

**مداخله کوتاه مدت پس از ترخیص به دنبال اقدام به خودکشی**

**ویژه کارشناسان سلامت روان نظام مراقبت های بهداشتی اولیه**

**تدوین: دکتر سیدکاظم ملکوتی**

**بهمن ماه 1398**

**وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معاونت بهداشت**

# دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد



**مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی**

**(Attempted Suicide Short Intervention Program)**

**یادداشت:**

این بسته مداخلات روانشناختی، به منظور تکمیل بسته جامع مداخلات روانشناختی برای پیشگیری از خودکشی ویژه کارشناسان سلامت روان در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه و با اجازه رسمی از نویسندگان آن و جهت بهره برداری توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ترجمه و تلخیص شده است. امید است با توانمندسازی کارشناسان سلامت روان در جهت مداخلات اثربخش روانشناختی برای بیماران اقدام کننده به خودکشی، شاهد کنترل و کاهش میزان خودکشی در کشور باشیم.

# دکتر سیدکاظم ملکوتی روانپزشک، استاد دانشگاه علوم پزشکی ایران

**ملاحظات کلی:**

مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی شامل 3 تا 4 جلسه است که معمول طی 2 تا 4 هفته صورت میگیرد. اگرچه، زمان موردنظر این درمان باید با حالت روانی بیمار و شرایط بیرونی متناس ش ش ود بهطور مثال برای افس ردگی ش دیدس جلس ات درمان 60 تا 90دقیقه طراحی ش ده اس ت .

30دقیقه دیگر را میتوان برای نظرات و درصورت امکان، ارائه بازخورد به پزشک استفاده کرد .

بسیاری از بیماران تمایل دارند داستان خود را روایت کنند و از اینکه فرصتی به آنها داده شده تا در ک نار شنونده ای مشتاق بنشینند – شنونده ای که زمانی را صرف می کند تا داستان بیمار را بشنود ، سپاسگزارند .

باقی افراد در روایت کردن دا ستان شان تردید دارند. برای سنجش شرایط، خلا صه ی مخت صری از آنچه درجلسببه درمان رم می دهد ارائه میشببود. این بیماران به اطمینان خاطر و تایید کارشببناس سببلامت روان همدل و حمایتکننده نیاز دارند تا آنها را ت شویق کن د دا ستان شان را روایت و جزئیات بی شتری از آنچه رمداده بیان کنند. بهعلاوه، بیمار به تایید و فهم همدلنهی هیجانات ش دید مثل ش رم، ناراحتی و ناامیدی نیاز دارد .

بعضی مواقع بیمار قرار ملاقاتش را کنسل کرده یا دیر سر قرار حاضر میشود. خیلی مهم است دلیل اینکار را بدانیم. باید ببینیم آیا این کاربه جل سه ی آخرمداخله کوتاه مدت روان شناختی برای فرد اقدام کننده بهخودکشی مرتبط است یا نه. توصیه میشود فعالنه با بی مار تماس داشته باشیم .مستقیما، به صو رت تلفنی ،یا درصورت نیاز بصورت ویزیت در منزلس. بعضی بیماران قبل از اینکه بهحد کافی بهلحاظ عاطفی در وضعیت باثباتی قرار بگیرند که در مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی شرکت کنند و جل سات را ادامه دهند: برای بهبودی از ناکامی به زمان بی شتری نیاز دارند و عدهای نیز ممکن ا ست درموردمحرمانه بودن جلسات درمان به جلش اطمینان نیاز داشته باشند .

# جلسهی اول: اجرای مصاحبهی روایتی

**مقدمه:**

در جلسه ی اول از بیمار مصاحبه ی روایتی اخذ میشود . به بیمار گفته می شود که در صورتی که تمایل دا شته با شد، می تواند فیلم یا صوت جل سه را ذخیره کند تا در جل سات بعدی به آن برگردد. بیمار ت ش ویق میشود آنچه را که باعث شده، دست به خودکشی بزند، بهصورت داستان بیان کند .

هدف از انجام م صاحبه ی روایتی، د ستیابی به فهم م شترکی از مکانی سم فردی که باعث رفتار خودک شیمیشود، به علاوه بیرون کشیدن حوادث برانگیزاننده و حساسیتهای فردی است. م صاحبه روایتی معمول 20 تا 40 دقیقه بهطول میانجامد. جلس ه با ارائهی ش رم مختص ری از اهداف درمان به بیمار – حتی اگر بیمار اطلاعات مکتوبی از مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی و ساختار آن داشتهباشد، آغاز میشود .

اص ول، به بیماران دربارهی خطر بالی خودکش ی مجدد پا از اقدام به خودکش ی و اینکه مداخله کوتاه مدت روانشبناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشبی یک درمان مختصبر و سباختاریافته اسبت که هدفشبرقراری و رشد راهبردهای ایمن پیشگیرانه است توضیحاتی داده میشود .

کارشناس سلامت روان اطمینان حاصل می کند که بیمار دستورالعمل و اصول را درک کرده است و از اومیخواهد هر سوالی دارد، بپرسد. بسیار مهم است که به بیمار توضیح دهیم فایل صوتی جلسه یکی از بخش های مهم و اصلی درمان است، و اینکه از مصاحبه ضبطشده، در جلسه دوم و سوم استفاده میشود. بیمار و کارشناس سلامت روان هر دو فرم رضایتنامه ضبط جلسات با ذکر محرمانه بودن را امضا میکنند.

**ساختار جلسه اول:**

پا از ارائه ی اطلاعاتی دربارهی مداخله کوتاه مدت روانشبببناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشبببی، کارشببناس سببلامت روان مصبباحبهی روایتی را آغاز میکند و به بیمار میفهماند که او شببخصببیت اول این داستان است:

* من میخواهم با زبان و کلمات خودت بشنوم چطور به مرحلهای رسیدی که به خودت آسیش برسانی...
* طبق تجاربی که دارم، همیشه داستانی پشت این اقدام به خودکشی هست و من میخواهم داستانت را بشنوم.

زمانی که بیماران در محیط بالینی با سوالت کارشناس سلامت روان مصاحبه می شوند، ممکن است درشروع م صاحبه، دا ستان شان را با تردید و دودلی نقل کنند، منتظر سوالت بعدی م صاحبه کننده شوند، امامعمول بهزودی آ سوده خاطر می شوند و در گفتن دا ستان شان اعتماد به نفا پیدا میکنند. بع ضی بیمارانمیپرسند : "میخواهی از کجا شروع کنم؟ " در اینجا کارشناس سلامت روان میگوید: "این به تو بستگیدارد، از هرجایی دوست داری شروع کن." الگوی شایع در اینجا این است که بیماران داستان را با اتفاقات و حوادث گذشته شروع میکنند:"دو سال پیش، دوستم ناگهان من را تنها گذاشت، و من افسرده شدم." سپا به س مت بحران خودکش ی واقعی پیش روی میکنند: "بعد از آن من رابطهی دیگری برقرار کردم، اما دوباره همین اتفاق افتاد و من ناامید و افس رده ش دم، نمیتونس تم س رکار بروم و به خودکش ی فکر کردم." اغلش بیماران بدون دخالت فعال کارشبببناس سبببلامت روان بحران فعلی را به تجارب کودکی ارتباط میدهند:

"درواقع داستان من به دوران کودکیم برمیگردد."

کارش ناس س لامت روان باید به بیمار اجازه دهد و در هنگام گفتن داس تانش، س کوت کند . کارش ناس س لامت روان نباید س خنان بیمار را قطع کند حتی اگر بعض ی مس ائل مهم او بدون پاس ه مانده باش د، و دربارهی مسائل مهم خیلی زیاد صحبت نکرده باشد. درصورت نیاز میتوان بعدا به این مسائل پرداخت. تنهاسوالتی که می توان طی داستان بیمار از او پرسید، پرسیدن سوالت روشنکننده است. البته این امر تنهاباید زمانی صببورت گیرد که به فهم شببرایط بیمار کمک کند. توجه: مصبباحبه ی روایتی جایی برای تعبیر و برداشتهای کارشناس سلامت روان باهوش نیست!

باید به بیمار اجازه داد آزادانه صحبت کند. حتی اگر دا ستان از جایی شروع شود که بهظاهر ربطی به بحرانخودک شی ندارد، چراکه بیمار، خود متخ صص دا ستان خودش ا ست. تنها زمانیکه بیمار سخنانش را تمام کرد، کار شناس سلامت روان میتواند برای فهم و ک سش اطلاعات بی شتر سوالتی بپر سد. برای این کار، خیلی مهماست که همیشه از سوالت باز پاسه استفاده کنیم- یعنی سوالتی که نمی توان با بله یا خیر به آنها پاسه داد .

کارشناسان سلامت روان باید از پرسیدن سوالتی که با چرا شروع می شوند، پرهیز کنند، چرا که این سوالت فرد را به ادامه دادن داستانش سوق نمی دهد. در واقع فرد با پاسه کوتاه بدون هیچ شرم و بسطی به سوال پاسهمیدهد.

**نمونههایی از سوالات بازپاسخ:**

* میتونی دربارهاش بیشتر توضیح بدی؟
* برای اینکه بفهمم، بگو منظورت چیه؟ آیا میتونی با جزئیات بیشتری توضیحش بدی؟
* میتونی به من بگی چطور ایده ی خودکشی به ذهنت خطور کرد؟

بهدست آوردن اطلاعات جزئیتر و بیشتر از بحران های خودکشی قبلی فرد بسیار مهم است. چراکه بدینطریق میتوانیم علائم ه شدار فردی را بد ست آوریم، راهبردهای ایمن را شنا سایی و فراهم سازیم. بنابراینکسش جزئیات بیشتر از خودکشیهای قبلی اهمیت بالیی دارد.

* میتونی با دقت و جزئیات بیشتری بگی چه اتفاقی افتاد؟
* ت صور کن که صحنه م صرف قرصها را مثل یک فیلم آهسته تماشا میکنیم. چطور شد قرص های زیادی را یکباره مصرف کردی؟

در انتهای جلس ه در مواردی که داس تانگویی بیمار به اتمام رس ید ، کارش ناس س لامت روان میتواند اطلاعات را کامل کند. درص ورت نیاز، میتوان در جلس ه دوم اطلاعات بیش تری را در زمان پخش فیلم یا صوت به دست آورد .بیمارانی که تمایل دارند از این شاخه به آن شاخه بپرند خیلی کم هستند. با این حالمیتوانید به صحبت های این افراد ساختار دهید. وقتی کار شناس سلامت روان متوجه شد بیمار وقت راتلف میکند:

* میتونم صحبتهات رو قطع کنم؟
* زمان را نگاه کن. بهتر است درباره ی آن زمانی صحبت کنی که به این فکر افتا دی که خودکشی تنها راه حل ممکنه.

در بخش 3-9 "مشببکلاتی که ممکن اسببت در اجرای مداخله کوتاه مدت روانشببناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی اتفاق بیافتد" را ببینید .

|  |
| --- |
| **شروع مصاحبهی روایتی:**    **کارشناس سلامت روان :** خانم الف، من مایلم داستان اقدام به خودکشیت را با زبان خودت تعریف کنی .    **بیمار:** از کجا باید شروع کنم؟ درواقع مشکلات من از مدرسه شروع شد. وقتی اولین بحرانم را گذراندم. در آن زمان نمیدانستمچه کار باید بکنم. با خودم چکار باید میکردم؟ این مشکل برای من خیلی سنگین و دشوار بود. من خیلی از آینده میترسیدم .  دوستی داشتم که در این مشکلات به من کمک میکرد و من توانستم بدون اینکه به خودم آسیش بزنم بر آن ها غلبه کنم. بعداز آن، سالها احساس خوبی داشتم تا 2 سال پیش وقتی دوست پسرم ناگهان من را ترک کرد. در آن زمان اولین بار اقدام بهخودکشی کردم. در فصل پاییز شروع شد. به نظرم همه چیز آن موقع خراب شد. شاید حال مضحک به نظر برسد اما در آن زمانخیلی از نظر من مشکل سنگین و غیرقابل تحملی بود. اول اینکه دوست پسرم من رو ترک کرد. اون اتفاق واقعا اذیتکننده بودو به من آسیش زد، چون فکر میکردم که او با همه فرق دارد تنها کسیه که دارم. بعد از اون اتفاق بهخاطر عمل زانو میبایست3 هفته در بیمارستان بستری میشدم. من احساس کردم همه چیزم رو دارم از دست میدم. و نمیتونستم کاری کنم که جلویاین اتفاق گرفته بشه. برای همین احساس کردم دارم نابود میشم .من خیلی میترسیدم. کاملا کنترلم را از دست داده بودم .  روحم ضربه خورده بود. و من بدتر و بدتر میشدم. اما بعد، حدود 4 هفته پیش این مرد دوباره با من رابطه برقرار کرد. دوستمبه من هشدار داد. اما من میخواستم او را ببینم. احساسی که قبلا به او داشتم در من زنده شد تا اینکه فهمیدم با زن دیگریقرار گذاشته. ناگهان درد قدیمی دوباره سربرآورد. و احساس کردم با من مثل آشغال رفتار شده تا یک آدم. تنها راه حلی کهداشتم این بود که به همهی اینها پایان بدم. من خیلی روش فکر کردم. چهارشنبه پیش من به سه داروخانه رفتم و تاجایی کهمیتونستم داروی مسکن تهیه کردم. |

**پایان دادن به جلسهی اول:**

در اواخر جلس ه اول کارش ناس س لامت روان باید داس تان بیمار را فهمیده باش د و آن را تایید کند. و در صورت امکان به آ سیشپذیری فرد که در طی جل سه شنا سایی شده ا شاره کند. برای مثال کار شناسسلامت روان میتواند بگوید:

* تو اطلاعات خوبی دربارهی آنچه باعث شده دست به خودکشی بزنی به من دادی و داستان رو خیلیخوب برای من تعریف کردی. من فکر میکنم فهمیدم که در زندگیت فقدانها و شکستهای زیادی رو تجربه کردی. در جلسه آینده داستان شما رو تماشا میکنیم و دربارهاش فکر میکنیم.

قبل از اتمام جلسه اول توصیه میشود حتما خطر خودکشی ارزیابی شود. بهتر است این امر با همکاری بیمار صورت بگیرد. خطر خودکشی را می توان با استفاده از فرم وضعیت خودکشیSSF-III  ارزیابی کرد .ارزیابی خطر بهعنوان مس لولیتپذیری حرفهای کارش ناس س لامت روان مداخله کوتاه مدت روانش ناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی در زمان روبه رو شدن با بیمار خودکشی گرا بسیار مهم است. این ارزیابیبهعنوان بازخوردی برای کارشناس سلامت روان نیز بسیار مهم است. کار دوم جلسات مداخله کوتاه مدت روانشناختی برا ی فرد اقدام کننده به خودکشی این است که در طی کار با بیمار، ارزیابی کارشناس سلامت روان از میزان گرایش بیمار به خودکشی، منبع اصلی اطلاعات برای درمان و مدیریت بالینی است.

