

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه شهید چمران اهواز

دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی
گروه مشاوره

پایان نامه جهت اخذ درجه دکتری مشاوره

**اثر بخشی درمان های شناختی رفتاری خانواده- محور و راه حل- محور بر افکار
خودکشی گرایانه، علائم افسردگی، پیوستگی و انطباق پذیری خانوادگی اقدام کنندگان به
خودکشی**

پژوهشگر

ذبیح اله عباس پور

استاد راهنما

دکتر رضا خجسته مهر

اساتید مشاور

دکتر غلامرضا رجبی

دکتر سیروس عالی پور

دکتر یوسفعلی عطاری

تیرماه ۱۳۹۳

فهرست مطالب

فصل اول: کلیات پژوهش

۲	مقدمه
۱۴	بیان مسأله
۱۸	اهمیت و ضرورت پژوهش
۲۲	اهداف پژوهش
۲۲	هدف کلی
۲۲	اهداف جزئی
۲۳	سوال‌های پژوهش
۲۳	فرضیه‌های پژوهش
۲۴	تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

فصل دوم: مبانی نظری و تجربی پژوهش

۲۸	مقدمه
۲۸	خودکشی
۲۹	فکر، قصد و طرح خودکشی
۳۲	رویکردهای مربوط به خودکشی
۳۲	رویکرد عصب شناختی
۳۳	رویکردهای جامعه شناختی
۲۹	دورکیم و خودکشی
۳۵	رویکردهای روانشناختی
۳۵	رویکرد آسیب شناسی روانی
۳۷	رویکرد شناختی

- ۴۲..... مدل شناختی رفتاری خودکشی نوجوانان
- ۴۳..... مدل آسیب پذیری به خودکشی
- ۴۴..... نظریه فعال سازی افتراقی
- ۴۴..... مدل ۵ مرحله ای خودکشی
- ۴۶..... مدل نظری ترکیبی
- ۴۸..... مدل ABC_X
- ۴۹..... مدل الاکلنگ
- ۵۱..... نظریه فشار خودکشی
- ۵۲..... مدل مکعبی خودکشی
- ۵۲..... نظریه فرار
- ۵۳..... نظریه بین فردی-روانشناختی
- ۵۵..... خانواده و رویکردهای سیستمی
- ۵۷..... متغیرهای ایستا و پویای پیش بینی کننده خودکشی گرایي
- ۶۰..... باورهای غلط در ارتباط با افکار خودکشی
- ۶۱..... سن و خودکشی
- ۶۲..... جنسیت و خودکشی
- ۶۴..... عوامل محافظت کننده خودکشی
- ۶۵..... عوامل مذهبی فرهنگی
- ۶۶..... خودکشی بیمار و تاثیر آن بر درمانگر
- ۶۸..... افسردگی
- ۶۸..... تاریخچه افسردگی
- ۶۹..... نشانه شناسی افسردگی

۶۹	علائم افسردگی
۷۱	نظریه های افسردگی
۷۱	نظریه زیست شناختی
۷۳	نظریه جامعه شناختی
۷۴	نظریه روانشناختی
۷۴	<u>الف: نظریه روانکاوی</u>
۷۵	<u>ب: نظریه های شناختی</u>
۷۶	<u>الگوی اول: نظریه شناختی بک</u>
۸۱	<u>الگوی دوم: درماندگی خودآموخته</u>
۸۲	<u>پیوستگی و انطباق پذیری خانوادگی</u>
۸۲	الگوی حلقوی پیچیده
۸۵	پیوستگی خانواده و زوجین
۸۷	انطباق پذیری خانواده و زوجین
۸۹	ارتباطات خانواده و زوجین
۹۰	فرضیه های مشتق شده از الگوی حلقوی پیچیده
۹۱	تعالیل پویا در الگوی حلقوی پیچیده
۹۳	تغییرات سیستم های زوجین و خانواده در طول زمان
۹۵	خانواده و زوجین متعادل و ارتباطات
۹۶	الگوی حلقوی پیچیده و اهداف خانواده درمانی
۹۷	الگوی حلقوی پیچیده و نمره گذاری خطی
۱۰۰	درمان مختصر راه حل محور
۱۰۳	اهداف درمان راه حل محور

