

## تقييم مخاطر الانتحار

### Suicide Risk Assessment

جيمس ج. أموس

سؤال استشاري نمطي: هل هذا المريض انتحاري؟

غالبًا ما تأتي هذه الاستشارة من وحدات الرعاية المركزة؛ إذ يدخلها المرضى بعد محاولة الانتحار، وهذه الحالات تمثّل حوالي ١٥٪ من طلبات استشارات الطب النفسي. وعادة يريد أعضاء الفريق الطبي الأساسي ردًا سريعًا، ولذا ينبغي أن تبادر لمساعدتهم في أسرع وقت ممكن بوصفك استشاريًا نفسيًا.

#### تمهيد

مما قيل: "هناك نوعان من الأطباء النفسيين، النوع الأول هم من انتحروا بعض مرضاهم بالفعل، والنوع الثاني هم من سوف ينتحروا بعض مرضاهم لا محالة" (1). ولا يوجد شيء أصعب على الطبيب النفسي، أو على أي من العاملين في الرعاية الصحية من تقييم مخاطر الانتحار. والانتحار أسوأ نتيجة يمكن أن تأتي بعد العلاج. وللأسف، فإن الأقسام الأكاديمية والمؤسسات الخاصة غير مؤهلة في معظم الأحيان، لمساعدة أعضائها أو الأسر التي انتحروا أحد أفرادها، على التكيف مع الصدمة المدمرة، والشعور بالذنب، والاستحياء، والعزلة، والحزن، والتفارقية (dissociation)، وأزمة الإيمان بجدوى العلاج النفسي وغيره من العلاجات، وهوس العظمة التي قد يعاني منها من يفقد عزيزًا عليه بسبب الانتحار (2).

إن تقييم الانتحار بشكل عملي ومنظم، وجعله جزءًا روتينيًا من الاستشارة النفسية، يساعد الطبيب على أن يصبح خبيرًا في هذا الجانب من الفحص، ويساعد على منع حالات كثيرة من حالات الانتحار. إن الانتحار هو السبب الحادي عشر للموت في أمريكا، حيث يموت شخص منتحراً كل ١٦ دقيقة (3). وفي أمريكا وحدها هناك ٣٠ ألف حالة انتحار سنويًا، وتشير الإحصاءات إلى أن ٥٪ إلى ٦٪ منهم ينتحرون في المستشفيات (4). وفي دراسة

"بوتش" التي أجراها على ٧٦ مريضاً، ممن انتحروا في وحدات التنويم للطب النفسي، أنكر ٧٨٪ منهم وجود أفكار أو نوايا انتحارية في آخر لقاء معهم قبيل الانتحار. وكان ٧٩٪ من المنتحرين يعانون من الهياج الشديد والتوتر في الأسبوع السابق لانتحارهم. وكذلك أظهرت هذه الدراسة نتيجة محببة أخرى، هي أن ٩٪ من هؤلاء تمكنوا من قتل أنفسهم، بالرغم من وضعهم تحت الملاحظة اللصيقة رجلاً لرجل ١ : ١ (4). وهذه الدراسة تلقي الضوء على الحاجة إلى الانتباه للتوتر النفسي والحركي باعتباره عامل اختطار لحدوث الانتحار، وألا نُعوّل فقط على إنكار المريض نيته في الانتحار.

في إحدى الدراسات، وبعد تحديد وجود الأمراض الأخرى وضبطها، اتضح وجود حالات طبية عديدة، بحيث تمثل مؤشرات مستقلة على زيادة احتمال الانتحار، منها الألم الشديد، وفشل القلب الاحتقاني، واضطراب النوبات الصرعية، وأمراض الرئة المزمنة. ويعدُّ الاضطراب ثنائي القطب، واضطرابات الاكتئاب، والقلق، والنوم أهم الاضطرابات النفسية التي تنال المركز الأول في أسباب الانتحار (5).

