

درمان شناختی برای بیماران مستعد خودکشی

کاربردهای علمی و بالینی

نویسندگان

امی ونزل

گریگوری براون

آرون تی بک

مترجمان

شیوا علینقی لو

فریده حاجی حسینی



سرشناسه	Wenzel, Amy	ونزل، ایمی، ۱۹۷۱ - م.
عنوان و نام پدیدآور	درمان شناختی برای بیماران مستعد خودکشی؛ کاربردهای علمی و بالینی / نویسندگان امی ونزل، گریگوری براون، آرون بیک؛ مترجمان شیوا علینقی لو، فریده حاجی حسینی.	
مشخصات نشر	تهران: نشر علم، ۱۴۰۰.	
مشخصات ظاهری	۵۸۳ ص، ۴/۵×۲۱/۵ س.م.	
شابک	۹۷۸-۶۲۲-۲۴۶-۲۶۳-۵	
فهرست نویسی	فیپا	
عنوان اصلی	Cognitive therapy for suicidal patients: scientific and clinical applications, c2009.	
موضوع	خودکشی -- پیشگیری	
موضوع	Suicide -- Prevention	
موضوع	شناخت درمانی -- روش‌ها	
موضوع	Cognitive therapy-- Methods	
شناسه افزوده	براون، گریگوری کی، ۱۹۵۹ - م.	
شناسه افزوده	Brown, Gregory K	
شناسه افزوده	بک، آرون تی، ۱۹۲۱ - م.	
شناسه افزوده	Beck, Aaron T	
شناسه افزوده	علینقی لو، شیوا، مترجم	
شناسه افزوده	حاجی حسینی، فریده، مترجم	
رده بندی کنگره	RC۵۶۹	
رده بندی دیویی	۶۱۶/۸۵۸۴۴۵	
شماره کتابشناسی ملی	۷۶۷۱۰۳۰	

درمان شناختی برای بیماران مستعد خودکشی

نویسندگان

امی ونزل - گریگوری براون - آرون تی بک

مترجمان

شیوا علینقی لو - فریده حاجی حسینی

چاپ اول: ۱۴۰۰

شمارگان: ۵۵۰ نسخه

لیتوگرافی: باختر

چاپ: مهارت نو

قطر: رقعی

صفحه آرای: محمد علیپور

شابک: ۵ - ۲۶۳ - ۲۴۶ - ۶۲۲ - ۹۷۸



حق چاپ محفوظ است.

تهران، خیابان انقلاب، خیابان ۱۲ فروردین

خیابان شهدای ژاندارمری، بن بست گرانفر، پلاک ۴

تلفن: ۶۶۴۱۲۳۵۸ - ۰۲۱



Www.elmpub.com



info@elmpub.com



nashreelm

فهرست

۱۳	مقدمه
۱۴	زمینه تاریخی
۲۶	جلد فعلی
۲۹	بخش اول: نظریه شناختی و تحقیقات تجربی
۳۱	فصل اول: طبقه بندی و ارزیابی خیال پردازی ها و اقدامات خودکشی
۳۴	یک نام گذاری استاندارد برای شناخت خودکشی
۴۰	طبقه بندی شناسایی و اقدامات خودکشی
۴۵	ارزیابی ابعاد خودکشی
۴۶	قصد خودکشی
۵۰	کشنده گی
۵۵	خلاصه و ادغام
۵۷	فصل دوم: عوامل مرتبط و فاکتورهای خطر برای اعمال خودکشی
۵۹	متغیرهای جمعیت شناختی
۶۳	متغیرهای تشخیصی
۷۰	متغیرهای مربوط به تاریخچه روانپزشکی
۷۴	متغیرهای روانشناختی
۷۵	ناامیدی
۷۶	شناخته های مرتبط با خودکشی
۷۸	تکانشگری افزایش یافته

۸۱	نقص‌های حل مسئله
۸۳	کمال گرایی
۸۵	عوامل خطر پروکسیمال
۸۹	عوامل محافظتی
۹۱	خلاصه و ادغام
۹۷	فصل سوم: مدلی شناختی از اقدامات خودکشی
۹۸	نظریه شناختی عمومی
۱۰۴	نظریه‌های شناختی اقدامات خودکشی
۱۰۷	سازه‌های شناختی مرتبط با خودکشی تجربی محور
۱۰۷	ناامیدی
۱۱۱	شناخته‌های مرتبط با خودکشی
۱۱۱	تکانشگری افزایش یافته
۱۱۷	سوگیری‌های پردازش اطلاعات
۱۲۳	نقص‌های حل مسئله
۱۲۵	نگرش‌های ناکارآمد
۱۲۹	یک مدل شناختی از اقدامات خودکشی
۱۳۴	خلاصه و ادغام

