نقش سلامت روان در پیشگیری از پایان تلخ زندگی

نادیا احمدی

همه ما در طول دوران زندگی افسردگی، استیصال و درماندگی و سرخوردگی‌های فردی را تجربه کرده‌ایم و پس از مدتی با استفاده از راهکارهای مقابله‌ای، دوباره به روند عادی زندگی برگشته‌ایم. اما درباره بعضی‌ها ممکن است این روند متفاوت باشد؛ به این معنا که فرد ازیک اختلال روانی رنج می‌برد و احساس می‌کند که توانایی کنترل شرایط را ندارد، درسازگاری با محیط بیرونی و کنترل خشم و تکانه‌ها ناتوان است؛ بنابراین احساس درماندگی و ناامیدی می‌کند و با حذف «خود» به دنبال فرصتی برای رهایی از ناکامی‌هاست. ازاین رو مطابق تأکید انجمن علمی روانپزشکان، «به منظور مقابله مؤثر با این موضوع، جامعه نیاز به اتخاذ رویکردی جامع برای پیشگیری از مرگ‌های خودخواسته دارد؛ این شامل ایجاد آگاهی و از بین بردن ننگ پیرامون سلامت روان است. با پرورش فرهنگی که گفت‌وگوی باز در مورد احساسات و بهزیستی روانی را تشویق می‌کند، افراد احساس راحتی بیشتری در جستجوی کمک در هنگام پریشانی خواهند داشت. افزایش دسترسی به خدمات بهداشت روان و ارائه آموزش کافی به متخصصانی که بتوانند علائم هشداردهنده را شناسایی کرده و به‌طور مؤثر مداخله کنند، حیاتی است.»

سازمان بهداشت جهانی می‌گوید به‌طورکلی افراد ۱۵ تا ۲۴ سال و افراد سالمند بالاتر از سن ۸۰ بیشتر در معرض این خطرند. همچنین افرادی که دچار اختلالات روانی هستند به‌ویژه کسانی که از اختلالات تغییرات خلقی مانند افسردگی حاد، اختلال دوقطبی و اسکیزوفرنی رنج می‌برند در گروه افراد پرخطر قرار دارند. علاوه بر احتمال اقدام به خودکشی در کسانی که دچار اعتیاد هستند به‌طور خاص افراد معتاد به الکل بیشتر است. سابقه خانوادگی خودکشی نیز عاملی در تمایل به مرگ خودخواسته است.

امابه جز اختلالات روانی، شرایط اجتماعی نامساعد نیز عاملی در ایجاد تمایل افراد به خودکشی است. افرادی که به دلیل بحران اقتصادی و نابسامانی اجتماعی امید خود را ازدست داده‌اند و کسانی که در معرض تجربه‌های ناخوشایند و ضربات روحی قرار می‌گیرند نیز بیشتر دست به خودکشی می‌زنند مواردی چون تجربه مرگ یک فرد عزیز، از دست دادن رابطه عاطفی و از دست دادن شغل احتمال خودکشی را در افراد بالاتر می‌برند.

هسته اصلی مرگ‌های خودخواسته، درد و زخم روانی است

اما آنچه در مسئله خودکشی حائز اهمیت است این است که تمایل و تصمیم به خودکشی در همه جوامع اتفاق می‌افتد. اقدام به خودکشی که با از دست رفتن معنای زندگی و ناتوانی در تحمل درد و رنج جهان ارتباط دارد هم می‌تواند یک فرد بیمار را در جامعه پیشرفته به دام مرگ بفرستد و هم ممکن است در جامعه‌ای که در جنگ، ناامنی، فقر و عقب‌ماندگی به سر می‌برد، به سادگی اتفاق بیفتد، اما مطابق نتایج پژوهش‌هایی که آسیب‌شناسان اجتماعی به آن استناد می‌کنند، «حدود ۹۵ درصد از افرادی که خودکشی کرده‌اند در لحظات آخر پشیمان شده‌اند.» مطالعات نشان می‌دهد که بیش از ۹۰ درصد افرادی که براثر خودکشی جان خود را ازدست داده‌اند مبتلا به یکی از انواع اختلالات روانی ازجمله افسردگی ماژور، اسکیزوفرنی و اختلالات شخصیت بوده‌اند که تحت درمان کامل یا درستی قرار نداشته‌اند.

