

خودکشی

دکتر سیروس ایزدی*

بررسی دقیق موارد خودکشی نشان داده است که اکثر افرادی که خودکشی کرده اند در واقع قبلاً به شخصی اطلاع داده اند و در عمل در بیشتر موارد می توان خودکشی های بالقوه را قبل از انجام تشخیص داد [۲-۶-۱۴].

در گذشته خودکشی تجاوز زشت و ناپسندی علیه خود بشمار میرفت و شخصی که اقدام به این عمل می کرد مورد عقوبت و مجازات قرار می گرفت. از جمله در انگلستان اموال شخصی که خودکشی کرده بود بنا بر قانون رایج و غیر مدونی بنام سلطنت ضبط می شد و فردی که بخودکشی اقدام می کرد در صورت عدم موفقیت جنایتکار تلقی می شد و در صورت موفقیت مجنون خطاب می گردید.

از میان مجازات هایی که برای اقدام یا انجام خودکشی معمول بود طرد اجتماعی و تکفیر مذهبی را می توان نام برد [۵-۳۸].

در اواخر قرن گذشته بسیاری از خودکشی ها را معلول مطالعه داستان های درام و غم انگیز و افسانه های رمانتیک می دانستند ولی بعد از سال ۱۹۰۰ خودکشی ها و دیگر رفتارهای بیمار گونه اجتماعی را بروش های تربیتی نادرست نسبت داده اند. در سال های ۱۹۳۰ نوعی موسیقی و پس از جنگ جهانی عوامل سرشتی وارثی را در تمایل بخودکشی مؤثر می دانستند تا آنکه با پیشرفت فرضیه های روانکاوی برای فهم و درک علل زیر ساز خودکشی ها کوشش های دامنه دار و پرمعنائی بعمل آمد [۸-۱۲]. [۳۰]

فرضیه های روانشناسی علل خودکشی

فریود عقیده داشت که فقدان شخصی که فرد به او با

در بررسی های جدیدی که در ایالات متحده آمریکا بعمل آمده، خودکشی دهمین عامل مرگ و میر گزارش شده است. نسبت خودکشی در آمریکا دوازده در صد هزار نفر است. با توجه به این رقم می توان نتیجه گرفت که هر ساله بیش از ۲۴ هزار نفر بعلت خودکشی جان خود را ازدست می دهند. در هر بیست دقیقه تقریباً يك خودکشی اتفاق می افتد و از هر ده نفری که به خودکشی اقدام می کنند يك نفر موفق می شود [۵] از این گذشته بنا بر آمارهایی که از سراسر گیتی گزارش گردیده چنین بنظر می رسد که رقم خودکشی در دنیا رو به افزایش است [۳۰]. آمار و ارقام موجود نمایشگر آنست که هر ساله بیش از ۵۰۰ هزار مورد مرگ بر اثر خودکشی اتفاق می افتد. خودکشی نه علامت جنون است و نه نشانه نبوغ [۲۲-۳۰] از طرف دیگر صعود منحنی خودکشی را نمی توان ناشی از فشارهای تمدن نوین دانست، زیرا آنچه مسلم است در گذشته ارقام مورد اطمینانی که بتواند ملاکی برای مقایسه باشد وجود نداشته است و نمی توان گفت که آیا واقعاً بین ارقام فعلی و آنچه در سال ۱۹۰۰ بوده است تفاوتی وجود دارد یا خیر؟ [۲۸].

خودکشی منحصراً يك مشکل انسانی است، زیرا مطالعه رفتار حیوانات مبین آنست که اغلب حیوانات قادر به کشتن یکدیگر هستند اما تنها انسان می تواند تصمیم به کشتن خود بگیرد [۸-۳۰].

برخی چنین می پندارند که مردمانی که دیگران را تهدید به خودکشی می کنند هرگز به خودکشی اقدام نخواهند کرد. در حالیکه این پندار بهیچوجه اساس علمی ندارد و برعکس هر گونه فکر یا تهدید به خودکشی باید جدی تلقی شود، زیرا

اینگونه خودکشی‌ها اغلب در مواقع سالگرد فوت شخصی که قبلاً خودکشی کرده است اتفاق می‌افتد. درباره‌ی موارد نیز مشاهده شده است که فرد زعمانی دست‌بند خودکشی می‌زند که به سن خودکشی آن شخصی که موضوع همانندسازی بوده است رسیده باشد. مثلاً زنی در سن چهل سالگی درست در سنی که مادر او نیز خودکشی کرده است خود را می‌کشد [۱۳-۲۹-۳۰].

