



به نام یزدان

جزوه‌ی آموزشی

خودکشی، علل، باورها و درمان

تدوین: آیدا عبدالله زاده^۱

دکترای روانشناسی

بهار ۹۳

^۱ Email: aida_abdaleh_zade@yahoo.com

فهرست مطالب

مقدمه	۴
آمار بین المللی خودکشی	۶
علل خودکشی	۶
علائم خطر	۸
باورهای غلط و حقایق مربوط به خودکشی	۹
باورهای غلط در مورد کودکان	۱۰
کمک به فرد خودکشی کننده	۱۱
تکنیک‌ها و راهکارهای خاص روان‌درمانی	۱۵
محاسبه سود و زیان	۱۶
زیر سؤال بردن مزایای خودکشی	۱۶
شناسایی دلایل زنده ماندن	۱۶
شناسایی کارهای ناتمام	۱۷
ایجاد گزینه‌های جایگزین	۱۷
برنامه ریزی فعالیت	۱۷
برنامه‌های مقابله	۱۸

شناسایی و تغییر افکار ناسالم ۱۸

کمک به مراجع برای افزایش ظرفیت تحمل رنج ۱۹

مدیریت خشم ۱۹

سئوالات ارزشیابی ۲۱

منابع ۲۲

مقدمه

خودکشی اقدامی آگاهانه و ارادی است که فرد قصد از بین بردن خود را دارد. هرچند خودکشی همیشه از اولویت-های پزشکی بوده است، اما افزایش نگران کننده‌ی آمارها لزوم توجه به این مقوله را بیش از پیش می‌نماید. آمار خودکشی در جهان ۱۵ درصد هزار برآورد شده است. در ایران این آمار ۶ درصد هزار برآورد شده و با این آمار، ایران در رتبه ۵۸ در بین کشورهای جهان قرار دارد. هرچند به دلیل قبح فرهنگی و مذهبی این عمل در عرف ما، احتمال اینکه آمار واقعی بالاتر از این رقم باشد بسیار است.

توجهی که در دهه‌های اخیر به خودکشی گرای معطوف شده است، با دگرگونی‌های چشمگیری در ماهیت خدمات بهداشتی همراه بوده است. مراقبت مدیریت شده، نحوه‌ی کار در روان درمانی (نوع اقدامات عینی، چارچوب زمانی و درمانی) را به شدت تغییر داده است. خودکشی در زمره‌ی یکی از عمده‌ترین علل مرگ افراد ۱۰ سال به بالا قرار دارد و برآورد می‌شود که دفعات اقدام به خودکشی برای هر مورد با سرانجام موفق بین ۸ تا ۲۵ بار است (موسسه ملی بهداشت روانی، ۱۹۹۸).

این عمل علاوه بر تاثیرات فردی، تاثیرات اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی بسیار زیانباری به دنبال دارد. چه فرد خودکشی کننده نوجوان باشد و نقش فرزندی در خانواده داشته باشد؛ چه یکی از والدین چنین اقدامی داشته باشد؛ آثار خانوادگی و بار روانی بسیار مخربی بر خانواده تحمیل می‌شود. در حقیقت این عمل را نمی‌توان صرفاً نابود کردن شخص در نظر گرفت بلکه معمولاً تار و پود خانواده فرد نیز از هم می‌پاشد. بویژه اگر عمل فرد ناشی از تعارضات خانوادگی و بین فردی باشد، احساس گناه بازماندگان و تعارضات روانی پس از آن نیز از مسائل قابل توجه در این حیطه می‌باشد.

کودکانی که شخص مهمی چون پدر یا مادر، خواهر یا برادر را بر اثر خودکشی از دست داده‌اند، شاید دائماً در معرض خطر آسیب پذیری از مشکلات روانی و همچنین خودکشی قرار گیرند. (شفرد، بارکلاف، ۱۹۷۶ به نقل از دیماتئو، ۱۹۹۱).

با این اوصاف خودکشی چه تعریفی دارد؟ این واژه اولین بار در سال ۱۶۴۲ توسط دکتر سر توماس براون^۲ در کتاب وی به نام مذهب یک پزشک ابداع شد. در سال ۱۸۹۷، دورکهایم^۳ خودکشی را به عنوان هر نوع مرگی که بطور مستقیم یا غیر مستقیم از عمل مثبت یا منفی قربانی کردن خویش ناشی می‌شود، به گونه‌ای که قربانی خود می‌داند آن عمل، این نتیجه را به بار خواهد آورد؛ تعریف کرد. این تعریف، دیدگاهی جامعه شناسانه است.

در سال ۱۹۸۶، گروه کاری سازمان بهداشت جهانی تعریف ذیل را توسعه دادند: خودکشی اقدامی با یک نتیجه‌ی مرگبار است که قربانی با آگاهی یا انتظار یک نتیجه‌ی مرگبار و با هدف اعمال تغییراتی که در طلب آنهاست، به آن مبادرت می‌ورزد (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۸۶).

در این تعریف اولیه تمایزی بین اقدام به خودکشی با خودکشی موفق در نظر گرفته نشده بود. اما اینک در حیطه‌ی تخصصی مطالعات خودکشی و اقدامات در این زمینه تفاوت بین اقدام به خودکشی و خودکشی موفق در نظر گرفته می‌شود. چه اقدام به خودکشی غالباً ژستی است که فرد در طی آن می‌خواهد اطرافیان را متوجه شرایط بد خود کرده و از آنها کمک بگیرد و در برخی شرایط این اقدام، وسیله‌ای است که فرد با آن به خواسته‌های خود می‌رسد.

