

ارزیابی و مدیریت خودکشی

دکتر هاجر سلیمی

روانپزشک

استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان



علت شروع بحث با خودکشی:

Every 40 seconds
someone loses
their life to suicide.

[HTTPS://WHO.INT](https://who.int)
#WORLDMENTALHEALTHDAY2019

#WEDNESDAYWISDOM
@THEDADPADUK

اهمیت پیشگیری از خودکشی در مراکز مراقبت اولیه و سلامت روان :

- ۱ نفر از هر ۴ نفری که مرتکب خودکشی می شوند در سال قبل از مرگشان به مراکز بهداشت روان مراجعه کرده بودند.
- بیش از ۱ نفر از هر ۱۰ نفری که مبتلا به اختلالات روان پزشکی شدید هستند، اقدام به خودکشی می کنند
- اولین اولویت اورژانسی بهداشت روانی است.

آنچه بحث خواهیم کرد:

- (1) تعریف خودکشی و عوامل آن
- (2) ریسک فاکتورهای خودکشی و عوامل محافظت کننده
- (3) نشانه شناسی و مصاحبه
- (4) مدیریت بیماران با افکار خودکشی

تعریف خودکشی:

خودکشی اقدامی است عمدی برای خاتمه بخشیدن به زندگی و معمولاً در فردی ایجاد میشود که در تنگنایی گرفتار شده است و تنها راه نجات خود را این کار میپندارد.

در حقیقت خودکشی یک مشکل چند بعدی است و نقش عوامل bio-psycho-social در این رفتار مهم است.

○ عوامل بیولوژیک:

(1) ناقل های عصبی : کاهش عملکرد سروتونین ، کاهش مونوآمینو اکسیداز پلاکتی

(2) ژنتیک: افزایش فراوانی خودکشی در دوقلوهای تک تخمی، نقش یک آلل موثر در سنتز سروتونین

○ عوامل سایکولوژیک:

افسردگی، **ناامیدی**، رفتار های تکانه ای، رفتار های تهاجمی، توانایی ضعیف حل مسئله، عدم تمایل به پذیرش کمک در مواقع بحرانی، **سابقه اقدام قبلی به خودکشی**، سابقه مشکلات روانپزشکی

○ عوامل اجتماعی:

1) وضعیت شغلی:

❖ بیکاری و یا مشاغلی که در آنها تحریکات هیجانی زیاد است (برخی تخصص های پزشکی، وکالت، پلیس و ...)

❖ انزوا و تنها زندگی کردن، جنس مذکر، فقدان یا جدایی اخیر، طلاق

2) عوامل معنوی:

خودکشی در کسانی که اعتقادات مذهبی بیشتری دارند و معتقد به یک پشتیبان دایمی هستند کمتر دیده میشود.

به طور کلی اقدام به خودکشی یک زبان ارتباطی است و در ساختارهای اجتماعی که ارتباط افراد کافی یا مفید نباشد ممکن است افراد ضعیفتر به این وسیله پناه برند.

ریسک فاکتورهای خودکشی

- جنسیت مرد
- سن بالاتر
- افسردگی و سایر بیماری های مازور روانپزشکی
- بی قراری
- بیخوابی
- بیکاری
- از دست دادن های اخیر
- مصرف مواد
- بیماری های جسمی ناتوان کننده و یا همراه با درد های شدید
- تنها زندگی کردن
- اقدام قبلی خودکشی و یا سابقه خانوادگی آن

عوامل محافظ خودکشی:

- حس توان مندی
- مهارت های بین فردی موثر
- مهارت حل مساله منطقی
- مهارت مقابله سالم و موثر با مشکلات زندگی
- خوش بینی و امید به آینده و وجود حس هدفمندی
- وجود وابستگی های مذهبی
- حس مسئولیت نسبت به خانواده
- روابط خانوادگی گرم و مثبت
- برخورداري از حمايت خانوادگی
- وجود شبکه حمايت اجتماعي قوي (دوستان ، همکاران و...)
- درگیری و مشارکت در اجتماع
- زندگی اجتماعی رضایت بخش
- محیط کاری حمایتی و رضایت بخش
- دسترسی به خدمات بهداشت روان

