

عوامل روان‌شناختی خودکشی

عادلہ محمدی^۱، معصومه مروی^۲

چکیده

خودکشی پدیده‌ای پیچیده است که بر سلامت اجتماعی و روان‌شناختی فرد تأثیر می‌گذارد. خودکشی رفتاری چندبعدی شامل ابعاد روان‌پزشکی و روان‌شناختی، بیولوژیکی (ژنتیکی و جنبه‌های بیوشیمیایی)، جامعه‌شناسی، فلسفی و کلامی است. ایده‌پردازی خودکشی، اندیشه‌هایی درباره مرگ و آرزوی از بین بردن خود است. پژوهش حاضر با هدف بررسی عوامل روان‌شناختی خودکشی صورت گرفته است. مطالعه حاضر به روش کتابخانه‌ای و بررسی و مرور نتایج مطالعات انجام شده توسط پژوهشگران ایرانی و خارجی به ابعاد روان‌شناختی خودکشی، میزان، علل و عوامل روان‌شناسی مؤثر خودکشی می‌پردازد. نتایج پژوهش حاکی از آن است که خودکشی مشکلی پیچیده است که دلایل متعددی دارد. خودکشی در نتیجه تعامل عوامل متعدد زیست‌شناختی، ژنتیک، روان‌شناختی، اجتماعی، فرهنگی و محیطی به وجود می‌آید. عوامل روان‌شناختی مانند اختلالات روانی و عدم سلامت روان، ضعف در مهارت‌های مقابله‌ای در مواجهه با استرس‌ها و فشارهای روانی، اختلال شخصیت مرزی، اختلال دوقطبی، افسردگی، استرس، اضطراب، عصبانیت، خشم و نفرت، سابقه اختلال‌های روان‌پزشکی و افکار خودکشی، پرخاشگری، اسکیزوفرنی، روان‌پریشی و ناامیدی در اقدام به خودکشی نقش دارند.

واژگان کلیدی: خودکشی، عوامل روان‌شناختی، اختلالات روانی، اختلال بالینی.

۱. دانش‌پژوه کارشناسی روان‌شناسی از کشور افغانستان، مجتمع آموزشی عالی بنت‌الهدی، جامعه‌المصطفی العالمیه، قم، ایران.

۲. مربی گروه علمی-تربیتی روان‌شناسی، مجتمع آموزشی عالی بنت‌الهدی، جامعه‌المصطفی العالمیه، قم، ایران.

۱. مقدمه

بروز خودکشی در میان نوجوانان و جوانان مسئله‌ای است که ذهن بیشتر روان‌شناسان، روان‌پزشکان، والدین، مربیان و مشاوران را به خود معطوف داشته است. خودکشی یکی از نگرانی‌های عمده بهداشت عمومی در کل جهان و یکی از علل اصلی مرگ و میر در سن ۱۵-۳۴ سالگی است. سالانه بسیاری از مردم قربانی خودکشی می‌شوند. (دهقان و همکاران، ۱۳۹۸) خودکشی عملی است که فرد برای پایان دادن زندگی خود به‌طور آگاهانه و خودخواسته انجام می‌دهد. فرد هنگامی دست به خودکشی می‌زند که دیگر امیدی به زندگی یا یافتن راه حل برای آینده خود نداشته باشد و همه درها را برای حل مشکلات خود بسته می‌یابد. خودکشی به‌طور معمول بدون برنامه‌ریزی قبلی صورت می‌گیرد و فرد برای انجام آن از ماه‌ها قبل تصمیم‌گیری نمی‌کند، بلکه تصمیم‌گیری و اجرای آن در مقطع زمانی کوتاه صورت می‌پذیرد (بیرانوند، ۱۳۹۵). هنگامی که فردی اقدام به خودکشی می‌کند مشکل‌ترین وضعیت را برای اطرافیان به‌وجود می‌آورد. برخی از خودکشی‌ها بدون طرح و برنامه است، اما بسیاری از آنها پس از تفکر و برنامه‌ریزی و در پی یک بررسی طولانی روی داده است. برای اقدام به خودکشی هرگز نمی‌توان علتی واحد را جست‌وجو کرد، ولی تحقیقات نشان داده است که عواملی مانند مشکلات و فشارهای خانوادگی، ازدست دادن نزدیکان، بحران هویت، قابل دسترس بودن الکل و مواد مخدر، رد شدن در کنکور یا سایر امتحانات، داشتن نیازها و هدف‌های غیرقابل وصول و... در ارتکاب خودکشی مؤثر هستند (الیاسی فر و همکاران، ۱۳۹۵).

انستیتو ملی بهداشت روانی آمریکا خودکشی را تلاشی آگاهانه برای خاتمه دادن به زندگی شخصی توسط فرد می‌داند که ممکن است این تلاش به اقدام، تلاشی فقط به شکل احساسی در فرد بماند. پدیده خودکشی که از عوارض مهم دنیای صنعتی عصر حاضر است بیشتر متأثر از نابسامانی‌ها، اختلال‌های روانی و نابرابری‌های اجتماعی است. دورکیم در کتاب تقسیم‌کار بر این اعتقاد است که خودکشی همراه با تمدن ظاهر می‌شود و یا حداقل آنچه به شکل خودکشی در جوامع فروتر ملاحظه می‌شود خصوصیات ویژه‌ای دارد. (ستوده، ۱۳۹۳) مطالعه مروری

درزمینه شناسایی عوامل خطر خودکشی، عواملی مانند بیماری روانی، زن بودن، نوجوان بودن، اسکیزوفرنی و افسردگی اساسی را در خودکشی مؤثر می‌داند (ترویستر، ۲۰۰۸). برای شناسایی عوامل پیش‌بینی‌کننده رخداد خودکشی در کشور ایران پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نوجوان بودن، زن بودن، سابقه بیماری روانی، مصرف دخانیات و الکل در طول عمر و بیکار بودن از متغیرهایی هستند که به صورت مستقل می‌توانند پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی باشند. از آنجا که پدیده خودکشی برای نظام بهداشتی و درمانی شهرهای مختلف کشور پرهزینه است و با معیارهای ارزشی و فرهنگی کشور ایران سازگار نیست، بررسی دقیق‌تر موضوع ضروری به نظر می‌رسد.

۲. مفهوم شناسایی

رشد و گسترش آسیب‌های اجتماعی و روانی در جوامعی که حالتی انتقالی را طی می‌کنند امری گریزناپذیر است. خودکشی پدیده‌ای است که سالیان دراز از روابط سنتی تا روابط پیچیده شهری امروزی گریبان بشر را گرفته و در فراز و نشیب تحولات اجتماعی قلب و روح خانواده‌ها و اجتماع را آزرده کرده است. همه انسان‌ها ممکن است در طول زندگی، احساس تنهایی، افسردگی، بی‌کسی و ناامیدی را تجربه کنند. مرگ یکی از عزیزان و شکست در برقراری ارتباط از مواردی است که اعتماد به نفس را تحت تأثیر قرار داده و احساس بی‌ارزشی را در فرد به وجود می‌آورند. خودکشی و اقدام به خودکشی یکی از رفتارهای ضد اجتماعی و یک آسیب اجتماعی است. این پدیده سالیان دراز از روابط عشیره‌ای و صنعتی تا روابط پیچیده شهرهای امروزی و دنیای صنعتی گریبان‌گیر بشریت بوده است.

