



# پروتکل مداخله در بحران خودکشی

مدرس: راضیه ادبی

مسئول بخش درمان مرکز مشاوره و توانمندسازی دانشگاه فردوسی مشهد

# وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا

و هر کس نفسی را حیات بخشد (از مرگ نجات دهد) مثل آن است که همه مردم را حیات بخشیده.

سوره مائده، آیه ۳۲

او که فقط یک زندگی را حفظ کرده بود، انگار کل دنیا را حفظ کرده بود (تلمود).

# اهمیت پیشگیری از خودکشی

- به ازای هر خودکشی **۱۳۵ نفر** متحمل سوگ شدید (۱۰۸ میلیون نفر در سال)
- تأثیری که اقدام به خودکشی روی خانواده، دوستان، همکاران و جامعه می‌گذارد بیش از یک بیماری روانی است.

اگر درمانگر بخواهد دیگری را هدایت کند یا حتی در مرحله ای از راه همراهش باشد، باید روان و ذهنیت او را احساس کند و اگر قضاوتی انجام شود ، هرگز این احساس را به دست نخواهد آورد و اینکه این قضاوت را در قالب کلمات قرار دهد یا آنها را برای خود نگه دارد کوچکترین تفاوتی نخواهد داشت.

# مدل شناسایی، مداخله زودهنگام، مداخله و پیگیری مراقبتی در خودکشی با تمرکز بر استیگما زدایی

- مبنای مدل : رویکرد حمایتی به دانشجویان در بحران

- **Outreach intervention :**

- شناسایی شرایط خاص و ویژگی هایی که ممکن است خطر خودکشی را افزایش دهد، برخی افرادی که اقدام به خودکشی می کنند قبل از آن توسط مراکز خدمات سلامت روان شناسایی نشده بودند، لذا شناسایی افراد در معرض خطر مبتنی بر اصل **مراقبت اجتماعی و مسئولیت پذیری** اجتماعی از اقدامات اساسی دانشگاه ها است

- **(EIS) Early Intervention Service :**

- اطمینان از دسترسی به موقع و مناسب به خدمات بهداشت روان در صورت لزوم و ارائه خدمات به افراد در معرض خطر و نیازمند خدمات رسانی قبل از اینکه مشکل جدی شود

- **Intervention**

- مداخله به موقع، حرفه ای و مناسب در بحران

- **Follow-up care**

- اقدامات و پیگیری مراقبتی پس از بحران

# سناریوی شماره ۱

- ۳ ماه است که با یک مراجع نسبتاً افسرده کار می‌کنید. احساس شما این است که رابطه درمانی خوبی دارید اما برنامه درمانی خوب عمل نمی‌کند. بعد از ظهر بین مراجعان، تلگرام خود را چک می‌کنید و می‌بینید مراجع این پیام را برای شما گذاشته است «از تلاشی که برای کمک به من انجام می‌دهید خیلی تشکر می‌کنم، اما امروز به این نتیجه رسیدم که هیچ چیز حال من را خوب نمی‌کند. من نمی‌خواهم با شما یا مددکار صحبتی داشته باشم. خانواده ام را ترک کرده ام و می‌خواهم خودم را خلاص کنم. دیگر هرگز برنخواهم گشت». ۱۰ دقیقه دیگر مراجع بعدی شما از راه می‌رسد و تا ساعت ۹ شب چهار مراجع پشت سر هم دارید.
- چه احساساتی را تجربه می‌کنید؟
- چه افکاری در این مورد به ذهن شما می‌آید؟
- چه کاری می‌خواهید انجام دهید؟
- گزینه‌های پیش روی شما چیست؟
- فکر می‌کنید در این موقعیت چه کاری انجام می‌دهید؟
- اگر کارهایی وجود دارد که می‌خواهید انجام دهید اما نمی‌دهید، چرا این گزینه‌ها را رد می‌کنید؟
- وظایف قانونی و اخلاقی شما چیست؟ آیا بین وظایف و مسئولیت‌های قانونی و آنچه شما اخلاقی می‌دانید، تناقضی وجود دارد؟
- فکر می‌کنید آموزش و تحصیلات شما به چه میزان شما را برای کار با چنین موقعیت‌هایی آماده کرده است؟

## سناریوی شماره ۲

- درون یک چارچوب منظم و مشخص درمانی با یک مراجع مشغول کار هستید. احساس می کنید مراجع در معرض خطر زیادی برای خودکشی است. بررسی کننده پرونده با نظر شما موافق نیست و با وجود اعتراض مداوم شما برای برگزاری جلسات بیشتر با مراجع، عنوان می کند که دلیلی برای اثبات و نیاز به جلسات بیشتر وجود ندارد.
- احساس شما چیست؟
- چه افکاری در این مورد به ذهن شما می آید؟
- گزینه های پیش روی شما کدام است؟
- به نظر شما وظیفه قانونی شما در برابر مراجعتان چیست؟
- به نظر شما، مسئولیت های اخلاقی شما در برابر مراجعتان چیست؟
- شما چه کاری انجام می دهید؟



## سناریوی شماره ۳

- مراجعی را به مدت ۱ سال تحت درمان داشته اید. مراجع در این جلسه سر قرار حاضر نمی شود. مراجع تشخیص افسردگی داشته و اخیراً در زمینه تحصیلی و شغلی دچار ناکامی شده است، اما آن طور که شما ارزیابی کرده بودید، خطر خودکشی او در سطح بسیار پایینی بوده است. شما برای یادآوری جلسه به مراجع تلفن می زنید و فکر می کنید قرار ملاقات را فراموش کرده است یا برنامه ریزی اشتباه شده است، اما یکی از افراد خانواده گوشی را برمی دارد و می گوید مراجع خودکشی کرده است.
- احساس شما چیست؟
- آیا احساساتی در شما وجود دارد که شناسایی یا بیان آنها برای شما دشوار باشد؟
- آیا به اعضای خانواده میگویید درمانگر او بودید؟ چرا بله و چرا نه؟ چه چیزی را داوطلب می شوید در اختیار خانواده بگذارید؟
- آیا در مراسم خاکسپاری او شرکت می کنید؟ یا پیام تسلیت ارسال می کنید؟
- اگر یکی از اعضای خانواده شما را مقصر در خودکشی بداند، چه احساسی پیدا می کنید؟ چه کاری انجام می دهید؟
- آیا قضیه را به دوستان و همکارانتان مطرح می کردید؟ چرا بله و چرا نه؟ چه دغدغه ها و نگرانی هایی دارید؟
- آیا یادداشت های این مراجع و مستندات او نشان دهنده اشتباه شما در ارزیابی صحیح خطر خودکشی مراجع است؟ آیا شما درباره مستندات موجود در پرونده او احساس نگرانی می کنید؟

## سناریوی شماره ۴

• شما ۵ جلسه خانواده درمانی با یک پدر و مادر و ۳ فرزند نوجوان آنها داشته اید. در جلسه ششم متوجه می شوید یکی از این نوجوانان یاد اشتهای را روی میز شما گذاشته است. محتوای یادداشت این است «پدر من در دو سال اخیر به من دست درازی کرده است. او تهدید کرده که اگر کسی متوجه شود من و مادرم را می کشد. اگر این قضیه را به کس دیگری بگوئید اقرار نمی کنم و نمی توانم قبول کنم. اگر این کار را بکنید خودم را خواهم کشت». قضاوت بالینی شما بر اساس این چهار جلسه ای که با خانواده داشته اید این است که پدر مصرف کننده مواد است و احتمالاً تحت تاثیر مواد و به نظر شما این نوجوان احتمال زیادی دارد که تحت آن شرایط دست به خودکشی بزند.

- احساس شما چیست؟
- به طور خاص احساس شما درباره ی مراجع چیست؟ درباره پدر او چه احساسی دارید؟ احساسات شما درباره مادر چیست؟
- به اعتقاد شما چه وظیفه قانونی دارید؟
- مسئولیت اخلاقی شما چیست؟
- چه تعارض هایی را تجربه می کنید؟ تصور شما چیست و تصمیم دارید درباره این تعارض ها چه کار کنید؟
- فکر می کنید چه کار می کردید؟

## سناریوی شماره ۵

- شما یک مراجع را ۲ جلسه به صورت سرپایی دیده اید. و وضعیت او را با مسئول بخش و استاد ناظر بالینی به بحث می گذارید. مسئول بخش خدمات سرپایی به شدت معتقد است که این درمانجو در معرض خطر خودکشی است. اما استاد ناظر بالینی شما به همان شدت معتقد است هیچگونه خطر واقعی و جدی وجود ندارد. شما این وسط گیر کرده اید و سعی می کنید برنامه درمانی را طراحی کنید که برای هر دو نفر با دیدگاه متعارض، قابل قبول باشد. یک روز صبح که به محل کار می رسید استاد ناظر بالینی شما خودکشی کرده است.
- احساس شما چیست؟
- آیا احساسات خاصی در شما وجود دارد که شناسایی، تصدیق و به زبان آوردن آنها برای شما دشوار باشد؟
- این قضیه به اعتقاد شما، چگونه ممکن است در کار با مراجعانتان تاثیر بگذارد؟
- به مراجع درباره خودکشی استاد ناظر یا این واقعیت که باید با یک استاد ناظر جدید ادامه کار را به بحث بگذارید، را عنوان می کردید؟
- آموزش های تخصصی و تحصیلی شما تا چه اندازه رفتارها و تکانه ها و خیال پردازیهای خودکشی گرایانه ی متخصصان را خاطر نشان کرده است؟

# نکاتی قابل تامل

- کار با مراجعان در معرض خطر خودکشی یا دیگرکشی دشوارترین وظایف متخصصان سلامت روان است
- وقتی با این مراجعان کار می کنید لازم است نگرش خود را تغییر دهید و بر اضطراب خود غلبه کنید
- شما در هر صورت با مراجعان دارای افکار خودکشی روبه رو خواهید شد
- حرفه ما، ما را ملزم به حفظ زندگی افراد می کند و بنابراین این وقتی مراجع درباره خودکشی یا دیگرکشی با ما صحبت می کند روان شناس مسئولیت قانونی دارد که از طریق صحبت با او یا منابع دیگر جان مراجع یا قربانی احتمالی را نجات دهد
- مراقب واکنش های هیجانی خود در هنگام کار با این مراجعان باشید

# نکات قابل توجه در کار با مراجعان خودکشی گرا

- حتی هنگامی که یک پروتکل درمانی به دقت اجرا شود، ممکن است نتواند جان مراجع را نجات دهد.
- حتی یک درمان موثر هم می تواند در نهایت شکست بخورد
- درمانگر نمی تواند مراجع را نجات دهد، فقط خود مراجع است که می تواند این کار را انجام دهد.
- بیمار باید بتواند و بخواهد که رنج های غیر قابل پیش بینی زندگی را تحمل کند تا اینکه درمان فرصت ایجاد یک تغییر پایدار را داشته باشد
- اگر روان درمانی بر آن است که به یکی از اصیل ترین اهدافش که همانا استقلال و خودگردانی هر چه بیشتر بیمار است دست یابد ، گاهی اوقات باید خطر خودکشی را بپذیرد

# آمار خودکشی

- میانگین جهانی: ۱۰.۶ فوت در هر صد هزار نفر جمعیت جهان
- میزان اقدام به خودکشی، ۲۰ تا ۳۰ برابر میزان فوت ناشی از آن است.
- میزان اقدام به خودکشی در زنان بالاتر و میزان فوت در مردان بالاتر است.
- در کشورهای با درآمد بالا، زنان ۲۵ درصد موارد فوت را شامل می شوند.
- در کشورهای با درآمد پایین و متوسط، زنان ۴۰ درصد موارد فوت را شامل می شوند.
- اپیدمیولوژیست ها معتقدند تعداد واقعی خودکشی ها ۲ تا ۳ برابر بیشتر از تعداد گزارش ها است
- برخی خودکشی ها (مثل اینکه فرد عمدا با ماشین از پلی سقوط کند یا به صخره ای بکوبد) گزارش نمی شوند

## ادامه .....

- ۱۶ تا ۳۰ درصد کسانی که به خودکشی فکر می کنند ، واقعا دست به این کار می زنند
- اولین گام در مسیر خطرناک خودکشی این است که در مورد آن فکر شود
- خودکشی دومین علت اصلی مرگ و میر در بین دانشجویان است
- ۱۲ درصد دانشجویان به صورت جدی در مورد خودکشی فکر کرده بودند
- ۱۰ درصد دانشجویانی که به خودکشی فکر کردند ، اقدام به خودکشی داشتند

# همه گیر شناسی خودکشی در ایران

- فوت ناشی از خودکشی بر اساس آمار رسمی سازمان پزشکی قانونی در سال ۱۳۹۸: ۶.۲ درصد هزار
- بالاترین میزان فوت ناشی از خودکشی در سال ۱۳۹۸: کهگیلویه و بویراحمد، ایلام، کرمانشاه، لرستان، گیلان
- اقدام به خودکشی در سال ۱۳۹۸ بر اساس آمار سامانه ثبت وزارت بهداشت: ۱۲۳-۱۲۵ درصد هزار
- میزان اقدام در زنان بالاتر است (۶۳٪)
- میزان فوت در مردان بالاتر است (۶۶٪)
- شایع ترین روش های منجر به فوت به دنبال خودکشی: حلق آویز، سموم کشاورزی (شامل قرص برنج)، داروها



# توزیع دموگرافیک موارد اقدام به خودکشی

❖ جنسیت:

❖ حدود ۶۰٪ موارد اقدام زن هستند.

❖ گروه سنی:

❖ حدود ۷۵٪ موارد اقدام در گروه سنی ۱۵ تا ۳۴ سال هستند.

❖ وضعیت تأهل:

❖ حدود ۵۰٪ موارد اقدام متأهل هستند.

❖ سطح تحصیلات:

❖ حدود ۵۳٪ موارد اقدام دارای تحصیلات زیر دیپلم هستند.

# توزیع دموگرافیک موارد اقدام به خودکشی

❖ منطقه سکونت

❖ حدود ۷۳٪ موارد اقدام ساکن مناطق شهر و حاشیه شهر هستند.

❖ وضعیت اشتغال:

❖ حدود ۳۳٪ موارد اقدام خانه دار هستند.

❖ حدود ۱۱٪ دانش آموز هستند.

❖ حدود ۸٪ بیکار هستند.

❖ روش اقدام:

❖ حدود ۸۲٪ موارد اقدام به خودکشی به وسیله دارو می باشد.

# موارد مهم در دانشجویان

- خودکشی دومین علت مرگ و میر در بین دانشجویان است
- دغدغه های ارائه شده از طرف دانشجویان را در زمینه تحصیلی و ارتباطی جدی بگیرید
- دغدغه های فوق مثل مشکلات ارتباطی و تحصیلی ممکن است شرایط و لایه های واقعی افسردگی را بپوشاند و مخفی نگهدارد
- تصورات قالبی ما درباره دانشجویان می تواند در قضاوت ما به عنوان متخصص در ارزیابی تمام و کمال خودکشی مزاحمت و خلل ایجاد کند
- دانشجویان اکنون در حال گذر از نوجوانی به دوان جوانی هستند و ممکن است قادر نباشند درونیات و هیجانات خود را به صورت کلامی مشخص کنند
- ارزیابی خودکشی در همه مراجعان دانشجو ضرورت دارد
- چون والدین در ایران منبع قدرت هستند در موارد خودکشی و افکار شدید والدین را نیز درگیر کنید

# آمار خودکشی در دانشجویان

- در مطالعات 17% دانشجویان رفتار صدمه زدن به خود را در دوران تحصیل گزارش کرده اند و 4-7% درصد از آنها این رفتار را در یک سال قبل گزارش کرده اند. تقریباً 39% دانشجویانی که رفتار صدمه زدن به خود را داشته اند، آغاز این رفتار را 17-24 سالگی گزارش کرده اند. بنابراین می توان گفت شروع این رفتار در دوران دانشگاه و علی الخصوص سال های اول ورود به دانشگاه است.
- در مطالعات دیگری 11% دانشجویان در 4 هفته گذشته افکار خودکشی داشته اند و 5/16 درصد آنها تلاش هایی برای خودکشی یا صدمه زدن به خود را در 12 ماه قبل گزارش کرده اند.
- در دانشجویانی که افکار خودکشی را گزارش کرده بودند، نشانگان افسردگی شدیدتر، احساس اضطراب بالاتر، بی قراری و خشم، نا امیدی و اختلال در عملکرد تحصیلی بیش تری مشاهده شد.
- در مطالعه دیگری 9/11% دانشجویان دختر و 87/8% دانشجویان پسر اقدام به خودکشی را در 12 ماه گذشته داشته اند و افکار خودکشی در دانشجویان دختری که افسرده نیز هستند بالاتر بود.

# انواع خودکشی از نظر دورکهایم

- خودکشی دگرخواهانه altruistic suicides: فرد ان قدر به گروه احساس تعلق میکند که حاضر است به خاطر اهداف و ارزشهای گروه به زندگی خودش پایان دهد
- خودکشی رسومی formalized suicides: خودکشی که در بستر فرهنگی خود مورد تایید است. مثل رسم باستانی hara-kiri که در آن فردی که مایه ننگ و شرمساری خانواده شده خودکشی میکند
- خودکشی خودخواهانه egoistic suicide: مثل خودکشی به دلیل عدم حمایت اجتماعی یا قطع ارتباط با دوستان و اعضای خانواده در افراد مسن. وقتی رشته پیوند فرد با جامعه یا خانواده دچار مشکل شود
- در یک پژوهش فقط ۱۳ درصد از ۷۵ نفری که خودکشی کرده بودند از حمایت شبکه اجتماعی دوستانه و خویشاوندی برخوردار بودند
- خودکشی بی هنجاری anomic suicides: به خاطر نابسامانی اجتماعی حاصل مشکلات شخصی مانند از دست دادن ناگهانی شغلی با منزلت بالا ایجاد می شود
- خودکشی تقدیرگرایانه fatalistic suicides: یا جبری از فقدان کنترل روی سرنوشت خود ناشی می شود. فرد خود را در شرایطی می بیند که نمی تواند اوضاع را تغییر دهد و توانایی کنترل بر اوضاع را ندارد

# دیدگاه روانشناختی

- کالبد شناختی روانشناختی خودکشی توسط ادوارد اشناید من انجام شد
- شرایط و رویدادهایی که فرد را نسبت به خودکشی آسیب پذیر میکند را بررسی کرد
- تمام خودکشی ها معلول نوعی درد و رنج است .
- این روان درد یا روانی ناشی از تحریف یا انسداد ارضای نیازهای روانی است
- خودکشی یک نمایشنامه ذهنی غم انگیز است

# نظریه فروید

- من می تواند خودش را از طریق مطرح کردن خودش به عنوان ابژه بکشد
- خودکشی نتیجه تکانه های تمایل به قتل جا به جا شده است
- آرزوهای تخریبی در جهت یک ابژه درونی شده ، به جای آن به سمت خودش بر می گردد
- در نهایت پس از بسط مدل ساختاری خود، خودکشی را به عنوان قربانی شدن من توسط یک فرامن دیگر آزار می دانست

# نظریه کارل منیگر

- حداقل سه خواسته در یک عمل خودکشی می تواند موثر باشد:
- آرزوی کشتن
- آرزوی کشته شدن
- آرزوی مردن
- تجربه بالینی ثابت کرده که خودکشی اغلب برای ویران کردن زندگی بازماندگان هم هست
- روابط ابژه بیماران خودکشی گرا ، اغلب ماجرای بین یک شکنجه گر دیگر آزار و یک قربانی شکنجه شده است
- گاهی پیامد ماجرا تسلیم شدن به شکنجه گر از طریق خودکشی است
- این آزاردهنده درونی موسوم به دژخیم پنهان شده می باشد



# نظریه فنیشل

- خودکشی ممکن است تحقق یک پیوند مجدد باشد
- یک تجدید دیدار رویایی با یک مورد عشق از دست رفته
- یک اتحاد خودشیفتگی با یک فرامن دوست داشتنی
- از دست دادن ابژه اکثرا در پشت اقدام به خودکشی قرار دارد
- اشتیاق وابستگی وار نیرومندی به یک ابژه از دست رفته ( خودکشی در سالگرد فرد از دست رفته)
- خودکشی یک میل واپس روانه برای وصل مجدد به یک تصویر مادری از دست رفته ممکن است باشد
- هنگامی که عزت نفس و یکپارچگی فرد وابسته به یک ابژه از دست رفته باشد، خودکشی ممکن است تنها راه انسجام در خود باشد

# ویژگی اقدام کنندگان جدی از دیدگاه تحلیلی

- ناتوانی در دست کشیدن از امیال کودکانه برای مهر طلبی همراه با تعارض در مورد وابستگی آشکار
- دیدگاه معقول اما دوگانه در مورد مرگ
- انتظار از خود بسیار بالا
- کنترل بیش از حد خود علی الخصوص در زمینه پرخاشگری
- نکته: ساختارهای روانشناختی پیش زمینه ای پایداری بیشتری نسبت به انگیزه های مختلف پشت اقدام دارد

