

پیامدهای روان‌شناختی درد مزمن: با تأکید بر افکار خودکشی‌گرا و مداخلات روان‌شناختی

مجتبی حبیبی^۱، رضا باقریان سرارودی^۲

مقاله مروری

چکیده

خطر افکار و اقدام به خودکشی، به‌خصوص زمانی شدت می‌یابد که با وجود مراجعات مکرر و درمان‌های متعدد پزشکی درد همچنان به قوت خود باقی است و بیمار یاد گرفته است که این درد متفاوت از سایر دردها است. در نهایت تنها دو راه حل در برابر این موقعیت وجود دارد. اول، تسلیم شدن در برابر درد و درمان‌دگی آموخته شده و دوم، خاتمه دادن به زندگی به دور از لذت و همراه درد. اهمیت توجه به افکار و اقدام به خودکشی در بین بیماران مبتلا به دردهای مزمن زمانی روشن‌تر می‌شود اگر بدانید که در آمریکا خودکشی، دومین علت مرگ و میر در بین بیماران مزمن است. در مطالعات بسیاری به نقش برجسته درد توانگاه و تسلیم شدن در برابر درد به عنوان یک سرنوشت و اقدام به خودکشی در بیماران مزمن تأکید شده است. با توجه به اهمیت زندگی انسان‌ها برای جوامع پزشکی، روان‌پزشکی و روان‌شناسی در اولویت اول و حفظ سلامت جسمی و روانی در اولویت دوم، باید گفت که تمام تلاش‌های جامعه خدمات بهداشتی در جهت حفظ سلامت افراد بشر است. اما باید توجه داشت که با وجود تلاش زیاد و همدلانه جامعه پزشکی در درمان بیماران مبتلا به درد مزمن ممکن است که در وسط فرایند درمان، بیمار تحمل و ظرفیت لازم را برای ادامه زندگی همراه با درد مزمن را نداشته باشد و اقدام به خودکشی نماید و تمام تلاش جامعه پزشکی و زحمات خود بیمار و هزینه‌های هنگفت متحمل شده برای درمان یک‌باره به هدر رود. در این مقاله کوشش شده است ضمن بررسی رابطه بیماری‌های مزمن با افکار و اقدام خودکشی به ابعاد روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی آن پرداخته شود.

واژه‌های کلیدی: درد مزمن، افکار خودکشی، مداخلات روان‌شناختی

ارجاع: حبیبی مجتبی، باقریان سرارودی رضا. پیامدهای روان‌شناختی درد مزمن: با تأکید بر افکار خودکشی‌گرا و مداخلات روان‌شناختی. مجله

تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۲؛ ۱۱(۴): ۳۰۶-۳۱۹

دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۴/۱

پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۷/۱۶

مقدمه

سال بعد یعنی در سال ۱۷۶۲ توسط آکادمی علوم فرانسه پذیرفته شد و جزء لغات فرهنگستان آن کشور شد. واژه suicide مرکب از دو لغت لاتین sui به معنی خود و cide به معنای کشتن است (۱). خودکشی به عنوان یک رفتار، مرگی است که به دست خود شخص انجام می‌گیرد و به گفته Shnidman «خودکشی عمل آگاهانه آسیب رساندن به خود است که می‌توان آن را یک ناراحتی چند بعدی در انسان نیازمندی دانست که برای مسأله تعیین شده، این عمل را

خودکشی پدیده‌ای است که همراه با پیشرفت تدریجی جوامع و تحول و دگرگونی ساختارها در حال حاضر رشد چشمگیری یافته است و با وجود اتمام و سعی جامعه‌شناسان و روان‌شناسان در تحدید و کنترل آن متأسفانه همچنان شاهد وقوع این پدیده تلخ در بسیاری از جوامع هستیم. تعریف خودکشی واژه suicide برای نخستین بار در سال ۱۷۳۷ توسط Defonten کشیش فرانسوی به کار برده شد. این اصطلاح ۲۵

۱- استادیار، روان‌شناسی سلامت، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: bagherian@med.mui.ac.ir

مثال شدت اختلالات خلقی در بین بیماران دیابتی و رماتوئید آرترویتی ۲۰ درصد الی ۲۵ درصد تخمین زده شده است (۶) و در مقایسه نرخ ۴ الی ۸ درصدی افسردگی در جامعه معمولی، نرخ افسردگی در بیماران سرطانی ۳۰ درصد تخمین زده شده است (۹-۷).

در این میان ناامیدی، افسردگی و شکست‌های درمانی متوالی ممکن است منجر به این شود که بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن غیر قابل درمان اقدام به خودکشی کنند تا از شرایط دردآور و تحمل این شرایط رها شوند (۱۱-۱۰). بنابراین، افسردگی پیامد بیماری‌های مزمن به دلیل ایجاد اختلال در روند و سبک زندگی، کار، زندگی زناشویی، تحصیل و ارتباطات اجتماعی و حتی بار مالی گزاف راهی جز خلاصی از درد نمی‌گذارد و در این بین عمدتاً این افراد راه مرگ زودرس و خودکشی را در پیش می‌گیرند. در این مقاله کوشش شده است رابطه بیماری‌های مزمن با افکار خودکشی و اقدام به آن را شرح داده و به ابعاد روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی آن پرداخته شود.

▪ ابعاد روان‌شناختی رابطه بیماری‌های مزمن با افکار خودکشی

سرطان: برخی مطالعات شیوع خودکشی در میان بیماران سرطانی را دو برابر افراد عادی برآورد کرده‌اند (۱۲). خطر مربوط به خودکشی در مراحل پیشرفته بیماری و در خصوص بیماری‌هایی که خستگی حاصل از سرطان مزمن را تجربه کرده‌اند افزایش می‌یابد. به خصوص در طول دوره بستری در بیمارستان، یا بلافاصله بعد از مرخص شدن از بیمارستان و در طول دوره نقاهت و در مواقعی که درمان‌های پزشکی و شیمیایی با شکست مواجه شود احتمال افکار خودکشی بالا می‌رود. هر چند که تشخیص خطر خودکشی در بیماران سرطانی اهمیت زیادی دارد اما خطر خودکشی حتی بعد از درمان موفق هم تا مدت‌ها بالا است. چرا که این افراد دچار افسردگی مزمن هستند و احساس ناامیدی شدیدی دارند و به دست آوردن توانایی اولیه بعد از اختلال مزمن، وجود علل و نشانگان افسردگی در این افراد باعث

بهترین راه حل تصور بر مبنای تعریف مرکز مطالعات انستیتو ملی بهداشت روانی آمریکا، "خودکشی تلاشی آگاهانه به منظور خاتمه دادن به زندگی شخصی است که شاید این تلاش به اقدام تبدیل شود یا فقط به شکل احساسی در فرد بروز نماید". علل خودکشی براساس تحقیقات صورت گرفته در زمینه علل خودکشی طبقه‌بندی‌های متعددی وجود دارد: ۱- علل آسیب‌شناختی - روانی که شامل بیماری‌های جسمی و بیماری‌های روانی همچون افسردگی است. ۲- علل اقتصادی که شامل بیکاری، مشکلات اقتصادی، ورشکستگی و از دست دادن پایگاه‌های اجتماعی است. ۳- علل عاطفی که شامل شکست‌های تحصیلی، شکست در عشق، از دست رفتن شخص مورد علاقه، مرگ یا بیماری خطرناک یکی از نزدیکان و درگیری‌های خانوادگی (۵-۲).

