

مقابله با گرایش به خودکشی

نویسندگان

م. دیوید رود - توماس جویئر - م. حسن رجب

ترجمه

دکتر مهشید فروغان

ویراستاری: گروه علمی رشد

انزلی
تهران - ۱۳۹۶

مقابله با
گرایش به خودکشی

نویسندگان: م. دیوید رود، توماس جویئر، م. حسن رجب

ترجمه: دکتر مهشید فروغان

ویراستاری: گروه علمی رشد

چاپ دوم: بهار ۱۳۹۶

چاپ اول: پاییز ۱۳۹۶ - شمارگان ۲۰۰ نسخه

چاپ: ...

انتشارات

مرکز نشر و پخش کتابهای درسی و تخصصی

ساختمان مرکزی: خیابان انقلاب، خیابان شهدای ژاندارمری، بین خیابان داریوش و خیابان ... شماره ۴۱، تلفن ۶۶۴۰۴۴۰۶

فروشگاه: میدان انقلاب، روبروی سینما بهمن، خیابان منیر یار جوی (اردیبهشت)، شماره ۷۲، تلفن ۶۶۴۱۰۰۰ - ۶۶۴۹۸۳۸۶ - ۶۶۴۹۷۱۸۱

تهران - ۱۳۹۶

قیمت: ۲۵۰۰۰ تومان

فهرست

۱۳	در باره نویسندگان
۱۵	یادداشت ویراستار مجموعه
۱۷	پیشگفتار
۱۷	درمان خودکشی گرایی: مروری کوتاه
۱۹	نتایج ضمنی کاربرد راهنمای درمانی خودکشی گرایی
۲۰	ساختار کتاب حاضر
۲۱	تقدیر و تشکر
۲۳	بخش اول: پی ریزی شالوده درمان
۲۵	فصل اول: از درمان خودکشی گرایی واقعاً چه می دانیم؟: بازنگری نقادانه متون علمی
۲۷	متون علمی موجود: داده های پایه محدود
۲۹	بازنگری نقادانه مطالعات مداخله ای: آیا ایجاد تغییراتی ساده، در روش کار تأثیر دارد؟
۳۲	نتایج ضمنی یافته های فوق در کار بالینی

۳۲	بازنگری نقادانه مطالعات درمانی: پدیدارشدن گرایش درمانی شناختی - رفتاری
۳۶	نتایج ضمنی در کار بالینی
۳۷	ارتباط درمانی در درمان خودکشی‌گرایی: پیوستگی، امید، بقا
۳۹	نتایج ضمنی در کار بالینی
۳۹	پرسش‌های بدون پاسخ: چالشی که پیش روی ماست
۴۱	فصل دوم: یک مدل شناختی - رفتاری برای خودکشی‌گرایی
۴۱	مدل‌های نظری موجود برای رفتار خودکشی‌گرایانه: نگاهی کوتاه
۴۴	متغیرهای ایستا و پویای پیش‌بینی‌کننده خودکشی‌گرایی
۴۶	کاربرد یافته‌های نظری تجربی در درمان: معضل ارتباط اندک با مسائل بالینی
۴۸	مفروضه‌های بنیادین در نظریه درمان شناختی: نتایج ضمنی در خودکشی‌گرایی
	شروط اساسی مدل شناختی رفتاری خودکشی‌گرایی: یکپارچه‌سازی یافته‌های تجربی و
۵۱	اطمینان از قابلیت کاربرد بالینی آنها
	سبک خودکشی‌گرا به عنوان مدل شناختی رفتاری خودکشی‌گرایی: بسط و کاربرد
۵۳	اختصاصی نظریه سبک‌ها و آسیب‌شناسی رفتاری
۵۵	تعریف سبک خودکشی‌گرا: ویژگی‌های نظام‌های مختلف
۶۳	تکمیل سبک خودکشی‌گرا: مفهوم‌سازی انفرادی مورد
۷۱	نتایج ضمنی سبک خودکشی‌گرایانه در سازماندهی، محرک و فرایند درمان
۷۱	انعطاف‌پذیری نظری سبک خودکشی‌گرایانه در یکپارچه‌سازی روان درمانی
۷۳	ارتباط درمانی در درمان شناختی - رفتاری: سه اصل بنیادی
۷۵	فصل سوم: مرور فرایند درمان
۷۶	تکمیل شکل بالینی: درک شدت، ازمان و درآمیختگی تشخیصی
۷۸	تعیین اجزای درمان
۸۰	مروری کلی بر اهداف مربوط به اجزای درمانی
۸۱	اهداف مدیریت نشانه
۸۱	اهداف مهارت‌سازی
۸۲	اهداف رشد شخصیت
۸۲	مروری کلی بر مراحل برنامه‌ریزی درمان

