

تحولات جدید در فهم و درمان رفتار خودکشی

محمد علی گودرزی^۱

چکیده:

این مقاله تحولات جدید در فهم، ارزیابی و درمان رفتار خودکشی را از دیدگاه روان شناختی مورد بررسی قرار می‌دهد. مطالعاتی که فرایندهای روان شناختی دخیل در رفتار خودکشی را در افراد اقدام کننده به خودکشی مورد بررسی قرار داده‌اند، تقایمی را در این افراد پیدا کرده‌اند، از جمله، ضعف در حل مسایل بین فردی، نومییدی نسبت به آینده، ناتوانی در مهار عواطف، عزت به نفس پایین و تحریف‌های شناختی. همچنین، تحقیقات در جهت پیدا کردن فرایندهای زیر ساختی نظیر بازیابی خیلی کلی خاطرات شخصی و کاهش انتظار تجارب مثبت خاص برای این تقایم گام برداشته‌اند. درمان اقدام کنندگان به خودکشی نیز با تمرکز بر موضوعاتی مانند راهبردهای مساله گشایی، امتداد مراقبت ممتد و پیگیری درمانی، کار روی انگیزه درمان، پرداختن به پدیده ناپیروی و تحریف‌های شناختی، نتایج امیدوار کننده‌ای به دنبال داشته است.

ASSESSMENT AND TREATMENT OF SUICIDAL BEHAVIOUR

M.A. Goodarzi

ABSTRACT:

Recent developments in the understanding, assessment and treatment of suicidal behaviour are reviewed. Studies examining psychological processes in parasuicidal groups have revealed a number of deficits, including poor interpersonal problem solving, hopelessness about future, reduced ability to regulate affect, low self-esteem and cognitive distortions.

Research also has begun to look at some of the processes underlying these deficits, such as over-general retrieval of autobiographical memories and reduced anticipation of specific positive experiences. Therapeutic strategies,

^۱ دکتر محمد علی گودرزی، استادیار بخش روان شناسی بالینی دانشگاه شیراز

continuation of care and follow – up , motivating clients for therapy, non – compliance and cognitive distortions.

خودکشی در زمره ده علت مرگ می‌باشد. خودکشی در بین همه طبقات و بخش‌های جمعیت رخ می‌دهد. در بین همه سنین و نژادها و اقلیت‌های اجتماعی شیوع دارد. زنان بیشتر از مردان اقدام به خودکشی می‌کنند، ولی مردان بیشتر از زنان در خودکشی موفق می‌شوند. اگر چه افراد پیر ده درصد کل جمعیت را تشکیل می‌دهند، بیست و پنج درصد کل خودکشی‌ها در جمعیت بالای ۶۵ سال اتفاق می‌افتد. میزان خودکشی زنان بیش از ۶۵ سال دو برابر میزان خودکشی کل جمعیت است و مردان بالاتر از ۶۵ سال چهار برابر بیشتر از هنجار ملی خودکشی می‌کنند (جلیانند و جمیز، ۱۹۹۳ ص. ۱۳۰).

در حال حاضر در بین کودکان و نوجوانان خودکشی دومین علت مرگ می‌باشد. در کودکان پانزده تا بیست چهار ساله، خودکشی سومین علت منجر به مرگ است (به ترتیب بعد از تصادفات و قتل). بررسی‌ها نشان می‌دهد که بین ده تا پانزده درصد نوجوانان اقدام به خودکشی می‌کنند (جلیانند و جمیز، ۱۹۹۳ ص. ۱۳۰).

خودکشی با افسردگی مرتبط است. بیست و سه درصد موارد افسردگی که به طور ناکافی درمان می‌شوند به خودکشی منتهی می‌شوند و بین پنجاه تا هفتاد درصد قربانیان خودکشی از افسردگی اساسی^۱ در رنج بوده‌اند. سابقه افسردگی و اقدام‌های قبلی خودکشی یک پیش‌بینی کننده نیرومند و مهم خودکشی است. افرادی که متابولیسم سروتونین آنها مختل است و سابقه خودکشی و افسردگی دارند، درصد مرگ و میرشان در سال بیست و دو درصد است که از میزان مرگ و میر مربوط به بیماری‌های وخیم بیشتر است.

یافته‌های مربوط به رابطه بین وضعیت تاهل و خودکشی کاملاً هماهنگ به نظر می‌رسند. بعد از استاندارد کردن سن، میزان خودکشی در افراد مطلقه بیشترین است و سپس افراد مجرد و بیوه درصد بیشتری از خودکشی‌ها را به خود اختصاص داده‌اند. درصد خودکشی در افراد متأهل در کمترین حد خود می‌باشد. درصد خودکشی در طبقات پایین اجتماعی بیشتر است، اگر چه این یافته در تعامل با سن بدست آمده است. در طبقه اول اجتماعی، بالاترین خطر در افراد پیر است، در حالی که در طبقه پنجم، بالاترین میزان خودکشی در سنین بین ۲۵ تا ۴۵ سال است. خودکشی رابطه معنی داری با بیکاری دارد و در بین افراد بیکار به طور تکان

¹ Major depression

دهنده‌ای افزایش نشان می‌دهد. همچنین، در دوره‌های بیکاری درصد خودکشی‌ها افزایش می‌یابد (مک لئود و دیگران، ۱۹۹۲).

تعریف و انواع رفتار خودکشی

رفتار خودکشی مفهومی وسیع دارد و در بردارنده دامنه‌ای از پدیده‌ها از جمله افکار خودکشی، تهدید به خودکشی، اقدام به خودکشی، و ارتکاب خودکشی می‌باشد. همچنین، اصطلاحات مختلفی برای خودکشی‌هایی که به مرگ منجر نمی‌شوند وضع شده است: از جمله، اقدام به خودکشی، خود - آسیب رسانی عمدی، خود شکنی، فریاد برای کمک و ژست خودکشی.

عوامل روان شناختی موثر در رفتار خودکشی

نومیدی

نومیدی یا دیدگاه منفی نسبت به آینده، خصوصیت شناختی این است که به طور بسا ثباتی به اندیشناک بودن^۱، قصد و انجام خودکشی در جمعیت‌های مراجعه کننده به درمانگاه‌های بزرگسالان و کودکان ارتباط دارد (وایزشار^۲ ۱۹۹۶). نشان داده شده است که بدبینی نسبت به آینده، پیش‌بینی کننده مهمی برای تکرار رفتار خودکشی و عاملی مرتبط با خطر خودکشی نهایی می‌باشد. شواهدی در دست است که در افراد در معرض خطر خودکشی، نومیدی بیشتر، به پیش بینی وقایع مثبت کمتر تا پیش بینی وقایع منفی بیشتر منجر می‌شود (مک لئود و دیگران، ۱۹۹۲).

مطالعاتی که تا کنون در مورد نومیدی انجام گرفته است از آزمون نومیدی بک برای اندازه گیری میزان نومیدی استفاده کرده‌اند. آزمون نومیدی بک نگرش‌های کلی فرد را نسبت به آینده می‌سنجد، مانند "آینده به نظرم تاریک می‌رسد"، "من بیشتر انتظار امور خوب را دارم تا امور بد" (برعکس). اگر چه مقیاس نومیدی بک در ترسیم رابطه مفهوم وسیع نومیدی با سایر متغیرها ابزاری ارزشمند بوده است. این ابزار ماهیت نومیدی را آشکار نمی‌کند.

