



سستی زندگی کے زیبا

آنچه همگان پیرامون پیشگیری از خودکشی باید بدانند

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



پیشگفتار

دفتر امور اجتماعی و فرهنگی استانداری کرمان
معاونت پرورشی فرهنگی اداره کل آموزش و پرورش کرمان
معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

به نام خداوند متعال

امروزه با گسترش تهاجم فرهنگی و غالب شدن الگوهای توسعه غربی، افراد جامعه به ویژه جوانان و نوجوانان این مرز و بوم قربانی آسیب‌های اجتماعی شده و با افکار و رفتارهای پرخطری همچون خودکشی دست و پنجه نرم می‌کنند. پیشگیری، حمایت و رسیدن به داد این گروه از افراد، یک مجاهدت مهم اجتماعی است. اینجانب در همین راستا از مجاهدت‌ها و تلاش‌های بی‌دریغ و عالمانه استاد گرامی دکتر نوذر نحعی که بدون هیچ چشم داشتی در افزایش آگاهی، توانمندسازی و ارتقای سلامت جامعه فعالیت می‌کنند؛ کمال تشکر و قدردانی را دارم و از خداوند متعال توفیق روز افزون را برای ایشان خواستارم. مستند علمی پیش‌رو که به زبان ساده توسط ایشان و جناب آقای دکتر علی بهرام‌نژاد تنظیم شده است از محدود مستندات علمی و بروز در این زمینه است که افراد موثر و علاقمند می‌توانند بیشترین بهره را ببرند.

دکتر محمدمهدی فداکار استاندار کرمان

در ۱۷ و ۱۸ دی ماه ۱۴۰۱ با پیگیری دفتر امور اجتماعی و فرهنگی استانداری و همکاری معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، اداره کل آموزش و پرورش، و اداره کل بهزیستی استان کرمان کارگاه برخط آموزشی برای مشاوران، روانشناسان و همیاران مشاوره با حضور اساتید آقایان دکتر نوذر نحعی، دکتر حمید پورشریفی، دکتر محمدرضا غفارزاده رزاقی و دکتر علی بهرام‌نژاد تشکیل و بنا به درخواست شرکت‌کنندگان این فایل آموزشی که حاصل تدریس اساتید است تهیه و در قالب یک بولتن داخلی به چاپ رسید. بخش‌های اول و دوم کتاب مخاطب عام دارد و برای معلمان، ماماها، پرسنل بهداشتی و والدین، علاوه بر روانشناسان، مشاوران و پزشکان خانواده مفید است.

امید است با این امر گامی کوچک در راستای توانمندسازی گروه‌های هدف در جهت پیشگیری و مدیریت افکار خودکشی و رفتارهای خود آسیب‌رسان برداشته شود.

زمستان ۱۴۰۲



بخش اول

پیشگیری ریشه‌ای از خودکشی

ویژه معلمان، والدین، و مشاوران

دکتر نوذر نخعی
استاد پزشکی اجتماعی مرکز تحقیقات مدیریت
ارائه خدمات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان



برای پیشگیری از خودکشی چه باید کرد؟

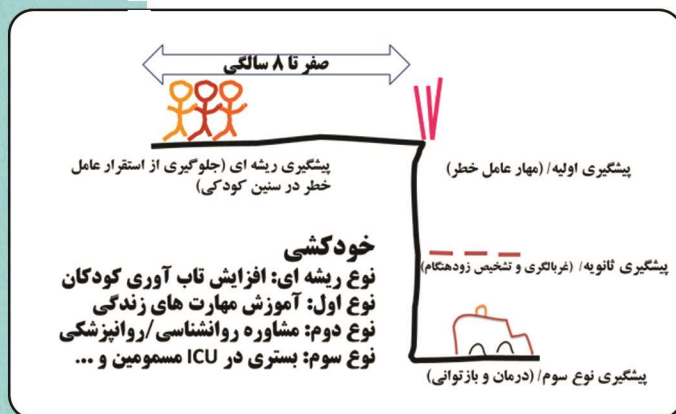
بطور کلی چهار سطح پیشگیری هست:

۱. **پیشگیری ریشه‌ای:** به مفهوم جلوگیری از استقرار عامل خطر و الگوهای فرهنگی، اجتماعی و رفتاری که زمینه‌ساز بیماری‌ها می‌شوند. زمان نهادینه شدن این نوع پیشگیری عمدتاً سنین قبل از ورود به مدرسه و در نهایت مقطع اول دبستان است.

۲. **پیشگیری سطح اول یا مهار عامل خطر:** مثل آموزش مهارت‌های زندگی؛ از جمله مهارت کنترل خشم و مهارت خودآگاهی برای افزایش سازگاری‌ها.

۳. **پیشگیری نوع دوم یا غربالگری:** تشخیص سریع و درمان به موقع. باید افسردگی را با غربالگری تشخیص و زود درمان کرد.

۴. **پیشگیری نوع سوم یا درمان و بازتوانی:** تجهیز بخش مراقبت‌های ویژه برای استفاده، در صورت بروز مشکل

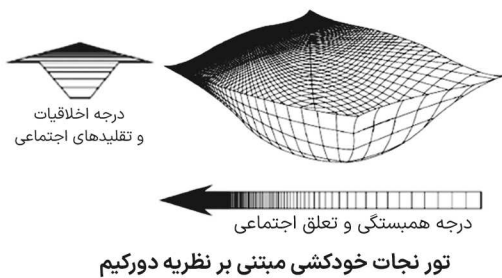


دید می‌شود. به همین دلیل باید اقدامات لازم در این زمینه را دانست.

◀ نگاهی گذرا به نظریه‌های جامعه‌شناسی

در یک بررسی اخیر از ۳۰۰۰۰ مطالعه انجام شده در زمینه خودکشی تنها ۱.۳ آنها تم جامعه‌شناسانه داشته است. از ۵۰ سال پیش، به تدریج علاقه جامعه‌شناسان برای بررسی موضوع خودکشی کم‌رنگ و بیشتر بخش سلامت عمومی به بررسی این موضوع پرداخته است. در نگاه جامعه‌شناسی برای درمان این مسئله باید روی موضوعاتی مثل زیباسازی شهر، ساخت مراکز تفریحی و ... تمرکز کرد، اما از نگاه سلامت عمومی باید روی افراد و خانواده‌ها کار کرد. پس باید تمرکز بر افراد و خانواده‌ها و عواملی مانند اندیشه باشد. چرا که گفته می‌شود شادمانی به نگرش فرد برمی‌گردد.

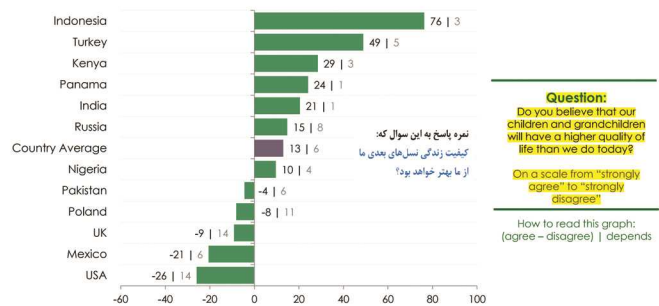
جمله خلقان سخره اندریشه اند
زین سبب خسته دل و غم پیشه
(اند مولوی)



نوع ریشه‌ای درمان خودکشی بدین شکل است که فکر خودکشی حتی به ذهن فرد نیز خطور نکند. این نگاه ریشه‌ای است که در ۸ سال اول زندگی باید در مورد آن کار شود.

◀ نقش شاخص امید به آینده و زندگی

معمولا این نگاه وجود دارد که شاخص امید به آینده و زندگی در کشورهای پیشرفته، دارای وضعیت بهتری است، اما این شاخص در کشورهای اندونزی، ترکیه و کنیا ۷۶ و در آمریکا زیر صفر است.



از طرفی در نقشه شادی در دنیا دیده می‌شود کشورهای مثل کشورهای حوزه اسکانندیناوی، آمریکا، کانادا و استرالیا شادترین کشورها هستند، در صورتی که آمار خودکشی در این کشورها بیشتر است.

مصرف داروهای ضدافسردگی در کشورهای ایسلند، استرالیا، پرتغال، انگلیس و کانادا بیشترین میزان است که بخشی از آن بخاطر دسترسی بیشتر به خدمات دارویی و پزشکی است، اما دلیل عمده آن، مصرف بالاتر این داروها در این کشورهاست. بنابراین یک دوگانگی شادی و خودکشی وجود دارد که با هم همبستگی ندارند.

در ایران از اوایل دهه ۸۰ یک روند مشهود افزایش خودکشی منجر به فوت

◀ جملاتی از امیلی اصفهانی (روانشناس مطرح با اصالت ایرانی) در برنامه TED:

قبلا اینطور فکر می‌کردم تمام هدف زندگی پیدا کردن خوشبختی هست. همه می‌گفتند موفقیت راه رسیدن به خوشبختی است. بنابراین دنبال کار ایده‌ال، آپارتمان زیبا و ... رفتم اما احساس اضطراب و سرگردانی داشتم نه رضایت. فقط من نبودم که این احساس را داشتم، دوستانم هم همین درگیری را داشتند. آمار نشان داده به دنبال خوشبختی رفتن می‌تواند انسان را بدبخت کند. آمار خودکشی در کل دنیا بالا رفته و اخیرا در آمریکا به بالاترین میزان در ۳۰ سال اخیر رسیده است. علی‌رغم اینکه زندگی‌ها رو به بهبود است اما احساس ناامیدی و تنهایی بیشتر احساس می‌شود. یک نوع خلا انسان‌ها را آزار می‌دهد. تحقیقات نشان داده آنچه این ناامیدی را پیش‌بینی می‌کند فقدان خوشبختی نیست، فقدان معنا در زندگی است.

◀ توصیه پرفسور لاستیگ

پرفسور لاستیگ در کتاب خود ۴ ستون نشاط و خشنودی، روابط بهتر و افسرده نبودن را به مردم جامعه مدرن و صنعتی توصیه می‌نماید:

۱. **اتصال داشتن.** که منظور ارتباط با خداوند، خانواده، اقوام و دوستان است. یعنی ارتباط با خدا عامل مهمی برای نشاط در زندگی معرفی می‌شود.
۲. **بخشنده بودن.** کمک کردن به دیگران، دلسوزی نسبت به دیگران و حس دگرخواهی و نوع دوستی.



شاد نبود. تنها چیزی که به او شادی واقعی می‌داد، سه چیز بود: فرزندانش، نوه‌هایش و همسرش.

◀ بررسی مطالعه گرنت

مطالعه گرنت (قوی‌ترین و گران‌ترین مطالعه روانشناسی دنیا) طی ۸۵ سال و با هزینه بسیار زیاد (حدود ۲۰ میلیون دلار) به دنبال پاسخ به یک سوال بوده است: **چرا برخی افراد در بزرگسالی شاد و برخی بداندیش و ناراضی هستند؟** دو گروه این آزمایش شامل دانشجویان دانشگاه هاروارد و افراد محله‌های فقیرنشین آمریکا بودند. بعد از بررسی این نتیجه حاصل می‌شود که نشاط در بزرگسالی حاصل تجربه عشق و محبت در ایام طفولیت است. ارتباطات دوستانه و صمیمانه در خانواده بخصوص در زمان کودکی در احساس رضایت فرد نقش مهمی دارد. اگر کودک دلبستگی ایمن با مادرش را در کودکی تجربه کند، در بزرگی درآمد خیلی بیشتری خواهد داشت. افرادی که مادر مهربان‌تری داشته‌اند، به میزان یک سوم آلزایمر گرفته‌اند. در زمان جنگ جهانی دوم نیز بررسی‌ها نشان داده خلبان‌های خیره و ژنرال‌های بزرگ، مادر مهربان‌تری داشته‌اند. در این تحقیقات همچنین به این نتیجه رسیدند که ارتباط صمیمی بیشتر از شهرت و پول، حس نشاط می‌آورد.

