موارد اقدام بخودکشی و طب عمومی

مجله علمی نظام‌پزشکی

سال ۲ ، شماره ۱-۲ ، صفحه ۷۳ ، ۱۳۵۰

دکتر محمد علی‌شمعی *

مقدمه:

خودکشی Suicide طبق آمارهای منتشره از طرف کشورهای اروپائی‌وایالات متحدهٔ آمریکا، یکی‌ازعلل‌مهم مرگ درکشورهای درحال رشد ومترقی‌جهان بشمارمیرود.

درکشورهای مترقی جهان تعداد مرگ و میر از راه خودکشی مختصری کمتر ازمرگ در نتیجهٔ تصادم باماشین ووسائل نقلیه بطورکلی میباشد . از نظرشیوع و علل ، مرگ بعلت خودکشی در درجهٔ چهارم اهمیت بعد ازمرگ در نتیجهٔ بیماریهای مختلف عضوی وتصادم گزارش داده شده‌است .

گرچه ارتباط مستقیمی بین وضع‌اقتصادی‌کشورها وتعداد خود ـ کشی درآن‌کشور ها نیست، معهذا ایـن عارضهٔ روانی بیشتر در کشورهای درحال رشد وکشورهای مترقی جهـان دیده میشود و آن‌را به‌شهر نشین‌شدن‌مردم‌ومکانیزه شدن زندگی، که خود موجب ازدیاد اختلالات روانی است، نسبت داده‌اند.

مطالعهٔ آمار سالهای اخیر نشان داده است که در هرسال ۲۰ تا ۲۵ هزارنفر درسراسر ایالات متحدهٔ‌آمریکا جان خود را بعلت خودکشی‌ازدست‌میدهند. درفرانسه ۱۷ نفر بازای‌هر ۱۰۰،۰۰۰ نفرجمعیت، درآلمان غربی ۱۹ نفر بازای هرصد هزارنفر و در سویس ۲۰ نفر به‌ازای هرصد هزارنفر در سال خودکشی میکنند (مطالعات تروکوپ Trokop وآمار سازمان بهداشت جهانی).

بادرنظر گرفتن‌اینکه‌بازای هرخودکشی ۶ مورد تهدید ویا اقدام به‌خودکشی‌وجوددارد (مطالعات‌استینگل E.Stengel درانگلستان)، شیوع‌روزافزون این‌عارضهٔ روانی دراجتماعات کاملاً محسوس‌است و لذا شناسائی بموقع عوامل مستعدکننده و بکار بردن روش‌های پیش‌گیـری و درمانی این عارضه در هر اجتماعی حائـز اهمیت بسیاراست.

خودکشی ازنظر جامعه

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

۱ـ مرگ طبیعی (درنتیجهٔ بیماریها) Natural Death

۲ـ مرگ درنتیجهٔ حوادث Accidental Death

۳ـ مرگ درنتیجهٔ خودکشی Suicidal Death

۴ـ مرگ درنتیجهٔ آدم‌کشی Homocidal Death

مرگ درنتیجهٔ خودکشی همیشه درتمام جوامع بشری یك مسئلهٔ اجتماعی ، قانونی و فردی بشمار میرفته و هرزمان جامعه بسته بعوامل گوناگون، بنوعی باآن رفتارکرده است.

طرز تلقی‌خودکشی درجوامع مختلف وابستگی نزدیکی با ایدـ ئولوژی‌های مرگ درآن جامعه داشته وهمچنین دراغلب فرهنگ ها و دوران‌های تاریخ،وجوه مشترکی بین‌نحوه خودکشی و قتل نفس وجود داشته‌است .

مطالعات درجوامع ابتدائی قبایل آفریقائی نیجریه، اوگاندا و کنیا نشان داده است که درهمهٔ این قبایل خـودکشی یك عمـل شیطانی تلقی شده وهمهٔ افراد از تماس بدنی با جسد شخصی که اقـداماتی جهت خودکشی کرده است و یا نـزدیك شدن بمحیط خودکشی‌وحشت داشته‌اند. درمقابل، آئین بودائی وبرهمائی تحت شرائطی‌خودکشی را تحمل وحتی‌تشویق میکرده‌است .

