

انتقال گرایش به خودکشی از نسلی به نسل دیگر، پدیده‌ای پیچیده به شمار می‌رود. پیشرفت‌های به عمل آمده در زمینه تکنولوژی زیست پزشکی به دنبال تشخیص و توصیف علائم مشخصه اختلالات خاص عاطفی طی دهه گذشته توجه بسیاری از پژوهشگران را به خود معطوف نموده است.

شواهد روزافزون بر نقش عوامل ژنتیکی به منزله جزء اساسی اختلالات عاطفی که عمدتاً محدوده وسیعی از حوزه پژوهشی را به خود اختصاص می‌دهند، دلالت می‌کنند.

به هر حال با آنکه عوامل ژنتیک اساساً حاکی از آسیب‌پذیری زیستی می‌باشند، تجلی قابلیت ذاتی ژنتیکی به لحاظ شدت و نشانه شناسی متفاوت است (Rainer) بنابراین رفتار آشکار به دیگر عوامل زمینه ساز و تسریع کننده از جمله عوامل اجتماعی، روان‌شناختی، متابولیک و فیزیولوژیکی بستگی دارد. برخلاف تأکید زیست پزشکی بر مطالعه رابطه میان اختلالات عاطفی و خودکشی، پژوهشگران با استفاده از روشهای همه گیر شناسانه و از طریق بررسی در اجتماعی که با به کارگیری آنها میزان وقوع اختلال در جمعیت خاص و همچنین همبسته‌ها و عوامل خطرزای آن بررسی می‌شود، به جستجوی علت خودکشی می‌پردازند (Mosciki)

مطالعات همه گیر شناختی

پایکل و همکارانش نخستین کسانی بودن که در سال ۱۹۶۹ به عنوان بخشی از پژوهشهای خود در ناحیه پنهانهاون به مطالعه همه گیر شناسانه رفتار خودکشی گرایانه پرداختند. اطلاعات به دست آمده، تشخیص روانی و ویژگی‌های جمعیتی - اجتماعی را شامل می‌شدند. براساس داده‌های اطلاعاتی حاصل مطالعه بر روی ۲۷۰ بزرگسال مشخص شد که میزان شیوع اندیشه‌های خودکشی گرایانه ما دام‌العمر و کوتاه مدت (۱ سال) ۴/۸ درصد و ۲/۳ درصد و در مورد اقدام به خودکشی ۱/۱ درصد و ۶/۱ درصد بود.

رفتار خودکشی گرایانه

ملاحظات بالینی و عوامل خطر ساز

نوشته: گریگوری ویلسون

ترجمه: شروین شمالی

• مقدمه

پژوهشهای به عمل آمده با استفاده از روشهای موجود در مطالعات روانشناختی، زیستی و همه گیر شناختی، حاکی از فزونی شواهد تحقیقاتی در زمینه انتقال گرایش به خودکشی از نسلی به نسل دیگری است. سابقه رفتار خودکشی گرایانه و اختلالات روانی والدین ظاهراً در زندگی آینده شخص در قالب اندیشه خودکشی و اقدام به این عمل متجلی شده و ظاهراً این عامل نقش مهمی را ایفا می‌کند. در مقاله‌ای که پیش رو دارید، طی مرور تحقیقات دیگر پژوهشگران به مقایسه عامل مرگ والدین و طلاق آنها پرداخته‌ایم تا نقش عوامل بالقوه را که با رفتار خودکشی در فرزندان آنها طی مراحل رشد ارتباط می‌یابند، روشن سازیم. علاوه بر آن، اهمیت تشخیص اختلالات روانی به عنوان شرط ضروری اتخاذ روشهای ارزشیابی مناسب را به اختصار شرح داده‌ایم.

