

موارد اقدام بخودکشی و طب عمومی

دکتر محمد علی شمعی *

هـقدمه:

خودکشی Suicide طبق آمارهای منتشره از طرف کشورهای اروپائی و ایالات متحده آمریکا، یکی از علل مهم مرگ در کشورهای درحال رشد و متمدنی جهان بشمار میرود.

در کشورهای متمدنی جهان تعداد مرگ و میر از راه خودکشی مختصری کمتر از مرگ در نتیجه تصادم با ماشین و وسائل نقلیه بطور کلی میباشد. از نظر شیوع و علل، مرگ بعلت خودکشی در درجه چهارم اهمیت بعد از مرگ در نتیجه بیماریهای مختلف عضوی و تصادم گزارش داده شده است.

گرچه ارتباط مستقیمی بین وضع اقتصادی کشورها و تعداد خودکشی در آن کشورها نیست، معیناً این عارضه روانی بیشتر در کشورهای درحال رشد و کشورهای متمدنی جهان دیده میشود و آنرا به شهر نشین شدن مردم و مکانیزه شدن زندگی، که خود موجب ازدیاد اختلالات روانی است، نسبت داده اند.

مطالعه آمار سالهای اخیر نشان داده است که در هر سال ۲۰ تا ۲۵ هزار نفر در سراسر ایالات متحده آمریکا جان خود را بعلت خودکشی از دست میدهند. در فرانسه ۱۷ نفر بازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت، در آلمان غربی ۱۹ نفر بازای هر صد هزار نفر و در سوئیس ۲۰ نفر به ازای هر صد هزار نفر در سال خودکشی میکنند (مطالعات تروکوپ Trokop و آمار سازمان بهداشت جهانی).
با در نظر گرفتن اینکه بازای هر خودکشی ۶ مورد تهدید و یا اقدام به خودکشی وجود دارد (مطالعات استینگل E. Stengel در انگلستان)، شیوع روزافزون این عارضه روانی در اجتماعات کاملاً محسوس است

مجله علمی نظام پزشکی

سال ۲، شماره ۱-۲، صفحه ۷۳، ۱۳۵۰

و لذا شناسائی بموقع عوامل مستعدکننده و بکار بردن روشهای پیشگیری و درمانی این عارضه در هر اجتماعی حائز اهمیت بسیار است.

خودکشی از نظر جامعه

بطور کلی از نظر قانونی علل مرگ بچهار دسته اصلی تقسیم میشوند.

۱- مرگ طبیعی (در نتیجه بیماریها) Natural Death

۲- مرگ در نتیجه حوادث Accidental Death

۳- مرگ در نتیجه خودکشی Suicidal Death

۴- مرگ در نتیجه آدمکشی Homocidal Death

مرگ در نتیجه خودکشی همیشه در تمام جوامع بشری يك مسئله اجتماعی، قانونی و فردی بشمار میرفته و هر زمان جامعه بسته بعوامل گوناگون، بنوعی با آن رفتار کرده است.

طرز تلقی خودکشی در جوامع مختلف وابستگی نزدیکی با ایدئولوژیهای مرگ در آن جامعه داشته و همچنین در اغلب فرهنگها و دورانهای تاریخ، وجوه مشترکی بین نحوه خودکشی و قتل نفس وجود داشته است.

مطالعات در جوامع ابتدائی قبایل آفریقائی نیگریه، اوگاندا و کنیا نشان داده است که در همه این قبایل خودکشی يك عمل شیطانی تلقی شده و همه افراد از تماس بدنی با جسد شخصی که اقداماتی جهت خودکشی کرده است و یا نزدیک شدن بمحیط خودکشی وحشت داشته اند. در مقابل، آئین بودائی و برهمنائی تحت شرائطی خودکشی را تحمل و حتی تشویق میکردند.

