

موارد اقدام بخودکشی و طب عمومی

مجله علمی نظام پزشکی

سال ۲، شماره ۲-۱، صفحه ۷۳، ۱۳۵۰

*دکتر محمد علی شمعی

مقدمه:

خودکشی Suicide طبق آمارهای منتشره از طرف کشورهای اروپائی و ایالات متحده آمریکا، یکی از علائم مرگ در کشورهای در حال رشد و متفرق جهان بشمار میرود.

در کشورهای متفرق 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، معهداً این عارضه روانی بیشتر در کشورهای در حال رشد و کشورهای متفرق جهان دیده میشود و آن را به شهرنشین 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 هرسال ۲۰ تا ۲۵ هزار نفر در اسر 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 هرصد هزار نفر و در سویس ۲۰ نفر بازای هرصد هزار نفر در سال خودکشی میکنند (مطالعات تروکوب Trokob و آمار سازمان بهداشت جهانی). بادر نظر گرفتن اینکه بازای هر خودکشی ۶ مورد تهدید و یا اقدام بخودکشی وجود دارد (مطالعات استینگل E. Stengel در انگلستان)، شیوع روزافرون این عارضه روانی در اجتماعات کاملاً محسوس است.

با شخص مورد علاقه خود و سوق افکار تهاجمی بدردن خود (دردن فکنی Introjection)، اقدام بخودکشی می‌کند. بنابراین نظریه میتوان گفت که عمل خودکشی و یا خودنا بودی Self Destruction باین معنی که عمل خودکشی جایگزین دیگر کشی می‌شود.

کارل منینگر Carl Menninger روانپژوه شک‌معروف امریکائی معتقد است که هر کشش و یا اقدام بخودکشی در حقیقت مجموعه‌ای از آرزوهای مردن، کشن، و کشته شدن می‌باشد. طبق نظریه او هر گونه رفتاری که برای سلامت و زندگی انسان مضر باشد نموداری از غریزه جاذبه‌مرگ Death Instinct است که درجهت ازین بردن و انهدام فرد پیشرفت می‌کند و سراجام این گونه رفتار، یک نوع خودکشی است. از آن جمله حوادث عمده که منجر به مرگ می‌شوند، تصادمات مکرر، اعتیاد بالکل و مواد مخدر، رفتار ضد اجتماعی و قطع اندام‌هارا باید بعنوان تمایل بخودکشی بطور مزم من تلقی نمود.

علل ظاهری و انگیزه‌های آگاهانه که غالباً بعنوان عوامل اصلی در ایجاد تمایل بخودکشی بحساب می‌آیند، نمی‌توانند 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 خیال‌بافی‌های مر بوت بخودکشی Suicidal Fantasies در بیمارانی که روان‌ناوی شده‌اند و همچنین مطالعه شخصیت و خاطرات پیش‌بیمارانی که متمایل به خودکشی بوده‌اند، 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 آورده.

بعنوان مثال میتوان قدان یکی از والدین از طریق جداگانه باز و خودو یافوت، غیبت طولانی یکی از والدین که با ناسازگاری آنان توأم بوده است و حتی ناسازگاری‌های شدید خانوادگی بدون فدان یکی از والدین را نام برد. همچنین فقدان راضیله عاطفی محکم پذرو مادر و تأثیر آن در کودک، ممکن است استعداد کودک را براز 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 گوشگیری اجتماعی و از روا میگردد. در چنین زمینه مساعدی، استرس‌های زندگی روزمره میتوانند عامل سبب‌ساز و مؤثری در بروز تمایل بخودکشی باشند. بالاخره تقليد، بعنوان یک عامل نسبتاً مهم در بعضی از انواع خودکشی بشمار آمده است مثلاً دیده شده است که گاهی نزد افراد

آئین اسلام بدون چون و چرا عملی داکه منجر به خودکشی گردد نهی می‌کند و حتی آنرا از قتل نفس گناهی بزرگتر می‌شمارد. در قرون وسطی، مسیحیت خودکشی را بعنوان نوعی آدم کشی محاکوم می‌کرده است. از اواسط قرن شانزدهم بعد در انگلستان خودکشی بعنوان یک عمل جنائی معادل آدم کشی، وقصد خودکشی به عنوان جنجه 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 بعداز دیگری لغو گردید و قوانین عادلانه‌تری در جهت موافق با دانش جدید و احسانات انسانی وضع شد. امروزه در این کشورها خودکشی یک عمل و اقدام جنائی شناخته نمی‌شود.

