



مداخله کوتاه مدت پس از ترخیص

به دنبال اقدام به خودکشی

ویژه کارشناسان سلامت روان نظام مراقبت های بهداشتی اولیه

تدوین: دکتر سید کاظم ملکوتی

بهمن ماه ۱۳۹۸

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 ۳ تا ۴ جلسه است که معمولاً طی ۲ تا ۴ هفته صورت می گیرد. اگرچه، زمان مورد نظر این درمان باید با حالت روانی بیمار و شرایط بیرونی متناسب شود (به طور مثال برای افسردگی شدید) جلسات درمان ۶۰ تا ۹۰ دقیقه طراحی شده است. ۳۰ دقیقه دیگر را می توان برای نظرات و در صورت 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 کنار شنونده ای مشتاق بنشینند - شنونده ای که زمانی را صرف می کند تا داستان بیمار را بشنود ، سپاسگزارند. باقی افراد در روایت کردن داستان تردید دارند. برای سنجش شرایط، خلاصه ای مختصری از آنچه در جلسه درمان رخ می دهد ارائه می شود. این بیماران به اطمینان خاطر و تایید کارشناس سلامت روان همدل و حمایت کننده نیاز دارند تا آنها را تشویق کند داستانشان را روایت و جزئیات بیشتری از آنچه رخ داده بیان کنند. به علاوه، بیمار به تایید و فهم همدلانه هیجانات شدید مثل شرم، ناراحتی و ناامیدی نیاز دارد.

بعضی مواقع بیمار قرار ملاقاتش را کنسل کرده یا دیر سر قرار حاضر می شود. خیلی مهم است دلیل این کار را بدانیم. باید ببینیم آیا این کار به جلسه ی آخر مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی مرتبط است یا نه. توصیه می شود فعالانه با بیمار تماس داشته باشیم. (مستقیماً، به صورت تلفنی، یا در صورت نیاز بصورت ویزیت در منزل). بعضی بیماران قبل از اینکه به حد کافی به لحاظ عاطفی در وضعیت باثباتی قرار بگیرند که در مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی شرکت کنند و جلسات را ادامه دهند: برای بهبودی از ناکامی به زمان بیشتری نیاز دارند و عده ای نیز ممکن است در مورد محرمانه بودن جلسات درمان به جلب اطمینان نیاز داشته باشند.

جلسه اول: اجرای مصاحبه‌ی روایتی

مقدمه:

در جلسه‌ی اول از بیمار مصاحبه‌ی روایتی اخذ می‌شود. به بیمار گفته می‌شود که در صورتی که تمایل داشته باشد، می‌تواند فیلم یا صوت جلسه را ذخیره کند تا در جلسات بعدی به آن برگردد. بیمار تشویق می‌شود آنچه را که باعث شده، دست به خودکشی بزند، به صورت داستان بیان کند.

هدف از انجام مصاحبه‌ی روایتی، دستیابی به فهم مشترکی از مکانیسم فردی که باعث رفتار خودکشی می‌شود، به علاوه بیرون کشیدن حوادث برانگیزاننده و حساسیت‌های فردی است. مصاحبه روایتی معمولاً ۲۰ تا ۴۰ دقیقه به طول می‌انجامد. جلسه با ارائه‌ی شرح مختصری از اهداف درمان به بیمار – حتی اگر بیمار اطلاعات مکتوبی از مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی و ساختار آن داشته باشد، آغاز می‌شود.

اصولاً، به بیماران درباره‌ی خطر بالای خودکشی مجدد پس از اقدام به خودکشی و اینکه مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی یک درمان مختصر و ساختاریافته است که هدفش برقراری و رشد راهبردهای ایمن پیشگیرانه است توضیحاتی داده می‌شود.

کارشناس سلامت روان اطمینان حاصل می‌کند که بیمار دستورالعمل و اصول را درک کرده است و از او می‌خواهد هر سوالی دارد، بپرسد. بسیار مهم است که به بیمار توضیح دهیم فایل صوتی جلسه یکی از بخش‌های مهم و اصلی درمان است، و اینکه از مصاحبه ضبط شده، 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:

پس از ارائه‌ی اطلاعاتی درباره‌ی مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی، کارشناس سلامت روان مصاحبه‌ی روایتی را آغاز می‌کند و به بیمار می‌فهماند که او شخصیت اول این داستان است:

- من می‌خواهم با زبان و کلمات خودت بشنوم چطور به مرحله‌ای رسیدی که به خودت آسیب 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 سوالات کارشناس سلامت روان مصاحبه می‌شوند، ممکن است در شروع مصاحبه، داستان‌شان را با تردید و دودلی نقل کنند، منتظر سوالات بعدی مصاحبه‌کننده شوند، اما معمولاً به‌زودی آسوده‌خاطر می‌شوند و در گفتن داستان‌شان اعتماد به نفس پیدا می‌کنند. بعضی بیماران می‌پرسند: "می‌خواهی از کجا شروع کنم؟" در اینجا کارشناس سلامت روان می‌گوید: "این به تو بستگی دارد، از هر جایی 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." سپس به سمت بحران خودکشی واقعی پیشروی می‌کنند: "بعد از آن من رابطه‌ی دیگری برقرار کردم، اما دوباره همین اتفاق افتاد و من ناامید و افسرده شدم، نمی‌تونستم سرکار بروم و به خودکشی فکر کردم." اغلب بیماران بدون دخالت فعال کارشناس سلامت روان بحران فعلی را به تجارب کودکی ارتباط می‌دهند: "در واقع داستان من به دوران کودکم برمی‌گردد."

کارشناس سلامت روان باید به بیمار اجازه دهد و در هنگام گفتن داستانش، سکوت کند. کارشناس سلامت روان نباید سخنان بیمار را قطع کند حتی اگر بعضی مسائل مهم او بدون پاسخ مانده باشد، و درباره‌ی مسائل مهم خیلی زیاد صحبت نکرده باشد. در صورت نیاز می‌توان بعداً به این مسائل پرداخت. تنها سوالاتی که می‌توان طی داستان بیمار از او پرسید، پرسیدن سوالات روشن‌کننده است. البته این امر تنها باید زمانی صورت گیرد که به فهم شرایط بیمار کمک کند. توجه: مصاحبه‌ی روایتی جایی برای تعبیر و برداشت‌های کارشناس سلامت روان باهوش نیست!

باید به بیمار اجازه داد آزادانه صحبت کند. حتی اگر داستان از جایی شروع شود که به‌ظاهر ربطی به بحران خودکشی ندارد، چراکه بیمار، خود متخصص داستان خودش است. تنها زمانی که بیمار سخنانش را تمام کرد، کارشناس سلامت روان می‌تواند برای فهم و کسب اطلاعات بیشتر سوالاتی بپرسد. برای این کار، خیلی مهم است که همیشه از سوالات باز پاسخ استفاده کنیم- یعنی سوالاتی که نمی‌توان با بله یا خیر به آنها پاسخ داد. کارشناسان سلامت روان باید از پرسیدن سوالاتی که با چرا شروع می‌شوند، پرهیز کنند، چرا که این سوالات فرد را به ادامه دادن داستانش سوق نمی‌دهد. در واقع فرد با پاسخ کوتاه بدون هیچ شرح و بسطی به سوال پاسخ می‌دهد.

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 ایده‌ی خودکشی به ذهنت خطور کرد؟
- به دست آوردن اطلاعات جزئی‌تر و بیشتر از بحران‌های خودکشی قبلی فرد بسیار مهم است. چراکه بدین طریق می‌توانیم علائم هشدار فردی را بدست آوریم، راهبردهای ایمن را شناسایی و فراهم سازیم. بنابراین کسب جزئیات بیشتر از خودکشی‌های قبلی اهمیت بالایی دارد.
- می‌تونی با دقت و جزئیات بیشتری بگی چه اتفاقی افتاد؟
 - تصور کن که صحنه مصرف قرص‌ها را مثل یک فیلم آهسته تماشا می‌کنیم. چطور شد قرص‌های زیادی را یکباره مصرف کردی؟
- در انتهای جلسه در مواردی که داستان‌گویی بیمار به اتمام رسید، کارشناس سلامت روان می‌تواند اطلاعات را کامل کند. در صورت نیاز، می‌توان در جلسه دوم اطلاعات بیشتری 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 حال می‌توانید به صحبت‌های این افراد ساختار دهید. وقتی کارشناس سلامت روان متوجه شد بیمار وقت را تلف می‌کند:
- می‌تونم صحبت‌ها رو قطع کنم؟
 - زمان را نگاه کن. بهتر است درباره‌ی آن زمانی صحبت کنی که به این فکر افتادی که خودکشی تنها راه حل ممکنه.
- در بخش ۳-۹ "مشکلاتی که ممکن است در اجرای مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی اتفاق بیافتد" را ببینید.

شروع مصاحبه‌ی روایتی:

کارشناس سلامت روان : خانم الف، من مایلیم 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 نمی‌دانستم چه 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 آسیب بزنم بر آن‌ها غلبه کنم. بعد از آن، سال‌ها احساس خوبی داشتم تا ۲ سال پیش وقتی دوست پسر من ناگهان من را ترک کرد. در آن زمان اولین بار اقدام به خودکشی کردم. در فصل پاییز شروع شد. به نظرم همه چیز آن موقع خراب شد. شاید حالا مضحک به نظر برسد اما در آن زمان خیلی از نظر من مشکل سنگین و غیرقابل تحملی بود. اول اینکه دوست پسر من رو ترک کرد. اون اتفاق واقعا اذیت‌کننده بود و به من آسیب زد، چون فکر می‌کردم که او با همه فرق دارد تنها کسیه که دارم. بعد از اون اتفاق به خاطر عمل زانو می‌بایست ۳ هفته در بیمارستان بستری می‌شدم. من احساس کردم همه چیزم رو دارم از دست می‌دم. و نمی‌تونستم کاری کنم که جلوی این اتفاق گرفته بشه. برای همین احساس کردم دارم نابود میشم. من خیلی می‌ترسیدم. کاملاً کنترل‌م را از دست داده بودم. روحم ضربه خورده بود. و من بدتر و بدتر می‌شدم. اما بعد، حدود ۴ هفته پیش این مرد دوباره با من رابطه برقرار کرد. دوستم به من هشدار داد. اما من می‌خواستم او را ببینم. احساسی که قبلاً به او داشتم در من زنده شد تا اینکه فهمیدم با زن دیگری قرار گذاشته. ناگهان درد قدیمی دوباره سربرآورد. و احساس کردم با من مثل آشغال رفتار شده تا یک آدم. تنها راه حلی که داشتم این بود که به همه‌ی اینها پایان بدم. من خیلی روش فکر کردم. چهارشنبه پیش من به سه داروخانه رفتم و تاجایی که می‌تونستم داروی مسکن تهیه کردم.

