

صلى الله عليه وسلم

روان‌شناسی خودکشی

(راهبردهای نوین در جهت کاهش و جلوگیری از خودکشی)

تالیف:

استفان پالمر

ترجمه:

بهرام مرادیان

زینب السادات میرحسینی



انتشارات آوای نور

تهران - ۱۳۹۶

این اثر تحت نظارت کیفی مؤسسه مترجمین ایران ترجمه و ویرایش شده است.

پالمر، استفان، ۱۹۵۵-م. Palmer, stephen
روان‌شناسی خودکشی: (راهبردهای نوین در جهت کاهش و جلوگیری از خودکشی) /
تالیف [صحیح: ویراستار] استفان پالمر؛ ترجمه بهرام مرادیان، زینب السادات میرحسینی.
تهران: آوای نور، ۱۳۹۰
۳۶۰ ص. جدول، نمودار.
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۵۴۱۳-۵۰-۲
عنوان اصلی: Suicide: strategies and interventions for reduction and prevention, ۲۰۰۷
خودکشی
خودکشی -- رفتارشناسی
خودکشی -- جنبه های روانشناسی
خودکشی -- پیشگیری
مرادیان، بهرام، ۱۳۶۲ -، مترجم
میرحسینی، زینب السادات، ۱۳۶۴ -، مترجم
۳۶۲/۲۸
۲۴۵۱۵۳۶
RC۵۶۹ / ۲۹ پ / ۱۳۹۰
شماره کتابخانه ملی:

www.transnet.ir



روان‌شناسی خودکشی (راهبردهای نوین در جهت کاهش و جلوگیری از خودکشی)

تألیف: استفان پالمیر

ترجمه: بهرام مرادیان - زینب السادات میرحسینی

چاپ سوم ۱۳۹۶

تیراژ: ۵۰۰ جلد

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۵۴۱۳-۵۰-۲

تهران - خیابان انقلاب - خیابان ۱۲ فروردین - خیابان شهید و حید نظری - پلاک ۹۹

تلفن: ۶ - ۶۶۹۶۷۳۵۵ / شماره: ۶۶۴۸۰۸۸۲ / همراه: ۰۹۱۲۱۰۸۳۷۳۱

کلیه حقوق برای ناشر محفوظ است

قیمت ۲۷۵۰۰ تومان

«فهرست کتاب»

پیشگفتار	۱۷
مقدمه	۲۱
بخش اول: خودکشی	
فصل ۱: خودکشی	۳۳
تعاریف خودکشی، شبه خودکشی و صدمه آگاهانه و عامدانه به خود	۳۳
آمار بین المللی خودکشی	۳۷
چین	۴۵
عوامل مذهبی و فرهنگی	۴۷
بمب گذاران انتحاری	۴۹
اهداف استراتژی SUPRE	۵۱
راه کار	۵۱
مدیریت	۵۲
آیا SUPRE کارآمد خواهد بود؟	۵۲
نتیجه گیری	۵۵
فصل ۲: آمار خودکشی برای انگلستان و راه کار ملی	۵۷
آمار خودکشی در انگلستان، ولز و اسکاتلند	۶۰
انگلستان و ولز	۶۱
اسکاتلند	۶۳
دیگر اطلاعات خودکشی اسکاتلند از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۴	۶۶

۶۷	اقدامات در بریتانیا برای پیشگیری از خودکشی
۷۱	مداخلات احتمالی
۷۳	ابتکار عمل های اولیه در اسکاتلند
۷۴	راه کار انتخاب زندگی در اسکاتلند و برنامه ی اقدام
۷۵	اهداف راه کار انتخاب زندگی
۷۶	گروه های دارای اولویت
۷۶	برنامه های اقدام بومی
۷۷	بررسی موردی انتخاب زندگی: آگریل و بیوت
۷۹	دیگر مسائل مربوط به خودکشی
۷۹	قرادادهای ممانعت از آسیب به خود
۸۰	نگرانی های متخصصان بهداشتی و مراقبتی
۸۱	بدنه های تخصصی با درمانگران
۸۱	موارد حقوقی بریتانیا
۸۴	نتیجه گیری
۸۷	فصل ۳: خودکشی در مناطق روستایی
۸۸	مناطق روستایی
۹۰	محرومیت روستایی
۹۲	بازسازی روستایی
۹۳	کشاورزی، اوقات فراغت و حومه ی شهر
۹۳	کار
۹۵	مهاجرت و شهرگزیزی
۹۷	تغییرات در خدمات عمومی
۹۸	افراد جوان در حومه ی شهر
۹۹	مناطق روستایی

۹۹	سلامت روانی در مناطق روستایی در بریتانیا
۱۰۱	آمار خودکشی در بریتانیا
۱۰۲	آمار خودکشی روستایی
۱۰۸	استفاده از سلاح گرم
۱۰۸	مشاغل روستایی
۱۱۰	ایمنی اسلحه
۱۱۳	نتیجه گیری
۱۱۷	فصل ۴: سبک شناختی و اقدام به خودکشی
۱۲۰	خودکشی و اختلالات در سبک شناختی
۱۲۳	تفکر آینده و اقدام به خودکشی
۱۲۶	فرار، اغفال شدن و فریاد درد و رنج
۱۲۹	سبک های شناختی خانوادگی
۱۳۱	مفاهیمی برای درمان و مشاوره
۱۳۴	نتیجه گیری
۱۳۵	یادداشت ها
۱۳۷	فصل ۵: شناخت افکار خودکشی و ارزیابی خطر
۱۳۷	تصویری روشن تر
۱۳۹	باورهای رایج درباره‌ی خودکشی
۱۳۹	شناخت افکار خودکشی
۱۴۲	پنج باور غلط در مورد کودکان
۱۴۳	ارزیابی خطر خودکشی
۱۴۷	روش های به کار رفته در خودکشی
۱۴۸	بیماری روانی (در کاهش عوامل پرخطر)
۱۴۹	شناخت افکار خودکشی: علایم هشداردهنده