نشانه شناسی و مصاحبه

- death wish: تنها داشتن آرزوی مرگ
- Suicidal thought: داشتن افکاری در خصوص انجام خودکشی
- Suicidal attempt: اقدام اخیر به خودکشی
- Suicide map
- Suicide plan
- به ما نشان میدهد که بیمار راهی برای زنده ماندن گذاشته است یا خیر
- Paradoxical suicide
- Complete suicide

نکات مهم در شرح حال

ارزیابی افکار:

- (1) خودکشی و افکار مربوط به آن یک امر خصوصی و محرمانه است و بیمار آن را با هر کسی مطرح نمیکند و لازم است برای ارزیابی این افکار رابطه همدلانه برقرار نمود و به تدریج به موضوع نزدیک شد.
- (2) خطر خودکشی و افکار آن میتواند در طول زمان شدت و ضعف پیدا کند
- (3) داشتن افکار مکرر و مزاحم ریسک خودکشی را افزایش میدهد.
- (4) بررسی داشتن map , plan
- (5) دلیل انتخاب روشی خاص برای خودکشی
- (6) نحوه اطلاع سایرین از اقدام فرد
- (7) اصرار فرد بر اقدام مجدد

ارزیابی رفتار:

- 1 میزان قریب الوقوع بودن اقدام به خودکشی
 - سیر افکار خودکشی: (فزاینده ، حمله ای، وابسته به شرایط)
 - شدت قصد خودکشی: آیا آرزوهایی هنوز دارد؟ آیا در plan خود راهی برای زنده ماندن گذاشته است؟
 - آیا روشی که انتخاب کرده کشندگی بالایی دارد؟
 - عوامل محرک: درگیری با همسر، بیکاری، تنهایی
- 2 سابقه قبلی اقدام و نیت بیمار: خطر خودکشی در یک سال اول پس از هر اقدام بالاتر است.
- 3 سابقه خانوادگی اقدام به خودکشی

موضوع مهم دیگر در ارزیابی خطر خودکشی این است که چگونه از بیمار سوال کنیم؟
عدم استفاده از عبارات ناراحت کننده و یا دارای پیام منفی
برخورد غیر قضاوتگرانه با بیمار

مدیریت بیماران با افکار خودکشی

- (1) درگیر نمودن بیمار در درمان
- (2) ارزیابی لزوم بستری روانپزشکی
- (3) درمانهای دارویی (لیتیم کربنات، داروهای ضد افسردگی، آنتی سایکوتیک)
- (4) درمانهای روانشناختی
- (5) جلب مشارکت خانواده

تکنیک های درگیر کردن بیمار در درمان:

- (1) گوش دادن همدلانه
- (2) احترام گذاشتن به احساسات بیمار: بیمار احساس کند که او را میشنوید و درک میکنید
- (3) اتخاذ یک رویکرد همکاری کننده در جلسات

به طور کلی دو رویکرد در درمان بیماران suicidal وجود دارد:

- (1) تمرکز بر بیماری زمینه ای
 - (2) تمرکز بر suicidality و درمان مستقیم آن:
- ❖ یک حمایت واقع بینانه: فهم علت خودکشی بیمار و متناسب با آن حمایت لازم را فراهم کنیم
 - ❖ پیشنهاد جایگزین: در مواردی که اصرار به خودکشی وجود دارد، از دسترس خارج کردن وسایل خطرناک ، استفاده از شوک و بستری بیمار

مدیریت خودکشی

○ پیوستن به درمان: برقراری اتحاد درمانی

اتحاد درمانی شامل:

(1) فهم و شناخت احساسات و افکار بیمار درک کردن تجربه‌ی شکست، تنفر از خود، و رنج روانی از منظر بیمار و ارتباط برقرار کردن با میزان آگاه بودن فرد از شناختها و افکار خودش از موضعی همدلانه

(2) (تعهد و درگیری درمانگر به درمان:

درمانگر نگرشی غیرقضاوتی اتخاذ میکند. این نگرش حس ایمنی و صداقت را در فرد ایجاد میکند و باعث میشود درمانگر مهارت‌های حرفه‌ایش را در حفظ و تداوم رابطه‌ی معنادار درمانی به کار برد. بیمارانی که در خطر بحران خودکشی هستند به کسی نیاز دارند که مواظبشان باشد و از برنامه‌های خودکشیشان وحشتزده نشود.

