



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

مداخله مختصر روانشناختی برای افراد دارای افکار خودکشی

ویژه کارشناسان سلامت روان

نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه

۱۴۰۰

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

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

مداخله مختصر روانشناختی
برای افراد دارای افکار خودکشی

ویژه کارشناسان سلامت روان
نظام مراقبت های بهداشتی اولیه

گردآوری و تألیف: دکتر فهیمه فتحعلی لواسانی (روانشناس بالینی)
عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

زیر نظر: دکتر احمد حاجبی
مدیر کل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

۱۴۰۰



- سرشناسه
عنوان و نام پدیدآور
- فتتحلی لواسانی، فهیمه، ۱۳۴۶ -
مداخله مختصر روانشناختی برای افراد دارای افکار خودکشی: ویژه کارشناسان سلامت روان در
نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه/گردآوری و تالیف فهیمه فتححلی‌لواسانی؛ زیر نظر احمد حاجبی؛
[برای] وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر سلامت روانی، اجتماعی
و اعتیاد.
- مشخصات نشر
مشخصات ظاهری
- تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، انتشارات، ۱۴۰۰.
۴۴ ص: مصور، جدول.
978-622-6276-79-5
- شابک
- وضعیت فهرست نویسی
موضوع
- فیپا
خودکشی -- پیشگیری
Suicide -- Prevention
خودکشی -- روانشناسی
Suicide -- Psychology
خودکشی
Suicide
- شناسه افزوده
شناسه افزوده
شناسه افزوده
شناسه افزوده
شناسه افزوده
- حاجبی، احمد، ۱۳۴۲ -
ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. معاونت بهداشت
ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Iran. Ministry of Health and Medical Education
- رده بندی کنگره
رده بندی دیویی
شماره کتابشناسی ملی
اطلاعات رکورد کتابشناسی
- RC۵۶۹
۶۱۶/۸۵۸۴۴۵
۸۵۶۲۹۳۷
فیپا
- تاریخ درخواست : ۱۴۰۰/۰۸/۲۰
تاریخ پاسخگویی :
کد پیگیری : 8562745

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

۱	بخش اول: کلیات خودکشی
۱	تعریف خودکشی و سایر اصطلاحات
۱	باورهای نادرست و واقعیت‌ها در مورد خودکشی
۲	علت خودکشی
۳	عوامل خطر خودکشی
۵	عوامل محافظت‌کننده در برابر خودکشی
۵	مدیریت خودکشی
۷	بخش دوم: مدیریت خودکشی
۷	جلسه اول: ارزیابی خطر خودکشی و طرح امنیت
۲۶	جلسه دوم: کاهش رنج بیمار
۳۲	جلسه سوم: مدیریت خودکشی
۳۸	جلسه چهارم: آموزش خانواده

بخش اول: کلیات خودکشی

تعریف خودکشی و سایر اصطلاحات

تعریف یکسان از واژه‌ها و اصطلاحاتی که در حوزه تخصصی خودکشی مورد استفاده قرار می‌گیرد به ارزیابی، ارجاع و مدیریت مناسب بیماران کمک می‌کند. به عبارت دیگر استفاده از زبان مشترک، بویژه در مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه که اغلب به صورت تیمی کار می‌کنند در مدیریت به موقع و مناسب خودکشی اهمیت زیادی دارد. در زیر مهم‌ترین اصطلاحاتی که در این حوزه مورد استفاده قرار می‌گیرد، آمده است:

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

باورهای نادرست و واقعیت‌ها در مورد خودکشی

- باورهای نادرستی در مورد خودکشی وجود دارد که ممکن است در شناسایی افرادی که در خطر خودکشی هستند تداخل ایجاد کند. شایع‌ترین این باورها در زیر آمده است:
- **باور غلط:** اگر کسی حرف خودکشی را می‌زند بعید است که واقعا به خودش صدمه بزند.
 - **واقعیت:** بسیاری از افرادی که از خودکشی فوت می‌کنند، قبلاً در مورد خودکشی حرف زده بودند.
 - **باور غلط:** خودکشی همیشه یک عمل تکانه‌ای است و بدون هشدار قبلی اتفاق می‌افتد.
 - **واقعیت:** بسیاری از افراد به صورت ناگهانی اقدام به خودکشی نمی‌کنند. آنها از مدت‌ها قبل افکار خودکشی داشته‌اند و به صورت کلامی یا رفتاری، افکار یا قصد خودکشی را بیان کرده‌اند.
 - **باور غلط:** افرادی که واقعا در خطر خودکشی قرار دارند، تصمیم قطعی خود را گرفته‌اند و هیچ تردیدی برای انجام آن ندارند.
 - **واقعیت:** معمولاً شدت افکار و قصد خودکشی در طی زمان نوسان دارد. بسیاری از افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند ممکن است مدت‌ها با این موضوع کلنجار رفته باشند و برخی نیز ممکن

- است در مورد افکار خودکشی حداقل با یک نفر حرف زده باشند و یا حتی به پزشک یا روانشناس مراجعه کرده باشند. این امر، حاکی از تردید و احساس دوگانه در مورد خودکشی است.
- **باور غلط:** کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند، افرادی خودخواه و ضعیف هستند. کسی که باهوش و موفق است هرگز به خودکشی فکر نمی‌کند.
 - **واقعیت:** بسیاری از کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند مبتلا به یک بیماری روانپزشکی هستند که ممکن است تشخیص داده نشده و یا درمان نشده باشد. علاوه بر این، خودکشی در همه اقشار دیده می‌شود.
 - **باور غلط:** ارزیابی خودکشی و سؤال در مورد آن موجب القاء فکر خودکشی می‌شود.
 - **واقعیت:** بسیاری از کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند از یک اختلال روانپزشکی رنج می‌برند که اگر خطر خودکشی در آنها به موقع تشخیص داده شود می‌توان از آن پیشگیری کرد. اگر فردی قصد کشتن خود را داشته باشد، سؤال در مورد افکار خودکشی موجب رفتار خودکشی نمی‌شود؛ برعکس، ارزیابی خطر خودکشی و توجه به درد هیجانی و همدلی با هیجان‌هایی که فرد را به سمت خودکشی سوق می‌دهد، یکی از عوامل موثر در کاهش شدت افکار خودکشی است.
 - **باور غلط:** کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند فقط به دنبال جلب توجه هستند.
 - **واقعیت:** خودکشی، فریاد زدن 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 نمی‌دهد.
 - **واقعیت:** سابقه اقدام به خودکشی یک عامل پیش‌بینی‌کننده مهم برای اقدام به خودکشی در آینده است و یکی از خطرناک‌ترین زمان‌ها برای خودکشی، هفته بعد از ترخیص از بیمارستان به دنبال اقدام به خودکشی است.
 - **باور غلط:** ژست خودکشی را نباید جدی گرفت.
 - **واقعیت:** برخی معتقدند کسی که بلافاصله پس از اقدام به خودکشی، تقاضای کمک می‌کند، یا زمانی این کار را انجام می‌دهد که دیگران بتوانند فوراً متوجه شده و او را نجات دهند، و یا از روش‌هایی استفاده می‌کند که منجر به مرگ نمی‌شود هدف دیگری غیر از کشتن خود دارد. اگرچه ممکن است این موضوع درست باشد، ولی حداقل به دو دلیل باید ژست خودکشی را جدی گرفت: اول اینکه ممکن است حساب و کتاب فرد غلط از آب دربیاید و منجر به فوت شود؛ دوم اینکه اگر پاسخ و واکنش مورد نظر را از اطرافیان دریافت نکند دفعه بعد اقدام خطرناک‌تری را انجام دهد.

علت خودکشی

خودکشی پدیده پیچیده‌ای است که حاصل تعامل عوامل مختلف زیستی، روانی، اجتماعی و فرهنگی و معنوی است. خودکشی حاکی از تجربه دردی عمیق، نومیدی و یاس بوده و غلبه درد، ترس و ناامیدی را بر امید نشان می‌دهد. در واقع خودکشی را می‌توان نوعی رفتار مقابله‌ای فرض کرد که

تحت شرایط زیر اتفاق می‌افتد:

- ۱) درد جسمی یا روانی که غیرقابل تحمل و تنش‌آور تجربه می‌شود.
- ۲) موقعیت دردناکی که موجب این درد و رنج شده، تمام نشدنی و غیرقابل تغییر، ادراک می‌شود. در چنین شرایطی، خودکشی، نوعی حل مسأله ناسالم برای مقابله با موقعیت دردناکی است که فرد خود را قادر به تغییر آن نمی‌بیند.

همانطور که ذکر شد خودکشی پدیده پیچیده‌ای است که علت واحدی ندارد و از تعامل عوامل مختلفی حاصل می‌شود. این عوامل به دو دسته بزرگ عوامل خطر و محافظت‌کننده تقسیم‌بندی می‌شوند. عوامل خطر، عواملی هستند که احتمال اقدام به خودکشی را افزایش داده و عوامل محافظت‌کننده، عواملی هستند که این احتمال را کاهش می‌دهند. به خاطر داشته باشید هیچ عامل خطر یا محافظت‌کننده‌ای به تنهایی و به شکل مستقل نمی‌تواند میزان خطر اقدام به خودکشی را تعیین کند. همچنین این عوامل که برخی قابل تغییر و برخی غیرقابل تغییر هستند، قدرت پیش‌بینی‌کنندگی یکسانی ندارند و برخی اهمیت بیشتری از بقیه دارند.

شناسایی عوامل خطر خودکشی در تصمیم‌گیری بالینی اهمیت حیاتی دارد زیرا به شناسایی افرادی که در خطر بالایی قرار دارند و طراحی برنامه‌ای برای پیشگیری از آن کمک می‌کند. بنابراین آشنایی با این عوامل برای کارشناسان سلامت روان از اهمیت زیادی برخوردار است.

عوامل خطر خودکشی

عوامل خطر، عواملی هستند که خطر اقدام به خودکشی را افزایش می‌دهند. وجود یک یا چند عامل خطر، احتمال خودکشی را افزایش می‌دهد ولی لزوماً خودکشی را پیش‌بینی نمی‌کند. اگرچه همه عوامل خطر، قدرت پیش‌بینی‌کنندگی یکسانی ندارند ولی به عنوان یک اصل کلی، هر چه تعداد عوامل خطر بیشتر باشد احتمال خودکشی نیز افزایش می‌یابد. عوامل خطر، انواع مختلفی دارند که در زیر به آنها اشاره شده است:

۱) عوامل جمعیت‌شناختی

سن: معمولاً میزان فوت ناشی از خودکشی با افزایش سن بالا می‌رود. 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. احتمال اقدام به خودکشی در زنان بیشتر از مردان بوده 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 روش‌هایی برای خودکشی استفاده می‌کنند که شانس نجات یافتن در آن بسیار کم است و یا وجود ندارد مثل شلیک با اسلحه یا حلق آویز کردن.

