

خودکشی

دکتر لقمان دانشمند

خلاصه

خودکشی دهمین عامل مرگ و میر در آمریکا است. شیوع آن ۱۲ درصد هزار نفر است و سالیانه در حدود ۵۰۰،۰۰۰ مرگ در دنیا گزارش شده است. در این مقاله در مورد تئوریهای روانی درباره علل خودکشی بحث شده است که از آن جمله، ارتباط خودکشی با موقعیت اجتماعی و جنس و نفوذ فرهنگ و مذهب و سن بحث شده است. در ضمن ارزیابی خطرات خودکشی و اقدام به آن مورد بررسی قرار گرفت و خطرات آن مانند آرزوی مردن و وجود پسیکوزها و افسردگیها و اقدام قبلی به خودکشی و متدهای خشونت آمیز و بیماریهای مزمن و عمل جراحی یا زایمان و الکلیسم و وابستگی به دارو. بالا رفتن سن و تنهائی ذکر گردیده است و در پایان در باره جلوگیری از خودکشی بحث شده است.

خودکشی

خودکشی دهمین عامل مرگ و میر در آمریکا است. شیوع آن ۱۲ درصد هزار نفر است که در حدود ۲۴۰۰۰ مرگ در سال میشود. در هر ۲۰ دقیقه یک خودکشی رخ میدهد و در مقابل هر خودکشی ۱۰ مورد اقدام ناموفق موجود است. در سایر نقاط دنیا هم تعداد خودکشی رو به افزایش است و سالانه در

حدود ۵۰۰،۰۰۰ مرگ گزارش شده است. خودکشی نه علامت دیوانگی و نه علامت نبوغ است. علت زیاد شدن خودکشی دوره جت (JETAGE) یا فشار تمدن (TENSION OF CIVILIZATION) نیست و تعداد آن از سال ۱۹۰۰ تغییری نکرده است. نباید تصور کرد که هر که تهدید به خودکشی میکند آنرا انجام نمیدهد. بیشتر کسانی که اقدام به خودکشی میکنند اغلب قبلاً آگاهی میدهند مخصوصاً به پزشکان. اغلب خودکشیها قبل از انجام تمیز داده میشوند. در گذشته خودکشی یک جرم بزرگ بود و جنایتی علیه دولت محسوب میشد. در قانون انگلیس اموال شخص خودکشی کرده را بنفع دولت ضبط میکردند. در اواخر قرن گذشته خیلی از خودکشیها را با علت خواندن کتابهای عشقی مثل کتاب (Sorrow of Wrether) گوته میدانستند بعد از سال ۱۹۰۰ آنرا مربوط به طرز آموزش غلط دانستند در حوالی ۹۳۰ یک ترانه با اسم (Gloomy Sunday) از رادیو حذف گردید چون ادعا شد که تعداد خودکشی بعد از نواختن آن زیاد میشود. بعد از جنگ جهانی اول خودکشی را به عوامل ارثی و سرشتی نسبت میدادند. بعد از آن بانفوذ پسیکوانالیز عوامل عمیق تری را در نظر میگیرند.

گروه روانپزشکی دانشکده پزشکی پهلوی. دانشگاه تهران

تئوریهای روانی در باره علل خودکشی

۱- خودکشی و همبستگی مردم

اشخاصی که با مردم دیگر می‌جوشند کمتر خودکشی میکنند. تعداد خودکشی در شهرها که آپارتمان نشینی باعث میشود کس دیگری را شناسد بیشتر از مناطق روستائی است. در مراکز شهر بیشتر از حومه است و در میان طلاق گرفته‌ها و بیوه‌ها بیشتر از افراد متأهل است. تاهل و جنگ عواملی هستند که تعداد خودکشی را کم میکنند.

۲- خودکشی و شغل

شکست و عقب افتادگی در شغل همراه با ازدیاد خودکشی است مخصوصاً در طبقه بالای اجتماع که با ضررهای مالی زیاد همراه است.

۳- ارتباط خودکشی با موقعیت اجتماعی

ارتباط مستقیم بین خودکشی و موقعیت اجتماعی موجود است. در ارتش آمریکا در افسران بیشتر از سربازان است. در سفیدها بیشتر از سیاه پوستان - در کارمندان بیشتر از کارگرا و بطور کلی هر چه موقعیت اجتماعی بالاتر باشد شخص حساستر میشود.