لقد أكد "بوستوك" و"راكلي" على الحاجة إلى المراقبة، والاستجابة المناسبة لشكوى القلق الشديد باعتبارها مؤشراً حاداً على الانتحار لدى المرضى الذين ينتحرون في وحدات التنويم الباطنية أو الجراحية (6). وبلا شك فهناك حاجة واضحة وماسة لدراسات علمية مفصلة واستباقية لحالات الانتحار التي تحدث في وحدات التنويم الباطنية أو الجراحية. وعند حدوث حالة انتحار في أجنحة التنويم الطبية، فإنها تترك آثاراً مدمرة على الأسر، والأطباء، وإدارة المستشفى. إن الارتباط بين المرض الطبي والانتحار، ربما يعدُّ أمراً مستقلاً عن عاملي اختطار مهمين آخرين للانتحار، وهما الإدمان والاكتئاب. ورغم ندرة الدراسات ذات المعطيات المتكاملة، إلا أنه لوحظت بعض النتائج المهمة، ومنها أن مرضى وحدات التنويم الباطنية أو الجراحية ينتحرون بالقفز من أماكن مرتفعة، على عكس مرضى الوحدات النفسية الذين يشنقون أنفسهم، وعكس غيرهم من مرضى العيادات المجتمعية الذين يطلقون النار على أنفسهم (7). ومن الملاحظ كذلك أن مرضى وحدات التنويم الباطنية أو الجراحية، غالباً ما يكونون أكبر سناً، ومتزوجين وموظفين. وعلى عكس مرضى وحدات تنويم الطب النفسي، فهم ينتحرون في أرض المستشفى (hospital grounds).

إن إجراء تقييم لمخاطر الانتحار وجهاً لوجه أمر شاق بما فيه الكفاية، رغم وجود إرشادات ثابتة وضعتها الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) (8). وإن إجراء هذه التقييمات بشكل بعيد من خلال التطبيب عن بعد، قد يكون أكثر تحدياً. ومع ذلك، فإن مؤسسة قدامى المحاربين (VA) كان لها السبق والريادة في هذا المجال منذ عام ٢٠٠٧، عندما بدأت المؤسسة حملة الوقاية من الانتحار، جزئياً لتكون رداً على دراسة أشارت إلى أن الانتحار وسط قدامى المحاربين ضعف غيرهم من عامة السكان (3).

### الإجراءات التشخيصية

إن مكونات تقييم مخاطر الانتحار ينبغي : (١) أن تكون سهلة التذكر. (٢) أن تكون مؤسسة على عناصر أساسية تم إثباتها تجريبياً. (٣) أن يمكن تحويلها بسهولة من غرفة الطوارئ أو وحدة الرعاية المركزة إلى غرفة الاستشارة. (٤) أن تدعم التحالف العلاجي بين الطبيب والمريض. (٥) أن تسهل عملية تجميع المعلومات الصحيحة. (٦) وأن ترشد إلى القرارات العلاجية.

أحد الأمثلة المقترحة، هو منهج التقييم الزمني لحوادث الانتحار

(the Chronological Assessment of Suicide Events (CASE) )، الذي اقترحه شيا "Shea" (9).

وفي هذا المنهج CASE أربعة جوانب استفسارية، يتم استكشافها بالترتيب، وهي :

- ١- الافتكارات والسلوكيات الانتحارية المُستَعْلَنَة التي أحضرت المريض للمستشفى.
- ٢- الافتكارات والسلوكيات الانتحارية الحديثة خلال الأسابيع الثمانية الأخيرة.
- ٣- الافتكارات والسلوكيات الانتحارية السابقة.
- ٤- الافتكارات الانتحارية الآتية، وخطط الانتحار المستقبلية.

بينما يبدو منهج CASE، بالانتقال من تقييم الانتحار الحالي إلى الماضي ثم إلى الآني، كما لو كان متجهاً إلى الوراء، خصوصاً بالنسبة لأطباء الطوارئ مضغوطى الوقت، فإن منطق "شيا" يتمثل في أن إقامة العلاقة الحميمة وبناء الثقة، سيكون أسهل إذا أجّل الطبيب استكشاف الجانب الخاص باحتمال الانتحار الآني للنهاية، حين يدرك المريض أنه لا غضاضة من الحديث عن الانتحار.