پایان دادن به جلسه‌ی اول:

در اواخر جلسه اول کارشناس سلامت روان باید داستان بیمار را فهمیده باشد و آن را تایید کند. و در صورت امکان به آسیب‌پذیری فرد که در طی جلسه شناسایی شده اشاره کند. برای مثال کارشناس سلامت روان می‌تواند بگوید:

- تو اطلاعات خوبی درباره‌ی آنچه باعث شده دست به خودکشی بزنی به من دادی و داستان رو خیلی خوب 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 می شود حتما خطر خودکشی ارزیابی شود. بهتر است این امر با همکاری بیمار صورت بگیرد. خطر خودکشی را می توان با استفاده از فرم وضعیت خودکشی SSF-III ارزیابی کرد. ارزیابی خطر به عنوان مسئولیت پذیری حرفه ای کارشناس سلامت روان مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی در زمان روبه رو شدن با بیمار خودکشی گرا بسیار مهم است. این ارزیابی به عنوان بازخوردی برای کارشناس سلامت روان نیز بسیار مهم است. کار دوم جلسات مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای 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 خودکشی SSF-III با توصیف مختصری به بیمار معرفی می شود و کارشناس سلامت روان می تواند بعد از تمرکز در داستان بیمار، با سوالات مشخص متمرکزی از بیمار درباره جنبه های مختلف خودکشی سوال کند، تا تصویر دقیقی از خطر خودکشی به دست آورد. تجربه نشان می دهد اکثر بیماران به رغم درگیری عاطفی شان مصاحبه روایتی را آرامش بخش توصیف می کنند. در مواردی که بیمار به لحاظ هیجانی بی ثبات است، ممکن است لازم باشد، با آنها همراهی کنیم و یا از دوست یا یکی از اعضای خانواده بخواهیم او را همراهی کند. بستری کردن بیمار به علت خطر بالای خودکشی به ندرت ضرورت می یابد. این کار را باید با همکاری خود بیمار یا کارشناس سلامت روان مسئول و متخصص سلامت مسئول درمان بالینی انجام داد. ما توصیه می کنیم که پس از جلسه اول، کارشناس سلامت روان اولین پیش نویس خلاصه جلسه را بنویسد (جدول فرمول بندی مورد و پیش زمینه ی بحران خودکشی را در بخش ۳-۶-۱ ببینید) این کار به ما کمک می کند تا جنبه ها و سوالات بی جواب در جلسه دوم، شرح داده شود. همچنین توجه بر پیامدهای 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 قرار گرفته 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 مورد استفاده قرار می‌گیرد. قبل از استفاده شرح مختصری از آن به بیمار داده می‌شود. و اهمیت ارزیابی ساختاریافته‌تر رنج عاطفی و تلاش به اقدام به خودکشی توصیف می‌شود. در این قالب صندلی‌ها در کنار 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 ۱۵ تا ۲۰ دقیقه طول می‌کشد. برای مقایسه بحران خودکشی در حال حاضر با بحران خودکشی اخیر، مصاحبه‌کننده می‌تواند از بیمار بخواهد یکبار ۶ آیتم اول SSF-III را با یادآوری دقیق اقدام به خودکشی اخیر تکمیل کند و یک بار دیگر ۶ آیتم اول را برای شرایط اینجا و اکنون تکمیل کند. بخش‌های SSF-III شامل ۶ آیتم است که دارای درجه‌بندی لیکرت (۵ - ۱) است. این درجه‌بندی برپایه‌ی کار ادوارد اشنایدمن در سال ۱۹۸۷ و آرون بک و همکاران در سال ۱۹۷۹ ساخته شده است. این مقیاس بر جنبه‌های اصلی خطر خودکشی تمرکز می‌کند: رنج روانی، استرس، بی‌قراری، ناامیدی، تنفر از خود، و رتبه‌بندی خطر خودکشی. پس از این بخش، دلایل زندگی^۱ (RFL) درمقابل دلایل مرگ^۲ (RFD) آمده است. این بخش براساس مصاحبه‌ی دلایل 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 پس از ارزیابی میل به زنده ماندن درمقابل میل به مرگ و پاسخ «تنها دلیل» SSF آمده است. (تنها چیزی که باعث می‌شود میل به خودکشی نداشته باشم). توصیه می‌شود زمانی که از SSF استفاده می‌شود، کارشناس سلامت روان به راهنمای CAMS رجوع کند (جابز، ۲۰۰۶).

برای ارزیابی خطر خودکشی، برای ۶ آیتم ابتدایی حداکثر نمره‌ی لیکرت (۵) در بیشتر آیتم‌ها نشان‌دهنده‌ی خطر خودکشی قریب‌الوقوع است؛ در پاسخ‌های RFL/RFD کارشناس سلامت روان به‌دنبال عوامل خطر به‌علاوه‌ی عوامل حمایت‌کننده خواهد بود (مثل فرزندان، خانواده و ...). در بخش میل به زنده ماندن در برابر میل به مردن، بیمار باید تصمیم بگیرد کدام بخش بیشترین نمره را می‌گیرد. درحالی که، پاسخ به بخش تنها دلیل به کارشناس سلامت روان می‌گوید در طرح درمانی باید بر چه چیزی تمرکز کرد.

¹ Reasons for Living

² Reasons for Dying

جلسه‌ی دوم: مرور مصاحبه روایتی جلسه اول

مقدمه:

معمولاً، 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 از منظر بیرونی نگاه کنند. بیمار این کار را از جایگاه مشاهده‌کننده انجام می‌دهد و اطلاعات بیشتری ارائه می‌کند و همکاری بیشتری دارد. در مرور جلسه گذشته، کارشناس سلامت روان و بیمار روی فرایند خودکشی کار می‌کنند، فرایند خودکشی را مرحله‌به‌مرحله تحلیل می‌کنند و مسائل مهم زندگی را که با بحران خودکشی در ارتباط هستند شناسایی می‌کنند. نتیجه‌ی این جلسه، بازسازی شناختی و هیجانی داستان و زمینه‌سازی در جهت طرح‌ریزی ایمن است.

مرور مصاحبه روایتی جلسه اول

تکنیک پخش مواجهه با خود توسط چندین مولف معرفی شده است. والاس و همکاران در سال ۲۰۰۲، با بیمارانی که خودکشی کرده بودند، مصاحبه کرده و از جلسات آن‌ها فیلم تهیه کردند. پس از آن فیلم مکالمات را برای بیمارانش پخش کردند و از بیمارانش خواستند افکار، احساسات و احساسات بدنی یا هر نظری را که موقع پخش فیلم داشتند، گزارش کنند. پس از تماشای دو دقیقه از فیلم مصاحبه روایتی متوقف می‌شد و از بیمارانش خواسته می‌شد تا گزارش کنند. توقف فیلم یا صوت زمانی صورت می‌گرفت که بتوان به تعبیر معناداری دست یافت. این تکنیک با هدف بازبایی و بینش نسبت به مکانیسم‌های عاطفی و هیجانی مرتبط با رفتار خودکشی در فرد استفاده می‌شود. در اینجا نمونه‌ای از نوشته‌ی فرد پس 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 مکرراً 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: پی بردن به بحران خودکشی به گونه‌ای 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 آسیب‌پذیری‌های مرتبط با بحران خودکشی را شناسایی کنند. بنابراین مرور مصاحبه روایتی بخش مهم فرایند درمانی در زمینه‌ی بازسازی شناختی و ترکیب هیجانی بحران خودکشی اخیر است.

در مدل پردازش دوگانه می‌توان پخش فیلم یا صوت را به عنوان شرایطی در نظر 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 به صورت 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^۱، ۲۰۱۱).

ساختار جلسه دوم:

در ابتدا، باید از بیماران خواست هر نظری را که درباره‌ی جلسه اول داشتند مطرح کنند. خیلی مهم است بدانیم آنها پس از مصاحبه‌ی روایتی چه احساسی داشتند و چگونه بعد از جلسه با فعال سازی مجدد حالت خودکشی مقابله کردند. در موارد نادری، بیماران هنوز به لحاظ هیجانی در بی‌ثباتی به سر می‌برند و ممکن است مواجهه با مصاحبه‌ی ضبط‌شده برای آنها مسئله‌ی سخت و دشواری باشد. در این موارد، مزایا و معایب این کار باید با بیمار مورد بحث قرار گیرد و شاید لازم 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 سوالاتی که می‌پرسد راهنمایی کند.

برای مثال کارشناس سلامت روان می‌تواند بگوید: "پیش از جلسه آینده، می‌خواهم جزوه‌ای را به شما بدهم که شامل دیدگاه‌هایی درباره گرایش به خودکشی است. این اطلاعات می‌توانند بینش جدید و توضیحاتی را درباره 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 برعکس برخی

¹ Kahneman

دیگر عجیب و گمراه کننده به نظر برسند. خواهش می‌کنم به سوالاتی 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؟"

در جلسه‌ی دوم باید اهداف زیر را در نظر داشت:

۱. دستیابی به فهم بهتر از آسیب‌پذیری بیمار، که معمولاً در بافت زندگی فرد دیده می‌شود.
۲. بررسی رفتار خودکشی با جزئیات بیشتر (در صورتی که در جلسه‌ی اول انجام نشده باشد)
۳. اخذ اطلاعات اولیه درباره‌ی راهبردهای ایمن خود بیمار که ممکن است از بحران هیجانی قبلی بیمار پدیدار شده باشد.

جلسه با این مقدمه آغاز می‌شود: "امروز می‌خواهیم فیلم یا صوتی رو که در آن داستان خودکشی رو تعریف کردی با هم ببینیم. اگر می‌خوای چیزی بگی یا اطلاعات بیشتر یا جزئیاتی رو اضافه کنی. می‌تونی فیلم یا صوت رو هر وقت که خواستی متوقف کنی یا اگر احساس کردم می‌خوام جزئیات بیشتری در یک مورد خاص بدونم فیلم یا صوت رو نگه می‌دارم. همچنین مایل بدونم وقتی داستان خودت را می‌شنوی چه نظری داری و وقتی آن رو نگاه می‌کنی چه هیجان و فکری بهت دست می‌ده؟ هر وقت احساس کردی نمی‌تونی تحمل کنی به من بگو تا متوقفش کنم."

پس از آن کارشناس سلامت روان فیلم یا صوت را پخش می‌کند، کنار بیمار می‌نشیند و به این طریق نشان می‌دهد که این یک اقدام مشترک است. بدلیل زمان محدود و برای اینکه تنها درباره‌ی چیزهایی که مهم و مورد نیاز است صحبت شود لازم است کارشناس سلامت روان قبل از شروع جلسه بخش‌های مربوط را انتخاب کند.

شرح مختصر بالینی

پخش فیلم یا صوت:

روانشناس: "تو الان 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؟ اگر نه که فیلم یا صوت رو پخش کنم."

(بعد از سه دقیقه، بیمار کنترل رو برداشت و فیلم یا صوت را قطع کرد).

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، به‌علاوه از بیمار می‌پرسد از اینکه الان دارد داستانش را می‌شنود و می‌بیند چه حسی دارد؟ با همکاری نزدیک با بیمار، کارشناس سلامت روان کاوش می‌کند و تلاش می‌کند تا الگوی بیمار را که منجر به بحران خودکشی شده، شناسایی کند. از بیمار خواسته می‌شود تا خودش را مجدداً در آن موقعیت قرار بدهد: "چه احساسی داشتی؟"، "چه افکاری داشتی؟" در طی جلسه، کارشناس سلامت روان به علائم هشداردهنده‌ی فردی و فعالیت‌های جایگزین بیمار اشاره می‌کند: "اگر دوباره در همچنین موقعیتی قرار بگیری، کاری هست انجام بدی؟" همه‌ی بیماران در این مرحله نمی‌توانند به بعضی فعالیت‌های جایگزینی که می‌توانند انجام دهند، اشاره کنند.

با بیمارانی که به پخش فیلم یا صوت جواب نمی‌دهند چه باید کرد؟ برخی بیماران منفعل می‌مانند و می‌گویند که مرور فیلم یا صوت مصاحبه معنایی برایشان ندارد. این کار می‌تواند به‌عنوان اجتناب بیمار از هیجانات شدید تفسیر شود. اگرچه در درمان مختصر مانند مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده 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 مشکل‌آفرین نزدیک کنیم، از یک مسیر انحرافی استفاده کنیم. در اینجا راهبردی که به ما کمک خواهد کرد، پرسیدن سوالات دایره‌ای است. برای مثال کارشناس سلامت روان می‌تواند این سوالات 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 ۳-۹ مسائلی که در اجرای مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام‌کننده به خودکشی اتفاق می‌افتد را ببینید.

تکالیف منزل:

در پایان جلسه دوم، کارشناس سلامت روان به بیمار تکالیف منزل می‌دهد. بسیاری از افراد رفتار خودکشی‌شان را به‌عنوان چیزی که نمی‌توانند درکش کنند یا تو ضیح دهند تجربه می‌کنند. «من نمی‌دونم چطور اتفاق افتاد» این بیماران اغلب می‌گویند که آنها می‌ترسند که این اتفاق دوباره برایشان تکرار شود. کارشناس سلامت روان شرح می‌دهد که جزوه‌ی نوشته شده دربردارنده‌ی متن خلاصه‌ای از آنچه درباره‌ی خودکشی می‌دانیم است. کارشناس سلامت روان به بخش‌های مختلفی اشاره می‌کند. مانند رنج روانی، نقش تجارب اولیه‌ی زندگی، افسردگی و کمک خواستن. از بیماران خواسته می‌شود به دقت این متن را در خانه مطالعه کنند، نظراتشان را در فضای خالی بنویسند. و آن را برای جلسه بعد با خود به همراه بیاورند.

