

سقوط به خودکشی

عنوان اصلی:

The descent into suicide

نویسندگان: جان تی. مالتسبرگر^۱

تاریخ انتشار: ۲۰۰۴

تعداد کلمات: ۶۳۶۰ کلمه

تخمین زمان مطالعه: ۳۶ دقیقه

ترجمه: تیم ترجمه‌ی مجله‌ی تداعی

کپی‌رایت: این مقاله صرفاً برای استفاده‌ی شخصی است و ارائه و استفاده از آن برای مقاصد دیگر، با اصول حرفه‌ای و اخلاقی ناسازگار است.

<https://www.tadaei.com>

فروپاشی منجر به خودکشی^۲ مستلزم این است که حمله به خود^۳ (ایگو) را مورد توجه قرار دهیم، زیرا نیروهای پرخاشگر^۴ توسط سوپرایگو علیه آن از بند رها شده‌اند، اما توجه به مراحل تجزیه‌ی خود^۵ (واپس‌روی ایگو^۶) بعد از آن نیز لازم است. در ادبیات روانکاوی به واپس‌روی ایگو در خودکشی توجه کمتری شده تا حمله به ایگو با دستور سوپرایگو؛ این مقاله به آثار ناکامی ایگو و انفصال^۷ بازنمایی خود^۸ می‌پردازد. مطالعه‌ی بالینی بیماران متمایل به خودکشی چهار جنبه از فروپاشی منجر به خودکشی را نشان می‌دهند، به طوری که ایگو ضعیف می‌شود: طغیان عاطفی^۹، مانور ناامیدانه برای مقابله با وضعیت اضطرار روانی ناشی از آن، از دست دادن کنترل به طوری که خود شروع به از هم پاشیدن^{۱۰} می‌کند، و برنامه‌ریزی جادویی و بلندپروازانه‌ای^{۱۱} برای بقای روانی وقتی که بازنمایی خود دچار انفصال می‌شود و رهایی از بدن^{۱۲} موجه می‌شود. این آثار به صورت نظری و از لحاظ تنظیم عاطفه‌ی ناموفق، درماندگی ایگو، تسلیم

1 John T. Maltzberger

2 Suicidal breakdown

3 self

4 aggressive

5 self-breakup

6 ego regression

7 disarticulation

8 self-representation

9 affective flooding

10 disintegrate

11 grandiose

12 body jettison

نارسیسیستیک، فروپاشی دنیای بازنمودی^۱ و از دست دادن واقعیت آزمایی^۲ مورد بحث قرار می‌گیرند.

تئوری روانکاوی از آغاز برای توضیح خودکشی، بر حمله‌ی نیروهای ویرانگر به ایگو، تعدیل‌شده توسط سوپرایگو، تأکید کرده‌اند (فروید^۳، ۱۹۱۵). تجزیه‌ی خود که در پی این حمله می‌آید، توجه کمتری را جلب کرده است، هرچند گلاور^۴ (۱۹۳۰) در کنگره‌ی اینسبروک^۵ ۱۹۲۷، درباره‌ی اهمیت واپس‌روی ایگو در خودکشی اظهارنظر کرد. بدون شک فروپاشی منجر به خودکشی را می‌توان تا حدی ناشی از حمله‌ی توان‌فرسای سوپرایگو به خود دانست، اما این به تنهایی شرح مختصری از پیامدهای فاجعه‌باری است که بعدها برای خود روی می‌دهد و می‌توان آن را واپس‌روی ایگو دانست. جمع‌آوری داده‌های تجربی مربوط به تجربیات ذهنی بیماران وابسته به خودکشی^۶ در سال‌های اخیر، مخصوصاً آنهایی که به عاطفه‌ی تحمل‌ناپذیر^۷ مربوط می‌شوند، و تکامل تئوری روانکاوی، توجهی دوباره را به موضوع تجزیه‌ی خود در خودکشی می‌طلبد. بررسی حالات عاطفی شدید در تحقیقات تجربی روانپزشکی مربوط به بیش از بیست سال گذشته، پیوستگی زیادی بین اضطراب و اندوه^۸ و خودکشی تحقق‌یافته نشان داده‌اند (فایست^۹، ۲۰۰۱). این نظریه که پریشانی شدید ذهنی می‌تواند تأثیر آسیب‌زا و ویرانگری بر تنظیم ایگو داشته باشد، موضوعی آشنا در روانکاوی است و الگویی برای فروپاشی خود در چنین حالاتی ارائه می‌دهد (فروید، ۱۹۲۶).

من الگویی از فروپاشی منجر به خودکشی پیشنهاد می‌کنم که شامل چهار جنبه یا بخش در هم تنیده است. نباید تصور شود که این جنبه‌ها به ترتیب یکی بعد از دیگری می‌آیند، هرچند ممکن است دیده شود که بیمار از یکی به دیگری پیش یا پس می‌رود، به طوری که بتوان این تغییر جهت را در طول زمان مشاهده کرد. بعضی

1 representational world

2 loss of reality testing

3 Freud

4 Glover

5 Innsbruck

6 suicidal patients

7 intolerable affect

8 anguish

9 Fawcett

بیماران یک بخش را بیشتر از دیگری، یا بیش از یک بخش را در یک زمان به تصویر می‌کشند، اما وقتی خودکشی نزدیک می‌شود، بخش‌های سوم و چهارم انحطاط خود^۱ در آنها بیشتر دیده می‌شوند. من این چهار جنبه را پیشنهاد می‌کنم: در اولین جنبه که می‌تواند با طغیان مقایسه شود، بیمار در انبوهی از احساسات دردناک و تحمل‌ناپذیر غوطه‌ور می‌شود. این جنبه را «سیل عاطفه» می‌نامیم. در جنبه‌ی دوم، «تلاش برای مهار طغیان عاطفی»، بیمار در حال تلاش برای چیره شدن بر احساسات دردناک و مهار آنها است، گاهی موفق است، گاهی فرو می‌رود، و دست و پا می‌زند تا به طریقی شناور بماند. وقتی دیگر نمی‌تواند این کار را انجام دهد، حرکت به سمت جنبه‌ی سوم اتفاق می‌افتد که می‌توان آن را به غرق شدن تشبیه کرد و بیمار خود را خارج از کنترل و ناامید حس می‌کند. جنبه‌ی سوم «از دست دادن کنترل و از هم پاشیدگی»^۲ نامیده می‌شود. در جنبه‌ی چهارم، بیمار، در حالی که ایگوی او به خاطر واقعیت‌آزمایی ناموفق فلج شده، برنامه‌های بلندپروازانه‌ای برای حفظ خود طرح‌ریزی می‌کند که ممکن است شامل رهایی از جسمش باشد. این جنبه «بقای بلندپروازانه و رهایی از جسم» نامیده می‌شود.

در سال ۱۸۴۲، ادگار آلن پو^۳ داستان «سقوط به دل گرداب»^۴ را منتشر کرد که استعاره‌ای بود برای فروپاشی منجر به خودکشی. پو تجربه‌ی ماهیگیری (که من آن را نمادی از ایگوی تقریباً فلج شده می‌بینم) را حکایت می‌کند که قایقش (در معنای خود) در جریان‌های (عواطف) فاجعه‌باری گرفتار شده و آنقدر به سمت پایین می‌چرخد و می‌چرخد که می‌شکند و نابود می‌شود، در حالی که ماهیگیر با درماندگی تماشا می‌کند. از آنجا که این داستان بسیار برانگیزاننده است، من گزیده‌هایی از آن را در متن آورده‌ام.

ابتدا پدیدارشناسی تجزیه‌ی خود تشریح خواهد شد و بحث نظری در قسمت بعدی این مقاله خواهد آمد.

1 self-devolution

2 disintegration

3 Edgar Allan Poe

4 The descent into the maelström

جنبه‌ی اول: سیل عاطفه

و بعد پیچ خوردیم، غوطه‌ور شدیم، لغزیدیم و به پایین رفتیم، این باعث شد احساس تهوع و سرگیجه کنم، انگار در خواب از نوک یک کوه بلند سقوط می‌کردم. اما وقتی آن بالا بودیم، نگاه سریعی به اطراف انداختم و همان یک نگاه کافی بود... گرداب موسکو-استروم درست در یک چهارم مایلی روبروی من بود... بی‌اختیار چشمانم را از وحشت بستم. پلک‌هایم خود به خود به هم چسبیدند، انگار تشنج کرده بودم (پو، ۱۸۴۲، ص ۴۴۲).

تعدادی از اصطلاحات مختلف مربوط به پریشانی عاطفی که گریبان‌گیر بیماران وابسته به خودکشی است، در ادبیات به چشم می‌خورد. ما درباره‌ی اضطراب، اضطراب روانی^۱، ملال^۲ و درد روانی^۳ خوانده‌ایم (فاست و همکاران، ۱۹۸۷؛ پست^۴ و همکاران، ۱۹۸۹؛ بوش^۵ و همکاران، ۱۹۹۳؛ اشنایدمن^۶، ۱۹۹۳).

