

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



شابک ۶-۲۶-۲۷۸۰-۹۶۴-۹۷۸  
ISBN: 978-964-2780-26-6

نام کتاب: اصول و فنون مداخله روانشناختی در بحران

تألیف: دکتر خدابخش احمدی

ناشر: مؤسسه آموزش عالی علمی کاربردی هلال ایران

تاریخ و نوبت چاپ: اول - بهار ۱۳۸۸

شمارگان: ۲۰۰۰ جلد

بها: ۳۵۰۰۰ ریال

سرشناسه: احمد، خدابخش، ۱۳۴۷،

عنوان و نام پدیدآور: اصول و فنون مداخله روانشناختی در بحران/ تألیف خدابخش احمدی

مشخصات نشر: تهران: مؤسسه آموزش عالی علمی - کاربردی هلال ایران ۱۳۸۷

مشخصات ظاهری: ۲۲۶ ص

شابک: ۶-۲۶-۲۷۸۰-۹۶۴-۹۷۸

وضعیت فهرست نویسی: فیا

یادداشت: عنوان به انگلیسی psychological intervention in disasters: principles and techniques

یادداشت: کتابنامه ص ۲۲۳-۲۲۶

عنوان دیگر: مداخله روانشناختی در بحران

شناسه افزوده: مؤسسه آموزش عالی علمی کاربردی هلال ایران

رده بندی کنگره: ۱۳۸۷ الف ۳ الف/۶/۴۸ RC

رده بندی دیویی: ۶۱۶/۸۹۰۲۵

شماره کتابشناسی ملی: ۱۵۱۹۱۸۴

کلیه حقوق اعم از چاپ، تکثیر و نسخه برداری برای ناشر محفوظ است.

(نقل مطالب با ذکر مأخذ بلامانع است)

نشانی: تهران، میدان فلسطین، خ ایتالیا، مؤسسه آموزش عالی علمی - کاربردی هلال ایران، شماره ۱

تلفن: ۶۰-۸۸۹۹۳۹۵۹ دورنگار: ۰۷-۸۸۹۵۴۰۷ کدپستی: ۱۴۱۶۶۴۴۹۹۳

وب سایت: [www.helal-uast.ac.ir](http://www.helal-uast.ac.ir)

بست الکترونیک: [info@helal-uast.ac.ir](mailto:info@helal-uast.ac.ir)

# اصول و فنون مداخله روان‌شناختی در بحران

تألیف:

دکتر خدابخش احمدی

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج)

مرکز تحقیقات علوم رفتاری

## فهرست مطالب

| صفحه | عنوان                                 |
|------|---------------------------------------|
| ۵    | مقدمه                                 |
| ۹    | فصل ۱: ماهیت بحران                    |
| ۲۸   | فصل ۲: آسیب‌های روانی بحران           |
| ۶۸   | فصل ۳: اصول و روش‌های مداخله در بحران |
| ۱۱۴  | فصل ۴: فنون مداخله در بحران           |
| ۱۴۸  | فصل ۵: بحران خودکشی                   |
| ۲۰۴  | فصل ۶: استرس در کارکنان بحران         |

## مقدمه

ولنبلونكم بشئ من الخوف و الجوع و نقص من الاموال و الانفس  
و الثمرات و بشر الصابرين \* الذين اذا اصابتهم مصيبة قالوا ان الله و انا  
اليه راجعون \* اولئك عليهم صلوات من ربهم و رحمة و اولئك هم  
المهتدون \*

بقره ۱۵۷-۱۵۵

قطعاً شما را با چیزی از ترس، گرسنگی، زیان مالی و جانی و کمبود میوه‌ها آزمایش  
می‌کنیم و بشارت ده بر استقامت‌کنندگان \* آن‌ها که هرگاه مصیبتی به آن‌ها رسد می‌گویند:  
ما از آن خدا هستیم و به سوی او باز می‌گردیم \* این‌ها همان‌ها هستند که الطاف و رحمت  
خدا شامل حال‌شان شده و آن‌ها هستند هدایت‌یافتگان \*

با درود بر خدایی که انسان را در سختی آفرید و برای مبارزه با آن عقل، و جهت تحمل  
آن صبر را عنایت فرمود. سختی‌ها می‌تواند واقعی یا تصویری باشد در آیه شریف قرآن که  
می‌فرماید: اگر به انسان سختی رسد جزع و اگر نعمت رسد ولع می‌ورزد این دو نوع  
سختی کاملاً متمایز شده‌است. واکنش آدمی به سختی سه قسم است: حمله برای غلبه‌یافتن،  
فرار برای کناره‌گیری و تسلیم جهت حفظ تمامیت خود و نیروها. بحران درجه بالایی از  
سختی را گویند.

بحران نوعی پاسخ به وقایع خطرآفرین است. نوعی پاسخ به خطرزایی یک حادثه است  
که فرد به صورت یک شرایط دردناک تجربه می‌کند. بحران می‌تواند به چند ساعت محدود  
شود و یا هفته‌ها به درازا انجامد. بحران دوجنبه دارد. جنبه اول بعدی است که در آن  
اضطراب و تنش پدیدار می‌شود جنبه دوم بعدی است که سازوکارهای حل مشکل به  
حرکت درمی‌آید. این سازوکارها می‌تواند موفقیت‌آمیز باشد، بسته به این که تا چه حد

سازگاران یا ناسازگاران باشد. در هر حال بحران تمایل دارد که واکنش‌های قدرتمندی را برای کمک به فرد در کاهش ناراحتی به حرکت درآورد و شخص را به حالت باثبات قبلی از نظر تعادل هیجانی برگرداند. به طوری که اگر شخص به تعادل هیجانی دست پیدا کند، بحران رفع می‌شود و وی یاد می‌گیرد چگونه واکنش‌های سازگاران را بکارگیرد. نکته مهم و بسیار جالب این‌که با حل و فصل بحران ثبات ذهنی شخص نسبت به قبل از شروع مشکل و بحران می‌تواند برتری پیدا کند. به همین منظور گفته می‌شود که بحران شرایط بالقوه برای رشد را به همراه دارد. اما وقتی که شخص واکنش‌های ناسازگاران دارد حالت دردناک تشدید می‌شود. بحران عمیق می‌گردد و انحطاط واپس‌گرایانه موجب ایجاد علائم مرضی می‌شود. این علائم به نوبه خود می‌تواند به صورت یک الگوی روان‌نژادی و رفتاری که توانایی بیمار را برای کارکرد آزادانه محدود می‌کند تبلور یابد. در مواقعی که این موقعیت بحرانی نتواند ثبات پیدا کند واکنش‌های ناسازگاران جدید ایجاد می‌شود و توالی این واکنش‌ها می‌تواند به تناسبات فاجعه‌آمیزی برسد و حتی منجر به خودکشی و مرگ شود. بنابراین بحران‌های روان‌شناختی بسیار دردناک هستند و می‌توان به آن به عنوان نقطه عطفی برای اوج یا سقوط، بهتر شدن یا بدتر شدن نگاه کرد. در طی فرآیند بحرانی، افراد نسبت به هر اقدام یاری‌بخش دست کمک دراز می‌کنند و حتی از کمک‌های کوچکی که به آن‌ها ارائه می‌شود نتایج بهتری می‌گیرند. بنابراین همه انواع اقدامات کمکی اعم از خود تقویتی (افزایش اراده، اعتماد به نفس، امیدواری و...) حمایت‌های اجتماعی (عزاداری کمک‌های عاطفی، جمع شدن اقوام و نزدیکان و...) حمایت‌ها و کمک‌های حرفه‌ای و یاورانه (از قبیل خدمات حمایتی، تسکینی و رشد) می‌تواند به افراد درگیر بحران کمک نماید.

