



معاونت دانشجویی
مرکز مشاوره دانشگاه



وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
دفتر مشاوره و سلامت



کشف و ارزیابی افکار خودکشی در دانشجویان: تکنیک‌ها و مهارت‌ها

تدوین: سید مجتبی رباطجری

روانشناس بالینی مرکز مشاوره دانشگاه تهران

به مناسبت

روز جهانی سلامت روان

مراقبت سلامت روان برای همه:

بیایید آن را به واقعیت تبدیل کنیم

World Mental Health day

Mental health care for

all: let's make it a reality

۱۰ اکتبر ۲۰۲۱ - ۱۸ مهرماه ۱۴۰۰







معاونت دانشجویی
مرکز مشاوره دانشگاه



وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
دفتر مشاوره و سلامت

کشف و ارزیابی افکار خودکشی در دانشجویان: تکنیک‌ها و مهارت‌ها

تدوین: سید مجتبی رباطجری

روانشناس بالینی مرکز مشاوره دانشگاه تهران

طراحی و گرافیک: حمیدرضا منتظری

آدرس: تهران / خیابان شانزده آذر / خیابان ادوارد براون /
شماره پانزده / مرکز مشاوره دانشگاه تهران

نوبت چاپ: چاپ اول / شهریورماه ۱۴۰۰

تیراژ: الکترونیکی



فهرست

برای رفتن به
صفحه مورد
نظر روی خط
فهرست کلیک
کنید. برای
بازگشت به این
صفحه روی
آیکون روان
کلیک کنید

۶	پیشگفتار
۱۲	مقدمه
۱۵	تعاریف
۱۷	فصل اول: عوامل خطر ساز خودکشی
۲۰	عوامل فردی
۴۳	عوامل خانوادگی
۴۷	عوامل محیطی
۵۳	عوامل بین فردی
۷۳	فصل دوم: عوامل محافظت کننده
۷۴	تعریف و اهمیت عوامل محافظت کننده
۷۵	عوامل محافظت کننده اجتماعی و خانوادگی
۸۲	عوامل محافظت کننده فردی
۸۹	فصل سوم: علائم هشدار دهنده و ارزیابی خودکشی در دانشجویان
۹۰	علائم هشدار دهنده
۹۲	ارزیابی خودکشی در دانشجویان: نوآوری‌هایی در پی بردن به افکار و قصد خودکشی
۹۵	مشکلات مربوط به شناسایی افکار خودکشی
۱۰۸	دو تکنیک اعتبار بخش برای مطرح کردن ظرافت مندانه موضوع خودکشی
۱۱۲	چهار تکنیک اعتبار بخش برای پی بردن به گستره افکار خودکشی
۱۲۳	ساختار کلان رویکرد CASE: اجتناب از خطای از قلم انداختن
۱۲۷	ساختار خرد رویکرد CASE: کاوش در هر چارچوب زمانی خاص
۱۷۰	قرارداد ایمنی
۱۷۰	قرارداد ایمنی چه مشکلاتی دارد؟
۱۷۵	برنامه ایمنی
۱۷۹	فرم ارزیابی خودکشی
۱۸۶	سخن پایانی
۱۸۷	پیوست‌ها
۱۹۸	منابع

پیشگفتار

علی‌رغم این واقعیت که خودکشی دومین علت اصلی مرگ و میر در دانشجویان است و در برخی نقاط جهان نیز آمار افزایشی داشته، با مسئله خودکشی همچنان مانند یک تابو برخورد می‌شود. این که فردی جان خود را از دست می‌دهد نشان دهنده این است که این موضوع از اهمیت بالایی برخوردار است. با این حال برخی اعتقاد دارند صحبت کردن درباره خودکشی یا خود آسیب رسانی ممکن است این افکار را در ذهن فرد پیروراند.

روز جهانی پیش‌گیری از خودکشی (۱۰ سپتامبر) و روز RUOK (ARE YOU OK) در ۱۴ سپتامبر، افراد را به صحبت‌های صادقانه در مورد خودکشی و سلامت روانی تشویق می‌کنند. جدا از نگرش عمومی حاکم بر افراد جامعه، به نظر می‌رسد بالینگران نیز تا حدودی نسبت به مسئله خودکشی همچون تابو برخورد می‌کنند که ممکن است دلایل مختلفی همچون عدم وجود شناخت کافی



نسبت به مسئله خودکشی داشته باشد. همانطور که ذکر شد، صحبت در مورد رفتارهای خودکشی‌گرا، به دلایلی همچون ترس از واکنش منفی دیگران از جمله بالینگر، امری دشوار است. در همین راستا در کتاب حاضر، با معرفی تکنیک‌هایی همچون عادی سازی و تضعیف شرم، طرح موضوع توسط دانشجو آسان‌تر شده و اعتبار مصاحبه بالینگر نیز افزایش می‌یابد.

در بخش ابتدایی کتاب به تفصیل عوامل خطر ساز، محافظت کننده و هشدار دهنده خودکشی مورد بحث قرار گرفته است که در زمان جمع‌آوری اطلاعات و تصمیم‌گیری در مورد سطح خطر و پیگیری‌های پس از آن نقش تعیین‌کننده‌ای دارد. در فصل مربوط به ارزیابی، رویکرد CASE یعنی ارزیابی توالی زمانی رویدادهای (افکار و اقدام) خودکشی^۱ توضیح داده شده است. این رویکرد توسط دکتر شاون کریستوفر شی^۲ ابداع شده و در کتاب هنر

1. Chronological Assessment of Suicide Events (CASE approach)

2. Shawn Christopher Shea

عملی ارزیابی خودکشی نیز به چاپ رسیده است. باید اضافه نمود که برای نخستین بار است که به تفصیل به این رویکرد پرداخته شده است.

لازم به ذکر است کتاب حاضر برگرفته‌ای از کتاب درک و پیشگیری از خودکشی دانشجویان^۱ نوشته دوریان آ. لمیس^۲ و دیوید لستر^۳ (۲۰۱۱) می‌باشد. در این کتاب علاوه بر ترجمه برخی از فصول کاربردی کتاب درک و پیشگیری از خودکشی دانشجویان و روزآمد کردن پژوهش‌های آن، سعی بر این بوده در مواردی برای شفافیت هرچه بیشتر، موضوع بسط داده شود. در بخش پیوست‌ها نیز فرم برنامه امن، قرارداد ایمنی و فرم ارزیابی خودکشی قرار داده شده است.

علی‌رغم تمرکز کتاب حاضر بر مسئله خودکشی در دانشجویان، سایر متخصصین و بالینگران از جمله روانپزشکان، روانشناسان، مشاورین و مددکاران و سایر متخصصینی که با خودکشی سرو کار دارند می‌توانند به

1. Understanding And Preventing College Student Suicide
2. Dorian A. Lamis
3. David Lester



نحوی کاربردی از مطالب کتاب بهره‌مند شوند. امید است کتاب حاضر قدمی هرچند کوچک در راستای نجات جان دانشجویان، که سرمایه‌های ارزشمند کشور هستند بردارد. در پایان از جناب آقای پیروی، ریاست محترم مرکز مشاوره دانشگاه تهران بابت حمایت‌های بی‌دریغ ایشان و همچنین تمامی عزیزانی که به هرنحوی مساعدت نموده‌اند تشکر می‌کنم.

حمید پیروی

رئیس مرکز مشاوره دانشگاه تهران

سیدمجتبی رباط‌جزی

روانشناس بالینی مرکز مشاوره دانشگاه تهران

مقدمه و تعاریف



Creating hope
through action

با عمل، امید بسازیم

مقدمه

بر اساس آخرین برآوردهای "خودکشی در جهان در سال ۲۰۱۹" که توسط سازمان بهداشت جهانی منتشر شده، خودکشی یکی از مهمترین علل مرگ و میر در سراسر جهان است. در سال ۲۰۱۹، بیش از ۷۰۰ هزار نفر در اثر خودکشی جان خود را از دست داده‌اند: **یعنی از هر ۱۰۰ مورد مرگ، یک نفر** (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۱).

از طرفی نوجوانی و جوانی نیز خطر رفتارهای خودکشی گرا را به همراه دارند (ناک^۱ و همکاران، ۲۰۱۳). خودکشی دومین علت اصلی مرگ و میر افراد دانشگاهی در سراسر جهان و ایالات متحده است (مورتیر^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). نتایج یک مطالعه مروری در ایران نشان داده که اقدام به خودکشی در دانشجویان از ۱/۸ تا ۳/۵ درصد و افکار خودکشی از ۲/۶ تا ۴۲/۷ درصد متغیر بوده است (باختر و رضائیان، ۱۳۹۵). در برنامه ملی ارتقای سلامت روانی و اجتماعی دانشگاهیان (دانشجویان، کارکنان و اعضای هیأت علمی) سازمان امور دانشجویان، وزارت علوم، تحقیقات

1. Nock
2. Mortier



و فناوری در بین دانشجویان ایرانی در ۱۲ ماهه
۹۶-۹۵ حدود ۱۷٪ افکار خودکشی و ۸/۵٪ سابقه
خودکشی گزارش شده است.

همانطور که دکتر تدروس آدهانوم گبریسوس^۱،
مدیر کل سازمان بهداشت جهانی عنوان نموده:
**"ما نمی‌توانیم - و نباید - خودکشی را نادیده
بگیریم. هر خودکشی یک تراژدی است."** توجه
ما به پیشگیری از خودکشی در حال حاضر و
پس از ماه‌ها زندگی با بیماری همه‌گیر کووید۱۹
و همراهی آن با بسیاری از عوامل خطر ساز
همچون از دست دادن شغل، استرس مالی و
انزوای اجتماعی اهمیت بیشتری نیز پیدا نموده
است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۱).

از طرفی به دلیل مسائلی همچون انکار
خودکشی و به دنبال آن مطالبات دانشجویی
تصمیم‌گیری درباره دانشجویانی که ممکن
است خودکشی‌گرا باشند می‌تواند در بسیاری از
سطوح دشوار باشد. دانشگاه‌ها باید بین منافع
فرد خودکشی‌گرا و سایر افراد تعادل برقرار کنند.

1. Tedros Adhanom Ghebreyesus

علاوه بر این، باید این موضوع را نیز در نظر گرفت که هر فرد و هر شرایطی متفاوت است، بنابراین باید به صورت مورد به مورد تصمیم‌گیری شود. مبنای این تصمیمات باید از لحاظ قانونی مجاز باشد و از لحاظ علمی و عملی مورد تایید باشد (بنیاد جد، ۲۰۱۶).



تعاریف

خودکشی: مرگ بر اثر آسیب، مسمومیت یا خفگی؛ در صورتی که شواهدی وجود داشته باشد که نشان دهد اقدام به خودکشی منجر به مرگ فرد شده است.

رفتار خودکشی‌گرا: طیفی از فعالیت‌های مربوط به افکار و رفتارها؛ که شامل فکر خودکشی، اقدام به خودکشی و خودکشی کامل^۱ است.

افکار خودکشی: عبارت است از اندیشه پایان دادن به زندگی. ممکن است به واسطه این افکار فرد برنامه‌ریزی یا قصد دقیقی داشته باشد یا اینکه برنامه یا قصد دقیق وجود نداشته باشد.

عمل خودکشی گرایانه^۲ (که همچنین به اقدام به خودکشی اشاره دارد): یک رفتار بالقوه خود آسیب‌رسان که در مورد آن شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد فرد احتمالاً قصد خودکشی داشته است. عمل خودکشی گرایانه ممکن است منجر به مرگ، آسیب یا عدم آسیب شود.

اقدام به خودکشی^۳ : یک رفتار بالقوه

1. completed suicide
2. Suicidal act
3. Suicide attempt

خودآسیب‌رسان با پیامد غیر کشنده است (منجر به فوت نمی‌شود) و شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد فرد قصد خودکشی داشته است. اقدام به خودکشی ممکن است منجر به آسیب بشود یا نشود (راکویل^۱، ۲۰۰۱).

فصل اول

عوامل خطر ساز خودکشی



Creating hope
through action

با عمل، امید بسازیم

مقدمه

عامل خطر ساز خودکشی یک عامل جمعیت شناختی، صفت، رفتار یا موقعیت قابل اندازه‌گیری است که با اقدام به خودکشی و یا مرگ ناشی از خودکشی رابطه مثبت دارد. جای تعجب نیست که با توجه به تعداد زیادی از متغیرهای دخیل در تصمیم‌گیری انسان، علم پیش‌بینی خطر خودکشی چالش برانگیز و پیچیده باشد.

در حال حاضر، پژوهش‌های زیادی در مورد عوامل خطر ساز خودکشی انجام شده است. این خبر خوبی است زیرا تحقیقات به طور بالقوه به پیش‌بینی و جلوگیری از مرگ ناشی از خودکشی کمک می‌کند. با این حال، با افزایش تمرکز پژوهشگران، تعداد و طیف وسیع عوامل خطر ساز احتمالی خودکشی چندین برابر شده و زمانی که در چارچوب ارزیابی عملی خودکشی مورد توجه قرار گیرند، ممکن است احساس فشار زیادی ایجاد کند. برای کمک به بالینگران، برای مقابله با بسیاری از متغیرهای احتمالی



مربوط به خودکشی، مخفف‌های مختلفی ایجاد شده است که از آنها به عنوان راهنمای ارزیابی عوامل خطر ساز استفاده می‌کنند. برای اینکه با متغیرهای مربوط به عوامل خطر ساز در پژوهش‌ها آشنا شوید در ادامه فصل به آنها پرداخته شده است. توجه داشته باشید اطلاع از آنها موجب می‌شود غربالگری دقیقتری داشته باشید. علاوه بر این برای تسهیل در ارزیابی، دو نمونه از مخفف‌ها برای ارزیابی عوامل خطر ساز قرار داده شده است.

به خاطر داشته باشید اگرچه آگاهی از عوامل خطر ساز خودکشی مفید است، اما ایجاد یک اتحاد مثبت در کار با مراجعان بالقوه خودکشی‌گرا از اهمیت بیشتری برخوردار است.

عوامل فردی

تحول شخصیت

هویت یابی یک وظیفه مهم روانی برای فرد در دوران نوجوانی و اوایل بزرگسالی است (اریکسون، ۱۹۶۸؛ نیوتون، ۱۹۹۵). دانشجویانی که وارد دانشگاه می‌شوند در حال گذار از نوجوانی به بزرگسالی هستند. افراد با تغییر در سبک زندگی و تجربه‌های جدید مواجه می‌شوند که گاهی می‌تواند منجر به مشکلات روانی شود. ایجاد یک خودپنداره قوی، در این دوران، برای کنار آمدن با مشکلات یا بحران‌های دیگری که ممکن است در طول سال‌های تحصیلی رخ دهد مورد نیاز است.

برای برخی از افراد، ایجاد صمیمیت به دلیل عزت نفس پایین یا هویت‌یابی ضعیف، دشوار است. برای دیگران، این مشکلات ممکن است به واسطه طرد شدن از سوی افرادی که با آنها به دنبال رابطه صمیمانه تری هستند اتفاق بیفتد. نتیجه نهایی در هریک از این موارد این است که یک فرد بدون خودپنداره قوی ممکن است افسردگی و افکار خودکشی را تجربه کند.



نبود رابطه صمیمانه یا انزوا ممکن است بیشتر برای کسانی که شخصیت درونگرا دارند خطرناک باشد. این افراد ممکن است در برقراری ارتباط با دیگران مشکل بیشتری را تجربه کنند، که به نوبه خود ممکن است خطر رفتارهای خودکشی را نیز افزایش دهد. (پورتز^۱ و همکاران، ۲۰۰۲)

جونز^۲ (۱۹۹۱) دریافت که ناامیدی قوی ترین پیش بینی کننده رفتار خودکشی در میان دانشجویان در این مرحله رشدی بوده است. بنابراین، ممکن است احساس طرد منجر به ناامیدی در دانشجویان و ناامیدی به نوبه خود منجر به افزایش خطر خودکشی شود.

سن

در اکثر کشورهای دنیا، با افزایش سن میزان خودکشی نیز افزایش می‌یابد. اما در حقیقت، خودکشی ۲ قله سنی دارد: در سنین ۱۵-۲۴ سالگی و سالمندی. منحنی خودکشی به موازات منحنی بروز دو قله اختلالات روانی (به عنوان مثال

1. Portes
2. jonse

اختلالات خلقی) حرکت می‌کند. در واقع این اختلالات یکی از عوامل خطر ساز مهم خودکشی شناخته می‌شود که در این سنین ممکن است بروز و ظهور بیشتری داشته باشند. لازم به ذکر است که آمارها نشان می‌دهد در بین سالهای ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۸، میزان خودکشی در بین همه گروه‌های سنی در ایالات متحده افزایش داشته است. همچنین در سال‌های اخیر، میزان خودکشی در بزرگسالان بین ۲۵ تا ۴۴ سال از میزان خودکشی افراد سالمند (بالای ۶۵ سال) فراتر رفته است (مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها و مرکز ملی آمار سلامت، ۲۰۲۱). در سال ۲۰۱۹، خودکشی دومین علت اصلی مرگ و میر در سنین ۱۰ تا ۳۴ سال بوده است (مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها و مرکز ملی پیشگیری و کنترل آسیب‌ها، ۲۰۲۱).

جنسیت

در بین دانشجویان میزان خودکشی در مردان به طور قابل توجهی بالاتر از زنان است. اگرچه زنان تقریباً سه برابر مردان در سنین ۱۵ تا ۲۴ سالگی اقدام به خودکشی می‌کنند، مردان در



همان سن حدود پنج برابر زنان خودکشی کامل می‌کنند (آمار خودکشی ایالات متحده، ۲۰۰۵). همچنین نشان داده شده، از سال ۱۹۵۰ تا ۲۰۱۸ میزان مرگ و میر ناشی از خودکشی برای مردان به طور مداوم بیشتر از زنان بوده است. در مجموع، میزان مرگ و میر ناشی از خودکشی در ایالات متحده از سال ۱۹۵۰ در نوسان بوده، اما تقریباً بدون تغییر باقی مانده است. در سال ۱۹۵۰، میزان مرگ و میر کلی برای خودکشی به ازای ۱۰۰ هزار نفر ۱۳/۲ و در سال ۲۰۱۸، ۱۴/۲ درصد گزارش شده است (الفین، ۲۰۲۱).

توجه داشته باشید که جلوگیری از اقدام به خودکشی (عمدتاً در بین زنان) به اندازه جلوگیری از مرگ با خودکشی (عمدتاً در مردان) اهمیت دارد. در نتیجه، چه دانشجویان دختر و چه دانشجویان پسر به شما مراجعه کردند باید از مراقبت، توجه و در صورت لزوم مصاحبه ارزیابی و مداخله خودکشی برخوردار شوند.

مصرف الکل و مواد

نوشیدن مشروبات الکلی و مصرف مواد یک عامل خطر ساز برای رفتارهای خودکشی هستند. مطالعات نشان داده است که مصرف مواد و الکل با خطر خودکشی ارتباط دارند و در ارزیابی‌ها به عنوان عامل خطر ساز در نظر گرفته می‌شود (دووژاک^۱ و همکاران، ۲۰۱۳؛ بورلاکا^۲ و همکاران، ۲۰۲۰).

سابقه اقدام به خودکشی و خودزنی

تعداد کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند ده تا بیست برابر کسانی است که در نهایت در اثر خودکشی جان خود را از دست می‌دهند. حدوداً پنجاه درصد افرادی که بر اثر خودکشی فوت کرده‌اند سابقه اقدام به خودکشی داشته‌اند. بنابراین سابقه رفتار خودکشی (ایده یا تلاش) همچنین می‌تواند به عنوان یک عامل خطر فعلی برای خودکشی دانشجویان باشد. در واقع، این مورد یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های قوی اقدام به خودکشی فعلی است (لمیس و لستر، ۲۰۱۱).

1. Dvorak
2. Burlaka



از طرفی یک عامل فردی مربوط به خودکشی، رفتارهای خودزنی هستند-رفتاری که در زنان بیشتر از مردان مشاهده می‌شود. خودزنی اینگونه تعریف شده است: "فرد بافت بدن خود را به عمد نابود می‌کند، که در بعضی مواقع برای تغییر شیوه احساس است". نمونه‌هایی از رفتارهای خودزنی شامل برش، سوزاندن، ممانعت از ترمیم زخم، کندن مو و شکستن استخوان می‌باشد (فاوازا، ۱۹۹۸). خودزنی یک سازوکار مقابله‌ای برای بسیاری از افرادی است که این رفتار را نشان می‌دهند. نمونه‌های زیر از مواردی هستند که می‌توانند فرد را ترغیب به خودزنی کنند: زمینه سازی برای منفک شدن، یک روش آرامش بخش در زمان پریشانی و یک روش برای آزادسازی احساسات. افرادی که خودزنی می‌کنند در خطر بیشتری برای افکار و اقدام به خودکشی هستند (آکادمی روانپزشکی کودکان و نوجوانان آمریکا، ۲۰۰۶).

اختلالات روانی و درمان روان پزشکی

مشکلات بهداشت روان، به ویژه اختلالات خلقی فرد، عامل خطر ساز دیگر مربوط به خودکشی است. بیش از ۹۰٪ نمونه‌های

دانشگاهی که اقدام به خودکشی کرده‌اند، اختلال روانی داشته‌اند با این حال اکثر افراد مبتلا به اختلالات روانی با خودکشی نمی‌میرند. بنابراین، می‌توان گفت در زمان شناسایی عوامل خطر ساز نباید فقط به وجود اختلالات روانی، در تعیین افرادی که بیشترین خطر رفتارهای خودکشی را دارند، بسنده کنیم. شایعترین اختلال روانپزشکی مربوط به خودکشی افسردگی است (انجین^۱ و همکاران، ۲۰۰۹). پژوهش‌ها نشان داده‌اند افسردگی و تنهایی پیش‌بینی‌کننده‌های قابل توجهی برای خطر خودکشی بوده‌اند (چانگ^۲ و همکاران، ۲۰۱۹).

در افسردگی فرد پنج مورد یا بیشتر از علائم زیر را طی یک دوره حداقل دو هفته‌ای تجربه می‌کند:

۱. خلق افسرده
۲. آنهدونیا یا از دست دادن لذت در فعالیت‌ها
۳. کاهش وزن یا افزایش وزن قابل توجه، در غیر این صورت تلاش برای کاهش یا افزایش وزن
۴. بی‌خوابی یا پرخوابی تقریباً هر روز

1. Engin
2. Chang



۵. سرآسیمگی^۱ یا کندی روان حرکتی
۶. خستگی یا فقدان انرژی
۷. احساس بی ارزشی یا گناه
۸. کاهش توانایی تمرکز یا تفکر واضح
۹. افکار خودکشی یا مرگ

دانشجویانی که در حال تجربه افسردگی هستند ممکن است به دو دلیل، بیشتر در خطر خودکشی باشند. افسردگی به خودی خود جذابیت خودکشی را به عنوان وسیله‌ای برای رهایی از مشکلات افزایش می‌دهد و همچنین ممکن است باعث شود که فرد باور کند خودکشی اشتباه نیست و یک گزینه منطقی است (لستر، ۱۹۹۵).

علاوه بر این، نشان داده شده است در حالی که علائم اضطراب و افسردگی به تنهایی سهم بسزایی در پیش بینی افکار خودکشی نشان داده‌اند، افزایش هر دو با هم خطر بیشتری را به همراه دارد. در واقع، به نظر می‌رسد که افسردگی به خودی خود بسیار کمتر از یک افسردگی همراه با شرایط نگران کننده دیگر، پیش بینی کننده خودکشی است. به عنوان مثال هنگامی که افسردگی همراه (همزمان اتفاق می‌افتد) با اضطراب، مصرف مواد، اختلال استرس پس از

1. agitation

سانحه و اختلال شخصیت مرزی یا وابسته باشد، به میزان قابل توجهی خطر خودکشی افزایش می‌یابد (بولتون^۱ و همکاران، ۲۰۱۰).

اختلال دوقطبی

پژوهش‌ها مکرراً نشان داده‌اند که افرادی که مبتلا به اختلال دوقطبی هستند در معرض خطر بیشتری برای خودکشی قرار دارند. مشابه اسکیزوفرنی و افسردگی، عوامل خطر زیادی وجود دارد که افزایش خودکشی را در بین بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی پیش بینی می‌کند. در یک مطالعه در مقیاس بزرگ فرانسوی، هشت عامل خطر با تلاش برای خودکشی، مادام‌العمر مرتبط بود (آزورین^۲ و همکاران، ۲۰۰۹). اینها شامل:

- بستری شدن‌های متعدد در بیمارستان
- دوره اول قطب افسرده یا مختلط
- وجود رویدادهای استرس‌زای زندگی قبل از شروع بیماری
- سن جوان‌تر در زمان شروع
- نبود فواصل بدون علائم بین دوره‌ها

1. Bolton
2. Azorin



□ جنس زن
□ تعداد بیشتر دوره‌های قبلی
□ خلق و خوی سیکلوتایمیک

به نظر می‌رسد شدت اختلال دوقطبی و تجمع تجربیات ناراحت کننده اضافی خطر خودکشی را افزایش می‌دهد.

اسکیزوفرنی

اسکیزوفرنی مثال خوبی از یک اختلال روانی است که ارتباط پیچیده‌ای با افزایش خطر خودکشی دارد. در مطالعه‌ای که هور^۱ و تیلور^۲ (۲۰۱۰) انجام دادند، خطر خودکشی مادام‌العمر این اختلال را در حدود ۵ درصد گزارش کردند. با این حال، عوامل پیش‌بینی کننده منحصر به فردی در جمعیت عمومی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی وجود دارد که پیش‌بینی خودکشی را افزایش می‌دهد. هور و همکاران (۲۰۱۰) عوامل خطرناکتر خودکشی زیر را در جمعیت عمومی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی گزارش کردند:

□ سن (پایین‌تر بودن)

□ جنسیت (مرد بودن)

1. Hor
2. Taylor

- سطح تحصیلات عالی
- تعداد اقدام‌های قبلی خودکشی
- علائم افسردگی
- توهم و هذیان فعال
- وجود بینش نسبت به مشکلات فرد
- سابقه خانوادگی خودکشی
- سوء مصرف مواد همزمان.

در جمعیت دانشجویی به نظر می‌رسد اخیراً مطالعات بر روابط بین تجربیات روان‌پریشی زیر آستانه و افکار خودکشی تمرکز داشته‌اند.

با توجه به این که روان‌پریشی معمولاً زمانی ظاهر می‌شود که جوانان، در حال هویت‌یابی، تعیین اهداف زندگی و کسب استقلال هستند، گسترش و تداوم آن می‌تواند به ویژه برای خودپنداره و آینده فرد ناتوان کننده و مخرب باشد. جای تعجب نیست که با توجه به سطوح بالای ناراحتی و تداخل عملکردی، روان‌پریشی در حال ظهور با افزایش خطر خودکشی به ویژه قبل از درمان و یا در مراحل اولیه درمان ارتباط داشته باشد (تیلور و همکاران، ۲۰۱۵). تلاش برای مداخله در روند ایجاد روان‌پریشی در این مرحله حیاتی به صورت بالقوه می‌تواند اختلال را کاهش



داده و پیامدهای منفی بیماری، از جمله خودکشی را به حداقل برساند. تشخیص زودهنگام روان پریشی در مراکز مشاوره دانشگاهی ممکن است به درمان مناسب کمک کند (سیلاگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۶).

مطالعات متعددی روابط قوی بین تجربیات روان پریشی زیر آستانه و افکار خودکشی، اقدام به خودکشی و خودکشی کامل را نشان داده است (به عنوان مثال ببینید در کلههر^۲ و همکاران، ۲۰۱۲). علائم روان پریشی آستانه همچون توهمات شدید روان پریشی به عنوان تجربیات کاملاً شکل گرفته‌ای هستند که در غیاب محرک‌های خارجی درک می‌شوند (به عنوان مثال، شنیدن مکرر صداهای تمایزیافته که با جملات کامل صحبت می‌کنند) در حالی که توهمات زیر آستانه ممکن است کمتر شکل گرفته، متناوب و ناراحت کننده باشند (به عنوان مثال، شنیدن زمزمه‌های گاه به گاه که تشخیص آن دشوار است). علاوه بر تفاوت در فراوانی، مدت و شدت علائم، افرادی که علائم خفیف را تجربه می‌کنند، بینش خود را در مورد تجربیات خود حفظ می‌کنند. مطالعه‌ای (نام^۳ و

1. Csillag
2. Kelleher
3. Nam

همکاران، ۲۰۱۸) که اخیراً در جمعیت دانشجویی انجام شده، نشان داده است که تجربیات روان‌پریشانه پیش‌بینی‌کننده‌های ضعیفی برای افکار خودکشی در آینده هستند. با این وجود یافته‌های مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده است که تجربیات روان‌پریشی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری برای اقدام به خودکشی باشد تا افکار خودکشی (دویلدر^۱ و همکاران، ۲۰۱۵b). ممکن است تجربیات روان‌پریشانه به ویژه برای تمایز بین افرادی که دارای افکار خودکشی هستند و کسانی که اقدام به خودکشی کرده‌اند، مناسب باشد (فوجیتا^۲ و همکاران، ۲۰۱۵).

دوره پس از ترخیص از بیمارستان

برای افرادی که به دلیل اختلال روانی در بیمارستان بستری شده‌اند، دوره بلافاصله پس از ترخیص خطر خودکشی را افزایش می‌دهد. این امر به ویژه در مورد افرادی که دارای عوامل خطر اضافی مانند اقدام به خودکشی قبلی، عدم حمایت اجتماعی و اختلالات مزمن روانی هستند صادق است. به طور کلی، افکار خودکشی و اقدام

1. DeVlyder
2. Fujita



به خودکشی به طور قابل پیش بینی زیاد است. در یک مطالعه ۳/۳ درصد افراد در ۶ ماه پس از ترخیص خودکشی کردند، در حالی که ۳۹/۴ درصد رفتارهای خودآسیب رسان یا اقدام به خودکشی داشتند (لینکزا و همکاران، ۲۰۱۲).

