



مداخله مختصر روانشناختی
برای افراد دارای افکار خودکشی
ویژه روانشناسان سازمان ها و ادارات دولتی

بهمن ۱۴۰۱

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

شیراز

معاونت بهداشت

مدیریت سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

فهرست

بخش اول:

آموزش و توانمند سازی جمعیت عمومی در زمینه خودکشی

- مقدمه
- تعریف خودکشی
 - خودکشی
 - اقدام به خودکشی
 - تمایلات خودکشی
 - افکار خودکشی
 - تهدید به خودکشی
 - ژست خودکشی
 - خودزنی
- افسانه های رایج درباره رفتارهای خودکشی و واقعیت ها
- علت خودکشی
- عوامل خطر زا و محافظت کننده خودکشی
 - عوامل خطر
 - ✓ عوامل جمعیت شناختی
 - ✓ سابقه اختلالات روانپزشکی
 - ✓ سابقه رفتارهای خودکشی در فرد و خانواده
 - ✓ بیماری های جسمی
 - ✓ عوامل خطر اجتماعی و موقعیتی
 - عوامل محافظت کننده
 - ✓ عوامل محافظت کننده فردی
 - ✓ عوامل محافظت کننده فردی
 - ✓ عوامل محافظت کننده فردی
- علایم هشدار دهنده خودکشی
- چگونگی برخورد و واکنش رفتاری مناسب نسبت به افراد در معرض خطر خودکشی، اقدام کننده به خودکشی، ژست خودکشی و خانواده افراد فوت شده به دلیل خودکشی
 - چگونگی برخورد با افراد در معرض خطر خودکشی
 - ✓ چگونگی برخورد با افراد در معرض خطر که در مورد خودکشی حرف میزنند
 - ✓ چگونگی برخورد با افراد در معرض خطر که در مورد خودکشی حرف نمیزنند
 - چگونگی برخورد با افراد اقدام کننده به خودکشی و ژست خودکشی در نوجوانان
 - ✓ چگونگی برخورد و واکنش مناسب نسبت به افراد اقدام کننده به خودکشی
 - ✓ چگونگی برخورد و واکنش مناسب نسبت به تهدید و ژست خودکشی در نوجوانان
 - چگونگی برخورد با خانواده افراد فوت شده به دلیل خودکشی

بخش دوم:

مداخلات کوتاه مدت

- مدیریت خودکشی
 - دارو درمانی
 - مداخلات روانی اجتماعی
- جلسه اول: ارزیابی خطر خودکشی، آموزش روانی و طرح امنیت
 - مروری بر جلسه
 - ایجاد ارتباط
 - ارزیابی سطح خطر خودکشی
 - ✓ شناسایی عوامل خطر
 - ✓ شناسایی عوامل محافظت کننده
 - ✓ ارزیابی خودکشی
 - ✓ تعیین سطح خطر/ مداخله
 - ✓ مستند سازی
 - آموزش روانی
 - تدوین طرح امنیت و مشاوره کاهش دسترسی به وسایل مرگبار
 - ✓ تشخیص علائم هشدار دهنده
 - ✓ استفاده از استراتژی های مقابله ای درونی
 - ✓ استفاده از تماس های اجتماعی مفید و حمایتی
 - ✓ تماس با اعضای خانواده و یا دوستانی که می توانند به حل بحران کمک کنند
 - ✓ تماس با افراد متخصص و مراکز تخصصی
 - ✓ کاهش احتمال استفاده از وسایل مرگبار
 - پایش و پی گیری ساخت دار
 - ✓ وضعیت خلقی و خطر فعلی خودکشی را ارزیابی کنید
 - ✓ مرور و بازنگری طرح امنیت
 - ✓ ورود به درمان/ انگیزه
 - ✓ کسب رضایت/ تمایل بیمار برای پی گیری بعد
 - خاتمه جلسه
- جلسه دوم: کاهش رنج بیمار
 - مروری بر جلسه

▪ ارزیابی سطح خطر خودکشی

▪ بررسی طرح امنیت

▪ کاهش رنج روانی

✓ آرام سازی خود

✓ پرت کردن حواس

✓ خودگویی مثبت

✓ مراقبت از خود

▪ خاتمه جلسه

● جلسه سوم: مداخله (افزایش ظرفیت مقابله)

▪ مروری بر جلسه

▪ ارزیابی سطح خطر خودکشی

▪ بررسی طرح امنیت

▪ شناسایی و اصلاح خطاهای شناختی

✓ ارزشیابی و چالش با هدف متفاوت بیمار و درمانگر

✓ چالش و اصلاح باور خودکشی به عنوان بهترین راه حل

✓ بررسی انگیزه بیمار برای خودکشی

✓ ارزشیابی و شناسایی دلایل عدم اقدام خودکشی

✓ بررسی مزایا و معایب خودکشی و ادامه زندگی

▪ حل مساله

▪ خاتمه جلسه

● جلسه چهارم: آموزش خانواده

▪ مروری بر جلسه

▪ معرفی موضوع جلسه

▪ آموزش روانی خانواده

✓ آموزش عوامل خطر و محافظت کننده خودکشی

✓ تاکید بر نقش خانواده به عنوان عامل محافظتی و یا عامل خطر

▪ آموزش پیشگیری از خودکشی

✓ آموزش علایم هشدار دهنده خودکشی

✓ درگیر کردن خانواده در طراحی برنامه امنیتی و اجرا آن

✓ آموزش خانواده جهت کاهش احتمال دسترسی فرد به وسایل مرگبار

▪ باید ها و نبایدهای آموزشی به والدین

بخش اول

آموزش و توانمند سازی جمعیت عمومی در زمینه خودکشی

اهداف

- ✓ آموزش عموم در ارتباط با باور های غلط موجود در مورد خودکشی
- ✓ آموزش عموم در ارتباط با عوامل خطر و محافظت کننده خودکشی
- ✓ آموزش عموم در ارتباط با علایم هشدار دهنده خودکشی
- ✓ آموزش عموم در ارتباط با چگونگی برخورد و واکنش رفتاری مناسب نسبت به افراد در معرض خطر خودکشی، اقدام کننده به خودکشی، ژست خودکشی و خانواده افراد فوت شده به دلیل خودکشی

مقدمه

خودکشی یک پدیده پیچیده زیستی روانی اجتماعی است و عوامل تنش آفرین در زندگی مثل مشکلات مالی، مشکلات اجتماعی، ناامیدی اجتماعی، ناپایداری شغلی می توانند باعث ایجاد خلق افسرده و افکار خودکشی شوند. در سبب شناسی خودکشی، اختلالات روانپزشکی مثل افسردگی اساسی در صدر علل قرار دارند و در رده های بعدی، اختلالات مرتبط با سوء مصرف مواد، اختلالات شخصیت، و یا دوره های افسردگی شدید اختلال دوقطبی قرار دارند.

میزان خودکشی تقریباً در پنجاه سال اخیر ۶۰٪ افزایش یافته است. خودکشی به طور کلی دهمین علت فوت در تمام گروه های سنی می باشد و سومین علت فوت در جمعیت ۱۵ تا ۲۴ سال است. با توجه به اینکه سطح سواد سلامت روان جامعه به طور کلی پایین می باشد، مشکلات روانشناختی با انگ و تبعیض همراه هستند، باورهای غلط عمومی زیادی در ارتباط با خودکشی وجود دارد که این عوامل در مجموع منجر به عدم توجه مناسب به عوامل خطر خودکشی، علایم هشدار دهنده خودکشی، واکنش های غلط عمومی نسبت به بیماران در معرض خطر و در نهایت عدم شناسایی به موقع و مدیریت این بیماران میشود با در نظر گرفتن این نکته که یکی از راهبردهای مهم پیشگیری از خودکشی شناسایی و درمان به موقع این بیماران می باشد آموزش های این بخش با هدف توانمند سازی گروه هدف به صورت ابشاری به جمعیت عمومی ارایه میشود. به طور کلی هدف برنامه های پیشگیری از خودکشی کاهش عوامل خطر و تقویت عوامل محافظت در فرد، خانواده و اجتماع است و در نهایت با ارتقا سطح سواد سلامت روان جامعه زمینه کاهش اقدام و فوت ناشی از خودکشی فراهم میشود.

تعریف اصطلاحات خودکشی

خودکشی یک رفتار پرخطر و آسیب رسان است

رفتارهای خود آسیب رسان به مجموعه اقداماتی اطلاق می‌شود که در آنها شخص:

- ✓ به طور آگاهانه قصد آسیب به خود یا نابود سازی خود را دارد
- ✓ در این حالت فرد معمولاً احساس درماندگی و ناامیدی دارد
- ✓ به دنبال راهی برای **رهایی از یک مسئله** یا بحران است که وی را شدیداً رنج می‌دهد
- ✓ بسیاری از رفتارهای پرخطر یک رفتار حل مسئله است

پس خودکشی یک حل مسئله ناکارآمد است

- ❖ **Completed suicide** خودکشی : خودکشی منجر به فوت فرد است. 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.
- ❖ **Suicide Attempt** اقدام به خودکشی : در اینجا فرد یک اقدام، یک رفتار یا عمل خودکشی انجام می‌شود اما منجر به مرگ نمی‌شود. عملی که توسط خود فرد به قصد کشتن خود انجام شده است. این عمل می‌تواند منجر به آسیب غیر کشنده شده باشد یا آسیبی در پی نداشته باشد.
- ❖ **Suicidality** تمایلات خودکشی : به هرگونه افکار و اندیشه‌ی جدی در مورد تخریب خود گفته می‌شود؛ چه منجر به خودکشی بشود و چه نشود.
- ❖ افکار خودکشی: اشتغال ذهنی با خودکشی
- ❖ **Suicidal Threat** تهدید به خودکشی : نشانه‌های شفاهی یا رفتاری حاکی از آسیب زدن یا ارباب به کشتن خود است. هر تهدید، ضرورتاً به خودکشی منجر نمی‌شود اما باید جدی گرفته شود. هر رفتار کلامی یا غیر کلامی که نشاندهنده این است که فرد قصد صدمه زدن به خود را داشته و ممکن است منجر به خودکشی یا سایر رفتارهای مربوط به آن در آینده نزدیک شود.
- ❖ **Suicidal Gesture** ژست خودکشی : برای توصیف اعمال خود تخریب گرانه ای به کار می‌رود که جدی به حساب نمی‌آیند چون شرایط ناشی از آن زندگی فرد را تهدید نمی‌کند یا چنین بیمارانی پس از عمل مذکور در پی کمک گرفتن برمی‌آیند. رفتاری که بالقوه آسیب

رسان بوده ولی فرد قصد کشتن خود را نداشته و هدف دیگری را دنبال میکرده است. این رفتار می تواند منجر به آسیب و حتی مرگ بشود یا نشود.

❖ خود زنی یا رفتارهای صدمه به خود: همه رفتارهای صدمه زدن عمدی به بدن بدون قصد کشتن خود.

باورهای نادرست و واقعیت ها در مورد خودکشی

افکار نادرستی درباره ی خودکشی وجود دارد که به ذکر چند نمونه ی رایج آن میپردازیم

○ کسانی که راجع به خودکشی و قصدشان مبنی بر خودکشی صحبت میکنند، واقعاً به خود آسیبی نخواهند زد و فقط قصد جلب توجه دارند. این فکر غلط است.

✓ واقعیت: بسیاری از کسانی که در اثر خودکشی جان خود را از دست می دهند، احساسات، افکار و نقشه های خودکشی خود را قبل از مرگ، با دیگران در میان گذاشته اند. هنگامی که فردی درباره ی افکار خودکشی یا قصد یا نقشه ای برای خودکشی صحبت می کند، مشاور باید تمام پیشگیری ها و احتیاط های لازم را به عمل آورد. هرگونه تهدید مبنی بر آسیب رساندن به خود باید کاملاً جدی تلقی شود.

○ اینکه خودکشی همیشه تکانشی و ناگهانی اتفاق می افتد و بدون هیچ هشدار قبلی روی میدهد، تصوری غلط است.

✓ واقعیت: بسیاری از افرادی که اقدام به خودکشی می کنند به صورت ناگهانی این کار را نمی کنند. اگرچه ممکن است برخی از مرگ های ناشی از خودکشی ناگهانی روی دهد، ولی معمولاً خودکشی با زمینه فکری قبلی صورت میگیرد. بسیاری از افرادی که خودکشی میکنند، قبلاً نشانه هایی کلامی یا رفتاری که نشان دهنده نیت و افکار خودکشی است، نشان داده اند.

○ افرادی که خودکشی میکنند واقعاً قصد دارند که بمیرند یا قطعاً مرگ را انتخاب نموده اند. این فکر نیز غلط است.

✓ واقعیت: معمولاً 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 امر شاهدهی است مبنی بر این که این افراد دچار نوعی دوسوگرایی راجع به مرگ و زندگی بوده اند و راجع به کشتن خویش قطعاً مصمم نبوده اند.

○ ژست (gesture) خودکشی را نباید جدی گرفت. **این فکر غلط است**

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

○ خودکشی همیشه ارثی است، **عبارتی غلط است.**

✓ همه ی خودکشی ها به وراثت مربوط نمی شود. اگرچه که وجود موارد خودکشی در خانواده عاملی مهم برای پیش بینی رفتارهای خودکشی است به خصوص در خانواده هایی که افسردگی رایج است.

○ اینکه افرادی که اقدام به خودکشی میکنند یا در اثر خودکشی جان خود را از دست میدهند حتماً به نوعی اختلال روانی دچار هستند، **برداشتی غلط است.**

✓ **واقعیت:** اگرچه رفتارهای خودکشی با اختلال هایی نظیر افسردگی، سوءمصرف مواد و اسکیزوفرنی رابطه دارد، اما این ارتباط نباید بیش از اندازه تخمین زده شود. نسبت ارتباط میان اختلال روانی و خودکشی در مناطق مختلف متفاوت است. به علاوه افرادی هستند که هیچ کدام از این اختلال ها را ندارند ولی دست به خودکشی میزنند.

