



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مداخله مختصر روانشناختی برای افراد دارای افکار خودکشی

ویژه کارشناسان سلامت روان نظام مراقبت های بهداشتی اولیه

تدوین: دکتر فهیمه فتحعلی لواسانی
بهمن ماه ۱۳۹۸

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



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

بخش اول:

کلیات خودکشی

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

بخش دوم:

مدیریت خودکشی

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

تعریف خودکشی و سایر اصطلاحات

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

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

باورهای نادرست و واقعیت ها در مورد خودکشی

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

- **باور غلط:** اگر کسی حرف خودکشی را می زند بعید است که واقعا به خودش صدمه بزند.
- **واقعیت:** بسیاری از افرادی که از خودکشی فوت می کنند، قبلا در مورد خودکشی حرف زده بودند.
- **باور غلط:** خودکشی همیشه یک عمل تکانه ای است و بدون هشدار قبلی اتفاق می افتد.
- **واقعیت:** بسیاری از افرادی که اقدام به خودکشی می کنند به صورت ناگهانی این کار را نمی کنند. آنها از مدت ها قبل افکار خودکشی داشته اند و به شکل کلامی یا رفتاری، افکار یا قصد خودکشی را بیان کرده اند.

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

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

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

که منجر به مرگ نمی شود هدف دیگری غیر از کشتن خود دارد. اگرچه ممکن است این موضوع درست باشد، ولی حداقل به دو دلیل باید ژست های خودکشی را جدی گرفت: اول اینکه بیمار ممکن است حساب و کتابش غلط از آب دربیاید و منجر به فوت شود؛ دوم اینکه اگر فرد پاسخ مورد نظر را دریافت نکند ممکن است دفعه بعد اقدام شدید تری انجام دهد.

علت خودکشی

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

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

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

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

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

عوامل خطر خودکشی

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

الف - عوامل جمعیت شناختی

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

ب - سابقه اختلالات روان پزشکی

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

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

سوء مصرف مواد نیز یک عامل خطر برای خودکشی است، بویژه وقتی چند ماده با هم مصرف می شود. همچنین محرومیت از مواد نیز مثل کوکائین و آمفتامین و مصرف زیاد مسکن ها، خواب آورها و ضد اضطراب

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

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.

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

ج- سابقه رفتار خودکشی

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

د- بیماری های جسمی

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

ه- عوامل خطر اجتماعی و موقعیتی

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

اختلالات روانپزشکی و خودکشی

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

عوامل محافظت کننده در برابر خودکشی

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

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

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

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

مدیریت خودکشی

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

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

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

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

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

بخش دوم: مدیریت خودکشی

مدیریت افکار خودکشی یا علائم مرتبط مانند افسردگی باید کوتاه مدت و مبتنی بر رویکردهای حل مساله باشد و علاوه بر آن، اهداف درمان، باید هم متمرکز بر خودکشی (افکار خودکشی و اقدام به خودکشی) و هم عوامل سهیم در آن (افسردگی، ناامیدی و خشم) باشد. در این راهنما، از رویکرد شناختی رفتاری برای مقابله با افکار خودکشی استفاده شده است که یکی از موثرترین رویکردها برای مدیریت خودکشی است. از آنجایی که

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

خودکشی، غالباً یک شیوه مقابله با رنج و درد هیجانی باشد، دو راهبرد اساسی این رویکرد، کاهش درد مراجع با استفاده از تکنیک های رفتاری و افزایش ظرفیت مقابله ای وی از طریق تکنیک های شناختی و آموزش مهارت حل مساله است.

جلسه اول: ارزیابی خطر خودکشی و طرح امنیت

اهداف:

۱. ایجاد ارتباط
۲. ارزیابی سطح خطر خودکشی

۳. تدوین طرح امنیت و مشاوره کاهش دسترسی به وسایل مرگبار

۴. پایش و پی گیری ساخت دار

مروری بر جلسه

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

ایجاد ارتباط درمانی

ایجاد ارتباط خوب و اتحاد کاری با مراجع در ارزیابی و پیشگیری از خودکشی نقش بسیار مهمی دارد. وقتی چنین ارتباطی برقرار می شود درمانگر می تواند در طی بحران خودکشی، یک منبع قوی امنیت و حمایت ادراک می شود که احساس تنهایی عمیق مراجع را کاهش می دهد. گاهی حتی یک ارتباط درمانی خوب و مثبت می تواند ارزشمند و نجات دهنده زندگی باشد. بنابراین، هدف اولیه باید ایجاد یک رابطه درمانی باشد. درمانگر باید به عنوان فردی ادراک شود که می توان به او اعتماد کرد و حمایت کننده، کار دان، و موجود و در دسترس است. در واقع، بعد از شکل گیری چنین ارتباطی است که می توانید به بیمار کمک کنید تا تفکر معطوف به مرگ به راه به تفکر زندگی محور تغییر داده و وی را در مسیر حل مسئله و مشکلاتی که موجب افکار و میل به خودکشی شده، قرار دهید. ارتباط از همان جلسه اول و از همان لحظه ای که با بیمار تماس برقرار می کنید شروع به شکل گرفتن می کند. تکنیکهایی که در دقایق اول به ایجاد ارتباط درمانی کمک می کند عبارت است از:

- ✓ دیدن مراجع در یک محیط راحت و خصوصی
- ✓ توضیح نقش و هدف خود از مصاحبه و ارزیابی
- ✓ استفاده از یک تون صدای آرام و اطمینان بخش
- ✓ گوش دادن فعال به داستان مراجع

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

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

ارزیابی خطر خودکشی

اطلاعاتی برای کارشناس:

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

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

۱

شناسایی عوامل خطر

این عوامل را می توان برای کاهش خطر تعدیل کرد

۲

شناسایی عوامل محافظت کننده

این عوامل را می توان تقویت کرد

۳

ارزیابی خودکشی

افکار خودکشی، طرح و برنامه، رفتار و قصد خودکشی

۴

تعیین سطح خطر / مداخله

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

۵

مستند کنید

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

(۱) شناسایی عوامل خطر

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

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

بیماری های جسمی مزمن (مانند اختلالات سیستم عصبی مرکزی و درد)، سوءمصرف مواد، دعوا و درگیری شدید و یا آشفتگی خانوادگی، تاریخچه تجربه آزار جسمی و جنسی، انزوای اجتماعی

- **تغییر در نوع درمان روانشناختی یا روانپزشکی:** ترخیص اخیر از بیمارستان روانپزشکی، تغییر درمانگر و یا رویکرد درمانی درمانگر

۲) شناسایی عوامل محافظت کننده

توجه داشته باشید که حتی اگر عوامل محافظت کننده وجود داشته باشند، خطر حاد خودکشی را ممکن است نتوانند خنثی کنند. عوامل محافظت کننده دو دسته هستند:

- **عوامل درونی:** توانایی مقابله با استرس، باورهای مذهبی، ظرفیت تحمل ناکامی
- **عوامل محیطی:** مسئولیت بچه ها و یا سایر افراد مهم، ارتباط درمانی مثبت، حمایت های اجتماعی

نمونه سوالات برای ارزیابی خطر خودکشی

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

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

۱) **ارزیابی افکار فعلی خودکشی:** افکار فعلی خودکشی مراجع و شدت، مدت و نوع آن را ارزیابی کنید. ابتدا با سوالات کلی شروع کنید و سپس سوالات اختصاصی در مورد افکار و قصد خودکشی وی در حال حاضر پرسید:

- ✓ تابه حال فکر کرده ای زندگی ارزش زندگی کردن را ندارد؟
- ✓ آیا تا بحال به پایان دادن به زندگی فکر کرده ای؟
- ✓ آیا تا بحال آرزوی مردن کرده ای؟
- ✓ آیا در مورد خودکشی فکر کرده ای؟
- ✓ آیا همین حالا به آن فکر می کنی؟
- ✓ اغلب چقدر به خودکشی فکر می کنی؟ (روزانه، هفتگی)
- ✓ این افکار چقدر طول می کشد؟ (ثانیه؟ دقیقه؟ ساعت؟)
- ✓ این افکار چقدر شدید هستند؟ اگر بخواهی شدت آن را از ۱ تا ۱۰ درجه بندی کنی، چه نمره ای می دهی؟

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

۲) **ارزیابی وجود طرح و نقشه برای خودکشی:** آیا طرح و نقشه ای وجود دارد؟ اگر طرح و نقشه ای برای خودکشی وجود دارد، در مورد جزئیات آن سوال کنید:

- ✓ آیا نقشه یا برنامه ای برای پایان دادن به زندگی داری؟
- ✓ آیا طرح و نقشه ای برای صدمه زدن به خودت - کشتن خودت - داری؟
- ✓ کی، کجا و چگونه؟
- ✓ اگر نقشه ای داری چطور می خواهی آن را انجام دهی؟

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

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

۴) **ارزیابی احتمال عملی کردن نقشه خودکشی و مرگ بار بودن آن:** با استفاده از سوالات زیر احتمال اجرای نقشه خودکشی و کشنده بودن آن را ارزیابی کنید:

- ✓ آیا زمان و مکان خاصی را برای عملی کردن نقشه ات انتخاب کرده ای؟ کی و کجا می خواهی این کار را انجام دهی؟
- ✓ آیا بیمار مقدمات کار را فراهم کرده است؟ آیا وسایل لازم برای عملی کردن نقشه ات را داری؟ آیا به آنها دسترسی داری؟ چه قرص هایی داری؟ دقیقاً اسلحه را از کجا می خواهی تهیه کنی؟
- ✓ روشی که بیمار قصد دارد با آن خودکشی کند، چقدر مرگ بار است؟
- ✓ آیا کارهایش را رتق و فتق کرده است؟ آیا یادداشت و یا وصیت نامه نوشته است؟ با دیگران تسویه حساب کرده؟ آیا تکلیف اموالش را روشن کرده و ...؟

ارزیابی اقدامات قبلی برای خودکشی

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

۱) **ارزیابی اقدامات قبلی برای خودکشی و عوامل برانگیزان آن**

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

۲) **کشنده بودن اقدام**

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

۳) **تکانه ای بودن**

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

۴) **مصرف مواد**

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

۵) **پیامد**

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

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

۶) احساس فرد در مورد زنده ماندن

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

ارزیابی تاریخچه روان پزشکی

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

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

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

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

✓ چقدر احساس می کنی خارج از کنترل هستی؟

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

✓ آیا مصرف الکل و مواد محدر و محرک داری؟

ارزیابی عوامل خطر

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

ارزیابی عوامل محافظت کننده

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

۱) **وجود دلایلی برای زندگی**

✓ چه دلایلی برای زندگی داری؟

✓ چه چیز مانع از آن می شود که به 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 زندگیت شده است؟