فصل چهارم: درمان‌های مبتنی بر شواهد برای جلوگیری از اقدامات

۱۳۷	خودکشی
۱۴۱	درمان‌های مبتنی بر شواهد برای جلوگیری از اقدام به خودکشی
۱۴۳	دارو درمانی
۱۴۵	پیگیری متمرکز و مدیریت مورد
۱۴۸	درمان بستری
۱۴۹	درمان مراقبت اولیه
۱۵۰	درمان‌های روانشناختی برای نوجوانان
۱۵۳	روان درمانی روان تحلیلی
۱۵۴	رفتار درمانی دیالکتیک

درمان حل مساله.....	۱۵۶
درمان شناختی.....	۱۵۸
پیامدهای تحقیقات آینده.....	۱۶۴
خلاصه و ادغام.....	۱۷۳
فصل پنجم: شناخت درمانی: اصول کلی.....	
ساختار جلسه.....	۱۸۰
بررسی مختصر خلق و خو.....	۱۸۰
پل زدن به جلسه قبل.....	۱۸۲
تنظیم دستور جلسه.....	۱۸۳
بررسی تکلیف.....	۱۸۸
بحث درباره موارد دستور جلسه.....	۱۸۸
خلاصه سازی های دوره ای.....	۱۸۹
تکلیف منزل.....	۱۹۰
خلاصه و بازخورد نهایی.....	۱۹۲
استراتژی های عمومی شناخت درمانی.....	۱۹۲
ارزیابی افکار و عقاید.....	۱۹۳
شناسایی افکار خود آیند.....	۱۹۳
ارزیابی افکار خود آیند.....	۱۹۸
باورها.....	۲۰۳
استراتژی های رفتاری.....	۲۰۷
خلاصه و ادغام.....	۲۱۱
فصل ششم: مرحله اولیه درمان.....	
رضایت آگاهانه و ساختار و روند درمان شناختی.....	۲۱۹
مشارکت درمانی.....	۲۲۵
ارزیابی خطر خودکشی.....	۲۳۲
ارزیابی عوامل خطر.....	۲۳۴
ارزیابی عوامل محافظتی.....	۲۴۰

مقدمه

خودکشی یک مشکل بزرگ بهداشت عمومی است که عامل بیش از ۳۲۰۰۰ مرگ در ایالات متحده در سال ۲۰۰۵ به حساب می‌آید. این مسئله یازدهمین علت اصلی مرگ در تمام گروه‌های سنی و دومین مورد در میان بزرگسالان بین ۲۵ تا ۳۴ سال می‌باشد (مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها^۱، ۲۰۰۸). تعداد مرگ‌های ناشی از خودکشی تنها بخش محدودی از تأثیر اقدامات خودکشی بر جامعه را نشان می‌دهد. اگرچه هیچ پایگاه داده ملی برای اقدام به خودکشی وجود ندارد، اما مطالعات بررسی اپیدمیولوژیک نشان داده است که تقریباً ۲/۷٪ از جمعیت ایالات متحده اقدام به خودکشی با قصد مرگ کرده (نوک و کسلر^۲، ۲۰۰۶) و تقریباً ۱۳/۵ درصد از جمعیت ایالات متحده در مقاطعی از زندگی خود افکار یا خواسته‌های خودکشی را تجربه نموده‌اند (کسلر، بورخس و والترز^۳، ۱۹۹۹).

این آمارها هیچ بخشی از تأثیرات تلخ این موضوع را بر زندگی نزدیکان قربانیان نشان نمی‌دهند. دوستان و خانواده عذاب می‌کشند، "چگونه توانستیم علائم خودکشی را نادیده بگیریم؟" و "برای جلوگیری از آن چه کاری می‌توانستیم انجام دهیم؟" درمانگرانی که این بیماران را معالجه

1. Centers for Disease Control & Prevention

2. Nock & Kessler

3. Kessler, Borges, & Walters

می‌کنند، همین سوالات را از خود می‌پرسند. کتاب حاضر برای پرداختن به هر دو این موضوعات، از جمله راه‌های تشخیص بیماران در معرض خطر خودکشی و راه‌های جلوگیری از خودکشی در روان درمانی، طراحی شده است. مطالب ما از مجموعه دانش تجمعی ساخته شده توسط گروه ما و سایر محققان گرفته شده است. تا اواسط قرن گذشته، رویکردهای پیشگیری از خودکشی عمدتاً بر اساس اطلاعات بالینی بودند. با این حال، رویکردهای اخیر در زمینه پیشگیری از خودکشی، بر شواهد تجربی علمی کاملاً معتبر استوار می‌باشد و در این جلد بر این رویکرد اخیر تأکید شده است.

