

راهکار طبابت بالینی

ارزیابی بیماران با رفتار خودکشی

تعریف

- خودکشی: مرگ تحمیل شده توسط خود شخص با شواهد (صریح یا تلویحی) مبنی بر اینکه خود شخص تمایل به مرگ داشته است.
- تلاش به خودکشی: رفتار آسیب رساننده به خود با نتیجه‌ای غیر از مرگ که همراه با شواهد (صریح و تلویحی) مبنی بر این است که خود شخص تمایل به مرگ داشته است.
- تلاش به خودکشی ناموفق: رفتار بالقوه آسیب رساننده به خود با شواهد (صریح و تلویحی) مبنی بر اینکه شخص قصد مرگ داشته است ولی تلاشش را قبل از وقوع صدمه‌ی جسمی متوقف کرده است.
- افکار و ایده‌های خودکشی: افکاری مبنی بر عامل مرگ خود شدن. میزان جدیت افکار خودکشی ممکن است بسته به میزان اختصاصی بودن طرح‌های خودکشی و درجه‌ی تمایل به خودکشی متفاوت باشد.
- قصد خودکشی: انتظار و آرزو و اشتیاق شخصی به انجام فعل تخریب کننده‌ی خود که بتواند منتهی به مرگ شود.
- مرگبار بودن رفتار خودکشی: خطر Objective متوجه زندگی فرد که همراه با یک روش یا فعل خودکشی باشد.
- آسیب رساندن به خود: انجام دادن کارهای دردناک، مخرب و صدمه رساننده با میل شخصی به روی خود که بدون داشتن قصد مرگ انجام می‌شود.

همه‌گیرشناسی

خودکشی و رفتارهای توأم با خودکشی یکی از شایع‌ترین و پر استرس‌ترین اورژانس‌های روانپزشکی است. توصیف واحدی برای تلاش به خودکشی یا راه‌حل ساده‌ای برای درمان آن وجود ندارد. خودکشی یک واقعه‌ی زیان بار برای نزدیکان فردی است که در اثر این کار جان باخته یا از آن جان به در برده است و تبعات عاطفی طولانی به دنبال دارد و جامعه را نیز به طور گسترده‌ای از نظر عاطفی و اقتصادی تحت تاثیر قرار می‌دهد.

خودکشی معمولاً اما نه همیشه همراه با یک بیماری روانی است. بدیهی است که شناخت و درمان مناسب بیمار روانی زمینه‌ای می‌تواند خطر خودکشی را کاهش دهد. همچنین شناخت فاکتورهای موثر و افزایش دهنده‌ی خطر خودکشی نیز در کاهش خطر خودکشی موثر است.

هر ساله در حدود بیش از ۳۰ هزار نفر در آمریکا در اثر خودکشی جان می‌سپارند و تعداد موارد تلاش به خودکشی حدود ۶۵۰ هزار نفر تخمین زده می‌شود. تعداد روزانه خودکشی ۸۵ نفر در روز می‌باشد که به معنی یک نفر هر ۲۰ دقیقه می‌باشد. زنان ۴ برابر بیش‌تر از مردان دست به خودکشی می‌زنند و مردان نیز ۴ برابر بیش‌تر از زنان خودکشی موفق دارند.

جمعیت هدف راهکار

افراد بالای ۱۸ سال که با رفتار توأم با خودکشی به شما مراجعه می‌کنند.

توصیه‌ها

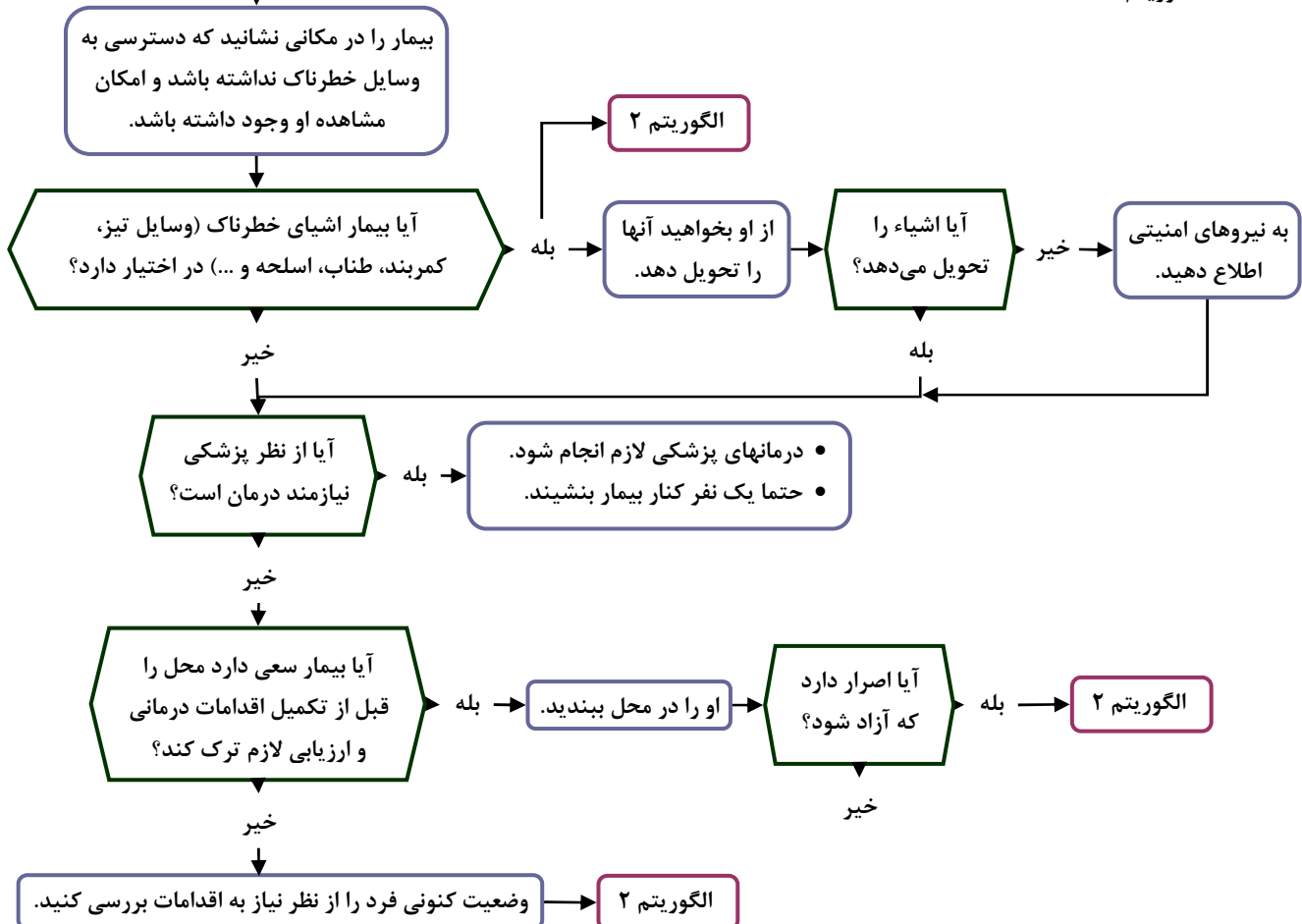
این راهکار طبابت بالینی مطابق با جدیدترین یافته‌های علمی و پژوهشی است؛ با این حال، تمامی روشهای درمانی موجود را در بر نمی‌گیرد و نیز رد کننده‌ی سایر روشهای درمانی نیست. توصیه‌های موجود به منظور ایجاد چارچوبی یکپارچه در بررسی و درمان بیماران فراهم آورده شده است و قضاوت نهایی در مورد فرایند های تشخیصی و درمانی باید با توجه به شرایط ویژه هر بیمار توسط پزشک اتخاذ شود.

