

الانتحار وسلوك إيذاء الذات

توماس جانس، يسيم تانيلي، اندرياس وارنك
ترجمة مي محمد إبراهيم حلمي مراجعة: سعاد موسى

في الثامن من ابريل
عام 1988 قفزت
يوكيكو اوكادا إلى
وفاتها من بناء يتكون
من سبعة طوابق . لا
يزال سبب
الانتحار مجهولا .
أعقب موتها الكثير من
الانتحارات المقلدة في
اليابان والتي أشير
إليها في ذلك الوقت
بمتلازمة يوكيكو.
كانت اوكادا مغنية
معشوقة من قبل
الملايين من المعجبين
في اليابان.



د. توماس جانس

إخصائي نفسى اكلينيكي، قسم طب
النفس، الأمراض النفس جسمانية و
العلاج النفسى، مستشفى جامعة
ورزبورج، ألمانيا.

د. يسيم تانيلي

أستاذ مساعد طب نفس الاطفال و
المراهقين، جامعة يولوداج،
بورصة، تركيا.

د. أندرياس وارنك

أستاذ طب نفس الاطفال و
المراهقين و مدير قسم طب النفس،
الأمراض النفس جسمانية و العلاج
النفسى، مستشفى جامعة ورزبورج،
ألمانيا.

تضارب المصالح: لم يتم الإبلاغ
عن أى تضارب مصالح.

مي محمد إبراهيم حلمي

ماجستير الأمراض النفسية
والعصبية، كلية الطب- جامعة
القاهرة.

أ.د. سعاد موسى

أستاذ الطب النفسى، جامعة القاهرة،
الرئيس المؤسس للجمعية المصرية
لطب نفس الأطفال و المراهقين،
مصر

يستهدف هذا المنشور المهنيين المتدربين أو الممارسين في مجال الصحة النفسية وليس لعامة الناس. الآراء المعبر عنها هي آراء المؤلفين ولا تمثل بالضرورة وجهات نظر المحرر أو IACAPAP. يسعى هذا المنشور لوصف أفضل العلاجات والممارسات بالاستناد إلى الأدلة العلمية المتاحة حتى وقت كتابة حسب تقييم المؤلفين وقد تتغير نتيجة البحوث العلمية الجديدة. القراء في حاجة إلى تطبيق هذه المعرفة على المرضى بموجب المبادئ التوجيهية وقوانين بلد الممارسة. ينبغي على القراء الاستشارة عن معلومات دواء معين حيث أن كل الجرعات والتأثيرات الجانبية لا تذكر وقد لا تكون بعض الأدوية متاحة في بعض البلاد. تمت الإشارة إلى أو وضع روابط لمنظمات ومنشورات ومواقع إلكترونية لتوضيح القضايا أو كمصدر لمزيد من المعلومات. هذا لا يعني ان مؤلفيها، المحرر أو IACAPAP يقرون مضمونها أو توصياتها التي ينبغي أن يتم تقييمها نقدياً من قبل القارئ. كذلك قد تتغير المواقع الإلكترونية أو تزول من الوجود. باب الحصول على هذا المنشور مفتوحا بموجب ترخيص اسهام العموم الابداعى غير التجارى. يسمح بالاستخدام والتوزيع والاستنساخ في أي وسيلة دون الحصول على إذن مسبق بشرط أن يكون أشير الى العمل الأصلي بشكل صحيح وأن يكون الاستخدام غير تجارى. ارسل التعليقات حول هذا الكتاب أو الفصل ل jmreyATbigpond.net.au. المرجع المقترح:

Jans T, Taneli Y, Warnke A. Suicide and self-harming behaviour. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent of Child and Psychiatry and Allied Professions 2012.

تعريفات

الانتحارية: تشير الى إدراك وأنشطة الأشخاص الذين يسعون الى موتهم، بما في ذلك الأفكار والأفعال أو الإغفال.

الانتحار: يعني فعل من شخص تسبب عن عمد في وفاته.

محاولة الانتحار: تدل على أفعال أو تحضيرات غير مميّنة المقصود منها أن تؤدي إلى الوفاة. من الممكن أن يكون الفعل الانتحاري قد تم التخلي عنه، تمت مقاطعته أو كان غير ناجح.

الانتحار التظاهري: يشير إلى سلوك غير معتاد لإيذاء الذات ينطوي على خطر مهدد للحياة وتم دون

في العديد من البلدان الانتحار هو واحد من الأسباب الرئيسية للوفاة بين الأطفال والمراهقين. تحديد الشباب المعرضين للخطر وتقديم العلاج الفعال هو شاغلا رئيسيا لسياسات الصحة النفسية. يتضمن هذا الفصل استعراض للانتحارية عند الأطفال والمراهقين. سيتطرق الفصل ايضا لاصابة الذات الغير انتحارية ولكن التركيز الرئيسي سيكون على محاولة الانتحار والانتحار الفعلي. ويشير الاستعراض لعلم الأوبئة، عوامل الخطر والملاحم المسببة، عرض اكلينيكي، التقييم ، العلاج والوقاية. لأن التركيز سيكون على القضايا الإكلينيكية لن يشمل الاستعراض لمحة عامة عن البيولوجيا العصبية والنفسية للانتحار.

مصطلح " اصابة الذات الغير انتحارية " لا يشمل تشويه الذات أو الأفعال الأخرى التي تسبب أعراض جسدية بنّية انتزاع الرعاية أو المشورة الطبية (متلازمة مانشاوسن) أو التمارض (لتحقيق بعض المنافع).

جدول 1: ترميز اصابة الذات الغير انتحارية ومحاولات الانتحار والانتحار الفعلي ك "سبب خارجي للاعتلال والوفيات" وفقا للتصنيف العالمي للأمراض والمشكلات الصحية المتعلقة بها. المراجعة العاشرة.

X6..	التسمم الذاتي المتعمد من قبل والتعرض ل:
X60	المسكنات غير الأفيونية و خافضات الحرارة ومضادات الروماتيزم
X61	مضادات الصرع، المهدئات والمنومات، مضادات الشلل الرعاش و العقاقير المؤثرة على العقل الغير مصنفة بمكان آخر
X62	المخدرات والمهلوسات الغير مصنفة بمكان آخر
X63	العقاقير الأخرى التي تعمل على الجهاز العصبي اللاإرادي
X64	العقاقير الأخرى والغير محددة، الوصفات الدوائية، والمواد البيولوجية
X65	الكحول
X66	المذيبات العضوية والمواد الهيدروكربونية الهالوجينية وأبخرتها
X67	الغازات والأبخرة الأخرى
X68	المبيدات الحشرية
X69	المواد الكيميائية والمواد الضارة الأخرى والغير محددة
X7..	إيذاء النفس المتعمد عن طريق:
X8..	
X70	الشنق والخنق والاختناق
X71	الغرق والانغمار
X72	تفريغ مسدس يدوي
X73	تفريغ بندقية، بندقية رش أو أسلحة نارية أكبر
X74	تفريغ الأسلحة النارية الأخرى والغير محددة
X75	المواد المتفجرة
X76	الدخان والنار واللهيب
X77	البخار، الأبخرة الساخنة والأجسام الساخنة
X78	أداة حادة
X79	أداة غير حادة
X80	القفز من مكان مرتفع
X81	القفز أو الاستلقاء أمام جسم متحرك
X82	تحطيم المركبات الآلية
X83	وسائل أخرى محددة
X84	وسائل غير محددة

طرق إيذاء النفس المستخدمة عادة: (سلوكيات إيذاء الذات غير المميّنة واصابة الذات الغير انتحارية)

(Greydanus et al 2009)

- جرعه مخدرات زائده
- التسمم
- إحداث جروح قطعية
- أشكال أخرى من تشويه الذات:
- ضرب الذات
- القرص
- الخدش
- العض
- الحرق
- إطلاق النار على النفس
- الشنق
- القفز من أماكن عالية
- القفز في الآبار

لا يتم تضمين العلاقات الجنسية غير المحمية والسلوكيات عالية المخاطر (على سبيل المثال، ركوب انحدار بأشكال قصوى ، سباقات السيارات الغير قانونية) أو التسمم عن طريق المؤثرات العقلية حتى لو نية التدمير الذاتي قد تكون موجودة نظرا للطبيعة غير المباشرة لعواقب إيذاء النفس.

لأغراض وصفية، يتم تصنيف محاولات الانتحار الغير مميّنة واصابة الذات الغير انتحارية باستخدام نفس الرموز.

لا يشير مجرد إدراج الرموز في الجدول 1 إلى كم تواتر هذه الأساليب المختلفة من إيذاء الذات في الأطفال والمراهقين. يوجد عرض للأساليب المستخدمة عادة في المربع. وتشمل هذه الأساليب سلوكيات إيذاء الذات غير المميّنة - مثل القرص، الخدش أو العض - إضافة إلى الطرق المميّنة بدرجة عالية ، والتي ترتبط في الغالب مع توافر قصد واضح للانتحار (على سبيل المثال، استخدام الأسلحة النارية، والقفز من أماكن عالية). ومع ذلك، من وجهة نظر إكلينيكية، فمن الضروري التمييز بين محاولات الانتحار واصابة الذات الغير انتحارية (انظر جدول2).

النية

الفرق الرئيسي بين تعمد إيذاء الذات ومحاوله الانتحار هو النية في إنهاء حياة المرء.

على سبيل المثال، تأخذ فتاة عمرها 14 عاما جرعة زائدة صغيرة من الباراسيتامول بنية قتل نفسها، على الرغم من أنها لم تنجح (محاوله انتحار).

فتاة أخرى تبلغ من العمر 14 عاما تأخذ جرعة زائدة كبيرة من الباراسيتامول لانها غاضبة ومستاءة. وقالت إنها لا تريد أن تقتل نفسها (اصابة ذات غير انتحارية).

وعلاوة على ذلك، قد تؤدي بعض أفعال إيذاء الذات غير الانتحارية فعلا إلى الموت - بسبب الجهل أو سوء التقدير (كانت هذه الأخيرة ليست على بينة بالآثار السامة للباراسيتامول وفعلا توفت نتيجة لذلك).

لا بد من الأخذ في الاعتبار أن كلا من أشكال إيذاء الذات قد تتداخل: الأشخاص الذين لديهم محاولات انتحار قد يبدون أيضا سلوك إيذاء الذات غير الانتحاري ، والعكس صحيح.

للأسف، غالبا ما يكون من الصعب تقييم النية في الممارسة الإكلينيكية. لقد كان هذا عائقا رئيسيا في بحث هذا الموضوع. قد تبين أن تصنيف كولومبيا الخوارزمي لتقييم الانتحار (C-CASA) - وهو نظام تقييم موحد تم تطويره لتقييم الانتحارية في تجارب

مضادات الاكتئاب - يمكن التعويل عليه، سهل الإنتقال به، وهينة الغذاء والدواء الأمريكية كلفت بأنه ينبغي أن يستخدم في تجارب الأدوية المؤثرة على العقل وغيرها (Posner et al, 2007). على الرغم من أنه أداة بحثية، فإنه قد يكون مفيد أيضا في الممارسة الإكلينيكية، على الأقل عن طريق تقييس المصطلحات. تعريفات C-CASA وأمثلة تدريبية مختارة معروضة في الجدول 3.

جدول 2 الاختلافات بين محاولة الانتحار واصابة الذات الغير انتحارية	
محاولة الانتحار	اصابة الذات الغير انتحارية (الانتحار التظاهري)
• تنوي أن تنهي حياة المرء	• لا توجد نية للانتحار
• قد يكون اندفاعي، ولكن في معظم الحالات هناك شعور مزمن بانعدام الأمل والشعور بالوحدة	• الحالة الانفعالية هي الغضب الحاد أو القنوط أو الكدر غير المحتمل
• نمودجيا، سلوكيات التدمير الذاتي بأشكال أكثر شدة ومهددة للحياه (على سبيل المثال، التسمم، الشنق، والقفز من أماكن عالية، واستخدام الأسلحة النارية)	• نمودجيا، سلوكيات التدمير الذاتي أقل حدة ومعظمها لا تهدد الحياة (على سبيل المثال، والآفات الجلدية عن طريق العض، القطع، الحرق أو التجميد)
• هناك خطر واضح بأن محاولات الانتحار قد تتكرر، ولكن بتردد أقل من اصابة الذات الغير انتحارية	• عادة، يكون الشخص على علم أنه قد يؤدي السلوك لإصابات خطيرة، ولكنه ليس مهدد للحياة
• إيذاء الذات المتكرر هو أمر شائع	

جدول 3 تصنيف كولومبيا الخوارزمي لتقييم الانتحار: (C-CASA) تعريفات وأمثلة تدريبية

التصنيف/ الفئة	تعريفات	أمثلة
أحداث انتحارية		
انتحار متمم	سلوك اصابة الذات أسفر عنه إماتة ترافقت معها بعض النية للموت كنتيجة لهذا الفعل.	بعد جدل طويل مع صديقته، الذي نتج عنه انتهاء علاقتهم، جمع المريض حبل وركب دراجته إلى منطقة معزولة حيث قام بشنق نفسه قتلاً. تم العثور على رسالة انتحار في وقت لاحق.
محاولة انتحار	سلوك محتمل لاصابة الذات مرتبط على الأقل ببعض النية للموت نتيجة لهذا الفعل. الأدلة على أن الفرد يقصد أن يقتل نفسه / نفسها، على الأقل بدرجة ما يمكن أن تكون صريحة أو يتم الاستدلال عليها من السلوك أو الظروف. قد أو قد لا تؤدي محاولة انتحار الى اصابة الفعلية.	بعد شجار مع صديقاتها في المدرسة، الذي توقف عن محادثتها بسببه، بلعت المريضة حوالي 16 الأسبرين وثمانية أقراص أخرى من أنواع مختلفة على أراضي المدرسة. وقالت إنها تستحق أن تموت، وان هذا كان السبب في أنها ابتلعت الأقراص.
أفعال تحضيرية نحو سلوك انتحاري وشيك	ياخذ الفرد خطوات لإصابة نفسه أو نفسها، ولكن يوقف نفسه أو يتم إيقافه من قبل الآخرين في بداية فعل إيذاء الذات قبل أن يبدأ احتمال الأذى.	كان يخشى المريض من رد فعل والده بعد أن ذهب الأخير إلى المرسى لأستحضار بطاقة التقرير "السببية"، فهرب من المنزل ليلاً. عند عودته إلى المنزل تلا ذلك جدال مع والديه استمر من 5- 6 ساعات، أخذ بعدها سكين خضار (عريض وحاد) وذهب إلى غرفته. وقد أفاد أنه وضع السكين على معصمه ولكن لم يحدث ثقب بالجلد.
التفكير في الانتحار	أفكار سلبية حول الرغبة في أن يكون ميتاً أو أفكار نشطة عن قتل النفس، غير مصحوبة بسلوك تحضيرية.	أفكار نشطة: أفاد المريض إلى الطبيب أنه كان يفكر في أن يشنق نفسه في الخزانة. وقد اقتنيد إلى المستشفى وتم حجزه.
أحداث غير انتحارية		
سلوك اصابة الذات، لا يوجد نية انتحارية	سلوك اصابة الذات مصاحب بعدم وجود نية للموت. والقصد من السلوك تماماً لأسباب أخرى ، إما لتخفيف كدر (غالباً ما يشار إليه باسم "تشويه الذات" على سبيل المثال الجروح أو الخدوش السطحية ، الضرب / الضرب بعنف، أو الحروق) أول تأثير التغيير في الآخرين أو البيئة.	كانت المريضة تشعر بأنه يتم تجاهلها. دخلت إلى المطبخ حيث كانا والدتها وشقيقتها يتكلمان. أخذت سكيناً من الدرج وأحدثت قطع على ذراعها. وأنكرت أنها تريد ان تموت على الإطلاق "ولا حتى قليلاً"، لكنها ارادت منهم فقط الاهتمام بها.
أخرى، ليس تعمد إيذاء الذات	لا دليل على وجود انتحارية أو سلوك اصابة الذات متعمد مرتبط مع الحدث. يتميز هذا الحدث باعتباره إصابة عرضية أو أعراض نفسية أو سلوكية فقط، أو أعراض طبية أو إجراء فقط	كان لدى المريض قطع في الرقبة من الحلاقة.
أحداث غير محددة أو يحتمل أن تكون انتحارية		
سلوك اصابة الذات، النية الانتحارية غير معروفة	سلوك اصابة الذات حيث النية للموت المصاحبة غير معروفة ولا يمكن أن يستدل عليها. الإصابة أو احتمالية حدوث إصابة واضح، لكن لماذا استخدم الفرد هذا السلوك غير واضح.	قطعت المريضة معصمها بعد مشادة مع صديقها (لا مزيد من معلومات).
معلومات غير كافية	معلومات غير كافية لتحديد ما إذا كان الحدث ينطوي على سلوك أو تفكير انتحاري متعمد. هناك سبب للشك في احتمالية الانتحارية ولكن ليس بما يكفي لتكون على ثقة من أن هذا الحدث لم يكن شيئاً آخر، مثل حادث أو أعراض نفسية.	الطفل الذي "طعن نفسه في الرقبة بقلم رصاص." الحدث قد يكون متعمداً عن انه يكون عرضي، على النحو الذي اقترحه كلمة "طعن"، ولكن لم يتم توفير ما يكفي من المعلومات لتحديد ما إذا كان الحدث متعمداً.
تمت الإشارة إلى واحد فقط من عدة أمثلة (Posner et al (2007)		

الانتشار الوبائي

وفقا لإحصاءات منظمة الصحة العالمية حوالي مليون شخص يموتون بسبب الانتحار في جميع أنحاء العالم كل عام (متوسط معدل الوفيات: 16 في 100,000)، بمعدل، وفاة واحدة كل 40 ثانية. في بعض البلدان الانتحار هو السبب الرئيسي الثاني للوفاة في الفئة العمرية 10-24 عاما. على سبيل المثال، في ألمانيا الحوادث فقط - بشكل رئيسي الإصابات المرورية المميتة - من الاسباب الأكثر شيوعا للوفاة بين المراهقين الذين تتراوح أعمارهم ما بين 15 إلى 19 عاما (Elsässer, 2010). الثقل النسبي للانتحار كسبب للوفاة يختلف بين البلدان والأقاليم وفقا لتأثير مجموعة من العوامل (انظر الجدول 4). ومع ذلك، لا يزال الانتحار أحد أهم أسباب الوفيات بين المراهقين والشباب في جميع أنحاء العالم.