۲) **وجود حمایت های خانوادگی و اجتماعی**

۳) بررسی خودکشی

- سوالات اختصاصی در مورد افکار، قصد، و برنامه برای خودکشی:
- **افکار:** فراوانی، شدت و مدت زمان (در طی ۲۴ ساعت گذشته، ماه قبل و یا بدترین زمانی که تجربه شده است)
 - **طرح و نقشه:** زمان بندی، مکان، مرگبار بودن، موجود بودن و در دسترس بودن وسایل خودکشی، انجام کارهای مقدماتی
 - **رفتارها:** اقدامات قبلی، اقدامات متوقف شده (توسط خود و دیگران)، تمرین طرح و نقشه خودکشی (پر کردن اسلحه، گره زدن طناب برای حلق آویز کردن)
 - **نکته:** صدمه زدن به خود بدون قصد خودکشی، رفتار خودکشی محسوب نمی شود
 - **قصد:** (۱) میزان احتمال عملی کردن نقشه و (۲) مرگبار بودن طرح و نقشه
 - **بررسی دو سوگرایی:** دلایل مردن در برابر دلایل زنده ماندن
 - **نکته:** برای نوجوانان، شواهد مربوط به افکار خودکشی، طرح و برنامه و یا رفتار خودکشی و تغییر در خلق و خور از والدین سوال کنید.

۴) تعیین سطح خطر / مداخله

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

مداخلات پیشنهادی	متغیرهای مربوط به خودکشی	عوامل خطر / محافظت کننده	سطح خطر
ارجاع فوری به پزشک جهت ارجاع به اورژانس بیمارستان؛ انجام اقدامات احتیاطی برای پیشگیری از خودکشی	اقدام به خودکشی بالقوه مرگبار یا افکار مستمر خودکشی با قصد قوی یا تمرین خودکشی	اختلال روانپزشکی با علائم شدید یا حوادث آشکار ساز حاد؛ بدون عوامل محافظت کننده مرتبط	بالا
ارجاع فوری به پزشک جهت ارزیابی خطر؛ تهیه طرح امنیت؛	افکار خودکشی، طرح و نقشه خودکشی، بدون قصد یا رفتار خودکشی	عوامل خطر متعدد؛ عوامل محافظت معهود	متوسط

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

مشاوره دسترسی به وسایل خودکشی؛ پایش و پیگیری			
توصیه به مراجعه مرتب به پزشک؛ تدوین طرح امنیت؛ کاهش علائم یا مداخلات مختصر؛ پایش و پیگیری	افکار مرگ بدون طرح و نقشه یا قصد و رفتار خودکشی	عوامل خطر قابل تعدیل؛ عوامل محافظ قوی	پایین

(۵) مستند سازی

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

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

تدوین طرح امنیت

اطلاعاتی برای کارشناس:

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

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

مولفه های اساسی طرح امنیت عبارت است از:

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

- ۱) شناسایی علائم هشدار دهنده ای که وقوع بحران خودکشی قریب الوقوع را علامت می دهد
 - ۲) شناسایی و استفاده از استراتژی های مقابله ای درونی بدون نیاز به تماس با شخصی دیگر
 - ۳) تماس با دیگران به عنوان شیوه ای برای پرت کردن حواس خود از افکار و میل به خودکشی. این شامل رفتن به محیط های اجتماعی سالم مثل کافی شاپ، مکان های مذهبی و فرهنگسراها و یا معاشرت با اعضای خانواده و یا سایر افراد می شود که می توان بدون صحبت در مورد افکار خودکشی، حمایت لازم را دریافت کرد.
 - ۴) تماس با اعضای خانواده یا دوستانی که ممکن است به حل بحران کمک کنند و یا کسانی که می توان در مورد افکار خودکشی با آنها صحبت کرد.
 - ۵) تماس با کارشناسان، مشاوران و متخصصان سلامت روان و یا مراکز سلامت روان
 - ۶) کاهش احتمال استفاده از وسایل مرگبار
- به طور کلی، در تدوین طرح امنیت، ابتدا به بیمار آموزش داده می شود که تشخیص دهند در چه زمانی در بحران هستند (قدم اول) و سپس قدم های ۲ الی ۵ را که در طرح دارند، بردارند. اگر اجرای دستورالعمل های مطرح شده در گام ۲ برای کاهش سطح خطر خودکشی، موفق نبود، قدم بعدی دنبال می شود و به همین ترتیب ادامه پیدا می کند.

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

کار برگ طرح امنیت

قدم ۱: علائم هشدار دهنده ای (افکار، تصاویر ذهنی، خلق، موقعیت، رفتار) که ممکن است موجب بروز یک بحران شود:

۱. _____
۲. _____
۳. _____

قدم ۲: روش های مقابله درونی: کارهایی که می توانم انجام دهم تا ذهنم را از مشکل منحرف کنم (روش های آرام سازی، فعالیت جسمی):

۱. _____
۲. _____
۳. _____

قدم ۳: افراد و موقعیت هایی که می توانند ذهنم را از مشکلات منحرف کنند:

- | | |
|---------------|-------------------|
| ۱. نام _____ | شماره تماس: _____ |
| ۲. نام _____ | شماره تماس: _____ |
| ۳. مکان _____ | ۴. مکان _____ |