ارزیابی اولیه

۱. هر فردی را که در مورد خودکشی صحبت می‌کند باید جدی بگیرید. افرادی که در اثر خودکشی می‌میرند معمولاً قبلاً افکار خودکشی خود را بیان کرده‌اند یا علایم خطر را نشان داده‌اند.
۲. کار کردن با افرادی که تلاش به خودکشی داشته‌اند و به دنبال تلاش برای آسیب رساندن به خود، نیازمند کمک هستند، به طرز غیرقابل اجتنابی روی پزشکانی که درگیر این مورد هستند، تاثیر می‌گذارد. بسیاری اوقات پزشکان فراموش می‌کنند که افرادی که پس از ارتکاب این اعمال، صرف‌نظر از انگیزه‌ی پشت اعمالشان، به آنها مراجعه کرده‌اند در وضعیت بحرانی شدیدی قرار دارند و با طرد شدن یا کوچک انگاری علایم آنها به عنوان «جلب توجه» یا استهزا هیچ سودی نخواهند برد. آنها نیازمند کمک و همدلی هستند.
۳. مساله‌ی «محرمانه نگهداشتن» اطلاعات پزشکی در مورد افرادی که رفتار توأم با خودکشی حادی دارند، اندکی متفاوت است. در این مورد اولین مسوولیت پزشک، حفظ امنیت فرد و اطرافیان اوست و در این راستا ممکن است محرمانه ماندن اطلاعات به دلیل تماس گرفتن و آگاه کردن افراد خانواده، دوستان و انجام مشاورات نقض شود.
۴. ثبت و مستند نمودن مراحل ارزیابی خودکشی اهمیت دارد. در این مستندسازی باید ارزیابی‌های مربوطه در مورد خطر خودکشی، مسایل بازگو شده توسط افراد خانواده، دوستان و نزدیکان، تاریخچه قبلی روانپزشکی، درمانهای دریافت شده‌ی قبلی، وجود یا عدم وجود اسلحه و وسایل خطرناک در دسترس فرد در محل کار یا زندگی و لزوم دور نگهداشتن آن از دسترس فرد و آموزشهای داده شده به افراد فامیل و دوستان در این مورد ثبت شده باشد.
۵. ایجاد همبستگی درمانی به معنای یک همکاری آگاهانه بین پزشک و بیمار برای رسیدن به هدف بررسی دو جانبه‌ی مشکلات فرد، در فرآیند ارزیابی فردی که رفتارهای توأم با خودکشی دارد بسیار ضروری است. جزء کلیدی این همبستگی درمانی rapport است. این مساله آشکارسازی اطلاعات را تسهیل می‌کند و می‌تواند نقش یک فاکتور محافظتی را ایفا نماید.

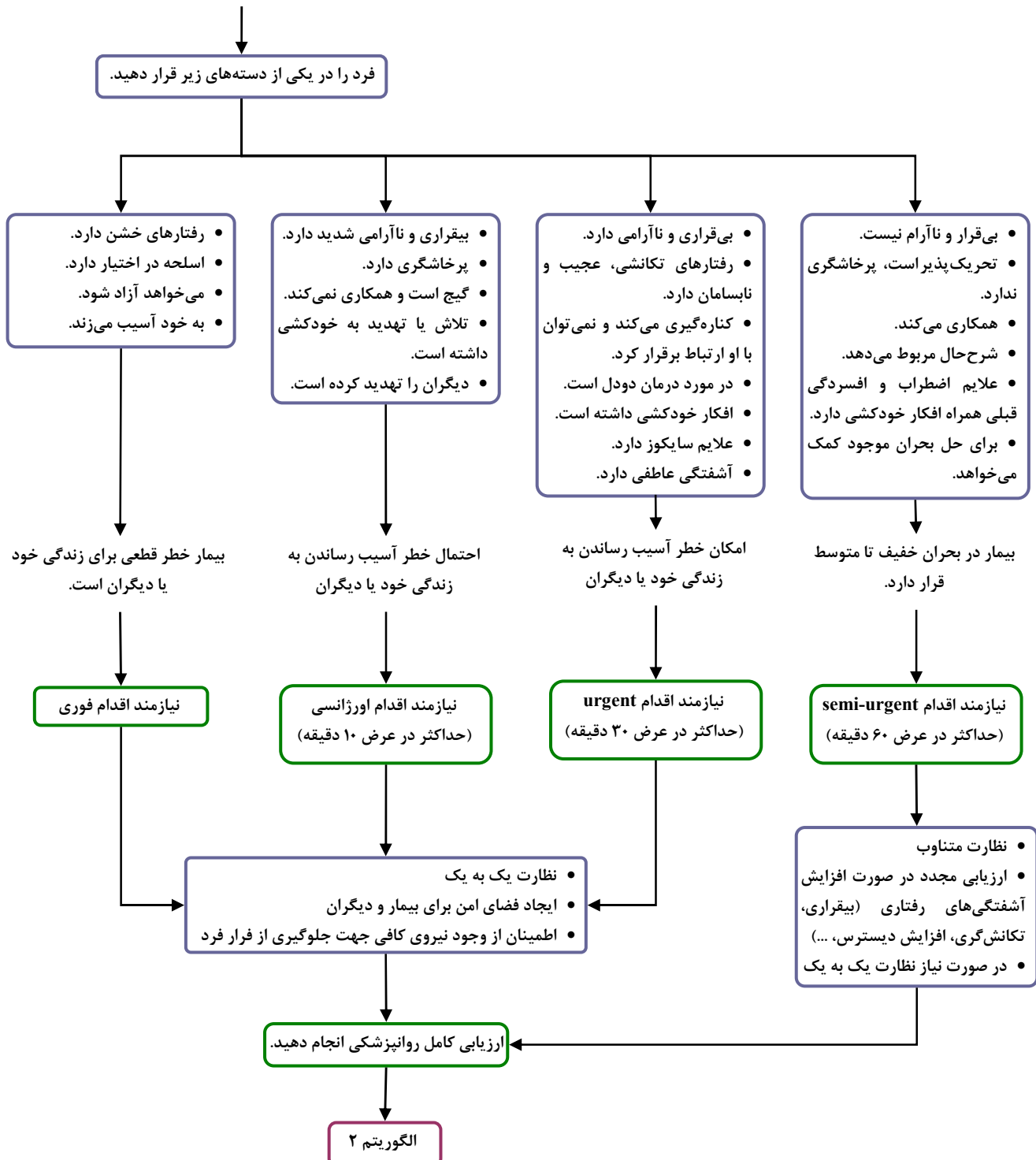
فردی را ویزیت می‌کنید که رفتار توأم با خودکشی داشته یا دارد.