وكمثال على تباينات الأمم المحددة في معدلات الانتحار، تعرض البيانات الأوروبية في الشكل 1. بلغ متوسط معدل الانتحار 4،9 في 100,000 في أوساط العمر من 15 إلى 19 سنة في 27 بلد أوروبية سنة 2009 (ذكور: 4،7؛ إناث: 2،3). معدلات الانتحار تباينت على نحو واسع من 1،0 (اليونان) إلى 20،2 (ليتوانيا).

بسبب التوزيع الذي لا يمكن الاعتماد عليه - على سبيل المثال، التأكيد غير الدقيق، والمواقف الدينية أو الثقافية عن الانتحار - معدلات الانتحار المبلغ عنها من المرجح أن تقلل من شأن المشكلة. إضافة إلى ذلك، فإن هذه الأرقام لا تشمل محاولات الانتحار، والتي تحدث من 10 إلى 20 مرة أكثر تواترا من الانتحارات المتممة. وتقدر محاولات الانتحار الخطيرة بأن تحدث في حوالي 3٪ من المراهقين في المجتمعات الغربية. ، عند وضع هذه التباينات في الاعتبار، قد تكون البيانات العامة عن وبائيات الانتحار غير صالحة لسكان أوأقاليم أو فترات زمنية محددة.

جدول 4 الأسباب الرئيسية للوفاة في المراهقين والشباب بالترتيب التنازلي للتواتر

أمريكا الجنوبية / الكاريبي:	جنوب شرق آسيا:	أفريقيا:
1. القتل/الحرب	1. اصابات غير مقصودة	1. الإيدز
2. اصابات غير مقصودة	2. أمراض معدية أخرى	2. أمراض معدية أخرى
3. الانتحار	3. الإيدز	3. القتل/الحرب
4. أمراض معدية أخرى	4. الانتحار	4. اصابات غير مقصودة
5. الإيدز	5. القتل/الحرب	5. الانتحار

شرق المتوسط ² :	أوروبا:	غرب المحيط الهادئ ¹ :
1. اصابات غير مقصودة	1. اصابات غير مقصودة	1. اصابات غير مقصودة
2. أمراض معدية أخرى	2. الانتحار	2. الانتحار
3. القتل/الحرب	3. القتل/الحرب	3. أمراض معدية أخرى
4. الإيدز	4. أمراض معدية أخرى	4. القتل/الحرب
5. الانتحار	5. الإيدز	5. الإيدز

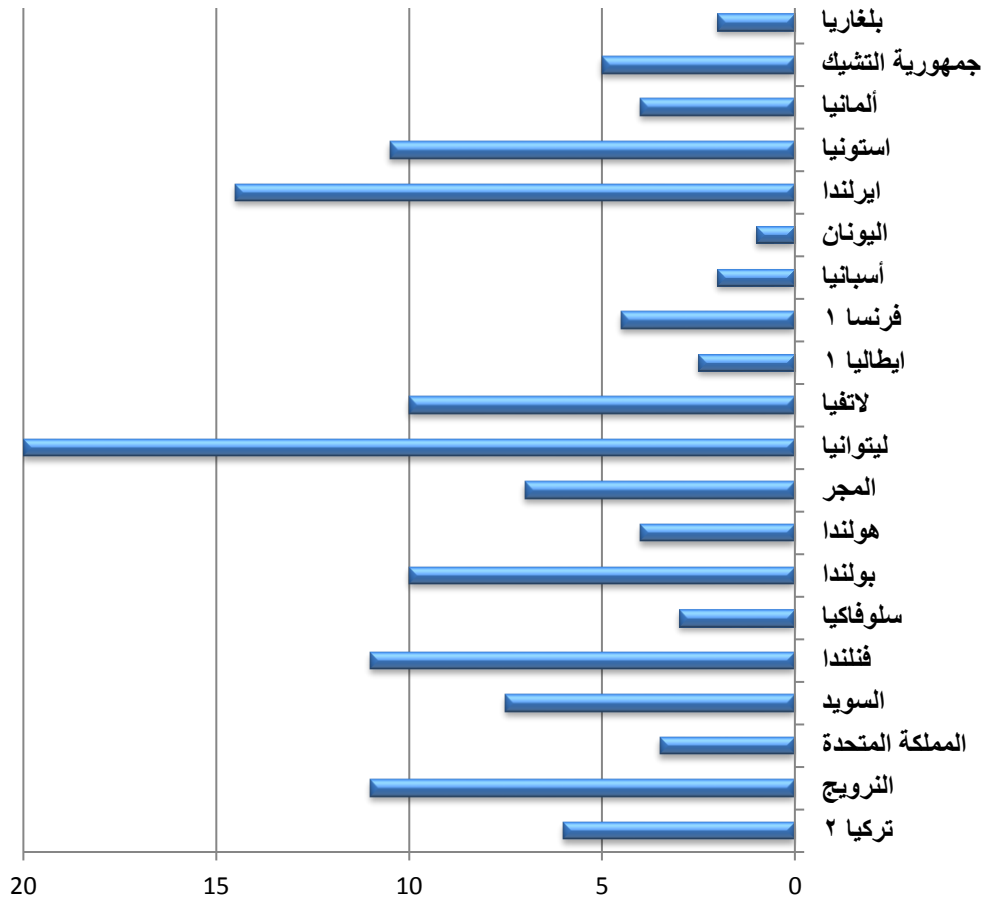
أمريكا الشمالية:
1. اصابات غير مقصودة
2. الانتحار
3. القتل
4. السرطان
5. أمراض معدية أخرى
6. الإيدز

¹ أستراليا، نيوزيلندا، الصين، اليابان، كوريا، ماليزيا، ميكرونيزيا، الفلبين، سنغافورة، فينتام، وغيرهم في هذه المنطقة

² أفغانستان، مصر، العراق، الأردن، المملكة العربية السعودية، إسرائيل، وغيرهم من بلدان الشرق الأوسط

شكل 1: معدل وفيات الانتحار في أوروبا (بلدان مختارة):

المراهقين المتراوحة أعمارهم بين 15 إلى 19 سنة (معدل الوفيات لكل 100,000 شخص)

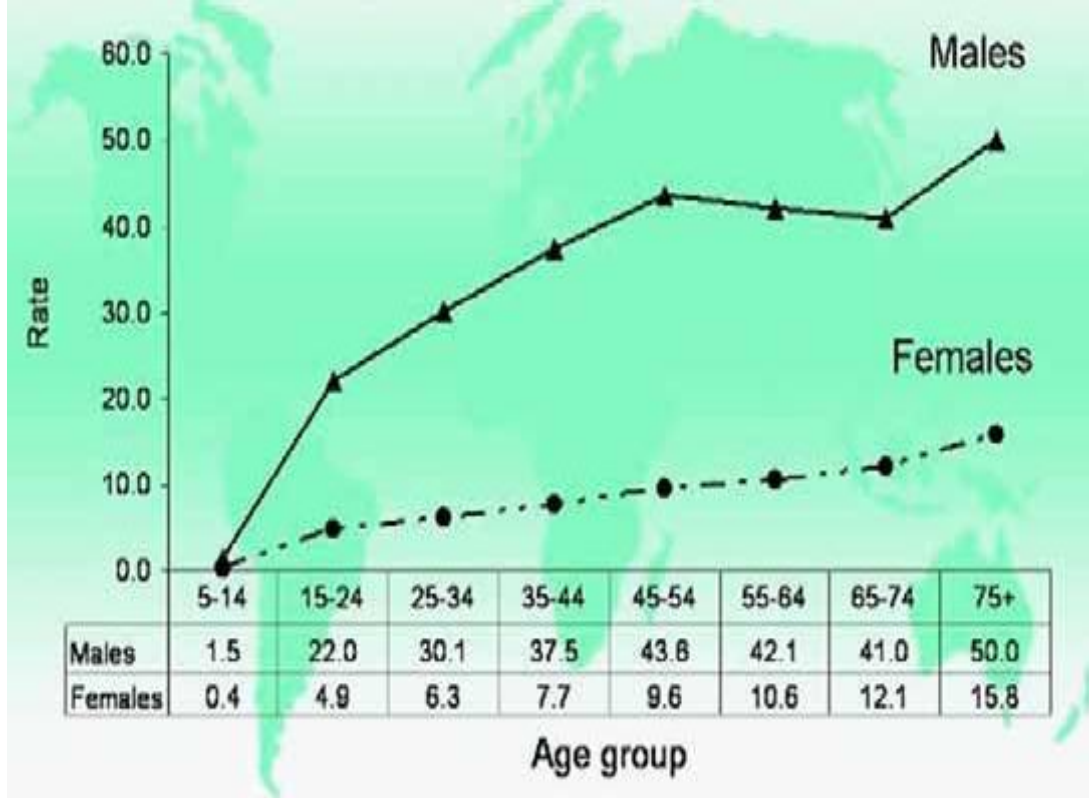


1 إيطاليا، فرنسا: البيانات من 2008

2 تركيا: البيانات من 2010؛ المصدر: TurkStat; Suicide Statistics 2010

البيانات من 2009؛ المصدر: Eurostat.

شكل 2: معدلات الانتحار (لكل 100.000) حسب الجنس والعمر



البيانات من 2000؛ المصدر: منظمة الصحة العالمية.

تحتاج المؤهلات أن تكون مصنوعة فيما يتعلق ب:

- العمر
- النوع
- أقاليم وبلدان محددة
- الانتماء الإثني
- الاتجاهات العلمانية.



World Health Organization

انقر على الصورة
للوصول إلى إحصاءات
الانتحار التابعة لمنظمة
الصحة العالمية

العمر

على الصعيد العالمي، أثناء العقود القليلة الأخيرة كانت أعلى معدلات الانتحار عند كبار السن (انظر الشكل 2). غير أن، وفقاً لموقع برنامج منظمة الصحة العالمية للوقاية من الانتحار (SUPRE)، ارتفعت معدلات الانتحار في أوساط الشباب في بعض البلدان لدرجة جعلت المراهقين والشباب يمثلون المجموعة الأكثر عرضة لخطر الانتحار. ويشير هذا إلى ثلث بلدان العالم ويحمل بدرجة أو بأخرى الدول الصناعية. ولذلك، يبدو أن معدلات الانتحار المرتفعة بوضوح لدى كبار السن قد لا تكون موجودة في جميع أنحاء العالم. ويمكن رؤية ارتفاع معدلات الانتحار بين المراهقين والشباب، على سبيل المثال، في نيوزيلندا واليابان. الانتحار المتم في أطفال ما قبل البلوغ أمر نادر الحدوث جداً. يصبح الأطفال قادرين على فهم مفهوم الانتحار من سن 8 سنوات، ويصبحون قادرين على تنفيذه، مما يؤدي إلى زيادة معدلات الانتحار المتم في الأطفال البالغين والمراهقين الصغار. الانخفاض النسبي لمعدلات الانتحار في الأطفال قد يعلل بغياب معتمد على العمر أو تعرض أقل لعوامل المخاطر الرئيسية (على سبيل المثال، الأمراض النفسية، والاضطرابات ذات الصلة بالمخدرات) أو الحماية التي توفرها العلاقة الوثيقة مع الأسرة.

النوع

في المجمل، فإن معدلات الانتحار المتم أعلى في الذكور عنها لدى الإناث. هذا ينطبق على جميع الفئات العمرية، بنسبة الذكور إلى الإناث حوالي 4:1 في المراهقين والشباب. ومع ذلك، النسب بين الجنسين تتباين بين البلدان. هناك مناطق فيها التوزيع حسب نوع الجنس للانتحارات المتمه مشابه (على سبيل المثال، الصين). في تركيا، تم الإبلاغ عن النسبة في الأعمار حتى 14 عاماً من الذكور إلى الإناث بنسبة 0,6:1 و 1:1,1 للأعمار من 15-19 سنة.

Statistical Yearbook 2009, www.tuik.gov.tr, 2011; Turkey's (TurkStat; Suicide Statistics 2010, www.tuik.gov.tr, 2010).

الانتحار بين الفتيات الصغيرات في ارتفاع باعث على الجزع في الإقليم الساحلي الغربي بالهند (Kanchan et al, 2009). قد تكون الأسباب التي أدت إلى الارتفاع النسبي في معدلات الانتحار بين الشباب في بعض البلدان في آسيا تعزى جزئياً إلى سهولة الوصول واستخدام المبيدات الحشرية خاصة الفتاكة، والإمكانية المحدودة للوصول إلى الخدمات الطبية الطارئة (على النقيض، في بلدان أوروبا الغربية استخدام المسكنات الأقل فتكا هو السائد أكثر بكثير في الإناث الانتحارية). وترتبط المعدلات الأعلى للانتحار المتم في الذكور على الصعيد العالمي مع أكثر الوسائل عنفاً (على سبيل المثال البنادق، والشنق) ومع نمط عوامل الخطر في الذكور (على سبيل المثال، العدوان المنذفع و سوء استخدام الكحول). ومع ذلك، وفيما يتعلق بالنسبة بين الجنسين العكس هو الصحيح بالنسبة لمحاولات الانتحار، والتي هي أكثر شيوعاً في الإناث منها في الذكور (الذي يشار إليه أحياناً باسم "التناقض بين الجنسين").

أقاليم وبلدان محددة

الاختلافات الإقليمية في معدلات الانتحار تعكس عوامل خطر بيئية واجتماعية متباينة. تتباين معدلات الانتحار على نطاق واسع بين البلدان؛ حتى داخل الدول المتجانسة إلى حد ما هناك اختلافات إقليمية (على سبيل المثال، المعدلات العالية نسبياً في ولاية

سكسونيا في ألمانيا). ذكرت أعلى معدلات في جميع أنحاء العالم لبلدان أوروبا الشرقية، ومن بينها البلدان التي لديها ارتفاع في معدل الانتحار بصفة تقليدية منذ نهاية القرن الـ19 (على سبيل المثال، استونيا). وذكرت معدلات منخفضة نسبيا لدول الخليج.

إلى جانب الاختلافات في تسجيل حالات الانتحار، تقترح التباينات أن أنماط المخاطر والعوامل الوقائية (على سبيل المثال، الحرمان الاجتماعي والاقتصادي، التغيير الثقافي السريع) والجغرافيا والمناخ (على سبيل المثال، التعرض للضوء والاكتئاب)، الحصول على الوسائل الفتاكة (على سبيل المثال، السموم أو الأسلحة النارية)، تعاطي الكحول والمخدرات أو الانتماء الإثني والمعتقدات الدينية تُحدد حسب الدولة.

قد يعكس انخفاض معدلات الانتحار في دول الخليج النماذج والمعايير الدينية وانخفاض تعاطي الكحول. بصفة عامة، تم وصف معامل تدرج عنده يُظهر اللا أدريون أعلى معدلات الانتحار، والمسلمون يظهرون الأدنى، بينما المسيحيون والبوذيون والهندوس في المنتصف (Bertolote & Fleischman, 2009).

معدلات الانتحار مرتفعة بين مجموعات الأقليات، لا سيما أولئك الذين خضعوا لتغيير اجتماعي سريع، أو للتمازج الثقافي أو أصبحوا محرومين من حقوقهم نتيجة للاستعمار (على سبيل المثال، هود أمريكا، سكان استراليا الأصليين، الاسكيمو).

لمراجعة شاملة يمكن للقارئ أن يرجع إلى كولوتشي ومارتن (Colucci and Martin, 2007).

الاتجاهات العلمانية

قد تم وصف زيادة في المعدل والعدد المطلق لحالات الانتحار في العقود الأخيرة (Bertolote & Fleischman, 2009). غير أن هذا التأثير غير متسق. على سبيل المثال، في دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (منظمة تشمل التعاون بين 32 من الدول الصناعية) يوجد إجمالا تراجع طفيف في معدلات الانتحار. بعض البلدان ذات معدلات عالية بصفة تقليدية (على سبيل المثال، المجر) قد أظهرت انخفاضا حادا في حين أن الآخرين الذين لديهم معدلات منخفضة (على سبيل المثال، كوريا، اليابان) قد أظهرت زيادة حادة. أسباب هذه التغييرات ليست مفهومة بشكل جيد ولكن يمكن أن تشمل التغييرات الاجتماعية أو الاقتصادية السريعة (على سبيل المثال، البطالة). غير أن، قد تكون أيضا للأعباء الكبرى للسكان تأثير معاكس. على سبيل المثال، في ألمانيا انخفضت معدلات الانتحار بشكل ملحوظ في السنوات التي أعقبت الحربين العالميتين الأولى والثانية. لفترة محددة، حث المجتمع على التركيز على الاحتياجات الأساسية للحياة اليومية قد يحمي جزئيا من الانتحار.



تبدو الاتجاهات السائدة الزمنية غير مستقرة. فمثلاً، في العديد من الدول الغربية لوحظ وجود انخفاض في معدلات انتحار الشباب في العقدين الماضيين. ويمكن تفسير هذا الانخفاض بانتشار علاجات فعالة للاضطرابات النفسية (مثل المعالجة الدوائية للاكتئاب). ومع ذلك، وبعد عشر سنوات من الانخفاض المطرد، لوحظ وجود زيادة نسبية في انتحار الشباب في الولايات المتحدة في عامي 2004 و2005 (Bridge et al, 2008). من بين العوامل الملاممة بشكل ملفت للأنظار على هذه الزيادة كانت تأثير شبكات الانترنت الاجتماعية، زيادة الانتحار في أوساط شباب الجيش الأمريكي ، وارتفاع معدلات الاكتئاب غير المُعالج في أعقاب تحذيرات ادارة الاغذية والعقاقير على الانتحارية المرتبطة باستخدام مضادات الاكتئاب.

الأفكار الانتحارية ومحاولات الإنتحار

في عام 2009 أبلغ تلاميذ الصف التاسع إلى الثاني عشر بالولايات المتحدة أن في الاثني عشر شهرا السابقة أنهم:



- نظروا بجدية في محاولة الانتحار (13,8%).
- وضعوا خطة الانتحار (10,9%).
- حاولوا الانتحار مرة أو أكثر (6,3%).
- حاولوا الانتحار بمحاولة أدت إلى إصابة أو تسمم، أو جرعة زائدة والتي كان لا بد أن تعالج بواسطة طبيب أو ممرضة (1,9%).

