

نجات یک زندگی: پیشگیری از خودکشی

رضوان صدرمحمدی^{*}، سمیه حدادرنجبر^۱، رضا بیدکی^۲

مقاله مروری

مقدمه: خودکشی یک مشکل جدی و مهم در سلامت و بهداشت جامع محسوب می‌شود. هر سال تقریباً ۷۰۰ هزار نفر در سراسر دنیا جان خود را به واسطه خودکشی از دست می‌دهند که این آمار، از کشته شدگان جنگ بیشتر است. فوت فرد ناشی از خودکشی نه تنها از دست رفتن یک زندگی است بلکه موجب آسیب‌های روانشناختی بر سایر اعضا خانواده و دوستان فرد نیز می‌شود. عوامل مهمی بر رفتار خودکشی تاثیرگذار است. تا حدی که تمام ۱۹۴ کشور عضو سازمان جهانی بهداشت، برنامه اقدام جامع سلامت روان ۲۰۲۰-۲۰۱۳ را امضا کرده‌اند که دولت‌ها را موظف می‌کند مداخلات مبتنی بر شواهد را در جامعه برای پیشگیری از خودکشی در تمام مراحل زندگی اجرا کنند. علاوه بر آن متولیان سلامت روان جامعه به واسطه ارتباط مستقیم با افراد در پیشگیری رفتار خودکشی نقش به‌سزا و مهمی دارند.

نتیجه‌گیری: بر اساس مطالعات اخیر، درمان‌های تاثیرگذار و بر اساس شواهد بالینی در زمینه‌های روانشناسی و روانپزشکی برای نجات یک زندگی برای همکاران حوزه سلامت روان معرفی می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: خودکشی، روان درمانی، درمان دارویی

ارجاع: صدرمحمدی رضوان، حدادرنجبر سمیه، بیدکی رضا. نجات یک زندگی: پیشگیری از خودکشی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۴۰۳؛ ۳۲ (۴): ۱۴-۷۷۰۲.

۱- گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ولیعصر رفسنجان، رفسنجان، ایران.

۳- مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران.

* (نویسنده مسئول): تلفن: ۰۹۱۳۲۹۰۳۳۱۵، پست الکترونیکی: Sadr_1383@yahoo.com، صندوق پستی: ۷۷۱۸۸۹۷۱۱۱

شناسایی احتمال خودکشی فرد وجود ندارد (۹-۱۱) ۲ دلیل برای این اتفاق می‌شود متذکر شد ۱- بعضی از دلایل خودکشی نادر هستند ۲- معمولاً افراد اقدام‌کننده خودکشی درباره افکار خودکشی خود در جلسات مشاوره صحبت نمی‌کنند (۱۰). بنابراین استفاده ۲ یا بیشتر از تست‌های ارزیابی ریسک فاکتورها و مصاحبه بالینی متخصص می‌تواند از یک رویکرد به تنهایی مفیدتر باشد (۱۰، ۱۲، ۱۳).

مدیریت درمان رفتار خودکشی

روان‌درمانی: رویکردهای طبی اخیر، برای مدیریت رفتارهای خودکشی بر کاهش ریسک فاکتورهای موثر تاکید دارند. متخصصان حیطه روانشناسی بر درمان خودکشی بر تاثیر نورویولوژیکی بیماری مانند اختلالات روانشناختی تاکید دارند. هرچند در مواردی از خودکشی‌ها، فرایند سبب‌شناسی و ارزیابی افکار خودکشی و اقدامات، خیلی پیچیده هستند و تاثیر محیط و واکنش افراد را نیز باید در نظر گرفت. روش‌های روان‌درمانی مختلف زیادی در کارهای بالینی برای کاهش فوریت افکار یا میل یا انگیزه خودکشی، تمرکز بر نواقص و آسیب‌های تنظیم هیجانات و فقدان مکانیزم‌های مقابله‌ای سازگار و کاهش رفتارهای شناختی مرتبط با ریسک فاکتورهای خودکشی در حالیکه الگوهای سالم پاسخ‌دهی را ایجاد می‌کند.

درمان شناختی - رفتاری (Cognitive-Behavior Therapy):

یکی از پرکاربردترین و ثابت شده‌ترین مداخلات روان‌شناختی موثر در رفتار خودکشی است. در مورد خودکشی، فرضیه‌های شناختی درمان CBT، بر این اعتقاد دارند که آسیب‌پذیری زیستی - روانی - اجتماعی منجر به افکار اتوماتیک منفی می‌شود و یک حالت درماندگی خودکشی همراه با الگوهای رفتاری، هیجانی، شناختی و مشکلات جسمانی نمایان می‌کند (۱۴). درمان شناختی - رفتاری به‌طور همزمان علاوه بر کشف افکار منفی، باورهای اصلی خودکشی که از سیستم اعتقادی فرد کشف می‌کند، و با مفهوم‌سازی موقعیت‌های خاص و ایجاد مهارت‌های مقابله‌ای مانند برنامه‌ریزی ایمن و خودمراقبتی و پیشگیری از عود به بیماران کمک می‌کند (۱۴). انواع از درمان شناختی رفتاری مخصوصاً برای پیشگیری از