وهناك نموذج آخر لتقييم الانتحار، يبدو أكثر تعقيداً تم اقتراحه بواسطة برايان و رود "Bryan & Rudd" (10) ويشمل الآتي :

١- الأهبة والاستعداد للسلوك الانتحاري :

أ) التشخيصات النفسية السابقة، ومن ضمنها اضطراب الاكتئاب، وإساءة استعمال المواد(إدمان المخدرات)، واضطراب الشخصية الحدية، واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع، وجميعها يزيد من احتمال الانتحار.

ب) السلوك الانتحاري السابق.

ج) وجود سابقة انتهاك (abuse) للمريض.

د) التخريج الحديث من وحدة تنويم نفسية داخلية.

هـ) الخصائص السكانية (الديموغرافية)، وتشمل: رجالاً متوسط العمر أو مسناً، أبيض العرق، متزوجاً؛ أو منفصلاً حديثاً، أو مطلقاً؛ أو رجالاً أبيض العرق، مثلي الجنس.

٢ - العوامل الضاغطة أو المحرصة التي يمكن تحديدها:

أ) مرض طبي حاد أو مزمن، خصوصاً إذا كان يصاحبه ألم متزايد.

ب) عدم الاستقرار الأسري.

ت) خسارة كبيرة سواء على المستوى البين شخصي أو المالي.

٣ - الأعراض المستعلنة التي حضر المريض بها للمستشفى:

أ) خذ في الاعتبار احتمال وجود أحد التشخيصات، مثل تلك المذكورة أعلاه (اضطراب الشخصية

الحدية واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع)، كذلك اضطراب الاكتئاب الجسيم (MDD).

ب) انخفاض احترام الذات خاصة عند اجتماعه باضطراب الاعتماد على المواد (substance dependence).

ج) المرض الذهاني، خصوصاً في أثناء فترة تحسُّن الأعراض، وما يصاحبها من زيادة الوعي بمضامين الاضطراب النفسي والخسائر الوظيفية التي نتجت عنه.

د) السلوك الانتحاري الذرائعي؛ والذي يهدف لإلحاق الأذى بالآخرين، والسعي وراء المساعدة، والحصول على الاهتمام دون نية الرغبة في الموت؛ إذ لا يتم تقدير خطورة السلوك الانتحاري المميت بشكل كافٍ.

٤ - وجود اليأس:

أ) إن اليأس وفترة الشعور به ودرجته، كل ذلك يؤثر بشكل واضح على محاولي الانتحار أكثر ممن

لم يحاولوا.

٥ - طبيعة التفكير الانتحاري:

أ) تقييم تكرار التفكير في الانتحار وشدته على مقياس مكون من ١ إلى ١٠ درجات.

ب) أسأل عن حوادث الانتحار السابقة لتقليل مقاومة المريض للإفصاح عن محاولات الانتحار.

ج) أسأل عن وسائل الانتحار ومدى توفرها، وخطوات الإعداد لها، وعوائق الانتحار.

## ٦- السلوك الانتحاري السابق :

- أ) رغم أنه يُفضَّل الحصول على تفاصيل كل حوادث الانتحار السابقة، إلا أن ذلك يمكن أن يكون غير عملي بالنسبة لبعض من كرروا كثيراً محاولات الانتحار.
- ب) تذكر أن غياب المحاولات السابقة للانتحار، لا يشير بالضرورة إلى انخفاض نسبة الخطر، أو انخفاض احتمالية الانتحار.

## ٧- الاندفاعية وضبط الذات :

- أ) أسأل مباشرة عن القدرة على ضبط الذات، واعتقالات الأمن السابقة للمريض، وإساءة استعمال المواد، والتصرفات العنيفة الاندفاعية، ووسائل التكيف مع الضغوط.

## ٨- العوامل الوقائية :

- أ) الكتابة المتعلقة بالانتحار قد تؤدي دوراً وقائياً (مثل ذلك كتابة اليوميات)، من خلال تفريغ التكيفات السيئة والاندفاعية، رغم أنه عند استخدامها للإبلاغ عن خطط الانتحار والإعداد لها، بالتأكيد بجلاء ستكون غير وقائية.

- ب) وسائل الدعم البين شخصي: الأطفال في المنزل، والمعتقد الديني، والروحانيات كلها قد تكون عناصر حماية مهمة.