* تهران ـ خیابان تخت طاوس شماره ۷۳

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

آئین اسلام بدون چون وچرا عملی‌راکه منجر به‌خودکشی گردد نهی‌میکند وحتی آنرا ازقتل‌نفس گناهی‌بزرگتر می‌شمارد.
در قرون وسطی، مسیحیت خودکشی را به‌عنوان نوعی آدم کشی محکوم میکرده‌است. از اواسط قرن شانزدهم ببعد در انگلستان خودکشی بعنوان یك‌عمل جنائی‌معادل‌آدم‌کشی، وقصد خودکشی به‌عنوان جنحه به‌حساب‌آورده میشد. در دیگر کشورهای اروپائی نیزقانون خودکشی تا پایان قرن‌هیجدهم و اوائل قرن نوزدهم ، مشابهٔ قانون انگلستان‌بود. این‌قوانین درسالهای‌بعد درکشورهای متعدداروپائی‌یکی‌بعداز دیگری لغو گردید و قوانین عادلانه‌تری در جهت موافق با دانش جدید و احساسات انسانی وضع شد . امروزه در این کشورها خودکشی یك عمل واقدام جنائی شناخته نمیشود.
قوانین‌ایران درمورد اقدام به‌خودکشی مجازاتی پیش‌بینی‌نکرده است، مگراینکه قصد فرارازنظام یاتقلب درامر بیمه وسایر تقلبات باشدکه دراین‌صورت مرتکب مطابق قوانین‌موجود قابل‌مجازات است .