کوروش محمدی، آسیب‌شناس اجتماعی دراین‌باره می‌گوید: «هسته اصلی و مرکزی خودکشی در دو زخم روانی است و البته نمی‌توان به صرف این توصیف عوامل محیطی و بیرونی را نادیده گرفت؛ زیرا عوامل خطرساز محیطی امروز اولویت بیشتر و پیشروتری دارند چون بسیاری از عوامل محیطی زمینه‌ساز زخم و درد روانی می‌شوند و عجیب‌تر آنکه بسیاری از افراد پس از اقدام به خودکشی و در صورت نجات یافتن، به بخش‌های مسمومیت، جراحی و یا حتی گوارش بیمارستان‌ها ارجاع داده می‌شوند. دراین‌گونه شرایط، فرد معمولا بدون دریافت مشاوره یا درمان روانپزشکی و پس از رفع علائم و دریافت درمان‌های فیزیکی از بیمارستان مرخص می‌شود و نهایتا توصیه‌ای غیررسمی از پزشک برای مراجعه به روانپزشک دریافت می‌کند. این در حالی است که خودکشی علامتی است از یک بیماری پیچیده‌تر که درمان آن نیازمند همکاری نزدیک فرد، خانواده، جامعه و سیستم تخصصی درمانی است.»

محمدی بابیان اینکه برای افراد نجات‌یافته از مرگ خودخواسته، سیستم مددکاری بسیار ضعیف عمل می‌کند، می‌گوید: «بعضا برخی افراد باهمت و تلاش پرسنل درمانی نجات پیدا کرده و به زندگی برمی‌گردند و این نشان می‌دهد که اقدامات درمانی مؤثر بوده اما مشکل از اقدامات درمانی نیست، مشکل با اقدامات پیش‌ازدرمان و پیشگیری است. اقدامات درمانی خوشبختانه در این زمینه قوی عمل کرده است. بیمارستان‌های سوانح سوختگی و بیمارستان‌های مربوط به بررسی سوانح خودکشی و اتاق بحران‌ها درست عمل کرده‌اند. اما سیستم‌های مشاوره‌ای که در حوزه پیشگیری وجود دارد خیلی ضعیف است و سیستم مددکاری در جامعه بسیار ضعیف عمل می‌کند. به نحوی فضای مددکاری جامعه تخریب شده است. مددکاری در جامعه ایرانی که یکی از عوامل بسیار قوی در حوزه خدمات روانشناختی، درمانی و مددکاران است تا سطح تفویض در حد بیمارستان‌ها پایین آمده است. این‌ها فرآیندهایی است که باید در کشور ترمیم شوند. بنابراین به لحاظ درمانی مشکلی نداریم. افرادی که توسط مصرف دارو، الکل و بنزین و... خودکشی کردند و به موقع به آن‌ها رسیدگی شد نجات پیدا کردند، اما به لحاظ پیشگیری مشکلات بسیار است و یک معضل شناخته شده است. وقتی فردی اقدام به خودکشی می‌کند، دنبال علت می‌گردیم، درحالی که اگر مثل بیماری نگاه کنیم، مثل این است که تب را با مسکن قطع کنیم، اما علت ایجاد تب باقی می‌ماند.»

این عبارت، نقل قولی از حمید محمدبیگی، در قامت متخصص روانپزشکی است.

او به ارتباط میان اختلالات روحی و روانی و خودکشی اشاره کرده و می‌گوید: «بسیاری از کسانی که دچار اختلالات روحی هستند به خودکشی فکر می‌کنند اما تابویی که نسبت به مراجعه به روانپزشک و روانشناس در سراسر جهان وجود دارد باعث می‌شود بسیاری از این افراد به دنبال کمک نباشند. متأسفانه پیشگیری از خودکشی همچنان به علت ضعف در آگاهی عمومی دشوار و غیرعملی است. تاکنون فقط ۳۸ کشور در دنیا توانسته‌اند برنامه‌ای جامع برای پیشگیری از خودکشی اجرایی کنند. اگر بخواهیم اقدام مؤثری درمورد خودکشی انجام دهیم یکی از مؤثرترین اقدامات، شناسایی افرادی است که یک‌بار اقدام به خودکشی کرده‌اند، اما خودکشی آن‌ها منجر به فوت نشده است. مطالعات نشان می‌دهد ۵۰ درصد از افرادی که اقدام به خودکشی منجر به فوت کرده‌اند، قبلا حداقل یک‌بار اقدام به خودکشی کرده بودند، پس لازم است این افراد شناسایی و درمان شوند.»

این متخصص روانپزشکی با بیان اینکه اگر فرض کنیم فردی صرفا زست خودکشی گرفته، همین که برای رسیدن به خواسته‌اش از روش خودکشی استفاده می‌کند یک اختلال است، عنوان می‌کند: «خودکشی یک مشکل پیچیده است و علل متفاوتی دارد، درمطالعات مشخص شده ژنتیک نیز در خودکشی نقش دارد. خودکشی می‌تواند یک پدیده روان‌شناختی، اجتماعی، فرهنگی و محیطی باشد. توضیح اینکه چرا برخی از افراد تصمیم به خودکشی می‌گیرند، درحالی که در شرایط یکسان و یا حتی بهتری نسبت به افراد دیگر قرار دارند، سخت است، بااین وجود بیشتر خودکشی‌ها قابل پیشگیری است. نباید از نمای نزدیک به خودکشی نگاه کرد، بلکه باید به جوانب مختلف آن نگاه کرد. در ۹۰ درصد موارد، افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند یک اختلال روانی دارند که عمدتا افسردگی است. درمان این اختلالات روانی یکی از مهم‌ترین روش‌های پیشگیری از خودکشی است و اگر می‌خواهیم با خودکشی مبارزه و از آن جلوگیری کنیم، باید افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی را به درمان تشویق کنیم، دراین صورت تا ۶۰ درصد از موارد خودکشی پیشگیری می‌شود.»