فرم وضعیت خودکشیSSF-III  با توصیف مختصری به بیمار معرفی میشود و کارشناس سلامت روان میتواند بعد از تمرکز در داسب تان بیمار، با سب والت مشب خص متمرکزی از بیمار درباره جنبههای مختلف خودک شی سوال کند، تا ت صویر دقیقی از خطر خودک شی بهد ست آورد. تجربه ن شان می دهد اکثر بیماران بهرغم درگیری عاطفی شان م صاحبه روایتی را آرامش بخش تو صیف می کنند . درمواردی که بیمار بهلحاظ هیجانی بیثبات است، ممکن است لزم باشد، با آنها همراهی کنیم و یا از دوست یا یکی از اعضای خانوادهبخواهیم او را همراهی کند. بس تری کردن بیمار بهعلت خطر بالی خودکش ی بهندرت ض رورت مییابد. این کار را باید با همکاری خود بیمار یا کار شناس سلامت روان م سلول و متخ صص سلامت م سلول درمانبالینی انجام داد. ما توصیه می کنیم که پا از جلسه اول، کارشناس سلامت روان اولین پیشنویا خلاصهجل سه را بنوی سد جدول فرمول بندی مورد و پیشزمینهی بحران خودک شی را در بخش 3-6-1- ببینیدس این کار به ما کمک میکند تا جنبهها و سوالت بی جواب در جل سه دوم، شرم داده شود. همچنین توجه برپیامدهای خاص مصاحبه ضبط شده مفید خواهد بود.

|  |
| --- |
| **فرم وضعیت خودکشی) SSF-III(** |
| فرم وضعیت خودکشی ابزار ارزیابی بالینی مهمی است که در ارزیابی و درمان همکارانهی خودکشی دیوید ای جابز مورد استفاده قرار گرفته است.CAMS مجموعه ای از دستورالعملهایی است که برای ارزیابی، درمان و پیگیری خطر خودکشی بهلحاظ بالینی طراحی شده است .این فرم بر اهمیت و اولویت اتحاد درمانی بهعنوان ابزار درمانی ضروری برای ارزیابی خودکشی فرد و مراقبت بالینی موردنیاز بنا شده و در محیطهای بالینی متنوعی مورد ارزیابی و بررسی قرارگرفته است. عنصر اصلی، درگیری بالینی اولیه است. با تاکید بر ارزیابی همکارانهی خطر خودکشی بیمار ،SSF ابزار کمی است که بر دیدن خطر خودکشی در چشمان بیمار تاکید میکند. این یک ابزار هفت صفحهای است که ابزار ارزیابی اولیه و ثبت خطر خودکشی بهعلاوهی درمان و پیگیری خطر خودکشی را فراهم میسازد.  در مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی، مولفان این برنامه درمانی از صفحهی اول بهعنوان ابزار ارزیابی استفاده میکنند. این ابزار در پایان جلسهی اول مورداستفاده قرار میگیرد. قبل از استفاده شرم مختصری از آن به بیمار داده می شود. و اهمیت ارزیابی ساختاریافتهتر رنج عاطفی و تلاش به اقدام به خودکشی توصیف می شود. در این قالش صندلیها درکنار هم چیده میشوند. خود بیمار این فرم را تکمیل میکند، کارشناس سلامت روان به بیمار کمک میکند و بهعنوان مربی، همراه و همکار عمل میکند. این روند 15 تا 20 دقیقه طول میکشد. برای مقایسه بحران خودکشی در حال حاضر با بحران خودکشی اخیر، مصاحبهکننده میتواند از بیمار بخواهد یکبار 6 آیتم اول SSF-III را با یادآوری دقیق اقدام به خودکشی اخیر تکمیل کند و یک بار دیگر 6 آیتم اول را برای شرایط اینجا و اکنون تکمیل کند. بخشهای SSF-III شامل 6 آیتم است که دارای درجهبندی لیکرت 5 - 1س است. این درجهبندی برپایهی کار ادوارد اشنایدمن در سال 1987 و آرون بک و همکاران در سال 1979 ساخته شدهاست. این مقیاس بر جنبههای اصلی خطر خودکشی تمرکز میکند: رنج روانی، استرس، بیقراری، ناامیدی، تنفر از خود، و رتبهبندی خطر خودکشی. پا از این بخش، دلیل زندگی1 RFLس درمقابل دلیل مرگ2 RFDس آمده است. این بخش براساس مصاحبهی دلیل زندگی کردن و زنده ماندن لینهان بنا شده است. در این بخش درمورد شک و تردیدهای درونی نسبت به تلاش به اقدام به خودکشی بحث میشود. این بخش پا از ارزیابی میل به زنده ماندن درمقابل میل به مرگ و پاسه «تنها دلیل» SSF آمده است. تنها چیزی که باعث میشود میل به خودکشی نداشته باشمس .توصیه میشود زمانیکه از SSF استفاده میشود، کارشناس سلامت روان به راهنمای CAMS رجوع کند جابز، 2006س.  برای ارزیابی خطر خودکشی، برای 6 آیتم ابتدایی حداکثر نمرهی لیکرت 5س در بیشتر آیتمها نشاندهندهی خطر خودکشی قریشالوقوع است؛ در پاسههای RFL/RFD کارشناس سلامت روان بهدنبال عوامل خطر بهعلاوهی عوامل حمایتکننده خواهد بود مثل فرزندان، خانواده و ...س .در بخش میل به زنده ماندن دربرابر میل به مردن، بیمار باید تصمیم بگیرد کدام بخش بیشترین نمره را میگیرد. درحالیکه ، پاسه به بخش تنها دلیل به کارشناس سلامت روان میگوید در طرم درمانی باید بر چه چیزی تمرکز کرد. |

1. Reasons for Living
2. Reasons for Dying

**جلسهی دوم: مرور مصاحبه روایتی جلسه اول**

**مقدمه:**

معمول ، جلسه دوم را باید یک هفته بعد از جلسه اول تشکیل داد. هدف این جلسه این است که کارشناس سلامت روان و بیمار با همکاری هم به فرایند خودکشی که در جلسهی اول توسط بیمار روایت شده بود ازمنظر بیرونی نگاه کنند. بیمار این کار را از جایگاه مشببباهدهکننده انجام میدهد و اطلاعات بیشبببتری ارائهمیکند و همکاری بیشببتری دارد. در مرور جلسببه گذشببته، کارشببناس سببلامت روان و بیمار روی فرایند خودکشببی کار میکنند، فرایند خودکشببی را مرحلهبهمرحله تحلیل میکنند و مسببائل مهم زندگی را که با بحران خودک شی در ارتباط ه ستند شنا سایی می کنند. نتیجهی این جل سه، باز سازی شناختی و هیجانیداستان و زمینهسازی در جهت طرمریزی ایمن است .

|  |
| --- |
| **مرور مصاحبه روایتی جلسه اول** |
| تکنیک پخش مواجهه با خود توسط چندین مولف معرفی شده است. والس و همکاران در سال 2002، با بیمارانی که خودکشی کردهبودند، مصاحبه کرده و از جلسات آن ها فیلم تهیه کردند. پا از آن فیلم مکالمات را برای بیماران پخش کردند و از بیماران خواستند افکار، احساسات و احساسات بدنی یا هر نظری را که موقع پخش فیلم داشتند، گزارش کنند. پا از تماشای دو دقیقه از فیلم مصاحبه روایتی متوقف میشد و از بیماران خواستهمیشد تا گزارش کنند. توقف فیلم یا صوت زمانی صورت میگرفت که بتوان به تعابیر معناداری دست یافت .این تکنیک با هدف بازیابی و بینش نسبت به مکانیسمهای عاطفی و هیجانی مرتبط با رفتار خودکشی در فرد استفاده می شود. در اینجا نمونهای از نوشتهی فرد پا از مرور مصاحبه روایتی آورده شده است:    **دکتر عزیز،**  **از وقتی شما را دیدم احساس سبکی میکنم .اگرچه طی هفتهی گذشته حالاتی شبیه به شروع افکار خودکشی را دوباره تجربه کردم. ولی نسبت به سه هفتهی پیش یعنی پس از اقدام به خودکشیام احساس بهتری دارم. از آن موقع به بعد با دوستانم بیشتر صحبت میکنم و مکررا تلاش میکردم تا توضیح بدهم چه اتفاقی افتاد. احساس میکنم مصاحبه، و بالاتر از همه مرور مصاحبه روایتی مصاحبه باهم برای من لطف زیادی داشت. امروز، برای من خیلی واضح است که اقدام به خودکشی و افکار خودکشی چه هستند.** |
| به لحاظ نظری، تکنیک مرور مصاحبه روایتی، یک کار مشترک بین بیمار و کارشناس سلامت روان است که دارای هدف مشترک نیز هست: پیبردن به بحران خودکشی بهگونهای که بتوان اقدامات پیشگیرانهای را در فرد پرورش داد. در مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی، مرور مصاحبه روایتی امکان غرقه سازی مجدد کنترل شده در وضعیت خودکشی را به فرد میدهد، بدون اینکه فرد به آن حالت گرفتار شود. هدف اصلی، تحلیل و بازسازی روایت و وارد ساختن جایگاه درونی و بیرونی در محیطی امن و حمایتکننده است. این کار به صورت کنارهم نشستن و مشاهدهی مصاحبهی ضبطشده با همکاری کارشناس سلامت روان صورت میگیرد. در اینجا کارشناس سلامت روان و بیمار با هم همکاری میکنند تا آسیشپذیریهای مرتبط با بحران خودکشی را شناسایی کنند. بنابراین مرور مصاحبه روایتی بخش مهم فرایند درمانی در زمینهی بازسازی شناختی و ترکیش هیجانی بحران خودکشی اخیر است.    در مدل پردازش دوگانه میتوان پخش فیلم یا صوت را بهعنوان شرایطی درنظر گرفت که در آن مصاحبهکننده کنار بیمار مینشیند و روایت را مشاهده میکند. روایت نشاندهندهی سیستم پردازش اولیه است، به این معنی که حالت خودکشی بهصورت خودکار و مستقیم، بدون آگاهی و خیلی سریع عمل میکند – درحالیکه در همان لحظه، فرایند پردازش ثانویه که با تجربهی آگاهانهی اضطراب، انتخاب و تمرکز مرتبط است را فعال میکند. هدف نهایی در این مدل، درمان برنامه نویسی سیستم پردازش اولیه با درگیر کردن فرایند سیستم ثانویه و تجهیز کردن توجه وقتی الگوی خاصی شناسایی شد، میباشد کاهنمان[[1]](#footnote-1)، 2011س. |

**ساختار جلسه دوم:**

در ابتدا، باید از بیماران خواست هر نظری راکه درباره ی جلسه اول داشتند مطرم کنند. خیلی مهم استبدانیم آنها پا از مصاحبه ی روایتی چه احساسی داشتند و چگونه بعد از جلسه با فعالسازی مجدد حالتخودکشببی مقابله کردند. در موارد نادری، بیماران هنوز بهلحاظ هیجانی در بیثباتی بهسببر میبرند و ممکن است مواجهه با مصاحبهی ضبط شده برای آنها مسللهی سخت و دشواری باشد. در این موارد، مزایا و معایشاین کار باید با بیمار مورد بحث قرار گیرد و شاید لزم باشد جلسه دوم بدون پخش فیلم یا صوت اداره شود.

میتوان از بیماران خواست با عمق بیشتری دربارهی احساسات و افکارشان صحبت کنند و کارشناس سلامت روان با گفتن نظرات و عقایدش مشارکت کرده و بیماران را با سوالتی که میپرسد راهنمایی کند .

برای مثال کارش ناس س لامت روان میتواند بگوید: "پیش از جلس ه آینده، میخواهم جزوهای را به ش ما بدهم که شبببامل دیدگاههایی درباره گرایش به خودکشبببی اسبببت. این اطلاعات میتوانند بینش جدید وتوضیحاتی رادرباره این که چگونه ممکن است کسی دست به خودکشی بزند ، در اختیار شما بگذارد. بعضی

از این نظرات، ممکن است بر اساس تجربهای که داشتهاید، برای شما آشنا و قابل درک باشد و برعکا برخی دیگر عجیش و گمراه کننده به نظر برس ند. خواهش میکنم به س والتی که در متن آمده جواب بدهید و اگر نظری دارید، آن را یادداشت کنید. ما جلسه بعدی را با مرور این جزوه شروع میکنیم. آیا سوالی دارید؟" درجلسهی دوم باید اهداف زیر را در نظر داشت:

1. دستیابی به فهم بهتر از آسیشپذیری بیمار، که معمول در بافت زندگی فرد دیده میشود.
2. بررسی رفتار خودکشی با جزئیات بیشتر درصورتی که در جلسهی اول انجام نشده باشدس
3. اخذ اطلاعات اولیه دربارهی راهبردهای ایمن خود بیمار که ممکن است از بحران هیجانی قبلی بیمارپدیدار شده باشد.

جل سه با این مقدمه آغاز می شود :"امروز میخواهیم فیلم یا صوت ی رو که در آن دا ستان خودک شیت روتعریف کردی با هم ببینیم. اگر میخوای چیزی بگی یا اطلاعات بیشببتر یا جزئیاتی رو اضببافه کنی. می تونی فیلم یا صبوت رو هر وقت که خواسبتی متوقف کنی یا اگر احسباس کردم میخوام جزئیات بیشبتری در یکمورد خاص بدونم فیلم یا صوت رو نگه میدارم. همچنین مایل بدونم وقتی دا ستان خودت را می شنوی چهنظریداری و وقتی آن رو نگاه میکنی چه هیجان و فکری بهت دسبببت میده؟ هر وقت احسببباس کردینمیتونی تحمل کنی به من بگو تا متوقفش کنم."

پا از آن کارش ناس س لامت روان فیلم یا ص وت را پخش میکند، کنار بیمار مینش یند و به این طریق ن شان می دهد که این یک اقدام م شترک ا ست. بدلیل زمان محدود و برای اینکه تنها دربارهی چیزهایی که مهم و مورد نیاز است صحبت شود لزم است کارشناس سلامت روان قبل از شروع جلسه بخشهای مربوط را انتخاب کند.

|  |
| --- |
| **شرح مختصر بالینی پخش فیلم یا صوت:**    **روانشناس:** "تو الن به من گفتی که احساس کردی جلسه ای که هفته پیش با هم داشتیم تاثیر مثبتی روی تو داشته ،وقت کافی داشتی تا داستانت رو با کلمات خودت تعریف کنی. امروز ما میخواهیم که با همدیگر فیلم یا صوت جلسه قبل را تماشا کنیم. ریموت کنترل هم هست. هر دو میتونیم از این ریموت استفاده کنیم. اگر چیزی هست که بخوای به داستانت اضافه کنی یا اگر نکته ی مهمی بود که باید بگی فیلم یا صوت رو نگه دار. درغیر این صورت بعد از یه مدت من فیلم یا صوت و نگه میدارم بتونیم دربارهی بعضی جزئیات داستانت با هم صحبت کنیم. لطفا هر وقت احساس کردی تحملش سخته یا احساس کردی تحت فشاری به من بگو. سوالی داری؟ اگرنه که فیلم یا صوت رو پخش کنم ."    بعد از سه دقیقه، بیمار کنترل رو برداشت و فیلم یا صوت را قطع کردس.    **بیمار:** "در اون زمان من فقط جنبههای منفی رو میدیدم. من نمیتونستم به چیزای دیگه نگاه کنم. و نمیخواستم بقیه رو  ناراحت کنم. وقتی با مشکلی روبهرو میشم عادتمه اینطوری باهاش برخورد کنم. حدس میزنم این رفتار من مربوط به دوران کودکیم هست. در اون زمان پدر و مادرم وقت زیادی برای من نداشتند و من یاد گرفتم که در زندگی فقط میتونم به خودم تکیه کنم. ...." |

روانشناس بیمار را تشویق میکند اطلاعاتی اضافه کند تا هیجانات و افکارش را ابراز کند، به علاوه از بیمار میپرسببد از اینکه الن دارد داسببتانش را می شببنود و میبیند چه حسببی دارد؟ با همکاری نزدیک با بیمار، کارشناس سلامت روان کاوش میکند و تلاش میکند تا الگوی بیمار ر ا که منجر به بحران خودکشی شده،شببناسببایی کند. از بیمار خواسببته می شببود تا خودش را مجددا در آن موقعیت قرار بدهد: "چه احسبباسببی دا شتی؟ "، "چه افکاری دا شتی؟ " در طی جل سه ، کار شناس سلامت روان به علائم ه شداردهنده ی فردی و فعالیتهای جایگزین بیمار اشبباره میکند:." اگر دوباره در همچین موقعیتی قرار بگیری،کاری هسببت انجام بدی؟ " همه ی بیماران در این مرحله نمیتوانند به بعضبببی فعالیتهای جایگزینی که میتوانند انجام دهند ،اشاره کنند.