۱۰۴	اصول درمان راه حل مدار
۱۰۵	نظریه راه حل محور تغییر
۱۰۷	تغییر دادن عمل یا تغییر شیوه دیدن مشکل
۱۰۷	مراحل درمان راه حل محور
۱۱۳	نمونه ای از تکالیف راه حل محور
۱۱۴	طول جلسات
۱۱۵	دلایل استفاده از درمان راه حل محور برای خودکشی
۱۱۸	ساختار مصاحبه و تکنیک های مداخله ای
۱۲۲	محدودیت های درمان مختصر راه حل محور برای بیماران خودکشی گرا
۱۲۳	درمان شناختی رفتاری خانواده محور
۱۲۳	درمان شناختی رفتاری
۱۲۴	مفروضه های بنیادین در نظریه و درمان شناختی
۱۳۰	شروط اساسی مدل شناختی رفتاری خودکشی گرایی
۱۳۲	تعیین اجزای درمان
۱۳۳	اجزای درمانی درمان شناختی رفتاری
۱۳۴	اهداف مدیریت نشانه
۱۳۴	اهداف مهارت سازی
۱۳۵	اهداف رشد شخصیت
۱۳۵	تعیین سطوح اجزاء
۱۳۵	جزء مدیریت نشانه
۱۳۶	جزء مهارت سازی
۱۳۶	جزء رشد شخصیت

۱۳۷	چرخش در اجزاء و سطوح
۱۳۸	عدم پیروی از درمان و کناره گیری از آن
۱۳۸	ختم درمان
۱۳۹	حضور خانواده و والدین در درمان
۱۴۲	سبک های شناختی خانوادگی
۱۴۳	درمان شناختی رفتاری خانواده محور CBT-SP
۱۴۳	مرحله مقدماتی درمان حاد
۱۴۳	تحلیل زنجیره ای
۱۴۴	طرح ایمنی
۱۴۶	آموزش روانی
۱۴۷	نشان دادن دلایلی برای زنده ماندن و ایجاد امیدواری
۱۴۸	مفهوم بندی موردی
۱۴۸	مرحله میانی درمان حاد
۱۴۸	بخش مهارت فردی
۱۴۹	بخش مهارت خانواده
۱۵۰	ساختار جلسات
۱۵۱	پایان درمان حاد و مرحله پیگیری
۱۵۱	تکلیف پیشگیری از بازگشت
۱۵۳	مرحله پیگیری
۱۵۴	مداخله خانوادگی CBT-SP برای نوجوانان خودکشی گرا
۱۵۴	جلسات اولیه
۱۵۸	مفهوم سازی موردی و اهداف درمان در مرحله میانی درمان

۱۶۰	خلاصه ای از سازماندهی مداخله خانوادگی
۱۶۱	بکارگیری عناصر اساسی درمان CBT-SP برای خانواده ها
۱۶۱	کاهش تعاملات منفی خانواده
۱۶۲	مهارت های ارتباطی
۱۶۳	حل مساله خانوادگی
۱۶۴	تنظیم هیجانی خانواده
۱۶۵	افزایش تعاملات مثبت خانوادگی
۱۶۵	فعالیت های مفرح خانوادگی
۱۶۶	توجه به انتظارات بالا و تقویت پایین
۱۶۶	مساله دارودرمانی
۱۶۷	پیشینه تجربی پژوهش
۱۶۷	درمان شناختی رفتاری خانواده محور
۱۷۳	درمان راه حل محور

فصل سوم: روش پژوهش

۱۷۷	مقدمه
۱۷۷	طرح تحقیق
۱۷۸	جامعه، نمونه و روش نمونه گیری
۱۸۰	ابزارهای پژوهش
۱۸۱	پرسشنامه افسردگی بک
۱۸۲	مقیاس افکار خودکشی گرابی
۱۸۲	مقیاس ارزیابی انطباق پذیری و پیوستگی خانواده

روش اجرا ۱۸۲

روش های آماری ۱۸۴

پروتکل های درمانی ۱۸۶

فصل چهارم: یافته های پژوهش

مقدمه ۱۹۱

یافته های پژوهش ۱۹۱

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

مقدمه ۲۲۴

بحث و نتیجه گیری ۲۲۴

۱- اندازه تغییر (چقدر کاهش در آماج های اصلی درمان رخ داده است؟) ۲۲۴

تبیین یافته های مربوط به افکار خودکشی گرایی ۲۲۴

تبیین یافته های مربوط به افسردگی ۲۳۰

تبیین یافته های مربوط به پیوستگی خانوادگی ۲۳۳

تبیین یافته های مربوط به انطباق پذیری خانوادگی ۲۳۷

۲- کلیت تغییر (چند درصد از افراد تغییر کرده اند و چند درصد تغییر نکرده اند؟) ۲۴۰

۳- عمومیت تغییر (در سایر حوزه های زندگی چقدر تغییر رخ داده است؟) ۲۴۰

۴- ثبات (دستاوردهای درمان چقدر دوام داشته اند؟) ۲۴۱

۵- میزان پذیرش (افراد تا چه اندازه در فرایند درمان مشارکت داشته و آن را به پایان رسانده اند؟) ۲۴۱