پیشرفت‌های پژوهشی و ارایه خدمات بهداشتی و پزشکی در سطح وسیع در حال حاضر باعث کاهش مرگ و میر و امید به زندگی در کشورهای پیشرفته شده است. امروزه طول عمر ما زیاد شده است. اما این مسأله ضرورتاً بدان معنی نیست که احتمالاً زندگی بهتری داشته باشیم. آن افرادی که در گذشته بر اثر مشکلات و بیماری‌های پزشکی فوت می‌کردند امروزه زنده می‌مانند. اما این افراد باید هزینه‌های عاطفی، هیجانی و روانی درمان‌های دارویی، شیمیایی و گاه جراحی‌های طولانی مدت و فرسایشی را تحمل کنند، که بسیار طاقت فرسا است. برای مثال کسانی که پیوند کلیه انجام داده‌اند همیشه باید مراقبت‌ها و آزمایش‌های پزشکی را تا پایان عمر ادامه دهند. این بیماران با یک شرایط تکراری و مزمن دست به گریبان هستند که البته ابعاد عاطفی و روانی این شرایط عمدتاً در میزان تأثیرگذاری درمان پزشکی و حتی ادامه درمان موثر است. در این شرایط چالش در زمینه شناسایی و مدیریت ابعاد اجتماعی و روانی بیماران مزمن بسیار حساس و حیاتی است.

این بیماران اغلب مجبور هستند که آمل، آرزوها، سبک زندگی و حتی شغل و زندگی خود را با شرایط بیماری خود هماهنگ کنند. این شرایط دشوار و گاه شکست در مهیا کردن این شرایط و شکست‌های پی‌درپی درمانی می‌تواند منجر به اختلالات روان‌پزشکی عمده‌ای مثل افسردگی یا اضطراب شود. برای

درد به ناتوانایی‌های عملکردی بیشتر در این افرادی می‌انجامد. در نهایت چاره‌ای جز درماندگی و افتادن در ورطه ناامیدی و شکست روانی وجود ندارد (۳۰-۳۷)

شناسایی اولیه افکار خودکشی در بین بیماران درد مزمن از اهمیت خاصی برخوردار است چرا که شیوع افکار خودکشی فعال در بین این بیماران بسیار بالا می‌باشد. و همین افکار هر لحظه ممکن است به عمل مرگ منجر شود (۳۲-۳۰).

در مطالعات مربوط به رابطه بین افکار و رفتار خودکشی با درد مزمن توجه کمی به بررسی و مطالعه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شده است. اما مطالعات حاکی از آن است که افکار خودکشی به شدت تحت تأثیر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی است. برای مثال، زنان و افراد کم سواد به طور کلی در هنگام مواجهه با بیماری‌های مزمن و در صورت شکست طرح‌های درمانی بیشتر مستعد افکار خودکشی و حتی رفتارهای منجر به خودکشی موفق هستند (۳۷-۳۳).

در مطالعه‌ای میزان افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در بین زنان معتاد مبتلا به درد مزمن به ترتیب ۴۰/۳ درصد و ۲۳/۸ درصد (۳۸) و در مطالعه دیگری میزان افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در افراد معتاد مبتلا بر درد مزمن ۱۳/۵ درصد و ۴/۶ درصد گزارش شده است. این یافته‌ها بر اهمیت شناسایی و سنجش تاریخچه اختلالات روان‌پزشکی در بین بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن تأکید دارد (۴۱-۳۹).

اختلالات روان‌پزشکی و افکار خودکشی‌گرا

احساس بی‌لذتی عاطفی به ویژه در بیماری اسکیزوفرنیا و توانایی کاهش‌یافته برای تجربه احساس لذت یک عامل خطر مهمی در خودکشی در سال اول ابتلا به اختلالات عاطفی عمده و مزمن می‌باشد. علاوه بر این، در موقع عود مزمن اختلالاتی مثل اسکیزوفرنیا، بین افکار خودکشی و احساس بی‌لذتی روانی رابطه زیادی وجود دارد (۴۳-۴۲). در مطالعات قبلی (۴۴) بین افکار خودکشی و احساس بی‌لذتی در بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی مزمن رابطه مثبتی دست یافتند. مطالعات حاکی از آن بود که در بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی مزمن احساس بی‌لذتی زیاد با افکار خودکشی بالا در ارتباط است.

ایجاد توانایی لازم جهت اقدام به خودکشی در این افراد می‌شود. دردهای ناشی از جراحی که بیماران سرطانی تجربه می‌کنند می‌تواند آمادگی آن‌ها را برای خودکشی افزایش دهد. در مجموع، ترس از مرگ یا عدم بهبودی سرطان می‌توان به افکار خودکشی منجر شود (۱۳).

احتمال خطر خودکشی در بین بیماران مزمن به خصوص بیماران سرطانی در زمان‌هایی که درمان با شکست‌های مکرر مواجه می‌شود و یا در طول دوره بستری شدن بالا می‌باشد. بیماری‌های جسمانی مزمنی مثل سرطان، صرع، صدمات جمجمه، بیماری‌های قلبی عروقی، دمانس، ایدز، برخی اختلالات غدد مثل بیماری کوشینگ احتمال بالایی از خطر خودکشی را دارند. چرا که عوامل مربوط به بیماری جسمانی مثل عدم توانایی حرکتی، بد ریختی بدن (به خصوص در زنان) و درد مزمن عامل اصلی افکار و رفتار خودکشی است (۱۳).

درد مزمن: وجود درد مزمن به میزان بالایی با رفتارهای خودکشی‌گرا (۱۷-۱۴)، اقدام به خودکشی موفق (۲۰-۱۸) در ارتباط است. مطالعات اخیر حاکی از آن است که نرخ افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در بین افراد مبتلا به درد مزمن در مقایسه با جمعیت عمومی دو الی سه برابر می‌باشد (۲۱). میزان بالای نرخ رفتارها و افکار خودکشی در همه شرایط مربوط به وضعیت‌های درد وجود داشته است و در مقایسه با بیماری‌های غیر در دزدا بیشتر است (۲۲، ۱۴). برخی مطالعات حاکی از ارتباط مثبت و قوی بین افکار خودکشی و شدت درد بوده است و برخی از مطالعات ارتباطی بین این دو وضعیت نمی‌بینند (۱۴).

یکی از عوامل مطالعه شده در خصوص ارتباط درد مزمن با افکار و رفتار خودکشی استفاده از استراتژی‌های مقابله با درد است که یک پیش‌بینی کننده قابل اطمینانی در پیش‌بینی رابطه بین این دو متغیر بود (۲۵-۲۳). بین افراد در استفاده از استراتژی‌های مقابله با درد تفاوت‌های عدیده‌ای وجود دارد (۱۴، ۱۲) در صورتی که استراتژی‌های مقابله مؤثر نباشند و با شکست مواجه شوند نتیجه‌ای جز ناامیدی، درماندگی و افکار خودکشی نخواهد داشت (۲۶). مستقل از عواطف منفی، عاقبت منفی و ناامیدکننده بیماری‌های درد مزمن با احتمال تشدید درد همراه است و انتشار

تجربه کرده‌اند (۷۴-۷۲).

عوامل اجتماعی و فرهنگی اقدام به خودکشی در

بیماران درد مزمن

از آنجا که خودکشی با منابع داخلی مقابله مثل خود انگاره، خود اتکایی، چشم‌انداز مثبت، آرزوی واقع‌بینانه، امیدهایی برای آینده، مقابله، حل مسأله و دیگر مهارت‌های بقا، مهارت‌های شغلی، سلامت فیزیکی و روانی، در ارتباط است. در صورتی که این منابع درونی تضعیف شوند احتمال خودکشی افزایش می‌یابد. البته در بیماران مزمن احتمال ناامیدی، شکست‌های متوالی درمان، خودپنداره و اعتماد به نفس ضعیف و حتی گاه نبود منابع خارجی حمایت این افراد را مستعد افکار و رفتار خودکشی‌گرا می‌نماید. وجود منابع خارجی مثل تضمین مالی، یک شغل رضایت بخش، جایی برای زندگی، دستیابی به کمک حرفه‌ای و مراقبت طبی، مدل‌های مثبت نقش، دوستان مدرسه، منابع اتکا و توکل پیروی مثل خانواده، دوستان، دین، مذهب و توکل به خدا علاوه بر پیشگیری از خطر خودکشی در احتمال نجات هم مؤثر است. منابع خارجی قوی در بیماران مزمن مثل خانواده و دوستان و اجتماع، گاه با وجود ضعف منابع داخلی می‌تواند کمک‌کننده باشند.

