

# مداخله مختصر برای مدیریت خودکشی

ویژه کارشناسان سلامت روان

تدوین: دکتر فهیمه فتحعلی لواسانی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

نام سند	بسته آموزشی مداخلات در خودکشی
نگارش	۱
تاریخ صدور	۱۳۹۶
نام کامل فایل	مداخله مختصر برای مدیریت خودکشی ویژه کارشناسان سلامت روان
شرح سند	در مورد روشهای تخصصی پیشگیری و مداخله در خودکشی
نویسنده/مترجم	تدوین: دکتر فهیمه فتحعلی لواسانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

**بخش نخست:**

**کلیات خودکشی**

- تعریف خودکشی
- باورهای نادرست و واقعیت ها در مورد خودکشی
- علت خودکشی
- عوامل خطر و محافظ 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

### مقدمه

خودکشی علت تقریباً یک میلیون مرگ و میر در سال است که آن را در زمره ۱۰ علت اصلی مرگ و میر در دنیا قرار می‌دهد. همچنین خودکشی ۱.۴ درصد بار کلی بیماری‌ها را در جهان تشکیل می‌دهد. اگرچه این ارقام هشدار دهنده است ولی به نظر می‌رسد ارقام واقعی بالاتر هم باشد. علاوه بر این، خودکشی فقط از دست رفتن و مرگ یک فرد نیست بلکه یک تراژدی برای والدین، همسر و فرزندان و سایر اعضای خانواده و دوستان است که ممکن است زندگی آنها را از جنبه‌های مختلف روان‌شناختی، اجتماعی و اقتصادی تحت تاثیر قرار دهد.

اگرچه نرخ خودکشی در کشورهای مختلف متفاوت است ولی به طور کلی آمارها نشان می‌دهد میزان خودکشی در ۵۰ سال اخیر ۶۰ درصد افزایش یافته است. بنابراین خودکشی از جمله مشکلاتی است که توجه فوری و اورژانسی مراکز بهداشتی را می‌طلبد. اگرچه پیشگیری از خودکشی اصلاً کار راحتی نیست و مستلزم یک رویکرد جامع و اجرای طیف گسترده‌ای از مداخلات از آموزش فرزند پروری تا مشاوره خانوادگی و درمان اختلالات روانی است، ولی در این میان مراکز مراقبت بهداشتی اولیه می‌توانند نقش مهمی را داشته باشند. این مراکز معمولاً اولین نقطه تماس با افرادی هستند که ممکن است در خطر خودکشی قرار داشته باشند. البته، چون بسیاری از افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند داوطلبانه در مورد افکار و یا نقشه خود برای خودکشی صحبت نمی‌کنند و ممکن است به دلایل دیگری به مراکز بهداشتی مراجعه کنند، ارزیابی خطر خودکشی و متعاقب آن طراحی برنامه‌ای برای مدیریت آن یکی از مهمترین و حساس‌ترین وظایف کسانی است که در این مراکز کار می‌کنند. بویژه کارشناسان سلامت روان که با افرادی کار می‌کنند که مشکلات و اختلالات روان پزشکی دارند باید نسبت به احتمال خودکشی در مراجعان خود حساس بوده و بتوانند به شکل دقیقی آن را ارزیابی و مدیریت کرده و یا در صورت لزوم ارجاع مناسب را انجام دهند. البته بدیهی است کار روی خودکشی یکی از اضطراب‌برانگیزترین و چالش‌آورترین حوزه‌های کاری برای اغلب متخصصان است ولی کارشناسان سلامت روان باید دانش، مهارت و شایستگی‌های ضروری برای شناسایی، ارزیابی و مدیریت آن را داشته باشند.

## 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 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.
- **فرا خودکشی:** رفتاری که بالقوه آسیب رسان بوده ولی فرد قصد کشتن خود را نداشته و هدف دیگری را دنبال می کرده است. این رفتار می تواند منجر به آسیب و حتی مرگ بشود یا نشود.
- **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 یا رفتارهای صدمه به خود:** همه رفتارهای صدمه زدن عمدی به بدن بدون قصد کشتن خود، مثل زدن رگ

### 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 اقدام به خودکشی می میرند، قبلا در مورد افکار و نقشه خود برای خودکشی حرف زده

بودند

## مداخله مختصر برای مدیریت خودکشی

**باور غلط:** خودکشی همیشه یک عمل تکانه ای است و بدون هشدار قبلی اتفاق می افتد  
**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 یک شکلی، کلامی یا رفتاری، افکار یا قصد خودکشی را بیان کرده اند

**باور غلط:** افرادی که واقعا در خطر خودکشی قرار دارند، تصمیم خود 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 کسی حرف زده باشند و حتی به پزشک یا روان شناس زنگ زده باشند. این کار حاکی از تردید و احساس دوگانه در مورد از بین بردن خود است

**باور غلط:** افرادی که خودکشی می کنند خودخواه و ضعیف هستند. کسی که باهوش و موفق است هرگز 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 بر این، خودکشی در بسیاری از موارد مرزهای فرهنگی و اقتصادی و اجتماعی را پشت سر می گذارد.