¹ Suicide ideation

² Weisshaar

آبرامسون، الوی و متال اسکای^۱ (۱۹۸۹) در تدوین نظریه خود در مورد افسردگی، نومییدی را عبارت از "انتظار عدم وقوع رویدادهای مثبت یا انتظار وقوع رویدادهای منفی" می‌دانند. ملگس و بالبی^۲ (۱۹۶۹) کاهش انتظار موفقیت را مولفه اصلی نومییدی می‌دانند. از نظر آنها فردی نومیید خواهد شد که دیگر به نظر نمی‌رسد طرح‌های عمل موجودش قادر باشند راه وصول به اهداف دراز مدت او را هموار نمایند، ولی در عین حال فرد قادر نیست اهداف گذشته خود را نادیده بگیرد.

نیدلز و آبراهامسون^۳ (۱۹۹۰) دریافتند که در گروهی از دانش آموزان که نومییدی نسبتاً بالایی داشتند، بهبودی از نومییدی تابعی از تعداد وقایع مثبت بود که اتفاق می‌افتاد علاوه بر سبک اسنادی که حاکی از رخداد وقایع به شیوه‌هایی کلی و پایا بود.

بنابراین، به نظر می‌رسد که افراد نومیید قادر نیستند انتظارات مثبتی را در مورد آینده پرورش دهند. اما سوال این است که چرا این دسته از افراد چنین نقص شناختی دارند؟ پاسخ این سوال آن است که فقر شرایط و کاهش فرصت‌های زندگی چنین افرادی، در آنها انتظار مثبتی را نسبت به آینده ایجاد نمی‌کند. ارتباط رفتار خودکشی با وقایع زندگی، طبقه اجتماعی و بیکاری تایید کننده چنین فرضیه‌ای می‌باشد.

با وجود این، آنچه که در آینده برای شخص اتفاق می‌افتد تنها تابع شرایط نیست، بلکه نحوه نگرش فرد نسبت به آینده نیز در آن موثر می‌باشد. آنچه برای فرد اتفاق می‌افتد تا اندازه‌ای نتیجه طرح ریزی، برنامه ریزی و ابتکار خود فرد است. ناتوانی فرد برای تفکر در مورد آینده‌ای مثبت او را از طرح ریزی و برنامه ریزی‌ای که ممکن است آینده مثبتی را به دنبال داشته باشد، باز می‌دارد. پیشقدم نشدن در فعالیتهای شناختی‌ای که به وقایع مثبت در آینده منجر گردد نیز به کاهش رفتارهای متمرکز بر آینده منجر می‌شود.

هنگامی که موقعیت زندگی فرد مثلاً به علت مرگ یکی از نزدیکانش آزار دهنده می‌شود. فرد موقعیت فعلی را به آینده فراقنی می‌کند. سپس، برای اجتناب از تصور آینده‌ای که ناامید کننده است، از تفکر در مورد آینده خودداری می‌کند. این امر، ممکن است پریشانی فرد را کاهش دهد، اما ممکن است ناسازگارانه باشد به دلیل اینکه او را از تفکر در مورد آینده باز

¹ Abramson, Alloy & Metalsky

² Melges & Bowlby

³ Needles & Abramson

می‌دارد و احتمال کمتری می‌رود که او از امکانات آینده برای خوشبختی آگاه شود یا طرح‌ها و برنامه‌ریزی‌هایی را انجام دهد که وقایع مثبتی به دنبال داشته باشند.

در نهایت، احتمال دارد که وقایع منفی نیز به عنوان پیشایندها نومی‌دی عمل نمایند. پیکل^۱ و دیگران (۱۹۷۵) نشان دادند که اقدام کنندگان به خودکشی قبل از اقدام به خودکشی، افزایشی را در وقوع وقایع منفی تجربه کرده بودند. در مقایسه، روترام - بروس^۲ و دیگران (۱۹۹۰) کاهش را در فراوانی وقایع مثبت قبل از اقدام به خودکشی، در گروهی از نوجوانان گزارش دادند. بنابراین، به نظر می‌رسد که وقایع مثبت در درمان نومی‌دی مهم باشد، ولی وقایع منفی نقش مهمی را در شروع نومی‌دی بازی کند.

نتایج تحقیقات نشان داده‌اند که نومی‌دی نسبت به افسردگی شاخص بهتری برای پیش بینی اندیشناک بودن فعلی در مورد خودکشی در میان اقدام کنندگان به خودکشی است و بین نومی‌دی و افزایش تمایلات خودکشی در بیماران سرپایی روان پزشکی همبستگی وجود دارد (هاتون، ۱۹۹۷).

حل مسایل بین فردی

بیشتر تحقیقات معاصر در مورد عوامل شناختی خطر ساز خودکشی بر ضعف مهارت‌های مساله گشایی^۳ در اقدام کنندگان به خودکشی و اندیشناکان خودکشی تمرکز کرده‌اند. تحقیقات نشان داده‌اند که کودکان، نوجوانان و بزرگسالان دارای تمایلات خودکشی در زمینه مساله گشایی ضعیف می‌باشند و هنگامی که مسائل، جنبه فردی بیشتر پیدا می‌کنند این ضعف آنها آشکارتر می‌شود (وایزشار، ۱۹۹۶).

یکی از روش‌هایی که برای تحقیق در مورد میزان مهارت‌های مساله گشایی به کار رفته است، آزمون مساله گشایی وسایل - اهداف (مپس)^۴ است (پلت^۵ و دیگران، ۱۹۷۵). در آزمون مپس، چند داستان اجتماعی به آزمودنی‌ها ارائه می‌شود. برای هر داستان نقطه شروع و پایان به آزمودنی ارائه می‌گردد و از او خواسته می‌شود که حلاله بین شروع و پایان را پر کند. داستان‌ها

¹ Paykel

² Rotheram - Borus

³ Problem solving Skills

⁴ The means - Ends Problem Solving Test (MEPS)

⁵ Platt

معمولاً متناسب با سن آزمودنی‌ها انتخاب می‌شوند. شاتی و کلام^۱ (۱۹۸۷) نشان دادند که بیماران بستری روان پزشکی دارای گرایش خودکشی، نسبت به بیماران بستری روان پزشکی بدون گرایش خودکشی در زمینه مهارت‌های مسائله‌گشایی نقایصی دارند. بدین ترتیب که آنها گام‌های (وسایل) کمتر و وسایل نامتناسبی برای تکمیل داستان‌ها مورد استفاده قرار می‌دهند.

نتایج تحقیقات مربوط به مقایسه روش مساله‌گشایی اقدام‌کنندگان به خودکشی و گروه‌های کنترل به شرح زیر است (مک لئود و دیگران، ۱۹۹۲):

۱- اقدام‌کنندگان به خودکشی بستری شده منتظر می‌شوند که مشکلات به صورت خود به خودی یا توسط فرد دیگری حل شوند.

۲- راه حل‌های اقدام‌کنندگان به خودکشی بیشتر اجتنابی، نامربوط و تکراری می‌باشند.