مصاحبه ی حکایتگونه

حکایت به صورت داستانی که ما به شنوندهای بادقت به گونه ای تعریف میکنیم که به حوادث و اتفاقات مختلف برای تشریح تجارب فردیمان معنا بخشیم، توصیف میشود. اعتماد کردن و پذیرفتن داستان فرد میتواند جنبه ی درمانی داشته باشد. زمانی که بتوانیم داستان را فرمولبندی کنیم و وقتی داستان به صورت صحیح و توسط شنوندهی مناسب شنیده شود قادر خواهیم بود به شیوه ی اثربختری با آن مقابله کنیم. داستانهایی که درباره ی بحران خودکشی روایت میشود میتواند بار دیگر دریچه ای از اهداف زندگی را به رویمان بگشاید.

اغلب طی 20 تا 30 دقیقه اول داستانهای منسجمی را از بیمار میشنویم که در آن بیمار به صورت خودجوش بین خودکشی، تجارب آسیبزی اولیه و تجارب منفی اخیر (مشکلات ارتباطی) پیوند برقرار میکنند. در این حالت بیمار و مصاحبه کننده به دوستانی تبدیل میشوند که در یک مسیر قدم گذاشتهاند و با هم همسفر شده اند.

وظیفه ی اولیه ی مصاحبه کننده این است که به داستان بیمار گوش کند و به او بهعنوان فردی که از زندگی خودش آگاه است و در این زمینه صلاحیت دارد، احترام بگذارد. برای این کار باید نقش درمانگر را در درمان مشخص کرد. نقش درمانگر در این شرایط با نقشی که در دیدگاه سنتی طبی دارد متفاوت است.

میتوان مدیریت خودکشی را در غالب 4 جلسه توضیح داد:

- جلسه اول: ارزیابی خطر خودکشی و طرح امنیت
- جلسه دوم: آموزش روانی و کاهش رنج بیمار
- جلسه سوم: مدیریت خودکشی
- جلسه چهارم: آموزش خانواده

جلسه اول: ارزیابی خطر خودکشی و طرح امنیت:

اهداف:

1. ایجاد ارتباط درمانی
2. ارزیابی سطح خطر خودکشی
3. تعیین نوع مداخله بر اساس میزان خطر خودکشی
4. طراحی طرح امنیت
5. قرارداد عدم آسیب زدن به خود

ایجاد ارتباط درمانی:

ارتباط از همان جلسه اول و از همان لحظه ای که با بیمار تماس برقرار می کنید شروع به شکل گرفتن می کند.

تکنیک هایی که در دقایق اول به ایجاد ارتباط درمانی کمک می کند عبارت است از:

- ملاقات با مراجع در یک محیط راحت و خصوصی
- توضیح نقش و هدف خود از مصاحبه و ارزیابی
- استفاده از یک تون صدای آرام و اطمینان بخش
- گوش دادن فعال به داستان مراجع
- فهم همدلانه بیمار و نشان دادن این فهم به بیمار در قالب کلمات و زبان بدن
- حمایت کننده کننده بودن اجتناب از ارائه راه حل های سریع
- بخاطر داشته باشید که در طی کار روی خودکشی باید دیدگاه های شخصی، اخلاقی و مذهبی خود را در مورد خودکشی کنار بگذارید، چون مانع از ایجاد ارتباط با مراجع شده و او را از شما دور می کند. ممکن است در بیمار احساس فهمیده نشدن ایجاد کند

ارزیابی خطر خودکشی:

آیا می توان همیشه خودکشی را پیش بینی کرد؟
متأسفانه پاسخ خیر است.

کاري که شما می توانید انجام دهید ارزیابی میزان خطر خودکشی بر اساس عوامل خطر و محافظ خودکشی است. شما باید بر اساس این ارزیابی از خود سوال کنید خطر خودکشی چقدر بالاست و بر اساس پاسخی که به این سوال می دهید، مداخلات و ارجاع های لازم را انجام دهید. مسئولیت شما انجام قضاوت بالینی در مورد میزان درخطر بودن فرد است .

