في بعض الأحيان، وفي قليل من القصص حاول أن يتكيف رغبة في الاستقرار والتحرر، وأظهرت معظم استجابات الحالة دفاعًا لا شعوريًّا عن الذات لمحاولة حمايتها من التوتر والقلق ، بينما **كان الأنا الأعلى** قاسيًا ويُجبر الحالة على التكيف مع متطلباتها؛ مما سبب للحالة شعورًا بالحزن، ونادرًا ما ظهر الأنا الأعلى عادلًا في القصص.

وبذلك يظهر النقد المرضي للذات والميول الانتحارية بصورة مسيطرة على اللوحة الإكلينيكية للحالة، وينعكس ذلك في صورة ميكانيزمات دفاعية كأحلام اليقظة، والكبت، والإسقاط، والتكوين العكسي، والتوحد، والتبرير كمحاولة للتقليل من النقد المرضي للذات، وللتغلب على ما تُعانيه الحالة من صراعات ومخاوف وإحباطات داخلية وخارجية.

ملخص نتائج استجابات الحالة الثانية على أدوات الدراسة الإكلينيكية والسيكومترية:

كشفت نتائج المقابلة ودراسة الحالة الثانية واستجابات الحالة على اختبار تفهم الموضوع واختبار "ساكس" لتكملة الجمل الناقصة، ومقياس نقد الذات المرضي والميول الانتحارية عن ديناميات الشخصية والبناء النفسي للحالة، ومدى معاناته من نقده المرضي لذاته، ووجود ميل انتحاري لديه؛ فخبرات طفولته السلبية، وانفصال الوالدين أدى إلى تفاقم كراهيته ولومه لذاته، وخوفه من الفشل والمستقبل، وخوف من فقد من يُحب، وذلك كله جعل الحالة ينتقد نفسه بشكل مرضي بسبب أو بدون سبب، من المعروف أن مرحلة المراهقة مرحلة حساسة حيث يعيش المراهق فيها مجموعة من التغيرات العنيفة التي تفقد القدرة على التحكم؛ فلديه تغيرات

مزاجية واندفاعات عدوانية تجاه الذات والآخرين مما يدفع المراهق إلى الانتحار أحيانًا، فالانتحار من أخطر أنواع العدوان على الذات؛ إذ يعمد المراهق إلى إيذاء نفسه، والانتحار كسلوك يمتد من فكرة حتى يصل تصور، ثم تنفيذ فعل مخطط له.

توصيات البحث:

١- تقديم برامج إرشادية لأولياء أمور الطلاب بالمرحلة الثانوية لتوعيتهم بأساليب الرعاية النفسية لأبنائهم لتفادي مشكلات نقد الذات المرضي والميول الانتحارية لما لها من تبعات سلبية على صحتهم النفسية.

٢- التأكيد على أهمية العلاقة بين الأبوين وذلك حتى نُرسي دعائم سوية للمراهق ومما يُساعد أن ينشأ لديه نقد بناء لذاته وبيئة نفسية صالحة للاستقرار الانفعالي مما يُسهم في تقليل الميول الانتحارية.

٣- تفعيل دور الإرشاد النفسي بالمدارس للقيام بدورهم الاستشاري والوقائي، وعدم الاكتفاء فقط بالدور الأكاديمي.

٤- ضرورة عقد ندوات يقوم بها مُتخصصون في علم النفس حول أهمية الاكتشاف المبكر للمشاكل النفسية للمُراهق.

البحوث المقترحة:

١- فعالية برنامج إرشادي للتخفيف من نقد الذات المرضي لطلاب المرحلة الثانوية.

٢- إجراء دراسات تنبئية تُسهم في التعامل مع أسباب الانتحار.

٣- دراسة العلاقة بين الميول الانتحارية والإجهاد الأكاديمي لطلاب المرحلة الثانوية.

المراجع

أحمد بن سعود البوشي. (٢٠١٨). جريمة الشروع في الانتحار في الشريعة الإسلامية. *عالم التربية*، ٦٤ (١)، ١٢٤- ١٤٦.

