

شناخت درمانی برای بیماران خودکشی گرا  
کاربست‌های علمی و بالینی

## فهرست مطالب

۷	تقدیر و تشکر
۹	مقدمه
۱۹	بخش اول شناخت‌درمانی و پژوهش‌های تجربی
۲۰	۱ طبقه‌بندی و ارزیابی تفکر خودکشی و کنش‌های خودکشی‌گرایی
۳۷	۲ همبسته‌ها و عوامل خطر کنش‌های خودکشی‌گرایی
۶۰	۳ الگویی شناختی از کنش‌های خودکشی‌گرایی
۸۷	۴ درمان‌های مبتنی بر شواهد برای پیشگیری از کنش‌های خودکشی‌گرایی
۱۱۲	۵ شناخت‌درمانی: اصول کلی
۱۳۷	۶ مرحلهٔ مقدماتی درمان
۱۶۵	۷ مفهوم‌پردازی شناختی مورد کنش‌های خودکشی‌گرایی
۱۸۵	۸ مرحلهٔ میانی درمان
۲۱۲	۹ مرحلهٔ پایانی درمان
۲۲۹	۱۰ چالش‌های درمان بیماران خودکشی‌گرا
۲۴۷	۱۱ شناخت‌درمانی نوجوانان خودکشی‌گرا
۲۷۷	۱۲ شناخت‌درمانی سالمندان خودکشی‌گرا
۲۹۸	۱۳ شناخت‌درمانی در بیماران خودکشی‌گرا با اختلال وابستگی به مواد
۳۲۷	۱۴ نتیجه‌گیری: یک الگوی بهداشت عمومی برای پیشگیری از خودکشی
۳۳۴	ضمیمه: طرح کلی شناخت‌درمانی بیماران خودکشی‌گرا
۳۳۷	دربارهٔ نویسندگان
۳۳۸	منابع
۳۷۳	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی

## زمینه تاریخی

در آمریکا اولین برنامه سازمانی مهم این رشته در مرکز پیشگیری از خودکشی لس آنجلس بود که در سال ۱۹۵۸ تأسیس شده است. هدایت این برنامه به عهده اشخاصی مانند ادوین اشنایدمن، عموماً به عنوان پدر خودکشی‌شناسی در نظر گرفته می‌شود، رابرت لیتمن و نورمن فاربرو بود. در آن زمان از تلاش‌های آن‌ها در فراهم ساختن موضوع پژوهشی سازمان‌یافته‌ای برای فهم جنبه‌های بالینی و روان‌شناختی رفتار خودکشی‌گرایی و به ویژه خودکشی کامل، بسیار تحت تأثیر قرار گرفتیم. آن‌ها با گسترش روش «کالبدشکافی روان‌شناختی»<sup>۱</sup> - شامل مصاحبه‌های عمیق با نزدیکان متوفی و جمع‌آوری داده‌هایی که شرایط اقدام به خودکشی را در بر گرفته‌اند مانند تحلیل یادداشت‌های مربوط به خودکشی (اگر وجود داشته باشد) - ابزارهای پژوهشی مورد استفاده در توضیح انگیزه‌های خودکشی را بازیابی کردند.

تقریباً به صورت هم‌زمان، پیشرفت قابل ملاحظه‌ای در رویکرد تجربی نسبت به مسئله خودکشی در کشورهای دیگر و به ویژه بریتانیا در حال پیدایش بود. استنگل و کوک در کتاب‌شان «اقدام به خودکشی: اثرات و اهمیت اجتماعی آن»<sup>۲</sup> بر اهمیت برآورد نیت در ارزیابی رفتار خودکشی‌گرایی تأکید کردند؛ به دلیل اینکه نیت خودکشی متغیری محوری است و برای تشخیص اقدام به خودکشی واقعی در زمینه رفتار خودآسیب‌رسان استفاده می‌شود. البته، در توافق با رویکرد رفتارگرایان اجتماعی نورمن کریتمن در ادینبورگ اسکاتلند، اصطلاح «خودکشی‌گونه»<sup>۳</sup> را برای توصیف مقوله وسیعی از خودآسیبی استفاده کرد که در مجموع شامل رفتارهایی می‌شد که به عنوان اقدام به خودکشی واقعی و نیز رفتارهای خودآسیبی و خودمسمومی عمدی بدون نیت خودکشی‌گرایی بود (کریتمن و فیلیپ، ۱۹۶۹). کریتمن و گروهش در مخالفت با استنگل و کوک (۱۹۵۸) اذعان کردند در مقابل رفتار آشکار خودآسیبی، نیت خودکشی حالتی ذهنی و غیرقابل مشاهده است که نمی‌تواند به صورت قابل‌اعتمادی ارزیابی شود. بعد از آنکه گروه پژوهشی ما سودمندی مقیاس نیت خودکشی را نشان داد، گروه کریتمن تأیید کرد نیت می‌تواند واقعاً ارزیابی شود (دیر، کریتمن، ۱۹۸۴). با این وجود، جدال بر سر نیت خودکشی نشان می‌دهد طبقه‌بندی اقدام‌های «واقعی» خودکشی کاملاً حل نشده است و عبارت‌های خودکشی‌گونه و خودآسیبی هنوز به صورت گسترده‌ای در اروپا و گاهی در آمریکای شمالی برای شمول تمام موارد خودمسمومی و خودآسیبی بدون میزان نیت فرد برای کشتن خود استفاده می‌شود.

