



درمان شناختی-رفتاری برای پیشگیری  
از اقدام به خودکشی

راهنمای درمان کوتاه‌مدت در مراکز بالینی

## فهرست مطالب

درمان شناختی-رفتاری برای پیشگیری از اقدام به خودکشی.....	۷
فهرست همکاران.....	۸
پیشگفتار ویراستار مجموعه.....	۱۱
مقدمه نویسندگان.....	۱۳
پیش درآمدی بر ترجمه.....	۱۶
سخن مترجمین.....	۲۱
<b>بخش اول: خودکشی چیست؟.....</b>	<b>۲۳</b>
فصل ۱ مشکل خودکشی.....	۲۴
فصل ۲ زبان خودکشی.....	۳۶
فصل ۳ آنچه باید درباره مدیریت خطر خودکشی بدانیم.....	۵۸
<b>بخش دوم: مدل شناختی-رفتاری در مورد خودکشی.....</b>	<b>۷۷</b>
فصل ۴ مدل شناختی-رفتاری خطر اقدام به خودکشی.....	۷۸
فصل ۵ درمان شناختی برای پیشگیری از خودکشی مثال موردی.....	۹۴
<b>بخش سوم: پیشگیری از خودکشی در مراکز مختلف.....</b>	<b>۱۲۵</b>
فصل ۶ مدیریت خطر خشونت علیه خود در مراکز بستری.....	۱۲۶
فصل ۷ پیشگیری از اقدام به خودکشی در مراکز نظامی.....	۱۵۰
فصل ۸ مدیریت خطر خودکشی در بخش‌های اورژانس.....	۱۷۲
فصل ۹ مدیریت خشونت علیه خود در درمانگاه‌های عمومی.....	۱۸۷
<b>بخش چهارم: مسائل خاص.....</b>	<b>۲۰۹</b>
فصل ۱۰ مسائل خاص در مورد مدیریت بیماران خودکشی‌گرا.....	۲۱۰
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....	۲۲۷
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....	۲۲۹

بخش اول

**خودکشی چیست؟**

# فصل ۱

## مشکل خودکشی

مایکل آنستیس و لاورن خازم

دانشگاه می سی سی پی جنوبی

اقدام به خودکشی (که به آن خشونت خودکشی‌گرایانه علیه خود [SDV]<sup>۱</sup> نیز گفته می‌شود) (برای جزئیات بیشتر به فصل ۲ رجوع کنید) رفتاری عامدانه و معطوف به خود است که منجر به آسیب یا نآشکار تا حدی قصد مُردن دارد (کراسبی، ارتگا و ملانسون، ۲۰۱۱). اقدام به خودکشی، به یک تشخیص محدود نمی‌شود و پدیده‌ای غم‌انگیز است که طیف گسترده‌ای از افراد را در طبقه‌های جمعیت‌شناختی و مرزهای جغرافیایی مختلف درگیر می‌کند. اگر چه در بعضی از جوامع خطر خودکشی بیشتر است - که بعداً در همین فصل به آن خواهیم پرداخت - با این حال، شایان ذکر است که اشاره‌ای به تأثیر اقدام به خودکشی در سطح ملی و جهانی داشته باشیم چرا که با این کار، به وضوح نشان می‌دهیم چرا خودکشی به یک مسئله مهم تبدیل شده است.

پیش از هر چیز باید اشاره کرد که خودکشی، پایانی زود هنگام برای زندگی است که به خودی خود، سوگ و فقدان بزرگی ایجاد می‌کند. علاوه بر این، اطرافیان و عزیزان فردی که دست به خودکشی زده است، فرآیند سوگواری سختی خواهند داشت و به خاطر واکنش‌های طبیعی و نیز به خاطر بدفهمی‌هایی که نسبت به خودکشی و اقدام به خودکشی وجود دارد (برای مثال جوینر، ۲۰۱۰)، پیامدهای مختلفی از سوگواری طبیعی تا احساسات شدید شرم، انگ و سرزنش نسبت به خود را تجربه می‌کنند (برای مثال اسوین و والبی، ۲۰۰۸). در حقیقت، اشنایدمن (۱۹۷۲)، معتقد بود که سوگواری نسبت به مرگ یکی از عزیزان فرد که همراه با احساسات شرم و انگ باشد (یعنی مرگ به علت خودکشی)، تفاوتی ذاتی با مرگ و میرهای عزیزان افرادی دارد که به شیوه‌های قابل پذیرش‌تری جان خود را از دست داده‌اند (برای مثال، مرگ به علت سرطان). همچنین، افرادی که از اقدام به خودکشی غیرمرگبار جان سالم به دربرده‌اند، مکرراً با انگ‌های مختلف اجتماعی روبرو می‌شوند که

