

فصلنامه بین المللی قانون یار

License Number: 78864 Article Cod: 2021S4D16SH5M810 ISSN-P: 2538-3701

علل و ابعاد روانشناختی خودکشی نوجوانان

(تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۰۹/۱۵، تاریخ تصویب ۱۴۰۰/۰۱/۱۸)

علیرضا آل سعدی ثانی

چکیده

خصوصیت مشترک ما بین افرادی که اقدام به خودکشی می کنند داشتن این باور است که خودکشی تنها راه غلبه بر احساسات غیر قابل تحمل است. کشش خودکشی در این است که در نهایت به این احساسات غیر قابل تحمل خاتمه می دهد. در تراژدی خودکشی، آشفتگی و مشکلات عاطفی به حدی شدید می گردند که فرد را در یافتن راه حل های مختلف حل مشکل ناتوان می سازند، در حالی که راه حل های دیگری نیز وجود دارند. مرگ یکی از اعضای خانواده از جمله مواردی است که اعتماد به نفس ما را تحت تاثیر قرار داده و احساس بی ارزشی را در ما به وجود می آورد، در واقع هیچ نوع دیگری از مرگ در دوستان و بستگان، چنین احساس مداومی از پریشانی، شرم، گناه و اغتشاش کلی را باعث نمی گردد. بازماندگان خودشان نیز قربانی هستند و در سال های بعد از خودکشی شخص مورد علاقه، میزان بالایی از مرگ و میر را نشان می دهند. این موارد به همراه تاثیر اجتماعی و اقتصادی خودکشی، اهمیت توجه به آن و ضرورت شناخت علل و عوامل فردی و اجتماعی آن را نشان داده و انگیزه های برای بررسی این پدیده مهم فردی و اجتماعی را فراهم می نمایند.

واژگان کلیدی: خودکشی، مرگ و زندگی، انگیزه و عوامل فردی، مشکلات اقتصادی و عاطفی، مشکل روانی



بخش اول: کلیات

خودکشی^۱ از دو لغت دارای ریشه لاتین یعنی *SUI* به معنی خود و *Caedere* به معنی کشتن مشتق شده است و در حال حاضر نه به صورت «کشتن خود» که به صورت «خودکشی» استعمال می‌شود. برای اولین بار این اصطلاح در سال ۱۷۳۷ توسط دفونت فرانسوی به کار برده شد ولی تنها پس از ۲۵ سال از کاربرد آن بود که این اصطلاح توسط آکادمی علوم فرانسه مورد پذیرش قرار گرفت. (پیرمورون، ۱۹۷۵، به نقل از سهند، ۱۳۶۵) اگر بخواهیم خودکشی را به طور دقیق تعریف کنیم، متوجه پیچیدگی بی حد آن می‌شویم. خودکشی ممکن است یک حادثه‌ای با محتوای زیستی، روانشناختی موقعیتی، جامعه‌شناسی، فرهنگی و انسان‌گرایی باشد (زیمرمن و آسنیس، ۱۹۹۵). خودکشی در همه جوامع وجود نداشته و ندارد، مطالعات رات بندیکت، مردم‌شناسی آمریکایی نشان می‌دهد که بعضی از مردم حتی مفهوم خودکشی را نمی‌دانند. به عنوان مثال او نتوانسته این مفهوم را به سرخپوستان قبیله زونی که به طور کلی مردمانی آرامش طلب هستند، تفهیم کند در صورتی که در میان قبیله کوالیواتل، این پدیده امری عادی به حساب می‌آمد. شناخت تاریخی در زمینه خودکشی را از دو دیدگاه زیر می‌توان انجام داد: یکی تاریخ بررسی‌ها و شناخت‌ها درباره خودکشی است که شناخت علمی آن از قرن ۱۹ به این سو اولین بار توسط امیل دورکیم آغاز شد و دیگری بررسی خودکشی در طول تاریخ است که بازگو کننده نحوه‌های متفاوت قضاوت و پذیرش جامعه از خودش در ادوار مختلف تاریخی است. مثلاً در هندوستان از عهد باروری برای نفوذ قابل ملاحظه اندیشه‌های برهن‌ها، دانایان تاریخی در جستجوی نیروها در جریان انجام جشن‌های مذهبی به خودکشی دست می‌زدند، همچنین تا آخر قرن ۱۹ در خیلی از نقاط هندوستان خودکشی زنان بیوه پس از مرگ شوهرانشان، امری کاملاً پذیرفته شده بود و آن را وسیله‌ای برای ورود مرد و زن به بهشت می‌دانستند، علاوه بر آن فرزندان وی نیز از امتیازات ویژه‌ای بهره‌مند می‌شدند. اما بر عکس در آتن باستان، خودکشی مطرود شمرده می‌شد و حتی جسد فردی که خودکشی



^۱-Suicide

کرده بود مورد مجازات قرار گرفته، دست راست جسد را قطع می کردند و در محل دیگری دفن می نمودند. در انگستان تا سال ۱۸۷۰، خودکشی از نظر قانون جرم محسوب می شد و بستگان فردی که دست به خودکشی زده بودند موظف بودند مبلغی پول به عنوان غرامت بپردازند. (محسنی، ۱۳۶۶).

بخش دوم: بررسی دیدگاه های نظری پژوهش در مورد خودکشی

در تلاش برای توضیح اینکه چرا بعضی افراد بیش از دیگران، آمادگی خودکشی دارند، نظریه پردازان عوامل گوناگونی را پیشنهاد کرده اند. اما بیشتر این نظریه ها دیدگاه های مختلف روان تحلیلی زیست شناختی و اجتماعی - فرهنگی ناشی شده اند. گر چه باید گفت که این توضیحات، تاییدات تجربی چندانی ندارند و انجام انواع رفتارهای خودکشی را در بر نمی گیرد (بارون^۱، ۱۹۹۲)؛ لیکن در سطور زیر دیدگاه های مطرح شده در این زمینه آورده شده است.

۱- دیدگاه رفتاری

از نظر مکتب رفتارگرایی، هر رفتاری باید با توجه به زمینه و خزانه رفتاری فرد در نظر گرفته شود. اگر در خزانه رفتاری فرد سابقه اقدام به خودکشی، تهدید به خودکشی اطرافیان و افراد مهم زندگی فرد وجود داشته باشد احتمال خودکشی در او نیز بالا می رود. در این زمینه نقش افکار و شناخت فرد نیز اهمیت می یابد. افکار تقویت کننده ای از قبیل انتقام گرفتن، سعی در ملاقات با شخص از دست رفته نیز می تواند در میزان گرایش فرد به خودکشی اثر بگذارد. دایکستر^۲ ۱۹۷۳ به نقل از احمدی زاده، (۱۳۷۳). در این دیدگاه محرک های آزار دهنده محیط که فرد مایل به گریز از آنهاست به صورت تقویت کننده های منفی عمل کرده و میل به خودکشی را افزایش می دهند همچنین تقویت کننده های مثبت، متعاقب اقدام به خودکشی مثل جلب توجه و حمایت از محیط یا حل موقت بعضی از مشکلات، بروز رفتار خودکشی را تحت تاثیر قرار می دهد. در زمینه رفتار خودکشی وجود افسردگی و کاهش تقویت های مثبت

¹-Barron

²- Diekester



محیطی و عدم موفقیت در حل مسئله رفتارهای افراطی و ناتوانی در مهارت‌های اجتماعی و سبک بین فردی و نهایتاً عوامل شناختی مثل تکانه‌ای بودن و عدم انعطاف پذیری ذهنی نیز قابل اشاره می‌باشند.