- ج) التدخلات التي تُدعم العوامل الوقائية، قد تكون أكثر فاعلية من التركيز على عوامل الخطر بمفردها. وقد نصح "برايان" و "رود" بمنهج الترتيب الهرمي في مساءلة المريض، ولكن فضلاً عن الابتداء بتوضيح العوامل المحرّضة وتحديدها، ثم الأعراض المستعلنة، ثم أعراض اليأس، وأخيراً طبيعة تفكيرات المريض الانتحارية. والتبرير لهذا الترتيب يتمثل في تحسين العلاقة الحميمة مع المريض، ودعم أمانة المريض فيما سيصرح به، وبالتدرج خفض القلق، وذلك بتطبيع التفكير الانتحاري وتسويته.

- إن محاولة توضيح الفرق بين النية الضمنية والصريحة أمر مهم يجب التأكيد عليه، على أن مواجهة المريض بالتناقضات بين السلوك والعبارات، يمكن أن يكون صعباً. وإضافة إلى سؤال المريض لمرتين على الأقل بشأن طريقة الانتحار؛ فإنه يمكن أن نستنتج مدى كثافة التفكير في الانتحار ووجود نية الانتحار واليأس، وذلك باستخدام مقياس من ١ إلى ١٠ نقاط (10).

والآتي هو أساليب أخرى للمقابلة مأخوذة عن "شيا"، ومصممة لتسهيل الحصول على معلومات صحيحة، وتقليل التوتر:

١ - الحدث السلوكي: يتضمن هذا توجيه عدد من الأسئلة التفصيلية الموجهة لاستكشاف حدث انتحاري، سواء كان حدثاً كاملاً أو لم يكتمل. وهو أمر يستهلك الوقت، لذلك يجب أن يتم بشيء من الذكاء والروية في بداية المقابلة، لكن بعد بناء علاقة حميمة مع المريض.

٢ - إنكار الأسئلة الخاصة (المحددة): غالباً ما ينتج عن الأسئلة البسيطة المفتوحة، مثل "هل سبق لك أن خططت للانتحار؟" إجابات سلبية؛ لكن إذا أتبعها الطبيب بأسئلة مغلقة، مثل: (حسناً هل سبق لك أن فكرت في إطلاق النار على نفسك، أو شق نفسك، أو تناول جرعة زائدة؟) فإن ذلك سوف يثير ذاكرة المريض، وقد ينتج عنها سلسلة مدهشة من الإجابات، لم يكن من الممكن الحصول عليها باستخدام الأسئلة المفتوحة. وقد يستهلك ذلك أيضاً وقتاً طويلاً؛ لأن الطبيب قد يتبع هذه الأسئلة، بالأسئلة المركزة على الأحداث السلوكية للانتحار.

٣ - تخفيف الشعور بالخزي: أحياناً يستطيع الطبيب أن يقتحم الأمور المحظورة، عندما يتحدث عن أشياء مشحونة بالخزي والإحساس بالذنب، مثل الأفكار الانتحارية.

ويشمل هذا استخدام الافتتاحيات التي تُقلل وصمة الحديث في الموضوع (مثال على ذلك "مع كل هذه الضغوط، أعتقد أنك ربما قد فكرت في وضعك ووجدت أنه ميووس منه، بل ربما فكرت في إنهاء آلامك للأبد)، ويستند هذا على إدراك المرضى للصعوبات التي أثارت أفكارهم وسلوكياتهم.

٤ - التطبيع أو التسوية: بعض الناس يكرهون أن يُنظر إليهم على أنهم مختلفون؛ لذلك يمكن مساعدتهم بالإشارة إلى أن كثيراً من الناس، ممن يمرون بظروف مشابهة لظروفهم، ربما يفكرون ويشعرون بأسلوبهم نفسه (مثال لذلك: "كثير من الناس الذين تحدثت إليهم، ممن يعانون من ضغوطك نفسها، ربما يبدوون في التفكير بالانتحار في بعض الأحيان، فهل سبق أن جال ذلك بفكرك يوماً ما؟) ويستند هذا على ما يفكر فيه الناس الآخرون أو يعملونه أحياناً.