○ اگر مشاوره با مراجعش در مورد خودکشی صحبت کند، این فکر را به او تلقین کرده است و ارزیابی خودکشی و سوال در مورد آن موجب می شود افراد به فکر این کار بیفتند. **این نیز دیدگاه غلطی است.**

✓ **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.

- خودکشی برای بقیه است نه برای ما، تصوری غلط است.
✓ واقعیت: خودکشی ممکن است برای همه ی آدمها در هر خانواده یا نظام اجتماعی رخ دهد.
- اگر فردی یک بار سعی کرد خود را بکشد، دیگر هیچ گاه این کار را نخواهد کرد و اینکه، فردی که از خودکشی نجات پیدا کرده، بهبود یافته و خطر خودکشی رفع شده است. نتیجه گیری غلطی است.
✓ 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. معمولاً هفته بعد از ترخیص از بیمارستان، هفته ای است که فرد در خطر بالایی قرار دارد.
- کودکان هیچ گاه اقدام به خودکشی نمیکنند چون متوجه مفهوم مرگ نمی شوند یا از نظر شناختی آنقدر رشد نکرده اند که درگیر عمل خودکشی شوند، توجیه غلطی است.
✓ واقعیت: اگرچه خودکشی در کودکان نادر است، اما کودکان نیز اقدام به خودکشی میکنند و هر تظاهری از افکار یا رفتار خودکشی در هر سنی باید جدی گرفته شود.
- خودکشی پاسخی قابل انتظار و طبیعی در مقابل استرس است، این فکر غلط است.
✓ واقعیت: خودکشی نتیجه ی غیرطبیعی استرس است. همه استرس را تجربه می کنند، اما همه اقدام به خودکشی نمیکنند.
- خودکشی به علت استرس است، استدلالی غلط است.
✓ واقعیت: اقدام به خودکشی یا آسیب رساندن به خود، گاهی ممکن است در پی استرسی حاد (مثل قطع روابط عاطفی، دعوا و مناظره ی شدید) به وجود آید اما واقعه ی استرس زا، زمینه ساز رفتار خودکشی است نه علت آن.
- افرادی که خودکشی میکنند خودخواه و ضعیف هستند، کسی که باهوش و موفق است هرگز خودکشی نمیکنند. قضای غلط است.

✓ واقعیت: بسیاری از کسانی که خودکشی میکنند از نوعی اختلال روانی در رنجند که این اختلال ممکن است تشخیص داده نشده یا درمان نشده باشد. علاوه بر این، خودکشی در بسیاری از موارد مرزهای فرهنگی و اقتصادی و اجتماعی را پشت سر می گذارد.

○ برای کسی که اقدام به خودکشی میکند یا قصد آن را در سر دارد، نمیتوان هیچ کاری کرد، برداشتی غلط است.

✓ واقعیت: بسیاری از افرادی که اقدام به خودکشی می کنند، ممکن است از اختلال روانی رنج برند که قابل درمان است. درمان مناسب اختلال روانی، به میزان قابل توجهی خطر خودکشی را کاهش می دهد. مثلاً خودکشی گرایی با افسردگی در ارتباط است و معمولاً با درمان موثر افسردگی حل شدنی است.

○ کسانی که اقدام به خودکشی میکنند فقط دنبال جلب توجه هستند، باوری غلط است.

✓ واقعیت: در برخی از افراد اقدام به خودکشی رخدادی است که برای اولین بار آنان را با کمک های تخصصی پیوند میدهد. میان تقاضای کمک و جلب توجه باید تمایز قائل شد. خودکشی یک فریاد ناامیدی و درخواست کمک است و این معادل با جلب توجه نیست.

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 از اهمیت بالایی برخوردار است.

عوامل خطر و محافظت کننده در برابر خودکشی

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. مردان کمتر از زنان تمایل دارند که از نظر عاطفی یا روانی از افراد یا از سیستمهای حمایتی کمک بگیرند. رفتارهای تکانشی در مردان بیش از زنان مشاهده میشود. همچنین عوامل محافظت کننده ای مانند حاملگی و وجود کودک، خاص زنان است.

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 خودکشی‌ها ناشی از ابتلا به یک اختلال روانپزشکی است.

اختلالات خلقی بویژه افسردگی از جمله قوی‌ترین عوامل خطر خودکشی محسوب می‌شوند. اختلالات اضطرابی نیز به خصوص آنهایی که با سوءمصرف مواد و افسردگی همبودی دارد، مانند اختلال استرس پس از سانحه PTSD، خطر خودکشی را افزایش می‌دهد. خطر خودکشی در اسکیزوفرنیا نیز مخصوصاً در ابتدای بیماری بالاست.

تقریباً ۱۰ الی ۱۵ درصد بیماران اسکیزوفرنیک، خودکشی کامل دارند که شایع‌ترین علل مرگ و میر در اختلالات روان پزشکی است. عواملی که خطر خودکشی را در این اختلال بالا می‌برد افزایش بینش نسبت به بیماری و افسردگی شدید است. سوء مصرف مواد نیز یک عامل خطر برای خودکشی است، بویژه وقتی چند ماده با هم مصرف می‌شود. همچنین محرومیت از مواد نیز مثل کوکائین و آمفتامین و مصرف زیاد مسکن‌ها، خواب‌آورها و ضد اضطراب‌ها نیز می‌تواند 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، فقدان لذت، عزت نفس پایین و احساس بی‌ارزشی، کمال‌گرایی افراطی، خشم، غمگینی، احساس گناه، اضطراب و بی‌خوابی و توهّمات آمرانه نیز ممکن است احتمال خودکشی را افزایش دهند.

سایر اختلالات از قبیل صدمات مغزی تروماتیک، اختلال بیش‌فعالی نقص توجه، اختلالات شخصیت کلاستر B، اختلال سلوک احتمال خودکشی را افزایش می‌دهند.

توجه داشته باشید که کوموربیدتی و شروع اخیر بیماری، خطر خودکشی را افزایش می‌دهد

تغییر در نوع درمان روانشناختی یا روانپزشکی: ترخیص اخیر از بیمارستان روانپزشکی، تغییر درمانگر و یا رویکرد درمانی درمانگر خطر خودکشی را افزایش می‌دهد.

ج- سابقه رفتار خودکشی در فرد و خانواده

سابقه اقدام به خودکشی، خطر خودکشی در آینده را به میزان زیادی افزایش می دهد. افرادی که قبلاً اقدام به خودکشی کرده اند، ۵۰ الی ۱۰۰ برابر جمعیت عمومی در خطر خودکشی قرار دارند برخی از عوامل میتوانند سابقه اقدام به خودکشی را خطرناک تر نمایند:

- ✓ وجود سابقه بیماری جسمی
- ✓ وجود بیماری روانپزشکی
- ✓ تنهایی و نبود حمایت اجتماعی
- ✓ اقدام های مکرر
- ✓ اقدام های با برنامه
- ✓ اقدام هایی با فرصت کم نجات یافتن
- ✓ اقدام هایی با قصد شدید برای مرگ
- ✓ اقدام با استفاده از وسایل مرگبار
- ✓ در دسترس بودن وسایل خودکشی

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.

در بیماری های جسمی که مشکلاتی نظیر اختلال در عملکرد، بدشکلی بدنی، وابستگی به دیگران، کاهش بینایی و شنوایی و درد مزمن به همراه دارند، خطر خودکشی وجود دارد.

اختلالات عصبی-زیستی نظیر صرع، بیماری مولتیپل اسکلروزیس، آسیب به نخاع یا مغز با خطر زیاد خودکشی همراه است. سایر بیماری های طبی که با خطر زیاد خودکشی همراه اند عبارت است از: ایدز، سرطان، نارسایی مزمن کلیه (وقتی نیاز به دیالیز وجود دارد)، بیماری لوپوس.

قاعدتاً خطر خودکشی در بیماری های جسمی با وجود اختلالات روانپزشکی همچون افسردگی یا علائم آن مانند ناامیدی افزایش می یابد.

ه- تاریخچه خانوادگی

سابقه اقدام به خودکشی و سابقه بیماری های روانپزشکی در بستگان به خصوص بستگان درجه اول با افزایش خطر خودکشی در فرد همراه است. عوامل ژنتیک در این زمینه نقش مهمی دارند. مثلاً احتمال خطر خودکشی در دوقلوهای همسان بسیار بیشتر از دوقلوهای غیر همسان است.

و- 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... (حوادثی که منجر به تجربه احساس حقارت، شرم یا نومییدی می شود) 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 کننده 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: نبود اختلالات روانپزشکی، حس توانمندی، 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، وجود کودکان در خانواده، حاملگی

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

علایم هشدار دهنده خودکشی

خودکشی یک سری علایم هشدار دهنده اولیه دارد که اگر به موقع تشخیص داده شوند می توان از اقدام به خودکشی پیشگیری کرد.

- ✓ 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 علاقمندی 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
 - ✓ 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 درصورت مشاهده هر یک از آنها ، فورا 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

با افراد در معرض خطر خودکشی چگونه برخورد کنیم؟

برنامه **بتا** را اجرا میکنیم: **ب** - بشنویم **ب** - پرسیم **ت** - ترغیب کنیم **ا** - ارجاع دهیم

بتا را بخاطر بسپارید در ادامه مطالب به تفصیل توضیح داده میشود

افکار و احساسات افرادی که در مورد خودکشی حرف میزنند را بدون قضاوت **بشنویم**

(ب)

برخی افراد در معرض خطر خودکشی و بحران خودکشی به شکل کلامی (مستقیم و غیر مستقیم) در مورد خودکشی صحبت میکنند. افکار فرد تبدیل به نشانه های کلامی شده و معمولاً به اشکال زیر بیان میشود:

خسته شدم... (غیر مستقیم)

زندگی ارزش زندگی کردن ندارد (غیر مستقیم)

نمی توانم بیشتر از این ادامه دهم (غیر مستقیم)

نمیتوانم هیچ کاری انجام دهم (غیر مستقیم)

نمیتوانم تحمل کنم (غیر مستقیم)

بقیه بدون من خوشحال ترند (غیر مستقیم)

من شکست خورده و سربار دیگران هستم (غیر مستقیم)

من بی ارزشم (غیر مستقیم)

نمی توانم از پس مشکلات زندگیم برآیم (غیر مستقیم)

دیگه تحمل ندارم (غیر مستقیم)

هیچ چیزی بهتر نخواهد شد (غیر مستقیم)

کاش همه چیز تموم میشد (غیر مستقیم)

کاش میمردم (مستقیم - منفعل)

کاش میخوابیدم بیدار نمیشدم (مستقیم - منفعل)

برا چی زنده ام (مستقیم - منفعل)

نمی خوام زنده باشم (مستقیم - منفعل).

کاش مرده بودم (مستقیم - منفعل)

خدایا خلاصم کن... (مستقیم - منفعل)

میخواهم خودمو بکشم (مستقیم- فعال)

دیگه منو نمیبینید (مستقیم- فعال)

آدم‌ها با زبان‌های مختلفی سعی می‌کنند دیگران را در مورد مشکلاتشان آگاه کنند. آدمی که می‌خواهد خودکشی کند و شما را انتخاب کرده است تا در مورد تصمیمش حرف بزند به این معنی است که به شما اعتماد کرده و برای رابطه‌اش با شما ارزش قائل شده است . شاید بیشتر کسانی که از خودکشی حرف می‌زنند واقعا اقدام به خودکشی نکنند اما حرف زدن از خودکشی نشانه جدی خودکشی است.

صحبت کردن از خودکشی، صحبت کردن از اینکه دلیلی برای زندگی وجود ندارد، از این احساس که «مزاحم دیگران هستم»، احساس گیر افتادن یا درد غیر قابل توضیح و غیرقابل تحمل، همه اینها آدم‌ها را در خطر بالای آسیب‌پذیری و تمایل به خودکشی قرار می‌دهد. جمله‌هایی مثل «اگر بمیرم هم مهم نیست» یا «کاش از خواب بیدار نمی‌شدم»، می‌تواند و باید زنگ خطر را برای شما به صدا در بیاورد.

اگر فرد به افکار فعال خودکشی اشاره نکرد و غیر مستقیم صحبت میکند از او بپرسید که آیا به این فکر کرده است که می‌خواهد به خودش آسیب برساند یا احتمالاً به زندگی‌اش پایان دهد؟

وقتی فرد بیان میکند قصد خودکشی دارم شنیدن این ۳ کلمه شوکه‌کننده است اما عزیزتان یک هدیه به شما داده‌است. او شما را به حریم خود راه داده است. این فرد به شما فرصت داده تا به او کمک کنید. واکنشی که انجام می‌دهید و چیزی که می‌گویید خیلی مهم است. این می‌تواند باعث شود فرد شما را بیش‌تر به حریم خود راه بدهد یا کلاً در را ببندد .

وقتی فردی افکار مرتبط با قصد خودکشی را برای شما افشا می‌کند، حرف‌ها و رفتارشان می‌تواند به او کمک کند کم‌تر احساس تنهایی کند و در نتیجه، امیدوارتر شود. سوال‌های خوبی که می‌توانید از خودتان بپرسید این است:

آن‌چه من می‌خواهم بگویم چه کمکی به این فرد می‌کند؟ چه آسیبی به او می‌زند؟
در بسیاری از موارد افراد در معرض خطر خودکشی هم‌زمان مشکل ارتباطی هم دارند. در نتیجه مهم است که با آنها ارتباط برقرار کرده و با آنها صحبت کنیم.