۲- دیدگاه شناختی

اگر چه جدا کردن دقیق ابعاد رفتاری شناختی خودکشی به علت تعامل‌های پیچیده و متقابل انسان آسان نیست. لیکن به نظر تعدادی از صاحب‌نظران به بعد شناختی باید توجه ویژه نمود (اسکات^۱ و همکاران، ۱۹۸۹، به نقل از ایدی، ۱۳۸۰). اهمیت ابعاد شناختی خودکشی از طرف تمامی محققین و حتی صاحب‌نظران دیدگاه‌های اجتماعی مثل دورکیم مورد تاکید قرار گرفته است. از آنجایی که خودکشی به عنوان عملی تعریف می‌شود که فرد به صورت عمدی و با آگاهی از نتیجه احتمالی عمل خود، جهت صدمه زدن به خود انجام می‌دهد (هاوتون^۲، ۱۹۸۲)، بنابراین توانایی‌های شناختی فرد در به انجام رسیدن این موضوع، نقشی مستقیم دارند. به عقیده تعدادی از پژوهشگران، خودکشی منجر به فوت در یک محور تداومی از افکار خودکشی و تکرار آن اقدام به خودکشی و خودکشی قرار دارد، بنابراین اطلاع از عوامل شناختی دخیل در مرحله اول و دوم می‌تواند در پیشگیری و درمان خودکشی موثر باشد (لوئیس^۳، ۱۹۹۱). عناصر شناختی دخیل در رفتار خودکشی شامل توانایی حل مسئله، (سالکوسکیس^۴ و همکاران، ۱۹۹۰) حافظه و خلق مرتبط با آن (ایوانز^۵ و همکاران، ۱۹۹۲)، نومییدی و درماندگی (کول^۶، ۱۹۸۹)، شیوه‌های مقابله و سبک اسنادی (اسپرتیو^۷ و همکاران، ۱۹۹۱)، (کونیل^۸ و میرز^۹، ۱۹۹۱) تکانه‌ای بودن (تراٹمن^{۱۰} و همکاران، ۱۹۹۱) عدم انعطاف

1-Scott

2-Howton

3-Lovise

4- Salkousski

5- Evans

6- Kool

7-Spirito

8- Connel

9- Meyers

10- Trautman

پذیری در تفکر و انحرافات شناختی و نگرش‌های نابجا، (راتر و همکاران، ۱۹۹۳)، و مرکز کنترل (آلن^۱، ۱۹۹۱) می‌باشد، اما یکی از مفاهیم مطرح در زمینه عوامل شناختی مفهوم و پیام خودکشی برای فرد است این مفهوم از کارهای بک^۲ (۱۹۷۹) گرفته شده است. به نظر بک باید دید که انگیزه اقدام میل به برقراری ارتباط است یا میل به گریز، همین امر دلایل فرد برای زندگی و مرگ و تعادل بین آنها را مطرح می‌سازد. عواملی که بر تغییر این تعادل اثر بگذارد می‌تواند افکار خودکشی را به اقدام به خودکشی تبدیل کنند، ویا بازداری در جهت جلوگیری از عمل ایجاد نمایند از جمله این عوامل موضوعی است که با افزایش آن تعادل بین این دو بر هم خورده و به نفع اقدام به خودکشی به شدت بالا می‌رود. بنابراین دستیابی به انگیزه فرد از میل به ارتباط یا گریز از اهمیت فوق العاده‌ای برخوردار بوده و شیوه‌های مداخله را جهت می‌دهد (اسکات و همکاران، ۱۹۸۹ به نقل از ایدی، ۱۳۸۰).

اشنایدن^۳ که از محققین برجسته و صاحب نظر درباره خودکشی می‌باشد، در رویکرد روان شناختی خود به تمامی ابعاد موثر در رفتار خودکشی توجه دارد. این مفاهیم عبارتند از: جستجوی راه حل - خود آگاهی - رنج غیر قابل تحمل - نیازهای ناکام شده - نومییدی و درماندگی - دوسوگرایی - ادراک محدود شده - گریز - ارتباط با محیط و الگوهای مقابله‌ای - عوامل فوق در سایر نظریه‌ها نیز مورد توجه و تاکید قرار گرفته‌اند.

۳- دیدگاه جامعه شناختی

معروفترین نظریه پرداز خودکشی در جامعه شناسی دورکیم^۴ می‌باشد. تئوری جامعه شناختی دورکیم روشنگر این نکته است که خودکشی اشخاص در جامعه‌های مختلف ارتباط منطقی با عوامل غیر اجتماعی مانند جنس، سن، دین و تاهل ندارد. وی در رد نظریه بعضی از روانشناسان و روان پزشکان که معتقدند بیشتر کسانی که دست به خودکشی می‌زنند به هنگام ارتکاب این عمل در حالت بیمارگونه‌اند و به دلیل حالت روانی خویش مستعد خودکشی

1-Allen

2-Beck

3- Edwin shneidman

4- Durkhiem



هستند، می‌گویند: علی‌رغم اینکه آمادگی خودکشی در میان افراد دارای بیماری‌های روانی زیاد است ولی نیروی تعیین‌کننده خودکشی نیروی روان‌شناختی نیست بلکه نیروی اجتماعی است (محمدیان، ۱۳۷۸). دورکیم در کوشش خود برای تبیین خودکشی آن را به سه طبقه تقسیم می‌کند.

خودکشی خودخواهانه^۱: آنهایی است که شخص رابطه‌ای قوی با هیچ گروه اجتماعی ندارد. آسیب‌پذیری نسبی افراد مجرد نسبت به متأهل، آسیب‌پذیری نسبی زوج‌های صاحب فرزند در مقابل خودکشی و نیز میزان پایین خودکشی در مناطق روستایی موید این مطلب است.

خودکشی دیگرخواهانه^۲: مشخص‌کننده گروهی است که استعداد خودکشی آنها از وابستگی شدید اجتماعی ناشی می‌شود که نمونه بارز آن در جامعه ژاپن در بعضی از طبقات اجتماعی وجود دارد.