تاثیر خودکشی بر جوامع، نظام سلامت و سلامت مردم غیرقابل انکار است. هر سال تقریباً ۷۰۰ هزار نفر در سراسر دنیا جان خود را به واسطه خودکشی از دست می‌دهند (۱). که این آمار، از کشته شدگان جنگ بیشتر است (۲). خودکشی دومین عامل مرگ بین جوانان ۱۸-۲۵ سال و نوجوانان ۱۰ تا ۱۵ سال است و بیشترین فراوانی را در بزرگسالان دارد. اقدام به خودکشی در حدود ۴۰-۱۰ برابر بیشتر از خودکشی موفق است در حالی که افکار خودکشی ۲۲/۳-۱۶ برابر بیشتر از اقدام به خودکشی در تمام دوران زندگی است (۳). در حدود ۵۰ تا ۸۰٪ از قربانیان در اقدام اول فوت می‌کنند (۳). بر طبق منابع مختلف، ۲/۸- ۱/۶٪ اقدام‌کنندگان خودکشی، ۱ سال بعد از اقدام اولیه بر اثر اقدام مجدد فوت می‌کنند. در حالیکه برای corresponding rate برای ۵ تا ۱۰ سال ۵/۶-۳/۹٪ و ۷/۴٪ است (۴، ۵). این آمار و داده‌های دیگر نشان می‌دهند که ریسک مرگ (یا اقدام) بعد از اولین تلاش افزایش می‌یابد و بعد به مرور زمان کاهش می‌یابد (۵، ۶). ریسک فاکتورهای خودکشی را می‌توان به شیوه‌های مختلف طبقه‌بندی کرد، اما بر طبق یکی از این دسته‌بندی‌ها تمام عوامل را می‌توان در دو طبقه کلی عوامل محیطی و عوامل شخصی قرار داد. به‌طور مثال دسترسی ضعیف به سیستم سلامت عمومی، گزارش محیطی خودکشی، فشار همسالان، مشکلات اقتصادی جزو عوامل محیطی هستند. عوامل شخصی که به سه دسته تقسیم می‌شوند: ۱- عوامل مستعد کننده ۲- عوامل واسطه‌گر ۳- عوامل آشکار کننده (۳، ۷). اما طبقه‌بندی دیگر ریسک فاکتورها بر اساس شدت تاثیرگذاری است (۸) مانند: عوامل با تاثیرگذاری بالا شامل: اختلالات عصب روانشناختی، تاریخچه خانوادگی رفتارهای خودکشی، سوءمصرف مواد عوامل با تاثیرگذاری متوسط شامل: اتفاقات زندگی، تشخیص اخیر بیماری جسمانی مزمن، تلاش‌های قبلی و تجربیات دردناک کودکی، دسترسی به مواد آسیب‌زا (۳). تقریباً درصد بالایی از قربانیان خودکشی یک ماه قبل از خودکشی به پزشک یا روانشناس مراجعه می‌کنند (حدود ۴۰ تا ۴۵٪) (۹). اما متأسفانه ابزار قابل اعتمادی برای

تنظیم هیجان، و آموزش سبک حل مسئله است (۲۳). در پژوهش فراتحلیل، اثربخشی آن در مقایسه با TAU در کاهش آسیب به خود، افکار خودکشی و ناامیدی پس از ۶ و ۱۲ ماه نشان داده شده است (۲۴).

درمان متمرکز بر انتقال (Transference Focused Therapy: TFP)، که برای درمان بیماران مرزی بر اساس رویکرد روان تحلیل‌گری تدوین شده است. این درمان بر ادغام روابط شی پرخاشگر درونی شده با روابط ایده‌آل از طریق تجزیه و تحلیل تجربه رابطه با درمان‌گر و پیوند دادن انتقال‌های مثبت و منفی برای ادغام، بخش‌های ایده‌آل شده و آزردهنده یک رابطه تمرکز دارد (۲۵،۲۶). و در چند مطالعه اثربخشی این درمان در کاهش رفتار خودکشی نشان داده شده است (۲۷،۲۸).

درمان مبتنی بر ذهنیت (MBT – Mentalization based Treatment) در رویکرد روان تحلیل‌گری، برای درمان اختلالات شخصیت توسعه یافته است، بر مشکلات ذهنی‌سازی تمرکز دارد، فرآیندی که شامل آن می‌شود. در به‌دست آوردن حس هویت و درک فرآیندهای ذهنی و حالات ذهنی دیگران (۲۹). پژوهش‌گران نشان دادند که MBT در مقایسه با TAU حتی ۵ سال پس از اتمام درمان می‌تواند در کاهش رفتارهای خودآزار موثر باشد (۳۰) و هم‌چنین در مقایسه با درمان‌های کنترلی در کاهش اقدام به خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت تأثیرگذارتر بوده است (۲۵،۳۰،۳۱).

درمان بین فردی (IPT: Interpersonal Therapy) که بر مشکلات بین فردی، تعارضات، کاستی‌ها و انتقال نقش و ارتباط آن‌ها در افسردگی تمرکز دارد، می‌تواند افکار خودکشی را نیز کاهش می‌دهد (۳۲).

مداخلات مختصر برای مدیریت خطر و رفتار خودکشی: از آنجایی که خطر خودکشی اغلب به‌عنوان یک وضعیت اضطراری ظاهر می‌شود و مداخلات فوری، آسان و سریع ارائه می‌شود، چندین مورد روش‌های مداخله مختصر برای هدف قرار دادن رفتار خودکشی در پروتکل‌های مختلف مراقبت‌های بهداشتی

خودکشی طراحی شده‌اند مانند (Cognitive-behavior therapy for suicide prevention: CBT_SP) (۱۵). یا درمان شناختی - رفتاری کوتاه‌مدت برای پیشگیری از خودکشی (BCBT) (۱۶). درمان شناختی - رفتاری در مقایسه با درمان‌های معمول (TAU: treatment as usual) کاهش ۵۰٪ ریسک خودکشی در ۱۸ ماه را داشته است (که البته ایده آل نیست) (۱۷،۱۸). BCBT (brief Cognitive-behavior therapy) نیز نسبت به درمان‌های معمول و رایج تأثیرگذاری بهتری داشته است. CBT در موارد با ریسک‌های بالا خودکشی در دوره زمانی حداقل ۵ ساله بیشترین تأثیر را خواهد داشت (۱۹) و بر طبق مطالعات، ۳ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای ممکن است در کاهش طولانی‌مدت ریسک خودکشی را در پی داشته باشد (۲۰).

رفتاردرمانی دیالکتیکی (Dialectical Behavior Therapy: DBT) یک CBT نسل سوم است که برای بیماران مرزی به عنوان ترکیبی از راهبردهای شناختی و رفتاری از CBT، استراتژی‌های پذیرش و حمایتی توسعه یافته است. درمان شامل جلسات فردی و گروهی و مربی‌گری تلفنی می‌باشد. DBT بر بی‌نظمی عاطفی ناشی از آسیب‌پذیری ژنتیکی، تجارب نادرست محیطی دوران کودکی، فقدان اکتسابی راهبردهای خودتنظیمی تطبیقی و در نتیجه رفتارهای تکانشی و ناسازگار تمرکز دارد، و هدف از این درمان، ایجاد مهارت‌های تنظیم هیجان سازگارانه و مهارت‌های بین فردی، تحمل پریشانی، و ذهن‌آگاهی است (۲۱). و یک متاآنالیز از ۱۸ مطالعه کار آزمایشی بالینی، اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک در مدیریت خطر خودکشی مورد بررسی قرار گرفته است و دریافته‌اند که رفتاردرمانی دیالکتیک در کاهش خشونت نسبت به خود مؤثر است، اما در کاهش افکار خودکشی مؤثر نیست (۲۲).