یکی از مطالعاتی که اخیراً در رابطه با رفتار خودکشی گریبانه از سال ۱۹۸۰ تا ۱۹۸۵ در مقیاس وسیعی انجام شده، بخشی از برنامه‌های تحقیقی انستیتوی ملی بهداشت روانی در ناحیه تحت پوشش همه گیر شناسانه بوده است. پژوهشگران در پنج ناحیه تحت پوشش پروژه با دقت کامل طی توزیع پرسشنامه‌ها به بررسی مهمترین اختلالات روانی، ویژگی‌های جمعیتی در جامعه و کاربرد مراقبتهای لازم برای سلامت روانی، در میان پاسخگران پرداختند. تحلیل چند عاملی طی این مطالعات نشان داده که جنسیت مؤنث، نژاد سفید، ازدواج ناموفق، پایگاه اجتماعی - اقتصادی در حد پایین و تشخیص اختلالات روانی مادام‌العمر از عوامل مهم خطر زاد اقدام به خودکشی می‌باشند. مهمترین عامل خطر زاد، تشخیص اختلال روانی مادام‌العمر بوده است.

سورنسون و راتر Sorenson & Rutter وضعیت نمونه‌های تحت پوشش پروژه فوق را مورد تحلیل قرار دادند، تا بتوانند ارتباط بین پاسخگران و سابقه اقدام به خودکشی و اختلالات روانی در خانواده آنها را دریابند.

در واقع ۲۴/۸ درصد از پاسخ دهندگان که بنابر اظهارات خودشان اقدام به خودکشی کرده بودند، سابقه خودکشی در میان اعضای خانواده را داشتند. پژوهشگران طی مطالعات خود با محدودیتهایی مواجه شدند که گاه از عدم تمایل پاسخ دهندگان به شرح اختلالات روانی میان اعضای خانواده و تمایل آنها به خودکشی ناشی می‌شد. با اینحال پروژه مذکور، حاکی از پیشرفت قابل توجه در بررسی انتقال افکار خودکشی گریبانه و اقدام به این عمل از نسلی به نسل دیگر می‌باشد. با آنکه در ناحیه مورد مطالعه به خودی خود عامل خطر زای خودکشی بسیار بود، به واسطه تحلیل چند عاملی مشخص شد که جنسیت مؤنث، مجرد بودن، اختلال روانی شخص، اختلال روانی والدین او و اقدام به خودکشی در میان آنها با خطر فزاینده گرایش به خودکشی در ارتباط بودند. شایان ذکر است

که در صورت ثبات عوامل دیگر (مثل جنسیت، سن و اختلال روانی)، اقدام به خودکشی با اقدام به خودکشی والدین ارتباطی نداشت.

سورنسون و راتر Sorenson & Rutter اینگونه نتیجه گرفتند که سابقه اقدام خودکشی در میان اعضای خانواده شخص نه دلیل لازم و نه علت کافی برای بروز افکار خودکشی گریبانه و نیز اقدام به آن می‌باشد. به هرحال آنها خاطرنشان ساختند که سن شخص در زمان خودکشی اعضای خانواده یا اقدام به این عمل، نحوه پاسخ دهی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

ملاحظات بالینی

پاره‌ای از محدودیت‌ها مرا بر آن داشته تا نظریاتم را بیشتر در رابطه با دو موضوع مطرح شده توسط سورنسون و راتر ارائه دهم اولاً به اختصار به بررسی تأثیر بالقوه اقدام به خودکشی یکی از اعضای خانواده بر شخص یا توجه به سن و سطح رشد وی می‌پردازم. ویس از آن به شرح اهمیت تشخیص اختلالات روانی با توجه به محدودیتهایی که با استفاده از روشهای سنتی پیش‌بینی شده بر سر راه ارزیابی عوامل خطر زای خودکشی پدید می‌آید، خواهم پرداخت.