قدم ۴: افرادی که می توانم از آنها کمک بخواهم:

- | | |
|--------------|-------------------|
| ۱. نام _____ | شماره تماس: _____ |
| ۲. نام _____ | شماره تماس: _____ |
| ۳. نام _____ | شماره تماس: _____ |

قدم ۵: افراد متخصص یا مراکزی که می توانم در زمان بحران با آنها تماس بگیرم:

- | | |
|---|-------------------|
| ۱. نام متخصص: _____ | شماره تماس: _____ |
| شماره تماس اورژانسی متخصص مورد نظر: _____ | |
| ۲. نام متخصص: _____ | شماره تماس: _____ |
| شماره تماس اورژانسی متخصص مورد نظر: _____ | |
| ۳. مراکز اورژانس (نزدیک به منزل) | |
| آدرس: _____ | |
| شماره تلفن: _____ | |
| ۴. خطوط تلفن: _____ | |

اورژانس اجتماعی: ۱۲۳

اورژانس کشور: ۱۱۵

قدم ۶: امن ساختن محیط

۱. _____

یک چیزی که برایم بیشترین اهمیت را دارد و ارزش زندگی کردن برای آن را دارم:

گام اول – تشخیص علائم هشدار دهنده

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

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

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

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

گام دوم – استفاده از استراتژی های مقابله ای درونی

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 بدون نیاز به تماس با دیگران و کمک آنها انجام دهد، فهرست کند. این کارها راهی برای خالی کردن موقتی ذهن بیمار از مشکلات و پیشگیری از تشدید افکار خودکشی است. از آنجایی که این روش ها از فردی به فردی متفاوت است لازم است خود بیمار در تهیه فهرستی از آنها مشارکت و همکاری داشته باشد. معمولاً ترغیب بیمار برای مقابله با افکار و میل خودکشی حتی اگر برای مدت زمان کوتاهی هم باشد، مفید است. این مرحله خود شامل سه قدم است که در زیر آمده است:

۱) شناسایی استراتژی های مقابله ای

از بیمار سوال کنید: اگر دوباره افکار خودکشی به سراغت آمد برای اینکه بتوانی به خودت کمک کنی بر اساس آن کاری انجام ندهی، چه کارهایی می توانی انجام بدی؟ چه کارهایی می توانی انجام دهی که می تواند به تو کمک کند ذهنت را حتی برای یک مدت زمان کوتاه از مشکلات خالی کنی؟ استراتژی های مقابله ای باید شامل رفتارهای اختصاصی باشد که بیمار می تواند بدون تماس با دیگران آنها را انجام دهد.

۲) ارزیابی احتمال استفاده از این استراتژی ها

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

۳) شناسایی موانع و حل مساله

اگر بیمار تردید دارد بتواند این کارها را انجام دهد، باید پرسید چه چیز مانع از فکر کردن به این فعالیت ها و یا انجام این فعالیت ها می شود؟ شما باید از یک رویکرد حل مساله مشترک استفاده کنید تا موانع استفاده از این روش ها را برطرف کنید و یا استراتژی های مقابله ای دیگری را شناسایی کنید. اگر بیمار هنوز هم فکر می کند قادر به استفاده از این استراتژی های در طی بحران نیست، سایر استراتژی ها باید شناسایی و در طرح امنیت نوشته شود. شما باید به بیمار کمک کنید چند مورد از استراتژی ها را که احتمالاً بیمار از آن استفاده خواهد کرد، شناسایی و به ترتیب الویت آنها را در طرح بنویسید. استراتژی هایی را که استفاده از آن داز همه آسان تر است و یا احتمالاً از همه موثرتر است، در بالای فهرست بنویسید.

نمونه ای این استراتژی های مقابله ای درونی عبارتند از: مشغول شدن در طیف وسیعی از رفتارها مثلاً بیرون رفتن برای پیاده آوری، دعا و نیایش، گوش دان به موزیک مورد علاقه، وصل شدن به اینترنت، دوش گرفتن، ورزش، مشغول شدن در یک سرگرمی، مطالعه یا انجام کارهای عادی و روزمره.

گام سوم - استفاده از تماس های اجتماعی مفید و حمایتی

وقتی استراتژی های درونی در مقابله با افکار خودکشی موفق نیست، بیمار باید افرادی را در محیط اجتماعی خود شناسایی کند که می تواند به او کمک کند به افکار و امیال خودکشی فکر نکند و ذهن او را از این افکار خالی کند. این راه کار می تواند شامل شناسایی افراد مانند اعضای خانواده یا دوستان و یا محیط های اجتماعی سالم باشد که در آن معاشرت بطور طبیعی اتفاق می افتد مانند باشگاه ورزشی، کافی شاپ، اماکن مذهبی، فرهنگسراها و ... این محیط ها با توجه به علائق فرد و جایی که در آن زندگی می کند انتخاب شود ولی بیمار باید تشویق شود محیط هایی را که در آن امکان مصرف الکل و مواد وجود دارد، از فهرست خود خارج کند. باید به بیمار توصیه شود افراد یا محیط های اجتماعی را شناسایی کند که م توانند حواس او را از افکار و نگرانی هایش پرت کنند. این قدم با تماس با افراد برای حل بحران خودکشی تفاوت دارد زیرا در این مرحله، بیمار فقط با اعضای خانواده، اقوام و دوستان خود معاشرت می کند بدون اینکه در مورد افکار خودکشی خود با آنها صحبت کند. این روش علاوه بر اینکه به پرت شدن حواس بیمار از افکار خودکشی کمک می کند، ارتباط با دیگران فی نفسه می تواند به کاهش بحران خودکشی کمک کند.