بحث بر سر اقدام به خودکشی، خودکشی عملی و سایر واژه‌های مطروحه در این زمینه سال‌ها ادامه داشت تا اینکه انجمن روان شناسان آمریکا (۲۰۰۳)، تعریف واضحی از واژگان کلیدی این زمینه ارائه داد. این تعاریف شامل موارد زیر می‌باشند:

افکار خودکشی: اندیشه‌هایی در خدمت عامل مرگ یک شخص. افکار خودکشی بسته به ویژگی برنامه‌های خودکشی و میزان قصد خودکشی از لحاظ جدیت متفاوت هستند.

اقدام به خودکشی: رفتار صدمه به خود با یک نتیجه غیر مرگبار که همراه با شواهدی (مستدل یا غیر مستدل) دال بر این باشد که شخص قصد مردن داشته است.

قصد خودکشی: انتظار و تمایل ذهنی به یک اقدام خودتخریبی که به مرگ می‌انجامد.

خودکشی: یک اقدام عامدانه‌ی آسیب به خود که منتج به مرگ می‌شود (پالمر، ۲۰۰۷).

^۲ Sir Thomas Browne
^۳ Durkheim

آمار بین المللی خودکشی

در سال ۱۹۹۵ حدود ۹۰۰ هزار خودکشی در سراسر جهان گزارش شد. براساس آمار سازمان بهداشت جهانی، ارزیابی‌های آتی بر اساس رویه‌های موجود برای سال ۲۰۲۰ نشان از آن دارد که تقریباً ۱/۵۳ میلیون نفر به طور مرگبار خودکشی کنند. این ارقام دقیق نیستند اما اگر اقدامی برای ممانعت از خودکشی، صورت نگیرد تصویر دهشتناکی را ترسیم می‌کند (پالمر، ۲۰۰۷).

از سال ۱۹۵۰ تا کنون افزایش تدریجی و چشمگیر خودکشی در مردها دیده می‌شود؛ در حالی که افزایش در مورد خانم‌ها ناچیز است. در سال ۱۹۵۰ بیشتر افرادی که اقدام به خودکشی کرده بودند در گروه سنی بالای ۴۵ قرار داشتند؛ در حالیکه در سال ۲۰۰۰ بیشتر افرادی که خودکشی کرده‌اند در گروه سنی ۵ تا ۴۴ سال قرار دارند. با وجود اینکه سن اقدام به خودکشی کاهش یافته است اما در زنان بالای ۷۵ سال افزایش میزان خودکشی گزارش شده است. یکی از دلایل خودکشی در این گروه سنی، برای مردها و زن‌ها احتمالاً درد جسمی تحمل ناپذیر در نتیجه‌ی بیماری‌هاست. در بسیاری از جوامع تنهایی، افسردگی و سوء استعمال الکل عامل خودکشی در این سن می‌باشد (دورایس و تامپسون، ۲۰۰۰). در قیاس با افراد جوان‌تر، احتمال اینکه افراد مسن به وسیله‌ی روش‌های مهلک‌تر به هدف مرگ دست یابند، بسیار بیشتر است. این بدان معنی است که آن‌ها کمتر به دنبال جلب توجه هستند و بیشتر بر مرگبار بودن خودکشی تمرکز دارند. روش‌های رایج استفاده شده در این گروه سنی شامل سلاح گرم، دار زدن، گاز و سم می‌باشد (الکسوپولوس، ۱۹۹۶).

علل خودکشی

درباره‌ی علت خودکشی تحقیقات زیادی انجام شده است و عوامل ارثی، خانوادگی، اجتماعی، روانی و جسمی مورد بررسی قرار گرفته‌اند. آنچه مسلم است؛ این موضوع است که نمی‌توان صرفاً یک عامل را برای چنین اقدامی در نظر گرفت. بر اساس مدل زیستی- روانی- اجتماعی که اخیراً در مورد اختلالات روانی مطرح می‌باشد؛ حضور چندین عامل و ترکیب آنها سبب بروز اختلال در تعادل روانی فرد و تغییر در کارکردهای طبیعی وی می‌شود. اکثریت محققینی که در زمینه‌ی خودکشی مطالعه کرده‌اند؛ گسیختگی خانوادگی، نداشتن خانواده، عدم تفاهم پدر و مادر،

طرد شدن بوسیله‌ی مادر، فقدان پدر، عدم ارتباط پدر با فرزندان و اطمینان بخش نبودن پدر را جزء عوامل قطعی خانوادگی خودکشی مطرح نموده‌اند.

افراد مستعد خودکشی، ده ویژگی دارند که شناخت آنها می‌تواند عملاً موثرترین راه برای پیشگیری از خودکشی باشد (شنیدمن، ۱۹۸۵). این ده ویژگی به شرح زیر است:

۱- **رنج غیر قابل تحمل روانی.** مرگ، حاکی از تلاش برای خلاصی از رنج است. اگر بتوانیم رنج فرد را به هر

طریق، حتی اندکی کاهش دهیم، می‌توانیم از خودکشی او پیشگیری کنیم. با کم شدن درد و رنج، فرد مستعد خودکشی، زنده ماندن را بر می‌گزیند.

۲- **نیازهای روانی ارضا نشده.** زندگی خصوصی فرد مستعد خودکشی، شدیداً به چیزی مانند امنیت،

پیشرفت، اعتماد، عشق و دوستی نیاز دارد. شخص یاری کننده باید آن را یافته و فرد را برای درک راهی جهت کسب آن، مساعدت نماید.

۳- **نیاز به یک راه حل.** شخص مستعد خودکشی واقعاً گمان می‌کند که مرگ تنها راه حل برای مشکل یا

بحران است. باید راه حل‌های دیگری به او پیشنهاد کرد.

۴- **آرزوی پایان دادن به هشیاری.** خودکشی اغلب حرکتی است که آگاهی از زندگی توأم با درد را متوقف می‌سازد.