بنابراین درحالیکه همیشه پیش بینی خودکشی امکان پذیر نیست ولی ارزیابی دقیق خطر خودکشی و اجرای مداخلات فوری، کوتاه مدت و مناسب می تواند به فرد کمک کند تا به جاي مرگ، زندگی را انتخاب کند.

ارزیابی خطر خودکشی:

گام اول:

ارزیابی افکار ، برنامه و قصد خودکشی و مرگ بار بودن آن

ارزیابی افکار فعلی خودکشی

ارزیابی وجود طرح و نقشه برای خودکشی

افکار منفعل = خطر پایین (بیمار نمی خواهد زنده بماند ولی طرح و نقشه ای برای آن ندارد،
مثلا می گویددلم می خواهد شب بخوابم و دیگر بلند نشوم)

افکار فعال = خطر بالا (بیمار افکار جدی و طرح و نقشه برای اقدام به خودکشی دارد، برای مثال
می گوید در مورد کشتن خودم فکر می کنم، دوست دارم خودم را وسط جاده بیندازم)

طرح و نقشه دقیق و همراه با جزئیات = خطر بالاتر

ارزیابی خطر خودکشی :

آیا قصد خودکشی وجود دارد؟

آیا هیچ قصدي براي عمل کردن به افکارت را داري؟

گفتی دوست داري بميري و حتی به خوردن قرص فکر کرده اي، ولی آیا قصد انجام این کار را داري؟ این قصد چقدر قوي است؟

❖ **عدم وجود قصد مشخص = خطر پایین** (مراجع، افکار و خیالاتی در مورد طرح و نقشه خودکشی وجود دارد ولی مطلقاً قصدي براي عملی کردن طرح خود ندارد.

مثلاً می گوید آه، نه، من هیچ وقت به آن فکر نمی کنم من بچه دارم. در واقع، خیال پردازی در مورد خودکشی می تواند راهی برای تسکین تنش و ناراحتی باشد چون می داند هر وقت بخواهد می تواند از آن بیرون بیاید)

❖ **وجود قصد خاص = خطر بالا** (بیان قصد خاص برای پایان دادن به زندگی، مثلاً مراجع می گوید قصد دارم به محض ازدواج دخترم ، خودکشی کنم)

ارزیابی خطر خودکشی :

گام دوم:

○ ارزیابی اقدامات قبلی برای خودکشی و عوامل برانگیزاننده آن

1) آیا تا بحال اقدام به خودکشی کرده ای؟

❖ در مورد سایر مواردی بگو که به شکل جدی به خودکشی فکر کردی یا اقدام به آن کردی؟

❖ در گذشته چه حوادثی منجر شد که اقدام به خودکشی کنی؟

2) کشنده بودن اقدام

❖ کشنده بودن روش ها را بررسی کنید. احتمال نجات پیدا کردن چقدر بود؟

3) تکانه ای بودن

❖ آیا اقدام به خودکشی در اوج خشم انجام شده (تکانه ای) یا به دقت در مورد آن فکر شده بود و

روز و زمان آن از قبل تعیین شده بود؟ (برنامه ریزی شده) ،هدف خشم چه بود (صدمه به

خود یا دیگران؟)

ارزیابی خطر خودکشی :

4) مصرف مواد

آیا بیمار در زمان اقدام به خودکشی تحت تاثیر مواد بوده است؟

5) پیامد

آیا بعد از اقدام به خودکشی نیاز به اقدامات پزشکی بوده؟ چگونه به آن دسترسی پیدا کرده است؟ (برای مثال آیا خود فرد برای درخواست کمک به کسی یا جایی تلفن زده و یا دیگران او را بی هوش پیدا کرده بودند)

6) احساس فرد در مورد زنده ماندن

بعد از نجات پیدا کردن چه احساسی داشتی؟ احساس گناه، پشیمانی ، خجالت، سرزنش خود، سرخوردگی (برای مثال حتی این کار را هم نتوانستم درست انجام بدم)

احساس گناه و پشیمانی= خطر پایین

سرخوردگی، سرزنش خود= خطر بالاتر

ارزیابی خطر خودکشی :