البيانات الأمريكية الأخيرة عن السلوك الانتحاري بين تلاميذ الصف التاسع إلى الثاني عشر متاحة من Youth Risk Behavior Survey (YRBS), Centers for Disease Control.

تشير التغييرات من عام 1991 إلى 2009 إلى انخفاضاً إجمالياً في التفكير والسلوك الانتحاري لدى الشباب في الولايات المتحدة. توضح بيانات استطلاع

مخاطر سلوك الشباب أن التفكير في الانتحار أمر شائع جداً بين المراهقين وبأن نسبة مئوية معتبرة تقوم بتنفيذ محاولات انتحار جادة. من حسن الحظ، فإن معدلات الانتحار المتمم منخفضة نسبياً (بيانات الولايات المتحدة لعام 2006: 4,16 في 100.000 بين 10-19 سنة من العمر؛ Cash & Bridge 2009). وبالرغم من ذلك، تشير البيانات إلى التقدم في تطور الانتحارية الحادة من التفكير في الانتحار، والتخطيط، إلى محاولة الانتحار.

وهكذا تعتبر الأفكار الانتحارية دائماً علامة تحذير ملحوظة تتطلب المشورة المهنية. وفيما يتعلق بأفكار ومحاولات الانتحار، هناك رجحان للإناث في معظم البلدان (أكثر من مرتين شيوياً لدى الإناث).

هناك اختلافات بين البلدان والأقاليم في معدلات التفكير في ومحاولات الانتحار، على غرار ما يحدث مع الانتحار. فعلى سبيل المثال، في جنوب غرب نيجيريا أبلغ حوالي 20% من الشبان الذين تتراوح أعمارهم بين 10-17 سنة عن أفكار انتحارية وأبلغ حوالي 12% عن محاولة انتحار – نسب عالية إلى حد ما (Omigbodun et al, 2008). ومع ذلك، كانت عوامل خطر الانتحارية في تلك الدراسة قابلة للمقارنة بتلك التي ذكرت في الأدبيات الدولية (مثل، بيئة أسرية مضطربة، المشاكل المادية، المعاناه من سوء المعاملة أو العنف، أو استخدام المخدرات) باستثناء انتشار مماثل لدى الذكور والإناث.

وسائل الانتحار

في أمريكا الشمالية، الأسلحة النارية هي الوسيلة الأكثر شيوعا للانتحار لدى الشباب ، تليها الشنق، ثم الاختناق والتسمم (Branco et al, 2010). في أوروبا الغربية، وعلى النقيض، الأسلحة النارية تلعب دورا ثانويا؛ الوسيلة الرئيسية هي القفز من الأماكن المرتفعة أو أمام القطار. التسمم بمبيدات الآفات سائد في المناطق الزراعية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل مثل الصين والهند. في تركيا، في عام 2010 كانت الطرق الخمسة الأكثر شيوعا للانتحار بين الذين تتراوح أعمارهم من 15 إلى 19 سنة في تواتر متناقص: الشنق، الأسلحة النارية، والمواد الكيميائية، والقفز من مكان مرتفع، والقفز في الماء (TurkStat; Suicide Statistics 2010, www.tuik.gov.tr, 2011). التسمم بغاز اول اكسيد الكربون أصبح واسع الانتشار في بعض بلدان غرب المحيط الهادي (مثل، تايوان). في أوروبا الغربية وأمريكا الشمالية، الأدوية بدون وصفة طبية (المسكنات بشكل أساسي) والأدوية النفسية أمرا شائعا.

عوامل الخطر

تم تلخيص عوامل الخطر الرئيسية للانتحار في سن المراهقة في جدول 5.. كما ذكر، هناك نقص في الأبحاث عن انتحار الصغار قبل سن المراهقة. لم يتم العثور بعد على نمط محدد لعوامل الخطر لهذه الفئة العمرية (Kloos et al. 2007). في الصغار قبل سن المراهقة، قد تلعب الضغوطات المتعلقة بالأسرة دورا أكثر أهمية من المراهقين، في حين الباثولوجيا النفسية المعتمدة على السن (مثل، استخدام الكحول، والاضطراب ذو القطبين، والذهان) قد تكون أقل تأثيرا.

وقد تم بالفعل وصف آثار العمر والجنس. بيد أنه ينبغي أن يوضع في الاعتبار أن المخاطر الإحصائية تشير إلى المتوسطات في المجتمع، وتقل أهميتها عند تقييم وعلاج المرضى كإفراد. على سبيل المثال، المراهقة الأنثى إحصائيا أقل عرضة للانتحار المتم بعد محاولة انتحار من نظيرها الذكر. غير أن، التقييم والعلاج غير محدد بنوع الجنس!

محاولات انتحار مسبقة

محاولة انتحار سابقة هي واحدة من أهم المنبئات لمزيد من المحاولات ومن الانتحار المتم (-Spirito & Esposito وجود (Smythers, 2006):

- حوالي 30% من الانتحارات لديها تاريخ سابق بمحاولات انتحار
- خطر محاولة أخرى بعد محاولة الإنتحار أعلى 20 مرة عن في أفراد دون تاريخ سابق بمحاولة انتحار
- يرتبط خطر محاولة الانتحار الجاد بقوة مع عدد محاولات الانتحار السابقة.

جدول 5 عوامل الخطر الرئيسية للانتحار في أوساط المراهقين *

- محاولة انتحار سابق
- الباثولوجيا النفسية
- وبالأخص الاضطراب الاكتئابي الرئيسي، الاضطراب ذو القطبين، اضطراب المسلك، والاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة.
- اعتلال نفسى مصاحب ، وخاصة الجمع بين الاضطرابات المزاجية، و التشوش، واستعمال المواد المخدرة.
- سمات الشخصية المختلة وظيفيا (وخصوصا السمات المعادية للمجتمع، والحدية، شبه الهستيرية، والنرجسية)
- مشاعر انعدام الأمل وعدم القيمة
- العدوان الاندفاعي: الميل إلى رد فعل للإحباط أو للاستفزاز بالعداوة أو العدوان.
- العوامل العائلية
- تاريخ عائلي بالإكتئاب أو الانتحار
- فقدان أحد الوالدين عن طريق الموت أو الطلاق
- الشقاق الاسري
- الاعتداء الجسدي والجنسي
- الافتقار إلى شبكة دعم، والعلاقات السيئة مع الأقران، والشعور بالعزلة الاجتماعية
- "التصريح" أو التعامل مع المشاعر المثلية في بيئة أسرية أو مجتمعية أو دراسية غير داعمة
- توافر الوسائل الفتاكة
- أن يكونوا تعرضوا إلى الانتحار (مثل الانتحار أو محاولة الانتحار بين أفراد العائلة أو الأصدقاء والتقارير الإعلامية).

* مقتبس من (Cash and Bridge, 2009).

الإضطراب النفسي

الباثولوجيا النفسية هي عامل خطر رئيسي آخر للانتحار في الأطفال والمراهقين. الاضطرابات النفسية موجودة في 80% إلى 90% من حالات الانتحار. اضطرابات المزاج، والقلق، والسلوك واستعمال المواد المخدرة هي أهم الحالات. إلى جانب الاعتلال النفسى المصاحب، فإن شدة الاختلال الناجم عن الأعراض النفسية فضلا عن إجمالي حمل الأعراض نوات أهمية. أوضحت شدة الخلل المتعلقة بالأعراض معظم مخاطر الانتحارية المرتبطة بالاضطرابات النفسية الحالية في دراسة جبال سموكي الكبرى (Foley et al, 2006). ارتبطت الانتحارية مع عرض واحد؛ مشكلات النوم (Wong et al, 2011). ارتبطت مشاكل النوم في مرحلة المراهقة المبكرة بالانتحارية وبيضاء الذات في مرحلة المراهقة المتأخرة، حتى عندما تكون عوامل الخطر الأخرى - شاملة الإكتئاب - منضبطة إحصائيا .

وبصرف النظر عن وجود اضطرابات نفسية واضحة، ترتبط السلوكيات الصحية الخطرة (السلوكيات التشوش، والجنسية وتعاطي المواد المخدرة) بخطر انتحاري أعلى لدى المراهقين الشباب (Afifi et al, 2008). وترتبط أيضاً مشاعر انعدام الأمل وعدم القيمة وكذلك العدوان الانفعالي بالانتحارية. على الرغم من أن هذه الحالات غالباً ما تحدث في سياق الإكتئاب أو اضطرابات المسلك، فإنها قد تكون ملحوظة أيضاً لدى الأشخاص الذين لا يعانون من اضطراب نفسي. ويشير هذا أيضاً إلى الآثار الغير مكبوحه للثمالة الحادة التي قد تكون مسؤولة عن الأفعال الانتحارية في الأشخاص الذين بدون اعتماد واضح على المواد المخدرة.

يمكن أيضاً أن يحدث السلوك الانتحاري في الصغار بدون وجود اضطراب نفسي حالي. في دراسة جبال سموكي الكبرى، كان انتحار الشباب مرتبطاً في حال عدم وجود اضطراب نفسي إلى سلوك انتحاري مسبق، مشاكل قانونية وتأديبية أو اضطرابات نفسية في الأسرة.

البيئة الأسرية

ترتبط الباثولوجيا النفسية للوالدين والسلوك الانتحاري في الأسرة بارتفاع خطر الانتحار في النسل. عرضة الانتحار في الأسر قد تكون مستقلة عن وجود تاريخ عائلي من المرض النفسي. يظهر أطفال الآباء والأمهات الذين لديهم اضطرابات المزاج محاولات

انتحار أكثر عندما يكون هناك تاريخ انتحارية لدى الوالدين بالمقارنة مع الأبناء من الآباء والأمهات الذين من دون محاولات انتحار. تتنبأ الباثولوجيا النفسية الاسرية - وخاصة محاولات الانتحار في الأمهات وإساءة استعمال المواد المخدرة في كلا الوالدين - والشقاق الأسري بانتحارية أعلى في سن المراهقة حتى بعد ضبط المرض النفسي (Pfeffer et al, 1998).

المحن

في دراسة جبال سموكي الكبرى، ارتبط الفقر بالسلوك الانتحاري بغض النظر عن البروفيل النفسي أو شدة الباثولوجيا النفسية. استقرار الشبكة الاجتماعية النفسية أيضاً له صلة وثيقة. في دراسة دنماركية، ارتبطت تغييرات الإقامة

المتكررة بزيادة خطر محاولة الانتحار والانتحار المتمم في الأطفال والمراهقين (Qin et al, 2009). وقد وجد أن المحن الكبرى في مرحلة الطفولة - متمثلة بين أشياء أخرى في

الاعتداء الجسدي أو الجنسي وشهود العنف المنزلي- تترافق مع مَرَضَانِيَّة نفسية أعلى، التفكير في ومحاولات الانتحار في مرحلة البلوغ (Afifi et al, 2008). تم ربط شدة الاعتداء الجنسي مع خطر محاولات الإنتحار في إحدى العينات الكندية (Brezo et al, 2008). ويلاحظ هذا حتى في الصغار قبل سن المراهقة. في دراسة أجريت على الأطفال البالغين من العمر 8 سنوات الذين أُسيئت معاملتهم ، ابلغ 10٪ عن التفكير بالانتحار (Thompson et al, 2005).

الضغوطات

يرتبط التمر بالمحاولات الانتحارية وسلوك إيذاء الذات. في دراسة فنلندية، ارتبط الإيذاء المتكرر في أوساط الفتيات بمحاولات الانتحار والانتحار المتمم في وقت لاحق حتى بعد ضبط الباثولوجيا النفسية. يرتبط التمر والإيذاء أيضاً بالانتحارية في الأولاد، ولكن ليس بعد ضبط الأعراض الاكتئابية والتخريبية (Klomek et al, 2009). وتشمل الضغوطات الأخرى ذات الصلة الأزمات القانونية أو التأديبية والسجن والصعوبات الدراسية. قد تساهم اختبارات تحديد المستوى للمدارس الثانوية عالية التنافس



إميل ديركايم (1858-1917)
عالم الاجتماع الفرنسي، سعى
لشرح الانتحار على أنه ظاهرة اجتماعية

في الانتحار. فعلى سبيل المثال، في تركيا في عام 2010، أقدم 13 من الشباب في الفئة العمرية حتى 19 عاما على الانتحار وتم أفترض أن يكون هذا مرتبطاً بفشل دراسي حديث (TurkStat; Suicide Statistics, 2010, www.tuik.gov.tr, 2011).

نمذجة السلوك الانتحاري - "تأثير فيرتر"

كان هناك الكثير من النقاش حول تأثير تصوير الأفعال الانتحارية في الوسائل الاعلامية على تواتر الانتحار. المثال الكلاسيكي هو ما حدث في ألمانيا بعد نشر كتاب جوته ذو الشعبية "أحزان الشاب فيرتر" في عام 1774. أعقب النشر عدد من حالات انتحار الشباب. وعزي ذلك إلى الوصف الحي لقتل بطل الرواية الشاب لنفسه بطريقة رومانسية بعد أن تم رفضه من قبل المرأة التي كان يحبها. تم لاحقاً حظر الكتاب في معظم دول أوروبا. يحدث حقيقةً تعقد الانتحار في أعقاب تقارير وسائل الاعلام والتقديم الخيالي للانتحار على شاشة التلفزيون "تأثير فيرتر". ووفقاً لدراسة ألمانية للطبيعية (Schmidtke & Hafner, 1988)، أدى بث أحد المسلسلات الطويلة الذي يظهر انتحار شاب يبلغ من العمر 19 سنة بالسكك الحديدية إلى زيادة (175%) في انتحارات السكك الحديدية بين الذكور البالغين من العمر 15 إلى 19 سنة. العوامل المرتبطة بالتقليد هي: الوقت (ذروة الانتحارات تكون في الأيام القليلة الأولى بعد النشر)، كمية وبروز التغطية الإعلامية، التشابه بين الضحية والمراهق، مدى شهرة الضحية، الوصف المحدد للانتحار (الطريقة والزمان والمكان)، تقارير رومانسية ومثيرة، اقتراحات أن هناك وباء، وتبسيط أسباب الانتحار (WHO, 2008).



يزيد أيضاً من المخاطر محاولات الانتحار والانتحار بين الأقران (Hazell & Lewin, 1993). يمكن أن تؤدي مسارات مختلفة إلى تعقد الانتحار. بمعزل عن أعراض الكرب ما بعد الصدمة، الفجعة، الصداقات المتجانسة مع أقران مستضعفة، مجرد التقليد هو أحد العوامل المهمة.

الجسائية

هناك أدلة قوية على أن مثلي الجنس، السحاقية، والشباب ثنائي الجنس معرضون لخطر متزايد من السلوك الانتحاري (Fergusson et al, 1999; Russell & Joyner, 2001). قد يكون هذا أكثر عند "التصريح" أو عندما تكون العائلات غير داعمة (Ryan et al, 2009).

الإنترنت وشبكات الإجتماعية

هناك طائفة واسعة من مواقع الانتحار متاحة على شبكة الإنترنت. هناك مواقع مفيدة لـ "مكافحة الانتحار" يتم الإبقاء عليها في الغالب من قبل مجموعات المساعدة الذاتية، والحكومة أو المنظمات الدولية. من ناحية أخرى، هناك مواقع تحتفل بشكل واضح بالانتحار، تعطى المشورة بشأن الوسائل الفتاكة، وتطرح مجموعات الدردشة التي يمكن للمستخدمين أن يعلنوا فيها عن عزمهم على الانتحار أو تحديد موعد للانتحار المشترك. ترتبط بعض هذه المواقع بثقافات فرعية محددة (مثل، ايمو). فيما يتعلق بالمواقع التي باللغة الألمانية، هناك حالياً نحو 100 منتدى للانتحار، منهم 40 بمعلومات تعتبر أنها مضرّة للقاصرين.

السلوك الانتحاري

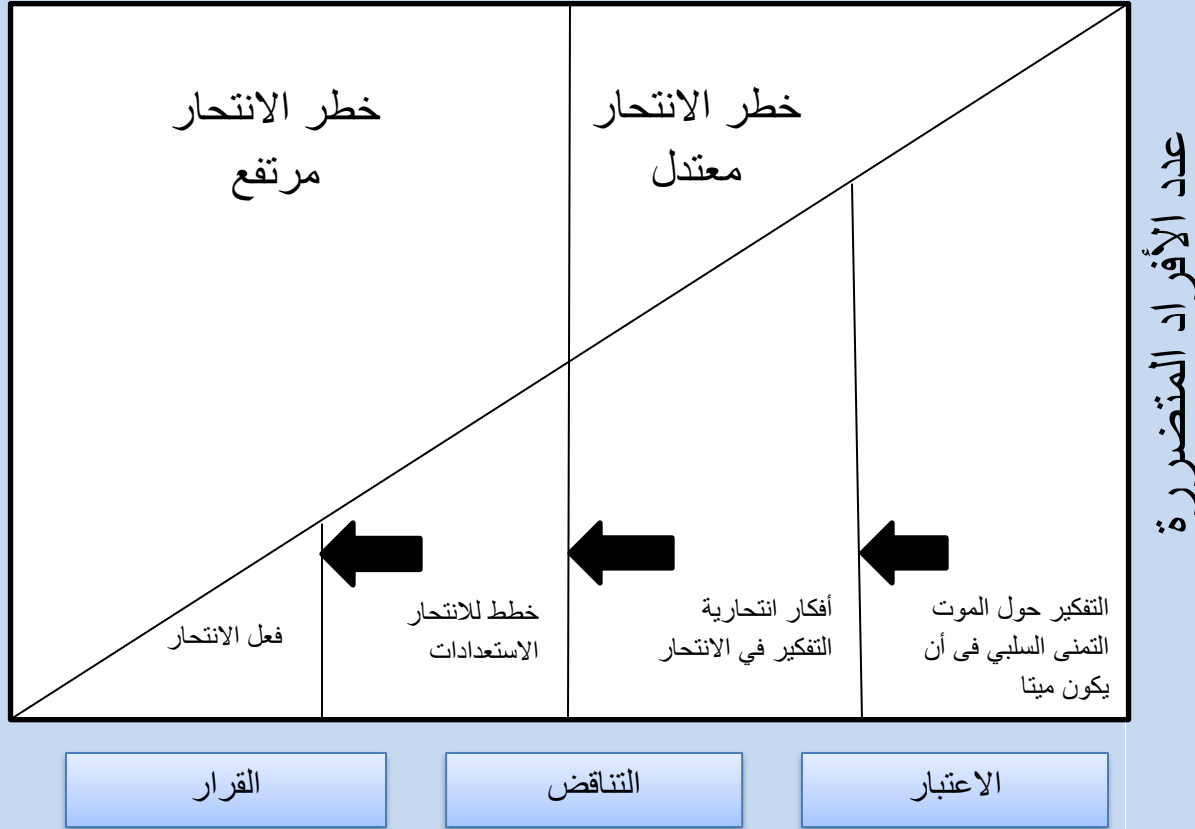
المسار الإكلينيكي

مراحل السلوك الانتحاري

يمكن أن يتم إدراك الإنتحار على إنه سلسلة متصلة بالأفكار عن الموت فى إحدى النهايات والأفعال الانتحارية الجادة فى النهاية الأخرى (شكل 3؛ Bronisch & Hegerl, 2011). الانتحارية الحادة غالبا ما تتطور بنمط تدريجي من تفكير فى الإنتحار وتخطيط متزايدين وأكثر تحديدا إلى أن يتغلب الفرد على التناقض ويصبح أكثر وأكثر تصميميا.