۵- **درماندگی و ناامیدی.** احساس ناتوانی و باور به اینکه از دست کسی کمکی برنمی‌آید، زیربنای همه‌ی

عواطف منفی فرداست؛ زیرا در این صورت، آخرین پرتوهای امید محو شده و راهی جز مردن باقی نمی‌ماند.

۶- **محدودیت گزینه‌ها.** فرد مستعد خودکشی، به راه‌های متعددی که ممکن است مشکلات فرساینده را از

طریق آنها حل کرد، توجه نمی‌کند. او مرگ را به عنوان یگانه راه حل تلقی می‌نماید.

۷- **گرایش دوسویی.** فرد مستعد خودکشی، هم می‌خواهد بمیرد و هم نمی‌خواهد بمیرد؛ یعنی در همان زمان

که می‌کوشد دست به خودکشی بزند، احتمالاً به نحوی طلب کمک نیز می‌کند.

۸- **اظهارکردن قصد خودکشی.** حدود ۰/۸۰ افراد مستعد خودکشی، اطلاعات روشنی مبنی بر اینکه قصد

دارند خود را بکشند در اختیار دوستان و خانواده قرار می‌دهند. تعدادی واقعاً خداحافظی کرده و کارهای

خود را مرتب می‌کنند و حتی گاهی اظهار می‌دارند که آنها دیگر نمی‌توانند درد و رنج را تحمل نمایند و

قصد دارند بمیرند. اغلب فرصت مطمئنی برای مداخله وجود دارد، خصوصا با جلوگیری از تهیه وسیله‌ای که فرد با آن، خود را از بین می‌برد.

۹- **رهایی.** افراد مستعد خودکشی، میل به رهایی یافتن از خود بروز می‌دهند. فرد یاری دهنده می‌تواند آنان را در تمایز بین دو امر مساعدت کند: نیاز به رهایی از هر چیزی (مثلا ترک زندگی زناشویی، ترک مدرسه) و میل به مردن.

۱۰- **الگوی کهن سازگاری.** فرد در گذشته دردهای روحی را چگونه تحمل کرده است؟ افرادی که دست به خودکشی می‌زنند، احتمال بیشتری دارد که برای حل مسائل، به شیوه‌های رهایی سریع متوسل شوند. آنان با ترک ناگهانی همسر به پیوند زناشویی خاتمه می‌دهند و یا شغلی را به طور غیر منتظره رها می‌کنند (شنیدمن، ۱۹۸۵ به نقل از دیماتئو ۱۹۹۱).

علائم خطر

علائم هشدار دهنده‌ی وجود دارند که معمولا قبل از اقدام به خودکشی فرد این علائم هشدار دهنده را نشان می‌دهد. در مورد بزرگسالان این علائم شامل:

- ۱- افسردگی (بیماران افسرده بالاترین آمار خودکشی جهان را دارا هستند).
- ۲- اظهارات صریح فرد مانند می‌خواهم خودم را بکشم، کاش بمیرم و خلاص شوم.
- ۳- اظهارات غیر مستقیم مانند؛ به زودی از دستم خلاص می‌شید و ...
- ۴- استرس‌های محیطی شدید مثل ورشکستگی، طلاق و شکست عاطفی. شکست‌های عاطفی بویژه در نوجوانان و جوانان از عوامل برجسته‌ی خطر محسوب می‌شوند.
- ۵- دسترسی به ابزار مرگبار مانند اسلحه، قرص سیانور و ...
- ۶- بیماری شدید پزشکی
- ۷- سوء مصرف مواد
- ۸- اختلالات شخصیتی و یا رگه‌هایی از اختلال شخصیت بویژه خوشه B
- ۹- تشخیص مضاعف اختلالات روانپزشکی

۱۰- ویژگی شخصیتی تکانشگری

۱۱- تاریخچه‌ی خانوادگی خودکشی موفق یا اقدام به خودکشی

۱۲- سابقه‌ی اقدام قبلی

در مورد کودکان و نوجوانان علائم شامل:

۱- افت شدید در عملکرد تحصیلی

۲- از دست دادن اخیر پدر یا مادر ناشی از مرگ یا جدایی

۳- میزان بالای بیماری‌های روانپزشکی والدین و در نتیجه فقدان حمایت کافی

۴- بخشیدن لوازم پر ارزش خود به دیگران

۵- مورد سوء استفاده جنسی یا جسمی قرار گرفتن

۶- بیماری‌های جسمی شدید مثل صرع و یا سرطان

۷- اقدام به خودکشی در دوستان و همتایان و یا افراد نزدیک (کودکان و نوجوانان مستعد همانندسازی، تلقین

بیشتر و خودکشی‌های تقلیدی هستند).

باورهای غلط و حقایق مربوط به خودکشی

۱- بحث در مورد خودکشی، فرد را به سمت انجام آن سوق می‌دهد. بنابراین صحبت نکردن در مورد آن درست

است (گرین، ۱۹۹۴ به نقل از پالمر، ۲۰۰۷). حال آنکه این باور غلط می‌تواند مانع ایجاد ارتباط صحیح

درمانگر با مراجع شود. صحبت با مراجع در این مورد، به او احساس آرامش می‌دهد و زمینه را برای بررسی

احساس بن بست وی و یافتن راه‌های دیگری برای این ناامیدی باز می‌کند.

۲- کسانی که در مورد خودکشی صحبت می‌کنند به آن اقدام نمی‌کنند. این باور اشتباه در میان مردم وجود

دارد که اگر فردی واقعا قصد خاتمه دادن به زندگی‌اش را داشته باشد راجع به آن صحبت نمی‌کند بلکه

بیخبر و بی‌مقدمه دست به کاری می‌زند که سبب اتمام حیاتش شود. اما برخلاف این باور، و همانطور که در

مباحث قبلی ذکر شد، اکثر افرادی که سرانجام خودکشی موفق می‌کنند، قبلا راجع به قصد و نیتشان مبنی

بر خاتمه دادن به حیات صحبت می‌کنند.