---

1. Suicidal Self Directed Violence (SDV)

می‌تواند در فرایند بهبودی این افراد و سلامت روانی آنها در آینده خلل و مشکل ایجاد کند (بترهام، کالیر و کریستنسن، ۲۰۱۳؛ لستر و والکر، ۲۰۰۶). علاوه بر از دست دادن زندگی، مرگ به علت خودکشی بار مالی بسیار زیادی را تحمیل می‌کند به طوری که بار مالی آن در ایالات متحده آمریکا سالانه ۳۴ میلیارد دلار برآورد شده است. این مقدار علاوه بر ۸ میلیارد دلاری است که هر ساله به واسطه از دست رفتن حقوق و مزایا، نیروی تولیدگر و مراقبت پزشکی برای اقدام‌کنندگان به خودکشی صرف می‌شود (بنیاد آمریکایی پیشگیری از خودکشی، ۲۰۱۳)؛ بنابراین، اقدام به خودکشی و خودکشی‌های منجر به مرگ، رفتارهای مشکل‌ساز هستند نه فقط به این خاطر که رفتاری ناگوار هستند بلکه پیامدهای ناگوار بسیاری را هم با خود به دنبال دارند.

اگر چه بعضی از مداخلات، اختصاصاً برای اقدام به خودکشی ایجاد شده‌اند (برای مثال رفتاردرمانی دیالکتیکی، لینهان و هرد، ۱۹۹۲)، ولی در زمینه رویکردهای مبتنی بر شواهد برای پیشگیری از خودکشی، کاستی‌هایی وجود دارد و مداخلات موجود نیز به صورت محدودی به کار برده شده‌اند (جابس، ۲۰۱۲؛ جابس و برمن، ۱۹۹۳؛ جابس، راد، اورهولستر و جوینر، ۲۰۰۸)؛ بنابراین، علی‌رغم افزایش دانش ما در زمینه عوامل خطر و همبسته‌های اقدام به خودکشی (بگی و شر، ۲۰۰۸؛ بوستویک و پانکراتز، ۲۰۰۰؛ جوینر، ۲۰۰۵؛ نوک، جوینر، گوردون، لوید-ریچاردسون و پرستسن، ۲۰۰۶)، ابزارها و روش‌های چندانی برای کاهش مرگ به علت خودکشی با استفاده از روش‌های عملی و مقرون به صرفه در اختیار نداریم. هدف از خلاصه کردن شواهد زیربنایی رفتاردرمانی شناختی کوتاه‌مدت برای افراد خودکشی‌گرا در موقعیت‌های مختلف کاملاً واضح است.

## نرخ کلی خودکشی و اقدام به خودکشی

همه ساله نزدیک به یک میلیون نفر در جهان به خاطر خودکشی جان خود را از دست می‌دهند که تقریباً نرخی برابر با ۱۶ نفر از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۳). در سال ۲۰۱۰، طبق آخرین گزارش موجود، ۳۸۳۶۴ نفر به خاطر خودکشی در ایالات متحده جان خود را از دست دادند (که ۵۰.۵٪ افراد این کار را با شلیک گلوله به خود انجام داده بودند) که در بازه‌های سنی مختلف به طور میانگین نرخ ۱۲.۰۸ نفر از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر بوده است (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها، ۲۰۱۳). این آمار نشان‌دهنده افزایش زیاد نرخ خودکشی نسبت به سال‌های اولیه دهه نخست قرن بیست و یکم است. برای مثال در سال ۲۰۰۱، ۳۰.۶۲۲ نفر به خاطر خودکشی جان خود را از دست داده بودند (۵۵٪ با شلیک گلوله) که در بازه‌های سنی مختلف به طور میانگین نرخ ۱۰.۷۱ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر بوده است (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها، ۲۰۱۳).