مقدمه حاضر به سه منظور نوشته شده است. اول، من برخی از زمینه‌های تاریخی پیرامون توسعه رویکرد تجربی مبتنی بر درک رفتار خودکشی را ارائه می‌دهم. دوم، مشارکت عمده گروه تحقیقاتی خود را در درک بسیاری از متغیرهای روانشناختی موثر در رفتار خودکشی بیان می‌کنم. در آخر، نحوه سازماندهی کتاب و فصلهایی که در ادامه می‌آیند را شرح می‌دهم.

زمینه تاریخی

اولین برنامه مهم نهادی این رشته در ایالات متحده در مرکز پیشگیری از خودکشی لس آنجلس بود که در سال ۱۹۵۸ تأسیس شد. در میان چهره‌های برجسته، افرادی مانند: ادوین شنیدمن^۱، معمولاً به عنوان پدر خودکشی شناخته می‌شود، رابرت لیتمن^۲ و نورمن فاربرو^۳ حضور داشتند. من در آن زمان بیشتر تحت تأثیر تلاش آنها برای تهیه یک برنامه تحقیقاتی سازمان یافته به منظور درک جنبه‌های روانشناختی و بالینی رفتار

1. Edwin Shneidman

2. Robert Litman

3. Norman Farberow

خودکشی و به ویژه خودکشی‌های کامل قرار گرفتیم. آنها ابزار تحقیقی که در توضیح انگیزه‌های منجر به خودکشی، با ایجاد "کالبد شکافی روانشناختی"، به کار می‌رود و شامل مصاحبه‌های عمیق با نزدیکان فرد مستعد خودکشی و مجموعه‌ای از داده‌ها در مورد شرایط پیرامون قصد خودکشی، از جمله تجزیه و تحلیل یادداشت‌های خودکشی (در صورت وجود) می‌باشد، را اصلاح کردند.

تقریباً همزمان، پیشرفت قابل ملاحظه‌ای در رویکرد تجربی این مشکل در کشورهای دیگر، به ویژه در انگلستان ایجاد شده است. استنگل و کوک^۱ (۱۹۵۸) در کتاب اقدام به خودکشی: اهمیت و تأثیرات اجتماعی آن، بر اهمیت ارزیابی قصد در ارزیابی رفتار خودکشی تأکید کردند، چرا که قصد یک متغیر اصلی است که برای تعیین اینکه آیا شخصی که به یک رفتار خودزنی مبادرت ورزیده، واقعاً قصد خودکشی داشته یا خیر، استفاده می‌شود. با این حال مطابق با رویکرد رفتارگرایان اجتماعی^۲، نورمن کرایتمن در ادینبورگ، اسکاتلند، اصطلاح parasuicide را برای توصیف دسته وسیعی از رفتارهای خودزنی استفاده کرد که شامل آنچه عموماً اقدام به خودکشی "واقعی" تلقی شده و خودزنی یا خود مسموم سازی عمدی و بدون قصد خودکشی می‌باشد، بود (کریتمن و فیلیپ^۳، ۱۹۶۹). بر خلاف استنگل و کوک (۱۹۵۸)، کریتمن و گروه وی متذکر شدند که قصد خودکشی به عنوان یک حالت ذهنی و غیرقابل مشاهده، بر خلاف رفتار آشکار خودزنی، قابل ارزیابی نیست. پس از آنکه گروه ما سودمندی مقیاس قصد خودکشی (SIS) را نشان دادند، گروه کریتمن تصدیق کردند که قصد خودکشی واقعاً قابل ارزیابی است (دایر و کرایتمن^۴، ۱۹۸۴). با این وجود، بحث بر سر اینکه آیا می‌توان قصد خودکشی را راهی برای طبقه بندی

1. Stengel & Cook

2. Norman Kreitman

3. Kreitman & Philip

4. Dyer & Kreitman

"واقعی" اقدام به خودکشی دانست، هنوز کاملاً حل نشده است و اصطلاحات parasuicide و خودآزاری هنوز به طور گسترده‌ای در اروپا و گاهی در آمریکای شمالی استفاده می‌شود تا تمام موارد مسموم کردن خود یا خودزنی را بدون توجه به میزان قصد فرد برای کشتن خود، در نظر بگیرد. تحقیقات علمی درباره رفتار خودکشی در ایالات متحده، هنگامی که مرکز مطالعه و پیشگیری از خودکشی در انستیتوی ملی بهداشت روان، با مدیریت شنیدمن^۱، تاسیس شد و بودجه کافی برای راه اندازی تعدادی از ابتکارات به منظور ارتقای انضباط کودک و اعطای کمک هزینه برای پروژه‌های فردی فراهم نمود، افزایش چشمگیری داشت.