این متخصص روانپزشکی خواستار انگ‌زدایی از اختلالات روانپزشکی شده و بیان می‌کند: «ما با برچسب ننگینی که به فرد افسرده می‌زنیم او را از مراجعه به روانپزشک و پیشگیری از خودکشی بازمی‌داریم و این مشکل بزرگی در فرهنگ ماست. نوع برخورد ما گاهی افراد را به این سمت سوق می‌دهد که مشکلات روانی خود را به مشکلات جسمی تغییر دهند، اما همان‌طور که فردی ممکن است به فشارخون مبتلا شود ممکن است به اختلال روانی مبتلا شود. فردی که دچار افسردگی و اضطراب و هر اختلال روانی می‌شود گناهی نکرده و نباید این انگ را به آن‌ها زد تا برای مراجعه به روانپزشک و درمان جرئت نداشته باشند.»

آموزش مهارت‌های تاب‌آوری اجتماعی و فردی، آموزش خود مراقبتی، مداخله در بحران‌ها و... می‌تواند کمک کند تا شاهد کنترل و کاهش خودکشی باشیم.»

رئیس انجمن مددکاران اجتماعی با اشاره به اینکه در برخی اسناد جهانی به راهبردهای مختلفی برای پیشگیری از خودکشی تأکید شده، عنوان می‌کند: «ازجمله آن‌ها می‌توان به افزایش آگاهی مردم نسبت به اینکه خودکشی یک مسئله مربوط به بهداشت عمومی است که قابل پیشگیری است، توسعه پشتیبانی وسیع به جهت پیشگیری از خودکشی، کاهش دید منفی نسبت به یاری خواستن از متخصصین بهداشت روانی، مصرف مواد مخدر و خدمات پیشگیری از خودکشی، توسعه برنامه‌ریزی‌های جامعه محور برای پیشگیری از خودکشی، تلاش در جهت کاهش دسترسی افراد به ابزار آسیب رساندن به خود، آموزش شناخت رفتار پرخطر و ارائه خدمات درمانی مناسب و جامع، توسعه و پیشبرد رویکرد درمان بالینی و تخصصی در کلینیک‌های بهداشت روانی و مددکاری اجتماعی، تسهیل دسترسی به خدمات مددکاری اجتماعی و بهداشت روانی، افزایش پوشش خبری و رسانه‌ای در رابطه با مصرف نامناسب مواد، رفتار خطرآفرین خودکشی و بیماری‌های روانی، پیشبرد و پشتیبانی از تحقیقات مربوط به خودکشی و پیشگیری از آن و بهبود سامانه‌های پایشی مربوط به خودکشی و...» اشاره کرد.»

از آنجایی که نقش عوامل روانی در خودکشی غیرقابل انکار است و اختلالات سلامت روان، سطوح بالای استرس و ضربه و همچنین ویژگی‌های شخصیتی و مکانیسم‌های مقابله، همگی در افزایش خطر رفتارهای خودکشی نقش دارند، امیرحسین جلالی ندوشن، رئیس کمیته پیشگیری از خودکشی انجمن علمی روان‌پزشکان نیز تصریح می‌کند که «شناخت و پرداختن به این عوامل برای توسعه راهبردهای جامع پیشگیری از خودکشی حیاتی است. ضروری است که جامعه نه تنها بر درمان شرایط بهداشت روانی بلکه بر کاهش استرس، ارتقای تاب‌آوری و پرورش مکانیسم‌های مقابله‌ای سالم تمرکز کند. با انجام این کار، ما می‌توانیم در جهت ریشه‌کن کردن فاجعه خودکشی و ارائه حمایت‌هایی که افراد برای داشتن زندگی رضایت‌بخش نیاز دارند، کارکنیم. درنتیجه، پیشگیری از خودکشی از اهمیت بالایی برخوردار است، زیرا نه تنها ارزش ذاتی هر فرد را به رسمیت می‌شناسد، بلکه از سلامت روانی خانواده‌ها و جوامع نیز محافظت می‌کند. با پرداختن همه جانبه به این موضوع، می‌توان کمک‌های بی‌نظیر افراد را حفظ کرد، از دردل‌های غیرضروری جلوگیری کرد و بار اقتصادی مرتبط با خودکشی را کاهش داد. ضروری است جامعه در برنامه‌های پیشگیری از خودکشی سرمایه‌گذاری کرده، آگاهی را گسترش دهد و گفت‌وگوها را در مورد سلامت روان تشویق کند تا افراد در بحران بتوانند حمایتی را که به شدت به آن نیاز دارند؛ دریابند. بیایید به‌طور جمعی برای ایجاد جهانی تلاش کنیم که در آن برای هر زندگی ارزش قائل شود و هیچ کس مجبور نباشد به تنهایی با اعماق ناامیدی روبه‌رو شود.»