افزایش کلی نرخ خودکشی در ایالات متحده، هم برای زنان و هم برای مردان بوده است. در سال ۲۰۰۱، مردان ۸۰.۶٪ از خودکشی‌ها در این کشور را تشکیل می‌دادند که در بازه‌های سنی مختلف به طور میانگین نرخ ۱۸.۱۷ نفر از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر بود (نرخ خودکشی زنان در این سال ۴.۰۶ از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر بود). در سال ۲۰۱۰، مردان ۷۸.۹٪ از خودکشی‌ها در این کشور را تشکیل می‌دادند که در بازه‌های سنی مختلف به طور میانگین نرخ ۱۹.۷۸ نفر از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر بود (نرخ خودکشی زنان در این سال ۴.۹۹ از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر بود). با این حال، متغیرهای جمعیت‌شناختی دیگر در این دوره‌های زمانی دارای تغییرات و نوسان‌هایی بوده است.

سن، نمونه‌ای گویا از این متغیرهای جمعیت‌شناختی است. در سال ۲۰۰۱، آمار خودکشی در افراد مسن، نرخ بالاتری داشت. برای مثال، در گروه سنی ۷۵ تا ۷۹ سال، ۸۰ تا ۸۴ سال و ۸۵ سال به بالا نرخ خودکشی به ترتیب برابر با ۱۶.۳۵ از هر ۱۰۰۰۰۰، ۱۸.۹۴ از هر ۱۰۰۰۰۰ و ۱۷.۸۳ از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر بوده است. این اعداد تا سال ۲۰۱۰ کاهش داشتند به نحوی که نرخ خودکشی در سال ۲۰۱۰ در گروه‌های سنی ۷۵ تا ۷۹ سال، ۸۰ تا ۸۴ سال و ۸۵ سال به بالا به ترتیب ۱۵.۲۹ از هر ۱۰۰۰۰۰، ۱۶.۲۴ از هر ۱۰۰۰۰۰ و ۱۷.۶۲ از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر بوده است (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها، ۲۰۱۳). گرایش به خودکشی برای میانسالان متفاوت بوده است. در سال ۲۰۰۱، نرخ خودکشی در گروه‌های سنی ۴۵ تا ۴۹ سال و ۵۰ تا ۵۴ سال به ترتیب ۱۵.۷۵ از هر ۱۰۰۰۰۰ و ۱۴.۳۵ از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر بوده است. با این حال، در سال ۲۰۱۰ این نرخ برای گروه‌های سنی ۴۵ تا ۴۹ سال و ۵۰ تا ۵۴ سال به ترتیب به ۱۹.۲۵ از هر ۱۰۰۰۰۰ و ۱۹.۸۵ از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر افزایش داشت (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها، ۲۰۱۳). با توجه به این که افراد میانسال نسبت بیشتری از جامعه را تشکیل می‌دهند، افزایش جمعیت در این گروه سنی می‌تواند به خوبی افزایش نرخ خودکشی را در ایالات متحده تصریح کند.