قد تتطور " متلازمة ما قبل الانتحارية" المميزة كلما أصبح التفكير فى الإنتحار أكثر تحديدا (Ringel in 1959; Ringel,) (1976). بالنسبة ل(Warnke, 2008) فإنها تتميز ب:

- الشعور باليأس، بلوم الذات، بالوحدة وبأنه يساء فهمه.
- الأجتراح السلبي، والشفقة على الذات.
- قلة النشاط والانسحاب الاجتماعي.
- تحول العدوان المثبط تجاه الذات (العدوان التلقائي).
- تخیلات انتحارية وتخطيط انتحاري.
- عسر المزاج.
- أعراض جسدية، مشاكل النوم، التعب، وفقدان الشهية.



*من (Bronisch & Hegerl, 2011)

وبمجرد التوصل إلى قرار الانتحار، قد يصبح الشخص الانتحاري أقل هياجاً، ويبدو أكثر استقراراً، مما يؤدي الأطباء إلى أن يقللوا من شأن خطر الانتحار. ينبغي أن يكون وجود "متلازمة ما قبل الانتحار" كعلامة تحذير. ومع ذلك، هذا قد يكون أقل في الأطفال والمراهقين حيث يكون الانتحار الاندفاعي أكثر شيوعاً عنه في البالغين. وبالتالي، لا بد من الأخذ في الاعتبار أن محاولات الانتحار قد تحدث خلال أي مرحلة من المراحل المصورة في الشكل 3.

عادة ما يحدث الانتحار خلال أزمة ونادراً ما يحدث في غياب العوامل الهامة الأخرى. كى تعقد هذه الأزمة عادة ما تتطلب تهيؤ، منبه، ميسر وتوفر الطريقة التي سيتم من خلالها. يسمح إدراك هذا بالتدخلات الممكنة لتقليل المخاطر في مراحل مختلفة من الأزمة.

- التهيؤ. كما نوقش من قبل: الشباب الذين يحاولون الانتحار لديهم تهيؤ للقيام بذلك، في كثير من الحالات بسبب مشكلة بالصحة النفسية، غالباً ما تكون الاكتئاب.
- المنبه. معظم حالات الانتحار أو محاولات الانتحار تحدث بعد حدوث شيء يجعل المراهقين يشعرون بالنعاسة أو الخوف أو الغضب. النزاعات مع الآخرين (الوالدين، الأصدقاء، المدرسة، الشرطة) هي منبهات متواترة. ومن الأمثلة



على ذلك الأزمات التأديبية (عندما يرتكب المراهقون خطأ مثل السرقة وهم في انتظار العقاب)، والإهانة العلنية، وتهديد الانفصال عن صديقه أو صديقها، والافصاح عن الاعتداء الجنسي. عادة ما ينظر إلى هؤلاء بأنهم أكثر فجاعة من قبل المراهق عن الأشخاص الآخرين.

انقر على الصورة لسماع رسالة قوية مضادة للانتحار (إذا كان الانتحار يداعب أفكارك، وهذه إليك ...) من مغنية الراب الموهوبة انجيل هيز. تحذير: لغة فظة. (04:12)

• *الميسر*. من المرجح أن المشاعر القوية التي تنتجها الأزمات تؤدي إلى الانتحار إذا ما اختل حكم الشاب عن طريق الكحول أو المخدرات. وتشمل الميسرين الآخرين التماهي مع أو الإعجاب بشخص معروف يكون قد انتحر، حالات الانتحار بين أفراد العائلة أو الأصدقاء، أو إذا كان المراهق يفتقر إلى المعتقدات الدينية الراسخة التي تحظر الانتحار.

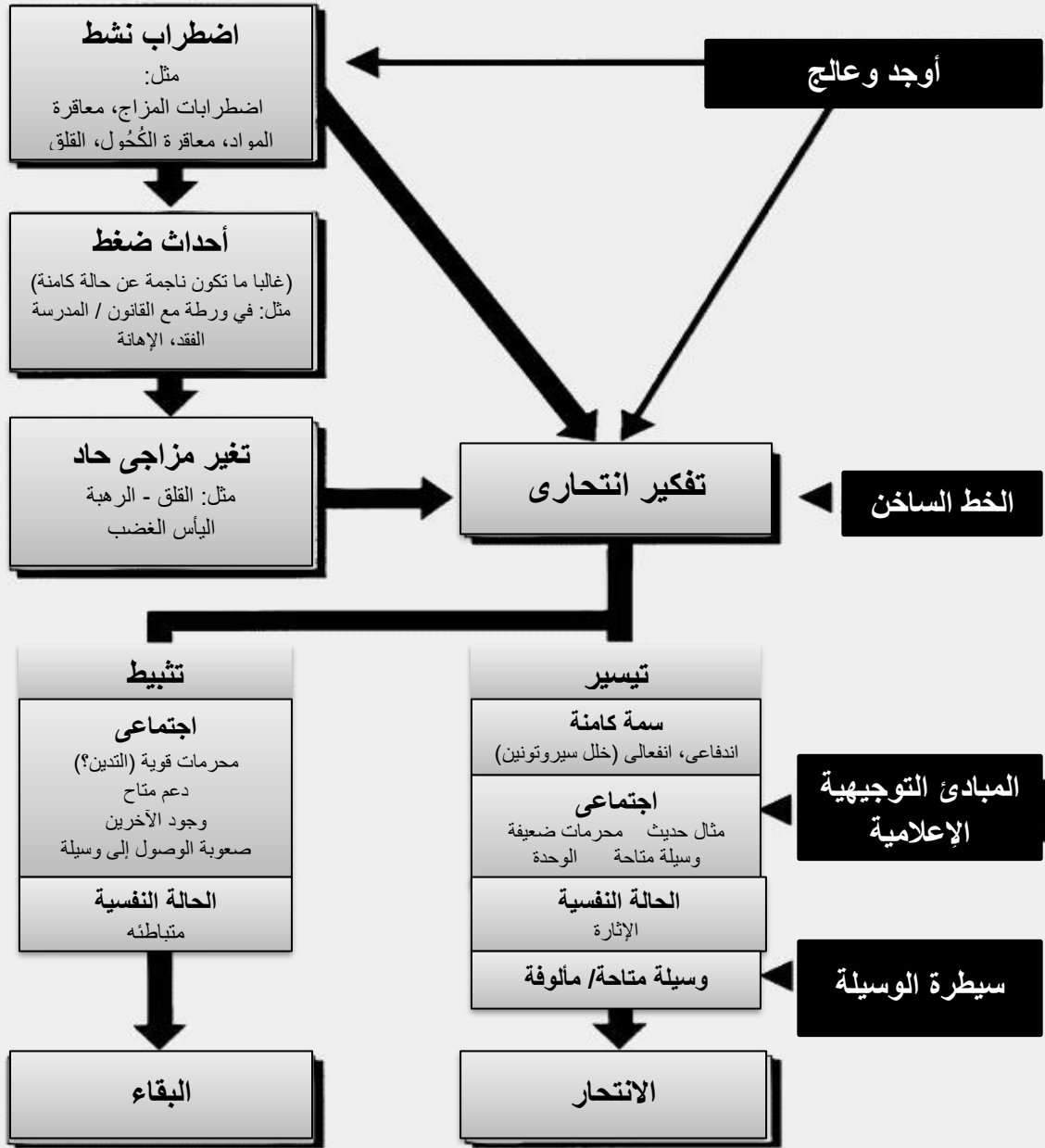
• *الفرصة*. وأخيرا، يحتاج المراهقين الحصول على وسائل الانتحار بطريقة مقبولة بالنسبة لهم. على الرغم من أنه قد يبدو غريبا فإن الناس في كثير من الأحيان تكون لديهم فكرة واضحة عن الطريقة التي يرغبون في قتل أنفسهم بها.

وكمثال على ذلك، مبين في الشكل 4 ملامح تطور الانتحارية التي ذات الصلة بالوقاية من الانتحار (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, AACAP, 2001).

المسار

في معظم الدراسات التي أجريت على التاريخ الطبيعي لسلوك إيذاء الذات لا يتم التمييز بين إصابة الذات الغير انتحارية ومحاولات الانتحار. ويرجع ذلك جزئيا على الاعتماد في البحث على البيانات التي تم جمعها في الرعاية السريرية الروتينية غير النفسية (دون فحص شامل فيما يتعلق بنية الانتحار). وعلاوة على ذلك، في نسبة كبيرة من المرضى يتشارك في الحدوث إيذاء الذات غير الانتحاري والانتحاري. كما هو موضح أعلاه، يتم زيادة خطر الانتحار المتم إلى حد كبير في الأفراد الذين لديهم محاولة انتحار سابقة: 0,5% إلى 2% في سنة واحدة، أكثر من 5% في تسع سنوات (Owens, 2002). معدلات الإعادة مرتفعة (على سبيل المثال، 16% في سنة 1، 21% في 1-4 سنوات، و 23% في أكثر من 4 سنوات؛ Owens, 2002). في عينة بريطانية كبيرة من الأطفال والمراهقين الذين تقل أعمارهم عن 15 عاما الذين قدموا إلى المستشفيات العامة بسبب تعمد إيذاء الذات، أشارت المتابعة الطويلة الأجل (11 عاما) إلى الموت عن طريق الانتحار في 1% من المرضى (Hawton & Harris, 2008). وهذا يعكس أن المخاطر الفردية للانتحار المتم منخفضة نسبيا في مرضى إيذاء الذات حتى على المدى الطويل. من ناحية أخرى، تشير البيانات إلى أن الأشخاص الذين يلحقون الأذى بالذات لديهم خطر انتحار أعلى 100 مرة عنها في عامة السكان.

كيف تحدث حالات الانتحار وكيف يمكن منعها؟



مستنسخة بإذن من:

Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 40 (sup):24S-51S. ©2001 American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

التقييم

هناك استبيانات متاحة للمسح عن خطر الانتحار عند الأطفال والمراهقين لكنها لن يتم مناقشتها هنا بالتفصيل لأن معظمها متوفر فقط باللغة الإنجليزية وقد لا تكون البيانات عن خصائص القياس النفسي والترجمات المحددة متاحة (القارئ المهتم يمكن أن يرجع إلى AACAP, 2001).

بسبب توزيعه الكبير، نظرا لترجمته إلى أكثر من 100 لغة، لقد تم وصف المقياس المُدرَّج لشدة الانتحار- كولومبيا (C-SSRS; Posner et al, 2011). تم تصميم C-SSRS للتمييز بين التفكير في الانتحار والسلوك الانتحاري عن طريق قياس أربع محاور:

1. شدة التفكير (الرغبة في أن يكون ميت، أفكار انتحارية نشطة غير محددة ، أفكار انتحارية متضمنة الوسائل، النية الانتحارية ، والنية الانتحارية مع وجود خطة).
 2. كثافة التفكير (التواتر، المدة، التحكم، الروادع، سبب التفكير).
 3. السلوك (الفعلي، محاولات أجهضت أوتمت مقاطعتها؛ السلوك التحضيري؛ إصابة الذات الغير انتحارية).
 4. قوة الفتك.
- تم تطوير أشكال مختلفة من هذا المقياس، بما في ذلك إصدارات للأطفال.



انقر الصورة للوصول إلى
البرنامج التدريبي للمقياس
المدرج لشدة الانتحار-
كولومبيا

تتوفر النماذج على موقع C-SSRS. خصائص القياس النفسي تبدو جيدة (Posner et al, 2011)، ووقت التطبيق هو بضع دقائق فقط. متاح برنامج تدريبي على الموقع الإلكتروني ، وهو مطلوب للتجارب الإكلينيكية ويوصى بشدة للممارسة الإكلينيكية قبل تطبيق C-SSRS.

يمكن أن تكون المقاييس التقديرية مفيدة لأغراض المسح - على سبيل المثال، في مشاريع الوقاية للكشف عن الأفراد المعرضين للخطر. ومع ذلك، هناك حاجة إلى التقييم الإكلينيكي من قبل متخصصين مدربين على تقييم خطر الانتحار. وينبغي أن يتضمن هذا التقييم الفحص البدني والنفسي بما في التاريخ الشامل (بمعلومات من المريض، والوالدين وآخرين ذوي أهمية) للحصول على معلومات حول الضغوطات النفسية الاجتماعية الحادة ، التشخيصات النفسية والحالة النفسية الراهنة وملابسات محاولات الانتحار السابقة.

ينبغي التصدي للانتحار مباشرة وعلنا في أجواء داعمة. لا يوجد أي خطر للتسبب في الانتحار عن طريق التحدث عنه. هناك خطر من تجاهل الانتحار إذا تم تجنب الموضوع. وينبغي أن يكون التقييم متدرجا، من أسئلة عامة للأسئلة المحددة. أمثلة من الأسئلة التي يجب طرحها عند الكشف عن الانتحار مبينة في الجدول 6. يمكن أن يتم تخطي إجراء المزيد من التقييم إذا أمكن إستبعاد خطر الانتحار الحاد. من ناحية أخرى، إذا أصبحت عوامل خطر الانتحار واضحة، يكون الاستكشاف أكثر تفصيلا.

الاستكشاف المتطور سيقوم بتغطية شاملة لجميع عوامل خطر الانتحارية المعروفة؛ تتلخص هذه في الجداول 7 إلى 9 وتتألف من:

ينبغي أن يؤخذ بعين الاعتبار
توارد عوامل الخطر المختلفة.
ويتمثل هذا في ما يلي من
حالات القصيرة:

- كانت فتاة تبلغ من العمر
14 عاما غير متأكدة حول
ميلها الجنسية. كان لديها
مشاعر رومانسية نحو
زميلة دراسة أنثى كانت قد
رفضتها بشدة مؤخرا.
الفتاة ادأها ردى أكاديميا
وأصبحت على نحو متزايد
من الاكتئاب قبل ثلاثة
أشهر من الفحص. كان
دافع التقييم النفسي نشرها
رسالة انتحار في غرفة
عمها قد مات منتحرا قبل
عامين.

- أحيل شاب يبلغ من العمر
16 عاما للتقييم النفسي من
وحدة الطوارئ حيث عولج
من قطع في الجلد ألحقها
المصاب بنفسه على
معصميه؛ كان مخموراً
أيضاً. كان قد تم وصم
الشاب من ورم وعائي
دموي خلقي على خده
الأيسر. وكان قد تربي
بواسطة أم بمفردها، وقالت
انها أصبحت حاملا به عن
عمر يناهز 17 سنة؛
وقالت انها لم يكن لديها
علاقة مستقرة حينها. كان
الصبي قد تحدث عن
محاولات انتحار في الأونة
الأخيرة مع زملائه.

- العوامل الفردية الحالية (فحص الحالة النفسية).
- العوامل الفردية السابقة (تاريخ المريض) وفي الأسرة (تاريخ العائلة).
- خصائص محددة عن محاولات الانتحار السابقة.

جدول 6 أمثلة من الأسئلة للمسح عن خطر الانتحار (DGPPN, 2009)

- "هل كنت تفكر بأنك لا تريد أن تعيش بعد الآن أو أن الحياة لا تستحق العيش؟"
- "هل يحدث هذا في كثير من الأحيان؟"
- "هل كنت تفكر في ذلك بدون قصد؟ أى: هل ازعجتك بأفكار انتحارية غير مرغوب فيها؟"
- "هل كنت قادرا على دفع هذه الأفكار جانبا؟"
- "هل لديك أفكار محددة حول كيف كنت ستفعل ذلك؟"
- "هل قمت بإجراء أية خطط أو تحضيرات؟"
- "هل هناك أي شيء يمنعك من فعل ذلك؟"
- "هل تحدثت مع أي شخص عن أفكارك الانتحارية؟"
- "هل حاولت في اي وقت مضى أن تقتل نفسك؟"
- "هل أنتحر أحد من عائلتك، أصدقائك أو معارفك؟"

جدول 7 مؤشرات خطر الانتحار الحاد - العوامل الفردية الحالية (فحص الحالة النفسية).

