



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
مرکز مشاوره دانشجویی



وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
دفتر مرکزی مشاوره



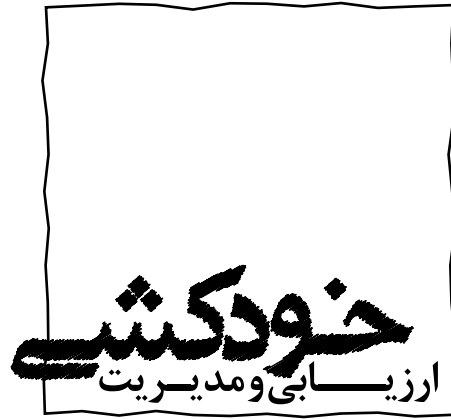
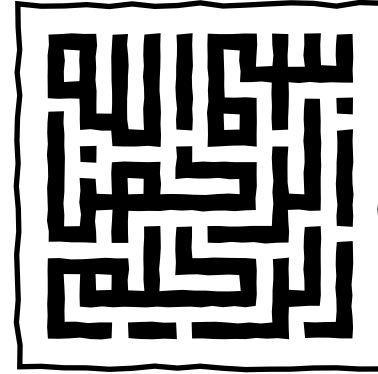
ارزیابی و مدیریت خودکشی

دکتر لیلی پناغی
عضو هیئت علمی پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی
مریم غلامرضایی



راهنمای کارشناسان مراکز مشاوره دانشگاه ها





سرشناسه	پناغی، لیلی، ۱۳۵۰ -
عنوان و نام پدیدآور	ارزیابی و مدیریت خودکشی / مؤلفین لیلی پناغی، مریم غلامرضایی؛ [برای] مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران و وزارت علوم تحقیقات و فناوری، دفتر مرکزی مشاوره.
مشخصات نشر	تهران: ناردیس، ۱۳۹۰.
مشخصات ظاهری	۱۳۶ ص: مصور، جدول، نمودار.
شابک	۹۷۸-۶۰۰-۹۰۴۷۵-۹-۸
وضعیت فهرست‌نویسی	فیا
عنوان دیگر	ارزیابی و مدیریت خودکشی: راهنمای کارشناسان مراکز مشاوره دانشگاه‌ها.
موضوع	خودکشی
موضوع	خودکشی -- نمونه پژوهی
شناسه افزوده	غلامرضایی، مریم، ۱۳۶۳ -
شناسه افزوده	دانشگاه تهران. مرکز مشاوره دانشجویی
شناسه افزوده	ایران. وزارت علوم، تحقیقات و فناوری. دفتر مرکزی مشاوره
رده‌بندی کنگره	۱۳۹۰ الف۴پ / HV ۶۵۴۵
رده‌بندی دیویی	۳۶۴/۱۵۲۲
شماره کتابشناسی ملی	۲۳۷۵۶۷۳

عنوان
ارزیابی و مدیریت خودکشی
راهنمای کارشناسان مراکز مشاوره دانشگاهها

مؤلفین
دکتر لیلی پناغی
عضو هیئت علمی پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی
و کارشناس مرکز مشاوره دانشگاه تهران

مریم غلامرضایی

تیراژ
۱۰۰۰ نسخه

نوبت چاپ
اول، بهار ۱۳۹۰

گرافیسیت
امیر حسنی

نشانی
تهران، خیابان ۱۶ آذر، خیابان ادوارد براون
پلاک ۱۳ و ۱۵، مرکز مشاوره دانشگاه تهران

تلفن
۶۶۴۸۰۳۶۶

نمابر
۶۶۴۱۶۱۳۰

سایت
<http://counseling.ut.ac.ir>



وزارت علوم تحقیقات و فناوری
دفتر مرکزی مشاوره

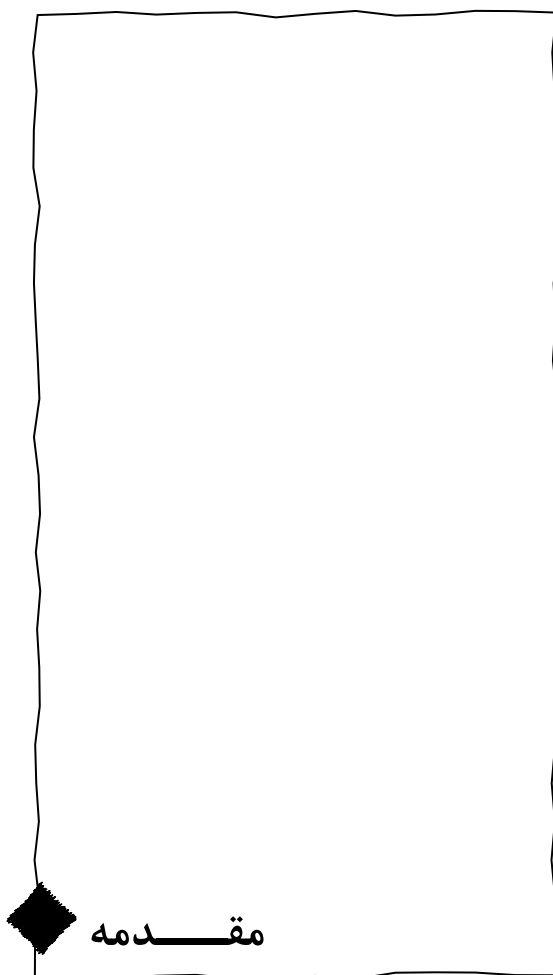


معاونت دانشجویی و فرهنگی
مرکز مشاوره دانشجویی

کلیه حقوق مادی و معنوی این اثر متعلق به
مرکز مشاوره دانشگاه تهران می‌باشد.

فهرست مطالب

۴۶	۴-۲-۳ علایم و اختلالات روان پزشکی		
۴۹	۴-۲-۴ اختلالات شخصیت		
۵۰	۴-۲-۵ تاریخچه‌ی شخصی		
۵۵	۵ ارزیابی خطر خودکشی	۱۰	مقدمه
۵۶	۵-۱ راهنمای ارزیابی خطر خودکشی و نحوه‌ی برقراری ارتباط با افراد	۱۳	۱ میزان شیوع خودکشی و اقدام به آن
۵۹	۵-۲ چه کسی به ارزیابی نیاز دارد؟	۱۹	۲ افسانه‌های رایج درباره‌ی رفتارهای خودکشی
۵۹	۵-۳ نحوه ارزیابی بیمار	۲۵	۳ تبیین‌های روانشناختی و جامعه شناسی از خودکشی
۶۰	۵-۳-۱ قدم اول: ارزیابی خودکشی‌گرایی	۲۶	۳-۱ تبیین روانشناختی از خودکشی
۶۴	۵-۳-۲ قدم دوم: ارزیابی عوامل خطر	۲۶	۳-۱-۱ رویکرد زیستی شناختی
۷۳	۵-۳-۳ قدم سوم: چه اتفاقی روی داده است؟	۲۷	۳-۱-۲ رویکرد آسیب شناسی روانی
۷۴	۵-۳-۴ قدم چهارم: مداخله	۲۹	۳-۱-۳ رویکرد شناختی
۹۹	۶ پیشگیری از خودکشی	۳۱	۳-۱-۴ خانواده و رویکرد سیستمی
۱۰۳	۶-۱ تحلیل وضعیت موجود	۳۵	۳-۲ تبیین جامعه شناختی از خودکشی
۱۰۶	۶-۲ طراحی مداخله	۳۵	۳-۲-۱ دورکهایم و خودکشی
۱۰۷	۶-۳ انجام مداخله	۳۹	۳-۲-۲ رویکرد جدید جامعه شناختی به خودکشی
۱۱۲	۶-۴ ارزیابی	۴۱	۴ عوامل خطر:زای خودکشی و محافظت کننده در برابر آن
۱۱۷	منابع	۴۲	۴-۱ عوامل محافظت کننده‌ی خودکشی
۱۲۵	پیوست‌ها	۴۳	۴-۲ عوامل خطر:زای خودکشی
۱۲۶	پیوست ۱: راهنمای ارزیابی خطر خودکشی	۴۴	۴-۲-۱ عوامل جمعیت‌شناختی
۱۳۴	پیوست ۲: ابزار ارزیابی خطر خودکشی (TASR)	۴۵	۴-۲-۲ خودکشی‌گرایی



مقدمه

برنامه‌های پیشگیری از خودکشی است. در واقع در اصطلاح پیشگیری از خودکشی، سه سطح اولیه، ثانویه و سطح سوم را باید در نظر گرفت. پیشگیری سطح اول به افرادی از جامعه می‌پردازد که تاکنون رفتارهایی مبنی بر افکار و قصد خودکشی نشان نداده‌اند. حفظ و افزایش فعالیت‌های اجتماعی جوانان و کاستن از شرایط خطرزای هیجانی، جسمانی و اقتصادی یکی از اهداف این نوع پیشگیری است. مشاوران با اجرای برنامه‌های آموزشی که به دانشجویان آموزش می‌دهد چگونه در بافت‌های اجتماعی نقش‌هایی را بر عهده گیرند و در شرایط فشارزا به خود کمک کنند یا از دیگران (مشاوران) درخواست کمک نمایند، می‌توانند در پیشگیری سطح اول، که مهمترین نوع پیشگیری نیز هست، موثر واقع شوند. چالش حیاتی برای پیشگیری ثانویه، شناسایی افراد مستعد در خطر خودکشی و فهم مقتضیاتی است که بر رفتار خود-تخریب‌گر آنان تاثیر گذارده است. بنابراین آگاهی یافتن مشاوران از مسایلی نظیر عوامل خطرزای خودکشی، عوامل محافظت کننده در برابر خودکشی و علایم هشدار دهنده‌ی آن، می‌توانند نقش مهمی در پیشگیری سطح ثانویه داشته باشند. در این سطح از پیشگیری، مشاوران با ارزیابی صحیح از احتمال خطر خودکشی در میان دانشجویان، می‌توانند افراد در معرض خطر را شناسایی کرده و با کمک‌های اجتماعی، تحصیلی و روانی از خودکشی آنها جلوگیری نمایند. همچنین در این سطح مشاوران با آموزش و آگاهی دادن به دانشجویان برای شناسایی همکلاسی‌هایشان که در مورد آنان احتمال خطر می‌رود و ارجاع به‌جا و مناسب، می‌توانند از وخیم شدن افکار و قصد خودکشی در میان دانشجویان پیشگیری به‌عمل آورند. در سطح سوم پیشگیری، آموزش و فراگیری راه‌های مدیریت بحران، مداخله‌های درمانی و اجتماعی، برخورد درست با دانشجویانی که اقدام به خودکشی کرده‌اند، مانع اقدام مجدد آنان برای خودکشی می‌شود.

اگرچه مخاطبان اصلی این کتاب مشاوران هستند ولی خواندن آن برای کلیه افرادی که به نوعی با خدمات بهداشت روانی سر و کار دارند، نیز خالی از فایده نخواهد بود. همچنین در بخشی از این کتاب به اصول برنامه‌های پیشگیری از خودکشی اشاره شده است که می‌تواند سیاست‌گذاران در عرصه سلامت را مخاطب خود قرار دهد.

کتاب حاضر، پیش‌درآمدی است در آگاه‌سازی و فراگیری بیشتر مشاوران، بدین امید که با نجات جان حتی یک جوان بخشی از دین خود را به کشور عزیزمان ادا کرده باشیم.

حمید پیروی

دبیر منطقه یک مراکز مشاوره دانشگاهها

وزارت علوم تحقیقات و فناوری

مقدمه

از آنجا که بخش عظیمی از جمعیت کشورمان را جوانان و نوجوانان تشکیل می‌دهند، انتظار توجهی ویژه به قشر جوان می‌رود. شاید خودکشی جوانان دانشجو، یکی از تاسف‌برانگیزترین رخدادهایی باشد که می‌بایست توجه تمامی دست‌اندر کاران را به حل و فصل مشکلاتی که زندگی آنان را تا بدین حد غیرقابل تحمل و ناخوشایند می‌کند، برانگیزد. یقیناً "پیشگیری از چنین فجایعی که منجر به هزینه‌های مادی و معنوی گزافی برای جامعه است، کاری سهل‌الوصول و راهی یکی دو روزه نیست. اگرچه مرکز بین‌المللی بهداشت روانی گزارش می‌کند، با وجود اینکه این سازمان پیشگیری از خودکشی را یکی از اهداف حیاتی و اساسی خود قرار داده است، میزان خودکشی تقریباً در پنجاه سال اخیر ۶۰٪ افزایش یافته است. این مهم مستلزم همکاری و همیاری تمام نهادها، سازمان‌ها و افرادی است که در سه سطح پیشگیری می‌توانند مؤثر باشند. مشاوران مدارس و دانشگاه‌ها از افرادی هستند که در هر سه سطح پیشگیری می‌توانند با نفوذ در میان نوجوانان و جوانان نقش مهمی را ایفا کنند. در واقع در بسیاری از کشورها، توجهی تازه و روزافزون به قدرت تاثیرگذاری مشاوران صورت می‌گیرد. مرکز پژوهش‌های انسانی^۱ اعلام داشته است که، پیشگیری از خودکشی در صورتی امکان‌پذیر است که، تمامی فعالیت‌ها اعم از فراهم نمودن بهترین شرایط ممکن برای پرورش فرزندان تا درمان‌های اثرمند اختلالات روانی و کنترل عوامل خطر ساز محیطی صورت گیرند. به‌علاوه انتشار اطلاعات سودمند و افزایش آگاهی مردم، عاملی اساسی در موفقیت

فصل اول

میزان شیوع خودکشی
واقسام به آن

۱. میزان شیوع خودکشی و اقدام به آن

خودکشی در ایالات متحده در گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ ساله، سومین علت شایع مرگ است و در مردان سفید پوست این گروه سنی، دومین علت شایع مرگ محسوب می‌شود. (سادوک و سادوک، ۱۳۸۲). در پژوهشی تفاوت میزان خودکشی در ۷۱ کشور جهان که آمار مرگ و میر آن در اثر خودکشی به سازمان بهداشت جهانی داده شده بود، بررسی شد. این پژوهش نشان داد که میزان خودکشی در کشورهای مختلف تفاوت زیادی دارد. حتی در میان کشورهایی که در یک منطقه قرار دارند یا از توسعه‌ی یکسانی برخوردارند، متفاوت است. از آنجا که ۹۰ درصد پراکندگی خودکشی متعلق به تفاوت‌های میان کشوری است؛ میزان خودکشی از ثبات زمانی برخوردار است. این پراکندگی جغرافیایی خودکشی، تا حدی یادآور نظریه‌ی دورکهایم مبنی بر اهمیت نقش عوامل اجتماعی در خودکشی است. در این تحقیق کمترین میزان خودکشی مردان متعلق به فیلیپین (۵ نفر از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر) و بیشترین میزان متعلق به لیتوانی (۷۰/۱ نفر از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر) بود. بالاترین نرخ خودکشی زنان ۳ نفر در پرو و ۲۴/۷ نفر در چین بود. در کل این پژوهش نتیجه می‌گیرد که با توجه به الگوهای اپیدمیولوژی موجود در این تحقیق، عوامل اجتماعی نقشی تعیین کننده در خودکشی دارند. (لیو^۱، ۲۰۰۹).

در مقایسه با سایر کشورها به‌خصوص کشورهای غربی، داده‌های متقنی درباره‌ی خودکشی بر حسب جنسیت و سن در ایران وجود ندارد (آذر و همکاران، ۱۳۸۵). به‌علاوه داده‌های دقیقی از تحولات انقلاب، جنگ و کودهای اقتصادی و تأثیر آنها بر خودکشی نیز، وجود ندارد. بررسی‌های مقطعی موجود در ایران تصویر روشنی از وضعیت موجود ارائه نمی‌کند. به‌ویژه کراهت و ممنوعیت مذهبی و عرفی خودکشی از یک سو و اعلام خودکشی‌ها به صورت جامعه‌پسندانه‌تر مانند ایست قلبی یا مرگ‌های اتفاقی که از مزایای وراثت و سایر حقوق اجتماعی برخوردارند، از سوی دیگر، چهره‌ی واقعی خودکشی را در ایران مخدوش کرده است (آذر و همکاران، ۱۳۸۵). در پژوهش لیو (۲۰۰۹) در میان کشورهایی که پایین‌ترین میزان توسعه را داشتند که ایران هم جزو این کشورهاست، فیلیپین کمترین میزان خودکشی (۵ از ۱۰۰۰۰۰) و سریلانکا بالاترین میزان خودکشی (۳۳/۲ از ۱۰۰۰۰۰) را دارد. در این پژوهش از ایران تنها آمار چهار سال (۱۹۸۳ تا ۱۹۸۷) وجود داشته (۱/۷ از ۱۰۰۰۰۰)، و در این چهار سال میزان خودکشی در ایران ۴۴٪ افزایش یافته است. آخرین آمار سازمان پزشکی قانونی کشور، حاکی از آن است که در سال ۱۳۸۰، ۵/۷ مورد خودکشی به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ مرد و ۳/۱ خودکشی به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ زن در کشور به وقوع پیوسته است (مرادی و خادمی، ۱۳۸۱).

اقدام به خودکشی

تعریف خودکشی

دورکهایم، هر نوع مرگی را که مستقیم یا غیر مستقیم، از عمل مثبت یا منفی فردی حاصل گردد که از نتیجه‌ی اقدام خود آگاه باشد، خودکشی می‌نامد. انجمن روان شناسی آمریکا (APA) نیز خودکشی را بدین شکل تعریف می‌کند: خودکشی، مرگ خودخواسته است؛ اگر شواهد آشکار یا تلویحی مبنی بر آن که فرد قصد مردن داشته است، پیدا شود (پالمر^۱، ۲۰۰۸)

اقدام به خودکشی از نظر کمی و کیفی، با خودکشی تفاوت‌هایی دارد. اما اقدام به خودکشی رابطه‌ی نزدیکی با خودکشی کامل دارد: مثلاً ۲۰ تا ۷۰ درصد کسانی که خود را کشته‌اند حداقل یک‌بار در گذشته به خودکشی اقدام کرده بودند و ۳ تا ۱۰ درصد کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند عاقبت در اثر آن جان خود را از دست می‌دهند؛ اما، اقدام به خودکشی ۸ تا ۲۵ برابر بیشتر از خودکشی کامل رخ می‌دهد (لستر^۲، ۲۰۰۰). APA اقدام به خودکشی را این چنین تعریف نموده است: اقدام به خودکشی، رفتار خودآسیب رسانی است که منجر به مرگ نشده است، همراه با شواهدی (آشکار یا تلویحی) مبنی بر اینکه فرد قصد مردن داشته است (پالمر، ۲۰۰۸).

1. Palmer

2. Lester

1. Liu

در کل، گروه سنی ۲۵-۱۵ سال بیشترین میزان مرگ ناشی از خودکشی را دارد. به طور کلی میزان بروز خودکشی در ایران در سه دهه اول عمر بالاست و سپس کاهش می‌یابد به طوری که در دو دهه آخر به پایین‌ترین حد خود می‌رسد (مرادی و خادمی، ۱۳۸۱).

در پژوهشی که پناغی و همکاران (۱۳۸۷) در زمینه‌ی خودکشی دانشجویان کشور در سال‌های ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۷ انجام دادند آشکار گشت که بیشترین رقم خودکشی مربوط به سال‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵ بوده‌است. تعداد خودکشی‌های دانشجویی که در پزشکی قانونی به ثبت رسیده‌است، در سال ۱۳۸۴، ۹۵ نفر و در سال ۱۳۸۰، ۹۰ نفر بوده‌است. در این مطالعه خودکشی از سن ۲۰ تا ۲۴ سالگی افزایش می‌یابد و سپس از سن ۲۵ سالگی رو به کاهش می‌گذارد. مجدداً تعداد خودکشی در سن ۳۰ سالگی افزایش چشمگیر می‌یابد. در واقع در این پژوهش ابتدا سال دوم و سپس سال اول تحصیل بیشترین میزان خودکشی دانشجویی را به خود اختصاص داده‌است. میزان خودکشی دانشجویی در این مطالعه در زمان تعطیلات و نیز در پایان هر نیمسال به اوج خود می‌رسد. از لحاظ رشته‌ی تحصیلی، به ترتیب رشته‌های علوم انسانی، علوم فنی مهندسی، مدیریت و حسابداری، بیشترین میزان خودکشی دانشجویی را داشته‌است.

در بیشتر کشورها میزان خودکشی مردان بیشتر از زنان است. چین تنها کشوری است که میزان خودکشی آن، در زنان بیشتر است. در کل، بیشترین میزان خودکشی در جهان متعلق به مردان جوان است. در پژوهش لیو (۲۰۰۹) که اطلاعات آن متعلق به سال ۱۹۵۰ تا ۲۰۰۴ است، کاهش معناداری در خودکشی زنان میانسال (۶۰-۳۵ سال) و زنان سالخورده مشاهده می‌شود. افزایش تساوی جنسیتی، و پذیرش شاغل شدن زنان در جامعه، شاید از دلایل این کاهش باشد (لیو، ۲۰۰۹).

در مطالعه‌ی پناغی (۱۳۸۷)، خودکشی‌های دانشجویی را ۶۳٪ مردان و ۳۷٪ درصد زنان تشکیل می‌دهند. اما در سال‌های اخیر این نسبت کم شده‌است. میزان خودکشی مردان در ایران از همه کشورهای اروپایی، آمریکای شمالی، اقیانوسیه، آسیای شرقی و از اکثر کشورهای آسیای جنوب مرکزی، آمریکای لاتین، مرکزی و جنوبی پایین‌تر است. اما همین میزان در آسیای غربی از اکثر کشورها بالاتر است. مقایسه میزان خودکشی زنان در ایران با سایر کشورها وضعیت نسبتاً متفاوتی را نشان می‌دهد. این نرخ از همه کشورهای اروپای شرقی، غربی، شمالی، و آمریکای شمالی و اقیانوسیه، و نیز اکثر کشورهای اروپای جنوبی و آسیای شرقی پایین‌تر است. اما این نرخ در ایران از تعدادی از کشورهای آمریکای لاتین، مرکزی و جنوبی بالاتر است. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که ایران و گرجستان بالاترین میزان خودکشی زنان را در آسیای غربی دارند (مرادی و خادمی، ۱۳۸۱).

در کل، در اکثر مطالعات، میزان اقدام به خودکشی در زنان بیشتر از مردان است، اما میزان مرگ در اثر خودکشی در مردان بیشتر است. آمار پزشکی قانونی کشور در سال ۱۳۸۰ نشان می‌دهد نسبت

جنسی مرد به زن در خودکشی‌های موفق که منجر به مرگ شده در اغلب مناطق بالا است. استان قزوین با نسبت ۹/۴ مرد به ۱ زن بالاترین نسبت جنسیتی و استان ایلام با نسبت ۰/۷ مرد به ۱ زن کمترین نسبت جنسیتی را دارد (مرادی و خادمی، ۱۳۸۱).

در کل با در نظر گرفتن خودکشی در استانهای مختلف کشور نتایج جالبی بدست می‌آید که نشان می‌دهد استان همدان با ۱۳/۵ مورد خودکشی به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ مرد، لرستان با ۱۱/۴ مورد خودکشی به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ مرد، و ایلام با ۱۱/۳ مورد خودکشی به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ مرد بالاترین میزان خودکشی مردان در کشور را دارد. همچنین استان‌های ایلام با ۱۵/۵ مورد خودکشی به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ زن، و لرستان با ۱۱/۷ مورد خودکشی به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ زن را به خود اختصاص داده‌اند. این نتایج بیانگر میزان بالای خودکشی در منطقه غرب کشورمان است (مرادی و خادمی، ۱۳۸۱). در پژوهش پناغی (۱۳۸۷)، بیشترین میزان خودکشی دانشجویی، بر حسب استان محل سکونت خودکشی‌کنندگان، به ترتیب متعلق به استان‌های تهران، کرمانشاه، آذربایجان، مازندران، گیلان و فارس بوده‌است.



فصل دوم

افسانه‌های رایج
درباره رفتارهای خودکشی

۳ افرادی که خودکشی می‌کنند واقعاً قصد دارند که بمیرند یا قطعاً مرگ را انتخاب نموده‌اند. این فکر نیز غلط است. بیشتر این افراد قبل از اقدام، حداقل با یک نفر افکارشان را در میان گذاشته‌اند یا به دکتر مراجعه کرده‌اند. این امر شاهدهی است مبنی بر این که این افراد دچار نوعی دوسوگرایی راجع به مرگ و زندگی بوده‌اند و راجع به کشتن خویش قطعاً مصمم نبوده‌اند.

۴ اینکه، فردی که از خودکشی نجات پیدا کرده، بهبود یافته و خطر خودکشی رفع شده است، تفکری غلط است. در واقع یکی از زمان‌های پر خطر، بلافاصله بعد از بحران یا در زمانی است که فرد به علت اقدام به خودکشی در بیمارستان بستری است. همچنین یک هفته بعد از مرخص شدن از بیمارستان نیز از مواقعی است که فرد بسیار آسیب‌پذیر است.

۵ خودکشی همیشه ارثی است، عبارتی غلط است. همه‌ی خودکشی‌ها به وراثت مربوط نمی‌شود. اگرچه که وجود موارد خودکشی در خانواده عاملی مهم برای پیش‌بینی رفتارهای خودکشی است به خصوص در خانواده‌هایی که افسردگی رایج است.

۶ 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. اگرچه رفتارهای خودکشی با اختلال‌هایی 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. به‌علاوه افرادی هستند که هیچ‌کدام از این اختلال‌ها را ندارند ولی دست به خودکشی می‌زنند.

۷ اگر مشاور با مراجعش در مورد خودکشی صحبت کند، این فکر را به او تلقین کرده است، این نیز دیدگاه غلطی است. در واقع هیچ‌گاه سؤال مشاور از فرد، که آیا به خودکشی یا آسیب رساندن به خود فکر می‌کند، موجب خودکشی در فردی نمی‌شود.

۸ خودکشی برای بقیه است نه برای ما، تصویری غلط است. خودکشی ممکن است برای همه‌ی آدم‌ها در هر خانواده یا نظام اجتماعی رخ دهد.

۹ اگر فردی یک بار سعی کرد خود را بکشد، دیگر هیچ‌گاه این کار را نخواهد کرد، نتیجه‌گیری غلطی است. در واقع سابقه اقدام قبلی، یکی از عوامل خطر است.

۱۰ کودکان هیچ‌گاه اقدام به خودکشی نمی‌کنند چون متوجه مفهوم مرگ نمی‌شوند یا از نظر شناختی آنقدر رشد نکرده‌اند که درگیر عمل خودکشی شوند، توجیه غلطی است. اگرچه

۲ افسانه‌های رایج درباره رفتارهای خودکشی

افکار نادرستی درباره‌ی خودکشی وجود دارد که به ذکر چند نمونه‌ی رایج آن می‌پردازیم:

۱ 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. بسیاری از کسانی که در اثر خودکشی جان خود را از دست می‌دهند، احساسات، افکار و نقشه‌های خودکشی خود را قبل از مرگ، با دیگران در میان گذاشته‌اند. هنگامی که فردی درباره‌ی افکار خودکشی یا قصد یا نقشه‌ای برای خودکشی صحبت می‌کند، مشاور باید تمام پیشگیری‌ها و احتیاط‌های لازم را به عمل آورد. هرگونه تهدید مبنی بر آسیب رساندن به خود باید کاملاً جدی تلقی شود.

۲ اینکه خودکشی همیشه تکانشی و ناگهانی اتفاق می‌افتد و بدون هیچ هشدار قبلی روی می‌دهد، تصویری غلط است. اگرچه ممکن است برخی از مرگ‌های ناشی از خودکشی ناگهانی روی دهد، ولی معمولاً خودکشی با زمینه‌فکری قبلی صورت می‌گیرد. بسیاری از افرادی که خودکشی می‌کنند، قبلاً نشانه‌هایی کلامی یا رفتاری که نشان دهنده نیت و افکار خودکشی است، نشان داده‌اند.

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.

۱۱ خودکشی پاسخی قابل انتظار و طبیعی در مقابل استرس است، این فکر غلط است. خودکشی نتیجه‌ی غیرطبیعی استرس است. همه استرس را تجربه می‌کنند، اما همه اقدام به خودکشی نمی‌کنند.

۱۲ خودکشی به‌علاوه استرس است، استدلالی غلط است. اقدام به خودکشی یا آسیب رساندن به خود، گاهی ممکن است در پی استرسی حاد (مثل قطع روابط عاطفی، دعوا و مناظره‌ی شدید) به وجود آید اما واقعه‌ی استرس‌زا، زمینه ساز رفتار خودکشی است نه علت آن.

۱۳ افرادی که خودکشی می‌کنند خودخواه و ضعیف هستند، قضاوتی غلط است. بسیاری از کسانی که خودکشی می‌کنند از نوعی اختلال روانی در رنجند که این اختلال ممکن است تشخیص داده شود یا نشود.

۱۴ اگر کسی باهوش و موفق باشد هیچ‌گاه خودکشی نمی‌کند، پنداری غلط است. دقت کنید و به یاد داشته باشید که خودکشی‌گرایی اغلب پنهان است. خودکشی مرز فرهنگی، قومی، نژادی یا اجتماعی اقتصادی ندارد.

۱۵ برای کسی که اقدام به خودکشی می‌کند یا قصد آن را در سر دارد، نمی‌توان هیچ کاری کرد، برداشتی غلط است. بسیاری از افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند، ممکن است از اختلال روانی رنج برند که قابل درمان است. درمان مناسب اختلال روانی، به میزان قابل توجهی خطر خودکشی را کاهش می‌دهد. مثلاً خودکشی‌گرایی با افسردگی در ارتباط است و معمولاً با درمان موثر افسردگی حل شدنی است.

۱۶ کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند فقط دنبال جلب توجه هستند، باوری غلط است. در برخی از افراد اقدام به خودکشی رخدادی است که برای اولین بار آنان را با کمک‌های تخصصی پیوند می‌دهد. میان تقاضای کمک^۱ و جلب توجه باید تمایز قائل شد.

با در نظر گرفتن این تصوّرات غلط درباره‌ی خودکشی، شاید برخی از مشاوران از کار با موارد خودکشی مضطرب شوند، یا فکر کنند که برای این کار به اندازه‌ی کافی آماده نیستند. بنابراین اطلاعات، آموزش و یادگیری، و کسب تجربه در مداخله در موارد خودکشی، می‌تواند شایستگی

1. Cry for help

و مهارت مشاور را بیشتر کند. آموزش باید شامل افزودن بر توانایی برخورد آرام و صبورانه با احساسات شدید دیگران، کاهش حالت‌های دفاعی یا انفعالی مشاور، و غلبه کردن بر سوگ‌های حل نشده‌ی وی باشد. به‌علاوه، آگاهی از عوامل خطر و تشخیص دادن موقعیت‌های خطر، برای فعالیت مشاوران الزامی است.



فصل سوم

تبیین‌های روانشناختی

و جامعه‌شناسی از خودکشی

افراد مبتلا به اختلالات روانی نیز بالاست (از جمله اسکیزوفرنی، اختلال افسردگی عمده و اختلال دو قطبی) هر چند که خطر خودکشی در بستگان افراد مبتلا به اختلالات خلقی بسیار بالاتر است (سادوک و سادوک، ۱۳۸۲). بسیاری از پژوهش‌های هم‌تاسازی و مطالعات خانواده، از آسیب‌پذیری ژنتیکی افراد در خودکشی حمایت کرده‌اند. در این پژوهش‌ها با وجود کنترل کردن متغیر اختلالات روانی، آشکار شد که رفتارهای خودکشی و گرایش به آن، به‌طور ژنتیکی انتقال می‌یابد (میتندر-فرو-روتز^۱ و همکاران، ۲۰۰۶؛ ترمیا و همکاران، ۲۰۰۵، رونزن و آسبرگ، ۲۰۰۳؛ روی و سگال^۲، ۲۰۰۱؛ روی^۳ و همکاران، ۱۹۹۵).

یافته‌های عصبی-شیمیایی نشان می‌دهد بین افرادی که مبتلا به رفتارهای پرخاشگرانه و تکانشی دارند با افرادی که خودکشی کامل دارند تا حدودی همپوشی وجود دارد. در بررسی‌های کالبد شناسی میزان سروتونین و متابولیت عمده‌ی آن، در مغز افرادی که مرتکب خودکشی شده‌اند، پایین بوده است. مکانیسم ارتباط کارکرد سروتونین و رفتار پرخاشگرانه یا انتحاری معلوم نیست و ممکن است کاهش سروتونین شاخص یا نشانگر پرخاشگری یا میل به خودکشی باشد تا علت آن (سادوک و سادوک، ۱۳۸۲). به‌علاوه در افراد مبتلا به افسردگی اساسی که بعد از اقدام به خودکشی بستری شده‌اند سطح پایین و مزمن هورمون‌های مربوط به هیپوتالاموس که در تولید کورتیزول درگیر هستند شناسایی شده است. (هالجین و ویتبورن، ۱۳۸۵). در کل این پژوهش‌ها تخمین می‌زنند که ۴۵٪ واریانس رفتارهای خودکشی، اساسی ژنتیکی دارد (بیوترایز، ۲۰۰۳).

۳-۱ تبیین‌های روان‌شناختی خودکشی

در این بخش به توضیح مختصر تبیین‌های روان‌شناختی که در چهار رویکرد زیستی-ژنتیکی، آسیب‌شناسی روانی، شناختی و سیستمی درباره‌ی خودکشی وجود دارد می‌پردازیم. به این امید که تصویری مختصر و کلی از روان‌شناسی خودکشی ترسیم کنیم.