۳- نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی نسبت به گروه کنترل سالم تحت شرایط استرس، بیشتر به تفکر تخیلی و کناره‌گیری اجتماعی پناه می‌برند.

۴- سبک‌های مقابله‌ای فرونشانی، اجتناب از فرد یا مشکلی که فرد معتقد است موقعیت را به وجود آورده است، نیرومندترین ارتباط مثبت را با خودکشی دارند. برعکس، جبران، تلاش برای بهبود موقعیت‌های استرس آور یا محدودیت‌های خود، قوی‌ترین ارتباط منفی را با خطر خودکشی دارند. افزایش استفاده از فرونشانی و کاهش استفاده از جبران با افزایش خطر رفتار خودکشی همراه می‌باشد.

ویلیامز و برادبنت^۲ (۱۹۸۶) پیشنهاد کرده‌اند که نقص در بازیابی خاطرات شخصی، عامل اصلی ضعف در مهارت‌های مساله‌گشایی افسراد دارای گرایش خودکشی می‌باشد. آنها به بیمارانی که با دوز بالای دارو اقدام به خودکشی کرده بودند. کلمه‌ای ارائه دادند و از آنها خواستند تا خاطره خاص مربوط به آن کلمه را بازیابی کنند. نتایج حاکی از آن بود که بیماران اقدام‌کننده به خودکشی نسبت به افراد گروه کنترل زمان بیشتری را صرف بازیابی خاطرات مثبت زندگی خود نمودند و تمایل داشتند امور را به شیوه‌ای مختصر و کلی به یاد آورند. مثلاً، در پاسخ به یک کلمه نشانه مثل "خوشحالی"، بیمار دارای گرایش خودکشی ممکن است بگوید "هنگامی که با دوستانم بیرون رفتم" در حالی که یک آزمودنی گروه کنترل پاسخ

¹ Schotte and Clum

² Williams and Broadbent

اختصاصی‌تری می‌دهد، مثلاً "هفته گذشته که برای نهار با دوستانم بیرون رفتم" در صورتی که فرد راه حل‌های موثر را با توجه به این اطلاعات مختصر و کلی تدوین کند، توانایی او برای تفکر در مورد راه‌های حل یک مساله ممکن است کاهش یابد به دلیل اینکه چنین اطلاعاتی، اختصاصی نیستند. برای مثال، اگر تنها خاطره‌ای که فرد بازایی می‌کند، توصیفی غیر اختصاصی باشد (مثلاً هنگامی که با دوستم هستم) آنگاه آن خاطره، به خودی خود، اطلاعات اختصاصی کافی را برای برانگیختن راهبردهای مقابله‌ای متفاوت برای رو یا رو شدن با موقعیت فعلی ندارد. برعکس، اگر فرد قادر باشد یک حادثه خاص را یادآوری نماید (مثلاً، قدم زدن با دوستم در جمعه گذشته هنگامی که چند دوست دیگر را نیز دیدم) این امر، دامنه وسیع‌تری از نشانه‌ها را به او ارائه می‌دهد. اضافه بر دوست، قدم زدن، ملاقات، دوستان دیگر و جمعه گذشته نیز کلمات دیگری هستند که هر کدام ممکن است دال بر راهبردهای مقابله‌ای بالقوه‌ای باشند.

نقایص مربوط به مهارت‌های حل مسایل بین فردی، در مقابل نقایص کلی مهارت‌های مساله‌گشایی، ممکن است برای بعضی از افراد مشکلات خاصی را به وجود آورد. بعضی تحقیقات نشان داده‌اند که اقدام کنندگان به خودکشی نسبت به افراد دیگر، نظام‌های حمایت اجتماعی ضعیف‌تری دارند (مثلاً اسلیتر و دپتو^۱، ۱۹۸۱). این افراد موقعیت‌های بیسن فردی را به عنوان مشکلات عمده زندگی خود توصیف می‌کنند. علاوه بر این، بانگرافت^۲ و دیگران (۱۹۷۷) دریافتند که درست قبل از اقدام به خودکشی، حوادثی که یک فرد مهم زندگی، مثلاً همسر را در برداشتند خیلی رایج بود. بویژه هنگامی که چنین وقایعی در زمینه یک مشکل فعلی، نظیر ازدواج ناموفق بود با اقدام به خودکشی ارتباط داشت.

ناتوانی در مهار عواطف

ارتباط بین تجربه عاطفی و رفتار خودکشی نیرومند و متقاعد کننده است. داده‌های مربوط به این رابطه از دو منبع بدست آمده است. مطالعات انجام گرفته درباره ارتباط بین رفتارهای خودکشی و حالات عاطفی. تجارب عاطفی شایع در بین اقدام کنندگان به خودکشی از تجارب عاطفی افرادی که واقعا خودکشی می‌کنند متفاوت است. در حالی که، هر دو نوع خودکشی بسا تجربه افسردگی ارتباط دارند، به نظر می‌رسد که رفتار اقدام به خودکشی با تجربه عاطفی، یا

¹ Slater

² Bancroft

بارز نساختن خشم همبستگی دارد. بیماران اقدام کننده به خودکشی، در مقایسه با بیماران روان پزشکی فاقد گرایش خودکشی و افراد سالم، قبل و بعد از اقدام به خودکشی خشمناک‌تر، خشن‌تر و بی‌قرارتر به نظر می‌رسند. روابط بین فردی آنها با خشونت، زیاده خواهی و تعارض همراه است. علاوه بر این، رابطه بین خشم و خشونت و اقدام به خودکشی حتی با کنترل جنس، سن و سطح افسردگی باقی می‌ماند. رفتار اقدام به خودکشی خصوصیت رفتاری اختلال شخصیت مرزی، اختلالی که با به هم خوردن توازن خشم توصیف می‌شود، نامگذاری شده است. در حدود هفتاد و پنج درصد افرادی که ملاک‌های این شخصیت را دارند حداقل یک مورد اقدام به خودکشی قبلی را گزارش می‌دهند (مک لئود و دیگران، ۱۹۹۲).

بر عکس، افرادی که خودکشی کامل می‌کنند کمتر خشمگین و بیشتر دچار بی‌تفاوتی عاطفی به نظر می‌رسند. در بین گروه‌های تشخیصی، خودکشی کامل بیشترین ارتباط را با اختلال عاطفی دو قطبی دارد. در بیست درصد مطالعاتی که به وسیله جمیسون^۱ (۱۹۸۶) مرور گردید، پنجاه درصد بیماران دو قطبی، خودکشی کامل کرده بودند (مک لئود و دیگران، ۱۹۹۲).