۲) سابقه اختلالات روانپزشکی

وجود یا سابقه اختلالات روانپزشکی، یک عامل خطر مهم در اقدام به خودکشی است. به طور کلی بیش از ۹۰ درصد تمام خودکشی‌ها ناشی از ابتلا به یک اختلال روانپزشکی است. اختلالات خلقی بویژه افسردگی از جمله قوی‌ترین عوامل خطر خودکشی محسوب می‌شوند. اختلالات اضطرابی نیز به خصوص آنهایی که با سوءمصرف مواد و افسردگی همبودی دارند، مانند اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، خطر خودکشی را افزایش می‌دهد. خطر خودکشی در اسکیزوفرنیا نیز مخصوصاً در ابتدای بیماری بالاست. تقریباً ۱۰ الی ۱۵ درصد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، خودکشی کامل دارند. عواملی که خطر خودکشی را در این اختلال بالا می‌برد 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 می‌شود. همچنین محرومیت از موادی مانند کوکائین و آمفتامین و مصرف زیاد مسکن‌ها، خواب‌آورها و ضد اضطراب‌ها نیز می‌تواند منجر به افکار و اقدام به خودکشی شود. علاوه بر این، برخی اختلالات شخصیت مانند شخصیت مرزی نیز با خطر بالای اقدام به خودکشی همراه است. علاوه بر اختلالات روانپزشکی، وجود برخی علائم روان شناختی مانند تکانشی بودن، ناامیدی، عزت نفس پایین و احساس بی ارزشی، کمال‌گرایی افراطی، خشم، غمگینی، احساس گناه، اضطراب و بی‌خوابی نیز ممکن است احتمالاً خودکشی را افزایش دهند.

۳) سابقه اقدام به خودکشی

سابقه اقدام به خودکشی، خطر خودکشی را در آینده، به میزان زیادی افزایش می‌دهد. افرادی که قبلاً اقدام به خودکشی کرده‌اند، ۵۰ الی ۱۰۰ برابر جمعیت عمومی در خطر خودکشی قرار دارند

۴) بیماری‌های جسمی

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

۵) عوامل خطر اجتماعی و موقعیتی

این عوامل مربوط به روابط بین فردی و اوضاع و شرایط فرد هستند. مهمترین عوامل اجتماعی و موقعیتی که در افزایش خطر خودکشی نقش دارند شامل حوادث استرس‌آور زندگی مانند مشکلات مالی، قانونی، تعارض‌ها و اختلافات بین فردی (جدایی و طلاق)، انزوای اجتماعی و شبکه حمایت اجتماعی محدود، تنها زندگی کردن (بویژه در مردان) می‌باشد. علاوه بر این افرادی که تجربه‌ی

خوشونت جسمی و جنسی دارند، هم در طی دوره‌ای که این خوشونت را تجربه می‌کنند 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 زندگیشان با خودکشی پایان می‌یابد مبتلا به یک اختلال روانپزشکی هستند و حدود ۶۰ درصد آنها در زمان انجام این کار، افسرده بوده‌اند. 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 محافظت‌کننده در برابر خودکشی

عوامل محافظت‌کننده عواملی هستند که خطر خودکشی را کاهش می‌دهند. البته وجود عوامل محافظ، تضمین نمی‌کند که فرد دست به خودکشی نمی‌زند ولی هر چقدر تعداد این عوامل بیشتر باشد، تاب آوری وی در مواجهه با استرس و ناملایمات زندگی بیشتر خواهد بود. در زیر فهرستی از این عوامل آمده است:

۱) **عوامل محافظت‌کننده فردی:** حس توانمندی، مهارت‌های بین فردی موثر، مهارت حل مسأله منطقی، مهارت مقابله سالم و موثر با مشکلات زندگی، خوش بینی و امید به آینده و وجود حس هدفمندی و اعتقادات مذهبی

۲) **عوامل محافظت‌کننده خانوادگی:** حس مسئولیت نسبت به خانواده، روابط خانوادگی گرم و مثبت، برخورداری از حمایت خانواده

۳) **عوامل محافظت‌کننده اجتماعی:** وجود شبکه حمایت اجتماعی قوی (دوستان، همکاران و...)، مشارکت در فعالیتهای اجتماعی، زندگی اجتماعی رضایت بخش، محیط کاری حمایتی و رضایت بخش، دسترسی به خدمات بهداشت روان

مدیریت خودکشی

به دلیل شیوع بالای خودکشی در بیماران روانپزشکی، همه کارکنان نظام مراقبت بهداشتی اولیه صرفنظر 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 آموزش‌های 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 الزاماً معادل با درمان افسردگی نیست. مدیریت خودکشی، به قضاوت بالینی شما 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 نوع اختلال روانپزشکی، از داروهای مختلفی برای کاهش خطر خودکشی استفاده می‌شود. این داروها شامل ضد افسردگی‌ها و لیتیوم (برای اختلالات خلقی) و آنتی سایکوتیک هاست. گاهی هم از شوک الکتریکی برای درمان موارد مقاوم استفاده می‌شود 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 تیمی را می‌طلبد. رویکردهای درمانی برای مدیریت خودکشی متنوع بوده و شامل مدیریت بحران، درمان‌های شناختی رفتاری، درمان حل مسأله، رفتار درمانی دیالکتیک و مشاوره خانوادگی است. عناصر مشترک این رویکردها، آموزش حل مسأله، مقابله با هیجانات شدید، افزایش خود کنترلی و رشد مهارت‌های مقابله‌ای است.

بخش دوم: مدیریت خودکشی

مدیریت افکار خودکشی یا علائم مرتبط با آن مانند افسردگی، باید کوتاه مدت و مبتنی بر رویکردهای حل مسأله بوده و اهداف درمان، باید متمرکز بر افکار خودکشی و نیز عوامل سهیم در آن (افسردگی، ناامیدی و خشم) باشد. در این راهنما، از مداخله مختصر شناختی رفتاری برای مقابله با افکار خودکشی استفاده شده است که یکی از موثرترین مداخلات برای مدیریت خودکشی است. از آنجایی که خودکشی، غالباً یک شیوه مقابله با رنج و درد هیجانی می‌باشد، دو راهبرد اساسی این مداخله، کاهش درد مراجع با استفاده از تکنیک‌های رفتاری و افزایش ظرفیت‌های مقابله‌ای وی از طریق تکنیک‌های شناختی و آموزش مهارت حل مسأله است.

جلسه اول: ارزیابی خطر خودکشی و طرح امنیت

اهداف

- (۱) ایجاد ارتباط کاری
- (۲) ارزیابی سطح خطر خودکشی
- (۳) تدوین طرح امنیت و مشاوره کاهش دسترسی به وسایل مرگبار
- (۴) پایش و پیگیری ساختار

مروری بر جلسه

مدیریت خودکشی شامل ارزیابی کامل وضعیت فعلی بیمار و عوامل خطر و محافظ فردی روانی اجتماعی است. سپس با استفاده از این اطلاعات، سطح خطر تعیین شده و طرح درمان ریخته می‌شود. به منظور انجام این کار، باید یک ارتباط توأم با اعتماد را با بیمار برقرار کنید و سپس با استفاده از 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 پی‌گیری تلفنی را آماده کنید.

(۱) ایجاد ارتباط کاری

ایجاد ارتباط خوب و اتحاد کاری با مراجع، در ارزیابی و پیشگیری از خودکشی نقش بسیار مهمی دارد. وقتی چنین ارتباطی برقرار می‌شود درمانگر، یک منبع امنیت و حمایت ادراک می‌شود که احساس تنهایی عمیق مراجع را کاهش می‌دهد. گاهی حتی یک ارتباط درمانی خوب و مثبت می‌تواند ارزشمند و نجات‌دهنده زندگی باشد. بنابراین، هدف اولیه باید ایجاد رابطه درمانی باشد. برای این منظور، درمانگر باید به عنوان فردی قابل اتکاء و اعتماد، حمایت‌کننده، کاردان، و در دسترس ادراک

شود. در واقع، بعد از شکل گیری چنین ارتباطی است که می‌توانید به بیمار کمک کنید تا تفکر معطوف به مرگ به را به تفکر زندگی محور تغییر داده و در مسیر حل مسئله و مشکلی که موجب افکار و قصد خودکشی شده، قرار گیرد.

ارتباط از همان جلسه اول و از همان لحظه‌ای که با بیمار تماس برقرار می‌کنید شروع به شکل گرفتن می‌کند. تکنیک‌هایی که در جلسه اول به ایجاد ارتباط درمانی کمک می‌کند عبارت است از:

- دیدن مراجع در یک محیط راحت و خصوصی
 - توضیح نقش خود و هدف 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
 - حمایت‌کننده بودن
 - اجتناب از ارائه راه حل‌های سریع که ممکن است در بیمار احساس فهمیده نشدن ایجاد کند
- همچنین باید به این نکته توجه داشته باشید که مراجع اغلب، نومید و درمانده است و عدم تبعیت درمانی وی ممکن است بازتاب نومییدی او باشد. بنابراین باید صبور و شکیبا باشید، عدم همکاری وی را تحمل کنید و با شفقت و مهربانی به صحبت‌های او گوش دهید. همچنین، بخاطر داشته باشید که در طی کار روی خودکشی، باید دیدگاه‌های شخصی، اخلاقی و مذهبی خود را در مورد اقدام به خودکشی کنار بگذارید، چون مانع از ایجاد ارتباط با مراجع شده و او را از شما دور می‌کند.

۲) ارزیابی خطر خودکشی

اطلاعاتی برای کارشناس:

اولین کار برای 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، بسیار مفیدتر است. ارزیابی خودکشی شامل بررسی عوامل خطر و محافظت‌کننده فرد است. عوامل خطر و محافظت‌کننده ممکن است قابل تغییر باشند یا نباشند. هدف استراتژی‌های پیشگیری از خودکشی، تلاش برای کاهش عوامل خطر و تقویت عوامل محافظت‌کننده فردی و اجتماعی است. شناسایی این عوامل کمک می‌کند تا سطح خطر خودکشی را در هر فرد ارزیابی و به این ترتیب طرح مدیریت خودکشی تهیه کنید، طرحی که شامل تامین امنیت بیمار و پرداختن به عوامل قابل تغییر جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی فرد است. ارزیابی خطر خودکشی باید در همه ویژگی‌های پزشکی و روانپزشکی و جلسات مشاوره یا در صورت مشاهده تغییرات بالینی مهم، صورت گیرد.