با تشکیل مرکز مطالعه و پیشگیری از خودکشی در مؤسسه سلامت روان آمریکا و هدایت اولین رئیس آن، اشنایدمن، سرمایه مناسب برای پیشبرد برخی از طرح‌های ابتکاری در زمینه این رشته نوپا

1 Psychological Autopsy

2 Its Social Significance and Effects

3 Parasuicide

در نظر گرفته شد و به پروژه‌های شخصی سرمایه مالی اعطاء شد و موجب پیشرفت زیاد پژوهش‌های علمی در زمینه رفتار خودکشی‌گرایی شد. یکی از پروژه‌های آغازین توسط هاروی رسنیک، دومین رئیس مرکز، به تحقیق در مورد رابطه نرخ بالای خودکشی در قبیله سرخپوستان پاپاگو در فینیکس آریزونا پرداخت که نشان از میزان بالای خودکشی در میان قبایل بومی جنوب غرب آمریکا داشت. الکلیسم رایج‌ترین دلیل اقدام به خودکشی در این جمعیت مشخص شد. برای کاهش نرخ خودکشی چندین راهکار معرفی شد و متعاقباً به آن عمل شد. رسنیک هم‌زمان برای ارزیابی وضعیت جاری حوزه خودکشی و ایجاد نظریه‌ها و راهکارهایی برای کسب یک خط مشی کلی، گردهمایی‌ای از پژوهشگران مختلف علاقه‌مند به پژوهش در این حوزه تشکیل داد. در میان کمیته‌های مختلفی که شکل گرفت، ریاست کمیته طبقه‌بندی رفتار خودکشی‌گرایی با من بود. اعضای این کمیته به چند نتیجه رسیدند: الف) اختلاط اصطلاحاتی مانند خودکشی هیستریکال، ساختگی و اقدام‌های نمایشی هم برای کمک به بیماران گیج‌کننده است و هم برای ساختن چارچوب پژوهشی نیز مانع محسوب می‌شود، ب) سیستم رضایت‌بخشی برای طبقه‌بندی کنش‌های خودکشی‌گرایی وجود ندارد (در ادبیات پژوهشی، خودکشی کامل اغلب با اقدام به خودکشی مرتبط بود) و سامانه‌ای جدید برای تفکیک تفکر، اقدام و خودکشی کامل باید ساخته می‌شد. افزون بر این، پیشنهاد دادیم متغیرهای توصیفی، میزان نیت خودکشی و مرگ‌آوری پزشکی هم باید به این سیستم اضافه شود (البته مرگ‌آوری پزشکی فقط در مورد افراد اقدام‌کننده استفاده می‌شود).

سپس در این حوزه مسیر طولانی پژوهش را همراه با مشکلاتی بزرگ شروع کردم. در مقابل رویکرد کیفی که در آن زمان وجود داشت یکی از اهداف اصلی من جای دادن عوامل مختلف مربوط به رفتار خودکشی‌گرایی بر مبنای رویکرد کمی بود. در این راه، همواره توسط گروهی از پژوهشگران مستعد پشتیبانی شدم. برنامه من تمرکز متوالی روی طبقه‌بندی، ارزیابی، پیش‌بینی و مداخله بود. بیشتر زمان و انرژی ما به ساخت و اعتباریابی ابزارهای متنوعی برای اندازه‌گیری متغیرهای مربوط اختصاص یافت.