۳- خودکشی متعلق به طبقه‌ی خاصی است. این باور نیز اشتباه است. خودکشی منحصر به وضعیت اقتصادی اجتماعی خاصی نیست. هرچند برخی مطالعات تحصیلات پایین، بیکاری و وضعیت پایین اجتماعی و اقتصادی و فرهنگی را عامل خطر معرفی کرده‌اند اما مطالعاتی نیز وجود دارند که مدعی‌اند خودکشی در میان روانپزشکان، پزشکان و وکلا و روانشناسان رایج است (روی، ۲۰۰۴).

۴- تعلق به گروه مذهبی خاص می‌تواند پیش‌بینی کننده‌ی عدم اقدام باشد. برخی مذاهب و فرقه‌ها وجود دارند که خودکشی را امری بسیار مذموم و قبیح و گناهی نابخشودنی می‌دانند؛ با این وجود شواهد علمی مبنی بر اثبات اینکه تعلق فرد به مذهب خاص مانع خودکشی وی می‌شود وجود ندارد.

۵- خودکشی نشانه‌ی جنون است. با توجه به فاکتورهای ذکر شده در علل خودکشی، چندین عامل در اقدام فرد تاثیر دارد. تنها درصد اندکی از افرادی که خودکشی می‌کنند، بیمار روانی یا دیوانه هستند. اکثر آنها افراد طبیعی هستند که به شدت افسرده، تنها، ناامید و ناگزیر هستند و یا به تازگی غم بزرگی متحمل شده‌اند، عمیقاً ناراحت هستند، در روابط عاشقانه طرد شده‌اند و یا در یک موقعیت احساسی، دچار شکست شده‌اند (گرین، ۱۹۹۴ به نقل از پالمر، ۲۰۰۷).

۶- خودکشی در برخی خانواده‌ها رایج است؛ زیرا تمایلی وراثتی است. در حالیکه تمایل به خودکشی ارثی نمی‌باشد. این میل یا از محیط کسب می‌شود یا بطور شرطی انجام می‌گردد (گرین، ۱۹۹۴ به نقل از پالمر، ۲۰۰۷).

۷- خودکشی همیشه اقدامی آنی و بدون برنامه ریزی است؛ حال آنکه برخی از خودکشی‌ها آنی هستند، اما برخی از آنها با برنامه‌ریزی قبلی اجرا می‌شوند (گرین، ۱۹۹۴ به نقل از پالمر، ۲۰۰۷).

باورهای غلط در مورد کودکان

- ۱- کودکان خودکشی نمی‌کنند. بر خلاف این ادعا، کودکان بین ۵ تا ۱۴ سال نیز خودکشی می‌کنند.
- ۲- افسردگی حقیقی از لحاظ رشدی و روانشناختی در کودکی غیر ممکن است؛ به عکس این باور، یافته‌های اخیر روانشناسی رشد، این باور را باطل شناخته است و افسردگی در کودکان نیز دیده می‌شود.

۳- کودکان از لحاظ شناختی و جسمی قادر به عمل موفقیت آمیز خودکشی نیستند؛ در حالیکه میزان روزافزون خودکشی در کودکان شاهد اصلی اشتباه بودن این باور است (گرین، ۱۹۹۴ به نقل از پالمر، ۲۰۰۷).

کمک به فرد خودکشی کننده

فرآیند مدیریت خطر آسیب به خود را می‌توان در مراحل زیر خلاصه نمود:

۱- شناسایی وجود عوامل کلی خطر بالقوه

۲- ارزیابی خطر فعلی آسیب به خود

۳- توسعه و پیاده سازی برنامه‌ای برای کاهش خطر یا حفاظت از شخص

۴- آغاز مقابله با مشکلات زیربنایی مراجعه کننده

قبل از بررسی مفصل هریک از مراحل، باید برخی اصول کلی و عمومی را هنگام کار کردن با بیماران مستعد خودکشی در ذهن داشته باشیم:

اول، تا حد ممکن با بیمار همکاری نمایید. شرایط روحی، هیجانی و سطح خطر را در نظر بگیرید. بیش از آنچه لازم است، پیش نروید؛ چرا که این کار شما ممکن است باور بیمار مبنی بر ناتوانیش در مقابله با مشکلات را تقویت نماید. تا حد امکان بیمار را وارد گفتگو کنید تا بتوانید ارزیابی و مدیریت خوبی انجام دهید.

دوم در حالیکه همکاری خود را ادامه می‌دهید، در مراحل ابتدایی آماده باشید که انرژی اولیه را برای بیمار تامین نمایید؛ زیرا مراجع شما هیچ گزینه یا انتخابی پیش روی خود نمی‌بیند. از بیان مجدد و بیهوده‌ی مشکلات بیمار و یا بحث در مورد افکار نومیده‌انه، بدون یافتن راه حل پرهیزید. می‌توانید با دخالت و همکاری مراجعه کننده، یک مسیر مناسب را برای گفتگو انتخاب کنید. در مورد بیماران مستعد خودکشی، پرسش و پاسخ سقراطی^۴ معمولاً مناسب‌تر از گوش دادن بازتابی^۵ است.

^۴ Socratic questioning
^۵ Reflective listening

سوم در صورت امکان، با پزشک روانپزشک و دیگر افرادی که برای فرد مهم هستند در ارتباط باشید. از کار کردن با بیماران پرخطر به تنهایی پرهیز کنید پالمر، ۲۰۰۷).