**باور غلط:** ارزیابی خودکشی و سوال در مورد آن موجب می شود افراد به فکر این کار بیفتند  
**واقعیت:** بسیاری از کسانی که خودکشی می کنند از یک اختلال روانی 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:** در برخی موارد خودکشی یک فریاد نومیدانه 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، بلا فاصله پس وقتی است که فرد به دلیل اقدام به خودکشی در بیمارستان بستری است. معمولا هفته بعد از ترخیص از بیمارستان، هفته ای است که فرد در خطر بالایی فرار دارد.

**باور غلط:** ژست خودکشی را نباید جدی گرفت

**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 خودکشی را جدی گرفت: اول- بیمار ممکن است حساب و کتابش غلط از آب دربیاید و نجات پیدا نکند و دوم- اگر فرد پاسخ مورد نظر را دریافت نکند ممکن است 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 مقابله یا رفتار مقابله ای فرض کرد که تحت دو شرایط اتفاق می افتد. الف- درد جسمی یا روانی که غیرقابل تحمل و تنش آور تجربه می شود و دوم- موقعیت دردناکی که موجب این درد و رنج شده، تمام نشدنی و غیرقابل تغییر ادراک می شود. در چنین شرایط خودکشی نوعی حل مساله- البته یک حل مساله ناسالم- برای مقابله با موقعیت دردناکی است که غیرقابل تغییر ادراک می شود.

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 محافظ تقسیم بندی می شوند. عوامل خطر، عواملی هستند که احتمال اقدام به خودکشی را افزایش داده و عوامل محافظ عواملی هستند که این احتمال را کاهش می دهند. بخاطر داشته باشید هیچ عامل خطر یا محافظی نمی تواند به تنهایی و به شکل مستقلاً 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 همراه با 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 مشاوران حائز اهمیت 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** - معمولا نرخ خودکشی با افزایش سن افزایش می یابد. بطور کلی سه دوره سنی با خطر بالای خودکشی همراه است:

(۱) اواخر نوجوانی و اوایل جوانی ( ۱۵-۲۴ سالگی ) (۲) میانسالی و (۳) سالمندی ( ۶۵ به بالا)

**جنسیت** - خطر 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 ۴ برابر بیشتر از 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 روانپزشکی است.

اختلالات خلقی بویژه افسردگی از جمله قویترین عوامل خطر خودکشی محسوب می شوند. اختلالات اضطرابی نیز بخصوص 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 مخصوصا در ابتدای بیماری بالاست. تقریبا ۱۰-۱۵ 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 بیش 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.

**علائم روان شناختی** - علاوه بر اختلالات روان پزشکی، وجود برخی علائم روان شناختی مانند تکانه ای بودن، نومییدی، 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، ۵۰-۱۰۰ برابر جمعیت عمومی در خطر خودکشی قرار دارند



د- **بیمارهای 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 ( چدایی 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

### عوامل محافظ خودکشی

عوامل محافظ عواملی هستند که خطر خودکشی را کاهش می دهند. البته ذکر این نکته لازم است که وجود عوامل محافظ 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 محافظ 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 محافظ خانوادگی:

حس مسئولیت نسبت به خانواده  
روابط خانوادگی گرم و مثبت  
برخورداری از حمایت خانوادگی

### ج- عوامل محافظ 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

### اختلالات روانی و خودکشی

حدود ۹۰ درصد کسانی که زندگیشان را با خودکشی پایان می دهند مبتلا به یک اختلال روانی 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 بویژه اختلال شخصیت مرزی و اختلالات اضطرابی بخصوص اختلال استرس پس از سانحه بالاست. بنابراین وجود هر نوع اختلال روانی باید شما را نسبت به احتمال خودکشی حساس کند.

### مدیریت خودکشی

به دلیل شیوع بالای خودکشی در بیماران روان پزشکی، 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 آموزش های کافی در این زمینه را دریافت کنند.

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 بنزودیازپین ها (برای درمان اضطراب)، ضد افسردگی ها، لیتیوم ( برای اختلالات خلقی) و آنتی سایکوتیک هاست. البته در مورد داروهای ضد افسردگی SSRI باید مراقب ریسک خودکشی بود زیرا این داروها خطر خودکشی را بویژه در نوجوانان و جوانان افزایش می دهد. گاهی هم از ECT برای درمان رفتار خودکشی استفاده می شود که شواهد، حاکی از اثر کوتاه مدت آن است.

## مداخله مختصر برای مدیریت خودکشی

**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 دیپالکتیک 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.

همچنین، 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.

پیشگیری از خودکشی در مراکز مراقبت اولیه و سلامت روان اهمیت زیادی دارد. چون

- ۱ نفر از هر ۴ نفری که مرتکب خودکشی می شوند در سال قبل از مرگشان به مراکز بهداشت روان مراجعه کرده بودند
- بیش از ۱ نفر از هر ۱۰ نفری که مبتلا به اختلالات روان پزشکی شدید هستند، اقدام به خودکشی می کنند
- خطر خودکشی در افسردگی و پس از ازدست دادن یک فرد مهم زندگی بالا می رود

### 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. تعیین نوع مداخله براساس میزان خطر خودکشی
۴. طراحی طرح امنیت
۵. قرارداد عدم آسیب زدن به خود

#### وسایل مورد نیاز

۱. کاربرگ طرح امنیت
۲. راهنمای مداخله مختصر در خودکشی

#### 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 براین، در انتهای جلسه برای تضمین امنیت مراجع، یک طرح امنیت را با همکاری وی طراحی کنید.

