

# پیشگیری از خودکشی

## مرجعی برای مشاوران

دپارتمان سلامت روانی و سوء مصرف مواد

مدیریت اختلالات روانی و مغزی

سازمان جهانی بهداشت - ژنو ۲۰۰۶

### Preventing Suicide: A Resource for Counsellors

مترجم:

دکتر مرجان فتحی - دکترای روانشناسی سلامت



این سند یکی از مجموعه منابعی است که برای گروه های خاص اجتماعی و حرفه ای به ویژه برای گروه های مرتبط با موضوع پیشگیری از خودکشی تدوین شده است.

این برنامه به عنوان بخشی از SUPRE، برنامه پیشگیری از خودکشی سازمان جهانی بهداشت، تهیه شده است.

واژه های کلیدی: خودکشی / پیشگیری / منابع / مشاوران.

Keywords: suicide / prevention / resources / counsellors

منتشر شده توسط سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۶

عنوان: *Preventing suicide: A resource for Counsellors (2006)*

© سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۶)

سازمان جهانی بهداشت مجوز ترجمه و چاپ این نسخه به زبان فارسی را به دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، اعطا کرده است و این موسسه مسئولیت کیفیت محتوا و صحت مطالب آن را به عهده دارد. در صورت هر گونه مغایرت میان نسخه فارسی و انگلیسی، نسخه انگلیسی، معتبر و الزام آور خواهد بود.

پیشگیری از خودکشی: مرجعی برای مشاوران

© دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران (۱۳۹۹)

## فهرست

۴.....	پیشگفتار
۸.....	بار خودکشی
۸.....	عوامل محافظ
۹.....	عوامل و موقعیت‌های پرخطر
۱۲.....	گروه‌های خاص و خودکشی
۱۴.....	افسانه‌های رایج درباره‌ی رفتارهای خودکشی
۱۶.....	ارزیابی رفتارهای خودکشی
۱۹.....	مدیریت رفتارهای خودکشی
۲۴.....	مشاوره با کودکان و نوجوانانی که گرایش به خودکشی دارند
۲۶.....	مواجهه‌ی مشاوران با خودکشی مراجعان
۲۷.....	فراهم کردن اطلاعات مفید برای جامعه

## پیشگفتار

خودکشی پدیده پیچیده ای است که طی قرن‌ها توجه فیلسوفان، حکما، پزشکان، جامعه‌شناسان و هنرمندان را به خود جلب کرده است. به گفته‌ی آلبر کامو، فیلسوف فرانسوی، در *افسانه‌ی سیزیف*، خودکشی تنها مشکل جدی فلسفی است.

خودکشی به عنوان یک مشکل بهداشت عمومی جدی، توجه ما را می‌طلبد، اما متأسفانه پیشگیری و کنترل آن کار ساده‌ای نیست. تحقیقات نشان می‌دهند پیشگیری از خودکشی در صورتی امکان‌پذیر است که مجموعه‌ای از فعالیت‌ها اعم از فراهم کردن بهترین شرایط برای تربیت فرزندان و جوانان مان و درمان مؤثر اختلالات روانی برای کنترل محیطی عوامل خطر را دربر بگیرد. انتشار مناسب اطلاعات و آگاهی بخشی، عناصر اساسی در موفقیت برنامه‌های پیشگیری از خودکشی هستند.

در سال ۱۹۹۹ سازمان جهانی بهداشت (SUPRE)، برنامه پیشگیری از خودکشی اجرا کرد. این کتابچه یکی از مجموعه منابع مهم و بخشی از SUPRE است که گروه‌های خاص حرفه‌ای و اجتماعی را که با پیشگیری از خودکشی در ارتباط هستند، مخاطب قرار می‌دهد. این کتابچه در صدد برقراری ارتباط طولانی و متنوع زنجیره‌ای از گروه گسترده‌ای از افراد و گروه‌ها؛ از جمله متخصصان بهداشت، مربیان، سازمان‌های اجتماعی، دولت‌ها، قانون‌گذاران، رابطان اجتماعی، مجریان قانون، خانواده‌ها و جوامع است.

نسخه اولیه این کتابچه را مدیون زحمات دکتر اسکات هینکل،<sup>۱</sup> هماهنگ کننده آموزش بالینی، عضو هیات ملی مشاوران با صلاحیت در شهر گرینسبورو از آمریکا هستیم. این متن متعاقباً توسط اعضای شبکه بین‌المللی پیشگیری از خودکشی جهانی سازمان بهداشت که در ادامه آمده، بازبینی شده است که از آنها سپاسگزاریم.

دکتر آنت بیاتریس<sup>۲</sup>، دانشکده پزشکی کرایست چرچ<sup>۳</sup>، نیوزیلند

پروفسور ژان پیر سوبریه<sup>۴</sup> رئیس بخش خودکشی انجمن جهانی روانپزشکی، پاریس، فرانسه

<sup>1</sup> Scott Hinkle

<sup>2</sup> Annette Beautrais

<sup>3</sup> Christchurch

<sup>4</sup> Jean Pierre Soubrier

دکتر لاکشمی ویجایاکومار<sup>۵</sup>، سنهآ، چنای، هند

پروفسور دانوتا واسرمن<sup>۷</sup>، مرکز ملی تحقیقات و پیشگیری از بیماری روانی و گروه بهداشت عمومی سوئدی، استکهلم، سوئد.

در حال حاضر این منابع به امید ترجمه و انطباق با شرایط بومی - که پیش شرط ضروری اثربخشی آن ها است - به طور گسترده منتشر شده است. از نظرات و درخواست ها برای ترجمه و انطباق آنها استقبال می شود.

دکتر جی. م. برتولوت<sup>۸</sup>، هماهنگ کننده، مدیریت اختلالات روانی و مغزی، دپارتمان بهداشت روانی و سوء مصرف مواد، سازمان جهانی بهداشت

---

<sup>5</sup> Lakshmi Vijayakumar

<sup>6</sup> SNEHA

<sup>7</sup> Danuta Wasserman

<sup>8</sup> J. M. Bertolote

## پیشگیری از خودکشی

### مرجعی برای مشاوران

تعداد افرادی که هر ساله بر اثر خودکشی فوت می‌کنند از تعداد افرادی که در تمام درگیری‌های جهان جان خود را از دست می‌دهند، بیشتر است. کمک متخصصان مشاوره در زمینه پیشگیری از خودکشی در سطح جهانی ضروری و به وضوح مورد نیاز است.

خودکشی، نتیجه‌ی تعامل پیچیده‌ی عوامل زیستی، ژنتیکی، روانشناختی، اجتماعی، فرهنگی و محیطی است. شناسایی موارد در معرض خطر در جامعه، ارجاع و مدیریت رفتار خودکشی گام‌های مهمی در پیشگیری از خودکشی هستند. چالش بحرانی این روش پیشگیری، شناسایی افراد در معرض خطر و آسیب پذیر، درک شرایط ایجاد کننده آسیب به خود و ایجاد ساختار مداخلاتی مؤثر است. در نتیجه، مشاوران به اندازه‌ی مدیریت رفتار خودکشی، برای پیشگیری نیز نیاز به ایجاد ابتکار عمل جامعه محور دارند.