ابتدا تعدادی پژوهش برای سنجش متغیرهای توصیفی مربوط به سامانه طبقه‌بندی انجام دادیم. برای رسیدن به این هدف، مقیاس ۲۰ گویه‌ای<sup>۱</sup> SIS (مخصوص بالینگر) را ساختیم (فصل ۱ را برای توصیف کامل این مقیاس ببینید). گویه‌های مقیاس SIS از گزارش‌های خودتوصیفی بیماران از حالت ذهنی قبل از اقدام و رفتار واقعی زمان آن استخراج شد. ۸ گویه نخست این مقیاس، شرایط عینی دربرگیرنده رفتار خودکشی را ارزیابی می‌کند مثل نوشتن یادداشتی در مورد خودکشی، انجام اقدام‌های احتیاطی برای جلوگیری از کشف و تهدیدهای اخیر. این زیر مقیاس می‌تواند برای استنباط میزان نیت افرادی که مرده‌اند برای تشخیص طبقه‌بندی مرگ آن‌ها به عنوان خودکشی استفاده شود. زیر مقیاس

1 The Suicide Intent Scale

دیگر ادراک‌های ذهنی بیماران را از رفتار خودکشی‌گرایی ارزیابی می‌کند و شامل متغیرهایی مانند انتظار مرگ‌آوری و واکنش به اقدام است.

برای آشکارسازی نقش نیت خودکشی در رفتار خودکشی‌گرایی تعدادی مقوله ویژه وجود داشت که با داده‌های تجربی مان به آن پرداختیم. برای مثال، ابتدا از همبستگی ضعیف بین نیت خودکشی و مرگ‌آوری پزشکی سردرگم بودیم ولی زمانی که برای محاسبه انتظار بیماران با توجه به ظرفیت مرگ-آوری اقدام، تصحیح‌هایی انجام شد؛ مقیاس، همبستگی خوبی با مرگ‌آوری پزشکی پیدا کرد (ای. تی. بک و کوکس، ۱۹۷۵؛ براون، هنریکز، سوسجان و بک، ۲۰۰۴)؛ یعنی زمانی که بیماران انتظار مشخصی در مورد مرگ‌آوری اقدام دارند، شاهد همبستگی زیادی بین نیت خودکشی و میزان مرگ‌آوری هستیم. همچنین از این مسئله که افرادی که با نیت بالای مردن اقدام به خودکشی می‌کنند ویژگی‌های مشابه افراد فوت شده با خودکشی دارند شگفت‌زده شدیم. به این نکته رسیدیم (لستر، بک، میتچل، ۱۹۷۹) از طریق افرادی که با نیت بالای مردن اقدام به خودکشی می‌کنند می‌توان در مورد افرادی که خودکشی کامل کرده‌اند، اطلاعاتی کسب کرد. سؤال دیگر این بود: آیا افرادی که اقدام به خودکشی منقطع شده دارند (زمانی که افراد اقدام به خودکشی می‌کنند ولی با مداخله فرد دیگری نمی‌توانند آن را کامل کنند) برای خودکشی بعدی در معرض خطر هستند؟ متوجه شدیم در آن‌ها میزان خطر به بزرگی خطر افرادی است که اقدام به خودکشی خود را عملی کرده‌اند. در دوره زمانی‌ای که در حال پژوهش روی ویژگی‌های افراد اقدام‌کننده به خودکشی بودیم، باوری عمومی وجود داشت که اقدام به خودکشی نشان‌دهنده فریادی برای کمک است. این فرضیه را با گویه گفتگو در مورد نیت (که گویه‌ای در SIS است) سنجیدیم. به این نتیجه رسیدیم اقدام‌کنندگانی که در مورد آرزوی مردن صحبت کردند، این گفتگو: الف) بیشتر ناشی از عملکرد سبک ارتباطی شخصی‌شان بود تا انگیزه‌ای کلی برای اقدام به خودکشی و ب) با آرزوی واقعی مرگ ارتباطی نداشت (کوکس، بک و ویسمن، ۱۹۷۹). البته، پژوهشی پیگیری نشان داد بیمارانی که در مورد نیت خودکشی خود صحبت نکرده نسبت به افرادی که صحبت کرده بودند، خطر بیشتری برای خودکشی احتمالی داشتند (ای. تی. بک، لستر، ۱۹۷۹). این پژوهش‌ها در مجموع نشان دادند نیت خودکشی مؤلفه‌ای اساسی در اقدام به خودکشی و خودکشی کامل است.