## سن و خودکشی

- آغاز افزایش چشمگیر مرگ و میر ناشی از خودکشی در نوجوانان
- شیوع خودکشی ۱/۲۹ در هر ۱۰۰ هزار مورد در دامنه سنی ۱۴-۱۰ سال
- شیوع خودکشی ۱۲/۳۵ در هر ۱۰۰ هزار مورد در دامنه سنی ۲۴-۲۰
- خودکشی سومین علت مرگ و میر پس از سوانح و دیگر کشتی در بین نوجوانان آمریکا
- افزایش چشمگیر میزان خودکشی در میان افراد مسن
- به خاطر شیوع بیماری پزشکی و کاهش حمایت اجتماعی و افزایش افسردگی
- رابطه قوی بین بیماری یا ناتوانی و ناامیدی با افسردگی وجود دارد.
- نسبت افکار خودکشی به اقدام در بین نوجوانان ۳ به ۱ تا ۶ به ۱ متغیر است

# خودکشی و جنسیت

- در همه کشورها به جز چین مردان ۴ برابر بیش از زنان اقدام به خودکشی دارند
- روش مردان برای خودکشی خشن تر است مثل حلق آویز کردن یا شلیک گلوله
- روش زنان با خشونت کردن مثل مصرف زیاد دارو
- زنان حداقل ۳ برابر مردان اقدام می کنند
- میزان کلی تفکرات خودکشی که منجر به مرگ نمی شوند و برنامه ریزی ناموفق ۴۰ تا ۶۰ درصد بیشتر از مردان است
- در چین که احتمالاً بالاترین آمار خودکشی را دارد خودکشی ننگ محسوب نمی شود
- خودکشی در بین زنان چینی علی الخصوص راه حل معقولی برای حل مشکلات است

# خودکشی و جنسیت

- بعضی عوامل خطر برای خودکشی خطوطی به موازات جنسیت دارند
- اختلال شخصیت همراه با پرخاشگری و تکانشگری و سوء مصرف الکل یا مواد، دو پیش بینی کننده خودکشی برای مردان مبتلا به افسردگی است
- برای زنان سوء رفتار جنسی قویا همراه با سابقه اقدام های خودکشی و نیز قصد خودکشی است
- بنابراین ارزیابی خودکشی در زنان قربانی سوء استفاده جنسی ضروری به نظر می رسد
- هم ابتلایی اختلالات اضطرابی در مبتلایان به اختلال خلقی به وضوح خطر اقدام به خودکشی را افزایش می دهد

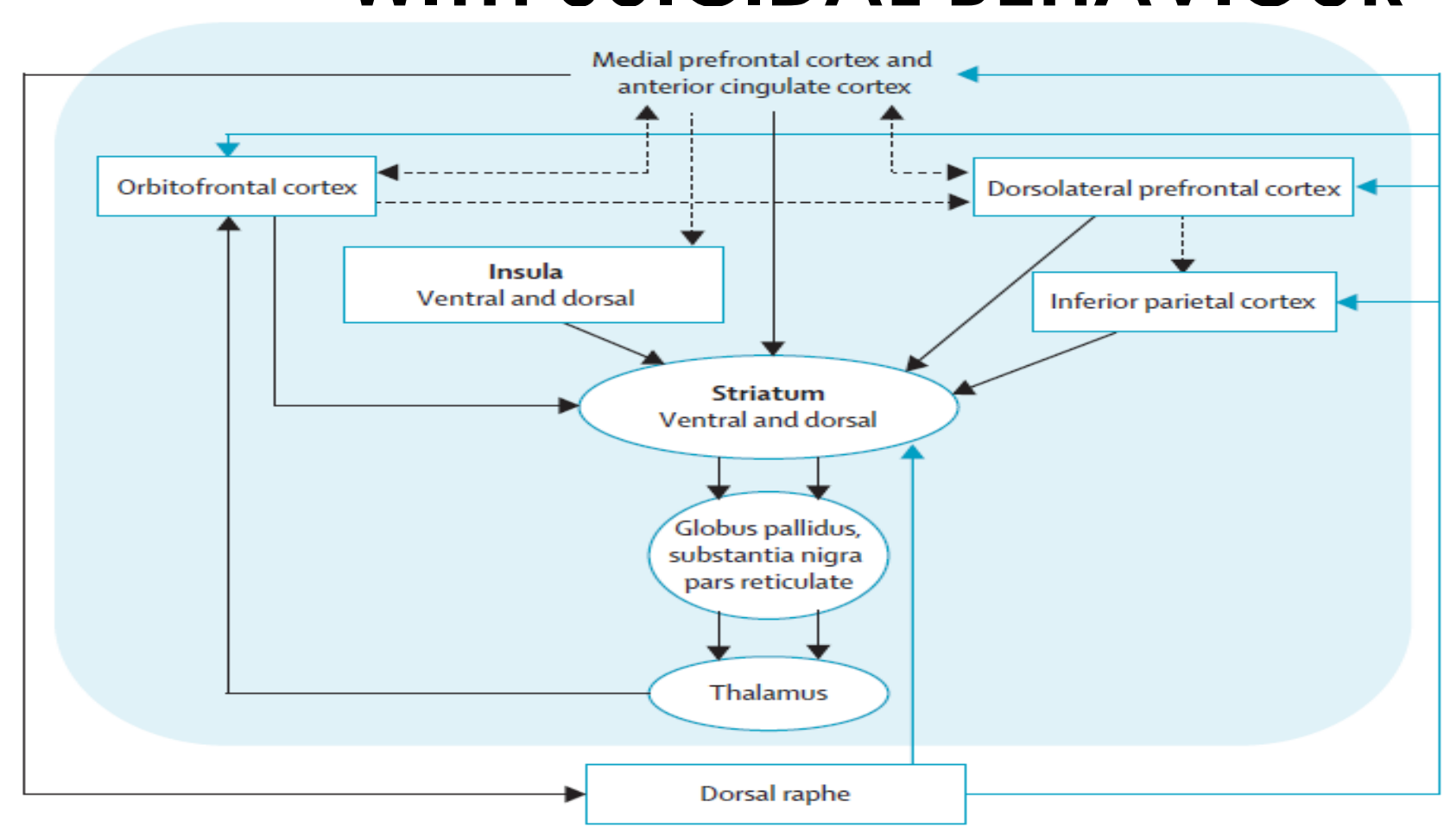
# سابقه خانوادگی

- اقدام یکی از اعضای خانواده احتمال خطر اقدام عضو دیگر را افزایش می دهد
- قوی ترین پیش بینی کننده رفتار خودکشی در میان بیماران افسرده ، داشتن سابقه خانوادگی خودکشی است
- فرزندان والدین اقدام کننده ۶ برابر بیشتر از دیگران اقدام می کنند .
- خطر اقدام زمانی که خواهر یا برادری خودکشی کند بیشتر هم می شود
- افراد خودکشی کننده یا افسرده هستند یا اختلالات روانشناختی مرتبط با افسردگی دارند و این مشکلات در خانواده ها تکرار می شود.
- چه چیزی باعث افزایش رفتارهای خودکشی در بین اعضای خانواده می شود؟
- خودکشی یک راه حل آشنا
- به ارث بردن تکانشگری
- شروع زودهنگام اختلالات خلقی با ویژگی خشونت و تکانشگری
- برخی عوامل زیست شناختی ( ژنتیکی) در خودکشی نقش دارد ، حتی اگر سهم آن نسبتاً کم و جزئی باشد

## عوامل عصب زیست شناختی

- سطح پایین سروتونین با خودکشی و اقدام به خودکشی های خشونت آمیز نقش دارد
- سطح خیلی پایین سروتونین با تکانشگری، بی ثباتی و تمایل به واکنش افراطی در ارتباط است
- احتمال تاثیر پایین بودن سطح سروتونین در ایجاد آسیب پذیری نسبت به رفتارهای تکانشگری از جمله خودکشی که گاهی یک رفتار تکانشی است

# STRUCTURAL OR FUNCTIONAL CHANGES ASSOCIATED WITH SUICIDAL BEHAVIOUR





# عوامل خطر روانشناختی

- ۸۰ درصد افراد خودکشی کننده دارای اختلال خلقی، سوء مصرف مواد و کنترل تکانه هستند
- خودکشی با اختلال خلقی در ارتباط است.
- ۶۰ درصد خودکشی ها (۷۵ درصد در نوجوانان) مبتلا به اختلال خلقی
- افسردگی و خودکشی به هم مرتبط اما مستقل هستند (همه افسرده ها خودکشی نمی کنند)
- ناامیدی که بخش خاصی از افسردگی است، خودکشی را پیش بینی می کند
- سوء مصرف یا مصرف الکل در ۲۵ تا ۵۰ درصد میان دانشجویان و نوجوانان با خودکشی مرتبط است
- یک سوم نوجوانان اقدام کننده در حالت مستی و از خود بیخود شدگی بودند و تحت تاثیر مواد
- ترکیب اختلال خلقی و سوء مصرف مواد در بزرگسالان و
- ترکیب اختلالات خلقی و اختلال سلوک در کودکان و نوجوانان باعث افزایش آسیب پذیری می شود

# عوامل خطر روانشناختی

- افسردگی به تنهایی پیش بینی کننده افکار یا اقدام نیست
- افسردگی در ترکیب با مشکلات کنترل تکانه ، اضطراب و پریشانی روانی افکار و اقدام را پیش بینی می کند
- سوء مصرف مواد همراه با رفتارهای پرخطر مثل ورود به دعوای، حمل سلاح، یا سیگارکشیدن خودکشی را در نوجوانان پیش بینی می کند که بازتابی از تکانشگری این نوجوانان پر دردم است
- هیجان خواهی sensation seeking بهتر از افسردگی و سوء مصرف مواد پیش بینی کننده خودکشی در نوجوانان است
- سابقه اقدامات قبلی یکی از عوامل پرخطری است که باید آن را جدی گرفت
- کوپر مشاهده کرد از ۸۰۰۰ نفر که به خاطر آسیب عمدی در بیمارستان بستری بودند در طی ۴ سال ۶۰ نفر خودکشی کردند که ۳۰ برابر میزان جمعیت عادی بود.
- اختلالی که بیش از افسردگی با تکانشگری همراه است اختلال شخصیت مرزی است
- افراد شخصیت مرزی بدون اینکه واقعا بخواهند خودشان را بکشند به خودشان آسیب می رسانند و حالت تکانشی می گیرند
- در ۱۰ درصد موارد تظاهر به خودکشی سهوا به خودکش منجر می شود
- ترکیب اختلال شخصیت مرزی و افسردگی مرگبار است
- اقدام به خودکشی حین درمان فرد اسکیزوفرنی امکان بالایی دارد

# رویدادهای پر استرس زندگی

- مهمترین عامل خطر برای خودکشی شاید رویدادهای پر استرس و شدیدی است که شرم آور و تحقیر کننده به حساب می آیند
- شکست واقعی یا خیالی در مدرسه و کار، حبس غیر منتظره، طرد توسط معشوق، سوء استفاده جسمی و جنسی
- استرس و آشفتگی بلایای طبیعی احتمال خودکشی را بالا می برد
- میزان خودکشی پس از سیلاب شدید ۱۳ درصد، در طی دو سال بعد از طوفان ۳۱ درصد و یکسال بعد از زمین لرزه ۶۲/۹ درصد افزایش پیدا کرده بود
- آسیب پذیری قبلی + اختلالات روانشناختی + ویژگی تکانشگری +
- فقدان حمایت اجتماعی + رویداد پر استرس = خطر اقدام به خودکشی

# عوامل محافظت کننده

## ❖ عوامل جمعیت شناختی و اجتماعی

- سن کمتر از ۴۵ و بیشتر از ۲۰
- مونث بودن
- متاهل بودن ( غیر از نوجوانان متاهل)
- شاغل بودن
- روابط بین فردی باثبات
- سابقه خانوادگی باثبات

## ❖ عوامل روانشناختی

- مصرف داروی کم
- شخصیت بهنجار
- خوش بینی
- تاب آوری بالا
- تنظیم هیجانی خوب (عواطف قابل وصول و با کنترل مناسب)
- پیشرفت خوب
- بینش

# عوامل حفاظت کننده

## ❖ عوامل مرتبط با رفتار خودکشی

- فعالیت انتحاری کم ، خفیف و گذرا
- خودکشی با احتمال نجات بالا
- میل عمده به تغییر
- روش خودکشی کم خطر
- رابطه برونی شده ( خشم)

## ❖ عوامل اجتماعی

- تفاهم با دیگران خوب
- پیوستگی اجتماعی
- خانواده حمایت گر و دلسوز

# مدل آستانه ای برای رفتار خودکشی

عوامل خطرزمینه ساز	عوامل خطر	عوامل حفاظتی	عوامل آشکارساز
<p>تاریخچه ژنتیکی / خانوادگی</p> <p>عوامل زیست شناختی SHIAA، عوامل پیش از تولید</p> <p>صفات شخصیتی تکانشگری هیجان خواهی</p>	<p>عوامل محیطی / مواجهه با خودکشی</p> <p>↓</p> <p>آسیب پذیری به رفتار خودکشی</p> <p>↑</p> <p>تشخیص روانپزشکی</p>	<p>انعطاف پذیری روانشناختی</p> <p>حمایت اجتماعی قوی</p> <p>فقدان رویدادهای زندگی آشکارساز</p> <p>نبود فقدان ها</p> <p>ناامیدی</p> <p>درمان اختلال روانپزشکی</p> <p>درمان اختلال شخصیت</p>	<p>دسترس پذیری روش</p> <p>↓</p> <p>آستانه</p> <p>↑</p> <p>رویداد زندگی آشکارکننده - تحقیرکننده</p>

# اشتباهات درمانگران در کار با مراجعان

- (1) مراجعانی را که اختلالاتی دارند که در معرض خطر بالای خودکشی قرار دارند درمان می کنند ، اما در مورد برنامه ریزی و تخیلات مربوط به خودکشی مکرر و معمول سوال نمی پرسند. اعتماد به حرف های مستقیم و غیر مستقیم مراجعانی که اقدام داشته اند ، می تواند اشتباه مهلکی باشد
- (2) ترس از تعهدات و مسئولیت های قانونی غالباً توانایی درمانگران برای تمرکز روی رفاه مراجع را پوشانده و پنهان می کند. ترس مانع قضاوت بالینی می شود و درمانگران به سادگی مراجعان در معرض خودکشی را از سر خود باز می کنند و آنها را به درمانگر دیگر، بستری و اورژانس ارجاع می دهند  
بیمارستان روانپزشکی ۲۵ درصد بیشتر از جامعه است  
نکته: میزان خودکشی در
- (3) درمانگران باید هنگام درمان یک مراجع در معرض خودکشی بیشتر در دسترس باشند
- (4) بین خطر شدید و حاد و خطر مزمن تفاوت قائل شوید.
- (5) در بافت یک رابطه درمانی خوب ، قرارداد درمانی بسیار قدرتمند و دارای ارزش است
- (6) زمانی که رفتار خودکشی گرایانه حاد فروکش کرد حتما مراجع باید تحت برنامه درمانی قرار گیرد
- (7) اگر می خواهید بیمار را به یک درمانگر ارشد ارجاع دهید، برای بیمار کاملاً توضیح دهید که چرا چنین پیشنهادی برای او داشته اید و اجازه دهید مراجع خود در این باره تصمیم بگیرد.
- (8) خودکشی بندرت در سیر روان درمانی که در آن فرصتی برای همدلی، احترام، اشتیاق و صداقت فراهم شده است ، ممکن است اتفاق بیفتد

# انتقال

- دل‌بستگی مشخص دوران کودکی از طریق انتقال در همه جا حاضر می‌شود
- خصوصیات واقعی درمانگر نیز در انتقال نقش دارد
- هر رابطه‌ای در موقعیت بالینی، ترکیبی از رابطه واقعی و پدیده انتقال است



## ابعاد انتقال

- انتقال دو بعد دارد:
- یک بعد تکراری : که در آن بیمار ترس و انتظار دارد که درمانگر مثل والدینش رفتار کند
- بعد عطف به خود که بیمار آرزوی درمان یا اصلاح تجربیات گمشده دوران کودکی را دارد
- نکته: مشکلات ارتباطی در شکایت های بیمار، خود را اغلب در رابطه با درمانگر هم نشان می دهد
- انتقال وجود دارد اما باید درک شود و مورد استفاده قرار گیرد

# انتقال به صورت خودکشی در درمان

- انگیزه خصمانه
- مرعوب کردن درمانگر که توجه بیشتری به مراجع کند
- متقاعد کردن درمانگر که باید مشکلات او را جدی تر بگیرد
- احساس می کند درمانگر او را دوست ندارد و با خودکشی می خواهد انتقام بگیرد
- تعاملات پیش از خودکشی اغلب با نیت کسب اجازه دیگران برای اقدام به خودکشی یا حتی ایجاد آرزوی خودکشی بیمار در دیگران ایجاد می شود
- واگذار کردن مسئولیت زنده نگه داشتن خود به درمانگر
- البته خودکشی به ندرت در سیر روان درمانی که فرصت مناسبی برای رشد و شناخت مراجع همراه با احترام و همدلی برای فرد فراهم کرده ، ممکن است اتفاق بیفتد
- مهم است بگردیم و انگیزه خصمانه مراجع را که تقریباً همیشه در خودکشی وجود دارد بیابیم

# انتقال متقابل

- یک اصل اساسی: ما به طور اساسی به بیمار انمان شبیه تریم تا آن که متفاوت با ایشان باشیم
- وضعیت های آسیب شناسی فقط ادامه ای بر کارکرد رشد طبیعی هستند
- سربر آوردن تعارضات حل نشده از ناخودآگاه درمانگر است
- و نیز واکنش هیجانی کلی آگاهانه و مناسب درمانگر نسبت به بیمار
- در واقع انتقال متقابل هم ریشه در مسایل گذشته درمانگر و هم بخشی از احساسی که از رفتار بیمار ناشی می شود
- انتقال متقابل هم منبع اطلاعات مهمی درباره دنیای ذهنی بیمار است و هم در درمان او مداخله می کند

# نشانه های انتقال متقابل در مراجعان خودکشی گرا

- بی توجهی به موقعیت
- ارجاع سریع مراجع به دیگران
- قضاوت کردن مراجع
- شوکه شدن، ترسیدن، خشمگین شدن، شرمنده شدن و مضطرب شدن
- گفتن اینکه همه چیز درست خواهد شد
- ساده جلوه دادن مشکل
- اطمینان بخشی بیهوده و نادرست
- اطمینان دادن به مراجع که موضوع را به کسی نخواهید گفت
- تنها گذاشتن شخص
- بستری کردن شخص
- دنبال مقصر گشتن
- ایجاد احساس گناه یا متهم کردن خانواده

# ارزیابی ۲۰ عامل در خودکشی

- اخطار مستقیم کلامی (تلاشی برای جلب توجه/دستکاری شخصیت مرزی/بین آشکار انتقال منفی/تلاشی برای تحریک درمانگر/تلاشی برای کسب قدرت )
- برنامه ریزی ( برنامه خاص تر/دقیق تر/مرگبارتر/عملی تر)
- اقدام های قبلی (۸۰ درصد اقدام قبلی داشته اند)
- نشانه های رفتاری و اظهار نظرهای غیرمستقیم
- افسردگی (۲۰ برابر بیشتر)
- ناامیدی
- مصرف مواد و الکل/مستی
- نشانگان بالینی
- جنسیت
- سن

➤ تنها زندگی کردن

➤ مذهب

➤ بیکاری

➤ وضعیت سلامتی (شکایات بدنی مثل آشفتگی در خواب و خوردن)

➤ تکانشگری

➤ تفکر خشک و نا منعطف (تفکر همه یا هیچ)

➤ وقایع استرس زا (۵۲ درصد قربانیان آزار جنسی)

➤ ترخیص از بیمارستان

➤ داغدیدگی ( ۵۰ درصد مرگ مادر ۲۲ درصد مرگ پدر

➤ فقدان احساس تعلق

## در خودکشی شرایط زیر باید بررسی شوند:

- ۱- تمایل به خودکشی (تفکر، ناامیدی، مشقت زیاد و احساس به بن بست رسیدت
- ۲- قابلیت خودکشی (سابقه اقدام به خودکشی، اضطراب و خشم بالا، ابزارهای در دسترس)
- ۳- هدف خودکشی (برنامه در دسترس، بیان اینکه می خواهد بمیرد و نشان دادن رفتارهای خودکشی)
- اگر هر سه شرایط وجود داشت اقدامات فوری ضروری است