تابوی مراجعه به روانپزشک و روانشناس در سراسر جهان

می‌گویند «خودکشی مثل تب یک علامت و نشانه است. وقتی فردی اقدام به خودکشی می‌کند، دنبال علت می‌گردیم، درحالی که اگر مثل بیماری نگاه کنیم، مثل این است که تب را با مسکن قطع کنیم، اما علت ایجاد تب باقی می‌ماند.»

این عبارت، نقل قولی از حمید محمدبیگی، در قامت متخصص روانپزشکی است.

او به ارتباط میان اختلالات روحی و روانی و خودکشی اشاره کرده و می‌گوید: «بسیاری از کسانی که دچار اختلالات روحی هستند به خودکشی فکر می‌کنند اما تابویی که نسبت به مراجعه به روانپزشک و روانشناس در سراسر جهان وجود دارد باعث می‌شود بسیاری از این افراد به دنبال کمک نباشند. متأسفانه پیشگیری از خودکشی همچنان به علت ضعف در آگاهی عمومی دشوار و غیرعملی است. تاکنون فقط ۳۸ کشور در دنیا توانسته‌اند برنامه‌ای جامع برای پیشگیری از خودکشی اجرایی کنند. اگر بخواهیم اقدام مؤثری درمورد خودکشی انجام دهیم یکی از مؤثرترین اقدامات، شناسایی افرادی است که یک‌بار اقدام به خودکشی کرده‌اند، اما خودکشی آن‌ها منجر به فوت نشده است. مطالعات نشان می‌دهد ۵۰ درصد از افرادی که اقدام به خودکشی منجر به فوت کرده‌اند، قبلا حداقل یک‌بار اقدام به خودکشی کرده بودند، پس لازم است این افراد شناسایی و درمان شوند.»

این متخصص روانپزشکی با بیان اینکه اگر فرض کنیم فردی صرفا زست خودکشی گرفته، همین که برای رسیدن به خواسته‌اش از روش خودکشی استفاده می‌کند یک اختلال است، عنوان می‌کند: «خودکشی یک مشکل پیچیده است و علل متفاوتی دارد، درمطالعات مشخص شده ژنتیک نیز در خودکشی نقش دارد. خودکشی می‌تواند یک پدیده روان‌شناختی، اجتماعی، فرهنگی و محیطی باشد. توضیح اینکه چرا برخی از افراد تصمیم به خودکشی می‌گیرند، درحالی که در شرایط یکسان و یا حتی بهتری نسبت به افراد دیگر قرار دارند، سخت است، بااین وجود بیشتر خودکشی‌ها قابل پیشگیری است. نباید از نمای نزدیک به خودکشی نگاه کرد، بلکه باید به جوانب مختلف آن نگاه کرد. در ۹۰ درصد موارد، افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند یک اختلال روانی دارند که عمدتا افسردگی است. درمان این اختلالات روانی یکی از مهم‌ترین روش‌های پیشگیری از خودکشی است و اگر می‌خواهیم با خودکشی مبارزه و از آن جلوگیری کنیم، باید افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی را به درمان تشویق کنیم، دراین صورت تا ۶۰ درصد از موارد خودکشی پیشگیری می‌شود.»

این متخصص روانپزشکی خواستار انگ‌زدایی از اختلالات روانپزشکی شده و بیان می‌کند: «ما با برچسب ننگینی که به فرد افسرده می‌زنیم او را از مراجعه به روانپزشک و پیشگیری از خودکشی بازمی‌داریم و این مشکل بزرگی در فرهنگ ماست. نوع برخورد ما گاهی افراد را به این سمت سوق می‌دهد که مشکلات روانی خود را به مشکلات جسمی تغییر دهند، اما همان‌طور که فردی ممکن است به فشارخون مبتلا شود ممکن است به اختلال روانی مبتلا شود. فردی که دچار افسردگی و اضطراب و هر اختلال روانی می‌شود گناهی نکرده و نباید این انگ را به آن‌ها زد تا برای مراجعه به روانپزشک و درمان جرئت نداشته باشند.»

تعداد زیادی از علائم ذکرشده، فرد یا اطرافیان نزدیکش را از خطر پیش رو آگاه کرده و برای ورود به مراحل درمان به وی کمک کنیم. فراموش نکنیم تشخیص به موقع بیماری افسردگی، می‌تواند منجر به درمان آن شده و جان انسانی را از مرگ نجات دهد.