تمرین مشاوره‌ی حرفه‌ای به عنوان ابزار سلامت روان تعریف شده است و اصول رشد انسانی با به‌کارگیری راهبردهای مداخلاتی شناختی، عاطفی و رفتاری مشخص می‌شود. با استفاده از این روش‌ها، مشاوران حرفه‌ای؛ سلامتی، رشد فردی و مسائل رشد شغلی را به اندازه آسیب شناسی سلامت روان هدف قرار می‌دهند. مشاوران پس از کسب آموزش و دانش، فارغ التحصیل شده و اغلب در مدارس، دانشکده‌ها، دانشگاه‌ها، آژانس‌های شغلی، مراکز درمان سوءمصرف مواد، و مراکز درمانی و بیمارستان‌ها کار می‌کنند.

پیشگیری از خودکشی شامل طیف وسیعی از فعالیت‌ها از جمله فرزندپروری، مشاوره‌ی خانواده، درمان اختلالات روانی، کنترل عوامل خطر محیطی و آموزش جامعه می‌شود. آموزش مؤثر جامعه به عنوان مداخله‌ی اساسی و اولیه، شامل درک علت‌های خودکشی و همچنین پیشگیری و درمان است.

مشاوران می‌توانند به افراد در درک بهتر ارتباط بین سوءمصرف مواد و اختلالات خلقی و افکار و رفتار خودکشی به افراد کمک کنند. آنها همچنین می‌توانند به برنامه‌های پیشگیری از عود، ایجاد حمایت‌های اجتماعی و در صورت نیاز ارجاع به مراکز تخصصی روانپزشکی و مراکز درمان مصرف الکل و مواد کمک کنند. به همین منظور آنها به خصوص در کشورهای در حال توسعه به مجموعه‌ای از راهنماهای عملی، در دسترس و آموزنده در ارتباط با بحران خودکشی نیاز دارند. متأسفانه، در برنامه‌های آموزش سلامت روان، آموزش‌های همه‌جانبه در مدیریت خودکشی به ندرت اتفاق می‌افتد.

در حرفه‌ی مشاوره، خودکشی مراجع «خطر شغلی» محسوب می‌شود. تخمین زده می‌شود حدود ۲۵ درصد مشاوران، مراجعانی داشته‌اند که اقدام به خودکشی کرده‌اند. خودکشی ممکن است اثر بالقوه منفی بر مشاوران در حال فعالیت و نیز مشاوران در حال آموزش، داشته باشد. مشاورانی که چنین تجربه‌ای دارند، در پاسخ به فوت بیمار خود، احساس از دست دادن اعتماد به نفس، افکار مزاحم و رویاهای تنش‌زا، احساس همزمان خشم و احساس گناه را گزارش می‌کنند.

این جزوه به عنوان راهنمای اطلاعاتی برای مشاور است تا با توجه به خطر خودکشی، از آن پیشگیری کند.

## بار خودکشی

تخمین زده می شود در سال ۲۰۰۰، تقریباً یک میلیون نفر خودکشی کرده اند که این آمار، خودکشی را در جایگاه ده علت اول مرگ در بسیاری از کشورهای جهان قرار داده است. تعداد اقدام به خودکشی ده تا بیست برابر این آمار است، اما به نظر می رسد آمارهای واقعی بیش از این تعداد است. هر چند میزان خودکشی در طبقه بندی های جمعیت شناختی گوناگون متفاوت است، می توان گفت تقریباً در پنجاه سال اخیر شصت درصد افزایش داشته است. کاهش میزان از دست دادن زندگی به علت خودکشی، تبدیل به هدف بین المللی اساسی در حوزه ی سلامت روان شده است.

## عوامل محافظ

عوامل محافظ خطر خودکشی را کاهش می دهند، آنها مثل عایق خودکشی عمل می کنند و شامل موارد زیر می شوند:

- حمایت خانواده، دوستان و داشتن سایر روابط مهم
- مذهب، فرهنگ و باورهای اخلاقی
- مشارکت های اجتماعی
- زندگی اجتماعی رضایت بخش
- گرایش های اجتماعی از طریق کسب شغل و استفاده مفید از اوقات فراغت
- دسترسی به خدمات و مراقبت های سلامت روان

این گونه عوامل محافظت کننده خطر خودکشی را نفی نمی کنند، اما می توانند در استرس شدید رویدادهای زندگی

تعادل برقرار کنند.



## عوامل و موقعیت‌های پرخطر

رفتارهای خودکشی در موقعیت‌های خاص وابسته به فرهنگ، ژنتیک، عوامل روانشناختی و محیطی شیوع بیشتری

دارند. عوامل خطر عمومی شامل موارد زیر هستند:

- وضعیت اقتصادی-اجتماعی و سطح تحصیلات پایین، از دست دادن شغل
- استرس اجتماعی
- مشکل با عملکرد خانواده، روابط اجتماعی و نظام‌های حمایتی
- تجربه‌های آسیب‌زا مانند سوءاستفاده‌ی جسمی و جنسی
- سوگ
- اختلالات روانی مانند افسردگی، اختلال شخصیت، اسکیزوفرنی، سوءمصرف مواد و الکل
- احساس بی‌ارزشی یا ناامیدی
- گرایش‌های جنسی مانند همجنس‌گرایی
- رفتارهای غیرمتعارف (مانند سبک شناخت و شخصیت فرد)
- قضاوت مختل، فقدان کنترل تکانه و رفتارهای آسیب‌به‌خود
- مهارت‌های مقابله‌ای ضعیف
- بیماری جسمی و درد مزمن
- در معرض خودکشی سایر افراد قرار گرفتن
- دسترسی به ابزارهای کشنده برای آسیب‌جدی به خود
- رویدادهای مخرب و خشن (مانند جنگ یا فجایع مصیبت‌بار)

تخمین زده می‌شود که نود درصد افرادی که با روش خودکشی به زندگی خود پایان می‌دهند دچار اختلالات روانی و شصت درصد آنها در زمان خودکشی مبتلا به افسردگی بوده‌اند. در حقیقت تمام انواع اختلالات خلقی به وضوح با رفتارهای خودکشی در ارتباط هستند. افسردگی و نشانه‌های آن (مانند اندوه، بی‌حالی، اضطراب، بی‌قراری و اختلال خواب و خوردن) خطر بالقوه خودکشی را به مشاوران هشدار می‌دهند.

خطر فزاینده خودکشی با اسکیزوفرنی، اختلالات سوءمصرف مواد، اختلالات شخصیت، اختلالات اضطرابی شامل اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) و اختلالات همراه مرتبط است. خودکشی از علل شایع مرگ در بیماران دچار اختلال سایکوز به‌شمار می‌رود و حدود ده تا پانزده درصد افراد مبتلا به اسکیزوفرنی خودکشی منجر به مرگ دارند. افزایش بینش شخصی درباره‌ی اختلال روانی، مدت کم درمان و نشانه‌های اختلال افسردگی شدید با خطر بالای خودکشی در مبتلایان به اختلال سایکوتیک ارتباط دارد. تاثیرات مصرف الکل در کنار چالش‌های جدی زندگی و عوامل استرس‌زا ممکن است به دیدگاه محدود واقعیت و خودآسیبی بالقوه منجر شود. همچنین اعتیاد به الکل، به‌ویژه همراه با افسردگی و اختلال شخصیت، خطر خودکشی را افزایش می‌دهد.