فرم ها و پرسشنامه های ارزیابی ۱۵۳

نتیجه گیری ۱۵۵

بخش دوم: تجربه شخصی خودکشی

فصل ۶: چیزی مضحک در مورد خودکشی ۱۵۹

ابتدا: خود افشاگری ۱۶۳

گوشه هایی از تجربه های شخصی ام ۱۶۴

نومیدی افسرده کننده و آرامش خودکشی ۱۶۶

احساس بیماری دارم ۱۶۷

در مغزم احساس بیماری می کردم ۱۶۸

خلق و خوی من کاملاً شکننده بود ۱۶۹

من درد داشتم ۱۷۰

دست و پنجه نرم کردن با رویای خودکشی ۱۷۰

فکر کردن درباره‌ی مرگ، زندگی را زیباتر می سازد ۱۷۱

پس مشکل من چیست؟ ۱۷۷

پرداختن به برخی مشکلات جسمی ۱۸۱

قدردانی ۱۸۳

یادداشت ها ۱۸۳

فصل ۷: دیدگاه یک دوست از خودکشی ۱۸۵

روز مرگ دانیال: دوم ژوئن ۲۰۰۴ ۱۸۶

من چه حس می داشتم ۱۸۷

اتفاقات بعدی ۱۸۸

فصل ۸: خودکشی بیمار و تأثیر آن بر درمانگر ۱۹۱

تجربه‌ی شخصی ۱۹۲

۱۹۳	بازتاب بعدی
۱۹۵	واکنش های درمانگرها نسبت به خودکشی یک بیمار
۲۰۳	تأثیر بر کارآموزان
۲۰۵	مفاهیم و دلالت ها برای آینده
۲۰۸	نتیجه گیری
	بخش سوم: سه رویکرد درمانی برای پیشگیری از خودکشی
۲۱۳	فصل ۹: مدیریت عقلایی عاطفی
۲۱۳	چه عاملی، تمایل فرد به صدمه زدن به خود را بر می انگیزاند؟
۲۱۴	دو محرک اصلی
۲۱۴	دو نوع آشفتنگی
۲۱۶	سه گرایش افکار منفی
۲۱۷	یک الگوی یکپارچه CBT برای خودکشی
۲۱۹	مدیریت خطر: مرور کلی و اصول
۲۲۱	شناسایی وجود عوامل کلی خطر احتمالی
۲۲۱	ارزیابی خطر فعلی
۲۲۲	چگونه افکار خودکشی را کشف کنیم؟
۲۲۴	توسعه و اجرای برنامه به منظور کاهش سطح
۲۲۴	مداخله
۲۲۵	انگیزه‌ی بیمار را در نظر بگیرید
۲۲۶	کمک به بیمار در حل مسأله
۲۲۶	ادامه‌ی ارزیابی خطر
۲۲۶	تدارک دیدن حمایت یا نظارت در صورت لزوم
۲۲۷	ایجاد یک پل ارتباطی به جلسه‌ی بعدی
۲۲۸	توجه جانبی: وقتی میزان خطر هنوز بالاست

- ۲۲۸ درمان بیماران بستری شده در بیمارستان
- ۲۲۹ مسائل خاص
- ۲۲۹ آسیب های پیاپی به خود
- ۲۳۰ کسب انرژی برای اقدام به خودکشی
- ۲۳۰ ترس از ترغیب خودکشی
- ۲۳۱ تکنیک ها و راه کارهای خاص روان درمانی
- ۲۳۵ تغییر نسبت هزینه به سود: محاسبه ی سود
- ۲۳۷ باورهای خودکشی و استدلال نقض با بیماران مسن تر
- ۲۳۸ زیر سوال بردن مزایای خودکشی
- ۲۳۸ شناسایی دلایل زنده ماندن
- ۲۳۹ شناسایی کارهای ناتمام
- ۲۴۰ ایجاد گزینه های جایگزین
- ۲۴۰ افزایش توانایی بیمار در مقابله
- ۲۴۰ تصویر سازی
- ۲۴۰ القای تنش
- ۲۴۱ تصویر سازی جابجایی
- ۲۴۱ تصویر سازی مقابله
- ۲۴۱ تمرین رفتار
- ۲۴۱ برنامه ریزی فعالیت
- ۲۴۲ برنامه های مقابله
- ۲۴۲ شبکه ی مقابله
- ۲۴۳ ترغیب حل مسأله
- ۲۴۴ افزایش اعتماد حل مسأله
- ۲۴۵ شناسایی و تغییر افکار ناسالم

