

فصل ششم:

کار با مراجعین دارای افکار خودکشی

خطر خودکشی در HIV

زندگی با عفونت HIV و ایدز کاری دشوار و در برخی مواقع طاقت فرسا می‌باشد. تعیین همه‌گیرشناسی دقیق خودکشی در افراد مبتلا، امری پیچیده است. در بسیاری از مطالعات، میزان خودکشی کمتر از حد واقعی گزارش شده و موارد عمدی آسیب به خود، به صورت آسیب دیدگی و بیش مصرف‌های^۱ اتفاقی ثبت می‌شوند. این امر از آنجا حائز اهمیت است که مصرف بیش از حد مواد، شایع‌ترین روش خودکشی در افراد HIV⁺ می‌باشد. شیوع خودکشی در افراد دچار عفونت HIV در مطالعات مختلف، از ۷/۴ تا ۹۹ برابر جمعیت عمومی عنوان شده و تخمین زده می‌شود که حدود دو سوم افراد مبتلا، به خودکشی فکر نموده‌اند. در یک مطالعه‌ی مروری در سال ۲۰۱۱، حدود ده درصد از افراد HIV⁺، با خودکشی فوت نموده‌اند و ۲۹ درصد دارای چنین افکاری در هفته‌ی گذشته بوده‌اند.

احتمال خودکشی در افراد دچار عفونت HIV، در دو دوره افزایش می‌یابد. اولی هنگامی است که عفونت فرد برای اولین بار تشخیص داده شده و خودکشی می‌تواند به صورت یک واکنش تکانشی^۲ نسبت به برهم ریختگی احساسی متعاقب آن رخ دهد. دوره‌ی دوم در اواخر سیر بیماری بوده، هنگامی که عوارض سیستم اعصاب مرکزی ناشی از AIDS پدیدار شده، توانایی کسب درآمد افت نموده، و فرد احساس می‌کند که باری بر دوش خانواده و مراقبین خود شده است.

ارزیابی خطر خودکشی

چگونه مراجعین دارای افکار خودکشی را شناسایی نماییم؟

بسیاری از ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی، از پرسش صریح درباره‌ی افکار خودکشی در مراجعین هراس داشته و نگرانند که پرس و جو در این زمینه، موجب القاء این افکار شود. در حالی که، پرسش ظریف در مورد افکار خودکشی نمایانگر

¹ Overdose

² Impulsive

توجه مشاور به سلامتی مراجع بوده، و بیانگر این امر است که گاهی بحران‌های زندگی می‌توانند موجب استیصال و درماندگی فرد شوند. خودکشی با شناسایی افراد در معرض خطر، قابل پیشگیری است.

چگونه موضوع خودکشی را با مراجع مطرح نماییم؟

با توجه به مراحل مختلف مشاوره، بحث در مورد افکار خودکشی را می‌توان به صورت ظریف آغاز نمود.

در مشاوره‌ی پیش از آزمایش، مهم است که هر چه زودتر افراد در معرض خطر شناسایی گردند. بسیاری از مراجعین، حتی پیش از تشخیص HIV با عوامل خطر و بحران‌های واضح مراجعه می‌کنند. شرح حال کامل به قصد مشخص کردن عوامل خطر مشترک از جمله مصرف مواد یا الکل، سابقه‌ی اختلالات روانپزشکی و دیگر بیماری‌های تهدیدکننده‌ی زندگی مانند هپاتیت مزمن باید اخذ گردد. همچنین، باید از مراجع پرسیده شود که آیا مایل است نتایج مثبت را با افراد مهم زندگی خود در میان گذارد یا خیر. نتایج تحقیقات حاکی از آن است که افرادی که در زمان تشخیص از حمایت کافی اطرافیان برخوردار نبوده و یا توسط آنها طرد می‌شوند، در معرض خطر بیشتر خودکشی می‌باشند.

