



Daam دعام

مركز دعم الصحة السلوكية
Daam Behavioral Healthcare Center

الاجتماعي Social

خطوة نحو الأمان

فهم السلوك الانتحاري والتدخل الأولي

د. خالد أحمد عبد الجبار



يُعدّ الانتحار أحد أكثر القضايا حساسية في الصحة النفسية المعاصرة، إذ يجمع بين الألم الشخصي العميق، وتأثيرات اجتماعية تمتد إلى الأسرة والأصدقاء والمجتمع. وعلى الرغم من الجهود الدولية المبذولة في الرعاية الصحية والتعليم والتوعية، ما زال الانتحار يمثل سبباً رئيسياً لفقدان الأرواح، خاصة في الفئات العمرية الشابة.

يواجه كثير من الأفراد الذين يفكرون في إنهاء حياتهم صعوبة في التعبير عن معاناتهم، أو طلب المساعدة المناسبة؛ إذ تحيط بهذه الظاهرة أفكار خاطئة، ووصمة اجتماعية، ومفاهيم غير دقيقة تجعل الحديث عنها أمراً مُحرجاً أو مخيفاً. ويلعب ذلك دوراً في تأخر التدخل، وإخفاء علامات الخطر، مما يزيد من احتمالية وقوع محاولة انتحار.

لا يهدف هذا الكتيب إلى تقديم تفسير واحد للانتحار، أو اختزال الأسباب في محور واحد، بل يسعى إلى توضيح الفكرة بشكل مبسّط، وإبراز العوامل التي قد تؤدي إليه، وإرشاد القارئ إلى العلامات التي يمكن ملاحظتها، مع تقديم توصيات عملية للتدخل الآمن والدعم النفسي الأولي. كما يتناول أهم المفاهيم الخاطئة التي تعيق فهم الظاهرة، والحلول التوعوية المناسبة في البيئة الأسرية والمدرسية والمجتمعية. ويعتمد على مصادر علمية موثوقة، مع الحرص على عرض المعلومات بلغة هادئة، وتجنب التفاصيل التي قد تسبب تأثيراً سلبياً أو تشجع على تقليد السلوك، وفقاً لإرشادات منظمة الصحة العالمية والمؤسسات المتخصصة في الوقاية من الانتحار.

كما أتطلع أن يساهم في تعزيز الوعي المجتمعي، ونشر ثقافة الإصغاء والتعاطف، وتبسيط الوصول للمساعدة، وحماية الأرواح التي تمر بأوقات صعبة. فالوقاية تبدأ بفهم أعمق، وكلمة دعم واحدة قد تحدث فرقاً حقيقياً في حياة إنسان.

الجزء الأول: فهم الانتحار

الفصل الأول: ماذا يعني الانتحار؟

1. تعريف الانتحار

يُعرّف الانتحار بأنه فعل متعمد يقوم فيه الإنسان بإنهاء حياته. ويُنظر إليه في السياق النفسي والاجتماعي على أنه استجابة للألم شديد أو معاناة مستمرة، وليس رغبة فظرية في الموت. ففي كثير من الحالات، يسعى الفرد إلى التخلص من الألم النفسي أو الضغوط التي يشعر بأنها أكبر من قدرته على التحمل، وليس بالضرورة التخلص من الحياة نفسها. غالبًا ما يصف الأشخاص الذين مرّوا بتجربة قريبة من الانتحار مشاعرهم بطريقة تعكس رغبتهم في إنهاء المعاناة، لا إنهاء وجودهم. وتظهر دراسات متعددة أن الأفكار الانتحارية لا تعبر دائمًا عن رغبة ثابتة، بل قد تكون لحظية أو مرتبطة بظروف معينة، وتتغير عند توفر الدعم والعلاج المناسب.

2. الانتحار كرحلة وليس قرارًا لحظيًا

يصل الإنسان إلى قرار الانتحار عادة بعد تدرّج في التجربة، يمر عبر مراحل مختلفة من الضغط النفسي والإحساس بالعجز واليأس. وفي هذه الرحلة، تتفاعل عدة عوامل مرتبطة بالعاطفة والمعتقدات الشخصية والعلاقات الاجتماعية وتجارب الحياة. وقد يشعر الفرد في مرحلة ما بأن الخيارات محدودة، وأن الألم يفوق أي أمل متاح. هذا التدرّج يبرز أهمية التدخل المبكر؛ إذ يمكن ملاحظة إشارات متعددة قبل الوقوع في المحاولة، سواء عبر تغييرات في السلوك، أو حديث غير مباشر عن الرغبة في الانسحاب من الحياة، أو إهمال العلاقات، أو شعور متزايد بالوحدة.

3. بين الهروب من الألم والرغبة في الموت

توضح الأبحاث أن الانتحار يُعبّر غالبًا عن محاولة توقف الألم وليس البحث عن الموت ذاته. فحين يضعف الأمل، ويغيب الدعم، ويتراكم الألم النفسي، قد يرى الفرد أن الانتحار هو الحل الوحيد. لذلك، تُعدّ إعادة بناء الشعور بالأمل جزءًا أساسيًا من عملية الوقاية والتدخل، وهي مسؤولية مشتركة بين الأسرة والمحيط الاجتماعي والمتخصصين.

4. الانتحار ليس عرضًا واحدًا

يختلف الانتحار من شخص لآخر، ولا توجد صورة واحدة تنطبق على الجميع. فقد يكون الدافع مرتبطًا بصدمة عاطفية، أو ضغوط الدراسة والعمل، أو فقدان عزيز، أو مشكلات مالية، أو اضطرابات نفسية، أو جسدية. كما تختلف ردود الأفعال بحسب شخصية الفرد وطبيعة الدعم المتوفر حوله. لذلك، يُعدّ الفهم الشخصي لكل حالة أفضل أسلوب للتعامل، بدلا من الاعتماد على نماذج عامة. فلكل شخص ظروفه المختلفة، وكذلك قصته وتجربته.