۴- جنس

در سال ۱۹۶۰ تعداد خودکشی در مردان سفید ۱۶/۶ در صد هزار و در زنهای سفید ۴/۷ در صد هزار بوده است. در مردان سیاه ۶/۸ درصد هزار و در زنهای سیاه ۱/۴ در صد هزار بوده است. ولی برعکس اقدام به خودکشی در زنهای برابر مردان است شاید علت آن باشد که زن‌ها در اجتماع بیشتر تامل دارند و اجتماع به آنها بیشتر توجه میکند در صورتیکه مردان مشکلات خود را کمتر با دیگران در میان می‌گذارند.

۵- نفوذ فرهنگ و مذهب

در کشورهای کاتولیکی تعداد خودکشی کم‌تر است. در ایرلند تعداد خودکشی ۲/۵ در هزار و در سوئد ۲۵/۱ در صد هزار است. در آمریکا در پروتستانها بیشتر از مذاهب دیگر است. نظرو اعتقادات مردم نسبت به خودکشی در تعداد خودکشی مؤثر است مثلاً در آمریکا که خودکشی را محکوم میکنند تعداد خودکشی کمتر از ژاپن است که آنرا تمجید میکنند.

۶- سن

در آمریکا تعداد خودکشی با افزایش سن زیاد میشود. در سنین ۱۴-۱۵ سالگی در سال ۱۹۶۰ - ۵/۳ درصد هزار بوده است. در سن بلوغ بین ۱۹-۱۵ سالگی تعداد خودکشی بطور مشخص زیاد میشود. و سومین عامل مرگ در این سن است. در سن دانشگاهی دومین عامل مرگ (بعد از تصادف) است و در مردان اقدام بخودکشی دو برابر زن‌ها است. تعداد خودکشی با سن بیشتر میشود بطوریکه در سن ۸۵ سالگی شیوع آن ۲۶ درصد هزار است. در مردان سفید پوست بعد از ۸۵ سالگی شیوع خودکشی ۷۰ درصد هزار است.

ارزیابی خطرات خودکشی و اقدام به خودکشی

اقدام بخودکشی یکی از اورژانسهای پزشکی است و تمام این افراد باید توسط روانپزشک دیده شوند. شایعترین اشتباه و خطای پزشک آنست که اقدام بخودکشی را فقط یک تهدید بداند و بعد باخبر شود که بیمار واقعا خودکشی کرده است. خودکشی اشکال مختلفی بخود میگیرد مثلاً از فردی که دائم در معرض حوادث قرار میگیرد تا کسی که تظاهرات اعتراض کننده خود را بصورت انداختن خودش جلوی ماشین نشان میدهد و یا الکلیک مزمنی که سراسر زندگی یک اقدام بخودکشی مزمن محسوب میشود تفاوت میکند. در مورد شخصی که اقدام بخودکشی کرده باید ارزیابی نمود که تا چه حد او مایل به کشتن خود میباشد.

خطرات شدید

A = آرزوی مردن. اظهارات مکرر بیمار در مورد اینکه (کاش مرده بودم) باید بشدت مورد توجه قرار گیرد.

B = وجود پسیکوز. بیمار پسیکوزی که کارهای غیر منتظره مشکوک میکند و بیخودی می‌ترسد و یا دچار حالات وحشت میگردد احتمال خودکشی او زیاد است بخصوص بیماری که صداهائی میشوند که به او دستور میدهند خودش را بکشد.

C = افسردگی. افسردگی شایعترین بیماری قبل از خودکشی است و بیماری که علائم زبررا نشان میدهد باید دقیقاً مورد توجه قرار گیرد.

۱- احساس گناه . مخصوصا بعد از فوت نزدیکان .

۲- احساس بی ارزشی و نومیدی .

۳- آرزوی خود تنبیه کردن .

۴- حالت انزوا و ناامیدی .

۵- اضطراب شدید

۶- از بین رفتن اشتهای به غذا- میل جنسی- خواب و فعالیت .

علائم خطر .

هر کدام از علائم زیر نشانه خطر خودکشی است .

A = اقدامات قبلی . نصف کسانی که خودکشی میکنند اقلایلا

یکبار اقدام بخودکشی کرده اند اگر این اقدام در مقابل کسی

و یا در محلی نباشد که بتوانند او را نجات دهند آرزوی

مرگ شدید نیست ولی چنانچه در مقابل اشخاصی و یادر

محلی انجام گیرد که شانس نجات یافتن موجود باشد نشان

میدهد که آرزوی مرگ شدید است .