علاوه بر این، باید از مراجع پرسیده شود در صورت مثبت شدن نتیجه‌ی آزمایش، چه واکنشی خواهد داشت. با وجود این که بسیاری از مراجعین قادر به پیش‌گویی دقیق واکنش خود نیستند، نحوه‌ی پاسخ‌دهی آنها می‌تواند اطلاعات با ارزشی در مورد خطر خودکشی آنها در اختیار بگذارد. مراجع ممکن است عنوان کند که به زندگی خود پایان می‌دهد؛ در این صورت مشاور باید در مورد سابقه‌ی قبلی اقدام به خودکشی در فرد پرس و جو کند. در پاسخ به مراجعینی که چنین واکنشی را عنوان می‌کنند، باید یادآوری کرد که ممکن است آنها مبتلا نشده باشند و در صورت ابتلا نیز منابع حمایت در دسترس ایشان خواهد بود، که در قدم هشتم در فصل مشاوره‌ی پیش از آزمایش توضیح داده شده است.

در مواردی که نتایج غیرقطعی می‌شود، آزمایش مجدد می‌تواند وضعیت ابتلای آنها را مشخص نماید. به این مراجعین باید یادآوری کرد که HIV در آنها تشخیص داده نشده است. مشاور باید استراتژی‌های مقابله‌ای مراجع را ارزیابی نموده و مستقیماً در مورد نیت آسیب به خود و اقدام به خودکشی، در زمان انتظار برای آزمایش بعدی، سؤال نماید. باید به صراحت از مراجعینی که در مشاوره‌ی پیش از آزمایش در معرض خطر خودکشی هستند و یا عوامل زمینه‌ساز این امر را در شرح حال دارند، پرسیده شود که آیا زندگی ارزش زندگی کردن را دارد و آیا آنها قصد اقدام به خودکشی دارند.

هنگام ارائه‌ی نتایج مثبت قطعی، ارزیابی خطر خودکشی باید برای تمامی افراد (صرف نظر از این که شواهد خطر خودکشی را در مشاوره‌ی پیش از آزمایش داشته‌اند یا خیر) انجام شود.

مراجعینی که در جلسه‌ی مشاوره‌ی پیش از آزمایش، قصد آسیب به خود را عنوان کرده بودند، اکنون باید با ایشان به ظرافت در مورد این موضوع صحبت شود. مشاور می‌تواند عنوان کند: «در جلسه‌ی پیش از آزمایش گفتی در صورتی که نتیجه‌ی آزمایشات مثبت بشه، خودت را می‌کشی؛ آیا هنوز هم به این موضوع فکر می‌کنی؟». با وجودی که بسیاری از مراجعین در جلسه‌ی مشاوره‌ی پیش از آزمایش ممکن است چنین قصدی را بیان نمایند، بسیاری از آنها قصد دنبال نمودن و انجام آن را ندارند. با این وجود، ارزیابی مجدد خطر خودکشی، حائز اهمیت می‌باشد. اگر مراجع داشتن افکار خودکشی را انکار می‌کند، در حالیکه در جلسه‌ی پیش از مشاوره آن را ابراز داشته، باید در مورد عوامل بازدارنده‌ی اقدام به خودکشی صحبت شود. مراجعینی که قادر نیستند دلایل خود را برای منصرف شدن از این اقدام بیان کنند، ممکن است همچنان در خطر باشند.

از مراجعینی که در مشاوره‌ی پیش از آزمایش افکار خودکشی را عنوان نکرده‌اند، باید به صراحت در مورد وجود این قبیل افکار، بعد از تشخیص عفونت سؤال شود. مشاور به عنوان مثال می‌تواند بگوید: «هنگامی که نتایج آزمایش مثبت را به

افراد اعلام می‌کنم، برخی از آنها می‌گویند احساس می‌کنند زندگی به پایان رسیده، یا قصد آسیب به خود یا خاتمه دادن به زندگی خود را دارند؛ شما در این زمینه چه احساسی دارید؟»