۸۴	درک فرایند درمان: اجزای درمان و سطوح مربوط به هر یک از آنها
۸۴	تعریف سطوح اجزا
۸۵	جزء مدیریت نشانه
۸۵	جزء مهارت سازی
۸۵	جزء رشد شخصیت
۸۷	جزء مدیریت نشانه
۸۸	چرخش در اجزا و سطوح
۹۱	نقش دارودرمانی
۹۳	جزء مهارت سازی
۹۵	جزء رشد شخصیت
۹۶	تنوع در نقش درمانگر
۹۶	یک نمونه بالینی از خودکشی: ایی جاد (مورد آقای «الف»)
۹۷	پیشینه درمان
۹۷	طرح اولیه درمان
۹۸	پایش فرایند درمان
۹۹	تکالیف و نشانگرهای فرایند
	اقدامات تحریک آمیز و مقاومت در ارتباط درمانی: یک چرخه وب سازمانی روشن، چگونه کمک می کند؟
۱۰۲	
۱۰۳	کمیت سنجی تغییر: چگونه می توانیم در درمان، تغییر را اندازه گیری و پایش کنیم؟
۱۰۴	عدم پیروی از درمان و کناره گیری از آن
۱۰۵	اطمینان از رازداری درمانی
۱۰۶	ختم درمان: چه وقت، چرا و چگونه؟
۱۰۶	گروه های فرایند بین فردی و جلسات یادآوری
۱۰۷	نقش تیم درمان
۱۰۸	ضرورت مراقبت بلندمدت در دنیای پرشتاب
۱۰۹	بخش دوم: ارزیابی و درمان
۱۱۱	فصل چهارم: دوره درمان و رهنمودهای جلسه به جلسه
۱۱۳	آغاز درمان جلسه اول تا چهارم

۱۱۴	جلسه اول: دستور جلسه
۱۱۴	اهداف ارزیابی و تشخیص
۱۱۵	اهداف مداخله
۱۱۶	مورد بانو «د»
۱۲۰	دستور جلسه دوم
۱۲۲	دستور جلسه سوم
۱۲۵	دستور جلسه چهارم
	جلسات پنجم تا دهم: مدیریت نشانه، بازسازی شناختی، کاهش و حذف رفتارهای خودکشی نریمان
۱۲۶	
۱۲۹	جلسات دهم تا نوزدهم: آگیا بر مهارت سازی
۱۳۰	جلسات نوزدهم تا سیست: حرکت به سوی رشد شخصیت و درمان بلندمدت تر
۱۳۳	فصل پنجم: فرایند ارزیابی و مرحله نخستین
۱۳۷	اهداف سنجش خطر: اهمیت تعیین خطای در پایش مستمر
۱۳۹	مفهوم سازی درمان و رضایت به درمان آگاهانه سازی
۱۳۹	تعیین سطح پایه عملکرد
۱۴۲	تعیین مرحله و سطح اولیه و آماج های درمانی
۱۴۳	برنامه درمانی آغازین
۱۴۵	ترسیم خطوط اصلی سبک خودکشی گرا
۱۴۷	رازداری و رضایت آگاهانه
۱۵۱	آغاز خودپایش
۱۵۲	کاربرد و نقش روان آزمایی
۱۵۶	چند نکته عملی
۱۵۶	برقراری ارتباط درمانی
۱۵۷	اقدام اول
۱۵۷	اقدام دوم
۱۵۸	اقدام سوم
۱۵۹	اقدام چهارم
۱۵۹	اقدام پنجم