با بیمارانی که به پخش فیلم یا صبببوت جواب نمیدهند چه باید کرد؟ برخی بیماران منفعل میمانند و میگویند که مرور فیلم یا ص وت مص احبه معنایی برایش ان ندارد. این کار میتواند بهعنوان اجتناب بیمار از هیجانات شدید تفسیر شود. اگرچه در درمان مختصر مانند مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدامکننده به خودکشی، به نظر نمیرسد مواجه کردن بیماران با این تفاسیر مفید باشد. در واقع پیشنهاد میشود برای اینکه بیمار را به هیجانات و افکار مش کلآفرین نزدیک کنیم، از یک مس یر انحرافی اس تفاده کنیم. در اینجا راهبردی که به ما کمک خواهد کرد، پرسیدن سوالت دایره ای است. برای مثال کارشناس سلامت روان میتواند این سوالت را بپرسد:

"تصور کن دوست نزدیکت داره این داستان را تعریف میکند، چه احساسی داری؟ بهش چی میگی؟ فکر میکنی چی بهش کمک میکنه؟ در ذهنت چی میگذره؟" بخش 3-9 مسببائلی که در اجرای مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی اتفاق میافتد را ببینید .

**تکالیف منزل:**

در پایان جلسب ه دوم، کارشب ناس سب لامت روان به بیمار تکالیف منزل میدهد. بسب یاری از افراد رفتار خودک شی شان را به عنوان چیزی که نمیتوانند درکش کنند یا تو ضیح دهند تجربه می کنند .«من نمیدونم چطور اتفاق افتاد» این بیماران اغلش میگویند که آنها میترس ند که این اتفاق دوباره برایش ان تکرار ش ود.

کار شناس سلامت روان شرم می دهد که جزوهی نو شته شده دربردارنده ی متن خلا صه ای از آنچه دربارهی خودکشی می دانیم است . کارشناس سلامت روان به بخشهای مختلفی اشاره می کند. مانند رنج روانی، نقش تجارب اولیهی زندگی، اف سردگی و کمک خوا ستن. از بیماران خوا سته می شود به دقت این متن را در خانهمطالعه کنند، نظراتشان را در فضای خالی بنویسند. و آن را برای جلسه بعد با خود به همراه بیاورند .

ممکن اس ت عنوان متن تا حدی تحریککننده باش د. و بعض ی بیماران به آن اعترا کنند و بگویند که خودکش ی آنها عملی برنامهریزی ش ده بود که خوب روی آن فکر ش ده بود. هدف این جزوه این نیس ت که مدل ارائه شببده در متن را به بیمار ثابت کنند. بلکه هدف این اسببت که افکار بیمار درباره ی مکانیسببمهای بوجودآورندهی خودکشی را برانگیزانند و با کارشناس سلامت روان مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرداقدام کننده به خودکشی ، به یک مدل بیماری مشترک برسند .اهداف اصلی تکالیف روانی آموزشی در منزل عبارتند از:

* یافتن مدل تشریحی مشترک، که میتواند بهعنوان پایهای برای برنامهریزی سالم و مفید بهکار رود .
* سرعت بخشیدن به اتحاد درمانی از طریق مکالماتی که بین بیمار و کارشناس سلامت روان صو رت میگیرد. کارشناس سلامت روان باید دیدگاه بازی نسبت به نظرات بیمار داشته باشد.

بیماران اغلش گزارش میکنند که این متنها نه تنها به آنها بلکه به بسبببتگانشبببان نیز کمک کرده درکبهتری از رفتار خودک شی بد ست آورند. بهعلاوه این متن منجر به برانگیختن گفتگوهای بهتری نیز می شود .

این بخش تغییراتی را در کارکرد مغز در بحرانهای شدید عاطفی و ظرفیت پایین حل م سلله ایجاد میکند و اح ساس شرمندگی و خود سرزن شی را کاهش میدهد. بیمارانی که دورهی حاد بحران خودک شی را تجربه میکنند نیز حالتی شبیه به خلسه دارند، اغلش بخش مربوط به حالت تجزیه را مفید و سودمند میدانند .

**پایان دادن به جلسه دوم:**

روانشناس با پرسیدن مجدد درباره ی احساسی که هماکنون دارد و اینکه چه افکار خودکشی در ذهن داردو اینکه آیا بهحدکافی احساس خوبی دارد که بتواند به جامعه یا خانه گردد به جلسه پایان می دهد. درصور ت لزوم، باید انتقال ایمن برقرارش ود و با کارش ناس س لامت روان مس لول تماس حاص ل ش ود. در مواقعی که کارشناس سلامت روان دربارهی خودکشی بیمار به قطعیت نرسیده است پیشنهاد میشود به مدت 15 تا 20 دقیقه کارشناس سلامت روان و بیمار با یکدیگر بنشینند و فرم وضعیت خودکشی را تکمیل کنند. بسیاری ازبیماران میگویند که طی پخش فیلم یا ص وت حالت خودکش ی را تجربه میکنند. بس یاری از افراد گزارش میکنند که بررسببی کردن بحران خودکشببی با جزئیات بیشببتر و پی بردن به مکانیسببم زیربنایی منجر به خودک شی، تجربه ی مثبتی برای شان بوده ا ست. پا از جل سه، کار شناس سلامت روان خلا صه ی مکتوبی از جلسبببه با داده های جدید بدسبببتآمده را تکمیل میکند. جدول فرمولبندی بیمار و پیشزمینه ی بحران خودکشی را ببینیدس .

**جلسه سوم: فرمولبندی الگوهای منجر به بحران خودکشی:**

**مقدمه:**

هدف اص لی جلس هی س وم تکمیل فرمولبندی فرایندها و الگوهای فردی درگیر در ایجاد و رش د بحران خودکشی بیمار و نیز تکمیل فهرست راهبردهای ایمن برای پیشگیری از بروز رفتار خودکشی در آینده است.

پیش نهاد میش ود که بخش اول متن، پا از جلس هی اول و دوم و با اس تفاده از اطلاعات بهدس تآمده از مصاحبه ی روایتی و کاوش عمیقتر و بیشتر فیلم یا صوت مصاحبه نوشته شود. این بخش، با همکاری بیمارتجدیدنظر میشود. اسنادی که کارشناس سلامت روان در جلسه سوم با خود به همراه میآورد عبارتند از:

1– فرمولبندی موردی از پیشزمینه ی بحران خودکشبببی با تاکید بر حسببباسبببیتهای فردی و حوادثبرانگیزانن ده .2– پیشنویا اه داف می انم دت و طولنیم دت مفی د و اثربخش .3- پیشنویا علائم هشداردهنده فردی که موجش بروز اقدام به خودکشی میشود .4– پیشنویا راهبردهای ایمن فرد .

|  |
| --- |
| **فرمولبندی موردی: پیشزمینهی بحران خودکشی** |
| فرمولبندی موردی خلاصهی مکتوبی است که بازگوکنندهی شرم مختصری از آنچه بیمار گفته است میشود. فرمولبندی درنظر دارد منطق بحران خودکشی بیمار را برپایهی مسائل مربوط به دوران زندگی مرتبط با بحران خودکشی، انتقال دهد .فرمولبندی باید حساسیتها و آسیشپذیریهای فردی که در آینده ممکن است مجددا علت بحران خودکشی باشد را بیان کند. حوادث و اتفاقات برانگیزانندهی خاص مرتبط با آسیشپذیری بیمار جهت فعالسازی حالت خودکشی بهویژه وقتی اقدام به خودکشی قبلی، الگوی پاسه رفتاری محتملی باقیگذاشته، مورد نیاز خواهد بود. برای مثال، حساسیت بال به طرد میتواند مکررا با شناختها و افکار منفی دربارهی خود مرتبط باشد. مشکلات ارتباطی حاد میتواند عامل برانگیزانندهی بحران خودکشی باشد. براساس اصطلاحات نظری، وقتی مسائل مهم زندگی بهشدت مورد تهدید قرار میگیرند، خودکشی را میتوان بهعنوان راهحلی درنظر گرفت بخش 4-3-2- مدلهای روانشناختی را ببینیدس. مسائل زیستنامهای مرتبط – در مثال بال میتواند نیاز به امنیت در روابط نزدیک باشد. تجارب منفی و نامطلوب مرتبط با احتیاجات عاطفی فرد، طرحوارههای شناختی معمول را برمیانگیزاند من بیارزشم، من دوستداشتنی نیستم، من باری روی دوش دیگرانم، هیچ چیزی تغییر نمیکندس ،اغلش گام آخر اقدام به خودکشی را نمایان میکند. بخش 2-3-4- مورد توجه قراردادن مدل شناختی رفتاری خودکشی را ببینیدس. کارشناس سلامت روان در دو جلسهی قبل به بخش عمده اطلاعات مربوط به فرمولبندی موردی دستیافته است مصاحبهی روایتی و پخش فیلم یا صوتس. |

در زمان نوشتن فرمولبندی موردی کارشناس سلامت روان را میتوان با سوالت زیر راهنمایی کرد:

* چه حوادث بیرونی یا تجارب درونی اقدام به خودکشی حاضر را برانگیخته است؟
* چه حوادثی در گذشته با آسیشپذیری بیمار در ارتباط هستند؟
* چه عواملی در ایجاد و بروز رفتار خودکشی نقش واسطه دارد؟ اطرافیان، اختلال روانپزشکی، سوءمصرفمواد، تردید و دودلی و ...س

بیمار چه چیزی را باید تجربه کند یا چه اتفاقی باید برای او بیافتد که منجر به اقدام به خودکشی در آینده شود. م سائل مربوط به زندگی و آ سیشپذیریهای فردی که در بال به آن ا شاره شد نکتهی کلیدی و مهمی اس ت. میتوان آنها را مرکز توجه رواندرمانی طولنیمدت قرارداد که اغلش توس ط کارش ناس س لامت روان مداخله کوتاه مدت روانشب ناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشب ی توصب یه میشب ود. اقدامات مفید در طولنیمدت در بخش 3-6-2- را ببینید. همچنین بخش 3-9 مسبببائلی که در اجرای مداخله کوتاه مدتروانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی اتفاق خواهد افتاد را ببینیدس .

|  |
| --- |
| **شرح مختصر بالینی**  **آسیبپذیری و حوادث برانگیزاننده:**    بیمار: چندماه اخیر خیلی به من سخت گذشت. دوست پسرم من رو تنها گذاشت. این غیرقابل تحمل بود. یک روز اومدم خونه و دیدم رفته. همهی وسایلش رو برداشته بود و حتی یه پیغامم برام نذاشته بود. چندبار سعی کردم باهاش تماس بگیرم ولی اون جواب تلفنم رو نداد. دیگه سرکار نرفتم و خونه موندم. میلی به خوردن و حمام کردن نداشتم. کسی هم از محل کارم با من تماس نگرفت. من احساس تنهایی میکردم. تصمیم گرفتم تاکسی بگیرم . به آپارتمانش سر بزنم. خونهاش نبود. کلید خونش رو داشتم وارد منزلش شدم و دیدم هرچی مربوط به من بود و دور انداخته بود. این کارش باعث شد فکر خودکشی در من بوجود بیاد. حالت ذهنی عجیبی داشتم. شبیه زامبیا شده بودم. میدونستم مسکنهاش و کجا نگه میداره .2 بسته مسکن پیدا کردم. تو هر بسته 20 تا قرص بود. همهی قرصها رو خوردم و محل رو ترک کردم. میخواسم بمیرم. فکری که تو سرم بود این بود: هیچ فایدهای نداره. دیگه هیچی خوب نمیشه. من این حا تنها شدن و اینکه با من مثل آشغال رفتار میشه رو خوب میشناختم. مادرم بارها همچین رفتاری با من داشت. سه سال پیش هم تصمیم گرفته بودم خودم و بکشم. اون موقع اولینبار بود که دست به خودکشی زدم. بعد از اینکه از پنجره پریدم پایین تو بخش روانی بیمارستان بستری شدم. اغلش فکر میکنم که من برای این زندگی ساخته نشدم و اینکه توی این دنیا جایی برای من وجود ندارد. |

**ساختار جلسه سوم:**

**بازبینی تکالیف خانه:**

روانشناس جلسه را با این سوال شروع میکند : "الن چه حسی داری؟ " و اینکه "قبل از این جلسه چهاحساسی داشتی؟"سپا کارشناس سلامت روان تکالیف منزل را با بیمار بازبینی میکند. کارشناس سلامت روان از بیمار بازخورد میگیرد .– برای مثال اگر بیمار احساس کرد که معنا و فایدهای برای او نداشت و یا هر سوالی داشت از کارشناس سلامت روان بپرسد. توصیه میشود روی متن زمان صرف کنند و متن را بخش بهبخش برر سی کنند و روی مواردی که بیمار نو شته کار کنند. خیلی مهم ا ست که کار شناس سلامت روانتلاش کند اهدافش را شناسایی کند و تجارب شخصی بیمار را تایید کند. در مواردی که بیمار نظری نداشتهیا جزوه را با خود نیاورده اسببت، کارشببناس سببلامت روان میتواند با تاکید کردن بر مسببائل مهم و ارائهی ن سخه ی متن به بیمار، او را وارد متن کند. اگر بیمار به پر کردن و انجام دادن تکالیف منزل م شتاق نی ست،نباید خیلی روی آن اصرار کرد .

**فرمولبندی موردی:**

قبل از جل سه ، کار شناس سلامت روان پیشنوی سی از فرمول بندی موردی همراه با فهر ستی از اقداماتمفید طولنی مدت، علائم هشبببداردهنده و راهبردهای ایمن برای بحرانهای خودکشبببی را تهیه میکند.

فرمولبندی موردی را میتوان بهصورت ضمیر اول شخص مفرد یا سوم شخص نوشت. ما معمول ضمیر اول شخص را ترجیح می دهیم. نوشتن خلاصه بهصورت ضمیر اول شخص مفرد روی این مسلله که این داستانخود بیمار ا ست تاکید می کند. این متن را میتوان با همکاری بین کار شناس سلامت روان و بیمار بازبینی ،اصلام و تکمیل کرد.

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **برنامه مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی**    **نام و نام خانوادگی بیمار:**    **تاریخ جلسات مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی:**    خانم / آقای ..................... عزیز:  همانطور که قبلا درمورد آن صحبت کردیم، در اینجا سعی کردم نکات اصلی مطالبی که پیرامون پیشزمینهی بحران خودکشیت گفتی را خلاصه کنم. متن زیر بهصورت اول شخص مفرد نوشته شده چون داستان خود توست .     1. – پیشزمینه یک تا نصف صفحهس   متوجه شدیم که تجربه.... می تواند باعث ایجاد بحران خودکشی حاد شود. برای این که از وقوع مجدد این وضعیت ذهنی مشابه و خطرناک جلوگیری کنیم، لزم است که شما از راهبردهایی که باعث حفظ ایمنی شما میشود آگاهی داشته باشید.     1. – اقداماتی که در پایین به آن اشاره شده برای حفظ سلامت و امنیت من در آینده اهمیت دارد:     اقدامات مفید طولنیمدت:  علایم هشداردهنده:  راهبردهای ایمنی برضد خودکشی:  ابتدایی:  .1  .2  موارد حاد 1.  .2  در تاریه ....................... با همکاری بیمار و کارشناس سلامت روان نوشته شد.    امضای بیمار    امضای کارشناس سلامت روان |       18 |

بیمار و کارش ناس س لامت روان روی ص ندلی کنار یکدیگر مینش ینند. خیلی مهم اس ت که بیمار نقش فعالی در فرایند درمان داش ته باش د. و متن نهایی که نوش ته میش ود مورد پس ند و رض ایت بیمار باش د.

