الانتحار والمرض العقلي*

بقلم
الدكتور محمد عبد القادر حلمي
وكيل مستشفى الأمراض العقلية بالعباسية

كلمة الانتحار suicide مشتقة من اللاتينية ومعناها « قتل نفسه » ، ومعناها الحرفي بالألمانية هو قتل النفس Selbstmord

ولكن الانتحار هو أيضا قتل تقوم به النفس . أو بعبارة أخرى هو موت يجتمع فيه القاتل والقتيل في شخص واحد . والانتحار هو هروب من موقف لا يحتمل في الحياة كاعتلال الصحة أو العار أو الفقر الخ . . وفي بعض الأحيان يكون السبب داخلياً غير مرئي مرجعه إلى صراع عقلي كشعور بالغ بالنقص أو الخطيئة (الإثم) ويظل هذا الشعور إلى جانب تأثيره القوى لا شعوريا . غير أن هناك وسائل هروبية أقل خطراً من الانتحار مثل الالتجاء إلى الخمر ، والفرق الأساسي بينها وبين الانتحار أنها مؤقته . وقد عملت دراسات لحالات الانتحار خارج مستشفيات الأمراض العقلية وتبين منها أن الانتحار أكثر انتشاراً عند المتمدينين بين الرجال ، على الرغم من أن النساء يحاولن الانتحار أكثر مما يحاوله الرجال . وترتبط نسبة الانتحار بين الرجال ارتباطاً مباشراً بالسن ، فحوادثه بين الرجال في سن الأربعين هي ضعف حالاته بينهم في سن العشرين ، ولا يوجد مثل هذا الفرق بين النساء . وأكثر فصول السنة في حوادث الانتحار هو الربيع ، كما أن الانتحار أكثر انتشاراً بين غير المتزوجين منه بين المتزوجين ، وكذا بين أهل المدن منه بين أهل الريف . وفي زمن السلم منه في زمن الحرب ، وبين أصحاب المذهب البروتستانتي منه بين الكاثوليك . أما اليهود فإنهم أقل تعرضاً لقتل النفس من الكاثوليك. وقد أظهرت الإحصاءات أنه قلما ينتحر أحد بسبب الألم الجسماني أو الإصابة بالدرن الخ . .

ومن الأسرات من ينزع أفرادها نزوعاً لا يقاوم إلى الانتحار ، وإن وقوع الانتحار في بعض الأسرات أو في صورة وبائية ليفسر بأنه يرجع إلى عمليتي التقمص والإيحاء .

* محاضرة ألقيت بالإنجليزية أمام الجمعية الكلينيكية للطب العقلي بالقاهرة في مارس سنة ١٩٤٨

وفى رأى زيلبورج أن الانتحار أكثر انتشاراً بين الأقوام البدائية ، ومن ثم فلا يجوز اعتباره من نتائج الحضارة ، بل إنه حتى الحيوان ينتحر جوعاً بالامتناع عن الطعام . ومن المعتقدات السائدة بين الأقوام البدائية أن شبح المنتحر يطارد أعداءه ويؤذيهم .

والدراسة التالية أجريت على حالات الانتحار التى وقعت بين مرضى مستشفى الأمراض العقلية بالعباسية فى العشر السنوات الفائتة (١٩٣٨–١٩٤٧) ، وهى لاتشمل الحالات التى لم تتم فيها محاولة الانتحار بنجاح .

عام ١٩٣٨ :	حالة واحدة
عام ١٩٣٩ :	حالة واحدة
عام ١٩٤٠ :	حالتان
عام ١٩٤١ :	حالة واحدة
أعوام ١٩٤٢، ١٩٤٣، ١٩٤٤	خالية
عام ١٩٤٥ :	حالتان
عام ١٩٤٦ :	حالة واحدة
عام ١٩٤٧ :	خال

ومجموع هذه الحالات ٨ منها ٤ ذكور ، ٤ إناث ، وفيما يلى بيان مختصر عن هذه الحالات :

الحالة الأولى : يهودى عمره ٥٣ سنة وشخصت حالته « خبل مزمن » وضع اسمه فى قائمة ذوى النزعة الانتحارية عند الدخول إذ حاول أن يطعن نفسه قبل أن يدخل المستشفى . وبعد ١١ سنة من إقامته بالمستشفى انتحر بشنق نفسه .