۳-۱-۲ رویکرد آسیب‌شناسی روانی

این رویکرد معتقد است که با بررسی آسیب‌شناسی روانی اقدام‌کنندگان، روابط علت و معلولی یا همبستگی میان اختلالات روانی و خودکشی مشخص می‌شود. بنابراین در صورت وجود این روابط می‌توان با درمان اختلالات روانی، میزان اقدام به خودکشی را کاهش داد. ۹۰٪ بزرگسالانی که اقدام به خودکشی می‌کنند، به اختلال روانی قابل تشخیصی دچار هستند. رایج‌ترین آنها افسردگی، سوء‌مصرف یا وابستگی به الکل یا مواد و اسکیزوفرنی است (هالجین و ویتبورن، ۱۳۸۵). گرایش به خودکشی همچنین ویژگی بارز در مواردی از اختلالات شخصیت هم هست به خصوص اختلال شخصیت‌هایی مانند مرزی، خودشیفته و ضد اجتماعی است. (هالجین و ویتبورن، ۱۳۸۵). همچنین در ۹۰٪ از موارد مرگ کودکان و نوجوانان بر اثر خودکشی، نوعی اختلال روانی به‌عنوان علت ریشه‌ای شناسایی شده

۳-۱-۱ رویکرد زیستی-ژنتیکی

پژوهش‌های فراوانی نشان می‌دهند که پایه‌ای ژنتیکی در رفتارهای خودکشی نهفته است. اگرچه هنوز روشن نیست که آیا این اساس ژنتیکی، ویژه‌ی خودکشی‌گرایی^۱ است یا به طیف وسیع‌تری از ویژگی‌ها تعلق دارد که زیربنای اختلالات روان‌پزشکی است (بیوترایز^۲، ۲۰۰۳). یکی از رویکردهای پژوهشی در این زمینه، بررسی دوقلوهاست. میزان تطابق میان دوقلوهای یک تخمکی (۱۳/۲ درصد) در مقایسه با دوقلوهای دوتخمکی (۰/۷ درصد) بیشتر است. همچنین خطر خودکشی کودکانی که با والدین غیر زیستی خود زندگی می‌کنند، بیشتر شبیه به خانواده زیستی آنهاست تا خانواده‌ای که آنها را به فرزندی قبول کرده است (هالجین و ویتبورن، ۱۳۸۵). به‌علاوه خطر خودکشی در بستگان

1. Mittendorfer-Rutz
2. Segal
3. Roy

1. Suicidality
2. Beautrais

است. تشخیص رایج در این موارد اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی، سوء‌مصرف مواد، و اختلال رفتار تخریبی بوده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۷). افسردگی مهم‌ترین اختلال همراه در خودکشی است. در واقع در بیشتر کتاب‌های آسیب‌شناسی روانی، مبحث خودکشی ذیل افسردگی قرار دارد. شاید بدین دلیل که بسیاری از گزارش‌ها نشان داده است که ۵۰ درصد افرادی که در اثر خودکشی می‌میرند افسرده هستند. وجود افسردگی به تنهایی میزان مرگ بر اثر خودکشی را بیست برابر افزایش می‌دهد (کوچر^۱، ۲۰۰۷). پژوهش‌های بسیاری به تبیین رابطه‌ی خودکشی و افسردگی پرداخته‌اند. در اکثر این پژوهش‌ها میان افسردگی و خودکشی ارتباطی قوی وجود داشته است (تانگ و همکاران، ۲۰۰۹؛ هاسلی و همکاران، ۲۰۰۸؛ آستراک و همکاران، ۲۰۰۴؛ ایوانز^۲ و همکاران، ۲۰۰۴؛ کین و همکاران، ۲۰۰۳؛ لارسون و لارسون، ۱۹۹۸؛ موگهی و همکاران، ۱۳۸۸؛ محمدخانی، ۱۳۸۱). علاوه بر افسردگی اختلالات سایکوتیک نیز با رفتارهای خودکشی مرتبط است. مطالعات نشان می‌دهند که ۵۰ درصد بیماران دچار اسکیزوفرنی در دوره‌ای از بیماری خود اقدام به خودکشی می‌نمایند. اقدام به خودکشی در این بیماران اغلب در سال‌های اولیه بعد از شروع حمله بیماری است. کسانی که بیماریشان مزمن‌تر است، یا دفعات بیشتری در بیمارستان بستری شده‌اند، افسرده‌اند، سابقه خودکشی خانوادگی دارند و همچنین آنانی که نسبت به بیماری خود آگاه‌ترند و در اثر بیماری دچار افت بیشتر عملکرد شغلی و خانوادگی شده‌اند، به خصوص اگر نسبت به درمان بدبین باشند، بیشتر در خطر خودکشی قرار دارند (کوچر، ۲۰۰۷؛ مک‌گیر^۳ و همکاران، ۲۰۰۶).

از آنجایی که رویکرد آسیب‌شناسی، از دریچه‌ی اختلال روانی زمینه‌ای به پدیده‌ی خودکشی می‌نگرد؛ گاهی این فرض را مطرح می‌کند که پدیده‌ی خودکشی در هر کدام از این اختلال‌ها می‌تواند پدیده‌ای متفاوت باشد (مک‌گیر، ۲۰۰۶).

به علاوه، نکته‌ی جالب این است که اگر چه این رویکرد، آسیب‌شناسی روانی را اساس خودکشی می‌داند ولی برای بررسی این آسیب‌شناسی و سبب‌شناسی آن از رویکرد زیستی-ژنتیکی و رویکرد شناختی یاری می‌جوید. به عبارتی این رویکرد اختلالاتی از جمله افسردگی، اسکیزوفرنی و مصرف مواد را اساس رفتارهای خودکشی بر می‌شمرد ولی اکثرًا مسایل ژنتیکی و شناختی را تبیین‌کننده‌ی این اختلالات می‌داند (هنتوچه^۴ و همکاران، ۲۰۱۰). بنابراین رویکرد شناختی یکی از دیدگاه‌های مهم روان‌شناختی در بررسی خودکشی است.

1. Kutcher
2. Evans
3. Mc Girr
4. Hantouche

۳-۱-۳ رویکرد شناختی

در رویکردهای شناختی به خودکشی، تاکید عمده بر افسردگی، ناامیدی و نقش فرآیندهای شناختی است (لستر^۱، ۲۰۰۰). از این منظر سبک شناختی هر فرد به‌منزله‌ی عامل خطر برای افسردگی و رفتارهای خودکشی است. سبک شناختی روشی است که افراد برای ادراک، جستجو، تفسیر و طبقه‌بندی اطلاعات استفاده می‌کنند و در تصمیم‌گیری و حل کردن مسایل، این اطلاعات را به یاد می‌آورند یا بازیابی می‌کنند.

یکی از این سبک‌های شناختی، مهارت حل مسئله است. ضعف یا کژکاری توانایی حل مسئله، عامل خطر شناخته شده‌ای برای خودکشی است (پالمر، ۲۰۰۸) در واقع، حل مسئله با دیگر مشکلات موجود در سبک شناختی فرد نیز، مانند تفکر خشک و بی‌انعطاف و ناتوانی در بازیابی حافظه‌ی سرگذشتی^۲ رابطه دارد (الیس^۳ و راترفورد^۴، ۲۰۰۸؛ کواپانی، ۱۳۸۵). کسانی که در خطر جدی خودکشی هستند، بخصوص در توانایی حل مسایل اجتماعی و میان‌فردی خود مشکلات پایداری را نشان می‌دهند (پالمر، ۲۰۰۸؛ الیس و راترفورد، ۲۰۰۸). نظریه پردازان شناختی، معتقدند خودکشی نمونه‌ای از رفتار حل مسئله است (ساراسون، ۱۳۸۳). مثلاً این نظریه‌پردازان، خصوصیات همگانی نوجوانان انتحاری را ناتوانی آنان در یافتن راه حل مسایل و فقدان راهبردهای مدارا برای کنار آمدن با عوامل استرس‌زای اضطرابی می‌دانند (سادوک و سادوک، ۱۳۸۲). پژوهش‌های بسیاری از اهمیت رفتارهای حل مسئله و سبک‌های مقابله‌ای در پدیده‌ی خودکشی، به‌ویژه در میان دانش‌آموزان و دانشجویان، حمایت کرده است (اورباخ^۵ و همکاران، ۱۹۹۰؛ پریستر^۶ و کلام^۷، ۱۹۹۳؛ پلوك^۸ و ویلیامز^۹، ۲۰۰۱؛ شاطری و همکاران، ۱۳۸۸؛ کدیور و زاهدی، ۸۶؛ کواپانی و رحیمی، ۱۳۸۱).

علاوه بر حل مسئله، نگرش و سبک اسنادی فرد در اقدام وی به خودکشی مؤثر است. افراد خودکشی‌گرا، دیدگاهی منفی و بدبینانه به آینده، محیط و شرایط کلی خود دارند و غالباً سبک اسنادی افراد افسرده را نشان می‌دهند. افراد افسرده یا کسانی که خودکشی کرده‌اند یا در معرض آنند، رخدادهای منفی زندگی را به دلایل درونی، پایدار و جهانی نسبت می‌دهند (پالمر، ۲۰۰۸). ناامیدی^{۱۰}، یکی از مفاهیمی است که به عنوان جنبه‌ای کلیدی در خودکشی و رفتارهای خودکشی شناخته شده است.

1. Lester
2. Autobiographical Memory
3. Ellis
4. Rutherford
5. Orbach
6. Priester
7. Clum
8. Pollock
9. Williams
10. Hopelessness

بیش از سه دهه‌ی پیش مینکوف، برگمن و بک (۱۹۷۳) دریافتند که در رابطه‌ی میان افسردگی و خودکشی، ناامیدی به صورت واسطه عمل می‌کند. این یافته توسط الیس و راتلیف (۱۹۸۶) نیز گزارش شد (به نقل از الیس و راترفورد، ۲۰۰۸). ناامیدی مستقل از افسردگی با خودکشی همبستگی دارد. به‌علاوه بسیاری از پژوهش‌ها آشکار کرده‌اند که ناامیدی در رابطه‌ی میان حوادث استرس‌زای زندگی و خودکشی نیز نقش واسطه^۱ را بازی می‌کند (الیس و راترفورد، ۲۰۰۸). با این حال، رابطه میان مثبت‌اندیشی به آینده و ناامیدی، بینشی اساسی نسبت به ذهن خودکشی‌گرا فراهم کرده است. بدین معنا که مفهوم مثبت‌اندیشی به آینده، مفهومی است که سبک شناختی افراد خودکشی‌گرا را از سبک شناختی افراد افسرده متمایز می‌کند.

در پژوهشی مککلود (۱۹۹۷) نشان داد افرادی که رفتارهای خودکشی از خود نشان می‌دهند (افکار یا اقدام)، با افراد افسرده در مقدار شناخت‌های منفی نسبت به آینده تفاوت ندارند، بلکه آنان به طرز معناداری در ایجاد و تولید شناخت‌های مثبت نسبت به آینده مشکل دارند. بنابراین شناخت‌های مثبت و منفی از نظر عملکردی یکسان نیستند. یکی از متغیرهایی که با ناتوانی در مثبت‌اندیشی به آینده رابطه دارد، تمایل به کمال‌گرایی است. امکان دارد که کمال‌گرایی زیاد، با درک و دریافت از رویدادهای آینده ارتباط داشته باشد. زیرا برای فرد کمال‌گرا هر رویدادی نشانگر موقعیت‌های بالقوه برای شکست است. کمال‌گرایی اجتماعی (اعتقاد به اینکه دیگران انتظار کامل بودن از فرد دارند) راه را به سوی افسردگی، از افسردگی به ناامیدی و از ناامیدی به افکار خودکشی و کم‌رنگ شدن دلیل برای زندگی می‌پیماید (پالم، ۲۰۰۸). حتی در برخی از مطالعات دیده شده است که این نوع از کمال‌گرایی در نوجوانان، مستقل از متغیرهایی چون ناامیدی یا افسردگی با خودکشی‌گرایی رابطه دارد. شکل منفعل کمال‌گرایی، مانند به تعویق انداختن کارها برای اجتناب از خطا، با خودکشی دانشجویان مرتبط است (الیس و راترفورد، ۲۰۰۸).

بر طبق نظر ویلیامز (۲۰۰۱) رفتارهای خودکشی نوعی فریاد^۲ یا پاسخی به موقعیت‌های استرس‌زا است. این نوع پاسخ، سه مؤلفه دارد. اول اینکه، موقعیت و شرایط موجب احساس شکست یا طرد در فرد می‌شود. دوم اینکه، فرد آرزو دارد از این موقعیت فرار کند ولی بعد از ارزیابی شرایط متوجه می‌شود که راه فراری وجود ندارد. سوم اینکه، وی نتیجه می‌گیرد که عامل نجاتی (مثلاً "حمایت اجتماعی") نیز برای تسکین بحران وجود ندارد. این سه عامل موجب فعال شدن الگوی روانی-زیستی درماندگی (شبیه به الگوی درماندگی آموخته‌شده در حیوانات) می‌شود. و سپس موجب تسهیل تکانه‌های فرار از راه رفتارهای خودکشی می‌گردد. اینکه آیا راه‌حل خودکشی انتخاب می‌شود یا نه، بسته به عوامل دیگری نظیر اثرات الگوبرداری و دردسترس بودن وسایل خودکشی، تعیین می‌گردد. به‌علاوه اینکه فرد چقدر موقعیت را فشارزا تلقی کند، و آن را قابل فرار ببیند و میزان حمایت‌های موجود را چگونه ارزیابی کند، تحت تاثیر فرآیندهای شناختی چون پردازش اطلاعات و ویژگی‌های

1. Mediator
2. Cry

حافظه قرار دارد (پالم، ۲۰۰۸).

بک نیز در دیدگاه شناختی معتقد است، خودکشی ابزار احساس ناامیدی است که آغازگر آن، برداشت فرد از حل‌نشدنی بودن استرس است. وی برای توصیف ساختار ذهن فردی که چند بار دست به خودکشی زده است از اصطلاح حالت خودکشی‌گرا استفاده می‌کند. طبق این دیدگاه، تجربه‌ی خودکشی قبلی، فرد را نسبت به افکار و رفتارهای خودکشی حساس می‌کند، به گونه‌ای که بعدها در ذهن فرد دست‌یافتنی‌تر و فعال‌تر می‌شوند (هالچین و ویتبورن، ۱۳۸۵).

در کل کسانی که به خودکشی اقدام می‌کنند، دیدشان نسبت به موقعیت‌ها انعطاف‌ناپذیر و سیاه و سفید است. برای چنین فردی دنیا و انسان‌ها به دو قسمت تقسیم می‌شود: خوب و بد (مارزوک^۱ و همکاران، ۲۰۰۵). بنابراین دید محدود برای مدارا با اختلافات خانوادگی مکرر، طرد یا شکست در اتخاذ تصمیم خودکشی مؤثر است (سادوک و سادوک، ۱۳۸۲).

۴-۱-۳ خانواده و رویکردهای سیستمی

همچنان که افراد سبک‌ها و ترجیحات شناختی خاص خود را دارند، گروه‌هایی چون خانواده نیز، دارای ترجیحات شناختی پایدار خاص خود هستند که در طول زمان و به‌تدریج به‌وجود آمده و در شرایط مختلف ثابت باقی مانده است. بافت خانواده، محیطی مهم برای شکل‌گیری نگرش‌ها، سبک‌های اسنادی کودکان است. به‌علاوه تصمیم‌گیری و حل مسئله اغلب در فرآیند پردازش اطلاعات و ارزیابی کل اعضای خانواده رخ می‌دهد. بنابراین منطقی به نظر می‌رسد که سبک‌های شناختی خانواده بر خودکشی افراد تاثیر داشته باشد. مثلاً اسنادهای ناسازگار خانواده، سطوح فشارهای روانی خانواده را پیش‌بینی می‌کند. علاوه بر سبک‌های شناختی، تاریخچه‌ی آسیب‌شناسی روانی در خانواده نیز، در رفتارهای خودکشی اثرگذار است. پژوهش‌های اخیر عوامل خانوادگی دیگری را نیز به‌عنوان عوامل خطر خودکشی مطرح کرده‌اند، عواملی نظیر ارتباطات ضعیف خانواده، مهارت‌های ضعیف حل مسئله در خانواده، گرایش به سپر بلا کردن یکی از اعضای خانواده و مشکلات زوجی (پالم، ۲۰۰۸).

علی‌رغم رویکرد جدید به خودکشی، که عوامل خانوادگی را یکی از عوامل خطر مهم یا از عوامل محافظت‌کننده‌ی تاثیرگذار می‌دانند، رویکردهای سیستمی، دیدگاه دیگری به مشکلات روان‌شناختی از جمله رفتارهای خودکشی دارد. رویکردهای سیستمی، همچنان که از نامش پیداست، خانواده را سیستمی دارای ساختار می‌داند. در رویکرد خانواده‌درمانی ساختاری، ساختار خانواده به الگوهای سازمان‌یافته‌ای اشاره دارد که اعضای خانواده مطابق آن با هم تعامل دارند. به موازات اینکه تعاملات

خانوادگی تکرار می‌شوند، انتظاراتی را پرورش می‌دهند، که الگوهای پایداری را به وجود می‌آورد. همین که این الگوها ایجاد شدند، اعضای خانواده تنها بخشی از دامنه‌ی رفتارهای موجود در این الگوها را بکار می‌برد (نیکولز^۱، ۱۳۸۷).

درواقع، اعضای خانواده در قالب آرایه‌های خاصی که حاکم بر تبادل‌های آنان است، با هم رابطه برقرار می‌کنند. این آرایه‌ها، هرچند به وضوح ابراز یا شناسایی نمی‌شوند، یک کل یعنی ساخت خانوادگی را تشکیل می‌دهند. همچنان که گفته شد الگوهای تبدالی ساختار خانواده را شکل می‌دهند. به بیان دیگر ساختار خانواده، مجموعه‌ی نامشهودی از خواسته‌ها یا ضوابط کارکردی است، که خانواده برای تحقق بخشیدن به کارکردهای خود آنها را وضع کرده است. (گلدنبرگ^۲ و گلدنبرگ، ۱۳۸۸).

این الگوهای مروده‌ای، رفتار اعضای خانواده را تنظیم می‌کنند. دو سیستم مقیدکننده^۳ باعث تداوم این الگوهاست. اولی همگانی و مستلزم قواعد جهانی است که بر سازمان خانواده حکومت می‌کند مثلاً سلسله مراتب قدرت باید وجود داشته باشد که در آن والدین و فرزندان از سطوح متفاوت اقتدار برخوردار باشند. یا مثلاً باید نقش‌های مکمل وجود داشته باشد تا زن و شوهر به صورت یک تیم عمل کنند.

دومین سیستم مقیدکننده، اختصاصی و مستلزم انتظارات متقابل اعضای خانواده از یکدیگر است. سیستم خانواده وظایف خود را از طریق خرده‌نظام‌های خود متمایز می‌کند (مینوچین^۴، ۱۳۸۳). بنابراین خرده‌نظام‌ها به منزله‌ی اجزای سازنده خانواده هستند. هر عضو ممکن است همزمان به چند گروه فرعی تعلق داشته باشد (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۱۳۸۸). افراد، نظام‌های فردی و کل خانواده، به‌وسیله‌ی مرزهای بین‌فردی متمایز می‌شوند (نیکولز، ۱۳۸۷). مرزهای یک خرده‌نظام عبارت از مقرراتی است که معین می‌کند چه کسی و چگونه جزو این خرده‌نظام است.

در واقع عملکرد و نقش مرز، فقط تمایزات در درون سیستم است (مینوچین، ۱۳۸۳). بنابراین مرزهای بین‌فردی تقریباً غیرقابل مشاهده‌اند که تماس با دیگران را تنظیم می‌کنند. مرزهای بین‌فردی دامنه‌ای از خشک تا مبهم یا آغشته دارند (نیکولز، ۱۳۸۷). مرزهای کاملاً مشخص^۵ به حفظ جدایی افراد کمک می‌کند و همزمان بر احساس تعلق به کل نظام خانواده صحنه می‌گذارد (گلدنبرگ، ۱۳۸۸). مرزهای خشک، بسیار محدودکننده هستند و تماس کلی را با نظام‌های فرعی دیگر مشکل می‌سازند و موجب فاصله گرفتن افراد و نظام‌های فرعی خانواده از هم می‌شوند. این افراد یا خرده‌نظام‌ها، مستقل اما منزوی هستند. این فاصله و انزوا، همیاری و روابط عاطفی یا به قول

1. Nichols
2. Goldenberg
3. Compelling
4. Minuchin
5. Clearly defined

اولسون^۱، انسجام^۲ را محدود می‌کند. در بسیاری از مواقع اعضای این خانواده احساس وابستگی به یکدیگر ندارند و در صورت لزوم نمی‌توانند از هم تقاضای کمک کنند.

برعکس، نظام‌های فرعی درهم تنیده، احساس مفراط از حمایت و انسجام ایجاد می‌کند، اما به بهای از دست رفتن استقلال و خودمختاری. در خانواده‌های فاصله‌گیر، مرزها خشک هستند و خانواده در حد لازم از فرد حمایت نمی‌کند (نیکولز، ۱۳۸۷). از طرف دیگر در خانواده‌های درهم تنیده، مرزها گنگ و نامتمایزاند و به سادگی از سوی دیگر اعضای خانواده مورد تجاوز قرار می‌گیرند. در هم تنیدگی حالتی افراطی از نزدیکی و شدت تعامل‌های خانوادگی است که در آن، اعضای خانواده به یکدیگر بیش از حد علاقه‌مند یا درهم آمیخته هستند (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۱۳۸۸).

اگرچه نظام خانواده باید برای حفظ انسجام، به اندازه‌ی کافی باثبات باشد، اما برای کنار آمدن با موقعیت‌های در حال تغییر باید به اندازه‌ی کافی انعطاف‌پذیری داشته باشند. مشکلات وقتی به وجود می‌آید که ساختار انعطاف ناپذیر^۳ خانواده نمی‌تواند به قدر کافی با چالش‌های محیطی یا تغییرات ناشی از چرخه‌ی زندگی سازگار شود (نیکولز، ۱۳۸۷). در واقع مینوچین برچسب آسیب را برای خانواده‌هایی در نظر می‌گیرد که وقتی با یک موقعیت تنش‌زا مواجه می‌شوند، انعطاف‌ناپذیری الگوهای تبدالی و مرزبندی‌های خود را افزایش می‌دهند و بدین ترتیب، جلوی بررسی سایر گزینه‌ها را می‌گیرند (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۱۳۸۸).

با همه‌ی این تفصیلات شاید بتوان این‌گونه نتیجه گرفت که مشکلات روان‌شناختی را در این دیدگاه، نمی‌توان از سیستم خانوادگی که فرد در آن زندگی می‌کند جدا و مستقل دانست. اگرچه اکنون این دیدگاه قدیمی خانواده درمانگران مبنی بر این که هر علامتی، در خدمت حفظ تعادل حیاتی خانواده است، کاملاً مورد قبول نیست، اما در هر صورت شاید بتوان گفت که هر علامتی، متأثر از نظام خانواده است. گلدنبرگ و گلدنبرگ (۱۳۸۸) در توضیح رویکرد ساختاری، پنج ساختار خانوادگی بدکارکرد را ذکر می‌کند:

- ۱ خانواده‌های درهم تنیده
- ۲ خانواده‌های گسسته
- ۳ خانواده‌های با مرد حاشیه‌ای
- ۴ خانواده‌هایی که والدین با هم ارتباط عاطفی ندارند
- ۵ خانواده‌های با والدین کم سن.

پژوهش‌های بسیاری از اهمیت بافت خانواده در خودکشی نوجوانان و جوانان حمایت کرده‌اند.

1. Olson
2. Cohesion
3. Flexibility

آسیب‌شناسی خانواده یا خانواده‌ی بدکار کرد، آسیب‌پذیری نوجوانان را در مقابل خودکشی افزایش می‌دهد. استرس‌زا بودن روابط درون خانواده، زیاد بودن اهداف کسب نشده در خانواده، تعارض با خرده نظام والدینی، انتظارات نامعقول خرده نظام والدینی، حمایت ناکافی، نمونه‌ای از الگوهای تبادلی بدکار کرد در خانواده که با خودکشی و رفتارهای خودکشی مرتبط اند (رندل^۱ و همکاران، ۲۰۰۶؛ ایوانز، ۲۰۰۴). در کل، در اغلب نوجوانانی که خودکشی می‌کنند، زندگی ناکارآمد خانوادگی دیده می‌شود. برخی از این موارد در ذیل فهرست شده است:

- وجود بیماری روانی والدین (گولد و همکاران، ۱۹۹۹) همراه با وجود اختلالات هیجانی و سایر اختلالات
- وجود سوء مصرف الکل، سایر مواد یا رفتارهای ضد اجتماعی در خانواده
- وجود پیشینه‌ی خودکشی یا اقدام به خودکشی در خانواده
- سابقه‌ی کودک آزاری (جسمی و جنسی)
- مراقبت ناکافی والدین یا ارتباط ضعیف در خانواده
- نزاع‌های متعدد میان والدین/ مراقبان، همراه با تنش و پرخاشگری
- طلاق، جدایی یا مرگ والد
- جابجایی‌های مکانی متعدد
- انتظارات بسیار زیاد یا کم والدین
- اقتدار بیش از حد یا ناکافی والدین
- توجه کم والدین/ مراقبان به آشفتگی‌های هیجانی کودکان
- انعطاف‌ناپذیری خانواده
- خانواده‌ی رضاعی

۲-۳ تبیین‌های جامعه‌شناختی خودکشی

شاید در ابتدا این‌گونه به نظر برسد که خودکشی موضوعی نامربوط برای تحلیل‌های جامعه‌شناختی است. بسیاری از مردم می‌پندارند که خودکشی اساساً تراژدی فردی است؛ زیرا فرد سعی دارد با توسل به آن به زندگی شخصی خود که نتیجه‌ی اشتباهاتش بوده، پایان بخشد. پاسخ جامعه‌شناسان این است که هر چند چنین رفتاری توسط فرد در نهان انجام می‌گیرد، اما هنوز موضوع آن، الگوها و نظم‌های مشخصی دارد که ممکن است از ماهیت اجتماعی که فرد عضوی از آن است نشأت گرفته باشد (تیلور^۱، ۱۳۷۹). مهمترین جامعه‌شناسی که پدیده‌ی خودکشی را مطالعه کرد؛ دور کهایم بود. در واقع رویکرد جامعه‌شناسی کلاسیک از پژوهش‌ها و نظرات دور کهایم تأثیر پذیرفته است. اکنون به خلاصه‌ای از نظریه‌ی وی می‌پردازیم:

۱-۲-۳ دور کهایم و خودکشی

اگر چه کتاب جامعه‌شناسی خودکشی دور کهایم بیش از یک قرن پیش نوشته شده است؛ اما هنوز یکی از مهمترین آثار جامعه‌شناسی است. به نظر وی جامعه‌شناسی مطالعه‌ی جامعه است. البته جامعه از افراد تشکیل شده است؛ اما این جامعه چیزی بیشتر از جمع افراد است. در اصطلاح دور کهایم، جامعه قابل تقلیل به افراد نیست. هر جامعه‌ای دارای مقررات، ارزش‌ها و هنجارهای خاص خود است که رفتار انسان‌ها را به شیوه‌ای که خودشان ممکن است متوجه نباشند شکل می‌بخشد. وی معتقد بود که فرد را نمی‌توان به‌طور کامل و جدای از جامعه‌ای که او عضو آن است فرض کرد (تیلور، ۱۳۷۹).

در بررسی پدیده‌ی خودکشی، دور کهایم با توجه به آمار رسمی کشف کرد که درجه‌ی تغییراتی که در میزان مرگ و میر عمومی رخ می‌دهد، دو برابر تغییراتی است که در میزان خودکشی اتفاق می‌افتد.

به این صورت که میزان خودکشی از پایداری و نظم مشخصی پیروی می‌کند. بنابراین خودکشی بیشتر از مرگ و میر عمومی، جزو خصوصیات هر گروه اجتماعی است. دور کهایم نتیجه می‌گیرد که هر جامعه‌ای آمادگی و ظرفیت احتمالی معینی از مرگ‌های داوطلبانه یا خودکشی دارد. در واقع این آمادگی موضوعی است که وی به توضیح آن می‌پردازد (دور کیم، ۱۳۷۸).

بر طبق نظر وی، در هر گروه اجتماعی گرایش ویژه‌ای به خودکشی هست که نه ترکیب جسمانی و روانی و نه ماهیت محیط طبیعی هیچ یک آن را تبیین نمی‌کند. (دور کهایم، ۱۳۷۸). بلکه وی پدیده‌ی خودکشی را با دو موضوع نظم و انسجام اجتماعی تبیین می‌کند. از نظر وی، موضوع نظم اجتماعی^۱ و این که جوامع چگونه به وجود آمده‌اند و انسجام یافته‌اند، یکی از اساسی‌ترین موضوع‌هاست. دور کهایم معتقد است، نظم اجتماعی امکان‌پذیر است و نیروهای جمعی زندگی اجتماعی، انگیزه‌های اصلی فرد را شکل می‌دهند و محدود می‌نمایند.

بر طبق نظر وی جامعه به دو طریق افراد را محصور می‌کند: اول آنها را از طریق پیوند با ارزش‌ها و هنجارهای گروه‌های اجتماعی انسجام می‌بخشد؛ دوم اینکه تمایلات و آرزوهای نامحدود وی را با ایجاد اهداف و وسایل ویژه‌ی دستیابی به آنها کنترل می‌کند و منظم می‌نماید. در واقع وی معتقد است که بعضی روندهای آسیب‌شناسانه یا انحرافی در جامعه، همچون خودکشی، بر حسب فقدان انسجام و در جامعه تبیین می‌شود.

دور کهایم چهار نوع خودکشی را در رابطه با مفهوم نظم اجتماعی و اخلاقی معرفی کرده است. خودکشی خودخواهانه^۲ و دگرخواهانه^۳ ناشی از افراط و تفریط انسجام اجتماعی هستند و خودکشی ناشی از نابسامانی اجتماعی یا آنومی^۴ و خودکشی قهری^۵ که ناشی از افراط و تفریط در نظم است (تیلور، ۱۳۷۹).

1. Social order
2. Egoistic
3. Altruistic
4. Anomic
5. Fatalistic

■ خودکشی خودخواهانه

خودکشی خودخواهانه ناشی از تضعیف یا سستی پیوند فرد با گروه‌های اجتماعی است. زمانی که مردم از ارزش‌ها و انتظاراتی که آنها را احاطه کرده است جدا می‌شوند، دچار خطر فردگرایی مفرط شده و نسبت به خودکشی آسیب‌پذیر می‌شوند. دور کهایم خودکشی خودخواهانه را با مثال‌هایی از جامعه‌ی مذهبی، ملی و سیاسی ترسیم می‌کند. وی مثال می‌زند که کشورهای کاتولیک، پیوسته میزان خودکشی کمتری از کشورهای پروتستان دارند. پروتستان‌ها تمایل بیشتری به فردگرایی و اتکا به خود دارند. مصونیت بیشتر کاتولیک نسبت به خودکشی ناشی از عقایدشان نیست، بلکه بیشتر ناشی از انسجام آنها در زندگی اجتماعی‌شان است.

دور کهایم (۱۳۷۸) می‌گوید: «اینکه به طور کلی مذهب بر خودکشی اثر پیشگیرانه دارد، مسلماً بدین دلیل نیست که بعضاً گفته می‌شود که مذهب خودکشی را با تردید کمتری در مقایسه با اخلاق غیر دینی محکوم می‌کند؛ همچنین به دلیل مجازات‌های شدید در آخرت نیست. بلکه به خاطر این است که مذهب یک جامعه [نهاد] است. آنچه که این جامعه را تشکیل می‌دهد مجموعه‌ای از اعتقادات و اعمال مشترک نزد هواداران است که سنتی و در نتیجه الزامی است. لذا این احتمال وجود دارد که سایر اجتماعات مشابه نیز همان اثر را دارا باشند» (دور کیم، ۱۳۷۸). سپس وی با این دید، اثر اجتماع کوچک «خانواده» را بررسی کرد.

آمار نشان داده است افراد متاهل و دارای فرزند نسبت به افراد مجرد یا بدون فرزند، مصونیت بیشتری در برابر خودکشی دارند. این امر به‌تنهایی ناشی از ازدواج نیست بلکه به اثرات انسجام نظام خانواده و فرزندان نیز مربوط است. ثالثاً وی مشاهده کرد که میزان خودکشی در زمان جنگ یا آشوب‌های سیاسی کم شده است. این بدان دلیل است که در این مواقع افراد انسجام بیشتری می‌یابند (تیلور، ۱۳۷۹).

■ خودکشی دگرخواهانه

خودکشی دگرخواهانه ناشی از حد افراط انسجام فرد در گروه اجتماعی است (تیلور، ۱۳۷۹). دور کهایم معتقد است چنانکه فردگرایی افراطی در نهایت به خودکشی منجر شود، بی‌توجهی به خود نیز همان اثر را دارد. زمانی که فرد از جامعه‌ی خود گسسته می‌شود، مقاومت کمتری در برابر خودکشی از خود بروز می‌دهد. به‌همان ترتیب هنگامی که فرد در وحدت کامل با جامعه‌اش قرار می‌گیرد نیز، می‌تواند به آسانی خود را بکشد (دور کیم، ۱۳۷۸). در این خودکشی، «من» فرد به جای اینکه قوی باشد آنقدر ضعیف است که هویت فردی در گروه اجتماعی حل می‌شود (تیلور، ۱۳۷۹).

یکی از انواع خودکشی دگرخواهانه، خودکشی دگرخواهانه‌ی اجباری است. مثلاً خودکشی زنان هندی هنگام مرگ شوهرانشان. در این نوع خودکشی اگر فردی خود را می‌کشد به این دلیل نیست که حق

دارد خودکشی کند، بلکه برعکس، به خاطر این است که خودکشی را تکلیف خود می‌داند (دورکهایم، ۱۳۷۸). در واقع چنین مرگ‌های ناشی از خودکشی، توسط آداب و رسوم تحقق می‌یابند. بقیه‌ی انواع خودکشی‌های دیگر خواهانه لزوماً حالت اجبار را در ظاهر ندارد اما در آن‌ها هم نوعی فشار نامحسوس اجتماعی وجود دارد (دورکهایم، ۱۳۷۸).

■ خودکشی ناشی از بی‌هنجاری اجتماعی (آنومی)

از نظر دورکهایم میان شیوه‌ای که جامعه کنش نظام‌بخشی را اعمال می‌کند و میزان اجتماعی خودکشی‌ها نوعی ارتباط وجود دارد (دورکهایم، ۱۳۷۸). در واقع خودکشی آنومی ناشی از فقدان نظم فردی در جامعه است. آمار نشان داده است که آمار خودکشی در دوران رکود اقتصادی و حتی رونق اقتصادی افزایش می‌یابد. علت این نوسان صرفاً افزایش فقر یا رونق اقتصادی نیست؛ بلکه بی‌ثباتی اجتماعی و فردی که از این طریق حاصل از آن نیز مؤثر است (تیلور، ۱۳۷۹). از نظر وی جامعه‌ی معاصر غربی متمایل به ترغیب رقابت و نفع فردی است. این جامعه مردم را ترغیب می‌کند که در یک زمان معین بیش از آنچه که دارند طلب کنند. تداوم و خلا پر نشدنی میان آنچه که مردم دارند و آنچه که طلب می‌کنند، منجر به بروز نارضایتی و ناکامی می‌گردد که خود، خودکشی را تسهیل می‌کند (تیلور، ۱۳۷۹).

■ خودکشی قهری

خودکشی قهری که نقطه‌ی مقابل آنومی است، ناشی از افراط نظم فردی است. دورکهایم ملاحظه کرد که در جامعه‌ی معاصر این نوع خودکشی اهمیت ناچیزی داشته و او آن را به صورت حاشیه‌ای مورد توجه قرار داده است (تیلور، ۱۳۷۹). پژوهش‌های بسیاری در زمینه‌ی نظریه‌ی دورکهایم در باب خودکشی صورت گرفته که برخی از آنها تاییدکننده و برخی ردکننده‌ی نظرات وی بوده‌اند (روجاز^۱ و استنبرگ^۲، ۲۰۱۰).

1. Rojas
2. Stenberg

۲-۲-۳ رویکردهای جدید جامعه‌شناسی به خودکشی

در جامعه‌شناسی خودکشی، رویکرد جامعه‌شناسی تفسیری، جایگزین اصلی برای رویکرد سنتی جامعه‌شناسی خودکشی مطرح شده است. این رویکرد روش علمی واحد، عینی و مستقل اثبات‌گرایان را رد می‌کند. این جامعه‌شناسان معتقدند انسان‌ها به صورت ارادی و آگاهانه به فعالیت می‌پردازند و از طریق زبان به اعمال خود معنا می‌بخشند. آنان مدعی هستند که درک خودکشی نخستین کار، بررسی مفاهیمی است که افراد اقدام‌کننده برای اعمالشان در نظر دارند. این رویکرد برای روش‌هایی که محقق را هرچه بیشتر به موضوع مورد مطالعه‌اش نزدیک می‌کند، ارجحیت قائل‌اند. روش‌هایی نظیر: مشاهده‌ی مشارکتی، مصاحبه‌های عمیق، گزارش‌های موردی (تیلور، ۱۳۷۹).