ارزیابی خودکشی شامل ارزیابی عوامل خطر و محافظت‌کننده 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 می‌توان برای کاهش خطر تعدیل کرد

۲

شناسایی عوامل محافظت‌کننده

این عوامل را می‌توان 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 سازی

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

۱) شناسایی عوامل خطر

عوامل خطر زیادی ممکن است احتمالاً اقدام به خودکشی را افزایش دهد که در زیر به مهمترین آنها اشاره شده است:

- سابقه خودکشی: سابقه اقدام به خودکشی، اقدامات خودکشی متوقف شده (توسط خود یا دیگران) و یا رفتارهای صدمه به خود
- اختلالات روانپزشکی فعلی / قبلی: به ویژه اختلالات خلقی، اختلالات سایکوتیک، اختلال مصرف مواد، صدمه‌های مغزی تروماتیک (TBI)، اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه، اختلال استرس پس از سانحه، اختلالات شخصیت خوشه B، اختلال سلوک نوجوانان (رفتار ضداجتماعی، پرخاشگری، تکانه‌ای بودن).
- ❖ نکته: توجه داشته باشید که همبودی اختلالات و شروع اخیر بیماری، خطر خودکشی را افزایش می‌دهد.
- علائم روانی کلیدی: فقدان لذت، تکانشی بودن، ناامیدی، اضطراب/ حملات اضطرابی، بی‌خوابی، توهمات آمرانه
- تاریخچه خانوادگی: خودکشی، اقدام به خودکشی، و یا اختلالات روانپزشکی شدید و مزمن
- عوامل آشکار ساز: استرس‌ها/ مشکلات بین فردی، حوادثی که منجر به تجربه احساس حقارت، شرم یا نومیدی می‌شود (مانند از دست دادن یک رابطه مهم، ورشکستگی مالی و یا ابتلا به یک بیماری؛ بیماری‌های جسمی مزمن (مانند اختلالات سیستم عصبی مرکزی و درد)، سوءمصرف مواد، دعوا و درگیری شدید و یا مشکلات خانوادگی، 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

۲) شناسایی عوامل محافظت‌کننده

در زیر دو دسته از عوامل محافظت‌کننده آمده است. البته، توجه داشته باشید که حتی اگر عوامل محافظت‌کننده وجود داشته باشند، ممکن است قادر به حذف خطر حاد خودکشی نباشد.

- عوامل درونی: توانایی مقابله با استرس، باورهای مذهبی، ظرفیت تحمل ناکامی
- عوامل محیطی: مسئولیت مراقبت از بچه‌ها و یا سایر افراد مهم، ارتباط درمانی مثبت، حمایت‌های اجتماعی

۳) ارزیابی خطر خودکشی

برای ارزیابی خطر خودکشی، در مورد افکار، قصد و طرح و نقشه برای خودکشی، سؤالات اختصاصی بپرسید:

- 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، فراهم کردن مقدمات اقدام به خودکشی
- **رفتارها:** اقدامات قبلی، اقدامات متوقف شده (توسط خود و دیگران)، تمرین طرح و نقشه خودکشی (پیر کردن اسلحه، گره زدن طناب برای حلق آویز کردن)
- ❖ نکته: صدمه زدن به خود بدون قصد خودکشی، رفتار خودکشی محسوب نمی‌شود
- **قصد:** (۱) میزان احتمال عملی کردن نقشه و (۲) مرگبار بودن طرح و نقشه
- **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 خو را از والدین سؤال کنید.

۴) تعیین سطح خطر/مداخله

- ✓ ارزیابی سطح خطر براساس قضاوت بالینی پس از کامل کردن قدم‌های 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 محدود کردن دسترسی به وسایل خودکشی؛ پایش و پیگیری
پایین	عوامل خطر قابل تعدیل؛ عوامل محافظت قوی	افکار مرگ بدون طرح و نقشه یا قصد خودکشی	توصیه به مراجعه مرتب به پزشک؛ تدوین طرح امنیت؛ مداخلات مختصر؛ پایش و پیگیری

۵) مستندسازی

تمامی اقدامات شامل سطح خطر و فرایند تصمیم‌گیری، طرح درمان برای کاهش عوامل خطر فعلی، مداخله تدوین طرح امنیت، مشاوره کاهش دسترس به وسایل خودکشی و طرح پی‌گیری را مستند کنید.

نمونه سؤالاتی برای ارزیابی خطر خودکشی

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

در مورد افکار خودکشی سؤالات مستقیمی بپرسید. وقتی با مراجعی که تمایلات خودکشی دارد کار می‌کنید مهم است که ارزیابی خطر را مرتب انجام دهید و در هر جلسه، در مورد افکار و قصد و نقشه خودکشی سؤال کنید:

۱) **ارزیابی افکار فعلی خودکشی:** افکار فعلی خودکشی و شدت، مدت و نوع آن را ارزیابی کنید. ابتدا با سؤالات

کلی شروع کنید و سپس سؤالات اختصاصی در مورد افکار و قصد خودکشی را بپرسید:

- ✓ تابه حال فکر کرده‌ای زندگی ارزش زندگی کردن را ندارد؟
- ✓ تا بحال به پایان دادن به زندگیت فکر کرده‌ای؟
- ✓ تا بحال آرزوی مردن کرده‌ای؟
- ✓ تا بحال در مورد خودکشی فکر کرده‌ای؟
- ✓ آیا همین حالا به آن فکر می‌کنی؟
- ✓ اغلب چقدر به خودکشی فکر می‌کنی؟ (روزانه، هفتگی)
- ✓ این افکار چقدر طول می‌کشد؟ (ثانیه؟ دقیقه؟ ساعت؟)
- ✓ این افکار چقدر شدید هستند؟ اگر بخواهی شدت آن را از ۱ تا ۱۰ درجه‌بندی کنی، چه نمره‌ای به آن می‌دهی؟

۲) **ارزیابی وجود طرح و نقشه برای خودکشی:** طرح و نقشه‌ای برای خودکشی و جزییات آن را بررسی کنید:

- ✓ آیا نقشه یا برنامه‌ای برای پایان دادن به زندگیت داری؟
- ✓ آیا طرح و نقشه‌ای برای صدمه زدن به خودت - کشتن خودت - داری؟
- ✓ کی، کجا و چگونه؟
- ✓ اگر نقشه‌ای داری چطور می‌خواهی آن را انجام دهی؟

۳) **ارزیابی قصد خودکشی:**

- ✓ گفتم دوست داری بمیری و حتی به خوردن قرص فکر کرده‌ای، قصد انجام این کار را داری؟
- ✓ این قصد چقدر قوی است؟

۴) ارزیابی احتمال عملی کردن نقشه خودکشی و مرگ بار بودن آن: برای تعیین میزان احتمال اجرای نقشه

خودکشی و کشنده بودن آن، حیطه‌های زیر را ارزیابی کنید:

- فراهم کردن مقدمات کار و تعیین زمان و مکان انجام آن
- ✓ آیا زمان و مکان خاصی را برای عملی کردن نقشه ات انتخاب کرده‌ای؟ کی و کجا می‌خواهی این کار را انجام دهی؟
- ✓ وسایل لازم برای عملی کردن نقشه ات را داری؟ آیا به آنها دسترسی داری؟ چه قرص‌هایی در منزل داری؟ قرص‌ها را می‌خواهی از کجا تهیه کنی؟ گفتمی می‌خواهی با اسلحه خودکشی کنی، اسلحه را از کجا می‌خواهی تهیه کنی؟
- تعیین میزان مرگبار بودن روش بیمار برای خودکشی
- رتق و فتق امور زندگی شامل نوشتن یادداشت خودکشی و وصیت نامه، تسویه حساب با دیگران، روشن کردن تکلیف اموال و

ارزیابی اقدامات قبلی برای خودکشی

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

۱) ارزیابی اقدامات قبلی برای خودکشی و عوامل برانگیزان آن

- آیا تا بحال به شکل جدی به خودکشی فکر کردی و اقدام به خودکشی کرده‌ای؟
- چه چیز باعث شد که اقدام به خودکشی کنی؟

۲) کشنده بودن اقدام

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

۳) تکانه‌ای بودن

- آیا اقدام به خودکشی در اوج خشم انجام شده (تکانه‌ای) یا به دقت در مورد آن فکر شده و روز و زمان آن از قبل تعیین شده بود؟ (برنامه ریزی شده)، هدف آن 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 نتونستم درست انجام بدم)

ارزیابی تاریخچه روانپزشکی

در این مرحله باید وجود اختلالات روانپزشکی که با خطر بالای خودکشی همراه هستند ارزیابی شود:
(۱) وجود تاریخچه مشکلات روانپزشکی: 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 و برون ریزی جنسی
- ✓ فکر می‌کنی روی اعمال و رفتار کنترل داری؟
 - ✓ فکر می‌کنی چقدر خارج از کنترل هستی؟
 - ✓ چه وقت‌هایی احساس می‌کنی روی خودت کنترل نداری؟ در چنین مواردی چکار می‌کنی؟
 - ✓ آیا الکل و یا مواد مصرف می‌کنی؟

ارزیابی عوامل خطر

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

ارزیابی عوامل محافظت‌کننده

عوامل محافظت‌کننده فعلی در سطوح فردی، خانواده، محیط کار و اجتماع را به روشنی شناسایی کنید. عوامل محافظت‌کننده مثل خانواده، دوستان، اعتقادات مذهبی را ارزیابی کنید:

(۱) وجود دلایلی برای زندگی

- ✓ چه دلایلی برای زندگی داری؟
- ✓ چه چیز مانع از آن می‌شود که به زندگیت پایان دهی؟ (خانواده، اعتقادات مذهبی و ...)
- ✓ وقتی در گذشته افکار خودکشی داشتی، چکار کردی؟ چه چیز مانع شد خودکشی نکنی؟
- ✓ تا این لحظه چه چیز مانع از پایان دادن به زندگیت شده است؟

(۲) وجود حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی

شبکه حمایتی فرد شامل افراد خانواده، دوستان، اقوام و آشنایان، همکاران و ... را بررسی کنید.