التفكير في الانتحار:

- لا تبرؤ من الانتحارية حتى بعد محادثة طويلة
 - أفكار انتحارية ضاغطة، ناشئة عفويا
 - خطة انتحارية دقيقة (الوسيلة، المكان والزمان، أو غيرها من المواصفات
 - التحضير للانتحار، خاصة في حالة وجود وسيلة عنيفة؛ استعدادات للوداع
 - أفكار انتحارية إيثارية (شبه إيثارية)؛ أفكار التضحية بالنفس
- الأعراض و المراضة المشاركة:
- شعور باليأس ملحوظ (أفاق المستقبل مفقودة، تحصيل دراسي منخفض، فشل في الوظيفة؛ صراع يؤدي إلى التفكير في الانتحار ويظل غير محلول)
 - انسحاب اجتماعي حديث
 - ارتفاع الإثارة والتهيج، والعدوان، وعدم الاستقرار العاطفي أو الذعر
 - التمثل (الكحول والمخدرات)
 - أعراض الذهان الحاد
 - اختلال السيطرة على الانفعالات والسلوك الغير مكبوح (على سبيل المثال، في حالة تسمم الكحول والهذيان الحاد أو الهوس)
 - أعراض الاكتئاب الحاد
 - أعراض بارزة من اضطراب في الشخصية أو اضطراب المسلك، وعلى الأخص بالمشاركة مع تعاطي الكحول
- العوامل الهامة الأخرى:
- لا يمكن تأسيس علاقة مستقرة
 - المريض يبذل جهد في الدخول إلى المستشفى للعلاج بالقسم الداخلى
 - وقت الفحص في غضون سنة واحدة بعد محاولة الانتحار الاخيرة

جدول 8 مؤشرات خطر الانتحار الحاد - العوامل الفردية السابقة (تاريخ المريض) وفي الأسرة (تاريخ العائلة).

تاريخ المريض

- محاولات الانتحار السابقة
- انتحارات في محيط المريض

الضغوط الاجتماعية

- فقدان احد الاحبه - وعلى الأخص أحد الوالدين - عن طريق الانتحار، الوفاة الطبيعية أو العرضية، الانفصال أو الطلاق أو غياب طويل الأمد
- نهاية علاقة وثيقة (رومانسية أو صداقة)
- فقدان العلاقات الاجتماعية والاندماج الضعيف في مجموعة الأقران مما يؤدي إلى مشاعر أنه وحيدا ومرفوض، وعلى الأخص في حالة الهجرة أو الانتقال

الأعراض و المراضة المشاركة

- السلوك العدواني والانحراف
- الاضطرابات النفسية، وأبرزها الاكتئاب و سوء استخدام / الاعتماد على المواد
- الأطفال: ضعف الانضباط والتغيب المدرسي

عوامل هامة أخرى

- لا يوجد ترافق ديني أو ما شابه ذلك
- الصراعات غير قابلة للحل ظاهريا بسبب الحمل غير المرغوب فيه
- النزاعات بسبب المثلية

تاريخ العائلة

- الانتحارات ومحاولات الانتحار بين أفراد العائلة
- الباثولوجيا النفسية الوالدية
- تاريخ عائلي من العنف وإساءة استعمال أو إدمان المواد المخدرة
- العلاقات الأسرية غير المستقرة والصراعات غير المحلولة في الأسرة أو دعم اجتماعي مفقود من قبل أفراد الأسرة



الوصول إلى الوسائل الفتاكة يزيد من خطر الإنتحار

اضغط على الصورة
لعرض مبادئ
NICE التوجيهية
"إيذاء الذات: التدبير
البدني والنفسي
قصير الأجل
والوقاية الثانوية من
إيذاء الذات في
الرعاية الأولية
والثانوية "

أنقر هنا لعرض
مبادئ NICE
التوجيهية "إيذاء
الذات: التدبير
طويل الأجل"

جدول 9 مؤشرات خطر الانتحار الحاد - خصائص محددة عن محاولات الانتحار السابقة.

- محاولات انتحار أو أفكار انتحارية تشير الى "وسيلة عسيرة" (على سبيل المثال، الشنق، إطلاق النار، القفز من مكان مرتفع، القفز أو الإستلقاء أمام مركبة متحركة)
- محاولة انتحار مدروسة جيدا مع تخطيط واضح
- فرصة ضئيلة للمساعدة والتدخل (تم وضع ترتيبات محددة لمنع العثور ، على سبيل المثال، محاولة انتحار في عزلة، بعيدا عن الآخرين، ووقت الانتحار اختير لمنع أن يتم العثور عليه، عدم تنبيه الآخرين بعد الفعل الانتحاري)
- تم إبلاغ الآخرين بنية الانتحار، وكتابة رسالة انتحار
- الإعراب عن أمنية واضحة للموت دون ارتياح حول كونه لا يزال على قيد

جدول 10 مسائل محددة في تقييم الأطفال ما قبل البلوغ - مثال من الأسئلة *

إجراء مقابلات مع الأطفال الذين قد تكون إدراك مفاهيم الزمن، السببية ، والموت محدودة لديهم:

- " -هل كنت تفكر في قتل نفسك أكثر من مرة واحدة أو مرتين في اليوم؟"
- " -هل حاولت أن تقتل نفسك منذ الصيف الماضي / منذ بدأت المدرسة؟"
- " -ماذا كان سيحدث في رأيك عندما حاولت القفز من النافذة؟"
- " -ماذا سيحدث إذا توفيت؛ كيف سيكون ذلك؟"

مقابلات مع أولياء الأمور حول التفكير في الانتحار والسلوك الإنتحاري لدى أطفالهم
" -ماذا حدث بالضبط (خطوة خطوة) في اليوم الذي تحدث فيه طفلك عن أنه يريد أو حاول إيذاء نفسه؟"

- " -كيف اكتشفت أن طفلك كان يفكر في أو يحاول إيذاء نفسه؟"
- " -ماذا كنت تفعل عندما كان طفلك يفكر في أو يحاول إيذاء نفسه؟"
- " -ماذا حدث بعد أن فكر طفلك في أو حاول إيذاء نفسه؟"

*Jacobsen et al (1994)

جدول 10 يعطي أمثلة على هذا النوع من القضايا التي تحتاج إلى استكشاف عند تقييم خطر الانتحار عند الأطفال ما قبل البلوغ. وبصرف النظر عن الموضوعات التي سبق ذكرها، تشير جوانب محددة إلى صعوبات المقابلات مع الأطفال الذين قد يكون استيعاب الزمن، السببية، والموت غير كافي.

تقييم المخاطر

خطر الانتحار الحاد منخفض إذا كان:

- لا يوجد اضطراب نفسي رئيسي حالي يتطلب علاج
- المريض قادرا على تشكيل تحالف علاجي ملائم مع الطبيب
- المريض الذي حاول الانتحار لا ينتوي أن يموت
- المريض نص بوضوح وعلى نحو يصدق أن إعادة المحاولة ، لن تتم
- المريض أملا نحو المستقبل ولديه أهداف ملموسة فيما يتعلق المشاركة في الأنشطة اليومية
- الدعم الاجتماعي والأسري المستقر متاح
- لا يوجد ضغوطات الحياة الكبيرة.

جدول 11 تقييم مخاطر الإنتحار*

مخاطر منخفضة	مخاطر متوسطة	مخاطر عالية	
<p>أمثلة:</p> <ul style="list-style-type: none"> • اكتئاب خفيف أو لا يوجد • حزن • لا يوجد أعراض ذهانية • الشعور بالأمل إزاء المستقبل • الغضب أو المعاناة خفاف أو لا يوجد 	<p>أمثلة:</p> <ul style="list-style-type: none"> • اكتئاب معتدل • بعض الحزن • بعض أعراض الذهان • بعض مشاعر انعدام الأمل • غضب أو معاناة معتدلين 	<p>أمثلة:</p> <ul style="list-style-type: none"> • اكتئاب حاد • هلاوس امرأة أو ضلالات • عن الموت • انشغال بانعدام الأمل، واليأس، وشعور بعدم القيمة • الغضب الشديد أو المعاناة 	<p>حالة نفسية "في خطر"</p> <ul style="list-style-type: none"> • مكتئب • ذهاني • انعدام الأمل، اليأس • الشعور بالذنب والخجل والغضب والإثارة • الاندفاع
<p>أمثلة:</p> <ul style="list-style-type: none"> • لا يوجد أفكار أو أفكار مبهمه • لا توجد محاولة مؤخرًا أو محاولة واحدة في الأونة الأخيرة منخفضة الفتك ومنخفضة النية 	<p>أمثلة:</p> <ul style="list-style-type: none"> • أفكار متواترة • محاولات متعددة منخفضة الفتك • تهديدات متكررة 	<p>أمثلة:</p> <ul style="list-style-type: none"> • أفكار متواصلة / محددة • دليل على نية واضحة • محاولة بوسيلة عالية الفتك (خلال أي وقت مضى) 	<p>محاولة انتحار أو أفكار انتحارية</p> <ul style="list-style-type: none"> • النية • قوة الفتك • إمكانية الوصول إلى وسائل • محاولات انتحار سابقة
<ul style="list-style-type: none"> • عدم أو استخدام غير متواتر للمواد المخدرة 	<ul style="list-style-type: none"> • مخاطر في الثمالة أو إساءة الاستعمال أو الاعتماد للمواد المخدرة 	<ul style="list-style-type: none"> • الثمالة أو إساءة الاستعمال أو الاعتماد للمواد المخدرة حالياً 	<p>اضطراب معاقرة المواد المخدرة (إساءة استخدام حالية من الكحول وغيرها من المخدرات)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • القدرة على الوصول أو التحقق من المعلومات والحساب عن الأحداث للشخص المعرض للخطر (المنطق، المعقولية) 	<ul style="list-style-type: none"> • الحصول على بعض المعلومات • شكوك حول معقولية حساب الشخص عن الأحداث 	<ul style="list-style-type: none"> • العجز عن الوصول إلى المعلومات، العجز عن التحقق من المعلومات، أو هناك حساب متضارب عن الأحداث التي تخص هذا الشخص المعرض للخطر 	<p>تاريخ مؤيد</p> <ul style="list-style-type: none"> • الأسرة ومقدمي الرعاية • السجلات الطبية • مقدمي ومصادر الخدمات آخرون
<p>أمثلة:</p> <ul style="list-style-type: none"> • المريض متقبل المساعدة • تشكيل تحالف علاجي • إتصال بدرجة عالية، وعلاقات ودعائم جيدة • العلاقات رغبة وقادرة على المساعدة بشكل ثابت • بيئة أسرية داعمة 	<p>أمثلة:</p> <ul style="list-style-type: none"> • المريض متقلقل • الإتصال معتدل • علاقات قليلة، قد تكون متوفرة ولكن غير راغبين أو غير قادرين على المساعدة بشكل ثابت • أعراض نفسية معتدلة لدى أفراد الأسرة • نوع من عدم الاستقرار أو الأبوة والأمومة المختلة 	<p>أمثلة:</p> <ul style="list-style-type: none"> • المريض يرفض المساعدة • عدم وجود علاقات داعمة أو علاقات عدائية • عدو توفر الأقارب أو الأصدقاء ، أو غير راغبين أو غير قادرين على المساعدة • أمراض الوالدين النفسية • العنف أو إساءة استعمال المواد المخدرة في الأسرة 	<p>نقاط القوة والدعائم (التأقلم والإتصال)</p> <ul style="list-style-type: none"> • التواصل المعرب عنه • توافر الدعائم • رغبة وسعة الأشخاص الداعمة
<ul style="list-style-type: none"> • ثقة مرتفعة في تقييم مستوى المخاطر أو قابلية تغير منخفضة • علاقة وانخراط جيدين 		<ul style="list-style-type: none"> • ثقة منخفضة في تقييم مستوى المخاطر أو قابلية تغير مرتفعة أو عدم وجود علاقة • انخراط ردي 	<p>الممارسة العاكسة</p> <ul style="list-style-type: none"> • مستوى ونوعية الانخراط • قابلية تغير مستوى المخاطر • الثقة في تقييم مستوى المخاطر
<p>لا يوجد خطر (متوقع): بعد إجراء تقييم شامل لخطر الانتحار، لا يوجد هناك دليل على خطر حالي للشخص. لا توجد أفكار في الانتحار أو تاريخ من المحاولات، لديه شبكة دعم اجتماعية جيدة. * معدل من قسم نيو ساوث ويلز للصحة (2004، صفحة 20)</p>			

جدول 12 الإدارة الحادة للسلوك الانتحاري*

مخاطر عالية أو قابلية تغير مرتفعة أو ثقة منخفضة في تقييم مستوى المخاطر: إعادة التقييم خلال 24 ساعة

- التأكد من أن المريض في بيئة مأمونة وأمنة بشكل مناسب
- تنظيم إعادة التقييم في غضون 24 ساعة
- تنظيم الإدارة المستمرة والمراقبة الدقيقة
- وضع خطط طوارئ لإعادة تقييم سريع إذا تم تصعيد الأعراض أو الكدر

مخاطر متوسطة (خطر دال ولكن معتدل): إعادة التقييم خلال أسبوع واحد

- تنظيم إعادة التقييم في خلال أسبوع واحد
- وضع خطط طوارئ لإعادة تقييم سريع إذا تم تصعيد الأعراض أو الكدر

مخاطر منخفضة (مؤكدة ولكن خطر الانتحار منخفض): إعادة التقييم خلال شهر واحد

- تنظيم إعادة التقييم في خلال شهر واحد (الإطار الزمني للمراجعة ينبغي أن يحدد بناء على الحكم الإكلينيكي)
- إعادة التقييم خلال أسبوع واحد بعد الخروج من وحدة المرضى الداخليين
- توفير معلومات مكتوبة عن إمكانية الوصول إلى الرعاية الطبية المناسبة على مدار 24 ساعة

* قسم نيو ساوث ويلز للصحة (2004، أ، صفحة 21)

في كثير من الأحيان لا يمكن استبعاد خطر الانتحار بشكل قاطع، ويصبح هناك حاجة لتقدير مستوى الخطر. يعرض جدول 11 ملخص بالعوامل التي يجب أخذها في الاعتبار لتصنيف المرضى على حسب خطر الانتحار المتوقع كونه عالي، متوسط، منخفض أو معدوم (قسم نيو ساوث ويلز للصحة، 2004 أ).

ويتعين إيلاء اهتماما خاصا إلى قابلية تغير المخاطر (على سبيل المثال، خطر الانتحار ليس ساكنا، فإنه يختلف نظرا للتغيرات في الحالة النفسية، العلاقات أو الضغوطات) وإلى الثقة في التقييم. ويمكن أن تعزى الثقة المنخفضة في التقييم إلى (1) عوامل داخل الشخص (على سبيل المثال، الأمراض النفسية، المريض في حالة سكر)؛ (2) عوامل في البيئة الاجتماعية (على سبيل المثال، طلاق بصراع على الحضانه يتسبب في أن أحد الأبوين يلزم الصمت حول المشاكل)، أو (3) عوامل ضمن إجراء التقييم (على سبيل المثال، تقييم غير مكتمل، المريض يرفض إعطاء معلومات) (قسم نيو ساوث ويلز للصحة، 2004 أ).

إدارة السلوك الإنتحاري

العلاج الأمثل للأطفال والمراهقين الذين لديهم سلوك انتحاري يتطلب سلسلة متصلة من الخدمات بما في ذلك التدخل في حالات الطوارئ، والعيادات الخارجية، والعلاج المنزلي واليومي وللمرضى الداخليين (Steele & Doey, 2007). ومع ذلك، في الممارسة العملية، لا يمكن هذا في كثير من الأحيان بسبب نقص الموارد.

الخطوة الأولى في إدارة الانتحارية هي التأكد من أن الطفل أو المراهق المعرض للخطر في مأمن ويتلقى الدعم. تعتمد استراتيجية الإدارة على مستوى وقابلية تغير المخاطر والثقة في التقييم (انظر جدول 12).

في قسم الطوارئ، يجب تقييم الشباب الذين أقدموا على محاولة انتحار بواسطة ذوي الخبرة المهنية في مجال الصحة العقلية، متضمنا على مقابلة مع والديهم أو أقاربهم، تقييم متعمق للمخاطر وينبغي تدريب الموظفين لتقديم الرعاية للشباب الانتحاري، الذي غالبا ما يكون غير محبوب من قبل موظفي غرفة الطوارئ. يحتاج الشباب الانتحاري أن يعامل بنفس الاهتمام والاحترام مثل أي مريض آخر، وتجنب ألقاء اللوم عليهم في تعريض حياتهم للخطر وتجنب إجراء محاولات جيدة القصد لرفع معنوياتهم في حين يتم صرف النظر عن شدة مآزقهم. قبل الخروج من المستشفى، من الضروري أن يتم إعداد خطة للتعامل مع الأزمة، والتأكد من وجود إتصال للدعم (على سبيل المثال، الهاتف) متاحة على مدار 24 ساعة في اليوم.

"خطوات فعل" خطة الطوارئ سوف تعتمد على كثافة الأزمة العاطفية، وينبغي أن تعمل بالتعاون مع المريض ومقدمي الرعاية (قسم نيو ساوث ويلز للصحة ، 2004 أ). قبل خروج المريض الانتحاري من وحدة الطوارئ أو مركز الأزمة فمن الضروري دائماً (AACAP, 2001):

- إعطاء المشورة للمريض والأسرة حول الآثار الغير مثبتة للمخدرات أو الكحول.
- التأكد من أن الأسلحة النارية والأدوية الفتاكة والمواد المخدرة يمكن تأمينها أو إزالتها بشكل فعال.
- التأكد من أن هناك شخص داعم في المنزل.
- التأكد من أن موعد للمتابعة قد تم جدولته (انظر جدول 12).