لازم به یادآوری است که خطر آسیب به خود از جمله مواردی است که روانشناس حق شکستن اصل رازداری جلسات را دارد و می‌توان خانواده و یا در صورت نیاز افرادی چون مددکار و سایر افراد دارای قدرت مقابله را در جریان گذاشت.

اکنون به بررسی دقیق مراحل مطرح شده می‌پردازیم.

شناسایی عوامل کلی خطر احتمالی

مرحله‌ی اولیه عبارتند از: شناسایی وجود عوامل خطر کلی یا دموگرافیک از طریق خواندن یادداشت‌های قبلی، بررسی و صحبت با شخص و صحبت با افراد مهم زندگی او (سیمون و هلز، ۲۰۰۶). گفتنی است دسته‌بندی‌های خطر از کم خطر تا پرخطر وجود دارند (کوپر و کاپور، ۲۰۰۴). جنسیت مرد، وجود افسردگی بالینی، سوء مصرف الکل، سابقه‌ی اقدام قبلی، مجرد، بیوه یا مطلقه بودن و فقدان حمایت اجتماعی از جمله عوامل خطری هستند که احتمال اقدام را بالا می‌برند. شایان ذکر است که توجه ویژه‌ای برای وجود افسردگی بالینی لازم است.

ارزیابی خطر فعلی

ارزیابی نمایید که آیا این احتمال وجود دارد که فرد در آینده‌ی نزدیک به خود آسیبی وارد کند؟

- آیا او اکنون به خودکشی فکر می‌کند؟
- روش مورد نظر او تا چه حد کشنده است؟
- آیا هرگونه آمادگی انجام گرفته است؟ (مانند بخشیدن دارایی‌های ارزشمند، وصیت کردن و ...)
- چه وضعیتی می‌تواند افکار خودکشی را بیدار کند؟
- فرد چه موارد مثبت یا گزینه‌های جایگزینی در خود یا وضعیت خود می‌بیند؟

- به افکار و احساسات نومیدی - از جمله این برداشت که هیچ راهی برای حل مشکلات خود ندارد- توجه ویژه نمایید.
- انگیزه‌ی شخص را بیابید و بررسی کنید که او از این اقدام خود چه هدفی را دنبال می‌کند: آیا می-خواهد از مشکلات فرار کند و یا پیامی را انتقال دهد؟ اگر شخصی می‌گوید که دوست دارد بمیرد، وضعیت را مشخص کنید: آیا می‌خواهد برای مدتی از مسئولیت‌ها شانه خالی کند یا می‌خواهد برای همیشه به زندگی خود پایان دهد؟
- وجود یا عدم وجود عوامل محافظتی را مورد توجه قرار دهید. مراجعه کننده تا چه حد امید دارد؟
- آیا بیمار این برداشت را دارد که افرادی مثل فرزندان یا دیگر وابستگان به او نیاز دارند و یا او مسئولیتی در قبال آن‌ها دارد؟
- آیا بیمار بر این باور است که حمایت‌های اجتماعی قوی‌ای دارد؟ آیا حامیان قدرتمندی در دسترس او هستند (والدین، دوستان و ...)? (پالمر، ۲۰۰۷).

چگونه افکار خودکشی را کشف کنیم؟

همانطور که در بخش‌های قبلی ذکر شد، از پرسیدن اینکه آیا مراجع به خودکشی فکر می‌کند، نترسید. صحبت کردن در این مورد بیشتر مواقع موجب آرامش بیمار می‌شود. این کار باید با دقت و حساسیت انجام شود. بهتر است این بررسی را با پرسش‌های کلی شروع کنید و در صورت لزوم به سمت پرسش‌های خاص-تر حرکت کنید، چند نمونه از این پرسش‌ها:

- به نظرت آینده چگونه خواهد بود؟
- این موقعیت تا چه حد برایت نا امید کننده است؟
- آیا پیش آمده که فکر کنی زندگی ارزش ادامه دادن ندارد؟
- آیا تا بحال به پایان دادن زندگی فکر کرده‌ای؟

در مورد مراجعه کنندگانی که قبلاً به خود آسیب رسانده‌اند، سوالاتی در مورد:

- چه اقدامی انجام داده‌اند؟ چه زمانی؟ کجا؟

- آیا کسی نزدیک آن‌ها بوده است؟ آیا انتظار پیدا شدن داشته‌اند؟ آیا قبل یا بعد از انجام این کار به کسی خبر داده‌اند؟
- آیا این اقدام آنها آنی بوده یا با برنامه‌ریزی قبلی انجام شده است؟
- می‌خواستند چه اتفاقی بیفتد؟
- اکنون در مورد کاری که کرده‌اند و در مورد زنده ماندن خود چه احساس یا تفکری دارند؟

توسعه و اجرای برنامه به منظور کاهش سطح خطر و یا حفاظت از فرد در صورت نیاز

برخی اصول کلی وجود دارند که اثرگذاری برنامه و پیاده سازی آن را افزایش می‌دهند. ابتدا در حد امکان، این برنامه را با مشورت با بیمار، افراد مهم زندگی او و متخصصان مناسب انجام دهید. مداخلات بعدی به عوامل متعددی از جمله انگیزه‌ی خودکشی، سطح مداوم خطر و آمادگی بیمار برای روان درمانی بستگی دارد (پالمر، ۲۰۰۷).

انگیزه‌ی بیمار را در نظر بگیرید

اگر انگیزه‌ی فرد برای خودکشی برقراری ارتباط و انتقال پیامی بوده است، در نظر بگیرید که او می‌خواسته چه چیزی را به چه کسی بگوید. سپس با بیمار خود به نتیجه برسید که چطور می‌توان بطور کاربردی‌تر به او کمک کنید؛ برای مثال مشاوره‌ی ارتباطات و کمک به توسعه‌ی واکنش‌های قاطع و حاکی از اعتماد به نفس. اگر انگیزه‌ی فرد از خودکشی، فرار بوده است، خطر بالاتری را نشان می‌دهد. شاید لازم باشد فرد در محیط امن‌تری قرار گیرد.