مطابق نتایج پژوهش‌هایی که آسیب‌شناسان اجتماعی به آن استناد می‌کنند، «حدود ۹۵ درصد از افرادی که خودکشی کرده‌اند در لحظات آخر پشیمان شده‌اند.» مطالعات نشان می‌دهد که بیش از ۹۰ درصد افرادی که براثر خودکشی جان خود را ازدست داده‌اند مبتلا به یکی از انواع اختلالات روانی ازجمله افسردگی ماژور، اسکیزوفرنی و اختلالات شخصیت بوده‌اند که تحت درمان کامل یا درستی قرار نداشته‌اند. کوروش محمدی، آسیب‌شناس اجتماعی دراین‌باره می‌گوید: «هسته اصلی و مرکزی خودکشی در دو زخم روانی است و البته نمی‌توان به صرف این توصیف عوامل محیطی و بیرونی را نادیده گرفت؛ زیرا عوامل خطرساز محیطی امروز اولویت بیشتر و پیشروتری دارند چون بسیاری از عوامل محیطی زمینه‌ساز زخم و درد روانی می‌شوند و عجیب‌تر آنکه بسیاری از افراد پس از اقدام به خودکشی و در صورت نجات یافتن، به بخش‌های مسمومیت، جراحی و یا حتی گوارش بیمارستان‌ها ارجاع داده می‌شوند. دراین‌گونه شرایط، فرد معمولا بدون دریافت مشاوره یا درمان روانپزشکی و پس از رفع علائم و دریافت درمان‌های فیزیکی از بیمارستان مرخص می‌شود و نهایتا توصیه‌ای غیررسمی از پزشک برای مراجعه به روانپزشک دریافت می‌کند. این در حالی است که خودکشی علامتی است از یک بیماری پیچیده‌تر که درمان آن نیازمند همکاری نزدیک فرد، خانواده، جامعه و سیستم تخصصی درمانی است.»

محمدی بابیان اینکه برای افراد نجات‌یافته از مرگ خودخواسته، سیستم مددکاری بسیار ضعیف عمل می‌کند، می‌گوید: «بعضا برخی افراد باهمت و تلاش پرسنل درمانی نجات پیدا کرده و به زندگی برمی‌گردند و این نشان می‌دهد که اقدامات درمانی مؤثر بوده اما مشکل از اقدامات درمانی نیست، مشکل با اقدامات پیش‌ازدرمان و پیشگیری است. اقدامات درمانی خوشبختانه در این زمینه قوی عمل کرده است. بیمارستان‌های سوانح سوختگی و بیمارستان‌های مربوط به بررسی سوانح خودکشی و اتاق بحران‌ها درست عمل کرده‌اند. اما سیستم‌های مشاوره‌ای که در حوزه پیشگیری وجود دارد خیلی ضعیف است و سیستم مددکاری در جامعه بسیار ضعیف عمل می‌کند. به نحوی فضای مددکاری جامعه تخریب شده است. مددکاری در جامعه ایرانی که یکی از عوامل بسیار قوی در حوزه خدمات روانشناختی، درمانی و مددکاران است تا سطح تفویض در حد بیمارستان‌ها پایین آمده است. این‌ها فرآیندهایی است که باید در کشور ترمیم شوند. بنابراین به لحاظ درمانی مشکلی نداریم. افرادی که توسط مصرف دارو، الکل و بنزین و... خودکشی کردند و به موقع به آن‌ها رسیدگی شد نجات پیدا کردند، اما به لحاظ پیشگیری مشکلات بسیار است و یک معضل شناخته شده است. وقتی فردی اقدام به خودکشی می‌کند، دنبال علت می‌گردیم، درحالی که اگر مثل بیماری نگاه کنیم، مثل این است که تب را با مسکن قطع کنیم، اما علت ایجاد تب باقی می‌ماند.»

این عبارت، نقل قولی از حمید محمدبیگی، در قامت متخصص روانپزشکی است.

او به ارتباط میان اختلالات روحی و روانی و خودکشی اشاره کرده و می‌گوید: «بسیاری از کسانی که دچار اختلالات روحی هستند به خودکشی فکر می‌کنند اما تابویی که نسبت به مراجعه به روانپزشک و روانشناس در سراسر جهان وجود دارد باعث می‌شود بسیاری از این افراد به دنبال کمک نباشند. متأسفانه پیشگیری از خودکشی همچنان به علت ضعف در آگاهی عمومی دشوار و غیرعملی است. تاکنون فقط ۳۸ کشور در دنیا توانسته‌اند برنامه‌ای جامع برای پیشگیری از خودکشی اجرایی کنند. اگر بخواهیم اقدام مؤثری درمورد خودکشی انجام دهیم یکی از مؤثرترین اقدامات، شناسایی افرادی است که یک‌بار اقدام به خودکشی کرده‌اند، اما خودکشی آن‌ها منجر به فوت نشده است. مطالعات نشان می‌دهد ۵۰ درصد از افرادی که اقدام به خودکشی منجر به فوت کرده‌اند، قبلا حداقل یک‌بار اقدام به خودکشی کرده بودند، پس لازم است این افراد شناسایی و درمان شوند.»