الحالة الثانية : ذكر عمره ٣٥ سنة متهم بالاعتداء على زوجته وآخرين . شخصت حالته بله مع بلاجرا . وقبل أربعة شهور من انتحاره لوحظت هذه النزعة الانتحارية عنده إذ حاول خنق نفسه . وقد مكث فى المستشفى خمس سنوات ونصفاً ، وفى نهاية هذه المدة انتحر بإشعال النار فى نفسه .

الحالة الثالثة : أنثى عمرها ٤٦ سنة مسيحية شخصت حالتها انقباض (ماليخوليا) ، وكانت هذه هى المرة الثانية التى تصاب فيها بهذه الحالة . وضع اسمها فى قائمة ذوى النزعة الانتحارية عند الدخول إذ حاولت حرق نفسها . وبعد أن مكثت بالمستشفى شهرين انتحرت بشنق نفسها .

الحالة الرابعة : أنثى عمرها ٤٠ سنة شخصت حالتها ماليخوليا سورية agitated دخلت المستشفى أربع مرات قبل ذلك . وضع اسمها فى قائمة ذوى النزعة الانتحارية عند دخولها فى المرة الأخيرة إذ حاولت الانتحار بحرق نفسها فى الخارج (أى قبل دخولها المستشفى) . وبعد أن مكثت بالمستشفى سنتين ونصفاً انتحرت بشنق نفسها .

الحالة الخامسة : ذكر عمره ٤٧ سنة متهم بجريمة العيب فى الذات الملكية . تشخيص حالته « رجع بارانوى » . لم يكن اسمه فى قائمة ذوى النزعة الانتحارية ، وبعد أن أقام بالمستشفى ستة شهور انتحر بحرق نفسه .

الحالة السادسة : انثى عمرها ٣١ سنة سجينة ، أرسلت إلى المستشفى لمحاولاتها الجنسية الشاذة مع بعض السجينات ، وفى أثناء إقامتها بالمستشفى كانت ذات نزعة اعتدائية مدمرة . وقد وضع اسمها فى قائمة ذوى النزعة الانتحارية إذ كانت تبتلع المسامير والدبابيس ، وبعد إقامتها بالمستشفى عشر سنوات انتحرت بأن شربت عمداً زجاجة من البارلديهين .

الحالة السابعة : أنثى عمرها ٤٢ سنة مجرمة وجريمتها القتل ، شخصت حالتها « النقص الخلقى » . وضع اسمها فى قائمة ذوى النزعة الانتحاريةعند الدخول ، وبعد أن أقامت بالمستشفى خمس سنوات ونصفاً انتحرت بحرق نفسها .

الحالة الثامنة : ذكرعمره ٣٥ سنة حالة خلطية حادة . قتل نفسه أثناء دخوله المستشفى بإلقاء نفسه من مرتفع ، وجاء فى شهادة الدخول أنه حاول أن يقفز من النافذة .

تحليل هذه الحالات : سنتناول تحليل هذه الحالات من الوجوه الآتية :

١ — العمر :	أقل من ٣٠	لايوجد أحد
	بين ٣٠، ٤٠	٣ حالات
	بين ٤٠، ٥٠	٤ حالات
	أكثر من ٥٠	حالة واحدة

وأنا أميل إلى اعتبار الحالة السادسة (نقص عقلى) التى شربت صاحبتها زجاجة البارلديهين حالة موت خطأ لا حالة انتحار أصيل . وكذا أيضاً الحالة الثامنة (الخلط الحاد) التى ألقى صاحبها بنفسه من مرتفع يمكن أن تعد حالة موت خطأ .

فإذا استبعدت هاتان الحالتان نقصت حوادث الانتحار فى العشر السنوات الماضية من ٨ إلى ٦ .