روش‌های مداخله در بحران از هر راهبردی که باشد با افراد و موقعیت‌هایی سر و کار دارد که سرعت در آن یک اصل اساسی است. حمایت‌ها و کمک‌ها به افراد بحران زده باید با سرعت بالا، دقت فراوان با رعایت جوانب احتیاط و به موقع باشد. هر نوع درمانی که ارائه می‌شود نیاز به الحاق، درک، همدلی، شناخت روان‌پویانی‌های فرد و خانواده و آگاهی از اینکه چگونه افراد درگیر شده در بحران، به بحران پاسخ می‌دهند دارد. با توجه به اقدامات کمکی فوق‌الذکر، اصول، روش‌ها و فنون کمکی به افراد بحران‌زده که در این

مجموعه به آن‌ها اشاره شده است می‌تواند شامل اطمینان‌بخشی، تلقین، دستکاری یا تغییر در محیط و دارودرمانی روان‌گرا باشد. حتی ممکن است بستری کردن کوتاه مدت شخص نیز به طرح درمانی اضافه شود. تمامی این اقدامات در خدمت حمایت، تسکین و رشد بحران‌زده‌ها است. برجسته‌ترین نتیجه درمان بحران توانا ساختن اعضای خانواده در تجهیز بهتر جهت اجتناب از بحران و یا در صورت لزوم حل و فصل خطرهای عمدی است. علاوه بر این برخی خانواده‌های مستعد، استعدادها بالقوه خود را رشد داده و به سطح کارکردی و هیجانی بالاتری نسبت به سطح قبل از شروع بحران می‌رسند و بالاخره اینکه ختم مداخله در بحران در شرایطی خواهد بود که شواهد نشان دهد که بحران حل شده و خانواده آشکارا همه مراحل رشد و حل و فصل بحران را درک کرده است.

بحث مداخله در بحران در حالی مطرح می‌شود که کشورما، کشوری حادثه‌خیز است. علاوه بر حوادث روزمره هم چون سوانح اتومبیل، قطار و یا سقوط هواپیما که میزان آسیب آن در سطح محدودتری است وجود حوادث طبیعی هم چون زلزله و سیل و وجود حوادث مصنوعی هم چون جنگ که حوزه وسیعی از آسیب را در پی دارد برای تمامی جمعیت جامعه ما آشنا هستند و سالانه هزاران نفر در پی این حوادث دچار آسیب می‌شوند که نیاز به مداخله‌های ویژه است. روش‌های روان‌شناختی و فنون مشاوره‌ای مداخله در بحران و کمک به آسیب‌دیدگان ناشی از حوادث متفاوت از مداخله‌های جاری برای نیازمندان عادی مشاوره و روان‌درمانی است. ضروری است این روش‌ها در متون علمی مورد بحث قرار گرفته و به امدادگران روانی در حوادث و بحران‌ها آموزش داده شود. این درحالی است که برنامه‌های آموزش مشاوره و روان‌درمانی در کشور فاقد دروس نظری یا عملی در زمینه این گونه مداخله‌ها است.

هرچند کتاب حاضر توانایی برآورده ساختن چنین انتظاری را ندارد، ولی حتی‌المقدور سعی بر این بوده است تا این گونه مباحثات در جامعه علمی کشور مطرح شود. امید می‌رود نظرات صاحب‌نظران بتواند به تکمیل و تکامل اصول، روش‌ها و فنون مداخله‌های روان‌شناختی در بحران‌ها کمک نماید.

هرچند اثرات بحران بر روی جامعه وسیع است و موجب تخریب ساختارهای زیربنایی شهر، سیستم آب، برق، بهداشت، تخریب جاده‌ها و امکانات مواصلاتی، تغییر و آسیب بر

نهادهای فرهنگی، علمی و اجتماعی، تخریب اسناد تاریخی، ملی و بسیاری از امکانات تمدن شده و باعث می‌شود جامعه بحران‌زده مستعد بحران‌های بعدی نیز باشد، بحث این کتاب به آسیب‌دیدگان انسانی تمرکز دارد. کسانی که رنج بحران را کشیده‌اند، افرادی که بازماندگان بحران را تشکیل می‌دهند، خانواده‌هایی که همه چیز و همه‌کس خود را از دست داده‌اند، بنابراین، این کتاب هرچند می‌تواند برای تمامی علاقمندان، محققان و مدیران جامعه مورد استفاده قرار گیرد، اختصاصاً انتظار می‌رود روان‌شناسان، مشاوران، روان‌پزشکان، مددکاران، روان‌پرستاران، امدادگران، پزشکان و کسانی که دلسوزانه به یاری آسیب‌دیدگان بحران‌ها می‌شتابند این کتاب را با دقت و تأمل بیشتری مطالعه کرده و نظرات و پیشنهادات خود را به مؤلف انعکاس دهند.

نکته قابل توجه این است که در این کتاب عبارات روان‌درمانی، مشاوره، یآوری و یا عبارات روان‌درمانگر، مشاور و یاور مترادف و بعضاً به‌جای هم استفاده شده است. هرچند ممکن است در جایی مشاور ذکر شده باشد و یا در جایی صرفاً روان‌درمانگر و یا روان‌درمانی آمده باشد و یا در جایی دیگر صرفاً یاور نوشته شده باشد ولی در همه این موارد منظور یکی است و تلاشی برای تمایز این تخصص‌ها نشده است. از نظر مؤلف تمامی این تخصص‌ها در شرایط بحرانی مشابه هم عمل می‌کنند. همه آن‌ها در حوزه حرفه‌های یاورانه قرار دارند و جداسازی آن‌ها در شرایط بحرانی و برای کمک‌رسانی ضمن این‌که فاقد پایه‌های علمی است، کار اضافی نیز تلقی می‌شود. علاوه‌براین متخصص مداخله در بحران، متخصص فراتر از تخصص مشاوره و روان‌درمانی کلاسیک است و تمامی افرادی که برای مداخله در بحران داوطلب یا گزینش می‌شوند باید دوره‌هایی فراتر از دروس دانشگاهی خود را بگذرانند. هرچند همه آن‌ها باید زمینه‌های قبلی تحصیل در مشاوره و روان‌درمانی را داشته باشند.

در کتاب حاضر تلاش شده است تا مطالب به زبانی ساده و روان باشد و هم‌چنین کاربردی بودن و انطباق فرهنگی مطالب در جامعه ما یکی از ملاک‌های گزینش و چینش مطالب بود.