نخستین گام در پیشگیری از خودکشی برقراری یک ارتباط توأم با اعتماد است.

کارهایی که باید انجام دهید:

- ✓ خوب گوش دهید.
- ✓ فرد را باور کنید و ادعایش را جدی بگیرید
- ✓ ارتباط و اعتماد برقرار کنید.
- ✓ به وی اعتماد کنید و احترام بگذارید.
- ✓ آرام و درک‌کننده باشید
- ✓ از او بخواهید که حرف بزند

- ✓ با توجه به فرد گوش دهید و خونسرد باشید
- ✓ به احساسات فرد دقت کنید
- ✓ احساسات فرد را درک کنید
- ✓ به داستان او گوش کنید و نشان بدهید که شنیدن آن چیزی که می‌گوید برای شما مهم است.
- ✓ به وی بگویید که میدانید که افکار و احساساتش واقعی است.
- ✓ اجازه دهید وی بتواند صادقانه درباره ی آنچه فکر و احساس میکند حرف بزند.
- ✓ به فرد بگویید که به وی توجه دارید و موضوع برایتان مهم است.
- ✓ همدلی نشان دهید نه دلسوزی.
- ✓ به او بگویید که زندگی و سلامتی‌اش برای شما مهم است .
- ✓ به او اطمینان دهید که در کنار او هستید، مسائل خصوصی را بین خودتان نگه می‌دارید و حمایتش می‌کنید تا حالش بهتر شود.
- ✓ با احترام و پذیرش به صحبت های فرد گوش کنید
- ✓ به ارزش ها و عقاید بیمار احترام بگذارید
- ✓ با بیانی روشن و قابل اعتماد صحبت کنید
- ✓ توجه، علاقه و مهربانی خود را به فرد نشان دهید
- ✓ امیدوار باشید، پیام های امیدوارانه بدهید.

کارهایی که **نباید** انجام دهید

- ✓ مضطرب نشوید.
- ✓ به فرد قول ندهید که در مواقعی که تماس با والدین یا دوستان ضروری است، رازدار باقی خواهید ماند.
- ✓ خود افشایی نکنید.
- ✓ از قضاوت کردن یا ایجاد احساس گناه اجتناب کنید.
- ✓ مسئله را کوچک جلوه ندهید.

راه حل های ساده ندهید (به مسافرت بری حالت خوب میشه، این دختر نشد یه دختر دیگه برا ازدواج ...)

- ✓ مصرف مواد و الکل را پیشنهاد ندهید
- ✓ نخندید یا فرد را شرمنده نکنید.
- ✓ بی توجهی و چشم پوشی نکنید.
- ✓ از وی عصبانی نشوید.

- ✓ باخشونت وی را از خودکشی نهی نکنید.
- ✓ او را به خودکشی ترغیب نکنید، نگویند که جراتش را ندارد.
- ✓ از کلمات میفهمم، میدانم و چرا، استفاده نکنید.
- ✓ زیاد نصیحت نکنید.
- ✓ درباره ی خودکشی به منزله ی راهی که فرد برگزیده، بحث نکنید.
- ✓ اعتقادات شخصی تان را درباره ی خودکشی بیان نکنید.
- ✓ سعی نکنید کاملاً فرد را تحت کنترل خود درآورید؛ او را به خود وابسته نکنید. مگر اینکه خطر قطعی وی را تهدید کند
- ✓ فرد را هنگام خطر حاد رها نکنید.
- ✓ فرد را بدون اینکه در دسترس باشید ترک نکنید.
- ✓ او را تنها و بدون حامی رها نکنید (حمایت نباید لزوماً از جانب شما باشد)

از افرادی که نشانه های خودکشی را بروز میدهند ولی در مورد خودکشی حرف نمیزنند

سوال پرسیم (ب)

در برخی مواقع افراد در معرض خطر خودکشی به دلیل مشکلات ارتباطی، افسردگی، اضطراب، عزت نفس یا اعتماد به نفس پایین، ناامیدی و درماندگی، احساس خستگی و ضعف، درد و رنج شدید روانی، خشم و انتقام، باور به حل نشدن مشکلات، ترس از انگ و سرزنش شدن و تحقیر شدن، طرد شدن و جدی گرفته نشدن و... با وجود تمام عوامل خطر و علایم و نشانه های جسمانی، شناختی، هیجانی و رفتاری، به شکل کلامی در مورد خودکشی صحبت نمی کنند، خود افشایی نمی کنند که در نتیجه خطر خودکشی شناسایی نشده و فرد در معرض اقدام و فوت قرار خواهد گرفت.

بهترین راه برای پی بردن به افکار خودکشی در یک فرد این است که **در مورد خودکشی از او سوال کنیم** (پرسیم) سؤال درباره خودکشی باعث ایجاد افکار خودکشی نمی شود. در حقیقت افراد خوشحال می شوند راجع به خودکشی و سئوالاتی که با آن دست و پنجه نرم می کنند به صورت واضح و مستقیم صحبت کنند. در واقع 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.

کی سوال پرسیم؟

وقتی علایم و نشانه های خودکشی از قبیل:

نشانه های رفتاری: گوشه گیری، کاهش پیشرفت تحصیلی، کاهش علایق، اهدا عضو، بخشیدن وسایل، نهیه ابزار خودکشی، نوشتن وصیت نامه، خداحافظی کردن، برنامه ریزی و تعیین زمان و مکان خودکشی ...

نشانه های جسمی: تغییر الگوی خواب و اشتها، افزایش یا کاهش وزن، عدم اهمیت به ظاهر و پوشش
نشانه های احساسی - عاطفی: احساس غمگینی - خشم - ناامیدی - اضطراب - بی ارزشی و بی کفایتی -
احساس تنهایی و دوست داشتنی نبودن - احساس بی لذتی - بهبود ناگهانی خلق بعد از یک دوره طولانی
نشانه های شناختی: اشتغالات ذهنی، توجه و تمرکز پایین، قدرت تصمیم گیری پایین، توجه منفی به
جزئیات، تفکر منفی

و یا عوامل خطر متعدد (به عنوان مثال سابقه خودکشی و یا ابتلا به افسردگی) و یا علایم هشدار دهنده وجود
دارد مستقیم از افکار خودکشی بپرسید

چگونه بپرسیم؟

سؤال کردن درباره افکار خودکشی آسان نیست. بهتر است به تدریج بیمار را به سمت موضوع سؤال هدایت
کنید.

برخی از سؤالات مفید عبارتند از: بهتر است این سؤالات به ترتیب و یکی یکی پرسیده شود

آیا احساس غمگینی می کنی؟

آیا احساس می کنی زندگی ارزش زنده بودن ندارد؟

آیا ارزوی مردن میکنی؟

آیا به پایان دادن به زندگیت فکر میکنی؟

آیا به خودکشی کردن فکر میکنی؟ آیا همین حالا به آن فکر میکنی؟ این افکار چقدر شدید هستند؟

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؟

آیا واقعا قصد این کار را داری؟

آیا چیزی هست که مانع پایان دادن به زندگیت شود؟

به هنگام سوال از اصطلاحاتی مثل آسیب رساندن به خود یا کشتن خود استفاده کنید و از او بخواهید که حرف
بزند

پرسیدن در مورد تمایلات به خودکشی نیست که ایده خودکشی را در مغز دیگران قرار می دهد اما سوال کردن در
این مورد می تواند به دیگران کمک کند که در مورد مسائلشان حرف بزنند.

چیزهایی که نباید بگویید (گفتن جملات زیر ممنوع است)

✓ چه طور می توانی به خودکشی فکر کنی؟ زندگی تو تا این حد بد نیست. (گفتن این جملات

ممنوع است)

اگر فرد احساس کند کسی او را درک می کند، خیلی برایش مفید خواهد بود.

- چنین جمله‌هایی القاکننده‌ی عدم باور و قضاوت است، نه درک کردن.
- ✓ تو نمی‌دانی اگر خودت را بکشی من نابود می‌شوم؟ چه طور می‌توانی فکرش را بکنی که چنین آسیبی به من بزنی؟ (گفتن این جملات ممنوع است)
- عزیز شما به خودی خود حس بدی دارد. انباشتن بار گناه روی شانه‌هایش قرار نیست به او احساس آرامش یا درک شدن بدهد یا او را تشویق کند که بیش‌تر با شما حرف بزند.
- ✓ خودکشی خود خواهی است. (گفتن این جملات ممنوع است)
- این جمله احساس گناه بیش‌تری را به او القا می‌کند. این جا ۲ نکته اهمیت دارد. یکی این که بسیاری از آدم‌هایی که به خودکشی فکر می‌کنند، تصور می‌کنند زنده ماندن‌شان باری به دوش خانواده‌شان است. دوم، آیا در واکنش به دردی مشقت‌بار طبیعی نیست که اول به فکر رهایی خودشان از این رنج باشند؟
- ✓ خودکشی کار آدم‌های ضعیف است (گفتن این جملات ممنوع است)
- این جمله حس خجالت را القا می‌کند. و اصلا منطقی نیست. بیشتر آدم‌ها از مرگ می‌ترسند. پس غلبه بر ترس از مرگ ضعف تلقی نمی‌شود
- ✓ منظورت این نیست. تو واقعا نمی‌خواهی بمیری (گفتن این جملات ممنوع است)
- پیام این جمله که اغلب به خاطر اضطراب یا ترس گفته می‌شود، بی‌اعتباری و بی‌اعتنایی فرد است. فرض کنید منظور آن شخص واقعا این است که می‌خواهد بمیرد. اگر به فردی که حقیقتا قصد خودکشی دارد، بی‌اعتنایی کنید خیلی زیان‌بارتر از این است که کسی را که قصد خودکشی ندارد جدی بگیرید. بنابراین چرا همه را جدی نمی‌گیرید؟
- ✓ تو چیزهای زیادی داری که به خاطرشان زندگی کنی (گفتن این جملات ممنوع است)
- برای بسیاری از آدم‌ها که به خودکشی فکر می‌کنند و اصلا احساس نمی‌کنند چیز زیادی برای زندگی کردن دارند، این گفته می‌تواند عدم درک بسیار عمقی را انتقال دهد
- ✓ اوضاع می‌توانست بدتر از این باشد (گفتن این جملات ممنوع است)
- آدم‌هایی که به خودکشی فکر می‌کنند، حتی اگر چیزهای خوب زیادی برایشان وجود داشته‌باشد، حتی اگر زندگی‌شان می‌توانست خیلی بدتر باشد، باز هم اوضاعی را تجربه می‌کنند که ظاهرا غیرقابل تحمل است و باعث شده‌است بخواهند بمیرند.
- ✓ آدم‌های دیگر مشکلاتی بدتر از تو دارند و نمی‌خواهند بمیرند (گفتن این جملات ممنوع است)
- مقایسه‌ی او با کسانی که بهتر با مشکلات کنار می‌یابند ممکن است فقط حس محکوم کردن خود را در او تشدید کند.
- ✓ خودکشی راه حلی دائمی به یک مشکل موقت است (گفتن این جملات ممنوع است)
- من آدم‌ها، به‌ویژه نوجوانانی را می‌شناسم که این جمله برایشان بی‌نهایت مفید بوده‌است. اما در عین حال این پیام را منتقل می‌کند که مشکلات یک فرد موقتی است، در حالی که ممکن است این‌طور

نباشد. در چنین اوضاعی، یک هدف واقع‌گرایانه برای آن فرد می‌تواند این باشد که یاد بگیرد با مشکلات کنار بیاید و با وجود آنها زندگی معناداری داشته باشد. مشکل دیگر چنین جمله‌ای پیامی است که القا می‌کند: خودکشی یک راه‌حل است - بله یک راه‌حل دائمی. من توصیه می‌کنم حداقل کلمه‌ی "راه‌حل" را با "اقدام" یا "کنش" عوض کنید

✓ اگر در اثر خودکشی بمیری به جهنم خواهی رفت (گفتن این جملات ممنوع است)

شاید او به جهنم اعتقاد ندارد. شاید اعتقاد دارد خدایی که او را می‌پرستد گناه خودکشی‌اش را خواهد بخشید. گفتن این جمله احساس بیگانگی را در او تشدید میکند. سعی نکنید بحثی در مورد ارزش و اهمیت زندگی یا معنای آن شروع کنید

✓ بیان اینکه می‌توانید وضعیت او را تغییر دهید یا می‌توانید مشکلات او را حل کنید

چانه‌زنید (گفتن این جملات ممنوع است)

✓ زمان همه مسائل را حل می‌کند و حالت بهتر می‌شود. (گفتن این جملات ممنوع است)

✓ مرتباً صحبت‌های فرد را قطع نکنید.

✓ هیجانی یا شوک زده نشوید.

✓ به گونه‌ای با بیمار برخورد نکنید که وی را فاقد عقل، اراده یا تصمیم‌گیری تلقی کنید

پس از شنیدن همدلانه افکار و احساسات فرد و پرسش مستقیم از افکار خودکشی و شناسایی افکار و برقراری ارتباط توأم با اعتماد، احترام، حمایت و همدلی و پذیرش،

فرد را جهت کمک حرفه‌ای و تخصصی ترغیب کنید (ت)

توجه داشته باشید افکار خودکشی به آسانی و خود به خود از بین نمی‌رود و افراد برای چیره شدن بر این افکار نیاز به کمک دارند اگر تا اینجای کار با او همراه بوده‌اید، کمک زیادی به او کرده‌اید، اما کمک حرفه‌ای و تخصصی برای افرادی که با مسائل سلامت روان درگیر هستند ضروری است.

