

پیشگیری از رفتارهای خودکشی

ویژه کارشناس سلامت روان



پیشگیری از خودکشی مرجعی برای مشاوران

دپارتمان سلامت روانی و سوء مصرف مواد
مدیریت اختلالات روانی و مغزی
سازمان جهانی بهداشت
ژنو ۲۰۰۶

مترجم:
دکتر مرجان فتحی



فهرست‌نویسی سازمان جهانی بهداشت در انتشار اطلاعات
پیشگیری از خودکشی: مرجعی برای مشاوران. (پیشگیری از
خودکشی: سری منابع: ۷)

این سند یکی از مجموعه منابعی است که برای گروه‌های
خاص اجتماعی و حرفه‌ای به ویژه برای گروه‌های مرتبط با
موضوع پیشگیری از خودکشی تدوین شده است. این
برنامه به عنوان بخشی از SUPRE، برنامه پیشگیری از
خودکشی سازمان جهانی بهداشت، تهیه شده است.

کلید واژه‌ها: خودکشی - پیشگیری و کنترل. ۲. خودکشی
، اقدام - پیشگیری و کنترل. ۳. مشاوره. ۱. سازمان جهانی
بهداشت II. مجموعه‌ها: پیشگیری از خودکشی: سری
منابع: ۷.

شابک ۹۲۴ ۱۵۹۴۳۱۴ (LC / NLM: HV6545) طبقه بندی)

شابک ۹۷۸ ۹۲۴ ۱۵۹۴۳۱۸

© سازمان جهانی بهداشت ۲۰۰۶

کلیه حقوق محفوظ است. انتشارات سازمان جهانی بهداشت از آدرس زیر قابل دریافت است:
Switzerland, 27 Geneva WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211

(تلفن: ۰۰۴۱۲۲۷۹۱۳۲۶۴; فکس: ۰۰۴۱۲۲۷۹۱۴۸۵۷; ایمیل: bookorders@who.int).

در صورت درخواست‌های مبنی بر تکثیر یا ترجمه انتشارات سازمان جهانی بهداشت (چه برای فروش و چه توزیع غیرتجاری) باید به انتشارات سازمان جهانی بهداشت (آدرس بالا) مراجعه نمود (فکس: ۰۰ ۴۱ ۲۲ ۷۹۱ ۴۸۰۶ و ایمیل: permissions@who.int). عناوین به کار رفته و مطالب ارائه شده در این نشریه، ابراز عقیده سازمان جهانی بهداشت درباره نگرانی وضعیت قانونی هر کشور، منطقه، شهر یا اختیارات یا تعیین مرزهای آن نیست. خطوط نقطه‌دار بر روی نقشه خطوط یک مرز تقریبی را نشان می‌دهد که ممکن است هنوز در مورد آن‌ها توافق کامل وجود نداشته باشد. ذکر نام شرکت‌های خاص و یا برخی تولیدکنندگان معین در متن، به معنای تایید یا پیشنهاد آن‌ها از طرف سازمان جهانی بهداشت و اولویت بندی آن‌ها به موارد مشابه دیگر نیست. خطاها و استثنائات و نام محصولات اختصاصی، با حروف بزرگ در ابتدای آن‌ها متمایز شده‌اند. در این نشریه تمام اقدامات احتیاطی مناسب برای تایید اطلاعات موجود توسط سازمان جهانی بهداشت صورت گرفته است. با این حال مطالب بیان شده به صورت صریح یا ضمنی، بدون هیچ ضمانتی منتشر شده‌اند. مسئولیت تفسیر و استفاده از مطالب با خواننده است. سازمان جهانی بهداشت مسئولیت آسیب‌های پیش آمده ناشی از استفاده از مطالب را بر عهده نخواهد گرفت.

چاپ شده در ایالات متحده آمریکا

فهرست ۳

- ۵۳ پیشگفتار
- ۵۵ پیشگیری از خودکشی
- ۵۶ بار خودکشی
- ۵۷ عوامل و موقعیت‌های پرخطر
- ۵۹ گروه‌های خاص و خودکشی
- ۶۱ افسانه‌های رایج درباره‌ی رفتارهای خودکشی
- ۶۳ ارزیابی رفتارهای خودکشی
- ۶۵ مدیریت رفتارهای خودکشی
- مشاوره با کودکان و نوجوانانی که گرایش به
- ۶۸ خودکشی دارند
- ۷۰ مواجهه‌ی مشاوران با خودکشی مراجعان
- ۷۱ فراهم کردن اطلاعات مفید برای جامعه
- ۷۳ منابع

پیشگفتار

خودکشی پدیده پیچیده‌ای است که طی قرن‌ها توجه فیلسوفان، حکما، پزشکان، جامعه‌شناسان و هنرمندان را به خود جلب کرده است. به گفته‌ی آلبر کامو، فیلسوف فرانسوی، در افسانه‌ی سیزیف، خودکشی تنها مشکل جدی فلسفی است.

خودکشی به عنوان یک مشکل بهداشت عمومی جدی، توجه ما را می‌طلبد، اما متأسفانه پیشگیری و کنترل آن کار ساده‌ای نیست. تحقیقات نشان می‌دهند پیشگیری از خودکشی در صورتی امکان‌پذیر است که مجموعه‌ای از فعالیت‌ها اعم از فراهم کردن بهترین شرایط برای تربیت فرزندان و جوانان مان و درمان مؤثر اختلالات روانی برای کنترل محیطی عوامل خطر را دربر بگیرد. انتشار مناسب اطلاعات و آگاهی بخشی، عناصر اساسی در موفقیت برنامه‌های پیشگیری از خودکشی هستند.

در سال ۱۹۹۹ سازمان جهانی بهداشت (SUPRE)، برنامه پیشگیری از خودکشی اجرا کرد. این کتابچه یکی از مجموعه منابع مهم و بخشی از SUPRE است که گروه‌های خاص حرفه‌ای و اجتماعی را که با پیشگیری از خودکشی در ارتباط هستند، مخاطب قرار می‌دهد. این کتابچه در صدد برقراری ارتباط طولانی و متنوع زنجیره‌ای از گروه گسترده‌ای از افراد و گروه‌ها؛ از جمله متخصصان بهداشت، مربیان، سازمان‌های اجتماعی، دولت‌ها، قانون‌گذاران، رابطان اجتماعی، مجریان قانون، خانواده‌ها و جوامع است.

نسخه اولیه این کتابچه را مدیون زحمات دکتر اسکات هینکل^۱، هماهنگ کننده آموزش بالینی، عضو هیات ملی مشاوران با صلاحیت در شهر گرینسبورو از آمریکا هستیم. این متن متعاقباً توسط اعضای شبکه بین‌المللی پیشگیری از خودکشی جهانی سازمان بهداشت که در ادامه آمده، بازبینی شده است که از آن‌ها سپاسگزاریم.

دکتر آنت بیاتریس^۲، دانشکده پزشکی کرایست چرچ^۳، نیوزیلند

پروفسور ژان پیر سوبریه^۴ رئیس بخش خودکشی انجمن جهانی روانپزشکی، پاریس، فرانسه

-
1. Scott Hinkle
 2. Annette Beautrais
 3. Christchurch
 4. Jean Pierre Soubrier

دکتر لاکشمی ویجایاکومار^۱، سنه^۲، چنای، هند

پروفسور دانوتا واسرمن^۳، مرکز ملی تحقیقات و پیشگیری از بیماری روانی و گروه بهداشت عمومی سوئدی، استکهلم، سوئد.

در حال حاضر این منابع به امید ترجمه و انطباق با شرایط بومی- که پیش شرط ضروری اثربخشی آن‌ها است- به طور گسترده منتشر شده است. از نظرات و درخواست‌ها برای ترجمه و انطباق آن‌ها استقبال می‌شود.

دکتر جی. م. برتولوت^۴، هماهنگ‌کننده، مدیریت اختلالات روانی و مغزی، دیپارتمان بهداشت روانی و سوء مصرف مواد، سازمان جهانی بهداشت

-
1. Lakshmi Vijayakumar
 2. SNEHA
 3. Danuta Wasserman
 4. J. M. Bertolote

پیشگیری از خودکشی

مرجعی برای مشاوران

تعداد افرادی که هر ساله بر اثر خودکشی فوت می‌کنند از تعداد افرادی که در تمام درگیری‌های جهان جان خود را از دست می‌دهند، بیشتر است. کمک متخصصان مشاوره در زمینه پیشگیری از خودکشی در سطح جهانی ضروری و به وضوح مورد نیاز است.

خودکشی، نتیجه‌ی تعامل پیچیده‌ی عوامل زیستی، ژنتیکی، روانشناختی، اجتماعی، فرهنگی و محیطی است. شناسایی موارد در معرض خطر در جامعه، ارجاع و مدیریت رفتار خودکشی گام‌های مهمی در پیشگیری از خودکشی هستند. چالش بحرانی این روش پیشگیری، شناسایی افراد در معرض خطر و آسیب پذیر، درک شرایط ایجاد کننده آسیب به خود و ایجاد ساختار مداخلاتی مؤثر است. در نتیجه، مشاوران به اندازه‌ی مدیریت رفتار خودکشی، برای پیشگیری نیز نیاز به ایجاد ابتکار عمل جامعه محور دارند.

تمرین مشاوره‌ی حرفه‌ای به عنوان ابزار سلامت روان تعریف شده است و اصول رشد انسانی با به‌کارگیری راهبردهای مداخلاتی شناختی، عاطفی و رفتاری مشخص می‌شود. با استفاده از این روش‌ها، مشاوران حرفه‌ای؛ سلامتی، رشد فردی و مسائل رشد شغلی را به اندازه آسیب شناسی سلامت روان هدف قرار می‌دهند. مشاوران پس از کسب آموزش و دانش، فارغ التحصیل شده و اغلب در مدارس، دانشکده‌ها، دانشگاه‌ها، آژانس‌های شغلی، مراکز درمان سوءمصرف مواد، و مراکز درمانی و بیمارستان‌ها کار می‌کنند.

پیشگیری از خودکشی شامل طیف وسیعی از فعالیت‌ها از جمله فرزندپروری، مشاوره‌ی خانواده، درمان اختلالات روانی، کنترل عوامل خطر محیطی و آموزش جامعه می‌شود. آموزش مؤثر جامعه به عنوان مداخله‌ی اساسی و اولیه، شامل درک علت‌های خودکشی و همچنین پیشگیری و درمان است.

مشاوران می‌توانند به افراد در درک بهتر ارتباط بین سوءمصرف مواد و اختلالات خلقی و افکار و رفتار خودکشی به افراد کمک کنند. آن‌ها همچنین می‌توانند به برنامه‌های پیشگیری از عود، ایجاد حمایت‌های اجتماعی و در صورت نیاز ارجاع به مراکز تخصصی روانپزشکی و مراکز درمان مصرف الکل و مواد کمک کنند. به همین منظور آن‌ها به‌خصوص در کشورهای در

حال توسعه به مجموعه‌ای از راهنماهای عملی، در دسترس و آموزنده در ارتباط با بحران خودکشی نیاز دارند. متأسفانه، در برنامه‌های آموزش سلامت روان، آموزش‌های همه‌جانبه در مدیریت خودکشی به ندرت اتفاق می‌افتد.

در حرفه‌ی مشاوره، خودکشی مراجع «خطر شغلی» محسوب می‌شود. تخمین زده می‌شود حدود ۲۵ درصد مشاوران، مراجعانی داشته‌اند که اقدام به خودکشی کرده‌اند. خودکشی ممکن است اثر بالقوه منفی بر مشاوران در حال فعالیت و نیز مشاوران در حال آموزش، داشته باشد. مشاورانی که چنین تجربه‌ای دارند، در پاسخ به فوت بیمار خود، احساس از دست دادن اعتماد به نفس، افکار مزاحم و رویاهای تنش‌زا، احساس همزمان خشم و احساس گناه را گزارش می‌کنند.

این جزوه به عنوان راهنمای اطلاعاتی برای مشاور است تا با توجه به خطر خودکشی، از آن پیشگیری کند.

بار خودکشی

تخمین زده می‌شود در سال ۲۰۰۰، تقریباً یک میلیون نفر خودکشی کرده‌اند که این آمار، خودکشی را در جایگاه ده علت اول مرگ در بسیاری از کشورهای جهان قرار داده است. تعداد اقدام به خودکشی ده تا بیست برابر این آمار است، اما به نظر می‌رسد آمارهای واقعی بیش از این تعداد است. هر چند میزان خودکشی در طبقه‌بندی‌های جمعیت‌شناختی گوناگون متفاوت است، می‌توان گفت تقریباً در پنجاه سال اخیر شصت درصد افزایش داشته است. کاهش میزان از دست دادن زندگی به علت خودکشی، تبدیل به هدف بین‌المللی اساسی در حوزه‌ی سلامت روان شده است.

عوامل محافظ

عوامل محافظ خطر خودکشی را کاهش می‌دهند، آن‌ها مثل عایق خودکشی عمل می‌کنند و شامل موارد زیر می‌شوند:

- حمایت خانواده، دوستان و داشتن سایر روابط مهم
- مذهب، فرهنگ و باورهای اخلاقی

- مشارکت‌های اجتماعی
- زندگی اجتماعی رضایت‌بخش
- گرایش‌های اجتماعی از طریق کسب شغل و استفاده مفید از اوقات فراغت
- دسترسی به خدمات و مراقبت‌های سلامت روان

این‌گونه عوامل محافظت‌کننده خطر خودکشی را نفی نمی‌کنند، اما می‌توانند در استرس شدید رویدادهای زندگی تعادل برقرار کنند.

عوامل و موقعیت‌های پرخطر

رفتارهای خودکشی در موقعیت‌های خاص وابسته به فرهنگ، ژنتیک، عوامل روانشناختی و محیطی شیوع بیشتری دارند. عوامل خطر عمومی شامل موارد زیر هستند:

- وضعیت اقتصادی- اجتماعی و سطح تحصیلات پایین، از دست دادن شغل
- استرس اجتماعی
- مشکل با عملکرد خانواده، روابط اجتماعی و نظام‌های حمایتی
- تجربه‌های آسیب‌زا مانند سوءاستفاده‌ی جسمی و جنسی
- سوگ
- اختلالات روانی مانند افسردگی، اختلال شخصیت، اسکیزوفرنی، سوءمصرف مواد و الکل
- احساس بی‌ارزشی یا ناامیدی
- گرایش‌های جنسی مانند همجنس‌گرایی
- رفتارهای غیرمتعارف (مانند سبک شناخت و شخصیت فرد)
- قضاوت مختل، فقدان کنترل تکانه و رفتارهای آسیب‌به‌خود
- مهارت‌های مقابله‌ای ضعیف
- بیماری جسمی و درد مزمن
- در معرض خودکشی سایر افراد قرار گرفتن
- دسترسی به ابزارهای کشنده برای آسیب‌جدی به خود
- رویدادهای مخرب و خشن (مانند جنگ یا فجایع مصیبت‌بار)

تخمین زده می‌شود که نود درصد افرادی که با روش خودکشی به زندگی خود پایان می‌دهند دچار اختلالات روانی و شصت درصد آن‌ها در زمان خودکشی مبتلا به افسردگی بوده‌اند. در حقیقت تمام انواع اختلالات خلقی به وضوح با رفتارهای خودکشی در ارتباط هستند. افسردگی و نشانه‌های آن (مانند اندوه، بی‌حالی، اضطراب، بی‌قراری و اختلال خواب و خوردن) خطر بالقوه خودکشی را به مشاوران هشدار می‌دهند.

خطر فزاینده خودکشی با اسکیزوفرنی، اختلالات سوءمصرف مواد، اختلالات شخصیت، اختلالات اضطرابی شامل اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) و اختلالات همراه مرتبط است. خودکشی از علل شایع مرگ در بیماران دچار اختلال سایکوز به‌شمار می‌رود و حدود ده تا پانزده درصد افراد مبتلا به اسکیزوفرنی خودکشی منجر به مرگ دارند. افزایش بینش شخصی درباره‌ی اختلال روانی، مدت کم درمان و نشانه‌های اختلال افسردگی شدید با خطر بالای خودکشی در مبتلایان به اختلال سایکوتیک ارتباط دارد. تاثیرات مصرف الکل در کنار چالش‌های جدی زندگی و عوامل استرس‌زا ممکن است به دیدگاه محدود واقعیت و خودآسیبی بالقوه منجر شود. همچنین اعتیاد به الکل، به‌ویژه همراه با افسردگی و اختلال شخصیت، خطر خودکشی را افزایش می‌دهد.

برخی شکل‌های اختلال روانی با تشخیص‌های شایع اختلال خلقی، اختلال اضطرابی، سوءمصرف مواد و اختلال رفتاری ازهم‌گسیخته علت ریشه‌ای خودکشی در نود درصد مرگ کودک و نوجوان شناخته می‌شوند.

افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند نسبت به سایر هم‌گروه‌های خود فشارهای محیطی بیشتری مانند مورد سوءاستفاده قرار گرفتن، مشکلات خانوادگی، ملاحظات فرهنگی، مشکلات روابط بین‌فردی و قرار گرفتن در معرض استرس‌های مزمن را تجربه می‌کنند. وجود اختلال افسردگی، موجب افزایش احتمال خودکشی می‌گردد. احساس ناامیدی مضاعف ناشی از فشارهای زندگی، پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری نسبت به افسردگی تنها است.

سابقه‌ی اقدام قبلی خودکشی خطر خودکشی را افزایش می‌دهد. بعلاوه، افکار مداوم آسیب به خود، برنامه‌ریزی و آمادگی برای اقدام به خودکشی از عوامل خطر برجسته در این زمینه است. بنابراین، زمانی که فردی ابزار، فرصت و نقشه‌ی خاصی برای خودکشی دارد و بازدارنده‌ای وجود ندارد، خطر در بالاترین حد خود است.

در نحوه تصمیم‌گیری مشاوران بالینی، شناسایی عوامل خطر مرتبط با رفتار خودکشی ضروری است. آگاهی از عوامل خطر، مشاوران را در پیشگیری، شناسایی و همچنین مداخله در افراد با خطر بالای خودکشی هدایت می‌کند. بنابراین آموزش ارزیابی خطر به مشاوران در جهت کاهش خودکشی در اولویت قرار دارد.

هرچند الگوی جهانی از ارتباط اهداف خودکشی وجود ندارد، ولی با توجه به نشانه‌های خطر رفتار خودکشی؛ اعم از بی‌توجهی به رفاه شخصی، تغییر در الگوهای اجتماعی، کاهش بازدهی در کار یا دستاوردهای تحصیلی، اختلال در الگوی خواب و خوردن، تلاش برای سروسامان دادن اوضاع شخصی یا بهبود رابطه با دیگران، علاقه‌ی غیرمعمول به احساس دیگران، مشغولیت ذهنی با مرگ و خشونت، افزایش ناگهانی خلق پس از دوره‌ی افسردگی و افزایش بی‌قیدی در امور اخلاقی و جنسی افراد می‌توان به آن پی برد.

گروه‌های خاص و خودکشی

کودکان و نوجوانان

مشاوران نقش مهمی در پیشگیری از خودکشی در کودکان و نوجوانان دارند. کودک یا نوجوانی که اقدام به خودکشی می‌کند، در حل مسأله، مدیریت استرس و بیان احساسات و عواطف خود دچار مشکل است. در برخی موارد، فشار منفی همسالان موجب ایجاد رفتار آسیب به خود در فرد می‌شود.

بیشتر رفتارهای خودکشی در کودکان و نوجوانان، انگیزه‌های پیچیده‌ای مانند خلق افسرده، مشکلات هیجانی، اجتماعی و سوءمصرف مواد را دربرمی‌گیرد. عوامل دیگر خودکشی در جوانان شکست در روابط عاطفی، ناتوانی مقابله با چالش‌های تحصیلی و عوامل استرس‌زای دیگر زندگی، موارد مربوط به ضعف در مهارت حل مسأله، اعتمادبه‌نفس پایین و کشمکش با هویت جنسی است.

کودکانی که اقدام به خودکشی می‌کنند اغلب تجربه‌ی زندگی خانوادگی پیچیده و ازهم‌گسیخته دارند؛ مانند تغییرات در روابط خانوادگی، طلاق و سایر تجربه‌هایی که در کودک احساس درماندگی و عدم کنترل به‌وجود می‌آورد. در بین نوجوانان، سابقه‌ی خانوادگی بیماری روانپزشکی همراه با اختلال در عملکرد خانواده، طرد از طرف خانواده، مورد سوءاستفاده و

غفلت قرار گرفتن در کودکی خطر بالقوه‌ی خودکشی را افزایش می‌دهد. خودکشی‌های منجر به مرگ در جوانان، وجود میزان بالایی از اختلالات روانپزشکی، حمایت خانوادگی ضعیف، سابقه‌ی افکار یا رفتار خودکشی، مشکلات انضباطی، قانونی یا وجود سلاح گرم در منزل را نشان می‌دهند. در کودکان و نوجوانانی که مورد سوءاستفاده همسالان و بزرگسالان قرار می‌گیرند، وجود افکار یا اقدام به خودکشی غالباً دیده می‌شود.

عامل خطر دیگر در خودکشی نوجوانان، خودکشی شخصیت‌های برجسته یا آشنایان آن‌ها است. پدیده‌ای به نام "خودکشی‌های خوشه‌ای" به‌ویژه در بین جوانان وجود دارد. ممکن است اقدام به خودکشی گروه همسالان یا گروه‌های مشابه، موجب تبلیغ اقدام به خودکشی در افراد دیگر گردد، به‌ویژه در افرادی که سبک زندگی و ویژگی‌های شخصیتی فرد یا گروه اقدام‌کننده را دنبال می‌کنند. شواهدی مبنی بر اثربخشی اقدامات پیشگیرانه، در زمان اقدام به خودکشی کودک یا نوجوان در مدرسه وجود دارد.

در نوجوانان شانزده ساله و بزرگتر، سوءمصرف الکل و مواد در شرایط پر استرس خطر خودکشی را به‌طور معناداری افزایش می‌دهد. اختلالات خلقی و اضطرابی، رفتار اجتنابی و حس ناامیدی از دیگر عوامل افزایش‌دهنده خطر اقدام به خودکشی هستند. اقدام به خودکشی در نوجوانان اغلب با تجارب تحقیق‌آمیز مانند شکست در مدرسه، کار یا تعارض موجود در روابط بین‌فردی با شریک عاطفی همراه است. احتمال اقدام به خودکشی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت، ده برابر بیش از دیگران است. هشتاد درصد نوجوانانی که بر اثر خودکشی فوت می‌کنند، دارای اختلال سازگاری، اختلال استرس پس از سانحه، نشانگان پرخاشگری و خشونت بوده‌اند.

سالمندان

در سال‌های آخر زندگی، وجود افسردگی به‌طور گسترده عامل اصلی رفتار خودکشی شناخته شده است. در بین سالمندان سؤال متداول، به سوء مصرف داروها به عنوان ابزاری برای خودکشی اشاره دارد. با این حال، مزایای درمان افسردگی تا حد زیادی تأثیر منفی داروهای ضد افسردگی را جبران می‌کند.

اگر مشاوران از پیام‌های مربوط به خودکشی آگاه باشند، می‌توان اقدام به خودکشی را در بین

سالمندان کاهش داد. حدود هفتاد درصد سالمندانی که اقدام به خودکشی می‌کنند، پیش از اقدام افکار خودکشی خود را با اعضای خانواده یا دیگران در میان گذاشته‌اند. بنابراین تهیه مصاحبه درباره تاریخچه‌ی فرد، که ابزار سودمندی است، هنگام سؤال از اعضای خانواده و دوستان ضروری است.

افسانه‌های رایج درباره‌ی رفتارهای خودکشی

باورهای نادرست متعددی درباره‌ی رفتارهای خودکشی وجود دارد. برخی از شایع‌ترین آن‌ها عبارتند از:

باور ۱: افرادی که درباره‌ی خودکشی صحبت می‌کنند، در واقع به توجه احتیاج دارند و به خود آسیب نخواهند رساند. این باور اشتباه است. یک مشاور باید در مواجهه با کسی که از افکار، قصد یا نقشه خودکشی صحبت می‌کند تمام جوانب احتیاط را به کار بگیرد.

باور ۲: خودکشی رفتاری تکانشی است که بدون هشدار اتفاق می‌افتد. اشتباه. ممکن است خودکشی رفتاری تکانشی به نظر برسد، اما احتمالاً فرد مدتی به این کار فکر کرده است. بسیاری از افرادی که قصد خودکشی دارند انواع پیام‌های کلامی و رفتاری را درباره‌ی قصد آسیب رساندن به خود به دیگران می‌رسانند.

باور ۳: کسانی که قصد خودکشی دارند واقعاً می‌خواهند بمیرند و خود را بکشند. اشتباه. بیشتر افرادی که می‌خواهند خودکشی کنند افکار خود را حداقل با یک فرد دیگر در میان می‌گذارند، یا با خطوط تلفنی بحران یا پزشک تماس می‌گیرند که این کار، بیشتر نشان دهنده تردید است.

باور ۴: فردی را که به دنبال اقدام به خودکشی زنده مانده است، دیگر خطری تهدید نمی‌کند. اشتباه. در حقیقت، یکی از خطرناک‌ترین زمان‌ها، زمان پس از بحران یا زمانی است که فرد پس از اقدام در بیمارستان بستری است. در در هفته‌ی اول پس از ترخیص، فرد بسیار آسیب پذیر بوده و احتمال آسیب به خود در وی زیاد است. از آنجا که رفتار گذشته فرد می‌تواند یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های رفتار آینده وی باشد، خطر اقدام مجدد همیشه وجود خواهد داشت.

باور ۵: خودکشی همیشه علت وراثتی دارد. اشتباه. تمام خودکشی‌ها مربوط به وراثت وابسته نیستند و در این زمینه مطالعات محدودی انجام شده است. یکی از عوامل خطر

رفتار خودکشی، سابقه‌ی خانوادگی خودکشی به‌ویژه در خانواده‌هایی است که افسردگی در آن‌ها شیوع دارد.

باور ۶: افرادی که خودکشی می‌کنند مبتلا به بیماری روانی هستند. اشتباه. رفتار خودکشی علاوه بر افسردگی، سوءمصرف مواد، اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روانی، با رفتارهای مخرب و پرخاشگرانه نیز در ارتباط است. هرچند نباید درباره‌ی این ارتباط اغراق کرد. این ارتباط‌ها در مناطق مختلف متفاوت است و مواردی از خودکشی بدون وجود اختلال روانی دیده شده است.

باور ۷: اگر مشاور درباره‌ی خودکشی با مراجع صحبت کند، فکر خودکشی را در مراجع ایجاد می‌کند. اشتباه. اینکه مشاور از بیمار بپرسد آیا قصد آسیب به خود را دارد، نمی‌تواند به‌آسانی در فرد موجب بروز رفتار خودکشی شود. در حقیقت، بررسی وضعیت هیجانی فرد و عادی‌سازی وضعیت ناشی از استرس، عناصر موردنیاز ما در کاهش افکار خودکشی هستند.

باور ۸: خودکشی فقط برای «آدم‌های خاصی» اتفاق می‌افتد و برای ما رخ نمی‌دهد. اشتباه. خودکشی ممکن است برای همه رخ دهد و در تمام نظام‌های اجتماعی و خانواده‌ها دیده می‌شود.

باور ۹: زمانی که فردی یک بار اقدام به خودکشی کرد، مجدداً آن را تکرار نخواهد کرد. اشتباه. اقدام سابق خودکشی یکی از پیش‌بین‌های قوی برای اقدام‌های بعدی خودکشی است.

باور ۱۰: کودکان خودکشی نمی‌کنند، چون از قطعیت مرگ بی‌اطلاع هستند و از نظر شناختی قادر به درگیر شدن در اقدام خودکشی نیستند. اشتباه. اگرچه این موارد نادر است، ولی کودکان هم اقدام به خودکشی می‌کنند و خودکشی را در هر سنی و با هر ژستی باید جدی گرفت.

باتوجه به این باورهای نادرست درباره‌ی خودکشی، برخی مشاوران ممکن است در کار با افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند، احساس ناراحتی یا عدم آمادگی کنند. مشاوران باید مهارت‌های مشاوره‌ای مؤثر برای برقراری ارتباط با این جمعیت را ارتقا دهند. اطلاعات، آموزش و تجربه مداخله در بحران خودکشی، توانایی مشاوران را افزایش می‌دهد. در آموزش بهتر است راهکارهایی در جهت افزایش آستانه تحمل مشاور از احساسات جدی دیگران، کاهش

دفاع ها و انفعال مشاور و غلبه بر مسائل حل نشده مربوط به سوگ ارائه شود. به علاوه، آگاهی از عوامل خطر و درک موقعیت های خطرناک برای فعالیت های مشاور ضروری است.

ارزیابی رفتارهای خودکشی

ارزیابی همه جانبه ی رفتارهای خودکشی گرا اساس مداخله ی مؤثر مشاوره و فعالیت های پیشگیرانه است. هدف اولیه ی ارزیابی خودکشی، گردآوری اطلاعات پیشگیری و مشاوره است. ارزیابی متعاقباً به قضاوت بالینی، مداخله ی مشاوره ای، پیشگیری و پیگیری می انجامد. همه ی ارزیابی های خودکشی باید شامل موارد زیر باشند:

- مرور عوامل خطر مربوط به آن
- سابقه ی رفتار خودکشی گرا
- وضعیت تغییرناپذیر شرایط زیستی، روانی، ذهنی، موقعیتی و پزشکی
- میزان نشانه های خودکشی موجود مانند میزان ناامیدی
- عوامل استرس زای موجود
- سطح تکانشگری و کنترل فردی
- سایر اطلاعات کاهنده
- عوامل محافظ

ارزیابی خودکشی نیازمند ارزیابی رفتار و عوامل خطر، تشخیص اختلالات روانی نهفته و تعیین خطر مرگ است. پس از تکمیل، ارزیابی شدت خطر خودکشی حائز اهمیت است. مقیاس زیر در طیف پیوستاری پنج امتیازی -از عدم وجود خطر خودکشی تا خطر شدید خودکشی- پیشنهاد می شود:

- ۱ عدم وجود خطر: اساساً خطر آسیب به خود وجود ندارد.
- ۲ خفیف: افکار خودکشی محدود شده است، برای آسیب به خود نقشه ای ندارد و عوامل خطر اندکی وجود دارد. گرایش به خودکشی آشکار نیست، اما افکار خودکشی وجود دارد. فرد نقشه ی مشخصی برای خودکشی ندارد و قبلاً اقدام به خودکشی نکرده است.
- ۳ متوسط: تصمیم و آمادگی همراه با افکار خودکشی زیاد، سابقه ی اقدام قبلی همراه با حداقل دو عامل خطر یا بیش از یک عامل خطر موجود وجود دارد. افکار خودکشی به اندازه ی قصد آن وجود دارد، اما فرد وجود نقشه ی خودکشی را انکار می کند. فرد در

صورت امکان برای بهبود وضعیت هیجانی و روانشناختی خود انگیزه دارد.

۴ شدید: برنامه‌ی روشن و آمادگی برای آسیب به خود یا سابقه‌ی چندین اقدام قبلی با دو یا سه عامل خطر وجود دارد. افکار و گرایش به خودکشی همراه با برنامه و ابزار اجرای آن وجود دارد. فرد انعطاف شناختی ندارد و از آینده ناامید است، حمایت‌های اجتماعی موجود را انکار می‌کند و سابقه‌ی اقدام به خودکشی دارد.

۵ خیلی شدید: فرد قبلاً چندین بار اقدام به خودکشی کرده و چندین عامل خطر وجود دارد. اقدام فوری ضروری است.

درنهایت مسئولیت مشاور، قضاوت و تعیین مقیاس مرگ‌آور بودن خودکشی است که میزان آسیب به خود را در فرد تعیین می‌کند. اغلب بهتر است در قضاوت ما خطای مثبت بیش از خطای منفی باشد. در جهت اهداف مداخله و پیشگیری، ارزیابی داده‌ها می‌تواند در مقایسه‌ی سطح عملکرد فرد قبل و بعد از مشاوره فردی مفید باشد.

ارزیابی خطر خودکشی شامل مصاحبه‌ی بالینی، جمع‌آوری اطلاعات از طریق فرآیند ارزیابی رسمی و گردآوری داده‌های موازی ارزشمند از شخص سوم (به‌جز خود بیمار) است. دلایل زندگی یا ادامه آن، عوامل شناختی مهمی در ارزیابی خودکشی هستند و بهتر است در برنامه‌ریزی غربالگری و درمان گنجانده شوند.

در آخر، ارزیابی خطر خودکشی باید چندبعدی باشد و در آن تفاوت‌های جنسیتی و رشدی طبیعی، تاریخچه‌ی خانوادگی، سوءمصرف مواد، میزان تنهایی، تشخیص‌های روانپزشکی، سطح ناامیدی / درماندگی و الگوهای جمعیتی نیز در نظر گرفته شود.

در مجموع، ارزیابی کودک و نوجوان باید شامل موارد زیر باشد:

- مصاحبه‌ی بالینی
- مشاهده‌های رفتاری
- گردآوری اطلاعات از والدین، معلم‌ها، بستگان و دوستان
- ارزیابی عوامل خطر و عوامل موقعیتی
- ارزیابی افکار، برنامه‌ریزی، قصد و دلیل زندگی
- در دسترس بودن، سطح کیفی خانواده و حمایت هم‌تایان

مدیریت رفتارهای خودکشی

متاسفانه توافقی بر تنظیم شیوه‌ی مدیریت فرد اقدام کننده یا مستعد اقدام به خودکشی، وجود ندارد با این حال خدمات مشاوره ای باید پاسخگوی نیازهای این افراد باشند. در شناسایی، ارزیابی و درمان افراد متمایل به خودکشی باید متغیرهای زیادی را در نظر گرفت. افرادی که گرایش به خودکشی دارند به طیفی از خدمات اعم از کسب آگاهی تا مشاوره و درمان دارویی نیاز دارند. غالباً ترکیبی از مداخلات مشاوره‌ی حمایتی مختصر، درمان دارویی افسردگی و سایر درمان های رفتاری توصیه می‌شود.

نخستین گام برای فردی که افکار خودکشی را تجربه می‌کند مداخله‌ی فوری است که شامل ارزیابی (سطح تعارضات، تکانشگری، سخت گیری، و دسترسی به ابزار کشنده)، تهیه‌ی فهرستی از حمایت‌ها، سطوح مختلف همکاری و تعامل خانواده و همچنین مشاوره است. ممکن است در مدیریت فردی که تمایل به خودکشی دارد، درمان بستری و دارویی نیاز باشد.

مدیریت بحران خودکشی رویداد انفرادی نیست و ضروری است سایر سازمان‌های سلامت در آن مشارکت کرده و در برخی موارد حتی مقامات نیز باید از آن مطلع شوند. مشاورانی که مراجعه‌کنندگان زیادی دارند باید از توانایی خود برای مواجهه با بحران خودکشی آگاه باشند. به‌علاوه، دانستن کدهای اخلاق و قوانین منطقه‌ای درباره‌ی دخالت شخص سوم نیز مهم است.

تعامل بین مشاوران و متخصصان مراقب سلامت در پیشگیری از خودکشی ضروری است. مشاوران، روانشناسان، مددکاران اجتماعی، روان‌پرستاران، روان‌پزشکان و پزشکان به تعامل و همکاری در فراهم کردن اطلاعات جامعه درباره‌ی ماهیت خودکشی و ایجاد ارتباط بین برنامه‌های درمانی مرکز خدمات و سلامت روان و درمان دارویی نیاز دارند.

در طول بحران خودکشی، مهم است که مشاور:

- آرام و حمایتگر باشد.
- قضاوتگر نباشد.
- خودافشایی را تشویق کند.

- خودکشی را یکی از انتخاب‌ها معرفی کند اما آن را عادی‌سازی نکند.
- شنونده‌ای فعال باشد و به تقویت مثبت خودمراقبتی بپردازد.
- فرآیند مشاوره را بر اینجا و اکنون متمرکز کند.
- تا زمانی که بحران مرتفع نشده است از مشاوره‌ی عمیق اجتناب کند.
- از دیگران درباره ارزیابی وجود بالقوه آسیب به خود کمک بخواهد.
- درباره‌ی مرگ‌آور بودن ابزار سوال کند.
- ابزار مرگ‌آور را از دسترس خارج کند.
- درباره‌ی مدیریت مؤثر بحران تصمیم‌گیری کند.