برخی شکل‌های اختلال روانی با تشخیص‌های شایع اختلال خلقی، اختلال اضطرابی، سوءمصرف مواد و اختلال رفتاری ازهم‌گسیخته علت ریشه‌ای خودکشی در نود درصد مرگ کودک و نوجوان شناخته می‌شوند.

افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند نسبت به سایر هم‌گروه‌های خود فشارهای محیطی بیشتری مانند مورد سوءاستفاده قرار گرفتن، مشکلات خانوادگی، ملاحظات فرهنگی، مشکلات روابط بین‌فردی و قرار گرفتن در معرض استرس‌های مزمن را تجربه می‌کنند. وجود اختلال افسردگی، موجب افزایش احتمال خودکشی می‌گردد. احساس ناامیدی مضاعف ناشی از فشارهای زندگی، پیش‌بینی کننده قوی تری نسبت به افسردگی تنها است.

سابقه‌ی اقدام قبلی خودکشی خطر خودکشی را افزایش می‌دهد. بعلاوه، افکار مداوم آسیب به خود، برنامه ریزی و آمادگی برای اقدام به خودکشی از عوامل خطر برجسته در این زمینه است. بنابراین، زمانی که فردی ابزار، فرصت و نقشه‌ی خاصی برای خودکشی دارد و بازدارنده‌ای وجود ندارد، خطر در بالاترین حد خود است.

در نحوه تصمیم‌گیری مشاوران بالینی، شناسایی عوامل خطر مرتبط با رفتار خودکشی ضروری است. آگاهی از عوامل خطر، مشاوران را در پیشگیری، شناسایی و همچنین مداخله در افراد با خطر بالای خودکشی هدایت می‌کند. بنابراین آموزش ارزیابی خطر به مشاوران در جهت کاهش خودکشی در اولویت قرار دارد.

هرچند الگوی جهانی از ارتباط اهداف خودکشی وجود ندارد، ولی با توجه به نشانه‌های خطر رفتار خودکشی؛ اعم از بی‌توجهی به رفاه شخصی، تغییر در الگوهای اجتماعی، کاهش بازدهی در کار یا دستاوردهای تحصیلی، اختلال در الگوی خواب و خوردن، تلاش برای سروسامان دادن اوضاع شخصی یا بهبود رابطه با دیگران، علاقه‌ی غیرمعمول به احساس دیگران، مشغولیت ذهنی با مرگ و خشونت، افزایش ناگهانی خلق پس از دوره‌ی افسردگی و افزایش بی‌قیدی در امور اخلاقی و جنسی افراد می‌توان به آن پی برد.

## گروه‌های خاص و خودکشی کودکان و نوجوانان

مشاوران نقش مهمی در پیشگیری از خودکشی در کودکان و نوجوانان دارند. کودک یا نوجوانی که اقدام به خودکشی می‌کند، در حل مسأله، مدیریت استرس و بیان احساسات و عواطف خود دچار مشکل است. در برخی موارد، فشار منفی همسالان موجب ایجاد رفتار آسیب به خود در فرد می‌شود.

بیشتر رفتارهای خودکشی در کودکان و نوجوانان، انگیزه‌های پیچیده‌ای مانند خلق افسرده، مشکلات هیجانی، اجتماعی و سوءمصرف مواد را دربرمی‌گیرد. عوامل دیگر خودکشی در جوانان شکست در روابط عاطفی، ناتوانی مقابله با چالش‌های تحصیلی و عوامل استرس‌زای دیگر زندگی، موارد مربوط به ضعف در مهارت حل مسأله، اعتمادبه‌نفس پایین و کشمکش با هویت جنسی است.

کودکانی که اقدام به خودکشی می‌کنند اغلب تجربه‌ی زندگی خانوادگی پیچیده و ازهم‌گسیخته دارند؛ مانند تغییرات در روابط خانوادگی، طلاق و سایر تجربه‌هایی که در کودک احساس درماندگی و عدم کنترل به‌وجود می‌آورد. در بین نوجوانان، سابقه‌ی خانوادگی بیماری روانپزشکی همراه با اختلال در عملکرد خانواده، طرد از طرف خانواده، مورد سوءاستفاده و غفلت قرار گرفتن در کودکی خطر بالقوه‌ی خودکشی را افزایش می‌دهد. خودکشی‌های منجر به مرگ در جوانان، وجود میزان بالایی از اختلالات روانپزشکی، حمایت خانوادگی ضعیف، سابقه‌ی افکار یا رفتار خودکشی، مشکلات انضباطی، قانونی یا وجود سلاح گرم در منزل را نشان می‌دهند. در کودکان و نوجوانانی که مورد سوءاستفاده همسالان و بزرگسالان قرار می‌گیرند، وجود افکار یا اقدام به خودکشی غالباً دیده می‌شود.

عامل خطر دیگر در خودکشی نوجوانان، خودکشی شخصیت‌های برجسته یا آشنایان آن‌ها است. پدیده‌ای به نام "خودکشی‌های خوشه‌ای" به‌ویژه در بین جوانان وجود دارد. ممکن است اقدام به خودکشی گروه همسالان یا گروه‌های مشابه، موجب تبلیغ اقدام به خودکشی در افراد دیگر گردد، به‌ویژه در افرادی که سبک زندگی و ویژگی‌های شخصیتی فرد یا گروه اقدام‌کننده را دنبال می‌کنند. شواهدی مبنی بر اثربخشی اقدامات پیشگیرانه، در زمان اقدام به خودکشی کودک یا نوجوان در مدرسه وجود دارد.

در نوجوانان شانزده ساله و بزرگتر، سوءمصرف الکل و مواد در شرایط پر استرس خطر خودکشی را به طور معناداری افزایش می‌دهد. اختلالات خلقی و اضطرابی، رفتار اجتنابی و حس ناامیدی از دیگر عوامل افزایش‌دهنده خطر اقدام به خودکشی هستند. اقدام به خودکشی در نوجوانان اغلب با تجارب تحقیرآمیز مانند شکست در مدرسه، کار یا تعارض موجود در روابط بین‌فردی با شریک عاطفی همراه است. احتمال اقدام به خودکشی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت، ده برابر بیش از دیگران است. هشتاد درصد نوجوانانی که بر اثر خودکشی فوت می‌کنند، دارای اختلال سازگاری، اختلال استرس پس از سانحه، نشانگان پرخاشگری و خشونت بوده‌اند.

## سالمندان

در سال‌های آخر زندگی، وجود افسردگی به‌طور گسترده عامل اصلی رفتار خودکشی شناخته شده است. در بین سالمندان سؤال متداول، به سوء مصرف داروها به عنوان ابزاری برای خودکشی اشاره دارد. با این حال، مزایای درمان افسردگی تا حد زیادی تأثیر منفی داروهای ضد افسردگی را جبران می‌کند.