خودکشی ناشی از بی‌هنجاری^۳: که مشخص‌کننده افرادی است که وابستگی آنها به جامعه دچار آشفتگی است و در نتیجه از معیارهای رفتاری مرسوم محروم گردیده‌اند. عیار بالای خودکشی در بین طلاق‌گرفته‌ها در مقایسه با افراد متأهل و آسیب‌پذیری بیشتر کسانی وضع اقتصادی آنها تغییر شدید ناگهانی پیدا کرده نشانه این خودکشی است (ایدی، ۱۳۸۰). گاهی در تقسیم‌بندی نظریه دورکیم به نوع چهارمی از خودکشی، تحت عنوان خودکشی اجباری اشاره می‌شود. در این نوع خودکشی فرد خود را ناگزیر از خودکشی تصور می‌کند و به آن اقدام می‌نماید. پژوهش‌های جامعه‌شناختی جدید در مورد خودکشی تا حدود زیادی به نظریه سنتی دورکیم وفادار مانده‌اند و رویکرد جامعه‌شناختی، با توجه به اینکه به نقش عوامل اجتماعی در خودکشی تاکید می‌کند، در پیشگیری از این پدیده نیز اطلاعات سودمندی را در اختیار جامعه امروزی می‌گذارد.

۴- دیدگاه روان‌شناختی

1- egoistic

2- altruistic

3- anomic

روانشناسان زیادی سعی در شناخت و تبیین خودکشی داشته‌اند که به مهمترین آنها اشاره می‌شود.

فروید:

نخستین بینش روانشناختی مهم در مورد خودکشی به وسیله فروید ارائه گردید. وی نفرت از خویش را که در افسردگی مشاهده می‌شود ناشی از خشم معطوف به یک شی مورد علاقه توصیف نمود. خشمی که چنین افرادی آن را به سوی خود بازمی‌گردانند. فروید خودکشی را حد اعلی این پدیده می‌دانست و تردید داشت که کسی که بدون میل سرکوب شده و پیشین برای کشتن، کسی خود را بکشد (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۸). فروید می‌گوید: آرزوی افرادی که گرایش و تمایل به خودکشی دارند، همیشه به دنبال احساس گناهی که ناشی از آرزوی مردن دیگران است، تجلی می‌کند (لاله، ۱۳۷۸، به نقل از ایدی، ۱۳۸۰).

دی سوسا^۱:

وی معتقد است که عوامل زیست شناختی، فرهنگی، اجتماعی و محیطی و نشانه‌ای^۲ هر کدام نقش خطرزای ویژه‌ای در بروز خودکشی دارند. به اعتقاد وی پیش بینی و پیشگیری از خودکشی بایستی با توجه به تمام این عوامل باشد. زیرا این پدیده بر دوره‌های زندگی وضعیت‌های روانشناختی، اجتماعی و فرهنگی افراد و همین طور بر جوامع و فرهنگ‌ها تاثیر می‌گذارد. به طور کلی او از یک دیدگاه یکپارچه‌نگر در بررسی پدیده خودکشی حمایت می‌کند. (مهرابی‌زاده و خدا رحیمی، ۱۳۷۶).

شنایدمن:

(شنایدمن، ۱۹۸۷، به نقل از دیویسون^۳ و نیل^۴، ۱۹۹۴) خودکشی را دارای ویژگی‌هایی می‌داند که البته همه آنها در یک خودکشی ممکن است مشاهده نشود. این گروه ویژگی‌ها عبارتند از:

-
- 1- Desusa
 - 2-Symptomatic
 - 3- Davison
 - 4- Neale



- شایع ترین قصد خودکشی، پیدا کردن یک راه حل است.
 - معمولی ترین هدف خودکشی، کاهش آگاهی است.
 - محرک شایع در خودکشی، درد روانی غیر قابل تحمل است.
 - معمولی ترین فشارزا در خودکشی، نیازهای روانشناختی ناکام مانده است.
 - معمولی ترین حالت شناختی در خودکشی، دوسوگرایی است.
 - معمولی ترین حالت ادراکی در خودکشی، صحبت در مورد قصد (خودکشی) است.
 - معمولی ترین عمل در خودکشی، خارج شدن از وضعیت نامطلوب فعلی می باشد.
 - معمولی ترین رفتار بین فردی در خودکشی، صحبت در مورد قصد (خودکشی) است.
 - با ثبات ترین موضوع در خودکشی ها، الگوهای مقابله ای دراز مدت است.
- این دیدگاه، خودکشی را کوشش آگاهانه برای جستجوی یک راه حل برای مشکلاتی در نظر می گیرد که موجب رنج شدید در شخص گردیده اند. برای فرد رنج دیده این راه حل، آگاهی و درد پایان ناپذیر را پایان می بخشد. با این همه اغلب خودکشی ها حالتی دوسوگرایانه دارند و این از لحاظ پیشگیری بسیار حائز اهمیت است. از لحاظ شناختی دامنه باریکی از انتخاب های ادراکی در اینجا وجود دارد، زمانی که حالت خودکشی به شدت آشفته کننده وجود نداشته باشد، شخص می تواند راه حل های دیگری برای مواجهه با فشار جستجو کند.

بخش سوم: اهمیت فکر و اقدام به خودکشی

شواهد اخیر نشان می دهد که رفتار خودکشی نوجوان، در هر شکل، از جمله فکر، اقدام و تهدید به خودکشی، عامل خطر ساز مهمی برای افزایش رفتار مهلک و خودکشی موفق می باشد. (برنت و همکاران ۱۹۹۴). رفتارهای غیر مهلک نیز در نظام سلامت روانی فرد، مشکلات زیادی را برای نوجوان و خانواده وی تحمیل می کند (پیتو^۱ و وایسمن^۲ ۱۹۹۶). همچنین مطالعات نشان می دهد که یکی از دلایلی که اقدام به خودکشی نگران کننده می باشد