◀ دکتر والدینگر روانشناس در TED

چه چیزی ما را سالم و شاد نگه می‌دارد؟ اگر الان قرار بود برای آینده سرمایه‌گذاری کنیم چه چیزی بود؟ یک نظرسنجی از

۳. **سازگاری بیشتر با مشکلات با** استفاده از ابزارهایی همچون خواب بیشتر و بهتر و ورزش. موضوع خواب به هنگام و کافی بر همه جنبه‌های زندگی از جمله نشاط اثرگذار است. زودتر خوابیدن به عنوان یکی از راه‌های مهم پیشگیری از نابرابری در مردان نیز مطرح شده است. در پروژه‌ای در آمریکا از دانش‌آموزان خواسته شد شب‌ها یک ساعت زودتر بخوابند. این موضوع سبب شد میانگین نمرات آنان یک نمره بالاتر رود. یکی از راه‌های مقابله با مشکلات زناشویی نیز ورزش کردن است، زیرا قدرت صبر و تحمل را بالا می‌برد.

۴. **دقت در آنچه می‌خوریم.** غذا را دور هم بپزید و با هم بخورید. همچنین از غذای بیرون کمتر استفاده کنید.

◀ مطالعه‌ای در مجله بسیار معتبر نیچر

این مطالعه میزان درآمد ملت‌ها را با میزان احساس خوشبختی سنجیده است. این مقاله بیان می‌کند انسان‌ها تا زمانی که زیر خط فقر باشند، احساس خوشبختی و امید چندانی ندارند. پس از رسیدن به خط فقر این احساس بهبود می‌یابد ولی پس از عبور از خط فقر باز افت می‌کند.

کتابی با نام "هک شدن مغز آمریکایی‌ها" اثر پروفیسور لوستیک (دارای رتبه بالای علمی) می‌گوید: اگر می‌خواهید شادمان باشید من توصیه‌هایی برای شما دارم.

مادرم ذاتا یک آدم بانشاط نبود، برای او مسیر شادمانی در پول، غذا، مشروبات، سفرهای خارجی و ... بود ولی هیچوقت

نسل جوان شد و از آنها پرسیدند
مهمترین چیز در زندگی چیست؟ بیش از
۸۰ درصد هدفشان پولدار شدن و بعد
مشهور شدن و ... بود. اما افرادی وضعیت
خوبی بعد از ۸۴ سال داشتند که رابطه
خوبی با دوستان و خانواده داشتند. تعداد
دوستان مهم نیست، بلکه مهم کیفیت
روابط نزدیک است. زندگی خوب با روابط
خوب ساخته می‌شود.



نکته مهمی که باید در نظر گرفته شود
این است که در صورت مغایرت سبک
زندگی ما با نتایج این تحقیقات علمی، دو
مکانیسم روانی در ما آرامش ایجاد می‌کند
تا از واقعیت بگریزیم (چون زندگی ما
اینطور نیست). مکانیسم اول، **انکار** که
اساساً همه این یافته‌ها را با سوال مواجه
می‌سازد، و مکانیسم دوم **فرافکنی** که
تقصیرها را گردن دیگران می‌اندازد.

⑩ توصیه مگ میکر برای مادران

دکتر مگ میکر در کتابش (از
پروفروش‌ترین کتاب‌های جامعه مدرن
آمریکا) ۱۰ توصیه را برای افزایش نشاط
مادران ارائه می‌دهد:

۱. ارزش خودمان بعنوان یک مادر را
باور داشته باشیم.
۲. حفظ کردن دوستی با آنهایی که

- دوستشان داریم.
۳. باور به خداوند و حمایت‌هایش
 ۴. نه گفتن به چشم و هم‌چشمی
 ۵. داشتن ارتباط سالم با پول
 ۶. در نظر گرفتن زمانی برای تنها بودن
 ۷. دوست داشتن و مورد دوست
داشته شدن از راه درست
 ۸. یاد گرفتن راه‌های ساده زیستی
 ۹. داشتن شهامت و چیره شدن بر
ترس‌ها
 ۱۰. امید داشتن (امید یک تصمیم
است، پس تصمیم بگیریم امیدوار
باشیم)
- نکته مهم این است که تمامی این
توصیه‌ها در فرهنگ غنی ما وجود
داشته است.

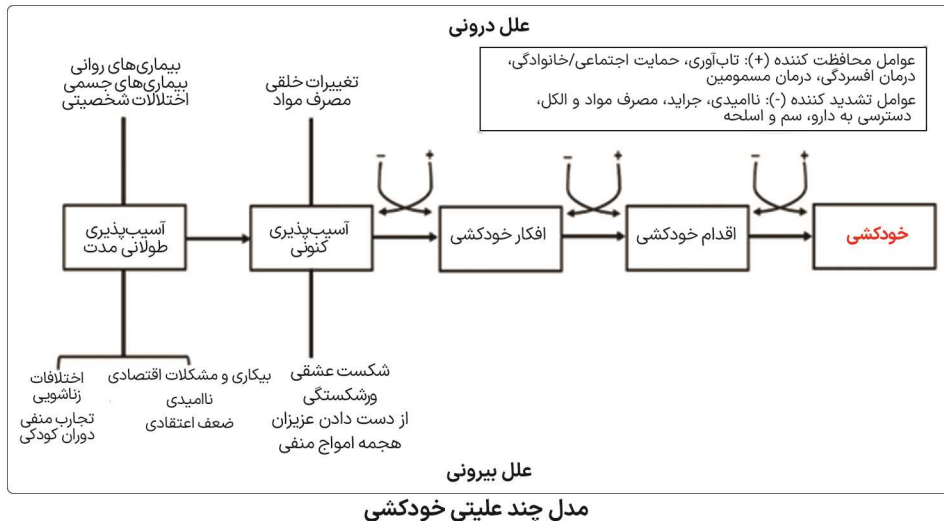
⑨ اقرار رابرت وینستون (پژوهشگر پیشرو در زمینه فرزند پروری)

اگر از من بپرسند بزرگترین افتخار
تو چیست بدون شک می‌گویم سه
فرزندی که دارم...

خودکشی، اعتیاد، طلاق و ... همگی
با دل‌بستگی‌های ایمن و غیرایمن در
کودکی نسبت به مادر ارتباط دارد.
محققین امروزه می‌گویند بهتر است
نوزادان بیشترین تماس پوستی را با
مادران داشته باشند.

**بدانیم که خودکشی فقط یک اتفاق
مقطعی نیست، بلکه شروع آن ریشه در
تجارب دوران کودکی فرد دارد.**

بسیاری از کسانی که خودکشی
می‌کنند، نمی‌خواهند بمیرند اما آنها راه
دیگری برای رهایی از مشکلات
نمی‌دانند.



◀ نظریه دورکیم

این حالت احتمال اینکه فرزند این خانواده در بزرگسالی خودکشی کند، ۵۱ برابر بیشتر است. به همین دلیل برای جلوگیری از ناامیدی و داشتن افکار منفی و مایوس کننده در فرزندان لازم است، والدین سبک‌های فرزندپروری را بشناسند. باید تلاش کرد فرزندانمان شکرگزار بار بیایند و با وجود داشتن قانون در منزل، از محبت در دوران کودکی اشباع شوند. باید به موقع از آنها مطالبه داشت و بسته به سنشان کاری کرد که طعم سرد و گرم روزگار را بچشند، تا تاب‌آوری آن‌ها بیشتر شود. در عکس زیر توضیحاتی در مورد بهترین سبک فرزندپروری ارائه شده است.

دو مولفه در جامعه برای جلوگیری از تبدیل افکار خودکشی به اقدام مهم است: **اخلاق و تعلق اجتماعی** مقاله بسیار خوبی از مجله معتبر لنست بیان می‌کند انسان‌ها را باید بصورت فیلم نگاه کرد، نه عکس. حتی اتفاقاتی که برای مادر قبل از تشکیل نطفه رخ می‌دهد در تعیین سرنوشت کودک بسیار موثر است. وضعیت اجتماعی و اقتصادی، به تنهایی بزرگ کردن کودک، تجارب منفی مادر حتی در زمان بارداری و فرزندچندم بودن نیز تاثیر زیادی در آینده کودک دارد. تجارب منفی کودکان عامل مهمی در اعتیاد به تلفن همراه، اعتیاد به قلیان نیز می‌باشد. خانه‌ای را فرض کنید که مادر و پدر معتاد و فضای خانه بسیار مسموم است. در

انتظار از کودک و نظارت

در بهترین سبک فرزندپروری - یعنی سبک مقتدرانه- محور زندگی والدین بر پایه محبت استوار است، ولی در عین حال فرزند را در مواقع لزوم بازخواست می‌کنند. آن‌ها نه از طریق دستور، بلکه با استفاده از محبت و صمیمیت ارتباط خود را با فرزند مستحکم می‌کنند و آن‌ها همچنین از فرزند خود بسته به سنش مسئولیت می‌خواهند.



محبت و
مهربانی



بخش دوم
پیشگیری از خودکشی و آشنایی
با فرآیند بتا (QPR)
ویژه معلمان، والدین، و مشاوران

دکتر حمید پورشریفی
دانشیار روانشناسی سلامت، دانشگاه
علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی



در سال ۱۴۰۰ میزان خودکشی در کشور میزان ۷.۴ نفر در صد هزار نفر گزارش شده است که در ده سال اخیر روند صعودی نسبت به سال‌های قبل نشان می‌دهد؛ که در زنان ۴.۳ و در مردان ۱۰.۵ است. به ازای هر خودکشی کامل تقریباً ۳۰ نفر اقدام به خودکشی می‌کنند و ۳۰۰ نفر از این خودکشی متاثر می‌شوند. نسبت اقدام به خودکشی، به نسبت خودکشی کامل در ایران ۱۸.۵ است. این نشان دهنده افزایش مسئولیت ما در این زمینه است.

🔗 آنچه که لازم است پیرامون پیشگیری از خودکشی بدانیم:

ابتدا باید به این موضوع اشاره شود که پیشگیری از خودکشی وظیفه همه است و صرفاً به عهده متخصصین نیست. علم پیشگیری از خودکشی به دو عامل اشاره می‌کند: **تضعیف عوامل خطر و تقویت عوامل حفاظت‌کننده** عوامل خطر: هر عاملی که احتمال اقدام به خودکشی را زیاد کند. عوامل محافظت‌کننده: عواملی که اگر با فردی همراه بود، احتمال خودکشی تا حدی در او کمتر می‌شود. نکته مهم این است که خودکشی چند عاملی است و عوامل زیادی در آن دخیل هستند.

④ تقسیم‌بندی عوامل خطر در خودکشی:

- عوامل خطر فردی:
 - * اقدام قبلی خودکشی
 - * سابقه افسردگی و دیگر بیماری‌های روانی
 - * بیماری جدی از قبیل درد مزمن
 - * مشکلات جنایی- حقوقی
 - * مشکلات شغلی- مالی
 - * تمایلات تکانشی و پرخاشگرانه
 - * مصرف مواد
 - * وجود یا سابقه تجارب آسیب‌زای کودکی
 - * احساس درماندگی
 - * قربانی خشونت
 - * احساس انزوا
 - * روابط در اطرافیان
 - * تجربه خودکشی در اطرافیان
- عوامل خطر مبتنی بر جامعه:
 - * عدم دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی
 - * وضعیت خودکشی در جامعه
 - * استرس فرهنگ‌پذیری
 - * خشونت در جامعه
 - * ترومای تاریخی
 - * تبعیض
- عوامل خطر اجتماعی:
 - * داغ ننگ مرتبط با حمایت‌یابی و بیماری روانی: برخی از حرف‌ها ایجاد استیگما می‌کند. مثلاً گفته می‌شود فرد کرونایی است، در حالی که باید گفته شود فرد کرونا را تجربه کرده است.
 - * دسترسی آسان به ابزار خودکشی در افراد در معرض خطر، مانند سموم و یا داروها

* گزارش‌های رسانه‌ای نادرست در مورد خودکشی؛ برای مثال در گزارش خودکشی نباید جزئیات گفته یا قهرمان‌سازی شود. گاهی بخاطر اینکه نشان

داده شود خودکشی ربطی به عواملی مثل عوامل اجتماعی ندارد، گفته می‌شود این فرد سابقه مراجعه به مرکز مشاوره را داشته است. همین عامل باعث می‌شود افراد از مراجعه به مشاور پرهیز کنند.