٥ - الافتراض المهذب: يمكن استخدام هذا الأسلوب بواسطة الأطباء ذوي الخبرة، عندما يكون قد تم جمع الكثير من المعلومات من خلال الملاحظة والتاريخ الرادف من المحيطين بالمريض، والاستماع عن قرب، وما يلي ذلك من تقييم مبني على عمليات خوارزمية متقنة. ويستخدم الطبيب ذكاءه في عمل تخمين متقن، لاستخدامه في مواجهة لطيفة للمريض، بشأن افتراض يتوصل إليه الطبيب. فمثلاً إذا حضر المريض للطوارئ بواسطة قريب له، وأن هذا القريب قد أخبر الممرضة بقلقه من كون المريض "قائطاً"، وإذا كان الملف الطبي للمريض يشي بمحاولات انتحار سابقة، وإذا كان المريض يتجنب التقاء عيونه بعيني الطبيب، ويكي صائحاً مرات عديدة أثناء

جمع قصته المرضية العامة ذات العلاقة بإيذاء الذات ؛ فإن الطبيب يمكنه أن يسأل: "إذًا، ما هي بعض الطرائق التي فكّرت في استعمالها لقتل نفسك إن وجدت؟" ويجب استخدام هذا الأسلوب باقتصاد ؛ لأن المرضى أحياناً قد يشعرون بالإهانة من جراء ذلك.

٦ - **تضخيم الأعراض:** هذا أسلوب آخر متقدّم، قد يعوض رغبة المرضى في تقليل وجود الانتحار لديهم ؛ عندما يباليغ الطبيب استراتيجياً، استباقاً لميل المريض لتقليل الانتحار. وقد يكون هذا الأسلوب أكثر فاعلية عند استخدامه مع المرضى الذين يُعرف عنهم التقليل من حجم تفكيرهم في الانتحار، والذين قد تمّت مواجهتهم بذلك من قبل. فمثلاً: "كيف يمكن أن تقيّم نسبة الوقت الذي تقضيه مفكراً في الانتحار في أسبوع معين، ٧٥٪ أم ٩٥٪؟ قد يحصل الطبيب على إجابة أكثر دقة لـ ٥٠٪ مثلاً، لكن بدون هذا الأسلوب، فقد يُقلّل المريض من النسبة، أو قد ينكر التفكير في الانتحار على الإطلاق. علماً بأن الرقم المبالغ فيه، يجب أن يكون ذا مغزى، وإلا فإن كان رقماً خيالياً، فقد ينفّر المريض من الطبيب والمقابلة.

### صنع القرار الإكلينيكي والعلاج

إن الخطة الافتراضية لشخص محكوم عليه بأنه عرضة لخطر انتحار كبير؛ هي إدخال المريض للمستشفى للعلاج طوعاً أو كرهاً. ويتم عمل تقييمات متسلسلة لمخاطر الإقدام على الانتحار، بينما يُقيم المريض في المستشفى. ويتم التعامل بشكل دوائي مع عناصر الخطر القابلة للتلطيف، مثل (الأرق الشامل، أو الاضطرابات النفسية في المحور الأول)، وبشكل سيكولوجي باستخدام علاجات نفسية مبرهنة، كالعلاج التدعيمي، والعلاج المعرفي السلوكي.

إن المريض يعاني غالباً من تعقيدات ومشاكل طبية بعد محاولة الانتحار الشديدة، وفي الوقت نفسه يحتاج إلى رعاية وتقييم نفسي بشكل مكثّف. وغالباً ما يتلصق أطباء العناية المركزة في إطالة تنويم هؤلاء المرضى، ممن لم يعودوا بحاجة للاستمرار في التنويم بالعناية المركزة ؛ لأنهم يرون أن هذا استخدام غير مناسب لخدماتهم. وبلا شك فإن وحدات الطب النفسي الباطني (MPUs) عندما تتوفر، تكون هي القادرة على ملأ الفجوة لرعاية هؤلاء الذين يعانون من الأمراض النفسية والجسدية المعقدة في آن واحد. وهذه الوحدات (النفسية الباطنية) ستمنع ممارسات تقييد المرضى تحت الملاحظة على مدار ٢٤ ساعة، وبواسطة جليسات غير مدربات على تقديم الرعاية النفسية. وعندما تُبنى هذه الوحدات (MPUs) وتصمّم جيداً، فإنها تحتوي على عناصر الأمان النفسي والجسدي معاً، وتكون مزودة بممرضات وأطباء مدربين على تقديم الرعاية الباطنية والنفسية معاً (11).