خودکشی را می‌توان تهدیدی برای سلامت عموم جامعه دانست. واقعیت دردناکی که در ورای این موضوع نهفته ضربه عمیقی است که بر پیکر خانواده و جامعه وارد می‌کند. بار سنگین زیان‌های مادی و معنوی (انسانی) این پدیده را به هیچ وجه نمی‌شود نادیده گرفت. براساس تخمین سازمان بهداشت جهانی به طور تقریبی سالانه یک میلیون نفر در سراسر جهان به دلیل

خودکشی فوت می‌کنند و ۱۰ تا ۲۰ برابر اقدام به خودکشی می‌کنند. ایران نیز با نرخ خودکشی ۳/۷ در هر صد هزار نفر رتبه ۱۵۸ جهان را در سال ۲۰۱۱ از سوی سازمان بهداشت جهانی به خود اختصاص داده است. (صابری و همکاران، ۱۳۹۹) خودکشی رفتار یا پدیده‌ای است که از جوانب متعدد باید بررسی شود. خودکشی در بسیاری از جوامع وجود داشته و دارد و در هر جا که انسان‌ها زندگی می‌کنند خودکشی هم اتفاق می‌افتد. خودکشی عملی است آگاهانه و ارادی که فرد برای پایان دادن به زندگی خود انجام می‌دهد. در سال ۱۳۷۳ دوفتن برای نخستین بار کلمه Suicide در فرانسه به کار برد که آکادمی علوم فرانسه در سال ۱۷۶۲ آن را پذیرفت (حافظی و اکبری، ۱۳۹۰).

فردی که اقدام به خودکشی می‌کند از نتیجه عمل خود آگاهی دارد و این مهم‌ترین مسئله در تشریح و تبیین پدیده خودکشی است. اسکیرول معتقد است که در خودکشی تمام خصوصیات دیوانگی دیده می‌شود. او با استناد به این نظر نتیجه می‌گیرد که خودکشی عملی غیرارادی است و نباید پیگرد قانونی داشته باشد. میل دورکیم (۱۹۱۷-۱۸۵۸) در کتاب خودکشی آن را پدیده‌ای اجتماعی می‌داند و می‌گوید: «خودکشی عبارت است از: هرنوع مرگی که نتیجه مستقیم یا غیرمستقیم کردار منفی یا مثبت خود قربانی است که می‌بایست چنان نتیجه‌ای به بار آورد» (دورکیم، ۱۳۹۵).

۳. روش تحقیق

پژوهش حاضر به روش توصیفی-تحلیلی و گردآوری اطلاعات به روش کتابخانه‌ای است. منابع مختلف روان‌شناسی داخلی و خارجی از کتاب‌ها، پایان‌نامه‌ها، مقاله‌های علمی-پژوهشی و علمی-تخصصی از مهم‌ترین منابع تحقیق هستند.

۴. یافته‌های پژوهش

یافته‌های پژوهش پیش‌رو به موضوعات زیر می‌پردازد: علل خودکشی، رویکردهای خودکشی، انواع خودکشی، عوامل روانی-اجتماعی مؤثر بر خودکشی و راه‌های پیشگیری از خودکشی.

۵. علل خودکشی

لستر (۱۹۸۸) دیدگاه روان‌پویایی خودکشی را ملاک و نشانه بیماری روانی می‌داند. رویکرد یادگیری اجتماعی بندورا بر یادگیری مشاهده‌ای در اقدام به خودکشی تأکید دارد و نظریه شناختی بک، شناخت‌های منفی نسبت به خود، جهان و آینده را در اقدام به خودکشی مؤثر می‌داند. الگوی مکعبی اشنایدمن بر سه ویژگی فشار، اضطراب و درد در اقدام به خودکشی تأکید دارد. رشید و عطایی در پژوهش خود، افسردگی، مدیریت بحران، مشکلات اقتصادی، احساس تنهایی و مشکلات خانوادگی-زناشویی را از مهمترین عوامل پیش‌بینی‌کننده خودکشی می‌دانند. (رشید و عطایی، ۱۴۰۰) رستم‌نژاد عوامل مؤثر بر خودکشی را عواملی مانند مشکلات روان‌شناختی به‌ویژه اضطراب و افسردگی و روابط خانوادگی ناکارآمد یا عدم دریافت حمایت اجتماعی و نبود احساس تعلق می‌داند (رستم‌نژاد، ۱۳۹۸). نروگهام عوامل روان‌شناختی و نشانه‌های افسردگی مانند غمگینی و احساس ناکامی را در بروز خودکشی مؤثر می‌داند (نروگهام، ۲۰۱۰).

حسینایی و همکاران معتقدند که افراد اقدام‌کننده به خودکشی در نشانه‌های اختلالات بالینی شامل اضطراب، بدنی شکل، دوقطبی-آشفته‌گی، افسرده‌خویی، وابستگی به الکل، وابستگی دارویی، اختلال هذیانی، افسردگی مه‌اد و پارانوئید با افراد عادی تفاوت معناداری دارند و میانگین نمرات افراد اقدام‌کننده به خودکشی در نشانه‌های این اختلالات بالاتر از افراد عادی است. (حسینایی و همکاران، ۱۳۹۵) نتایج پژوهش‌های ارسنالت و همکاران (۲۰۰۴)، پولانکو رومن و میراندا (۲۰۱۳)، سگال و همکاران (۲۰۱۲)، لینام و همکاران (۲۰۱۲) افسردگی، ناامیدی، افکار خودکشی، پرخاشگری، روان‌پریشی و روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، سبک‌های دفاعی روان‌آزرده و رشدنیافته و ناامیدی را در پیش‌بینی اقدام به خودکشی مؤثر می‌دانند (صابری و همکاران، ۱۳۹۹؛ ارسنالت و همکاران، ۲۰۰۴؛ پولانکو رومن و میراندا، ۲۰۱۳؛ سگال و همکاران، ۲۰۱۲؛ لینام و همکاران، ۲۰۱۲). عصبانیت، خشم و نفرت که معلول ناکام ماندن نیاز به برتری، پرخاشگری و مقابله‌به‌مثل است، می‌تواند بر خودکشی اثر بگذارد (سگال و همکاران، ۲۰۱۲).

۶. رویکردهای خودکشی

خودکشی یکی از موضوعات مشترک مورد توجه بین جامعه‌شناسان، روان‌شناسان و روان‌پزشکان است و هرکدام از منظر خود به آن می‌نگرند. وجه مشترک بین این چند گروه در مورد خودکشی توجه به این موضوع به صورت یک پاتولوژی یا ناهنجاری است. (کاپلان و سادوک، ۱۳۹۶) از قرن نوزدهم به بعد در مورد تبیین و سبب‌شناسی خودکشی رویکردهای مختلفی روبه‌روی هم قرار گرفتند و در مورد عوامل مؤثر بر آن بحث شد.