برای بسط نکته‌ی آخر، تصمیم‌گیری مؤثر در بحران خودکشی به معنی تصمیم قبلی عملی برای انواع افراد، عوامل خطر و سطوح آسیب بالقوه است. مشاورانی که با جمعیت یا نظام خاصی کار می‌کنند، می‌توانند برنامه‌های مدیریت خودکشی را براساس گروه هدف، موقعیت و زمینه‌های موجود ارتقا دهند. مثلاً برنامه‌ی مداخله‌ی مشاورانی که بحران سرپایی کودک را مدیریت می‌کنند با برنامه‌ی مداخله‌ای یک بزرگسال بستری در بیمارستان، که به پرستار و پزشک دسترسی دارد، متفاوت است. وجود برنامه‌ای مشخص و شفاف برای مدیریت خودکشی نه تنها کیفیت مراقبت را فراهم می‌کند، بلکه منابع ارجاع را نیز دربر می‌گیرد. این برنامه به ما اطمینان می‌دهد که کسی در این برنامه‌ی مراقبت مورد غفلت قرار نخواهد گرفت.

هرچند شواهد اندکی درباره‌ی سودمندی عقد قراردادهای وجود دارد، بسیاری از مشاوران علاقه‌مند هستند با فردی که تمایل به خودکشی دارد قرارداد ببندند و معتقدند این کار بالقوه سودمند است. زمانی که اقدام به خودکشی اتفاق می‌افتد، تمام مسیرهای ارتباطی بین کارکنان مشاوره، متخصصان سلامت، خانواده و قربانی باید باز و کارآمد باشد. تمرین نحوه مواجهه با اقدام خودکشی، اعتماد مشاوران را برای مواجهه با بحران خودکشی افزایش می‌دهد.

ضروری است مشاور با فردی مستعد خودکشی که به مشاور خود اعتماد و علاقه دارد، ارتباط برقرار کند.

فرد مستعد خودکشی باید با مشاور خود احساس راحتی کرده و مطمئن باشد که مشاور قصد مدیریت بحران را دارد. زمانی که مشاور برای کاهش تنش تلاش می‌کند، باید از سلامت

مراجع خود مطمئن شود.

در مدیریت خودکشی، مشاور باید درباره‌ی قصد آسیب به خود یا خودکشی از مراجع سوال کند. برای نمونه مشاور باید بپرسد:

- آیا تا به حال به این موضوع فکر کرده‌ای که به خودت آسیب برسانی؟
- آیا درباره‌ی اینکه به زندگی خودت خاتمه دهی فکر می‌کنی؟
- آیا تا به حال به خودکشی فکر کرده‌ای؟
- آیا درباره‌ی اینکه در حال حاضر به خودت آسیب برسانی فکر می‌کنی؟
- آیا تا به حال آن قدر حالت بد بوده که به آسیب یا صدمه به خودت فکر کنی؟
- آیا تاکنون برای پایان دادن به زندگی خودت برنامه‌ای داشته‌ای؟
- آیا برای اینکه چگونه این کار را انجام دهی نقشه‌ای داری؟

البته این پرسش‌ها باید به گونه‌ی مناسب و متناسب با وضعیت اجتماعی فرهنگی فرد پرسیده شود.

عموماً افرادی که خطر خفیف خودکشی دارند باید تحت نظارت و ارزیابی مجدد برای خطر بالقوه‌ی خودکشی در طول زمان قرار بگیرند، زیرا خطر خفیف ممکن است به خطر متوسط یا بالا تبدیل شود. افراد با خطر متوسط و احتمال عود، نیاز به بستری دارند. در این موارد مداخله فعال نظام حمایتی، دسترسی بیست و چهارساعته به فوریت‌ها، ارزیابی دارویی و تماس مشاوره‌ای برای مراقبت‌های بعدی موردنیاز است. چنانچه خطر خودکشی در فرد افزایش یافت و به خطر بالا و شدید رسید، مداخلات محدودکننده اجتناب‌ناپذیر هستند و ممکن است نیاز به بستری غیرداوطلبانه وجود داشته باشد. بهتر است درمان در محیطی با محدودیت کمتر صورت گیرد که برای بیمار ایمن و مفید باشد. اطمینان از تداوم مراقبت‌ها، همچنین در نظر داشتن اختلالات روانپزشکی طبق نسخه‌ی ICD یا DSM، به طرح‌ریزی درمان و نیاز بالقوه برای ارزیابی داروهای روانگردان کمک می‌کند.

در دوره مدیریت خودکشی، ابراز دیدگاه‌های اخلاقی، مذهبی یا فلسفی مشاور به هیچ وجه توصیه نمی‌شود، زیرا ممکن است مانع برقراری رابطه شود و احساس بیگانگی در فرد ایجاد کند. منابع بالقوه مفید، فردی و اجتماعی، شامل خانواده، دوستان، همکاران، باورهای

معنوی و مذهبی و سایر منابع حمایتی نیاز به بررسی دارد. مهم است که درباره‌ی قصد خودکشی فرد، قول محرمانه بودن اطلاعات را به فرد ندهید.

خطر اقدام مجدد به خودکشی در یک سال اول پس از اقدام بسیار زیاد است. مشاور باید برنامه‌ی پیگیری فشرده و مراقبت‌های بعد از اقدام شامل مدیریت مراجع، حمایت و ارتباط تلفنی مداوم و حتی در برخی موارد ویزیت در منزل را پیش‌بینی کند. مشاوران باید بدانند مراجع چند بار و چه مدتی نیاز به تماس و در دسترس بودن دارد. خاتمه‌ی زودرس مشاوره و پاسخ ناکافی به درمان، طغیان نامطلوب خودکشی را به همراه خواهد داشت.

روش مشاوره اعم از درمان‌های شناختی‌رفتاری، رفتاری دیالکتیکی، روان‌تحلیلی، و مشاوره‌ی خانواده باید با نیاز فرد متناسب باشد. عناصر مفید فرآیند درمان شامل حل هیجان‌های شدید، مقابله با رفتار آسیب به خود و تشویق فرد به خودمراقبتی می‌شود. در فرآیند درمان فردی که تمایل به خودکشی دارد، آگاهی و غلبه بر احساس درماندگی، ناامیدی و یأس، همراه با پرورش خودآگاهی و ایجاد هویت شخصی مثبت ضروری است.

همچنین ارزیابی پیامی که فرد با رفتار خودکشی قصد بیان آن را دارد یا مشکلی که از طریق اقدام به خودکشی سعی در حل آن را دارد، مداخله‌ای معمولاً مفید است. فراهم کردن شرایطی که در آن فرد فرصت برون‌ریزی داشته باشد، به خنثی کردن شرایط بحران کمک می‌کند. مشاوران نباید تنها به ارتباط کلامی اکتفا کنند، چون ممکن است در ارتباط کلامی، افکار خودکشی انکار شده و یا پنهان بمانند. حمایت بدون قضاوت، گوش دادن فعال و پرسیدن سؤال‌های مرتبط به روشن کردن نوع ارتباطی که فرد دارای تمایل به خودکشی تلاش در ایجاد آن دارد کمک می‌کند.

مشاوره با کودکان و نوجوانانی که گرایش به خودکشی دارند

مشاوره‌ی مبتنی بر درمان رفتاری‌شناختی با تأکید بر مهارت‌های مقابله‌ای برای همه‌ی کودکان و نوجوانانی که به خودکشی گرایش دارند مناسب است. اهداف مشاوره‌ای مناسب شامل درک بهتر از خود، مشخص کردن احساسات متناقض، بهبود اعتمادبه‌نفس، تغییر رفتارهای ناسازگارانه، یادگیری مهارت‌های حل تعارض و تعامل مؤثرتر با گروه همسالان است.

دانش‌آموزان احتمالاً در مراحل اولیه‌ی افکار خودکشی با یکی از دوستان ارتباط برقرار می‌کنند. آموزش به دانش‌آموزان برای شناسایی همسالان در معرض خطر کمک می‌کند. برنامه‌های مشاوره‌ی همسالان، اطلاعات آن‌ها را درباره‌ی عوامل خطر، آشنایی با خطوط تلفنی مراکز بحران، و نحوه‌ی ارجاع دوستان در معرض خطر افزایش می‌دهد. دانش‌آموزان به انجمنی برای کسب اطلاعات و پاسخگویی به پرسش‌هایشان نیاز دارند و باید بیاموزند چگونه به خود و دوستانشان که مشغولیت‌های ذهنی درباره‌ی خودکشی دارند کمک کنند.

درگیر کردن والدین و همکاری با سایر مراکز سلامت و مدارس در فرآیند پیشگیری از خودکشی مؤثر است. در مدرسی که برنامه‌های پیشگیری از خودکشی در آن‌ها اجرا می‌شود، باید والدین کودکان را در فعالیت‌های مدرسه برای آموزش، شناسایی و کمک به افراد دارای قصد خودکشی مشارکت دهند. معلم‌ها زمان زیادی را با کودکان و نوجوانان می‌گذرانند و درباره‌ی وضعیت سلامت روان آن‌ها اطلاعات زیادی دارند. علاوه بر آن، وقتی کارکنان مدرسه آموزش کامل ببینند، می‌توانند علائم خطر را در دانش‌آموزان شناسایی کنند. زمانی که رفتار خودکشی در مدرسه‌ای اتفاق می‌افتد، تماس با والدین و اطمینان از غربالگری دانش‌آموزان و پشتیبانی مقدماتی برای بازگشت به مدرسه در وضعیت مناسب، اهمیت دارد.

اغلب دانش‌آموزانی که با خودکشی دانش‌آموز دیگر مواجه می‌شوند نیاز دارند درباره‌ی آن حادثه با کسی صحبت کنند و بفهمند چه اتفاقی افتاده است. برگزاری جلسات مشاوره‌ی گروهی حمایتی سوگ در مدرسه، روش مؤثری برای کمک به دانش‌آموزان برای مواجهه با فقدان یک همکلاسی بر اثر خودکشی است. این فرآیند می‌تواند مواجهه با سوگ، سازگاری با محیط مدرسه پس از فوت همکلاسی بر اثر خودکشی را تسهیل کند و درس‌آموزنده‌ای برای ادامه‌ی زندگی باشد. وقتی کودک ترکیبی از احساس فقدان، خشم، آسیب و ناامیدی را تجربه می‌کند، بهتر است به افکار و قصد بالقوه‌ی خودکشی وی توجه شود. به‌علت مشکلات احتمالی کودک به دنبال خودکشی دوست یا همکلاسی، مداخله‌ی مشاوره‌ای پیگیری یا مراقبت‌های پس از درمان توصیه می‌شود.

مدیریت خودکشی بین نوجوانان زمانی که با سوءمصرف مواد، اختلالات شخصیت، تکانشگری، و روابط پرتنش با همسالان همراه باشد، بسیار اهمیت پیدا می‌کند. در موارد جدی‌تر، نوجوانانی که اقدام به خودکشی می‌کنند باید مورد مراقبت تمام‌وقت قرار بگیرند.

اگر خانواده قادر به تأمین این سطح از مراقبت نیست، نوجوان باید به منظور دریافت توجه و مراقبت کافی در بیمارستان بستری شود.

متأسفانه بستری در بیمارستان نجات جان بیمار را تضمین نمی‌کند و نوجوانانی که قصد آسیب رساندن به خود را دارند اغلب راهی برای دستیابی به هدف مخرب خود می‌یابند. پس از بستری، کودک یا نوجوان نیاز به مراقبت‌های پس از درمان از سوی متخصصان آموزش دیده از جمله مشاوران دارد. تمرکز مشاوره در این زمان باید بر کاهش خیال‌پردازی‌های مرموز درباره‌ی مرگ، طرد، احساس بیگانگی، فقدان و تنبیه و همچنین ثبات موقعیت و توجه به ارزیابی درمان دارویی روانشناختی باشد.

در اصطلاح پیشگیری از خودکشی، هر سه سطح پیشگیری سطح اول، دوم و سوم مد نظر است. پیشگیری سطح اول مربوط به افرادی است که هنوز نشانه‌ای از خودکشی بروز نداده‌اند یا احتمال بروز این مشکل در آن‌ها بسیار کم است. پیشگیری در این سطح به همان اندازه که بر عوامل خطر اقتصادی، هیجانی و جسمی متمرکز است، باید پایداری و تقویت عملکرد در زمینه‌های بین فردی و اجتماعی را نیز در نظر داشته باشد. برنامه‌های آموزشی در مدرسه به معلم‌ها کمک می‌کند تا دانش‌آموزان در معرض خطر خودکشی را شناسایی کنند و به دانش‌آموزان بیاموزند چگونه به همسالان در معرض خطر خود کمک کنند.

همچنین برنامه‌های اجتماعی با تأکید بر سلامت روان مثبت در پیشگیری از خودکشی مفید هستند. مراکز مداخله در بحران خودکشی و خطوط تلفنی بحران در بسیاری از جوامع در پیشگیری از خودکشی از اهمیت اساسی برخوردارند.

مواجهه‌ی مشاوران با خودکشی مراجعان

در میان بحران‌های سلامت روان، مواجهه با رفتارهای خودکشی تجربه‌ای تکرارپذیر است. طبق گزارش‌ها، صحبت با همکاران و سرپرستان، پذیرش خودکشی به صورت نتیجه‌ی احتمالی مشاوره، هدایت کالبدشکافی روانشناختی و شرکت در مراسم سوگواری راهبردهای مهمی برای برخورد با خودکشی مراجع هستند. مشاوران باید از مشکلات خود با عنوان خودکشی و مرگ آگاه باشند و اجازه ندهند این مشکلات مانعی در تلاش برای مراقبت از فرد مستعد خودکشی گردد.

اضطراب مرگ، در توانایی مشاور برای کار با افرادی که گرایش به خودکشی دارند، اساسی است. بین نگرش‌ها و ارزش‌های مشاور درباره‌ی خودکشی و اثربخشی مداخلات در کار با افراد دارای گرایش به خودکشی ارتباط وجود دارد. در صورت وقوع خودکشی، مشاور به بازگویی روانشناختی که شامل بازسازی وقایع منجر به خودکشی، شناسایی عوامل منجر به مرگ، دستیابی به پاسخ گروه سلامت روان و ترسیم پیامدها برای بهبود تلاش‌های پیشگیرانه در آینده است، نیاز دارد. مشاورانی که با خودکشی منجر به فوت درگیر می‌شوند ممکن است درجاتی از خشم و احساس گناه، اندوه و نشانه‌های استرس پس از سانحه را تجربه کنند. حمایت همکاران و دریافت مشاوره‌ی حمایتی در چنین شرایطی مفید است.

فراهم کردن اطلاعات مفید برای جامعه

مشاوران می‌توانند با آموزش و آگاهی‌رسانی به جامعه در کاهش وقوع خودکشی مؤثر باشند. برای نمونه مشاور باید عموم مردم را از نشانه‌های رفتار معطوف به خودکشی آگاه سازد. آموزش مردم درباره‌ی خودکشی، به آگاه‌سازی جامعه درباره‌ی نشانه‌های خودکشی، اصلاح باورهای خودکشی و دادن امیدواری و امکان تجدیدنظر در تصمیم‌گیری به افرادی که قصد خودکشی دارند کمک می‌کند. سازمان‌های اجتماعی، کارکنان مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت و مشاوران در نشر اطلاعات مربوط به خودکشی مانند شرایط خاص (از دست دادن شغل و متعاقباً ثبات خانواده) و عوامل خطر خودکشی (مانند افسردگی، اختلالات روانی، وابستگی به مواد و الکل، پیشینه‌ی خانوادگی) مفید هستند. علاوه بر این، مشاورانی که در مدارس کار می‌کنند در ارائه‌ی اطلاعات و آموزش به معلم‌ها و والدین برای شناسایی دانش‌آموزان در معرض خطر خودکشی نقش مؤثری دارند. مشاوران مدارس باید به دانش‌آموزان آموزش دهند رفتارهای معطوف به خودکشی را شناسایی کرده و بدانند در چنین مواقعی چگونه باید کمک بگیرند. برای مثال دانش‌آموزانی که در برنامه‌های پیشگیری از خودکشی شرکت می‌کنند، در نشان دادن همدردی و گوش دادن فعال، همچنین نحوه‌ی دسترسی به دانش‌آموزان نیازمند، آموزش می‌بینند. همچنین، باید اطلاعاتی دریافت کنند که به آن‌ها کمک کند بدانند آیا طوفان هیجانی خبر خودکشی در آن حد بوده که نیاز به پیشگیری از خودکشی‌های تقلیدی باشد یا خیر. مراکز کنترل بیماری ایالات متحده برای کاهش خودکشی‌های خوشه‌ای پیشنهادهایی را مطرح کرده‌اند.

مشاوران باید هنگام وقوع خودکشی برای ارتباط با رسانه‌ها برنامه داشته باشند. در این برنامه می‌توان از رسانه‌ها درخواست کرد که به‌منظور اجتناب از شیوع خودکشی از پرننگ جلوه دادن خبر خودکشی و جنبه‌ی نمایشی دادن به آن اجتناب کنند. مشاوران برای اطلاعات بیشتر به «پیشگیری از خودکشی: مرجعی برای متخصصان رسانه» مراجعه کنند.

گروه‌های خودیاری بازماندگان خودکشی شیوه‌ی مراقبت‌های پس از اقدام سازنده و توانمندکننده‌ای هستند که مردم از آن برای کمک به خود استفاده می‌کنند. این گروه‌های خودیاری که بازماندگان راه‌اندازی می‌کنند، می‌توانند درباره‌ی فرآیند سوگ، خودکشی و نقش مشاوران در کمک به بازماندگان اطلاعات مفیدی را ارائه کنند.

مشاورانی که با گروه بازماندگان خودکشی کار می‌کنند آرامشی باورنکردنی برای دوستان و خانواده‌ای که تحت‌تأثیر خودکشی قرار گرفته‌اند فراهم می‌آورند. بازماندگان اغلب بین احساس خشم، گناه و سوگ در تردید هستند. در چنین مواردی مشاوران باید فرصت مواجهه با احساساتشان را برای آن‌ها فراهم کنند. بسیاری از خانواده‌ها نیاز فوری به مشاور را بلافاصله پس از خودکشی گزارش می‌کنند. این مشاوران در کنار آمدن با فشار روانی اقدام به خودکشی به خانواده‌ها کمک می‌کنند و نقش آن‌ها را برای حضور در کنار فردی که اقدام به خودکشی کرده یا نحوه کنار آمدن با از دست دادن دوست یا عضوی از خانواده بر اثر خودکشی، روشن می‌کنند.

در صورت نیاز، مشاوران می‌توانند به خانواده‌ها در درک رابطه بین خودکشی و اختلالات روانی در رفتار خودکشی به‌منظور کاهش خطر خودکشی تقلیدی کمک کنند. مشاوره‌ی گروهی پس از اقدام شامل روش‌های کاهش فشار روانی و سوگواری در ارتباط با خودکشی است و موجبات بهبود بازماندگان را فراهم می‌کند.

مشاوران می‌توانند به مردم کمک کنند تا خودکشی را بپذیرند و با شیوه‌ی مثبت به زندگی ادامه دهند و با تشکیل گروه بازماندگان، راهی برای مقابله با از فقدان عزیزانشان بیابند. برای مطالعه‌ی اختصاصی درباره‌ی تشکیل گروه، مشاوران می‌توانند به «پیشگیری از خودکشی: چگونه گروه بازماندگان را تشکیل دهیم؟» مراجعه کنند.

1. Popenhagen MP, Qualley RM. Adolescent suicide. Detection, intervention, and prevention. *Professional school counseling*, 1998, 1: 30-35.
2. Patel V, Thara R. Meeting the mental health needs of developing countries: NGO innovations in India. New Delhi: Sage, 2003.
3. Westefeld JS, Range LM, Rogers JR. Maples MR, Bromley JL, Alcorn J. Suicide: An overview. *The counseling psychologist*, 2000, 28: 445-510.
4. Rogers, JR. Suicide risk assessment. In: ER Welfel & RE Ingersoll (eds.). *The mental health desk reference*. New York: Wiley, 2001, 259-264.
5. Collins BG, Collins TM. *Crisis and trauma: Developmental-ecological intervention*. Boston: Houghton Mifflin, 2005.
6. Sanchez HGT. Risk factor model for suicide assessment and intervention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2001, 32: 351-358.
7. Shaffer D, Craft L. Methods of adolescent suicide prevention. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1999, 60 (Suppl. 2): 70-74.
8. Capuzzi D, Gross D. "I don't want to live:" The adolescent at risk for suicidal behaviour. In D. Capuzzi & D. Gross (eds.). *Youth at risk: A prevention resource for counsellors, teachers and parents*. Alexandria, VA: American Counseling Association, 2000, 3rd edition, 319-352.
9. Stoelb M, Chiriboga J. A process model for assessing adolescent risk of suicide. *Journal of Adolescence*, 1998, 21: 359-370.
10. Pfeffer CR. Clinical perspectives on treatment of suicidal behavior among children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 1990, 20: 143-150.
11. Centers for Disease Control. CDC Recommendations for a community plan for prevention and containment of suicide clusters. *Morbidity and mortality weekly report*, 1994, 37 (Suppl. 6):1-12.
12. World Health Organization. *Preventing suicide: A resource for media professionals*. Geneva: World Health Organization, 2000.
13. World Health Organization. *Preventing suicide: how to start a survivors' group*. Geneva: World Health Organization, 2000.



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مداخله کوتاه مدت پس از ترخیص

به دنبال اقدام به خودکشی

ویژه کارشناسان سلامت روان نظام مراقبت های بهداشتی اولیه

تدوین: دکتر سید کاظم ملکوتی

بهمن ماه ۱۳۹۸

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی
(Attempted Suicide Short Intervention Program)

یادداشت :

این بسته مداخلات روانشناختی، به منظور تکمیل بسته جامع مداخلات روانشناختی برای پیشگیری از خودکشی ویژه کارشناسان سلامت روان در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه و با اجازه رسمی از نویسندگان آن و جهت بهره برداری توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ترجمه و تلخیص شده است. امید است با توانمندسازی کارشناسان سلامت روان در جهت مداخلات اثربخش روانشناختی برای بیماران اقدام کننده به خودکشی، شاهد کنترل و کاهش میزان خودکشی در کشور باشیم.

دکتر سید کاظم ملکوتی

روانپزشک، استاد دانشگاه علوم پزشکی ایران

ملاحظات کلی:

مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی شامل ۳ تا ۴ جلسه است که معمولاً طی ۲ تا ۴ هفته صورت می‌گیرد. اگرچه، زمان مورد نظر این درمان باید با حالت روانی بیمار و شرایط بیرونی متناسب شود (به طور مثال برای افسردگی شدید) جلسات درمان ۶۰ تا ۹۰ دقیقه طراحی شده است. ۳۰ دقیقه دیگر را می‌توان برای نظرات و در صورت امکان، ارائه بازخورد به پزشک استفاده کرد.

بسیاری از بیماران تمایل دارند داستان خود را روایت کنند و از اینکه فرصتی به آنها داده شده تا در کنار شنونده‌ای مشتاق بنشینند - شنونده‌ای که زمانی را صرف می‌کند تا داستان بیمار را بشنود، سپاسگزارند. باقی افراد در روایت کردن داستان‌شان تردید دارند. برای سنجش شرایط، خلاصه‌ی مختصری از آنچه در جلسه درمان رخ می‌دهد ارائه می‌شود. این بیماران به اطمینان خاطر و تایید کارشناس سلامت روان هم‌دل و حمایت‌کننده نیاز دارند تا آنها را تشویق کند داستان‌شان را روایت و جزئیات بیشتری از آنچه رخ داده بیان کنند. به علاوه، بیمار به تایید و فهم هم‌دلانه‌ی هیجانات شدید مثل شرم، ناراحتی و ناامیدی نیاز دارد.

بعضی مواقع بیمار قرار ملاقاتش را کنسل کرده یا دیر سر قرار حاضر می‌شود. خیلی مهم است دلیل این کار را بدانیم. باید ببینیم آیا این کار به جلسه‌ی آخر مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی مرتبط است یا نه. توصیه می‌شود فعالانه با بیمار تماس داشته باشیم. (مستقیماً، به صورت تلفنی، یا در صورت نیاز بصورت ویزیت در منزل). بعضی بیماران قبل از اینکه به حد کافی به لحاظ عاطفی در وضعیت باثباتی قرار بگیرند که در مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی شرکت کنند و جلسات را ادامه دهند: برای بهبودی از ناکامی به زمان بیشتری نیاز دارند و عده‌ای نیز ممکن است در مورد محرمانه بودن جلسات درمان به جلب اطمینان نیاز داشته باشند.

جلسه اول: اجرای مصاحبه‌ی روایتی

مقدمه:

در جلسه‌ی اول از بیمار مصاحبه‌ی روایتی اخذ می‌شود. به بیمار گفته می‌شود که در صورتی که تمایل داشته باشد، می‌تواند فیلم یا صوت جلسه را ذخیره کند تا در جلسات بعدی به آن برگردد. بیمار تشویق می‌شود آنچه را که باعث شده، دست به خودکشی بزند، به صورت داستان بیان کند.

هدف از انجام مصاحبه‌ی روایتی، دستیابی به فهم مشترکی از مکانیسم فردی که باعث رفتار خودکشی می‌شود، به علاوه بیرون کشیدن حوادث برانگیزاننده و حساسیت‌های فردی است. مصاحبه روایتی معمولاً ۲۰ تا ۴۰ دقیقه به طول می‌انجامد. جلسه با ارائه‌ی شرح مختصری از اهداف درمان به بیمار - حتی اگر بیمار اطلاعات مکتوبی از مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی و ساختار آن داشته باشد، آغاز می‌شود.

اصولاً، به بیماران درباره‌ی خطر بالای خودکشی مجدد پس از اقدام به خودکشی و اینکه مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی یک درمان مختصر و ساختاریافته است که هدفش برقراری و رشد راهبردهای ایمن پیشگیرانه است توضیحاتی داده می‌شود.

کارشناس سلامت روان اطمینان حاصل می‌کند که بیمار دستورالعمل و اصول را درک کرده است و از او می‌خواهد هر سوالی دارد، بپرسد. بسیار مهم است که به بیمار توضیح دهیم فایل صوتی جلسه یکی از بخش‌های مهم و اصلی درمان است، و اینکه از مصاحبه ضبط شده، در جلسه دوم و سوم استفاده می‌شود. بیمار و کارشناس سلامت روان هر دو فرم رضایت‌نامه ضبط جلسات با ذکر محرمانه بودن را امضا می‌کنند.

ساختار جلسه اول:

پس از ارائه‌ی اطلاعاتی درباره‌ی مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی، کارشناس سلامت روان مصاحبه‌ی روایتی را آغاز می‌کند و به بیمار می‌فهماند که او شخصیت اول این داستان است:

- من می‌خواهم با زبان و کلمات خودت بشنوم چطور به مرحله‌ای رسیدی که به خودت آسیب برسانی...
- طبق تجاربی که دارم، همیشه داستانی پشت این اقدام به خودکشی هست و من می‌خواهم داستانت را بشنوم.

زمانی که بیماران در محیط بالینی با سوالات کارشناس سلامت روان مصاحبه می‌شوند، ممکن است در شروع مصاحبه، داستان‌شان را با تردید و دودلی نقل کنند، منتظر سوالات بعدی مصاحبه‌کننده شوند، اما معمولاً به‌زودی آسوده‌خاطر می‌شوند و در گفتن داستان‌شان اعتماد به نفس پیدا می‌کنند. بعضی بیماران می‌پرسند: "می‌خواهی از کجا شروع کنم؟" در اینجا کارشناس سلامت روان می‌گوید: "این به تو بستگی دارد، از هر جایی دوست داری شروع کن." الگوی شایع در اینجا این است که بیماران داستان را با اتفاقات و حوادث گذشته شروع می‌کنند: "دو سال پیش، دوستم ناگهان من را تنها گذاشت، و من افسرده شدم." سپس به سمت بحران خودکشی واقعی پیشروی می‌کنند: "بعد از آن من رابطه‌ی دیگری برقرار کردم، اما دوباره همین اتفاق افتاد و من ناامید و افسرده شدم، نمی‌تونستم سرکار بروم و به خودکشی فکر کردم." اغلب بیماران بدون دخالت فعال کارشناس سلامت روان بحران فعلی را به تجارب کودکی ارتباط می‌دهند: "درواقع داستان من به دوران کودکیم برمی‌گردد."

کارشناس سلامت روان باید به بیمار اجازه دهد و در هنگام گفتن داستانش، سکوت کند. کارشناس سلامت روان نباید سخنان بیمار را قطع کند حتی اگر بعضی مسائل مهم او بدون پاسخ مانده باشد، و درباره‌ی مسائل مهم خیلی زیاد صحبت نکرده باشد. در صورت نیاز می‌توان بعداً به این مسائل پرداخت. تنها سوالاتی که می‌توان طی داستان بیمار از او پرسید، پرسیدن سوالات روشن‌کننده است. البته این امر تنها باید زمانی صورت گیرد که به فهم شرایط بیمار کمک کند. توجه: مصاحبه‌ی روایتی جایی برای تعبیر و برداشت‌های کارشناس سلامت روان باهوش نیست!

باید به بیمار اجازه داد آزادانه صحبت کند. حتی اگر داستان از جایی شروع شود که به‌ظاهر ربطی به بحران خودکشی ندارد، چراکه بیمار، خود متخصص داستان خودش است. تنها زمانی که بیمار سخنانش را تمام کرد، کارشناس سلامت روان می‌تواند برای فهم و کسب اطلاعات بیشتر سوالاتی بپرسد. برای این کار، خیلی مهم است که همیشه از سوالات باز پاسخ استفاده کنیم - یعنی سوالاتی که نمی‌توان با بله یا خیر به آنها پاسخ داد. کارشناسان سلامت روان باید از پرسیدن سوالاتی که با چرا شروع می‌شوند، پرهیز کنند، چرا که این سوالات فرد را به ادامه دادن داستانش سوق نمی‌دهد. در واقع فرد با پاسخ کوتاه بدون هیچ شرح و بسطی به سوال پاسخ می‌دهد.

نمونه‌هایی از سوالات بازپاسخ:

- می‌تونی درباره‌اش بیشتر توضیح بدی؟
- برای اینکه بفهمم، بگو منظورت چیه؟ آیا می‌تونی با جزئیات بیشتری توضیحش بدی؟
- می‌تونی به من بگی چطور ایده‌ی خودکشی به ذهنت خطور کرد؟

به دست آوردن اطلاعات جزئی‌تر و بیشتر از بحران‌های خودکشی قبلی فرد بسیار مهم است. چراکه بدین طریق می‌توانیم علائم هشدار فردی را بدست آوریم، راهبردهای ایمن را شناسایی و فراهم سازیم. بنابراین کسب جزئیات بیشتر از خودکشی‌های قبلی اهمیت بالایی دارد.

- می‌تونی با دقت و جزئیات بیشتری بگی چه اتفاقی افتاد؟
- تصور کن که صحنه مصرف قرص‌ها را مثل یک فیلم آهسته تماشا می‌کنیم. چطور شد قرص‌های زیادی را یکباره مصرف کردی؟

در انتهای جلسه در مواردی که داستان‌گویی بیمار به اتمام رسید، کارشناس سلامت روان می‌تواند اطلاعات را کامل کند. در صورت نیاز، می‌توان در جلسه دوم اطلاعات بیشتری را (در زمان پخش فیلم یا صوت به دست آورد. بیمارانی که تمایل دارند از این شاخه به آن شاخه بپرند خیلی کم هستند. با این حال می‌توانید به صحبت‌های این افراد ساختار دهید. وقتی کارشناس سلامت روان متوجه شد بیمار وقت را تلف می‌کند:

- می‌تونم صحبت‌ها رو قطع کنم؟
- زمان را نگاه کن. بهتر است درباره‌ی آن زمانی صحبت کنی که به این فکر افتادی که خودکشی تنها راه حل ممکنه.

در بخش ۳-۹ "مشکلاتی که ممکن است در اجرای مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی اتفاق بیافتد" را ببینید.

شروع مصاحبه‌ی روایتی:

کارشناس سلامت روان : خانم الف، من مایلم داستان اقدام به خودکشی را با زبان خودت تعریف کنی.

بیمار: از کجا باید شروع کنم؟ در واقع مشکلات من از مدرسه شروع شد. وقتی اولین بحرانم را گذراندم. در آن زمان نمی‌دانستم چه کار باید بکنم. با خودم چکار باید می‌کردم؟ این مشکل برای من خیلی سنگین و دشوار بود. من خیلی از آینده می‌ترسیدم. دوستی داشتم که در این مشکلات به من کمک می‌کرد و من توانستم بدون اینکه به خودم آسیب بزنم بر آن ها غلبه کنم. بعد از آن، سال‌ها احساس خوبی داشتم تا ۲ سال پیش وقتی دوست پسرم ناگهان من را ترک کرد. در آن زمان اولین بار اقدام به خودکشی کردم. در فصل پاییز شروع شد. به نظرم همه چیز آن موقع خراب شد. شاید حالا مضحک به نظر برسد اما در آن زمان خیلی از نظر من مشکل سنگین و غیرقابل تحملی بود. اول اینکه دوست پسر من رو ترک کرد. اون اتفاق واقعا اذیت‌کننده بود و به من آسیب زد، چون فکر می‌کردم که او با همه فرق دارد تنها کسیه که دارم. بعد از اون اتفاق به خاطر عمل زانو می‌بایست ۳ هفته در بیمارستان بستری می‌شدم. من احساس کردم همه چیزم رو دارم از دست می‌دم. و نمی‌تونستم کاری کنم که جلوی این اتفاق گرفته بشه. برای همین احساس کردم دارم نابود میشم. من خیلی می‌ترسیدم. کاملا کنترلم را از دست داده بودم. روحم ضربه خورده بود. و من بدتر و بدتر می‌شدم. اما بعد، حدود ۴ هفته پیش این مرد دوباره با من رابطه برقرار کرد. دوستم به من هشدار داد. اما من می‌خواستم او را ببینم. احساسی که قبلا به او داشتم در من زنده شد تا اینکه فهمیدم با زن دیگری قرار گذاشته. ناگهان درد قدیمی دوباره سربرآورد. و احساس کردم با من مثل آشغال رفتار شده تا یک آدم. تنها راه حلی که داشتم این بود که به همه‌ی اینها پایان بدم. من خیلی روش فکر کردم. چهارشنبه پیش من به سه داروخانه رفتم و تاجایی که می‌تونستم داروی مسکن تهیه کردم.

پایان دادن به جلسه‌ی اول:

در اواخر جلسه اول کارشناس سلامت روان باید داستان بیمار را فهمیده باشد و آن را تایید کند. و در صورت امکان به آسیب‌پذیری فرد که در طی جلسه شناسایی شده اشاره کند. برای مثال کارشناس سلامت روان می‌تواند بگوید:

- تو اطلاعات خوبی درباره‌ی آنچه باعث شده دست به خودکشی بزنی به من دادی و داستان رو خیلی خوب برای من تعریف کردی. من فکر می‌کنم فهمیدم که در زندگی فقدان‌ها و شکست‌های زیادی رو تجربه کردی. در جلسه آینده داستان شما رو تماشا می‌کنیم و درباره‌اش فکر می‌کنیم.

قبل از اتمام جلسه اول توصیه می شود حتما خطر خودکشی ارزیابی شود. بهتر است این امر با همکاری بیمار صورت بگیرد. خطر خودکشی را می توان با استفاده از فرم وضعیت خودکشی SSF-III ارزیابی کرد. ارزیابی خطر به عنوان مسئولیت پذیری حرفه ای کارشناس سلامت روان مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی در زمان روبه رو شدن با بیمار خودکشی گرا بسیار مهم است. این ارزیابی به عنوان بازخوردی برای کارشناس سلامت روان نیز بسیار مهم است. کار دوم جلسات مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی این است که در طی کار با بیمار، ارزیابی کارشناس سلامت روان از میزان گرایش بیمار به خودکشی، منبع اصلی اطلاعات برای درمان و مدیریت بالینی است.

فرم وضعیت خودکشی SSF-III با توصیف مختصری به بیمار معرفی می شود و کارشناس سلامت روان می تواند بعد از تمرکز در داستان بیمار، با سوالات مشخص متمرکزی از بیمار درباره جنبه های مختلف خودکشی سوال کند، تا تصویر دقیقی از خطر خودکشی به دست آورد. تجربه نشان می دهد اکثر بیماران به رغم درگیری عاطفی شان م صاحبه روایتی را آرامش بخش توصیف می کنند. در مواردی که بیمار به لحاظ هیجانی بی ثبات است، ممکن است لازم باشد، با آنها همراهی کنیم و یا از دوست یا یکی از اعضای خانواده بخواهیم او را همراهی کند. بستری کردن بیمار به علت خطر بالای خودکشی به ندرت ضرورت می یابد. این کار را باید با همکاری خود بیمار یا کارشناس سلامت روان مسئول و متخصص سلامت م سؤال درمان بالینی انجام داد. ما توصیه می کنیم که پس از جلسه اول، کارشناس سلامت روان اولین پیش نویس خلاصه جلسه را بنویسد (جدول فرمول بندی مورد و پیش زمینه ی بحران خودکشی را در بخش ۳-۶-۱- ببینید) این کار به ما کمک می کند تا جنبه ها و سوالات بی جواب در جلسه دوم، شرح داده شود. همچنین توجه بر پیامدهای خاص مصاحبه ضبط شده مفید خواهد بود.