۲۴۵	ثبت روزانه‌ی ABC (ثبت افکار روزانه)
۲۴۶	پاسخ و پرسش و بررسی باورها
۲۴۷	تصویر سازی تخمین زمان
۲۴۸	تجدید قاب بندی
۲۴۸	مقیاس فاجعه آمیز بودن
۲۴۹	کنار آمدن با مسائل خود تصویری
۲۴۹	بحث استاندارد دوگانه
۲۵۴	پیچیده مثل یک آمیب
۲۵۶	چه وقت زندگی واقعاً بد است
۲۵۷	مشاوره در بحران
۲۵۹	درمانگر
۲۶۰	آگاهی از باورهای خاص بدین قرارند:
۲۶۱	نتیجه گیری
۲۶۳	فصل ۱۰: رویکردی روان پویایی نسبت به خودکشی
۲۶۴	ادراک نظری
۲۶۹	نمونه های موردی
۲۷۲	تلاقی مجدد نظریه و عمل: اخلاقیات و روند روان پویایی
۲۷۶	نتیجه گیری
۲۷۹	فصل ۱۱: رویکرد راه حل گرا
۲۸۰	اقدام به خودکشی: یک مشکل جدی
۲۸۲	درمان راه حل گرا: رویکرد برپایه‌ی نقاط قوت
۲۹۳	خطر خودکشی و درمان راه حل گرا
۲۸۶	استفاده از ایده ها در عمل
۲۸۶	گوش دادن به نقاط قوت

- ۲۸۷ خطاب به بیمار
- ۲۸۷ خطاب به عضوی از خانواده
- ۲۹۰ یافتن استثنائات
- ۲۹۲ بررسی این امر که بیمار چگونه مقابله می کند
- ۲۹۴ حرکت از مشکلات به سوی اهداف
- ۲۹۶ اهداف درمان
- ۲۹۷ چه زمانی، بیمار خودکشی را یک هدف می پندارد؟
- ۲۹۹ استفاده از سوالات مقیاسی
- ۳۰۱ ارزیابی امنیت با استفاده از سوالات مقیاسی
- ۳۰۳ نتیجه گیری

بخش چهارم: مداخلات گروهی

- فصل ۱۲: گروه های پشتیبان ۳۰۷
- ۳۰۷ ماهیت متمایز داغداری ناشی از خودکشی
- ۳۱۰ صحبت کردن و گروه های پشتیبان در کمک به داغدار
- ۳۱۲ داده ها و روش ها
- ۳۱۳ حقوق و مسوولیت های افراد دیگر
- ۳۱۷ صحبت کردن در گروه های پشتیبان
- ۳۲۱ حمایت از احساسات و فقدان عزیزان در چارچوب جامعه شناختی
- ۳۲۴ نتایج رویه های داغداری ناشی از خودکشی
- فصل ۱۳: مداخله ی گروهی برای افراد مسن و جوان ۳۲۷
- ۳۲۸ مشخصات خاص در افراد مسن
- ۳۳۱ مداخله ی گروه روان شناسی: سابقه
- ۳۳۴ محتوای مداخله: یک رویکرد چند حالتی
- ۳۳۵ ساختار گروهی

۳۳۶	.....	ماژول ها و محتوا
۳۳۶	.....	توانایی حفاظتی و امنیت فردی
۳۳۷	.....	مرزهای شخصی و روابط درون فردی
۳۳۸	.....	آموزش: شناخت وضعیت روانی
۳۳۸	.....	نظام دهی کنشی
۳۳۹	.....	حل مسأله و راه کارهای ختنی سازی
۳۳۹	.....	نتیجه و بازخورد
۳۴۰	.....	نتایج
۳۴۲	.....	نتیجه گیری
۳۴۵	.....	منابع انگلیسی

پیشگفتار

تاریکی قابل رویت: راهکارها و پیشگیری

کری ال کوپرا^۱

ویلیام استیرون^۲، در کتاب خود به نام «تاریکی قابل رویت: شرح حالی از دیوانگی» (نیویورک، ۱۹۹۲)، تجربیاتش را در مورد افسردگی بالینی خود توضیح می‌دهد:

افسردگی، نوعی اختلال در خلق و خوست؛ به طرز عجیبی دردناک است و آن چنان زیرکانه عمل می‌کند که بیمار احساس می‌کند جزئی از وجود اوست. تأثیر و تسلط آن در وصف نمی‌گنجد. به همین دلیل برای کسانی که آن را در حد مفرط تجربه نکرده‌اند، فهم ناپذیر است. هرچند بسیاری از افراد بخاطر سختی‌های متداول خو گرفتن به زندگی روزمره و درآمیختن با و درنسیسم و دوری از طبیعت گهگاهی دچار دل‌تنگی‌ها و ملالت‌هایی می‌شوند که این نشان‌دهنده این واقعیت است که خیل عظیمی از افراد جهان به گونه‌ای با این بیماری درگیر هستند اگرچه بیماری آن‌ها در یک سطح و کیفیت نیست.