أحمد الحسيني هلال، ودينا على السعيد. (٢٠٢٢). دراسة لبعض المتغيرات المرتبطة بالنقد المرضي للذات لدى عينة من طلاب وطالبات الجامعة. *المجلة العلمية لكلية التربية، جامعة أسيوط*، ٣٨(٢)، ١٥٥- ٢٤٨.

أحمد محمد عبد الوهاب. (٢٠١٥). التوافق الزواجي وعلاقته باستراتيجيات مواجهة الضغوط وبعض متغيرات الشخصية لدى عينة من الذكور والإناث" دراسة مقارنة" . *مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب*، ١٠٧، ٢٤١- ٢٥٢.

أحمد محمود عياش. (٢٠١١). *الانتحار نماذج حية لمسائل لم تحسم بعد* (ط٢). بيروت: دار الكتب العلمية.

آمال إبراهيم الفقي. (٢٠١٨). فعالية التدريب على العطف بالذات في خفض نقد الذات السلبي لدى المتفوقات عقليًا من طالبات الثانوية العامة. *مجلة كلية التربية*، جامعة المنصورة، ١٠٣(١)، ٥٥٥- ٥٩٥.

آندي حجازي. (٢٠١٤). الانتحار: أعرضه ومسبباته وسبل الحد منه. *مجلة الوعي الإسلامي، وزارة الأوقاف والشئون الإسلامية*، ٤٩ (٥٦٣)، ٢٠- ٢٣.

أبرار إبراهيم الحبيب، وفاطمة خليفة السيد. (٢٠٢١). الإجهاد الأكاديمي والكمالية العصابية وعلاقتهما بالميل الانتحاري لدى عينة من طالبات الدراسات العليا بجامعة الملك عبد العزيز بجدة. *مجلة البحوث التربوية والنوعية*، ٦، ٨٢- ١٣٢.

إبراهيم مغربي. (٢٠١٥). *الانتحار رؤية تكاملية* (ط١). الإسكندرية: المكتب الجامعى الحديث للنشر.

إصلاح الجندي. (٢٠٢١). الانتحار والحاجة إلى براديغما جديدة . *مجلة الدراسات*، ١٥، ٣٣٧- ٣٦٦.

إيمان قينان، ومختارية وبن العربي. (٢٠٢١). تصور الانتحار لدى طلبة الجامعة. *مجلة آفاق للبحوث والدراسات*، ٤ (٢)، ٤٥٣- ٤٦٣.

بشير معمريه. (٢٠٠٦). تصميم استبيان احتمال الانتحار لدى الراشدين. *مجلة شبكة العلوم النفسية العربية*، ١٠، ١٠٩- ١١٨.

بيللاك ليوبولد (٢٠١٧). *اختبار تفهم الموضوع للراشدين* (محمد أحمد خطاب: مترجم). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

جابر عبد الحميد، وعلاء الدين كفافي.(١٩٩٥). *معجم علم نفس* (ج ٧). القاهرة: دار النهضة العربية.

جيهان أحمد حمزة.(٢٠٢٢). الشفقة بالذات كمتغير مُعدل للعلاقة بين النقد الذاتي والخوف من الشفقة والمعالم الاكتئابية. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، ١١٦ (٣٢)، ١٢١- ١٦٦.

دانيا الشبؤون. (٢٠١١). الشعور بالذنب وعلاقته بالشعور بالخزى عند المراهقين" دراسة ميدانية لدى تلاميذ الصف التاسع من التعليم الأساسي في مدارس مدينة دمشق الرسمية". *مجلة جامعة دمشق*، ٢٧، ٥٧- ٨٧.

رانيا حاكم كامل. (٢٠٢٠). الانتحار والشروع فيه: الوضع الراهن وآليات المواجهة: تحليل مضمون للوقائع ببعض النيابات بغرب القاهرة. *مجلة جامعة أم القري للعلوم الاجتماعية*، ١٢(٤)، ٣- ٦٨.

رشيد شيخي. (٢٠١٤). قراءة سوسيودينية لظاهرة الانتحار في الجزائر. *دراسات اجتماعية*، ١٥، ١٠٥- ١٢٠.