گام بعدی در پژوهش‌ها، ارزیابی اعتبار مقوله تفکر خودکشی در سیستم طبقه‌بندی بود. ما گویه‌های SIS را که برای اقدام‌کنندگان اجرا کرده بودیم برای ارزیابی نیت خودکشی در بیمارانی که به دلیل تفکر خودکشی بستری شدند قبل از آنکه اقدام کنند- مطابقت دادیم. این نتیجه حاصل شد که مقیاس SSI<sup>۱</sup> اعتبار ساختاری و موافقت خوبی برای تفکر خودکشی دارد (فصل ۱ را برای توضیح مفصل این ابزار ببینید). به هر ترتیب، هردوی این مقیاس‌های جدید شایستگی سیستم طبقه‌بندی نوین

---

1 Scale for Suicide Ideation

را اثبات می‌کرد. افزون بر این معتقدیم این دو ابزار می‌توانند ابزارهای بالینی و پژوهشی مفیدی باشند.

## ویژگی‌های روان‌شناختی رفتار خودکشی‌گرایی

بخش زیادی از پژوهش‌های ما نه فقط برای اعتباریابی سامانه طبقه‌بندی، بلکه برای شناسایی دسته‌ای از متغیرهای روان‌شناختی سهمیم در نیت خودکشی بود که قابلیت اصلاح دارند. به عنوان درمانگر و پژوهشگر، مشتاق بودیم راهی برای کاهش خطر خودکشی در بیماران پیدا کنیم. در ابتدای کارم، متوجه نقش اساسی ناامیدی، یا پیش‌بینی‌های منفی در مورد آینده، در بیماران خودکشی‌گرای افسرده شدم. مشاهده کردم هراندازه ناامیدی در این بیماران بیشتر باشد، آرزوی بیشتری برای مردن دارند. همچنین متوجه شدم اگر ناامیدی بیماران را در درمان با موفقیت آماج بگیریم، تمایلات خودکشی‌گرایی کاهش می‌یابد. برای تحکیم این مشاهده‌های بالینی، لازم بود مقیاسی برای سنجش میزان ناامیدی بسازیم. فهرستی از جمله‌های بدبینانه بیماران را گردآوری و سپس آن‌ها را گلچین کردم و مقیاسی ۲۰ گویه‌ای ساختم (مقیاس ناامیدی بک<sup>۱</sup> [BHS]) با ۱۰ گویه که مثبت نمره‌گذاری می‌شود (مانند آینده‌ام تاریک است) و ۱۰ گویه که منفی نمره‌گذاری می‌شود (با امید و اشتیاق به انتظار آینده هستم). ویژگی‌های روان‌سنجی BHS مناسب بود، ثبات درونی بالا و پایایی بعد از یک هفته آزمون-بازآزمون (ای. تی. بک و استیر، ۱۹۸۸) و با میزان ناامیدی بالینی (بک، ویسمن، لستر، ترکسلر، ۱۹۷۴)، نیت خودکشی‌گرایی (ای. تی. بک، استیر و مک‌الروی، ۱۹۸۲) و تفکر خودکشی‌گرایی (ای. تی. بک، استیر، بک و نیومن، ۱۹۹۳) رابطه معنی‌دار داشت.