پیگیری درازمدت مراجعین HIV⁺

علاوه بر جلسه مشاوره‌ی پس از آزمایش و جلسه‌ای که با فاصله‌ی ۲۴ ساعت از تشخیص برای ارزیابی سازگاری و منابع حمایتی در دسترس مراجع صورت می‌گیرد، جلسات بعدی بر حسب شرایط بیمار برنامه‌ریزی می‌گردد. بسیاری از مشاوران پس از گذراندن این فاز اولیه، هر سه تا شش ماه یکبار طبق روال کاری خود، خلق، روابط و حمایت اجتماعی، مشکلات مالی و زندگی ایشان را ارزیابی می‌کنند. این کار مشاور را قادر می‌سازد تا به مشکلات روانی-اجتماعی مراجع، پیش از آن که به افکار خودکشی منتج شود، رسیدگی کند.

برای انجام این ارزیابی، باید از عوامل زمینه‌ساز خودکشی آگاهی داشت. برخی از این عوامل عبارتند از:

- سابقه‌ی اختلالات عاطفی (افسردگی، اضطراب، مانیا)؛
- اختلال روانپزشکی فعلی مانند اسکیزوفرنیا یا اختلال دو قطبی؛
- وجود عوامل استرس‌زای دیگر از قبیل مشکلات روانی-اجتماعی؛
- سوء مصرف یا ترک الکل و یا مواد؛
- حمایت اجتماعی ناکافی؛
- مشکلات در هویت جنسی.

مراجعین با انگ، تبعیض، مشکلات خانوادگی، از دست دادن درآمد، و دیگر مشکلات اجتماعی مواجه هستند که به طور مستقیم یا غیرمستقیم با بیماری آنها مرتبط می‌باشد. ارزیابی خطر خودکشی را می‌توان با مطرح کردن چنین سئوالی آغاز نمود: «برخی از افرادی که با عفونت HIV زندگی می‌کنند، احساس می‌کنند که مشکلاتشان غیر قابل حل بوده و دیگر توان مقابله با آنها را ندارند. برخی حتی عنوان می‌کنند که زندگی ارزش زندگی کردن را نداشته و می‌خواهند به آن پایان دهند، شما چه احساسی دارید؟»

یکی از شایع‌ترین دلایل خودکشی در این افراد، افسردگی است و مشاور باید همواره ارزیابی افسردگی را مد نظر داشته باشد. افسردگی یک حالت درونی بوده، و علائم قابل مشاهده‌ی آن برای سایر افراد می‌تواند از بی‌قراری تا انزوا باشد. علائم نه تنها در افراد مختلف، متفاوت بوده، بلکه در یک فرد نیز در طول زمان تغییر می‌کند. برخی افراد ممکن است تعداد محدودی از علائم را تجربه کنند و برخی ممکن است به تمامی علائم دچار شوند. علائم و نشانه‌های آن شامل موارد زیر است:

- خلق غمگین، مضطرب یا احساس پوچی به صورت مداوم؛
- احساس ناامیدی و یا منفی‌نگری؛
- احساس گناه، بی‌ارزشی و یا درماندگی؛
- از بین رفتن علاقه به امور لذتبخش (مانند فعالیت جنسی)؛
- کاهش انرژی و یا خستگی؛
- دشواری در تمرکز، به خاطر سپردن و یا تصمیم‌گیری؛
- بی‌خوابی، سحرخیزی و یا پرخوابی؛
- از دست دادن اشتها یا کاهش وزن، پرخوری یا افزایش وزن؛
- بی‌قراری یا تحریک‌پذیری؛
- افکار مرگ و خودکشی، اقدام به خودکشی.