ممکن است عنوان متن تا حدی تحریک‌کننده باشد. و بعضی بیماران به آن اعتراض کنند و بگویند که خودکشی آنها عملی برنامه‌ریزی شده بود که خوب روی آن فکر شده بود. هدف این جزوه این نیست که مدل ارائه شده در متن را به بیمار ثابت کنند. بلکه هدف این است که افکار بیمار درباره‌ی مکانیسم‌های بوجودآورنده‌ی خودکشی را برانگیزانند و با کارشناس سلامت روان مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام‌کننده 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 به کار رود.
- سرعت بخشیدن به اتحاد درمانی از طریق مکالماتی که بین بیمار و کارشناس سلامت روان صورت می‌گیرد. کارشناس سلامت روان باید دیدگاه بازی نسبت به نظرات بیمار داشته باشد.

بیماران اغلب گزارش می‌کنند که این متن‌ها نه تنها به آنها بلکه به بستگانشان نیز کمک کرده درک بهتری از رفتار خودکشی بدست آورند. به علاوه این متن منجر به برانگیختن گفتگوهای بهتری نیز می‌شود. این بخش تغییراتی را در کارکرد مغز در بحران‌های شدید عاطفی و ظرفیت پایین حل مسئله ایجاد می‌کند و احساس شرمندگی و خودسرزندی را کاهش می‌دهد. بیمارانی که دوره‌ی حاد بحران خودکشی را تجربه می‌کنند نیز حالتی شبیه به خلسه دارند، اغلب بخش مربوط به حالت تجزیه را مفید و سودمند می‌دانند.

پایان دادن به جلسه دوم:

روانشناس با پرسیدن مجدد درباره‌ی احساسی که هم‌اکنون دارد و اینکه چه افکار خودکشی در ذهن دارد و اینکه آیا به حد کافی احساس خوبی دارد که بتواند به جامعه یا خانه گردد به جلسه پایان می‌دهد. در صورت لزوم، باید انتقال ایمن برقرار شود و با کارشناس سلامت روان مسئول تماس حاصل شود. در مواقعی که کارشناس سلامت روان درباره‌ی خودکشی بیمار به قطعیت نرسیده است پیشنهاد می‌شود به مدت ۱۵ تا ۲۰ دقیقه کارشناس سلامت روان و بیمار با یکدیگر بنشینند و فرم وضعیت خودکشی را تکمیل کنند. بسیاری از بیماران می‌گویند که طی پخش فیلم یا صوت حالت خودکشی را تجربه می‌کنند. بسیاری از افراد گزارش می‌کنند که بررسی کردن بحران خودکشی با جزئیات بیشتر و پی بردن به مکانیسم زیربنایی منجر به خودکشی، تجربه‌ی مثبتی برایشان بوده است. پس از جلسه، کارشناس سلامت روان خلاصه‌ی مکتوبی از جلسه با داده‌های جدید بدست‌آمده را تکمیل می‌کند. (جدول فرمول‌بندی بیمار و پیش‌زمینه‌ی بحران خودکشی را ببینید).

جلسه سوم: فرمول‌بندی الگوهای منجر به بحران خودکشی:

مقدمه:

هدف اصلی جلسه‌ی سوم تکمیل فرمول‌بندی فرایندها و الگوهای فردی درگیر در ایجاد و رشد بحران خودکشی بیمار و نیز تکمیل فهرست راهبردهای ایمن برای پیشگیری از بروز رفتار خودکشی در آینده است. پیشنهاد می‌شود که بخش اول متن، پس از جلسه‌ی اول و دوم و با استفاده از اطلاعات به‌دست‌آمده از مصاحبه‌ی روایتی و کاوش عمیق‌تر و بیشتر فیلم یا صوت مصاحبه نوشته شود. این بخش، با همکاری بیمار تجدیدنظر می‌شود. اسنادی که کارشناس سلامت روان در جلسه سوم با خود به همراه می‌آورد عبارتند از:

- ۱- فرمول‌بندی موردی از پیش‌زمینه‌ی بحران خودکشی با تاکید بر حساسیت‌های فردی و حوادث برانگیزاننده.
- ۲- پیش‌نویس اهداف میان‌مدت و طولانی‌مدت مفید و اثربخش.
- ۳- پیش‌نویس علائم هشداردهنده فردی که موجب بروز اقدام به خودکشی می‌شود.
- ۴- پیش‌نویس راهبردهای ایمن فرد.

فرمول‌بندی موردی: پیش‌زمینه‌ی بحران خودکشی

فرمول‌بندی موردی خلاصه‌ی مکتوبی است که بازگوکننده‌ی شرح 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 آسیب‌پذیری‌های فردی که در آینده ممکن است مجدداً علت بحران خودکشی باشد را بیان کند. حوادث و اتفاقات برانگیزاننده‌ی خاص مرتبط با آسیب‌پذیری بیمار جهت فعال‌سازی حالت خودکشی به‌ویژه وقتی اقدام به خودکشی قبلی، الگوی پاسخ رفتاری احتمالی باقی‌گذاشته، مورد نیاز خواهد بود. برای مثال، حساسیت بالا به طرد می‌تواند مکرراً 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 ۲-۳-۴- مدلهای روان‌شناختی را ببینید). مسائل زیست‌نامه‌ای مرتبط - در مثال بالا 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 نمی‌کند)، اغلب گام آخر اقدام به خودکشی را نمایان می‌کند. (بخش ۲-۳-۴- مورد توجه قراردادن مدل شناختی رفتاری خودکشی را ببینید). کارشناس سلامت روان در دو جلسه‌ی قبل به بخش عمده اطلاعات مربوط به فرمول‌بندی موردی دست‌یافته است (مصاحبه‌ی روایتی و پخش فیلم یا صوت).

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

- چه حوادث بیرونی یا تجارب درونی اقدام به خودکشی حاضر را برانگیخته است؟
- چه حوادثی در گذشته با آسیب‌پذیری بیمار در ارتباط هستند؟
- چه عواملی در ایجاد و بروز رفتار خودکشی نقش واسطه دارد؟ (اطرافیان، اختلال روان‌پزشکی، سوءمصرف مواد، تردید و دودلی و ...)

بیمار چه چیزی را باید تجربه کند یا چه اتفاقی باید برای او بیافتد که منجر به اقدام به خودکشی در آینده شود. مسائل مربوط به زندگی و آسیب‌پذیری‌های فردی که در بالا به آن اشاره شد نکته‌ی کلیدی و مهمی است. می‌توان آنها را مرکز توجه روان‌درمانی طولانی‌مدت قرارداد که اغلب توسط کارشناس سلامت روان مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی توصیه می‌شود. (اقدامات مفید در طولانی مدت در بخش ۳-۶-۲ را ببینید. همچنین بخش ۳-۹ مسائلی که در اجرای مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی اتفاق خواهد افتاد را ببینید).

شرح مختصر بالینی

آسیب‌پذیری و حوادث برانگیزاننده:

بیمار: چندماه اخیر خیلی به من سخت گذشت. دوست پسر من رو تنها گذاشت. این غیرقابل تحمل بود. یک روز او دم خونه و دیدم رفته. همه‌ی وسایلش رو برداشته بود و حتی یه پیغامم برام نداشته 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 تا کسی 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. ۲ بسته مسکن پیدا کردم. تو هر بسته ۲۰ تا قرص بود. همه‌ی قرص‌ها رو خوردم و محل رو ترک کردم. می‌خواستم بمیرم. فکری که تو سرم بود این بود: هیچ فایده‌ای نداره. دیگه هیچی خوب نمیشه. من این حس 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 اولین بار بود که دست به خودکشی زدم. بعد از اینکه از پنجره پریدم پایین تو بخش روانی بیمارستان بستری شدم. اغلب 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: "الان چه حسی داری؟" و اینکه "قبل از این جلسه چه احساسی داشتی؟" سپس 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 به بخش بررسی کنند و روی مواردی که بیمار نوشته کار کنند. خیلی مهم است که کارشناس سلامت روان تلاش کند اهدافش را شناسایی کند و تجارب شخصی بیمار را تایید کند. در مواردی که بیمار نظری نداشته یا جزوه را با خود نیاورده است، کارشناس سلامت روان می‌تواند با تاکید کردن بر مسائل مهم و ارائه‌ی نسخه‌ی متن به بیمار، او را وارد متن کند. اگر بیمار به پر کردن و انجام دادن تکالیف منزل مشتاق نیست، نباید خیلی روی آن اصرار کرد.

فرمول‌بندی موردی:

قبل از جلسه، کارشناس سلامت روان پیش‌نویسی از فرمول‌بندی موردی همراه با فهرستی از اقدامات مفید طولانی‌مدت، علائم هشداردهنده و راهبردهای ایمن برای بحران‌های خودکشی را تهیه می‌کند. فرمول‌بندی موردی را می‌توان به صورت ضمیر اول شخص مفرد یا سوم شخص نوشت. ما معمولاً ضمیر اول شخص را ترجیح می‌دهیم. نوشتن خلاصه به صورت ضمیر اول شخص مفرد روی این مسئله که این داستان خود بیمار است تاکید می‌کند. این متن را می‌توان با همکاری بین کارشناس سلامت روان و بیمار بازبینی، اصلاح 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 قبلاً درمورد آن صحبت کردیم، در اینجا سعی کردم نکات اصلی مطالبی که پیرامون پیش‌زمینه‌ی بحران خودکشی گفتی را خلاصه کنم. متن زیر به‌صورت اول شخص مفرد نوشته شده چون داستان خود توست.

۱ - پیش‌زمینه (یک تا نصف صفحه)

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، لازم است که شما از راهبردهایی که باعث حفظ ایمنی شما می‌شود آگاهی داشته باشید.

۲ - اقداماتی که در پایین به آن اشاره شده برای حفظ سلامت و امنیت من در آینده اهمیت دارد:

اقدامات مفید طولانی‌مدت:

علایم هشداردهنده:

راهبردهای ایمنی برضد خودکشی:

ابتدایی:

۱.

۲.

موارد حاد

۱.

۲.

در تاریخ با همکاری بیمار و کارشناس سلامت روان نوشته شد.

امضای بیمار

امضای کارشناس سلامت روان

بیمار و کارشناس سلامت روان روی صندلی کنار یکدیگر می‌نشینند. خیلی مهم است که بیمار نقش فعالی در فرایند درمان داشته باشد. و متن نهایی که نوشته می‌شود مورد پسند و رضایت بیمار باشد. کارشناس سلامت روان هدف این جلسه را با استفاده از جملات زیر بیان می‌کند:

من سعی کردم پیش‌زمینه‌ی بحران خودکشی‌ت را برطبق آنچه در جلسه قبل برای من تعریف کردی به‌علاوه‌ی راهبردهای ایمن احتمالی برای آینده رو بنویسم. امروز می‌خواهم با همدیگر روی آن کار کنیم تا در نهایت در موردش به توافق برسیم. من متن را برای تو می‌خوانم، 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 قبلاً گفته شد، سعی کردم شرح مختصری از نکات اصلی مواردی که درباره‌ی زمینه‌ی بحران خودکشی‌ات گفתי، 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 رئیس 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 پلیس داده بشم. بدتر از همه اینکه احساس شرمندگی می‌کردم. منی که همیشه مورد اعتماد بودم و حواسم جمع بود مرتکب اشتباه شده بودم. فکر می‌کردم حالا 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 تاریخ ۲۰۱۴/۴/۶ 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 دیوارهایش درحال فرو ریختن 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 فرمول‌بندی موردی را می‌توان هم با نوشتن مواردی به‌صورت دستی در نسخه‌ی چاپی انجام داد یا بازبینی را مستقیماً روی کامپیوتر انجام داد. در این حالت کارشناس سلامت روان و بیمار روبروی صفحه نمایش می‌نشینند و متن را بازبینی می‌کنند. پیش‌نویس 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 فرمول‌بندی را همراه با بیمار بررسی کرده و در صورت نیاز مواردی را اصلاح کرده

یا به آن اضافه کند. همینکه بررسی اولین بخش خلاصه‌ی پیش‌زمینه‌ی بحران خودکشی به اتمام رسید کارشناس سلامت روان وارد بخش دوم می‌شود. فرمول‌بندی اقدامات طولانی‌مدت، اهداف، علائم هشداردهنده‌ی فردی و راهبردهای ایمن. هر بخش باید شامل ۴ تا ۶ کلیدواژه باشد. فهرست باید کوتاه باشد تا بتوان آن را به‌صورت جملات امیدوارکننده به مراجع داد. (جدول جملات امیدوارکننده را ببینید).