# نکات مهم بعد از ارزیابی

- اگر خطر وجود دارد ، متخصص باید تلاش کند تا با افراد به توافق برسد یا قراردادی را برای اینکه خودکشی نکند ، امضا نمایند
- فرد در این قرارداد متعهد می شوند که هیچ اقدامی در زمینه خودکشی انجام ندهند مگر اینکه پیش از آن با متخصص سلامت روان تماس بگیرند
- اگر فرد در معرض خطر این تعهد را نپذیرد (یا به صداقت بیمار شک کند) و خطر خودکشی همچنان بالا باشد، حتی اگر فرد رضایت نداشته باشد، بستری شدن سریع بیمار ضروری است
- البته شواهدی نیز نشان میدهد که بستری شدن در بیمارستان خطر خودکشی را افزایش داده است بنابراین در این مورد باید نهایت دقت و احتیاط صورت گیرد
- به خاطر موانع قانونی بستری در بیمارستان روانپزشکی حتما بایستی توسط خانواده انجام شود .
- در موارد خطر بسیار زیاد و قریب الوقوع برای خود یا دیگران کمیتة مداخله در رفتارهای خودآسیب رسان دانشگاه بایستی در این زمینه تصمیم گیری کند .
- در این موارد شرح حال دانشجو در فرم بستری در بیمارستان وزارت نوشته میشود و فرد همراه با مددکار و نیروی انتظامات دانشگاه به بیمارستان ارجاع میشود .
- شخص بستری شود یا نه ، هدف درمان حل استرس های زندگی و درمان اختلالات روانی موجود است



# اختلالات روانپزشکی مرتبط با خودکشی

- ✓ افسردگی ( همراه با جملات هراسی، اضطراب **psychic**، نشخوار ذهنی و بیقراری)
- ✓ اختلال دو قطبی
- ✓ اسکیزوفرنی
- ✓ اختلالات خوردن
- ✓ سوء مصرف مواد
- ✓ اختلالات شخصیت
- ✓ اختلال هراس یا پانیک

# اسکیزوفرنی و خودکشی

- خطر خودکشی در این بیماران مهم است
- فاکتور های خطر: مرد جوان، بیماری مزمن با چند اپیزود تشدید بیماری، میزان بالای اختلال عملکرد و علائم، احساس ناامیدی ، ترس از ناتوانی بیشتر و افزایش وابستگی به درمان یا کاهش اعتماد به درمان
- دو مسیر در این بیماران به خودکشی ختم میشود و هر دو مسیر با واسطه ناامیدی شناخته می شود:
- افزایش انزوای اجتماعی به سمت افزایش دوره بیماری + علائم مثبت بیشتر + سن بالاتر + بیکاری
- دیدگاه بیشتر منفی به خود + افزایش انتقاد و ابستگان + علائم منفی بیشتر + مرد مجرد + بیکاری
- عوامل پیشگویی کننده مرتبط با بیماری: علائم افسردگی، توهم و هذیان ها، بیماری جسمی همراه و سوء مصرف مواد، ترخیص اخیر از بیمارستان
- بیماران اغلب به طور تکانشی و به روش های کشنده اقدام می کنند مثل پریدن از ارتفاع، حلق آویز کردن یا آتش سوزی

# اسکیزوفرنی و خودکشی

- وجود افکار خودکشی نیاز به بررسی دارد و باید بپرسید که آیا هیچ برنامه خاص یا اقدام خاصی انجام داده اند
- از عوامل افزایش دهنده خطر آگاه باشید: صدمه به اعتماد به نفس، افزایش احساس ناامیدی و یاس به خصوص در ارتباط با درک بیمار از بیماری و بهبودی، تخریب روابط اجتماعی و خانوادگی، هر گونه تغییر در محیط اجتماعی یا از دست دادن روابط حمایتی (تغییر در اعضا و سرویس سلامت روان، ترک یا تعطیلات رفتن اعضا)
- عوامل مرتبط با اختلالات سایکوتیک: تجربه توهمات دستوری که به بیمار می گویند به خودت صدمه بزن.
- البته تعداد بسیار کمی از این بیماران به دلیل توهمات دستوری یا نیاز به فرار از هذیانهای گزند خود را می کشند
- بهبود شناخت و بینش بیمار از علائم باعث مواجهه بیشتر با بار بیماری می شود و بنابراین احتمال فرار احتمالی از طریق خودکشی افزایش می یابد (مخصوصا در دانشجویان)

# سوالات در مورد افکار خودکشی در بیماران اسکیزوفرنی

- صداها چه می‌گویند (اظهارات مثبت یا منفی و یا تهدید)؟ (اگر اظهارات آنها دستوری است، مشخص کنید که دستوراتشان مربوط به اعمال زیانبار است یا بی‌خطر؛ از بیمار بخواهید مثال‌هایی بیاورد).
- چطور با صداها مدارا می‌کنید و یا واکنش نشان می‌دهید؟
- آیا تا به حال آنچه را صداها از شما خواسته‌اند انجام داده‌اید؟ (چه چیزی سبب شد از صداها اطاعت کنید؟ اگر بخواهید در مقابل آنها مقاومت کنید چه مانعی وجود دارد؟)
- آیا پیش آمده که صداها به شما بگویند به خودتان صدمه بزنید یا خودتان را بکشید؟ (چندبار؟ چه اتفاقی افتاد؟)
- آیا نگران هستید که دچار یک بیماری جدی شده باشید یا بدنتان پوسیده شده باشد؟

# سوالات در مورد افکار خودکشی در بیماران اسکیزوفرنی

- آیا حتی وقتی دیگران به شما می‌گویند جای نگرانی نیست، نگران موقعیت مالی خود هستید؟
- آیا چیزهایی وجود دارد که به خاطر آنها احساس گناه کنید یا خودتان را سرزنش نمایید؟
- علاوه بر صدمه به خود احتمال صدمه به دیگران را نیز ارزیابی کنید.
- آیا کسانی هستند که تصور کنید مسئول وضعیت شما باشند (افکار گزند، تجربیات انفعال)؟
- آیا به فکر صدمه به آنها هستید؟
- آیا دوست دارید کسان دیگری هم با شما بمیرند؟
- آیا کسانی در زندگی شما وجود دارند که فکر کنید بدون شما قادر به ادامه زندگی نیستند؟

# اقدامات لازم

- شناخت عوامل خطر در این بیماران
- تحت نظر گرفتن تغییرات محیطی یا خلقی آنها
- آگاه بودن از تغییرات قابل پیش بینی
- مدیریت ناامیدی و خلق افسرده
- مطلع کردن سرویس های اورژانسی روانپزشکی در مواقع خطر بالا
- نکته: ارزیابی خطر خودکشی حاد در بیمارانی که عاطفه سطحی و نامتناسب دارند ، پیچیده تر می شود

# شخصیت مرزی و خودکشی

- بروز نسبتاً بالای رفتار خودکشی در این بیماران باعث نگرانی درمانگران است
- ۷۵ درصد بیماران دارای ملاک های شخصیت مرزی سابقه تلاش برای خودکشی را دارند( با میانگین ۳/۴ تلاش برای هر فرد)
- نرخ خودکشی در این بیماران ۷ تا ۸ درصد است
- ۱۰ درصد این افراد به طور ناگهانی اقدام به خودکشی می کنند
- کشندگی و تناوب رفتار خودکشی قویاً با تکانشگری و عملکرد روانی-اجتماعی ضعیف همراه است
- بروز خشم شدید به سمت درمانگر نیز ممکن است باعث انگیزش اقدام شود
- مهمترین نگرانی در مورد مراجعان با تشخیص BPD رفتار و خطر خودکشی است

# اختلالات شخصیت

اختلالات شخصیت از چند لحاظ عامل تعیین کننده ای در بروز رفتار انتحاری دارد:

- ۱- زمینه ساز اختلالات خلقی عمده نظیر اختلالات افسردگی یا وابستگی به الکل است که موجب مشکلاتی در روابط سازگاری اجتماعی می شود و به بروز حوادث ناخوشایند زندگی کمک می کند.
- ۲- توانایی فرد را در کنار آمدن با یک اختلال جسمی یا روانی تضعیف می کند.
- ۳- میان فرد با اطرافیانش (اعضای خانواده، پزشکان و ...) تعارضاتی به وجود می آورد



# چالش های کار با بیماران مرزی

- ۱- محدودیت گزینی
- باید بر اساس امنیت بیمار و حقوق فردی درمانگر باشد( امنیت بیمار در اولویت بیشتری است)
- کاری را شروع نکند که قادر به ادامه آن نباشد، مگر اینکه از قبل محدودیت زمانی را مشخص کرده باشد( تا وقت برطرف شدن بحران من هر روز ایمیل شما را چک می کنم)
- محدودیت ها را به شیوه ای شخصی ابراز کند( به خاطر آرامش ذهنم باید مطمئن شوم که شما در امنیت هستید/ هدف مرکز مشاوره ما جلوگیری از خودکشی است)
- برای زیر پا گذاشتن محدودیت ها ، پیامدهای طبیعی در نظر میگیرد( اگر بیمار بیش از حد توافق شده زنگ زد، درمانگر برای مدت زمانی به هیچ کدام از تماس های او جواب نمی دهد یا اگر دائم زنگ بزنید مجبورم برای حل مشکل خودکشی شما روش دیگری مثل بستری در اورژانس را انتخاب کنیم)
- در صورت زیر پا گذاشتن محدودیت ها:
- بیان قاطعانه نارضایتی/اجرای پیامد توافق شده/تعیین پیامد زیر پا گذاشتن محدودیت ها در دفعه بعد

# حوزه های محدودیت گزینی

- ❖ محدودیت در تماس با درمانگر
- ❖ محدودیت در قرارداد درمانی در مورد خودکشی (قبل از اقدام به خودکشی به درمانگر زنگ بزنند)
- تعیین جانشین ( مددکار یا کمک درمانگر) برای مواقعی که درمانگر نمی تواند در دسترس باشد، الزامی است
- ❖ محدودیت در رفتارهای تکانشی و خود تخریب گر برای خود یا دیگران ( جرح خود یا تهدید و زدن دیگران)
- ❖ محدودیت در لغو جلسات

# بحران خودکشی در شخصیت مرزی

- افزایش تماس با بیمار یا برگزاری جلسات بیشتر در طی هفته
- سنجش قابلیت خودکشی در هر تماس
- اجازه گرفتن از بیمار برای اطلاع به افراد مهم زندگی
- ارجاع به کمک درمانگر و مددکار
- ارجاع به روانپزشک جهت دارو درمانی ( داروهای کشنده نباید در دسترس بیمار باشد و بهتر است به یکی از اعضای خانواده سپرده شود)
- بستری شدن ( قویا فکر خودکشی فعال دارد/ زیاد اقدام به خودکشی می کند)
- اولین اولویت زنده نگهداشتن مراجع است
- کاهش بحران های خودکشی ( هر رفتاری که مراجع را در خطر اقدام به خودکشی یا تهدید به انجام آن قرار می دهد) اولین اولویت است

# اهمیت توجه به سطح اختلال

- سطح اختلال به شدت اختلال/گسترده‌گی/پیچیدگی و همبودی یک اختلال دیگر اطلاق می شود
- پیامدهای مداخله بالینی و تمرکز درمان با سطح اختلال فرد در زمان شروع درمان مرتبط است
- مراحل درمان و اقدامات ما باید متناسب با سطح اختلال فرد باشد
- افراد در سطوح مختلفی درمان را شروع می کنند
- ممکن است در یک سطح باشند یا بین سطوح درمان عقب و جلو بروند
- سطح درمان مشخص می کند که چه درمانی / چه وقت / برای چه فردی و در چه بافتی کارآیی دارد
- تصریح سطح اختلال در تعیین اهداف درمان ضرورت دارد

۱- عدم کنترل رفتاری رفتار های خودکشی یا دیگر کشی بی اشتهایی روانی شدید مصرف موقتی بیش از حد مواد رابطه جنسی پرخطر و .....

## کنترل رفتار

برگرداندن کنترل بر رفتار و زندگی مهمترین هدف

- ایجاد یک امید به زندگی معقول و آنی (یک بیمار مرده نیاز به روان درمانی ندارد)
- تمرکز و تلاش برای نگهداشتن فرد در درمان
- تثبیت و کنترل رفتار (اگر رفتار را نتوانید کنترل کنید ، هیچ چیز دیگر را هم نمی توانید تحت کنترل قرار دهید
- کمک به فرد برای دستیابی حداقل به قابلیت های اساسی مورد نیاز سایر اهداف
- لزوم مداخله در بحران/برنامه های کنترل جامع/ درمان روزانه/بستری کوتاه مدت/یک یا چند جلسه هفتگی
- با کنترل رفتار و برگرداندن کارکرد مناسب فرد به مرحله ۲ یا مرحله ۳ و ۴ می رود

۲- رفتار تحت کنترل اما تجربه هیجانی تحت کنترل نیست از ناامیدی کامل به تجربه هیجانی درد هیجانی را تجربه می کند هیجان یک تجربه تروماتیک است اجتناب از هیجان ها و نشانه های مرتبط با آنها اختلالات اضطرابی شدید و افسردگی شدید

## تجربه هیجانی

افزایش توانایی فرد بر تجربه هیجانانگیز بدون آسیب

- تجربه هیجانانگیز و دریافت اطلاعات تصحیحی و یادگیری واکنش های جدید
- تاکید بر پردازش هیجانی رفتاردرمانی: مواجهه و جلوگیری از پاسخ روان تحلیلی : اشکارسازی
- نکته: فرد ممکن است در سطح ۲ وارد درمان شود.
- عدم درمان مناسب ممکن است فرد را به سطح ۱ ببرد

۳- مشکلات زندگی ناشادی های غیر قابل پذیرش  
 ککارکرد فرد در حوزه های اصلی زندگی تغییر نمی کند  
 افسردگی خفیف، ازدواج مشکل دار ، اعتیاد غیر پیچیده و پنهان

دست یابی به حالت پذیرش مشکلات در زندگی  
 شادی ها و ناشادی های معمول  
 ایجاد حس پایدار احترام به خود( حس تسلط و کفایت شخصی و زندگی بر  
 اساس اخلاقیات و ارزشهای خود)  
 مهارت خودکارآمدی  
 حس اخلاقی  
 مشکلات قابل تحمل در زندگی  
 درمان های مبتنی بر پروتکل برای این مرحله مناسب است:  
 درمان بین فردی برای افسردگی  
 درمان های شناختی- رفتاری  
 آموزش قاطعیت  
 پروتکل های درمانی مشکلات زناشویی

۴- احساس ناتمامی  
 سوءمصرف کننده مواد دارای سطح کارکرد بالا  
 مصرف مواد برای فرار از حس بی معنایی  
 تجربه کردن حالات اوج ناشی از مواد  
 مواد می تواند ناتمامی را پنهان کند و لذت تجربیات روحانی عمیق را تقلید کند

ظرفیت تحمل شادی و خوشی  
 گسترش آگاهی  
 اقناع روحی و حرکت به سوی تجربه سیال  
 تجربیات جاری، تجربیات اوج

# رضایت آگاهانه

- چه کسی خدمت را ارائه میدهد و دارای چه مدارک تحصیلی و مهارتی است؟ اگر بیش از یک نفر در این فعالیت دخیل هستند آیا مراجع اطلاع دارد( درمانگر و ناظر بالینی)
- اگر توسط دیگران ارجاع شده آیا دلیل جلسه ملاقات را می داند
- ماهیت ، وسعت و پیامدهای احتمالی و راه حل های جایگزین و افراد مناسب در این حوزه را می داند
- آیا از محدودیت های واقعی یا بالقوه این خدمات یا محدودیت های درمانگر( کار آموز) اطلاع دارد
- از خط مشی ها و رویه های درمان اطلاع دارد ( حق الزحمه، سوابق تعداد جلسات لغو شده، جلسات دارای عدم حضور، تاخیر و ....)
- از خط مشی ها و رویه های مربوط به دسترسی متخصص بالینی و خدمات اضطراری اطلاع دارد( در بین جلسات، شب ها یا تعطیلات آخر هفته چه کسی از طریق تلفن در دسترس خواهد بود)
- از استثنائات مربوط به رازداری، امتیازات یا حریم خصوصی اطلاع دارد؟

# تمرین

- اگر رئیس مرکز مشاوره از شما درخواست کند یک فرم رضایت نامه تهیه کنید تا همه مشاوران بتوانند از آن استفاده کنند و این را تا آخر هفته باید به من تحویل دهید .
- احساس و تفکرات شما در مورد این خواسته چیست؟
- آیا فکر می کنید توانایی انجام این کار را دارید؟ چه فرایندی را برای طراحی این فرم باید طی کنید؟
- چه موضوعات یا مولفه هایی را در این فرم مد نظر قرار می دهید؟
- یک فرم رضایت آگاهانه را تهیه نمایید



# پنج کارکرد اصلی درمان

- افزایش توانایی ( ارتقای توانایی ها و وجود رفتارهای لازم در خزانه رفتاری فرد،
- انگیزه افزایی ( تقویت پیشرفت درمانی و عدم تقویت پسرفت درمانی و شناخت رفتارهای مخل درمان)
- تعمیم دستاوردها (تعمیم رفتارهای جدید به زندگی روزانه بیمار)
- سازماندهی محیط برای حمایت از پیشرفت های درمانی ( اطمینان از اینکه محیط طبیعی بیمار به صورت بهینه از پیشرفت حاصل شده در درمان، حمایت می کند)
- افزایش قابلیت ها و انگیزه درمانگران ( درمانگرانی که به درمانهای موثر وفادار هستند کمتر تقویت می شوند)
- نکته : به مشکل گسترش درمان ، استفاده از درمان های موثر و تقویت در محیط طبیعی کمتر توجه کرده ایم
- نکته : درمان موثر بیمار را به روبه رو شدن با محرک دردناک ملزم می کند اما درمان های غیر موثر به بیمار اجازه می دهند تا از این نشانه ها اجتناب کنند

# افسردگی و خودکشی

- ۶۰-۷۰ درصد قربانیان خودکشی افسردگی قابل توجهی داشته اند
- ۱۵-۲۰ درصد احتمال خودکشی در دوره های افسردگی اختلال دوقطبی
- خودکشی افراد افسرده در ابتدا و انتهای بیماری بیشتر است
- اکثر افراد افسرده سابقه درمان داشته اند اما در زمان خودکشی کمتر از نیمی تحت درمان بوده اند و درمان کمتر از میزان مورد نیاز بوده است
- افراد افسرده ممکن است درست زمانی که به نظر می رسد بهبود پیدا کرده اند، اقدام به خودکشی کنند
- ناامیدی یکی از دقیق ترین نشانگرهای خطر خودکشی در دراز مدت است

# افسردگی و خودکشی

فاکتورهای شناختی؛ آسیب پذیری افراد به افسردگی و خودکشی را زیاد می کند.  
افسردگی باعث خطای حافظه **biases** می شود.

عقاید، انتظارات، خودارزیابی **self appraisal** و اسنادهای نابجا افراد را افسرده می کند و منجر به خودکشی می شود.  
ویژگی های افراد افسرده:

- \* به پیامدهای فوری (نه طولانی مدت) رفتارهایشان توجه می کنند
- \* اسنادهای نامناسبی در مسئولیت خودشان برای وقایع منفی دارند
- \* برای موفقیت ها به خود پاداش نمی دهند
- \* وقتی به اهداف شان نمی رسند بسیار خود تنبیه گر می شوند
- \* احساس می کنند که شرایط غیر قابل تحمل است
- \* آمیدی به تغییر ندارند
- \* احساسات شدیدی از اضطراب روانی، بیقراری **agitation** و **turmoic** را تجربه می کنند که منجر به جستجوی راه حل فوری می شود.
- \* برای افراد افسرده، خودکشی معمولاً یک راه حل ماندگار، یا یک راه حل برای فرار و رهایی از مشکلات می شود.