در این مرحله، به بیمار آموزش دهید اگر استراتژی های مقابله ای درونی بحران را کاهش نداد، نزد افراد خاصی بروید و یا به محیط های اجتماعی خاصی بروید. لازم است از بیمار بخواهید افراد/ محیط های متعدد را فهرست کند، زیرا ممکن است گزینه اول در دسترس نباشد. بنابراین، فهرست افراد/ محیط های اجتماعی، الویت بندی می شود و شماره تلفن ها/ و یا آدرس مکان هاروی فرم نوشته می شود.

برای شناسایی افراد/ محیط های مفید و حمایتی می توانید از بیمار سوال کنید "معاشرت با چه کسانی احساس خوبی در شما ایجاد می کند؟" یا "چه کسی به شما کمک می کند حداقل برای مدت کوتاهی ذهن تان از مشکلات منحرف شود؟ البته بخاطر داشته باشید قرار نیست در مورد افکار خودکشی چیزی به آنها بگویید." و یا "کجا می توانید بروید که این فرصت را فراهم می کند تا در یک محیط امن در کنار مردم باشید؟ نمونه هایی از این افراد و محیط ها شامل افرادی که با بیمار دوست یا آشنا هستند و یا افرادی که با بیمار ارتباط صمیمی و بدون

تنش دارند. اگر بیمار دوستان معدودی وجود دارد، شناسایی مکان هایی که در آن تماس های اجتماعی تصادفی می تواند اتفاق افتد مثل کافی شاپ، باشگاه ورزشی و... گزینه خوبی است (مکان هایی که ممکن است در آن مصرف مواد انجام شود، انتخاب خوبی نیستند).

گام چهارم - تماس با اعضای خانواده و یا دوستانی که می توانند به حل بحران کمک کنند

اگر استراتژی های مقابله ای درونی و یا تماس های اجتماعی، تاثیر کمی بر کاهش بحران داشت، بیمار می تواند تصمیم بگیرد به اعضای خانواده و یا دوستانش اطلاع دهد که در حال تجربه ی یک بحران خودکشی است. این گام از این جهت با گام قبلی تفاوت دارد که بیمار به صورت روشن و واضح بیان می کند که در بحران است و نیاز به کمک و حمایت دارد.

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

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

گام پنجم – تماس با افراد متخصص و مراکز تخصصی

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

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

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

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

گام ششم – کاهش احتمال استفاده از وسایل مرگبار

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

این گام می تواند به عنوان یکی از مراحل تدوین طرح امنیت انجام شود و یا در قالب مشاوره جداگانه ای ارائه گردد. یافته های پژوهشی نشان می دهند وقتی بیمار برای کشتن خود طرح و برنامه دارد و روش و وسایل مرگبار به راحتی موجود و در دسترس است، خطر خودکشی چند برابر می شود. البته حتی اگر بیمار طرح و برنامه خاصی را هم برای خودکشی مطرح نمی کند یک مولفه کلیدی یک طرح امنیت خوب، حذف و یا محدود کردن دسترسی به هر وسیله بالقوه مرگباری است که در محیط بیمار وجود دارد. این ممکن است شامل ذخیره کردن داروها در یک جای امن، و محدود کردن دسترسی به چاقو، تیغ، تیغ موکت بری، و سایر وسایل مرگبار 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 سوال کنید که در طی بحران خودکشی، به چه روشی برای کشتن خود فکر می کند و سپس با همکاری بیمار، به شیوه هایی برای حذف این وسایل از محیط بیمار و یا محدود کردن دسترسی وی به این وسایل را شناسایی کنید. باید از همه بیماران به صورت روتین سوال کنید آیا به یک سلاح گرم (مثل اسلحه، تفنگ شکاری، تفنگ ساچمه ای) دسترسی دارد یا نه. آیا برای خودکشی یک روش انتخابی دارد، و به راه هایی برای حذف این وسایل از محیط فکر کنید. برای روش های کمتر مرگبار مانند مصرف داروهای با سطح پایین مسمومیت می توانید از خود بیمار بخواهید دسترسی به این داروها را قبل از اینکه در بحران قرار بگیرد محدود و یا غیرممکن کند. برای مثال اگر بیمار به خودکشی با خوردن دارو فکر 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 مسوول دیگری بدهد. زیرا خطر خودکشی بواسطه تماس مستقیم با روش مرگبار، افزایش می یابد. در عوض، یک طرح خوب برای محدود کردن دسترسی بیمار به وسایل مرگبار، حذف آنها از محیط و قرار دادن در محیط امن بوسیله یک شخص مسئول خاص (معمولاً یک عضو خانواده، یک دوست نزدیک و یا حتی پلیس است). به خاطر داشته باشید محدود کردن دسترسی به یک روش مرگبار، امنیت بیمار را تضمین نمی کند چون ممکن است تصمیم بگیرد از روش دیگری استفاده کند. در هر حال، اگر بیمار هر روش دیگر یا طرح دیگری را برای خودکشی را گزارش می دهد 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 سوال

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

کنید "وسایلی که به آن دسترسی دارید و احتمال دارد با آن اقدام به خودکشی کنید چه هستند؟" و "چگونه می توانیم دسترسی شما را به این وسایل محدود کنیم؟"

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

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

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

پایش و پیگیری تلفنی ساخت دار

اطلاعاتی برای کارشناس:

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

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

اهمیت زیادی دارد ولی معمولاً وقتی ارتباط کاری خوبی شکل گرفته باشد و زمان و شیوه پی گیری با همکاری بیمار در جلسه تعیین شده باشد، احتمال رضایت بیمار افزایش می یابد.