④ عوامل محافظت‌کننده خودکشی

افراد غیر روانشناس می‌توانند نقشی مهمی در افزایش عوامل محافظت‌کننده داشته باشند. اهم این عوامل عبارتند از:

- وجود خدمات بالینی موثر و مناسب برای اختلالات روانی، جسمانی و سو مصرف مواد
 - دسترسی آسان به منابع مداخله‌ای و حمایتی برای دریافت کمک (یک غیر روانشناس هم می‌تواند)
 - منع دسترسی به ابزار مرگبار (یک غیر روانشناس هم می‌تواند)
 - روابط خانوادگی و اجتماعی مناسب
 - برخورداری از حمایت اجتماعی (یک غیر روانشناس هم می‌تواند)
 - برخورداری از مهارت مسئله‌گشایی، حل تعارضات و کنترل هیجانات (به صورت کلی مهارت‌های زندگی)
 - برخورداری از باورهای مذهبی و فرهنگی که بر ارزشمندی انسان و حفظ صیانت ذات متکی است.
- آشنایی با بتا (پپرس، ترغیب کن، ارجاع بده)؛ یک سوال پپرس، زندگی را نجات بده.**

④ فرآیند خودکشی چند مرحله دارد؟

فردی که در اثر خودکشی فوت می‌نماید در واقع از یک مسیر ۵ مرحله‌ای

عبور می‌کند:

۱. **میل و آرزوی مرگ:** فکر کردن به مرگ
۲. **افکار خودکشی:** فکر اینکه خودش به زندگی‌اش پایان دهد.
۳. **طرح‌ریزی:** در چه زمانی، چه مکانی و چگونه انجام دهد.
۴. **اقدام به خودکشی:** عملیاتی شدن برنامه خودکشی
۵. **در نهایت خودکشی منجر به مرگ**
نکته مهم آن است که میزان خطر با گذر از هر مرحله رو به افزایش می‌گذارد.
کاری که در بتا انجام می‌گیرد، این است که حلقه بین برنامه و اقدام، با کمک افراد متخصص و کارشناسان قطع شود. "یک سؤال بی‌رسید، یک زندگی را نجات دهید!"

عوامل استرس‌زا و زمینه‌ساز خودکشی: گاهی عوامل استرس عمومی مثل رکود اقتصادی، کرونا و ... وجود دارد. برای جمعیت‌های مختلف عوامل استرس‌زا متفاوت است. برای مثال در دانش‌آموزان یکی از عوامل استرس‌زا خانواده است. یکی از عوامل تروماهای بین فردی یا همان ضربه عشق است. همچنین رفتار نامناسب در محیط مدرسه.

در خودکشی یک درد جسمی یا روانی غیرقابل گریز، تحمل و کنترل وجود دارد. یک ضربه عاطفی شدید یا یک درد جسمی شدید که طاقت فرد را تمام می‌کند.

عوامل استرس‌زا و آسیب‌پذیری روانشناختی: افرادی که آسیب‌پذیری بیشتری دارند یا مثلاً تجارب تلخ کودکی دارند، عوامل استرس‌زا روی آنان اثر بیشتری دارد. افرادی که طرد

شدن را تجربه کرده‌اند، ممکن است در اثر یک اتفاق، دوباره طرحواره‌شان فعال شود.

عوامل استرس‌زا و سابقه خانوادگی: طبیعتاً در خانواده‌ای که بیماری‌های روانپزشکی، جو خانوادگی نامناسب یا نبود حمایت عاطفی وجود دارد، عوامل استرس‌زا بیشتر فرد را شکننده می‌کند.

عوامل استرس‌زا و دسترسی به عامل مرگ و میر: همه افرادی که تحت عامل استرس‌زا هستند، لزوماً خودکشی نمی‌کنند اما اگر عامل مرگ‌ومیر در دسترس باشد، این احتمال بیشتر است.

بیماری‌های روانپزشکی: افرادی که افسردگی شدید دارند معتقدند زندگی جای زیستن نیست و واقعا می‌خواهند بمیرند.

عوامل استرس‌زا و محیط مدرسه و دانشگاه: کیفیت ارتباط دانش‌آموز یا دانشجو، با مدرسه و دانشگاه، و وجود جو حمایتی نقش مهمی در پیشگیری از خودکشی می‌تواند ایفا کند. در یک پژوهش از دانشجویان پرسیده شد اگر شما با مشکلی مواجه شوید چقدر احتمال دارد دانشگاه از شما حمایت کند؟ دو سوم دانشجویان پاسخ دادند دانشگاه از ما حمایت نمی‌کند. آیا یک دانش‌آموز این ادراک را دارد که اگر من با چالشی مواجه شدم، مدرسه مرا حمایت می‌کند یا برعکس رفتار متولیان مدرسه او را به سمت خودکشی سوق می‌دهد؟ بخشی از این ارتباط حمایتی را

معلم می‌تواند در ارتباط با دانش‌آموز ایجاد کند.

بیشتر باشد، احتمال خودکشی بیشتر است.

◀ تقسیم‌بندی خودکشی

از نظر سطح اقدام دو نوع خودکشی وجود دارد:

1. **کوشش کننده:** با چالش مثل مشکل مالی، عاطفی یا ... مواجه شده است و به رهایی از درد فکر می‌کند. در صورت کمک به حل مشکل یا توان تحمل، این دوره سپری خواهد شد.

2. **کامل کننده:** به رهایی از زندگی فکر می‌کند؛ مثل بیماری‌های روانپزشکی اگر وقتی فرد با یک مشکل عاطفی یا مالی و به اصطلاح با دیوار مواجه شده است (به یک دید تونلی می‌رسد)، باید به فرد کمک کرد از دیوار فاصله گرفته تا بتواند راه‌های دیگری را هم ببیند. این فاصله و خرید زمان، کمک‌کننده است. اگر با هر روشی فرد چند روزی از خودکشی دور شود، در خیلی از مواقع به راه‌حل‌هایی می‌رسد که می‌تواند او را از خودکشی منصرف کند.

نا امید: بعنوان روانشناس یادمان باشد، شاخص‌هایی مثل مهاجرت نشان می‌دهد، امید در انسان‌ها ممکن است کم شده باشد و باید حواسمان به ناامیدی در افراد باشد.

◀ نگاهی دیگر به عوامل خطر خودکشی:

- رفتارهای خود آسیب‌رسان گذشته: اگر کسی قبلاً خودکشی کرده، به ویژه اگر خودکشی مرگبار داشته یا چندین مرتبه خودکشی کرده است احتمال خودکشی مجدد در او بیشتر است.

- **عوامل خطر خانوادگی:** اگر سابقه خودکشی و اختلالات روانی در خانواده وجود دارد یا خانواده جو آسیب‌رسان دارد، احتمال خودکشی بیشتر است.

- **عوامل خطر روانی- اجتماعی:** هرچه فقدان حمایت و وجود عامل فشارزا

مقایسه کوشش کننده‌ها و کامل کننده‌ها

خصوصیت	کوشش کننده‌ها	کامل کننده‌ها
انگیزه	تغییر در موقعیت، فریاد کمک خواهی	مرگ
جنس	عمدتاً زن	عمدتاً مرد
سن	اغلب جوان	خطر با افزایش سن بیشتر میشود
روش	کم خطر (قرص‌ها، بریدن)	روش‌های پرخطر (شلیک گلوله، پرش)
شرایط محیطی	احتمال مداخله وجود دارد	احتیاط از لو رفتن
تشخیص معمول	اختلال افسرده مزمن، اختلال شخصیت مرزی	اختلال خلقی عمده، الکلیسم، اسکیزوفرنیا
خلق مسلط	افسردگی همراه با خشم	افسردگی همراه با ناامیدی

برای مثال گاهی یک زوج مدام در حال دعوا هستند ولی یک زوج بعد از مدت‌ها دعوا دیگر فقط سکوت می‌کنند. مورد دوم نیاز به توجه بیشتری دارد، چون فرد فکر می‌کند دیگر راه‌حلی وجود ندارد و ناامیدی اتفاق می‌افتد. خشم را راحت‌تر می‌توان مدیریت کرد تا ناامیدی. بنابراین دانش‌آموزی که بیشتر اعتراض کرده و در مورد خودکشی صحبت می‌کند قابل کنترل‌تر است تا دانش‌آموزی که چیزی نمی‌گوید.

◀ مفهوم QPR (بتا) برای پیشگیری از خودکشی:

این مفهوم هم وزن CPR است که برای احیا استفاده می‌شود. بتا را هم مانند عملیات احیا همه باید یاد بگیرند (بدون توجه به سطح تحصیلات). بنابراین با توجه به روند صعودی خودکشی، انتظار است کلیه پدر و مادرها، معلمین و ... نسبت به ارکان این روش مهم پیشگیری از خودکشی، در افراد در معرض خطر، آگاهی کامل داشته باشند. QPR یا بتا، شامل سه مهارت برای حفظ زندگی است:

Q: پرس از شخص در مورد خودکشی بپرسید.

P: ترغیب کن ترغیب کنید کمک حرفه‌ای دریافت کند.

R: ارجاع بده دست او را در دست متخصص بگذارید (ارجاع واقعی).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد اکثر قریب به اتفاق کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند، برای برداشتن گام نهایی در مسیر فکر خودکشی تا اقدام به آن، نشانه‌های خطر کلامی یا رفتاری را نشان می‌دهند. هدف بتا آن است که برنامه



این سفر وحشتناک را به هم بریزد. با شناسایی و تشخیص فریادهای کمک خواهی شخص مایل به خودکشی و القای امید از طریق ترغیب او به سمت اقدامات مثبت، می‌توان از خودکشی پیشگیری کرد.

Q: پرس: از چه کسی بپرسیم؟
الف) کسانی که سرخ‌ها و نشانه‌های خودکشی را دارا هستند. سرخ‌ها ممکن است گاهی بصورت کلام مستقیم باشد.
• سرخ‌های مستقیم کلامی:
تصمیم دارم خودم را بکشم.
ای کاش مرده بودم.
می‌خواهم خودکشی کنم.
می‌خواهم همه چیز را تمام کنم.
اگر فلان اتفاق نیفتد خودم را خواهم کشت.

• سرخ‌های غیرمستقیم یا رمزی کلامی:
دیگر نباید مراقب من باشید.
به زودی مجبور نیستید دیگر نگران من باشید.

خدا حافظ، وقتی برگردید اینجا نخواهم بود.
روزگaram گاهی خوب بود، اما همه ما باید خدا حافظی کنیم.
از نحوه رفتار با من پشیمان خواهی شد.
بزودی به منزل اصلی‌ام باز خواهم گشت.
بیا این را بگير (وسيله محبوب و گرانبها) ديگري نيازي ندارم.

ديگر هيچكس نيازي به من ندارد.
از زندگي خسته‌ام.
هدف ادامه دادن چيست.
اگر من بميرم چه كسي دلش مي‌سوزد.
خانواده‌ام بدون من بهتر خواهند بود.
نمي‌توانم بيشتر از اين ادامه دهم.
از همه چيز خيلي خسته‌ام.
تو بدون من بهتري.

من اون آدم سابق نيستم.
من ديگر تسليم شدم، زندگي بي فايده است.

به زودي اينجا نخواهم بود.

• سرخ‌های موقعیتی:

فقدان‌ها و از دست دادن‌ها ...