مهارکننده‌های بازجذب سروتونین (SSRIs)

به نظر می‌رسد در اقلیتی از مراجعین (۲ تا ۵ درصد) داروهای ضد افسردگی مهار کننده‌های بازجذب سروتونین (SSRIs) ممکن است باعث افزایش سرآسیمگی فرد شوند به نحوی که باعث افزایش خطر رفتارهای خودکشی شود (جی. سامرز-فلانگان^۲ و کمپیل^۳، ۲۰۰۹).

در سال ۲۰۰۶، سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) هشدار خودکشی SSRI خود را به بیماران بزرگسال ۱۸ تا ۲۴ ساله گسترش داد (سازمان غذا و داروی ایالات متحده آمریکا، ۲۰۰۷). شکی نیست که بحث درباره این که آیا داروهای SSRI خطر خودکشی را افزایش می‌دهند، ادامه خواهد داشت. با این حال، منطق حکم می‌کند که ارائه دهندگان خدمات بهداشت روانی نسبت به احتمال افزایش خطر خودکشی در بین

1. Links
2. J. Sommers-Flanagan
3. Campbell

مراجعه‌ای که اخیراً داروهای ضد افسردگی برای آنها تجویز شده است، هوشیار باشند (جی. سامرز-فلانگان و کمپیل، ۲۰۰۹).

مشکلات مدرسه

عامل خطر ساز دیگر برای دانشجویان مشکلات دوران مدرسه است، که ممکن است در مشکلات سلامت روان در طول سالهای دانشجویی دخیل باشد. موفقیت تحصیلی در دانشگاه مهم است چون اولین بار است که دانشجویان به دلیل عدم موفقیت یا تلاش، از ادامه تحصیل محروم نمی‌شوند. شکست تحصیلی در دانشگاه ممکن است منجر به افزایش احساس بی‌ارزشی شود. دانشجویانی که تعارض‌های دوران مدرسه یا احساس ناکافی بودن در مدرسه را در دانشگاه نیز همراه خود دارند، ممکن است عملکرد آنها بعد از سال اول تحصیل حتی بیشتر در معرض چالش‌ها و مسائل طولانی مدت قرار گیرد (انجین و همکاران، ۲۰۰۹).

مشکل دیگر دانشجویان، سازگاری با زندگی در دانشگاه است، به ویژه برای کسانی که خوابگاهی هستند. دانشجویانی



که در خوابگاه‌ها زندگی می‌کنند باید با افراد و شرایط جدید زندگی و مطالعه سازگار شوند. علاوه بر این سخت‌گیری دوره‌های دانشگاهی در مقایسه با دوره‌های دبیرستان می‌تواند منجر به استرس شود. وجود مشکلات تحصیلی در دانشجویان نو ورود به احتمال زیاد به این دلیل است که هنوز نتوانسته‌اند با خواسته‌های دوره‌های دانشگاهی سازگار شوند (لمیس و لستر، ۲۰۱۱).

فقدان حمایت اجتماعی

عامل خطر دیگر برای دانشجویان نبود حمایت اجتماعی در دانشگاه است و این ممکن است به ویژه برای دانشجویان سال اول قابل توجه باشد که شاید احساس کنند با گروه همسالان جدیدشان تناسب ندارند. در عوض، افکار خودکشی در دانشجویانی که به یک گروه، احساس تعلق می‌کنند بسیار کمتر مشاهده می‌شود (بکهاوس^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). این احساس ممکن است به دانشجویان کمک کند با محیط جدید تناسب پیدا کنند و احساسات تنهایی و ناامیدی که هر دو عامل

1. Backhaus

خطر برای خودکشی هستند را کاهش دهد
(ون آردن و همکاران، ۲۰۰۸).

خلاقیت

ارتباط بین خلاقیت و خودکشی عمدتاً در
بزرگسالان بررسی شده است. دانشجویان
خلاق مقطع کارشناسی نسبت به خودکشی
دیدگاه‌های لیبرال‌تری نسبت به دانشجویان
متوسط نشان می‌دهند که گویای این مسئله
است که خلاقیت ممکن است خطر خودکشی
را در صورت وجود سایر عوامل خطرناک، مانند
مصرف الکل یا افسردگی، افزایش دهد. این
گونه استدلال شده است که افراد خلاق
بیشتر به مشکلات جهان حساس هستند،
که این امر برای فرد استرس بیشتری نیز
ایجاد می‌کند.

با این حال، برخی تحقیقات نشان داده‌اند
که تفکر خلاق ممکن است یک عامل محافظت
کننده برای خودکشی باشد (هالارت، ۲۰۱۹). بنابراین
می‌توان گفت خلاقیت، هم به عنوان یک عامل
خطرناک و هم یک عامل محافظت‌کننده برای
رفتارهای خودکشی‌گرا عمل می‌کند.



وضعیت اجتماعی - اقتصادی ضعیف

وضعیت اجتماعی- اقتصادی تأثیر عمیقی بر بهزیستی روانشناختی فرد می‌گذارد (آدلر و همکاران، ۱۹۹۴). افراد خانواده‌های کم درآمد ممکن است بیشتر دچار پریشانی روانشناختی شوند و این در مورد دانشجویان نیز صدق می‌کند. در دوران دانشجویی برای اولین بار ممکن است دانشجویان در تماس با افراد مختلف از زمینه‌های اجتماعی- اقتصادی متفاوت قرار گیرند. ممکن است این تجربیات دانشجویان کم درآمد را وادار کند که با افراد با سطح درآمد بالاتر خود را "همگام" کنند، که شاید این کار امری ناممکن باشد (کارنوئل^۱ و رز^۲، ۲۰۰۴). علاوه بر این، ممکن است دانشجویان خانواده‌های کم درآمد با مشکلات بیشتری با تکالیف دانشگاهی روبرو شوند و فشار بیشتری برای موفقیت احساس کنند، به خصوص اگر آنها اولین عضو خانواده باشند که در دانشگاه تحصیل می‌کنند. این فشار اضافی و نبود حمایت والدین می‌تواند با هم ترکیب شود و احساس بی‌کفایتی را برای این دانشجویان ایجاد کند (راکлер گلادن^۳، ۲۰۰۹).

1. Carnevale
2. Rose
3. RocklerGladen

فقدان مهارت‌های مقابله‌ای

میزان توانایی افراد در مقابله با استرس، تأثیر مستقیمی در توانایی آنها برای قوی ماندن از نظر عاطفی دارد. برخی از یافته‌ها نشان می‌دهد که ممکن است دانشجویانی که به خودکشی فکر می‌کنند، لزوماً از افسردگی رنج نبرند و در مواردی به دلیل فقدان مهارت‌های مقابله‌ای باشد (ژائو، ۲۰۱۸). مهارت‌های مقابله‌ای ممکن است نقطه تمرکز خوبی برای مشاوران هنگام طرح‌ریزی برنامه‌های مداخله و پیشگیری از خودکشی در دانشگاه باشد و این می‌تواند به‌ویژه برای دانشجویان مبتلا به اختلالات روانپزشکی مفید واقع شود (لمیس و لستر، ۲۰۱۱).

خشم سرکوب شده

مشکل در ابراز احساسات خطر خودکشی را در دانشجویان افزایش می‌دهد. توانایی از بین بردن تنش، به‌ویژه عصبانیت، یک مهارت مهم کنار آمدن در طول این مرحله تحولی است. همانطور که قبلاً اشاره شد، دانشجویان در معرض طرد و شکست متفاوت‌تر و شدیدتری



در طول سال‌های دانشگاه قراردارند. آن دسته از دانشجویانی که نمی‌توانند به طور موثر خود را از نظر عاطفی ابراز کنند، ممکن است در معرض خطر بیشتر برای افکار و اقدام به خودکشی باشند (انجین و همکاران، ۲۰۰۹).

سوء استفاده و تجاوز جنسی

سوء استفاده جسمی و جنسی در دوران کودکی و کودک آزاری احساسی با رفتار خودکشی دانشجویی در ارتباط بوده‌اند (پلتزر^۱ و همکاران، ۲۰۱۷). تصور می‌شود که سوء استفاده جنسی از عوامل مهم مرتبط با تروما برای رفتار خودکشی است. نشان داده شده است که تجربه چندین شکل سوء استفاده در دوران کودکی، خطر خودکشی را افزایش می‌دهد (استفنسون^۲ و همکاران، ۲۰۰۶). نتایج یک مطالعه اخیرا نشان داده که سوء استفاده‌های عاطفی، جسمی و جنسی در طی دوازده ماه گذشته، با احتمال بیشتری برای افکار، اقدام و خودکشی کامل همراه بوده است (اوه و همکاران، ۲۰۲۱).

1. Peltzer
2. Stephenson

زنان در معرض خطر بیشتری برای سوء استفاده و تجاوز جنسی هستند که هر دو عوامل خطر ساز خودکشی هستند (جانسون^۱ و همکاران، ۲۰۰۲). نشان داده شده که سابقه سو استفاده جنسی یا جسمی معمولاً قبل از ورود به دانشگاه است و کارکنان دانشگاه باید این موضوع را به عنوان یک عنصر کلیدی هنگام گرفتن شرح حال روانپزشکی جامع از یک دانشجوی بالقوه خودکشی گرا در نظر داشته باشند (وستفلد^۲ و همکاران، ۲۰۰۶).

عوامل خطر ساز، مخفف‌ها

در سال ۲۰۰۳، انجمن خودکشی شناسی آمریکا یک گروه را برای بررسی تحقیقات موجود و توسعه مجموعه ای از علائم یا نشانه‌های مبتنی بر شواهد قصد و خطر فوری خودکشی گرد هم آورد. این خودکشی شناسان مخففی برای کمک به متخصصان و عموم مردم برای پیش بینی و رسیدگی بهتر به خطر خودکشی ارائه

1. Johnson
2. Westefeld



کردند. مخفف عبارت است از، راه گرم است
(IS PATH WARM) است و در زیر توضیح داده

شده است:

I = ایده‌پردازی^۱

S = مصرف مواد^۲

P = بی هدفی^۳

A = اضطراب

T = به دام افتادگی^۴

H = ناامیدی^۵

W = انزوا^۶

A = خشم

R = بی پروایی^۷

M = تغییر خلق^۸

IS PATH WARM مخففی است مبتنی
بر شواهد و در واقع، بر اساس عوامل خطر
شناخته شده و علائم هشدار دهنده ایجاد شده
است. این شاخص ها، در وب سایت انجمن،
<http://www.suicidology.org> به تفصیل شرح

-
1. Ideation
 2. Substance Use
 3. Purposelessness
 4. Trapped
 5. Hopelessness
 6. Withdrawal
 7. Recklessness
 8. Mood Change

داده شده است.

علاوه بر این می‌توانید از مقیاس افراد غمگین (SAD PERSONS) که بیشتر برای یادآوری عوامل خطر ساز بلند مدت مفید است استفاده کنید که در واقع:

S: جنسیت^۱

A: سن

D: افسردگی

P: اقدام قبلی

E: سوء مصرف الکل

R: فقدان تفکر منطقی^۲: مرتبط با روانپریشی

S: حمایت‌های اجتماعی

O: برنامه سازمان یافته^۳

N: تنهایی

S: وجود یک بیماری جسمی مزمن یک عامل خطر محسوب می‌شود (پترسون^۴ و همکاران، ۱۹۸۳).

با وجود اینکه دانستن این علائم اختصاری به شما در یادآوری سریع تر کمک می‌کند، شما باید ارزیابی جامعی انجام دهید.

1. Sex
2. Rational thinking loss
3. Organized plan
4. Patterson



عوامل خانوادگی

از جمله عوامل خانوادگی خطر ساز مرتبط با خودکشی می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

تاریخچه خانوادگی اختلالات روانی و خودکشی گرایمی

برخی از اختلالات روانپزشکی، مانند اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی، دارای یک مؤلفه ژنتیکی هستند. از طرفی همانطور که در بخش مربوط به اختلالات روانپزشکی ذکر شد، این اختلالات به صورت قابل توجهی با خودکشی در ارتباط هستند. علاوه بر این خانواده درمانی علیت حلقوی را مطرح می‌کند، بدین ترتیب که مشکلات افراد حفظ می‌شوند یا از طریق حلقه‌های بازخورد در میان اعضای خانواده ایجاد می‌گردند (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۲۰۰۸). از این منظر، احتمالاً بروز رفتار خودکشی یا خطر خودکشی ممکن است توسط واحد خانواده باشد.

این موضوع از طریق مطالعات انجام شده در محیط‌های مختلف حمایت شده است. در همین راستا نشان داده شده است که به احتمال زیاد، دانشجویانی که سابقه خانوادگی اقدام به

خودکشی دارند، در مقایسه با کسانی که فاقد چنین رفتاری در خانواده هستند، تمایل بیشتری به خودکشی دارند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۴؛ عبدا و همکاران، ۲۰۲۰).

فقدان انسجام خانواده

انسجام خانواده به عنوان عاطفه مشترک، حمایت، تعهد و کمکی که اعضای خانواده نسبت به هم نشان می‌دهند تعریف شده است (باربر^۲ و بوهرلر^۳، ۱۹۹۶). تأثیر انسجام خانواده در نوجوانان در گذار از افکار خودکشی به اقدام به خودکشی، در سه بعد نشان داده می‌شود.

اول اینکه، نوجوانانی که در خانواده‌های منسجم زندگی می‌کنند احتمالاً یاد می‌گیرند که احساسات منفی خود مانند نحوه برخورد با رنج روانی و حتی فکر خودکشی (اونگ^۴ و تامپسون^۵، ۲۰۱۹) را به شکل سازگارانهای از طریق اعضای خانواده خود مدیریت کنند (موریس^۶ و همکاران، ۲۰۰۷).

ثانیاً، نوجوانان ممکن است در خانواده‌های منسجم حمایت بیشتری دریافت کنند.

1. Abdu
2. Barber
3. Buhler
4. ong
5. tompson
6. Morris



با حمایت مداوم اعضای خانواده، افراد ممکن است حتی اگر به خودکشی فکر کنند، اقدام به خودکشی نکنند. و در نهایت، نوجوانانی که در خانواده‌های منسجم بزرگ می‌شوند، ممکن است احساس وابستگی بیشتری به خانواده خود داشته باشند (رواتلال^۱ و همکاران، ۲۰۱۵). ممکن است آن‌ها به جای خود مختاری به هماهنگی با سیستم خانواده اهمیت دهند. این گرایش بیشتر در فرهنگ‌های جمع‌گرا وجود دارد (دلاکروز^۲، ۲۰۰۸). به نظر می‌رسد مسئولیت پذیری و هماهنگ شدن با خانواده، رفتارهای بی‌پروای افراد (به عنوان مثال اقدام به خودکشی) را هنگام رنج روانی (مانند تجربه افکار خودکشی) محدود کند. مطالعات قبلی نشان داده است که انسجام خانواده با شدت پایین تری از افکار خودکشی و اقدام به خودکشی همراه است (شفتال^۳ و همکاران، ۲۰۱۳).

مطالعات در زمینه دانشجویان نیز نشان داده است که انسجام خانواده می‌تواند یک عامل محافظت کننده و نبود آن می‌تواند یک عامل خطر ساز برای خودکشی باشد. گزارش شده روابط

1. Rawatlal
2. De la Cruz
3. Sheftall

ضعیف و فقدان انسجام خانواده با افزایش خطر خودکشی مرتبط هستند (آریا و همکاران، ۲۰۰۹).

تعارضات والدین-دانشجو

درگیری با هریک از والدین عامل مؤثری در وجود افکار خودکشی در دانشجویان است. به طور خاص، درگیری با مادر به طور قابل توجهی با افکار خودکشی در دانشجویان که سطح بالایی از علائم افسردگی را تجربه کرده‌اند ارتباط داشته است (آریا و همکاران، ۲۰۰۹).

عدم حمایت والدین

عدم حمایت والدین یا فقدان آن نیز ممکن است یک عامل خطر قابل توجه برای خودکشی دانشجویان باشد (لمیس و لستر، ۲۰۱۱). کید و همکاران (۲۰۰۶) دریافتند نوجوانانی که به والدین خود احساس نزدیکی دارند، احتمالاً در سال بعد کمتر اقدام به خودکشی می‌کنند.



عوامل محیطی

از جمله عوامل محیطی خطر ساز مرتبط با خودکشی می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

استرس محیطی

وقتی بسیاری از دانش آموزان دبیرستانی به دانشگاه می‌روند، محیط آنها به طور چشمگیری تغییر می‌کند. از زندگی در خانه، اغلب به خوابگاه منتقل می‌شوند و باید با افراد غریبه به‌عنوان هم‌اتاقی و همسایه زندگی کنند. بیشتر آنها از دوستان دبیرستانی خود خداحافظی می‌کنند و به مکانی دیگر می‌روند و با تمام تغییرات همراه این اتفاق مانند تغییر در عادات غذایی، کنترل نظارتی و نیاز به خود نظمی و انضباط برای انجام کارها از خانواده خود دور می‌شوند. کدیسون و دی گرونیمو (۲۰۰۴) لیستی از عوامل استرس‌زای دانشجویی را ذکر کردند:

۱. مطالبات دانشگاهی بیشتر
۲. محیط جدید و مسئولیت‌های جدید
۳. تغییر در روابط خانوادگی و روابط بین فردی زندگی اجتماعی
۴. مسئولیت‌های مالی

۵. قرار گرفتن در معرض افراد، افکار و
آزمون‌های جدید
۶. دور شدن از خانه، اغلب برای اولین بار
۷. تصمیم‌گیری در سطحی بالاتر از آنچه قبلاً
بوده است
۸. مصرف مواد
۹. آگاهی از هویت و گرایش جنسی خویش
۱۰. آماده شدن برای زندگی پس از فارغ‌التحصیلی

زندگی در دانشگاه با یک تجربه معمول متفاوت است. دانشجویان ممکن است با هم اتاقی‌هایی باشند که هرگز از قبل آنها را ملاقات نکرده باشند. برخی ممکن است اتاق‌های یک نفره داشته باشند. در عرض چند ماه، برخی ممکن است به شبکه‌های اجتماعی صمیمانه‌تر ملحق شوند که گاهی اوقات منجر به وسوسه‌های بزرگی همچون مصرف مواد می‌شود.

علاوه بر این دانشجویان تحصیلات تکمیلی نیز شرایط متفاوتی دارند. دانشجویان دکتری که زندگی و فشار علمی (اغلب بیشتر) آنها با سایر مقاطع متفاوت است و این دانشجویان اغلب عوامل استرس‌زای متفاوت شخصی مانند ازدواج،



فرزند، طلاق و ... دارند و اغلب اوقات، مشکلات اقتصادی بیشتری دارند، عوامل استرس زایی که گاهی برای سالهای زیادی ادامه دارند (لمیس و لستر، ۲۰۱۱).

منابع استرس

دیلی بیست^۱ از پنج معیار برای رتبه بندی محیط استرس زای دانشگاه‌ها استفاده کرد: (۱) هزینه (که فشارهای مالی ایجاد می‌کند)، (۲) رقابت پذیری (در مورد اینکه تکالیف دانشگاهی تا چه حد دقیق است؟)، (۳) میزان پذیرش، (۴) رتبه بندی در رشته‌های مهندسی (این‌ها از سخت‌ترین موارد هستند) و (۵) جرم در محوطه دانشگاه.

علاوه بر این ورود به دانشگاه یک مرحله انتقالی است که در آن هویت، انتخاب همسر و شغل، به موضوعات مهمی تبدیل می‌شوند (به عنوان مثال هندریکسون^۲ و کمرون^۳، ۱۹۷۵). ممکن است وجود فشار تحصیلی در شش هفته اول ترم باعث افزایش خطر خودکشی شود. با این حال، مشخص نیست که آیا فشارهای دانشگاهی منجر به افسردگی (و خودکشی) می‌شود

1. The Daily Beast
2. Handrikson
3. Cameron

یا اینکه افسردگی فشارهای تحصیلی را تشدید می‌کند (هندین^۱، ۱۹۷۵). فشار همسالان که اغلب دانشجویان را تشویق به رفتارهای پرخطر می‌کنند و فشارهای تحصیلی (مانند کمبود خواب در زمان امتحان، که ممکن است حالت‌های مانیک را تحریک کند) نیز می‌تواند خودکشی را افزایش دهد.

تعامل شخصیت و محیط

اگرچه محیط می‌تواند برای دانشجویان استرس ایجاد کند، همه دانشجویان یکسان به این استرس پاسخ نمی‌دهند. دانشجویان تاریخچه فردی و ویژگی‌ها و سبک‌های شخصیتی تعیین‌کننده پاسخ به استرس را همراه با خود می‌آورند. یکی از ویژگی‌های شخصیتی کمال‌گرایی است. شواهد تحقیقاتی وجود دارد مبنی بر اینکه کمال‌گرایی با خودکشی (اس. یو. پارک^۲ و کیم^۳، ۲۰۱۸) و افسردگی (چای و همکاران، ۲۰۲۰) در ارتباط است.

دانشجویانی که شدیداً کمال‌گرا هستند، اگر در یک فضای رقابتی قرار بگیرند، ممکن است نتوانند عملکرد "عالی" خود را حفظ کنند، در

1. Handin
2. S.-U. Park
3. Kim



نتیجه این امر احتمالاً باعث پریشانی و افکار و رفتار خودکشی شود. این احتمال بسیار زیاد است زیرا همسالان آنها در دبیرستان به احتمال زیاد به اندازه همسالانشان در دانشگاه از توانایی بالایی برخوردار نبوده اند. در حالی که در دبیرستان، آنها ممتاز بوده‌اند در حال حاضر در میان دانشجویان، آنها فقط یکی از آن بسیاری دانشجوی ممتاز هستند (لمیس و لستر، ۲۰۱۱).

کپی برداری^۱ از خودکشی

به این دلیل که مشاهده شده، گاهی خودکشی‌ها در یک مکان و/یا زمان جمع می‌شوند، این پیشنهاد مطرح گردیده است که این خوشه‌ها به دلیل یادگیری اجتماعی رفتارهای مرتبط با خودکشی یا "کپی برداری از خودکشی" ایجاد شده‌اند. خوشه‌های نقطه ای خوشه‌هایی از خودکشی هستند که در زمان و مکان خاصی اتفاق می‌افتند و به یادگیری اجتماعی مستقیم فرد از افراد نزدیک خود نسبت داده شده است. خوشه‌های توده ای خوشه‌هایی از خودکشی هستند که در زمان خاصی قرار دارند اما در مکان

1. Copy cat

خاصی نیستند و به انتشار اطلاعات مربوط به خودکشی افراد مشهور از طریق رسانه‌های جمعی نسبت داده شده است (مسودی، ۲۰۰۹).

در برخی مطالعات نشان داده شده داستانهایی تخیلی درباره خودکشی در فیلم و تلویزیون (به عنوان مثال، رسانه‌ها)، البته نه همیشه (به عنوان مثال گولد و شافر، ۱۹۸۶؛ به نقل از چسین^۲، ۲۰۲۰) با افزایش اقدام به خودکشی و افکار خودکشی در میان افراد دانشگاهی و سایر اعضای جامعه همراه است (گولد، ۲۰۰۱). با این حال، برخی تحقیقات نیز نشان داده در میان بزرگسالان دانشگاهی، قرار گرفتن در معرض داستان‌های تخیلی در مورد خودکشی با کاهش انگ و افزایش دانش فرد در مورد خودکشی همراه است، که به عنوان درک عوامل خطر برای اقدام به خودکشی تعریف شده است (بیوتریس^۳ و همکاران، ۲۰۰۴).

1. Mesoudi
2. Chesin
3. Beautrais



عوامل بین فردی

در طول تاریخ، خودکشی با زمینه‌های اجتماعی، رابطه تنگاتنگی داشته است. نقش عوامل اجتماعی و بین‌فردی خودکشی در ادبیات، از یونان باستان تا شکسپیر و همچنین در فیلم‌های مدرن مشهود است. خودکشی به عنوان یک عمل نوع دوستانه^۱ (به عنوان مثال، منوئکوس^۲ خود را برای نجات کشورش کشت)، پاسخی به شرم (به عنوان مثال، آژاکس از روی شرم خود را کشت)، پاسخی به از دست دادن یک عشق از دست رفته (به عنوان مثال، رومئو و ژولیت) و پاسخی به اختلافات بین فردی (به عنوان مثال، مرگ نیل در فیلم انجمن شاعران مرده) مورد توجه بوده است. در این فصل، نظریه‌های اصلی خودکشی را که بر عوامل بین‌فردی تأکید دارند خلاصه می‌کنیم.

چرا بر عوامل بین فردی تمرکز می‌کنیم؟ یکی از دلایل این امر این است که آنها نشان دهنده عوامل خطر ساز و محافظتی برای دانشجویان هستند. اکثریت دانشجویان در سنین جوانی قرار

1. Altruistic
2. Menoikeus

دارند که به عنوان دوره رشدی بین نوجوانی و بزرگسالی توصیف شده است که نسبتاً مستقل از نقش‌های اجتماعی و انتظارات هنجاری است. آنان با فرصت‌ها و چالش‌های اجتماعی که با سرعت در حال تغییر است، مانند استقلال از والدین و ثبات و صمیمیت در روابط اجتماعی و عاشقانه روبرو هستند (آرنت، ۲۰۰۰؛ کوهن^۲، ۲۰۰۳). پاسخ دانشجویان به این فرصت‌ها و چالش‌ها ممکن است در تعیین خطر خودکشی آنها بسیار مهم باشد.

مدل دلبستگی

نظریه دلبستگی به تشکیل پیوندهای بین فردی مربوط می‌شود. دلبستگی به پیوند عاطفی بین دو فرد اشاره دارد. اولین رابطه دلبستگی، بین فرد و مراقب اصلی او ایجاد می‌شود (اینسورث^۳، ۱۹۶۹). رفتار دلبستگی به عنوان یک سیستم رفتاری اساسی تلقی می‌شود که برای نزدیک نگه داشتن فرد به مراقبین یا در مراحل بعدی زندگی، با افرادی که فرد با آنها رابطه عاطفی دارد، طراحی شده است (اینسورث،

1. Arnett
2. Cohen
3. Ainsworth



۱۹۸۹). الگوهای دلبستگی به چند دسته تقسیم می‌شوند. از بین آنها، دلبستگی ایمن هم سالم‌ترین و سازگارترین سبک است و هم رایج‌ترین. سبک‌های باقیمانده ناایمن هستند و ناسازگار در نظر گرفته می‌شوند: مضطرب-اجتنابی (یا اجتنابی)، مضطرب-دوسوگرا (مبهم یا مقاوم)، سازمان نیافته^۱.

تحقیقات اولیه گزارش داده‌اند که دانشجویان غیر خودکشی‌گرا دلبستگی، اعتماد و ارتباط بیشتری با والدین و همچنین دلبستگی و ارتباط بیشتری با همسالان و بیگانگی کمتر نسبت به والدین و همسالان را در مقایسه با دانشجویانی که ایده پردازی خودکشی متوسط تا زیاد داشتند، نشان داده‌اند. به همین ترتیب، دیونگ (۱۹۹۲) گزارش داد که دانشجویان با سابقه افکار خودکشی جدی یا اقدام به خودکشی، دلبستگی ایمن پایین‌تری به والدین را نسبت به افراد غیر خودکشی‌گرا داشته‌اند. با توجه به ماهیت مقطعی یا گذشته‌نگر مطالعات، دلبستگی ناایمن به عنوان عامل ایجاد کننده رفتار خودکشی‌گرا ثابت نشده است. اخیراً یک مطالعه نشان داده است که بین افکار خودکشی، سبک دلبستگی

1. Disorganized

ناایمن اجتنابی، سبک دلبستگی ایمن و سبک دلبستگی ناایمن مضطرب/دوسوگرا، جنسیت، وضعیت ارتباطی و روان رنجوری رابطه معناداری وجود دارد. علاوه بر این، سبک‌های دلبستگی نقش تعدیل کننده‌ای در رابطه بین روان رنجوری و افکار خودکشی داشته‌اند. با اینکه یافته‌ها نشان می‌دهد که بین رفتارهای خودکشی گرا و الگوهای دلبستگی ناایمن ارتباط وجود دارد، اما تحقیقات بیشتری لازم است تا درک ما را از روابط زمانی بین دلبستگی و خودکشی در دانشجویان آگاه سازد (خسروی و کسائی‌ان، ۲۰۲۰).



نظریه زیستی اجتماعی اختلال شخصیت مرزی

نظریه دیگر در مورد منشأ رفتارهای خودکشی توسط لینهان^۱ (۱۹۹۳)؛ همچنین به کرول^۲، بوکاین^۳ و لینهان، (۲۰۰۹) مراجعه کنید) با عنوان نظریه زیستی اجتماعی اختلال شخصیت مرزی (BPD) مطرح شده است. با توجه به میزان بالای خودکشی و رفتارهای خودکشی‌گرای غیرکشنده در بین افرادی که ملاک‌های اختلال شخصیت مرزی را پر می‌کنند، جای تعجب نیست که نظریه ای در مورد BPD به خوبی به درک مفهوم خودکشی و رفتارهای خودکشی‌گرا کمک کند. نظریه زیستی اجتماعی معتقد است که BPD به تدریج توسعه می‌یابد و عمدتاً شامل نقص در تنظیم هیجان است. ناتوانی در تنظیم پاسخ‌های هیجانی از ترکیب یک استعداد زیست‌شناختی برای آسیب‌پذیری هیجانی و بی‌اعتبارساز بودن محیط اجتماعی

1. Linehan
2. Crowell
3. Beauchaine

ناشی می‌شود. این محیط، محیطی است که در آن کودکان می‌آموزند که واکنش‌ها و باورهای هیجانی آنها اشتباه یا نامناسب است (به عنوان مثال، واکنش‌ها بیش از حد هستند)، احساسات توسط بزرگسالان و مراقبان فرد کنار گذاشته می‌شود، انگیزه‌های کودک اشتباه تفسیر می‌شود و عبارات عاطفی نادیده گرفته شده یا مجازات می‌شوند (هارند، بانوان، و لینچ، ۲۰۰۶). در کودکی که از نظر هیجانی آسیب پذیر است، نقصی در تنظیم هیجان ایجاد می‌شود که از طریق طغیان‌های شدید هیجانی (که به نظر می‌رسد برای برانگیختن واکنش‌های مناسب از سوی دیگران، برای فرد ضرورت پیدا کرده است)، عدم کنترل برانگیختگی هیجانی و ناتوانی در تحمل احساسات ناراحت کننده خود را نشان می‌دهند. این موضوع در نهایت منجر به مشکلات بین فردی، رفتارهای تکانشی، اغلب خودآسیب رسانی و اقدام به خودکشی می‌شود. مدل زیستی اجتماعی ماهیتی تعاملی دارد. در این چارچوب آسیب پذیری زیربنایی برای



رفتارهای خودکشی ناشی از نقص در تنظیم هیجان همراه با محیط اجتماعی بی اعتبار ساز است. تعارضات بین فردی و عوامل استرس زا به طور معمول محرک هایی هستند که منجر به خودکشی و اقدام به خودکشی در بین افرادی که دارای این آسیب پذیری هستند، می شوند.