کارشناس سلامت روان هدف این جلسه را با استفاده از جملات زیر بیان میکند:

من سببعی کردم پیشزمینهی بحران خودکشببیت را برطبق آنچه در جلسببه قبل برای من تعریف کردی بهعلاوهی راهبردهای ایمن احتمالی برای آینده رو بنویسب م. امروز میخواهم با همدیگر روی آن کار کنیم تا در نهایت در موردش به توافق برسب یم. من متن را برای تو میخونم، و میخوام که نظرت رو دربارهاش بدی ،چیزهایی را اضافه یا حتی حذف کنی .

|  |
| --- |
| **شرح مختصر بالینی**  نمونههایی از تدوین فرمولبندی موردی توسط روانشناس:    **خانم سی عزیز:**  **همانطور که قبلا گفته شد، سعی کردم شرح مختصری از نکات اصلی مواردی که دربارهی زمینهی بحران خودکشیات گفتی ،را بنویسم. چون این داستان متعلق به تو است آن را بهصورت اول شخص مفرد نوشتم.**    پیشزمینه:  آنچه باعث شد اقدام به خودکشی در من برانگیخته شود مربوط به زمانی بود که فهمیدم رئیسم دیر یا زود متوجه اشتباهی که تو حسابرسی کردم میشه. وضعیت خیلی سختی بود چرا که میدونستم باید با عواقبش روبرو بشم. بعد از آن تلاش کردم به این اتفاق توجهی نکنم و فراموشش کنم. با خواهرم به تعطیلات رفتم. اما میترسیدم. داشتم کارم رو از دست میدادم. و ممکن بود تحویل پلیا داده بشم .  بدتر از همه اینکه احساس شرمندگی میکردم. منی که همیشه مورد اعتماد بودم و حواسم جمع بود مرتکش اشتباه شده بودم.  فکر میکردم حال همه فهمیدن اون چیزی که نشون میدادم نیستم. دروغهام داشت فاش میشد. من راه دیگری جز اینکه به زندگیم پایان بدم نداشتم. چون نمیتونستم تحقیر رو تحمل کنم، نمیتونستم وجهه ام رو از دست بدم. خودکشی بهنظرم تنها راه حل بود. در تاریه  6/4/2014 به سمت مکان متروکهای رفتم و قرصها رو خوردم. خوشبختانه، خیلی زود به این فکر رسیدم که خانوادهام به من نیاز دارند .  فهمیدم میخواستم بهتر از چیزی که هستم بهنظر برسم. وقتی بچه بودم سعی میکردم هرکاری بکنم تا دیگران متوجه ضعف و شکستهای من نشن. من خانهای که دیوارهاش درحال فروریختن بود. همیشه میخواستم خودم را وارد هرکاری بکنم. من آدمی بودم که خودش رو تو هرکاری دخالت میداد و به نیازهای خودش بیتوجه بود. شاید باید این کار رو انجام میدادم تا توسط دیگران پذیرفته بشم . |

بازبینی مشارکتی فرمول بندی موردی را میتوان هم با نوشتن مواردی به صورت دستی در نسخه ی چاپی انجام داد یا بازبینی را مستقیما روی کامپیوتر انجام داد. در این حالت کارشناس سلامت روان و بیمار روبروی صفحه نمایش می نشینند و متن را بازبینی می کنند. پیشنویا فرمولبندی موردی میبایست با صدای بلند و جمله به جمله توسط بیمار یا کارشناس سلامت روان خوانده شود. و کارشناس سلامت روان باید در فواصل زمانی کوتاه، درست بودن فرمول بندی را همراه با بیمار بررسی کرده و در صورت نیاز مواردی را اصلام کردهیا به آن اض افه کند. همینکه بررس ی اولین بخش خلاص هی پیشزمینهی بحران خودکش ی به اتمام رس ید کارشبببناس سبببلامت روان وارد بخش دوم میشبببود. فرمولبندی اقدامات طولنیمدت، اهداف، علائمهشداردهنده ی فردی و راهبردهای ایمن. هر بخش باید شامل 4 تا 6 کلیدواژه باشد. فهرست باید کوتاه باشدتا بتوان آن را بهصورت جملات امیدوارکننده به مراجع داد. جدول جملات امیدوارکننده را ببینیدس.

**اقدامات طولانیمدت مفید:**

اقدامات طولنیمدت شامل اهداف فردی ا ست که غیرم ستقیم با اقدام به خودک شی در ارتباط ه ستند.

بعضی موارد عبارتنداز: روان درمانی فردی، درمان سوءمصرف الکل، درمان افسردگی یا اضطراب، یافتن شغلجدید، و ..... . ممکن است بع ضی از این مسائل در طی 2 جلسه ی اول ظاهر شود . کارشناس سلامت روانباید بیمار را تش ویق کند روی این مس ائل کار کند چراکه آنها با خطر خودکش ی مرتبط هس تند. اگر بیمار تحت م شاوره یا درمان حرفه ای نی ست ، کار شناس سلامت روان ممکن ا ست ا سامی و آدرس کار شنا سانسلامت روان را به بیمار بدهد .

سوالت برانگیزاننده میتواند شامل موارد زیر باشد:

* دیدیم که چطور اتفاقات بوجود آمدند و منجر به خودکشی شدند. چه چیز میتواند در کاهش خطر بحران خودکشی آینده مفید باشد؟
* فکر میکنید درمان روانپزشکی چقدر مهم باشد؟
* دارودرمانی چقدر اهمیت دارد؟
* اهداف درمانی مشاورهی روان درمانی چه باید باشد؟

پاس ههایی که داده میش ود: "من اغلش درگیر مش کلات دیگران بودم. باید یاد بگیرم چگونه به اطرافیانم بفهمانم به کمک و حمایت آنها نیاز دارم. حال فهمیدم که کار خیلی سختی است چون نمیخواهم باری روی دوش دیگران باشم. اگرچه حال میدانم که حق دارم از دیگران کمک بخوام. ولی هنوز باید روش کار کنم".

کلیدواژهها عبارتند از:

* شناسایی محدودیتها
* بالبردن خودآگاهی: "حال چه احساسی دارم؟"، "حال چه چیزی من را اذیت میکند؟"
* یادگیری چگونگی درخواست کمک از دیگران
* پیگیری ویزیت روانروانشناس

|  |
| --- |
| **نمونههایی از اقدامات مفید و مهم برای حفظ ایمنی افراد در آینده:** |
| -اقدامات طولنی مدت سودمند:   * بالبردن خودآگاهی: همین حال چه احساسی دارم؟ * چی چیزی برای من خوب است؟ و چه چیزی خوب نیست؟ * رواندرمانی * تداوم مصرف ضدافسردگیها * بهبود بخشیدن به وضعیت خانه   - علائم هشداردهنده:   * بیاشتهایی * اختلال خواب * انزوا، صحبت نکردن * گفتگوهای درونی منفی * سوءمصرف مواد   -راهبردهای ایمنی مقابله با خودکشی:   * دویدن * انجام کار لذت بخش * دیدن دوستان، والدین، خواهر و برادر   -موارد اورژانا:   * صحبت کردن با کارشناس سلامت روان شماره تلفن: س * صحبت کردن با پزشک مرکز خدمات جامع سلامت شماره تلفن: س * درخواست کمک از کارشناسان اورژانا اجتماعی 123 * درخواست کمک از اورژانا 115 * مراجعه به اورژانا نزدیک ترین بیمارستان |

**علائم هشداردهنده**

بیماران باید با علائم هشدار دهندهی شخصی پیش از بروز بحران خودکشی آشنایی داشته باشند تا بتوانند موقعیت خطرناک را زودتر تشببخیص و نسبببت به آن واکنش نشببان دهند. این موضببوع، یکی از جنبههای ا سا سی درمداخله کوتاه مدت روان شناختی برای فرد اقدام کننده به خودک شی ا ست، زیرا فر ا صلی ایناست که، پا از اقدام به خودکشی، فرد از خطر خودکشی "رها" نمی شود، اما ما می توانیم آگاهی بیمار را برای مواجهه با موقعیتهای بحرانی آتی افزایش دهیم. علائم هشبببدار دهنده خودکشبببی برای هر فرد کاملاجنبه اختصاصی دارد. این علائم ممکن است مشتمل بر شناخت ها، احساسات بدنی و موقعیتهای خاص با شند. برای شناخت به موقع، در شرایط ا سترسزا، این علائم باید تا حد امکان اخت صا صی و دقیق تعریفشوند .سؤالتی که ممکن است در این زمینه مطرم شوند، عبارتند از:

* علائم هشداردهنده شخصی شما که احتمال وقوع خطر خودکشی را به شما گوشزد میکنند، کدام هستند؟
* در بحران خودکشی اخیر شما، اولین نشانههای بحران چه بودند؟
* اگر در آینده مجددا در همان وضعیت قرار بگیرید، اولین نشانههای خطر چه خواهند بود؟

یک نمونه از پاسههایی که به این سوالت داده شده به شرم زیر است:

"ابتدا، بدن من واکنش نشببان میدهد. من به سببختی میتوانم چیزی بخورم و وضببعیت خوابم بد و بدتر میش ود. س اعتها بیدار میمانم و در طول روز نیز احس اس خس تگی و بیانگیزگی میکنم و باید خودم را مجبور به انجام کارها کنم. سبببپا، افکار مدام به من هجوم میآورند و من الکل بیشبببتری مینوشبببم. فازاف سردگی همی شه به همین ترتیش آغاز می شود . در واقع میدانم که نباید صبر کنم و باید با پز شکم تماسبگیرم. گاهی اوقات، آنقدر شرایط بد می شود که نمی توانم ذهنم را از آن دور نگه دارم و پا از آن، شرایطوخیم و خطرناک میشود. در این لحظات، همه چیز برایم دشوار و غیر قابل تحمل میشود، احساس میکنم که نمیتوانم با شبببرایط کنار بیایم و نمیدانم چگونه باید ادامه دهم. در این شبببرایط، از همه کنارهگیری میکنم."

علائم هشداردهنده در این مثال عبارتند از:

* کاهش اشتها
* مشکل در خوابیدن
* افکار تکرار شونده، نشخوار ذهنی
* مصرف مواد
* افسردگی
* کنارهگیری از جامعه

کارشناس سلامت روان فهرستی از علائم اصلی هشداردهنده را در قالش کلمات کلیدی تهیه میکند که میتوان آن را درکارت تاشو امید[[2]](#footnote-2) کپی کرد به قسمت" کارت تاشو امید" مراجعه کنیدس .

**راهبردهای ایمنی برای بحرانهای خودکشی آتی**

در اینجا، راهبردهای فردی برای کمک به بیمار جهت جلوگیری از پیش رفت بحران خودکش ی – پیش از آنکه که مهارناپذیر شببود- مانند ورود به وضببعیت خودکار شببدن افکار خودکشببی یا حالت خلسببه حالتخودکش ی، تجزیه س-تهیه میش ود . معمول این راهبردها از نوع ش ناختی و رفتاری هس تند و ممکن اس ت شببامل فعالیتهای فیزیکی دویدنس، بازی کردن با حیوان خانگی، انجام کارهای منزل، نواختن سبباز و غیره باشند. راهبرد های شناختی نیز می توانند شامل مواردی از قبیل مطالعه، نوشتن خاطرات، حل جدول کلماتمتقاطع، حل پازل و غیره باشبببند. برخی از بیماران در زمینهی اسبببتفاده از تمرینات ذهنآگاهی آموزشدیدهاند. نکتهی مهم این ا ست که این راهبرد ها باید تا حد امکان اخت صا صی و شخ صی با شند.ب سیاری ازبیمارانی که بحرانهای خودکشب ی قبلی را تجربه کرده اند، دقیقا میدانند که چه اقداماتی در مورد آنها موثر واقع می شود. در این زم ینه، راهبردها با همراهی بیمار تدوین شده ، و بر ح سش اهمیت مرتش می شوند . راهبردهای ایمنی از بیماری تا بیمار دیگر کاملا متفاوتاند. موانع و مشببکلات موجود در مسببیر اسببتفاده عملی از اینراهبردها -برای مثال، در دسببترس بودن فرد مورد نظر برای تماس در صببورت نیازس - باید مورد توجه قرار گیرند. سوالتی که در این زمینه مطرم میشوند، عبارتند از:

* در گذشته، برای جلوگیری از آسیش رساندن به خود از چه تکنیکهایی استفاده کردهاید؟
* مجددا خود را در شرایطی قرار دهید که به خودکشی فکر میکردید. برای متوقف کردن احساسات خوددر آن شرایط و برای به دست آوردن کنترل خود چه کاری میتوانستید انجام دهید؟
* آیا چیزی هست که شخصا بتوانید از آن استفاده کنید؟
* وقتی تمایل به خودکشی در شما شدید میشود، به کجا و به چه افرادی میتوانید مراجعه کنید؟
* این افراد چقدر در دسترس شما هستند؟
* آیا در شش نیز امکان دسترسی به آنها وجود دارد؟
* چقدر به آنها اعتماد دارید؟
* آیا میتوانید به آنها اطلاع دهید که ممکن است در آینده به آنها نیاز داشته باشید؟

**راهبردهای اولیه )شخصی(**

راهبردهای گام اول، اقداماتی هسب تند که بیماران میتوانند خودشبببان به تنهایی انجام دهند. برخی از آنهاعبارتند از: دویدن، پیاده روی، دراز کشیدن، رسیدگی به حیوانات خانگی ، دوش گرفتن، گوش دادن به موسیقیبا صدای بلند، نواختن ساز، حل جدول کلمات متقاطع، تمیز کردن اتاق، پختن یک غذای خاص و غیره.

**راهبردهای مورد استفاده در زمان خطر حاد**

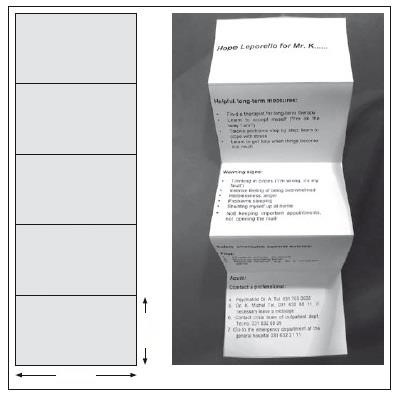
پاراگراف دوم، به راهبردهای ممکن در زمان حاد شدن خطر خودک شی میپردازد که معمول شامل افراددیگر نیز میشود اشخاص یا متخصصانس. برخی از مثالها عبارتند از: تماس با یک دوست یا یکی از اعضایخانواده؛ رفتن به منزل همسایه؛ تماس گرفتن با پزشک عمومی، روانپزشک، کارشناس سلامت روانمداخله کوتاه مدت روانشب ناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشب ی، بخش اورژانا یا بخش بیماران سب رپایی یا خطوط بحران، مراجعه به بخش اورژانا بیمارستان و غیره .

پا از تنظیم موارد فوق، سند مکتوب می تواند نهایی و چاپ شود. بیمار و کارشناس سلامت روان آن را ام ضا می کنند و بدین ترتیش، سند به عنوان یک "قرارداد ر سمی " در نظر گرفته می شود. این قرارداد نقش کارشناس سلامت روان مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی را در بحرانهای آینده- ب سته به میزان در د سترس بودن وی- مد نظر قرار میدهد. در حالت ایدهآل، در صورت بروز بحران،روانشناسمداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی باید همواره در دسترس باشد.

یک نسخه از این قرارداد در اختیار بیماران و نسخههای دیگر در اختیار متخصصان درگیر در فرآیند درمان قرار میگیرد. امکان ارسال کپی قرارداد از طریق پست نیز وجود دارد .