### ۱. 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 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:

- ✓ ملاقات با 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 نومید و درمانده است و عدم تبعیت درمانی وی ممکن است بازتاب نومیدی و بدبینی کلی او باشد. بنابراین باید صبور و شکیبا 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.

### ۲. ارزیابی خطر خودکشی

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 محافظ فرد است. عوامل خطر و محافظ ممکن

است قابل تغییر باشند یا نباشند. هدف استراتژی های پیشگیری از خودکشی، عوامل قابل تغییر است یعنی تلاش برای کاهش عوامل خطر و افزایش عوامل محافظ در فرد، اجتماع و جامعه. شناسایی این عوامل کمک می کند تا سطح کلی خطر خودکشی در هر فرد ارزیابی و به این ترتیب طرح درمان ریخته شود، طرحی که شامل تامین امنیت بیمار و پرداختن به عوامل قابل تغییر جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی فرد است. بنابراین، ارزیابی جامع و دقیق خودکشی برای مداخله موثر و پیشگیری از خودکشی اساسی است. هدف اصلی این ارزیابی، فراهم کردن اطلاعاتی برای پیشگیری و مشاوره است. ارزیابی خطر خودکشی باید در آغاز ارزیابی های روان پزشکی، وقوع هر گونه رفتار و یا افکار خودکشی و مشاهده تغییرات بالینی مهم صورت گیرد.

### آیا می توان همیشه خودکشی را پیش بینی کرد؟

متأسفانه پاسخ خیر است. کاری که شما می توانید انجام دهید ارزیابی میزان خطر خودکشی بر اساس عوامل خطر و محافظ خودکشی است. شما باید براساس این ارزیابی از خود سوال کنید خطر خودکشی چقدر بالاست و براساس پاسخی که به این سوال می دهید، مداخلات و ارجاع های لازم را انجام دهید. مسئولیت شما انجام قضاوت بالینی در مورد میزان درخطر بودن فرد است که البته بهتر است این قضاوت، یک اشتباه مثبت باشد تا منفی اشتباه. بنابراین درحالیکه همیشه پیش بینی خودکشی امکان پذیر نیست ولی ارزیابی دقیق خطر خودکشی و اجرای مداخلات فوری، کوتاه مدت و مناسب می تواند به فرد کمک کند تا به جای مرگ، زندگی را انتخاب کند

بطور کلی ارزیابی خودکشی مستلزم ارزیابی رفتار خودکشی و عوامل خطر بویژه وجود اختلالات روانی و نیز حمایت های موجود است. وقتی ارزیابی کامل شد، میزان کلی خطر خودکشی باید برحسب شدت مشخص شود. در زیر مراحل ارزیابی خودکشی آمده است. لازم به ذکر است اگر امکان ارزیابی کامل خطر خودکشی وجود ندارد، فقط سوالات گام اول را بپرسید و اقدام لازم را انجام دهید.

### گام اول- ارزیابی افکار، برنامه و قصد خودکشی و مرگ بار بودن آن

در مورد اینکه آیا فرد به خودکشی فکر می کند یا خیر، سوالات مستقیمی بپرسید. 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 بپرسید:

- ✓ تابحال فکر کرده ای زندگی ارزش زندگی کردن را ندارد؟
- ✓ آیا تا بحال به پایان دادن به زندگیت فکر کرده ای؟
- ✓ آیا تابحال 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؟

### افکار شدید و مداوم = خطر بالا

- 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 زندگیت 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؟

**افکار منفعل = خطر پایین** ( بیمار نمی خواهد زنده بماند ولی طرح و نقشه ای برای آن ندارد، مثلا می گوید دلم می خواهد شب بخوابم و دیگر بلند نشوم )

**افکار فعال = خطر بالا** ( بیمار افکار جدی و طرح و نقشه برای اقدام به خودکشی دارد، برای مثال می گوید در مورد کشتن خودم فکر می کنم، دوست دارم خودم را وسط جاده بیندازم )

**طرح و نقشه دقیق و همراه با جزئیات = خطر بالاتر**

۳) **ارزیابی قصد خودکشی** - آیا قصد خودکشی وجود دارد؟

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

**عدم وجود قصد مشخص = خطر پایین** ( مراجع، افکار و خیالاتی در مورد طرح و نقشه خودکشی وجود دارد ولی مطلقا قصدی برای عملی کردن طرح خود ندارد. مثلا می گوید آه، نه، من هیچ وقت به آن فکر نمی کنم من بچه دارم.