اگر مشاوران از پیام‌های مربوط به خودکشی آگاه باشند، می‌توان اقدام به خودکشی را در بین سالمندان کاهش داد. حدود هفتاد درصد سالمندانی که اقدام به خودکشی می‌کنند، پیش از اقدام افکار خودکشی خود را با اعضای خانواده

یا دیگران در میان گذاشته اند. بنابراین تهیه مصاحبه درباره تاریخچه‌ی فرد، که ابزار سودمندی است، هنگام سؤال از اعضای خانواده و دوستان ضروری است.

### افسانه‌های رایج درباره‌ی رفتارهای خودکشی

باورهای نادرست متعددی درباره‌ی رفتارهای خودکشی وجود دارد. برخی از شایع‌ترین آن‌ها عبارتند از:

باور ۱: افرادی که درباره‌ی خودکشی صحبت می‌کنند، در واقع به توجه احتیاج دارند و به خود آسیب نخواهند رساند. این باور اشتباه است. یک مشاور باید در مواجهه با کسی که از افکار، قصد یا نقشه خودکشی صحبت می‌کند تمام جوانب احتیاط را به کار بگیرد.

باور ۲: خودکشی رفتاری تکانشی است که بدون هشدار اتفاق می‌افتد. اشتباه. ممکن است خودکشی رفتاری تکانشی به نظر برسد، اما احتمالاً فرد مدتی به این کار فکر کرده است. بسیاری از افرادی که قصد خودکشی دارند انواع پیام‌های کلامی و رفتاری را درباره‌ی قصد آسیب رساندن به خود به دیگران می‌رسانند.

باور ۳: کسانی که قصد خودکشی دارند واقعاً می‌خواهند بمیرند و خود را بکشند. اشتباه. بیشتر افرادی که می‌خواهند خودکشی کنند افکار خود را حداقل با یک فرد دیگر در میان می‌گذارند، یا با خطوط تلفنی بحران یا پزشک تماس می‌گیرند که این کار، بیشتر نشان دهنده تردید است.

باور ۴: فردی را که به دنبال اقدام به خودکشی زنده مانده است، دیگر خطری تهدید نمی‌کند. اشتباه. در حقیقت، یکی از خطرناک‌ترین زمان‌ها، زمان پس از بحران یا زمانی است که فرد پس از اقدام در بیمارستان بستری است. در در هفته‌ی اول پس از ترخیص، فرد بسیار آسیب پذیر بوده و احتمال آسیب به خود در وی زیاد است. از آنجا که رفتار گذشته فرد می‌تواند یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های رفتار آینده وی باشد، خطر اقدام مجدد همیشه وجود خواهد داشت.

باور ۵: خودکشی همیشه علت وراثتی دارد. **اشتباه.** تمام خودکشی‌ها مربوط به وراثت وابسته نیستند و در این زمینه مطالعات محدودی انجام شده است. یکی از عوامل خطر رفتار خودکشی، سابقه‌ی خانوادگی خودکشی به‌ویژه در خانواده‌هایی است که افسردگی در آنها شیوع دارد.

باور ۶: افرادی که خودکشی می‌کنند مبتلا به بیماری روانی هستند. **اشتباه.** رفتار خودکشی علاوه بر افسردگی، سوءمصرف مواد، اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روانی، با رفتارهای مخرب و پرخاشگرانه نیز در ارتباط است. هرچند نباید درباره‌ی این ارتباط اغراق کرد. این ارتباط‌ها در مناطق مختلف متفاوت است و مواردی از خودکشی بدون وجود اختلال روانی دیده شده است.

باور ۷: اگر مشاور درباره‌ی خودکشی با مراجع صحبت کند، فکر خودکشی را در مراجع ایجاد می‌کند. **اشتباه.** اینکه مشاور از بیمار بپرسد آیا قصد آسیب به خود را دارد، نمی‌تواند به‌آسانی در فرد موجب بروز رفتار خودکشی شود. در حقیقت، بررسی وضعیت هیجانی فرد و عادی‌سازی وضعیت ناشی از استرس، عناصر موردنیاز ما در کاهش افکار خودکشی هستند.

باور ۸: خودکشی فقط برای «آدم‌های خاصی» اتفاق می‌افتد و برای ما رخ نمی‌دهد. **اشتباه.** خودکشی ممکن است برای همه رخ دهد و در تمام نظام‌های اجتماعی و خانواده‌ها دیده می‌شود.

باور ۹: زمانی که فردی یک بار اقدام به خودکشی کرد، مجدداً آن را تکرار نخواهد کرد. **اشتباه.** اقدام سابق خودکشی یکی از پیش‌بین‌های قوی برای اقدام‌های بعدی خودکشی است.

باور ۱۰: کودکان خودکشی نمی‌کنند، چون از قطعیت مرگ بی‌اطلاع هستند و از نظر شناختی قادر به درگیر شدن در اقدام خودکشی نیستند. **اشتباه.** اگرچه این موارد نادر است، ولی کودکان هم اقدام به خودکشی می‌کنند و خودکشی را در هر سنی و با هر ژستی باید جدی گرفت.

باتوجه به این باورهای نادرست درباره خودکشی، برخی مشاوران ممکن است در کار با افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند، احساس ناراحتی یا عدم آمادگی کنند. مشاوران باید مهارت‌های مشاوره‌ای مؤثر برای برقراری ارتباط با این جمعیت را ارتقا دهند. اطلاعات، آموزش و تجربه مداخله در بحران خودکشی، توانایی مشاوران را افزایش می‌دهد. در آموزش بهتر است راهکارهایی در جهت افزایش آستانه تحمل مشاور از احساسات جدی دیگران، کاهش دفاع‌ها و انفعال مشاور و غلبه بر مسائل حل‌نشده مربوط به سوگ ارائه شود. به‌علاوه، آگاهی از عوامل خطر و درک موقعیت‌های خطرناک برای فعالیت‌های مشاور ضروری است.

### ارزیابی رفتارهای خودکشی

ارزیابی همه‌جانبه‌ی رفتارهای خودکشی گرا اساس مداخله‌ی مؤثر مشاوره و فعالیت‌های پیشگیرانه است. هدف اولیه‌ی ارزیابی خودکشی، گردآوری اطلاعات پیشگیری و مشاوره است. ارزیابی متعاقباً به قضاوت بالینی، مداخله‌ی مشاوره‌ای، پیشگیری و پیگیری می‌انجامد. همه‌ی ارزیابی‌های خودکشی باید شامل موارد زیر باشند:

- مرور عوامل خطر مربوط به آن
- سابقه‌ی رفتار خودکشی گرا
- وضعیت تغییرناپذیر شرایط زیستی، روانی، ذهنی، موقعیتی و پزشکی
- میزان نشانه‌های خودکشی موجود مانند میزان ناامیدی



- عوامل استرس‌زای موجود
- سطح تکانشگری و کنترل فردی
- سایر اطلاعات کاهنده
- عوامل محافظ

ارزیابی خودکشی نیازمند ارزیابی رفتار و عوامل خطر، تشخیص اختلالات روانی نهفته و تعیین خطر مرگ است. پس از تکمیل، ارزیابی شدت خطر خودکشی حائز اهمیت است. مقیاس زیر در طیف پیوستاری پنج‌امتیازی -از عدم وجود خطر خودکشی تا خطر شدید خودکشی- پیشنهاد می‌شود:

۱- عدم وجود خطر: اساساً خطر آسیب به خود وجود ندارد.