رقية عزاق، وحياة لموشي. (٢٠١٨). العلاج المعرفي السلوكي كتقنية علاجية للأفكار الانتحارية. *مجلة دفاتر المخبر*، (١٩)، ٧٩- ٩٤.

ريم بندر السلمان، وبدر محمد الأنصاري. (٢٠١٩). الخصائص السيكومترية لمقياس بيك لتصور الانتحار: دراسة على عينة من طلبة جامعة الكويت. *مجلة العلوم التربوية والنفسية*، ٢ (١)، ٣٧٦- ٤٠٩.

زياد نائل الطراونة. (٢٠١٠). *الانتحار: أسبابه، أعراضه، أنواعه، طرق علاجه* (ط١).الأردن: مؤسسة الطريق.

سالمة عطية عبد الله، ورأف الله بوشعراية الدرسي. (٢٠١٩). الميول الانتحارية لدى طلاب جامعة عمر المختار وفقًا لبعض المتغيرات. *مجلة جامعة الزيتونة*، ٢٩، ١٠٨- ١٢٥.

سامية محمد صابر. (٢٠١٠). العلاقة بين نقد الذات المرضي والاكتئاب لدى عينة من طلاب وطالبات الجامعة. *مجلة كلية التربية*، جامعة طنطا، ٤١، ٤٢- ٨٦.

سلوى فهاد حماد. (٢٠١٥). الاعتمادية ونقد الذات السلبي كمتغيرات وسيطة في العلاقة بين الكمالية والشره العصبي لدى طالبات جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن بالرياض. *مجلة كلية التربية*، جامعة الزقازيق، ٨٦ (١)، ١٨٩- ٢٨٠.

شيماء محمد محمد. (٢٠٢٠).إرادة الحياة وقلق المستقبل وعلاقتهما بالميول الانتحارية لدى الشباب. *مجلة العلوم التربوية*، ٤ (١)، ١٥٦- ٢٠٦.

صابر فاروق محمد. (٢٠٢١). الخصائص السيكومترية لمقياس الميول الانتحارية لدى عينة من الشباب الجامعي. *مجلة القراءة والمعرفة*، ٢١(٢٤٢)، ١٢٧- ١٦٧.

صابر فاروق محمد، وغدير أحمد المياح. (٢٠٢٢). برنامج تدريبي بالفن التشكيلي لخفض حدة الميول الانتحارية لدى عينة من الشباب الجامعي. *مجلة كلية التربية*، جامعة عين شمس، ٤٦ (٣)، ٢٨٣- ٣٣٠.

صلاح الدين عبد الله داود، ورائد سامي عفاش. (٢٠٢١). التفسير الاجتماعي والقانوني لظاهرة محاولة الانتحار في المجتمع الأردني. *مجلة المشكاة للعلوم الإنسانية والاجتماعية*، ٨ (٣)، ٢٠٣- ٢٢٧.

عبد الرحمن سيد سليمان. (٢٠١٣). *بحوث ودراسات في الصحة النفسية والعلاج النفسي*. القاهرة: عالم الكتب.

عبد الرقيب البحيري. (٢٠١٣). *مقياس احتمالية الانتحار*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

عبد الله سعيد الرشود.(٢٠٠٦). *ظاهرة الانتحار التشخيص والعلاج. الرياض*: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

عبد الله محمود قازان، ونادیا إبراهيم يوسف. (٢٠١٨). مشكلة الانتحار في الأردن من عام ٢٠١٢- ٢٠١٥ دراسة سوسيولوجية. *مجلة المنارة للدراسات والبحوث*، ٢٤ (٣)، ٩٩- ١٠٣.

عثمان فكار.(٢٠١٠). ظاهرة الانتحار في الجزائر. *دراسات اجتماعية*، ٣، ٩١- ١٠٨.

عزيزة عنو. (٢٠١٩). الصراع النفسي وتقدير الذات وعلاقته بتحمل الضغوط لدى المحاولين للانتحار. *عالم التربية*، ٦٧، ١٣- ٤٩.