5. الفرق بين إيذاء الذات والانتحار

من المهم التفريق بين الانتحار وإيذاء الذات. إذ يقوم البعض بسلوك إيذاء النفس دون أن تكون لديهم نية لإنهاء حياتهم، وإنما للتخفيف من الألم العاطفي أو للتعامل مع الصدمات الداخلية، كما هو الحال فيمن يعاني من اضطراب الشخصية الحدية. ومع ذلك، فإن إيذاء الذات قد يكون مؤشرًا على معاناة عميقة تستوجب الدعم النفسي، لأنه قد يتطور إلى أفكار انتحارية إذا لم تتم معالجته بشكل صحيح.

الفصل الثاني: أخطر التصورات المجتمعية حول الانتحار

تنتشر حول الانتحار مجموعة من الأفكار الخاطئة التي تؤثر على طريقة فهم المجتمع له، وتحدّ من قدرة الأسرة والأصدقاء على تقديم الدعم المناسب. وتعد هذه المفاهيم من العوامل التي تبقى المشكلة داخل دائرة الصمت، وتعرقل الحديث المباشر عن المشاعر المؤلمة التي يمر بها الفرد.

تهدف هذه التصورات، في كثير من الأحيان، إلى تفسير غير مريح لظاهرة معقدة، لكنها في الواقع قد تسبب أذى نفسيًا كبيرًا لمن يعاني، وتمنع الآخرين من ملاحظة علامات الخطر.

هذا الفصل أبرز هذه التصورات، مع توضيح مختصر للحقيقة العلمية المرتبطة بكل منها.

1. التصور الأول: "من يتحدث عن الانتحار لن يفعل ذلك"

يعتقد البعض أن الشخص الذي يشارك أفكاره أو مخاوفه حول الانتحار لا ينوي تنفيذها، وأن حديثه مجرد تعبير لفظي أو محاولة لجذب الانتباه.

لكن الدراسات تشير إلى أن التعبير اللفظي عن الرغبة في الموت أو الانسحاب من الحياة يُعد من أهم المؤشرات المبكرة التي تستوجب اهتمامًا فوريًا.

إخبار الآخرين برغبة في الانتحار قد يكون طلبًا صامتًا للمساعدة، أو محاولة للبحث عن شخص يسمع ويفهم الألم. إن تجاهل هذا الحديث قد يعمّق الشعور بالعزلة ويزيد شعور الفرد بأن لا أحد يهتم بألمه.

2. التصور الثاني: "الانتحار علامة ضعف الإيمان أو فقدان الإرادة"

يتعامل البعض مع الانتحار على أنه مؤشر لضعف الشخصية أو الإيمان، بينما تُظهر الحقائق أن الانتحار يرتبط في الغالب بالألم النفسي شديد واضطرابات يفقد فيها الفرد قدرته على التفكير بوضوح أو التخطيط للمستقبل.

لا يتعلق الانتحار دائمًا بقوة الشخصية أو قلة القناعة، بل يتصل بتفاعل معقد بين عوامل نفسية واجتماعية وصحية. وفي أوقات الألم الحاد، قد يصبح الإنسان عاجزًا مؤقتًا عن رؤية الخيارات المتاحة. الحكم الأخلاقي القاسي يزيد الألم ويمنع الفرد من طلب الدعم الذي يحتاجه.

3. التصور الثالث: "محاولة الانتحار بمثابة جذب انتباه"

قد يُنظر إلى بعض محاولات إيذاء النفس أو الحديث عن الانتحار على أنها "بحث عن الاهتمام"، إلا أن هذه النظرة تتجاهل حقيقة أن طلب الاهتمام في حد ذاته قد يكون طلب نجدة. يسعى الشخص في هذه الحالة إلى إرسال إشارة بأنه يشعر بالعجز أو الألم، وأنه بحاجة لمن يسمعه. إن وصف سلوك من يعاني بأنه "بحث عن الاهتمام" يمكن أن يعمّق الشعور بالنبذ، ويغلق باب الحوار.

من المهم النظر إلى كل إشارة كعلامة للتدخل، وليس للحكم.

4. التصور الرابع: "لا أحد ينتحر لمجرد مواجهته لمشكلات نفسية"

يرى البعض أن المشكلات النفسية ليست سببًا كافيًا للانتحار، وأن "الإنسان السليم" لا يفكر بهذا الشكل. لكن الأبحاث الطبية تؤكد أن الاضطرابات النفسية والعاطفية تعد أحد أبرز عوامل الخطر.

الاكتئاب الشديد (اضطراب الاكتئاب الجسيم)، واضطراب ثنائي القطب، واضطراب ما بعد الصدمة، وغيرها من الحالات قد تُغير طريقة عمل التفكير والعاطفة لدى الفرد، وتجعله يرى الواقع بصورة مختلفة. لذا فالمشكلة ليست في قوة الإيمان أو ضعفه، بل في اضطراب يحدّ من قدرته على التوازن والتفكير المنطقي تحت ضغط الألم.