اندوه، کلمه‌ای قدیمی به معنای پریشانی روانی جان‌فرسا^۷ که از سال ۱۲۶۰ در زبان انگلیسی استفاده می‌شود، از هر واژه‌ی ابداعی جدیدتر و واژه‌های وارد شده از آلمانی بهتر است (مالستبرگر، ۱۹۹۷؛ هندین^۸ و همکاران، ۲۰۰۱).

اکنون اجماعی عمومی بر این عقیده است که خودکشی بدون آشفتگی احساسی دردناک امری غیرعادی است. به نظر می‌رسد حالات آشوب^۹ عاطفی تحمل‌ناپذیر منجر به خودکشی می‌شود؛ کسانی که گرفتار این حالات می‌شوند، ناچارند تسکین یابند یا خودشان را نابود کنند - هیچ گزینه‌ی دیگری وجود ندارد.

1 psychic anxiety

2 dysphoria

3 psychache

4 Post

5 Busch

6 Shneidman

7 excruciating

8 Hendin

9 commotion

در حال حاضر در بنیاد آمریکایی پیشگیری از خودکشی، مطالعه‌ی ادامه‌دار بیماران که در هنگام اقدام به خودکشی، تحت درمان فعال^۱ بودند، در حال انجام است (هندین و همکاران، ۲۰۰۱). این بررسی الگوی ثابتی را آشکار کرده که خودکشی را به حالات بحرانی و شدیدی که افسردگی اساسی بیمار را تشدید می‌کنند، مرتبط می‌کند. ناامیدی تشدیدکننده^۲ عاطفی حاد^۳ است که بیش از همه با خودکشی ارتباط دارد و حالتی از اندوه است که با نیاز فوری به تسکین همراه است. خشم شدید، اضطراب، حس وانهادگی^۴، درماندگی و بی‌زاری از خود^۵ نیز در این بیماران معمولاً کمی قبل از خودکشی دیده می‌شوند. اغلب، اما نه همیشه، رویدادی مهم در زندگی (رویدادی شتاب‌دهنده) می‌تواند سیلی تحمل‌ناپذیر از درد روانی را آزاد کند (هندین و همکاران، ۲۰۰۱؛ مالتسبرگر و همکاران، ۲۰۰۳). عواطف شدید، با یا بدون یک رویداد شتاب‌دهنده‌ی واضح، به تنهایی یا در بیشتر مواقع به صورت ترکیبی، می‌توانند بیمار را به ناامیدی بکشانند (بامایستر^۶، ۱۹۹۰).

ناامیدی شدید یک وضعیت اضطراری روانی است. بیماران که می‌توانند از دیگران کمک بگیرند، خوش‌شانس هستند. بعضی بیماران آنقدر خوش‌شانس هستند که برای تسکین عذاب‌شان درمان روانپزشکی (معمولاً روان‌داروشناختی^۷) دریافت می‌کنند. دیگران ممکن است برای فرار از آن به مواد مخدر خیابانی یا الکل روی آورند. اما بسیاری از بیماران بدشانس ممکن است به سرعت جان خود را بگیرند، چون نمی‌توانند منتظر کمک بمانند.

جراحی ۴۲ ساله که ناگهان دچار حالت ناامیدی شدید شده بود، به طبقه‌ی همکف یک ساختمان عمومی سقوط کرد، چون نمی‌توانست آن غم و اندوه را تحمل کند. مدتی بعد، توضیح داد که آن تجربه به قدری وحشتناک بود که اگر چنین وضعیتی دوباره تکرار شود، قصد دارد فوراً خودش را بکشد.

1 active therapy

2 compounder

3 acute

4 abandonment

5 self-hatred

6 Baumeister

7 psychopharmacologic

اگر چه به نظر می‌رسد چنین خودکشی‌های فوری و ناگهانی برای فرار از عواطف روی می‌دهند، ما هیچ اطلاعی از این که تا چه حد تجزیه‌ی خود در این بیماران رخ دهد، نداریم (جنبه‌ی ۴، به پایین مراجعه شود)، با این حال ممکن است این اتفاق بیفتد. احتمال دارد عده‌ی زیادی قبل از این که بتوانند مطالعه شوند، بمیرند.

معمولاً، اما نه همیشه، می‌توان فقط با مشاهده‌ی بیمار درباره‌ی شدت درد روانی او استنتاجی درست به عمل آورد. بیشتر بیماران ناامید، بیماران خشمگین یا بیماران به شدت مضطرب آنچه را که حس می‌کنند، در چهره، حرکت بدن و رفتارشان نشان می‌دهند. با این حال، تعدادی از بیماران ناامید این‌گونه به نظر نمی‌رسند؛ آنها ممکن است ساکت و به ظاهر آرام باشند. بنابراین باید از بیماران مستعد خودکشی درباره‌ی شدت پریشانی عاطفی‌شان سؤال کرد و پرسید که آیا این حالت از تحملشان خارج است. باید از آنها خواست تا شدت آن را با همان حس در زمان‌ها و مکان‌های دیگر، مثلاً با زمانی خودکشی قبلی‌شان، مقایسه کنند. توانایی هر بیمار برای تحمل درد روانی نه با توانایی آزمونگر یکسان است و نه با توانایی بیماران دیگر، به همین دلیل تصمیمات اشتباه از روی همدلی^۱ رایج هستند. آنهایی که خیلی آرام به نظر می‌رسند، ممکن است دچار گسست^۲ شده باشند و از قبل در مسیر خودکشی قرار گرفته باشند. عده‌ای، که تصمیم به خودکشی گرفته‌اند، قبل از کشتن خودشان نوعی حس تسلط بر خود و آرامش را تجربه می‌کنند. حتی بعضی از آنها عمداً ناامیدی‌شان را پنهان می‌کنند، چون نمی‌خواهند نقشه‌هایشان برای خودکشی به هم بخورد.

جنبه‌ی دوم: تلاش برای مهار سیل عاطفی (دست و پا زدن)

شاید عجیب به نظر برسد، اما حالا که درست در تنگ‌راه خلیج بودیم، بیشتر از زمانی که داشتیم به آن نزدیک می‌شدیم، احساس آرامش می‌کردم. از آنجا که تصمیم گرفته بودم دیگر امیدوار نباشم، تا حد زیادی از آن وحشتی که در ابتدا مرا مرعوب کرده بود، خلاص شدم. فکر می‌کنم آن ناامیدی بود که اعصاب مرا تحریک می‌کرد.

1 empathic errors of judgment

2 dissociated

شاید خودستایی به نظر بیاید - اما چیزی که به شما می‌گویم حقیقت است - حالا دیگر به این فکر می‌کردم که مردن در چنین حالتی چقدر باشکوه است و چقدر احمقانه بود فکر کردن به چیز محقری مثل زندگی شخصی خودم، وقتی آن تجلی شگفت‌انگیز قدرت خداوند را می‌دیدم (پو، ۱۸۴۲، صص ۳-۴۴۲).

این قسمت از فروپاشی منجر به خودکشی نشان می‌دهد که بیمار در ناامیدی به دنبال راهی است تا از وخیم‌تر شدن اوضاع جلوگیری کند (هکلر، ۱۹۹۴). نشانه‌های رفتاری وخیم شدن حالت احساسی در بین بیمارانی که به سمت خودکشی پیش می‌روند، شایع است (هندین و همکاران، ۲۰۰۱). این نشانه‌ها ممکن است شامل بیان کلامی احساسات مربوط به خودکشی یا تمایل به آن، تشدید رفتار خودمخرب^۲، کاهش کار و کارکرد اجتماعی و افزایش سوءمصرف الکل یا مواد مخدر باشد.

بیماران ممکن است برای نجات خود، سراسیمه به دیگران مراجعه کنند یا به درمانگر خود بگویند که دیگر نمی‌توانند آنچه را که حس می‌کنند، تاب بیاورند. اقدام به خودزنی^۳ یا خودکشی کامل ممکن است رخ دهد. در این مرحله، بعضی بیماران احساسات‌شان را از آگاهی هشیارشان^۴ جدا می‌کنند، یعنی دچار گسست می‌شوند. گسست می‌تواند خفیف باشد و همیشه به چشم ما نیاید - بیمار ممکن است واقعاً احساس آرامش داشته باشد و سنجیده و سازمان یافته رفتار کند.

