

افسردگی و خودکشی

دکتر، شهریاری

شایسته دجاتی

هادی غلامرضایی



نام کتاب: افسردگی و خودکشی

مؤلفان: راحله شهریار، شایسته نجاتی، هادی غلامرضایی

انتشارات: نشر رزا

بعد: ۱۰۰ حیات و قطع: ۲۳۰ صفحه / وزیری

شماره رگان: ۱۰ نسخه

سال چاپ: ۱۳۹۸

بهاء: ۵۵۰۰۰۰ ریال

شابک: ۹۷۸-۶۰۲-۶۳۶۹۱-۶

شماره تماس پخش: ۰۲۹-۱۱۷۵۶۰۸-۰۲۱۴۴۰۱۵۶۰۸ (www.rozapun.ir)

- سرشناسه : شهریار، راحله، ۱۳۶۰-
عنوان و نام : افسردگی و خودکشی / راحله شهریار، شایسته نجاتی،
پدیدآور : هادی غلامرضا
مشخصات نشر : تهران: نشر رزا، ۱۳۹۸.
مشخصات : ج.۱ (بدون شماره گذاری).
ظاهری :
شابک : 978-622-6356-91-6
وضعیت فهرست : فیبا
نویسی :
یادداشت : کتابنامه.
موضوع : خودکشی
موضوع : Suicide
موضوع : خودکشی -- جنبه‌های روانشناسی
موضوع : Suicide-- Psychological aspects
موضوع : خودکشی -- رفتارشناسی
موضوع : Suicidal behavior
موضوع : افسردگی
موضوع : Depression, Mental
موضوع : افسردگی -- درمان
موضوع : Depression, Mental-- Treatment
موضوع : الگوریتم‌های بالینی
موضوع : Medical protocols
شناسه افزوده : نجاتی، شایسته، ۱۳۷۲-
شناسه افزوده : غلامرضایی، هادی، ۱۳۶۵-
رده بندی کنگره : ۶۵۲۵HV
رده بندی دیویی : ۱۵۲۲/۲۶۴
شماره : ۵۷۰۴۸۸۱

۱۱.....	مقدمه
---------	-------

❖ فصل اول : خودکشی

۱۷.....	در مینه خودکشی
۲۰.....	تعریف خودکشی
۲۱.....	افسانه‌های رایج درباره رفتارهای خودکشی
۲۴.....	عوامل محافظت کننده در خطرهای خودکشی
۲۵.....	عوامل محافظت کننده خودکشی
۲۶.....	عوامل خطرهای خودکشی
۲۶.....	عوامل جمعیت شناختی
۲۶.....	سن و خودکشی
۲۷.....	جنسیت و خودکشی
۲۹.....	خودکشی گرایی
۲۹.....	سابقه اقدام به خودکشی
۲۹.....	وجود افکار، قصد یا نقشه خودکشی در حال حاضر
۳۰.....	علائم و اختلالات روان پزشکی
۳۱.....	اختلالات خلقی
۳۲.....	اختلالات سایکوتیک
۳۳.....	اختلالات اضطرابی
۳۳.....	سوء مصرف الکل و مواد

- ۳۴..... اختلالات شخصیت
- ۳۴..... تاریخچه شخصی
- ۳۴..... الف. وجود بیماریهای جسمی (طبی)
- ۳۵..... ب. تاریخچه خانوادگی
- ۳۶..... وضعیت روانی اجتماعی
- ۳۶..... خه. بیان شخصیتی
- ۴۰..... انواع خودکشی
- ۴۰..... انواع اجتماعی خه. کشی (طبقه بندی دورکیم)
- ۴۳..... وسایل و شیوه های حرا کشی
- ۴۴..... تبیین های روان شناختی خودکشی
- ۴۴..... رویکرد زیستی - ژنتیکی
- ۴۶..... رویکرد آسیب شناسی روانی
- ۴۷..... رویکرد شناختی
- ۵۱..... خانواده و رویکردهای سیستمی
- ۵۵..... تبیین های جامعه شناختی خودکشی
- ۵۵..... دورکیم و خودکشی
- ۵۸..... گیبس و هارتین و خودکشی
- ۵۹..... سایر رویکردهای جامعه شناسی به خودکشی
- ۶۱..... نظریه برچسب زنی
- ۶۱..... پدیدارشناسی نو
- ۶۲..... ارزیابی خطر خودکشی
- ۶۲..... قدم اول: ارزیابی خودکشی گرایی
- ۶۴..... رفتارهای خود آسیب رسان گذشته
- ۶۶..... قدم دوم: ارزیابی عوامل خطر
- ۷۲..... عوامل خطر خانوادگی