درمان حل مسئله (PST: Problem-solving therapy) هم‌چنین در چارچوب CBT، با هدف توسعه و تقویت شناختی- رفتاری و مهارت‌هایی برای رویارویی با رویدادهای زندگی و عوامل استرس‌زا به‌طور مؤثرتر و سازگارانه‌تر توسعه یافته است. و هدف آن افزایش تاب‌آوری در برابر استرس،

اختلال دوقطبی و عوارض بی‌ثبات کننده احتمالی آن‌ها مورد بحث است (۳۸). به طوری که افزایش خطر رفتار خودکشی در افراد مبتلا به بی‌قراری، عصبانیت، تحریک‌پذیری، بی‌خوابی گزارش شده است. تحریک‌پذیری و عدم توانایی کنترل تکانه، به‌ویژه در مورد همراهی با سوء‌مصرف و وابستگی به مواد و در افراد جوان‌تر، بیشتر و قابل‌توجه است (۳۹). در حالی که نتایج نسبتاً نادر هستند متأسفانه، مطالعات تصادفی شده و کنترل شده در مورد تعداد و زمان مواجهه محدود هستند. به‌طور مشابه، اکثر مطالعات فراتحلیل فقط تفاوت جزئی در میزان خودکشی بین بیماران افسرده تحت درمان با داروهای ضد افسردگی یا دارونما گزارش کردند، در حالی که معمولاً افزایش خطر خودکشی در کودکان و نوجوانان که تحت درمان با داروهای ضد افسردگی قرار گرفتند مشخص شده است (۴۰،۴۱). استفاده از داروهای ضد افسردگی در شرایط بالینی خاص از جمله علائم ترکیبی با توجه به خطرات مربوط به تسریع چرخه و خواص بی‌ثبات کننده خلق این داروها باید اجتناب شود (۴۲،۴۳). شواهد بالینی قوی در مورد تاثیر داروهای ضد اضطراب جهت کاهش خطر خودکشی در کوتاه و بلند مدت وجود ندارد (۴۴). استفاده از بنزودیازپین‌ها (Benzodiazepine) یا سایر داروهای آرام‌بخش ممکن است با بازداری رفتاری، افزایش تکانش‌گری و رفتارهای پرخطر همراه باشند، به‌ویژه هنگامی که با سوء‌مصرف/وابستگی به الکل یا اختلالات شخصیتی ترکیب شوند (۴۵). علاوه بر این، استفاده از داروهای آرام‌بخش خاص (۴۶) یا خواب‌آور مانند زولپیدم (۴۷). با افزایش میزان سوء‌استفاده همراه است و حتی قطع سریع بنزودیازپین ممکن است به‌طور قابل‌توجهی خطر خودکشی را تقویت کند (۴۵).

داروهای ضد روان‌پریشی: کلوزاپین یک نوع داروی آنتی‌سایکوتیک نسل جدید آتیپیک که به عنوان اولین داروی ضد روان‌پریشی بود که توسط سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) برای مدیریت خطر خودکشی در اسکیزوفرنیا تایید شد. بر اساس یک کارآزمایی تصادفی بزرگ، کلوزاپین همراه با الانزاپین در بیماران اسکیزوفرنیا، کاهش میزان خطر خودکشی

مانند ER توسعه یافته است. برنامه مداخله کوتاه‌مدت اقدام به خودکشی (ASSIP: Attempted Suicide Short Intervention Program)، متشکل از ۳ جلسه و برای پیشگیری تلاش مجدد اقدام به خودکشی ساخته شده است (۳۳)، بازسازی مسیر منتهی به خودکشی بر اساس یک مصاحبه ویدیویی ضبط شده، مفهوم‌سازی موردی شامل آسیب‌پذیری‌ها، محرک‌ها و راهبردهای ایمنی که به بیمار داده می‌شود از جمله اصول این برنامه است. هم‌چنین در ادامه درمان نامه‌هایی از درمان‌گر در طول دو سال بعد برای یادآوری خطر بحران خودکشی طولانی‌مدت و راهبردهای ایمنی برای فرد ارسال می‌شود. ASSIP به طور قوی، خطر اقدام به خودکشی را در مقایسه با TAU حتی بعد از ۲۴ ماه بعد کاهش می‌دهد (۳۳،۳۴). ارزیابی مشارکتی و مدیریت خودکشی (Collaborative Assessment and Management of Suicidality; CAMS) شامل پنج مرحله است: ارزیابی مشارکتی خطر، برنامه‌ریزی درمان، پایش و حل وضعیت خودکشی بالینی و کاهش سریع افکار خودکشی (۳۶)، با این حال، مطالعات کارآزمایی بالینی، اندک هستند (۲۵). علی‌رغم اثربخشی چندین روش روان‌درمانی در کاهش خطر خودکشی، هنوز نیاز زیادی به درک بهتر نقش و مزایای روان‌درمانی وجود دارد و مفاهیم روان‌درمانی بیشتری باید در پیشگیری از خودکشی با یکدیگر ادغام شوند، حال حاضر روان‌درمانی‌های موثر یک نقش حاشیه‌ای در مدیریت خودکشی دارند (۳۷).

درمان دارویی برای مدیریت خطر و رفتار خودکشی داروهای سنتی برای رفتارهای خودکشی

داروهای ضد افسردگی: اگرچه مطالعاتی وجود دارد که نشان می‌دهد درمان کوتاه‌مدت و طولانی‌مدت با داروهای ضد افسردگی ممکن است به‌طور کلی خطر خودکشی را کاهش دهد، مطالعات متعددی نیز انجام شده است که نتایج غیرقطعی گزارش کردند. در حالیکه شواهد مربوط به اثربخشی کوتاه‌مدت و بلندمدت درمان دارویی ضد افسردگی در بیماران افسرده ثابت شده است، استفاده از این داروها در درمان فاز افسردگی

خطر خودکشی می‌شود (۶۲). در نهایت، اگرچه شواهدی در این رابطه خاص وجود دارد، تحقیقات در مورد داروهای ضد تشنج و خطر خودکشی تا حد زیادی متناقض است و نیاز به مطالعات بیشتر دارد.