التخطيط للطوارئ (قسم نيو ساوث ويلز للصحة، 2004 أ، صفحة 23)

التخطيط للطوارئ يتطلب أن يستيق الطبيب والشخص العرضة للخطر وأسرته تصعيد محتمل للمخاطر مثل:

- تدهور العلاقات الأسرية
- زيادة في الأعراض (الاكتئاب، والأرق، والهوس، والمشاعر الانتحارية)
- عدم توفر مؤقت للطبيب أو لفريق الرعاية الحادة.
- التخطيط للطوارئ من الممكن أن يكون مؤطر، وأن يتم إبلاغه وتوثيقه على النحو الآتي:
- إذا كان المريض <مثلاً، لديه تفاقم في الأفكار الانتحارية>، فإن المريض سوف يقوم بـ <أفعال يتعين القيام بها، مثل مهاتفة طبيب NN، أو التحدث مع الأهل حول هذا الموضوع>
- الأسرة ستقوم بـ <أفعال يتعين القيام بها من قبل الأسرة، على سبيل المثال، ضمان عدم ترك المريض وحده، مهاتفة طبيب NN، وإعطاء الدواء الموصوف>
- الخدمة ستقوم بـ <أفعال يتعين القيام بها من قبل الخدمة، على سبيل المثال، تنظيم مراجعة عاجلة، القيام بزيارة منزلية>

صبي يبلغ من العمر 14 عاماً (مايكل) وكان يتجول على خطوط السكك الحديدية عندما تم ترحيله من قبل عمال السكك الحديدية. تم استدعاء الشرطة وشرعت في إحالته إلى خدمات طب نفس الأطفال. خلال التقييم اعترف مايكل أنه قام بتزوير بطاقات تقرير الأداء المدرسي مرارا لإخفاء علاماته السيئة. وأن ثمة لقاء بين والديه ومعلمه كان سينعقد وأن الحقيقة لا شك ستكتشف قريباً. وكان مايكل خائفاً من رد فعل والديه وليس لديه فكرة عن كيفية التعامل مع هذا الوضع. وأعتقد أن الحصول على إصابة أو أن يقتل على القضبان هو السبيل الوحيد لتجنب المواجهة مع والديه. إلى جانب ضعف انجازاته في المدرسة لا يمكن تحديد عوامل خطر رئيسية الأخرى للانتحار. استطاع أن يناقش الأخطاء التي ارتكبها مع والديه الذين قبلوا اعتذاره. وحيث أنه لم توجد أعراض لاضطرابات نفسية أخرى، وأنه لم يكن ينوي إيذاء نفسه بعد الآن، تم خروجه من وحدة طب نفس الأطفال بعد يوم واحد من الدخول. وتم تحديد موعد مع طبيب نفسي الأطفال لمدة ثلاثة أيام بعد الخروج. وافق مايكل ووالديه على أن إشراك المدرسة ينبغي أيضاً أن يكون جزءاً من خطة الإدارة. كانت لا تزال درجاته الضعيفة والاجتماع الوشيك مع مدير المدرسة مصدر قلق كبير بالنسبة له و كانت خطة الطوارئ التي تم العمل بها مع مايكل ووالديه على النحو التالي:

- 1- بالنسبة لمايكل : إذا شعرت باليأس وكان لدي حاتم قوي لإيذاء نفسي، سأحدث بشكل علني إلى والدي. وسوف نقوم بالاتصال بـ <اسم مختص الصحة النفسية>. <اسم مختص الصحة النفسية> سيوفر موعد في نفس اليوم أو في اليوم التالي.
- 2- بالنسبة لمايكل : إذا كان والدي غير موجودين في ذلك الوقت، سأرسل شخص أثق فيه <أسماء الأشخاص> إذا لم يكن مثل هذا الشخص متاح، سوف أتصل بـ <اسم مختص الصحة النفسية> بنفسي.
- 3- بالنسبة لمايكل ووالديه: إذا لم يمكن الاتصال بـ <اسم مختص الصحة النفسية>، فسوف نهاتف <رقم طوارئ وحدة طب نفس الأطفال> ونقوم بطلب موعد فوري. وسوف تقوم <وحدة طب نفس الأطفال> بتوفير هذا الموعد في غضون ساعات قليلة.
- 4- بالنسبة لوالدي مايكل: إذا شعر مايكل بالنحو الموصوف أعلاه، واحد منا سوف يبقى معه حتى إقامة الموعد. إذا لم نستطع أن نضمن ذلك، سوف نتصل للحصول على موعد للطوارئ على الفور كما هو محدد أعلاه.
- 5- إذا، لسبب ما، <اسم مختص الصحة النفسية> لا يمكن أن يقوم بتوفير موعد، سيتم تنظيم موعد مع أحد زملائه بدلاً منه.

وبالإضافة إلى ذلك، قد يكون عقد عدم الانتحار مفيد (يصاغ في صورة التزام من قبل المريض وليس بمثابة تأمين لمختص الصحة النفسية، حيث لا يوجد دليل تجريبي يفيد أن عقود عدم الانتحار هي فعالة في الواقع). عادة ما يتضمن عقد عدم الانتحار (1) التأكيد على أن المريض لن يعرض حياته للخطر خلال فترة قصيرة محددة (على سبيل المثال، إلى اليوم التالي، حتى الجلسة المقبلة مع المعالج)؛ (2) التزام من قبل المريض على التمسك بالعلاج؛ (3) التزام من قبل المريض للامتثال لخطة الطوارئ. إدارة الانتحارية لدى الشباب تتطلب تواصل واضح مع الشاب والأسرة. وهذا ينطبق أيضا على الاتصال مع المدرسة، والذي ينبغي المحاولة فيه بعد الحصول على إذن من الشاب والأسرة.

رسائل هامة للشباب الانتحاري، والوالدين والمدرسين

ومن الضروري أن يوحى الأطباء بالثقة ويعطون الانطباع بأنهم على دراية بهذا النوع من المشاكل وأن يكونوا مسيطرين، ويجب تجنب تأجيل دراما لا لزوم لها ولكن أن يقوموا بتهدئة، وطمأنة وتلطيف جميع المعنيين. ومع ذلك، يحتاج المرء أن يكون حذرا من عدم خداع المرضى أو الوعد بشيء لا يستطيع المرء أن يحققه.

رسائل للشباب الانتحاري:

- قلقي الرئيسي هو سلامتك وسأحاول ضمان ذلك بأفضل طريقة ممكنة.
- سيبقى علاجك سري إلا إذا أنت أعطتني الإذن لمناقشة الأمر مع غيري من المختصين أو إلا إذا كان هناك خطر مباشر على حياتك أو حياة ناس آخرين.
- يفكر الكثير من الشباب في الموت أو الانتحار والبعض يسعى لقتل أنفسهم في وقت أو آخر.
- تقريبا كل قرار تتخذه يمكن تغييره. ومع ذلك، الموت لا رجعة فيه. الأمر يستحق أخذ ما يكفي من الوقت لتحقيق التوازن بين الإيجابيات والسلبيات.
- نود معرفة المزيد عنك. معا يمكننا أن نحصل على فهم للظروف التي وضعتك في هذه الأزمة.
- كل الشباب الانتحاري الذي التقيت به كان لديهم أسباب لأفكار التدمير الذاتي ولكن في معظم الحالات الأسباب تغيرت مع مرور الوقت.
- أنا واثق من أننا معا يمكن أن نجد وسيلة للخروج من مأزقك - حتى وإن كان هذا يبدو بعيد المنال بالنسبة لك الآن وكخطوة أولى سنحاول وضع خطة طوارئ معك ومع والديك.

رسائل إلى الوالدين ومقدمي الرعاية:

- الأفكار والمحاولات الانتحارية ليست غير شائعة لدى الشباب. في معظم الحالات، هي أزمة حادة يتم التغلب عليها في غضون فترة قصيرة من الزمن. ونحن على دراية بإدارة الأزمات الانتحارية وسوف نناقش بصراحة كل خطوة معك.
- كما هو الحال مع كل علاج طبي نحن ملزمون بالسرية. في أثناء العلاج قد يكون من المفيد إقامة اتصالات مع مختصين آخرين (مثل المدرسين والأخصائيين النفسيين). ومع ذلك، لن ينشأ الإتصال إلا بموافقة طفلك أو إذا كان هناك خطر مباشر على حياة طفلك.
- الأولوية الأولى هي ضمان سلامة طفلك. هناك حاجة إلى إشراف وثيق حتى يمكننا تقدير خطر الانتحار. اعتمادا على المخاطر المقدرة، سوف نقرر بعد التشاور معك ومع طفلك المزيد من خيارات العلاج.
- كخطوة أولى سنقوم بصياغة خطة طوارئ بالنسبة لك، لطفلك ولنا.
- التعامل مع السلوك الانتحاري لا يكون فعال إلا إذا كان هناك تعاون وثيق بينك وبين طفلك وبين فريق العلاج.

يجب على الآباء الحصول على معلومات محددة بشأن الإطار والخيارات العلاجية لعلاج طفلهم. يجب أن تتاح لهم الفرصة للتعبير عن آرائهم ومشاعرهم. وينبغي توفير إمكانية الاتصال غير المقرر (عن طريق الهاتف أو وجها لوجه) للتعامل مع السلوك الانتحاري، أو إذا كانت لديهم تساؤلات مقلقة أو شكاوى بخصوص الإدارة.

رسائل إلى المدرسين والعاملين في المدرسة:

- عندما يعود الشاب الانتحاري إلى المدرسة، سيكون قد تم إجراء تقدير للمخاطر متعمق وسيكون قد اختتم بأنه مستقر بما فيه الكفاية للانخراط في الأنشطة المدرسية اليومية.



اضغط على الصورة لعرض مشاركة طالب الصف الثامن يوناه ماوري بقصته عن سنوات من التمر وإيذاء الذات، والمخاوف بشأن المستقبل (04،36)

● سيكون قد تم وضع خطة طوارئ للتعامل مع المشكلات المحتملة. وهذا يشمل نصائح محددة حول ما يمكن لموظفي المدرسة القيام به، والجهة التي يجب الاتصال في حالة القلق حول الطالب.

- لأن المدرسة هي جزء مهم من حياة الشاب، يمكن للمدرسين وغيرهم من موظفي المدرسة إبداء العون في مساعدة الطلاب في الاستقرار بعد الأزمة الانتحارية. وسوف تناقش استراتيجيات محددة مع العاملين في المدرسة والأسرة والعاملين في مجال الصحة.
- يجب أن يتحدث المعلمين بانتظام مع الطالب وأولياء الأمور لمتابعة تطور حالته.
- الانتحار ظاهرة دينامية وليس ساكنة. وبالتالي، يمكن للطلاب مواجهه أزمة مرة أخرى. يجب أن يشعر المعلمون بحرية التحدث بانفتاح إلى الشباب إذا كان لديهم بواعث القلق من أنهم قد تدهوروا. يجب تجنب الجدل أو تقديم المشورة المتسرعة ولكن التحدث مع الطبيب المعالج بدلاً من ذلك.

● قد تتضمن الاستراتيجيات العامة في حالة وجود أزمة انتحارية :

- لا تترك الطالب الانتحاري وحده، حتى ولو لفترة قصيرة.
- قم بمرافقة الطالب بعيدا عن الطلاب الآخرين إلى مكان آمن
- أسأل ما إذا كانت في حيازته أجسام تنطوي على خطورة أو أدوية. إذا كان لدى الطالب أشياء خطيرة، حاول إقناعهم بالتخلي عنها لكم ولكن لا تتورط في صراع بدني
- إذا كان الطالب يحتفظ بأشياء خطيرة، أو يصرح بوضوح بتصريحات انتحارية أو كان مهتاجا، قم باستدعاء سيارة إسعاف والشرطة ووالدي الطالب
- إذا كان الطلاب متعاونون، اتصل بأولياء الأمور واطلب منهم القدوم لاصطحاب ابنهم
- أخبر الطلاب وأولياء أمورهم أنك ترغب في الاتصال بخدمة الصحة النفسية التي تعالج المريض لإطلاعهم على الوضع

● ينبغي على موظفي المدرسة توثيق جميع الإجراءات المتخذة.

دخول المستشفى أم لا

ليس كل الأشخاص المعرضين لخطر الانتحار يمكن أو يجب أن يتم حجزهم في المستشفى. قد لا يكون للعلاج في المستشفيات فائدة تذكر، بل وقد تزيد من الخطر بالنسبة لبعض الناس.

تشارك العديد من المسائل في قرار الدخول إلى المستشفى - توافر الموارد، أسرة المستشفى، وشبكات الدعم غير الرسمية والتقاليد الثقافية قد تلعب جميعها دورا - ليس هناك أي قواعد صارمة وسريعة ولكن ينبغي أن يتخذ مثل هذا القرار على أسس إكلينيكية مع إشراك المريض وأسرته. إذا كنت في شك، ينبغي للمرء أن يتشاور مع زميل له. بشكل عام، قد تكون هناك حاجة إلى دخول المستشفى في حالة:

● خطر الانتحار مرتفع، خاصة إذا لم يكن هناك طرق بديلة متاحة لضمان سلامة المريض

● كانت هناك محاولة انتحار حديثة تتطلب رعاية طبية مكثفة

● ليس من الممكن تقدير خطر الانتحار بشكل موثوق به.

إذا كان دخول المستشفى مطلوباً ، فإن العلاج من الناحية المثالية يجب أن يأخذ مساره في جناح طب نفس الأطفال آمن. إذا لم يكن ذلك ممكناً -على سبيل المثال، هناك حاجة إلى الرعاية الجراحية أو الطبية- الإشراف الدقيق على المريض يجب أن يكون مضموناً. عند حدوث الانتحارية الحادة مع التهيج العالي، يمكن الوضع في الاعتبار الأدوية القصيرة الأجل (على سبيل المثال، البنزوديازيبينات، مضادات الذهان). العلاج داخل المستشفى يمكن أن ينقذ الحياة، ويوفر الراحة من الضغوطات الحادة والمطالب الساحقة وربما يمكن المرضى من استعادة السيطرة على حياتهم تدريجياً فضلاً عن البدء في العلاج من الأمراض النفسية المترامية.

على وحدات المرضى الداخليين التي تعالج المرضى الانتحاريين إقامة بروتوكولات لتحقيق أقصى قدر من السلامة. وهذا يشمل تفتيش روتيني عند الدخول ومزيد من عمليات التفتيش عند وجود أسس للاشتباه. يتعين إيلاء اهتمام خاص إلى المحيط المادي (على سبيل المثال، نقاط الشنق، البقع العمياء، المخارج، تصميم النوافذ، وتخزين المواد السامة). "قائمة مرجعية عن الوصول إلى وسائل الانتحار وتعتمد إيداء الذات بالمنشآت" يمكن العثور عليها في خدمة نيو ساوث ويلز للصحة النفسية (2004 ب).

المبادئ العامة لإدارة الانتحارية

الإدارة يجب أن تكون مصممة خصيصا بشكل فردي لاستهداف عوامل مخاطر مريض معين. لا ينبغي أن يقتصر التدخل على تدخلات محددة بالعلاج النفسي الدوائي أو العلاج النفسي لكنه ينطوي على خطة علاج شاملة بما في ذلك استراتيجيات أخرى لتحقيق تخفيف من الضغوطات الحادة. وهذا يعتمد إلى حد كبير على الخدمات المتاحة. في البلدان ذات الدخل المنخفض قد تكون هذه الإدارة الشاملة غير واقعية. ومع ذلك، في معظم الأماكن، الدعائم غير الرسمية يمكن أن تنظم لضمان سلامة المرضى من خلال استفادتها من دعم الأسرة الممتدة، وجهاء المجتمع المحلي والشخصيات الدينية. وقد تتضمن هذه المبادئ:

- استراتيجيات لتحسين الالتزام بالعلاج (على سبيل المثال، تقديم التدخلات القصيرة التي تكون مقبولة للشباب، التركيز في بعض الأحيان على الدعم هو أكثر فعالية من العلاج النفسي الموجه للاستبصار)
- المشاركة الفعالة للمريض والوالدين في تخطيط وتنفيذ التدخلات
- حماية المريض في حالة وجود المحن الرئيسية التي تهدد الصحة النفسية والجسدية للمريض
- تقديم الدعم للأسرة (على سبيل المثال، في حالة النزاع الأسري والمشاكل الناجمة عن الطلاق، والأمراض النفسية لدى الوالدين والممارسات الوالدية الضعيفة، سوء استخدام الوالدين للمواد المخدرة).
- تأمين الحصول على دعم من وكالات رعاية الأطفال إذا استدعت الحالة
- التنظيم لتخفيف عبء المطالب المفرطة (على سبيل المثال، مطالب المدرسة تتجاوز قدرة المريض الحالية).
- علاج الاضطرابات النفسية الكامنة
- الرصد المنتظم لتكرار حدوث السلوك الانتحاري
- خطة طوارئ لمواجهة الأزمات الانتحارية الحادة
- توفير مرن لجلسات العلاج والوقت والتردد متكيف مع احتياجات المريض
- إقامة التواصل الفعال بين جميع المختصين المشاركين (أخصائي اجتماعي، معالج نفسي، طبيب نفساني الأطفال، طبيب الأطفال).

التدخلات النفسية الاجتماعية

وقد تم مراجعة هذه (Daniel and Goldston, 2009)، وتشمل:

- التدخلات الرامية إلى تعزيز سلوك طلب المساعدة وتحسين المتابعة، هي مهمة بسبب الامتثال للعلاج المنخفض التي تم وصفه مرارا لدى الشباب الذين حاولوا الانتحار: تحفيز الشباب وأولياء الأمور من خلال توفير التثقيف النفسي اثناء حضورهم إلى قسم الطوارئ. علاوة على ذلك، الامتثال يتم تعزيزه عن طريق الاتصال بشكل نشط بالأسر فوراً بعد خروجهم من قسم الطوارئ. ويجري أيضا فحص فعالية خدمة الرسائل النصية القصيرة والمناهج الأخرى باستخدام وسائل الإعلام الجديدة.

● تنظيم الدعم للشباب الانتحاري، على سبيل المثال، من الأخصائيين الاجتماعيين في تقديم المساعدة خلال رعاية الشاب اللاحقة. وتشمل المناهج الأخرى تحديد وتدريب الأشخاص الداعمين في بيئة المريض (الوالدين وأفراد الأسرة الممتدة، والأفراد في المدرسة أو المجتمع الديني).

● استراتيجيات لتحسين العلاقات بين الوالدين والطفل. وهذه تشمل تحسين مهارات حل المشكلات داخل الأسرة، الوالدية ومهارات التواصل.

● العلاج المعرفي السلوكي

● العلاج المنهجي المتعدد

● العلاج السلوكي الجدلي (انظر الفصل H.4). تم تطويره في الأصل لعلاج اضطراب الشخصية الحدية، ويشمل التدريب على تنبيه الذهن، ومهارات تبيين شخصيية، وتنظيم المشاعر وتحمل الإجهاد وتم تكييفه للمراهقين الذين لديهم سلوك انتحاري.

تندر البيانات العملية عن فعالية التدخلات، وحاليا، لا يمكن التوصية بتدخل على آخر (Daniel & Goldston, 2009)؛ (Robinson et al, 2011). وفيما يتعلق بالانخراط في العلاج، يبدو أن العلاجات النفسية المحددة لا تكون متفوقة على العلاج كالمعتاد (Ougrin & Latif, 2011). خلصت مراجعة من قبل كراوفورد وآخرون (Crawford et al, 2007) بشأن فعالية التدخلات النفسية والاجتماعية التالية لإيذاء الذات (وخصوصا في البالغين) إلى أنه لا يوجد أي دليل على أنها تقلل من احتمالات الانتحار اللاحق.