اقدامات طولانی‌مدت مفید:

اقدامات طولانی‌مدت شامل اهداف فردی است که غیرمستقیم با اقدام به خودکشی در ارتباط هستند. بعضی موارد عبارتند از: روان‌درمانی فردی، درمان سوءمصرف الکل، درمان افسردگی یا اضطراب، یافتن شغل جدید، و ممکن است بعضی از این مسائل در طی ۲ جلسه‌ی اول ظاهر شود. کارشناس سلامت روان باید بیمار را تشویق کند روی این مسائل کار کند چراکه آنها با خطر خودکشی مرتبط هستند. اگر بیمار تحت مشاوره یا درمان حرفه‌ای نیست، کارشناس سلامت روان ممکن است آسامی و آدرس کارشناسان سلامت روان را به بیمار بدهد.

سوالات 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 روان‌درمانی چه باید باشد؟

پاسخ‌هایی که داده می‌شود: "من اغلب درگیر مشکلات دیگران بودم. باید یاد بگیرم چگونه به اطرافیانم بفهمانم به کمک و حمایت آنها نیاز دارم. حالا فهمیدم که کار خیلی سختی است چون نمی‌خواهم باری روی دوش دیگران باشم. اگرچه حالا می‌دانم که حق دارم از دیگران کمک بخوام. ولی هنوز باید روش کار کنم".

کلیدواژه‌ها عبارتند از:

- شناسایی محدودیت‌ها
- بالا بردن خودآگاهی: "حالا چه احساسی دارم؟"، "حالا 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 طولانی مدت سودمند:

- بالابردن خودآگاهی: همین حالا 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 اورژانس:

- صحبت کردن با کارشناس سلامت روان (شماره تلفن: (
- صحبت کردن با پزشک مرکز خدمات جامع سلامت (شماره تلفن: (
- درخواست کمک از کارشناسان اورژانس اجتماعی ۱۲۳
- درخواست کمک از اورژانس ۱۱۵
- مراجعه به اورژانس نزدیک ترین بیمارستان

علائم هشداردهنده

بیماران باید با علائم هشداردهنده‌ی شخصی پیش از بروز بحران خودکشی آشنایی داشته باشند تا بتوانند موقعیت خطرناک را زودتر تشخیص و نسبت به آن واکنش نشان دهند. این موضوع، یکی از جنبه‌های اساسی درمداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی است، زیرا فرض اصلی این است که، پس از اقدام به خودکشی، فرد از خطر خودکشی "رها" نمی شود، اما ما می‌توانیم آگاهی بیمار را برای مواجهه با موقعیت‌های بحرانی آتی افزایش دهیم. علائم هشداردهنده خودکشی برای هر فرد کاملاً جنبه اختصاصی دارد. این علائم ممکن است مشتمل بر شناخت‌ها، احساسات بدنی و موقعیت‌های خاص

باشند. برای شناخت به موقع، در شرایط استرس‌زا، این علائم باید تا حد امکان اختیاری و دقیق تعریف شوند. سؤالاتی که ممکن است در این زمینه مطرح 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 مجدداً در همان وضعیت قرار بگیرید، اولین نشانه‌های خطر چه خواهند بود؟

یک نمونه از پاسخ‌هایی که به این سوالات داده شده به شرح زیر است:

"ابتدا، بدن من واکنش نشان می‌دهد. من به سختی می‌توانم چیزی بخورم و وضعیت خوابم بد و بدتر می‌شود. ساعت‌ها بیدار می‌مانم و در طول روز نیز احساس خستگی و بی‌انگیزگی می‌کنم و باید خودم را مجبور به انجام کارها کنم. سپس، افکار مدام به من هجوم می‌آورند و من الکل بیشتری می‌نوشم. فاز افسردگی همیشه به همین ترتیب آغاز می‌شود. در واقع می‌دانم که نباید صبر کنم و باید با پزشکم تماس بگیرم. گاهی اوقات، آنقدر شرایط بد می‌شود که نمی‌توانم ذهنم را از آن دور نگه دارم و پس از آن، شرایط وخیم و خطرناک می‌شود. در این لحظات، همه چیز برایم دشوار و غیر قابل تحمل می‌شود، احساس می‌کنم که نمی‌توانم با شرایط کنار بیایم و نمی‌دانم چگونه باید ادامه دهم. در این شرایط، 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 قالب کلمات کلیدی تهیه می‌کند که می‌توان آن را در کارت تاشو امید^۱ کپی کرد (به قسمت "کارت تاشو امید" مراجعه کنید).

¹ The Hope Leporello

راهبردهای ایمنی برای بحران‌های خودکشی آتی

در اینجا، راهبردهای فردی برای کمک به بیمار جهت جلوگیری از پیشرفت بحران خودکشی - پیش از آنکه که مهارناپذیر شود- مانند ورود به وضعیت خودکار شدن افکار خودکشی یا حالت خلسه (حالت خودکشی، تجزیه)-تهیه می‌شود. معمولاً این راهبردها از نوع شناختی و رفتاری هستند و ممکن است شامل فعالیت‌های فیزیکی (دویدن)، بازی کردن با حیوان خانگی، انجام کارهای منزل، نواختن ساز و غیره باشند. راهبردهای شناختی نیز می‌توانند شامل مواردی از قبیل مطالعه، نوشتن خاطرات، حل جدول کلمات متقاطع، حل پازل و غیره باشند. برخی از بیماران در زمینه‌ی استفاده از تمرینات ذهن‌آگاهی آموزش دیده‌اند. نکته‌ی مهم این است که این راهبردها باید تا حد امکان اختصاصی و شخصی باشند. بسیاری از بیمارانی که بحران‌های خودکشی قبلی را تجربه کرده‌اند، دقیقاً می‌دانند که چه اقداماتی در مورد آنها موثر واقع می‌شود. در این زمینه، راهبردها با همراهی بیمار تدوین شده، و بر حسب اهمیت مرتب می‌شوند. راهبردهای ایمنی از بیماری تا بیمار دیگر کاملاً متفاوت‌اند. موانع و مشکلات موجود در مسیر استفاده عملی از این راهبردها -برای مثال، در دسترس بودن فرد مورد نظر (برای تماس در صورت نیاز) - باید مورد توجه قرار گیرند. سوالاتی که در این زمینه مطرح می‌شوند، عبارتند از:

- در گذشته، برای جلوگیری از آسیب رساندن به خود از چه تکنیک‌هایی استفاده کرده‌اید؟
- مجدداً خود را در شرایطی قرار دهید که به خودکشی فکر می‌کردید. برای متوقف کردن احساسات خود در آن شرایط و برای به دست آوردن کنترل خود چه کاری می‌توانستید انجام دهید؟
- آیا چیزی هست که شما 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 شب 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 هستند که بیماران می‌توانند خودشان به تنهایی انجام دهند. برخی از آنها عبارتند از: دویدن، پیاده روی، دراز کشیدن، رسیدگی به حیوانات خانگی، دوش گرفتن، گوش دادن به موسیقی با صدای بلند، نواختن ساز، حل جدول کلمات متقاطع، تمیز کردن اتاق، پختن یک غذای خاص و غیره.

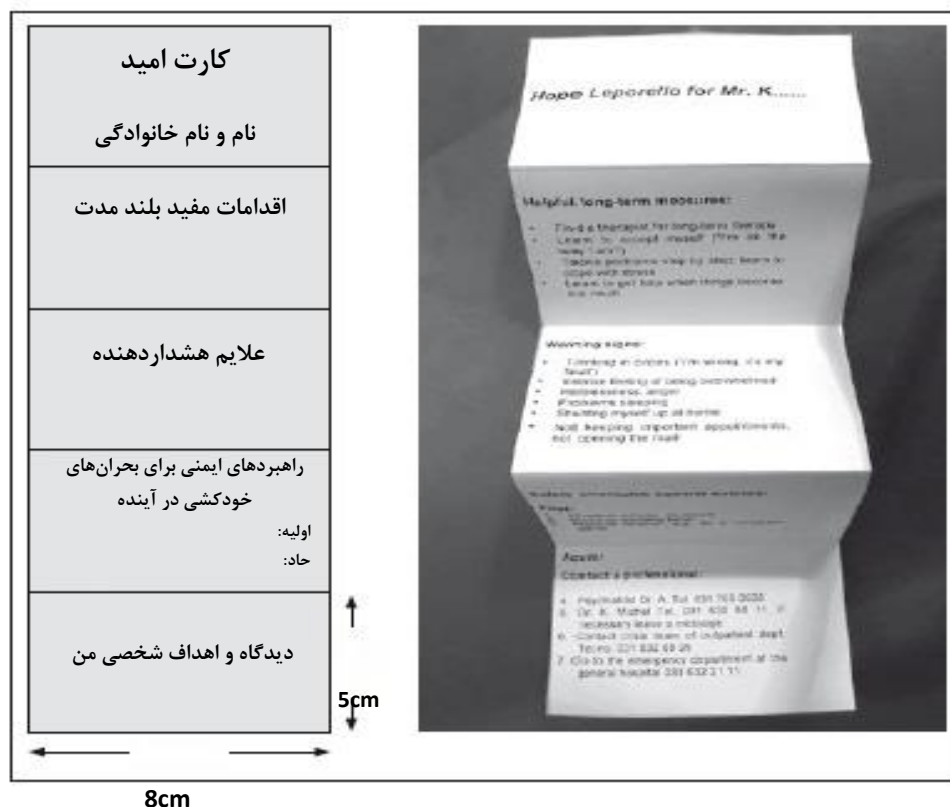
راهبردهای مورد استفاده در زمان خطر حاد

پاراگراف دوم، به راهبردهای ممکن در زمان حاد شدن خطر خودکشی می‌پردازد که معمولاً شامل افراد دیگر نیز می‌شود (اشخاص یا متخصصان). برخی از مثال‌ها عبارتند از: تماس با یک دوست یا یکی از اعضای خانواده؛ رفتن به منزل همسایه؛ تماس گرفتن با پزشک عمومی، روانپزشک، کارشناس سلامت روان مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی، بخش اورژانس یا بخش بیماران سرپایی یا خطوط بحران، مراجعه به بخش اورژانس بیمارستان و غیره.

پس از تنظیم موارد فوق، سند مکتوب می‌تواند نهایی و چاپ شود. بیمار و کارشناس سلامت روان آن را امضا می‌کنند و بدین ترتیب، سند به عنوان یک "قرارداد رسمی" در نظر گرفته می‌شود. این قرارداد نقش کارشناس سلامت روان مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی را در بحران‌های آینده - بسته به میزان در دسترس بودن وی - مد نظر قرار می‌دهد. در حالت ایده‌آل، در صورت بروز بحران، روانشناس مداخله 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^۱

در این مرحله، اقدامات بلندمدت، علائم هشداردهنده و راهبردهای ایمنی در برگه‌های تاشوی امید کپی می‌شوند (به " کارت امید و شکل ۶ مراجعه شود). این برگه‌ها، در حالت تاشده به اندازه‌ی یک کارت اعتباری هستند و فرد می‌تواند آنها را در کیف پول یا جیب خود نگهداری کند. بدین ترتیب، بیماران در زمان مواجه شدن با شرایط بحرانی، به راهبردهای مختص به خود دسترسی خواهند داشت.



شکل ۶. نمونه کارت امید

^۱ Hope Leporello

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 دلایلی برای ادامه زندگی است - گنجانده شود. استفاده از قالب‌های موجود در نرم‌افزار ورد (Word) با حاشیه مناسب ساده و اندازه قلم بین ۸ تا ۱۰ (بسته به فضای موجود) مناسب به نظر می‌رسد (به شکل ۶ رجوع کنید). 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 دیگر) 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 بیمار). 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 خود استفاده 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 غیره) را در بالای کارت قرار دهند.