B = پسکوز قبلی . سابقه هر نوع بیماری روانی احتمال می رود

آن بیماری را همراه با خطر خودکشی زیاد نماید .

C = یادداشت های مربوط به خودکشی . هر نوع یادداشت

مربود بخودکشی را باید علامت خطرناکی تلقی نمود .

D = متدهای خشونت آمیز . معمولا هرچه طریقه خودکشی

دردناکتر و خشن تر باشد خطر خودکشی شدیدتر است .

E = بیماری مزمن . بیمارانی که بیماری مزمن دارند ممکن

است در موقع شدت بیماری اقدام بخودکشی کنند .

F = عمل جراحی یا زایمان . تولد بچه در بعضی زنها ایجاد

افسردگی میکند . جراحی های بزرگ مثل قطع عضو ممکن

است همین خطر را در بر داشته باشد .

G = الکلسم و وابستگی به دارو . الکل و سایر داروها بعلت

ضعیف نمودن کنترل انسان ممکن است سبب اقدام به

خودکشی گردد .

H = هیپوکندر یا زیس . شکایات دائمی و مختلف بدنی بدون

اینکه منشأ عضوی داشته باشد ممکن است سرپوشی برای

یک افسردگی شدید باشد .

I = بالارفتن سن . مخصوصا در مردها بالارفتن سن همراه

با موفق نبودن در کارها سبب میشود که شخص تصور کند

زندگی ارزشی ندارد . در بعضی زنها یائسگی همراه با

افسردگی و احساس اینکه حالت زن بودن خود را از دست

داده اند زمانی است که خطر خودکشی وجود دارد .

J = همجنس گرایی . هموسکسوالها بطور غیر عادی در معرض

افسردگی و هیجان شدید هستند و خطر خودکشی در آنها

زیاد است .

K = تنهایی (SOCIAL ISOLATION) . بیماری

که سالهاست نتوانسته با اشخاص دیگر ارتباط حاصل کند

و تنها بوده خیلی در معرض خودکشی است .

L = ورشکستگی . بیماری که بول - شغل - دولت و آینده ای

ندارد کمتر مایل بادامه زندگی است تا کسی که از نظر مالی

و اجتماعی در موقعیت خوبی است . فروید گفته "بهتر است

انسان سالم و پولدار باشد تا اینکه فقیر و مریض باشد ."

M = برای بدست آوردن امتیاز . چنانچه تهدید بخودکشی

برای جلب توجه افراد یا کمک گرفتن باشد خطر آن کمتر

است در غیر این صورت خطر خودکشی زیاد است .

جلوگیری از خودکشی

تشکیلات و موسسات زیادی جهت کمک باین افراد وجود

دارد و در بسیاری از شهرهای بزرگ روز و شب با تلفن میتوان

درخواست کمک نمود .

تجربه نشان داده است که افراد نوروتیک خیلی راجع به

خودکشی صحبت میکنند ولی تقریبا هیچوقت خطر زیادی ندارد .

همیشه باید مواظب افراد افسرده ای باشید که ناگهان احساس

میکند حالشان خوب است چون ممکن است از اینکه بالاخره

تصمیم به مرگ گرفته است احساس آرامش میکند و در نتیجه

خوشحال بنظر میرسد .

اگر تصمیم دارید که فرد مصمم بخودکشی را در بیمارستان

بستری کنید هرگز نگذارید که تنها بخانه برود تا برای رفتن

به بیمارستان آماده شود . هیچوقت داروهای ضد افسردگی را

ناگهان قطع نکنید .

گاهگاهی مصرف بیش از حد دارو بخصوص باربیتوریکها دیده

میشود که ممکن است کشنده باشد مخصوصا در نزد بیماری که

نمیتواند بیاد بیاورد که چند قرص خورده است . خودکشی با

باربیتوریکها ۵ برابر آرامیخسها میباشد بنا بر این هیچوقت در

یک نسخه نباید مقدار کشنده دارو را داد .

در مورد بیماری که روی بلندی ایستاده و تهدید به پریدن

میکند فقط بکمک عواملی مثل مذهب - صحبت کردن - دوستی -

بیمار را نباید زیاده از حد لازم در بیمارستان نگهداشت و اعتماد بیمار به پزشک یکی از عوامل درمانی است بشرطی که پزشک بتواند بر اضطراب خود فائق آید .

