



ارزیابی و مدیریت خطر خودکشی

راهنمای درمانگران

فهرست مطالب

۷	پیشگفتار
۹	درباره ویراستار علمی
۱۰	سلب مسئولیت
۱۱	درباره نویسنده
۱۳	فصل اول: هدف و دورنما
۲۲	فصل دوم: آشنایی با خودکشی و خودزنی
۲۸	فصل سوم: محتوای ارزیابی خطر خودکشی
۴۹	فصل چهارم: ابزار و اسناد ارزیابی خطر خودکشی
۶۵	فصل پنجم: مدیریت بیماران خودکشی‌گرای حاد
۷۷	فصل ششم: مستندسازی و مکتوب کردن
۸۲	فصل هفتم: پایش کیفیت ارزیابی خطر خودکشی
۸۵	فصل هشتم: بررسی‌های موردی
۱۰۰	پیوست الف
۱۰۱	پیوست ب
۱۰۳	پیوست پ
۱۰۸	پیوست ت
۱۰۹	پیوست ث
۱۱۳	پیوست ج
۱۱۵	پیوست چ
۱۱۶	پیوست ح
۱۱۹	پیوست خ
۱۲۱	پیوست د
۱۲۳	پیوست ذ
۱۲۹	منابع
۱۳۳	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی
۱۳۴	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی

هدف

این کتاب به منظور ارائه راهنمایی جامع به درمانگران برای افزایش درک بالینی‌شان از ارزیابی و مدیریت خطر خودکشی تهیه شده است. درمانگران ترغیب می‌شوند تا دانش خود را به‌روز کنند و به مرور پژوهش‌های جدید و مطالعه سایر مواد جدید آموزشی یا ابزارهای توانمندسازی مبادرت ورزند تا از این طریق درک بالینی خود از ارزیابی و مدیریت خطر خودکشی را ارتقا بخشند.

۱-۱ مقدمه

خودکشی به‌عنوان پیامد چندعاملی معین در نظر گرفته می‌شود که ناشی از تعامل پیچیده عوامل بیولوژیکی، ژنتیکی، روان‌شناختی، جامعه‌شناختی و محیطی است. البته در تمام خودکشی‌ها همه این عوامل وجود ندارند و اینکه در تمام خودکشی‌ها به یک اندازه دخیل نیستند. بنابراین پیامد یک خودکشی ممکن است نتیجه عواملی باشد که با پیامدهای یک خودکشی دیگر متفاوت باشد.

خودکشی موضوعی کاملاً هیجانی است و در عین نادر بودن (نرخ کنونی آن در کانادا، از هر صد هزار نفر، ده تا دوازده نفر است)، تجربه خودکشی را تقریباً هر شخص، خانواده و جامعه‌ای ممکن است تجربه کند. در مورد خودکشی، برچسبی وجود دارد که مانع از این می‌شود افرادی که قصد خودکشی دارند، در جستجوی کمک برآیند (منبع: سلامت کانادا www.hc-sc.gc.ca).

لازم به ذکر است که نرخ مرگ‌ومیر در افراد با اختلالات روانی نسبت به افراد عادی بیشتر است و محققان معتقدند برای اینکه متوجه سطح مشکل سلامت عمومی شویم، تخمین دقیق‌تری از تفاوت مرگ‌ومیر این دو گروه از افراد لازم است (ارلانگسن و همکاران، ۲۰۱۷).

۱-۲ همه‌گیرشناسی

۱-۲-۱ سراسر جهان

بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی، خودکشی در سطح جهانی، در میان ۱۰ علت اصلی مرگ‌ومیر و دومین علت اصلی مرگ‌ومیر در میان افراد ۲۹-۱۵ ساله است. در سال ۲۰۱۲، حدود ۸۰۴۰۰۰ نفر در

دنیا، با خودکشی جانیشان را از دست داده‌اند که حدود ۱/۴ درصد از مرگ‌ومیر در جهان را به خود اختصاص داده است. به‌طور متوسط، سالانه، میزان مرگ ناشی از خودکشی ۱۱/۴ مورد در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر برآورد شده است (از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر، ۱۵ مرد و از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر، ۸ زن در هر سال) (سازمان بهداشت جهانی).