¹-Pinto-A

²-Whismon-m

و باید از آن جلوگیری نمود این است که نوجوانی که یکبار اقدام به خودکشی بنماید، معمولاً این خطر در او تداوم می‌یابد (روتردام بروس^۱ و همکاران، ۱۹۹۴). به همین دلیل، سابقه اقدام به فعالیت خودکشی، از مهمترین پیش‌بینی‌کننده‌های خودکشی می‌باشد. افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند در بالاترین خطر تکرار اقدام در طول دو سال اول پس از اولین اقدامشان قرار دارند (کاپوسی^۲ و گروس، ۱۹۹۲). طی مطالعاتی که توسط پفپر^۳ و همکاران در سالهای (۱۹۹۱ و ۱۹۹۳) بر روی نوجوانانی که به بیمارستان‌های روانی مراجعه کرده بودند، در طول یک دوره ۶ تا ۸ ساله پیگیری انجام شد. این نتایج به دست آمده که ۳۱٪ از آنهایی که در زمان سنجش اولیه حداقل یک اقدام به خودکشی داشتند، در زمان پیگیری نیز، حداقل یک بار دیگر اقدام به خودکشی نمودند و در کل در مقایسه با یک گروه کنترل غیر بیمار و غیر خودکشی‌گرا، افرادی که اقدام به خودکشی نموده‌اند در طول زمان پیگیری ۶ برابر اقدام به خودکشی داشتند. همین اقدام در مطالعه دیگری که توسط ماریتونن^۴ و همکاران (۱۹۹۲) بر روی ۵۳ نوجوان ۱۹-۱۳ ساله که خودشان را کشته بودند انجام شد، مشخص شد که ۳/۲ آنهایی که قبلاً در مورد خودکشی، صحبت کرده بودند، اقدام به خودکشی داشتند (کیمبل^۵ و واینر ۱۹۹۵). در کتاب اقدام به خودکشی که اولین و مهمترین پیش‌بینی‌کننده در نوجوانان می‌باشد. فکر خودکشی نیز از اهمیت خاصی برخوردار است میل و فکر خودکشی معمولاً با علایم زیر مشخص می‌شود: آرزوی مرگ، تکرار خودکشی، نداشتن میل به زندگی، صحبت کردن در مورد مرگ و خودکشی (جوینر و همکاران ۱۹۹۹) و از آنجایی که آرزون کردن، فکر کردن و نقشه کشیدن برای خودکشی موفق (که فکر خودکشی نامیده می‌شود، ممکن است شروعی برای اقدام یک خودکشی واقعی باشد، فکر خودکشی نیز به عنوان نشانه‌ای از یک خودکشی احتمالی فرض شده است). بک و همکاران (۱۹۷۹)، گزارش دادند که چنین



¹-Rotterdam Bross
²-Capposy& Grose
³-Pfeffer
⁴-Martionen
⁵-kimbel and vainer

افکاری با خودکشی نوجوانان ارتباط مستقیم دارد بنابراین مطالعه و بررسی و برطرف نمودن فکر و اقدام به خودکشی بنا به دلایل زیر مهم بوده که باید آن را جدی گرفت: شیوع زیاد خودکشی، ارتباط قوی بین فکر و اقدام به خودکشی با خودکشی نهایی، عدم دسترسی آسان به کسانی که خودکشی کامل نموده‌اند.

بخش چهارم: تفاوت فکر خودکشی، اقدام به خودکشی و خودکشی موفق از دیدگاه روانی

برخی از محققین بین فکر خودکشی، اقدام به خودکشی و خودکشی موفق، چندان تفاوتی قائل نمی‌شوند و آنها را در راستای یک فرایند در نظر می‌گیرند که به دنبال هم اتفاق می‌افتد. آنها معتقدند کسانی که چند بار اقدام کرده‌اند، بالاخره زمانی تک اقدامی بوده‌اند یا در واقع یک زمان هیچ سابقه اقدام به خودکشی نداشته‌اند، بنابراین امکان دارد درمانگر با فکر کننده و تک اقدام کننده‌ای مواجه شود که در راه چند اقدامی شدن یا خودکشی موفق باشد (جوینرو همکاران، ۱۹۹۹). آنان رفتار خودکشی را یک پیوستاری از فکر خودکشی که منجر به تعاملات در مورد خودکشی از جمله نقشه کشیدن، آماده شدن و ... می‌دانند که به نوبه خود منجر به تهدید و اقدام خودکشی می‌شود که نهایتاً منجر به خودکشی کامل می‌گردد (ریکمن^۱ و هوفک، ۱۹۹۵)؛ اما محققان دیگری بر این باورند که افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند و آنهایی که فکر خودکشی دارند ماهیتاً با هم متفاوت می‌باشند. مثلاً در بعضی اوقات اشاره شده است که افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند در مقایسه با کسانی که فکر خودکشی دارند، خودپنداره پایین‌تر، افسردگی بالاتر و سو استفاده جمعی و جنسی بالاتری داشتند. در مطالعه‌ای که پینتو و وایسمن ۱۹۹۶ انجام دادند، فکر کننده بیش از اقدام کننده‌ها، ناامیدی و خود پنداره منفی داشتند. یک توجیهی که نویسندگان بر این یافته متناقض ارائه نمودند، این بود که احتمالاً اقدام کننده‌ها با انجام رفتار خودکشی، احساس رهایی موقتی از استرس‌های عاطفی نموده بودند که شبیه تخلیه عاطفی می‌باشد. در مطالعه دیگری که



^۱-Rokman Hofec

کارلسون^۱ و کنت ویل^۲ (۱۹۸۲) انجام دادند آنها پی بردند که فکر کننده‌ها نسبت به اقدام کننده‌ها افسردگی بیشتری داشتند و دچار مشکلات رفتاری و تکانه‌ای بیشتری بودند (پیتو و وایسمن، ۱۹۹۶)، همچنین نگرین^۳ و همکاران (۱۹۹۷). مقایسه این گروه‌ها با هم به این نتایج دست یافتند که اقدام کننده‌ها بیش از فکر کننده‌ها، ناامیدی را قبل از حادثه استرس زایی که منجر به فکر خودکشی شده بود، تجربه کرده بودند و قبل از اینکه هر اقدامی صورت بگیرد، اقدام کننده‌ها بیش از فکر کننده‌ها، احساس طرد شدگی داشتند و در مورد افکارشان با کسی صحبت نمی‌کردند. این دو گروه از نظر تفاوت‌های جمعیت‌شناسی، نوع استرس قبل از رویداد خودکشی، سابقه فامیلی خودکشی، شدت افسردگی، تعداد راه‌حل‌های مناسب‌جانشین، عکس‌العمل‌های خانواده‌هایشان با هم تفاوتی نداشتند. اشنایدمن و فاربرو^۴ (۱۹۷۶) جهت بررسی عملکرد شناختی افراد خودکشی‌گرا، یادداشت‌های مربوط به خودکشی افرادی که خودکشی موفق کرده بودند و افرادی که فقط اقدام به خودکشی داشتند را با هم مقایسه کردند و به این نتیجه رسیدند که این دو نوع یادداشت تفاوت‌هایی با هم دارند. بدین ترتیب که یادداشت‌های افرادی که خودکشی موفق کرده بودند، دارای نمونه‌ها و موارد اشتباهات منطقی بیشتری بودند (ریکمن و هوفک^۵ ۱۹۹۵). طبق مدل اسکات و کلام^۵ (۱۹۸۷) کسانی که خودکشی موفق انجام می‌دهند در حقیقت دارای اشکالات مقابله‌ای بیشتری نسبت به فکر کننده‌ها و اقدام کننده‌ها می‌باشند. همچنین مطالعه در مورد تفاوت موجود بین کسانی که یک بار اقدام به خودکشی داشتند و کسانی که چندین بار اقدام به خودکشی نموده بودند نشان می‌دهد که این دو از نظر بالینی با هم متفاوت می‌باشد و به نظر می‌رسد کسانی که چندین بار اقدام کرده‌اند، به علت نوع و شدت آسیب روانی و مزمن بودن خودکشی‌گرایی، با افرادی

^۱-carlson^۲-contvile-D^۳-Negron^۴-Farberow^۵-Scout & Clume

که یک بار اقدام کرده اند متفاوت می باشد و سنجش خطر برای این دو نیز با هم متفاوت است (جوینز و همکاران، ۱۹۹۹).