طرد شدن ناگهانی از سوی یکی از عزیزان یا در اثر جدایی ناخواسته و طلاق

نقل مکان بویژه ناخواسته
فوت همسر، فرزند، دوست (بویژه اگر در اثر تصادف یا خودکشی باشد)

تشخیص یک بیماری کشنده
پرخاشگری و مشاجره با دوستان، اقوام و معلم بدون دلیل مشخص

دستگیری و زندان رفتن
پیش‌بینی از دست رفتن امنیت مالی
از دست دادن مشاور یا درمانگر

• سرخ‌های رفتاری:

اهدا بدن به دانشکده پزشکی

تهیه اسلحه

تهیه قرص

تعیین تکلیف امور شخصی و مالی برای بعد از مرگ

نوشتن وصیت‌نامه

برنامه‌ریزی برای مراسم تدفین

بخشش پول یا دارایی ارزشمند

تغییرات رفتاری بخصوص فریاد زدن، پرت کردن یا عدم همراهی با همسالان و دوستان و خانواده

زمانی این رفتارها سرخ است که فرد زمینه قبلی افسردگی را داشته باشد.

می‌پرسیم به نظر شما افرادی که تحت استرس شدید هستند چه رفتاری دارند؟ هرگونه پیش‌بود یا کمبود رفتاری باید مورد توجه قرار گیرد. لازم است

معلمین به این تغییرهای رفتاری و

- سرنخ‌ها در کلاس حساس باشند. همه این‌ها به معلمین آموزش داده می‌شود.
- ب) افراد دارای علایم و نشانه‌های استرس:
- نشانه‌ها و علایم افراد آشفته و تحت استرس شامل موارد زیر می‌شود:
- تغییرات قابل توجه در عملکرد شغلی و تحصیلی
 - تغییر در روند حضور در کلاس یا کار و غیبت‌های مداوم (اگر پیش از آن منظم باشد)
 - تغییرات مشخص و قابل توجه در الگوهای رفتاری
 - خلق و خوی غمگین و افسرده
 - بیش‌فعالی یا صحبت مداوم و سریع
 - تغییرات قابل توجه در بهداشت و ظاهر، اختلال در نظم، خواب و خوراک
 - خواب آلودگی مکرر در کلاس
- این نکته حائز اهمیت است که بعلاوه باورهای نادرست در مورد خودکشی متوجه سرنخ‌ها نشده یا جدی گرفته نمی‌شوند.
- **باور نادرست:** افرادی که در مورد خودکشی صحبت می‌کنند، صرفاً دنبال جلب توجه هستند.
- **واقعیت:** افرادی که توسط خودکشی می‌میرند، معمولاً ابتدا در مورد آن صحبت می‌کنند. آنها از درد رنج می‌برند و اغلب در جستجوی کمک هستند. آنها نمی‌دانند که چه باید انجام دهند و به این دلیل امیدشان را از دست داده‌اند. همیشه در مورد خودکشی جدی صحبت کنید و بدانید راه‌های زیادی برای جلب توجه هست. چرا که خیلی اوقات ژست خودکشی، منجر به خودکشی می‌شود.
- **باور نادرست:** افرادی که درباره مرگ با خودکشی صحبت می‌کنند، قصد کشتن خود را ندارند.
- **واقعیت:** افرادی که در مورد این صحبت می‌کنند، که می‌خواهند بمیرند، اغلب اقدام به خودکشی می‌کنند. افراد در یک دودلی هستند؛ از طرفی دلایلی برای ماندن دارند و از طرفی دلایلی برای رفتن. همین دودلی منجر می‌شود درباره‌اش صحبت کنند، پس حتماً جدی بگیرید.
- **باور نادرست:** خودکشی اغلب بدون هیچ علایم اخطار دهنده‌ای رخ می‌دهد.
- **واقعیت:** خودکشی تقریباً همیشه نشانه‌های اخطار دهنده دارد.
- **باور نادرست:** وقتی فردی تصمیم می‌گیرد با خودکشی بمیرد، شما نمی‌توانید کاری برای توقف آن انجام دهید.
- **واقعیت:** خودکشی قابل پیشگیری است. بسیاری از افرادی که می‌خواهند خودکشی کنند، نمی‌خواهند بمیرند؛ فقط می‌خواهند درد و رنج را توقف دهند. کافیست راه حلی برای کاهش درد ارائه شود.
- **باور نادرست:** فقط طبقات خاص جنسیتی، اقتصادی اجتماعی، سنی و نژادی دست به خودکشی می‌زنند.
- **واقعیت:** هر فردی می‌تواند دست به خودکشی زند.
- **باور نادرست:** افرادی که دست به خودکشی زده و زنده می‌مانند دوباره خودکشی نمی‌کنند.
- **واقعیت:** این افراد بارها اقدام مجدد

خواهند داشت. چون روشی برای رهایی از درد یاد گرفته‌اند.

- **باور نادرست:** افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند دیوانه هستند و اختلال روانشناختی دارند.

واقعیت: نه نه نه. آنها در درد و رنج بوده و احتمالاً در مغزشان تغییرات شیمیایی رخ داده است. هر فردی می‌تواند اقدام به خودکشی کند.

- **باور نادرست:** افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند، ضعیف هستند.

واقعیت: نه نه نه. آنها در درد و رنج هستند و احتمالاً در مغزشان تغییرات شیمیایی رخ داده است. گاهی افرادی که خیلی قوی هستند با خودکشی می‌میرند.

در زمان عصبانیت عملکرد کورتکس و قشر مخ کنار می‌رود و عکس العمل گاهی با دستگاه لیمبیک است. اینجا آن رفتار جبران ناپذیر انجام می‌شود. پس برای همه پیش می‌آید که تحت تاثیر لیمبیک چنین اقداماتی انجام دهند، مثل زمانی که یک فرد در حین عصبانیت حرفی می‌زند یا کاری می‌کند که بعد پشیمان می‌شود.

- **باور نادرست:** افرادی که در مورد خودکشی صحبت می‌کنند هدفشان کنترل و تحت تاثیر قرار دادن دیگران است.

- **واقعیت:** نه. این افراد در درد و رنج هستند و نیاز به کمک دارند. گفتن جملات بالا غیر مسئولانه و انکار کننده است.

- **باور نادرست:** وقتی افراد تمایل به خودکشی پیدا می‌کنند، این میل همیشه در آنها می‌ماند.

- **واقعیت:** اکثر افراد در دوره‌های محدودی میل به خودکشی پیدا می‌کنند. البته گاهی ممکن است بنا به شرایط این میل عود کند.

- **باور نادرست:** افرادی که تمایلات خودکشی دارند قطعاً می‌خواهند بمیرند.

- **واقعیت:** اکثر افرادی که خودکشی می‌کنند نمی‌خواهند بمیرند، بلکه می‌خواهند درد و رنجشان متوقف شود.

- **باور نادرست:** شما هرگز نباید از افراد بپرسید که آیا افکاری در مورد خودکشی دارند؛ چرا که صحبت در مورد خودکشی ممکن است آنها را به این سمت سوق دهد.

- **واقعیت:** این سوال، فکر خودکشی ایجاد نمی‌کند، بلکه باید پرسیده شود تا از نیت و ذهن فرد آگاه شده و این امکان ایجاد شود تا از تنش‌های ایجاد کننده احساسات خودکشی کم شود. مبنای بتا این است که از افراد پرسیده شود. فکر خودکشی به آسانی ایجاد نمی‌شود بلکه زمینه درد و رنج حل نشده منجر به آن می‌شود.

- **باور نادرست:** وقتی حال افراد خودکشی بهتر می‌شود آنها تا مدت‌ها دست به خودکشی نمی‌زنند.

- **واقعیت:** در مواردی حال افراد خودکشی به این دلیل بهتر می‌شود که آنها تصمیم می‌گیرند با خودکشی بمیرند و حس می‌کنند بزودی از درد و رنج نجات

بسیاری از افراد که خودکشی می‌کنند، علاقمند دریافت حمایت هستند.

خواهند یافت. افسردگی به یکباره حل نمی‌شود مگر اینکه دودلی فرد در مورد خودکشی حل شده و تصمیم به خودکشی گرفته باشد.

- **باور نادرست:** افرادی که در فکر خودکشی هستند، دنبال کسب حمایت نیستند.

- **واقعیت:** بسیاری از افرادی که خودکشی می‌کنند، علاقمند دریافت حمایت هستند.

- **باور نادرست:** تعلق به گروه مذهبی ویژه، پیش‌بینی کننده خوب عدم اقدام به خودکشی در اشخاص است.

- **واقعیت:** اگرچه باورهای مذهبی نقش محافظت کننده دارد ولی موجب عدم اقدام به خودکشی نمی‌شود.

- **باور نادرست:** کسانی که از روش‌های کم خطر استفاده می‌کنند، در مورد کشتن خود جدی نیستند.

- **واقعیت:** این درست است که افرادی که خودکشی کامل می‌کنند از روش‌های پرخطر استفاده می‌کنند، ولی به این معنا نیست که افرادی که خودکشی غیرکامل دارند، حتماً از روش‌های کم خطر استفاده می‌کنند، نمی‌میرند یا خودکشی نمی‌کنند.

🔗 ادامه فرایند Q یا پیرس:

اولین جمله در دیدار:

- نگرانی و توجه خود را با بیان دقیق رفتارهایی که موجب نگرانی شما شده است نشان دهید.

- بعنوان مثال: من متوجه ... شما شده و مرا نگران کرده است.

بجای اینکه گفته شود: چرا این روزها به ... توجه نمی‌کنی؟

در ادامه دیدار قبل از شروع بتا این موارد باید انجام شود: شنونده فعال / همدلی / اجتناب از قضاوت، مواخذه و بی توجهی. بعد از این فرایند بتا شروع می‌شود.

◀ گام اول بتا: بی‌سرس

* در صورتی که فرد به مشکلات اشاره می‌کند:

- استفاده از تکنیک تضعیف شرم: برای مقابله با این فکر که افراد ضعیف خودکشی می‌کنند.

* در صورتی که فرد به مشکلات اشاره نکند:

- استفاده از تکنیک عادی‌سازی: برای مقابله با این فکر که افراد غیرعادی خودکشی می‌کنند.

◀ تکنیک تضعیف شرم:

در صورتی که از مشکل فرد اطلاع دارید، سوال دو بخش دارد: بخش اول اشاره به مشکلات؛ بخش دوم سوال مستقیم در مورد مرگ یا خودکشی

- تاکید بر مشکلات فرد و به دنبال آن طرح سوال مرتبط با افکار مرگ یا خودکشی، شرم را کاهش می‌دهد.

افکار مرگ با خودکشی متفاوت است. بخصوص در دانش آموزان اول در مورد افکار مرگ سوال می‌شود (اگر پرسش مستقیم در مورد خودکشی بویژه در دانش آموزان هم پرسیده نشد، عیبی ندارد). فردی که به مرگ فکر کند به خودکشی هم فکر می‌کند.

- نمونه سوال: با توجه به تمام مشکلاتی که برابیم گفتی آیا شده که اخیراً فکر کنی که کاش توی این دنیا نبودم؟ یا حتی لحظاتی به خودکشی فکر کرده‌ای؟

معنای ضمنی این سوال این است که فکر کردن به خودکشی به معنای ضعیف بودن فرد نیست. حال ممکن است این اقدامات را انجام داده و ابراز نگرانی شود ولی فرد همچنان حرف نمی‌زند. اینجا معلم باید چه کاری انجام دهد؟ اگر فرد در مورد مشکلی حرف نزد، باید از تکنیک عادی‌سازی استفاده شود.

◀ تکنیک عادی‌سازی:

* به نظر می‌رسد تحت استرس هستی. - وقتی آدم‌ها تحت فشار زیادی قرار می‌گیرند، گاهی به این موضوع که کاش در این دنیا نبودند یا خودکشی فکر می‌کنند (خودکشی نمی‌کنند بلکه به آن فکر می‌کنند. فکر (نه عمل)، عادی سازی می‌شود).