۶- ایمنی (آیا در اثر درمان، سلامت روانی و جسمانی بیماران کاهش یافته است؟) ۲۴۲

محدودیت ها ۲۴۳

پیشنهادات ۲۴۴

منابع فارسی ۲۴۶

منابع انگلیسی ۲۵۰

فهرست جداول

جدول ۱-۳ ویژگی های جمعیت شناختی بیماران ۱۸۰

جدول ۲-۳. پروتکل جلسات درمان فردی شناختی رفتاری ۱۸۷

جدول ۳-۳. پروتکل جلسات درمان خانوادگی درمان شناختی رفتاری خانواده محور ۱۸۸

جدول ۴-۲. پروتکل جلسات درمان راه حل محور ۱۸۹

جدول ۱-۴. روند تغییر مراحل درمان شناختی رفتاری خانواده-محور سه بیمار اقدام کننده به

خودکشی در مقیاس افکار خودکشی گرایانه فراگیر ۱۹۲

جدول ۲-۴. روند تغییر مراحل درمان راه حل-محور سه بیمار اقدام کننده به خودکشی افکار

خودکشی گرایانه ۱۹۶

جدول ۳-۴. روند تغییر مراحل درمان شناختی رفتاری خانواده محور سه بیمار اقدام کننده به خودکشی

در پرسشنامه فرم کوتاه افسردگی بک ۲۰۰

جدول ۴-۴. روند تغییر مراحل درمان راه حل-محور سه بیمار اقدام کننده به خودکشی در پرسشنامه

فرم کوتاه افسردگی بک ۲۰۴

جدول ۵-۴. روند تغییر مراحل درمان شناختی رفتاری خانواده-محور سه بیمار اقدام کننده به

خودکشی در خرده-مقیاس پیوستگی در مقیاس ارزیابی انطباق پذیری و پیوستگی خانواده ۲۰۸

جدول ۶-۴. روند تغییر مراحل درمان راه حل-محور سه بیمار اقدام کننده به خودکشی در خرده-

مقیاس پیوستگی در مقیاس ارزیابی انطباق پذیری و پیوستگی خانواده ۲۱۲

جدول ۷-۴. روند تغییر مراحل درمان شناختی رفتاری خانواده-محور سه بیمار اقدام کننده به

خودکشی در خرده-مقیاس انطباق پذیری در مقیاس ارزیابی انطباق پذیری و پیوستگی خانواده ۲۱۶

جدول ۴-۸. روند تغییر مراحل درمان راه حل محور سه بیمار اقدام کننده به خودکشی در خرده‌مقیاس

انطباق‌پذیری در مقیاس ارزیابی انطباق‌پذیری و پیوستگی خانواده ۲۲۰

فهرست نمودارها

نمودار ۲-۱. مدل حلقوی پیچیده، اقتباس از السون ۸۴

نمودار ۴-۱. روند تغییر نمره‌های مقیاس افکار خودکشی‌گرایانه در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

درمان شناختی رفتاری خانواده-محور ۱۹۳

نمودار ۴-۲. روند تغییر نمره‌های مقیاس افکار خودکشی‌گرایانه در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

درمان راه حل-محور ۱۹۷

نمودار ۴-۳. روند تغییر نمره‌های پرسشنامه فرم کوتاه افسردگی بک در مراحل خط پایه، مداخله و

پیگیری درمان شناختی رفتاری خانواده-محور ۲۰۱

نمودار ۴-۴. روند تغییر نمره‌های پرسشنامه فرم کوتاه افسردگی بک در مراحل خط پایه، مداخله و

پیگیری درمان راه حل-محور ۲۰۵

نمودار ۴-۵. روند تغییر نمره‌های خرده‌مقیاس پیوستگی در مقیاس ارزیابی انطباق‌پذیری و پیوستگی

خانواده در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری درمان شناختی رفتاری خانواده-محور ۲۰۹

نمودار ۴-۶. روند تغییر نمره‌های خرده‌مقیاس پیوستگی در مقیاس ارزیابی انطباق‌پذیری و پیوستگی

خانواده در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری درمان راه حل-محور ۲۱۳