سن و سطح رشد

بنابر پژوهشهای پیشین، مرگ والدین، جدایی و یا طلاق آنها غالباً با میزان فزاینده اعمال خودکشی گریبانه در افراد مرتبط می‌باشد. پژوهشهای گوناگون نیز حاکی از آنست که جدایی والدین یا مرگ آنها با خطر خودکشی در کودکانی در ارتباط است. در واقع مسک آنارنی (MC. Anarney) اظهار داشت که تضعیف و یا انفصال پیوندهای خانواده عامل تعیین کننده رواج خودکشی در میان جوانان جوامع مختلف به شمار می‌رود. کودکانی که گرایش به خودکشی دارند در مقایسه با همسالان خود در سنین خردسالی فقدان



* مرگ والدین، جدایی و یا طلاق آنها غالباً با میزان فزاینده اعمال خودکشی گرایانه در افراد مرتبط می باشد.

* کودکانی که گرایش به خودکشی دارند در مقایسه با همسالان خود در سنین خردسالی فقدان عزیزانشان را در دفعات بیشتری متحمل شده اند.

عزیزانشان را به دفعات بیشتری متحمل شده اند. علاوه بر آن فقدان عزیزان برای این قبیل کودکان در سرتاسر دوران کودکی به شدت ایجاد تنش می کند.

بنابراین اعمال خودکشی گرایانه کودکان به منزله واکنش در قبال تنش فزاینده می باشد. شواهد پژوهشی حاکی از آنست که بسیاری از این قبیل کودکان دچار اختلالات روانی می شوند.

رایج ترین ویژگی های روانی آنها، افسردگی، ناامیدی، درماندگی و خشم آنی است.

واکنش خانواده هایی که پیش از این یکی از اعضا را در اثر خودکشی از دست داده اند پیچیده بوده و غالباً توأم با احساس خشم و شرم، گناه و ترس می باشد (Worden)

با آنکه تأثیر اقدام به خودکشی در میان والدین طی مراحل رشد کودک را باید به گونه ای نظام یافته مورد بررسی قرار داد، پژوهشهای انجام شده تأثیر مهم گسستن پیوندهای خانواده بر کودکان در سنین مختلف را به ثبوت رسانده اند. پژوهشهای مفصل بر روی کودکانی که والدین آنها از یکدیگر طلاق گرفته اند نیز گروههای مقایسه ای با ارزشی را فراهم می آورند. جدا زندگی کردن والدین و یا طلاق، همانند مرگ آنها تقریباً برای همه کودکان از هر سنی که باشند، به شدت تنش ایجاد می کنند.

کودکان سنین مختلف برای درک وقایع زندگی شان از واکنش های عاطفی و شناختی متفاوت استفاده می نمایند. (Hodges)

نظریه های تحول پیاژه (Piaget) و اریکسون (Erickson) چهارچوب بسیار مناسبی را برای بررسی تأثیر از هم گسیختن خانواده و اقدام به خودکشی والدین، در خلال مراحل رشد و تحول فرد را در اختیار ما قرار می دهد. به عنوان مثال کودکان بالای ۷ سال توانایی درک مفهوم «برای همیشه» را دارند. در واقع فویبای مرگ بیشتر در این سنین رایج است (Hodges) به دنبال طلاق والدین، کودک توانایی درک آن را دارد که پدر و مادر برای همیشه از هم جدا شده اند. بنابراین در این سنین احساس محرومیت و فقدان شدید در کودک با طلاق مربوط می شود.

به دنبال خودکشی والدین، درک کودکان از مفهوم «برای همیشه» بر واکنش های عاطفی وی اثرات سویی را بر جای می گذارد.

فلنر، اشلیسبرگ و کسون Felner & Stolberg & cown وضعیت کودکان ۵ تا ۱۰ ساله را که والدین آنها فوت شده یا از یکدیگر طلاق گرفته بودند، مورد ارزیابی قرار دادند.