- شما چقدر به این افکار فکر کرده‌اید؟ - بخش اول اشاره به دیگران دارد و بخش دوم سوال مستقیم در مورد افکار مرگ و خودکشی است.

معنای ضمنی این سوال این است که اگر به خودکشی فکر کنید، آدم عجیبی نیستید. حال اگر این موضوع بیان شد و فرد مجدد صحبت نکرد می‌توان گفت: به نظر می‌آید آنقدر تحت فشار و استرس هستی که صحبت کردن برای تو سخت است. ممکن است بگویند تحت فشار هستم ولی به مرگ فکر نمی‌کنم. در ادامه باید گفته شود: به هر حال من نگران تو بوده و در کنار هستم.

اگر در جواب پرسش‌های بالا پاسخ مثبت دهد:

- ادامه همدلی

- گوش دادن (بهترین مقدمه برای ترغیب کردن)

اول گوش کنید، بعد ترغیب کنید. گوش دادن عالی‌ترین هدیه‌ای است که انسان می‌تواند به دیگری بدهد. نصیحت کردن آسان، فوری و بی‌ارزش است، اما گوش دادن نیازمند صرف زمان، شجاعت و صبر و همیشه کار درستی است.

باید به یاد داشت در صورتی اگر روانشناس نیستیم، وارد راه حل دادن و نصیحت و ... نشویم.

P: ترغیب کن

- نمونه جمله: همه ما گاهی در حل مشکلات و مسائل خود می‌مانیم و نیازمند دریافت کمک از متخصص هستیم.

- از مثال چراغ می‌توان استفاده کرد: ما انسان‌ها گاهی مثل چراغی هستیم که همه جا را روشن کرده ولی اطراف خودمان تاریک است. به حل مشکلات همه کمک می‌کنیم ولی در حل مشکل خودمان عاجزیم گاهی.

این‌ها کمک می‌کند فرد نسبت به کمک گرفتن همراه شود.

- آیا به من اجازه می‌دهی یک قرار ملاقات با مشاور تنظیم کنم؟

- اینجا دو حالت وجود دارد:

۱. فرد می‌گوید نمی‌خواهم کمکی بگیرم.

یعنی عملاً افکار مرگ دارد و مزاحم نمی‌خواهد.

۲. کمک را می‌پذیرد.

نکاتی که باید به آن توجه شود شامل موارد زیر است:

- در صورتی که فرد از کمک گرفتن امتناع کند به معنی شکست بتا نیست.

- در حال حاضر قوانین کره زمین به کسی اجازه نمی‌دهد، بدون دریافت فواید درمان خودش را بکشد. در یک کلام هیچکس حق ندارد بدون اینکه اول فرصتی برای دریافت کمک بدهد، خودش را بکشد.

- ممکن است درمان اجباری لازم باشد.

- چه باید کنیم؟

- اگر فرد فکر خودکشی دارد ولی در موردش صحبت نمی‌کند، باید رازداری را کنار گذاشته و موضوع را با نزدیکترین مرکز مشاوره در میان گذاشت.

R: ارجاع بده

اگر پاسخ ترغیب مثبت بود:


فرد برای دریافت کمک ارجاع می‌شود. باید فهرستی از افراد مناسب برای ارجاع در دسترس باشد (فهرست درون سازمانی و برون سازمانی). مثلاً دانش‌آموز به مشاور مدرسه اگر اعتماد ندارد باید یک جایگزین برون سازمانی باشد.

باید پرسیده شود با چه کسانی راحت‌تر است؟ او حق انتخاب دارد.

- بهترین ارجاع زمانی است که شما شخصاً فردی را که نگرانش هستید، پیش یک متخصص سلامت روان یا فرد حرفه‌ای دیگر برده و یا ترتیب ملاقات با این متخصص ایجاد شود.

- دومین ارجاع مناسب زمانی است که شخص موافقت می‌کند که پیش متخصص برود و شما واقعا قرار ملاقات ترتیب می‌دهید.

- سومین ارجاع مناسب جلب موافقت شخص برای دریافت کمک حتی در آینده است.



هیچ بن بست نیست یاراهی
خواهیم یافت یاراهی خواهیم ساخت.

اگر افکار خودکشی جدی است، روانپزشک بهتر از روانشناس و ارجاع بسیار جدی است. ولی در شرایط خطر کم همین که فرد بپذیرد مراجعه کند، کافی است. نیاز است که معلم یاد بگیرد که در شرایط حساس، ارجاع خیلی مهم و فوری است. در عین حال باید لیست افراد مناسب برای ارجاع را در اختیار معلم گذاشت و برای موارد اورژانسی در مورد ۱۲۳ و ... هم آموزش‌ها داده شود.



بخش سوم

مداخله مختصر برای مدیریت خودکشی

ویژه روانشناسان و مشاوران

دکتر محمدرضا غفارزاده رزاقی
مدیرگروه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد دانشگاه
علوم پزشکی شهید بهشتی



ارزیابی ارتباط

آشنایی با کلیات و مفاهیم

علل خودکشی:

عوامل زیستی

عوامل روانی

عوامل اجتماعی

عوامل فرهنگی

خودکشی نوعی رفتار مقابله‌ای است تحت تاثیر:

* درد جسمی یا روانی غیر قابل تحمل و تنش‌آور

* موقعیت دردناکی که باعث این درد شده است.

در واقع خودکشی نوعی حل مسئله ناتمام برای مقابله با موقعیت دردناک غیرقابل تحمل است. چراکه فرد نمی‌تواند موقعیت را حل کند.

مداخلات

مدل‌های متفاوتی از مداخلات وجود دارد که باید بر اساس شرایط از این مدل‌ها استفاده شود. مهم این است مداخله نهایی اثربخش باشد. بطور کلی مداخلات به دو بخش تقسیم می‌شوند:

۱. مداخلات دارو درمانی

۲. مداخلات روانی اجتماعی

در این فصل بیشتر به مداخلات روانی اجتماعی پرداخته می‌شود.

مدیریت رفتار خودکشی باید دارای ویژگی‌هایی بوده تا اثربخش باشد:

- **کوتاه مدت:** مداخله‌های طولانی مدت معمولا تاثیرگذار نیستند و به دلیل امکان بروز خستگی یا عوامل محیطی مورد از دست می‌رود.

- **مبتنی بر رویکرد حل مسئله:** صرفا پر

کردن یک پرسشنامه و ارجاع به دیگری کمک نمی‌کند. مداخله‌ای اثربخش است که به فرد مهارت مدیریت خود در صورت بروز افکار خودکشی داده شود.

- **درمان متمرکز بر خودکشی (افکار و اقدام)**

◀ چرا مدیریت خودکشی؟

به دلیل شیوع بالای خودکشی در بیماران روانپزشکی، همه کارکنان نظام مراقبت بهداشت اولیه، صرف نظر از تخصصشان باید قادر به ارزیابی خودکشی و طراحی مدیریت آن باشند. غربالگری، ارزیابی و مدیریت خودکشی باید در همه نقاط ورود به سیستم مراقبت بهداشتی اولیه به صورت روتین انجام شود و لذا کارکنان باید آموزش کافی در این زمینه را دریافت کنند. معلمان، همکاران اورژانس اجتماعی، همکاران اورژانس پزشکی، پلیس و ... همه باید اطلاعات کافی را در این زمینه داشته باشند.

بطور کلی دو گروه اصلی **مداخلات دارویی** و **روانشناختی** در این زمینه وجود دارد. مدیریت خودکشی به قضاوت بالینی در مورد میزان خطر خودکشی بستگی دارد و مهم است که روانشناس هنگام ورود مراجع چه قضاوتی در مورد میزان خطر دارد.

◀ دارو درمانی:

با توجه به اختلال روانپزشکی فرد، از داروهای مختلفی برای کاهش خطر خودکشی استفاده می‌شود. این داروها شامل بنزودیازپین‌ها (برای درمان اضطراب)، ضدافسردگی‌ها، لیتیوم (برای اختلالات خلقی) و آنتی‌سایکوتیک‌هاست.

نیاز است مراقب ریسک خودکشی در داروهای ضدافسردگی SSRI بود، چراکه این داروها خطر خودکشی را بویژه در نوجوانان و جوانان افزایش می‌دهد. از ECT نیز گاهی برای درمان رفتار خودکشی استفاده می‌شود که شواهد حاکی از اثر کوتاه مدت آن بوده و خیلی مقرون به صرفه نیست.

◀ مداخلات روانی، اجتماعی:

- استفاده از طیفی از مداخلات شامل آموزش روانی بیمار، خانواده، گرفتن مشاوره و دارو درمانی
 - درمان‌های شناختی و رفتاری
 - درمان حل مسئله
 - رفتار درمانی دیالکتیک
 - مشاوره خانوادگی
- عناصر مشترک این رویکردها آموزش حل مسئله، مقابله با هیجانات شدید، افزایش خودکنترلی و رشد مهارت‌های مقابله‌ای است.
- درمان اختلال افسردگی

◀ راهبرد یا رویکرد اصلی در مدیریت رفتار خودکشی:

۱. کاهش درد مراجع با استفاده از تکنیک‌های رفتاری
۲. افزایش ظرفیت مقابله‌ای با استفاده از تکنیک‌های شناختی
۳. آموزش مهارت حل مسئله

◀ ساختار جلسات مدیریت رفتار خودکشی:

مداخله مختصر ۴ جلسه‌ای مشتمل بر جلسات:

جلسه اول: ارزیابی خطر خودکشی و طرح امنیت

۱. ایجاد ارتباط درمانی
۲. ارزیابی خطر خودکشی با:
 - مصاحبه بالینی
 - شناسایی عوامل خطر
 - شناسایی عوامل محافظ
 - ارزیابی خودکشی
۳. تعیین سطح خطر-مداخله
 - مستندسازی
۴. تدوین طرح امنیت و مشاوره کاهش دسترسی به وسایل مرگبار
۵. پایش و پیگیری ساختار

جلسه دوم: آموزش روانی و کاهش رنج بیمار

۱. ارزیابی سطح خطر خودکشی
 - آزمون غربالگری خودکشی کالیفرنیا
 - ارجاع فوری به پزشک در صورت سطح خطر بالا
 - آموزش روش‌های کاهش درد روانی در صورت سطح خطر پایین یا متوسط
۲. بررسی طرح امنیت
۳. کاهش رنج بیمار
 - آرام سازی خود
 - پرت کردن حواس
 - خودگویی مثبت
 - مراقبت از خود

جلسه سوم: مدیریت خودکشی

گام اول: شناسایی و اصلاح تحریفات شناختی

گام دوم: آموزش مهارت حل مسئله

جلسه چهارم: آموزش خانواده

۱. آموزش روانی خانواده
۲. آموزش پیشگیری از خودکشی

در ادامه توضیحات مربوط به این ۴ جلسه ارائه شده است.

جلسه اول: ارزیابی خطر خودکشی و طرح امنیت

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

• ملاقات با مراجع در یک محیط امن و خصوصی: مراجع احساس راحتی کند.
• توضیح نقش و هدف خود از مصاحبه و ارزیابی: اهداف و فلسفه جلسه توضیح داده شود.

• استفاده از یک تون صدای آرام و اطمینان بخش
• گوش دادن فعال به داستان مراجع: از او بخواهیم بصورت یک داستان ماجرا را تعریف کند. اولین بار کجا این فکر به ذهنش رسیده و ...

• فهم همدلانه و نشان دادن این فهم به بیمار در قالب کلمات و رفتار بدن: مراجع در رفتار ما متوجه گوش کردن ما شده و بداند علاقه‌مند به کمک هستیم. حتما از قبل در آموزش‌ها، ایفای نقش داشته تا نقص‌های خود را اصلاح کنیم.

• حمایت کننده بودن: باید نشان داده که فارغ از درست و غلط بودن کار، حمایت کننده هستیم.

• اجتناب از ارائه راه‌حل‌های سریع: سریع راه‌حل ندهیم. بیمار متوجه می‌شود که مشکلش را درست متوجه نشدیم.