عصام عبد اللطيف عبد الهادي. (٢٠٢٢). اضطراب الشخصية الحدية وعلاقتها بالميل للانتحار لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية بمدينة جدة. *مجلة الإنسانيات والعلوم الاجتماعية بكلية الآداب جامعة الفيوم*، ١(١٤)، ١٧٨- ٢٣٥.

علاء الدين كفافي. (٢٠٠٦). *موسوعة علم النفس التأهيلي*. القاهرة: دار الفكر العربي.

عماد متولي ناصف. (٢٠١٣). الكمالية العصابية وعلاقتها بتقدير الذات لدى الأطفال الموهوبين. *مجلة كلية التربية بالسويس*، ١(٦)، ٢٧٨- ٣٢١.

غازلي نعيمة. (٢٠١٤). النسق الأسري المدرك وعلاقته بظهور المحاولة الانتحارية لدى المراهقين. *مجلة دراسات نفسية وتربوية بجامعة قاصدي مرباح*، (١٢)، ١١٥- ١٢٦.

فاطمة الزهراء محمد مليح. (٢٠٢١). الجانب السلبي للحساسية الانفعالية ونقد الذات في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية لدى الطلاب الملتحقين بمدارس STEM. *مجلة كلية التربية*، جامعة سوهاج، ٦ (٩١)، ٢٥٣٠- ٢٥٩٢.

فايز عبد القادر المجالي . (٢٠١٤). تفسير ظاهرة الانتحار في الأردن. *مجلة الفكر الشرطي بمركز بحوث الشرطة*، ٢٣ (٨٨)، ١٨٩- ٢٤٨.

فايز عبد القادر مناور، وعدنان محمد سعيد. (٢٠١٤). تفسير ظاهرة الانتحار في الأردن. *مجلة الفكر الشرطي*، ٢٣(٨٨)، ١٨٩- ٢٤٨.

فرج عبد القادر طه، وشاكر عطية قنديل، وحسين عبد القادر محمد، ومصطفي كامل عبد الفتاح. (٢٠٠٩). *موسوعة علم النفس والتحليل النفسي*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

فؤاد العابد الله. (٢٠٠٩). *نقد الذات طريق مختصر للإصلاح*. الرباط: الريف الحاضر للطباعة.

ماجدة محمود أحمد. (٢٠٢١). الإعلام وأثره في انتشار ظاهرة الانتحار. *مجلة ميسان للدراسات الأكاديمية*، ١٩، ٧٨- ٨٩.

محمد صالح ربيع. (٢٠١٣). *مثلث الرعب العلمي*. عمان: دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.

محمد ربحي عبد الفتاح، وصلاح الدين محمد أبو ناهية، وحسام الدين محمود عزب. (٢٠٢٠). الكفاءة السيكومترية لمقياس الميول الانتحارية لدى عينة من طلبة الجامعات الفلسطينية. *مجلة كلية التربية في العلوم النفسية*، كلية التربية، جامعة عين شمس، ٤٤ (٢)، ١٤٩- ١٧٨.

محمد عزت عربي. (٢٠١٥). أزمة الهوية وعلاقتها بالتصور الانتحاري لدى عينة من طلبة التعليم الثانوي في مدارس محافظة دمشق الرسمية. *مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس*، ١٣(٤)، ٦٥- ٨٧.

محمد قاعد زايد. (٢٠٢٠). الميول الانتحارية وعلاقتها بالضغوط النفسية وبعض المتغيرات الديموغرافية لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية والمرحلة الجامعية بمدينة الرياض. *مجلة العلوم التربوية والنفسية*، المركز القومى للبحوث في غزة، ٤(٤٥)، ١٣٧- ١٦٤.

مريم حسنى حمد، وصالح سالم سويلم. (٢٠٢١). العلاج الجدلي السلوكي. *مجلة علوم الإنسان والمجتمع*، ١٠ (٢)، ٣٦٧- ٤٠٧.

مكرم سمعان. (١٩٦٤). *مشكلة الانتحار دراسة نفسية اجتماعية للسلوك الانتحاري بالقاهرة*. القاهرة: دار المعارف.

منظمة الصحة العالمية. (٢٠٢١). التقرير الخاص بالانتحار. تم الاسترجاع ٢٩ نوفمبر ٢٠٢٢، من موقع https://www.who.int.