در حالی که اطلاعات کمی در مورد رابطه صریح بین محیط های خانوادگی بی اعتبار ساز و رفتارهای خودکشی گرای بعدی وجود دارد، مجموعه ای از شواهد تحقیقاتی نشان می دهد که انسجام^۱ ضعیف خانواده ممکن است نشان دهنده سطوح بالاتری از افکار و رفتارهای خودکشی باشد. محققان همبستگی منفی بین انسجام خانواده و افکار خودکشی را نشان داده اند (ژانگ و جین، ۱۹۹۶). سطوح بالاتر انسجام و حمایت خانواده با سطوح پایین تر افکار خودکشی و افسردگی همراه بوده است و همچنین داشتن حمایت خانوادگی قوی با تجربیات کمتری از افکار خودکشی و افسردگی مرتبط است (هریس^۲

1. Cohesion

2. Harris

و مولاک^۱، (۲۰۰۰).
برخی تحقیقات نیز نشان داده‌اند که
کسانی که انسجام خانوادگی بالاتر و افکار
سازگارانۀ تری دارند، نقشه خودکشی کمتری
داشته‌اند (وانگ^۲، ۲۰۲۰). همچنین گزارش
شده است که حمایت اجتماعی ضعیف،
بدتنظیمی هیجانی، علائم افسردگی و درگیری
پدر و فرزند هر کدام به طور مستقل با ایده
خودکشی مرتبط بوده‌اند (آریا و همکاران،
۲۰۰۹).

1. Molock
2. Wang



نظریه بین فردی- روانشناختی خودکشی

نظریه بین فردی-روانشناختی^۱ پیشنهاد می‌کند که خودکشی مستلزم (۱) تمایل به مرگ و (۲) توانایی خودآسیب‌رسانی‌کننده است. خودکشی هم به آرزوی مرگ و هم به توانایی غلبه بر انگیزه غریزی انسان برای زندگی، نیاز دارد.

تمایل به مرگ شامل دو جزء بین فردی ادراک اضافی بودن^۲ و تعلق‌پذیری خنثی شده^۳ است. در ادراک اضافی بودن فرد اینگونه تصور می‌کند که زندگی او به کسانی که با آنها در ارتباط است یا به طور کلی بر جامعه مشکلی را تحمیل می‌کند. این مفهوم ریشه در توصیف دورکیم از خودکشی نوع دوستانه دارد. ادراک اضافی بودن (به عنوان مثال، "من باعث می‌شوم مشکلاتی بیشتر از ارزش خودم ایجاد کنم") آنها را به این نتیجه می‌رساند که مرگشان به نفع

1. Interpersonal-Psychological Theory
2. Perceived burdensomeness
3. Thwarted belongingness

دیگران خواهد بود (به عنوان مثال، " آنها بدون من وضعیت بهتری خواهند داشت").

تعلق پذیری خنثی شده، از نظر مفهومی شبیه به حمایت اجتماعی پایین یا شکست در ادغام شدن با اجتماع است. در واقع این حس که در زندگی، خانواده، محل کار یا جامعه فرد مناسبی نیست یا جایی ندارد. تعلق پذیری خنثی شده ریشه در توصیف دورکیم (۱۹۵۲/۱۸۹۷) از خودکشی آنومیک^۱ یا خودکشی ناشی از عدم تعلق دارد. نظریه بین فردی- روانشناختی پیشنهاد می‌کند که اگر انگیزه اساسی انسان برای تعلق خاطر خنثی شود، نتیجه این خواهد شد که زندگی بی ارزش است. توجه به این نکته ضروری است که مطابق نظریه بین فردی-روانشناختی، میل به مرگ فقط در نقطه تلاقی این دو ادراک وجود دارد. احساس اضافی بودن و تعلق پذیری خنثی شده، به صورت جداگانه لازم است اما برای ایجاد تمایل به مرگ کافی نیست.

توانایی اکتسابی برای اعمال خودآسیب رسانی کشنده به فرد اجازه می‌دهد تا بر اساس تمایل به مرگ عمل کند. در واقع می‌توان آن را نوعی دروازه ورود تلقی کرد.

1. anomic



جایی که ظرفیت خودآسیب رسانی کشنده وجود دارد، تمایل به مرگ ممکن است منجر به خودکشی شود، اما تا زمانی که ظرفیت خودآسیب رسانی کشنده اکتساب نشود، فردی که تمایل به مرگ دارد نمی‌تواند این خواسته را برآورده کند (اگرچه ممکن است تلاش کند). این جزء از نظریه فرض می‌کند که توانایی خودکشی ظرفیت طبیعی انسان نیست. در عوض، باید از طریق قرار گرفتن در معرض رنج، خودآسیب رسانی یا خشونت به دست آید. این اکتساب، نیاز به زمان و تکرار دارد تا میل غریزی صیانت ذات از بین برود.

قطع ارتباط اجتماعی. تعلق پذیری خنثی شده به طرق مختلف، از جمله عدم وجود حمایت اجتماعی، محرومیت اجتماعی، بیگانگی و تعداد دوستی‌های نزدیک عملیاتی شده است. برخی تحقیقات نشان داده‌اند قطع ارتباط با دیگران، افسردگی خودگزارش شده، رویدادهای استرس‌زای انباشت شده، مشکلات خواب و احساس ناامیدی ارتباط قابل توجهی با افزایش

خطر خودکشی دارند. دلایل زندگی و امید، اثرات محافظتی قابل توجهی به همراه داشته‌اند (لی^۱ و همکاران، ۲۰۲۰).

علاوه بر این برخی تحقیقات (مک کلای^۲ و همکاران، ۲۰۲۰) نشان داده‌اند افشای اقدام به خودکشی با حمایت اجتماعی بالاتر همراه بوده که این مهم با عوامل خطر خودکشی کمتر مرتبط است. می‌توان گفت که در زمینه درمانی، در نظر گرفتن حمایت اجتماعی هنگام بحث در مورد افشای اقدام به خودکشی مهم است. مطالعه دیگری (لمیس و همکاران^۳، ۲۰۱۶) نیز نشان داد دانشجویانی که دارای سطح بالایی از حمایت اجتماعی هستند ارتباط بین علائم افسردگی و ناامیدی کاهش یافته است که این منجر به تضعیف ارتباطات غیر مستقیم بین علائم افسردگی و افکار خودکشی از طریق ناامیدی شده است.

چندین مطالعه ادراک اضافی بودن در ارتباط با خودکشی یا رفتارهای خودکشی در دانشجویان را بررسی نموده‌اند. در یک

1. Li
2. McClay
3. Dvorak



مطالعه نشان دادند که ادراک اضافی بودن به طور قابل توجهی افکار خودکشی را پیش بینی می‌کند، حتی با در نظر گرفتن افسردگی و متغیرهای جمعیت شناختی (ون آردن و همکاران، ۲۰۰۸).

همچنین در زمینه تعلق پذیری خنثی شده، یک مطالعه (بچرا^۱ و همکاران^۲، ۲۰۲۰) تعامل سه جانبه بین احساس اضافی بودن، تعلق‌پذیری خنثی شده و عدم ترس از مرگ را با رفتارهای خودکشی بررسی نمود که پس از کنترل جنسیت و علائم افسردگی، نتایج نشان داد که یک تعامل سه جانبه قابل توجه وجود دارد.

1. Becker
2. Luebbe

مدلهای چند متغیره احتمالی خودکشی

علاوه بر نظریه‌های گسترده در مورد خودکشی، در نظر گرفتن مدل‌های چند متغیره احتمالی خودکشی نیز مهم است. این مدل‌ها معتقدند که صرف نظر از جهت گیری نظری، برخی از ویژگی‌های یک جمعیت با نرخ بالاتری از خودکشی و رفتارهای خودکشی‌گرا همراه است. این عوامل خطر ساز، که دامنه‌های مختلفی را شامل می‌شوند و دارای سطوح مختلف تأثیر بر خودکشی و رفتارهای خودکشی‌گرا هستند، ممکن است برای سنجش عمومی سطح خطر افراد استفاده شوند. آنها شامل ویژگی‌های جمعیت شناختی، سابقه سلامت روانی فعلی و گذشته، سابقه اقدام یا رفتارهای خودکشی، سابقه خانوادگی رفتارهای خودکشی‌گرا یا مشکلات سلامت روانی و احساس ناامیدی و برخی دیگر از این موارد هستند. چندین عامل بین فردی نیز وجود دارد که مهم است در این چارچوب مورد توجه قرار گیرد:



مهارت‌های حل مسئله اجتماعی، کمال‌گرایی جامعه‌مدار، وابستگی بین فردی. این مسائل می‌تواند تأثیرات مستقیم و غیر مستقیم بر رفتارهای خودکشی‌گرا داشته باشد.

مدل حل مسئله

مدل حل مسئله گاهی اوقات به دو بعد تقسیم می‌شود: جهت‌گیری نسبت به مسئله^۱ و حل مساله مناسب^۲. جهت‌گیری نسبت به مسئله به طرز فکر اساسی فرد اشاره دارد که آیا رویدادهای استرس‌زا را مشکلاتی می‌داند که قابل حل هستند و اینکه آیا به طور کلی به توانایی حل مسئله خود اعتماد می‌کند. حل مسئله مناسب به استفاده فرد از مهارت‌های حل مسئله، از جمله تعریف مسئله، ایجاد راه حل، تصمیم‌گیری و اجرای راه‌حل‌ها اشاره دارد. یافته‌های یک مطالعه (فازاکاس و همکاران، ۲۰۱۷) نشان داد که فقط تحریف‌های شناختی تأثیر مستقیمی بر افکار خودکشی دارند، در حالی که نقص‌های شناختی (نقص در حل

1. Problem orientation
2. problem-solving proper

مسئله، اجتناب از حل مسئله و انعطاف ناپذیری شناختی) ممکن است از طریق رابطه متقابل با تحریف‌های شناختی، تأثیر خود را بر فکر خودکشی اعمال کنند. یافته‌های این مطالعه اهمیت تحریف‌ها و نقص‌های شناختی را برای درک خودکشی نشان می‌دهد، که ممکن است برای تلاش‌ها و درمان‌های پیشگیرانه نتیجه بخش باشد.

همچنین نشان داده شده است که فراتر از تنهایی، در نظر گرفتن نقش فرآیندهای حل مشکلات اجتماعی، به‌ویژه جهت‌گیری ناکارآمد نسبت به مسئله، در پیش‌بینی علائم هیجانی منفی کمک کننده است. بر اساس این یافته‌ها، به نظر می‌رسد که نه تنها کاهش تنهایی، بلکه کاهش جهت‌گیری ناکارآمد نسبت به مسئله در بزرگسالان نیز در تلاش برای خنثی سازی علائم هیجانی منفی، مفید است (چانگ و همکاران، ۲۰۲۰).



کمال گرایی جامعه مدار

کمال گرایی جامعه مدار، بخش درونی انگیزه بین فردی کمال گرایی^۲ است که بر اساس نیاز به برآوردن استانداردهای واقعی یا درک شده دیگران عمل می‌کند. می‌توان آن را نیاز به جلب و حفظ تأیید دیگران با این توجیه که دیگران انتظار کمال دارند تعریف کرد (راندلس و همکاران، ۲۰۱۰). این را نباید با کمال گرایی خودمدار^۳، که از درون فرد نشأت می‌گیرد و ساختاری بین فردی نیست، اشتباه گرفت (هویت، فلت و وبر، ۱۹۹۴). شکست مکرر در برآورده ساختن انتظارات زیاد دیگران ممکن است منجر به سرزنش خود، هیجانات منفی و در نهایت رفتارهای خودکشی‌گرا شود. نکته قابل توجه این است که کمال‌گرایی معمولاً در جوانان با استعداد فکری دیده می‌شود و بنابراین ممکن است در بین دانشجویان بیش از حد نمایان شود (هویت و همکاران، ۱۹۹۴).

تحقیقات، کمال‌گرایی را با افزایش افکار خودکشی مرتبط کرده‌اند، (همانطور که در بخش تعامل شخصیت و محیط نیز بیان شد) اگرچه در مورد

1. Socially-prescribed perfectionism
2. Intrapyschic interpersonal motivation
3. Self-oriented perfectionism

مکانیسم‌هایی که این رابطه را توضیح می‌دهند اطلاعات کمی در دست است. مطالعات ارتباط بین کمال‌گرایی جامعه‌مدار و ایده خودکشی را در بین دانشجویان نشان داده است (به عنوان مثال، هویت و همکاران، ۲۰۰۴). برخی از پژوهش‌ها همچنین گزارش کرده‌اند که کمال‌گرایی جامعه‌مدار، پس از کنترل ناامیدی، علائم افسردگی و عوامل جمعیت شناختی، پیش‌بینی کننده قابل توجهی برای افکار خودکشی بود. برخی دیگر نتوانسته‌اند ارتباط مقطعی یا طولی بین کمال‌گرایی بین فردی و رفتارهای خودکشی در دانشجویان پیدا کنند (به عنوان مثال، انز و همکاران ۲۰۰۱؛ همیلتون و شوایتزر، ۲۰۰۰). ممکن است تعداد کمی از این یافته‌ها ناشی از رویکردهای مختلف اندازه‌گیری کمال‌گرایی در مقایسه با معیارهای کمال‌گرایی اجتماعی باشند که بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرد. علاوه بر این مطالعه‌ای (رابینسون^۱ و همکاران، ۲۰۲۱) که اخیراً در جمعیت بزرگسال انجام شده، نشان داده است که خودنمایی کمال‌گرایانه، کمال‌گرایی جامعه‌مدار و کمال‌گرایی خودمدار با افکار خودکشی، ناامیدی عمومی و ناامیدی بین فردی ارتباط مثبت داشتند.

1. Robinson



وابستگی بین فردی و اجتماع مداری

افرادی که دارای روابط بین فردی ناکارآمد هستند در معرض خطر رفتارهای خودکشی قرار می‌گیرند. وابستگی بین فردی^۱، به عنوان یک ویژگی شخصیتی، ممکن است در این روابط نقش داشته باشد. وابستگی بین فردی به نیاز به ارتباط نزدیک، تعامل و تکیه بر دیگران مهم اشاره دارد (هیرشفلد و همکاران، ۱۹۷۷). این نظریه به مفهوم سازی وابستگی از سوی بلات، دافلیتی و کوئینلان (۱۹۷۶) و مفهوم سازی اجتماع مداری^۲ از نظر بک (۱۹۸۳) که به تمایل به مراقبت، ترس از رها شدن و وابستگی به بازخورد اجتماعی برای رضایت و حمایت می‌پردازند، شبیه است. هنگامی که افراد دارای سطح بالای وابستگی بین فردی هستند و سطوح کافی از حمایت اجتماعی را درک نمی‌کنند، ممکن است در معرض خطر بیشتری برای رفتارهای خودکشی قرار بگیرند (فازا^۳ و پیج^۴، ۲۰۰۹).

1. Interpersonal dependency
2. sociotropy
3. Fazaa
4. Page

فصل دوم

عوامل محافظت کننده



Creating hope
through action

با عمل، امید بسازیم

تعریف و اهمیت عوامل محافظت کننده

در صفحه اصلی وب سایت مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (۲۰۱۰)، عبارت عوامل محافظت‌کننده بدین شکل تعریف شده است: "عواملی که افراد را از افکار و رفتارهای خودکشی باز می‌دارد". عوامل محافظت‌کننده شامل دسترسی به کمک، حمایت اجتماعی، مهارت‌های حل مسئله و مهارت در برخورد با تعارضات بین فردی است. به طور کلی، توجه به عوامل محافظتی به دلایل مختلف بسیار مهم است:

۱. در حالی که شناسایی عوامل خطر ساز مهم است، شناسایی عوامل محافظت‌کننده به ما این امکان را می‌دهد که در مورد خودکشی موضع فعالانه‌تری داشته باشیم.
۲. عوامل محافظت‌کننده ممکن است تأثیر طولانی مدت‌تر و بر تعداد بیشتری از افراد داشته باشد.
۳. عوامل محافظت‌کننده ممکن است هم برای پیشگیری و هم پیگیری کاربرد داشته باشند. به این معنا که استفاده از عوامل محافظت



کننده ممکن است به ما در برنامه‌ریزی دقیق‌تر برنامه‌های پیشگیری و پیگیری برای افرادی که به طور بالقوه تحت تاثیر خودکشی قرار گرفته‌اند کمک کند.

عوامل محافظت کننده اجتماعی و خانوادگی

حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی یکی از عوامل موثر در حفاظت افراد از خودکشی است. از زمانی که دورکیم برای اولین بار نظریه یکپارچه سازی اجتماعی خود را منتشر کرد، محققان علوم اجتماعی به قدرت روابط بین فردی برای محافظت از افراد در برابر استرس‌های زندگی، بیماری‌های روانی و به طور خاص خودکشی علاقه مند شدند (برکمن^۱ و همکاران، ۲۰۰۰). حمایت اجتماعی، احساس تعلق فرد، وجود روابط مهم با فرد دیگر و درک اینکه این رابطه برای همه طرف‌های درگیر معنی دار

1. Berkman

است تعریف می‌شود.

حتی برای دانشجویانی که دارای شبکه‌های حمایتی قوی در دوران کودکی هستند، حضور در دانشگاه می‌تواند به طور بالقوه منجر به اختلال عمده در سیستم‌های حمایتی اجتماعی قبلی شود و این رویدادهای مهم زندگی می‌تواند به صورت بالقوه خطر خودکشی را افزایش دهد. این جوانان باید به طور مکرر از وابستگی عاطفی و مادی به خانواده و دیگر روابط دیرینه همسالان و اجتماع به شیوه‌ای مستقل به گروه بزرگتری حرکت کنند. این تغییرات ممکن است مخصوصاً برای دانشجویانی که فاقد سیستم‌های حمایتی قوی و مطمئن هستند دشوار باشد. در نتیجه، این گروه از افراد ممکن است فرصت کافی برای ایجاد عزت نفس و سازوکارهای مقابله‌ای لازم، که برای مدیریت عوامل استرس‌زا در گذار به دانشگاه و چالش‌های مربوط به آن لازم است را نداشته باشند (لمیس و لستر، ۲۰۱۱).

همانطور که درباره ارزش محافظت‌کننده روابط اجتماعی خاص صحبت می‌کنیم، توجه به این نکته ضروری است که ممکن است درک و رضایت افراد از روابط بین فردی مهمتر از حضور در این روابط باشد.



خانواده

تغییر از وابستگی به خانواده به خوداتکایی، برای برخی از افراد می‌تواند به طور بالقوه به معنی چالش اضافی باشد. حتی اگر برخی از دانشجویان در دوران تحصیل خود از خانواده دور شوند، حمایت خانواده همچنان عامل مهمی در پیشگیری از خودکشی باقی می‌ماند. همانطور که قبلاً نشان داده شد، روابط مثبت و احساسی والدین و فرزندان که از اوایل زندگی شروع می‌شود بسیار مهم هستند. آنها فرد را قادر می‌سازند تا مکانیزم‌های مقابله‌ای فردی را برای مقاومت در برابر استرس‌های آینده گسترش دهند و ابزارهای عاطفی لازم را برای روابط اجتماعی مثبت و متقابل فرد فراهم می‌کند که می‌تواند به طور مستقیم و غیر مستقیم استرس را کاهش دهد (بالبی، ۱۹۶۹).

نوع روابط و عملکرد فعلی خانواده نیز برای کاهش خطر خودکشی در بزرگسالان بسیار مهم است. طیف گسترده‌ای از جنبه‌های حمایت و ارتباطات خانواده می‌تواند به محافظت از بزرگسالان جوان در برابر افکار، قصد و تلاش برای خودکشی کمک کند. با این حال، حمایت عاطفی

یا درک فرد از ارتباط عاطفی و احساس عشق، مراقبت و ابراز محبت از طرف اعضای خانواده، به طور مداوم مهمترین عامل محافظت کننده روابط خانوادگی است (لمیس و لستر، ۲۰۱۱).

همسالان

حمایت اجتماعی همسالان شامل مشارکت اجتماعی و حمایت از دوستی‌ها و روابط عاشقانه است و یکی دیگر از عوامل مهم محافظت کننده اجتماعی است (آریا و همکاران، ۲۰۰۹؛ شاراف^۱ و همکاران، ۲۰۰۹). سام کوکران، مدیر خدمات مشاوره در دانشگاه آیووا، معتقد است که روابط همسالان در واقع مهمترین روابط محافظت کننده برای دانشجویان است. به طور خاص، به نظر می‌رسد که سیستم‌های حمایتی خانواده مهمترین عامل محافظتی برای نوجوانان هستند (کید^۲ و همکاران، ۲۰۰۶). با این حال، تجربه دانشگاه، معمولاً باعث کاهش قابل توجه حمایت اجتماعی مداوم خانواده می‌شود و مستلزم تغییر به سمت اتکای بیشتر به خود و حمایت همسالان است. همانطور که در ادبیات حمایت خانواده عنوان

1. Sharaf
2. Kidd



شد هر دو جنبه اجتماعی/ شبکه روابط بین فردی با کیفیت بالا و نزدیک، جنبه‌های مهم حمایت اجتماعی همسالان هستند. ادبیات تحقیقی نشان می‌دهد که رضایت فرد از کیفیت رابطه بسیار مهم است.

حمایت اجتماعی همسالان علاوه بر ارزش حمایتی مستقیم، ممکن است به عنوان یک عامل بالقوه مهم در مداخله باشد. نوجوانان و جوانان ممکن است افکار و قصد خودکشی خود را به همسالانشان بگویند. اگرچه به نظر نمی‌رسد که این اشتراک‌گذاری در واقع به اقدام به خودکشی مربوط باشد، اما دانشجویان به طور قابل توجهی بیشتر به همسالان خود نسبت به اساتید یا کارکنان دانشگاه اعتماد می‌کنند. بنابراین، آموزش همسالان در مورد خطرات خودکشی و علائم هشداردهنده، روش‌های مداخله و وجود خدمات بهداشت روانی در جامعه برای کاهش خطر خودکشی ضروری است.

اساتید، کارکنان دانشگاه و سایر بزرگسالان

با توجه به نقشی که حمایت اجتماعی و ارتباطات بین فردی در کاهش افکار، قصد و تلاش برای خودکشی ایفا می‌کند، به نظر می‌رسد که اعضای هیئت علمی و کارکنان دانشگاه و سایر شخصیت‌های بزرگسال و مربی در جامعه (به عنوان مثال، گروه‌های مذهبی) نقش مهمی را ایفا می‌کنند و درک جوانان ممکن است احتمال خودکشی را کاهش دهد (لمیس و لستر، ۲۰۱۱).

دلایل زندگی

به نظر می‌رسد در جمعیت دانشجویان، مهمترین دلایل زندگی، باورهای بقا و مقابله، نگرانی‌های مربوط به دانشگاه و آینده، مسئولیت در قبال دوستان و خانواده، ترس از خودکشی و ترس از عدم تایید اجتماعی باشد. مدل یکپارچه انگیزشی - ارادی خودکشی پیشنهاد می‌کند که احساس به دام افتادگی^۱ نقش کلیدی در گسترش افکار خودکشی دارد. در همین راستا و با توجه به مفهوم دلایل

1. Entrapment



زندگی نشان داده شده است که دلایل زندگی و معنای زندگی بر رابطه بین احساس به دام افتادگی و افکار خودکشی، به ویژه در صورت وجود معنای زندگی و بالا بودن دلایل زندگی، محافظت کننده هستند. همچنین نشان داده شده است که اگر دلایل زندگی کم‌تر باشد معنای زندگی ارزش محافظت کننده کمتری در مورد شدت افکار خودکشی دارند (موسکاردینی^۱ و همکاران، ۲۰۲۱).

عوامل محافظت کننده فردی

عوامل فردی مختلفی به عنوان ویژگی‌هایی که می‌توانند به طور بالقوه از دانشجویان در برابر خودکشی محافظت کنند شناخته شده‌اند. در این میان، قدرت محافظت کنندگی عزت نفس، مهارت حل مسئله و باورهای معنوی/مذهبی دانشجویان بیشتر مورد بحث و بررسی قرار گرفته است.

عزت نفس و منبع کنترل

از میان همه ابعاد فردی که از دانشجویان در برابر خودکشی محافظت می‌کند تأثیر عزت نفس دانشجویان قوی‌ترین پایه تجربی را دارد. مطالعات متعدد اثبات کرده است عزت نفس مثبت و سطح بالای اعتماد به نفس با کاهش افکار و اقدام به خودکشی همراه است و همچنین عدم وجود عزت نفس با گرایش به خودکشی رابطه مثبت دارد (وای، پارک، ۲۰۱۷؛ شاراف، تامپسون و والش، ۲۰۰۹). علاوه بر این، دانشجویانی که احساس می‌کنند بر جهان پیرامون خود و دیگران تأثیر می‌گذارند، بیشتر



از دانشجویانی که این کار را انجام نمی دهند، در برابر خودکشی محافظت می شوند. اجازه دادن و تشویق دانشجویان به داشتن تجربیاتی که احساس کنترل خود را در آنها تقویت می کند و این فرصت را برای دانشجویان فراهم می کند تا شاهد تأثیرات فردی خود باشند، می تواند عزت نفس آنها را رشد دهد، که به نوبه خود می تواند به کاهش رفتارهای خودکشی کمک کند (لمیس و لستر، ۲۰۱۱).

مهارت‌های حل مسئله

تشویق دانشجویان به تفکر در مورد مشکلات و در نظر گرفتن تصویر کلی یا محدوده وسیع تر یک مشکل (قبل از اقدام) سودمندتر از تکیه بر واکنش فوری است، به ویژه هنگامی که مسئله اقدام به خودکشی در میان باشد. مشکلات و عوامل استرس زای زندگی روزمره دانشگاه اجتناب‌ناپذیر است. کمک به دانشجویان برای توسعه روش‌های سالم و مثبت در ارتباط با مشکلات و درک آنها، نه تنها خطر خودکشی آنها را کاهش می دهد، بلکه به سلامت روانی آنها نیز کمک می کند.

موقعیت تکاملی منحصر به فرد دانشجویان نیز مهم است: بسیاری از آنها برای اولین بار حمایت و راهنمایی والدین را ازدست داده‌اند. این احتمال وجود دارد که دانشجویان در طول سالهای دانشگاه بتوانند رویکرد خود را برای رسیدگی و حل مسائل تصحیح و متکی بر خود شوند، حوزه‌ای که در آن متخصصانی که با دانشجویان کار می‌کنند می‌توانند پشتیبانی و راهنمایی‌های لازم را ارائه دهند (لمیس و لستر، ۲۰۱۱). در تحقیقات اخیر نیز، افزایش اعتماد دانشجویان به مهارت‌های حل مسئله به عنوان عامل محافظت کننده در برابر رفتارهای خودکشی گرا مورد توجه قرار گرفته است (تیتوس، ۲۰۱۹).

مذهب و معنویت

از داده‌های موجود می‌توان استنباط کرد که وجود درجاتی از اعتقادات مذهبی ممکن است تا حدی دانشجویان را از رفتارهای خودکشی محافظت کند (بورلاکا، هنگ و همکاران، ۲۰۲۰). برای بالینگران مناسب است که همیشه ارزشهای فرهنگی و مذهبی مراجع را در طول



درمان ارزیابی کنند، انجام این کار ممکن است اطلاعات بیشتری در مورد شبکه پیچیده درجه عوامل محافظت کننده از خودکشی در دانشجو ارائه دهد. در زمینه معنویت نیز نشان داده شده است که معنویت پایین با اضطراب و افسردگی بالاتر و رفتارهای خودکشی متعاقب مرتبط بوده است (بورلاکا^۱، کیم^۲ و همکاران، ۲۰۲۰).

خوشبینی

دانشجویانی که نگرش مثبت و خوش بینی عمومی بیشتری نسبت به زندگی داشته‌اند عملکرد بسیار بهتری در دانشگاه نشان می‌دهند. دانشجویانی که سطح بالاتری از خوش بینی دارند میزان پایین‌تری از افکار خودکشی را گزارش می‌کنند. خوش بینی ممکن است یک عامل محافظت کننده برای دانشجویان باشد (چانگ و همکاران، ۲۰۱۸).

با این حال یک مطالعه نشان داد، افراد خوش بین با امید زیاد بیشترین میزان محافظت را در برابر علائم افسردگی داشته‌اند، اما نه در مورد افکار خودکشی. در مقابل، افراد بدبین با امید

1. Burlaka
2. Kim

کم به طور مداوم کمترین میزان محافظت را از
علائم افسردگی و افکار خودکشی نشان داده‌اند
(چانگ و همکاران، ۲۰۱۷).

محدودیت دسترسی به ابزارهای خودکشی

هر چند ابتدایی و منطقی به نظر می‌رسد،
اما محدود کردن دسترسی دانشجویان به وسایل
لازم برای انجام خودکشی می‌تواند تعداد دفعات
اقدام به خودکشی دانشجویان را کاهش دهد.
به ویژه در مورد وسایل کشنده اگر دانشجویان
نتوانند وسایل مناسب برای این کار را بدست
آورند، با موفقیت کمتر خودکشی می‌کنند. (میلر
و همکاران، ۲۰۰۲).