این متخصص روانپزشکی با بیان اینکه اگر فرض کنیم فردی صرفا زست خودکشی گرفته، همین که برای رسیدن به خواسته‌اش از روش خودکشی استفاده می‌کند یک اختلال است، عنوان می‌کند: «خودکشی یک مشکل پیچیده است و علل متفاوتی دارد، درمطالعات مشخص شده ژنتیک نیز در خودکشی نقش دارد. خودکشی می‌تواند یک پدیده روان‌شناختی، اجتماعی، فرهنگی و محیطی باشد. توضیح اینکه چرا برخی از افراد تصمیم به خودکشی می‌گیرند، درحالی که در شرایط یکسان و یا حتی بهتری نسبت به افراد دیگر قرار دارند، سخت است، بااین وجود بیشتر خودکشی‌ها قابل پیشگیری است. نباید از نمای نزدیک به خودکشی نگاه کرد، بلکه باید به جوانب مختلف آن نگاه کرد. در ۹۰ درصد موارد، افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند یک اختلال روانی دارند که عمدتا افسردگی است. درمان این اختلالات روانی یکی از مهم‌ترین روش‌های پیشگیری از خودکشی است و اگر می‌خواهیم با خودکشی مبارزه و از آن جلوگیری کنیم، باید افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی را به درمان تشویق کنیم، دراین صورت تا ۶۰ درصد از موارد خودکشی پیشگیری می‌شود.»

این متخصص روانپزشکی خواستار انگ‌زدایی از اختلالات روانپزشکی شده و بیان می‌کند: «ما با برچسب ننگینی که به فرد افسرده می‌زنیم او را از مراجعه به روانپزشک و پیشگیری از خودکشی بازمی‌داریم و این مشکل بزرگی در فرهنگ ماست. نوع برخورد ما گاهی افراد را به این سمت سوق می‌دهد که مشکلات روانی خود را به مشکلات جسمی تغییر دهند، اما همان‌طور که فردی ممکن است به فشارخون مبتلا شود ممکن است به اختلال روانی مبتلا شود. فردی که دچار افسردگی و اضطراب و هر اختلال روانی می‌شود گناهی نکرده و نباید این انگ را به آن‌ها زد تا برای مراجعه به روانپزشک و درمان جرئت نداشته باشند.»

آنلاین، امکاناتی را فراهم کنند تا هرکسی درگیر چنین مشکلاتی است با آن‌ها تماس بگیرد. چنین امکاناتی در جامعه به‌طور معمول باید در دسترس شهروندان باشد. در ایران هنوز به لحاظ فرهنگی زمینه کمک به افرادی که ازنظر روانشناسانه روحیه شکننده‌ای دارند و می‌توانند دست به خودکشی بزنند، وجود ندارد. درحقیقت باید بتوان این حساسیت را در جامعه، نهادهای رسمی و خانواده‌ها ایجاد کرد تا با افرادی که دچار مشکلات روحی، افسردگی، سرخوردگی‌های شدید و مشکلات عدیده هستند، همراهی شود تا به سوی چنین تصمیم هولناک و فاجعه باری نروند.»

افسردگی ماژور و آسیب به خود

محمدی بیان می‌کند: «برای همه ما پیش آمده که در روزهایی از زندگی دچار افسردگی می‌شویم. احساس غم، اندوه و تنهایی ممکن است به دلایل مختلفی و در گذار روزهای سخت زندگی برای هرکسی ایجاد شود. بااین حال اغلب ما، امور روزمره زندگی خود را پیش می‌بریم و پس از گذشت مدت زمانی، موفق به عبور از این حالت می‌شویم. اما این اتفاق در مورد برخی از انسان‌ها رخ نمی‌دهد. احساس غم و اندوه بیشتر شده، بر شرایط کار، زندگی و خواب و بیداری اثر منفی گذاشته و روز به روز وضعیتی وخیم‌تر پیدا می‌کند. در چنین حالتی حتی ممکن است تغییرات زیادی در وضعیت تغذیه و سلامت عمومی بدن نیز حاصل شود. این وضعیتی است که به‌عنوان افسردگی ماژور نامیده شده و یکی از علت‌های اصلی خودکشی و آسیب به خود در سرتاسر دنیاست.»