نازك السلطاني. (٢٠١٤). قياس الميل نحو الانتحار لدى طلبة المرحلة الإعدادية. *مجلة كلية التربية البنات للعلوم الإنسانية*، ١٤، ٣٦١- ٤٠٥.

نورا محمد عرفة. (٢٠٢٢). نموذج بنائي مقترح للعلاقة السببية بين أنماط التعلق واجترار الذات على التشوهات المعرفية والميول الانتحارية لدى عينة من طلاب الجامعة بكلية التربية. *مجلة كلية التربية*، جامعة عين شمس، ٤٦(١)، ٥٩- ٢٠٨

هاني الخير. (٢٠٠٠). *لماذا انتحر هؤلاء* (ط٢). سوريا: دار دمشق للطباعة والنشر والتوزيع.

هبة محمد حسن. (٢٠٠٩). المعاناة الاقتصادية وتقدير الذات وعلاقتهما بتصور الانتحار لدى الشباب الجامعي. *مجلة كلية التربية*، جامعة الزقازيق، (٦٢)، ١٥٥- ٢٥٧.

يحيي بن مبارك خطاطبة ، وأحمد بن سعد الأحمد. (٢٠٢٠). إدمان ممارسات الألعاب الإلكترونية كمنبئ بالميول الانتحارية لدى طلبة المرحلة الثانوية بمدينة الرياض. *مجلة البحوث الأمنية، كلية الملك فهد الأمنية- مركز الدراسات والبحوث*. ٣٠(٦٧)، ٢٦٥- ٣٣٧.

Baghaei, N., Ahmadi, A., Khaliq, I., & Liang, H. (2021). Individualized Virtual reality for supporting depression feedback from mental health professionals. *2021 IEEE International symposium on Mixed and Augmented Reality Adjunct* (Ismar- Adjunct),p. 63-67.

Bergner, R. (1995). *Pathological Self- Criticism Assessment and Treatment*. Plenum press: New York.

Blatt, S., & Luyten, P. (2009). A structural- development psychodynamic approach To psychopathology two polarities of experience across the life span. *Development And psychopathology*, 21(3), 793- 814.

Blatt, S., & Luyten, P. (2013). Interpersonal relatedness and self- defection in normal and Disrupted personality development : retrospect and prospect. *Journal of American Psychologist*, 68, 172- 183.

Campos, R. (2018). Self-criticism, neediness and distress in the prediction Of suicide ideation: Result from cross sectional and longitudinal. *The Journal of psychology*, 152(4),237

Campos, R., Besser, A., & Blatt, S. (2012). Distress mediates The association between personality predispositions and suicidality: A prelinary study in prrtuguese community sample. *Offical Journal of the International Academy for Suicide Research*, 16(1), 44- 58.

Campos, R., Basser, A., & Blatt, S.(2013). Recollections of parental Rejection, self-criticism and depression in suicidality. *Offical Journal of The International Academy for suicide Research*, 17(1), 58- 74.

Carandang, J., Bronson, K., & Kamarel, S. (2000). Recognizing and managing depression In women throughout the stagesof life. *Reprtinted from Cleveland Clinical Journal of Medicine*, 67(5), 27- 33.

Casalin, S., Luyten, p., Besser, A., Wouters, S., & Vliegen, N. (2014).A longitudinal cross-Lagged study of the role of parental self- criticism, dependency, depression, and parenting Stress in the development of child negative affectivity. *Self& Identity*, 13(4), 491- 511.

Cox, B., Macpherson, P., Enns, M., & Mcwilliams, L. (2004). Neuroticism and self – criticism Associated with posttraumatic stress disorder in a nationally representative sample. *Behavior Research and Therapy*, 42, 105- 114.

Clara, L., Cox, B., Enns, M. (2003). Hierarchical Models of Personality and Psychopathology : The case of self- criticism , neuroticism and depression. *Personality andIndividual Differences*, 35, 91- 99.

Clark, D., Beck, A., & Brown, G. (1992). Sociotropy, Autonomy and Life Event Perceptions In Dysphoric and Non Dysphoric Individuals. *Cognitive Therapy and Research*. 16(6), 635- 652.