تعریف خودکشی و پسیکودینامی آن

خودکشی از دیدهای مختلفی بررسی وتعریف شده ولی تابحال تعریف جامعی‌که تمام انگیزه‌های‌خودکشی وتمایل به‌انهدام‌خود را دربر گیرد صورت نپذیرفته است .
بطورکلی میتوان گفت هر عملی‌که توسط شخص بطور ارادی صورت گیرد ومنجر بنابودی او گردد، خودکشی نامیده میشود . بعبارت دیگرهرزمان‌که فردی درنابودی‌خود بنحوی، چه‌مستقیم وچه غیرمستقیم، نقشی‌داشته باشد و اقدام کند عمل او تهدید و یا اقدام بخود کشی و نتیجهٔ عمل او که مرگ است خودکشی نامیده میشود .
ازآنجائی‌که خودکشی‌تحت تأثیرعوامل متعدد درونی واجتماعی برانگیخته میشودآنرا پدیده‌ای بیولوژیك، روانی واجتماعی‌تلقی کرده‌اندکه دربروزآن عوامل شخصیتی‌همانند علل اجتماعی‌نقش مؤثری دارد .
ازنظرتئوری روانکاوی، فروید معتقداست‌که آرزوی خودنابودی ویا خودکشی درشخص، نتیجهٔ افکارتهاجمی وخصمانه‌ای است که نسبت به‌فرد مورد علاقه خود دارد ولی بعلت اینکه ازنظر روانی وجود خودرا با اوهمانندکرده است (همانندسازی باشخص مورد علاقه) بجای از بین بردن او اقدام بنابودی خود میکند. بعبارت دیگرخودکشی یك پدیدهٔ روانی است‌که درنتیجه واپس زدگی و درون فکنی‌افکار تهاجمی‌پیدا میشود، بدین‌ترتیب‌که شخص‌مهاجم (کسی‌که‌خودکشی‌میکند) درنتیجه همانندسازی Identification با شخص مورد علاقه خود و سوق افکار تهاجمی بدرون خود (درون فکنی Introjection)، اقدام بخودکشی‌میکند. بنابراین نظریه میتوان گفت که عمل خود کشی و یا خودنابودی Self Destruction در حقیقت یك قتل نفس مجازی است ، باین‌معنی‌که عمل خودکشی‌جایگزین دیگرکشی میشود.
کارل منینگرCarl Menninger روانپزشك‌معروف‌امریکائی‌معتقد است‌که‌هرکشش‌ویااقدام‌بخودکشی‌درحقیقت‌مجموعه‌ای‌ازآرزوهای مردن، کشتن، وکشته‌شدن‌میباشد. طبق‌نظریهٔ اوهرگونه‌رفتاری‌که برای‌سلامت‌وزندگی‌انسان‌مضرباشدنموداری‌ازغریزه جاذبه‌مرگ Death Instinct است‌که‌درجهت‌ازبین‌بردن وانهدام فردپیشرفت میکند وسرانجام‌این گونه رفتار، یکنوع‌خودکشی‌است. ازآن‌جمله حوادث عمدی‌که منجربمرگ میشوند، تصادمات مکرر ، اعتیاد بالکل ومواد مخدر، رفتارضد اجتماعی‌وقطع‌اندام‌هارا بایدبعنوان تمایل بخودکشی بطورمزمن تلقی‌نمود.
علل ظاهری و انگیزه‌های‌آگاهانه‌که غالباً بعنوان عوامل اصلی درایجاد تمایل بخودکشی‌بحساب می‌آیند، نمی‌توانند بقدر کافی چگونگی بروز چنین تمایلی را توجیه‌کنند زیرا فقط اشخاص بخصوصی دربرابر استرس‌ها وفشارهای هیجانی‌وعاطفی واکنشی بصورت تمایل بخود کشی نشان میدهند . بررسی خیالبافی های مربوط بخودکشیSuicidal Phantasies دربیمارانی‌که‌روانکاوی شده‌اندوهمچنین‌مطالعه‌شخصیت‌وخاطرات‌پیشین‌بیمارانی‌که‌متمایل به خودکشی بوده‌اند ، نقش مهم تجربیات دوران‌کودکی را در ایجاد این تمایل نشان میدهد . از جمله عوامل محیطی و رشدی دوران کودکی که در ایجاد این عارضه نقش اساسی ومهمی ایفا میکنند، اشکال‌مختلف ازهم پاشیدگی‌خانوادگی‌را میتوان نام‌برد و آنها را جزو عوامل‌مهم اجتماعی مستعدکننده بحساب آورد.
بعنوان‌مثال‌میتوان‌فقدان‌یکی‌ازوالدین‌ازطریق‌جدائی‌بازوج‌خودو یافوت، غیبت طولانی‌یکی‌از والدین‌که با ناسازگاری آنان توأم بوده‌استوحتی‌ناسازگاری‌های‌شدید خانوادگی‌بدون فقدان یکی از والدین را نام برد . همچنین فقدان رابطهٔ عاطفی محکم‌پدرو مادروتأثیر آن‌درکودك، ممکن‌است‌استعدادکودك رابرای‌برقراری روابط اجتماعی‌استوار در دوران زندگی‌بعدی، دچارخلل‌نماید. چنین‌فردی در دوران نوجوانی وبزرگسالی‌خودرا ازدیگرافراد اجتماع جدا احساس کرده دچار گوشه گیری اجتماعی و انزوا میگردد. در چنین زمینهٔ مساعدی، استرس‌های زندگی روزمره میتوانند عامل سبب‌ساز ومؤثری دربروز تمایل بخودکشی‌باشند. بالاخره تقلید ، بعنوان یك عامل نسبتاً مهم در بعضی از انواع خودکشی بشمارآمده‌است مثلاً دیده شده‌است‌که گاهی‌نزد افراد

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

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

گرچه عمل خودکشی را بتنهائی نمیتوان ملاك یك اختلال عمیق روانی دریك فرد دانست ولی مطالعات نشان داده است که این قبیل افراد دچار تمایل ازبین بردن خود بوده اند ولااقل درحین انجام آن عمل دچار یك عدم تعادل روانی گردیده اند .

ازنظر کلینیکی افرادی راکه دارای افکار خودکشی میباشند میتوان دریکی ازچهار طبقه زیر قرارداد ،

۱ـ بیماران نوروتیك .

۲ـ بیماران پسیکوتیك .

۳ـ بیماران دچار ناهنجاری‌های شخصیتی واختلالات بیولوژیکی.

۴ـ بیماران مبتلا به نقیصهٔ عقلی.

دسته اول نوروتیك‌ها Neurotics

درزمینه‌های نوروتیك، درمواقعی که بیمار احساس ناامیدی وشکست اجتماعی شدیدی میکند ممکن است تمایل بخودکشی دراو پیداشود. در این موارد حتی یك اتفاق ناگوار در زندگی روزمره ممکن است غیرقابل تحمل شده، بیمار شدیداً عدم توانائی مقابله بامشکلات محیط را احساس کند و بفکر چاره‌ای جز خودکشی برای رهائی از رنج طاقت فرسای زندگی اش نیفتد .