تلقین نیز ممکن است عاملی برای اقدام بخودکشی بحساب آید. بعنوان مثال بعد از مشاهده تصویر خودکشی فردی معروف در تلویزیون یا سینما یا پس از شنیدن خبر خودکشی شخصی محبوب و مشهور مانند «مرلین مونرو» ممکن است عده‌ای به این عمل اقدام کنند [۳۰].

اخیراً کوشش‌های زیادی بمنظور ارزیابی تأثیر مقاله‌های روزنامه‌ای در اقدام بخودکشی بعمل آمده است. بدین معنی که رقم خودکشی‌ها قبل، در جریان و پس از سروصداهای روزنامه‌ای درباره خودکشی با هم مقایسه شده است. ولی متأسفانه نتیجه قابل ملاحظه‌ای بدست نیامده است [۲۷].

در پسیکودینامی خودکشی هرگونه فقدان جدی یا ترس از فقدان اهمیت زیادی دارد. این فقدان‌ها شامل فقدان سلامت، فقدان فرد موردعلاقه، پول، درآمد، قدرت، شغل، افتخار، موقعیت، موفقیت، استقلال و دوستان است. سندرم آشیانه خالی، وقتی بچه‌ها بزرگ می‌شوند و خانه و کاشانه را ترک می‌کنند، بیماریهای مزمن و امراضی که پایان آنها مرگ است در بیشتر موارد سبب احساس تنهایی و خلأ عاطفی و ترس وجودی (اگزستانسیل) شده زمین را برای خودکشی مهیا می‌سازد. همچنین خودکشی در زندانیانی که منتظر اعدام هستند و یا به حبس ابد محکوم شده‌اند مشاهده می‌شود [۱۳-۳۰]. خودکشی یکی از نتایج شوم بیماری روانی، محرومیت از حقوق فردی و اجتماعی و انکار فضیلت و شایستگی است همچنین عملی است که بکلیه رقابت‌های آینده پایان می‌بخشد [۲].

اغلب مؤلفین موافقت دارند که بندرت يك عامل آشکار کننده منفردی سبب خودکشی می‌شود. در عمل چندین عامل دست بدست هم داده يك فرد را بطرف خودکشی سوق می‌دهد. بعضی دیگر برای خودکشی توجیه «نوروفیزولوژیک» عنوان کرده‌اند و معتقدند که تصمیم نهائی برای انجام خودکشی محتملاً با تضعیف فعالیت‌های عالی قشر مغز بستگی دارد و با این فرض بی‌خوابی، مصرف باربیتوریک‌ها و الکل و دیگر داروهای مضعف قشر مغز را در اتخاذ تصمیم نهائی مؤثر می‌دانند. بنابراین فرضیه نوروفیزیولوژیک وجود درجه‌ای از اضطراب تا آنجا که سبب تحریک قشر مغز می‌گردد، از اقدام بخودکشی جلوگیری می‌کند به عبارت دیگر می‌توان گفت که اضطراب فرد را در قبال خودکشی محافظت می‌کند [۲].

احساس‌های متضادی وابسته است سبب بروز افسردگی مرضی خواهد شد. بدین معنی که در جریان دوره سوگواری، این فرد تصویر شخص از دست رفته را در خود جای داده یا بعبارت دیگر جزء خود می‌کند. به این ترتیب همان احساس‌هایی را که نسبت بشخص از دست رفته داشته نسبت بخود پیدا خواهد کرد. حاصل این فعل و انفعال‌های روانی آنست که خصومت‌های ناخودآگاهی که در اصل متوجه شخص از دست رفته بود متوجه خود او می‌شود و در نهایت ترین مرحله ممکن است به خصومت بخود و در نتیجه تمایل به تخریب خویشتن بیانجامد. بنابراین طبق این فرضیه خودکشی راهی توان نوعی دیگر کشی منتهی با ۱۸۰ درجه اختلاف تلقی کرد. از این گذشته فریب خودکشی را با گزینه «مرگ» مرتبط ساخته است. مفهومی که در واقع هیچ چیز تازه‌ای را بیان نمی‌کند و هیچ مشکلی را حل نمی‌نماید [۱۶-۳۰].

بعقیده منینگر خودکشی از آنجا که کشتن «خود» بشمار میرود، شخصی که خودکشی می‌کند باید هم آرزوی کشتن و هم آرزوی کشته شدن و بالاخره آرزوی مرده بودن داشته باشد [۴].