* تهران - خیابان تخت طاوس شماره ۷۳

آئین اسلام بدون چون و چرا عملی را که منجر به خودکشی گردد نهی میکند و حتی آنرا از قتل نفس گناهی بزرگتر می‌شمارد. در قرون وسطی، مسیحیت خودکشی را به عنوان نوعی آدم کشی محکوم میکرده است. از اواسط قرن شانزدهم بیعد در انگلستان خودکشی بعنوان یک عمل جنائی معادل آدم کشی، و قصد خودکشی به عنوان جنحه به حساب آورده میشد. در دیگر کشورهای اروپائی نیز قانون خودکشی تا پایان قرن هیجدهم و اوائل قرن نوزدهم، مشابه قانون انگلستان بود. این قوانین در سالهای بعد در کشورهای متعدد اروپائی یکی بعد از دیگری لغو گردید و قوانین عادلانه تری در جهت موافق با دانش جدید و احساسات انسانی وضع شد. امروزه در این کشورها خودکشی یک عمل و اقدام جنائی شناخته نمیشود.

قوانین ایران در مورد اقدام به خودکشی مجازاتی پیش بینی نکرده است، مگر اینکه قصد فرار از نظام یا تقلب در امر بیمه و سایر تقلبات باشد که در این صورت مرتکب مطابق قوانین موجود قابل مجازات است.

تعریف خودکشی و پسیکودینامی آن

خودکشی از دیدهای مختلفی بررسی و تعریف شده ولی تا بحال تعریف جامعی که تمام انگیزه های خودکشی و تمایل به انهدام خود را در بر گیرد صورت نپذیرفته است. بطور کلی میتوان گفت هر عملی که توسط شخص بطور ارادی صورت گیرد و منجر بنا بودی او گردد، خودکشی نامیده میشود. عبارت دیگر هر زمان که فردی در نابودی خود بنحوی، چه مستقیم و چه غیر مستقیم، نقشی داشته باشد و اقدام کند عمل او تهدید و یا اقدام بخودکشی و نتیجه عمل او که مرگ است خودکشی نامیده میشود.

از آنجائی که خودکشی تحت تأثیر عوامل متعدد درونی و اجتماعی برانگیخته میشود آنرا پدیده ای بپولوژیک، روانی و اجتماعی تلقی کرده اند که در بروز آن عوامل شخصیتی همانند علل اجتماعی نقش مؤثری دارد.

از نظر تئوری روانکاو، فروید معتقد است که آرزوی خودنا بودی و یا خودکشی در شخص، نتیجه افکار تهاجمی و خصمانه ای است که نسبت به فرد مورد علاقه خود دارد ولی بعلت اینکه از نظر روانی وجود خود را با او همانند کرده است (همانند سازی باشخص مورد علاقه) بجای از بین بردن او اقدام بنا بودی خود میکند. عبارت دیگر خودکشی یک پدیده روانی است که در نتیجه واپس زدگی و درون فکنی افکار تهاجمی پیدا میشود، بدین ترتیب که شخص مهاجم (کسی که خودکشی میکند) در نتیجه همانند سازی Identification

با شخص مورد علاقه خود و سوق افکار تهاجمی بدرون خود (درون فکنی Introjection)، اقدام بخودکشی میکند. بنا بر این نظریه میتوان گفت که عمل خودکشی و یا خودنا بودی Self Destruction در حقیقت يك قتل نفس مجازای است، باین معنی که عمل خودکشی جایگزین دیگر کشی میشود.

کارل منینگر Carl Menninger روانپزشک معروف امریکائی معتقد است که هر کشش و یا اقدام بخودکشی در حقیقت مجموعه ای از آرزوهای مردن، کشتن، و کشته شدن میباشد. طبق نظریه او هر گونه رفتاری که برای سلامت و زندگی انسان مضر باشد نموداری از غریزه جاذبه مرگ Death Instinct است که در جهت از بین بردن و انهدام فرد پیشرفت میکند و سرانجام این گونه رفتار، یکنوع خودکشی است. از آن جمله حوادث عمدی که منجر بمرگ میشوند، تصادمات مکرر، اعتیاد بالکل و مواد مخدر، رفتار ضد اجتماعی و قطع اندامها را باید بعنوان تمایل بخودکشی بطور مزمن تلقی نمود.