الگوریتم ۱



الگوریتم ۲

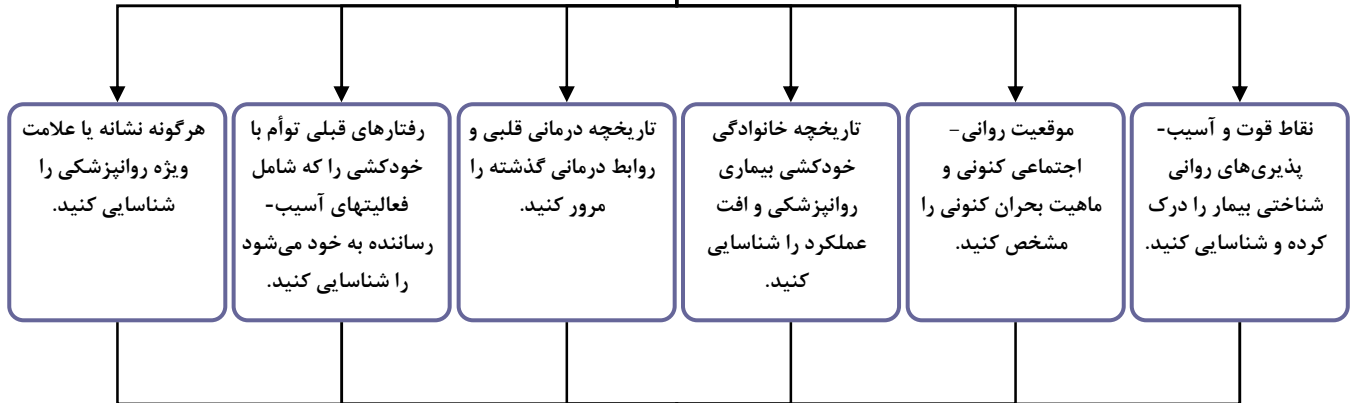
وضعیت کنونی فرد را از نظر نیاز به اقدامات بررسی کنید.



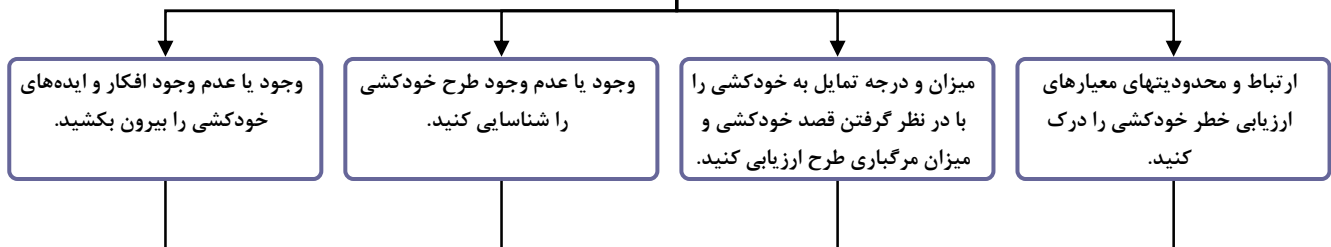
الگوریتم ۳

ارزیابی کامل روانپزشکی انجام دهید.

فرد را در یکی از دسته‌های زیر قرار دهید.



سؤالات اختصاصی راجع به افکار و طرح خودکشی و رفتارهای توأم با خودکشی را مطرح کنید.



یک تشخیص چند محوری بگذارید.

فاکتورهای افزایش‌دهنده و کاهش‌دهنده خطر خودکشی را شناسایی کنید.

خطر خودکشی را تخمین بزنید.

الگوریتم اول

هنگامی که فردی را ویزیت می‌کنید که رفتار توام با خودکشی داشته یا دارد، ابتدا او را در مکانی بنشانید که دسترسی به وسایل بالقوه خطرناک نداشته باشد و امکان مشاهده‌ی او و نظارت بر او وجود داشته باشد. از فرد بخواهید که هر گونه اشیایی را که احتمال آسیب رساندن دارد بیرون بگذارد. داروها را نیز باید از محل خارج نمود. اگر فرد اسلحه‌ای در اختیار دارد که آن را تحویل نمی‌دهد، باید به پلیس اطلاع داده شود. بیمار ممکن است به دلیل وضعیت فیزیکی خود نیازمند درمانهای پزشکی باشد، حتی در چنین وضعیتی هم یک نفر باید در کنار بیمار بنشیند.

انجام ارزیابی‌ها باید در سریع‌ترین زمان ممکن صورت بگیرد اما اگر بیمار سعی دارد محل را قبل از انجام ارزیابی‌ها و تکمیل اقدامات درمانی ترک کند و تلاش به آرام و متقاعد کردن او بدون فایده است، استفاده از دستبند و بستن او در محل ضروری است.

پس از انجام اقدامات فوق باید وضعیت فرد را از نظر نیاز به اقدامات فوری، اورژانسی، **urgent** و **Semiurgent** ارزیابی کنید. (الگوریتم ۲) توجه داشته باشید که ارزیابی اولیه‌ی روانپزشکی را نباید تا تکمیل فرآیندهای پزشکی به تعویق انداخت (در صورتی که حال بیمار به اندازه‌ی کافی خوب است و هوشیاری لازم برای همکاری را دارد). در مورد افراد مسموم با الکل یا داروها، باید تا زمان به هوش آمدن، آنها را در یک مکان امن قرار داد و ارزیابی اولیه را هنگامی که هنوز مسموم هستند برای تعیین عوامل خطر فوری انجام داد.

الگوریتم دوم: ارزیابی اولیه

هنگامی که می‌خواهید وضعیت کنونی فرد را از نظر نیاز به اقدامات بررسی کنید، ابتدا باید او را در یکی از ۴ دسته‌ی موجود در الگوریتم دو قرار دهید. سپس برحسب نوع دسته‌بندی اقدامات لازم را انجام دهید. این مرحله، مرحله‌ی قبل از ارزیابی کامل روانپزشکی است. پرسش از افراد خانواده، دوستان و افراد پشتیبان فرد بسیار کمک کننده است.

در این مرحله بسته به وضعیت فرد می‌توان از **Sedation** استفاده نمود:

۱. **Acute Sedation** در صورتی ضروری است که فرد رفتارهای خشن و شدیداً بیقرار نشان دهد و علائم سایکوز داشته باشد.
۲. **Urgent Sedation** زمانی ضروری است که دیگر روش‌های غیردارویی مثل نظارت ویژه، حمایت دوستان و افراد خانواده و تلاش به ایجاد و رابطه و تفاهم برای درمان مفید نباشد.