یک دانشجوی ۲۲ ساله‌ی حقوق که چند روز دچار اندوه افسرده‌وار شده بود، تصمیم گرفت خودش را بکشد. به محض این که تصمیم گرفت، ناگهان آرامش ذهنی یافت و گزارش داد که برای اولین بار در آن چند هفته احساس لیاقت و آرامش کرد. بعد از این که با خونسردی به سمت پلی مرتفع رانندگی کرد، در حالی که احساس جداشدگی از خود می‌کرد و آنچه را که اتفاق می‌افتاد با تحسین یک تماشاگر مشاهده می‌کرد، به پایین پرید. به محض این که شروع به سقوط کرد، گسست از بین رفت و با وحشت شروع به فریاد زدن کرد.

1 Heckler

2 self-destructive

3 Self-mutilation

4 conscious awareness

ممکن است بعضی بیماران قادر باشند عذاب ذهنی‌شان را با ترکیب‌هایی از انکار، فرافکنی یا حتی جداسازی و سواس‌گونه‌ی عاطفه^۱ مهار کنند. در این مرحله، بیماران کم‌کم از سرمایه‌گذاری عاطفی روی دیگران صرف‌نظر می‌کنند، از دلبستگی‌شان به کار و دیگر پیشه‌های ارزشمندشان، از جمله روان‌درمانگر و روان‌درمانی دست می‌کشند. واقعیت‌آزمایی ضعیف می‌شود و به دنبال آن دیدگاه‌های تحریف‌شده از دیگران از راه می‌رسند، که این باعث می‌شود دیگران دشمن، بی‌عاطفه^۲ و دور از دسترس به نظر آیند.

عده‌ای نیز بعد از تصمیم به خودکشی، حس تازه‌تری از تسلط بر خود بدون گسست تجربه می‌کنند و همچنان که به سوی نقشه‌های مرگ‌بارشان پیش می‌روند، ساکت‌تر می‌شوند.

جنبه‌ی سوم: از دست دادن کنترل و از هم پاشیدگی

شاید به مدت یک ساعت چرخیدیم و چرخیدیم، بیشتر پرواز می‌کردیم تا این که شناور باشم، به تدریج بیشتر و بیشتر به میانه‌ی موج می‌رسیدیم و به لبه‌ی داخلی وحشتناک آن نزدیک‌تر و نزدیک‌تر می‌شدیم... با سرعت می‌چرخیدیم و پیچ می‌خوردیم - اما نه با حرکتی یک‌شکل - بلکه با نوسان‌ها و تکان‌های تند و سرگیجه‌آور (پو، ۱۸۴۲، صص ۵-۴۴۳).

حس از دست دادن کنترلی که بیمار تجربه می‌کند، نوعی حس فروپاشی است که با ترس و وحشت شدید همراه است. در این مرحله، بیمار کاملاً احساس درماندگی می‌کند، قادر نیست خود را نجات دهد و رفته‌رفته راه برای ناامیدی باز می‌شود.

رویاهای بعضی بیماران وابسته به خودکشی نشان‌دهنده‌ی به‌هم‌ریختگی^۳ و چندپارگی^۴ خود است، مخصوصاً در نحوه‌ی ظاهر شدن بدن آنها در محتوای آشکار^۵

1 obsessional affect isolation

2 uncaring

3 disorganization

4 fragmentation

5 manifest content

(مالتسبرگر، a ۱۹۹۳). چنین رویه‌هایی را می‌توان استعاره‌هایی برای تضعیف خود به مثابه ساختاری ذهنی دانست و همچنین علایم هشداردهنده‌ای از این که عزت‌نفس^۱ در حال از بین رفتن است (گرینبرگ، ۱۹۸۹؛ گلدبرگ، ۲۰۰۰). بیماران وابسته به خودکشی ممکن است خواب منظره‌ای را ببینند که پوشیده از قمست‌های مختلف بدن یا قسمت‌هایی از بدن حیوانات مرده باشد. بعضی‌ها خواب می‌بینند دارند تکه تکه پاره می‌شوند، همانطور که یک سگ ممکن است یک موش را تکه تکه کند. عده‌ای خواب می‌بینند بدنشان به معنی واقعی کلمه تکه تکه و از هم جدا می‌شود (آلوارز، ۱۹۷۰). در رویه‌های دیگر، مرگ و کشتن به طرز پیچیده‌تری نمادپردازی می‌شوند (گراتجن، ۱۹۶۰).

خواب دیدم بر لبه‌ی صخره‌ای ایساده‌ام و قسمت‌هایی از بدنم جدا می‌شوند و روی لبه‌ی صخره می‌افتند. تو؛ دست به جیب، نزدیک من ایستاده بودی، اما کمکی به من نمی‌کردی و می‌خندیدی (لیتمن، ۱۹۸۰، ص ۲۸۵).

بعضی بیماران وابسته به خودکشی خواب‌هایی را گزارش می‌دهند که در آنها بدل‌های خودشان را می‌بینند و با آنها طوری رفتار می‌کنند که گویی آدم‌های دیگری هستند (لوکیانوویچ، ۱۹۵۸):

در خوابم دو من وجود داشت، داخل جیبم که در لوک‌اوت پوینت پارک شده بود، نشسته بودیم. من روی صندلی راننده بودم و اسلحه‌ای با روکش طلا به سرم نشانه گرفته بودم. بعد مسافر ماشه را کشید و همه‌جا [خون و ...] پاشیده شد. آن یکی که روی صندلی راننده بود، گفت: «وای نه!» (لیتمن^۲، ۱۹۸۰، ص ۲۹۰).

جنبه‌ی چهارم: بقای بلندپروازانه و رهایی از بدن

بیماران، که در سیل رنج کنترل‌ناپذیر گرفتار شده‌اند و از هم پاشیدگی خود، ناکارآمدی راه‌حل‌های دنیای واقعی و نیاز فوری به انجام کاری را تجربه می‌کنند، ممکن است به

¹ self-integrity

² Litman

فانتزی‌های جادویی متوسل شوند تا خودشان را از نابودی فیزیکی پیش رو نجات دهند.

در ادبیات گزارش‌های زیادی از رویاها و فانتزی‌های بلندپروازانه‌ی مرتبط با خودکشی وجود دارد. بیمار ناامید از تسکین ممکن است نقشه‌های قدرتمندی به کار ببندد تا کنترل زندگی و مرگ را در دست بگیرد. در این مرحله، بیماران معمولاً تصور می‌کنند که می‌توانند خودِ ذهنی و فیزیکی‌شان را از هم جدا کنند و با کشتن جسم‌شان، در محیطی دیگر به صورت ذهنی به زندگی ادامه دهند. بعضی بیماران مرگ را تولد دوباره‌ای می‌بینند که با آن مثل مسیح دوباره قیام می‌کنند. تعدادی نیز خیال می‌کنند که در موقعیت قدرتمندی هستند و دیگری را که در واقعیت آنها را طرد کرده‌اند، پس می‌زنند. مرگ را شکست یا پایان نمی‌بینند، بلکه آن را یک پیروزی یا شروع می‌دانند (مالتسبرگر و بویی^۱، ۱۹۸۰؛ هندی، ۱۹۹۱، ۱۹۹۲).

بعضی از بیماران بدنشان را منبع غم و اندوه عاطفی می‌دانند و باور دارند که با خلاص شدن از شر بدن، که حالا دشمن تلقی می‌شود، از موقعیتی طاقت‌فرسا فرار خواهند کرد و به نحوی در جایی دیگر به زندگی ادامه خواهند داد - خودکشی نوعی فرار تصور می‌شود و عمل خودکشی کشتن یک دشمن در دفاع از خود محسوب می‌شود نه نابودی خود.

با مختل شدن واقعیت‌آزمایی، برخی بیماران نخوتی نارسیسیستیک^۲ را تجربه می‌کنند که در آن بعضی نقشه‌های عملی و راه‌حل‌ها به نظرشان فوق‌العاده می‌آید. چنین بیماری با بزرگ‌نمایی استعداد خودش برای فرار، با اطمینان از قدرت خارق‌العاده‌اش و این که او یک استثنا است، ممکن است دست به یک نقشه‌ی دیوانه‌وار خودکشی بزند، چون کاملاً مطمئن است که می‌تواند از این موقعیت طاقت‌فرسا فرار کند (مالتسبرگر، ۱۹۹۷). بیماران دچار اختلال شخصیت نارسیسیستیک، وقتی رویدادهای شرم‌آور شتاب‌دهنده به آنها فشار می‌آورند یا زمانی که دچار افسردگی‌های شدید می‌شوند، نسبت به این تحولات بسیار آسیب‌پذیر می‌شوند (رونینگستام^۳، ۱۹۹۸).