علل ظاهری و انگیزه های آگاهانه که غالباً بعنوان عوامل اصلی در ایجاد تمایل بخودکشی بحساب می آیند، نمی توانند بقدر کافی چگونگی بروز چنین تمایلی را توجیه کنند زیرا فقط اشخاص بخصوصی در برابر استرسها و فشارهای هیجانی و عاطفی واکنشی بصورت تمایل بخودکشی نشان میدهند. بررسی خیالبافی های مربوط بخودکشی Suicidal Phantasies در بیماران که روانکاو شده اند و همچنین مطالعه شخصیت و خاطرات پیشین بیماران که تمایل به خودکشی بوده اند، نقش مهم تجربیات دوران کودکی را در ایجاد این تمایل نشان میدهد. از جمله عوامل محیطی و رشدی دوران کودکی که در ایجاد این عارضه نقش اساسی و مهمی ایفا میکنند، اشکال مختلف از هم پاشیدگی خانوادگی را میتوان نام برد و آنها را جزو عوامل مهم اجتماعی مستعد کننده بحساب آورد.

بعنوان مثال میتوان فقدان یکی از والدین از طریق جدائی با زوج خود و یا فوت، غیبت طولانی یکی از والدین که با ناسازگاری آنان توأم بوده است و حتی ناسازگاری های شدید خانوادگی بدون فقدان یکی از والدین را نام برد. همچنین فقدان رابطه عاطفی محکم پدر و مادر و تأثیر آن در کودک، ممکن است استعداد کودک را برای برقراری روابط اجتماعی استوار در دوران زندگی بعدی، دچار خلل نماید. چنین فردی در دوران نوجوانی و بزرگسالی خود را از دیگر افراد اجتماع جدا احساس کرده دچار گوشه گیری اجتماعی و انزوا میگردد. در چنین زمینه مساعدی، استرس های زندگی روزمره میتوانند عامل سبب ساز و مؤثری در بروز تمایل بخودکشی باشند. بالاخره تقلید، بعنوان يك عامل نسبتاً مهم در بعضی از انواع خودکشی بشمار آمده است مثلاً دیده شده است که گاهی نزد افراد

بروز تمایل بخودکشی در این دسته از بیماران تنها بستگی بشدت وعمق افسردگی ندارد بلکه زمینه مستعد فردی مثل وجود نابسامانی‌های خانوادگی، بخصوص در دوران کودکی آنها، از عوامل مهم بشمار میروند. در دوران جوانی واکنش افسردگی بسیار شایع بوده اغلب بدنبال از دست دادن يك شخص مورد علاقه Loss of love object و ایجاد شدن از او، پیدامیشود. در این موارد افسردگی ممکن است همراه با اختلالات مختلف نوروتیک باشد. در تمام این حالات چون همیشه بالقوه خطر خودکشی وجود دارد تشخیص بموقع و درمان کامل این عارضه دارای اهمیت فوق العاده است. از آنجائی که این خطر در بیماران افسرده‌ای که بطور ناقص و بمدت کوتاه درمان میشوند بسیار زیاد است، نه تنها درمان کامل وجدی موارد افسردگی کمال لزوم را دارد بلکه آگاهی اطرافیان از این خطر احتمالی میتواند جنبه درمانی و پیشگیری داشته باشد.

دسته دوم - میکروتیک‌ها

پسگوزها ناراحتی‌های شدیدتر روانی هستند که در اغلب موارد همراه با اختلال جریان فکر بوده ارتباط بیمار با واقعیت محیط خارجی قطع میکنند. آمار نشان داده است که فقط در حدود يك سوم بیمارانی که اقدام بخودکشی میکنند از این دسته بیماران روانی هستند. در موارد اسکیزوفرنی حاد بعلت از بین رفتن روابط انسانی بیمار با محیط اجتماعی، تمایل بخودکشی زیاد دیده میشود. بیمار احساس میکند که در نتیجه بیماری با دیگران فرق کرده است و یا اینکه محیط خود و دیگران را بعلت بیماری خویش خطرناک تصور میکند. در اسکیزوفرنی مزمن خودکشی بندرت دیده میشود زیرا بیمار با بیماری خود سازش مرضی پیدا کرده و دیگر خطری احساس نمیکند که منجر بفکر خودکشی شود.

افسردگی ممکن است بدون علت ظاهری و مشخص پیدا شود، در آن صورت آنرا افسردگی آندوژن Endogenous depression گویند. افسردگی پسگوتیک اغلب در بیمارانی که دچار پسگوز دوره‌ای (مانیک دپرسیو) Manic - depressive psychosis هستند پیدا میشود. در مواقعی که افسردگی شدید باشد همیشه خطر خودکشی وجود دارد. در افسردگی دوران یائسگی Involutional depression بیماران اغلب دچار بی قراری و اضطراب بوده افکار خودکشی نیز در آنها بسیار شایع است.