**کارت تاشوی امید**[[3]](#footnote-3)

در این مرحله، اقدامات بلندمدت، علائم هش داردهنده و راهبردهای ایمنی در برگههای تاش وی امید کپی میشببوند به " کارت امید و شببکل 6 مراجعه شببودس. این برگهها، در حالت تاشببده به اندازهی یک کارت اعتباری هستند و فرد میتواند آنها را در کیف پول یا جیش خود نگهداری کند. بدین ترتیش، بیماران در زمان مواجه شدن با شرایط بحرانی، به راهبردهای مختص به خود دسترسی خواهند داشت .



**دیدگاه**

**و**

**اهداف**

**شخصی**

**من**

**راهبردهای**

**ایمنی**

**بحران**

**برای**

**های**

**آینده**

**در**

**خودکشی**

**:**

**اولیه**

**حاد**

**:**

**علایم**

**هشداردهنده**

**مفید**

**اقدامات**

**بلند**

**مدت**

**کارت**

**امید**

**و**

**خانوادگی**

**نام**

**نام**

**5**

**cm**

**8**

**cm**

**شکل 6. نمونه کارت امید**

|  |
| --- |
| **کارت تاشوی)آکاردئونی( امید** |
| کارت تاشوی امید شامل فهرستی از اقدامات بلندمدت، علائم هشداردهنده و راهبردهای مورد استفاده بیمار در صورت بروز بحران خودکشی است. توصیه میشود علاوه بر راهبردهای ایمنی، در قسمت آخر این کارتها، اطلاعاتی درباره اهداف و چشماندازهای زندگی بیمار - که به معنای دلیلی برای ادامه زندگی است- گنجانده شود. استفاده از قالشهای موجود در نرمافزار ورد Wordس با حاشیه مناسش ساده و اندازه قلم بین 8 تا 10 بسته به فضای موجودس مناسش به نظر میرسد به شکل 6 رجوع کنیدس. میتوان برای تهیه این کارتها از کاغذ رنگی که بیمار رنگ آن را انتخاب میکند استفاده کرد. کاغذهای چاپشده با استفاده از قیچی یا کاتر بریده شده و بگونهای تا میزده شوند که اندازهی نهایی آنها به اندازه یک کارت اعتباری باشد. توصیه میشود که این کارتها، همراه با نام بیمار و سایر اسناد مکتوب دیگرس به صورت الکترونیکی ذخیرهسازی شوند. این کار، امکان تصحیح اطلاعات را در تماس بعدی با بیمار فراهم میکند به عنوان مثال، شمارههای اورژانسی افراد مهم در تماس با بیمارس. ممکن است بسیاری از بیماران بخواهند که این کارتها از طریق ایمیل برای آنها ارسال شود. برخی از بیماران، از این کارتها برای افزایش معنای زندگی خوداستفاده کنند؛ به عنوان مثال، ممکن است برخی افراد تصاویر شخصی خود یا یک فرد نزدیک به خود، یک حیوان خانگی، عکسی خاطرهانگیز از یک سفر یا غیرهس را در بالی کارت قرار دهند. |

|  |
| --- |
| **توضیحات : جعبه امید**1 |
| در موارد انجام رواندرمانی مستمر - به عنوان مثال، در درمان اختلال شخصیت مرزی- میتوان از جعبه امید یا جعبه اضطراری، به عنوان ابزار مکمل کارتهای تاش و، اس تفاده کرد. ونزل، براون و بک2 2009، ص فحه 277س اس تفاده از "کیت امید"، را به عنوان گام اولیه برای پاس ه به بحران پیش نهاد کردند. مفهوم جعبه امید یا جعبه اض طراری در رفتاردرمانی دیالکتیکی(DBT)–که برای درمان بیماران مبتلا به اختلال شببخصببیت مرزی مورد اسببتفاده قرار میگیرد- توسببط لینهان به کار گرفته شببد لینهان، 1993س. آموزش مهارتها، بخشببی از این مفهوم جامع اسببت که با هدف افزایش سببطح تحمل اسببترس و تنظیم هیجان صببورت میپذیرد. از بیماران خواسببته میشببود یک جعبه امید یا جعبه اضببطراریس تهیه کنند و در آن اشببیایی را قرار دهند که نشبباندهنده راهبردهای اصببلی مهارتهای تحمل استرس است. هدف اصلی، این است که حتی در شرایط پریشانی شدید که بیمار دسترسی کمتری به راهبردهای ش ناختی داردس، بیماران بتوانند به مطالبی که قبلا آموختهاند، دس ترس ی پیدا کنند. جعبه امید، میتواند به عنوان ابزاری برای تنظیم هیجانات در لحظات بحرانی - یعنی در زمانیکه به دلیل برانگیختگی شدید، امکان تفکر منطقی وجود ندارد - ب سیار مؤثر واقع شود .  این نکته اهمیت دارد که در جعبه امید اشیای واقعی قرار داده شود و این جعبه به آسانی در دسترس باشد. میتوان مطالش دیگر به عنوان مثال، شماره تلفن هاس را روی یک تکه کاغذ یادداشت کرد و در جعبه گذاشت. همچنین تعهدات و توافقات صورت گرفته نیز بایددر جعبه امید قرار داده شوند. مم کن است برخی از این اشیاء، جنبه نمادین داشته باشند، مث لا کفش عروسکی برای ترغیش بیمار بهپوشیدن کفش و رفتن به یک مکان خاص، یا تلفن همراه اسباببازی به همراه فهرستی از شماره تلفنها نمادی از برقراری تماس با نزدیکانس، صبابون برای تشبویق بیمار به دوش گرفتن در شبرایط بحرانی و غیره. اشبیاء باید برای بیمار ارزش عاطفی داشبته باشبند تابتوانند در برابر وض عیت "خودکار" حالت خودکش ی مؤثر واقع ش وند. در این حالت ذهنی پاس هدهی ش ناختی محدود اس ت. جعبه اضطراری، بخشی از اجزاء مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خود کشی نیست؛ ولی می توان از آن به عنوان یک ضمیمه معنی دار و به عنوان بخشی از درمان بلندمدت استفاده کرد. گنجانیدن تصاویر مرتبط با زندگی شخص در کارتهای تاش و نیز همراستا با همین مفهوم است. |

1. Hope box
2. Wenzel, Brown and Beck

**کارت اضطراری )اختیاری(**

میتوان به بیماران کارت بحران نیز داد تصویر 7س. کارت بحران دسترسی مستقیم به سیستم یاور بیماررا تضمین کرده و اساسا محتوی اسامی و شماره تلفنهای مهم است. در اینجا از بیمار خواسته میشود کهکارت را همیشه همراه خود داشته باشد در کیف پول یا دفتر یادداشت روزانهس.

|  |  |
| --- | --- |
| **نکات مهم در هنگام وقوع بحرانهای تهدیدکننده:**  خطر را به سرعت تشخیص دهید از کارتهای تاشو استفاده کنید  با افرادی که میتوانند به شما کمک کنند صحبت کنید دوستان یا یکی از اعضای خانوادهس.  با پزشک خانوادهتان تماس بگیرید، با مرکز کنترل بحران تماس بگیرید، شماره تماس برای روز:  شماره تماس برای شش و تعطیلات آخر هفته: | **همیشه این کارت را به همراه داشته باشید .**      **شماره تلفن مرکز خدمات جامع سلامت:** |

## شکل 7. نمونهای از کارت اضطراری )کارت بحران(

**پایان جلسه سوم**

در ابتدا، لزم است روانشناس، از ثبات روانی بیمار اطمینان حاصل کند. در صورتی که برای برگزاری جلسه چهارم مواجهه جزییس برنامهریزی میشود، کارشناس سلامت روان از بیمار میپرسد که آیا برای جلسه تمرینی آمادگی دارد تا بدین وسیله بتوان مفید بودن راهبردهای ایمنی را آزمایش کرد. اگر شرایط بیمار ناپایدارباشد، مواجهه مجدد با اقدام به خودکشی اخیر توصیه نمیشود. در این حالت، کارشناس سلامت روان با بیمار درباره ارسال منظم نامه صحبت میکند و دلیل و منطق آن را توضیح میدهد به بخش 8-3 رجوع کنیدس .بررسی درستی آدرس، شماره تلفن و آدرس پست الکترونیکی بیمار مهم است. توصیه میشود نام فرد واجد شرایط برای تماس احتمالی ثبت شود تا، در صورت تغییر آدرس یا شماره تلفن بیمار، دسترسی به وی امکانپذیر باشداگر بیمار درباره مراحل بعدی سؤالی نداشته باشد، کارشناس سلامت روان جلسه را خاتمه میدهد.

**تصمیمگیری در مورد برگزاری جلسه چهارم**

درمان کوتاه مدتمداخله کوتاه مدت روانش ناختی برای فرد اقدام کننده به خودکش ی، در ابتدا برای س هجلسه طراحی و ارزیابی شد. اما با گذشت زمان، نویسندگان تصمیم به اضافه کردن جلسه چهارم گرفتند.

این ایده، مبتنی بر کار محققانی از قبیل گرگوری براون و دیگران است ونزل، براون و بک، 2009س. این افراد از بازی نقش برای تمرین و تقویت راهبردهای ایمنی استفاده کردند. در روش ما، جلسه چهارم با استفاده ازفیلم یا صوت تهیه شده از اولین جلسه مصاحبه روایتیس، به عنوان یک مواجهه جزیی آغاز میشود؛ تجربه بالینی نشان داده است که استفاده از این روش برای بسیاری از بیماران منافع زیادی دارد. علاوه براین، با این کار، در حقیقت، مفید بودن راهبردهای ایمنی تدوین شده در جل سه سوم ارزیابی می شود. بعید نی ست که،پا از مواجهه، لزم باشد کارتهای امید مورد بازبینی و اصلام قرار گیرند .

# جلسه چهارم )اختیاری(: مواجهه مجدد

**مقدمه**

هدف از این جل سه، تمرین راهبرد های تدوین شده در جل سات قبل ا ست. برای این منظور، یک مواجههجزیی با وضعیت و شرایط بیمار در زمان خودکشی، با استفاده از فیلم یا صوت مصاحبه روایتی ضبط شده، صببورت میپذیرد. با انجام این کار، حالت خودکشببی فرد مجددا فعال میشببود و، در این حالت، از بیماران خواسته می شود صراحتا بیان کنند که اکنون در کدام مقطع زمانی و با استفاده از کدام راهبردها میتوانند فرآیند اقدام به خودکشی را متوقف نمایند .

|  |
| --- |
| **مواجهه درمان شناختی رفتاری** |
| در درمان شناختی رفتاری، برای ایجاد رفتارهای جدید، لزم است الگوهای قدیمی- که اغلش با رفتار اجتنابی مرتبط هستند- مجددا فعال شوند. برای اینکار، بیماران باید در مواجهه با موقعیتهایی قرار بگیرند که برای آنها خاص، تهدیدآمیز و ترسناک است .برای ایجاد راهبردهای مقابلهای**[[4]](#footnote-4)** جدید، ضروری است که این مواجهه در شرایطی انجام شود که از بعد انگیزشی و عاطفی مثبت باشد گریو ،2004س. به طور معمول این شرایط در چهارمین جلسه مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی و پا از انجام اقدامات زیر، حاصل میشود:  انجام مصاحبه روایتی، بازپخش فیلم یا صوت، بررسی زندگینامه و شرم زندگی فرد درگیر در بحران خودکشی با همکاری خود او، و نیز تدوین راهبردهای مقابلهای فردی بیمار، همگی موجش ایجاد رابطه درمانی بین کارشناس سلامت روان و بیمار میشود که یکی از ویژگیهای آن ،داشتن دیدگاهی مشترک به مشکل و نیز وجود انگیزه و هدف مشترک است .  براون و همکاران (5002) در جلسات درمانی خود، پا از گذشت به طور متوسط 8 تا 9 جلسه، از روش ایفای نقش برای قرار دادن بیمار در معر بحران خودکشی- به عنوان تکلیفی برای پیشگیری از اقدام مجدد به خودکشی - استفاده کردند ونزل و همکاران ،2009، صفحه200س .در این روش ، بیماران از طریق دستورات کلامی مشتمل بر یادآوری هدایت شده خاطرات، در شرایط آخرین بحران خودکشی خود حالت خودکشیس قرار میگیرند و به استفاده از راهبردهای مقابلهای خاص ترغیش میشوند. در مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی، فعالسازی مجدد حالت خودکشی، به کمک فیلم یا صوت ضبط شده مصاحبه روایتی در جلسه اول، انجام میشود. مزیت استفاده از فیلم یا صوت این است که فعالسازی آسانتر انجام میشود و میتوان در صورت نیاز قسمت مورد نظر از فیلم یا صوت ضبط شده را چندین بار پخش کرد. بیماران، میتوانند خودشان فیلم یا صوت را متوقف کرده و توضیح دهند که برای پیشگیری از خودکشی در هر لحظه از بحران خودکشی از کدام راهبرد ایمنی استفاده میکنند. این کار به بیماران فرصت میدهد که، در یک محیط امن، مهارتهای مدیریت خودکشی را - پیش از استفاده از آنها در حالت پریشانی- تمرین کنند. گاهی اوقات، ممکن است در طی این جلسه مشخص شود که راهبردهای تدوین شده در جلسه سوم باید مورد تجدید نظر و بازبینی قرار گیرند. |

**ساختار جلسه چهارم**

مثل همیشه ، کارشناس سلامت روان جلسه را با سؤال درباره بازخورد آخرین جلسه شروع میکند و ازبیمار میپرسد که آیا موردی هست که بخواهد به آنچه قبلا نوشته شده، بیفزاید. سپا روانشناس ، فرایند این جلسه را به شرم زیر برای بیمار توضیح میدهد: اکنون میخواهیم فیلم یا صوت داستان شما را مجددا تما شا کنیم. من از شما میخواهم که خودتان را تا حدی که می توانید در آن موقعیت قرار دهید. اح ساسشما در آن زمان چه بود؟ چه افکاری داشتید؟ سپا همینطور که پیش میرویم به من بگویید دقیقا در چه زمانی، از یکی از راهبردهایی که در جلسبببات قبل بر روی آنها کار کردیم برای متوقفسبببازی این موقعیتخطرناک استفاده میکنید؟

گاهی اوقات، بیماران میگذارند فیلم یا صوت، بدون توقف یا برشمردن یکی از راهبردها، نمایش داده شود .

در این حالت، کارشناس سلامت روان باید دلیل این موضو ع را به همراه بیمار کشف کند. برای مثال، ممکناسببت لزم باشببد راهبرد های تدوین شببده تغییر کنند برای مثال بیمار بگوید الن فکر می کنم که راهبرد ا ستفاده از کارت های امید مفید نی ست؛ من باید سریع تلفن همراهم را بر میدا شتم و با بیمار ستان تماسمیگرفتم"س . غالبا بیماران متوجه میشوند که میبایست خیلی زودتر اقدام میکردند.

تازه متوجه شدم که آن روز صبح دیگر خیلی دیربود. نمیتوانستم این روند را متوقف کنم، چون به روندی خودکار تبدیل شده بود. من باید یک هفته قبل از آن باروانشناسم صحبت می کردم. باید به او میگفتم که حالم بدتر شده است و قطعا نباید پا از بحث و گفتگو با برادرم تنها به خانه برمیگشتم.

**پایان جلسه چهارم**

پیش از پایان جلسه ، کارشناس سلامت روان باید اطمینان حاصل کند که شرایط روانی بیمار پایدار است.