۶-۱. رویکرد جامعه‌شناسی

در رویکرد جامعه‌شناسی هرچند به نظر می‌رسد که خودکشی شخصی‌ترین عملی است که انسان می‌تواند انجام دهد، اما روابط اجتماعی نقش مهمی در ایجاد آن دارد و خودکشی نیز اثرات اجتماعی عمیقی برجای می‌گذارد. از یک نگاه در خودکشی فرد به سوی خود نشانه می‌رود، اما از نگاه دیگر تهاجمی به سوی دیگران است. جامعه‌شناسان معتقدند که عملی به ظاهر ضد اجتماعی مانند خودکشی (که به طور طبیعی توسط فرد بدون ارتباط با دیگران انجام می‌گیرد) پیوسته تابع قواعد و الگوهای خاصی که فرد به آن تعلق دارد، القا می‌شود (سازمان پژوهش و برنامه‌ریزی، ۱۳۹۹).

گروهی از جامعه‌شناسان برای تبیین عمل خودکشی فقط به عوامل اجتماعی بیرونی تأکید دارند. مطالعه خودکشی نشان می‌دهد که عمل انسان هرچند که فردی باشد با سایر انسان‌ها تداخل دارد. شناخت فرد جدا از محیط و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند شناخت کامل و دقیقی نیست. در جامعه‌شناسی، خودکشی علامت یک بیماری اجتماعی شناخته می‌شود. بیشتر جامعه‌شناسان معتقدند که خودکشی به دلیل متلاشی شدن ارتباط‌ها و انزوای اجتماعی است (تیلور، ۱۳۹۵). از این دیدگاه خودکشی پدیده‌ای اجتماعی یا آسیبی اجتماعی است و دلایل آن را باید در ساختار و مناسبات اجتماعی جست‌وجو کرد. با توجه به ارتباط تنگاتنگ بین فرد و جامعه، ساخت و روابط اجتماعی بر افراد تأثیر می‌گذارد و رفتارهای هر فرد بازتابی از

ساختار و مناسبات اجتماعی هر جامعه است. عوامل مهم اجتماعی-فرهنگی مؤثر بر مبنای رویکرد جامعه‌شناختی به شرح زیر است:

- عوامل فرهنگی: فروپاشی نظام ارزشی سنتی، تحمیل ارزش‌های فرهنگی، بیگانگی و تعارض ارزش‌های فرهنگی، فردگرایی، اختلال در نظام اجتماعی؛

- عوامل اقتصادی: فقر، بیکاری، کم‌کاری، محرومیت، ناامنی شغلی، مشکلات مسکن، تورم، تغییر ساختار اقتصادی جامعه؛

- عوامل اجتماعی: افزایش جمعیت، مهاجرت، جنگ، تبعیض (نژادی، جنسی، مذهبی)، مردسالاری، بی‌سوادی، مشکلات مربوط به ازدواج، اوقات فراغت.

از این دیدگاه برای پیشگیری از خودکشی و کاهش آن، راه‌حلی فردی وجود ندارد، بلکه تغییر مناسبات روابط اجتماعی-اقتصادی، بهبود وضع زندگی مردم و رفع تنگناهای موجود از اقدامات ضروری و اساسی در این زمینه است. (شعاع کاظمی، ۱۳۹۴)

۶-۲. رویکرد تفسیری

بر اساس این دیدگاه تبیین جامعه‌شناختی با روشن کردن معانی که افراد به رفتارها و اعمالشان می‌دهند، شروع می‌شود. این معانی در صورت امکان باید در چارچوب شرایط اجتماعی که از آنها نشأت گرفته‌اند، مطالعه شوند. داگلاس یکی از مدعیان بزرگ رهیافت تفسیری در مطالعه خودکشی است. داگلاس با انتقاد از نگرش دورکیم استدلال می‌کند که جامعه‌شناسان باید از منابع اطلاعاتی استفاده کنند که حتی الامکان آنها را به دنیای درونی شخصی که خود را کشته است، نزدیک کند. این منابع داده‌هایی مانند یادداشت‌های مربوط به خودکشی، گزارش‌های مربوط به زندگی شخصی افرادی که خود را می‌کشند، یادداشت‌های روزانه، شرح حال و مصاحبه‌های موردی با افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند، ولی زنده مانده‌اند، دارند. هدف، جمع‌آوری گونه‌هایی از اسرار درونی یا به تعبیر داگلاس تجربیات دنیای واقعی فردی است که خود را کشته است. داگلاس استدلال می‌کند که این امر تنها زمانی میسر است که انسان در

موقعیتی باشد که بتواند رفتارهای انتحاری را طبقه‌بندی کرده و آنها را با محیط‌های خاص اجتماعی یا گروه‌های اجتماعی مرتبط کند (داگلاس، ۱۹۵۴).

۳-۶. رویکرد مردم‌شناختی

بررسی‌های مردم‌شناختی با سه جنبه از مسئله خودکشی در جامعه سروکار دارد که عبارتند از: انگیزه‌ها یا دلایل خاص، وقوع و عکس‌العمل جامعه. بررسی‌های مردم‌شناسان از تنوع بسیار علل و انگیزه‌های خودکشی در جامعه‌های مختلف حکایت دارد. درمیان بومیان دوبرو منازعات محلی، درمیان زنان ایرکوا سوءرفتار شوهر در عشق و ازدواج، درمیان موهاوها آرزوی مرگ، درمیان اسکیموهای جزیره سن‌لارنس بیماری، درد و رنج و احساس بی‌فایده‌گی، علل خودکشی محسوب می‌شوند. (زجاجی و یاسمی، ۱۳۹۳)

۴-۶. رویکرد روان‌شناختی

در این نظریات نقش فرد در تصمیم‌گیری برای خودکشی مورد تأیید قرار می‌گیرد و به‌طورکلی به عوامل روانی و فردی توجه دارند. این موضوع (خودکشی) در روان‌شناسی برای اولین بار توسط زیگموند فروید در آخر قرن نوزدهم به این صورت تشریح شد. نظریه‌های روان‌شناسی مربوط به خودکشی را به سه گروه تقسیم می‌شود:

- گروهی از نظریه‌پردازان روان‌شناسی، عامل رفتار (فرد) را بیشتر مورد توجه قرار می‌دهند که رفتار انسان را نه عوامل بیرونی، بلکه عوامل درونی تعیین می‌کنند. ازهمین‌رو بسیاری از مردم در برابر مشکلات فردی و اجتماعی با صبوری و مقاومت آنها را تحمل کرده و برخی ناتوان از تحمل آنها دست به خودکشی می‌زنند. این دیدگاه متعلق به نظریه‌پردازان روان‌کاوی است که می‌توان به فروید، سالیوان، لایتمن و کارل مینگز اشاره کرد؛

- گروهی از این نظریه‌ها به محیط با وضعیت رفتار توجه دارند و معتقدند کسانی که خودکشی می‌کنند افراد خاصی نیستند، بلکه انسان‌هایی هستند که در محیط یا وضعیت نابسامانی قرار گرفته‌اند و هرکس در چنین وضعیتی قرار گیرد این‌گونه رفتار را از خود نشان

می‌دهد. از اندیشمندان این دسته از نظریه‌پردازان روان‌شناسی که نقطه مقابل دیدگاه روان‌کاوی است کلاراتامپسون را می‌توان نام برد. او برخلاف فروید معتقد است که خودکشی و تجاوز به دیگران مربوط به ناکامی‌های زندگی هستند و از روابط میان اشخاص برمی‌خیزد. (شولتز، ۱۴۰۱)