در مورد جوانب مثبت و منفی زندگی و مرگ با او بحث کنید. روش مناسب، محاسبه‌ی مزایاست. این روش یک نمونه از مداخلات است که بوسیله‌ی آن سطح خطر بررسی می‌شود و همزمان در بسیاری از موارد، خطر را کاهش می‌دهد.

تا حد ممکن، ارزیابی دقیقی از واقعیت وضع زندگی بیمار به عمل آورید و چارچوب شناختی او را در تفسیر و ارزیابی واقعیت پیدا کنید. تصمیم بگیرید که آیا بهتر است در این وضع حل مسئله کنید و یا بر روی افکار ناسالم او کار کنید. در ابتدا، اغلب لازم است که روی تفکرات در رابطه با نومیدی و کمبود مثبت نگری کار شود. تکنیک‌های شناختی که می‌تواند در اینجا کمک کند، شناسایی دلایل برای زندگی کردن، شناسایی کار ناتمام و ایجاد گزینه‌های انتخابی است.

تدارک دیدن حمایت یا نظارت در صورت لزوم

یک گروه از افرادی را مشخص کنید که بیمار در هنگام احساس تمایل به خودکشی می‌تواند به آن‌ها مراجعه کند؛ افرادی مانند والدین، همسر، دوست و ... فهرستی از گروه‌های کمکی مثل تیم اورژانس، روانپزشک، خدمات مشاوره تلفنی و ... تهیه کنید. در نهایت هر ابزاری که ممکن است بیمار برای خودکشی از آن‌ها استفاده کند؛ همچون سلاح گرم، مواد یا دارو را بررسی کنید و از امنیت آنها مطمئن شوید.

ایجاد یک پل ارتباطی به جلسه بعدی

رایج‌ترین روش برای کمک به بیماران در مقابله با وضعیت سخت، ایجاد یک برنامه‌ی مدیریت خود آسیبی می‌باشد. توافق بیمار را در موارد ذیل کسب کنید:

- او در طول یک دوره‌ی زمانی خاص به خود آسیب نخواهد زد.
- اگر به خودکشی تمایل داشته باشد، با افراد مشخصی تماس می‌گیرد.
- به مراجعه کننده پیشنهاد کنید که افکار خودکشی بعدی خود را فرصتی برای ثبت این موقعیت، افکار خود و احساسات خود در نظر بگیرد و این اطلاعات را برای جلسه‌ی بعدی به همراه داشته باشد.

توجه: وقتی میزان خطر هنوز بالاست

اگر مداخلات درمانی و حمایتی برای حفاظت بیمار کافی نبودند، گزینه‌های دیگری را نیز باید در نظر گرفت. یکی از این موارد، ارجاع بیمار به روانپزشک است. به خاطر داشته باشید که هر چه خطر بالاتر باشد، مهم‌تر است که در فرآیند مدد رسانی، از دیگر متخصصان نیز کمک گرفته شود. توجه کنید در حالیکه بستری شدن برای برخی از بیماران پرخطر لازم است، برای برخی دیگر نامناسب است. پذیرش در بیمارستان می‌تواند آنها را از اعضای خانواده و نهادهای حمایتی دور کند. برخی از این افراد نقش بیمار گرفته و حس قدرت و کنترل خود را از دست می‌دهند.

تکنیک‌ها و راهکارهای خاص رواندرمانی

وقتی که درمانگر و مراجع به توافق رسیده‌اند و برایشان واضح است که چرا از یک تکنیک خاص استفاده می‌کنند و یا به چه دلیل روی یک موضوع خاص بحث می‌کنند، درمان شناختی- رفتاری از موثرترین درمان‌ها می‌باشد.

محاسبه‌ی سود و زیان

تحلیل سود و هزینه را در مورد مقاصد خودکشی بیمار با او انجام دهید. اول دلایل مردن را مورد بحث قرار دهید (جوانب مثبت و منفی را ارزیابی نمایید)؛ سپس دلایل زندگی کردن را به میان آورید (جوانب مثبت و منفی ادامه زندگی). اگر بیمار در فکر کردن به دلایل زنده ماندن مشکل داشت، سوالاتی از این قبیل مطرح سازید:

- دلایل شما برای زندگی کردن قبل از افسردگی کدام بودند؟

- چه چیزهایی موجب شد تا به حال، به رغم مشکلات خود، به زندگی ادامه دهید؟

این محاسبه را بر روی تخته و یا کاغذ بنویسید. گاهی می‌توان کیفیت این محاسبه را با این پرسش از بیمار افزایش داد که هر مورد برای او تا چه حد ارزش دارند. از مراجع بخواهید برای هر مورد، یک عدد را انتخاب کند. وادار کردن بیمار به ترسیم جوانب مثبت و منفی به این روش، کمک می‌کند تا افکار منفی را مشخص کند. می‌توانید این کار را در طول جلسات انجام داده یا از او بخواهید که این کار را در خانه انجام دهد. اما اگر نتیجه‌ی این محاسبه به نفع بیمار باشد، چه می‌شود؟ در این حالت شما مطمئن خواهید شد که خطر خودکشی از آنچه قبلاً حدس می‌زدید بالاتر است؛ بنابراین باید اقدامی حفاظتی را در نظر بگیرید.