برای **Sedation** می‌توان از یک آنتی سایکوتیک (مثل هالوپریدول) یا یک بنزودیازپین کوتاه یا متوسط الاثر (مثل لورازپام) یا کلونازپام استفاده کرد. مصرف این داروها باید تحت پایش دقیق انجام شود و باید به عوارض آنها دقت داشته باشید.

زمانی که فرد از دریافت **Sedative** خوراکی اجتناب می‌کند اگر دلایل کافی برای خطرناک بودن فرد در زمینه‌ی آسیب رساندن به خود یا دیگران وجود باشد می‌توان از **Sedative** تزریقی استفاده کرد.

باید توجه داشته باشید که **Sedative** وضعیت ذهنی بیمار را تیره‌تر می‌کند و ارزیابی روانپزشکی را مشکل‌تر می‌سازد.

الگوریتم سوم

ارزیابی روانپزشکی کامل، قسمت اساسی و لازم فرآیند ارزیابی خودکشی و رفتارهای توام با خودکشی است. اطلاعاتی که پزشک در این مرحله به دست می‌آورد او را قادر می‌سازد تا:

۱. فاکتورهایی را که ممکن است به طور کلی خطر خودکشی یا سایر رفتارهای توام با خودکشی را افزایش یا کاهش دهند و ممکن است به عنوان اهداف قابل کنترل در ملاحظات حاد و مداخلات در جریان استفاده شوند، شناسایی کند.
۲. از ایمنی کنونی بیمار آگاه باشد و مناسب‌ترین موقعیت برای درمان را مشخص سازد.
۳. یک تشخیص افتراقی چند محوری را برای طراحی درمان بیشتر ارایه دهد.

هر گونه نشانه یا علامت ویژه‌ی روانپزشکی را شناسایی کنید.

شناسایی علایم و نشانه‌های روانپزشکی که همراه با افزایش خطر رفتارهای توأم با خودکشی هستند، اهمیت دارد. علایمی که با خودکشی یا تلاش به خودکشی همراهی داشته‌اند.

۱. پرخاشگری
۲. خشونت علیه دیگران
۳. تکانش‌گری
۴. ناامیدی
۵. بیقراری
۶. اضطراب روانی (به معنای احساس شخص مبنی بر اضطراب و ترس و تشویش بدون موضوع خاص)
۷. بی‌خوابی global
۸. حملات هراس

همچنین شناسایی دیگر علایم و نشانه‌های روانپزشکی (مثل سایکوز و افسردگی) در شناسایی یک بیماری روانپزشکی که باید هنگام درمان مورد توجه قرار بگیرد، کمک کننده خواهد بود.

رفتارهای قبلی توأم با خودکشی را که شامل فعالیتهای آسیب رساننده به خود نیز می‌شود، ارزیابی کنید.

تاریخچه‌ی تلاش‌های قبلی خودکشی یکی از مهمترین عوامل خطر برای خودکشی است و این خطر با افزایش جدی بودن، تواتر و تعداد تلاشهای اخیر افزایش می‌یابد. بنابراین سوال راجع به تلاش‌های قبلی خودکشی و رفتارهای توأم با خودکشی که شامل سوالات ویژه در مورد تلاش به خودکشی‌های ناموفق نیز می‌شود، یکی از وظایف مهم پزشک است. در مورد هر یک از تلاش و تلاش‌های ناموفق، باید جزئیات کامل راجع به عوامل تسریع کننده، زمانبندی، انگیزه و قصد و تبعات ناشی از آن مثل مسایل پزشکی ناشی از آن را بپرسد.

در مورد استفاده از الکلی یا داروها قبل از ارتکاب به این اعمال باید پرسید زیرا مسمومیت با این موارد می‌تواند تلاش به خودکشی‌های تکانشی را تسهیل کند و نیز می‌تواند جزئی از یک طرح خودکشی جدی‌تر باشد.

تاریخچه‌ی درمانی قبلی و روابط درمانی گذشته را مرور کنید.

مرور تاریخچه‌ی درمانی گذشته یکی از دیگر عناصر حیاتی در ارزیابی خطر خودکشی است. یک تاریخچه‌ی درمانی کامل می‌تواند به عنوان یک روش سیستماتیک برای به دست آوردن اطلاعات راجع به تشخیص‌های همراه، بستری‌های قبلی، افکار خودکشی یا تلاش به خودکشی‌های قبلی مورد استفاده قرار گیرد.

بسیاری از بیمارانی که برای تمایل به خودکشی مورد ارزیابی قرار می‌گیرند قبل تحت درمان توسط پزشکان دیگر بوده‌اند. ارتباط با این افراد در تعیین موقعیت و طرح‌های درمانی کمک کننده است. در مورد بیمارانی که در حال حاضر نیز تحت درمان هستند، اندازه‌گیری میزان قوت و پایداری روابط درمانی کمک کننده است چون هماهنگی و همبستگی درمانی مثبت، نقش محافظتی در برابر خودکشی دارد.

تاریخچه‌ی خانوادگی خودکشی، بیماری روانپزشکی و افت عملکرد را شناسایی کنید.

شناسایی سابقه‌ی خانوادگی، بخش مهمی از ارزیابی روانپزشکی کامل است. باید در مورد سابقه‌ی خانوادگی هر گونه بستری روانپزشکی و بیماری روانی از جمله اختلال سوء مصرف مواد و نیز سابقه‌ی خودکشی و تلاش به خودکشی در خانواده سوال پرسید. وقتی سابقه‌ی خودکشی در یکی از بستگان درجه یک وجود دارد، باید راجع به شرایط آن زمان به ویژه نقش بیمار و سن بیمار و بستگانش در هنگام خودکشی فرد مذکور سوال پرسید.

دوران کودکی بیمار و Milieu خانوادگی کنونی نیز مسایلی هستند که بسیاری از وجوه رفتارهای آسیب رساننده به خود می‌توانند با آنها در ارتباط باشند. (مثلاً برخوردها و جدایی در خانواده، مشکلات حقوقی، پدر و مادر، سابقه‌ی سوء مصرف مواد در خانواده، خشونت در خانه، سوء استفاده‌ی جسمی یا جنسی)

موقعیت روانی - اجتماعی کنونی و ماهیت بحران کنونی را مشخص کنید.

ارزیابی موقعیت روانی - اجتماعی کنونی بیمار برای شناخت بحران‌های حاد روانی - اجتماعی یا استرس‌های مزمن روانی - اجتماعی که ممکن است خطر خودکشی را تشدید کنند، مهم است (مثل مشکلات مالی یا حقوقی، تعارض یا فقدان‌های بین شخصی، استرس‌های موجود در جوانان همجنس‌گرایا، دو جنس‌گرا، مشکلات سکونت، از دست دادن کار، افت عملکرد تحصیلی) درک موقعیت اجتماعی - روانی بیمار در کمک به بیمار برای به حرکت درآوردن پشتیبان‌های خارجی که می‌توان به عنوان اثر محافظتی در برابر خطر خودکشی از آنها یاد کرد، ضروری است.