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها

به نظر می‌رسد تمرکز اعضای هیات علمی،
کارکنان و دانشجویان در دانشگاه‌ها بر عوامل
محافظتی و همچنین عوامل خطر ساز بسیار
مهم است. کارکنان امور دانشجویی و دیگران
باید برای فراهم آوردن فرصتهای اجتماعی و
آموزشی خارج از کلاس برای دانشجویان تلاش
کنند تا قابلیت حمایت اجتماعی را برای آنان



افزایش دهند. تشویق کارکنان مراکز مشاوره و دانشگاه برای تمرکز بر دلایل زندگی و نه دلایل تمایل دانشجویان به پایان زندگی، ممکن است به کاهش خطر خودکشی کمک کند. در محیط دانشگاه، عزت نفس و منبع کنترل را می‌توان در بسیاری از مکانها (از جمله در کلاس درس)، در برنامه‌های آموزشی مختلف و از طریق فعالیت‌های فوق برنامه و در خود مشاوره/روان درمانی مورد توجه قرار داد. از نظر مهارت‌های موثر در حل مسئله، می‌توان از انواع برنامه‌های آموزشی در مورد امور دانشجویی و همچنین کارکنان مرکز مشاوره برای کمک به دانشجویان در مورد راهبردهای حل مسئله استفاده کرد. رشد و توسعه معنوی/مذهبی از نظر نقش دانشگاه‌ها بخش پیچیده‌ای است. مهم این است که فرایندی وجود داشته باشد که به موجب آن دانشجویان بتوانند این موضوعات را بررسی کنند. مهمتر از همه، موضوع خودکشی باید در دانشگاه بیشتر مطرح شود. به نظر می‌رسد، کارگاه‌های پیشگیری از خودکشی، پیشگیری موثر در هنگام وقوع خودکشی و خدمات مشاوره‌ای قوی، کلیدهای کاهش این پدیده هستند.

فصل سوم

علائم هشدار دهنده و ارزیابی
خودکشی در دانشجویان



Creating hope
through action

با عمل، امید بسازیم

علائم هشدار دهنده

بیشتر افرادی که دارای عوامل خطر ساز خودکشی هستند خود را نمی‌کشند. درک خطر رفتار خودکشی پیچیده است. مهم است که عوامل خطر ساز را به خاطر بسپارید. با این حال، کسی که علائم هشدار دهنده خودکشی را دارد ممکن است بیشتر در معرض خطر باشد و نیاز به توجه فوری دارد. علائم هشدار دهنده به ترتیب زیر قرار داده شده است:

- صحبت کردن در مورد اینکه تمایل به مرگ دارند یا می‌خواهند خودشان را بکشند
- صحبت در مورد احساس پوچی، ناامیدی یا نداشتن دلیلی برای زندگی
- برنامه‌ریزی یا جستجوی راهی برای خودکشی، مانند جستجوی آنلاین، ذخیره قرص، یا به دست آوردن موارد بالقوه کشنده (به عنوان مثال طناب، سلاح گرم)
- صحبت کردن در مورد گناه یا شرم بزرگ
- صحبت در مورد احساس گیرکردن یا اینکه هیچ راه حلی وجود ندارد
- احساس رنج غیر قابل تحمل جسمی / عاطفی



- صحبت کردن در مورد اینکه برای دیگران بار اضافی هستند.
- مصرف زیاد الکل یا مواد
- اضطراب یا آشفتگی
- ترک جمع خانواده و دوستان
- تغییر عادات غذایی و یا خواب
- نشان دادن خشم یا صحبت در مورد انتقام جویی
- پذیرش خطراتی که می‌تواند منجر به مرگ شود، مانند رانندگی بی پروا
- صحبت یا فکر در مورد مرگ در اغلب اوقات
- نمایش تغییرات شدید خلقی، از حالت بسیار ناراحت کننده به بسیار آرام یا شاد
- بخشش دارایی‌های مهم
- خداحافظی با دوستان و خانواده
- تنظیم وصیت نامه.

ارزیابی خودکشی در دانشجویان: نوآوری‌هایی در پی بردن به افکار و قصد خودکشی

در هر جایی که هستید اولین قانون زندگی این است که هیچ چیز را فاش نکنید و در آنچه می‌گویید بسیار محتاط باشید.

الیزابت استون (۲۰۰۸)
کتاب رابطه داری

بسیاری از دانشجویان، ممکن است زمانی که با مشاور دانشگاه در ارتباط هستند بر طبق گفته بالا عمل کنند، به ویژه هنگامی که در مورد خودکشی از آنها سوال می‌شود. در هنگام پرسش در مورد وجود افکار خودکشی معمولاً با پاسخهای متفاوت و جالبی از جانب دانشجویان روبرو می‌شویم. برخی از دانشجویان، به طرز شگفت‌انگیزی در مورد چنین موضوع تابویی با دیدی باز برخورد می‌کنند، اما سایر دانشجویان ممکن است با کنایه پاسخ دهند. گهگاه زمانی که از دانشجویان برای اولین بار در مورد خودکشی



سوال می‌کنیم به ما پاسخ می‌دهند که "این چه سوالی است که شما می‌پرسید، اگر من به صورت جدی به خودکشی فکر کنم، چرا باید به شما بگویم؟"

در این بخش، دلایلی را که ممکن است دانشجو به واسطه آنها **مردد** باشد که ایده و قصد خودکشی خود را با شما مطرح کند- مانند احساس **شرم** (دوستانم یا مصاحبه کننده فکرمی کنند که من آدم ضعیفی هستم)، ترس (اگر بدانند که چقدر به خودکشی فکر می‌کنم مرا از دانشگاه "اخراج می‌کنند")، یا وجود قصد جدی ("اگر در مورد برنامه هایم برای کشتن خودم بگویم، مانع من خواهند شد)- بررسی می‌کنیم سپس در مورد استراتژی مصاحبه انعطاف پذیر، ارزیابی توالی زمانی رویدادهای خودکشی (رویکرد CASE) (شی، ۱۹۹۸a، ۱۹۹۸b، ۲۰۰۴) صحبت می‌کنیم که ممکن است به ما کمک کند تا به دانشجویان خود کمک کنیم که واضحاً واقعیت را در مورد افکار و قصد خودکشی خود مطرح کنند، موضوعی که اگر عنوان شود ممکن است موجب نجات یک زندگی شود.

قبل از انجام این کار، به منظور درک تمرکز این بخش، مهم است که اجزای تشکیل دهنده ارزیابی

خودکشی را مرور کنید. همانطور که توسط شاون شی توضیح داده شده است، ارزیابی خودکشی از سه جز تشکیل شده است:

(۱) جمع آوری اطلاعات مربوط به عوامل خطر ساز، عوامل محافظتی و هشدار دهنده نشانه‌های خودکشی

(۲) جمع آوری اطلاعات مربوط به افکار، برنامه‌ریزی، رفتارها، تمایل و قصد بیمار برای خودکشی

(۳) رسیدن به یک فرمولاسیون بالینی میزان خطر مبتنی بر دو مورد قبل.

رویکردهای عملی برای ادغام این سه جنبه ارزیابی خودکشی، برای بزرگسالان و نوجوانان به خوبی مشخص شده است. رویکردهای سیستماتیک نوآورانه، مانند ارزیابی مشارکتی و رویکرد مدیریت خودکشی^۱ (CAMS) که توسط دیوید جابز طراحی شده، نیز برای ادغام هر سه کار توسعه یافته است و ضمن ارائه مداخله مشترک، ممکن است به ایجاد پایه و اساس یک پروتکل مبتنی بر شواهد بیشتر برای خودکشی کمک کند.

1. Collaborative Assessment and Management of Suicidality



مشکلات مربوط به شناسایی افکار خودکشی

همه مراجعان در معرض خطر خودکشی، افکار خودکشی را آشکارا بیان نمی کنند. می توان ادعا کرد که بسیاری از دانشجویان خطرناک-کسانی که واقعاً می خواهند بمیرند و هیچ امیدی به رهایی از رنج خود ندارند- ممکن است انگیزه کمی برای انجام این کار داشته باشند. حتی اگر تردید آنها در مورد اقدام به خودکشی به این منجر شود که داوطلبانه با اورژانس اجتماعی تماس بگیرند و یا از مرکز مشاوره دانشگاه کمک بگیرند، ممکن است در مورد افشای افکار و قصد خودکشی خود محتاطانه عمل کنند زیرا بسیاری از آنها هنوز می خواهند بمیرند. چنین دانشجویانی ممکن است تمایل داشته باشند که فقط برخی از افکار خودکشی خود یا اقدامات صورت گرفته در مورد یک برنامه خودکشی خاص را عنوان کنند در حالی که قصد واقعی یا حتی روش انجام آن را پنهان می کنند (مانند خرید قرص). دلایل زیادی وجود دارد که چرا دانشجویانی که با آنها کار می کنیم، حتی اگر

میزان جدیت قصد خودکشی آنها متفاوت باشد، ممکن است در مورد بیان آشکار این افکار، مردد هستند که می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

□ یک دانشجوی بسیار تکانشی ممکن است قبل از تلاش یا اقدام به خودکشی افکار گسترده‌ای نداشته باشد (این ممکن است یکی از دلایل برای بستری شدن دانشجویی باشد که افکار خودکشی را انکار می‌کند اما به طور قابل توجهی با عوامل خطر ساز متعدد تحریک می‌شود و حداقل عوامل محافظت کننده را دارد).

□ دانشجویی که افکار خودکشی شدیدی دارد و در مورد پایان دادن به زندگی خود جدی است اما عمداً افکار خودکشی یا روش خود را عنوان نمی‌کند به این دلیل که نمی‌خواهد فرد دیگری برای خنثی کردن نقشه او تلاش کند (این نیز دلیل دیگر برای بستری دانشجویی است که ممکن است در حال انکار یا کوچک‌نمایی افکار خودکشی باشد).

□ ممکن است دانشجو از این موضوع ترس داشته باشد که اگر این موضوع را عنوان



- کند قصد خودکشی واقعی او آشکار شود و مجبور به مرخصی پزشکی شود یا ممکن است از این موضوع ترس داشته باشد که مانع بازگشت او به دانشگاه شوند.
- دانشجو بر این باور است که خودکشی نشانه‌ای از ضعف است و ممکن است از تأیید آن احساس خجالت کند.
 - دانشجو فکر می‌کند خودکشی کاری غیراخلاقی است یا گناهی مرتکب شده است.
 - دانشجو فکر می‌کند بحث در مورد خودکشی تابو (ممنوع) است.
 - ممکن است دانشجو نگران این باشد که مشاور او را فردی غیرعادی یا دیوانه تلقی کند.
 - دانشجو می‌ترسد که رازداری دیگران شکسته شود و سایرین نیز متوجه شوند که او افکار خودکشی دارد (ترس و نگرانی از افشا خودکشی که ممکن است در صورت کشف توسط والدین یا به طور مثال پخش در شبکه‌های اجتماعی، دوستان، اعضای خانواده، فارغ التحصیلان و / یا کارفرمایان بالقوه نیز مطلع شوند).
 - دانشجو معتقد است کسی نمی‌تواند در

مورد مشککش به او کمک کند.
□ دانشجو مبتلا به آلکسی تایمی است و در توصیف درد هیجانی یا جسمی خود مشکل دارد (میزا، ۲۰۰۴).

گاهی اوقات آسان‌تر است که فکر کنیم اگر به‌طور مستقیم در مورد خودکشی بپرسیم، دانشجو نیز پاسخ مستقیم و صادقانه خواهد داد. در بسیاری از موارد، **اگرچه نه بیشترین موارد**، آنها این کار را می‌کنند. با این حال، از ملاحظات فوق، مشخص است که موضوع لزوماً اینگونه نیست. در واقع، خطرناکترین دانشجویان- دانشجویانی که واقعاً می‌خواهند بمیرند- ممکن است کسانی باشند که وقتی برای **اولین بار از آنها در مورد افکار خودکشی** پرسیده می‌شود، کمترین احتمال برای مطرح نمودن کامل مسئله از جانب آنها وجود داشته باشد. هنوز نمی‌توان گفت شانس بسیار بالایی برای نجات زندگی دانشجویان شدیداً خودکشی‌گرا در یک مرکز مشاوره داریم. با این حال امیدواریم با تکنیک‌های مصاحبه‌ای ارزیابی رویدادهای زمانی خودکشی (رویکرد CASE) که ممکن است ابزاری را فراهم کند که در نهایت



دانشجویان قصد واقعی خود را مطرح نمایند،
بتوانیم جان آنها را نجات دهیم.
قصد واقعی خودکشی یک دانشجو می‌تواند
توسط "معادله قصد خودکشی" مفهوم‌سازی شود
(شی، ۲۰۰۹):

**قصد واقعی^۱ خودکشی = قصد بیان شده^۲ +
قصد انعکاس یافته^۳ + قصد پنهان^۴**

این معادله فرض می‌کند که قصد واقعی
خودکشی مراجع ممکن است برابر با هر یک از
موارد زیر یا ترکیبی از آنها باشد:
قصد بیان شده: که در آن مراجع مستقیماً
قصد خودکشی خود را به بالینگر می‌گوید.
قصد انعکاس یافته: میزان فکر، نقشه، اقدامات
انجام شده یا افکار خودکشی که ممکن است
شدت قصد خودکشی واقعی را منعکس کند.
قصد پنهان: در این نوع از قصد خودکشی
دانشجو از بیان قصد خود به صورت ناخودآگاه
یا هدفمند به بالینگر خودداری می‌کند.

1. Real Suicidal Intent
2. Stated intent
3. Reflected intent
4. Withheld intent

بنابراین، قصد واقعی یک دانشجو ممکن است هر یک از این سه مورد یعنی قصد بیان شده، قصد انعکاس یافته و قصد پنهان یا بیان نشده، یا هر نوع ترکیبی از این سه مورد باشد. هرچه دانشجو با شدت بیشتری بخواهد اقدام به خودکشی کند، به احتمال زیاد قصد پنهان بیشتر خواهد بود. همچنین، هرچه قدر این موضوع تابو بیشتری داشته باشد انتظار می‌رود دانشجو بیشتر پنهان کاری کند که در چنین مواردی، هر دو فرایند خودآگاه و ناخودآگاه ممکن است زمینه ساز جلوگیری از ارائه اطلاعات حیاتی توسط دانشجو باشد.

از دیدگاه روان‌پویشی، ممکن است یک پارادوکس نادر و خطرناک بوجود آید. اگر یک دانشجو عمیقاً احساس کند خودکشی نشانه‌ای از ضعف یا گناه است، ممکن است مکانیسم‌های دفاع ناهشیاری همچون انکار، سرکوب، عقلانی سازی ایجاد شود که اعتقاد خودآگاه دانشجو در مورد قصد خودکشی بسیار کمتر از واقعیت عنوان شود. وقتی مستقیماً در مورد قصد خودکشی از آنها سوال شود، چنین دانشجویانی ممکن است از قصد خودکشی خود اطلاعات کوچک‌نمایی



به مناسبت

روز جهانی سلامت روان

۱۰ اکتبر ۲۰۲۱ _ ۱۸ مهرماه ۱۴۰۰

شده ارائه دهند حتی اگر آنها واقعا سعی کنند که صادقانه پاسخ دهند. چنین دانشجویی می‌تواند به این سوال که "اخیرا چه زمانی قصد خودکشی داشته‌ای؟" با یک "نه خیلی ساده" پاسخ دهد حتی اگر شب قبل بر روی یک پل به قصد خودکشی ایستاده باشد.

با در نظر گرفتن تمام عوامل فوق از ناهشیار تا هشیار، جای تعجب نیست که از منظر پدیدارشناختی، برخی از دانشجویان با قصد جدی خودکشی ممکن است قصد واقعی خود را طی مراحل مصاحبه عنوان نکنند. هنگام ارزیابی چنین دانشجویانی، می‌توان انتظار داشت که پس از اینکه در مورد خودکشی پرسیده می‌شود، بین بالینگر و دانشجو چیزی شبیه به یک حرکت دو نفره ظریف در بستر ارتباط بین فردی آن دو ایجاد شود که در ابتدا دانشجو بخشی از اطلاعات را مطرح می‌کند، سپس نحوه پاسخ بالینگر را ارزیابی می‌کند، و بعد از آن اطلاعات بیشتری را به اشتراک می‌گذارد و مجدداً "اینکه این جلسه به کدام سمت می‌رود" و ... را دوباره ارزیابی می‌کند.

در واقع، دانشجویانی که قصد جدی خودکشی

دارند، تصمیم می‌گیرند چه مقدار از اطلاعات را مطرح کنند و ممکن است آگاهانه از بیان روش انتخابی خود صرف نظر کنند تا زمانی که در طول مصاحبه به این نتیجه برسند که نمی‌خواهند بمیرند. در آن زمان ممکن است به اندازه کافی با بالینگر برای مطرح کردن کل حقیقت احساس امنیت کنند. در واقع دانشجویان خیلی خطرناک ممکن است بسیار محتاطانه این مسائل را مطرح نمایند.

قصد انعکاس یافته: یکی از کلیدهای

اساسی پی بردن به قصد واقعی

قصد انعکاس یافته، کیفیت و کمیت افکار، گرایش‌ها، نقشه‌ها و میزان اقدامات انجام شده برای کامل کردن برنامه خودکشی است، که ممکن است نشان دهنده جدیت دانشجویی باشد که واقعاً می‌خواهد خودکشی کند. میزان دقت و وقت صرف شده برای برنامه‌ریزی خودکشی توسط دانشجو ممکن است بازتاب بهتری از جدی بودن قصد خودکشی وی را نشان دهد و به قصد واقعی وی نزدیکتر باشد تا آن قصد بیان شده. چنین موارد انعکاس یافته‌ای از



قصد خودکشی ممکن است قطعات پازل نجات دهنده زندگی در معمای ارزیابی خودکشی باشد. انبوهی از تحقیقات و نظریه‌ها از منبعی که احتمالاً انتظار آن را ندارید - نظریه انگیزشی- می‌تواند به ما کمک کند تا اهمیت قصد انعکاس یافته را بهتر درک کنیم. وقتی نوبت به انگیزه انجام کاری می‌رسد که عملی ساختن آن دشوار اما برای فرد مفید است (به‌عنوان مثال، مشاوره سوء مصرف مواد)، میزان تفکر هدفمند وی و یا اقدامات بعدی او می‌تواند شاخص‌های بهتری برای نشان دادن قصد واقعی او باشد. به‌طور خلاصه، ضرب المثل قدیمی "اعمال بلندتر از کلمات صحبت می‌کنند" به نظر می‌رسد علامت پیش‌بینی بهبودی رفتار باشد.

نظریه‌های انگیزشی معمولاً به انجام اقدامات دشوار در جهت تغییرات مثبت مرتبط هستند. اما برای پیش‌بینی احتمال اینکه عملی دشوار اما منفی مانند خودکشی نیز انجام شود ممکن است به همان اندازه، موثر باشند. تاکید می‌کنیم مقدار زمان صرف شده برای تفکر، برنامه‌ریزی، ممکن است در مورد خطر قریب

الوقوع خودکشی بلندتر از کلمات در قصد بیان شده توسط دانشجو، صحبت کند. اعتبار اطلاعات سنگ‌بنای ارزیابی خودکشی است. هیچ چیز مهمتر از ارزیابی نیست. اگر دانشجو اطلاعات محرمانه‌تر در مورد نقشه خودکشی اش را بیان نمی‌کند، بهترین بالینگر درجهان، به بهترین تحلیل از عوامل خطر موجود مجهز است.



رویکرد CASE

پیشینه

رویکرد CASE که برای اولین بار در دهه ۱۹۸۰ در مرکز تشخیص و ارزیابی کلینیک روانپزشکی غربی در دانشگاه پیتسبورگ ایجاد شد، در طول دهه ۱۹۹۰ در بخش روانپزشکی دانشکده پزشکی دارتموث و در مرکز مراقبت‌های روانی خط اول، اصلاحاتی بر روی آن انجام گرفت. اصلاحات بعدی در دهه ۲۰۰۰ در مؤسسه آموزش ارزیابی و مصاحبه بالینی خودکشی (تیسا، ۲۰۱۱) انجام شده است. تکنیک‌های مصاحبه رویکرد CASE در بین متخصصان سلامت روان و خودکشی، مشاوران سوء مصرف مواد، بالینگران شاغل در زندان‌ها، کارشناسان حقوقی و در دوره‌های رزیدنتی روانپزشکی مورد استفاده قرار گرفته است (شی و همکاران، ۲۰۰۷b).

این رویکرد به عنوان یکی از دوره‌های اصلی، در نشست سالانه انجمن خودکشی شناسی آمریکا تدریس می‌شود. علاوه بر این، یکی از تکنیک‌هایی است که در دوره یک روزه ارزیابی و

مدیریت خطر خودکشی که توسط مرکز پیشگیری و منابع خودکشی با همکاری انجمن خودکشی شناسی آمریکا و دوره دو روزه تشخیص و پاسخ به خطر خودکشی که توسط انجمن خودکشی شناسی آمریکا برگزار می‌شود آموزش داده می‌شود. از منظر مشاوره در مراکز مشاوره دانشگاهی، رویکرد CASE مورد استقبال خوبی واقع شده و در مراکز مشاوره مختلفی از جمله دانشگاه ورمونت، دانشگاه جورج واشنگتن و ویرجینیا تک ارائه شده است (لمیس و لستر، ۲۰۱۱).

تکنیک‌های اعتبار بخش^۱

توماس کوهن می‌گوید پاسخ‌هایی که دریافت می‌کنید به سؤالاتی بستگی دارد که می‌پرسید. در هیچ کار بالینی، این مهم، بدیهی تر از بیرون کشیدن افکار خودکشی نیست. تکنیک‌های اعتبار بخش که در ادامه به بررسی آنها خواهیم پرداخت، توسط متخصصان رشته‌های مختلف از جمله مشاوره، روانشناسی بالینی و روانپزشکی طراحی شده است. در این بخش ما به تفصیل به کاربرد عملی تکنیک‌های اعتبار بخش خواهیم

1. Validity techniques



پرداخت. همانطور که ذکر شد کاربرد عملی تکنیک‌های اعتباربخشی در کشف انواع مختلفی از موضوعات حساس که ممکن است منجر به خودکشی دانشجویان شود مفید هستند. به عنوان مثال این تکنیک‌ها در مورد مشکلات مربوط به نمرات و اساتید، مصرف الکل و مواد، مشکلات اقتصادی، مشکلات با والدین یا هم‌اتاقی‌ها، سوء استفاده‌های روانی و جسمی مؤثر هستند. علاوه بر این، تکنیک‌های اعتباربخش و همچنین استراتژی‌های رویکرد CASE می‌تواند برای کارکنان بیمارستان، کارکنان، اساتید و حراست دانشگاه و مدیران مفید باشد. برای درک کاربرد عملی رویکرد CASE، ما تکنیک‌های اعتباربخش را به دو بخش تقسیم می‌کنیم: (۱) آن دسته از تکنیک‌هایی که به طور ظرافت‌مندانه ای برای مطرح کردن موضوع خودکشی، مورد استفاده قرار می‌گیرند و (۲) آن تکنیک‌هایی که برای کاوش در نقشه، رفتارها و قصد خودکشی دانشجوی پس از مطرح شدن موضوع خودکشی استفاده می‌شوند.

دو تکنیک اعتبار بخش برای مطرح کردن ظرافت‌مندانۀ موضوع خودکشی

دو تکنیک اعتباربخش که ممکن است در اینجا ارزشمند باشند: عادی‌سازی^۱ و تضعیف شرم^۲ هستند. عادی‌سازی (روند عادی سازی یک موضوع تابو برای مراجع) روش غیرتهاجمی مطرح کردن مسئله خودکشی است (شئا، ۱۹۹۸، ۲۰۰۲). بالینگر می‌تواند بیان کند که تا به حال دانشجویانی به او مراجعه کرده‌اند که رنج و یا استرس مشابه با آن چیزی که دانشجویان مطرح نموده‌اند که به خودکشی فکر می‌کرده‌اند. یا به بیان ساده‌تر، "گاهی اوقات، وقتی افراد به اندازه شما احساس رنج می‌کنند، به خودکشی فکر کرده‌اند آیا این اتفاق برای شما هم افتاده است؟"

یک تکنیک مرتبط اما کمی متفاوت برای استفاده از اعتباربخشی، تضعیف شرم است. در عادی سازی، از دانشجویان خواسته می‌شود که به آنچه دانشجویان دیگر احساس کرده‌اند توجه کند. در تکنیک تضعیف شرم، رنج خود دانشجویان

1. normalization
2. Shame Attenuation



است که به عنوان دروازه ورود به موضوع خودکشی استفاده می‌شود. ممکن است بالینگر بپرسد، "با توجه به همه رنجی که شما احساس می‌کنید، آیا به خودکشی فکر کرده اید؟"

هر دو تکنیک مؤثر و جذاب هستند. هر کدام که مصاحبه کننده با آن احساس راحتی می‌کند و/یا ممکن است گزینه مناسب تری برای یک دانشجوی خاص باشد را می‌توان استفاده کرد. گاهی اوقات به ویژه برای دانشجویانی که ممکن است نسبت به داشتن افکار خودکشی، احساس ناخوشایندی داشته باشند (به طور مثال استیگما) آنها را به اطمینان خاطر می‌رساند که افراد دیگر نیز چنین احساساتی داشته‌اند، در این صورت ممکن است عادی سازی از تضعیف شرم موثرتر باشد (به عنوان مثال، "گاهی اوقات، زمانی که افراد به اندازه شما احساس رنج را تجربه می‌کنند، به کشتن خود فکر کرده‌اند. آیا برای شما هم چنین اتفاقی افتاده است؟" با این حال، تجربه نشان داده است که بسیاری از دانشجویان به ساده ترین شکل به تضعیف شرم پاسخ می‌دهند.

به طور طبیعی، شاید یک بالینگر راحت تر باشد که از کلمات جایگزین مانند "تلاش

برای خودکشی "یا" اقدام به خودکشی " به جای کلمه "خودکشی" استفاده کند. در هنگام استفاده از تکنیک‌های عادی سازی یا تضعیف شرم، مراجعین باید احساس راحتی کنند و به صورت مستقیم از این تکنیک‌ها استفاده شود. یک دلیل برای این امر جلوگیری از گیج شدن مراجع است که می‌تواند در هنگام مطرح کردن موضوع خودکشی با زوائد بیشتر یا با استفاده از کلماتی همچون: "آیا تاکنون به این فکر کرده اید که به خود آسیب وارد کنید؟" پیش آید. در اینجا ممکن است دانشجو اینگونه برداشت کند که سوال شما در مورد روش‌های غیر کشنده آسیب رساندن به خود (مانند بریدن بخشی از بدن خود یا خودسوزی) است. بهتر است، هنگام استفاده از عادی سازی یا تضعیف شرم، از کلمه "خودکشی" استفاده کنید زیرا به نظر می‌رسد افرادی که برای اولین بار اقدام به خودکشی می‌کنند احتمالاً عباراتی مانند "شاید من باید اقدام به خودکشی کنم" را استفاده نمی‌کنند و در عوض، احتمالاً اکثر افراد به راحتی می‌گویند، "شاید من باید خودم را بکشم". علاوه بر این



استفاده از همان کلماتی که دانشجو بدان فکر کرده باعث همدلی بیشتری می‌گردد.

اگر دانشجو وجود هرگونه افکار خودکشی را انکار کرد، بار دوم بپرسید و توجه داشته باشید که این بار سوال را نسبت به دفعه قبل ملایم‌تر و با پرس و جو درباره افکار خودکشی گذرا بپرسید. "آیا افکار گذرای خودکشی داشته اید، حتی برای چند لحظه و به صورت گذرا؟"

گاهی اوقات پاسخ شگفت آور است و ممکن است دانشجویان مردد را وادار به شروع به مطرح نمودن عمق و میزان رنج و گستره افکارشان کند.

چهار تکنیک اعتبار بخش برای پی بردن به گستره افکار خودکشی

چهار تکنیک اعتبار بخش زیر، اگرچه به خودی خود برای ارزیابی خودکشی ایجاد نشده‌اند، اما سنگ بنای اصلی رویکرد CASE را تشکیل می‌دهد:

- واقعه رفتاری^۱
- فرض محتاطانه^۲
- مبالغه در نشانه^۳
- رد موارد خاص^۴

این تکنیک‌ها برای افزایش احتمال استخراج پاسخ معتبر به هر سوالی (نه الزاماً در مورد خودکشی) که ممکن است حساسیت ایجاد کند یا برای مراجع تابو باشد، طراحی شده‌اند. این تکنیک‌ها در بخش‌های مختلفی همچون مصرف مواد نیز استفاده شده‌اند.

واقعه رفتاری: یک دانشجو ممکن است به چند دلیل از جمله اضطراب، احساس شرم،

1. Behavioral incident
2. Gentle assumption
3. Symptom amplification
4. Denial of the specific



محافظت از اسرار خانوادگی، مسائل فرهنگی، مکانیزم‌های دفاعی ناخودآگاه و ... اطلاعات نادرستی ارائه کند. این تحریفات به احتمال زیاد در صورتی ظاهر می‌شوند که مصاحبه‌کننده از دانشجو بخواهد نظر خود را بیان کند؛ تا اینکه در شرایطی اتفاق بیفتد که از او بخواهد به شرح وقایع رفتاری بپردازد. واقعه رفتاری که در اصل توسط پاسکال توصیف شده است سوالاتی را مطرح می‌کند که به دنبال واقعیت‌های خاص، جزئیات رفتاری، یا توالی‌های فکری است (که حقیقت یابی واقعه رفتاری^۱ نامیده می‌شوند)، مانند "چه تعداد قرص گرفتید؟" یا این که به سادگی از دانشجو می‌خواهد که به صورت متوالی بگوید چه اتفاقی افتاده است (که توالی یابی واقعه رفتاری^۲ نامیده می‌شود) مثلاً "بعد چی گفت؟" یا "بعد از آن که پدرت به تو آسیب زد چه کار کرد؟" مصاحبه‌کننده با استفاده از مجموعه‌ای از وقایع رفتاری، گاهی اوقات می‌تواند به دانشجویان کمک کند تا با بازآفرینی آن رویداد، به صورت قدم به قدم، یک رویداد بالقوه تابو مثل تلاش برای خودکشی را وسعت بخشند

1. Fact-finding behavioral incidents
2. Sequencing behavioral incidents

و اعتبار گفته‌های خویش را افزایش دهند. بدین ترتیب بالینگر می‌تواند قضاوت بالینی خود را بر مبنای جزئیات داستان بگذارد تا صرفاً بر اساس نظرات عینی مراجع. در ادامه نمونه‌های اولیه وقایع رفتاری رایج عنوان شده است:

- در واقع چند برگه قرص ذخیره کرده اید؟
(تکنیک حقیقت‌یابی واقعه رفتاری)
- وقتی می‌گویید که "پارتنرتان علاقه کمتری به شما نشان می‌داد واقعاً چه کار کردید؟" (حقیقت‌یابی واقعه رفتاری)
- "بلافاصله بعد از اینکه دوستت تو را کتک زد چه گفت؟" (توالی یابی واقعه رفتاری)
- "به من بگو بعد چه اتفاقی افتاد؟"
(توالی یابی واقعه رفتاری)

هشدار بالینی: وقایع رفتاری در کشف اطلاعات پنهان تکنیک‌های قدرتمند، اما وقت‌گیری هستند. بدیهی است که مصاحبه‌کننده باید وقایع رفتاری، را با تأکید زیاد بر استفاده از زمان مناطق حساس مانند ارزیابی خودکشی و خشونت خانگی انتخاب کند.