خودکشی راهی برای رهایی از بحران غیرقابل تحمل بوده و یا احساس سرکوفتگی، درماندگی، نومیدی، تعارض دوسوگرایی بین بقا و استرس غیرقابل تحمل در بیماران مزمن در ارتباط است (۷۵). در این افراد انگیزه خودکشی همان رهایی از احساس فشار، خلاص شدن از محیطی که به فرد فشار می‌آورد، راهی برای نشان دادن نومیدی به دیگران، تلاش برای جلب حمایت دیگران می‌باشد، یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که خطر نقاط پایانی مثل افسردگی و خودکشی که اغلب پیامدهای یک زندگی توأم با محرومیت‌های متعدد و اختلالاتی است که در آن طیفی از شرایط نامطلوب که به خودی خود، خطرات را افزایش می‌دهد، بالا است (۷۶).

مطالعات حاکی از آن است که بین اسکیزوفرنی مزمن و افکار خودکشی و احساس بی‌لذتی رابطه زیادی وجود دارد (۴۶-۴۵).

آمادگی مزاجی برای ابتلا به استرس، تعیین‌کننده واکنش افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و غوطه‌ور شدن در افکار و رفتار خودکشی می‌باشد. و در این میان تجارب کودکی و عوامل ژنتیکی و محیطی بسیار تأثیرگذار هستند. برای مثال آمادگی مزاجی برای افکار خودکشی تحت تأثیر بیماری‌هایی مثل صرع (۴۸-۴۷)، هانتینگتون (۵۲-۴۹) الکلی و سوء مصرف مواد (۵۵-۵۳)، میزان چربی خون (۵۷-۵۶) می‌باشد.

اهمیت پدیده خودکشی به صورت افکار و رفتار خودکشی‌گرا صرفاً با دانستن تعداد بالغ بر ۳۰۰۰۰ نفر قربانی خودکشی در سال در ایالت متحده قابل درک می‌باشد (۶۲-۵۸). در بین افراد در معرض خطر اقدام به خودکشی تعداد بسیار چشم‌گیری هستند که از اختلال اسکیزوفرنی و سایر اختلالات مزمن روان‌پزشکی و اختلالات خلقی (۶۴-۶۳، ۲۹) رنج می‌برند. با در نظر گرفتن این واقعیت که تخمین‌های مربوط به خودکشی بسیار بیشتر از آن است که در گزارش‌های رسمی ارائه شده است (۶۶-۶۵) می‌توان گفت که خودکشی هنوز دلیل عمده بسیاری از مرگ و میرهای زودرس و نابهنگام در جامعه آمریکا می‌باشد (۶۸-۶۷).

اگر چه رفتار خودکشی‌گرا در بیماران روان‌پزشکی توجه زیادی را به خود جلب کرده است، بررسی‌های افراد تشخیص داده شده با اختلالات روان‌پزشکی که بر اثر خودکشی مرده‌اند بسیار اندک بوده است. اما برخی ویژگی‌های بالینی مثل سطوح بالایی از نشانگان افسردگی و یا حضور اختلالات افسردگی (۷۰) به شکل باثباتی در خودکشی و رفتارهای خودکشی‌گرا در بین افراد مبتلا به اختلال روان‌پزشکی مثل الکلیسم و اختلال سوء مصرف مواد (۷۱) در ارتباط است. هر چند که در بین بیماران اسکیزوفرنی اقدام‌کننده به خودکشی احتمال یک مرحله فعال و تشدیدشده‌ای از بیماری بالا است، ولی این افراد به احتمال زیاد در ماه‌های قبل از اقدام به خودکشی نشانگان روان‌پزشکی را به صورت مداوم و مزمن

عبارت "مسأله این نیست که چه چیز را می‌دانید، بلکه آن است که چه کسی را می‌شناسید" تا حدی گفته‌ای نامانوس است اما قدری خردمندی در آن نهفته است. این ضرب‌المثل قدیمی دانمارکی که "هیچ‌کس آن‌قدر توانا نیست که نیاز به همسایه نداشته باشد" نقطه نظر مثبت‌تری است. پژوهش‌های جدید درباره حمایت اجتماعی، توجه را بر جنبه مثبت روابط اجتماعی متمرکز کرده‌است. یعنی آن دسته از وابستگی‌های درون فردی که مورد علاقه و پاداش‌دهنده و حمایت‌کننده هستند.

شبکه اجتماعی ما مردمی را در بر می‌گیرد که می‌توانیم به آن‌ها تکیه کنیم، مردمی که به ما اجازه می‌دهند بدانیم آن‌ها نگران ارزش‌ها هستند، و ما را دوست دارند. هر کس که متعلق به شبکه اجتماعی است حمایت اجتماعی را تجربه می‌کند. شواهد مبنی بر این که طرق غیر انطباقی تفکر و رفتار به‌طور نامتناسبی در میان افراد با حمایت‌های اجتماعی کم روی می‌دهد در حال افزایش هستند. میزان کفایت اجتماعی موجود شخص، هم در آسیب‌پذیری و هم در مقابله وی نقش دارد. آسیب‌پذیری جسمی و روان‌شناختی به موازات کاهش حمایت اجتماعی افزایش می‌یابد. به این معنی که حمایت اجتماعی به عنوان سپری در مقابل آشفتگی‌های زندگی در دنیای پیچیده عمل می‌کند. نه تنها حمایت اجتماعی طی دوره فشار روانی بسیار یاری‌کننده است (خوب است بدانیم افرادی هستند که ما را از موقعیت دشوار می‌رهانند) بلکه در موارد آرامش نسبی نیز مفید است. حمایت اجتماعی به ما امنیت و اعتماد به خود می‌دهد تا رویکردهای دیگر را بسنجیم و مهارت‌های مقابله اضافه را کسب نماییم. با طیف گسترده‌ای از مهارت‌های مقابله، در موقعیت بهتری برای برخورد با خواست‌ها و محرومیت‌ها و خطرات قرار داریم (۷۷-۸۰).

طرق غیرانطباقی تفکر و رفتار، بیشتر میان اشخاصی شایع است که خصوصاً در درون خانواده حمایت اجتماعی کمی دارند. بعد از مرور گسترده روی متون مربوطه، Bowlby (۸۴-۸۱) نتیجه گرفت که نه خلل در خود اتکایی بلکه روابط آشفته خانوادگی آن‌را تشدید می‌کند. اتکا به خود و به دیگران، نه تنها با یکدیگر

سازگار هستند، بلکه مکمل یکدیگر می‌باشند. مراقبت تنها وقتی آزادکننده می‌شود که خانواده کنترل بسیار زیادی بر زندگی شخص اعمال کند. به هر صورت اگر چه فقدان حمایت اجتماعی در سال‌های اولیه زندگی زیان‌آور است امکان این که روابط اجتماعی جدید بتواند تنش‌زایی کند و ارزش درمانی داشته‌باشد وجود دارد. روان‌درمانی از این دیدگاه، رابطه اجتماعی به خصوصی است که افراد را در مواجهه و چیره شدن بر موانع یاری می‌دهد. حمایت اجتماعی، مقابله با بحران و سازگاری با تغییر را تسهیل می‌کند.