۱۶۱	فصل ششم: سنجش خطر خودکشی
۱۶۲	افتراق سنجش خطر از پیش‌بینی خطر: تعریف ماهیت مسئولیت‌های بالینی
۱۶۴	اهمیت کاربرد دقیق اصطلاحات فنی: آنچه را می‌دانیم بگوئیم و بدانیم چه می‌گوئیم!
۱۶۷	اجزای ضروری در مصاحبه بالینی سنجش خطر
۱۶۸	نکاتی دربارهٔ بیرون کشیدن اطلاعات در مورد قصد خودکشی و تسلط بر خود
	طبقه‌بندی گروه‌های خطر: پایه، حاد، مزمن با خطر زیاد، و مزمن با خطر زیاد و دوره‌های
۱۷۴	تشدید حاد
۱۷۶	درجه‌بندی شتاب: پیوستاری برای خودکشی‌گرایی
۱۷۸	مستندسازی بالینی - فرایند خطر: مفهوم پایش خطر
۱۸۱	نقش اِزمان و زمان در سنجش خطر
۱۸۲	تصمیم‌گیری، مدیریت و روان‌بالینی
۱۸۴	پایش مستمر نتیجه و ارزیابی درمان
۱۸۶	تداوم افکار خودکشی‌گرایانه: یک نشانه با توجه‌گمراه‌کننده برای نتیجه درمان
۱۸۷	فصل هفتم: مداخله در بحران و مدیریت نشانه‌ها
۱۸۹	اقدامات کلیدی مداخله در بحران
۱۹۳	از ایمنی بیمار مطمئن شوید
۱۹۴	خودپایش در بحران‌ها
۱۹۴	آموزش به بیمار برای درجه‌بندی رنج: اقدامی برای خودپایش
۱۹۸	تکمیل برگه ثبت فکر خودکشی
۱۹۹	رسم چرخه خودکشی‌گرا: سبک خودکشی‌گرا در حالت عمل
۲۰۱	کاربرد نگاره‌های خلق
۲۰۲	بهبود تحمل رنج و کاهش تکانشوری: اهمیت تأکید مکرر بر اینکه احساس بد تا ابد نمی‌پاید
۲۰۳	اقدام‌های لازم برای بهبود تحمل رنج
۲۰۴	آماج قرار دادن نومییدی مبدا: نوع دیگری از مسئله‌گشایی
۲۰۵	مورد بانو «ف»
۲۰۶	مراحل آماج قرار دادن نومییدی مبدا
۲۰۶	نظریه‌ی نشانه: بهبود سطح کارکرد در کوتاه‌مدت