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

تعريف خودکشی و پیکوئیدینامی آن

خودکشی از دیدهای مختلفی بررسی و تعریف شده ولی تابحال تعریف جامعی که تمام انگیزه‌های خودکشی و تمایل به انداختن 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. بعبارت دیگر هر زمان که فردی در نابودی خود بتحوی، چه مستقیم و چه غیرمستقیم، نقش 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 پدیده‌ای بیولوژیک، روانی و اجتماعی تلقی کرده‌اند که در بروز آن عوامل شخصیتی همانند علل اجتماعی نقش مؤثری دارد.

از نظر تئوری روانکاوی، فرود معتقد است که آرزوی خودنا بودی و یا خودکشی در شخص، نتیجه افکار تهاجمی و خصمایه‌ای است که نسبت به فرد مورد علاقه خود دارد ولی بعلت اینکه از نظر روانی وجود خود را با او همانند کرده است (همانندسازی با شخص مورد علاقه) بجای ازین بردن او اقدام بنا بودی خود می‌کند. بعبارت 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 همانندسازی Identification

بروز تمايل بخودکشی در اين دسته از بيماران تنها بستگي بشدت و عمق افسردگي ندارد بلکه زمينه مستعد فردی مثل وجود نابسامانی های خانوادگی، بخصوص در دوران کودکی آنها، از عوامل مهم بشمار ميروند. در دوران جوانی واکنش افسردگی بسیار شایع بوده اغلب بدنبال از دست دادن يك شخص مورد علاقه Loss of love object و یا جداشدن ازاو، پیدا ميشود. در این موارد افسردگی ممکن است همراه با اختلالات مختلف نوروپتيک باشد. در تمام این حالات چون هميشه بالقوه خطر خودکشی وجود دارد تشخيص موقع و درمان كامل اين عارضه داراي اهميت فوق العاده است. از آنجائي كه اين خطر در بيماران افسرده اي كه بطور ناقص و بمدت كوتاه درمان ميشوند بسيار زياد است، نه تنها درمان كامل و جدي موارد افسردگي کمال لزوم را دارد بلکه آگاهي اطرافيان از اين خطر احتمالي ميتواند جنبه درمانی و پيشگيري داشته باشد.

دسته دوم پسيکوتويك ها

پسيکوزها ناراحتی های شدیدتر روانی هستند که در اغلب موارد همراه با اختلال جریان فکر بوده ارتباط بيمار را با واقعیت محیط خارجی قطع میکند. آمار نشان داده است که فقط در حدود يك سوم بيمارانی که اقدام بخودکشی میکنند از اين دسته بيماران روانی هستند. در موارد اسکيزوفرنی حاد بعلت از بين رفتن روابط انسانی بيمار با محیط اجتماعی، تمايل بخودکشی زیاد دیده ميشود. بيمار احساس میکند که در نتیجه بيماري با دیگران فرق كرده است و يا اينکه محیط خود و دیگران را بعلت بيماري خوش خطر ناك تصور میکند. در اسکيزوفرنی هر زمان خودکشی پندرت دیده ميشود زيرا بيمار با بيماري خود سازش هر ضي بيده دارد و دیگر خطری احساس نمیکند که منجر بفکر خودکشی شود.

افسردگي ممکن است بدون علت ظاهری و مشخص پيدا شود، در آنصورت آنرا افسردگي آندوزن Endogenous depression گويند. افسردگي پسيکوتويك اغلب در بيمارانی که دچار پسيکوز دوره ای (مانياک دپرسيو) Manic - depressive psychosis هستند پيدا ميشود. در مواقعي که افسردگي شدید باشد هميشه خطر خودکشی وجود دارد. در افسردگي دوران يائسگي Involitional depression اضطراب بوده افكار خودکشی نيز در آنها بسیار شایع است.