فرم وضعیت خودکشی (SSF-III)

فرم وضعیت خودکشی ابزار ارزیابی بالینی مهمی است که در ارزیابی و درمان همکارانه‌ی خودکشی دیوید ای جابز مورد استفاده قرار گرفته است. CAMS مجموعه ای از دستورالعمل‌هایی است که برای ارزیابی، درمان و پیگیری خطر خودکشی به لحاظ بالینی طراحی شده است. این فرم بر اهمیت و اولویت اتحاد درمانی به عنوان ابزار درمانی ضروری برای ارزیابی خودکشی فرد و مراقبت بالینی مورد نیاز بنا شده و در محیط‌های بالینی متنوعی مورد ارزیابی و بررسی قرار گرفته است. عنصر اصلی، درگیری بالینی اولیه است. با تاکید بر ارزیابی همکارانه‌ی خطر خودکشی بیمار، SSF ابزار کمی است که بر دیدن خطر خودکشی در چشمان بیمار تاکید می‌کند. این یک ابزار هفت صفحه‌ای است که ابزار ارزیابی اولیه و ثبت خطر خودکشی به علاوه‌ی درمان و پیگیری خطر خودکشی را فراهم می‌سازد.

در مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی، مولفان این برنامه درمانی از صفحه‌ی اول به عنوان ابزار ارزیابی استفاده می‌کنند. این ابزار در پایان جلسه‌ی اول مورد استفاده قرار می‌گیرد. قبل از استفاده شرح مختصری از آن به بیمار داده می‌شود. و اهمیت ارزیابی ساختاریافته تر رنج عاطفی و تلاش به اقدام به خودکشی توصیف می‌شود. در این قالب صندلی‌ها در کنار هم چیده می‌شوند. خود بیمار این فرم را تکمیل می‌کند، کارشناس سلامت روان به بیمار کمک می‌کند و به عنوان مربی، همراه و همکار عمل می‌کند. این روند ۱۵ تا ۲۰ دقیقه طول می‌کشد. برای مقایسه بحران خودکشی در حال حاضر با بحران خودکشی اخیر، مصاحبه کننده می‌تواند از بیمار بخواهد یکبار ۶ آیتم اول SSF-III را با یادآوری دقیق اقدام به خودکشی اخیر تکمیل کند و یک بار دیگر ۶ آیتم اول را برای شرایط اینجا و اکنون تکمیل کند. بخش‌های SSF-III شامل ۶ آیتم است که دارای درجه بندی لیکرت (۵ - ۱) است. این درجه بندی بر پایه‌ی کار ادوارد اشنایدمن در سال ۱۹۸۷ و آرون بک و همکاران در سال ۱۹۷۹ ساخته شده است. این مقیاس بر جنبه‌های اصلی خطر خودکشی تمرکز می‌کند: رنج روانی، استرس، بی‌قراری، ناامیدی، تنفر از خود، و رتبه بندی خطر خودکشی. پس از این بخش، دلایل زندگی^۱ (RFL) در مقابل دلایل مرگ^۲ (RFD) آمده است. این بخش بر اساس مصاحبه‌ی دلایل زندگی کردن و زنده ماندن لینهان بنا شده است. در این بخش در مورد شک و تردیدهای درونی نسبت به تلاش به اقدام به خودکشی بحث می‌شود. این بخش پس از ارزیابی میل به زنده ماندن در مقابل میل به مرگ و پاسخ «تنها دلیل» SSF آمده است. (تنها چیزی که باعث می‌شود میل به خودکشی نداشته باشم). توصیه می‌شود زمانی که از SSF استفاده می‌شود، کارشناس سلامت روان به راهنمای CAMS رجوع کند (جابز، ۲۰۰۶).

برای ارزیابی خطر خودکشی، برای ۶ آیتم ابتدایی حداکثر نمره‌ی لیکرت (۵) در بیشتر آیت‌ها نشان دهنده‌ی خطر خودکشی قریب الوقوع است؛ در پاسخ‌های RFL/RFD کارشناس سلامت روان به دنبال عوامل خطر به علاوه‌ی عوامل حمایت کننده خواهد بود (مثل فرزندان، خانواده و ...). در بخش میل به زنده ماندن در برابر میل به مردن، بیمار باید تصمیم بگیرد کدام بخش بیشترین نمره را می‌گیرد. در حالی که، پاسخ به بخش تنها دلیل به کارشناس سلامت روان می‌گوید در طرح درمانی باید بر چه چیزی تمرکز کرد.

¹ Reasons for Living

² Reasons for Dying

جلسه‌ی دوم: مرور مصاحبه روایتی جلسه اول

مقدمه:

معمولاً، جلسه دوم را باید یک هفته بعد از جلسه اول تشکیل داد. هدف این جلسه این است که کارشناس سلامت روان و بیمار با همکاری هم به فرایند خودکشی که در جلسه‌ی اول توسط بیمار روایت شده بود از منظر بیرونی نگاه کنند. بیمار این کار را از جایگاه مشاهده‌کننده انجام می‌دهد و اطلاعات بیشتری ارائه می‌کند و همکاری بیشتری دارد. در مرور جلسه گذشته، کارشناس سلامت روان و بیمار روی فرایند خودکشی کار می‌کنند، فرایند خودکشی را مرحله‌به‌مرحله تحلیل می‌کنند و مسائل مهم زندگی را که با بحران خودکشی در ارتباط هستند شناسایی می‌کنند. نتیجه‌ی این جلسه، بازسازی شناختی و هیجانی داستان و زمینه‌سازی در جهت طرح‌ریزی ایمن است.

مرور مصاحبه روایتی جلسه اول

تکنیک پخش مواجهه با خود توسط چندین مولف معرفی شده است. والاس و همکاران در سال ۲۰۰۲، با بیمارانی که خودکشی کرده بودند، مصاحبه کرده و از جلسات آن‌ها فیلم تهیه کردند. پس از آن فیلم مکالمات را برای بیماران پخش کردند و از بیماران خواستند افکار، احساسات و احساسات بدنی یا هر نظری را که موقع پخش فیلم داشتند، گزارش کنند. پس از تماشای دو دقیقه از فیلم مصاحبه روایتی متوقف می‌شد و از بیماران خواسته می‌شد تا گزارش کنند. توقف فیلم یا صوت زمانی صورت می‌گرفت که بتوان به تعبیر معناداری دست یافت. این تکنیک با هدف بازیابی و بینش نسبت به مکانیسم‌های عاطفی و هیجانی مرتبط با رفتار خودکشی در فرد استفاده می‌شود. در اینجا نمونه‌ای از نوشته‌ی فرد پس از مرور مصاحبه روایتی آورده شده است:

دکتر عزیز،

از وقتی شما را دیدم احساس سبکی می‌کنم. اگرچه طی هفته‌ی گذشته حالاتی شبیه به شروع افکار خودکشی را دوباره تجربه کردم. ولی نسبت به سه هفته‌ی پیش یعنی پس از اقدام به خودکشی‌ام احساس بهتری دارم. از آن موقع به بعد با دوستانم بیشتر صحبت می‌کنم و مکرراً تلاش می‌کردم تا توضیح بدهم چه اتفاقی افتاد. احساس می‌کنم مصاحبه، و بالاتر از همه مرور مصاحبه روایتی مصاحبه باهم برای من لطف زیادی داشت. امروز، برای من خیلی واضح است که اقدام به خودکشی و افکار خودکشی چه هستند.

به لحاظ نظری، تکنیک مرور مصاحبه روایتی، یک کار مشترک بین بیمار و کارشناس سلامت روان است که دارای هدف مشترک نیز هست: پی بردن به بحران خودکشی به گونه‌ای که بتوان اقدامات پیش‌گیرانه‌ای را در فرد پرورش داد. در مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی، مرور مصاحبه روایتی امکان غرقه سازی مجدد کنترل شده در وضعیت خودکشی را به فرد می‌دهد، بدون اینکه فرد به آن حالت گرفتار شود. هدف اصلی، تحلیل و بازسازی روایت و وارد ساختن جایگاه درونی و بیرونی در محیطی امن و حمایت‌کننده است. این کار به صورت کنارهم نشستن و مشاهده‌ی مصاحبه‌ی ضبط‌شده با همکاری کارشناس سلامت روان صورت می‌گیرد. در اینجا کارشناس سلامت روان و بیمار با هم همکاری می‌کنند تا آسیب‌پذیری‌های مرتبط با بحران خودکشی را شناسایی کنند. بنابراین مرور مصاحبه روایتی بخش مهم فرایند درمانی در زمینه‌ی بازسازی شناختی و ترکیب هیجانی بحران خودکشی اخیر است.

در مدل پردازش دوگانه می‌توان پخش فیلم یا صوت را به‌عنوان شرایطی در نظر گرفت که در آن مصاحبه‌کننده کنار بیمار می‌نشیند و روایت را مشاهده می‌کند. روایت نشان‌دهنده‌ی سیستم پردازش اولیه است، به این معنی که حالت خودکشی به‌صورت خودکار و مستقیم، بدون آگاهی و خیلی سریع عمل می‌کند - درحالی‌که در همان لحظه، فرایند پردازش ثانویه که با تجربه‌ی آگاهانه‌ی اضطراب، انتخاب و تمرکز مرتبط است را فعال می‌کند. هدف نهایی در این مدل، درمان برنامه نویسی سیستم پردازش اولیه با درگیر کردن فرایند سیستم ثانویه و تجهیز کردن وقتی الگوی خاصی شناسایی شد، می‌باشد (کاهنمان، ۲۰۱۱).

ساختار جلسه دوم:

در ابتدا، باید از بیماران خواست هر نظری را که درباره‌ی جلسه اول داشتند مطرح کنند. خیلی مهم است بدانیم آنها پس از مصاحبه‌ی روایتی چه احساسی داشتند و چگونه بعد از جلسه با فعال سازی مجدد حالت خودکشی مقابله کردند. در موارد نادری، بیماران هنوز به‌لحاظ هیجانی در بی‌ثباتی به‌سر می‌برند و ممکن است مواجهه با مصاحبه‌ی ضبط‌شده برای آنها مسئله‌ی سخت و دشواری باشد. در این موارد، مزایا و معایب این کار باید با بیمار مورد بحث قرار گیرد و شاید لازم باشد جلسه دوم بدون پخش فیلم یا صوت اداره شود. می‌توان از بیماران خواست با عمق بیشتری درباره‌ی احساسات و افکارشان صحبت کنند و کارشناس سلامت روان با گفتن نظرات و عقایدش مشارکت کرده و بیماران را با سوالاتی که می‌پرسد راهنمایی کند.

برای مثال کارشناس سلامت روان می‌تواند بگوید: "پیش از جلسه آینده، می‌خواهم جزوه‌ای را به شما بدهم که شامل دیدگاه‌هایی درباره‌ی گرایش به خودکشی است. این اطلاعات می‌توانند بینش جدید و توضیحاتی را درباره‌ی این که چگونه ممکن است کسی دست به خودکشی بزند، در اختیار شما بگذارد. بعضی از این نظرات، ممکن است بر اساس تجربه‌ای که داشته‌اید، برای شما آشنا و قابل درک باشد و برعکس برخی

¹ Kahneman

دیگر عجیب و گمراه کننده به نظر برسند. خواهش می‌کنم به سوالاتی که در متن آمده جواب بدهید و اگر نظری دارید، آن را یادداشت کنید. ما جلسه بعدی را با مرور این جزوه شروع می‌کنیم. آیا سوالی دارید؟"
در جلسه‌ی دوم باید اهداف زیر را در نظر داشت:

۱. دستیابی به فهم بهتر از آسیب‌پذیری بیمار، که معمولا در بافت زندگی فرد دیده می‌شود.
۲. بررسی رفتار خودکشی با جزئیات بیشتر (در صورتی که در جلسه‌ی اول انجام نشده باشد)
۳. اخذ اطلاعات اولیه درباره‌ی راهبردهای ایمن خود بیمار که ممکن است از بحران هیجانی قبلی بیمار پدیدار شده باشد.

جلسه با این مقدمه آغاز می‌شود: "امروز می‌خواهیم فیلم یا صوتی رو که در آن داستان خودکشی رو تعریف کردی با هم ببینیم. اگر می‌خوای چیزی بگی یا اطلاعات بیشتر یا جزئیاتی رو اضافه کنی. می‌تونی فیلم یا صوت رو هر وقت که خواستی متوقف کنی یا اگر احساس کردم می‌خوام جزئیات بیشتری در یک مورد خاص بدونم فیلم یا صوت رو نگه می‌دارم. همچنین مایل بدونم وقتی داستان خودت را می‌شنوی چه نظری داری و وقتی آن رو نگاه می‌کنی چه هیجان و فکری بهت دست می‌ده؟ هر وقت احساس کردی نمی‌تونی تحمل کنی به من بگو تا متوقفش کنم."

پس از آن کارشناس سلامت روان فیلم یا صوت را پخش می‌کند، کنار بیمار می‌نشیند و به این طریق نشان می‌دهد که این یک اقدام مشترک است. بدلیل زمان محدود و برای اینکه تنها درباره‌ی چیزهایی که مهم و مورد نیاز است صحبت شود لازم است کارشناس سلامت روان قبل از شروع جلسه بخش‌های مربوط را انتخاب کند.

شرح مختصر بالینی

پخش فیلم یا صوت:

روانشناس: "تو الان به من گفتی که احساس کردی جلسه ای که هفته پیش با هم داشتیم تاثیر مثبتی روی تو داشته، وقت کافی داشتی تا داستانت رو با کلمات خودت تعریف کنی. امروز ما می‌خواهیم که با همدیگر فیلم یا صوت جلسه قبل را تماشا کنیم. ریموت کنترل هم هست. هر دو می‌تونیم از این ریموت استفاده کنیم. اگر چیزی هست که بخوای به داستانت اضافه کنی یا اگر نکته‌ی مهمی بود که باید بگی فیلم یا صوت رو نگه دار. درغیر این صورت بعد از یه مدت من فیلم یا صوت و نگه می‌دارم بتونیم درباره‌ی بعضی جزئیات داستانت با هم صحبت کنیم. لطفا هر وقت احساس کردی تحملش سخته یا احساس کردی تحت فشاری به من بگو. سوالی داری؟ اگر نه که فیلم یا صوت رو پخش کنم."

(بعد از سه دقیقه، بیمار کنترل رو برداشت و فیلم یا صوت را قطع کرد).

بیمار: "در اون زمان من فقط جنبه‌های منفی رو می‌دیدم. من نمی‌تونستم به چیزای دیگه نگاه کنم. و نمی‌خواستم بقیه رو ناراحت کنم. وقتی با مشکلی روبه‌رو میشم عادت‌مه اینطوری باهاش برخورد کنم. حدس می‌زنم این رفتار من مربوط به دوران کودکیم هست. در اون زمان پدر و مادرم وقت زیادی برای من نداشتند و من یاد گرفتم که در زندگی فقط می‌تونم به خودم تکیه کنم...."

روانشناس بیمار را تشویق می‌کند اطلاعاتی اضافه کند تا هیجانات و افکارش را ابراز کند، به‌علاوه از بیمار می‌پرسد از اینکه الان دارد داستانش را می‌شنود و می‌بیند چه حسی دارد؟ با همکاری نزدیک با بیمار، کارشناس سلامت روان کاوش می‌کند و تلاش می‌کند تا الگوی بیمار را که منجر به بحران خودکشی شده، شناسایی کند. از بیمار خواسته می‌شود تا خودش را مجدداً در آن موقعیت قرار بدهد: "چه احساسی داشتی؟"، "چه افکاری داشتی؟" در طی جلسه، کارشناس سلامت روان به علائم هشداردهنده‌ی فردی و فعالیت‌های جایگزین بیمار اشاره می‌کند: "اگر دوباره در همچین موقعیتی قرار بگیری، کاری هست انجام بدی؟" همه‌ی بیماران در این مرحله نمی‌توانند به بعضی فعالیت‌های جایگزینی که می‌توانند انجام دهند، اشاره کنند.

با بیمارانی که به پخش فیلم یا صوت جواب نمی‌دهند چه باید کرد؟ برخی بیماران منفعل می‌مانند و می‌گویند که مرور فیلم یا صوت مصاحبه معنایی برایشان ندارد. این کار می‌تواند به‌عنوان اجتناب بیمار از هیجانات شدید تفسیر شود. اگرچه در درمان مختصر مانند مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی، به نظر نمی‌رسد مواجه کردن بیماران با این تفاسیر مفید باشد. در واقع پیشنهاد می‌شود

برای اینکه بیمار را به هیجانان و افکار مشکل‌آفرین نزدیک کنیم، از یک مسیر انحرافی استفاده کنیم. در اینجا راهبردی که به ما کمک خواهد کرد، پرسیدن سوالات دایره‌ای است. برای مثال کارشناس سلامت روان می‌تواند این سوالات را بپرسد:

"تصور کن دوست نزدیکت داره این داستان را تعریف می‌کند، چه احساسی داری؟ بهش چی می‌گی؟ فکر می‌کنی چی بهش کمک می‌کنه؟ در ذهنت چی می‌گذره؟" بخش ۳-۹ مسائلی که در اجرای مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام‌کننده به خودکشی اتفاق می‌افتد را ببینید.

تکالیف منزل:

در پایان جلسه دوم، کارشناس سلامت روان به بیمار تکالیف منزل می‌دهد. بسیاری از افراد رفتار خودکشی‌شان را به‌عنوان چیزی که نمی‌توانند درکش کنند یا توضیح دهند تجربه می‌کنند. «من نمی‌دونم چطور اتفاق افتاد» این بیماران اغلب می‌گویند که آنها می‌ترسند که این اتفاق دوباره برایشان تکرار شود. کارشناس سلامت روان شرح می‌دهد که جزوه‌ی نوشته شده دربردارنده‌ی متن خلاصه‌ای از آنچه درباره‌ی خودکشی می‌دانیم است. کارشناس سلامت روان به بخش‌های مختلفی اشاره می‌کند. مانند رنج روانی، نقش تجارب اولیه‌ی زندگی، افسردگی و کمک خواستن. از بیماران خواسته می‌شود به دقت این متن را در خانه مطالعه کنند، نظراتشان را در فضای خالی بنویسند. و آن را برای جلسه بعد با خود به همراه بیاورند.

ممکن است عنوان متن تا حدی تحریک‌کننده باشد. و بعضی بیماران به آن اعتراض کنند و بگویند که خودکشی آنها عملی برنامه‌ریزی شده بود که خوب روی آن فکر شده بود. هدف این جزوه این نیست که مدل ارائه شده در متن را به بیمار ثابت کنند. بلکه هدف این است که افکار بیمار درباره‌ی مکانیسم‌های بوجودآورنده‌ی خودکشی را برانگیزانند و با کارشناس سلامت روان مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام‌کننده به خودکشی، به یک مدل بیماری مشترک برسند. اهداف اصلی تکالیف روانی آموزشی در منزل عبارتند از:

- یافتن مدل تشریحی مشترک، که می‌تواند به‌عنوان پایه‌ای برای برنامه‌ریزی سالم و مفید به کار رود.
- سرعت بخشیدن به اتحاد درمانی از طریق مکالماتی که بین بیمار و کارشناس سلامت روان صورت می‌گیرد. کارشناس سلامت روان باید دیدگاه بازی نسبت به نظرات بیمار داشته باشد.

بیماران اغلب گزارش می‌کنند که این متن‌ها نه تنها به آنها بلکه به بستگانشان نیز کمک کرده درک بهتری از رفتار خودکشی بدست آورند. به‌علاوه این متن منجر به برانگیختن گفتگوهای بهتری نیز می‌شود. این بخش تغییراتی را در کارکرد مغز در بحران‌های شدید عاطفی و ظرفیت پایین حل مسئله ایجاد می‌کند و احساس شرمندگی و خودسرزندی را کاهش می‌دهد. بیمارانی که دوره‌ی حاد بحران خودکشی را تجربه می‌کنند نیز حالتی شبیه به خلسه دارند، اغلب بخش مربوط به حالت تجزیه را مفید و سودمند می‌دانند.

پایان دادن به جلسه دوم:

روانشناس با پرسیدن مجدد درباره‌ی احساسی که هم‌اکنون دارد و اینکه چه افکار خودکشی در ذهن دارد و اینکه آیا به‌حدکافی احساس خوبی دارد که بتواند به جامعه یا خانه گردد به جلسه پایان می‌دهد. در صورت لزوم، باید انتقال ایمن برقرارشود و با کارشناس سلامت روان مسئول تماس حاصل شود. در مواقعی که کارشناس سلامت روان درباره‌ی خودکشی بیمار به قطعیت نرسیده است پیشنهاد می‌شود به مدت ۱۵ تا ۲۰ دقیقه کارشناس سلامت روان و بیمار با یکدیگر بنشینند و فرم وضعیت خودکشی را تکمیل کنند. بسیاری از بیماران می‌گویند که طی پخش فیلم یا صوت حالت خودکشی را تجربه می‌کنند. بسیاری از افراد گزارش می‌کنند که بررسی کردن بحران خودکشی با جزئیات بیشتر و پی بردن به مکانیسم زیربنایی منجر به خودکشی، تجربه‌ی مثبتی برایشان بوده است. پس از جلسه، کارشناس سلامت روان خلاصه‌ی مکتوبی از جلسه با داده‌های جدید بدست‌آمده را تکمیل می‌کند. (جدول فرمول‌بندی بیمار و پیش‌زمینه‌ی بحران خودکشی را ببینید).

جلسه سوم: فرمول‌بندی الگوهای منجر به بحران خودکشی:

مقدمه:

هدف اصلی جلسه سوم تکمیل فرمول‌بندی فرایندها و الگوهای فردی درگیر در ایجاد و رشد بحران خودکشی بیمار و نیز تکمیل فهرست راهبردهای ایمن برای پیشگیری از بروز رفتار خودکشی در آینده است. پیشنهاد می‌شود که بخش اول متن، پس از جلسه اول و دوم و با استفاده از اطلاعات به‌دست‌آمده از مصاحبه‌ی روایتی و کاوش عمیق‌تر و بیشتر فیلم یا صوت مصاحبه نوشته شود. این بخش، با همکاری بیمار تجدیدنظر می‌شود. اسنادی که کارشناس سلامت روان در جلسه سوم با خود به همراه می‌آورد عبارتند از: ۱- فرمول‌بندی موردی از پیش‌زمینه‌ی بحران خودکشی با تاکید بر حساسیت‌های فردی و حوادث برانگیزاننده. ۲- پیش‌نویس اهداف میان‌مدت و طولانی‌مدت مفید و اثربخش. ۳- پیش‌نویس علائم هشداردهنده فردی که موجب بروز اقدام به خودکشی می‌شود. ۴- پیش‌نویس راهبردهای ایمن فرد.

فرمول‌بندی موردی: پیش‌زمینه‌ی بحران خودکشی

فرمول‌بندی موردی خلاصه‌ی مکتوبی است که بازگوکننده‌ی شرح مختصری از آنچه بیمار گفته است می‌شود. فرمول‌بندی درنظر دارد منطق بحران خودکشی بیمار را برپایه‌ی مسائل مربوط به دوران زندگی مرتبط با بحران خودکشی، انتقال دهد. فرمول‌بندی باید حساسیت‌ها و آسیب‌پذیری‌های فردی که در آینده ممکن است مجدداً علت بحران خودکشی باشد را بیان کند. حوادث و اتفاقات برانگیزاننده‌ی خاص مرتبط با آسیب‌پذیری بیمار جهت فعال‌سازی حالت خودکشی به‌ویژه وقتی اقدام به خودکشی قبلی، الگوی پاسخ رفتاری احتمالی باقی‌گذاشته، مورد نیاز خواهد بود. برای مثال، حساسیت بالا به طرد می‌تواند مکرراً با شناخت‌ها و افکار منفی درباره‌ی خود مرتبط باشد. مشکلات ارتباطی حاد می‌تواند عامل برانگیزاننده‌ی بحران خودکشی باشد. براساس اصطلاحات نظری، وقتی مسائل مهم زندگی به‌شدت مورد تهدید قرار می‌گیرند، خودکشی را می‌توان به‌عنوان راه‌حلی درنظر گرفت (بخش ۲-۳-۴- مدلهای روان‌شناختی را ببینید). مسائل زیست‌نامه‌ای مرتبط - در مثال بالا می‌تواند نیاز به امنیت در روابط نزدیک باشد. تجارب منفی و نامطلوب مرتبط با احتیاجات عاطفی فرد، طرحواره‌های شناختی معمول را برمی‌انگیزاند (من بی‌ارزشم، من دوست‌داشتنی نیستم، من باری روی دوش دیگرانم، هیچ چیزی تغییر نمی‌کند)، اغلب گام آخر اقدام به خودکشی را نمایان می‌کند. (بخش ۲-۳-۴- مورد توجه قراردادن مدل شناختی رفتاری خودکشی را ببینید). کارشناس سلامت روان در دو جلسه قبل به بخش عمده اطلاعات مربوط به فرمول‌بندی موردی دست‌یافته است (مصاحبه‌ی روایتی و پخش فیلم یا صوت).

در زمان نوشتن فرمول‌بندی موردی کارشناس سلامت روان را می‌توان با سوالات زیر راهنمایی کرد:

- چه حوادث بیرونی یا تجارب درونی اقدام به خودکشی حاضر را برانگیخته است؟
- چه حوادثی در گذشته با آسیب‌پذیری بیمار در ارتباط هستند؟
- چه عواملی در ایجاد و بروز رفتار خودکشی نقش واسطه دارد؟ (اطرافیان، اختلال روان‌پزشکی، سوء‌مصرف مواد، تردید و دودلی و ...)

بیمار چه چیزی را باید تجربه کند یا چه اتفاقی باید برای او بیافتد که منجر به اقدام به خودکشی در آینده شود. مسائل مربوط به زندگی و آسیب‌پذیری‌های فردی که در بالا به آن اشاره شد نکته‌ی کلیدی و مهمی است. می‌توان آنها را مرکز توجه روان‌درمانی طولانی‌مدت قرارداد که اغلب توسط کارشناس سلامت روان مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی توصیه می‌شود. (اقدامات مفید در طولانی مدت در بخش ۳-۶-۲- را ببینید. همچنین بخش ۳-۹ مسائلی که در اجرای مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی اتفاق خواهد افتاد را ببینید).

شرح مختصر بالینی

آسیب‌پذیری و حوادث برانگیزاننده:

بیمار: چندماه اخیر خیلی به من سخت گذشت. دوست پسر من رو تنها گذاشت. این غیرقابل تحمل بود. یک روز او دم خون و دیدم رفته. همه‌ی وسایلیش رو برداشته بود و حتی به پیغامم برام نذاشته بود. چندبار سعی کردم باهاش تماس بگیرم ولی اون جواب تلفنم رو نداد. دیگه سرکار نرفتم و خونه موندم. میلی به خوردن و حمام کردن نداشتم. کسی هم از محل کارم با من تماس نگرفت. من احساس تنهایی می‌کردم. تصمیم گرفتم تا کسی بگیرم. به آپارتمانش سر بزنم. خونه‌اش نبود. کلید خونش رو داشتم وارد منزلش شدم و دیدم هرچی مربوط به من بود و دور انداخته بود. این کارش باعث شد فکر خودکشی در من بوجود بیاد. حالت ذهنی عجیبی داشتم. شبیه زامبیا شده بودم. می‌دونستم مسکن‌هاش و کجا نکه می‌داره. ۲ بسته مسکن پیدا کردم. تو هر بسته ۲۰ تا قرص بود. همه‌ی قرص‌ها رو خوردم و محل رو ترک کردم. می‌خواستم بمیرم. فکری که تو سرم بود این بود: هیچ فایده‌ای نداره. دیگه هیچی خوب نمیشه. من این حس تنها شدن و اینکه با من مثل آشغال رفتار میشه رو خوب می‌شناختم. مادرم بارها همچین رفتاری با من داشت. سه سال پیش هم تصمیم گرفته بودم خودم و بکشم. اون موقع اولین بار بود که دست به خودکشی زدم. بعد از اینکه از پنجره پریدم پایین تو بخش روانی بیمارستان بستری شدم. اغلب فکر می‌کنم که من برای این زندگی ساخته نشدم و اینکه توی این دنیا جایی برای من وجود ندارد.

ساختار جلسه سوم:

بازبینی تکالیف خانه:

روانشناس جلسه را با این سوال شروع می‌کند: "الان چه حسی داری؟" و اینکه "قبل از این جلسه چه احساسی داشتی؟" سپس کارشناس سلامت روان تکالیف منزل را با بیمار بازبینی می‌کند. کارشناس سلامت روان از بیمار بازخورد می‌گیرد. - برای مثال اگر بیمار احساس کرد که معنا و فایده‌ای برای او نداشت و یا هر سوالی داشت از کارشناس سلامت روان بپرسد. توصیه می‌شود روی متن زمان صرف کنند و متن را بخش به بخش بررسی کنند و روی مواردی که بیمار نوشته کار کنند. خیلی مهم است که کارشناس سلامت روان تلاش کند اهدافش را شناسایی کند و تجارب شخصی بیمار را تایید کند. در مواردی که بیمار نظری نداشته یا جزوه را با خود نیاورده است، کارشناس سلامت روان می‌تواند با تاکید کردن بر مسائل مهم و ارائه‌ی نسخه‌ی متن به بیمار، او را وارد متن کند. اگر بیمار به پرسیدن و انجام دادن تکالیف منزل مشتاق نیست، نباید خیلی روی آن اصرار کرد.

فرمول‌بندی موردی:

قبل از جلسه، کارشناس سلامت روان پیش‌نویسی از فرمول‌بندی موردی همراه با فهرستی از اقدامات مفید طولانی‌مدت، علائم هشداردهنده و راهبردهای ایمن برای بحران‌های خودکشی را تهیه می‌کند. فرمول‌بندی موردی را می‌توان به صورت ضمیر اول شخص مفرد یا سوم شخص نوشت. ما معمولاً ضمیر اول شخص را ترجیح می‌دهیم. نوشتن خلاصه به صورت ضمیر اول شخص مفرد روی این مسئله که این داستان خود بیمار است تاکید می‌کند. این متن را می‌توان با همکاری بین کارشناس سلامت روان و بیمار بازبینی، اصلاح و تکمیل کرد.

برنامه مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی

نام و نام خانوادگی بیمار:

تاریخ جلسات مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی:

خانم / آقای عزیز:

همانطور که قبلاً درمورد آن صحبت کردیم، در اینجا سعی کردم نکات اصلی مطالبی که پیرامون پیش‌زمینه‌ی بحران خودکشی‌ت گفتم را خلاصه کنم. متن زیر به صورت اول شخص مفرد نوشته شده چون داستان خود توست.

۱ - پیش‌زمینه (یک تا نصف صفحه)

متوجه شدیم که تجربه می تواند باعث ایجاد بحران خودکشی حاد شود. برای این که از وقوع مجدد این وضعیت ذهنی مشابه و خطرناک جلوگیری کنیم، لازم است که شما از راهبردهایی که باعث حفظ ایمنی شما می‌شود آگاهی داشته باشید.

۲ - اقداماتی که در پایین به آن اشاره شده برای حفظ سلامت و امنیت من در آینده اهمیت دارد:

اقدامات مفید طولانی‌مدت:

علایم هشداردهنده:

راهبردهای ایمنی برضد خودکشی:

ابتدایی:

۱.

۲.

موارد حاد

۱.

۲.

در تاریخ با همکاری بیمار و کارشناس سلامت روان نوشته شد.

امضای بیمار

امضای کارشناس سلامت روان

بیمار و کارشناس سلامت روان روی صندلی کنار یکدیگر می‌نشینند. خیلی مهم است که بیمار نقش فعالی در فرایند درمان داشته باشد. و متن نهایی که نوشته می‌شود مورد پسند و رضایت بیمار باشد. کارشناس سلامت روان هدف این جلسه را با استفاده از جملات زیر بیان می‌کند:

من سعی کردم پیش‌زمینه‌ی بحران خودکشیت را برطبق آنچه در جلسه قبل برای من تعریف کردی به‌علاوه‌ی راهبردهای ایمن احتمالی برای آینده رو بنویسم. امروز می‌خواهم با همدیگر روی آن کار کنیم تا در نهایت در موردش به توافق برسیم. من متن را برای تو می‌خوانم، و می‌خوام که نظرت رو درباره‌اش بدی، چیزهایی را اضافه یا حتی حذف کنی.

شرح مختصر بالینی

نمونه‌هایی از تدوین فرمول‌بندی موردی توسط روانشناس:

خانم سی عزیز:

همانطور که قبلاً گفته شد، سعی کردم شرح مختصری از نکات اصلی مواردی که درباره‌ی زمینه‌ی بحران خودکشی‌ات گفتم، را بنویسم. چون این داستان متعلق به تو است آن را به‌صورت اول شخص مفرد نوشتم.

پیش‌زمینه:

آنچه باعث شد اقدام به خودکشی در من برانگیخته شود مربوط به زمانی بود که فهمیدم رئیس دیر یا زود متوجه اشتباهی که تو حسابرسی کردم میشه. وضعیت خیلی سختی بود چرا که می‌دونستم باید با عواقبش روبرو بشم. بعد از آن تلاش کردم به این اتفاق توجهی نکنم و فراموشش کنم. با خواهرم به تعطیلات رفتم. اما می‌ترسیدم. داشتم کارم رو از دست می‌دادم. و ممکن بود تحویل پلیس داده بشم. بدتر از همه اینکه احساس شرمندگی می‌کردم. منی که همیشه مورد اعتماد بودم و حواسم جمع بود مرتکب اشتباه شده بودم. فکر می‌کردم حالا همه فهمیدن اون چیزی که نشون می‌دادم نیستم. دروغهام داشت فاش می‌شد. من راه دیگری جز اینکه به زندگیم پایان بدم نداشتم. چون نمی‌تونستم تحقیر رو تحمل کنم، نمی‌تونستم وجهه ام رو از دست بدم. خودکشی به‌نظرم تنها راه حل بود. در تاریخ ۲۰۱۴/۴/۶ به سمت مکان متروکه‌ای رفتم و قرص‌ها رو خوردم. خوشبختانه، خیلی زود به این فکر رسیدم که خانواده‌ام به من نیاز دارند. فهمیدم می‌خواستم بهتر از چیزی که هستم به‌نظر برسم. وقتی بچه بودم سعی می‌کردم هرکاری بکنم تا دیگران متوجه ضعف و شکست‌های من نشن. من خانه‌ای که دیوارهاش درحال فرو ریختن بود. همیشه می‌خواستم خودم را وارد هرکاری بکنم. من آدمی بودم که خودش رو تو هرکاری دخالت می‌داد و به نیازهای خودش بی‌توجه بود. شاید باید این کار رو انجام میدادم تا توسط دیگران پذیرفته بشم.

بازبینی مشارکتی فرمول‌بندی موردی را می‌توان هم با نوشتن مواردی به‌صورت دستی در نسخه‌ی چاپی انجام داد یا بازبینی را مستقیماً روی کامپیوتر انجام داد. در این حالت کارشناس سلامت روان و بیمار روبروی صفحه نمایش می‌نشینند و متن را بازبینی می‌کنند. پیش‌نویس فرمول‌بندی موردی می‌بایست با صدای بلند و جمله به جمله توسط بیمار یا کارشناس سلامت روان خوانده شود. و کارشناس سلامت روان باید در فواصل زمانی کوتاه، درست بودن فرمول‌بندی را همراه با بیمار بررسی کرده و در صورت نیاز مواردی را اصلاح کرده

یا به آن اضافه کند. همینکه بررسی اولین بخش خلاصه‌ی پیش‌زمینه‌ی بحران خودکشی به اتمام رسید کارشناس سلامت روان وارد بخش دوم می‌شود. فرمول‌بندی اقدامات طولانی‌مدت، اهداف، علائم هشداردهنده‌ی فردی و راهبردهای ایمن. هر بخش باید شامل ۴ تا ۶ کلیدواژه باشد. فهرست باید کوتاه باشد تا بتوان آن را به‌صورت جملات امیدوارکننده به مراجع داد. (جدول جملات امیدوارکننده را ببینید).