درواقع، خیال پردازی در مورد خودکشی می تواند راهی برای تسکین تنش و ناراحتی باشد چون می داند هر وقت بخواهد می تواند از آن بیرون بیاید)

**وجود قصد خاص = خطر بالا** (بیان قصد خاص برای پایان دادن به زندگی، مثلاً مراجع می گوید قصد دارم به محض اینکه بچه ام از آب و گل دربیاید، خودکشی کنم)

**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؟
- ✓ طرح و نقشه خودکشی چقدر کشنده است؟ 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؟ تکلیف اموالش را روشن کرده و ...؟

**کشنده بودن بیشتر، دسترسی به وسایل، فراهم کردن مقدمات = ریسک بالاتر**

### گام دوم - 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 نتونستم درست انجام بدم)

**احساس گناه و پشیمانی = خطر پایین**

**سرخوردگی، سرزنش خود = خطر بالاتر**

### گام سوم - 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 خطر کردن و برون ریزی جنسی

✓ آیا احساس می کنی روی اعمال و رفتار کنترل داری؟

✓ چقدر احساس می کنی خارج از کنترل هستی؟

✓ چه وقت احساس کردی از کنترل خارج شدی؟ چکار کردی؟

(۳) وجود سوء مصرف الکل و مواد

### گام چهارم - 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.

### گام پنجم - ارزیابی عوامل محافظ

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 زندگیت 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

### گام ششم- بررسی وضعیت روانی

(۱) وضعیت هیجانی- بیمار چه خلقی را گزارش می کند؟ شما چه عاطفه ای را مشاهده می کنید؟

هیجانان شدید و غیر قابل تحمل و یا کرختی عاطفی = خطر بالاتر

(۲) رفتار و ظاهر- ظاهر، تفکر و رفتار فرد را ارزیابی کنید.

✓ مراجع چطور به نظر می رسد؟ (وضعیت بهداشتی، سر و وضع و ظاهر)

✓ آیا می داند کجاست؟ چه زمانی از روز، ماه و سال است؟ آیا می داند شما چه کسی هستید؟ توجه و تمرکز و حافظه وی چطور است؟

✓ آیا افکار وی منطقی و سازمان یافته است؟ محتوای فکر او چیست (پارانویید و هذیانی)

✓ بیمار چطور رفتار می کند؟ (بیقرار، هو شیار، همکاری کننده)

(۳) ظرفیت حل مساله

✓ وضعیت قضاوت و استدلال او چیست؟

✓ آیا بیمار برای حل مشکلاتش از روش حل مسئله منطقی استفاده می کند؟ آیا راه حل هایی برای حل مشکلاتش در ذهن دارد؟

(۴) ارزیابی امید به آینده

✓ چقدر امید دارید که وضعیت فعلی شما تغییر کند؟

✓ برای اینکه اینقدر احساس نومیدی نکنید چه چیز باید تغییر کند؟

احساس نومیدی، درماندگی، بوجی و بی معنایی زندگی و آینده= خطر بالاتر

خطر خودکشی ایستا نیست. بنابراین در بیمارانی که تمایلات خودکشی دارند، خطر خودکشی باید مرتب پایش شود. همچنین باید به عواملی که ممکن است در ارزیابی دقیق خطر خودکشی تداخل ایجاد کند، توجه کرد. برای مثال ارزیابی خطر خودکشی در بیماری که تحت تاثیر مواد است، چندان اعتباری ندارد

### ۳. تعیین میزان خطر خودکشی

اگرچه پیش بینی دقیق خودکشی امکان پذیر نیست ولی براساس اطلاعاتی که در ارزیابی به دست آورده اید می توانید خطر خودکشی را تعیین کنید. راهنمای زیر به شما کمک می کند این کار را انجام دهید:

**خطر خودکشی وجود ندارد** = عدم وجود افکار خودکشی یا هر عامل خطر دیگر

**خطر خودکشی خفیف** = افکار خودکشی فراوانی، شدت یا مدت زمان محدودی دارد. قصد خودکشی و طرح و نقشه خاصی برای خودکشی وجود ندارد. فرد خود-کنترلی خوبی دارد. عوامل خطر معدود است ( برای مثال سابقه اقدام به خودکشی وجود ندارد) ، عوامل محافظتی وجود دارد

**خطر متوسط خودکشی** = افکار خودکشی مکرر با شدت و دوره محدود وجود دارد، یک طرح و نقشه خاص وجود دارد ولی قصد خودکشی وجود ندارد. یک سری عوامل خطر وجود دارد (سابقه اقدام به خودکشی و حداقل دو عامل خطر اضافی خودکشی) ولی عوامل محافظت کننده هم وجود دارد. فرد برای بهبود وضعیت هیجانی و روان شناختی فعلی خود انگیزه دارد.

**خطر بالای خودکشی** - افکار خودکشی مکرر، شدید و مداوم، وجود طرح نقشه خاص، وجود نشانه های عینی از قصد خودکشی مانند تهیه وسایل لازم برای خودکشی، بخشیدن اموال و ... شواهدی از خود-کنترلی ضعیف، خلق افسرده و علائم شدید روان پزشکی، عوامل خطر متعدد و عوامل محافظ معدود. سابقه اقدام به خودکشی با دو یا چند عامل خطر دیگر وجود دارد. فرد فاقد انعطاف پذیری شناختی بوده، نسبت به آینده ناامید است و وجود حمایت اجتماعی موجود را انکار می کند

**خطر فوری خودکشی** - افکار خودکشی مکرر و شدید و مداوم، طرح و نقشه خاص، دسترسی به وسایل خودکشی، قصد عینی خودکشی ( خود گزارشی و قضاوت بالینی)، خود کنترلی آسیب دیده، خلق افسرده، علائم شدید روان پزشکی، فرد بارها اقدام به خودکشی کرده ، عوامل خطر زیاد بوده عوامل محافظت کننده وجود ندارد.