إن الأولوية بشأن منع الانتحار في المرضى الطبيعيين، تتمثل في البحث عن الأمراض النفسية الدفينة وعلاجها. ومن المهم جداً أن تمنح الأطباء الآخرين من أن يصفوا مضادات الاكتئاب بشكل أوتوماتيكي لأي مريض عادي، يعبر عن أدنى رغبة في الموت، وذلك بسبب ميلهم لتشخيص الحزن العادي على أنه اكتئاب؛ مما يؤدي إلى الإفراط في تناول الأدوية النفسية (12). ومما يوصى به، أن نحدّد فئات الخطر المعينة ونوثّقها (10) وذلك على النحو التالي:

- الخط الأساس (baseline): غياب المرض الحاد، ودون وجود أي ضغوط أو عوامل مجهدة. وتناسب هذه الفئة فقط من يفكرون في الانتحار، أو الذين لديهم محاولة انتحارية وحيدة.
  - الحاد: وجود المرض الحاد وضغوط شديدة و(أو) أعراض. وتناسب فقط من يفكرون في الانتحار، أو الذين لديهم محاولة انتحارية وحيدة.
  - خطر كبير مزمن: خط الخطر الأساسي لمن لديهم محاولات انتحارية متعددة، مع غياب المرض الحاد، ولا توجد ضغوط كبيرة أو أعراض.
  - خطر كبير مزمن مع تفاقم حاد: تعرّض لخطر الانتحار الحاد لمن لديهم محاولات انتحارية متعددة، مع وجود المرض الحاد، والضغوط الشديدة، و(أو) الأعراض البارزة.
- ولا يوجد دليل تجريبي لدعم عقود اتفاقيات عدم الانتحار أو الإضرار بالذات. فهذه العقود لا تمنع الانتحار، ولا تحمي الطبيب إذا ما رفعت عليه قضايا سوء الممارسة الطبية؛ ولذا فاستخدام هذه التعاقدات لا يُنصح به هذه الأيام، باعتباره وسيلة لتقييم مخاطر الإقدام على الانتحار (10)، (13).
- ويقترح "رود" بديلاً لهذه التعاقدات، ما يُسمى "بيان التعهد بالالتزام بالعلاج" (14). ويُعرف بأنه اتفاقية بين المريض والطبيب، يوافق فيها المريض على الالتزام بعملية العلاج والحياة، وذلك بعمل الآتي:

- ١ - تحديد أدوار كل من المعالج والمريض وتوقعاتهما.
  - ٢ - الحديث بصراحة بشأن كل جوانب العلاج، بما فيها الانتحار.
  - ٣ - الوصول لخدمات الطوارئ في أثناء الأزمات التي قد تعوق المريض عن تنفيذ الاتفاقية (خطة الأزمات).
- ويوصي "رود" بعدم عمل هذه الاتفاقية في ورقة مطبوعة مسبقاً، ووضع قيود زمنية عليها. ويمكن أن تحتوي الاتفاقية على عبارات بشأن تناول الأدوية، والالتزام بالمواعيد مع المعالجين، واستخدام خطة الأزمات عند الضرورة. ويوقع عليها كل من الطبيب والمريض، ويمكن أن يُوقع عليها أحد أفراد أسرة المريض أو داعموه، ويُوقع شاهدٌ كذلك.

ويمكن وضع خطة الأزمة على ظهر بطاقة عمل، أو ٣×٥ إنش بطاقة تذكير، أو حتى استمارة مطبوعة سلفاً، خصوصاً في المستشفيات الكبرى المزدهمة. وتوفر هذه الخطة تعليمات محددة لما يجب أن يقوم به المريض أثناء

الأزمات ، عندما يكون التفكير أو السلوك الانتحاري وشيكاً. ويمكن أن تشتمل على خطوط الاتصال الهاتفية وقت الأزمة ، وأرقام هواتف الأشخاص الداعمين ، والأنشطة المسلية للنفس ، والأسباب الدافعة للحياة ، وسبل الوصول إلى غرفة الطوارئ إذا فشلت الجهود التمهيدية (14).