پیشنهاد حمایت کنید و نشان دهید که به آنها اهمیت می‌دهید، مرتب به آنها سر بزنید تنهایشان نگذارید تا نشان دهید واقعا برای شما اهمیت دارند.

(ابزار کشنده را از دسترس فرد دور کنید)

روانشناسان مراکز خدمات جامع سلامت، پزشکان خانواده و روانپزشکان، افراد مناسبی برای مراجعه و کمک‌گرفتن می‌باشند.

حتی در صورتی فرد ناامید باشد و امیدی به تغییر یا دریافت کمک نداشته باشد او را ترغیب کنید این فرصت را به خود بدهد و از کمک حرفه‌ای استفاده کند (برای خودکشی دیر نمی‌شود)

اگر فرد قبلا درمان گرفته و رضایت از درمان دارویی و رواندرمانی نداشته است او را ترغیب کنید مجددا از خدمات درمانی استفاده کند این باور را ایجاد کنید که حتی برای مشکلات جسمی و طبی بعضی اوقات لازم است از پزشکان مختلفی استفاده کنیم تا نتیجه بگیریم.

افرادی که تمایلات خودکشی دارند معمولا احساس خستگی و سطح انرژی پایین، و انگیزه درمانی پایینی دارند در نتیجه شما باید بیشتر تلاش کنید و فعال باشید و ضمن همدلی و حمایت فرد را ترغیب کنید کمک تخصصی بگیرید.

ترس ها و تردید های او را بپذیرید و به ان ها بپردازید اگر فرد ترس از افشا اطلاعات و سرزنش شدن دارد بر رازداری و محرمانگی اطلاعات او توسط تیم درمان تاکید کنید.

بیش از حد فرد را امیدوار نکنید و سعی نکنید بیماری را که ناامید است متقاعد کنید که روانشناس، پزشک یا روانپزشک همه مشکلات را برطرف میکنند یا راه حل هایی میدهند که قطعا موثر خواهد بود. وی را به شکل غیرواقع بینانه ای تشویق به خوش بینی که ممکن است منتهی به نومییدی ناگهانی شود، نکنید.

پس از ترغیب فرد، و جلب رضایت او، فرد را برای دریافت خدمات تخصصی ارجاع

دهید (۱)

علت ارجاع را مجددا توضیح دهید (تو برای من مهمی و دوست ندارم اتفاقی برای تو بیوفتد، خیلی وقت ها ما نمیتوانیم به تنهایی با مشکلاتمان مواجه شویم، افسردگی یک بیماری است و نیاز به درمان دارد. به خودت فرصت بده و از درمانگران کمک بگیر)

تاکید کنید معنی ارجاع ترک یا جدایی از شما نیست

فرد را تنها رها نکنید و او را تا مراجعه به پزشک و روانشناس همراهی کنید

اگر فرد جهت دریافت خدمات رضایت نمیدهد سعی کنید رضایت او را جلب کنید اگر باز هم رضایت نمیدهد به یکی از اعضا خانواده یا (منابع حمایتی بستگان، دوستان، آشنایان) اطلاع دهید. رازداری را نقض کنید. نترسید بی معرفت قلمداد شوید

اگر فرد در سطح خطر بالا و وضعیت اورژانسی است (تهدید جدی میکند، افکار جدی و شدیدی دارد ، برنامه مشخصی برای خودکشی دارد و ابزار خودکشی تهیه کرده است سابقه افسردگی و اقدام به خودکشی دارد، و دلیلی برای زندگی کردن ندارد) سعی کنید رضایت بیمار را جهت اطلاع به خانواده به دست آورید اگر فرد رضایت نداد رازداری را نقض کنید و خانواده را حتما در جریان قرار دهید. نترسید بی معرفت قلمداد

شوید (فرد را تنها نگذارید)

خودکشی راز نیست و اگر بیمار باز هم همکاری نکرد باید به ۱۲۳، ۱۲۵، ۱۱۵ یا ۱۱۰ تماس بگیرید.

اگر فرد در وضعیت اورژانسی نیست باز سعی کنید رضایت بیمار را جهت اطلاع به خانواده جلب کنید و به خانواده اطلاع دهید (حتی اگر فرد اجازه نداد، تلاش کنید شخصی را که به طور ویژه بتواند از فرد مستعد خودکشی حمایت کند در کنار او قرار دهید).

وسایل و ابزار کشنده از قبیل سم، دارو، طناب، ابزار تیز و برنده و غیره را از دسترس فرد دور کنید

فرد به پزشک خانواده، روانپزشک، یا روانشناس نزدیک ترین مرکز خدمات جامع سلامت

ارجاع دهید

فرد را همراهی کنید و زمان و مکان ویزیت و ملاقات را هماهنگ کنید
فرد را تشویق کنید مراجعات منظم به پزشک و کارشناس بهداشت روان داشته باشد.
شما یا یکی از اعضای خانواده حتماً در ویزیت های پزشک یا کارشناس همراه او بروید.
اگر فرد در خانه تنهاست و تلفن را جواب نمی‌دهد و یا اگر به جایی رفته است که می‌تواند آسیب به خودش بزند، اگر شما را در جریان قصدش برای خودکشی قرار داده است و می‌دانید که برای این کار برنامه‌ریزی کرده است، می‌توانید با پلیس ۱۱۰، آشنشانی ۱۲۵، اورژانس اجتماعی ۱۲۳ تماس بگیرید. از اینکه این تماس شاید برای شما یا فرد و یا خانواده‌ها مشکلی به وجود بیاورد، اصلاً نترسید.
برای مشاوره با خط تلفن ۴۰۳۰ و یا ۱۴۸۰ تماس بگیرید

خط تلفن هات لاین خودکشی در استان فارس ۳۲۲۶۳۱۶۰ می باشد

برای بستری بیمار وقتی که دستور پزشک وجود دارد با ۱۸۱۹ تماس بگیرید.

با افراد اقدام کننده به خودکشی چگونه برخورد کنیم؟

گاهی اوقات پیشگیری از خودکشی امکان پذیر نیست و با وجود همه مراقبت ها فرد اقدام به خودکشی میکند با توجه به اینکه اقدام به خودکشی یک عامل خطر قوی و پیش بینی کننده برای اقدام بعدی می باشد در این قسمت به باور های غلط و واکنش مناسب نسبت به بیماران اقدام کننده به خودکشی و یا ترخیصی از بیمارستان میپردازیم.

بیمار باید حتماً تحت درمان قرار گیرد تا عوامل زمینه ای دخیل و سهیم در خودکشی شناسایی و درمان شوند. رفتن به بیمارستان و رفع خطر فوری و پرداختن به مشکلات جسمی بیمار لازم است ولی کافی نیست. بیمار بایستی پس از ترخیص حتماً تحت درمان روانپزشک و روانشناس قرار گیرد. روانشناسان مراکز خدمات جامع سلامت آماده ارائه خدمات رایگان و در دسترس می باشند.

پس از اقدام:

- به خاطر اقدام به خودکشی او را سرزنش **نکنید**. (این چه کاری بود کردی، آبرومون رو بردی، چی کم گذاشتیم، ...)

- به خاطر اقدام به خودکشی خود را سرزنش نکنید. (خودکشی یک پدیده چند عاملی زیستی، روانی و اجتماعی است)
- به خاطر اقدام به خودکشی همدیگر را سرزنش نکنید. از انداختن تقصیر به گردن همدیگر خودداری کنید. این کار کمکی نمی کند. از جر و بحث در حضور اقدام کننده خودداری کنید.
- اگر فرد اقدام کننده شما را به خاطر اقدامش به خودکشی سرزنش می کند، با او جر و بحث نکنید. او در وضعیتی نیست که بتواند کاملاً منطقی فکر کند. می توانید نظرات و احساسات خود را در جلسه با پزشک یا کارشناس سلامت روان در میان بگذارید.
- اگر بیمار عصبانی است اجازه دهید صحبت کند و حرفهای او را به دل نگیرید
- اگر فرد نمی خواهد در مورد اقدام به خودکشی حرف بزند او را سوال پیچ نکنید.
- با بیمار جر و بحث نکنید. حل مشکلات احتیاج به زمان دارد.
- اگر فرد تمایل دارد در اتاقی تنها باشد، اجازه دهید، اما در اتاق را قفل نکند
- در صورتی که بیمار با اعضای خانواده مشکلاتی دارد به او اجازه دهید مدت کوتاهی در منزل یکی از بستگان یا دوستانی که خودش می خواهد زندگی کند تا پزشک و کارشناس سلامت روان فرصت داشته باشند روی مشکلات بیمار و خانواده شما کار کنند (راه حل موقتی)
- فرد را تشویق کنید مراجعات منظم به پزشک و کارشناس بهداشت روان داشته باشد.
- یکی از اعضای خانواده حتماً در ویزیت های پزشک یا کارشناس همراه او برود.
- اقدام کننده را تشویق کنید تا درمان را تا آخر ادامه دهد، حتی اگر بعد از مدتی افسردگی خوب شده باشد.
- با پزشک و کارشناس همکاری کنید و کارهایی را که آنها می گویند انجام دهید.
- پزشک در صورت لزوم فرد اقدام کننده را بستری می کند. بستری برای کمک به بیمار و اجرای درمان موثر است. بنابراین با موافقت کردن با بستری، از بیمارتان حمایت کنید.
- مسئولیت دادن داروی بیمار را – اگر با شما زندگی می کند- خودتان بعهده بگیرید نه بیمار. لازم است هر بار فقط مقداری از دارو را که باید بخورد به او بدهید، مثلاً دو قرص هر روز صبح.
- هر گونه وسایلی که می تواند برای اقدام به خودکشی به کار رود مثل چاقو، یا مواد سمی مثل حشره کش یا آفت کش، انواع داروها، مواد سوختنی مثل بنزین یا نفت، و یا هر چیزی که ممکن است بیمار از آن برای اقدام به خودکشی استفاده کند از دسترس بیمار دور کنید.
- علائم هشداردهنده را بشناسید. چیزهایی که فرد می گوید، رفتارهایی که انجام می دهد، تغییر حال و هوا و چیزهایی از این قبیل، می تواند هشداردهنده باشد
- اگر تصور می کنید که بیمار شما به خودکشی فکر می کند اما اطمینان ندارد، با او حرف بزنید. به او بگویید که نگرانش هستید. از او در مورد حالات و روحیاتش بپرسید و پیشنهاد کمک بدهید. گرچه

انجام این کار بسیار دشوار است، با نشان دادن محبت و نگرانی خود برای سلامت و ایمنی بیمار، می‌توانید او را تا حد زیادی با خود همراه کنید.

- در صورتی که یقین حاصل کردید که فرد می‌خواهد خودکشی کند با پزشک خانواده او تماس بگیرید و از مراجعه فرد به پزشک و متخصص مربوطه اطمینان حاصل کنید. اگر فرد در این خصوص با شما همکاری لازم را نداشت، لازم است خود به تنهایی به روانپزشک، پزشک یا روانشناس مراجعه و راهنمایی و کمک لازم را دریافت نمایید.
- در هر حالتی که تهدید به اقدام به خودکشی می‌کند (به عنوان مثال در بلندی ایستاده است)، سریعاً با اورژانس اجتماعی ۱۲۳ یا اورژانس ۱۱۵ و پلیس ۱۱۰ و یا آتش نشانی ۱۲۵ تماس بگیرید. همچنین می‌توانید فرد را به متخصص روانپزشکی، بیمارستانهای اعصاب و روان، بیمارستانهای دارای بخش روانپزشکی و کلینیکهای روانشناسی انتقال دهید.
- آرامش خود را حفظ کنید. تمام آنچه در اینجا به شما گفته میشود برای حمایت و مراقبت از فرد اقدام کننده است و به این معنی نیست که بیمار شما حتماً دوباره اقدام به خودکشی می‌کند. ولی لازم است تمام نکات ایمنی را به دقت رعایت کنید تا آرامش بیشتری داشته باشید.

با نوجوانانی که تهدید به خودکشی میکنند و یا ژست خودکشی میگیرند چگونه برخورد کنیم؟

تهدید به خودکشی Suicidal Threat نشانه های شفاهی یا رفتاری حاکی از آسیب زدن یا ارعاب به کشتن خود می باشد. هر تهدید ، ضرورتاً به خودکشی منجر نمی شود اما باید جدی گرفته شود. 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.

ژست خودکشی : Suicidal Gesture برای توصیف اعمال خود تخریب گرانه ای به کار می رود که جدی به حساب نمی آیند چون شرایط ناشی از آن زندگی فرد را تهدید نمی کند یا چنین بیمارانی پس از عمل مذکور در پی کمک گرفتن برمی آیند . رفتاری که بالقوه آسیب رسان بوده ولی فرد قصد کشتن خود را نداشته و هدف دیگری را دنبال نمیکرده است. این رفتار می تواند منجر به آسیب و حتی مرگ بشود یا نشود.