دسته سوم ناهنجاري های شخصيتي و اختلالات بيو لوژيريك

در اختلالات بيو لوژيريك شدید مثل بيماري های مزمن دوران پيری که از بيمار اميد بهبود سلب ميشود و يا بيمارانی که بيماري خود را غيرقابل علاج مي پندارند، تمايل بخودکشی بدون وجود عارضه روانی مشخص قبلی نسبتاً فراوان است.

مختلف يك خانواده خودکشی بصورت همه گير پيدا ميشود و همچنين نزد افرادي که ارتباط عاطفي نزديکي باهم دارند روش های مشابهی برای اقدام بخودکشی بكار برد شده است.

گرچه عمل خودکشی را بنهائي نميتوان ملاك يك اختلال عميق روانی در يك فرد دانست ولی مطالعات نشان داده است که اين قبل افراد دچار تمايل از بين بردن خود بوده اند ولاقل در حين انجام آن عمل دچار يك عدم تعادل روانی گريديده اند.

از نظر گلينيکي افرادي را كه داراي افكار خودکشی ميشوند ميتوان در يك از چهار طبقه زير قرارداد،

۱- بيماران نوروپتيك.

۲- بيماران پسيکوتويك.

۳- بيماران دچار ناهنجاري های شخصيتي و اختلالات بيو لوژيريك.

۴- بيماران مبتلا به نقشه عقلي.

دسته اول نوروپتيك ها Neurotics

در زمينه های نوروپتيك، در مواقعي که بيمار احساس نامايدی و شکست اجتماعي شدید میکند ممکن است تمايل بخودکشی در او پيدا شود. در اين موارد حتی يك اتفاق ناگوار در زندگي روزمره ممکن است غير قابل تحمل شده، بيمار شدیداً عدم تواناني مقابله با مشكلات محبيط را احساس كند و بفکر چاره اي جز خودکشی برای رهائی از رنج طاقت فرسای زندگي اش نيفتد.

در بيماران هيستريک و برخى از ضعف های شخصيتي نوروپتيك، که اشتياق زايدالوصفي برای جلب عشق و علاقه دیگران وجود دارد، گاهی بيماران بطور نيمه خودآگاه جهت بهره برداری از تأثير عملشان در دیگران، بخودکشی دست ميزند. توسل به خودکشی که جنبه جلب نفع در اين بيماران دارد گاهي گولزننده و خطر ناك ميشود، بطوری که ممکن است در يك از اين تهدیدها که جنبه «Cry for help» دارد، فريادي بيمار را بگوش نجات دهنده ای نرساندو جانشان از دست برود. چه باشه بتوان اين بيماران را كه بعلل نهفته روانی راه خودکشی را جهت جلب محبت و سودجوئی ظاهري انتخاب ميکنند، با تشخيص بهنگام و روان درمانی، از خطری که هميشه تهدیدشان ميکند نجات داد.

بطور كلي هميشه در افسردگي، بعلت از بين رفتن ويا کاهش حس اعتماد بنفس Self respect ويا احساس گناه شدید، خطر خودکشی بحدا كثر وجود دارد.

نکته حائز اهميت اينست که همه بيماران افسرده بعلت احساس بيهودگي، در مانندگي، تمايل بسرزنش خود، احساس گناه ونداشتن اميد بزنندگي، بالقوه داراي تمايلات خودکشی هستند و بسياری از آنها در دوران بيماري خوش دست بخودکشی ميزند.

احساس نا امیدی و تنهائی که بیمار را بسوی انهدام خود سوق داده است، در ابتدا در اثر علاقه پزشک بشنیدن آلام بیمار و ایجاد اطمینان و امید در دل او به نسبت قابل ملاحظه ای تخفیف میباشد، سپس با جلب اعتماد بیشتر بیمار، میتوان علل ظاهری و نهفته ای را که منجر بر افکار خود کشی شده است بررسی و به برقراری مجدد تعادل روانی بیمار کم کرد.