افراد دارای روابط پاداش‌دهنده فراوان، چه می‌کنند که دیگران آن‌ها را به راحتی کمک می‌نمایند تا جنبه‌های ناخوشایند زندگی را مرتفع سازند، در حالی که دیگران تنها و از لحاظ اجتماعی منزوی می‌مانند؟ اشخاص با سطوح بالا و پایین حمایت اجتماعی در مهارت‌های اجتماعی لازم برای کسب علاقه دیگران متفاوت هستند (۸۶-۸۵). به هنگام وارد شدن در گفتگو با غریبه، اشخاصی که دارای حمایت اجتماعی بالا هستند، نسبت به آن‌هایی که حمایت‌های اجتماعی کمتری را گزارش می‌نمایند شایستگی و آرامش و اطمینان بیشتری احساس می‌کنند. به علاوه افرادی که در حمایت اجتماعی پایین هستند توسط دیگران کمتر جالب و قابل اطمینان و مساعد و محتاط درک می‌شوند تا آن‌ها که حمایت اجتماعی بالاتری دارند. همچنین آن‌ها کمتر به عنوان دوست و همکار پذیرفته می‌شوند و احساس تنهایی بیشتری گزارش می‌کنند. به نظر می‌رسد بین مهارت‌های اجتماعی و حمایت اجتماعی همبستگی نیرومندی موجود باشد. افراد با سطوح پایین حمایت ممکن است باور نکنند دیگران می‌توانند به آن‌ها علاقمند باشند. این باور موجب افزایش آسیب‌پذیری در برابر فشار روانی می‌شود، خصوصاً در مواقعی که زمینه‌ای برای تعاملات با دیگر مردم منظور شده است. آموزش مهارت‌های اجتماعی ممکن است نه تنها کارایی درون فردی آن‌ها را افزایش دهد بلکه همچنین به آن‌ها کمک کند تا درک خود را از انزوای اجتماعی کاهش دهند.

استراتژی‌های مقابله در بیماران مبتلا به درد مزمن

حل كند.

۴- در نظر گرفتن شقوق مختلف و آزمون نتايج هر يك از شقوق

۵- استفاده از شوخ طبعى براى كم كردن فشار روانى موقعيت

تحقيقات روزافزونى در پى يافتن روش‌هاى مقابله مؤثرتر با فشار روانى برآمده‌اند. يكى از دستاوردها اين است كه عدم اطلاع، امرى آسيب‌زننده است. كسانى كه مى‌دانند چه پيش مى‌آيد بهتر قادردند با فشار روانى مقابله كنند تا آن‌ها كه نمى‌دانند چه در پيش است. به عنوان مثال رنج‌هاى بسيارى از بيماران جراحى شده به اين خاطر است كه از قبل نمى‌توانند كه بعد از عمل درد قابل ملاحظه‌اى خواهند داشت. معلوم شده وقتى بيماران از قبل بدانند عمل جراحى چه ميزان درد مى‌تواند داشته باشند، اضطراب كمترى دارند و سريع‌تر بهبود مى‌يابند.

يادگيرى مهارت‌هاى ويژه مورد نياز در موقعيت‌هاى تنش‌زا نيز افراد را در مقابله مؤثر يارى مى‌دهد. بسيارى افراد بدون آن كه آموزش‌هاى متناسبى ديده باشند وارد جريان‌هاى پرخطرى مى‌شوند. به عنوان مثال، اغلب حوادث راهپيمايى و كوهنوردى نتيجه نارسايى آموزش و آمادگى مى‌باشد. گذشته از يادگيرى مهارت‌هاى ويژه، مردم با قرار گرفتن در جريان سلسله تجارب به ترتيب كم‌تنش تا نسبتاً پرتنش مى‌توانند براى مقابله با شرايط تنش‌زا آموزش ببينند. به علاوه، مشاهده سرمشقى كه به طريقي مؤثر با فشار روانى مقابله مى‌كند، مى‌تواند به كسانى كه در معرض موقعيت سخت يا ناشناس قرار دارند كمك كند.

گاهى اوقات شكست افراد در مقابله با فشار روانى بر اثر برانگيختگى شديدى است كه بر اثر ناتوانايى در تسلط در افكار شكست است. اين افراد نمى‌توانند افكار و احساسات و رفتارهاى خود را در موقعيت‌هاى دشوار كنترل كنند و در نتيجه نمى‌توانند روش‌هاى سازنده مشكل‌گشا را به كار گيرند. يادگيرى مهارت‌هاى عمومى مقابله با فشار روانى آموختن چگونگى تفكر كارساز، حل مسأله، رفتار قابل انعطاف، و تأمين بازخورد نسبت به خود در مورد شيوه‌هاى كارآمد مهم‌ترين عامل مقابله است. در زير مثال‌هاى از عبارات مفيد ارايه مى‌شود كه افراد مى‌توانند در

راهبردهاى كه در افراد دچار بيمارى‌هاى مزمن و درد توانگاه با آن مواجه هستند به مانند طيف تفاوت‌هاى فردى از فردى به فرد ديگر فرق مى‌كند. به عبارتى به تعداد افراد بشر مى‌توان راهبرد وجود داشته باشد. اما در يك تقسيم‌بندى كلى مى‌توان اين راهبردها را به دو دسته "رشد يافته" مثل مكانيسم‌هاى والايش، شوخ طبعى، پيش‌بينى و فرونشانى و راهبردهاى "رشد نايافته" مثل ابطال، نوع‌دوستى كاذب، آرمانى‌سازى، واكنش متضاد، پرخاشگرى، عملى‌سازى، مجازاسازى، انكار، جابجايى، دليل تراشى و برونى‌سازى تقسيم‌بندى كرد (۸۷). به عبارتى مى‌توان گفت كه افراد نه تنها به لحاظ رويدادهاى كه در زندگى تجربه مى‌كنند متفاوت هستند، بلكه از لحاظ آسيب‌پذيرى در برابر رويدادها نيز متفاوت هستند. آسيب‌پذيرى هر كس در برابر فشار روانى متأثر از مهارت‌هاى مقابله و حمايت‌هاى اجتماعى موجود است. آسيب‌پذيرى احتمال پاسخ غيرانطباقى بر فشارهاى روانى و دردهاى مزمن را افزايش مى‌دهد.

ويژگى‌هاى كه افراد در موقعيت‌هاى زندگى با خود دارند (انتظارات، ترس‌ها، مهارت‌ها، اميدها) بر ميزان فشار روانى كه احساس مى‌كنند و بر ميزان تناسب مقابله با آن منبع خطر و تهديد تأثير مى‌گذارد. تجربه و موفقيت در مقابله با موقعيت‌هاى مشابه، اعتماد به نفس استوار، توانايى در خونسرد ماندن و انسجام خود را از دست ندادن به عوض از پا افتادن مى‌تواند منابع مقابله و احتمال موفقيت مقابله را افزايش دهد.

در كار مقابله، مردم توانايى‌هاى شخصى خود را به منظور چيره شدن بر مشكل، كنار گذاشتن مانع و پاسخگويى به سؤال به كار مى‌گيرند. مقابله كنندگان موفق نه فقط روش اجراى كارها را در موقعيت‌هاى عادى بلكه چگونگى حل و فصل موقعيت‌هاى را مى‌دانند كه پاسخ سنجيده آماده‌اى براى آن‌ها ندارند. كسانى كه عموماً مقابله‌كننده موفقى هستند يك سلسله توانايى‌هاى شخصى دارند.

شامل توانايى:

۱- جستجوى اطلاعات مرتبط

۲- همنوايى با ديگران و دريافت حمايت به هنگام نياز

۳- بررسى دوباره وضعيت طورى كه آن را بيشتر قابل

کاری که در پیش دارید تمرکز کند. فایده‌ای ندارد وقت زیادی را صرف افکار و احساساتی که به فایق آمدن بر آن کار (انجام آن کار) مربوط نیستند، بنمایید. منظور از داشتن جهت‌گیری در کار این است که به طور کامل بر روی کاری که در دست اجرا دارند تمرکز نمایند. افکار و هیجانات منفی و مزاحم؛ دشمنان جهت‌گیری کاری هستند.

۲- به مراجع بیاموزید که خودت باش. نقش بازی نکن. چنانچه طبیعی باشی مؤثرتر خواهی بود تا این که نقش بازی کنی. به خودت اعتماد داشته باش نه به نقشت.