نمودار ۴-۷. روند تغییر نمره‌های خرده‌مقیاس انطباق‌پذیری در مقیاس ارزیابی انطباق‌پذیری و

پیوستگی خانواده در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری درمان شناختی رفتاری خانواده-محور ۲۱۷

نمودار ۴-۸. روند تغییر نمره‌های خرده‌مقیاس انطباق‌پذیری در مقیاس ارزیابی انطباق‌پذیری و

پیوستگی خانواده در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری درمان راه حل-محور ۲۲۱

چکیده

نام خانوادگی: عباس پور	نام: ذبیح اله
عنوان پایان نامه: اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری خانواده- محور و راه‌حل- محور بر افکار خودکشی‌گرایانه، علائم افسردگی، پیوستگی و انطباق‌پذیری خانوادگی اقدام‌کنندگان به خودکشی	
استاد راهنما: دکتر رضا خجسته مهر	
درجه تحصیلی: دکتری	
رشته: مشاوره	
محل تحصیل (دانشگاه): شهید چمران اهواز	
دانشکده: علوم تربیتی و روانشناسی	
تاریخ فارغ‌التحصیلی: ۱۳۹۳	
تعداد صفحه: ۲۵۸	
کلید واژه‌ها: خودکشی، درمان شناختی رفتاری خانواده- محور، درمان راه‌حل- محور	
<p>هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری خانواده- محور و درمان راه‌حل-محور بر کاهش افکار خودکشی‌گرایانه و علائم افسردگی و افزایش پیوستگی و انطباق‌پذیری خانوادگی افراد اقدام‌کننده به خودکشی در بیمارستان رازی شهرستان اهواز بود. شش مرد اقدام‌کننده به خودکشی با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. در این پژوهش از طرح آزمایشی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه استفاده شد. درمان شناختی رفتاری خانواده- محور و درمان راه‌حل-محور در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری انجام شد و آزمودنی‌ها به پرسشنامه افسردگی بک (BDI-13)، مقیاس افکار خودکشی‌گرایانه (SIS) و مقیاس ارزیابی انطباق‌پذیری و پیوستگی خانواده (FACES-2) پاسخ دادند. داده‌ها به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا (RCI) و فرمول درصد بهبودی تحلیل شدند. نتایج نشان داد که هر دو درمان بر هدف‌های درمان تاثیر دارند. درمان شناختی رفتاری خانواده- محور در کاهش افکار خودکشی‌گرایانه و علائم افسردگی و افزایش پیوستگی اثر معناداری داشت و درمان راه‌حل- محور فقط در کاهش افکار خودکشی‌گرایی معنادار بود.</p>	

فصل اول

موضوع پژوهش

یکی از مشکلات عمده در نظام سلامت در تمام جهان، خودکشی^۱ است (اوون، رابرتز و تیلور^۲، ۲۰۱۴). خودکشی و اقدام به آن در اجلاس سازمان جهانی بهداشت^۳ (WHO) در سال ۱۹۹۶ یک مساله مهم بهداشت عمومی و رفتاری ضداجتماعی اعلام شد. هر ساله یک میلیون نفر در جهان خودکشی می‌کنند (اودنل و ویلکینسون^۴، ۲۰۱۲؛ نورتنداف^۵، ۲۰۱۱) و در ۴۵ سال اخیر ۶۰ درصد افزایش داشته است (دلگادو^۶، ۲۰۱۳). این پدیده علاوه بر زیان‌های شخصی و خانوادگی، یک زیان اجتماعی هم شمرده می‌شود (مرادی، مرادی و مصطفوی، ۱۳۹۱). در بسیاری از فرهنگ‌ها، خودکشی عملی ننگین، گناه‌آلود، شرم‌آور و نشانه‌ی رفتارهای خودخواهانه یا فریب‌کارانه تلقی می‌شود. این باورها هم در جامعه و هم در بین کسانی که افکار خودکشی دارند، وجود دارد.

دین اسلام به کرامت انسان و جانشین خداوند بودن انسان در روی زمین تاکید کرده و جان انسان را امانتی می‌داند که به او داده شده است. خداوند صراحتاً به کسانی که خودکشی کنند، آتش دوزخ را وعده داده است (قرآن کریم، سوره‌ی نساء). در آیات و احادیث فراوان نیز به حرام بودن این رفتار اشاره شده است. امام صادق (ع) می‌فرماید "کسی که عمداً خود را بکشد، همیشه در آتش جهنم خواهد بود" (دستغیب، ۱۳۹۰). حضرت امام رضا (ع) نیز می‌فرماید "خداوند بدین خاطر قتل نفس را حرام نموده که قتل نفس موجب از بین رفتن مردم و فاسد شدن تدبیر امور آنان می‌شود" (بابویه، ۳۷۱؛ ترجمه میرزایی، ۱۳۹۰).