- گروهی دیگر از نظریه‌های روان‌شناسی هم به عامل رفتار (فرد) و هم به وضعیت رفتار (محیط) توجه دارند و معتقدند که نوع رفتار هر فرد حاصل کنش متقابل میان عامل رفتار و وضعیت رفتار است؛ یعنی رفتاری نه به صورت ناگهانی، بلکه در طول زمان و به تدریج شکل می‌گیرد. این نظریه‌ها بیشتر مربوط به دیدگاه روان‌شناسی اجتماعی است که در بررسی علل خودکشی، عوامل اجتماعی و روانی را در ارتباط با یکدیگر مورد توجه قرار می‌دهند. اسکیرول (۱۸۲۱) نخستین روان‌پزشکی است که خودکشی را از نظر روان‌شناسی و روان‌پزشکی بررسی کرد. بعد از وی در سال ۱۸۵۶ بریارد بوسمونت در رساله‌ای به نام «خودکشی و جنون خودکشی» این مسئله را بررسی کرد، اما نخستین بینش روان‌شناختی مهم در مورد خودکشی به وسیله فروید ارائه شد. او فقط یک مورد اقدام به خودکشی واقعی را توصیف کرد. وی خودکشی را رفتاری پرخاش‌جویانه علیه لیبیدو نامید (کاپلان و سادوک، ۱۳۹۵).

فروید در توضیحات مربوط به غرایز (۱۸۸۶)، روان‌پویایی و سازوکارهای دفاعی به تبیین علل خودکشی می‌پردازد. فروید به وجود دو گزینه اساسی در انسان معتقد است (شولتز، ۱۴۰۱):
گزینه زندگی که منشأ سازندگی، آفرینندگی و عشق به معنای وسیع آن و سبب ادامه فرد و نوع بشر است و گزینه مرگ که در تخریب، ویرانگری، پرخاشگری و جنگ خود را نشان می‌دهد. اگر گزینه مرگ به جهان بیرون از فرد متوجه شود سبب پرخاشگری و کشتن انسان‌های دیگر و اگر به دنیای درون روی کند موجب خودکشتن می‌شود. بنابراین، خودکشی ناشی از گزینه مرگ و پرخاشگری خودکشی درونی شده است. فروید نفرت از خویشتن را که در افسردگی مشاهده می‌شود ناشی از خشم معطوف به یک شیء مورد علاقه توصیف کرد؛ خشمی که چنین افرادی

آن را به سوی خود بازمی‌گردانند. فروید خودکشی را حداعلای این پدیده می‌داند و تردید داشت که کسی بدون میل سرکوب شده پیشین، خودکشی کند.

در دیدگاه فروید گزینه مرگ در همه انسان‌ها وجود دارد، اما وقتی شخص با اختلالات فردی و اجتماعی روبه‌رو می‌شود، تقویت شده و خودکشی را در انسان تقویت می‌کند. خودکشی با تمایل فرد با دیگرکشی نیز همراه است. از این رو در هر خودکشی سه عنصر اساسی وجود دارد: تمایل برای کشتن دیگری که از احساس نفرت سرچشمه می‌گیرد، تمایل برای کشته شدن که از احساس گناه ناشی می‌شود، تمایل برای مردن که حاصل ناامیدی است. فروید در نظریه روان‌پویایی خود نیز به تبیین خودکشی می‌پردازد و آن را یک بیماری روانی دانسته که از اختلالات بخش‌های سه‌گانه شخصیت یعنی، نهاد، خود و فراخود ناشی می‌شود (فروید، ۱۸۸۶).

فروید در سال ۱۹۲۶ وجود فشاری به سمت مرگ را در رفتار انتحارکننده مطرح می‌کند. «من» به مرگ خود نمی‌پردازد مگر گزینه تهاجم علیه دیگری را نتواند ارضا کند و فقط در این صورت است که علیه «من» تهاجم صورت می‌پذیرد. «من» جای «جز من» را می‌گیرد و آزار و قتل دیگری به آزار خود و خودکشی تبدیل می‌شود (زجاجی و یاسمی، ۱۳۷۸).

اریک فروم در کتاب اجتماع سالم اظهار می‌دارد که شناخت پدیده خودکشی بدون توجه به شرایط زیستی و اجتماعی فرد، یعنی شرایط سیاسی، اقتصادی، فرهنگی، آموزشی و خانوادگی او کوششی بی‌ثمر است. علاوه بر این، سنن، آداب، خرافات، عقاید فلکلور و مذهب عواملی هستند که در رفتار خودکشانه تأثیر به‌سزایی دارند؛ زیرا خودکشی پدیده‌ای اجتماعی است و خودکشی فرد اجتماعی نشده و جدا از ساخت اجتماعی و فرهنگی پدیده‌ای است که حتی تصور آن غیرمنطقی به نظر می‌رسد. فروید معتقد بود خودکشی (و تاحدی افسردگی) از خصومت ناهشیارانه نسبت به خود در مقایسه با بیرون یا وضعیت مسبب عصبانیت خبر می‌دهد. قربانیان خودکشی با این عمل، دیگران را که باعث عصبانیت یا آزردهی آنها شده است، تنبیه

می‌کنند. خودکشی اعتراضی است به وضعیت موجود اجتماعی و روان‌شناختی. (زجاجی و یاسمی، ۱۳۷۸)

یونگ از نظریه‌پردازانی است که بعد از فروید نظریاتش در این زمینه مطرح است. یونگ معتقد است آرزوهای ناخودآگاه برای احیای حیات معنوی و روانی در فردی که زندگی برایش معنایی ندارد دلیل خودکشی است. سالیوان نیز خودکشی را بیانگر شکست تضادهای شخصی حل‌نشده می‌داند. لایتمن اصرار می‌کند که من در خودکشی، تباه و ضایع شده است؛ خواه به سبب ناتوانی و یا ضعف و در گذر از نیست به مرحله عمل به خودکشی چنین است. اگرچه توفیقی حاصل نشده و به مرگ نینجامیده باشد و این ناکامی‌ها و نمونه‌ها از ۵٪ تجاوز نمی‌کند. هورنای معتقد است که ناامیدی، تحمل رنج‌های فراوان، از خودبیگانگی و تلاش برای حصول ایده‌ها در زندگی از عواملی هستند که باعث خودکشی می‌شوند. سالیوان خودکشی را ناشی از کنش‌های متقابل که مبنی بر نفرت و انزجار باشد، می‌داند (زجاجی و یاسمی، ۱۳۷۸).

۵-۶. دیدگاه یادگیری

این دیدگاه علت خودکشی را ارزش تقویت‌کنندگی عواملی مانند انتقام، پیوستن به عزیز ازدست‌رفته یا آسایش مطلق می‌داند. دیدگاه یادگیری اجتماعی علت خودکشی را تقلید از الگو می‌داند که این الگو می‌تواند از آشنایان، دوستان و یا افراد مشهور باشد. (زجاجی و یاسمی، ۱۳۹۳)

۷. انواع خودکشی از نظر دورکیم

۱-۷. خودکشی خودخواهانه

دورکیم (۱۳۹۵) این نوع خودکشی را خاص جوامع و اجتماعی می‌داند که فلسفه و سنت فردگرایی، استقلال‌طلبی، خوداتکایی و خودکفایی دارند. در چنین جوامعی به واسطه میزان کنترل اجتماعی و فشار جمعی بسیار کم، تضعیف روح جمعی، بی‌طرفی سازمان‌های اجتماعی در مسئولیت‌های فردی، غلبه مناسبات و روابط ثانویه و رسمی بر روابط اولیه و نخستین و عدم

تعلق عمیق فرد به گروه، کمبود یا اختلال شدید همانندسازی با گروه‌های اجتماعی و عدم پشتیبانی اجتماعی و سرپرستی عاطفی و روانی سازمان‌ها از فرد سبب افزایش تمایل او به خودکشی در شرایط بحرانی می‌شود. در این جوامع افراد به اراده خود وابسته‌اند و رفتار خود را بنا به میل شخصی خود تنظیم می‌کنند و ارزش‌های حاکم بر جامعه در انتخاب آنها تأثیری ندارد، البته این میزان فردگرایی بسته به جوامع متفاوت تغییر می‌کند.