۲- خفیف: افکار خودکشی محدود شده است، برای آسیب به خود نقشه‌ای ندارد و عوامل خطر اندکی وجود دارد.

گرایش به خودکشی آشکار نیست، اما افکار خودکشی وجود دارد. فرد نقشه‌ی مشخصی برای خودکشی ندارد و قبلاً اقدام به خودکشی نکرده است.

۳- متوسط: تصمیم و آمادگی همراه با افکار خودکشی زیاد، سابقه‌ی اقدام قبلی همراه با حداقل دو عامل خطر

یا بیش از یک عامل خطر موجود وجود دارد. افکار خودکشی به‌اندازه‌ی قصد آن وجود دارد، اما فرد وجود

نقشه‌ی خودکشی را انکار می‌کند. فرد در صورت امکان برای بهبود وضعیت هیجانی و روانشناختی خود انگیزه دارد.

۴- شدید: برنامه‌ی روشن و آمادگی برای آسیب به خود یا سابقه‌ی چندین اقدام قبلی با دو یا سه عامل خطر وجود دارد. افکار و گرایش به خودکشی همراه با برنامه و ابزار اجرای آن وجود دارد. فرد انعطاف شناختی ندارد و از آینده ناامید است، حمایت‌های اجتماعی موجود را انکار می‌کند و سابقه‌ی اقدام به خودکشی دارد.

۵- خیلی شدید: فرد قبلاً چندین بار اقدام به خودکشی کرده و چندین عامل خطر وجود دارد. اقدام فوری ضروری است.

در نهایت مسئولیت مشاور، قضاوت و تعیین مقیاس مرگ‌آور بودن خودکشی است که میزان آسیب به خود را در فرد تعیین می‌کند. اغلب بهتر است در قضاوت ما خطای مثبت بیش از خطای منفی باشد. در جهت اهداف مداخله و پیشگیری، ارزیابی داده‌ها می‌تواند در مقایسه‌ی سطح عملکرد فرد قبل و بعد از مشاوره فردی مفید باشد.

ارزیابی خطر خودکشی شامل مصاحبه‌ی بالینی، جمع‌آوری اطلاعات از طریق فرآیند ارزیابی رسمی و گردآوری داده‌های موازی ارزشمند از شخص سوم (به‌جز خود بیمار) است. دلایل زندگی یا ادامه آن، عوامل شناختی مهمی در ارزیابی خودکشی هستند و بهتر است در برنامه‌ریزی غربالگری و درمان گنجانده شوند.

در آخر، ارزیابی خطر خودکشی باید چندبعدی باشد و در آن تفاوت‌های جنسیتی و رشدی طبیعی، تاریخچه‌ی خانوادگی، سوءمصرف مواد، میزان تنهایی، تشخیص‌های روانپزشکی، سطح ناامیدی/درماندگی و الگوهای جمعیتی نیز در نظر گرفته شود.

در مجموع، ارزیابی کودک و نوجوان باید شامل موارد زیر باشد:

- مصاحبه‌ی بالینی

- مشاهده‌های رفتاری
- گردآوری اطلاعات از والدین، معلم‌ها، بستگان و دوستان
- ارزیابی عوامل خطر و عوامل موقعیتی
- ارزیابی افکار، برنامه‌ریزی، قصد و دلیل زندگی
- در دسترس بودن، سطح کیفی خانواده و حمایت هم‌تایان

### مدیریت رفتارهای خودکشی

متأسفانه توافقی بر تنظیم شیوه‌ی مدیریت فرد اقدام کننده یا مستعد اقدام به خودکشی، وجود ندارد با این حال خدمات مشاوره ای باید پاسخگوی نیازهای این افراد باشند. در شناسایی، ارزیابی و درمان افراد متمایل به خودکشی باید متغیرهای زیادی را در نظر گرفت. افرادی که گرایش به خودکشی دارند به طیفی از خدمات اعم از کسب آگاهی تا مشاوره و درمان دارویی نیاز دارند. غالباً ترکیبی از مداخلات مشاوره‌ی حمایتی مختصر، درمان دارویی افسردگی و سایر درمان های رفتاری توصیه می‌شود.

نخستین گام برای فردی که افکار خودکشی را تجربه می‌کند مداخله‌ی فوری است که شامل ارزیابی (سطح تعارضات، تکانشگری، سخت گیری، و دسترسی به ابزار کشنده)، تهیه‌ی فهرستی از حمایت‌ها، سطوح مختلف همکاری و تعامل خانواده و همچنین مشاوره است. ممکن است در مدیریت فردی که تمایل به خودکشی دارد، درمان بستری و دارویی نیاز باشد.

مدیریت بحران خودکشی رویداد انفرادی نیست و ضروری است سایر سازمان‌های سلامت در آن مشارکت کرده و در برخی موارد حتی مقامات نیز باید از آن مطلع شوند. مشاورانی که مراجعه‌کنندگان زیادی دارند باید از توانایی خود

برای مواجهه با بحران خودکشی آگاه باشند. به‌علاوه، دانستن کدهای اخلاق و قوانین منطقه‌ای درباره‌ی دخالت شخص سوم نیز مهم است.

تعامل بین مشاوران و متخصصان مراقب سلامت در پیشگیری از خودکشی ضروری است. مشاوران، روانشناسان، مددکاران اجتماعی، روان‌پرستاران، روانپزشکان و پزشکان به تعامل و همکاری در فراهم کردن اطلاعات جامعه درباره‌ی ماهیت خودکشی و ایجاد ارتباط بین برنامه‌های درمانی مرکز خدمات و سلامت روان و درمان دارویی نیاز دارند.

در طول بحران خودکشی، مهم است که مشاور:

- آرام و حمایتگر باشد.
- قضاوتگر نباشد.
- خودافشایی را تشویق کند.
- خودکشی را یکی از انتخاب‌ها معرفی کند اما آن را عادی‌سازی نکند.
- شنونده‌ای فعال باشد و به تقویت مثبت خودمراقبتی بپردازد.
- فرآیند مشاوره را بر اینجا و اکنون متمرکز کند.
- تا زمانی که بحران مرتفع نشده است از مشاوره‌ی عمیق اجتناب کند.
- از دیگران درباره ارزیابی وجود بالقوه آسیب به خود کمک بخواهد.
- درباره‌ی مرگ‌آور بودن ابزار سوال کند.
- ابزار مرگ‌آور را از دسترس خارج کند.
- درباره‌ی مدیریت مؤثر بحران تصمیم‌گیری کند.