فصل چهارم
عوامل خطرزای خودکشی
و عوامل محافظت کننده در برابر آن

- ۱ نبود اختلالات روانپزشکی
- ۲ شاغل بودن
- ۳ وجود کودکان در خانه
- ۴ داشتن احساس مسئولیت در خانواده
- ۵ حاملگی
- ۶ داشتن عقاید مذهبی قوی
- ۷ داشتن احساس رضایت از زندگی
- ۸ وجود مکانیسم‌های قوی مقابله‌ای
- ۹ وجود مکانیسم قوی حل مسئله
- ۱۰ وجود یکپارچگی اجتماعی از طریق کار یا استفاده‌ی مفید از اوقات فراغت
- ۱۱ دسترسی به خدمات و مراقبت‌های بهداشت روان
- ۱۲ حمایت شدن از طرف دوستان، خانواده و سایر افراد مهم
- ۱۳ وجود سایر حمایت‌های اجتماعی
- ۱۴ وجود رابطه مثبت و خوب با درمانگر

۴ عوامل محافظت کننده و خطرزای خودکشی

در حقیقت نمی‌توان پیش‌بینی نمود که دقیقاً چه کسی خودکشی می‌کند. تنها شاید بتوان با بررسی عوامل خطرزا و محافظت‌کننده، احتمال خودکشی را تخمین زد. بنابراین، متخصصانی که هدف پیشگیری از خودکشی را در سر دارند، با شناسایی افراد و گروه‌هایی که در معرض عوامل خطرزای بیشتر و عوامل محافظت‌کننده‌ی کمتری قرار دارند، مداخلات خود را هدفمندتر می‌نمایند. بدین ترتیب بررسی این عوامل، ضروری و مهم به نظر می‌رسد. در ارزیابی عوامل خطرزا و محافظت‌کننده باید دقت نمود که ارزش خطرزا یا محافظ بودن این عوامل یکسان نیست. مثلاً داشتن نقشه برای خودکشی نسبت به عاملی نظیر جنس، عامل خطرزای بسیار مهمتری است. بنابراین باید برآیند عوامل خطرزا و محافظت‌کننده را بر اساس هر بیمار به صورت جداگانه مورد بررسی قرار دهیم.

۴-۱ عوامل محافظت کننده خودکشی

عوامل محافظت‌کننده، عواملی‌اند که تا حدی فرد را در مقابل خودکشی محافظت می‌کنند. درواقع از این عوامل به‌منزله‌ی عایقی در برابر خودکشی یاد می‌شود. اما نباید آنها را آنچنان قوی پنداشت که گویا قادر به از بین بردن اثر عوامل مهم خطرزا هستند. تعدادی از این عوامل در ذیل آمده است:

۴-۲ عوامل خطرزای خودکشی

این عوامل را می‌توان به ۵ دسته اصلی تقسیم کرد. سر فصل این عوامل در ذیل ذکر شده است. در ادامه به تفصیل به بررسی هر یک از این پنج دسته می‌پردازیم.

- ۱ عوامل جمعیت شناختی شامل سن و جنس
- ۲ خودکشی‌گرایی فعلی یا قبلی
(سابقه‌ی اقدام به خودکشی، وجود فعلی افکار و قصد خودکشی یا برنامه‌ریزی برای خودکشی)
- ۳ وجود اختلالات و علائم روانپزشکی
(اختلالات خلقی، سایکوتیک، اضطرابی، سوءمصرف مواد و الکل)
- ۴ وجود تاریخچه شخصی
(شامل مواردی نظیر سابقه‌ی بیماری‌های طبی، خانوادگی، تاریخچه‌ی روانی-اجتماعی و نوروبیولوژی است.)
- ۵ وجود اختلالات شخصیت

۱-۲-۴ عوامل جمعیت شناختی

الف سن و خودکشی

در اکثر کشورهای دنیا، با افزایش سن میزان خودکشی نیز افزایش می‌یابد. اما در حقیقت، خودکشی دو قله‌ی سنی دارد: در سنین ۱۵-۲۴ سالگی و در سالمندی. منحنی خودکشی به موازات منحنی بروز بیماری‌های روانی (اختلالات خلقی، افسردگی، اسکیزوفرنی) حرکت می‌کند. در واقع این بیماری‌ها، یکی از عوامل خطرزای مهم خودکشی شناخته می‌شود. برخلاف تصور عامه، خودکشی در این سنین به دلیل استرس‌های معمول و قابل انتظار بلوغ رخ نمی‌دهد. در ایران پناغی، پیروی، ابوالمعصومی، سهرابی و عابدیان (۱۳۸۷) پژوهشی در زمینه‌ی موارد ثبت شده‌ی خودکشی دانشجویان در مراکز پزشکی قانونی طی سال‌های ۸۷-۸۲ انجام دادند. نتایج این پژوهش آشکار کرد که خودکشی در جمعیت دانشجویی از سن ۲۰ تا ۲۴ سالگی، روند رو به افزایش دارد. سپس در ۲۵ سالگی رو به کاهش می‌گذارد و مجدداً در سن ۳۰ سالگی به شکل قابل توجهی افزایش پیدا می‌کند؛ به گونه‌ای که در ۲۹-۲۷ سالگی میزان خودکشی ۳ برابر می‌شود. در سایر پژوهش‌ها که در کل جمعیت سنی ایران صورت گرفته‌است، در می‌یابیم که اقدام به خودکشی در کشور ما بیشتر در قشر نوجوان و جوان رخ می‌دهد که می‌تواند نشانه‌ی فشارهای وارد بر این گروه‌ها باشد (۶۱، ۶۳).

قله بعدی منحنی خودکشی در سنین بعد از هفتاد سالگی است. اگر چه اقدام به خودکشی در افراد مسن کمتر است ولی به دلیل مرگبارتر بودن راه‌های انتخاب شده برای اقدام میزان مرگ ناشی از خودکشی در این افراد بیشتر است.

ب جنسیت و خودکشی

اگرچه منحنی سنی خودکشی مردان با زنان مشابه است، اما میزان خودکشی در مردان بیش از زنان است. پژوهشی که پناغی و همکاران (۱۳۸۷) درباره‌ی خودکشی دانشجویان انجام دادند، نشان می‌دهد که ۶۳٪ از خودکشی‌های صورت گرفته در جمعیت دانشجویی، متعلق به مردان و ۳۷٪ متعلق به زنان بوده است. میزان خودکشی مردان دانشجویی در سال ۱۳۸۴ تقریباً دو برابر زنان بوده است که این میزان در سال ۱۳۸۷ به خاطر روند رو به کاهش خودکشی در مردان و روند رو به افزایش خودکشی در زنان تقریباً در هر دو جنس مساوی شده است.

چند عاملی که به نظر می‌رسد تا حدی بتواند این تفاوت را تبیین کند، در ذیل آمده است:

- 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.
- مردان از روش‌های خشن تری برای خودکشی استفاده می‌کنند.

- همچنین عوامل محافظت کننده‌ای مانند حاملگی و وجود کودک، خاص زنان است. با وجود اینکه میزان خودکشی در زنان کمتر از مردان است ولی عوامل خطر منحصر به فردی زنان را در معرض خودکشی قرار می‌دهد:

- عوامل اجتماعی: مانند همسر آزاری (فیزیکی، جنسی، عاطفی). این عامل با برنامه‌ریزی برای خودکشی و اقدام به خودکشی زنان رابطه دارد.
- در برخی از جوامع نابرابری جنسیتی نه فقط در سطح جامعه بلکه در سطح خانواده نیز وجود دارد.
- گاهی تعاریفی که فرهنگ و اجتماع از نقش زن در خانواده دارد، می‌تواند به منزله‌ی عامل خطرزا برای خودکشی عمل کند. مثلاً اصول خانوادگی که تخطی از آنها عواقب شدیدی به دنبال دارد، برای اقدام فرد به خودکشی کفایت می‌کند. در ایران خودسوزی، اکثراً در زنان متأهل و خانه دار رخ می‌دهد. این زنان اکثراً علت خودسوزی خود را اختلاف با خانواده‌ی همسر و اختلافات زناشویی ذکر می‌کنند.
- اگرچه حاملگی یک عامل محافظت کننده در برابر خودکشی محسوب می‌شود ولی افسردگی و سایکوز بعد از حاملگی نیز عاملی خطرزا برای خودکشی است. افسردگی بعد از زایمان در ده تا پانزده درصد از زنان دیده می‌شود. این زنان علاوه بر علائم معمول افسردگی، احساس بی‌کفایتی در نگهداری از نوزاد خود می‌کنند. سایکوز بعد از زایمان در یک هزارم تولدها دیده می‌شود که پنج درصد از این موارد خودکشی می‌کنند و چهار درصد نیز به نوزاد خود آسیب می‌رسانند.

۲-۲-۴ خودکشی‌گرایی

الف سابقه اقدام به خودکشی

تعداد کسانی که اقدام به خودکشی می‌نمایند ده تا بیست برابر کسانی است که در نهایت در اثر خودکشی فوت می‌کنند. ولی تقریباً ۵۰ درصد کسانی که در اثر خودکشی جان خود را از دست داده‌اند، سابقه‌ی اقدام به خودکشی داشته‌اند. بنابراین سابقه اقدام به خودکشی در گذشته، یکی از بزرگترین عوامل خطر برای خودکشی محسوب می‌شود.

با این حال برخی از عوامل می‌توانند سابقه اقدام به خودکشی را خطرزا تر نمایند:

- وجود سابقه بیماری جسمی
- وجود بیماری روانپزشکی

- تنهایی و نبود حمایت اجتماعی
- استفاده از وسایلی برای خودکشی که فرد اقدام کننده آن را مهلک می دانسته است. (نکته‌ی مهم این‌جاست که در سابقه‌ی اقدام به خودکشی، عقیده شخص در مورد شدت مهلک بودن روشی که با آن اقدام کرده، مهم است نه میزان واقعی مرگبار بودن آن)
- فرد اقدام قبلی را به صورت مخفیانه و به نحوی انجام داده است که امکان اینکه دیگران به موقع به آن پی ببرند کم بوده است.

پ وجود افکار، قصد یا نقشه خودکشی در حال حاضر

وجود افکار، قصد و یا نقشه برای خودکشی عامل خطرزای مهم برای خودکشی است. به علاوه بسیاری از بیماران این موارد را با مشاور یا پزشک خود مطرح نمی‌کنند، اما این بدان معنا نیست که در مورد وجود این موارد از بیمار سوالی نشود. افکار خودکشی به معنای تخیل، تفکر، نشخوار فکری و مشغولیت ذهنی درباره‌ی مرگ یا آسیب رساندن به خود است. هرچه این افکار شدیدتر و پایدارتر باشند، خطر خودکشی جدی تر است. قصد خودکشی بدین معنا است که فرد چقدر انتظار دارد که در اثر اقدام بمیرد، مثلاً میزان مهلک بودن روش خودکشی از نظر فرد چقدر است. در واقع اگر فردی به روش‌های مهلک‌تری بیندیشد قصد او جدی‌تر است. نقشه و برنامه‌ریزی برای خودکشی نیز هرچقدر با جزئیات بیشتر، با استفاده از وسایل کشنده‌تر و احتمال نجات کمتری باشد- مثلاً برنامه‌ریزی برای اینکه خودکشی در شرایطی باشد که کسی قادر به کشف به موقع آن نشود، خطر جدی‌تری را آشکار می‌نماید.

۳-۲-۴ علایم و اختلالات روانپزشکی

وجود اختلالات روانپزشکی یکی از خطرناک‌ترین عوامل است. تخمین زده شده است که ۹۰٪ افرادی که با خودکشی به زندگی خود پایان بخشیده‌اند، به نوعی اختلال روانی دچار بوده‌اند. ۶۰٪ آنان در برهه‌هایی از زمان افسرده بوده‌اند. همچنین در ۹۰٪ از موارد مرگ کودکان و نوجوانان بر اثر خودکشی، نوعی از اختلال روانی به‌عنوان علت ریشه‌ای شناسایی شده است. اختلالاتی که با خودکشی رابطه‌ی بیشتری دارند، شامل اختلالات خلقی، سایکوتیک، اضطرابی و سوء مصرف و وابستگی به مواد است. وجود بعضی از علائم و نشانه‌های روانپزشکی حتی بدون اینکه معیارهای کامل تشخیص اختلال را داشته باشد، می‌تواند خطر خودکشی را افزایش دهد. این علائم شامل موارد زیر است:

- افسردگی
- اضطراب شدید
- حملات هراس

- ناامیدی
- توهمات دستور دهنده
- تکانشی بودن
- تهاجمی بودن
- لذت نبردن (بی‌لذتی)
- دیسفوری
- احساس شرمساری و حقارت
- نداشتن عزت نفس
- خشونت نسبت به دیگران
- تحریک پذیری
- بیقراری
- خشم
- بیخوابی

همراهی برخی از عوامل دیگر با اختلالات روانپزشکی - حتی بدون در نظر گرفتن نوع اختلال- سبب افزایش خطر خودکشی می‌شود. برخی از این عوامل عبارتند از: انزوای اجتماعی، ضعیف بودن مهارت‌های مقابله‌ای، از دست دادن موقعیت شغلی، ناامیدی، فقدان حمایت اجتماعی. همانطور که ذکر شد اختلالات ذیل می‌تواند خطر خودکشی را افزایش دهند:

- اختلالات خلقی
- اختلالات سایکوتیک
- اختلالات اضطرابی
- سوء مصرف مواد و الکل

الف اختلالات خلقی

بسیاری از گزارش‌ها نشان داده است که ۵۰ درصد افرادی که در اثر خودکشی می‌میرند، افسرده هستند. وجود افسردگی به تنهایی مرگ بر اثر خودکشی را بیست برابر می‌کند. در بیماران جوان مبتلا به اختلال خلقی و یا افسردگی عمده، مرگ بر اثر خودکشی اغلب در ابتدای بیماری رخ می‌دهد. ناامیدی^۱ با خطر خودکشی در مراحل بعدی بیماری همراه است. افرادی که تنها نشانه‌های افسردگی دارند، نسبت به بیمارانی که ملاک‌های کامل افسردگی را دارند، در معرض خطر خودکشی کمتری هستند. هنگامی که افسردگی در زمینه بیماری مزمن جسمی مانند درد مزمن، بیماری قلبی یا بیماری تهدیدکننده‌ی زندگی مانند سرطان‌ها قرار می‌گیرد خطر خودکشی را به صورت قابل ملاحظه‌ای

1. hopelessness

افزایش می‌دهد. علایم افسردگی عبارتند از:

- خلق افسرده
- لذت نبردن و عدم علاقه
- کاهش انرژی
- مشکل در تمرکز
- کاهش اشتها
- احساس بی‌ارزشی و ناامیدی
- احساس گناه
- مشکلات خواب (کم خوابی، پرخوابی، مشکل در به خواب رفتن...)
- افکار خودکشی و یا داشتن نقشه و برنامه برای آن (افکاری چون اینکه زندگی ارزش زیستن ندارد.)

ممکن است علایم جسمانی افسردگی از فرهنگی به فرهنگ دیگر متفاوت باشد. مثلاً سردرد، مشکلات خواب و یا احساس نداشتن انرژی ممکن است از علایم افسردگی باشد و پزشک یا مشاور باید به این علایم توجه جدی کند و سایر علایم افسردگی را نیز در فرد بررسی نماید. هر بیمار افسرده‌ای بایستی از نظر قصد خودکشی بررسی شود. این موضوع به خصوص در ابتدای درمان افسردگی بسیار مهم است. بدین دلیل که در اوایل مصرف داروهای ضد افسردگی انرژی فرد بیشتر می‌شود ولی خلق او همچنان پایین می‌ماند؛ در نتیجه، احتمال اقدام به خودکشی زیاد می‌شود (سادوک و سادوک، ۱۳۸۲). علاوه بر افسردگی، برخی علایم همراه آن هستند که خطر اقدام به خودکشی را افزایش می‌دهند. این علایم شامل موارد زیر است:

- ناامیدی
- حملات هراس^۱
- اضطراب شدید
- سایکوز
- احساس بی‌لذتی و بی‌علاقگی به زندگی

ب اختلالات سایکوتیک

سایکوز علت ده درصد از موارد خودکشی است و همچنین احتمال خودکشی در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی ده برابر افراد عادی است. مطالعات نشان می‌دهند که ۵۰ درصد بیماران اسکیزوفرنی در دوره‌ای از بیماری خود اقدام به خودکشی می‌نمایند. اقدام به خودکشی در این بیماران اغلب در سال‌های اولیه بعد از شروع حمله بیماری است. کسانی که بیماریشان مزمن تر است، با دفعات بیشتری

1. Panic attack

در بیمارستان بستری شده‌اند، سابقه اقدام به خودکشی دارند و همچنین آنانی که نسبت به بیماری خود آگاه‌ترند و در اثر بیماری دچار افت زیاد عملکرد شغلی، خانوادگی و... شده‌اند، به خصوص اگر نسبت به درمان بدبین باشند، بیشتر در معرض خطر خودکشی قرار دارند. به علاوه، توهم‌های شنوایی دستوردهنده که محتوای آنها آسیب زدن به خود یا دیگران است، توجه بیشتر درمانگر را می‌طلبد. دوره بعد از مرخصی از بیمارستان یا بهبودی بعد از یک حمله، برای این بیماران زمان خطرناکی است. این امر بدین دلیل است که فرد بعد از بهبودی به بیماری خود بینش می‌یابد و متوجه عواقب آن و افت عملکرد خود در زمینه‌های مختلف می‌گردد.

ج اختلالات اضطرابی

افکار خودکشی و اقدام به آن در انواع اختلالات اضطرابی شایع است. اضطراب به خصوص اگر با حملات هراس، مصرف الکل یا افسردگی همراه باشد، عامل خطرزایی برای خودکشی است.

د سوء مصرف الکل و مواد

برخلاف افسردگی و اسکیزوفرنیا، سوء مصرف مواد و الکل در انتهای سیر بیماری، هنگامی که مصرف مواد آثار خود را بر سلامتی، وضعیت شغلی و کارکرد خانوادگی و اجتماعی فرد نشان داد، عامل خطر برای خودکشی محسوب می‌شود. همچنین وجود یک اختلال روانپزشکی به خصوص افسردگی، از دست دادن رابطه‌ای صمیمی یا در مخاطره بودن آن، سبب افزایش خطر خودکشی در مصرف‌کنندگان مواد می‌گردد.

۴-۲-۴ اختلالات شخصیت

در مطالعات مختلف وجود اختلالات شخصیت به خصوص شخصیت مرزی، و شخصیت ضد اجتماعی به عنوان عامل خودکشی مطرح شده است. میزان خودکشی در طول عمر، در این اختلالات ۳ تا ۹ درصد برآورد می‌گردد. عواملی که احتمال خطر خودکشی را در این افراد افزایش می‌دهند شامل موارد ذیل است:

- بیکاری
- مشکلات مالی
- بد کارکردی خانواده
- تعارضات بین فردی
- از دست دادن عزیزان
- رفتارهای تکانشی

۵-۲-۴ تاریخچه شخصی

در این بخش عواملی مورد بحث قرار می‌گیرد که ذیل عنوان تاریخچه‌ی شخصی جای گرفته است. در واقع تاریخچه‌ی شخصی شامل بیماری‌های جسمی فرد، وضعیت خانوادگی وی، وضعیت روانی-اجتماعی و وقایع استرس‌زایی است که او در زندگی خویش با آن رو به رو شده است. برآیندی از تاریخچه‌ی فردی هر کس و ویژگی‌های شخصیتی و شناختی وی تا حدی می‌تواند در تخمین احتمال خطر خودکشی به ما یاری دهد.

الف وجود بیماری‌های جسمی (طبی)

در بیماری‌های 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 بیماری‌های طبی که با خطر زیاد خودکشی همراه‌اند عبارت است از: ایدز، سرطان، نارسایی مزمن کلیه (وقتی نیاز به دیالیز وجود دارد)، بیماری لوپوس.

قاعدتاً خطر خودکشی در بیماری‌های جسمی با وجود اختلالات روانپزشکی همچون افسردگی یا علائم آن مانند ناامیدی افزایش می‌یابد. به‌علاوه نوع شخصیت فرد، وجود حمایت‌های اجتماعی، مکانیسم‌های مقابله‌ای، سابقه رفتارهای خودکشی و دسترسی به وسایل آسیب‌زا، خطر خودکشی را کم یا زیاد می‌کند.

ب تاریخچه خانوادگی

سابقه اقدام به خودکشی و سابقه بیماری‌های 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. همچنین خطر خودکشی کودکانی که با والدین غیر زیستی خود زندگی می‌کنند، بیشتر شبیه به خانواده زیستی آنهاست تا خانواده‌ای که آنها را به فرزندی قبول کرده است.

به‌علاوه حوادث بد زندگی در دوران کودکی و الگوهای مخرب، زندگی افراد جوان را تهدید می‌کند. به‌ویژه هنگامی که آنان قادر به سازگاری با حوادث بد زندگی نباشند (سوداک، فورد، راشورث، ۱۹۸۴). در اغلب نوجوانانی که خودکشی می‌کنند، زندگی ناکارآمد خانوادگی و حوادث بد زندگی دیده می‌شوند. چند نمونه از این موارد عبارتند از:

- وجود بیماری روانی در والدین (گولد و همکاران، ۱۹۹۹) همراه با وجود اختلالات هیجانی و یا سایر اختلالات
- وجود سوء مصرف الکل یا سایر مواد، یا رفتارهای ضد اجتماعی در خانواده

- وجود پیشینه‌ی خودکشی یا اقدام برای خودکشی
- سابقه‌ی کودک‌آزاری (جسمی و جنسی)
- مراقبت ناکافی والدین یا ارتباط ضعیف در خانواده
- نزاع‌های متعدد میان والدین/مراقبان، همراه با تنش و پرخاشگری
- طلاق، جدایی یا مرگ والد
- جابجایی‌های مکانی متعدد
- انتظارات بسیار زیاد یا کم والدین
- اقتدار بیش از حد یا ناکافی والدین
- توجه کم والدین/مراقبان به آشفتگی‌های هیجانی کودکان
- انعطاف‌ناپذیری خانواده (کریس، شیر و هاو، ۱۹۹۸)
- خانوادگی رضاعی

ج وضعیت روانی اجتماعی

وجود یا نبود حمایت‌های عاطفی و هیجانی نقش مهمی در تخمین خطر خودکشی دارد. همچنان که وجود حمایت‌های رسمی و غیررسمی اجتماعی دارای نقش مهم حفاظتی است، انزوای اجتماعی و تنها زندگی کردن، یک خطر مهم به شمار می‌رود. اگرچه متاهل بودن خطر خودکشی را کاهش می‌دهد، اما نوع رابطه‌ای که میان زوجین وجود دارد نقش مهمتری دارد؛ به نحوی که در بسیاری مطالعات، زنان خودسوز، زنان متاهل هستند و علت اصلی این اقدام را مشکلات خانوادگی ذکر می‌کنند.

اگرچه بیکاری خطر خودکشی را افزایش می‌دهد ولی بایستی به رابطه دو جانبه بین این دو و اثر عوامل دیگر نیز توجه کرد. به این معنا که بیکاری از یک طرف سبب افزایش استرس در خانواده، مشکلات مالی و خانوادگی فرد می‌شود و از سوی دیگر ممکن است بیکاری ناشی از مشکلات روانپزشکی یا مشکلات جسمی باشد که به‌نو خود خطر خودکشی را چند برابر می‌کند. افراد مشغول به کار در برخی حرفه‌ها مانند کارکنان مراقبت‌های بهداشتی به خصوص دندانپزشکان و پزشکان در معرض خطر بیشتر خودکشی قرار دارند.

د خصوصیات شخصیتی

بعضی از خصوصیات شخصیتی مانند انعطاف‌پذیر بودن، استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای موثر، توانایی در کنترل هیجانات و دردهای روانشناختی، توانایی گرفتن کمک و حمایت در شرایط بحران خطر خودکشی را کاهش می‌دهد. در مقابل شخصیت‌های خشک، دارای تفکر همه یا هیچ، بدبین، بدون مهارت حل مسئله و مهارت حل تعارض، خطر خودکشی را افزایش می‌دهد. همچنین شخصیت‌های کمال طلب که توقعات زیادی از خود و دیگران دارند، به خصوص هنگامی که شکست می‌خورند یا تحقیر می‌شوند، بیشتر در معرض خودکشی قرار می‌گیرند.

بنابراین مشکلات شناختی و شخصیتی از جمله عواملی هستند که خطر خودکشی را در جوانان افزایش می‌دهند. فهرستی از صفات شخصیتی که معمولاً با مرگ در اثر خودکشی یا اقدام به خودکشی در ارتباط است در ذیل ذکر گردیده است. بدیهی است که هیچ یک از این عوامل به تنهایی نمی‌توانند خودکشی را پیش بینی کنند.

- خلق ناپایدار
- عصبانیت یا رفتار پر خاشگرانه
- برون ریزی
- تکانشی بودن شدید
- تحریک پذیری
- الگوهای ناسازگار و تفکر انعطاف ناپذیر
- ضعف در توانایی حل مساله در هنگام مواجهه با مشکل
- درک نکردن واقعیت‌ها
- تمایل به زندگی در دنیای خیالی
- احساس ناامیدی
- اضطراب
- احساس حقارت و تردید که ممکن است با اظهار برتری و رفتارهای طرد کننده پوشانده شود.

همچنان که ذکر شد، معمولاً "آسیب پذیری نسبت به استرس، همراه با سبک شناختی و صفات شخصیتی که در بالا به آنها اشاره گردید، در افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند، مشاهده می‌شود. این آسیب پذیری، سازگار شدن با حوادث استرس‌زای زندگی را دشوار می‌کند و شاید به همین دلیل است که خودکشی بعد از حادثه‌ای استرس زا رخ می‌دهد. این حوادث احساس درماندگی و ناامیدی را در فرد بیشتر می‌کند.

در جدول شماره یک خلاصه عوامل خطر قابل مشاهده است:

جدول شماره ۱ - خلاصه عوامل خطر خودکشی

عامل خطر		پرخطر	
سن	۱۵ تا ۳۵ سال سالمندی		
جنس	مرد		
خودکشی گرای	افکار	فراوان بودن	
	قصد	شدید بودن	
	نقشه اقدام	پایدار بودن	

ادامه جدول شماره ۱ - خلاصه عوامل خطر خودکشی

عامل خطر	پرخطر
سابقه اقدام به خودکشی	اقدام‌های مکرر اقدام‌های با برنامه اقدام‌هایی با فرصت کم نجات یافتن اقدام‌هایی با قصد شدید برای مرگ اقدام با استفاده از وسایل مرگبار در دسترس بودن وسایل خودکشی
تاریخچه روانپزشکی	افسردگی شدید سایکوز حاد مصرف مواد اختلال شخصیت جدی بیماران با همکاری کم در پذیرش درمان بیمارانی که بیماریشان به خوبی کنترل نشده است
علائم روانپزشکی	نامیدی اضطراب شدید حملات هراس عدم لذت بردن از زندگی به شکل شدید
تاریخچه روانی - اجتماعی	مطلقه، بیوه بیکار انزوای اجتماعی دارای روابط بین فردی پرتنش ارتباطات بین فردی ضعیف خشونت خانگی سوءاستفاده جنسی خشونت فیزیکی
سابقه بیماری‌های طبی	بیماریهای مزمن بیماری با اختلال عملکرد اعضا دردهای مزمن نقص بینایی یا شنوایی بدشکلی بدنی وابستگی به دیگران برای کارهای روزمره
سابقه خانوادگی	سابقه خودکشی در بستگان درجه اول سابقه بیماری روانی در بستگان درجه اول
مشکلات شخصیتی	بصیرت ناکافی فکر نامنعطف عدم کنترل هیجانات



فصل پنجم

ارزیابی خطر خودکشی

■ مثلاً برای ابراز همدلی می‌توان از جملاتی نظیر جملات زیر استفاده کرد:
به نظر می‌رسد اتفاقات سختی را پشت سر گذاشته‌اید و احساس می‌کنید مثل مثل قبل نمی‌توانید از پس مشکلات برآیید.
این‌طور که متوجه شدم، اخیراً مشکلات زیادی داشته‌اید.

■ به‌علاوه سوالات باید با ملایمت و به آرامی پرسیده شود:
می‌تونید مرا در جریان اتفاقاتی که اخیراً برای شما رخ داده است قرار دهید؟
ممکنه مرا در جریان نگرانیها و مشکلاتتان قرار دهید؟

■ هنگام ارزیابی و برای حفظ ارتباط از سوالات زیر باید اجتناب کرد.
از سوالاتی که پاسخ منفی را القا می‌کند، اجتناب شود. مانند:
شما که افکاری در مورد خودکشی ندارید؟ اینطور نیست؟

با سوالات این‌چنینی، مراجع احساس خواهد کرد که درباره‌ی وی قضاوت خواهد شد، و اگر نسبت به افکار یا اقدام اعتراف نماید، مشاور وی را طرد می‌کند. بنابراین وی احساس راحتی و امنیت لازم برای بیان صادقانه مسائل را از دست خواهد داد.

■ سوالات به‌گونه‌ای نباشد که فرد در مقام دفاع از کار خود برآید :
چرا به چنین کار وحشتناکی دست زدی؟

■ از کوچک کردن مسئله پرهیز شود.
شما که خوب هستید.
مسئله مهمی نیست.
بسیاری از مردم چنین افکاری دارند.
بعد از یک خواب شبانه حالت بهتر می‌شود.

■ سوالات نباید به‌گونه‌ای باشد که جدی و مهم بودن افکار یا قصد و نقشه‌ی خودکشی کمرنگ شود.
تا به حال اگر خواسته بودی اینکار را بکنی خودت را کشته بودی.
بی خیال... تو هیچوقت چنین کاری نمی‌کنی.
تمامش کن. تو حالت خوبه.

۵ ارزیابی خطر خودکشی

بسیاری از افرادی که در امور سلامت و بهداشت کار می‌کنند، اعم از پزشک، مشاور، کارکنان بخش اورژانس یا روانپرستاران، به نحوی با افرادی که به خودکشی اقدام کرده‌اند یا افکار یا تمایل به خودکشی دارند، در ارتباط هستند. ممکن است این کارکنان، در برخورد با این افراد، احساسات مختلفی داشته باشند. احساساتی نظیر خشم، غم و اندوه، احساس درماندگی، اضطراب و حتی تمایل به طرد این بیماران. چنین احساساتی، به راحتی می‌توانند درمان یا ارزیابی حرفه‌ای آنها را تحت تاثیر قرار دهند. بنابراین آگاهی از نحوه‌ی رفتار با این افراد ضروری است.

۵-۱ راهنمای ارزیابی خطر خودکشی و نحوه‌ی برقراری ارتباط با افراد در معرض خطر

برای برقراری ارتباط، قدم اول ایجاد حس همدلی است. یعنی درمانگر باید با ملایمت و ملاحظه با بیمار صحبت کند، از قضاوت و تهدید پرهیز نماید. در این صورت است که بیمار افکار و احساسات خود را با درمان‌گر در میان می‌گذارد.

حتی اگر مشاور یا پزشک حدس می‌زند که پاسخ درباره‌ی وجود افکار، قصد یا نقشه‌ی خودکشی منفی است، نباید از سوال کردن در این مورد ابایی داشته باشد.

بنابراین، اگر فردی فکر خودکشی یا احساس ناامیدی دارد، راحت، بدون قضاوت و با آرامش صحبت کردن در این مورد، کمک بزرگی به اوست. در این حالت مراجع احساس آرامش و راحتی خواهد کرد و شاید به راه دیگری غیر از مرگ بیندیشد.

■ سوالات خوب در این زمینه عبارت‌اند از:

آیا تاکنون به آسیب زدن به خود فکر کرده‌ای؟

آیا تاکنون به کشتن خود فکر کرده‌ای؟

بسیاری از بیماران علیرغم تمام تلاشهای ذکر شده، پاسخ واضحی در مورد تمایل به خودکشی نمی‌دهند. افرادی که با وجود انکار خودشان، قضاوت مشاور یا پزشک همچنان مبنی بر وجود تمایل به خودکشی یا وجود افکار خودکشی در آنهاست، دارای "تمایل پنهان به خودکشی" نامیده می‌شوند. در این حالت مشاور یا پزشک چالش مهمی پیش رو دارد و برای یافتن پاسخ سوالات خود در مورد بیمار باید از منابع اطلاعاتی دیگر کمک بگیرد. این منابع شامل بستگان، دوستان و معلمان است. بسیاری از افرادی که در اثر خودکشی می‌میرند در طی شش ماه قبل از آن، در مورد قصد خود برای خودکشی یا داشتن افکار خودکشی با اطرافیان خود صحبت کرده‌اند. به‌علاوه این افراد می‌توانند اطلاعات مهمی در مورد محیط زندگی بیمار و سایر عوامل خطر در اختیار مشاور قرار دهند.

چنانچه، چنین منابع اطلاعاتی در اختیار نباشد و بیمار همچنان وجود افکار را انکار کند و مشاور یا پزشک همچنان مشکوک باشند، تنها راه، توجه مشاور یا پزشک به علائم خطر است:

۱ وجود سایکوز

۲ عدم تماس چشمی، به‌ویژه هنگامی که در مورد خودکشی صحبت می‌شود.

۳ هنگامی که فرد از پاسخ مستقیم در مورد خودکشی اجتناب می‌کند.

۴ پاسخ "من نمی‌دانم" در جواب سوالات خودکشی

۵ خشمگین و یا بی‌قرار بودن بیمار

۶ وجود شواهدی در مورد آسیب رساندن به خود، مثلاً سابقه بستری در بیمارستان یا شواهدی از خودزنی در معاینه فیزیکی.

در نهایت همیشه مشاور یا پزشک باید به قضاوت بالینی خود اعتماد کند.

۲-۵ چه کسی به ارزیابی نیاز دارد؟

پاسخ به این سوال مشکل است. مواردی هست که در آن ارزیابی خطر ضروری است. مثلاً افرادی که اقدام به خودکشی یا خودزنی نموده‌اند باید بلافاصله از نظر خطر خودکشی ارزیابی شوند. بیمارانی که مشکلات شدید طبی و جسمی دارند، به‌ویژه اگر بیماری با تغییر شکل بدنی یا از دست دادن توانایی‌های فردی یا اختلال روانپزشکی همراه بوده است، احتیاج به ارزیابی خطر خودکشی دارد. تمامی بیماران روانپزشکی هم به‌صورت دوره‌ای و هم در زمانهای خاص، احتیاج به ارزیابی خطر خودکشی دارند. در واقع مواقعی هست که ارزیابی خطر خودکشی، در مورد بیماران روانپزشکی ضروری است. این مواقع شامل موارد زیر است:

- بیماری که در شرایط حاد و بحرانی به مراکز درمانی و مشاوره‌ای مراجعه کرده است.
- تمام بیماران روان‌پزشکی در هنگام اولین مراجعه.
- هنگامی که محل درمان یا مراقبت بیمار تغییر می‌کند. مثلاً هنگام مرخص کردن بیمار از بیمارستان یا تغییر بخش.
- هر تغییر ناگهانی در وضعیت بیمار. مثلاً افزایش انرژی در ابتدای درمان افسردگی یا بدتر شدن علائم و نشانه‌های سایکوز. در این مواقع ارزیابی خطر خودکشی ضروری است.
- وقتی بیمار فرد مورد علاقه‌اش را از دست داده است یا مورد تحقیر و آزار قرار گرفته است.

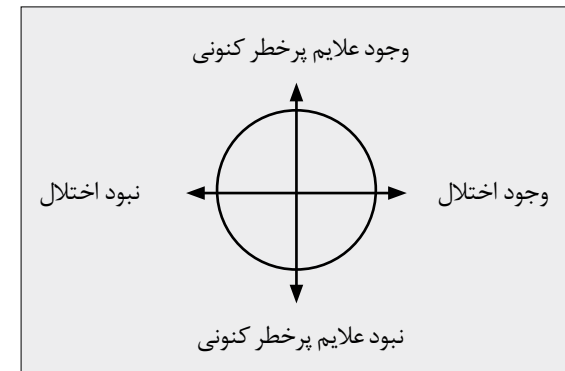
۳-۵ نحوه ارزیابی بیمار

تا به اینجا به نوع رفتار با مراجع و اولویت‌هایی برای ارزیابی اشاره گردید. اکنون سوال اصلی این است که ارزیابی چگونه انجام می‌شود. برای ارزیابی، ابزارهای مختلفی وجود دارد. اساس تمامی این ابزارها توجه به عوامل خطر و البته قضاوت مشاور یا پزشک است.