در تهدید به خودکشی گاهی اوقات فرد تمایلی ندارد و خودکشی ابزاری برای به دست آوردن **منافع** است **مثلاً** اگر آن چیز را برایم نخرید خودم را می کشم. یعنی خودکشی یک ابزار است برای اینکه به خواسته اش برسد

پس یک سری کارها می‌کند که انگار من می‌خواهم خودم را بکشم . اگر آن دختر را برایم نگیرید خودم را میکشم

اما ژست خودکشی: تهدید نمی‌کند بلکه ادای خودکشی را در می‌آورد

مثال رو پروفایلش عکس خون و تیغ می‌گذارد

به مادرش می‌گوید آدم اگر بمیرد راحت می‌شود

یا چاقو می‌گیرد جلوی مامان و با چاقو باز می‌کند

یعنی می‌خواهم رگم را ببرم

در حالی که می‌دانیم این نوجوان نمی‌خواهد اقدام به خودکشی کند افکار و یا تمایل به خودکشی ندارد فقط اصطلاحاً ژست خودکشی را می‌گیرد

دو نکته کاربردی زمانی که فرد یا نوجوان تهدید به خودکشی می‌کند و ژست خودکشی می‌گیرد توجه کنید سوء تفاهم نشود

نکته اول: هرگونه تمایل، فکر، ژست، قصد خودکشی و هرگونه رفتار و سخنی که محتوای خودکشی

داشته باشد **جدی و مهم است** یعنی نمی‌توانیم بگوییم این ژست خودکشی است آن را ول کن داره ادا در می‌آورد

بعضی مواقع به خصوص در نوجوانان اگر به همین ژست یا تهدید توجه و دقت نشود (نه تایید بلکه توجه و

دقت نشود) خیلی مواقع از سر لجبازی و اعمال فشار به والدین دست به اقدام می‌زنند و خودکشی می‌کنند در

صورتی که تمایل به خودکشی ندارند.

نکته دوم: هرگونه تهدید، هرگونه ژست خودکشی فریاد است: برای اینکه به من توجه کنید و به من

کمک کنید

(این توجه به معنای اینکه با خواسته غیر منطقی نوجوان موافقت کنیم، همراهی کنیم یا خواسته

او را تایید کنیم و تسلیم شویم نیست)

واکنش های شایع غلط والدین

○ نوجوان : موتور برام نخرید خودم را می‌کشم

○ مادر: برم براش بخرم نکنه خودش رو بکشه . (نباید این کار را انجام دهیم)

○ بزار با بابات صحبت کنم طلا هام رو می‌فروشم خودتو نکش می‌روم برات موتور می‌خرم (**نباید این**

حرف را بزنیم)

- والد: می خواهی **خودت رو بکشی بکش** و نوجوان ممکن است در یک اقدام هیجانی اقدام به خودکشی کند (**نباید این حرف را بزنیم**)
- والد : موتور برات نمی خریم غلط می کنی سوار موتور شوی فردا موتور بخریم و بزنی کسی را بکشی ما را بدبخت کنی تو اصلاً می تونی موتور برانی (**نباید این حرف را بزنیم**)
- والد: تو اصلاً جرات داری خودتو بکشی؟ (**نباید این حرف را بزنیم**)
- والد: موتور برات می خریم امسال درست رو بخوان تابستان برات می خریم (**نباید این حرف را بزنیم**)
- والد: همسرم بیا برایش بخریم حالا چه می شود قول می دهم کار خطرناکی نکند (**وساطت نکنید**)

واکنش های درست والدین

وقتی نوجوان تهدید به خودکشی می کند و ژست خودکشی دارد باید به احساسات و تمایلاتش در مورد خودکشی توجه شود و همدلی شود

ولی از آن طرف قرار نیست چون از ابزار خودکشی یا تهدید به خودکشی استفاده می کند به خواسته هایش برسد و ما خواسته را تقویت کنیم
 ما نباید تسلیم شویم ولی باید توجه کنیم ولی رفتار فرد را تایید نکنیم
مهربان و در عین حال قاطع باشید

اگر از موضع ضعف به ماجرا نگاه کنیم ممکن است نوجوان تهدیدات خود را ادامه دهند.

- مثال مادر: من دوست ندارم برات اتفاقی بیفته
- فرزند: من بمیرم مگه چی میشه.
- مادر: تو برام خیلی مهمی تو برام عزیزی تو بهترین فرد روی زمینی از چه چیزی ناراحتی بیا در موردش حرف بزنیم
- فرزند: چرا فلان چیز را برایم نمی خرید
- مادر: تو که شرایط ما را بهتر میدونی واقعاً توانش را نداریم

نکته : اینجا یک همدلی ساده یک توجه ساده و یک پیگیری ساده این کمک می کند حداقل

نوجوان احساس می کند مورد اهمیت است

- مادر: ما نگران تو هستیم دوست نداریم اتفاقی برای تو بیفتد
- فرزند: پشت گوش تون رودیدید مرا هم می بینید و از خونه می زند بیرون

اینجا خوب است که والدین به فرزند یک زنگ بزند یک پیام دهد که من نگران هستم
ولی قهر میکند به اتاق میرود و غذا نمیخورد

○ مادر: غذاتو نخوردی بیا غذا بخور (شما برخورد با ثبات و مهربانانه خود را ادامه دهید)

○ مادر: تو گواهینامه نداری وقتی سن تو به ۱۸ سال رسید آن موقع می‌توانیم با کمک هم موتور بخریم .

وقتی رو مواضع خودتان می‌مانید و مهربانانه برخورد می‌کنید نوجوان متوجه می‌شود احساساتم
برای آنها مهم است

نکته مهم: در صورت وجود عوامل خطر متعدد و علایم و نشانه های جدی خودکشی و یا اقدام به
خودزنی و یا تداوم بیش از حد این رفتار ها ضمن پذیرش و همدلی حتما به پزشک خانواده و
روانشناس نزدیک ترین مرکز خدمات جامع سلامت مراجعه کنید.

**با بازماندگان و خانواده افراد فوت شده به دلیل خودکشی چگونه برخورد
کنیم؟**

افرادی که خودکشی میکنند اطرافیانشان را در معرض مشکلات روانشناختی عدیده ای قرار میدهند و آنها را
نیازمند کمک میکنند. بیشترین سوگ و بیشترین آسیب روانی ناشی از خودکشی متوجه خانواده و شریک
عاطفی متوفی است. مرگ یک دوست، یکی از اعضای خانواده و در کل کسی که دوستش داریم یکی از دردناک
ترین تجارب زندگی است و اگر این مرگ بر اثر خودکشی باشد، پیامدهای آن مخربتر است. بازماندگان غالباً
درگیر احساساتی چون تنهایی، انزوا، فرسودگی، رها شدگی میشوند و با سوالات بی جواب بسیاری در ذهن خود
دست و پنجه نرم میکنند. بازماندگان خودکشی همزمان با دست رفتن عزیزانشان با مرگی غیر منتظره و احتمالاً
خشونت بار نیز مواجه میشوند. اگرچه بسیاری از کسانی که قصد خودکشی دارند از قبل نشانه هایی از جمله
خداحافظی کردن، صحبت درباره مردن، وصیت کردن، صاف کردن بدهی ها، تغییر ناگهانی خلق و یا حتی بهبود
ناگهانی در خلقشان! را دارند اما باز هم این اتفاق برای بازماندگان بسیار غیر منتظره است. همچنین اگر
بازماندگان به طور مستقیم شاهد صحنه ی خودکشی بوده باشند یا پیکرمتوفی را بعد از خودکشی ببینند یا از
حاضران در صحنه، درباره اتفاق رخ داده جزئیاتی را شنیده باشند، معمولاً این اتفاقات برای مدتی طولانی در
ذهنشان میماند. البته هر چند به مرور زمان کمرنگتر میشود اما هیچگاه به طور کامل پاک نمیشود. مرگ یک
عضو خانواده بر اثر خودکشی، تعادل خانواده را برهم میزند.

فقدان هر عزیز، با ماتمی همراه است. درد و غمی جانکاه که بسته به ویژگیهای فردی، اجتماعی و فرهنگی، عکس العمل های گوناگونی در انسانها ایجاد میکند. بشر در طول زندگی خود همواره با فقدانهای متعددی مواجه بوده و آموخته است که این فقدانها را تاب آورد.

هرفقدان یا تهدید به آن میتواند واکنش سوگ به همراه داشته باشد که واکنشی طبیعی است، شامل افکار، احساسات و رفتارهای مختلفی در مراحل متفاوت است و در افراد، جوامع و فرهنگهای مختلف تفاوت های زیادی دارد و نیز همواره احساسات و تجربیات سختی را به همراه دارد. اما حاصل همه این پدیده ها بصورت مشترک و در راه پذیرش واقعیت فقدان و در نهایت بازگشت به زندگی عادی بدون فرد از دست رفته است. سوگ، منجر به کاهش دلبستگی میشود هر چند شاید سوگوار ممکن است هرگز به گونه ای که قبل از سوگ بوده است بازنگردد اما معمولا بدون کمک خاصی از این رنج و درد شدید خلاصی می یابد و میتواند زندگی را با ایجاد پیوندهای جدید در عین دوام پیوند با عزیز دست رفته اش به شکلی تازه آغاز کند. این اتفاق در فرآیندی به نام سوگواری طی میشود. عزاداری یک پاسخ طبیعی به فقدان است و با گذشت زمان، عزاداران با قبول غیبت فرد متوفا در مدتی حدود شش ماه تا یکسال بتدریج پیوند با او را کم و کمتر میکنند و به زندگی معمول خود بازمیگردند.

به طور کلی عوامل مختلفی بر شدت سوگ و مرضی شدن و بیمارگون شدن سوگ تاثیر گذارند از قبیل نوع ارتباط و دلبستگی با متوفی، سابقه قبلی فقدان، وجود و سابقه اختلالات روانپزشکی در خانواده، جنسیت مونث، احساس گناه، شرم، تردید و پشیمانی شدید، نوع نگرش به فقدان و بیش برآورد فاجعه، نوع مرگ، ناگهانی بودن مرگ، حمایت های ضعیف اجتماعی از افراد بازمانده، محیط اجتماعی طرد کننده، نداشتن اطلاعات کافی و ماندن در ابهام درباره علت مرگ، وجود فرایندهای مخل سیر طبیعی سوگ از قبیل عدم امکان سوگواری مطابق رسوم اجتماعی و مصرف مواد و مشروبات الکلی و غیره

سوگ های خودکشی به دلیل نوع مرگ، غیر منتظره و ناگهانی بودن مرگ، روش خشن خودکشی، عدم درک دلایل مرگ احساس گناه و خود سرزنشی بیشتر که شاید میتوانند به فرد کمک کنند، فشار های فرهنگی و مذهبی که خودکشی را به عنوان عملی اخلاقی محکوم میکنند، در نتیجه عدم حمایت های اجتماعی، انزوا اجتماعی، احساس طرد توسط فرد متوفی و میل به پنهان کردن علت مرگ معمولا طولانی و شدید است و در نتیجه احتمال پیچیده شدن سوگ و افسردگی بالاست. و بازماندگان فوت خودکشی معمولا نیازمند کمک و خدمات روانشناختی میباشند.

بازماندگان خودکشی ممکن است مسیر های متفاوتی را در اثر سوگشان طی کنند. بعضی از آنها برای مدتی مراحل طبیعی سوگ را طی می کنند و رفته رفته به زندگی طبیعی باز میگردند اما بعضی دیگر دچار سوگ پیچیده ای که در پایین توضیح داده شده میشوند که به آسانی رفع نشده و فرد را در معرض خطر ابتلا به

اختلالاتی همچون اختلالات خلقی و افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلال استرس پس از حادثه، مصرف مواد و حتی اختلالات جسمانی و خودکشی قرار می دهد.

علائم و نشانه های سوگ پیچیده:

در این نوع سوگواری، به مدت طولانی افکار مزاحم فراوانی درباره شرایط اتفاق افتاده قبل از مرگ متوفی وجود دارند، اجتناب شدیدی از هرچیزی که باعث به یاد آوردن متوفی شود مشاهده میشود و فرایند های تنظیم هیجان به شدت مختل می شوند

این سوگ ادامه دار و فراگیر میشود و با ویژگی هایی نظیر اشتغال ذهنی مکرر با متوفی و هیجانات دردناک شدیدی از قبیل احساس غم، احساس گناه، خشم، انکار، سرزنش، دشواری در پذیرش مرگ، احساس اینکه بخشی از وجود فرد از دست رفته است، ناتوانی در داشتن احساس خوب، کرختی عاطفی، دشواری در مشارکت دوباره در اجتماع و فعالیت ها همراه میشود. واکنش سوگ برای مدتی طولانی که در محدوده نرمال جای نمی گیرد ادامه می یابد و به شکلی فاحش از هنجارهای اجتماعی، فرهنگی و دینی، تخطی میکند. این آشفتگی، باعث آسیب های معنادار از لحاظ بالینی در حیطه های عملکرد شخصی، خانوادگی، شغلی و سایر حیطه ها میشود.