با در نظر گرفتن نتایج این مطالعات چنین به نظر می‌رسد که افراد دارای گرایشات خودکشی قادر نیستند پاسخ‌های عاطفی یا تجارب درد عاطفی خود را تعدیل کنند. جالب است که نتایج تحقیقات نشان می‌دهند که خشم می‌تواند یک عامل محافظت کننده برای خودکشی باشد در عین اینکه ممکن است عامل خطری برای اقدام به خودکشی نیز باشد. در اینجا لازم است که در دو مورد هشدار داده شود. اول آنکه، خشم می‌تواند به سرعت به بی‌تفاوتی عاطفی تبدیل شود. بنابراین، حفاظت مربوط به خشم ممکن است دارای عمری کوتاه باشد. دوم آنکه، متخصص بالینی باید مراقب باشد که فرض نکند ارتباط اقدام به خودکشی با خشم به این معناست که رفتار اقدام به خودکشی تظاهر عاطفه خشونت است یا هدف آن صدمه زدن به دیگران یا تلافی کردن است. برای بسیاری از افراد، تجربه خشم شدید دردناک و غیر قابل تحمل است (مک لئود و دیگران، ۱۹۹۲).

تحریف‌های شناختی و فرض‌های ناکارآمد

تحریف‌های شناختی: بعضی شواهد نشان می‌دهند که تحریف‌های شناختی خاص با اندیشناک بودن در مورد خودکشی ارتباط دارند. برای مثال، پرزانت و نیمایر^۱ (۱۹۸۸) نشان دادند که وقتی سطح افسردگی افراد افسرده متوسط کنترل شد، انتزاع انتخابی^۲ و تعمیم افراطی^۳ پیش بینی کننده اندیشناکی خودکشی بودند. انتزاع انتخابی، یک خطای ادراکی است که موجب می‌شود فرد فقط به بخشی از اطلاعات مربوط، توجه کند. تعمیم افراطی، نوعی خطای استنباط است که در آن فرد قاعده‌ای کلی را از واقعه‌ای واحد بیرون می‌کشد و آن را به وقایع مربوط یا نامربوط تسری می‌دهد. پرزانت و نیمایر نتیجه‌گیری کردن که ترکیب تحریف‌های شناختی و علامت شناسی افسردگی پیش بینی کننده مهمتری برای خطر خودکشی بود تا سطح خود گزارش شده افسردگی.

انعطاف ناپذیری شناختی: علاوه بر انتزاع انتخابی و تعمیم افراطی، تفکر دوتایی یا همه یا هیچ^۴ به عنوان یکی از خصوصیات افراد دارای گرایش خودکشی مطرح شده است (وایزشار، ۱۹۹۶).

فرض‌های ناکارآمد: تحقیقات نشان داده‌اند که بیماران دارای گرایش خودکشی نسبت به گروه کنترل باورهای غیر منطقی و فرض‌های ناکارآمد بیشتری دارند. فرض‌های ناکارآمد به طور مثبتی با اندیشناکی خودکشی در بیماران بستری روان پزشکی همبستگی دارد حتی اگر نومییدی و افسردگی کنترل شود. علاوه بر این، نگرش‌های کمال‌گرایانه نسبت به خود و حساسیت نسبت به انتقاد اجتماعی تبیین کننده واریانس اندیشناکی خودکشی بود (وایزشار، ۱۹۹۶).

بک، استیر و براون (۱۹۹۳) در یک گروه از بیماران روان پزشکی سربایی سعی کردند مشخص کنند که کدام مجموعه از نگرش‌های ناکارآمد، اندیشناکان خودکشی را از افراد گروه کنترل متمایز می‌سازند. در این تحقیق، شدت کلی نگرش‌های ناکارآمد و چهار مجموعه از نگرش‌ها عبارت بودند از: احساس آسیب پذیری نسبت به افسرده شدن، پذیرش انتظارات سایر افراد، این احساس که تحت تاثیر قرارداد دیگران مهم است و حساس بودن نسبت به

¹ Prezant

² Selective abstraction

³ Overgeneralization

⁴ Dichotomous or all - or - nothing thinking

نظرات دیگران. ولی هنگامی که اثرات جنس، سن، تشخیص بالینی، خلق اولیه یا اختلال هراس، همابندی مرضی، حضور اختلال شخصیت، سابقه اقدام به خودکشی، نمره پرسشنامه افسردگی بک، نمره مقیاس نومییدی بک و نمره آزمون مفهوم خود بک مورد کنترل قرار گرفت. این نگرش‌ها اندیشناکان خودکشی را از گروه سانم جدا نساخت. سابقه اقدام قبلی به خودکشی و نومییدی مهمترین متغیرهایی بودند که اندیشناکان خودکشی را از گروه کنترل جدا ساختند.

مفهوم خود

در بزرگسالان، مفهوم خود به عنوان یکی از تعیین کننده‌های خطر خودکشی، مستقل از نومییدی شناخته شده است. همچنین در کودکان، انتظارات منفی از خود و دیدگاه‌های منفی نسبت به آینده با افسردگی و قصد خودکشی ارتباط دارند. عزت نفس پایین به عنوان یک عامل آسیب پذیری برای افسردگی به خوبی شناخته شده است، ولی ممکن است بویژه نقش مهمی در آماده سازی فرد برای رفتار خودکشی داشته باشد (وایزشار، ۱۹۹۶).

سبک اسنادی

تحقیقات نشان داده‌اند که احتمال بیشتری دارد افراد افسرده نسبت به افراد غیر افسرده علیت وقایع منفی را به عوامل درونی، پایا و کلی نسبت دهند. آنها، بیشتر وقایع مثبت را به علل بیرونی، ناپایدار و خاص نسبت می‌دهند. شواهدی در دست است که وقایع زندگی، تسریع کننده بسیاری از اقدام‌های به خودکشی به خصوص در نوجوانان، افراد الکلیک و افسراد دارای اختلالات شخصیت است (وایزشار ۱۹۹۶). بنابراین، مطالعه سبک اسنادی ممکن است شیوه‌ای را که افراد دارای گرایش خودکشی حوادث را ارزیابی می‌کنند روشن سازد.

یافته‌های مربوط به سبک اسنادی در زمینه خودکشی مغشوش است. روترام و دیگران (۱۹۹۰). بنابراین، مطالعه سبک اسنادی ممکن است شیوه‌ای را که افراد دارای گرایش خودکشی حوادث را ارزیابی می‌کنند روشن سازد.

یافته‌های مربوط به سبک اسنادی در زمینه خودکشی مغشوش است. روترام و دیگران (۱۹۹۰) در مطالعه‌ای روی دختران نوجوان اقدام کننده به خودکشی نشان دادند که سبک اسنادی اقدام کنندگان به خودکشی با الگوی مشاهده شده در افراد افسرده بزرگسال تناسب نداشت. بلکه، نوجوانان اقدام کننده به خودکشی، حوادث مثبت را به علت ابتکار خودشان، و

به علل کلی و پایدار در طول زمان نسبت می‌دادند. نوجوانان اقدام کننده به خودکشی نسبت به بیماران روان پزشکی فاقد گرایش خودکشی در موقعیت‌های مثبت، اسنادهای ناکارآمد کمتری گزارش دادند.

اسپیریتو، اورهولستر و هارت^۱ (۱۹۹۱ به نقل از وایزشار، ۱۹۹۶) نوجوانان اقدام کننده به خودکشی را با گروهی از نوجوانان بستری شده به خاطر مشکلات روان پزشکی مقایسه کردند. بین این دو گروه بر حسب گروه‌های تشخیصی تفاوتی در سبک اسنادی مشاهده نشد. با وجود این، نوجوانان بیماری که در رفاه بودند نسبت به آنهایی که در رفاه نبودند احتمال بیشتری داشت که وقایع منفی را به علل کلی و وقایع مثبت را به علل اختصاصی نسبت دهند. آنها نتیجه گرفتند که فقدان رابطه بین سبک اسنادی و اقدام به خودکشی نشان می‌دهد که سبک اسنادی خاص در بین نوجوانان اقدام کننده به خودکشی وجود ندارد.