فرض محتاطانه: در تکنیک فرض محتاطانه، بالینگر فرض می‌کند که یک رفتار بالقوه شرم آور یا تهدید کننده، در حال رخ دادن است و متناسب با آن، سوالات او با یک پیش فرض محتاطانه پرسیده می‌شود. موارد زیر نمونه‌های اولیه فرض محتاطانه هستند:

- به چه روش‌های دیگری برای کشتن خود فکر کرده اید؟
- چه داروهای دیگری را امتحان کرده اید؟
- در دروس این ترم چه مشکلاتی داشته اید؟

هشدار بالینی: فرض محتاطانه به مراجعین کمک می‌کند تا مسائل حساس خود را مطرح کنند، با این حال آنها نمونه‌هایی از سوالات هدایت کننده نیز هستند. بالینگر باید از آنها با احتیاط استفاده کند. نباید از آنها در کار با مراجعینی که ممکن است از بالینگر بترسند و به دنبال ارائه چیزی باشند که فکر می‌کنند او می‌خواهد بشنود، استفاده شود. به عنوان مثال، این تکنیک در کار با کودکان، هنگام کشف سابقه سوءاستفاده نامناسب هستند، زیرا احتمالاً منجر به خاطرات سوء استفاده کاذب می‌شوند.

رد موارد خاص. بعد از اینکه دانشجو یک فرض محتاطانه را انکار کرده است، جای تعجب نیست اگر یک سری سوالات اختصاصی پرسیده شوند و چند مورد مثبت کشف شود. به نظر می‌رسد این تکنیک به حافظه تلنگر می‌زند و همچنین به نظر می‌رسد عدم پذیرش یک مورد خاص به صورت نادرست یا دروغین، در مقابل تکنیک فرض محتاطانه که عمومی‌تر است، دشوارتر باشد. موارد زیر نمونه‌هایی از رد موارد خاص هستند:

- آیا فکر کرده‌اید که خودتان را حلق آویز کنید؟
- آیا فکر کرده‌اید از روی پل یا یکی از ساختمان‌های دانشگاه بپرید؟
- آیا به مصرف بیش از حد دارو فکر کرده‌اید؟
- آیا فکر کرده‌اید که به خودتان شلیک کنید؟

هشدار بالینی: در هنگام اجرای این تکنیک چارچوب بندی مهم است به طوری که باید هر یک از این موارد خاص به عنوان یک سوال جداگانه مطرح شود. بالینگر باید قبل از طرح سوال بعدی، بین هر سوال مکث کند و منتظر رد یا پذیرش دانشجو باشد. بالینگر باید



از ترکیب سوالات در یک سوال واحد خودداری کند. به طور مثال، "آیا شما به این فکر کرده اید که به خودتان شلیک کنید، بیش از حد دارو مصرف کنید، یا خودتان را حلق آویز کنید؟". به مجموعه مواردی که به این ترتیب ترکیب شده‌اند. «سوال باران»^۱ گفته می‌شود. چنین سوالاتی اغلب منجر به اطلاعات نامعتبر می‌شود زیرا دانشجویان فقط بخشهایی از این سوالات را می‌شنوند یا ممکن است تصمیم بگیرند که فقط به یک مورد در این رشته سوالات پاسخ دهند که - اغلب آخرین مورد است.

مبالغه در نشانه. این تکنیک مبتنی بر این مشاهده است که مراجعان اغلب فراوانی یا میزان رفتارهای مختل خود را کوچک‌نمایی می‌کنند، مانند میزان مصرف مواد. مبالغه در نشانه این مکانیسم کوچک‌نمایی را دور می‌زند. در اینجا بالینگر زمانی که متوجه می‌شود که یک مشکل قابل توجه وجود دارد که دانشجو مقدار آن را کم می‌کند، کمیت‌های عددی بالاتری را مطرح می‌کند. برای اینکه یک سوال به عنوان مبالغه در

1. cannon question

نشانه در نظر گرفته شود، بالینگر باید یک عدد واقعی پیشنهاد دهد. به عنوان مثال، وقتی بالینگر می‌پرسد، "در ماه گذشته چند بار با هم اتاقی‌های خود درگیر شده اید. بیست بار، سی بار؟" و دانشجو پاسخ می‌دهد، "اوه نه، نه ۳۰ بار نه. نمی‌دانم شاید ۱۰ بار" بالینگر هشدار داده شده است که با وجود این که دانشجو کوچک نمایی می‌کند هنوز مشکلی وجود دارد. زیبایی این تکنیک در این واقعیت نهفته است که از ایجاد فضای رویارویی جلوگیری می‌کند، حتی اگر دانشجو در حال کوچک نمایی رفتار باشد. همیشه مصاحبه کننده اعدادی را پیشنهاد می‌دهد که زیاد باشند. شایان ذکر است که مبالغه در نشانه فقط برای تلاش برای تعیین مقدار واقعی استفاده می‌شود، و فقط زمانی مجاز به استفاده است که بالینگر به این موضوع شک کرده که دانشجو در حال کوچک نمایی است. این تکنیک نباید در مورد دانشجویی که در حال بزرگنمایی است استفاده شود. در ادامه نمونه‌ای از مبالغه در نشانه ذکر شده است:

□ در روزهایی که افکار خودکشی شدیدتر



است، چه میزان وقت خود را صرف
افکار خودکشی می‌کنید؟ ۷۰٪ زمان
روز؟، ۸۰٪ زمان روز؟، ۹۰٪ زمان روز؟

هشدار بالینی: بالینگر باید مراقب باشد که حد بالا را طوری تنظیم نکند که به اندازه‌ای بالا باشد که منطقی به نظر نرسد یا شرایطی ایجاد شود که دانشجو تصور کند بالینگر نمی‌داند که او در مورد چه چیزی صحبت می‌کند. توجه داشته باشید این تکنیک زمانی موثر واقع می‌شود که اعداد در شدت علائم به سمت بالا افزایش می‌یابد. اگر فرد به سمت پایین برود، مثلاً "چند بار درگیری فیزیکی دارید؟ ۵۰ بار؟، ۴۰ بار؟، ۲۵ بار؟، " این ممکن است حتی مراجع را به سمت تعداد کمتر سوق دهد.

نکته: با توجه به اینکه تکنیک‌های فوق در سایر موضوعات حساس نیز کاربرد دارند ممکن است برخی نمونه‌ها الزاماً مرتبط با مسئله خودکشی نباشند و برای فهم هرچه بیشتر آنها قرار داده شده‌اند.

فصل سوم کشف و ارزیابی افکار خودکشی در دانشجویان: تکنیک‌ها و مهارت‌ها

تکنیک‌ها	شرح تکنیک	نمونه‌ها	هشدار بالینی
واقعۀ رفتاری	<p>نمونه‌های خاصی از رفتارها را به جای نتیجه یا نظرات عینی از دانشجو بخواهید.</p> <p>اصول زیربنایی: هنگامی که از دانشجو، به جای توصیف وقایع، درخواست می‌شود نتیجه رفتار یا نظر عینی خود را بگوید، احتمال تحریف بیشتر است. پیگیری کنید "بعد از آن چه اتفاقی افتاد"</p>	<p>"آیا تیغ را روی مچ دست خود گذاشتی؟"</p> <p>"دقیقاً چند عدد قرص گرفتی"</p> <p>"بعدش چی شد؟"</p> <p>"آیا در دو هفته گذشته فکر خودکشی داشته اید، حتی به صورت زودگذر؟"</p>	<p>وقت گیر بودن</p> <p>پس از اینکه وجود افکار خودکشی تأیید شد کاوش کنید</p>
تضعیف شرم	<p>در این تکنیک، بیان سؤال به گونه‌ای است که پاسخ مثبت مراجع، موجب احساس گناه در او نشود.</p> <p>اصل زیربنایی: عدم تمایل بیمار به بیان مباحث شرم آور.</p> <p>الف. توجه مثبت بی قید و شرط</p> <p>ب. نشان دادن خلوص و تمایل به درک چارچوبی که بیمار این رویداد را در آن تجربه کرده است.</p>	<p>"دستگیری در مقابل چشم والدین باید بسیار ناراحت کننده باشد. گاهی اوقات وقتی افراد در مقابل دیگران، شرایط شرم آوری را تجربه می‌کنند، می‌توانند افکار شدیدی مانند افکار خودکشی داشته باشند. آیا چنین فکری را داشته اید؟"</p>	<p>تضعیف شرم نباید به عنوان تأیید آن رفتار خطرناک یا غیرقانونی تلقی شود، اما می‌تواند به عنوان تلاشی صادقانه برای درک منطق شخص در آن بافت باشد.</p>



تکنیک‌ها	شرح تکنیک	نمونه‌ها	هشدار بالینی
فرض محتاطانه	سوالات هدایت کننده‌ای هستند که مصاحبه کننده، پاسخ مثبت را پیش بینی می کند.	"چه روش‌های دیگری را برای خودکشی در نظر گرفته اید؟"	فرض محتاطانه می تواند منجر به "مثبت کاذب" در برخی مراجعان شود: در کار با مراجعانی که سعی در جلب رضایت شما دارند از فرض محتاطانه استفاده نکنید.
	اصل زیربنایی: اگر به نظر برسد که مصاحبه کننده منتظر پاسخ مثبت است، به احتمال بیشتری مراجع موضوعاتی را که بحث در مورد آنها دشوار است را تأیید می کنند. آنها طوری ساخته شده اند که تحریف را کمتر می کنند.	"چه تعداد از تلاش‌های قبلی شما برای خودکشی، بعد از نوشیدن الکل و مصرف مواد بوده است؟"	فرض محتاطانه
مبالغه در نشانه	روشی برای غلبه بر کوچک نمایی مراجع یا تلاش برای کم اهمیت جلوه دادن فراوانی یا شدت یک مشکل با بیان بیش از حد محدودده پیش بینی شده پاسخها است.	"چقدر به فکر خودکشی هستید؟ ۵۰ درصد، ۸۰ درصد، ۹۰ درصد؟"	حد بالایی را برای یک مراجع خاص به مقدار کنایه آمیزی بالا قرار ندهید.
	اصل زیربنایی: دادن طیف وسیعی از پاسخ به مراجع با دامنه اغراق آمیز "بالا" باعث می شود پاسخ واقعی آنها "عادی" یا "کمتر غیرعادی" به نظر برسد. از این روش می توان برای درک فراوانی و شدت علائم اختلالات شخصیت ضد اجتماعی یا سوء مصرف کنندگان مواد است.	"در ماه گذشته چند بار فرزندان خود را کتک زده اید. بیست بار، سی بار؟"	مبالغه در نشانه

تکنیک‌ها	شرح تکنیک	نمونه‌ها	هشدار بالینی
رد موارد خاص	<p>از مراجع پرسید که آیا از لیست موارد مد نظر، برخی علائم بالقوه یا احتمالی را تجربه کرده است.</p> <p>اصل زیر بنایی: انکار یک سوال خاص نسبت به یک سوال کلی دشوارتر است.</p> <p>این روش خوبی برای بیرون کشیدن میزان کشف افکار خودکشی در گذشته و حال است.</p>	<p>”آیا به این فکر کرده اید که از روی پل یا مکان مرتفع دیگری بپرید؟“</p> <p>”آیا فکر کردی خودت را حلق آویز کنی؟“</p> <p>”آیا فکر کرده اید که به خودتان شلیک کنید؟“</p>	<p>به صورت خوشه‌ای نپرسید. قبل از ادامه سؤالات، منتظر رد یا تأیید هر سؤال باشید.</p>
عادی سازی	<p>غلبه بر اضطراب یا تردید مراجع با آگاه ساختن وی از اینکه دیگران افکار، احساسات یا رفتارهای مشابهی را تجربه کرده‌اند.</p> <p>اصل زیربنایی: اگر مراجعان فکر کنند تجربه آنها ”عادی“ است، بیشتر مستعد ارائه جزئیات معتبر هستند.</p>	<p>بسیاری از مراجعان، می‌گویند که گاهی اوقات رنج افسردگی آنها به حدی می‌تواند زیاد باشد که به این فکر کنند که می‌خواهند خود را بکشند. آیا تا به حال به چنین چیزی فکری کرده اید؟</p>	<p>این می‌تواند در بیمارانی که تمارض می‌کنند یا افرادی که می‌خواهند خود را بیمارتر از آنچه هستند نشان دهند موجب موارد مثبت کاذب شود.</p>



ساختار کلان رویکرد CASE: اجتناب از خطای از قلم انداختن^۱

در نگاه اول، سابقه افکار و اقدامات خودکشی دانشجو می‌تواند، به‌عنوان جزئیات در هم و برهم و پراکنده زندگی او ظاهر شوند. جمع‌آوری این اطلاعات حیاتی در یک دوره کوتاه همزمان با توجه به سایر مسائل دانشجو کاری اضطراب‌آور است. علاوه بر داده‌های نامعتبر، مشکل اصلی دیگری که برای مصاحبه‌کننده خط اول وجود دارد نادیده گرفتن قطعات پازل، یعنی خطای از قلم انداختن است. افرادی که رویکرد CASE را ایجاد نموده‌اند در این زمینه با یک سوال دو بخشی روبرو شده‌اند "چرا مصاحبه‌کنندگان اطلاعات مهم در زمینه استخراج افکار خودکشی را از دست می‌دهند؟ آیا راهی برای کاهش چنین خطاهایی وجود دارد؟"

اصول به کار گرفته شده در مورد استخراج افکار خودکشی با مجموعه گسترده‌ای از سوالات مرتبط به چهار بخش کوچکتر و قابل کنترل‌تر تقسیم می‌شوند. این مناطق نشان دهنده

1. Errors OF Omission

چهار چارچوب زمانی پیوسته از گذشته دور تا حال حاضر است، از این رو آن را "تقویمی" نامگذاری نموده‌اند. در هر بخش، بالینگر افکار خودکشی و اقدامات انجام شده در طی آن را در چارچوب زمانی خاصی بررسی می‌کند. هر بخش باید به صورت کلی قبل از رفتن به بخش دیگر مورد بررسی دقیق قرار گیرد. بالینگر آگاهانه تصمیم می‌گیرد تا با پراکنده‌گویی دانشجو همراه نشود، مگر اینکه دلیل خوبی برای انجام این کار داشته باشد. در توضیحات زیر، رویدادهای خودکشی شامل هر یک از اصطلاحات زیر می‌باشد: آرزوی مرگ، احساسات و افکار خودکشی، برنامه‌ریزی، رفتارها، گرایش‌ها و قصد خودکشی.

در رویکرد CASE، بالینگر چهار منطقه زمانی را به طور متوالی به ترتیب زیر بررسی می‌کند (به شکل صفحه قبل نگاه کنید)

۱. رویدادهای خودکشی **فعلی**^۱ (طی ۴۸ ساعت یا چند هفته گذشته)

۲. رویدادهای خودکشی **اخیر**^۲ (طی ۲ ماه گذشته)

۳. رویدادهای خودکشی **گذشته**^۳ (پیش از ۲

1. Presenting suicide events
2. Recent suicide events
3. Past suicide events



ماه قبل)

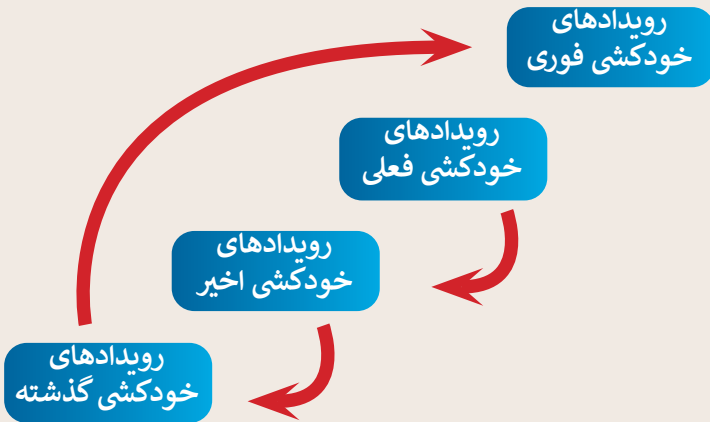
۴. رویدادهای خودکشی **فوری**^۱ (احساسات خودکشی‌گرا، افکار و قصدی که در طی مصاحبه وجود دارد).

توالی بخش‌ها با هدف به حداکثر رساندن تعامل و اعتبار داده‌های بدست آمده طراحی شده است. برای اکثر دانشجویان، موضوع خودکشی یک بار مطرح شده است، به نظر می‌رسد صحبت در مورد افکار یا تلاش فعلی طبیعی است. به دنبال این کاوش، راحت‌تر خواهد بود که مصاحبه‌کننده به سمت ایده‌پردازی اخیر و به دنبال آن رویدادهای خودکشی گذشته پیشروی کند.

هنگامی که بالینگر، کاوش در سه چارچوب زمانی را با حساسیت انجام می‌دهد به طور کلی تعامل و اعتماد ایجاد می‌شود و دانشجو متوجه می‌شود اگر درباره افکار خودکشی صحبت کند مشکلی ایجاد نمی‌شود. هنگامی که اعتماد به حداکثر رسیده باشد، امید است که این اتحاد مثبت احتمال اینکه دانشجو اطلاعات معتبر را مطرح کند افزایش دهد. سپس این فرصت مناسبی برای کشف یک فکر و یا قصد خودکشی است که دانشجو در حین مصاحبه تجربه می‌کند

1. Immediate suicide events

و بخش بسیار مهمی برای ارزیابی خودکشی است. در اینجا، ظریف‌ترین حالات چهره یا تردید در گفتار ممکن است نشان دهد که اقدام به خودکشی قریب الوقوع و حتمی است.





ساختار خرد رویکرد CASE : کاوش در هر چارچوب زمانی خاص

هنگام کاوش در هر چارچوب زمانی، رویکرد CASE به دو جنبه مکمل استراتژی مصاحبه می‌پردازد:

(۱) کدام اطلاعات در این بازه زمانی برای جمع‌آوری مهم هستند؟

(۲) کدام یک از تکنیک‌های اعتباربخش خاص ممکن است برای کشف داده‌های مورد نظر با ارزش‌تر باشد و چه توالی ممکن است اثربخشی آنها را افزایش دهد؟

در این قسمت به هر چهار بخش مروری مختصر اما گویا خواهیم داشت. این مرور بر اطلاعات مورد نیاز برای هر بخش تاکید می‌کند.

مرحله ۱:

ارزیابی رویدادهای خودکشی فعلی

خواه دانشجو خود به خود موضوع خودکشی را مطرح کند یا با تکنیک‌هایی مانند عادی سازی یا تضعیف شرم کشف شود، به عنوان " رویدادهای خودکشی فعلی " در نظر گرفته می‌شوند چون دانشجو "در حال حاضر" آنها را تجربه می‌کند. چنین رویدادهای خودکشی فعلی ممکن است در چند روز یا چند هفته گذشته رخ داده باشد. اگر دانشجویی چنین رفتار خودکشی فعلی را ارائه دهد یا با افکار خودکشی تحت فشار باشد، درک شدت آن بسیار اهمیت پیدا می‌کند. بسته به شدت فکر یا تلاش، ممکن است دانشجو نیاز به بستری شدن یا مداخله در بحران داشته باشد. علاوه بر این، فرمولاسیون بالینگر در مورد خطر فوری دانشجو باعث خواهد شد فوریت پیگیری را نیز تعیین کند، که آیا نیاز است دانشجو توسط مرکز مشاوره دانشجویی پیگیری شود یا در بخش اورژانس بستری شود. اما چه اطلاعات خاصی به بالینگر دقیق‌ترین تصویر از جدی بودن افکار یا رفتار خودکشی فعلی را می‌دهد؟ به نظر می‌رسد پاسخ به این



سوال با ورود به دنیای دانشجو در زمان وجود افکار خودکشی برای کشف اینکه دقیقاً چگونه می‌خواهد اقدام کند یا آن را کامل کند قابل دستیابی باشد. اگر اقدام به خودکشی وجود داشت، پاسخ به سوالات زیر می‌تواند اطلاعات ارزشمندی را فراهم کند:

- دانشجو چگونه اقدام به خودکشی کرده است؟ (از چه روشی استفاده کرده است؟)
- اقدامات انجام شده با این روش چقدر جدی بوده است؟ (اگر دانشجو بیش از حد دارو مصرف کرده است چه قرصهایی مصرف شده و چه تعداد بوده است؟ اگر بریدگی وجود دارد، محل بریدگی کجاست و آیا نیاز به بخیه داشته است و اگر چنین است، چند تا؟)
- قصد دانشجو چقدر جدی بوده است؟ (آیا دانشجو تلاش برای خودکشی را با کسی مطرح کرده است؟ آیا دانشجو قبل از اجرای قصد خود به این موضوع اشاره کرده است؟ دانشجو این تلاش را در یک محل خلوت انجام داده یا در مکانی که احتمال می‌داده پیدا شود؟ آیا دانشجو یادداشت خودکشی نوشته است، دارایی‌های با ارزش خود

را بخشیده، یا در روزهای قبل، از دیگران
خداحافظی کرده است؟ چه تعداد قرص
باقی مانده است؟)

□ احساس دانشجو نسبت به این واقعیت که
این اقدام به خودکشی، کامل نشده چیست؟
(سوال بسیار خوبی در اینجا وجود دارد، "
افکار شما در مورد این واقعیت که الان هنوز
زنده‌ای چیست؟")

□ آیا این تلاش به خوبی برنامه‌ریزی شده یا به
صورت یک عمل تکانشی انجام شده است؟

□ آیا الکل یا مواد مخدر نقشی در این اقدام دارند؟

□ آیا عوامل بین فردی در این اقدام
نقش اصلی را دارند؟ این عوامل
ممکن است شامل احساس شکست
باشد یا این احساس که جهان بدون
او بهتر خواهد بود و همچنین عصبانیت
نسبت به دیگران (اقدام به خودکشی
انجام شده تا دیگران احساس رنج یا
گناه کنند، اغلب پدر و مادر یا دوست
وی، دانشجو را طرد کرده‌اند).

□ آیا یک عامل یا عوامل استرس‌زای خاصی،
بلافاصله قبل از اقدام به خودکشی وجود



داشته است؟

- در زمان اقدام به خودکشی، دانشجو چقدر احساس ناامیدی داشته است؟
- چرا این تلاش ناموفق بود؟ (دانشجو چگونه پیدا شده و آیا بالاخره کمک گرفته است؟)

پاسخ به چنین سوالاتی می‌تواند اطلاعات ارزشمندی را در مورد جدی بودن تلاش دانشجو نشان دهد، که انعکاس دهنده **قصد واقعی** دانشجو نسبت به **قصد بیان شده** برای مردن باشد. عوامل خطر ساز آماری مشخص نخواهد کرد که آیا دانشجو قصد مرگ داشته است یا خیر. به غیر از دانشجویانی که ممکن است به طور تصادفی خود را بکشند و قصد مردن نداشته باشند (به عنوان مثال، شاید مسمومیت حاد آنقدر هوشیاری دانشجو را تضعیف کرده است که وی متوجه نمی‌شود چه تعداد قرص خورده است)، در بیشتر موارد افراد خودشان را می‌کشند به این دلیل که آنها تصمیم به انجام این کار گرفته‌اند. خودکشی کردن نه تنها یک عمل احساسی است بلکه یک عمل ذهنی- یک تصمیم شناختی- است. اگر هیچ تلاش واقعی انجام نشده است، پس

قصد انعکاس یافته- میزان گرایش به خودکشی، افکار، نقشه و تهیه ابزار- به بالینگر در تعیین تریاژ (سرپایی در مقابل بستری) کمک می‌کند و در صورت توصیه به مراقبت‌های سرپایی سرعت پیگیری را تعیین می‌کند. این اطلاعات با آنچه در مورد عوامل خطر ساز، محافظت کننده و علائم هشدار دهنده که در زمینه‌های دیگر مصاحبه کشف شده است در تعیین وضعیت ایمنی و پیگیری دیدن دانشجو در مرکز مشاوره دانشگاه یا بخش اورژانس یا ارتباط با دانشجو از طریق خط بحران کمک می‌کند.

به همین دلایل، اگر اقدامی رخ داده یا نداده باشد، پاسخ به سوالاتی که در بالا توضیح داده شد در کشف دقیق افکار خودکشی و قصد انعکاس یافته مفید است. در نگاه اول، این لیست سوالات ممکن است ترسناک به نظر برسد. خوشبختانه، یکی از تکنیک‌هایی اعتباربخشی که قبلاً بحث شد - وقایع رفتاری - می‌تواند برای بالینگر یک رویکرد ساده‌تر و منطقی‌تر به خاطر سپاری را فراهم کند. زمانی که مصاحبه کننده اطلاعات خاصی را از دانشجو طلب می‌کند، آن را به یاد می‌آورد (به عنوان مثال از دانشجو می‌خواهد



توضیح خود را ادامه دهد که چه اتفاقی افتاده است (به عنوان مثال ، "به من بگویید بعد از آن چه کردید").

در رویکرد CASE ، در حین بررسی رویدادهای فعلی، مصاحبه کننده از دانشجو می‌خواهد که اقدام به خودکشی یا افکار خود را از ابتدا تا انتها توصیف کند. در طی این توصیف، بالینگر به آرامی، اما مداوم، از یک سری وقایع رفتاری استفاده می‌کند تا دانشجو را راهنمایی کند تا یک "نوار ویدئویی کلامی" ^۱ از اقدام به خودکشی به صورت گام به گام ایجاد کند. خوانندگان آشنا به رویکردهای شناختی رفتاری (CBT) و رفتار درمانی دیالکتیک این استراتژی را به عنوان یکی از ابزارهای اساسی-تحلیل رفتاری (زنجیره‌ای) ارزیابی می‌کنند.

اگر دانشجو از یک بخش مهم این ارزیابی‌ها عبور کند، بالینگر به آرامی دانشجو را متوقف می‌کند. بالینگر با درخواست از دانشجو برای بازگشت به جایی که شکاف^۲ آغاز شده، "نوار ویدئویی را به عقب باز می‌گرداند". سپس بالینگر رشته رویدادهای

1. verbal videotape
2. Gap

رفتاری از آن نقطه را به جلو برای پر کردن آن شکاف استفاده می‌کند تا زمانی که مطمئن شود تصویر دقیقی از آنچه اتفاق افتاده به دست آورده است.

همچنین توجه داشته باشید، در این سوالات متوالی از سوالاتی دقیق استفاده می‌شود از قبیل، "چه زمانی آن را انجام دادید؟" و "کجا نشسته بودی؟" "جعبه قرص در دستت بود؟" این نوع سوالات، که از CBT نیز گرفته شده است، به عنوان "سوالات لنگر" شناخته شده‌اند زیرا آنها دانشجو را به یک حافظه خاص متصل می‌کند که برعکس مجموعه‌ای از احساسات مبهم است. چنین تمرکزی اغلب اطلاعات معتبرتری به دست می‌دهد که برای دانشجو هم واقعی‌تر و هم زنده‌تر است. اکتشاف رویدادهای خودکشی فعلی را می‌توان به شرح زیر خلاصه کرد. بالینگر با سوالی مانند "به نظر می‌رسد شب گذشته زمان بسیار دشواری بوده است. سعی کنید آنچه را که اتفاق افتاده است گام به گام توضیح دهید، این به من کمک می‌کند تا دقیقاً آنچه را تجربه کرده‌اید درک کنم



شروع می‌کند. وقتی تصمیم گرفتید خودتان را بکشید، بعد از آن چه اتفاقی افتاد؟ همانطور که دانشجو شروع به توصیف اقدام به خودکشی خود می‌کند، بالینگر از یک یا دو سوال لنگر برای به حداکثر رساندن اعتبار مصاحبه استفاده می‌کند. مصاحبه کننده در ادامه از یک سری وقایع رفتاری استفاده می‌کند، تا رویدادهای در جریان را همچون "نوار ویدئویی کلامی" به تصویر بکشد. استراتژی و استعاره ساخت نوار ویدئویی کلامی در بین کارآموزان بسیار محبوب بوده است.

نمونه بالینی

مرحله ۱:

بررسی رویدادهای خودکشی فعلی

آنچه در زیر می‌خوانید یک تاریخچه و مصاحبه بازسازی شده است و از دانشجویان مختلفی گرفته شده، که می‌توان به منظور ارائه یک دیدگاه نمونه اولیه از چگونگی استفاده از روش CASE برای ارزیابی دانشجویان در معرض خطر خودکشی استفاده کرد.

م. ر دانشجوی سال اول است. دوست او یک ماه پیش از وی جدا شده است. علاوه بر این، احتمال می‌دهد که در امتحانات پایان ترم موفق نباشد و در بین دوستان دانشگاهی خود احساس شکست می‌کند. او پس از یک دیدار کوتاه با اعضای خانواده (مشکلات تحصیلی خود را با والدینش در میان گذاشته است) به دانشگاه بازگشته و از آزمونهای پایان ترم وحشت دارد.