۳- به مراجع بگویید که خودبازبینی داشته باش. در هر موقعیتی که هستی به احساسات و تفکرات خودت توجه داشته باش. مهم است بیاموزی چه چیزهایی موجب ایجاد فشار در تو می‌شوند و همچنین واکنش‌های شخصی تو به این فشارها چه هستند. خودبازبینی مؤثر سیستم هشداردهنده اولیه شما است؛ این سیستم می‌تواند به شما در مورد ضرورت بکارگیری سایر مهارت‌های مقابله به منظور پیشگیری از انفجار اخطار دهد.

۴- به مراجع بگویید که در مورد این که چه کارهایی از دستت بر می‌آید واقع بین باش. نقاط قوت و ضعف خودت را خوب بشناس. برخی اوقات خنده بهترین دارو است. شوخ طبعی خود را از دست ندهید.

۵- نگرشی سازنده داشته باشد. به دنبال یافتن نقاط مثبت افرادی باش که در اطراف تو هستند. در رسیدن به این جمع‌بندی که مردم کاری می‌کنند تا صرفاً تو را ناراحت سازند تعجیل نکن، خودت را به جای دیگران بگذار چنانچه این کار را بکنی ممکن است متوجه شوی کارهای آنها خیلی هم غیر منطقی نیست.

۶- به مراجع بگویید که از روابط حمایتی استفاده کنید. با دیگران درد دل کنید. و بدین وسیله خودتان را تسکین بدهید و از دوستانان استمداد بجوید. زمانی که احساس فشار زیاد می‌کنید در خود فرو نرود و به یاد داشته باشد که همه ما با کمی کمک از سوی دستانمان می‌توانیم بر مشکلاتمان فایق آییم.

تجهیز و مقابله با شرایط تنش‌زا، برای خود تدارک ببینند. چنین عباراتی در آموزش برنامه‌های معطوف به تقویت مهارت‌های شناختی مورد استفاده قرار گرفته‌اند. در این آموزش، عبارات برای هر شرکت کننده مدل قرار می‌گیرد، و بعد به او فرصتی داده می‌شود تا به هنگام تصویرپردازی در شرایط تنش‌زا آن‌ها را تکرار کند.

آمادگی برای موقعیت تنش‌زا

- باید نقشه‌ای برای رویارویی با این مشکل بکشیم
- نگران نیستیم که چه می‌شود، خودم را هر چه بتوانم آماده‌تر می‌کنم. مواجهه با موقعیت تنش‌زا
- می‌خواهم هر بار تنها یک قدم بردارم، از عهده این کار بر می‌آیم.
- می‌خواهم مطمئن شوم فقط به مطلب اصلی می‌پردازم
- یقیناً ترسیده‌ام، اما طبیعی است.
- می‌دانم ترسیده‌ام، اما باید کاری کنم که من را در مقابله یاری دهد. عبارات خود تقویت کننده
- تنش خود را کنترل کردم و موفق هم شدم
- من قابلیت آن را دارم که این مشکل را مثل بحران‌های قبلی حل کنم.

کسانی که با موقعیت‌های تنش‌زا به طور مؤثرتری مقابله می‌کنند آموخته‌اند که افکار خود را در راستایی مفید جهت داده و آشفتگی حاصل از ترس و نگرانی را از خود دوری کنند. هنر پیشینه‌ها و بازیکنان فوتبال و دیگر افرادی که اغلب زیر نگاه تماشاگران هستند به‌زودی می‌آموزند که توجه به کاری که در دست دارند، خیلی مفیدتر از افکار به خود مشغول کننده است (پیش از صدهزار نفر منتظر هستند من این توپ را لو بدهم) آن‌ها همچنین می‌آموزند مسائلی را پیش‌بینی نمایند که ممکن است موقعیت تنش‌زایی را بغرنج کند و درباره بهترین راه برای رویارویی با آن اندیشه نمایند.

راهنمای درمان‌گران و مشاوران برای پیشگیری از اقدام به خودکشی در بیماران درد مزمن

۱- به مراجع بیاموزید که جهت‌گیری کاری داشته باشید. روی

۷- به مراجع بگویید که حوصله داشته باش. خود را به خاطر دست نیافتن به درمان کامل مذمت مکن. شکست‌های درمانی باید تجارب آموزنده‌ای باشند نه موقعیت‌های برای سرزنش شدید خود. توقعاتی را که از خودداری در سطح معقولی نگهدار.

محققان اجزا موقعیت‌های تنش‌زا را تحلیل کرده‌اند و به افراد آموخته‌اند در پاسخ‌گویی به آن‌ها بیشتر شناختی عمل کنند تا عاطفی. برای مثال، موقعیت‌های خشم‌آفرین برای اکثر مردم بسیار تنش‌زا است، اما می‌توان به افراد آموزش داد تا با تمرکز روی واکنش‌های خود و مشغول نگهداشتن ذهن خود به کاری که به آن اشتغال دارند از دل مشغولی با خشم خود اجتناب ورزند. در این راستا گام‌های زیر را مورد تأکید است (۸۸-۹۲):

- ۱- آمادگی برای اشتغال فکر: فرد موقعیت‌هایی را تصور می‌کند که ممکن است عصبانیت برانگیز باشد و افکاری را بیان کند که ایجاد مقابله کافی نمایند. به این موضوع خواهیم پرداخت، نیازی به عصبانیت نیست. (به‌راحتی آنرا انجام بده)
- ۲- برخورد و مواجهه: شخص تصور می‌کند که تحریک واقعا روی داده است (به آنچه مجبوری انجام دهی فکر کن).
- ۳- دوره بعد از برخورد: فرد تصور می‌کند عصبانیت رخ داده، متوجه واکنش‌های هیجانی بعدی می‌گردد، و افکار معطوف کاهش هیجان را مرور می‌کند (خشم من نشانه آن چیزی است که نیاز دارم انجام دهم).

بحث و نتیجه‌گیری

ویژگی‌های شرایط تنش‌زا می‌تواند در میزان کنترل ما بر موقعیت و بروز یا عدم بروز احساس ناتوانی و به طبع آن افکار خودکشی در بیماران مزمن تأثیر داشته باشد. بعضی بحران‌ها به طور ناگهانی شکل می‌گیرند، در حالی که بعضی به تدریج رشد می‌کنند هر چند ممکن است به نظر برسند ناگهانی بر ما تأثیر می‌گذارند. در زیر جوانبی را می‌بینید که شرایط و موقعیت‌های مخاطره‌آمیز را از هم متمایز می‌کند.

- ۱- مدت: شرایط تنش‌زا از لحاظ طول زمانی که افراد با آن‌ها مواجه می‌شوند متفاوت هستند مصاحبه شغلی مدت زمانی

- کوتاهی طول می‌کشد، در حالی که مشاخره زناشویی ممکن است ساعت‌ها یا روزها طول بکشد.
- ۲- شدت: موقعیت‌های تنش‌زا از لحاظ شدت موقعیتی که افراد با آن مواجه می‌شوند متفاوت هستند. در کل، آسیب جزئی در مقایسه با آسیب عمده برای مقابله آسان‌تر است.
- ۳- قابلیت پیش‌بینی: در بعضی موارد می‌دانیم چه اتفاقی دارد می‌افتد (قدرت پیش‌بینی بالا است) در حالی که در مواقع دیگر قدرت پیش‌بینی پایین است. میزان فشار روانی- حاصل از لزوم معرفی شفاهی خود در کلاس بستگی خواهد داشت به این که لزوم یک‌باره بوجود آمده یا طرح از پیش ارایه شده‌ای باشد.
- ۴- درجه فقدان کنترل: یکی از اضطراب‌آورترین جنبه‌های هر موقعیت، این احساس است که شخص از اعمال هر نوع تأثیری بر آن ناتوان است. برای مثال قربانیان زمین لرزه در رابطه با ضربه اولیه و ضربه‌های متعاقب آن هیچ‌گونه کنترلی ندارند.
- ۵- سطح اعتماد به خود: فقدان اعتماد به خود اغلب منجر به کاهش کارایی شخص می‌شود، اگر چه شخص ممکن است واقعا بداند چگونه از عهده موقعیتی برآید. برای مثال زنی که تازه طلاق گرفته ممکن است به سادگی در شرایط اجتماعی احساس بیماری کند، در حالی که چنین شرایطی قبل از این، ایجاد هیچ‌گونه عارضه‌ای نمی‌کرده است.