¹ Buie

² narcissistic overinflation

³ Ronningstam

بحث

تجربه‌ی بالینی نشان می‌دهد که تجزیه‌ی محتمل خود و تجزیه‌ی واقعی خود در جنبه‌های مختلف، در بیماران وابسته به خودکشی شایع است. تا کنون هیچ بررسی تجربی‌ای برای مقایسه‌ی تجزیه‌ی خود در حالت‌های حاد خودکشی با اختلالات غیر وابسته به خودکشی انجام نشده است. با این حال، دلیل خوبی برای این باور وجود دارد که بسیاری از بیماران نوع خاصی از گُست را قبل از کشتن خودشان تجربه کرده‌اند که در آن خودهای ذهنی و جسمی از نظر درونی^۱ مجزا حس شده‌اند (لافر^۲ و لافر، ۱۹۸۴، ۱۹۸۹؛ لافر، ۱۹۹۵). تجزیه‌ی خود را می‌توان از مواضع مختلف روانکاوی موشکافی کرد.

۱. ناکامی در تنظیم عاطفه

فروید در کتاب‌های «ماتم و مالیخولیا»^۳ (۱۹۱۵) و «ایگو و اید»^۴ (۱۹۲۳)، به دو شکل از صدمه به خودبازنمایی (ایگو) اشاره می‌کند. در اثر اول، تشریح می‌کند که چگونه ایگو (این کلمه را مترادفی برای خود در نظر می‌گیرد) زمانی که با یک اُبژه منفور یکی دانسته شود، ممکن است مورد حمله‌ی پرخاشگرانه قرار بگیرد. در کتاب دوم، به این اشاره دارد که زمانی که ایگو (خود) ضعیف و ناکارآمد دانسته می‌شود از سرمایه‌گذاری نارسیسیستیک مثبت روی آن صرف‌نظر می‌شود، به طوری که رها می‌شود تا بمیرد.

بیرینگ^۵ (۱۹۵۳) برخی افسردگی‌ها را با نظر به فرمول‌بندی فروید در ۱۹۲۳ تشریح می‌کند و می‌گوید که زمانی رخ می‌دهند که ایگو نیرو و توانایی‌اش را برای انجام خواسته‌های غیرواقع‌بینانه‌ی تعیین‌شده توسط ایده‌آل ایگو یا رویارویی با چالش‌های واقعی دنیای بیرونی از دست می‌دهد. بیماری که بارها و بارها سعی می‌کند و شکست

1 subjectively

2 Laufer

3 Mourning and melancholia

4 The ego and the id

5 Bibring

می‌خورد، اُفتی در عزت‌نفس^۱ خود حس می‌کند و ممکن است از خود دست بکشد. بیبرینگ افسردگی را همبسته‌ی احساسی فروپاشی عزت‌نفس ایگو تعریف می‌کند. وقتی خود را در برآورده ساختن آرزوهایش ناتوان می‌بیند، احساس درماندگی بر او چیره می‌شود.

خواسته‌ی نارسیسیستیک اصلی خود می‌تواند محافظت از یکپارچگی‌اش باشد (استولورو^۲، ۱۹۷۵). خود با ورود به مراحل اولیه‌ی تجزیه‌ی خود، مشاهده می‌کند که نمی‌تواند یکپارچه بماند، نمی‌تواند عاطفه‌ی قدرتمند را مهار و انگیزه‌ها و اعمال را کنترل کند. بیماران در سلسله تحقیقات بنیاد آمریکایی پیشگیری از خودکشی خود را غرق در عواطف دردناکی می‌دیدند که قادر به کنترل‌شان نبودند؛ آنها احساس خشم، آشفتگی و اندوه می‌کردند - این به معنی آغاز شکست ایگو است. بعضی از بیماران بعد از آن نمی‌توانستند خود را کنترل کنند؛ آنها به شاهدان منفعل و وحشت‌زده‌ی ناکامی بیشتر ایگوهایشان تبدیل می‌شدند. یکی از بیماران که وکیل بود کنترلش را از دست داد و در صحن دادگاه داد و قال به پا کرد. دیگری که کهنه‌سرباز جنگ ویتنام بود، چنان پرخاشگرانه با همسرش رفتار کرد که همسرش او را ترک کرد. بیمار دیگر که پرستار بود، کودک دردمساز را در بیمارستان بر خلاف میل خودش سیلی زد. بیماران وحشت‌زده می‌دیدند که دارند بدرفتاری می‌کنند و زندگی‌شان را خراب‌تر می‌کنند، اما نمی‌توانستند جلوی خودشان را بگیرند. تجربه‌ی فروپاشی خود به این نحو، خود یک ضربه‌ی نارسیسیستیک عمیق است.

فرمول‌بندی بیبرینگ بر این عقیده است که درماندگی ایگو در مقابل نیروهای منکوب‌کننده، از درون یا بیرون، ریشه‌ی افسردگی است. وقتی این درماندگی به اندازه‌ی کافی طول بکشد، ناامیدی از راه می‌رسد. ناامیدی مطمئناً نشانگری شناخته‌شده برای حالات مربوط به خودکشی است (فاست و همکاران، ۱۹۹۰؛ بک^۳ و همکاران، ۱۹۹۳).

1 self-esteem

2 Stolorow

3 Beck

در حالی که به نظر می‌رسد «دست کشیدن از خود» آنچنان که فروید توصیف می‌کند، برای توضیح روان‌پویه‌ی شدید^۱ حمله به خود کافی نباشد، بازگرفتن نگاه مثبت (لیبیدوی نارسیسیستیک) از بازنمایی خود می‌تواند در کاهش انسجام آن، آسیب‌پذیر ساختن آن و محافظت نکردن از آن در مقابل نیروهای خصمانه‌ی برخاسته از درون‌فکنی‌های^۲ بیمارگونه و ویرانگر نقش داشته باشد.

دیدگاه بیبرینگ این است که اهمیت پرخاشگری علیه خود کمتر از فروپاشی عزت نفس است. او معتقد است که در نهایت به دلیل ناتوانی و درماندگی است که ایگو خودش را تسلیم سوپرایگو می‌کند تا تنبیه شود. تئوری افسردگی او می‌گوید که حالت‌های گیج‌کننده‌ی آرامش که به نظر می‌رسد درست قبل از خودکشی بعضی بیماران سر می‌رسند، ممکن است ناشی از عملیات اضطراری ایگو باشد که برای دور کردن حالت‌های طاقت‌فرسای درماندگی به کار گرفته می‌شوند. ظاهراً دست‌کم دو نوع آرامش پیش از خودکشی وجود دارد.

نوع اول آرامش قبل از خودکشی تجزیه‌ای^۳ است؛ دانشجوی حقوق دچار مسخ شخصیت^۴ که پریدنش از پل مرتفع در بالا توصیف شد، به محض این که تصمیم گرفت نقشه‌اش را عملی کند، آشفتگی پرنجش آرام شد و به حالت جداشدگی^۵ آسوده‌ای رسید. مسخ شخصیت را می‌توان مکانیسمی دفاعی دانست که تنش‌های طاقت‌فرسا در زمان به خطر افتادن یکپارچگی خود، به وسیله‌ی آن متوقف می‌شوند.

این نوع مسخ شخصیت نه تنها در بحران‌های حاد مربوط به خودکشی بلکه در شرایط خطر حاد نیز مشهود است. حالات هوشیاری فاقد احساس^۶ و شفافیت ذهن ممکن است در شرایط تهدیدکننده‌ی زندگی رخ دهند، وقتی شخص در مخاطره احساس می‌کند مثل یک آدم مکانیکی عمل می‌کند. به محض این که خطر رفع می‌شود، واکنش‌های به تأخیرافتاده می‌توانند به شکل لرز، حمله‌ی گریه، عرق کردن و دیگر انواع تخلیه‌ی غیرارادی و مضطربانه رخ دهند. ایگو با مسدود کردن موقت تجربه‌ی

1 violent psychodynamics

2 introject

3 dissociative

4 depersonalized

5 detachment

6 cold alertness

عاطفی بیشتر، از خودش در مقابل خطر منکوب شدن بیشتر با تنش طاقت‌فرسا محافظت می‌کند.

آرام شدن قبل از خودکشی شاید بتواند بدون گسست به معنای معمول آن در آسیب‌شناسی روانی توصیفی^۱ روی دهد. شاید دلیل آن این باشد که خودِ طرح‌ریزی نقشه‌ی خودکشی گاهی برای مهار احساس درماندگی تحمل‌ناپذیر کافی است، به طوری که حس کنترل کامل جایگزین آن می‌شود. بیمار با تبدیل انفعال به فعالیت از موقعیت طاقت‌فرسای درماندگی منفعلانه فرار می‌کند.