بخش پنجم: شیوه‌های مقابله با خودکشی

پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که مفهوم استرس به تنهایی در توضیح و پیش بینی سلامت وضعیت سلامت افراد در صورتی که متغیرهایی مانند مهارت‌های مقابله‌ای، شبکه حمایت اجتماعی و جنبه‌های شناختی مورد توجه قرار نگیرند، ارزش محدودی دارند. از این رو وجود یک شبکه حمایت اجتماعی همراه با مهارت‌های مقابله‌ای مناسب می‌تواند به طور معنی‌داری سپر بلای تاثیرات بیماری‌ها و فشارهای روانی قرار گیرد. (ذوالفقاری و همکاران، ۱۳۷۶). مهارت‌های مقابله‌ای به مجموعه‌ای از رفتارها و کوشش‌هایی که فرد برای رویارویی با مسائل و افزایش انطباق با محیط و کاهش و جلوگیری از پیامدهای ناخوشایند به انجام می‌رساند، گفته می‌شود (لازاروس و فولک من، ۱۹۸۴ به نقل از ابراهیمی ۱۳۷۱).

از نظر لازاروس دو شیوه کلی برای مقابله با مسائل و مشکلات وجود دارد:

۱- شیوه مقابله متمرکز بر حل مسئله که به منظور اثرگذاری بر محیط و تغییر و اصلاح

شرایط ناخوشایند انجام می‌گیرد.

۲- شیوه مقابله متمرکز بر هیجان که شامل مجموعه فعالیت‌ها و افکاری است که در

جهت کنترل احساسات مرتبط با شرایط نامطلوب بروز می‌کند (علی محمدی، ۱۳۷۲).

به تعریف دیگر مقابله متمرکز بر حل مسئله در راستای حل مشکل یا انجام اعمالی است که منبع استرس‌زا را تغییر می‌دهد و مقابله متمرکز بر هیجان کاهش دهنده یا اداره کننده آشفتگی عاطفی همراه با یک موقعیت است، اگر چه منابع فشار نیاز به کاربرد هر دو نوع مقابله را ایجاب می‌نماید. مقابله متمرکز بر حل مسئله به تسلط بر موقعیت گرایش دارد و هنگامی کاربرد دارد که فرد احساس کند کارهای بنیادی و سودمندی می‌توان انجام دهد. مقابله

هیجانی هنگامی به کار می‌رود که مردم احساس کنند ناگزیر از تحمل منابع فشارزا هستند (کارور^۱، شیر^۲ و ونیتروپ^۳، ۱۹۸۹ به نقل از کیخاونی، ۱۳۷۵).

مقایسه افراد عادی با افراد اقدام کننده به خودکشی نشان داده است که افراد اقدام کننده در مشکلات بین فردی از نظر تعداد راه‌حل‌ها، تنوع و ابعاد، ضعیف‌تر از گروه عادی عمل نموده و در رویارویی با مشکلات انعطاف‌پذیری کمتری نشان می‌دهند (راتر^۴ و همکاران ۱۹۹۳، به نقل از کیخاونی، ۱۳۷۵). در یک تحقیق که به عنوان بررسی مهارت‌های مقابله با استرس و میزان استفاده از حمایت اجتماعی در افراد ۱۵-۲۵ ساله اقدام کننده به خودکشی در شهر ایلام انجام گرفت، نتایج نشان داد که بین افراد اقدام کننده به خودکشی و افراد دیگر از نظر مهارت‌های مقابله‌ای در مواجهه با استرس‌ها و فشارهای روانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بدین معنی که افراد اقدام کننده با میانگین ۱۱/۴۶ از شیوه مقابله متمرکز بر حل مسئله و گروه افراد گواه با میانگین ۲۰/۲۷ از همین شیوه استفاده می‌کردند (کیخاونی، ۱۳۷۵). در ایران طی چند مطالعه روش مقابله افراد در گروه‌های متفاوت بررسی گردیده است. در تحقیقی که بر روی یک نمونه ۳۰ نفری از نوجوانان اقدام کننده به خودکشی با استفاده از پرسشنامه بیلینگز و موس صورت گرفته، مشخص گردید نوجوانان اقدام کننده به خودکشی در مقایسه با گروه کنترل، تفاوتی از نظر استفاده از روش حل مسئله متمرکز بر مشکل ندارند اما اقدام کنندگان به خودکشی بیشتر از گروه کنترل از روش مسئله متمرکز بر هیجان استفاده می‌کنند (یزدانی قیچاق، ۱۳۷۴). محمدیان (۱۳۷۸) در پژوهشی نشان داد افراد اقدام کننده به خودکشی از شیوه مقابله متمرکز بر حل مسئله کمتر از گروه کنترل استفاده می‌کنند. همچنین نتایج پژوهش مذکور بیانگر آن بود که بین دو گروه مورد نظر از نظر شیوه مقابله متمرکز بر هیجان تفاوت معناداری وجود ندارد. محمدخانی (۱۳۷۱) در بررسی راهبردهای مقابله با استرس در ۳۰ بیمار



^۱- caror

^۲-Sheir

^۳-Nitvop

^۴-Rater

زن مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری و ۴۰ آزمودنی بهنجار نشان داد که افراد بهنجار از روش مقابله متمرکز بر حل مسئله و متمرکز بر عاطفه بیشتر از گروه کنترل استفاده می‌کنند. در پژوهش دیگری پیرامون راهبردهای مقابله با عوامل استرس‌زا و رابطه آن با سلامت روانی در افراد بارور و نابارور مشخص گردید که افراد بارور از روش مقابله بر هیجان بیشتر استفاده می‌کنند در حالیکه در شیوه مقابله با بر مسئله، تفاوتی بین دو گروه وجود ندارد (پهلوان، ۱۳۷۵).