شنید من و فاربرو [۳۲] افرادی را که خودکشی می‌کنند در چهار گروه کلی طبقه بندی کرده‌اند:

۱ - آنها که تحت تأثیر معتقدات خویش خودکشی را راهی بسوی زندگی بهتر می‌پندارند یا آنکه می‌اندیشند که با کشتن خود آبروی خود را نجات می‌دهند.

۲ - آنها که پیرو سالخورده‌اند، به داغ عزیزان نشسته یا آنکه به درد و بیماری صعب‌العلاجی دچار شده‌اند. این گروه نیز خودکشی را نوعی رهائی از درد ورنج‌های خود تلقی می‌کنند.

۳ - آنها که به بیماریهای روانی (پسیکوز) مبتلا هستند و تحت تأثیر هذیانها و توهمات خود خویشتن را می‌کشند.

۴ - آنها که خود را می‌کشند با این اندیشه که مردم در سوک آنها رنج می‌برند و چنین می‌پندارند که خود بطریقی شاهد سوگواری و تأسف اطرافیان خواهند بود.

دیگران عوامل روانشناسی متعددی را در ایجاد خودکشی مؤثر دانسته‌اند. کودکان و نوجوانان تنها وی یارو یاور، یا آنها که قادر به کنترل انگیزه‌های خود نیستند ممکن است بدون وجود افسردگی واضحی متعاقب يك ناکامی جزئی (اغلب پس از رانده شدن از خانه) به خودکشی دست بزنند. در بالین فرار از يك موقعیت غیر قابل تحمل زندگی یکی از عوامل مهم بحساب آمده است. (خودکشی مرلین مونرو). اگر در فامیل خودکشی سابقه داشته باشد همانند سازی باشخص مهمی که قبلاً خودکشی کرده است عامل مهمی بشمار میرود [۱۸-۲۰].

سفید پوست ۶/۶ درصد هزار نفر و این رقم در مورد زندهای سفید پوست ۷/۴ درصد هزار نفر بوده است اما در سواحل غربی آمریکا خودکشی عموماً در زنهای بیش از مردان گزارش شده است. در همین سال رقم خودکشی در مردان سیاه ۸/۶ درصد هزار نفر و در زنهای سیاه ۴/۱ درصد هزار نفر بود. برعکس ارقام اقدام به خودکشی حالتی مخالف ارقام فوق را نشان میدهد. بطوریکه تعداد زنهایی که اقدام به خودکشی کرده بودند لااقل پنج مرتبه از مردان بیشتر بود. توجیه ممکن برای این اختلاف آنست که زنهای در اجتماع ما بیشتر مورد حمایت بوده و از امکانات بهداشت روانی بیشتری برخوردار می‌شوند، در حالیکه مردان برای حل مشکلات خود کمتر طلب کمک میکنند [۱۲-۲۷].

خودکشی و عوامل فرهنگی و مذهبی:

عموماً در ممالک کاتولیک رقم خودکشی کمتر از ممالک غیر کاتولیک است. رقم خودکشی در ایرلند ۵/۲ درصد هزار نفر است، در حالیکه این رقم در سوئد ۱/۲۰ درصد هزار نفر است. در ایالات متحده آمریکا رقم خودکشی در میان پروتستانها از این رقم در میان پیروان مذاهب دیگر بیشتر است (به استثناء استرالیا که کشوری کاتولیک مذهب است و برخلاف انتظار رقم خودکشی بالایی دارد).

علاوه بر این طرز تفکر و چگونگی برداشت کلی مردم از خودکشی در شیوع آن تأثیر زیادی دارد. مثلاً در ایالات متحده که خودکشی محکوم شناخته شده است رقم خودکشی نسبتاً پایین است در حالیکه در کشوری مانند ژاپن که خودکشی مورد ستایش است این رقم بالا است. بهر حال آنچه مسلم است با در نظر گرفتن روشهای تحقیق موجود ارقام خودکشی در اکثریت قریب به اتفاق موارد رقمهای قابل اطمینانی نیست و بنا بر این با هم قابل مقایسه نمی‌باشند [۳۹].