از اواسط دهه‌ی ۱۹۹۰، به دلیل افزایش فشارها و احساس ناامنی افراد در محیط کار، خانواده، و تقریباً در تمامی مراحل زندگی، شاهد افزایش چشمگیر میزان افسردگی در جوامع هستیم و متأسفانه این بیماری با کوچک و کم‌رنگ شدن خانواده‌ها و اجتماعات نمود بیشتری یافته است؛ نهادهایی که روزی خود مشاوران طبیعی اعضای خانواده به شمار می‌آمدند هم‌اکنون با کم‌رنگ شدن نقش‌شان میدان را برای عوامل

^۱ Cary L. Cooper

^۲ کری ال کوپرا، استاد سازمان روانشناسی و سلامت دانشگاه لانکاستر و ریاست انجمن بریتانیایی مشاوره و روان‌درمانی می‌باشد.

مخرب روانی فراخ‌تر شده است. با بروز اضطراب‌ها و تنش‌های روز افزون افراد که از طریق افسردگی نمایان می‌شوند، میزان خودکشی افزایش می‌یابد. این افراد یا به دنبال یافتن راه‌حل مناسب برای حل موضوع خود هستند و یا در برابر مشکلات سرسخت و لاینحل خود به دنبال ساده‌ترین راه که از نظر آن‌ها خودکشی است، می‌روند. این کتاب به ما کمک می‌کند تا مسائل مربوط به موضوع ممنوعه‌ی «خودکشی» را درک کنیم. در این کتاب نه تنها حدود و هزینه‌های تحمیل شده‌ی خودکشی به اجتماع روشن می‌شود بلکه طی آن مشخص می‌گردد که کدام راه‌کارها موثر بوده و چگونه می‌توان با کمک پژوهشگران و متخصصان برجسته در این زمینه، میزان خودکشی در آینده را کاهش داد. نویسنده در این کتاب به بررسی تعاریف، آمار و مداخلات بین‌المللی در رابطه با خودکشی می‌پردازد؛ همچنین سبک‌های شناختی و شخصیتی اقدام به خودکشی را شناسایی نموده و مخاطرات و رویکردهای متعدد درمانی قابل دسترس برای پیشگیری از خودکشی را ارزیابی می‌کند که از آن جمله می‌توان: درمان رفتاری شناختی، درمان عقلائی - عاطفی، رویکردهای روان‌پویایی، و رویکردهای راه‌حل‌گرا را برشمرد.

کتاب حاضر بر آن است تا از رازها و ابهامات خودکشی - که اکنون در عصر استرس‌ها و تنش‌ها و تغییرات بی‌امان و مداوم، به تمامی جوامع سرایت کرده است - پرده بردارد. وظیفه‌ی مددکاران روان درمان است که به افراد نومید و افسرده کمک کرده و از آن‌ها پشتیبانی نمایند تا آنان نیز دریابند که زندگی هدیه‌ای است که باید آن را گرامی بدانند. همان‌طور که لئونارد بازیگر فیلم "بیداری‌ها"^۱ (۱۹۹۰)، وقتی از حالت روان پریشی خود بیرون می‌آید، بیدار می‌شود و برای اولین بار روزنامه را می‌خواند و می‌گوید:

"روزنامه را بخوان، چه چیزی برای گفتن دارد؟ همه چیز بد است. مردم فراموش کرده‌اند که زندگی برای چیست. آن‌ها فراموش کرده‌اند که زنده ماندن چیست. باید به آن‌ها یادآوری شود - باید به آن‌ها یادآوری کرد که چه چیزهایی دارند و چه چیزهایی را می‌توانند از دست بدهند.... آن چه من احساس می‌کنم، شادی زندگی است، موهبت زندگی است، آزادی زندگی است، شگفتی زندگی است"

^۱ Awakenings

زندگی موهبتی است از جانب خداوند که سرشار از زیبایی و شادی برای انسان می‌باشد. این هدیه الهی، امانتی است ارزشمند و گران‌بها در دستان بشر که بایستی آن را حفظ و در جهت اهداف عالی بشری بکار بست. ناملایمات زندگی هم‌چون کار زرگری که سنگ گرانی را به الماسی زیبا مبدل می‌سازد روح سرکش و عاصی بشر را صیقل داده و با اتکا به صبر و تلاش آن را به گوهری ناب تبدیل می‌سازد. نبایستی از ناملایمات زندگی گریخت بلکه باید آن را پذیرفت و با تلاش و امید از دوران آن‌ها

مقدمه

بودن، یا نبودن: مسأله این است:

آیا شایسته تر آن است که به تیر و تازیانه‌ی تقدیر جفا پیشه، تن در دهیم
و یا تیغ برکشیده و با دریایی از مصائب بجنگیم و به آنان پایان دهیم؟
بمیریم، به خواب رویم - و دیگر هیچ؛

و در این خواب دریابیم که رنج‌ها و هزاران زجری که این تن خاکی می‌کشد، به پایان آمده.
این سر انجامی است که مشتافانه باید آرزومند آن بود.

مردن، به خواب رفتن، به خواب رفتن، و شاید خواب دیدن...

شکسپیر، هملت، صحنه‌ی اول

سازمان بهداشت جهانی، دولت‌ها و سازمان‌های بهداشت روانی در سراسر جهان می‌کوشند تا
میزان خودکشی را از طریق توسعه و تثبیت برنامه‌های پیشگیری کاهش دهند. با این که در برخی از
کشورها، شمار خودکشی به تدریج در حال کاهش است، در برخی کشورهای دیگر این روند در
حال افزایش است و یا در سطح خود باقی مانده است.