باید ها و نباید ها جهت کمک به تسهیل فرآیند سوگ طبیعی، و پیشگیری از سوگ پیچیده

- حمایت های فردی، خانوادگی و اجتماعی عاطفی برای بازماندگان فراهم کنید (افرادی که بعد از چنین داغی از طرف دوستان و اعضای خانواده و سایر افراد حمایت اجتماعی دریافت می کنند به احتمال کمتری احساسات طرد، افسردگی و اضطراب را تجربه می کنند)
- حمایت و اطمینان بخشی کنید. برای مثال به نشان دهید که حال او را درک میکنید و جملاتی نظیر " فکر می کنم می تونم درکت کنم " " واقعا خیلی سخته " یا من " آماده ام تا به حرفهایت گوش کنم " تلاش میکنیم با هم این روزها را طی کنیم " استفاده کنید تا بازمانده متوجه شود کسی را در کنار خود دارد که بخاطر احساساتی که تجربه می کند قضاوتش نمیکند
- بازماندگان را به دلیل نوع فوت سرزنش نکنید.
- به فرد بازمانده، زمان و فضای کافی داده بدهید تا درباره خودکشی به تفصیل صحبت کند (اینکه پیکر چگونه پیدا شده، چه کسی آن را پیدا کرده و ..) هرچه بیشتر در باره فرد متوفی و حادثه رخ داده برای او صحبت می کنند، حقیقت فقدان، ملموس تر میشود و آنها یک قدم بیشتر از انکار فاصله میگیرند و واقعیت فقدان را میپذیرند.
- به افراد کمک کنید احساسات خود را بشناسند (از قبیل احساس گناه، واکنش خشم، غم، نا امیدي، اضطراب، احساس ناتوانی در تحمل رنج، یا فقدان هیجانات) و این احساسات بپذیرند

- در مورد احساس گناه و مشغله ذهنی با احساس گناه و دردناک بودن این هیجان و اینکه اکثر افراد داغدیده زمان پیش از مرگ را برای یافتن شواهدی از قصور خود در رابطه با متوفی جست و جو میکنند آموزش دهید با این احساسات همدلی کنید و آن ها را عادی سازی کرده و تاکید کنید که این هیجانات ناخوشایند همگانی بوده و همیشگی نیستند.
- آنها را تشویق کنید درباره احساساتشان آزادانه صحبت کنند اما اگر برای اینکار آمادگی نداشتند، آنها را تحت فشار قرار ندهید.
- لطفاً به هنگام بیان آزادانه احساسات، از نظر دادن یا تسلی بخشیدن و یا اظهاراتی از قبیل "بتدریج به همه چیز عادت میکنید" خودداری کنید) و در نظر داشته باشد که مهمترین نکته در کار با این افراد گوش دادن به رنجهای آنان است.
- به آن ها کمک کنید سوگواری کنند و با سوگ خود روبرو شوند.
- مراسم تدفین و خاکسپاری و سوگواری برگزار کنند
- به آن ها کمک کنید سر مزار بروند در مورد فرد فوت شده و خاطرات خوب و بد صحبت کنند
- به تنهایی و در خلوت با فرد فوت شده حرف بزنند
- اعضا خانواده عکس ها و خاطرات فرد را مرور کنند
- به پیوند و ارتباط بیشتر اعضا خانواده با همدیگر کمک کنید (بعد از خودکشی ارتباط میان اعضای خانواده با دشواری روبرو میشود و اعضای خانواده تمایل کمتری به صحبت کردن درباره این اتفاق دارند، حتی ممکن است یک عضو ارتباط خود را به کل با سایر اعضا قطع کند. اگرچه تشویق اعضای خانواده به انجام اینکار سخت است، ولی ضرورت دارد تا اینکار انجام شود زیرا باعث به اشتراک گذاردن احساسات و ایجاد حس همدردی و تنها نبودن بین اعضای خانواده می شود)
- تاکید کنید علی رغم وجود ویژگی های مشترک بین افراد، سوگ پس از خودکشی برای هر فرد منحصر به فرد است. تفاوتهایی در میان اعضای خانواده در فرایند سوگواری دیده شود که می تواند مشکل ساز شود. این میتواند موجب خشم سایر اعضای خانواده شود چرا که فکر می کنند او به اندازه دیگران از اتفاق پیش آمده ناراحت نیست. مردان، تمایل به برون ریزی کمتر احساسات خود دارند و برای اجتناب از این احساسات، سعی در درگیر کردن خود با فعالیت های مختلف و ایجاد حواس پرتی می کنند. همین واکنش در زنان، ممکن است باعث سو تعبیر در مورد اهمیت این اتفاق برای آنها بشود. از طرفی زنها احساسات خود را بیشتر ابراز می کنند و با دیگران درباره آن حرف میزنند.
- این عقیده را که خودکشی تقصیر آنها نیست تقویت کنید. دلایل رایج خودکشی (افسردگی) برای آنها توضیح داده و تفهیم کنید که خودکشی یکی از نزدیکان آنها هم احتمالاً به یکی از همین دلایل رخ داده است. خودکشی پدیده پیچیده ای است که از تعامل عوامل مختلف زیستی، روانی، اجتماعی و فرهنگی و معنوی حاصل می شود خودکشی پدیده پیچیده ای است که علت واحدی ندارد و از تعامل

عوامل مختلف حاصل می شود فهم تاثیرگذاری این عوامل متعدد از سوی بازماندگان، به آنها کمک می کند تا تصمیم فرد متوفی را بیشتر درک کنند و خود را مورد سرزنش کمتری قرار دهند.

- بازماندگان را از دور بسته و انزوا خارج کنید و آنها را تشویق کنید تا با شبکه حمایتی و دوستانشان ارتباط برقرار کنند.
- آنها را تشویق به از سرگیری فعالیت های روزمره کنید.
- آنها را تشویق کنید تا تجارب مثبت را به یاد آورند.
- تاکید کنید که توجه به سلامت روان و سلامت جسمی در این دوران بسیار کم میشود و ممکن است او را با مشکلات جدیدی روبرو کند. خود مراقبتی را در آن ها تقویت کنید
- به آنها نگوید که عصبانی نباشند یا گریه نکنند.
- به آنها نگوید که باید چه احساسی داشته باشند
- آنها را به تعیین اهداف واقع بینانه در زندگی رهنمون کنید.
- به آن ها آموزش دهید که هیجانات سوگ به شکل موجی بروز پیدا میکند (هیجانات ناخوشایند بعضی روز ها فروکش و بعضی روز ها فعال تر میشود)
- آن ها را آماده کنید که تعطیلات، سالگرد و روز های تولد اغلب دشوار است خصوصا سال اول. بنابراین به آنها بگویید که در این ایام ممکن است با مشکلات روانشناختی خاصی روبرو شوند که در صورت تمایل میتوانند نزد کارشناس سلامت روان نزدیک ترین مرکز خدمات جامع سلامت بروند.
- تاکید کنید هر نقطه عطف جدیدی مانند عروسی، تولد، یا یک موفقیت شغلی ممکن است در بازمانده با احساسات جدیدی از گناه و غم همراه باشد. به این معنی که حس کنند انگار دارند متوفی را از زندگی خود دور می کنند. توجه کنید که باید به این افراد یادآوری کنید که باید خودشان را به یاد داشته باشند که انتخاب کرده اند، زندگی کنند و این خیانت نیست. به درستی می توان گفت که اگر شکافی بین آنها و فرد از دست رفته افتاده است، آنها مقصر نبوده اند.
- مراقب باشید که خطر وقوع خودکشی در افرادی که در خانواده آنها خودکشی اتفاق افتاده است بسیار بالاتر از سایر افراد است در صورت وجود علایم و نشانه های هشدار دهنده خودکشی (از قبیل وصیت کردن، تهدید کردن، خداحافظی کردن و تمایل به پیوستن به متوفی، احساس گناه شدید، انزوا و گوشه گیری شدید و غیره ..) باشید در صورت مشاهده این علایم فرد را تنها نگذارید و در اسرع وقت به پزشک خانواده یا متخصص روانپزشکی و یا روانشناس نزدیکترین مرکز خدمات جامع سلامت شهری مراجعه کنید.
- مراقب علایم و نشانه های سوگ پیچیده که در بالا توضیح داده شد باشید و در صورت مشاهده علایم سریعا به پزشک خانواده، متخصص روانپزشکی و یا نزدیکترین مرکز خدمات جامع سلامت شهری ارجاع کنید.

• مراقب علایم و نشانه های **افسردگی** در بازماندگان باشید. دوره سوگ طبیعی سریعا یا چند ماه پس از فقدان عزیز از دست رفته، با علائمی همچون گریه و شیون، احساس شدید غم، درد و اندوه، تحریک پذیری، اشتغال ذهنی با فرد از دست رفته، اختلال در خواب و تمرکز و نیز اختلال در انجام فعالیتهای روزمره تجربه میشود. هر چندگذر از این دوره معمولا دو تا شش ماه و حداکثر یک سال زمان میبرد با این حال سوگ طبیعی ممکن است به اختلال افسردگی اساسی که نیازمند به درمان است منجر شود.

افتراق سوگ طبیعی از افسردگی اساسی

بعضی از علایم داغدیدگی و افسردگی اساسی مانند احساس خلق افسرده، اختلال در خواب، اشتها و کاهش وزن باهم مشترک هستند.

اگر این علایم بیش از دوماه ادامه یابند، باید به تشخیص اختلال افسردگی اساسی هم فکر کرد. وجود برخی علایم در سوگ طبیعی محتمل نیست و در افتراق سوگ از اختلال افسردگی اساسی کمک کننده است: احساس گناه در مورد مسایلی غیر از آنچه که هنگام مرگ در مورد متوفا از سوی فرد بازمانده صورت گرفته و یا صورت نگرفته است.

افکار مربوط به مرگ غیر از احساس فرد بازمانده در مورد اینکه کاش زنده نبود یا همراه متوفا مرده بود. اشتغال ذهنی بیمارگونه با احساس بی ارزشی

کندی بارز روانی حرکتی (کندی در حرف زدن، فکر کردن ، راه رفتن)

اختلال طولانی و بارز عملکرد فردی ، شغلی، خانوادگی، تحصیلی یا اجتماعی

تجربیات توهمی غیر از شنیدن صدا یا دیدن گذرای تصویر متوفا

عاطفه غالب در سوگ احساس تهی بودن و فقدان است ، در حالیکه در افسردگی اساسی عاطفه غالب خلق افسرده مداوم است و فرد نمی تواند انتظار شادی یا لذت داشته باشد. شدت ملال ناشی از سوگ با گذشت روزها و هفته ها به تدریج رو به کاهش می گذارد و به صورت موجی بروز می کند. به همین جهت به نام موج غم های آنی سوگ معروف است . این موج ها معمولا در ارتباط با فکر و خاطرات فرد فوت شده بروز می کنند . خلق افسرده تدوام و ثبات بیشتری دارد و به افکار یا مشغولیت ذهنی خاصی مربوط نیست . گاهی ناراحتی موجود در سوگ با هیجانات مثبت و شوخ طبعی همراه است که با اندوه فراگیر و احساس فلاکت شدیدی که از مشخصات دوره افسردگی اساسی است تفاوت زیادی دارد. محتوای افکاری که در سوگ دیده می شود اغلب حول و حوش افکار و خاطرات فرد فوت شده سیر می کند و سرزنش خود یا نشخوار های ذهنی بدبینانه ای که در افسردگی اساسی دیده می شود در سوگ وجود ندارد. در سوگ ، عزت نفس عموما حفظ می شود در حالیکه در در اپیزود افسردگی اساسی احساس بی ارزشی و تنفر از خود شایع است . اگر افکار خود سرزنشی در سوگ دیده شود به طور معمول مربوط به عدم رسیدگی کافی به فرد فوت شده قبل از مرگ است مانند عدم ملاقات وی به حد کافی، عدم ابراز علاقه به وی. اگر افکاری مربوط به مرگ و میر به ذهن فرد عزادار خطور کند معمولا در باره شخص فوت شده و یا پیوستن به اوست ، در حالیکه در دوره افسردگی اساسی اینگونه افکار به دلیل احساس بی ارزشی ، نداشتن لیاقت زندگی یا عدم توانایی سازگاری بارنج ناشی از افسردگی به پایان دادن زندگی خود مراجع تمرکز می یابد. در صورت شک به افسردگی فرد را در اسرع وقت سریعا به پزشک خانواده، متخصص روانپزشکی و یا نزدیکترین مرکز خدمات جامع سلامت شهری ارجاع کنید.

به هیچ عنوان

به هیچ عنوان به بازماندگان احساس گناه وارد نکنید (اینکه قبل از فوت چه کارهایی باید یا نباید انجام میدادند)

اعتقادات شخصی، مذهبی خودتان را درباره ی خودکشی بیان نکنید.

به هیچ عنوان توصیه به سر مزار نرفتن، صحبت نکردن در مورد متوفی، جمع کردن وسایلو متعلقات فرد فوت شده و یا فروختن خانه و نقل مکان از شهر یا محله نکنید.

بخش دوم

مداخلات کوتاه مدت

مدیریت خودکشی

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 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 ... 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

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 انجایی که خودکشی، غالباً یک شیوه مقابله با رنج و درد هیجانی می 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، آموزش روانی و طرح امنیت

اهداف

۱. ایجاد ارتباط
۲. ارزیابی سطح خطر خودکشی
۳. آموزش
۴. تدوین طرح امنیت و مشاوره کاهش دسترسی به وسایل مرگبار
۵. 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 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، کاردان، 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:

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

همچنین باید به این نکته توجه داشته باشید که مراجع اغلب نومید و درمانده است و عدم تبعیت درمانی وی ممکن است بازتاب نومیدی و بدبینی کلی او باشد. بنابراین باید صبور و شکیباً 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 سطح 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 ویژگی 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

۲

شناسایی عوامل محافظت کننده

3

ارزیابی خودکشی (افکار خودکشی، طرح و برنامه، رفتار و قصد خودکشی)

4

تعیین سطح خطر/ مداخله

5

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

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 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:

❖ ارزیابی افکار فعلی خودکشی: افکار فعلی خودکشی مراجع و شدت، مدت، فراوانی 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

- ✓ تابه حال فکر کرده ای زندگی ارزش زندگی کردن را ندارد؟
- ✓ آیا تابحال آرزوی مردن کرده ای؟
- ✓ آیا تا بحال به پایان دادن به زندگی فکر کرده ای؟
- ✓ آیا در مورد خودکشی فکر کرده ای؟
- ✓ آیا همین حالا به آن فکر می کنی؟
- ✓ اغلب چند وقت یکبار 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؟

❖ 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؟

❖ 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؟

❖ **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.