اشنايدر مي گويد:

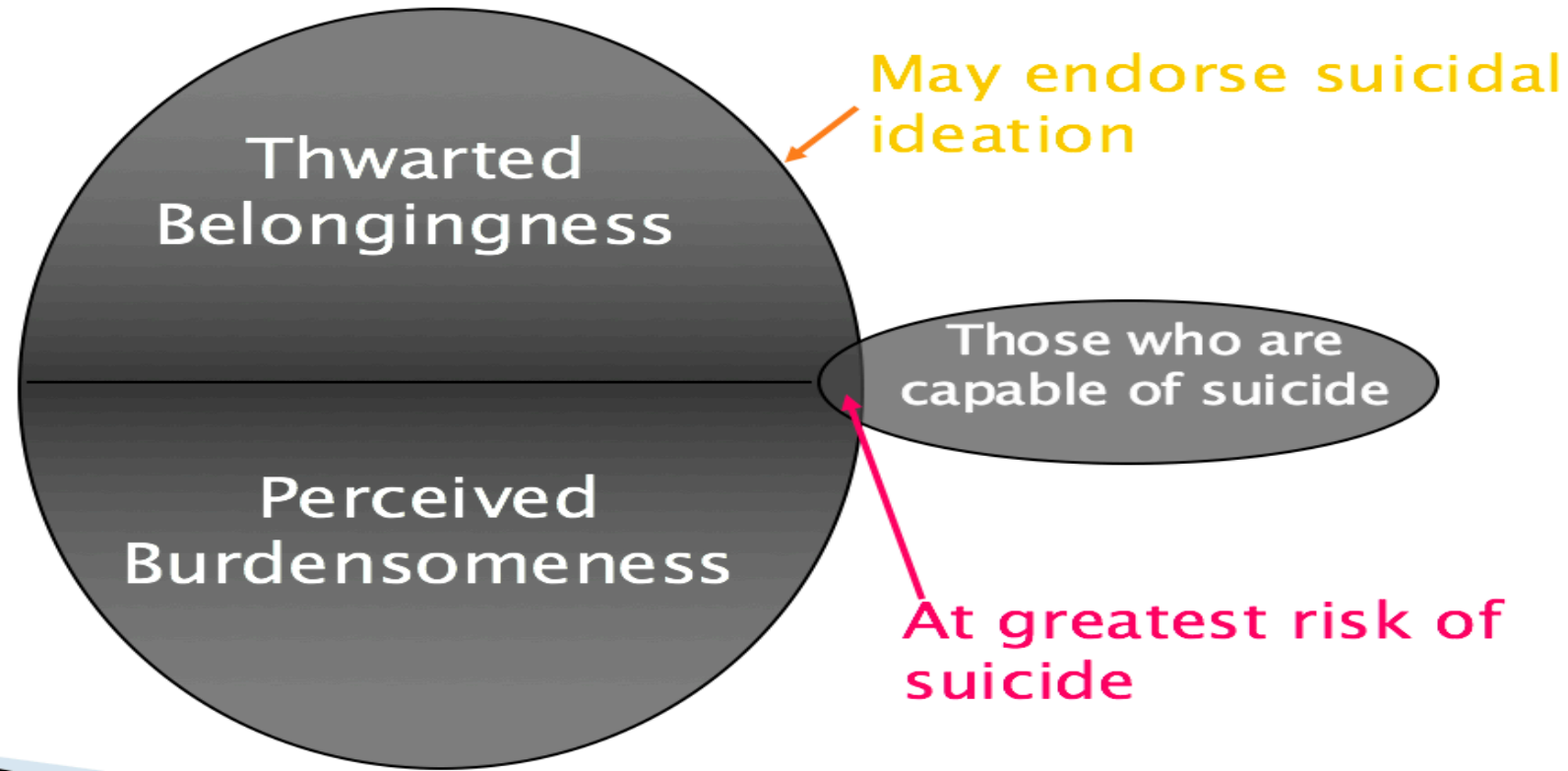
**محرک** مشترک در خودکشی، **درد روانشناختی** غیر قابل تحمل است و هدف کلی **جستجوی راه حل** است.

# نظريه جوينر JOINER

- passive suicidal Ideation
    - Thwarted belongingness
    - perceived burdensomeness
  - active suicidal desire
    - Thwarted belongingness
    - perceived burdensomeness
    - perceived stable and unchanging (hopelessness regarding this state)
  - Suicidal intent
    - Suicidal desire
    - Lowered fear of death
  - Serious suicidal behavior(lethal or near lethal suicide attempt)
    - Thwarted belongingness
    - Perceived burdensomeness
    - Hopelessness regarding both
    - Reduce fear of suicide
    - Elevated physical pain tolerance
- Ideation          intent          behavior

# Joiner's Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior

Those Who Desire to Die



# تبدیل فکر خودکشی به اقدام مرگبار

- خطرناکترین نوع تمایل به خودکشی به واسطه ۲ ساختار بین فردی می باشد:
- ناکامی در احساس تعلق
- درک سربار بودن
- وجود ناامیدی حاصل از این دو مولفه
- و توانایی انجام رفتار خودکشی

# ناکامی در احساس تعلق

- نیاز به تعلق نیاز بین فردی مهمی است که در تمایل به خودکشی درگیر است
- تعلق ناکام مانده فرد را به سمت خودکشی سوق می دهد
- احساس تعلق دو جنبه مهم دارد:
- نیاز به تعامل مکرر با یک سری افراد (احساس تنهایی)
- وجود تعاملات در یک چارچوب بلند مدت
- حس تعلق یک حس و حالت شناختی - هیجانی پویا است که توسط عوامل درون فردی و بین فردی تحت تاثیر قرار می گیرد

## عوامل مرتبط با تعلق

- محیط بین فردی و واقعی فرد ( شبکه های اجتماعی)
- طرحواره فعال فرد ( تفسیر رفتار دیگران به عنوان نشانه طرد)
- حالات هیجانی فعلی (مثل خلق و خوی افسرده)
- تبیین کننده ارتباط بین خودکشی و تعطیلات بین ترم می باشد



# ابعاد عملکرد بین فردی احساس سر بار بودن

- فرد آنقدر کاستی و نقص دارد که باعث ادیت دیگران می شود و به آنها بدهکار است
- عاطفه ای سرشار از نفرت از خود

## احتمال بالای اقدام

- ترکیب حس تعلق ناکام مانده و درک سربار بودن و ناامیدی مفرط ناشی از هر دوی اینها؛ باعث کاهش ترس از خودکشی و افزایش آستانه تحمل درد می شود؛ و در نتیجه تمایل قوی برای مرگ به وجود می آید
- وجود میل به خودکشی برای اقدام کافی نیست و مولفه سوم یعنی کسب توانایی برای از بین بردن خود باید موجود باشد
- افکار خودکشی به تنهایی برای خودکشی کافی نیست و زمانی که فرد ترس از مردنش کم می شود؛ احتمال بالای اقدام وجود دارد

## ادامه.....

- خودکشی مستلزم مبارزه با غریزه حفظ خویشتن است .
- ترس از مرگ ارزش انطباقی دارد و باعث حفظ نفس انسان می شود
- انسان به طور طبیعی از رفتارهای خودکشی به دلیل ماهیت تهدید آمیز آن اجتناب می کند
- کسب توانایی خودکشی تا حد زیادی از قرار گرفتن در معرض تجارب دردناک و تحریک آمیز مکرر و در نتیجه آستانه تحمل بالای درد و حس شهامت و بی باکی در مواجهه با مرگ به دست می آید
- وقتی فرد اقدام های قبلی دارد (شخصیت مرزی) تجارب دردناک ترس کمتری برای او دارد و تبدیل به منبع حمایتی قوی می شود تا فرد رفتارهای خود آسیب رسان بیشتری داشته باشد
- اقدام قبلی خودکشی درد و ترس از آسیب را عادی می کند و احتمال خودکشی در آینده را افزایش می دهد

**MENTAL HEALTH FOR ALL : GET INVOLVED  
PREVENTING SUICIDE  
WORKING TOGETHER TO PREVENT SUICIDE**

شعار سال ۲۰۱۹ سازمان بهداشت جهانی



# دیدگاه شناخت درمانی به خودکشی

- خودکشی یک حالت از ذهن (State of mind) است.
- تحریفات شناختی اغلب همراه با احساسات افسردگی و اضطراب است.
- مجموعه‌ای از تحریفات شناختی ریسک خودکشی را بالا می‌برد.

✓ افراد خودکشی گرا تفکر دوقطبی دارند.

✓ به طور انعطاف‌ناپذیری، مطلق‌گرا هستند.

✓ دید تونل یا **constriction tunnel vision** دارند.

✓ سطوح بالایی از عقاید غیرمنطقی و ناکارآمد را دارند.

✓ در تفکر مثبت درباره آینده **positive future thinking** نقص دارند.

✓ احساس می‌کنند که خانواده آنها حمایت‌گر یا **cohesive** نیست.

✓ نقص‌های خاصی در جهت‌گیری حل مسئله، اعتماد به حل مسئله، ایجاد راه‌حل‌های دیگر و استفاده از راهبردهای حل مسئله فعال دارند.

✓ تکانشی رفتار می‌کنند.

افکار و رفتار خودکشی ناشی از شکست در دسترسی به راه‌حل‌های رضایت‌بخش برای درد و ناراحتی و پریشانی روانشناختی مداوم فرد است.

در مدل شناختی عقاید فردی تحت تاثیر تجربیات اجتماعی است و نگرش‌های ناکارآمد دریافت اجتماعی ایجاد می‌شود

# آسیب پذیری شناختی به خودکشی

- آسیب پذیری های شناختی نسبت به خودکشی شامل آن دسته از الگوهای تفکر و ذخیره سازی و بازیابی اطلاعات هستند که منجر به افزایش خطر رفتارهای خودکشی در افراد می شوند.

این آسیب پذیری ها در 4 مقوله وسیع متمایز شده اند:

- ✓ شناخت های معطوف به آینده
- ✓ شناخت های معطوف به خود
- ✓ شناخت های معطوف به روابط بین فردی
- ✓ شناخت های معطوف به گریز

# شناخت‌های معطوف به آینده:

انتظار افراد درباره پیامدهای آینده ممکن است آن‌ها را در معرض خطر بالا برای رفتارهای خودکشی‌گرا قرار دهد.

## نظریه‌ها/ مدل‌ها:

- ناامیدی
- مهارت حل مسئله
- آسیب‌پذیری بزرگ‌نمایی تهدید

## تلویحات درمانی و پیشگیرانه:

- تغییر سبک‌های اسناد افراد ناامید منجر به کاهش رفتارهای خودکشی‌گرا خواهد شد. به ویژه مورد توجه قرار دادن دو باور معطوف به آینده، یعنی انتظار پیامد منفی و انتظار درماندگی.
- جوینر و همکاران (1998)، مدل "بسط و ایجاد" هیجان مثبت را برای درمان خودکشی به کار برده‌اند که اکتساب نگرش‌های حل مسئله، کاهش نشانه‌های خودکشی‌گرایی را میانجی‌گری می‌کنند.

# ناامیدی

- نظریه ناامیدی بر نقش شناخت های معطوف به آینده در افراد در معرض خطر خودکشی متمرکز است
- نشانه هسته ای افسردگی ناامیدی را شکل می دهد
- مولفه های نظریه ناامیدی:
- ❖ انتظار پیامد منفی: انتظار عدم وقوع پیامدهای بسیار مطلوب و وقوع پیامدهای آزارنده
- ❖ انتظار در ماندگی: افراد نمی توانند برای تغییر وقوع پیامدهای منفی کاری انجام دهند
- در واقع افراد دارای این آسیب پذیری معتقد هستند که رویدادهای زندگی آن گونه که می خواهند اتفاق نخواهد افتاد و آنها از تغییر وقوع این رویدادها ناتوان هستند
- أبرامسون و همکاران معتقدند خودکشی زمانی اتفاق می افتد که فرد این ادراک (اسناد) را داشته باشد که:
- ❖ اتفاقات منفی زندگی پیامدهای مهمی دارند
- ❖ به وسیله عوامل کلی و پایدار ایجاد شده اند
- ❖ نشانگر ضعیف بودن و بی کفایتی فرد هستند



# مهارت های حل مسئله

- آسیب پذیری شناختی در برگیرنده نقص در توانایی حل مسئله است
- توانایی حل مسئله شامل افکار متمرکز بر آینده نیستند ، اما شامل مجموعه شناخت هایی هستند که با رویدادهای آینده وابستگی مستقیم دارند
- پارادایم حل مسئله شامل سه گام اساسی است: شناسایی مسئله، در نظر گرفتن راه حل های جایگزین، ارزیابی راه حل ها
- افراد خودکشی گرا توانایی یافتن راه حل در موقعیت های سخت را ندارند و دیگران نیز قادر به فراهم کردن فرصت برای آنها نیستند
- از لحاظ شناختی در یک رویداد آسیب رسان تثبیت شده اند و به دلیل حالت «انقباض شناختی» خودکشی را به عنوان تنها راه حل ممکن می دانند
- قادر به ایجاد مسیرهای جایگزین برای عمل نیستند و
- نمی توانند اعتبار باورها و افکار تثبیت شده خود را آزمایش کنند
- افرادی که در گام دوم حل مسئله ( ایجاد راه حل های جایگزین) نقص دارند، در معرض خطر بالای خودکشی هستند

## ادامه

- افراد خودکشی گرا نقص در توانایی های حل مسئله را در حوزه وسیعی از موقعیت های مختلف زندگی ، مثل روابط بین فردی و غیر شخصی و به همان اندازه در مهارت های مقابله ای نشان می دهند
- افراد خودکشی گرا در ایجاد راه حل برای مسائل، عملی کردن راه حل های بالقوه، اصلاح راه حل های بی ثمر و ناکارآمد مشکل دارند
- در واقع انعطاف نا پذیری شناختی با عدم توانایی اصلاح راه حل های ناکارآمد ارتباط دارد و به عنوان آسیب پذیری برای خودکشی عمل می کند
- مهارت های پایین در حل مسائل اجتماعی و بین فردی ، بیشتر از ناامیدی ، پیش بینی کننده احتمال خودکشی هستند
- توانایی های معیوب حل مسئله در حوزه های مختلف با خودکشی مرتبط هستند
- بهبود توانایی های حل مسئله می تواند تاثیر معکوسی ایجاد کند

# آسب پذیری بزرگنمایی تهدید

- آن دسته از شناخت های معطوف به آینده که بر بی ثباتی ادراک شده و تغییر سریع مورد انتظار در محیط فرد متمرکز هستند (بازنمایی روانی از خطر در حال افزایش)
- انتظار تغییر سریع و آزارنده به عنوان عامل تعیین کننده اضطراب عمل می کند
- ادراک تغییرات مرتبط با محرکها یا رویدادهای تهدید آمیز اهمیت خاصی دارد
- چهار عامل ادراک شده بر شدت تهدید ها اثر می گذارد :
  - ❖ اندازه یا مقدار کلی تغییر
  - ❖ سرعت یا سرعتی که تهدید افزایش می یابد
  - ❖ شتاب یا میزان افزایش سرعت تهدید
  - ❖ مقدار حرکت یا ترکیب سرعت و میزان تغییر

## ادامه....

- دردهای روانشناختی غیر قابل تحمل و فزاینده پاسخ گریز/اجتناب در خودکشی را ایجاد می کند
- در افراد با این آسیب پذیری ، آینده به عنوان چیزی دردناک که در حال تشدید است ادراک می شود
- و فشار درونی برای گریز از آن شدت می گیرد اضافه شدن ناامیدی به بزرگنمایی تهدید ، منجر به تجربه سطوح بالای استیصال و یاس شده و در نتیجه خودکشی را افزایش می دهد
- این افراد:

❖ آینده را دردناک تصور می کنند

❖ و موقعیت را غیر قابل اجتناب و تغییر ناپذیر ادراک می کنند

- گریزاز درد روانشناختی یکی از اصول آسیب پذیری بزرگنمایی تهدید است
- ناامیدی و آسیب پذیری بزرگنمایی تهدید احتمال خطر خودکشی را افزایش می دهد
- اضطراب همایند در افراد افسرده و ناامید ، احتمال خودکشی را افزایش می دهد
- بزرگنمایی تهدید احتمال رفتارهای مرتبط با خودکشی مثل سوءمصرف مواد و الکل را افزایش می دهد

# تلویحات درمانی

- تغییر سبک های اسناد افراد ناامید منجر به کاهش رفتارهای خودکشی می شود
- توجه به دوباور معطوف به آینده یعنی انتظار پیامد منفی و انتظار درماندگی برای درمان خودکشی گرایي سودمند است
- درمان شناختی رفتاری با تاکید بر حل مسئله
- استفاده از روش های کاهش اضطراب ممکن است در کاهش خودکشی گرایي موثر باشد

# شناخت‌های معطوف به خود

- دربرگیرنده ادراک‌های افراد از خودشان به عنوان یک شخص هستند.

## نظریه‌ها/ مدل‌ها:

- خطای مطلق‌گرایانه در استدلال (اگر افراد خودشان را بکشند توجه می‌گیرند من خودم را می‌کشم پس به من هم توجه می‌شود)
- مثلث شناختی (نظر منفی به خود مانند یک شکست خورده، نظر منفی به جهان مثل یک محیط خشن و کوبنده، نظر منفی به آینده مبتنی بر ناامیدی)

➤ دیدگاه منفی نسبت به خود بعد از افسردگی و کنترل ناامیدی، به عنوان عامل خطر آتی برای خودکشی عمل می‌کند

➤ افراد خودسرزنشگر پیش‌بینی‌کننده خودکشی کامل بود سطوح بالای شرم با ارزیابی منفی از خود و با خودکشی همبستگی دارد

- ناهمخوانی خودها

- کمال‌گرایی:

## تلویحات درمانی و پیشگیرانه:

درمان‌های متمرکز بر تغییر دیدگاه‌های تحریف‌شده و منفی درباره خود، ممکن است احتمال بروز رفتارهای خودکشی‌گرا کاهش دهند.

- اسوان و همکاران (1998) نشان دادند یک راهبرد تناقض‌آمیز متشکل از سوال‌های هدایت‌کننده فرآینگی در تغییر باورها اثربخش‌تر است.

# نظریه ناهمخوانی خودها ( هیگینز )

- ناهمخوانی خودها ، ناهمخوانی و شکاف بین خودپنداره فرد و خودانگاره های مطلوب هستند
- سه مفهوم معطوف به خود:
- خود « آرمانی»: خودی که افراد دوست دارند باشند
- خود «بایسته»: خودی که افراد احساس می کنند باید باشند
- خود واقعی « خودپنداره»: ادراک فرد از آنچه واقعا هست
- ناهمخوانی ادراک شده بین این سه نوع خود منجر به نشانه های مشابه با اضطراب یا افسردگی می شوند ناهمخوانی بین خود واقعی و خود آرمانی = غمگینی و ناامیدی
- ناهمخوانی بین خود واقعی و خود بایسته = احساس گناه، شرم ، ترس و اضطراب
- پیامد ناهمخوانی ها به دو عامل بستگی دارد : اندازه ناهمخوانی ها/ قابلیت دسترسی به ناهمخوانی ها
- ناهمخوانی بزرگتر و در دسترس تر = آسیب روانی
- ناهمخوانی بین خود واقعی و خود آرمانی و ناهمخوانی بین خود واقعی و خود بایسته = مرتبط با خودکشی

# کمال گرایی

- کمال گرایی = تمایل فرد به دستیابی بدون شکست به اهداف آرمانی
- کمال گرایی شامل:
  - اتخاذ استانداردهای غیر واقع بینانه برای خود
  - نكوهش خود هنگام عدم تحقق آنها
  - شناخت های منفی معطوف به خود مثل کمال گرایی با افکار خودکشی در نوجوانان مرتبط است
  - تغییر دیدگاههای تحریف شده و منفی درباره خود احتمال بروز رفتار خودکشی را کاهش می دهد
  - بازسازی شناختی دیدگاه فرد نسبت به خودش (ازمون فرضیه درباره باورهای معطوف به خود)
  - پرسش های سقراطی برای افراد داری باورهای با قطعیت پایین مثل: چرا بقیه شما را به عنوان شخص ارزشمند می دانند؟
- خودسرزنش گری و دیدگاه منفی نسبت به خود به عنوان پیشاینده موقتی برای خودکشی عمل می کنند



# شناخت‌های معطوف روابط بین‌فردی

این مقوله می‌تواند به عنوان شناخت‌های معطوف به دیگران نامگذاری شود. نظریه‌هایی که متمرکز بر نقش افراد در بافت بین‌فردی هستند شناخت‌های بین‌فردی شامل افکار، باورها و نگرشهایی هستند که افراد خودکشی‌گرا در رابطه با افراد مهم زندگی دارند

**نظریه‌ها/ مدل‌ها:**

- احساس سربار دیگران بودن
- باورهای ناکارآمد درباره ارتباط با دیگران
- حساسیت به انتقادهای اجتماعی و کمال‌گرایی القا شده از طرف محیط اجتماعی – این باور که دیگران استانداردهای غیر واقع‌بینانه‌ای دارند، سخت و جدی ارزیابی می‌کنند و به افراد برای کامل بودن فشار وارد می‌کنند
- شناخت‌های معطوف به روابط بین‌فردی بیشتر با ایده و فکر خودکشی مرتبط بوده تا اقدام به خودکشی
- افراد دارای افکار خودکشی سطح بالایی از حساسیت بین‌فردی به انتقاد را داشتند

## تلویحات درمانی و پیشگیرانه:

- درمان‌های متمرکز بر کمک به افراد برای تفسیر مجدد تعامل‌های بین‌فردی و غلبه بر فشار کمال‌گرایی القاء شده از جانب اجتماع ممکن است به کاهش خودکشی‌گرایی منجر شوند.
- لینهان (1987)، رفتار درمانی دیالکتیکی در بهبود مهارت‌های بین‌فردی و ارتباطات افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی-گروهی که در معرض خطر بالای رفتارهای خودکشی هستند، اثربخش باشد.