دورکیم برای توجیه خودکشی خودگرایانه به مسائل روانی توجه نمی‌کند. اگرچه توضیح علل خودگرایانه به معنی پذیرش نوعی علل روانی است، ولی دورکیم بررسی روانی آسیب‌های اجتماعی را از مطالعاتش دور می‌کند. خودکشی خودخواهانه دو نوع است: نوع مالیخولیایی که با نوعی سستی و احساس فتور همراه است و حالات افسردگی و انفعال شدید در افراد دیده می‌شود؛ نوع اپیکوری که با احساس بی‌میلی و بی‌اشتهایی به صورت امری واقعی و غیرخیالی در فرد به شدت راه یافته و او را نسبت به هرچه در پیرامون است بی‌میل، بی‌تفاوت و خونسرد می‌کند. (دورکیم، ۱۳۹۵) به عبارت دیگر هرچه میزان کنش متقابل اجتماعی کم‌تر باشد احساسات جمعی ضعیف‌تر است؛ هرچه احساسات جمعی ضعیف‌تر باشد، یگانگی اجتماعی ضعیف‌تر است؛ هرچه یگانگی اجتماعی ضعیف‌تر باشد افراد کمتر به منافع اجتماعی نظر دارند؛ هرچه افراد کم‌تر به منافع اجتماعی نظر داشته باشند در زندگی معنای کم‌تری می‌یابند و میزان خودکشی اجتماعی زیادتر می‌شود.

۲-۷. خودکشی دگرگرایانه

خودکشی دگرخواهانه بیشتر در جوامع ابتدایی و به صورت وظیفه اجتماعی تجلی پیدا می‌کند. خودکشی خودخواهانه متعلق به دنیای جدید بوده و با رشد تکنولوژی و فردگرایی ارتباط دارد. در این جوامع میزان کنترل و فشار گروهی به شدت بالا، تعلق گروهی بسیار عمیق و همانندسازی با گروه بسیار شدید است تا حدی که موجودیت فردی مستقل از موجودیت گروهی نامفهوم قلمداد می‌شود. در مجموع می‌توان گفت که در این گونه جوامع، تقسیم کار محدود، احساس همبستگی بالا و پیوند و احساس یگانگی به دلیل همانندی شرکت در آداب و رسوم مشترک

است و به سه دسته اجباری، اختیاری و هوشمندانه تقسیم می‌شود. در نوع اجباری، خودکشی وظیفه‌ای اجتماعی است؛ خودکشی دگرگرایانه اختیاری آن است که فرد داوطلبانه به استقبال مرگ می‌رود؛ نوع سوم، کناره‌گیری فرد از خود و چشم‌پوشی از دنیا به دلیل تمجید و ستایش فرهنگ جامعه از این عمل است. (دورکیم، ۱۳۹۵)

۷-۳. خودکشی آنومیک

خودکشی آنومیک معلول عدم تعادل، دگرگونی ساختاری، وقفه ناگهانی شدید یا تغییرات عمیق و سریع سازمان‌ها و نظام‌های اجتماعی است که خود این عوامل معلول کسادی سازمان اقتصادی، ازهم‌پاشیدگی ارزش‌های سنتی، تورم، تغییر حکومت و انقلاب و... است و کنش افراد به وسیله هنجارهای روشن و قاطع تکوین نمی‌یابد. چهار شاخص در بروز این نوع خودکشی مؤثر است: تغییرات سریع اجتماعی، آشفتگی در نظام جمعی و نظم عمومی جامعه، داشتن مشاغل حرفه‌ای و لیبرال، طلاق و اغتشاش در روابط بین هدف و وسیله خانواده. (دورکیم، ۱۳۹۵)

۷-۴. خودکشی تقدیرگرایانه

این خودکشی نوعی عکس‌العمل به بازبینی، کنترل و تنظیم اجتماعی جامعه است. وقتی جامعه به حد مفرط و شدید دست به ایجاد نظمی دستوری می‌زند و فرد به شدت تحت انقیاد و تقلید اجتماعی قرار دارد و هرچیزی تحدیدشده، کنترل شده، منظم، خشک و بی‌روح است حق‌گزینش از افراد سلب شده و فرد در شرایط اجباری نمی‌تواند اهداف و راه‌های رسیدن به آنها را فراهم کند و سرانجام به قضا و قدر تن می‌دهد. (محسنی تبریزی، ۱۳۹۴) آسیب‌شناسی جامعه‌شناسی دورکیم دو حالت دارد: مشکل در نظام اجتماعی و مشکل در گروه‌های کوچک داخل اجتماع و یا افراد. خودکشی دگرگرایانه و خودگرایانه از پیوستگی شدید و پیوستگی ضعیف افراد ناشی می‌شود درحالی‌که خودکشی ناشی از بی‌هنجاری (آنومیک) و خودکشی تقدیرگرایانه از دخالت و نظارت بیش از حد ناشی می‌شوند (تیلور، ۱۳۹۵).

۸. عوامل روانی و اجتماعی خودکشی

خودکشی از ناهنجاری‌های اجتماعی است که با شهرنشینی رابطه مخصوصی دارد. خودکشی بیش از همه ناشی از پیچیدگی زندگی، سردی و بی‌مهری محیط شهری است. تزلزل عقاید و ایمان مردم نسبت به خدا و مذهب از یک سو و مشکلات زندگی صنعتی از سوی دیگر، فشرده‌گی جمعیت، عدم تجانس افراد با هم، احساس غربت و تنهایی ناشی از آن، کوچک‌تر شدن ابعاد خانواده‌ها و کاهش محبت خانوادگی، رها شدن فرد به سوی سرنوشت خود، چشم‌وهم‌چشمی و رقابت‌ها، آروزهای دور و دراز زندگی مادی، خواستن‌ها و نتوانستن‌ها، سرگشتگی در میان ارزش‌های متضاد، بی‌همتی در برابر دشواری‌ها، شکست‌ها و نومیدی‌ها، محرومیت در عشق، فقر مادی، ضعف یا بیماری شخصیت از عواملی هستند که زمینه خودکشی را توسعه می‌دهند. اوتر یکی از روان‌شناسان سوئدی باتوجه به بررسی سابقه روحی ۵۸۱ نوجوان سوئدی که اقدام به خودکشی کرده‌اند به این نتیجه رسید که بیشتر آنها سه‌ماه قبل از خودزنی دچار علائم افسردگی، بی‌میلی به کار، اضطراب، بی‌اشتهایی، کم‌شدن وزن و بی‌خوابی بوده‌اند. با مشاهده این عوارض روانی که بدون بیماری جسمی است باید به درمان سریع شخص پرداخت. بسیاری از افرادی که خودکشی می‌کنند افرادی سربه‌زیر، مظلوم، مهربان و علاقه‌مند به اجتماع هستند و هیچ‌گاه حاضر نیستند نسبت به دیگران ناراحتی ایجاد کنند. آنها آن قدر روحشان ضعیف است که خودشان را یک انسان حساب نمی‌کنند و به فکر نابودی خود می‌افتند.

