

الانتحار
للمستشارين

منع
مرجع

العالمية

منظمة الصحة

وسوء استخدام
المخدرات

العقل والمخ
العالمية

قسم الصحة العقلية

إدارة اضطرابات
منظمة الصحة

جنيف
2006

This document is one of a series of resources addressed to specific social and professional groups particularly relevant to the prevention of suicide.

It has been prepared as part of SUPRE, the WHO worldwide initiative for the prevention of suicide.

Keywords: suicide / prevention / resources / counsellors.

بيانات مكتبة منظمة الصحة العالمية الجدولة في النشر
منع الانتحار: مرجع للمستشارين
(منع الانتحار: سلسلة مراجع: 7)
هذه الوثيقة هي واحدة من سلسلة من المراجع
موجهة إلى مجموعات اجتماعية ومحترفة معينة ،
وهي تتعلق بالأخص بمنع الانتحار .
تم إعدادها كجزء من SUPRE ، المبادرة العالمية
لمنظمة الصحة العالمية لمنع الانتحار

1- الانتحار - المنع والتحكم 2- الانتحار ، محاولة - المنع والتحكم 3- التوجيه: (1) منظمة الصحة العالمية
(2) سلسلة: منع الانتحار: سلسلة مراجع: 7

ISBN 92 4 159431 4
ISBN 978 92 4 159431 8

(LC/NLM classification: HV6545)

© منظمة الصحة العالمية 2006

جميع الحقوق محفوظة. يمكن الحصول على إصدارات منظمة الصحة العالمية من مطبعة منظمة الصحة العالمية ، منظمة
الصحة العالمية

WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland
(tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int).

تقدم طلبات الحصول على إذن لإعادة طبع أو لترجمة إصدارات منظمة الصحة العالمية -سواء كان للبيع أو للتوزيع الغير
تجاري - إلى مطبعة منظمة الصحة العالمية على العنوان بعاليه.

(fax: +41 22 791 4806; e-mail: permissions@who.int).

الدلالات المستخدمة وطرق تقديم المواد في هذا المنشور لا تنطوي على التعبير عن أي رأي أيا كان من قبل منظمة الصحة
العالمية عن الموقف القانوني لأي دولة ، أو قطر ، أو مدينة أو منطقة ، أو عن سلطاتها ، أو فيما يخص تحديد حدودها. تمثل
الخطوط المنقطه على الخرائط الحدود التقريبية والتي قد لا يكون هناك اتفاق كامل عليها حتى الآن.

إن ذكر شركات معينة أو منتجات صانع معينة لا ينطوي على أنهم تم إقرارهم أو تحبيذهم بواسطة منظمة الصحة العالمية
ويفضلوا عن الآخرين الذين لهم طبيعة مماثلة ولم يذكروا. باستثناء الأخطاء والمحدوفات ، تم تمييز أسماء المنتجات المملوكة
باستخدام الحروف الأولى.

تم اتخاذ كافة الاحتياطات المعقولة بواسطة منظمة الصحة العالمية للتحقق من المعلومات التي يحتويها هذا المنشور. ولكن يتم
توزيع المواد المنشورة بدون ضمان من أي نوع صريح أو منطوي. تقع مسئولية تفسير واستخدام المواد على عاتق القارئ. لن
تكون منظمة الصحة العالمية كفيلاً في أي حال من الأحوال بالخسائر التي تنتج عن استخدامها.

طبعت في الولايات المتحدة الأمريكية

Youth at risk: A prevention resource for counsellors, teachers and parents. Alexandria, VA: American Counseling Association, 2000, 3rd edition, 319-352.

10. Stoelb M, Chiriboga J. A process model for assessing adolescent risk of suicide. *Journal of Adolescence*, 1998, 21: 359-370.

11. Pfeffer CR. Clinical perspectives on treatment of suicidal behavior among children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 1990, 20: 143-150.

12. Centers for Disease Control. CDC Recommendations for a community plan for prevention and containment of suicide clusters. *Morbidity and mortality weekly report*, 1994, 37 (Suppl. 6):1-12.

13. World Health Organization. *Preventing suicide: A resource for media professionals.* Geneva: World Health Organization, 2000.

14. World Health Organization. *Preventing suicide: how to start a survivors' group.* Geneva: World Health Organization, 2000.

المحتويات

v.....	مقدمة
2.....	عبي الانتحار
2.....	عوامل واقية
3.....	عوامل الخطر ومواقف الخطر
5.....	الطبقة السكانية الخاصة والانتحار
7.....	الخرافات الشائعة عن السلوك الانتحاري
9.....	تقييم السلوك الانتحاري
11.....	التحكم في السلوك الانتحاري
15.....	توجيه الأطفال والبالغين الانتحاريين
17.....	المستشارون الذين يتحملون عواقب انتحار عميل
17.....	تقديم معلومات مفيدة للمجتمع
20.....	وصلات مواقع الانترنت
21.....	مراجع

REFERENCES

1. Popenhagen MP, Qualley RM. Adolescent suicide. Detection, intervention, and prevention. *Professional school counseling*, 1998, 1: 30-35.
2. Patel V, Thara R. *Meeting the mental health needs of developing countries: NGO innovations in India*. New Delhi: Sage, 2003.
3. Westefeld JS, Range LM, Rogers JR, Maples MR, Bromley JL, Alcorn J. Suicide: An overview. *The counseling psychologist*, 2000, 28: 445-510.
4. Rogers, JR. Suicide risk assessment. In: ER Welfel & RE Ingersoll (eds.). *The mental health desk reference*. New York: Wiley, 2001, 259-264.
5. Collins BG, Collins TM. *Crisis and trauma: Developmental-ecological intervention*. Boston: Houghton Mifflin, 2005.
6. Sanchez HGT. Risk factor model for suicide assessment and intervention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2001, 32: 351-358.
7. Shaffer D, Craft L. Methods of adolescent suicide prevention. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1999, 60 (Suppl. 2): 70-74.
8. Blumenthal S. Youth suicide: Risk factors, assessment, and treatment of adolescent and young adult suicide patients. *Psychiatric Clinics of North America*, 1990, 12: 511-556.
9. Capuzzi D, Gross D. "I don't want to live:" The adolescent at risk for suicidal behaviour. In D. Capuzzi & D. Gross (eds.).

وصلات مواقع الانترنت

يمكن الحصول على المساعدة على الانترنت في المواقع التالية (آخر مرة تم زيارتها في ابريل 2006):

The International Association for Suicide Prevention
<http://www.med.uio.no/iasp/>
 The Australian Network for Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health <http://auseinet.flinders.edu.au/>
 The International Academy for Suicide Research <http://www.uni-wuerzburg.de/IASR/>
 The American Association of Suicidology
<http://www.suicidology.org/>
 The American Foundation for Suicide Prevention
<http://www.afsp.org>
 The Suicide and Mental Health Association International
<http://www.suicideandmentalhealthassociationinternational.org/>
 Befrienders International <http://www.befrienders.org/>
 Samaritans <http://www.samaritans.org.uk/>
 International Federation of Telephone Emergency Services
<http://www.ifotes.org/>
 LifeLine International <http://www.lifeline.web.za/>
 The Suicide Prevention Action Network <http://www.spanusa.org>
<http://www.infosuicide.org> (in French)

مقدمة

الانتحار هو ظاهرة معقدة شدد انتباه الفلاسفة ، واللاهوتيين ، والأطباء ، وعلماء النفس ، والفنانين عبر القرون. وحسب ما يقوله الفيلسوف الفرنسي Albert Camus في كتاب The Myth of Sisyphus أنه المشكلة الفيلسوفية الحرجة الوحيدة.