میزان خودکشی در کشورهای مختلف، بسیار متفاوت است و دلایل خودکشی نیز در هر مکان متفاوت است. در کشورهای پردرآمد غربی (مانند اروپا، اسکاندیناوی، استرالیا، نیوزلند، کانادا و آمریکا)، نرخ خودکشی در مردان حدود سه برابر بیشتر از زنان است و افراد با بیماری‌های روانی بیشتر در معرض خطر خودکشی قرار دارند. عوامل خطر سازی که به نظر جهانی هستند، شامل جوانی یا پیری، اختلال روانی، وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین، مصرف مواد و تجربه اقدام به خودکشی است. اختلالات روانی، نقش اصلی را در میان علل دارند؛ اگرچه سهم نسبی آنها در خودکشی در هر کشوری متفاوت است (پاتل و همکاران، ۲۰۱۵).

سازمان بهداشت جهانی، میزان خودکشی را در میان مردان ۷۵ ساله، ۵۰ نفر از میان ۱۰۰۰۰۰ نفر و در زنان ۷۵ ساله، ۱۶ نفر از بین ۱۰۰۰۰۰ نفر تخمین زده است.

۲-۱-۲ ایالات متحده آمریکا

در ایالات متحده آمریکا، خودکشی دهمین علت اصلی مرگ‌ومیر در همه سنین است و میزان آن در سال ۲۰۱۳ در آمریکا، ۴۱۱۴۹ نفر بوده است - حدود ۱۲/۶ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر که معادل ۱۱۳ خودکشی در هر روز یا هر ۱۳ دقیقه، یک نفر است (مرکز کنترل بیماری - CDC).

در سال ۲۰۱۱، بیش از ۸ میلیون نفر گزارش کرده‌اند که به‌طور جدی به خودکشی فکر کرده و بیش از یک میلیون نفر اقدام به خودکشی کرده‌اند. برآورد شده است که در سال گذشته ۲/۷ میلیون نفر (۱/۱ درصد) درباره نحوه اقدام به خودکشی، برنامه‌ریزی کرده‌اند (گزارش سازمان بهداشت روان و سوء مصرف مواد، SAMSHA، NSDUH، ۲۰۱۱).

در سال ۲۰۱۵، مجموع ۲۷۱۲۶۳۰ مرگ (به هر دلیلی) در افراد مقیم ایالات متحده آمریکا ثبت شده است - ۸۶۲۱۲ نفر بیشتر از سال ۲۰۱۴. نرخ خام مرگ‌ومیر برای سال ۲۰۱۵ (۸۴۴ مرگ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر)، ۲/۵ درصد بیشتر از نرخ ۲۰۱۴ بود (۸۲۳/۷) (گزارش‌های آمار مرگ‌ومیر کشور، جلد ۶۶، شماره ۲۷، سال ۲۰۱۷ - CDC).

در سال ۲۰۱۵، خودکشی سومین دلیل اصلی مرگ در میان افراد ۱۴-۱۰ ساله، دومین دلیل در میان افراد ۳۴-۱۵ ساله و چهارمین دلیل بین افراد ۴۴-۳۵ ساله و هفدهمین دلیل میان افراد ۶۵ ساله بود (مرکز کنترل بیماری - CDC).

۳-۲-۱ کانادا

در کانادا، خودکشی دلیل اصلی مرگ زودهنگام و قابل پیشگیری است. سالانه نزدیک به ۴۰۰۰ نفر در کانادا با خودکشی جانشان را از دست می‌دهند. بر اساس گزارش بخش بهداشت عمومی کانادا در سال ۲۰۰۶، خودکشی دلیل ۱/۷ درصد از کل مرگ‌ومیر در کانادا است. گزارش مرگ حاصل از خودکشی، با بررسی پزشکی قانونی تشخیص داده می‌شود. با این حال، این آمار، خودکشی‌هایی را که به اشتباه به عنوان مرگ تصادفی گزارش شده‌اند و یا مواردی را که تشخیص دقیق آن برای پزشکی قانونی، دشوار بوده است، شامل نمی‌شود.

خودکشی در طول عمر

کودکان و نوجوانان (۱۹-۱۰ سال)

خودکشی دومین عامل مرگ‌ومیر است.
این میزان برای پسران ۱۴-۱۰ ساله، ۴۱ درصد است.
این میزان برای پسران ۱۹-۱۵ ساله، ۷۰ درصد است.
این نرخ برای زنان بستری شده در بیمارستان، ۷۲ درصد است.