یکی از پروژه‌هایی که توسط هاروی رزنیك^۲، نایب رئیس این مرکز آغاز شد، بررسی علل میزان نسبتاً بالای خودکشی در میان قبایل هندی پایی در فونیکس، آریزونا، نماینده برج کلی بالا در میان قبایل آمریکایی بومی جنوب غربی، بود. مشروبات الکلی به عنوان شایع‌ترین پیشرو اقدام به خودکشی در این جمعیت شناخته شد. چندین توصیه برای کاهش میزان خودکشی ارائه و متعاقباً اجرا شد. همزمان، رسنیک کنفرانسی از محققان مختلف علاقه مند به مطالعه خودکشی را برای ارزیابی وضعیت فعلی این زمینه و ارائه توصیه‌های سیاسی تشکیل داد. از جمله کمیته‌های مختلفی که تشکیل شد، کمیته طبقه بندی رفتار خودکشی بود که من ریاست آن را بر عهده داشت. اعضای گروه عملیاتی به چندین نتیجه رسیدند: (الف) اینکه اصطلاحاتی مانند خودکشی هیستریک، شبه خودکشی و / یا تلاش‌های چرخشی، گیج کننده بود و مانع پیشرفت، نه تنها در کمک به بیماران منفرد، بلکه در ایجاد چارچوبی برای تحقیق می‌شد. (ب) هیچ سیستم رضایت بخشی برای طبقه بندی رفتارهای خودکشی وجود ندارد (خودکشی‌های کامل اغلب با تلاش برای خودکشی در ادبیات تحقیق

مرتبط است) و باید یک سیستم جدید جدا کننده ایده خودکشی، اقدام به خودکشی و خودکشی کامل ساخته شود. ما همچنین پیشنهاد کردیم که متغیرهای توصیفی، میزان قصد خودکشی و کشندگی پزشکی باید به سیستم اضافه شوند (میزان کشندگی پزشکی، تنها در مورد اقدام کنندگان به خودکشی کاربرد دارد).

من سپس سفری طولانی را در پیچ و خم مشکلات مرتبط با تحقیق در این زمینه آغاز کردم. یکی از اهداف اصلی من این بود که عوامل مختلف مرتبط با رفتار خودکشی را، بر خلاف رویکرد کیفی موجود، براساس یک پایه کمی قرار دهم. در این امر، از طرف گروهی با استعداد از پژوهشگران به من کمک اساسی شد. برنامه من تمرکز متوالی بر طبقه بندی، ارزیابی، پیش بینی و مداخله بود. بیشتر وقت و انرژی ما به توسعه و اعتبار سنجی انواع ابزار، به منظور اندازه گیری متغیرهای مربوط، اختصاص داشت.

ما در ابتدا تعدادی مطالعه انجام دادیم که برای اندازه گیری متغیرهای توصیفی مربوط به سیستم طبقه بندی بود. برای اجرای این هدف، ۲۰ نفر درمانگر متخصص SIS (مقیاس قصد خودکشی) ^۱ پرورش دادیم. (برای توصیف جامع این اقدام به بخش ۱ مراجعه کنید). اقلام SIS از خودگزارشی وضعیت روحی بیماران، قبل از اقدام به خودکشی و رفتار واقعی آنها در زمان اقدام، به دست آمده است. ۸ مورد اول شرایط عینی مربوط به اقدام خودکشی را ارزیابی می کند، مانند نوشتن یادداشت خودکشی، اقدامات احتیاطی در برابر افشای مسئله، و تهدیدهای اخیر به خودکشی. این خرده مقیاس همچنین می تواند تعیین کند که مرگ افرادی که فوت کرده اند می تواند به عنوان خودکشی طبقه بندی شود یا خیر. خرده مقیاس دیگر، با متغیرهایی مانند انتظار کشندگی و واکنش به قصد خودکشی، درک ذهنی بیماران در مورد رفتار خودکشی آنها را ارزیابی می نماید.