سپا کارشناس سلامت روان راجع به ارسال نامه به صورت منظم به بیمار و دلیل انجام اینکار توضیحاتی به بیمار ارائه میدهد به بخش3-8-2 مراجعه شببودس. بررسببی صببحت آدرس، شببماره تلفن و آدرس پسببتالکترونیکی بیمار از اهمیت زیادی برخوردار است. توصیه میشود نام فرد مشخصی برای تماس احتمالی درمواقع ضروری، ثبت شود، تا در صورت تغییر آدرس یا شماره تلفن بیمار، دسترسی به وی امکانپذیر باشدبیماران باید بدانند که چگونه و چه زمانی میتوانند به کارشبببناس سبببلامت روان مداخله کوتاه مدتروانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشیدسترسی پیدا کنند و در صورتیکه وی در دسترس نبود، چهباید بکنند. بیمار باید بتواند در هر زما به سیستم کمکی خود دسترسی سریع و مستقیم داشته باشد. درصورتی که بیمار سوالی نداشت، کارشناس سلامت روان جلسه – و البته، مداخلات چهره به چهرهی مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی- را خاتمه میدهد .

## تکلیف منزل: "خودکشی رفتاری منطقی نیست"

ب سیاری از ما در زندگیمان لحظاتی دا شتیم که در آن به خودک شی بهعنوان راهحلی ممکن برای برطرفکردن شببرایط سببخت زندگی نگاه میکردیم. این کاملا طبیعی اسببت. بسببیاری از افراد خواهند گفت که ما آزادی انتخاب داریم اگرچه، ذهن افرادی که دسببت به خودکشببی می زنند محدودیتهای زیادی در انتخاب دارد.

**رنج روانی**

بحران حاد خودکش ی، معمول نتیجهی تجاربی اس ت که اس اس ا حا خود فرد را تهدید میکند. حالت

ذهنی مربوطه اغلش بهعنوان رنج روانی یا روان شناختی شدید تو صیف می شود. این رنج ممکن ا ست خیلی شدیدتر از رنج فیزیکی باشد. این حالت اغلش بواسطهی تجارب منفی مانند شکست، از دستدادن رابطه، یا شکست در رسیدن اهداف مهم فردی برانگیخته میشود. زمانی که ما از خودمان متنفر می شویم یا خودمانرا با خود سرزن شی طرد میکنیم، این حالت خطرناکتر می شود – یعنی زمانی که ما شروع می کنیم بر ضدخودمان عمل کنیم. وقتی ما در مواجهه با تجارب دردآور راهحلی پیدا نمی کنیم، حالت هشبببدار برانگیختهمی شود که ممکن است کنترل آن سخت باشد. افرادی که دست به خودکشی میزنند گزارش میکنند که آنها اصلا خود واقعی شان نیستند و در حالتی شبیه به خلسه عمل می کنند و اینکه احساس می کنند که با بدن فیزیکی شبببان ارتباطی ندارند و حتی هیچ دردی احسببباس نمیکنند. این حالت روانی تجزیه نامیدهمیش ود، به این معنی اس ت که ادراک خود واقعی فرد دچار تحریف ش ده. در این مواقع بهلحاظ عملی فکر کردن و رفتار کردن بهصبببورت عاقلانه غیرممکن اسبببت. در این مواقع افراد از تغییر کردن و فروکش کردنتجربهی هشدار و رنج شدید ناامید میشوند .

|  |
| --- |
| آیا بعضی حالات روانشناختی را میشناسی؟ لطفا تجربهی خودتان را توصیف کنید |

**مغز هیجانی و مغز عقلانی:**

مطالعات زیادی روی مغز انجام ش ده تا دربارهی آنچه در زمان تجربهی بحران حاد خودکش ی در مغز رم میدهد، اطلاعاتی بدست دهد. به طور معمول رفتارمان نتیجهی ترکیش هماهنگ دو ناحیهی اصلی مغز است:از یکطرف مغز هیجانی که معمول در ناحیهی لیمبیک واقع شده ا ست و از طرف دیگر مغز منطقی عقلانیکه در کرتکا پیشانی واقع شده است. همچنین منطقهی CEO نیز نامیده میشودس.

سی ستم لیمبیک و بهویژه آمیگدال نواحی مغز ه ستند که م سلول شنا سایی موقعیتهای تهدیدآمیز و پاس ههای رفتاری س ریع اس ت. موقعیتهای تهدیدآمیز منجر به تحریک پاس ه اس ترس حاد و وارد ش دن آدرنالین به خون میش ود. این امر واکنش جنگ - گریز نامیده میش ود، الگوی واکنش ی که میتوان آن را طی سیر تکاملی یافت. هورمون های استرس آدرنالین، و کورتیزولس بال در خون، به شدت عملکرد و فعالیت ناحیهی فرونتال را کاهش میدهد. ناحیهی فرونتال بخشی از مغز است که مسلول حل مسلله، برنامهریزی، و تفکر منطقی هماهنگ با زندگینامهی خودمان ا ست. در شرایط ا سترس هیجانی حاد، این کارکردها بههیچ عنوان دردسترس نیست .

|  |
| --- |
| ما میخواهیم بدانیم که این مسائل چه معنا و مفهومی برای تو دارند .  لطفا نظرتان را بنویسید. |

**رفتارهای آسیب به خود در مغز ذخیره میشوند:**

زمانیکه ما بحران خودک شی را تجربه می کنیم، بهویژه بعد از اقدام به خودک شی، بع ضی از تجارب عاطفیاسترس زا و حتی بعضی تجارب آسیشزا در مغز بهعنوان چیزی که حالت خودکشی نامیده می شود، ذخیره واندوخته میشود. این به این معنی است که زمانی که دوباره این حالت بوسیله ی موقعیت مشابه برانگیخته می شوند، فعال خواهند شد. پا از آن خودک شی بهعنوان یک راهحل و یک پا سه رفتاری در د سترس بهتجربهی رنج روانی درخواهد آمد. بنابراین تعجشآور نیست که اقدام به خودکشی برای بار اول یک عامل خطر مهم برای خودکش یهای بعدی یا خودکش ی مکرر در آینده باش د. متاس فانه، این میزان خطر طی س ال ها برانگیخته خواهد بود. این امر دلیل اصببلی برای برقراری و پرورش راهبردهای ایمن و سببالم برای بحرانهای آینده خواهد بود .

|  |
| --- |
| نظر شما دربارهی بحران خودکشی گذشته چیست؟ |

**عواملی که منجر به افزایش خودکشی میشود:**

تجارب آس یشزای زودهنگام، فرد را نس بت به پاس ه اس ترس ی غیرقابل کنترل در موقعیتهای عاطفی تهدیدکننده در بزرگسالی، آسیشپذیر میکند. و بنابراین خطر خودکشی را افزایش میدهد.

بع ضی تجارب آ سیشزا عبارتند از: سوءا ستفادهی جن سی، بدرفتاری و خ شونت در خانواده و بی توجهی و جدایی. اینها تجاربی هسبببتند که در کودکی و نوجوانی اتفاق میافتند و با رنج روانی همراهند و تاثیرطولنیمدتی روی فرد برجای میگذارند. از آنجا که فرونتال در دوران نوجوانی رشد می یابد ذهن فرد نوجوان بهویژه منوط به پرخا شگری و تحریک پذیری ا ست. تحریک پذیری و خ شم هر دو عامل خطری برای اقدام بهخودکشی و خودکشی هستند .

|  |
| --- |
| آیا احتمال دارد که درمورد شما تجارب منفی اولیه عامل خطر اصلی خودکشی باشد؟ نظر شما چیست؟ |

**افسردگی:**

افسردگی عامل خطر مهمی در اقدام به خودکشی است. افراد افسرده تمایل دارند خود را سرزنش کنند.

امید به خوب شدن در آنها بسیار پایین است. در حالت افسردگی، افکار خودکشی بهطور مکرر ظاهر میشوند .

در اف سردگی که اغلش نتیجه ی تجارب عاطفی ا سترس زا ا ست عملکرد فرد تغییر پیدا می کند و نمیتوان به حالت آسیششناختی آن صرفا با نیروی اراده غلبه یافت.

در این حالت بهویژه فعالیت عصببببی در کرتکا فرونتال کاهش مییابد، ظرفیت حل مسبببلله ضبببعیف میشود و ادارک خود بهصورت منفی در میآید بهطور مثال من شکست خورده هستم، من باری روی دوش خانواده هسبببتم، کارها هرگز خوب نخواهند شبببدس. تمامی این موارد میتواند به این فکر منجر شبببود کهخودک شی تنها راه حل ممکن ا ست. بنابراین ب سیار مهم ا ست که علائم اف سرده ساز را شنا سایی کنیم وبه صورت آزادانه درباره ی افکار خودک شی صحبت کنیم. متخ ص صان سلامت روان میدانند که اف سردگی رامیتوان بهصورت موفقیت آمیزی درمان کرد. همینکه افراد احساس بهتری داشته باشند تکانههای خودکش ی ناپدید میشود .

|  |
| --- |
| من معتقدم که افسردگی در مورد من عامل خطر مهمی بوده است. |
| من مشکلات دیگری در زمینهی سلامت روان دارم. |
| لطفا شرم دهید: |

**شما باید بدانید وقتی در حالت خودکشی هستید چه کارهایی باید انجام دهید:**

روش روبرو شدن با بحران هیجانی در هر فرد متفاوت است و به عوامل مختلفی بستگی دارد. افراد بسیاری میتوانند با رنج روانی مقابله کنند. شاید به این دلیل که آنها آموخته اند که به این حقیقت ر سیده اند که س حالت بهظاهر غیرقابل تحمل همیشگی نیستند. و شاید به این دلیل که چون مغزشان برای مواجه با بحرانشدید یا ا سترس شدید بهتر مجهز شده ا ست. اگرچه برای ب سیاری از افرادی که در شرایط بحرانی قرارمیگیرند مهم است که پیش فردی بروند که بتوانند درباره ی آشفتگی های درونی خود صحبت کنند. اگر فرد تاریخچهی اقدام به خودکشی داشته باشد، بسیار مهم است که از علائم هشداردهندهی اولیه آگاه باشیم وقبل از اینکه حالت خودکشببی فعال شببود و بهراه بیافتد و زمانی که تکانههای هیجانی و تجزیه ظاهر شببود ،عکاالعمل نش ان دهیم. بس یار مهم اس ت که قبل از اینکه اقدام به خودکش ی ص ورت گیرد فهرس تی ازراهبردهای کمککننده دا شته با شیم تا از این فهر ست بهعنوان ابزاری برای جلوگیری از بروز ازد ست دادن واقعیت، استفاده کنیم .

بعضببی چیزهایی که میتوان داخل این فهرسببت قرارداد عبارتند از: راهبردهای خودیاری مثل پیادهروی ،مهمانیرفتن، دید و بازدید با هم سایه و .... . اما بالتر از همه این ا ست که، فهر ستی از ا سامی و اطلاعاتی ازافرادی که میتوانند به فرد کمک کنند را باید دا شته با شیم. این افراد میتوانند اع ضای خانواده، یا دو ستانباشند یا شماره تلفن مراکز بحران، شمارهی مشاور، و متخصصان سلامت مانند پزشک خانواده، روانپزشک ، روانشناس، و ... که دانش و تجربهی کار با افرادی که با بحران خودکشی حاد روبهرو بودند را دارند.

|  |
| --- |
| فکر میکنم در مورد من موارد زیر مفید و کمککننده خواهند بود. |
| 1 |
| 2 |
| 3 |
| متخصصان و موسساتی که میتوانم به آنجا سر بزنم: |
| 1 |
| 2 |
| 3 |

**ارزیابی خطر خودکشی**

در حین کار با افرادی که اقدام به خودکشی کرده اند، کارشناس سلامت روان باید خطر خودکشی مجددرا ارزیابی کند و جهت حمایت از بیمار اقداماتی انجام دهد. چون مداخله کوتاه مدت روانشبببناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی  یک درمان اضافی به درمان معمول است. تدوینگران این برنامه درمانی در محیط کاریشان معمول بیمارانی را ویزیت می کنند که در بخش روانی بستری شدهاند یا پا از اقدام به خودکشیبهعنوان بخ شی از درمان به صورت بیماران سرپایی ویزیت می شوند. بنابراین، در این بافت انتظار می رود که کارشببناس سببلامت روان مداخله کوتاه مدت روانشببناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشببی یک ارزیابی بالینی کامل شببامل تشببخیص روانپزشببکی یا ارزیابی خطر خودکشببی را انجام دهد. اگر بیمار تحت مراقبتس رپایی یا بس تری حرفهای همزمان قرار ندارد، ممکن اس ت لزم باش د که با اس تفاده از SSF در پایان هر جلسه ارزیابی خطر تکرار شود. در موارد خطر حاد خودکشی، ممکن است پذیرش در بخش روانپزشکی موردنیاز باشد. بیمارانی که اقدام به خودکشی کردهاند اغلش تمایل ندارند دربارهی هدفشان از خودکشی صحبت کنند، مخصوصا زمانی که با سوالت زیادی بمباران میشوند. جابز در سال 1995 بیان کرد که، اگرچه تعداد زیادی مقیاسهای خطر خودکشی تدوین شده است، تعداد کمی از آنها در اقدامات بالینی مورد استفاده قرارمیگیرند. مقیاسهای ارزیابی خطر خودکشبببی معمول میتوانند برآوردی از خطر اقدام به خودکشبببی درطولنیمدت فراهم سبببازد. ارزیابی خطر اقدام به خودکشبببی فعلی بهطور مثال حال و طی چند روز آیندهس نیازمند ارزیابی و برآورد آ سیش شنا سی فرد ا ست، که بهطور ایدهآل بهعنوان فرایند م شترک و در ارتباط بااکتشببباف روایت – رویکردی که جابز ارزیابی درمانی نامید- اسبببت. در حین ویزیت بیمارانی که اقدام بهخودکشی کرده اند، باید به خاطر داشته با شیم که آنها اغلش شرمنده هستند و عزتنفا پایینی دارند. پایه و اسب اس اعتماد که منجر به ارزیابی واقعی از میزان خطر اقدام به خودکشب ی حاضب ر میشب ود، تنها زمانی امکانپذیر اس ت که بیمار احس اس کند که کارش ناس س لامت روان تلاش میکند تا ش رایط فردی بحران خودکشببیشببان را دریابد. جابز 2006، 2010س یک مدل مصبباحبه نیمهسبباختاریافته را تدوین کرد فرم وضعیت خودکشی SSF-IIIس، که از نظر ما ابزار مناسبی برای ارزیابی اقدام به خودکشی حاد است، که مطابق با رویکرد مشببارکتی بیمارمحور مورد اسببتفاده در مداخله کوتاه مدت روانشببناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی است.

روانشناس ، از SSF-III در پایان جلسه اول استفاده میکند. خیلی مهم است که کارشناس سلامت روان و بیمار در کنار هم بنش ینند ش کل 3 در قس مت 3-1-1 را ببینیدس و اینکه کارش ناس س لامت روان بهطور مختصر قبل از اینکه فرم را پر کند سوالت را به طور مختصر توضیح دهد. بهتر است به آیتمهای 1 تا 5 دوبار پاسه داد: یکبار برای بحران خودکشی اخیر و بار دوم برای اینجا و اکنون. پا از مصاحبهی روایتی که اغلش بار عاطفی دارد ،SSF ابزار مناسش و مفیدی برای تشریح و گزارشگیری است، چراکه دارای مجموعه سوالت ساختاریافته است که روی جنبههای رایج اقدام به خودکشی حاد متمرکز است.

مطالعه روی عوامل خطر خودکشبببی قسبببمت 3-2-2 را ببینیدس ، تعداد زیادی از عوامل خطر بالینی وفردی را روش ن س اخته اس ت. اگرچه آنها برای ارزیابی خطر خودکش ی در طولنی مدت مرتبط و مناس ش هستند آنها معمول در ارزیابی اقدام به خودکشی حاد ارزش کمی دارند. اگرچه، ارزیابی خطر خودکشی جامع و مشروم علاوه بر SSF-III، شامل لیستی از سوالت مرتبط با جنبههای بالینی و فردی مرتبط با خودکشیمیشود.