وقتی به این اعداد و ارقام از نگاه قومیت و نژاد نگاه کنیم، تغییرات اساسی در اعداد و ارقام را متوجه می‌شویم. در سال ۲۰۰۱، نرخ مرگ به علت خودکشی توسط آمریکایی‌های سفیدپوست، سیاه-پوست، سرخپوستان آمریکایی/بومی آلاسکا و آمریکایی آسیایی-اقیانوسیه‌ای به ترتیب ۱۱.۷۱، ۵.۴۵، ۱۰.۴۶ و ۵.۳۴ از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر بوده است (داده‌ها برای گروه‌های قومی دیگر گزارش نشده است؛ مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها، ۲۰۱۳). با این حال، در سال ۲۰۱۰ با اینکه نرخ خودکشی به صورت منفی برای سیاه‌پوستان، سرخپوستان آمریکایی/بومی آلاسکا و آمریکایی‌های آسیایی-اقیانوسیه-ای ثابت مانده بود (به ترتیب ۵.۱۹، ۱۰.۸۷ و ۶.۱۹ از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر)، نرخ خودکشی برای سفیدپوستان به طور چشمگیری افزایش داشته است (۱۳.۵۵ از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر). با توجه به این که سفیدپوستان آمریکایی در سال ۲۰۱۰، ۷۹.۵٪ از جمعیت این کشور را تشکیل می‌دادند، تأثیر این

افزایش، بر بالا رفتن نرخ خودکشی در آمریکا روشن می‌شود. با اینکه این اعداد خود آشکارا مشکل‌ساز هستند؛ اما کل مسئله را نشان نمی‌دهند. در حقیقت، تأثیر اقدام‌های خودکشی فراتر از مرگ بر اثر خودکشی است. در سال ۲۰۱۰ میلادی ۴۶۴۹۹۵ نفر (در بازه‌های سنی مختلف به طور میانگین نرخ ۱۵۲.۹۶ نفر از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر) در ایالات متحده در مراکز اورژانس به خاطر آشکال متعدد خشونت علیه خود مورد درمان قرار گرفتند که این امر بدین معناست که برای هر خودکشی منجر به مرگ (با نرخ ۳۸۳۶۴ نفر)، ۱۲.۱۲ مورد خشونت‌های خودکشی‌گرایانه و غیرخودکشی‌گرایانه علیه خود رخ داده است (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها، ۲۰۱۳). در اینجا نیز باز ملاحظه می‌شود که تغییر فرایند از سال ۲۰۰۱ اتفاق افتاده است چرا که در سال ۲۰۰۱، ۳۲۳۳۷۰ آمریکایی به خاطر صدمات ناشی از آسیب به خود به مراکز اورژانس مراجعه داشته‌اند که در بازه‌های سنی مختلف به طور میانگین نرخ ۱۱۲.۸۲ نفر از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر بوده است و نرخ خشونت‌های مرگبار علیه خود نسبت به خشونت‌های غیرمرگبار علیه خود (با نرخ کلی ۳۰۶۲۲ نفر)، ۱۰.۵۶ بوده است.

توجه به این نکته مهم است که این اعداد نشان‌دهنده نرخ قصد خودکشی نیستند؛ بنابراین کاملاً منطقی است که موارد دیگری از آنها را بهتر است به عنوان خودزنی غیرخودکشی‌گرایانه یا خشونت غیرخودکشی‌گرایانه علیه خود به جای اقدام به خودکشی طبقه‌بندی کرد. با این حال، استفاده از داده‌های موجود در مراکز اورژانس نیز بدون شک، قویاً نرخ اقدام به خودکشی را که در ایالات متحده رخ داده است، کم تخمین می‌زنند چرا که میزان قابل توجهی از موارد اقدام به خودکشی منجر به آسیب جسمی نمی‌شود یا باعث صدمات جزئی می‌شود و باعث می‌شود هم در مراکز پزشکی و هم در مراقبت‌های محدود، توجه دریافت نکنند و در مراکز پزشکی دیگری که حالت اورژانسی ندارد، تحت درمان باشند؛ بنابراین، با اینکه خشونت مرگبار و غیرمرگبار علیه خود را می‌توان رفتارهایی با نرخ بروز کم در نظر گرفت، اما دامنه تأثیر آنها بر جامعه بدون شک زیاد است.