برای بسط نکته‌ی آخر، تصمیم‌گیری مؤثر در بحران خودکشی به معنی تصمیم قبلی عملی برای انواع افراد، عوامل خطر و سطوح آسیب بالقوه است. مشاورانی که با جمعیت یا نظام خاصی کار می‌کنند، می‌توانند برنامه‌های مدیریت خودکشی را براساس گروه هدف، موقعیت و زمینه‌های موجود ارتقا دهند. مثلاً برنامه‌ی مداخله‌ی مشاورانی که بحران سرپایی کودک را مدیریت می‌کنند با برنامه‌ی مداخله‌ای یک بزرگسال بستری در بیمارستان، که به پرستار و پزشک دسترسی دارد، متفاوت است. وجود برنامه‌ای مشخص و شفاف برای مدیریت خودکشی نه تنها کیفیت مراقبت را فراهم می‌کند، بلکه منابع ارجاع را نیز دربر می‌گیرد. این برنامه به ما اطمینان می‌دهد که کسی در این برنامه‌ی مراقبت مورد غفلت قرار نخواهد گرفت.

هرچند شواهد اندکی درباره‌ی سودمندی عقد قراردادهای وجود دارد، بسیاری از مشاوران علاقه‌مند هستند با فردی که تمایل به خودکشی دارد قرارداد ببندند و معتقدند این کار بالقوه سودمند است. زمانی که اقدام به خودکشی اتفاق می‌افتد، تمام مسیرهای ارتباطی بین کارکنان مشاوره، متخصصان سلامت، خانواده و قربانی باید باز و کارآمد باشد. تمرین نحوه مواجهه با اقدام خودکشی، اعتماد مشاوران را برای مواجهه با بحران خودکشی افزایش می‌دهد.

ضروری است مشاور با فردی مستعد خودکشی که به مشاور خود اعتماد و علاقه دارد، ارتباط برقرار کند. فرد مستعد خودکشی باید با مشاور خود احساس راحتی کرده و مطمئن باشد که مشاور قصد مدیریت بحران را دارد. زمانی که مشاور برای کاهش تنش تلاش می‌کند، باید از سلامت مراجع خود مطمئن شود.

در مدیریت خودکشی، مشاور باید درباره‌ی قصد آسیب به خود یا خودکشی از مراجع سوال کند. برای نمونه مشاور باید بپرسد:

- آیا تابحال به این موضوع فکر کرده‌ای که به خودت آسیب برسانی؟
- آیا درباره‌ی اینکه به زندگی خودت خاتمه دهی فکر می‌کنی؟
- آیا تابحال به خودکشی فکر کرده‌ای؟
- آیا درباره‌ی اینکه در حال حاضر به خودت آسیب برسانی فکر می‌کنی؟
- آیا تابحال آن قدر حالت بد بوده که به آسیب یا صدمه به خودت فکر کنی؟
- آیا تاکنون برای پایان دادن به زندگی خودت برنامه‌ای داشته‌ای؟
- آیا برای اینکه چگونه این کار را انجام دهی نقشه‌ای داری؟

البته این پرسش‌ها باید به گونه‌ی مناسب و متناسب با وضعیت اجتماعی فرهنگی فرد پرسیده شود.

عموماً افرادی که خطر خفیف خودکشی دارند باید تحت نظارت و ارزیابی مجدد برای خطر بالقوه‌ی خودکشی در طول زمان قرار بگیرند، زیرا خطر خفیف ممکن است به خطر متوسط یا بالا تبدیل شود. افراد با خطر متوسط و احتمال عود، نیاز به بستری دارند. در این موارد مداخله فعال نظام حمایتی، دسترسی بیست و چهارساعته به فوریت‌ها، ارزیابی دارویی و تماس مشاوره‌ای برای مراقبت‌های بعدی موردنیاز است. چنانچه خطر خودکشی در فرد افزایش یافت و به خطر بالا و شدید رسید، مداخلات محدودکننده اجتناب‌ناپذیر هستند و ممکن است نیاز به بستری غیرداوطلبانه وجود داشته باشد. بهتر است درمان در محیطی با محدودیت کمتر صورت گیرد که برای بیمار ایمن و مفید باشد. اطمینان از تداوم مراقبت‌ها، همچنین در نظر داشتن اختلالات روانپزشکی طبق نسخه‌ی ICD یا DSM، به طرح‌ریزی درمان و نیاز بالقوه برای ارزیابی داروهای روانگردان کمک می‌کند.

در دوره مدیریت خودکشی، ابراز دیدگاه‌های اخلاقی، مذهبی یا فلسفی مشاور به هیچ‌وجه توصیه نمی‌شود، زیرا ممکن است مانع برقراری رابطه شود و احساس بیگانگی در فرد ایجاد کند. منابع بالقوه مفید، فردی و اجتماعی، شامل خانواده، دوستان، همکاران، باورهای معنوی و مذهبی و سایر منابع حمایتی نیاز به بررسی دارد. مهم است که درباره‌ی قصد خودکشی فرد، قول محرمانه بودن اطلاعات را به فرد ندهید.

خطر اقدام مجدد به خودکشی در یک سال اول پس از اقدام بسیار زیاد است. مشاور باید برنامه‌ی پیگیری فشرده و مراقبت‌های بعد از اقدام شامل مدیریت مراجع، حمایت و ارتباط تلفنی مداوم و حتی در برخی موارد ویزیت در منزل را پیش‌بینی کند. مشاوران باید بدانند مراجع چند بار و چه مدتی نیاز به تماس و در دسترس بودن دارد. خاتمه‌ی زودرس مشاوره و پاسخ ناکافی به درمان، طغیان نامطلوب خودکشی را به همراه خواهد داشت.

روش مشاوره اعم از درمان‌های شناختی‌رفتاری، رفتاری دیالکتیکی، روان‌تحلیلی، و مشاوره‌ی خانواده باید با نیاز فرد متناسب باشد. عناصر مفید فرآیند درمان شامل حل هیجان‌های شدید، مقابله با رفتار آسیب به خود و تشویق فرد به خودمراقبتی می‌شود. در فرآیند درمان فردی که تمایل به خودکشی دارد، آگاهی و غلبه بر احساس درماندگی، ناامیدی و یأس، همراه با پرورش خودآگاهی و ایجاد هویت شخصی مثبت ضروری است.

همچنین ارزیابی پیامی که فرد با رفتار خودکشی قصد بیان آن را دارد یا مشکلی که از طریق اقدام به خودکشی سعی در حل آن را دارد، مداخله‌ای معمولاً مفید است. فراهم کردن شرایطی که در آن فرد فرصت برون‌ریزی داشته باشد، به خنثی کردن شرایط بحران کمک می‌کند. مشاوران نباید تنها به ارتباط کلامی اکتفا کنند، چون ممکن است در ارتباط کلامی، افکار خودکشی انکار شده و یا پنهان بمانند. حمایت بدون قضاوت، گوش دادن فعال و پرسیدن

سئوال‌های مرتبط به روشن کردن نوع ارتباطی که فرد دارای تمایل به خودکشی تلاش در ایجاد آن دارد کمک می‌کند.

### مشاوره با کودکان و نوجوانانی که گرایش به خودکشی دارند

مشاوره‌ی مبتنی بر درمان رفتاری‌شناختی با تأکید بر مهارت‌های مقابله‌ای برای همه‌ی کودکان و نوجوانانی که به خودکشی گرایش دارند مناسب است. اهداف مشاوره‌ای مناسب شامل درک بهتر از خود، مشخص کردن احساسات متناقض، بهبود اعتمادبه‌نفس، تغییر رفتارهای ناسازگارانه، یادگیری مهارت‌های حل تعارض و تعامل مؤثرتر با گروه همسالان است.