در زیر دستورالعمل پایش و پیگیری ساخت دار آمده است:

❖ وضعیت خلقی و خطر فعلی خودکشی را ارزیابی کنید:

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

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

سوالات ۱ و ۲ را پر کنید.

بله	خیر	
		۱. آیا از آخرین تماسی که داشتیم، آرزو کرده ای که کاش می مردی و یا می خوابیدی و دیگر بیدار نمی شدی؟
		۲. آیا واقعا به کشتن خودت فکر می کردی؟
		اگر پاسخ به سوال ۲ بله است، سوالات ۳، ۴ و ۵ را پر کنید. اگر خیر است، مستقیماً به سوال ۵ بروید.
		۳. آیا در مورد اینکه چطور این کار را انجام بدی فکر کرده ای؟ مثلاً "من فکر کردم یک عالمه قرص بخورم ولی هیچوقت یک . نقشه خاص نداشتم که کی و کجا و یا چطور واقعا این کار را انجام بدم.
		۴. آیا قصد عمل کردن بر اساس این افکار را هم داشتی؟ در مقابل: من این افکار را داشتم ولی قطعاً هیچ کاری براساس آن انجام نمی دهم.
		۵. آیا شروع به کار روی نقشه ات کردی و مقدمات عملی کردنش را فراهم کردی؟ آیا قصد داری براساس نقشه ات عمل کنی؟
		۶. آیا برای پایان دادن به زندگی کاری انجام دادی؟ یا شروع به انجام کاری کرده ای یا برای آن آماده شده ای؟

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

مثال‌ها: جمع کردن قرص، تهیه اسلحه، بخشیدن اشیاء با ارزش، نوشتن یادداشت خودکشی، در دست قرار دادن قرص‌ها ولی آنها را نخورده‌اید، برداشتن اسلحه ولی نظرتان عوض شد و یا یکی آن را از دست تان گرفت، به پشت بام رفتید ولی نپردید؛ یا واقعا قرص خورده، سعی کرده به خودش شلیک کند، رنگ 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. با مراجع، طرح امنیت را مرور کنید و بررسی کنید کدام بندها مفید و کدام موارد چندان مفید نیست.
۳. طرح را بازنگری کنید، موارد غیر مفید را حذف کنید و موارد مفید تر را شناسایی کنید.
۴. هر تغییری را در فرم طرح یادداشت کنید.
۵. طرح بازنگری شده را در صورتی که موارد بازنگری شده، اساسی و عمده است برای بیمار ارسال کنید.
۶. دسترسی به وسایل خودکشی را بررسی کنید و در صورت نیاز دستورالعمل حذف منابع خطر را مرور کنید.

❖ ورود به درمان / انگیزه

۱. طرح درمان را مرور کرده و قرار ملاقات بیمار را با متخصصان سلامت روان یادآوری کنید.
۲. موانع درونی و بیرونی وارد شدن در فرایند درمان را با استفاده از حل مساله رفع کنید.
۳. اگر علیرغم همه تلاش‌ها، 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 مراجع است، ارائه دهید.

❖ کسب رضایت / تمایل بیمار برای پی‌گیری بعدی

۱. نیاز برای تماس‌های تلفنی بعدی را ارزیابی کنید.

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

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

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

خاتمه جلسه

طرح امنیت را به بیمار بدهید و زمان و ساعت جلسه بعد را روی کارت یاد داشت کنید و به وی بدهید. علاوه 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 – کاهش رنج بیمار

اهداف:

۱. ارزیابی
۲. کاهش رنج روانی

مروری بر جلسه

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

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

۱. ارزیابی سطح خطر خودکشی

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

۲. بررسی طرح امنیت

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

۳. کاهش رنج بیمار

اطلاعاتی برای کارشناس:

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

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

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

قبل از آموزش راه های کاهش درد و رنج روانی، برای مراجع توضیح دهید مواقعی در زندگی وجود دارد که ممکن است ناامیدی، درماندگی و درد و رنج زیادی را تجربه کنید و احساس کنید دارید زیر بار آن له می شوید. در چنین شرایطی ممکن است احساس کنید هیچ راه دیگری باقی نمانده و خودکشی تنها راه برای خلاص شدن از این درد است. درد و رنج ممکن است بقدری روی افکار شما تاثیر بگذارد که نتوانید به کسی اعتماد

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

کنید، حمایت های موجود را نبینید و یا راه حل های احتمالی برای مشکلات را بی فایده ببیند. ولی باید بخاطر داشته باشید که احساساتی مثل افسردگی، خشم، نومیدی، تنهایی و شرم، بویژه وقتی شدید هستند برای همیشه طول نمی کشند.

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

۱) آرام سازی خود

به مراجع آموزش دهید کارهایی را انجام دهد که به وی کمک می کند تا احساس بهتری پیدا کند. انواع مختلفی از کارها ممکن است فرد را آرام کند، مهم آن است که فرد از روشی استفاده کند که 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 بینم.