- ۶- شروع ناگهانی: شروع ناگهانی فشار روانی، اینکه تا چه حد ما آماده برای مقابله با موقعیت به‌خصوص هستیم را تحت الشعاع قرار می‌دهد. حادثه‌ها معمولا کاملا غیر منتظره‌اند؛ در حالی که بحران‌های نوجوانی تدریجا سر بر می‌آورند.
- اگر چه فشار روانی بیشتر پاسخی شخصی است، بعضی شرایط تقریبا همیشه در اکثر افراد منجر به فشار روانی می‌شوند. بیماری‌های مزمن و دردهای مزمن، مثال‌هایی از شرایطی هستند که نوعا سطوح بالایی از فشار روانی را بر می‌انگیزند و ممکن است منجر به افکار خودکشی‌گرا شوند. بازماندگان اغلب خودشان با سؤال‌های از قبیل چرا کار بیشتری انجام ندادم تا او را نجات

دهم؟ و چرا وقتی او مرده است ولی من زنده مانده‌ام؟ خود را شکنجه می‌دهند.

به طور خلاصه می‌توان گفت که آنچه در بیماران مزمن موجب انتحار می‌شود این است که در فرد انتحاری اراده زنده ماندن سست می‌گردد. در هر موجود زنده قوی‌ترین اراده همان تمایل به زندگی است. این تمایل است که افراد را بر آن می‌دارد که برای بقا خود و نسل خود تلاش کنند. فرد خودکشی‌گرا بخشی از وجودش می‌خواهد به زندگی ادامه دهد و بخش دیگر نمی‌خواهد. اما بخش متمایل به مرگ در وجود او قوی‌تر شده است. گریه‌ها و فریاد کمک خواهی او ممکن است همیشه واضح نباشد. اما هر چه بیشتر و بهتر به صدای درون او گوش فرا دهیم بهتر می‌توانیم به استرس درونی او توجه کنیم.

اگر در این بیماران اقدامات لازم روان‌شناختی و مداخلات روان‌درمانی برای واکسینه کردن آن‌ها در برابر افکار خودکشی، شناسایی این افراد، تشخیص و تخمین میزان خطر خودکشی در بیماران دچار درد مزمن صورت نگیرد. در آن صورت باید منتظر متقبل شدن هزینه‌های گزافی شد که بر پیکره جامعه پزشکی و خانواده‌های این عزیزان وارد می‌شود. به طوری که هم جامعه دست اندرکار درمان و هم خانواده‌های آنها نیز از اثرات بعدی ناشی از مرگ این عزیزان و بی‌ثمر ماندن تلاش‌های درمانی

مصون نخواهند ماند. این افکار و تفکرات ناشی از درماندگی آموخته شده در افراد اقدام کننده به خودکشی در اثر بیماری‌ها و دردهای مزمن به درمانگران آن‌ها و خانواده‌ها نیز لطمه خواهد زد. چرا که آنها نیز خود را در عدم موفقیت و بی‌نتیجه ماندن تلاش‌های درمانی دخیل دانسته و خود را مسؤول می‌شمارند و همین قبول مسئولیت تبعاتی چون احساس گناه، احساس درماندگی، استیصال و احساس کم‌کاری در آنها به وجود می‌آورد که همین حالات روانی و افکار، ریشه افکار و اقدامات خودکشی‌گرا می‌باشد. در این افراد استرس، ناتوانی و درماندگی می‌آورد. و در صورتی که منابع مقابله‌ای او از هم پاشیده باشند. در چنین موقعیت‌هایی، به ویژه اگر به استرس به عنوان پایان غیرقابل تحمل نگریسته شود، افکار خودکشی تنها راه فرار از درماندگی است. این افراد غالباً به علت تحمل دردهای توانگاه، مداوم و نا علاج، عزت نفس ضعیفی داشته و احساس می‌کنند که آینده امیدوارکننده‌تر از گذشته نیست. چنین ناامیدی پیش‌بینی کننده خوبی برای خودکشی نهایی می‌تواند، باشد. به طوری که هورنای ناامیدی، تحمل رنج‌های مداوم، از خود بیگانگی، تلاش برای حصول ایده‌آل در زندگی و عدم دستیابی به آن را علت خودکشی می‌داند (۹۳-۹۷).

References

1. Beautrais A, Joyce P, Mulder R, Fergusson D, Deavoll B, Nightingale S. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: A case- control study. *Am J Psychiatry* 1996; 153(8): 1009-14.
2. Gusmão R, Quintão S. P-1421-The epidemiology of suicide in Portugal: 1980–2009. *European Psychiatry* 2012;27: 1.
3. Miret M, Ayuso-Mateos JL, Sanchez-Moreno J, Vieta E. Depressive disorders and suicide: Epidemiology, risk factors, and burden. *Neurosci Biobehav Rev*. 2013 Jan 11. pii: S0149-7634(13)00009-2
4. Bantjes J, Kagee A. Epidemiology of suicide in South Africa: Setting an agenda for future research. *S Afr J Psychol* 2013; 43(2): 238-51.
5. Weber NS, Fisher JA, Cowan DN, Postolache TT, Larsen RA, Niebuhr DW. Descriptive epidemiology and underlying psychiatric disorders among hospitalizations with self-directed violence. *PloS one* 2013;8(3):e59818.
6. Guthrie E. Emotional disorder in chronic illness: Psychotherapeutic interventions. *Br J Psychiatry* 1996; 168(3): 265-73.
7. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder. *JAMA* 2003; 289(23): 3095-105.