جوانان (۲۹-۲۰ سال)

خودکشی دومین عامل مرگ‌ومیر است.
مردان ۷۵ درصد از خودکشی‌ها را به خود اختصاص می‌دهند.
برای زنان بستری شده در بیمارستان، این میزان ۵۸ درصد است.

بزرگسالان (۴۴-۳۰ سال)

خودکشی سومین عامل مرگ‌ومیر است.
مردان ۷۵ درصد از خودکشی‌ها را به خود اختصاص می‌دهند.
برای زنان بستری شده در بیمارستان، این میزان ۵۶ درصد است.

بزرگسالان (۶۴-۴۵ سال)

خودکشی هفتمین عامل مرگ‌ومیر است.
۷۳ درصد از خودکشی‌ها توسط مردان بوده است (بیشترین نرخ خودکشی در میان مردان ۴۵-۵۹ ساله مشاهده شده است).
برای زنان بستری شده در بیمارستان، این میزان ۵۶ درصد است.

سالخوردگان (۶۵ سال به بالا)

خودکشی دوازدهمین علت مرگ‌ومیر است.
۸۰ درصد خودکشی‌ها توسط مردان بوده است (بالاترین میزان خودکشی در میان مردان بالای ۸۵ سال مشاهده شده است).
برای زنان بستری شده در بیمارستان، این میزان ۵۲ درصد است.
کانادا، سال ۲۰۱۶، گزارش شده توسط سازمان بهداشت عمومی کانادا

به ازای هر خودکشی، ۷-۱۰ نفر به شدت تحت تأثیر از دست دادن آن فرد قرار می‌گیرند. برآورد شده است که تنها در سال ۲۰۰۹ حدود ۱۰۰۰۰۰ سال زندگی بالقوه برای کانادایی‌های زیر ۷۵ سال در اثر خودکشی از دست رفته است (مرکز آمار کانادا).

در سال ۲۰۱۲، حدود ۳۹۰۰ مورد مرگ در کانادا به خودکشی نسبت داده شده است. مطابق این آمار، به میزان خودکشی ۱۱/۳ مرگ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر دست می‌یابیم (۲۹۷۲ مرد در مقایسه با ۹۵۴ زن یا میزان ۱۷/۳ در هر ۱۰۰۰۰۰ برای مردان در مقابل ۵/۴ در هر ۱۰۰۰۰۰ برای زنان). میزان خودکشی در نوجوانان (۱۹-۱۵ سال) از حداقل حدود ۷ در ۱۰۰۰۰۰ در سال ۲۰۰۵ به ۱۰ مورد در ۱۰۰۰۰۰ در سال ۲۰۱۲ رسیده است.

اختلاف آماری بین استان‌ها در نرخ خودکشی وجود دارد. به‌عنوان مثال در سال ۲۰۰۹ این نرخ در انتاریو ۹ مورد در ۱۰۰۰۰۰، در کوبک (شرق کانادا) ۱۲/۵ مورد در هر ۱۰۰۰۰۰ و در ایالت بریتیش کلمبیا (غرب کانادا)، ۱۰/۲ مورد در هر ۱۰۰۰۰۰ بود.

میزان خودکشی و فکر خودکشی در برخی از ساکنان اصلی کشور (بومیان کانادا) زیاد و حتی در برخی جمعیت‌های سرخپوستان اینویت بالاتر است. در میان ساکنان اصلی کشور، میزان خودکشی ۲ برابر متوسط کشوری است و هیچ نشانه‌ای از کاهش در آن مشاهده نمی‌شود. نرخ خودکشی در میان اینویت‌ها (سرخپوستان شمال کانادا) حتی بیشتر از ساکنان اصلی کشور است؛ یعنی ۶ تا ۱۱ برابر متوسط کانادایی‌ها است.

در نوناووت (از ایالات جدید کشور کانادا)، میزان خودکشی آن‌قدر زیاد است که از سال ۱۹۹۹ تاکنون، ۲۷ درصد از کل مرگ‌ومیرها را به خود اختصاص داده است. این میزان (میزان خودکشی در نوناووت) -که در حال حاضر یکی از بالاترین نرخ‌های خودکشی در جهان است- رو به افزایش است؛ به‌خصوص در میان جوانان.

تفاوت معناداری در میزان خودکشی در جوامع بومی / ساکنان اصلی کشور وجود دارد که در برخی از آنها این میزان بالاتر و در برخی دیگر بسیار پایین‌تر از نرخ کانادا است.