٢ — التشخيص وطريقة الانتحار :

اثنتان من هذه الحالات الست شخصتا ماليخوليا وطريقة الانتحار كانت الشنق .

حالة بله وطريقة الانتحار إشعال النار .

حالة خبل مزمن وطريقة الانتحار الشنق .

حالة نقص خلقى وطريقة الانتحار الحرق .

حالة رجع بارانوى وطريقة الانتحار الحرق .

وبذا نرى أن الشنق كان الطريقة المستعملة فى نصف الحالات ، وأن الحرق كان الطريقة المستعملة فى النصف الآخر .

٣ — الجنس : مما يلاحظ أن حالتى عام ١٩٤٠ كانتا بين الإناث دون الذكور ، وكذا أيضاً حالتى عام ١٩٤٥ وقد صرحت إحداهما (وهى الحالة السابعة) أنها تريد الانتحار حزناً على موت الحالة السادسة التى كانت تحبها . وهذا يطابق ما أشرنا إليه سابقاً من أن الانتحار قد يحدث بصورة وبائية ويكون مرجعه إذ ذاك إلى عمليتى التقمص والإيحاء .

٤ — العناية الخاصة بملاحظة المريض : جميع هذه الحالات وضع أصحابها على قائمة ذوى النزعة الانتحارية ، إما عند دخول المستشفى أو أثناء الإقامة به ، باستثناء الحالة الخامسة ، فإننا نعرف أن أصحاب الرجع البارانوى يجيدون وضع الخطة وينجحون عادة فى تنفيذها .

٥ — مدة الإقامة بالمستشفى : أطول مدة لإقامة المريض بالمستشفى قبل الانتحار كانت فى الحالة الأولى (١١ سنة) ، وأقصر مدة كانت فى الحالة الثامنة إذ أقدم المريض على الانتحار عند دخوله المستشفى وأثناء القيام بإجراءات الدخول .

٦ — النزعة الاعتدائية : يمكن أن نشاهد النزعة الاعتدائية عند المنتحرين فى الحالة السابعة (نقص خلقى — أنثى) التى ارتكبت صاحبتها جريمة قتل ، وفى الحالة السادسة (نقص عقلى — أنثى) التى جاءت صاحبتها من السجن ثم اتسم سلوكها فى المستشفى بطابع العدوان والتدمير ، ثم فى الحالة الثانية

(بله مع بلاجرا — ذكر) ، وهى التى كان صاحبها متهماً بالاعتداءعلى زوجته وآخرين .

وبدلا من أن يتجه العدوان إلى الخارج فيصيب الغير ، فإنه قد يتجه إلى الداخل فيصيب النفس ، وبذا فلا يجوز أن نعد المنقبضين فقط ذوى نزعة انتحارية كامنة ، بل يجب أن نضيف إليهم العدوانيين أيضاً .

وأكثر الأمراض العقلية التى تعرض صاحبها للانتحار هو الماليخوليا ، على أن الانتحار قد يحدث أيضاً فى النماذج المنقبضة للاضطرابات الذهانية psychotic الأخرى مثل الانقباض فى الشلل الجنونى العام والصرع والبارانويا . أما فى الفصام فقد يكون الانتحار نتيجة نزعة اندفاعية أو إطاعة لهلوسة سمعية .

وينبغى التمييز بين الانتحار والموت الخطأ ، فإن الحالة الأخيرة تحدث عادة فى الحالات الخلطية وفى الهستيريا ، وترمى المحاولات المتسيرية للانتحار إلى لفت الانتباه إليها ولكن ينقصها ذلك العزم الأكيد الذى يرى فى الماليخوليا . أما المصابون بالعصاب فلا يقدمون على الانتحار . وحالات النوراستينيا التى يحاول أصحابها الانتحار أحياناً هى فى الواقع حالات انقباض خفيف لم تشخص التشخيص الصحيح .