کودکانی که والدین آنها فوت شده بودند، افسرده تر بوده، ولی کودکانی که پدر و مادر آنها جدا از هم زندگی کرده و یا از یکدیگر

طلاق گرفته بودند، رفتاری قرارانه تری را نشان داده، تابع امیال آنی و پرخاشگر بودند. با آنکه این مطالعات، تفاوت های جالب توجه بین کودکانی که تجارب متفاوتی را متحمل شده اند آشکار می سازد، (مثلاً طلاق والدین در برابر مرگ والدین) عوامل متغیر (مثلاً جدال والدین، زندگی کودک در کنار پدر یا مادر پس از طلاق والدین) بی شک در درک واکنش های کودک نقش مهمی را ایفا می کنند. متأسفانه پژوهش در زمینه عوامل متغیر طلاق و مرگ والدین و نیز اقدام به خودکشی آنها محدود بوده و توجه بیشتری را از سوی پژوهشگران می طلبد. از هم گسیختن پیوندهای خانواده که با اختلال روانی والدین و اقدام به خودکشی آنها در ارتباط است، گاه عامل مهمی در اقدام به خودکشی در اشخاص به شمار می رود. علاوه بر زمینه ژنتیکی اختلالات گوناگون روانی، زندگی با پدر یا مادر روانی، گاه با احساس فزاینده ترشدگی و ناامیدی در ارتباط است. (Hawton, 1986) الگوهای غلط ارتباطی در میان اعضای خانواده و شیوه های نامناسب حل مجادلات خانوادگی مانع از کارکرد فردی شخص در یافت خانواده می شود.

(Wilson & Brostein) علاوه بر آن پژوهشگران اخیراً چنین استدلال کرده اند که کارکرد ناقص خانواده، سببی است و یا آنکه با تداوم حالات افسرده ساز ارتباط دارد.



بنابراین کارکرد منفی خانواده و اقدام به خودکشی والدین که با اختلالات روانی آنها تداعی می شوند، ظاهراً واکنش های شناختی و عاطفی کودک را در خلال مراحل رشد تحت تأثیر قرار می دهند.

چنین اطلاعاتی برای انتخاب شیوه های مناسب برای مداوا و نیز برنامه های پیشگیری از خودکشی در میان کودکان و نوجوانان مورد نیاز واقع می شود.

اختلالات روانی و پیش بینی خودکشی

پیش بینی دقیق وقوع خودکشی حقیقتاً بسیار دشوار می باشد یکی از محدودیت های عمده برای ارزیابی گرایش به خودکشی در میان نمونه های مورد آزمایش، حد پایین وقوع آن بوده است. به هرحال روانشناسان بالینی، تمایل به بررسی وضعیت افراد جمعیتی را دارند که انتخاب شده اند بنابراین وقوع خودکشی برای آنها بسیار حائز اهمیت می باشد (Woller, shelm)

در واقع رفتار خودکشی گریزانه، از نظر دست اندرکاران بهداشت روانی، از جمله اضطرابی ترین مسوود به شمار می روند (Schein)

تحقیقات نشان داده است که از هر پنج روانشناس که مستقیماً مراقبت از بیماران را به عهده دارند یکی از آنها بیمار خود را در اثر خودکشی از دست می دهند.

با آنکه در کل

جمعیت، میزان خودکشی

تنها از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر ۱۲ نفری به عبارتی

۰/۰۰۱ است، ماریس (Maris)

اینگونه نتیجه گرفته که خودکشی مهمترین

عامل مرگ و میر در زندانها و بیمارستانها

محسوب می شود. نشانه های بیماری روانی

تقریباً در تمام اشخاصی که دست به خودکشی

می زنند قابل تشخیص است. مک جینیس

(MC.Ginnis) گزارش کرده که در

دهه ۱۹۷۰، ۳۲۲ و ۲۸۷ خودکشی یعنی به طور

متوسط در هر ۲۰ دقیقه یک خودکشی در

ایالات متحده آمریکا اتفاق افتاده است. در

واقع خودکشی هشتمین عامل مرگ کل

جمعیت به شمار رفته و دلیل مرگ ۳۰۹۰۴ تن

در سال ۱۹۸۶ بود (آمار مرکز ملی بهداشت

۱۹۸۸) حدود ۷۰ درصد کسانی که موفق به

خودکشی شدند از میان مردان سفید پوست

بودند. علاوه بر آن افزایش میزان خودکشی در

میان نوجوانان آمریکایی طی دهه ۱۹۶۰ و

۱۹۷۰ تقریباً به پسران جوان اختصاص داشت.