# فصل ۱

## ماهیت بحران

## مفهوم استرس

«استرس» اصطلاحی است که مردم آنرا به منظور توصیف عواملی که موجب آزرده‌گی آنها می‌شود بکار می‌برند. از لحاظ پزشکی، استرس به عنوان میزان «فرسایش جسم» توصیف شده است. استرس دارای سطوح متنوع و اشکال مختلف روحی، عاطفی و جسمی می‌باشد که هر یک اثرات مثبت و یا منفی بر روی سلامتی انسان دارد. استرس در واقع جزء لاینفکی از زندگی انسان است. استرس می‌تواند مثبت و یا منفی باشد هیجان‌ات معمولی و احساسات لذتبخش نیز می‌تواند به اندازه هیجان‌ات منفی موجب استرس و فشار گردند هرچند نشاطبخش هستند. این نوع استرس سالم بوده و حائز اهمیت است به شرط آنکه پس از آن، شخص «مجدداً به حالت استراحت و تمدد اعصاب» بازگردد.

کلمه استرس از زبان انگلیسی گرفته شده است، و در زبان فارسی معادل دقیقی غیر از کلمه فشار ندارد و آن هم معنای وسیع و طیف گسترده آنرا می‌رساند. لغت‌نامه آکسفورد این معانی را از کلمه استرس ثبت کرده است: «وضعیت قابل ارتجاع، تغییر شکل به واسطه فشار، و کشش توسط نیروهای خارجی». کلمه فشار که ترجمه و برگردان لغت استرس در فارسی است. طبق لغت‌نامه و فرهنگ بزرگ دهخدا، فرهنگ صبا و امید دارای چنین معانی می‌باشد: «نیرویی که به واسطه‌ای بر چیزی وارد شود، عمل نیرویی در رویارویی با نیروی دیگر، نیروی وارد بر سطح هرگاه توزیع نیرو در آن یکنواخت باشد، آزار، سنگینی، رنج روحی و جسمی» درد، غم، گرسنگی، نیروی شدیدی که باعث ترس، نگرانی، اضطراب، هیجان‌های عاطفی و سایر نگرانی‌های آزار دهنده می‌شود.

طبق تعریف جامعی که از هانس سلیه (۱۹۵۷) درباره استرس وجود دارد استرس یا فشار روانی عبارتست از: «درجه سوخت و ساز بدن بر اثر فشارهای زندگی». استرس به عنوان حالتی توصیف می‌شود که به وسیله یک سندرم آشکار می‌شود که آنرا سندرم سازگاری عمومی می‌نامند. سلیه می‌گوید: استرس عبارتست از مجموعه واکنش غیراختصاصی که تحت تأثیر محرک‌های گوناگون در ارگانیسم ایجاد می‌شود. به عبارت دیگر استرس عبارتست از وضعی است که مشخصه آن تنش فیزیولوژیکی و تعارض مداوم

در انتخاب است. در این حالت فرد احساس نیاز به کاهش تنش و حصول تعادل و راحتی دارد. غالباً به شکل غیرتطابقی و ناخودآگاه از قبیل «بیماری» رفع می‌شود. به عبارتی کنش متقابل<sup>۱</sup> میان یک نیرو و مقاومت ارگانیسم در مقابل آن نیرو استرس می‌باشد، یعنی مجموعه تهاجم + واکنش = استرس. در تظاهرات بالینی استرس، عوامل فردی مانند وراثت، تغذیه و تجارب پیشین ممکن است دخالت نمایند. استرس به ارگانیسم یک پاسخ سازگاری را تحمیل می‌کند. استرس ممکن است از طریق برانگیختن حالت سازگاری مفید باشد مانند شوک درمانی و یا برحسب این که واکنش بیوشیمیایی آن را تشدید کند زیانبخش باشد.

استرس ممکن است تحمیل شده<sup>۲</sup> باشد مانند یک سرباز که مجبور است تحت انضباط شدید و سایر شرایط فشارآور قرار گیرد. تعیین شده<sup>۳</sup> باشد مانند ستاره‌شناسی که باید ساعت‌ها، روزها و حتی ماه‌ها منتظر رصد کردن ستارگان و اقمار باشد و در نتیجه در معرض استرس غیرمعمول طولانی مدت قرار گیرد. انتخاب<sup>۴</sup> شده باشد مانند فردی که به دلایل شخصی یک موقعیت فشارآور را انتخاب می‌کند؛ مثلاً زندگی کردن در سرمای شدید و پرمخاطره، یا در بین حیوانات خطرناک و یا در میان بیماران مسری و تهدیدآمیز به منظور پژوهش و یافتن یافته‌های تحقیق. طرح شده<sup>۵</sup> باشد مانند تجارب مربوط به محرومیت حسی به منظور تجربه‌های آزمایشی.

فشار روانی از بحران ملایم‌تر است ولی ممکن است بدون محرک، برای مدت زمانی نامحدود ادامه پیدا کند. فشار روانی (خواه ناشی از مشکلات شدید مثل مرگ عزیز باشد و یا مسئله‌ای مثل ایستادن در صف طولانی) خاصیت تراکمی دارد و متراکم شدن آن طی یک مدتی ممکن است به یک بحران عمده مانند بروز علائم اختلال منجر شود. برای بررسی واکنش‌های استرس، سه سطح جسمانی، روانی و اجتماعی که با یکدیگر در تأثیر و تأثر متقابل‌اند مورد توجه قرار می‌گیرند و شکست فرد در هر سطح ممکن است به واکنش‌های سازشی فرد در سطوح دیگر به شدت آسیب برساند. این واکنش‌ها در هر سطح از اصولی

---

1 - Interaction

2 - Imposed

3 - Assigned

4 - Chosen

5 - Devised

پیروی می‌کنند. این اصول عبارتند از: کلی بودن، اقتصادی بودن، طرح شده یا خودبه‌خود بودن، هیجان‌انگیز بودن و داشتن تعیین کننده داخلی و خارجی.

باید در فرد تحت فشار روانی برای درک ماهیت، قدرت و عواقب «فشار روانی» کمک کرد. لازم است روان‌شناسان و خود افراد بتوانند بین استرس‌های طبیعی که ممکن است ناشی از مقاطع استحالتهای باشد با استرس‌های غیرطبیعی تمایز قائل شوند، آن‌ها را از یکدیگر بازشناخته و به ماهیت هر یک و شیوه‌های مواجهه‌ای ویژه هر کدام پی‌برند. پاره‌ای از عوامل مربوط به میزان فشار روانی عبارتند از: دوام<sup>۱</sup>، شدت<sup>۲</sup>، قابلیت پیش بینی<sup>۳</sup>، درجهٔ از دست دادن کنترل<sup>۴</sup>، میزان اعتماد به نفس<sup>۵</sup>، شروع یا حملهٔ ناگهانی<sup>۶</sup>.