۷۳.....	عوامل خطر روانی-اجتماعی
۷۴.....	عوامل خطر شخصیتی
۷۶.....	قدم سوم: چه اتفاقی روی داده است؟
۷۷.....	قدم چهارم: مداخله
۸۴.....	درمان شناختی
۹۰.....	درمان دیالکتیکی رفتاری (DBT)
۹۲.....	تحلیل رفتاری
۹۴.....	استفاده از مهارتها
۹۴.....	مدیریت بستگی
۱۰۷.....	انجام مداخله
۱۰۷.....	الف. مداخلات به گروه هدف آنها جمعیت عمومی است.
۱۱۰.....	ب. انجام مداخلات با گروه های در معرض خطر
۱۱۱.....	ج. انجام مداخله برای افرادی که شدیداً در معرض خطرند.
۱۱۴.....	ارزیابی

❖ فصل دوم: افسردگی

۱۲۲.....	زمینه‌ی تاریخی افسردگی
۱۲۳.....	تعریف افسردگی
۱۲۴.....	اشکال افسردگی
۱۲۴.....	افسردگی با شدت متوسط
۱۲۵.....	افسردگی شدید
۱۲۵.....	افسردگی خفیف
۱۲۵.....	عوامل بروز افسردگی
۱۲۶.....	عوامل ژنتیکی
۱۲۶.....	عوامل محیطی (روانی-اجتماعی)
۱۲۷.....	عوامل بیولوژیکی

- عوامل شیمیایی عصبی..... ۱۲۷.
- جدول مقایسه اثر داروی ربوکستین و فلوکستین..... ۱۲۸.
- نقش آناتومی عصبی در افسردگی..... ۱۲۸.
- علائم بیماری افسردگی..... ۱۳۶.
- انواع اختلالات افسردگی..... ۱۳۸.
- افسردگی اساسی..... ۱۳۸.
- افسردگی دوقطبی (اختلال دوقطبی)..... ۱۳۹.
- افسردگی فصلی..... ۱۴۰.
- افسردگی پس از زایمان..... ۱۴۰.
- اختلال خلقی ناشی از مواد..... ۱۴۱.
- افسردگی مزمن..... ۱۴۱.
- شیوع افسردگی در کودکان..... ۱۴۲.
- شیوع افسردگی در نوجوانان..... ۱۴۵.
- جنس و افسردگی..... ۱۴۶.
- سن شروع افسردگی..... ۱۴۸.
- زمینه‌ی اجتماعی و فرهنگی..... ۱۴۸.
- سیر و پیش‌آگهی افسردگی..... ۱۴۸.
- رویکردها و دیدگاههای نظری افسردگی..... ۱۴۹.
- نظریه‌های شناختی افسردگی..... ۱۴۹.
- نظریه بک و تحریف‌های شناختی..... ۱۵۰.
- فرضیه اسنادی درماندگی آموخته‌شده..... ۱۵۴.
- نظریه ناامیدی افسردگی..... ۱۵۶.
- نظریه سبک تمرکز بر خود افسرده ساز..... ۱۵۹.
- فرضیه پردازش شناختی مارتین..... ۱۶۳.
- نظریه تحلیل پردازش اطلاعات اینگرام..... ۱۶۴.