شیوع خودکشی بر حسب سن:

آمار و ارقام موجود در ایالات متحده مبین آنست که با پیشرفت سن رقم خودکشی نیز افزایش می‌یابد. خودکشی در میان کودکان نادر است [۱۸] رقم خودکشی در آمار سال ۱۹۶۰ در گروه سنی ۵ تا ۱۴ سالگی ۰/۳ درصد هزار نفر بود. اما در نوجوانان ۱۵ تا ۱۹ سال این رقم افزایش قابل ملاحظه‌ای را نشان میدهد بطوریکه خودکشی سوعین عامل مرگ و میر در این گروه سنی بشمار آمد. در میان دانشجویان دانشگاه خودکشی دومین عامل مرگ (بعد از حوادث رانندگی و دیگر تصادفات) محسوب می‌شود و مردان تقریباً دو برابر زنهای خودکشی میکنند. این نسبت با پیشرفت سن افزایش می‌یابد تا آنجا که در گروه سنی ۸۵ ساله به بالا نسبت خودکشی ۲۶ درصد هزار نفر است و برای مردان سفید پوست ۸۰ سال به بالا این رقم تقریباً به ۷۰ درصد هزار نفر میرسد [۲-۲۰-۲۸-۳۱].

«گرین کر» اعتراف می‌کند که با وجود تجارب زیادی که تاکنون در این زمینه داریم تاکنون نتوانسته‌ایم نیروهائی که بیمار را از فکر خودکشی به عمل خودکشی می‌کشاند بشناسیم. واقعاً چه نیروهائی فکر خودکشی را به عمل تبدیل می‌کند؟ این سئوالی است که هنوز به آن جواب قانع کننده‌ای داده نشده است [۳۴].

خودکشی را ممکن است بعنوان پایان راه و نتیجه نهائی نارسائی روزافزون سازش اجتماعی، توأم با احساس تنهایی و بیگانگی و غرابت با شبکه ارتباطی انسانی که به زندگی ما معنی می‌بخشد تلقی کرد. بدین ترتیب زمانی شخص بخودکشی دست می‌زند که نیروی حیاتی مرموزی که هر مخلوق زنده را به زنده بودن امیدوار می‌کند بی‌فروغ شده باشد [۲۹-۳۰].

علل خودکشی از دیدگاه جامعه شناسی

خودکشی و روابط بین فردی:

هر چه شخص با دیگر انسانها درگیری بیشتری داشته باشد میل خودکشی کمتر است. رقم خودکشی در شهرها یعنی در اماکنی که نزدیکی خانه‌ها و دوری دلها، حکومت میکند از مناطق روستائی بیشتر است. همچنین خودکشی در مراکز شهرها بیشتر از مناطق مسکونی اتفاق می‌افتد. مردها و زنهای تنها (مجرد، مطلقه یا بیوه) بیش از متأهلین خودکشی می‌کنند. نکته جالب آنکه حالت تاهل و جنگ هر دو با پائین بودن رقم خودکشی و بالا بودن رقم «دیگرکشی» همراه است [۵-۲۹-۳۰].

خودکشی و عوامل مربوط به شغل

بهم خوردن وضع شغلی از قبیل ورشکستگی‌های اقتصادی عموماً با افزایش رقم خودکشی همراه است. این کیفیت در طبقات بالای اجتماعی که هر گونه کمبودی چشمگیرتر است بیشتر اتفاق می‌افتد. بعنوان مثال يك كارگر ساده ممکن است چند روز بیکار بماند و تغییر مهمی در وضع او روی ندهد اما زندگی يك تاجر بازر در اثر يك بحران اقتصادی بکلی دگرگون می‌شود [۳۹].

خودکشی و مقام و موقعیت اجتماعی:

میان خودکشی و مقام و موقعیت اجتماعی رابطه مستقیمی وجود دارد بطوریکه می‌توان گفت هر چه سطح اجتماعی بالاتر باشد خودکشی رقم بالاتری را نشان میدهد. بعنوان مثال خودکشی در میان سیاه پوستان از سفید پوستان کمتر است. کارگران ساده کمتر از کارگران ماهر خودکشی می‌کنند. رقم خودکشی در میان سربازان از افسران بطور قابل ملاحظه‌ای کمتر است و ... [۹-۱۱].