5. التصور الخامس: "من حاول الانتحار مرة لن يفعلها مرة أخرى"

تفيد الدراسات أن محاولة الانتحار السابقة تُعدّ من أعلى مؤشرات الخطر لتكرار المحاولة. فالمعاناة النفسية أو الظروف الضاغطة التي أدت إلى المحاولة الأولى قد تستمر في حال عدم تلقي الدعم والعلاج المناسبين، وقد يواجه الشخص لاحقًا مواقف أو ضغوطًا نفسية مشابهة لتلك التي مرّ بها سابقًا، ما يعيد تنشيط مشاعر اليأس أو العجز ويدفعه إلى التفكير في تكرار السلوك الانتحاري. لذلك، تتطلب المحاولة السابقة متابعة مستمرة، ودعمًا متخصصًا، وإشراك الأسرة ضمن خطة أمان تساعد الشخص على التعامل مع الضغوط وتجاوز اللحظات الحرجة. فالنجاح من محاولة انتحار لا تمثل نهاية القصة، بل بداية مرحلة حساسة من التعافي والرعاية المستمرة.

6. التصور السادس: "إذا تحدثنا عن الانتحار قد نشجع عليه"

يخشى بعض المعالجين من أن الحديث عن الانتحار مع مرضاهم بشكل مباشر قد يزرع الفكرة في ذهن المريض. إلا أن الأبحاث تؤكد أن الحوار الآمن والداعم يمكن أن يكون وسيلة فعالة للوقاية عندما يتم بطريقة إنسانية واحترام لخصوصية الشخص. الإصغاء دون إصدار أحكام، وتقديم معلومات حول العلاج ومصادر الدعم، يساعدان الفرد على الشعور بأن لديه خيارات وطرق أخرى للتعامل مع الألم.

في المقابل، نشر تفاصيل المحاولات أو الطرق أو تمجيد هذه السلوكيات في الإعلام يمكن أن يكون ضارًا، وهذا ما تحذر منه السياسات الصحية دوليًا.

7. التصور السابع: "من يريد الانتحار سيجده طريقًا مهما فعلنا"

تُظهر التجارب أن الدعم المناسب يمكن أن ينقذ حياة بشكل فعلي. فإزالة الوسائل، وتوفير خطوط مساعدة، والوجود الاجتماعي الداعم، وتقديم العلاج الطبي والنفسي، كلها عوامل تسهم في حماية الشخص في لحظات الخطر. ليست الفكرة أن "من أراد سيمضي"، بل أن قرار الانتحار غالبًا يكون لحظيًا يأتي في وقت غياب الأمل. وجود شخص مستعد للاستماع والحضور يمكن أن يعيد توازن التفكير ويؤجل القرار أو يمنعه تمامًا.

ملاحظة:

تهدف هذه الأمثلة إلى توضيح كيف يمكن للصورة النمطية حول الانتحار أن تعيق محاولات الوقاية، وأن تدفع من يعاني إلى الانسحاب بدلًا من طلب الدعم. فهم هذه التصورات الخاطئة يُعد خطوة أساسية لتغيير طريقة الحديث حول الانتحار، وتحويل الحوار من حكم واتهام إلى إصغاء وتفهم.

الفصل الثالث: كيف يصل الإنسان إلى لحظة التفكير بالانتحار؟

يصل الإنسان إلى لحظة التفكير في إنهاء حياته عبر مسار نفسي واجتماعي معقد، قد يبدأ أحياناً بحدث بسيط، ثم يتطور تدريجياً تحت ضغط مجموعة عوامل متشابكة. ولا يُعد الانتحار قراراً مفاجئاً في الغالب، بل نتيجة لتراكم أحاسيس مؤلمة وفقدان تدريجي للشعور بالأمل والقدرة على الصمود. يساعد فهم هذا المسار في التعرف المبكر على علامات الخطر، وتقديم الدعم المناسب قبل أن تتحول الفكرة إلى محاولة فعلية.

1. بداية الألم: لحظات الانكسار الأولى

غالباً ما تبدأ فكرة الانتحار في لحظة يشعر فيها الفرد بأن في داخله ألماً لا يُحتمل أو مشكلة لا يبدو لها حل. وقد يكون ذلك نتيجة:

- فقد شخص عزيز
- تجربة عنف أو صدمة
- تنمّر مستمر
- فشل دراسي أو مهني
- نزاع أسري
- مرض مزمن أو ألم جسدي
- تراكم ضغوط الحياة اليومية

في هذه المرحلة، لا تكون الفكرة واضحة أو مستقرة، وإنما تكون أقرب إلى سؤال داخلي:

”ماذا لو لم أكن موجوداً؟“، وقد تمر هذه الفكرة دون ملاحظة من الآخرين.

2. تضخم المشاعر السلبية

مع استمرار الألم أو تكرار الأحداث الصعبة، تبدأ المشاعر السلبية بالتراكم والتضخم. ويشعر الفرد بأن ما يعيشه لا يتغير، وأن محاولاته للتخفيف من الألم لا تجدي نفعاً

من المشاعر الشائعة في هذه المرحلة:

- اليأس من المستقبل
- الإحساس بالعجز
- فقدان السيطرة
- التفكير بأن ”لا شيء سيتحسن“
- ضعف تقدير الذات
- الشعور بأن الحياة فقدت قيمتها أو معناها

هذه المشاعر لا تعني أن الشخص ”يريد الموت“، لكنها تعكس صعوبة التعامل مع المعاناة في وقت معين.

3. الشعور بالعبء على الآخرين:

يمر كثير من الأشخاص الذين يفكرون في الانتحار بفكرة متكررة:

“وجودي يسبب ألمًا لمن حولي.”

قد يرى الفرد أن أسرته ستكون “أفضل بدونه”، أو أنه “مصدر إزعاج” أو “عبء”. هذه النظرة ليست مبنية على واقع، بل نتيجة تصورات مشوهة يُسببها الألم النفسي. ويُعد هذا الشعور من المؤشرات المهمة التي تدل على ارتفاع مستوى الخطر، لأن الشخص يبدأ في تبرير رغبة الانسحاب باعتبارها “شيئًا جيدًا للآخرين”، وهو مفهوم يحتاج إلى تصحيح ودعم مباشر.