اقدامات طولانی‌مدت مفید:

اقدامات طولانی‌مدت شامل اهداف فردی است که غیرمستقیم با اقدام به خودکشی در ارتباط هستند. بعضی موارد عبارتند از: روان‌درمانی فردی، درمان سوء‌مصرف الکل، درمان افسردگی یا اضطراب، یافتن شغل جدید، و ممکن است بعضی از این مسائل در طی ۲ جلسه‌ی اول ظاهر شود. کارشناس سلامت روان باید بیمار را تشویق کند روی این مسائل کار کند چراکه آنها با خطر خودکشی مرتبط هستند. اگر بیمار تحت مشاوره یا درمان حرفه‌ای نیست، کارشناس سلامت روان ممکن است آسامی و آدرس کارشناسان سلامت روان را به بیمار بدهد.

سوالات برانگیزاننده می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- دیدیم که چطور اتفاقات بوجود آمدند و منجر به خودکشی شدند. چه چیز می‌تواند در کاهش خطر بحران خودکشی آینده مفید باشد؟
- فکر می‌کنید درمان روان‌پزشکی چقدر مهم باشد؟
- دارودرمانی چقدر اهمیت دارد؟
- اهداف درمانی مشاوره‌ی روان‌درمانی چه باید باشد؟

پاسخ‌هایی که داده می‌شود: "من اغلب درگیر مشکلات دیگران بودم. باید یاد بگیرم چگونه به اطرافیانم بفهمانم به کمک و حمایت آنها نیاز دارم. حالا فهمیدم که کار خیلی سختی است چون نمی‌خواهم باری روی دوش دیگران باشم. اگرچه حالا می‌دانم که حق دارم از دیگران کمک بخوام. ولی هنوز باید روش کار کنم".

کلیدواژه‌ها عبارتند از:

- شناسایی محدودیت‌ها
- بالا بردن خودآگاهی: "حالا چه احساسی دارم؟"، "حالا چه چیزی من را اذیت می‌کند؟"
- یادگیری چگونگی درخواست کمک از دیگران
- پیگیری ویزیت روان‌روانشناس

نمونه‌هایی از اقدامات مفید و مهم برای حفظ ایمنی افراد در آینده:

-اقدامات طولانی مدت سودمند:

- بالابردن خودآگاهی: همین حالا چه احساسی دارم؟
- چی چیزی برای من خوب است؟ و چه چیزی خوب نیست؟
- روان‌درمانی
- تداوم مصرف ضدافسردگی‌ها
- بهبود بخشیدن به وضعیت خانه

- علائم هشداردهنده:

- بی‌اشتهایی
- اختلال خواب
- انزوا، صحبت نکردن
- گفتگوهای درونی منفی
- سوءمصرف مواد

-راهبردهای ایمنی مقابله با خودکشی:

- دویدن
- انجام کار لذت بخش
- دیدن دوستان، والدین، خواهر و برادر

-موارد اورژانس:

- صحبت کردن با کارشناس سلامت روان (شماره تلفن: (
- صحبت کردن با پزشک مرکز خدمات جامع سلامت (شماره تلفن: (
- درخواست کمک از کارشناسان اورژانس اجتماعی ۱۲۳
- درخواست کمک از اورژانس ۱۱۵
- مراجعه به اورژانس نزدیک ترین بیمارستان

علائم هشداردهنده

بیماران باید با علائم هشداردهنده‌ی شخصی پیش از بروز بحران خودکشی آشنایی داشته باشند تا بتوانند موقعیت خطرناک را زودتر تشخیص و نسبت به آن واکنش نشان دهند. این موضوع، یکی از جنبه‌های اساسی درمداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی است، زیرا فرض اصلی این است که، پس از اقدام به خودکشی، فرد از خطر خودکشی "رها" نمی شود، اما ما می‌توانیم آگاهی بیمار را برای مواجهه با موقعیت‌های بحرانی آتی افزایش دهیم. علائم هشداردهنده خودکشی برای هر فرد کاملاً جنبه اختصاصی دارد. این علائم ممکن است مشتمل بر شناخت‌ها، احساسات بدنی و موقعیت‌های خاص

باشند. برای شناخت به موقع، در شرایط استرس‌زا، این علائم باید تا حد امکان اختیاری و دقیق تعریف شوند. سؤالاتی که ممکن است در این زمینه مطرح شوند، عبارتند از:

- علائم هشداردهنده شخصی شما که احتمال وقوع خطر خودکشی را به شما گوشزد می‌کنند، کدام هستند؟
- در بحران خودکشی اخیر شما، اولین نشانه‌های بحران چه بودند؟
- اگر در آینده مجدداً در همان وضعیت قرار بگیرید، اولین نشانه‌های خطر چه خواهند بود؟

یک نمونه از پاسخ‌هایی که به این سوالات داده شده به شرح زیر است:

"ابتدا، بدن من واکنش نشان می‌دهد. من به سختی می‌توانم چیزی بخورم و وضعیت خوابم بد و بدتر می‌شود. ساعت‌ها بیدار می‌مانم و در طول روز نیز احساس خستگی و بی‌انگیزگی می‌کنم و باید خودم را مجبور به انجام کارها کنم. سپس، افکار مدام به من هجوم می‌آورند و من الکل بیشتری می‌نوشم. فاز افسردگی همیشه به همین ترتیب آغاز می‌شود. در واقع می‌دانم که نباید صبر کنم و باید با پزشکم تماس بگیرم. گاهی اوقات، آنقدر شرایط بد می‌شود که نمی‌توانم ذهنم را از آن دور نگه دارم و پس از آن، شرایط وخیم و خطرناک می‌شود. در این لحظات، همه چیز برایم دشوار و غیر قابل تحمل می‌شود، احساس می‌کنم که نمی‌توانم با شرایط کنار بیایم و نمی‌دانم چگونه باید ادامه دهم. در این شرایط، از همه کناره‌گیری می‌کنم."

علائم هشداردهنده در این مثال عبارتند از:

- کاهش اشتها
- مشکل در خوابیدن
- افکار تکرار شونده، نشخوار ذهنی
- مصرف مواد
- افسردگی
- کناره‌گیری از جامعه

کارشناس سلامت روان فهرستی از علائم اصلی هشداردهنده را در قالب کلمات کلیدی تهیه می‌کند که می‌توان آن را در کارت تاشو امید^۱ کپی کرد (به قسمت "کارت تاشو امید" مراجعه کنید).

¹ The Hope Leporello

راهبردهای ایمنی برای بحران‌های خودکشی آتی

در اینجا، راهبردهای فردی برای کمک به بیمار جهت جلوگیری از پیشرفت بحران خودکشی - پیش از آنکه که مهارناپذیر شود- مانند ورود به وضعیت خودکار شدن افکار خودکشی یا حالت خلسه (حالت خودکشی، تجزیه) -تهیه می‌شود. معمولاً این راهبردها از نوع شناختی و رفتاری هستند و ممکن است شامل فعالیتهای فیزیکی (دویدن)، بازی کردن با حیوان خانگی، انجام کارهای منزل، نواختن ساز و غیره باشند. راهبردهای شناختی نیز می‌توانند شامل مواردی از قبیل مطالعه، نوشتن خاطرات، حل جدول کلمات متقاطع، حل پازل و غیره باشند. برخی از بیماران در زمینه‌ی استفاده از تمرینات ذهن‌آگاهی آموزش دیده‌اند. نکته‌ی مهم این است که این راهبردها باید تا حد امکان اختصاصی و شخصی باشند. بسیاری از بیمارانی که بحران‌های خودکشی قبلی را تجربه کرده‌اند، دقیقاً می‌دانند که چه اقداماتی در مورد آنها موثر واقع می‌شود. در این زمینه، راهبردها با همراهی بیمار تدوین شده، و بر حسب اهمیت مرتب می‌شوند. راهبردهای ایمنی از بیماری تا بیمار دیگر کاملاً متفاوت‌اند. موانع و مشکلات موجود در مسیر استفاده عملی از این راهبردها -برای مثال، در دسترس بودن فرد مورد نظر (برای تماس در صورت نیاز) - باید مورد توجه قرار گیرند. سوالاتی که در این زمینه مطرح می‌شوند، عبارتند از:

- در گذشته، برای جلوگیری از آسیب رساندن به خود از چه تکنیک‌هایی استفاده کرده‌اید؟
- مجدداً خود را در شرایطی قرار دهید که به خودکشی فکر می‌کردید. برای متوقف کردن احساسات خود در آن شرایط و برای به دست آوردن کنترل خود چه کاری می‌توانستید انجام دهید؟
- آیا چیزی هست که شما بتوانید از آن استفاده کنید؟
- وقتی تمایل به خودکشی در شما شدید می‌شود، به کجا و به چه افرادی می‌توانید مراجعه کنید؟
- این افراد چقدر در دسترس شما هستند؟
- آیا در شب نیز امکان دسترسی به آنها وجود دارد؟
- چقدر به آنها اعتماد دارید؟
- آیا می‌توانید به آنها اطلاع دهید که ممکن است در آینده به آنها نیاز داشته باشید؟

راهبردهای اولیه (شخصی)

راهبردهای گام اول، اقداماتی هستند که بیماران می‌توانند خودشان به تنهایی انجام دهند. برخی از آنها عبارتند از: دويدن، پياده روی، دراز کشیدن، رسیدگی به حیوانات خانگی، دوش گرفتن، گوش دادن به موسیقی با صدای بلند، نواختن ساز، حل جدول کلمات متقاطع، تمیز کردن اتاق، پختن یک غذای خاص و غیره.

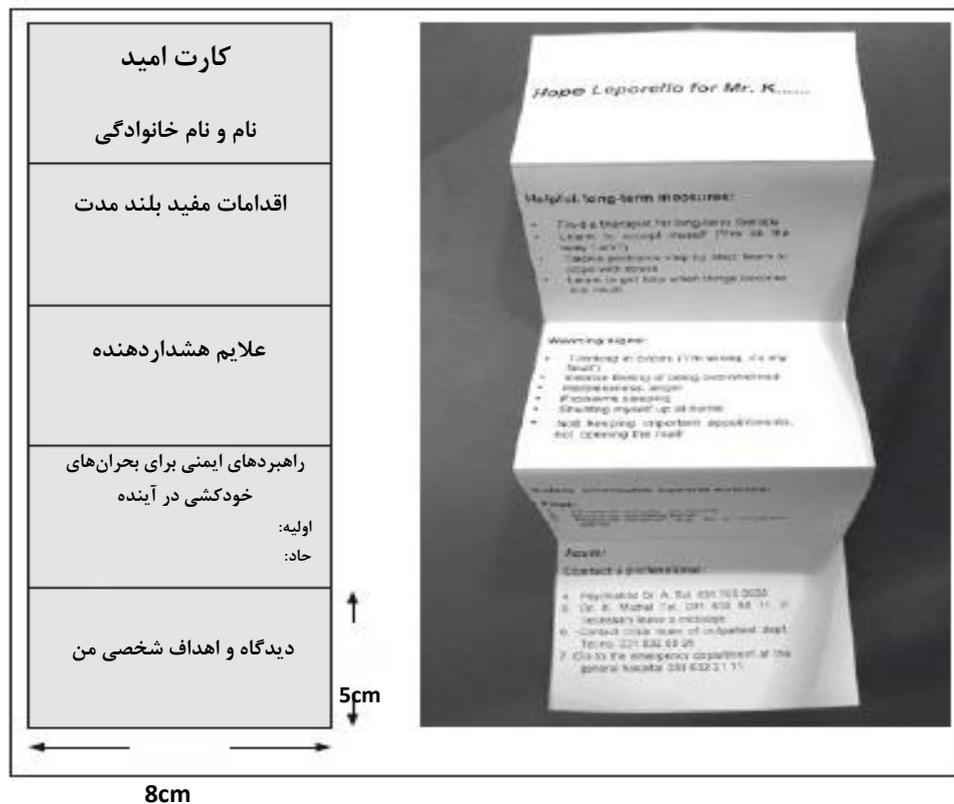
راهبردهای مورد استفاده در زمان خطر حاد

پاراگراف دوم، به راهبردهای ممکن در زمان حاد شدن خطر خودکشی می‌پردازد که معمولاً شامل افراد دیگر نیز می‌شود (اشخاص یا متخصصان). برخی از مثال‌ها عبارتند از: تماس با یک دوست یا یکی از اعضای خانواده؛ رفتن به منزل همسایه؛ تماس گرفتن با پزشک عمومی، روانپزشک، کارشناس سلامت روان مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی، بخش اورژانس یا بخش بیماران سرپایی یا خطوط بحران، مراجعه به بخش اورژانس بیمارستان و غیره.

پس از تنظیم موارد فوق، سند مکتوب می‌تواند نهایی و چاپ شود. بیمار و کارشناس سلامت روان آن را امضا می‌کنند و بدین ترتیب، سند به عنوان یک "قرارداد رسمی" در نظر گرفته می‌شود. این قرارداد نقش کارشناس سلامت روان مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی را در بحران‌های آینده - بسته به میزان در دسترس بودن وی - مد نظر قرار می‌دهد. در حالت ایده‌آل، در صورت بروز بحران، روانشناس مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی باید همواره در دسترس باشد. یک نسخه از این قرارداد در اختیار بیماران و نسخه‌های دیگر در اختیار متخصصان درگیر در فرآیند درمان قرار می‌گیرد. امکان ارسال کپی قرارداد از طریق پست نیز وجود دارد.

کارت تاشوی امید^۱

در این مرحله، اقدامات بلندمدت، علائم هشداردهنده و راهبردهای ایمنی در برگه‌های تاشوی امید کپی می‌شوند (به " کارت امید و شکل ۶ مراجعه شود). این برگه‌ها، در حالت تاشده به اندازه‌ی یک کارت اعتباری هستند و فرد می‌تواند آنها را در کیف پول یا جیب خود نگهداری کند. بدین ترتیب، بیماران در زمان مواجه شدن با شرایط بحرانی، به راهبردهای مختص به خود دسترسی خواهند داشت.



شکل ۶. نمونه کارت امید

^۱ Hope Leporello

کارت تاشوی (آکاردئونی) امید

کارت تاشوی امید شامل فهرستی از اقدامات بلندمدت، علائم هشداردهنده و راهبردهای مورد استفاده بیمار در صورت بروز بحران خودکشی است. توصیه می‌شود علاوه بر راهبردهای ایمنی، در قسمت آخر این کارت‌ها، اطلاعاتی درباره اهداف و چشم‌اندازهای زندگی بیمار - که به معنای دلایلی برای ادامه زندگی است - گنجانده شود. استفاده از قالب‌های موجود در نرم‌افزار ورد (Word) با حاشیه مناسب ساده و اندازه قلم بین ۸ تا ۱۰ (بسته به فضای موجود) مناسب به نظر می‌رسد (به شکل ۶ رجوع کنید). می‌توان برای تهیه این کارت‌ها از کاغذ رنگی که بیمار رنگ آن را انتخاب می‌کند استفاده کرد. کاغذهای چاپ‌شده با استفاده از قیچی یا کاتر بریده شده و بگونه‌ای تا می‌زده شوند که اندازه‌ی نهایی آنها به اندازه یک کارت اعتباری باشد. توصیه می‌شود که این کارت‌ها، همراه با نام بیمار (و سایر اسناد مکتوب دیگر) به صورت الکترونیکی ذخیره‌سازی شوند. این کار، امکان تصحیح اطلاعات را در تماس بعدی با بیمار فراهم می‌کند (به عنوان مثال، شماره‌های اورژانسی افراد مهم در تماس با بیمار). ممکن است بسیاری از بیماران بخواهند که این کارت‌ها از طریق ایمیل برای آنها ارسال شود. برخی از بیماران، از این کارت‌ها برای افزایش معنای زندگی خود استفاده کنند؛ به عنوان مثال، ممکن است برخی افراد تصاویر شخصی خود (یا یک فرد نزدیک به خود، یک حیوان خانگی، عکسی خاطره‌انگیز از یک سفر یا غیره) را در بالای کارت قرار دهند.

توضیحات : جعبه امید ۱

در موارد انجام روان‌درمانی مستمر - به عنوان مثال، در درمان اختلال شخصیت مرزی - می‌توان از جعبه امید یا جعبه اضطراری، به عنوان ابزار مکمل کارت‌های تاشو، استفاده کرد. ونزل، براون و بک (۲۰۰۹، صفحه ۲۷۷) استفاده از "کیت امید"، را به عنوان گام اولیه برای پاسخ به بحران پیشنهاد کردند. مفهوم جعبه امید یا جعبه اضطراری در رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) - که برای درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مورد استفاده قرار می‌گیرد - توسط لینهان به کار گرفته شد (لینهان، ۱۹۹۳). آموزش مهارت‌ها، بخشی از این مفهوم جامع است که با هدف افزایش سطح تحمل استرس و تنظیم هیجان صورت می‌پذیرد. از بیماران خواسته می‌شود یک جعبه امید (یا جعبه اضطراری) تهیه کنند و در آن اشیایی را قرار دهند که نشان‌دهنده راهبردهای اصلی مهارت‌های تحمل استرس است. هدف اصلی، این است که حتی در شرایط پریشانی شدید (که بیمار دسترسی کمتری به راهبردهای شناختی دارد)، بیماران بتوانند به مطالبی که قبلاً آموخته‌اند، دسترسی پیدا کنند. جعبه امید، می‌تواند به عنوان ابزاری برای تنظیم هیجان در لحظات بحرانی - یعنی در زمانی که به دلیل برانگیختگی شدید، امکان تفکر منطقی وجود ندارد - بسیار مؤثر واقع شود. این نکته اهمیت دارد که در جعبه امید اشیای واقعی قرار داده شود و این جعبه به آسانی در دسترس باشد. می‌توان مطالب دیگر (به عنوان مثال، شماره تلفن‌ها) را روی یک تکه کاغذ یادداشت کرد و در جعبه گذاشت. همچنین تعهدات و توافقات صورت گرفته نیز باید در جعبه امید قرار داده شوند. ممکن است برخی از این اشیاء، جنبه نمادین داشته باشند، مثلاً کفش عروسکی برای ترغیب بیمار به پوشیدن کفش و رفتن به یک مکان خاص، یا تلفن همراه اسباب‌بازی به همراه فهرستی از شماره تلفن‌ها (نمادی از برقراری تماس با نزدیکان)، صابون برای تشویق بیمار به دوش گرفتن در شرایط بحرانی و غیره. اشیاء باید برای بیمار ارزش عاطفی داشته باشند تا بتوانند در برابر وضعیت "خودکار" حالت خودکشی مؤثر واقع شوند. در این حالت ذهنی پاسخ‌دهی شناختی محدود است. جعبه اضطراری، بخشی از اجزاء مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام‌کننده به خودکشی نیست؛ ولی می‌توان از آن به عنوان یک ضمیمه معنی‌دار و به عنوان بخشی از درمان بلندمدت استفاده کرد. گنجانیدن تصاویر مرتبط با زندگی شخص در کارت‌های تاشو نیز همراستا با همین مفهوم است.

¹ Hope box

² Wenzel, Brown and Beck

کارت اضطراری (اختیاری)

می‌توان به بیماران کارت بحران نیز داد (تصویر ۷). کارت بحران دسترسی مستقیم به سیستم یاور بیمار را تضمین کرده و اساساً محتوی اسامی و شماره تلفن‌های مهم است. در اینجا از بیمار خواسته می‌شود که کارت را همیشه همراه خود داشته باشد (در کیف پول یا دفتر یادداشت روزانه).

| | |
|---|---|
| <p>نکات مهم در هنگام وقوع بحران‌های تهدیدکننده:</p> <p>خطر را به سرعت تشخیص دهید</p> <p>از کارت‌های تاشو استفاده کنید</p> <p>با افرادی که می‌توانند به شما کمک کنند صحبت کنید (دوستان یا یکی از اعضای خانواده).</p> <p>با پزشک خانواده‌تان تماس بگیرید،</p> <p>با مرکز کنترل بحران تماس بگیرید،</p> <p>شماره تماس برای روز:</p> <p>شماره تماس برای شب و تعطیلات آخر هفته:</p> | <p>همیشه این کارت را به همراه داشته باشید.</p> <p>شماره تلفن مرکز خدمات جامع سلامت:</p> |
|---|---|

شکل ۷. نمونه‌ای از کارت اضطراری (کارت بحران)

پایان جلسه سوم

در ابتدا، لازم است روانشناس، از ثبات روانی بیمار اطمینان حاصل کند. در صورتی که برای برگزاری جلسه چهارم (مواجهه جزئی) برنامه‌ریزی می‌شود، کارشناس سلامت روان از بیمار می‌پرسد که آیا برای جلسه تمرینی آمادگی دارد تا بدین وسیله بتوان مفید بودن راهبردهای ایمنی را آزمایش کرد. اگر شرایط بیمار ناپایدار باشد، مواجهه مجدد با اقدام به خودکشی اخیر توصیه نمی‌شود. در این حالت، کارشناس سلامت روان با بیمار درباره ارسال منظم نامه صحبت می‌کند و دلایل و منطقی آن را توضیح می‌دهد (به بخش ۸-۳ رجوع کنید). بررسی درستی آدرس، شماره تلفن و آدرس پست الکترونیکی بیمار مهم است. توصیه می‌شود نام فرد واجد شرایط برای تماس احتمالی ثبت شود تا، در صورت تغییر آدرس یا شماره تلفن بیمار، دسترسی به وی امکان‌پذیر باشد اگر بیمار درباره مراحل بعدی سؤالی نداشته باشد، کارشناس سلامت روان جلسه را خاتمه می‌دهد.

تصمیم‌گیری در مورد برگزاری جلسه چهارم

درمان کوتاه مدت مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی ، در ابتدا برای سه جلسه طراحی و ارزیابی شد. اما با گذشت زمان، نویسندگان تصمیم به اضافه کردن جلسه چهارم گرفتند. این ایده، مبتنی بر کار محققانی از قبیل گرگوری براون و دیگران است (ونزل، براون و بک، ۲۰۰۹). این افراد از بازی نقش برای تمرین و تقویت راهبردهای ایمنی استفاده کردند. در روش ما، جلسه چهارم با استفاده از فیلم یا صوت تهیه شده از اولین جلسه (مصاحبه روایتی)، به عنوان یک مواجهه جزئی آغاز می شود؛ تجربه بالینی نشان داده است که استفاده از این روش برای بسیاری از بیماران منافع زیادی دارد. علاوه براین، با این کار، در حقیقت، مفید بودن راهبردهای ایمنی تدوین شده در جلسه سوم ارزیابی می شود. بعید نیست که، پس از مواجهه، لازم باشد کارتهای امید مورد بازبینی و اصلاح قرار گیرند.

جلسه چهارم (اختیاری): مواجهه مجدد

مقدمه

هدف از این جلسه، تمرین راهبردهای تدوین شده در جلسات قبل است. برای این منظور، یک مواجهه جزیی با وضعیت و شرایط بیمار در زمان خودکشی، با استفاده از فیلم یا صوت مصاحبه روایتی ضبط شده، صورت می‌پذیرد. با انجام این کار، حالت خودکشی فرد مجدداً فعال می‌شود و، در این حالت، از بیماران خواسته می‌شود صراحتاً بیان کنند که اکنون در کدام مقطع زمانی و با استفاده از کدام راهبردها می‌توانند فرآیند اقدام به خودکشی را متوقف نمایند.

مواجهه درمان شناختی رفتاری

در درمان شناختی رفتاری، برای ایجاد رفتارهای جدید، لازم است الگوهای قدیمی - که اغلب با رفتار اجتنابی مرتبط هستند - مجدداً فعال شوند. برای این کار، بیماران باید در مواجهه با موقعیت‌هایی قرار بگیرند که برای آنها خاص، تهدیدآمیز و ترسناک است. برای ایجاد راهبردهای مقابله‌ای^۱ جدید، ضروری است که این مواجهه در شرایطی انجام شود که از بعد انگیزشی و عاطفی مثبت باشد (گریو، ۲۰۰۴). به طور معمول این شرایط در چهارمین جلسه مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی و پس از انجام اقدامات زیر، حاصل می‌شود: انجام مصاحبه روایتی، بازپخش فیلم یا صوت، بررسی زندگی‌نامه و شرح زندگی فرد درگیر در بحران خودکشی با همکاری خود او، و نیز تدوین راهبردهای مقابله‌ای فردی بیمار، همگی موجب ایجاد رابطه درمانی بین کارشناس سلامت روان و بیمار می‌شود که یکی از ویژگی‌های آن، داشتن دیدگاهی مشترک به مشکل و نیز وجود انگیزه و هدف مشترک است.

براون و همکاران (2005) در جلسات درمانی خود، پس از گذشت به طور متوسط ۸ تا ۹ جلسه، از روش ایفای نقش برای قرار دادن بیمار در معرض بحران خودکشی - به عنوان تکلیفی برای پیشگیری از اقدام مجدد به خودکشی - استفاده کردند (ونزل و همکاران، ۲۰۰۹، صفحه ۲۰۰). در این روش، بیماران از طریق دستورات کلامی مشتعل بر یادآوری هدایت شده خاطرات، در شرایط آخرین بحران خودکشی خود (حالت خودکشی) قرار می‌گیرند و به استفاده از راهبردهای مقابله‌ای خاص ترغیب می‌شوند. در مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی، فعال‌سازی مجدد حالت خودکشی، به کمک فیلم یا صوت ضبط شده مصاحبه روایتی در جلسه اول، انجام می‌شود. مزیت استفاده از فیلم یا صوت این است که فعال‌سازی آسان‌تر انجام می‌شود و می‌توان در صورت نیاز قسمت مورد نظر از فیلم یا صوت ضبط شده را چندین بار پخش کرد. بیماران، می‌توانند خودشان فیلم یا صوت را متوقف کرده و توضیح دهند که برای پیشگیری از خودکشی در هر لحظه از بحران خودکشی از کدام راهبرد ایمنی استفاده می‌کنند. این کار به بیماران فرصت می‌دهد که، در یک محیط امن، مهارت‌های مدیریت خودکشی را - پیش از استفاده از آنها در حالت پریشانی - تمرین کنند. گاهی اوقات، ممکن است در طی این جلسه مشخص شود که راهبردهای تدوین شده در جلسه سوم باید مورد تجدید نظر و بازبینی قرار گیرند.

¹ coping strategies

ساختار جلسه چهارم

مثل همیشه، کارشناس سلامت روان جلسه را با سؤال درباره بازخورد آخرین جلسه شروع می‌کند و از بیمار می‌پرسد که آیا موردی هست که بخواهد به آنچه قبلاً نوشته شده، بیفزاید. سپس روانشناس، فرایند این جلسه را به شرح زیر برای بیمار توضیح می‌دهد: اکنون می‌خواهیم فیلم یا صوت داستان شما را مجدداً تماشا کنیم. من از شما می‌خواهم که خودتان را تا حدی که می‌توانید در آن موقعیت قرار دهید. احساس شما در آن زمان چه بود؟ چه افکاری داشتید؟ سپس همین‌طور که پیش می‌رویم به من بگویید دقیقاً در چه زمانی، از یکی از راهبردهایی که در جلسات قبل بر روی آنها کار کردیم برای متوقف‌سازی این موقعیت خطرناک استفاده می‌کنید؟

گاهی اوقات، بیماران می‌گذارند فیلم یا صوت، بدون توقف یا برشمردن یکی از راهبردها، نمایش داده شود. در این حالت، کارشناس سلامت روان باید دلیل این موضوع را به همراه بیمار کشف کند. برای مثال، ممکن است لازم باشد راهبردهای تدوین شده تغییر کنند (برای مثال بیمار بگوید الان فکر می‌کنم که راهبرد استفاده از کارت‌های امید مفید نیست؛ من باید سریع تلفن همراهم را برداشتم و با بیمارستان تماس می‌گرفتم). غالباً بیماران متوجه می‌شوند که می‌بایست خیلی زودتر اقدام می‌کردند.

تازه متوجه شدم که آن روز صبح دیگر خیلی دیر بود. نمی‌توانستم این روند را متوقف کنم، چون به روندی خودکار تبدیل شده بود. من باید یک هفته قبل از آن با روانشناسم صحبت می‌کردم. باید به او می‌گفتم که حالم بدتر شده است و قطعاً نباید پس از بحث و گفتگو با برادرم تنها به خانه برمی‌گشتم.

پایان جلسه چهارم

پیش از پایان جلسه، کارشناس سلامت روان باید اطمینان حاصل کند که شرایط روانی بیمار پایدار است. سپس کارشناس سلامت روان راجع به ارسال نامه به صورت منظم به بیمار و دلیل انجام اینکار توضیحاتی به بیمار ارائه می‌دهد (به بخش ۳-۸-۲ مراجعه شود). بررسی صحت آدرس، شماره تلفن و آدرس پست الکترونیکی بیمار از اهمیت زیادی برخوردار است. توصیه می‌شود نام فرد مشخصی برای تماس احتمالی در مواقع ضروری، ثبت شود، تا در صورت تغییر آدرس یا شماره تلفن بیمار، دسترسی به وی امکان‌پذیر باشد. بیماران باید بدانند که چگونه و چه زمانی می‌توانند به کارشناس سلامت روان مداخله کوتاه مدت

روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی دسترسی پیدا کنند و در صورتیکه وی در دسترس نبود، چه باید بکنند. بیمار باید بتواند در هر زما به سیستم کمکی خود دسترسی سریع و مستقیم داشته باشد. در صورتی که بیمار سوالی نداشت، کارشناس سلامت روان جلسه - و البته، مداخلات چهره به چهره‌ی مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی - را خاتمه می‌دهد.

تکلیف منزل: "خودکشی رفتاری منطقی نیست"

بسیاری از ما در زندگیمان لحظاتی داشتیم که در آن به خودکشی به عنوان راه‌حلی ممکن برای برطرف کردن شرایط سخت زندگی نگاه می‌کردیم. این کاملاً طبیعی است. بسیاری از افراد خواهند گفت که ما آزادی انتخاب داریم اگرچه، ذهن افرادی که دست به خودکشی می‌زنند محدودیت‌های زیادی در انتخاب دارد.

رنج روانی

بحران حاد خودکشی، معمولاً نتیجه‌ی تجاربی است که اساساً حس خود فرد را تهدید می‌کند. حالات ذهنی مربوطه اغلب به عنوان رنج روانی یا روان‌شناختی شدید توصیف می‌شود. این رنج ممکن است خیلی شدیدتر از رنج فیزیکی باشد. این حالت اغلب بواسطه‌ی تجارب منفی مانند شکست، از دست دادن رابطه، یا شکست در رسیدن اهداف مهم فردی برانگیخته می‌شود. زمانی که ما از خودمان متنفر می‌شویم یا خودمان را با خود سرزنشی طرد می‌کنیم، این حالت خطرناک‌تر می‌شود - یعنی زمانی که ما شروع می‌کنیم بر ضد خودمان عمل کنیم. وقتی ما در مواجهه با تجارب دردآور راه‌حلی پیدا نمی‌کنیم، حالت هشدار برانگیخته می‌شود که ممکن است کنترل آن سخت باشد. افرادی که دست به خودکشی می‌زنند گزارش می‌کنند که آنها اصلاً خود واقعی‌شان نیستند و در حالاتی شبیه به خلسه عمل می‌کنند و اینکه احساس می‌کنند که با بدن فیزیکی‌شان ارتباطی ندارند و حتی هیچ دردی احساس نمی‌کنند. این حالت روانی تجزیه نامیده می‌شود، به این معنی است که ادراک خود واقعی فرد دچار تحریف شده. در این مواقع به لحاظ عملی فکر کردن و رفتار کردن به صورت عاقلانه غیرممکن است. در این مواقع افراد از تغییر کردن و فروکش کردن تجربه‌ی هشدار و رنج شدید ناامید می‌شوند.

آیا بعضی حالات روان‌شناختی را می‌شناسی؟ لطفاً تجربه‌ی خودتان را توصیف کنید

مغز هیجانی و مغز عقلانی:

مطالعات زیادی روی مغز انجام شده تا درباره‌ی آنچه در زمان تجربه‌ی بحران حاد خودکشی در مغز رخ میدهد، اطلاعاتی بدست دهد. به‌طور معمول رفتارمان نتیجه‌ی ترکیب هماهنگ دو ناحیه‌ی اصلی مغز است: از یک طرف مغز هیجانی که معمولا در ناحیه‌ی لیمبیک واقع شده است و از طرف دیگر مغز منطقی عقلانی که در کرتکس پیشانی واقع شده است. (همچنین منطقه‌ی CEO نیز نامیده می‌شود).

سیستم لیمبیک و به‌ویژه آمیگدال نواحی مغز هستند که مسئول شناسایی موقعیت‌های تهدیدآمیز و پاسخ‌های رفتاری سریع است. موقعیت‌های تهدیدآمیز منجر به تحریک پاسخ استرس حاد و وارد شدن آدرنالین به خون می‌شود. این امر واکنش جنگ - گریز نامیده می‌شود، الگوی واکنشی که می‌توان آن را طی سیر تکاملی یافت. هورمون‌های استرس (آدرنالین، و کورتیزول) بالا در خون، به‌شدت عملکرد و فعالیت ناحیه‌ی فرونتال را کاهش می‌دهد. ناحیه‌ی فرونتال بخشی از مغز است که مسئول حل مسئله، برنامه‌ریزی، و تفکر منطقی هماهنگ با زندگی‌نامه‌ی خودمان است. در شرایط استرس هیجانی حاد، این کارکردها به‌هیچ‌عنوان در دسترس نیست.

ما می‌خواهیم بدانیم که این مسائل چه معنا و مفهومی برای تو دارند.

لطفا نظرتان را بنویسید.

رفتارهای آسیب به خود در مغز ذخیره می‌شوند:

زمانی که ما بحران خودکشی را تجربه می‌کنیم، به‌ویژه بعد از اقدام به خودکشی، بعضی از تجارب عاطفی استرس‌زا و حتی بعضی تجارب آسیب‌زا در مغز به‌عنوان چیزی که حالت خودکشی نامیده می‌شود، ذخیره و اندوخته می‌شود. این به این معنی است که زمانی که دوباره این حالات بوسیله‌ی موقعیت مشابه برانگیخته می‌شوند، فعال خواهند شد. پس از آن خودکشی به‌عنوان یک راه‌حل و یک پاسخ رفتاری در دسترس به تجربه‌ی رنج روانی در خواهد آمد. بنابراین تعجب‌آور نیست که اقدام به خودکشی برای بار اول یک عامل خطر مهم برای خودکشی‌های بعدی یا خودکشی مکرر در آینده باشد. متأسفانه، این میزان خطر طی سال‌ها برانگیخته خواهد بود. این امر دلیل اصلی برای برقراری و پرورش راهبردهای ایمن و سالم برای بحران‌های آینده خواهد بود.

نظر شما درباره‌ی بحران خودکشی گذشته چیست؟

عواملی که منجر به افزایش خودکشی می‌شود:

تجارب آسیب‌زای زودهنگام، فرد را نسبت به پاسخ استرسی غیرقابل کنترل در موقعیت‌های عاطفی تهدیدکننده در بزرگسالی، آسیب‌پذیر می‌کند. و بنابراین خطر خودکشی را افزایش می‌دهد. بعضی تجارب آسیب‌زا عبارتند از: سوءاستفاده‌ی جنسی، بدرفتاری و خشونت در خانواده و بی‌توجهی و جدایی. اینها تجاربی هستند که در کودکی و نوجوانی اتفاق می‌افتند و با رنج روانی همراهند و تاثیر طولانی‌مدتی روی فرد برجای می‌گذارند. از آنجا که فرونتال در دوران نوجوانی رشد می‌یابد ذهن فرد نوجوان به‌ویژه منوط به پرخاشگری و تحریک‌پذیری است. تحریک‌پذیری و خشم هر دو عامل خطری برای اقدام به خودکشی و خودکشی هستند.

آیا احتمال دارد که درمورد شما تجارب منفی اولیه عامل خطر اصلی خودکشی باشد؟

نظر شما چیست؟

افسردگی:

افسردگی عامل خطر مهمی در اقدام به خودکشی است. افراد افسرده تمایل دارند خود را سرزنش کنند. امید به خوب شدن در آنها بسیار پایین است. در حالت افسردگی، افکار خودکشی به طور مکرر ظاهر می‌شوند. در افسردگی که اغلب نتیجه‌ی تجارب عاطفی استرس‌زا است عملکرد فرد تغییر پیدا می‌کند و نمی‌توان به حالت آسیب‌شناختی آن صرفاً با نیروی اراده غلبه یافت.

در این حالات به‌ویژه فعالیت عصبی در کرتکس فرونتال کاهش می‌یابد، ظرفیت حل مسئله ضعیف می‌شود و ادراک خود به صورت منفی در می‌آید (به‌طور مثال من شکست خورده هستم، من باری روی دوش خانواده هستم، کارها هرگز خوب نخواهند شد). تمامی این موارد می‌تواند به این فکر منجر شود که خودکشی تنها راه حل ممکن است. بنابراین بسیار مهم است که علائم افسرده ساز را شناسایی کنیم و به صورت آزادانه درباره‌ی افکار خودکشی صحبت کنیم. متخصصان سلامت روان می‌دانند که افسردگی را می‌توان به صورت موفقیت‌آمیزی درمان کرد. همینکه افراد احساس بهتری داشته باشند تکانه‌های خودکشی ناپدید می‌شود.