لكونها مشكلة جسيمة للصحة العامة ، فهي تتطلب انتباهنا ، ولكن للأسف فإن منعها والتحكم فيها ليس بعمل سهل. تبين أبحاث التقنية المتقدمة بأن منع الانتحار ، مع أنه ممكن ، إلا أنه يضم سلسلة كاملة من الأنشطة تتراوح بين توفير أفضل الظروف لتربية أطفالنا وشبابنا إلى المعالجة الفعالة للاضطرابات العقلية ، إلى التحكم البيئي في عوامل الخطر. نشر المعلومات بطريقة مناسبة وزيادة الدراية هي عناصر أساسية في نجاح برامج الانتحار.

في عام 1999 قدمت منظمة الصحة العالمية SUPRE المبادرة العالمية لمنع الانتحار. هذا

الكتيب هو واحد من سلسلة من المراجع تم إعدادها كجزء من SUPRE موجهة إلى مجموعات اجتماعية ومحترفة معينة ، وبالأخص فهي تتعلق بمنع الانتحار. وهي تمثل وصلة في سلسلة طويلة وموعة تشمل نطاق واسع من الأشخاص والمجموعات بما فيها محترفي الصحة ، والمعلمين ، والهيئات الاجتماعية ، والحكومات ، والمشرعين ، والمبلغين الاجتماعيين ، ومنفذي القانون ، والعائلات والمجتمعات.

نحن مدينون بالأخص للدكتور Scott Hinkle منسق التدريب الطبي ، NBCC-International ، Greensboro, USA التي أعدت نسخة سابقة من هذا الكتيب. تم بعد ذلك مراجعة النص بواسطة الأعضاء التاليين للشبكة الدولية لمنظمة الصحة العالمية لمنع الانتحار ، ونحن شاكرين لجميلهم:

الدكتورة Annette Beautrais
 كلية طب Christchurch
 Christchurch, New Zealand

الأستاذ Jean Pierre Soubrier
 رئيس مجلس إدارة قسم علوم الانتحار في
 World Psychiatric Association,
 Paris, France
 الدكتور Lakshmi Vijayakumar
 SNEHA, Chennai, India
 الأستاذ Danuta Wasserman
 المركز القومي السويدي لأبحاث الانتحار
 ومنع الأمراض العقلية ، وقسم الصحة العامة في
 ستوكهولم ، السويد

يتم الآن نشر المراجع بطريقة موسعة ، ونأمل أن يتم ترجمتها وتثبيتها إلى الظروف المحلية -
 وهو شرط مسبق لفعاليتها. نرحب بالتعليقات وطلبات التصريح بالترجمة وتثبيتها.

الدكتور J. M. Bertolote
 منسق التحكم في اضطرابات العقل والمخ

الخلل العقلي في السلوك الانتحاري ، وأيضاً التقليل من خطر الانتحارات المعدية أو المقلدة.
 يشتمل توجيه مجموعة التدخل بعد الحدوث على أنظمة للتخفيف من الضغوط والحزن المرتبط
 بانتحار ويزيد من شأن شفاء صحي للمفجع.

يمكن للمستشارين مساعدة الأشخاص على تقبل الانتحار ، والسير قدماً في طريق الحياة
 بطريقة ايجابية ، وإيجاد طريقة لتحملهم الخسارة بتأسيس مجموعة ناجيين.
 للحصول على معلومات معينة عن بدء مثل هذه
 المجموعات ، يجب على المستشارين اللجوء إلى:
 منع الانتحار: كيف تبدأ مجموعة ناجيين.¹⁴

والاعتماد على المشروبات الكحولية والمخدرات ، وتاريخ العائلة).

بالإضافة إلى ذلك ، فإنه من المهم للمستشارين الذين يعملون في المدارس أن يقوموا بالمساعدة في إعلام وتعليم المدرسين والوالدين على التعرف على الطلبة الذين هم في خطر الانتحار . يجب أن يدرّب مستشاري المدرسة الطلبة على استكشاف السلوك الانتحارية ومعرفة كيفية الحصول على مساعدة. فمثلا يحتاج الطلبة الذين يشتركون في برامج المنع إلى معلومات وتدريب على إظهار التعاطف والإصغاء باهتمام ، وكذلك عن كيفية مد يد المعونة للأصدقاء الذين قد يحتاجوا إلى مساعدة. وكذلك ، فإن المعلومات التي تساعد الطلبة على تحمل العاصفة العاطفية الناتجة عن انتحار أو محاولة انتحار تم ترويج نبأها يكون لها أثر كبير في المساعدة على منع الانتحارات التي تنتهج نفس السبيل. قام مركز الولايات المتحدة لمكافحة الأمراض بإعداد تحبيذات تم استخدامها على نطاق واسع للتقليل من الانتحارات الجماعية.¹²

من المهم أن يكون لدى المستشارين مخطط للتعامل مع جهات الإعلام فيما يتعلق بحالة انتحار. يجب أن يشمل هذا المخطط مطالبة جهات الإعلام ألا تقوم بتفخيم ، أو جعل الموت شئ فنان ، أو مأساة ، وذلك لمنع احتمالات الانتحارات المقلدة. للحصول على معلومات معينة ، يجب على المستشارين

قسم الصحة العقلية وسوء استخدام المخدرات
منظمة الصحة العالمية

اللجوء إلى: منع الانتحار: مرجع لمحترفي الإعلام.¹³

تعتبر مجموعات المساعدة الذاتية للناجين طريقة بناءة ومساعدة في فترة ما بعد الحدوث لكي يستخدمها الأشخاص في مساعدة أنفسهم. ويمكن أن تقدم مثل هذه المجموعات للمساعدة النفسية ، والتي يتم تنظيمها بواسطة هؤلاء الباقين ، معلومات مفيدة عن فترة الأسى ، ومعلومات عن الانتحار ، وكذلك الأدوار المختلفة التي يقوم بها محترف في التوجيه في مساعدة الناجين.

يمكن أن يكون المستشارين الذين يشتركوا في مجموعات الناجين سلوانا كبيرا للأصدقاء والعائلات المتأثرة بالانتحار. وغالبا ما يتأرجح الناجين بين إحساسات الذنب ، والغضب ، والحزن. وفي مثل هذه الحالات يستطيع المستشارين تقديم فرصة للناجين للتعبير عن شعورهم.

ذكر العديد من العائلات الحاجة إلى التوجيه بعد محاولة انتحار مباشرة. ويساعد مثل هذا التوجيه العائلات على مواجهة ضغوط محاولة الانتحار ويمكن أن توضح دورهم في الاهتمام بالتجربة أو مواجهة خسارة صديق أو فرد من أفراد العائلة نتيجة لانتحاره.

يستطيع المستشارين أيضا في الحالات الوثيقة الصلة بمساعدة العائلات والأصدقاء على تفهم أفضل لدور

المستشارون الذين يتحملون

عواقب انتحار عميل

السلوك الانتحارية هي من بين الأزمات الأكثر شيوعا التي يتعرض لها المستشارين. إن التحدث مع الزملاء والرؤساء ، زادت من ثقل أن الانتحار قد يكون نتيجة ممكنة للتوجيه . القيام "بتحليل نفسي" وحضور الجنازة يذكر عنها أنها استراتيجيات هامة للمستشارين الذين يعانون من انتحار عميل. يجب على المستشارين أن يكونوا على دراية أيضا بصعوباتهم الشخصية عن موضوع الموت والانتحار ، وألا يجعلوا هذه الصعوبات تكبح جهود رعاية فرد انتحاري.