احساس می‌کند مربی اش از او ناامید شده است. بیشتر عزت نفس م. ر از توانایی ورزشی اوست و این اولین باری است که با مشکلات قابل توجهی روبرو می‌شود. او مصرف مواد و



نوشیدنی‌های الکلی را شروع کرده زیرا باعث تسکین موقتی رنج او می‌شود.

شب گذشته او مقدار زیادی مواد مصرف کرده و الکل نوشیده است و هنگامی که به اتاق خود بازگشته، به سارا (اسم مستعار) "پیام" می‌دهد که می‌خواهد خودش را بکشد. سارا پس از این مکالمه به شدت آشفته می‌شود. صبح روز بعد با پدر و مادرش در این باره صحبت می‌کند و تصمیم می‌گیرد با حراست دانشگاه م. ر تماس بگیرد. حراست دانشگاه، یک بررسی مقدماتی انجام داده و او را به مرکز مشاوره ارجاع می‌دهد (اطلاعات حاصل از منابع مشارکتی برای ارزیابی دقیق بسیار مهم است). دانشجو هرگونه دریافت خدمات قبلی از متخصصان بهداشت روان را انکار می‌کند.

ما حدود ۲۰ دقیقه از آن مصاحبه را انتخاب کرده‌ایم، جایی که بالینگر می‌خواهد با استفاده از رویکرد CASE وارد مناطق رویدادهای خودکشی شود:

دانشجو: این ترم خیلی بد بود. فکر می‌کردم که دانشگاه چالش برانگیز باشد

اما تصور نمی‌کردم تا این حد دشوار باشد. هیچ چیز درست پیش نرفته است.

بالینگر: حتی مواردی که فکر می‌کردید می‌توانید روی آنها حساب کنید هم بر طبق انتظار شما اتفاق نیفتاده است. (اظهار همدلی)

دانشجو: بله، ورزش همیشه پناهگاه من بوده است. مهم نیست در زندگی ام چه اتفاقی می‌افتاده، من همیشه در در آن حوزه خوب بودم. از طرفی نمی‌توانم باور کنم که سارا از من جدا شده است. ما دو سال با هم بودیم و او تنها کسی بود که واقعاً می‌توانستم با او صحبت کنم. او گفت که فاصله ما طولانی است و ترجیح می‌دهد با فرد دیگری در دانشگاه خودشان آشنا شود. البته گفت که هنوز مایل است با من در حد دوست اجتماعی بماند.

بالینگر: به نظر می‌رسد دو چیز مهم را در زندگی خود از دست دادی. با وجود این مقدار از رنج، آیا به خودکشی فکر کردی؟ (تضعیف شرم برای مطرح کردن ظریف موضوع خودکشی استفاده می‌شود)

دانشجو: حراست به من گفت که پیامی



را که دیشب برای سارا فرستادم را برای شما باز ارسال کرده است. نوشته بودم که در فکر کشتن خودم هستم، اما زیاد مواد و الکل مصرف کرده بودم و عصبانی و "احمق" بودم. لازم نیست نگران من باشید. (توجه داشته باشید که او مستقیماً به این سوال پاسخ نمی‌دهد. به این دلیل که مصاحبه کننده اظهارات صریح دانشجو- یعنی همان "قصد بیان شده" او - در مورد امن بودن شرایطش را قبول نمی‌کند پیگیری می‌کند که آیا اقدامی وجود داشته است؟)

بالینگر: به نظر می‌رسد که شما در یک نقطه کاملاً آزردهنده قرار داشته‌اید. آیا در مورد افکار خودکشی اقدامی انجام دادید؟ (حقیقت یابی واقع‌ه رفتاری)

دانشجو: نه، نه واقعاً.

بالینگر: فکر می‌کردید چگونه خود را بکشید؟ (حقیقت‌یابی واقع‌ه رفتاری)

دانشجو: خوب، من شب گذشته فقط برای اینکه "یه هوایی به سرم بخوره" به طبقه ۵ ساختمان ریاضی رفتم.

بالینگر: چه عاملی باعث شد به آنجا

بروید؟ (حقیقت یابی واقعه رفتاری؛ بالینگر در حال ایجاد "نوار ویدئویی کلامی" است).

دانشجو: یادم بود که راه پله از طبقه ۵ تا زیرزمین است و پریدن از آن بسیار آسان است. (توجه داشته باشید که با استفاده از واقعه رفتاری، یک روش خاص، اقدامات انجام شده در این روش و شواهدی را که دانشجو مدتی قبل از آن متوجه شده که راه پله ساختمان ریاضی مکانی بالقوه برای خودکشی کشف شده است).

بالینگر: از پشت نرده به پایین نگاه کردی؟ (حقیقت یابی واقعه رفتاری)

دانشجو: بله

بالینگر: به چی فکر می‌کردی؟ (حقیقت یابی واقعه رفتاری)

دانشجو: که اگر بپریم احتمالاً می‌میرم.

بالینگر: بعد چی کار کردی؟ (توالی یابی واقعه رفتاری)

دانشجو: واقعاً هیچ چیز، فقط تصمیم گرفتم که به خوابگاه برگردم.

بالینگر: از نرده بالا رفتید؟ (حقیقت یابی واقعه رفتاری)



- دانشجو:** اوه نه! نمی‌خواستم بپریم.
- بالینگر:** چه چیزی شما را متوقف کرد؟
(حقیقت یابی واقعه رفتاری)
- دانشجو:** نمی‌دانم. از لبه نگاه کردم و احساس کردم حالت تهوع دارم. گیج شدم، ترسیدم و به عقب رفتم.
- بالینگر:** چه مدت بود که پای نرده ایستاده بودید و به پایین نگاه می‌کردید؟ (حقیقت یابی واقعه رفتاری)
- دانشجو:** آه، حدود ۵ تا ۱۰ دقیقه، طولانی نبود. داشتم به زندگی و خانواده ام فکر می‌کردم. حتی رفتن به آنجا احمقانه بود. خودکشی قطعاً جواب نمی‌دهد. فقط یک اشتباه است.
- بالینگر:** خوشحالم که چنین احساسی دارید شاید بتوانیم طرحی ارائه دهیم که به شما کمک کند احساس بهتری داشته باشید.
- دانشجو:** شاید.
- بالینگر:** بعد از اینکه از آنجا رفتید چه کردید؟ (توالی یابی واقعه رفتاری)
- دانشجو:** به اتاقم برگشتم، خوابیدم و صبح بیدار شدم. سپس حراست به اتاق من آمد

و مرا به اینجا آورد.

بالینگر: این خیلی شوکه کننده بوده است.
(اظهار همدلی)

دانشجو: آره لعنتی (بالینگر لبخند می‌زند)

بالینگر: آیا شب گذشته به روش دیگری
برای کشتن خود فکر کردید یا امتحان
کردید؟ (حقیقت یابی واقعه رفتاری)
دانشجو: نه فقط رفتم خوابیدم.

بالینگر: خوب، این به من تصویر خوبی
از آنچه شب گذشته اتفاق افتاده است
می‌دهد. در مورد دو ماه گذشته چطور، آیا
فکر دیگری در مورد خودکشی با روش پریدن
از ارتفاع داشته‌اید؟ (واقعه رفتاری، با یک
سوال پل‌زنی، به منطقه زمانی رویدادهای
خودکشی اخیر منتقل می‌شود).



مرحله ۲:

کاوش در رویدادهای خودکشی اخیر

بخش رویدادهای خودکشی اخیر، از منظر تئوری انگیزشی به تنهایی می‌تواند غنی‌ترین بخش برای کشف قصد انعکاس یافته باشد. اینجاست که یک دانشجوی دوسوگرا یا دانشجویی که شدیداً می‌خواهد بمیرد، از ترس ایجاد مشکلات احتمالی (بستری شدن احتمالی در بیمارستان، تعهد غیر ارادی یا تعلیق) مردد است که قصد واقعی خود را مطرح کند. یک مصاحبه‌گر ماهر ممکن است فکر و نقشه‌ای را پیدا کند که قصد واقعی دانشجو را دقیق‌تر نشان می‌دهد که ممکن است آگاهانه از گفتن آن امتناع ورزد. توجه داشته باشید که در این مرحله، م. ر قصد خودکشی ندارد و رفتارهای خود را بی‌نتیجه می‌داند.

این همچنین فضایی را فراهم می‌کند که مکانیسم‌های دفاعی ناخودآگاه دانشجوکه ممکن است هشیاری آگاهانه آنها از شدت قصد خودکشی واقعی را به حداقل برساند شناسایی شود. یک مصاحبه‌گر ماهر با

استفاده از تکنیک‌های اعتبار بخش رویکرد CASE ممکن است قادر به کشف فکر و رفتاری باشد که انعکاس دقیق تری از قصد واقعی بیمار است.

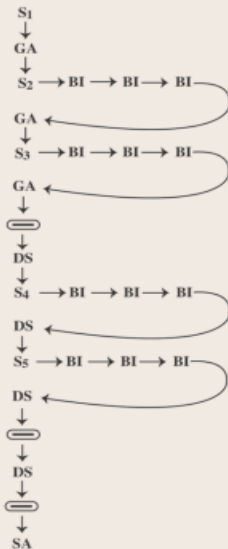
به طور خاص، اقدامات دانشجو در جهت تهیه ابزار خودکشی و/ یا مقدار زمانی که با فکر خودکشی مشغولیت داشته ممکن است شدت قصد واقعی دانشجو را بهتر از قصد بیان شده نشان دهد. در این بخش از رویکرد CASE نیز هر چهار تکنیک اعتباربخش پایه به صورت راهبردی استفاده می‌شود، که توالی آنها بخش مهمی در اثربخشی شان است. در نتیجه، باید به صورت دقیق طرح توالی استفاده از آنها مشخص شود.

گاهی اوقات که بالینگر موضوع خودکشی را با تکنیک‌هایی مانند عادی سازی یا تضعیف شرم مطرح می‌کند، رویدادهای گزارش شده بیمار برای ۴۸ ساعت یا چند هفته قبل نیست (در اصل، هیچ رویدادی وجود ندارد)، که در آن صورت بالینگر فوراً شروع به کاوش در بخش رویدادهای اخیر می‌کند. با این حال، اگر دانشجو رویداد فعلی را گزارش کرده باشد، پس از نوار ویدیویی کلامی ایجاد شده،



بالبینگر باید با پل زدن به رویدادهای خودکشی
اخیر گذار کند. غالباً این کار با استخراج هرگونه
فکر در دو ماه گذشته مربوط به **همان طرحی** که
دانشجو در مورد رویدادهای فعلی عنوان کرده آغاز
می‌شود(همانطور که در مصاحبه با م. ر انجام
شد). هنگامی که افکار یا اقدامات اخیر با همان
طرح کشف شد، از یک فرض محتاطانه برای پیدا
کردن روش خودکشی دوم استفاده می‌شود. ساده
ترین فرض محتاطانه که می‌توانید استفاده کنید
این است: " به چه روش‌های دیگری برای کشتن
خود فکر کرده اید؟ "

اگر روش دوم کشف شود، از توالی یابی
رویدادهای رفتاری برای ایجاد نوار ویدیویی
کلامی دیگری استفاده می‌شود که نشان دهنده
گستره اقدام انجام شده با این روش جدید است.
مصاحبه کننده همچنان پیگیری نوارهای ویدیویی
کلامی را همانطور که با هر طرح تازه کشف شده
نشان داده شده است انجام می‌دهد، از فرض
محتاطانه استفاده می‌کند و این کار تا زمانی ادامه
می‌یابد که وقتی از بیمار سوال می‌شود "به چه
روش‌های دیگری برای کشتن خود فکر کرده اید؟
" دیگر چیزی وجود نداشته باشد(شکل ۲).



- S: نقشه خودکشی
- BI: واقعه رفتاری
- GA: فرض محتاطانه
- DS: رد موارد خاص
- SA: مبالغه در نشانه
- ≡: انکار فکر خودکشی

شکل ۲: کاوش در رویدادهای خودکشی اخیر

زمانی که بالینگر از روش فرض محتاطانه استفاده می‌کند و دانشجو پاسخ می‌دهد که به روش‌های دیگر خودکشی فکر نمی‌کند و اگر و فقط اگر بالینگر احساس کند ممکن است دانشجو از بیان روش‌های دیگر خودکشی امتناع می‌ورزد، بالینگر از یک سری از پرسش‌های مربوط به موارد خاص استفاده می‌کند. مصاحبه کننده باید برای تصمیم گیری در مورد اینکه آیا از تکنیک رد موارد خاص استفاده کند از قضاوت بالینی خود استفاده کند.



اگر دانشجو عوامل خطر ساز کمی داشته باشد، از عوامل محافظت کننده بالایی برخوردار باشد، و فکر خودکشی حداقلی یا هیچ فکر خودکشی را در زمان مصاحبه گزارش نکرده باشد، هیچ کدام تضمین کننده نیستند. از طرف دیگر، اگر قضاوت بالینی نشان دهد که این دانشجوی خاص ممکن است از بیان فکر یا برنامه ریزی خودکشی خودداری کند، سپس تکنیک رد موارد خاص می تواند به کار گرفته شود. این روش می تواند در کشف یک محتوای خودکشی که قبلا از بیان آنها خودداری می شد، به طرز شگفت آوری موثر باشد. مصاحبه گر در هنگام اجرای این تکنیک همه روشهای خودکشی را بیان نمی کند، بلکه هر روش ذکر نشده ای را که در فرهنگ دانشجو وجود دارد و مصاحبه کننده بالقوه مشکوک است که امکان دارد این دانشجوی خاص از بیان آن امتناع ورزد را عنوان می کند.

به عنوان مثال، اگر دانشجو در مورد مصرف بیش از حد دارو و رانندگی خطرناک صحبت کرد، ممکن است مصاحبه کننده از لیست کوتاه زیر برای رد موارد خاص، پس از هر مکث برای پاسخ استفاده کند:

"آیا به حلق آویز کردن خودت فکر کرده‌ای؟"

"آیا به پریدن از روی پل یا یک مکان مرتفع دیگر فکر کرده‌اید؟"

"آیا در مورد مونوکسیدکربن فکر کردی؟"

"آیا در مورد بریدن با چاقو فکر کرده‌ای؟"

تا قبل از این، در صورت آشکار شدن روش جدید، مصاحبه‌گر با پرسیدن یک سری از وقایع رفتاری گستره اقدامات انجام شده را کاوش می‌کند. در اینجا، با استفاده انتخابی و به موقع از رد موارد خاص، ممکن است یک دانشجوی بسیار خطرناک، که از بیان قصد واقعی خودداری می‌کند، ناگهان آن را مطرح کند.

مصاحبه‌کننده پس از ایجاد لیستی از روشهای در نظر گرفته شده توسط دانشجو و حدود اقدامات انجام شده در هر روش، ممکن است با مبالغه در نشانه در مورد فراوانی، مدت زمان و شدت افکار خودکشی بپرسد، به عنوان مثال سوال کند، "طی دو ماه گذشته، در روزهایی که بیشتر به فکر خودکشی بودید، چه میزان وقت صرف این فکر کردید؟ ۷۰٪ زمان یک روز، ۸۰٪ یا ۹۰٪ زمان یک روز؟".

راهبرد کاوش در سابقه خودکشی دو ماه گذشته



به راحتی قابل یادگیری و به خاطر سپردن است. این امر همچنین باعث می‌شود دانشجو به طور مکرر درگیر جریان مصاحبه شود، به این دلیل که از اینکه چگونه با متخصص در مورد مسائلی که اغلب به عنوان مطالب شرم آور در نظر گرفته می‌شده صحبت می‌کند، شگفت زده می‌شود. همچنین از این سوالات مشخص می‌شود که مصاحبه کننده کاملاً راحت در مورد خودکشی صحبت می‌کند و در مورد آن با افراد زیاد دیگری صحبت کرده است. این نشان دهنده یک فراپیام کاهش دهنده شرم است.

با هر بخش از اطلاعاتی که مصاحبه کننده بدست می‌آورد، عمیق و عمیق‌تر به دنیای منحصر به فرد دانشجو وارد می‌شود. یک تصویر واضح‌تر نشان می‌دهد که دانشجو برای نقشه خودکشی خود چقدر جدی است و این ممکن است بهتر قصد واقعی را نسبت به قصد بیان شده توسط دانشجو نشان دهد. برای نشان دادن قدرت این استراتژی آن را در کار با م. ر نشان می‌دهیم. مصاحبه کننده ماهر قبلاً اطلاعاتی را کشف کرده، که نشان می‌دهد قصد واقعی م. ر ممکن است بیشتر از آن باشد که قصد بیان شده وی نشان می‌دهد. علاوه بر این،

لیست عوامل خطر ساز او زیاد و سیستم حمایتی او با از دست دادن دوستش و جدایی از ورزش به دلیل آسیب دیدگی ضعیف شده است. علاوه بر این، ممکن است م. ر به دلیل شرمساری مربوط به نمرات و نمایش ضعیف در فوتبال، بین خود و والدینش فاصله ایجاد کند. والدین وی به عنوان سیستم حمایتی، کمتر در دسترس هستند. این واقعیت که او به این مفهوم که "خودکشی" غلط است فکر می‌کند و ممکن است از طرفی باعث ایجاد تردید (این جنبه خوب است) و از طرف دیگر موجب پذیرش تحریف شده نسبت به عمق تمایل و قصد خودکشی (جنبه منفی) شود. سازوکارهای دفاعی ناخودآگاه می‌توانند با به حداقل رساندن شدت قصد واقعی، او را از دیدن خود به عنوان یک شخص بد محافظت کنند. توجه داشته باشید که مصاحبه کننده در مورد بازه زمانی کاملاً صریح است و از اصطلاح مبهمی مانند اخیر، استفاده نمی‌کند. این ویژگی از آن جهت مهم است که به بیمار کمک می‌کند تا بر روی چارچوب زمانی مورد نظر متمرکز شود و در عین حال باعث کاهش اتلاف وقت می‌شود. بیابید کاوش در رویدادهای اخیر را در بستر CASE



مشاهده کنیم:

دانشجو: نه من فقط رفتم خوابیدم.

بالینگر: خوب، این به من تصویر خوبی از آنچه شب گذشته اتفاق افتاده است می‌دهد. در مورد دو ماه گذشته چطور، آیا فکر دیگری در مورد خودکشی با روش پریدن از ارتفاع داشته اید؟ (واقعه رفتاری، با یک سوال پل زدن به بخش رویدادهای خودکشی اخیر گذار می‌کند).

دانشجو: نه واقعا، در واقع من در ساختمان ریاضی کلاس داشتم و فهمیدم که ارتفاع زیادی دارد، اما هرگز همانند شب گذشته پشت نرده‌های طبقه ۵ نبوده‌ام. **بالینگر:** به چه روش‌های دیگری در مورد خودکشی فکر کرده‌اید؟ (فرض محتاطانه)

دانشجو: اوه، نمی‌دانم. فکر می‌کنم خیلی کم به حلق آویز کردن خودم فکر کرده‌ام، اما این خیلی دردناک است و همیشه هم جواب نمی‌دهد.

بالینگر: آیا تا به حال طناب یا چیز دیگری برای حلق آویز کردن خود تهیه کرده اید؟ (حقیقت یابی واقعه رفتاری)

دانشجو: نه من هرگز جدی به آن فکر نکردم.

بالینگر: به چه روش‌های دیگری در مورد خودکشی فکر کرده اید؟ (فرض محتاطانه)

دانشجو: نه چیز دیگری وجود ندارد.

رویکرد CASE دقیقاً همان کاری را انجام می‌دهد که قرار است انجام شود - بیرون آوردن قطعات پازلی که ممکن است شدت قصد خودکشی م. ر در گذشته نزدیک را نشان دهد. استفاده از فرض محتاطانه به این منجر شد که دریابیم م. ر قبلاً برای مدت کوتاهی به حلق آویز کردن خود فکر کرده است. فرض محتاطانه به دانشجویان اجازه می‌دهد تا اطلاعاتی را درباره نقشه‌هایی که ممکن است هرگز به دیگران نگفته باشند را ارائه دهند.

توجه داشته باشید که م. ر اکنون با فرض محتاطانه، روشهای دیگر را انکار کرده است: "به چه روشهای دیگری در مورد خودکشی فکر کرده اید؟" بالینگر در شرف استفاده از رشته سؤالات کوتاه رد موارد خاص است. پافشاری وی به دلیل وجود عوامل خطر ساز زیاد، عدم وجود حمایت و این واقعیت که در حین کاوش در رویدادهای فعلی و تاکنون در کاوش رویدادهای اخیر، جزئیاتی در حال کشف است که م. ر آنها را مطرح نکرده است.

بالینگر: آیا تا به حال به این فکر کرده اید که ماشین خود را از جاده خارج کنید؟ (رد موارد خاص)
دانشجو: نه، من این کار را نمی‌کنم چون ممکن



است شخص دیگری آسیب ببیند یا اصلا این کار جواب ندهد- ممکن است یک درخت بی گناه کشته شود(دانشجو لبخند میزند).

(بالینگر با لبخند پاسخ می دهد) بله، درختان این را دوست ندارند. (مکت می کند) آیا تا به حال به بریدن یا چاقو زدن به خود فکر کرده اید؟ (رد موارد خاص)

دانشجو: طاقت دیدن خون را ندارم.

به نظر می رسد ممکن است که م. ر هر یک از این روش ها را در نظر داشته و آنها را رد کرده باشد. این امر باعث می شود مصاحبه کننده به دنبال ابزارهای خودکشی باشد که دانشجو هنوز در نظر دارد.

بالینگر: طی یکی دو ماه گذشته، آیا به چیز دیگری مانند مصرف قرص فکر کرده اید؟ (رد موارد خاص)

دانشجو: نه، من یک بار بعد از مشاجره با سارا چند قرص خوردم، اما فقط چند تا بنادریل بود که کمک کرد بخوابم.

بالینگر: چند تا بنادریل مصرف کردی؟ (حقیقت یابی واقعه رفتاری)

دانشجو: احتمالا چهار یا پنج تا.

بالینگر: تصمیم داشتی خودت را بکشی؟ (حقیقت

یابی واقعه رفتاری)

دانشجو: نه، می‌دانم که چند تا بنادریل به من آسیب نمی‌زند. صبح روز بعد، چند ساعتی احساس کردم گلویم گرفته است.

بالینگر: دقیقا چه زمانی بود؟ (حقیقت یابی واقعه رفتاری)

دانشجو: فکر می‌کنم حدود یک ماه پیش بود، دقیقا بعد از اینکه او مرا کنار گذاشت.

بالینگر: به کسی گفتی؟ (حقیقت یابی واقعه رفتاری)

دانشجو: نه، من نمی‌خواستم کسی فکر کند دیوانه هستم یا اصلا هر فکر دیگری کند.

بالینگر: آیا قرص دیگری مصرف کرده اید؟ (حقیقت یابی واقعه رفتاری)

دانشجو: نه.

بالینگر: آیا تا به حال به استفاده از اسلحه فکر کرده

اید؟ (رد موارد خاص. دانشجو لحظه‌ای مکث می‌کند

و به زمین نگاه می‌کند. مصاحبه کننده تصور می‌کند

که این ممکن است در واقع نشان دهنده پاسخ غیر

کلامی مثبت به سوال باشد).

بالینگر: به نظر می‌رسد شاید کمی به آن فکر

کرده باشی. (محتاطانه ادامه می‌دهد) آخرین

باری که به استفاده از اسلحه فکر کردی کی



بود؟ (حقیقت یابی واقعه رفتاری).
دانشجو: (خیلی آرام پاسخ می‌دهد، تقریباً شبیه ناله) در خانه (مکت می‌کند و کمی روی صندلی خود تکان می‌خورد) روز عید.

بالینگر: آن روز چه اتفاقی افتاد؟ (حقیقت یابی واقعه رفتاری)

دانشجو: آخر هفته وحشتناکی بود. قبل از اینکه به خانه بروم مربی مرا به دفتر خود خواند و به من گفت از بازی من ناامید شده است. او گفت از من به عنوان یک ورزشکار، انتظار بیشتری داشت. همچنین قبل از اینکه به خانه بروم، متوجه شدم که در درس انگلیسی رد شده‌ام. از دیدن سارا واقعاً هیجان زده شدم. فکر می‌کردم شاید بتوانیم دوباره به رابطه برگردیم، اما وقتی بیرون رفتیم، او به من گفت که با یک نفر دیگر در ارتباط است. بعد از آن با چند تا از دوستانم بیرون رفتم و مشروبات الکلی نوشیدم و مواد مصرف کردم.

بالینگر: بعد از آن چه اتفاقی افتاد؟ (توالی‌یابی واقعه رفتاری)

دانشجو: دیر به خانه رسیدم. همه خواب بودند. احساس ناامیدی و درماندگی می‌کردم.

باینگر: بعدش چکار کردی؟ (توالی یابی واقعه رفتاری)
دانشجو: به سمت کمد اسلحه پدرم رفتم. من می‌دانم که او کلید را کجا نگه می‌دارد.
باینگر: اسلحه را کجا نگه می‌دارد؟ (حقیقت یابی واقعه رفتاری به عنوان سؤال لنگر استفاده می‌شود).
دانشجو: زیرزمین.
باینگر: بعد چه اتفاقی افتاد؟ (توالی یابی رویدادهای رفتاری)
دانشجو: یکی از اسلحه‌های پدرم را بیرون آوردم.
باینگر: بعدش چکار کردی؟ (توالی یابی واقعه رفتاری)
دانشجو: آن را درون دهانم گذاشتم.
باینگر: چند وقت اونجا بودی؟ (حقیقت یابی واقعه رفتاری)
دانشجو: امیدانم شاید ده تا بیست دقیقه.
باینگر: چه چیزی مانع ات شد؟ (حقیقت یابی واقعه رفتاری)
دانشجو: جرأتش را نداشتم (این نگران کننده است زیرا یک رابطه مثبت امیدوارکننده است که مانع از اقدام به خودکشی می‌شود، مانند: "من نمی‌توانم این کار را با پدر و مادرم انجام دهم و کارهایی در زندگی هست که می‌خواهم انجام دهم.")



بالینگر: چقدر مواد و الکل مصرف کردی؟ (حقیقت یابی واقعه رفتاری)

دانشجو: فقط چهار یا پنج بار (شاید اگر او مقدار بیشتری مصرف مواد و الکل داشت "جرات" پیدا می‌کرد ماشه را بکشد. از کسی که خطر را انکار می‌کرد، اکنون اطلاعاتی داریم که او به طور جدی خودکشی در این حالت را در نظر گرفته است).

بالینگر: وقتی صبح روز بعد زنده بودید چه احساسی داشتید؟ (حقیقت یابی واقعه رفتاری)

دانشجو: نمی‌دانم. به نظرم نوعی بی‌حسی.

فقط سعی کردم آن را از ذهنم دور کنم.

بالینگر: در همان زمان، وقتی همه چیز واقعا سخت بود، چقدر به کشتن خودت فکر کردی، ۷۰ درصد، ۸۰ درصد یا ۹۰ درصد روز؟ (مبالغه در نشانه)

دانشجو (سرش را بالا می‌گیرد و مستقیماً به چشم بالینگر نگاه می‌کند) حقیقت این است - من نتوانستم آن را از ذهنم بیرون کنم.

این مصاحبه‌کننده چیزهایی را که به دنبال آن بوده را دریافت می‌کند. علاوه بر این ممکن است جان م. ر را نجات دهد. قصد م. ر برای کشتن خود بسیار بیشتر از آن چیزی است که در ابتدا گفته است. علاوه بر این، تنها با استفاده ماهرانه از تکنیک رد موارد خاص،

روش انتخابی واقعی او پدیدار شد. با این اطلاعات اضافی که منعکس کننده جدی بودن قصد خودکشی م. راست، باید بستری شدن در بیمارستان و همچنین ارتباط با والدین و برداشتن اسلحه از خانه مورد توجه قرار گیرد (در فرهنگ ما که در حال حاضر استفاده از اسلحه روش متداولی برای خودکشی نیست باید سایر ابزارها از دسترس دانشجو دور گردد).

تاکید مجدد بر این نکته حائز اهمیت است که گستردگی سوال در طول رویدادهای اخیر کاملاً به "قضاوت" مصاحبه کننده در مورد خطرناک بودن بیمار بستگی دارد. به عنوان مثال، اگر دانشجویی دارای عوامل خطر کم باشد، عوامل محافظتی بالایی داشته باشد، هرگونه فکر خودکشی را در حین حقیقت یابی وقایع رفتاری رد می‌کند و تنها یک فکر زودگذر در مورد تیراندازی به خود (بدون اسلحه در خانه) در اکتشافات اولیه را گزارش می‌کند. به احتمال زیاد یک بالینگر، از رد موارد خاص یا مبالغه در نشانه استفاده نمی‌کند. انجام این کار منطقی نیست و حتی ممکن است برای دانشجو عجیب به نظر برسد. رویکرد CASE به طور انعطاف پذیر بر اساس نیازهای خاص دانشجو طراحی شده است که به واسطه قضاوت بالینگر تعیین می‌شود.