نتایج تحقیق پریستر و کلام^۲ (۱۹۹۲، به نقل از وایزشار، ۱۹۹۶) با الگوی افسردگی بزرگسالان هماهنگ تر بود. آنها، رابطه بین سبک اسنادی و افسردگی، نومییدی، و اندیشناک بودن درباره خودکشی را در دانشجویان مورد بررسی قرار دادند. نمره ردی در یک امتحان، واقعه منفی‌ای بود که به دانشجویانی تحمیل شده که در هر سه ملاک، اندازه‌های پیش و پس آزمون دریافت کرده بود. مشخص گردید که سبک اسنادی منفی - پایدار با همه ملاکها مرتبط بود: تمایل به نسبت دادن رد شدن در امتحان به علل پایدار با سطوح بالاتر افسردگی، نومییدی و اندیشناک بودن درباره خودکشی مرتبط بود. افرادی که وقایع مثبت را به علل درونی نسبت می‌دادند احتمال کمتری داشت که افسرده، نومیید و در مورد خودکشی اندیشناک شوند. تعامل بین نمره ضعیف در امتحان و سبک اسنادی منفی - پایدار معنی دار بود. ضعف عملکرد به تنهایی به اندیشناکی خودکشی مرتبط نبود.

حوزه‌های ارزیابی

متخصصینی که با مراجعین دارای گرایش خودکشی کار می‌کنند باید وجود علائم هشدار دهنده را در سه زمینه مورد ارزیابی قرار دهند: عوامل خطر، نشانه‌های خودکشی و فریادهای کمک.

^۱ Spirito

^۲ Priester and Clum

عوامل خطر

برنارد و برنارد^۱ (۱۹۸۵ به نقل از جلیانند و جیمز، ۱۹۹۳) تعدادی از عوامل خطر ساز را که می‌توانند در ارزیابی احتمال خودکشی به متخصصان بالینی کمک کنند، شناسایی کرده‌اند. پیشنهاد می‌شود که فهرست زیر به عنوان یک چک لیست مورد استفاده قرار گیرد. اگر چهار یا پنج تا از این عوامل در مراجع بارز باشد، احتمال وقوع خودکشی او، بالا در نظر گرفته شود و بر حسب آن نیز مورد درمان قرار گیرد.

- ۱ - سابقه خانوادگی خودکشی داشته باشد.
- ۲ - سابقه اقدام به خودکشی قبلی داشته باشد.
- ۳ - طرح خاصی را برای خودکشی تدوین کرده باشد.
- ۴ - اخیراً یکی از والدینش را از طریق مرگ، طلاق، یا جدایی از دست داده باشد.
- ۵ - خانواده او در نتیجه فقدان، سوء مصرف شخصی، خشونت یا سایر مشکلات ناپایدار باشد.

- ۶ - با سالگرد فقدان تکان دهنده خاصی مشغولیت ذهنی داشته باشد.
- ۷ - روان پریش باشد.
- ۸ - سابقه سوء مصرف دارو یا الکل را داشته باشد.
- ۹ - شدیداً افسرده باشد.
- ۱۰ - سابقه درمان دارویی ناموفق یا یک ضربه تکان دهنده فیزیکی اخیر را داشته باشد.
- ۱۱ - تنها و بدون تماس با دیگران زندگی کند.
- ۱۲ - از افسردگی نجات یابد یا اخیراً به خاطر افسردگی بستری شده باشد.
- ۱۳ - متعلقات مربوط به افتخارات خود را ببخشد.
- ۱۴ - تغییرات چشمگیر در رفتارها یا حقیقات خود نشان دهد، مانند بی تفاوتی عاطفی، کناره‌گیری، انزوا، بی‌قراری، هراس، اضطراب، یا عادات اجتماعی تغییر یافته، عادات غذایی، یا عادات کاری و مدرسه‌ای.
- ۱۵ - احساس فراگیر نومیدی درماندگی را تجربه نماید.
- ۱۶ - با دوره‌های اولیه مورد سوء استفاده عاطفی و جنسی قسراً گرفتن مشغولیت ذهنی داشته باشد.

¹ Bernard and Bernard

۱۷ - درجه عمیقی از یک یا چند عاطفه را نشان دهد - مانند خشم، پرخاشگری، تنهایی، احساس گناه، خصومت، سوگ، یا یاس - که خصوصیت رفتار عاطفی طبیعی فرد نباشند. در مواردی که مراجع قبلاً اقدام به خودکشی کرده است. به منظور ارزیابی قصد خودکشی مهم است که اطلاعات تفصیلی در مورد شرایط احاطه کننده اقدام به خودکشی از خود بیمار یا خویشاوندان و دوستان او اخذ گردد. بک، شایر و هرمن (۱۹۷۴)، به نقل از مک لئود و دیگران، (۱۹۹۲) این اطلاعات را شامل موارد زیر دانسته‌اند:

اطلاعات بیرونی

- ۱ - در زمان اقدام به خودکشی فرد چقدر منزوی بوده است؟
- ۲ - آیا زمان آن، وقتی بوده است که امکان مداخله وجود داشته است؟
- ۳ - آیا هیچ احتیاطی برای مخفی کردن خودکشی انجام شده است؟
- ۴ - آیا در جریان اقدام به خودکشی یا بعد از آن برای اخذ کمک کاری انجام داده است؟
- ۵ - آیا هیچ عملی را که پیش بینی نماید او خواهد مرد انجام داده است؟
- ۶ - آیا یادداشتی برای خودکشی نوشته است؟

گزارش شخصی

- ۱ - آیا اعتقاد دارد که کاری که انجام داد او را می‌کشت؟
- ۲ - آیا می‌گوید که مایل بوده است بمیرد؟
- ۳ - اقدام به خودکشی تا چه حد از قبل برنامه‌ریزی شده است؟ (دو سوم بیماران، در مورد اقدام به خودکشی تا یک ساعت قبل از آن فکر نکرده‌اند. هر چه فکر خودکشی بیشتر در ذهن فرد بوده باشد، قصد خودکشی بیشتر خواهد بود)
- ۴ - آیا مراجع خوشحال (یا متأسف) است که نجات پیدا کرده است؟

نتیجه ارزیابی هر چه که باشد، باید اقدام به خودکشی را جدی تلقی نمود. هدف از ارزیابی قصد خودکشی نباید طبقه‌بندی رفتار به جدی یا غیر جدی باشد، بلکه آن باید اطلاعاتی را جهت اخذ تصمیم در مورد نوع کمکی که باید صورت بگیرد فراهم نماید.