بسیاری از حالت‌های روانی، ریشه در استرس دارد و یکی از موارد استرس، استرس محیط کاری است. براساس آمار مؤسسه اروپایی بهداشت و امنیت در محیط کار، یک‌سوم از کارکنان پانزده کشور عضو اتحادیه اروپا به اضطراب و استرس محیط کار دچارند و بیش از ۴۱ میلیون نفر در اروپا به استرس محیط کار دچار هستند و تعداد کارکنان مضطرب اروپایی روبه‌افزایش است. تنها در سوئد، استرس، بیماری وابسته به شغل دانسته شده است. براساس این گزارش، دانمارک تنها کشوری است که بیماری‌های روحی را از سال ۱۹۷۵ در مباحث قوانین مربوط به امنیت و بهداشت در محیط کار گنجانده است. براساس تحقیق کنفدراسیون کارکنان فرانسه

سه چهارم کارکنان این کشور دچار استرس و اضطراب هستند و اضطراب آنها به حدی عمیق است که مشکلات جسمانی نیز در پی خواهد داشت. براساس این تحقیق ۶۸٪ از کارکنان فرانسه در یک سال گذشته از ناراحتی جسمانی شکایت داشته‌اند. کسانی که به افسردگی شدید دچارند بیش از بیماران دیگر خودکشی می‌کنند. بعد از افسردگی، اعتیاد به الکل است که بیش از همه قربانی می‌دهد (شیخاوندی، ۱۳۸۴).

در هر بیماری عمیق روانی که افسردگی، انزوا و دل‌مردگی علامت آن باشد خطر خودکشی وجود دارد. کسانی که به شرارت معروف هستند و روابط آنها با افراد دیگر دچار اختلال است و یا دچار انواع و اقسام انحرافات و بدرفتاری‌ها مانند دزدی، آدم‌کشی، تجاهر به فسق و چاقوکشی و... هستند، ممکن است خودشان را بکشند. بعضی از دانشمندان معتقدند که افرادی که خودشان را می‌کشند در واقع افراد پرخاشگری هستند که پرخاشگری آنها گاهی متوجه افراد دیگر و زمانی نیز متوجه وجود خود آنها می‌شود. کافی است حسادت آنها تحریک شود و یا کینه کسی را به دل بگیرند تا به خودزنی یا آدم‌کشی اقدام کنند. گاه نیز ممکن است که شخص ورشکسته و یا کسی که عزیزی را از دست داده به‌طور ناگهانی چنان دچار دلهره و ترس شود که خودکشی کند (دورکیم، ۱۳۹۵). دورکیم با توجه به تحقیقات ژوسه و موردوتور انواع خودکشی ناشی از بیماری روانی را به چهار دسته طبقه‌بندی می‌کند:

- خودکشی ناشی از مالیخولیا: این نوع خودکشی یا مربوط به وهم و خیال است یا به تصورات هذیان‌آمیز بیمار به دلیل فرار از یک خطر تصویری یا شرمساری خیالی و یا اطاعت از یک دستور مرموز که از بالا دریافت کرده است مربوط می‌شود؛

- خودکشی مالیخولیایی ناشی از حزن و اندوه: از حالت کلی افسردگی مفرط و اندوه بی‌پایان ناشی می‌شود که به سبب آن بیمار روابطی که با اشخاص دارد، افراد و چیزهایی که او را احاطه کرده‌اند، نمی‌تواند به صورت سالم و به‌درستی ارزیابی کند. در این حالت، توهمات و هذیان‌ها مانند حالت کلی آن ثابت هستند؛

- خودکشی ناشی از وسوسه: هیچ انگیزه‌ای - نه حقیقی و نه خیالی - موجب خودکشی نمی‌شود، بلکه تنها ایده ثابت مرگ بدون دلیل و قابل بیان، فکر بیمار را به اعلا درجه تسخیر می‌کند؛ گویی این یک نیاز غریزی است که تفکر و استدلال بر آن تأثیر ندارد؛

- خودکشی ناشی از انگیزه‌آنی با غیرارادی: خودکشی حاصل یک فشار درونی غیرارادی و ناگهانی است که بی‌مقدمه هرگونه مقاومت را از او سلب می‌کند و نه در واقعیت و نه در مخیله مریض هیچ علت وجودی پیدا نمی‌کند.

این طبقه‌بندی با مطالعه بر روی بیماران روانی انجام شده است. لومبرزو خودکشی را به چهار نوع مستقیم، غیرمستقیم، ساختگی و مضاعف طبقه‌بندی می‌کند. نوع مستقیم عبارت است از: ارتکاب عملی که اتمام آن، مرگ فرد را به دنبال دارد؛ نوع غیرمستقیم به عمل فردی گفته می‌شود که ابتدا به دلیل ترس و بیماری‌های متعدد، افراد دیگر را می‌کشد و به اعدام محکوم می‌شود؛ نوع ساختگی به عمل افرادی گفته می‌شود که تظاهر به داشتن میل شدید به خودکشی دارند، ولی بعد از اقدام به خودکشی فقط زخمی می‌شوند و نوع مضاعف که عبارت است از: مجموعه قتل و خودکشی یا دو خودکشی در یک مکان و زمان است. به دو دلیل شیوع خودکشی در بیمارستان‌های روانی بیشتر از عامه مردم است: اول، استعداد بیمار روانی آشکارا بالاتر از حد متوسط است و دوم، تمام بیماران بستری در بیمارستان مراقبت می‌شوند تا اعمال خودکشانه پیدا نشود. بررسی‌های متعدد نشان می‌دهد که بیش از ۹۰٪ انسان‌هایی که اقدام به خودکشی کرده‌اند مبتلا به نوعی اختلال روانی بوده‌اند. در ۵۰ تا ۷۰٪ خودکشی‌ها یک افسردگی مشخص شده است. ۸۰٪ کسانی که با خودکشی مرده‌اند در آخرین ماه‌های قبل از خودکشی، زیر نظر روان‌پزشک بوده‌اند. (ستوده، ۱۳۹۴)

۹. راه‌های پیشگیری از خودکشی

راه‌های پیش‌گیری از خودکشی عبارتند از: مرحله قبل از بحران و اقدام، مرحله بحران خودزنی، مرحله پس از بحران. از همین جاست که سه اصطلاح در خودکشی‌شناسی بسیار مورد استفاده قرار می‌گیرد که عبارتند از: جلوگیری پیش از وقوع دخالت در حال وقوع و جلوگیری پس از وقوع.