دانش‌آموزان احتمالاً در مراحل اولیه‌ی افکار خودکشی با یکی از دوستان ارتباط برقرار می‌کنند. آموزش به دانش‌آموزان برای شناسایی همسالان در معرض خطر کمک می‌کند. برنامه‌های مشاوره‌ی همسالان، اطلاعات آنها را درباره‌ی عوامل خطر، آشنایی با خطوط تلفنی مراکز بحران، و نحوه‌ی ارجاع دوستان در معرض خطر افزایش می‌دهد. دانش‌آموزان به انجمنی برای کسب اطلاعات و پاسخگویی به پرسش‌هایشان نیاز دارند و باید بیاموزند چگونه به خود و دوستانشان که مشغولیت‌های ذهنی درباره‌ی خودکشی دارند کمک کنند.

درگیر کردن والدین و همکاری با سایر مراکز سلامت و مدارس در فرآیند پیشگیری از خودکشی مؤثر است. در مدارس که برنامه‌های پیشگیری از خودکشی در آن‌ها اجرا می‌شود، باید والدین کودکان را در فعالیت‌های مدرسه برای آموزش، شناسایی و کمک به افراد دارای قصد خودکشی مشارکت دهند. معلم‌ها زمان زیادی را با کودکان و نوجوانان می‌گذرانند و درباره‌ی وضعیت سلامت روان آنها اطلاعات زیادی دارند. علاوه بر آن، وقتی کارکنان مدرسه آموزش کامل ببینند، می‌توانند علایم خطر را در دانش‌آموزان شناسایی کنند. زمانی که رفتار خودکشی در مدرسه‌ای



اتفاق می‌افتد، تماس با والدین و اطمینان از غربالگری دانش‌آموزان و پشتیبانی مقدماتی برای بازگشت به مدرسه در وضعیت مناسب، اهمیت دارد.

اغلب دانش‌آموزانی که با خودکشی دانش‌آموز دیگر مواجه می‌شوند نیاز دارند درباره‌ی آن حادثه با کسی صحبت کنند و بفهمند چه اتفاقی افتاده است. برگزاری جلسات مشاوره‌ی گروهی حمایتی سوگ در مدرسه، روش مؤثری برای کمک به دانش‌آموزان برای مواجهه با فقدان یک همکلاسی بر اثر خودکشی است. این فرآیند می‌تواند مواجهه با سوگ، سازگاری با محیط مدرسه پس از فوت همکلاسی بر اثر خودکشی را تسهیل کند و درس‌آموزنده‌ای برای ادامه‌ی زندگی باشد. وقتی کودک ترکیبی از احساس فقدان، خشم، آسیب و ناامیدی را تجربه می‌کند، بهتر است به افکار و قصد بالقوه‌ی خودکشی وی توجه شود. به علت مشکلات احتمالی کودک به دنبال خودکشی دوست یا همکلاسی، مداخله‌ی مشاوره‌ای پیگیری یا مراقبت‌های پس از درمان توصیه می‌شود.

مدیریت خودکشی بین نوجوانان زمانی که با سوءمصرف مواد، اختلالات شخصیت، تکانشگری، و روابط پرتنش با همسالان همراه باشد، بسیار اهمیت پیدا می‌کند. در موارد جدی‌تر، نوجوانانی که اقدام به خودکشی می‌کنند باید مورد مراقبت تمام‌وقت قرار بگیرند. اگر خانواده قادر به تأمین این سطح از مراقبت نیست، نوجوان باید به‌منظور دریافت توجه و مراقبت کافی در بیمارستان بستری شود.

متأسفانه بستری در بیمارستان نجات جان بیمار را تضمین نمی‌کند و نوجوانانی که قصد آسیب رساندن به خود را دارند اغلب راهی برای دستیابی به هدف مخرب خود می‌یابند. پس از بستری، کودک یا نوجوان نیاز به مراقبت‌های پس از درمان از سوی متخصصان آموزش‌دیده از جمله مشاوران دارد. تمرکز مشاوره در این زمان باید بر کاهش

خیال‌پردازی‌های مرموز درباره‌ی مرگ، طرد، احساس بیگانگی، فقدان و تنبیه و همچنین ثبات موقعیت و توجه به ارزیابی درمان دارویی روانشناختی باشد.

در اصطلاح پیشگیری از خودکشی، هر سه سطح پیشگیری سطح اول، دوم و سوم مد نظر است. پیشگیری سطح اول مربوط به افرادی است که هنوز نشانه‌ای از خودکشی بروز ندهاند یا احتمال بروز این مشکل در آن‌ها بسیار کم است. پیشگیری در این سطح به همان اندازه که بر عوامل خطر اقتصادی، هیجانی و جسمی متمرکز است، باید پایداری و تقویت عملکرد در زمینه‌های بین‌فردی و اجتماعی را نیز در نظر داشته باشد. برنامه‌های آموزشی در مدرسه به معلم‌ها کمک می‌کند تا دانش‌آموزان در معرض خطر خودکشی را شناسایی کنند و به دانش‌آموزان بیاموزند چگونه به همسالان در معرض خطر خود کمک کنند.

همچنین برنامه‌های اجتماعی با تاکید بر سلامت روان مثبت در پیشگیری از خودکشی مفید هستند. مراکز مداخله در بحران خودکشی و خطوط تلفنی بحران در بسیاری از جوامع در پیشگیری از خودکشی از اهمیت اساسی برخوردارند.

### **مواجهه‌ی مشاوران با خودکشی مراجعان**

در میان بحران‌های سلامت روان، مواجهه با رفتارهای خودکشی تجربه‌ای تکرارپذیر است. طبق گزارش‌ها، صحبت با همکاران و سرپرستان، پذیرش خودکشی به صورت نتیجه‌ی احتمالی مشاوره، هدایت کالبدشکافی روانشناختی و شرکت در مراسم سوگواری راهبردهای مهمی برای برخورد با خودکشی مراجع هستند. مشاوران باید از مشکلات خود با عنوان خودکشی و مرگ آگاه باشند و اجازه ندهند این مشکلات مانعی در تلاش برای مراقبت از فرد مستعد خودکشی گردد. اضطراب مرگ، در توانایی مشاور برای کار با افرادی که گرایش به خودکشی دارند، اساسی است. بین نگرش‌ها و ارزش‌های مشاور درباره‌ی خودکشی و اثربخشی مداخلات در کار با افراد دارای گرایش به خودکشی ارتباط وجود دارد.

در صورت وقوع خودکشی، مشاور به بازگویی روانشناختی که شامل بازسازی وقایع منجر به خودکشی، شناسایی عوامل منجر به مرگ، دستیابی به پاسخ گروه سلامت روان و ترسیم پیامدها برای بهبود تلاش‌های پیشگیرانه در آینده است، نیاز دارد. مشاورانی که با خودکشی منجر به فوت درگیر می‌شوند ممکن است درجاتی از خشم و احساس گناه، اندوه و نشانه‌های استرس پس از سانحه را تجربه کنند. حمایت همکاران و دریافت مشاوره‌ی حمایتی در چنین شرایطی مفید است.