۶) تدوین طرح امنیت

اطلاعاتی برای کارشناس:

مدیریت خطر خودکشی از ارزیابی 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، روان‌شناس و کارشناس مراقب سلامت خانواده است تا مولفه‌های مختلف آن اجرا شود. بطور کلی، طرح درمان باید امنیت فوری مراجع را تامین کند و زمینه لازم را برای درمان فوری وی و آموزش خانواده فراهم آورد. تضمین امنیت مراجع، اولین کاری است که باید در مدیریت خودکشی انجام شود. بنابراین، وقتی مراجع افکار خودکشی را گزارش می‌دهد صرف نظر از سطح خطر، باید یک طرح امنیت را با همکاری وی (و در صورت امکان با خانواده) طراحی کنید و هر زمان که تغییری در سطح خطر خودکشی اتفاق افتاد، این طرح را دوباره بازنگری کنید. مولفه‌های اساسی طرح امنیت عبارت است از:

- ۱) شناسایی علائم هشدار دهنده‌ای که نشان از وقوع قریب الوقوع بحران خودکشی دارد
- ۲) شناسایی و استفاده از استراتژی‌های مقابله‌ای درونی (مانند پرت کردن حواس) و بیرونی (مانند معاشرت با دیگران، رفتن به محیط‌های اجتماعی و ...)
- ۳) تماس با اعضای خانواده یا دوستانی که ممکن است به حل بحران کمک کنند و یا کسانی که می‌توان در مورد افکار خودکشی با آنها صحبت کرد.
- ۴) تماس با کارشناسان، مشاوران و متخصصان سلامت روان و یا مراکز سلامت روان
- ۵) مشاوره کاهش احتمال استفاده از وسایل مرگبار

برای طراحی طرح امنیت، ابتدا ضرورت انجام آن را برای مراجع توضیح داده و سپس مولفه‌های 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، باید کاملاً از دلیل و منطق انجام این کار، آگاهی داشته باشد. برای تقویت این همکاری، کنار مراجع بنشینید و از رویکرد حل مسأله مشترک استفاده کنید. طرح امنیت را از روی فرم (که در زیر آمده است) تکمیل کنید و فرم تکمیل شده را به مراجع بدهید تا با خود ببرد و کپی آن را پیش خود نگه دارید تا بعد از پایان جلسه اطلاعات آن را وارد فرم کامپیوتری خود کنید و یا آن را اسکن و در پرونده الکترونیک بیمار قرار دهید. در مجموع، طرح امنیت باید شامل دستورالعمل‌های ساده و با زبان خود بیمار باشد و فهم آن آسان باشد.

کار برگ طرح امنیت

قدم اول- شناخت علائم هشدار دهنده‌ای (افکار، تصاویر ذهنی، وضعیت خلقی، موقعیت، رفتار) که ممکن است موجب بروز یک بحران شود:

- (۱)
- (۲)
- (۳)

قدم دوم: روش‌های مقابله‌ای: کارهایی که می‌توانم انجام دهم تا ذهنم را از مشکل منحرف کنم

الف- کارهایی که می‌توانم خودم انجام دهم (آرام سازی، فعالیت جسمی و...):

- (۱)
- (۲)

ب- افراد و موقعیت‌هایی که می‌توانند ذهنم را از مشکلات منحرف کنند:

- (۱) نام : شماره تماس:
- (۲) نام: شماره تماس:
- (۳) مکان:
- (۴) مکان:

قدم سوم: افرادی که می‌توانم از آنها کمک بخواهم:

- (۱) نام : شماره تماس:
- (۲) نام : شماره تماس:
- (۳) نام: شماره تماس:

قدم چهارم: افراد متخصص یا مراکزی که می‌توانم در زمان بحران با آنها تماس بگیرم:

- (۱) نام متخصص: شماره تماس شماره تماس اورژانسی او:
- (۲) نام متخصص: شماره تماس: شماره تماس اورژانسی او:
- (۳) مراکز اورژانس (نزدیک به منزل)
آدرس :
- شماره تلفن :
- (۴) خطوط تلفن موجود:

اورژانس اجتماعی: ۱۲۳ صدای مشاور: ۱۴۸۰ اورژانس کشور: ۱۱۵

قدم پنجم: امن ساختن محیط :

- (۱)
 - (۲)
- یک چیزی که برایم بیشترین اهمیت را دارد و ارزش زندگی کردن را دارد:
-

گام اول – تشخیص علائم هشدار دهنده

اولین قدم برای تدوین یک طرح امنیت، شناخت علائمی است که بلافاصله قبل از بحران خودکشی تجربه و یا مشاهده می شود. این علائم هشداردهنده می تواند شامل موقعیت ها، افکار، تصاویر ذهنی، وضعیت خلقی و یا رفتار خاصی باشد. برای این کار باید به بیمار کمک کنید تا علائم هشداردهنده خود را شناسایی کند و به آنها توجه داشته باشد. برای این منظور می توانید سوالات زیر را بپرسید:

- از کجا می فهمی چه وقت باید از طرح امنیت استفاده کنی؟
- چطور متوجه می شوی زمان استفاده از طرح امنیت است؟

علائم هشداردهنده ممکن است از فردی به فرد دیگر متفاوت باشد ولی معمولاً شامل یک یا چند حوزه زیر شود:

- افکار: 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
 - تصاویرذهنی: مانند فلش بک ها
 - فرایندهای تفکر: هجوم افکار
 - خلق: تحریک پذیری، افسردگی
 - رفتار: کناره گیری از دیگران، انجام ندادن فعالیت های روزمره، مصرف الکل و مواد، گذراندن زمان زیادی در تنهایی
- ❖ نکته: این علائم هشداردهنده 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 پرت شدن موقتی حواسش از مشکلات و پیشگیری از تشدید افکار خودکشی کمک کند، فهرست کند. از آنجایی که این روش ها از فردی به فرد دیگر متفاوت است لازم است خود بیمار در تهیه فهرستی از آنها مشارکت و همکاری داشته باشد. 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 بیمار می تواند به تنهایی برای کاهش شدت افکار خودکشی انجام دهد مشغول شدن در طیف وسیعی از رفتارهاست. برای مثال بیرون رفتن برای پیاده روی، دعا و نیایش، گوش دادن به موسیقی مورد علاقه، استفاده از فضای مجازی مورد علاقه، دوش گرفتن، ورزش، مطالعه یا انجام

کارهای عادی و روزمره.

علاوه بر این، تماس با اعضای خانواده، اقوام و دوستان و نیز رفتن به محیط‌های اجتماعی سالم که در آن به صورت طبیعی، معاشرت اتفاق می‌افتد مانند باشگاه ورزشی، اماکن مذهبی، فرهنگسراها و ... راه کار مفیدی برای کاهش شدت افکار خودکشی است. البته، این محیط‌ها باید با توجه به علائق فرد و جایی که در آن زندگی می‌کند انتخاب شود. ارتباط با افراد حمایتی و یا رفتن به محیط‌های اجتماعی علاوه بر اینکه به پرت شدن حواس بیمار از افکار خودکشی و نگرانی‌هایش کمک می‌کند، فی‌نفسه می‌تواند به کاهش بحران خودکشی نیز کمک کند. نمونه‌هایی از این افراد و محیط‌ها شامل دوستان و آشنایان هستند. اگر بیمار دوستان معدودی دارد، شناسایی مکان‌هایی که در آن تماس‌های اجتماعی تصادفی اتفاق می‌افتد مثل پارک، باشگاه ورزشی و ... گزینه خوبی است.

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

در این مرحله، با پرسیدن سؤالات زیر به بیمار کمک کنید تا استراتژی‌های مقابله‌ای را برای کاهش بحران خودکشی، صورت‌بندی کند:

۱) اگر دوباره افکار خودکشی به سراغت آمد برای اینکه بتوانی به خودت کمک کنی تا بر اساس آن اقدامی انجام ندهی، چه کارهایی می‌توانی انجام بدی؟ یا چه کارهایی را می‌توانی انجام دهی که می‌تواند به تو کمک کند ذهنت را حتی برای یک مدت زمان کوتاه از مشکلات خالی کنی؟

۲) اگر مراجع در پاسخ به سؤال بالا، به تماس و معاشرت با افراد حمایت‌کننده اشاره نکرد، برای شناسایی افراد/ محیط‌های اجتماعی مفید و حمایتی می‌توانید از بیمار سؤال کنید:

✓ معاشرت با چه کسانی احساس خوبی در شما ایجاد می‌کند؟

✓ چه کسی به شما کمک می‌کند حداقل برای مدت کوتاهی ذهن تان از مشکلات، منحرف شود؟

✓ کجا می‌توانید بروید تا در یک محیط امن در کنار مردم باشید و در عین حال حواس تان را از افکار خودکشی پرت کند؟

سپس از بیمار بخواهید استراتژی‌های مقابله‌ای درونی و بیرونی را اولویت‌بندی کرده و آنها را روی فرم بنویسید تا در صورتی که یک گزینه، موثر یا قابل اجرا نبود بتواند از گزینه بعدی استفاده کند. در مورد مقابله‌های بیرونی، از بیمار بخواهید افراد/ محیط‌های متعدد را فهرست کرده و شماره تلفن‌ها/ و یا آدرس مکان‌ها را نیز روی فرم بنویسد.

۲) ارزیابی احتمال استفاده از این استراتژی‌ها

پس از اینکه استراتژی‌های مقابله‌ای فهرست شد، باید احتمال استفاده از آنها را ارزیابی کنید. برای مثال می‌توانید بپرسید: "فکر می‌کنی چطور می‌توانی در طی زمان بحران، از این استراتژی‌ها استفاده کنی؟"

۳) شناسایی موانع و حل مسأله

اگر بیمار تردید دارد بتواند این کارها را انجام دهد، باید بپرسید چه چیز مانع از انجام آن می‌شود؟ شما باید از یک رویکرد حل مسأله مشترک استفاده کنید تا موانع استفاده از این روش‌ها را برطرف کنید و یا استراتژی‌های مقابله‌ای دیگری را شناسایی کنید. بنابراین، اگر بیمار هنوز هم فکر می‌کند قادر به استفاده از این استراتژی‌های در طی بحران نیست، باید سایر استراتژی‌ها، شناسایی و در طرح امنیت نوشته شود. شما باید به بیمار کمک کنید چند مورد از استراتژی‌هایی را که احتمالاً بیمار از آن استفاده خواهد کرد، شناسایی و به ترتیب الویت آنها را در طرح بنویسد. استراتژی‌هایی که استفاده از آنها از همه آسان‌تر است و یا احتمالاً از همه موثرتر است، باید در بالای فهرست نوشته شود.

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 از دیگران کمک بگیرد. 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 طی بحران، با چه کسی از اعضای خانواده و یا دوستان خود می‌تواند 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 این گام، سعی کنید همراه با بیمار، یک طرح بهینه را صورت‌بندی کنید. این بخش می‌تواند شامل سبک و سنگین کردن فواید و معایب درمیان گذاشتن افکار خودکشی با فردی دیگر است. بنابراین در این مرحله بیمار باید علاوه بر افرادی را که در گام دوم 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 سؤال شود و موانع احتمالی، شناسایی و با استفاده از روش حل مسأله برطرف شود. گاهی شناسایی چنین کسی ممکن نیست و یا بیمار ممکن است راحت نباشد در مورد افکار خودکشی خود با آنها صحبت کند. 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.