شیوع خودکشی بر حسب جنس:

در سال ۱۹۶۰ رقم خودکشی در ایالات متحده در مردان

ارزیابی خطر خودکشی

اقدام به خودکشی یکی از فوریت‌های پزشکی روزمره است و تمام این موارد بدون استثناء باید توسط روان‌پزشک ارزیابی شوند. اشتباه معمولی پزشکان اینست که اقدام به خودکشی را لاف در بسیاری موارد نوعی ژست تلقی میکنند و زمانی به اهمیت موضوع پی میبرند که بیمار بخودکشی موفقیت آمیزی اقدام کرده است [۶] آنچه مسلم است رفتار تخریب خود ممکن است به اشکال و انواع مختلفی جلوه نماید. اینگونه رفتارها از نوعی بی‌روایی درراندگی یا فعالیت‌های روزمره دیگر که با خطراتی توأم است گرفته تا خود را جلو اتومبیل انداختن متغیر است. بهمین ترتیب استفاده مداوم از الکل و مواد مخدر نیز درحقیقت باید نوعی خودکشی تدریجی تلقی شود * [۴۰].

بهرحال آنچه مسلم است در قبال بیماری که به خودکشی تهدید یا اقدام کرده است، باید درباره میزان جدی بودن میل به کشتن خود اتخاذ تصمیم شود [۱۰].

خطرات جدی [۱۰-۲۵-۲۶-۲۷].

الف - آرزوی مرگ - بیانات مکرر بیمار مبنی بر آنکه او با مرگ بهتر خواهد شد باید خیلی جدی تلقی شده و با منتهی درجه و خامت مورد توجه قرار گرفته و درمان شود.

ب - وجود پسیکوز - بیماران مبتلا به پسیکوز، بخصوص آنها که کردارهای ناگهانی دارند و نسبت به محیط بدگمان میباشند و از حوادث و اتفاقات زندگی بطور نامتناسبی میترسند یا آنها که دچار حملات ترس و وحشت شدید می‌شوند، خطر خودکشی بالقوه آنها را تهدید میکند. این خطر در مواردیکه بیمار می‌شنود که صدائی بوی دستور میدهد که خود را بکشد بطور قابل ملاحظه‌ای فزونی می‌یابد.

ج - افسردگی - مهمترین و معمولی‌ترین مقده خودکشی بیماری افسردگی است و بیمار افسرده‌ایکه نشانه‌های زیر را بشدت نشان بدهد باید خطر ناک تلقی شود :

۱ - احساس گناه مخصوصاً در مورد مرگی یکی از بستگان.

۲ - احساس بی‌ارزش بودن و ناامیدی.

۳ - آرزوی شدید برای تنبیه شدن.

۴ - جدا شدن از محیط و ناامیدی.

۵ - بی‌قراری و اضطراب شدید.

۶ - فقدان چهار اشتها :

خواب ، خوراک ، میل جنسی و فعالیت.

علائم خطر [۱۰-۲۵-۲۶-۲۷].

وجود هر يك از نشانه‌های زیر مبین خطر خودکشی است: الف - اقدام‌های قبلی - تاریخچه زندگی بیش از نیمی از آنها که با خودکشی جان خود را از دست داده‌اند مبین اقدام‌های قبلی است. بنابراین هر گونه اقدامی مبین قصد خودکشی بوده و باید جدی تلقی شود. نحوه اقدام نیز حائز اهمیت است. بعنوان مثال اگر اقدام در محلی دور از چشم دیگران انجام شده و شانس نجات کم باشد، آرزوی مرگ بسیار است، برعکس اگر خودکشی طوری انجام شود که امکان نجات زیاد باشد آرزوی مرگ ضعیف است. ب - پسیکوز قبلی - سابقه هر گونه بیماری روانی متضمن امکان عود و در نتیجه خطر خودکشی است.

ج - یادداشت خودکشی - هر گونه یادداشت خودکشی باید علامت خطری تلقی شود.

د - روش‌های توأم با خشونت: روشی که بیمار توسط آن بخودکشی اقدام کرده است از لحاظ پیش آگهی اهمیت زیادی دارد. زیرا هر چه این روش با خشونت بیشتری همراه باشد و از طریق‌های دردناکتری استفاده شود خطر خودکشی‌های موفقیت آمیز بعدی بیشتر است.

ه - بیماریهای مزمن - در جریان بیماریهای مزمن شدید و غیر قابل درمان ممکن است در اوج واکنش افسردگی نسبت به بیماری، بیمار بخودکشی اقدام کند.

و - زایمان و اعمال جراحی - زایمان در برخی از زنها موجب بروز بیماری افسردگی شده و چه بسا این بیماری ممکن است با اقدام بخودکشی آغاز شود. اعمال جراحی نیز مخصوصاً آنها که منجر به قطع عضو میشود چنان‌که خطراتی را در بردارند.