مرحله ۳:

کاوش در رویدادهای خودکشی گذشته

گاهی اوقات در طول مصاحبه اولیه بالینگر وقت زیادی را در این بخش صرف می‌کند. دانشجویان با تاریخچه روانپزشکی پیچیده (به عنوان مثال، برخی از دانشجویان با اختلال شخصیت مرزی) ممکن است سابقه طولانی تری از محتوای مربوط به خودکشی داشته باشند. می‌توان یک ساعت صرفاً این مطالب را مرور کرد، اما فقط این یک ساعت کم خواهد بود. با توجه به محدودیت زمانی مراکز مشاوره دانشگاهی، ارزیابی‌های اولیه توسط متخصصان بهداشت روان معمولاً باید در یک ساعت یا کمتر تکمیل شود. در اینجا زمان بسیار ارزشمند است. کدام سابقه خودکشی در گذشته مهم است که در مورد آن اطلاعات جمع آوری شود؟ در رویکرد CASE، مصاحبه کننده فقط به دنبال اطلاعاتی است که می‌تواند به طور بالقوه تصمیم‌گیری بالینی را تغییر دهد یا به ایجاد پیگیری ایمن برای حمایت از دانشجو کمک کند. بنابراین، سوالات زیر ارزش بررسی دارند:

□ آیا در گذشته اقدام به خودکشی وجود

داشته است و اگر چنین است، جدی‌ترین مورد اقدام به خودکشی در گذشته چه بوده است؟ (آیا افکار خودکشی فعلی بر همان روش متمرکز است؟ "ممارست" می‌تواند در اینجا کشنده باشد. آیا دانشجوی گزینه‌ها و عوامل استرس‌زای فعلی را با همان زاویه دید خطرناک‌ترین تلاش گذشته مشاهده می‌کند؟)

□ آیا عوامل فعال ساز فعلی و وضعیت روانشناختی دانشجوی مشابه زمانی است که جدی‌ترین تلاش خود را داشته است؟ (ممکن است دانشجویی پس از قطع رابطه، در طی دوره‌های مسمومیت حاد، اضطراب شدید یا روان‌پریشی مستعد خودکشی باشد).

□ تعداد تقریبی ژست‌ها و تلاش‌ها در گذشته چقدر بوده است؟ (تعداد زیاد در اینجا می‌تواند بالینگر را نسبت به مسئله دستکاری و ایجاد نگرانی کمتر برای دیگران هشیار کند، یا ممکن است به بالینگر هشدار دهد که دانشجوی واقعاً همه را خسته کرده است و باعث نگرانی بیشتر شده است. در هر صورت مهم است که این‌ها را بدانید).



□ آخرین اقدام پیش از دو ماه گذشته که در مرحله دوم مورد بررسی قرار گرفته بود- رویدادهای اخیر خودکشی- چه زمانی بوده است؟ (ممکن است طی شش ماه گذشته تلاش قابل توجهی انجام شده باشد که ممکن است نیاز به نگرانی فوری را نشان دهد).

مرحله ۴:

کاوش در رویدادهای خودکشی فوری

در این بخش، مصاحبه گر بر این موضوع تمرکز می‌کند که " قصد خودکشی فوری دانشجو چیست؟" همانند بخش‌های قبلی، لازم به یادآوری است که قصد انعکاس یافته (که ممکن است توسط ارتباطات غیرکلامی آشکار شود) ممکن است شاخص بهتری از قصد واقعی دانشجو نسبت به آنچه بیان می‌کند باشد. بالینگر هرگونه فکر، میل و قصد خودکشی فوری را که ممکن است دانشجو در حین مصاحبه تجربه کند، را بررسی می‌کند و همچنین از وی سوال می‌کند که آیا دانشجو پس از ترک مطب، بخش اورژانس یا بستری و یا مرکز مشاوره

دانشگاه فکر دیگری در مورد خودکشی دارد؟
بخش رویدادهای خودکشی فوری همچنین
برنامه امن مناسب را نیز شامل می‌شود. تمرکز
رویدادهای خودکشی فوری بر حال و آینده است
(به عنوان بخش حال / آینده یاد می‌شود).
کشف گرایش فوری (شدت درد و اشتیاق
دانشجو به مرگ) و قصد دانشجو (درجه‌ای که
دانشجو واقعاً تصمیم گرفته اقدام به خودکشی
کند) با تشخیص رابطه بین این دو مشخص
می‌شود زیرا علی‌رغم اینکه آنها یکسان نیستند
ارتباط نزدیکی دارند. یک دانشجو می‌تواند رنج
شدیدی داشته و تمایل زیادی به مرگ داشته
باشد اما هنوز هیچ قصد انعکاس یافته‌ای
ندارد: "من هرگز نمی‌توانم با خانواده ام چنین
کاری کنم." برعکس، با گذشت زمان، رنج یک
دانشجو می‌تواند آنقدر شدید شود که بر دفاع
وی که مانع از قصد جدی خودکشی بوده است
غلبه کند و در نتیجه دانشجو به صورت تکانشی
اقدام به خودکشی کند.

یک نقطه شروع خوب در اینجا این سوال
است که "آیا شما همین الان به اینکه بخواهید
خود را بکشید فکر می‌کنید؟" از این سوال،



می‌توان به عنوان پایه‌ای برای سوالات مختلف برای بررسی بیشتر تمایل دانشجو به مرگ استفاده کرد، مانند:

۱) "م. ر، در یک مقیاس ۰ تا ۱۰ درجه ای، رنجی را که در حال حاضر برای جدا شدن از دوستتان تجربه می‌کنید، از عدد ۰ " سخت است، اما من می‌توانم از عهده آن بر بیایم " تا عدد ۱۰ "اگر این رنج فروکش نکند، نمی‌دانم که آیا می‌توانم ادامه دهم" چگونه توصیف می‌کنید؟
۲) "در هفته آینده، اگر میزان رنج شما افزایش یافت چگونه آن را کنترل می‌کنید؟
سوالاتی مانند موارد زیر برای تعیین قصد فرد می‌تواند کمک کند:

□ "می‌فهمم که نمی‌توانید به صورت قطعی

این موضوع را بدانید، اما بهترین حدستان، در یک بازه از خیلی بعید تا خیلی زیاد، در مورد اینکه چقدر احتمال دارد هفته آینده خودتان را بکشید" چیست؟

□ "چه چیزی مانع می‌شود که خودکشی

کنید؟"

مهم است که سطح ناامیدی فعلی دانشجو را بررسی کنید و ارزیابی کنید که آیا دانشجو

حال برنامه‌ریزی‌های مثبتی برای آینده است و آیا قادر به تهیه برنامه‌های مشخص برای مقابله با مشکلات و استرس‌های فعلی هست یا نه. سوالاتی از قبیل: "آینده چگونه به نظر می‌رسد؟"، "آیا شما نسبت به آینده احساس امیدواری می‌کنید؟" و "چه چیزهایی باعث می‌شوند که شما نسبت به آینده کم و بیش امیدوار باشید؟" **نقاط ورودی** مفیدی برای این بررسی هستند. اگر در چارچوب‌های زمانی قبلی به کاوش در مورد دلایل زندگی، که اهمیت آنها به خوبی مشخص شده است، نپرداخته‌اید می‌توانید در اینجا بدین شکل مطرح کنید که "چه چیزهایی باعث می‌شوند که به زندگی خود ادامه دهید؟"

تکلیف تدوین یک برنامه امن (پیوست ۱) اغلب با پرسیدن سوالاتی همچون "اگر فردا یا زمان دیگری دوباره به خودکشی فکر کردی چه کار می‌کنی؟" آغاز می‌شود. بعضی اوقات از جواب دانشجو، بهتر می‌توان در نظر گرفت که دانشجو در مورد تأمین ایمنی خود تا چه اندازه جدی است. علاوه بر این چنین سوالاتی فرصتی را برای بارش فکری مشترک در مورد برنامه‌های دانشجو برای کنترل مجدد افکار خودکشی فراهم می‌کند.



به نظر می‌رسد تدوین برنامه امن اغلب شامل مجموعه‌های مرحله‌ای است که مراجع در صورت بروز افکار خودکشی برای تغییر و یا کنترل افکار خود انجام می‌دهد. چنین برنامه‌ریزی مشترکی می‌تواند با مواردی ساده مانند دوش آب گرم یا گوش دادن به موسیقی‌های آرام بخش آغاز شود و با تماس با اورژانس اجتماعی یا تماس با حراست دانشگاه برای بردن دانشجو به مرکز مشاوره دانشگاه یا بیمارستان پایان یابد. چنین پرسش‌هایی بالینگر را به سمت مسئله پیچیده‌ای سوق می‌دهد که آیا ممکن است "**قرارداد ایمنی**" در مقابل "**برنامه‌ریزی ایمنی**" برای هر دانشجوی خاصی استفاده شود. نتایج نشان داده‌اند هر مراجع از این نظر منحصر به فرد است.

قرارداد ایمنی (پیوست ۲) تا حدودی به یک موضوع بحث برانگیز تبدیل شده است. برای درک استفاده از آن به معنای کاربردی، لازم به یادآوری است که علاوه بر این که ممکن است مراقبت‌های فرا ارتباطی ایجاد کند و برای مصاحبه‌کننده نگران‌کننده باشد، دو دلیل یا کاربرد اصلی برای قرارداد ایمنی وجود دارد:

(۱) به‌عنوان یک روش بازدارنده

(۲) به‌عنوان یک وسیله حساس ارزیابی خودکشی این کاربردها کاملاً متفاوت هستند و موافقان و مخالفان آنها نیز کاملاً متفاوت هستند. بیشتر آنچه در مورد آن "بحث می‌شود" در درجه اول کاربرد آن به عنوان یک عامل بازدارنده است که محدودیت‌های زیادی دارد.

به‌عنوان مثال، قرارداد ایمنی اغلب در مراجعانی با آسیب‌شناسی مرزی یا منفعل‌پرخاشگر نتیجه مثبتی نخواهد داشت. با چنین مراجعانی، گاهی اوقات بهتر است از کل بحث قرارداد ایمنی اجتناب کنید، زیرا ممکن است با اظهاراتی همچون "من نمی‌دانم چه چیزی به شما بگویم. حدس می‌زنم که امنیت دارم، اما از طرف دیگر نمی‌توانم هیچ تضمینی بدهم. کسی را می‌شناسید که بتواند این کار را انجام دهد؟" بحث را بی‌اثر کند یا به حاشیه ببرد.

اگر فردی از قرارداد ایمنی به عنوان یک عامل بازدارنده برای یک دانشجو استفاده کند، بسیار اهمیت دارد که استفاده از آن محتاطانه باشد. این قرارداد هیچ چیزی را تضمین نمی‌کند و ممکن است باعث احساس امنیت کاذب شود. علاوه بر این، هرگز نباید قبل از اینکه ارزیابی خودکشی به صورت کامل انجام شود از آن استفاده کرد.



به طور کلی، قرارداد ایمنی به عنوان یک عامل بازدارنده توسط اکثر خودکشی شناسان نسبت به برنامه‌ریزی ایمنی در درجه پایین تری در نظر گرفته می‌شود. با این حال تا به امروز، هیچ تحقیقی اثربخشی برنامه‌ریزی ایمنی را به عنوان یک عامل بازدارنده اثبات نکرده است.

قدرت فراخود و اتحاد درمانی دانشجو ممکن است نقش مهمی در اینکه آیا قرارداد ایمنی، در مورد یک دانشجوی خاص به عنوان بازدارنده عمل می‌کند، داشته باشد. در برخی از مراجعین، مانند دانشجویان با اتحاد درمانی طولانی مدت، با حداقل آسیب شناسی شخصیتی و فراخود قوی، که ممکن است به قراری که با بالینگر می‌گذارند پا برجا باشند، نقشی در بازدارندگی بازی می‌کند، زیرا آنها نمی‌خواهند به اعتماد بالینگر خیانت کنند.

اما بازدارندگی تنها دلیل استفاده از قرارداد ایمنی نیست و به نظر می‌رسد دلیل اصلی آن هم نیست. فرآیند قرارداد ایمنی ممکن است اغلب به عنوان یک ابزار ارزیابی بسیار حساس مفید باشد. در کاربرد دوم، در تعداد کمی از مراجعانی که یا هیچ آسیب منش شناختی ندارند و یا آسیب حداقل است، به طور انتخابی

استفاده می‌شود. در این وضعیت مصاحبه‌گر پس از انجام ارزیابی خودکشی، نیازی به بستری مراجع نمی‌بیند، اما هنوز از قضاوت و شهود خود رضایت ندارد و تصویری کند که ممکن است دانشجو از آنچه بیان کرده خطرناک‌تر باشد یا اینگونه تحلیل می‌کند که چیزی "اینجا درست از آب در نمی‌آید". در چنین مواردی، ممکن است بالینگر به جای استفاده از برنامه‌های ایمنی، که هیچ فشار بین فردی ایجاد نمی‌کند، از قرارداد ایمنی استفاده کند، که در آن مراجع را "لای منگنه قرار دهد" تا توافق کند. چنین "فشار بین فردی" ممکن است تردید پنهان یا قصد خودکشی خطرناک خود را به صورت غیرکلامی نشان دهد. وقتی مصاحبه‌کننده از این روش کاملاً انتخابی استفاده می‌کند، همانطور که می‌پرسد آیا مراجع می‌تواند قول دهد که قبل از هرگونه اقدام به خودکشی با بالینگر یا کارکنان مربوطه تماس بگیرد، مصاحبه‌کننده به صورت، بدن و تن صدای مراجع دقت زیادی می‌کند تا در صورت وجود علائم تردید، فریب، یا دوسوگرایی آن را دریابد. تظاهر غیر کلامی گرایش به خودکشی یا قصد خودکشی در این مقطع می‌تواند به طور بالقوه،



تنها شاخص خطر فوری واقعی مراجع باشد. با استفاده از فرآیند بین فردی قرارداد ایمنی به عنوان یک ابزار ارزیابی، ممکن است بالینگر نظر خود را در مورد آزاد گذاشتن دانشجو بر اساس تردید در توافق با قرارداد، عدم تماس چشمی یا سایر علائم فریب یا تردید و اگرچه در پذیرش قرارداد ایمنی، کاملاً تغییر دهد.

مصاحبه کننده‌ای که متوجه چنین سرنخ‌های غیرکلامی تردید می‌شود، می‌تواند به سادگی بپرسد، "به نظر می‌رسد توافق با این قرارداد برای شما سخت است. به چه چیزی فکر می‌کنید؟" پاسخ‌ها می‌توانند بی‌خطر یا هشدار دهنده باشند و این قطعه‌ای از پازل است، که فقط می‌توانست در قرارداد ایمنی ظاهر شود و ممکن است منجر به تغییر وضعیت شود. بنابراین، قرارداد ایمنی پیچیده است و بالینگران آموزش دیده CASE نه به صورت دائمی و کلی از آن استفاده می‌کنند و نه آن را رد می‌کنند بلکه تلاش می‌کنند تا بر اساس نیازهای خاص دانشجو و وظیفه بالینی تصمیمی منطقی در مورد آن اتخاذ کنند.

قرارداد ایمنی

قرارداد ایمنی: قراردادی که در مدیریت افراد خودکشی گرا استفاده می‌شود و در آن فرد متعهد می‌شود به خود آسیب نزند / خودکشی نکند.

قرارداد ایمنی چه مشکلاتی دارد؟

نتایج تحقیقاتی درمورد قراردادهای ایمنی (CFS)، که در آن از مراجع خواسته می‌شود که به صورت شفاهی یا کتبی موافقت کند که به خود آسیب نمی‌رساند، اولین بار در سال ۱۹۷۳ توسط درای و همکارانش منتشر شد. اگرچه این نویسندگان اثربخشی آن را فقط در بیمارانی که با درمانگرشان ارتباط طولانی مدت داشتند بررسی کردند، اما استفاده از این ابزار از آن زمان به بعد برای بسیاری از تیم‌های مداخله در بحران و بالینگران، حتی در مصاحبه اولیه به شیوه‌ای استاندارد تبدیل شده است. اما آیا آنها مؤثر هستند؟

بررسی دقیق ادبیات توسط کلی و کنودسون در دانشگاه ایالتی آیداهو در سال ۲۰۰۰ نشان



داد که هیچ مطالعه‌ای نشان نمی‌دهد که قراردادهای راهی مؤثر برای جلوگیری از خودکشی هستند.

علاوه بر این، نشان داده نشده که قراردادهای ایمنی برای بیماران خودکشی‌گرایی که روان‌پریش، تکانشی، افسرده یا بی‌قرار، دارای اختلال شخصیت یا تحت تأثیر الکل یا مواد هستند، مفید است.

در حقیقت، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد برای افرادی که تشخیص اختلال شخصیت مرزی دریافت می‌کنند، CFS ممکن است حتی اوضاع را بدتر کند.

دلایل متعددی وجود دارد که چرا بالینگران همچنان از قراردادهای ایمنی استفاده می‌کنند، با اینکه شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد در صورت استفاده از آن به تنهایی، ممکن است مفید نباشند و در برخی موارد حتی ممکن است مضر باشند.

۱. اکثر بالینگران در مورد خودکشی آموزش‌های محدودی دریافت می‌کنند. استفاده از قرارداد ایمنی تقریباً عامیانه شده است. در مواجهه با مراجع خودکشی‌گرا، ممکن

- است بالینگر شنیده باشد که چنین قراردادی مفید است. ممکن است به این فکر کند انجام کاری، حتی کاری که ممکن است بی اثر باشد، بهتر از انجام ندادن آن است (کاچی به از هیچی).
۲. به نظر می‌رسد برخی از بالینگران تصور می‌کنند که مستندات CFS در صورت خودکشی مراجع، می‌تواند آنها را از مسئولیت قانونی محافظت می‌کند. با این حال، مطالعات نشان داده‌اند که داشتن قرارداد ایمنی مسئولیت بالینگران را کاهش نمی‌دهد.
۳. برخی از بالینگران تصور می‌کنند در صورت داشتن قرارداد می‌توانند کمی آرام شوند. آنها به اشتباه بر این باورند که قرارداد برای آنها مدتی زمان می‌خرد تا به مراجع کمک کند تا خودکشی را از گزینه‌های احتمالی راه حل‌های خود خارج کند.
۴. در نهایت یک بیمار دارای مشکلات روانشناختی شدید، ممکن است به هیچ وجه نتواند قراردادی را که نشان دهنده یک تصمیم آگاهانه و مسئولانه است، منعقد کند.



اگر قرارداد ایمنی نه، پس چکارکنیم؟

□ **رابطه درمانی قوی ایجاد کنید:** استفاده از

یک قرارداد ایمنی را به مراجعانی که با آنها رابطه طولانی مدت دارید، محدود کنید: در چنین مواردی، قرارداد می‌تواند به عنوان راهی مفید برای گفتگو در مورد نیت و احساسات آنها باشد.

□ **از قرارداد فقط به عنوان بخشی از ارزیابی**

جامع خطر خودکشی استفاده کنید.

□ **به طور منظم ارزیابی کنید:** ارزیابی ریسک

یک فرایند پویا است و باید به طور مرتب برای مراجعانی که سابقه خودکشی یا خودزنی دارند انجام شود.

به طور دوره‌ای از ابزاری مانند مقیاس افسردگی بک برای بررسی پیشرفت وضعیت مراجع استفاده کنید. به طور منظم یک آزمون وضعیت روانی انجام دهید. مطمئن شوید که مراجع را از نظر توهم، هذیان، اختلال در فکر یا کاهش ظرفیت واقعیت‌سنجی بررسی می‌کنید.

□ **از دانشجو بخواهید به شما اجازه دهد**

با اعضای خانواده یا سایر افراد مورد

اعتماد که می‌توانند در عبور از بحران کمک کنند، تماس بگیرید. در صورت امکان، آن افراد را در برخی از جلسات مشارکت دهید تا مشخص شود آیا آنها مایل به پذیرش نقش حمایتی هستند و چه کاری می‌توانند برای این فرد انجام دهند که مفیدتر واقع شود. به عنوان مثال: آیا فقط باید با مشاور یا مددکار تماس بگیرند یا باید فرد را به بیمارستان برسانند؟ (هارتولم، ۲۰۱۵)

□ **با دانشجو یک برنامه ایمنی تهیه کنید.**
برنامه ایمنی از چند جهت مهم با قرارداد ایمنی متفاوت است. چنین برنامه‌ای بر آنچه دانشجو برای حفظ امنیت خود انجام می‌دهد متمرکز است تا آنچه که برای آسیب رساندن به خود انجام نمی‌دهد.



برنامه ایمنی

اختلال فکری اولیه در خودکشی، محدود شدن آسیب شناختی تمرکز ذهن است که به آن انقباض می‌گویند، که بدین شکل ظاهر می‌شود که فرد فقط دو انتخاب پیش روی خود می‌بیند: یا چیزی که به طرز دردناکی ناخوشایند است یا پایان زندگی (اشنایدرمن، ۱۹۸۴).

کمک به مراجعین برای ایجاد برنامه ای متفکرانه و عملی برای مقابله و کاهش رنج روانی، جزء اصلی مداخلات خودکشی است. این طرح می‌تواند شامل آرام سازی، تمرکز حواس، روش‌های مدیتیشن سنتی، بازسازی شناختی، ارتباط اجتماعی و سایر استراتژی‌هایی باشد که باعث افزایش خود آرام سازی، کاهش انزوای اجتماعی و کاهش احساس اضافی بودن برای اجتماع می‌شود (جوینر و همکاران، ۲۰۰۵).

این اظهارات یا برنامه‌های درمانی با نام‌های مختلفی از جمله "برنامه واکنش به بحران"، "برنامه ایمنی" و "مداخله برنامه ریزی

ایمنی^۱ شناخته می‌شوند (جابزا^۲ و همکاران ، ۲۰۰۸ ؛ استنلی^۳ و براون^۳ ، ۲۰۱۲). همانطور که ذکر شد به نظر می‌رسد آنها نسبت به قرارداد خودکشی جامع‌تر و مثبت‌تر هستند زیرا فعالیت‌هایی را که مراجعان باید برای برطرف شدن علائم افسردگی و خودکشی خود انجام دهند، را توصیف می‌کنند، به جای اینکه بر روی کارهایی که نباید انجام دهد تمرکز کنند (به عنوان مثال، متعهد شوند که خودکشی نکنند). این برنامه‌ها همچنین شامل راه‌هایی برای دسترسی دانشجویان به خدمات اورژانس بعد از ساعت کاری مرکز مشاوره یا در صورت عدم پاسخگویی هستند. به عنوان یک مثال استنلی و براون (۲۰۱۲) برنامه ریزی ایمنی خاص، یک درمان کوتاه برای مراجعان خودکشی‌گرای خود به نام مداخله برنامه ریزی ایمنی (SPI) ایجاد کردند. این مداخله از اصول شناخت درمانی مبتنی بر شواهد ایجاد شده است و می‌تواند در بخش اورژانس بیمارستان و همچنین در موارد بستری و سرپایی مورد استفاده قرار گیرد (براون و

1. Jobs
2. Stanley
3. Brown



همکاران، ۲۰۰۵). این مداخله شامل ۶ جزء درمانی است:

۱. تشخیص علائم هشداردهنده در مورد بحران خودکشی قریب الوقوع.
۲. بکارگیری استراتژی‌های مقابله درونی.
۳. استفاده از ارتباطات اجتماعی به عنوان وسیله ای برای حواس پرتی از افکار خودکشی.
۴. تماس با اعضای خانواده یا دوستان که ممکن است به حل بحران کمک کنند.
۵. تماس با متخصصان یا مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت روان (مانند مرکز مشاوره دانشگاه، سامانه ۱۲۳ اورژانس اجتماعی، سامانه ۱۴۸۰ بهزیستی، ۱۱۵، ۱۱۰، بیمارستانهای نزدیک و ...)
۶. کاهش استفاده احتمالی از وسایل کشنده (استتلی و براون، ۲۰۱۲).

استتلی و براون (۲۰۱۲) خاطرنشان کردند، تا زمانی که پنج جزء دیگر تکمیل نشوند، ششمین مؤلفه درمانی، کاهش دهنده وسایل کشنده، مورد بررسی قرار نمی گیرد. جزء ششم نیز بسته به شرایط ممکن است به

کمک اعضای خانواده یا دوستان نیاز داشته باشند. فرم الگوی برنامه امن در پیوست ۱ موجود است.

توجه: در بخش پیوست‌ها نمونه‌ای از قرارداد ایمنی و برنامه امن وجود دارد که می‌توانید در موقعیت‌های مختلف از آنها استفاده کنید.



فرم ارزیابی خودکشی

در این بخش توضیحات مربوط به چک لیست و فرم ارزیابی خودکشی (پیوست ۳) قرار داده شده است. اکنون شما با عوامل خطر ساز، محافظت کننده و علائم هشدار دهنده و همچنین با نحوه پی بردن و کاوش در افکار و قصد خودکشی آشنا شده اید. حال می‌توانید برای تسهیل فرآیند ارزیابی از چک لیست و فرم ارزیابی خودکشی استفاده کنید. چک لیست می‌تواند در جلسات تمرینی و ایفای نقش به شما کمک کند. تقریباً در هر شرایطی ارزیابی خودکشی را به صورت کامل انجام دهید. بسیار مهم است که به صورت عملی و در شرایط واقعی اطلاعات بدست آورید زیرا انرژی، زمان اختصاص داده شده و موارد دیگر می‌تواند چالش‌های جالبی را در مورد به دست آوردن این اطلاعات ایجاد کند. می‌توانید با یکی از همکاران یا دوستان خود، به تمرین ایفای نقش ارزیابی خودکشی بپردازید. با استفاده از چک لیست زیر و فرم ارزیابی خودکشی، عوامل خطر مرتبط با دانشجو را مشخص کنید. همچنین ممکن است ایفای نقش را بدون این چک لیست

یا فرم ارزیابی خودکشی انجام دهید تا ببینید چند مورد را به خاطر می‌آورید.

چک لیست ارزیابی عوامل خطر ساز عمومی خودکشی

- به دلیل ویژگی‌های سن/ جنسیت در گروه آسیب پذیر قرار دارد.
- قبلاً اقدام به خودکشی کرده است.
- مصرف بیش از حد یا سوء استفاده از الکل/ مواد دارد.
- ملاک‌های تشخیصی DSM-5 را برای یک اختلال روانی خاص (افسردگی اساسی، اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنی، سوء مصرف یا وابستگی به مواد، اختلال شخصیت مرزی، بی‌اشتهایی عصبی) را برآورده می‌کند.
- مراجع شاغل نیست.
- مراجع مجرد، تنها یا منزوی است.
- مراجع بیماری جسمی دارد.
- اخیراً فقدان قابل توجهی را تجربه کرده است (توانایی‌ها، وسایل یا افراد).
- مراجعه کننده قربانی سوء استفاده جنسی در دوران کودکی بوده یا یک سوء استفاده



- فیزیکی یا جنسی / تجاوز فعلی است.
- در صورت افسردگی، یک یا چند مورد از علائم زیر را تجربه می‌کند:
 - حمله وحشت زدگی
 - اضطراب روانی فراگیر
 - عدم علاقه یا لذت در فعالیت‌های معمولاً لذت بخش
 - افزایش سوء مصرف الکل در طول دوره‌های افسردگی
 - کاهش تمرکز
 - بی‌خوابی
 - ناامیدی، درماندگی یا گناه بیش از حد
 - مراجعه کننده وجود افکار خودکشی را گزارش می‌دهد.

در ارزیابی خود توجه داشته باشید:

- فراوانی افکار (چند بار این افکار را داشته است؟)
- طول مدت پایداری افکار (هنگامی که شروع می‌شوند، این افکار چه مدت باقی می‌مانند؟)
- شدت افکار (در مقیاس ۰ تا ۱۰، چقدر احتمال دارد که شما بر اساس این افکار عمل کنید یا

- اینکه چقدر برای شما آسان است که تمرکز خود را از روی این افکار منحرف کنید؟)
- مراجع یک برنامه خودکشی با جزئیات اختصاصی، کشنده، در دسترس و در مکانی با حمایت اجتماعی ضعیف، گزارش می‌دهد.
 - توضیحات مراجع نشان می‌دهد که خود کنترلی وی کاهش یافته و/ یا سابقه رفتارهای تکانشی دارد.
 - مراجع درگیری خانوادگی ناراحت کننده را گزارش می‌دهد.
 - مراجع قصد خودکشی متوسط تا زیاد را گزارش می‌کند (یا یک اقدام به خودکشی کشنده قبلی داشته است).
 - مراجع به تازگی از یک بخش روانپزشکی مرخص شده است.
 - برای مراجع اخیراً داروهای SSRI تجویز شده است و با بازداری زدایی و یا تحریک همراه بوده است.
 - مراجع به ابزار خودکشی کشنده دسترسی دارد..
- نکته:** روند ارزیابی و تصمیم‌گیری‌تان را مستندسازی کنید.



ارزیابی خودتان را ارزیابی کنید

روند ارزیابی خود را مستند کنید و سپس موارد زیر را بررسی کنید تا اطمینان حاصل کنید که مستندات ارزیابی خودکشی شما مطابق با استانداردهای حرفه ای است یا نه. بررسی کنید که آیا:

۱. محدودیت‌های رازداری و رضایت آگاهانه مورد بحث قرار گرفت.
۲. ارزیابی کامل خودکشی انجام شد، از جمله:

- ارزیابی عوامل خطر.
- ابزارها یا پرسشنامه‌های ارزیابی خودکشی.
- افکار خودکشی، برنامه، خود کنترلی مراجع، و قصد خودکشی ارزیابی شد.
- ۳. اطلاعات تاریخچه ای مربوطه از مراجع در مورد رفتار خودکشی گرا (به عنوان مثال، رفتارهای خودکشی توسط اعضای خانواده، تلاش‌های قبلی، تلاش‌های مرگبار قبلی و غیره) بدست آمد.
- ۴. سوابق درمانی قبلی درخواست شده/ بدست آمده است.

۵. با یک یا چند متخصص بهداشت روان با صلاحیت مشورت شد.
۶. یک برنامه ایمنی مناسب ایجاد شد.
۷. اطلاعات مربوط به منابع اضطراری/بحرانی به بیمار ارائه شد.
۸. در موارد خطر بالای خودکشی، با مرجع مناسب و مربوطه به طور مثال حراست دانشگاه یا پلیس و/یا اعضای خانواده تماس گرفته شد.
۹. مداخلات خودکشی مناسب اجرا شد.

مسائل قانونی خودکشی دانشجویان

راهنمایی‌هایی برای موسسات آموزش عالی وجود دارد که از نظر قانونی در شرایط زیر برای آنها مسوولیت ایجاد می‌شود:

- دانشگاه باعث خودکشی یا صدمه جدی به آن دانشجو با تجویز غیرقانونی یا سهل‌انگاری در توزیع یا دسترسی به دارو شده باشد.
- دانشگاه از طریق برخی موارد استثنایی توهین آمیز و عمدی باعث پریشانی عاطفی و خودکشی شده باشند، مانند



اینکه آگاهانه و یا با سوء نیت یک دانشجوی کاملاً بی‌گناه را در کمپته انضباطی محاکمه کند.