در بیماران هیستریك و برخی از ضعف‌های شخصیتی نوروتیك، که اشتیاق زایدالوصفی برای جلب عشق وعلاقه دیگران وجود دارد، گاهی بیماران بطور نیمه خودآگاه جهت بهره برداری از تأثیر عملشان در دیگران، بخودکشی دست میزنند. توسل به خودکشی که جنبه جلب نفع دراین بیماران دارد گاهی گول زننده وخطرناك میشود، بطوری که ممکن است دریکی ازاین تهدیدها که جنبه «فریاد برای کمك» Cry for help دارد، فریاد بیمار را بگوش نجات دهنده‌ای نرساند وجانشان ازدست برود. چه بسا که بتوان این بیماران راکه بعلل نهفته روانی راه خودکشی را جهت جلب محبت وسودجوئی ظاهری انتخاب میکنند، با تشخیص بهنگام و روان درمانی، ازخطری که همیشه تهدیدشان میکند نجات داد .

بطورکلی همیشه درافسردگی، بعلت از بین رفتن ویا کاهش حس اعتماد بنفس Self respect ویااحساس گناه شدید، خطر خودکشی بحداکثر وجود دارد .

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

بروز تمایل بخودکشی دراین 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 بسیارشایع بوده اغلب بدنبال از دست دادن یك شخص مورد علاقه Loss of love object ویاجداشدن ازاو، پیدامیشود. دراین موارد افسردگی ممکن است همراه بااختلالات مختلف نوروتیك باشد. در تمام این حالات چون همیشه بالقوه خطر خودکشی وجوددارد تشخیص بموقع و درمان کامل این عارضه دارای اهمیت فوق‌العاده است .

از آنجائی که این خطر دربیماران 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 وپیشگیری داشته باشد.

دسته دوم پسیکوتیك‌ها

پسیکوزها ناراحتی‌های شدیدتر روانی هستند که دراغلب موارد همراه بااختلال جریان فکر بوده ارتباط بیمار را باواقعیت محیط خارجی قطع میکند. آمار نشان داده است که فقط درحدود یك سوم بیمارانی که اقدام بخودکشی میکنند ازاین دسته بیماران روانی هستند . درموارد اسکیزوفرنی حاد بعلت ازبین رفتن روابط انسانی بیمار بامحیط اجتماعی، تمایل بخودکشی زیاددیده میشود. بیمار احساس میکند که در نتیجه بیماری با دیگران فرق کرده است ویا اینکه محیط خود ودیگران را بعلت بیماری خویش خطرناك تصور میکند. دراسکیزوفرنی 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 ومشخص پیداشود، در آنصورت آنرا افسردگی آندوژن Endogenous depression گویند . افسردگی پسیکوتیك اغلب دربیمارانی که دچار پسیکوز دوره‌ای (مانیاك دپرسیو) Manic ـ depressive psychosis هستند پیدا میشود . درمواقعی 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 نیزدرآنها بسیارشایع است .

دسته سوم ناهنجاری‌های شخصیتی واختلالات بیولوژیك

دراختلالات بیولوژیك شدید مثل بیماری‌های مزمن دوران پیری که از بیمار امید بهبود سلب میشود ویا بیمارانی که بیماری خود را غیرقابل علاج می‌پندارند، تمایل بخودکشی بدون وجود عارضه روانی مشخص قبلی نسبتاً فراوان است .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

هم‌چنین دراغلب اختلالات شخصیتی ممکن است عارضه خودکشی وتهدید بآن بروزکند . بیشتر خودکشی‌هائی که درزندان اتفاق می‌افتد ازاین دسته‌اند .

دسته چهارم نقیصه عقلی

گرچه مواردی از خودکشی دراین دسته از بیماران گزارش‌داده شده ولی‌خودکشی‌دربین این دسته ازبیماران شیوع زیاد ندارد.

وظایف طبیب‌عمومی دربرابر بیمارانی‌که‌قصد خودکشی‌دارند.