برای کاهش یا پیشگیری از خودکشی چه باید کرد؟ بسیاری از پاسخ‌های احتمالی در این
کتاب جمع‌آوری شده‌اند؛ هر چند عملی سازی آن‌ها ممکن است با مشکلاتی همراه باشند. در
این کتاب، پاره‌ای از این راهکارها را در سطح ملی، بین‌المللی و فردی بررسی می‌کنیم تا
نسبت به آن چه در موقعیت‌های درمانی و گروه‌های اجتماعی می‌توان انجام داد، بینش بیشتری
به دست می‌آوریم.

در این کتاب مسائل ارزیابی مخاطرات خودکشی، تجربه‌ی شخصی خودکشی و سه رویکرد
درمانی و مداخلات گروهی آورده شده‌اند که برای مشاوران، روان‌درمانگرها، روان‌شناسان و
دیگر متخصصان بهداشتی، برای کمک به بیماران یا مراجعه‌کنندگان بسیار مفید می‌باشد. با
افزایش استفاده از اینترنت، جمع‌آوری اطلاعات در مورد خودکشی هم برای افراد متخصص و

هم برای افراد معمولی بسیار ساده‌تر شده است. حتی وب سایت‌هایی نیز وجود دارند که تصاویر افرادی که خودکشی کرده اند را منتشر می‌کنند. تعداد صفحات وبی که مختص به خودکشی است، رو به افزایش است به گونه‌ای که تعداد صفحات یافته شده مرتبط با خودکشی از طریق موتورهای جستجو در سال ۲۰۰۷ رقم ۱۳۲/۰۰۰/۰۰۰ را نشان می‌دهد. با این که آزادی اینترنت به همی افراد اجازه می‌دهد که اطلاعات و تصاویری را در این سایت‌ها قرار دهند، خوشبختانه تعداد زیادی از سایت‌های مربوط به خودکشی، اطلاعات سودمندی را در خود جای داده اند. بنابراین در ضمیمه‌ی شماره‌ی ۳، یک فهرست از وب سایت‌ها و سازمان‌های پژوهشی، حمایتی و پیشگیری از خودکشی آورده شده است.

این کتاب احتمالاً اولین کتابی است که می‌تواند در مورد کاهش و پیشگیری خودکشی برای بسیاری از متخصصان بهداشتی کارآیی داشته باشد. امید است این کتاب همانند تخته‌ی شیرجه-ای عمل کند و خواننده را به سمت دیگر آثار یا وب سایت‌هایی که بر ابعاد مختلف شناخت خودکشی تأکید دارند، سوق دهد. در ضمیمه‌ی شماره‌ی ۴ فهرست کتاب‌هایی که در این فرایند یاریگر خوبی هستند، درج شده است.

کار در این زمینه و برخورد با مراجعه کنندگان مستعد خودکشی اغلب چالش‌آور است، اما وقتی به بررسی مداخلاتی که موفقیت آن‌ها اثبات شده می‌پردازیم، و طی آن در تحقیقات خود به نتایج مهمی دست می‌یابیم، این چالش به لذتی نتیجه بخش تبدیل می‌شود. برای متخصصان سلامت روانی بسیار مهم است که از خود مراقبت کنند. ما سلامت خود را به خودمان، به خانواده، به همکاران، به تخصص خود، به اجتماع و به مراجعه کنندگانی که به ما تکیه کرده‌اند، وامداریم.

استفان پالمر^۴

برای هزاران سال، نویسندگان راجع به خودکشی نوشته‌اند. فرهنگ روم باستان خودکشی داوطلبانه را برای افرادی که شهروند آزاد هستند و برده نمی‌باشند پذیرفته بوده و حتی گاهی آن را توصیه می‌کرد (دلئو و همکاران^۵، ۲۰۰۶). در قرن‌های شانزده و هفده، احتمالاً ویلیام شکسپیر یکی از خودکشی‌شناسان و روان‌شناسان آموزش ندیده‌ی برجسته بود که بیش عمیقی نسبت به وضعیت انسانی داشت. شناخت او ناشی از مشاهدات و تجربیاتش بود، شکسپیر قادر بود به

^۱ Stephen Palmer

^۱ De Leo et al.

گونه‌ی شگفت‌انگیزی این شناخت را، بدون هیچ پژوهش روان‌شناختی رسمی، در نمایشنامه‌های خود از جمله نمایشنامه‌ی هملت نمایان سازد.

در قرن بیستم متخصصان بهداشتی، در پی کوشش برای شناخت خودکشی و عوامل موثر در بروز این ناهنجاری‌های اجتماعی و روانی، پژوهش‌های بسیاری را انجام داده‌اند. خودکشی‌شناسی دربرگیرنده‌ی نظریه‌ها، پژوهش‌ها، پیشگیری، کاهش، مدیریت، ارزیابی، راه‌کارها و مداخله‌های مربوط به شناخت و مدیریت رفتار اقتضایی می‌باشد. این مسوولیت عظیمی است و در حال حاضر در سطوح بین‌المللی، ملی و بومی، بسیاری از سازمان‌های دولتی و غیردولتی (NGO). چنین کوشش‌هایی را انجام داده‌اند.