لیتیوم در درمان و پیشگیری از رفتار خودکشی: پژوهشگران شواهد قوی از نقش لیتیوم در حفاظت از خطر خودکشی در میان بیمارانی که از اختلالات خلقی رنج می‌برند گزارش کردند. در نمونه‌ای از بیماران اختلال دوقطبی، درمان با لیتیوم با کاهش قابل توجه رفتار خودکشی به شدت تهدید کننده زندگی همراه بوده که پس از قطع لیتیوم، اعمال خودکشی به‌طور قابل توجهی افزایش یافته است (۳۹). این نویسندگان دریافتند که قطع تدریجی در مقابل سریع لیتیوم می‌تواند باعث محدود شدن خطر رفتار خودکشی شود (۳۹). درمان نگهدارنده لیتیوم خطر خودکشی را به شدت کاهش داد. اقدام به خودکشی بیماران تک قطبی \leq دوقطبی II \leq دوقطبی I، تا سطوح کلی نزدیک به میزان عمومی جمعیت است. از سوی دیگر، بیمارانی که لیتیوم دریافت نکردند، در تمام موارد اختلالات خلقی ذکر شده در بالا، میزان هشدار دهنده‌ای از خطر و اقدام به خودکشی داشتند (۶۳). به‌طور کلی، با وجود برخی شواهد مختلف، به‌نظر می‌رسد لیتیوم در محافظت از بیماران اختلال خلقی در برابر خطر خودکشی منحصربه‌فرد است (۶۳). البته این شواهد نیز متناقض است به‌طوری که کانتر و همکاران (۶۴) مشاهده کردند که افزودن لیتیوم به رژیم‌های دارویی موجود در پیشگیری از طیف گسترده‌ای از رویدادهای مرتبط با خودکشی در بیماران تحت درمان اختلالات خلقی بودند و قبلاً درگیر آن بودند رفتار خودکشی بی‌اثر بوده است. (این پتانسیل را دارد که به‌صورت فراتشخیصی عمل کند، شواهد حاصل از مطالعات لیتیوم در آب آشامیدنی ارائه شده است و میزان خطر خودکشی در مناطق انتخابی که در آن غلظت بالاتر هستند تایید کننده این مطلب است (۶۵).

درمان‌های دارویی جدید و نوظهور برای کاهش رفتار خودکشی: در بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان (TRD: Treatment-Resistant depression)، تجویز یک

و اقدام به خودکشی را نشان داد (۴۸) کارآزمایی بعدی (۴۹) اثر مفید کلوزاپین را نسبت به ریسپریدون، کوتیپین یا الانزاپین در بیماران اسکیزوفرنیا تکرار کرد. اثربخشی و ایمنی آنتی‌سایکوتیک‌های آتیپیک نیز در درمان افسردگی دو قطبی نشان داده است که نه‌تنها برای علائم افسردگی بلکه برای تنظیم حالات مختلط ناخوشایند که اغلب با خطر بالاتر خودکشی همراه است مفید بوده است (۳۸). اثربخشی کلوزاپین در بیماران مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی که به سایر درمان‌ها پاسخ مناسبی ندادند (۵۱، ۵۰). یا در کسانی که ویژگی‌های روان‌پریشی دارند (۵۲) گزارش شده است. در مورد آریپیپرازول، کارپرازین، آسانپین، لورازیدون، اولانزاپین و زیراسیدون آن‌ها به عنوان مونوترایی یا در ترکیب با لیتیوم یا عوامل تثبیت کننده خلق، با توجه به اثرات مثبت آن‌ها بر افسردگی/ شرایط شیدایی (۵۳) و همچنین تأثیر آن‌ها بر کاهش خطر خودکشی در اسکیزوفرنیا ثابت شده است (۵۵، ۵۴). علاوه بر این، الانزاپین و ریسپریدون باعث کاهش افکار و رفتار خودکشی در اسکیزوفرنیا شده است (۵۶، ۵۷). شواهد و مدارک همچنین اثربخشی الانزاپین را هنگامی که به لیتیوم یا دیوالپروکس برای کاهش افکار خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی با علائم مختلط اضافه شود در مقایسه با دارونما نشان می‌دهد (۵۸). قطع سریع داروهای ضد روان‌پریشی نسل جدید در اسکیزوفرنیا ممکن است اقدام به خودکشی و میزان رفتارهای خودکشی را افزایش دهد (۵۹) و همچنین اثرات نامطلوب خاص (به عنوان مثال، آکاتیژیا و سندرم‌های تاخیری تحریکی) مربوط به استفاده از این داروها می‌تواند احتمال خطر خودکشی را افزایش دهد (۶۰).

داروهای ضد تشنج: شواهد محدودی در مورد اثرات احتمالی تثبیت کننده‌های خلقی به جز لیتیوم در کاهش خطر خودکشی در دسترس است (۶۱). شواهد نشان می‌دهد که برخی از داروهای ضد تشنج ممکن است اثر مفیدی بر رفتار خودکشی داشته باشند (۴۴). بر اساس یک مطالعه ۶ ساله دانمارکی که شامل بیش از ۱۶۰۰۰ نفر بوده است به این نتیجه رسیدند که افزودن والپروات یا لیتیوم کربنات (Carbonate Lithium) در مقایسه درمان تنها با داروهای ضد روان‌پریشی منجر به کاهش

خودکشی اهمیت دارند (۷۰). افزایش انعطاف‌پذیری شناختی که در دوره طولانی‌مدت توسط درمان سیلوسایبین اتفاق می‌افتد ممکن است به بیماران امکان اجتناب از پذیرش افکار و الگوهای رفتاری ناکارآمد را بدهد (۷۱).