#### ۴. تعیین نوع مداخله براساس سطح خطر

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 است که باید طرح درمان ریخته شود. این طرح معمولاً با همکاری مراجع طراحی می شود 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 وقتی سطح خطر خودکشی مشخص شد، سطح مراقبت مورد نیاز را تعیین کنید:

- اگر خطر خودکشی پایین است، جلسات معمول خود را داشته باشید و با یک رویکرد مشاوره ای به موضوع بپردازید. البته افراد با ریسک خفیف، مستلزم ارزیابی مجدد و پایش افکار خودکشی در طی زمان هستند چون همانطور که ذکر شد سطح خطر ایستا نیست و کسانی که در این گروه و یا گروه متوسط قرار می گیرند، ممکن است به سمت گروه های بالاتر حرکت کنند.

- اگر خطر خودکشی متوسط است، بیمار را پایش کنید و سطح خطر خودکشی را مرتب- در فواصل هفتگی و حداقل ماهانه ارزیابی کنید- تا اگر نیاز به بستری شدن وجود دارد سریعاً این کار را انجام دهید. در مجموع، فردی را که در خطر متوسط قرار دارد، ابتدا به پزشک و یا روان پزشک ارجاع دهید، ترتیبی دهید تا بیمار ۲۴ ساعته به خدمات حمایتی مرکز دسترسی داشته باشد و سیستم حمایتی وی شامل خانواده را در طرح مدیریت خودکشی مشارکت دهید. این افراد می توانند در صورت وجود حمایت و نظارت کافی در خانه نگهداری شود. بخاطر داشته باشید تاریخ جلسات بعدی را با بیمار تعیین کنید و زمان جلسه را با تلفن یاد آوری کنید.
- برای افراد با سطح خطر شدید یا فوری، بستری کردن که گاهی لازم است علی رغم میل مراجع و به صورت اجباری انجام شود، اولین گزینه است تا مدیریت کامل صورت گیرد. البته اگر اعضای خانواده بتوانند نظارت و مراقبت ۲۴ ساعته داشته باشند امکان درمان سرپایی هم وجود دارد. در صورتی که بیمار در خانه نگهداری می شود ارزیابی باید به صورت مداوم با فواصل ۲۴ ساعته انجام شود و جلسات مکرر، تماس های تلفنی، و ویزیت در منزل انجام شود. بنابراین، اولین کاری که باید برای این افراد انجام دهید آن است که آنها را به پزشک مرکز ارجاع دهید تا مقدمات لازم برای بستری شدن وی انجام شود. یادتان باشد بیمار را تا اتاق پزشک همراهی کنید و حتما مطمئن شوید که پزشک وی را ویزیت می کند.

یک رویکرد جامع مدیریت خودکشی شامل سه مرحله است:

- (۱) وقتی مراجع در بحران خودکشی است، مداخله باید روی تامین امنیت وی متمرکز باشد. در مواردی که خطر خودکشی بالاست این تضمین امنیت ممکن است به صورت بستری کردن باشد. اگر میزان خطر متوسط است می توان با طراحی یک طرح امنیت، آن را تضمین کرد.
- (۲) وقتی امنیت مراجع تضمین شد باید روی عوامل خطری که از نظر زمانی با بحران ارتباط دارد - مانند بیکار شدن یا بحث و جدل زناشویی- کار شود.
- (۳) عوامل خطر زمینه ساز مانند بیماری روانی باید روشن شود و مداخلات مناسب برای آن طراحی شود. مدیریت مناسب خودکشی فقط شامل بررسی و کار روی عوامل آشکار ساز خودکشی نیست بلکه مستلزم مدیریت و حل همه عوامل دخیل در خطر خودکشی شامل درمان هر اختلال روانی زیربنایی است

### ۵. طرح امنیت

همانطور که ذکر شد تضمین امنیت مراجع، اولین کاری است که در مدیریت خودکشی باید انجام شود. بنابراین، 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 مراجع- طراحی کنید و هر زمان که تغییری در سطح خطر خودکشی اتفاق افتاد، این طرح را دوباره بازنگری کنید.

طرح امنیت متفاوت از طرح درمان است. در این طرح باید روشن شود که اگر مراجع، افکار و یا تمایل به خودکشی را تجربه کرد باید چه کارهایی را انجام دهد و با چه کسی یا کجا تماس بگیرد. برخی افراد و سازمان هایی که می توان آنها را در طرح امنیت گنجانند شامل روان شناسان حرفه ای، پزشک خانواده، سرویس های اورژانس ۲۴ ساعته، دوستان و همسالان، روحانیون و سیستم حمایتی خانواده است. طرح های امنیت در مراکز سرپایی مورد استفاده قرار می گیرند و یک کپی از آن باید به مراجع و افراد مرتبط داده می شود (پیوست را ملاحظه کنید).