۲۰۷	 مراحل نظریاتی نشانه
۲۰۷	 اهمیت ساختار: فراهم کردن برنامه پاسخ به بحران
۲۰۹	 مراحل تدوین برنامه پاسخ به بحران
۲۱۱	 فصل هشتم: کاهش و حذف رفتارهای مرتبط با خودکشی
۲۱۱	 تعیین آماج‌های رفتاری در درمان: شناخت سبک خودکشی‌گرا
۲۱۳	 پرسش‌هایی در زمینه رفتار (های) مرتبط با خودکشی
۲۱۴	 پرسش‌هایی در زمینه تکانشوری / تسلط بر خود
۲۱۴	 افتراق اعمال خودکشی‌گرایانه از رفتارهای ایزاری
۲۱۶	 رویارویی: پیام‌های متناقض
۲۱۸	 تعیین چرخه خودکشی‌گر
۲۱۸	 مورد آقای «ج»
۲۲۰	 فرایند تغییر رفتار: کاهش رفتار خودکشی‌گرایانه
۲۲۱	 متعهد شدن به فرایند درمان
	 مطمئن شوید که بیمار چرخه خودکشی‌گر را به رستخیز درک کرده است: خودپایش و
۲۲۴	 آگاهی هیجانی
	 بازداری چرخه خودکشی‌گرا در جریان حالت‌های حران: مداخله به نفع ایجاد
۲۲۵	 تغییر در چرخه
۲۲۷	 رفتارهای جایگزین و گوش به زنگی هدفمند: مداخله زودرس در چرخه
۲۲۸	 شکل‌دهی رفتار: فرایند تغییر تدریجی
۲۳۰	 راهبردهای مبتنی بر مواجهه: نقش‌گذاری، نشانه‌نمایی و پیش‌ورزی رفتاری
۲۳۰	 کنترل وابستگی و موفقیت درمان
۲۳۲	 آماج‌گیری وقفه‌های درمانی
۲۳۵	 اقدامات تحریک‌آمیز: روند ارتباط بین فردی در خودکشی‌گرایی
۲۳۸	 اداره کردن اقدامات تحریک‌آمیز در درمان
۲۳۸	 راهبردهای مرحله ۱: کندوکاو در احساسات بیمار
۲۳۹	 راهبردهای مرحله ۲: کمک به بیمار برای درک الگوهای پایه در ارتباط تحریک‌آمیز
۲۴۰	 راهبردهای مرحله ۳: معرفی راه‌های دیگر برای حل مشکلات بین فردی
۲۴۱	 رشد امید و حذف رفتار خودکشی‌گرایانه: چند نتیجه‌گیری

فصل نهم: بازسازی شناختی: تغییر نظام باورهای خودکشی‌گرایانه و بنای فلسفه‌ای	
برای زندگی.....	۲۴۲
معنای شخصی و نظام باورهای خودکشی‌گرایانه: نقش افکار خودآیند و باورهای	
اصلی و مشروط.....	۲۴۳
راهبردهای ساده برای تغییر شناختی.....	۲۴۹
نحوه برخورد با انگیزه ضعیف و عدم پیروی از درمان.....	۲۵۴
بنای فلسفه‌ای برای زندگی: تغییر و پذیرش به مثابه قواعد تازه.....	۲۵۵
سبک‌های غالب، تسهیل‌کننده و جبرانی در خودکشی‌گرایی مزمن: ایجاد سبک‌های انطباقی و	
تصدیق شایستگی‌های بزرگ‌های فردی.....	۲۵۷
نظام باورهای درمانی: باورهای مختص درمان.....	۲۵۸
ترسیم خطوط کلی نگاه و راه‌های درمانی.....	۲۶۷
نظام باورهای درمانی درمانگر خودکشی‌گرایی: پایش افکار، احساس‌ها و رفتارها در درمان.....	۲۷۱
ارزیابی ارتباط: شکیبایی، تصمیم‌ها و همسانی.....	۲۷۳
فصل دهم: مهارت‌سازی: ایجاد سبک‌های انطباقی و اطمینان از تغییر پایدار.....	۲۷۵
مفهوم‌سازی کمبودهای مهارتی در درمان شناختی- رفتاری خودکشی‌گرایی.....	۲۷۵
آماج قرار دادن کمبودهای مهارتی- اطمینان از درک و ایجاد انگیزش برای تغییر.....	۲۷۷
برخی از تکالیف سازمانی، همه حوزه‌های مهارتی، برای درمانگر: به منظور یادآوری.....	۲۸۰
مدلی برای مسئله‌گشایی: یادگیری شناسایی، ارزیابی، و دنبال کردن جایگزین‌های خودکشی.....	۲۸۴
توانایی تنظیم هیجان: هنر ایجاد احساس بهتر در زمان خودکشی‌گرایی.....	۲۸۶
خودپایش.....	۲۸۹
تحمل رنج.....	۲۹۱
مهارت‌های بین فردی: یادگیری جرأت‌مند، ملاحظه‌کار، و پاسخگو بودن.....	۲۹۲
مدیریت خشم: شناسایی زودرس، بیان مناسب و اهمیت همدلی، پذیرش و بخشش.....	۲۹۴
مهارت‌سازی و تغییر شخصیت: واحد و همسان؟.....	۲۹۷
تغییر فرایند بین فردی: تلفیق درمان گروهی.....	۲۹۷
گروه‌های روان‌آموزی.....	۲۹۸
گروه‌های مسئله‌گشایی (کوچک و بزرگ).....	۲۹۹