4. الانعزال وفقدان الدعم

مع تزايد الألم، يميل الفرد إلى الانعزال عن الأسرة والأصدقاء، والاستغناء عن الأنشطة التي كان يستمتع بها في السابق. يقل الحديث، وتختفي المشاركة، ويتراجع التواصل الاجتماعي. قد يعتبر البعض هذا الانعزال جزءًا من شخصية الفرد، لكن في كثير من الحالات يكون علامة على معاناة داخلية. كما أن غياب التفاعل الاجتماعي يقلل من فرص تلقي دعم عاطفي، ويزيد من الإحساس بالوحدة، مما يعمق الفكرة الانتحارية.

5. تضيق الخيارات: حين يبدو الرحيل هو الحل الوحيد

عندما يتعمق الشعور بالعجز والانعزال، يبدأ العقل في تضيق دائرة الخيارات. في هذه المرحلة، تصبح رؤية الشخص للعالم محدودة، فلا يرى حلولًا متعددة، وإنما حلًا واحدًا:

“الخلاص من الألم.”

يترافق هذا التفكير مع: (فقدان القدرة على تصور المستقبل، ضعف التركيز، تراجع القدرة على اتخاذ القرار، اختفاء البدائل العقلانية المنطقية). في الواقع، لا يكون الحل الوحيد، لكن المعاناة المستمرة تسبب الإغلاق المعرفي.

6. لحظة الأزمة: القرار اللحظي

تُظهر الأبحاث أن قرار إيذاء الذات في كثير من الأحيان يكون لحظيًا، خاصة عن اضطراب الشخصية الحدية. ويأتي في وقت تشتد فيه المشاعر السلبية، مع غياب الدعم أو ضعف القدرة على طلب المساعدة. في تلك اللحظة، قد تؤثر عوامل صغيرة على القرار، مثل: موقف سلبي بسيط، خبر مزعج، كلمات قاسية، شعور قوي بالوحدة في ذلك الوقت، ويفسر ذلك أهمية التدخل السريع وعدم ترك الشخص وحيدًا في اللحظات الصعبة.

7. لماذا لا يطلب البعض المساعدة؟

رغم شدة الألم، قد يتردد كثيرون في طلب الدعم، خاصة من يعانون من اضطراب الاكتئاب الجسيم، بسبب:

● الخوف من الحكم واللوم

● الاعتقاد بأن الآخرين لن يفهموا

● الشعور بالخزي

● فكرة "لا أريد أن أزعم أحدًا"

● الوصمة الاجتماعية

هذه الأسباب تمنع الوصول للعلاج الذي يمكن أن يخفف الألم ويعيد الأمل.

8. إمكانية التغيير: عندما يعود الأمل

من المهم معرفة أن رحلة الألم ليست طريقًا باتجاه واحد. إذ أن كثيرًا من الأشخاص الذين فكروا في الانتحار ثم حصلوا على الدعم والعلاج، يصفون حياتهم لاحقًا بأنها أفضل مما تخيلوا.

يقول بعضهم:

- "كنت أحتاج شخصًا يسمعني."

- "لو أن أحدهم قال لي: أنا معك."

- "حين تغيرت ظروفِي، تغير كل شيء."

هذا يؤكد أن لحظة الأزمة ليست الحقيقة الكاملة، وأن ما يبدو حلًا نهائيًا في وقت الضعف، قد يفقد معناه تمامًا بعد مرور العاصفة.

الفصل الرابع: العلامات التي لا يجب تجاهلها

تظهر لدى كثير من الأشخاص الذين يفكرون في الانتحار إشارات يمكن ملاحظتها قبل تفاقم الأزمة. وقد تكون هذه العلامات لفظية، أو سلوكية، أو عاطفية، أو اجتماعية. وتساعد ملاحظتها مبكرًا في تقديم الدعم المناسب قبل أن تتطور الفكرة داخليًا دون أن يدركها أحد. لا تظهر كل العلامات لدى كل شخص، وقد تختلف من حالة إلى أخرى، لكن وجود مجموعة منها في فترة زمنية قصيرة يستدعي الانتباه والتدخل بدلًا من التجاهل أو الحكم.

يعرض هذا الفصل أبرز هذه العلامات، مع أمثلة واقعية توضح كيفية ظهورها في الحياة اليومية.

1. العلامات الكلامية: ما يقوله الصوت حين يتألم

تنعكس الأفكار الانتحارية أحياناً في رسائل لفظية مباشرة أو غير مباشرة. وقد لا يقول الفرد "أريد أن أنهى حياتي" بشكل صريح، لكن قد يعبر عن شعور قوي بالرغبة في الغياب أو الانسحاب.

كأن يقول: "لا داعي للاستمرار."

"الجميع سيكون بحال أحسن لو اختفيت."

"أحياناً أتمنى أن أنام ولا أصحو."

"لقد تعبت من كل شيء."

هذه الأسباب تمنع الوصول للعلاج الذي يمكن أن يخفف الألم ويعيد الأمل.

2. العلامات السلوكية: تغيرات تسبق الصمت

قد تظهر إشارات الخطر في تغيرات واضحة في السلوك اليومي دون تفسير منطقي. هذه التغيرات ليست دائماً درامية، وإنما تراكمية وصامتة. كأن يبدأ بالانسحاب الاجتماعي التدريجي. (مثل، التوقف عن الخروج، قضاء معظم الوقت في غرفته، التغيب عن المحاضرات، إغلاق حسابات وسائل التواصل، توقف الرد على الرسائل).