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

تفعیل و تعدیل شرایط محیطی نامساعد و بیماری زا، 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 خیم میباشد بسترهای بیمار را کم کردن از این الزامی است. مدت بسترهای کم کردن بیمار ممکن است از ۲ تا ۶ هفته و در موارد استثنایی طولانی تر باشد. این بیماران حتی باید در محلی بسترهای 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 بردن.

بسترهای کم کردن بیمار از جهتی باوفرست میدهد که از همیشه بیماری زا دور شود و از جهت دیگر نیروهای موجود درونی خود را مشکل کند تا برای برقراری مجدد روابط اجتماعی با محیط خود و بازگشت به تعادل روانی آماده گردد.

چنان تغییری رانی توان بدون کمک روان درمانی، که برای شناسائی و رفع عوامل ذمینه ساز فردی و مستعد کننده محیطی بکاربرده میشود، انتقال داشت.

آگاهی از مجموعه نکات مر بوط به شیوه خودکشی، سنجش درجه و خامت 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 خامت عارضه خودکشی حائز اهمیت است و پزشک را برای کمک به بیمار مجهز تر میسازد.

آمار نشان داده است که خطر ناکترین دوران بعد از اقدام بخودکشی، ۶ ماه اول میباشد که احتمال تکرار خودکشی در اغلب این بیماران

هم چنین در اغلب اختلالات شخصیتی ممکن است عارضه خودکشی و تهدید بآن بروز کند. بیشتر خودکشی هایی که در زندان اتفاق میافتد از این دسته اند.

دسته چهارم نقیصه عقلی

گرچه مواردی از خودکشی در این دسته از بیماران گزارش داده شده ولی خودکشی درین 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 باشه این بیماران باعوارض مختلف عضوی باطبای 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 به کمک های ویژه روان درمانی و شیمی درمانی دارند. در این موارد تنها پزشکی که آشنایی و آگاهی با این عارضه دارد میتواند خطرات خودکشی را در این بیماران پیش بینی و با تشخیص بموقع، در راهنمایی و درمان آنان نقش مؤثری ایفا کند. تمايلات ایجادهای قبلی این بیماران را برای خودکشی، اطرافیان بیمار اغلب بعل مختلف اجتماعی مانند احساس خجالت و سرافکندگی، از طبیب مخفی میکنند. وظیفه طبیب است که مستقیماً ضمن آگاهی بدشرح حال بیمار از زیان اطرافیان و صحبت با بیمار، افکار مر بوط بخودکشی و یا تمايلات آدم کشی 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 کرده اند در فاصله ۴ ماه قبل از اقدام بخودکشی بیک طبیب عمومی یا طبیب خانوادگی خود مراجعه و بطور غیر مستقیم از او طلب کمک نموده اند. اینجا لازم است که مجدداً اهمیت کشف بهنگام تمايل حاد و یا مزمن خودکشی را در تمام بیمارانی که باطبای عمومی مراجعت میکنند گوشزد کنیم.

درمان خودکشی

اغلب بیمارانی که دچار تمايل به خودکشی هستند و اقدام بخودکشی میکنند در موقعی که دست کمک بسوی آنها دراز میشود، از اطرافیان خود، از طبیب معالج و یار و اپنیشک خود سوال میکنند که «چطور میتوانید بمن کمک کنید». این عقیده ای است که همیشه چنین بیمارانی نسبت با اطرافیان خوددارند. آنها هر گز 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.