۴ چیزی که می توانم بشنوم.

۳ چیزی که می توانم لمس کنم.

۲ چیزی که می توانم بویم یا بچشم.

۱ نفس عمیق بکشم فقط به تنهایی تا زمانی که...

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

چیزهایی را که در گذشته به شما کمک کرده است به خود یادآوری کنید - بسیاری از افراد قبلا هم افکار خودکشی داشته اند. در مورد برخی چیزهایی که در گذشته به شما کمک کرده است تا احساس تان بهتر شود، فکر کنید. برخی مثال ها شامل باور و اعتماد به اینکه همیشه گذشت زمان کمک می کند، دسترسی به دوستان و

خانواده، مراجعه به متخصص، تبعیت از طرح امنیت، انجام چیزی که از آن لذت می برید، تنها نماندن، عدم مصرف مواد

۲) پرت کردن حواس

وقت افکار خودکشی به ذهنتان هجوم می آورد، کار دیگری انجام دهید و توجه خود را کاملاً 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 قبلاً از بودن در آنجا لذت بردید

۳) خودگویی مثبت

افسردگی شیوه تفکر را تغییر می دهد و باعث می شود که با یک عینک تیره تار به خود، دنیا و آینده نگاه کنید. اگر چنین عینکی به چشم دارید احتمالاً فکر می کنید هیچ چیز بهتر نخواهد شد و هیچ راهی برای حل مشکلات وجود ندارد. ولی این افکار، صدای افسردگی شماست. آنها درست نیستند و نباید براساس آنها عمل کنید. افسردگی قابل درمان است و وقتی بعدها به این روزها فکر می کنید خوشحال خواهید شد که براساس افکار امروزان عمل نکردید و زندگی کردن را انتخاب کرده اید. بنابراین، یک فهرست از افکاری را که در زمان افسردگی و ناامیدی می توانید به خود بگویید، تهیه کرده و در چنین مواقعی با خود تکرار کنید. یادتان باشد که این فهرست را در زمانی که حالتان 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 بر این، بیماری هایی مانند دیابت و یا مشکلات تیروئید احتمال افکار خودکشی را افزایش می دهد
- یکی از شایع ترین علل افکار خودکشی مشکلات مربوط به سلامت روان است. بنابراین، برای افسردگی، اضطراب، مشکلات مصرف الکل و مواد درمان بگیرید. گاهی مراجعه به پزشک کافی نیست و لازم است پیش یک متخصص بروید. بنابراین، اگر تحت درمان هستید ولی احساس بهبودی نمی کنید حتما آن را به پزشک تان بگویید تا وی ترتیب ارجاع شما را به یک متخصص بدهد.

خاتمه جلسه

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

مواد مسموم کننده و ... را از دسترس خود دور کنید و یا به یکی از افراد مورد اعتماد خود بدهید. براساس طرح امنیت خود عمل کنید.

جلسه سوم: مدیریت خودکشی

اهداف:

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

مروری بر جلسه

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

۱. ارزیابی سطح خطر خودکشی

تست غربالگری کالیفرنیا را برای پایش خطر خودکشی اجرا کنید و اقدامات مناسب را با توجه به سطح خطر مراجع انجام دهید. در صورتی که مراجع در سطح خطر فوری و بالایی قرار دارد، او را به پزشک مرکز ارجاع

دهید تا اقدامات لازم را انجام دهد. علاوه بر این، خانواده یا دوستان وی را نیز در جریان قرار دهید. اگر سطح خطر مراجع پایین یا متوسط است، روش های کاهش درد روانی را که در زیر آمده است، اجرا کنید.

۲. بررسی طرح امنیت

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

۳. شناسایی و اصلاح خطاهای شناختی

اطلاعاتی برای کارشناس:

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

قبل از شروع این قسمت، ابتدا هدف جلسه را برای مراجع توضیح دهید و سپس منطبق استفاده از تکنیک بازسازی شناختی را توضیح دهید. برای این منظور مقابله را تعریف کنید و بگویید مقابله، 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

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

و سپس مهارت حل مشکلی را 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. سپس تکنیک بازسازی شناختی را در قالب گام های زیر اجرا کنید:

۱. حداقل در ابتدای کار، مراجع و درمانگر ممکن است اهداف متفاوتی داشته باشند و این موضوع استفاده از یک رویکرد همکارانه را دشوار می سازد. مراجع می خواهد خودکشی کند ولی هدف اصلی درمانگر زنده نگه داشتن اوست. این موضوع استفاده از رویکرد همکارانه را دشوار می سازد 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 می توانید با تمرکز روی این سوال و توضیح منطقی کار روی آن، باب یک رویکرد همکارانه را حتی با بیمارانی که قصد جدی برای خودکشی دارند، باز کنید:

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

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

- چه شواهدی وجود دارد که ثابت می کند شرایط شما کاملا نومید کننده است؟
- آیا این وضعیت نا امید کننده، تا ابد طول می کشد؟
- آیا این موقعیت اصلا قابل تغییر نیست؟
- آیا ممکن است راه هایی برای مقابله با مشکلات وجود داشته باشد که آنها را نادیده گرفته باشید؟

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

وقتی به بیمار کمک می کنید تا موقعیت خود را دقیق تر بررسی کند، اغلب می توانند خطاها و اشتباهاتی را در منطق خود ببینند و متوجه شوند موقعیت به آن اندازه هم که فکر می کنند، بد نیست. این موضوع وضعیت خلقی آنها را بهتر کرده و تمایل آنها را برای خودکشی کاهش می دهد.