وكثيراً ما توضع الخطة للانتحار وضعاً محكماً كما تنتقى خطة التنفيذ بصرف النظرعما قد تسببه من ألم وعذاب . وليس نادراً أن يقتل المصابون بالانقباض أقاربهم وخاصة أبناءهم الصغار قبل إقدامهم على الانتحار ، حتى يجنبوهم ، فيما يعتقدون ، حياة كلها شقاء ويأس . وخطر الانتحار فى حالات الانقباض أكثر فى بدء المرض منه فيما بعد إذ لا يكون نشاط المريض قد أصيب بالشلل بعد ولا تكون قدرته على العزم والتنفيذ قد ضاعت ، كما أن خطر الانتحار يزداد أيضاً عندما يبدأ المريض فى التحسن إذ يكون الصراع بين الرغبة فى الحياة والعزم على الموت إذ ذاك فى أحد أدواره . ولا ترتبط النزعة الانتحارية ارتباطاً مباشراً بشدة الانقباض ولا بالدرجة التى يعبر بها المريض عن رغبته . وقد قيل « إن الشخص الذى يتحدث عنها لا ينفذها » ولكن ليس هذا صحيحاً . وينبغى التصميم على حجز المريض داخل المستشفى إذا حاول الانتحار أو إذا كان فى حالة هياج شديد أو إذا كان لا يستطيع الأكل أو النوم أو الاهتمام بما يدور حوله . وهناك أيضاً ما يسمى الانتحار الجزئى ومن الأمثلة عليه ابتلاع أجسام ضارة مثل الدبابيس أو المسامير . ويقدم على هذه الأعمال

عادة المصابون بالنقص العقلى أو السيكوباتيون العدوانيون ، وهى فى نظر البعض من الإفصاحات الهيستيرية ، وجانب الكسب فيها ما تثيره من اهتمام .

تعليل الانتحار من الوجهة النفسية المرضية : قدمت مدرسة التحليل النفسى فى وقت ما التعليل الآتى للانتحار « كل إنسان ذى نزعة انتحارية هو فريسة دوافع عدوانية قوية يعجز عن التعبير عنها فى الخارج فتتجه ، نتيجة لذلك ، إلى الداخل على نفسه » . وهذا التفسير فى أساسه صحيح ولكنه عام بحيث يفقد أية قيمة حقيقية ، لأنه إذا كان صحيحاً أن كل إنسان يحاول الانتحار أو يقوم به يعانى من دوافع عدوانية (لا شعورية) قوية ، فانه صحيح أيضاً أن هذه الدوافع عامة عند الناس جميعاً ، ولو طبقنا هذه القاعدة لكانت الدنيا جميعاً فى خطر الانتحار ، وهذا كما نعرف غير صحيح .

وقد جاءت الدراسات التى قام بها أبراهام لتعالج هذا التفسير غير المرضى . فقد درس أبراهام عدداً من حالات الذهان الانقباضى مما أدى بفرويد فى نهاية الأمر إلى أن يقدم التفسير الآتى « للشخص ذى النزعة الانتحارية قريب قريب (أب أو أم) يحبه شعورياً ، ولكنه لسبب ما يكرهه لا شعورياً ويود له (لاشعورياً أيضاً) السوء . ثم يتقمص المريض (لاشعورياً) هذا الوالد المكروه لأنه يحبه شعورياً وهذا يؤدى إلى تضاؤل الذات (الأنا) ، ومن ثم إلى الانتحار ». أما أدلر فإنه يعد الانتحار بمثابة الرغبة فى الثأر من البيئة لأنه يسبب المتاعب للغير أو يلطخهم بالعار أو ينالهم بالحزن . وبذا يكون الانتحار عملا عدوانياً سادياً يرضى شعور الإثم بما ينزل من عقاب .