در صورت موافقت بیمار، به اشتراک گذاشتن طرح امنیت با یکی از نزدیکان بیمار، کار مفید و موثری است.

گام چهارم - تماس با افراد متخصص و مراکز تخصصی

قدم چهارم شامل تماس با روان‌پزشکان، روان‌شناسان، پزشکان و یا سایر افراد متخصص است که می‌توانند در زمان بحران به بیمار کمک کنند. اسم این افراد همراه با شماره تلفن آنها و یا آدرس این مراکز باید در فرم طرح امنیت نوشته شود. در این مرحله، به بیمار آموزش داده می‌شود اگر استراتژی‌های قبلی در حل بحران موثر نبود با یک متخصص و یا مرکز بهداشتی درمانی تماس بگیرد. بهتر است فهرست متخصصان و مراکز و موسسات مربوطه، اولویت‌بندی شود. اگر بیمار تحت روان‌درمانی قرار دارد طرح امنیت شامل نام و شماره تماس درمانگر می‌باشد. البته، باید نام و آدرس سایر کارشناسان و متخصصانی که ممکن است بویژه در ساعات غیراداری در دسترس هستند و یا می‌توان به آنها دسترسی داشت نیز در فرم نوشته شود. در واقع، در طرح امنیت باید تضمین شود در طی بحران، کمک تخصصی مناسب، قابل دسترس بوده و نحوه بهره‌مندی از آن نیز برای بیمار، روشن و مشخص است.

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

نمونه‌هایی از این افراد شامل پزشک و روان‌شناس مرکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه، روان‌شناس و روان‌پزشک 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 حتماً توضیح دهید که این مراکز روان‌شناسان و مشاوران آموزش دیده‌ای دارند که با مشکلات آنها به خوبی آشنایی دارند. این خدمات ۲۴ ساعته و در ۷ روز هفته است و می‌توانند حتی نام خود را هم پشت تلفن نگویند. در برخی مناطق و یا شرایط که امکان دسترسی به مراقبت‌های روان‌شناختی 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 جداگانه‌ای ارائه گردد. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند وقتی بیمار برای کشتن خود طرح و برنامه

دارد و وسایل مرگبار به راحتی موجود و درد ستسر است، خطر خودکشی چند برابر می شود. البته حتی اگر بیمار طرح و برنامه خاصی را هم برای خودکشی مطرح نمی کند یکی از اجزاء 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 می باشد.

اجرای این گام، بسته به کشنده بودن روش (که در ارزیابی خطر خودکشی مشخص شده است) متفاوت خواهد بود. در ابتدا، باید از بیمار سؤال کنید که در طی بحران خودکشی، به چه روشی برای کشتن خود فکر می کند و سپس با همکاری بیمار، شیوه های دور کردن این وسایل از محیط بیمار و یا محدود کردن دسترسی وی به این وسایل را شناسایی کنید. باید از همه بیماران به صورت روتین سؤال کنید آیا به یک سلاح گرم (مثل اسلحه، تفنگ شکاری، تفنگ ساچمه ای) دسترسی دارد یا نه؛ آیا برای خودکشی، روش خاصی در ذهن دارد، و به راههایی برای حذف این وسایل از محیط بیمار فکر کنید. برای روش های کمتر مرگبار مانند مصرف داروهای با سطح پایین سمومیت می توانید از خود بیمار بخواهید قبل از اینکه در بحران قرار بگیرد، دسترسی به این داروها را محدود و یا غیرممکن کند. برای مثال اگر به خودکشی با دارو فکر می کند 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 روش های 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 مسئول دیگری بدهد زیرا خطر خودکشی بواسطه تماس مستقیم با روش مرگبار، افزایش می یابد. در چنین مواردی بهترین راهکار این است که از یک فرد مشخص (معمولاً یک عضو خانواده، یک دوست نزدیک و یا حتی پلیس) خواسته شود تا وسایل مرگبار را از محیط بیمار، منتقل و آنها را در محیط امنی قرار دهد. به خاطر داشته باشید محدود کردن دسترسی به یک روش مرگبار، امنیت بیمار را تضمین نمی کند چون ممکن است تصمیم بگیرد از روش دیگری استفاده کند. در هر حال، اگر بیمار به روش یا روش های دیگری هم برای خودکشی اشاره می کند، این وسایل نیز باید در جای امنی گذاشته شود و یا دسترسی به آن محدود شود.

کارهای ضروری برای امن تر کردن محیط بیمار، باید روی طرح امنیت نوشته شود. شما می توانید از بیمار سؤال کنید "وسایلی که به آن دسترسی دارید و احتمالاً 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 نظر بیمار را در مورد این طرح و احتمالاً استفاده از آن را بررسی کنید. اگر بیمار می گوید تمایلی به استفاده از آن ندارد و یا شما به چنین نتیجه ای می رسید و یا احساس دوگانگی را در مورد آن گزارش می دهد، باید با همکاری او، موانع احتمالی و دشواری های مربوط به استفاده از طرح امنیت را شناسایی و حل مسأله کنید.

وقتی بیمار آمادگی خود را برای استفاده از طرح امنیت اعلام می کند، فرم اصلی تکمیل شده طرح

امنیت را به وی بدهید و کپی آن را در پرونده بیمار قرار دهید. همچنین با بیمار در مورد جایی که طرح امنیت را نگه می‌دارد و چطور در طی بحران می‌تواند راحت آن را پیدا کند، صحبت کنید.

طرح امنیت را برای تمام کسانی که افکار خودکشی دارند، صرف نظر از سطح خطر خودکشی، تکمیل کنید

(۱) پایش و پیگیری تلفنی ساخت دار

اطلاعاتی برای کارشناس:

پایش و وضعیت خطر خودکشی و یا مشکلات روانپزشکی، اهمیت زیادی دارد و برای اهداف مختلفی شامل ارزیابی خطر خودکشی، بازنگری طرح امنیت و افزایش احتمال ورود بیمار به درمان تخصصی، انجام می‌شود. پایش و پیگیری می‌تواند به صورت تلفنی، حضوری (ویزیت در منزل)، فرستادن پیامک یا ای میل صورت گیرد. معمولاً پیگیری بعد از جلسه اول، در فاصله بین جلسات، زمانی که بیمار در دوره پرخطری برای خودکشی قرار دارد و یا وقتی به جلسه نمی‌آید و یا درمان را قطع می‌کند، انجام می‌شود و بسته به وضعیت بیمار ممکن است تعداد و مدت زمان متفاوتی داشته باشد. به عنوان یک اصل، پایش و پیگیری باید تا زمانی که (۱) بیمار در یک درمان تخصصی مداوم و منظم (حداقل دو جلسه) قرار می‌گیرد و (۲) خطر خودکشی کاهش می‌یابد، ادامه پیدا کند. البته رضایت بیمار برای پیگیری، اهمیت زیادی دارد ولی معمولاً وقتی ارتباط کاری خوبی شکل گرفته باشد و زمان و شیوه پیگیری با همکاری خود بیمار در جلسه تعیین شده باشد، احتمال رضایت وی افزایش می‌یابد.



در زیر دستورالعمل پایش و پیگیری ساختار 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 را انجام دهید.
- (۲) با سؤالات مستقیم، اوضاع و شرایط و حوادث زندگی بیمار را که احتمالاً روی خلق و افکار و رفتار خودکشی اثر می‌گذارد، بررسی کنید.

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

سوال		بله	خیر
سوالات ۱ و ۲ را پر کنید.			
۱. از آخرین تماسی که داشتیم، آرزو کرده‌ای کاش می‌مردی و یا می‌خواستی بیدار نمی‌شدی؟			
۲. آیا واقعا به کشتن خودت فکر کردی؟			
اگر پاسخ به سؤال ۲ بله است، سؤالات ۳، ۴ و ۵ را پر کنید. اگر خیر است، مستقیماً به سؤال ۵ بروید.			
۳. آیا در مورد اینکه چطور این کار را انجام بدی فکر کرده‌ای؟ مثلاً "من فکر کردم یک عالمه قرص بخورم ولی هیچوقت یک نقشه خاص نداشتم که کی و کجا و یا چطور این کار را انجام بدم."			
۴. آیا قصد عمل کردن بر اساس این افکار را هم داشتی؟			
۵. آیا شروع به کار روی نقشه‌ات کردی و مقدمات عملی کردنش را فراهم کردی؟ آیا قصد داری بر اساس نقشه‌ات عمل کنی؟			
۶. آیا برای پایان دادن به زندگی کاری انجام دادی؟ یا شروع به انجام کاری کرده‌ای یا برای آن آماده شده‌ای؟ مثال‌ها: تهیه قرص، تهیه اسلحه، بخشیدن اشیاء با ارزش، نوشتن یادداشت خودکشی، در دست قرار دادن قرص‌ها ولی آنها را نخورده است، برداشتن اسلحه ولی نظرش عوض شده و یا یکی آن را از دستش گرفته است، به پشت بام رفته ولی نپردیده است؛ یا واقعا قرص خورده، سعی کرده به خودش شلیک کند، رگ اش را زده، سعی کرده خود را حلق آویز کند و غیره			

خطر پایین خطر متوسط خطر بالا 

❖ طرح امنیت را مرور و بازنگری کنید:

- ۱) تعیین کنید آیا طرح مورد استفاده قرار گرفته است.
- ۲) طرح امنیت را با مراجع مرور کنید و بررسی کنید کدام بندها، مفید و کدام موارد چندان مفید نبوده است
- ۳) طرح را بازنگری کنید، موارد غیرمفید را حذف کنید و موارد مفیدتر را شناسایی کنید.
- ۴) هر تغییری را در فرم طرح امنیت، 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 وسایل مرگبار را بازنگری و با بیمار مرور کنید.

❖ ورود به درمان / انگیزه

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

❖ کسب رضایت/ تمایل بیمار برای پی‌گیری بعدی

۱. نیاز برای تماس‌های تلفنی بعدی را ارزیابی کنید
۲. اگر بیمار در برابر پیگیری تلفنی بعدی مقاومت دارد، سعی کنید با مهارت ارتباط موثر، همدلی و تکنیک حل مسأله، 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 می‌تواند 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 کارتی، یادداشت و به وی بدهید. علاوه بر این شماره تماس مرکز (و خود) و خط تلفن اورژانس اجتماعی و اورژانس پزشکی را به بیمار بدهید. بیمار را در فواصل ۴۸ ساعته پی‌گیری کنید تا امکان انجام اقدامات مورد نیاز، شامل ارجاع و بستری کردن وجود داشته باشد.