ز - الکلیسم و اعتیاد - الکل و دیگر داروهای مخدر بعلا اثراتی که در تضعیف کنترل‌ها دارند ممکن است هر گونه تمایل بخودکشی را تشدید نموده، فکر را به عمل تبدیل کند.

ح - هیپوکوندریازیس - شکایات ثابت و متغیر بدنی بدون علت عضوی ممکن است جلوه‌ای از یک افسردگی خطر ناک باشد. عبارت دیگر دردهای موضعی یا متغیر بدنی که میداعضوی ندارد ممکن است تنها نشانه‌یک افسردگی شدید بوده، ناگهان بخودکشی بیمار منتهی شود.

ط - پیشرفت سن - بالا رفتن سن مخصوصاً در مردها که بانا توانی قوای بدنی و احساس سپری شدن زندگی توأم است ممکن است سبب پیدایش احساسی مبنی بر بی‌ارزش بودن زندگی بشود. در زنها نیز سنین بائسگی گاه با افسردگی و احساس بی‌ارزشی بعنوان یک زن همراه است. بنابراین در سنین بالا خطر خودکشی بیشتر است.

رفت بر باد فنا توده خاکستر ما
خودکشی منبع صریح است زینجه‌جرما

بسوخت از آتش افیون همه بال و پر ما
هست تریاک کشی خودکشی تدریجی

نمائید. مصرف مقادیر زیاد باربیتوریکها میتواند کشنده باشد و برخی بیماران گیج فراموش می کنند چقدر دارو مصرف کرده اند و در آنها خطر مصرف مکرر در یک روز زیاد است. خودکشی توسط باربیتوریکها پنج مرتبه بیشتر از این عمل بکمک داروهای آرامبخش اتفاق می افتد، بنابراین منطقی است اگر در ضمن نوشتن نسخه از تجویز مقادیر کشنده این داروها خودداری شود. [۹].

هنگامیکه فردی شدیداً تهدید بخودکشی می کند و بطور مثال لبه پرتگاهی ایستاده و قصد دارد خود را پرت نماید باید بهر وسیله ای که بنظر تان مفید برسد متوسل شوید. به حرف های او گوش بدهید. با گرمی به احساس هایش توجه کنید. از معتقدات مذهبی و مسئولیت های او در قبال بستگان یا فرزندان (اگر فرزند دارد جلب توجه او به آنها معمولاً مؤثر است) و با دوستانش با او صحبت کنید. به او یاد آور شوید که هیچوقت برای خودکشی دیر نیست اما اگر اقدام کرد برای جبران آن خیلی دیر شده است. [۱۳-۳۳].

فراموش نکنید که در مورد کلیه بیماران افسرده حتماً در مورد درجه میل بیمار به ادامه زندگی و وجود یا عدم قصد خودکشی بحث کنید زیرا بررسی های روان پزشکی نشان داده است که بحث درباره خودکشی نه تنها کوچکترین خطری در بر نداشته است، بلکه بدینوسیله می توان بسیاری از بیماران را نجات داد. برای این منظور ممکن است با سئوالاتی از قبیل عقیده شما در باره ارزش زندگی چیست؟ یا مفهوم زندگی در نظر شما چه می باشد؟ بحث را آغاز کرد. [۷-۳۵].

درمان

هنگامیکه خطر خودکشی جان بیماری را تهدید میکند نخستین اقدام بستری کردن بیمار است. بیمار باید تحت مراقبت کامل باشد و از هر لحاظ در قبال انگیزه خود محافظت شود. در جریان بستری بودن یک یا تمام روش های درمانی زیر ممکن است مورد استفاده قرار گیرد:

۱ - الکتروشوک ۲ - داروها بخصوص داروهای ضد افسردگی
۳ - روان درمانی در جهت کمک به بیمار در حل مشکلات شخصیتی و روانی بیمار. البته در مورد اقدام به روانکوی باید بسیار محتاط بود زیرا در بسیاری موارد از جمله افسردگی های درونزا امکان تشدید هر گونه تمایل بخودکشی وجود دارد [۷-۳۳-۳۷-۴۰].

از بستری کردن بیمار بمدتی طولانی باید اجتناب شود. اگر پزشک بتواند اضطراب خویش را بخوبی کنترل کند اقدام بسیار با ارزشی است. اما با این وجود خودکشی امری است که لاف در برخی موارد غیر قابل اجتناب است و بالاخره بیمار موفق می شود و حتی در بهترین و مجهزترین بیمارستانها قادر نیستند بیمار را در قبال انگیزه اش محافظت نمایند.