موضع لافر و لافر (۱۹۸۴، ۱۹۸۹) و لافر (۱۹۹۵) این است که دست کم در نوجوانانی که قصد خودکشی دارند، تغییر آگاهی‌ای که این عمل را همراهی می‌کند، بیانگر چنان وضعی در واقعیت‌آزمایی است که آن اقدام را باید یک رویداد روان‌پریشانه‌ی زودگذر^۲ دانست. آرام شدن زمانی رخ می‌دهد که رنج طاقت‌فرسای منفعلانه‌ی بیمار به فعالیت حمله به بدن بیمار تبدیل می‌شود، بدنی که بیگانه‌ای برای خود اصلی و جایگاه احساسات جنسی و دیگر احساسات دردناک به شمار می‌رود، دشمنی که در دفاع از خود باید نابود شود.

اصطلاح «رویداد روان‌پریشانه‌ی زودگذر» که در اینجا استفاده شد، لزوماً نشان‌دهنده‌ی هیچ یک از تشخیص‌های خاص ذکر شده در فهرست‌های اصطلاحات استاندارد مثل راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روانپزشکی آمریکا نیست، با این حال چنین رویدادهایی مثل رویدادهای اصلی افسرده‌وار می‌توانند در تشخیص‌های ذکر شده اتفاق بیفتند. منظور من از «روان‌پریشانه» حالتی رونی است که در آن «افکار، پاسخ عاطفی، توانایی تشخیص واقعیت و توانایی گفتگو و ارتباط با دیگران به قدری مختل شوند که در توانایی رویارویی با واقعیت دخالتی فاحش داشته باشند» (سادوک^۳، ۲۰۰۰، ص ۶۸۰). معمولاً در این حالت‌ها هیچ توهمی به چشم نمی‌خورد و بیماران تا حدی فریب خورده‌اند که انتظار نمی‌رود باورهای اشتباهی که آنها را به کار وامی‌دارند، زیاد طول بکشند. آنها معمولاً تحت تأثیر عاطفه هستند. این حالت‌ها اغلب با مسخ

1 descriptive psychopathology

2 transient psychotic episode

3 Sadock

شخصیت و دیگر پدیده‌های تجزیه‌ای همراه هستند، به این معنا که فرآیندهای ذهنی و رفتاری مربوط به خودکشی از بقیه‌ی فعالیت‌های روانی شخص جدا می‌شوند. ایده‌ها و برنامه‌های خودکشی می‌توانند از آهنگ احساسی^۱ (اضطراب و اندوه) که ممکن است آنها را همراهی کند، جدا باشند (صص ۲-۶۸۱).

۲. بی‌ثباتی ساختاری بازنمایی خود

ساندلر^۲ و روزنبلات^۳ (۱۹۶۲) در توصیف دنیای بازنمودی ذهن، ما را به یک تئاتر استعاری از دنیای درونی بیمار، صحنه‌ی نمایش بزرگ زندگی ذهنی، راهنمایی کرده‌اند که در آن پرتره‌های زنده‌ی خود را می‌بینیم که در کنار پرتره‌های مشابه اُبژه‌ها حرکت می‌کنند، احساس می‌کنند، به یاد می‌آورند، تعامل می‌کنند و هستی خود را دارند. نه تنها تخیل آگاهانه در تئاتر دنیای درونی رخ می‌دهد، علاوه بر آن این تئاتر صحنه‌ای است که در آن رویاهای ما به اجرا درمی‌آیند. پرتره‌های زنده‌ی خود و دیگران، بازیگران روی صحنه، بازنمایی خود و اُبژه نامیده شده‌اند.

خودبازنمایی در طول دوره‌ی زندگی ساخته می‌شود، اما انعطاف‌پذیر باقی می‌ماند به طوری که تجربه و یادگیری ساختار آن را تغییر می‌دهند. صرف‌نظر کردن از عزت‌نفس یا غرق شدن در پرخاشگری هدایت‌شده از سوی یک سوپرایگوی انتقادگر می‌تواند به به‌هم‌ریختگی خودبازنمایی منجر شود. فروپاشی خود در بحران‌های مربوط به خودکشی می‌تواند در رویدادهای دنیای درونی منعکس شود.

بیماران وابسته به خودکشی در جدا کردن خودهای ذهنی و جسمی‌شان، به جسم‌شان عینیت می‌دهند و در نتیجه امکان حمله به خود را فراهم می‌کنند (مالتسبرگر، ۱۹۹۳b). وقتی خودبازنمایی دچار انفصال می‌شود و قسمتی از آن که جسم را بازنمایی می‌کند، ویژگی‌های بازنمایی اُبژه را به خود می‌گیرد، راه برای حمله به جسم، گویی که چیز یا کس دیگری است نه خود، باز می‌شود. جسم، به زبان کلاین^۴ (۱۹۵۱)، کیفیت «غیر

1 emotional tone

2 Sandler

3 Rosenblatt

4 Klein

من»^۱ به خود می‌گیرد. وقتی این اتفاق می‌افتد، بیمار ممکن است نگرشی پارانوئید نسبت به بدن طردشده‌ی خود اتخاذ کند و امکان دارد سعی کند از شر آن خلاص شود، چون بدنش را دشمنی آزارگر می‌داند. این شیوه‌ای است که فروید (۱۹۱۵) به آن اشاره کرد، وقتی تشریح می‌کرد که اُبژه‌ی درونی‌شده بر ایگو سایه می‌افکند و آن را نسبت به حمله‌ی سوپرایگو آسیب‌پذیر می‌کند. انسجام ساختاری خودبازنمایی از دست می‌رود و رنگ‌آمیزی^۲ مثبت نارسیسیستیک بازنمایی بدن کنار گذاشته می‌شود (اورگل، ۱۹۷۴).

از لحاظ نظری، یکپارچگی دنیای بازنمودی، خودبازنمایی و تصویر بدن، و همینطور یکپارچگی سیستم ارشد ایگو-سوپرایگو به خنثی‌سازی پرخاشگری در طول دوره‌ی تحول بستگی دارد. پرخاشگری بیش از حد خنثی نشده در سیستم ایگو-سوپرایگو زمینه‌ساز واپس‌روی ایگو و تجزیه‌ی خود می‌شود.

در مباحث ادبیات روانکاوی آمده است که درون‌فکنی‌های بیش از حد متهم به پرخاشگری خنثی‌نشده^۳ (که گاهی درون‌فکنی‌های «خصمانه» یا «سادیستیک»^۴ خوانده می‌شوند، وقتی کیفیتی بازنمودی به خود بگیرند) در پدیده‌ی خودکشی نقش دارند (مالتسبرگر و بویی، ۱۹۸۰). این درون‌فکنی‌ها تمایل دارند به روشی منعطف عمل کنند، گاهی به سستی خود را به سیستم سوپرایگو متصل می‌کنند، گاهی با قسمت جسمی بازنمایی خود پیوند می‌خورند و گاهی نیز به نظر می‌رسد موضعی مستقل در ذهن دارند. چنین درون‌فکنی‌هایی وقتی به سوپرایگو متصل می‌شوند، باعث ارتقای خشونت خودفرمان^۵، انتقاد و نگرش‌های خودویرانگر^۶ می‌شوند. زمانی که بر خود جسمی^۷ اثر می‌گذارند، احساسات خودبیگانگی^۸ و بی‌زاری از خود^۹ را برمی‌انگیزند که

1 not-me

2 coloring

3 unneutralized

4 hostile or sadistic introjects

5 self-directed cruelty

6 self-destructive attitudes

7 body self

8 self-alienation

9 self-revulsion

تمایل به حمله به خود را نیز شامل می‌شود. وقتی نه به سوپرایگو متصل می‌شوند و نه به بازنمایی خود، تمایل دارند زندگی خودشان را به عنوان وجودهای خصمانه‌ی درونی در پیش بگیرند. ما فعالیت آنها را در میان پرسونا‌های اختلال چند شخصیتی^۱ می‌بینیم. ممکن است به روی دیگران فرافکنده شوند^۲ - یعنی وقتی با بازنمایی اُبژه^۳ پیوند می‌خورند، باعث به وجود آمدن ترس از آزار و شکنجه از بیرون می‌شوند (آش، ۱۹۸۰).

بی‌ثباتی بین بازنمایی خود و اُبژه به تجربه‌های تجزیه‌ای منجر می‌شود. در حقیقت، پدیده‌هایی مثل مسخ واقعیت^۴ و مسخ شخصیت را می‌توان گواهی بر این دانست که یکپارچگی دنیای بازنمودی در حال سست شدن است. اوربک^۵ (۱۹۹۴، ۱۹۹۶، ۱۹۹۷) و اوربک و همکاران (۱۹۹۵a، ۱۹۹۵b) و لینکس^۶ (۱۹۹۰) گُستست مربوط به خودکشی را با متدهای تجربی مطالعه کرده و نشان داده‌اند که اُبژه‌انگاری^۷ و حمله به خود جسمی نه‌تنها در حالت‌های گُستست بسیار شایع است، بلکه سوءاستفاده‌ی جسمی و جنسی در کودکی زمینه را برای گُستست و حمله به خود در بیماران مساعد می‌کند.