درمان بیولوژیکی و تعدیل‌کننده عصبی در درمان رفتار خودکشی

درمان تشنج الکتریکی (Electroconvulsive therapy=ECT): برای چندین دهه، الکتروشوک درمانی یک امر ضروری بوده است. روش درمانی نیمه تهاجمی عمدتاً برای افسردگی شدید، شیدایی، و حالات کاتاتونیک و سندرم نورولپتیک بدخیم (Neuroleptic Malignant Syndrome) استفاده می‌شود (۷۲). ECT یک روش بستری است که تحت بیهوشی عمومی و آرام‌سازی عضلانی انجام می‌شود. علی‌رغم شهرت تاریخی نامطلوبی که دارد، امروزه ECT به‌صورت یک مداخله ایمن در نظر گرفته می‌شود (۷۳،۷۴). به دلیل اثر سریع ECT، به‌ویژه زمانی که بهبودی سریع ضروری باشد کاربردی است (به عنوان مثال. در موارد با خودکشی راجعه) (۷۴،۷۵). متأسفانه، اجرای مطالعات با کیفیت بالا برای ارزیابی ویژگی‌های پیشگیری از خودکشی ECT امکان‌پذیر نیست. دلایل مختلفی وجود دارد که مهم‌تر از همه، به دلیل ماهیت تجویز ECT و دلایل اخلاقی است. ECT یک روش درمانی است که به ندرت بصورت یک روش آینده‌نگر و پژوهشی انجام شده است که برای نتیجه مناسب، مطالعه با گروه بالینی زیاد از موارد خودکشی برای محاسبات آماری نیاز است. در نهایت، از آنجایی که ECT اغلب برای درمان افراد مبتلا به اختلالات شدید اختصاص دارد، گنج شدن با نشانه/شدت ممکن است منبع سوگیری در مطالعات مشاهده‌ای باشد (۷۶،۷۷).

نتیجه‌گیری

پیشگیری از رفتار خودکشی تا حد زیادی بستگی به شناخت بهتر افسردگی، ریسک فاکتورهای اقدام به خودکشی و مدیریت درمان بهتر افسردگی، روان‌درمانی، دارو درمانی دارد. بنابراین ما برای درک عمیق از فرآیندهای بیولوژیکی و روانی اجتماعی که منجر به خطر خودکشی می‌شوند، به مطالعات بیشتری نیاز داریم

دوز از اسکتامین (Esketamine) (داخل بینی) منجر به کاهش سریع علائم افسردگی می‌شود. افزایش جذب اسکتامین از طریق بینی به عنوان یک گزینه درمانی معتبر برای TRD است و استفاده از این روش برای کاهش سریع علائم افسردگی MDD با افکار و رفتار خودکشی مفید است (۶۶). Canuso و همکارانش (۶۷) اثرات اسکتامین تجویز از طریق داخل بینی در نمونه‌ای متشکل از ۶۸ بیمار (درمان شده با تجویز اسکتامین یا دارونما علاوه بر مراقبت استاندارد جامع درمان) را بررسی کردند و بهبود قابل‌توجهی در نمره کل مقیاس افسردگی مونته‌گومری-آسبرگ (MADRS) در گروه اسکتامین در مقایسه با بیماران تحت درمان با دارونما در ۴ ساعت و ۲۴ ساعت مشاهده کردند، اما چنین تأثیری در روز ۲۵ام مشاهده نشد. گروهی که تحت درمان با اسکتامین قرار گرفتند، در نمره «افکار خودکشی» MADRS در ۴ ساعت بهبود بیشتری داشتند (اما نه در ۲۴ ساعت یا ۲۵ روز). البته باید در نظر گرفت این نتایج از بیمارانی که تصمیم جدی و با برنامه برای خودکشی داشتند و داوطلبانه در طرح شرکت کردند، به‌دست آمده است. مطالعات اخیر در مقیاس بزرگ نشان داد که ۲۴ ساعت پس از اولین دوز داروی مورد مطالعه، اسکتامین به علاوه مراقبت‌های استاندارد خوب، منجر به کاهش معنی‌دار علائم افسردگی در مقایسه با گروه دارونما شد. با این حال، هر دو گروه اسکتامین و دارونما بهبودی در شدت خودکشی نشان دادند. احتمالاً به دلیل به متغیرها و مداخلات مختلف مانند بستری شدن در بیمارستان و اجرای مراقبت‌های پزشکی با درک همدلانه از بحران خودکشی می‌تواند باشد (۶۸). داروهای روانگردان مانند سیلوسایبین نیز به عنوان راهبردهای درمانی نوآورانه برای اختلالات خلقی مقاوم به درمان و رفتار خودکشی پیشنهاد شده است که با توانایی در تغییر حالت پیش فرض اتصال شبکه و در نتیجه تقویت انعطاف‌پذیری شناختی عمل می‌کنند (۶۹). بازسازی انعطاف‌پذیری شناختی با واسطه عوامل روانگردان ممکن است نقش مهمی در کمک به بیماران با افکار خودکشی داشته باشند. تغییر تصمیم‌گیری، اختلال در انعطاف‌پذیری شناختی، و توانایی ضعیف در حل مسئله و همچنین اجتناب ناسازگار ناکارآمد در ظهور رفتار

مشارکت نویسندگان

در ایده، نگارش و ویرایش مقاله کلیه نویسندگان مشارکت داشتند.

تا نشانگرهای مؤثر و دقیقی برای غربالگری و توسعه درمان‌های جدید با هدف کمک به کاهش خطر خودکشی و نجات جان انسان‌ها داشته باشیم.

حامی مالی: ندارد

تعارض در منافع: وجود ندارد.

References:

- 1-WHO. *Suicide Worldwide In 2019: Global Health Estimates*; 2021.
- 2-UN. *World Population Prospects: The 2008 Revision*: UN; 2009.
- 3- Fazel S, Runeson B. *Suicide*. N Engl J Med 2020; 382: 266-74.
- 4-Jordan JT, McNiel DE. *Characteristics of Persons Who Die on Their First Suicide Attempt: Results from the National Violent Death Reporting System*. Psychol Med 2020; 50(8): 1390-97.
- 5-Demesmaeker A, Chazard E, Hoang A, Vaiva G, Amad A. *Suicide Mortality after a Nonfatal Suicide Attempt: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Aust N Z J Psychiatry 2022; 56(6): 603-16.
- 6-Fehling KB, Selby EA. *Suicide in DSM-5: Current Evidence for the Proposed Suicide Behavior Disorder and Other Possible Improvements*. Front Psychiatry 2021; 11: 499980.
- 7-Turecki G, Zhu Z, Tzenova J, Lesage A, Séguin M, Tousignant M, et al. *Tph and Suicidal Behavior: A Study in Suicide Completers*. Mol Psychiatry 2001; 6: 98-102.
- 8-Rihmer Z. *Suicide risk in mood disorders*. Curr Opin Psychiatry 2007; 20: 17-22.
- 9- Saab Mm, Murphy M, Meehan E, Dillon Cb, O'connell S, Hegarty J, et al. *A. Suicide and Self-Harm Risk Assessment: A Systematic Review of Prospective Research*. Arch Suicide Res 2022; 26(4): 1645-65.
- 10-Blasco-Fontecilla H, de Leon J. *Scales for the Evaluation of Suicide Risk*. In D. Wasserman, editor. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. 2nd Ed. Oxford, UK: Oxford University Press; 2021; 369-74.
- 11-Chan MK, Bhatti H, Meader N, Stockton S, Evans J, O'Connor RC, et al. *Predicting Suicide Following Self-Harm: Systematic Review of Risk Factors and Risk Scales*. The British Journal of Psychiatry 2016; 209(4): 277-83.
- 12-APA. *Practice Guidelines for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors*. Am J Psychiatry 2003; 160(11suppl): 1-60.
- 13-Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Bolhari J, Botega N, De Silva D, et al. *Suicide Attempts, Plans, and Ideation in Culturally Diverse Sites: The WHO SUPRE MISS Community Survey*. Psychological Medicine 2005; 35: 1457-65.

- 14-Rudd MD. *The Suicidal Mode: a Cognitive-Behavioral Model of Suicidality*. Suicide Life-threat Behav 2000; 30: 18-33.
- 15-Rudd MD, Bryan C J, Wertemberger EG, Peterson AL, Young-McCaughan S, Mintz J, et al. *Brief Cognitive-Behavioral Therapy Effects on Post-Treatment Suicide Attempts in a Military Sample: Results of a Randomized Clinical Trial with 2-Year Follow-Up*. American Journal of Psychiatry 2015; 172(5): 441-49.
- 16-Bryan CJ. *Cognitive Behavioral Therapy for Suicide Prevention (CBT-SP): Implications for Meeting Standard of Care Expectations with Suicidal Patients*. Behav Sci Law 2019; 37(3): 247-58.
- 17-Bryan CJ, Rudd MD. *Brief Cognitive-Behavioral Therapy for Suicide Prevention*. New York: Guilford Publications; 2018: 127-45.
- 18-Brown GK, Ten Have T, Henriques GR, Xie, SX, Hollander JE, Beck AT. *Cognitive Therapy for the Prevention of Suicide Attempts: A Randomized Controlled Trial*. JAMA 2005; 294(5): 563-70.
- 19-Sobanski T, Jوسفeld S, Peikert G, Wagner G. *Psychotherapeutic interventions for the prevention of suicide re-attempts: a systematic review*. Psychol med 2021; 51(15): 2525-40.
- 20-Calati R, Mansi W, Rignanese M, Di Pierro R, Lopez-Castroman J, Madeddu F, et al. *Psychotherapy for Suicide Prevention*. In M. Pompili, editor. *Suicide Risk Assessment and Prevention*. Switzerland: Springer Nature Switzerland AG; 2022: 1-34.
- 21-Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. *Cognitivebehavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients*. Arch Gen Psychiatry 1991; 48(12): 1060-64.
- 22-DeCou CR, Comtois KA, Landes SJ. *Dialectical Behavior Therapy is Effective for the Treatment of Suicidal Behavior: A Meta-Analysis*. Behav Ther 2019; 50: 60-72.
- 23-Bell AC, D’Zurilla TJ. *Problem-Solving Therapy for Depression: A Meta-Analysis*. Clinical Psychology Review 2009; 29(4): 348-53.
- 24-Hawton K, Witt KG, Salisbury TLT, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, et al. *Psychosocial Interventions Following Self-Harm in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis*. The Lancet Psychiatry 2016; 3: 740-50.
- 25-Calati R, Courtet P, Lopez-Castroman J. *Refining Suicide Prevention: A Narrative Review on Advances in Psychotherapeutic Tools*. Current Psychiatry Reports 20, 1–10 Kernberg Of New Developments in Transference Focused Psychotherapy. The International J Psychoanal 2016; 97(2); 385-407.
- 26-Doering S, Hörz S, Rentrop M, Fischer-Kern, M, Schuster P, Benecke C, et al. *Transference-Focused Psychotherapy V. Treatment by Community Psychotherapists for Borderline Personality Disorder: Randomised Controlled Trial*. British J Psychiatry 2010; 196(5): 389-95.
- 27-Giesen-Bloo J, Van Dyck R, Spinhoven P, Van Tilburg W, Dirksen C, Van Asselt, et al. *Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Randomized Trial of Schema-Focused Therapy Vs Transference-Focused Psychotherapy*. Arch General 2006; 63(6): 649-58.