1. suicide

2. Owens, Roberts, & Taylor

3. World Health Organization

4. O'Donnell & Wilkinson

5. Nordentoft

6. Delgado

با این وجود آمارها در کل دنیا نشان می‌دهد، خودکشی یازدهمین علت مرگ و میر است (کریستمن^۱، ۲۰۱۲)، هر ثانیه یک نفر اقدام به خودکشی می‌کند و هر ۴۰ ثانیه یک نفر بر اثر خودکشی می‌میرد (دافی و رایان^۲، ۲۰۰۴؛ به نقل از شمس علیزاده، افخم‌زاده، محسن‌پور، صالحیان و شمس علیزاده، ۱۳۹۰).

اولین نگرش علمی به خودکشی در سال ۱۷۳۷ میلادی به وسیله‌ی دی فانتن^۳ صورت گرفته است. وی برای اولین بار کلمه suicide را در فرانسه به کار برد که در سال ۱۷۶۲ به وسیله‌ی آکادمی علوم پذیرفته شد. این کلمه ترکیبی از دو کلمه لاتین sui به معنی "خود" و cide به معنی "کشتن" است (اسلامی نسب، ۱۳۷۱).

خودکشی و رفتار خودکشی‌گرایی (مثل اندیشه‌پردازی^۴، نقشه^۵ خودکشی و اقدام^۶ به خودکشی) یک مسأله‌ی پراهمیت و قابل توجه است. خودکشی بعد از تصادفات و قتل، سومین عامل تجربه مرگ در نوجوانان و جوانان (۱۵ تا ۲۵ سال) است (اندرسون^۷، ۲۰۱۲؛ ژینگ^۸ و همکاران، ۲۰۱۰؛ هاپ^۹، ۲۰۰۹؛ چوی^{۱۰}، ۲۰۰۷) و رفتار خودکشی‌گرایی با خطر قابل توجه اقدامات چندگانه، افزایش هزینه‌های مربوط به مراقبت از سلامت و رنج و عذاب نوجوان و خانواده رابطه دارد. افکار خودکشی‌گرایانه نسبت به خودکشی موفق^{۱۱} شایع‌تر است و به عنوان یک عامل خطرناک عمده برای رفتار خودکشی‌گرایی مورد توجه قرار می‌گیرد (لوینسون، رود و سیلی^{۱۲}، ۱۹۹۴؛ به نقل از باپیری، بهامین و فیض‌اللهی، ۱۳۸۹). علاوه بر این نزدیک به ۹۰ درصد نوجوانان اقدام کننده به خودکشی یک اختلال روان‌پزشکی قابل تشخیص دارند و اکثر آن‌ها

1. Christman

2. Duffy & Ryan

3. De Funten

4. ideation

5. plan

6. attempt

7. Andersson

8. Xing

9. Hope

10. Choi

11. completed suicide

12. Lewinsohn, Rohde, & Seeley

یک اختلال خلقی^۱ دارند (برنت، باگر، بریدج، چن و شیاپتا^۲، ۱۹۹۹؛ شافر^۳ و همکاران، ۱۹۹۶؛ به نقل از ولز و هیلبرن^۴، ۲۰۱۲).

بر حسب میزان قصد خودکشی، رفتارهای خودکشی‌گرا به چهار طبقه تقسیم می‌شوند: افکار خودکشی‌گرایانه^۵، شبه‌خودکشی‌گرایی^۶، اقدام به خودکشی^۷ و خودکشی (مک‌لاگین^۸، ۱۹۹۳؛ به نقل از سان و لانگ^۹، ۲۰۰۸). "شبه‌خودکشی" اقدامی غیرمهلک است که در آن فرد عمداً به خود آسیبی می‌زند یا به اندازه‌ای دارو مصرف می‌کند که درمانگران معمولاً برای مصرف تجویز می‌کنند. "افکار خودکشی-گرایانه" افکار مربوط به اقدام کردن به خودکشی است. "اقدام به خودکشی" به افرادی اشاره دارد که به صورت عمدی به اقدامی غیرمهلک دست زده‌اند و واقعاً قصد خودکشی داشته‌اند.