سپس در نمونه‌ای از افرادی که اقدام به خودکشی کرده بودند، همبستگی BHS را با نیت خودکشی‌گرایی بررسی کردیم و به این نتیجه رسیدیم شدت نیت خودکشی همبستگی بیشتری با ناامیدی دارد تا افسردگی (مینکوف، برگمن، بک و بک، ۱۹۷۳). در نمونه‌ای از ۳۸۴ نفر بیماری که به دلیل خودکشی در بیمارستان بستری بودند، پژوهشی اعتباریابی نشان داد ناامیدی ۷۶٪ رابطه بین افسردگی و نیت خودکشی‌گرایی را تبیین می‌کند (ای. تی. بک، کوکس و ویسمن، ۱۹۷۵). هنگام بررسی بیمارانی که به دلیل افسردگی یا خطر خودکشی در بیمارستان بستری بودند، نسبت به افرادی که به دلیل اقدام به خودکشی اخیر در پژوهش قرار گرفته بودند، دریافتیم ناامیدی، جدا از خود افسردگی، عامل تعیین‌کننده‌ای برای نیت خودکشی‌گرایی است (بدروسین، بک، ۱۹۷۹). افزون بر این، در افرادی که اقدام به خودکشی کرده و وابسته به الکل تشخیص داده شدند (ای. تی. بک، ویسمن، کوکس، ۱۹۷۶) و افرادی که اقدام به خودکشی کرده و وابسته به دارو تشخیص داده شدند (ویسمن، بک، کوکس، ۱۹۷۹)، ناامیدی نسبت به افسردگی همبستگی قوی‌تری با نیت خودکشی داشت.

1 Beck Hopelessness Scale

به دلیل اینکه پیش‌بینی خودکشی احتمالی مقوله‌ای مهم در سلامت عمومی بوده و هست، شگفت‌زده شدم که ناامیدی بالا در مصاحبه‌های خط پایه می‌توانست خودکشی کامل را در آینده پیش‌بینی کند. برای بررسی این مسئله، مشتاقانه به پژوهش روی ۲۰۷ بیماری پرداختیم که در فاصله سال‌های ۱۹۷۰ تا ۱۹۷۵ در زمان پذیرش به دلیل تفکر خودکشی، نه اقدام به آن، بستری شده بودند. در طول یک دوره پیشگیری ۵ تا ۱۰ ساله، ۱۴ بیمار خودکشی کامل کردند. از مجموع داده‌های جمع‌آوری شده در زمان بستری بودن، فقط BHS و گویه بدبینی در سیاهه افسردگی بک (BDI)<sup>۱</sup>، احتمال خودکشی را پیش‌بینی کرد. نمره ۱۰ یا بیشتر در BHS به درستی ۹۱ درصد احتمال خودکشی را پیش‌بینی کرد (ای. تی. بک، استیر، کوکس و گریسون، ۱۹۸۵). این یافته‌ها در ادامه پژوهش‌های قبلی که رابطه بین ناامیدی و نیت خودکشی را نشان داده بود، اهمیت آن را به عنوان یک شاخص خطر خودکشی بلندمدت در بیمارانی که قبلاً به دلیل افسردگی بستری شده بودند تأیید کرد.

ما این پرسش را نیز در دستور کار قرار داریم که آیا ناامیدی می‌تواند خودکشی را در نمونه افراد اقدام‌کننده پیش‌بینی کند؟ ۴۱۳ بیماری را که به دلیل اقدام به خودکشی در فاصله سال‌های ۱۹۷۰ تا ۱۹۷۵ در بیمارستان بستری بودند را تا سال ۱۹۸۲ پیگیری کردیم. از روش تحلیل رگرسیون لجستیک چندگانه برای پیش‌بینی احتمال خطر خودکشی استفاده کردیم. تشخیص الکلیسم بهترین پیش‌بین خودکشی احتمالی بود. میزان خطر در بیمارانی که مبتلا به الکلیسم هستند و سرانجام خودکشی می‌کنند، ۵ برابر بیشتر از بیماران غیرالکلی است. یک زیرمقیاس SIS که جدیداً شکل گرفته - اقدام‌های احتیاطی - خودکشی نهایی را در بیمارانی پیش‌بینی کرد که در اقدام ناموفق قبلی برنامه دقیقی برای جلوگیری از به ثمر نرسیدن اقدام داشتند و نشان داد میزان خطر بالاتری برای اقدام موفق بعدی دارند. البته در این پژوهش، BHS پیش‌بینی‌کننده خودکشی در افراد اقدام‌کننده نبود (ای. تی. بک، استیر، ۱۹۸۹). سالیان زیادی از این یافته‌ها متعجب و گیج بودم. البته در بخش بحث مقاله (بک و استیر، ۱۹۸۹) آمده بود که بسیاری از اقدام‌کنندگان به خودکشی بعد از اقدام ناموفق، در میزان ناامیدی و افسردگی کاهش نشان می‌دهند و این مسئله می‌توانست روی این یافته‌ها تأثیر بگذارد و آن را خنثی نماید. برای مثال بعضی از بیماران بعد از اقدام به خودکشی از اینکه هنوز زنده‌اند، احساس خوشحالی داشتند. این مشاهده‌ها پیشنهاد کرد احساس‌های بیماران با توجه به اقدام‌شان می‌تواند نتایج را مغشوش کند.