بنابراین سلیه (۱۹۷۸) استرس را به‌عنوان حالتی توصیف می‌کند که به‌وسیله یک سندرم آشکار می‌شود. یعنی به‌وسیله یک‌سری جریانات و حوادث پشت سرهم بروز پیدا می‌کند. و آن سندرم را «سندرم سازگاری عمومی» می‌نامند. که شامل سه مرحله زیر است:

مرحله اول: آماده‌باش<sup>۷</sup>

مرحله دوم: مقاومت<sup>۸</sup>

مرحله سوم: تحلیل رفتگی<sup>۹</sup>

## مرحله آماده‌باش

این مرحله هشدار دهنده است و شامل یک‌سری پاسخهای فیزیولوژیکی است که بوسیله عوامل استرس‌زا، ایجاد می‌شود. سلیه استرسورها را آن چیزی می‌داند، که استرس را ایجاد می‌کنند و اگر استرسور وجود داشته باشد بالاجبار واکنش آماده‌باش هم اتفاق می‌افتد. در این مرحله یک‌سری حوادث بیولوژیکی در داخل ارگانسیم رخ می‌دهد از قبیل: بالارفتن آدرنالین خون، کم عمق شدن تنفس، جریان یافتن خون از پوست و احشاء به عضلات و

---

1 - Duration

2 - Severity

3 - Predictability

4 - Degree loss of control

5 - Self-confidence

6 - Suddenness of onset

7 - Alarm reaction stage

8 - Resistance Stage

9 - Exhaustion Stage

مغز، شروع به سرد شدن دست و پاها، تحریک هیپوتالاموس که به عنوان کلید اصلی سیستم هشدار دهنده عمل می‌کند، افزایش آنزیم‌های معده، پیدا شدن حالت تنش در عضلات و غیره ...

علاوه بر این احساس‌های جسمی شناخته شده، بسیاری از علائم وجود دارد که ما قادر به مشاهده آن‌ها نیستیم بدین صورت که: "هیپوتالاموس در" سیستم اخطار هورمونی<sup>1</sup> جزء اصلی و کلیدی است. زمانی که مغز واکنش "خطری" را ثبت می‌کند. هیپوتالاموس اخطار الکتروشیمیایی را به غده هیپوفیز می‌فرستد. هیپوفیز هورمونی بنام "ACTH"<sup>2</sup> هورمون محرک قشر غده فوق کلیوی برای فعال کردن غده آدرنال ترشح می‌کند. این غده‌ها هم به نوبه خود ماده‌ای بنام "کورتیکوئید" در جریان خون ترشح می‌کند که پیغام‌هایی را به سایر غدد و اعضاء حمل می‌کند. هر کدام از حوادث فوق در مرحله هشدار یک‌سری صدماتی را در ارگان‌های مختلف بدن ایجاد می‌کند. بنابراین در این مرحله یک‌سری پاسخ‌های فیزیولوژیکی پیچیده که نتیجه درگیر شدن سیستم مختلف بدن است ایجاد می‌شود. اگر استرسوری که منجر به پیدایش مرحله اول شده است هم چنان ادامه یابد مرحله دوم شروع می‌شود.

مرحله واکنش اخطار تمامی عوامل فیزیولوژیکی بدن را به مبارزه با عامل استرس فرا می‌خواند. بسیج نیروهای بدن در مقابله با استرس‌ها با اساسی‌ترین و مخفی‌ترین رفتار یعنی تحریکات هیپوتالاموس شروع می‌شود و با دو رفتار دیگر ادامه می‌یابد.

الف) زمانیکه مغز واکنش "خطری" را ثبت می‌کند هیپوتالاموس هورمونی بنام ACTH برای فعال کردن هورمون آدرنال ترشح می‌کند. این غده‌ها هم ماده‌ای به نام کورتیکوئید وارد جریان خون می‌کند که پیغام‌هایی را به سایر غدد و اعضاء حمل می‌کنند. برای مثال: "طحال برای عمل بسیج می‌شود و گلبول‌های قرمز را در جریان خون وارد می‌کند: گلبول‌های قرمز اضافی که اکسیژن و غذا را به سایر سلول‌های بدن می‌رسانند به هنگام مرحله آماده‌باش برای کنترل اعمال اضافی بدن مورد نیاز هستند. به همین ترتیب قدرت لخته شدن خون افزایش می‌یابد و کبد ویتامین‌ها و مواد غذایی ذخیره شده را به شکل

---

1 - Hormonal Alarm System

2 - Aderno Crotico Therofic

مواد قندی که به صورت مواد غذایی قابل مصرف سلول‌های بدن تغییر شکل می‌دهند رها می‌سازد. به علاوه به هنگام مرحله اختطار بدن مقادیر متناهی ویتامین‌های B و C "اسیدپنتوتنیک<sup>1</sup> و سایر مواد غذایی مصرف می‌کند."

اما هنگامی که عامل فشار مشخص شد و مرحله آماده‌باش بوجود آمد، دیگر تنها شبکه فعال، سیستم هورمونی نیست. کتن اصطلاح "واکنش اضطراری" را چنین توصیف کرده است: "بدن انسان جهت حفظ و بقای خود یکی از دو راه "جنگ یا فرار"<sup>2</sup> را انتخاب می‌کند" یعنی در مقابله با خطر بزرگ مجموعه اعضاء موجود زنده یا باید با خطر مبارزه کند یا از آن فرار کند. توصیف کتن از این مرحله از مرحله اختطار سلیه بسیار گسترده‌تر است.

ب) از پی آمده‌های دیگر واکنش فشار می‌توان به کشش عضلانی در ناحیه انتهایی پشت، گردن، شانه‌ها و سردرد اشاره کرد. این کشش حتی پس از، از بین رفتن عامل فشار نیز باقی می‌ماند. باید توجه کرد که این کشش وسیله‌ای جهت اندازه‌گیری میزان فشار وارد شده بر فرد و اندازه‌گیری میزان تحمل او در مقابل استرس‌ها است. با تمرکز بر همین کشش‌ها است که می‌توان فرد تحت فشار را به حالت آرامش درآورد. در فرصت‌های بعدی در مورد روش‌های از بین بردن فشار با تمرکز بر کشش عضلانی که به روش‌های عمومی آرام‌سازی معروف است اشاره‌ای خواهیم داشت.

ج) یکی دیگر از پیامدهای مرحله اختطار این است که سبب می‌شود معده اسید هیدروکلریک که معمولاً جهت جذب غذا مفید است ترشح کند. هرگاه اسید ترشح شود و معده خالی باشد می‌تواند مخاط داخلی معده، مری و بخش فوقانی روده‌ها را بسوزاند. چنانچه این چنین سوختن نسوج در یک دوره زمانی تکرار شود می‌تواند به ایجاد زخم معده منتهی گردد.

چون در این مرحله راهی برای ممانعت از نشانگان سازگاری کلی GAS به‌طور کامل وجود ندارد انجام هر کاری بدون فایده است. واکنش فشار متوالیاً به وسیله تعدادی بی‌شمار از عوامل فشار، چه مثبت و چه منفی مانند هیجان، شادی و خوشحالی یا غم و اندوه

---

1 - Pantothenic B نوعی از ویتامین

2 - Fight or Flight

ناگهانی ایجاد می‌شود. پس: "کاستن تناوب و شدت واکنش اخطار امکان‌پذیر ولی حذف کردن آن غیرممکن است."

### مرحله مقاومت

در این مرحله کلیه فعالیت‌های بدن برای مقابله با استرسور بسیج می‌شوند. در نتیجه، علائم و واکنش‌های مرحله اول از بین می‌رود و چنین به نظر می‌رسد که بدن به حالت طبیعی و نرمال بازگشته است.