پژوهش‌های انجام شده در مورد خودکشی نشان داده که خودکشی یک کنش چندعاملی^{۱۰} است (سوکرو^{۱۱}، ۲۰۰۶). سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۲) علل خودکشی را بسیار پیچیده و مختلف می‌داند که می‌توانند در پنج عامل روان‌شناختی، زیستی، فرهنگی، اجتماعی و محیطی طبقه‌بندی شوند. چندین عامل خطرناک برای اندیشه‌پردازی و رفتار خودکشی‌گرایی وجود دارد که شامل جنبه‌هایی از خود رفتار خودکشی‌گرایی، وجود اختلالات روان‌پزشکی در نوجوان به خصوص اختلالات خلقی، اختلال شخصیت، عوامل مزاجی و روان‌شناختی، عوامل زیستی و عوامل خانوادگی و محیط خانواده است (بریدج، گلدشتاین^{۱۲} و برنت، ۲۰۰۶؛ به نقل از ولز و هیلبرن، ۲۰۱۲). از عوامل روان‌شناختی، پنج عامل با اندیشه و اقدام به

1. mood disorder

2. Brent, Baugher, Bridge, Chen, & Chiappetta

3. Shaffer

4. Wells & Heilbron

5. suicidal ideation

6. parasuicide

7. attempted suicide

8. McLaughlin

9. Sun & Long

10. multifactorial act

11. Sokero

12. Goldstein

خودکشی در نوجوانان و جوانان ارتباط دارد که عبارتند از ناامیدی، اعتماد به نفس پایین، ناتوانی جهت کنار آمدن با احساسات، گوشه‌گیری و انزوای اجتماعی و انگیزه برای خودکشی (عثمان، گوتیزر، باریوس، بگ، کوپر و لیندن^۱، ۲۰۰۵).

پیشینه عوامل خاص خانوادگی نشان داده که آسیب‌شناسی والدین به خصوص افسردگی والدین، سوء مصرف مواد و رفتار ضد اجتماعی آنها به صورت عوامل خطرناک عمل می‌کند (ملحم^۲ و همکاران، ۲۰۰۷). همچنین سابقه رفتارهای خودکشی‌گرایی در اعضای خانواده با خودکشی‌گرایی نوجوانان رابطه دارد (برنت، کولکو، آلن و برون^۳، ۱۹۹۰؛ برنت و ملحم، ۲۰۰۸؛ کرل^۴ و رابرت، ۲۰۰۵؛ به نقل از ولز و هیلبورن، ۲۰۱۲). بعضی پژوهش‌ها نشان داده که از بین عوامل خطر خانوادگی مربوط به اقدام به خودکشی، تعارض نوجوان-والد (تامپسون^۵ و همکاران، ۱۹۹۴؛ به نقل از راندل، وانگ، هرتینگ و ایگرت^۶، ۲۰۰۶)، کارکرد خانواده (گاربر و همکاران، ۱۹۹۸؛ به نقل از راندل، وانگ، هرتینگ و ایگرت، ۲۰۰۶)، دعوای جدی با اعضای خانواده (جانسون^۷ و همکاران، ۲۰۰۲)، فقدان حمایت خانوادگی ادراک شده (لوینسون و همکاران، ۱۹۹۴؛ شاراف، تامپسون و والش^۸، ۲۰۰۹)، اقدام به خودکشی همسیره‌ها، مادر و پدر (میتن دورفر-روتز، راسموسن و وازرمن^۹، ۲۰۰۸) از مهم‌ترین این عوامل بوده‌اند. نتایج پژوهش‌های فرزندخواندگی، دوقلوها و خانوادگی یک پیشینه تجربی گسترده ایجاد کرده که تبیین‌های ژنتیکی برای محور خانوادگی خودکشی‌گرایی جمع-آوری کرده که شامل سنخ‌های پدیداری^{۱۰} متوسط می‌شود (مثل پرخاشگری تکانشی، نوروتیک) (برنت و ملحم، ۲۰۰۸).