# احساس سر بار دیگران بودن ( دکانتانزارو ۱۹۹۵ )

- رفتار خودکشی ممکن است در بافت محیط بین فردی رخ دهد(خودکشی دگر خواهانه با این باور که نتیجه نهایی مرگ آنها باعث بهبود زندگی و شرایط دیگران می شود)
- احساس سر بار دیگران بودن انگیزه های محافظت و مراقبت از خود را از بین میبرد و در نتیجه باعث خودکشی می شود
- نوعی قضاوت هزینه – سود در اینجا مطرح می شود که هزینه های ایجاد شده توسط خودکشی فرد از طریق رفع فشار از خویشاوندان توجیه می شود
- این باور که افراد سر بار و اسباب زحمت برای افراد مورد علاقه شان هستند، ممکن است احتمال اقدام یا خودکشی کامل را بالا ببرد
- احساس سر بار بودن با مرگبار بودن خودکشی همبسته بود
- به چالش کشیدن باورها و تفسیرهای غلط مرتبط با احساس سر بار بودن ، افزایش حمایت اجتماعی و تفسیر مجدد تعاملات بین فردی و غلبه بر فشار کمال گرایی القاء شده می تواند در پیشگیری از خودکشی مفید باشد

# شناخت‌های معطوف به گریز

- شامل شناخت‌های متمرکز بر گریز از حالت ناخوشایند جاری است. خودکشی متضمن نوعی گریز است

## نظریه‌ها/ مدل‌ها

- گریز به خودکشی
- خودکشی به عنوان یک راه‌حل مطلوب: این روند در افراد دارای مارت حل مسئله ضعیف دیده می‌شود.
- باورهای مقابله‌ای و توانایی ایجاد راه حل مشکلات همبستگی منفی با خودکشی دارد

## تلویحات درمانی و پیشگیرانه:

- درمان‌هایی که به افراد در اسناد مجدد رویدادهای منفی کمک می‌کند، ممکن است پیشروی به داخل سلسله حوادث به وجودآورنده خودکشی را متوقف کنند.

## نظریه گریز خودکشی (بامیستر ۲۰۰۰)

- تاثیر عوامل شناختی، حالت های هیجانی و وقایع منفی زندگی را تاکید دارد
- افراد تلاش می کنند از خودآگاهی آزارنده بگریزند و عاطفه منفی به رفتارهای خودمغلوبی و خودکشی گرا منجر می شود
- اتفاق منفی در زندگی رخ می دهد یعنی تجربه ای که استانداردها یا انتظارات فرد را برآورده نمی کند
- اتفاق منفی نوعی ناهمخوانی بین پیامد مطلوب و پیامد واقعی است
- تفسیر فرد و اسناد درونی به عنوان بی کفایتی
- اسناد درونی شکست منجر به خودآگاهی آزار دهنده و نگاه به خود به عنوان یک فرد بی کفایت ، در تعارض با عزت نفس قرار می گیرد و حالت عاطفی منفی ایجاد می کند
- ناخوشایندی مفرط و خودآگاهی آزار دهنده و عاطفه منفی معطوف به خود فرد را بر می انگیزد تا سریع حالت منفی را از بدون توجه به هزینه ها و پیامدهای طولانی مدت حذف آن، از بین ببرد
- بی توجهی به پیامدهای طولانی مدت « ساختارشکنی شناختی» یا « محدودسازی ذهنی » نامیده میشود

## ادامه.....

- ساختار شکنی شناختی: حالتی که افراد به طور کامل بر زمان حال متمرکز می شوند
- جریان توجه از خودسرزنشگری منفی به سمت احساس های بدنی عینی و حرکات فیزیکی تغییر جهت می دهد
- این حالت به فرد اجازه میدهد تا از تفکر هدفمند مورد نیاز برای مقایسه بین مفهوم خود و استانداردهای فردی اجتناب کند و از آن طریق عاطفه را به حداقل برساند
- این حالت به مهارت گسیختگی رفتاری، افکار غیر منطقی، فقدان تهییج پذیری و انفعال منجر می شود
- به صورت هدفمند در یک حالت گسسته و منفعل و بی توجه به خود باقی می ماند
- این یک حالت گذرا است و مسیر را برای سطوح بالاتر که در آن افراد دوباره به صورت منفی روی خود متمرکز می شوند، باز می کند
- این الگوی تفکر چرخه ای است و فرد بین حالت ساختار شکنی شناختی و خودآگاهی آزارنده در نوسان خواهد بود
- برای پایان دادن به این چرخه یا باید شکست شخصی را بپذیرد یا برای گریز از خودآگاهی آزارنده دست به خودکشی بزند
- بازداری زدایی یکی از پیامدهای ساختار شکنی شناختی در افراد خودکشی گرا است
- این افراد راهبردهای مقابله ای منفی را به کار می برند و کانون کنترل بیرونی دارند

خودکشی محصول یک گفتگوی درونی است.

ذهن راههای پیش رو را به دقت بررسی می کند، سپس به فکر خودکشی می افتد، بعد از این فکر منصرف میشود و دوباره راهها را بررسی می کند. باز به فکر خودکشی می افتد ولی دوباره از این فکر منصرف می شود. تا اینکه بالاخره چاره ای جز خودکشی نمی بیند و شروع می کند به طراحی آن و قانع کردن خودش که این تنها راه ممکن است

# در شناخت درمانی برای خودکشی اقدامات زیر انجام می شود

- شناسایی خطاها و تمرینات شناختی خاص
- توسعه مهارت‌های رفتاری
- کاهش استرس‌های محیطی
- ایجاد حمایت برای افراد
- متعهد کردن بیمار به ارتباط سازگارانۀ تر و نزدیکتر با دیگران

# نقش ناامیدی در خودکشی

- ناامیدی به عنوان مجموعه‌ای از انتظارات منفی درباره خود فرد و آینده است که در افسردگی و رفتار خودکشی دیده می‌شود.
  - فاکتور پیش‌بینی کننده قدرتمندتری از افسردگی در خودکشی گراها است.
  - پیش‌بینی کننده مهم و میانجی در رفتار خودکشی است.
  - پیش‌بینی کننده مهم در افرادیست که قبلاً اقدام داشته‌اند.
  - پیش‌بینی کننده قوی در خودکشی کامل است.
- HS و BPI** تست‌های پیش‌بینی کننده خودکشی هستند.



عوامل  
روانپزشکی

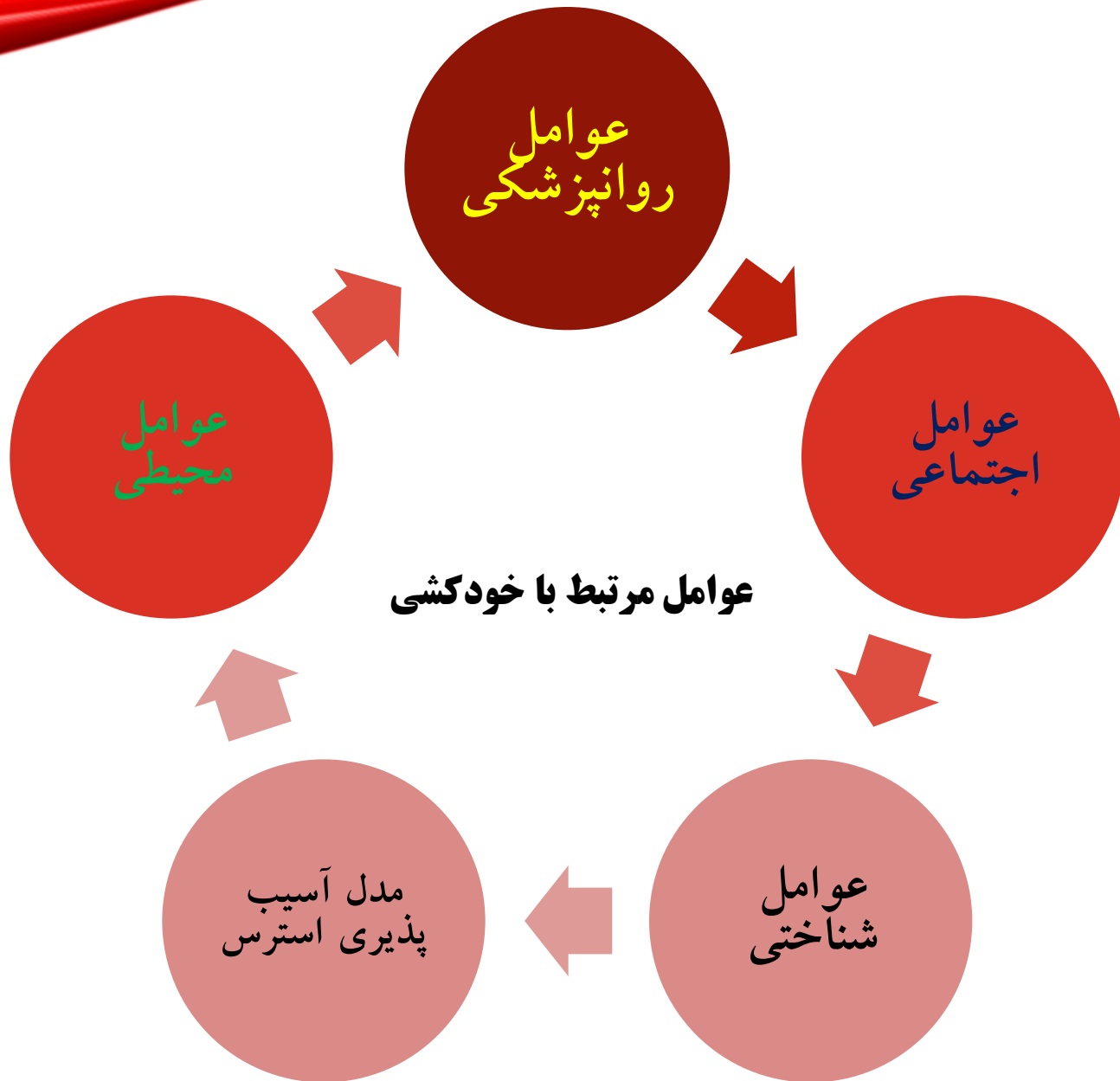
عوامل  
اجتماعی

عوامل  
محیطی

عوامل مرتبط با خودکشی

عوامل  
شناختی

مدل آسیب  
پذیری استرس

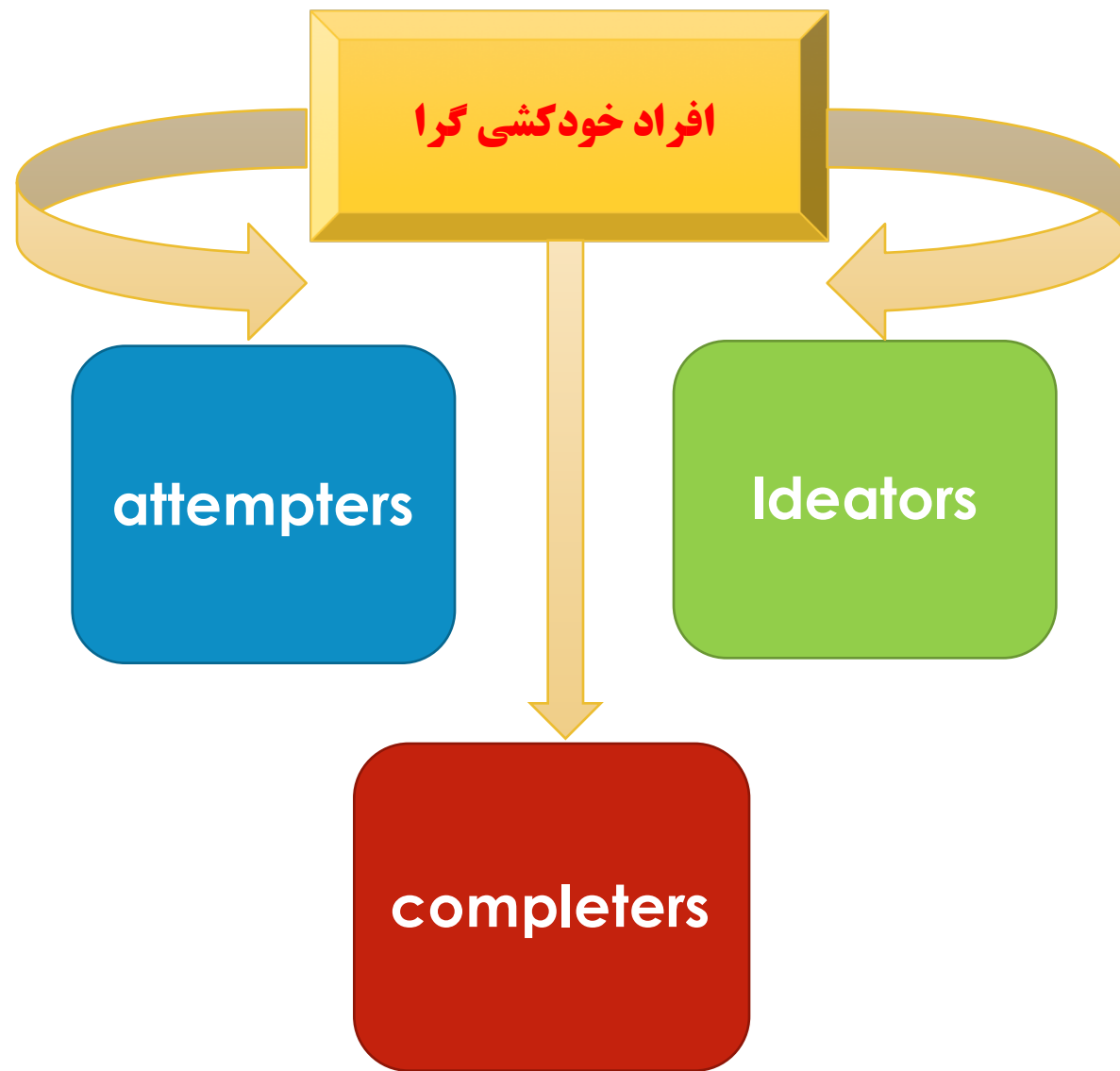


# پیش‌بینی کننده های رفتار خودکشی

- \* حوادث استرس‌زای زندگی
- \* مهارت حل مسئله اجتماعی
- \* حمایت اجتماعی
- \* سبک اسنادی فرد
- \* نقص در حل مسئله
- \* انعطاف‌ناپذیری شناختی
- \* تحریفات شناختی
- \* دیدگاه خودکشی به عنوان یک راه حل
- \* عدم دسترسی به حمایت‌های اجتماعی
- \* سیستم رفتاری و انگیزشی
- \* ناامیدی در تعامل با مراحل استرس‌زای زندگی و رفتار تکانشی
- \* آسیب‌پذیری‌های خاص شخص در تعامل با استرس‌سورهای درونی و بیرونی و سازمان شناختی مشخص
- \* سیستم فیزیولوژیکی نیز منجر به فکر و رفتار خودکشی می‌شود.

✓ فاکتورهای متفاوتی در هر کدام از این افراد در بروز رفتار خودکشی گرایانه نقش دارد.

✓ فاکتورهای پیش بینی کننده خودکشی در کوتاه مدت و بلند مدت متفاوت هستند.



## پیش بینی کننده ها

متغیرهای طولانی مدت در پیش بین خودکشی شامل:

- سابقه اقدام به خودکشی (اقدام یا ژست های خودکشی)
- افکار خودکشی
- ناامیدی
- مرد بودن
- بستری شدن قبلی
- طولانی مدت بستری شدن

متغیرهای **دموگرافیک** و **جمعیت** **شناختی** که به عنوان پیش بینی کننده هستند:

- \* سن
- \* جنسیت
- \* وضعیت تاهل
- \* سطح تحصیلات
- \* اقدام به خودکشی قبلی
- \* روش اقدام به خودکشی
- \* استفاده از الکل یا مواد در زمان تلاش
- \* سوء مصرف مواد و دارو در گذشته - حال
- \* تاریخچه صدمه زدن ناشی از الکل

متغیرهای مرتبط با **خودکشی**:

- ساختار خانوادگی (وضعیت تاهل، والد گری، کیفیت روابط زناشویی)
- عوامل اقتصادی (بیکاری و نداشتن درآمد)
- عوامل دموگرافیک (سن، جنس، نژاد)
- وضعیت سلامت
- تاریخچه اقدام به خودکشی
- بیماری روانپزشکی

□ متغیرهای حوزه دموگرافیک، اجتماعی، محیطی، رفتاری، روانپزشکی که در خودکشی نقش دارند، هنگام کار باید هر یک از این موارد ارزیابی شوند.

□ نورو تیسیزم **neuroticism** با افکار خودکشی مرتبط است.

□ شناسایی عوامل شخصیتی که باعث آسیب پذیری خودکشی می شود، مهم است.

○ رود و جوینر (1998)؛ عوامل مرتبط با خودکشی را دسته‌بندی کرده‌اند که شامل:

○ عوامل زمینه‌ساز (جنسیت، سابقه خودکشی در خانواده)

○ عوامل خطر (علائم حاد، وجود استرس‌ها)

○ عوامل حمایت‌کننده (حمایت اجتماعی، توانای‌های حل‌مسئله)

✓ نکات مهم:

○ عوامل زمینه‌ساز تغییرپذیر نیستند.

○ عوامل خطر را می‌توان از طریق مداخلات کوتاه‌مدت کاهش داد.

○ عوامل حمایتی را نیز می‌توان از طریق تغییرات محیطی یا مداخلات کوتاه‌مدت شناختی-رفتاری افزایش داد.

**هدف مداخلات کوتاه‌مدت بیش از هر چیز متوجه موقعیت فعلی است نه عوامل زیربنایی و بنیادی مثل مشکلات تنظیم هیجانی، نقص مهارت‌ها یا اختلالات بین‌فردی درازمدت.**

## در افرادی که با **OVERDOSE** خودکشی کرده اند، شش عامل باعث ریسک اقدام می شود:

- مشکلاتی در استفاده از الکل
- اختلال شخصیت ضد اجتماعی
- درمان‌های روانپزشکی (بستری شدن) قبلی
- درمان‌های روانپزشکی (سرپایی) قبلی
- اقدام‌های قبل خودکشی که منجر به بستری شدن باشد
- زندگی نکردن با خویشاوندان

## زیرگونه‌های انگیزش برای خودکشی (FREEMAN & REINECKE)

1. خودکشی گرای ناامید helpless
2. خودکشی گرای سایکوتیک (توهم و هذیان)
3. خودکشی گرای منطقی
4. خودکشی گرای تکانشی



## خودکشی گرای ناامید:

- \* دوست دارند از مشکلات رها شوند.
- \* خودکشی را راه حل سازگارانه در نظر می گیرند.
- \* غیر از ناامیدی حس های خشم، **rage**، گناه، شرم، ترس، انزوا و تنهایی دارند.
- \* اعتقاد دارند نمی توانند تغییری ایجاد کنند.
- \* خودکشی را به عنوان راه حلی برای مشکلات می دانند.

## خودکشی گرای سایکوتیک:

- \* افراد تجربه هذیان یا توهم دارند.
  - \* آگاهی یافتن از بیماری و دوره های عودکننده بیماری
  - \* از دست دادن اعتماد به نفس یا فقدان اعتماد به نفس، اعتقاد نداشتن به موثر بودن درمان
- Pessimism \***

## خودکشی گرای هیستریونیک:

- \* نه برای رهایی بلکه برای تحریک یا هیجان اقدام می کنند.
- \* برای به دست آوردن توجه یا **revenge** برانگیخته می شوند.
- \* اقدامات آنها و تلاششان تکانشی است و در جستجوی جلب توجه هستند.

## خودکشی گرای منطقی:

- \* از یک بیماری یا بیماری پیش رونده رنج می برند
- \* خودکشی به عنوان یک راه حل است.
- \* خودکشی راهی برای رهایی از بیماری یا اجتناب از درد است.
- \* اغلب اینها اختلال روانشناختی حاد مثل افسردگی دارند.

**انگیزش خودکشی برای ایجاد طرح درمانی مهم است.**

**ارزیابی انگیزش بیمار برای خودکشی، از نظر بالینی جزء اهداف مهم درمان است.**

➤ در همه انواع خودکشی غیر از **histrionic-manipulative** احساس بدبینی یا ناامیدی درگیر است.

➤ ۵۰٪ آن را راهی برای رهایی از مشکل داشته اند.

➤ تنها ۱۳٪ خودکشی کننده ها آن را برای تغییر و تحت تاثیر قرار دادن محیط به کار گرفته اند.

➤ احساس بدبینی یک **target** مستدل و متین برای افراد ناامید و منطقی است، در حالی که ارتباط مناسب و تنظیم خشم می تواند تمرکز درمانی در بیماران هیستریونیک و **manipulative** باشد.

بک و راش گفته اند :

انگیزش خودکشی در بعضی از افراد **میل به فرار یا پایان دادن به رنج** است، در حالی که برای بعضی **تمایل به ارتباط برقرار کردن** است.

افرادی که انگیزش آنها فرار و رهایی است، ناامیدتر و بدبین تر از گروه دوم هستند.

## ارزیابی دقیق دو موقعیت در کار با افراد افسرده:



1. وقتی که بیمار افکار خودکشی را بیان می کند.

2. وقتی که بیمار ژست یا اقدام خودکشی داشته است.

در ارزیابی، بررسی مجموعه ای از عوامل مرتبط با ریسک برای خودکشی کامل، لازم است.

## ارزیابی جامع

- ارزیابی خطر خودکشی با مصاحبه بالینی با بیمار و خانواده شروع می شود.
- در مصاحبه بالینی، عوامل مرتبط با افزایش ریسک خودکشی شناسایی میشوند.