ی - همجنس دوستی - هم جنس دوستان معمولاً دچار عدم سازش اجتماعی و مستعد برای سندرم های افسردگی هستند و نسبت خودکشی در آنها از دیگر مردمان بیشتر است.

ک - تنهایی اجتماعی - احساس تنهایی اعم از اینکه واقعی باشد یا تصویری مبین آنست که بیمار چنین استنباط میکند که دیگر مردم بیکدیگر کمک نمی کنند و این کیفیت بیان کننده و خادمت وضع بیمار است.

ل - عدم سازش مزمن - بیمارانیکه روابط آنها با افراد دیگر بنحوی مزمن و مستمر گسسته شده است ممکن است به خودکشی اقدام کنند.

م - وضع مالی - بیماران فقیر، بیکار و بی یار و یاور (بدون دوست) یا آنها که در آینده خود روزنه امیدی برای موفقیت مالی یا اجتماعی نمی بینند زودتر خودکشی می کنند. فروید یک روز در قالب لطیفه ای چنین گفت: بهتر است ثروتمند و سالم بود تا بیمار و فقیر.

ن - فقدان نفع ثانوی آشکار - اگر تهدید بخودکشی متوجه شخص بخصوصی بوده و بعنوان مثال اقدام بخودکشی بمنظور ایجاد تغییری در محیط و یا بکمک طلبیدن فرد دیگری صورت گیرد خطر اقدام جدی کمتر است. اما در مواردیکه هیچگونه نفع ثانویه ای بر تهدید بیمار متصور نباشد نشانه آنست که این تمایل کلاً بر علیه شخص بیمار بسیج شده و خطر بسیار است.

پیشگیری از خودکشی

در اغلب کشورهای پیشرفته دنیا سازمانهای بسیاری در دسترس افرادی که قصد خودکشی دارند می باشد. در بسیاری از شهرهای بزرگ در هر ساعت روز یا شب هر کس می تواند برای طلب کمک به تلفن هایی که برای منصرف کردن افراد از خودکشی اختصاص داده شده است متوسل شود. [۱۰-۱۷].

تجربه نکته های عملی بسیاری به ما می آموزد. بیماران نوروتیک تحت درمان به دفعات از خودکشی صحبت می کنند. اما برخلاف دیگر بیمارانی که از خودکشی صحبت می کنند و باید خطری جدی تلقی شود اینگونه بیماران تقریباً هرگز خطری جدی نخواهند شد [۲۶-۲۷].

بهبود ناگهانی یک بیمار افسرده همیشه باید مورد توجه باشد زیرا این بهبودی ممکن است ناشی از یک تصمیم قاطع برای خودکشی باشد [۴۰].

بنابراین اگر تصمیم گرفتید که بیماری را که خطر خودکشی او را تهدید می کند بستری کنید، هرگز اجازه ندهید به تنهایی به گوشه ای برود یا به بهانه حاضر شدن از نظر شما مخفی شود [۲۳].

هیچگاه داروهای ضد افسردگی را بطور ناگهانی قطع

پیش آگهی

عوامل اساسی مؤثر در نتیجه نهائی بقرارزیر است :

۱ - عوامل مربوط به بیمار : هر چه سازش قبلی بهتر و «استرسی» که سبب اقدام به خودکشی شده است شدیدتر باشد پیش آگهی بهتر است (البته وقتی استرس از میان برود). [۳-۵-۸-۲۵].

۲ - عوامل مربوط به محیط : هر چه محیط حمایت و پشتیبانی بیشتری نماید، هر چه تعداد افرادی که از بیمار مراقبت میکنند بیشتر باشد و بالاخره هر چه تعداد چیزهایی که می تواند برای وجود بیمار معنی داشته باشد بزرگتر باشد نتیجه نهائی بهتر است [۱۳-۱۴-۲۵].

آدلف مایر در این زمینه میگوید: يك بیمارستان روانی که در آن خودکشی اتفاق نیافتد بیمارستان خوبی نیست. زیرا يك چنین بیمارستانی فوق العاده خفه کننده است [۳۳].

دروان درمانی، توسعه پدیده انتقال مثبت ممکن است زندگی بخش باشد.

از بیمار مرتب عیادت کنید. حتی اگر لازم باشد در روزهای بحرانی روزی چند مرتبه به او اجازه بدهید که هر موقع روز یا شب که مایل باشد بشما تلفن بزند. اگر شما باید به بیرون شهر بروید به او اجازه بدهید که بداند شما کجا هستید و چگونه می تواند با شما تماس بگیرد [۱۳].