من معتقدم که افسردگی در مورد من عامل خطر مهمی بوده است.

من مشکلات دیگری در زمینه‌ی سلامت روان دارم.

لطفاً شرح دهید:

شما باید بدانید وقتی در حالت خودکشی هستید چه کارهایی باید انجام دهید:

روش روبرو شدن با بحران هیجانی در هر فرد متفاوت است و به عوامل مختلفی بستگی دارد. افراد بسیاری می‌توانند با رنج روانی مقابله کنند. شاید به این دلیل که آنها آموخته‌اند که (به این حقیقت رسیده‌اند که) حالات به‌ظاهر غیرقابل تحمل همیشگی نیستند. و شاید به این دلیل که چون مغزشان برای مواجهه با بحران شدید یا استرس شدید بهتر مجهز شده است. اگرچه برای بسیاری از افرادی که در شرایط بحرانی قرار می‌گیرند مهم است که پیش فردی بروند که بتوانند درباره‌ی آشفتگی‌های درونی خود صحبت کنند. اگر فرد تاریخچه‌ی اقدام به خودکشی داشته باشد، بسیار مهم است که از علائم هشداردهنده‌ی اولیه آگاه باشیم و قبل از اینکه حالت خودکشی فعال شود و به‌راه بیافتد و زمانی که تکانه‌های هیجانی و تجزیه ظاهر شود، عکس‌العمل نشان دهیم. بسیار مهم است که قبل از اینکه اقدام به خودکشی صورت گیرد فهرستی از راهبردهای کمک‌کننده داشته باشیم تا از این فهرست به‌عنوان ابزاری برای جلوگیری از بروز از دست دادن واقعیت، استفاده کنیم.

بعضی چیزهایی که می‌توان داخل این فهرست قرارداد عبارتند از: راهبردهای خودیاری مثل پیاده‌روی، مهمانی‌رفتن، دید و بازدید با هم‌سایه و اما بالاتر از همه این است که، فهرستی از اسامی و اطلاعاتی از افرادی که می‌توانند به فرد کمک کنند را باید داشته باشیم. این افراد می‌توانند اعضای خانواده، یا دوستان باشند یا شماره تلفن مراکز بحران، شماره‌ی مشاور، و متخصصان سلامت مانند پزشک خانواده، روان‌پزشک، روان‌شناس، و ... که دانش و تجربه‌ی کار با افرادی که با بحران خودکشی حاد روبه‌رو بودند را دارند.

| |
|--|
| فکر می‌کنم در مورد من موارد زیر مفید و کمک‌کننده خواهند بود. |
| ۱ |
| ۲ |
| ۳ |
| متخصصان و موسساتی که می‌توانم به آنجا سر بزنم: |
| ۱ |
| ۲ |
| ۳ |

ارزیابی خطر خودکشی

در حین کار با افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند، کارشناس سلامت روان باید خطر خودکشی مجدد را ارزیابی کند و جهت حمایت از بیمار اقداماتی انجام دهد. چون مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی یک درمان اضافی به درمان معمول است. تدوین‌گران این برنامه درمانی در محیط کاریشان معمولاً بیماران را ویزیت می‌کنند که در بخش روانی بستری شده‌اند یا پس از اقدام به خودکشی به‌عنوان بخشی از درمان به صورت بیماران سرپایی ویزیت می‌شوند. بنابراین، در این بافت انتظار می‌رود که کارشناس سلامت روان مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی یک ارزیابی بالینی کامل شامل تشخیص روانپزشکی یا ارزیابی خطر خودکشی را انجام دهد. اگر بیمار تحت مراقبت سرپایی یا بستری حرفه‌ای همزمان قرار ندارد، ممکن است لازم باشد که با استفاده از SSF در پایان هر جلسه ارزیابی خطر تکرار شود. در موارد خطر حاد خودکشی، ممکن است پذیرش در بخش روانپزشکی مورد نیاز باشد. بیمارانی که اقدام به خودکشی کرده‌اند اغلب تمایل ندارند درباره‌ی هدفشان از خودکشی صحبت کنند، مخصوصاً زمانی که با سوالات زیادی بمباران می‌شوند. جابز در سال ۱۹۹۵ بیان کرد که، اگرچه تعداد زیادی مقیاس‌های خطر خودکشی تدوین شده است، تعداد کمی از آنها در اقدامات بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرند. مقیاس‌های ارزیابی خطر خودکشی معمولاً می‌توانند برآوردی از خطر اقدام به خودکشی در طولانی‌مدت فراهم سازد. ارزیابی خطر اقدام به خودکشی فعلی (به‌طور مثال حالا و طی چند روز آینده) نیازمند ارزیابی و برآورد آسیب‌شناسی فرد است، که به‌طور ایده‌آل به‌عنوان فرایند مشترک و در ارتباط با اکتشاف روایت - رویکردی که جابز ارزیابی درمانی نامید- است. در حین ویزیت بیمارانی که اقدام به خودکشی کرده‌اند، باید به خاطر داشته باشیم که آنها اغلب شرم‌منده هستند و عزت‌نفس پایینی دارند. پایه و اساس اعتماد که منجر به ارزیابی واقعی از میزان خطر اقدام به خودکشی حاضر می‌شود، تنها زمانی امکان‌پذیر است که بیمار احساس کند که کارشناس سلامت روان تلاش می‌کند تا شرایط فردی بحران خودکشی‌شان را دریابد. جابز (۲۰۰۶، ۲۰۱۰) یک مدل مصاحبه نیمه‌ساختاریافته را تدوین کرد (فرم وضعیت خودکشی (SSF-III))، که از نظر ما ابزار مناسبی برای ارزیابی اقدام به خودکشی حاد است، که مطابق با رویکرد مشارکتی بیمارمحور مورد استفاده در مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی است.

روانشناس، از SSF-III در پایان جلسه اول استفاده می‌کند. خیلی مهم است که کارشناس سلامت روان و بیمار در کنار هم بنشینند (شکل ۳ در قسمت ۱-۱-۳ را ببینید) و اینکه کارشناس سلامت روان به‌طور مختصر قبل از اینکه فرم را پر کند سوالات را به‌طور مختصر توضیح دهد. بهتر است به آیتم‌های ۱ تا ۵ دوبار پاسخ داد: یک‌بار برای بحران خودکشی اخیر و بار دوم برای اینجا و اکنون. پس از مصاحبه‌ی روایتی که اغلب

بار عاطفی دارد، SSF ابزار مناسب و مفیدی برای تشریح و گزارش‌گیری است، چراکه دارای مجموعه سوالات ساختاریافته است که روی جنبه‌های رایج اقدام به خودکشی حاد متمرکز است.

مطالعه روی عوامل خطر خودکشی (قسمت ۳-۲-۲ را ببینید) ، تعداد زیادی از عوامل خطر بالینی و فردی را روشن ساخته است. اگرچه آنها برای ارزیابی خطر خودکشی در طولانی‌مدت مرتبط و مناسب هستند آنها معمولاً در ارزیابی اقدام به خودکشی حاد ارزش کمی دارند. اگرچه، ارزیابی خطر خودکشی جامع و مشروح علاوه بر SSF-III، شامل لیستی از سوالات مرتبط با جنبه‌های بالینی و فردی مرتبط با خودکشی می‌شود.

ناراحتی و رنج روانی:

ماهیت ناراحتی و رنج درونی فرد چیست؟
میزان آن چقدر است؟
منابع اصلی و مهم ناراحتی کدامند؟

معنا و انگیزه:

ادراک فرد از مشکل واقعی چیست؟
فرد معنای حوادث اخیر را چگونه تعبیر می‌کند؟
انگیزه‌ی فرد از آسیب‌رساندن به خودش چیست؟
آیا فرد معتقد است که تغییر دادن مشکل امکان‌پذیر است، و اینکه آیا آنها قادر خواهند بود برای تغییر شرایط کاری انجام دهند؟

حالات روانی / شرایط روانی در خطر:

حالات روانی مرتبط با خطر بالای خودکشی شامل ناامیدی، یاس، بی‌قراری، شرمندگی، خشم، گناه، و نشانه‌های روان‌پزشکی است. کارشناسان سلامت روان ، باید به دنبال این احساسات باشند و مستقیماً درباره‌ی وجود این احساسات تحقیق کنند. به نظر می‌رسد تشخیص روان‌پزشکی علایم افسرده‌ساز حاضر یک عامل خطر ویژه باشد.

تاریخچه‌ی رفتار خودکشی:

آیا قبلاً فرد به خودش آسیب رسانده است؟ شرایط و اقدام به خودکشی قبلی چه بوده است؟
شباهت بین شرایط قبل با شرایط کنونی وجود دارد؟
آیا تاریخچه‌ی خودکشی در دوستان یا اعضای فامیل بوده است؟

میزان کشنده بودن روش خودکشی:

آیا روش خودکشی برگشت‌ناپذیری برای مثال پرش از ارتفاع یا شلیک کردن انتخاب شده است؟
آیا فرد تلاش برای پیدا کردن اطلاعاتی درباره‌ی روش‌های خودکشی کرده است یا آیا اطلاعی از ابزار و روش‌های کشنده در اختیار دارند؟

ظرفیت مقابله:

آیا فرد قابلیت و توانایی وارد شدن به اتحاد درمانی دارد؟
آیا فرد راهبردهای مقابله‌ای قوی و اثربخشی را می‌شناسد؟
انگیزه‌ی فرد از اقدام به آسیب‌زدن به خودش چیست؟
آیا فرد معتقد است که توانایی ایجاد تغییر در شرایط را دارند و آیا قادرند آن را به کار ببرند؟

افکار خودکشی حاضر:

آیا فکر خودکشی و احساسات مربوط به خودکشی موجود است؟ این افکار چه هستند؟
این افکار از چه زمانی آغاز شده‌اند؟
فراوانی این افکار چقدر است؟
چقدر شایع هستند؟
آیا فرد می‌تواند آنها را کنترل کند؟
چه چیزی باعث می‌شود فرد از اقدام براساس این افکار باز بماند؟

شرایط اقدام به خودکشی:

اتفاقاتی که منجر به برانگیخته شدن اقدام به خودکشی می شوند (مانند فقدان، شکست شغلی، و دیگر تجارب فقدان) فرد را وادار می کند به امور و کارهای خود پایان دهد. برای مثال وصیت نامه بنویسد، بدهی های خود را پرداخت کند، حیوانات خانگی خود را به مراکز و دیگران بسپارد، اموالش را تقسیم کند، و با دیگران خداحافظی کند.

کشنده بودن ابزار و روش خودکشی:

آیا روش انتخاب شده برای خودکشی کشنده است؟
آیا فرد تلاش می کند اطلاعاتی درباره ی روش های خودکشی جمع آوری کند؟

ظرفیت مقابله:

آیا فرد ظرفیت ورود به اتحاد درمانی را دارد؟ آیا فرد با راهبردهای مقابله ای اثربخش و قوی آشنایی دارد؟
فرد چگونه حوادث و استرس زاهای قبلی را مدیریت کرده است؟
راهبردهای حل مسئله ی احتمالی چه هستند؟
آیا حمایت های اجتماعی (مثل خانواده، دوستان و ...) وجود دارد؟
آیا فرد می تواند از آنها استفاده کند؟
آیا فرد انگیزه ای برای همکاری با تیم درمان دارد؟
آیا فرد تاریخچه ی پرخاشگری یا رفتار تکانشی دارد؟

مدیریت خودکشی:

به یاد داشته باشید، بیمارانی که در خطر بالای اقدام به خودکشی هستند باید به پزشک مرکز لجراج شوند تا در مورد اقدامات بعدی تصمیم گیری شود.

فرم وضعیت خودکشی (SSF-III)

برای مشاهده جزئیات مربوط به این پرسشنامه، بخش ۳-۴-۳ (جدول پرسشنامه و وضعیت خودکشی (SSF-III) را مشاهده کنید.

| بخش الف (بیمار) | | | |
|---|------------------|------|-------------------|
| هر بخش را براساس چگونگی احساسات حال حاضر تان پر کنید سپس آن را براساس اهمیت از ۱ تا ۵ (۱= کم اهمیت ترین و ۵= بالاترین اهمیت) رتبه بندی کنید. | | | |
| | رتبه بندی | | |
| (۱) رنج روان شناختی (صدمه، غم و اندوه، رنج روانی). نبود استرس، عدم رنج و درد فیزیکی رنج و درد پایین ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ رنج و درد بالا چیزی که بیشترین درد و رنج را با خود به همراه دارد؟ | | | |
| (۲) رتبه بندی استرس (احساس کلی شما از تحت فشار بودن یا درهم شکستن) استرس پایین ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ استرس بالا چیزی که بیشترین استرس را با خود به همراه دارد؟ | | | |
| (۳) رتبه بندی بی قراری (ضرورت عاطفی هیجانی، احساس نیاز به انجام دادن کاری؛ تحریک پذیر نبودن، عدم دلخوری) بی قراری پایین ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ بی قراری بالا من احساس می کنم وقتی کاری انجام دهم. | | | |
| (۴) رتبه بندی ناامیدی (انتظار شما از اینکه کارها بهتر نخواهد شد) ناامیدی پایین ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ناامیدی بالا من بیشتر از ناامید می شوم. | | | |
| (۵) رتبه بندی تنفر از خود (احساس کلی شما از دوست نداشتن خود، اعتماد به نفس نداشتن، عدم احترام به خود) تنفر از خود پایین ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ تنفر از خود بالا آن چیزی که باعث می شود از خودم متنفر شوم: | | | |
| (۶) رتبه بندی خطر خودکشی خطر پایین ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ خطر بالا خودم را نمی کشم. خود را خواهم کشت. | | | |
| <p>(۱) چه میزان از علت خودکشی تان با افکار و احساساتی که از خود داشتید ارتباط دارد؟ کاملا ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ اصلا</p> <p>(۲) چه میزان از علت خودکشی تان با افکار و احساساتی که از دیگران داشتید ارتباط دارد؟ کاملا ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ اصلا</p> <p>لطفا دلایلی که باعث می شود بخواهید زنده بمانید یا دلایل میل به مردن را بنویسید، سپس آنها را براساس اهمیتشان رتبه بندی کنید.</p> | | | |
| رتبه | دلایل زنده ماندن | رتبه | دلایل میل به مردن |
| | | | |
| میل من به زنده ماندن به میزان زیر است | | | |
| خیلی زیاد | ۸ | ۷ | ۶ |
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ |
| ۱ | ۰ | اصلا | |
| میل من به مردن به میزان زیر است | | | |
| خیلی زیاد | ۸ | ۷ | ۶ |
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ |
| ۱ | ۰ | اصلا | |
| تنها چیزی که به من کمک می کند خیلی زیاد قصد خودکشی نداشته باشم عبارتند از: | | | |

فرم رضایت‌نامه برای ضبط فیلم یا صوت

اما ضاکندگان ذیل رضایت می‌دهند که از جلسه درمانی مورخ..... فیلم یا صوت تهیه شود. از فیلم یا صوت ضبط شده، در جلسه دوم (بازپخش فیلم یا صوت) و در جلسه چهارم (تمرین راهبردهای ایمنی) استفاده خواهد شد. علاوه بر این، فیلم یا صوت ضبط شده ممکن است منحصراً توسط روانشناسمداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی و سرپرست وی مورد استفاده قرار گیرد. این فیلم یا صوت، شامل نام و اطلاعات شخص و همچنین نام و اطلاعات سایر افرادی است که در محاسبه از آنها نام برده شده است و اطلاعات موجود در آن در برابر هرگونه دسترسی غیرمجاز محافظت خواهد شد. امضای کارشناس سلامت روان مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی در انتهای این برگه، به معنی محرمانه ماندن کلیه موارد مرتبط با این توافقنامه است. بیماری که این توافقنامه را امضا کرده است، حق دارد در هر زمان که بخواهد این توافقنامه را فسخ نموده و خواستار حذف فیلم یا صوت ضبط شده شود.

تاریخ

اینجانب

تأیید می‌کنم که هدف ضبط ویدیو کاملاً برای من شرح داده شده است و محتوای این توافقنامه را مطالعه کرده و کاملاً آن را درک کرده‌ام.

امضای بیمار

اینجانب

خود را در برابر حفظ محرمانگی فیلم یا صوت فوق‌الذکر مسئول می‌دانم.

امضای روانشناس

نمونه های بالینی ۱ و ۲ همراه با نمونه‌ی نامه‌ها و کارت امید:

نمونه ۱: خانم الف

همانگونه که قبلا درباره‌ی این مطلب صحبت کردیم، در اینجا شرح مختصری از نکات مهمی که در مورد سابقه‌ی بحران خودکشی‌تان گفتیم نوشته شده است. متن زیر به صورت اول شخص مفرد نوشته شده چرا که این داستان خود تو است.
(۱) زمینه:

من دوران کودکی سختی داشتم و بعدها در زندگی نیز تجارب منفی و تلخ زیادی داشتم. من فرزند ناخواسته‌ی خانواده بودم و در دوران کودکی مبتلا به مننژیت شدم. در طی روزهایی که در مهد بودم مربی‌مان به ما علاقه‌ای نداشت. در دوران مدرسه دختر چاقی بودم و اغلب به خاطر این مسئله به من طعنه می‌زدند و من را مسخره می‌کردند. پدرم اغلب من را کتک می‌زد. بعد از آن دوران من دوره‌های کارآموزی را گذارندم که مناسب من نبود. در سرتاسر زندگی من همیشه تلاش می‌کردم چیزی از خودم خلق کنم. من آموزش‌های بیشتری دریافت کردم. کارگاه خودم را بازگشایی کردم و دوره‌هایی را گذراندم. رئیس جایی که در آنجا کار می‌کردم رفتار خیلی بدی با من داشت و برای اولین بار من دارودرمانی را شروع کردم. من آنجا را ترک کردم و در سالن مد کارم را شروع کردم که البته کشمکش‌های زیادی را در آنجا تجربه کردم، و فشارهای زیادی از بالاسریم به من وارد شد که منجر به اولین سقوط و شکست شد. پس از آن مشکلاتی در سلامتی من بوجود آمد مخصوصا در وزن و کارکردهایی که داشتم.

من خیلی زود در سن ۱۹ سالگی ازدواج کردم و ۲ تا بچه داشتم که هردوشون خواسته و طبق برنامه بود. بعد از گذشت ۲۲ سال از زندگی طلاق گرفتم. اولین اقدام به خودکشی من وقتی بود که دوست دختر همسر سابقم وقتی برای اولین بار آنها را ملاقات کردم حرف‌های خیلی توهین آمیزی در مورد ظاهر من زد. این کار او باعث شد احساس کنم خیلی زشت و کاملا آدم بی‌ارزشی هستم. در این زمان بود که تصمیم گرفتم به زندگی پایان دهم.

بعد از اون اتفاق دوباره و دوباره افسردگی‌ام را درمان کردم و ۶ بار در بخش روان بیمارستان بستری شدم که معمولا هر بار بعد از اقدام به خودکشی بستری می‌شدم. اخیرا نیز تجارب منفی خیلی زیادی داشتم. بعد از ویزیت داندان پزشکی صورتم روزها متورم بود. مادرم رابطه‌اش را با من قطع کرد و بالاتر از همه اینکه همسر سابقم در ۴۰ سال گذشته برای اولین بار روز تولدم را فراموش کرده بود. ۱۰ روز پیش، وقتی جعبه‌ی داروها را پر کردم، ناگهان این فکر به سرم زد که زندگی خیلی تلخ و بی ارزش هست و هیچ چیز مهمی در زندگی وجود ندارد و اینکه دیگر نمی‌توانم ادامه بدم. دوست پسرم چند لحظه از خانه بیرون رفت و بدون اینکه فکر کنم و به صورت ناخودآگاه، هرچی قرص که برای یک هفته تهیه کردم داشتم قورت دادم. من دقیقا نمی‌تونم بگم چه اتفاقی افتاد. دوست پسرم اورژانس را خبر کرد و من به بخش اورژانس منتقل شدم و بعد به بخش روانی برگردانده شدم.

ما دیدیم که در ابتدای زندگی مشکلات زیادی داشتی و در سرتاسر زندگی اغلب سعی داشتی به تجارب نامطلوب و بدت غلبه کنی، اما به طور مکرر موقعیت‌هایی بود که باعث شد اعتماد به نفست پایین بیاد. این‌ها موقعیت‌های خطرناکی هستند که در آن خودکشی به عنوان راه‌حلی برای رفع رنج روانی شدید به نظر می‌رسد. ما دیدیم که برای پیشگیری از اینکه دوباره به این شرایط خطرناک مشابه گرفتار نشی، مهم است که اقدامات پیشگیرانه‌ای انجام بدیم. اقداماتی که در زیر آمده برای امنیت و سلامتی تو در آینده اهمیت دارند:

اقدامات بلندمدت مفید:

درمان منظم با دکتر ب و قرار ملاقات با روان شناس. دارو درمانی در پی شگیری از عود افسردگی مهم است. یک دو ست یا عضو خانواده نزدیک من باید مسئول و مراقب تهیه و مصرف داروهای من باشد. به بقیه بگویم چه چیزی من را اذیت می کند.

علائم هشداردهنده:

وقتی احساساتم به طور ناگهانی تغییر می کند. احساس سنگینی و فشار روی سینه. نمی تونم هوای کافی دریافت کنم. خلق: ناراحتی و ناامیدی

افکار: بی ارزشم، زندگی بی ارزشی. تکانه ی مصرف بیش از دارو یکجا

راهبردهای سالم و ایمن برضد خودکشی

۱. چند لحظه مکث کنم و افکار و احساساتم را بررسی کنم
۲. هوای تازه بخورم
۳. دوش بگیرم
۴. با دخترم حرف بزنم. (شماره تلفن:)
۵. مصرف لورازپام برای کاستن از میزان تنش

موارد اورژانس:

با کسی حرف بزنم

۱. با کارشناس سلامت روان ب شماره تلفن:
۲. دوست الف شماره تلفن:
۳. پزشک عمومی شماره تلفن:
۴. اورژانس

در ماه می ۲۰۱۳ با همکاری یکدیگر نوشته شد.

خانم الف

امضا

کارشناس سلامت روان

امضا

کارت امید برای خانم الف

اقدامات مفید در طولانی مدت

- درمان منظم با دکترب و قرار ملاقات با روانشناس
- درمان دارویی برای پیشگیری از عود افسردگی
- دوست نزدیک/عضو خانواده مسئول درمان دارویی باشد
- به دیگران بگوییم چه چیزی من را اذیت می کند

علائم هشدار دهنده:

- وقتی احساساتم به طور ناگهانی تغییر می کند
- احساس فشار روی سینه و هوای ناکافی
- خلق: غمگینی و ناامیدی
- افکار، من بی ارزشم، دنیا بی ارزش است
- تکانه‌ی مصرف یکجای و بی اندازه‌ی دارو

راهبردهای ایمن برضد خودکشی

- ۱- چند لحظه مکث کنم و افکار و احساساتم را بررسی کنم
- ۲- هوای تازه بخورم
- ۳- دوش بگیرم
- ۴- با دخترم حرف بزنم (شماره تلفن:)
- ۵- لورازپام برای کاستن میزان تنش

موارد اورژانس:

با کسی حرف بزنم

۱. با کارشناس سلامت روان ب
 ۲. دوست الف
 ۳. پزشک عمومی
 ۴. اورژانس
- شماره تلفن:
- شماره تلفن:
- شماره تلفن:

نمونه ۲: آقای الف

در اینجا نکات مهمی که در مورد زمینه‌ی بحران خودکشی باهم صحبت کردیم خلاصه شده. متن زیر به صورت اول شخص مفرد نوشته شده چراکه این داستان توست.

۱- زمینه:

داستان من از اوایل کودکی‌ام شروع می‌شود. وقتی پسر کوچکی بودم پدرم من را کتک می‌زد. او از کار اخراج شده بود و خیلی الکل می‌خورد. من خیلی زود یاد گرفتم مراقب خودم باشم و احساساتم را برای خودم نگه دارم. این احساس که آدم خوبی نیستم در من خیلی شدید بود. زیرا هر کاری می‌کردم مهم نبود چقدر تلاش می‌کردم. هیچ چیزی وجود نداشت، نمی‌توانستم از خودم دفاع کنم، تنها بودم و بی‌کس و ناامید بودم. این تجارب منفی تاثیر زیادی روی شخصیت من گذاشت. مدرسه به مقامات هشدار داد و من در خانه نگه داشته شدم. و خیلی زود متوجه شدم که هنوز تنها هستم و اینکه مجبورم مواظب خودم باشم. من نمی‌توانستم به کسی اعتماد کنم. من احساس طرد شدن می‌کردم. خیلی زود آرزو کردم که ای کاش بمیرم. من هیچ راهی جلوی روم پیدا نمی‌کردم. سال‌ها تلاش کردم زندگی‌ام را بسازم. خیلی زیاد درباره‌ی آن فکر نکردم و یا با دیگران حرف نزد. ولی دوباره از کابوس‌ها رنج می‌بردم و از برقراری رابطه‌ی نزدیک با کسی می‌ترسیدم و احساس شکست می‌کردم.

حدود یک سال پیش کار جدیدی توی یک شرکتی که داشتم شروع کردم. در آغاز احساس کردم که بالاخره مسیر درست را پیدا کردم ولی ناگهان شرکت بازسازی نیرو کرد و سرپرست من عوض شد. او هرروز فشار زیادی به من وارد می‌کرد، همیشه از من انتقاد می‌کرد، ساعات کاری من را زیاد کرد ولی حقوقم را نه. و می‌خواست همیشه کار کنم. چه کار باید می‌کردم. من احساس کردم بازنده هستم، اصلاً نمی‌توانستم به خوبی بخوابم. از مردم اطرافم کناره‌گیری کردم. در آن زمان مشکلات ارتباطی بیشتر شد. نمی‌تونستم وارد مرحله‌ی بعدی شوم. بعد دوست دخترم حدود ۲ ماه پیش من را ترک کرد.

وقتی عمومی من گفت تنها تا پایان سال وقت دارم تا پولی که به‌عنوان کمک هزینه به من داده بود را برگردانم فشار زیادی به من وارد شد. من چطور می‌توانستم به تنها کسی که برام مونده بود بگم نمی‌تونم این کار رو بکنم و پول رو تهیه کنم؟ براهمین راه‌حلی جز پایان دادن به زندگی نداشتم. بنابراین ۱ ماه پیش نقشه کشیدم که خودم را با اسلحه‌ام بکشم. من شروع کردم به دیگران دروغ بگویم، صورتحساب‌هایم را پرداخت نکردم. درخانه ماندم و بیرون نرفتم. آن روز یک بطری ویسکی خریدم و تا نصف خوردم. وقتی درش را باز کردم می‌دانستم راه برگشتی وجود ندارد. وقتی می‌خواستم دست‌به‌کار شوم تلفن زنگ خورد. عمومی بود. وقتی با من صحبت کرد فهمید چیزی درست نیست. او به خانم آمد و من را به اورژانس برد که من در آنجا کمک دریافت کردم.

ما دیدیم که مسئله‌ی مهمی وجود دارد که در اوایل کودکی در تو مشکل ایجاد کرده. تو می‌بایست مسئولیت زندگی خودت را به‌عهده می‌گرفتی، و کاری برای خودت دست‌وپا می‌کردی. فشار و طرد شدن عمیقاً به تو صدمه زد و تکانه‌های قدیمی تسلیم شدن دوباره ظاهر شد. از دست دادن فردی که به آن اعتماد کرده بودی افکاری مثل (چیز مهم و با ارزشی در زندگی وجود ندارد، کاری از دستم بر نمی‌آید و...) برانگیخته شد.

۲- اقدامات زیر برای برقراری امنیت فرد در آینده مهم است:

اقدامات در طولانی مدت:

یافتن روانشناسی برای روان درمانی طولانی مدت. آموختن پذیرش خود (من خوبم و). برطرف کردن مشکلات به صورت گام به گام: یادگیری مقابله با استرس. یادگیری طرز کمک خواستن از دیگران وقتی مسائل خیلی زیاد می شوند.

علائم هشدار دهنده:

تفکر دایره وار (این گناه و اشتباه من بود). احساس شدید درماندگی. ناامیدی، خشم. مشکلات خواب. حبس کردن خود در خانه. قرار ملاقات نگذاشتن با دیگران، باز نکردن ایمیل و چک نکردن تلفن

راهبردهای سالم و ایمن برضد خودکشی:

۱. فعالیت فیزیکی: ورزش کردن
۲. خواندن کتاب مهیج
۳. کاهش تنش، بازی کامپیوتری

موارد حاد:

تماس با:

۱. روانپزشک دکتر الف (تلفنی نه)
۲. کارشناس سلامت روان (تلفنی نه) (در صورت نیاز پیغام بگذارید)
۳. تماس با اورژانس ۱۲۳
۴. تماس با اورژانس ۱۱۵
۵. مراجعه به اورژانس بیمارستان

در ماه ژوئن ۲۰۱۳ با همکاری هم نوشته شد.

آقای الف

امضا

کارشناس سلامت روان

امضا

کارت امید برای آقای الف

اقدامات مفید در طولانی مدت

- یافتن روانشناسی جهت درمان طولانی مدت
- یادگیری پذیرش خود
- روبروشدن با مسائل و مشکلات به صورت گام به گام
- یادگیری نحوه‌ی کمک خواستن از دیگران زمانی که مسائل خیلی زیاد می‌شوند

علائم هشدار دهنده

- تفکر دایره‌وار (من اشتباه کردم، تقصیر من بود)
- احساس شدید درمانده شدن
- ناامیدی، خشم
- مشکلات خواب
- حبس کردن خود در خانه
- قرار ملاقات نگذاشتن با دیگران

راهبردهای ایمن برضد خودکشی

- ۱- فعالیت فیزیکی: ورزش کردن
- ۲- خواندن کتاب مهیج
- ۳- کاهش دادن تنش، برای مثال با بازی کامپیوتری

موارد حد :

تماس با:

۱. روانپزشک دکتر الف (تلفنی نه)
۲. کارشناس سلامت روان (تلفنی نه) (در صورت نیاز پیغام بگذارید)
۳. تماس با اورژانس ۱۲۳
۴. تماس با اورژانس ۱۱۵
۵. مراجعه به اورژانس بیمارستان

فرم پیگیری تلفنی

تشخیص بیماری

تاریخ.

کد شناسایی مراجع

جلسه پیگیری

خیر

آیا بیمار زنده است؟ بلی

۱- اگر خیر، علت مرگ چیست؟

۲- آیا شما (منظور بیمار) تا لحظه ترخیص از بیمارستان مجددا سعی بر خودکشی داشتید؟

بلی خیر

۳- چند مرتبه:

۴- میزان رضایت شما از جلسات مشاوره در مرکز جامع بهداشت روان چقدر بوده است:

خیلی کم کم متوسط زیاد خیلی زیاد

۵- از آخرین دیدار با شما در بیمارستان/مرکز جامع خدمات سلامت، آیا احساس کرده اید که نیاز به دریافت حمایت و پشتیبانی داشته باشید؟

بلی خیر

۶- در صورت پاسخ بلی، لطفا نام افراد و سازمان هایی که تماس برقرار نمودید مثل بیمارستان ها، سازمان های حمایتی، روانپزشک، درمانگاهها، پزشک خانواده، انجمن های خیریه، خویشاوندان و دوستان را بنویسید

۷- میزان رضایت شما از افراد و سازمان هایی که در بالا اشاره نمودید و کمک دریافت نموده اید چقدر است؟

خیلی کم کم متوسط زیاد خیلی زیاد

۸- آیا از زمان مرخص شدن از بیمارستان تا اکنون که با شما صحبت می کنم از سرویس اورژانس اجتماعی ۱۲۳ استفاده نموده اید.

بلی چند بار خیر

میزان رضایت شما چقدر بوده است:

خیلی کم کم متوسط زیاد خیلی زیاد

۹- آیا از زمان مرخص شدن از بیمارستان تا اکنون که با شما صحبت می کنم از خط مشاوره ۱۴۸۰ استفاده نموده اید.

بلی چند بار خیر

میزان رضایت شما چقدر بوده است:

خیلی کم کم متوسط زیاد خیلی زیاد

۱۰- آموزش های لازم به بیمار با توجه به چک لیست انجام پذیرد.

الف- تشخیص روانپزشکی (در صورت داشتن تشخیص)

ب- ترغیب به استفاده از سرویس های روانپزشکی و روانشناسی

ج- معرفی مراکز حمایتی (از قبیل مراکز مشاوره، روانپزشکی و روانشناسی، ترک اعتیاد، مشاوره خانواده) در صورت نیاز

د- معرفی و ترغیب و تاکید استفاده از سرویس اورژانس اجتماعی ۱۲۳ در هنگام بروز بحران و نیز خط مشاوره ۱۴۸

ه- آموزش مجدد عوامل خطر و محافظت کننده در اقدام به خودکشی

۱۱- در صورت وجود سوالات توسط مدد جو، سوالات نوشته شود.

دستورالعمل تکمیل پرسشنامه پیگیری تلفنی

- ۱- جلسه پیگیری و کد بیمار را در برگ پیگیری ثبت کنید.
 - ۲- خود را معرفی کنید. احوال پرسی کوتاهی انجام دهید. از وی اجازه بگیرید که سوالات پرسشنامه را ابپرسید
 - ۳- سوالات ۱ تا ۹ را از بیمار سوال کنید.
 - ۴- پس از اتمام تکمیل پرسشنامه آموزش های لازم ذیل را به بیمار بدهید.
 - تشخیص روانپزشکی (در صورت داشتن تشخیص)
 - ترغیب به مراجعه به پزشک، روانپزشک و روانشناس
 - معرفی مراکز حمایتی (از قبیل پایگاه های سلامت، مراکز خدمات جامع سلامت، بیمارستان ها) در صورت نیاز
 - معرفی و ترغیب و تاکید استفاده از سرویس اورژانس اجتماعی ۱۲۳ در هنگام بروز بحران
 - استفاده از خط ۱۴۸۰ مشاوره سازمان بهزیستی
 - ۵- در صورتیکه بیمار در سوال ۵ از خدمات روانپزشکی استفاده نموده نوع مراجعه و داروهای تجویز شده سوال شود.
 - ۶- از بیمار بخواهید که اگر در رابطه با این موضوعات سوالاتی دارد مطرح کند.
- ✓ اگر احساس نمودید که طرف مقابل نیاز به صحبت و درد دل دارد این فرصت را به وی بدهید. چند دقیقه به حرف ها و صحبت های وی گوش کنید.
- ✓ در ضمن صحبت بیمار وضعیت روانی و خطر خودکشی را ارزیابی نمایید. اگر احساس نمودید که نیاز به کمک بیشتری دارد می توانید بر حسب شرایط و وخامت حال بیمار از اقدامات زیر استفاده نمایید:
- وی را برای استفاده از خط تلفن ۱۴۸۰ ترغیب نمایید
 - اگر احساس نمودید که خطر جدی تری وجود دارد وی را ترغیب نمایید که به اورژانس اجتماعی ۱۲۳ تماس بگیرد (در صورت وجود چنین خدماتی در محل سکونت وی)
 - اگر خطر اقدام مجدد را جدی تر ارزیابی نمودید از وی اجازه بگیرید و به خانواده صحبت کنید. بیمار و خانواده را ترغیب کنید که به اورژانس بیمارستان مراجعه کنند
 - اگر در منطقه روستایی زندگی می کند با بهورز روستا تماس بگیرد
 - اگر در منطقه شهری زندگی می کند به مرکز مشاوره مراجعه نماید

خاتمه دادن به تماس

- در مواقعی که فرد تماس گیرنده در وضعیت بحرانی نیست کم کم تماس را به پایان برساند. قبل از خداحافظی نکات زیر را رعایت نمایید:
۱. اگر تحت درمان است ادامه درمان یا مشاوره را ترغیب نمایید
 ۲. اگر مراجع به تازگی درمان یا مشاوره را شروع نموده است، تاکید کنید که اثرات درمانی بعد از چند هفته ظاهر می شود
 ۳. از وی بابت وقتی که در اختیار شما قرار داد تشکر کنید
 ۴. بفرمایید که هفته/ماه دیگر تماس می گیرید تا از حال وی جويا شوید.