يعد القلق بخصوص الموت عامل رئيسي لمقدرة مستشار ما في العمل مع الأفراد الانتحاريين. وهناك علاقة بين مواقف وقيم المستشار الخاصة بالانتحار والفعالية المقترنة بها في العمل مع الأفراد الانتحاريين.

إذا حدث انتحار يحتاج المستشار المختص إلى استخلاص المعلومات بما فيها إعادة هيكلة الأحداث التي أدت إلى الانتحار ، وتحديد العوامل التي أدت إلى الموت ، وتقييم استجابة فريق الصحة العقلية ، وتحديد

المعاني المضمونة لتحسين جهود المنع المستقبلية.

وقد يشعر المستشارين الذين يتورطون في انتحار مكتمل بإحساسات تتراوح بين الغضب والاستياء إلى الشعور بالذنب ، والحزن ، وأعراض ما بعد الصدمة. وفي ذلك الوقت يكون دعم الزملاء والتوجيه الداعمي مفيد جدا.

تقديم معلومات مفيدة للمجتمع

يستطيع المستشارون تقديم تعليم ودراية للمجتمع يساعدوا على التقليل من حالات الانتحار. فمثلا ، من المهم للمستشارين أن يعلنوا عن علامات الإنذار للسلوك الانتحاري. قد يساعد تعليم الأشخاص عن الانتحار على جعل المجتمعات على دراية بعلامات الإنذار للانتحار ، وتبديد خرافات الانتحار ، وكذلك تقدم أملا لهؤلاء الذين عندهم قوة كامنة للانتحار وفي حاجة إلى إعادة التفكير في اختياراتهم. ويمكن أن تساعد هيئات المجتمع ، وموظفي الرعاية الصحية الرئيسيين ، والمستشارين على نشر معلومات الانتحار ، مثل الظروف المعينة (مثلا ، فقد الوظيفة ، وخلل الاستقرار العائلي الذي يتلو) ، وعوامل الخطر للانتحار (مثلا ، الإحباط ، والخلل العقلي ،

الطالب المفقود ، وتخطيط منهج ايجابي لإكمال الحياة. عندما يكون عند الأطفال خليط من مشاعر الخسارة ، والأذى ، والغضب ، والإحباط ،

يجب أن يركز الانتباه على الأفكار الانتحارية الكامنة والنية.

مثل هذا التدخل بالتوجيه يجب أن يشمل المتابعة أو رعاية ما بعد ، لأن بعض الأطفال قد يعانون من صعوبة لفترة من الوقت تالية لانتحار صديق أو طالب زميل لهم.

يصبح التحكم في الانتحار بين البالغين أكثر أهمية أثناء تواجد سوء استخدام المخدرات ، والاضطرابات الشخصية ، والدوافع ،¹⁰ وعلاقات زملاء المشدودة ، وفي الحالات الأكثر خطورة يجب مراقبة البالغ الذي يفكر في الانتحار في جميع الأوقات. وإذا لم تستطع العائلة تقديم هذا المستوى من الإشراف ، ومن الصعب التحكم في البالغ ، يحتاج البالغ إدخاله إلى المستشفى لكي يمكن تقديم الانتباه والرعاية الكافيين. ولسوء الحظ فإن إدخاله المستشفى ليس بضمان ، لأن البالغين المصممين على إيذاء أنفسهم قد يجدوا طريقة لتحقيق هذا الهدف الهدام.

بعد الخروج من المستشفى يحتاج الطفل أو البالغ إلى رعاية تالية بواسطة محترف في الرعاية الصحية المدربين تدريباً كافياً بما فيهم المستشارين. يجب أن يركز التوجيه في هذا الوقت على التقليل من خيالات الموت ، والرفض ، والاعتراب ، والخسارة ، والعقاب ، وكذلك استقرار الموقف والأخذ في الاعتبار

تقييم خصائص الأدوية النفسية وتأثيرها.¹¹

وبالنسبة لمنع الانتحار ، فإن مستويات التدخل الابتدائية ، والثانوية ، والثالثة هي اعتبارات هامة. يخص المستوى الابتدائي مجموعات الأشخاص الذين لا يظهرون علامات اضطراب انتحاري أو يكون الاضطراب محدود جداً. يجب أن يركز المنع على مؤازرة وتحسين وظيفة الدور بين الأشخاص وفي النطاق الاجتماعي ، وكذلك إنقاص المخاطر العاطفية ، والجسدية ، والاقتصادية كثيراً.

يمكن أن تساعد برامج التعليم في المدرسة المدرسين في تعلم كيفية التعرف على الطلبة الذين عندهم قوة كامنة للانتحار ، وتدريب الطلبة وجعلهم على دراية بكيفية مساعدة زملائهم المهمومين. تساعد أيضاً برامج المجتمع التي تركز على صحة عقلية إيجابية على منع الانتحار.

بلوغ من أنه يبدو أن فعاليتهم مختلطة ، وتعد مراكز أزمات الانتحار والخطوط الساخنة حجر الزاوية لجهود العديد من المجتمعات لمنع الانتحار.

منع الانتحار

مرجع

للمستشارين

يزيد عدد الأشخاص الذين يقدمون على الانتحار كل عام عن الذين يموتون في جميع نزاعات العالم. إن المساعدة التي يقدمها المستشارين المحترفين لمنع الانتحار ، على مستوى العالم ، هي حاسمة ومطلوبة بالفعل.

ينتج الانتحار عن تفاعل معقد بين العوامل الحيوية ، والوراثية ، والنفسية ، والاجتماعية ، والثقافية ، والبيئة.

إن الاكتشاف المحسن للمجتمع ، وتحويل والتحكم في السلوك الانتحاري هي خطوات هامة في منع الانتحار.

التحدي الحرج لهذا المنع هو تحديد الأشخاص الذين هم في خطر و عرضة له ، تفهم الظروف التي تؤثر على سلوكهم لإفناء النفس ، وترتيب التدخلات الفعالة. وبالتالي فإن المستشارين يحتاجون إلى تطوير مبادرات قاعدية للمجتمع لمنع والتحكم في السلوك الانتحاري.¹

وتعتبر مهنة التوجيه المحترف

بأنها تطبيق لمبادئ الصحة العقلية ، أو المبادئ النفسية ، أو مبادئ التطوير البشري من خلال استراتيجيات تدخل إدراكية ، أو عاطفية ، أو سلوكية ، أو شاملة للجسم كله. باستخدام هذه الاستراتيجيات فإن المستشارين المحترفين يعالجون قضايا الصحة الجيدة، والنمو الشخصي ، والنمو المهني ، وكذلك علم أمراض الصحة العقلية. يحصل المستشارين على تدريب وتعليم عالي وكثيراً ما يعملون في المدارس ، والكليات ، والجامعات ، والهيئات المهنية ، ومراكز سوء استخدام المخدرات ، وفي العيادات والمستشفيات.

بالإضافة إلى ذلك ، فإن منع الانتحار يشمل أنشطة عديدة متنوعة بما فيها تربية الأطفال الفعالة ، التوجيه العائلي ، علاج الخلل العقلي ، تحكم البيئة في عوامل الخطر ، وتعليم المجتمع. يشمل التعليم الفعال للمجتمع ، وهو تدخل حيوي ورئيسي ، تفهم أسباب الانتحار وكذلك منعه وعلاجه.

ويستطيع المستشارين مساعدة الأشخاص في تفهم أفضل للعلاقة بين سوء استخدام المخدرات وخلق الحالة النفسية ، والأفكار الانتحارية والسلوك الانتحاري.