○ ظرفیت حل مساله

وضعیت قضاوت و استدلال او چیست؟

آیا بیمار برای حل مشکلاتش از روش حل مسئله منطقی استفاده می کند؟ آیا راه حل هایی برای حل مشکلاتش در ذهن دارد؟

○ ارزیابی امید به آینده

چقدر امید دارید که وضعیت فعلی شما تغییر کند؟

برای اینکه اینقدر احساس نومیکنید چه چیز باید تغییر کند؟

احساس نومیکنید، درماندگی، پوچی و بی معنایی زندگی و آینده = خطر بالاتر

خطر خودکشی ایستا نیست. بنابراین در بیمارانی که تمایلات خودکشی دارند، خطر خودکشی باید مرتب پایش شود. همچنین باید به عواملی که ممکن است در ارزیابی دقیق خطر خودکشی تداخل ایجاد کند، توجه کرد. برای مثال ارزیابی خطر خودکشی در بیماری که تحت تاثیر مواد است، چندان اعتباری ندارد

ارزیابی خطر خودکشی :

گام سوم:

ارزیابی تاریخچه روان پزشکی

- 1) تاریخچه مشکلات روان پزشکی بویژه افسردگی و سایکوز
- 2) مشکلات کنترل تکانه مانند پرخاشگری، رفتارهای خطر کردن
- 3) سوء مصرف الکل و مواد

گام چهارم: ارزیابی عوامل خطر

گام پنجم: ارزیابی عوامل محافظ

چه دلایلی برای زندگی داری؟

چه چیز مانع از آن می شود که به زندگی پایان دهی؟ (خانواده، مذهب و ...)

وقتی در گذشته این افکار را داشتی چکار کردی؟ چه چیز مانع شد؟

تعیین نوع مداخله براساس سطح خطر

بطور کلی، طرح درمان باید امنیت فوری مراجع را تامین کند و زمینه لازم را برای درمان فوری بیمار و آموزش خانواده فراهم آورد.
بنابراین وقتی سطح خطر خودکشی مشخص شد، سطح مراقبت مورد نیاز را تعیین کنید:

1) اگر خطر خودکشی پایین است:

جلسات معمول خود را داشته باشید و با یک رویکرد مشاوره ای به موضوع بپردازید. البته افراد با ریسک خفیف، مستلزم ارزیابی مجدد و پایش افکار خودکشی در طی زمان هستند چون همانطور که ذکر شد سطح خطر ایستا نیست و کسانی که در این گروه و یا گروه متوسط قرار می گیرند، ممکن است به سمت گروه های بالاتر حرکت کنند.

تعیین نوع مداخله براساس سطح خطر

(2) اگر خطر خودکشی متوسط است:

- بیمار را پایش کنید و سطح خطر خودکشی را مرتب در فواصل هفتگی و حداقل ماهانه ارزیابی کنید تا اگر نیاز به بستری شدن وجود دارد سریعاً این کار را انجام دهید.
- در مجموع، فردی را که در خطر متوسط قرار دارد، ابتدا به پزشک و یا روان پزشک ارجاع دهید، ترتیبی دهید تا بیمار 24 ساعته به خدمات حمایتی مرکز دسترسی داشته باشد و سیستم حمایتی وی شامل خانواده را در طرح مدیریت خودکشی مشارکت دهید.
- این افراد می توانند در صورت وجود حمایت و نظارت کافی در خانه نگهداری شود. بخاطر داشته باشید تاریخ جلسات بعدی را با بیمار تعیین کنید و زمان جلسه را با تلفن یاد آوری کنید.

تعیین نوع مداخله براساس سطح خطر

(3) برای افراد با سطح خطر شدید یا فوری:

بستری کردن که گاهی لازم است علی رغم میل مراجع و به صورت اجباری انجام شود، اولین گزینه است تا مدیریت کامل صورت گیرد. البته اگر اعضای خانواده بتوانند نظارت و مراقبت 24 ساعته داشته باشند امکان درمان سرپایی هم وجود دارد.