توضیحات : جعبه امید^۱

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 تاشو، استفاده کرد. ونزل، براون و بک^۲ (۲۰۰۹، صفحه ۲۷۷) استفاده از "کیت امید"، را به عنوان گام اولیه برای پاسخ به بحران پیشنهاد کردند. مفهوم جعبه امید یا جعبه اضطراری در رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) - که برای درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مورد استفاده قرار می‌گیرد - توسط لینهان به کار گرفته شد (لینهان، ۱۹۹۳). آموزش مهارت‌ها، بخشی از این مفهوم جامع است که با هدف افزایش سطح تحمل استرس و تنظیم هیجان صورت می‌پذیرد. از بیماران خواسته می‌شود یک جعبه امید (یا جعبه اضطراری) تهیه کنند و در آن اشیایی را قرار دهند که نشان‌دهنده راهبردهای اصلی مهارت‌های تحمل استرس است. هدف اصلی، این است که حتی در شرایط پریشانی شدید (که بیمار دسترسی کمتری به راهبردهای شناختی دارد)، بیماران بتوانند به مطالبی که قبلاً آموخته‌اند، دسترسی پیدا کنند. جعبه امید، می‌تواند به عنوان ابزاری برای تنظیم هیجانات در لحظات بحرانی - یعنی در زمانی که به دلیل برانگیختگی شدید، امکان تفکر منطقی وجود ندارد - بسیار 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 مطالب دیگر (به عنوان مثال، شماره تلفن‌ها) را روی یک تکه کاغذ یادداشت کرد و در جعبه گذاشت. همچنین تعهدات و توافقات صورت گرفته نیز باید در جعبه امید قرار داده شوند. ممکن است برخی از این اشیاء، جنبه نمادین داشته باشند، مثلاً کفش عروسی برای ترغیب بیمار به پوشیدن کفش و رفتن به یک مکان خاص، یا تلفن همراه اسباب‌بازی به همراه فهرستی از شماره تلفن‌ها (نمادی از برقراری تماس با نزدیکان)، صابون برای تشویق بیمار به دوش گرفتن در شرایط بحرانی و غیره. اشیاء باید برای بیمار ارزش عاطفی داشته باشند تا بتوانند در برابر وضعیت "خودکار" حالت خودکشی مؤثر واقع شوند. در این حالت ذهنی پاسخ‌دهی شناختی محدود است. جعبه اضطراری، بخشی از اجزاء مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام‌کننده به خودکشی نیست؛ ولی می‌توان از آن به عنوان یک ضمیمه معنی‌دار و به عنوان بخشی از درمان بلندمدت استفاده کرد. گنجاندن تصاویر مرتبط با زندگی شخص در کارت‌های تاشو 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 ۷). کارت بحران دسترسی مستقیم به سیستم یاور بیمار را تضمین کرده و اساساً محتوی اسامی و شماره تلفن‌های مهم است. در اینجا از بیمار خواسته می‌شود که کارت را همیشه همراه خود داشته باشد (در کیف پول یا دفتر یادداشت روزانه).

همیشه این کارت را به همراه داشته باشید.	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 خانواده). با پزشک خانواده‌تان تماس بگیرید، با مرکز کنترل بحران تماس بگیرید، شماره تماس برای روز: شماره تماس برای شب و تعطیلات آخر هفته:
شماره تلفن مرکز خدمات جامع سلامت:	

شکل ۷. نمونه‌ای از کارت اضطراری (کارت بحران)

پایان جلسه سوم

در ابتدا، لازم است روانشناس، از ثبات روانی بیمار اطمینان حاصل کند. در صورتی که برای برگزاری جلسه چهارم (مواجهه جزئی) 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 ناپایدار باشد، مواجهه مجدد با اقدام به خودکشی اخیر توصیه نمی‌شود. در این حالت، کارشناس سلامت روان با بیمار درباره ارسال منظم نامه صحبت می‌کند و دلایل و منطق آن را توضیح می‌دهد (به بخش ۸-۳ رجوع کنید). 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 باشد اگر بیمار درباره مراحل بعدی سؤالی نداشته باشد، کارشناس سلامت روان جلسه را خاتمه می‌دهد.

تصمیم‌گیری در مورد برگزاری جلسه چهارم

درمان کوتاه مدت‌مدتداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی ، در ابتدا برای سه جلسه 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، ۲۰۰۹). این افراد از بازی نقش برای تمرین و تقویت راهبردهای ایمنی استفاده کردند. در روش ما، جلسه چهارم با استفاده از فیلم یا صوت تهیه شده از اولین جلسه (مصاحبه روایتی)، به عنوان یک مواجهه جزئی آغاز می شود؛ 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 جلسه سوم ارزیابی می شود. بعید نیست که، پس از مواجهه، لازم باشد کارتهای امید مورد بازبینی و اصلاح قرار گیرند.

جلسه چهارم (اختیاری): مواجهه مجدد

مقدمه

هدف از این جلسه، تمرین راهبردهای تدوین شده در جلسات قبل است. برای این منظور، یک مواجهه جزیی با وضعیت و شرایط بیمار در زمان خودکشی، با استفاده از فیلم یا صوت مصاحبه روایتی ضبط شده، صورت می‌پذیرد. با انجام این کار، حالت خودکشی فرد مجدداً فعال می‌شود و، در این حالت، از بیماران خواسته می‌شود صراحتاً 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، لازم است الگوهای قدیمی - که اغلب با رفتار اجتنابی مرتبط هستند - مجدداً فعال شوند. برای این کار، بیماران باید در مواجهه با موقعیتهایی قرار بگیرند که برای آنها خاص، تهدیدآمیز و ترسناک است. برای ایجاد راهبردهای مقابله‌ای^۱ جدید، ضروری است که این مواجهه در شرایطی انجام شود که از بعد انگیزشی و عاطفی مثبت باشد (گریو، ۲۰۰۴). به طور معمول این شرایط در چهارمین جلسه مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی و پس از انجام اقدامات زیر، حاصل می‌شود: انجام مصاحبه روایتی، بازپخش فیلم یا صوت، بررسی زندگی‌نامه و شرح زندگی فرد درگیر در بحران خودکشی با همکاری خود او، و نیز تدوین راهبردهای مقابله‌ای فردی بیمار، همگی موجب 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 (۲۰۰۵) در جلسات درمانی خود، پس از گذشت به طور متوسط ۸ تا ۹ جلسه، از روش ایفای نقش برای قرار دادن بیمار در معرض بحران خودکشی - به عنوان تکلیفی برای پیشگیری از اقدام مجدد به خودکشی - استفاده کردند (ونزل و همکاران، ۲۰۰۹، صفحه ۲۰۰). در این روش، بیماران از طریق دستورات کلامی مشتمل بر یادآوری هدایت شده خاطرات، در شرایط آخرین بحران خودکشی خود (حالت خودکشی) قرار می‌گیرند و به استفاده از راهبردهای مقابله‌ای خاص ترغیب 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.

^۱ coping strategies

ساختار جلسه چهارم

مثل همیشه، کارشناس سلامت روان جلسه را با سؤال درباره بازخورد آخرین جلسه شروع می کند و از بیمار می پرسد که آیا موردی هست که بخواهد به آنچه قبلاً نوشته شده، بیفزاید. سپس روانشناس، فرایند این جلسه را به شرح زیر برای بیمار توضیح می دهد: اکنون می خواهیم فیلم یا صوت داستان شما را مجدداً تماشا کنیم. من از شما می خواهم که خودتان را تا حدی که می توانید در آن موقعیت قرار دهید. احساس شما در آن زمان چه بود؟ چه افکاری داشتید؟ سپس همین طور که پیش می رویم به من بگویید دقیقاً در چه زمانی، از یکی از راهبردهایی که در جلسات قبل بر روی آنها کار کردیم برای متوقف سازی این موقعیت خطرناک استفاده می کنید؟

گاهی اوقات، بیماران می گذارند فیلم یا صوت، بدون توقف یا برشمردن یکی از راهبردها، نمایش داده شود. در این حالت، کارشناس سلامت روان باید دلیل این موضوع را به همراه بیمار کشف کند. برای مثال، ممکن است لازم باشد راهبردهای تدوین شده تغییر کنند (برای مثال بیمار بگوید الان فکر می کنم که راهبرد استفاده از کارت های امید مفید نیست؛ من باید سریع تلفن همراهم را برمی دارم و با بیمارستان تماس می گرفتم). غالباً بیماران متوجه می شوند که می بایست خیلی زودتر اقدام می کردند.

تازه متوجه شدم که آن روز صبح دیگر خیلی دیر بود. نمی توانستم این روند را متوقف کنم، چون به روندی خودکار تبدیل شده بود. من باید یک هفته قبل از آن با روانشناسم صحبت می کردم. باید به او می گفتم که حالم بدتر شده است و قطعاً نباید پس از بحث و گفتگو با برادرم تنها به خانه برمی گشتم.

پایان جلسه چهارم

پیش از پایان جلسه، کارشناس سلامت روان باید اطمینان حاصل کند که شرایط روانی بیمار پایدار است. سپس کارشناس سلامت روان راجع به ارسال نامه به صورت منظم به بیمار و دلیل انجام اینکار توضیحاتی به بیمار ارائه می دهد (به بخش ۳-۸-۲ مراجعه شود). بررسی صحت آدرس، شماره تلفن و آدرس پست الکترونیکی بیمار از اهمیت زیادی برخوردار است. توصیه می شود نام فرد مشخصی برای تماس احتمالی در مواقع ضروری، ثبت شود، تا در صورت تغییر آدرس یا شماره تلفن بیمار، دسترسی به وی امکان پذیر باشد بیماران باید بدانند که چگونه و چه زمانی می توانند به کارشناس سلامت روان مداخله کوتاه مدت

روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی دسترسی پیدا کنند و در صورتیکه وی در دسترس نبود، چه باید بکنند. بیمار باید بتواند در هر زما به سیستم کمکی خود دسترسی سریع و مستقیم داشته باشد. در صورتی 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"

بسیاری از ما در زندگیمان لحظاتی داشتیم که در آن به خودکشی به عنوان راهحلی ممکن برای برطرف کردن شرایط سخت زندگی نگاه می کردیم. این کاملاً طبیعی است. بسیاری از افراد خواهند گفت که ما آزادی انتخاب داریم اگرچه، ذهن افرادی که دست به خودکشی می زنند محدودیت های زیادی در انتخاب دارد.

رنج روانی

بحران حاد خودکشی، معمولاً نتیجه ی تجاربی است که اساساً حس خود فرد را تهدید می کند. حالات ذهنی مربوطه اغلب به عنوان رنج روانی یا روان شناختی شدید توصیف می شود. این رنج ممکن است خیلی شدیدتر از رنج فیزیکی باشد. این حالت اغلب بواسطه ی تجارب منفی مانند شکست، از دست دادن رابطه، یا شکست در رسیدن اهداف مهم فردی برانگیخته می شود. زمانی که ما از خودمان متنفر می شویم یا خودمان را با خود سرزنشی طرد می کنیم، این حالت خطرناک تر می شود - یعنی زمانی که ما شروع می کنیم بر ضد خودمان عمل کنیم. وقتی ما در مواجهه با تجارب دردآور راهحلی پیدا نمی کنیم، حالت هشدار برانگیخته می شود که ممکن است کنترل آن سخت باشد. افرادی که دست به خودکشی می زنند گزارش می کنند که آنها اصلاً خود واقعی شان نیستند و در حالاتی شبیه به خلسه عمل می کنند و اینکه احساس می کنند که با بدن فیزیکی شان ارتباطی ندارند و حتی هیچ دردی احساس نمی کنند. این حالت روانی تجزیه نامیده می شود، به این معنی است که ادراک خود واقعی فرد دچار تحریف شده. در این مواقع به لحاظ عملی فکر کردن و رفتار کردن به صورت عاقلانه غیرممکن است. در این مواقع افراد از تغییر کردن و فروکش کردن تجربه ی هشدار و رنج شدید ناامید می شوند.

آیا بعضی حالات روان شناختی را می شناسی؟ لطفاً تجربه ی خودتان را توصیف کنید

مغز هیجانی و مغز عقلانی:

مطالعات زیادی روی مغز انجام شده تا درباره‌ی آنچه در زمان تجربه‌ی بحران حاد خودکشی در مغز رخ می‌دهد، اطلاعاتی بدست دهد. به‌طور معمول رفتارمان نتیجه‌ی ترکیب هماهنگ دو ناحیه‌ی اصلی مغز است: از یک‌طرف مغز هیجانی که معمولاً در ناحیه‌ی لیمبیک واقع شده است و از طرف دیگر مغز منطقی عقلانی که در کرتکس پیشانی واقع شده است. (همچنین منطقه‌ی CEO نیز نامیده می‌شود).