## جمعیت‌ها و محیط‌های پرخطر

هدف اصلی این کتاب، این است که شواهد حمایت‌کننده از اثربخشی، روش‌های مورد استفاده و قابلیت اجرای درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت را برای بیماران خودکشی‌گرا بین گروه‌های متعدد و مراکز بالینی مختلف شرح دهد. مراکز سلامت روان سرپایی، مراکز روان‌پزشکی بستری، بخش‌های اورژانس، درمانگاه‌های عمومی و مراکز نظامی از جمله این مراکز هستند که به طور اختصاصی در فصل‌های آینده در مورد آنها بحث خواهد شد. با وجود این، پیش از ارائه چنین اطلاعاتی، شایان ذکر است که به علل انتخاب این مراکز و شیوه‌های نشان‌دهنده خودکشی به عنوان مشکل اساسی در هر

یک از آنها اشاره کنیم.

## اقدام به خودکشی در بین بیماران مراکز سرپایی

اگر چه مراکز سلامت روان سرپایی می‌توانند گاهی نشان‌دهنده مشکلات بالینی باشند که شدت کمتری از بیمارستان‌ها دارند، با این حال، درستی و صحت چنین نگاهی می‌تواند با مراکز، بیماران و علائم بالینی تشخیصی اولیه مختلف تغییر کند. در نتیجه، وجود اقدام به خودکشی‌ای را که منجر به مرگ می‌شود باید همیشه به عنوان یک پیامد محتمل در نظر داشت. در حقیقت، تلاش‌هایی برای تدوین روش‌های نظام‌مند ارزیابی خطر خودکشی در مراکز سرپایی شده است (مثل جویئر، والکر، راد و جویس، ۱۹۹۹) و درمان‌های مبتنی بر شواهدی که اختصاصاً برای بیماران به شدت خودکشی‌گرا تدوین می‌شود، مختص چنین جمعیت‌هایی ایجاد شده‌اند (از قبیل رفتاردرمانی دیالکتیکی؛ لینهان و هرد، ۱۹۹۲).

از آنجایی که جمعیت‌های سرپایی، گروه بسیار متنوعی را شامل می‌شوند، فراهم ساختن نرخ واحدی از اقدام‌های خودکشی مرگبار در برابر غیرمرگبار در چنین مراکزی چالش‌برانگیز است و هر عددی باید در بافت محیط سازمانی خود تفسیر شود (مثل مراکز نظامی در برابر غیرنظامی) و باید ترکیب‌بندی تشخیصی (مثل تسهیلات بستری برای اختلال خوردن در برابر بخش‌های بستری برای افراد خودکشی‌گرای حاد) از نمونه را در نظر داشت. دسای، روسنهاک و دسای (۲۰۰۸) با استفاده از دو مطالعه هم‌گروهی از سربازانی که از بیمارستان‌های خدمات‌دهنده به سربازان در سال‌های ۱۹۹۷ و ۲۰۰۱ استفاده کرده بودند، نرخ مرگ با خودکشی ۸.۹۴٪ از هر ۱۰۰۰۰۰ را در مراکز سرپایی در برابر ۱۸.۲۹٪ از هر ۱۰۰۰۰۰ در مراکز بستری به دست آوردند. با وجود این، همان‌طور که در فصل بعد به تفصیل می‌گوییم، این داده‌ها در یک دوره زمانی گرفته شده است که در آن نرخ مرگ به علت خودکشی در کادر نظامی پایین‌تر از امروز بوده است. استیر، براون و بک (۲۰۰۶)، ۶۸۹۱ نفر از مراکز سرپایی غیرنظامی را طی یک دوره زمانی ۱۰ ساله پیگیری کردند و گزارش دادند که خطر روزانه و نرخ آن برای مرگ ناشی از خودکشی به سرعت طی ۳ سال اول بعد از ارزیابی اولیه روان‌پزشکی کاهش داشته است. البته قبل از این که به حدی برسد که پیش‌بینی آن خیلی سخت باشد و در همین دوره، ۴۹ نفر (۰.۷٪) از افراد در دوره پیگیری به خاطر خودکشی مرده بودند. با وجود این، این گروه شامل طیف وسیعی از افراد با خطر خودکشی و حالات مختلف تشخیصی است و ضرورتاً نشان‌دهنده یک فرایند در مراکز سرپایی به صورت کلی نیست. در حقیقت، اگر در یک مرکز سرپایی خاصی نسبت بالایی از مراجعانی که خطر خودکشی بالایی دارند، مشاهده شود (از قبیل اختلال شخصیت