يمكننا نقل كثير من المعلومات من خلال لغة الجسد أكثر من الكلمات ، حيث يُقدَّر أننا ننقل ٧٪ فقط من أفكارنا بالكلمات (15) ، وهذا تفاعل تبادلي. كما أن طريقة عرض السؤال مهمة تماماً ، مثل ماذا نسأل. وهناك سلوكيات مهمة في أنفسنا وفي المريض ، يجب أن نلاحظها ، مثل التقاء العيون ، ونبرة الصوت التي تحمل اليقين ، وإشارات الاقتراب في مقابل الانسحاب ، والفروق الدقيقة في الضحك ، التي قد تشير إلى القلق أو الفكاهة الصادقة. "ببساطة لا تفعل شيئاً. فقط اجلس هناك" ، هذا ما ينبغي أن يفعله الطبيب في بداية دخوله لغرفة المريض. وأهم من هذا كله ، فإن من المهم أن تعثر على مكان لتجلس فيه قريباً من المريض ؛ لكي تقيّم خطورة الانتحار ، وخصوصاً إذا ما قابلت المريض في إحدى غرف المستشفى المزدهمة كثيرة الضوضاء.

كل الأساليب السابقة لا تعني أكثر من أن تعدّ نفسك لكي تستمع للمريض أكثر من أن تتحدّث. حاول أن تتذكّر أن تقدير خطورة الإقدام على الانتحار ، تُعدُّ نوعاً من "الحوار الصعب" ، لكنه قطعاً ليس استجابةً (16).

### المراجع References

1. Simon RI. Assessing and managing suicide risk: guidelines for clinically based risk management. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2003.
2. Hausmann K, Psychiatrists Often Overwhelmed By a Patient's Suicide. Psychiatr News. 2003;38(13):6-43.
3. Godleski L, Nieves JE, Darkins A, Lehmann L. VA telemental health: suicide assessment. BehavSci Law. 2008;26(3): 271-86.
4. Busch K, Fawcett J, and Jacobs D. Clinical correlates of inpatient suicide. J Clin Psychiatry. 2003;64(1):14-9.
5. Juurlink DN, Herrmann N, Szalai JP, et al. Medical illness and the risk of suicide in the elderly. Arch Intern Med. 2004;64(11): 1179-84.
6. Bostwick JM, Rackley SJ. Completed suicide in medical/surgical patients: who is at risk? Curr Psychiatry Rep. 2007;9(3): 242-6.
7. Ballard ED, Pao M, Henderson D, et al. Suicide in the medical setting. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2008;34:474-81.
8. American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2003.
9. Shea SC. The practical art of suicide assessment: a guide for mental health professionals and substance abuse counselors. 2nd ed. Hoboken (NJ): John Wiley and Sons; 2002.
10. Bryan CJ, Rudd MD. Advances in the assessment of suicide risk. J Clin Psychol. 2006;62(2):185-200.
11. Amos JJ, Kijewski V, and Kathol R. The Medically 111 or Pregnant Psychiatric Inpatient, in Principles of Inpatient Psychiatry, Ovsiew F, and Munich RL, Editors. 2009, Wolters Kluwer: Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia; 333-343.

12. Bostwick JM, Levenson JL. Suicidality. In: Levenson JL, editor. Textbook of psychosomatic medicine. Washington (DC): American Psychiatric Publishing, Inc; 2005. p. 219-34.
13. Lewis LM. No-harm contracts: a review of what we know. *Suicide Life Threat Behav.* 2007;37(1):50-7.
14. Rudd MD, Mandrusiak M, and Joiner TE Jr. The case against no-suicide contracts: the commitment to treatment statement as a practice alternative. *J Clin Psychol.* 2006;62(2):243-51.
15. Mehrabian A. *Silent messages.* Belmont (CA): Wadsworth Publishing Co; 1971.
16. Stone D, Patton B, Keen S. *Difficult conversations: how to discuss what matters most.* New York (NY): Penguin Books; 2000.