پیشگفتار

درمان خودکشی‌گرایی: مروری کوتاه

طی دهه گذشته، سنجش و درمان رفتار خودکشی‌گرایانه در یک بالینی روزمره، توجه روزافزونی را به خود اختصاص داده است. این گرایش را می‌توان معلول چند عامل مشخص دانست:

۱. افزایش تصاعدی تقاضای غرامت از ارائه‌دهندگان خدمت به بیماران سرپایی و بستری، به

دلیل قصور پزشکی منجر به خودکشی (برای مثال، جابز^۱ و برمن^۲، ۱۹۹۰).

۲. پیدایی رهنمودهای اخلاقی به منظور تعیین و الزامی کردن آموزش‌های اختصاصی تجربه

بالینی و صلاحیت‌های ویژه برای درمانگرانی که با بیماران خودکشی‌گرا کار می‌کنند (برای

مثال، بونگار^۳، ۱۹۹۲؛ بونگار و هارمتس^۴، ۱۹۸۹؛ کلیس پایز^۵، ۱۹۹۳).

۳. اصلاح فهرست اصطلاحات کاربردی و پژوهشی در خودکشی‌گرایی (اُکارول^۶ و همکاران،

۱۹۹۶).

1. Jobs

2. Berman

3. Bongar

4. Harmatz

5. Kleespies

6. O'Carrol

۴. انتشار استانداردهای مقدماتی مراقبت از بیماران بستری و سرپایی در سال‌های اخیر (بونگار، ماریس^۱، برمن و لیتمن^۲، ۱۹۹۲؛ بونگار، ماریس، برمن، لیتمن و سیلورمن^۳، ۱۹۹۳؛ سیلورمن، برمن، بونگار، لیتمن و ماریس، ۱۹۹۴).

نتیجه نهایی این همگرایی عوامل، دارای سه وجه است: نخست، ارتقای سطح آگاهی درمانگران بالینی از پیچیدگی مسائل بالینی، اخلاقی و حقوقی کار با بیماران خودکشی‌گرا. دوم، بازشناسی روزافزون وظایف ویژه، منحصر به فرد و مشخص درمانگران در سنجش و درمان بیماران خودکشی‌گرا که با تغییر نوع جهت‌گیری روان‌درمانگرانه، تغییر نمی‌کند. سوم، آگاهی عمیق‌تر درمانگران بالینی از محدودیت پژوهش‌های موجود در زمینه خودکشی‌گرایی. یافته‌های تجربی موجود در حمایت از بیشتر اقداماتی که به‌طور روزمره در کار بالینی صورت می‌گیرد، اندک‌اند و این فقدان، ضرورت اتخاذ رویکردهای پژوهشی و سازمان یافته را برجسته‌تر می‌کند.

توجهی که در دهه اخیر به خودکشی‌گرایی معطوف شده، با دگرگونی‌های چشمگیری در ماهیت خدمات بهداشتی همراه بوده است. مراقبت مدیریت شده، نحوه کار در روان‌درمانی (نوع اقدامات عینی، دفعات انجام و چارچوب زمانی لازم) را به شدت تغییر داده است. حتی در مورد دشوارترین بیماران نیز همین روال رعایت می‌شود. اثباتی موجود نیست که نشان دهد خودکشی به‌عنوان یکی از مخاطرات بهداشتی، خصوصاً در گروه ۱۰ تا ۱۴ سال، حذف شده یا کاهش یافته باشد. خودکشی در زمره یکی از عمده‌ترین علل مرگ افراد ۱۰ ساله و بیشتر قرار دارد و برآورد می‌شود که دفعات اقدام به خودکشی برای هر مورد با سرانجام موفق، بین ۸ تا ۲۵ بار است (مؤسسه ملی بهداشت روانی^۴، ۱۹۹۸). برای برخی از این افراد، درمان بلندمدت، حداقل ۶ تا ۱۲ سال راجع این کلمه، رویدادی منسوخ شده است (برای مثال، ناتان^۵، ۱۹۹۸؛ سیلیگمن^۶، ۱۹۹۶).