۱۵ سال بعد، گریگ هنریک در بازنگری مقاله، مشخص کرد در پایگاه داده‌مان اطلاعاتی داریم که می‌تواند به این سؤال پاسخ دهد. وی متوجه شد با تحلیل واکنش شادمانی یا ناراحتی بیماران از ناموفق بودن اقدام‌شان می‌توان مسئله را حل کرد. در گروهی که ناراحت بودند میزان ناامیدی بالا بود و نسبت به گروه خوشحال به صورت معناداری احتمال بیشتری برای خودکشی کامل داشتند (هنریک، ونزل،

براون و بک، ۲۰۰۵).

همراه با گروه پژوهشی‌ام، متغیرهای روان‌شناختی مربوط به خودکشی احتمالی را در نمونه بیماران سرپایی بررسی کردیم. هم‌زمان دو گروه بیمار از مرکز شناخت‌درمانی دانشگاه پنسیلوانیا از سال ۱۹۷۸ تا ۲۰۰۴ بررسی شدند. این دو گروه شامل ۱۹۵۸ و ۶۸۹۱ بیماری بودند که برای ارزیابی و درمان به مرکز شناخت‌درمانی دانشگاه مراجعه کرده بودند. در پژوهشی روی اولین گروه مشخص شد که نمره برش بهینه ۹ یا بالای آن در مقیاس BHS ۱۶ مورد از ۱۷ بیماری را که خودکشی کرده بودند به درستی تشخیص داد. گروه پرخطر نسبت به گروه خطر پایین ۱۱ بار احتمال بیشتری برای انجام خودکشی کامل داشت (ای. تی. بک، براون، برجیک، استوارت، استیر، ۱۹۹۰). این نتایج یافته‌های اولیه با بیماران بستری افسرده و خودکشی‌گرا را تأیید کرد. پژوهش بعدی که توسط جی. کی. براون، بک، استیر و گریشام (۲۰۰۵) روی گروه دوم انجام شد، ۴۹ مرگ با خودکشی را شناسایی کرد. آنالیز تک‌متغیره بقاء نشان داد شدت ناامیدی، تفکر خودکشی و افسردگی عوامل خطر معناداری برای خودکشی احتمالی بودند. ثبات یافته‌های مربوط به ناامیدی به عنوان پیش‌بین خودکشی آینده ما را به این نتیجه رساند که در این بیماران ناامیدی یک «صفت» شخصیتی است. اگر ناامیدی در نقطه‌ای بالا باشد، احتمال می‌رود آن نقطه درست قبل از یک خودکشی کامل قرار گرفته باشد. در حقیقت، بین اجراهای متوالی BHS طی یک هفته که جداگانه اجرا شد، ضریب همبستگی ۰.۶۹٪ را یافتیم (ای. تی. بک، استیر، ۱۹۸۸).

ترکیب داده‌های بیمارستانی و بیماران سرپایی دارای تفکر و اقدام به خودکشی ما را به این نتیجه رساند که این متغیرهای روان‌شناختی و بالینی عامل خطر معناداری برای خودکشی در طول زندگی بیماران هستند و مهم‌تر اینکه، در مداخله‌های روان‌درمانی می‌توان تمرکز اصلی را به این متغیرها اختصاص داد. البته قبل از شروع آزمایشی بالینی برای پیشگیری از رفتار خودکشی‌گرایی تصمیم گرفتیم عوامل خطر بالینی - روان‌شناختی دیگر را بررسی کنیم. این مورد برای من اتفاق افتاده که خیلی از بیمارانی که در زمان پذیرش در کلینیک زیاد خودکشی‌گرا نبودند، ممکن بود سابقه خودکشی‌گرایی داشته باشند که این سابقه می‌توانست به ویژه در پیش‌بینی رفتار خودکشی‌گرایی آینده نیرومند باشد. برای آزمودن این گمان، دوباره روی چارچوب زمانی SSI کار کردم تا خودکشی‌گراترین دوره در زندگی بیماران را شناسایی کنم (وخیم‌ترین نقطه SSI یا SSI-W). با پیگیری طولانی ۳۷۰۱ بیمار، متوجه شدیم افرادی که در SSI-W نمره بالاتری می‌گرفتند احتمال بیشتری داشت خودکشی کامل کنند. در حقیقت، SSI-W نسبت به افسردگی و تفکر خودکشی کنونی پیش‌بین بهتری برای خودکشی احتمالی بود (ای. تی. بک، براون، استیر، دالسرگد، گریشام، ۱۹۹۹).