العلاج النفسي الدوائي

لا توجد أدوية محددة للانتحار. ومع ذلك، قد تصيح هناك حاجة إلى دواء لعلاج الاضطرابات النفسية الكامنة وراءه. وقد نوقشت خطر الانتحارية مع استخدام مجموعة الأدوية الانتقائية المثبطة لإعادة قَبْط السيروتونين (SSRI) على نطاق واسع (انظر الفصول A.8 و E.1). وهذا يعني أن المراهقين المصابين بالاكتئاب الذين يتم علاجهم بالدواء، وأسرهم، في حاجة إلى معرفة هذه المخاطر، وما يجب القيام به إذا نشأ السلوك الانتحاري. فهم يتطلبون متابعة حذرة.

المشاكل والمخاطر في العلاج

المزلق والهفوات في إدارة الشباب الانتحاري قد تحدث إذا:

- ليس هناك ما يكفي من التعاون أو التواصل بين الوكالات والأشخاص المعنيين
- لم يتم الحصول على معلومات ملازمة
- لا يتم علاج الظروف المرضية المصاحبة
- يتم التغاضي عن المطالب والضغوطات
- تتم تسمية السلوك الانتحاري على أنه تلاعب أو غير جاد
- يتم قبول التقليل إلى أدنى حد (التحليق إلى الصحة) من قبل المريض دون تمحيص (على سبيل المثال، " أنا على ما يرام"، " لا بأس بي")

● هناك الكثير من التركيز على العلاج، وإثقال كاهل المريض

● استراتيجيات المواجهة صعبة للغاية

● لا يوجد ما يكفي من المصادقة لمحنة المريض

● هناك استخدام الكثير جدا من الكليشيهات

- قبول إنهاء العلاج أو عدم الالتزام به دون تدقيق
- يتم التغاضي عن علامات خطر الانتحار
- لا تتم مراقبة الانتحارية أثناء سير العلاج
- يتم التغاضي عن الاعتماد على المعالج النفسي في نهاية العلاج
- يهمل المعالجين الإشراف الخاص بهم.

الوقاية

برنامج منظمة الصحة العالمية للوقاية من الانتحار (SUPRE) يؤكد خفض معدلات الوفيات والأمراض وغيرها من عواقب السلوكيات الانتحارية عن طريق:

- التقليل من الوصول إلى وسائل الانتحار (مثل المواد السامة، والأسلحة النارية)
- الاكتشاف المبكر والعلاج من الاضطرابات النفسية، و
- تغطية إعلامية مسؤولة عن الانتحار

عوامل الخطر عالمية ولكن طبيعتها وأهميتها النسبية تختلف من منطقة إلى أخرى. تقوم منظمة الصحة العالمية بتشغيل برامج الوقاية من الانتحار آخذة في الاعتبار القضايا المحددة بالثقافة (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide).



منظمة الصحة العالمية
لديها خطوط إرشاد مفيدة
للوقاية من الانتحار
تستهدف:

- الأطباء
- المعلمين وموظفي المدرسة
- مهنيي وسائل الإعلام

على سبيل المثال، تعزيز الاعتراف وعلاج الاضطرابات النفسية في وقت مبكر قد يكون أكثر أهمية في البلدان المنخفضة الدخل من البلدان ذات الدخل المرتفع. التحكم في الوصول إلى الأسلحة النارية هو أكثر أهمية في أمريكا الشمالية عنه في أوروبا الغربية حيث بناء الحواجز المادية (على سبيل المثال، في الجسور والسكك الحديدية) لتصعيب القفز هو الأكثر أهمية. تقييد الوصول إلى المبيدات الحشرية والتعليم عن آثارها ذات أهمية خاصة في الريف في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. الحد من الاستهلاك الضار للكحول هو مصدر قلق كبير في أوروبا الغربية والشرقية ولكن ذات أهمية ثانوية في منطقة الشرق الأوسط. البرامج التي تتناول ضر الشعوب الأقلية الأصلية ضرورية أيضا (على سبيل المثال، الأرومية في أستراليا، الماوري في نيوزيلندا، والهنود في الولايات المتحدة، والاسكيمو في كندا وجرينلاند).

تتلخص توصيات للمدارس والإعلاميين في الجداول 13 و14. للمحة عامة عن الاستراتيجيات الوقائية من فضلك انظر الشكل 4.

الأدلة العملية عن فعالية تدخلات الوقاية من الانتحار في التقليل من السلوك الانتحاري ضعيفة (Wasserman et al, 2010). بالنسبة إلى (AACAP, 2001) تم التحقيق في الاستراتيجيات التالية في دراسات تدخلية:

- اكتشاف الحالات بشكل مباشر في أوساط الطلبة أو بين مرضى الممارسين الأوليين بواسطة المسح عن الظروف التي قد تضع المراهقين في خطر الانتحار (فعالة، وموصى بها)
- المشورة الإعلامية للحد من الانتحار المقلد (بيانات متضاربة بشأن الفعالية ولكن وموصى بها).
- تدريب المهنيين لتحسين التعرف على وعلاج اضطرابات المزاج (قد تكون فعالة، موصى بها)

- الخطوط الساخنة للأزمات (بيانات متضاربة بشأن الفعالية لكن موصى بها)
- السيطرة على طريقة الانتحار، على سبيل المثال، والأسلحة النارية (فعالة، وموصى بها - ومع ذلك، فإن التأثير العام لفترات طويلة أمر مشكوك فيه)
- الاكتشاف الغير مباشر للحالات عن طريق تثقيف الجمهور، على سبيل المثال المدرسين وأولياء الأمور، والأقران، للتعرف على العلامات التحذيرية (غير فعالة - قد تزيد حالات الانتحار - غير موصى بها)

جدول 13 الوقاية من الانتحار: توصيات للمدرسين وموظفي المدرسة (WHO, 2000; p16)

- الانتحار ليس صاعقة غير مفهومة من فراغ: الطلاب الانتحارية تعطي الناس من حولهم ما يكفي من تحذيرات ونطاق للتدخل. في عمل الوقاية من الانتحار مدرسين وغيرهم من موظفي المدرسة سيواجهون تحدياً له أهمية استراتيجية كبيرة، و من خلاله يكون من الضروري:
- تحديد الطلاب الذين يعانون من اضطرابات شخصية وتوفير الدعم النفسي لهم
- إقامة روابط أوثق مع الشباب من خلال التحدث معهم ومحاولة الفهم والمساعدة
- التخفيف من حدة الاضطرابات النفسية
- تكون شديد الملاحظة ومتدرب على التعرف المبكر للتواصل الانتحاري سواء من خلال تصريحات شفوية و / أو التغيرات السلوكية
- مساعدة الطلاب الأقل مهارة في الأعمال المدرسية، وتكون شديد الملاحظة للتغيب عن المدرسة
- إزالة وصمة المرض النفسي والمساعدة في القضاء على سوء استخدام الكحول والمخدرات، وإحالة الطلاب لتلقي العلاج من الاضطرابات النفسية وتعاطي الكحول والمخدرات
- تقييد وصول الطلبة إلى وسائل الانتحار - العقاقير السامة والفتاكة، والمبيدات الحشرية، والأسلحة النارية والأسلحة الأخرى، الخ
- إعطاء المدرسين وموظفي المدرسة الآخرين إمكانية الوصول في الحال إلى وسائل للتخفيف من حدة التوتر لديهم في العمل.

جدول 14 الوقاية من الانتحار: توصيات للإعلاميين (WHO, 2008; p3)

- أعتنم الفرص لتثقيف الجمهور عن الانتحار
- تجنب استخدام اللغة التي تهول من أو تطبع الانتحار، أو يتم عرضه كحل للمشاكل
- تجنب الوضع البارز والتكرار الذي لا داعي له لقصص الانتحار
- تجنب الوصف الصريح عن الطريقة المستخدمة في الانتحار المتمم أو محاولة الإنتحار
- تجنب تقديم معلومات مفصلة عن موقع الانتحار المتمم أو محاولة الإنتحار
- اختار كلمات العناوين الرئيسية بعناية
- توخي الحذر في استخدام الصور أو لقطات الفيديو
- تولي عناية خاصة في الإبلاغ عن حالات انتحار المشاهير
- الاعتراف بأن الإعلاميين قد يتأثرون أنفسهم من قصص عن الانتحار
- اظهار إيلاء الاعتبار الواجب للأشخاص المكلمة عن طريق الانتحار
- تقديم معلومات حول أماكن طلب المساعدة

في أوروبا، تجرى حالياً تجربة عشوائية منضبطة كبيرة متعددة الجنسيات (مشروع SEYLE؛ "إنقاذ وتمكين حياة الشباب في أوروبا") (Wasserman et al, 2010; <http://www.seyle.eu/>). سيقوم SEYLE بالتحقيق في ثلاثة برامج وقائية: (1) تمكين الطلاب من خلال زيادة كفاءتهم الذاتية، (2) تمكين مهني الصحة النفسية من التعرف على الأشخاص المعرضين للخطر، و (3) تمكين المدرسين وأولياء الأمور على اكتشاف الحالات المعرضة للخطر وتحويلها إلى مرافق الصحة النفسية.

اصابة الذات الغير انتحارية

يتناول هذا الجزء اصابة الذات الغير انتحارية في المرضى غير المستقرة عاطفياً الذين ينفسون عن محتهم الداخلية. ومع ذلك، قد يحدث سلوك إيذاء الذات أيضاً في ظروف نفسية أخرى مثل الذهان، والتخلف العقلي، واضطرابات النوم المنتشر، والحرمان الشديد. لإدارة إيذاء الذات في هذه الاضطرابات يرجى الرجوع إلى الفصل المعني في هذا الكتاب. تتطوي أساساً اصابة الذات الغير انتحارية على إصابات الجلد (على سبيل المثال، قطع أو نحت الجلد، قطف في الجرح، كشط، محو أو قطف الجلد حتى يدمي؛-عض الذات؛ إدخال أجسام تحت الجلد، الوشم الذاتي؛ حرق أو تجميد الجلد، سحب الشعر منه؛ الضرب الذاتي). ابتلاع أجسام حادة أو غير صالحة للأكل و التسمم الذاتي غير الانتحاري قد يحدث أيضاً. رفض أخذ الدواء الموصوف في حالة المرض الشديد أو السلوكيات المحفوفة بالمخاطر كعرض من أعراض اضطراب نفسي معين عادة لا يندرج في إطار مفهوم اصابة الذات الغير انتحارية (على سبيل المثال، رفض تناول الطعام في حالة فقدان الشهية العصبي، تشويه الذات في سياق الذهان، والسلوك التلقائي العدواني في التخلف العقلي). العلاقة بين تشويه الذات المجاز ثقافياً (على سبيل المثال، في المشهد القوطي في بعض المجتمعات الغربية، وطقوس الاستهلال) و اصابة الذات الغير انتحارية ليست مفهومة جيداً.

الانتشار الوبائي

اصابة الذات الغير انتحارية متواترة جداً في البلدان المرتفعة الدخل. تم الإبلاغ عن معدلات من 26% إلى 37% لعينات مجتمعية من الولايات المتحدة في الشبان من الطبقة المتوسطة إلى العليا (طلاب الصفوف 9 إلى 12) (Yates et al, 2008) ومع ذلك، يختلف معدل الانتشار بين العينات والمناطق. في عينة كندية مجتمعية، أفاد 17% من الشباب أنهم أضروا أنفسهم على الأقل مرة واحدة (Nixon et al, 2008). وقد وصفت معدلات ما بين 6% و 10% للعينات الأيرلندية والاسرائيلية واليابانية (Greydanus & Shek, 2009). ووصف استعراض لدراسات مجتمعية معدلات انتشار تتراوح بين 13% و 23% (Jacobson & Gould, 2007). معدلات الانتشار أعلى في مرحلة المراهقة المتأخرة عنها في المراهقة المبكرة أو الطفولة. ذروة سن البداية هي مرحلة المراهقة المبكرة، ما بين 12 و 14 سنة من العمر.

عوامل الخطر

ترتبط اصابة الذات الغير انتحارية لدى المراهقين بارتفاع معدلات المراضة بالأمراض النفسية، وخاصة اضطرابات المزاج، واضطرابات تعاطي المخدرات، واضطرابات التخريج (Nitkowski & Petermann, 2011). غير أن، البيانات حول المرض النفسي في الأفراد ذوي أصابت الذات محدودة لأنها تشير أساساً إلى العينات الإكلينيكية. في دراسة مجتمعية، تبدأ التفكير في الانتحار، الاكتئاب الشديد وأحداث الحياة غير المرغوب فيها فقط باصابة الذات الغير انتحارية (Garrison et al, 1993). إلى جانب الباثولوجيا النفسية، عوامل الخطر الأخرى المرتبطة باصابة الذات الغير انتحارية هي تاريخ من الاعتداء الجنسي أو الجسدي، أحداث الحياة السلبية، أعراض غالباً ما تكون مرتبطة بالمرض النفسي (الاكتئاب، والتفارق، والقلق، عجز التعبير اليكسيميما، والعداء، وضعف الاعتداد بالنفس، والسلوك المعادي للمجتمع، والتدخين، القابلية للتفاعل العاطفي، والعجز في تنظيم العاطفة) (Jacobson & Gould, 2007). غالباً ما تتطوي الأحداث المجهدة في الحياة الصراخ في علاقات بين شخصيّة، الخسائر، الشقاق الأسرى، صعوبات مع الأصدقاء، ومشاكل في العلاقات العاطفية والمشاكل المدرسية (de Kloet et al, 2011).

جاكوبسون وآخرون (Jacobson et al, 2008) في استعراض رسم بياني تمت مقارنة أربع مجموعات من مرضى العيادات الخارجية المراهقين (1) لا يوجد اصابة الذات الغير انتحارية، (2) اصابة الذات الغير انتحارية وحدها، (3) محاولة انتحار، و (4) محاولة انتحار بالإضافة إلى اصابة الذات الغير انتحارية. ووجد الباحثون أن مرضى اصابة الذات الغير انتحارية كان لديهم معدلات مماثلة من التفكير في الانتحار مثل هؤلاء الذين دون تعدد إيذاء الذات مما يدعم مصداقية التمييز بين محاولات الانتحار و اصابة الذات الغير انتحارية وتشير النتائج الأخرى إلى الاستنتاجات الإضافية التالية (Jacobson & Gould, 2007):

- يبدو أن الاكتئاب ليس عامل خطر محدد لاصابة الذات الغير انتحارية (بالمقارنة مع محاولة الانتحار)
- توارد اصابة الذات الغير انتحارية ومحاولات الانتحار يشير إلى باثولوجيا نفسية أكثر شدة
- كل عوامل الخطر التي وجدت من الناحية الامبريقية لاصابة الذات الغير انتحارية غير محددة، ووجد أنها أيضاً عوامل خطر للسلوك الانتحاري

● السلوك الانتحاري واصابة الذات الغير انتحارية هم ذات الصلة: الانخراط في سلوك واحد يزيد من احتمال الانخراط في الآخر (Lofthouse & Yager-Schweller, 2009).

يلخص جدول 15 الوظائف النفسية المختلفة التي يمكن أن تتحقق من اصابة الذات الغير انتحارية. ووفقا لاستعراض أجراه (Klonsky, 2007) كل هذه النماذج مدعومة على الأقل بشكل معتدل عن طريق الأدلة الامبريقية. ويتم تقديم إطار لتحليل سلوك اصابة الذات الغير انتحارية عن طريق نظرية التعلم الفاعلي وجرى تلخيصها في جدول 16 (Nock & Prinstein, 2004). سلوك إصابة الذات له نواحي تعزيز إيجابية وسلبية ويجمع كل من وظائف داخل الشخص نفسه والعلاقات بين شخصيّة (الاجتماعية).

المسار الإكلينيكي

معظم اصابات الذات الغير انتحارية في المراهقين تحل بصورة عفوية حين يصبحون شبان بالغين. سلسلة من الاستطلاعات تبعت 1800 من المراهقين من سن 14-15 عاما وجدت أن واحدا من كل عشرة أصاب نفسه بالضرر الذاتي (Moran et al, 2011). كان إيذاء الذات أكثر شيوعا في البنات والأسلوب الأكثر شيوعا كان القطع أو الحرق. غير أن، إيذاء الذات انخفض بشكل كبير في عمر 17، مع تسعة من أصل عشرة من هؤلاء الذين ذكروا إيذاء الذات في البداية اقروا عدم إيذاء الذات في مرحلة الشباب. كان إيذاء الذات أكثر عرضة للاستمرار في الإناث وكان مرتبطا بالاكتئاب والقلق، والسلوك المعادي للمجتمع، وارتفاع خطر تعاطي الكحول، واستخدام القنب، وتدخين السجائر.

جدول 15 وظائف مفترضة لاصابة الذات الغير انتحارية وبدعم من الأدلة العملية*.