زیر سوال بردن مزایای خودکشی

این تکنیک را می‌توان به تنهایی استفاده کرد و یا همراه مزایای خودکشی به کار برد. مثلاً اگر از نظر مراجع مزایای خودکشی این است که دیگر برای خانواده‌اش بار اضافی نخواهد بود؛ می‌توان این جمله را با جمله‌ی در صورت خودکشی تو آنها چه حالی خواهند داشت؟ آیا زندگی‌شان بطور طبیعی ادامه خواهد یافت؟ زیر سؤال برد.

شناسایی دلایل زنده ماندن

افراد بسیار افسرده تمایل دارند که جوانب منفی زندگی خود را بزرگ نمایی کرده و جوانب مثبت را به حداقل برسانند. روش ساده اما اغلب موثر، وادار کردن آن‌ها به فهرست کردن دلایل زندگی است. این کار را می‌توان بطور روزانه انجام داد. بهتر است درمانگر و بیمار این فهرست را باهم تهیه کنند. اگر بیمار قادر نیست دلایل زیادی برای زنده ماندن بیابد، توجه کنید که احتمال خطر بالاست.

شناسایی کارهای ناتمام

با استفاده از عنوان فهرست شده در ذیل، بیمار را وادار کنید که کارهای ناتمام خود را شناسایی کند (برگرفته از الیس و نیومن، ۱۹۹۶ به نقل از پالمر، ۲۰۰۷).

- چیزهایی که قصد انجام یا تکمیل آن‌ها را داشتم.
- چرا برایم مهم است که این چیزها را انجام دهم.
- کارهای ناتمامی که اکنون به یاد آنها افتادم.

با اینکه مراجعه کننده می‌تواند این تکنیک را به عنوان فعالیت بین دو جلسه به تنهایی انجام دهد، بهتر است این کار در طول یک جلسه‌ی درمانی انجام شود تا درمانگر بینش بیشتری نسبت به دنیای فردی بیمار پیدا کند و همچنین به بیمار کمک شود تا اهداف قبلی را که در آرزوی دستیابی به آنها بود را بخاطر آورده یا اهداف جدیدی خلق نماید.

ایجاد گزینه‌های جایگزین

با بیمار کار کنید و گزینه‌هایی به عنوان جایگزین خودکشی ایجاد نمائید. تکنیک بارش فکری در اینجا بسیار سودمند است. از ابراز مستقیم این مطلب که خودکشی گزینه‌ی خوبی نیست، پرهیز کنید. بیمار می‌داند که خودکشی همیشه یک گزینه است و مخالفت مستقیم درمانگر تنها موجب خراب کردن مناسبات می‌شود. هدف، ایجاد گزینه‌های کارآمد دیگر به جای خودکشی است.

برنامه ریزی فعالیت

اگر بیمار فکر می‌کند که نمی‌تواند با نیازهای روزانه زندگی مقابله کند و یا انگیزه‌ای ندارد، به او کمک کنید که برای گذراندن زمان بین دو جلسه‌ی درمانی برنامه ریزی کند.

برنامه‌های مقابله

وقتی بیمار دچار کمبود اعتماد است، تنها در وضعیت خاص قادر به مقابله با افکار خودکشی است، به او کمک کنید که یک فهرست از راهکارهای قابل استفاده را تهیه کند تا در صورت بروز اوضاع نگران کننده، آن را بکار گیرد. در این خصوص دو نوع راهکار عمده وجود دارند:

- تمرین تکنیک کمک به خود، مانند آرام کردن خود، به تعویق انداختن نگرانی و ...
 - انجام فعالیت‌های خاص مانند باغبانی، تماس یا یک دوست، خواندن یک رمان، دیدن فیلم و ... (از بیمار بخواهید ۵ تا ۱۵ مورد را فهرست کند).
- او را وادار کنید قبل از ترک جلسه، راهکارها را یادداشت کند. مطمئن شوید که آنها می‌دانند چه کاری انجام می‌دهند و هدف از این کار مقابله کردن با وضعیت است.

شناسایی و تغییر افکار ناسالم

در ادامه‌ی روند درمان، نیاز به ثبت روزانه‌ی افکار مراجع داریم تا توانایی شناسایی و پیرو آن اصلاح افکار ناکارآمد را داشته باشیم. از بیمار بخواهید که موارد ذیل را بین جلسات ثبت کرده و برای جلسه بعد همراه داشته باشد:

- موقعیتی که مراجع تمایل به خودکشی می‌یابد (رویدادهای فعال کننده)
 - آنچه فکر می‌کنند (باورهای فرد در مورد رویداد فعال کننده)
 - احساسی که در آن لحظه دارند و کاری که انجام می‌دهند (پیامدهای هیجانی و رفتاری)
- نگه داشتن چنین یادداشتهای روزانه‌ای می‌تواند به بیمار کمک کند تا افکار خودکشی خود را واضح‌تر ببیند و موادی را برای بحث آن با درمانگر در جلسه‌ی بعدی فراهم کنند. از این روش زمانی استفاده کنید که بیمار آمادگی دارد. اگر بیمار آشفته است، نوشتن افکار منفی می‌تواند احساس او را بدتر کند.

کمک به مراجع برای افزایش ظرفیت تحمل رنج

هدف ما در این بخش درمانی، کمک به بیمار برای بهبود توانایی او در تحمل هیجان‌های منفی، بالا بردن آستانه‌ی بیمار برای فعال شدگی اولیه، تخفیف سرعت شروع آشفتگی هیجانی و کوتاه کردن زمان لازم برای برگشت به وضعیت عادی است.