**ناراحتی و رنج روانی:**

ماهیت ناراحتی و رنج درونی فرد چیست؟ میزان آن چقدر است؟

منابع اصلی و مهم ناراحتی کدامند؟

**معنا و انگیزه:**

ادراک فرد از مشکل واقعی چیست؟

فرد معنای حوادث اخیر را چگونه تعبیر میکند؟ انگیزهی فرد از آسیشرساندن به خودش چیست؟

آیا فرد معتقد اس ت که تغییر دادن مش کل امکانپذیر اس ت، و اینکه آیا آنها قادر خواهند بود برای تغییر شرایط کاری انجام دهند؟

**حالات روانی/ شرایط روانی در خطر:**

حالت روانی مرتبط با خطر بالی خودکش ی ش امل ناامیدی، یاس، بیقراری، ش رمندگی، خش م، گناه، و نشانههای روانپزشکی است. کارشناسان سلامت روان ، باید بهدنبال این احساسات باشند و مستقیما دربارهی وجود این احساسات تحقیق کنند. بهنظر میرسد تشخیص روانپزشکی علایم افسردهساز حاضر یک عاملخطر ویژه باشد.

**تاریخچهی رفتار خودکشی:**

آیا قبلا فرد به خودش آسیش رسانده است؟ شرایط و اقدام به خودکشی قبلی چه بوده است؟ شباهت بین شرایط قبل با شرایط کنونی وجود دارد؟

آیا تاریخچهی خودکشی در دوستان یا اعضای فامیل بوده است؟

**میزان کشنده بودن روش خودکشی:**

آیا روش خودکشی برگشتناپذیری برای مثال پرش از ارتفاع یا شلیک کردن انتخاب شده است؟

آیا فرد تلاش برای پیدا کردن اطلاعاتی دربارهی روشهای خودکشببی کرده اسببت یا آیا اطلاعی از ابزار و روشهای کشنده در اختیار دارند؟

**ظرفیت مقابله:**

آیا فرد قابلیت و توانایی وارد شدن به اتحاد درمانی دارد؟ آیا فرد راهبردهای مقابلهای قوی و اثربخشی را میشناسد؟ انگیزهی فرد از اقدام به آسیشزدن به خودش چیست؟

آیا فرد معتقد است که توانایی ایجاد تغییر در شرایط را دارند و آیا قادرند آن را بهکار ببرند؟

**افکار خودکشی حاضر:**

آیا فکر خودکشی و احساسات مربوط به خودکشی موجود است؟ این افکار چه هستند؟ این افکار از چه زمانی آغاز شدهاند؟ فراوانی این افکار چقدر است؟ چقدر شایع هستند؟

آیا فرد میتواند آنها را کنترل کند؟

چه چیزی باعث میشود فرد از اقدام براساس این افکار باز بماند؟

**شرایط اقدام به خودکشی:**

اتفاقاتی که منجر به برانگیخته شدن اقدام به خودک شی می شوند مانند فقدان، شک ست شغلی، و دیگرتجارب فقدانس فرد را وادار میکند به امور و کارهای خود پایان دهد. برای مثال وصبببیتنامه بنویسبببد،بدهیهای خود را پرداخت کند، حیوانات خانگی خود را به مراکز و دیگران ب سپارد، اموالش را تق سیم کند، وبا دیگران خداحافظی کند .

**کشندهبودن ابزار و روش خودکشی:**

آیا روش انتخابشده برای خودکشی کشنده است؟

آیا فرد تلاش میکند اطلاعاتی دربارهی روشهای خودکشی جمعآوری کند؟

**ظرفیت مقابله:**

آیا فرد ظرفیت ورود به اتحاد درمانی را دارد؟ آیا فرد با راهبردهای مقابلهای اثربخش و قوی آشنایی دارد؟ فرد چگونه حوادث و استرسزاهای قبلی را مدیریتکرده است؟ راهبردهای حلمسللهی احتمالی چه هستند؟

آیا حمایتهای اجتماعی مثل خانواده، دوستان و ...س وجود دارد؟ آیا فرد میتواند از آنها استفاده کند؟

آیا فرد انگیزهای برای همکاری با تیم درمان دارد؟ آیا فرد تاریخچهی پرخاشگری یا رفتار تکانشی دارد؟

**مدیریت خودکشی:**

به یاد داشته باشید، بیمارانی که درخطر بالی اقدام به خودکشی هستند باید به پزشک مرکز لجراع شوندتا در مورد اقدامات بعدی تصمیم گیری شود.

**فرم وضعیت خودکشی) SSF-III(**

برای م شاهده ی جزئیات مربوط به این پر س شنامه، بخش 3-4-3 جدول پر س شنامه و ضعیت خودکشی SSF-IIIسرا مشاهده کنید.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| بخش الف بیمارس  هر بخش را براساس چگونگی احساسات حال حاضرتان پر کنید  سپا آن را براساس اهمیت از 1 تا 5 1= کم اهمیتترین و 5= بالترین اهمیتس رتبهبندی کنید. | | | |
|  | | | رتبهبندی |
| 1سرنج روانشناختی صدمه، غم و اندوه، رنج روانیس. نبود استرس، عدم رنج و درد فیزیکی رنج و درد پایین 1 2 3 4 5 رنج و درد بال چیزی که بیشترین درد و رنج را باخود بههمراه دارد؟ | | |  |
| 2سرتبهبندی استرس احساس کلی شما از تحتفشار بودن یا درهم شکستنس استرس پایین 1 2 3 4 5 استرس بال چیزی که بیشترین استرس را با خود بههمراه دارد؟ | | |  |
| 3سرتبهبندی بیقراری ضرورت عاطفی هیجانی، احساس نیاز به انجام دادن کاری؛ تحریکپذیر نبودن، عدم دلخوریس بیقراری پایین 1 2 3 4 5 بیقراری بال من احساس میکنم وقتی ...... کاری انجام دهم. | | |  |
| 4سرتبهبندی ناامیدی انتظار شما از اینکه کارها بهتر نخواهد شدس ناامیدی پایین 1 2 3 4 5 ناامیدی بال من بیشتر از ................. ناامید میشوم. | | |  |
| 5سرتبهبندی تنفر از خود احساس کلی شما از دوستنداشتن خود، اعتماد به نفا نداشتن، عدم احترام به خودس تنفر از خود پایین 1 2 3 4 5 تنفر از خود بال آن چیزی که باعث میشود از خودم متنفر شوم: | | |  |
| 6سرتبهبندی خطر خودکشی  خطر پایین 1 2 3 4 5 خطر بال  خودم را نمیکشم. خود را خواهم کشت. | | |  |
| 1سچه میزان از علت خودکشیتان با افکار و احساساتی که از خود داشتید ارتباط دارد؟  کاملا 5 4 3 2 1 اصلا  2سچه میزان از علت خودکشیتان با افکار و احساساتی که از دیگران داشتید ارتباط دارد؟  کاملا 5 4 3 2 1 اصلا  لطفا دلیلی که باعث میشود بخواهید زنده بمانید یا دلیل میل به مردن را بنویسید، سپا آنها را براساس اهمیتشان رتبهبندی کنید. | | | |
| دلیل میل به مردن | رتبه | دلیل زنده ماندن | رتبه |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| میل من به زنده ماندن به میزان زیر است  خیلی زیاد 8 7 6 5 4 3 2 1 0 اصلا میل من به مردن به میزان زیر است  خیلی زیاد 8 7 6 5 4 3 2 1 0 اصلا تنها چیزی که به من کمک میکند خیلی زیاد قصد خودکشی نداشته باشم عبارتند از: | | | |

## فرم رضایتنامه برای ضبط فیلم یا صوت

ام ضا کنندگان ذیل ر ضایت می دهند که از جل سه درمانی مورم ............................ فیلم یا صوت تهیه شود ش ود. از فیلم یا ص وت ض بط ش ده، در جلس ه دوم بازپخش فیلم یا ص وتس و در جلس ه چهارم تمرین راهبردهای ایمنیس استفاده خواهد شد. علاوه براین ،فیلم یا صوت ضبط شده ممکن است منحصر ا توسطروانشناسمداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی و سرپرست وی مورد استفادهقرار گیرد. این فیلم یا صوت ، شامل نام و اطلاعات شخص و همچنین نام و اطلاعات سایر افرادی است که درم صاحبه از آنها نام برده شده ا ست و اطلاعات موجود در آن در برابر هرگونه د ستر سی غیرمجاز محافظتخواهد شببد. امضببای کارشببناس سببلامت روانمداخله کوتاه مدت روانشببناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشبی در انتهای این برگه، به معنی محرمانه ماندن کلیه موارد مرتبط با این توافقنامه اسبت. بیماری کهاین توافقنامه را ام ضا کرده ا ست، حق دارد در هر زمان که بخواهد این توافقنامه را ف سه نموده و خوا ستارحذف فیلم یا صوت ضبط شده شود .

تاریه

اینجانش

تأیید میکنم که هدف ضبط ویدیو کاملا برای من شرم داده شده است و محتوای این توافقنامه را مطالعهکرده و کاملا آن را درک کردهام .

امضای بیمار

اینجانش خود را در برابر حفظ محرمانگی فیلم یا صوت فوقالذکر مسلول میدانم.

امضای روانشناس

**نمونه های بالینی 1 و 2 همراه با نمونهی نامهها و کارت امید:**

**نمونه 1: خانم الف**

همانگونه که قبلا دربارهی این مطلش ص حبت کردیم، دراینجا ش رم مختص ری از نکات مهمی که درمورد س ابقهی بحران خودکشیتان گفتیم نوشتهشده است. متن زیر بهصورت اول شخص مفرد نوشته شده چرا که این داستان خود تو است.

1س زمینه:

من دوران کودکی س ختی داش تم و بعدها در زندگی نیز تجارب منفی و تله زیادی داش تم. من فرزند ناخواس تهی خانواده بودم و در دوران کودکی مبتلا به مننژیت شبببدم. درطی روزهایی که در مهد بودم مربیمان به ما علاقهای نداشبببت. در دوران مدرس ه دختر چاقی بودم و اغلش بهخاطر این مس لله به من طعنه میزدند و من را مس خره میکردند. پدرم اغلش من را کتکمیزد. بعد از آن دوران من دورههای کارآموزی را گذارندم که مناسش من نبود. در سرتاسر زندگیم من همیشه تلاش میکردمچیزی از خودم خلق کنم. من آموزشهای بیشبببتری دریافت کردم. کارگاه خودم را بازگشبببایی کردم و دورههایی را گذراندم.

رئیا جایی که در آنجا کار میکردم رفتار خیلی بدی با من داش ت و برای اولینبار من دارودرمانی را ش روع کردم. من آنجا را ترک کردم و در سببالن مد کارم را شببروع کردم که البته کشببمکشهای زیادی را در آنجا تجربه کردم، و فشببارهای زیادی از بالسریم به من وارد شد که منجر به اولین سقوط و شکست شد. پا از آن مشکلاتی در سلامتی من بوجود آمد مخصوصا دروزن و کارکردهایی که داشتم.

من خیلی زود در سن 19 سالگی ازدواج کردم و 2 تا بچه داشتم که هردوشون خواسته و طبق برنامه بود. بعد از گذشت 22 سال از زندگیم طلاق گرفتم. اولین اقدام به خودکشی من وقتی بود که دوست دختر همسر سابقم وقتی برای اولین بار آنها راملاقات کردم حرفهای خیلی توهینآمیزی در مورد ظاهرم به من زد. این کار او باعث ش د احس اس کنم خیلی زش تم وکاملاآدم بیارزشی هستم. در این زمان بود که تصمیم گرفتم به زندگیم پایان دهم.

بعد از اون اتفاق دوباره و دوباره افسردگی ام را درمان کردم و 6 بار در بخش روان بیمارستان بستری شدم که معمول هربار بعد از اقدام به خودکشی بستری میشدم. اخیرا نیز تجارب منفی خیلی زیادی داشتم. بعد از ویزیت داندان پزشک صورتم روزها متورم بود. مادرم رابطهاش را با من قطع کرد و بالتر از همه اینکه همسرسابقم در 40 سال گذشته برای اولینبار روز تولدم را فراموش کرده بود .10 روز پیش، وقتی جعبهی داروها را پر کردم، ناگهان این فکر بهسببرم زد که زندگی خیلی تله و بی ارزش هست و هیچ چیز مهمی در زندگی وجود ندارد و اینکه دیگر نمی توانم ادامه بدم. دوست پسرم چندلحظه از خانه بیرون رفت وبدون اینکه فکر کنم و بهص ورت ناخودآگاه، هرچی قرص که برای یک هفته تهیه کردم داش تم قورت دادم. من دقیقا نمیتونمبگم چه اتفاقی افتاد. دوسببتپسببرم اورژانا را خبر کرد و من به بخش اورژانا منتقل شببدم و بعد به بخش روانی برگرداندهشدم.

ما دیدیم که در ابتدای زندگی م شکلات زیادی دا شتی و در سرتا سر زندگی اغلش سعی دا شتی به تجارب نامطلوب و بدتغلبه کنی، اما بهطور مکرر موقعیتهایی بود که باعث شد اعتماد به نفست پایین بیاد. اینها موقعیتهای خطرناکی هستن د کهدر آن خودکشی به عنوان راهحلی برای رفع رنج روانی شدید به نظر میرسد. ما دیدیم که برای پیشگیری از اینکه دوباره به این شرایط خطرناک م شابه گرفتار ن شی، مهم ا ست که اقدامات پی شگیرانهای انجام بدیم. اقداماتی که در زیر آمده برای امنیت وسلامتی تو در آینده اهمیت دارند:

**اقدامات بلندمدت مفید:**

درمان منظم با دکتر ب و قرار ملاقات با روان شناس . دارو درمانی در پی شگیری از عود اف سردگی مهم ا ست. یک دو ست یاعضو خانواده نزدیک من باید مسلوول و مراقش تهیه و مصرف داروهای من باشد. به بقیه بگویم چه چیزی من را اذیت میکند.

**علائم هشداردهنده:**

وقتی احساساتم بهطور ناگهانی تغییر میکند. احساس سنگینی و فشار روی سینه. نمیتونم هوای کافی دریافت کنم. خلق:

ناراحتی و ناامیدی

افکار: بیارزشم، زندگی بیارزشی. تکانهی مصرف بیشاز دارو یکجا

**راهبردهای سالم و ایمن برضد خودکشی**

1. چند لحظه مکث کنم و افکار و احساساتم را بررسی کنم
2. هوای تازه بخورم
3. دوش بگیرم
4. با دخترم حرف بزنم. شماره تلفن: س
5. مصرف لورازپام برای کاستن از میزان تنش

موارد اورژانا:

با کسی حرف بزنم

1. با کارشناس سلامت روان ب شماره تلفن:
2. دوست الف شماره تلفن:
3. پزشک عمومی شماره تلفن:
4. اورژانا

در ماه می 2013 با همکاری یکدیگر نوشته شد.

خانم الف امضا

کارشناس سلامت روان امضا

|  |
| --- |
| **کارت امید برای خانم الف** |
| **اقدامات مفید در طولانیمدت**   * درمان منظم با دکترب و قرارملاقات با روانشناس * درمان دارویی برای پیشگیری از عود افسردگی * دوست نزدیک/عضو خانواده مسلول درمان دارویی باشد * به دیگران بگوییم چه چیزی من را اذیت میکند |
| **علائم هشداردهنده:**   * وقتی احساساتم بهطور ناگهانی تغییر میکند * احساس فشار روی سینه و هوای ناکافی * خلق: غمگینی و ناامیدی * افکار، من بیارزشم، دنیا بیارزش است * تکانهی مصرف یکجای و بیاندازهی دارو |
| **راهبردهای ایمن برضد خودکشی**   1. چند لحظه مکث کنم و افکار و احساساتم را بررسی کنم 2. هوای تازه بخورم 3. دوش بگیرم 4. با دخترم حرف بزنم شماره تلفن: س 5. لورازپام برای کاستن میزان تنش |
| موارد اورژانا:  با کسی حرف بزنم   1. با کارشناس سلامت روان ب شماره تلفن: 2. دوست الف شماره تلفن: 3. پزشک عمومی شماره تلفن: 4. اورژانا |

**نمونه 2: آقای الف**

در اینجا نکات مهمی که در مورد زمینهی بحران خودکشی باهم صحبت کردیم خلاصه شده. متن زیر به صورت اول شخصمفرد نوشتهشده چراکه این داستان توست.