۲۲ درصد تمام خودکشی ها را زنان سفیدپوست

و معدودی از سیاهان مرتکب شده اند

(Maris)

اهمیت نسبی خودکشی به عنوان عامل

مرگ و میر اشخاص به سن آنها بستگی دارد.

خودکشی، ششمین عامل مرگ در میان

کودکان و نوجوانان ۱۴ - ۵ سال، سومین

عامل در میان جوانان ۲۴ - ۱۵ سال و دومین

عامل مرگ در میان دانشجویان می باشد.

چهارمین عامل مرگ در سنین ۲۵ تا ۴۴ سالگی

و هشتمین عامل مرگ بین ۶۴ - ۴۵ سال نیز

خودکشی است.

بعد از ۶۵ سالگی، خودکشی حتی

یکی از ۱۰ عامل مرگ به شمار نمی رود.

همچنین برآورد شده، هر بار که شخصی در

اثر خودکشی جان خود را از دست می دهد، ۲۰

تا ۸۰ مورد اقدام به خودکشی وی که در گذشته

انجام گرفته در گزارشات قید نمی شود.

مرور اجمالی عوامل خطرزا برای ارزیابی

گرایش بالقوه به خودکشی، الگوی زیر را که

دارای ویژگی های بالینی می باشد، مشخص

*** علاوه بر زمینه ژنتیکی اختلالات گوناگون روانی، زندگی با پدر و با مادر روانی، گاه با احساس فزاینده طرد شدگی و ناامیدی در ارتباط است.**

*** تحقیقات نشان داده است که از هر پنج روانشناس که مستقیماً مراقبت از بیماران را به عهده دارند یکی از آنها بیمار خود را در اثر خودکشی از دست می دهند.**

می سازد.

میزان خودکشی در میان مجردها دو برابر افراد متأهل است و کسانی که طلاق گرفته یا بیوه شده اند، تا ۵ برابر بیشتر از متأهل ها در معرض خودکشی قرار دارند. زنان به مراتب بیشتر اقدام به خودکشی می کنند اما مردها غالباً موفق به این کار شده و جان خود را از دست می دهند.

همبستگی خطر خودکشی و سن از نوع مثبت است. پایگاه اقتصادی - اجتماعی پایین غالباً بر شدت خطر اقدام به خودکشی می افزاید. بیش از ۸۰ درصد کسانی که مرتکب خودکشی می شوند پیش از این چندین بار دست به چنین عملی زده اند. علاوه بر آن تنها زندگی کردن شخص نیز یکی از عوامل خطر را به شمار می رود.

کلاً نتایج پژوهشهای گذشته در زمینه عوامل خطر ساز برای خودکشی مشابه بسیاری از یافته ها می باشند که توسط سورنسون و راتر (Sorenson & Rutter) به اثبات رسیده است. متأسفانه با آنکه عوامل اجتماعی - جمعیتی، توجه متخصصان بالینی را به کسانی که بیشتر در معرض خطر قرار دارند جلب می کنند، تصمیم به مداخله یا بستری کردن مراجع باید بر اساس عوامل خاصی تعیین شوند که با اظهارات وی در ارتباطند.