مصاحبه‌ی تشخیصی - درمانی

ارزیابی خوب، جزئی از درمان می‌باشد. در مراجعین تکانشی و افرادی که به صورت احساسی، نسبت به بحران‌های پیش‌آمده (مانند تشخیص اخیر HIV یا شکست در رابطه) پاسخ می‌دهند، می‌توان توجه فرد از افکار خودکشی را به مسائل دیگر معطوف نمود. هنگامی که وجود افکار خودکشی و عوامل زمینه‌ساز آن مشخص شد، حال باید یک ارزیابی دقیق، برای برنامه‌ریزی درمان به عمل آید. این ارزیابی می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- وجود افکار خودکشی و دفعات آن مشخص شود؛
- وجود برنامه ریزی برای خودکشی (مانند بخشیدن اموال، روش خودکشی مشخص) و دسترسی به ابزار آن (مانند قرص، اسلحه) بررسی گردد؛
- جزئیات اقدامات قبلی پرس و جو شود:
 - آیا به صورت تکانشی بوده، با برنامه‌ریزی بوده، و یا هنگام مصرف مواد یا الکل رخ داده است؛
 - این اقدام بر زندگی فرد چه تأثیری گذارده است؛
 - دیگران نسبت به این اقدام، چه واکنشی داشتند.
- علایم بالینی و شرح حال افسردگی چک شود؛
- دیگر مشکلات مراجع ارزیابی گردد، HIV به ندرت تنها مشکل مراجع است؛
- چه چیزی می‌تواند نظر بیمار را در مورد زندگی تغییر دهد؛
- از بیمار خواسته شود عواقب خودکشی را بر اطرافیان مد نظر داشته باشد، اغلب مراجعین گمان می‌برند که مرگ آنها اطرافیان را خلاص می‌کند، مشاوران باید چنین گمانی را به چالش بکشند؛
- برای مراجع یک برنامه درمانی ایجاد شده و اهداف آن تعیین گردد؛
- مصاحبه مستند شده، و خطر خودکشی و اقدامات انجام شده برای جلوگیری از آن ثبت شود.

ملاحظات کلیدی در کار با مراجعین دچار افکار خودکشی

- هنگامی که مشاور با مراجع دارای افکار خودکشی مواجه است، باید مد نظر داشته باشد که ممکن است مراجع پیش از شروع جلسه، ماده‌ی سمی یا خطرناکی را به قصد خودکشی مصرف کرده باشد. بنابراین ارزیابی وی از لحاظ جسمانی اهمیت دارد.
- در برخی موارد، مراجع در بحران بوده و نیاز به توجه فوری دارد؛ ممکن است که تنها بوده یا یکی از اقوام، وی را همراهی کند. مشاور باید مراجع را از ابتدا، به تنهایی ببیند. بسیاری از مراجعین ممکن است در حضور نزدیکان که ممکن است خود جزئی از «سیستم مشکل»^۱ باشند، در مورد افکار خودکشی خود راحت صحبت نکنند.
- از لحاظ قانونی، مستند سازی مصاحبه حائز اهمیت می‌باشد. مشاور ممکن است در مراحل بعدی نیاز به توجیه اقدامات خود پیدا کند.
- مراجع دارای افکار خودکشی را هیچگاه نباید در جلسه‌ی مشاوره در اتاق تنها گذاشت. اگر نیاز به دسترسی به پرونده‌ی بیمار شد، از یکی از همکاران درخواست شود تا به کمک بیاید.

مستند سازی روند ارزیابی: به دلایل حقوقی مشاوران می‌بایست سوابق ارزیابی بیمار را نگه دارند. این کار می‌تواند با استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد صورت گیرد.

¹ Problem System

تعیین خطر خودکشی: تمام ارزیابی‌های خطر خودکشی باید میزان خطر را تعیین نمایند؛ این امر تعیین کننده‌ی مبنای مداخله‌ی شما می‌باشد. به دلایل قانونی بهتر است این کار با استفاده از شاخص‌ها یا پروتکل‌های استاندارد صورت گیرد. مصاحبه‌ی ارزیابی خطر خودکشی^۱ از چنین ابزارهایی می‌باشند که در پیوست آورده شده است. مستند سازی میزان خطر خودکشی ضروری بوده چرا که می‌تواند توجیه کننده‌ی اقدامات صورت گرفته‌ی بعدی باشد؛ به عنوان مثال، بستری نمودن اجباری و یا نقض رازداری هنگامی که جان بیمار در خطر است، قابل توجیه است. جدول ۲ ماتریس خودکشی^۲ نام دارد و به مشاوران کمک می‌کند تا با استفاده از علائم و نشانه‌های مختلف میزان خطر خودکشی را برآورد نمایند.