توجيه الأطفال والبالغين الانتحاريين

التوجيه هو أمر مناسب لجميع الأطفال والبالغين الذين يعانون من السلوك الانتحاري ، ويجب أن يركز على علاج السلوك المعرفي والتركيز على مهارات التحمل. وقد تشمل أهداف التوجيه الفعالة تفهم أفضل للنفس ، والتعرف على الإحساسات المتناقضة ، وتحسين احترام النفس ، وتغيير

السلوك الذي لا يتلاءم ، وتعلم مهارات فعالة لحل الاختلافات ، والاندماج بفعالية أكثر مع الزملاء.

يميل الطلبة إلى اللجوء لصديق في المراحل الأولية للأفكار الانتحارية. ويمكن أن يساعد تدريب الطلبة على التعرف على زملائهم الذين هم في خطر بسبب هذا السلوك في حصول هؤلاء الطلبة على المساعدة التي يحتاجون إليها.

وتساعد برامج توجيه الزملاء على زيادة معرفة الطالب عن عوامل الخطورة الانتحارية ، وعن كيفية الاتصال بالخط الساخن التليفوني ، أو بمركز الأزمات ، وعن كيفية إحالة صديق إلى مستشار. يحتاج الطلبة إلى مجال يستطيعوا فيه أن يحصلوا على معلومات ، ويسألوا أسئلة ، وتعلم كيفية مساعدة أنفسهم وأصدقائهم المنغمسين في أفكار انتحارية. ولسوء الحظ فإن 25% فقط من الطلبة يخبرون شخص بالغ عن صديق لهم عنده أفكار انتحارية. ولكن العروض التي يتم تحضيرها بعناية وتعرض في الفصول المدرسية بواسطة المستشارين يمكنها المساعدة في زيادة هذا المعدل.

مشاركة الوالدين ، والتعاون مع هيئات الصحة الأخرى والمدارس هي أيضا طرق منع فعالة. الأطفال الذين هم في مدارس بها برامج لمنع الانتحار يجب أن يشترك والديهم

في جهود المدرسة لتعليم ، والتعرف على ، ومساعدة صغيري السن الذين عندهم نوايا انتحارية. يمضي المدرسين الكثير من الوقت مع الأطفال والبالغين ، وعادة فهم أيضا مبلغيين جيدين عن قضايا الصحة العقلية للطلبة.

بالإضافة إلى ذلك عندما يتم تدريبهم كما يجب ، يستطيع موظفي المدرسة التعرف على عوامل الخطر الانتحارية بين الطلبة. وعندما يحدث السلوك الانتحاري في موقع مدرسة ، فمن المهم الاتصال بالوالدين ، والتأكد من أن الطالب قد حصل على تقييم ودعم كافيين قبل العودة إلى المدرسة ، وعند عودته يجب أن يتم استقباله بطريقة ايجابية.

في كثير من الأحيان يجب أن يتحدث الطلبة الذين ووجهوا بانتحار طالب آخر عن هذه الواقعة ، ويجب أن يحاولوا فهم ما حدث. ويمكن أن يكون توجيه مجموعة دعم المفجعين في المدرسة طريقة فعالة لمساعدة الطلبة على احتمال خسارة طالب زميل أو صديق بسبب الانتحار. ويمكن أن تحف هذه الطريقة من حقيقة الخسارة ، وتساعد على التأقلم مع بيئة المدرسة بدون

ويستطيع أيضا المستشارين المساعدة في تخطيط منع العودة إليها ، وبناء الدعم الاجتماعي ، وعند الضرورة تحويل الأشخاص إلى مراكز العلاج النفسي ، ومراكز مكافحة المشروبات الكحولية والمخدرات للحصول على علاج أكثر تركيزا.

ومن البديهي أن هناك حاجة لمجموعة توجيهات واضحة للمستشارين تكون عملية ، ويسهل الحصول عليها ، وإعلامية للتعامل مع أزمات الانتحار ، وخاصة في الدول النامية² ولسوء الحظ فإن التدريب الشامل على التحكم في الانتحار في برامج تدريب الصحة العقلية نادرا ما يحدث.³

يعتبر انتحار العميل "خطر مهني" في مهنة الاستشارة.

يقدر بأن حوالي 25% من المستشارين قام عميل لهم بالانتحار.⁴ يمكن أن يكون للانتحار تأثير سلبي كبير على المستشارين الذين يمارسون المهنة ، وكذلك على الذين هم تحت التدريب. يذكر المستشارين الذين يمرون بمثل هذه التجربة بأنهم يشعرون بفقدان الاحترام النفسي ، وبأفكار تطفلية ، وبأحلام مركزة ، والشعور بالغضب والذنب نتيجة لموت عميلهم.

كتب هذا الكتيب ليكون موجه ثقافي لتعليم المستشارين عن خطر الانتحار وطرق منعه.

عبيء الانتحار

يقدر عدد الأشخاص الذين انتحروا في عام 2000 بحوالي مليون شخص ، يضع ذلك الانتحار بأنه من الأسباب العشرة الأولى للموت في عديد من دول العالم. وعدد الأشخاص الذين حاولوا الانتحار هو من عشرة إلى عشرين مرة هذا الرقم. ولكن يفترض أن الأرقام الحقيقية هي أكثر من ذلك. وبالرغم من أن معدلات الانتحار تختلف بين الفئات السكانية ، ولكنها قد زادت 60% خلال فترة الخمسين عاما الماضية. وأصبح الإقلال من فقدان الحياة بسبب الانتحار هدفا هاما للصحة العقلية العالمية. ويستطيع المستشارين القيام بدور هام في منع الانتحار.

عوامل الحماية

تقلل عوامل الحماية⁶⁻⁵ من خطر الانتحار ، وتعتبر كعامل ضد الانتحار وتشمل:

- دعم العائلة ، والأصدقاء ، والعلاقات الهامة الأخرى
- الاعتقادات الدينية ، والثقافية والعرقية
- الاندماج في المجتمع
- حياة اجتماعية طيق المرام

- التكامل الاجتماعي ، مثلا ، من خلال التوظيف ، واستخدام وقت الفراغ بطريقة بناءة
- إمكان الحصول على رعاية وخدمات الصحة العقلية

وبالرغم من أن عوامل الحماية هذه لاتلغي خطر الانتحار ، إلا أنها تستطيع موازنة الضغوط المتطرفة لأحداث الحياة.

عوامل الخطر ومواقف الخطر

السلوك الانتحارية هي أكثر شيوعا تحت ظروف معينة بسبب عوامل ثقافية ، ووراثية ، ونفسية ، وبيئية. وتشمل عوامل الخطر العامة:

- مستوى اجتماعي اقتصادي وتعليمي منخفض ، فقد الوظيفة
- الضغوط الاجتماعية
- مشاكل في العائلة ، والعلاقات الاجتماعية ، وأنظمة الدعم
- الصدمات ، مثل الإيذاء الجسدي والجنسي
- الخسارة الشخصية
- الخلل العقلي ، مثل الإحباط ، واضطرابات الشخصية ، وسوء استخدام المشروبات الكحولية والمخدرات
- الشعور بعدم القيمة أو اليأس
- قضايا الاتجاه الجنسي (مثل اللواط)
- سلوك التحساس الذاتي (مثل الطريقة المعرفية ، وتعقيدات الشخصية)
- الجرم المعتل ، قلة التحكم في الدوافع ، وسلوك إفناء النفس
- مقدرات تحمل ضعيفة
- المرض الجسدي والألم المزمن
- التعرض لانتحار أشخاص آخرين
- إمكان الحصول على وسائل إيقاع الضرر بالنفس
- الأحداث المدمرة والعنيفة (مثل الحرب ، أو الكوارث)

الابتعاد. يجب إعلام الفرد عن الموارد التي تقدم المساعدة ، الشخصية منها والتابعة للمجتمع. ويمكن أن يشمل ذلك العائلة ، والأصدقاء ، ورجال الدين ، ومثبتي الإيمان ، وموارد الدعم الأخرى. ومن المهم أيضا ألا تعطي وعودا بخصوص سرية نيات الفرد الانتحارية.