- ۱۶۴..... نظریه شناختی ویلیامز
- ۱۶۵..... نقطه نظر شناختی
- ۱۶۶..... نظریه‌های رفتاری در افسردگی
- ۱۶۶..... نظریه رفتاری تقویت مثبت فرستر
- ۱۶۷..... نظریه رفتار بین فردی لونیسون
- ۱۶۸..... نظریه رفتاری خود نظم‌بخشی کانفر
- ۱۶۹..... دیدگاه روان‌پویایی
- ۱۷۰..... بدگاه اصالت وجود
- ۱۷۰..... تجربه‌ی یادگیری
- ۱۷۰..... پیامدهای افسردگی
- ۱۷۱..... سنجش افسردگی
- ۱۷۱..... پرسشنامه‌های خود گزارش دمی
- ۱۷۱..... پرسشنامه افسردگی بک و بایش دوم
- ۱۷۲..... پرسشنامه سلامت عمومی (گور ری هیلینر، ۱۹۷۹)
- ۱۷۲..... مصاحبه‌های بالینی
- ۱۷۳..... برنامه برای اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا در کودکان دبستانی
- ۱۷۳..... برنامه ارزیابی کودکان (CAS)
- ۱۷۳..... مقیاس باورهای مربوط به افسردگی
- ۱۷۴..... درمان افسردگی
- ۱۷۴..... دارودرمانی
- ۱۷۵..... روان‌درمانی
- ۱۷۶..... بازی درمانی
- ۱۷۶..... رویکردهای رفتاری و شناختی موج سوم در درمان افسردگی
- ۱۷۷..... درمانهای مبتنی بر ذهن آگاهی
- ۱۷۸..... درمان فراشناختی

۱۷۹.....	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
۱۸۰.....	فعالسازی رفتاری
۱۸۱.....	رویکرد کنترل خویشتن رم
۱۸۲.....	مدل درماندگی اکتسابی
۱۸۳.....	نظریه عقلانی-عاطفی الیس
۱۸۴.....	رمان رفتاری لوینسون
۱۸۴.....	درمان حل مسئله
۱۸۵.....	خانواده درمانی
۱۸۷.....	منابع
۲۰۱.....	پیوستها
۲۰۱.....	الف) خودکشی
۲۰۱.....	راهنمای ارزیابی خطر خودکشی
۲۰۴.....	ابزار ارزیابی خطر خودکشی (TASR)
۲۰۶.....	الگوریتم ارزیابی بیماران با رفتار خودکشی
۲۱۴.....	چند مثال برای ارزیابی خطر خودکشی
۲۱۹.....	مقیاس افکار خودکشی بک
۲۲۵.....	ب) افسردگی
۲۲۵.....	پرسشنامه استاندارد افسردگی بک
۲۳۲.....	پرسشنامه غربالگری افسردگی

مقدمه

خودکشی یکی از معضلات عمده بهداشت عمومی است و نقش اساسی در به خطر افتادن سلامت روانی جامعه ایفا می کند. سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۳)، خودکشی را به عنوان عمل خاتمه دادن عمدی، آگاهانه و ارادی به زندگی خویش می داند. طبق آمار منتشره از سوی این سازمان سالانه حدود یک میلیون مردست به خودکشی می زنند و پیش بینی می شود که در سال ۲۰۲۰ این تعداد به ۱/۵ میلیون نفر سال برسد (جهانگیری و برخوردار، ۱۳۹۴). میزان شیوع خودکشی در جوامع مختلف تا حدی متفاوت است براساس تحقیقات انجام گرفته، ایران پس از چین و هندوستان سومین کشور جهان است که در آن آمار خودکشی موفق زنان افزایش یافته و در حال پیشی گرفتن از آمار خودکشی مردان است. براساس همین تحقیقات، خودکشی یازدهمین علت مرگ در کل جمعیت و سومین عامل مرگ در محدوده سنی ۱۵-۲۴ ساله می باشد (کیخاونی، چتری پور و صیدخانی نهال، ۱۳۹۲).

خودکشی و اقدام به خودکشی از مهم ترین شاخص های بهداشت روانی افراد جامعه به حساب می آید که معلول فاکتورهای متعددی بوده و مواردی هم چون سن، جنس، وضعیت تأهل، عوامل اقتصادی، بعد خانواده، سوء مصرف مواد، کشمکش و طلاق بین والدین، عدم حمایت اجتماعی، بیکاری، بیماری جسمی و روانی به ویژه افسردگی و افکار خودکشی همگی از عوامل مرتبط با اقدام به خودکشی می باشند. در بین اختلال های روان پزشکی، افسردگی با ۵۸ درصد بالاترین میزان خطر اقدام به خودکشی را به خود اختصاص داده است (قائم، ۱۳۹۴).

به تعبیری دیگر، افراد افسرده تنها گروهی هستند که بیش از همه در معرض خطر خودکشی قرار دارند. درحالی که خودکشی گاهی در غیاب افسردگی روی می دهد و اکثر افراد افسرده مرتکب خودکشی نمی شوند، افسردگی عامل مستعدکننده نیرومندی برای خودکشی است. برآورد شده است که ۸۰ درصد بیماران خودکشی گرا به طور قابل ملاحظه ای افسرده هستند. بیماران افسرده حداقل بیست و پنج برابر بیشتر از جمعیت های گواه دست به خودکشی می زنند (اشنایدمن، ۱۳۹۳).