جلسه دوم: کاهش رنج بیمار

اهداف

- ۱) ارزیابی سطح خطر خودکشی
- ۲) کاهش رنج روانی

مروری بر جلسه

تمرکز این جلسه، بر کاهش درد و رنج روانی بیمار است. برای مدیریت خودکشی روش‌های مختلفی وجود دارد ولی باید پس از تضمین امنیت مراجع مورد استفاده قرار بگیرد. یکی از موثرترین روش‌ها، آموزش مقابله با افکار خودکشی و استفاده از روش‌های حل مسئله موثر و گسترش شبکه حمایت اجتماعی است. البته برای اینکه مراجع بتواند وارد فرایند حل مسئله شده و یا شبکه حمایت اجتماعی خود را گسترش دهد، ابتدا لازم است میزان دیسترس یا رنج روانی وی کاهش یابد.

گاهی اختلالات روانپزشکی مانند افسردگی، علت زیربنایی درد و رنج روانی فرد است، در چنین مواردی بیمار باید حتماً به پزشک (یا روان پزشک) ارجاع داده شود تا درمان‌های ضروری برای وی انجام شود.

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 بر این، خانواده یا دوستان وی را نیز در جریان قرار دهید. اگر سطح خطر، پایین یا متوسط است، روش‌های کاهش درد روانی را که در ادامه آمده است، اجرا کنید.

بررسی طرح امنیت

از مراجع در مورد استفاده از طرح امنیت در فاصله بین دو جلسه سؤال کنید. اگر از این طرح استفاده شده، از وی بپرسید از کدام آیتم (آیتم‌ها) استفاده کرده و آیا با موفقیت توانسته آنها را اجرا کند یا خیر. اگر در استفاده از هر موردی، مشکل یا مانعی وجود داشته، با همکاری مراجع، حل مسئله انجام دهید و یا گزینه دیگری را جایگزین آن کنید.

کاهش رنج بیمار

اطلاعاتی برای کارشناس:

فکار خودکشی وقتی پیش می‌آید که افراد وضعیت خود را به صورت زیر تجربه می‌کنند:

۱. غیرقابل تحمل - زندگی بقدری دردناک است که غیرقابل تحمل به نظر می‌رسد
۲. بی پایان - به نظر می‌رسد که اوضاع، همیشه همینطور خواهد بود
۳. غیرقابل فرار - به نظر می‌رسد هر کاری انجام دهند هیچ تغییری ایجاد نخواهد شد

بنابراین، افکار خودکشی وقتی پیش می‌آید که فرد درد خیلی زیادی را تجربه می‌کند 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 ظرفیت‌های مقابله‌ای.

قبل از آموزش راه‌های کاهش درد و رنج روانی، برای مراجع تو ضیح 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 می‌شوید. 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، حمایت‌های موجود را نبینید و یا راه حل‌های احتمالی برای مشکلات را بی فایده تصور کنید. ولی بخاطر داشته باشید که احساساتی مثل افسردگی، خشم، نومیدی، تنهایی و شرم، حتی وقتی شدید هستند برای همیشه طول نمی‌کشند.

اگر افکار خودکشی دارید تنها نیستید. برخی از افراد در زمان‌های سخت و دشوار زندگی‌شان در مورد خودکشی فکر می‌کنند چون در جستجوی راهی برای فرار از دردی هستند که احساس می‌کنند غیر قابل تحمل بوده و پایانی برای آن وجود ندارد. ولی حتی اگر موقعیتی که در آن قرار دارید ناامیدکننده به نظر می‌رسد و یا احساس می‌کنید دیگر نمی‌توانید این وضعیت را تحمل کنید، باید بدانید راه‌هایی برای خلاص شدن از آنها وجود دارد.

سپس راه‌های کاهش درد و رنج را به مراجع آموزش دهید. این کار باعث می‌شود تا مراجع آمادگی ذهنی برای مقابله شناختی با مشکلات را پیدا کند. در زیر تکنیک‌های مختلفی که به مراجع کمک می‌کند 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 می‌کند تا احساس بهتری پیدا کند. انواع مختلفی از کارها ممکن است فرد را آرام کند ولی نکته مهم آن است که مراجع 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
برای مثال توجه خود را روی نگاه کردن به چیزهای خوشایند متمرکز کنید مانند باغچه منزل، نقاشی، تماشای فیلم یا برنامه مورد علاقه؛ دیدن آلبوم عکس‌هایی از خاطرات خوشایند و یا به موسیقی مورد علاقه خود، صدای طبیعت، آواز پرندگان و ... گوش دهید. همچنین سعی کنید بوهای خوشایند مانند بوی گل، عطر مورد علاقه و نظیر آن را استشمام کنید و یا طعم خوشایند نوشیدنی را که می‌خورید، حس کنید

- از تصویرسازی‌های ذهنی خوشایند استفاده کنید
تصاویر خوشایند زیادی را می‌توانید در ذهن تجسم کنید. این تصاویر می‌تواند صحنه طلوع آفتاب، مناظر طبیعی سرسبز، یک دشت از گل‌های وحشی، یک نهر زلال، پرندگانی که در هوا پرواز می‌کنند و یا امواج دریا که به ساحل برخورد می‌کند و ... باشد. در هر حال، خود شما باید این تصویر آرام بخش را انتخاب کنید چون صحنه‌های آرام بخش و خوشایند برای افراد مختلف، متفاوت است. اما نکته مهم این است که این صحنه باید خیلی زنده باشد. بنابراین، آنها را که تا جایی که می‌توانید واقعی بسازید. شما باید بوها را استشمام کنید، صداها را بشنوید، رنگ‌ها را ببینید و حتی مزه‌ها را بچشید.

تصور کنید در یک مکان زیبا و آرام بخش مثل ساحل دریا، دشت، جنگل و ... هستید. به جزئیات این مکان فکر کنید و سعی کنید از همه حواستان استفاده کنید. برای مثال اگر تصور می‌کنید در طبیعت هستید، سعی کنید خنکی چمنی را که روی آن دراز کشیده‌اید، صدای پرندگان، طعم لذت بخش چایی را که می‌نوشید را تصور کنید

- وقتی افکار خودکشی دارید کاری متضاد با چیزی که احساس می‌کنید انجام دهید.
برای مثال وقتی احساس افسردگی می‌کنید و 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 فعالیت‌هایی را انجام دهید که به شما کمک می‌کند، احساس بهتری پیدا کنید. این فعالیت‌ها می‌تواند ورزش و کارهای سرگرم‌کننده و مفرح باشد. در واقع سعی کنید بیشتر کارهایی را انجام بدهید که به شما انرژی می‌دهد و نه اینکه از شما انرژی بگیرد.

- انتظارتان را از خود پایین بیاورید
گاهی زندگی مثل بالا رفتن از یک سربالایی طولانی و پرپیچ و خم می‌شود. ممکن است احساس کنید خیلی خسته شده‌اید و دیگر توان ادامه دادن ندارید. بنابراین لازم است توقف کنید تا نفسی

بگیرید و تجدید قوا کنید و سپس با انرژی بیشتری راه را ادامه دهید. شما ممکن است انتظارات زیادی از خود و زندگی تان داشته باشید ولی بهتر است سرعت تان را کم کنید، کمی استراحت کنید و بعد دوباره شروع کنید.

– ارتباطات خود را حفظ کنید

سعی کنید روابط خود را با اعضای خانواده و دوستان حفظ و یا بیشتر کنید، برای مثال به آنها تلفن کنید، تماس تصویری برقرار کنید، به دیدن آنها بروید و یا قرار بگذارید با هم به جایی بروید. علاوه بر این، صحبت کردن در مورد دردی که احساس می‌کنید، به بهتر شدن حالتان کمک می‌کند. معمولاً وقتی افراد احساس خود را با کسی درمیان می‌گذارند احساس بهتری پیدا کرده و کمتر احساس تنهایی می‌کنند. اگر تنها هستید و دوستی ندارید و یا فکر می‌کنید آنها درد شما را نمی‌فهمند با یک مشاور یا روانشناس صحبت کنید.

– کارهایی که در گذشته به شما کمک کرده است به خود یادآوری کنید

اگر قبلاً هم افکار خودکشی داشته‌اید، در مورد چیزهایی که در گذشته به شما کمک کرد تا احساس تان بهتر شود، فکر کنید. برخی مثال‌ها شامل صحبت با دوستان و خانواده، مراجعه به متخصص، تبعیت از طرح امنیت، انجام چیزی که از آن لذت می‌برید، تنها نماندن و انجام کارهای داوطلبانه می‌باشد.

۲) پرت کردن حواس

وقت افکار خودکشی به ذهنتان هجوم می‌آورد، سعی کنید کار دیگری انجام دهید و توجه خود را کاملاً روی کاری که انجام می‌دهید تمرکز کنید. برخی کارهایی که می‌توانید 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، تماشا تلویزیون، رفتن به طبیعت، آسپیزی، 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

۳) خودگویی مثبت

افسردگی شیوه تفکر را تغییر می‌دهد و باعث می‌شود که با یک عینک تیره و تار به خود، دنیا و آینده نگاه کنید. اگر چنین عینکی به چشم دارید احتمالاً فکر می‌کنید اوضاع 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 می‌کنید خوشحال خواهید شد که براساس افکار امروزتان عمل نکردید و زندگی را انتخاب کردید. بنابراین، یک فهرست از چیزهای مثبتی که می‌توانید در این زمان‌ها به خود بگویید تهیه و در مواقعی که افسرده و ناامید هستید، با خود تکرار کنید. یادتان باشد که این فهرست را در زمانی که حالتان خوب است، تهیه کنید. نمونه‌ای از این خود-گویی‌ها در زیر آمده است:

- تابحال تونستم از پس مشکلاتم بر بیایم، این را هم می‌توانم پشت سر بگذارم
- گذشت زمان کمک خواهد کرد
- خودکشی راهی است که برگشتی ندارد
- افسردگی می‌گذرد 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

زمانی که به خودکشی فکر می‌کنید، ممکن است اهمیتی به خود و سلامت جسمی و روانی‌تان ندهید و این 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 می‌توانید 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 و صبح یا بعد از ظهر یک ورزش سبک را انجام دهید.
- اگر مشکل جسمی دارید درصدد درمان آن باشید. علاوه بر این، بیماری‌هایی مانند دیابت و یا مشکلات تیروئید، احتمالاً افکار خودکشی را افزایش می‌دهد
- یکی از شایع‌ترین علل افکار خودکشی، مشکلات اعصاب و روان است. بنابراین، برای افسردگی، اضطراب، مشکلات مصرف الکل و مواد به منحصص مراجعه کنید و تحت درمان قرار بگیرید. گاهی مراجعه به پزشک کافی نیست و لازم است پیش یک روان‌پزشک بروید. بنابراین، اگر تحت درمان هستید ولی احساس بهبودی نمی‌کنید حتماً آن را به پزشک‌تان بگویید تا وی ترتیب ارجاع شما را به یک روان‌پزشک بدهد.