### فراهم کردن اطلاعات مفید برای جامعه

مشاوران می‌توانند با آموزش و آگاهی‌رسانی به جامعه در کاهش وقوع خودکشی مؤثر باشند. برای نمونه مشاور باید عموم مردم را از نشانه‌های رفتار معطوف به خودکشی آگاه سازد. آموزش مردم درباره‌ی خودکشی، به آگاه‌سازی جامعه درباره‌ی نشانه‌های خودکشی، اصلاح باورهای خودکشی و دادن امیدواری و امکان تجدیدنظر در تصمیم‌گیری به افرادی که قصد خودکشی دارند کمک می‌کند. سازمان‌های اجتماعی، کارکنان مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت و مشاوران در نشر اطلاعات مربوط به خودکشی مانند شرایط خاص (از دست دادن شغل و متعاقباً ثبات خانواده) و عوامل خطر خودکشی (مانند افسردگی، اختلالات روانی، وابستگی به مواد و الکل، پیشینه‌ی خانوادگی) مفید هستند. علاوه بر این، مشاورانی که در مدارس کار می‌کنند در ارائه‌ی اطلاعات و آموزش به معلم‌ها و والدین برای شناسایی دانش‌آموزان در معرض خطر خودکشی نقش مؤثری دارند. مشاوران مدارس باید به دانش‌آموزان آموزش دهند رفتارهای معطوف به خودکشی را شناسایی کرده و بدانند در چنین مواقعی چگونه باید کمک بگیرند. برای مثال دانش‌آموزانی که در برنامه‌های پیشگیری از خودکشی شرکت می‌کنند، در نشان دادن همدردی و گوش دادن فعال، همچنین نحوه‌ی دسترسی به دانش‌آموزان نیازمند، آموزش می‌بینند. همچنین، باید اطلاعاتی دریافت کنند که به آنها کمک کند بدانند

آیا طوفان هیجانی خبر خودکشی در آن حد بوده که نیاز به پیشگیری از خودکشی‌های تقلیدی باشد یا خیر. مراکز کنترل بیماری ایالات متحده برای کاهش خودکشی‌های خوشه‌ای پیشنهادهایی را مطرح کرده‌اند.

مشاوران باید هنگام وقوع خودکشی برای ارتباط با رسانه‌ها برنامه داشته باشند. در این برنامه می‌توان از رسانه‌ها درخواست کرد که به‌منظور اجتناب از شیوع خودکشی از پررنگ جلوه دادن خبر خودکشی و جنبه‌ی نمایشی دادن به آن اجتناب کنند. مشاوران برای اطلاعات بیشتر به «پیشگیری از خودکشی: منبعی برای متخصصان رسانه» مراجعه کنند.

گروه‌های خودیاری بازماندگان خودکشی شیوه‌ی مراقبت‌های پس از اقدام سازنده و توانمندکننده‌ای هستند که مردم از آن برای کمک به خود استفاده می‌کنند. این گروه‌های خودیاری که بازماندگان راه‌اندازی می‌کنند، می‌توانند درباره‌ی فرآیند سوگ، خودکشی و نقش مشاوران در کمک به بازماندگان اطلاعات مفیدی را ارائه کنند.

مشاورانی که با گروه بازماندگان خودکشی کار می‌کنند آرامشی باورنکردنی برای دوستان و خانواده‌ای که تحت‌تأثیر خودکشی قرار گرفته‌اند فراهم می‌آورند. بازماندگان اغلب بین احساس خشم، گناه و سوگ در تردید هستند. در چنین مواردی مشاوران باید فرصت مواجهه با احساساتشان را برای آنها فراهم کنند. بسیاری از خانواده‌ها نیاز فوری به مشاور را بلافاصله پس از خودکشی گزارش می‌کنند. این مشاوران در کنار آمدن با فشار روانی اقدام به خودکشی به خانواده‌ها کمک می‌کنند و نقش آنها را برای حضور در کنار فردی که اقدام به خودکشی کرده یا نحوه کنار آمدن با از دست دادن دوست یا عضوی از خانواده بر اثر خودکشی، روشن می‌کنند.

در صورت نیاز، مشاوران می‌توانند به خانواده‌ها در درک رابطه بین خودکشی و اختلالات روانی در رفتار خودکشی به‌منظور کاهش خطر خودکشی تقلیدی کمک کنند. مشاوره‌ی گروهی پس از اقدام شامل روش‌های کاهش فشار روانی و سوگواری در ارتباط با خودکشی است و موجبات بهبود بازماندگان را فراهم می‌کند.

مشاوران می‌توانند به مردم کمک کنند تا خودکشی را بپذیرند و با شیوه‌ی مثبت به زندگی ادامه دهند و با تشکیل گروه بازماندگان، راهی برای مقابله با از فقدان عزیزانشان بیابند. برای مطالعه‌ی اختصاصی درباره‌ی تشکیل گروه، مشاوران می‌توانند به «پیشگیری از خودکشی: چگونه گروه بازماندگان را تشکیل دهیم؟» مراجعه کنند.

1. Popenhagen MP, Qualley RM. Adolescent suicide. Detection, intervention, and prevention. Professional school counseling, 1998, 1: 30-35.
2. Patel V, Thara R. Meeting the mental health needs of developing countries: NGO innovations in India. New Delhi: Sage, 2003.
3. Westefeld JS, Range LM, Rogers JR, Maples MR, Bromley JL, Alcorn J. Suicide: An overview. The counseling psychologist, 2000, 28: 445-510.
4. Rogers, JR. Suicide risk assessment. In: ER Welfel & RE Ingersoll (eds.). The mental health desk reference. New York: Wiley, 2001, 259-264.
5. Collins BG, Collins TM. Crisis and trauma: Developmental- ecological intervention. Boston: Houghton Mifflin, 2005.
6. Sanchez HGT. Risk factor model for suicide assessment and intervention. Professional Psychology: Research and Practice, 2001, 32: 351-358.
7. Shaffer D, Craft L. Methods of adolescent suicide prevention. Journal of Clinical Psychiatry, 1999, 60 (Suppl. 2): 70-74.
8. Capuzzi D, Gross D. "I don't want to live:" The adolescent at risk for suicidal behaviour. In D. Capuzzi & D. Gross (eds.). Youth at risk: A prevention resource for counsellors, teachers and parents. Alexandria, VA: American Counseling Association, 2000, 3<sup>rd</sup> edition, 319-352.
9. Stoelb M, Chiriboga J. A process model for assessing adolescent risk of suicide. Journal of Adolescence, 1998, 21: 359-370.
10. Pfeffer CR. Clinical perspectives on treatment of suicidal behavior among children and adolescents. Psychiatric Annals, 1990, 20: 143-150.
11. Centers for Disease Control. CDC Recommendations for a community plan for prevention and containment of suicide clusters. Morbidity and mortality weekly report, 1994, 37 (Suppl. 6):1-12.
12. World Health Organization. Preventing suicide: A resource for media professionals. Geneva: World Health Organization, 2000.
13. World Health Organization. Preventing suicide: how to start a survivors' group. Geneva: World Health Organization, 2000.