این آسیب‌شناس عنوان می‌کند: «افسردگی ماژور وضعیتی پزشکی است که باید با دیدی فراتر و جدی‌تر از بالا و پایین شدن‌های معمولی خلق و خوبه آن نگاه کرد. اگرچه تعاریف عامیانه مختلفی برای تشخیص ابتلا به افسردگی وجود دارد اما برای اینکه بتوان احتمال ابتلا به افسردگی را در مورد شخصی مطرح کرد، بایستی حداقل پنج مورد از مواردی نظیر خلق و خوی افسرده، احساس غم و اندوه بی‌دلیل، فکر کردن مداوم در مورد مرگ و خودکشی و یا برنامه‌ریزی برای انجام آن، احساس بی‌فایده بودن و یا احساس گناه بی‌مورد، داشتن مشکل در فکر کردن و تمرکز بر امور مختلف، فقدان و از بین رفتن علاقه به اموری که قبلا به آن‌ها علاقه‌مند بوده‌اید، مشکل در خوابیدن یا خوابیدن بیش از اندازه، ناآرامی و بی‌قراری همیشگی و کاهش وزن قابل توجه که بدون دلیل موجهی ازجمله رژیم غذایی یا ورزش سنگین رخ داده باشد و یا افزایش وزن بدون دلیل مشخص (افزایش وزن معادل پنج درصد وزن بدن ظرف یک ماه) و خستگی و فقدان انرژی در مورد وی صدق کند.»

البته بسیاری از این علائم عمومی بوده و احتمال بروز آن‌ها به دلایل مختلف غیر از افسردگی نیز وجود دارد. اما این موارد نشان دهنده این حقیقت است که علائم بیماری افسردگی بسیار رایج بوده و آنچنان عجیب و غریب نیستند. ضمن اینکه به دلیل عمومی بودن ممکن است در بسیاری از موارد نادیده گرفته شده و پیگیری نشوند. دانستن این موارد به ما کمک می‌کند که نه تنها در مورد خودمان بلکه در مورد اطرافیان خود نیز دقیق شده و در صورت مشاهده هم‌زمان

هیات موضوع قانون تعیین تکلیف وضعیت ثبتی اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی
آگهی موضوع ماده ۳ قانون و ماده ۱۳آئین نامه قانون تعیین تکلیف وضعیت ثبتی و اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی
برابر رای شماره ۱۴۰۲۶۰۳۰۱۰۲۱۰۰۹۴۳۶ مورخ ۱۴۰۲/۱۲/۱۲ هیات اول موضوع قانون تعیین تکلیف وضعیت ثبتی اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی مستقر در واحد ثبتی حوزه ثبت ملک کهریزک تصرفات مالکانه وبلا معارض متقاضی آقای منصور امیری فرزند عزت الله به ش ش ۳۷ صادره از شهرری در ششدانگ یک قطعه زمین با بنای احداثی به مساحت ۱۰۲ مترمربع در قسمتی از پلاک ۲۴۶ فرعی از ۱۹۲ اصلی واقع در تهران بخش حوزه ثبت ملک کهریزک که در ازای سند رسمی مالکیت مشاعی محرز گردیده است. لذا به منظور اطلاع عموم مراتب در دو نوبت به فاصله ۱۵ روز آگهی می شود در صورتی که اشخاص نسبت به صدور سند مالکیت متقاضی اعتراضی داشته باشند می توانند از تاریخ انتشار اولین آگهی به مدت دو ماه اعتراض خود را به این اداره تسلیم و پس از اخذ رسید ظرف مدت یکماه از تاریخ تسلیم اعتراض دادخواست خود را به مراجع قضایی تقدیم نمایند. بدیهی است در صورت انقضای مدت مذکور و عدم وصول اعتراض طبق مقررات سند مالکیت صادر خواهد شد.
تاریخ انتشار نوبت اول: ۱۴۰۳/۱/۱۵
تاریخ انتشار نوبت دوم: ۱۴۰۳/۱/۳۰
م الف ۵
سید محسن سادات حسینی
رئیس ثبت اسناد و املاک

هیات موضوع قانون تعیین تکلیف وضعیت ثبتی اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی
آگهی موضوع ماده ۳ قانون و ماده ۱۳آئین نامه قانون تعیین تکلیف وضعیت ثبتی و اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی
برابر رای شماره ۱۴۰۲۶۰۳۰۱۰۲۱۰۰۹۴۸۹ مورخ ۱۴۰۲/۱۲/۵ هیات اول موضوع قانون تعیین تکلیف وضعیت ثبتی اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی مستقر در واحد ثبتی حوزه ثبت ملک فیروزکوه تصرفات مالکانه بلامعارض متقاضی آقای علی چمنی فرزند عباداله به ش ش ۵ صادره از فیروزکوه در ششدانگ یک قطعه زمین باکاربری مسکونی به مساحت ۱۶۴۳/۱۵ مترمربع پلاک شماره ۱۰۵۵ فرعی مفروزی از ۳۴۶ فرعی از ۱۹۹ اصلی واقع در طارس فیروزکوه انتقالی مع الواسطه از مشهدی خلیل چمنی محرز گردیده است. لذا به منظور اطلاع عموم مراتب در دو نوبت به فاصله ۱۵ روز آگهی می شود در صورتی که اشخاص نسبت به صدور سند مالکیت متقاضی اعتراضی داشته باشند می توانند از تاریخ انتشار اولین آگهی به مدت دو ماه اعتراض خود را به این اداره تسلیم و پس از اخذ رسید ظرف مدت یکماه از تاریخ تسلیم اعتراض دادخواست خود را به مراجع قضایی تقدیم نمایند. بدیهی است در صورت انقضای مدت مذکور و عدم وصول اعتراض طبق مقررات سند مالکیت صادر خواهد شد.
تاریخ انتشار نوبت اول: ۱۴۰۳/۱/۱۵
تاریخ انتشار نوبت دوم: ۱۴۰۳/۱/۳۰
جلیل علیزاده کارسالاری
رئیس ثبت اسناد و املاک فیروزکوه