• کنار گذاشتن دیدگاه‌های شخصی، اخلاقی و مذهبی حین کار روی مورد

خودکشی تا مانع ایجاد ارتباط و دوری مراجع نشود.

۲. ارزیابی خطر خودکشی:

الف) شناسایی عوامل خطر: این عوامل را می‌توان برای کاهش خطر تعدیل کرد.
ب) شناسایی عوامل محافظت کننده: این عامل را می‌توان تقویت کرد. مثل خانواده، معنویت، داشتن کار و این موارد را باید با پرسیدن سوالات مختلف از مراجع متوجه شد. برای مثال در سوال "قبلا که افسرده میشدی چکار می‌کردی" حالت بهتر می‌شد؟ مثلا می‌گوید با دوستانم بیرون می‌رفتم" متوجه می‌شویم دوستان برای این فرد عامل محافظت کننده است.

ج) ارزیابی خودکشی: افکار خودکشی، طرح و برنامه، رفتار و قصد خودکشی: آیا علایم و نشانه‌ها و رفتارهایی داشته است که نشان دهنده قصد خودکشی باشد.

د) تعیین سطح خطر-مداخله: سطح خطر را تعیین کنید و مداخله مناسب برای کاهش عامل خطر انتخاب کنید.

ه) مستندسازی: ارزیابی خطر، سطح خطر، مداخله و پیگیری را برای مسائل قانونی که ممکن است رخ دهد مستند کنید.

برای شناسایی عوامل خطر به وجود یا عدم وجود این عوامل باید دقت نمود:

۱. سابقه خودکشی
۲. اختلالات روانپزشکی قبلی یا فعلی
۳. علایم روانی کلیدی
۴. تاریخچه خانوادگی
۵. عوامل آشکارساز



۶. تغییر در نوع درمان روانشناختی یا روانپزشکی: تا مراجع به درمانگر و روش جدید عادت کند، زمان از دست می‌رود و می‌تواند ایجاد خطر کند.

④ شناسایی عوامل محافظت کننده:

• عوامل درونی: مهارت‌های شخصی فرد
• عوامل محیطی: ارتباطات و تعاملات اجتماعی

④ برای ارزیابی خطر خودکشی به موارد ذیل دقت نمایید:

۱. افکار:

- فراوانی، شدت و مدت زمان (طی ۲۴ ساعت گذشته، ماه قبل و یا بدترین زمانی که تجربه شده است).

چندبار این فکرها به ذهنت رسیده است؟
هربار چقدر طول کشیده؟ چه زمان‌هایی بوده است؟ چه اتفاق‌هایی افتاده که آن فکر به ذهنت رسید؟

۲. طرح و نقشه:

- زمان بندی، مکان، مرگبار بودن، در دسترس بودن وسایل خودکشی، فراهم کردن مقدمات اقدام به خودکشی.

آیا روز خاصی مد نظرت بوده است؟ جای خاصی مد نظرت بوده؟ چقدر روش مورد نظرش مرگبار است؟ وسیله‌اش را دارد یا قرار است تهیه کند؟
۳. رفتارها:

- اقدامات قبلی، اقدامات متوقف شده (توسط خود و دیگران)، تمرین طرح و نقشه خودکشی (پیر کردن اسلحه، گره زدن طناب برای دار زدن...).

آیا قبلاً اقدام داشتی؟ چکارهایی انجام دادی؟

۴. قصد:

- میزان احتمالی کردن نقشه

الان می‌خواهد بکشد؟ بعداً؟ فوریت مداخله ممکن است کمی متفاوت باشد.

۵. مرگبار بودن طرح و نقشه

۶. دوسوگرایی:

آیا فکر کردی اگر بمیری چه اتفاقی می‌افتد؟

خیلی وقت‌ها صدمه زدن به خود بدون قصد خودکشی، خودکشی محسوب نمی‌شود. بخصوص در نوجوانان حتما خلق و خوی او را باید از والدینش سوال کرد.

④ نمونه سوالاتی برای ارزیابی خطر و ارزیابی اقدامات قبلی برای خودکشی:

- ارزیابی اقدامات قبلی خودکشی و تریگرها (چه عاملی ممکن است فرد را تحریک کند تا اقدام به خودکشی کند)

- کشنده بودن اقدام قبلی و فعلی

- تکانه‌ای بودن تصمیم

- مصرف مواد (اقدام قبلی تحت مصرف مواد بوده؟)

- پیامد خودکشی قبلی (چقدر دچار آسیب شده است؟ چقدر اختلال در زندگی خودش و خانواده‌اش رخ داده است؟)

- احساس فرد در مورد زنده ماندن (خیلی از افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند، بعد از اقدام دچار پشیمانی می‌شوند. آیا فرد حس خوبی از زنده ماندن داشته است؟)

④ نمونه سوالاتی برای ارزیابی خطر خودکشی، ارزیابی تاریخچه روانپزشکی:

- وجود تاریخچه مشکلات روانپزشکی

- وجود مشکلات کنترل تکانه

نمونه سوالاتی برای ارزیابی خطر خودکشی، ارزیابی عوامل خطر و محافظت کننده:

- وجود دلایلی برای زندگی
- وجود حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی

۳. تعیین سطح خطر:

بر اساس سطح خطر، مداخله تعیین می‌شود.

بر اساس قضاوت بالینی بعد از انجام قدم‌های ۱ تا ۳ تعیین سطح خطر انجام می‌شود. یعنی ارزیابی مجدد، بررسی وضعیت بیمار، وضعیت محیطی و اجتماعی باید انجام شود.

خطر پایین: فرد عوامل خطر قابل تعدیل و تقریباً پایینی دارد، ولی عوامل محافظی هم قوی هستند.

متغیرها: داشتن افکار مرگ بدون طرح و نقشه

مداخله: یک طرح امنیت بنویسیم. پایش، پیگیری و ارجاع به پزشک و حفظ ارتباط با تیم درمانی.

خطر متوسط: عوامل خطر متعدد و عوامل محافظت کننده محدود

متغیرها: افکار خودکشی همراه با طرح و نقشه بدون قصد انجام

مداخله: ارزیابی خطر، طرح امنیت، مشاوره، محدود کردن دسترسی به وسایل خودکشی، پایش و پیگیری و مراجعه فوری به پزشکی جهت ارزیابی خطر و درمان

خطر بالا: وجود اختلال روانپزشکی، عوامل خطر و نبود عوامل محافظت کننده
متغیرها: اقدام به خودکشی بالقوه با افکار مستمر خودکشی (هم قصد هم اقدام و هم تمرین)

مداخله: باید ارجاع فوری به پزشک برای اورژانس بیمارستان انجام شود و تجویز دارو یا بستری. مداخله در مرکز در این سطح خطر مناسب نیست.

مستندسازی: تمامی اقدامات شامل تعیین سطح خطر، تصمیم‌گیری، طرح درمان، مداخله، تدوین طرح امنیت، کاهش عوامل خطر، کاهش دسترسی به وسایل و باید مستند شوند.

۴. تدوین طرح امنیت:

- توضیح ضرورت تکمیل طرح امنیت برای مراجع

- تکمیل مولفه‌های طرح امنیت به ترتیبی که در فرم ذکر شده است.

- در کنار مراجع نشسته و از رویکرد حل مسئله مشترک استفاده کنید.

- پس از تکمیل طرح امنیت، یک نسخه تحویل مراجع و یک نسخه در پرونده بایگانی کنید.

- پس از پایان جلسه اطلاعات فرم را در کامپیوتر وارد کنید.

- توجه داشته باشید که طرح امنیت باید شامل دستورالعمل‌های ساده و با زبان خود بیمار بوده و فهم آن آسان باشد. چند گام دارد:

گام اول: در مورد علایم هشدار دهنده با بیمار صحبت می‌شود. دیدن چه چیزی، قرار گرفتن در چه شرایطی حال او را بدتر می‌کند؟

گام دوم: در مورد روش‌های مقابله‌ای صحبت می‌شود. فرد از چه راهکارهایی استفاده می‌کند و چقدر احتمال دارد از اینها استفاده کند؟ موانع حل مسئله برای او چیست؟ کارهایی که مراجع می‌تواند با استفاده از آن حواس‌پرتی ایجاد کند و افکار

را از خودش دور کند چه چیزهایی هستند؟
گام چهارم: افرادی که می تواند از آنها کمک بگیرد شناسایی کنیم. حتما یک فرد قابل دسترس که بتواند سریع به بیمار کمک کند به او معرفی شود.
گام پنجم: کاهش احتمال استفاده از وسایل مرگبار

۵. پایش و پیگیری تلفنی:

بعد از نوشتن طرح امنیت باید پایش و پیگیری تلفنی داشته باشیم. این پایش و پیگیری بعد از جلسه اول حتما باید باشد و بین جلسات انجام شود؛ بخصوص برای افرادی که بعضی جلسات را نمی آیند. استراتژی این پایش کاهش خطر خودکشی بوده و فرد متوجه شود یک نفر به او اهمیت می دهد و این به کاهش علائم او کمک می کند. این کار باید تا پایان روند درمان باید انجام شود. در هر ارتباط باید بحث ارزیابی خطر و امنیت را مجدداً چک و بررسی کنیم چقدر احتمال دارد، بیمار با ما همراه شود و به جلسات مشاوره بیاید.

نکته مهم در پیگیری تلفنی رضایت بیمار است. اگر بیمار رضایت به پایش تلفنی نمی دهد حتما باید وارد مذاکره شده و رضایت او را جلب کنیم.

ساختار پایش تلفنی به چه صورت باید باشد:

- وضعیت خلقی و خطر فعلی خودکشی بیمار به وسیله آزمون کالیفرنیا بررسی شود. اگر تشخیص دادیم خطر زیاد است حتماً ارجاع فوری لازم است.

- سوالات باید مستقیم باشد و اوضاع و شرایط زندگی بیمار که روی خلق او و افکار خودکشی او تاثیر می گذارد بررسی شود.

- طرح امنیت بیمار مجدداً مرور شود تا

بررسی کنیم آیا استفاده شده و مفید بوده است یا اگر طبق طرح امنیت با دوستش تماس گرفته، راهنمایی دوستش مفید بوده است؟

- در صورت نیاز طرح را بازنگری کنیم. شاید نیاز باشد مواردی حذف یا اضافه شود.

- هر تغییری که انجام می شود باید در فرم نوشته و برای او هم ارسال شود.

- دسترسی بیمار به وسایل خودکشی بررسی شود. اگر نیاز است بار دیگر وسایل مرگبار را مرور کنیم.

- ورود به درمان و انگیزه درمان حتماً پرسیده شود (آیا قرار مراجعه یادت هست؟) - اگر بیمار درمان را نمی پذیرد، باید درمان های جایگزین بررسی شود.

- رضایت و تمایل بیمار برای پیگیری بعدی کسب شود. اگر بیمار مقاومت کرد ببینیم علت چیست و سعی کنیم با رویکرد حل مسئله مشکل را حل کنیم.

- حتماً باید یک زمان برای پیگیری بعدی هماهنگ شود. اگر نیاز به پیگیری تلفنی ندارد، باز هم اطلاع داده شود.

- خطر خودکشی در ۴۸ ساعت بعد از نوشتن طرح امنیت باید بررسی شود.

شاید روزانه چندبار در هفته اول لازم باشد وضعیت فرد بررسی شود و مدام طرح امنیت پایش شود. تا زمانی که وضعیت پایدار شود بصورت روتین (مثلاً هفتگی) وضعیت فرد پایش شود.

آزمون غربالگری کالیفرنیا: این سوالات معمولاً پرسیده می شود:

آیا از آخرین تماسی که داشتیم آرزو کردی کاش می خوابیدی و بیدار نمیشدی؟

آیا در مورد اینکه چطور انجامش دهی فکر کردی؟

آیا قصد عمل کردن بر اساس این افکار را داشتی؟
آیا مقدماتی رو برای انجام دادن نقشهات فراهم کردی؟
برای پایان دادن به زندگی کاری رو انجام دادی؟ شروع کردی کاری انجام بدی؟
این موارد حتما باید از مراجع پرسیده شود. هرچه جواب‌های بله بیشتر شود، خطر بیشتر است و باید ارجاع فوری شکل گیرد.
مهم‌ترین کار ما در مداخله مختصر این است که مراجع را در جلسه اول چطور مدیریت کنیم.