گروه دیگر کانادایی، یعنی LGBTQT، میزان بالاتری نسبت به میانگین کشوری دارند (www.publichealth.gc.ca).

۳-۱ هزینه و بار سنگین خودکشی

تأثیر روان‌شناختی و اجتماعی خودکشی بر خانواده و جامعه غیرقابل اندازه‌گیری است. به‌طور متوسط یک خودکشی به‌تعمیری حداقل ۷-۱۰ نفر دیگر را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اگر یک خودکشی در مدرسه یا محل کار رخ دهد، روی افراد حاضر در آن محل و یا بخشی از آن محل تأثیر می‌گذارد.

برخی از خودکشی‌هایی که رسانه‌ای می‌شوند نیز می‌توانند تأثیر بسزایی بر افراد جامعه داشته باشند. بار سنگین خودکشی را می‌توان بر حسب شاخص DALY (طول عمر از دست رفته ناشی از ناتوانی) و سال‌های از دست رفته زندگی (YLLs) و مرگ‌ومیر زودرس یا سال‌های زندگی پربار از دست رفته (YPLL) تخمین زد.

مطابق با این شاخص، خودکشی مسئول ۳۹ میلیون طول عمر از دست رفته ناشی از ناتوانی در سال ۲۰۱۲ بود.

اختلالات روانی و سوء‌مصرف مواد ۱۸۳/۹ میلیون طول عمر از دست رفته ناشی از ناتوانی یا ۷/۴ درصد (۶/۲ تا ۸/۶ درصد) از کل طول عمرهای از دست رفته ناشی از ناتوانی سراسر دنیا در سال ۲۰۱۰ را تشکیل می‌دهند (وایتفورد و همکاران ۲۰۱۳).

۱-۳-۱ هزینه خودکشی

۱-۳-۱-۱ ایالات متحده آمریکا

هزینه ملی خودکشی و اقدام به خودکشی در سال ۲۰۱۳، ۵۸/۴ بیلیون دلار بود. بر اساس آمار گزارش شده، متوسط هزینه خودکشی به‌تنهایی ۱۱۶۴۴۹۹ دلار است (مرکز کنترل بیماری- CDC).

۱-۳-۱-۲ کانادا

هزینه اقتصادی تخمینی یک خودکشی، بسته به سال‌های بالقوه زندگی از دست رفته، سطح درآمد و اثرات آن بر بازماندگان، بین ۴۳۳۰۰۰ و ۴۱۳۱۰۰۰ دلار برای هر فرد است (گزارش کمیته سلامت روان، ۲۰۱۶).

۱-۳-۱-۳ استرالیا

متوسط هزینه هر خودکشی در جوانان ۲۸۸۴۴۲۶ دلار است که شامل ۹۷۲۱ دلار به شکل هزینه مستقیم، ۲۷۸۸۲۴۵ دلار به‌عنوان ارزش تولید از دست رفته و ۸۶۴۶۰ دلار به‌عنوان هزینه سوگواری است. کل خسارت اقتصادی خودکشی جوانان در استرالیا ۲۲ بیلیون دلار در سال (معادل ۱۷ میلیارد دلار آمریکا) تخمین زده شده است که بین ۲۰ تا ۲۵ بیلیون دلار است (کینچین و دوران ۲۰۱۸).

۱-۳-۲ تخمین هزینه خودکشی

در کل هزینه خودکشی ترکیبی از هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم است. نمونه‌هایی از هزینه‌های

مستقیم شامل خدمات آمبولانس، تحقیقات پلیس، بیمارستان، پزشک، کالبدشکافی، مراسم تشییع جنازه و خاک‌سپاری است. اگر اقدام به خودکشی شود، اما ناموفق باشد، هزینه‌های دیگر ممکن است شامل روان‌درمانی، توان‌بخشی و درمان‌های دارویی باشد.

هزینه‌های غیرمستقیم: هزینه‌های غیرمستقیم، سرمایه اقتصادی از دست رفته‌ای است که جامعه باید در طول زمان متحمل شود. می‌توان این هزینه‌ها را به‌عنوان کاهش درآمدهای آتی ناشی از سال‌های بالقوه زندگی از دست رفته در نظر گرفت. در مورد اقدام به خودکشی، هزینه‌ها تقریباً شامل مراقبت غیررسمی، هزینه رفاه اجتماعی و هزینه‌های ناشی از بی‌خانمانی یا بیکاری می‌شود (کینچین و دوران ۲۰۱۸).