بیماری که تصمیم دارد خود را بکشد در مجهزترین بیمارستانها هم قادر به اینکار خواهد بود . آدولف میر (MEYER) معتقد است که " بیمارستان روانی که در آن خودکشی اتفاق نیفتد نمیتواند بیمارستان خوبی باشد . "

درپسیکوتراپی . بین بیمار و پزشک باید ارتباط مثبتی برقرار شود در بحران شدید بیمار را باید خیلی ویزیت نمود حتی بیش از یکبار در روز . باید به بیمار اجازه داد که روز و شب با تلفن بتواند با پزشک خود تماس گیرد و اگر پزشک از شهر خارج میشود محل و اینکه چطور بیمار میتواند با او تماس گیرد به اطلاع بیمار برساند .

پیش آگهی

عوامل مهمی که در نتیجه درمان موثرند عبارتند از .

۱- خود بیمار . هرچه سازش قبلی بیمار با محیط خوب بوده و مشکلاتی که سبب اقدام بخودکشی شده اند تازه باشند پیش آگهی بیمار بهتر است . (بشرطی که بتوانیم مشکل را از بین ببریم) .

۲- محیط . هرچه بیمار بیشتر مورد حمایت قرار گیرد و اطرافیان او بیشتر توجه کنند و زندگی برایش مفهوم داشته باشد نتیجه درمان بهتر است .

آوردن بستگان مورد علاقه و یا کشیش که بتواند او را از خودکشی منصرف نماید باید متوسل شد .

او معمولا پسیکوتیک است و خود را تنها و بی دوست حس میکند و باید حتما او را بستری نمود . بیماران تحت درمان که تهدید بخودکشی میکنند معمولا دنیا را با کوتاه بینی مینگرند و باید بکمک درمان دید آنها را به دنیا گشود .

در بیمار افسرده ای که راجع به خودکشی صحبت نمیکند موضوع خودکشی را باید حتما مطرح کرد چون با مطرح نمودن موضوع نه تنها ضرری دیده نشده ، بلکه در خیلی از موارد کمک شایانی نموده است .

در مورد اینکه چگونه رست به خودکشی را از یک میل بخودکشی واقعی تمیز دهیم GRINKER معتقد است که باید فقط جدسی بزنیم و قضاوت کلینکی تنها وسیله تشخیص در اکثر موارد است .

درمان

اگر بیمار شدید افکار خودکشی دارد اولین کار بستری نمودن اوست و احتیاطات لازم را از نظر احتمال خودکشی باید نمود . در طی بستری بودن یکی یا تمام درمانهای زیر باید انجام گیرد .

۱- درمان با الکتروشوک .

۲- درمان با دارو مخصوصا داروهای ضد افردهی

۳- پسیکوتراپی - تا بیمار بتواند راه حلی برای مشکل خود پیدا کند نه اینکه خود را از بین ببرد .

Reference

- 1- Sainsbury, P. (1955). Suicide in London. Monograph. No. I.
- 2- Shaw. D.M. (1966). Mineral metabolism, mania and melancholia. British Medical Journal, ii, 262.

- 3- Stengel, E. & Cook, N.G. (1958). Attempted Suicide. Its Social Significance and Effects. Maudsley Monograph No. 4, London: Oxford University Press.
- 4- Watts, C.A.H. (1966). Depressive Disorders in the Community. Bristol Wright.
- 5- Dublin, L.I. Suicide: A Sociological and statistical study. Ronald Press, 1963.
- 6- Durkheim, E.: Suicide. Free Press of Glencoe, 1930.
- 7- Farberow, N.L. & E.S. Shneidman: The Cry for Help. McGraw-Hill, 1961.
- 8- Hendin, H.: Suicide and Scandinavia. Grune & Stratton, 1964.
- 9- Kalinowsky, L.B. & P.H. Hoch: Shock Treatments, Psychosurgery and other somatic treatments in psychiatry. Grune & stratton, 1952.
- 10- Meerloo, J.A.M.: Suicide and Mass Suicide. Grune & stratton, 1962.
- 11- Menninger, K.: Man Against Himself, Harcourt Brace, 1938.
- 12- Schneidman, E.S, & N.L. Farberow (editors): Glues to suicide. McGraw-Hill, 1957.
- 13- Schneideman, E.S., Farberow, N.L., & C.V. Leonard: Some Facts About Suicide. US public Health Service, 1961.