### ۶. قراردادهای عدم آسیب

قرار داد عدم آسیب، یک تعهد شفاهی یا کتبی از سوی مراجع است که در آن متعهد می شود اگر احساس کرد قادر به حفظ امنیت خود نیست، قبل از اینکه کاری انجام دهد و به خود صدمه بزند با درمانگر و یا یک شخص کلیدی خاص تماس می گیرد. البته بیمار ممکن است به دلایل مختلف مانند احساسات شدید و طاقت فرسای درد و رنج روانی، تحریفات شناختی و یا پاتولوژی همزمان مثل افسردگی به این قرارداد پایبند نباشد. بنابراین خیلی روی آن حساب نکنید چون به غلط ممکن است نگرانی و گوش بزنگی سیستم حمایتی / درمانگر را بدون داشتن تاثیر مفیدی روی قصد خودکشی پایین بیاورد.

علاوه براین، درمانگر و بیمار باید سعی کنند هر موقعیتی را که ممکن است میل به خودکشی را به صورت ناگهانی افزایش دهد، از قبل پیش بینی کرده و شیوه مقابله با آن را طراحی کنند. یک کار مهم در این رابطه دور کردن هر وسیله ای از محیط زندگی بیمار است که ممکن است با آن اقدام به خودکشی کند. برای مثال بیمار باید قرص ها و یا اسلحه اش را به یکی از اعضای خانواده و یا حتی درمانگر بدهد. چنین کاری اقدام به خودکشی را غیرممکن نمی سازد بلکه خطر خودکشی تکانه ای را کمتر می کند. بهتر است این برنامه دور ریختن وسایل خودکشی را بگونه ای برنامه ریزی کنید که امکان ارزیابی انجام آن وجود داشته باشد، برای مثال خانواده آن را تایید کنند و به درمانگر گزارش دهد.

اگر کارها خوب پیش می رود و بستری شدن بیمار لازم نیست می توانید بیمار را ۲-۳ جلسه در هفته ببینید. علاوه بر آن در فواصل بین جلسات می توانید ترتیب تماس تلفنی را نیز بدهید. به طور کلی، درمانگر باید همیشه برای مدیریت بحران های احتمالی در دسترس باشد حتی اگر قرار باشد بیمار دیر وقت و یا در تعطیلات زنگ بزند.

وقتی بیمار یک تعهد واقعی برای آسیب نزدن به خود می دهد آن وقت بیمار و درمانگر می توانند برای به حداقل رساندن خطر اقدام به خودکشی قدم هایی را بردارند و شروع به کار روی مشکل بیمار با تکنیک های شناختی کنند. ولی اگر بیمار چنین تعهدی را نمی دهد، تمایلی برای دور ریختن وسایل خودکشی ندارد و می گوید هنوز قصد دارد خودکشی کند، باید یک اقدام قاطع صورت گیرد. این اقدام بستری کردن داوطلبانه در این نقطه قدام شامل بستری کردن داوطلبانه و یا اجباری بیمار و درگیر کردن اعضای خانواده در انجام این کار است. در هر صورت بخاطر داشته باشید این مسئولیت درمانگر است که هر کاری را که می تواند انجام دهد تا خطر خودکشی را به حداقل برساند.

۷. خاتمه جلسه

یک کپی از طرح امنیت را به بیمار بدهید و زمان و ساعت جلسه بعد را روی کارت یادداشت کنید و به وی بدهید. علاوه بر این 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 - آموزش روانی و کاهش رنج بیمار

### اهداف:

۱. آموزش روانی در مورد خودکشی
۲. آموزش تکنیک های کاهش رنج روانی بیمار

### وسایل مورد نیاز:

۱. طرح امنیت
۲. راهنمای مداخله مختصر برای خودکشی

### مروری بر جلسه

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.

برای مدیریت خودکشی روش های مختلفی وجود دارد ولی اولین کار، تضمین امنیت فردی است که افکار یا قصد خودکشی دارد. وقتی این کار انجام شد، آن وقت با استفاده از تکنیک های مختلف شناختی رفتاری به فرد آموزش داده می شود که چطور با افکار خودکشی مقابله کند و با استفاده از روش های موثر حل مساله و گسترش شبکه حمایت اجتماعی خود با مشکلاتی که موجب بروز و یا تشدید افکار خودکشی می شود، مقابله کند. البته، گاهی بیماری های روان پزشکی 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 درمان های ضروری برای وی انجام شود.

### ۱. آموزش روانی

در این قسمت یک سری اطلاعات پایه ای در مورد علل خودکشی و درمان های آن در اختیار مراجع قرار دهید تا انگیزه وی برای ادامه درمان و مشارکت فعال در آن افزایش پیدا کند.

**توصیف خودکشی** - 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. به نظر می رسد که هیچ راهی نجاتی وجود ندارد و درد و رنج تا ابد ادامه دارد. 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 می تواند 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 سوگ، خشم، نومیدی، تنهایی و شرم، بویژه وقتی شدید هستند برای همیشه طول نمی کشند. البته، گاهی خودکشی راهی برای تنبیه کردن دیگران است و یا راهی است برای اینکه به آنها نشان دهید چقدر درد می کشید. ولی پس از خودکشی دیگر آنجا نیستید تا ببینید آنها احساس گناه می کنند و یا نهایتاً درد شما را می فهمند.