یکی از این ابزارهای سنجش، که به زعم مولف از کاملترین آنها به شمار می‌رود "راهنمای ارزیابی خطر خودکشی (SARG)" است. این ابزار شدت عوامل خطر را محاسبه می‌کند و در واقع پزشک و مشاور را قادر می‌سازد که میزان خطری که بیمار را تهدید می‌کند، براساس این عوامل تخمین بزند (پیوست ۱).

برای هر بخش، در این ابزار (SARG) یک چرخه ارزیابی خطر وجود دارد که دارای دو محور افقی

و عمودی است. برحسب این که فرد در کدام بخش قرار بگیرد، میزان خطر در مورد وی مشخص می‌گردد. بدین ترتیب بخش فوقانی راست منطقه پرخطر و بخش تحتانی چپ منطقه کم خطر محسوب می‌گردد. مثلاً اگر فردی بیماری اسکیزوفرنی داشته باشد و به‌علاوه خلغش افسرده باشد، در منطقه پرخطر قرار می‌گیرد. ولی اگر فرد بدون اختلال روانپزشکی و بدون علائم خطر همراه باشد، در ربع تحتانی سمت چپ یعنی منطقه کم خطر قرار خواهد گرفت:



■ برای ارزیابی خطر خودکشی ۴ مرحله اصلی باید طی شود:

۱. قدم اول: ارزیابی خودکشی‌گرایی
۲. قدم دوم: ارزیابی عوامل خطر
۳. قدم سوم: مشخص کردن آنچه که در حال حاضر رخ می‌دهد.
۴. قدم چهارم: مشخص کردن حیطه‌های قابل مداخله برای درمان

۱-۳-۵ قدم اول: ارزیابی خودکشی‌گرایی

الف ارزیابی خودکشی‌گرایی کنونی

■ ارزیابی افکار کنونی خودکشی

افکار خودکشی به معنای فکرها، خیالات یا نشخوار ذهنی در مورد خودکشی یا آسیب رساندن به خود است. شدت بیشتر و پایدار بودن این افکار، بر خطر مرگ بیشتر دلالت می‌کند. بنابراین، مهم است که پزشک یا مشاور شدت، فراوانی، مدت زمان و پایداری (مداومت) این افکار را بررسی کند. همچنان که قبلاً اشاره شد، حتی اگر فرد وجود این افکار را انکار نماید، پزشک یا مشاور موظف است در صورتی که

مشکوک است، در مورد وجود این افکار کندوکاو بیشتری انجام دهد. دسته‌ای از سوالات که می‌تواند مفید باشد سوالاتی در مورد نوع دیدگاه مراجع نسبت به آینده است. این افراد اکثراً آینده را بسیار تاریک و ناامیدکننده می‌دانند. به‌علاوه، بسیاری از بیماران از اینکه در مورد افکار خودکشی صحبت نمایند، احساس شرمساری و گناه می‌کنند. برخی نیز از این افکار می‌هراسند. بنابراین صحبت کردن در این مقوله کمک خواهد کرد که فرد آنچه را که در درونش می‌گذرد، آشکار سازد. سوالات این‌چنینی می‌تواند کمک‌کننده باشد:

- آیا هیچگاه به خاتمه دادن به زندگی خود فکر کرده‌اید؟
- آیا هیچگاه آرزوی مرگ کرده‌اید؟
- آیا اخیراً در مورد مرگ زیاد فکر می‌کنید؟

■ ارزیابی نقشه و قصد کنونی خودکشی

پزشک یا مشاور برای ارزیابی نقشه و قصد خودکشی بایستی به دو نکته توجه نماید:

- مرگ زایی ابزار مورد استفاده برای خودکشی: هرچه ابزاری که قصد دارد برای خودکشی به کار ببرد، مرگ آفرین‌تر باشد قصد وی برای خودکشی جدی‌تر است. البته اعتقاد فرد به اینکه چقدر ابزار مرگ‌آور است از اینکه واقعاً ابزار چقدر مرگ‌آور است در ارزیابی جدیت قصد خودکشی مهم‌تر است.
- نقشه خودکشی: هرچه نقشه خودکشی حاوی جزئیات بیشتری باشد و با دقت بیشتری طراحی شده باشد، قصد فرد برای خودکشی جدی‌تر است. همچنان در صورت وجود نقشه‌هایی که در آن احتمال نجات یافتن کمتر است، خطر جدی‌تر است. مثلاً فرد می‌خواهد در شرایطی خودکشی نماید که کسی حضور ندارد که وی را نجات دهد.

ب ارزیابی سابقه‌ی رفتارهای خودکشی

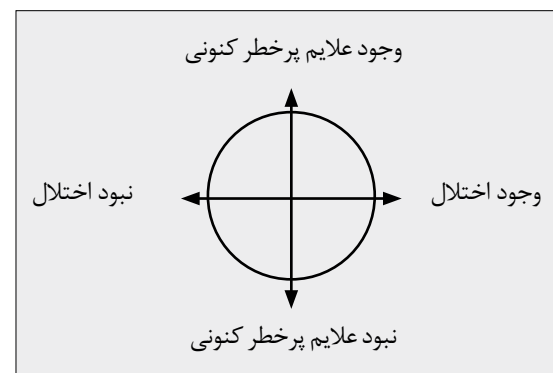
در بررسی رفتارهای خودکشی، صحبت در مورد سابقه قبلی اقدام یا رفتارهای خود-آسیب‌رسان ضروری است. این رفتارها، خود، عامل خطر مهمی برای خودکشی است. آنچه درباره‌ی این رفتارها باید مشخص شود، شامل موارد زیر است:

- ۱ نوع رفتارهای قبلی آسیب‌زننده. (اقدام به خودکشی آشکار، اقدام به خودکشی پنهان، رفتار آسیب‌زننده)
- ۲ فراوانی رفتارهای خودکشی در گذشته
- ۳ مرگ‌بار بودن اقدامات قبلی
- ۴ زمینه یا بافتی که در آن اقدام به خودکشی صورت گرفته است. (مثلاً مصرف مواد، مشکلات بین فردی، تکانشی بودن این رفتار و...)

سوالاتی که در SARG برای ارزیابی خطر خودکشی گرایي فعلی و گذشته مطرح است:

شدت	۱	۲	۳	افکار کنونی خودکشی
فراوانی	۱	۲	۳	
تداوم	۱	۲	۳	
انتظارات و تعهد به مرگ	۱	۲	۳	قصد و نقشه برای خودکشی
مرگبار بودن روش خودکشی	۱	۲	۳	
دردسترس بودن وسیله	۱	۲	۳	
باور مراجع به مرگبار بودن روش	۱	۲	۳	
شانس نجات	۱	۲	۳	
گام‌های اجرای نقشه	۱	۲	۳	
آمادگی برای مرگ	۱	۲	۳	

رفتارهای خود آسیب‌رسان گذشته



تعداد			تعداد		
۳	۲	۱	تلاش‌های قبلی برای خودکشی		
۳	۲	۱	رفتارهای خود آسیب‌رسان در گذشته		

بیماران سخت

ارزیابی و درمان دو دسته از بیماران برای کارکنان بهداشتی چالش بر انگیز است:

- ۱ بیمارانی که با روش‌های کم خطر، بارها اقدام به خودکشی کرده‌اند؛ یا بارها به خود آسیب رسانده‌اند (مثل بریدگی‌های سطحی و یا سوختگی‌های سطحی که منجر به مرگ نمی‌شود).
- ۲ بیمارانی که دچار خودکشی گرایي مزمن هستند (مثلا افکار خودکشی دایمی دارد).

در این دو دسته از بیماران علاوه بر احساسات ذکر شده؛ مشاور ممکن است افکاری چون موارد زیر داشته باشد:

- این فرد منجرکننده است.
- چه آدم ضعیفی است.
- کار کردن با او هدر دادن وقت است.
- از حسن نیت من سوء استفاده می‌کند.
- کفایت لازم برای حل مشکل او را ندارم.

این افکار ممکن است منجر به اشتباهاتی نظیر طرد بیمار، اجتناب از وی یا محافظت بیش از اندازه از او گردد. مورد آخر، مشکلاتی از قبیل وابستگی، از بین رفتن مرزهای شخصی یا فرسودگی ایجاد می‌کند. نکته مهم این است که نباید خطر خودکشی را در این دسته از بیماران کوچک شمرد. بسیاری از آنها ممکن است دست به خودکشی‌های مرگبار نیز بزنند. مشاور در مورد این بیماران نیز، مانند سایر بیماران، باید بدون قضاوت رفتار کند و مراقب باشد که درگیر افکار و احساسات ذکر شده نگردد. اگر مشاور در مورد این بیماران، دچار فرسودگی و خستگی بیش از اندازه گردید؛ یا اینکه متوجه شد که پاسخ‌های عاطفی و هیجانی او در روند ارزیابی و درمان بیمار مشکل ایجاد می‌کند، باید بیمار را به فرد دیگری ارجاع دهد.

۲-۳-۵ قدم دوم: ارزیابی عوامل خطر

همچنان که در بخش قبل ذکر شد، عوامل خطرزای خودکشی، شامل موارد زیر است:

- ۱ سن و جنس
- ۲ خودکشی گرایی
- ۳ علایم و تشخیص های روانپزشکی
- ۴ تاریخچه فردی
- سابقه‌ی طبی
- سابقه‌ی خانوادگی
- سابقه‌ی روانی اجتماعی
- ۵ مکانیسم‌های مقابله‌ای

در قدم اول، خودکشی گرایی به تفصیل بررسی شد. در ادامه در مورد سایر عوامل خطر بحث می‌کنیم.

الف سابقه اختلالات و علایم روانپزشکی

اختلالات روانپزشکی بزرگترین خطر منتسب خودکشی را به خود اختصاص می‌دهند. بنابراین در ارزیابی عوامل خطر خودکشی؛ بررسی سابقه‌ی اختلالات روانپزشکی، مراجعه به روانپزشک یا روانشناس، مصرف دارو و سابقه بستری الزامی است. به‌علاوه باید وجود علایم روانپزشکی نیز بررسی شود.

در بخش ارزیابی اختلالات روانپزشکی (SARG)، چرخه‌ای ذکر شده است که دو محور دارد. یکی از محورها وجود یا نبود اختلالات روانپزشکی است. محور دیگر، وجود علایم خطرناک روانپزشکی در حال حاضر است. این علایم برای بیمارانی که هر نوع اختلال روانپزشکی دارند، عبارت از موارد زیر است:

- ناامیدی
- حمله‌های مهم اضطرابی
- توهم‌های دستوری
- تکانشگری
- پرخاشگری
- دیسفوری
- بی‌لذتی
- شرم یا حقارت
- عزت نفس پایین

- بی‌قراری
- بی‌قراری حرکتی
- حالت تهاجمی
- بی‌خوابی شدید

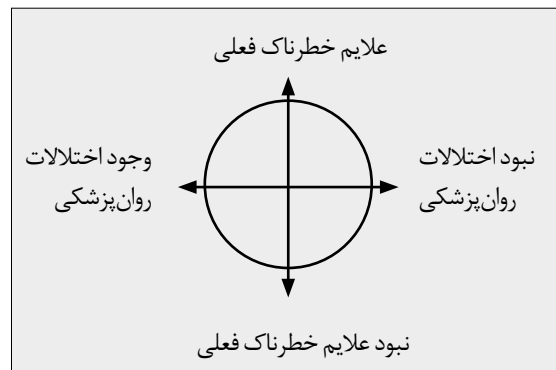
■ ناامیدی

یکی از علایم بسیار مهم که حتی در نبود اختلال روانپزشکی، آسیب‌پذیری نسبت به خودکشی را افزایش می‌دهد؛ ناامیدی است. هنگامی که ارزیابی عوامل خطر را انجام می‌دهیم؛ ضروری است که وجود، شدت و پایداری ناامیدی بررسی شود. افراد ناامید، احساس می‌کنند در دام مشکلات حل‌نشده گرفتار آمده‌اند و رنجشان را غیر قابل تحمل توصیف می‌کنند. به‌علاوه خود را در حل مشکلات ناتوان می‌دانند، بنابراین نمی‌توانند آینده روشن‌تری را برای خود تصور کنند.

سوالاتی که در ارزیابی ناامیدی کمک‌کننده است:

- آیا احساس می‌کنید که مشکلات غیر قابل حل و شرایط غیر قابل تغییر است؟
- آیا نسبت به آینده بدبین هستید؟

علایم خطرناک



۳	۲	۱	ناامیدی	علائم خطرناک
۳	۲	۱	حمله‌های شدید اضطرابی	
۳	۲	۱	توهم‌هایی با محتوای دستوری	
۳	۲	۱	تکانشگری	
۳	۲	۱	پرخاشگری	
۳	۲	۱	دیسفورا	
۳	۲	۱	بی‌لذتی	
۳	۲	۱	شرم یا حقارت	
۳	۲	۱	عزت نفس پایین	
۳	۲	۱	بی‌قراری	
۳	۲	۱	بی‌قراری حرکتی	علائم خطرناک
۳	۲	۱	خشم	
۳	۲	۱	بی‌خوابی شدید	
۳	۲	۱	انزوای اجتماعی	عوامل خطر برای بیماران با هر نوع اختلال روانپزشکی
۳	۲	۱	از دست دادن نقش خانوادگی	
۳	۲	۱	فقدان‌های میان‌فردی	
۳	۲	۱	از دست دادن شغل و حرفه	
۳	۲	۱	از دست دادن مهارت‌ها و شایستگی‌های قبلی	
۳	۲	۱	با بهبودی از بیماری فرد نسبت به نقص‌های خود، آگاهی پیدا می‌کند.	
۳	۲	۱	سوء مصرف از مواد یا الکل یا وابستگی به آنها	
۳	۲	۱	مشکلات در مهارت حل مسئله (مشکلات شناختی)	
۳	۲	۱	علائم افسردگی	
۳	۲	۱	ناامیدی	
۳	۲	۱	خلق بد (پایین)	چک لیست علائم افسردگی
۳	۲	۱	کاهش علاقه در فعالیت‌ها/ کاهش لذت بردن	
۳	۲	۱	کاهش قابل ملاحظه در وزن	
۳	۲	۱	مشکلات در خواب	
۳	۲	۱	بی‌قراری / کاهش فعالیت‌های روانی- حرکتی	
۳	۲	۱	خستگی/ کم شدن انرژی	
۳	۲	۱	احساس بی‌ارزشی/ گناه	
۳	۲	۱	تمرکز کم یا وجود مشکل در تصمیم‌گیری	سایر عوامل خطر در مراجعان افسرده
۳	۲	۱	اضطراب قابل ملاحظه/ حمله‌های هراس	
۳	۲	۱	بی‌لذتی (فقدان لذت)	
۳	۲	۱	سایکوز	
۳	۲	۱	بازگشت زودهنگام انرژی در فرآیند بهبودی	
۳	۲	۱	بهبودی بالینی ناگهانی	

۳	۲	۱	نگرانی بیش از حد	چک لیست (نشان فهرست) علائم اضطرابی
۳	۲	۱	مشکل بودن کنترل نگرانی	
۳	۲	۱	بیقراری	
۳	۲	۱	خستگی	
۳	۲	۱	ضعیف شدن تمرکز	
۳	۲	۱	تحریک پذیری	
۳	۲	۱	انقباض عضلانی	
۳	۲	۱	بد خوابی (کم شدن خواب/ افزایش/ بیدار شدن در شب)	
۳	۲	۱	اختلالات پانیک	
۳	۲	۱	حمله‌های هراس	سایر عوامل خطر در مراجعان اضطرابی
۳	۲	۱	مرخصی اخیر از بیمارستان	
۳	۲	۱	بهبود پس از سایکوز حاد	عوامل خطر اضافی برای مراجعان با اختلال اسکیزوفرنی
۳	۲	۱	توهم‌های دستور دهنده یا با محتوای خودکشی	
۳	۲	۱	بی‌قراری حرکتی	
۳	۲	۱	بی‌قراری	چک لیست (نشان فهرست) علائم مصرف مواد
۳	۲	۱	افزایش سوء مصرف	
۳	۲	۱	ادامه‌ی مصرف علی‌رغم پیامدهای مکرر یا قابل ملاحظه	
۳	۲	۱	تحمل	
۳	۲	۱	ترک	
۳	۲	۱	سابقه‌ی وابستگی یا سوء مصرف	
۳	۲	۱	وجود اختلالات روان‌پزشکی دیگر	عوامل خطر اضافی برای مراجعان با مشکلات مصرف الکل
۳	۲	۱	وجود دوره‌ای از افسردگی	
۳	۲	۱	بیماری‌های طبی قابل توجه	
۳	۲	۱	اشفتگی‌های شخصیتی/ اختلالات روان‌پزشکی	عوامل خطر اضافی برای مراجعان با مشکلات مصرف الکل
۳	۲	۱	مصرف سایر مواد	

ب تاریخچه پزشکی

در این قسمت در مورد مشکلات اخیر یا مشکلات قبلی بیمار سوال می‌شود. عوامل خطر برای مراجعانی که مشکلات پزشکی دارند، در جدول زیر مشخص است:

۳	۲	۱	بیماری‌های مزمن	عوامل خطر برای مراجعان با مشکلات پزشکی
۳	۲	۱	اختلالات نورولوژیک	
۳	۲	۱	درد	
۳	۲	۱	اختلال در عملکرد	
۳	۲	۱	اختلال شناختی	
۳	۲	۱	فقدان بینایی یا شنوایی	
۳	۲	۱	از شکل افتادگی (بد ریختی)	
۳	۲	۱	وابستگی زیاد به دیگران	
۳	۲	۱	اختلالات یا علایم روان‌پزشکی	

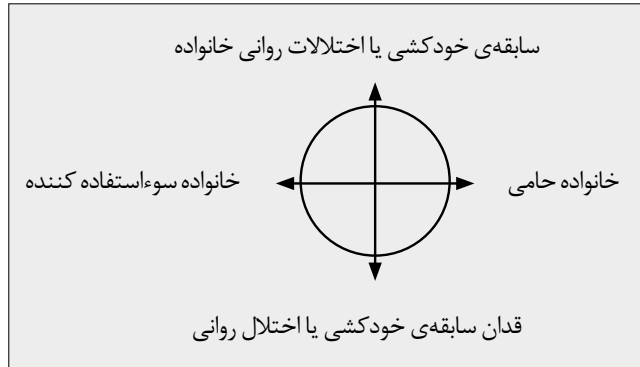
ج تاریخچه خانوادگی

سابقه‌ی اختلالات روانی، سابقه اقدام به خودکشی یا مرگ در اثر خودکشی و سوء مصرف مواد در خانواده‌ی مراجع، به‌ویژه در مورد بستگان درجه یک وی، باید بررسی شود. موارد دیگری که بررسی آن ضروری است، تعارض‌های خانوادگی، جدایی، مشکلات قانونی والدین، خشونت خانگی و سابقه بدرفتاری فیزیکی و جنسی است. همه‌ی این موارد خطر خودکشی را افزایش می‌دهند.

نکته مهم در مورد سابقه‌ی خانوادگی این است که سوال در مورد مقولات بالا، به خصوص اقدام به خودکشی، در تمام فرهنگ‌ها سوال حساسی است و باید با ملاحظه انجام شود. نمونه‌ای از سوالات مناسب در ذیل آمده است:

- همان‌طور که می‌دانیم، بسیاری از مشکلات مثل خودکشی، به صورت خانوادگی مشاهده می‌شود آیا در خانواده شما نیز مشکل مشابهی وجود دارد؟
- رفتارهای خودکشی در خانواده‌ها شایع است، آیا در خانواده شما کسی هست که اقدام به خودکشی کرده باشد؟

عوامل خطر خانوادگی

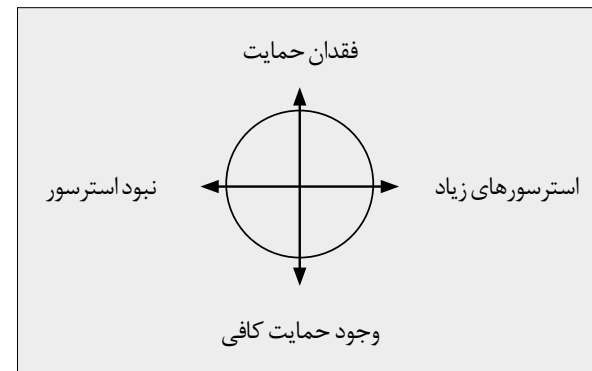


۳	۲	۱	سابقه‌ی خودکشی یا اقدام به آن در خانواده	عوامل خطر خانوادگی
۳	۲	۱	سابقه‌ی خودکشی یا اقدام به آن در اقوام درجه اول	
۳	۲	۱	وجود اختلالات روان‌پزشکی در خانواده	
۳	۲	۱	وجود اختلالات روان‌پزشکی در اقوام درجه اول	
۳	۲	۱	وجود اختلالات مصرف مواد در خانواده	
۳	۲	۱	خشونت یا سوءاستفاده در خانواده	
۳	۲	۱	تعارضات زیاد خانوادگی	

د تاریخچه روانی اجتماعی

در این بخش هدف اصلی برآورد کردن منابع حمایتی مثل خانواده، دوستان، مدرسه و جامعه و همچنین فشارهای حاد یا مزمنی است که فرد در معرض آن است. همچنین، در این بخش به عملکرد شغلی و تحصیلی فرد نیز توجه می‌شود. سوالاتی که در این قسمت بررسی می‌شود در جدول و نموداری ذیل ذکر گردیده است:

عوامل خطر روانی-اجتماعی

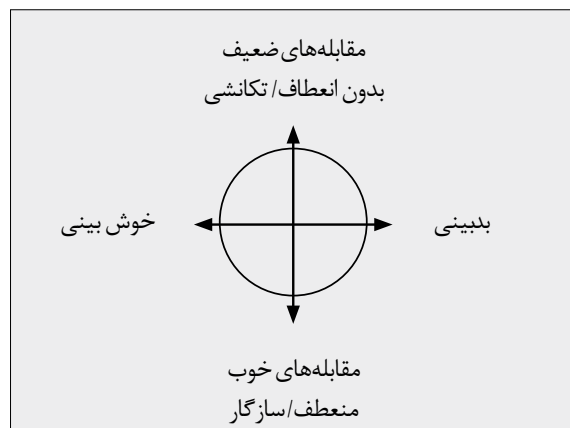


۳	۲	۱	فقدان/ سوگ میان فردی واقعی یا تصویری	عوامل خطر روانی-اجتماعی
۳	۲	۱	مشکلات مالی	
۳	۲	۱	تغییر وضعیت اجتماعی- اقتصادی	
۳	۲	۱	مشکلات خانوادگی	
۳	۲	۱	مشکلات زناشویی / میان فردی	
۳	۲	۱	مشکلات با گروه همسالان	
۳	۲	۱	خشونت خانگی	
۳	۲	۱	سوءاستفاده یا غفلت در حال حاضر یا در گذشته	
۳	۲	۱	مشکلات مسکن	
۳	۲	۱	مشکلات تحصیلی	
۳	۲	۱	مشکلات قانونی	
۳	۲	۱	احساس حقارت	

۵ مکانیسم‌های مقابله‌ای

مکانیسم‌های مقابله‌ای یکی از عواملی است که آسیب‌پذیری به خودکشی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. بنابراین مشاور موظف است مکانیسم‌های مقابله‌ای فرد را در مواجهه با فشارهای مختلف کنونی و فشارهایی که در گذشته وجود داشته است بررسی کند. نمونه‌ای از مسایلی که در این بخش مورد ارزیابی قرار می‌گیرد، در جدول صفحه بعد مشاهده می‌شود:

عوامل خطر شخصیتی



۳	۲	۱	تاریخچه‌ای از مهارت‌های مقابله‌ای ضعیف	عوامل خطر شخصیتی
۳	۲	۱	تاریخچه‌ای از مهارت‌های ضعیف حل مسئله	
۳	۲	۱	تکانشگری	
۳	۲	۱	بینش کم	
۳	۲	۱	کنترل عاطفی ضعیف	
۳	۲	۱	تفکر نامنعطف	
۳	۲	۱	وابستگی	

در نهایت، مشاور یا پزشک باید بتواند عوامل خطر را در قدم اول و دوم، در فرم خلاصه جمع بندی کند. این فرم، که قادر به محاسبه میزان خطر است، TASR نام دارد و در انتهای SARG مشخص شده است (پیوست ۲). این ابزار سه بخش دارد.

۱. نیمرخ عوامل خطر فردی

- ۱۵ تا ۳۵ ساله بودن
- بیش از ۶۵ سال سن داشتن
- سابقه‌ی خودکشی در خانواده
- وجود بیماری‌های مزمن پزشکی
- بیماری‌های روان پزشکی
- انزوای اجتماعی / کم بودن حمایت‌های اجتماعی
- مصرف مواد
- مورد سوء استفاده جسمی و جنسی قرار گرفتن

۲. نیمرخ علائم روان‌پزشکی

نشانه‌های افسردگی
 علائم مثبت سایکوز (مانند توهمات و هذیان‌ها)
 ناامیدی
 بی‌ارزشی
 بی‌لذتی
 اضطراب/بی‌قراری
 حمله‌های هراس
 خشم
 تکانشگری

۳. نیمرخ عوامل خطر در مصاحبه

مصرف اخیر مواد
 افکار خودکشی
 قصد خودکشی
 نقشه برای خودکشی
 دردسترس بودن وسایل مرگ‌بار
 سابقه‌ی رفتارهای خودکشی
 مشکلات کنونی که برای مراجع غیرقابل حل به نظر می‌رسد
 توهم‌های دستوردهنده

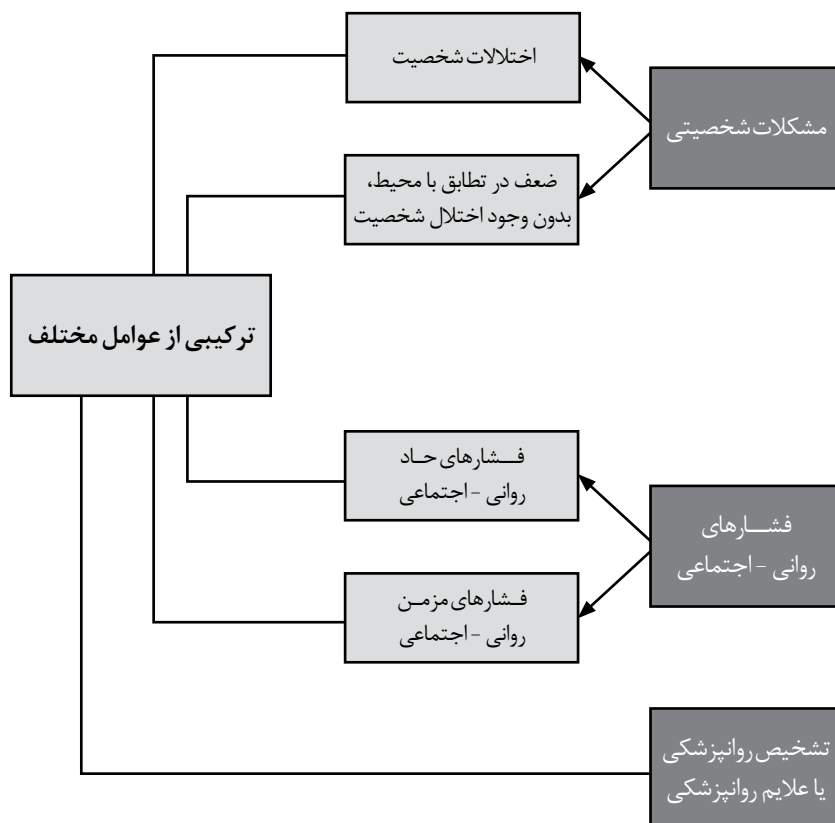
نکته‌ی جالب توجه این است که اهمیت هر بخش با تعداد ستاره‌ها که در ابتدای هر نیمرخ آورده شده است، سنجیده می‌شود. در این ابزار اهمیت بخش یک با یک ستاره، بخش دوم با دو ستاره و بخش سوم با سه ستاره مشخص شده است. نکته مهم دیگر این است که وجود سابقه‌ی اقدام به خودکشی به‌تنهایی فرد را در منطقه پرخطر قرار می‌دهد.

۳-۳-۵ قدم سوم: چه اتفاقی روی داده است؟

در این بخش، ارزیاب مشخص می‌کند که چه اتفاقی رخ داده است. بنابراین دو مطلب مهم باید پرسیده شود:

- ۱ چرا فرد اقدام به خودکشی کرده است؟
- ۲ چرا حالا؟

پاسخ به این سوالات در حقیقت کندو کاو بیشتر در مورد علت خودکشی و یا فشارهایی است که فرد را رنج می‌دهد. در واقع، این دو سوال راهنمایی برای درمان و مداخله است. برای بیشتر بیماران، مشکلات در سه طبقه زیر می‌گنجد.



۴-۳-۵ قدم چهارم: مداخله

پس از ارزیابی کامل و دقیق بیمار و شرایطش، نوبت به مداخلات موثر می‌رسد. همچنان که مشخص است، نتایجی که درمانگر از ارزیابی فرد گرفته است، تا حد زیادی تعیین کننده‌ی نوع و ماهیت مداخله خواهد بود. در واقع می‌توان بر اساس ارزیابی، یک طبقه‌بندی دو دسته‌ای از بیماران صورت داد. اگرچه این دسته‌بندی کلی است اما بسیار متمایز کننده است. این طبقه‌بندی مداخلات لازم با بیماران سرپایی و مداخلات با بیماران نیازمند بستری را شامل می‌شود. به علاوه در این بخش علاوه بر بیان بایدها و نبایدهای کلی که درمانگر در مواجهه با بیماران در معرض خودکشی لازم است در نظر بگیرد؛ به مرور مختصری بر چند رویکرد درمانی مفید در این موارد نیز می‌پردازیم.

الف برخورد با بیمار سرپایی

اکثریت بیماران دارای رفتار یا افکار خودکشی به شکل سرپایی و بدون نیاز به بستری شدن بهبود می‌یابند. اقدامات زیر برای این دسته از بیماران ضروری است:

- افزودن به تعداد ویزیت‌های سرپایی. به علاوه در فاصله میان ملاقات‌ها امکان تماس تلفنی بین بیمار و درمانگر وجود داشته باشد.
- درمانگر از دسترسی بیمار در تمام طول شبانه روز به خطوط تماس فوری یا افرادی که می‌توانند از او حمایت کنند، اطمینان حاصل نماید.
- برنامه درمانی در هر جلسه مرور شود و در صورت لزوم، هماهنگ با نتایج، ارزیابی خطر تغییر کند.

مطالعات مختلف آشکار کرده است که قرارداد اقدام نکردن به خودکشی میان بیمار و درمانگر، اثر بخشی چندانی ندارد و حتی ممکن است که به درمانگر احساس ایمنی کاذبی بدهد. این قرار داد فقط در مورد بیماران که رابطه خوبی با درمانگر خود دارند، کاربرد دارد و در مواردی که مراجع مبتلا به سایکوز است یا دچار مسمومیت یا نقایص شناختی است، توصیه نمی‌شود.

ب بیماران نیازمند به بستری شدن

مهمترین نکته در تصمیم برای بستری شدن بیمار، برقراری امنیت لازم برای وی است. در واقع این مسئله باید در هر تصمیم‌گیری مد نظر باشد. در موارد زیر، بستری شدن بیمار توصیه می‌شود:

- ۱ در صورت نیاز به اقدامات و مراقبت‌های پزشکی
- ۲ سایکوز حاد و نیاز به مداخلات متمرکز روانپزشکی
- ۳ نبود حامی و مراقب یا ناتوانی مراقب در حمایت و کمک رسانی به بیمار
- ۴ بی نتیجه بودن مداخلات صورت گرفته و باقی ماندن بیمار در مرحله‌ی خودکشی‌گرایی.

اگرچه بستری یک تا چهار روزه زمان کافی برای ارزیابی خطر در اختیار درمانگر قرار می‌دهد؛ اما دوران کوتاه مدت بستری (تا چهار روز) میزان خطر خودکشی را در این بیماران کاهش نمی‌دهد و بدین منظور زمان طولانی‌تری لازم است. به علاوه، اگرچه بستری شدن خطر اقدام به خودکشی را کاهش می‌دهد اما به معنای محافظت مطلق نیست. به خصوص در هفته اول بستری، خطر اقدام به خودکشی یا مرگ در اثر خودکشی زیاد است.

بعد از مرخص شدن از بیمارستان به‌ویژه در هفته اول، درمانگر باید بیمار را ملاقات کند و اگر فرد در زمان ملاقات حاضر نشد؛ درمانگر این موضوع را پیگیری نماید. در کل مداخلات درمانی در این بیماران سه اساس دارد:

- ۱ برقراری ایمنی لازم برای بیمار
- ۲ تشخیص و درمان اختلالات روانی
- ۳ تشخیص عوامل فشارزا برای تدوین راهبردهای مقابله‌ای مناسب

در حقیقت هیچ دستور العمل یکسانی برای درمان این گروه از بیماران وجود ندارد. مطالعات مختلف نیز شواهد کافی برای اثبات کارآیی درمان‌های مختلف در دست ندارند. با این حال نکته‌ی مهم این است که درمانگر، قبل از بستری شدن فرد در بیمارستان و بعد از ترخیص وی و همچنین در مراحل مختلف پیگیری درمانی، یک نفر باشد.

اکنون به بررسی بایدها و نبایدهایی که درمانگران در مواجهه با بیماران حاد خودکشی‌گرا روبه‌رو می‌شوند؛ می‌پردازیم. سپس مختصراً مقوله‌ی درمان افراد خودکشی‌گرا بیان می‌گردد.

ج مواجهه با وضعیت بحرانی

بحران حاد اقدام به خودکشی شامل وقایع فشارزایی است که چند هفته قبل از اقدام به خودکشی رخ داده است و همچنین چند هفته‌ی بعد از اقدام را نیز شامل می‌شود. در این برهه‌ی زمانی منابع فردی و اجتماعی فرد احتمالاً تضعیف شده است. فشارهای بیرونی و اضطراب‌های درونی احتمالاً برای این دسته از افراد و خانواده‌های‌شان غیرقابل تحمل شده است؛ شاید به همین دلیل توانایی فرد برای پردازش اطلاعات و حل مسئله مختل گشته است. درمانگر باید ارزیابی‌های دقیقی از قصد خودکشی (نشانه‌های کلامی و غیر کلامی آن) به عمل آورد و دسترسی فرد را به وسایل و شرایط خطرناک برای

خودکشی مشخص نماید. به علاوه باید دسترسی ۲۴ ساعته‌ی فرد را به درمانگر یا کلینیک امکان پذیر نماید. علاوه بر اینکه درمانگر باید در دسترس باشد، باید اطمینان حاصل کند که فرد از نظر خانواده و گروه همسالان نیز در انزوا قرار ندارد. بنابراین او باید به خانواده و والدین فرد توجه به رفتارهای خودکشی را آموزش دهد، مثلاً آنها باید تمام بیانات او را در مورد تهدید به خودکشی جدی بگیرند و از والدین بخواهد نظارت بیشتری بر وی داشته باشند و دسترسی او را به شرایط و وسایل مرگ‌زا - از جمله تمام داروهای پزشکی و غیر پزشکی مواد شیمیایی مسموم کننده‌ی خانگی یا هر نوع اسلحه و وسایل نقلیه - بسیار محدود نمایند.