ارزیابی وضعیت خودکشی طی تماس تلفنی

۱. اگر تماس گیرنده ای می گوید «من خیلی افسرده ام، دیگر تحملش را ندارم»، این سؤال را/ز او بپرسید «آیا شما افکار خودکشی هم دارید؟ نگران نباشید که نکند با این سوال افکار خودکشی را به وی القا کنید. خیر، شما دارید کار درستی انجام می دهید. شما دارید به او نشان می دهید که دلسوز هستید، او را جدی گرفته اید و کار خوبی کرده که دردش را با شما در میان گذاشته است.

- اگر پاسخ خیر است، وی را تشویق کنید که به روانپزشک یا کارشناس سلامت روان مراجعه کند. فهرست مراکز را که قبلا به وی دادید یاد آوری کنید. یاد آوری کنید که شانس بهبودی ۶۰-۷۰ درصد است. بهتر است آن را از خود دریغ نکنند. اگر از درمان های رایج استفاده می کند ادامه آن را ترغیب کنید

۲. اگر پاسخ سؤال قبلی «بله» است، می توانید این سؤالها را هم مطرح کنید:
آیا در این مورد که چگونه خودکشی کنید هم فکری دارید؟ (بررسی طرح و نقشه)، آیا چیزهایی که لازم است را فراهم کرده اید؟ (وسایل خودکشی)، آیا در این باره که چه زمانی این کار را بکنید فکر کرده اید؟ (برنامه ریزی زمانی).

- اگر پاسخ منفی است، یعنی فکر خودکشی را دارد ولی برنامه ای برای انجام این کار ندارد، همان اقدام مرحله a را انجام دهید.

۳. اگر برای اقدام به خودکشی برنامه ریزی نموده است، از اقدامات زیر استفاده نمایید:
- وی را برای استفاده از خط تلفن ۱۴۸۰ ترغیب نمایید
- اگر احساس نمودید که خطر جدی تری وجود دارد وی را ترغیب نمایید که به اورژانس اجتماعی ۱۲۳ تماس بگیرد (در صورت وجود چنین خدماتی در محل سکونت وی)
- اگر خطر اقدام مجدد را جدی تر ارزیابی نمودید از وی اجازه بگیرید و به خانواده صحبت کنید. بیمار و خانواده را ترغیب کنید که به اورژانس بیمارستان مراجعه کنند
- اگر در منطقه روستایی زندگی می کند با بهورز روستا تماس بگیرد
- اگر در منطقه شهری زندگی می کند به مرکز مشاوره مراجعه نماید



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مداخله مختصر روانشناختی برای افراد دارای افکار خودکشی

ویژه کارشناسان سلامت روان نظام مراقبت های بهداشتی اولیه

تدوین: دکتر فهیمه فتحعلی لواسانی
آذر ماه ۱۳۹۹

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

بخش اول:

کلیات خودکشی

- تعریف خودکشی
- باورهای نادرست و واقعیت ها در مورد خودکشی
- علت خودکشی
- عوامل خطر و محافظت کننده در برابر خودکشی
- مدیریت خودکشی

بخش دوم:

مدیریت خودکشی

- جلسه اول: ارزیابی خطر خودکشی و طرح امنیت
- جلسه دوم: آموزش روانی و کاهش رنج بیمار
- جلسه سوم: مدیریت خودکشی
- جلسه چهارم: آموزش خانواده

بخش اول - کلیات خودکشی

تعریف خودکشی و سایر اصطلاحات

تعریف یکسان از واژه ها و اصطلاحاتی که در حوزه تخصصی خودکشی مورد استفاده قرار می گیرد به ارزیابی، ارجاع و مدیریت مناسب بیماران کمک می کند. به عبارت دیگر استفاده از زبان مشترک بویژه در مراکز مراقبت های بهداشتی اولیه که اغلب به صورت تیمی کار می کنند در مدیریت به موقع و مناسب خودکشی اهمیت زیادی دارد. در زیر مهمترین اصطلاحاتی که در این حوزه مورد استفاده قرار می گیرد، آمده است:

- **خودکشی:** مرگ ناشی از آسیب رساندن، مسموم کردن و یا خفه کردن خود وقتی که شواهد موجود حاکی از آن است که این کار توسط خود فرد انجام شده و قصد کشتن خود را داشته است.
- **اقدام به خودکشی:** عملی که توسط خود فرد به قصد کشتن خود انجام شده است. این عمل می تواند منجر به آسیب غیر کشنده شده باشد یا آسیبی در پی نداشته باشد.
- **تهدید به خودکشی:** هر رفتار کلامی یا غیر کلامی که فریاد می زند فرد قصد صدمه زدن به خود را داشته و ممکن است یک اقدام به خودکشی یا سایر رفتارهای مربوط به آن در آینده نزدیک اتفاق افتد
- **افکار خودکشی:** اشتغال ذهنی با خودکشی
- **خود زنی:** همه رفتارهای صدمه زدن عمدی به بدن بدون قصد کشتن خود، مثل زدن رگ دست

باورهای نادرست و واقعیت ها در مورد خودکشی

باورهای نادرستی در مورد خودکشی وجود دارد که ممکن است در شناسایی افرادی که در خطر خودکشی هستند تداخل ایجاد کند. شایع ترین این باورها در زیر آمده است:

- **باور غلط:** اگر کسی حرف خودکشی را می زند بعید است که واقعا به خودش صدمه بزند.
- **واقعیت:** بسیاری از افرادی که از خودکشی فوت می کنند، قبلا در مورد خودکشی حرف زده بودند.
- **باور غلط:** خودکشی همیشه یک عمل تکانه ای است و بدون هشدار قبلی اتفاق می افتد.

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

- **واقعیت:** بسیاری از افرادی که اقدام به خودکشی می کنند به صورت ناگهانی این کار را نمی کنند. آنها از مدت ها قبل افکار خودکشی داشته اند و به شکل کلامی یا رفتاری، افکار یا قصد خودکشی را بیان کرده اند.
- **باور غلط:** افرادی که واقعا در خطر خودکشی قرار دارند، تصمیم قطعی خود برای خودکشی را گرفته اند و هیچ تردیدی برای انجام آن ندارند.
- **واقعیت:** معمولا شدت افکار و قصد خودکشی در طی زمان نوسان دارد. بسیاری از افرادی که اقدام به خودکشی می کنند ممکن است مدت ها با این موضوع کلنجار رفته باشند و برخی نیز ممکن است در مورد افکارشان حداقل با یک نفر حرف زده باشند و حتی به پزشک یا روان شناس مراجعه کرده باشند. این کار حاکی از تردید و احساس دوگانه در مورد خودکشی است.
- **باور غلط:** اقدام کنندگان به خودکشی افرادی خودخواه و ضعیف هستند. کسی که باهوش و موفق است هرگز اقدام به خودکشی نمی کند.
- **واقعیت:** بسیاری از کسانی که اقدام به خودکشی می کنند مبتلا به یک بیماری روانپزشکی هستند که ممکن است تشخیص داده نشده و یا درمان نشده باشد. علاوه براین، خودکشی در همه اقبال دیده می شود.
- **باور غلط:** ارزیابی خودکشی و سوال در مورد آن موجب القاء فکر خودکشی در افراد می شود.
- **واقعیت:** بسیاری از کسانی که خودکشی می کنند از یک اختلال روانپزشکی رنج می برند که اگر خطر خودکشی به موقع در آنها تشخیص داده شود می توان از آن پیشگیری کرد. اگر فردی قصد کشتن خود را داشته باشد، سوال در مورد افکار خودکشی موجب رفتار خودکشی نمی شود برعکس، ارزیابی خطر خودکشی و توجه به درد هیجانی و همدلی با هیجان هایی که فرد را به سمت خودکشی سوق می دهد یکی از مولفه های مهم کاهش شدت افکار خودکشی است.
- **باور غلط:** کسانی که اقدام به خودکشی می کنند فقط به دنبال جلب توجه هستند.
- **واقعیت:** خودکشی یک فریاد ناامیدی و درخواست کمک است و این معادل با جلب توجه نیست.
- **باور غلط:** وقتی کسی یک بار اقدام به خودکشی کرد دوباره این کار را انجام نمی دهد.
- **واقعیت:** اقدام قبلی به خودکشی یک عامل پیش بینی کننده مهم برای اقدام به خودکشی در آینده است و یکی از خطرناک ترین زمان ها برای خودکشی، هفته بعد از ترخیص از بیمارستان به دنبال اقدام به خودکشی است.
- **باور غلط:** ژست (gesture) خودکشی را نباید جدی گرفت

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

- **واقعیت:** برخی معتقدند کسی که بلافاصله پس از اقدام به خودکشی، تقاضای کمک می کند، یا زمانی این کار را انجام می دهد که دیگران بتوانند فوراً متوجه شوند و او را نجات دهند، و یا از روش هایی استفاده می کند که منجر به مرگ نمی شود هدف دیگری غیر از کشتن خود دارد. اگرچه ممکن است این موضوع درست باشد، ولی حداقل به دو دلیل باید ژست های خودکشی را جدی گرفت: اول اینکه بیمار ممکن است حساب و کتابش غلط از آب دربیاید و منجر به فوت شود؛ دوم اینکه اگر فرد پاسخ مورد نظر را دریافت نکند ممکن است دفعه بعد اقدام شدید تری انجام دهد.

علت خودکشی

خودکشی پدیده پیچیده ای است که از تعامل عوامل مختلف زیستی، روانی، اجتماعی و فرهنگی و معنوی حاصل می شود. خودکشی حاصل دردی عمیق، نومیدی و یاس است و غلبه درد، ترس و ناامیدی را بر امید نشان می دهد. در واقع خودکشی را می توان نوعی رفتار مقابله ای فرض کرد که تحت شرایط زیر اتفاق می افتد.

الف) درد جسمی یا روانی که غیرقابل تحمل و تنش آور تجربه می شود.

ب) موقعیت دردناکی که موجب این درد و رنج شده، تمام نشدنی و غیرقابل تغییر ادراک می شود. در چنین شرایط خودکشی نوعی حل مساله ناسالم برای مقابله با موقعیت دردناکی است که فرد نمی تواند ادراکش را از آن موضوع تغییر دهد.

همانطور که ذکر شد خودکشی پدیده پیچیده ای است که علت واحدی ندارد و از تعامل عوامل مختلف حاصل می شود. این عوامل به دو دسته بزرگ عوامل خطر و محافظت کننده تقسیم بندی می شوند. عوامل خطر، عواملی هستند که احتمال اقدام به خودکشی را افزایش داده و عوامل محافظت کننده عواملی هستند که این احتمال را کاهش می دهند. به خاطر داشته باشید هیچ عامل خطر یا محافظت کننده ای نمی تواند به تنهایی و به شکل مستقل میزان خطر اقدام به خودکشی را تعیین کند. همچنین این عوامل که برخی قابل تغییر و برخی غیرقابل تغییر هستند، قدرت پیش بینی کنندگی یکسانی ندارند و برخی اهمیت بیشتری از بقیه دارند.

شناسایی عوامل خطر خودکشی در تصمیم گیری بالینی اهمیت حیاتی دارد. آگاهی نسبت به این عوامل به شناسایی افرادی که در خطر بالایی قرار دارند کمک کرده و پس از آن می توان مداخله پیشگیری را طراحی کرد. بنابراین آشنایی با این عوامل برای کارشناسان سلامت روان از اهمیت بالایی برخوردار است.

عوامل خطر خودکشی

عوامل خطر، عواملی هستند که خطر اقدام به خودکشی را افزایش می دهند. وجود یک یا چند عامل خطر، احتمال خودکشی را افزایش می دهد ولی لزوماً خودکشی را پیش بینی نمی کند. اگرچه همه عوامل خطر قدرت پیش بینی کنندگی یکسانی ندارند ولی به عنوان یک اصل کلی، هر چه تعداد عوامل خطر بیشتر باشد احتمال خودکشی نیز افزایش می یابد. عوامل خطر انواع مختلفی دارند که در زیر به آنها اشاره شده است:

الف- عوامل جمعیت شناختی

سن - معمولاً میزان فوت ناشی از خودکشی با افزایش سن بالا می رود. سه دوره سنی با خطر بالای خودکشی همراه است: ۱) اواخر نوجوانی / اوایل جوانی (۱۵-۲۴ سالگی) ۲) میانسالی (۳) سالمندی (۶۵ به بالا) **جنسیت** - میزان فوت ناشی از خودکشی در مردان بیشتر از زنان است. زنان بیشتر از مردان احتمال دارد اقدام به خودکشی کنند ولی مرگ و میر ناشی از خودکشی در مردان بین ۲ تا ۳ برابر زنان است. این تفاوت ناشی از آن است که مردان از روش هایی برای خودکشی استفاده می کنند که شانس نجات در آن بسیار کم است و یا وجود ندارد مثل شلیک با اسلحه یا حلق آویز کردن.

ب- سابقه اختلالات روان پزشکی

وجود یا سابقه اختلالات روان پزشکی یک عامل خطر مهم در اقدام به خودکشی است. به طور کلی بیش از ۹۰ درصد همه خودکشی ها ناشی از ابتلا به یک اختلال روان پزشکی است.

اختلالات خلقی بویژه افسردگی از جمله قوی ترین عوامل خطر خودکشی محسوب می شوند. اختلالات اضطرابی نیز به خصوص آنهایی که با سوء مصرف مواد و افسردگی همبودی دارد، مانند اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، خطر خودکشی را افزایش می دهد. خطر خودکشی در اسکیزوفرنیا نیز مخصوصاً در ابتدای بیماری بالاست. تقریباً ۱۰ الی ۱۵ درصد بیماران اسکیزوفرنیک، خودکشی کامل دارند که شایع ترین علل مرگ و میر در اختلالات روان پزشکی است. عواملی که خطر خودکشی را در این اختلال بالا می برد افزایش بینش نسبت به بیماری و افسردگی شدید است.

سوء مصرف مواد نیز یک عامل خطر برای خودکشی است، بویژه وقتی چند ماده با هم مصرف می شود. همچنین محرومیت از مواد نیز مثل کوکائین و آمفتامین و مصرف زیاد مسکن ها، خواب آورها و ضد اضطراب ها نیز می تواند منجر به افزایش افکار و اقدام به خودکشی شود. علاوه بر این، برخی اختلالات شخصیت مانند شخصیت مرزی نیز با خطر بالای اقدام به خودکشی همراه است.

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

علاوه بر اختلالات روان پزشکی، وجود برخی علائم روان شناختی مانند تکانشی (impulsive) بودن، ناامیدی، عزت نفس پایین و احساس بی ارزشی، کمال گرایی افراطی، خشم، غمگینی، احساس گناه، اضطراب و بیخوابی نیز ممکن است احتمال خودکشی را افزایش دهند.

ج- سابقه رفتار خودکشی

سابقه اقدام به خودکشی، خطر خودکشی در آینده را به میزان زیادی افزایش می دهد. افرادی که قبلا اقدام به خودکشی کرده اند، ۵۰ الی ۱۰۰ برابر جمعیت عمومی در خطر خودکشی قرار دارند

د- بیماری های جسمی

بیماری های جسمی (مانند دیابت تشخیص داده نشده، کمبود آهن و مشکلات تیروئید و بیماری های جسمی ناتوان کننده) در یک سوم تا نیمی از خودکشی افراد ۶۰ سال به بالا نقش دارد. همچنین یک گروه پرخطر برای خودکشی افراد با دردهای مزمن هستند.

ه- عوامل خطر اجتماعی و موقعیتی

این عوامل مربوط به وضعیت روابط بین فردی و اوضاع و شرایط فرد هستند. مهمترین عوامل اجتماعی و موقعیتی که در افزایش خطر خودکشی نقش دارند شامل حوادث استرس آور زندگی مانند مشکلات مالی، قانونی، تعارض ها و اختلافات بین فردی (جدایی و طلاق)، انزوای اجتماعی و شبکه حمایتی محدود، تنها زندگی کردن (بویژه در مردان) می باشد. علاوه بر این افرادی که سابقه مورد بدرفتاری قرار گرفتن جسمی و جنسی دارند هم در طی دوره بدرفتاری و هم پس از آن در خطر بالاتر اقدام به خودکشی و رفتارهای صدمه به خود قرار دارند.

اختلالات روانپزشکی و خودکشی

حدود ۹۰ درصد کسانی که زندگی شان را با خودکشی پایان می دهند مبتلا به یک اختلال روانپزشکی هستند و حدود ۶۰ درصد آنها در زمان انجام این کار افسرده بوده اند. علاوه بر این، احتمال خودکشی در اسکیزوفرنیا، اختلالات مصرف مواد، اختلال شخصیت به ویژه اختلال شخصیت مرزی و اختلالات اضطرابی به خصوص اختلال استرس پس از سانحه بالاست. بنابراین وجود هر نوع اختلال روانپزشکی باید شما را نسبت به احتمال خودکشی حساس کند.

عوامل محافظت کننده در برابر خودکشی

عوامل محافظت کننده عواملی هستند که خطر خودکشی را کاهش می دهند. البته ذکر این نکته لازم است که وجود عوامل محافظت تضمین نمی کند که فرد دست به خودکشی نمی زند ولی هر چقدر تعداد این عوامل بیشتر باشد تاب آوری فرد در مواجهه با استرس و ناملایمات زندگی بیشتر خواهد بود. در زیر فهرستی از این عوامل آمده است:

الف- عوامل محافظت کننده فردی: حس توان مندی، مهارت های بین فردی موثر، مهارت حل مساله منطقی مهارت مقابله سالم و موثر با مشکلات زندگی، خوش بینی و امید به آینده و وجود حس هدفمندی، وجود وابستگی های مذهبی

ب- عوامل محافظت کننده خانوادگی: حس مسئولیت نسبت به خانواده، روابط خانوادگی گرم و مثبت، برخورداری از حمایت خانوادگی

ج- عوامل محافظت کننده اجتماعی: وجود شبکه حمایت اجتماعی قوی (دوستان، همکاران و...)، درگیری و مشارکت در اجتماع، زندگی اجتماعی رضایت بخش، محیط کاری حمایتی و رضایت بخش، دسترسی به خدمات بهداشت روان

مدیریت خودکشی

به دلیل شیوع بالای خودکشی در بیماران روان پزشکی، همه کارکنان نظام مراقبت بهداشتی اولیه صرف نظر از تخصص شان باید قادر به ارزیابی خودکشی و طراحی برنامه مدیریت آن باشند. غربالگری، ارزیابی و مدیریت خودکشی باید در همه نقاط ورود به سیستم مراقبت بهداشتی اولیه به صورت روتین انجام شود و لذا کارکنان باید آموزش های کافی در این زمینه را دریافت کنند. درمان اختلالات روانی زیربنایی مانند افسردگی نیز نقش مهمی در کاهش خطر خودکشی دارد. اگرچه باید بخاطر داشت که درمان افسردگی شرط لازم ولی نه کافی برای کاهش خطر خودکشی است و مدیریت خودکشی الزاما مترادف با درمان افسردگی نیست. مدیریت خودکشی به قضاوت بالینی در مورد میزان خطر خودکشی بستگی دارد ولی به طور کلی دو گروه اصلی مداخلات دارویی و روان شناختی در این زمینه وجود دارد.

دارو درمانی: با توجه به اختلال روان پزشکی فرد، از داروهای مختلفی برای کاهش خطر خودکشی استفاده می شود. این داروها شامل ضد افسردگی ها، لیتیوم (برای اختلالات خلقی) و آنتی سایکوتیک هاست. گاهی

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

هم از شوک الکتریکی مغز برای درمان موارد مقاوم افکار خودکشی استفاده می شود که شواهد، حاکی از اثر کوتاه مدت آن است.

مداخلات روانی اجتماعی: مقابله با خودکشی مستلزم استفاده از طیفی از مداخلات از آموزش روانی بیمار و خانواده تا مشاوره و دارودرمانی است و این کار یک همکاری تیمی بین پزشک و روان شناس و سایر کارکنان مراکز مراقبت های بهداشتی اولیه مانند پرستار و کارشناس مراقب سلامت خانواده را می طلبد. رویکردهای درمانی برای مدیریت خودکشی متنوع بوده و شامل مدیریت بحران، درمان های شناختی رفتاری، درمان حل مساله، رفتار درمانی دیالکتیک و مشاوره خانوادگی است. عناصر مشترک این رویکردها، آموزش حل مساله، مقابله با هیجانات شدید، افزایش خود کنترلی و رشد مهارت های مقابله ای است.

بخش دوم: مدیریت خودکشی

مدیریت افکار خودکشی یا علائم مرتبط مانند افسردگی باید کوتاه مدت و مبتنی بر رویکردهای حل مساله باشد و علاوه بر آن، اهداف درمان، باید هم متمرکز بر خودکشی (افکار خودکشی و اقدام به خودکشی) و هم عوامل سهیم در آن (افسردگی، ناامیدی و خشم) باشد. در این راهنما، از رویکرد شناختی رفتاری برای مقابله با افکار خودکشی استفاده شده است که یکی از موثرترین رویکردها برای مدیریت خودکشی است. از آنجایی که خودکشی، غالباً یک شیوه مقابله با رنج و درد هیجانی باشد، دو راهبرد اساسی این رویکرد، کاهش درد مراجع با استفاده از تکنیک های رفتاری و افزایش ظرفیت مقابله ای وی از طریق تکنیک های شناختی و آموزش مهارت حل مساله است.

جلسه اول: ارزیابی خطر خودکشی و طرح امنیت

اهداف:

۱. ایجاد ارتباط
۲. ارزیابی سطح خطر خودکشی
۳. تدوین طرح امنیت و مشاوره کاهش دسترسی به وسایل مرگبار
۴. پایش و پی گیری ساخت دار

مروری بر جلسه

مدیریت خودکشی شامل ارزیابی کامل بیمار با توجه به وضعیت فعلی و عوامل خطر و محافظ فردی روانی اجتماعی است. سپس با استفاده از این اطلاعات، سطح خطر تعیین شده و طرح درمان ریخته می شود. به منظور انجام این کار، ابتدا باید یک ارتباط توأم با اعتماد با بیمار برقرار کنید و سپس با استفاده از ساختار ارزیابی سطح خطر، تعیین کنید بیمار در چه سطحی از خطر قرار دارد تا براساس آن بتوانید نوع مداخله مناسب را طراحی کنید. علاوه بر این، در انتهای جلسه برای تضمین امنیت مراجع، یک طرح امنیت را با همکاری وی طراحی کنید و جدول زمانی پی گیری تلفنی را تعیین کنید.

ایجاد ارتباط درمانی

ایجاد ارتباط خوب و اتحاد کاری با مراجع در ارزیابی و پیشگیری از خودکشی نقش بسیار مهمی دارد. وقتی چنین ارتباطی برقرار می شود درمانگر می تواند در طی بحران خودکشی، یک منبع قوی امنیت و حمایت ادراک می شود که احساس تنهایی عمیق مراجع را کاهش می دهد. گاهی حتی یک ارتباط درمانی خوب و مثبت می تواند ارزشمند و نجات دهنده زندگی باشد. بنابراین، هدف اولیه باید ایجاد یک رابطه درمانی باشد. درمانگر باید به عنوان فردی ادراک شود که می توان به او اعتماد کرد و حمایت کننده، کار دان، و موجود و در دسترس است. در واقع، بعد از شکل گیری چنین ارتباطی است که می توانید به بیمار کمک کنید تا تفکر معطوف به مرگ به

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

را به تفکر زندگی محور تغییر داده و وی را در مسیر حل مسئله و مشکلاتی که موجب افکار و میل به خودکشی شده، قرار دهید. ارتباط از همان جلسه اول و از همان لحظه ای که با بیمار تماس برقرار می کنید شروع به شکل گرفتن می کند. تکنیکهایی که در دقایق اول به ایجاد ارتباط درمانی کمک می کند عبارت است از:

- ✓ دیدن مراجع در یک محیط راحت و خصوصی
- ✓ توضیح نقش و هدف خود از مصاحبه و ارزیابی
- ✓ استفاده از یک تون صدای آرام و اطمینان بخش
- ✓ گوش دادن فعال به داستان مراجع
- ✓ فهم همدلانه بیمار و نشان دادن این فهم به بیمار در قالب کلمات و زبان بدن
- ✓ حمایت کننده کننده بودن
- ✓ اجتناب از ارائه راه حل های سریع که ممکن است در بیمار احساس فهمیده نشدن ایجاد کند

همچنین باید به این نکته توجه داشته باشید که مراجع اغلب نومیید و درمانده است و عدم تبعیت درمانی وی ممکن است بازتاب نومییدی و بدبینی کلی او باشد. بنابراین باید صبور و شکیبیا باشید، عدم همکاری وی را تحمل کنید و با شفقت و مهربانی به صحبت های او گوش دهید. همچنین، بخاطر داشته باشید که در طی کار روی خودکشی باید دیدگاه های شخصی، اخلاقی و مذهبی خود را در مورد خودکشی کنار بگذارید، چون مانع از ایجاد ارتباط با مراجع شده و او را از شما دور می کند.

ارزیابی خطر خودکشی

اطلاعاتی برای کارشناس:

اولین کار در مدیریت خودکشی، ارزیابی سطح خطر خودکشی است تا براساس آن بتوانید مداخلات لازم را تعیین و اجرا کنید. در واقع، ارزیابی خودکشی مستلزم انجام یک قضاوت بالینی در مورد سطح خطر خودکشی است. ابزارهای گوناگونی برای ارزیابی میزان خطر خودکشی وجود دارد ولی انجام یک مصاحبه بالینی که هدف آن به دست آوردن طیف وسیعی از اطلاعات باشد، بسیار مفید تر است. ارزیابی خودکشی شامل بررسی عوامل خطر و محافظت کننده فرد است. عوامل خطر و محافظت کننده ممکن است قابل تغییر باشند یا نباشند. هدف استراتژی های پیشگیری از خودکشی، تلاش برای کاهش عوامل خطر و تقویت عوامل محافظت کننده در فرد، اجتماع و جامعه است. شناسایی این عوامل کمک می کند تا سطح خطر خودکشی در هر فرد ارزیابی و به این ترتیب طرح مدیریت خودکشی ریخته شود، طرحی که شامل تامین امنیت بیمار و پرداختن به عوامل قابل تغییر جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی فرد است. هدف اصلی این ارزیابی، فراهم کردن اطلاعاتی برای مداخله و پیگیری است. ارزیابی خطر خودکشی باید در همه ویزیت های پزشکی و روانپزشکی و یا در صورت مشاهده تغییرات بالینی مهم صورت گیرد.

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

ارزیابی خودکشی شامل ارزیابی عوامل خطر و محافظت کننده خودکشی، متغیرهای اختصاصی مربوط به خودکشی، تعیین سطح خطر و مداخلات لازم و مستند سازی فرایند است. در راهنمای حاضر، از مدل پنج قدمی استاندارد ارزیابی خودکشی استفاده شده که در زیر آمده است:

۱

شناسایی عوامل خطر

این عوامل را می توان برای کاهش خطر تعدیل کرد

۲

شناسایی عوامل محافظت کننده

این عوامل را می توان تقویت کرد

۳

ارزیابی خودکشی

افکار خودکشی، طرح و برنامه، رفتار و قصد خودکشی

۴

تعیین سطح خطر / مداخله

سطح خطر را تعیین کنید. مداخله مناسب را برای کار روی عوامل خطر و کاهش آنها انتخاب کنید

۵

مستند کنید

ارزیابی خطر، سطح خطر، مداخله و پیگیری را مستند کنید

(۱) شناسایی عوامل خطر

- رفتار خودکشی: سابقه اقدام به خودکشی قبلی، اقدامات خودکشی متوقف شده (توسط خود یا دیگران) و یا رفتار های به خود آسیب زدن
- اختلالات روانپزشکی فعلی / قبلی: به ویژه اختلالات خلقی، اختلالات سایکوتیک، اختلال مصرف مواد، صدمه های مغزی تروماتیک (TBI)، اختلال بیش فعالی و نقص توجه، اختلال استرس پس از سانحه، اختلالات شخصیت کلاستر B، اختلال سلوک نوجوانان (رفتار ضداجتماعی، پرخاشگری، تکانه ای بودن). توجه داشته باشید که کوموریدتی و شروع اخیر بیماری، خطر خودکشی را افزایش می دهد.
- علائم کلیدی: فقدان لذت، تکانشی بودن، ناامیدی، اضطراب / پانیک، بی خوابی، توهمات آمرانه
- تاریخچه خانوادگی: خودکشی، اقدام به خودکشی، و یا اختلالات روانپزشکی شدید و مزمن
- عوامل آشکار ساز: استرس ها / مشکلات بین فردی، حوادثی که منجر به تجربه احساس حقارت، شرم یا ناامیدی می شود (مانند از دست دادن یک رابطه مهم، ورشکستگی مالی و یا ابتلا به یک بیماری؛ بیماری های جسمی مزمن (مانند اختلالات سیستم عصبی مرکزی و درد)، سوء مصرف مواد، دعوا و درگیری شدید و یا آشفتنگی خانوادگی، تاریخچه تجربه آزار جسمی و جنسی، انزوای اجتماعی
- تغییر در نوع درمان روانشناختی یا روانپزشکی: ترخیص اخیر از بیمارستان روانپزشکی، تغییر درمانگر و یا رویکرد درمانی درمانگر

(۲) شناسایی عوامل محافظت کننده

- توجه داشته باشید که حتی اگر عوامل محافظت کننده وجود داشته باشند، خطر حاد خودکشی را ممکن است نتوانند خنثی کنند. عوامل محافظت کننده دو دسته هستند:
- عوامل درونی: توانایی مقابله با استرس، باورهای مذهبی، ظرفیت تحمل ناکامی
 - عوامل محیطی: مسئولیت بچه ها و یا سایر افراد مهم، ارتباط درمانی مثبت، حمایت های اجتماعی

نمونه سوالات برای ارزیابی خطر خودکشی

ارزیابی افکار، برنامه و قصد خودکشی و میزان مهلک بودن آن

در مورد اینکه آیا فرد به خودکشی فکر می کند یا خیر، سوالات مستقیمی پرسید. وقتی با مراجعی که تمایلات خودکشی دارد کار می کنید مهم است که ارزیابی خطر را مرتب انجام دهید و در هر جلسه در مورد افکار و قصد و نقشه خودکشی سوال کنید:

۱) ارزیابی افکار فعلی خودکشی:

- افکار فعلی خودکشی مراجع و شدت، مدت و نوع آن را ارزیابی کنید. ابتدا با سوالات کلی شروع کنید و سپس سوالات اختصاصی در مورد افکار و قصد خودکشی وی در حال حاضر پرسید:
- ✓ تا به حال فکر کرده ای زندگی ارزش زندگی کردن را ندارد؟
 - ✓ آیا تا بحال به پایان دادن به زندگی فکر کرده ای؟
 - ✓ آیا تا بحال آرزوی مردن کرده ای؟
 - ✓ آیا در مورد خودکشی فکر کرده ای؟
 - ✓ آیا همین حالا به آن فکر می کنی؟
 - ✓ اغلب چقدر به خودکشی فکر می کنی؟ (روزانه، هفتگی)
 - ✓ این افکار چقدر طول می کشد؟ (ثانیه؟ دقیقه؟ ساعت؟)
 - ✓ این افکار چقدر شدید هستند؟ اگر بخواهی شدت آن را از ۱ تا ۱۰ درجه بندی کنی، چه نمره ای می دهی؟

۲) ارزیابی وجود طرح و نقشه برای خودکشی:

- آیا طرح و نقشه ای وجود دارد؟ اگر طرح و نقشه ای برای خودکشی وجود دارد، در مورد جزئیات آن سوال کنید:
- ✓ آیا نقشه یا برنامه ای برای پایان دادن به زندگی داری؟
 - ✓ آیا طرح و نقشه ای برای صدمه زدن به خودت - کشتن خودت - داری؟
 - ✓ کی، کجا و چگونه؟
 - ✓ اگر نقشه ای داری چطور می خواهی آن را انجام دهی؟

۳) ارزیابی قصد خودکشی:

- آیا قصد خودکشی وجود دارد؟
- ✓ آیا هیچ قصدی برای عمل کردن به افکارت را داری؟
 - ✓ گفתי دوست داری بمیری و حتی به خوردن قرص فکر کرده ای، ولی آیا قصد انجام این کار را داری؟
 - ✓ این قصد چقدر قوی است؟

۴) ارزیابی احتمال عملی کردن نقشه خودکشی و مرگ بار بودن آن:

- با استفاده از سوالات زیر احتمال اجرای نقشه خودکشی و کشنده بودن آن را ارزیابی کنید:
- ✓ آیا زمان و مکان خاصی را برای عملی کردن نقشه ات انتخاب کرده ای؟ کی و کجا می خواهی این کار را انجام دهی؟
 - ✓ آیا بیمار مقدمات کار را فراهم کرده است؟ آیا وسایل لازم برای عملی کردن نقشه ات را داری؟ آیا به آنها دسترسی داری؟ چه قرص هایی داری؟ دقیقاً اسلحه را از کجا می خواهی تهیه کنی؟

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

- ✓ روشی که بیمار قصد دارد با آن خودکشی کند، چقدر مرگ بار است؟
- ✓ آیا کارهایش را رتق و فتق کرده است؟ آیا یادداشت و یا وصیت نامه نوشته است؟ با دیگران تسویه حساب کرده؟ آیا تکلیف اموالش را روشن کرده و ... ؟

ارزیابی اقدامات قبلی برای خودکشی

وجود اقدام های قبلی به خودکشی و جزئیات آن را با استفاده از سوالات زیر ارزیابی کنید. به طور کلی وجود سابقه اقدام قبلی به خودکشی بویژه در سال گذشته با خطر بالاتر خودکشی همراه است.

۱) ارزیابی اقدامات قبلی برای خودکشی و عوامل برانگیزان آن

- آیا تا بحال اقدام به خودکشی کرده ای؟
- در مورد سایر مواردی بگو که به شکل جدی به خودکشی فکر کردی یا اقدام به آن کردی؟
- در گذشته چه حوادثی منجر شد که اقدام به خودکشی کنی؟

۲) کشنده بودن اقدام

- کشنده بودن روش ها را بررسی کنید. احتمال نجات پیدا کردن چقدر بود؟

۳) تکانه ای بودن

- آیا اقدام به خودکشی در اوج خشم انجام شده (تکانه ای) یا به دقت در مورد آن فکر شده بود و روز و زمان آن از قبل تعیین شده بود؟ (برنامه ریزی شده)، هدف خشم چه بود (صدمه به خود یا دیگران؟)

۴) مصرف مواد

- آیا بیمار در زمان اقدام به خودکشی تحت تاثیر مواد بوده است؟

۵) پیامد

- آیا بعد از اقدام به خودکشی نیاز به اقدامات پزشکی بوده؟ چگونه به آن دسترسی پیدا کرده است؟ (برای مثال آیا خود فرد برای درخواست کمک به کسی یا جایی تلفن زده و یا دیگران او را بی هوش پیدا کرده بودند)

۶) احساس فرد در مورد زنده ماندن

- بعد از نجات پیدا کردن چه احساسی داشتی؟ احساس گناه، پشیمانی، خجالت، سرزنش خود، سرخوردگی (برای مثال حتی این کار را هم نتوانستم درست انجام بدم)

ارزیابی تاریخچه روان پزشکی

در این مرحله باید وجود اختلالات روان پزشکی که با خطر بالای خودکشی همراه هستند ارزیابی شود:

- ۱) وجود تاریخچه مشکلات روان پزشکی: بویژه افسردگی و سایکوز و یا وجود علائمی که ممکن است حاکی از وجود یک بیماری روانی تشخیص داده نشده باشد

۲) وجود مشکلات کنترل تکانه: مانند پرخاشگری، رفتارهای پر خطر کردن و برون ریزی جنسی

- ✓ آیا احساس می کنی روی اعمال و رفتارت کنترل داری؟
- ✓ چقدر احساس می کنی خارج از کنترل هستی؟
- ✓ چه وقت احساس کردی از کنترل خارج شدی؟ چکار کردی؟
- ✓ آیا مصرف الکل و مواد محدر و محرک داری؟

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

ارزیابی عوامل خطر

در مورد عوامل استرس زای مزمن و حاد (مثلاً از دست دادن یک ارتباط مهم، فوت شخص مورد علاقه، از دست دادن کار، مشکلات مالی، مورد بدرفتاری قرار گرفتن، مسائل جنسی، تغییرات و قطع داروها اطلاعات به دست آورد.