همانطور که روشن است، خودپایشی، تنظیم هیجان و تحمل رنج وابستگی متقابل دارند. تحمل رنج ناکافی، مانع تنظیم هیجانی موثر می‌شود. بیمارانی که تحمل ناکافی برای رنج نشان می‌دهند، گرایش دارند تکانشی عمل کنند. لینهان (۱۹۹۳) به روشنی اشاره کرده است که بیماران خودکشی گرا (به‌خصوص بیماران خودکشی گرای مزمن)، هم از لحاظ پایین بودن آستانه‌ی فعال شدگی و هم سرعت شروع آشفتگی هیجانی هیجانی، واکنش پذیری بالاتری نشان می‌دهند. تحمل رنج به موازات رشد خود پایش و تنظیم هیجان، پیشرفت می‌کند.

بر اساس نظریه شناختی-رفتاری، در طول درمان بایستی تحمل رنج هم در درون جلسه و هم در فاصله جلسات بهتر شود. تحمل رنج را می‌توان با بازنگری دوره‌ای موضوعات داغ یعنی موضوعاتی که برای بیمار دارای اهمیت بالایی هستند؛ به شکل هدفمند امتحان کرد.

مدیریت خشم

هدف ما در این مرحله، کمک به بیمار برای بهبود توانایی بازشناسی نشانه‌های اولیه‌ی خشم، شناسایی متناسب بودن یا نبودن خشم با عامل برانگیزنده، مداخله‌ی زودرس، بیان سالم و سازنده‌ی آن است. علاوه بر آن، بازشناسی این مطلب برای بیمار حائز اهمیت است که همدلی، پذیرش و بخشش برای مقابله‌ی موثر با خشم، ضروری هستند.

آموزش مدیریت خشم سه هدف اصلی دارد. نخستین هدف آن است که به بیمار کمک کنیم تا از نشانگرهای زودرس خشم آگاه شود. این نشانگرها در کلیه‌ی قلمروهای کارکرد روزمره شامل قلمروهای شناختی، هیجانی و رفتاری ایجاد می‌شوند. می‌توان کارت مقابله با خشم برای بیمار تهیه کرد. بطور کلی مراحل پایش و مدیریت خشم شامل موارد زیر می‌باشد:

۱- دقیقاً از چه عصبانی هستید؟ سعی کنید آن را در یک جمله خلاصه کنید.

۲- چه چیزی خشم شما را برانگیخت؟ آیا فقط یک عامل بود یا مجموعه‌ای از عوامل که به مرور زمان جمع شده بودند؟

۳- آیا این خشم با عامل برانگیزنده متناسب است؟ آیا بیش از حد است؟

۴- اگر خشم شما نامتناسب است، فکر می‌کنید مشکل چیست؟ ببینید آیا این احساس خشمی قدیمی است که از قبل وجود داشته است؟ آیا کسی این خشم قدیمی را برانگیخته است؟ آیا کسی کلید اتفاقاتی را که در دوره‌ی جوانی شما رخ داده و هرگز بطور کامل حل نشده، را فشار داده است؟

۵- اگر این خشم قدیمی است، آیا می‌توان درباره‌ی آن کاری انجام داد؟ اگر نه پس بیاپید به پذیرش، همدلی و بخشش فکر کنید.

۶- نتیجه‌گیری خودتان از خشم در این موقعیت را در دفتر گزارش درمان یادداشت کنید.

اغلب، پذیرش، همدلی و بخشش، تنها ابزار موثر برای پرداختن به خشم مزمن است. با توجه به سوگیری معنوی و مذهبی بیمار و نیز سوگیری نظری درمانگر، از چشم اندازه‌های مختلفی می‌توان به این مقوله پرداخت (رود، جویئر و رجب، ۲۰۰۱).

در واردی که خشم مزمن بیمار ناشی از موقعیتهایی است که به دلیل عدم جراتمندی نمی‌تواند عکس العمل مناسب را در دفاع از خود و بیان خواسته‌های فردی انجام دهد، آموزش جراتمندی حتماً از اولویتهای آموزشی ما می‌باشد.

سئوالات ارزشیابی

- ۱- تعریفی از خودکشی ارائه دهید.
- ۲- تفاوت اقدام به خودکشی با خودکشی را توضیح دهید.
- ۳- پنج مورد از ویژگی‌های افراد مستعد خودکشی را بنویسید.
- ۴- علائم خطر خودکشی در بزرگسالان را بنویسید.
- ۵- علائم خطر خودکشی در مورد نوجوانان را نام ببرید.
- ۶- خودکشی متعلق به کدام طبقه‌ی اجتماعی است؟ توضیح دهید.
- ۷- باورهای غلط در مورد خودکشی کودکان را بنویسید.
- ۸- مراحل فرآیند مدیریت خطر آسیب را بنویسید.
- ۹- تکنیک محاسبه‌ی سود و زیان در مورد مراجع مستعد خودکشی را توضیح دهید.
- ۱۰- نحوه‌ی شناسایی افکار ناسالم مراجع مستعد خودکشی را توضیح دهید.
- ۱۱- مدیریت خشم در درمان بیمار مستعد خودکشی چه نقشی دارد؟
- ۱۲- به عنوان یک روانشناس، چگونه افکار خودکشی مراجع خود را کشف می‌کنید؟

- ۱- پالمر، استفان (۲۰۰۷). روانشناسی خودکشی. راهبردهای نوین در جهت کاهش و جلوگیری از خودکشی. ترجمه مرادیان ب، میر حسینی ز. چاپ اول؛ ۱۳۹۰. تهران، آوای نور.
- ۲- دیماتئو، رابین (۱۹۹۱). روانشناسی سلامت. ترجمه کاویانی م، عباسپور م، محمدی ح، تقی زاده غ و کیمیا ع. تهران؛ سمت؛ ۱۳۸۸.
- ۳- رود د، جوینر ت، رجب ح. (۲۰۰۱). مقابله با گرایش به خودکشی. ترجمه فروغان مهشید. تهران، رشد، ۱۳۸۶.