با ارزیابی هیجان‌های منفی فرد، درمانگران اغلب به وجود افسردگی شدیدی در وی پی می‌برند. با این حال این فشارهای هیجانی شامل احساسات ناامیدی و خشم نیز می‌شود. ناامیدی و خشم در فرد کاملاً باید بررسی شوند، چون در واقع این دو، ویژگی اصلی در رفتارهای خودکشی به خصوص در نوجوانان و جوانان است. از طریق این ارزیابی است که درمانگر باید به درک اهمیت درد روانی که فرد قبل و بعد از اقدام به خودکشی تجربه می‌نماید پی ببرد.

در حین مدیریت بحران درمانگر باید رابطه‌ی درمانی مناسبی با نوجوان برقرار نماید تا بدین وسیله هم از احتمال خودکشی بعدی بکاهد و هم وی را در درمان باقی نگه دارد. درمانگر باید دلایلی را که فرد اقدام به خودکشی نموده است، کشف نماید. اگر چه برخی از درمانگران و اکثر خانواده‌ها جلب توجه را دلیل اصلی رفتارهای خودکشی فرد می‌دانند، بیشتر این افراد دلیل اقدام به خودکشی را آرزو و میل به مرگ یا فرار از موقعیتی غیر قابل تحمل قلمداد می‌نمایند. با مشخص نمودن و تعریف دقیق تر مشکل، درمانگر می‌تواند دلایل فرد برای خودکشی را بیشتر درک نماید و در نتیجه فرد و درمانگر می‌توانند شروع به خلق راه‌حل‌های دیگری به‌غیر از رفتارهای خودکشی نمایند.

هنگامی که درمانگران با افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند کار می‌نمایند، درمی‌یابند که می‌توان اقدام به خودکشی را شکست فرد در حل مسئله دانست. در افراد اغلب مشکلات میان فردی عامل تسریع کننده‌ای برای عمل خودکشی است. در طی کار، درمانگر درمی‌یابد که فرد نمی‌تواند گزینه‌ها و راه‌حل‌های مؤثری برای حل مشکلش پیدا کند و راه‌های بسیار محدودی به جز خودکشی به نظرش می‌رسد. این بدبینی ممکن است نشان‌دهنده‌ی تحریف‌های شناختی، ناامیدی و سبک اسنادی منفی در فرد باشد. می‌توان این مسایل را به شکل زیر برای فرد خلاصه‌بندی نمود:

احساس کردی که گیر افتاده‌ای و به این نتیجه رسیدی که تنها راه‌هایی از این موقعیت خودکشی یا آسیب رساندن به خودت است. کار دیگری به فکرت نمی‌رسید تا به تو کمک کند. بنابراین چیزی که ما الان می‌خواهیم با هم انجام دهیم این است که چگونه از این موقعیت خلاص شوی بدون اینکه خودت را بکشی. یعنی در واقع می‌خواهیم راجع به چگونگی حل مسئله در شرایط سخت و غیر قابل تحمل با هم حرف بزنیم. من می‌خواهم به تو کمک کنم راهکارهایی پیدا کنی که وقتی آنها را انجام دهی کمتر احساس غمگینی بکنی.

با این مفهوم‌سازی^۱ مراجع کمتر راجع به اقدام به خودکشی احساس گناه می‌کند و بیشتر به درمان امیدوار می‌شود.

در کل درمانگر با فهم مشکلات زندگی فرد و تلاش‌های ناموفقش برای خلاصی از شرایط غیر قابل تحمل، و درد روانی که متحمل می‌گردد؛ می‌تواند رابطه‌ای صادقانه با فرد برقرار نماید. گاهی اوقات درمانگر با بیماری روبرو می‌شود که تهدید به خودکشی می‌کند. در این شرایط بحرانی، کلام و رفتار درمان‌گر نقش بسیار مهمی دارد:

کارهایی که باید انجام دهید

- ارتباط و اعتماد برقرار کنید.
- به وی اعتماد کنید و احترام بگذارید.
- فرد را باور کنید و ادعاهایش را جدی بگیرید.
- آرام و درک کننده باشید.
- خوب گوش دهید.
- به وی بگویید که می‌دانید که افکار و احساساتش واقعی است.
- اجازه دهید وی بتواند صادقانه درباره‌ی 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.
- توجه نشان دهید، با دقت گوش کنید، و از فرد درباره‌ی اینکه چه فکر و احساسی دارد سوال‌های مناسب بپرسید.
- به دانش، مشاهدات و احساسات خود اعتماد کنید.
- از سوالات باز پاسخ استفاده کنید؛ اگر جواب مشخصی لازم است از سوالات بسته پاسخ استفاده کنید
- به پیام‌های کلامی و غیرکلامی فرد توجه کنید.
- به فرد بگویید که باید جریان را به اطلاع خانواده‌اش برسانید
- مراقب علامت‌های هشدار دهنده باشید
- از وجود احساس ناامیدی در فرد آگاهی پیدا کنید.
- امیدوار باشید، پیام‌های امیدوارانه بدهید.
- گزینه‌ها و راه‌های مختلفی را مطرح کنید
- عواقب خودکشی برای فرد و بازمانده‌هایش را گوشزد کنید.
- برنامه‌ای برای آنچه بعداً رخ می‌دهد، طرح کنید.

- آمادگی داشته باشید که از فرد بپرسید آیا درباره آسیب رساندن به خود یا کشتن خود فکر می‌کند.
- از اصطلاحاتی مثل آسیب رساندن به خود یا کشتن خود استفاده کنید.
- اطمینان حاصل کنید که فرد به اسلحه یا دارو دسترسی ندارد.
- خود را در خطر قرار ندهید.
- اسلحه یا هر نوح سلاح مرگ‌آور دیگر را از دست فرد ناپدید.
- به فرد شماره‌های اورژانس‌های ۲۴ ساعته را بدهید.
- به وی یاری دهید که بتواند کمک بگیرد

کارهایی که نباید انجام دهید

- مضطرب نشوید.
- به خودتان اجازه ندهید که به فرد قول دهید که در مواقعی که تماس با والدین یا دوستان ضروری است، رازدار باقی خواهید ماند.
- خود افسایی نکنید.
- از قضاوت کردن یا ایجاد احساس گناه اجتناب کنید.
- مسئله را کوچک جلوه ندهید.
- نخندید یا فرد را شرم‌منده نکنید.
- بی توجهی و چشم پوشی نکنید.
- از وی عصبانی نشوید.
- باخسونت وی را از خودکشی نهی نکنید.
- او را به خودکشی ترغیب نکنید، نگویید که جراتش را ندارد.
- از کلمات می‌فهمم، می‌دانم و چرا، استفاده نکنید.
- زیاد نصیحت نکنید.
- درباره‌ی خودکشی به‌منزله‌ی راهی که فرد برگزیده، بحث نکنید.
- اعتقادات شخصیتان را درباره‌ی 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.
- در آخر جلسه، جلسه را در وضعیتی مبهم یا نامشخص تمام نکنید.
- فرد را بدون اینکه دردسترس باشید ترک نکنید.
- او را تنها و بدون حامی رها نکنید (حمایت نباید لزوماً از جانب شما باشد).

۵ درمان

درمانگر با توجه به ارزیابی‌اش، تصمیم می‌گیرد که از چه راهبرد درمانی استفاده نماید. نمونه‌ای از روش‌های درمانی که در مورد این بیماران مفید به نظر می‌رسد در زیر ذکر شده است:

- درمان طولانی مدت اختلالات روانی (شامل سوء مصرف مواد)
- روان‌درمانی بین فردی^۱ و درمان رفتاری شناختی^۲ به منظور کاهش خطر اقدام به خودکشی به‌خصوص در بیماران افسرده
- درمان دیالکتیک رفتاری^۳ برای بیماران خودکشی‌گرای مزمن با اختلال شخصیت مرزی

درمان شناختی

از میان درمان‌هایی که رفتارهای خودکشی را مورد هدف قرار می‌دهند، رویکرد شناختی پرترفدار است؛ علت این امر ساختارمند بودن این رویکرد است و دیگر اینکه به تحریف‌های شناختی را توجه می‌کند که در میان افراد خودکشی‌گرا زیاد است. به علاوه این رویکرد برای درمان رفتارهای تکانشی مفید است.

درمانگر از فرد می‌خواهد که افکاری را که موجب خشم یا خلق افسرده شده، مورد بررسی قرار دهد چون خشم و خلق افسرده می‌تواند موجب افکار خودکشی یا اقدام به آن شود. فردی به نام روود^۴ (۲۰۰۰) فرضیات اصلی شناخت درمانی را در مورد افراد خودکشی‌گرا تدوین نموده است.

اول اینکه خودکشی‌گرایی احتمالاً از خودگویی‌های^۵ ناسازگار نشأت می‌گیرد که نسبت به خود فرد، محیط و آینده وجود دارد. این شناخت‌ها تحت عنوان نظام باورهای خودکشی شناخته می‌شود.

دوم اینکه بین این نظام باورهای خودکشی و دیگر نظام‌های روانی-زیستی رابطه وجود دارد.

سوم اینکه اگر چه نظام باورهای خودکشی از فردی به فرد دیگر متفاوت است، اما ناامیدی ویژگی اصلی این نظام باورهاست. ناامیدی سه طبقه‌ی باورهای هسته‌ای را شامل می‌شود: دوست‌داشتنی نبودن، درماندگی و تحمل کم در مقابل فشارهای روانی.

چهارم اینکه، آسیب‌پذیری شناختی (سازه‌های شناختی معیوب) افراد را مستعد خودکشی‌گرایی می‌نماید، اما این آسیب‌پذیری ممکن است اساس‌های متفاوتی در علائم زیربنایی داشته باشد.

پنجم، در حالی که نظام باورهای خودکشی در هر دو سطح هشیار (اتوماتیک) و ناهشیار (فراشناختی) فرد وجود دارد؛ با این وجود سطوح اتوماتیک یا هشیار آن بیشتر قابل تغییر است.

دیدگاه‌های شناختی دسته‌ای از تکنیک‌های شناختی را برای افراد خودکشی‌گرا مفید دانسته‌اند:

1. Interpersonal psychotherapy
2. Cognitive behavioral therapy
3. Dialectical behavioral therapy
4. Rudd
5. Self statement

بررسی شواهد^۱

اقدام کنندگان به خودکشی اغلب به مجموعه‌ای خاصی از وقایع توجه انتخابی دارند که تفسیرهای منفی آنان را تایید می‌نماید. در این تکنیک، درمانگر به فرد کمک می‌کند که در مورد شواهد موجودی که دیدگاه‌های منفی‌اش را تایید می‌کند پرس و جو نماید. سوالات سقراطی در این زمینه می‌تواند مفید باشد.

اسناد مجدد^۲

در این تکنیک، درمانگر می‌کوشد به فرد کمک کند که خودگویی‌هایی را با این مضمون که "همه‌اش تقصیر من است" تغییر دهد و خودگویی‌ای را جایگزین آن نماید که در آن مسئولیت به شکلی مناسب میان عوامل مختلف همچون دوستان، خانواده، شانس و حالت‌های منفی خلقی تقسیم شده باشد.

بررسی گزینه‌ها و راه‌های جایگزین^۳

در این تکنیک درمانگر نیز با فرد موافق است که خودکشی یک گزینه است اما به وی کمک می‌کند تا بتواند گزینه‌های دیگری خلق نماید.

فاجعه‌سازی^۴

در این رویکرد درمانگر به فرد کمک می‌کند تا تصمیم بگیرد که آیا او ماهیت فاجعه‌بار رویداد تسریع کننده را بیش از حد تخمین می‌زند یا نه. سؤال‌هایی مثل اگر آن اتفاق می‌افتاد، بدترین چیزی که پیش می‌آمد چه بود؟ اگر آن اتفاق (رویداد تسریع کننده‌ی خودکشی) می‌افتاد، سه ماه بعد، شش ماه بعد، چه تاثیری روی زندگی‌ات می‌گذاشت؟ محتمل‌ترین چیزی که این‌جا ممکن است اتفاق بیفتد چیست؟ چگونه آن را رفع و رجوع می‌کنی؟

موافقین و مخالفین^۵

در این تکنیک از فرد خواسته می‌شود تا مزایا و معایب گزینه‌های مختلف را فهرست کند. مثلاً درمانگر و فرد می‌توانند مزایا و معایب پایان دادن به رابطه‌ای صمیمانه را فهرست کنند. چنین فهرست‌هایی به فرد کمک می‌کند تا دنیا را سیاه و سفید نبیند و همهی جوانب مسایل را در نظر بگیرد.

مقیاس‌بندی شدت رویداد^۶

با درخواست از فرد برای مقیاس‌بندی کردن وقایع تسریع کننده‌ی اقدام به خودکشی که در آینده ممکن است رخ دهد (مثل مقیاس ۰ تا ۱۰۰)، فرد رخدادهای را به شکل پیوستار خواهد دید. مقیاس‌بندی کردن شدت ناخوشایندی رویدادها، راه مفید دیگری است که به فرد کمک می‌کند وقایع را سیاه و سفید نبیند.

1. Questioning of evidence
2. Reattribution
3. Examination of options and alternatives
4. Decatastrophizing
5. Pros and cons
6. Scaling the severity of an event

با مرور ادبیات پژوهش در مورد افراد خودکشی‌گرا درمی‌یابیم که این افراد در مقایسه با همسالانشان، حتی در مقایسه با افرادی که از دیگر مشکلات روان‌پزشکی رنج می‌برند؛ در دو مهارت زیربنایی دچار مشکل هستند: حل مسئله و مدیریت هیجانات.

معایب و کاستی‌هایی که در مهارت حل مسئله‌ی این افراد دیده می‌شود، عبارت است از: کمبود در انعطاف‌پذیری، مشکل در خلق راه‌حل‌های جایگزین و ناتوانی در مشخص نمودن پیامدهای مثبت راه‌حل‌های بالقوه. اگرچه رویکردهای مختلفی به آموزش حل مسئله وجود دارد، ما شیوه‌ی زیر را در آموزش حل مسئله مطرح می‌کنیم:

اکنون می‌خواهیم با هم روش حل مسایل را مرور کنیم. اسم آن را نظام S-O-L-V-E گذاشته‌ایم. هر حرف در این نظام نشان دهنده‌ی مرحله‌ای از این روش است. همچنان که در کارت می‌بینی، S به معنای انتخاب مشکل است. یعنی در واقع اولین قدم برای حل یک مشکل این است که مشخص کنی مشکل دقیقاً چیست. مرحله‌ی دوم یعنی O بدین معناست که بعد از اینکه مشکل را مشخص کردی، فهرستی از تمام گزینه‌ها و راه‌حل‌های موجود را می‌نویسی - نه فقط راه‌هایی که فکر می‌کنی امکان‌پذیر است. هر چه فهرستی که تهیه می‌کنی طولانی‌تر باشد شانس بیشتری برای حل آن مشکل خواهی داشت! مرحله‌ی بعدی L است. یعنی نتایج احتمالی. در این مرحله هر کدام از راه‌حل‌هایی را که در فهرست نوشته‌ای انتخاب می‌کنی و تعیین می‌کنی که چه اتفاقی می‌افتد. اگر هر کدام از این راه‌ها را انجام دهی. می‌توانی به هر گزینه بر اساس اینکه اوضاع با انجام آن بهتر می‌شود یا بدتر، نمره دهی. در مرحله‌ی بعدی یعنی V فهرستی را که نوشته‌ای بر اساس نمره‌های مرحله‌ی قبل آنقدر محدود و غربال می‌کنی تا به راه‌حلی برسی که از همه بهتر است. بعد این روش را انجام می‌دهی و در مرحله‌ی آخر آن را ارزیابی می‌کنی و مشخص می‌کنی که آیا هنوز مشکل وجود دارد یا نه. اگر هنوز مشکل باقی است به فهرست بازمی‌گردی و گزینه‌ی بعدی را که در لیست از همه بهتر است انتخاب می‌کنی، می‌توانی این کار را آنقدر ادامه دهی که مشکل حل شود.

بعد از اینکه مهارت حل مسئله کاملاً به فرد آموزش داده شد، درمان می‌تواند مشکلات تسریع کننده‌ی اقدام به خودکشی را نشانه برود و از همین نظام در حل آن استفاده کند. اغلب، افراد در شروع کردن خلق گزینه‌ها و راه‌حل‌های جایگزین مشکل دارند. ممکن است نیاز باشد که درمانگر برای کمک به فرد در آموختن این مهارت تمرین بازی نقش داشته باشد. همچنین تحریف‌های شناختی که احتمالاً در مرحله‌ی نتایج احتمالی فراخوانده می‌شود باید مورد بحث و گفت و گو قرار گیرد.

تکنیک‌های تنظیم هیجانات که در درمان‌های شناختی استفاده می‌شود شامل این است که فرد بتواند محرکی را که در او هیجانات منفی برمی‌انگیزد، شناسایی کند و در ضمن یاد بگیرد برانگیختگی فیزیولوژیک خود را از طریق گفتگو با خود^۱ و فنون آرام‌سازی کاهش دهد. فیندلر و اکتون^۲ (۱۹۸۶) نظامی از تکنیک‌های شناختی و روش‌های کاهش برانگیختگی را برای کمک به افرادی که در کنترل

1. Self talk
2. Feindler & Ecton

خشم، مشکل دارند، تدوین نموده‌اند. این روش‌ها می‌تواند برای درمان اقدام به خودکشی مؤثر واقع شود. در این نظام فیندلر و اکتون (۱۹۸۶) از کلمه‌ی مخفف CALMDOWN برای خلاصه کردن هشت مهارت شناختی و رفتاری استفاده نمودند. در مرحله‌ی اول فرد نشانه‌هایی^۱ را فرا می‌گیرد که مشخصه‌ی برانگیختگی خشم است. یعنی با دیدن این نشانه‌ها می‌فهمد که خشم در وی درحال برانگیخته شدن است. سپس یاد می‌گیرد افکار برانگیزاننده خشم را تغییر دهد.

در مرحله‌ی بعد، به فرد روش‌های رفتاری این پروتکل شامل تکنیک‌های آرام سازی برای تعدیل برانگیختگی هیجانی آموزش داده می‌شود. همچنین به وی آموزش داده می‌شود که چگونه به شکل موثرتری تعامل کند و به جای اینکه در موقعیت‌های تعارض برانگیز پرخاشگرانه رفتار کند، جرأت‌مند برخورد نماید. به‌علاوه سازمان دادن به فرآیند کنترل خشم از طریق مهارت حل مسئله آموزش داده می‌شود. تمرین در طی این پروتکل از طریق الگوبرداری و تمرین‌های رفتاری انجام می‌گیرد و فرد متعهد می‌گردد تا در موقعیت‌های خشم برانگیز، مهارت‌های شناختی را حفظ کند. در حقیقت هدف این است که وی از این روش‌های شناختی-رفتاری در موقعیت‌های تعارض آمیز میان فردی استفاده کند و در این موقعیت‌ها آنقدر تمرین کند تا برانگیختگی هیجانی به حداقل مقدار خود برسد. شاید دستورعمل زیر برای درمانگرانی که می‌خواهند تنظیم هیجانات را به برنامه‌ی درمانی خود اضافه نمایند مفید واقع شود:

۱. در مورد منطق آموزش تنظیم هیجانات به فرد توضیح دهید.

موردی که قبلاً گفتمی این بود که گاهی احساس خشم زیاد و خارج از کنترل داری. در واقع این مسئله در میان افرادی که به خود آسیب می‌زنند و ما این‌جا با آنها کار می‌کنیم زیاد اتفاق می‌افتد. بنابراین می‌خواهم با آموزش برخی روش‌ها به تو کمک کنم که بتوانی کنترل بیشتری بر هیجانات خود داشته باشی.

۲. نمونه‌هایی از پروتکل مذکور را برای فرد شرح دهید.

وقتی مشکلی رخ می‌دهد، دو نوع واکنش با هم فعال می‌شود. اول اینکه ذهن شروع به بافتن و خلق افکار و احساسات منفی می‌کند. در نتیجه ممکن است فکر کنی که آنچه برایت اتفاق افتاده ناعادلانه، افتضاح یا وحشتناک بوده است. در نتیجه‌ی این افکار احتمالاً احساساتی مثل ناکامی، آزرده‌گی، تهدید، تحریک‌پذیری، خشم یا غم در تو ایجاد می‌شود. بنابراین به علت این واکنش‌های منفی که در ذهن اتفاق می‌افتد، شرایط جسمی‌ات هم طوری می‌شود که احساس می‌کنی خارج از کنترل توست.

تغییراتی مثل انقباض عضلانی، تغییراتی در معده، تپش قلب، تعریق کردن و نفس نفس زدن. شاید آن لحظه اصلاً متوجه نشوی که بدنت به این شکل واکنش نشان می‌دهد. هرچه

1. Cues

افکار و احساسات منفی درباره‌ی آن مشکل با شدت بیشتر و به مدت طولانی‌تر در ذهن وجود داشته باشند، بدنت بیشتر از کنترل خارج می‌شود. پس ذهن و بدن با هم کاملاً در تعامل هستند. تصور کن که ذهن و بدن مثل ترقه باشند. مشکلی که ایجاد می‌شود مثل کبریتی است که فیتیله‌ی این ترقه را روشن می‌کند. ذهن تو فیتیله است و بدنت ترقه. هرچه بیشتر اجازه‌دهی که مشکل طول بکشد، به احتمال بیشتری آتش به ترقه می‌رسد و منفجر می‌شود. اما در عوض می‌توانی با استفاده از روش‌هایی که آموزش خواهیم داد، سریعاً فیتیله را جدا کنی و کنار بگذاری. یعنی افکار و احساسات منفی‌ات را کنترل کنی تا ترقه منفجر نشود. یا مثال دیگر این است که وقتی شیر را روی گاز می‌گذاری کم کم داغ می‌شود اگر به موقع آن را از روی آتش بر نداری، یعنی اگر به موقع متوجه سر ریز شدن هیجانات خود مثلاً خشم نشوی، یکباره سر خواهد رفت. مثال دیگر می‌تواند شکل گیری بهمن در کوهستان باشد. خشم تو هم مثل بهمن ایجاد می‌شود. اگر در کوهی به اندازه کافی درخت وجود نداشته باشد، گلوله‌های کوچک برف که از قله به پایین قل می‌خورند کم کم جمع می‌شوند و یک بهمن مهیب می‌سازند که دیگر کسی یا چیزی نمی‌تواند جلویش را بگیرد. خشم تو هم همین‌گونه است، اگر به موقع به وجود آن پی نبری و آن را کنترل نکنی یکباره می‌تواند همه چیز را خراب کند.

۳. رابطه‌ی میان این روش کار و رفتارهای خودکشی را به فرد شرح دهید.

پس مشکلاتی که قبلاً به من گفتمی موجب ایجاد افکار و احساسات ناراحت‌کننده می‌شود. یعنی در واقع فیتیله روشن می‌شود و به ترقه می‌رسد و آن را منفجر می‌کند. یعنی بدنت طوری واکنش نشان می‌دهد که فکر می‌کنی از کنترل خارج شده است. برای اینکه به این حسست خاتمه دهی به خود آسیب می‌زنی. پس اینجا می‌خواهیم راه‌هایی را یاد بگیریم که از سوختن فیتیله جلوگیری می‌کند تا ترقه منفجر نشود.

۴. مانند داماسنج درجه داشته باشید.

هر مشکلی که در زندگی به وجود می‌آید موجب می‌شود که ما احساسات مختلفی داشته باشیم. برخی مشکلات فیتیله را روشن می‌کنند و موجب می‌شوند که با قدرت و سریع بسوزد. برخی دیگر موجب سوختن ضعیف و آهسته‌ی فیتیله می‌شوند. این داماسنج به تو کمک می‌کند تا بتوانی تشخیص دهی هر مشکل چقدر تاثیر بد بر تو، افکار و احساسات می‌گذارد. مثلاً همین الان با استفاده از این داماسنج می‌توانی بگویی که آن مشکل (مشکلی که تسریع‌کننده‌ی اقدام به خودکشی فرد بوده) چقدر تو را ناراحت کرده بود. از ۰ تا ۱۰۰ می‌توانی درجه‌بندی کنی. کمترین درجه ۰ و بیشترین درجه‌ای که ممکن است ناراحت باشی ۱۰۰ است.

عدم تنظیم هیجان‌ها^۱ تمرکز اولیه‌ی درمانی در رویکرد درمان رفتاری دیالکتیکی (DBT) است. از نظر این رویکرد فرد خودکشی‌گرا از نظر زیستی آمادگی‌هایی برای اختلال در تنظیم هیجان‌هاش دارد که توسط محیط تشدید می‌شود.

خانواده درمانی

جلسات فردی در پرداختن به عوامل مختلفی که احتمالاً در رفتارهای خودکشی نقش دارد، تاثیر می‌گذارد. (مثلاً رفتارهایی همچون حل مسئله‌ی ضعیف، تحریف‌های شناختی، وجود اختلال در تنظیم هیجان‌ها). به‌علاوه گاهی دسترسی به اعضای خانواده‌ی فرد بسیار سخت و مشکل‌زاست. حتی زمانی که خانواده در دسترس هستند، فرد یا دیگر اعضای خانواده ممکن است در مقابل کار درمانی مشترک مقاومت نشان دهند. با این حال کارکرد خانواده با سبب‌شناسی رفتارهای خودکشی گره خورده است و جلسات خانوادگی در پرداختن به آن بسیار مهم است.

حداقل، تشکیل یک جلسه‌ی خانواده‌درمانی (به خصوص برای نوجوانان) برای پی بردن به شرایط پیرامون اقدام به خودکشی الزامی است. در صورت لزوم درمانگر می‌تواند تاکید کند که اقدام به خودکشی جدی است حتی اگر دلیل اقدام بدان تصمیم برای مرگ نبوده است.

توضیحات فرد و والدین در خصوص اقدام به خودکشی باید بررسی گردد، و ناهمخوانی‌های میان آن دو باید مورد توجه قرار گیرد. اگر دیدگاه‌هایشان تفاوت زیادی دارد، درمانگر می‌تواند به والدین و فرد کمک کند یکدیگر را بیشتر درک نمایند. برخی از پژوهش‌گران از طریق مصاحبه با والدین در مورد خودکشی فرزندان‌شان، دریافته‌اند که نیمی از این مادران در مورد خودکشی فرزندان‌شان احساسات خشم نشان داده‌اند اما احتمالاً این خصومت نسبت به فرد را به صورت کلامی ابراز نمی‌کنند. بنابراین پرداختن به احساسات زیربنایی والدین نسبت به اقدام به خودکشی فرد می‌تواند یکی از وظایف درمانگران باشد.

جلسات خانواده‌درمانی می‌تواند تمرکز درمان را از فرد تغییر دهد و به جای آن در پرداختن به مسایل تعارض برانگیزی که ممکن است در اقدام وی به خودکشی نقش داشته است مؤثر واقع شود. هدف اصلی در این جلسات تعدیل الگوهای ارتباطی و تعاملات منفی میان اعضای خانواده، حمایت کردن از تلاش‌های فرد برای جدا شدن سازگاران از خانواده، و بهبود توانایی حل مسئله‌ی خانواده است.

شاید مهمترین حیطة‌ای که باید در درمان مورد توجه قرار گیرد، پرداختن به ارتقای ارتباط در خانواده و تقویت ارتباط والد-فرزند باشد. در صورتی که خانواده بتواند به شکلی منطقی با فرزندش تعامل کند، جلسات آموزش حل مسئله مفید واقع خواهد شد. در کل، مؤلفه‌های زیر را می‌توان برای آموزش حل مسئله در جلسات خانواده‌درمانی در نظر گرفت:

1. Emotional Dysregulation

۱ معرفی مهارت گوش کردن فعال.

درمانگر توضیح می‌دهد که به دلیل اینکه در خانواده هر کس احساسات و نظرات مختلفی درباره‌ی یک مسئله‌ی واحد دارد، حل مسئله می‌تواند خیلی دشوار باشد. سپس در حین فرآیند حل مسئله هنگامی که نظرات مختلفی مطرح شده است، مهارت‌های گوش کردن فعال معرفی می‌شود. سه قاعده برای این مهارت وجود دارد:

الف) بیان پیام فرستنده به زبان خودمان

ب) شروع کردن این بیان با عبارتی همچون «این‌طور شنیدم که گفتی.....» یا «گفتی که احساس می‌کنم.....» و ...

ج) درباره‌ی دیدگاه افراد دیگر خنثی باشیم (درباره‌ی آنها به صورت خوب یا بد قضاوت نکنیم). بنابراین اعضای خانواده باید شروع کنند به بیان دوباره‌ی گفته‌های یکدیگر.

۲ شکلی از حل مسئله را به خانواده آموزش دهید تا از آن در مشکلات مطرح شده استفاده کنند. این مهارت می‌تواند به همان نحو که برای فرد آموزش می‌دهیم، برای خانواده نیز آموزش داده شود. ولی در آموزش آن می‌بایست تغییراتی لحاظ شود تا برای همه‌ی اعضای خانواده مفید باشد.

۳ قواعد را برای تعریف مشکل به بحث بگذارید.

درمانگر باید چند قاعده را برای خانواده در طی جلسات و همچنین در منزل برای استفاده از مهارت حل مسئله درونی کند. این قواعد شامل این موارد است: تمرکز بر پیشایندهای مثبت در حل مسئله، جزیی بودن، توصیف کردن رفتار یا کلامی که در یکی از اعضای خانواده مشکل‌زاست، پذیرش مسئولیت مشکلات، پرهیز از سرزنش دیگران.

۴ قراردادی را مبنی بر توافق خانواده برای پرداختن به مشکلات تنظیم کنید.

قراردادی تدوین کنید که حاوی برنامه‌ای برای حل مسایل مطرح شده در خانواده باشد و خانواده برای اجرای آن توافق کنند. مؤلفه‌های این قرارداد باید شامل توصیف عینی رفتارهای مشکل‌زای هر یک از اعضای خانواده، پیامدهای عمل نکردن خانواده به توافق، و مدت زمان قرارداد باشد (یک کوشش یک هفته‌ای). همه‌ی اعضای خانواده باید قرارداد را امضا کنند و یک نسخه کپی از آن به همه داده شود.

درمان افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند می‌تواند هم شامل جلسات فردی و هم جلسات خانوادگی باشد. در کل، حداقل در ابتدای کار بهتر است بحث و پرداختن به مسایل عمیق‌تر، در جلسات فردی صورت گیرد.

درمان دیالکتیک رفتاری (DBT)

همان طور که مطرح شد، اقدامات اصلی برای مدیریت بحران خودکشی، ارزیابی خطر خودکشی، فراهم نمودن مراقبت مناسب، و مداخله‌ی سریع و برنامه‌ریزی برای درمان‌های آتی است. در ارزیابی، تمایز قابل شدن میان اقدام به خودکشی‌های حاد و مرگ‌بار با رفتارهای مزمن خودکشی در بیمارانی که ممکن است دچار اختلال شخصیت نیز باشند، عاملی مهم است. هر کدام از این بیماران، یعنی بیماران حاد یا مزمن، چالش‌های مخصوص به خود را برای درمانگر پدید می‌آورند. در موقعیت‌های حاد، درمانگر باید ارزیابی کامل و دقیقی را به‌عمل آورد. اگر درمانگر تشخیص دهد که فرد باید بستری شود، لازم است سریعاً به این کار اقدام شود. اما در مواجهه با بیماری که به رفتارهای مزمن خودکشی و اختلال شخصیت دچار است، درمانگر با شرایط پیچیده‌تری روبه‌روست. در این مورد نیز، وی باید ارزیابی دقیقی به عمل آورد ولی، با توجه به تاثیر بلند مدت بستری‌های قبلی در پیش‌آگهی و روند بهبودی بیمار باید تصمیم به بستری گرفته شود. از آنجایی که آسیب‌شناسی خودکشی، پدیده‌ای ناهمگن است، تشخیص باید براین اساس باشد که فرد تا چه حد به خود آسیب زده، و چرا می‌خواهد زنده بماند. حتی اگر فرد، کسی است که سابقه‌ای طولانی از رفتارهای خودکشی و بستری دارد، ارزیابی کامل و دقیق از خودکشی اخیر، باید قبل از تصمیم برای بستری شدن یا نشدن او صورت بگیرد. در سال‌های اخیر سیستم‌های درمانی مختلفی برای مواجهه با بیمارانی که بارها بحران خودکشی را تجربه می‌کنند تدوین شده است. جهت‌گیری‌های درمانی باید اهمیت جنبه‌های رفتاری، خلقی، اجتماعی و محیطی فرد را در نظر گیرد. مداخله‌های شناختی مفید شامل استدلال منطقی، بازبینی افکار^۱، توجه برگردانی شناختی^۲، تخلیل هدایت شده^۳، توقف فکر، مقیاس خود جهت‌دهی^۴ و اسناد مجدد^۵ می‌شود. مداخلات رفتاری، بیشتر متوجه ایجاد و ارتقای مهارت‌های مقابله‌ای می‌گردد. این مهارت‌ها شامل جرات‌آموزی، آموزش آرام‌سازی، فهرست فعالیت‌های درجه‌بندی شده^۶، فهرست فعالیت‌های خوشایند^۷، تمرین‌های رفتاری^۸ و مواجهه‌سازی است. مرور بر ادبیات پژوهشی در روان‌درمانی افراد خودکشی‌گرا، نشان داده است که رویکردهای شناختی-رفتاری، فراوانی اقدام به خودکشی و دوره‌های شبه‌خودکشی^۹ را در بیماران با رفتارهای

1. Thought monitoring
2. Cognitive distraction
3. Guided imagery
4. Self instruction scaling
5. reattribution
6. Graded task assignments
7. Mastery and pleasure rating
8. Behavioral rehearsal
9. Para suicidal

مزمن خودکشی کاهش می‌دهد. مارشا لینهان^۱ روشی را از رویکرد شناختی- رفتاری اقتباس کرده که برای درمان افرادی که اختلال شخصیت مرزی و رفتارهای مزمن خودکشی دارند به کار می‌رود. نام این روش درمان دیالکتیک رفتاری^۲ (DBT) است. بیمارانی که در این روش درمانی شرکت کرده‌اند، کاهش معناداری در رفتارهای شبه‌خودکشی داشته و در طول پژوهش روزهای کمتری در بیمارستان به سر برده‌اند.

دیالکتیک رفتاری، نظریه‌ای زیستی- اجتماعی است که رفتارهای خودکشی را نوعی رفتار حل مسئله می‌داند که برای مقابله یا تسکین فشارهای روانی، فراخوانده می‌شود. فشارهای روانی که به‌وسیله‌ی عوامل زیر ایجاد یا تشدید می‌شوند:

- ۱ رخدادهای برانگیزنده‌ی هیجان‌های منفی
- ۲ رفتارهای ناکارآمد خودساخته
- ۳ ویژگی‌های فردی وابسته به خلق و خو

در واقع رفتارهای شبه خودکشی زمانی رخ می‌دهند که فرد به این باور رسیده که مشکلی تحمل‌ناپذیر و غیرقابل‌گریز وجود دارد و رفتار شبه خودکشی تنها یا بهترین راه حل موجود است؛ بنابراین، رفتار شبه خودکشی به‌مثابه‌ی رفتاری موثر در حل مسئله در نظر گرفته می‌شود.