هیچ پزشکی نیست‌که در دوران اشتغال بحرفه پزشکی بـاچنین بیمارانی مواجه نشده باشد . چه‌بساکه این بیماران بـاعوارض مختلف عضوی باطبای‌عمومی و یـا متخصص، غیراز روانپزشك، مراجعه و تقاضای‌کمك میکنند . تشخیص ناراحتی این بیماران در شروع بیماری بسیار ضرور است ، زیرا اغلب آنها احتیاج بکمك‌های ویژه روان درمانی و شیمی‌درمـانی دارند . در این موارد تنها پزشکی‌که آشنائی وآگاهی‌باین عارضه داردمیتواند خطرات خودکشی را در این بیمـاران پیش‌بینی و بـا تشخیص بموقع،در راهنمائی ودرمان‌آنان نقش مؤثری ایفاکند. تمایلات ویااقدامات قبلی‌این‌بیماران رابرای خودکشی ، اطرافیان بیمار اغلب بعلل‌مختلف اجتماعی‌مانند احساس خجالت وسرافکندگی، از طبیب مخفی میکنند . وظیفـه طبیب است کـه مستقیماً ضمن آگاهی بهشرح‌حال بیمار اززبان‌اطرافیان وصحبت بابیمار، افکار مربوط‌بهخودکشی‌ویاتمایلات‌آدم‌کشی Homocidal tendencies را دراوکشف‌کند. درانگلستان طبق‌آمارموجود درمیان بیماران هرپزشك‌عمومی ۱۰ تا ۲۰ درصدآنان‌ازاین گروه‌هستندوآمارایالت متحده‌نشان میدهد که بیش‌از ۶۵٪ بیمارانی‌که اقدام بخودکشی کرده‌اند درفاصله ۴ ماه قبل‌ازاقدام بخودکشی بیك طبیب‌عمومی یاطبیب خـانوادگی خود مراجعه وبطور غیر مستقیم از اوطلب کمك نموده‌اند . اینجا لازم است‌که مجدداً اهمیت کشف بهنگام تمایل‌حاد ویامزمن خودکشی‌رادرتمام بیمارانی‌که باطباءعمومی مراجعه میکنند گوشزدکنیم .

درمان خودکشی

اغلب‌بیمارانی‌که دچارتمایل به‌خودکشی‌هستند واقدام‌بخودکشی میکنند‌درموقعی‌که دست‌کمك‌بسوی‌آنها دراز میشود،ازاطرافیان خود، ازطبیب معالج ویاروانپزشك‌خود سوأل میکنندکه «چطور میتوانیدبمن‌کمك‌کنید». این‌عقیده‌ای است‌که‌همیشه چنین‌بیمارانی نسبت باطرافیان خوددارند . آنها هرگز نمی‌توانند تصورکنند که یکی از اطرافیـانشان میتواند نجات‌دهنده آنهـا از اقدام بخودکشی باشد . لذا از نظر درمانی، اولین قدم برای رهـائی این بیماران از افکار خودکشی،ایجاد امید در دل آنان میباشد.

احساس نا امیدی وتنهائی‌که بیمـار را بسوی انهدام خود سوق داده‌است، در ابتدا دراثر علاقه پزشك بشنیدن‌آلام بیمار وایجاد اطمینان وامید دردل او به‌نسبت قـابل‌ملاحظه‌ای تخفیف میبابد، سپس باجلب اعتماد بیشتر بیمار،میتوان علل ظاهری ونهفته‌ای را که منجر به‌افکارخودکشی‌شده‌است‌بررسی‌وبه‌برقراری مجددتعادل روانی بیمارکمك‌کرد .

موقعی‌که‌افسردگی‌واختلالات روانی جزئی ازتظاهرات‌کلینیکی است میتوان ازداروهای ضدافسردگی ودیگر داروهای روانگرا Psychothropic drugs استفاده‌کردوراه‌را برای‌کمك‌های بیشتر ازطریق روان درمانی Psychotherapy هموارنمود. درمواردی که این داروها مؤثر واقع نشونـد و بخصوص در افسردگی‌های پسیکوتیك شدید می‌توان‌از الکتروشوك Electero-convulsive therapy (E.C.T.). استفاده کرد .