در صورتی که بیمار در خانه نگهداری می شود ارزیابی باید به صورت مداوم با فواصل 24 ساعته انجام شود و جلسات مکرر، تماس های تلفنی، و ویزیت در منزل انجام شود

قراردادهای عدم آسیب:

- ▶ یک تعهد شفاهی یا کتبی از سوی مراجع است که در آن متعهد می شود اگر احساس کرد قادر به حفظ امنیت خود نیست، قبل از اینکه کاری انجام دهد و به خود صدمه بزند با درمانگر و یا یک شخص کلیدی خاص تماس میگیرد.
- ▶ البته بیمار ممکن است به دلایل مختلف مانند احساسات شدید و طاقت فرسای درد و رنج روانی، تحریفات شناختی و یا پاتولوژی همزمان مثل افسردگی به این قرارداد پایبند نباشد. بنابراین خیلی روی آن حساب نکنید.

اگر کارها خوب پیش می رود و بستری شدن بیمار لازم نیست می توانید بیمار را 2-3 بار در هفته ببینید. علاوه بر آن در فواصل بین جلسات می توانید ترتیب تماس تلفنی را نیز بدهید.

ولی اگر بیمار چنین تعهدی را نمی دهد، تمایلی برای دور ریختن وسایل خودکشی ندارد و می گوید هنوز قصد دارد خودکشی کند، باید یک اقدام قاطع صورت گیرد. در این نقطه اقدام شامل بستری کردن داوطلبانه و یا اجباری بیمار و درگیر کردن اعضای خانواده در انجام این کار است.

خاتمه جلسه:

یک کپی از طرح امنیت را به بیمار بدهید و زمان و ساعت جلسه بعد را روی کارت یادداشت کنید و به وی بدهید.

علاوه بر این شماره تماس مرکز و خط تلفن بحران و اورژانس اجتماعی را به بیمار بدهید. بیمار را در فواصل 48 ساعته پی گیری کنید تا امکان انجام اقدامات مورد نیاز، از جمله ارجاع و بستری کردن وجود داشته باشد.

جلسه دوم: آموزش روانی و کاهش رنج بیمار

اهداف:

- (1) آموزش روانی در مورد خودکشی
- (2) آموزش تکنیک های کاهش رنج روانی بیمار

آموزش روانی در مورد خودکشی

در این قسمت یک سری اطلاعات پایه ای در مورد علل خودکشی و درمان های آن در اختیار مراجع قرار دهید تا انگیزه وی برای ادامه درمان و مشارکت فعال در آن افزایش پیدا کند.

توصیف خودکشی:

- ❖ مواقعی در زندگی وجود دارد که ممکن است ناامیدی، درماندگی و درد و رنج زیادی را تجربه کنید
- ❖ به نظر می رسد که هیچ راهی نجاتی وجود ندارد و درد و رنج تا ابد ادامه دارد
- ❖ احساس کنید هیچ راه دیگری باقی نمانده و خودکشی تنها راه برای خلاص شدن از این درد است.
- ❖ درد و رنج می تواند بقدری روی افکار شما تاثیر بگذارد که نتوانید به کسی اعتماد کنید، حمایت های موجود را نبینید و یا راه حل های احتمالی برای مشکلات را بی فایده ببیند.

- ❖ گاهی خودکشی راهی برای تنبیه کردن دیگران است و یا راهی است برای اینکه به آنها نشان دهید چقدر درد می کشید. ولی پس از خودکشی دیگر آنجا نیستید تا ببینید آنها احساس گناه می کنند و یا نهایتاً درد شما را می فهمند.
- ❖ اگر افکار خودکشی دارید تنها نیستید. برخی از افراد در زمان های سخت و دشوار زندگیشان در مورد خودکشی فکر می کنند.
- ❖ افکار خودکشی به این معنی نیست که آدم "ضعیفی" هستید و یا "دیوانه" شده اید. هستید. حتی اگر موقعیتی که در آن قرار دارید ناامید کننده به نظر می رسد و یا احساس می کنید دیگر نمی توانید این وضعیت را تحمل کنید ، باید بدانید راه هایی برای خلاص شدن از آنها وجود دارد. شما مجبور نیستید با این موقعیت تنها مواجه شوید. کمک همیشه وجود دارد.