کارکرد نارسیسیستیک بزرگسالان نرمال به سیستم سوپرایگوی کاملاً باثباتی عقیده دارد که در آن انتقاد از خود خوب و در عین حال واقع‌بینانه است. ایده‌آل ایگو^۸ در بزرگسال نرمال خواهان موفقیت و تسلط کامل یا مطلق نیست. وقتی رشد مختل نشده باشد، درون‌فکنی و همذات‌پنداری برای تبدیل روابط کودک با والدین به ساختارهای با ثبات ایده‌آل ایگو عمل می‌کنند. اما کودکان آسیب‌دیده سیستم‌های سوپرایگوی قابل اتکایی برقرار نمی‌کنند. ترومای جسمی و جنسی در کودکی و نوجوانی با گُستست همراه است و به درون‌فکنی تجربه‌های ناهمدلانه^۹، سهل‌انگاران^{۱۰} یا بی‌رحمانه‌ی والدینی^{۱۱} می‌انجامد. زمانی که بلوغ روی می‌دهد و مهربانی با خود

1 multiple personality disorder

2 projected out on to others

3 object-representation

4 derealization

5 Orbach

6 Links

7 objectification

8 ego-ideal

9 unempathic

10 neglectful

11 parental

سوپرایگوی نرمال رشد نمی‌کند، خودنگرش‌های^۱ پرخاشگرانه و خودتنبیهی^۲ غیرعادی می‌توانند به اوج خود برسند (شفر، ۱۹۶۰؛ فرمن، ۱۹۸۴).

نمونه‌های بسیار چشمگیر فروپاشی بازنمایی خود در موارد اختلال افسردگی عمده^۳ با ویژگیهای روان‌پریشی^۴ دیده می‌شود. برای مثال، توهم هجوم دشمنان بیگانه بازتابی از تهاجم فرافکنی خصمانه به بازنمایی خود است که به عنوان بازنمایی‌های اُبژه آسیب‌رسان تجربه می‌شوند که در بازنمایی خود جسمی بیمار ایجاد می‌شوند. بیمار به ما می‌گوید که کرم‌ها و حیواناتی که اندام‌های داخلی بدنش را پاره می‌کنند، یا ارواح شیطانی و بیگانه‌های فضایی به بدن او هجوم می‌آورند. او با کشتن جسمش تصور می‌کند آنها را می‌کشد و از چنگشان فرار می‌کند.

احساس دوپاره‌سازی بدن^۵ در افسردگی شایع است. از بین ۲۰۰ بیمار متوالی که در بخش روانپزشکی بستری شده بودند، ۱۵ نفر از تجربه‌های جسمی عجیب شکایت داشتند. زنی افسرده می‌گفت که احساس می‌کند بدنش مثل درختی که صاعقه به آن زده، به دو نیم تقسیم شده. او می‌گفت که این دو قسمت چند اینچ با هم فاصله دارند اما بین‌شان چیزی جز حفره‌ای سیاه، خالی و بی روح وجود ندارد (لیشمن^۶، ۱۹۹۸، ص ۷۵). مردی مبتلا به اسکیزوفرنی که حس می‌کرد روی شانهاش سری رشد کرده، به «آن» شلیک کرد، یعنی به خودش شلیک کرد و در نتیجه‌ی آن نزدیک بود بمیرد (ایمز^۷، ۱۹۸۴). بیماران مرزی^۸ اغلب از احساس فضایی خالی در درون بدنشان صحبت می‌کنند. درمانگران معمولاً این جمله‌ها را استعاری می‌دانند، اما در چند مورد با بیماران خودکشی مواجه شده‌ام که به طور کاملاً عینی باور دارند که در قفسه‌ی سینه یا شکمشان فضاهایی خالی وجود دارد.

حمله به خود در میان بیماران مرزی که بیشتر اوقات بدنشان را غیرواقعی توصیف می‌کنند، رایج است. یک بیمار مرزی که خودکشی کرده بود احساس می‌کرد کسی از

1 self-attitude

2 self-punitive

3 major depressive disorder

4 psychotic features

5 body-splitting

6 Lishman

7 Ames

8 Borderline patients

بیرون بدن او را به او تحمیل کرده و آن بدن بدل شیطانی بدن واقعی خودش است. مشاهداتی مثل اینها گواه کافی بر این است که بیماران خود جسمی‌شان را اُبژه تصور می‌کنند و آنها را با بازنمایی‌های خصمانه‌ی دیگران اشتباه می‌گیرند. می‌توانیم این را هم به یاد بیاوریم که بیماران مرزی اغلب در انتقال دچار سردرگمی می‌شوند، به طوری که نمی‌توانند بگویند کجا متوقف می‌شوند و درمانگر آنها کجا شروع می‌کند. این بیماران اغلب احساسات خودشان، مخصوصاً احساسات نفرت‌بارشان را انکار می‌کنند، آنها را به درمانگرانشان نسبت می‌دهند و نمی‌توانند مرزهای عاطفی را تمیز دهند (مگلاشن، ۱۹۸۳).

آزمون رورشاخ می‌تواند فقدان یکپارچگی خود^۱ و عدم توانایی در تمیز دادن خود از اُبژه را نشان دهد. استنباط‌های چنین فقدانی در نحوه‌ی سازماندهی فضا^۲ در گزارش‌های بیماران از پاسخ‌های رورشاخ و همینطور از فانتزی‌ها و رویاها آشکار می‌شود. تجربه‌ی فضاها‌ی سه‌بعدی شفاف یا نیمه شفاف فرانما حاکی از این نوع فروپاشی است که به طور تجربی آزمایشی^۳ با خودکشی در ارتباط است (بلات^۴ و ریتسler^۵، ۱۹۷۴؛ رات^۶ و بلات، ۱۹۷۴)، هرچند تلاش برای پاسخگویی، پرسش‌هایی در مورد این یافته به وجود آورده است (هانسل^۷ و همکاران، ۱۹۸۸).

فاولر^۸ و همکاران (۲۰۰۱) یک شاخص خودکشی تهیه کردند که شامل چهار نشانه‌ی رورشاخ روانکاوی است که با دقت بالایی پیش‌بینی می‌کند که کدام بیماران بعدها اقدام به خودکشی مرگبار خواهند کرد. آنها دریافتند که فرآیندهای ناخودآگاه نشانگر تحریک عاطفی بیش از حد، اختلال در توانایی حفظ مرزهای ایگو و حالات عاطفی که مشخصه‌ی آنها اشتغال فکری بیمارگونه با مرگ و زوال درونی^۹ است، پیش‌بینی کننده‌هایی قوی برای اقدامات خطرناک هستند. رایدین^{۱۰} و همکاران (۱۹۹۰) گزارش

1 loss of self-integration

2 space organization

3 tentatively empirically

4 Blatt

5 Ritzler

6 Roth

7 Hansell

8 Fowler

9 inner decay

10 Rydin

دادند که کسانی که به طرزی خشن خودکشی می‌کنند، پارانوئیدتر هستند و توانایی‌شان در کنار آمدن با شرایط کشمکش^۱، تحمل کردن عاطفه‌ی ملال‌آور^۲ کمتر است و در تمیز بین واقعیت و خیال ضعیف هستند. این یافته‌ها با آنچه که در اینجا در توصیف تجزیه‌ی خود گفته شده، سازگار است.

تامس^۳ و دوزینسکی^۴ (۱۹۸۵) مطالعه‌ای آینده‌نگر منتشر کرده‌اند که در آن سوابق آزمون‌های رورشاخی که ۲۰ تا ۳۵ پیش، برای ۱۱۵۴ دانشجوی پزشکی اجرا شده بود، برای فراوانی وقوع کلمه‌ی چرخش^۵ و کلمات مشابه (که به آنها کلمات whirlall می‌گویند) تحلیل شدند. با پیگیری آزمودنی‌ها دریافتند که ۱۶ نفر از آنها بر اثر خودکشی مرده‌اند. ۷ مورد از این ۱۶ خودکشی (۴۳/۸٪) پاسخ‌های whirlall به آزمون داده بودند، بر خلاف ۹/۶۲٪ از این گروه به عنوان یک کل. معنایی که از این یافته برمی‌آید قطعی نیست، اما پاسخ‌های whirlall به آزمون رورشاخ می‌توانند نشانگر بی‌ثباتی بالقوه‌ی بازنمایی خود باشند (عجیب اینجاست که پاسخ‌های whirlall در پروتکل‌های اصلی، مرگ زودرس به دلایل غیر از خودکشی را نیز پیش‌بینی کرده‌اند. یک سوم ۴۸ آزمودنی که به دلایلی غیر از خودکشی مرده‌اند، پاسخ‌های whirlall به رورشاخ داده بودند).