بخش ششم: دیدگاه کنترل هویت در مورد پایگاه‌های هویت نوجوان

در چارچوب رشدی، هویت نوجوان ابتدا بر حسب پایگاه‌های مطرح شده توسط مارسیا (۱۹۶۶)، که نتیجه فرآیندهای کاوشگری و متعهد هستند بحث شده‌اند (گراته و انت، ۱۹۶۶)، اگر چه پایگاه‌های هویت گاهی اوقات به افراد و گاهی اوقات به حیطه‌ای هویتی نسبت داده می‌شود، ولی نظریه کنترل هویت به معیارهای هویت توجه می‌کند. این دیدگاه پایگاه هویت زودرس را بر حسب تعهد کورکورانه و غیر انتقادی به دیدگاه‌های هویت که توسط دیگران تعریف شده‌اند، مشخص می‌کند. نوجوانان دارای هویت زودرس معمولاً نظام‌های اعتقادی انعطاف پذیری دارند و این نوجوانان نسبت به شکل‌گیری مبهم هویت تحمل کمتری دارند (برزونسکی، ۱۹۹۰) و لذا در برابر تغییر معیارهای هویتی خود مقاوم هستند. طبق نظر برزونسکی (۱۹۹۲) نوجوانان دارای هویت زودرس، تمایل به استفاده از سبک هویتی هنجار مدار دارند و به دیدگاه‌های صاحبان اقتدار و افراد مهم که از عهده چالش هویت برمی‌آیند وابسته‌اند. تبدیل این توصیف به زبان کنترل هویت که بر معیار هویت تاکید دارد به این صورت است که هویت زودرس را می‌توان به عنوان درون فکنی مستقیم معیارهای هویت فردی در نظر گرفت که ارزیابی‌های فرد از چهره یا فرد مهم دیگری به دست می‌آید و چون معیارهای اولیه و قدرت انتظارات هنجاری سرچشمه اجتماعی دارد باید دوره کوتاهی بگذرد تا تمام معیارهای هویت در پایگاه هویت زودرس آشکار شود. این پایگاه‌ها از طریق انواع گوناگون تجربه وابسته به هویت متمایز می‌شوند. یک نوجوان دارای معیار زودرس ممکن

است از آشفتگی یا چالش‌های مربوط به این هویت اجتناب کند و یا آشفتگی‌هایی که به طور تصادفی روبه‌رو می‌شود از طریق بی‌اعتقادی یا نادیده گرفتن بازخورد ناهماهنگ یا منبع آن مقاومت نشان دهد. نظریه کنترل هویت با نظریه‌پردازی برزونسکی مشابه است زیرا در هر دو مفهوم معیار و سبک استفاده شده است. در نوجوانانی که از سبک هنجار مدار استفاده می‌کنند، اطمینان به دیدگاه‌های تصاحب شده از افراد مهم بر رشد و تغییر هویت مهم است. نقش عمده‌ای که افراد مهم بازی می‌کنند این است که آینده معیار فرد زودرس تا اندازه زیادی به هماهنگی بازخورد افراد مهم در تمام موقعیت‌های اجتماعی بستگی دارد. اگر این موقعیت‌ها تجاربی را فراهم کنند که این معیارها را آشفته سازند، پایگاه هویتی زودرس ممکن است خاتمه یابد. همین‌طور بدون چنین تجاربی هویت زودرس ممکن است بدون تغییر باقی بماند. همانند پایگاه هویت زودرس، نوجوانانی که دارای معیارهای موفق در یک حیطه خاص هستند، معیارهای هویت برجسته دارند و به آنها متعهد هستند. هر چند این برجستگی از راه‌های بسیار متفاوت حاصل می‌شود. معیارهای موفق از طریق کاوشگری (یا به زبان کنترل هویت با تجربه کردن مرتبط‌تر، شکل دادن آشفتگی‌ها در مقایسه با معیارهای زودرس) بیشتر رشد می‌کند. این فرآیند با سبک هویت اطلاعات مدار هماهنگ است که معمولاً در میان نوجوانان دارای هویت موفق یا معوق دیده می‌شود (برزونسکی، ۱۹۹۲) نوجوانانی که سبک هویت اطلاعاتی مدار را مورد استفاده قرار می‌دهند، با استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر مسئله و جستجو و ارزیابی اطلاعات مربوط به هویت با چالش‌های هویت برخورد می‌کنند (برزونسکی، ۱۹۹۲؛ و نای می‌یر^۱، ۱۹۹۴) این نوجوانان هنگامی هویت خودشان را سازگار می‌کنند یا اصلاح می‌کنند که اطلاعات مربوط به تغییرات نیاز باشد. در مقایسه با نوجوانان دارای معیار زودرس (نوجوانانی که به طور فعال یا نا فعال در چالش‌ها اجتناب می‌کنند)، نوجوانان دارای معیارهای موفق، تجارب وابسته به هویت مستقیم‌تری در حیطه معیار دارند و تمایل دارند متفکر باشند و توانایی شناختی منسجم پیچیده‌تری نسبت به نوجوانان دارای هویت زودرس دارند (برزونسکی، ۱۹۹۰) واژه زودرس و موفق به مرحله پایانی اشاره دارند اما دیدگاه‌های فرایندی



¹-Neimeyer

برزونسکی و نظریه کنترل هویت بر ماهیت پویای هویت زودرس و هویت موفق تاکید دارند. نظریه کنترل هویت با جهت گیری‌های پردازش هویت برزونسکی (۱۹۹۰) که به سبک شخصی (فرد جنبه‌های متفاوتی از اطلاعات مربوط به معیارهای هویت را دریافت می‌کند) بستگی دارد، ارتباط نزدیکی دارد. معیار زودرس با کنترل کردن ماهیت منبع اطلاعات هویت نوجوان رابطه دارد و در وی معیار موفق با کنترل کردن هماهنگی محتوی اطلاعات هویت با معیارهای اکتسابی نوجوان رابطه دارد. چون مسیرهای متفاوتی برای شکل گیری معیارها وجود دارد، درحیطه‌ها منابع متفاوتی ممکن است برای مقاومت در برابر بازخورد متفاوت وجود داشته باشد. این یکپارچگی و تحکیم تجربه‌های بسیار متفاوت از طریق کاوشگری یک معیار موفق چند بعدی را می‌سازد. علاوه بر این، هر دو معیارهای زودرس و موفق باید در برابر بازخورد متفاوت مقاوم باشد زیرا به این معیارها تعهد وجود دارد اما در ظاهر، فشار بازخورد متفاوت ممکن است موجب تغییر بیشتر معیار موفق گردد، در حالی که معیار زودرس ممکن است قبل از تغییر موجب پریشانی روانی بیشتری گردد. نوجوانان دارای معیارهای هویتی که در پایگاه تعلیق قرار دارند شبیه نوجوانان معیارهای موفق هستند، یعنی آنها تمایل به استفاده از سبک هویت اطلاعات مدار دارند (برزونسکی، ۱۹۹۲). هر چند افراد دارای معیارهای در حال تعلیق نوعا برای دریافت اطلاعات جدید نسبت به افرادی که معیارهای موفق را کسب کرده‌اند بازتر هستند و این به خاطر اثر تعدیل کننده تعهد به هویت می‌باشد. طبق نظر برزونسکی و نای می‌یر (۱۹۹۴)، تعهدات هویت ممکن است توجه به اطلاعات بیرونی را محدود کند و تمرکز را بیشتر افزایش دهد و پردازش اطلاعات مربوط به هویت را محدود سازد. از دیدگاه نظریه کنترل هویت، هنگامی که افراد معیارهای در حال تعلیق دارند، این معیارها از طریق اطلاعات ارزشمند ناشی از آشفتگی تصادفی یا جستجوی آگاهانه تجربی که دیدگاه‌های دیگری را درباره معیار فراهم کند، شکل می‌گیرند. یک معیار هویتی در حال تعلیق موقتی تر و انعطاف پذیرتر است و ممکن است بارها تغییر کند زیرا هنوز تعهدات محکم و قطعی نشده‌اند و نوجوان احتمالا مقاومت کمتری برای تغییر در واکنش با بازخورد متفاوت نشان می‌دهد به جای تجربه پریشانی در واکنش به انواع بازخوردهای اجتماعی متعارض، این درون داد باید