۹-۱. جلوگیری ابتدایی پیش از وقوع

این مرحله که بهترین مرحله جلوگیری است عبارت است از: جلوگیری هرنوع اندیشه و اوهام مربوط به خودکشی. این مرحله اساس علمی جلوگیری از خودکشی و امری تحقیق‌پذیر است. این جلوگیری کار پزشک و جامعه است. در این مرحله است که مراجعه به یک مرکز تخصصی مثل مرکز جلوگیری از خودکشی یا سازمانی نوع‌دوستانه می‌تواند برای خانواده یا فرد مفید باشد. جلوگیری واقعی آن است که مثبت باشد. آنچه علاوه بر مداوای علت بیماری، اثر مثبت دارد نظم و ترتیب دادن به وضع زندگی بیمار است مانند تنظیم اوقات فراغت، مشغولیت با کارهای دستی، روان‌درمانی و... (الان اسکاتزبرگ، ۲۰۰۵)

۹-۲. دخالت در حال وقوع: مسئله بحران

خودکشی و مداوای آن مستلزم دخالت فوری همراه با روان‌پزشکی و بستری کردن در بیمارستان و تجهیز همه وسایل لازم برای محیط روانی بیمار است. در این‌گونه موارد بستری کردن در بیمارستان ضروری است. مدت آن ممکن است کوتاه و تنها برای معاینه باشد و یا در صورت نیاز به مداوای خاص، طولانی باشد (الان اسکاتزبرگ^۱، ۲۰۰۵).

۹-۳. جلوگیری پس از وقوع

مربوط به بهداشت روانی است که تداوم معالجات روان‌پزشکی را دربرمی‌گیرد. فردی که هنگام اقدام به خودزنی در بیمارستان بستری می‌شود مستلزم مراقبت و کار زیاد در بیمارستان است و

احتیاج به گروهی هماهنگ، همه‌کاره و متحد دارد. بیشتر اوقات مسئله فقط روانی یا عصبی-روانی نیست، بلکه خانوادگی و اجتماعی است. برای تضمین عدم تکرار نیز بررسی و مطالعه محیط زندگی بیمار و تجویز مداوای بعدی لازم و ضروری است. (مهرین، ۱۳۹۳)

۱۰. نتیجه‌گیری

خودکشی از عوامل شایع مرگ‌ومیر است و یکی از معضلات عصر جدید شناخته می‌شود. متأسفانه آمار نشان می‌دهد در جوامع امروزی خودکشی روبه افزایش است. خودکشی دومین علت اصلی مرگ‌ومیر در سنین ۱۵ تا ۲۹ سال در سطح جهان و همواره یکی از نگرانی‌های عمده بهداشت عمومی است. مسئله خودکشی و پیامدهای مرتبط با آن مشکلات جدی و اساسی را در زمینه سلامت عمومی ایجاد کرده است. مطالعات همه‌گیر شناختی بیانگر روند صعودی میزان شیوع خودکشی در جامعه ایران است. خصوصیت مشترک بین افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند داشتن این باور است که خودکشی تنها راه غلبه بر احساسات غیرقابل تحمل است. کشش خودکشی در این است که در نهایت به این احساسات غیرقابل تحمل خاتمه می‌دهد. در تراژدی خودکشی، آشفتگی و مشکلات عاطفی به حدی شدید می‌شود که فرد را در یافتن راه‌حل‌های مختلف حل مشکل ناتوان می‌کنند درحالی‌که راه‌حل‌های دیگری نیز وجود دارند.

عواملی مانند افسردگی، روان‌گسستگی، اضطراب و اختلالات مربوط به آن و اختلالات بدنی در اقدام به خودکشی تأثیرگذار است. خطر خودکشی در افراد افسرده هنگامی زیاد است که بازداری روانی-حرکتی و ظرفیت کنار آمدن با موقعیت‌های روانی-اجتماعی کاهش می‌یابد و در بسیاری موارد همراهی اختلالات دیگر ممکن است اقدام به خودکشی را در افراد مبتلا به افسردگی افزایش دهد. بعضی از قربانیان اقدام‌کننده به خودکشی که مبتلا به روان‌گسستگی هستند انتظارات عملکرد بالایی از خود دارند. تصور می‌شود با فرض ناتوانی در دستیابی به هدف‌های اصلی زندگی احساس نابسندگی می‌کنند، از تباهی توانایی‌های ذهنی‌شان می‌ترسند

و تصمیم می‌گیرند که به زندگی خود پایان دهند. از عوامل اقدام به خودکشی، اضطراب و اختلالات مربوط به آن است که می‌تواند به اقدام به خودکشی کمک کند.

در مورد هم‌زمانی اختلالات روان‌پزشکی و اقدام به خودکشی، بیشترین مقدار برای اختلال افسردگی و اختلال شخصیت ضداجتماعی و اختلال خلقی گزارش شده است. برپایه برخی نظریه‌های شناختی درباره بیمار افسرده اقدام‌کننده به خودکشی این بیماران به دلیل اشکال در بازخوانی از حافظه شخصی، توانایی مسئله‌گشایی مؤثر را ندارند و در یک چرخه معیوب افسردگی - اشکال در مسئله‌گشایی - ناامیدی گرفتار می‌شوند که در نهایت به خودکشی می‌انجامد. افراد افسرده و سایکوپات با رفتارهای ضداجتماعی بیشتر افکار خودکشی دارند. (صابری و همکاران، ۱۳۹۹)

عوامل روانی شامل اختلالات روانی تشخیص داده‌شده، حوادث ناگوار زندگی و سابقه سوءاستفاده در دوران کودکی، استرس آکادمیک، استفاده از مواد مخدر و الکل در خودکشی مؤثر است. ارسنالت و همکاران (۲۰۰۴) اختلال‌های عاطفی و افسردگی را در خودکشی گزارش کردند. مطالعه لینام و همکاران نشان داد که تکانشگری و حملات پرخاشگری سهم برجسته‌ای در اقدام به خودکشی دارد. پرخاشگری و تکانشگری باعث ازدست دادن کنترل بر فرایندهای شناختی می‌شود و احتمال اقدام آنی به خودکشی را بالا می‌برد. پژوهش‌های انجام‌گرفته توسط سگال و همکاران نشان داد که اختلال شخصیت مرزی، روان‌پریشی و روان‌رنجورخویی بالا و نیز کاهش صفت برون‌گرایی با احتمال اقدام به خودکشی رابطه دارد. مطالعه پولانکو رومن و میراندا حاکی از آن است که ناامیدی شاخص پیش‌بین مهمی در اقدام به خودکشی است.