مرزی، اختلال دوقطبی؛ فرانسیس، فایر و کلارکین، ۱۹۸۶؛ هاتون، ساتون، هاو، سینکلر و هریس، ۲۰۰۵؛ اسکودول و همکاران، ۲۰۰۲)، عاقلانه این است که فرض کرد نرخ مرگبار و غیرمرگبار بودن اقدام به خودکشی نیز احتمالاً افزایش داشته باشد که نشان‌دهنده نیاز به چنین مراکزی برای تلفیق درمان‌های کوتاه‌مدت مبتنی بر شواهد است که به طور مستقیم روی خطر خودکشی تأثیر می‌گذارد.

## اقدام به خودکشی میان بیماران مراکز روان‌پزشکی بستری

بستری کردن مراجعین خودکشی‌گرا تغییرات قابل توجهی را از دهه‌های قبل داشته است، به طوری که طول مدت بستری و قابلیت اجرای پوشش بیمه برای چنین موارد بستری کم شده است (اولفسون، گیمروف، مارکوس، گرینبرگ و شافر، ۲۰۰۵). این امر همراه با بحث در مورد اثربخشی بستری‌های مکرر، بسیاری را به این سمت برده تا طرفدار این باشند که در مورد بستری کردن هشدار بدهند (جایز، ۲۰۰۶؛ جایز، راد، ابرهولسر و جوینر، ۲۰۰۸). در بعضی موارد تعداد تخت‌های بیمارستان کاهش چشمگیری داشته و این به نوبه خود در تغییری که در تصمیم‌گیری‌های مربوط به این شیوه درمانی رخ داده، بی‌تأثیر نبوده است. برای مثال بین سال‌های ۱۹۹۵ و ۲۰۰۱، بخش اداره امور کهنه سربازان، نزدیک به دو سوم از تخت‌های بیمارستانی قبلی در دسترس خود را تعطیل کرد (دسای و همکاران، ۲۰۰۸). درباره نیاز برای بستری شدن در موارد شدید و خطر واضح خودکشی تردیدی نیست. با وجود این، مهم است که خطر اقدام به خودکشی را در چنین مراکزی در نظر داشت و از بهترین راهکارها برای پیشگیری از آن استفاده کرد.

مطالعات زیادی نشان داده است که بسیاری از بخش‌های روان‌پزشکی بستری با بیماران قرارداد می‌بندد که خودکشی نکنند و در این قراردادها بیماران اسم خود را با امضا می‌نویسند (اگر چه چنین قراردادهایی واقعاً و جاهت قانونی ندارند) تا اطمینان حاصل شود آنها طی دوره درمان، خودکشی نمی‌کنند (درو، ۲۰۰۱). به ویژه، شواهد مهمی نشان داده است که این قراردادها در بهترین حالت اثربخش نیستند (جایز و همکاران، ۲۰۰۸؛ راد، ماندروزیاک و جوینر، ۲۰۰۶) و در بدترین حالت خود مشکل‌ساز می‌شود (درو، ۲۰۰۱)؛ بنابراین، استفاده مکرر از روش‌های درمانی مشکل‌ساز، نوع درمان برای بحران‌های حاد (بخش‌های بستری روان‌پزشکی) را مشخص می‌کند.

تکرار اقدام به خودکشی در بخش‌های بستری، مشکل را پیچیده می‌کند. اگر چه همانند خودکشی، نرخ اقدام به خودکشی نیز در جامعه پایین است، داده‌های استاندارد نشده و خام در این خصوص نشان از وجود مشکل می‌دهد. در سال ۲۰۰۳، انجمن روان‌پزشکی آمریکا، نرخ ۱۵۰۰ مرگ به علت خودکشی را در مراکز بستری آمریکا گزارش کرد. علاوه بر این، اشاره شده است که ۱ مورد از ۳ مورد مرگ، زمانی رخ داده است که افراد در دوره بازرسی‌های ۱۵ دقیقه‌ای بودند که در آن کارکنان

