



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

راهنمای ارزیابی

تشخیص و درمان

افکار و رفتار

انتحاری

کودکان و بزرگسالان



دکتر پروانه محمدخانی - ابراهیم رضایی دوگاهه

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

**راهنمای ارزیابی، تشخیص و درمان افکار
و رفتار انتحاری کودکان و بزرگسالان**

ترجمه و تألیف :

دکتر پروانه محمدخانی - ابراهیم رضایی دوکامه

ویراستار :

پروین کریمی

"سخن ناشر"

ای نام تو بهترین سر آغاز

اصلاح و بهبود کمی و کیفی فرآیند نشر و چاپ کتاب در دانشگاهها، مانند هر فعالیت بنیادی دیگر در کشور ما، همواره با دشواریهای جدی همراه است و نیازمند هماهنگی و سازگاری لازم میان ساختارهای فرهنگی، علمی، اجرایی، اقتصادی و اجتماعی موجود می باشد. به رغم تمام دشواریها و باتوجه به اهداف و رسالت دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مبنی بر ارتقای سطح دانش، نگرش و رفتار افراد جامعه و تلاش در جهت ارائه راهکارهای علمی مبتنی بر دستاوردهای پژوهشی بومی کارآمد و به روز در حیطه های توانبخشی سلامت و رفاه اجتماعی، سلامت روان و... جهت حل معضلات اجتماعی مبتلا به جامعه، کاهش مشکلات و آسیب های اجتماعی و تغییر رفتارها و الگوهای فرهنگی، مرکز انتشارات معاونت پژوهشی این دانشگاه مصمم است تا با نشر آثار پژوهشگران ایرانی و پیوندگان راه علم و دانایی، در هر چه هموارتر ساختن مسیر و رفع موانع موجود برای دستیابی به این اهداف گام بردارد. امید است با عنایت ایزد منان و هم اندیشی اهل قلم در این راه پر فراز و نشیب موفق شویم.

کتاب حاضر حاصل تلاش اساتید محترم روانشناسی می باشد که ابتدا به بررسی همه جانبه افکار مربوط به خودکشی پرداخته و سپس با طبقه بندی عوامل خطر ساز خودکشی و تبدیل آنها به عوامل زمینه ساز و آشکار ساز، مدل جامعی از علل بروز عقاید خودکشی ارائه و در ادامه نیز مباحث مربوط به ارزیابی، پیشگیری و درمان مطرح گردیده است.

امید آن می رود نکاتی که در این اثر بیان شده در جهت تامین سلامت و بهداشت جسمی / روحی موثر افتد.

انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

فهرست مطالب

عنوان پیشگفتار	صفحه
بخش اول : تعاریف و کلیات	۱
ژست خودکشی	۱
عقیده (افکار) خودکشی	۱
اقدام به خودکشی	۴
اقدام کامل به خودکشی	۷
همه گیر شناسی (بروز و شیوع)	۷
جنسیت	۱۱
شغل	۱۲
تغییرات عمومی	۱۴
جغرافیا	۱۷
روش	۲۲
بخش دوم : دیدگاه های مختلف درباره خودکشی	۲۵
۱- دیدگاه فیزیولوژیک	۲۵
(الف) عوامل ژنتیک	۲۵
(ب) عوامل نوروشیمی	۲۶
(ج) عوامل نورواناتومیک	۲۸
۲- دیدگاه روان تحلیل گری	۲۸
۳- دیدگاه شناختی	۳۱
۴- دیدگاه اجتماعی	۳۴
عوامل خطر خودکشی	۳۶
اختلالات روان پزشکی	۴۰
مطالعه آیوا - ۵۰۰	۴۳
افسردگی	۴۴
مطالعات بالینی	۴۵