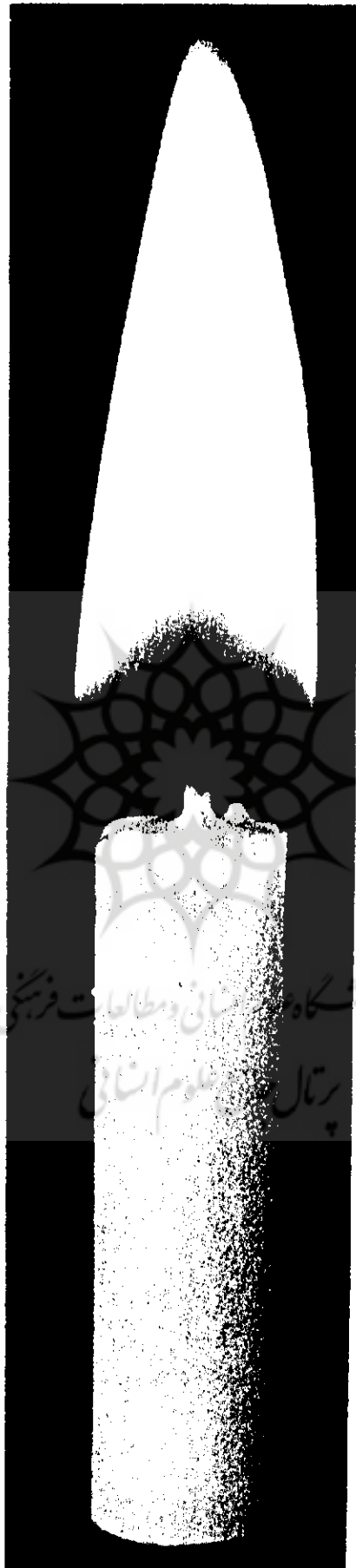
این عوامل عبارتند از: شدت افکار

خودتخریبی و تکرار آن، بروز افکار خودکشی گرایانه، دسترسی به آلت خودکشی، کشنده بودن روش انتخابی، الگوهای روانی و بحران هایی که پیش از این زمینه را برای خودکشی مساعد ساخته بودند، ویژگی های عوامل تنش زای زندگی شخص در لحظه مراجعه، تمایل وی به انصراف از خودکشی و ارزیابی کنترل بر خود (خود گردانی) و دسترسی به شبکه های اجتماعی.

میزان خود گردانی یا به عبارتی خویشنداری فرد مراجع به ویژه توانایی وی برای به تعویق انداختن اعمال زیان باری که به قصد آسیب رساندن به خود آن را انجام می دهد، برای تشخیص بالینی بسیار حائز اهمیت می باشد. تشخیص افتراقی وضعیت روانی شخص به هنگام مراجعه و ارزیابی آن و بررسی شرح حال وی برای تشخیص بیماری با استفاده از بررسی میزان واکنش های شخص به هنگام خودکشی (آهنگ پایه) که با نشانگان خاص بالینی در ارتباط می باشند، نیز حائز اهمیتند.

تحقیقات نشان داده اند که حدود ۱۵ درصد بیماران افسرده مرتکب خودکشی شده و تقریباً دو سوم خودکشی ها با بیماری افسردگی مرتبطند (Maris). تقریباً ۱۸ درصد دائم الخمرها عاقبت دست به خودکشی می زنند (Roy & Linnoila). بنابراین شواهد بدست آمده حدود ۱۰ درصد بیماران شیذوفرنسی و ۵ درصد کسانی که دچار اختلالات شخصیتی اند در اثر خودکشی جان خود را از دست می دهند. علاوه بر آن در حدود ۴۰ درصد تمامی خودکشی ها با بیماری های حاد جسمانی شخص در ارتباط می باشند (Maris) و اکثر کسانی که جان خود را در اثر خودکشی از دست داده اند در آخرین سالهای عمرشان تحت معالجه پزشک قرار داشته اند.

بیماری های خاصی که ابتلا به آنها میزان خودکشی را افزایش می دهند عبارتند از: سرطان، بیماری دستگاه عصبی مرکزی، ایدز، آرترروز و دردهای مزمن، بیماری غدد درون ریز و



اختلالات معدی - روده ای.