🔗 آموزش روانی و کاهش رنج بیمار

اهداف:

۱. کاهش رنج بیمار
۲. ارزیابی سطح خطر خودکشی

🔗 ارزیابی سطح خطر:

- استفاده از آزمون غربالگری خودکشی کالیفرنیا
- اقدام مناسب بر اساس سطح خطر
اگر سطح خطر بالا بود باید فوری به پزشک ارجاع شود. اگر لازم بود خانواده و دوستان باید در جریان مداخلات قرار گیرند.
اگر سطح خطر متوسط بود، استفاده از آموزش‌ها و روش‌های کاهش درد روانی در دستور کار قرار می‌گیرد.
مهم‌ترین اقدام در جلسه دوم ارزیابی سطح خطر و اقداماتی پس از آن است.

🔗 بررسی طرح امنیت مراجع:

درباره استفاده از این طرح طی جلسه اول تا جلسه دوم سوال می‌شود.
آیا طی این مدت روی مواردی که صحبت کردیم، توانستم کمک کنم؟ افکار مجدد به سراغت آمد؟

اگر بله آیا توانستی حواس خودت را پرت کنی؟ آیا متوجه شدی چه اتفاقی افتاد که این افکار مجدد سراغت آمد؟ روش‌های مقابله را توانستی انجام دهی؟ از ریلکسیشن استفاده کردی؟ افرادی که گفته بودی در این مواقع می‌توانند کمک کنند آیا توانستند کمکی کنند؟ مرکزی که در طرح گفتی وقتی حالت بد بود توانستند کمکی کنند؟

پس بطور کلی درباره طرح و اینکه چه آیتم‌هایی استفاده کرده و چه آیتم‌هایی را استفاده نکرده و میزان موفقیت طرح پرسش می‌شود. اگر در استفاده از هر موردی مشکلی وجود داشت با استفاده از رویکرد حل مسئله یک راه حل جایگزین به کمک خود فرد باید پیدا شود.

وقتی افکار خودکشی پیش می‌آید افراد معمولاً وضعیت خودشان را به چند حالت تجربه می‌کنند:

- زندگی غیرقابل تحمل است.
- زندگی بی پایان است و تا انتها همین شکل است و هر کاری کنم وضعیت همین است.
- زندگی غیر قابل فرار است، پس هر کاری انجام دهم، هیچ تغییری انجام نمی‌شود.

در هر سه حالت نیازمند مداخله است. وقتی افکار خودکشی پیش می‌آید فرد درد زیادی تحمل می‌کند. دردی که نمی‌داند آیا کسی به او کمک خواهد کرد یا نه و آیا اصلاً راه نجاتی هست؟ این زمان دو راه حل وجود دارد:

- کاهش درد و رنج
 - تقویت ظرفیت‌های مقابله‌ای
- قبل از اینکه فرآیند کاهش درد و رنج را شروع شود باید یک توضیح در مورد

مواقعی که ممکن است ناامیدی و درد و رنج را تجربه کند، گفته شود. مثل زمانی که فرد فکر می‌کند باری به دوش می‌کشد و مشکلات او را له می‌کنند و باید کاری کند. یا زمان دیگری که ممکن است فرد فکر کند که هیچ راه دیگری جز خودکشی برای رهایی از شرایط ندارد. فشار درد و رنج آنقدر زیاد است که حتی به نزدیکان نمی‌تواند اعتماد کند. یا مثلاً شاید فرد فکر می‌کند تمام این راه‌حل‌ها بی‌فایده است.

باید در مورد تمام این موارد صحبت کنیم و گفته شود که احساساتی مثل افسردگی، درد، خشم و ... ممکن است پیش بیاید و حتی خیلی شدید باشد، ولی گذرا است و زیاد طول نمی‌کشد. راه‌های فرار از درد و رنج را باهم پیدا می‌کنیم و راه‌های دیگری هم بجز خودکشی هست. عملاً با این کار مراجعه را برای مداخله شناختی آماده می‌کنیم.

🕒 تکنیک‌های کاهش درد و رنج:

۱. آرام سازی خود
۲. پرت کردن حواس
۳. خودگویی مثبت
۴. مراقبت از خود

۱- آرام سازی خود:

- از حواس پنجگانه برای رسیدن به آرامش استفاده کنیم. مثل تنفس دیافراگمی

- از تصویرسازی‌های ذهنی خوشایند استفاده کنیم. مثل تکنیک پنجره و ...

- از رفتارهای متضاد استفاده کنیم. وقتی فکر خودکشی به سراغمان می‌آید یک کار متضاد انجام دهیم. مثل ورزش و تفریح و کتاب و ...

- انتظار را از خودمان کم کنیم. قرار نیست ما بهترین باشیم و به تنهایی تمام مشکلات را حل کنیم.
- ارتباط موثر با دوستان و خانواده و افرادی که می‌توانند به ما کمک کنند.
- یادآوری کارهایی که در گذشته هنگام افسردگی باعث بهبود حال شده است.
این موارد خودمراقبتی است و از آن‌ها برای خود آرام سازی استفاده می‌کنیم.

۲. پرت کردن حواس:

- توجه خودمان را کاملاً از کاری که انجام می‌دهیم برداشته و کار دیگری انجام دهیم.
- روی کارهای خنثی مثل کار خانه، قدم زدن، مطالعه، باغبانی و ... توجه کنیم.
- کارهای خلاقانه مثل نوشتن، عکاسی، کاردستی، موسیقی و ... انجام دهیم.
- کارهای داوطلبانه انجام داده و به دیگران کمک کنیم.

۳. خودگویی مثبت:

- فهرستی از چیزهای مثبتی که فرد می‌تواند به خودش بگوید تهیه کنیم.
مواردی که فرد هنگام حال خوب از آن‌ها جواب گرفته است. برای مثال به خودش بگوید: بهر حال من این مشکل را حل می‌کنم دیر یا زود/ گذشت زمان کمک می‌کند که راه حلی برای مشکلم پیدا کنم/ خودکشی دیگر برگشتی ندارد، اگر افسردگی گذشت و حال خوب شد چی.
- وقتی حس خوبی داریم به خودمان درباره امیدها و آینده و برنامه‌هایی که داریم یک نامه بنویسیم تا هنگام وجود افکار خودکشی آن را بخوانیم.

۴. مراقبت از خود:

- خواب مناسب
- مصرف غذای مناسب
- ورزش و تحرک
- اجتناب از مصرف مواد و الکل
- داشتن برنامه روزانه و وفادار بودن به آن
- درمان مشکلات جسمی بخصوص دیابت و تیروئید
- اختلالات روانپزشکی پیگیری و درمان شوند.

به فرد باید گفته شود اگر با انجام این کارها باز هم افکار خودکشی به سراغش آمد، حتما کارهای زیر را انجام دهد.
- صحبت با نزدیکان
- صحبت با روانشناس
- دور کردن وسایل آسیب‌زا از خودش
- اقدام بر اساس طرح امنیت



بخش چهارم

مدیریت خودکشی- آموزش خانواده

دکتر علی بهرام‌نژاد
مدیر گروه سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی کرمان
روانشناس بالینی و دکترای نوروساینس



مدیریت خودکشی

اهداف:

۱. شناسایی باورهای غلط پشت افکار خودکشی
۲. اصلاح باورهای غلط مرتبط با خودکشی
۳. آموزش مهارت حل مسئله برای افزایش ظرفیت بیمار دو رویکرد اساسی وجود دارد:
 - شناسایی و اصلاح تحریفات شناختی پشت افکار خودکشی
 - آموزش مهارت حل مسئله برای افزایش توانایی فرد برای حل مشکلات

فرد افسرده باید باور داشته باشد که یک روانشناس می‌تواند به حل مشکل آنان کمک زیادی کند.

بخش اول این فصل که با محوریت مدیریت خودکشی خواهد بود، شامل این اجزا است:

- الف) معرفی موضوع و هدف جلسه
 - ب) شناسایی و اصلاح تحریفات شناختی
 - ج) حل مسئله
 - د) خاتمه جلسه
- در هر جلسه که فردی مراجعه می‌کند، اولین چیزی چک که باید شود، تمرینات جلسه قبل و دادن فیدبک است. سعی شود فیدبک مثبت داده و اصلاح حس عذاب وجدان ندهیم، تا ارتباط قطع نشود. کوچکترین تغییر که همان حضور در جلسه بعد است را نقطه مثبت شمرده و جای امیدواری بدانیم.
- بعد کارهایی که قرار است در جلسه اتفاق بیفتد را به مراجع بگوییم. خیلی مهم است که به مراجع چیزی را یاد



دهیم که به آن اعتقاد داشته باشیم.

④ الف) معرفی موضوع و هدف:

مقابله برای مراجع تعریف شود.
- مقابله تلاش‌های شناختی و رفتاری است که به منظور از بین بردن، به حداقل رساندن و تحمل مشکلاتی که موجب درد و رنج در فرد شده، به شکل فعالیت شناختی یا انجام یک فعالیت صورت می‌گیرد. در واقع کارهایی که در ذهن یا رفتارمان انجام داده تا یک درد و رنجی را کاهش دهیم. (بیمار خودش بطور طبیعی اقداماتی برای مقابله می‌کند، ولی با روش‌های ناصحیح و ناکارآمد مثل اعتیاد به مواد، خوابیدن مفرط، کار کردن مفرط و ...).

- هدف جلسه این است که ظرفیت فرد برای مقابله افزایش یابد. مثلاً وقتی فرد سرگرم روابط اجتماعی است، کمی از درد و رنج او کم می‌شود.

باورهای خودکشی به دلیل رنج روانی بسیار انعطاف ناپذیر هستند. در افسردگی نیز نگاه تونلی است و فرد از یک تونل فقط به قضایا نگاه می‌کند. در این مواقع وقتی مشاور برای او توضیحاتی را بدهد، افق دید او گسترده‌تر می‌شود.

④ وضعیت ذهنی بیمار با افکار خودکشی:

افراد مستعد خودکشی معمولاً دارای یکی از خصوصیات زیر هستند:

۱. تردید و دودلی: بیشتر افراد احساسات درهمی در مورد خودکشی دارند. تمایل به زندگی و مرگ ایجاد یک درگیری ذهنی می‌کند، بطوریکه از یک طرف شخص می‌خواهد از رنج زنده ماندن رهایی یابد و از طرفی تمایل درونی

برای ادامه زندگی دارد. بسیاری از بیماران مستعد خودکشی واقعا نمی‌خواهند بمیرند. آنها فقط از زندگیشان ناراضی هستند. اگر حمایت کافی داشته باشند و تمایل آنها برای خودکشی افزایش یابد، خطر خودکشی کمتر می‌شود.

در جلسات قرار نیست برای بیمار سخنرانی کنیم، بلکه قرار است بپذیریم، گوش دهیم و ارتباط بگیریم. مهم این است در آن مدت زمان کوتاه یک باور شناختی عوض شود: هیچکس مرا دوست ندارد؛ هیچکس به من گوش نمیدهد... این باور باید تبدیل شود به اینکه خیلی‌ها مرا دوست ندارند؛ خیلی‌ها به من گوش نمی‌دهند. تا کم کم رو به بهبود رود. تحریف باورهای شناختی، بخشی‌اش با اصول مشاوره است و یعنی بخشی‌اش با انسان دوستی است. یعنی همان اهمیت دادن و گوش دادن و ...