اگرچه در اینجا طریقی از فروپاشی خود ترسیم شده که ممکن است در انواع مختلفی از تشخیص‌ها و اختلالات روانی با آن مواجه شد، نمی‌توان گفت که آیا این فرآیند فروپاشی از نظر تجربی (آماری) در آنهایی که دست به خودکشی می‌زنند یا اقدامات خطرناکی می‌کنند نسبت به افرادی که از نظر روانی اندوهگین هستند و این کار را نمی‌کنند، بیشتر دیده می‌شود. می‌توان تا حدی با اطمینان ادعا کرد که حالت‌های مربوط به اندوهی که در بالا مشخص شد، در کسانی که مرتکب خودکشی می‌شوند، بسیار متداول است. با این حال، بیماران دیگری که توانایی بیشتری برای تحمل اضطراب و افسردگی دارند، می‌توانند تجربه‌هایی از گرداب خودکشی را بدون فرو رفتن

1 conflict situations

2 dysphoric affect

3 Thomas

4 Duszynski

5 whirling

در اعماق ژرفتر جنبه‌ی ۴ تاب آورند (زتزل^۱، ۱۹۴۹، ۱۹۶۵). تا به امروز، فاقد دانش تجربی لازم برای تمایز آنهایی که بدون فروپاشی منجر به خودکشی، رنج می‌برند و کسانی که به از هم پاشیدگی مرگ‌بار کشیده می‌شوند، هستیم.

از دیدگاه بالینی، بیمارانی در وضعیت اندوه شدید که به بحران خودکشی کشیده شده‌اند و در ادامه شواهدی از تجزیه‌ی خود، آنطور که در اینجا تشریح شد، نشان می‌دهند، باید در معرض خطر جدی مبادرت به خودکشی در نظر گرفته و بر اساس آن کنترل شوند (هندین و همکاران، ۲۰۰۱).

نتیجه‌گیری

زمانی که فروپاشی خود (به دنبال ناکارآمدی ایگو و واپس‌روی ایگو) روی می‌دهد، بیماران اضطراب‌هایی بسیار شدیدتر از اضطراب‌های زندگی عادی تجربه می‌کنند. اضطراب به قدری شدید است که کارکرد ذهنی مختل می‌شود و بیمار در همان حدی که توان فکر کردن دارد، تشخیص می‌دهد که درمانده است و حس می‌کند خطری وحشتناک تهدیدش می‌کند. این حالت را گاهی اضطراب نابودی^۲ می‌نامند، واژه‌ای که فروید برای آن استفاده می‌کرد، اضطراب اولیه^۳ یا اضطراب تروماتیک^۴ بود. از آنجا که این‌گونه حمله‌های اضطراب شدید بسیار فلج‌کننده هستند، معمولاً چنین حس می‌شوند که از بیرون از خود سرازیر می‌شوند و باید تا آخرین حد توان و منفعلانه تحمل‌شان کرد. خود در رویارویی با این اضطراب درمانده می‌شود. فروید (۱۹۲۳) تجربه‌ی این اضطراب‌ها را از نظر جسمی بسیار خطرناک و برای ایگو آسیب‌رسان می‌دانست.

دیدگاه کوهات^۵ این بود که اضطراب از هم پاشیدگی عمیق‌ترین اضطراب‌هاست و باور داشت که هیچ یک از انواع اضطرابی که فروید تشریح کرده، با آن برابر نیستند. او

1 Zetzel

2 annihilation anxiety

3 primary anxiety

4 traumatic anxiety

5 Kohut

به طور بالقوه احساس می‌کرد که این اضطراب حتی می‌تواند از ترس از مرگ هم جدی‌تر باشد. اگر چنین باشد، با این دیدگاه هم هماهنگ است که برای گریز از اضطراب از هم پاشیدگی، بیمار ممکن است کشتن خودش را انتخاب کند، چون اضطراب از هم پاشیدگی می‌تواند طاقت‌فرساتر از وحشت از مردن باشد (کوهات، ۱۹۸۴، ص ۱۶، ص ۲۱۳، پانویس؛ کلافت^۱، ۱۹۹۵).

دیدگاه فروید (۱۹۲۳) مبنی بر این که اضطراب می‌تواند چنان شدید باشد که از نظر جسمی آسیب‌رسان باشد، از نظر تئوری جذاب است، چون به یکی از فرمول‌بندی‌های حالت مربوط به خودکشی کمک می‌کند: این که ایگوی ناکام از سوی سیستم سوپرایگو رها می‌شود، چون ناکارآمد و بی‌ارزش است.

ایگو برای دفاع از خود در برابر این نوع اضطراب، چه آن را اضطراب نابودی بنامیم، یا از هم پاشیدی، اولیه یا تروماتیک، دست به هر کاری خواهد زد. قیاس معروف فروید از اسب و سوارکار در مورد لحظه‌ی خودکشی صدق می‌کند. ایگوی به خطر افتاده به سوارکاری تشبیه شده که سوار اسبی در حال فرار است:

اسب نیروی محرک را فراهم می‌کند، در حالی که سوارکار برتری تصمیم‌گیری در مورد هدف و هدایت حرکت حیوان قدرتمند را دارا است. اما اغلب بین ایگو و اید، موقعیتی نه چندان آرمانی پیش می‌آید که سوارکار مجبور است اسب را در مسیری که خود حیوان می‌خواهد برود، هدایت کند (۱۹۳۳، ص ۷۷).

در بسیاری از موارد خودکشی، ایگوی منکوب‌شده، محروم از کارکرد واقعیت‌آزمایی‌اش، و با عدم توانایی در تشخیص خود از ابژه، خود را سوارکاری ناکارآمد نشان می‌دهد. به نظر می‌رسد اسب وحشت‌زده، اندوهگین و خارج از کنترل، خود و سوارکار را از روی صخره تا درون پرتگاه خودکشی می‌کشاند.

تئوری روانشناختی فروپاشی منجر به خودکشی که در اینجا ارائه شد، به ناکامی عظیم ایگو از لحاظ تعدیل عاطفه^۲ و حفظ یکپارچگی و تمایز خود از بازنمایی‌های ابژه اشاره

¹ Kluff

² affect modulation

دارد. واقعیت‌آزمایی و تمایز خود از اُبژه مختل می‌شود. خود ذهنی بازمانده، خود جسمی را دشمن می‌پندارد و با آن مخالفت می‌کند و ممکن است در دفاع از خود دست به کشتن جسم بزند.

بسیاری از بیماران از خودکشی‌هایی که انتظار می‌رود کشنده باشند، جان سالم به در می‌برند - بعضی‌ها کاملاً شانس نجات می‌یابند، عده‌ای بعد از حلق‌آویز کردن، پریدن از ارتفاع یا شلیک‌هایی که قطعاً می‌باید کشنده باشند، زنده می‌مانند. بعضی بیماران، همانطور که دیده‌ایم، زمانی که تحت درمان شدید هستند، خودکشی می‌کنند. در مورد این دسته از بیماران می‌توان مطالعه‌ی گسترده‌تری به عمل آورد، تا متوجه شد که در مقایسه با گروه‌های معادل کنترل شده‌ای^۲ از بیماران افسرده‌ای که اقدام به خودکشی نکرده‌اند، چند وقت یک بار شواهدی از تجزیه‌ی خود قبل از خودکشی نشان می‌دهند. مقایسه‌ی کسانی که اقدام به خودکشی کرده‌اند با گروه شاهد، از نظر تجربه‌های گُست در زمان بیشترین پریشانی عاطفی اهمیت ویژه‌ای دارد.

عبارت عامیانه‌ی «فروپاشی عصبی» تعدادی از پدیده‌های مربوط به حالت‌های وابسته به خودکشی را پیش‌گویی می‌کند، به ویژه سیلی از عاطفه‌ی دردناک که نمی‌توان آن را تنظیم یا تعدیل کرد. معادل آلمانی آن، Zusammenbruch، خیلی بهتر است. کارکردهای ذهنی مهم مثل تمایز بین خود و اُبژه مختل می‌شود؛ ترس‌های مربوط از هم پاشیدگی خود از همه مهم‌تر هستند [قبل از همه اتفاق می‌افتند]^۳؛ بازنمایی‌های خود و اُبژه محو می‌شوند؛ رفتار بلندپروازانه و جادویی ظاهر می‌شود. خودکشی فروپاشی نارسیسیستیک عمیق، مختل شدن واقعیت‌آزمایی، تجزیه‌ی خود و ناکامی ایگو را بازتاب می‌دهد.

قدردانی: دکتر آن پولینگر هاس^۴، دکتر هربرت هندین^۵ و دکتر ایگور واینبرگ^۶ برای تهیه‌ی این نوشته، پیشنهادهای ارزشمندی ارائه داده‌اند.