دسته سوم ناهنجاری‌های شخصیتی و اختلالات بیواورتیک

در اختلالات بیولوژیک شدید مثل بیماری‌های مزمن دوران پیری که از بیمار امید بهبود سلب میشود و یا بیمارانی که بیماری خود را غیر قابل علاج می‌پندارند، تمایل بخودکشی بدون وجود عارضه روانی مشخص قبلی نسبتاً فراوان است.

مختلف يك خانواده خودکشی بصورت همه گیر پیدا میشود و همچنین نزد افرادی که ارتباط عاطفی نزدیکی با هم دارند روش های مشابهی برای اقدام بخودکشی بکار برده شده است.

گرچه عمل خودکشی را بتنهائی نمیتوان ملاک يك اختلال عمیق روانی در يك فرد دانست ولی مطالعات نشان داده است که این قبیل افراد دچار تمایل از بین بردن خود بوده اند و لاقول در حین انجام آن عمل دچار يك عدم تعادل روانی گردیده اند.

از نظر کلینیکی افرادی را که دارای افکار خودکشی میباشند میتوان در یکی از چهار طبقه زیر قرار داد،

- ۱- بیماران نوروتیک.
- ۲- بیماران پسگوتیک.
- ۳- بیماران دچار ناهنجاری‌های شخصیتی و اختلالات بیولوژیکی.
- ۴- بیماران مبتلا به نقصه عقلی.

دسته اول نوروتیک‌ها Neurotics

در زمینه‌های نوروتیک، در مواقعی که بیمار احساس ناامیدی و شکست اجتماعی شدیدی میکند ممکن است تمایل بخودکشی در او پیدا شود. در این موارد حتی يك اتفاق ناگوار در زندگی روزمره ممکن است غیر قابل تحمل شده، بیمار شدیداً عدم توانائی مقابله با مشکلات محیط را احساس کند و بفکر چاره‌ای جز خودکشی برای رهایی از رنج طاقت فرسای زندگی اش نیفتد.

در بیماران هیستریک و برخی از ضعف‌های شخصیتی نوروتیک، که اشتیاق زاید الوصفی برای جلب عشق و علاقه دیگران وجود دارد، گاهی بیماران بطور نیمه خود آگاه جهت بهره برداری از تأثیر عملشان در دیگران، بخودکشی دست میزنند. توسل به خودکشی که جنبه جلب نفع در این بیماران دارد گاهی گول زنده و خطرناک میشود، بطوری که ممکن است در یکی از این تهدیدها که جنبه «فریاد برای کمک» Cry for help دارد، فریاد بیمار را بگوش نجات دهنده‌ای نرساند و جان نشان از دست برود. چه بسا که بتوان این بیماران را که بعلت نهفته روانی راه خودکشی را جهت جلب محبت و سوجوئی ظاهری انتخاب میکنند، با تشخیص بهنگام و روان درمانی، از خطری که همیشه تهدیدشان میکند نجات داد.

بطور کلی همیشه در افسردگی، بعلت از بین رفتن و یا کاهش حس اعتماد بنفس Self respect و یا احساس گناه شدید، خطر خودکشی بجدا کثر وجود دارد.

نکته حائز اهمیت اینست که همه بیماران افسرده بعلت احساس بیهودگی، درماندگی، تمایل بسرزنش خود، احساس گناه و نداشتن امید بزندگی، بالقوه دارای تمایلات خودکشی هستند و بسیاری از آنها در دوران بیماری خویش دست بخودکشی میزنند.

همچنین در اغلب اختلالات شخصیتی ممکن است عارضه خودکشی و تهدید بان بروز کند. بیشتر خودکشی‌هایی که در زندان اتفاق می‌افتد از این دسته‌اند.