□ دانشگاه باعث صدمات جسمی شده باشند که در نتیجه آن باعث ایجاد پیامدهایی در سلامت جسمی و روانی دانشجو، از جمله خودکشی (به‌عنوان مثال، از روی سهل‌انگاری تصادفی اتفاق بیفتد و در نتیجه باعث رنج، افسردگی و یا افکار خودکشی شود).

□ دانشگاه برای جلوگیری از خودکشی فردی که تحت «مراقبت خودکشی»^۱ بوده، اقدامات مراقبتی منطقی نداشته است. (به‌عنوان مثال، نظارت مداوم بر شخصی که در معرض خطر قابل توجهی برای خودکشی است تا از رفتار خودکشی جلوگیری شود) (بنیاد جد، ۲۰۱۶).

1. suicide watch

سخن پایانی

حتی در میان افرادی که عوامل خطر خودکشی دارند، بیشتر آنها اقدام به خودکشی نمی‌کنند. پیش بینی اینکه چه کسی بر اساس افکار خودکشی، اقدام به خودکشی خواهد کرد، دشوار است. با پیروی از برخی توصیه‌های ساده، دانشگاه‌ها می‌توانند این مشکلات را به میزان قابل توجهی کاهش دهند:

- از قضاوت حرفه‌ای استفاده کنند.
- خط مشی‌ها و پروتکل‌های مکتوب و یا نانوشته را دنبال کنند.
- اطمینان حاصل کنند که خدمات سلامت‌روان با رعایت کدهای اخلاقی حرفه‌ای و استانداردهای عملی موجود است.
- کار با مشاوران، اعضای هیئت علمی و سایرین برای تشویق دانشجویان مضطربی که به دنبال کمک حرفه‌ای می‌گردند.
- اطمینان حاصل کنند این سیاست‌ها به کلیه اساتید و کارکنان، همراه با آموزش‌های لازم ارائه می‌شود.
- خط مشی‌ها به وضوح به دانشجویان و والدین منتقل شود، همیشه دنبال و به طور منظم بررسی و به روز می‌شوند (بنیاد جد، ۲۰۱۶).

به مناسبت
روز جهانی سلامت روان
۱۰ اکتبر ۲۰۲۱ _ ۱۸ مهرماه ۱۴۰۰

پیوست‌ها



Creating hope
through action

با عمل، امید بسازیم

پیوست ۱

الگوی برنامه امن *

گام اول: علائم هشدار دهنده (افکار، تصاویر، خلق، موقعیت، رفتار) که ممکن است ایجاد کننده یک بحران باشد.

- ۱.....
- ۲.....
- ۳.....

گام دوم: استراتژی‌های مقابله درونی (Internal coping strategies) کارهایی که می‌توانم بدون تماس با شخص دیگری انجام دهم تا ذهنم را از مشکلات دور کنم (روش آرام سازی، فعالیت بدنی)

- ۱.....
- ۲.....

گام سوم: افراد و محیط‌های اجتماعی که باعث حواس پرتی می‌شوند

- ۱.....
- ۲.....
- ۳.....

* برگرفته از الگوی برنامه امن باربارا استنلی و گرگوری کی براون



گام چهارم: افرادی که می‌توانم از آنها کمک بخواهم

۱.
۲.
۳.

گام پنجم: افراد حرفه‌ای یا مکان‌هایی که می‌توانم در زمان بحران با آنها تماس بگیرم

۱. نام پزشک یا درمانگر:
- شماره تماس اضطراری:
۲. نام پزشک یا درمانگر:
- شماره تماس اضطراری:
۳. خدمات مراقبت‌های اورژانسی در محل زندگی:
- آدرس اورژانس:
- شماره تلفن:
- تلفن اورژانس اجتماعی: ۱۲۳

گام ششم: یک محیط امن ایجاد کنید.

۱.
۲.

پیوست ۲

فرم قرارداد*

عدم آسیب به خود + عدم خودکشی

اینجانب دانشجوی
دانشگاه به شماره دانشجویی
..... تعهد می‌دهم که اقدامی برای
آسیب به خود یا کشتن خود نکنم.

من قول می‌دهم این فرم را تا فردا/ جلسه
بعدی مشاوره در نزد خود نگه دارم.
اگر در این دوره، افکار آسیب به خود یا کشتن
خود را داشتم، موافقت می‌کنم که مراحل زیر را
فورا دنبال کنم:

۱. تماس:

• با خط •

۲. این کارها را انجام دهم:

• •

۳. در اسرع وقت یک جلسه با مشاور دانشگاه
داشته باشم.

امضاء:

امضاء:

*برگرفته از فرم قرارداد ایمنی دانشجویان



پیوست ۳

فرم ارزیابی خودکشی*

نام و نام خانوادگی دانشجو:

سن: شماره تماس:

تاریخ جلسه / ساعت: روز:

مشخصات ارزیاب:

مکان جلسه:

برگزاری جلسه به صورت :

حضوری تلفنی آنلاین

دانشجو افکار خودکشی دارد: بله خیر

پیشگیری و منابع خودکشی آلاباما
*برگرفته از فرم ارزیابی خودکشی انجمن

در جدول زیر، چک لیست ارزیابی خطر فوری خودکشی
قرار داده شده است-ملاکهایی را که در مورد دانشجو صدق
می کند علامت بزنید:

شاخص ها / سطح خطر	خطر خیلی پایین	خطر خفیف / کم	خطر متوسط	خطر زیاد / شدید	خطر خیلی زیاد
روش یا روش هایی که دانشجو مد نظر قرار داده است	<input type="checkbox"/> نامشخص، بدون برنامه	<input type="checkbox"/> قرص، بریدن مچ دست	<input type="checkbox"/> مواد، الکل، تصادف شدید، تا حدودی دقیق	<input type="checkbox"/> حلق آویز کردن، پریدن از ارتفاع، استفاده از سلاح گرم، تا حدودی دقیق است	<input type="checkbox"/> پیشرونده؛ حلق آویز کردن، پریدن از ارتفاع؛ استفاده از سلاح گرم، بسیار دقیق می داند چگونه، کی، کجا آن را عملی کند؟

کشف و ارزیابی افکار خودکشی در دانشجویان: تکنیک‌ها و مهارت‌ها

شاخص‌ها / سطح خطر	خطر خیلی پایین	خطر خفیف / کم	خطر متوسط	خطر زیاد / شدید	خطر خیلی زیاد
برنامه (نقشه) ی خودکشی	<input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> تا حدودی وجود دارد اما واضح و شفاف نیست.	<input type="checkbox"/> نقشه خودکشی با جزئیات قابل توجه دارد.	<input type="checkbox"/> نقشه(ها) کشنده هستند و به آنها خوب فکر شده است.
در دسترس بودن وسایل	<input type="checkbox"/> بدون برنامه؛ عدم دسترسی به وسایل	<input type="checkbox"/> در دسترس نیست، باید تهیه کند	<input type="checkbox"/> وجود دارد، اما نزدیک نیست	<input type="checkbox"/> وجود دارد و نزدیک است	<input type="checkbox"/> وسیله در دست دانشجو است یا به دنبال آن است
رفتارهای خودکشی گرایانه	<input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> ایده پردازی	<input type="checkbox"/> تهدید به خودکشی	<input type="checkbox"/> اقدام به خودکشی با کشندگی پایین	<input type="checkbox"/> اقدام به خودکشی با کشندگی بالا
چه زمانی را برای اقدام در نظر گرفته و برنامه‌ریزی کرده است؟	<input type="checkbox"/> هیچ اقدامی برنامه‌ریزی نشده است	<input type="checkbox"/> ۴۸ ساعت آینده یا بیشتر	<input type="checkbox"/> بین ۲۴ تا ۴۸ ساعت آینده	<input type="checkbox"/> بین ۱۸ تا ۲۴ ساعت	<input type="checkbox"/> در حال حاضر(در حال انجام) یا ظرف ۲۴ ساعت آینده
اقدام(ها) به خودکشی قبلی	<input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> بله (یک تا پنج سال پیش)	<input type="checkbox"/> بله (سه ماه تا یک سال پیش)	<input type="checkbox"/> بله (سه ماه یا کمتر)
احساس تنهایی	<input type="checkbox"/> به ندرت وجود داشته است	<input type="checkbox"/> گاهی؛ سیستم حمایتی مناسبی دارد	<input type="checkbox"/> معمولاً؛ سیستم حمایتی تا حدودی وجود دارد	<input type="checkbox"/> همیشه؛ سیستم حمایتی محدود	<input type="checkbox"/> همیشه؛ سیستم حمایتی ندارد
امید / سطح تردید	<input type="checkbox"/> امیدوار است/ به راحتی بیان می‌کند مایل به ادامه زندگی است	<input type="checkbox"/> امیدواری است/ تاحدودی تمایل به ادامه زندگی دارد	<input type="checkbox"/> امیدوار است/ تمایل به زندگی دارد، اما ثابت نیست یا محدود است.	<input type="checkbox"/> امیدواری به آینده اندک است یا هیچ امیدی ندارد/ تاحدودی مردد است	<input type="checkbox"/> هیچ آمیدی ندارد/ آگاهانه تأیید می‌کند هیچ گونه تردیدی ندارد.



خطر خیلی زیاد	خطر زیاد / شدید	خطر متوسط	خطر خفیف / کم	خطر خیلی پایین	شاخص‌ها / سطح خطر
<input type="checkbox"/> استفاده ترکیبی از مواد و الکل و شواهدی از مسمومیت وجود دارد	<input type="checkbox"/> از الکل و مواد استفاده کرده است	<input type="checkbox"/> استفاده محدود از الکل یا مواد؛ در گذشته سابقه درمان مصرف مواد دارد	<input type="checkbox"/> استفاده محدود	<input type="checkbox"/> مصرف مشروبات الکلی و مواد وجود ندارد	مسمومیت (استفاده از الکل یا مواد)
<input type="checkbox"/> هیچ کسی در نزدیکی دانشجو حضور ندارد، تنها است	<input type="checkbox"/> دیگران در دسترس هستند	<input type="checkbox"/> دیگران انتظار دارند یا در دسترس هستند	<input type="checkbox"/> دیگران اقدام به خودکشی صورت پذیرد	<input type="checkbox"/> افراد دیگری نیز حضور دارند	شانس مداخله

هیجانات و رفتارها در طول جلسه

- پریشان طبیعی عاطفه تخت در حال گریه افسرده مشکل در صحبت کردن مضطرب آشفته خصمانه مسموم بدون واکنش سایر موارد:

علائم افسردگی:

- خلق افسرده کاهش محسوس علاقه یا لذت مشکلات خواب تغییر در اشتها تغییر وزن ناتوانی در انجام فعالیت‌های روزمره فقدان انرژی ناامیدی درماندگی سایر:

آیا فقدان اخیریا فقدان بالقوه، شکست، احساس
حقارت، خیانت وجود دارد؟ بله خیر اگر بله چه
زمانی بوده است؟ توضیح دهید

.....

.....

.....

.....

.....

آیا احساس می‌کند که برای دیگران همچون بار
اضافی است؟ بله خیر
آیا احساس ناامیدی می‌کند؟ بله خیر
مشکل فعلی را توضیح دهید (اطلاعات مربوط به
بحران، دلیل جلسه، عوامل استرس‌زای فعلی، مشکل
ارائه شده):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



**برنامه(ها) و وسایل (به طور مثال نوع قرص، تعداد،
میزان مصرف و غیره) را به تفصیل شرح دهید:**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

**سیستم حمایتی و منابع بیرونی (خانواده، دوستان،
افراد مهم دیگر، متخصصین):**

نام و شماره تماس:

.....

نام و شماره تماس:

.....

نام و شماره تماس:

.....

**مشاوره / درمان: هیچکدام قبلی در حال حاضر
توضیح دهید:**

.....

تشخیص DSM دارد؟ بله خیر توضیح دهید:

.....
.....

بستری قبلی دارد؟ بله خیر چه زمانی بوده
است؟ توضیح دهید:

.....

سابقه اقدام به خودکشی دارد؟ بله خیر چه
زمانی بوده است؟ توضیح دهید:

.....

سابقه اقدام به خودکشی در اعضای خانواده وجود
دارد؟ بله خیر توضیح دهید:

.....

سابقه قبلی تروما و/یا سوء استفاده وجود دارد؟
بله خیر توضیح دهید:

.....

نگرش دانشجو نسبت به دریافت کمک چیست؟
می‌پذیرد رد می‌کند توضیح دهید:

.....

نتیجه جلسه:

هیچ اقدام خاصی انجام نشده یا ارجاع داده نشده است

درمان/مشاوره فعلی تقویت شده است

با خانواده، دوستان، یا سایر افراد مهم زندگی دانشجو

تماس گرفته شده است



- ارجاع داده شده است (در زیر توضیح دهید)
- دریافت کمک اضطراری (پلیس، آمبولانس، اورژانس اجتماعی و غیره)
- موارد دیگر، در زیر توضیح دهید:

توضیحات جلسه

.....

.....

.....

.....

.....

خطر خودکشی: کم متوسط بالا **خطر اضطراری / حاد:** کم متوسط بالا **مزمّن است؟**

بله خیر

پیگیری لازم است؟ بله خیر

تاریخ و ساعت:

بهترین اطلاعات تماس جهت پیگیری:

.....

برنامه امن ایجاد شده است: بله خیر

یادداشت:

.....

.....

منابع:

باختر، مرضیه، و رضائیان محسن (۱۳۹۵). شیوع افکار و اقدام به خودکشی و عوامل خطر مرتبط با آن در دانشجویان ایرانی: یک مطالعه مروری منظم. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۵(۱۱)، ۱۰۶۱-۱۰۷۶.

Abdu, Z., Hajure, M., & Desalegn, D. (2020). Suicidal behavior and associated factors among students in Mettu University, South West Ethiopia, 2019: an institutional based cross-sectional study. *Psychology research and behavior management*, 13, 233.

Adler, N. E., Boyce, T., Chesney, M. A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R. L., & Syme, S. L. (1994). Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American psychologist*, 49(1), 15

Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American psychologist*, 55(5), 469.

Arria, A. M., O'Grady, K. E., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Wilcox, H. C., & Wish, E. D. (2009). Suicide ideation among college students: A multivariate analysis. *Archives of suicide research*, 13(3), 230-264

Azarin, J. M., Kaladjian, A., Adida, M., Hantouche, E., Hameg, A., Lancrenon, S., & Akiskal, H. S. (2009). Risk factors associated with lifetime suicide attempts in bipolar I patients: findings from a French National Cohort. *Comprehensive psychiatry*, 50(2), 115-120.

Brown, G. K., Ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., & Beck, A. T. (2005). Cognitive Therapy and Preventing Suicide Attempts—Reply. *JAMA*, 294(22), 2847-2848

Backhaus, I., Lipson, S. K., Fisher, L. B., Kawachi, I., & Pedrelli, P. (2021). Sexual assault, sense of belonging, depression and suicidality among LGBQ and heterosexual college students. *Journal of American College Health*, 69(4), 404-412.

Barber, B. K., & Buehler, C. (1996). Family cohesion and enmeshment: Different constructs, different effects. *Journal of Mar-*



- riage and the Family, 433-441.
- Beautrais, A. L., John Horwood, L., & Fergusson, D. M. (2004). Knowledge and attitudes about suicide in 25-year-olds. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(4), 260-265.
- Becker, S. P., Foster, J. A., & Luebbe, A. M. (2020). A test of the interpersonal theory of suicide in college students. *Journal of affective disorders*, 260, 73-76.
- Bolton, J. M., Pagura, J., Enns, M. W., Grant, B., & Sareen, J. (2010). A population-based longitudinal study of risk factors for suicide attempts in major depressive disorder. *Journal of psychiatric research*, 44(13), 817-826.
- Burlaka, V., Hong, J. S., Serdiuk, O., Krupelnytska, L., Paschenko, S., Darvishov, N., & Churakova, I. (2020). Suicidal Behaviors Among Ukrainian College Students: the Role of Substance Use, Religion, and Depression. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-15.
- Burlaka, V., Kim, Y. J., Lee, N. Y., Kral, M., & Hong, J. S. (2020). Suicidal Behaviors among College Students at a Bible Belt University: The Role of Childhood Trauma, Spirituality, Anxiety, and Depression. *Best Practices in Mental Health*, 16(2), 1-20.
- Carnevale, A. P., & Rose, S. J. (2004). Socioeconomic status, race/ethnicity, and selective college admission in America's untapped resource: Low-income students in higher education. Edited by RD Kahlenberg. New York: Century Foundation.
- Chai, L., Yang, W., Zhang, J., Chen, S., Hennessy, D. A., & Liu, Y. (2020). Relationship between perfectionism and depression among Chinese college students with self-esteem as a mediator. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 80(3), 490-503.
- Chang, E. C., Chang, O. D., Lucas, A. G., Li, M., Beavan, C. B., Eisner, R. S., . . . Bourke, E. C. (2019). Depression, loneliness, and suicide risk among Latino college students: a test of a psychosocial interaction model. *Social work*, 64(1), 51-60.
- Chang, E. C., Chang, O. D., Martos, T., Sallay, V., Li, X., Lucas, A. G., & Lee, J. (2018). Does optimism weaken the negative effects of being lonely on suicide risk? *Death studies*, 42(1), 63-68.
- Chang, E. C., Liu, J., Yi, S., Jiang, X., Li, Q., Wang, R., . . . Lucas, A. G. (2020). Loneliness, social problem solving, and negative affective symptoms: Negative problem orientation as a key

- mechanism. *Personality and Individual Differences*, 167, 110235.
- Chang, E. C., Martos, T., Sallay, V., Chang, O. D., Wright, K. M., Najarian, A. S.-M., & Lee, J. (2017). Examining optimism and hope as protective factors of suicide risk in Hungarian college students: Is risk highest among those lacking positive psychological protection? *Cognitive Therapy and Research*, 41(2), 278-288.
- Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. (2021). 1999- 2019 Wide Ranging Online Data for Epidemiological Research (WONDER), Multiple Cause of Death files [Data file]. Retrieved from <http://wonder.cdc.gov/ucd-icd10.html>. resaulted from <https://www.sprc.org/scope/age>
- Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS) [online]. (May 2021). Retrieved from www.cdc.gov/injury/wisqars. resaulted from <https://www.sprc.org/scope/age>
- Chesin, M., Cascardi, M., Rosselli, M., Tsang, W., & Jeglic, E. L. (2020). Knowledge of suicide risk factors, but not suicide ideation severity, is greater among college students who viewed 13 Reasons Why. *Journal of American College Health*, 68(6), 644-649.
- Cohen, P., Kasen, S., Chen, H., Hartmark, C., & Gordon, K. (2003). Variations in patterns of developmental transmissions in the emerging adulthood period. *Developmental psychology*, 39(4), 657.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychological bulletin*, 135(3), 495.
- De la Cruz, P. (2008). Arab population: 2000: Census 2000 brief: DIANE Publishing.
- Csillag, C., Nordentoft, M., Mizuno, M., Jones, P. B., Killackey, E., Taylor, M., . . . McDaid, D.(2016). Early intervention services in psychosis: From evidence to wide implementation. *Early Intervention in Psychiatry*, 10(6), 540–546. doi:10.1111/eip.12279



- Devylder, J. E., Thompson, E., Reeves, G., & Schiffman, J. (2015b). Psychotic experiences as indicators of suicidal ideation in a non-clinical college sample. *Psychiatry Research*, 226, 489–493. doi:10.1016/j.psychres.2015.02.007
- Domino, G. (1988). Attitudes toward suicide among highly creative college students. *Creativity Research Journal*, 1(1), 92-105.
- Dvorak, R. D., Lamis, D. A., & Malone, P. S. (2013). Alcohol use, depressive symptoms, and impulsivity as risk factors for suicide proneness among college students. *Journal of affective disorders*, 149(1- 3), 326-334 .
- Engin, E., Gurkan, A., Dulgerler, S., & Arabaci, L. (2009). University students' suicidal thoughts and influencing factors. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(4), 343-354.
- Elflein, j (2021). Deaths by suicide per 100,000 resident population in the United States from 1950 to 2018, by gender. resaulted from <https://www.statista.com/statistics/187478/death-rate-from-suicide-in-the-us-by-gender-since-1950/>
- Favazza, A. R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *The Journal of nervous and mental disease*, 186(5), 259-268.
- Fazaa, N., & Page, S. (2009). Personality style and impulsivity as determinants of suicidal subgroups. *Archives of suicide research*, 13(1), 31-45.
- Fazakas-DeHoog, L. L., Rnic, K., & Dozois, D. J. (2017). A cognitive distortions and deficits model of suicide ideation. *Europe's journal of psychology*, 13(2), 178.
- Fujita, J., Takahashi, Y., Nishida, A., Okumura, Y., Ando, S., Kawano, M., . . . Arai, T. (2015). Auditory verbal hallucinations increase the risk for suicide attempts in adolescents with suicidal ideation. *Schizophrenia Research*, 168, 209–212. doi:10.1016/j.schres.2015.07.028
- Hallaert, J. M. (2019). Flow, creativity, and suicide risk in college art majors. *Creativity Research Journal*, 31(3), 335-341.
- Harris, T. L., & Molock, S. D. (2000). Cultural orientation, family cohesion, and family support in suicide ideation and depression among African American college students. *Suicide and*

- Life-Threatening Behavior, 30(4), 341-353.
- Hartwellm, M(2015, 27 July). The Suicidal Client: Contracting for Safety : <https://psychcentral.com/pro/the-suicidal-client-contracting-for-safety#1>
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., & Deeks, J. J. (2005). Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *The British Journal of Psychiatry*, 187(1), 9-20.
- Jobes, D. A., Rudd, M. D., Overholser, J. C., & Joiner Jr, T. E. (2008). Ethical and competent care of suicidal patients: Contemporary challenges, new developments, and considerations for clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(4), 405.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Gould, M. S., Kasen, S., Brown, J., & Brook, J. S. (2002). Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of general psychiatry*, 59(8), 741-749.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kelleher, I., Lynch, F., Harley, M., Molloy, C., Roddy, S., Fitzpatrick, C., & Cannon, M. (2012). Psychoticsymptoms in adolescence index risk for suicidal behavior: Findings from 2 population-based case- control clinical interview studies. *Archives of General Psychiatry*, 69, 1277–1283,doi:10.1001/archgenpsychiatry.2012.164
- Khosravi, M., & Kasaeiyan, R. (2020). The relationship between neuroticism and suicidal thoughts among medical students: Moderating role of attachment styles. *Journal of family medicine and primary care*, 9(6), 2680.
- Kidd, S., Henrich, C. C., Brookmeyer, K. A., Davidson, L., King, R. A., & Shahar, G. (2006). The social context of adolescent suicide attempts: Interactive effects of parent, peer, and school social relations. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(4), 386-395.
- Lamis, D. A., Ballard, E. D., May, A. M., & Dvorak, R. D. (2016). Depressive symptoms and suicidal ideation in college students: the mediating and moderating roles of hopelessness, alcohol problems, and social support. *Journal of clinical psychology*,



- 72(9), 919-932.
- Lamis, D. A., & Lester, D. E. (2011). Understanding and preventing college student suicide: Charles C Thomas Publisher.
- Lester, D. (1995). The moral acceptability of suicide. *Perceptual and motor skills*, 81(3_suppl), 1106- 1106.
- Li, W., Dorstyn, D. S., & Jarmon, E. (2020). Identifying suicide risk among college students: A systematic review. *Death studies*, 44(7), 450-458.
- Links, P., Nisenbaum, R., Ambreen, M., Balderson, K., Bergmans, Y., Eynan, R., ... & Cutcliffe, J. (2012). Prospective study of risk factors for increased suicide ideation and behavior following recent discharge. *General Hospital Psychiatry*, 34(1), 88-97.
- Mays, D. (2004). Structured assessment methods may improve suicide prevention. In: SLACK Incorporated Thorofare, NJ.
- McClay, M. M., Brausch, A. M., & O'Connor, S. S. (2020). Social support mediates the association between disclosure of suicide attempt and depression, perceived burdensomeness, and thwarted belongingness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 50(4), 884-898.
- Miller, M., Azrael, D., & Hemenway, D. (2002). Household firearm ownership and suicide rates in the United States. *Epidemiology*, 517-524.
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social development*, 16(2), 361-388
- Moscardini, E. H., Oakey-Frost, D. N., Robinson, A., Powers, J., Aboussouan, A. B., Rasmussen, S., . . . Tucker, R. P.(2021). Entrapment and suicidal ideation: The protective roles of presence of life meaning and reasons for living. *Suicide and Life-Threatening Behavior*.
- Mortier P, Auerbach RP, Alonso J, Bantjes J, Benjet C, Cuijpers P, Ebert DD, Green JG, Hasking P, Nock MK, O'Neill S, Pinder-Amaker S, Sampson NA, Vilagut G, Zaslavsky AM, Bruffaerts R, Kessler RC, WHO WMH-ICS Collaborators Suicidal Thoughts and Behaviors Among First-Year College Students: Results From the WMH-ICS Project. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*
- Nam B, Hilimire MR, Jahn D, Lehmann M, DeVlyder JE. Predic-

- tors of suicidal ideation among college students: A prospective cohort study. *Social work in mental health*. 2018 Mar 4;16(2):223-37.
- Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA psychiatry*, 70(3), 300-310.
- Oh, H. Y., Marinovich, C., Jay, S., Zhou, S., & Kim, J. H. (2021). Abuse and suicide risk among college students in the United States: Findings from the 2019 Healthy Minds Study. *Journal of affective disorders*, 282, 554-560.
- Ong, E., & Thompson, C. (2019). The importance of coping and emotion regulation in the occurrence of suicidal behavior. *Psychological reports*, 122(4), 1192-1210.
- Organization, W. H. (2014). Preventing suicide: A global imperative: World Health Organization.
- One in 100 deaths is by suicide(2021, june 17). resulted from <https://www.who.int/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
- Park, S.-U., & Kim, M.-K. (2018). Effects of campus life stress, stress coping type, self-esteem, and maladjustment perfectionism on suicide ideation among college students. *Korean Journal of Clinical Laboratory Science*, 50(1), 63-70.
- Park, Y. (2017). Effects of depression, self-esteem, and social support on suicidal ideation in college students. *Child Health Nursing Research*, 23(1), 111-116.
- Patterson, W. M., Dohn, H. H., Bird, J., & Patterson, G. A. (1983). Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics*, 24(4), 343-349.
- Peltzer, K., Yi, S., & Pengpid, S. (2017). Suicidal behaviors and associated factors among university students in six countries in the Association of Southeast Asian Nations (ASEAN). *Asian journal of psychiatry*, 26, 32-38.
- Portes, P. R., Sandhu, D. S., & Longwell-Grice, R. (2002). Understanding adolescent suicide: A psychosocial interpretation of developmental and contextual factors. *ADOLESCENCE-SAN*



- DIEGO-, 37, 805-814.
- Rawatlal, N., Kliewer, W., & Pillay, B. J. (2015). Adolescent attachment, family functioning and depressive symptoms. *South African Journal of Psychiatry*, 21(3), 80-85.
- Robinson, A., Moscardini, E., Tucker, R., & Calamia, M. (2021). Perfectionistic Self-Presentation, Socially Prescribed Perfectionism, Self-Oriented Perfectionism, Interpersonal Hopelessness, and Suicidal Ideation in US Adults: Reexamining the Social Disconnection Model. *Archives of suicide research*, 1-15.
- Sharaf, A. Y., Thompson, E. A., & Walsh, E. (2009). Protective effects of self-esteem and family support on suicide risk behaviors among at-risk adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(3), 160-168.
- Shea, S. C. (1998a). *Psychiatric interviewing: The art of understanding* (2nd Ed.). Philadelphia: Saunders.
- Shea, S. C. (1998). The chronological assessment of suicide events: a practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 58-72.
- Shea, S. C. (2004). The delicate art of eliciting suicidal ideation. In: SLACK Incorporated Thorofare, NJ.
- Sheftall, A. H., Mathias, C. W., Furr, R. M., & Dougherty, D. M. (2013). Adolescent attachment security, family functioning, and suicide attempts. *Attachment & human development*, 15(4), 368-383.
- Stephenson, H., Pena-Shaff, J., & Quirk, P. (2006). Predictors of college student suicidal ideation: Gender differences. *College Student Journal*, 40(1), 109.
- Shneidman, E. S. (1984). Aphorisms of suicide and some implications for psychotherapy. *American journal of psychotherapy*, 38(3), 319-328.
- Sommers-Flanagan, J., & Campbell, D. G. (2009). Psychotherapy and (or) medications for depression in youth? An evidence-based review with recommendations for treatment. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 39(2), 111-120.
- Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and behavioral practice*, 19(2), 256-264.
- Rockville, MD. (2001). *National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for action*: U.S. Department of Health

- and Human Services, Public Health Service, resaulted from <https://www.sprc.org/sites/default/files/migrate/library/glossary.pdf>
- Taylor, P. J., Hutton, P., & Wood, L. (2015). Are people at risk of psychosis also at risk of suicide and self-harm? A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 45(5) 911–926. doi:10.1017/S0033291714002074
- The Jed Foundation, Student Mental Health and the Law: A Resource for Institutions of Higher Education. New York, NY: The Jed Foundation, 2008. resaulted from The Jed Foundatio/ <https://www.jedfoundation.org › uploads › 2016/07>
- Titus, C. E. (2019). Problem solving and suicide: A first look: Mississippi State University.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., James, L. M., Castro, Y., Gordon, K. H., Braithwaite, S. R., . . . Joiner Jr, T. E. (2008). Suicidal ideation in college students varies across semesters: The mediating role of belongingness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(4), 427-435.
- Wang, Q. (2020). Suicidal ideation and plans among college students in China: Effects of mental distress, substance use, family functioning, and sleep quality. Paper presented at the APHA's 2020 VIRTUAL Annual Meeting and Expo (Oct. 24-28).
- Westefeld, J. S., Button, C., Haley Jr, J. T., Kettmann, J. J., Macconnell, J., Sandil, R., & Tallman, B. (2006). College student suicide: A call to action. *Death studies*, 30(10), 931-956.



با عمل امید بسازیم

۱۴۰۰

شهریور