اصطلاح دیالکتیک، که در DBT به کار رفته است، به ایجاد تعادل و ترکیب قطب‌های متضاد درونی اطلاق می‌گردد که به تفکر، هیجان و رفتار مربوط می‌شود. درمان دیالکتیک رفتاری، عناصر درمان رفتاری-شناختی را با مفهوم آگاهی یا توجه^۳ یکپارچه می‌کند. این ترکیب به بیمار کمک می‌کند تا رفتارهای خودآسیب‌رسانی را کم کند که هم در جلسات درمانی و هم کیفیت زندگی‌اش را تحت تاثیر قرار می‌دهند؛ رفتارهای آسیب‌رسانی که بیمار یاد گرفته از آنها به‌عنوان راهی مخرب برای کاستن از دردهای روانی استفاده کند که گمان می‌برد تحمل‌ناپذیرند. کاهش این رفتارها، علاوه‌بر اینکه به خود بیمار کمک می‌کند، می‌تواند از ناکامی که درمانگران درمقابل این بیماران احساس می‌کنند، نیز بکاهد. بعد از کسب سابقه‌ی بیمار، ارزیابی برای لزوم مداخله‌ی دارویی، و در نظر گرفتن عوامل خطر جمعیت‌شناختی؛ می‌توان درمورد بیماران با رفتارهای مزمن خودکشی از روش درمان دیالکتیک رفتاری استفاده نمود. این روش شامل این عناصر زیر است که یک به یک مختصراً شرح می‌گردد:

- ۱ تحلیل رفتاری
- ۲ آموزش و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای جدید
- ۳ مدیریت وابستگی^۴

1. Marsha Linehan
2. Dialectical behavior therapy
3. Mindfulness
4. Contingency management

تحلیل رفتاری

تحلیل رفتاری در DBT ارزیابی گام به گام از رفتارهای هدف مشکل‌زا است. این ارزیابی به تمام جنبه‌ها و شرایط رفتار، از جمله پیش‌آیندها و پیامدها توجه دارد. در این رویکرد به خصوص در مراحل اولیه درمان، رفتارهای خاصی به‌عنوان رفتارهای مشکل‌زا، شناخته می‌شوند. سلسله مراتب اهداف در مرحله‌ی اول درمان عبارت است از:

- ۱ توضیح رفتارهای خودکشی یا شبه خودکشی
- ۲ کاهش رفتارهایی که در فرآیند درمانی اختلال ایجاد می‌کند.
- ۳ کاهش رفتارهایی که از کیفیت زندگی فرد می‌کاهد.
- ۴ افزایش مهارت‌ها.

بیمار و درمانگر با یکدیگر؛ رفتارهای مشکل‌زا، پیش‌ایندها و پیامدها و راه حل‌ها را بررسی می‌کنند. در تحلیل رفتاری از فرد خواسته می‌شود که:

- ۱ به‌شکلی دقیق رفتار مشکل‌زا را توصیف کند (آنچه گفته می‌شود، انجام می‌شود، فکر و احساس می‌شود).
- ۲ رویداد آشکارسازی^۱ را که موجب راه اندازی کل این زنجیره‌ی رفتاری شده است، توصیف نماید.
- ۳ عوامل آسیب‌پذیر را توصیف کند.
- ۴ با جزییات کامل زنجیره‌ی رخدادهایی را که منجر به رفتار مشکل‌زا شده است توصیف کند.
- ۵ پیامدهای رفتار را توصیف کند.
- ۶ راه‌حل‌های مختلف را برای مسئله توصیف کند.
- ۷ با جزییات راهبردهایی پیشگیرانه توصیف کند برای اینکه چگونه بیمار می‌تواند از شروع شدن زنجیره‌ی رفتارها با کم کردن آسیب‌پذیری‌اش به این زنجیره، جلوگیری نماید.
- ۸ راهبردهای جبرانی را با جزییات توصیف کند. بدین معنا که اگر در موقعیتی خاص پیشگیری موثر نبود و رفتارهای مشکل‌زا اتفاق افتاد، چگونه می‌تواند از پیامدهای مخرب آن بکاهد.

تحلیل رفتاری، به درمانگر و بیمار کمک می‌کند تا عواملی را که منجر به رفتار خودکشی شده اند، دریابند. به‌علاوه آنان را یاری می‌دهد که هدف درمان را مشخص سازند و زمینه را برای برنامه‌ی درمانی و پیگیری‌های درمانی آماده می‌سازد.

استفاده از مهارت‌ها

لینهان چهار قلمرو از مهارت‌های لازم را برای مدیریت و پیشگیری رفتارهای خود آسیب‌رسان مشخص کرده است: آگاهی، کارایی میان‌فردی^۱، تنظیم هیجانی و تحمل فشار. تکنیک‌هایی که در حوزه‌ی تحمل

1. Precipitation
2. Interpersonal effectiveness

فشار قرار دارند به بیماران کمک می‌کند تا در مقابل هیجانات غیر قابل تحمل دوام بیاورند. این تکنیک‌ها شامل حواس پرتی، خود آرام‌سازی^۱ و پذیرش می‌شود. لینهان تاکید می‌ورزد که یادگیری این مهارت‌ها در شرایط هیجانی بسیار چالش برانگیز است و تعمیم آنها به شرایطی خارج از محیطی که آنها را یاد گرفته‌اند چالش برانگیزتر است. برای کمک به بیماران می‌توان فهرستی از راهبردهای مقابله‌ای که در جلسات درمانی برایشان تدوین شده است، به آنان داد تا هنگامی که مرکز درمانی را ترک می‌کنند به‌همراه داشته باشند.

مدیریت وابستگی

مدیریت مؤثر بحران باید بتواند رفتارهای سازگارانه را تقویت کند و رفتارهای مشکل‌زا را خاموش نماید. در بیشتر نظام‌های مدیریت بحران عکس این قضیه رخ می‌دهد. بیمارانی که به خود آسیب رسانده‌اند، دسترسی زیادی به خدمات سریع دارند؛ به تماس تلفنی آنها در صورتی که رفتار خودکشی تهدیدکننده باشد، هیچ‌گاه دیر پاسخ داده نمی‌شود. لینهان ذکر می‌کند که بیماران با رفتارهای مزمن خودکشی تحت تأثیر هر دو رفتار شرطی عامل و کلاسیک قرار دارند. چالش اصلی درمانگر این است که به‌نحو پاسخ دهد که رفتارهای فراخوان را کم کند و همچنین تقویت رفتار را به حداقل برساند. در قرار داد درمان دیالکتیک رفتاری، بیماران قبول می‌کنند که بر روی رفتارهای خود آسیب‌رسانشان کار کنند. در این روش آنان می‌توانند هر زمانی که خواستند با درمانگرشان تماس بگیرند، به شرطی که قبل از آسیب رساندن به خودشان باشد. بعد از رفتار خود آسیب‌رسان، نمی‌توانند برای مدت کوتاهی (مثلاً ۲۴-۴۸ ساعت) با درمانگر تماس بگیرند. تماس بعد از رفتارهای شبه خودکشی ارزیابی مختصر خطر و تحلیل رفتاری را ایجاد می‌کند. به‌علاوه قرار داد درمانی بیان می‌کند که تعداد مشخصی از غیبت در جلسات درمان فردی یا گروهی به معنای پایان درمان است.

اکنون به دوجداول زیر که خلاصه‌ای از مراحل ارزیابی و درمان است توجه نمایید.

جدول ۱: ارزیابی جوانان در معرض خطر خودکشی

در طی مصاحبه با جوانان، هر یک از موضوعات ذکر شده در ستون سمت راست را بررسی کنید و پاسخ فرد را در یکی از سطوح خطر کم، خطر متوسط و خطر زیاد، طبقه‌بندی نمایید. در بررسی نقشه و برنامه‌ی خودکشی (شماره‌ی ۴) بسیار مهم است که از سؤالات مستقیم و واضح استفاده کنید زیرا فرد جوان احتمالاً بی‌میل است که داوطلبانه در این مورد اطلاعاتی دهد. سؤالات مستقیم و صریح در این زمینه، بر خطر خودکشی نمی‌افزاید، اما بررسی‌های ناقص و غیردقیق که خطر خودکشی را پایین‌تر از حد واقعی تخمین بزنند، ممکن است منجر به خودکشی شود که قابل پیشگیری بوده است. در آخر، بر اساس پاسخ‌های فرد، مشخص کنید، کدام یک از سطوح خطر کم، متوسط و زیاد، بهترین توصیف از موقعیت است و سپس شروع به اقدام برای اجرای برنامه‌ی مدیریت بحران در آن سطح نمایید.

1. Self-soothing

مسأله‌ای که باید بررسی شود	خطر کم	خطر متوسط	خطر زیاد
افسردگی	<ul style="list-style-type: none"> • فقدان استرس‌های مهم 	<ul style="list-style-type: none"> • واکنش به فقدان یا تغییرات محیطی با شدت متوسط 	<ul style="list-style-type: none"> • واکنش‌های شدید به فقدان یا تغییرات محیطی • بحران‌های زیاد و اخیر اجتماعی‌افزودی
	<ul style="list-style-type: none"> • پایین بودن اندک خلق 	<ul style="list-style-type: none"> • مشکلات خلقی، غمگینی، بی‌قراری، تنهایی و کاهش انرژی 	<ul style="list-style-type: none"> • احساسات ناامیدی، غمگینی و خشم (کلایمی افیوریک) بی‌ارزشی غیر قابل تحمل • تغییرات زیاد خلقی
رفتارهای مقابله‌ای	<ul style="list-style-type: none"> • فعالیت‌های روزانه طبق معمول با اندکی تغییر انجام می‌شود. 	<ul style="list-style-type: none"> • اختلالاتی در عملکرد روزانه؛ اختلال در خوردن و خوابیدن و عملکرد تحصیلی 	<ul style="list-style-type: none"> • اختلال باز در عملکرد روزانه • هذیان؛ پارانوید؛ مختل شدن واقعیت‌سنجی • انجام رفتارهای پرخطر (مثل سوءمصرف الکل و مواد در خطر تصادفات بودن)
	<ul style="list-style-type: none"> • افکار گاه و بی‌گاه، راجع به خودکشی • فعالیت‌های روزانه طبق معمول با اندکی تغییر انجام می‌شود. 	<ul style="list-style-type: none"> • بیشتر از یک بار فکر خودکشی در طول روز • اختلالاتی در عملکرد روزانه؛ اختلال در خوردن و خوابیدن و عملکرد تحصیلی 	<ul style="list-style-type: none"> • مقاومت در مقابل کمک • افکار خودکشی پیوسته • اختلال باز در عملکرد روزانه • هذیان؛ پارانوید؛ مختل شدن واقعیت‌سنجی • انجام رفتارهای پرخطر (مثل سوءمصرف الکل و مواد در خطر تصادفات بودن)

۱. ارزیابی مشکلات شخصی

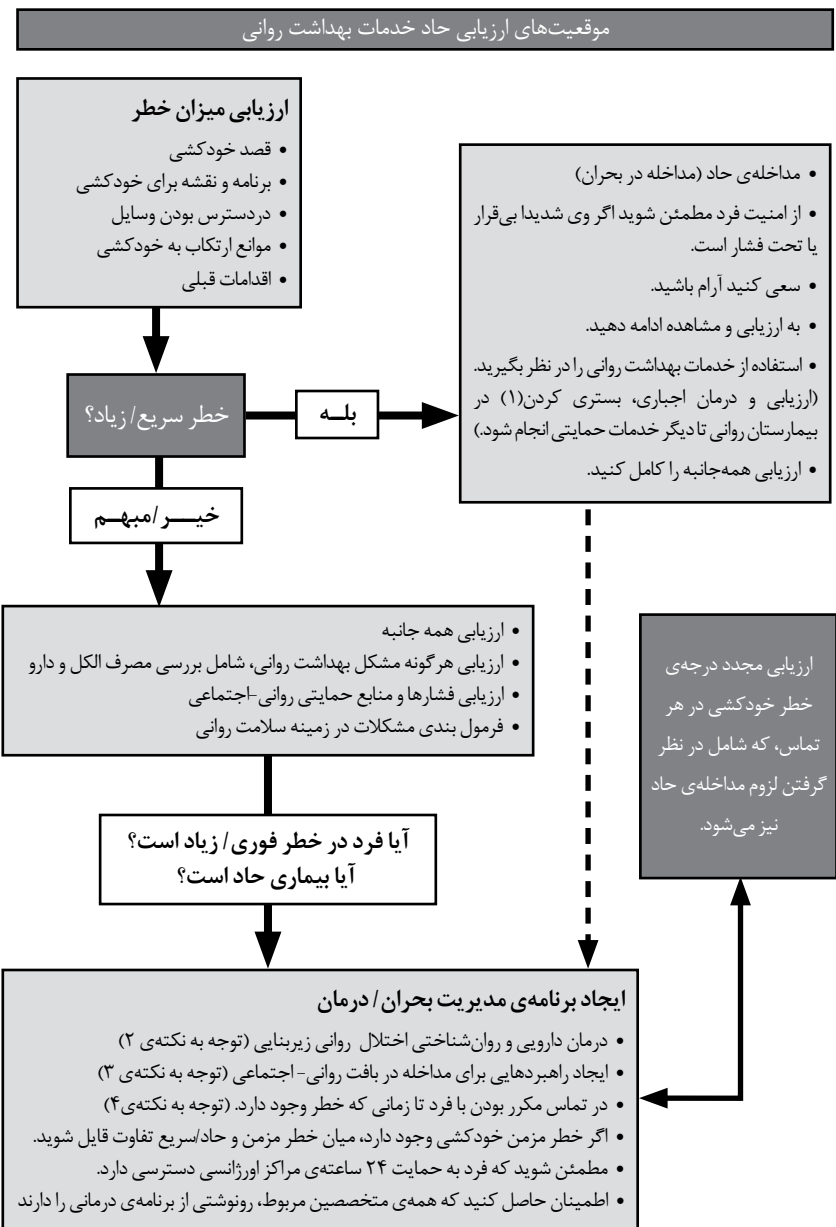
مسأله‌ای که باید بررسی شود	خطر کم	خطر متوسط	خطر زیاد
خانواده و دوستان	<ul style="list-style-type: none"> • کمک در دسترس است؛ افراد مهم زندگی فرد، نگران و آماده کمک هستند 	<ul style="list-style-type: none"> • خانواده و دوستان در دسترس هستند اما دالماً خواستار کمک نیستند. 	<ul style="list-style-type: none"> • خانواده و دوستان در دسترس نیستند، رفتار خصومت آمیز دارند. • دچار فرسودگی روانی هستند، آسیب رسان اند. • غفلت از خود بطور باز و معنادار
	<ul style="list-style-type: none"> • بیان مستقیم احساسات و افکار خودکشی 	<ul style="list-style-type: none"> • داشتن فکر خودکشی با اهداف بین‌فردی (مثلاً: حلال می‌فهمند، نشانمان می‌دهم، لیاقت زندگی ندارم، می‌خواهیم با کسی باشیم که مرده است) 	<ul style="list-style-type: none"> • بیان خیلی غیر مستقیم و غیر کلایمی اهداف درونی شده خودکشی (احساس گناه بی‌ارزشی)
ارتباطات	<ul style="list-style-type: none"> • روابط پایدار، عملکرد خوب شخصیتی و تحصیلی 	<ul style="list-style-type: none"> • بروز نریزنی‌های رفتاری، مصرف مواد در این اواخر • رفتارهای خودکشی حاد در زمینه‌ی شخصیتی-پایه‌ای 	<ul style="list-style-type: none"> • رفتارهای خودکشی در زمینه‌ی شخصیتی بی ثبات؛ مشکلات هیجانی، مشکلات مکرر با همسالان، خانواده و معلمان

۲. منابع مثبت

خطر زیاد	<ul style="list-style-type: none"> یک اقدام با خطر جانی زیاد یا چندین اقدام با خطر متوسط چندین اقدام طی هفته‌ی گذشته 	<ul style="list-style-type: none"> نقشه‌ی کاملا تدوین شده؛ مشخص بودن زمان، محل و چگونگی آن 	<ul style="list-style-type: none"> در دست داشتن وسیله، دسترسی سریع 	<ul style="list-style-type: none"> فورا 	<ul style="list-style-type: none"> اسلحه، حلق آویز کردن، پریدن، مسمومیت ممتد کنید کربن 	<ul style="list-style-type: none"> هیچ کس آن اطراف نیست، ایزوله بودن
خطر متوسط	<ul style="list-style-type: none"> چندین اقدام با خطر کم یا یک اقدام با خطر جانی متوسط تا ریحجه‌ای از تهدیدات مکرر 	<ul style="list-style-type: none"> همراه با مقادیر جزئیات 	<ul style="list-style-type: none"> در دسترس و نزدیک 	<ul style="list-style-type: none"> در طی ساعات آتی 	<ul style="list-style-type: none"> دارو و الکل، تصادف اتومبیل 	<ul style="list-style-type: none"> دیگران در صورتی که فرآیندها به‌وجود، حضور دارند.
خطر کم	<ul style="list-style-type: none"> فقدان اقدام قبلی، با اقدام قبلی با خطر کم مرگ 	<ul style="list-style-type: none"> جزئیات مهم 	<ul style="list-style-type: none"> در دسترس نبودن، باید آنها را تهیه کند. 	<ul style="list-style-type: none"> مشخص نبودن زمان، در آینده 	<ul style="list-style-type: none"> دارو خوردن، رگ زدن 	<ul style="list-style-type: none"> دیگران بیشتر مواقع حضور دارند.
مسائلی که باید بررسی شود	<ul style="list-style-type: none"> ۳ اقدامات قبلی خودکشی 	<ul style="list-style-type: none"> جزئیات 	<ul style="list-style-type: none"> در دسترس بودن وسایل خودکشی 	<ul style="list-style-type: none"> زمان 	<ul style="list-style-type: none"> مرگبار بودن روش مدنظر 	<ul style="list-style-type: none"> شناس مداخله

۴. نقشه و برنامه برای خودکشی

ارزیابی و مدیریت افراد در معرض خطر خودکشی



نکته‌های جدول

۱. بستری کردن

- اگر خطر خودکشی زیاد است یا احتمال اقدام فوری به خودکشی وجود دارد، بستری کردن لازم است.
- گزینه‌ی بستری کردن یا خدمات زیاد حمایتی در موارد زیر مناسب است:
 - زمانی که درمان و مدیریت روان‌پزشکی شدید نیاز است.
 - زمانی که فرد حمایت روانی-اجتماعی ندارد.
 - هنگامی که درمان‌های دارویی نیاز است.
 - نیازمند توجه خاص است.
 - زمانی که فاصله گرفتن با بحران لازم است.

۲. درمان بیماری‌های روانی

- ارجاع به بخش مناسب در خدمات بهداشت روانی
- اگر امکان ارجاع به خدمات بهداشت روانی اجتماعی (دولتی) نیست، به دیگر اورژانس‌های بهداشت روانی یا خدمات مشاوره‌ای ارجاع شود.
- دیگر کارورزهای عمومی اورژانس را نیز در جریان بررسی‌های در حال انجام قرار دهید.
- از تحت حمایت و تحت نظر بودن فرد تا زمانی که به مرکزی تحویلش می‌دهید، اطمینان حاصل کنید.

۳. مداخلات روانی-اجتماعی

- از نبود وسایل خطرناک مثل پرتگاه، اسلحه، طناب، دارو و مواد شیمیایی و امن بودن محیط خانه مطمئن شوید و یقین حاصل کنید که اعضای خانواده به خطرات آگاه هستند.
- ارجاع به مراکز خدماتی مناسب را در نظر بگیرید (مثلاً پناهگاه زنان، مشاوره‌ی افراد سوگوار).
- حل مسئله را برای حل فشارها در نظر بگیرید.

۴. فراوانی تماس

- فرد را بعد از مرخصی از بخش یا بیمارستان شدیداً پیگیری کنید، بخصوص در روزهای اول بعد از مرخصی
- اگر فرد در جلسات پیگیری حاضر نشد و شما به اینکه وی در خطر خودکشی است، معتقدید، تلاش کنید با وی فوراً تماس بگیرید و میزان خطر را ارزیابی کنید.
- هنگام پیگیری در بیمارستان، فراوانی تماس‌های خود را بیفزایید (مثلاً ملاقات و تماس تلفنی).

چند مثال برای ارزیابی خطر خودکشی

در این بخش، مثال‌هایی ذکر شده است. این مثال‌ها به خواننده فرصت می‌دهد که مهارت ارزیابی خطر خودکشی را تمرین کند. برای هر مثال، ابزار ارزیابی خطر خودکشی (TASR) را به کار ببرید و میزان خطر را (کم، متوسط، زیاد) تخمین بزنید. سپس ارزیابی خود را با استاد راهنما یا درمانگر متخصصی به بحث بگذارید. همچنین می‌توانید در طی بحث، راجع به مداخلاتی که برای هر مورد مد نظر دارید، صحبت کنید. به یاد داشته باشید که در هر مثال، از TASR و سیستم نمره‌دهی ستاره * استفاده کنید.

مثال اول

خانم س. دانشجوی ۲۶ ساله‌ای است با ۹ سال سابقه‌ی افسردگی. اکنون وی سومین دوره‌ی افسردگی را طی می‌کند. در دوره‌ی قبلی، بعد از ۴ تا ۶ هفته شروع درمان با داروهای ضد افسردگی، احساس بهبودی کرده بود. قبلاً سابقه‌ی اقدام به خودکشی نداشته، ولی مادرش سال‌ها پیش در اثر خودکشی جان خود را از دست داده است. اکنون وی حدوداً ۲ ماه است در دوره‌ای از افسردگی عمده به سر می‌برد و احساس ناامیدی و بی‌ارزشی می‌کند. به نظر وی، خود و بچه‌اش آینده‌ای ندارند؛ و فکر می‌کند شاید اگر مرده بود بهتر بود. وی مطلقه است و با پسر ۳ ساله‌اش تنها زندگی می‌کند. در حال حاضر حدود ۲ هفته است که داروی ضدافسردگی می‌خورد. در این مدت، از نظر ذهنی خلقتش تغییری نکرده است ولی انرژی‌اش افزایش یافته است. شکایت اصلی‌اش (دلیلی که اکنون نزد شما آمده) سردردهای شدید است. به همین علت از شما می‌خواهد مقدار زیادی مسکن قوی برایش تجویز کنید. در آخرین جلسه‌ای که هفته‌ی پیش با وی داشتید، گفته بود که دیگر نمی‌خواهد با سگ‌های سیاه افسردگی زندگی کند. امروز احساس می‌کند که زندگی ارزش زیستن ندارد و می‌گوید که گاهی افکار درمورد خودکشی به سراغش می‌آید. وقتی مستقیم از وی درباره‌ی برنامه و نقشه درمورد خودکشی سؤال می‌کنید، پاسخ‌های مبهم و طفره‌آمیز می‌دهد. در پاسخ به این سوالاتان که بچه‌اش چه می‌کند، می‌گوید او را به دیدن شوهر سابقش فرستاده است.

مثال دوم

خانم س. دانشجوی ۲۳ ساله‌ی مجردی است که برای تحصیل به این شهر آمده است. او مشکل مالی دارد ولی نمی‌تواند شغل دائمی در زمینه‌ی رشته‌ی خودش پیدا کند. در این‌جا در رستورانی مشغول به کار شده است. وی بعد از مشاجره با یکی از کارکنان رستوران مجش را با چاقوی آشپزخانه می‌برد. در سه ماه گذشته، این سومین دوره‌ای است که وی در آن رفتارهایی را چون بریدن مچ دستش بروز می‌دهد. در بازویش هم جای سوختگی با سیگار دیده می‌شود. او سابقه‌ی

افسردگی یا دیگر اختلالات روان‌پزشکی ندارد و قبل از این دوره‌ها که ذکر شد، قبلاً سابقه‌ی رفتارهای خودآسیب رسان نیز نداشته است. وی الکل و دارو مصرف نمی‌کند. احساس غمگینی می‌کند ولی می‌گوید ناامید نیست. وی ادعا می‌کند که نمی‌خواهد خود را بکشد؛ ولی مچش را می‌برد چون در آن موقع نمی‌داند چه کار دیگری انجام بدهد.

مثال سوم

آقای م. پسر ۱۹ ساله‌ای است که بعد از دعوا با پدرش یک مشت قرص آسپیرین می‌خورد. در سه سال گذشته، این پنجمین باری است که به خودش آسیب می‌زند (اغلب با قرص بوده است). او تاکنون با هیچ روانپزشکی ملاقات نکرده است. در تمام موارد قبلی، از رفتن به روان‌پزشک اجتناب کرده یا در وقت ملاقتش با پزشک حاضر نشده است. به‌علت فروش مواد و دزدی از فروشگاه، مشکلات قانونی داشته است. پدرش چهره‌ی شناخته شده‌ی سیاسی است و می‌گوید که پسرش همیشه با وی بازی کرده تا او هرچه را که می‌خواهد بدست آورد. به‌علاوه او با رفتارهایش سعی می‌کند جلب توجه کند. آقای م. هر علامت افسردگی را انکار می‌کند. وی از شما درخواست می‌کند که به پدرش بگویید که مدرسه‌اش را عوض کند زیرا همه‌ی معلم‌های مدرسه‌اش احمقند. او تهدید می‌کند که اگر پدرش این کار را نکند این بار قرص بیشتری می‌خورد.

مثال چهارم

آقای ج. دانشجوی ۲۷ ساله‌ای است که به کلینیک تلفن می‌کند، (با گفتاری تحکم‌آمیز) می‌گوید که می‌خواهد بعد از اینکه همسر و فرزند ۶ ماهه‌اش را با اسلحه کشت، خودکشی کند زیرا آنها توسط شیطان تسخیر شده‌اند. او از پزشک کلینیک می‌خواهد که به‌خانه بیاید و مطمئن شود که همه مرده‌اند؛ چون این تنها راهی است که روح آنان نجات می‌یابد.

مثال پنجم

آقای ت. مرد ۳۴ ساله‌ی بیکار و با سابقه‌ی سوءمصرف الکل و افسردگی است. آخرین دوره‌ی افسردگی وی حدود دوسال پیش بوده است. وی بعد از درمان موفقیت‌آمیز با داروهای ضدافسردگی، ناپدید می‌شود. تمام یک سال پیش وی نزد هیچ متخصص بهداشتی نرفته است و امروز به اورژانس مراجعه کرده و از دردشکم شکایت می‌کند. آزمایشات پزشکی مشکل و آسیب خاصی را نشان نمی‌دهد. او تنها زندگی می‌کند و هرگونه استفاده از الکل یا دارو را در ماه پیش انکار می‌کند. نگرانی اصلی‌اش درباره سلامت جسمی‌اش است. بعد از اینکه به وی گفته شد که در شکمش مشکلی وجود ندارد دردهای مبهمی را در کمر و سرش نیز گزارش می‌کند. او می‌گوید افسرده نیست ولی هنگامی که از این صحبت می‌کند که

باید به خیابان، جایی که در آن زندگی می‌کند، بازگردد اشک در چشمانش جمع می‌شود. او تقاضای غذا و اتاق اورژانس را دارد. پرستار فکر می‌کند که وی می‌خواهد از سیستم سوءاستفاده کند.

مثال ششم

خانم پ.، زن ۶۸ ساله‌ای است با سابقه‌ی سرطان پستان درمان‌شده. او با شوهر حامی و ۷۰ ساله‌اش زندگی می‌کند. دختر بزرگش همراه داماد و نوه‌هایش، همسایه‌ی دیوار به دیوار آن‌ها هستند. او خیلی به آن‌ها وابسته است و هرروز آنها را می‌بیند. جدیداً دوباره سرطان‌ش عود می‌کند و وی در مطب دکتر، دچار حمله‌ی روحی می‌شود؛ گریه می‌کند و می‌گوید که دیگر نمی‌خواهد زنده بماند. وی بعد از به دنیا آمدن فرزند سومش دوره‌ی افسردگی خفیفی را پشت سر گذاشته بود؛ اما هیچ‌گاه به درمان دارویی نیاز پیدا نکرد. تاریخچه‌ی طولانی از افسردگی در خانواده‌ی نسبی وی دیده می‌شود؛ ولی سابقه‌ی خودکشی وجود ندارد. او هرگونه نقشه و برنامه برای خودکشی را انکار می‌کند و ادعا می‌کند افکارش درباره مرگ از بین رفته‌اند. اکنون از افکارش درباره‌ی مردن، احساس شرمندگی می‌کند و بسیار از این مسئله ناراحت است. او می‌گوید که ناامید نیست و می‌خواهد به خانه بازگردد.

مثال هفتم

آقای م. ی. مرد بیکار ۴۸ ساله‌ای است. حدود ۵ هفته‌ی پیش سکنه‌ی قلبی می‌کند ولی اکنون به‌نظر می‌رسد بهبود یافته است. ۳ هفته‌ی پیش از بیمارستان مرخص می‌شود. تاکنون اغلب در خانه بوده و با تلویزیون و کتاب خواندن وقت خود را سپری می‌کرده است. او با شکایت از کمردرد مراجعه کرده و درضمن می‌گوید که خیلی غمگین است و نمی‌داند چرا همه چیز بد پیش می‌رود. دوستانش گفته‌اند که افسردگی بعد از حمله‌ی قلبی طبیعی است. وی اظهار می‌کند که بزرگ‌ترین علاقه‌ی وی در حال حاضر مسایل دینی است و وی بیشتر از ۲۰ سال است که عضو انجمنی دینی است و می‌گوید که ایمان و اعتقاداتش برایش خیلی مهم است و تاکنون وی را تا این جای زندگی نگه داشته است. او نگران این است که مبادا ایمانش را از دست بدهد و درباره‌ی حمله‌های اضطرابی‌اش صحبت می‌کند. در پاسخ به سوال مستقیمی که از وی می‌شود؛ اعتراف می‌کند که بارها به کشتن خویش با خوردن داروهای قلبش فکر کرده است؛ اما نگران این است که نکند در اثر این کار به جهنم برود. دیروز تعداد زیادی قرص قلب را از کمدش بیرون آورده و درحالی‌که ۱۵ دقیقه به آنها خیره بوده، سعی کرده است تصمیم بگیرد که آیا خودش را بکشد یا خیر. اما ایمانش به وی اجازه نداده که خودش را بکشد، به‌علاوه اگر خودکشی کند همسرش خیلی رنج خواهد کشید. پس آنها را سرجایش گذاشته است.

مثال هشتم

آقای ر. ج. مرد ۶۷ ساله‌ای است که مدیر بانک است و رهبرانجمن معروفی است. او در برخی از خیریه‌های سلامت عضو و فعال است. کارکنان بیمارستان وی را می‌شناسند زیرا اخیراً از سمت مدیریت برد بیمارستان استعفاء کرده است. امروز عصر وی با شکایت درد ناگهانی در چانه‌اش همراه با فشارهای تنفسی و لرزش و ترس از مرگ قریب‌الوقوع، مراجعه کرده است. این مسایل ناگهانی، هنگامی که با همسرش آماده می‌شدند که به مهمانی شام یکی از مجامع سرطان بروند، روی داده است. تمام آزمایشات پزشکی سالم بودند. همسرش برای عوض کردن لباسش به خانه برمی‌گردد و در آن هنگام او از شما می‌خواهد که نزدش بروید و اعتراف می‌کند که روز پیش، وی توسط پزشکی در یکی از بیمارستان‌های شهر خبر دار شد که HIV مثبت دارد. وی اقرار می‌کند که رابطه‌ی مخفیانه‌ی هشت ماهه‌ای داشته است. این رابطه با دختری خیابانی بوده که به شکل وریدی مواد مصرف می‌کرده و برای گرفتن مشاوره از برنامه‌های بیمارستان برای دختران خیابانی به وی مراجعه کرده است. پزشکی که این خبر را به وی داده از وی خواسته که فردا به وی مراجعه کند تا بگوید که چه باید بکند. آقای ر. ج. سابقه‌ی خانوادگی بیماری روانی نداشته و سابقه‌ی افکار یا اقدام به خودکشی هم ندارد. با این حال از زمانی که این خبر را در مورد وضعیت جسمی‌اش دریافت کرده، اضطراب شدید، علایم جسمی و افکار جدی ولی کوتاه مدت خودکشی پیدا کرده است. او نمی‌داند که چه باید بکند. از اینکه این موقعیت چه بر سر شهرتش خواهد آورد رنج می‌کشد و فکر می‌کند اخراج خواهد شد. او درباره‌ی کارهایی که کرده احساس گناه می‌کند و نمی‌داند چه به همسرش بگوید. داشتن برنامه یا نقشه برای خودکشی را انکار می‌کند. نمی‌خواهد فردا سر قرار ملاقات با پزشکش برود. فکر می‌کند که به‌جایش باید به تعطیلات برود تا درباره‌ی این مسئله فکر کند و راهی بیابد.

فصل ششم

پیشگیری از خودکشی

- جنس و سن جزء جنبه‌های مهم خطر خودکشی هستند و باید در زمان تدوین برنامه‌های خودکشی مد نظر قرار بگیرند.
- گزارش‌های رسانه‌ها که باعث پر رنگ کردن خودکشی می‌شوند ممکن است به طور معکوس باعث گرایش افراد به خودکشی و افزایش میزان خودکشی شود.
- اگر افسردگی و اضطراب درمان شوند، نرخ خودکشی کاهش می‌یابد. مطالعات، اثربخشی داروهای ضدافسردگی و روان‌درمانی‌ها را تأیید کرده‌اند.
- پیشگیری از خودکشی و اقدام برای خودکشی نیازمند توجه بیشتر به رویکرد سلامت عمومی است. بار مالی خودکشی به اندازه‌ای زیاد است که دولت باید تمام تلاش خود را متوجه آن کند البته با نظارت وزارت بهداشت.
- برنامه‌های پیشگیری از خودکشی باید تدوین شوند. در این برنامه‌ها باید نیازهای خاص گروه‌های سنی، جنسی، قومیتی و... مد نظر قرار بگیرند.
- متخصصان بهداشت باید برای شناسایی خطر خودکشی آموزش ببینند و با سایر مراکز بهداشتی تعامل داشته باشند.
- آموزش متخصصان و جمعیت عمومی هر چه سریع‌تر باید آغاز شود و هم بر عوامل خطر ساز و هم حمایت‌کننده توجه شود.
- انجام تحقیقات بر روی برنامه‌های پیشگیری از خودکشی باید مورد حمایت قرار بگیرد.
- رسانه‌ها باید در برنامه‌های پیشگیری از خودکشی درگیر شده و آموزش‌های مناسب به آنها داده شود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۳).

در اکثر برنامه‌های پیشگیری مراحل زیر انجام می‌شوند.

۶ پیشگیری از خودکشی*

با توجه به هزینه‌های ناشی از خودکشی تلاش‌های بسیار زیادی در سرتاسر جهان برای کنترل این پدیده صورت گرفته است (گوا، هارستال، ۲۰۰۴). رویکردها و برنامه‌های مختلفی نیز برای جلوگیری از این پدیده تدوین شده است که از جمله این برنامه‌ها می‌توان به *استراتژی ملی برای پیشگیری از خودکشی در فنلاند ۱۹۸۶-۱۹۹۶ (STAKES)*؛ آپان، ماکانن، راتاوا، ۱۹۹۹، *"انتخاب زندگی" - استراتژی ملی و برنامه‌ی عملی برای پیشگیری از خودکشی در اسکاتلند (۲۰۰۲)*، برنامه‌ی عملی برای پیشگیری از خودکشی در استونی و برنامه‌ی ملی پیشگیری از خودکشی در آلمان (۲۰۰۳) اشاره کرد.

در نشست سازمان بهداشت جهانی در مورد راهکارهای پیشگیری از خودکشی در اروپا که در سال ۲۰۰۴ در بروکسل انجام شد، سیاست‌گذاران سلامت و متخصصان سلامت روان و رفتارهای خودکشی از ۳۶ کشور به بررسی حوادث و روش‌های مختلف در مورد پیشگیری از خودکشی پرداختند. نتایج این اجلاس به صورت زیر طبقه بندی می‌شود:

- خودکشی و اقدام برای خودکشی نشان دهنده‌ی مشکلات جدی در سلامت روان جمعیت عمومی است. در برخی از کشورها تعداد افرادی که بر اثر خودکشی می‌میرند بیشتر از افرادی است که بر اثر تصادف جان خود را از دست می‌دهند.