جدول ۲- ماتریس خودکشی

جزئیات	خطر کم	خطر متوسط	خطر زیاد
طرح و نقشه‌ی خودکشی (مانند جزئیات طرح و نقشه، دسترسی به ابزار کشندگی خطرناک، کشندگی روش و فرصت مداخله)	طرح و نقشه مبهم بوده، ابزار در دسترس نمی‌باشد، زمان مشخصی تعیین نشده، کشندگی روش کم است، دیگران در اغلب اوقات حضور دارند.	برخی از جزئیات طرح و نقشه مشخص شده، ابزار در دسترس است، روش نسبتاً خطرناک است، دیگران در صورت تماس حضور می‌یابند.	جزئیات طرح و نقشه به دقت مورد بررسی قرار گرفته، زمان مشخصی تعیین شده، روش به شدت خطرناک است، کسی دور و بر فرد نیست.
سابقه‌ی قبلی اقدام به خودکشی	ندارد و یا تنها یک بار با روش کم خطر صورت گرفته است.	چندین بار اقدام کرده ولی همیشه با روش‌های نسبتاً کم خطر بوده، چندین بار نسبت به این امر تهدید کرده است.	اخیراً اقدام داشته، سابقه‌ی اقدام با روش‌های خطرناک وجود دارد.
استرس	استرس بارزی وجود ندارد.	نسبت به تغییر محیط یا فقدان، واکنش متوسط وجود دارد.	اخیراً در زندگی بحرانی پیش آمده، واکنش شدید به فقدان یا تغییر محیط دارد.
علائم	به ندرت به خودکشی فکر می‌کند، علائم افسردگی خفیف است، فعالیت‌های روزمره ادامه دارند.	گاهی اوقات به خودکشی فکر می‌کند، علائم افسردگی متوسط می‌باشد، برخی فعالیت‌های روزمره متوقف شده‌اند.	در مقابل دریافت کمک مقاومت می‌کند، دایم به این امر فکر می‌کند، علائم شدید افسردگی و یا نوسانات شدید در خلق رخ می‌دهد.
منابع	کمک در دسترس می‌باشد، نزدیکان در این مورد نگران بوده و مایلند کمک کنند.	نزدیکان حضور دارند اما تمایل چندانی نسبت به کمک ندارند.	نزدیکان سرزنش‌گرند و خشونت به خرج می‌دهند. فرد نسبت به سلامت خود کاملاً غفلت می‌کند.
توانایی برقراری ارتباط	فرد قادر است احساسات و افکارش را بیان کند.	خودکشی را با هدف تحت تأثیر قرار دادن سایرین انجام می‌دهد.	خودکشی به نیات درونی (مانند عذاب وجدان، احساس بی‌هودگی و بی‌ارزشی) می‌باشد.
سبک زندگی و جنبه‌های بین فردی	فرد شخصیت، روابط و عملکرد باثبات دارد.	فرد دچار سوء مصرف مواد است، خودکشی به صورت یک رفتار حاد در یک شخصیت باثبات می‌باشد.	فرد شخصیت بی‌ثبات دارد، در روابط خود دارای مشکلات متعدد می‌باشد.
وضعیت جسمانی	فرد به بیماری جسمانی مبتلا نیست.	سلامتی فرد رو به افول است.	فرد به یک بیماری مزمن و ناتوان‌کننده مبتلا است.