۳. در این مرحله باید روی دلایل عدم اقدام به خودکشی کار کنید. برای بیمار توضیح دهید اکثر افرادی که به خودکشی فکر می کنند می خواهند از درد و رنج فرار کنند و همیشه هم نمی خواهند بمیرند. وقتی احساس افسردگی می کنید روی چیزهایی در زندگی تان تمرکز کنید که منفی است. این نوع تفکر، خودکشی را به عنوان تنها راه حل ممکن جلوه می دهد. اما در عوض، سعی کنید به برخی از دلایلی که برای زندگی کردن دارید فکر می کنید. برای مثال بسیاری از مردم ارتباطاتی با اشخاص مورد علاقه دارند و یا اعتقادات مذهبی، اهداف، رویاها یا مسئولیت هایی نسبت به دیگران دارند که به آنها دلیل زنده ماندن می دهد و مانع از آن می شود که براساس افکار خودکشی عمل کنند. روشن است که یکی از موانع اصلی خودکشی این است که فرد بقیه زندگیش را از دست می دهد. اگر فرد همچنان امید داشته باشد و معتقد باشد که زندگی ارزش زندگی کردن را دارد، این دلیل خوبی برای پیشگیری از اقدام به خودکشی است ولی برای کسانی که کاملاً ناامید هستند لازم است روی دلایلی که خیلی مربوط به امید به آینده نیست، تمرکز شود. این دلایل می تواند شامل اثر خودکشی احتمالی بیمار روی همسر، فرزندان و سایر اعضای خانواده، گناه بودن خودکشی در مذهب، و... باشد. بخاطر داشته باشید بسیاری از افراد احساسات دوگانه ای در مورد خودکشی دارند و فقط در جستجوی شیوه ای برای خلاص شدن از دردی هستند که احساس می کنند دیگر قادر به تحمل آن نیستند. بنابراین، باید با پرسیدن یک سری سوال، فهرستی از دلایل مراجع را برای زنده ماندن، کشف کنید.

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

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

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

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

۴) حل مساله

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

وقتی برای بیمار روشن می شود که خودکشی راه حل خوبی نیست و دلایل مهمی برای ادامه زندگی و عدم ارتکاب خودکشی وجود دارد باز هم ممکن است هیچ گزینه دیگری به ذهنش نرسد. درمانگر باید به بیمار کمک کند تا راه حل ها و گزینه های احتمالی دیگر را شناسایی کند. اگر بخواهید این گزینه ها را فقط از خود مراجع بیرون بکشید ممکن است این گزینه ها خیلی محدود شود ولی اگر از یک رویکرد بارش فکری استفاده کنید و بیمار را تشویق کنید تا هر راه حلی را که به ذهنش می رسد حتی آنهایی را که در نگاه اول بیهوده و بی فایده به

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

نظر می‌رسند، در نظر بگیرد و خودتان نیز احتمالات دیگری را به آن اضافه کنید، فهرست طولانی تری از گزینه‌های احتمالی درست می‌شود که سپس از میان آنها می‌شود بهترین مورد را انتخاب کرد. گاهی ممکن است مواردی که مراجع در ابتدا بی‌فایده می‌دانست موثر واقع شوند. بعد از آن یک طرح عملی ریخته می‌شود که در آن با جزئیات مشخص می‌شود که بیمار، راه حل انتخابی را کی، چگونه با کمک چه کسانی اجرا خواهد کرد. برای آموزش مهارت حل مساله می‌توانید 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 می‌رسد یا خیر. برای این منظور می‌توان انتظارات بیمار را در مورد پیامدهای خودکشی بررسی کرد و روی شیوه‌های دیگر رسیدن به آن کار کرد. همچنین می‌توان تاکید کرد که آیا نتایج موردنظر، آنقدر ارزش دارد که او 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 قشقرق به راه انداختن و ... اگرچه آنها روش‌های 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، می‌توانید 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 می‌کنند، اقدام به خودکشی نمی‌کنند. 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 می‌باشد. 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 می‌شود، احتمال عمل کردن براساس آن بیشتر می‌شود. البته وقتی مراجع توافق کرد برای یک دوره زمانی خاص اقدام به خودکشی نکند باید این موضوع را با پی‌گیری‌های تلفنی پایش کنید.

خاتمه جلسه

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

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

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 خانوادگی
۲. آموزش خانواده در مورد عوامل هشداردهنده خودکشی
۳. آموزش خانواده در مورد شیوه های مقابله با خودکشی بیمار

مروری بر جلسه

ارتباط با خانواده افرادی که در خطر خودکشی هستند، اهمیت زیادی دارد. خانواده در تمامی مراحل مدیریت خودکشی از ارزیابی خطر آن و طراحی طرح امنیت تا سایر مداخلات روانی اجتماعی 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 شوند می توان از اقدام به خودکشی پیشگیری کرد. این نشانه ها، عبارتند از:

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

مداخله روانشناختی مختصر اولیه برای افراد دارای افکار خودکشی

✓ رفتار های خطرناک یا انجام رفتارهای پرخطر

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

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

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

✓ نوشتن یادداشت خودکشی و یا وصیت نامه

✓ اضطراب و بیقراری شدید

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

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

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