خاتمه جلسه

در انتها تأکید کنید اگر با انجام 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 می‌کنید. علاوه بر این، و سالی را که ممکن است با آن به خود صدمه بزنید مانند قرص، تیغ موکت بری، مواد مسموم‌کننده و ... را از دسترس خود دور کنید و یا به یکی از افراد مورد اعتماد خود بدهید. بر اساس طرح امنیت خود عمل کنید.

جلسه سوم: مدیریت خودکشی

اهداف

- ۱) شناسایی و اصلاح باورهای غلط مربوط به افکار خودکشی
- ۲) شناسایی دلایل ادامه زندگی
- ۳) تحلیل هزینه-فایده اقدام به خودکشی
- ۴) آموزش مهارت حل مسأله

مروری بر جلسه

تمرکز این جلسه بر آموزش مقابله موثر با افکار خودکشی است. همانطور که ذکر شد افکار خودکشی وقتی پیش می‌آید که فرد درد خیلی زیادی را تجربه می‌کند 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 تکنیک‌هایی برای کاهش درد که در جلسه قبل توصیف شد و افزایش ظرفیت مقابله وی با مشکلات که در جلسه حاضر به آن پرداخته می‌شود. این کار با استفاده از تکنیک‌های شناختی انجام می‌شود.

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، روش‌های 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 سؤال کنید. اگر از طرح امنیت استفاده شده، از وی بپرسید از کدام آیتم (آیتم‌ها) 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 مسأله انجام دهید و یا گزینه دیگری را جایگزین آن کنید.

۳) تکنیک‌های شناختی

اطلاعاتی برای کارشناس:

تکنیک‌های شناختی یکی از مهمترین اقدامات برای کاهش افکار و تمایل به خودکشی است که البته با توجه به اینکه راهنمای حاضر، یک مداخله سه جلسه‌ای است، بطور مختصر به آن پرداخته می‌شود. در هر حال، برای استفاده از این تکنیک‌ها، باید از یک رویکرد همکارانه استفاده کنید، یعنی شما و مراجع به مانند یک تیم کاری، با هم کار کنید. البته وقتی با بیمارِ نومی‌دی مواجه می‌شوید که انرژی و تمایلی برای همکاری ندارد شما باید نقش فعال‌تری داشته باشید، حتی اگر این کار با کمترین مشارکت بیمار صورت گیرد. البته مراقب باشید 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 منطق استفاده از تکنیک‌های شناختی را توضیح دهید. البته، 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، همکاری مراجع و درمانگر را دشوار می‌سازد مگر اینکه بتوانند هدفی را انتخاب کنند که هر دو تمایل داشته باشند روی آن کار کنند. در غالب اوقات چنین هدفی این است: " آیا خودکشی ایده خوبی است یا نه". شما می‌توانید با تمرکز روی این سؤال و توضیح منطق کار روی آن، باب یک رویکرد همکارانه را حتی با بیمارانی که قصد جدی برای خودکشی دارند، باز کنید:

" به نظر می‌رسد مطمئن هستی که خودکشی بهترین راه حلی است که در این موقعیت داری. این موضوعی است که فکر می‌کنم باید آن را جدی بگیریم. در اغلب موارد وقتی تصمیمی می‌گیریم و بعد متوجه می‌شویم تصمیممان اشتباه بوده می‌توانیم تصمیم خود را عوض کنیم. ولی این قضیه در مورد خودکشی صادق نیست و شما نمی‌توانید برگردید و تصمیمتان را تغییر دهید. شما این تصمیم را یک بار و برای همیشه می‌گیرید. آیا تمایل داری در مورد این موضوع صحبت کنیم؟"

سپس تکنیک‌های شناختی را که در ادامه آمده است، اجرا کنید.

• شناسایی و بازسازی افکار منفی و ناکارآمد

شناسایی و بازسازی مفروضات و افکار منفی که پشت افکار خودکشی قرار داشته و در واقع به آن سوخت می‌رسانند، یکی از موثرترین اقدامات برای کاهش خطر خودکشی است. برای اجرای این

تکنیک، کارهای زیر را انجام دهید:

- ۱) ابتدا، انگیزه و دلایل بیمار برای خودکشی و پیش‌بینی وی در مورد پیامدهای خودکشی را بررسی کنید. آنها در واقع افکار ناکارآمد و منفی هستند که به افکار خودکشی، سوخت می‌رسانند.
- ۲) انگیزه مراجع هر چیزی که با شد می‌توانید آن را با این سؤال به چالش بکشید: "آیا واقعاً دلایل محکمی وجود دارد که خودکشی تنها راه چاره است؟". برای مثال از مراجع سؤال کنید:
 - چه شواهدی وجود دارد که ثابت می‌کند شرایط شما کاملاً نومیدکننده است؟
 - آیا این وضعیت ناامیدکننده، تا ابد طول می‌کشد؟
 - آیا این موقعیت اصلاً قابل تغییر نیست؟
 - آیا ممکن است راه‌هایی برای مقابله با مشکلات وجود داشته باشد که آنها را نادیده گرفته باشید؟

وقتی به بیمار کمک می‌کنید تا موقعیت خود را دقیق‌تر بررسی کند، اغلب می‌تواند متوجه خطاها و اشتباهات شناختی خود شده و به ممکن است به این نتیجه برسد که موقعیت به آن اندازه هم که فکر می‌کند، بد نیست. این موضوع، وضعیت خلقی او را بهتر کرده و تمایلش را برای خودکشی کاهش می‌دهد.

• بررسی دلایل زندگی

در این تکنیک، باید روی دلایل عدم اقدام به خودکشی کار کنید. برای بیمار توضیح دهید اکثر افرادی که به خودکشی فکر می‌کنند می‌خواهند از درد و رنج فرار کنند و همیشه هم نمی‌خواهند بمیرند. وقتی احساس افسردگی می‌کنید روی چیزهایی در زندگی تان تمرکز می‌کنید که منفی است. این نوع تفکر، خودکشی را به عنوان تنها راه حل ممکن جلوه می‌دهد. پس سعی کنید بیشتر به دلایلی که برای زندگی کردن دارید فکر کنید. برای مثال روابط خوب و با ارزش وی با دیگران، اعتقادات مذهبی، اهداف، رویاها یا مسئولیت‌هایی که نسبت به دیگران دارید از جمله دلایلی هستند که به افراد دلیل زنده ماندن می‌دهد و مانع از آن می‌شود که براساس افکار خودکشی عمل کنند. روشن است که یکی از موانع اصلی خودکشی این است که فرد، زندگی را از دست می‌دهد. اگر فرد همچنان امید داشته 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 کنید. این دلایل می‌تواند شامل اثر خودکشی بر همسر، فرزندان و سایر اعضای خانواده، گناه بودن خودکشی در مذهب، و... باشد. بخاطر داشته باشید بسیاری از افراد احساسات دوگانه‌ای در مورد خودکشی دارند و فقط در جستجوی شیوه‌ای برای خلاص شدن از دردی هستند که احساس می‌کنند دیگر قادر به تحمل آن نیستند. بنابراین، باید با پرسیدن یک سری سؤال، فهرستی از دلایل مراجع را برای زنده ماندن، کشف کنید.

سپس از بیمار بخواهید تمام دلایلی را که برای زنده ماندن دارد، بنویسد تا هر وقت افکار

خودکشی به ذهنش می‌آید، آنها را به خود یادآوری کند.

▪ تکنیک دیگر، تحلیل سود- هزینه خودکشی است. برای این منظور، همراه با مراجع، 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 می‌تواند به این فهرست نگاه کند و براساس آن تصمیم بگیرد. البته مراقب باشید تا در اولین جلسات سعی نکنید بیماری را که نومید است، متقاعد کنید که همه مشکلات برطرف می‌شود و یا راه‌های دیگری برای حل مشکلات 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، راه‌های دیگر را شناسایی کنید و از وی بخواهید تا فعلاً تعهد بدهد اقدام به خودکشی نکند تا با هم بتوانید سایر حق انتخاب‌ها و گزینه‌ها را بررسی کنید. بنابراین، مهم است که شک و تردید بیمار را در مورد وجود راه حل‌های دیگر بپذیرید و وی را به شکل‌های غیرواقعی‌بینانه‌ای تشویق به خوش بینی که ممکن است ناگهان منتهی به نومیدی شود، نکنید.

۴) حل مسأله

اگرچه حل مسأله یک تکنیک شناختی است ولی به دلیل اهمیتی که در پیشگیری از خودکشی دارد به صورت جداگانه توضیح داده شده است.

وقتی برای بیمار روشن می‌شود که خودکشی راه حل خوبی نیست و دلایل مهمی برای ادامه زندگی و عدم اقدام به خودکشی وجود دارد باز هم ممکن است گزینه دیگری برای حل مشکل یا مشکلاتی که موجب می‌شود به خودکشی به عنوان یک راه حل فکر کند، به ذهنش نرسد. بنابراین، لازم است در جلسه به این مشکل (یا مشکلات) پرداخته شده و یک حل مسأله سالم و سازگارانه برای رفع آنها صورت گیرد.

در استفاده از این تکنیک به خاطر داشته باشید که حل مسأله، مستلزم همکاری بیمار و درمانگر است و در واقع، بیمار باید احساس کند بخشی از تیم درمانی است. چنین ارتباطی بویژه در مورد افرادی که افکار خودکشی دارند مهم است زیرا متوجه می‌شوند این توانایی را دارند که مشکلات خود را بدون متوسل شدن به خودکشی، حل کنند و یک قربانی منفعل در مقابل شرایط ناخوشایند زندگی نیستند. این افراد نیاز دارند بدانند که این فقط درمانگر نیست که می‌داند 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 نمی‌توانم زندگی‌م را مدیریت کنم. دیگران باید به من بگویند چه کار کنم."