¹ Suicide risk assessment interview

² Suicide matrix

مداخلات درمانی برای خودکشی

پس از تکمیل ارزیابی و تعیین میزان خطر خودکشی، ضروری است که به مراجع بازخورد^۱ داده و وی را در ایجاد برنامه‌ی درمانی دخیل نمود. برنامه‌ی درمانی بسته به عوامل مؤثر بر خطر خودکشی متفاوت است. به عنوان مثال برای فردی که دچار اختلال افسردگی است، درمان کامل و جدی افسردگی ضرورت دارد. در مورد فردی که دچار یک بحران خانوادگی است، انجام مداخلات مؤثر برای حل این بحران، کلیدی است. در چنین مواقعی لازم است که مشاور با مراحل مختلف مداخله در بحران آشنا باشد.

مداخلات کلیدی در مراجعین با خطر کم^۲

- به مراجع بازخورد داده شود و در مورد امکان ظهور مجدد تکانه‌های خودکشی هشدار داده شود.
- از مراجع خواسته شود تا یک نفر (از افراد خانواده، همسر، یا دوستان) را که مایل است افکار خودکشی با وی در میان گذاشته شود، انتخاب نماید. در صورتی که فردی که مراجع انتخاب می‌کند، از وضعیت ابتلای وی به HIV خبر ندارد، دلیلی برای افشای وضعیت HIV وی وجود ندارد؛ به شخص دیگر تنها گفته می‌شود که مراجع تحت فشار زیاد بوده و به خاتمه دادن زندگی خود فکر کرده است.
- از دسترسی ۲۴ ساعته‌ی فرد به مراکز مراقبت مناسب، اطمینان حاصل گردد. به مراجع فهرستی از شماره‌های تماس این مراکز ارائه شده و روش‌های جایگزین در صورت عدم امکان تماس مشخص شود.
- ابزار و امکانات خودکشی (مانند اسلحه، قرص، مواد شیمیایی، سویچ ماشین، چاقو و طناب) از دسترس فرد خارج شود. اگر بیمار دارویی مصرف می‌نماید، دسترسی وی به مقادیر زیاد دارو محدود شده و از خانواده یا دوستان خواسته شود بر آن نظارت داشته باشند.
- علایم هشدار برای بروز مجدد افکار خودکشی به مراجع آموزش داده شود.
- با بیمار قرارداد عدم خودکشی منعقد گردد. مشاور باید تکانه‌های خودکشی مراجع را به تعویق بیندازد. به عنوان مثال، با مراجع قراردادی بسته شود که تا زمان مراجعه‌ی بعدی، اقدام به خودکشی نخواهد کرد. همچنین برای مراجع، برای موقعیت‌هایی که در شرف اقدام به خودکشی قرار گرفته است، گزینه‌هایی مطرح گردد مثلاً اینکه با فرد مورد اطمینان یا خطوط تلفنی مشاوره‌ی بحران^۳ می‌تواند تماس بگیرد.
- مشاور باید امید را به مراجع بازگرداند. عنوان شود مشکلات حتی اگر لاینحل باشند، قابل اداره شدن می‌باشند. توانایی مراجع در مقابله با بحران‌های قبلی شناسایی شده و مورد تأیید قرار گیرند. از روش‌های حل مسئله به صورت ساختار یافته می‌توان استفاده کرد.

خدمات اورژانس بعد از ساعات کاری

مشاور نباید گمان کند که تنها کسی است که قادر به کمک به مراجع است. این گمان گرچه لذت‌بخش بوده، غیرواقعی و آسیب‌رسان می‌باشد.

- به هیچ عنوان به مراجع قول داده نشود که مشاور همیشه در دسترس است، باید وی را تشویق نمود تا افراد خانواده، دوستان، افراد مذهبی و دیگر نهادهای اجتماعی را در مراقبت خود دخیل نماید؛

¹ Feedback

² Low risk

³ Crisis hotline

- تشکیل یک شبکه‌ی حمایت (مانند دوستان، خانواده و یا نهادها) تشویق گردد؛
- استفاده از خدمات اجتماعی، مانند خطوط تماس بحران، کلپ‌های اجتماعی و مراکز بهداشتی، به خصوص برای مواقعی که مراجع به مشاور دسترسی ندارد، تشویق گردد؛
- ممکن است مراجع نیاز به ارجاع به مراکز، مانند مراکز بهزیستی یا نهادهای قانونی برای دریافت کمک داشته باشد.