ويعد الدافع إلى الانتحار هو أهم عامل مفرد ينبغى ألا يغرب عن البال عند الإسداء بنصيحة فيما يتعلق بمعالجة المرض العقلى فى مستهله . ويختلف هذا الدافع من شعور مبهم عند المريض بأنه « يحب أن يبتعد عن كل شىء » إلى العزم الأكيد على الانتحار . وفى الدرجات المتوسطة يكون الشعور بهذا الدافع مختلف الشدة فى مختلف الأوقات ولا يصل إلى درجة تنذر باحتمال تنفيذه إلا فى فترات متقطعة . ولمحاولة التأكد من شدة هذا الدافع يستحسن سؤال المريض عما إذا كان انقباضه قد يصل إلى درجة يشعر معها برغبة فى إيذاء نفسه ، ثم بأية وسيلة . وقد تؤدى الإجابة عن السؤال الأول إلى إظهار دوافع لم يكشف المريض عنها من قبل حتى لأخص أقاربه ، أما السؤال الثانى فيدل على مدى جدية المريض فى محاولة

التنفيذ فعلا . ومن المستحيل أن نضع قواعد ثابتة هنا ، فكل حالة ينبغى أن تعالج وفقاً لظروفها الخاصة ، فإن كثيرين من الناس يفكرون فى الانتحار ويتحدثون عنه بينما من المستبعد جداً أن يحاولوه . على أن هنـــاك حالات الناس التى يحاول أصحابها الانتحار فجأة بعد أن يكونوا قد قضوا سنوات فى التحدث عنه بغموض . وعلى العكس من ذلك نرى بعض الناس ممن لم يهددوا قط بالانتحار ، بل وممن أنكروا وجود هذا الدافع بتاتاً . يقومون بمحاولته فجأة دون أن يكون هناك أى تغير ملحوظ فى حالتهم العقلية . على أن كل زيادة فى أعراض الحالات الانقباضية ينبغى أن تعالج بعناية من هذه الوجهة .

وأخيراً ينبغى أن يقال إن مشكلة الانتحار ليست مشكلة نفسية أو عقلية بقدر ما هى مشكلة اجتماعية طبية تحتاج إلى مزيد من العناية الاجتماعية والطبية . وفى معظم البلاد المتمدينة تزداد نسبة الانتحار زيادة هائلة .

محمد عبد القادر حلمى

Résumé

SUICIDE et MALADIES MENTALES

Par

Dr. Mohamed Abdel Kader Helmy

Sous-directeur de l'Asile de Abbassieh
Le Caire

Après avoir défini le suicide et mentionné les divers facteurs qui influent sur le taux des suicides dans les divers milieux, l'auteur étudie les cas de suicide qui ont eu lieu à l'Asile de Abbassieh au Caire au cours des dix dernières années (1938-1947). De 1938 à 1941, 5 cas; aucun cas de 1942 à 1944; 3 cas en 1945-46. En tout 8 cas, 4 hommes et 4 femmes. Ces 8 cas se répartissent au point de vue de l'âge des suicidés comme suit: 3 cas entre 30 et 40 ans; 4 cas entre 40 et 50; 1 cas au-dessus de 50 ans.

L'auteur passe en revue les 8 cas ; puis il en élimine deux qu'il considère des cas de mort par accident et erreur, chez un déficient mental et chez

un confusionnel aigu. Les six cas retenus se repartissent comme suit :

Deux cas de mélancholie, et un cas de démence chronique: pendaison. Un cas d'imbécilité, un cas de déficience morale et un cas de réaction paranoide qui ont mis le feu à leurs vêtements.

Dans trois cas les tendances agressives étaient très visibles. Bien que les cas de suicide soient plus fréquents dans la mélancholie, on les constate aussi chez les agressifs, de même que dans les cas de dépression accompagnée de troubles psychotiques comme dans la paralysie générale des déments séniles, la paranoia et l'épilepsie. Le suicide chez le schizophrène est souvent l'effet d'hallucinations auditives.

Dans les névroses, les impulsions au suicide se traduisent rarement en actes et les tentatives qui souvent avortent sont des manifestations hystériques spectaculaires visant à attirer l'attention sur le malade.

Après avoir discuté l'opinion de l'école psychanalytique sur la psychopathologie du suicide, il insiste sur l'importance de l'aspect médico-social du problème du suicide.