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. افکار خودکشی می تواند خیلی ترسناک باشد ولی مهم است که بدانید فکر کردن در مورد خودکشی به معنی از دست دادن کنترل و یا عمل کردن براساس این افکار نیست. افکار خودکشی به این معنی نیست که آدم "ضعیفی" هستید و یا "دیوانه" شده اید. هستید. 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. شما مجبور نیستید با این موقعیت تنها مواجه شوید. کمک همیشه وجود دارد.

برخی از افکاری که ممکن است در این وضعیت در ذهن بیمار وجود داشته باشد در زیر آمده است:

هیچ راهی وجود ندارد

خانواده و دوستان بدون شما وضعیت بهتری خواهند داشت

شما کار خیلی وحشتناکی انجام داده اید که خودکشی تنها راه حل است

این درد غیرقابل تحمل تا ابد ادامه خواهد داشت

از این همه درد و رنج خلاص می شوم

اگر خودم را بکشم می فهمند چقدر به من صدمه زده اند

با این کار می توانم انتقامم را از دیگران بگیرم



**عوامل موثر** - عوامل مختلفی در بروز افکار و یا قصد خودکشی نقش دارند. یکی از مهمترین این عوامل، مشکلات و بیماری های روان پزشکی است. افسردگی یکی از مهمترین مواردی است که خطر خودکشی را افزایش می دهد. افسردگی، تفکر شما را تحریف می کند، انگار که یک عینک سیاه به چشم زده اید و همه چیز تیره تار به نظر می رسد. علاوه بر این، استرس های زندگی مانند مشکلات مالی و قانونی، مشکلات جسمی بویژه ابتلا به بیماری های مزمن و یا صعب العلاج، درد مزمن و نیز اختلاف با افراد مهم زندگی و یا از دست دادن آنها احتمال خودکشی را افزایش دهد.

**درمان** - درد شما خیلی واقعی است، ولی باید بدانید که امید وجود دارد. با امید به درمان و حمایت خانواده می توانید یاد بگیرید که چگونه موقعیتی را که موجب رنج تان شده تغییر دهید و یا آن را مدیریت کنید. صدمه زدن به خود یا خودکشی تنها حق انتخاب شما نیست. متخصصان می توانند به شما کمک کنند تا مهارت های جدیدی را برای مقابله با درد و رنج تان یاد بگیرید. این شامل رشد مهارت های جدید برای مقابله، دیدن مشکلات از یک زاویه یگر، بهبود توانایی مدیریت هیجانات شدید و دردناک، بهبود روابط و افزایش حمایت های اجتماعی و یا داروها باشد.

### ۲. مقابله با خودکشی

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 آن 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 افزایش و تقویت ظرفیت های مقابله ای.

### گام اول - کاهش درد

در گام اول، راه های کاهش درد 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 بیشترین 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 ببویم 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 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 بنویسید 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 احتمالا 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 امروزتتان عمل نکردید و زندگی کردن را انتخاب کرده اید. بنابراین، یک فهرست از افکاری را که در زمان افسردگی و نا امیدي 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 بربیایم، 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 حتماً آن را به پزشک تان بگویید تا وی ترتیب ارجاع شما را به یک متخصص بدهد.

### ۴. 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، سعی کنید 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

#### وسایل مورد نیاز:

۱. طرح امنیت
۲. راهنمای مداخله مختصر برای خودکشی
۳. راهنمای مداخله مختصر برای افسردگی

#### مروری بر جلسه

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. افزایش ظرفیت مقابله شامل استفاده از دو راهبرد اساسی است: (۱) شناسایی و اصلاح تحریفات شناختی پشت افکار خودکشی و (۲) آموزش مهارت حل مساله برای افزایش توانایی فرد برای حل مشکل یا مشکلاتی که موجب تمایل به خودکشی شده است.

#### ۱. معرفی موضوع و هدف جلسه

برای مراجع مقابله را تعریف کنید و بگویید مقابله، تلاش های 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 می گیرد. این تلاش ها 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 می شود. ابتدا باورهای اشتباهی که پشت افکار خودکشی وجود دارد، شناسایی و بازسازی می کنیم و سپس مهارت حل سازنده مشکلی که موجب این افکار شده، تمرین می کنیم. این دو کار افکار و تمایلات خودکشی را در شما کاهش خواهد داد زیرا ما می توانیم موقعیت خود را با تغییر شیوه ای که در مورد آن فکر می کنیم یا کاری که انجام می دهیم، تغییر دهیم.

### گام اول - شناسایی و اصلاح تحریفات شناختی

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 فرایند درمان مشارکت دهید. در زیر گام‌های مختلف این کار توضیح داده شده است:

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 چنین هدفی این است: "آیا خودکشی ایده خوبی است یا نه".