دسته چهارم نقیصه عقلی

گرچه مواردی از خودکشی در این دسته از بیماران گزارش داده شده ولی خودکشی در بین این دسته از بیماران شیوع زیاد ندارد. وظایف طبیب عمومی در برابر بیمارانی که قصد خودکشی دارند. هیچ پزشکی نیست که در دوران اشتغال بحرفه پزشکی با چنین بیمارانی مواجه نشده باشد. چه بسا که این بیماران با عوارض مختلف عضوی باطبیای عمومی و یا متخصص، غیر از روانپزشک، مراجعه و تقاضای کمک میکنند. تشخیص ناراحتی این بیماران در شروع بیماری بسیار ضرور است، زیرا اغلب آنها احتیاج بکمک‌های ویژه روان درمانی و شیمی‌درمانی دارند. در این موارد تنها پزشکی که آشنائی و آگاهی باین عارضه دارد میتواند خطرات خودکشی را در این بیماران پیش‌بینی و با تشخیص بموقع، در راهنمایی و درمان آنان نقش مؤثری ایفا کند. تمایلات و یا اقدامات قبلی این بیماران را برای خودکشی، اطرافیان بیمار اغلب بعلل مختلف اجتماعی مانند احساس خجالت و سرافکندگی، از طبیب مخفی میکنند. وظیفه طبیب است که مستقیماً ضمن آگاهی به شرح حال بیمار از زبان اطرافیان و صحبت با بیمار، افکار مربوط به خودکشی و یا تمایلات آدم‌کشی (Homocidal tendencies) را در او کشف کند. در انگلستان طبق آمار موجود در میان بیماران هر پزشک عمومی ۱۰ تا ۲۰ درصد آنان از این گروه هستند و آمار ایالت متحده نشان میدهد که بیش از ۶۵٪ بیمارانی که اقدام بخودکشی کرده‌اند در فاصله ۴ ماه قبل از اقدام بخودکشی بیک طبیب عمومی یا طبیب خانوادگی خود مراجعه و بطور غیر مستقیم از او طلب کمک نموده‌اند. اینجا لازم است که مجدداً اهمیت کشف بهنگام تمایل حاد و یا مزمن خودکشی را در تمام بیمارانی که باطباء عمومی مراجعه میکنند گوشزد کنیم.

درمان خودکشی

اغلب بیمارانی که دچار تمایل به خودکشی هستند اقدام بخودکشی میکنند در موقعی که دست کمک بسوی آنها دراز میشود، از اطرافیان خود، از طبیب معالج و یا روانپزشک خود سوال میکنند که «چطور میتوانی بمن کمک کنی». این عقیده‌ای است که همیشه چنین بیمارانی نسبت باطرافیان خود دارند. آنها هرگز نمی‌توانند تصور کنند که یکی از اطرافیانشان میتواند نجات دهنده آنها از اقدام بخودکشی باشد. لذا از نظر درمانی، اولین قدم برای رهایی این بیماران از افکار خودکشی، ایجاد امید در دل آنان میباشد.

احساس ناامیدی و تنهایی که بیمار را بسوی انهدام خود سوق داده‌است، در ابتدا در اثر علاقه پزشک بشنیدن آلام بیمار و ایجاد اطمینان و امید در دل او به نسبت قابل ملاحظه‌ای تخفیف مییابد، سپس با جلب اعتماد بیشتر بیمار، میتوان علل ظاهری و نهفته‌ای را که منجر به افکار خودکشی شده‌است بررسی و به برقراری مجدد تعادل روانی بیمار کمک کرد.

موقعی که افسردگی و اختلالات روانی جزئی از تظاهرات کلینیکی است میتوان از داروهای ضد افسردگی و دیگر داروهای روانگرا Psychothropic drugs استفاده کرد و راه‌ها را برای کمک‌های بیشتر از طریق روان درمانی Psychotherapy هموار نمود. در مواردی که این داروها مؤثر واقع نشوند و بخصوص در افسردگی‌های پسیکروتیک شدید می‌توان از الکتروشوک Electro-convulsive therapy (E.C.T.) استفاده کرد.

تغییر و تعدیل شرایط محیطی نامساعد و بیماری‌زا، تا حد ممکن پس از بررسی شرایط زندگی بیمار، اهمیت درمانی بسیار برای رفع عارضه حاد خودکشی دارد.