Cox, B., Fleet, C., & Stein, M. (2004). Self- criticism and social phobia in the U.S. National Comorbidity Survey. *Journal of Affective Disorders*, 82, 227- 234.

Daniel, C., & David, C. (2017). Self- criticism and dependency . In: Wenzel, A., Friedman ., D., Flannery, E, The Sage Encyclopedia of Abnormal and Clinical Psychology, *Sage Publications, Inc*. Thousand Oaks.

Duarte, C., Pinto, J., & Ferreira, C. (2014). Escaping from body image shame and harsh Self- Criticism: exploration of underlying mechanisms of binge eating. *Eating Behaviors*, 15, 638- 643.

Etxebarria, I. (2000). Guilt: An Emotion Under Suspicion. *Journal of Psicothema Spain*, 12, 101- 108.

Falgares, G., Marchetti, D., Desantis, S., Carrozzino, D., Kopala, D. ,Fulcheri, M., & Verrocchio, M. (2017). Attacnment styles and suicide Related behaviors in adolescence: The Mediating of self criticism And dependency. *Frontires In Psychiatry*, 8(1), 36.

Gilbert, P. (2009). Introducing Compassion- focused therapy. *Advanced in psychiatric Treatment*, 15, 199- 208.

Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal Of Clinical Psychology*, 53, 6- 41.
Golestaneh, S., Dehgani, F., & Hosei, F. (2017). Comparison of self criticism in obsessive, major depression patients and normal people. *Jundishapur Journal Helath Research*, 1-6.
Hawton, K., Casanas, I., Comabella, C., & Haw, C. (2013). Risk factors for suicide in individuals With depression: a systematic review. *Journal Affect Disorder*, 147 (1-3), 17-28.
James, K., Verplanken, B., & Rime, K. (2015). Self- criticism as Mediator in the Relationship Between Unhealthy Perfectionism and Distress. *Personality and Individual Differences*, 79, 123- 128.
Jones, I., & Daniels, B. (2016). An ethological approach to self –injury. *British Journal of Psychiarty* , 189, 263- 267.
Kannan, D., & Levitt, H. (2013). A review of client self- criticism in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23, 166- 178.
Kehinde, E. & Austin, O. (2014). Philosophical perceptions of suicide and implications For the sanctity of life. *Global Journal of Arts Humanities and Social Sciences*, 2 (10), 47-62.
Khanipour, H., Hakim, S., & Bidaki, R. (2016). Suicide probability in Adolescents with a history of childhood maltreatment: The role of Non-suicidal self-injury, emotion regulation difficulties and forms Of self criticism. *International Journal of High Risk Behaviors& Addiction*, 5(2), 23675.
Loew, C., Schauenburg, H., & Dinger, U. Self- criticism and psychotherapy outcome: A systematic review and meta- analysis. (2020). *Clinical Psychology*, 56, 75
Longe, O., Maratos, F., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliff, H., & Rippon, G. (2010). Having a word with yourself : Neural correlates of self- criticism and self-reassurance. *Neuroimage*, 49, 1849- 1856.
Luthar, S., & Belatt, S. (1993). Dependent and Self Critical Depressive Expressive Experiences Among Inner- City Adolescents. *Journal of Personality*, 61(3), 365- 388.
Marshall, M., Zuroff, D., Mcbride, C., & Bagby, M. (2008). Self- criticism Predicts Differential Response to Treatment for Major Depression . *Journal of Clinical Psychology* , 64 (3), 231- 244.
Mayo, D. (1992). *What is being predicted? The definition of "suicide"*. New York: Gulford Press.
Mishara, B., & Tousignant, M. (2004). *Comprendre le suicide*. New York: Syndicate of the University of combidge.
Nagy, L., Shanahan, M., & Bear, R. (2021). An experimental investigation of the effects of self criticism and self compassion on implicit Associations with non- suicidal self-injury. *Behaviour Research and Therapy*, 139, 103819.
Nils, R. (1993). *Suicide Aeuropean Perspective*. New York: Syndicate of the university of Combidge.
Pamela, R., & Jon, K. (2006). *Suicide: what Really Happens in the A fter life?*. California: North Atlantic book Berkeley.
Rose,S. (2015). *Applying Durkheim Theory Of Suicide: A study of altruism and anomie among Canadian veterans of Afghanistan*. Canada: Ontario.
Sekowski, M., Lengiewicz, I., & Lester, D. (2022). The complex relationships between dependency and self criticism and suicidal behavior and Ideation in early adulthood. *Personality and Individual Differences*, 198, 111- 806.
Shahar, G. (2015). *The Psychopathology of Self Criticism*. Oxford University Press: New York.