خطری که در این مرحله وجود دارد، طولانی شدن این مرحله است، به عبارت دیگر اگر بدن برای مدتی در حالت بسیج و تهییج باقی بماند منابع تأمین کننده این بسیج شروع به تحلیل رفتن می‌کند یعنی مرحله سوم شروع می‌شود. در این مرحله کلیه نیروهای بدن بسیج می‌شوند. علائم واکنش اخطار از طریق واکنش‌های انطباقی یا غیرانطباقی بدن از بین می‌رود و ارگانیسم مستقیماً به مبارزه با عامل استرس‌زا برانگیخته می‌شود. همان‌طوری‌که قبلاً اشاره شد این رفتار را رفتار "نبرد یا فرار" نامیده‌اند.

### مرحله تحلیل رفتگی

در مرحله آخر تخلیه صورت می‌گیرد. در این مرحله بدن به‌طور فزاینده‌ای مستعد بیماری و اختلال در عملکرد ارگان‌ها می‌شود و این نکته مهمی در زمینه ارتباط بین استرس با بیماری‌ها می‌باشد.

سلیه فرایند GAS را هم برای استرسورهای مثبت و هم برای استرسورهای منفی ذکر می‌کند. تهییج، خوشی، لذت یا حوادث جالب و دور از انتظار به اندازه حوادث غم‌انگیز و ناگهانی می‌توانند برانگیزاننده پاسخ‌های هشدار باشند. در صورتی‌که مقابله بدن در مرحله قبلی مؤثر واقع نگردد، نیروهای بدن از بین رفته و فرد به‌طور فزاینده‌ای مستعد بیماری و اختلال ارگانیکی می‌گردد. این نکته مهم ارتباط بین استرس و بیماری است.

## ماهیت بحران

کلمه بحران با عبارتهای متفاوتی تعریف شده است. تعدادی از این تعریفها مشابه هستند. برخی از تعاریف بعمل آمده از بحران عبارتند از: نقطه اوج و برگشت؛ لحظه تصمیم‌گیری؛ زمان وجود مشکل یا خطر بزرگ؛ زمان خطریابی در سیاست و اقتصاد؛ لحظه خطیر در سیاست، لحظه تعیین‌کننده؛ مقطع حیاتی؛ و نقطه برگشت برای بهتر و یا بدتر شدن وضعیت.

بحران وضعیت اضطراری، تهدید به خطر و نیاز به اقدام را منعکس می‌کند. از این واژه وقتی استفاده می‌کنیم که با یک وضعیت اضطراری و پراسترس مواجه می‌شویم. بحران حالت و شرایطی است که باعث نابسامانی می‌شود. در بحران فرد با ناکامی در نیل به اهداف مهم زندگی یا گسیختگی روال زندگی و آشفتگی در روش‌های مقابله با فشار روانی روبرو است. غالباً بحران به احساس فرد نسبت به گسیختگی وابسته است نه خود از هم گسیختگی. هم‌چنین بحران وابسته به زمان است و معمولاً بیشتر از چند هفته بطول نمی‌انجامد.

در هر یک از تعاریف به‌عمل آمده از بحران بر جنبه‌ای از آن تأکید شده است. در یک جا بر فرایند شکل‌گیری بحران تأکید شده است از این منظر "بحران شدت و اوج استرس است"، خاصیت تراکمی استرس موجب می‌شود که با گذشت زمان، استرس‌های متراکم شده تبدیل به بحران عمده شوند. از دیدگاهی دیگر بحران عبارتست از نقطه اوج و برگشت، لحظه تصمیم‌گیری، زمان مشکل یا خطر. از این منظر بحران وضعیتی اضطراری، تهدید به خطر و نیاز به اقدام را منعکس می‌کند. در جایی دیگر "بحران به حالت و شرایطی گفته می‌شود که باعث نابسامانی در اهداف و روال زندگی می‌گردد". در دیدگاهی دیگر، "بحران ادامه طبیعی وضعیتی است که حل نشده و به نقطه‌ای رسیده است که بایستی یا از آن گذشت و یا از آن برگشت"؛ گذر از بحران در گرو حل مسالمت‌آمیز بحران و برگشت به دنبال بکارگیری آخرین حربه‌های ناموفق است. مبتنی بر این دیدگاه است که بحران هم دارای آثار مثبت و هم آثار منفی است.

توجه به تعاریف ارائه شده از بحران نشان می‌دهد که در بحران دو نیرو درگیر است.



نیروی اول در جهت رشد فرد و نیروی دوم به سوی سقوط و انحطاط می‌باشد. به عبارتی دیگر یک نیرو خواستار تغییر وضع موجود و نیرویی دیگر برای جلوگیری از تغییر وضع موجود است. به‌خاطر همین شرایط است که عموماً افراد آسیب‌دیده از بحران در اهداف زندگی و تصمیم‌گیری‌های مربوط به آن دچار تعارض می‌شوند.

بیشتر بحران‌ها به‌دنبال عملکرد یک عامل خارجی به نام حادثه شروع می‌شود. حوادث بحران‌زا، حوادث فوق‌العاده استرس‌زایی هستند که می‌تواند موجب نابسامانی و حالات آشفتگی شود. این حوادث موجب عدم تعادل و نابسامانی در افکار و رفتار می‌شوند. هم‌چنین حوادث بحرانی در تمامی افراد در معرض حادثه موجب اختلال روانی نمی‌شود. کمرختی و بی‌حسی، شوک و انکار پی‌آمد فوری حادثهٔ تروماتیک است.

با پایان یافتن شرایط بحرانی بسیاری از واکنش‌های افراد دچار بحران نیز تمام شده و زندگی طبیعی از سر گرفته می‌شود. هدف زیربنای مداخله در بحران نیز بازگشت دادن عملکرد بازماندگان به سطح و شرایط قبل از حادثه است.

پارکس<sup>۱</sup> (۱۹۹۷) انواع حوادث بحران‌زا را براساس نوع مشکلات روان‌شناختی که ممکن است ایجاد کنند مورد بررسی قرار داده است. بر این اساس او حوادث را به ۹ دسته تقسیم کرد:

- ۱- حوادث محلی کوچک
- ۲- حوادث ملی کوچک
- ۳- حوادث کوچک بین‌المللی
- ۴- حوادث محلی در مقیاس متوسط
- ۵- حوادث ملی در مقیاس متوسط
- ۶- حوادث بین‌المللی در مقیاس متوسط
- ۷- حوادث محلی در مقیاس بزرگ
- ۸- حوادث ملی در مقیاس بزرگ
- ۹- حوادث بین‌المللی در مقیاس بزرگ

## عناصر بحران

برای مطالعه دقیق‌تر بحران می‌توان آن‌را به اجزاء کوچک‌تر تقسیم نمود و عناصر موجود در آن‌را مورد شناسایی قرار داد. اجزاء و عناصر یک بحران به شرح زیر آمده است. وجود یا عدم وجود بحران را می‌توان بر اساس حضور یا عدم حضور عناصر زیر تشخیص داد. در یک بحران باید عناصر زیر موجود باشد:

- ❖ وجود یک واقعه استرس‌زا یا استرس طولانی مدت
- ❖ تجربه پریشانی و وضعیت ناگواری
- ❖ وجود فقدان، خطر، یا تحقیر
- ❖ احساس غیرقابل مهار بودن شرایط
- ❖ احساس وقایع به صورت غیرمنتظره
- ❖ به هم ریختگی یا تغییر روال عادی
- ❖ وجود ابهام و تردید نسبت به آینده
- ❖ ناراحتی و پریشانی از دو تا شش هفته ادامه داشته باشد.