شما می‌توانید 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 می‌رسد که خیلی مطمئن هستید 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 تصمیم مان اشتباه بوده می‌توانیم تصمیم خود را عوض کنیم. ولی این قضیه در مورد خودکشی صادق نیست و شما نمی‌توانید برگردید و تصمیم تان را تغییر دهید. شما این تصمیم را یک بار و برای همیشه می‌گیرید. 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 بیمار هر چیزی که باشد می‌تواند 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 می‌کند شرایط شما کاملا نومیید کننده است؟
- ✓ آیا این وضعیت نا امید کننده تا ابد طول می‌کشد؟
- ✓ آیا این موقعیت اصلا قابل تغییر نیست؟
- ✓ آیا ممکن است راه‌هایی 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 تواند خطاها و اشتباهاتی را در منطق خود ببیند 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 نومید 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 بینا نه ای تشویق به خوش بینی که ممکن است منتهی به نومییدی ناگهانی شود، نکنید.

### گام دوم - حل مساله

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 غیر از خودکشی 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 پیش کنید.



### ۵. خاتمه جلسه

در خاتمه جلسه، توضیح دهید که ممکن است افکار و تمایلات خودکشی دوباره با بروز یک مشکل و یا پایین آمدن خلق تان 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:

- (۱) 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.
- (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 خانواده
۲. آموزش خانواده در مورد عوامل هشداردهنده خودکشی
۳. آموزش خانواده در مورد شیوه های مقابله با خودکشی بیمار

### وسایل مورد نیاز:

۱. راهنمای مداخله مختصر برای خودکشی

### 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 می توانند 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. 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 (مثلا به دلیل مصرف مواد) او را تشویق کنید تا در مورد نگرانی هایش 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 می توانند 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 شود می توان از اقدام به خودکشی پیشگیری کرد. این نشانه ها، عبارتند از:

- |  |  |
|--|--|
| ✓ بهبود ناگهانی خلق بعد از یک دوره افسردگی         | ✓ بی توجهی به رفاه شخصی  |
| ✓ تلاش برای رتق و فتق امور شخصی                    | ✓ کاهش پیشرفت تحصیلی یا عملکرد شغلی  |
| ✓ نومیدی، خشم ، اضطراب یا احساس به بن بست رسیدن    | ✓ تغییر الگوی خواب و خوراک   |
| ✓ سوء مصرف الکل و مواد یا افزایش آن                | ✓ تغییر الگوی تعاملات اجتماعی مانند انزوا و کناره گیری از خانواده، دوستان و اجتماع |
| ✓ رفتار های خطرناک یا انجام رفتارها و کارهای پرخطر | ✓ بی علاقه‌گی و بی توجهی به احساس دیگران   |
|  | ✓ اشتغال ذهنی با موضوعات مرگ   |

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

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 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 می‌توانند به طراحی طرح امنیت و اجرای آن در منزل کمک کنند. علاوه بر این، خانواده می‌تواند در کاهش خطر خودکشی در محیط موثرند. شما می‌توانید به خانواده آموزش دهید تا دسترسی فرد را به وسایل مرگ‌آور مانند اسلحه، مواد مسموم کننده و یا مقادیر زیاد دارو کاهش دهند. اگرچه نمی‌توان همه جنبه‌های محیط بیمار را کنترل کرد ولی کنارگذاشتن و مخفی کردن وسایل مرگبار می‌تواند احتمال 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 و در هر حال، از آنها حمایت کرده و انزوای عاطفی آنان را کاهش دهند. همچنین، به نگرانی‌ها و احساسات خانواده مانند ترس یا خشم نیز توجه کنید و اگر نیاز به حمایت و کمک دارند، ارجاع مناسب را انجام دهید.

### کار برگ طرح امنیت

اگر افکار صدمه زدن به خود دارید از قدم اول شروع کنید و به ترتیب جلو بروید. یادتان باشد افکار خودکشی می تواند خیلی قوی به نظر برسد و یا ممکن است تصور کنید برای همیشه طول می کشد ولی نومییدی که احساس می کنید برای همیشه طول نمی کشد و با گذشت زمان و درمان بهتر می شوید. وقتی این افکار کمرنگ می شوند می توانید انرژی خود را روی حل مشکلاتی که احساس بدی در شما ایجاد می کند، بگذارید. شما می توانید این مشکلات را حل کنید و یا پشت سر بگذارید. از آنجایی که وقتی افکار خودکشی دارید تمرکز و تفکر منطقی سخت می شود، این برگه را کپی کنید و در جایی مثل کیف دستی و یا روی گوشی موبایل و ... بگذارید تا در صورت لزوم راحت بتوانید آن را پیدا کنید.

۱) فعالیت های زیر را برای آرام کردن / راحت کردن خود انجام می دهم:

۲) دلایل زنده ماندن را به خودم یادآوری می کنم

۳) به یکی از دوستان یا اعضای خانواده ام زنگ می زنم

نام: شماره تلفن:

۴) اگر شخص بالا در دسترس نبود به این فرد زنگ می زنم

نام: شماره تلفن:

۵) به یک متخصص زنگ می زنم

نام: شماره تلفن:

۶) به اورژانس اجتماعی زنگ می زنم

شماره:

۷) به جایی که در آن امن خواهم بود، می روم

۸) به اورژانس نزدیک ترین بیمارستان می روم

۹) اگر احساس کردم با امنیت نمی توانم خودم را به بیمارستان برسانم، به اورژانس زنگ می زنم و تقاضای آمبولانس

می کنم تا من را به بیمارستان ببرد.