ارزیابی عوامل محافظت کننده

عوامل محافظت کننده فعلی در سطوح فردی، خانواده، محیط کار و اجتماع را به روشنی شناسایی کنید. عوامل محافظت کننده مثل خانواده، دوستان، مذهب و درمانگر را ارزیابی کنید:

۱) وجود دلایلی برای زندگی

- ✓ چه دلایلی برای زندگی داری؟
- ✓ چه چیز مانع از آن می شود که به زندگی پایان دهی؟ (خانواده، مذهب و ...)
- ✓ وقتی در گذشته این افکار را داشتی چکار کردی؟ چه چیز مانع شد؟
- ✓ تا این لحظه چه چیز مانع از پایان دادن به زندگی شده است؟

۲) وجود حمایت های خانوادگی و اجتماعی

۳) بررسی خودکشی

سوالات اختصاصی در مورد افکار، قصد، و برنامه برای خودکشی:

- **افکار:** فراوانی، شدت و مدت زمان (در طی ۲۴ ساعت گذشته، ماه قبل و یا بدترین زمانی که تجربه شده است)
- **طرح و نقشه:** زمان بندی، مکان، مرگبار بودن، موجود بودن و در دسترس بودن وسایل خودکشی، انجام کارهای مقدماتی
- **رفتارها:** اقدامات قبلی، اقدامات متوقف شده (توسط خود و دیگران)، تمرین طرح و نقشه خودکشی (پر کردن اسلحه، گره زدن طناب برای حلق آویز کردن)
- **نکته:** صدمه زدن به خود بدون قصد خودکشی، رفتار خودکشی محسوب نمی شود
- **قصد:** (۱) میزان احتمال عملی کردن نقشه و (۲) مرگبار بودن طرح و نقشه

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

- بررسی دو سوگرایی: دلایل مردن در برابر دلایل زنده ماندن
- نکته: برای نوجوانان، شواهد مربوط به افکار خودکشی، طرح و برنامه و یا رفتار خودکشی و تغییر در خلق و خور از والدین سوال کنید.

۴) تعیین سطح خطر / مداخله

- ✓ ارزیابی سطح خطر براساس قضاوت بالینی پس از کامل کردن قدم های ۱-۳
- ✓ ارزیابی مجدد با تغییر اوضاع و شرایط بیمار و یا تغییرات محیطی و اجتماعی

| سطح خطر | عوامل خطر / محافظت کننده | متغیرهای مربوط به خودکشی | مداخلات پیشنهادی |
|---------|--|--|--|
| بالا | اختلال روانپزشکی با علائم شدید یا حوادث آشکار ساز حاد؛ بدون عوامل محافظت کننده مرتبط | اقدام به خودکشی بالقوه مرگبار یا افکار مستمر خودکشی با قصد قوی یا تمرین خودکشی | ارجاع فوری به پزشک جهت ارجاع به اورژانس بیمارستان؛ انجام اقدامات احتیاطی برای پیشگیری از خودکشی |
| متوسط | عوامل خطر متعدد؛ عوامل محافظت معهود | افکار خودکشی، طرح و نقشه خودکشی، بدون قصد یا رفتار خودکشی | ارجاع فوری به پزشک جهت ارزیابی خطر؛ تهیه طرح امنیت؛ مشاوره دسترسی به وسایل خودکشی؛ پایش و پیگیری |
| پایین | عوامل خطر قابل تعدیل؛ عوامل محافظت قوی | افکار مرگ بدون طرح و نقشه یا قصد و رفتار خودکشی | توصیه به مراجعه مرتب به پزشک؛ تدوین طرح امنیت؛ کاهش علائم با مداخلات مختصر؛ پایش و پیگیری |

۵) مستند سازی

سطح خطر بیمار و فرایند تصمیم گیری، طرح درمان برای کاهش عوامل خطر فعلی، مداخله تدوین طرح امنیت، مشاوره کاهش دسترسی به وسایل خودکشی و طرح پی گیری را مستند کنید.

ارزیابی خطر خودکشی باید در اولین تماس مراجع با پزشک مرکز خدمات جامع سلامت انجام شود و در ویزیت های کارشناس سلامت روان تکرار شود تا هر گونه افزایش در افکار خودکشی و یا تغییر در وضعیت بالینی بیمار مورد بررسی قرار گیرد.

تدوین طرح امنیت

اطلاعاتی برای کارشناس:

مدیریت خطر خودکشی از ارزیابی خطر آن جداشدنی نیست زیرا نوع مداخله به میزان زیادی بستگی به سطح خطر خودکشی دارد. بنابراین پس از تعیین سطح خطر خودکشی، باید طرح درمان ریخته شود. این طرح معمولاً با همکاری مراجع تکمیل شده و گاهی لازم است خانواده بیمار نیز در آن مشارکت داشته باشد. همچنین طرح درمان مستلزم همکاری تیمی پزشک، روان شناس و کارشناس مراقب سلامت خانواده است تا مولفه های مختلف آن اجرا شود. بطور کلی، طرح درمان باید **امنیت فوری** مراجع را تامین کند و زمینه لازم را برای درمان فوری بیمار و آموزش خانواده فراهم آورد.

بنابراین، تضمین امنیت مراجع، اولین کاری است که در مدیریت خودکشی باید انجام شود. وقتی مراجع افکار خودکشی را گزارش می دهد صرف نظر از سطح خطر، باید یک طرح امنیت را با همکاری مراجع (و در صورت امکان با خانواده وی) طراحی کنید و هر زمان که تغییری در سطح خطر خودکشی اتفاق افتاد، این طرح را دوباره بازنگری کنید. مولفه های اساسی طرح امنیت عبارت است از:

- ۱) شناسایی علائم هشدار دهنده ای که وقوع بحران خودکشی قریب الوقوع را علامت می دهد
- ۲) شناسایی و استفاده از استراتژی های مقابله ای درونی بدون نیاز به تماس با شخصی دیگر
- ۳) تماس با دیگران به عنوان شیوه ای برای پرت کردن حواس خود از افکار و میل به خودکشی. این شامل رفتن به محیط های اجتماعی سالم مثل کافی شاپ، مکان های مذهبی و فرهنگسراها و یا معاشرت با اعضای خانواده و یا سایر افراد می شود که می توان بدون صحبت در مورد افکار خودکشی، حمایت لازم را دریافت کرد.
- ۴) تماس با اعضای خانواده یا دوستانی که ممکن است به حل بحران کمک کنند و یا کسانی که می توان در مورد افکار خودکشی با آنها صحبت کرد.

۵) تماس با کارشناسان، مشاوران و متخصصان سلامت روان و یا مراکز سلامت روان

۶) کاهش احتمال استفاده از وسایل مرگبار

به طور کلی، در تدوین طرح امنیت، ابتدا به بیمار آموزش داده می شود که تشخیص دهند در چه زمانی در بحران هستند (قدم اول) و سپس قدم های ۲ الی ۵ را که در طرح دارند، بردارند. اگر اجرای دستورالعمل های مطرح شده در گام ۲ برای کاهش سطح خطر خودکشی، موفق نبود، قدم بعدی دنبال می شود و به همین ترتیب ادامه پیدا می کند.

برای طراحی طرح امنیت، ابتدا ضرورت انجام آن را برای مراجع توضیح داده و سپس مولفه های آن را به ترتیبی که در زیر آمده است، همراه با وی تکمیل کنید. به خاطر داشته باشید همکاری مراجع در طراحی طرح امنیت اهمیت زیادی دارد و بنابراین، وی باید کاملاً از دلیل و منطق انجام این کار، آگاهی داشته باشد. علاوه بر این، این همکاری با کنار هم نشستن شما و بیمار، استفاده از رویکرد حل مساله مشترک و تمرکز روی تدوین طرح امنیت، بهبود یابد. طرح امنیت باید با استفاده از یک فرم کاغذی همراه با بیمار تکمیل شود. سپس بعد از پایان جلسه می توانید اطلاعات حاصل از طرح امنیت را وارد فرم کامپیوتری خود کنید و یا آن را اسکن کنید و

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

در پرونده الکترونیک بیمار قرر دهید. در مجموع، طرح امنیت باید شامل دستورالعمل های ساده و با زبان خود بیمار باشد و خواندن آن آسان باشد.

کار برگ طرح امنیت

| | |
|---|---|
| قدم ۱: علائم هشدار دهنده ای (افکار، تصاویر ذهنی، خلق، موقعیت، رفتار) که ممکن است موجب بروز یک بحران شود: | |
| _____ | ۱. |
| _____ | ۲. |
| _____ | ۳. |
| قدم ۲: روش های مقابله درونی: کارهایی که می توانم انجام دهم تا ذهنم را از مشکل منحرف کنم (روش های آرام سازی، فعالیت جسمی): | |
| _____ | ۱. |
| _____ | ۲. |
| _____ | ۳. |
| قدم ۳: افراد و موقعیت هایی که می توانند ذهنم را از مشکلات منحرف کنند: | |
| _____ | ۱. نام _____ شماره تماس: _____ |
| _____ | ۲. نام _____ شماره تماس: _____ |
| _____ | ۳. مکان _____ مکان _____ |
| قدم ۴: افرادی که می توانم از آنها کمک بخواهم: | |
| _____ | ۱. نام _____ شماره تماس: _____ |
| _____ | ۲. نام _____ شماره تماس: _____ |
| _____ | ۳. نام _____ شماره تماس: _____ |
| قدم ۵: افراد متخصص یا مراکزی که می توانم در زمان بحران با آنها تماس بگیرم: | |
| _____ | ۱. نام متخصص: _____ شماره تماس: _____ |
| _____ | شماره تماس اورژانسی متخصص مورد نظر: _____ |
| _____ | ۲. نام متخصص: _____ شماره تماس: _____ |
| _____ | شماره تماس اورژانسی متخصص مورد نظر: _____ |
| _____ | ۳. مراکز اورژانس (نزدیک به منزل) |
| _____ | آدرس: _____ |
| _____ | شماره تلفن: _____ |
| _____ | ۴. خطوط تلفن: _____ |
| _____ | اورژانس اجتماعی: ۱۲۳ |
| _____ | اورژانس کشور: ۱۱۵ |
| قدم ۶: امن ساختن محیط | |
| _____ | ۱. |
| _____ | ۲. |
| یک چیزی که برایم بیشترین اهمیت را دارد و ارزش زندگی کردن برای آن را دارم: | |
| _____ | |

گام اول – تشخیص علائم هشدار دهنده

اولین قدم برای تدوین یک طرح امنیت، شناخت علائمی است که بلافاصله قبل از یک بحران خودکشی تجربه و یا مشاهده می شود. این علائم هشدار دهنده شامل موقعیت ها، افکار، تصاویر ذهنی، خلق و یا رفتار مشخصی باشد. یکی از موثرترین روش ها برای برطرف کردن یک بحران خودکشی، پرداختن به آن قبل از پدیدار شدن کامل آن است. برای این کار باید به بیمار کمک کنید تا علائم هشدار دهنده خود را شناسایی کند و به آنها توجه داشته باشد. برای این منظور می توانید سوالات زیر را پرسید:

- از کجا می فهمی کی باید از طرح امنیت استفاده کنی؟
- چطور متوجه می شوی چه زمانی باید از طرح امنیت استفاده کنی؟
همچنین می توانید از بیمار بخواهید وقتی شروع به فکر کردن به خودکشی می کند، چیزی را که تجربه می کند، شناسایی کند. علائم هشدار دهنده ممکن است از فردی به فرد دیگر متفاوت باشد ولی معمولاً شامل یک یا چند حوزه زیر شود:

- **افکار:** من یک شکست خورده ام، نمی توانم اوضاع را تغییر دهم، بود و نبودم برای هیچکس فرقی نمی کنه، من بی ارزشم، نمی توانم از پس مشکلات زندگیم برآیم، دیگه تحمل ندارم، هیچ چیزی بهتر نخواهد شد
- **تصاویر ذهنی:** مانند فلش بک ها
- **فرایندهای تفکر:** هجوم افکار
- **خلق:** تحریک پذیری، افسردگی
- **رفتار:** اجتناب از دیگران، انجام ندادن فعالیت های روزمره، مصرف الکل و مواد، گذراندن زمان زیادی در تنهایی

این علائم هشدار دهنده باید با کلمات خود بیمار، روی فرم طرح امنیت فهرست شود.

گام دوم – استفاده از استراتژی های مقابله ای

پس از اینکه بیمار علائمی را که با یک بحران خودکشی همراه است، شناسایی کرد از وی خواسته می شود برخی از کارهایی را که می تواند شخصا و یا با کمک دیگران انجام دهد تا به خالی شدن موقتی ذهنش از مشکلات و پیشگیری از تشدید افکار خودکشی کمک کند، فهرست کند. از آنجایی که این روش ها از فردی

به فردی متفاوت است لازم است خود بیمار در تهیه فهرستی از آنها مشارکت و همکاری داشته باشد. معمولاً ترغیب بیمار برای مقابله با افکار و میل خودکشی حتی اگر برای مدت زمان کوتاهی هم باشد، مفید است. این مرحله خود شامل سه قدم است که در زیر آمده است:

۱. شناسایی استراتژی های مقابله ای

در این قسمت به بیمار کمک کنید تا تمام کارهایی که می تواند برای کاهش فراوانی یا شدت افکار خودکشی انجام دهد، شناسایی کنید. توجه داشته باشید این موارد هم شامل کارهایی است که فرد به تنهایی می تواند انجام دهد و هم شامل تماس و معاشرت های اجتماعی مفید می باشد.

کارهایی که فرد می تواند به تنهایی برای کاهش شدت افکار خودکشی انجام دهد می تواند شامل مشغول شدن در طیف وسیعی از رفتارها باشد برای مثال بیرون رفتن برای پیاده آوری، دعا و نیایش، گوش دادن به موزیک مورد علاقه، وصل شدن به اینترنت، دوش گرفتن، ورزش، مشغول شدن در یک سرگرمی، مطالعه یا انجام کارهای عادی و روزمره

علاوه براین، تماس با اعضای خانواده، اقوام و دوستان و نیز رفتن به محیط های اجتماعی سالم که در آن معاشرت بطور طبیعی اتفاق می افتد مانند باشگاه ورزشی، کافی شاپ، اماکن مذهبی، فرهنگسراها و ... راه کار مفیدی برای کاهش شدت افکار خودکشی است. البته، این محیط ها باید با توجه به علائق فرد و جایی که در آن زندگی می کند انتخاب شود. ارتباط با افراد حمایتی و یا رفتن به محیط های اجتماعی علاوه بر اینکه به پرت شدن حواس بیمار از افکار خودکشی و نگرانی هایش کمک می کند، فی نفسه می تواند به کاهش بحران خودکشی نیز کمک کند.

نمونه هایی از این افراد و محیط ها شامل افرادی که با بیمار دوست یا آشنا هستند و یا افرادی که با بیمار ارتباط صمیمی و بدون تنش دارند. اگر بیمار دوستان معدودی وجود دارد، شناسایی مکان هایی که در آن تماس های اجتماعی تصادفی می تواند اتفاق افتد مثل پارک، کافی شاپ، باشگاه ورزشی و ... گزینه خوبی است

به خاطر داشته باشید این راه کار با تماس با افراد برای حل بحران خودکشی (که در گام سوم آمده) تفاوت دارد. زیرا در این مرحله، بیمار فقط با اعضای خانواده، اقوام و دوستان خود معاشرت می کند بدون اینکه در مورد افکار خودکشی خود با آنها صحبت کند.

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

در این مرحله، با پرسیدن سوالات زیر به بیمار کمک کنید تا استراتژی های مقابله ای برای کاهش بحران خودکشی را صورت بندی کند:

۱. اگر دوباره افکار خودکشی به سراغت آمد برای اینکه بتوانی به خودت کمک کنی بر اساس آن کاری انجام ندهی، چه کارهایی می توانی انجام بدی؟ یا چه کارهایی را می توانی انجام دهی که می تواند به تو کمک کند ذهنت را حتی برای یک مدت زمان کوتاه از مشکلات خالی کنی؟

۲. اگر مراجع در پاسخ به سوال بالا، به تماس و معاشرت با افراد حمایتی اشاره نکرد، برای شناسایی افراد/ محیط های اجتماعی مفید و حمایتی می توانید از بیمار سوال کنید "معاشرت با چه کسانی احساس خوبی در شما ایجاد می کند؟" یا "چه کسی به شما کمک می کند حداقل برای مدت کوتاهی ذهن تان از مشکلات منحرف شود؟ و یا "کجا می توانید بروید که این فرصت را فراهم می کند تا در یک محیط امن در کنار مردم باشید و در عین حال حواس شما را از افکار خودکشی پرت کند؟

سپس از بیمار بخواهید استراتژی های مقابله ای درونی و بیرونی را الویت بندی کرده و آنها را روی فرم بنویسید. تا در صورت که یک گزینه موثر یا قابل اجرا نبود بتواند از گزینه بعدی استفاده کند. در مورد مقابله های بیرونی، از بیمار بخواهید افراد/ محیط های متعدد را فهرست کرده شماره تلفن ها/ و یا آدرس مکان ها را نیز روی فرم بنویسید.

۳. ارزیابی احتمال استفاده از این استراتژی ها

پس از اینکه استراتژی های مقابله ای فهرست شد، باید فیدبک اختصاصی به دست آورید. برای مثال می توانید بپرسید: فکر می کنی چطور می توانی در طی زمان بحران، از این استراتژی ها استفاده کنی؟

۴. شناسایی موانع و حل مساله

اگر بیمار تردید دارد بتواند این کارها را انجام دهد، باید پرسید چه چیز مانع از فکر کردن و یا انجام این فعالیت ها می شود؟

شما باید از یک رویکرد حل مساله مشترک استفاده کنید تا موانع استفاده از این روش ها را برطرف کنید و یا استراتژی های مقابله ای دیگری را شناسایی کنید. اگر بیمار هنوز هم فکر می کند قادر به استفاده از این استراتژی های در طی بحران نیست، سایر استراتژی ها باید شناسایی و در طرح امنیت نوشته شود. شما باید به

بیمار کمک کنید چند مورد از استراتژی‌ها را که احتمالاً بیمار از آن استفاده خواهد کرد، شناسایی و به ترتیب الویت آنها را در طرح بنویسید. استراتژی‌هایی را که استفاده از آن‌ها همه آسان‌تر است و یا احتمالاً از همه موثرتر است، در بالای فهرست بنویسید.

گام سوم – تماس با اعضای خانواده و یا دوستانی که می‌توانند به حل بحران کمک کنند

اگر استراتژی‌های مقابله‌ای درونی و یا تماس‌های اجتماعی، تاثیر کمی بر کاهش بحران داشت، بیمار می‌تواند تصمیم بگیرد به اعضای خانواده و یا دوستانش اطلاع دهد که در حال تجربه‌ی یک بحران خودکشی است. این گام از این جهت با گام قبلی تفاوت دارد که بیمار به صورت روشن و واضح بیان می‌کند که در بحران است و نیاز به کمک و حمایت دارد.

برای این منظور، باید از بیمار پرسید "در میان اعضای خانواده و یا دوستان خود با چه کسی می‌تواند در طی یک بحران تماس بگیرد و از او کمک بخواهد؟" یا "وقتی تحت استرس هستید چه کسی از شما حمایت می‌کند و یا احساس می‌کنید می‌توانید با او صحبت کنید؟"

به دلیل پیچیدگی تصمیم‌گیری این گام، باید همراه با بیمار و با همکاری، یک طرح بهینه را صورت بندی کنید. این بخش می‌تواند شامل سبک و سنگین کردن فواید و معایب افشای افکار خودکشی به شخصی که ممکن است از بیمار حمایت کند باشد. بنابراین در این مرحله بیمار باید علاوه بر افرادی را که در گام سه شناسایی کرده بود که می‌توانند حواس او را از افکار خودکشی پرت کند، افرادی را شناسایی کند که می‌توانند در مدیریت بحران خودکشی به او کمک کنند. وقتی این افراد شناسایی شدند باید از بیمار در مورد احتمال تماس با این افراد و تقاضای کمک در حین بحران سوال شود و موانع احتمالی را شناسایی و با استفاده از روش حل مساله برطرف شود. در این مرحله اگر این امکان وجود داشته باشد طرح امنیت را با یکی از نزدیکان بیمار به اشتراک گذاشته شود، کار مفید و موثری است. در چنین مواردی، باید نام این شخص روی طرح نوشته شود. گاهی شناسایی چنین کسی ممکن نیست و یا بیمار ممکن است راحت نباشد این طرح را با خانواده و یا دوستان خود به اشتراک بگذارد. این کار اجباری نیست زیرا طرح امنیت قرار است مفید و حمایتی باشد و نه اینکه خود تبدیل به یک منبع استرس اضافی شود. نمونه‌هایی از افراد حمایت‌کننده، همسر، خواهر و برادر، والدین، دوست نزدیک، معلم، روحانی محل و غیره می‌باشد.

گام چهارم - تماس با افراد متخصص و مراکز تخصصی

قدم پنجم شامل تماس با روان پزشکان، روان شناسان، پزشکان و یا سایر افراد متخصصی است که می توانند در زمان بحران به بیمار کمک کنند. اسم این افراد همراه با شماره تلفن آنها و یا آدرس این مراکز باید در طرح نوشته شود. در این مرحله، به بیمار آموزش داده می شود اگر استراتژی های قبلی در حل بحران موثر نبود با یک متخصص و یا مرکز تماس بگیرد.

فهرست متخصصان و مراکز و موسسات مربوطه، بهتر است الویت بندی شود. اگر بیمار در روان درمانی است طرح امنیت شامل نام و شماره تماس روان شناس یا مشاور ارائه دهنده این خدمت می باشد. البته، باید نام و آدرس سایر کارشناسان و متخصصانی که ممکن است بویژه در ساعات غیراداری در دسترس هستند و یا می توان به آنها دسترسی داشت نیز در طرح نوشته شود. در واقع، در طرح امنیت باید تضمین شود کمک تخصصی مناسب در طی یک بحران، قابل دسترس است و نحوه دریافت این خدمات نیز باید مشخص باشد.

برخی بیماران ممکن است تمایلی برای تماس با متخصصان و صحبت در مورد افکار خودکشی خود به دلیل ترس از بستری شدن و سایر روش های غیر قابل پذیرش مدیریت آن نباشند. شما باید در این مورد با بیمار صحبت کرده و هر مانع یا چالشی که سر راه این کار وجود دارد، برطرف کنید. بنابراین، مثل گام های قبلی، باید در مورد هر نگرانی بیمار و یا مشکلی که ممکن است مانع از تماس بیمار با یک متخصص یا مرکز شود صحبت کنید. در انتها، باید فقط نام متخصصانی که بیمار تمایل دارد در زمان بحران با آنها تماس بگیرد در طرح امنیت آورده شود.

نمونه هایی از این افراد شامل پزشک و روان شناس مرکز مراقبت اولیه، روان شناس و روان پزشک مراکز تخصصی، بخش اورژانس بیمارستان نزدیک به محل زندگی و شماره تلفن بحران، اورژانس و یا اورژانس اجتماعی باشد. در مورد خطوط بحران و یا اورژانس اجتماعی حتما توضیح دهید این مراکز روان شناسان و مشاوران آموزش دیده ای دارند که با مشکلات آنها به خوبی آشنایی دارند. این خدمات ۲۴ ساعته و در ۷ روز هفته است و می توانند حتی نام خود را هم پشت تلفن نگویند. در برخی مناطق و یا شرایط که امکان دسترسی به مراقبت های روان شناختی اورژانسی محدود است، ممکن است لازم باشد شماره تماس خود را در طرح امنیت وارد کنید.

گام پنجم - کاهش احتمال استفاده از وسایل مرگبار

این گام می‌تواند به عنوان یکی از مراحل تدوین طرح امنیت انجام شود و یا در قالب مشاوره جداگانه ای ارائه گردد. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند وقتی بیمار برای کشتن خود طرح و برنامه دارد و روش و وسایل مرگبار به راحتی موجود و در دسترس است، خطر خودکشی چند برابر می‌شود. البته حتی اگر بیمار طرح و برنامه خاصی را هم برای خودکشی مطرح نمی‌کند یک مولفه کلیدی یک طرح امنیت خوب، حذف و یا محدود کردن دسترسی به هر وسیله بالقوه مرگباری است که در محیط بیمار وجود دارد. این ممکن است شامل ذخیره کردن داروها در یک جای امن، و محدود کردن دسترسی به چاقو، تیغ، تیغ موکت بری، و سایر وسایل مرگبار می‌باشد.

اجرای این گام، بسته به کشنده بودن روش (که در ارزیابی خطر خودکشی مشخص شده است) متفاوت خواهد بود. در ابتدا، باید از بیمار سوال کنید که در طی بحران خودکشی، به چه روشی برای کشتن خود فکر می‌کند و سپس با همکاری بیمار، به شیوه‌هایی برای حذف این وسایل از محیط بیمار و یا محدود کردن دسترسی وی به این وسایل را شناسایی کنید. باید از همه بیماران به صورت روتین سوال کنید آیا به یک سلاح گرم (مثل اسلحه، تفنگ شکاری، تفنگ ساچمه‌ای) دسترسی دارد یا نه. آیا برای خودکشی یک روش انتخابی دارد، و به راه‌هایی برای حذف این وسایل از محیط فکر کنید. برای روش‌های کمتر مرگبار مانند مصرف داروهای با سطح پایین مسمومیت می‌توانید از خود بیمار بخواهید دسترسی به این داروها را قبل از اینکه در بحران قرار بگیرد محدود و یا غیرممکن کند. برای مثال اگر بیمار به خودکشی با خوردن دارو فکر می‌کند از یک عضو قابل اعتماد خانواده بخواهد داروها را در جای امنی قرار دهد.

محدود کردن دسترسی به یک روش مرگبار اهمیت بیشتری دارد. برای روش‌های مرگباری مثل سلاح گرم، نباید از خود بیمار بخواهید دسترسی خود را به این وسایل محدود کند و یا آن را به یک عضو خانواده و یا فرد مسوول دیگری بدهد. زیرا خطر خودکشی بواسطه تماس مستقیم با روش مرگبار، افزایش می‌یابد. در عوض، یک طرح خوب برای محدود کردن دسترسی بیمار به وسایل مرگبار، حذف آنها از محیط و قرار دادن در محیط امن بوسیله یک شخص مسوول خاص (معمولاً یک عضو خانواده، یک دوست نزدیک و یا حتی پلیس است). به خاطر داشته باشید محدود کردن دسترسی به یک روش مرگبار، امنیت بیمار را تضمین نمی‌کند چون ممکن است تصمیم بگیرد از روش دیگری استفاده کند. در هر حال، اگر بیمار هر روش دیگر یا طرح دیگری را برای خودکشی را گزارش می‌دهد این وسایل نیز باید در جای امنی گذاشته شود و یا دسترسی به آن محدود شود.

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

کارهای ضروری برای امن تر کردن محیط بیمار، باید روی طرح امنیت نوشته شود. شما می توانید از بیمار سوال کنید "وسایلی که به آن دسترسی دارید و احتمال دارد با آن اقدام به خودکشی کنید چه هستند؟" و "چگونه می توانیم دسترسی شما را به این وسایل محدود کنیم؟"

در خاتمه و پس از تکمیل طرح امنیت، باید نگرش بیمار را به این طرح و احتمال استفاده از آن را بررسی کنید. اگر بیمار می گوید تمایلی به استفاده از آن ندارد و یا شما به چنین نتیجه ای می رسیدید و یا احساس دوگانه ای در مورد آن دارد، باید با همکاری آنها موانع احتمالی و دشواری های مربوط به استفاده از طرح امنیت را شناسایی و حل مساله کنید.

وقتی بیمار آمادگی خود را برای استفاده از طرح امنیت اعلام می کند، فرم اصلی تکمیل شده طرح امنیت را به وی بدهید تا همراه خود ببرد و یک کپی از آن در پرونده بیمار قرار دهید. همچنین باید با بیمار در مورد جایی که طرح امنیت را نگه می دارد و چطور در طی بحران آن را پیدا می کند، صحبت کنید.

طرح امنیت را برای تمام کسانی که افکار خودکشی دارند، صرف نظر از سطح ریسک خودکشی اجرا کنید.

پایش و پیگیری تلفنی ساخت دار

اطلاعاتی برای کارشناس:

پایش وضعیت خطر خودکشی و یا مشکلات روان پزشکی فردی که در خطر خودکشی قرار دارد، اهمیت زیادی دارد و برای اهداف مختلفی شامل ارزیابی خطر خودکشی، ویرایش طرح امنیت و افزایش احتمال ورود بیمار به درمان تخصصی سلامت روان، انجام می شود این پایش و پی گیری که می تواند به صورت تلفنی، حضوری (ویزیت در منزل)، فرستادن پیامک یا ای میل صورت گیرد. معمولا پی گیری بعد از جلسه اول، بررسی وضعیت بیمار در فاصله بین جلسات، زمانی که بیمار در دوره پرخطری برای خودکشی قرار دارد و یا وقتی به جلسه نمی آید و یا درمان را قطع می کند، انجام می شود و بسته به وضعیت بیمار ممکن است تعداد و مدت زمان متفاوتی داشته باشد. به عنوان یک اصل، پایش و پی گیری باید تا زمانی که (۱) بیمار در یک درمان تخصصی مداوم و منظم (حداقل دو جلسه) قرار می گیرد و (۲) خطر خودکشی کاهش می یابد، ادامه پیدا کند. البته رضایت بیمار برای پی گیری، اهمیت زیادی دارد ولی معمولا وقتی ارتباط کاری خوبی شکل گرفته باشد و زمان و شیوه پی گیری با همکاری بیمار در جلسه تعیین شده باشد، احتمال رضایت بیمار افزایش می یابد.

در زیر دستورالعمل پایش و پیگیری ساخت دار آمده است:

❖ وضعیت خلقی و خطر فعلی خودکشی را ارزیابی کنید:

۱. آزمون غربالگری خودکشی کالیفرنیا را که یک ابزار استاندارد برای پیگیری خطر خودکشی است اجرا کنید. اگر خطر فوری وجود داشت ارجاع فوری به پزشک دهید.
۲. با سوالات مستقیم، اوضاع و شرایط و حوادث زندگی بیمار را که احتمالا روی خلق و افکار و رفتار خودکشی اثر می گذارد، بررسی کنید.

آزمون غربالگری خودکشی کالیفرنیا: نسخه "از زمان آخرین تماس"

سوالات ۱ و ۲ را پر کنید.

| بله | خیر | |
|-----|-----|---|
| | | ۱. آیا از آخرین تماسی که داشتیم، آرزو کرده ای که کاش می مردی و یا می خوابیدی و دیگر بیدار نمی شدی؟ |
| | | ۲. آیا واقعا به کشتن خودت فکر می کردی؟ |
| | | اگر پاسخ به سوال ۲ بله است، سوالات ۳، ۴ و ۵ را پر کنید. اگر خیر است، مستقیماً به سوال ۵ بروید. |
| | | ۳. آیا در مورد اینکه چطور این کار را انجام بدی فکر کرده ای؟ مثلاً "من فکر کردم یک عالمه قرص بخورم ولی هیچوقت یک . نقشه خاص نداشتم که کی و کجا و یا چطور واقعا این کار را انجام بدم. |
| | | ۴. آیا قصد عمل کردن بر اساس این افکار را هم داشتی؟ در مقابل: من این افکار را داشتم ولی قطعاً هیچ کاری براساس آن انجام نمی دهم. |
| | | ۵. آیا شروع به کار روی نقشه ات کردی و مقدمات عملی کردنش را فراهم کردی؟ آیا قصد داری براساس نقشه ات عمل کنی؟ |
| | | ۶. آیا برای پایان دادن به زندگی کاری انجام دادی؟ یا شروع به انجام کاری کرده ای یا برای آن آماده شده ای؟ مثال ها: جمع کردن قرص، تهیه اسلحه، بخشیدن اشیاء با ارزش، نوشتن یادداشت خودکشی، در دست قرار دادن قرص ها ولی آنها را نخورده اید، برداشتن اسلحه ولی نظرتان عوض شد و یا یکی آن را از دست تان گرفت، به پشت بام رفتید ولی نپردید؛ یا واقعا قرص خورده، سعی کرده به خودش شلیک کند، رگ اش را زده، سعی کرده خود را حلق آویز کند و غیره |

خطر بالا

خطر متوسط

خطر پایین

❖ طرح امنیت را مرور و بازنگری کنید:

۱. تعیین کنید آیا طرح مورد استفاده قرار گرفته است.
۲. با مراجع، طرح امنیت را مرور کنید و بررسی کنید کدام بندها مفید و کدام موارد چندان مفید نیست.
۳. طرح را بازنگری کنید، موارد غیر مفید را حذف کنید و موارد مفید تر را شناسایی کنید.
۴. هر تغییری را در فرم طرح یادداشت کنید.
۵. طرح بازنگری شده را در صورتی که موارد بازنگری شده، اساسی و عمده است برای بیمار ارسال کنید.
۶. دسترسی به وسایل خودکشی را بررسی کنید و در صورت نیاز دستورالعمل حذف منابع خطر را مرور کنید.

❖ ورود به درمان / انگیزه

۱. طرح درمان را مرور کرده و قرار ملاقات بیمار را با متخصصان سلامت روان یادآوری کنید.
۲. موانع درونی و بیرونی وارد شدن در فرایند درمان را با استفاده از حل مساله رفع کنید.
۳. اگر علیرغم همه تلاش ها، بیمار درمان را نمی پذیرد در مورد سایر روش های دریافت کمک صحبت کنید.
۴. اطلاعات لازم در مورد خدمات حمایتی موجود در اجتماع را که متناسب با نیازهای مراجع است، ارائه دهید

❖ کسب رضایت / تمایل بیمار برای پی گیری بعدی

۱. نیاز برای تماس های تلفنی بعدی را ارزیابی کنید
۲. اگر بیمار در برابر پیگیری تلفنی بعدی مقاومت دارد، سعی کنید با مهارت ارتباط موثر، همدلی و آموزش تکنیک حل مساله مقاومت او را کاهش دهید.
۳. یک زمان معین را برای پیگیری تلفنی تعیین کنید.
۴. اگر دیگر نیازی به پیگیری وجود ندارد، آن را به بیمار اطلاع دهید و یادآوری کنید هر زمان احساس نیاز کرد می تواند به مرکز مراجعه و شما را ببیند.

خطر خودکشی را در عرض ۴۸ ساعت پس از تدوین طرح امنیت ، پایش کنید و سپس پایش را به صورت هفتگی انجام دهد تا زمانی که بیمار تحت یک درمان منظم و مداوم قرار گیرد.

خاتمه جلسه

طرح امنیت را به بیمار بدهید و زمان و ساعت جلسه بعد را روی کارت یاد داشت کنید و به وی بدهید. علاوه براین شماره تماس مرکز (و خود) و خط تلفن بحران و اورژانس اجتماعی را به بیمار بدهید. بیمار را در فواصل ۴۸ ساعته پی گیری کنید تا امکان انجام اقدامات مورد نیاز، از جمله ارجاع و بستری کردن وجود داشته باشد.

جلسه دوم – کاهش رنج بیمار

اهداف:

۱. ارزیابی
۲. کاهش رنج روانی

مروری بر جلسه

تمرکز این جلسه، بر کاهش درد و رنج روانی بیمار است. برای مدیریت خودکشی روش های مختلفی وجود دارد ولی پس از تضمین امنیت مراجع فردی، موثرترین روش ها، آموزش مقابله با افکار خودکشی و استفاده از روش های موثر حل مساله و گسترش شبکه حمایت اجتماعی است. البته برای اینکه مراجع بتواند وارد فرایند حل مساله شده و شبکه حمایت اجتماعی اش را گسترش دهد، ابتدا لازم است میزان دیسترس یا رنج روانی وی کاهش یابد.

گاهی بیماری های روان پزشکی مانند افسردگی علت زیربنایی درد و رنج روانی فرد است ، در چنین مواردی بیمار باید حتما به پزشک ارجاع داده شود تا درمان های ضروری برای وی انجام شود.

۱. ارزیابی سطح خطر خودکشی

آزمون غربالگری خودکشی کالیفرنیا را برای پایش خطر خودکشی اجرا کنید و اقدامات مناسب را با توجه به سطح خطر مراجع انجام دهید. در صورتی که مراجع در سطح خطر فوری و بالایی قرار دارد، او را به پزشک مرکز ارجاع دهید تا اقدامات لازم را انجام دهد. علاوه براین، خانواده یا دوستان وی را نیز در جریان قرار دهید. اگر سطح خطر مراجع پایین یا متوسط است، روش های کاهش درد روانی را که در زیر آمده است، اجرا کنید.

۲. بررسی طرح امنیت

از مراجع در مورد استفاده از طرح امنیت در فاصله بین دو جلسه سوال کنید. اگر از این طرح استفاده شده، از وی بپرسید از کدام آیتم (آیتم ها) استفاده کرده و آیا با موفقیت توانسته آنها را اجرا کند یا خیر. اگر در استفاده

از هر آیتم مشکل یا مانعی وجود داشته، با همکاری مراجع، حل مساله انجام دهید و یا گزینه دیگری را جایگزین آن کنید

۳. کاهش رنج بیمار

اطلاعاتی برای کارشناس:

افکار خودکشی وقتی پیش می آید که افراد وضعیت خود را به صورت زیر تجربه می کنند:

۱. غیرقابل تحمل - موقعیت زندگیشان بقدری دردناک است که غیرقابل تحمل به نظر می رسد
۲. بی پایان - به نظر می رسد که اوضاع، همیشه همینطور خواهد بود
۳. غیرقابل فرار - به نظر می رسد هر کاری انجام دهند هیچ تغییری ایجاد نخواهد شد و تجربه اشان تغییر نخواهد کرد.