References

- 1- Abram, H. S., Moore, G. L., F. B. Amer. J. Psychiat. 127 : 1199-1204, 1971,
- 2- Blaine, G., Jr. Amer. J. Psychiat, 125 : 834-837, 1968.
- 3- Bruhn, J. G. J. Ment. Sc. 108 : 772-779, 1962.
- 4- Diggory, J. C. Psychol. Bull. 71, 373-386, 1969.
- 5- Dublin, L. I. Amer. J. Psychiat. 12 : 82. 1963
- 6- Farberow, N. L., E. S. Shneidman : The Cry for Help. 125. Mc Graw - Hill , 1961 .
- 7- Farberow, N. L. Amer. J. Psychiat 125, 1702-1705, 1969.
- 8- Fawcett, J., Leff, W., & W. E. Bunney, Arch Gen Psychiat 21, 129-137, 1969.
- 9- Houghton, A. B. Amer. J. Psychiat 124 : 1692-1696, 1968.
- 10- Havens, L. L. New, England. J. Med. 276 : 210-215, 1967.
- 11- Hilgard, J. R., Psychiatry 22 : 113, 1959,
- 12- Hirsh, J. Ment Hyg 43 : 516- 524, 1959, 382-388, 1960.
- 13- Hoch, P. H. : Canad Psychiat J. 4(Suppl) : 24, 1959.
- 14- Kreitman, N., Brit. J. Psychiat. 116 : 465-473, 1970.
- 15- Lester, D., G. W. Commun Ment Health J. 6 : 246-250, 1970 .
- 16- Lindemann, Amer. J. Psychiat 101 : 141, 1944.
- 17- Litman, R. E., J. A. M. A. 192 : 21-25, 1965 .
- 18- Lukianowicz, N. Acta Psychiat Scandinav. 44 : 415-435, 1968 .
- 19- Macdonald, J. M. Amer. J. Psychiat. 121 : 366-370, 1964.
- 20- Mattsson, A., Arch Gen Psychiat. 20 : 100-109, 1969,
- 21- Meerloo, J. A. M. A. 25 : 12. 1970
- 22- Menninger. K., J. A. M. A. 212 : 32. 1960.
- 23- Perr, I. N. Amer. J. Psychiat 122 : 631-637, 1965.
- 24- Resnik, H. L. P., & L. H. Dizmang : Amer, J. Psychiat 127 : 882-887, 1971 .
- 25 - Retterstol, N., Long . Term Prognosis After Attempted Suicide , A Personal Follow-up Examination Thomas, 1970 .
- 26- Robins, E., Amer. J. Pub Health 49 : 888-889, 1959.
- 27- Rosen, D. H. Amer. J. Psychiat 127 : 764-770, 1970.
- 28- Ross, M. Amer. J. Psychiat. 126 : 220-225, 1969., - Rubenstein, C. R., Moses, R., & S. Lidz. Arch Neurol Psychiat 79 : 103, 1958,

- 29_ Shneidman, E. S., Farberow, N. L., C. V. Leonard : Some Facts About Suicide. US Public Health Service, 1961 ,
- 30_ Shneidman, E. S., Farberow, N. L., & R. E. Leonard : The Psychology of Suicide Science House, 1970.
- 31_ Shnidman, E. S., & D. D. Swenson (editors) , Suicide Among Youth. US Government Printing Office, 1969
- 32_ Shneidman, E. S., & N. L. Farberow (editors) : 125 Clues to Suicide. McGraw-Hill, 1957.
- 33_ Shein, H. M., & A. A. Stone Amer. J. Psychiat 125 , 1247-1251, 1969.
- 34_ Solomon, P, J.A.M.A. 199 : 99_102 1967.
- 35_ Stengel, E. Proc Roy Soc Med. 45 , 613, 1952.
- 36_ Stone, A. A. Arch Gen. Psychiat 3 : 331, 1960 .
- 37_ Tabachnick, N. California Med. 112 , 1_8, 1970 .
- 38_ Veith, I. : Mod Med 37 : 116_121, 1969 .
- 39_ Weiss, J. H. A. : Suicide , An Epidemiologic Analysis. Psychiat Quart 28 , 225, 1954.
- 40_ Wolff, K. , Patterns of Self - Detraction : Depression and Suicide . 82 Thomas, 1970.