به مشاوران توصیه می‌شود که تنها شماره‌های تماس شغلی (و نه شماره‌ی منزل) خود را در اختیار مراجعین قرار دهند. به مراجع یادآوری شود که در ساعات غیرکاری، ممکن است مشاور در دسترس نباشد، و در عوض مشاور آموزش دیده‌ی دیگری پاسخگوی وی خواهد بود.

مداخلات کلیدی برای مراجعینی که احساسات ناچیزی از خود پس از تشخیص نشان می‌دهند

مراجعینی که از خود احساسات ناچیزی نشان داده، یا عباراتی همچون «از هم اکنون احساس می‌کنم مرده‌ام» را به کار می‌برند، در معرض خطر جدی خودکشی می‌باشند. این مراجعین به قصد خلاصی از مرکز مشاوره، نیت خود را افشا نمی‌کنند. برخی مراجعین (که اغلب سابقه‌ی سوء استفاده‌ی جنسی در کودکی دارند) خشم خود را به صورت کامل انکار می‌کنند. مراجعینی که به نظر می‌رسد در معرض خطر جدی خودکشی هستند ولی آن را ابراز نمی‌کنند، را باید ترجیحاً به روانپزشک ارجاع نمود.

مداخلات کلیدی برای مراجعین با خطر متوسط تا شدید^۱

میزان مداخلات انجام شده برای این بیماران، به زمینه‌ی کاری، دسترسی به مراکز خدمات بهداشت روان و قوانین موجود در این زمینه بستگی دارد. قدم‌های زیر می‌تواند به کار گرفته شود:

- مشاور باید به مراجع بازخورد داده و عنوان کند که وی در معرض خطر جدی خودکشی می‌باشد و دلایل خود را برای این نگرانی ابراز نماید؛
- اگر لازم است مراجع به یک روانپزشک ارجاع داده شود، لازم است مراجع از این امر مطلع گردد. بهتر است رضایت مراجع جلب شود. بهتر است بیمار به صورت داوطلبانه در بخش‌های اعصاب و روان بستری گردد؛
- اگر مراجع در معرض خطر جدی خودکشی می‌باشد و به طور داوطلبانه حاضر به بستری شدن نیست، به طور فوری با یک روانپزشک برای بستری اجباری هماهنگ گردد؛
- اگر امکان بستری مراجع وجود ندارد، مشاور باید با اعضای خانواده‌ی مراجع تماس گرفته و از حمایت و نظارت ایشان کمک بگیرد. در مواردی که مراجع به صورت جدی در معرض خودکشی می‌باشد، نقض رازداری در مورد خودکشی جایز است؛ لیکن حفظ رازداری در مورد HIV ضروری است.

موقعیت‌های چالش برانگیز

همیشه افرادی وجود دارند که کمک به ایشان دشوارتر از دیگران می‌باشد. در زیر به برخی از موقعیت‌های خاص که ممکن است مشاور با آن مواجه شود، می‌پردازیم.

¹ Moderate to High Risk

مراجعه‌ی که از حرف زدن امتناع می‌کنند

ممکن است یک فرد در مورد سابقه‌ی اقدام به خودکشی یا افکار فعلی آن، به دلیل موارد زیر صحبت ننماید:

- ترس از ممانعت دیگران از اقدام به خودکشی؛
- احساس شرمندگی از افکار یا اقدام به خودکشی؛
- ترس از بستری شدن؛
- نگرانی از افشای جزئیات مصاحبه نزد دیگران؛
- یا صرفاً به دلیل لجبازی و یا به بازی گرفتن مشاور.

در این گونه موارد، مشاور اشتیاق خود برای کمک را ابراز داشته و به مراجع در مورد محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان می‌دهد. منش غیرقضاوت گرانه بسیار حائز اهمیت می‌باشد. اگر همچنان مراجع مایل به صحبت کردن نبود، به وی عنوان می‌شود که هر زمان که درخواست کمک داشته باشد، می‌تواند با یک مشاور تماس بگیرد.