نقاط قوت و آسیب‌پذیری‌های روانشناختی هر بیمار را درک کرده و شناسایی کنید.

نقاط قوت و آسیب‌پذیری‌های خاص می‌تواند شامل عواملی مثل مهارت‌های تطابق، خصوصیات شخصیتی، نحوه‌ی تفکر و نیازهای روانشناختی و تکاملی باشد.

سوالات اختصاصی راجع به افکار و طرح‌های خودکشی و رفتارهای توأم با خودکشی بپرسید.

به طور کلی باید بدانید که هر چقدر یک فرد بیشتر به خودکشی اندیشیده باشد و طرح ویژه‌ای برای خودکشی ریخته باشد و یا قصد اجرای آن طرح را داشته باشد، خطر بیشتری متوجه او خواهد بود. بنابراین در ارزیابی خودکشی سوال پرسیدن به طور ویژه و اختصاصی در مورد افکار خودکشی، طرح‌های خودکشی یا رفتارهای توأم با خودکشی یا قصد خودکشی بسیار مهم است.

طرح این نوع سوالها به طور طبیعی در جریان صحبت با بیمار در مورد وضعیت فعلی‌اش پیش می‌آید. ولی به طور اختصاصی و جداگانه با کلمات و جمله بندی خاص باید این مورد سنجیده شود. انواع این سوالات که در شرایط بالینی متفاوت مطرح می شوند در جدول آمده است.

وجود و عدم وجود افکار و ایده‌های خودکشی را بیرون بکشید.

پرسیدن سوال راجع به ایده و افکار خودکشی بخش ضروری ارزیابی روانپزشکی خودکشی است. برخی می‌ترسند که رو کردن موضوع خودکشی، فکر خودکشی را در ذهن شخص بکار و ولی معمولاً اینگونه نیست. در واقع پیش کشیدن موضوع خودکشی می‌تواند برای بیماری که تمایلات خودکشی دارد، مفری باشد تا در مورد این موضوع بحث شود و به او فرصتی داده شود تا حس کند که درک می‌شود. در پرسش راجع به افکار خودکشی بهتر است با سوالاتی که احساسات فرد را راجع به زندگی آشکار می‌کنند مثل «زندگی در این لحظه به نظرت چگونه است؟» یا «آیا تا کنون فکر کرده‌ای که زندگی ارزش زنده بودن را ندارد؟» یا «آیا تاکنون آرزو کرده‌ای که بخوابی و هرگز بیدار نشوی؟» شروع کنیم. اگر جوابهای بیمار منعکس کننده‌ی نارضایتی فرد راجع به زندگی و تمایل او به فرار از زندگی باشد، این پاسخها می‌تواند منجر به سوالات ویژه‌تری راجع به افکار و ایده‌های خودکشی فرد شود.

وقتی چنین تفکراتی آشکار شوند باید روی ماهیت، میزان تکرار آنها، وسعت آنها و زمان آنها تمرکز نمود و زمینه‌ی بین فردی، موقعیتی و علامتی را که در آن اتفاق می‌افتند، درک نمود. حتی اگر بیمار ابتدا افکار مرگ و خودکشی را انکار کند، پزشک باید به پرسیدن سوالات بیشتر بیندیشد مثلاً می‌توان در مورد طرحها و نقشه‌های آینده یا اعمال و افکار اخیر در مورد آسیب رساندن به خود پرسید. باید در نظر بگیرید که همه‌ی افراد وقتی افکار خودکشی دارند، آنها را بازگو نمی‌کنند پس باید با دیگر افراد خانواده یا دوستان و نزدیکان فرد صحبت کنید و از آنها بخواهید بگویند که آیا اخیراً رفتار مشکوکی از فرد ندیده‌اند. (مثلاً اینکه یک سلاح خریده باشد) یا اینکه محرم افکاری بوده باشند که مطرح کننده‌ی خودکشی است.

وجود یا عدم وجود یک طرح خودکشی را شناسایی کنید.

اگر افکار خودکشی وجود داشته باشند، پزشک باید اطلاعات دقیق‌تری را در مورد طرحهای ویژه برای خودکشی یا هرگونه قدمی که در جهت عملی کردن آن افکار و طرحها برداشته می‌شود، به دست آورد. علیرغم اینکه برخی خودکشی‌ها بطور تکانشی و بدون طراحی قبلی یا با طراحی کم اتفاق می‌افتند، طرحهایی که جزئیات دارند معمولاً خطر بالاتری از خودکشی را به همراه دارند.

به روش‌های خشن و بدون بازگشت مثل استفاده از سلاح گرم، پریدن، تصادفات باید توجه بیشتری نشان داد. در نظر داشته باشید که باور بیمار از میزان مرگباری روشی که انتخاب کرده است، به اندازه‌ی مرگباری واقعی آن روش، اهمیت دارد.

اگر بیمار می‌گوید که طرحی ندارد، باید پرسید که آیا شرایط خاصی وجود ندارد که تحت آنها بیمار به خودکشی بیندیشد؟ (مثلاً طلاق، زندانی شدن، از دست دادن خانمان) یا پرسید که آیا ممکن است چنین طرحی در آینده‌ی نزدیک شکل بگیرد یا عملی شود؟

اگر بیمار می‌گوید که غیرممکن است که به افکار خودکشی جامه‌ی عمل بپوشاند، مشخص کنید که چه عواملی باعث می‌شود که چنین تفکری داشته باشد چون می‌توان از آن عوامل به عنوان فاکتورهای محافظ استفاده کرد.

صرفنظر از اینکه طرح خودکشی وجود داشته باشد یا نداشته باشد، همین که بیماری به ایده‌ها و افکار خودکشی اعتراف می‌کند، باید حتماً در مورد وجود یا عدم وجود اسلحه گرم در منزل یا محل کار بیمار اطلاع به دست آورد.

سوالاتی که ممکن است در بدست آوردن اطلاعات از جنبه‌های ویژه‌ی افکار، طرح‌ها و رفتارهای توأم با خودکشی کمک کننده باشند.

(با سوالاتی شروع کنید که احساسات بیمار در مورد زندگی کردن را آشکار می‌کنند.)