البته باید این نکته را هم بخاطر داشته باشید که معمولاً سطح انرژی افرادی که افکار و تمایلات خودکشی دارند، پایین است، انگیزه پایینی دارند و یا ممکن است در مقابل مشکلات، احساس فلج شدن کنند. بنابراین گاهی لازم است درمانگر بیشتر فعال بوده و در این همکاری سهم بیشتری داشته

باشد تا بیمار بتدریج بتواند در درمان شرکت فعالی داشته باشد و تصمیم سالمی برای زندگیش بگیرد و امیدوار شود که امکان تغییر وجود دارد. برای مثال، اگر بخواهید منتظر بمانید تا بیمار گزینه‌های جایگزین اقدام به خودکشی را مطرح کند ممکن است تعداد آنها خیلی محدود باشد و یا بگوید هیچ چیزی به ذهنش نمی‌رسد. شما باید به بیمار کمک کنید تا راه حل‌ها و گزینه‌های احتمالی دیگر را شناسایی کند. برای این منظور او را تشویق کنید تا هر راه حلی را که به ذهنش می‌رسد حتی آنهایی را که در نگاه اول بیهوده و بی فایده به نظر می‌رسند، مطرح کند و خودتان نیز گزینه‌های دیگری را به آن اضافه کنید. به این ترتیب فهرست طولانی‌تری از گزینه‌های احتمالی، آماده می‌شود که سپس از میان آنها می‌توانید بهترین مورد را انتخاب کنید. برای آموزش مهارت حل مسئله می‌توانید از راهنمای مختصر در افسردگی استفاده 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 در حال کار روی حل مشکلات هستید، اقدام به خودکشی نمی‌کند. این توافق باید شامل توافق برای تماس با درمانگر و صحبت با او (نه فقط پیام دان به او) قبل از انجام هر کاری برای صدمه زدن به خود نیز باشد. اگرچه هیچ تضمینی برای عمل کردن به این توافق وجود ندارد ولی وقتی این کار در بستر یک ارتباط کاری خوب و با یک رویکرد همکاری‌انجام می‌شود، احتمال عمل کردن براساس آن بیشتر می‌شود. البته، باید در طی این مدت، پی‌گیری‌های تلفنی را انجام دهید و فقط به اخذ توافق یا تعهد بیمار، اکتفا نکنید.

و آخرین و مهم‌ترین نکته‌ای که در حل مسئله باید به آن توجه داشته باشید این است که از یک سو، آموزش حل مسئله معمولاً به بیش از یک جلسه، زمان نیاز دارد و از سوی دیگر بیمار باید فرصت داشته باشد تا راه حل انتخابی را براساس طرح عملیاتی که در جلسه تعیین شده، اجرا و اثر آن را در حل مشکل مورد نظر ارزیابی کند. بنابراین، سعی کنید بیش از یک جلسه را به حل مسئله اختصاص دهید و یا در قالب پی‌گیری‌های تلفنی، فرایند حل مسئله را دنبال کنید و در صورتی که مراجع به حمایت و هدایت نیاز داشت، او را راهنمایی کنید.

در بیمارانی که انگیزه خودکشی، خشم شدید نسبت به دیگران و تنبیه کردن آنهاست، باید روشن شود که آیا خودکشی، بهترین گزینه برای این کار هست و آیا واقعا او را به هدفش می‌رساند یا خیر. برای این منظور باید انتظارات بیمار را در مورد پیامدهای خودکشی بررسی و روی راه‌های دیگر رسیدن به این هدف، کار کنید. همچنین می‌توان روی این موضوع کار کرد که آیا این هدف، آنقدر ارزش دارد که روی زندگیش خطر کند. در بررسی گزینه‌های دیگر برای برون‌ریزی خشم، در ابتدا می‌توان روی همه گزینه‌های موجود حتی نادرست، حساب باز کرد مثل دعوا کردن و ... اگرچه آنها روش‌های مناسبی نیستند ولی بهتر از خودکشی هستند.

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 بروز مجدد افکار و تمایلات خودکشی پیشگیری کنید. برای این منظور توصیه‌های زیر را مطرح کنید:

۱. عوامل برانگیزان موقعیت‌های پرخطر را شناسایی کنید- عواملی را که احساس نومی‌دی و افکار خودکشی را افزایش می‌دهد، شناسایی کنید. برای مثال پایین آمدن خلق و یا مشاجره با اعضای خانواده و یا ازدست دان یک رابطه مهم، ممکن است موجب بروز دوباره افکار خودکشی شود.
۲. به متخصص مراجعه کنید- برای مقابله با عوامل و موقعیت‌های برانگیزان به متخصص شامل روان‌شناس، پزشک و روان‌پزشک 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 پزشک خود صحبت کنید. اگر برای افسردگی دارو مصرف می‌کنید باید بدانید که علائم افسردگی بتدریج از بین می‌رود. معمولاً ابتدا علائم جسمی مثل انرژی و خواب بهبود پیدا می‌کند و سپس خلق‌تان بهتر می‌شود. اگر احساس می‌کنید دوباره در حال افسرده شدن هستید، حتماً 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 می‌کنید انرژی و یا حوصله انجام آن را ندارید. برای مثال سر یک ساعت معین بخواهید و از خواب بلند شوید، به رفتن سر کار و یا دانشگاه ادامه دهید، فعالیت‌هایی مثل ورزش، پیاده روی را هر روز انجام دهید و به انجام کارهایی که به آن علاقه دارید ادامه دهید حتی اگر احساس می‌کنید دیگر از آن لذت نمی‌برید.
۵. به اهداف شخصی خود فکر کنید و آنها را دنبال کنید- در مورد اهداف شخصی که در حال حاضر و یا در گذشته 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 دستیابی 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 کوچک‌تر و کوتاه مدت تقسیم کند تا انگیزه تلاش و پشتکار برای رسیدن به آن را داشته باشید.

جلسه چهارم: آموزش خانواده

اهداف:

- ۱) افزایش دانش خانواده در مورد عوامل خطر و محافظ خانواده‌گی
- ۲) افزایش دانش خانواده در مورد عوامل هشداردهنده خودکشی
- ۳) افزایش دانش و بهبود مهارت خانواده برای مقابله با افکار خودکشی بیمار

مروری بر جلسه

ارتباط با خانواده‌ی 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 باشد.

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. البته، بهتر است که بیمار را در جریان آن قرار دهید. در وضعیت غیراورژانسی ابتدا سعی کنید مراجع را ترغیب کنید از اعضای خانواده خود بخواهد تا در جلسات شرکت کنند ولی اگر به هر دلیلی تمایلی برای این کار ندارد او را تشویق کنید تا در مورد نگرانی‌هایش صحبت کند و سپس سعی کنید رضایت او را برای ارتباط با خانواده با رعایت اصل اخلاقی رازداری، بدست بیاورید.

۱) معرفی موضوع جلسه

نقش و اهمیت خانواده را در ارزیابی و 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

آموزش‌های روان شناختی لازم در مورد خودکشی را به خانواده ارائه دهید. این آموزش شامل عوامل خطر و محافظ خودکشی است. در توضیح این عوامل، بر نقش خانواده به عنوان یک عامل محافظ و نیز عامل خطر تاکید کنید. برای این منظور توضیح دهید در اغلب موارد عدم وجود حمایت خانوادگی و اجتماعی که موجب انزوا و گوشه گیری می‌شود یک عامل خطر مهم خودکشی است. گاهی علت آن باورهای اشتباه بیمار به دلیل افسردگی یا سایر بیماری‌های روانی است و گاهی نیز خشونت خانگی، مصرف مواد و... آنها را از خانواده دور می‌کند. 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 نشانه‌های هشداردهنده خودکشی را برای خانواده تو ضیح 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 هشداردهنده اولیه دارد که اگر به موقع تشخیص داده شوند می‌توان از اقدام به خودکشی پیشگیری کرد. این نشانه‌ها، عبارتند از:

- ✓ بی‌توجهی به ظاهر، سلامت و امور شخصی
- ✓ افت عملکرد تحصیلی یا شغلی
- ✓ تغییر الگوی خواب و خوراک
- ✓ تغییر الگوی تعاملات اجتماعی مانند انزوا و کناره‌گیری از خانواده، دوستان و اجتماع
- ✓ بی‌علاقگی و بی‌توجهی به احساس دیگران
- ✓ اشتغال ذهنی با موضوعات مربوط به مرگ
- ✓ بهبود ناگهانی خلق بعد از یک دوره افسردگی
- ✓ تلاش برای رتق و فتق امور شخصی
- ✓ نومیدی، خشم، اضطراب یا احساس به بن‌بست رسیدن
- ✓ سوء مصرف الکل و مواد یا افزایش میزان مصرف
- ✓ رفتارهای خطرناک یا انجام رفتارهای پرخطر

علاوه بر نشانه‌های فوق، یک سری علائم هشداردهنده 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 روان‌پزشک کمک بگیرد.

- ✓ تهدید به صدمه زدن یا کشتن خود یا صحبت در مورد آن
- ✓ تهیه وسایل لازم برای اقدام به 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 شدید و کنترل نشده

علاوه بر آموزش ارزیابی خطر خودکشی به خانواده، باید آنها را در فرایند مدیریت خطر خودکشی، بویژه در مواقعی که خطر خودکشی بالا می‌رود، درگیر کنید. با ایجاد یک ارتباط کاری خوب با خانواده و آموزش آنها، اعضای خانواده می‌توانند نقش حمایتی موثری در پیشگیری از خودکشی داشته باشند. برای این منظور ابتدا موقعیت فعلی بیمار را با رعایت اصول رازداری برای خانواده توصیف کنید و سپس طرح و اهداف درمان و نقش مهم آنان را در این فرایند توضیح دهید. بویژه مهم است که اعضای خانواده را در رشد طرح امنیت درگیر کنید، زیرا آنها منابع اطلاعاتی ارزشمندی در خصوص رفتارهای

مراجع بوده و می‌توانند به طراحی طرح امنیت در منزل و اجرای آن کمک کنند. علاوه بر این، خانواده می‌تواند در کاهش خطر خودکشی در محیط زندگی مراجع نیز نقش موثری داشته باشد. شما می‌توانید به خانواده آموزش دهید تا دسترسی فرد را به وسایل مرگبار مانند اسلحه، مواد مسموم‌کننده و یا مقادیر زیاد دارو، کاهش دهند. اگرچه نمی‌توان همه جنبه‌های محیط بیمار را کنترل کرد ولی از دسترس خارج کردن و مخفی کردن و وسایل مرگبار می‌تواند احتمالاً یک اقدام تکانه‌ای 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 نگرانی‌های بیمار توجه داشته باشند، از او حمایت کنند و انزوای عاطفی وی را کاهش دهند. همچنین، به نگرانی‌ها و احساسات خود خانواده مانند ترس یا خشم نیز توجه کنید و اگر نیاز به حمایت و کمک دارند، ارجاع مناسب را انجام دهید.