❖ **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؟

❖ **کشنده بودن اقدام**

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

❖ **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؟)

❖ **مصرف مواد**

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

❖ پیامد ها

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)

❖ 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 فراوانی، شدت و مرگ بار بودن

➤ ارزیابی تاریخچه روان پزشکی (در فرد و خانواده)

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

❖ 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

❖ 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 موقعیتی - اجتماعی

در مورد عوامل استرس زای مزمن و حاد (مثلا 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:

✓ 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؟

✓ وجود حمایت های خانوادگی و اجتماعی

تعیین سطح خطر / مداخله

✓ ارزیابی سطح خطر براساس قضاوت بالینی پس از کامل کردن قدم های ۱ - ۳

✓ ارزیابی مجدد با تغییر اوضاع و شرایط بیمار و یا تغییرات محیطی و اجتماعی

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

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 با مراجع انجام شود
و در ویزیت های روانشناس تکرار شود تا هر گونه افزایش در افکار خودکشی و یا
تغییر در وضعیت بالینی بیمار مورد بررسی قرار گیرد

آموزش روانی

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.

پس 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 درد خیلی زیادی را تجربه می کنید بدون اینکه منابع کافی برای مقابله با آن را داشته باشید. بنابراین دو راه برای پشت سر گذاشتن این زمان سخت وجود دارد: کاهش درد با استفاده از تکنیک های رفتاری و افزایش ظرفیت مقابله ای از طریق تکنیک های شناختی و آموزش مهارت حل مساله. 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. و باید بخاطر داشته باشید که احساساتی مثل سوگ، خشم، نومییدی، تنهایی و شرم، بویژه وقتی شدید هستند برای همیشه طول نمی کشند. مشکلات غیر قابل حل نیستند، اختلالات غیر قابل درمان نیستند.

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 نهایتا 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 میکنند 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. 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. برای خودکشی هیچ وقت دیر نیست به خودتان و به متخصصان سلامت روان فرصت بدهید تا با کمک خودتان برای مشکلاتان راه حلی پیدا کنند. (تکنیک وقفه زمانی)

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.

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 تر به نظر می رسد (در بسیاری مواقع افراد از ابتلای خود به افسردگی خبر ندارند). 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 میتوانید 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.

تدوین طرح امنیت

اطلاعاتی برای روانشناس:

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 و روان شناس است تا مولفه های مختلف آن اجرا شود. بطور کلی، طرح درمان باید **امنیت فوری** مراجع را تامین کند و زمینه لازم را برای درمان فوری بیمار و آموزش خانواده فراهم آورد.

بنابراین، تضمین امنیت مراجع، اولین کاری است که در مدیریت خودکشی باید انجام شود. وقتی مراجع افکار خودکشی را گزارش می دهد صرف نظر از سطح خطر، باید یک طرح امنیت را با همکاری مراجع (و در صورت

امکان با خانواده وی) طراحی کنید و هر زمان که تغییری در سطح خطر خودکشی اتفاق افتاد، این طرح را دوباره بازنگری کنید.

مولفه های اساسی طرح امنیت عبارت است از:

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

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

برای طراحی طرح امنیت، ابتدا ضرورت انجام آن را برای مراجع توضیح داده و سپس مولفه های آن را به ترتیبی که در زیر آمده است، همراه با وی تکمیل کنید. به خاطر داشته باشید همکاری مراجع در طراحی طرح امنیت اهمیت زیادی دارد و بنابراین، وی باید کاملا از دلیل و منطق انجام این کار، آگاهی داشته باشد. علاوه براین، 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.

کاربرگ طرح امنیت

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

۱. نام شماره تماس.....

۲. نام..... شماره تماس.....

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. نام شماره تماس.....

۲. نام..... شماره تماس.....

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

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

۱. نام شماره تماس.....

۲. 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.....

۲. نام متخصص..... شماره تماس شماره تماس اورژانسی.....

۳. مراکز اورژانس (نزدیک به منزل)

آدرس

شماره تلفن

۴. خطوط تلفن:

اورژانس اجتماعی: ۱۲۳

اورژانس کشور: ۱۱۵

قدم ۶ : امن ساختن محیط

۱.

۲. یک چیز که برایم بیشترین اهمیت را دارد و ارزش زندگی کردن برای ان 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. بیماران باید با علائم هشدار دهنده ی شخصی پیش از بروز بحران خودکشی آشنایی داشته باشند تا بتوانند موقعیت خطرناک را زودتر تشخیص و نسبت به آن واکنش نشان دهند. برای این کار باید به بیمار کمک کنید تا علائم هشدار دهنده خود را شناسایی کند و به آنها توجه داشته باشد. علائم هشدار دهنده خودکشی برای هر فرد کاملاً جنبه اختصاصی دارد. این علائم باید تا حد امکان اختصاصی و دقیق تعریف شوند.

برای این منظور می توانید سوالات زیر را بپرسید:

- ✓ از کجا می فهمی کی باید از طرح امنیت استفاده کنی؟
- ✓ چطور متوجه می شوی چه زمانی باید از طرح امنیت استفاده کنی؟
- ✓ علائم هشداردهنده شخصی شما که احتمال وقوع خطر خودکشی را به شما گوشزد میکنند، کدام هستند؟

✓ در بحران خودکشی اخیر شما، اولین نشانه های بحران چه بودند؟
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

-تصاویرذهنی: مانند فلش بک ها

-فراایندهای 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. معمولا 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 بپرسید: فکر می کنی در طی زمان بحران، چطور می توانی از این استراتژی ها استفاده کنی؟ نظرت در مورد این تکلیف چیه؟

(۳) شناسایی موانع و حل مساله

اگر بیمار تردید دارد بتواند این کارها را انجام دهد، باید بپرسید 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 احتمالا بیمار از آن استفاده خواهد کرد، شناسایی و به ترتیب الویت آنها را در طرح بنویسید. استراتژی هایی را که استفاده از آن از همه آسان تر است و یا احتمالا از همه موثرتر است، در بالای فهرست بنویسید.

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

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 میتوانند 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 ها روی 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 ۱۱۵ و یا اورژانس اجتماعی ۱۲۳ 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. خطوط مشاوره تلفنی ۱۴۸۰ بهزیستی ۴۰۳۰ وزارت بهداشت ۱۵۷۰ آموزش و پرورش و ۱۸۱۹ را فراموش نکنید.

گام ششم - کاهش احتمال استفاده از وسایل مرگبار

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 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 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. 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 پیگیری که می تواند به صورت تلفنی، حضوری (ویزیت در منزل)، فرستادن پیامک یا ایمیل 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، 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 پرسید.

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 بپرسید. اگر خیر است، مستقیم به سوال ۵ بروید.)

۳. آیا در مورد اینکه چطور این کار را انجام بدی فکر کرده ای؟
مثلا " 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 قطعا 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 زندگیت کاری انجام دادی؟ یا شروع به انجام کاری کرده ای یا برای آن آماده شده ای؟

مثال ها: جمع کردن قرص، تهیه اسلحه، بخشیدن اشیاء با ارزش، نوشتن یادداشت خودکشی، در دست قرار دادن قرص ها ولی آنها را نخورده اید، برداشتن اسلحه ولی نظرتان عوض شد و یا یکی آن را از دست تان گرفت، به پشت بام رفتید ولی نپریدید؛ یا واقعا قرص خورده، سعی کرده به خودش شلیک کند، رگ اش را زده، سعی کرده خود را حلق آویز کند و غیره

سوالات ۱ و ۲ را بپرسید.		
خیر	بلی	
		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 بپرسید. اگر خیر است، مستقیم به سوال ۵ بروید.
		۳. آیا در مورد اینکه چطور این کار را انجام بدی فکر کرده ای؟ مثلا " 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 قطعا 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 زندگیت کاری انجام دادی؟ یا شروع به انجام کاری کرده ای یا برای آن آماده شده ای؟
		مثال ها: جمع کردن قرص، تهیه اسلحه، بخشیدن اشیاء با ارزش، نوشتن یادداشت خودکشی، در دست قرار دادن قرص ها ولی آنها را نخورده اید، برداشتن اسلحه ولی نظرتان عوض شد و یا یکی آن را از دست تان گرفت، به پشت بام رفتید ولی نپرديد؛ یا واقعا قرص خورده، سعی کرده به خودش شلیک کند، رگ اش را زده، سعی کرده خود را حلق آویز کند و غیره

خطر پایین خطر متوسط خطر بالا

❖ طرح امنیت را مرور و بازنگری کنید:

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

❖ ورود به درمان / انگیزه

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

❖ کسب رضایت/ تمایل بیمار برای پی گیری بعدی

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

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

خاتمه جلسه

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

جلسه دوم - کاهش رنج بیمار

اهداف:

۱. ارزیابی
۲. کاهش رنج روانی

مروری بر جلسه

تمرکز این جلسه، بر کاهش درد و رنج روانی بیمار است. برای مدیریت خودکشی روش های مختلفی وجود دارد ولی پس از تضمین امنیت مراجع فردی، موثرترین روش ها، آموزش مقابله با افکار خودکشی و استفاده از روش های موثر حل مساله و گسترش شبکه حمایت اجتماعی است. البته برای اینکه مراجع بتواند وارد فرایند حل مساله شده و شبکه حمایت اجتماعی اش را گسترش دهد، و آمادگی ذهنی برای مقابله شناختی و رفتاری با مشکلات را پیدا کند 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

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.

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.

مجدد برای مراجع یادآوری کنید و توضیح دهید که درد و رنج های طاقت فرسای زندگی که برای شما غیرقابل تحمل شده است ممکن است بقدری روی افکار شما تاثیر بگذارد که نتوانید به کسی اعتماد کنید،

حمایت های موجود را نبینید و یا راه حل های احتمالی برای مشکلات را بی فایده ببیند و قدرت تفکر و تصمیم گیری شما را کاهش دهد پس با تکالیف این جلسه میتوانیم درد و رنج را تا حدودی کاهش دهیم و قدرت تفکر و ذهن شما را برای مقابله فکری و رفتاری با مشکلات در جلسات بعد افزایش دهیم. در زیر تکنیک های مختلفی که به مراجع کمک می کند تا درد روانی خود را کاهش دهد آمده است:

کاهش رنج روانی

۱. آرام سازی خود

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

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

یادآور استفاده از حواس پنجگانه برای ایجاد آرامش

۱. چیزی که می توانم ببینم.
۲. چیزی که می توانم بشنوم.
۳. چیزی که می توانم لمس کنم.
۴. چیزی که می توانم ببویم یا بچشم.
۵. 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 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 درمیان می گذارند احساس بهتری پیدا کرده و کمتر احساس تنهایی می کنند. اگر تنها هستید و یا دوست ندارید در مورد مشکلاتتان با نزدیکانتان حرف بزنید و یا فکر می کنید آنها درد شما را نمی فهمند با یک مشاور یا روان شناس صحبت کنید.

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

۲. پرت کردن حواس

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

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

۳. خودگویی مثبت

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

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

۴. مراقبت از خود

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

- ✓ سعی کنید خوب بخوابید، به میزان کافی غذا بخورید، ورزش کنید و از مصرف الکل و مواد اجتناب کنید. برای این منظور می توانید یک برنامه روزانه برای خود درست کنید و تلاش کنید به آن وفادار باشید. برای مثال برنامه ریزی کنید در یک ساعت مشخص از خواب بلند شوید، سر ساعت خاصی به رختخواب بروید، برای صبح یا بعد از ظهر یک ورزش سبک را انجام دهید.
- ✓ اگر مشکل جسمی دارید درصدد درمان آن باشید. علاوه براین، بیماری هایی مانند دیابت و یا مشکلات تیروئید احتمال افکار خودکشی را افزایش می دهد
- ✓ یکی از شایع ترین علل افکار خودکشی مشکلات مربوط به سلامت روان است. بنابراین، برای افسردگی، اضطراب، مشکلات مصرف الکل و مواد درمان بگیرید. گاهی مراجعه به پزشک کافی نیست و لازم است

پیش یک متخصص بروید. بنابراین، اگر تحت درمان هستید ولی احساس بهبودی نمی کنید حتما آن را به پزشک تان بگویید تا وی ترتیب ارجاع شما را به یک متخصص بدهد.

خاتمه جلسه

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

جلسه سوم: مداخله

اهداف:

- ✓ شناسایی باورهای غلط پشت افکار خودکشی
- ✓ اصلاح باورهای غلط مرتبط با خودکشی
- ✓ 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 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. شناسایی و اصلاح خطاهای شناختی

اطلاعاتی برای کارشناس:

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

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

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

استفاده از تکنیک حل مساله کارآمد

تو تو کنکور قبول نشدی و پدر و مادرت انتظارات زیادی از تو داشتند و احساس شکست خوردن و ناامیدی میکنی و خودتو سرزنش میکنی و خودکشی رو به عنوان راه حل انتخاب کردی...