عمدتاً به عنوان اطلاعات مربوط به خویشتن دریافت شود و امتحان گردد. بالاخره، معیارهای پشت هویت سر در گم ممکن است فاقد محتوا و الگوهای نقش برای هویت مربوط باشند. این ممکن است تا اندازه‌ای به خاطر سردرگمی معیارهای ناشی از تجارت خاص موقعیتی برای تعیین هویت و اجتناب از پردازش چالش‌های هویت باشد (برزونسکی، ۱۹۹۲). در نتیجه واکنش به بازخورد اجتماعی مربوط به هویت نوجوانان دارای معیارهای سردرگم ممکن است با بی‌تفاوتی یا تلاش برای کاهش پریشانی روانی مربوط به چالش‌های هویت بدون پرداختن به ارزیابی واقعی از معیارهای هویت واکنش نشان دهند. درباره اینکه چرا نوجوانان معیارهایی برای حیطه‌های اساسی هویت ندارند، چیز کمی می‌دانیم و پژوهشگران باید در این زمینه مطالعه کنند. شاید پژوهشگران به روش نظام‌های کنترل نوجوانان سردرگم نیاز داشته باشند تا بتوانند به طور استقرایی تعاریف خویشتن این نوجوانان را کشف کنند (کرپل من و لا مکه ۱۹۹۷). رویکرد پایگاه هویت، شناخت قابل توجهی از کاوشگری و تعهد هویت نوجوان ارائه کرده است. نظریه کنترل هویت، تبیین روشن و پویایی از این فرآیندها را ارائه می‌کند. نظریه رشدی تبیین می‌کند که کاوشگری هویت نوجوان در نتیجه یک دوره رشدی است اما فرآیندی که طی آن شرح می‌دهند نوجوانان به کاهش می‌پردازند و هویت خود را شکل می‌دهند. نظریه کنترل هویت بیان می‌کند که کاوشگری، واکنش نوجوان به آشفتگی‌های دستگاه کنترل هویت او می‌باشد که در بردارنده معیارهای هویتی است. نوجوانانی که به طور فعال به کاوش در انتخاب‌های هویتی می‌پردازند آشفتگی‌های بسیاری را در دستگاه کنترل هویت خود تجربه خواهند کرد این آشفتگی‌ها ذاتاً مثبت یا منفی نیستند و به میزانی که آنها دستگاه کنترل هویت نوجوان را فعال می‌سازند تفاوت خواهند داشت.

بخش هفتم: پیشگیری از خودکشی

تقریباً در هر موردی از خودکشی، اشاراتی وجود دارد مبنی بر این که عمل در شرف انجام است. البته خودکشی غیر قابل برگشت است و پیشگیری از آن منوط به آشکار شدن اولیه و



مداخلات موفقیت آمیز می‌باشد (بونگار^۱، ۱۹۹۲، کانتور^۲ ۱۹۹۱، مالتسبرگر^۳، ۱۹۹۳). متخصصین بهداشت روانی که در خصوص پیشگیری از خودکشی کار می‌کنند، این فرض را در نظر ندارند که قربانیان بالقوه احساس دوگانه‌ای نسبت به این عمل دارند. یعنی میل به مردن قوی است، اما میل به زندگی نیز قوی می‌باشد. افرادی که در زمینه پیشگیری کار می‌کنند در مورد اعمال تلاش جهت حفظ زندگی، آموزش می‌بینند. قسمتی از موفقیت این افراد، توانایی آنها در ارزیابی مرگبار بودن خودکشی مراجع است، یعنی احتمال اینکه شخص به ادامه زندگی‌اش خاتمه خواهد داد یا خیر. کار با فردی که درصدد خودکشی است، یک فرایند مرحله‌ای را شامل می‌شود. یافتن عواملی که همبستگی بالایی با خودکشی دارند تعیین احتمالا بالا و متوسط و پایین در مورد میل شخص به انجام خودکشی و اتخاذ اعمال مناسب، افراد آموزش دیده در کار با مراجعان در معرض خودکشی غالبا سعی در تعیین «جدیت» هر عامل دارند. برای مثال شخصی با یک نقشه روشن برای خودکشی که بر انجام این تهدید نیز ابزارهای لازم (یک تفنگ) را در اختیار دارد، نسبت به شخصی که اخیرا طلاق گرفته و افسرده باشد، حالت مرگبارتری قرار دارد. پیشگیری از خودکشی تا حد زیادی منوط به توانایی درمانگر در بازشناسی علایم خودکشی می‌باشد. نشانه‌های قصد خودکشی ممکن است جمعیت شناسانه یا خاص باشد. ما اکنون در مورد تعدادی از عوامل جمعیت شناسانه‌ای همچون این حقیقت که مردان نسبت به زنان سه بار بیشتر احتمال دارد که مرتکب خودکشی شوند و اینکه افزایش سن با افزایش احتمال خودکشی مرتبط است، بحث خواهیم داشت. هر چند که باور عمومی این است که اشارات مکرر به خودکشی کمتر با قصد جدی مرتبط است، لیکن اکثر خودکشی‌های انجام شده دارای سابقه‌ای از تهدید برای خودکشی هستند، بدین ترتیب با نادیده گرفتن تهدیدات و اشارات بی‌نهایت خطرناک است. خصوصیات کلی غالبا به آشکار شدن خودکشی‌های بالقوه کمک می‌کند، لیکن موردهای فردی، متفاوت از هنجارهای آماری هستند. در موارد خاص در پی چه چیزی بایستی گشت؟ بعضی از جزئیات موجود در