3. العلامات العاطفية:

تتبدل المشاعر بشكل حاد أحياناً، وتظهر تغيرات مزاجية غير معتادة على الشخص. وقد يختفي الحماس، ويحل محله شعور قوي باليأس. كأن يصمت طويلاً بعد محادثة قصيرة، أو يغضب بسرعة دون سبب واضح، أو يبكي بدون سبب.

4. العلامات السلوكية الخطرة التي تحتاج تدخلاً عاجلاً

بعض العلامات تتطلب تدخلاً فورياً لأنها تدل على ارتفاع الخطر. منها:

● الحديث المتكرر عن الانتحار أو الرغبة في الموت

● البحث عن طرق أو وسائل إيذاء النفس

● وداع غير مباشر للأصدقاء

● التخلي عن ممتلكات ثمينة بشكل عاطفي

● كتابة رسائل توجي بالنهاية

● الاهتمام المفرط بمواضيع الموت والفقد

● كتابة عبارات غامضة على وسائل التواصل

● مشاركة موسيقى أو قصائد تحمل رسائل وداع أو نهاية

● عبارات متكررة حول الاستسلام

سؤال: لماذا تهمل العلامات أحياناً؟

أحياناً، يمر الفرد بكل هذه العلامات دون أن ينتبه أحد لها. يعود ذلك إلى عدة أسباب:

- تفسير الأهل التغييرات على أنها "مزاج مؤقت"
- عدم معرفة المجتمع بعلامات الخطر
- خوف الشخص من التعبير بشكل مباشر
- اعتقاد الأسرة أن الانعزال "طبيعي" في بعض مراحل العمر
- الضغوط اليومية التي تُشغل الجميع عن ملاحظة التفاصيل

سؤال: كيف نتعامل مع هذه العلامات؟ (مبدأ التوازن)

عند ملاحظة إحدى العلامات، من المهم عدم القفز إلى الاستنتاجات، وأيضاً عدم تجاهلها. حينها يمكن القيام بما يلي:

- فتح باب الحوار بطريقة لطيفة
- الإصغاء دون حكم
- استخدام أسئلة مفتاحية (مثل: "كيف حالك اليوم؟"، "ألاحظ عليك تغييراً... كيف يمكنني مساعدتك؟")
- تشجيع الشخص على الحديث
- عرض مرافقة لطلب مساعدة متخصصة عند الحاجة
- من الأفضل أن يكون التعامل قائماً على التعاطف والاحترام، وليس على نصائح جاهزة أو توبيخ.

ملاحظة:

لا تظهر جميع علامات الخطر بوضوح، وقد تكون خفية، لكنها غالباً تترك أثراً يمكن ملاحظته عند وجود علاقة قريبة ومستمرة. كما تساعد هذه العلامات في فهم المعاناة قبل وصولها إلى مرحلة الخطر، وتتيح للأهل والأصدقاء فرصة حقيقية للتدخل قبل أن تتطور الفكرة إلى سلوك.

الفصل الخامس: لماذا يفكر الإنسان في الانتحار؟ — الأسباب والعوامل

لا يوجد سبب واحد للانتحار. في الغالب، تتفاعل عدة عوامل معًا، في وقت واحد، لتنتج شعورًا متزايدًا بالألم النفسي، واتساع الفجوة بين الشخص والحياة من حوله.

تختلف هذه العوامل من شخص لآخر، وقد يكون ما يبدو بسيطًا لشخص ما، عبئًا نفسيًا ثقيلًا على شخص آخر، بحسب تجربته وخلفيته وظروفه. يساعد فهم هذه الأسباب في إزالة اللوم، وتفهم المعاناة، وبناء حوار داعم بدلًا من أحكام جاهزة.

يمكن تصنيف الأسباب في أربع مجموعات أساسية:

أولاً: الاضطرابات النفسية

يلاحظ ازدياد واضح في الإشارة إلى السلوك الانتحاري ضمن الإصدار الخامس المراجع من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5-TR)، وذلك عبر عدد كبير من الاضطرابات النفسية مقارنة بالإصدارات السابقة. ولا يعني هذا بالضرورة أن الدليل يذكر السلوك الانتحاري بشكل صريح ومباشر في كل اضطراب، وإنما يتم تضمين مخاطر الانتحار ضمن الأوصاف السريرية والمعايير التشخيصية للعديد من الاضطرابات التي أثبتت الدراسات وجود علاقة وثيقة بينها وبين السلوك الانتحاري. ويأتي هذا التوسع في الذكر لعدة اعتبارات منهجية وسريرية:

1. استجابة للمعطيات البحثية الحديثة

إذ تشير الأدلة الإحصائية إلى أن السلوك الانتحاري قد يكون مخرجًا محتملاً لعدد واسع من الاضطرابات، وليس مرتبطًا باضطرابات المزاج وحدها. لذلك أعاد الدليل صياغة فقرات الخطورة لتتوافق مع النتائج البحثية المحدثة.

2. تعزيز دقة التقييم السريري

أصبح تقييم الأفكار والسلوكيات الانتحارية جزءًا بنيويًا في عملية التشخيص. ومن ثم، يهدف الدليل إلى تنبيه الممارس إلى ضرورة فحص هذا الجانب كلما كان الاضطراب مرتبطًا بزيادة محتملة في الخطورة.

3. اعتبار الانتحار ظاهرة عابرة للتشخيصات

يتعامل DSM-5-TR مع السلوك الانتحاري كمجموعة أعراض يمكن أن تتقاطع مع العديد من الاضطرابات، لا كخاصية حصريّة لاضطراب بعينه. لذلك تدرج المخاطر في مواقع متعددة عبر الدليل كلما وجدت الأدلة ما يدعم ذلك.