✓ غیر از ان این گزینه به راهکارهای دیگری هم فکر کردید؟

✓ گزینه دیگری تو ذهن تو می آید؟

✓ فکر می کنی این مسئله را جور دیگری می توانیم حل کنیم؟

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؟

استفاده از تکنیک تونل زمان

در این تکنیک از مراجع می خواهیم به آینده سفر کند و عواقب کارش را در نظر بگیرد روانشناس: فکر کن خودکشی اتفاق افتاده الان چه چیزی اتفاق افتاده آیا مسئله ای تغییر کرده است از مراجع می خواهیم به ۶ ماه، یک سال و.. آینده فکر کند و سپس از خود بپرسد آیا ان موقع هم این موضوع به این اندازه برای من مهم خواهد بود؟

استفاده از تکنیک درس گرفتن از گذشته

شما قبلا هم شرایط مشابه یا سختی داشته اید شما قبلا هم افکار و احساسات خودکشی را داشته اید ولی اگر به گذشته نگاه کنید متوجه میشوید افکار و احساسات خودکشی همیشگی نیستند و موقتی و زود گذر هستند

تکنیک استاندارد دوگانه

عموما انسانها برای خود معیارها ، راهکارها و مقاصدی که دارند به دیگران توصیه نمی کند آدمها برای خودشون خیلی سختگیر هستند
اگر خواهرت پشت کنکور بماند به او چه توصیه می کنیم
توصیه می کنید خودش را بکشد؟
نوجوان : نه من به خواهرم پیشنهاد نمی دهم شاید او بخواد مجدد کنکور بدهد
مشاور: پس چرا این راه حل را به خود توصیه نمی کنید

تکنیک جداسازی هدف از وسیله

مثال نوجوان کنکور داده است و نتیجه خوبی نگرفته است و می خواهد خودکشی کند
مشاور : دلیل و قصد خودکشی تو چیست ؟
مراجع : رتبه خوبی نگرفته ام و رتبه خیلی پایین شد
مشاور : چه چیزی از این موضوع تو را اذیت می کند
مراجع : می خواستم پزشکی قبول بشوم می خواستم دانشگاه بهتر قبول بشوم روی رتبه تک رقمی فکر می کردم الان آبرویم پیش دیگران رفته است
مشاور : برای چه چیزی می خواستی دکتر بشوی
مراجع : می خواهم موفق شوم اعتبار پیدا کنم
جواب زحمات پدر و مادرم را بدهم احساس کنم آدم مهمی هستم
مشاور : پس تو می خواستی به اینها برسی به جایگاه مهم و ارزشمندی برسی اما آیا رسیدن به این اهداف فقط از طریق قبولی در دانشگاه تهران این اتفاق می افتد؟
از مسیر دیگری نمی توان بروی؟
چون از این مسیر رتبه تک رقمی دانشگاه تهران نمی توانم به این هدف برسم پس خودم را بکشم می گویم مسیرت را عوض کن

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.

تکنیک بخش ها

روانشناس: تو به خودکشی فکر می کنی و بعضی مواقع دوست نداری تو این دنیا باشی

بخش بزرگی از وجودت تو را به سمت خودکشی هل می دهد

اما بخش دیگری از وجودت تو را به زنده نگه داشتن هل می دهد چون الان پیش من هستی و زنده ای

و این بخش از وجودت از انجام این کار احساس خوبی ندارد. بیا در مورد آن بخش که تو را زنده نگه

داشته بیشتر باهم حرف بزنیم

آن بخش چند درصد است آن بخشی که به تو می گوید خودت را بکش مثلا ۹۹ درصد از وجودت می‌گه خودت را بکش اما یک درصد از وجودت می گوید مرا نکش و می خواهیم زنده بمانم مرا زنده نگه دار. آن یک درصد چه می‌گوید: آن بخش از وجود تو چه می‌گوید چرا تو را می خواهد زنده نگه دارد بیا با آن حرف بزنیم یک مقدار هم حرف آن بخش از وجودت را بشنو ممکن است بگوید منظور شما چیست؟ بگوئید آن عاملی که هنوز شما را زنده نگه داشته است آن قسمت از وجود شما که باعث شده هنوز خودکشی نکنید...

تکنیک درگیری هیجانی

در این تکنیک از نظر هیجانی احساسی عاطفی مراجع را درگیر می‌کنیم مشاور: اگر خودت را بکشی فکر می‌کنی چه اتفاقی برای مادرت می‌افتد؟ مادرت چه حسی نسبت به این موضوع پیدا می‌کند؟ برادرت بعد از تو قرار است چه کار کند؟ تا حالا به این موضوع فکر کردی نکته:

می‌خواهیم احساسات و عواطف او را تحریک کنیم اگر مراجع گفت به درک می‌خواهم مامانم غصه بخوره تقصیر مامانم که خودکشی می‌کنم اگر مراجع را می‌شناسید این تکنیک را به کار نبرید پس اگر با مادرش مشکل داره احساساتش را نسبت به خواهرش تحریک کنیم نکته: مراجع وقتی وارد اتاق درمان می‌شود به اندازه کافی احساس گناه دارد حداقل کاری که می‌کنید این باشد که از اتاق مشاوره بیرون رفت احساس گناهش کمتر شده باشد قرار نیست مجدد به او احساس گناه بدهیم دیالوگ‌ها نباید به بیمار احساس گناه دهد. دیالوگ‌های احساس گناه:

چقدر خودخواهی

به فکر مامانت نیستی

مامانت ماتم می‌گیرد

عزادار میشه

اما این دیالوگ خوب است:

بدون حضور تو مادر و خواهرت چه احساسی می توانند داشته باشند؟

من و شما هم خیلی وقتها به خودکشی فکر کردیم ولی دقیقا درگیری هیجانی باعث شده خودکشی نکنیم مثل مادر و پدرم چی میشه بذار کمی مکث کنم و این تلنگر ها به ما کمک کرد.

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

تکنیک مزایا و معایب

از فرد یا نوجوانی که افکار خودکشی دارد بپرسید:

روانشناس : متوجه شدم که تو فکر می کنی برای اینکه از مشکلات رهایی پیدا کنی تصمیم گرفتی خودکشی کنی.

✓ خودکشی چه کمکی بهت می کند مزایایش چیست؟

✓ خودکشی چه آسیبی به تو می زند معایب آن کار چیست ؟

مزایا و معایب آن رفتار خود آسیب رسان و راه حل نا کارآمد را از فرد می پرسیم هدف این تکنیک : به راهکارهای دیگری فکر کند

۴. حل مسئله

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

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. کرد. همچنین می توان تاکید کرد که آیا نتایج موردنظر، آنقدر ارزش دارد که او روی زندگیش خطر کند. در بررسی گزینه های دیگر برای برون ریزی خشم در ابتدا می توان روی همه گزینه های موجود حتی نادرست، حساب باز کرد مثل دعوا کردن و قشقرق به راه انداختن و ... اگرچه آنها روش های مناسبی نیستند ولی بهتر از خودکشی هستند.

حالا با داشتن فهرست مزایا و معایب خودکشی و نیز یک طرح عملی برای اجرای راه حل انتخابی، می توانید با همکاری مراجع، روی حل مشکلی که موجب افکار خودکشی شده است، کار کنید. نکته مهمی که باید به آن

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

خاتمه جلسه

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

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 و یا مراکز خدمات جامع سلامت 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 داشته باشید.

جلسه چهارم: آموزش خانواده

اهداف:

۱. آموزش خانواده در مورد عوامل خطر و محافظ خانواده‌گی
۲. آموزش خانواده در مورد عوامل هشداردهنده خودکشی
۳. آموزش خانواده در مورد شیوه‌های مقابله با خودکشی بیمار
۴. آموزش باید ها و نبایدها به والدین

مروری بر جلسه

ارتباط با خانواده افرادی که در خطر خودکشی هستند، اهمیت زیادی دارد. خانواده در تمامی مراحل مدیریت خودکشی از ارزیابی خطر آن و طراحی طرح امنیت تا سایر مداخلات روانی اجتماعی می‌توانند نقش مهمی داشته 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 (مثلاً به دلیل مصرف مواد) او را تشویق کنید تا در مورد نگرانی‌هایش صحبت کند و سعی کنید رضایت او را برای ارتباط با خانواده با رعایت اصل اخلاقی رازداری، بدست بیاورید.

معرفی موضوع جلسه

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

آموزش روانی خانواده

آموزش‌های روان‌شناختی 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 گوشه‌گیری می‌شود یک عامل خطر مهم خودکشی است. گاهی علت آن تحریف‌های 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.

آموزش پیشگیری از خودکشی

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

از:

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

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

- تهدید به صدمه زدن یا کشتن خود یا صحبت در مورد آن
- تهیه وسایل خودکشی مانند اسلحه، قرص و یا درصدد تهیه آن بودن
- نوشتن یادداشت خودکشی و یا وصیت نامه

- اضطراب و بیقراری شدید
- خشم یا کینه جویی و حس انتقام زیاد و کنترل نشده

همچنین، علاوه بر آموزش ارزیابی خطر خودکشی به خانواده، باید آنها را در فرایند مدیریت خطر خودکشی، بویژه در مواقعی که خطر خودکشی بالا می رود، درگیر کنید. با ایجاد یک ارتباط کاری خوب با خانواده و آموزش آنها، اعضای خانواده می توانند نقش حمایتی موثری در پیشگیری از خودکشی داشته باشند. برای این منظور ابتدا موقعیت فعلی بیمار را با رعایت اصول رازداری برای خانواده توضیح دهید و سپس طرح و اهداف درمان و نقش مهم آنان را در این فرایند توضیح دهید. بویژه اعضای خانواده را در رشد طرح امنیت درگیر کنید، زیرا آنها منابع اطلاعاتی ارزشمندی در خصوص رفتارهای مراجع بوده و می توانند به طراحی طرح امنیت و اجرای آن در منزل کمک کنند. علاوه براین، 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 هرحال، 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.

باید ها و نباید ها آموزشی

✓ باید اول : تهدید به خودکشی را جدی بگیرید و سراسر باز و صادق باشید ✓

وقتی در مورد خودکشی حرف می زند باید پای صحبت او بنشینید و جملاتی شبیه این را بگویید:

- من نگران تو هستم
- میدانم تو این احساسات را داری
- تو برایم بسیار مهم هستی و با او حرف بزنید

⊘ **نباید اول:** وقتی که خطر جان فرزندتان را تهدید می کند او را نباید تنها بگذارید ⊘

مهم این است که شما در خانه حضور داشته باشید
حضور فیزیکی نه اینکه شلوغ کاری کنید و بروید توی اتاق بچه بنشینید و نگذارید تنها برود تو اتاقش
تنها تو اتاق اتفاقی نمی افتد خانه نباید خالی باشد

✓ باید دوم: به آنها گوش بسپارید و اجازه دهید احساساتشان را بیان کنند ✓

از راهی که عاری از قضاوت کردن است، نگرانی تان را بیان کنید به حرف های او گوش دهید
مهارت های گوش دادن و مهارت های گفتگو را به والد یاد دهید
احساسات را انعکاس دهید و پای صحبت فرزندتان بنشینید

⊘ **نباید سوم:** فرد را محکوم و سرزنش نکنید ⊘

شاید او راه دیگری برای کمک خواهی نمی داند. از آن طرف اگر حرف می زنید محکومش نکنید مثل
اینکه بچه خجالت بکش بابات اینقدر زحمت میکشه که تو این حرف ها رو بزنی خدا قهرش می گیرد
ما یک خانواده مذهبی هستیم با آبرو هستیم این کاری که تو می کنی می خواد آبروی ما را ببرید این
حرف ها چیست که تو می زنی
گفتن این سخنان ممنوع است

✓ باید چهارم: باید پرسید آیا فکر خودکشی در سر دارید؟ ✓

داشتن یک نقشه حاکی از خطرناک بودن زیاد است مستقیماً با فرزند خود راجع به خودکشی حرف
بزنید

مثال :

پسرم شده تا حالا به مرگ فکر کنی

احساس می کنم تو خودت هستی،
برخی مواقع نگرانت می شوم
احساس می کنم به یک چیز داری فکر می کنی
تا بداند برای شما مهم و با اهمیت است در این زمان فضای گفتگو با فرد فراهم می شود

 **نباید چهارم:** قسم نخورید که رازدار باشید همچنین نگران نباشید که بی وفا قلمداد شوید 

به عنوان روانشناس از فرد اجازه بگیرید: چون من نگران شما هستم باید با پدر و مادرت در مورد این موضوع صحبت کنم
مراجع: والدینم نمی فهمند

روانشناس: تلاش می کنم رضایت آنها را جلب کنم و کمک می کنم و آنها هم نمی دانند با این موضوع چگونه برخورد کنند شما هم به من اعتماد کن سعی کنید اعتماد فرد را جلب کنید و اگر قبول نکرد وقتی احساس خطر کردید باید به والدینش اطلاع دهید

 **باید پنجم:** کاری نکنید، فوراً به دنبال کمک از سوی یک متخصص باشید 

باید اقدام کنید نوجوان را نزد مشاور ببرید و او را ترغیب کنید پیش مشاور بیاید
پس نزد متخصص مشاور یا روان پزشک ببرید داروهایش را تنظیم و توصیه کنید که استفاده کند او را رها نکنید و انتظار نداشته باشید او خودش پیش روانشناس برود یا داروهایش را بخورد.

 **نباید پنجم:** راه حل های ساده ارائه ندهید 

راه حل های ساده به جوان یا به آن فرد ندهید
مثال درست همیشه

صبور باش مشکلی نیست

این همه دختر این همه پسر ، بچه بازی درنیار

درست می شود بزرگ می شوی یادت می رود (گفتن این سخنان ممنوع است)

 **باید ششم:** وسایل کشنده مانند دارو سم و غیره را از دسترس او دور نگه دارید 

وسایل کشنده مثل تیغ چاقو و سم را تا جایی که می توانید از دسترس دور نگه دارید

 **نباید ششم:** مصرف مواد یا الکل را پیشنهاد نکنید 

از آن طرف توصیه‌های اشتباه نکنید مثل حالا یه سیگار بکش آروم بشی یه آهنگ غمگین گوش بده
حالت بهتر بشه یا الکل مصرف کند بهتر می شوی (گفتن این سخنان ممنوع است)

باید هفتم: با بستگان یا دوستان نزدیک آنها حتماً تماس بگیرید نگران نباشید که آنها فکر کنند

شما بی وفا هستید

بیشتر در ارتباط با گروه های نوجوان و افرادی که در سطح خطر بالایی هستند

نباید هفتم: به آنها تلقین نکنید که آنها چقدر از دیگران بهتر هستند چون این کار احساس

گناه و بی ارزشی را در آنها تقویت می کند

به آن ها تلقین نکنید خوشی زده زیر دلت یا تو ضعیفی تو ناتوانی یا آدمهای ضعیف این فکرها

را می کنند. بحث و جدل الکی هم نکنید.