1- زمینه:

دا ستان من از اوایل کودکی ام شروع می شود. وقتی پ سر کوچکی بودم پدرم من را کتک میزد. او از کار اخراج شده بود وخیلی الکل میخورد. من خیلی زود یاد گرفتم مراقش خودم باش م و احس اس اتم را برای خودم نگه دارم. این احس اس که آدمخوبی نیسبببتم در من خیلی شبببدید بود. زیرا هرکاری میکردم مهم نبود چقدر تلاش می کردم. هیچ چیزی وجود نداشبببت،نمیتوان ستم از خودم دفاع کنم، تنها بودم و بی کا و ناامید بودم. این تجارب منفی تاثیر زیادی روی شخ صیت من گذا شت.

مدر سه به مقامات ه شدار داد و من در خانه نگه دا شته شدم. و خیلی زود متوجه شدم که هنوز تنها ه ستم و اینکه مجبورممواظش خودم باشم. من نمی توانستم به کسی اعتماد کنم. من احساس طردشدن میکردم. خیلی زود آرزو کردم که ای کاشبمیرم. من هیچ راهی جلوی روم پیدا نمیکردم. سالها تلاش کردم زندگیام را بسازم. خیلی زیاد دربارهی آن فکر نکردم و یا بادیگران حرف نزدم. ولی دوباره از کابوسها رنج میبردم و از برقراری رابطهی نزدیک با ک سی می تر سیدم و اح ساس شک ستمیکردم.

حدود یک سال پیش کار جدیدی توی یک شرکتی که داشتم شروع کردم. درآغاز احساس کردم که بالخره مسیر درست را پیدا کردم ولی ناگهان شرکت بازسازی نیرو کرد و سرپرست من عو شد. او هرروز فشار زیادی به من وارد میکرد، همیشه از من انتقاد میکرد، سبباعات کاری من را زیاد کرد ولی حقوقم را نه. و میخواسببت همیشببه کار کنم. چه کار باید می کردم. مناحساس کردم بازنده هستم، اصلا نمیتوانستم بهخوبی بخوابم. از مردم اطرافم کنارهگیری کردم. در آن زمان مشکلات ارتباطیم بیشتر شد. نمیتونستم وارد مرحلهی بعدی شوم. بعد دوست دخترم حدود 2 ماه پیش من را ترک کرد .

وقتی عموی من گفت تنها تا پایان سال وقت دا رم تا پولی که بهعنوان کمک هزینه به من داده بود را برگردانم فشار زیادیبه من وارد شد. من چطور میتوانستم به تنها گسی که برام مونده بود بگم نمیتونم این کار رو بکنم و پول رو تهیه کنم؟ براهمین راهحلی جز پایان دادن به زندگیم ندا شتم. بنابراین 1 ماه پیش نق شه ک شیدم که خودم را با ا سلحهام بک شم. منشروع کردم به دیگران دروغ بگویم، صورتحسابهایم را پرداخت نکردم. درخانه ماندم و بیرون نرفتم. آن روز یک بطری ویسکیخریدم و تا نصف خوردم. وقتی درش را باز کردم میدانستم راه برگشتی وجود ندارد. وقتی میخواستم دستبهکار شوم نلفنزنگ خورد. عمویم بود. وقتی با من صحبت کرد فهمید چیزی در ست نی ست. او به خانهام آمد و من را به اورژانا برد که مندر آنجا کمک دریافت کردم.

ما دیدیم که مسللهی مهمی وجود دارد که در اوایل کودکی در تو مشکل ایجاد کرده. تو میبایست مسلولیت زندگی خودت را بهعهده میگرفتی، و کاری برای خودت دسببتوپا میکردی. فشببار و طرد شببدن عمیقا به تو صببدمه زد و تکانه های قدیمیت سلیم شدن دوباره ظاهر شد. ازد ست دادن فردی که به آن اعتماد کرده بودی افکاری مثل چیز مهم و با ارز شی در زندگیوجود ندارد، کاری از دستم برنمیآید و ..س برانگیخته شد.

**2 – اقدامات زیر برای برقراری امنیت فرد در آینده مهم است:**

**اقدامات در طولانیمدت:**

یافتن روانشناسی برای رواندرمانی طولنیمدت. آموختن پذیرش خود من خوبم و ....س. برطرف کردن مشکلات به صورتگامبهگام: یادگیری مقابله با استرس. یادگیری طرز کمکخواستن از دیگران وقتی مسائل خیلی زیاد میشوند.

**علائم هشداردهنده:**

تفکر دایرهوار این گناه و اشتباه من بودس . احساس شدید درماندگی. ناامیدی، خشم . مشکلات خواب . حبا کردن خود در خانه. قرار ملاقات نگذاشتن با دیگران، باز نکردن ایمیل و چک نکردن تلفن

**راهبردهای سالم و ایمن برضد خودکشی:**

1. فعالیت فیزیکی: ورزش کردن
2. خواندن کتاب مهیج
3. کاهش تنش، بازی کامپیوتری

**موارد حاد:**

تماس با:

1. روانپزشک دکتر الف تلفنی نهس
2. کارشناس سلامت روان تلفنی نه س درصورت نیاز پیغام بگذاریدس
3. تماس با اورژانا 123
4. تماس با اورژانا 115
5. مراجعه به اورژانش بیمارستان

در ماه ژوئن 2013 با همکاری هم نوشته شد.

آقای الف امضا

کارشناس سلامت روان امضا

|  |
| --- |
| **کارت امید برای آقای الف** |
| اقدامات مفید در طولنیمدت   * یافتن روانشناسی جهت درمان طولنیمدت * یادگیری پذیرش خود * روبروشدن با مسائل و مشکلات بهصورت گام به گام * یادگیری نحوهی کمک خواستن از دیگران زمانی که مسائل خیلی زیاد میشوند |
| علائم هشدار دهنده   * تفکر دایرهوار من اشتباه کردم، تقصیر من بودس * احساس شدید درمانده شدن * ناامیدی، خشم * مشکلات خواب * حبا کردن خود در خانه * قرار ملاقات نگذاشتن با دیگران |
| راهبردهای ایمن برضد خودکشی   1. فعالیت فیزیکی: ورزش کردن 2. خواندن کتاب مهیج 3. کاهش دادن تنش، برای مثال با بازی کامپیوتری |
| موارد حاد:  تماس با:   1. روانپزشک دکتر الف تلفنی نهس 2. کارشناس سلامت روان تلفنی نه س درصورت نیاز پیغام بگذاریدس 3. تماس با اورژانا 123 4. تماس با اورژانا 115 5. مراجعه به اورژانش بیمارستان |

**فرم پیگیری تلفنی**

**کد شناسایی مراجع تشخیص بیماری جلسه پیگیری تاریخ.**

**آیا بیمار زنده است؟ بلی خیر**

1. **اگر خیر، علت مرگ چیست؟**
2. **آیا شما) منظور بیمار( تا لحظه ترخیص از بیمارستان مجددا سعی بر خودکشی داشتید؟ بلی خیر**
3. **چند مرتبه:**
4. **میزان رضایت شما از جلسات مشاوره در مرکز جامع بهداشت روان چقدر بوده است:**

**خیلی کم کم متوسط زیاد خیلی زیاد**

1. **از آخرین دیدار با شما در بیمارستان/مرکز جامع خدمات سلامت، آیا احساس کرده اید که نیاز به دریافت حمایت و پشتیبانی داشته باشید ؟**

**بلی خیر**

1. **در صورت پاسخ بلی، لطفا نام افراد و سازمان هایی که تماس برقرار نمودید مثل بیمارستان ها، سازمان های حمایتی، روانپزشک ،درمانگاهها، پزشک خانواده، انجمن های خیریه، خویشاوندان و دوستان را بنویسید**
2. **میزان رضایت شما از افراد و سازمان هایی که در بالا اشاره نمدید و کمک دریافت نموده اید چقدر است؟ خیلی کم کم متوسط زیاد خیلی زیاد**
3. **آیا از زمان مرخص شدن از بیمارستان تا اکنون که با شما صحبت می کنم از سرویس اورژانس اجتماعی 123 استفاده نموده اید .**

**بلی چند بار خیر میزان رضایت شما چقدر بوده است:**

**خیلی کم کم متوسط زیاد خیلی زیاد**

1. **آیا از زمان مرخص شدن از بیمارستان تا اکنون که با شما صحبت می کنم از خط مشاوره 1480 استفاده نموده اید .**

**بلی چند بار خیر**

**میزان رضایت شما چقدر بوده است:**

**خیلی کم کم متوسط زیاد خیلی زیاد**

1. **آموزشهای لازم به بیمار با توجه به چک لیست انجام پذیرد.**

**الف- تشخیص روانپزشکی )در صورت داشتن تشخیص( ب- ترغیب به استفاده از سرویس های روانپزشکی و روانشناسی**

**ج- معرفی مراکز حمایتی )از قبیل مراکز مشاوره، روانپزشکی و روانشناسی،ترك اعتیاد، مشاوره خانواده( در صورت نیاز د- معرفی و ترغیب و تاکید استفاده از سرویس اورژانس اجتماعی 123 در هنگام بروز بحران و نیز خط مشاوره 148 هـ- آموزش مجدد عوامل خطر و محافظت کننده در اقدام به خودکشی**

**11-در صورت وجود سوالات توسط مدد جو، سوالات نوشته شود.**

**دستورالعمل تکمیل پرسشنامه پیگیری تلفنی**

1. جلسه پیگیری و کد بیمار را در برگ پیگیری ثبت کنید.
2. خود را معرفی کنید .احوال پرسی کوتاهی انجام دهید. از وی اجازه بگیرید که سوالت پرسشنامه را ابپرسید
3. سوالت 1 تا 9 را از بیمار سوال کنید.
4. پا از اتمام تکمیل پرسشنامه آموزش های لزم ذیل را به بیمار بدهید.
   * تشخیص روانپزشکی در صورت داشتن تشخیصس
   * ترغیش به مراجعه به پزشک، روانپزشک و روانشناس
   * معرفی مراکز حمایتی از قبیل پایگاه های سلامت، مراکز خدمات جامع سلامت، بیمارستان هاس در صورت نیاز
   * معرفی و ترغیش و تاکید استفاده از سرویا اورژانا اجتماعی 123 در هنگام بروز بحران
   * استفاده از خط 1480 مشاوره سازمان بهزیستی
5. در صورتیکه بیمار در سوال 5 از خدمات روانپزشکی استفاده نموده نوع مراجعه و داروهای تجویز شده سوال شود.
6. از بیمار بخواهید که اگر در رابطه با این موضاعات سوالتی دارد مطرم کند.

* اگر احساس نمودید که طرف مقابل نیاز به صبحت و درد دل دارد این فرصت را به وی بدهید. چند دقیقه به حرف ها و صبحت های وی گوش کنید.
* در ضمن صحبت بیمار وضعیت روانی و خطر خودکشی را ارزیابی نمایید. اگر احساس نمودید که نیاز به کمک بیشتری دارد میتوانید بر حسش شرایط و وخامت حال بیمار از اقدامات زیر استفاده نمایید:
  + وی را برای استفاده از خطر تلفن 1480 ترغیش نمایید
  + اگر احساس نمودید که خطر جدی تری وجود دارد وی را ترغیش نمایید که به اورژانا اجتماعی 123 تماس بگیرد در صورت وجود چنین خدماتی در محل سکونت ویس
  + اگر خطر اقدام مجدد را جدی تر ارزیابی نمودید از وی اجازه بگیرید و به خانواده صحبت کنید. بیمار و خانواده را ترغیش کنید که به اورژانا بیمارستان مراجعه کنند
  + اگر در منطقه روستایی زندگی می کند با بهورز روستا تماس بگیرد
  + اگر در منطقه شهری زندگی می کند به مرکز مشاوره مراجعه نماید

**خاتمه دادن به تماس**

در مواقعی که فرد تماس گیرنده در وضیعت بحرانی نیست کم کم تماس را به پایان برساند. قبل از خداحافظی نکات زیر را رعایت نمایید:

1. اگر تحت درمان است ادامه درمان یا مشاوره را ترغیش نمایید
2. اگر مراجع به تازگی درمان یا مشاوره را شروع نموده است، تاکید کنید که اثرات درمانی بعد از چند هفته ظاهر می شود
3. از وی بابت وقتی که در اختیار شما قرار داد تشکر کنید
4. بفرمایید که ......... هفته/ماه دیگر تماس می گیرید تا از حال وی جویا شوید.

**ارزیابی وضعیت خودکشی طی تماس تلفنی**

1.اگر تماس گیرنده ای می گوید «من خیلی افسرده ام، دیگر تحملش را ندارم»،

این سؤال را از او بپرسید «آیا شما افکار خودکشی هم دارید؟ نگران نباشید که نکند با این سوال افکار خودکشی را به وی القا کنید. خیر ،شما دارید کار درستی انجام می دهید. شما دارید به او نشان می دهید که دلسوز هستید، او را جدّّی گرفته اید و کار خوبی کرده که دردش را با شما در میان گذاشته است.

-اگر پاسه خیر است، وی را تشویق کنید که به روانپزشک یا کارشناس سلامت روان مراجعه کند. فهرست مراکز را که قبلا به وی دادید یاد اوری کنید. یاد اوری کنید که شانا بهبودی 60-70 درصد است . بهتر است ان را از خود دریغ نکند. اگر از درمان های رایج استفاده می کند ادامه ان را ترغیش کنید

2.اگرپاسه سؤال قبلی «بله» است، می توانید این سؤالها را هم مطرم کنید:

آیا در این مورد که چگونه خودکشی کنید هم فکری دارید؟ بررسی طرم ونقشهس، آیا چیزهایی که لزم است را فراهم کرده اید؟ وسایل خودکشیس، آیا در این باره که چه زمانی این کار را بکنید فکر کرده اید؟ برنامه ریزی زمانیس .

-اگر پاسه منفی است، یعنی فکر خودکشی را دارد ولی برنامه ای برای انجام این کار ندارد، همان اقدام مرحله a را انجام دهید.

3.اگر برای اقدام به خودکشی برنامه ریزی نموده است، از اقدمات زیر استفاده نمایید:

* وی را برای استفاده از خطر تلفن 1480 ترغیش نمایید
* اگر احساس نمودید که خطر جدی تری وجود دارد وی را ترغیش نمایید که به اورژانا اجتماعی 123 تماس بگیرد در صورت وجود چنین خدماتی در محل سکونت ویس
* اگر خطر اقدام مجدد را جدی تر ارزیابی نمودید از وی اجازه بگیرید و به خانواده صحبت کنید. بیمار و خانواده را ترغیش کنید که به اورژانا بیمارستان مراجعه کنند
* اگر در منطقه روستایی زندگی می کند با بهورز روستا تماس بگیرد
* اگر در منطقه شهری زندگی می کند به مرکز مشاوره مراجعه نماید

1. Kahneman [↑](#footnote-ref-1)
2. The Hope Leporello [↑](#footnote-ref-2)
3. Hope Leporello [↑](#footnote-ref-3)
4. coping strategies [↑](#footnote-ref-4)