* این بخش برگرفته از مقاله‌ی "گام‌هایی برای تدوین برنامه‌ی جامع خودکشی" نوشته‌ی دکتر لیلی پناغی و سمیه محمدی، فصلنامه‌ی سلامت روان، شماره ۳ می‌باشد.

با توجه به مطالب مطرح شده در بالا، و بر اساس یافته‌های سایر برنامه‌های پیشگیری از خودکشی برای تدوین یک برنامه جامع ویژه باید مراحل و گام‌های مشخصی را طی کرد. بدین منظور توجه به مراحل زیر خالی از لطف نیست:

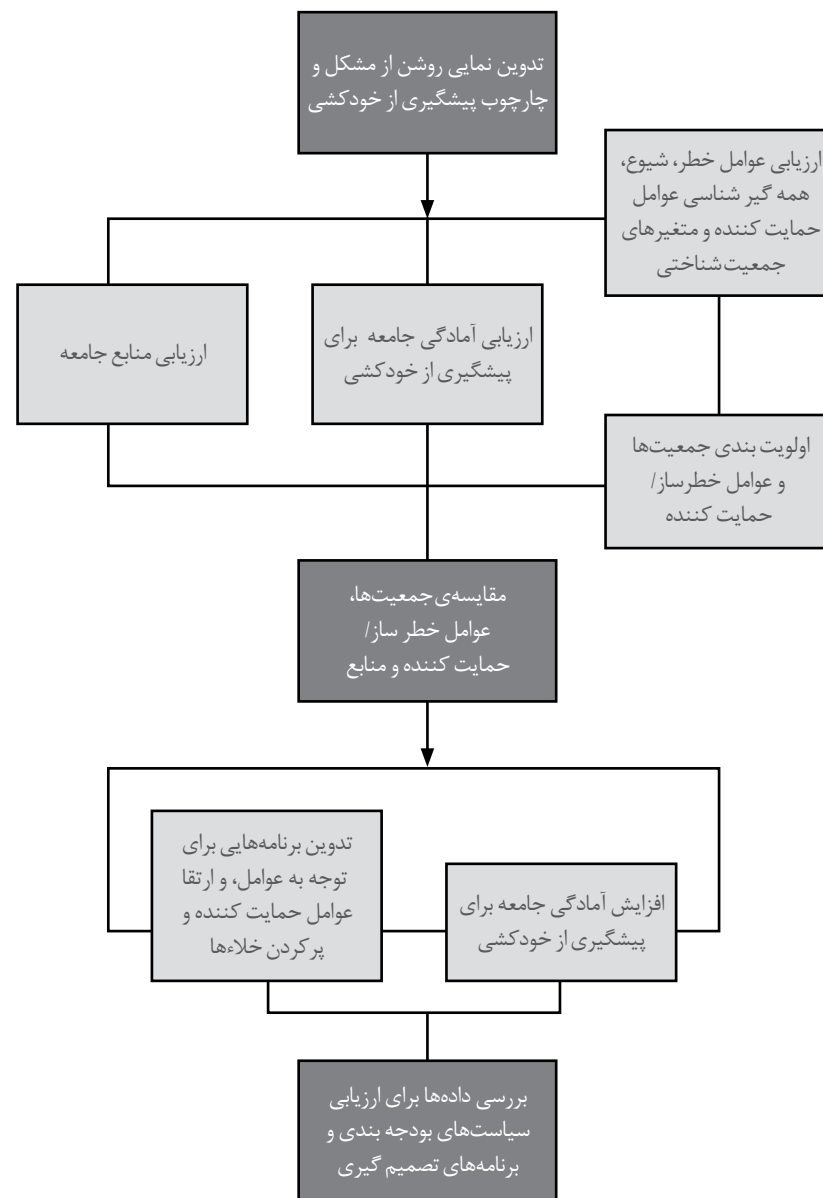
۱-۶ تحلیل وضعیت موجود

برای انجام هر نوع برنامه‌ی پیشگیری باید وضعیت موجود به دقت تحلیل شود. در برخی موارد مشخص کردن عمدی یا غیر عمدی بودن مرگ‌های ناشی از تصادف، سقوط، غرق شدن یا مصرف دوز بالای مواد مخدر کاری دشوار است. از آنجائیکه در بسیاری از مواقع مرگ‌های جوانان، غیر عمدی یا تصادفی تلقی می‌شود، آمار و اطلاع دقیقی از میزان واقعی خودکشی در جوانان و نوجوانان در دست نیست. به علاوه بررسی‌ها نشان داده است که تعریف مردم افراد از اقدام به خودکشی با تعریف روانشناسان متفاوت است و از این رو میزان خودکشی گزارش شده از طریق پرسشنامه‌های خودگزارش دهی ۲ برابر آن چیزی است که روانشناسان و روان پزشکان گزارش می‌کنند. به نظر می‌رسد افراد جوان نسبت به متخصصان تعریف گسترده‌تری از خودکشی دارند. به علاوه تنها ۵۰٪ از افراد جوانی که اقدام به خودکشی می‌کنند به بیمارستان مراجعه می‌کنند بنابراین تعداد موارد خودکشی‌ای که بیمارستان‌ها گزارش می‌دهند نمی‌تواند آمار دقیقی از خودکشی در جامعه ارائه دهد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۰).

■ شناسایی منابع موجود

یکی دیگر از کارهایی که باید برای داشتن یک برنامه جامع و پایدار صورت گیرد، شناسایی منابع موجود در جامعه و تجهیز این منابع است. برای چنین کاری ابتدا باید منابعی را که می‌توان از طریق آنها به جوانان و به ویژه دانشجویان کمک کرد، را شناسایی نمود. این منابع می‌توانند شامل اعضا خانواده، دوستان، همکلاسی‌ها، همکاران، افراد روحانی، مراکز بحران و متخصصین بهداشت روان باشند. با وارد کردن و آگاه ساختن خانواده، دوستان، همکلاسی‌ها و سایر افرادی که ارتباط مستقیمی با جوانان و دانشجویان دارند، می‌توان به پیشبرد اهداف برنامه‌های پیشگیری از خودکشی کمک کرد. ارائه‌ی اطلاعات کافی به این افراد (از قبیل اطلاعاتی در مورد شناسایی علائم، مطلع ساختن متخصصان بهداشت روان و...) می‌تواند منجر به شناسایی دقیق‌تر و زود هنگام‌تر علائم هشداردهنده شود، به علاوه از آن جائیکه مدت زمان حضور این افراد در کنار جوانان و دانشجویان بیشتر از متخصصان بهداشت روانی است بنابراین مطلع بودن آنها از روش‌های مناسب برخورد با جوانان در معرض خطر، کمک بزرگی به کاهش خطر خودکشی در جوانان است.

از آنجائی که خودکشی در جوانان یک مشکل چند بعدی و گسترده است، برای تدوین یک برنامه‌ی جامع و پایدار باید افراد مختلف، محیط‌های متفاوت و رویکردهای بسیاری در برنامه‌های پیشگیری به



شکل شماره ۱: طرح کلی پیشگیری از خودکشی برگرفته از کاتالانو و هاوکینز، دانشگاه واشنگتن

کار برده شود. در برنامه‌ی پیشگیری از خودکشی جوانان ایالت واشنگتن برای کارآمدتر کردن برنامه و رسیدن به اهداف از قبل تعیین شده‌ی برنامه ۶ حوزه‌ی کلی در نظر گرفته شد که این حوزه‌ها عبارتند از:

- سیاست
- روش‌های برنامه‌ریزی شده
- ائتلاف‌ها و شبکه‌ها
- آموزش تخصصی
- آموزش جامعه
- دانش و مهارت فردی

در هر کدام از این شش حوزه نیز ملاحظاتی در نظر گرفته شده است. با پیگیری این ملاحظات، برنامه‌ی جامع و پایدار پیشگیری از خودکشی می‌تواند تمام بخش‌های مربوط در جامعه را تحت پوشش قرار دهد.

در نخستین حوزه، یعنی سیاست، باید به ملاحظات زیر توجه کرد:

- ۱ افزایش بودجه‌ی مربوط به پیشگیری از خودکشی.
- ۲ افزایش تعداد موسساتی که درباره‌ی مقابله با فشار روانی آموزش می‌دهند و دانشجویان را با مراکز خدمات بهداشت روان آشنا می‌کنند یا ارجاع می‌دهند.
- ۳ افزایش تعداد مشاغل و متخصصانی که مجوز لازم را برای ارزیابی و تشخیص؛ مداخله و درمان خودکشی داشته باشند.
- ۴ افزایش مراکز خدمات مرتبط با بهداشت روان و سوء مصرف مواد.
- ۵ افزایش میزان بررسی و بازنگری‌ها درباره‌ی اقدام به خودکشی در دانشجویان و جوانان به مثابه روشی برای بهبود برنامه‌های پیشگیری از خودکشی.

در دومین حوزه یعنی روش‌های برنامه‌ریزی شده باید به ملاحظات زیر توجه کرد:

- ۱ افزایش گروه‌های محلی که بر پیشگیری از خودکشی در جوانان متمرکز هستند.
- ۲ افزایش تعداد موسسات خدمات اجتماعی که برنامه‌های پیشگیری از خودکشی را در منابع و پایگاه‌های اینترنتی خود جای می‌دهند.
- ۳ استفاده از راهنماهای ارزیابی خودکشی در مراکز بهداشتی، اورژانس‌ها و مراکز ترک اعتیاد.
- ۴ استفاده از راهنماها برای تشخیص افراد افسرده و دانشجویان در معرض خطر خودکشی در مراکز بهداشتی، مدارس و دانشگاه‌ها.
- ۵ تدوین و بازنگری برنامه‌های مداخله در بحران برای مدارس و دانشگاه‌ها به منظور داشتن آمادگی لازم برای واکنش به خودکشی جوانان در این محیط‌ها.

در سومین حوزه یعنی ائتلاف‌ها و شبکه‌ها ملاحظات زیر را باید در نظر گرفت:

- ۱ افزایش شبکه‌های حمایت اجتماعی که برنامه‌های پیشگیری از خودکشی را گسترش می‌دهند.
- ۲ افزایش گروه‌های متمرکز بر جوانان که برای بهبود سلامت روان به یکدیگر ملحق می‌شوند.
- ۳ افزایش تعداد گروه‌های محلی که دسترسی به خدمات بهداشت روان را برای جوانان و دانشجویان تسهیل می‌کنند.

در حوزه چهارم، که مربوط به آموزش تخصصی است می‌توان به ملاحظات اشاره داشت:

- ۱ افزایش مهارت‌های افرادی که برنامه‌های پیشگیری از خودکشی را اجرا می‌کنند.
- ۲ افزایش مهارت و دانش افرادی که با جوانان ارتباط دارند تا از این طریق بتوانند جوانان در معرض خطر را برای گرفتن کمک تشویق نمایند.
- ۳ افزایش تعداد کالج‌ها و دانشگاه‌هایی که واحدهای پیشگیری از خودکشی را ارائه می‌دهند.
- ۴ افزایش تعداد متخصصانی که در تشخیص و صحبت کردن با جوانان در معرض خطر درباره‌ی خودکشی، فکر کردن به آن و رفتارهای مرتبط با آن آموزش دیده باشند.

حوزه پنجم مربوط به آموزش جامعه است:

- ۱ افزایش دسترسی به داده‌ها و سایر اطلاعاتی که منابع محلی می‌توانند برای نشان دادن نیاز جوانان به برنامه‌های پیشگیری از خودکشی استفاده کنند.
- ۲ ایجاد نگرش مثبت در افراد؛ به گونه‌ای که مشکلات بهداشت روان را مسائلی حل‌شدنی بدانند.
- ۳ افزایش فرصت‌های آموزشی به خصوص برای کسانی که ارتباط نزدیکی با جوانان در معرض خطر خودکشی دارند.
- ۴ تدوین و ارائه‌ی اطلاعات برای کمک به اعضا جامعه به منظور بهبود خدمات پیشگیری از خودکشی.

حوزه ششم مربوط به آموزش افراد است، در این حوزه به ملاحظات زیر توجه می‌شود:

- ۱ افزایش تعداد افرادی که می‌دانند برای کمک به پیشگیری از خودکشی جوانان باید به چه مراکزی ملحق شوند.
- ۲ افزایش تعداد جوانانی که می‌دانند برای گرفتن کمک چه برای خود و چه دوستانشان باید به کجا مراجعه کنند.
- ۳ افزایش تعداد افرادی که دانش و مهارت لازم را برای شناسایی و دسترسی به افراد در معرض خطر دارند.
- ۴ ایجاد فرصت‌هایی آموزشی در باره‌ی برنامه‌های پیشگیری از خودکشی برای افراد مختلف.

بنابراین برای رسیدن به اهداف برنامه‌های پیشگیری از خودکشی نه تنها باید اعضا، خانواده، دوستان و سایر افرادی را که ارتباط نزدیک‌تر و بهتری با جوانان دارند، درگیر کرد بلکه باید تمامی منابع موجود در جامعه اعم از دولت، دانشگاه‌ها، مراکز بهداشتی، منابع محلی همچون مساجد، روحانیان و... را بسیج نمود.

۲-۶ طراحی مداخله

برای طراحی مداخله، در آغاز باید گروه‌های هدف مشخص شوند. گروه هدف به گروهی اطلاق می‌شود که مداخله بر روی آن انجام می‌شود. برای انجام مداخله ای کارآمد باید ویژگی‌های مختلف گروه از جمله جنس، سن، تحصیلات، قومیت، مذهب و سایر ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه را در نظر گرفت، در کنار این خصوصیات، باید نوع خدمات و میزان خدمات مورد نیاز گروه هدف را نیز مشخص ساخت. بر این اساس گوردون (۱۹۸۷) و کامپفر و باکسلی (۱۹۹۷) سه نوع مداخله پیشگیرانه را توصیف می‌کنند، که هر یک از این مداخلات برای گروه خاصی در نظر گرفته شده و هدف مشخصی دارد اما در عین حال این مداخلات ارتباط تنگاتنگ و مستقیمی با یکدیگر دارند.

۱. **پیشگیری عمومی**^۱: در این نوع پیشگیری گروه هدف تمامی افراد جامعه است (دانشجویان، دانش آموزان و...) و بدون غربال کردن افراد اطلاعات و مهارت‌های لازم برای پیشگیری از مشکل در اختیار همه‌ی افراد جامعه قرار می‌گیرد. تدوین قوانین مناسب و انجام مداخلات کلی در سطح دانشگاه‌ها در این دسته قرار می‌گیرند.

۲. **پیشگیری انتخابی**^۲: هدف از پیشگیری انتخابی تمرکز بر گروه‌های در معرض خطر و گروه‌هایی است که احتمال ایجاد مشکل در آنها از میانگین جامعه بالاتر است. این گروه‌ها بر اساس جنس، سن، محل زندگی و سایر ملاک‌های مورد نظر انتخاب می‌شوند. برگزاری کلاس‌های مهارت‌های زندگی و مهارت‌های مقابله‌ای در این دسته قرار می‌گیرد.

۳. **پیشگیری فردی**^۳: در پیشگیری از آزمون‌های غربالگری استفاده می‌شود و هدف شناسایی دقیق افرادی است که در معرض خطر بالا هستند و علائم هشداردهنده در آنها مشاهده می‌شود. درمان‌های رفتاری-شناختی جز این دسته از مداخلات محسوب می‌شوند.

1. Universal Prevention
2. Selective Prevention
3. Indicated Prevention

۳-۶ انجام مداخله

پس از مشخص کردن گروه‌های هدف و مشخص کردن اهداف مورد نظر برای هر یک از گروه‌ها اقدام بعدی، انجام مداخله‌ی مناسب است. مداخلات را می‌توان بر اساس نوع پیشگیری مورد نظر به ۳ دسته تقسیم کرد:

الف مداخلاتی که گروه هدف آنها جمعیت عمومی است.

همانطور که قبلاً ذکر شد هدف این دسته از مداخلات آموزش و ارائه‌ی اطلاعات و منابع کافی به کل جمعیت است. برخی از اقداماتی که می‌توان در این حوزه انجام داد عبارتند از: انجام آزمون‌های غربالگری مناسب، ایجاد زیرساخت‌های مناسب در جامعه، ایجاد مراکز حمایت‌کننده برای جوانان، آموزش عمومی، آموزش‌های مربوط به خودکشی در سطح دانشگاه‌ها، استفاده از رسانه‌ها در برنامه‌های پیشگیری از خودکشی، بهبود وضعیت خوابگاه‌ها و ایجاد فضایی سالم در خوابگاه‌ها و دانشگاه‌ها، آموزش کارمندان و اساتید برای شناسایی علائم هشدار و آموزش نحوه‌ی برخورد و واکنش مناسب.

از آن جاییکه ملزم کردن افراد برای پرکردن پرسشنامه‌های مربوط به خودکشی، اضطراب و افسردگی عملی اخلاقی نیست، می‌توان از روش‌های غیر مستقیم‌تر و واسط استفاده کرد برای مثال:

■ **پوسترها و بروشورها:** در پوسترها و بروشورهای مربوط به خودکشی علائم هشداردهنده نوشته شده است، و نکات اصلی در مورد نحوه‌ی واکنش افراد و چگونگی ارجاع فرد در معرض خطر به مراکز مربوطه ذکر شده است. به علاوه اطلاعات تماس با مراکز درمانی مجاز نیز در آنها گنجانده می‌شود. این پوسترها و بروشورها را می‌توان بین دانشجویان و دانشگاهیان توزیع کرد تا افراد در صورت مشاهده‌ی علائم هشداردهنده در خود و یا در دوستانشان در صورت تمایل با مراکز درمانی تماس حاصل کنند.

■ **پایگاه‌های اینترنتی:** در یک پایگاه اطلاعاتی اینترنتی که برای پیشگیری از خودکشی در میان جوانان ایجاد شده است، معمولاً چند بخش اساسی وجود دارد که عبارتند از: اطلاعات و آمار خودکشی، تعریف خودکشی، انجام آزمون‌های غربالگری مثل آزمون اضطراب و افسردگی، بک، اطلاعات مناسب برای جوانان، والدین و بزرگسالان؛ و در نهایت و در صورت تمایل روش‌های مکاتبه با این پایگاه‌ها و گرفتن راهنمایی‌های لازم. باید دقت داشت که اطلاعات این پایگاه‌ها باید به زبان ساده و غیر تخصصی بیان شود. همچنین باید از بیان اطلاعاتی که باعث سوگیری می‌شوند اجتناب کرد. برخی از این پایگاه‌های اینترنتی که در سایر کشورها فعالیت دارند عبارتند از:

<http://www.youthsuicide.ca>

<http://www.yellowribbon.org>

<http://www.suicideprevention.com.au>

■ **آموزش کارکنان:** کارکنان و اساتید دانشگاه از جمله گروه‌هایی هستند که ارتباط نزدیکی با دانشجویان دارند. کارکنان با داشتن دانش، مهارت و نگرش لازم برای شناسایی و تشخیص علائم می‌توانند دانشجویان در معرض خطر را تشخیص داده و از منابع موجود در دانشگاه برای کمک کردن به آنها استفاده کنند.

■ **آماده کردن گروه‌هایی برای زمان‌های بحرانی:** آماده کردن و آموزش مهارت‌های لازم به تعداد زیادی از افراد (والدین، اعضای دانشکده، دانشجویان، نمایندگان نهادهای محلی) تا در صورت وقوع هر حادثه‌ای گروهی کارآمد بتوانند از عهده‌ی مدیریت مشکل برآیند. به علاوه فهرست کردن افراد پلیس محلی، سازمان آتش نشانی و پزشکان نیز می‌تواند تضمین‌کننده‌ی واکنشی مناسب و به‌موقع باشد (سازمان آموزش کالیفرنیا، ۲۰۰۲؛ دوآیر، اشر و وارگر، ۱۹۹۸).

■ **آموزش والدین:** فراهم کردن اطلاعات، دانش و مهارت مناسب برای والدین نیز از جمله راه‌های کمک به دانشجویان و جوانان در معرض خطر است. اگر والدین بتوانند رفتارهایی که حاکی از بی‌ثباتی هیجانی یا افسردگی هستند را در فرزندان خود شناسایی کنند، احتمال اینکه برای دریافت کمک به مراکز بهداشتی مراجعه کنند افزایش خواهد یافت. یکی از روش‌های مهم در ارائه‌ی اطلاعات کافی به والدین استفاده از پایگاه‌های اینترنتی است (راهنمای پیشگیری از خودکشی برای مدارس کالیفرنیا، ۲۰۰۵).

■ **ایجاد ساختارهای حمایتی برای جوانان:** بر اساس اطلاعات مرکز ملی سلامت نوجوانان دانشگاه کالیفرنیا، برای ایجاد ساختارهای حمایتی مناسب باید روش‌های مختلفی را به کار برد.

۱. ایجاد حمایت عمومی برای سرمایه‌گذاری در مسائل مربوط به جوانان. بدین منظور باید سیاستگذاران را در جریان مسائل مربوط به جوانان قرار داد و آنها را تشویق کرد تا برای آگاه شدن از مسائل جوانان با آنها ملاقات‌های رو در رو داشته باشند. باید افراد جامعه را تشویق کرد که با جوانان ارتباط برقرار کرده و فاصله‌ی بین نسلی را کاهش داد. به علاوه می‌توان جامعه را از نیازها و توانایی‌های جوانان آگاه ساخت تا بدین ترتیب نیروی جوان موجود در جامعه عملکرد موثرتری در ساخت جامعه داشته باشد. در نهایت می‌توان از رسانه‌ها برای پرداختن بیشتر به مسائل جوانان کمک گرفت و حتی رسانه‌هایی را که توجه ویژه به این قشر دارند تشویق کرد.

۲. استفاده از جوانان در سیاست‌گذاری‌ها: ایجاد مهارت‌های کافی در جوانان برای شرکت در فرایندهای سیاست‌گذاری، ایجاد فرصت‌های کافی برای سیاست‌گذاری توسط جوانان، استفاده از جوانان در کمیسیون‌های محلی و شهری.

۳. تضمین دسترسی جوانان به خدمات بهداشتی مناسب: برای این منظور باید از وجود

خدمات کافی اطمینان حاصل کرد، بین خدمات بهداشتی روانی و جسمانی تعادل برقرار کرد و خدمات بیمارستانی را برای جوانانی که همزمان اختلالات روانی و جسمانی دارند، افزایش داد.

۴. ایجاد محیط‌های مناسب که گزینه‌های مناسبی برای زندگی پیش روی جوانان قرار می‌دهند: پرکردن اوقات فراغت جوانان، ایجاد فرصت‌های شغلی برای جوانان، ایجاد پیوندهای اجتماعی بین جوانان و برقراری ارتباط میان جوانان و سایر گروه‌ها، ایجاد شرایط انجام انتخاب‌های سالم و ایمن برای جوانان همچون ایجاد شبکه‌های اجتماعی، ایجاد کانال‌هایی برای ارائه‌ی اطلاعات، افزایش توانایی جوانان برای انجام کارهای گروهی.

ب انجام مداخلات برای گروه‌های در معرض خطر.

این دسته از مداخلات بر روی گروه‌هایی انجام می‌شود که عوامل خطر ساز خودکشی در آنها وجود دارد. برخی از مداخلاتی که می‌توان در این دسته انجام داد عبارتند از:

■ **برنامه‌های پیشگیری از خودکشی برای افراد داوطلب:** برای این منظور می‌توان آموزش‌های به‌روز شده‌ای در مورد علائم خطر، رفتارهای هشداردهنده و خیالبافی در مورد خودکشی در اختیار افرادی که با جمعیت‌های دانشجویی در معرض خطر کار می‌کنند قرار داد. مهارت‌های لازم را برای گرفتن کمک از والدین و یا سایر افراد به جوانان آموخت، برای جلوگیری کردن از خودکشی مجدد مداخله‌های پس از خودکشی را بیشتر و بهتر کرد.

■ **استفاده از روش‌های غربالگری مناسب:** بیماری‌های روانی مرتبط با خودکشی را در دانشجویان شناسایی کرد. دانشجویانی که در حال حاضر به خودکشی فکر می‌کنند یا برنامه‌ای برای انجام خودکشی ترتیب داده‌اند؛ یا اینکه تا کنون اقدام به خودکشی کرده‌اند، دانشجویان در معرض خطر هستند. در این سطح باید این دانشجویان شناسایی شوند و به مراکز تخصصی ارجاع داده شوند. البته باید توجه داشت که انجام آزمون‌های غربالگری برای جمعیت دانشجویی کاری دشوار است و مجبور کردن افراد به پر کردن آزمون‌های غربالگری کاری اخلاقی نیست، از این رو گام نخست برای چنین کاری جلب رضایت و اعتماد دانشجویان است در غیر این صورت ارائه‌ی اطلاعات لازم و توزیع اطلاعات ضروری میان دانشجویان به اهداف برنامه‌های پیشگیری از خودکشی کمک بیشتری می‌کند.

■ **آموزش مهارت‌های زندگی به جمعیت در معرض خطر:** آموزش مهارت‌هایی همچون حل مساله، مذاکره، حل اختلاف، مقابله با خلق منفی و بسیاری دیگر از مهارت‌های زندگی، برای مواجهه با مشکلات و فشارهای روانی، امکانات مناسبی در اختیار دانشجویان قرار می‌دهد.

■ **امکان کمک رسانی فوری (Hotline):** برقراری خطوط ویژه‌ای که در طی ۲۴ ساعت امکان دسترسی به آن وجود داشته باشد. بنابراین دانشجویان می‌توانند بیست و چهار ساعته با متخصصان حوزه بهداشت روان تماس بگیرند.

ج انجام مداخله برای افرادی که شدیداً در معرض خطرند.

افراد مورد نظر در این گروه کسانی هستند که احتمال اقدام به خودکشی در آنها بسیار زیاد است، کسانی که سابقه اقدام به خودکشی دارند یا بازماندگان، دوستان و آشنایان افرادی که در اثر خودکشی فوت شده‌اند، در این دسته قرار دارند.

■ **افرادی که احتمال اقدام به خودکشی در آنها بسیار زیاد است:** این دسته از افراد کسانی هستند که بیشتر عوامل خطر و علائم هشداردهنده خودکشی را دارند. برای کمک به این افراد باید در صورت تمایل خود آنها و جلب رضایتشان، آنها را به افراد متخصص که آموزش‌های لازم را برای چنین شرایطی دیده باشند ارجاع داد.

■ **ارائه‌ی خدمات بالینی و روانشناختی مناسب به افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند**

■ **گروه‌های حمایتی برای اقدام کنندگان**

■ **گروه‌های حمایتی برای بازماندگان:** بازماندگان افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند بیش از بازماندگان افرادی که جان خود را در حوادث طبیعی از دست داده‌اند احساس مسئولیت، طرد و رهاشدگی می‌کنند. احساس خجالت، شرمندگی و لکه‌دار شدن آبرو آنها را از دیگر بازماندگان متمایز می‌کند. بازماندگان چنین افرادی زمان زیادی را برای یافتن علت اقدام فرد به خودکشی صرف می‌کنند. این فرض کلی که والدین مسئول رفتار فرزندان خود هستند نیز باعث می‌شود که این بازماندگان فشار روانی و اجتماعی بیشتری را متحمل شوند. برای افرادی که عزیزان خود را بر اثر خودکشی از دست داده‌اند صحبت کردن در مورد علت مرگ و یا صحبت کردن در مورد خودکشی دشوار است. این دسته از افراد فرصت کمتری برای بیان غم و اندوه خود دارند. گروه‌های حمایتی می‌توانند کمک بزرگی برای طی فرایند بهبودی در این دسته از افراد باشند. در برخی از کشورها این گروه‌ها توسط دولت‌ها تشکیل می‌شوند اما می‌توان برای شکل دادن به آنها از روحانیان و یا خود بازماندگان استفاده کرد. این گروه‌ها می‌توانند باعث ایجاد موارد زیر شود:

۱. احساس همبستگی و حمایت

۲. محیطی همدلانه و احساس تعلق به آن، در شرایطی که فرد احساس می‌کند که از دنیا جدا افتاده.

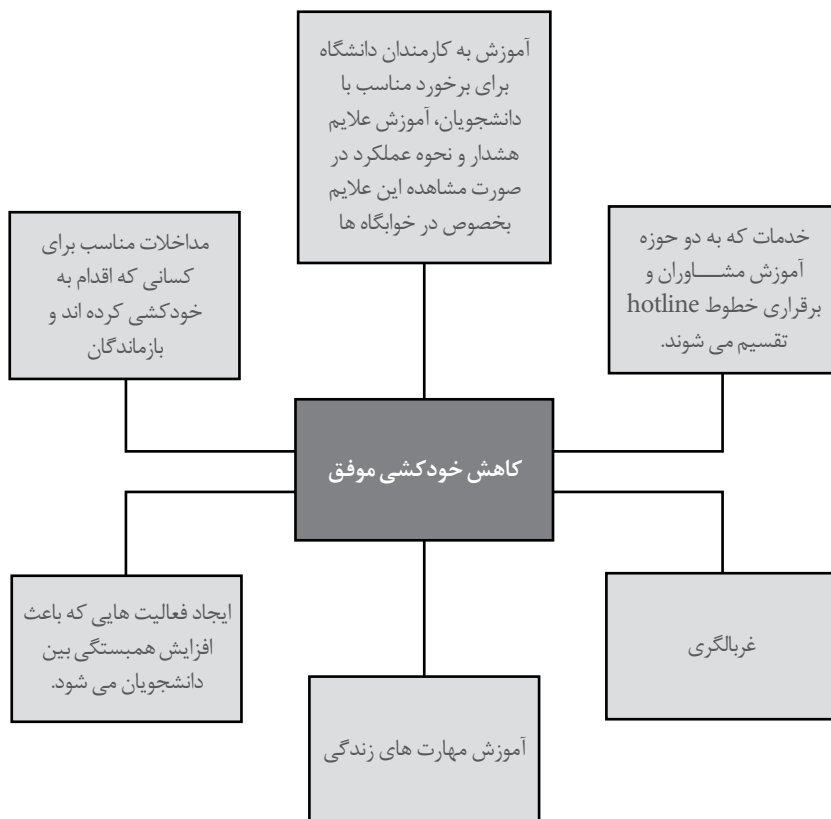
۳. امید به اینکه تدریجاً "بهبودی" حاصل شود.

۴. فرصت‌هایی برای یادگیری روش‌های جدید مقابله با مشکلات.

۵. مکانی مناسب برای صحبت کردن درباره‌ی ترس‌ها و نگرانی‌ها.

۶. محیطی که در آن صحبت کردن درباره‌ی اندوه قابل پذیرش است، رازداری در آن رعایت می‌شود و همدلی و عدم قضاوت در آن غالب است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۸).

با توجه به اهمیت تدوین طرح جامع در مورد پیشگیری از خودکشی که بتواند تمامی ابعاد این معضل را در بر بگیرد و با توجه به نکات مطرح شده در برنامه‌های پیشگیری از خودکشی و تجربه‌هایی که از این برنامه‌ها بدست آمده است، مدلی را برای تدوین یک برنامه‌ی جامع پیشگیری از خودکشی به صورت ذیل ارائه می‌دهد.



۴-۶ ارزیابی

مطالعات انجام شده درباره تاثیر برنامه‌های پیشگیری از خودکشی اغلب مطالعاتی با نمونه‌گیری غیر تصادفی و گذشته‌نگر بوده‌اند. به علاوه، مشکل دیگر این دسته از مطالعات دوره‌های پیگیری^۱ کوتاه مدت است (سالکوفسکی، آتا، استورر، ۱۹۹۰). در ارزیابی برنامه‌های پیشگیری از خودکشی قاعدتاً باید روش آزمایشی یا طبیعی به کار برد. اما در تحقیقات مرتبط با خودکشی به دلیل مسایل اخلاقی و عملی استفاده از طرح آزمایشی تصادفی تقریباً غیر ممکن است و مشکلات استفاده از طرح آزمایشی در محیط‌هایی مثل مدرسه (زئر، ۱۹۹۷) و محل کار (رامبرگ و واسرمن، ۲۰۰۳) کاملاً آشکار است. هدف از ارزیابی، شناسایی عناصر کارآمد و ناکارآمد برنامه، تاکید بر نقاط قوت و برطرف کردن نقاط ضعف آن است. مطالعات مختلف ارزیابی برنامه را مسئله‌ای بسیار مهم دانسته‌اند. نکته حیاتی این است که ارزیابی جامع برنامه‌ی پیشگیری، تنها به ارزیابی اثر آن بر میزان خودکشی محدود نمی‌شود؛ بلکه به معنای ارزیابی تمام بخش‌های برنامه است. به عبارت دیگر مواردی که باید ارزیابی شوند عبارتند از:

ارزیابی افرادی که مسئول اجرا و ارزیابی هستند

ارزیابی ویژگی‌های شخصیتی کسانی که مسئول اجرای برنامه هستند و حتی افرادی که برنامه را ارزیابی می‌کنند مهم است (شرین و لاینهان، ۱۹۹۴)؛ زیرا ویژگی‌ها و خصوصیات این افراد نقش قابل ملاحظه‌ای در تاثیرگذاری برنامه دارد.

ارزیابی نتایج اولیه و ثانویه

نتیجه یا پیامد اولیه عبارت است از میزان کاهش میزان خودکشی در جمعیت مورد نظر. بدین منظور می‌توان میزان خودکشی ۶ ماه قبل از شروع برنامه، در حین اجرای برنامه و ۶ ماه بعد از اجرای برنامه را با یکدیگر و با جمعیت‌ها یا مناطقی که در آنها پیشگیری صورت نگرفته است مقایسه کرد (هگل و همکاران، ۲۰۰۹). یکی از مشکلات عمده در ارزیابی‌ها حجم نمونه اندک و روش نمونه‌گیری غیر تصادفی به علت مشکل بودن استفاده از طرح‌های آزمایشی است. ارزیابی‌های انجام شده با چنین روش‌هایی معمولاً نشان دهنده‌ی تصویر روشنی از شرایط نیستند. از راه حل‌های این مشکل، تخصیص بودجه‌ی مناسب برای انجام مطالعات ارزیابی در سطح گسترده است.

ارزیابی پیامدهای واسطه‌ای

پیامدهای واسطه‌ای عبارت از تغییری است که در نگرش، دانش، آگاهی و اعتماد نسبت به پدیده خودکشی ایجاد می‌شود. این تغییر باید حاصل اجرای برنامه پیشگیری از خودکشی باشد. ارزیابی

1. Follow up

پیامدهای واسطه‌ای از طریق ارزیابی نگرش عموم به پدیده‌ی خودکشی، افسردگی و گرایش به استفاده از مداخلات بالینی؛ ارزیابی میزان درمان افسردگی با توجه به نسخه‌های تجویز شده‌ی داروهای ضدافسردگی امکان پذیر می‌گردد. به علاوه برای این بخش از ارزیابی، با استفاده از پرسشنامه‌های مختلف می‌توان میزان کارآمدی آموزش‌های داده شده را به اجراکنندگان طرح مثل متخصصان سنجید. پرسشنامه‌هایی مانند DSS (گریفیت، کریستنسن، جرم، اوانز و گروو، ۲۰۰۴)، SIRI-2^۱ (نیمیر و بونل، ۱۹۹۷)، مقیاس‌های اطمینان^۲ (کاپ، دین و لمبرت، ۲۰۰۱)؛ موریس، گسک، باتراسبی، فرانچسینی و روبسون، ۱۹۹۹)، آزمون دانش مداخله^۳ (تیری، ۱۹۹۴)، پرسشنامه‌ی نگرش به افسردگی^۴ (بوتگا، سیلویرا، ۱۹۹۶؛ بوتگا، ۱۹۲) و نگرش نسبت به مقیاس پیشگیری از خودکشی^۵ (ترو، تیسهرتس، آپلی، پری و کوردینگلی، ۲۰۰۱) می‌توان سنجید.