افزون بر این، در کار با بیماران متوجه شدم تمایلات خودکشی‌گرایی تک بعدی نیست. بیماران



خودکشی‌گرا معمولاً در مورد دلایل زندگی و مرگ تعارض داشتند و این تعارض به صورت رنجی درونی بین آرزوی زندگی و مرگ نمایان می‌شد. استدلال این بود بیمارانی که آرزوی مرگ در آن‌ها بیشتر از آرزوی زندگی است افرادی پرخطر برای خودکشی احتمالی خواهند بود. این مشاهده‌ها با پژوهش بک و کوکس (۱۹۷۷) روی نمونه‌ای از بیماران بستری که به تازگی اقدام به خودکشی کرده بودند، تأیید شد. تکرار بعدی این پژوهش با بیماران سرپایی مرکز شناخت‌درمانی (جی. کی. براون، استیر، هنریک و بک، ۲۰۰۵) نشان داد بیماران با تمایل بیشتر مردن، ۶ برابر احتمال بیشتری برای خودکشی داشتند.

سؤال بالینی مهم این است: آیا دوره‌های درمان می‌تواند بر ارتباط بین این متغیرهای روان‌شناختی - به ویژه ناامیدی - و خودکشی تأثیرگذار باشد؟ کاربستی از الگوی شناختی در درمان (راش، بک، کوکس، ویزنبرگ و هالون، ۱۹۸۲) انجام شد و به این نتیجه رسیدیم شناخت‌درمانی اثر معناداری در کاهش ناامیدی دارد و پاسخ ضعیف به شناخت‌درمانی، می‌تواند نوعی پیش‌بین برای خودکشی احتمالی باشد. در تحلیلی گذشته‌نگر، متوجه شدیم بیمارانی که سرانجام خودکشی کامل می‌کردند، بهبودی اندکی در دوره درمان نشان می‌دادند و نمره ناامیدی آن‌ها بالا و ثابت بود و قبل از موعد مقرر، درمان را برخلاف نظر درمانگر ترک می‌کردند (دالسگرا، بک، براون، ۱۹۹۸). این یافته‌ها پیشنهاد می‌دهد ناامیدی باید هدفی کلیدی در درمان باشد و تلاش زیادی شود تا این گروه پرخطر را در درمان حفظ کرد.

با تجربه‌ای بیش از ۳۵ سال پژوهش، معتقدم نه فقط سامانه طبقه‌بندی معتبر و عملیاتی برای کنش - های خودکشی‌گرایی با متغیرهای توصیفی‌اش (مانند نیت و میزان مرگ‌آوری) و تعدادی مقیاس برای سنجش جنبه‌های مختلف آن ساخته‌ایم بلکه راهبردهایی نیز برای ارزیابی خطر خودکشی فراهم کرده‌ایم. ارزش ویژه استفاده از BHS و SSI-W شناسایی افراد در معرض خطر بالاست. افزون بر این، در مواجهه با افراد دارای تفکر خودکشی، پرسش در مورد آرزوی مرگ و زندگی و در رویارویی با افراد اقدام‌کننده، پرسش درباره واکنش به اقدام‌شان روش مؤثر قابل‌دسترس برای هر متخصصی است. ما به این نتیجه نیز رسیدیم بیمارانی که سطح ناامیدی‌شان در طول درمان بهبود نیابد، نیازمند توجه ویژه و پایش طولانی‌مدت هستند.