1 surviving

2 matched controlled groups

3 fears of self-disintegration become primary

4 Ann Pollinger Haas

5 Herbert Hendin

6 Herbert Hendin

References

- Alvarez A (1970). *The savage god*. New York: Random House.
- Ames D (1984). Self shooting of a phantom head. *Br J Psychiatry* 145: 193-4.
- Asch S (1980). Suicide, and the hidden executioner. *Int. Rev. Psycho-Anal.* 7: 51-60.
- Baumeister RF (1990). Suicide as escape from self. *Psychol Rev* 97: 90-113.
- Beck AT, Steer RA, Beck JS, Newman CF (1993). Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide Life-threatening Behavior* 23: 139-45.
- Bibring E (1953). The mechanism of depression. In: Greenacre P, editor. *Affective disorders*, p. 13-48. New York: Int. Univ. Press.
- Blatt SJ, Ritzler BA (1974). Suicide and the representation of transparency and cross-sections on the Rorschach. *J Consulting Clin Psychol* 42: 280-7.
- Busch KA, Clark DC, Fawcett JA, Kravitz H (1993). Clinical features of inpatient suicide. *Psychiatr Annals* 23: 256-62.
- Fawcett J, Scheftner W, Clark D, Hedeker D, Gibbons R, Coryell W (1987). Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorders: A controlled prospective study. *Am. J. Psychiatry* 144: 35-40.
- Fawcett J, Scheftner W, Fogg L (1990). Time-related predictors of suicide in major affective disorders. *Am. J. Psychiatry* 147: 1189-94.
- Fawcett J (2001). Treating impulsivity and anxiety in the suicidal patient. *Ann New York Acad Sci* 932: 94-105.
- Fowler JC, Hilsenroth MJ, Piers C (2001). An empirical study of seriously disturbed suicidal patients. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 49: 161-86.
- Freud S (1915). Mourning and melancholia. *SE* 14.
- Freud S (1933). New introductory lectures on psycho-analysis. *SE* 22.
- Freud S (1923). The ego and the id. *SE* 19.
- Freud S (1926). Inhibitions, symptoms and anxiety. *SE* 20.
- Furman E (1984). Some difficulties in assessing depression and suicide in childhood. In: Sudak H, Ford AB, Rushforth NB, editors. *Suicide in the young*, p. 245-58. Boston: John Wright/PSG Inc.
- Glover E (1930). Grades of ego-differentiation. In: *On the early development of mind*, 1956, p. 112-22. London: Imago Publishing Co.
- Goldberg A, editor (2000). How responsive should we be? *Progr. Self Psychol.* 16: 55-66.
- Greenberg R (1989). The concept of the self-state dream, revisited: Contributions from sleep research. In: Goldberg A, editor. *Dimensions of self experience*. *Progr. Self Psychol.* 5: 25-32.
- Grotjahn M (1960). Ego identity and the fear of death and dying. *J Hillside Hosp* 9: 147-55.
- Hansell AG, Lerner HD, Mildren RS, Ludolph PS (1988). Single-sign Rorschach suicide indicators: A validity study using a depressed inpatient population. *J Person Assess* 52: 658-69.
- Heckler RA (1994). *Waking up, alive: The descent, the suicide attempt, and the return to life* New York: G. P. Putnam & Sons.
- Hendin H (1991). Psychodynamics of suicide with particular reference to the young. *Am. J. Psychiatry* 148: 1150-8.
- Hendin H (1992). The psychodynamics of suicide. *Int Rev Psychiatr* 4: 157-67.
- Hendin H, Maltzberger JT, Lipschitz A, Haas AP, Kyle J (2001). Recognizing and responding to a suicide crisis. *Suicide Life-threatening Behavior* 31: 115-28.
- Klein M (1951). *Envy and gratitude*. New York: Basic Books.
- Klufft RP (1995). Six completed suicides in dissociative identity disorder patients: Clinical observations. *Dissociation: Progr Dissociative Disorders* 8: 104-11.
- Kohut H (1984). *How does analysis cure?* Goldberg A, Stepanky P, editors. Chicago: Univ. of Chicago Press.
- Laufer M (1995). *The suicidal adolescent*. Madison, CT: Int. Univ. Press.
- Laufer M, Laufer ME (1984). *Adolescence and developmental breakdown*. New Haven: Yale Univ. Press.
- Laufer M, Laufer ME (1989). *Developmental breakdown and psychoanalytic treatment in adolescence: Clinical studies*. New Haven: Yale Univ. Press.

- Links PS (1990). *Family environment and borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Lishman WA (1998). *Organic psychiatry*. Oxford: Blackwell.
- Litman RE (1980) The dream in the suicidal situation. In: Natterson JN, editor. *The dream in clinical practice*, p. 283-99. New York: Jason Aronson.
- Lukianowicz N (1958). Autoscopical phenomena. *Arch Neurol Psychiatr* 80: 199-220.
- Maltsberger JT (1993a). Dreams and suicide. *Suicide Life-threatening Behavior* 23: 55-62.
- Maltsberger JT (1993b). Confusions of the body, the self, and others in suicidal states. In: Leenaars A, editor. *Suicidology: Essays in honor of Edwin S. Shneidman*, p. 148-71. Northvale, NJ: Jason Aronson, Inc.
- Maltsberger JT (1997). Ecstatic suicide. *Arch Suicide Research* 3: 283-301.
- Maltsberger JT, Buie DH (1980). The devices of suicide, revenge, riddance, and rebirth. *Int. Rev. Psycho-Anal.* 7: 61-72.
- Maltsberger JT, Hendin H, Haas AP, Lipschitz A (2003). Determination of precipitating events in the suicide of psychiatric patients. *Suicide Life-threatening Behavior* 33: 111-9.
- Mcglashan TH (1983). The 'we-self' in borderline patients: Manifestations of the symbiotic self-object in psychotherapy. *Psychiatry* 46: 351-61.
- Orbach I (1994). Dissociation, physical pain, and suicide: A hypothesis. *Suicide Life-threatening Behavior* 24: 68-79.
- Orbach I (1996). The role of the body experience in suicidal behavior. *Clin Child Psychol Psychiatr* 1: 607-19.
- Orbach I (1997). A taxonomy of factors related to suicidal behavior. *Clin Psychol: Sci Practice* 4: 208-24.
- Orbach I, Kedem P, Herman L, Apter A (1995a). Dissociative tendencies in suicidal, depressed and normal adolescents. *J Soc Clin Psychol* 14: 393-408.
- Orbach I, Lotem-Peleg M, Kedem P (1995b). Attitude toward the body in suicidal, depressed, and normal adolescents. *Suicide Life-threatening Behavior* 25: 211-21.
- Orgel S (1974). Fusion with the victim and suicide. *Int. J. Psycho-Anal.* 55: 531-8.
- Poe EA (1842). A descent into the maelström. In: *Poetry and tales*, 1984, p. 432-48. New York: The Library of America.
- Post RM, Rubinow DR, Uhde TW, Roy-Byrne PP, Linnoila M, Rosoff A, et al. (1989). Dysphoric mania: Clinical and biological correlates. *Arch Gen Psychiatr* 46: 353-8.
- Ronningstam EF (1998). *Disorders of narcissism*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Roth D, Blatt SJ (1974). Spatial representations of transparency and the suicidal potential. *Int. J. Psycho-Anal.* 55: 287-93.
- Rydin E, Asberg M, Edman G, Schalling D (1990). Violent and nonviolent suicide attempts—A controlled Rorschach study. *Acta Psychiatr Scand* 82: 30-9.
- Sadock BJ (2000). Signs and symptoms in psychiatry. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott, Williams, and Wilkins.
- Sandler J, Rosenblatt B (1962). The concept of the representational world. *Psychoanal. St. Child* 17: 128-45.
- Schafer R (1960). The loving and beloved superego in Freud's structural theory. *Psychoanal. St. Child* 15: 163-88.
- Shneidman ES (1993). Suicide as psychache. *J. Nerv. Ment. Dis.* 181: 147-9.
- Stolorow RD (1975). Toward a functional definition of narcissism. *Int. J. Psycho-Anal.* 56: 179-85.
- Thomas CB, Duszynski KR (1985). Are words of the Rorschach predictors of disease and death? The case of 'whirling'. *Psychosom. Med.* 47: 201-11.
- Zetzel E (1949). Anxiety and the capacity to bear it. In: Zetzel E, editor. *The capacity for emotional growth*, 1970, p. 33-52. London: The Hogarth Press.
- Zetzel E (1965). On the incapacity to bear depression. In: Zetzel E, editor. *The capacity for emotional growth*, 1970, p. 82-114. London: The Hogarth Press.