4. تخصيص فئات بحثية جديدة

أضاف الدليل فئتين قيد الدراسة هما:

● اضطراب السلوك الانتحاري (Suicidal Behavior Disorder)

● إيذاء النفس غير الانتحاري (Nonsuicidal Self-Injury)

وهو ما يعكس الاعتراف المتزايد بأن السلوك الانتحاري قد يظهر أحياناً بشكل مستقل أو غير مرتبط باضطراب آخر بصورة مباشرة. كما ان كثرة ورود الإشارات إلى الانتحار في DSM-5-TR مقارنة علمية تهدف إلى تحسين دقة التقييم، ورفع حساسية الممارس تجاه مؤشرات الخطر، وكذلك وربط التشخيص بالمآلات السريرية الأكثر أهمية، استناداً إلى الأدلة المحدثة حول الارتباط الوثيق بين عدد كبير من الاضطرابات النفسية والسلوك الانتحاري.

لكن تبقى أهم الاضطرابات النفسية تسبباً في الانتحار:

1. اضطراب الاكتئاب الجسيم
2. اضطراب ما بعد الصدمة
3. اضطراب الشخصية الحدية
4. اضطراب استخدام المواد الإدمانية (الإدمان)
5. اضطراب ثنائي القطب

ثانياً: العوامل الاجتماعية والأسرية

تؤثر العلاقات والبيئة بشكل كبير على الصحة النفسية. ليس المقصود لوم الأسرة أو المجتمع، بل فهم السياق الذي يعيش فيه الفرد.

1. التفكك الأسري والنزاعات

قد يشعر الأبناء أو الشباب بأنهم غير مرئيين أو أن وجودهم لا يحدث فرقاً، خاصة عند غياب الحوار، أو الإحساس بعدم الأمان في البيت جعله يتعد عن الجميع.

2. التنمر والضغط المدرسي

التنمر (خاصة في المدارس والجامعات) يحمل أثراً عميقاً على النفس في فترة حساسة من العمر.

3. العزلة الاجتماعية

العيش في بيئة جديدة، الهجرة، فقد الأصدقاء، أو عدم القدرة على بناء علاقة، قد يؤدي إلى إحساس بالتعربة الداخلية.

ثالثاً: العوامل الصحية والطبية

ليس الألم النفسي فقط ما قد يدفع الإنسان، فهناك أشكال من الألم الجسدي أو الأمراض المزمنة قد تجعل الحياة صعبة.

1. الأمراض المزمنة (الألم المستمر أو المرض المزمن يمكن أن يُسبب إرهاقاً نفسياً شديداً).
2. الإعاقة المفاجئة أو فقدان القدرة (فقدان وظيفة جسدية أو استقلالية قد يغير نظرة الشخص إلى ذاته، وإلى قيمته الداخلية).
3. تأثير بعض الأدوية (بعض الأدوية قد تؤثر على المزاج أو تزيد الحساسية العاطفية، خاصة دون متابعة طبية).

رابعاً: الصعوبات المالية والوظيفية

الضغط الاقتصادي قد يكون عاملاً ثقیلاً، خاصة لأشخاص يحملون مسؤوليات تجاه عائلاتهم.

ملاحظة: يأتي الخطر عندما تتجمع هذه العوامل معاً في وقت واحد، بينما يشعر الشخص بأنه وقيد، ولا يعرف من من يطلب المساعدة.

سؤال: كيف يساعد فهم الأسباب في الوقاية؟

عندما يعرف الأهل والمعلمون وأصدقاء الشخص هذه الأسباب، يمكنهم:

- رؤية العلامات المبكرة
- احترام الألم بدلاً من التقليل منه
- فتح حوار آمن
- تشجيع طلب المساعدة
- إزالة الوصمة عن العلاج النفسي
- بناء بيئة داعمة تشجع على الحوار المفتوح وتسهم في كسر حاجز الخجل عند الحديث
- الوقاية تبدأ من فهم الإنسان لا الحكم عليه.

الجزء الثاني: كيف ننقذ حياة؟

الفصل الأول: الفرق بين أشكال السلوك الانتحاري – التدخل الأولي

المفهوم	الشرح	مثال توضيحي	مستوى الخطورة
الأفكار الانتحارية (Suicidal Ideation)	أفكار أو تخيلات حول الموت أو الرغبة في إنهاء الحياة دون وجود خطة واضحة أو نية فعلية	“أتمنى أن أنام ولا أستيقظ”	متوسطة — تحتاج متابعة وتقييم
التهديد بالانتحار (Suicidal Threat)	التعبير اللفظي أو الكتابي عن نية الانتحار، وقد يكون وسيلة لطلب المساعدة أو جذب الانتباه للألم الداخلي	“إذا لم يساعدني أحد، سأنتهي حياتي!”	عالية — مؤشر لخطر محتمل
محاولة الانتحار (Suicide Attempt)	تنفيذ فعل يؤذي النفس بهدف إنهاء الحياة، سواء أكان الفعل مميتاً أم لا	ابتلاع أدوية بجرعة كبيرة، القفز... دون أن تؤدي للموت	شديدة — تتطلب تدخلاً عاجلاً ورعاية طبية ونفسية
الانتحار المكتمل (Completed Suicide)	وفاة الشخص نتيجة فعل مقصود منه لإنهاء حياته	الوفاة بسبب شنق أو إطلاق نار على النفس	قصوى — نتيجة متأخرة للتدخل غير الكافي

ملاحظة: الانتقال بين هذه المستويات قد يحدث بسرعة وخاصة عند وجود اضطراب نفسي أو مواد مخررة.