بیمارستان به صورت مکرر امنیت بیمار و موارد ایمنی در آنها را برای جلوگیری از خطر بروز اتفاقات ناگوار بررسی می‌کنند. تقریباً ۷۵٪ از این مرگ‌ها ناشی از حلق‌آویز کردن بودند و جایگاه دوم پس از آن در اختیار پریدن از جای بلند بوده است (گزارش دیدبان کمیسیون مشترک، ۲۰۰۸). اخیراً، میلز، کینگ، واتس و همفیل (زیر چاپ) نرخ اقدام به خودکشی در بخش‌های درمانی بستری سرپایی در بیمارستان‌های اداره امور کهنه سربازان را بین سال‌های ۱۹۹۹ و ۲۰۱۱ بررسی کردند و نتیجه گرفتند که نرخ کلی ۲۴۳ مورد مرگ خودکشی در چنین مراکزی طی این دوره رخ داده است که شایع‌ترین روش‌ها شامل حلق‌آویز کردن با ۴۳.۶٪، بُریدن رگ دست با ۲۲.۶٪ و خفه کردن خود با ۱۵.۶٪ بوده است.

اعداد، نشان‌دهنده این هستند که صرفاً بستری کردن به خودی خود به عنوان گزینه درمانی کافی نیست و حتی وقتی پرسنل و کارکنان سرسختانه ایمنی بیماران را در یک دوره منظم و به طور مکرر بررسی می‌کنند، پیشگیری از مرگ به علت خودکشی همیشه مورد تضمین نیست. این امر، این حقیقت ناراحت‌کننده را نشان می‌دهد که حتی در مراکزی که وسایل خودکشی بسیار محدود است، بیماران با تمایل بالا به مُردن می‌توانند اغلب روشی را برای رسیدن به هدف خود پیدا کنند؛ بنابراین اهمیت تدوین روش‌های درمانی مبتنی بر شواهد کوتاه‌مدت و مؤثر برای بیماران خودکشی‌گرا، در چنین مراکزی ضروری است.

### اقدام به خودکشی میان بیمارانی که به مراکز اورژانس مراجعه می‌کنند

بین سال‌های ۱۹۹۳ و ۲۰۰۸ به طور میانگین ۴۲۰۰۰۰ نفر در آمریکا هر ساله به خاطر دوره‌های خشونت علیه خود با یا بدون قصد خودکشی به بخش‌های اورژانس (EDs) مراجعه کرده بودند (تینا، سالیوان، بوردرو، میلر و کامارگو، ۲۰۱۲). افرادی که در میان بحران خودکشی به این مراکز مراجعه می‌کنند، نشان‌دهنده موارد بالینی مهمی هستند. در حقیقت، اگر چه ترخیص بدون درمان افراد خودکشی‌گرای شدید از چنین مراکزی به طور واضحی نامطلوب است، اما داده‌ها نشان می‌دهد که تصمیم برای بستری کردن افراد خودکشی‌گرای شدید اغلب موجب نتایج ناکام‌کننده مشابهی می‌شود. برای مثال بین سال‌های ۲۰۰۴ و ۲۰۰۶، ۱۶.۰۹٪ از افرادی که در فلوریدا به خاطر خودکشی مُرده بودند، طی ۴ سال قبل از مرگشان یک بار مراجعه به اورژانس داشته‌اند و به ترتیب ۱۴.۷٪ و ۷.۱٪ از این افراد طی یک ماه و دو هفته پس از این مراجعه مُرده بودند (روگنباوم و همکاران، ۲۰۰۸). گارین، هوس و اونس (۲۰۰۳) در یک مطالعه مستقل، گزارش دادند که ۳۹٪ از ۸۵ فرد فوت کرده به علت خودکشی، یک سال قبل از مرگ به بخش‌های اورژانس مراجعه کرده بودند.

این حقیقت که بسیاری از افراد فوت شده به علت خودکشی اندک زمانی پیش از مرگشان به