مراجعه‌ی که اقدام‌های مکرر خودکشی داشته‌اند

این افراد اغلب احساس تنهایی و انزوا نموده و ممکن است این کار را به قصد جلب توجه انجام دهند. ممکن است از اقدام به خودکشی برای کنترل دیگران به نفع خود استفاده کنند. بعضی از این افراد، صرفاً مهارت مقابله^۱ با مشکلات را ندارند. صرف نظر از علت این امر، هر اقدام به خودکشی می‌بایست جدی گرفته شود. باید به خاطر داشت که این افراد تحت فشار بوده و توان اداری احساسات خود به نحو کارآمد را ندارند.

به طور مجدد یادآوری می‌شود که اقدام به خودکشی، هر قدر هم که در ظاهر به قصد بازی گرفتن مشاور و یا جلب توجه باشد، باید جدی قلمداد گردد. اقدام قبلی خودکشی، از مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی کننده‌ی اقدام مجدد می‌باشد. با تهدید یا افکار خودکشی باید به صورت عاجل و فعالانه برخورد نمود. هنگامی که از ایمنی بیمار اطمینان حاصل شد، هدف مداخلات، جایگزینی افکار خودکشی با روش‌های کارآمد حل مسئله است. آموزش روش‌های حل مسئله به مراجع، بسیار سازنده است.

پیگیری مراجعه‌ی دارای افکار خودکشی

مراجعه‌ی با خطر کم تا متوسط

جلسات پیگیری برای مراجع باید برنامه‌ریزی گشته و خطر خودکشی به صورت منظم ارزیابی گردد. خدمات باید به طور مستمر ارائه شده و در صورت نبودن چنین امکانی در مرکز، مراجع باید به سایر مراکز دارای این گونه خدمات ارجاع گردد.

¹ Coping

مراجعه‌ی که به توصیه‌ی پزشک داروهای ضد افسردگی مصرف می‌کنند

اثر داروهای ضد افسردگی معمولاً پس از گذشت دو هفته یا بیشتر ظاهر می‌شود. نکته‌ی حائز اهمیت این است که اغلب کندی روانی- حرکتی^۱ پیش از بهبود خلق افسرده، بر طرف می‌گردد. در نتیجه، مراجع دوره‌ای را تجربه می‌کند که در آن همچنان احساس افسردگی نموده، اما فعال‌تر از سابق می‌باشد و ممکن است اقدام به خودکشی نماید.

باید به خانواده و نزدیکان در مورد این دوره‌ی بحرانی هشدار داد و از آنها در مدیریت این دوره کمک گرفت. به مراجع نیز در مورد شروع دپرسر اثر ضد افسردگی‌ها آموزش داده شود، وی ممکن است در ابتدا تنها متوجه عوارض گردد، می‌توان عنوان کرد که این امر نشان‌دهنده‌ی شروع عملکرد دارو می‌باشد.

مراجعه‌ی که به اقدام به خودکشی اخیر اذعان دارند

برخی از روش‌های خودکشی ممکن است کم خطر به نظر برسد، اما عواقب جدی در برداشته باشد. به عنوان مثال، مصرف بیش از حد استامینوفن، می‌تواند به نارسایی کبدی و مرگ بینجامد. ممکن است فردی به قصد دریافت کمک و توجه (و نه به قصد خودکشی) مقادیر زیاد این دارو را مصرف نماید که به مرگ وی بینجامد.

باید به خاطر داشت:

- همیشه عوامل زمینه‌ساز و سابقه‌ی اقدامات قبلی مرور گردد؛
- علایم هشدار و زودرس افسردگی پرس و جو شده و از بیمار خواسته شود تا یک فرد مورد اطمینان را در جریان روند جلسات قرار دهد.

¹ Psychomotor Retardation