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۴۶	تاریخچه خانوادگی خودکشی
۴۷	بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی
۴۸	رویکردهای طولی
۴۹	مطالعه مشترک مؤسسه بهداشت روانی
۵۰	اختلالات اضطرابی
۵۰	اسکیزوفرنیا
۵۱	اختلالات شخصیت
۵۲	وابستگی دارویی
۵۳	عوامل خانوادگی
۶۱	بیماری طبی
۶۳	مشکلات تحصیلی
۶۴	الگو برداری و تلفیق پذیری
۶۷	عوامل شخصیتی
۷۱	نقص مهارتهای حل مسأله
۷۵	تحریف های شناختی
۷۶	ناتوانی در مهار عواطف (خشم و تکانشگری)
۷۸	حوادث فشارزا و شرایط زندگی نامساعد
۸۰	عواملی که از فرد در برابر خودکشی محافظت می کند
۸۳	مقوله بندی عوامل خطر خودکشی (زمینه ای یا مستعد کننده و آشکار ساز یا تسریع کننده)
۸۴	مدل های خودکشی و اقدام به خودکشی
۸۴	مدل مفهومی بئاتریس
۸۶	مدل آستانه رفتار خودکشی بلومنتال و کامپفر
۸۸	مدل پیشگیری از خودکشی دیوید شافر
۹۰	مدل پیشگیری از خودکشی شافر و پفر
۹۳	بخش سوم: ارزیابی
۹۴	ارزیابی اقدام به خودکشی

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
ارزیابی عقیده خودکشی	۹۵
ارزیابی عوامل خطر اقدام به خودکشی تکراری یا ارتکاب به خودکشی مجدد	۹۶
ارزیابی شرایط زیربنایی	۹۸
مقیاسهای تخصصی مبادرت به خودکشی و دیگر ابزارها	۱۰۰
۱- ابزارهای ارزیابی خودکشی که توسط متخصصین، درجه بندی می شوند :	۱۰۳
(۱-۱) مقیاس عقاید خودکشی	۱۰۳
(۱-۲) مقیاس تعدیل شده عقاید خودکشی	۱۰۵
(۱-۳) مقیاس قصد خودکشی	۱۰۶
۲- ابزارهایی که توسط خود فرد درجه بندی می شوند	۱۰۷
(۲-۱) مقیاس خودسنج عقیده خودکشی	۱۰۷
(۲-۲) پرسش نامه رفتارهای انتحاری	۱۰۸
۳- ضربه گیرهای خودکشی	۱۰۹
۴- ارزیابی خودکشی در نوجوانان و کودکان	۱۱۰
(۴-۱) پرسش نامه عقیده انتحاری	۱۱۰
(۴-۲) پرسش نامه رفتارهای انتحاری کودکان	۱۱۱
۵- انتخاب یک مقیاس مناسب برای ارزیابی رفتار خودکشی	۱۱۱
۶- آثار خودکشی	۱۱۵
بخش چهارم: درمان	۱۱۷
قواعد درمان	۱۱۷
اداره فوری (حاد)	۱۱۷
مداخلات فوریتی یا خدمات بحران و تصمیمات تریاژ	۱۱۸
مراقبت بستری و بستری پاره وقت	۱۲۱
درمان سرپایی	۱۲۲
روان درمانی های ویژه	۱۲۴
درمان شناختی - رفتاری	۱۲۵
روان درمانی بین فردی	۱۲۸

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
درمان دیالکتیکی - رفتاری	۱۳۱
روان درمانی روان - پویشی	۱۳۵
خانواده درمانی	۱۳۵
مداخلات دارویی	۱۳۶
خلاصه روش های درمانی جهت نوجوانان انتحاری	۱۳۹
ملاحظات قانونی و اخلاقی	۱۴۰
پیشگیری نوجوانان انتحاری	۱۴۰
بخش پنجم : کاربردهای آموزشی؛ پیشگیری از خودکشی کودکان و نوجوانان .	۱۴۵
پیشگیری اولیه	۱۴۵
درمان اختلال روانی	۱۴۵
دسترسی محدود به روش های مرگ آور	۱۴۵
تغییر محیط اجتماعی	۱۴۶
پیشگیری ثانویه	۱۴۷
مداخلات دقیقه آخر - خدمات خط بحران	۱۴۷
مورد یابی	۱۴۸
مورد یابی غیر مستقیم از طریق آموزش	۱۴۹
مورد یابی مستقیم	۱۴۹
منابع فارسی	۱۵۱
منابع انگلیسی	۱۵۳

پیشگفتار

رشد و گسترش آسیب‌های اجتماعی و روانی در جوامعی که حالتی انتقالی را طی می‌کنند امری اجتناب ناپذیر است. شکی نیست که جامعه‌ی ایران امروز در حال گذراندن این دوران است. این گذار که به مرحله‌ی عبور از سنت گرایی به نوگرایی معروف است با مسائل و مشکلات خاص اجتماعی و فرهنگی توأم می‌باشد.