8. Shanmugasagaram S, Russell KL, Kovacs AH, Stewart DE, Grace SL. Gender and sex differences in prevalence of major depression in coronary artery disease patients: A meta-analysis. *Maturitas* 2012; 73(4): 305-11.
9. Blanco C, Vesga-López O, Stewart JW, Liu S-M, Grant BF, Hasin DS. Epidemiology of major depression with atypical features: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry*. 2012; 73(2): 224-32.
10. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 170(3): 205-28.
11. Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide in borderline personality disorder: A meta-analysis. *Nord J Psychiatry* 2005; 59(5): 319-24.
12. Zaza C, Baine N. Cancer pain and psychosocial factors: A critical review of the literature. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24(5): 526-42.
13. Nikcevic AV, Kuczmierczyk AR, Bruch M. Formulation and treatment in clinical health psychology. London: Routledge; 2006.
14. Smith MT, Edwards RR, Robinson RC, Dworkin RH. Suicidal ideation, plans, and attempts in chronic pain patients: Factors associated with increased risk. *Pain* 2004; 111(1): 201-8.
15. Failde I, Dueñas M, Agüera-Ortíz L, Cervilla JA, Gonzalez-Pinto A, Mico JA. Factors associated with chronic pain in patients with bipolar depression: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2013;13:112.
16. Cho S, Hwang H, Lee J-H. Pain intensity and suicidal ideation of people in chronic pain: Mediating effects of depression. *Social Behavior and Personality: an international journal* 2013; 41(3): 509-16.
17. van Tilburg MA, Spence NJ, Whitehead WE, Bangdiwala S, Goldston DB. Chronic pain in adolescents is associated with suicidal thoughts and behaviors. *J Pain* 2011; 12(10): 1032-9.
18. Penttinen J. Back pain and risk of suicide among Finnish farmers. *Am J Public Health* 1995; 85(10): 1452-3.
19. Kikuchi N, Ohmori-Matsuda K, Shimazu T, Sone T, Kakizaki M, Nakaya N, et al. Pain and risk of completed suicide in Japanese men: A population-based cohort study in Japan (Ohsaki Cohort Study). *J Pain Symptom Manage* 2009; 37(3): 316-24.
20. Fishbain DA, Lewis JE, Gao J, Cole B, Steele Rosomoff R. Are chronic low back pain patients who smoke at greater risk for suicide ideation? *Pain Med* 2009; 10(2): 340-6.
21. Tang NK, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med* 2006; 36(5): 575-86.
22. Stenager EN, Stenager E, Jensen K. Attempted suicide, depression and physical diseases: A1-year follow-up study. *Psychother Psychosom* 1994; 61(1-2): 65-73.
23. Turk DC, Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70(3): 678-90.
24. Keefe FJ, Rumble ME, Scipio CD, Giordano LA, Perri LM. Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. *J Pain* 2004; 5(4): 195-211.
25. Nieto R, Raichle KA, Jensen MP, Miró J. Changes in pain-related beliefs, coping, and catastrophizing predict changes in pain intensity, pain interference, and psychological functioning in individuals with myotonic muscular dystrophy and facioscapulohumeral dystrophy. *Clin J Pain* 2012; 28(1): 47-54.
26. Sullivan MJ, Thorn B, Haythornthwaite JA, Keefe F, Martin M, Bradley LA, et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clin J Pain* 2001; 17(1): 52-64.
27. Severijns R, Vlaeyen JW, van den Hout MA, Picavet HSJ. Pain catastrophizing is associated with health indices in musculoskeletal pain: A cross-sectional study in the Dutch community. *Health Psychol* 2004; 23(1): 49-57.
28. Edwards RR, Smith MT, Kudel I, Haythornthwaite J. Pain-related catastrophizing as a risk factor for suicidal ideation in chronic pain. *Pain* 2006; 126(1): 272-9.
29. Cheatle MD. Depression, chronic pain, and suicide by overdose: on the edge. *Pain Med* 2011; 12(s2): S43-S8.
30. Edwards RR, Cahalan C, Mensing G, Smith M, Haythornthwaite JA. Pain, catastrophizing, and depression in the rheumatic diseases. *Nat Rev Rheumatol* 2011; 7(4): 216-24.
31. Edwards RR, Bingham CO, Bathon J, Haythornthwaite JA. Catastrophizing and pain in arthritis, fibromyalgia, and other rheumatic diseases. *Arthritis Care & Research* 2006; 55(2): 325-32.

32. Quartana PJ, Campbell CM, Edwards RR. Pain catastrophizing: A critical review. *Expert Rev Neurother* 2009; 9(5): 745-58.
33. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56(7): 617- 26.
34. Nock MK, Kessler RC. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. *J Abnorm Psychol* 2006; 115(3): 616- 23.
35. Joe S, Baser RE, Breeden G, Neighbors HW, Jackson JS. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts among blacks in the United States. *JAMA* 2006; 296(17): 2112-23.
36. Borges G, Nock MK, Abad JMH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, et al. Twelve month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the WHO world mental health surveys. *J Clin Psychiatry* 2010; 71(12): 1617- 28.
37. Nock MK, Hwang I, Sampson NA, Kessler RC. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: Results from the national comorbidity survey replication. *Mol Psychiatry* 2009; 15(8): 868-76.
38. Saffier K, Colombo C, Brown D, Mundt MP, Fleming MF. Addiction severity index in a chronic pain sample receiving opioid therapy. *J Subst Abuse Treat* 2007; 33(3): 303-11.
39. Bohnert AS, Roeder KM, Ilgen MA. Suicide attempts and overdoses among adults entering addictions treatment: Comparing correlates in a US national study. *Drug Alcohol Depend* 2011; 119(1): 106-12.
40. Backmund M, Meyer K, Schütz C, Reimer J. Factors associated with suicide attempts among injection drug users. *Subst Use Misuse* 2011; 46(12): 1553-9.
41. Darke S, Torok M, Kaye S, Ross J. Attempted suicide, self-harm, and violent victimization among regular illicit drug users. *Suicide Life Threat Behav* 2010; 40(6): 587-96.
42. von Borczyskowski A, Lindblad F, Vinnerljung B, Reintjes R, Hjern A. Familial factors and suicide: An adoption study in a Swedish National Cohort. *Psychol Med* 2011; 41(4): 749-58.
43. Andriopoulos I, Ellul J, Skokou M, Beratis S. Suicidality in the “prodromal” phase of schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2011; 52(5): 479-85.
44. Watson CG, Kucala T. Anhedonia and death. *Psychol Rep.* 1978; 43(3f): 1120-2.
45. Holma KM, Melartin TK, Haukka J, Holma IA, Sokero TP, Isometsä ET. Incidence and predictors of suicide attempts in DSM-IV major depressive disorder: A five-year prospective study. *Am J Psychiatry* 2010; 167(7): 801-8.
46. Riihimäki K, Vuorilehto M, Melartin T, Haukka J, Isometsä E. Incidence and predictors of suicide attempts among primary-care patients with depressive disorders: A 5-year prospective study. *Psychol Med* 2013: 1-12.
47. Hecimovic H, Salpekar J, Kanner AM, Barry JJ. Suicidality and epilepsy: A neuropsychobiological perspective. *Epilepsy Behav* 2011; 22(1): 77-84.
48. Mula M, Bell GS, Sander JW. Suicidality in epilepsy and possible effects of antiepileptic drugs. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2010; 10(4): 327-32.
49. Schoenfeld M, Myers RH, Cupples LA, Berkman B, Sax DS, Clark E. Increased rate of suicide among patients with Huntington's disease. *J of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 1984;47(12):1283-7.
50. Paulsen JS, Hoth KF, Nehl C, Stierman L. Critical periods of suicide risk in Huntington's disease. *Am J Psychiatry* 2005; 162(4): 725-31.
51. Craufurd D, Thompson JC, Snowden JS. Behavioral changes in Huntington disease. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 2001; 14(4): 219-26.
52. Shannon KM. Emergencies in Huntington's Disease. In: Frucht, Steven J, Editor. *Movement disorder emergencies: diagnosis and treatment*. New York: Springer; 2013: 179-88.
53. Placidi G, Oquendo MA, Malone KM, Huang Y-Y, Ellis SP, Mann JJ. Aggressivity, suicide attempts, and depression: relationship to cerebrospinal fluid monoamine metabolite levels. *Biol Psychiatry* 2001; 50(10): 783-91.
54. Epelbaum C, Taylor ER, Dekleva K. Immigration trauma, substance abuse, and suicide. *Harv Rev Psychiatry* 2010; 18(5): 304-13.
55. Lamis DA, Malone PS, Langhinrichsen-Rohling J, Ellis TE. Body investment, depression, and alcohol use as risk factors for suicide proneness in college students. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 2010; 31(3):118-27.