درمان:

درد شما خیلی واقعی است، ولی باید بدانید که امید وجود دارد. با امید به درمان و حمایت خانواده می توانید یاد بگیرید که چگونه موقعیتی را که موجب رنج تان شده تغییر دهید و یا آن را مدیریت کنید. صدمه زدن به خود یا خودکشی تنها حق انتخاب شما نیست. متخصصان می توانند به شما کمک کنند تا مهارت های جدیدی را برای مقابله با درد و رنج تان یاد بگیرید. این شامل رشد مهارت های جدید برای مقابله، دیدن مشکلات از یک زاویه یگر، بهبود توانایی مدیریت هیجانات شدید و دردناک، بهبود روابط و افزایش حمایت های اجتماعی و یا داروها باشد.

آموزش تکنیک های کاهش رنج روانی بیمار

- (1) آرام سازی خود
- (2) پرت کردن حواس (وقت افکار خودکشی به ذهننتان هجوم می آورد، کار دیگری انجام دهید و توجه خود را کاملا روی کاری که انجام می دهید تمرکز کنید.)
- (3) خودگویی مثبت: من تابحال توانسته ام از پس مشکلاتم بر بیایم، این را هم می توانم پشت سر بگذارم / گذشت زمان کمک خواهد کرد
- (4) راه های جایگزین اقدام به خودکشی به خصوص در افراد با اختلال شخصیت مرزی

جلسه سوم: مدیریت خودکشی

اهداف:

۱. شناسایی باورهای غلط پشت افکار خودکشی
۲. اصلاح باورهای غلط مرتبط با خودکشی
۳. آموزش مهارت حل مساله

جلسه چهارم: آموزش خانواده

اهداف:

۱. آموزش خانواده در مورد عوامل خطر و محافظ خانواده
۲. آموزش خانواده در مورد عوامل هشداردهنده خودکشی
۳. آموزش خانواده در مورد شیوه های مقابله با خودکشی بیمار

عوامل خطر و نشانه های هشدار دهنده خودکشی را برای خانواده توضیح دهید تا بتوانند احتمال خطر را به طور مداوم پایش کنند.

- بهبود ناگهانی خلق بعد از یک دوره افسردگی
- تلاش برای رتق و فتق امور شخصی
- نومیدی، خشم، اضطراب یا احساس به بن بست رسیدن
- سوء مصرف الکل و مواد یا افزایش آن
- رفتار های خطرناک یا انجام رفتارها و کارهای پرخطر
- بی توجهی به رفاه شخصی
- کاهش پیشرفت تحصیلی یا عملکرد شغلی
- تغییر الگوی خواب و خوراک
- تغییر الگوی تعاملات اجتماعی مانند انزوا و کناره گیری از خانواده، دوستان و اجتماع

- بی‌علاقگی و بی‌توجهی به احساس دیگران
 - اشتغال ذهنی با موضوعات مرگ
 - تهدید به صدمه زدن یا کشتن خود یا صحبت در مورد آن
 - تهیه وسایل خودکشی مانند اسلحه، قرص و یا درصدد تهیه آن بودن
 - نوشتن یادداشت خودکشی و یا وصیت نامه
 - اضطراب و بی‌قراری شدید
 - خشم یا کینه جویی و حس انتقام زیاد و کنترل نشده
- و به خانواده آموزش می‌دهیم در صورت مشاهده موارد فوق سریعاً به پزشک مراجعه کنند.

**WORLD
SUICIDE
PREVENTION
DAY**

IT TAKES A COMMUNITY TO PREVENT SUICIDE



You can help us re-write someone's future.

JOIN US!

📅 **Friday • September 8**

🕒 **12 to 1:30PM**

📍 **Vancouver Art Gallery
on Robson Street**

**View a suicide prevention art
exhibit showcasing the impact
of suicide each year in BC.**

Organizations participating include:

- Crisis Centre of BC
- The Amanda Todd Legacy Society
- Canadian Mental Health Association
- ImagiNation

Our success is dependent on the
community. Donate today:
www.crisiscentre.bc.ca/donate

Join the suicide prevention
conversation online: **#WSPD17YVR**



**We answered more than 40,000 calls & chats from distressed British Columbians last year.
Help is available 24 hours a day: www.crisiscentre.bc.ca/get-help**