- آیا هرگز احساس کرده‌اید که زندگی ارزش زنده بودن را ندارد؟
- آیا هرگز آرزو کرده‌اید که ای کاش می‌توانستید بخوابید و هرگز بیدار نشوید؟
- با سوالاتی ادامه دهید که در مورد افکار مرگ، آسیب به خود یا خودکشی هستند.
- آیا مرگ چیزی است که اخیراً به آن اندیشیده باشید؟
- آیا تاکنون به جایی رسیده‌اید که احساس کنید می‌خواهید به خود آسیب برسانید؟
- برای بیمارانی که افکار خودکشی یا آسیب به خود دارند.
- چه زمانی برای اولین بار متوجه چنان افکاری شدید؟
- چه چیزی منجر به چنین افکاری شد؟ (عوامل تسهیل‌گر بین شخصی یا روانی اجتماعی مسائل فقدانهای واقعی یا تصویری، علایم ویژه‌ای مثل تغییرات خلقی، انهدنیا، ناامیدی، اضطراب، سایکوز)
- چنان افکاری کی به کی بسراغتان می‌آیند؟ (فرکانس، کیفیت و سواسی، قابل کنترل بودن آنها)
- چقدر به عملی کردن آن افکار نزدیک شده‌اید؟
- فکر می‌کنید چقدر احتمال دارد که در آینده این افکار را عملی کنید؟
- آیا تاکنون اتفاق افتاده که شروع به آسیب رساندن به خود یا کشتن خودتان بکنید ولی قبل از اینکه کاری انجام دهید، آن را متوقف کرده باشید؟ (مثلاً چاقو یا اسلحه را به سمت خودتان گرفته باشید ولی کاری نکنید یا به لبه‌ی یک پل رفته باشید ولی نپرید ...)
- فکر می‌کنید اگر واقعاً خودتان را بکشید چه اتفاقی صورت می‌گیرد؟ (مثلاً رهایی، اتحاد با فرد مهم زندگیتان، تولد دوباره، واکنش‌های دیگران؟)
- آیا نقشه یا طرح خاصی را برای آسیب رساندن به خود یا کشتن خودتان ریخته‌اید؟ (اگر چنین است، نقشه‌تان چگونه است؟)
- آیا اسلحه گرم یا سلاح دیگر در دسترس دارید؟
- آیا آمادگی‌های خاصی انجام داده‌اید؟ (مثلاً چیز خاصی خریده‌اید، یک یادداشت یا وصیت‌نامه نوشته‌اید؟ امور مالی را ترتیب داده‌اید؟ گامهایی به جهت پنهان نگهداشتن نقشه‌تان برداشته‌اید)
- آیا با کسی راجع به نقشه‌هایتان صحبت کرده‌اید؟
- آینده به نظرتان چگونه می‌رسد؟
- چه چیزهایی به شما کمک می‌کند که نسبت به آینده بیشتر (یا کمتر) امیدوار باشید؟ (مثلاً درمان، تجدید روابط، از بین بردن عوامل فشار؟)
- چه چیزهایی احتمال اینکه خودتان را بکشید را بالاتر می‌برند؟ (یا پایین‌تر می‌آورند؟)
- چه چیزهایی باعث می‌شود که بخواهید از زندگی فرار کنید یا بمیرید؟
- چه چیزهایی در زندگیتان باعث می‌شود بخواهید زندگی کنید؟
- اگر دوباره افکار آسیب رسانی به خودتان یا خودکشی داشته باشید، چه می‌کنید؟

برای افرادی که تلاش به خودکشی داشته‌اند یا اعمال آسیب رسانند، به خود انجام داده‌اند، سوالات موازی با سوالهای قبلی می‌تواند تلاش‌های قبلی را روشن نماید. سوالات بیشتری که پرسیده می‌شود می‌تواند ما را به سمت یک روش ویژه که به کاربرده شده رهنمون سازد.

- آیا می‌توانید توصیف کنید که چه اتفاقی افتاد؟ (شرایط، عوامل، نگرش به آینده، استفاده از الکل یا دیگر مواد، روش، انگیزه، میزان جدی بودن آسیب وارده؟)
- چه افکاری قبل از تلاش به خودکشی داشتید که منجر به این کار شد؟
- فکر می‌کردید چه اتفاقی می‌افتد؟ (به خواب رفتن به جای آسیب یا مرگ، واکنش از یک فرد خاصی دیدن؟)
- آیا در هنگام انجام این کار افراد دیگری هم حضور داشتند؟
- آیا خودتان پس از انجام این کار کمک خواستید یا فرد دیگری به شما کمک کرد؟
- آیا برنامه‌ریزی کرده بودید که شما را پیدا کنند یا به طور تصادفی شما را پیدا کردند؟
- پس از انجام این کار چه احساس داشتید؟ (رهایی به جای تاسف از زنده بودن؟)
- آیا پس از آن درمانی دریافت کردید؟ (درمان طبی یا روانی، اورژانسی، بستری یا سرپایی؟)
- آیا از زمانی که دست به این کار زده‌اید نظرتان نسبت به مسایل تغییر کرده است یا مساله‌ای به نظرتان متفاوت می‌رسد؟
- آیا دفعات دیگری نیز بوده که تلاش کرده باشید به خودتان آسیب برسانید یا خودکشی کنید؟

برای افرادی که افکار و تلاش به خودکشی مکرر دارند:

- چندبار تاکنون تلاش کرده‌اید به خودتان صدمه بزنید یا خودکشی کنید؟
- آخرین بار کی بوده است؟
- آیا می‌توانید افکار خود را در زمانی که جدی ترین افکار خودکشی را داشته‌اید، توصیف کنید؟
- جدی‌ترین تلاش به آسیب رسانی یا کشتن خودتان کی بوده است؟
- چه موردی باعث این کار شد و پس از آن چه اتفاقی افتاد؟

برای افرادی که سایکوز دارند، بطور اختصاصی راجع به هذیان‌ها و توهم‌ها سوال بپرسید:

- آیا می‌توانید در مورد صداها صحبت کنید؟ (تک نفر یا چند نفر، زن است یا مرد، از درون است یا از بیرون، آشناست یا غریبه؟)
- صداها چه می‌گویند؟ remark های مثبت یا منفی یا تهدید آمیز؟ اگر remark ها فرمان هستند، مشخص کنید آیا آنها در جهت اعمال مضر هستند یا بی خطر؟ مثال بخواهید.
- با صداها چطور کنار می‌آیید؟ یا به آنها چگونه جواب می‌دهید؟
- آیا تاکنون کاری را که صداها از شما خواسته‌اند انجام داده‌اید؟ (چه چیزی باعث شد از صداها اطاعت کنید؟ اگر خواستید مقاومت کنید، چه چیزی آن را مشکل کرد؟)
- آیا دفعاتی بوده که صداها به شما بگویند به خودتان آسیب برسانید یا خودکشی کنید؟ (چندبار؟ چه اتفاقی افتاده است؟)
- آیا در مورد اینکه بیماری جدی دارید یا اینکه بدنتان در حال rotting است نگرانید؟
- آیا در مورد وضعیت مالی خود حتی زمانی که دیگران به شما می‌گویند که موردی برای نگرانی وجود ندارد، نگرانید؟
- آیا مسائلی وجود دارند که خود را به خاطر آن مقصر بدانید و احساس گناه کنید؟

توانایی بالقوه‌ی بیمار را در صدمه رساندن به دیگران یا خودش حتماً ارزیابی کنید:

- آیا کسانی که هستند که فکر می‌کنید در مورد وضعیت کنونی شما مسؤول هستند. (هذیان های گزند، Passivity experiences آیا تاکنون فکر کرده‌اید که به آنها آسیب بزنید؟)
- آیا افرادی دیگری نیز وجود دارند که بخواهید با شما بمیرند؟
- آیا افراد دیگری نیز هستند که فکر کنید نمی‌توانند بدون شما زنده بمانند؟

میزان و درجه‌ی تمایل به خودکشی را با در نظر گرفتن قصد خودکشی و میزان مرگباری طرح ارزیابی کنید.