نشانه‌های خودکشی

اکثر مراجعین دارای گرایش خودکشی که سطوح بالایی از احساس دوگانه یا تعارض را تجربه می‌کنند، نشانه‌ها یا اشاراتی را در مورد جدی بودن مشکلاتشان بروز می‌دهند یا به

وجهی برای کمک، فریاد می‌زنند. نشانه‌ها ممکن است کلامی، رفتاری، موقعیتی و یا سندرم گونه باشد. نشانه‌های کلامی جملات گفته شده یا نوشته شده می‌باشند که ممکن است مستقیم (من می‌خواهم در این لحظه خودم را بکشم) یا غیر مستقیم (من دیگر به درد هیچ کس نمی‌خورم) باشند. نشانه‌های رفتاری ممکن است از خریدن کفن برای خود تا ضربه زدن به میج خود به عنوان تمرین یا ژستی برای خودکشی باشد. نشانه‌های موقعیتی شامل نگرانی در مورد مجموعه‌ای از شرایط، نظیر مرگ همسر، طلاق، جراحی دردناک جسمانی یا بیماری سرطان، ورشکستگی ناگهانی، اشتغال ذهنی با سالگرد ترحیم یک فرد محبوب، یا تغییرات چشمگیر دیگر در موقعیت زندگی فرد باشد. نشانه‌های سندرم گونه شامل مواردی نظیر افسردگی شدید، تنهایی، نومیدی، وابستگی و نارضایتی از زندگی می‌باشند (جلیباند و جیمز، ۱۹۹۳).

فریادها برای کمک

شناسایی بعضی از فریادهای کمک آسان است ولی شناسایی بعضی دیگر دشوار است. افرادی که نیرومندترین گرایش‌ها را برای خودکشی دارند به صورت متغیری دارای احساس دوگانه، گیجی و در تقلای زنده ماندن هستند. عواطف و دیدگاه‌های آنها فلج و الگوهای تفکر آنها غیر منطقی شده است. آنها فرصت‌های موجود را بر اساس تفکر همه یا هیچ و سیاه و سفید تفسیر می‌کنند. آنها ممکن است تنها قادر باشند دو شق را ببینند - بدبختی یا مرگ. آنها معمولاً قادر نیستند که خودشان را به اوقاتی سوق دهند که در آن خوشبخت‌تر و موفق‌تر بوده‌اند. هر فرد دارای گرایش خودکشی بی‌نظیر است (جلیباند و جیمز، ۱۹۹۳).

درمان

قبل از اینکه درمان آغاز شود، ارزیابی دقیقی از بیمار اقدام کننده به خودکشی ضروری است. ابتدا باید به سوالات زیر پاسخ داده شود: آیا بیمار واقعا قصد داشته است خودکشی نماید؟

احتمال خطر تکرار رفتار یا انجام خودکشی چقدر است؟ بیمار چه مشکلاتی دارد؟ چه مشکلات و عوامل آشکار سازی بر عمل خودکشی. تقدم داشته است؟ آیا بیمار اختلال روانپزشکی دارد یا خیر؟ و آیا بیمار تمایل آشکار دارد که به او کمک شود؟ در صورتی که این ارزیابی حاکی از خطر بالای ارتکاب خودکشی باشد، مورد باید از فوریت‌های روانپزشکی

تلقی شود و بلافاصله بستری شود. معمولاً چنین مواردی کم است و در اغلب موارد بیمار به صورت سرپایی قابل درمان است.

نتایج اکثر تحقیقات در مورد درمان افراد دارای گرایش خودکشی مایوس کننده بوده است، اگر چه بعضی از مطالعات حاکی از موفقیت درمان در به تاخیر انداختن اقدام‌های بعدی به خودکشی می‌باشند. تا چند سال اخیر همه کوشش‌ها برای کاهش خطر رفتار خودکشی در آینده با درمان‌های روانشناختی، طبی و مددکاری اجتماعی با شکست روبرو شده است. مداخله‌های همراه با بستری، سرپایی یا خانگی هیچ کدام میزان تکرار خودکشی را تحت تاثیر قرار نداده‌اند. با وجود این، این درمان‌ها در زمینه‌های دیگری مانند افزایش ارتباطات بین فردی، سازگاری بهتر در رویارویی با مشکلاتی نظیر کار، پول و مسکن، مازگاری مناسب با پریشانی عاطفی، افزایش توانایی مساله‌گشایی و غیره موثر بوده‌اند. این تاثیرات نیز بیشتر روی افرادی بوده که احتمال کمتری داشته است مجدداً اقدام به خودکشی نمایند.

این نتایج مایوس کننده، پژوهشگران را به طرح این تفکر سوق داد که دفعات تکرار اقدام به خودکشی، ممکن است متغیر مناسبی برای ارزیابی نتیجه درمان نباشد. داده‌های آماری مربوط به این متغیر دو ارزشی می‌باشد. معمولاً، محققان یک فاصله زمانی را برای مطالعه پیگیری انتخاب می‌کنند و در این فاصله زمانی بررسی می‌کنند که چه نسبتی از بیماران اقدام به خودکشی کرده‌اند. در این روش، اگر در نتیجه درمان فاصله بین دفعات اقدام به خودکشی در بعضی بیماران افزایش یابد، تغییرات حاصله در نتیجه درمان منعکس نخواهد شد. بنابراین، طولانی شدن فاصله بین اقدام‌های به خودکشی ممکن است متغیر مناسبی جهت بررسی نتیجه درمان باشد. راه دیگر تحقیق در مورد نتیجه درمان این است که متغیرهای شناخته شده برای پیش بینی خودکشی‌های بعدی نظیر نومیدی مورد بررسی قرار گیرند. سومین راهبرد برای تحقیق در مورد نتیجه درمان این است که انحصاراً^۱ بیمارانی مورد بررسی قرار گیرند که بیشترین احتمال خطر تکرار خودکشی را دارند.

سالکوکیس^۱ و دیگران (۱۹۹۰) از سومین راهبرد استفاده کردند. آنها ۲۰ بیمار را که در معرض خطر بالای تکرار اقدام به خودکشی بودند مورد مطالعه قرار دادند. بیماران به صورت تصادفی به دو گروه تقسیم شدند: گروهی که مداخله شناختی - رفتاری مختصری با تمرکز بر مساله‌گشایی دریافت نمودند (۱۲ نفر) و گروهی که طبق روال عادی درمان می‌شدند (۸ نفر).

^۱ Salkovskis

درمان حل مساله مختصر تنها پنج جلسه بود و در بین جلسات از بیماران می‌خواست که تکالیف خانگی خاصی انجام دهند. درمان، بر پنج محور زیر تمرکز داشت: ۱) چگونگی شناخت مسایل خاص. ۲) کوشش‌های مساله‌گشایی. ۳) چگونگی به کار بردن روش بارش فکر^۱ برای ایجاد راه حل‌های جانشین. ۴) چگونگی استخراج اهداف عینی و قابل وصول که منعکس‌کننده بعضی از ملاک‌های خود فرد باشند.

راهبردهای ناآشنا شدن به این اهداف به صورت مشارکتی تدوین گردید و مراجعین تشویق شدند تا وسایلی پیدا کنند که به وسیله آنها بتوانند موفقیت یا شکست نتیجه درمان را به شیوه‌ای باز و انعطاف‌پذیر مورد قضاوت قرار دهند. سپس در پرتو هر نتیجه، درمان روی تجدید نظر در مورد اهداف و راهبردها تمرکز نمود.