### ارزیابی جامع شامل:

- مصاحبه تشخیصی و رشدی (تحولی)
- ارزیابی نشانه های خطر خودکشی
- انجام مقیاس های عینی سنجش
- ارزیابی جامع عوامل خطر و عوامل محافظت کننده

# ارزیابی شامل چه مواردی است؟

- خلق فعلی (شامل احساس اضطراب، ناامیدی و agitation)
- انگیزش فرد برای اقدام به خودکشی
- میزان قصد فرد برای مردن
- تاریخچه رفتارهای تکانشی
- راهبردهای مقابله ای سازگارانه و ناسازگارانه فرد
- حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی
- انعطاف پذیری شناختی
- بازدارندها **deterrent** (شامل ماهیت آنها، ماندگاری دوام و پایداری آنها و قدرت آنها)
- توانایی در نظر گرفتن و تجسم کردن سناریوهای دیگر (گزینه های آینده)
- نگرش نسبت به مردن
- تعیین اینکه فرد اختلال روانپزشکی خاصی دارد یا خیر

## اگر بیمار اختلال خلق یا دوقطبی دارد، درمانگر بایستی موارد زیر را استعلام کند و پرسد:

- تاریخچه مصرف الکل یا مواد
- سایکوز
- مشکلات رفتارهای برون ریزی شده
- اضطراب (شامل اختلال هراس، اختلال PTSD، اختلال وسواسی-اجباری و اختلال اضطراب منتشر)
- اختلالات شخصیت
- عوامل مرتبط با ریسک خودکشی به طور مستقیم از بیمار پرسیده شود (حتما در خصوص تجربیات اخیرش بررسی انجام شود).

# اهمیت پرسش در مدیریت بحران:

○ پرسیدن سوالات همدلانه و با حساسیت در شناسایی عوامل سهم در بحران خودکشی بسیار مفید است.

## سوالات چه می تواند باشند؟

- آیا دوره‌هایی از خلق افسرده یا دلمردگی و ناامیدی را در زندگیش داشته است؟
- این دوره‌ها چقدر طول کشید؟ چقدر تکرار می‌شوند؟ شدت آنها چقدر است؟ آیا همراه با سایر نشانگان افسردگی هستند؟
- آیا احساس ناامیدی، سرخوردگی و دلسردی یا انتقادگری از خود را دارد؟
- آیا افکار خودکشی دارد؟ ماهیت این افکار چیست؟
- آیا این احساسات مدیریت می‌شوند؟
- چه حمایت‌هایی در حال حاضر وجود دارد؟

# اگر فرد افکار خودکشی را بیان کرد چه باید بکنیم؟

ضروری است:

- دلیل یا انگیزه فرد برای خودکشی در نظر گرفته شود.
- میزان میل فرد برای اقدام به خودکشی سنجیده شود.
- داشتن یک **plan** یا طرح و نقشه باید بررسی شود.

- \* آیا **plan** یا نقشه خاصی برای خودکشی دارد.
- \* ادراک او از کشنده بودن طرح خودش چقدر است.
- \* آیا ابزار آن را آماده و فرصت کشتن خود را دارد.
- \* آیا قبلا اقدام خودکشی داشته است.
- \* موانع موثری برای جلوگیری از اقدام در دسترس است؟
- \* چه دلایلی برای زندگی کردن دارد؟
- \* چقدر این دلایل مهم و قوی هستند.

ارزیابی رویکرد فرد برای حل مسئله، حمایت‌هایی که دریافت می‌کند، تاریخچه پزشکی و روانپزشکی، خلق فعلی فرد (افسردگی، ناامیدی، اضطراب و خشم) و نیز جمع‌آوری و تایید شواهد از دوستان و خانواده بسیار مهم است.



# استفاده از مقیاس‌های درجه‌بندی

○ پرسشنامه افسردگی بک

○ مقیاس SIS (suicide Intent Scale)

○ مقیاس LSARS (The Lethality of Suicide Attempt Rating Scale)

○ سیاهه RLI (The Reasons for Living Inventory)



## پرسشنامه خودکشی بک:

- یک مصاحبه ساختار یافته است.
- شدت افکار و تکانه‌های خودکشی بیمار را تخمین می‌زند.
- شامل ۱۹ آیتم است.
- هر آیتم ۳-۰ نمره می‌گیرد.

## پرسشنامه SIS:

- شدت آرزوی مرگ را در زمان اقدام توسط فرد ارزیابی می‌کند.
- قصد خودکشی، انعکاس دهنده تعادل بین آرزوی مرگ و آرزوی حفاظت از زندگی است.
- قصد خودکشی از نظر مفهومی مستقل از کشندگی یک اقدام است.
- قصد در یک پیوستار در نظر گرفته می‌شود (قصد مطلق کشتن - قصد زندگی).
- موقعیت و جایگاه فرد در این پیوستار و مطابق با ادراکات و باورهای شخص تغییر می‌کند.
- آیتم‌هایی درباره ژست خودکشی و سوالات درباره افکار و احساسات فرد در زمان اقدام است.

## مقیاس LSARS

- ابزار مهمی برای کشنده بودن یک اقدام است.
- در این پرسشنامه قضاوت درباره قصد، قصد قبلی، یا فهم کشندگی اقدام وجود ندارد.
- کمتر به خطاهای گزارش دهی بیمار حساس است.

## سیاهه RLI

یک پرسشنامه خودسنجی است که افکار خودکشی را ارزیابی نمی‌کند.

احساسات و عقاید فرد را برای خودکشی نکردن می‌سنجد.

موانع بازدارنده که برای بیمار معنی دار هستند را شناسایی می‌کند.

توانایی‌های بیمار را می‌سنجد.

دارای ۴۸ آیتم است.

## مقیاس باورهای ناکارآمد (DAS):

برای سنجش فرض‌ها و باورهای افراد که منعکس‌کننده محتوای طرح‌واره‌های شخصی است مفید است.

## تحقیقات اخیر:

بیماران مضطرب مخصوصاً آنهایی که تاریخچه حملات پانیک مکرر دارند، ریسک خودکشی بالایی دارند.

بیماران افسرده و خودکشی‌گرا، اغلب مضطرب و AGITATED هستند.

ارتباط معنی‌داری بین نگرش‌های ناکارآمد، افسردگی و خودکشی یافت شده است.

## پرسشنامه ناامیدی بک:

- بدبینی یا ناامیدی را به عنوان یک پیش‌بینی‌کننده قوی می‌سنجد.
- پرسشنامه افسردگی بک **BPI 2** نیز یک پرسشنامه خودسنجی است.
- نگرش‌های افسرده‌ساز، احساسات و نشانگان افسردگی را می‌سنجد.
- نمره **BPI** با قصد خودکشی و عزت‌نفس، بدبینی و اضطراب هم‌بستگی دارد.

# مداخلات (INTERVENTIONS)

- ایجاد اعتماد درمانی و مفهوم سازی ساده، روشن و اقتصادی و نیز طرح درمان، در درمان موثر خودکشی گرایی مهم است
- درک حالت پدیدار شناختی یک قسمت مهم مدل شناختی است و پایه و اساس فهم دغدغه ها و نگرانی های فشارزای بیمار است.
- همدلی با ناامیدی، دلسردی و سرخوردگی بیمار، فهم انگیزه های او برای تخریب خودش و آگاهی از باورهای فرد که گزینه دیگر را ندارد، باعث درک احساس فهم و پذیرش از سوی بیمار میشود.

Beck معتقد است:

بعد از ارزیابی خطر خودکشی و به دست آوردن و فهم و درک انگیزه های بیمار برای خودکشی کردن، اولین هدف درمانگر باید گام برداشتن به سوی دنیای مراجع و دیدن دنیا از لنز چشمان بیمار است.

## سناریوی ۶

- شما به سمت فرودگاه می روید و دارد دیرتان می شود و با خطر جا ماندن از هواپیما رو به رو هستید . یک تماس اضطراری دریافت می کنید که یکی از درمانجویان شما سعی کرده تا خودکشی کند و در بیمارستان بستری است. این مراجع آنقدر نا امید و مایوس شده که نتوانسته شخصا و بلافاصله درباره راز هولناکی که به تازگی کشف کرده با شما گفتگو کند . از گفتگو با تلفن امتناع ورزیده . شما هیچ نمی دانید که آن راز چیست
- چه احساسی دارید؟
- آیا در مورد درمانجو، کارمند اتاق اورژانس که به شما تلفن زد یا این موقعیت ، که به طور خاصی قبول کردن آنها مشکل است، احساس خاصی دارید؟
- حق انتخاب های شما کدامند؟
- فکر می کنید چه کار می کردید؟
- چنانچه هر گونه نگرانی درباره دعوی حقوقی مربوط به کژکاری و سوء عملکرد بر روی قضاوت شما تاثیر می گذارد، این تاثیر تا چه اندازه است؟

# هدف مدیریت بحران چیست؟

## حفظ جان فرد

### با چه اقداماتی میسر می شود:

1. بازگرداندن امید بیمار
2. گسترش دادن بازدارنده های موثر
3. کاهش استرس زها
4. فراهم کردن حمایت

# مواجه درمانگر با موارد خودکشی در یکی از شرایط زیر اتفاق می افتد:

- ۱- بیماری که از یک اقدام به خودکشی نجات یافته است.
- ۲- بیماری که از افکار یا تمایلات خودکشی شکایت می کند.
- ۳- بیماری که با شکایت دیگری مراجعه نموده و در حین ارزیابی تمایلات خودکشی وی مشخص شده است.
- ۴- بیماری که میل به خودکشی را انکار می کند ولی رفتار او دلالت بر این تمایلات دارد (معمولا ارجاعی هستند).



# اولین و مهمترین وظیفه در مواجهه با فردی که خودکشی ناموفق داشته است چیست؟

۱. اقدامات طبی یا جراحی لازم برای نجات جان او

۲. جلوگیری از بروز عوارض ثانویه این اقدام

# اهداف مداخله در بحران

## ✓ تعیین علت اقدام یا افکار خودکشی

- ۱- بیماری های روانی
- ۲- فقدان در زمینه های مختلف

## ✓ احتمال وقوع خودکشی در آینده

- ۱- وجود بیماری روانی
- ۲- سابقه اقدام
- ۳- سن بالا، زندگی تنها، استرس شدید، سابقه خانوادگی
- ۴- دردسترس بودن امکانات خودکشی
- ۵- نومییدی و اعتراف به نقشه خودکشی
- ۶- استفاده از روش های کشنده مثل: حلق آویزن کردن خود

## ✓ تخمین مرگ زا بودن اقدامات احتمالی

- ۱- استفاده از شیوه های خطرناک
- ۲- وجود بیماری مهم روانی بخصوص اسکیزوفرنیا
- ۳- داشتن طرح و برنامه برای خودکشی
- ۴- به جای گذاشتن پیغام یا وصیت نامه
- ۵- تلاش جهت مخفی نگاه داشتن اقدام خودکشی
- ۶- اعتراف به احتمال اقدام جدی در آینده

# نکاتی که باید در مصاحبه جهت بررسی خودکشی رعایت شود:

- ۱- ضرورت معاینه روانی مناسب با بررسی افسردگی، دلسردی و نومییدی، علائم سایکوز و مسمومیت با دارو
- ۲- جدی گرفتن همه افکار خودکشی از تمامی افراد
- ۳- بررسی احساس نومییدی یا سایر علائم افسردگی
- ۴- بررسی باور بیمار درباره راه حل برای مشکلات
- ۵- توجه به طفره روی از پاسخگویی به سوالات
- ۶- استفاده از پرسش های کلی در ابتدای مصاحبه
- ۷- سوال پرسیدن محتاطانه، همدردانه، غیر انتقادگر و آرام
- ۸- ایجاد رابطه مناسب پیش از پرسیدن سوالات مستقیم در مورد خودکشی
- ۹- بحث در مورد خودکشی و جزئیات آن
- ۱۰- سوال مستقیم در مورد خودکشی (آیا هرگز به فکر خودکشی بوده ای یا هستی )
- ۱۱- ممانعت منطقی از خارج شدن فرد پیش از تکمیل مصاحبه و برنامه ریزی درمانی
- ۱۲- عدم برخورد قضاوت گرایانه
- ۱۳- راه اندازی سیستم حمایتی
- ۱۴- پی بردن به تفکرات خودکشی، قصد خودکشی و تعیین برنامه های خودکشی

# سیاهه سنجش کلی عوامل خطر آفرین خودکشی

- مراجع به خاطر ویژگی‌های سنی یا جنسی خود در برابر خودکشی آسیب‌پذیر است.
- مراجع قبلاً اقدام به خودکشی داشته است.
- مراجع به افراط در مصرف یا سوءمصرف الکل یا مواد دیگر مبتلا است.
- مراجع واجد ملاک‌های تشخیصی DSM-IV برای یک اختلال روانی خاص است.
- مراجع بیکار است.
- مراجع مجرد، تنها یا منزوی است.
- مراجع مبتلا به بیماری‌ها یا مشکلات جسمانی است.
- مراجع به تازگی متحمل یک فقدان مهم شده است (توانایی، شیء یا شخص خاصی را از دست داده است).
- مراجع در سنین نوجوانی به سر می‌برد و درگیر مسائل جنسی است.
- مراجع در کودکی یا در حال حاضر قربانی سوءاستفاده جنسی بوده یا هست.
- مراجع واجد ملاک‌های تشخیصی افسردگی است.
- مراجع علاوه بر افسردگی واجد یک یا چند مورد از نشانه‌های زیر نیز می‌باشد:
- حملات وحشتزدگی
- اضطراب عمومی
- عدم علاقه یا لذت نبردن از فعالیت‌هایی که معمولاً لذت‌بخش به شمار می‌آیند.
- افزایش سوءمصرف الکل در خلال دوره‌های افسردگی
- کاهش تمرکز
- بی‌خوابی کلی

# در ارزیابی خود موارد زیر را لحاظ فرمایید:

- فراوانی افکار خودکشی (این افکار چقدر به ذهن فرد متبادر می‌شوند)؟
- طول مدت افکار خودکشی (وقتی این افکار به سراغ فرد می‌آیند تا چه مدت دوام می‌یابند)؟
- شدت افکار خودکشی (افکار موردنظر به لحاظ شدت در کجای مقیاسی از 1 تا 10 قرار می‌گیرند)؟
- مراجع به داشتن قصد خودکشی اذعان دارد.
- مراجع به داشتن طرح و نقشه خاصی برای خودکشی اذعان دارد.
- مراجع به داشتن طرح و نقشه‌ای مرگبار یا بسیار مرگبار اذعان دارد.
- گفته‌های مراجع حاکی از آن است که به ابزارهای لازم جهت عملی ساختن قصد خود برای خودکشی دسترسی دارد.
- مراجع فاقد حمایت اجتماعی است.
- گفته‌های مراجع حاکی از خویشتنداری پایین اوست.
- مراجع سابقه رفتارهای تکانشی دارد.
- مراجع سابقه رفتارهای بیش از حد کنترل شده دارد یا تظاهرات هیجانی وی بسیار محدود است.
- مراجع می‌گوید که جدا قصد دارد خودش را بکشد (یا قبلاً اقدام به خودکشی داشته است).
- مراجع به تازگی پس از بهبودی از یک بیمارستان روانی مرخص شده است.
- برای مراجع به تازگی یک داروی SSRI تجویز شده و بر اثر مصرف آن فاقد بازداری یا بی‌قرار است.

# در بررسی بیمارانی که اقدام ناموفق به خودکشی داشته اند چه مسائلی باید در نظر گرفته شود؟

- ۱- بیمار از نظر جسمی سالم است یا خیر؟
- ۲- در حال حاضر مبتلا به بیماری روانی به ویژه افسردگی و انواع سایکوز نیست؟
- ۳- اقدام او تا چه حد جدی تلقی می شود؟
- ۴- پرسش در خصوص جزئیات اقدام فرد
- ۵- سنجش میزان خطرناک بودن روش به کار گرفته شده برای اقدام خودکشی
- ۶- بررسی اعتقاد فرد به موثر بودن شیوه ای که برای خودکشی به کار برده است؟
- ۷- آیا از اقدام خود پشیمان است؟

# در بررسی بیماری‌هایی که اقدام ناموفق به خودکشی داشته‌اند چه مسائلی باید در نظر گرفته شود؟

۸- آیا از زنده ماندن خود راضی است؟

۹- آیا شیوه کار به شکلی بوده تا نشان دهد فرد تمایل داشته کشف شود؟

۱۰- آیا اقدام در حضور دیگران صورت گرفته؟

۱۱- آیا پیغام یا وصیت نامه‌ای از خود به جای گذاشته؟

۱۲- اقدام او با نقشه قبلی بوده یا به شکل تکانه‌ای؟

۱۳- آیا قصد تحت تاثیر قرار دادن دیگران و کسب خواسته‌هایی مدنظر است؟

۱۴- آیا وضعیت روحی و روانی فرد پس از اقدام تغییر یافته است؟

۱۵- آیا اقدام‌های ناموفق قبلی داشته؟

نخستین وظیفه در قبال فردی که اقدام به خودکشی داشته ولی زنده مانده

تثیت وضعیت جسمی وی

فوریت مهم دیگر      پیشگیری از ارتکاب به خودکشی

نحوه اش

بسته به ارزیابی و نظر روانپزشک در مورد احتمال این امر در آینده

مهمترین تصمیم بالینی در مورد بستری کردن، ترخیص و پیگیری سرپایی است



ارزیابی یا درمان ناکافی با خودکشی ارتباط دارد.

# تصمیم برای بستری کردن بستگی به:

- تشخیص بیماری روانی
- شدت علائم افسردگی
- وجود افکار خودکشی یا توهمات آمرانه
- تاریخچه اقدامات تکانه ای و تصمیمات عجولانه
- وجود برنامه برای خودکشی
- عدم توانایی خانواده برای مراقبت از وی و داروهایش
- موقعیت زندگی بیمار
- برخورداری یا عدم برخورداری از سیستم های حمایت اجتماعی
- وجود عوامل خطرزای خودکشی

# در مواردی که فکر یا اقدام به خودکشی مطرح است بر حسب شرایط باید یکی از تصمیم های زیر اتخاذ شود:

۱- فرستادن بیمار به منزل با پیگیری سرپایی

۲- فرستادن بیمار به بیمارستان عمومی در صورتی که از نظر طبی بی ثبات باشد.