چنانچه شما تحت شرایطی باشید که نشانه‌های فوق‌الذکر موجود باشند به احتمال زیاد با یک بحران مواجه هستید. دو نوع شرایط وجود دارد که ممکن است شبیه بحران باشد درحالی که بحران نیست. نوع اول وضعیتی است که در آن فرد با یک حادثه پراسترس ولی قابل کنترل مواجه شده باشد. نوع دوم، وضعیتی است که در آن، شخص بدون وجود نشان‌های از واقعه پراسترس، غصه‌دار و اندوهگین است. حتی اگر میزان غصه و اندوه در حدی باشد که زندگی فرد را دچار نابسامانی کرده باشد باز بحران تلقی نمی‌شود.

## مراحل بحران

به‌طورکلی بحران مراحل دارد. تعداد و انواع مراحل بحران به گونه‌های متعددی فهرست شده است. در این‌جا با بهره‌گیری از نظریه لازاروس (۱۹۶۶) بحران را در چهار مرحله مورد مطالعه قرار می‌دهیم. ویژگی تقسیم‌بندی حاضر این است که شیوه‌های مداخله‌ای در هر مرحله مستتر است.

۱- احساس اولیه تنش که باعث تحریک پاسخ‌های تطابقی متعارف می‌گردد.  
۲- بالا رفتن تنش همراه با تداوم تحریک و احساس عدم موفقیت در مقابله با کاهش آن.

۳- بالا رفتن تنش تا حدی که منابع اورژانس درونی و بیرونی به حرکت درآید. لازم به ذکر است که بحران ممکن است به واسطه عملکرد مکانیسم‌های اورژانسی مانند دیدن مشکل بصورت متفاوت یا صرف‌نظر کردن از اهداف موقتاً تخفیف پیدا کند.

۴- اگر بحران در مرحله سوم تخفیف پیدا نکند و یا با نفی و تسلیم به قضا دفع نشود مرحله حاد شروع می‌شود. در این مرحله تنش تا جایی افزایش پیدا می‌کند که اختلال در رفتار ظاهر می‌شود و کنترل عاطفی از دست می‌رود. در این مرحله واکنش مردم بسیار مشابه است.

موارد زیر جزء رایج‌ترین واکنش‌ها هستند:

- ناباوری
- پذیرش
- وحشت
- کاهش توانایی فکری
- مقصر دانستن
- جریحه‌دار شدن احساسات

باید توجه داشت که تمامی مراحل و علائم بحران منفی نیست. بحران ممکن است نقطه رشد قابل توجهی را به همراه داشته باشد و فرد را عمیقاً تحت تأثیر قرار دهد. ارزش بحران وقتی آشکار می‌شود که شخص آماده رسیدن به مراحل بالاتر «خودشکوفایی» و تعادل باشد. لذا به‌خاطر آمادگی فرد برای تغییر، ارائه یابوری در این مرحله، از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است. علاوه بر ارائه یابوری، زمینه و ساخت روانی شخص نیز در واکنش او در برابر «فشار روانی» و «بحران»‌ها اثر قاطع دارد. پیش‌بینی اثر فاجعه بر فرد و خانواده کار آسانی نیست. بعضی از اشخاص و خانواده‌ها از توشه و توان فراوانی برای مقابله با بحران برخوردارند.

## انواع بحران

در یک طبقه‌بندی کلی، بحران‌ها به انواع سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و شخصی و خانوادگی طبقه‌بندی می‌شوند، در اینجا تلاش می‌شود به طبقه‌بندی‌های کاربردی برای استفاده متخصصان حرفه‌های بهداشت روانی اشاره شود. بر این اساس الگوهای متعدد طبقه‌بندی بحران‌ها را از منظر روان‌شناختی مورد بررسی قرار می‌دهیم. باید توجه داشت که انواع طبقه‌بندی بحران‌های روان‌شناختی متعدد و گاهاً به تعداد متخصصان این حوزه از روان‌شناسی است. در اینجا به چند نمونه از مناسب‌ترین طبقه‌بندی اشاره می‌شود:

### الف- انواع بحران بر حسب ماهیت

از نظر فلسفه وجودی بحران، بحران انواع مختلف دارد: ۱- بحران طبیعی تکاملی، از قبیل تولد فرزند یا رفتن او به مدرسه، ۲- بحران وضعی مثل از دست دادن پایگاه اجتماعی و جایگاه شغلی، مایملک یا یک شخص عزیز، ۳- بحران اگزستانسیال که به دنبال تعارض فرد در زمینه مسائل مهم انسانی هم‌چون هدف، مسئولیت، آزادی و تعهد احساس می‌شود. اگر این قبیل بحران‌ها به شیوه‌ای سازنده حل نشود منجر به احساس‌زدگی، بی‌هدفی، یأس و بالاخره کلافه شدن و از هم گسیختگی می‌شود.

### ب- انواع بحران‌ها بر حسب علت

در یک طبقه‌بندی دیگر بحران‌ها به دو گروه عمده یعنی بحران‌های طبیعی و بحران‌های مصنوعی طبقه‌بندی می‌شوند. همچنان‌که می‌دانیم سه ویژگی بحران یعنی تخریب مایملک، آسیب یا از دست دادن و تأثیر بر خانواده و جمعیت وسیع در هر دو نوع بحران مشترک است. ضمن اینکه این دو نوع بحران ویژگی‌های انحصاری دارند که آن‌ها را از هم متمایز می‌کند. ویژگی‌های بحران‌های طبیعی و مصنوعی مطابق جدول زیر است:

نمونه‌هایی از بحران‌های مصنوعی عبارتند از: سوانح حمل و نقل عمومی از قبیل هواپیما، قطار، کشتی یا ماشین؛ آتش‌سوزی؛ انتشار مواد سمی در محیط؛ آشوبهای شهری؛ تبهکاری؛ تروریسم و جنگ. حوادث طبیعی شامل: گردباد، زمین‌لرزه، طوفان، صاعقه، سیل

و رانش زمین می‌باشد. برخی از حوادث از ترکیب دو عامل طبیعی و مصنوعی ایجاد می‌شود مانند سقوط هواپیما به‌خاطر شرایط جوی نامساعد.