بنابراین، افکار خودکشی وقتی پیش می آید که فرد درد خیلی زیادی را تجربه می کند بدون اینکه منابع کافی برای مقابله با آن را داشته باشد. بنابراین دو راه برای پشت سر گذاشتن این زمان سخت وجود دارد: کاهش درد و تقویت ظرفیت های مقابله ای.

قبل از آموزش راه های کاهش درد و رنج روانی، برای مراجع توضیح دهید مواقعی در زندگی وجود دارد که ممکن است ناامیدی، درماندگی و درد و رنج زیادی را تجربه کنید و احساس کنید دارید زیر بار آن له می شوید. در چنین شرایطی ممکن است احساس کنید هیچ راه دیگری باقی نمانده و خودکشی تنها راه برای خلاص شدن از این درد است. درد و رنج ممکن است بقدری روی افکار شما تاثیر بگذارد که نتوانید به کسی اعتماد کنید، حمایت های موجود را نبینید و یا راه حل های احتمالی برای مشکلات را بی فایده ببیند. ولی باید بخاطر داشته باشید که احساساتی مثل افسردگی، خشم، نومیدی، تنهایی و شرم، بویژه وقتی شدید هستند برای همیشه طول نمی کشند.

اگر افکار خودکشی دارید تنها نیستید. برخی از افراد در زمان های سخت و دشوار زندگیشان در مورد خودکشی فکر می کنند چون در جستجوی راهی برای فرار از دردی هستند که احساس می کنند غیرقابل تحمل است و پایانی ندارد. ولی حتی اگر موقعیتی که در آن قرار دارید ناامید کننده به نظر می رسد و یا احساس می کنید دیگر نمی توانید این وضعیت را تحمل کنید، باید بدانید راه هایی برای خلاص شدن از آنها وجود دارد. سپس راه های کاهش درد و رنج را به مراجع آموزش دهید. این کار باعث می شود تا مراجع آمادگی ذهنی برای مقابله شناختی با مشکلات را پیدا کند. در زیر تکنیک های مختلفی که به مراجع کمک می کند تا درد روانی خود را کاهش دهد آمده است.

(۱) آرام سازی خود

به مراجع آموزش دهید کارهایی را انجام دهد که به وی کمک می کند تا احساس بهتری پیدا کند. انواع مختلفی از کارها ممکن است فرد را آرام کند، مهم آن است که فرد از روشی استفاده کند که بیشتر این تاثیر را برای او دارد. در زیر فهرستی از این موارد آمده است:

از حواس پنج گانه خود برای رسیدن به آرامش استفاده کنید: (۱) بینایی: توجه خود را روی دیدن چیزهای خوشایند متمرکز کنید مانند طبیعت، نقاشی، تماشای فیلم یا برنامه مورد علاقه؛ (۲) شنوایی - به موزیک، صدای طبیعت، آواز پرندگان و ... گوش دهید؛ (۳) بویایی - به بوهای خوشایند توجه کنید مانند بوی غذای مورد علاقه، بوی خاک نمناک، بوی گل ها و ...؛ (۴) چشایی - سعی کنید طعم غذا را حس کنید؛ (۵) لامسه - چیزهای نرم مثل چمن، پر پرندگان ... را لمس کنید

یادآور استفاده از حواس پنجگانه برای ایجاد آرامش

- ۵ چیزی که می توانم ببینم.
- ۴ چیزی که می توانم بشنوم.
- ۳ چیزی که می توانم لمس کنم.
- ۲ چیزی که می توانم بوییم یا بچشم.
- ۱ نفس عمیق بکشید سپس فقط روی تنفس تان تمرکز کنید.

وقتی افکار خودکشی دارید کاری متضاد با چیزی که احساس می کنید انجام دهید. برای مثال وقتی احساس افسردگی می کنید دوست دارید تنها باشید. کار متضاد با آن ارتباط برقرار کردن با دیگران است. یا وقتی دوست دارید در رختخواب بمانید و هیچ کاری انجام ندهید، سطح فعالیت تان را افزایش دهید. البته، سعی کنید فعالیت هایی را انجام دهید که به شما کمک می کند، احساس بهتری پیدا کنید. این فعالیت ها می تواند ورزش، تفریح و بازی باشد. در واقع سعی کنید بیشتر کارهایی را انجام بدهید که به شما انرژی می دهد و نه اینکه از شما انرژی بگیرد.

انتظارات تان را از خود پایین بیاورید؛ گاهی زندگی مثل تقلا برای بالا رفتن از یک سربالایی طولانی و پرپیچ و خم می شود. ممکن است احساس کنید خیلی خسته شده اید و دیگر توان ادامه دادن ندارید. بنابراین لازم است

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

توقف کنید تا نفسی بگیرید و تجدید قوا کنید و سپس با انرژی بیشتر راه را از سر بگیرید. شما ممکن است انتظارات زیادی از خود و زندگی تان داشته باشید ولی بهتر است، سرعت تان را کمی کنید، کمی استراحت کنید و بعد دوباره شروع کنید.

ارتباطات خود را حفظ کنید؛ سعی کنید ارتباطات خود را با اعضای خانواده و دوستان حفظ کنید یا بیشتر کنید، برای مثال به آنها تلفن کنید، ای میل بزنید و یا به دیدن آنها بروید و یا قرار بگذارید با هم به جایی بروید. علاوه بر این، صحبت کردن در مورد دردی که احساس می کنید، به بهتر شدن حالتان کمک می کند. اغلب افراد وقتی احساس خود را با کسی در میان می گذارند احساس بهتری پیدا کرده و کمتر احساس تنهایی می کنند. اگر تنها هستید و یا دوست ندارید در مورد مشکلاتتان با نزدیکانتان حرف بزنید و یا فکر می کنید آنها درد شما را نمی فهمند با یک مشاور یا روان شناس صحبت کنید.

چیزهایی را که در گذشته به شما کمک کرده است به خود یادآوری کنید - بسیاری از افراد قبلا هم افکار خودکشی داشته اند. در مورد برخی چیزهایی که در گذشته به شما کمک کرده است تا احساس تان بهتر شود، فکر کنید. برخی مثال ها شامل باور و اعتماد به اینکه همیشه گذشت زمان کمک می کند، دسترسی به دوستان و خانواده، مراجعه به متخصص، تبعیت از طرح امنیت، انجام چیزی که از آن لذت می برید، تنها نماندن، عدم مصرف مواد

۲) پرت کردن حواس

وقت افکار خودکشی به ذهنتان هجوم می آورد، کار دیگری انجام دهید و توجه خود را کاملا روی کاری که انجام می دهید تمرکز کنید. برخی کارهایی که می توانید انجام دهید در زیر آمده است:

- ورزش مثل قدم زدن، دویدن، دوچرخه سواری
- انجام کارهای خانه و یا باغبانی
- انجام سایر کارهای مورد علاقه مثل مطالعه، تماشای تلویزیون، رفتن به طبیعت، آشپزی، دیدار از دوستان
- انجام یک کار خلاقانه مثل نقاشی، عکاسی، نواختن موسیقی، نوشتن
- کمک به دیگران - مانند دادن غذا به پرندگان و انجام کارهای داوطلبانه
- تصویر سازی های ذهنی خوشایند مانند تصور جایی که همیشه دوست داشتید آنجا بروید و یا جایی که قبلا از بودن در آنجا لذت بردید

۳) خودگویی مثبت

افسردگی شیوه تفکر را تغییر می دهد و باعث می شود که با یک عینک تیره تار به خود، دنیا و آینده نگاه کنید. اگر چنین عینکی به چشم دارید احتمالاً فکر می کنید هیچ چیز بهتر نخواهد شد و هیچ راهی برای حل مشکلات وجود ندارد. ولی این افکار، صدای افسردگی شماست. آنها درست نیستند و نباید براساس آنها عمل کنید. افسردگی قابل درمان است و وقتی بعدها به این روزها فکر می کنید خوشحال خواهید شد که براساس افکار امروزتان عمل نکردید و زندگی کردن را انتخاب کرده اید. بنابراین، یک فهرست از افکاری را که در زمان افسردگی و ناامیدی می توانید به خود بگویید، تهیه کرده و در چنین مواقعی با خود تکرار کنید. یادتان باشد که این فهرست را در زمانی که حالاتان خوب است، تهیه کنید. نمونه ای از این خود-گویی ها در زیر آمده است:

- من تابحال توانسته ام از پس مشکلاتم بریایم، این را هم می توانم پشت سر بگذارم
 - گذشت زمان کمک خواهد کرد
 - خودکشی یک راه حل دائمی برای یک مشکل موقتی است
 - خودکشی راهی است که برگشتی ندارد
 - افسردگی می گذرد و حالم بهتر خواهد شد
- شیوه دیگر استفاده از این تکنیک آن است که در زمانی که احساس خوبی دارید یک نامه به خودتان بنویسید تا وقتی افکار خودکشی دارید آن را بخوانید.

۴) مراقبت از خود

در زمانی که افکار خودکشی وجود دارد ممکن است اهمیتی به خود و سلامت جسمی و روانی تان ندهید ولی این کار شما را در وضعیت بدتری قرار داده و تنش و ناراحتی شما را بیشتر کند. برای مراقبت از خود کارهای زیر را انجام دهید:

- سعی کنید خوب بخوابید، به میزان کافی غذا بخورید، ورزش کنید و از مصرف الکل و مواد اجتناب کنید. برای این منظور می توانید یک برنامه روزانه برای خود درست کنید و تلاش کنید به آن وفادار باشید. برای مثال برنامه ریزی کنید در یک ساعت مشخص از خواب بلند شوید، سر ساعت خاصی به رختخواب بروید، برای صبح یا بعد از ظهر یک ورزش سبک را انجام دهید.

- اگر مشکل جسمی دارید درصدد درمان آن باشید. علاوه براین، بیماری هایی مانند دیابت و یا مشکلات تیروئید احتمال افکار خودکشی را افزایش می دهد
- یکی از شایع ترین علل افکار خودکشی مشکلات مربوط به سلامت روان است. بنابراین، برای افسردگی، اضطراب، مشکلات مصرف الکل و مواد درمان بگیرید. گاهی مراجعه به پزشک کافی نیست و لازم است پیش یک متخصص بروید. بنابراین، اگر تحت درمان هستید ولی احساس بهبودی نمی کنید حتما آن را به پزشک تان بگویید تا وی ترتیب ارجاع شما را به یک متخصص بدهد.

خاتمه جلسه

در انتها تاکید کنید اگر با تمام این کارها بازهم افکار خودکشی به قوت خود باقی است و نگران هستید کنترل خود را از دست بدهید و کاری انجام دهید که ممکن است به شما صدمه بزند با یکی از اعضای خانواده یا یکی از دوستان در مورد آن صحبت کنید، پیش پزشک بروید، به اورژانس زنگ بزنید و یا به جایی بروید که احساس امنیت می کنید. علاوه براین، وسایلی را که ممکن است با آن به خود صدمه بزنید مانند قرص، تیغ موکت بری، مواد مسموم کننده و را از دسترس خود دور کنید و یا به یکی از افراد مورد اعتماد خود بدهید. براساس طرح امنیت خود عمل کنید.

جلسه سوم: مدیریت خودکشی

اهداف:

۱. شناسایی باورهای غلط پشت افکار خودکشی
۲. اصلاح باورهای غلط مرتبط با خودکشی
۳. آموزش مهارت حل مساله

مروری بر جلسه

تمرکز این جلسه بر آموزش مقابله موثر با افکار و تمایل خودکشی است. همانطور که ذکر شد افکار خودکشی وقتی پیش می آید که فرد درد خیلی زیادی را تجربه می کند بدون اینکه منابع کافی برای مقابله با آن را داشته باشد. بنابراین دو راه برای کمک به فرد برای پشت سر گذاشتن این زمان دشوار وجود دارد: آموزش تکنیک هایی برای کاهش درد که در جلسه قبل توصیف شد و افزایش ظرفیت مقابله. فرد است که در این جلسه به مراجع آموزش داده می شود.

۱. ارزیابی سطح خطر خودکشی

تست غربالگری کالیفرنیا را برای پایش خطر خودکشی اجرا کنید و اقدامات مناسب را با توجه به سطح خطر مراجع انجام دهید. در صورتی که مراجع در سطح خطر فوری و بالایی قرار دارد، او را به پزشک مرکز ارجاع دهید تا اقدامات لازم را انجام دهد. علاوه بر این، خانواده یا دوستان وی را نیز در جریان قرار دهید. اگر سطح خطر مراجع پایین یا متوسط است، روش های کاهش درد روانی را که در زیر آمده است، اجرا کنید.

۲. بررسی طرح امنیت

از مراجع در مورد استفاده از طرح امنیت در فاصله بین دو جلسه سوال کنید. اگر از این طرح استفاده شده، از وی بپرسید از کدام آیتم (آیتم ها) استفاده کرده و آیا با موفقیت توانسته آنها را اجرا کند یا خیر. اگر در استفاده

از هر آیتم مشکل یا مانعی وجود داشته، با همکاری مراجع، حل مساله انجام دهید و یا گزینه دیگری را جایگزین آن کنید.

۳. شناسایی و اصلاح خطاهای شناختی

اطلاعاتی برای کارشناس:

شناسایی و بازسازی شناختی افکاری که پشت افکار و تمایلات خودکشی قرار داشته و در واقع به آن سوخت می‌رسانند، یکی از مهمترین اقدامات برای کاهش تمایل به خودکشی است. این کار با استفاده از تکنیک‌های شناختی انجام می‌شود. برای این منظور باید از یک رویکرد همکارانه استفاده کنید، یعنی شما و مراجع به مانند یک تیم کاری، افکار و مفروضه‌های اشتباه و ناسازگار را شناسایی و بازسازی کنید. البته وقتی با بیمار نومییدی مواجه می‌شوید که انرژی و تمایلی برای همکاری ندارد شما باید فعالانه باورهای غلط و تحریفات شناختی بیمار را به چالش بکشید و افکار کارآمد و واقع بینانه تری را جایگزین آن کنید حتی اگر این کار با کمترین مشارکت بیمار صورت گیرد. البته باید مراقب باشید که در فرایند انجام این کار، وارد بحث و جدل با مراجع نشوید و وقتی بیمار تمایل بیشتری برای همکاری پیدا کرد او را در فریند درمان مشارکت دهید.

قبل از شروع این قسمت، ابتدا هدف جلسه را برای مراجع توضیح دهید و سپس منطبق استفاده از تکنیک بازسازی شناختی را توضیح دهید. برای این منظور مقابله را تعریف کنید و بگویید مقابله، تلاش‌های شناختی و رفتاری است که به منظور از بین بردن، به حداقل رساندن و یا تحمل مشکلاتی که موجب درد و رنج در فرد شده است، صورت می‌گیرد. این تلاش‌ها یا به صورت یک فعالیت شناختی است و یا به شکل انجام یک فعالیت است. سپس اضافه کنید هدف این جلسه این است که ظرفیت شما را برای مقابله افزایش دهیم. برای این منظور دو کار انجام می‌شود. ابتدا باورهای اشتباهی که پشت افکار خودکشی وجود دارد، شناسایی و بازسازی می‌کنیم و سپس مهارت حل مشکلی را که موجب این افکار شده، تمرین می‌کنیم. این دو کار افکار و تمایلات خودکشی را در شما کاهش خواهد داد زیرا ما می‌توانیم موقعیت خود را با تغییر شیوه‌ای که در مورد آن فکر می‌کنیم یا کاری که انجام می‌دهیم، تغییر دهیم. سپس تکنیک بازسازی شناختی را در قالب گام‌های زیر اجرا کنید:

۱. حداقل در ابتدای کار، مراجع و درمانگر ممکن است اهداف متفاوتی داشته باشند و این موضوع استفاده از یک رویکرد همکارانه را دشوار می‌سازد. مراجع می‌خواهد خودکشی کند ولی هدف اصلی درمانگر زنده نگه داشتن اوست. این موضوع استفاده از رویکرد همکارانه را دشوار می‌سازد مگر اینکه بیمار و درمانگر بتوانند هدفی را انتخاب کنند که هر دو تمایل داشته باشند روی آن کار کنند. در غالب اوقات

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

چنین هدفی این است: "آیا خودکشی ایده خوبی است یا نه". شما می توانید با تمرکز روی این سوال و توضیح منطق کار روی آن، باب یک رویکرد همکارانه را حتی با بیمارانی که قصد جدی برای خودکشی دارند، باز کنید:

"به نظر می رسد که خیلی مطمئن هستید که خودکشی بهترین راه حلی است که در این موقعیت داری. این موضوعی است که فکر می کنم باید آن را جدی بگیریم. در اغلب موارد وقتی تصمیمی می گیریم و بعد متوجه می شویم تصمیم مان اشتباه بوده می توانیم تصمیم خود را عوض کنیم. ولی این قضیه در مورد خودکشی صادق نیست و شما نمی توانید برگردید و تصمیم تان را تغییر دهید. شما این تصمیم را یک بار و برای همیشه می گیرید. آیا تمایل داری تا روی این موضوع صحبت کنیم که آیا خودکشی واقعا بهترین راه حلی است که داری؟"

۲. در مرحله دوم باید انگیزه بیمار را برای خودکشی و انتظارات و پیش بینی وی را در رابطه با پیامدهای خودکشی بررسی کنید. انگیزه مراجع هر چیزی که باشد می توانید آن را با این سوال به چالش بکشید: "آیا واقعا دلایل محکمی وجود دارد که خودکشی تنها راه چاره است و به اهداف مطلوب خواهید رسید" برای مثال از مراجع سوال کنید:

- چه شواهدی وجود دارد که ثابت می کند شرایط شما کاملا نومید کننده است؟
 - آیا این وضعیت نا امید کننده، تا ابد طول می کشد؟
 - آیا این موقعیت اصلا قابل تغییر نیست؟
 - آیا ممکن است راه هایی برای مقابله با مشکلات وجود داشته باشد که آنها را نادیده گرفته باشید؟
- وقتی به بیمار کمک می کنید تا موقعیت خود را دقیق تر بررسی کند، اغلب می توانند خطاها و اشتباهاتی را در منطق خود ببینند و متوجه شوند موقعیت به آن اندازه هم که فکر می کنند، بد نیست. این موضوع وضعیت خلقی آنها را بهتر کرده و تمایل آنها را برای خودکشی کاهش می دهد.

۳. در این مرحله باید روی دلایل عدم اقدام به خودکشی کار کنید. برای بیمار توضیح دهید اکثر افرادی که به خودکشی فکر می کنند می خواهند از درد و رنج فرار کنند و همیشه هم نمی خواهند بمیرند. وقتی احساس افسردگی می کنید روی چیزهایی در زندگی تان تمرکز کنید که منفی است. این نوع تفکر، خودکشی را به عنوان تنها راه حل ممکن جلوه می دهد. اما در عوض، سعی کنید به برخی از دلایلی که برای زندگی کردن دارید فکر می کنید. برای مثال بسیاری از مردم ارتباطاتی با اشخاص مورد

علاقه دارند و یا اعتقادات مذهبی، اهداف، رویاها یا مسئولیت هایی نسبت به دیگران دارند که به آنها دلیل زنده ماندن می دهد و مانع از آن می شود که براساس افکار خودکشی عمل کنند. روشن است که یکی از موانع اصلی خودکشی این است که فرد بقیه زندگیش را از دست می دهد. اگر فرد همچنان امید داشته باشد و معتقد باشد که زندگی ارزش زندگی کردن را دارد، این دلیل خوبی برای پیشگیری از اقدام به خودکشی است ولی برای کسانی که کاملاً ناامید هستند لازم است روی دلایلی که خیلی مربوط به امید به آینده نیست، تمرکز شود. این دلایل می تواند شامل اثر خودکشی احتمالی بیمار روی همسر، فرزندان و سایر اعضای خانواده، گناه بودن خودکشی در مذهب، و... باشد. بخاطر داشته باشید بسیاری از افراد احساسات دوگانه ای در مورد خودکشی دارند و فقط در جستجوی شیوه ای برای خلاص شدن از دردی هستند که احساس می کنند دیگر قادر به تحمل آن نیستند. بنابراین، باید با پرسیدن یک سری سوال، فهرستی از دلایل مراجع را برای زنده ماندن، کشف کنید.

سپس از بیمار بخواهید تمام دلایلی را که برای زنده ماندن دارد، بنویسید تا هر وقت خلقتش پایین آمد آنها را به خود یادآوری کند.

۴. در این مرحله مزایا و معایب ادامه زندگی و خودکشی را به صورت جداگانه فهرست کنید. این کار روش خوبی برای ادغام و خلاصه کردن مباحث بالاست. فایده آن این است که هر زمان که بیمار دوباره به خودکشی به عنوان یک گزینه فکر کرد می تواند به این فهرست نگاه کند و براساس آن تصمیم بگیرد.

البته مراقب باشید تا در اولین جلسات سعی نکنید بیماری را که نوید است، متقاعد کنید که همه مشکلات برطرف می شود، راه های دیگری وجود دارد که قطعاً موثر خواهد بود و یا خودکشی اصلاً به عنوان یک راه حل قابل پذیرش نیست. بلکه سعی کنید در این باور مراجع که خودکشی بهترین راه حل است، شک و تردید ایجاد کنید، راه های دیگر را شناسایی کنید و از بیمار بخواهید تا فعلاً تعهد بدهد که به خودکشی اقدام نکند تا با هم بتوانند سایر حق انتخاب ها و گزینه ها را بررسی کنند. بنابراین، مهم است که شک و تردید بیمار را در مورد وجود راه حل های دیگر بپذیرید و وی را به شکل غیرواقع بینانه ای تشویق به خوش بینی که ممکن است منتهی به نومی ناهانی شود، نکنید.

۱) حل مساله

مدیریت خودکشی مستلزم همکاری بیمار و درمانگر است، بدین معنا که درمانگر باید با بیمار کار کند و نه اینکه روی او کار شود. در واقع، بیمار باید احساس کند بخشی از تیم درمانی است. چنین ارتباطی بویژه در مورد بیماری که تمایلات خودکشی دارد مهم است زیرا متوجه می شود که می تواند در نتیجه درمان، گزینه های دیگری غیر از خودکشی را پیدا کرده و مشکلات خود را حل کند. آنها نیاز دارند بدانند که این فقط درمانگر نیست که می داند چطور مشکلات آنها را حل کند. اگر چنین ارتباطی شکل نگیرد، ممکن است ناامیدی بیمار تشدید شده و منجر به این باور شود که " ببین، من حتی نمی توانم زندگیم را مدیریت کنم. دیگران باید به من بگویند چه کار کنم ".

البته درمانگر باید بخاطر داشته باشد که افرادی که افکار و تمایلات خودکشی دارند، معمولاً سطح انرژی شان محدود است ممکن است احساس فلج شدن کنند، و سطح عمومی انگیزه شان نیز پایین باشد. بنابراین شاید لازم باشد درمانگر بیشتر فعال باشد و در این همکاری سهم بیشتری داشته باشد تا اینکه بیمار بتدریج بتواند در درمان شرکت فعال داشته باشد و تصمیم سالمی برای زندگیش بگیرد و امید وار شود که امکان تغییر وجود دارد.

وقتی برای بیمار روشن می شود که خودکشی راه حل خوبی نیست و دلایل مهمی برای ادامه زندگی و عدم ارتکاب خودکشی وجود دارد باز هم ممکن است هیچ گزینه دیگری به ذهنش نرسد. درمانگر باید به بیمار کمک کند تا راه حل ها و گزینه های احتمالی دیگر را شناسایی کند. اگر بخواهید این گزینه ها را فقط از خود مراجع بیرون بکشید ممکن است این گزینه ها خیلی محدود شود ولی اگر از یک رویکرد بارش فکری استفاده کنید و بیمار را تشویق کنید تا هر راه حلی را که به ذهنش می رسد حتی آنهایی را که در نگاه اول بیهوده و بی فایده به نظر می رسند، در نظر بگیرید و خودتان نیز احتمالات دیگری را به آن اضافه کنید، فهرست طولانی تری از گزینه های احتمالی درست می شود که سپس از میان آنها می شود بهترین مورد را انتخاب کرد. گاهی ممکن است مواردی که مراجع در ابتدا بی فایده می دانست موثر واقع شوند. بعد از آن یک طرح عملی ریخته می شود که در آن با جزئیات مشخص می شود که بیمار، راه حل انتخابی را کی، چگونه با کمک چه کسانی اجرا خواهد کرد. برای آموزش مهارت حل مساله می توانید از راهنمای مختصر در افسردگی استفاده کنید.

در بیمارانی که انگیزه خودکشی، خشم شدید نسبت به دیگران و تنبیه کردن آنهاست، باید روشن شود که آیا خودکشی احتمالاً بهترین حق انتخاب برای این کار هست و آیا بیمار واقعا به اهداف خود می رسد یا خیر. برای این منظور می توان انتظارات بیمار را در مورد پیامدهای خودکشی بررسی کرد و روی شیوه های دیگر رسیدن به آن کار کرد. همچنین می توان تاکید کرد که آیا نتایج موردنظر، آنقدر ارزش دارد که او روی زندگیش خطر کند. در بررسی گزینه های دیگر برای برون ریزی خشم در ابتدا می توان روی همه گزینه های موجود حتی نادرست، حساب باز کرد مثل دعوا کردن و قشقرق به راه انداختن و ... اگرچه آنها روش های مناسبی نیستند ولی بهتر از خودکشی هستند.

حالا با داشتن فهرست مزایا و معایب خودکشی و نیز یک طرح عملی برای اجرای راه حل انتخابی، می توانید با همکاری مراجع، روی حل مشکلی که موجب افکار خودکشی شده است، کار کنید. نکته مهمی که باید به آن توجه داشته باشید این است که بیمار باید تعهد شفاهی یا کتبی بدهد که در مدت زمانی که دارند روی حل مشکلات با هم کار می کنند، اقدام به خودکشی نمی کند. این توافق همچنین باید شامل توافق برای تماس با درمانگر و صحبت با او (نه فقط پیام دان به او) قبل از هر کاری برای صدمه زدن به خود می باشد. اگرچه هیچ تضمینی برای عمل کردن به این توافق وجود ندارد ولی وقتی این کار در بستر ارتباط خوب با درمانگر و نیز با یک رویکرد همکارانه انجام می شود، احتمال عمل کردن براساس آن بیشتر می شود. البته وقتی مراجع توافق کرد برای یک دوره زمانی خاص اقدام به خودکشی نکند باید این موضوع را با پی گیری های تلفنی پایش کنید.

خاتمه جلسه

در خاتمه جلسه، توضیح دهید که ممکن است افکار و تمایلات خودکشی دوباره با بروز یک مشکل و یا پایین آمدن خلق بتدریج دوباره برگردد. در چنین مواقعی باید مراقب باشید و کارهایی را انجام دهید تا از عود کامل افکار و تمایلات خودکشی پیشگیری کنید. برای این منظور کارهای زیر را انجام دهید:

1. عوامل برانگیزان موقعیت های پرخطر را شناسایی کنید- عواملی را که احساس نومییدی و افکار خودکشی را افزایش می دهد، شناسایی کنید. برای مثال پایین آمدن خلق و یا مشاجره با اعضای خانواده و یا ازدست دان یک ارتباط مهم ممکن است موجب بروز دوباره افکار خودکشی شود.

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

۲. حمایت تخصصی بگیرید. برای مقابله با عوامل و موقعیت های برانگیزان به متخصص مراجعه کنید تا به شما کمک کند تا با این عوامل به شکل موثری مقابله کنید.
۳. داروهایتان را طبق دستور پزشک مصرف کنید. اگر داروها اثر ندارد یا اثرات جانبی آن موجب مشکلاتی شده است با دکترتان صحبت کنید. اگر برای افسردگی دارو می خورید باید بدانید که علائم افسردگی بتدریج از بین می رود. ابتدا علائم جسمی مثل انرژی و خواب بهبود پیدا می کند و سپس خلق تان بهتر می شود. اگر احساس می کنید خلق تان دوباره دارد پایین می آید حتما با دکترتان صحبت کنید. شاید نیاز باشد دارو و یا مقدار آن تغییر پیدا کند.
۴. یک ساختار برای زندگیتان طراحی کنید و تا جای ممکن به آن وفادار بمانید حتی وقتی احساس می کنید انرژی و یا حوصله انجام آن را ندارید. برای مثال سر یک ساعت معین بخوابید و از خواب بلند شوید، به رفتن سر کار و یا دانشگاه ادامه دهید، فعالیت هایی مثل ورزش، پیاده روی را هر روز انجام دهید و به انجام کارهایی که به آن علاقه دارید ادامه دهید حتی اگر احساس می کنید دیگر از آن لذت نمی برید.
۵. به اهداف شخصی خود فکر کنید و آنها را دنبال کنید- در مورد اهداف شخصی که برای خود دارید و یا در گذشته برای خود داشتید، مثل دیدن جاهایی که دوست داشتید ببینید، انجام یک کار داوطلبانه، یادگیری یک کار و یا سرگرمی جدید، ادامه دادن تحصیلات و ... فکر کنید و به تلاش برای دست یابی به آنها ادامه دهید. البته، مراقب باشید این اهداف واقع بینانه و قابل دسترس باشد. اگر هدف خیلی کلی و یا درازمدت است، آن را به اهداف کوچک تر و کوتاه مدت تقسیم کند تا انگیزه تلاش و پشتکار برای رسیدن به آن را داشته باشید.

جلسه چهارم: آموزش خانواده

اهداف:

۱. آموزش خانواده در مورد عوامل خطر و محافظ خانواده‌گی
۲. آموزش خانواده در مورد عوامل هشداردهنده خودکشی
۳. آموزش خانواده در مورد شیوه‌های مقابله با خودکشی بیمار

مروری بر جلسه

ارتباط با خانواده افرادی که در خطر خودکشی هستند، اهمیت زیادی دارد. خانواده در تمامی مراحل مدیریت خودکشی از ارزیابی خطر آن و طراحی طرح امنیت تا سایر مداخلات روانی اجتماعی می‌توانند نقش مهمی داشته باشند.

مشارکت خانواده باید با اطلاع و رضایت بیمار انجام شود ولی در وضعیت اورژانسی، رضایت بیمار برای به دست آوردن اطلاعات از خانواده و جلب همکاری آنان برای پیشگیری از خودکشی لازم نیست. اگرچه بهتر است که بیمار را در جریان آن قرار دهید. در وضعیت غیراورژانسی سعی کنید ابتدا مراجع را ترغیب کنید از اعضای خانواده خود بخواهد تا در جلسات شرکت کنند. اگر مراجع، تمایلی برای این کار ندارد (مثلاً به دلیل مصرف مواد) او را تشویق کنید تا در مورد نگرانی‌هایش صحبت کند و سعی کنید رضایت او را برای ارتباط با خانواده با رعایت اصل اخلاقی رازداری، بدست بیاورید.

۱. معرفی موضوع جلسه

نقش و اهمیت خانواده در ارزیابی خطر خودکشی و نیز مدیریت خودکشی توضیح داده و تاکید کنید که آنها می‌توانند همکار درمانگر در منزل باشند و بدین ترتیب احتمال اقدام به خودکشی را کاهش دهند.

۲. آموزش روانی خانواده

آموزش های روان شناختی لازم در مورد خودکشی را به خانواده ارائه دهید. این آموزش شامل عوامل خطر و محافظ خودکشی است. در توضیح این عوامل روی مواردی که مربوط به بیمار است و نقش خانواده به عنوان یک عامل محافظ و نیز عامل خطر تاکید کنید. ابتدا به نقش خانواده به عنوان یک عامل خطر و نیز محافظ خودکشی تاکید کنید و توضیح دهید در اغلب موارد عدم وجود حمایت خانوادگی و اجتماعی که موجب انزوا و گوشه گیری می شود یک عامل خطر مهم خودکشی است. گاهی علت آن تحریف های ادراکی بیمار به دلیل افسردگی یا سایر بیماری های روانی است و گاهی نیز خشونت خانگی، مصرف مواد و... آنها را از خانواده دور می کند. در هر صورت فرد ممکن است به عشق و مراقبت خانواده و دوستان که یک عامل محافظتی است، دسترسی نداشته و یا آنها را از خود دور کند و به این ترتیب خود را از یک منبع مهم حمایتی محروم کند.

۳. آموزش پیشگیری از خودکشی

عوامل خطر و نشانه های هشدار دهنده خودکشی را برای خانواده توضیح دهید تا بتوانند احتمال خطر را به طور مداوم پایش کنند. برای این کار به صورت روشن به آنها آموزش دهید که چگونه در خارج از جلسات درمان و یا پس از ترخیص از بیمارستان این کار را انجام دهند. توضیح دهید که خودکشی یک سری عوامل هشدار دهنده اولیه دارد که اگر به موقع تشخیص داده شوند می توان از اقدام به خودکشی پیشگیری کرد. این نشانه ها، عبارتند از:

- ✓ بی توجهی به رفاه شخصی
- ✓ کاهش پیشرفت تحصیلی یا عملکرد شغلی
- ✓ تغییر الگوی خواب و خوراک
- ✓ تغییر الگوی تعاملات اجتماعی مانند انزوا و کناره گیری از خانواده، دوستان و اجتماع
- ✓ بی علاقهگی و بی توجهی به احساس دیگران
- ✓ اشتغال ذهنی با موضوعات مرگ
- ✓ بهبود ناگهانی خلق بعد از یک دوره افسردگی
- ✓ تلاش برای رتق و فتق امور شخصی
- ✓ نومیدی، خشم، اضطراب یا احساس به بن بست رسیدن

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

✓ سوء مصرف الکل و مواد یا افزایش آن

✓ رفتار های خطرناک یا انجام رفتارهای پرخطر

علاوه بر نشانه های فوق، یک سری علائم هشدار دهنده خطر حاد خودکشی نیز وجود دارد که خانواده باید در صورت مشاهده هر یک از آنها، فوراً و بدون فوت وقت از یک پزشک یا روان پزشک کمک بگیرید.

✓ تهدید به صدمه زدن یا کشتن خود یا صحبت در مورد آن

✓ تهیه وسایل خودکشی مانند اسلحه، قرص و یا درصدد تهیه آن بودن

✓ نوشتن یادداشت خودکشی و یا وصیت نامه

✓ اضطراب و بیقراری شدید

✓ خشم یا کینه جویی و حس انتقام زیاد و کنترل نشده

همچنین، علاوه بر آموزش ارزیابی خطر خودکشی به خانواده، باید آنها را در فرایند مدیریت خطر خودکشی، بویژه در مواقعی که خطر خودکشی بالا می رود، درگیر کنید. با ایجاد یک ارتباط کاری خوب با خانواده و آموزش آنها، اعضای خانواده می توانند نقش حمایتی موثری در پیشگیری از خودکشی داشته باشند. برای این منظور ابتدا موقعیت فعلی بیمار را با رعایت اصول رازداری برای خانواده توضیح دهید و سپس طرح و اهداف درمان و نقش مهم آنان را در این فرایند توضیح دهید. بویژه اعضای خانواده را در رشد طرح امنیت درگیر کنید، زیرا آنها منابع اطلاعاتی ارزشمندی در خصوص رفتارهای مراجع بوده و می توانند به طراحی طرح امنیت و اجرای آن در منزل کمک کنند. علاوه بر این، خانواده می تواند در کاهش خطر خودکشی در محیط موثرند. شما می توانید به خانواده آموزش دهید تا دسترسی فرد را به وسایل مرگ آور مانند اسلحه، مواد مسموم کننده و یا مقادیر زیاد دارو کاهش دهند. اگرچه نمی توان همه جنبه های محیط بیمار را کنترل کرد ولی کنار گذاشتن و مخفی کردن وسایل مرگبار می تواند احتمال یک اقدام تکانه ای را کاهش دهد. تاکید کنید در اغلب موارد اگر حمایت خانواده وجود داشته باشد، خطر خودکشی بدون الزام به بستری کردن بیمار، قابل مدیریت است.

در انتها خانواده را تشویق کنید به نیازها و نگرانی های بیمار توجه داشته باشند و در هر حال، از آنها حمایت کرده و انزوای عاطفی آنان را کاهش دهند. همچنین، به نگرانی ها و احساسات خانواده مانند ترس یا خشم نیز توجه کنید و اگر نیاز به حمایت و کمک دارند، ارجاع مناسب را انجام دهید.