۳- بستری در بخش باز روانپزشکی

۴- بستری در بخش روانپزشکی بسته

۵- بستری برخلاف خواست بیمار

# در صورتی که بیمار و همراهانش راضی به بستری شدن نیستند و امکان بستری کردن اجباری نیست رعایت چه نکاتی ضروری است؟

- تشریح لزوم بستری شدن و خطرات احتمالی ترک بیمارستان برای فرد و خانواده وی
- پذیرش مسئولیت ۲۴ ساعته مراقبت از فرد توسط همراهان وی و کنترل استفاده از دارو و سایر امکانات خودکشی
- بیماری که افکار جدی خودکشی دارد تنها به منزل فرستاده نشود
- اطمینان از عدم دسترسی فرد به داروی زیاد خصوصا در صورت تجویز دارو (ضد افسردگی ها و لیتیوم)
- درمان قاطع و سریع در مواردی مثل اختلالات افسردگی، تشویق به مراجعه جهت ECT سرپایی
- توافق با فرد در خصوص اینکه وقتی به نقطه عدم اطمینان در توانایی خود در کنترل تکانه خودکشی برسد، تماس گرفته و کمک بخواهد.
- در دسترس بودن ۲۴ ساعته امکانات درمانی
- یادداشت کردن آدرس فرد

# سوالات درباره رفتارها و احساسات خودکشی

- ۱ سوالاتی در مورد احساس بیمار در مورد زندگی شروع کنید.
- آیا هیچ وقت احساس کرده‌اید که زندگی ارزش زیستن ندارد؟
- تا به حال پیش آمده که آرزو کنید به خواب روید و هیچ وقت بیدار نشوید؟
- سپس سوالاتی اختصاصی در مورد افکار مرگ، صدمه به خود یا خودکشی بپرسید.
- آیا اخیرا به مرگ فکر کرده‌اید؟
- آیا مسائل به حدی رسیده‌اند که به فکر صدمه به خودتان بیفتید؟
- در مورد افرادی که افکار صدمه به خود یا خودکشی دارند.
- چه زمانی برای نخستین بار متوجه این افکار شدید؟
- چه چیزی منجر به این افکار شد؟ (مثلا عوامل بین فردی و روانی-اجتماعی از جمله فقدان‌های واقعی یا تخیلی؛ علایم اختصاصی نظیر تغییرات خلق، آنهونیا، نومییدی، اضطراب، سراسیمگی، روان‌پریشی).
- بسامد، کیفیت و سواسی، قابلیت کنترل این افکار به چه صورتی است؟
- چقدر به عمل بر روی این افکار نزدیک شده‌اید؟
- فکر می‌کنید چقدر احتمال عملی کردن این افکار در آینده وجود دارد؟
- تا به حال پیش آمده صدمه به خود یا خودکشی را شروع کنید اما قبل از انجام کاری آن را متوقف کنید (مثلا گرفتن چاقو یا اسلحه به سمت بدن‌تان و متوقف کردن این کار قبل از انجام کار عملی، رفتن به لبه پل اما نپریدن)؟
- تصور کنید اگر واقعا خودتان را می‌کشید چه پیش می‌آمد (مثلا گریز، پیوند مجدد با فردی مهم، تولد مجدد، واکنش اطرافیان)؟
- آیا تا به حال نقشه خاصی ترتیب داده‌اید (مثل خرید برخی وسایل، نوشتن یادداشت یا وصیت‌نامه، سروسامان دادن به وضعیت مالی خود، انجام اقداماتی برای فاش نشدن موضوع، مرور نقشه)؟
- آیا در مورد نقشه خودکشی با کسی صحبت کرده‌اید؟

# سوالات درباره رفتارها و احساسات خودکشی

- آینده را چطور می‌بینید؟
- چه چیزهایی سبب می‌شود به آینده امید بیشتر یا کمتری پیدا کنید؟ (مانند درمان، بهبود روابط، حل و فصل عوامل استرس‌زا)
- چه چیزهایی احتمال تلاش برای خودکشی را در شما کم یا زیاد می‌کنند؟
- چه چیزهایی در زندگی‌تان شما را وامی‌دارند که بخواهید از زندگی فرار کنید یا بمیرید؟
- چه چیزهایی در زندگی‌تان سبب می‌شوند به زندگی ادامه دهید؟
- اگر افکار صدمه به خود یا خودکشی مجدداً به سراغتان آمدند، چه خواهید کرد؟
- در مورد افرادی که اقدام به خودکشی داشته‌اند یا به خود صدمه زده‌اند، در مورد اقدام قبلی سوالاتی مشابه بخش قبل بپرسید. از این افراد می‌توان سوالات دیگری به صورت کلی یا در قالب روش خاصی که به کار برده‌اند پرسید از جمله:
- توضیح دهید چه اتفاقی افتاد (مثلاً شرایط زمینه‌ساز، نگاه به آینده، مصرف الکل یا سایر مواد، روش به کار رفته، قصد مردن، وخامت جراحت حاصله)؟
- قبل از اقدام چه افکاری داشتید که منجر به آن اتفاق شد؟
- فکر می‌کردید چه اتفاقی خواهد افتاد (به خواب رفتن، مجروح شدن و یا مردن، بروز واکنشی از یک فرد بخصوص)
- در زمان اقدام چه کس دیگری حضور داشت؟
- آیا پس از اقدام خونتان کمک خواستید یا کسی به شما کمک کرد؟
- آیا طوری برنامه‌ریزی کردید که ماجرا کشف شود یا به صورت تصادفی اقدام کردید؟
- پس از اقدام چه احساسی داشتید (مثل تسکین در مقابل پشیمانی از زنده ماندن)؟
- پس از آن درمانی دریافت کردید؟ (مثل درمان طبی یا درمان روان‌پزشکی، درمان در بخش فوریت یا بستری و یا سرپایی)؟
- آیا نگاهتان به مسائل تغییر کرده یا از زمان اقدام چیزی برای شما تغییر کرده؟
- آیا غیر از این بار، در گذشته موارد دیگری از اقدام به صدمه به خود یا خودکشی داشته‌اید؟

# در مورد افرادی که اقدامات یا افکار انتحاری مکرر دارند.

- هر چند وقت یکبار تلاش می‌کنید به خود صدمه بزنید یا خودتان را بکشید؟
- آخرین بار کی بود؟
- مواقعی که به صورت جدی‌تر به خودکشی فکر می‌کنید چه افکاری دارید؟
- جدی‌ترین مورد اقدام به خودکشی یا صدمه به خودتان چه بوده است؟
- چه چیزی به آن اقدام منجر شد و بعد از آن چه اتفاقی افتاد؟

# درمانگر شناختی هنگام بحران خودکشی چگونه است؟

- ✓ تمرکز بر حل مسئله دارد
- ✓ راهنمای منطقی و حمایت‌کننده یا یک ego بیرونی تا منابع شناختی محدود بیمار را جایگزین کند
- ✓ فعالانه به مراجع کمک می‌کند تا راه‌حلهای جدیدی را در نظر بگیرد
- ✓ احساسات و مشکلات متعدد مراجع را به اجزای کوچکتری تبدیل می‌کند تا بتواند به آنها حمله کند
- ✓ ایجاد مهارتهای مقابله‌ای موثرتر، هنگامی که فرد درگیر اقدامات ناسازگارانه برای مقابله است.
- ✓ در دسترس بودن شبانه روزی (چالش کشیدن احساس تنهایی و اعتقاد غیرقابل اعتماد بودن دیگران از نظر بیمار)
- ✓ نشان دادن اینکه مشکلات قابل تحمل هستند و می‌توان برای آن راه‌حلهایی پیدا کرد
- ✓ ایجاد قوت قلب و اطمینان در بیمار با یک حمایت بی‌نظیر و قابل اعتماد
- ✓ بهره‌گیری از حمایت دوستان و خانواده برای مدیریت بحران



## و اما کمک در مانگر ...

○ در تعریف مشکلات، روشن کردن احساسات، ارتباط برقرار کردن با خواسته‌ها، راه‌حلهای اجرایی که می‌تواند در حل و فصل کردن تعارضات بین فردی استرس‌زا فوق العاده و باارزش باشد، بسیار مهم است.

# نقش سیستم درمانی در مواجهه با بیماران خودکشی گرا

- بیمار به طور منظم ، از لحاظ خطر خودکشی ارزیابی شود
- طرح درمانی با حداکثر ایمنی تهیه شود
- کادر درمانی ( روانپزشک، روانشناس، مددکار) طرح درمانی را پیگیری کنند

# نظر اشنایدمن برای پیشگیری از خودکشی

- با تعدیل محیط پراسترس بیمار و جلب حمایت و کمک همسر، کارفرما یا والدین و یا دوستان از رنج روانی او کم کنید
- حمایتی واقع بینانه را پی ریزی کنید و متوجه باشید که بیمار ممکن است شکایتی واقع بینانه داشته باشد
- راه حل های دیگری را به جای خودکشی پیشنهاد دهید

اگر بیماری اقدام به خودکشی کرده است بدون توجه به کشنده بودن روش خودکشی باید بستری شود  
خطرناک بودن نسبت به خود یکی از موارد صریح لزوم بستری کردن است  
در دانشگاه دانشجویان اقدام کننده به خودکشی ، شرایط روانشناختی و اقدام آنها باید حتما به خانواده اطلاع رسانی شود

# ضرورت بستری شدن

- اقدام به خودکشی یا اقدام نیمه تمام aborted suicide
- تشخیص روانپریشی
- اقدام به خودکشی خشن، مهلک و با نقشه قبلی
- وجود مداوم قصد یا نقشه خودکشی در ذهن فرد
- افزایش غمگینی بیمار و تاسف از نجات یافتن
- شروع اخیر بیماری روانپزشکی یا تفکر انتحاری در مردان زیر بیست سال و بالای ۴۵ سال
- نبود حمایت خانوادگی و اجتماعی
- رفتار تکانشی فعلی، سرآسیمگی شدید ، قضاوت مختل یا امتناع از دریافت کمک

# ضرورت بستری شدن

- افکار خودکشی با موارد زیر:
- نقشه اختصاصی با مرگباری بالا
- قصد بالای خودکشی
- روان پریشی
- اختلال روانپزشکی عمده
- سابقه اقدام های قبلی که وضعیت طبی وخیم ایجاد کرده است
- فقدان پاسخ یا عدم توانایی همکاری
- حمایت اجتماعی و خانوادگی محدود

# خطر کمتر بری خودکشی

- افکار واکنشی به رویدادهای زمینه ساز است (مشکلات ارتباطی، شکست عشقی، شکست تحصیلی و مشروطی یا اخراج)
- نقشه یا روش او مرگباری کمی دارد
- موقعیت زندگی ثابت و حمایت گرانه دارد
- در مورد توصیه های پیگیری همکاری می کند و در حال حاضر تحت درمان است
- افکار مزمن خودکشی دارد اما تا به حال اقدام جدی نداشته است
- مراقبت روانپزشکی و رواندرمانی سرپایی برای مراجع در حال انجام است

# نکات مهم در مورد کار با مراجعان خودکشی گرا

- بسته به ارزیابی میزان خطر بایستی در مورد موارد زیر تصمیم گیری کرد :
- تصمیم گیری در مورد فاصله بین جلسات مشاوره و روان درمانی
- تصمیم گیری در مورد در نظر گرفتن زمانهایی بین جلسات و نحوه دسترسی مراجع به درمانگر ( دو رویکرد در این مورد وجود دارد ، جلسات تلفنی به عنوان پلی بین جلسات درمانی در مطب و فعالیت مستقل مراجع سودمند است/تماس تلفنی بین جلسات از لحاظ ماهیت و تاثیر مثل وضعیت فرارفتن از مرز زمانی در پایان یک جلسه است)
- آنچه در این زمینه لازم است درمانگر انجام دهد عبارتند از:
  1. درمانگر مسائل را به لحاظ هماهنگی با جهت گیری نظری خود و رویکرد شخصی اش با دقت بررسی کند
  2. در مانگر با دقت مفاهیم ضمنی خط مشی خود را در مورد یک مراجع به خصوص ، مورد بررسی قرار دهد
  3. هم درمانگر و هم مراجع ، قواعد کلی را به طور واضح درک کنند ( دسترس به تلفن شخصی، ایمیل، آی دی تلگرام و .....)



# نکات مهم در مورد کار با مراجعان خودکشی گرا

- تصمیم گیری در مورد زمانهایی که مراجع به کمک فوری نیاز دارد و درمانگر در دسترس نیست.
  - ایا از همکاران یا مددکاران مرکز فردی هست که بتواند مراجع را در این مواقع تحت پوشش قرار دهد، در این مورد اقدامات زیر ضروری به نظر می رسد:
1. صلاحیت درمانگر دیگر باید مورد ارزیابی قرار گیرد. مسئولیت قانونی مربوط به سهل انگاری در انتخاب فرد دوم (کژکاری و سوء عملکرد) متوجه درمانگر اول می باشد
  2. تصمیم گیری در مورد اینکه چه اطلاعاتی از این مراجع باید در دسترس متخصص دیگر قرار گیرد؟
  3. تصمیم در مورد اینکه چگونه اجرای این پوشش روی وضعیت و درمان مراجع تاثیر دارد ( باورهای درمانگر؟ باورهای مراجع مثل باور به مسئولیت پذیری زیاد مراجع/وحشت زده شدن از اینکه حالش بحرانی است)
  4. چه چیزی به بهترین صورت ، حق مراجع را در مورد رضایت آگاهانه مناسب برای درمیان گذاشتن اطلاعات با مددکار یا کمک درمانگر و همچنین ایجاد توافق برای این پوشش درمانی فراهم می کند

# نکات مهم در مورد کار با مراجعان خودکشی گرا

- تصمیم گیری در مورد اینکه اگر متخصص بالینی برای پوشش درمانی مشخص نشده و یا به دلایلی در دسترس نمی باشد ، مراجعی که دچار بحران شده است در زمان نبودن افراد باید به چه کسی مراجعه کند؟
- دانستن محل دقیق یک بیمارستان روانپزشکی یا یک بیمارستان عمومی دارای خدمات روانپزشکی ، یا مرکز دیگری که به ارائه خدمات روانپزشکی اضطراری می پردازد، برای مراجع بحران بسیار سودمند است و دانستن این نکات ضروری است:
- آیا آن مرکز در نزدیکی مراجع قرار دارد؟
- آیا این خدمات به طور ۲۴ ساعته در دسترس هستند( نیمه شب، تعطیلات آخر هفته، یا یک روز تعطیل مراجع به کمک دسترسی خواهد داشت)؟
- آیا مراجع توان مالی استفاده از خدمات این مراکز را دارد؟
- آیا مراجع می داند این مرکز در کجا واقع شده و شماره تلفن آن چیست؟( در مواقع بحران ممکن است یادآوری اطلاعات ابتدایی سخت باشد . این اطلاعات را به دوستان نزدیک یا افراد خانواده با اجازه ی مراجع منتقل کنید)
- درمانگر و مراجع از این مسئله اطمینان داشته باشند که مرکز درمانی مراقبت های مناسب و کافی را فراهم می آورد.( مراقبت پایین تر از حد استاندارد ممکن است باعث بدتر شدن بحران شود. عدم انجام مراقبت از سوی مراکز درمانی از یک واکنش نامناسب و مراقبت بد، بهتر است)
- خط تلفن ویژه خودکشی که ۲۴ ساعته باشد نیز بهتر است در اختیار مراجع گذاشته شود.

# منابع اجتماعی حمایت

- نه تنها منابع حرفه ای باید برای مراجع برای غلبه بر بحران توسط درمانگر در نظر گرفته شود بلکه بایستی منابع اجتماعی مراجع نیز ارزیابی شوند
- دوستان و اعضای خانواده در کمک به مراجع جهت جلوگیری از یک بحران یا غلبه بر آن ، نقش کلیدی دارند.
- وجود این حمایت های اجتماعی وقتی از اهمیت برخوردار می شود که دسترسی مراجع به کمک حرفه ای دشوار می شود
- آگاهی از حمایت اجتماعی به مراجع کمک می کند تا کمتر احساس منزوی بودن داشته باشد و آسیب پذیری آنها را کمتر می کند تا راحت تر بحران را پشت سر بگذارند
- اهمیت فرم تحویل به خانواده دفتر مرکزی سلامت

## سناریوی ۷

- یک مراجع جدید ، جلسه اول را باگفتن این عبارت آغاز می کند: نیاز به درمان دارم چون شغلم را از دست دادم و همسرم که ۳ سال با او زندگی میکردم بعد از تحمل تحقیر و کتک زدنهای زیاد من را ترک کرده تا با فرد دیگری وارد رابطه شود. نمی دانم خودم را بکشم یا رئیسم یا کسی دیگری را ، یا از آنجا که همسرم من را برای همیشه ول کرده است فقط سعی کنم این وضعیت را تحمل کنم .
- چه احساسی دارید؟
- احتمال جدی بودن خطر را با چه فاکتورهایی می سنجید؟
- با فرض اینکه نمی توانید درک کنید که تهدیدهای این شخص جدی هستند ، قبل از اینکه مراجع جلسه را ترک کند، چه اقداماتی در جهت روشن ساختن چگونگی دسترسی به خودتان و دیگران انجام می دهید؟
- چه نگرانی هایی( در صورت وجود)درباره دسترسی مناسب این شخص به کمک فوری و کافی دارید؟

# گام های ضروری

- ۱- همه مراجعان خود را در مصاحبه اولیه از نظر خودکشی چک کنید و در سراسر درمان نسبت به این مسئله گوش به زنگ باشید
- ۲- اوضاع را به گونه ای ترتیب دهید که مراجع امکان دستیابی به وسایل کشنده را نداشته باشد ( اسلحه/میزان زیاد دارو/امکان پرت کردن خود و .....)
- ۳- خانواده ، دوستان و سایر منابع را برای نجات مراجع و ایجاد یک محیط فعالانه و حمایتی در نظر بگیرید و دخیل کنید
- ۴- مشکلات مراجع و اشتیاق او را به مردن انکار نکنید اما تلاش کنید نقاط قوت و علاقه مراجع به زندگی را بشناسید و روی آن کار کنید
- ۵- تلاش کنید با مراجع ارتباط برقرار کنید و امیدواری واقع بینانه را در نظر او مطلوب جلوه دهید ( رویکرد عملی برای حل مشکل)
- ۶- هرگونه تصویرسازی یا شیوه های تخیلی که مراجع ممکن است برای خودکشی در نظر داشته باشد را کاوش کنید
- ۷- مطمئن شوید که مکالمات واضح و شفاف است و تاثیر احتمالی هر مداخله را ارزیابی کنید
- ۸- زمانی که بستری شدن یک گزینه است در کنار منافع و مزایای این تصمیم و اثرات فوری و بلند مدت اینگونه مداخلات ، امکان امتناع و سر باز زدن را نیز بررسی کنید
- ۹- نسبت به واکنش های منفی به رفتار مراجع حساس باشید (خستگی/بیحوصلگی/انتقال متقابل/مرتب به ساعت نگاه کردن/احساس بیحالی و خواب آلودگی/غرق شدن در رویا/منطقی سازی ارجاع/خاتمه درمان پیش از موقع/بستری کردن)
- ۱۰- برقراری رابطه مراقبت کننده و توجه آمیز مهمترین چیز است ( ملاقات در بیمارستان/برگزاری جلسات مکرر/اشتیاق به گوش دادن و جدی گرفتن گفته های مراجع

# خطوط راهنما برای مدیریت بحران و موقعیت - های اضطراری

- 1- ارزیابی را تکمیل نمایید، و تا جای ممکن شدت مشکل و میزان خطر را مشخص نمایید.
  - 2- راه‌هایی برای مدیریت بحران و پیشگیری از وضعیت‌های اضطراری شامل موارد زیرند:  
(الف) طی یک بحران فعالیت خود را نسبت به سایر مواقع افزایش دهید.
- هر چه میزان اضطرار و فروپاشی مکانیسم‌های دفاعی یا عدم جبران مراجع بیشتر باشد، میزان فعالیت یا مداخله درمانگر نیز باید افزایش یابد.
  - از حد معمول مستقیم و روراست‌تر باشید.
  - از سوالات بسته پاسخ بیش از باز پاسخ استفاده کنید.
  - قاطع بوده و توقع حل مسئله زیاد از مراجع نداشته باشید.
  - اگر مراجع به دلیل اضطرار و ناراحتی، قادر به مقابله یا تصمیم‌گیری نیست، شما موقتا وارد عمل شوید.
  - آرام و مطمئن باشید حتی اگر احساس آرامی ندارید.

# خطوط راهنما برای مدیریت بحران و موقعیت- های اضطراری

حمایت بیشتر به مراجع بدهید.

- حمایت می‌تواند شامل در دسترس بودن بیشتر باشد با تعداد جلسات بیشتر یا تماس‌های تلفنی از طریق ارائه تلفن‌های مددکاری
- حمایت می‌تواند شامل دسترسی به خدمات دیگر مانند، مراکز مربوطه، گروه‌های بحران و یا کلینیک‌ها باشد.
- می‌توان از سایر افراد زندگی بیمار برای کسب حمایت کمک خواست مثل پزشک خانواده، شریک زندگی، همکاران و یا دوستان.
- (ج) دستورالعمل‌های واضح و نوشته شده در مورد برنامه‌ها ارائه کنید (کارت‌های آماده که در آن اطلاعات تماس با مراکز درمانی، خدمات اورژانس، اطلاعات اضطراری مربوط به خود شخص در آن نوشته شده باشد)
- (د) به تاخیر انداختن تکانه‌ها می‌توانند در نگه داشتن زمان کمک کرده و مراجع می‌تواند سایر امکانات را نیز مجددا بررسی کند. در طی این تاخیرها، سعی کنید به مراجع امید دهید.
- (ه) مداخلات محیطی می‌توانند جلوی عمل کردن تکانشی مراجع را گرفته و یا آن را به تعویق اندازند.
- مداخلات می‌تواند شامل دور کردن مراجع یا سایر افراد از عامل خطر باشد (اسلحه، دوزهای کشنده دارو و ...).
- گسترش حمایت اجتماعی
- بهره گرفتن از امکانات موجود در جامعه

# خطوط راهنما برای مدیریت بحران و موقعیت‌های اضطراری

- (و برنامه‌ریزی‌های کوتاه‌مدت کنید.
- مراجع بلافاصله بعد از ترک جلسه چه کار کند، البته در صورتی که تصمیم بگیرید ترک کردن جلسه برای وی خطری ندارد.
- چنانچه مراجع برنامه‌ای نداشته، تنها باشد و حمایت اجتماعی نیز در دسترس نداشته باشد، جهت گرفتن یک برنامه عینی و مشخص با وی کار کنید.
- (ی می‌توانید از همکاری که نزدیک شماست نظر وی را جویا شوید.
- (ز توجه کنید آیا بستری نمودن الزامی است. در این مورد نظر روانپزشک الزامی است
- در صورت موافقت مراجع و امکان بستری شدن وی، به کارکنان اورژانس بخش روان اطلاع دهید که وی به همراه مددکار مراجعه خواهد کرد.
- به مراجع بگویید که این کار را به عنوان اقدامی احتیاطی انجام داده‌اید.
- (ن) اگر بحران مراجع در حد یک وضعیت اضطراری بالا گرفته است (مثلا احتمال آسیب قریب‌الوقوع به خود یا سایرین) و مراجع با مداخله شدیدتر موافقت نمی‌کند شما باید سایرین را در جریان بگذارید، از جمله ریاست مرکز مشاوره، انتظامات دانشگاه یا کمیته مداخله در رفتارهای آسیب‌رسان.
- همواره تلفن‌های تماس اضطراری را در دسترس داشته باشید.



# خطوط راهنما برای مدیریت بحران و موقعیت‌های اضطراری

3- با سایرین مشورت کنید. کارهایی را که انجام داده‌اید و علت انجام آن‌ها را مستند سازید.