تغییروتعدیل‌شرایط محیطی‌نامساعد وبیماری زا، تاحد ممکن‌پس از بررسی شرایط زندگی بیمار،اهمیت درمانی بسیار برای‌رفع عارضه حاد خودکشی دارد .

درمواردی‌که تمایل‌بخودکشی بصورت حاد و وخیم میباشدبستری کردن بیمـار الزامی است . مدت بستری کردن بیمـار ممکن است از ۲ تا ۶ هفته ودر موارد استثنائی طولانی‌تر باشد . این بیماران حتماً باید درمحلی بستری گردنـدکه امکان بکار بردن احتیاطات لازم جهت جلوگیری از تکـرار خودکشی آنهـا وجود داشته باشد و بتوان درمانهـای متداول روانی را در مورد آنها بکار برد.

بستری‌کردن بیمار از جهتی باوفرصت میدهدکه ازمحیط‌بیماری زا دور شود واز جهت دیگر نیروهـای موجود درونی خود را متشکل‌کند تابرای برقراری مجدد روابط اجتماعی بامحیط‌خود وبازگشت به‌تعادل روانی آماده‌گردد .

چنین‌تغییری رانمی‌توان‌بدون‌کمك‌روان درمانی، که‌برای‌شناسائی ورفع‌عوامل‌زمینه‌سازفردی ومستعدکننده محیطی بکاربرده‌میشود، انتظار داشت .

آگاهی‌ازمجموعه‌نکات‌مربوط‌بشیوه‌خودکشی، سنجش‌درجه‌وخامت تمایل‌بنابودی Lethality ، تعدادد‌فعات‌قبلی‌اقدام‌بخودکشی، فواصل تهدیدها واقدامات پیشین، کاوش اختلالات روانی ظاهری بیمار واوضاع‌واحوال اطرافیان اوجهت ارزیابی شدت و وخامت‌عارضه خودکشی حـائز اهمیت است و پزشك را برای کمك به‌بیمـار مجهزتر میسازد .

آمارنشان‌داده‌است‌که‌خطرناکترین‌دوران بعداز اقدام‌بخودکشی، ۶ ماه‌اول میباشدکه احتمال‌تکرارخودکشی دراغلب این‌بیماران

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

وجود دارد . لذا در این دوره ، پزشك معالج باید مکرر وبیش ازمواقع دیگر بابیمار خود درتماس باشد.

در بیمـاران افسرده‌ای که تحت درمان ناقص قـرار میگیرنـد اغلب پس‌از مدت کوتاهی علائم گول زننده بهبود آشکار میشود . دراین‌موارد است که خطر اقدام بخودکشی بعلت قطع درمان، بسیار زیاداست. اغلب اتفاق میافتد که این بیماران در دوران افسردگی شدید بعلت ضعف قوای روانی‌وجسمی نیروی لازم را جهت عملی کردن خودکشی وانهدام خود نداشته‌اند وپس‌ازمختصر بهبود، بایك تصمیم ناگهانی اقدام بخودکشی می‌کنند.

چنین بیمارانی ضمن ادامه درمان افسردگی، باید تحت مراقبت دقیق ونزدیك روانپزشك باشند. ازاین رهگذر است که میتوان تمایل به‌خودکشی را در آنان مرتباً ارزیابی کرد ومورد بررسی ودرمان قرارداد.

تجربیات کلینیکی نشان داده‌است که اغلب بیماران افسرده‌ای که بدون دلیل مشخص و قانع کننده ، افسردگی‌شـان برطرف شده وعلائم شادی وشعف در آنها پدیدار گشته‌است از نظر اقدام بخودکشی بسیارخطرناك می‌باشند چه علت نشاط ظاهری آنها اینست که راه‌حلی برای غم درونی‌شان پیدا کرده برای انهدام خود تصمیم گرفته‌اند.

در بیمارانی که تهدید بخودکشی ظاهراً برای جلب محبت دیگران ویا به‌منظور رسیدن به‌هدف‌های خودخواهانه Egoistic میباشد، مانند بیماران هیستریك وکسانی که دارای ضعف شخصیت هستند، ممکن است اطرافیان وحتی طبیب خـانوادگی خود را در جلب کمك اغفال کنند. چه‌دراین‌موارد بعلت تکرار تهدید واقدام بخودکشی، حساسیت اطرافیان وتمایل بکمك در آنها کم شده ، دریکی ازاین دفعات اقدام بخودکشی قطعی میشود وجان بیمار ازدست میرود.