1. Osman, Gutierrez, Barrios, Bagge, Kopper, & Linden

2. Melhem

3. Kolko, Allan, & Brown

4. Cerel

5. Thompson

6. Randell, Wang, Herting, & Eggert

7. Johnson

8. Sharaf, Thompson, & Walsh

9. Mittendorfer-Rutz, Rasmussen, & Wasserman

10. intermediate phenotypes

مصرف ماری‌جوانا^۱ و اقدام به خودکشی مراقب^۲ (رابرت، رابرت و ژینگ، ۲۰۱۰) دوستی که اقدام به خودکشی کرده یا خودکشی موفق داشته است (بروسکی، ایرلند و رزنیگ^۳، ۲۰۰۱؛ به نقل از ولز و هیلبورن، ۲۰۱۲) اقدام به خودکشی قبلی (پومپیلی^۴ و همکاران، ۲۰۱۱)، سواستفاده قبلی، مصرف مواد و مشکلات تحصیلی (بروسکی، ایرلند و رزنیگ، ۲۰۰۱)، اختلال شخصیت مرزی (شارپ، گرین، یاروسلاوسکی، ونتا، زانارینینی و پتی^۵، ۲۰۱۲، به نقل از ونتا، ۲۰۱۲)، اختلال خوردن (کلاز، واندریکن و ورتومن^۶، ۲۰۰۱) و سبک‌های دلبستگی (ونتا، ۲۰۱۲) با اقدام به خودکشی رابطه داشت. لوینسون، رود و سیلی (۱۹۹۴) در نمونه‌ای از نوجوانان نشان دادند که اقدام به خودکشی قبلی، افکار خودکشی‌گرایی قبلی، افسردگی فعلی، عزت نفس پایین و داشتن یک مادر نوجوان با خودکشی یک نوجوان رابطه داشت. همچنین بعضی عوامل جمعیت شناختی مانند مجرد بودن یا بیوه بودن (پیرسون و برون^۷، ۲۰۰۰)، سفید پوست بودن (پیترز، کوچانک و مورفی^۸، ۱۹۹۸؛ به نقل از پیک^۹، ۲۰۱۰)، بیکار بودن و سالخوردگی (مک-ایننتوش^{۱۰}، ۱۹۹۵) و مردان (برون، بک، استیر و گریشام^{۱۱}، ۲۰۰۰؛ کسلر^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۵؛ به نقل از پیک، ۲۰۱۰) با خطر خودکشی رابطه دارد. بنابراین ترکیب عوامل خطرناک روان‌پزشکی، روان‌شناختی و خانوادگی، تعاملات پیچیده‌ای را در آسیب‌پذیری‌های زیستی، خانوادگی و فردی و همچنین خطر محیطی برای سبب شناسی خودکشی و رفتار خودکشی نشان می‌دهد. در بین این مجموعه عوامل خطرناک تعاملی، مطالعات فراوانی در مورد تعاملات خانواده و روابط خانوادگی که با افکار و رفتار خودکشی ارتباط دارند، انجام شده است، اگر چه هنوز کنترل کمی بر اثرات احتمالی سایر عوامل اعمال می‌شود. علی‌رغم این

1. marijuana

2. caregiver

3. Borowsky, Ireland, & Resnick

4. Pomoili

5. Sharp, Green, Yaroslavsky, Venta, Zanarini, & Pettit

6. Claes, Vandereycken, & Vertommen

7. Pearson & Brown

8. Peters, Kochanek, & Murphy

9. Peak

10. McIntosh

11. Brown, Beck, Steer, & Grisham

12. Kessler

محدودیت‌ها، به نظر می‌رسد شواهد محکمی وجود دارد که رابطه‌ی بین اختلافات خانوادگی و روابط منفی خانواده با رفتار و افکار خودکشی‌گرایانه را نشان می‌دهد (آسارنو و کارلسون^۱، ۱۹۹۸؛ برنت، اوکووندو، گرین‌هال، کولکو، استنلی و مان^۲، ۲۰۰۴؛ فرگوسن و لینسکی^۳، ۱۹۹۵؛ گولد، فیشر، پاریدیس^۴، فلوری و شافر، ۱۹۹۶؛ کوسکی، سیلبورن و زوبریک^۵، ۱۹۹۰؛ به نقل از ولز و هیلبورن، ۲۰۱۲). تعارض با والدین به طور مستقیمی با خودکشی‌گرایی نوجوان رابطه داشته و تعارض خانوادگی با مشکلات حل نشده خانوادگی از معمول‌ترین اتفاقات پراسترس گزارش شده‌ای است که قبل از اقدام به خودکشی و خودکشی‌های موفق در نوجوانان وجود داشته‌اند (برمان و شوارتز^۶، ۱۹۹۰؛ اسپریتو، برون، اورهالسر و فریتز^۷، ۱۹۸۹؛ به نقل از ولز و هیلبورن، ۲۰۱۲). این که چگونه پویایی‌های خاص خانوادگی یا ویژگی‌های کارکردی خانواده می‌تواند در رفتارهای خودکشی‌گرایانه نوجوان نقش داشته باشد، توجه کمی شده است.