Shahar, B., Doron, G., & Szepsenwol,O. (2015). Childhood Maltreatment, Shame-Proneness and Self Criticism in Social Anxiety Disorder: A Sequential Mediational Model . *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22, 570- 579.

Shahar, G. (2016). Criticism in the self, Brain, Relationships, and Social Structure: Implication For psychodynamic psychiatry. *Psychodynamic Psychiatry*, 44(3), 395- 421.

Sheehy, N. & Oconnor, R. (2002). Cognitive style and suicidal behavior : Implications for Therapeutic intervention, research lacunae and priorities. *British Journal of Guidance And counseling* , 30 (4) ,353-362.

Silfver, M. (2007). Coping with Guilt& Shame: A narrative Approch . *Journal Of Moral Education* , 36 (2), 169- 183.

Silverman, M. (2011). Challenges to classifying suicidal ideation communications and Behaviors . In R. O Connor, S. Platt & J. Gordon (Eds). *International handbook of suicide Prevention: Research, Policy and practice*, 1(10), 9- 25.

Smith, D., Wang, S., Carter, M., & Fox, K. (2020). Longitudinal predictors thoughts and Behaviors in sexual and gender minority adolescents. *Journal of Abnormal Psychology* , 129 (1) , 114- 121.

Stinckens, N., Lietaer, G., & Leijsse, M. (2013). Working With the inner critic: Process Features and pathways to change. *Person- Centered & Experiential Psychotherapies*, 12, 59- 78.

Tarmizi, T., Navissa, A., Dian, F., Rahma, F., & Rento, A. (2019). Self- criticismScale. *In 1st International Seminar STEMEIF , Purwokerto*, 89- 94.

Thomppson, R., & Zuroffb, D. (2004). The levels of self- criticism scale: comparative – Self- criticism and internalized self- criticism. *Personality and Individual Differences*, 36, 419- 430.

Tibubos, A., Werner, A., Brahler, E., Shahar, G., Ernts, M., Reiner, I., & Beutel, M. (2023). Self- Criticism in The General population: Development and Psychometric Properties Of the depressive experiences questionnaire self- criticism 4(DEQ-SC4). *Journal of Personality Assessment*, 105(1), 74- 86.

Vliegen, N., & Luyten, P. (2009). Dependency and self- criticism in post- partum depression And anxiety: A case control study. *Clinical psychology and psychotherapy*, 16, 22- 32.

Weirich, M., Hooley, J., Deliberto, T., Nock, M., & Glassman, L. (2007). Child maltreatment , non- suicidal self- injury and the mediating role of self-criticism. *Behavior Research and Therapy, 45(10), 2483- 2490.*

Xavier, A. (2016). Self criticism and depressive symptoms mediate The relationship between emotional experiences with family and peers And self injury in adolescence. *The Journal Of Psychology*, 150(8),1046.

Zeifman, R., Jennifer, A., Mortin, M., & Kuo, J. (2021). On loving they self: Exploring The association between self compassion self reported Suicidal behaviors and Implicit suicidality among college students. *Journal Of American College Health*, 69(4), 396- 403.

Zheng, A., & Wang, Z. (2014). Social and Psychological factors of the suicidal tendencies Of Chinese medical students. *Bio Med Central*, 8,United Kingdom. London. ProQuest Document ID 1618968806.

Zuroff, D., Koestner, R., Moskowitz, D., Mcbride, C., & Bagby, R. (2012). Therapists autonomy Support and patient self criticism predict motivation during brief treatments for depression . *Journal Of Social and Clinical Psychology*, 31 (9), 903.