بدون تردید، در آینده، اکثر ماناگزیریم قانونمندتر به درمان بیماران خودکشی‌گرا بپردازیم؛ در حالی که منابع محدودتر و فرصت کمتری در اختیار داریم و به‌رغم آنکه علاء‌نما و همچنان درباره روش‌های درمانی اثربخش بسیار محدود است و درباره عوامل مؤثر بر درمان نیز میان صاحب‌نظران هیچ توافقی وجود ندارد (به فصل اول این کتاب رجوع شود). هدف از نگارش این کتاب آن است که کتاب راهنمایی برای درمان خودکشی‌گرایی با رعایت حد زمانی در اختیار درمانگران قرار گیرد؛ راهنمایی که علاوه بر داشتن مبنای تجربی، محدودیت‌ها و فشارهایی را که روان‌درمانی در قرن ۲۱ با آنها روبه‌روست، می‌شناسد و به آنها توجه می‌کند.

در گذشته، هرگز مسائلی از قبیل زمان، پول، و مستندسازی نتایج، در مباحث مربوط به شیوه سنجش خطر، مدیریت و درمان آن، چنین نقش برجسته‌ای نداشت. بسیار پیش می‌آید که درمانگر عصر حاضر از خود بپرسد: «چگونه می‌توانم این بیمار را به گونه‌ای بی‌خطر و مؤثر در این زمان محدودی که به من داده شده است، درمان کنم؟» و نیز ممکن است از خود بپرسد: «چگونه می‌توانم بفهمم که کارها خوب پیش می‌رود؟» در پاسخ به این نیاز، بسیاری برای آنکه خود را با فشارهای استثنایی کار با مسائل بالینی پیچیده و محدودیت زمانی شدید وفق دهند، به کتاب‌های راهنمای درمان روی آورده‌اند (لمبرت^۱، ۱۹۹۸). اینکه آیا این تصمیم‌گیری درست است یا خیر، بحث‌های داغی را برانگیزته است که هر دو طرف، کماکان له یا علیه آن دلایلی ارائه می‌کنند.

نتایج ضمنی کاربرد راهنمای درمانی خودکشی‌گرایی

استفاده از کتاب‌های راهنما، چندان متداول نبوده است. در واقع، بجز رفتار درمانی دیالکتیکی لینهان^۲ که دربارهٔ اختلال شخصیت مضطرب، مرزی نگاشته شده است (۱۹۹۳)، هیچ کتاب راهنمای دیگری وجود ندارد که اختصاصاً به خودکشی رایی پرداخته باشد. هرچند برخی از انتقادهایی که به‌طور کلی به کتاب‌های راهنمای درمانی وارد است ممکن است دربارهٔ این یک نیز صدق کند، بسیاری عقیده دارند که محاسن آن بسیار بیشتر از منافعش است (برای مثال، کریگ هد^۳ و گریگ هد، ۱۹۹۸؛ کندال^۴، ۱۹۹۸؛ لمبرت، ۱۹۹۸). با این حال، آنچه به درمانگران بالینی عرضه می‌کنیم، منحصر به فرد است. این کتاب، راهنمایی است مبتنی بر تجربه، با چارچوب نظری بسیار قوی که انعطاف‌پذیری واقع‌گرایانه‌ای دارد؛ راهنمایی که اقدامات درمانی، ابر قضاوت، مهارت و تخصص درمانگر بنا نهاده است. ما امیدواریم توانسته باشیم کتابی ارائه کنیم که به درمانگران در یافتن پاسخ برخی سؤالات اساسی در کار روزمره با بیماران خودکشی‌گرا کمک کند: سؤالاتی که در آمیختگی تشخیصی و بین فردی بیماران خودکشی‌گرا، آنها را پیچیده‌تر می‌کند:

- ماهیت مشکل چیست (تشخیص و سنجش خطر)؟
- چه کاری باید انجام شود (مداخله بالینی)؟
- چه زمانی برای انجام این کار بهتر است (توالی و زمانبندی درمانی)؟
- چگونه می‌توان فهمید که این کار مؤثر بوده است (ارزیابی نتیجه درمان)؟

بدون تردید، رویکرد درمانی ارائه شده، رویکردی ساخت یافته و هدایت شده است. گذشته از آن، معتقدیم که به دلایل متعدد زیر، این کتاب منحصر به فرد است: نخست، درمانی یکپارچه و مبتنی بر

چهارچوبی نظری ارائه می‌دهد که تجربه نیز از آن حمایت می‌کند و ضمناً در یک موقعیت زمانی محدود قابل اجرا است. دوم، خواندن این کتاب روشن خواهد کرد که این انعطاف‌پذیری، به اندازه‌ای است که کار روزمره بالینی با تشخیص‌های پیچیده و چالش‌آمیز خودکشی‌گرایی را امکان‌پذیر می‌کند؛ این مدل درمانی، در مطالعات اثربخشی، درمانی ایده‌آل به‌شمار می‌آید، مطالعاتی که در آنها لازم است تا بین اجرای آزمایش‌های بالینی کنترل شده در آغاز کار و مطالعات اثربخشی بعدی، تعادلی برقرار کرد و مقایسه‌هایی انجام داد. سوم، در این مدل درمانی، نه تنها نقش حساس ارتباط درمانی و متغیرهای مختص درمانگر در درمان خودکشی‌گرایی مورد قبول است، بلکه بر اهمیت آن نیز تأکید می‌شود. چهارم در تغییر رفتار این جمعیت، اهمیت فرایند بین فردی در نظر گرفته می‌شود. پنجم آنکه، چارچوب درمانی ارائه شده، بر پایش دقیق خطر و نتایج درمانی استوار است که این امر، با نظرات درمان درباره اهمیت پایش منظم نتیجه درمان برای کلیه بیماران تحت روان‌درمانی، همخوانی دارد (برای مثال، لمبرت و اُکیشی، ۱۹۹۷).

در مجموع، معتقدیم که این کتاب بر تمامی جنبه‌های درمان رفتار خودکشی‌گرایانه نظر دارد و کتابی است که با محیط درمانی محصور به فرد امروزی کاملاً متناسب است و چارچوبی را فراهم می‌کند که گرچه در بلندمدت نیز کاربرد دارد، ولی اختصاصاً برای مراقبت‌داری حد زمانی، طراحی شده است. در خاتمه باید اضافه کرد که این کتاب، راهنمایی است که چارچوب جامعی برای سنجش، مدیریت، و روان‌درمانی بیمار خودکشی‌گر در اختیار درمانگران بالینی قرار می‌دهد.

ساختار کتاب حاضر

ما این کتاب را در دو بخش تدوین کرده‌ایم؛ در بخش اول، به بیان نظری و تجربی پرداخته‌ایم و در بخش دوم، اقدامات اختصاصی لازم در زمینه سنجش و درمان خودکشی‌گرایی شرح داده شده است. سعی بر آن بوده است که مطالبی جامع ارائه کنیم و مفهوم‌سازی، سردی، سنجش خطر، مداخله در بحران، برنامه‌ریزی درمان و آماج‌های درمانی اختصاصی، و پایش نتیجه درمان را در این کتاب بگنجانیم. علاوه بر آن، ما به موضوعات و ملاحظات خاصی از قبیل نقش گروه درمانی، کاربرد دارو، گزینش بیمار، و خاتمه درمان نیز پرداخته‌ایم. امیدواریم که خوانندگان این کتاب، علاوه بر اینکه در زمینه درمان مؤثر رفتار خودکشی‌گرایانه در دنیایی که در آن، همواره محدودیت زمانی وجود دارد، اطلاعات بسیاری به دست می‌آورند، این رویکرد را پاسخگوی تفاوت‌های فردی ظریف، خلاقیت بالینی، سطوح مختلف مهارتی، آموزشی، و تجربی خود ببینند.