نتایج بدست آمده برای چنین درمان مختصری بسیار امیدوارکننده بود. در گروه آزمایشی (گروه درمان مساله‌گشایی) کاهش اساسی و معنی‌داری در میزان‌های افسردگی و نومیدی به وجود آمد. اگر چه هیجده ماه پیگیری هیچ تفاوتی را در میزان کلی تکرار اقدام به خودکشی نشان نداد، بررسی دقیق‌تر نشان داد که درمان مساله‌گشایی، اولین تکرار را به تعویق انداخت. میزان‌های تکرار در ۶ ماه اول پیگیری در گروه آزمایشی پایین‌تر بود.

مک لیوی^۲ و همکاران (۱۹۹۴ به نقل از هاتون، ۱۹۹۷) نیز برنامه درمانی‌ای را ایجاد کردند که آن را آموزش مهارت‌های حل مسایل بین فردی^۳ نامیدند. این نوع درمان بیشتر بر توسعه مهارت‌های مساله‌گشایی بین فردی تمرکز داشت تا اینکه به حل مشکلات فعلی آنها توجه داشته باشد. این برنامه به مدت پنج تا شش هفته، هر جلسه یک ساعت اجراء می‌شد و شامل آموزش پیشرونده در مساله‌گشایی، استفاده از دستورات‌عمل‌های خاص، بحث و گوش دادن انعکاسی به اضافه سر مشق دهی، ایفای نقش، تکمیل جمله و راهبردهای برانگیزاننده می‌شد. گروه مقایسه بیشتر درمان مساله‌گشایی معمول را دریافت می‌کرد.

یک سال پس از ورود به مطالعه ۱۰/۵٪ افراد گروه آزمایشی (۱۹ نفر) اقدام به خودکشی کرده بودند در حالی که این رقم در گروه مقایسه (۲۰ نفر) ۲۵٪ بود، تفاوتی که از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. ولی تفاوت‌های آشکاری بین دو گروه در زمینه‌های دیگر از جمله حل مسایل

^۱ Brain storming

^۲ Mcleavey, B.

^۳ Interpersonal problem solving skills training (IPSSST)

بین فردی و آگاهی از پی آمدهای مربوط به اقدام به خودکشی و نومیدی به نفع گروه آزمایشی وجود داشت.

یکی دیگر از مسایل مطرح شده در درمان افراد اقدام کننده به خودکشی عدم شرکت مستمر آنها در جلسات پیگیری درمان است. به منظور تشویق مراجع برای ادامه درمان روش های زیر مفید بوده‌اند (هاتون، ۱۹۹۷):

۱- اگر پس از ترخیص فرد از بیمارستان به مراجعین وقت‌های ملاقات ثابتی برای جلسات پی گیری در یک مرکز مداخله در بحران داده شود درصد شرکت مراجعین در جلسات پیگیری نسبت به زمانی که فقط به آنها آدرس مرکز داده شود به طور چشمگیری افزایش خواهد یافت.

۲- اگر پس از ترخیص فرد از بیمارستان، پرستار بیمار به خانه مراجع سرکشی کند و طی این سرکشی دلایل عدم حضور مراجع را برای ادامه درمان جویا شود، درصد حضور مراجع افزایش خواهد یافت.

۳- راه دیگر تشویق مراجع برای کمک گرفتن این است که به او کارتی داده شود که جزئیات مربوط به نحوه گرفتن کمک روانپزشکی در مواقع فوری در آن نوشته شده باشد. نتایج تحقیقات برای گروه‌های خاص نیز روش‌های متفاوتی را موثر یافته‌اند.

برای بیمارانی که دارای سابقه تکرار اقدام به خودکشی بوده‌اند. ملاقات‌های مستمر و مکرر، ملاقات بیمارانی که برای درمان حضور پیدا نمی‌کنند در منزل و وجود یک تلفن در دسترس برای مواقع بحرانی و ملاقات فرد در منزل به هنگام فوریت‌های تلفنی، شرایط اجتماعی (مالی، مسکن، و شغل) را بهبود می‌بخشد و لسی بر میزان تکرار خودکشی تأثیری ندارد. همچنین، نشان داده شده است که رفتار درمانی می‌تواند بر میزان افسردگی و کاهش افکار خودکشی در افراد اقدام کننده به خودکشی موثر واقع شود. رفتار درمانی باید بر مسایل زیر مبنی باشد: ۱- آموزش مهارت‌های اجتماعی (شامل، ایفای نقش، رهنمود دادن، نشانه دادن، سر مشق دهی، و بازخورد دادن) که هدف آنها بهبود مهارت‌های بیان کلامی و غیرکلامی باشد. ۲- آموزش نحوه کنترل اضطراب به خصوص در رابطه با نشانه‌ها و علائم اضطراب ۳- قرارداد گفتگو با خانواده با هدف بهبود ارتباطات بین بیمار و اعضای خانواده (هاتون، ۱۹۹۷).

لینان^۱ و همکارانش (۱۹۹۱) در دانشگاه واشنگتن برنامه درمانی‌ای را برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تدوین نمودند که به نظر می‌رسد آنچه را که بیماران در معرض خودکشی نیاز دارند فراهم می‌نماید. این برنامه، ترکیبی از درمان‌های فردی و گروهی است و بخش قابل ملاحظه‌ای از آن را درمان شناختی - رفتاری تشکیل می‌دهد. این برنامه که درمان دیالکتیکی رفتاری^۲ نامیده شده است بر دو جنبه تمرکز دارد. اول اینکه، از جهت گیری رفتاری مساله‌گشایی استفاده می‌کند تا بر افزایش توانایی، ایجاد راهبردهای مقابله‌ای جانشین، روشن ساختن و کنترل وابستگی‌ها^۳ تمرکز نماید. دوم آنکه، درمان دیالکتیکی رفتاری بر جنبه دیالکتیکی تجربه بیمار و درمان هر دو تأکید دارد. این رویکرد، بر مبنای مدلی می‌باشد که فرض می‌کند افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در رابطه با تعاملات بین فردی، کنترل عواطف، و تحمل پریشانی مهارت کافی ندارند. بنابراین، بیمار ممکن است احساسات خیلی شدیدی را تجربه کند و با وجود این احساسات را، با گفتن اینکه نباید چنان احساساتی داشته باشد مورد مخالفت قرار دهد. درمان دیالکتیکی، بر متعادل ساختن پذیرش و تغییر تأکید دارد و به منظور تغییر، بیماران را تشویق می‌نماید تا امور را آنطور که هستند بپذیرند.