در مواردی که تمایل بخودکشی بصورت حاد و وخیم میباشد بستری کردن بیمار الزامی است. مدت بستری کردن بیمار ممکن است از ۲ تا ۶ هفته و در موارد استثنائی طولانی‌تر باشد. این بیماران حتماً باید در محلی بستری گردند که امکان بکار بردن احتیاطات لازم جهت جلوگیری از تکرار خودکشی آنها وجود داشته باشد و بتوان درمانهای متداول روانی را در مورد آنها بکار برد.

بستری کردن بیمار از جهتی با فرصت میدهد که از محیط بیماری‌زا دور شود و از جهت دیگر نیروهای موجود درونی خود را متشکل کند تا برای برقراری مجدد روابط اجتماعی با محیط خود و بازگشت به تعادل روانی آماده گردد.

چنین تغییری رانمی‌توان بدون کمک روان درمانی، که برای شناسایی و رفع عوامل زمینه‌ساز فردی و مستعدکننده محیطی بکار برده میشود، انتظار داشت.

آگاهی از مجموعه نکات مربوط به شیوه خودکشی، سنجش درجه وخامت تمایل بنا بودی Lethality، تعداد دفعات قبلی اقدام بخودکشی، فواصل تهدیدها و اقدامات پیشین، کاوش اختلالات روانی ظاهری بیمار و اوضاع و احوال اطرافیان او جهت ارزیابی شدت و وخامت عارضه خودکشی حائز اهمیت است و پزشک را برای کمک به بیمار مجهزتر میسازد.

آمار نشان داده‌است که خطرناکترین دوران بعد از اقدام بخودکشی، ۶ ماه اول میباشد که احتمال تکرار خودکشی در اغلب این بیماران

حفظ و گسترش سلامت محیط تربیتی خانواده، عضویت فعال افراد در جوامع مذهبی و گروه‌های اجتماعی، مبارزه علیه اعتیادات، بکار بردن تدابیر بهداشتی جسم و روان افراد جامعه، بهبود وضع پزشکی و اجتماعی اشخاص مسن که تعداد آنها در اجتماعات مترقی بعلت بهبود بهداشت جسمی روز بروز در حال زیاد است، جلوگیری از انزوای اجتماعی، همه و همه جزو عوامل بازدارنده و کاهشنده انگیزه‌های روزافزون اقدام بخودکشی در افراد بزرگ جامعه می‌باشد. برای رسیدن باین هدفها باید از تمام نیروهای فعال و انسانی يك جامعه بهره گرفت تا بتوان در پیشگیری اختلالات روانی افراد جامعه بطور اعم و تمایل بخودکشی در آنها بطور اخص، نقش مؤثری ایفا کرد.

۲- پیشگیری ثانوی Secondary prevention

تشخیص بهنگام عوارض روانی بخصوص افسردگی که بالقوه همراه تمایل به خودکشی می‌باشد، و هم چنین بکار بردن تدابیر دارودرمانی از عوامل پیشگیری ثانوی بشمار میروند. امروزه در بیشتر شهرهای بزرگ آمریکا و اروپا مراکزی دایر شده که شبانه روز و یکسره آماده هستند تا بکمک بیماران روانی و بخصوص آنهایی که دچار تمایل به خودکشی شده‌اند بشتابند.

در این زمینه روانشناسان، مددکاران اجتماعی، اشخاص غیر متخصص داوطلب بصورت گروه‌های درمانی، دوشادوش پزشکان و روانپزشکان در کمک باین بیماران همکاری میکنند.

در نتیجه تحقیقاتی که توسط دکتر اشنایدمن Shneidman و همکارانش در مراکز جلوگیری از خودکشی در لوس آنجلس بعمل آمده اینطور نشان داده شده که قریب ۸۵٪ بیماران که اقدام بخودکشی میکنند، قبل از عملی کردن تصمیمشان، بطور مستقیم و یا غیر مستقیم کمک میطلبند. اگر این فریاد کمک بموقع شنیده و درمانهای لازم بکار برده شود، جان هزاران انسان در هر سال نجات می‌یابد.