براساس نظریه بک، ناامیدی درمقایسه با دیگر عوامل، مهمترین شاخص اقدام به خودکشی است. افراد با سابقه خودکشی در تعریف اقدام خودکشی آن را براساس شیوه آسیب به خود براساس انگیزه روانی مثل رها شدن و به‌پایان رساندن مشکلات خانوادگی غیرقابل حل

تعریف کرده‌اند و خودکشی را راهی برای رسیدن به انگیزه‌های روان‌شناختی زنده‌نگه‌دارنده مثل غلبه بر تعارض‌های اجتماعی، آرام شدن، رهایی از عصبانیت، تخلیه تنش و به حساب آمدن در گروه دوستان تعریف کرده‌اند. خودکشی محصول و نتیجه درد روانی است که منشأ آن نیازهای نابرابر روان‌شناختی است. فرد می‌خواهد به‌گونه‌ای این درد را از بین ببرد که ناچار به خودکشی می‌شود. بنابراین، عوامل روان‌شناختی مانند اختلالات روانی و عدم سلامت روان، اختلال شخصیت مرزی، افکار خودکشی، پرخاشگری، روان‌پریشی و روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، سبک‌های دفاعی روان‌آزرده و رشد‌نیافته و ناامیدی در پیش‌بینی اقدام به خودکشی نقش دارند. نتایج نشان می‌دهد که عوامل روان‌شناختی نقش مهمی در اقدام به خودکشی دارند. با بررسی وضعیت روان‌شناختی افراد می‌توان افراد در معرض خطر را تشخیص داد و اقدامات لازم را در مورد پیشگیری از خودکشی به عمل آورد. همچنین با ارتقای بهداشت روانی افراد می‌توان خطر اقدام به خودکشی را کاهش داد. بنابراین، توجه به این عوامل در طراحی مداخلات پیشگیرانه و برنامه‌های مداخله در بحران در زمینه رفتارهای خودآسیب‌رسان مهم است و با توجه به اینکه خانواده کانون فرهنگی - اجتماعی مهمی است و نقش مهمی در پیشگیری از مسائل آسیب‌زای افراد در آینده دارد، پس با افزایش انسجام خانوادگی می‌توان به کاهش آمار خودکشی کمک کرد.

فهرست منابع

۱. استیو (۱۳۹۵). جامعه‌شناسی خودکشی. مترجم: کارشناس، مجید،، ربانی، رسول،، و انصاری، ابراهیم. تهران: نشر آوای نور.
۲. بیرانوند، راضیه (۱۳۹۵). خودکشی. مجموعه مقالات اولین همایش ملی آینده‌پژوهی، علوم انسانی و امنیت اجتماعی. خرم‌آباد: تیلور.
۳. حافظی، رضوان، و اکبری، شیرین (۱۳۹۰). بررسی عوامل مؤثر بر شیوع خودکشی و راه‌های پیشگیری از آن در شهرستان خرم‌آباد در سال ۱۳۸۹. همایش هجوم خاموش. تهران.
۴. حسینیایی، علی،، مرادی، علیرضا، و پژومند، عبدالکریم (۱۳۹۵). بررسی عوامل روان‌شناختی اقدام به خودکشی در دانشجویان ایرانی. نشریه مطالعات روان‌شناختی، ۲(۲)، ۳۳-۴۹.
۵. دورکیم، امیل (۱۳۹۵). خودکشی. مترجم: سالارزاده امیری، نادر. تهران: نشر دانشگاه علامه طباطبایی.

۶. دهقان، مینا، بنایی، مریم، و میربلوچ زهی، علی (۱۳۹۸). بررسی خودکشی و عوامل مرتبط با آن یک مطالعه مروری نظام‌مند. سومین همایش ملی روان‌شناسی و آسیب‌های اجتماعی. چابهار.
۷. رستم‌نژاد، مانده (۱۳۹۸). بررسی عوامل مؤثر در شیوع خودکشی بین جوانان و راه‌های پیشگیری از آن. دومین همایش ملی آسیب‌های اجتماعی. اردبیل.
۸. رشید، خسرو، و عطایی، مانده (۱۴۰۰). بررسی عوامل مؤثر بر خودکشی. نشریه اصول بهداشت روانی، ۲(۲۳)، ۱۳۵-۱۴۵.
۹. زجاجی، علی، و یاسمی، محمدتقی (۱۳۹۳). برنامه ادغام پیشگیری از خودکشی در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه. تهران: اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های وزارت بهداشت.
۱۰. زیگموند فروید (۱۸۸۶). تحلیل روانکاوانه آسیب‌های روانی. مترجم: سعید شجاع. تهران: نشر دانشگاه علامه طباطبائی.
۱۱. سازمان پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش (۱۳۹۹). درسنامه جامعه‌شناسی ۱. تهران: انتشارات کتاب‌های درسی ایران.
۱۲. ستوده، هدایت‌الله (۱۳۹۴). آسیب‌شناسی اجتماعی (جامعه‌شناسی انحرافات). تهران: نشر آوای نور.
۱۳. شعاع کاظمی، مهرانگیز (۱۳۹۴). آسیب‌های اجتماعی نوپدید. تهران: نشر آوای نور.
۱۴. شولتز، دوان؛ سیدنی آلن شولتز (۱۴۰۱۹). نظریه‌های شخصیت. مترجم: سید محمدی، یحیی. تهران: نشر ویرایش.
۱۵. شیخوندی، داور (۱۳۸۴). جامعه‌شناسی انحرافات و مسائل جامعیتی ایران. تهران: نشر قطره.
۱۶. صابری، محبوبه، ویسی‌پور، فاطمه، و گیلانی، هانیه (۱۳۹۹). بررسی علل و روش‌های خودکشی در میان نوجوانان. اولین همایش ملی روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان. اردبیل.
۱۷. کاپلان، هارولد، و سادوک، بنیامین (۱۳۹۶). خلاصه روان‌پزشکی: علوم رفتاری-روان‌پزشکی بالینی. مترجم: پورافکاری، نصرت‌الله. تهران: نشر گیسوم.
۱۸. محسنی تبریزی، علیرضا (۱۳۹۵). ملاحظاتی درباب نظریه خودکشی دورکهایم. نشریه مطالعات جامعه‌شناختی، شماره ۲۵، ۱۱۷-۱۵۰.
۱۹. مهرین، مهرداد (۱۳۹۳). خودکشی. تهران: نشر عطایی.
۲۰. الیاسی فر، فاضل، یداللهی، سامان، جهانبازنژاد قادی، محمد، و ذاکری المشیری، رضا (۱۳۹۵). بررسی علل و عوامل پدیده خودکشی در ایران و راه‌های پیشگیری از آن. قم: اولین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های نوین در حوزه علوم تربیتی و روان‌شناسی و مطالعات اجتماعی ایران.
20. Alan, F. (2005). Schatzberg: The American Psychiatric Publishing textbook of mood disorders. American Psychiatric Publishing, p 503.
21. Arsenault, G., lapierre, C.k.& Gustavo, T (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides :A meta – analysis. Biomed central psychiatry , 4 , 37 –48.
22. Douglas, M. (1954). The Lele of the Kasai. African worlds: studies in the cosmological ideas and social.

23. Lynam, DR., Miller, JD., & Miller, DJ. (2012). Testing the relations between impulsivity-related traits, suicidality, and nonsuicidal self-injury: a test of the incremental validity of the UPPS model. *Personal Disord*, 2, 151– 160.
24. Nruham, L. (2010). *Associates and Predictors of Attempted Suicide among Depressed Adolescents*. PhD Thesis. Trondheim University. Norwegian.
25. Polanco-Roman, L., & Miranda, R. (2013). Culturally related stress, hopelessness, and vulnerability to depressive symptoms and suicidal ideation in emerging adulthood. *Behav Ther*, 44, 75– 87.
26. Segal, DL., Marty, MA., Meyer, WJ., & Coolidge, FL., (2012). Personality, suicidal ideation, and reasons for living among older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 67, 159– 166.
27. Troister, T., & Cutcliffe, J. (2008). Review of predictors of suicide within 1 year of discharge from a psychiatric hospital. *Curr Psychiatry Rep*, 10(1), 60– 65.