يكون خطر المحاولات المتكررة للانتحار كبيرا أثناء فترة العام الأول التالي للمحاولة. لذلك يحتاج المستشار أن يتوقع متابعة مكثفة ورعاية تالية بما فيها التحكم في الحالة ، واتصالات تليفونية مستمرة ، ودعم. وفي بعض الحالات زيارات منزلية. ونتيجة لذلك يحتاج المستشارين إلى تحديد مدى احتياج الفرد للاتصال به ، وتحديد المستشارين الذين سيقدمون الرعاية بعد ذلك ، وطول فترة الرعاية. يمكن أن يكون الإنهاء السابق لأوانه للتوجيه ، والاستجابة الغير كافية للعلاج تنبؤات غير مرغوب فيها بالانتحار في آخر الأمر.

يجب تصميم التوجيه بناء على احتياجات الفرد وعادة ما تشمل علاج السلوك المعرفي ، وعلاج السلوك الجدلي ، وعلاج الديناميكا النفسية ، والتوجيه العائلي. وتشمل العوامل المساعدة لعلاج الأفراد الانتحاريين حل مشاكل العواطف المتشددة ، ومواجهة سلوك إفناء النفس ، وفي نفس الوقت تشجيع الاستقلال النفسي. إقرار والتغلب على إحساسات عدم وجود مساعدة ، واليأس ، وكذلك تطوير الدراية بالنفس وتأسيس هوية شخصية إيجابية هي أيضا أمور حرجة لنظام توجيه الأفراد

الانتحاريين.

ويعد التعرف على مغزى الرسالة التي يحاول الفرد إرسالها وأو المشكلة التي يحاول الفرد حلها عن طريق السلوك الانتحاري تدخل شائع ومفيد. إن إعطاء الفرد الانتحاري الفرصة للتنفيس عن النفس يمكن أن يبدد موقف الأزمة. ومع ذلك يجب على المستشارين أن يكونوا حذرين في الاعتماد على الاتصالات الشفهية وحدها ، لأن عدم وجود أو إنكار الأفكار الانتحارية يمكن أن تكون قناعا للنوايا الانتحارية الحقيقية. يمكن أن يساعد الدعم بدون حكم ، والإصغاء باهتمام ، وسؤال الأسئلة التي لها علاقة بالموقف والتي تجس ، أن تساعد على التعرف على الرسل التي يحاول الفرد الانتحاري أن يرسلها.

إنه أمر حرج أن يقوم المستشار بتأسيس علاقة مع الفرد الذي عنده قوة كامنة للانتحار تشمل درجة من الانتحار والثقة بالمستشار. يجب أن يشعر الفرد الذي عنده قوة كامنة للانتحار بحرية في تبادل المعلومات ، وأن يكون متيقن من أن المستشار يرغب معالجة الأزمة. ومن الضروري أن يقوم المستشار بالتأكد من سلامة الفرد أثناء محاولة التخفيف من الأزمة.

وعند ممارسة التحكم في الانتحار ، يجب أن يسأل المستشار الفرد إذا كان عنده نوايا لإيذاء نفسه أو لقتل نفسه. فمثلا قد يسأل المستشار:

- هل تفكر في إيذاء نفسك؟
- هل تفكر في إنهاء حياتك؟
- هل تفكر في الانتحار؟
- هل فكرت في الماضي أو تفكر الآن في إيذاء نفسك؟
- هل تشعر بضيق وتفكر في إيذاء نفسك؟
- هل عندك مخطط لإنهاء حياتك؟
- هل عندك مخطط عن كيف ستقوم بتنفيذه؟

بالطبع يجب أن تسأل هذه الأسئلة بطريقة مناسبة للفرد وفي جو ثقافي اجتماعي مناسب.

وعادة ما يحتاج الأفراد الذين عندهم خطورة طفيفة للانتحار إلى إعادة التقييم والمراقبة لفترة من الوقت لاحتمال محاولة الانتحار ، ويجب تذكر أن الحالة الطفيفة يمكن أن ترتفع إلى مرتبة خطورة "معتدلة" أو أعلى. يتطلب الأشخاص الذين هم في مرتبة خطورة معتدلة إعادة تقييم متكررة بصورة دورية لمعرفة ما إذا كان يجب إدخالهم المستشفى ، والاشتراك الفعال لأنظمة الدعم ، وإمكانية الحصول على خدمات الطوارئ 24 ساعة في اليوم ،

وتقييم الأدوية ، واتصالات توجيه بعد الرعاية كما يتطلب الأمر. وإذا ارتفعت خطورة الفرد إلى مرتبة وخيمة أو متطرفة، فإن التدخلات المانعة لا يمكن تجنبها وقد تتطلب إدخال الشخص غير طوعيا كمرضى مقيم في المستشفى. ومن الأفضل دائما أن يقدم العلاج في بيئة أقل تقييدا ، وتكون بيئة آمنة وفعالة. والتأكد من استمرار الرعاية والأخذ في الاعتبار بأن الاضطرابات النفسية من التصنيف الدولي للأمراض" أو "كتاب التشخيص والإحصائيات للاضطرابات العقلية" يمكن أن تساعد في تخطيط العلاج والحاجة الماسة لتقييم الدواء الذي يؤثر في النفس.

أثناء التحكم في الانتحار من المهم للمستشار ألا يعبر عن أفكاره الشخصية ، أو الخلقية ، أو الدينية ، أو الآراء الفلسفية لأنها قد تكون حائلا في الاتصالات وتجعل الفرد الانتحاري يحاول

يقدر بأنه ما يصل إلى 90% من عدد الأشخاص الذين انهموا حياتهم بالانتحار كان عندهم خلل عقلي ، و 60% منهم كانوا محبطين في ذلك الوقت. وفي الواقع فإن جميع أنواع خلل الحالة النفسية لها علاقة واضحة بالسلوك الانتحاري. ويجب أن يندرج الاكتئاب وأعراضه (مثل الحزن ، والبلادة ،

والقلق ، وسرعة الغضب ، واضطرابات النوم والأكل) جميع المستشارين عن خطر الانتحار الكبير.

وتم أيضا الربط بين نسبة الخطر المرتفعة للانتحار وانفصام الشخصية واضطرابات سوء استخدام المخدرات ، واضطرابات الشخصية، واضطرابات القلق بما فيها الاضطراب التالي للضغط الرضي والمرضية المشتركة التشخيصية.⁶ ويكمل 10 – 15% من الأشخاص المصابين بانفصام الشخصية الانتحار ، وهي باتساق السبب الأكثر شيوعا للموت بين الأشخاص المصابين بالإذهان. وهناك تباطؤ بين البصيرة الشخصية المتزايدة في الخلل العقلي ، وعدد سنوات أقل في العلاج ، والأعراض الوخيمة للاكتئاب ، مع خطر الانتحار المرتفع بين الأشخاص المصابين بالإذهان.

ويمكن أن تؤدي تأثيرات استخدام المشروبات الكحولية أثناء وجود تحديات وضغوط كبيرة إلى رؤية محدودة للواقع ولخطر إيذاء النفس. ويمكن أن يزيد إدمان الخمر من خطر الانتحار ، وخاصة أثناء وجود إحباط واضطرابات شخصية .

وفي 90% من حالات موت الأطفال والبالغين بالانتحار ، تم التعرف على نوع من الخلل العقلي كسبب رئيسي.⁷

والتشخيص الأكثر شيوعا هو خلل الحالة النفسية ، أو اضطرابات القلق ، أو سوء استخدام المخدرات ، وخلل السلوك التمزقي.