افکار خودکشی به عنوان «خار خود گزارش دهی درباره ی خودکشی، در دامنه ای از یک میل مبهم بانفوذ برای مردن با نیت»^۱ کامل خودکشی تعریف می شود. این افکار می توانند به صورت فریاد کمک خواهی جهت رساندن از تنش و حوادث غیرقابل تحمل و اجتناب، به رفتار خودتخریبی تبدیل شوند. طبق پژوهش^۲ اکثریت رفتارهای خودکشی گرایانه (۸۸٪) از قبل برنامه ریزی شده اند و افکار خودکشی گرایانه، پیش بینی کننده ی مؤثری در مورد اقدام به خودکشی حتی بعد از کنترل عوامل روان شناختی و سند افسردگی است. به عبارتی، میزان احتمال اقدام به خودکشی، تابعی خطی از شدت، تداوم و مدت افکار خودکشی است. از سویی اقدام به خودکشی، خطر خودکشی موفق را افزایش می دهد (لامی نسب، ۱۳۹۱).

نتایج مطالعه سوکو، گیرولامو، ویلاگوت و آلونسو^۱ (۲۰۰۸) که در ایتالیا روی ۴۷۱۲ جوان انجام شد، نشان داد، شیوع افکار خودکشی، نقشه و اقدام به خودکشی در طول سه برهه ترتیب ۳ درصد و ۷/۷ درصد و ۵/۰ درصد گزارش گردیده است. احتمال کشیدن نقشه و اقدام به خودکشی در کسانی که سابقه افکار خودکشی داشتند، به ترتیب ۶/۲۴ درصد و ۲/۱۸ درصد بوده است.

در پژوهشی که بتینا (۲۰۱۰) درباره کاهش خودکشی از طریق اتحاد علیه افسردگی در آلمان انجام داد، بعد از پنج سال مداخله درمانی در مورد بیماران افسرده و اجرای پژوهش، میزان خودکشی قبل و بعد از مداخله ارزیابی شد. نتایج نشان داد که میزان خودکشی به طور

معناداری در طی دوره مداخله کاهش پیدا کرد، به ویژه این که کاهش میزان خودکشی در واقع به واسطه کاهش معنادار خودکشی در مردان بود (نقل از هوبنر-لیبرمن، نینر، هگرل، هاجک و همکاران^۱، ۲۰۱۴).

رشد روزافزون رفتارهای خودکشی گرایانه در بین جوانان و نوجوانان بعد از سال های ۱۹۵۰ بیان گر اهمیت این آسیب اجتماعی می باشد. در سال های اخیر رفتار خودکشی گرا علت مرگ و میر ۸ الی ۱۵ درصد از نوجوانان ۱۲-۱۸ ساله و جوانان ۱۸-۴۰ ساله با احرار رتبه دوم تا پنجم بوده است (کیخاونی، چتری پور و صید خانی نهال، ۱۳۹۲).

با در نظر گرفتن مطالب فوق و آمارهای خودکشی و عدم وجود تحقیقات جامع که بتوان در جهت کاهش آمار خودکشی به راهکارهای مناسب رسید و از طرفی به دلیل این که در خصوص بررسی متغیرهای افسردگی و افکار خودکشی در افراد اقدام کننده به خودکشی تحقیقی صورت نگرفته است، این بررسی در توان نقش مهم افسردگی و افکار خودکشی را در ارتباط با اقدام به خودکشی نشان دهد. لذا در زشتا پیش رو ابتدا مبانی نظری خودکشی و سپس تأثیر افسردگی در اقدام به این آسیب اجتماعی مورد بحث قرار می گیرد. امید آن می رود تا با داشتن دیدی روشن تر و علمی تر نسبت به خودکشی و دست یابی به علل و اسباب وقوع این رفتار، مداخلات مؤثری برای کاهش اقدام به این پدیده [خودکشی] به عمل آید و نهایتاً به بهبود وضعیت سلامت در جامعه کمک شود.

^۱. Hübner-Liebermann, Neuner, Hegerl, Hajak & etal