سیستم لیمبیک و به‌ویژه آمیگدال نواحی مغز هستند که مسئول شناسایی موقعیت‌های تهدیدآمیز و پاسخ‌های رفتاری سریع است. موقعیت‌های تهدیدآمیز منجر به تحریک پاسخ استرس حاد و وارد شدن آدرنالین به خون می‌شود. این امر واکنش جنگ - گریز نامیده می‌شود، الگوی واکنشی که می‌توان آن را طی سیر تکاملی یافت. هورمون‌های استرس (آدرنالین، و کورتیزول) بالا در خون، به شدت عملکرد و فعالیت ناحیه‌ی فرونتال را کاهش می‌دهد. ناحیه‌ی فرونتال بخشی از مغز است که مسئول حل مسئله، برنامه‌ریزی، و تفکر منطقی هماهنگ با زندگی‌نامه‌ی خودمان است. در شرایط استرس هیجانی حاد، این کارکردها به‌هیچ عنوان در دسترس نیست.

ما می‌خواهیم بدانیم که این مسائل چه معنا و مفهومی برای تو دارند.

لطفاً نظرتان را بنویسید.

رفتارهای آسیب به خود در مغز ذخیره می‌شوند:

زمانی که ما بحران خودکشی را تجربه می‌کنیم، به‌ویژه بعد از اقدام به خودکشی، بعضی از تجارب عاطفی استرس‌زا و حتی بعضی تجارب آسیب‌زا در مغز به‌عنوان چیزی که حالت خودکشی نامیده می‌شود، ذخیره و اندوخته می‌شود. این به این معنی است که زمانی که دوباره این حالات بوسیله‌ی موقعیت مشابه برانگیخته می‌شوند، فعال خواهند شد. پس از آن خودکشی به‌عنوان یک راه‌حل و یک پاسخ رفتاری در دسترس به تجربه‌ی رنج روانی در خواهد آمد. بنابراین تعجب‌آور نیست که اقدام به خودکشی برای بار اول یک عامل خطر مهم برای خودکشی‌های بعدی یا خودکشی مکرر در آینده باشد. متأسفانه، این میزان خطر طی سال‌ها برانگیخته خواهد بود. این امر دلیل اصلی برای برقراری و پرورش راهبردهای ایمن و سالم برای بحران‌های آینده خواهد بود.

نظر شما درباره‌ی بحران خودکشی گذشته چیست؟

عواملی که منجر به افزایش خودکشی می‌شود:

تجارب آسیب‌زای زودهنگام، فرد را نسبت به پاسخ استرسی غیرقابل کنترل در موقعیت‌های عاطفی تهدیدکننده در بزرگسالی، آسیب‌پذیر می‌کند. و بنابراین خطر خودکشی را افزایش می‌دهد. بعضی تجارب آسیب‌زا عبارتند از: سوءاستفاده‌ی جنسی، بدرفتاری و خشونت در خانواده و بی‌توجهی و جدایی. اینها تجاربی هستند که در کودکی و نوجوانی اتفاق می‌افتند و با رنج روانی همراهند و تاثیر طولانی‌مدتی روی فرد برجای می‌گذارند. از آنجا که فرونتال در دوران نوجوانی رشد می‌یابد ذهن فرد نوجوان به‌ویژه منوط به پرخاشگری و تحریک‌پذیری است. تحریک‌پذیری و خشم هر دو عامل خطری برای اقدام به خودکشی 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 به طور مکرر ظاهر می شوند. در افسردگی که اغلب نتیجه ی تجارب عاطفی استرس زا است عملکرد فرد تغییر پیدا می کند و نمی توان به حالت آسیب شناختی آن صرفا با نیروی اراده غلبه یافت.

در این حالات به ویژه فعالیت عصبی در کر تکس فرونتال کاهش می یابد، ظرفیت حل مسئله ضعیف می شود و ادراک خود به صورت منفی در می آید (به طور مثال من شکست خورده هستم، من باری روی دوش خانواده هستم، کارها هرگز خوب نخواهند شد). تمامی این موارد می تواند به این فکر منجر شود که خودکشی تنها راه حل ممکن است. بنابراین بسیار مهم است که علائم افسرده ساز را شناسایی کنیم و به صورت آزادانه درباره ی افکار خودکشی صحبت کنیم. متخصصان سلامت روان می دانند که افسردگی را می توان به صورت موفقیت آمیزی درمان کرد. همینکه افراد احساس بهتری داشته باشند تکانه های خودکشی ناپدید می شود.

من معتقدم که افسردگی در مورد من عامل خطر مهمی بوده است.
من مشکلات دیگری در زمینه ی سلامت روان دارم.
لطفا شرح 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 آموخته‌اند که (به این حقیقت رسیده‌اند که) حالات به‌ظاهر غیرقابل تحمل همیشگی نیستند. و شاید به این دلیل که چون مغزشان برای مواجهه با بحران شدید یا استرس شدید بهتر مجهز شده است. اگرچه برای بسیاری از افرادی که در شرایط بحرانی قرار می‌گیرند مهم است که پیش فردی بروند که بتوانند درباره‌ی آشفتگی‌های درونی خود صحبت کنند. اگر فرد تاریخچه‌ی اقدام به خودکشی داشته باشد، بسیار مهم است که از علائم هشداردهنده‌ی اولیه آگاه باشیم و قبل از اینکه حالت خودکشی فعال شود و به‌راه بیافتد و زمانی که تکانه‌های هیجانی و تجزیه ظاهر شود، عکس‌العمل نشان دهیم. بسیار مهم است که قبل از اینکه اقدام به خودکشی صورت گیرد فهرستی از راهبردهای کمک‌کننده داشته باشیم تا از این فهرست به‌عنوان ابزاری برای جلوگیری از بروز از دست دادن واقعیت، استفاده کنیم.

بعضی چیزهایی که می‌توان داخل این فهرست قرارداد عبارتند از: راهبردهای خودیاری مثل پیاده‌روی، مهمانی‌رفتن، دید و بازدید با همسایه و اما بالاتر از همه این است که، فهرستی از اسامی و اطلاعاتی از افرادی که می‌توانند به فرد کمک کنند را باید داشته باشیم. این افراد می‌توانند اعضای خانواده، یا دوستان باشند 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.	
۱	
۲	
۳	
متخصصان و موسساتی که می‌توانم به آنجا سر بزنم:	
۱	
۲	
۳	

ارزیابی خطر خودکشی

در حین کار با افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند، کارشناس سلامت روان باید خطر خودکشی مجدد را ارزیابی کند و جهت حمایت از بیمار اقداماتی انجام دهد. چون مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی یک درمان اضافی به درمان معمول است. تدوین گران این برنامه درمانی در محیط کاریشان معمولاً بیمارانی را ویزیت می‌کنند که در بخش روانی بستری شده‌اند یا پس از اقدام به خودکشی به‌عنوان بخشی از درمان به صورت بیماران سرپایی ویزیت می‌شوند. بنابراین، در این بافت انتظار می‌رود که کارشناس سلامت روان مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی یک ارزیابی بالینی کامل شامل تشخیص روانپزشکی یا ارزیابی خطر خودکشی را انجام دهد. اگر بیمار تحت مراقبت سرپایی یا بستری حرفه‌ای همزمان قرار ندارد، ممکن است لازم باشد که با استفاده از SSF در پایان هر جلسه ارزیابی خطر تکرار شود. در موارد خطر حاد خودکشی، ممکن است پذیرش در بخش روانپزشکی مورد نیاز باشد. بیمارانی که اقدام به خودکشی کرده‌اند اغلب تمایل ندارند درباره‌ی هدفشان از خودکشی صحبت کنند، مخصوصاً زمانی که با سوالات زیادی بمباران می‌شوند. جابز در سال ۱۹۹۵ بیان کرد که، اگرچه تعداد زیادی مقیاس‌های خطر خودکشی تدوین شده است، تعداد کمی از آنها در اقدامات بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرند. مقیاس‌های ارزیابی خطر خودکشی معمولاً می‌توانند برآوردی از خطر اقدام به خودکشی در طولانی‌مدت فراهم سازد. ارزیابی خطر اقدام به خودکشی فعلی (به‌طور مثال حالا و طی چند روز آینده) نیازمند ارزیابی و برآورد آسیب‌شناسی فرد است، که به‌طور ایده‌آل به‌عنوان فرایند مشترک و در ارتباط با اکتشاف روایت - رویکردی که جابز ارزیابی درمانی نامید- است. در حین ویزیت بیمارانی که اقدام به خودکشی کرده‌اند، باید به خاطر داشته باشیم که آنها اغلب شرم‌منده هستند و عزت‌نفس پایینی دارند. پایه و اساس اعتماد که منجر به ارزیابی واقعی از میزان خطر اقدام به خودکشی حاضر می‌شود، تنها زمانی امکان‌پذیر است که بیمار احساس کند که کارشناس سلامت روان تلاش می‌کند تا شرایط فردی بحران خودکشی‌شان را دریابد. جابز (۲۰۰۶، ۲۰۱۰) یک مدل مصاحبه نیمه‌ساختاریافته را تدوین کرد (فرم وضعیت خودکشی (SSF-III))، که از نظر ما ابزار مناسبی برای ارزیابی اقدام به خودکشی حاد است، که مطابق با رویکرد مشارکتی بیمارمحور مورد استفاده در مداخله کوتاه مدت روانشناختی 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 بنشینند (شکل ۳ در قسمت ۱-۱-۳ را ببینید) و اینکه کارشناس سلامت روان به‌طور مختصر قبل از اینکه فرم را پر کند سوالات را به‌طور مختصر توضیح دهد. بهتر است به آیتم‌های ۱ تا ۵ دوبار پاسخ داد: یک‌بار برای بحران خودکشی اخیر و بار دوم برای اینجا و اکنون. پس از مصاحبه‌ی روایتی که اغلب

بار عاطفی دارد، SSF ابزار مناسب و مفیدی برای تشریح و گزارش‌گیری است، چراکه دارای مجموعه سوالات ساختاریافته است که روی جنبه‌های رایج اقدام به خودکشی حاد متمرکز است.

مطالعه روی عوامل خطر خودکشی (قسمت ۲-۲-۳ را ببینید) ، تعداد زیادی از عوامل خطر بالینی و فردی را روشن ساخته است. اگرچه آنها برای ارزیابی خطر خودکشی در طولانی‌مدت مرتبط و مناسب هستند آنها معمولاً در ارزیابی اقدام به خودکشی حاد ارزش کمی دارند. اگرچه، ارزیابی خطر خودکشی جامع و مشروح علاوه بر SSF-III، شامل لیستی از سوالات مرتبط با جنبه‌های بالینی و فردی مرتبط با خودکشی می‌شود.

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 آسیب‌رساندن به خودش چیست؟
آیا فرد معتقد است که تغییر دادن مشکل امکان‌پذیر است، و اینکه آیا آنها قادر خواهند بود برای تغییر شرایط کاری انجام دهند؟

حالات روانی / شرایط روانی در خطر:

حالات روانی مرتبط با خطر بالای خودکشی شامل ناامیدی، یاس، بی‌قراری، شرمندگی، خشم، گناه، و نشانه‌های روان‌پزشکی است. کارشناسان سلامت روان ، باید به دنبال این احساسات باشند و مستقیماً درباره‌ی وجود این احساسات تحقیق کنند. به نظر می‌رسد تشخیص روان‌پزشکی علایم افسرده‌ساز حاضر یک عامل خطر ویژه باشد.

تاریخچه‌ی رفتار خودکشی:

آیا قبلاً فرد به خودش آسیب 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 خودکشی کرده است 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 آسیب‌زدن 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 خودکشی می شوند (مانند فقدان، شکست شغلی، و دیگر تجارب فقدان) فرد را وادار می کند به امور و کارهای خود پایان دهد. برای مثال وصیت نامه بنویسد، بدهی های خود را پرداخت کند، حیوانات خانگی خود را به مراکز و دیگران بسپارد، اموالش را تقسیم کند، و با دیگران خداحافظی کند.

کشنده بودن ابزار و روش خودکشی:

آیا روش انتخاب شده برای خودکشی کشنده است؟
آیا فرد تلاش می کند اطلاعاتی درباره ی روش های خودکشی جمع آوری کند؟

ظرفیت مقابله:

آیا فرد ظرفیت ورود به اتحاد درمانی را دارد؟ آیا فرد با راهبردهای مقابله ای اثربخش و قوی آشنایی دارد؟
فرد چگونه حوادث و استرس زاهای قبلی را مدیریت کرده است؟
راهبردهای حل مسئله ی احتمالی چه هستند؟
آیا حمایت های اجتماعی (مثل خانواده، دوستان و ...) وجود دارد؟
آیا فرد می تواند از آنها استفاده کند؟
آیا فرد انگیزه ای برای همکاری با تیم درمان دارد؟
آیا فرد تاریخچه ی پرخاشگری یا رفتار تکانشی دارد؟

مدیریت خودکشی:

به یاد داشته باشید، بیمارانی که در خطر بالای اقدام به خودکشی هستند باید به پزشک مرکز لجراع شوند تا در مورد اقدامات بعدی تصمیم گیری شود.