دراین‌دسته‌از بیماران میتوان ازروشهای متداول پسیکوتراپی استفاده کرد واین کمك بیشتر درجهت بـالا بردن میزان اعتمـاد بخود Self respect و تخفیف تمایلات اولیـه وابستگی به دیگـران Dependency میباشد که کمبود آن ازدوران کودکی سرچشمه میگیرد.

پیشگیری خودکشی

پیشگیری خودکشی‌را میتوان به‌دودسته، پیشگیری اولیه‌وثانوی، تقسیم کرد .

۱- پیشگیری اولیه Primary prevention: شامل بکاربردن روشهای پیشگیری اختلالات روانی درافراد وخانواده‌ها وهمچنین شناختن ومبارزه با نابسامانی‌های فردی واجتماعی دوران مختلف زندگی اززمان تولد تا سنین تقاعد وپیری است.

حفظ وگسترش سلامت محیط تربیتی خانواده، عضویت فعال افراد در جوامع مذهبی وگروه‌های اجتماعی، مبارزه علیه اعتیـادات، بکار بردن تدابیر بهداشتی جسم وروان افراد جامعه، بهبودوضع پزشکی واجتماعی اشخاص مسن که تعداد آنها دراجتماعات مترقی بعلت بهبود بهداشت جسمی روزبروز درحال ازدیاداست، جلوگیری از انزوای اجتماعی ، همه وهمه جزو عوامل بازدارنده وکاهندهٔ انگیزه‌های روزافزون اقدام بخودکشی درافراد یك جامعه میباشد.

برای رسیدن باین هدفها باید ازتمام نیروهای فعال وانسانی یك جامعه بهره گرفت تا بتوان درپیشگیری اختلالات روانی افراد جامعه بطور اعم وتمایل بخودکشی در آنها بطور اخص، نقش مؤثری ایفا کرد.

۲- پیشگیری ثانوی Secondary prevention

تشخیص بهنگام عوارض روانی بخصوص افسردگی که بالقوه همراه تمایل به‌خودکشی میباشد، وهم‌چنین بکار بردن تدابیر دارودرمانی ازعوامل پیشگیری ثانوی بشمار میروند. امروزه دربیشترشهرهای بزرگ آمریکا واروپا مراکزی دایر شده که شبـانه‌روز ویکسره آماده هستند تابکمك بیماران روانی وبخصوص آنهائی که دچار تمایل به‌خودکشی شده‌اند بشتابند .

دراین‌زمینه روانشناسان، مددکاران اجتماعی، اشخاص غیرمتخصص داوطلب بصورت گروه‌های درمانی، دوشادوش پزشکان وروانپزشکان درکمك باین بیماران همکاری میکنند .

درنتیجه تحقیقاتی که توسط دکتر اشنایدمن Shneidman وهمکارانش درمراکز جلوگیری ازخودکشی درلوس آنجلس بعمل آمده اینطور نشان داده‌شده که قریب ۸۵٪ بیمارانی که اقدام بخودکشی میکنند، قبل ازعملی کردن تصمیمشان، بطور مستقیم ویاغیرمستقیم کمك میطلبند. اگر این فریادکمك بموقع شنیده ودرمانهای لازم بکاربرده‌شود، جان هزاران انسان درهرسال نجات می‌یابد .

درمؤسسات جلوگیری ازخودکشی Suicide prevention centers که برای این منظور ، یعنی کمك‌های فوری به بیماران مذکور، بوجود آمده‌است کارروانپزشکان علاوه براستفاده ازداروهای متداول، وروان درمانی، برقراری رابطهٔ صحیح بین پزشك وبیماراست . از اینجهت لزوم ایجاد مراکز اختصاصی جلوگیری ازخودکشی، بخصوص درشهرهای بزرگ که نسبت خودکشی در آنها بیشتراست، بعنوان وسیله‌ای مؤثر درمبارزه بااختلالات حاد روانی که منجر بخودکشی میشود، بخوبی احساس میگردد.

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 Page35.

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 .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]