نمونه‌هایی از ارزیابی خطر خودکشی در استرالیا (کینچین و دوران ۲۰۱۸)

هزینه مستقیم
مراسم تشییع جنازه: ۴۰۰۰ دلار
کالبدشکافی و هزینه اداری: ۲۵۹۵ دلار
آمبولانس: ۸۰۵ دلار
پلیس: ۲۵۹۵ دلار
کل هزینه‌های مستقیم: ۹۹۹۵ دلار
هزینه‌های عزاداری و پس از آن: ۱۴۴۱۰ دلار به ازای هر شخص $\times ۶ = ۸۶۴۶۰$ دلار
هزینه غیرمستقیم
کاهش بهره‌وری = ۲۷۸۸۲۴۵ دلار

۴-۱ آشنایی با ارزیابی و مدیریت خطر خودکشی

ارزیابی خطر خودکشی و مدیریت خطر خودکشی اقدامات بالینی هستند که در طول دوره درمان توسط متخصصان سلامت روان و مراقبان سلامت به کار می‌روند. ارزیابی خطر خودکشی، به سنجش درمانگر از احتمال خودکشی بیمار اشاره دارد که در هر مرتبه از ملاقات با بیمار انجام می‌شود. این ارزیابی می‌تواند برای هر میزان از شدت خطر خودکشی به کار رود و می‌تواند با برخی ابزارهای ارزیابی که در شرایط خاص استفاده می‌شوند، همراه شود. اگرچه در هر مرتبه از ملاقات بیمار، به یک میزان از ارزیابی خطر خودکشی نیاز نیست، اما در هر مرتبه از ملاقات بیمار باید میزان خطر خودکشی را ارزیابی کرد. درجه ارزیابی بر اساس قضاوت بالینی، آگاهی از بیمار و آگاهی از شرایط بیمار

صورت می‌گیرد. ارزیابی می‌تواند شامل اطلاعاتی باشد که مستقیماً از بیمار یا از منابع موثق به دست آمده باشد.

در طول ارتباط درمانی با بیمار، خطر خودکشی ممکن است تغییر کند. به‌عنوان مثال، بروز نشانه‌های خاص (مانند توهم آمرانه که به فرد می‌گوید جان خود را بگیر یا بروز ناامیدی طی اپیزود افسردگی)، بدتر شدن وضعیت بالینی (مانند افزایش شدت افسردگی یا افزایش مصرف مواد مخدر)، ظهور وقایع مهم زندگی (مانند از دست دادن عزیز یا خودکشی دوست یا شخص موردعلاقه) و تغییرات در وضعیت مراقبت‌های بالینی (مانند ترخیص از بیمارستان یا بخش اورژانسی مراقبت ویژه) همگی می‌توانند خطر خودکشی را در طول دوره درمان افزایش دهند. بنابراین، ارزیابی خطر خودکشی یک فرآیند مداوم است.

استفاده از ابزار ارزیابی خودکشی می‌تواند به درمانگر در ارزیابی خطر خودکشی کمک کند و در صورت استفاده نیز می‌توان مستنداتی از محتوای ارزیابی خطر خودکشی را فراهم آورد. این نوع مستندسازی ممکن است به یادداشت‌های بالینی که در مورد جزئیات ارزیابی خطر خودکشی اشاره‌ای ناچیز دارند یا اصلاً اشاره‌ای ندارند، ترجیح داده شود. باین حال، هیچ ابزار ارزیابی خطر خودکشی وجود ندارد که بتواند به‌طور دقیق پیش‌بینی کند که آیا فرد با خودکشی جان خود را از دست خواهد داد یا نخواهد داد و در چه بازه زمانی این اتفاق رخ خواهد داد.

ارزیابی خطر خودکشی می‌تواند یک متخصص سلامت روان آموزش‌دیده را قادر سازد تا احتمال مرگ ناشی از خودکشی را در کوتاه‌مدت (معمولاً در یک بازه چند ساعته تا چند روزه) تعیین کند. پیش‌بینی‌های طولانی‌مدت غیرقابل اعتماد هستند، از همین رو ارزیابی خطر خودکشی یک روند مداوم است. برای برخی بیماران، افزایش خطر می‌تواند یک پدیده حاد باشد، درحالی‌که برای برخی دیگر می‌تواند یک پدیده مزمن باشد. برای برخی از بیماران که به‌طور مزمن در معرض خطر خودکشی قرار دارند، تشدید حاد این خطر ممکن است رخ دهد.