الوظيفة	الوصف	الأدلة
تنظيم التعبير الوجداني	لتقليل التعبير الوجداني السلبي الحاد أو الاستثارة العاطفية المنفرة	قوية
مضاد التفارق	لإنهاء مشاعر تبدد الشخصية أو الحالات التفارقية الأخرى	متواضعة
مضاد الانتحار	لحل محل ولحل وسط مع ، أو لتجنب محاولات الانتحار	متواضعة
الحدود بين شخصية	لتأكيد حكم المرء الذاتي أو التفرقة بين الذات والآخرين	متواضعة
التأثير بين شخصي	لطلب المساعدة من الآخرين أو التلاعب بهم	متواضعة
العقاب الذاتي	لمعاقبة نفسه أو التعبير عن الغضب تجاه نفسه	قوية
البحث عن الأحاسيس	لتوليد الإثارة	متواضعة

* (Klonsky (2007)

جدول 16 التحليل الوظيفي لعواقب اصابة الذات الغير انتحارية *

بين شخصي	داخل الشخص نفسه	التعزيز الإيجابي
- للحصول على اهتمام أو مساعدة الآخرين ذوى الدلالة - لجعل الآخرين غاضبين، لمعاقبتهم أو لبسط السيطرة	- ليعاقب نفسه - كي يشعر بالاسترخاء	
- لتجنب القيام بشيء غير سار (ينبغي أن تفرق هذا من التمارض)	- لتحويل الانظار عن الأفكار والمشاعر السلبية (تنظيم التعبير الوجداني) - أن يشعر بشيء، حتى لو كان الألم (مضاد التفارق) - الإصابات قد تمنع الانخراط في إيذاء ذات جاد (مضاد الانتحار)	التعزيز السلبي

* (Nock and Prinstein (2004)

كل طفل أو مراهق قام بأذى الذات ينبغي تقييم خطر التكرار وخطر الانتحار. وفقا لمبادئ NICE التوجيهية (2011)، ينبغي على التقييم أن يأخذ بعين الاعتبار:

- أساليب وتواتر إيذاء الذات الحاليين والسابقين
- نية الانتحار الحالية والسابقة
- الأعراض الاكتئابية وعلاقتها بإيذاء الذات
- المرض النفسي وعلاقته بإيذاء الذات
- السياق الشخصي والاجتماعي وأية عوامل أخرى محددة سبقت إيذاء الذات، مثل حالات وجدانية معينة غير سارة أو العواطف أو التغيرات في العلاقات
- عوامل الخطر المحددة والعوامل الوقائية (الاجتماعية والنفسية والدوائية والتحفيزية) التي قد تزيد أو تقلل من المخاطر المرتبطة بإيذاء الذات
- استراتيجيات التأقلم التي استخدمها الشخص إما بنجاح للحد من أو تجنب إيذاء الذات أو لاحتواء تأثير العوامل الشخصية والاجتماعية أو الأخرى التي سبقت نوبات إيذاء الذات
- العلاقات الهامة التي إما أن تكون داعمة أو تمثل تهديدا (مثل سوء المعاملة أو الإهمال) ويمكن أن تؤدي إلى تغييرات في مستوى الخطر
- المخاطر الفورية والطويلة الأجل

ينبغي إدراج الآباء والأمهات وغيرهم من مقدمي الرعاية المهمين في التقييم. التقييم الفردي أمر ضروري ويجب أن يأخذ في الاعتبار الاحتياجات النفسية التي يفرضها إيذاء الذات الموصوفة في جدول 15. في كل مريض قد تغلب واحدة منهم أو أكثر. استخدام أدوات ومقاييس تقييم المخاطر للتنبؤ بالانتحار في المستقبل أو تكرار إيذاء الذات لا يوصى به من قبل توجيهات NICE.

العلاج

للحصول على معلومات مفصلة، يرجى الرجوع إلى مبادئ NICE التوجيهية الإكلينيكية "الإدارة الجسدية والنفسية على المدى القصير والوقاية الثانوية من إيذاء الذات في الرعاية الصحية الأولية والثانوية" (NICE, 2004). تشمل هذه المبادئ التوجيهية إدارة كل من إصابة الذات الغير انتحارية ومحاولات الانتحار. هناك حاجة إلى دخول المستشفى في حالة:

- إصابة الذات الغير انتحارية تشارك في الحدوث مع خطر انتحار عالي
 - إصابة الذات الغير انتحارية تتصاحب مع الإضطرابات المرضية المزوجة الشديدة التي تتطلب العلاج داخل المستشفى
 - إصابة الذات الغير انتحارية تعرض الصحة البدنية أو الأداء الاجتماعي للمريض لخطر شديد (على سبيل المثال، هناك حاجة إلى عملية جراحية متكررة، سلوك إيذاء الذات في المدرسة).
 - لم يكن العلاج في العيادات الخارجية ناجح،
 - ليس من الممكن إجراء تقييم موثوقه في العيادات الخارجية
- المرضى الذين يلحقون اضرارا فادحة بأنفسهم قد يحتاجون نفس الإشراف الدقيق مثل المرضى الذين يعانون من خطر الانتحار بدرجة عالية أو متوسطة. اتباعا لتوجيهات NICE (2011)، العلاج طويل الأجل لإيذاء الذات يشمل التنقيف النفسي للمرضى وأسرههم. ويمكن أن تشمل أهداف العلاج:

- منع تصعيد إيذاء الذات
 - الحد من الأضرار الناجمة عن إيذاء الذات
 - تقليل أو وقف إيذاء الذات
 - تقليل أو وقف السلوك المتعلق بالمخاطر الأخرى
 - تحسين الأداء الاجتماعي أو المهني
 - تحسين نوعية الحياة
 - تحسين أي حالة صحة نفسية مصاحبة
- ينبغي وضع خطة لإدارة المخاطر تغطي استراتيجيات للتعامل مع المخاطر التي تم تحديدها (النفسية، والدوائية، والاجتماعية والعلائقية). وينبغي أن تتضمن هذه الخطة استراتيجيات الإدارة الذاتية وسبل الحصول على الخدمات وتلقي الدعم أثناء الأزمات عندما تفشل استراتيجيات الإدارة الذاتية.

تلقت فتاة تبلغ من العمر 16 عاما هاتفاً من صديقها يلغى فيه موعدهما الذي كان مقرراً ذلك المساء لأن زملاءه في فريق كرة القدم كانوا سيعقدون اجتماعاً وأنه يفضل أن يذهب إليه (أسبقيات). وافقت خلال المكالمات الهاتفية ولكن بعد ذلك شعرت بالألم وتكاثرت الأفكار السلبية ("انه لا يحبني"، "أنا سوف أفقده"، "أنا لست جذابة له أو لأي شخص آخر"). شعرت الفتاة بيبأس متزايد، غضب تجاه نفسها وبدء الحث على أن تضر نفسها في الظهور. وأخيراً، بدأت بقطع ذراعها بشكل سطحي بشفرة الحلاقة، ومشاهدة الدم يتسرب من الجروح (ردود الفعل المعرفية والعاطفية والسلوكية). وبينما كانت تراقب ذراعها وهي تنزف فإنها شعرت بالارتياح (نتيجة تعزيزية). عندما اكتشف صديقها ما حدث، اعتذر وواساها (نتيجة تعزيزية) ووعد بعدم القيام بأي شيء مماثل مرة أخرى (نتيجة تعزيزية). بالتعاون مع معالجها، استكشفت طرق بديلة على التأقلم مع هذا الوضع: تخطيط المواعيد بعناية أكبر، الإعراب عن خيبة أملها ورغباتها بدلاً من قبولها بصمت، فحص تفسيرات بديلة لسلوك صديقها بدلاً من خفض قيمة نفسها إيجاد أنشطة بديلة للمساء، النظر في عواقب إيذاء الذات على المدى الطويل (على سبيل المثال، الندوب)، مكافأة نفسها على سلوكيات بديلة.



توجيهات NICE توصي أيضاً مراعاة التدخلات النفسية على المدى القصير التي تستهدف إيذاء الذات على وجه التحديد. ويمكن أن تشمل التدخلات عناصر معرفية سلوكية، نفسية دينامية أو حل مشكلات - وينبغي تدريب المعالجين على العلاج الذي يستخدم في إدارة إيذاء الذات تحديداً. قد تنطوي الاستراتيجيات على التدخلات التي سبق وصفها في الجزء الخاص بإدارة السلوك الانتحاري. ينبغي أن يستند العلاج الفردي على التحليل الوظيفي لسلوك إيذاء الذات الذي يأخذ بعين الاعتبار (1) الأسبقيات، (2) نوع سلوك إيذاء الذات والإدراكات والعواطف والأحاسيس، المصاحبة و(3) عواقب إيذاء الذات، لا سيما من ناحية الاحتياجات النفسية التي تلبّيها إصابة الذات الغير انتحارية، الموصوفة في جدول 15.

السلوكيات البديلة التي يمكن أن تكون مفيدة بدلاً من إصابة الذات تشتمل على:

- **الرغبة الأقل لإيذاء الذات:** الأنشطة التشتيتية مثل اللعب مع الحيوانات الأليفة، والاستماع إلى الموسيقى والغناء، والقراءة، والكتابة، والرسم، الاتصال بصديق، عد الأنفاس، أخذ حمام دافئ، المشي ليكون بالقرب من أشخاص آخرين، استخدام التأمل أو تقنيات الاسترخاء، والاستماع إلى شريط كوميدي أو الفيديو، وتكرار 5 أشياء يراها المرء، يشمها، يمسه، ويتذوقها في محيطه.
- **الرغبة المتوسطة لإيذاء الذات:** سلوك شديد التفعيل، وتنبيه حسي مرتفع أو مؤلم غير مؤذى منخفض، مثل تناول الليمون وشد الشريط المطاطي على المعصم والجري وركوب الدراجات، تمرينات البطن، ضرب الوسائد، والرقص، استخدام قلم فلوماستر أحمر لوضع علامة على مناطق الجلد حيث عادة يحدث القطع، والضغط على كرة الإجهاد، إصدار بعض الضوضاء والصراخ في سادة، وتمزيق ورقة (سجلات الهاتف القديمة والصحف).
- **الرغبة العالية لإيذاء الذات:** تنبيه معتدل الألم غير مؤذى، على سبيل المثال، مضع الفلفل الحار، أخذ دش بارد جداً، وضع اليدين في الماء البارد المجمد، والمشى ببازلاء مجففة في الأحذاء، وفرك الثلج على مناطق الجلد حيث عادة يحدث القطع.

في الحالات الشديدة، ينبغي إعطاء المشورة بشأن أساليب الحد من الضرر (باستخدام شفرة نظيفة وحادة، تجنب القطع في المناطق القريبة من الأوردة الرئيسية والشرابين، عدم تقاسم الأدوات المستخدمة في إيذاء الذات، ضمان الوقاية من الكزاز، إمكاذبة الحصول على الإسعافات الأولية و المعرفة الأساسية عن الرعاية الطبية، تجنب تعاطي الكحول /المخدرات بالإقتران مع إيذاء الذات).

على الرغم من النتائج المشجعة من الدراسات التجريبية، ما زالت الأدلة العملية على نجاعة التدخلات النفسية الاجتماعية بما في ذلك العلاج السلوكي الجدلي، في علاج

السلوك إصابة الذات لدى المراهقين غير كافية (Wilkinson & Goodyer, 2011). كما لا يوجد دليل يدعم استخدام الدواء للحد من إيذاء الذات، على الرغم من أن الدواء قد يوحى بضرورته في علاج الاضطرابات المرضية المشتركة.

REFERENCES

- Afifi T, Enns M, Cox B et al (2008). Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *American Journal of Public Health*, 98:946-952.
- AACAP, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (sup): 24S-51S.
- Bertolote JM, Fleischman A (2009). A global perspective on the magnitude of suicide mortality. In D Wasserman & C Wasserman (eds) *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. A Global Perspective*, New York: Oxford University Press, pp91–98.
- Branco B, Inaba K, Barmparas G et al (2010). Sex-related differences in childhood and adolescent self-inflicted injuries: a National Trauma Databank review. *Journal of Pediatric Surgery*, 45:796–800. Suicide E.4 34 IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health
- Brezo J, Paris J, Vitaro F et al (2008). Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. *The British Journal of Psychiatry*, 193:134–139.
- Bridge J, Greenhouse J, Weldon A et al (2008). Suicide trends among youths aged 10 to 19 years in the United States, 1996-2005. *Journal of the American Medical Association*, 300:1025–1026.
- Bronisch T, Hegerl U (2011). [Suizidalität]. In H Möller, G Laux & H Kapfhammer (eds) *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Band 1: Allgemeine Psychiatrie*. Berlin: Springer Medizin, pp1469–1501.
- Cash S, Bridge J (2009). Epidemiology of youth suicide and suicidal behaviour. *Current Opinion in Pediatrics*, 21:613–619.
- Colucci E, Martin G (2007). Ethnocultural aspects of suicide in young people: a systematic literature review part 1: Rates and methods of youth suicide. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 37:197–221.
- Crawford M, Thomas O, Khan N et al (2007). Psychosocial interventions following self-harm: systematic review of their efficacy in preventing suicide', *The British Journal of Psychiatry*, 190:11–17.
- Daniel S, Goldston D (2009). Interventions for suicidal youth: a review of the literature and developmental considerations. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 39:252–268.
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPtK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (eds) for the Guideline Group Unipolar Depression (2009). *S3-Guideline/National Disease Management Guideline Unipolar Depression*. Short Version. DGPPN, ÄZQ, AWMF: Berlin, Düsseldorf.
- Elsässer G (2010). [Unfälle, Gewalt, Selbstverletzungen bei Kindern und Jugendlichen - Ergebnisse der amtlichen Statistik zum Verletzungsgeschehen 2008].
- Fergusson DM, Horwood LJ, Beautrais AL (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people?', *Archives of General Psychiatry*, 56:876–880.

- Foley D, Goldston D, Costello E et al (2006). Proximal psychiatric risk factors for suicidality in youth: the Great Smoky Mountains Study. *Archives of General Psychiatry*, 63:1017–1024.
- Garrison CZ, Addy CL, McKeown RE et al (1993). Nonsuicidal physically self-damaging acts in adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 2:339–352.
- Greydanus D, Shek D (2009). Deliberate self-harm and suicide in adolescents. *The Keio Journal of Medicine*, 58:144–151.
- Hawton K, Harris L (2008). Deliberate self-harm by under-15-year-olds: characteristics, trends and outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49:441–448.
- Hazell P, Lewin T (1993). Friends of adolescent suicide attempters and completers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32:76–81.
- Jacobsen LK, Rabinowitz I, Popper MS et al (1994). Interviewing prepubertal children about suicidal ideation and behaviour. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33:439–452.
- Jacobson C, Gould M (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 11: 129–147.
- Jacobson C, Muehlenkamp J, Miller A et al (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm', *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37:363–375.
- Kanchan T, Menon A, Menezes R (2009). Methods of choice in completed suicides: gender differences and review of literature. *Journal of Forensic Sciences*, 54:938–942.
- Kloet L de, Starling J, Hainsworth C et al (2011). Risk factors for self-harm in children and adolescents admitted to a mental health inpatient unit. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45:749–755.
- Klomek A, Sourander A, Niemela S et al (2009). Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48:254–261.
- Klonsky E (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27:226–239.
- Kloos A, Collins R, Weller R et al (2007). Suicide in preadolescents: who is at risk? *Current Psychiatry Reports*, 9:89–93.
- Lofthouse N, Yager-Schweller J (2009). Nonsuicidal self-injury and suicide risk among adolescents. *Current Opinion in Pediatrics*, 21:641–645.
- Moran P, Coffey C, Romaniuk H et al (2011). The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet* DOI:10.1016/S0140-6736(11)61141-0
- Nixon MK, Cloutier P, Jansson SM (2008). Nonsuicidal selfharm in youth: a population-based survey. *Canadian Medical Association Journal*, 178:306-312.
- Nitkowski D, Petermann F (2011). [Selbstverletzendes Verhalten und komorbide psychische Störungen: ein Überblick]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 79:9–20.
- Nock MK, Prinstein MJ (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behaviour. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72:885–890.
- NSW Department of Health (2004). *Framework for Suicide Risk Assessment and Management for NSW Health Staff*.
- NSW Department of Health (2004). *Suicide Risk Assessment and Management Protocols - Mental Health In-Patient Unit*.

- Omigbodun O, Dogra N, Esan O et al (2008). Prevalence and correlates of suicidal behaviour among adolescents in southwest Nigeria. *The International Journal of Social Psychiatry*, 54:34–46.
- Ougrin D, Latif S (2011). Specific psychological treatment versus treatment as usual in adolescents with self-harm: systematic review and meta-analysis. *Crisis*, 32:74–80.
- Owens D (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 181:193–199.
- Pfeffer, CR, Normandin, L & Kakuma, T 1998, 'Suicidal children grow up: relations between family Suicide E.4 35 IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health psychopathology and adolescents' lifetime suicidal behavior', *The Journal of nervous and mental disease*, vol. 186, no. 5, pp. 269–275.
- Posner K, Brown G, Stanley B et al (2011). The Columbia- Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, 168:1266–1277.
- Posner K, Oquendo M, Gould M et al (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *American journal of psychiatry*, 164:1035–1043.
- Qin P, Mortensen P, Pedersen C (2009). Frequent change of residence and risk of attempted and completed suicide among children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 66:628–632.
- Ringel E (1976). The presuicidal syndrome. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 6:131–149.
- Robinson J, Hetrick S, Martin C (2011). Preventing suicide in young people: systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45:3–26.
- Russell ST, Joyner K (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: evidence from a national study. *American Journal of Public Health*, 91:1276–1281.
- Ryan C, Huebner D, Diaz R et al (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123:346–352.
- Schmidtke A, Hafner H (1988). The Werther effect after television films: new evidence for an old hypothesis. *Psychological Medicine*, 18:665–676.
- Spirito A, Esposito-Smythers C (2006). Attempted and completed suicide in adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2:237–266.
- Steele M, Doey T (2007). Suicidal behaviour in children and adolescents. Part 2: treatment and prevention. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(sup6):35S-45S.
- Thompson R, Briggs E, English D et al (2005). Suicidal ideation among 8-year-olds who are maltreated and at risk: findings from the LONGSCAN studies. *Child Maltreatment*, 10:26–36.
- Warnke A (2008). [Suizid und Suizidversuch – Suizidalität]. In B Herpertz-Dahlmann, F Resch, MJ Schulte- Markwort & A Warnke (eds) [*Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen ; mit 227 Tabellen*]. Stuttgart: Schattauer, pp1006–1023.
- Wasserman D, Carli V, Wasserman C et al (2010). Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 10:192.
- Wilkinson P, Goodyer I (2011). Non-suicidal self-injury. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20:103–108.
- Wong M, Brower K, Zucker R (2011). Sleep problems, suicidal ideation, and self-harm behaviors in adolescence. *Journal of Psychiatric Research*, 45:505–511.

World Health Organization 1996, *Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders in children and adolescents*, Cambridge University Press, Cambridge, New York.

World Health Organization (2008). *Preventing Suicide: A Resource for Media Professionals*. Geneva: World Health Organization.

Yates T, Tracy A, Luthar S (2008). Nonsuicidal self-injury among "privileged" youths: longitudinal and cross-sectional approaches to developmental process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76:52–62.



روسلانا سيرجيفنا كورشونوفا (1987-
2008) عارضة أزياء كازاخستانية
ناجحة جداً، قفزت إلى وفاتها من شرفة
شقتها في مانهاتن في الطابق التاسع.