جدیدترین آمار سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که فراوانی خودکشی ۱۱/۶ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر است و بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۱۵-۲۹ است (وارنیک^۸، ۲۰۱۲). اگر چه در بعضی تحقیقات نشان داده شده که افراد ۶۵ ساله و بالاتر، نسبت به سایر گروه‌های سنی بیشتر در معرض خطر خودکشی هستند (کتل^۹، ۲۰۰۰؛ به نقل از کراکر، کلار و اوانز^{۱۰}، ۲۰۰۶). در بعضی از کشورها آمار خودکشی نسبت به ۴۵ سال پیش ۶۰ درصد افزایش داشته است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۸؛ به نقل از همیلتون^{۱۱}، ۲۰۱۳). مک اینتوش (۲۰۰۷؛ به نقل از مانک-خوری^{۱۲}، ۲۰۱۲) تخمین زده که در ایالات متحده آمریکا، هر سال بین ۸۶۴۹۵۰ تا ۱۱۰۰۰۰۰ نفر اقدام به خودکشی می‌کنند. در حال حاضر

1. Asarnow & Carlson

2. Oquendo, Birmaher, Greenhill, Kolko, Stanley, & Mann

3. Fergusson & Lynskey

4. Parides

5. Kosky, Silburn, & Zubrick

6. Berman & Schwartz

7. , Brown, Overholser, & Fritz

8. Värnik

9. Cattell

10. Crocker, Clare, Evans

11. Hamilton

12. Mance-Khourey

بیشترین نرخ آمار خودکشی در مردان، در کشور لیتوانی با آمار ۶۱/۲ نفر در ۱۰۰۰۰۰ نفر و در زنان، کره جنوبی با آمار ۲۲/۱ نفر در ۱۰۰۰۰۰ است و در کل، کشور لیتوانی با آمار ۳۴/۱ در ۱۰۰۰۰۰ نفر بیشترین آمار خودکشی در جهان را دارد (وارنیک، ۲۰۱۲).

مطالعات جدید همه‌گیرشناسی نشان می‌دهد که شیوع اقدام به خودکشی در میان نوجوانان به طور چشم‌گیری رو به افزایش است و شیوع آن در دانش‌آموزان دبیرستانی به ۳/۵ تا ۱۱ درصد می‌رسد (لوینسون، رود و سیلی، ۱۹۹۴). در حال حاضر خودکشی عامل ۱۲ درصد مرگ و میرهای نوجوانان، دومین عامل در افراد ۲۵ تا ۳۷ سال و سومین عامل مرگ در افراد ۱۵ تا ۲۴ سال در آمریکا است (اندرسون، تریو و پرسه^۱، ۲۰۰۲؛ به نقل از اکبری زردخانه، جعفری، دولتشاهی، ممقانیه، ۱۳۸۸؛ لیسچیتز، ین، وینستاک و اسپریتو^۲، ۲۰۱۲). پژوهش‌ها رشد سریع خودکشی را در کشورهای آسیایی نشان می‌دهد که بیشترین نرخ خودکشی به ترتیب در کشورهای کره جنوبی، ژاپن و تایوان دیده می‌شود. در حالی که نرخ خودکشی در کشورهای غربی کاهش اندکی داشته است (سان و لانگ، ۲۰۰۸).

با این که در ایران آمار مدون و دقیقی از میزان وقوع خودکشی وجود ندارد، ولی بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته آمار خودکشی در ایران وضعیتی مشابه سایر کشورها دارد (جمشیدزاده، ۱۳۸۲؛ به نقل از اکبری زردخانه، جعفری، دولتشاهی، ممقانیه، ۱۳۸۸). البته بعضی از آمارها نشان می‌دهد که در ایران خودکشی از بیشتر کشورهای دنیا به ویژه کشورهای غربی پایین‌تر، ولی بالاتر از سایر کشورهای منطقه‌ی خاورمیانه است. ایران از نظر رتبه‌ی جهانی خودکشی در رتبه‌ی پنجاه و هشتم قرار دارد که در این میان سه استان ایلام، کرمانشاه و همدان بالاترین آمار خودکشی را دارند (شمسی خانی، رهگو، فلاحتی خوش‌کتاب و رهگذر، ۱۳۸۶؛ به نقل از مرادی، مرادی و مصطفوی، ۱۳۹۱). بنابر اعلام سازمان پزشکی قانونی

کشور، در سال ۱۳۹۲ در مجموع ۳۶۴۰ مرگ مشکوک به خودکشی در کشور روی داده است که از این

¹. Anderssen, Trio, & Prce

². Lipschitz, Yen, & Weinstock