56. Sahebzamani FM, D'Aoust RF, Friedrich D, Aiyer AN, Reis SE, Kip KE. Relationship among low cholesterol levels, depressive symptoms, aggression, hostility, and cynicism. *J Clin Lipidol* 2013; 7(3):208-16.
57. Klinitzke G, Steinig J, Bluher M, Kersting A, Wagner B. Obesity and suicide risk in adults: A systematic review. *J Affect Disord* 2013; 145(3): 277-84.
58. Miniño AM, Murphy SL, Xu J, Kochanek KD. Deaths: final data for 2008. National vital statistics reports: from the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System 2011; 59(10): 1-126.
59. Luo F, Florence CS, Quispe-Agnoli M, Ouyang L, Crosby AE. Impact of business cycles on US suicide rates, 1928–2007. *Am J Public Health* 2011; 101(6): 1139-46.
60. Miniño AM, Murphy SL. Death in the United States, 2010. NCHS data brief 2012; 99(10): 1-8.
61. Ilgen MA, Kleinberg F, Ignacio RV, Bohnert AS, Valenstein M, McCarthy JF, et al. Noncancer Pain Conditions and Risk of Suicide *JAMA Psychiatry* 2013; 70(7): 692-7.
62. Heron M. Deaths: leading causes for 2008. National vital statistics reports: from the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, Natl Vital Stat Rep 2012; 60(6): 1- 94.
63. Westermeyer JF, Harrow M, Marengo JT. Risk for suicide in schizophrenia and other psychotic and nonpsychotic disorders. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179(5): 259-66.
64. Okifuji A, Benham B. Suicidal and Self Harm Behaviors in Chronic Pain Patients. *J Appl Biobehav Res* 2011; 16(2): 57-77.
65. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(3): 247-53.
66. Donker T, Callear A, Grant JB, van Spijker B, Fenton K, Hehir KK, et al. Suicide prevention in schizophrenia spectrum disorders and psychosis: A systematic review. *BMC Psychology* 2013; 1(1): 6.
67. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry* 2005; 187(1): 9-20.
68. Melle I, Johannessen JO, Friis S, Haahr U, Joa I, Larsen TK, et al. Course and predictors of suicidality over the first two years of treatment in first-episode schizophrenia spectrum psychosis. *Arch Suicide Res* 2010; 14(2): 158-70.
69. Beghi M, PERONI F, Gabola P, Rossetti A, Cornaggia CM. Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: A systematic review. *Rivista di psichiatria* 2013; 48(1): 10-22.
70. Kanzler KE, Bryan CJ, McGeary DD, Morrow CE. Suicidal ideation and perceived burdensomeness in patients with chronic pain. *Pain Pract* 2012; 12(8): 602-9.
71. Baca-Garcia E, Perez-Rodriguez MM, Diaz Sastre C, Saiz-Ruiz J, De Leon J. Suicidal behavior in schizophrenia and depression: a comparison. *Schizophr Res* 2005; 75(1): 77-81.
72. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie S. Psychological autopsy studies of suicide: Asystematic review. *Psychol Med* 2003; 33(3): 395-405.
73. Carlborg A, Winnerbäck K, Jönsson EG, Jokinen J, Nordström P. Suicide in schizophrenia *Expert Rev Neurother.* 2010; 10(7): 1153-64.
74. Shrivastava A, Johnston ME, Shah N, Innamorati M, Stitt L, Thakar M, et al. Persistent suicide risk in clinically improved schizophrenia patients: Challenge of the suicidal dimension. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2010; 6(1): 633-8.
75. Beautrais A, Collings S, Ehrhardt P, Henare K. Suicide prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention New Zealand: Ministry of Health; 2005.
76. Abramson L, Alloy L, Hogan M, Whitehouse W, Gibb B, Hankin B, et al. The hopelessness theory of suicidality. In: TE Joiner MR, editor. *Suicide science: Expanding the boundaries* Norwell, MA: Kluwer Academic Publishers; 2002: 17-32.
77. Hirsch JK, Barton AL. Positive social support, negative social exchanges, and suicidal behavior in college students. *J Am Coll Health* 2011; 59(5): 393-8.
78. Thoits PA. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *J Health Soc Behav* 2011; 52(2):145-61.
79. Müller R, Peter C, Cieza A, Geyh S. The role of social support and social skills in people with spinal cord injury- a systematic review of the literature. *Spinal cord* 2011; 50(2): 94-106.

80. Shek DT. Introduction: Quality of life of Chinese people in a changing world. *Social Indicators Research* 2010; 95(3): 357-61.
81. Levesque C, Lafontaine M-F, Bureau J-F, Cloutier P, Dandurand C. The influence of romantic attachment and intimate partner violence on non-suicidal self-injury in young adults. *J Youth Adolesc* 2010; 39(5): 474-83.
82. Sheftall AH, Mathias CW, Furr RM, Dougherty DM. Adolescent attachment security, family functioning, and suicide attempts. *Attachment & human development* 2013; 15(4): 368- 83.
83. Adam KS. Loss, suicide and attachment. The place of attachment in human behavior. New York: Basic Books; 1982: 269-95.
84. Cassidy J, Shaver PR. Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. New York, London: Guilford Press; 2008.
85. Turner JB, Turner RJ. Social relations, social integration, and social support. *Handbook of the Sociology of Mental Health*. New York: Springer; 2013: 341-56.
86. Turner RJ, Brown RL. A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems. 2nd ed. New York: Cambridge University Press; 2010:200-12.
87. Cramer P. Defensiveness and defense mechanisms. *J Pers* 1998; 66(6): 879-94.
88. Larson JD. Anger and aggression management techniques through the Think First curriculum. *J Offender Rehabil* 1992; 18(1-2): 101-17.
89. Pierce LL, Pierce SW, Gies CE. Choices: Anger and anger management in rehabilitative care. *Rehabil Nurs* 2013; 38(2): 80-7.
90. Hart T, Vaccaro MJ, Hays C, Maiuro RD. Anger self-management training for people with traumatic brain injury: A preliminary investigation. *J Head Trauma Rehabil* 2012; 27(2): 113-22.
91. Kynoch K, Wu CJ, Chang AM. Interventions for preventing and managing aggressive patients admitted to an acute hospital setting: A systematic review. *Worldviews Evid Based Nurs* 2011; 8(2): 76-86.
92. Brooks B, Staniford A, Dollard M, Wiseman R. Risk factors, consequences, and management of aggression in healthcare environments. *Contemporary occupational health psychology: Global perspectives on research and practice* 2010; 1: 329-54.
93. Mancinelli I, Comparelli A, Girardi P, Tatarelli R. Mass suicide: Historical and psychodynamic considerations. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2002;32(1):91-100.
94. Litman RE. Psychodynamics of indirect self-destructive behavior. The many faces of suicide: Indirect self-destructive behavior. 1980: 28-40.
95. Hendin H. The psychodynamics of suicide. *The Journal of nervous and mental disease* 1963; 136(3): 236-44.
96. Hendin H. Psychodynamics of Suicide. *Am J Psychiatry* 1991; 148(9): 1150-8.
97. Hendin H. Psychodynamic motivational factors in suicide. *Psychiatric Quarterly* 1951; 25(4): 672-8.

Psychological consequences of chronic pain: A focus on suicidal ideation and psychological interventions

Mojtaba Habibi¹, Reza Bagherian-Sararoudi²

Reiew Article

Abstract

The risk of suicidal thoughts and suicide attempts, especially when aggravated, pain persists despite repeated visits and various medical treatments, and the patient learns that the pain is different from other pains. Finally, there are only two solutions: first, surrendering to the pain and learned helplessness, and second, ending the life with no pleasure and painful. The significance of suicidal ideation and suicide attempts among patients with chronic pain becomes clearer when if you know that in the U.S., suicide is the second leading cause of death among patients with chronic diseases. Many studies have highlighted the role of unbearable pain, and surrendering to pain as an outcome of chronic stress and attempted suicide in chronic pain patients. Given the importance of human life for the medical, psychiatry and psychology community as first priority, and maintain the physical and mental health as second priority, It can be said that health services efforts is to protect human health. But, it should be noted that despite the great efforts and appropriate medical management of patients with chronic pain by medical community, it is possible that in the middle of the treatment process, patients do not have the required tolerance and capacity necessary to continue living with chronic pain, and to commit suicide. This situation suddenly goes to waste all of the medical community services, patient`s efforts and costs of expensive treatments

Keywords: Chronic Pain, Suicide Ideation, Psychological Interventions.

Citation: Habibi M, Bagherian-Sararoudi R. **Psychological consequences of chronic pain: A focus on suicidal ideation and psychological interventions.** J Res Behave Sci 2013; 11(4): 306-319

Received: 22.06.2013

Accepted: 08.10.2013

1- Assistant Professor, Family Reseach Center, The University of Shahid Beheshti, Tehran, Iran.

2- Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center, Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: bagherian@med.mui.ac.ir