التدخل الأولي — خطة عمل المساعدة النفسية الاجتماعية الأولية

5 إجراءات (ALGEE)

1. اقترب من الوضع وتواصل مع الشخص (Approach)

لتدرك الحالة التي يمر بها (مثلاً: نوبة ذعر حزن شديد- هيجان- محاولة إيذاء الذات)، وتدعمه بالمناسب حسب الظروف. فإن لم يكن لديك ما يشير إلى أن الشخص في محنة فيمكن أن تسأله: ماذا يشعر؟ ومنذ متى لديه هذا الشعور؟ ثم تنتقل إلى الإجراء الثاني.

2. اصغ له دون أن تصدر حكماً : (Listen non-judgmentally)

استمع بعمق لكلامه لتفهم حقيقة ما يقوله من أفكار ومشاعر وتصورات، ودعه يتحدث بحرية عن مشكلاته دون أن تقاطعه أو تحكم عليه.

من المهم أن تضع جانباً أية أحكام تشكلت لديك عن الشخص أو عن حالته وتجنب التعبير عن هذه الأحكام. معظم الذين يعانون من مشاعر وأفكار مؤلمة يريدون أن يصفى إليهم بتفهم قبل أن تقدم لهم الخيارات والمصادر التي يمكنها مساعدتهم من خلال استخدام مهارات الإصغاء اللفظية وغير اللفظية.

3. قدم له الدعم والمعلومات (Give support and information)

حالما يشعر الشخص الذي لديه مشكلة نفسية بأنه قد تم الاستماع إليه فإنه يكون من الأسهل أن يتقبل ما تقدمه وما تقوله له. قدم له الدعم العاطفي (أخبره بأنك تدرك ما يشعر به وافهم له باب الأمل بأن مع العسر يسراً ولكل ضائقة فرجاً) واسأله ما إذا كان يرغب في الحصول على بعض المعلومات المفيدة حول حلول المشكلات النفسية.

4. شجعه ليحصل على المساعدة النفسية المتخصصة

(Encourage him to get appropriate professional help)

أخبره عن الخيارات المتخصصة المتاحة كالدواء، العلاج النفسي، دعم أفراد العائلة، المساعدة في تحقيق الأهداف التعليمية والمهنية، والمساعدة في الدُخل والإقامة.

5. شجعه على مساعدة نفسه والاستفادة من الدعم الاجتماعي

(Encourage self-help and other support strategies)

شجعه على طلب الدعم من العائلة والأصدقاء والتأخرين. ويمكن أيضاً لأشخاص آخرين قد عانوا أو ما زالوا يعانون من مشكلات نفسية أن يقدموا مساعدة قيمة في مجال تعافي الشخص.

ماذا يعني الإصغاء هنا؟

- أن تُصغي بالكلمات وبالصمت
- أن تتجنب مقاطعة الحديث
- أن تسمح للشخص أن يصف ألمه بطريقته
- أن تظهر اهتماماً حقيقياً
- ألا تسرع في تقديم الحلول

الفصل الثاني: أسئلة آمنة

تساعد الأسئلة الهادئة الشخص على التعبير عن أفكاره بطريقة آمنة. ومن الأفضل استخدام أسئلة تفتح الحديث، وليس أسئلة استجوابية.

أمثلة على أسئلة آمنة :

- "كيف حالك اليوم؟"
- "متى بدأ هذا الشعور؟"
- "ماذا حدث لجعلك تشعر بهذا الشكل؟"
- "ما أكثر شيء يؤلمك الآن؟"
- "حدثني عن علاقاتك خلال هذه الفترة؟"

هذه الأسئلة تساعد الشخص على رؤية أن هناك شخصاً يفهم ويهتم.

تجنب الجمل التي تزيد الألم:

بعض الجمل تبدو مشجعة في الظاهر لكنها تؤدي بعمق:

- "غيرك أوضاعه أصعب منك."
- "قوّ نفسك."

هذه الجمل قد تغلق الحوار، وتزيد شعور الشخص بأنه غير مفهوم.
بدلاً منها مثل:

- "أنا أؤمن أن ألمك حقيقي."
- "دعنا نبحث عن حل معاً."

السؤال المباشر والمنطقي — بطريقة مهنية

قد يتردد كثير من المعالجين من سؤال الشخص مباشرة عن الأفكار الانتحارية خوفاً من "زعم الفكرة". لكن الأبحاث العالمية تؤكد أن السؤال المباشر بطريقة محترمة لا يزيد الخطر، بل يساعد في فتح الحديث.
مثال للاستفهام الآمن:

- "هل وصلت بك الفكرة لمرحلة أنك تفكر في إنهاء حياتك؟"
- "هل شعرت في أي وقت أنك لا تريد البقاء؟"

إذا قال الشخص "نعم"، فهذا ليس دليلاً على قرب الفعل، وإنما دليل على صراحة وثقة، وعندها يبدأ الدعم.

الاعتراف بالمشاعر — لا محاولة تصحيحها

بدلاً من محاولة إقناع الشخص بأن أفكاره "خطأ" أو "غير منطقية"، من الأفضل الاعتراف بأن مشاعره صعبة.
مثال عملي:

أحياناً يقول الشخص: "أنا سبب تعب أهلي."

الرد الأفضل: "أرى أنك تحمل همّاً كبيراً... دعني أفهم معك من أين جاء هذا الشعور."

في لحظة الأزمة، لا يحتاج الشخص إلى خطة كاملة للمستقبل، وإنما يحتاج إلى شعور بالأمان الآن:

- "أنا هنا معك، ولن أتركك وحيداً."

بينما إعطاء حلول سريعة دون فهم، قد تأتي بنتائج سلبية، كأن تقول له: ("غير جوك"، "سافر"، "مارس رياضة")

هذه الحلول قد تكون مفيدة في حالات عامة، لكنها غير كافية لشخص يعاني من أفكار انتحارية.

الشخص في حالته هذه يحتاج فهمًا واحتواءً أولاً، ثم بناء حلول متدرجة مع مختص.