برنامه‌های کاربردی امیدوارکننده‌ای نیز در مداخله‌های درمانی برای بیماران خودکشی‌گرا وجود دارد. این مسئله اکنون کاملاً ثابت شده که شناخت‌درمانی در کاهش افسردگی و تفکر خودکشی مانند دارودرمانی عمل می‌کند و در کاهش احتمال عود به صورت معناداری بهتر است. در ادامه تأثیر شناخت‌درمانی بر میزان خودکشی می‌آید. در آخرین کارمان با افرادی که اخیراً اقدام به خودکشی کرده بودند، مداخله‌ای سرپایی و ۱۰ جلسه‌ای با دو هدف طراحی کردیم: الف) تمرکز اصلی درمان روی تفکر خودکشی و ارائه راهکارهای مقابله با بحران خودکشی بود، ب) ساختار آن به صورتی بود که با تعداد جلسه‌های نسبتاً مختصر بتواند اجرا شود تا با مدت درمانی‌ای که معمولاً در مرکز بهداشت

روانی در دسترس است، قابل تطبیق باشد. به این نتیجه رسیدیم در افرادی که در گروه درمان حضور داشتند نسبت به آن‌هایی که مراقبت‌های معمول را دریافت می‌کردند، نرخ اقدام دوباره برای خودکشی ۵۰ درصد کاهش داشت (جی. کی. براون، تنها و دیگران، ۲۰۰۵). این مداخله در بخش دوم این کتاب توضیح داده می‌شود.

## این کتاب

کتاب کنونی تبلور یافته پژوهش‌های پایه، بالینی و درمانی ما از رفتار خودکشی‌گرایی در بیش از چند دهه اخیر است. در پژوهش‌های خودمان بازنگری جامعی از ادبیات مربوط به طبقه‌بندی، ارزیابی، پیش‌بینی و درمان رفتارهای خودکشی‌گرایی گنجانده‌ایم. برای نخستین بار الگوی شناخت‌درمانی رفتار خودکشی‌گرایی را در این کتاب آورده‌ایم که می‌تواند به عنوان دستور کار در خدمت درمان و پژوهش باشد. به دلیل اینکه بیمارانی که در گذشته سابقه اقدام به خودکشی داشته‌اند، بالاترین میزان احتمال خطر را برای کشتن خود دارند، به صورت ویژه‌ای روی این گروه در ارائه راهبرد و برنامه درمانی تمرکز کرده‌ایم. با اینکه، برای درمان هر بیماری که تفکر خودکشی دارد، روش‌های مشابهی می‌تواند تطبیق داده شود.

این کتاب به سه قسمت تقسیم شده است. در قسمت اول، ادبیات علمی‌ای که منطق حوزه‌های متمرکز در درمان را ارائه می‌دهد، بازنگری و یکپارچه کرده‌ایم. فصل اول، همان‌طور که قبلاً در مورد آن بحث کرده بودم، سامانه طبقه‌بندی را توصیف می‌کند و ابزارهایی را معرفی می‌کند که برای سنجش سازه‌های مهم سامانه طبقه‌بندی استفاده می‌شود.

فصل دوم، ادبیات گسترده‌ای را در مورد همبسته‌ها و عوامل خطر رفتار خودکشی‌گرایی جمع‌بندی می‌کند و تمرکز این فصل روی مقوله‌های گسترده متغیرهای جمعیت‌شناختی، تشخیصی، سابقه روان‌پزشکی و روان‌شناختی است. در فصل سوم، به ادبیات مربوط به عوامل خطر رفتار خودکشی‌گرایی و به ویژه عواملی که ماهیت روان‌شناختی دارند (مانند ناامیدی) پرداخته‌ایم و از آن برای ساختن الگوی شناختی رفتار خودکشی‌گرایی استفاده کرده‌ایم. سرانجام در فصل چهارم، مداخله‌هایی را ارزیابی کرده‌ایم که تا امروز برای کاهش رفتار خودکشی‌گرایی استفاده شده‌اند و جنبه‌هایی از مداخله‌هایی که در رویکرد شناخت‌درمانی ما آمده را توصیف کرده‌ایم. بعد از خواندن این قسمت انتظار می‌رود خواننده از ادبیات تجربی معاصر رفتار خودکشی‌گرایی و جنبه‌هایی از آن که نیاز به تحقیق بیشتر دارد، درک بهتری کسب کند.

قسمت دوم این کتاب برای درمان‌گرانی که تمایل دارند مداخله ما را برای بیماران خودکشی‌گرای بزرگسال استفاده کنند، راهنمایی جامع فراهم می‌کند. فصل پنجم، به بررسی اجمالی اصول شناخت-درمانی عمومی می‌پردازد و شامل شیوه‌هایی است که ساختار جلسه‌ها را مشخص می‌کند و به