این کتاب مشتمل بر ۵ بخش می‌باشد:

بخش اول: خودکشی: آمار، پژوهش، نظریه‌ها و مداخلات

بخش دوم: تجربه‌ی شخصی خودکشی

بخش سوم: سه رویکرد درمانی برای پیشگیری از خودکشی

بخش چهارم: مداخلات گروهی

بخش پنجم: ضمایم

بخش ۱: خودکشی: آمار، پژوهش، تئوری و مداخلات

فصل اول که نوشته‌ی استفان پالمر است درباره‌ی "خودکشی: تعاریف، آمار و مداخلات در سطح بین‌المللی" بوده در واقع فصل آشنا سازی و نوعی جهت‌یابی است که در آن برخی از آمارها، پژوهش‌ها و مداخلات در سطح جهانی گرد هم آورده می‌شوند. در فصل دوم، استفان پالمر بر "آمار خودکشی برای انگلستان و راهکار ملی پیشگیری از خودکشی" تأکید دارد. وی در این فصل قیاس‌هایی از میزان خودکشی در سراسر انگلستان به عمل می‌آورد و سپس اطلاعاتی راجع به راه‌کارهای پیشگیری از خودکشی برای انگلستان و اسکاتلند به دست می‌دهد. در فصل سوم، کمرون استارک^۶ موضوع "خودکشی در مناطق روستایی" را مطرح می‌سازد. او خاطر نشان می‌کند که ارتباط بین روستائینی و سلامت، رابطه‌ای مستقیم نیست. وی به همین منظور تصویری عمومی را زیر سوال می‌برد که از سادگی روستایی در اذهان است. او صحبت‌های پیرزنی در جزایر غربی اسکاتلند را با یک کاردرمان نقل می‌کند: "این جا ممکن

^۶ Cameron Stark

است مناظر زیبایی داشته باشد، اما این تمام چیزی است که از این زندگی نصیب شده است.^۷ در یک اجتماع روستایی که غریبه‌ها از آن تصویر، رابطه‌ای تنگاتنگ را در ذهن می‌پرورانند، ممکن است جوان‌ترها و کودکان به طرز عجیبی منزوی شوند. استارک اشاره می‌کند که ممکن است در برخی جاها، مانند خدمات بهداشت ملی هایلند، مناطق وسیع دوون و یورک شایر درباره‌ی مرگ با سلاح‌های گرم مبالغه شود. پژوهش‌ها در مورد خودکشی کشاورزان، عواملی همچون مشکلات سلامت روان و همچنین تنها زندگی کردن و نبود دوستان صمیمی را روشن کرده است. دوباره باید اشاره کرد که در مورد سلاح‌های گرم مبالغه شده، اما به نظر می‌آید دسترسی آسان به سلاح‌های گرم در مناطق روستایی سراسر جهان از جمله مناطق روستایی آمریکا و استرالیا، یکی از عوامل خودکشی است. در فصل چهارم، نوئل شیپی^۸ و روری سی اوکانر^۹ بر "سبک شناختی و رفتار خودکشی" تأکید می‌ورزند. در این فصل اشاره می‌شود که خودکشی با محدودیتی در سبک شناختی مربوط است که منجر به کاهش قدرت در حل مشکلات و پردازش اطلاعات می‌شود. تنش و اضطراب چه بسا عاملی فعال کننده باشد که با آسیب‌پذیری و عوامل افزایش دهنده همچون حمایت اجتماعی در تعامل است. پژوهش‌ها رابطه‌ی کمال‌گرایی خودگرا^۹ و کمال‌گرایی جامعه‌گرا^{۱۱} را در اقدام به خودکشی روشن می‌کنند. اوکانر شواهدی به منظور پشتیبانی از الگویی به نام «فریاد درد»^{۱۱} ویلیامز پیدا کرده است و بر این باور است که این الگو شناخت پرمفهومی از فرایند خودکشی ارائه می‌دهد. دلالت‌های این پژوهش در مشاوره و درمان عبارت‌اند از: الزام آموزش مهارت‌های تفکر شناختی به ویژه مقابله با کمال‌گرایی اجتماعی و حل مشکلات در سازماندهی درمان گروهی یا فردی به منظور کمک به مراجعه کننده در کنار آمدن با مسائل زندگی و کاهش افکار خودکشی. آخرین فصل از بخش اول این کتاب نوشته‌ی پیتر رودل^{۱۲} و برنی کورون^{۱۳} است که در آن به "شناخت افکار خودکشی و ارزیابی برای خطر" پرداخته‌اند. بیش از ۹۰ درصد از افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند، از بیماری روانی رنج می‌برند. این فصل شامل یک فهرست از باورهای غلط

^۷ Noel Sheehy

^۸ Rory C. OConnor

^۹ Self-oriented perfectionism

^{۱۰} Socially prescribed perfectionism

^{۱۱} Cry of pain Model

^{۱۲} Peter Ruddell

^{۱۳} Berni Curwen

متداول در مورد خودکشی، مسائل ارزیابی، پرسشنامه‌ها و شیوه‌های مصاحبه می‌باشد. پرسشی که بی پاسخ باقی مانده است این است که آیا دوره‌های آموزشی مشاوره و روان‌درمانی به طور کافی این موضوعات را پوشش داده، آیا روان‌درمانگران از این عوامل کلیدی خطر آگاه هستند؟ گفتنی است به منظور کاهش وقوع خودکشی مراجعه‌کنندگان، موضوعات یادشده الزامی هستند.