درمان در طول یک سال انجام می‌پذیرد و روان‌درمانی فردی را با روان‌درمانی گروهی ترکیب می‌کند. درمان گروهی هفتگی که دو ساعت و نیم در هر جلسه به طول می‌انجامد، بر مهارت‌های مساله‌گشایی، مهارت‌های بین فردی، تحمل پریشانی، و مهارت‌های متعادل سازی عاطفی تمرکز می‌کند. درمان فردی به صورت (یک ساعت در هفته) فعال و مشارکتی انجام می‌گیرد و شامل بسیاری از راهبردهای شناختی و رفتاری به اضافه فنون دیگری برای کمک به متعادل سازی عاطفی و تعادل شناختی - عاطفی است (مانند راهبردهای آمادگی ذهنی). یکی از تفاوت‌های خیلی مهم این درمان با درمان‌های قبلی در این است که دستور کار هر جلسه در چارچوب اهداف کلی درمان دیالکتیکی رفتاری اولویت بندی می‌شود. بنابراین، اگر در فاصله جلسه گذشته تا جلسه کنونی اقدام به خودکشی رخ دهد، در اولویت دستور کار جلسه کنونی قرار خواهد گرفت. درمانگر و مراجع شرایطی که هر تهدید، احساس یا رفتار خودکشی را احاطه کرده است به تفصیل مورد بررسی قرار می‌دهند. به منظور تسهیل این کار، مراجعین از مصرف الکل یا دارو (تجویز شده یا تجویز نشده) یادداشت بر می‌دارند، میزان تمایلات

¹ Linehan

² Dialectical Behaviour Therapy

³ Contingency management

خودکشی و افسردگی را درجه‌گذاری می‌کنند و یادداشت می‌کنند که آیا به خودشان صدمه زده‌اند. هیچ رفتار خودکشی‌ای هر چند آشکارا بدون اهمیت باشد، نادیده گرفته نمی‌شود. پیام آشکار و ضمنی این است که اگر بیمار برای مشکلاتش کمک می‌خواهد، این فقط زمانی می‌تواند مورد تمرکز درمان قرار گیرد که رفتار خود آسیبی‌اش مورد بحث قرار گرفته باشد. دومین اولویت درمان این است که به رفتارهای مداخله‌کننده در درمان (یعنی ناپیروی به اهداف مورد توافق) پرداخته شود. این موضوع نیز به تفضیل مورد تحلیل کارکردی قرار می‌گیرد. نتایج موثر بودن این روش درمان را در کاهش تکرار صدمه به خود فقط در طول شش ماه اول درمان نشان داده‌اند. این روش، همچنین در سازگاری اجتماعی، عملکرد شغلی و تعداد روزهای گذرانده شده در بیمارستان موثر بوده است (لینان و همکاران، ۱۹۹۳).

نتیجه‌گیری

پدیده خودکشی یک مشکل جدی است و در میان همه گروه‌ها به خصوص نوجوانان و جوانان در حال افزایش است. احتمال کمی وجود دارد که یک رویکرد درمانی کلی واحد برای همه بیماران اقدام‌کننده به خودکشی مناسب باشد، اگر چه ممکن است، عناصر مشترک خاصی باشد که برای بسیاری از بیماران مفید باشند. شواهدی در دست است که امتداد مراقبت و پیگیری درمان، کار روی انگیزه درمان، پرداختن به پدیده ناپیروی، درمان حل مسایل بین فردی، کار روی عقاید و فرضیه‌های ناکارآمد ممکن است از عناصر موثر درمان باشند. همچنین، امکان دارد که بیماران دارای تشخیص‌های متفاوت واکنش‌های مختلفی را نسبت به نوع خاصی از درمان نشان دهند.

افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نسبت به درمان دیسالکتیکی رفتاری پاسخ مطلوبی نشان داده‌اند. در مورد کارآیی درمانی‌هایی که بر روی عزت نفس تمرکز دارند، مطالعات کمی صورت گرفته است. در مطالعه‌ای که درمان شناختی رفتاری را با ضد افسردگی‌ها در درمان افسردگی مقاسه نمود، نشان داده شد که مفهوم خود منفی بیشتر با درمان شناختی رفتاری بهبود پیدا می‌کند (راش^۱ و دیگران، ۱۹۸۲). اتفاق نظر کلی وجود دارد که موثرترین وسیله پیشگیری از خودکشی آموزش افراد است. آموزش پیشگیری از خودکشی یک فرایند مستمر است که شامل هر موسسه و وسیله ارتباطی می‌شود. آگاه ساختن عموم مردم از عوامل آشکارساز، خطرات و فنون مشاوره و مداخله هدف اولیه پیشگیری است.

^۱ Rush

REFERENCES:

- Abramson, L. Y., Alloy, L. B. and Metalsky, G. L. (1989). Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Bancroft, J., Skirmshire, A., Casson, J., Harvard-Watts, O., and Reynolds, F. (1977). People who deliberately poison themselves: their problems and their contacts with helping agencies. *Psychological Medicine*, 7, 289-303.
- Beck, A. T., Steer, R. A. , and Brown, G. (1993). Dysfunctional attitudes and suicidal ideation in psychiatric outpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23 (1), 11-20.
- Gilliland, B. E. & James, R. K. (1993). *Crisis intervention strategies*. Brooks/Cole Publishing Company, Pacific Grove, California.
- Hawton, Keith. (1997). Attempted suicide. In D. M. Clark and C. G. Fairburn (Eds), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 285-312). Oxford university press, Oxford.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Saurez, A., Allman, D., and Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioural treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-4.
- McLeod, A. K., Williams, J. M. G., and Linehan, M. M. (1992). New developments in the understanding and treatment of suicidal behavior. *Behavioral Psychotherapy*, 20, 193-218.
- Melges, F. T. & Bowlby, J. (1969). Types of hopelessness in psychopathological process. *Archives of General Psychiatry*, 20, 690-699.
- Needles, D. J. & Abramson, L. Y. (1990). Positive life events, attributional style, and hopefulness: testing a model of recovery from depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 156-165.
- Paykel, E. S., Prusoff, B. A. and Meyers, J. K. (1975). Suicide attempts and recent life events. *Archives of General Psychiatry*, 32, 327-333.
- Platt, J. J., Spivack, G. and Bloom, W. (1975). *Manual for the Means-Ends Problem-Solving Procedure (MEPS): A measure of interpersonal problem solving skill*. Philadelphia: Hahnemann Community MH/MR Center.
- Prezant, D. W., & Neimeyer, R. A. (1988). Cognitive predictors of depression and suicide ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 18(3), 259-264.
- Rotheram-Borus, M. J., Trautman, P. D., Dopkins, S. C. and Shrout, P. E. (1990). Cognitive style and pleasant activities among female adolescent suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 554-561.
- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., Weissenburger, J., and Hollon, S. D. (1982). Comparison of the effects of cognitive therapy and pharmacotherapy on hopelessness and self-concept. *American Journal of Psychiatry*, 139, 862-6.
- Salkovskis, P. M., Atha, C., and Storer, D. (1990). Cognitive-behavioural problem-solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide: a controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 157, 871-6.
- Schotte, D. E. and Clum, G. A. (1987). Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 49-54.
- Slater, J. and Depue, R. A. (1981). The contribution of environmental events and social support to serious suicide attempts in primary depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 275-285.
- Spirito, A., Overholster, J., & Hart, K. (1991). Cognitive characteristics of adolescent suicide attempters. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychology*, 30 (4), 604-608.
- Weishaar, M. E. (1996). Cognitive risk factors in suicide. In P. M. Salkovskis (Eds), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 226-249). The Guilford Press, New York.
- Williams, J. M. G. and Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in attempted suicide patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 144-149.