1-Bongar

2-Cantor

3-Maltberger

یک تهدید خودکشی می‌تواند جدی بودنش را مشخص کند. شخصی که جزئیات خاصی را همچون روش، زمان و محل را بیان می‌کند بیشتر در خطر است تا شخصی که این عوامل را به طور مبهم بیان می‌کند. اگر شخصی دسترسی مستقیمی به ابزار خودکشی دارد، همچون یک تپانچه پر، خطر بالقوه خودکشی افزایش می‌یابد. همچنین گاهی اوقات خودکشی ممکن است به وسیله یک واقعه پیش درآمد پیش بینی شود. فقدان یک عزیز، اختلاف خانوادگی یا بیماری مزمن در دوران سالمندی ممکن است در تصمیم شخص برای خاتمه دادن به زندگی سهیم باشد. شخصی که با خودکشی اشتغال ذهنی دارد ممکن است قصد خود را به زبان آورد. بعضی افراد جملات مستقیمی اظهار می‌دارند: «من خودم را می‌کشم» یا «اگر فلان اتفاق رخ ندهد، من خودم را خواهم کشت». سایرین تهدیدهای غیر مستقیمی می‌کنند: «خداحافظ» «من مجبورم دست به کار بزنم»، «وضع شما بدون من بهتر خواهد بود» «این بیش از اندازه کار ساده‌ای است». از سوی دیگر نشانه‌ها غالباً خیلی ظریف هستند. یک بیمار به پرستار جونز گفته بود که در تعطیلات آنجا را ترک می‌کند «خداحافظ، خانم جونز هنگامی که شما بازگردید من اینجا نیستم» اگر ساعتی بعد پرستار جونز می‌فهمید که بیمار در لیست انتقال یا مرخص شده‌ها نیست درباره گفتگویی که بین او و بیمار رخ داده بود، فکر می‌کرد، ممکن بود به بیمارستان تلفن کند (دانتو، ۱۹۷۱، ص ۲۰). همانطور که این مثال نشان می‌دهد، اظهارات کلامی بایستی در زمینه وسیع‌تری از وقایع اخیر و نشانه‌های رفتاری مورد قضاوت قرار گیرد. ما همگی در مواقعی چنین جملاتی را می‌گوییم یا می‌شنویم. نشانه‌های رفتاری می‌تواند به طور مستقیم یا غیر مستقیم ابراز شود. مستقیم‌ترین نشانه «ارتکاب یک عمل»، اقدام به یک خودکشی واقعی است. حتی اگر عمل صورت نگیرد.

نتیجه گیری

خودکشی به عنوان یکی از اورژانس‌های روان‌پزشکی مورد توجه تمامی روان‌پزشکان و شبکه بهداشت است. در سال‌های اخیر، خودکشی در تمام سنین به ویژه در سنین نوجوانی افزایش داشته است. پدیده پیشگیری در خودکشی بسیار مهم‌تر از مقوله درمان می‌باشد. در



خودکشی فرد به جایی می‌رسد که دیگر زندگی و این دنیا را نمی‌خواهد و یا در جستجوی زندگی بهتر یا به دنبال پایان شکنجه است. نکته‌ای که در تمام این افراد بارز است، خسته شدن از زندگی و ناتوانی در تحمل شرایط است. علل خودکشی به اندازه تمام انسان‌ها گسترده بوده و هر کس دلیل خاص خود را برای رهایی از این دنیا دارد. این سؤال همیشه به وجود می‌آید که یک فرد به چه نقطه‌ای از رنج و عذاب می‌رسد که هم جرات و هم قصد پایان دادن ارادی به زندگی خود یعنی خودکشی را پیدا می‌کند. ثروتمند و فقیر، کارگر و کارفرما، پیر و جوان، همه و همه گاهی ممکن است به مرحله خودکشی برسند. اما علت خودکشی هر چه که باشد همیشه منجر به وقوع خودکشی نمی‌شود. معمولاً کسی که اقدام به خودکشی می‌کند، مدت‌ها درباره آن فکر کرده و برای اقدام به خودکشی برنامه ریزی می‌کند. بنابراین نادیده گرفتن صحبت‌ها و نشانه‌های خودکشی موضوعی را حل نمی‌کند. بسیاری از خانواده‌ها با وجود نشانه‌های خودکشی به آن اهمیت نداده و تنها پس از ارتکاب آن به فکر درمان و حل مسئله می‌افتند. حتی اگر فرد از خودکشی جان سالم به در ببرد آسیب‌های جبران‌ناپذیری به جسم خود ممکن است وارد کرده باشد. بنابراین پیشگیری از خودکشی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند.



منابع و مآخذ

- قرآن کریم و روایات

الف) منابع فارسی

۱. اردبیلی، علی، **خودکشی و علل آن**، تهران، نشر میزان، ۱۳۸۲.
۲. افراسیابی، اسماعیل، **زندگی پس از مرگ (خودکشی)**، تهران، نشر فارابی، ۱۳۷۷.
۳. بوشهری، جعفری، **خودکشی جوانان در جامعه**، تهران، ۱۳۷۹.
۴. رحیمی نژاد، اسماعیل، **آشنایی با حقوق جزاء و جرم شناسی**، قم، نشر تبلیغات اسلامی، ۱۳۷۸.
۵. عمید، حسن، **فرهنگ فارسی**، تهران، انتشارات امیرکبیر، ۱۳۷۵.
۶. کی‌نیا، مهدی، **مبانی جرم شناسی خودکشی**، تهران، دانشگاه تهران، ۱۳۷۶.
۷. محسنی، منوچهر، **انحراف اجتماعی انگیزه ها و علل خودکشی**، تهران، ۱۳۶۶.
۸. مکارم شیرازی، **انوارالاصول**، قم، نشر فرهنگ اسلامی، ۱۳۷۷.
۹. موسوی خویی، ابوالقاسم، **مصباحه الفقاهه**، قم، دارالکتب الاسلامیه، ۱۳۸۱.
۱۰. نوری‌بهاء، رضا، **زمینه حقوق جزای عمومی**، تهران، ۱۳۷۸.

ب) منابع عربی

۱. بابویه قمی، ابو جعفر محمد بن علی (شیخ صدوق)، **من لایحضره الفقیه**، قم، دارالکتب الاسلامیه.
۲. کلینی، محمد بن یعقوب اسحاق، **الکافی**، قم، دارالکتب الاسلامیه، ۱۳۷۳.
۳. حجاج، مسلم، **صحیح مسلم**، بیروت، دار احیاء التراث العربی، ۱۴۱۲ ق.



۴. زکی الدین المنذری، عبد العظیم بن عبد القوی بن عبد الله، أبو محمد، **الترغیب و الترهیب**، بیروت، داراحیاء التراث العربی، ۱۴۰۷

ج) منابع انگلیسی

۱. ریمون، آرون، **مراحل اساسی اندیشه در جامعه اسلامی**، ترجمه باقر پرهام، تهران، ۱۳۷۵
۲. فلچر، جرج، **مفاهیم بنیادین زندگانی و مرگ**، ترجمه مهدی سیدزاده ثانی، مشهد، ۱۳۸۴

د) منابع اینترنتی

۱. جعفری، رضا، سایت تحلیلی، خبری عصر ایران.
۲. مجله مهر، شناسه خبر ۲۹۱۳۱۵۶، شهریور ۱۳۹۴
۳. سایت موسسه حقوقی عدالت گستر.