وعادة ما يعاني الأشخاص الانتحاريون من أعباء بيئية أكثر من الأشخاص الذين لا يفكرون في الانتحار ، بما فيها التاريخ الماضي للإيذاء ، والمشاكل العائلية ، والاعتبارات الثقافية ، وصعوبات العلاقات بين الأشخاص ، والتعرض لضغط غامر أو مزمن. بالازدواج مع حالة نفسية مكتئبة ، تزيد هذه الأعباء احتمال حدوث الانتحار. وفي الواقع ، فإن الشعور الإضافي باليأس الذي ينتج عن أعباء الحياة هو عامل تنبأ أقوى لخطر الانتحار عن الإحباط بمفرده.

تزيد محاولات الانتحار السابقة من خطر الانتحار. وبالإضافة إلى ذلك ، تشمل عوامل الخطورة الرئيسية أفكار متواصلة عن إيذاء النفس وتخطيط واستعدادات لتنفيذ الانتحار. ولذلك فإن الخطر يكون في قمته عندما تتوفر لشخص ما الوسائل ، والفرص ، وتخطيط معين لتنفيذ الانتحار ، وعدم وجود مانع.

والأطباء النفسيين ، والأطباء سويًا يتعاون وتآزر لتقديم معلومات للمجتمع عن طبيعة الانتحار وفي إرساء علاقات بين برامج مراكز الخدمات ، والصحة العقلية ، والعلاج الطبي.

أثناء أزمة انتحار ، من المهم للمستشار: ⁹

- أن يكون هادئ ومدعم
- ألا يتسرع في الحكم
- أن يشجع الإفصاح من تلقاء النفس
- أن يقر بأن الانتحار هو اختيار ، ولكن لا يصور الانتحار بأنه اختيار "طبيعي"
- يصغي باهتمام ويدعم الرعاية النفسية بإيجابية
- أن يبقى نظام التوجيه مركزاً على الوقت الحالي
- أن يتجنب التوجيه بعمق حتى تمر الأزمة
- أن يطلب مساعدة الآخرين لتقييم إمكانية إيذاء النفس
- أن يسأل أسئلة عن الإهلاك
- أن يزيل وسائل الإهلاك
- أن يتخذ قرارات فعالة للتحكم في الأزمة

وللتحدث بتفصيل أكثر عن هذه النقطة الأخيرة ، فإن اتخاذ القرارات الفعالة أثناء أزمة انتحار هي دالة لمخطط تم إعداده مسبقاً لأنواع مختلفة من الأفراد ، وعوامل الخطر ، ومستويات إمكانية الإيذاء. يستطيع المستشارين الذين يعملون مع طبقة معينة من السكان أو بترتيبات معينة تطوير مخططات للتحكم في الانتحار لمختلف المجموعات ، والمواقف ، والبيئات. فمثلاً المستشارين الذين يتحكمون في أزمة مع طفل مريض وغير مقيم في المستشفى يجب أن يكون لديهم مخطط تحكم واضح يختلف عن التدخل في مسكن أو التدخل مع مريض بالغ مقيم في المستشفى ، حيث يكون طاقم ممرض حالات الطوارئ أو الأطباء موجودين على الفور. لا تقوم المخططات الواضحة للتحكم في الانتحار بتقديم رعاية ذات جودة عالية فحسب بل تشمل أيضاً مصادر تحويل وتؤمن أنه لن يترك بالخلف أي شخص في نظام الرعاية.

وبالرغم من وجود أدلة قليلة عن استخدام الاتفاقيات ، يفضل العديد من المستشارين عمل اتفاقية مع الأفراد الذين عندهم قوة كامنة للانتحار ، لأنه قد يكون للاتفاقية فوائد كبيرة. ولكن إذا حدثت محاولة انتحار فيجب أن تكون جميع قنوات الاتصال بين طاقم التوجيه ، ومحترفي الصحة ، والعائلة ، والصحية مفتوحة وفعالة. ويمكن أن توفر ممارسة تمارين الاستجابة لمحاولة الانتحار زيادة في الثقة في جميع المستشارين الذين يتعاملون مع أزمة انتحار.

ويعد التعرف على عوامل الخطر المتعلقة بالسلوك الانتحاري هام للمستشار لاتخاذ قرارات العلاج

ويمكن أن توجه معرفة عوامل الخطر هذه إلى المنع والتدخل لأنها تساعد المستشارين على التعرف على هؤلاء الأشخاص الذين هم في أكبر خطر. ولذلك فإن تدريب المستشارين على تقييم الخطر هو أمر رئيسي للتقليل من الانتحار.

وبالرغم من عدم وجود "طريقة عالمية" لتبادل المعلومات عن نيات الانتحار ، فإن علامات الإنذار عن السلوك الانتحاري تشمل عدم الاكتراث بجودة المعيشة الشخصية ، والتغيرات في النظم الاجتماعية ، ونقص الإنتاج في العمل أو في الإنجازات المدرسية ، وتغيرات في أنظمة الأكل والنوم ، ومحاولات تدبير الأمور الشخصية أو في التصالح مع الآخرين ، ورغبة غير معتادة في شعور الآخرين ، وانشغال البال بالموت والعنف ، واعتدال مفاجئ في الحالة النفسية بعد فترة إحباط ، واختلاط جنسي مفاجئ أو متزايد مع أكثر من شخص.

الطبقة السكانية الخاصة والانتحار

الأطفال والبالغين

يمكن للمستشارين أن يقوموا بدور هام في منع انتحار الأطفال والبالغين. عندما يقرر طفل أو

بالغ الانتحار ، فإن الشاب يظهر صعوبات في حل المشاكل ، وفي التحكم في الضغوط ، وفي التعبير عن العواطف والإحساسات. وفي بعض الحالات قد تكون ضغوط زملاء السلبية هي السبب الخفي لسلوك إفناء النفس.

وتتضمن السلوك الانتحارية بين الأطفال والبالغين في كثير من الأحيان دوافع معقدة تشمل حالة نفسية محبطة ، ومشاكل عاطفية ، ومشاكل سلوك ، ومشاكل اجتماعية ، وسوء استخدام المخدرات.

تشمل عوامل الانتحار بين الشباب فقدان العلاقات الرومانتيكية ، عدم المقدرة على تحمل التحديات الأكاديمية وضغوط الحياة الأخرى ، والقضايا التي تتعلق بمهارات قليلة لحل المشاكل ، واحترام منخفض للنفس ، وصراع مع الهوية الجنسية.

وفي أغلب الأحيان يمر الأطفال الذين يفكرون في الانتحار بحياة عائلية ممزقة ومتضاربة ، ويمكن أن ينتج عن تعبير عائلي مثل الطلاق مشاعر البؤس وفقدان التحكم.

يزيد احتمال الانتحار بين البالغين بسبب تاريخ الأسرة في الأمراض النفسية ، مع مستويات مرتفعة من الاختلال الوظيفي العائلي ، النبذ من قبل العائلة ، والإهمال وإساءة المعاملة في الطفولة. انتحارات الشباب التي تكمل لها مستويات مرتفعة من

الاضطرابات النفسية العائلية ، دعم أقل من الغلظة ، سلوك أو أفكار ماضية انتحارية ، مشاكل تأديب أو مشاكل قانونية ، وأسلحة نارية مشحونة في المنزل. وتظهر الأفكار الانتحارية ومحاولة الانتحار بصورة أكثر في الأطفال والبالغين الذين عانوا من سوء المعاملة من زملائهم ومن البالغين.