ارزیابی اقتصادی

وقتی منابع محدود است علاوه بر بررسی اینکه چه روش‌هایی در کجا بهترین کارایی را دارد، باید هزینه‌ی انجام آن را نیز در نظر گرفت. در واقع، ارزیابی اقتصادی به تصمیم‌گیرنده‌ها اطلاعات درستی می‌دهد تا بتوانند از میان برنامه‌های ارزیابی مختلف، مقرون به صرفه‌ترین و کارآمدترین را انتخاب کنند. فرض اصلی این است که برنامه‌ی پیشگیری باعث کاهش میزان خودکشی و اقدام به خودکشی می‌شود و این نیز موجب کاهش نیاز به منابع سلامت روان و منابع پزشکی خواهد شد. برای ارزیابی مقرون به صرفه بودن برنامه، باید هزینه‌ی هر خودکشی یا اقدام به آن را مشخص کرد. این هزینه‌ها می‌تواند شامل هزینه‌های ناشی از خدمات درمانی، بهداشت روان، بار روانی و مالی وارد شده بر خانواده، کاهش عملکرد افراد و... باشد (پلات و همکاران، ۲۰۰۶؛ کلنی، انیس، اشی، ۲۰۰۵). سپس باید هزینه‌های تدوین و اجرای برنامه نیز در نظر گرفته شود و با توجه به این دو مورد درباره سود و زیان برنامه تصمیم‌گیری شود.

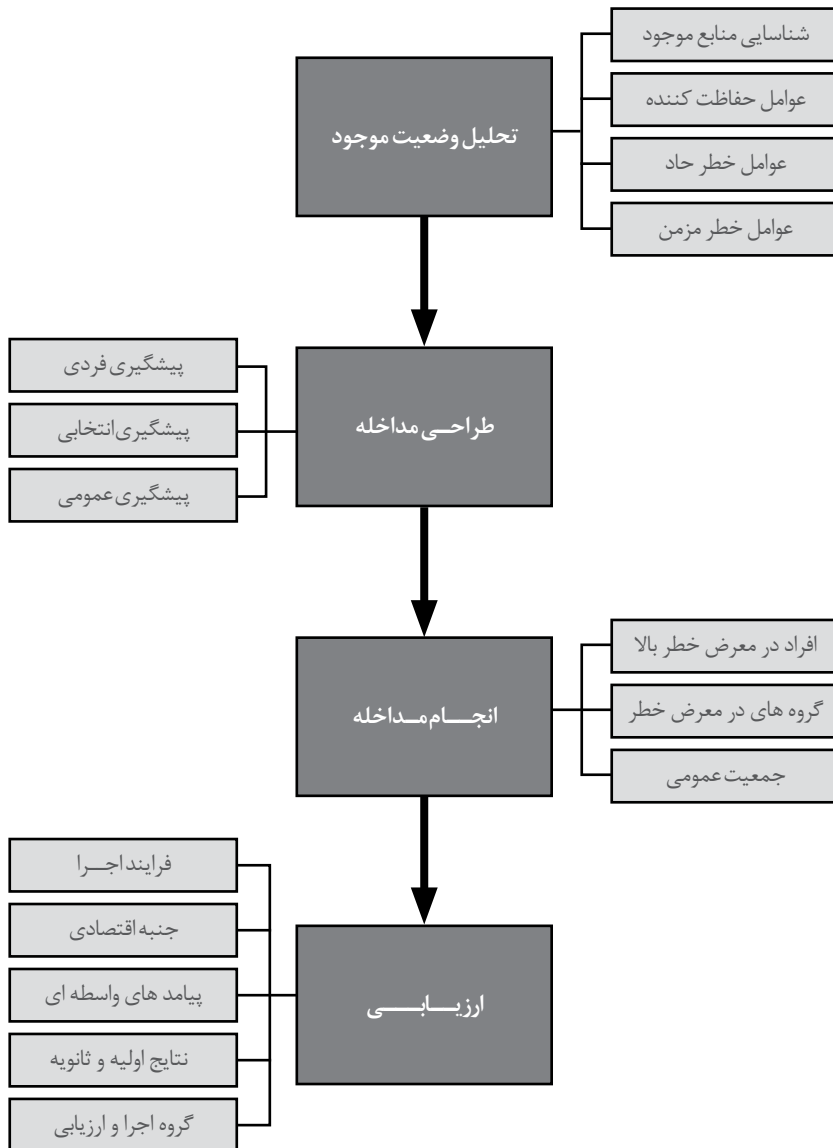
ارزیابی فرایند اجرا

داده‌های بدست آمده در مورد فرایند واقعی اجرا، به ما اطلاعات دقیقی درباره موانع موجود در اجرای برنامه و نیز پابندی مجریان به اصول برنامه می‌دهد.

برای بیان منظم مطالب ذکر شده، می‌توانیم از دسته بندی زیر استفاده کنیم. در این دسته بندی ارزیابی در ۴ طبقه‌ی کلی و ۱۱ گروه انجام می‌شود:

1. Suicide Intervention Response Inventory - 2
2. Confidence Scales
3. Intervention Knowledge Test
4. Depression Attitude Questionnaire
5. Attitude toward Suicide Prevention Scale

شکل شماره ۲: مراحل برنامه‌ی پیشگیری از خودکشی



الف: شاخص‌های اثربمندی

۱. رسیدن به اهداف برنامه: اهداف سیاست گذاری، اهداف برنامه، اهداف پروژه / خدمات
۲. رضایت سرمایه گذاران: نهادهای حمایت کننده، سرمایه گذاران کلیدی، همکاران پروژه، ارائه دهندگان خدمات / دریافت کنندگان خدمات
۳. پایداری برنامه: نتیجه مربوط و کاربردی باشد، نتیجه به راحتی قابل درک و پذیرش باشد، نتیجه پایدار باشد.

ب: شاخص‌های کیفیت برنامه

۴. کیفیت فرایند اجرا: تطابق با نیازها، کیفیت فعالیت‌ها و روش، ورود سرمایه گذاران کلیدی
۵. کیفیت محصولات و تولیدات: کفایت، نوع، ترکیب و حد مناسب، متناسب با نیاز، پوشش جمعیت هدف
۶. کیفیت خدمات: دسترسی، تساوی، تخصصی بودن، شایستگی/ دانش و درک

ج: شاخص‌های کارآمدی

۷. راندمان اختصاصی: بهترین استفاده از منابع برای پیشگیری از خودکشی، بهترین میزان بازگشت سرمایه
۸. راندمان منابع: پرسنل، زیرساخت‌ها، مواد مصرفی
۹. راندمان هزینه: هزینه برگردنده، هزینه مطلق، ارزش پول
۱۰. راندمان زمان: پاسخ دهی، رسیدن به اهداف در زمان مورد نظر

د: شاخص‌های کمیت

۱۱. کمیت‌ها بر حسب: خط و مش‌های سیاسی، احتیاجات، اهداف مورد توافق، منابع پروژه

بنابراین برای تدوین یک برنامه‌ی جامع پیشگیری باید مسائل مختلف در نظر گرفته شده و مراحل مختلفی طی شود، البته نباید فراموش کرد که مراحل نام برده شده برای تدوین یک برنامه‌ی پیشگیری از خودکشی اگرچه در ظاهر در امتداد هم قرار دارند اما همگی به یکدیگر مربوط بوده و نمی‌توان در عمل آنها را چه از نظر زمان اجرا و چه از نظر ترتیب اجرا از یکدیگر تفکیک کرد. بنابراین به طور خلاصه می‌توان بخش‌های اصلی برنامه‌ی پیشگیری از خودکشی در تحقیق حاضر را در شکل شماره ۲ مشاهده کرد:

منابع و مأخذ

12. Capp, K., Deane, FP, Lambert, G. (2001). Suicide prevention in Aboriginal communities: application of community gatekeeper training. *Aust N Z J Public Health*, 25, 315-321.

13. Centers for Disease Control and Prevention. (1997, November 14). CDC surveillance summaries. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 46.

14. Centers for Disease Control and Prevention. (2001, December 7). CDC surveillance summaries. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 50 (RR-22).

15. Centers for Disease Control and Prevention. (2003). Changes in counseling center client problems across 13 years. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(1), 66-72.

16. Centers for Disease Control and Prevention. Youth Risk Behavior Surveillance System. (2001). *Adolescent and School Health* (producer). Retrieved March 13, 2003, from a national workshop. *MMWR* 43, RR6.

17. Centers for Disease Control. (1994). Programs for the prevention of suicide among adolescent and young adults. Suicide contagion and the reporting of suicide. Recommendations from a national workshop. *MMWR* 43, RR6.

18. Choose Life. (2002). A national action plan and strategy to prevent suicide in Scotland. Edinburgh, Scottish Executive. (<http://www.scotland.gov.uk/library5/health/clss.pdf>)

19. Collins, B.G., Collins, T.M. (2005). *Crisis and Trauma: Developmental ecological Intervention*. Boston: Houghton Mifflin.

20. Dwyer, K., Osher, D., & Warger, C. (1998). *Early Warning, Timely Response: A Guide to Safe Schools*. Washington, DC: U.S. Department of Education, 27-28. <http://cecp.air.org/guide/guide.pdf> (PDF; Outside Source).

21. From the margins to the mainstream: putting public health in the spotlight: a resource for health communicators. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (http://www.euro.who.int/document/e82092_6.pdf.)

۱. احمدی، امیر مسعود و حاجی احمدی، محمود (۱۳۷۹). گزارش اپیدمیولوژی خودکشی موفق در استان مازندران در سال‌های ۷۱-۷۰. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، سال دهم، شماره ۲۸، ۱۲-۸.

۲. پناغی، لیلی؛ پیروی، حمید؛ ابوالمعصومی، زهرا؛ سهرابی، فرامرز و عابدیان، احمد (۱۳۸۷). بررسی فراوانی خودکشی دانشجویی و ارتباط آن با خصوصیات جمعیت شناختی در سال‌های ۸۷-۸۲ در مراکز پزشکی قانونی سراسر کشور.

۳. مرادی، سعد اله؛ خادمی، علی (۱۳۸۱). بررسی وضعیت خودکشی‌های منجر به مرگ در ایران و مقایسه‌ی آن با نرخ‌های جهانی. *مجله‌ی پزشکی قانونی*، سال هشتم، شماره ۲۱، ۲۷-۱۶.

۴. موسوی، فاطمه؛ شاه محمدی، داود؛ کفاشی، احمد (۱۳۷۹). بررسی همه گیر شناسی خودکشی در مناطق روستایی. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال پنجم، شماره ۴، ۱۰-۴.

5. American College Health Association. (2001). *National College Health Assessment: Aggregate report, spring 2000*. Baltimore.

6. Bertolote, JM., Fleischmann, S. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*, 1 (3), 181-186.

7. Blum, R.W., Nelson-Mmari, K. (2004). The health of young people in a global context, *J. Adolesc. Health* 35, pp. 402-418.

8. Botega, NJ., Silveira, GM. (1996). General practitioners' attitudes towards depression: A study in primary care setting in Brazil. *International Journal of Social Psychiatry*, 42, 230-237.

9. Botega, NR. (1992). General Practitioners and depression - first use of the depression attitude questionnaire. *Int Jour Med Psych Res*, 2, 169-180.

10. Brener, N., Hassan, S., & Barrios, L. (1999). Suicidal ideation among college students in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 1004-1008.

11. California Department of Education. (2002). *Safe Schools A Planning Guide for Action*. Sacramento, CA: Author, p. 101.

32. Jonghrbani, M., & Sharfirad, Gh. (2005). COMPLETED AND ATTEMPTED SUICIDE IN ILAM, IRAN (1995 – 2002): INCIDENCE AND ASSOCIATED FACTORS. *Iranian Medicine*, Volume 8, Number 2, 2005: 119 – 126.
33. Kachur, S., Potter, L., Powell, K., & Rosenberg, M. (1995). Suicide: Epidemiology, prevention, treatment. *Adolescent Medicine: State of the Art Review*, 6(2), 171–182
34. Kennely, B., Ennis, J., O'Shea, E. (2005). Economic cost of suicide and deliberate self harm. In *Reach Out. National Strategy for Action on Suicide Prevention 2005 - 2014* Dublin: Department of Health and Children.
35. Kessler, R. C., Borge, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the national commorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 56, 617-626.
36. Kitzrow, M. (2003, Fall). The mental health needs of today's college students: Challenges and recommendations. *NASPA Journal* 41(1), 165–179.
37. Kumpfer, K. L., and Baxley, G. B. (1997), 'Drug abuse prevention: What works?', National Institute on Drug Abuse, Rockville.
38. Lake, P., & Tribbensee, N. (2002, June 28). CDC surveillance summaries. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 51 (SS-4)
39. Magoon, T. (2000). College and university counseling center directors' data bank. Unpublished data.
40. Medianos, M. G., Madianou-Gefou, D., & Stefanis, C. N. (1993). Changes in suicidal behavior among nation-wide general population samples across Greece. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 234, 171-178.
41. Mittendorfer-Rutz, E.M., Wasserman, D. (2004). Trends in adolescent suicide mortality in the WHO European Region, *Eur Child Adolesc Psychiatry* 13, pp. 321–331
22. Furr, S., Westefeld, J. S., Gaye, N., McConnell, G. N., & Marshall, J. (2001). Suicide and depression among college students: A decade later. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32 (1), 97–100.
23. Gallagher, R. (2002). *National survey of counseling center directors*. Alexandria, VA: International Association of Counseling Services, Inc.
24. Gordon, R. (1987), 'An operational classification of disease prevention', in Steinberg, J. A. and Silverman, M. M. (eds.), *Preventing Mental Disorders*, Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 1987.
25. Greydanus, D.E., Calles, J. (2007). Suicide in children and adolescents, *Prim. Care* 34, pp. 259–273.
26. Griffiths, KM., Christensen, H., Jorm, AF, Evans, K., Groves, C. (2004). Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression - Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 15:342, 349.
27. Guo, B., Harstall, C. (2004). For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network synthesis report).
28. Hegel, U., et al. (2009). Optimizing Suicide Prevention Programs and Their Implementation in Europe (OSPI Europe): an evidence-based multi-level approach. *BMC Public Health*, 9:428.
29. Herron, J., Ticehurst, H., Appleby, L., Perry, A., Cordingley, L. (2001). Attitudes toward suicide prevention in front-line health staff. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 342-347.
30. Jilek-Aall, L. (1998). Suicidal behaviour among young: a cross-cultural comparison. *Transcultural psychiatry research review*, 25, 87-105.
31. Jobes, D.A., Casey, J.O., Berman, A.L., & Wright, D.G. (1991). Empirical criteria for the determination of suicide manner and death. *Journal Forensic Science*, 36, 244-256.

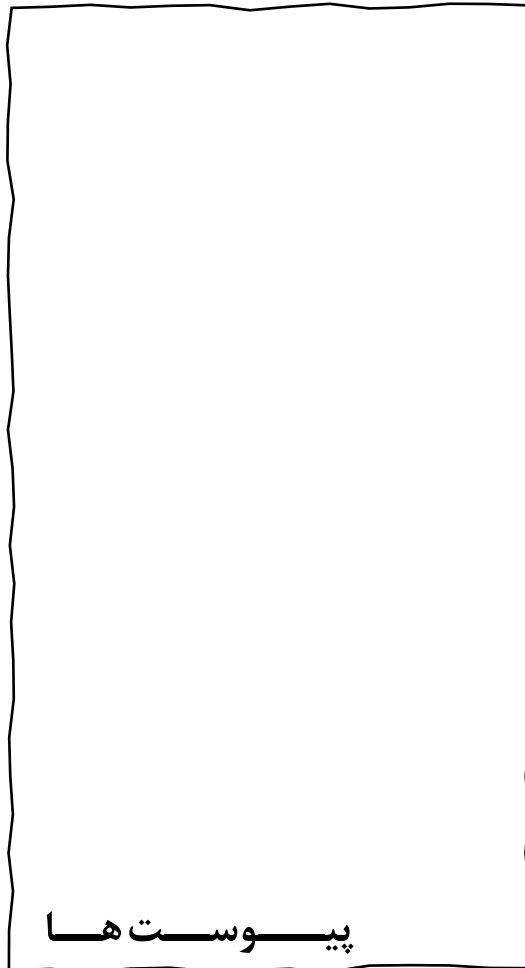
53. Sanchez, H.G.T. (2001). Risk factor model for suicide assessment and intervention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32: 351-358.
54. Schwartz, A. (1995). Suicide rates, selectivity of admissions and academic competitiveness. *Proceedings of the Annual Conference of the Association of University and College Counseling Center Directors*, 2-14.
55. Shearin, EN., Linehan, MM. (1994). Dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: theoretical and empirical foundations. *Acta Psychiatr Scand*, 89(Suppl. 379), 61-68.
56. Silverman, M., Meyer, P., Sloane, F., Raffel, M., & Pratt, D. (1997). The Big Ten student suicide study. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 27, 285-303.
57. Spruijt E, de Goede M. (1997). Transitions in family structure and adolescent well-being. *Journal of adolescence*. 32(128), 897-911.
58. Suicide can be prevented: Fundamentals of a target and action strategy. Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), 1993.
59. The world health report. (2004). Changing history. Geneva, World Health Organization.
60. Tierney, RJ. (1994). Suicide intervention training evaluation: a preliminary report. *Crisis*, 15,69-76.
61. Upanne, M., Hakanen, J., Rautava, M. (1999). Can suicide be prevented? The Suicide Project in Finland 1992-1995: Goals, implementation and evaluation. Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), (<http://www.stakes.fi/verkkojulk/pdf/mu161.pdf>)
62. Wasserman, D. (1998). Depression - en vanlig sjukdom [Depression - a common illness Stockholm, Natur och Kultur.
63. Wasserman, D., Cheng, Q., and Jiang, G.X. (2005). Global suicide rates among young people aged 15-19, *World Psychiatry* 4, pp. 114-120.
42. Morriss, R., Gask, L., Battersby, L., Francheschini, A., Robson, M. (1999). Teaching front-line health and voluntary workers to assess and manage suicidal patients. *Journal of Affective Disorders*, 52, 77-83.
43. National Mental Health Association & The Jed Foundation. (2002). Safeguarding your students against suicide: Expanding the safety network. Alexandria, VA: Author.
44. Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention, 2004 (<http://suizidpraevention-deutschland.de>).
45. Neimeyer, RA., Bonnelle, K. (1997). The suicide intervention response inventory: A revision and validation. *Death Studies*, 21, 9-81.
46. Patrick, K., Grace, T., & Lovato, C. (1992). Health issues for college students. *Annual Review of Public Health*, 13, 253-268.
47. Paykel, E. S., Myers, J. K., Lindenthal, J. J., & Tanner, J. (1974). Suicidal feeling in the general population: A prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, 124, 460-469.
48. Pirkis, J., Burgess, P., & Dunt, D. (2000). Suicidal ideation and suicide attempts among Australian adults. *Crisis*, 21,16-25.
49. Platt, S., Halliday, E., Maxwell, M., McCollam, A., McLean, J., Woodhouse, A., Blamey, A., Makenzie, M., McDaid, D. (2006). Evaluation of the first phase of Choose Life. Final Report Edinburgh: Scottish Executive.
50. Pommereau, X. (1997). Quand l'adolescent va mal.[When things don't go well for adolescents].Ed. J'ai lu. 123.
51. Ramberg IL, Wasserman D. The roles of knowledge and supervision in work with suicidal patients. *Nord J Psychiatry*. 2003;57:365-371.
52. Salkovskis P, Atha C, Storer D. Cognitive-behavioural problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide, a controlled trial. *Br J Psychiatry*. 1990;157:871-876.

64. Weissman, M.M., et al. (1999). Children with prepubertal-onset major depressive disorder and anxiety grow up. Archives of general psychiatry. 56, 794-801.

65. World Health Organization. (2008). Preventing Suicide How to Start a Survivors' Group.

66. Youth Suicide-Prevention Guidelines for California Schools. (2005). California Department of Education.

67. Zenere, FJ, Lazarus, PJ. (1997). The decline of youth suicidal behavior in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention program. Suicide Life Threat Behav, 27, 387-402.



پیوست ۱

راهنمای ارزیابی خطر خودکشی

نام: شماره‌ی پرونده: سن: جنس:

آدرس:

تلفن منزل: تلفن محل کار:

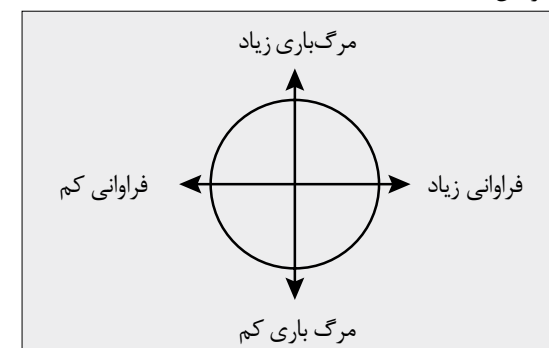
آدرس فرد مراقب: تلفن فرد مراقب:

گزینه‌هایی را که در مورد مراجع صدق می‌کند علامت بزنید و بر اساس میزان اهمیت یا شدت آن، از

۱ تا ۳ رتبه‌بندی نمایید: ۱=کم، ۲=متوسط، ۳=زیاد

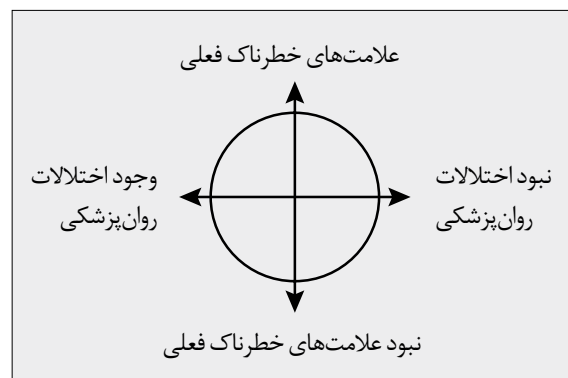
۳	۲	۱	شدت	افکار کنونی خودکشی
۳	۲	۱	فراوانی	
۳	۲	۱	تداوم	
۳	۲	۱	انتظارات و تعهد به مرگ	قصد و نقشه برای خودکشی
۳	۲	۱	مرگ‌بار بودن روش خودکشی	
۳	۲	۱	در دسترس بودن وسیله	
۳	۲	۱	باور مراجع به مرگ‌بار بودن روش	
۳	۲	۱	شانس نجات	
۳	۲	۱	گام‌های اجرای نقشه	
۳	۲	۱	آمادگی برای مرگ	

رفتارهای خود آسیب‌رسان گذشته



مرگ‌بار بودن			تعداد	
۳	۲	۱		تلاش‌های قبلی برای خودکشی
۳	۲	۱		رفتارهای خود آسیب‌رسان در گذشته

علامت‌های (سمپتوم‌های) خطرناک



۳	۲	۱	ناامیدی	علامت‌های (سمپتوم‌های) خطرناک
۳	۲	۱	حمله‌های شدید اضطرابی	
۳	۲	۱	توهم‌هایی با محتوای دستوری	
۳	۲	۱	تکانشگری	
۳	۲	۱	پرخاشگری	
۳	۲	۱	دیسفورا	
۳	۲	۱	بی‌لذتی	
۳	۲	۱	شرم یا حقارت	
۳	۲	۱	عزت نفس پایین	
۳	۲	۱	بی‌قراری	
۳	۲	۱	بی‌قراری حرکتی	
۳	۲	۱	خشم	
۳	۲	۱	بی‌خواهی شدید	

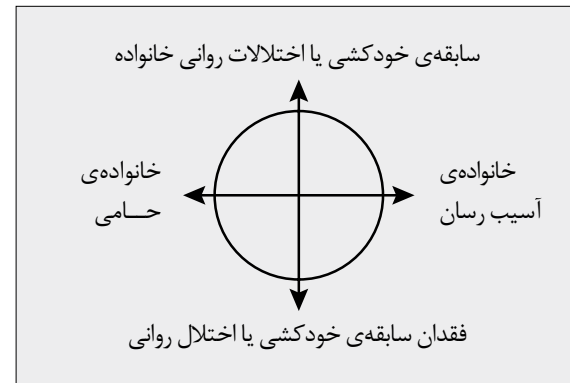
۳	۲	۱	انزوای اجتماعی	عوامل خطر برای بیماران با هر نوع اختلال روانپزشکی
۳	۲	۱	از دست دادن نقش خانوادگی	
۳	۲	۱	فقدان‌های میان‌فردی	
۳	۲	۱	از دست دادن شغل و حرفه	
۳	۲	۱	از دست دادن مهارت‌ها و شایستگی‌های قبلی با بهبودی از بیماری فرد نسبتاً به نقص‌های خود، آگاهی پیدا می‌کند.	
۳	۲	۱	سوءاستفاده از مواد یا الکل یا وابستگی به آن	
۳	۲	۱	مشکلات در مهارت حل مسئله (مشکلات شناختی)	
۳	۲	۱	علامت‌های افسردگی	
۳	۲	۱	ناامیدی	
۳	۲	۱	خلق بد (پایین)	
۳	۲	۱	کاهش علاقه در فعالیت‌ها/ کاهش لذت بردن	
۳	۲	۱	کاهش قابل ملاحظه در وزن	
۳	۲	۱	مشکلات در خواب	
۳	۲	۱	بی‌قراری / کاهش فعالیت‌های روانی-حرکتی	
۳	۲	۱	خستگی / کم شدن انرژی	
۳	۲	۱	احساس بی‌ارزشی / گناه	
۳	۲	۱	تمرکز کم یا وجود مشکل در تصمیم‌گیری	
۳	۲	۱	اضطراب قابل ملاحظه / حمله‌های هراس	
۳	۲	۱	بی‌لذتی (فقدان لذت)	سایر عوامل خطر در مراجعان افسرده
۳	۲	۱	سایکوز	
۳	۲	۱	بازگشت زودهنگام انرژی در فرآیند بهبودی	
۳	۲	۱	بهبودی بالینی ناگهانی	
۳	۲	۱	نگرانی بیش از حد	چک لیست (نشان فهرست) علائم اضطرابی
۳	۲	۱	مشکل بودن کنترل نگرانی	
۳	۲	۱	بی‌قراری	
۳	۲	۱	خستگی	
۳	۲	۱	ضعیف شدن تمرکز	
۳	۲	۱	تحریک پذیری	
۳	۲	۱	انقباض عضلانی	
۳	۲	۱	خواب بد (کم شدن خواب / افزایش بیدار شدن در شب)	
۳	۲	۱	اختلالات پانیک	
۳	۲	۱	حمله‌های هراس	

مصرف فعلی مواد: خیر بله نوع ماده ذکر شود:

۳	۲	۱	مرخصی اخیر از بیمارستان	عوامل خطر اضافی برای مراجعان با اختلال اسکیزوفرنی
۳	۲	۱	بهبود پس از دوره‌ای از سایکوز حاد	
۳	۲	۱	توهم‌های دستور دهنده یا با محتوای خودکشی	
۳	۲	۱	بی‌قراری حرکتی	
۳	۲	۱	بی‌قراری	
۳	۲	۱	افزایش مصرف مشکل‌دار	چک لیست (نشان فهرست) علائم مصرف مواد
۳	۲	۱	ادامه‌ی مصرف علی‌رغم پیامدهای مکرر یا قابل ملاحظه	
۳	۲	۱	تحمل	
۳	۲	۱	ترک	
۳	۲	۱	سابقه‌ی وابستگی یا سوءمصرف	عوامل خطر اضافی برای مراجعان با مشکلات مصرف الکل
۳	۲	۱	وجود اختلالات روان‌پزشکی دیگر	
۳	۲	۱	وجود دوره‌ای از افسردگی	
۳	۲	۱	بیماری‌های پزشکی جدی	عوامل خطر اضافی برای مراجعان با مشکلات مصرف الکل
۳	۲	۱	اشفتگی‌های شخصیتی / اختلالات روان‌پزشکی	
۳	۲	۱	مصرف مواد دیگر	

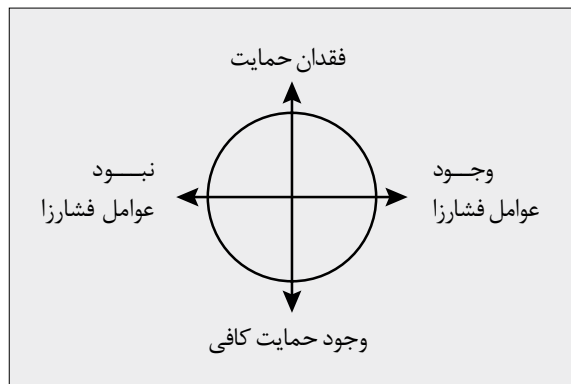
۳	۲	۱	بیماری‌های مزمن	عوامل خطر برای مراجعان با مشکلات پزشکی
۳	۲	۱	اختلالات نورولوژیک	
۳	۲	۱	درد	
۳	۲	۱	اختلال در عملکرد	
۳	۲	۱	اختلال شناختی	
۳	۲	۱	فقدان بینایی یا شنوایی	
۳	۲	۱	از شکل افتادگی	
۳	۲	۱	وابستگی زیاد به دیگران	
۳	۲	۱	اختلالات یا علائم روان‌پزشکی	

عوامل خطر خانوادگی



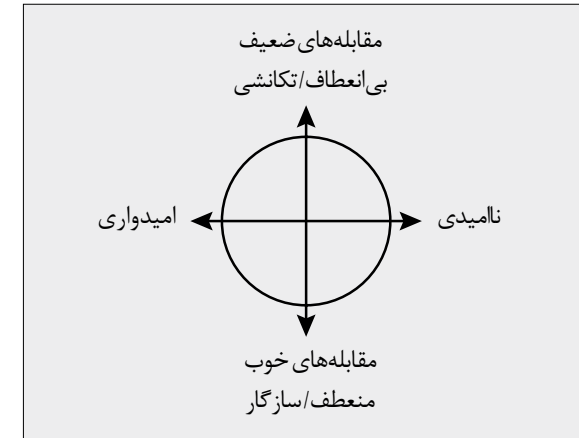
۳	۲	۱	سابقه‌ی خودکشی یا اقدام بدان در خانواده	عوامل خطر خانوادگی
۳	۲	۱	سابقه‌ی خودکشی یا اقدام به آن در اقوام درجه اول	
۳	۲	۱	وجود اختلالات روان‌پزشکی در خانواده	
۳	۲	۱	وجود اختلالات روان‌پزشکی در اقوام درجه اول	
۳	۲	۱	وجود اختلالات مصرف مواد در خانواده	
۳	۲	۱	خشونت یا سوءاستفاده در خانواده	
۳	۲	۱	تعارضات زیاد خانوادگی	
۳	۲	۱		

عوامل خطر روانی-اجتماعی



۳	۲	۱	فقدان / سوگ میان‌فردی واقعی یا تصویری	عوامل خطر روانی-اجتماعی
۳	۲	۱	مشکلات مالی	
۳	۲	۱	تغییر وضعیت اجتماعی-اقتصادی	
۳	۲	۱	مشکلات خانوادگی	
۳	۲	۱	مشکلات زناشویی / میان‌فردی	
۳	۲	۱	مشکلات با گروه همسالان	
۳	۲	۱	خشونت خانگی	
۳	۲	۱	سوءاستفاده یا غفلت در حال حاضر یا در گذشته	
۳	۲	۱	مشکلات مسکن	
۳	۲	۱	مشکلات تحصیلی	
۳	۲	۱	مشکلات قانونی	
۳	۲	۱	احساس حقارت	

عوامل خطر شخصیتی



۳	۲	۱	تاریخچه‌ای از مهارت‌های مقابله‌ای ضعیف	عوامل خطر شخصیتی
۳	۲	۱	تاریخچه‌ای از مهارت‌های ضعیف حل مسئله	
۳	۲	۱	تکانشگری	
۳	۲	۱	بینش کم	
۳	۲	۱	کنترل عاطفی ضعیف	
۳	۲	۱	تفکر نامنعطف	
۳	۲	۱	وابستگی	
۳	۲	۱		
۳	۲	۱		

۳	۲	۱	مرد بودن	نیمرخ خطر خودکشی
۳	۲	۱	سن ۱۵ تا ۳۵ داشتن	
۳	۲	۱	داشتن بیش از ۶۵ سال سن	
۳	۲	۱	سابقه‌ی خودکشی در خانواده	
۳	۲	۱	وجود بیماری‌های مزمن پزشکی	
۳	۲	۱	بیماری‌های روان‌پزشکی	
۳	۲	۱	انزوای اجتماعی/کم بودن حمایت‌های اجتماعی	
۳	۲	۱	مصرف مواد	
۳	۲	۱	سوءاستفاده‌های جسمی/جنسی	
۳	۲	۱	نشانه‌های افسردگی	نیمرخ علائم خطر
۳	۲	۱	علائم مثبت سایکوز	
۳	۲	۱	ناامیدی	
۳	۲	۱	بی‌ارزشی	
۳	۲	۱	بی‌لذتی	
۳	۲	۱	اضطراب/بی‌قراری	
۳	۲	۱	حمله‌های هراس	
۳	۲	۱	خشم	
۳	۲	۱	تکانشگری	
۳	۲	۱	مصرف اخیر مواد	نیمرخ خطر در مصاحبه
۳	۲	۱	افکار خودکشی	
۳	۲	۱	قصد خودکشی	
۳	۲	۱	نقشه برای خودکشی	
۳	۲	۱	دردسترس بودن وسایل مرگ‌بار	
۳	۲	۱	سابقه‌ی رفتارهای خودکشی	
۳	۲	۱	مشکلات کنونی که برای مراجع غیرقابل حل به نظر می‌رسد.	
۳	۲	۱	توهم‌های دستوردهنده	
۳	۲	۱		

رتبه دهی نیمرخ خطر خودکشی کم متوسط زیاد

رتبه‌دهی نیمرخ علائم کم متوسط زیاد

رتبه‌بندی نیمرخ مصاحبه کم متوسط زیاد

پیوست ۲ ابزار ارزیابی خطر خودکشی (TASR)

نام:

شماره پرونده:

خیر	بله	
۲	۱	مرد بودن
۲	۱	داشتن سن ۱۵ تا ۳۵ سال
۲	۱	داشتن سن بالای ۶۵ سال
۲	۱	وجود سابقه‌ی خودکشی در تاریخچه‌ی خانواده
۲	۱	وجود بیماری مزمن
۲	۱	وجود اختلالات روان‌پزشکی
۲	۱	حمایت اجتماعی ناکافی/ انزوای اجتماعی
۲	۱	سوء مصرف مواد
۲	۱	بودن در معرض سوء استفاده‌ی جنسی/ جسمی
۲	۱	علایم افسردگی
۲	۱	علایم مثبت سایکوز
۲	۱	نامیدی
۲	۱	احساس بی‌ارزشی
۲	۱	بی‌لذتی
۲	۱	اضطراب/ بی‌قراری
۲	۱	حمله‌های هراس
۲	۱	خشم
۲	۱	تکانشگری
۲	۱	مصرف اخیر مواد
۲	۱	افکار خودکشی
۲	۱	قصد خودکشی
۲	۱	نقشه برای خودکشی
۲	۱	دسترسی به وسایل خودکشی مرگبار
۲	۱	سابقه‌ی رفتارهای خودکشی
۲	۱	مشکلات کنونی برای مراجع غیرقابل حل به نظر می‌رسد.
۲	۱	توهم‌های دستوردهنده‌ی خودکشی/ خشونت

عوامل خطرزای فردی



نیم‌رخ نشانه‌های خطرزا

نیم‌رخ عوامل خطرزا
در حین مصاحبهمیزان خطر خودکشی کم متوسط زیاد

نام مصاحبه‌گر: تاریخ:

پایان