- 28-Fonagy, P. *On Tolerating Mental States: Theory of Mind in Borderline Personality*. Bulletin of the Anna Freud Centre 1989; 12: 91-115.
- 29-Bateman A, Fonagy P. *8-Year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment Versus Treatment as Usual*. The American J Psychiatry 2008; 165(5): 631-38.
- 30-Jørgensen MB, Rozing MP, Kellner CH, Osler M. *Electroconvulsive Therapy, Depression Severity and Mortality: Data from the Danish National Patient Registry*. Journal of Psychopharmacology 2020; 34: 273-79.
- 31-Kumpula MJ, Wagner HR, Dedert EA, Crowe, CM, Day KT, Powell K, et al. *An Evaluation of the Effectiveness of Evidence-Based Psychotherapies for Depression to Reduce Suicidal Ideation among Male and Female Veterans*. Women's Health Issues 2019; 29 suppl 1: S103-S11.
- 32-Gysin-Maillart A, Schwab S, Soravia L, Megert M, Michel K. *A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP)*. PLoS Med 2016; 13(3): e1001968.
- 33-Michel K, Valach L, Gysin-Maillart A. *A Novel Therapy for People Who Attempt Suicide and Why We Need New Models of Suicide*. International Journal of Environmental Research and Public Health 2017; 14: 243.
- 34-Jobes DA, Drozd JF. *The CAMS Approach to Working with Suicidal Patients*. J Contemporary Psychotherapy 2004; 34: 73-85.
- 35-Jobes DA, Wong SA, Conrad AK, Drozd JF, Neal-Walden T. *The Collaborative Assessment and Management of Suicidality Versus Treatment as Usual: A Retrospective Study with Suicidal Outpatients*. Suicide and Life-threatening Bbehavior 2005; 35(5): 483-97.
- 36-Michel K. *Suicide Models and Treatment Models are Separate Entities. What Does It Mean for Clinical Suicide Prevention?* International Journal of Environmental Research and Public Health 2021; 18(10): 5301.
- 37-Pacchiarotti I, Bond DJ, Baldessarini RJ, Nolen WA, Grunze H, Licht RW, et al. *The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) Task Force Report on Antidepressant Use in Bipolar Disorders*. Am J Psychiatry 2013; 170(11): 1249-62.
- 38-Tondo L, Baldessarini RJ. *Suicidal Behavior in Mood Disorders: Response to Pharmacological Treatment*. Current Psychiatry Reports 2016; 18(9): 1-11.
- 39-Barbui C, Esposito E, Cipriani A. *Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Risk of Suicide: A Systematic Review of Observational Studies*. CMAJ 2009; 180(3): 291-7.
- 40-Wise J. *Antidepressants May Double Risk of Suicide and Aggression in Children, Study Finds*. Bmj 2016; 352: i545.
- 41-Ghaemi SN. *Antidepressants in Bipolar Depression: The Clinical Debate*. Aust N Z J Psychiatry 2012; 46(4), 298-301.
- 42-Vieta E. *Antidepressants in Bipolar I Disorder: Never As Monotherapy*. Am J Psychiatry 2014; 171(10): 1023-26

- 43-Yerevanian BI, Choi YM. *Impact of Psychotropic Drugs on Suicide and Suicidal Behaviors*. Bipolar Disorders 2013; 15(5): 594-621.
- 44-Gaertner I, Gilot C, Heidrich P, Gaertner HJ. *A Case Control Study on Psychopharmacotherapy before Suicide Committed by 61 Psychiatric Inpatients*. Pharma copsychniatry 2002; 35(2): 37-43.
- 45-Shih HI, Lin MC, Lin CC, Hsu HC, Lee HL, Chi CH, et al. *Benzodiazepine Therapy in Psychiatric Outpatients is Associated with Deliberate Selfpoisoning Events at Emergency Departments — A Population-Based Nested Case– Control Study*. Psychopharmacology 2013; 229(4): 665-71.
- 46-Sun Y, Lin CC, Lu CJ, Hsu CY, Kao CH. *Association between Zolpidem and Suicide: A Nationwide Population-Based Case-Control Study*. Mayo Clinic Proceedings 2016; 91(3): 308-15.
- 47-Herranz-Herrer J, Gil-Benito E, Ponte-López T, Ortega-Gutiérrez S, Macicior J, RosadoGarcia S, et al. *Serum Endocannabinoid Levels in Suicide Attempters: A Pilot Study*. Euro Neuropsychopharmacology 2020; 40: 52-60.
- 48-Haukka J, Tiihonen J, Härkänen T, Lönnqvist J. *Association between Medication and Risk of Suicide, Attempted Suicide and Death in Nationwide Cohort of Suicidal Patients with Schizophrenia*. Pharmacoepidemiology and Drug Safety 2008; 17(7): 686-96.
- 49-Ifteni P, Correll CU, Nielsen J, Burtea V, Kane JM, Manu P. *Rapid Clozapine Titration in Treatment-Refractory Bipolar Disorder*. J Affect Disord 2014; 166: 168-72. Li XB, Tang YL, Wang CY, de Leon, J. *Clozapine for Treatment-Resistant Bipolar Disorder: A Systematic Review*. Bipolar Disorders 2015; 17: 235-47.
- 50-Ciapparelli A, Dell’Osso L, Pini S, Chiavacci MC, Fenzi M, Cassano GB. *Clozapine for Treatment-Refractory Schizophrenia, Schizoaffective Disorder, and Psychotic Bipolar Disorder: A 24-Month Naturalistic Study*. The J Clin Psychiatry 2000; 61(5): 329-34.
- 51-Ciapparelli A, Dell’Osso L, Pini S, Chiavacci MC, Fenzi M, Cassano GB. *Clozapine for Treatment-Refractory Schizophrenia, Schizoaffective Disorder, and Psychotic Bipolar Disorder: A 24-Month Naturalistic Study*. The Journal of Clinical Psychiatry 2000; 61(5): 329-34.
- 52-Earley R, Burgess MV, Khan B, Rekedá L, Suppes T, Tohen M, et al. *Efficacy and Safety of Cariprazine in Bipolar I Depression: A Double-Blind, Placebocontrolled Phase 3 Study*. Bipolar Disorders 2020; 22(4): 372-84.
- 53-Ulcickas Yood M, DeLorenze G, Quesenberry CP, Jr, Tsai AL, Phillips S, Willey VJ, et al. *Epidemiologic Study of Aripiprazole Use and the Incidence of Suicide Events*. Pharmacoepidemiology and Drug Safety 2010; 19: 1124-30.
- 54-Barak Y, Mirecki I, Knobler HY, Natan Z, Aizenberg D. *Suicidality and Second Generation Antipsychotics in Schizophrenia Patients: A Case-Controlled Retrospective Study during a 5-Year Period*. Psychopharmacology 2004; 175(2): 215-19.
- 55-Reeves H, Batra S, May RS, Zhang R, Dahl DC, Li X. *Efficacy of Risperidone Augmentation to Antidepressants in the Management of Suicidality In Major Depressive Disorder: A Randomized, Double-*