وهناك عامل خطورة إضافي لانتحار البالغين وهو انتحار أشخاص بارزة أو أفراد يعرفهم البالغ شخصياً. وبين صغيري السن بالذات توجد أيضاً ظاهرة الانتحار الجماعي. ويمكن أن تؤدي أي محاولة انتحار يعلن عنها إلى سلوك إيذه النفس في مجموعة زملاء لهم علاقة بالامر ، أو في مجتمع مماثل يعكس صورة نظام حياة الشخص المنتحر أو الصفات المميزة للشخصية. هناك بعض الأدلة تدعم إدخال إجراءات المنع حيز التنفيذ عندما يحدث انتحار طفل أو بالغ ، وخاصة في موقع المدرسة.

بين البالغين عمر 16 عاماً أو أكثر ، يزيد سوء استخدام المشروبات الكحولية والمخدرات خطر الانتحار بصورة كبيرة أثناء فترات الضيق. يزيد أيضاً خطر محاولات الانتحار اضطرابات الحالة النفسية والقلق ، والسلوك المنطلق بسرعة ، والإحساس باليأس.

عادة ما تكون محاولات انتحار البالغين مرتبطة بتجارب حياة مذلة مثل الفشل في المدرسة أو العمل ، أو صراع شخصي مع شريك متقد العاطفة. يترافق اعتلال الشخصية الذي يتم تشخيصه مع انتحارات تعادل 10 مرات انتحارات الذين لم يتم تشخيصهم ،⁸ في حين ما يصل إلى 80% من البالغين الذين يقتلون أنفسهم يمكن أن يشخصوا باعتلال في السلوك ، أو الاضطراب التالي للضغط الرضي ، أو أعراض العنف والعدوان.

المسنين

يعترف بالإحباط بطريقة شائعة بأنه العامل الرئيسي الذي يصاحب السلوك الانتحاري في الفترة الأخيرة من العمر. وهناك سؤال أكثر شيوعاً بين المسنين يشير إلى سوء استخدام الأدوية كوسيلة للانتحار. ولكن الفائدة التي تجنى من علاج الإحباط توازن بصورة كبيرة أي تأثير سلبي للأدوية المضادة للإحباط.

- مقابلة في العيادة الطبية
- مراقبة السلوك
- معلومات إضافية من الوالدين ، والمدرسة ، والأقارب ، والأصدقاء
- تقييم عوامل الخطر وعوامل الموقف
- تقييم الأفكار ، والمخطط ، والنية وأسباب البقاء على قيد الحياة
- وجود دعم من العائلة والزملاء ، وجود هذا الدعم

التحكم في السلوك الانتحارية

لسوء الحظ ، ليس هناك قاعدة أنظمة متفق عليها

للتعامل مع فرد ينوي الانتحار أو عنده دافع كبير للانتحار. ولكن يجب أن تستجيب خدمات التوجيه إلى احتياجات الفرد الذي ينوي الانتحار. ويتطلب التعرف على ، وتقييم ، وعلاج الأفراد الذين يعتزمون الانتحار أن تأخذ في الاعتبار العديد من المتغيرات الهامة. للأفراد الذين يعتزمون الانتحار مجال من الاحتياجات تشمل المعلومات والتوجيه والأدوية. وبصورة شائعة يذكر خليط من توجيه تدعيم مختصر وأدوية لعلاج الإحباط والسلوك الأخرى.

عندما يكون الشخص يعاني من أفكار انتحارية (الأفكار) ، من المهم بدء أنظمة تحكم فورية. ويشمل ذلك تقييم (مثلاً ، مستوى التآرجح ، الدوافع ، التشدد ، ووسائل الإماتة) ،

طلب المساعدة ، مستويات مختلفة من اندماج الاتفاقيات والعائلة ، وكذلك التوجيه. قد تشمل طرق التحكم في الشخص الذي ينوي الانتحار علاج بالأدوية أو علاج كنزير في المستشفى.

يجب ألا يكون التحكم في الأزمات الانتحارية حدث انفرادي. في كثير من الأحيان يكون من الضروري أن تشترك هيئات صحية أخرى وفي بعض الأحيان يجب إخطار السلطات.

يحتاج المستشارين الذين يشرفون على حالات كثيرة أن يكونوا على دراية بمقدرتهم على التعامل بفعالية مع أزمة الانتحار. وبالإضافة إلى ذلك ، يجب معرفة قواعد اللياقة الأخلاقية والقوانين المحلية الخاصة باشتراك أطراف ثالثة.

يعتبر التعاون بين المستشارين ومحترفي الرعاية الصحية لمنع الانتحار أمر حرج. يجب أن يعمل المستشارين ، وعلماء النفس ، والمشرفين الاجتماعيين ، والممرضين النفسيين ،

يمكن التقليل من الانتحار بين المسنين إذا كان المستشارين على دراية بالعلامات الانتحارية. وتقريبا 70% من الأشخاص المسنين الذين ينتحرون يعرف عنهم بأنهم قد شاركوا أفكارهم عن الانتحار مع فرد من أفراد العائلة ، أو مع آخرين قبل صنيعهم المميت. لذلك فإن

المقالات الجانبية ، والتي هي دائما أداة حيوية ، تكون واجبة مع هؤلاء الأشخاص عندما يكون من الممكن سؤال أفراد العائلة والأصدقاء.

الخرافات الشائعة عن السلوك الانتحارية

هناك خرافات عديدة بخصوص السلوك الانتحارية. بعض من الخرافات الأكثر شيوعا هي:

خرافة رقم 1: الأشخاص الذين يتحدثون عن الانتحار لن يقوموا بإيذاء أنفسهم لأنهم يريدون فقط الانتباه لهم. هذا غير صحيح. يجب أن يتخذ المستشار كل احتياطات عندما يواجه شخص يتحدث عن أفكار انتحارية ، أو تخطيط. يجب أن تؤخذ كل التهديدات بإيذاء النفس بجدية.

خرافة رقم 2: الانتحار هو دائما نزوة ويحدث بدون إنذار. غير صحيح. قديدا أن الموت بأيدي الشخص نفسه وكأنه نزوة ، ولكن قد يفكر مليا الانتحار لفترة من الوقت. ويعطي الكثير من الأفراد الانتحاريين نوع من الرسائل الشفهية أو السلوكية عن أفكارهم عن عزمهم على إيذاء أنفسهم.

خرافة رقم 3: الأشخاص الانتحاريين يريدون بالفعل أن يموتوا أو أنهم مصممون على قتل أنفسهم.

غير صحيح. معظم الأشخاص الذين يشعرون بأنهم انتحاريين يشاركون أفكارهم مع شخص واحد آخر على الأقل ، أو يقوموا بالاتصال تليفونيا برقم خط المحن أو بطبيب ، وهذا دليل على التارجح وليس تعهد بقتل نفسه.

خرافة رقم 4: عندما يظهر شخص علامات تحسن أو ينجو من محاولة انتحار فهم يصبحون بعيدين عن الخطر.

غير صحيح. في الواقع فإن واحد من الأوقات الأكثر خطورة هو الوقت التالي مباشرة لمحنة ، أو عندما يكون الشخص في المستشفى بعد محاولة انتحار. ويعد الأسبوع التالي للخروج من المستشفى هو الذي يكون فيه الشخص في خطر إيذاء نفسه. وحيث أن واحد من أدلة التنبؤ عن

2- طفيف: أفكار انتحار محدودة ، ليس هناك مخططات معترضة أو إعدادات لإيذاء النفس ، وهناك القليل من عوامل الخطر المعروفة. نية الانتحار غير واضحة ، ولكن أفكار الانتحار موجودة ، ليس عند الفرد مخطط محدد ولم يسبق له محاولة الانتحار في الماضي.