هیات موضوع قانون تعیین تکلیف وضعیت ثبتی اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی
آگهی موضوع ماده ۳ قانون و ماده ۱۳آئین نامه قانون تعیین تکلیف وضعیت ثبتی و اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی
برابر رای شماره ۱۴۰۲۶۰۳۰۱۰۲۱۰۰۹۴۲۸ مورخ ۱۴۰۲/۱۲/۵ هیات اول موضوع قانون تعیین تکلیف وضعیت ثبتی اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی مستقر در واحد ثبتی حوزه ثبت ملک فیروزکوه تصرفات مالکانه بلامعارض متقاضی آقای سیدمحمد حسینی هراندی فرزند سیدنعمت الله به ش ش ۴۷۱ صادره از تهران در ششدانگ دو قطعه زمین مزروعی به مساحت ۴۷۶/۴۲ مترمربع مشاع از ۴۹۳۰/۷۹ مترمربع شششدانگ پلاک شماره ۷۶۳ فرعی از ۶۶ اصلی واقع در مزداران فیروزکوه انتقالی مع الواسطه از نعمت اله فیروزبخش محرز گردیده است. لذا به منظور اطلاع عموم مراتب در دو نوبت به فاصله ۱۵ روز آگهی می شود در صورتی که اشخاص نسبت به صدور سند مالکیت متقاضی اعتراضی داشته باشند می توانند از تاریخ انتشار اولین آگهی به مدت دو ماه اعتراض خود را به این اداره تسلیم و پس از اخذ رسید ظرف مدت یکماه از تاریخ تسلیم اعتراض دادخواست خود را به مراجع قضایی تقدیم نمایند. بدیهی است در صورت انقضای مدت مذکور و عدم وصول اعتراض طبق مقررات سند مالکیت صادر خواهد شد.
تاریخ انتشار نوبت اول: ۱۴۰۳/۱/۱۵
تاریخ انتشار نوبت دوم: ۱۴۰۳/۱/۳۰
جلیل علیزاده کارسالاری
رئیس ثبت اسناد و املاک فیروزکوه

هیات موضوع قانون تعیین تکلیف وضعیت ثبتی اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی
آگهی موضوع ماده ۳ قانون و ماده ۱۳آئین نامه قانون تعیین تکلیف وضعیت ثبتی و اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی
برابر رای شماره ۱۴۰۲۶۰۳۰۱۰۲۱۰۰۹۴۳۸۷ مورخ ۱۴۰۲/۱۲/۵ هیات اول موضوع قانون تعیین تکلیف وضعیت ثبتی اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی مستقر در واحد ثبتی حوزه ثبت ملک فیروزکوه تصرفات مالکانه بلامعارض متقاضی آقای منصور امیری فرزند سیدمهدی کمالی فرزند سیدجلال به ش ش ۳۷ صادره از شهرری در ششدانگ یک قطعه زمین مزروعی به مساحت ۵۴۶/۵۷ مترمربع مشاع از ۱۰۱۱/۸۶ مترمربع ششدانگ پلاک شماره ۱۸۶۳ فرعی از ۱ اصلی واقع در سیاه دره فیروزکوه انتقالی مع الواسطه از محمدعلی سعیدی محرز گردیده است. لذا به منظور اطلاع عموم مراتب در دو نوبت به فاصله ۱۵ روز آگهی می شود در صورتی که اشخاص نسبت به صدور سند مالکیت متقاضی اعتراضی داشته باشند می توانند از تاریخ انتشار اولین آگهی به مدت دو ماه اعتراض خود را به این اداره تسلیم و پس از اخذ رسید ظرف مدت یکماه از تاریخ تسلیم اعتراض دادخواست خود را به مراجع قضایی تقدیم نمایند. بدیهی است در صورت انقضای مدت مذکور و عدم وصول اعتراض طبق مقررات سند مالکیت صادر خوا