خودکشی یکی از این آسیب‌های اجتماعی است و رفتار خودکشی موضوع یک نگرانی بزرگ برای متخصصانی است که با مشکلات سلامت روان کودکان و نوجوانان دست و پنجه نرم می‌کنند.^۱ اگر چه خودکشی مشکلی تراژدیک در سلامت عمومی محسوب می‌شود، بالقوه قابل پیشگیری است.^۲

رفتار انتحاری^۳ که شامل طیفی از آرزوی مردن تا خودکشی کامل^۴ می‌شود معمولاً در متن غمگینی، ناامیدی، خشم و ناکامی اتفاق می‌افتد.^۵ تحقیقات نشان می‌دهد عوامل همراه با خودکشی پیچیده هستند و دیدگاهی که تعامل بین فرد، موقعیت و عوامل واسطه‌ای مختلف از قبیل وجود حمایت اجتماعی و چگونگی آن را مورد توجه قرار می‌دهد، روش مفیدی برای مطالعه این گونه رفتارها به شمار می‌آید. چنین رویکردی به کل دیدگاه‌های عمده نظر دارد اما پژوهشگر را در برابر مجموعه‌ی پیچیده‌ای از عوامل قابل بررسی قرار می‌دهد.^۶

ما در این اثر بر آن هستیم تا تحولات جدید در فهم، ارزیابی و درمان عقاید، افکار و رفتار خودکشی را از منظر زیستی - روانی - اجتماعی^۷ مورد بررسی قرار

^۱ . Shaffer & Pfeffer , 2001

^۲ . Hoyert, Kochanek & Murphy ,1999

^۳ . Suicidal behavior

^۴ . Completed suicide

^۵ . Sadock & Sadock , 2000

^۶ . Sarason & Sarason , 1987

^۷ . Biopsychosocial

دهیم. به نظر می‌رسد اتخاذ این رویکرد در برخورد با مفاهیم، پدیده‌های پیچیده و چندعاملی^۱ همچون خودکشی که نوعی سازه^۲ می‌نماید، منطقی و مطلوب باشد. در رابطه با خودکشی جوانان، سؤالات زیادی مطرح است: چه عاملی باعث افزایش نرخ جهانی خودکشی در ۴۰ سال اخیر است؟ چرا کودکان قبل از بلوغ به طور نسبی از این افزایش نرخ در امان مانده‌اند؟ با فرض این که نسبت عقاید خودکشی^۳ با اقدام به خودکشی^۴ و اقدام کامل به خودکشی در جوانان از بزرگسالان متفاوت است، آیا این پدیده حاکی از مسائل متفاوتی در جوان‌ها می‌باشد؟ آیا نرخ رفتار خودکشی نشانگر شدت متفاوت یک فرایند مشابه و مشترک است یا اینکه هر گروه، سبب شناسی خاص خود را دارد؟ آیا مداخله به هنگام، وقوع اقدام مجدد یا مرگ‌آوری^۵ را طی سال‌های بعد کاهش می‌دهد؟

عقیده و اقدام به خودکشی و خودکشی کامل در عین این که از هم متمایزند، با یکدیگر همپوشی دارند. خودکشی کامل در جوانان نادر است اما عقاید و اقدام به خودکشی در آن‌ها نرخ بالایی دارد. از آنجایی که خودکشی طی یک فرآیند رخ می‌دهد، بررسی و برآورد افکار خودکشی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. برای مثال یک مطالعه اخیر روی جمعیت عمومی ۹ تا ۱۸ ساله نشان داد که میزان شیوع عقاید خودکشی از ۲۶ درصد (افکار مربوط به مرگ) تا ۲ درصد (تفکر زیاد درباره از بین بردن خود) در نوسان است^۶.