جدول ۱- بحران‌های طبیعی در مقابل بحران‌های مصنوعی

| بحران مصنوعی  | بحران طبیعی            | عوامل             |
|---|------------------------|-------------------|
| خطای انسانی، بدکارکردی تکنولوژی   | نیروهای طبیعی          | علت               |
| سقوط هواپیما، نشت مواد شیمیایی در سطح وسیع، حادثه راکتور هسته‌ای              | زمین‌لرزه، گردباد، سیل | نمونه مثال        |
| شخص، صاحبان تکنولوژی، حکومت   | هیچ کس                 | مقصر              |
| موقعیت حادثه ممکن است برای امدادگران و بازماندگان ناآشنا و غیرقابل دسترس باشد | موقعیت وسیع            | وسعت              |
| خیلی‌زیاد، اغلب اعضای خانواده با حادثه اصلی درگیر نیستند                      | زیاد                   | اثرات پس از حادثه |

با توجه به این‌که در بحران‌های طبیعی هیچ‌کس مقصر نیست بنابراین ممکن است بازماندگان خشم خودشان را درون خود بریزند و به‌خاطر این‌که اقدامات احتیاطی لازم را در پیش نگرفته‌اند احساس گناه کنند یا اعتقاد داشته باشند بحران خواست خدا بوده و یا این‌که بحران نوعی مجازات و کیفر اعمالشان است. بازماندگان بحران‌های طبیعی ممکن است به‌دلیل نبود مقصر، خشم خود را روی امدادگران و علی‌الخصوص کارکنان بهداشت روانی بحران برون‌ریزی کنند. تبعات و آسیب‌های پس از حادثه در بحران‌های مصنوعی بیشتر از بحران‌های طبیعی است. برای مثال در آسیب‌های ناشی از حمل و نقل عمومی مرگ‌های غیر معمول عمومیت دارد و اغلب، آسیب‌های جدی بدنی و قطع عضو بوجود می‌آید. به‌دنبال این حوادث، ممکن است بازماندگان نسبت به آن نوع از وسیله حمل و نقل دچار فوبیا شوند. همچنین در بحران‌های مصنوعی، بازماندگان ممکن است نسبت به کسانی یا گروه‌هایی احساس خشم کنند و یا آن‌ها را مقصر بدانند که مسئولیت پیشگیری از حادثه را داشتند.

## ج- انواع بحران از نظر نوع استرس

۱- سوانح<sup>۱</sup>: رویدادهایی که تأثیر روان‌شناختی آن‌ها به آسیب‌های بدنی و احتمال وقوع مرگ مربوط است.

۲- بلایای طبیعی<sup>۲</sup>: این بلاها به دلیل آن‌که شخص هیچ‌گونه کنترلی بر آن‌ها ندارد خود به خود موجب فشار روانی شدید در افراد می‌گردد.

۳- جنگ‌های نظامی<sup>۳</sup>: سربازان در میدان جنگ همواره در حال ترس و اضطراب به سر می‌برند، ترس آن‌ها از اسیرشدن، مردن و ناقص‌العضو شدن می‌باشد. هم‌چنین کمبود خواب، خستگی بدنی، جدایی از خانواده و تعارض زندگی، فشار روانی را در آن‌ها افزایش می‌دهد. یکی از احساساتی که همراه با اضطراب و افسردگی در آنان ملاحظه می‌شود خشم است؛ خشمی انفجارآمیز و توأم با تنفر.

فرانکل عوامل متعددی را که در زنده‌ماندن اسیران جنگی مؤثر بوده ذکر کرده است. این عوامل عبارتند از: نیروی بدنی، پیوند اجتماعی، مهارت‌های شناختی، امیدواری، اعتقاد به تحمل رنج و تعهد شدید نسبت به زنده‌ماندن. مطالعات روان‌شناختی درباره افرادی که از جنگ نظامی و اسارت جان سالم به در برده‌اند نشان‌دهنده است که آن‌ها همه یا بعضی از تجارب زیر را داشته‌اند:

الف) تخیل مرگ

ب) کابوس

ج) احساس گناه

د) کرختی روان‌شناختی<sup>۴</sup>

ه) آسیب در روابط اجتماعی

و) از دست دادن معنای زندگی

گرچه بیشتر افراد در برابر تأثیرات بحران سازگاری مجدد حاصل می‌کنند ولی در

---

1 - Accidents

2 - Natural disasters

3 - Military combat

4 - Psychological numbing

حدود یک‌سوم آنان به حالتی دچار می‌شوند که اصطلاحاً «سندرم بلا» نامیده می‌شود. نشانه‌های این سندرم عبارت است از: گیجی، بی‌هدفی، سرگردانی، تهوع، بی‌خوابی و تنش.

۴- فشارهای روانی زودگذر: فشارهای روانی زودگذر در واقع بحران‌های رایج زندگی هستند. ویژگی اصلی این بحران‌ها قابلیت پیش‌بینی‌پذیری آنهاست. هم‌چنین هریک از این بحران‌ها مراحل انتقالی زندگی را تشکیل می‌دهند. میزان استرس این نوع بحران‌ها تحت تأثیر عوامل زیستی، فرهنگی، محیطی و اجتماعی قرار دارد. فشارهای روانی زودگذر را می‌توان به صورت زیر فهرست کرد:

- ۱- تولد، ارتباط با دنیای جدید، از شیرگرفتن.
- ۲- ورود به مؤسسات اجتماعی مانند مهدکودک و مدرسه.
- ۳- بلوغ و تغییرات زیستی، روانی، اجتماعی همراه با آن.
- ۴- تغییرات مهم آموزشی مانند ورود به دانشگاه.
- ۵- اشتغال و ورود به دنیای کار.
- ۶- ازدواج.
- ۷- فرزنددار شدن.
- ۸- جدایی و دوری از فرزندان.
- ۹- بازنشستگی.

۵- فشارآفرینی‌های چندگانه: فشار روانی حالت تراکمی دارد، استرس‌های وارد شده بر فرد ممکن است در گذر زمان متراکم شوند و در طولانی مدت پیامدهای منفی مهمی برجای بگذارند. ترکیبی از چند حادثه فشارآفرین و عوامل شخصیتی با یکدیگر می‌توانند در فرد بحران ایجاد کرده و پی‌آمدهای جبران‌ناپذیر برای او داشته باشد.

#### د- انواع بحران براساس پیامدهای آن

استرس و شرایط بحرانی را از نظر نوع تأثیری که بر فرد می‌گذارد می‌توان به سه مقوله تقسیم کرد اساس این طبقه‌بندی نگاه به بحران از سه منظر فردی، خانوادگی و اجتماعی است. فقدان<sup>۱</sup> یا صدمات ناشی از عوامل خارجی، عذاب درونی و مراحل انتقالی که مستلزم

---

1 - Disaster syndrome

2 - Loss

پاسخ‌های انطباقی است از جمله این طبقه‌بندی است. مطابق این الگوی طبقه‌بندی برخی از شرایط بحرانی از این قرار هستند:

۱- **فقدان یا از دست‌رفتگی:** از قبیل داغدیدگی، بیکاری، فاجعه، طلاق، اسارت، زندانی شدن، مهاجرت، شرکت در مأموریت جنگی.

۲- **عذاب درونی:** از قبیل ناامیدی، افسردگی، یأس، خستگی رزم، نشئه اعتیاد، اقدام به خودکشی، خیانت.

۳- **مراحل انتقالی:** از قبیل تغییر شغل، جابجایی، ورود عضو جدید به خانواده، تعارض خانوادگی، بیماری شدید.

#### ه- انواع بحران براساس تأثیر بر خانواده

مطابق این الگوی طبقه‌بندی بحران‌ها از نظر تأثیری که بر خانواده دارد به عوامل داخلی و خارجی طبقه‌بندی می‌کند. بحران‌هایی هم‌چون جنگ، ایذاء یا حوادث طبیعی که دارای سرچشمه خارجی است و غالباً باعث تحکیم تلاش‌های خانواده برای رفع آن‌ها می‌شود، در صورتی که بحران‌های داخلی مانند خودکشی، خیانت، الکلیسم باعث متلاشی شدن پیوندهای خانواده می‌گردد. براین اساس هیل انواع بحران‌ها را براساس اثر آن‌ها روی خانواده به صورت زیر نام برده است.