۲. تکانشگری: خودکشی می‌تواند یک عمل تکانه‌ای باشد. مانند بسیاری از تکانه‌ها می‌تواند موقتی باشد و برای چند دقیقه یا چند ساعت طول بکشد. خودکشی معمولاً با وقایع روزمره زندگی می‌تواند برانگیخته شود. پرسنل بهداشتی با خنثی کردن این بحران‌ها و کش دادن زمان می‌توانند تمایل به خودکشی را کمتر کنند.

تکانه ویژگی‌اش این است که در مردان بعد از یک ساعت و در زنان بعد از ۴۵ دقیقه فروکش می‌کند. در این تکنیک باید زمان خرابه شود. هیچوقت گزینه خودکشی را از جلوی مراجع برندارید، بلکه بگویید همیشه فرصت خودکشی هست، ولی الان بیا صحبت کنیم.

۳. انعطاف ناپذیری: افراد مستعد خودکشی محدودیت افکار، احساسات و

و اعمال دارند. آنها دائما درباره خودکشی فکر می‌کنند و قادر نیستند راه حل دیگری برای مشکل خود پیدا کنند و بشدت در فکر هستند. بسیاری از بیماران مستعد خودکشی افکار و تمایلاتشان را با دیگران به اشتراک می‌گذارند. آنها اغلب نشانه‌هایی در مورد تمایل به مرگ و احساس بی‌فایده‌گی بروز می‌دهند. تمام این اظهارات نباید نادیده گرفته شود. بیمار بعلت رنج روانی فکر می‌کند فقط یک راه و آن هم خودکشی وجود دارد، پس باید با مشارکت خود فرد، رنج روانی فرد کم شده تا این افکار کم شود. افراد افسرده در اعمالشان هم محدود هستند، مثلا قبلا موسیقی گوش می‌داده و کارهایی بلد بوده که حالش را بهتر کند اما الان هیچ کاری نمی‌کند. پس باید کمک کرد هیجان فرد فروکش کند. باید به او توضیح داد هیجانانگیز مثل آب و هوا متغیر هستند و هیچکدام پایدار نیستند.

⊙ (ب) شناسایی و اصلاح تحریفات شناختی:

خیلی وقت‌ها بیمار فکر می‌کند که فقط برای من همچنین اتفاقی رخ داده است. مشاور باید به تحریف‌های شناختی کاملا مسلط باشد و از یک رویکرد همکارانه استفاده کند. اگر بیمار تمایلی ندارد باید فعالانه باورهای غلط و تحریف شناختی او را به چالش کشید و افکار واقع بینانه‌تری جایگزین کرد.

در مشاوره‌های روانشناسی دو سوم زمان مراجع حرف می‌زند و یک سوم درمانگر، ولی در خودکشی بیمار زیاد تمایل ندارد صحبت کند.

با بیمار وارد بحث و مجادله نشوید! یک

جدول چهارخانه‌ای می‌کشیم، یک طرف ماندن و یک طرف مرگ. معایب و محاسن هر مورد را از نگاه خودش نوشته و در نهایت نمره هر کدام را حساب می‌کنیم تا به جمع بندی برسیم. اگر بیمار مشارکت داشته باشد، می‌توانیم خودمان هم مواردی را اضافه کنیم.

۱. آیا خودکشی فکر خوبی است یا نه؟ باید فقط سوال ایجاد کرد و وارد مجادله نشد که آیا فکر خوبی هست یا نه. فقط باید ذهن فرد را به چالش کشید. مثلا می‌گوید هیچ کس مرا دوست ندارد، می‌پرسیم واقعا هیچ کس تو را دوست ندارد؟ بعد به یک استثنا می‌رسیم پس می‌رسیم به این عبارت که خیلی‌ها مرا دوست ندارند. پس اول به فکر بیمار یک عبارت "آیا واقعا" اضافه می‌کنیم.

۲. انگیزه بیمار را برای خودکشی و انتظارات و پیش‌بینی وی را در رابطه با پیامدهای خودکشی بررسی کنید. آیا واقعا دلایل محکمی وجود دارد که خودکشی تنها راه چاره است و به اهداف مطلوب خواهد رسید؟ در انگیزه فرد ابهام ایجاد می‌کنیم. اگر تو خودت را بکشی رنج مادرت حل می‌شود؟ مسئله حل می‌شود؟ مهم نیست پاسخ چیست، فقط ابهام ایجاد می‌کنیم.

۳. روی دلایل عدم خودکشی کار کنید. در هر فرد می‌تواند این دلایل متفاوت باشد. می‌پرسیم آیا راه حل دیگری هست؟ باید فکر قطعی فرد را به چالش کشید، چرا که تابحال فکر می‌کرده قطعا درست است.

۴. مزایا و معایب خودکشی و ادامه زندگی را بصورت جداگانه فهرست کنید. همان جدولی که ذکر کردیم.

در این باور بیمار که خودکشی بهترین راه حل است، تردید ایجاد کنید. یعنی به چالش کشیدن تحریف‌های شناختی.

◀ (ج) حل مسئله:

گام بعدی حل مسئله است.

- به بیمار کمک کرده تا راه حل‌ها و گزینه‌های احتمالی دیگر پیدا کند.
- از رویکرد بارش افکار استفاده کنید. کاری به شدنی، نشدنی، اخلاقی و غیراخلاقی نداشته باشید. بعداً این موارد بررسی می‌شود.
- از بیمار بخواهید هرچه به ذهنش می‌رسد بیان کند.
- خودتان نیز احتمالات دیگری اضافه کنید.
- فهرست طولانی‌تری استفاده کنید.
- از میان آن بهترین مورد را انتخاب کنید.
- راه حل مشخص و شدنی باشد و با واقعیت مطابق باشد. وقتی می‌خواهید راه‌حل‌ها را خلق کنید پایه فرد را در نظر بگیرید و راه‌حلی ارائه دهید که مطابق با زندگی فرد باشد.
- یک طرح عملی بریزید که در آن راه حل را کی، چگونه و با چه کسانی اجرا خواهد کرد.
- نکته: بیمار باید تعهد کتبی و شفاهی بدهد که در مدت زمانی که باهم روی حل مشکلات کار می‌کنید، اقدام به خودکشی نکند.
- این توافق باید شامل تماس با درمانگر و صحبت با او قبل از هر کاری برای صدمه زدن باشد.

توضیح دهید که ممکن است افکار و تمایلات خودکشی دوباره با بروز یک مشکل یا پایین آمدن خلق‌تان بتدریج دوباره برگردد. باید توضیح داد در این مواقع فرد مراقب باشد و کارهایی را انجام دهد که از عود کامل افکار و تمایلات خودکشی پیشگیری کند. وقتی فکرهای خودکشی سراغش آمد با آنها نجنگد و فقط حواسش را با پرداختن به فعالیت دیگری پرت کند (تکنیک صندلی سفید).

کارهای زیر را انجام دهید:

۱. عوامل ایجاد کننده موقعیت‌های پرخطر را شناسایی کنید.
۲. حمایت تخصصی بگیرید.
۳. داروهایتان را طبق دستور پزشک مصرف کنید.
۴. یک ساختار برای زندگیتان طراحی کنید.
۵. به اهداف شخصی خود فکر کنید و آنها را دنبال کنید.

◀ آموزش خانواده

توجیه و همکاری خانواده خیلی مهم است. هیچ نهادی به اندازه خانواده در کاهش رنج روانی موثر نیست.

الف) معرفی موضوع جلسه
ب) آموزش روانی خانواده
ج) آموزش پیشگیری از خودکشی

اهداف:

- آموزش خانواده در مورد عوامل خطر و محافظ خانواده
- آموزش خانواده در مورد علایم هشدار دهنده خودکشی
- آموزش خانواده در مورد شیوه‌های مقابله با خودکشی بیمار
- مشارکت خانواده باید با اطلاع و رضایت بیمار انجام شود، ولی در وضعیت اورژانسی رضایت بیمار برای به دست آوردن اطلاعات از خانواده و جلب همکاری آنان برای پیشگیری از خودکشی لازم نیست. ولی در ادامه به او توضیح می‌دهیم که این کار وظیفه ما بوده است. در وضعیت غیراورژانسی سعی کنید ابتدا مراجع را ترغیب کنید تا از اعضای خانواده خود بخواهد در جلسات شرکت کنند.

اگر مراجع تمایلی ندارد او را تشویق کنید در مورد نگرانی‌هایش صحبت کند و سعی کنید رضایت او را برای صحبت با خانواده با رعایت اصل رازداری، جلب کنید.

◀ الف) معرفی موضوع جلسه:

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

◀ ب) آموزش روانی خانواده:

شامل آموزش عوامل خطر و محافظ خودکشی

بر نقش خانواده بعنوان یک عامل محافظ و عامل خطر تاکید کنید. عدم وجود حمایت خانوادگی و اجتماعی که موجب انزوا و گوشه گیری می‌شود، یک عامل خطر خودکشی است.

گاهی علت آن تحریف‌های ادراکی بیمار به دلیل افسردگی یا سایر بیماری‌های روانی است و گاهی خشونت خانگی، مصرف مواد و ... آنها را از خانواده دور می‌کند. در خودکشی خیلی مهم است که بدانیم چه کارهایی را نکنیم و چه چیزهایی را نگوئیم. گاهی اقدام و گفتار اشتباه کار را خراب‌تر می‌کند.

◀ ج) آموزش پیشگیری از خودکشی:

عوامل خطر و نشانه‌های هشدار دهنده خودکشی را برای خانواده شرح دهید.

توضیح دهید خودکشی یک سری عوامل هشدار دهنده اولیه دارد که اگر به موقع تشخیص داده شود، می‌توان از اقدام به خودکشی پیشگیری کرد.

◀ نشانه‌ها عبارتند از:

- بهبود ناگهانی خلق بعد از یک دوره افسردگی
- تلاش برای رتق و فتق امور شخصی (مثل حلالیت گرفتن)
- ناامیدی و خشم و اضطراب یا احساس به بن بست رسیدن
- سو مصرف الکل یا افزایش آن
- رفتارهای خطرناک یا انجام رفتار و کارهای پرخطر
- کاهش پیشرفت تحصیلی یا عملکرد شغلی
- تغییر الگوی خواب و خوراک
- تغییر الگوی تعاملات اجتماعی مثل انزوا و کناره‌گیری از جمع

علایم هشدار دهنده خطر حاد خودکشی را به خانواده آموزش دهید، تا با مشاهده هر یک از آنها فوراً و بدون فوت وقت از یک روانپزشک یا پزشک کمک بگیرند:

- تهدید به صدمه زدن یا کشتن خود یا صحبت در مورد آن
- تهیه وسایل خودکشی
- نوشتن یادداشت خودکشی یا وصیت نامه (۹۵ درصد افرادی که خودکشی می‌کنند ردپا می‌گذارند ولی ما اهمیت نمی‌دهیم)
- اضطراب و بی‌قراری
- خشم یا کینه‌جویی و حس انتقام زیاد و کنترل نشده
- خانواده را در فرایند مدیریت خودکشی

درگیر کنید و موقعیت فعلی را با حفظ اصل رازداری توضیح دهید. طرح و اهداف درمان را برای خانواده توضیح دهید و او را در رشد طرح امنیت درگیر کنید.

به خانواده آموزش دهید تا دسترسی فرد را به وسایل مرگ‌آور مثل اسلحه و مواد مسموم کننده و داروها کاهش دهند. درب پشت‌بام‌ها قفل شوند.

اگر در خانواده یک فرد افسرده باشد باید مراقبت‌ها دو برابر شود. باید گفته شود اگر حمایت خانواده وجود داشته باشد، خطر خودکشی بدون الزام بستری کردن بیمار قابل مدیریت است.

خانواده را تشویق کنید به نیازها و نگرانی‌های بیمار توجه داشته باشند. مشاور نیز باید به نگرانی‌ها و احساسات خانواده مثل ترس یا خشم توجه کند و اگر نیاز به حمایت و کمک دارند، ارجاع مناسب دهد.

بسیاری از کسانی که خودکشی میکنند
نمیخواهند بمیرند، اما آنها راه دیگری برای
رهایی از مشکلات نمی دانند.