والأفضل في هذه الحالة، القول مثلاً: "دعنا نبحث مع مختص عن خطوات تناسبك."

قاعدة مهمة:

- تجنب اللوم — مهما كانت النية طيبة.

- إغلاق الحوار بالجميل المؤذية قد يجعل الشخص يصمت للمرة الأخيرة، بدلاً من طلب المساعدة.

أهمية عدم ترك الشخص وحيداً في لحظات الخطر

إذا عبّر الشخص عن رغبة صريحة في إيذاء نفسه يجب:

- البقاء معه

- منع وصوله لأي وسيلة خطرة

- التواصل مع مختص فوراً

- إبلاغ أحد أفراد الأسرة في حالة الحوادث بين الأصدقاء

- تقديم الدعم مستمر حتى وصول المساعدة

هذا التدخل يمكن أن ينقذ حياة مباشرة.

الفصل الثالث: خطة الأمان Safety Plan

خطة الأمان (Safety Plan) هي وثيقة قصيرة وبسيطة تتضمن خطوات متفق عليها تساعد الشخص الذي يمر بأفكار انتحارية على تجاوز اللحظة الحرجة بأمان، والوصول إلى الدعم المناسب. يمكن أن تكتب على ورقة، أو في ملاحظة على الهاتف، أو في تطبيق خاص، المهم أن تكون في متناول الشخص.

الهدف من خطة الأمان ليس "علاج المشكلة"، بل توفير شبكة حماية مؤقتة في لحظة الضغط الشديد، حين يصبح التفكير ضيقًا والمشاعر غامرة.

أولاً: متى تُستخدم خطة الأمان؟

- عندما يُظهر الشخص علامات خطر واضحة
- بعد حديث صريح عن أفكار الانتحار
- بعد زيارة مختص نفسي أو طبيب
- بعد تجربة صعبة مثل فقد أو صدمة
- عندما تكون الأفكار الانتحارية غير مستمرة، لكنها تظهر في فترات معينة

(خطة الأمان ليست للعلاج الطويل، بل للتعامل مع اللحظات الحرجة حتى الوصول لمساعدة محترفة).

ثانياً: ما الذي تتضمنه خطة الأمان؟

تتكون خطة الأمان عادة من عناصر بسيطة، لكنها فعّالة:

- 1- استراتيجيات تهدئة ذاتية
- 2- جدول - أماكن - أشخاص - أدوات
- 3- طلب المساعدة المتخصصة

1. استراتيجيات التهدئة الذاتية:

أمور بسيطة يمكن للشخص أن يفعلها بنفسه عندما يشعر بالأفكار تتصاعد، فتساعده على تهدئة الجسم والعقل بشكل مؤقت.

مثل:

- ممارسة تمارين التنفس العميق لمدة دقيقتين.
- الاستحمام بالماء الدافئ للمساعدة على الاسترخاء.
- الاستماع إلى موسيقى هادئة.
- ممارسة رياضة المشي بانتظام.
- تدوين المشاعر والأفكار بشكل كتابي.
- الاستماع أو المشاهدة لمحتوى قديم وملهم، مثل تلاوة القرآن الكريم أو بودكاست تثقيفي.

(هذه الاستراتيجيات لا تُحل المشكلة، لكنها تقلل التوتر لحين الوصول للدعم.)

2. جدول (أماكن – أشخاص – أدوات)

أماكن: في اللحظات الصعبة، تساعد البيئة المريحة والأمن في تقليل التوتر وتهدئة الإنسان، مثلًا:

- غرفة هادئة في البيت
- مسجد
- بيت أحد الأقارب
- زيارة صديق مقرب

أشخاص: يمكن التواصل معهم في وقت الأزمة:

- تضم الخطة أسماء ٣ أشخاص على الأقل يمكن الاتصال بهم.
- ليس شرطًا أن يكونوا جميعهم متخصصين... المهم أنهم آمنون، يسمعون، ويهتمون.
- يُفضل كتابة أسمائهم وأرقامهم مباشرة:

- أمي — رقم
- أخي سعيد — رقم
- صديقي محمد — رقم
- عمي خالد — رقم
- المرشد الطلابي — رقم
- رقم طبيب أو أخصائي

أدوات: إزالة الوسائل الخطرة على الشخص خلال الأزمة هو خطوة وقائية مهمة.

في لحظات اليأس، اتخاذ القرار قد يكون لحظيًا، لذلك إزالة الوسائل تساعد على كسب الوقت حتى تهدأ الفكرة.

باختصار ماذا يعني ذلك؟

- عدم البقاء وحيدًا في وقت الخطر
- إبعاد الأشياء التي قد تستخدم للأذى
- تأمين المنزل لفترة مؤقتة
- مرافقة شخص داعم

هذه الخطوة لا تعني عدم الثقة بالشخص، بل حماية إضافية عند ضعف التفكير العقلاني.

3. طلب المساعدة المتخصصة:

- رقم المرشد:
- رقم الطبيب:
- المستشفى:
- مركز استشارات نفسية:
- خط هاتف للمساندة:
- تطبيق إلكتروني للمساعدة:

ملاحظة

خطة الأمان ليست علاجًا، لكنها جسر قصير بين الألم والمساعدة. تعمل على حماية الإنسان في اللحظة التي يكون فيها تفكيره مضغوطًا، ورؤيته للمستقبل ضيقة. إنها تقول للشخص:

“لست وحدك، وهذه خطوات واضحة للحفاظ على حياتك الآن.”



Daam دعم

مركز دعم الصحة السلوكية
Daam Behavioral Healthcare Center

الاجتماعي **q** Social

     bhc_qatar

 www.bhc.org.qa

 +974 4425 0000