حفظ و گسترش سلامت محیط تربیتی خانواده، عضویت فعال افراد در جوامع مذهبی و گروه‌های اجتماعی، مبارزه علیه اعتیادات، بکار بردن تدایر بهداشتی جسم و روان افراد جامعه، بهبود وضع پزشکی و اجتماعی اشخاص مسن که تعداد آنها در اجتماعات متفرقی بعلت بهبود بهداشت جسمی روز بروز درحال افزایاست، جلوگیری از انزوای اجتماعی، همه وعده جزو عوامل بازدارنده و کاهنده انجیزه‌های روزافرون اقدام بخودکشی در افرادیک جامعه میباشد. برای رسیدن باین هدفها باید از تمام نیروهای فعال و انسانی یک جامعه بهره گرفت تابتوان در پیشگیری اختلالات روانی افراد جامعه بطور اعم و تمايل بخودکشی در آنها بطور اخص، نقش مؤثری ایفا کرد.

۲- پیشگیری ثانوی Secondary prevention

تشخیص بهنگام عوارض روانی بخصوص افسرده‌گی که بالقوه همراه تمايل بخودکشی میباشد، و همچنین بکار بردن تدایر در اورورهای اعزاومنل پیشگیری ثانوی بشمار می‌رود. امروزه در پیشتر شهرهای بزرگ آمریکا و اروپا مراکزی دایر شده که شبانه‌روز و یکسره آماده هستند تا بكم بیماران روانی و بخصوص آنها که دچار تمايل بخودکشی شده‌اند بتشابند.

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

در نتیجه تحقیقاتی که توسط دکتر اشنایدمن Shneidman و همکارانش در مرکز جلوگیری از خودکشی در لوس آنجلس بعمل آمده اینطور نشان داده شده که قریب ۸۵٪ بیمارانی 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 کار روانپزشکان علاوه بر استفاده از داروهای متداول، 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 پیشتر است، بعنوان وسیله‌ای مؤثر در مبارزه با اختلالات 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 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 .

وجود دارد. لذا در این دوره، پزشک معالج باید مکرر و بیش از موقع دیگر بایمار خود در تماس باشد. در بیماران افسرده‌ای که تحت درمان ناقص قرار میگیرند اغلب پس از مدت کوتاهی علائم گول زننده بیهود آشکار میشود. در این موارد است که خطر اقدام بخودکشی بعلت قطع درمان، بسیار زیاد است. اغلب اتفاق میافتد که این بیماران در دوران افسرده‌گی شدید بعلت ضعف قوای روانی و جسمی نیروی لازم را جهت عملی کردن خودکشی و انهدام خود نداشته‌اند و پس از مختصر بیهود، بایک تصمیم ناگهانی اقدام بخودکشی می‌کنند.

چنین بیمارانی ضمن ادامه درمان افسرده‌گی، باید تحت مرآبت دقیق و نزدیک روانپزشک باشند. از این رهگذر است که میتوان تمايل بخودکشی را در آنان مرتب ارزیابی کرده و مورد بررسی و درمان قرارداد. تحریکات کلینیکی نشان داده است که اغلب بیماران افسرده‌ای که بدون دلیل مشخص و قانع کننده، افسرده‌گی شان بر طرف شده و علائم شادی و شفعت در آنها پدیدار گشته است از نظر اقدام بخودکشی بسیار خطرناک می‌باشد چه عملی نشاط ظاهری آنها یعنیست که راه حلی برای غم درونی شان پیدا کرده برای انهدام خود تصمیم گرفته‌اند. در بیمارانی که تهدید بخودکشی ظاهر آرای 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 خانواده‌گی خود را در جلب کمک اغفال کنند. چه در این موارد بعلت تکرار تهدید و اقدام بخودکشی، حساسیت اطرافیان و تمايل بكم در آنها کم شده، درینکی از این دفعات اقدام بخودکشی قطعی میشود و جان بیمار از دست میرود. در این دسته از بیماران میتوان از روشهای متداول پسیکوتراپی استفاده کرد و این کمک بیشتر درجهت بالا بردن میزان اعتماد بخود Self respect و تحفیف تمايلات اولیه وابستگی به دیگران Dependency میباشد که کمبود آن از دوران کودکی سرچشم میگیرد. پیشگیری خودکشی

پیشگیری خودکشی را میتوان بدودسته، پیشگیری اولیه و ثانوی، تقسیم کرد.

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