- هر نوع مشاوره‌ای را با حفظ مدارک ثبت کنید.
- ناظر یا مدیر خود را در جریان امور قرار دهید.
- دو ستون قوی در مدیریت خطر عبارتند از:

❖ گردآوری مدارک

❖ مشورت

4- پس از واقعه جهت امنیت خود نیز تمهیداتی بیندیشید.

# در حالت اضطراری حاد، تشخیص بین برآشفتگی هیجانی و فیزیکی دشوار است.

- خوشبختانه برای بسیاری از درمانگران، آشفتگی‌های جدی و شدید مراجعان در درمان چندان شایع نیست ولی در هر حال می‌تواند اتفاق بیفتد، لذا باید برای برخورد با این موارد آمادگی داشت.
- امنیت شما و امنیت سایر افرادی که با شما کار می‌کنند در درجه اول اولویت قرار دارد.
- اگر درمانگر از مراجعان خود بترسد نمی‌تواند درمانگر قابل‌قابلی باشد.
- در کار خود از عقل سلیم و قضاوت صحیح استفاده کنید و به شهودتان اطمینان کنید.
- از روش‌های مراقبت شخصی به خوبی استفاده کنید بخصوص بدنبال مداخلات بحرانی و یا هنگام کار با موقعیت‌های اضطراری.
- در صورت لزوم از کمک‌های اولیه روان‌شناختی بهره‌جویید.

# چالش‌هایی که ریشه در درمانگر دارند

- درمانگر نیز همانند مراجع ممکن است چالش‌های متفاوتی را تجربه کند.
- درمانگران غالباً به شدت تحت‌تاثیر شغل خود هستند و می‌توانند توسط مراجعانی که می‌بینند تغییر کنند، در حالی که سعی دارند تغییر را وارد زندگی آن‌ها کنند.
- کترلر (1989) معتقد است کاربرد مداخلات شناختی-رفتاری بر روی خودتان گه‌گاه لازم و خواستنی است.
- در صورت نیاز، نظارت و حمایت همکاران و همچنین درمان‌جوی می‌تواند مداخله مفیدی باشد.
- چنانچه هیچگاه تردیدی در مورد خود باید به این رفتار خود شک کنیم، چرا که چنین اعتماد بیش از حدی باید مرتبط با فقدان خودآگاهی یا نداشتن دانش کافی در مورد حدود و مرزهای توانمندی و شایستگی باشد.

# کمک‌های اولیه شناختی-رفتاری برای درمانگر

- پس از مدیریت یک بحران یا موقعیت اضطراری، طبیعی است که در مورد عملکرد خود نگران شده و احساس اضطراب نمایید.

اضطراب غالباً به دلیل سوال یا سوالاتی از این قسم است:

- ✓ آیا کار را صحیح انجام دادم؟
- ✓ آیا چیزی را از قلم نینداختم؟ آیا می‌توانستم مداخله را به نحو بهتری انجام دهم؟
- ✓ آیا مداخله من باعث افزایش امنیت مراجع شد؟
- ✓ نتیجه چه خواهد شد؟
- ✓ آیا در آینده برای درمان این مراجع احساس امنیت خواهم کرد؟
- ✓ حد و مرزهای مناسبی که باید برای مراجعان بگذارم کدام هستند؟

# مقیاس کمک‌های اولیه می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- به بهترین شکل به سوال‌های قبل پاسخ دهید.
- ✓ شواهدی را که از افکار منفی حمایت می‌کنند یا آن‌ها را مورد حمایت قرار نمی‌دهند بررسی کنید و دلایل موافق و مخالف مداخله خود را فهرست کنید.
- ✓ افکار خود را با شواهد هم‌جهت کنید.
- ✓ از پرسشگری سقراطی با خودتان استفاده کنید.
- نیازهای خودتان را با نیازهای مراجع یا مرکزی که در آن مشغول به کار هستید سبک و سنگین کنید.
- حمایت عاطفی از همکاران، خانواده و یا افراد صمیمی دریافت کنید.
- به هنگام نیاز از مشاوره سود جوئید. غالباً دانستن اینکه سایرین هم در شرایط مشابه گام‌های مشابهی برمی‌داشتند اطمینان‌بخش است.

# مقیاس کمک‌های اولیه می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- تمرین خود-آگاهی نمایید؛ همه واکنش‌های هیجانی به بحران‌ها داریم.
- از مراقبت‌های جسمی، روانی و هیجانی مناسب سود جویید.
- با همکاران مشورت کنید. گام‌های خود را قبل از ترک محل کار ثبت کنید تا بتوانید موقعیت را در همان جا باقی گذارید.
- فعالیت‌هایی جهت پرت کردن حواس می‌توانند مفید باشند. قدم بزنید، ورزش کنید و یا هر کاری که توجه شما را بعد از کار به خود جلب کند. در صورت امکان ترتیب مسافرتی را بعد از کار دهید.

# پیشنهاداتی جهت مدیریت خودکشی

- پی‌گیری شدید بعد از یک اقدام برای افراد پرخطر الزامی است.
- افراد پرخطر شامل افرادی با سابقه چند اقدام به خودکشی، تشخیص روان‌پزشکی و اختلالات همزمان می‌باشند.
- درمان‌های درازمدت باید دلایل زیربنایی رفتار خودکشی را هدف قرار دهند، شامل اختلالات تنظیم هیجانی، رفتارهای تکانشی، خودپنداره منفی و یا اختلالات بین‌فردی.
- برای بحران‌های مزمن (به ویژه اختلالات محور II)، رویکردی نسبتاً درازمدت در نظر بگیرید که بر دلایل زیربنایی تمرکز کند.
- در صورت امکان بستری شدن در بیمارستان، می‌توان به راحتی و به طور موثر مراجعان پرخطر را بر اساس همان اصول درمان سرپایی مداوانمود.
- برای افرادی که به پایان پروسه درمان می‌رسند، استفاده از پی‌گیری منظم و ساختار و روندهای ارجاع (تلفن، نامه و ...) می‌تواند خطر را کاهش دهد.
- برای مراجعان با اختلالات دشوار، مشاوره، حمایت و نظارت دریافت کنید.

# ارزیابی خطر در موارد فوریت و اضطرار

- پس از تکمیل ارزیابی خطر، مداخله معمولاً شامل بالا بردن امنیت افراد درگیر است. کارهای ممکن شامل: هشدار دادن به افراد یا تماس با پلیس.
- خطرهای شامل مراجعانی است با قضاوت مختل که ممکن است به طور موقتی به دلیل حالت سایکوتیک ایجاد شده باشد (باورهای توهمی، ضربات مغزی و یا سوء مصرف مواد).

سوالاتی که باید در نظر داشته باشید شامل موارد زیر هستند:

- ✓ آیا مراجع در جلسه آسیب دیده؟
- ✓ آیا مراجع ماده‌ای مصرف کرده و یا دوز بالا بکار برده؟ چه چیز و چه مقدار؟
- ✓ آیا می‌تواند بدون خطر رانندگی کند؟ در غیر اینصورت چگونه می‌تواند به منزل برسد؟
- ✓ آیا حمله پانیک دارد؟
- ✓ آیا در جلسه گسستگی فکری رخ داده؟
- ✓ آیا علائم سایکوتیکی که تجربه می‌کند آنقدر جدی هستند که قضاوت و امنیت وی را به مخاطره اندازند؟
- ✓ آیا اخیراً ضربه شدیدی را متحمل شده است؟
- ✓ آیا خطر آسیب به خود وجود دارد (شبه خودکشی)، مستقل از خطر خودکشی؟



# تاثیر خودکشی مراجع بر درمانگر

- شوک روحی آزاردهنده و تروماتایز شدن
- به خطر افتادن شهرت حرفه ای و کار
- حس مورد خیانت واقع شدن از طرف کسی که قصد کمک به او را داشتید
- ترس توأم با تردید و وحشت از مواردی که در انتظار ماست (ترس از آینده)
- خودسرزنش گری غیر ارادی با این فرض که ممکن است خطای بدتری انجام دهم
- احساس شرم به خاطر اینکه همکاران شما هم اکنون درباره شما نظر بسیار بدی دارند
- خودتردیدی و عدم اعتماد به خود. اگر شکایت کنند از من چه باید انجام دهم؟
- عدم اعتماد به مراجعان دیگر ( آیا این اتفاق برای مراجعان دیگر من هم خواهد افتاد؟) و همکاران ( برای صحبت در این مورد به چه کسی می توان اعتماد کرد؟)
- اضطراب در مورد آنچه که اتفاق افتاده و آنچه قرار است بعدا اتفاق بیفتد. همه ناشناخته ها مثل مرگ مراجع ، مورد اتهام و بازرسی قرار گرفتن، احتمال شکایت خانواده در دادگاه و .....
- افکار وسواسی و مزاحم که امکان فکر کردن به چیزهای دیگر را از بین می برد
- بی خوابی، بی قراری، افکار پایان ناپذیر در مورد آنچه رخ داده و آنچه بعدا ممکن است اتفاق بیفتد
- اغراق و بیش از حد بزرگ کردن وقایع ، به این معنی که همیشه بدترین احتمالات را در نظر می گیرد
- عدم اشتها به غذا یا غذا خوردن مفرط، مصرف سیگار یا مواد دیگر برای مقابله با تنش ایجاد شده
- واکنش های شبیه اختلال استرس پس از سانحه در درمانگران بروز می کند

# وضعیت روانشناسان در کار با مراجعان دشوار

- ۹۷ درصد روانشناسان درهراس از خودکشی مراجع بودند
- ۹۱ درصد می ترسیدند مراجع وضعیت بدتری پیدا کند
- ۸۸ درصد ترس از انتقاد همکاران از نحوه ی کارشان با درمانجو
- ۸۳ درصد ترس از حمله مراجع و ۱۸ درصد ترس از تجربه مجدد حمله درمانجو
- ۶۱ درصد حداقل یک دوه افسردگی بالینی
- ۲۹ درصد از حس خودکشی
- ۴ درصد برای خودکشی تلاش کرده اند
- ۸۱ درصد عصبانیت از بد دهنی مراجع
- ۸۳ درصد عصبانیت از نپرداختن حق ویزیت
- ۴۶ درصد عصبانیت از خود به خاطر تلاش زیاد برای مراجع
- ۱۲ درصد تجربه شکایت رسمی

# احساسات شدید و بازخوردهای احساسی در درمان

- گریستن در حضور مراجع
- درمیان گذاشتن عصبانیت خود نسبت به مراجع با خود او
- داد زدن بر سر مراجع به خاطر عصبانیت از او
- داشتن تصوراتی که حاکی از عصبانیت شما از مراجعتان است
- داشتن احساس تنفر از مراجع
- گفتن این جمله به مراجع که از او ناامید شده اید
- ترس از خودکشی کردن مراجع
- احساس ترس از اینکه مراجع به درمانی نیاز دارد که موجود نیست
- ترس از اینکه وضعیت مراجع ناگهان وخیم شود
- ترس از انتقاد همکاران در رابطه با کار با یک مراجع
- ترس از شکایت مراجع علیه شما
- استفاده از خودافشاگری به عنوان یک فن درمانی

# روش های کمک کردن به خود در این شرایط

- صادق بودن در مورد واکنشهایمان نسبت به خودکشی مراجع
- به طور واقعی کمک های مورد نیاز خود برای پرداختن به این واکنش ها را مورد ارزیابی قرار دهید
- مراجعه به روان درمانگر یا کمک گرفتن از دوستان و خانواده
- از خود برسید از این واقعه چه می آموزید؟
- اینکه خطاها و کاستی های مربوط به راهبردها، روندها و روش های بالینی حرفه ای خود را کشف کنیم
- درباره چگونگی کار خود و نوع تصمیم گیریها و عکس العمل های خود به درک بهتری می رسیم.
- اینکه چگونه ذهن ما بعضی از شواهد دال بر خودکشی مراجع را نادیده گرفته است را بررسی کنیم
- در برابر حدود قرمز حرفه ی خود دقت بیشتری داشته باشید
- شناخت بیشتر همکاران که حین وقوع مشکلات چه کسانی شما را حمایت و چه کسانی از شما دوری می کنند
- در مورد

## خودمر اقبتي

- ارتباط داشتن با ديگران
- آگاهی از محدودیت های شخصی و احترام گذاشتن به آنها
- تمرکز بر مقدار کار مفیدی که می توانیم انجام دهیم نه مقدار کاری که احساس می کنیم باید انجام دهیم / یا سابقا انجام می دادیم / یا بعضی همکاران می توانند انجام دهند
- دعا و ديگر تمرینهای روحی و معنوی و انجام فعالیت های متفاوتی مثل خواندن شعر یا سرودن ان / پیاده روی / نواختن موسیقی یا گوش دادن به آن
- شرکت در کارگاهها، گرفتن نظارت و سرپرستی و .....

# چالش های بستری شدن مراجعان

- لازم به ذکر است وجود بیماری روانی صرفاً کافی نمی باشد، بلکه بایستی بیمار برای خود یا دیگران خطرناک تشخیص داده شود یا اینکه از عهده مراقبت از خود برنیاید و نتواند خارج از بیمارستان از عهده مسائل برآید.
- - در این گونه موارد شرایط بیمار، علت نیاز به بستری، حتما در پرونده او به طور مستدل ثبت شود.
- در موارد فوریتی لازم است بخشهای مختلف دانشگاه با یکدیگر همکاری داشته باشند. هنگام فوریت پیش آمده در خوابگاه یا دانشکده یا سایر قسمتهای دانشگاه، سریعاً مراتب به مرکز مشاوره، انتظامات دانشگاه، مسئولین خوابگاه و دفتر حقوقی دانشگاه اطلاع داده شود.
- نیروهای انتظامات همجنس با مراجع برای مهار موقعیت در محل حاضر شوند.
- مددکار و روانشناس مداخله در بحران و در صورت لزوم روانپزشک یا پزشک در محل حاضر شده و سعی در آرام سازی بیمار داشته باشد.

# مکتوب سازی

- مکتوب سازی مبانی منطقی تصمیم گیریهای بالینی در مراجعان خودکشی گرا از اهمیت ویژه ای برخوردار است. یادداشت های شما باید نشان دهند که:
- سنجش کاملی در زمینه احتمال خودکشی انجام داده اید
- اطلاعات کافی در مورد تاریخچه مراجع خود به دست آورده اید
- اطلاعاتی در مورد درمانهای قبلی کسب کرده اید
- در مورد افکار و تکانه های خودکشی، به طور مستقیم از مراجع خود سوال کرده اید
- با یک یا چند متخصص دیگر مشورت کرده اید
- محدودیت های موجود در زمینه رازداری را با مراجع خود مورد بحث و بررسی قرار داده اید
- مداخلاتی در زمینه پیشگیری از خودکشی انجام داده اید
- منابعی ( مثل شماره تلفن درمانگر یا مددکار) در اختیار مراجع قرار داده اید
- **نکته مهم : به خاطر داشته باشید از نظر قانونی ، چیزی که مکتوب نشده ، وجود خارجی ندارد.**

# ارزیابی روش‌هایی که برای سنجش به کار می‌برید: اصول راهنمای مکتوب‌سازی

- برای این تمرین، به دونفر داوطلب شجاع برای اجرای نقش یک جلسه سنجش خودکشی با استفاده از روش‌هایی که در تمرین‌های قبل آمد، نیاز دارید. از کل کلاس بخواهید که فرایند سنجش را مشاهده کرده و آن را با توجه به ابعاد مهمی که در ادامه آمده است مورد ارزیابی قرار دهند.
- سیاهه مکتوب‌سازی فرایند سنجش خودکشی
- برای اطمینان از اینکه مکتوب‌سازی فرایند سنجش را بر اساس معیارهای حرفه‌ای انجام داده‌اید هر یک از موارد زیر را بررسی کنید:
- محدودیت‌های موجود در زمینه رازداری و موافقت آگاهانه مورد بحث و بررسی قرار گرفت.
- سنجش کاملی، شامل موارد زیر، در زمینه خودکشی انجام گرفت.
- سنجش عوامل خطر آفرین
- اجرای ابزارها یا پرسشنامه‌های سنجش خودکشی
- سنجش افکار خودکشی، طرح و برنامه خودکشی، خویشتنداری مراجع و قصد خودکشی
- اطلاعاتی در مورد سابقه رفتارهای انتحاری (مثلا ارتکاب به رفتارهای انتحاری از سوی اعضای خانواده، اقدامات قبلی، میزان مرگبار بودن و غیره) از مراجع کسب شد.
- سوابق درمانی درخواست/ کسب شد.
- با یک یا چند متخصص سلامت روان مشورت شد.
- یک قرارداد پیشگیری از خودکشی با مراجع بسته شد.
- به بیمار اطلاعاتی در مورد منابعی که در مواقع اضطراری یا بحرانی می‌تواند از آن‌ها کمک بگیرد، داده شد.
- در مواردی که خطر خودکشی بالا بود، به تناسب مورد با مراجع قدرت مربوط (مثلا ماموران پلیس) و یا اعضای خانواده تماس گرفته شد.



# قوانین مرتبط با خودکشی

- از نظر قانونی در فوریت، چون تاخیر موجب آسیب جدی به بیمار یا سایرین می شود، استثنا برای کسب رضایت بیمار و خانواده و دادگاه وجود دارد و باید بر اساس آنچه از نظر روانپزشکی به نفع بیمار است عمل کرد.
- در مورد خودکشی، ثبت علت مخالفت بیمار در مورد بستری شدن در پرونده بایستی نوشته شود.
- رد کردن درمان از طرف بیمار یک حق قانونی است که به جز در موارد فوریتی مهم است.
- در اینگونه موارد سه راهکار وجود دارد:
- 1. وجود قاضی که با توجه به شرایط و نظر متخصصین تشخیص دهد که بیمار باید در بخش روانپزشکی بستری شود. که این می تواند از طریق دادگاه سرپرستی که با توافق کتبی و برگزاری جلسه بین دفتر حقوق دانشگاه و دفتر سرپرستی دادگاه انجام شده باشد.
- 2. در صورت عدم دسترسی به قاضی یا دادگاه سرپرست، اگر دو روانپزشک بیمار را معاینه کنند و هر دو تایید کنند که نیاز به بستری دارد، می توان او را به اجبار بستری کرد.
- 3. در موارد فوریتی یعنی در شرایطی که ما نیازمند دخالت فوری و برای جلوگیری از مرگ یا صدمه جدی به بیمار یا دیگران احساس شود، فرصت کافی برای مسایل اداری در دست نیست و در این مواقع روانشناس و روانپزشک بنا بر تشخیص خود می توانند برای مدتی محدود تا رفع آن دوره، بیمار را بر خلاف میل او بستری کنند.

# گام های لازم در دانشگاه

- مددکار در این موقعیت با مصاحبه با افراد حاضر، یک گزارش اولیه از علت وقوع مشکل و شرایط و وقایع مرتبط با مشکل و شرایط مراجع به مسئول مددکاری و مسئول بخش درمان و رئیس مرکز مشاوره ارائه دهد.
- وقوع شرایط بحرانی به معاونت دانشجویی-فرهنگی نیز اطلاع داده شده و در جریان مآقع قرار گیرند.
- در صورت به هم ریختگی شدید مراجع سریعاً به اورژانس مخصوص بیماران روانپزشکی تماس گرفته شده و آنها در محل حاضر شده و مراجع به بیمارستان ارجاع شود.
- در این اثناء مشاور حقوق دانشگاه با دفتر سرپرستی دادگاهها تماس گرفته تا اجازه بستری از طرف آنها نیز صادر گردد.
- از طرف مرکز مشاوره سریعاً با خانواده دانشجو تماس گرفته شده و شرایط برای آنان توضیح داده شود و آنها در جریان مآقع قرار گیرد.
- در مآقعی که دانشجو آرام شده و می تواند رفتار خود را کنترل کند طبیعتاً استفاده از اتاق بحران برای نگهداری دانشجو تا هنگام رسیدن خانواده و تحویل به خانواده می تواند مناسب باشد.
- در این هنگام حتماً باید سرپرست خوابگاه یا نیروی انتظامات همراه با مددکار در اتاق بحران حضور داشته باشد.
- زمان مراجعه خانواده، شرایط روانشناختی مراجع برای خانواده توضیح داده شود و خانواده قانع شود تا درمان روانشناختی و دارویی مراجع تا هنگام بهبودی از طرف خانواده پیگیری شود و سپس با نظر روانپزشک مبنی بر بی خطر بودن حضور دانشجو در دانشگاه، دانشجو مجدداً بتواند در دانشگاه حضور داشته باشد.
- تهیه گزارش روانشناختی و اقدامات انجام شده برای مراجع توسط همه بخش ها به دفتر معاونت دانشجویی ارسال گردد و متعاقب آن جلسه کمیته مداخله در بحران و رفتارهای خود آسیب رسان برای بررسی بیشتر موضوع و احیاناً اقدامات مقتضی تشکیل گردد.



## پایدار باشید

ما از طریق یادگیری، خودمان را بازآفرینی می‌کنیم.  
از طریق یادگیری، به موجودات جدیدی با قابلیت‌های جدیدی  
تبدیل می‌شویم که قبلاً از آن ناتوان بوده‌ایم.