به هرحال با آنکه شواهد فوق نشان داده اند محاسبات تقریبی احتمال خودکشی در تمام مدت زندگی افراد با توجه به اختلالات خاص روانی و جسمانی حائز اهمیت اند، هنوز معلوم نیست که پیش بینی خودکشی در اشخاص بیمار تا چه حد مؤثر واقع می شود.

وان اگموند و دیسکترا Van Egmond & Dichstra طی مرور آثار دیگر پژوهشگران و تحلیل مطالب ۸۱ نشریه این گونه نتیجه گرفته اند که پژوهش پیرامون پیش بینی خودکشی طی ۲۵ سال گذشته چندان پیشرفتی نداشته است.

علاوه بر آن به اعتقاد موتا (Motta) نکته مهمی که گاه اهمیت آن نادیده گرفته می شود آنست که ما تنها خطر خودکشی را می توانیم پیش بینی کنیم نه وقوع خودکشی را.

پیوستار کنش های خودکشی گرایانه عبارتند از: به انجام رساندن آن، اعمالی که به قصد هلاکت انجام نمی شوند، اطوار و اندیشه پردازی.

شواهد حکایت از آن دارند که تقریباً ۹۰ درصد کسانی که دست به خودکشی می زنند هرگز موفق به این کار نمی شوند. (Maris) پژوهش پیرامون عوامل خطر ساز خودکشی با مشکلاتی مواجهه می باشد. آزمونها و مقیاسهایی که به منظور پیش بینی خودکشی مورد استفاده قرار گرفته اند فاقد پایایی، اعتبار، حساسیت و اختصاص یافتگی قابل قبول بوده اند.

علاوه بر آنچه که به هنگام اجرای شیوه تحقیق برای ارزیابی خودکشی موجبات نگرانی پژوهشگران را فراهم ساخته، افزایش مواردی است که در آنها برخی عوامل به غلط مثبت پنداشته شده اند. رفتار خودکشی گرایانه در نتیجه تعامل پیچیده عواملی چون شخصیت، اختلالات روانی و بافت اجتماعی قابل درک می باشد پژوهشگران برای ارزیابی این تعامل پیچیده به واسطه به کارگیری آزمون سنتی

* بیش از ۸۰ درصد کسانی که مرتکب خودکشی می شوند بیش از چندین بار دست به چنین عملی زده اند. علاوه بر آن تنها زندگی کردن شخص نیز یکی از عوامل خطرزا به شمار می رود.

* شواهد حکایت از آن دارند که تقریباً ۹۰ درصد کسانی که دست به خودکشی می زنند هرگز موفق به این کار نمی شوند.

* متخصصان بالینی باید به جای پیش بینی خودکشی بیشتر به میزان عوامل خطرزا توجه کنند.

روانشناختی همواره با محدودیت هایی روبرو بوده اند. بنابراین پیشنهاد می شود که متخصصان بالینی از پیش بینی خودکشی به تنهایی (بدون در نظر گرفتن عوامل دیگر) بپرهیزند و به جای آن به ارزیابی تعامل میان ویژگی های شخصیتی مراجع، اختلالات روانی و موقعیت هایی که در آن راهبردهای سازشی فرد بی اثر شده و یا شخص کاملاً درمانده می گردد بپردازند. این بدان معناست که متخصصان بالینی باید به جای پیش بینی خودکشی بیشتر به میزان عوامل خطرزا توجه کنند. و به عبارتی دیگر باید تشخیص دهند که تحت چه شرایطی احتمال آسیب رساندن مراجع به خود افزایش یافته و احتمال وقوع این شرایط تا چه حد است. چنین روشی مستلزم ارزیابی مجدد میزان خطر در هر ساعت، روز یا هفته می باشد. به هرحال درک ماهیت بحران خودکشی تلاش و کوشش بسیار از سوی متخصصین امر را می طلبد.