در کتاب حاضر، ابتدا به بررسی همه‌گیر شناسی عقاید و افکار خودکشی پرداختیم. علاوه بر آن با طبقه‌بندی عوامل خطر ساز^۷ خودکشی و تبدیل این

^۱ . Multifactorial

^۲ . Construct

^۳ . Suicide ideation

^۴ . Suicide attempt

^۵ . Lethality

^۶ . Sadock & Sadock , 2000

^۷ . Risk factors

طبقات به مقوله‌های عوامل زمینه‌ساز^۱ و آشکارساز^۲ بر آن شدیم تا با توجه به مختصات فرهنگی، مدلی جامع که عمده عوامل درگیر در سازه خودکشی را شامل می‌شود ارائه دهیم. در ادامه، به تعریف چند مفهوم مرتبط با خودکشی می‌پردازیم. در بحث مربوط به همه‌گیرشناسی، به تأثیر عوامل مختلف و مطرح در بروز^۳ و شیوع^۴ اشاره خواهیم نمود. سپس در بخش سبب‌شناسی، دیدگاه‌های مختلف درباره خودکشی مطرح خواهند شد. به عوامل خطر، طبقه‌بندی این عوامل و مدل‌های تبیین‌کننده خودکشی در این قسمت اشاره می‌شود. مباحث مربوط به ارزیابی، درمان و پیشگیری به ترتیب در بخش سوم، چهارم و پنجم کتاب مطرح خواهند شد. امید آنکه مفاهیم و نکات مطرح شده در این اثر در تأمین سلامت و بهداشت جسم و جان فرزندان این مرز و بوم مفید افتد.

دکتر پروانه محمدخانی

ابراهیم رضایی دوگاهه

۱۳۸۳

^۱ . Predisposing

^۲ . Precipitating

^۳ . Incidence

^۴ . Prevalence

بخش اول

تعاریف^۱

ژست خودکشی^۲:

واژه "ژست" به وسیله برخی از متخصصان در مواردی به کار می‌رود که نوجوان عملی غیر مرگ آور و خودتخریب‌گرایانه^۳ را که به نظر راهی برای جستجوی کمک یا بازی دادن^۴ بدون قصد جدی است انجام می‌دهد. این رفتار گمراه‌کننده است زیرا تصور می‌شود که خطر بالقوه برای رفتار خودکشی را در آینده کاهش می‌دهد.^۵ در بعضی از متون پژوهشی از اصطلاح "شبه خودکشی"^۶ برای اشاره به این مفهوم استفاده می‌شود.^۷

مرک^۸ معتقد است نقشه‌ها و اعمالی که احتمال موفقیت آنها غیر محتمل به نظر می‌رسد اغلب تحت عنوان "ژست خودکشی" نامیده می‌شوند. آنها اکثراً "آگاه‌ساز"^۹ می‌باشند اما با این همه نباید به سادگی از کنارشان گذشت چون آنها بهانه‌هایی برای کمک بوده و نیازمند ارزیابی و درمانی دقیق و کامل‌اند که معطوف رهایی از ناراحتی و پیشگیری از اقدام‌های تکراری باشد. باید در نظر داشته باشیم که ۲۰ درصد افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند طی یکسال بعد، مجدداً دست به اقدام می‌زنند و ۱۰ درصد آن‌ها نهایتاً موفق می‌شوند.

عقیده (افکار) خودکشی^{۱۰}

طیف رفتار خودکشی دارای دامنه‌ای از عقیده خودکشی، تهدید به خودکشی و اقدام تا خودکشی کامل است. عقیده خودکشی شامل افکاری در مورد آرزوی از

^۱ . Definitions

^۲ . Suicide Gesture

^۳ . Self-Destructive

^۴ . Manipulating

^۵ . Shaffer & Pfeffer , 2001

^۶ . Parasuicide

^۷ . Sarason & Sarason , 1987

^۸ . Merck , 2002

^۹ . Communicative

^{۱۰} . Suicide ideation (thoughts)