ارزیابی خطر خودکشی مستلزم دیدن آموزش، داشتن شناخت کافی از بیماران، وضعیت روانی و شرایط آنها و آگاهی درمانگر از این مسئله است که خطر یک پدیده ایستا نیست و این خطر می‌تواند با گذشت زمان تغییر کند. وظیفه متخصص سلامت روان این است که مناسب‌ترین مقیاس ارزیابی خطر خودکشی را در هر بار ملاقات با بیمار اجرا کند و اینکه اطلاعات مربوط به وضعیت بیمار در دوره‌های زمانی مابین ملاقات‌ها را دریافت کند.

ارزیابی خطر خودکشی منجر به مدیریت خطر خودکشی می‌شود. مدیریت خطر خودکشی نیز یک روند مداوم و پیوسته است و مبتنی بر تصمیم درمانگر از احتمال خودکشی به‌عنوان یک پیامد حاد و یا مزمن است. مدیریت خطر خودکشی شامل استفاده از مداخلات کلی و اختصاصی می‌شود.

به‌عنوان مثال، برخی از مداخلات کلی شامل ارائه درمان‌های مبتنی بر شواهد برای افرادی است که بیماری روانی دارند یا شامل رویکردهای مراقبت مشترک^۱ برای درمان مداوم افراد مبتلا به بیماری روانی مزمن و مداوم است. برخی از مداخلات اختصاصی ممکن است شامل تماس مکرر پس از ترخیص از بیمارستان یا پس از ترخیص از بخش اورژانسی، توصیه‌هایی برای محدود کردن دسترسی به وسایل کشنده (مانند برداشتن اسلحه از خانه) یا بستری شدن (داوطلبانه یا غیر داوطلبانه) در بیمارستان ارائه دهنده درمان باشد.

ارزیابی خطر خودکشی و مدیریت خطر خودکشی هم وظیفه فردی هر متخصص سلامت روان و هم وظیفه جمعی کل گروه مراقبت‌های سلامتی است که با چنین بیماری سروکار دارند. ارتباط بین اعضای گروه مراقبت‌های سلامتی در مورد خطر خودکشی بیمار، بخش مهمی از مراقبت‌های مداوم است. برخی از محققان اظهار داشته‌اند که به دلیل سهل‌انگاری متخصصان سلامت روان در کار با بیماران خودکشی‌گرا ممکن است در اجرای ارزیابی و مدیریت خودکشی مبتنی بر شواهد خلأهایی وجود داشته باشد (راش و همکاران، ۲۰۱۸).

۵-۱ آیا پرسش درباره خودکشی احتمال ارتکاب بیمار به خودکشی را افزایش می‌دهد؟

در شرایط بالینی، پرسش در مورد فکر یا برنامه‌ریزی برای خودکشی، خطر خودکشی را افزایش نمی‌دهد. برعکس، پرسیدن، خطر ابتلا به خودکشی را کاهش می‌دهد؛ زیرا موجب شناسایی افرادی می‌شود که احتمال بالاتری برای مرگ قریب‌الوقوع ناشی از خودکشی را دارند و در نتیجه پرسیدن در مورد خودکشی بخشی از ارزیابی جاری خطر خودکشی است. باین حال، اطلاعات قابل توجهی جهت پاسخ به این سؤال وجود ندارد که اگر خارج از محیط بالینی از افراد درباره فکر یا برنامه‌ریزی برای خودکشی سؤال شود، خطر مرگ ناشی از خودکشی را کاهش یا افزایش می‌دهد. مطابق پژوهش بولتون و همکارانش (۲۰۱۵)، یکی از موانع ارزیابی خودکشی، این باور برخی از درمانگران است که پرسش در مورد افکار خودکشی چنین افکاری را در بیماران القا می‌کند. در سال ۲۰۱۴ یک مطالعه مروری غیرنظام‌دار منتشر شد و به بررسی ۱۳ پژوهش چاپ شده بین سال‌های ۲۰۰۱ تا ۲۰۱۳ راجع به همین سؤال پرداخت و نشان داد که هیچ‌یک از پژوهش‌ها افزایش قابل توجهی در افکار خودکشی بیمارانی که در مورد خودکشی از آنها سؤال شده است، گزارش نکرده‌اند (بولتون و همکاران، ۲۰۱۵).

1 Collaborative care approaches