بخش ۲: تجربه‌ی شخصی خودکشی

بخش دوم، روایت سه تجربه‌ی شخصی است که می‌توانند آگاهی ما را نسبت به خودکشی و عواقب بعدی آن افزایش دهند. فصل ششم نوشته‌ی *سوزان والن*^{۱۴} با عنوان "چیزی مضحک در مورد خودکشی وجود دارد" است. او تجربیات شخصی خود از افسردگی همراه با افکار خودکشی را توصیف می‌کند. این بررسی موردی با بقیه‌ی موارد تفاوت بارز دارد و آن این است که سوزان والن، خود روان‌شناس و روان‌درمانگری مجرب است که تجربیات شخصی خود را به رشته‌ی تحریر در می‌آورد. او در طول این بخش از زندگی شخصی خود، در قالب خاطرات روزانه، از چگونگی احساساتش سخن می‌گوید. بنابراین، تمامی تجربیات شخصی او به صورت زنده در این متن درج شده‌اند. او به عنوان روان‌شناسی که رفتار درمانی عقلانی - عاطفی^{۱۵} انجام می‌داد، از تکنیک‌هایی که قادر به استفاده از آن‌ها روی خود بود، آگاهی داشت. این بررسی موردی نشان می‌دهد که همیشه تئوری و عمل - بویژه هنگامی که شخصی افسرده است - با هم هماهنگ نیستند. همچنین با توجه به آسیب‌پذیر بودن متخصصان بهداشتی، ممکن است آنان نیز، همانند بیماران و مراجعه‌کنندگان خود به خطا روند. در فصل هفتم با عنوان "دیدگاه یک دوست راجع به خودکشی"، دیوید کوک^{۱۶} شرح می‌دهد، وقتی دوست صمیمی دوران کودکیش اقدام به خودکشی کرد، او چه احساسی داشت. او احساسات پریشان و خشمی را که نسبت به دوست خود داشت و همچنین مشکلاتی که قبل و در طول مراسم تشییع و تدفین تجربه کرده بود بازگو می‌کند. دیوید مرگ دوستان دیگر خود را نیز دیده بود، اما هیچ یک همانند تجربه‌ی خودکشی دوستش، نبودند. فصل هشتم که نویسنده‌ی آن *آنوپاما کاپور*^{۱۷}

^{۱۴} Susan Walen

^{۱۵} Rational Emotive Behaviour Therapy

^{۱۶} David Cooke

^{۱۷} Anopama Kapoor

می‌باشد در مورد "خودکشی افراد مراجعه کننده و تأثیر آن بر روان درمانگر است." این فصل نیز یک تجربه‌ی شخصی دیگر است که در آن درمان‌گر تأثیر خودکشی یکی از مراجعه کنندگانش را روی خود بررسی می‌کند. تعجب آور نیست که اولین واکنش این روان درمانگر «شوکه شدن» باشد. او احساس آسیب دیدگی می‌کند و اعتماد او درهم می‌شکند. همچنین نسبت به مراجعه کننده‌ی خود احساس خشم دارد و آرزو می‌کند که ای کاش موسسه‌ی آموزشی، او را برای چنین اتفاقی آماده کرده بود. او بعدها یک مقاله‌ی پژوهشی را مطالعه می‌کند و درمی‌یابد که واکنش هایش شبیه به دیگر روان درمانگرانی بوده که خودکشی مراجعه کننده‌ی خود را تجربه کرده اند. ادامه‌ی این فصل بر این پژوهش متمرکز است.

ما نسبت به سوزان والِن، دیوید کوک و آنوپاما کاپور از این بابت که تجربیاتشان را با ما سهیم شدند، احساس دین داریم. بخش دوم این کتاب می‌تواند زمینه‌ای برای بخش سوم به شمار آید؛ زیرا از سه دیدگاه مختلف، بینشی نسبت به تجربه‌های شخصی خودکشی در اختیارمان قرار می‌دهد و سپس ما را به سوی مداخلات درمانی رهنمون می‌سازد.

بخش ۳: سه رویکرد درمانی به منظور پیشگیری از خودکشی

بخش سوم مشتمل است بر سه رویکرد درمانی و چگونگی به کارگیری آن‌ها در مدد رسانی به مراجعه کنندگان خودکشی (شامل دو رویکرد درمانی تثبیت شده از جمله رویکردهای شناختی - رفتاری^{۱۸} و روان پویشی^{۱۹} و یک رویکرد متمرکز بر حل مشکلات) که اخیراً در دهه‌ی ۱۹۸۰ تکامل یافته است. در فصل نهم، *واین فروگات*^{۲۰} و *استفان پالمر* درباره‌ی "رویکرد شناختی - رفتاری و کنترل عقلانی - عاطفی خودکشی" بحث می‌کنند. الگوی منسجم آن‌ها موارد اساسی رویکردهای درمانی - رفتاری، عقلانی - عاطفی و شناختی - رفتاری را شامل می‌شود. این فصل توصیف وسیعی از رویه‌های ارزیابی و تکنیک‌ها و مداخلات رفتاری، انگاشتی و شناختی است. این فصل، فصلی قابل تعمیم است چرا که در این رویکردها از متدهای مختلفی استفاده می‌شود. نمونه‌های موردی نیز در این فصل به چشم می‌-