فرم وضعیت خودکشی (SSF-III)

برای مشاهده جزئیات مربوط به این پرسشنامه، بخش ۳-۴-۳ (جدول پرسشنامه وضعیت خودکشی (SSF-III) را مشاهده کنید.

بخش الف (بیمار)									
هر بخش را براساس چگونگی احساسات حال حاضر تان پر کنید									
سپس آن را براساس اهمیت از ۱ تا ۵ (۱= کم اهمیت ترین و ۵= بالاترین اهمیت) رتبه بندی کنید.									
									رتبه بندی
(۱) رنج روان شناختی (صدمه، غم و اندوه، رنج روانی). نبود استرس، عدم رنج و درد فیزیکی رنج و درد پایین ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ رنج و درد بالا چیزی که بیشترین درد و رنج را با خود به همراه دارد؟									
(۲) رتبه بندی استرس (احساس کلی شما از تحت فشار بودن یا درهم شکستن) استرس پایین ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ استرس بالا چیزی که بیشترین استرس را با خود به همراه دارد؟									
(۳) رتبه بندی بی قراری (ضرورت عاطفی هیجانی، احساس نیاز به انجام دادن کاری؛ تحریک پذیر نبودن، عدم دلخوری) بی قراری پایین ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ بی قراری بالا من احساس می کنم وقتی کاری انجام دهم.									
(۴) رتبه بندی ناامیدی (انتظار شما از اینکه کارها بهتر نخواهد شد) ناامیدی پایین ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ناامیدی بالا من بیشتر از ناامید می شوم.									
(۵) رتبه بندی تنفر از خود (احساس کلی شما از دوست نداشتن خود، اعتماد به نفس نداشتن، عدم احترام به خود) تنفر از خود پایین ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ تنفر از خود بالا آن چیزی که باعث می شود از خودم متنفر شوم:									
(۶) رتبه بندی خطر خودکشی خطر پایین ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ خطر بالا خودم را نمی کشم. خود را خواهم کشت.									
(۱) چه میزان از علت خودکشی تان با افکار و احساساتی که از خود داشتید ارتباط دارد؟ اصلا ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ کاملا									
(۲) چه میزان از علت خودکشی تان با افکار و احساساتی که از دیگران داشتید ارتباط دارد؟ اصلا ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ کاملا									
لطفا دلایلی که باعث می شود بخواهید زنده بمانید یا دلایل میل به مردن را بنویسید، سپس آنها را براساس اهمیتشان رتبه بندی کنید.									
رتبه		دلایل زنده ماندن			رتبه			دلایل میل به مردن	
میل من به زنده ماندن به میزان زیر است									
خیلی زیاد	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	اصلا ۰
میل من به مردن به میزان زیر است									
خیلی زیاد	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	اصلا ۰
تنها چیزی که به من کمک می کند خیلی زیاد قصد خودکشی نداشته باشم عبارتند از:									

فرم رضایت‌نامه برای ضبط فیلم یا صوت

اما ضاکندگان ذیل رضایت می‌دهند که از جلسه درمانی مورخ..... فیلم یا صوت تهیه شود. از فیلم یا صوت ضبط شده، در جلسه دوم (بازپخش فیلم یا صوت) و در جلسه چهارم (تمرین راهبردهای ایمنی) استفاده خواهد شد. علاوه براین، فیلم یا صوت ضبط شده ممکن است منحصراً توسط روانشناسمدخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی و سرپرست وی مورد استفاده قرار گیرد. این فیلم یا صوت، شامل نام و اطلاعات شخص و همچنین نام و اطلاعات سایر افرادی است که در مصاحبه از آنها نام برده شده است و اطلاعات موجود در آن در برابر هرگونه دسترسی غیرمجاز محافظت خواهد شد. امضای کارشناس سلامت روان مداخله کوتاه مدت روانشناختی برای فرد اقدام کننده به خودکشی در انتهای این برگه، به معنی محرمانه ماندن کلیه موارد مرتبط با این توافقنامه است. بیماری که این توافقنامه را امضا کرده است، حق دارد در هر زمان که بخواهد این توافقنامه را فسخ نموده و خواستار حذف فیلم یا صوت ضبط شده شود.

تاریخ

اینجانب

تأیید می‌کنم که هدف ضبط ویدیو کاملاً برای من شرح داده شده است و محتوای این توافقنامه را مطالعه کرده و کاملاً آن را درک کرده‌ام.

امضای بیمار

اینجانب

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

امضای روانشناس

نمونه های بالینی ۱ و ۲ همراه با نمونه‌ی نامه‌ها و کارت امید:

نمونه ۱: خانم الف

همانگونه که قبلا درباره‌ی این مطلب صحبت کردیم، در اینجا شرح مختصری از نکات مهمی که در مورد سابقه‌ی بحران خودکشی تان گفتیم نوشته شده است. متن زیر به صورت اول شخص مفرد نوشته شده چرا که این داستان خود تو است. (۱) زمینه:

من دوران کودکی سختی داشتم و بعدها در زندگی نیز تجارب منفی و تلخ زیادی داشتم. من فرزند ناخواسته‌ی خانواده بودم و در دوران کودکی مبتلا به مننژیت شدم. در طی روزهایی که در مهد بودم مربی‌مان به ما علاقه‌ای نداشت. در دوران مدرسه دختر چاقی بودم و اغلب به خاطر این مسئله به من طعنه می‌زدند و من را مسخره می‌کردند. پدرم اغلب من را کتک می‌زد. بعد از آن دوران من دوره‌های کارآموزی را گذارندم که مناسب من نبود. در سرتاسر زندگی من همیشه تلاش می‌کردم چیزی از خودم خلق کنم. من آموزش‌های بیشتری دریافت کردم. کارگاه خودم را بازگشایی کردم و دوره‌هایی را گذراندم. رئیس جایی که در آنجا کار می‌کردم رفتار خیلی بدی با من داشت و برای اولین بار من دارودرمانی را شروع کردم. من آنجا را ترک کردم و در سالن مد کارم را شروع کردم که البته کشمکش‌های زیادی را در آنجا تجربه کردم، و فشارهای زیادی از بالاسریم به من وارد شد که منجر به اولین سقوط و شکست شد. پس از آن مشکلاتی در سلامتی من بوجود آمد مخصوصا در وزن و کارکردهایی که داشتم.

من خیلی زود در سن ۱۹ سالگی ازدواج کردم و ۲ تا بچه داشتم که هردوشون خواسته و طبق برنامه بود. بعد از گذشت ۲۲ سال از زندگی طلاق گرفتم. اولین اقدام به خودکشی من وقتی بود که دوست دختر همسر سابقم وقتی برای اولین بار آنها را ملاقات کردم حرف‌های خیلی توهین آمیزی در مورد ظاهر من زد. این کار او باعث شد احساس کنم خیلی زشت و کاملا آدم بی‌ارزشی هستم. در این زمان بود که تصمیم گرفتم به زندگی پایان دهم.

بعد از اون اتفاق دوباره و دوباره افسردگی‌ام را درمان کردم و ۶ بار در بخش روان بیمارستان بستری شدم که معمولا هر بار 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 بالاتر از همه اینکه همسر سابقم در ۴۰ سال گذشته برای اولین بار روز تولدم را فراموش کرده بود. ۱۰ روز پیش، وقتی جعبه‌ی داروها را پر کردم، ناگهان این فکر به سرم زد که زندگی خیلی تلخ و بی ارزش هست و هیچ چیز مهمی در زندگی وجود ندارد و اینکه دیگر نمی‌توانم ادامه بدم. دوست پسرم چند لحظه از خانه بیرون رفت و بدون اینکه فکر کنم و به صورت ناخودآگاه، هرچی قرص که برای یک هفته تهیه کردم داشتم قورت دادم. من دقیقا نمی‌تونم بگم چه اتفاقی افتاد. دوست پسرم اورژانس را خبر کرد و من به بخش اورژانس منتقل شدم و بعد به بخش روانی برگردانده شدم.

ما دیدیم که در ابتدای زندگی مشکلات زیادی داشتی و در سرتاسر زندگی اغلب سعی داشتی به تجارب نامطلوب و بدت غلبه کنی، اما به طور مکرر موقعیت‌هایی بود که باعث شد اعتماد به نفست پایین بیاد. این‌ها موقعیت‌های خطرناکی هستند که در 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 مشابه گرفتار نشی، مهم است که اقدامات پیشگیرانه‌ای انجام بدیم. اقداماتی که در زیر آمده برای امنیت و سلامتی 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 افسردگی مهم است. یک دوست یا عضو خانواده نزدیک من باید مسئول و مراقب تهیه و مصرف داروهای من باشد. به بقیه بگویم چه چیزی من را اذیت می کند.

علائم هشداردهنده:

وقتی احساساتم به طور ناگهانی تغییر می کند. احساس سنگینی و فشار روی سینه. نمی توانم هوای کافی دریافت کنم. خلق: ناراحتی و ناامیدی

افکار: بی ارزشم، زندگی بی ارزشی. تکانه ی مصرف بیش از دارو یکجا

راهبردهای سالم و ایمن برضد خودکشی

۱. چند لحظه مکث کنم و افکار و احساساتم را بررسی کنم
۲. هوای تازه بخورم
۳. دوش بگیرم
۴. با دخترم حرف بزنم. (شماره تلفن:)
۵. مصرف لورازپام برای کاستن از میزان تنش

موارد اورژانس:

با کسی حرف بزنم

۱. با کارشناس سلامت روان ب شماره تلفن:
۲. دوست الف شماره تلفن:
۳. پزشک عمومی شماره تلفن:
۴. اورژانس

در ماه می ۲۰۱۳ با همکاری یکدیگر نوشته شد.

خانم الف

امضا

کارشناس سلامت روان

امضا

کارت امید برای خانم الف	
اقدامات مفید در طولانی مدت	
•	درمان منظم با دکترب و قرارملاقات با روانشناس
•	درمان دارویی برای پیشگیری از عود افسردگی
•	دوست نزدیک/عضو خانواده مسئول درمان دارویی باشد
•	به دیگران بگوییم چه چیزی من را اذیت می کند
علائم هشداردهنده:	
•	وقتی احساساتم به طور ناگهانی تغییر می کند
•	احساس فشار روی سینه و هوای ناکافی
•	خلق: غمگینی و ناامیدی
•	افکار، من بی ارزشم، دنیا بی ارزش است
•	تکانه‌ی مصرف یکجای و بی اندازه‌ی دارو
راهنمادهای ایمن برضد خودکشی	
۱-	چند لحظه مکث کنم و افکار و احساساتم را بررسی کنم
۲-	هوای تازه بخورم
۳-	دوش بگیرم
۴-	با دخترم حرف بزنم (شماره تلفن:)
۵-	لورازپام برای کاستن میزان تنش
موارد اورژانس:	
با کسی حرف بزنم	
۱.	با کارشناس سلامت روان ب
شماره تلفن:	
۲.	دوست الف
شماره تلفن:	
۳.	پزشک عمومی
شماره تلفن:	
۴.	اورژانس

نمونه ۲: آقای الف

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

۱- زمینه:

داستان من از اوایل کودکی‌ام شروع می‌شود. وقتی پسر کوچکی بودم پدرم من را کتک می‌زد. او از کار اخراج شده بود و خیلی الکل می‌خورد. من خیلی زود یاد گرفتم مراقب خودم باشم و احساساتم را برای خودم نگه دارم. این احساس که آدم خوبی نیستم در من خیلی شدید بود. زیرا هر کاری می‌کردم مهم نبود چقدر تلاش می‌کردم. هیچ چیزی وجود نداشت، نمی‌توانستم از خودم دفاع کنم، تنها بودم و بی‌کس و ناامید بودم. این تجارب منفی تاثیر زیادی روی شخصیت من گذاشت. مدرسه به مقامات هشدار داد و من در خانه نگه داشته شدم. و خیلی زود متوجه شدم که هنوز تنها هستم و اینکه مجبورم مواظب خودم باشم. من نمی‌توانستم به کسی اعتماد کنم. من احساس طرد شدن می‌کردم. خیلی زود آرزو کردم که ای کاش بمیرم. من هیچ راهی جلوی روم پیدا نمی‌کردم. سال‌ها تلاش کردم زندگی‌ام را بسازم. خیلی زیاد درباره‌ی آن فکر نکردم و یا با دیگران حرف نزد. ولی دوباره از کابوس‌ها رنج می‌بردم و از برقراری رابطه‌ی نزدیک با کسی می‌ترسیدم و احساس شکست می‌کردم.