بدون در نظر گرفتن این مساله که آیا بیمار طرحی برای خودکشی دارد یا نه، سطح انگیزه‌ی خودکشی بیمار باید بررسی شود. انگیزه و قصد خودکشی بیانگر شدت آرزوی بیمار به مردن است و می‌توان آن را با تعیین انگیزه‌ها و محرک‌های بیمار به خودکشی و نیز میزان جدیت و وسعت هدف او در مرگ با در نظر گرفتن هر گونه رفتار در جهت خودکشی با برنامه‌های خودکشی ارزیابی نمود.

اگر بیمار طرح خودکشی دارد، تعیین میزان مرگباری آن طرح مهم است. میزان مرگباری نقشه و طرح را می‌توان از طریق پرسیدن سوال راجع به روش مدنظر، آگاهی و مهارت فرد در استفاده از آن روش و عدم وجود افراد مداخله‌گر با شرایط محافظت کننده تعیین نمود.

به طور کلی هر چقدر میزان شفافیت و وسعت قصد خودکشی بیشتر باشد، خطر اقدام به خودکشی بالاتر است. بنابراین حتی بیماری که طرح خودکشی یا تلاش به خودکشی با میزان مرگباری پایین داشته است، اگر انگیزه‌ی قوی داشته باشد و باور داشته باشد که روش انتخابی‌اش کشنده است. ریسک بالایی در آینده دارد. همچنین باید توجه کنید که بیماری که انگیزه‌های خودکشی پایینی دارد نیز ممکن است در اثر خودکشی بمیرد چرا که به طور erroneously باور داشته که روشی که انتخاب کرده خیلی مرگبار نیست!

ارتباط و محدودیت‌های معیارهای موجود برای ارزیابی خطر خودکشی را درک کنید.

با اینکه تعدادی معیار ارزیابی خودکشی که در تحقیقات کاربرد دارند وجود دارد، کاربرد بالینی آنها محدود است. معیارهای خود ارزیابی، گاهگاهی در گشودن در ارتباط با بیمار در مورد احساسات و تجربیات خاص او مفید است. همچنین محتوای معیارهای ارزیابی و نمره‌دهی خودکشی مثل Scale for Suicide Ideation و Suicide Intent Scale ممکن است در شکل‌گیری خط مناسبی از پرسش در مورد خودکشی و رفتارهای توأم با خودکشی برای پزشک کمک کننده باشد. با این وجود، معیارهای موجود ارزیابی خودکشی، مقادیر بالایی از نتایج مثبت و منفی کاذب دارند و PPV آنها بسیار پایین است.

بنابراین استفاده از این معیارها در ارزیابی و تخمین بالینی خودکشی توصیه نمی‌شود.

یک تشخیص چند محوری بگذارید.

بیش از ۹۰ درصد افرادی که با خودکشی می‌میرند کرایتریای یک یا چند اختلال روانی را پر می‌کنند. بنابراین باید مشخص کرد که آیا بیمار یک اختلال اولیه محور I یا محور II دارد یا نه. همچنین باید دانست که احتمال خودکشی و رفتارهای توأم با خودکشی در افرادی که بیش از یک تشخیص روانپزشکی دارند، بیشتر است. بنابراین باید به اختلالات قبلی یا دیگر اختلالات موجود در محور I و محور II که شامل آنهایی که هم اکنون در دوران Remission هستند نیز توجه داشت.

شناسایی یک بیماری جسمی (محور III) نیز مهم است زیرا چنین مشکلی ممکن است ناشی از یک منبع فشار روانی یا اجتماعی باشد که خود افزایش دهنده‌ی میزان خطر است. همچنین باید فشارهای روانی – اجتماعی (محور IV) را نیز شناسایی کرد که می‌توانند حاد یا مزمن باشند. برخی استرسورهای خاص مثل بیکار شدن ناگهانی، فقدان افراد، جدایی اجتماعی، روابط غیرکارآمد نیز می‌توانند خطر خودکشی و رفتارهای توأم با خودکشی را افزایش بخشند.

بخش آخر تشخیص چند محوری، وضعیت پایه‌ی بیمار و سطوح کنونی عملکرد اوست (محور V) البته باید توجه داشت که هماهنگی قابل توجهی بین GAF و سطح خطر خودکشی وجود ندارد.

خطر خودکشی را تخمین بزنید.

هدف ارزیابی خطر خودکشی شناسایی فاکتورهایی است که ممکن است سطح خطر خودکشی فرد را کاهش یا افزایش دهند و نیز برای تخمین سطح کلی خطر خودکشی و ایجاد یک طرح درمانی است که باعث امنیت فرد شود.

در جدول – فهرستی از فاکتورهایی که همراه با افزایش خطر خودکشی هستند وجود دارد و در جدول – فاکتورهایی فهرست شده‌اند که همراه با آثار محافظتی بوده‌اند. با اینکه فاکتورها نوعاً اثر تجمعی دارند (مثلاً اینکه سطح خطر فرد با افزایش تعداد فاکتورها افزایش می‌یابد). گاهی اثر

سنیتریک نیز بر هم دارند. به عنوان مثال، خطر ترکیبی همراه با افسردگی و بیماری جسمی بیشتر از جمع خطراتی است که هر یک به تنهایی به دنبال دارند.

همچنین برخی فاکتورهای خطر خاص مثل تلاش اخیر به خودکشی (مخصوصاً اگر میزان مرگباری آن بالا باشد)، دسترسی به یک سلاح گرم، وجود یک نوشته‌ی خودکشی، را باید به تنهایی و بدون در نظر گرفتن فاکتورهای دیگر جدی گرفت.