- Blind, Placebo-Controlled Pilot Study.* J Clin Psychiatry 2008; 69(8): 1228-36
- 56-Houston JP, Ahl J, Meyers AL, Kaiser CJ, Tohen M, Baldessarini RJ. *Reduced Suicidal Ideation in Bipolar I Disorder Mixed-Episode Patients in A Placebocontrolled Trial of Olanzapine Combined with Lithium or Divalproex.* The Journal of Clinical Psychiatry 2006; 67(8): 1246-52.
- 57-Herings RM, Erkens JA. *Increased Suicide Attempt Rate among Patients Interrupting Use of Atypical Antipsychotics.* Pharmacoeconomics and Drug Safety 2003; 12: 423-24.
- 58-Seemüller F, Schennach R, Mayr A, Musil R, Jäger M, Maier W, et al. *Akathisia and Suicidal Ideation in First-Episode Schizophrenia.* J Clin Psychopharmacology 2012; 32: 694-8.
- 59-Oquendo MA, Galfalvy HC, Currier D, Grunebaum MF, Sher L, Sullivan GM, et al. *Treatment of Suicide Attempters with Bipolar Disorder: A Randomized Clinical Trial Comparing Lithium and Valproate in the Prevention of Suicidal Behavior.* Am J Psychiatry 2011; 168(10): 1050-6.
- 60-Smith EG, Søndergård L, Lopez AG, Andersen PK, Kessing LV. *Association between Consistent Purchase of Anticonvulsants or Lithium and Suicide Risk: A Longitudinal Cohort Study from Denmark, 1995–2001.* J Affect Disord 2009; 117(3): 162-7.
- 61-Smith KA, Cipriani A. *Lithium and Suicide in Mood Disorders: Updated Metareview of the Scientific Literature.* Bipolar Disorders 2017; 19(7): 575-86.
- 62-Katz IR, Rogers MP, Lew R, Thwin SS, Doros G, Ahearn E, et al. *Lithium Treatment in the Prevention of Repeat Suicide-Related outcomes in Veterans with Major Depression or Bipolar Disorder: A Randomized Clinical Trial.* JAMA Psychiatry 2022; 79: 24-32.
- 63-Del Matto L, Muscas M, Murru A, Verdolini, N, Anmella G, Fico G, et al. *Lithium and suicide prevention in mood disorders and in the general population: A systematic review.* Neuroscience and Biobehav Rev 2020; 116: 142-53.
- 64-Daly EJ, Singh JB, Fedgchin M, Cooper K, Lim P, Shelton RC, et al. *Efficacy and Safety of Intranasal Esketamine Adjunctive to Oral Antidepressant Therapy in Treatment-Resistant Depression: a Randomized Clinical Trial.* JAMA Psychiatry 2018; 75(2): 139-48.
- 65-Canuso CM, Singh JB, Fedgchin M, Alphs L, Lane R, Lim P, et al. *Efficacy and Safety of Intranasal Esketamine for the Rapid Reduction of Symptoms of Depression and Suicidality in Patients at Imminent Risk for Suicide: Results of a Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Study.* American Journal of Psychiatry 2018; 175(7): 620-30.
- 66-Pompili M. *Critical Appraisal of Major Depression with Suicidal Ideation.* Annals of general psychiatry 2019; 18: 1-5.
- 67-Nemeroff CB, Carpenter LL, Widge AS, Rodriguez CI, et al. *Psychedelics and Psychedelic-Assisted Psychotherapy.* The American Journal of Psychiatry 2020; 177: 391-410.
- 68-Obegi JH. *Rethinking Suicidal Behavior Disorder.* Crisis 2018; 40: 209-19.
- 69-Wolff M, Evens R, Mertens LJ, Koslowski M, Betzler F, Gründer G, et al. *Learning to Let Go: A*

Cognitive-Behavioral Model of How Psychedelic Therapy Promotes Acceptance. *Frontiers in Psychiatry* 2020; 11: 5.

70-Espinoza RT, Kellne CH. *Electroconvulsive therapy.* *N Engl J Med* 2022; 386: 667-72.

71- Rhee TG, Sint K, Olfson M, Gerhard T, SHB, Wilkinson ST. *Association of ECT with Risks of All-Cause Mortality and Suicide in Older Medicare Patients.* *The American Journal of Psychiatry* 2021; 178(2): 1089-97.

72-Peltzman T, Shiner B, Watts BV. *Effects of Electroconvulsive Therapy on Short-Term Suicide Mortality in a Risk-Matched Patient Population.* *The J ECT* 2020; 36(3): 187-92.

73-Milev RV, Giacobbe P, Kennedy SH, Blumberger DM, Daskalakis ZJ, Downar J, et al. *Canadian*

Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 4. Neurostimulation Treatments. *Canadian Journal of Psychiatry* 2016; 61(9): 561-75.

74-Kaster TS, Blumberger DM, Gomes T, Sutradhar R, Wijeyesunder DN, Vigod SN. *Risk of Suicide Death Following Electroconvulsive Therapy Treatment for Depression: A Propensity Score-Weighted, Retrospective Cohort Study in Canada.* *Lancet Psychiatry* 2022; 9(6): 435-46.

75- Watts BV, Peltzman T, Shiner B. *Electroconvulsive Therapy and Death by Suicide.* *J Clin Psychiatry* 2022; 83(3): 21m13886.

Saving a Life: Suicide Prevention

Rezvan SadrMohammadi^{*1}, Somayeh Hadad Ranjbar¹, Reza Bidaki²

Review Article

Introduction: Suicide is considered as a serious and important problem in health and comprehensive health. Every year, approximately 700,000 people around the world die by suicide, which is more than those killed in war. Death by suicide is not only the loss of a life, but it also causes psychological damage to the other family members and friends. Important factors affect suicidal behavior. So much suicide is a serious public health problem. All 194 member states of the World Health Organization have signed the Comprehensive Mental Health action plan 2013-2020, which tasks governments with implementing evidence-based interventions in community settings to prevent suicide at all stages of life. In addition, the guardians of mental health also play an important role in the prevention of suicidal behavior.

Conclusion: Based on recent studies, effective treatments based on clinical evidence in the fields of psychology and psychiatry are introduced to save a life for colleagues in the field of mental health.

Keywords: Suicide, Psychotherapy, Pharmacotherapy.

Citation: SadrMohammadi R, Hadad Ranjbar S, Bidaki R. **Saving a Life: Suicide Prevention.** J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2024; 32(4): 7702-14.

¹Department of Psychology, Literature and Humanities, Vali-E-Asr University, Rafsanjan, Iran.

²Research Center of Addiction and Behavioral Sciences, Diabetes Research Center, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences Yazd, Iran.

*Corresponding author: Tel: 09132903315 , email: Sadr_1383@yahoo.com