^{۱۸} Cognitive-behavioural

^{۱۹} Psychodynamic

^{۲۰} Wayne Froggatt

خورد. در فصل دهم، جان لیز^{۲۱} و کوینتین استیمپسون^{۲۲}، دیدگاه فرویدی و پس از فروید را نسبت به خودکشی بررسی می‌کنند و رویه‌های بالینی را به این مفاهیم و عقاید نظری ارتباط می‌دهند. بازتاب نظرات این دو در مورد مسائل اخلاقی در خصوص کار با مراجعه کنندگان خودکشی می‌باشد و این بحث در آن مطرح گردیده که آیا یک درمان‌گر باید به مراجعه کننده‌ی خود اجازه خودکشی دهد یا خیر. آن‌ها دو مثال ساده می‌آورند که در آن یک مراجعه کننده اقدام به خودکشی می‌کند. فصل یازده با عنوان "رویکرد راه حل‌گرا" نوشته‌ی جان شاری^{۲۳}، ملیسا دارمودی^{۲۴} و برندان مادن^{۲۵}، رویکردی عملی در ارتباط با کار روی اهداف درمانی و کمک به مراجعه کنندگان جهت تجسم آینده‌ی مثبت، پیش‌رو گرفته است. مراجعه کنندگان برای بحث در مورد دیدگاه‌های جایگزین در حل مسائلی که با آن روبرو هستند، دعوت می‌شوند. به هر حال از آن جایی که شواهد تجربی در درمان راه حل‌گرا - برای مراجعه کنندگانی که تمایل به خودکشی دارند یا احتمال صدمه زدن به خود را دارند- دچار کمبودها و نواقصی است، آن‌ها احتیاط را توصیه کرده و عاقلانه پیشنهاد می‌کنند که نباید رویکردهای سنتی برای ارزیابی خطر و مدیریت نادیده گرفته شوند.

بخش چهارم: مداخلات گروهی

مباحث بخش چهارم بر مداخلات گروهی تأکید دارد. پذیرش وضعیت خودکشی یکی از اعضای خانواده، کار ساده‌ای نیست. در فصل ۱۲، مینا پیئتلا^{۲۶} یک حوزه‌ی حمایتی را توضیح می‌دهد. این فصل یک مطالعه‌ی پژوهشی روش‌شناسی مردم‌گرایانه^{۲۷}، شامل ۱۶ مصاحبه با والدین داغ‌دیده و فرزندان بزرگسال است که نیمی از آن‌ها پس از خودکشی یکی از اعضای خانواده، در گروه‌های حمایتی داغ‌دیدگان شرکت کرده‌اند. نیمی از مصاحبه کنندگان صحبت در گروه‌های حمایتی را یک معیار درمانی ارزشمند به شمار آورده‌اند؛ زیرا آن‌ها می‌توانند آن

^{۲۱} John Lees

^{۲۲} Quentin Stimpson

^{۲۳} John Sharry

^{۲۴} Melissa Darmody

^{۲۵} Brenden Madden

^{۲۶} Minna Pietila

^{۲۷} Ethnomethodological

چه تجربه کرده اند با دیگر داغدیدگان سهیم شوند و در عین این که طبیعی بودن تجربیات خود را اثبات می کنند برای دیگر اعضای گروه نیز مفید بوده به این ترتیب، یک شبکه‌ی امنیتی میان آن‌ها شکل می گیرد. آن‌ها می توانند در یک گروه با نام مستعار، بدون توجه به احساسات و تجربیات محفل صمیمی خود با هم صحبت کنند. در فصل سیزدهم، مونیکا سگوین^{۲۸}، جینت گولارد^{۲۹}، ایوان برگمانس^{۳۰} و پال اس لینکس^{۳۱} "یک مداخله‌ی گروهی برای بزرگسالان و فرزندان بزرگسالی که مکرراً تلاش برای خودکشی داشته اند" بررسی می کنند. این فصل براساس پژوهشی که آن‌ها در هنگام توسعه‌ی این رویکرد در کانادا انجام داده‌اند، پایه‌ریزی شده است.

بخش پنجم: ضمایم

این ضمایم عبارت‌اند از: طرح مدیریت آسیب به خود، فهرست ارزیابی خودکشی، وب سایت‌ها و سازمان‌های مفید و کتاب‌های مفید در مورد خودکشی شناسی از سال ۲۰۰۰ به بعد.

یک اخطار کوتاه

این کتاب به گونه‌ای تنظیم و تدوین شده که بتوان هر فصل را مستقل از فصول دیگر مطالعه کرد تا بدین وسیله خواننده به عمق مطالب بخش‌های مختلف مسلط شود. به هر حال توصیه می شود که تئوری‌ها، راه‌کارها و تکنیک‌های گرفته شده از فصول درمانی در بخش سوم به صورت جداگانه مطالعه نشده یا بدون در نظر گرفتن آن‌ها به عنوان جزئی از کل فصل به کار گرفته نشوند. نویسندگان فصول درمانی توصیه می کنند که نظارت بالینی از جانب پزشکان دارای صلاحیت، هنگامی نتیجه بخش خواهد بود که درمانگر نیز در عمل با مراجعه کنندگان خودکشی کار کند.

^{۲۸} Monique Seguin

^{۲۹} Ginette Goulard

^{۳۰} Yvonne Bergmans

^{۳۱} Paul S. Links