حدود یک سال پیش کار جدیدی توی یک شرکتی که داشتم شروع کردم. در آغاز احساس کردم که بالاخره مسیر درست را پیدا کردم ولی ناگهان شرکت بازسازی نیرو کرد و سرپرست من عوض شد. او هر روز فشار زیادی به من وارد می‌کرد، همیشه از من انتقاد می‌کرد، ساعات کاری من را زیاد کرد ولی حقوقم را نه. و می‌خواست همیشه کار کنم. چه کار باید می‌کردم. من احساس کردم بازنده هستم، اصلاً نمی‌توانستم به‌خوبی بخوابم. از مردم اطرافم کناره‌گیری کردم. در آن زمان مشکلات ارتباطی بیشتر شد. نمی‌تونستم وارد مرحله‌ی بعدی شوم. بعد دوست دخترم حدود ۲ ماه پیش من را ترک کرد.

وقتی عمومی من گفت تنها تا پایان سال وقت دارم تا پولی که به‌عنوان کمک هزینه به من داده بود را برگردانم فشار زیادی به من وارد شد. من چطور می‌توانستم به تنها کسی که برام مونده بود بگم نمی‌تونم این کار رو بکنم و پول رو تهیه کنم؟ براهمین راه‌حلی جز پایان دادن به زندگی نداشتم. بنابراین ۱ ماه پیش نقشه کشیدم که خودم را با ۱ سلحهم بکشم. من شروع کردم به دیگران دروغ بگویم، صورتحساب‌هایم را پرداخت نکردم. در خانه ماندم و بیرون نرفتم. آن روز یک بطری ویسکی خریدم و تا نصف خوردم. وقتی درش را باز کردم می‌دانستم راه برگشتی وجود ندارد. وقتی می‌خواستم دست‌به‌کار شوم تلفن زنگ خورد. عمومی بود. وقتی با من صحبت کرد فهمید چیزی درست نیست. او به خانهم آمد و من را به اورژانس برد که من در آنجا کمک دریافت کردم.

ما دیدیم که مسئله‌ی مهمی وجود دارد که در اوایل کودکی در تو مشکل ایجاد کرده. تو می‌بایست مسئولیت زندگی خودت را به‌عهده می‌گرفتی، و کاری برای خودت دست‌وپا می‌کردی. فشار و طرد شدن عمیقاً به تو صدمه زد و تکانه‌های قدیمی تسلیم شدن دوباره ظاهر شد. از دست دادن فردی که به آن اعتماد کرده بودی افکاری مثل (چیز مهم و باارزشی در زندگی وجود ندارد، کاری از دستم برنمی‌آید و...) برانگیخته شد.

۲- اقدامات زیر برای برقراری امنیت فرد در آینده مهم است:

اقدامات در طولانی مدت:

یافتن روانشناسی برای روان درمانی طولانی مدت. آموختن پذیرش خود (من خوبم و). برطرف کردن مشکلات به صورت گام به گام: یادگیری مقابله با استرس. یادگیری طرز کمک خواستن از دیگران وقتی مسائل خیلی زیاد می شوند.

علائم هشداردهنده:

تفکر دایره وار (این گناه و اشتباه من بود). احساس شدید درماندگی. ناامیدی، خشم. مشکلات خواب. حبس کردن خود در خانه. قرار ملاقات نگذاشتن با دیگران، باز نکردن ایمیل و چک نکردن تلفن

راهبردهای سالم و ایمن برضد خودکشی:

۱. فعالیت فیزیکی: ورزش کردن

۲. خواندن کتاب مهیج

۳. کاهش تنش، بازی کامپیوتری

موارد حاد:

تماس با:

۱. روانپزشک دکتر الف (تلفنی نه)

۲. کارشناس سلامت روان (تلفنی نه) (در صورت نیاز پیغام بگذارید)

۳. تماس با اورژانس ۱۲۳

۴. تماس با اورژانس ۱۱۵

۵. مراجعه به اورژانس بیمارستان

در ماه ژوئن ۲۰۱۳ با همکاری هم نوشته شد.

آقای الف

امضا

کارشناس سلامت روان

امضا

کارت امید برای آقای الف

اقدامات مفید در طولانی مدت

- یافتن روانشناسی جهت درمان طولانی مدت
- یادگیری پذیرش خود
- روبروشدن با مسائل و مشکلات به صورت 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 بود)
- احساس شدید درمانده شدن
- ناامیدی، خشم
- مشکلات خواب
- حبس کردن خود در خانه
- قرار ملاقات نگذاشتن با دیگران

راهنمادهای ایمن برضد خودکشی

- ۱- فعالیت فیزیکی: ورزش کردن
- ۲- خواندن کتاب مهیج
- ۳- کاهش دادن تنش، برای مثال با بازی کامپیوتری

موارد حاد :

تماس با:

۱. روانپزشک دکتر الف (تلفنی نه)
۲. کارشناس سلامت روان (تلفنی نه) (در صورت نیاز پیغام بگذارید)
۳. تماس با اورژانس ۱۲۳
۴. تماس با اورژانس ۱۱۵
۵. مراجعه به اورژانس بیمارستان

فرم پیگیری تلفنی

تشخیص بیماری

تاریخ.

کد شناسایی مراجع

جلسه پیگیری

☐ خیر

آیا بیمار زنده است؟ ☐ بلی

۱- اگر خیر، علت مرگ چیست؟

۲- آیا شما (منظور بیمار) تا لحظه ترخیص از بیمارستان مجدداً سعی بر خودکشی داشتید؟

☐ بلی ☐ خیر

۳- چند مرتبه:

۴- میزان رضایت شما از جلسات مشاوره در مرکز جامع بهداشت روان چقدر بوده است:

☐ خیلی کم ☐ کم ☐ متوسط ☐ زیاد ☐ خیلی زیاد

۵- 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

۶- در صورت پاسخ بلی، لطفاً 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

۷- میزان رضایت شما از افراد و سازمان هایی که در بالا اشاره نمودید و کمک دریافت نموده اید چقدر است؟

☐ خیلی کم ☐ کم ☐ متوسط ☐ زیاد ☐ خیلی زیاد

۸- آیا از زمان مرخص شدن از بیمارستان تا اکنون که با شما صحبت می کنم از سرویس اورژانس اجتماعی ۱۲۳ استفاده نموده اید.

☐ بلی ☐ چند بار ☐ خیر

میزان رضایت شما چقدر بوده است:

☐ خیلی کم ☐ کم ☐ متوسط ☐ زیاد ☐ خیلی زیاد

۹- آیا از زمان مرخص شدن از بیمارستان تا اکنون که با شما صحبت می کنم از خط مشاوره ۱۴۸۰ استفاده نموده اید.

☐ بلی ☐ چند بار ☐ خیر

میزان رضایت شما چقدر بوده است:

☐ خیلی کم ☐ کم ☐ متوسط ☐ زیاد ☐ خیلی زیاد

۱۰- آموزش های 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، ترک اعتیاد، مشاوره خانواده) در صورت نیاز

د- معرفی و ترغیب و تاکید استفاده از سرویس اورژانس اجتماعی ۱۲۳ در هنگام بروز بحران و نیز خط مشاوره ۱۴۸

ه- آموزش مجدد عوامل خطر و محافظت کننده در اقدام به خودکشی

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

دستورالعمل تکمیل پرسشنامه پیگیری تلفنی

- ۱- جلسه پیگیری و کد بیمار را در برگ پیگیری ثبت کنید.
 - ۲- خود را معرفی کنید. احوال پرسشی کوتاهی انجام دهید. از وی اجازه بگیرید که سوالات پرسشنامه را ابپرسید
 - ۳- سوالات ۱ تا ۹ را از بیمار سوال کنید.
 - ۴- پس از اتمام تکمیل پرسشنامه آموزش های لازم ذیل را به بیمار بدهید.
 - تشخیص روانپزشکی (در صورت داشتن تشخیص)
 - ترغیب به مراجعه به پزشک، روانپزشک و روانشناس
 - معرفی مراکز حمایتی (از قبیل پایگاه های سلامت، مراکز خدمات جامع سلامت، بیمارستان ها) در صورت نیاز
 - معرفی و ترغیب و تاکید استفاده از سرویس اورژانس اجتماعی ۱۲۳ در هنگام بروز بحران
 - استفاده از خط ۱۴۸۰ مشاوره سازمان بهزیستی
 - ۵- در صورتیکه بیمار در سوال ۵ از خدمات روانپزشکی استفاده نموده نوع مراجعه و داروهای تجویز شده سوال شود.
 - ۶- از بیمار بخواهید که اگر در رابطه با این موضوعات سوالاتی دارد مطرح کند.
- ✓ اگر احساس نمودید که طرف مقابل نیاز به صحبت و درد دل دارد این فرصت را به وی بدهید. چند دقیقه به حرف ها و صحبت 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 می توانید بر حسب شرایط و وخامت حال بیمار از اقدامات زیر استفاده نمایید:
- وی را برای استفاده از خط تلفن ۱۴۸۰ ترغیب نمایید
 - اگر احساس نمودید که خطر جدی تری وجود دارد وی را ترغیب نمایید که به اورژانس اجتماعی ۱۲۳ تماس بگیرد (در صورت وجود چنین خدماتی در محل سکونت وی)
 - اگر خطر اقدام مجدد را جدی تر ارزیابی نمودید از وی اجازه بگیرید و به خانواده صحبت کنید. بیمار و خانواده را ترغیب کنید که به اورژانس 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 وضعیت بحرانی نیست کم کم تماس را به پایان برساند. قبل از خداحافظی نکات زیر را رعایت نمایید:
۱. اگر تحت درمان است ادامه درمان یا مشاوره را ترغیب نمایید
 ۲. اگر مراجع به تازگی درمان یا مشاوره را شروع نموده است، تاکید کنید که اثرات درمانی بعد از چند هفته ظاهر می شود
 ۳. از وی بابت وقتی که در اختیار شما قرار داد تشکر کنید
 ۴. بفرمایید که هفته/ماه دیگر تماس می گیرید تا از حال وی جويا شوید.

ارزیابی وضعیت خودکشی طی تماس تلفنی

۱. اگر تماس گیرنده ای می گوید «من خیلی افسرده ام، دیگر تحملش را ندارم»، این سؤال را/ز او بپرسید «آیا شما افکار خودکشی هم دارید؟ نگران نباشید که نکند با این سؤال 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 جدی گرفته اید و کار خوبی کرده که دردش را با شما در میان گذاشته است.

- اگر پاسخ خیر است، وی را تشویق کنید که به روانپزشک یا کارشناس سلامت روان مراجعه کند. فهرست مراکز را که قبلاً به وی دادید یاد اوری کنید. یاد اوری کنید که شانس بهبودی ۶۰-۷۰ درصد است. بهتر است آن را از خود دریغ نکند. اگر از درمان های رایج استفاده می کند ادامه آن را ترغیب کنید

۲. اگر پاسخ سؤال قبلی «بله» است، می توانید این سؤالها را هم مطرح کنید:
آیا در این مورد که چگونه خودکشی کنید هم فکری دارید؟ (بررسی طرح ونقشه)، آیا چیزهایی که لازم است را فراهم کرده اید؟ (وسایل خودکشی)، آیا در این باره که چه زمانی این کار را بکنید فکر کرده اید؟ (برنامه ریزی زمانی).

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

۳. اگر برای اقدام به خودکشی برنامه ریزی نموده است، از اقدامات زیر استفاده نمایید:
- وی را برای استفاده از خطر تلفن ۱۴۸۰ ترغیب نمایید
 - اگر احساس نمودید که خطر جدی تری وجود دارد وی را ترغیب نمایید که به اورژانس اجتماعی ۱۲۳ تماس بگیرد (در صورت وجود چنین خدماتی در محل سکونت وی)
 - اگر خطر اقدام مجدد را جدی تر ارزیابی نمودید از وی اجازه بگیرید و به خانواده صحبت کنید. بیمار و خانواده را ترغیب کنید که به اورژانس 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