فاکتورهایی که خطر خودکشی را بالا می‌برند:		
• سابقه خانوادگی خودکشی (مخصوصاً در بستگان درجه اول) • سابقه خانوادگی بیماری روانی (شامل سوءاستفاده مواد) • ویژگی‌های روانشناختی • ناامیدی • درد روانی (Psychic pain) • اضطراب شدید و بهبود نیابنده (Unremitting) • حملات ترس • شرم و humiliation • Turmoil روانشناختی • اعتماد به نفس کم • خود شیفتگی شدید • ویژگی‌های رفتاری • تکانش‌گری • پرخاشگری شامل خشونت علیه دیگران • Agitation • ویژگی‌های شناختی • فقدان عملکرد اجرایی • محدودیت فکری (دید لوله تفنگی) • تفکر قطبی • ذهن بسته داشتن • ویژگی‌های مردم شناختی • جنس مرد (زنان تعداد تلاش به خودکشی‌شان بالاتر است) • بیوه، مطلقه، یا مجرد مخصوصاً در مردان • سنین بالا (بیشترین خطر نسبی برای خودکشی) • سنین نوجوانی و جوانی (بیشترین میزان خودکشی) • نژاد سفید • همجنس‌باز، تمایل به دو جنس • دیگر ویژگی‌ها • دسترسی به اسلحه گرم • مسمومیت با مواد (بدون تشخیص قبلی اختلال سوءاستفاده مواد) • روابط درمانی ناپایدار یا ضعیف • آیا مسائلی وجود دارند که خود را به خاطر آن مقصر بدانید و احساس گناه کنید؟		○ افکار و رفتارهای خودکشی • ایده‌های خودکشی (در حال حاضر یا در گذشته) • طرح‌های خودکشی (در حال حاضر یا در گذشته) • تلاش خودکشی (ناموفق یا متوقف شده) • میزان مرگباری طرح‌ها یا تلاش‌های خودکشی • انگیزه‌ی خودکشی ○ تشخیص روانپزشکی • اختلال افسردگی عمده • اختلال دو قطبی (خصوصاً اپیزود افسردگی یا مختلط) • اسکیزوفرنی • آنورکسیا نروزا • اختلال سوء استفاده از الکل • دیگر اختلالات سوء استفاده از مواد • اختلالات شخصیت کلاستر B (خصوصاً شخصیت مرزی) • همراهی اختلالات محور I با اختلالات محور II ○ بیماری‌های جسمی • بیماری سیستم عصبی (MS، بیماری هانتینگتون، آسیب‌های مغز و طناب نخاعی، اختلالات تشنجی) • نئوپلاسم‌های بدخیم • HIV/AIDS • بیماری زخم معده • بیماری انسدادی ریوی مزمن مخصوصاً در مردان • نارسایی کلیوی مزمن تحت درمان با همودیالیز • لوپوس اریتماتوی سیستمیک • سندرمهای درد • ضعف عملکردی ○ ویژگی‌های روانی - اجتماعی • فقدان پشتیبان اجتماعی (شامل تنها زندگی کردن، ...) • بیکاری، افت وضعیت اجتماعی، اقتصادی • ارتباط ضعیف با خانواده، خشونت در خانه شریک زندگی • حادثه پر استرس اخیر در زندگی ○ آسیب‌های زمان کودکی • سوء استفاده جنسی یا سوء استفاده جسمی ○ آثار ژنتیک و فامیلی

جدول فاکتورهایی که نقش محافظتی در برابر خودکشی دارند:

- فرزند داشتن (به جز آنهایی که در سایکوز بعد از زایمان یا اختلال خلقی هستند).
- حسن مسئولیت در قبال خانواده
- حاملگی
- دینداری
- رضایت از زندگی
- توانایی آزمون واقعیت
- مهارتهای تطابق مثبت
- مهارتهای حل مشکل مثبت
- حمایت اجتماعی مثبت
- روابط درمانی مثبت

پس از تخمین میزان خطر خودکشی باید بیمار را به سرویس روانپزشکی و متخصصین روانپزشکی ارجاع بدهید. بهتر است قبل از این کار، براساس اندیکاسیونهای موجود برای بستری، وضعیت درمانی بیمار را مشخص سازید. در جدول زیر، انتخاب موقعیت درمانی مناسب برحسب شرایط بیمار فهرست شده است.

جدول راهنمای انتخاب موقعیت درمانی مناسب برای بیماران در معرض خطر خودکشی یا رفتارهای توأم با خودکشی

لزوم به بستری

- پس از یک تلاش به خودکشی یا تلاش به خودکشی ناموفق اگر که:
 ۱. بیمار سایکوتیک باشد
 ۲. تلاش خشن، تقریباً مرگبار یا Premeditated باشد.
 ۳. هشدارهایی برای جلوگیری از نجات یا کشف داده شده باشد.
 ۴. طرح یا قصد پایدار وجود داشته باشد.
 ۵. Distress در حال افزایش یافتن باشد و یا بیمار از زنده ماندنش متاسف باشد.
 ۶. بیمار مرد باشد، بیش از ۴۵ سال سن داشته باشد، و بیماری روانپزشکی اش جدیداً شروع شده باشد یا افکار خودکشی اش جدیداً شروع شده باشد.
 ۷. بیمار حمایت خانوادگی، اجتماعی محدودی داشته باشد و موقعیت زندگی اش پایدار نباشد.
 ۸. رفتار تکانشی، بیقراری شدید، قضاوت ضعیف یا اجتناب از کمک گرفتن مشهود باشد.
 ۹. تغییری در وضعیت ذهنی بیمار به دلیل متابولیک، سمی، عفونی یا دیگر علل وجود داشته باشد که نیازمند کار بیشتر در یک موقعیت ساختار یافته است.
- با وجود افکار خودکشی همراه با:
 ۱. طرح ویژه با مرگباری زیاد
 ۲. قصد خودکشی شدید

لزوم به بستری

پس از یک تلاش به خودکشی یا تلاش به خودکشی ناموفق به جزء شرایطی که بستری در آنها لازم است (موارد بالا)

- در حضور افکار خودکشی با:
 ۱. سایکوز
 ۲. اختلال عمده‌ی روانپزشکی

۳. تلاش‌های قبلی به خصوص اگر که از نظر تبعات پزشکی قابل توجه بوده‌اند.
 ۴. وضعیت پزشکی که مشارکت می‌کند (مثلاً اختلال عصبی، سرطان، عفونتها)
 ۵. عدم پاسخدهی یا عدم توانایی در همکاری با درمان نسبی بیمارستانی یا درمان سرپایی
 ۶. نیاز به یک موقعیت نظارت شده برای تدابیر درمانی یا ECT
 ۷. نیاز به مشاهده، آزمایش‌های بالینی، یا ارزیابی‌های تشخیصی که نیازمند یک موقعیت ساختار یافته است.
 ۸. حمایت خانوادگی – اجتماعی محدود و ناپایداری موقعیت زندگی
 ۹. عدم وجود رابطه‌ی مداوم بیمار – پزشک یا عدم دسترسی به رابطه‌ی سرپایی منظم
- عدم وجود تلاش به خودکشی یا قصد / طرح / افکار خودکشی گزارش شده ولی شواهد منتج از ارزیابی روانپزشکی و شرح حال به دست آمده از دیگران مبنی بر وجود سطح بالایی از خطر خودکشی و افزایش حاد اخیر در خطر مورد نظر.

درمان (دارویی – روان‌شناختی) از حیطه‌ی این راهکار و وظایف پزشک عمومی خارج است و روانپزشک بر مبنای وضعیت فرد، فاکتورهای خطر موجود و ریسک تخمین زده شده برای در نظر گرفتن یک برنامه‌ی درمانی و پی‌گیری او تصمیم می‌گیرد.