3- معتدل: مخططات معترضة واضحة مع أفكار انتحارية ملحوظة ، قد يكون هناك تاريخ عن محاولات سابقة ، وكذلك عاملين خطر إضافيين على الأقل. أو وجود أكثر من عامل خطر واحد للانتحار ، وأفكار انتحارية ، ولكن ينكر وجود مخطط واضح ، وعند الفرد حافز لتحسين حالته العاطفية والنفسية الحالية ، إذا أمكن.

4- وخيم: مخططات واضحة معترضة وإعدادات لإيقاع الإيذاء بالنفس ، أو أن الشخص معروف بأنه يحاول محاولات متعددة ووجود عاملين أو أكثر من عوامل الخطر. التعبير لفظيا عن الأفكار الانتحارية والنية مع

مخطط تم دراسته جيدا هو ووسائل تنفيذه. يظهر هذا الفرد بوضوح عدم مرونة إدراكية ويأس من المستقبل وينكر الدعم الاجتماعي الذي يمكن الحصول عليه ، وكانت هناك محاولات انتحار سابقة.

5- متطرف: حاول محاولات عديدة ، ووجود العديد من عوامل الخطر المعتدلة. لاهتمام الفوري واتخاذ اللازم هي أمور ضرورية.

في النهاية ، فإن مسؤولية المستشار هي اتخاذ قرار وتحديد نقطة درجة الإماتة على مقياس الانتحار ، وهي تساعد على تحديد مدى خطورة الفرد لإيذاء النفس بطريقة مميتة. وفي العادة فإنه من الأفضل ارتكاب خطأ إيجابي كاذب عن ارتكاب خطأ سلبي كاذب في التقدير. ويمكن أيضا أن تكون بيانات التقييم نافعة في مقارنة المستوى الأدائي للفرد قبل وبعد توجيهه لأغراض التدخل والمنع.

يشمل تقييم خطر الانتحار مقابلة في العيادة ، ومعلومات من أنظمة تقييم رسمية ، وجمع بيانات مكملة ذات قيمة من طرف ثالث. إن أسباب المعيشة ، أو الاستمرار في الحياة ، هي عوامل إدراكية هامة في تقييم الانتحارية ويجب أن

تضم إلى تخطيط الكشف والعلاج. وأخيرا يجب أن يكون تقييم الانتحار متعدد الأبعاد وعمله في سياق التطور الإنساني الطبيعي ، والفروق بين الجنسين ، وتاريخ العائلة ، وسوء استخدام المخدرات ، ومستوى العزل ، والتشخيص النفسي ، ومستوى الشعور بعدم وجود مساعدة / اليأس ، والنماذج السكنية.³

وعامة يجب أن يشمل تقييم البالغين والأطفال على الأقل:

السلوك المستقبل هو السلوك الماضي ، يستمر الشخص الانتحاري دائما في أن يكون في خطر .

خرافة رقم 5: الانتحار هو دائما يكون وراثي.

غير صحيح. لا يمكن ربط كل انتحار بالوراثة ، وهناك عدد محدود من الدراسات الحاسمة . ولكن تاريخ الأسرة في الانتحار هو عامل خطورة هام للسلوك الانتحاري ، وخاصة في العائلات التي يكون الإحباط فيها شائعا .

خرافة رقم 6: الأشخاص الذين يحاولون أو يقومون بالانتحار دائما يكون عندهم خلل عقلي.

غير صحيح. تم الربط بين السلوك الانتحارية والإحباط ، وسوء استخدام المخدرات ،

وانفصام الشخصية ، والاختلالات العقلية الأخرى ، بالإضافة إلى السلوك التخريبية والعدوانية . ولكن ، يجب عدم الإكثار في تقدير هذا الربط. تختلف الحصة النسبية لهذه الاختلالات في الأماكن المختلفة ، وهناك حالات لم يكن فيها خلل عقلي واضح .

خرافة رقم 7: إذا تحدث مستشار مع مريض عن الانتحار ، فإن المستشار يعطي اشخص الفكرة .

غير صحيح. من الواضح أن المستشار لا يسبب السلوك الانتحارية لمجرد سؤال ما إذا كان المريض يفكر في إيذاء نفسه . وفي الواقع فإن تقييم الحالة العاطفية للأفراد وتطبيع الموقف الذي سببه الضغوط هي عوامل ضرورية للتقليل من الأفكار الانتحارية .

خرافة رقم 8: يحدث الانتحار "لهؤلاء الأشخاص الآخرين" وليس لنا .

غير صحيح. يحدث الانتحار لكل أنواع الأشخاص ويوجد في كل الأنظمة الاجتماعية والعائلات .

خرافة رقم 9: بمجرد أن يقوم الشخص بمحاولة الانتحار ، فإنه / فإنها لن تقدم على المحاولة مرة أخرى أبدا .

غير صحيح. في الواقع فإن محاولات الانتحار هي دليل حاسم من أدلة التنبؤ بالانتحار .

خرافة رقم 10: الأطفال لا ينتحرون

لأنهم لا يفهمون نهاية الموت وهم يدركون بأنهم غير قادرين على القيام بعمل انتحاري . غير صحيح. بالرغم من أنه نادر الحدوث ، فإن الأطفال ينتحرون ويجب أن تؤخذ أي إشارة لذلك في أي عمر بجدية .

وفي ضوء هذه الاعتقادات الخاطئة عن الانتحار ، قد يشعر بعض المستشارين بالقلق ، أو بأنهم غير معدين لعلاج الأفراد الانتحاريين ، ويجب أن يكتسبوا مهارات استشارية فعالة للتعامل مع هؤلاء الأشخاص . تزيد المعلومات ، والتدريب والخبرة في التدخل في المحن

الانتحارية من مقدرة المستشار . يجب أن يشمل التدريب تعزيز المقدرة على تحمل المشاعر القوية للآخرين بهدوء ، والتقليل من دفاعية المستشار وسلبيته ، والتغلب على قضايا الأسي التي لم يتم حلها . وبالإضافة إلى ذلك فإن الدراية بعوامل الخطر وتقييم مواقف الخطر هي أنشطة هامة للمستشار .

تقييم السلوك الانتحارية

التقييم الشامل للسلوك الانتحارية هو أمر رئيسي للتدخل الفعال للمستشار ولأنشطة المنع . والهدف الرئيسي

لتقييم الانتحار هو تزويد معلومات عن المنع والتوجيه .

ويوجه التقييم بعد ذلك قرارات العلاج ، والتدخل للتوجيه ، والمنع المسبق ، والتدخل بعد الحدوث .

يجب أن تشمل جميع تقييمات الانتحار :

- مراجعة عوامل الخطر الوثيقة الصلة
- أي تاريخ للسلوك الانتحاري
- الحالات الحيوية ، أو الاجتماعية النفسية ، أو العقلية ، أو الموقفية ، أو الطبية التي لم تتغير
- مدى الأعراض الانتحارية الحالية بما فيها درجة اليأس
- الضواغط المترسبة
- مستوى الدوافع والتحكم الشخصي
- معلومات التلطيف الأخرى
- عوامل الحماية .

يتطلب تقييم الانتحار تقدير السلوك وعوامل الخطر ، والتشخيص الضمني للاختلالات العقلية ، وتحديد خطر الموت . وبعد إكمال التقييم ، يكون من المهم تقدير شدة الخطورة العامة للانتحار . يقدم المقياس التالي ، وهو مبني على 5 نقاط متصلة

تتراوح بين "غير موجود" إلى "أقصى درجة خطورة للانتحار" توجيه عام لمثل هذا التقدير :

1- غير موجود: ليس هناك بالضرورة خطر لإيذاء النفس .