در مؤسسات جلوگیری از خودکشی Suicide prevention centers که برای این منظور، یعنی کمک‌های فوری به بیماران مذکور، بوجود آمده است کارروانپزشکان علاوه بر استفاده از داروهای متداول و روان درمانی، برقراری رابطه صحیح بین پزشک و بیمار است. از اینجهت لزوم ایجاد مراکز اختصاصی جلوگیری از خودکشی، بخصوص در شهرهای بزرگ که نسبت خودکشی در آنها بیشتر است، بعنوان وسیله‌ای مؤثر در مبارزه با اختلالات حاد روانی که منجر بخودکشی میشود، بخوبی احساس میگردد.

وجود دارد. لذا در این دوره، پزشک معالج باید مکرر و بیش از مواقع دیگر با بیمار خود در تماس باشد.

در بیماران افسرده‌ای که تحت درمان ناقص قرار میگیرند اغلب پس از مدت کوتاهی علائم گول زنده بهبود آشکار میشود. در این موارد است که خطر اقدام بخودکشی بعلت قطع درمان، بسیار زیاد است. اغلب اتفاق می‌افتد که این بیماران در دوران افسردگی شدید بعلت ضعف قوای روانی و جسمی نیروی لازم را جهت عملی کردن خودکشی و انهدام خود نداشته‌اند و پس از مختصر بهبود، بایک تصمیم ناگهانی اقدام بخودکشی می‌کنند.

چنین بیمارانی ضمن ادامه درمان افسردگی، باید تحت مراقبت دقیق و نزدیک روانپزشک باشند. از این رهگذر است که میتوان تمایل به خودکشی را در آنان مرتباً ارزیابی کرد و مورد بررسی و درمان قرار داد. تجربیات کلینیکی نشان داده است که اغلب بیماران افسرده‌ای که بدون دلیل مشخص و قانع کننده، افسردگی شان بر طرف شده و علائم شادی و شغف در آنها پدیدار گشته است از نظر اقدام بخودکشی بسیار خطرناک می‌باشند چه علت نشاط ظاهری آنها اینست که راه حلی برای غم درونی شان پیدا کرده برای انهدام خود تصمیم گرفته‌اند. در بیمارانی که تهدید بخودکشی ظاهراً برای جلب محبت دیگران و یا به منظور رسیدن به هدف‌های خودخواهانه Egoistic می‌باشد، مانند بیماران هیستریک و کسانی که دارای ضعف شخصیت هستند، ممکن است اطرافیان و حتی طبیب خانوادگی خود را در جلب کمک اغفال کنند. چه در این موارد بعلت تکرار تهدید و اقدام بخودکشی، حساسیت اطرافیان و تمایل بکمک در آنها کم شده، در یکی از این دفعات اقدام بخودکشی قطعی میشود و جان بیمار از دست میرود.

در این دسته از بیماران میتوان از روشهای متداول پسیکو تراپی استفاده کرد و این کمک بیشتر در جهت بالا بردن میزان اعتماد بخود Self respect و تخفیف تمایلات اولیه وابستگی به دیگران Dependency می‌باشد که کمبود آن از دوران کودکی سرچشمه میگردد.

پیشگیری خودکشی

پیشگیری خودکشی را میتوان به دو دسته، پیشگیری اولیه و ثانوی، تقسیم کرد.

۱- **پیشگیری اولیه Primary prevention:** شامل بکار بردن روشهای پیشگیری اختلالات روانی در افراد و خانواده‌ها و همچنین شناختن و مبارزه با نابسامانی‌های فردی و اجتماعی دوران مختلف زندگی از زمان تولد تا سنین تقاعد و پیری است.

REFERENCES :

- 1- Stengel M.D. Erwin : 1964, Suicide and attempted suicide-England.
- 2- Stengel M.D. Erwin : 1967, Bulletin of suicidology. The complexity of motivations to suicide attempts Page 35.
- 3- Freedman Alfred M. and kaplan Harold I; 1967. Comprehensive Text Book of psychiatry. Williams & Wilkins Company. Baltimore, U.S.A. Pages 1170-1179
- 4- Kalle M.D. Lewrance C. «Noye's Modern clinical psychiatry.» 1968, Philadelphia, U.S.A
- 5-Farberw norman L. and Schneidman Edwin S. «The Cry for help» 1968, McGraw-Hill Book Company New york.
- 6- Arieti Silvano; American handbook of psychiatry. 1959, Basic Book, New York.
- 7- Maurice L. Farber 1969, Theory of suicide .