۱- **جدایی یک عضو:** مانند مرگ فرزند، مرگ عضوی از خانواده یا یکی از والدین، بستری شدن همسر، دوری ناشی از جنگ، اسارت عضوی از خانواده.

۲- **اضافه شدن یک عضو:** مانند حاملگی ناخواسته؛ رجعت اسیر؛ ورود ناپدری یا نامادری، قبول فرزند خوانده، یتیم‌شدن، بازگشت پدر یا مادر مسن.

۳- **بی‌آبرویی:** از قبیل خیانت، الکلیسم، اعتیاد، رهاکردن (قطع سرپرستی)، بزهکاری، بی‌آبرویی به علاوه از دست رفتن یا اضافه شدن یک عضو نظیر، حرام‌زادگی، فرار، رجعت به خانه بعد از فرار، طلاق، زندانی شدن، خودکشی یا دگرکشی.



## ویژگی‌های بحران

تمامی بحران‌ها خصوصیات و ویژگی‌های عمومی را دارند این خصوصیات عبارتند از:

- ۱- علائم فشار روانی و فیزیولوژیکی که همیشه با حالات ناراحتی شدید همراه است،
- ۲- نوعی احساس هراس و شکست که در آن فرد خود را درهم‌شکسته، بی‌کفایت و درمانده احساس می‌کند و امکان دارد علائم برانگیختگی یا کناره‌گیری را بروز دهد
- ۳- جهت‌گیری متمرکز بر بهبودی و کاهش علائم اولیه، ۴- کارآیی اندک ۵- محدودیت زمان. برای این اساس هدف عمده در مداخله در بحران ممانعت از بوجود آمدن فاجعه است. در اینجا به سه ویژگی اصلی بحران‌ها اشاره می‌شود:

**الف) انواع مختلف دارند:** بحران شامل سوانح، بلایای طبیعی و جنگ می‌باشد. بحران سوانح به مجموعه‌ای از علائم روان‌شناختی گفته می‌شود که آسیب‌های بدنی و احتمال وقوع مرگ را در پی دارد. بحران سوانح می‌تواند به سادگی سقوط بدون خطر از بلندی تا حادثه رانندگی منجر به آسیب‌ها و صدمات جسمانی شدید هم‌چون شکستگی استخوان آسیب‌مغزی و قطع نخاع باشد. قتل و جنایت نیز از جمله سوانح محسوب می‌شود. بلایای طبیعی شامل زلزله، طوفان، گردباد، آتشفشان، سیل، رانش زمین، سقوط سنگ‌آسمانی و رعدوبرق می‌باشد. ویژگی اصلی بلایای طبیعی عدم‌توانایی کنترل از سوی شخص در معرض بحران است و به‌خاطر همین موجب فشار روانی شدید می‌شود. نوع سوم از حوادث جنگ است. جنگ موجب ترس و اضطراب صحنه جنگ، اسارت، مرگ دوست و هم‌رزم، جراحت، خستگی رزم و جدایی می‌شود نوعی فرعی از حادثه جنگ آشوب‌های خیابانی و تروریسم است.

**ب) همیشه همراه با فقدان است:** فقدان ویژگی اصلی بحران ناشی از حوادث است. از دست رفتگی، داغدیدگی، بیکاری، فاجعه، زندانی شدن، مهاجرت، بستری شدن خود یا عزیز، خودکشی، از دست دادن سلامتی، از دست دادن عضوی از بدن از جمله موارد فقدان در اثر بحران است عموماً فقدان یا از دست‌دادن‌ها موجبات یأس، ناامیدی و افسردگی می‌شود.

ج) غافل‌گیری: عدم پیش‌بینی‌پذیری در اغلب بحران‌ها وجود دارد. ناتوانی فرد در کنترل بحران موجب افزایش شدت استرس‌پذیری می‌شود. غافل‌گیری با زمان ارتباط دارد و می‌تواند یکی از ملاک‌های تشخیص شدت بحران باشد. براساس همین ویژگی است که شیوه‌های مداخله‌ای در بحران متفاوت با سایر مداخله‌های کلاسیک است.

### علائم روان‌شناختی افراد دچار بحران

تمامی کسانی که در معرض بحران قرار می‌گیرند به درجاتی از آن متأثر می‌شوند. تأثیرات ناشی از بحران در برخی از افراد به سرعت حل‌وفصل می‌شود و افراد دچار بحران سازگاری مجدد بدست می‌آورند. به‌طور معمول حداقل یک‌سوم آنان دچار حالاتی می‌شوند که اصطلاحاً "سندرم بلا" گفته می‌شود. مطالعات روان‌شناختی درخصوص افرادی که پس از بحران زنده مانده‌اند نشان داده است که عموماً همه یا بعضی از تجارب و علائم زیر در آن‌ها وجود داشته است.

- ۱- علائم فشار روانی و فیزیولوژیکی از قبیل: ترس، هراس، تنش.
- ۲- کرحتی روان‌شناختی<sup>۱</sup>
- ۳- اضطراب که جزء بنیادین بحران است.
- ۴- اختلال در تفکر.
- ۵- انزوای طلبی و اشتغال ذهنی، انکار واقعیات، اجتناب از تفکر یا تکلم دربارهٔ بحران، حقیقت‌گریزی، بی‌توجهی و بی‌قیدی نسبت به امورات شخصی و زندگی و پناه‌بردن به رؤیا و تخیل.
- ۶- افسردگی: از قبیل اختلال خواب، اختلال خوردن، افکار مربوط به خودکشی، تجسم غیرارادی حادثه واقع شده یا احساس وقوع مجدد آسیب، گریه‌های غیرارادی. این علائم ممکن است به مدت طولانی باقی بماند و حتی تبدیل به اختلال روانی مزمن شود.

---

1 - Psychological numbing

۷- تغییرات اساسی در زندگی: هرچند بحران‌هایی که به خوبی حل و فصل می‌شوند پتانسیل‌های بالقوه رشد را به حرکت درمی‌آورد و موجب پویایی و تغییر مثبت در زندگی می‌شوند، بحران‌های حل و فصل نشده تغییرات دیگری را در رفتار فرد و زندگی آینده او موجب می‌شود. فرد یا افراد دچار بحران احتمال دارد انزوای اجتماعی را در پیش‌گیرند، فعالیت‌های لذت‌بخش را رها سازند، ممکن است به مناطق جغرافیایی دیگر مهاجرت نمایند، کارایی قبلی خود را از دست دهند، به دنبال یافتن معنای زندگی و اهداف جدید برای زندگی‌اش باشند و در مجموع روال عادی زندگی‌شان را تغییر دهند.

## فصل ۲

# آسیب‌های روانی بحران

پس از وقوع بحران‌هایی هم‌چون جنگ، زلزله، سیل یا طوفان، میلیون‌ها نفر پیامدهای حادثه را به صورت مرگ و تخریب در تلویزیون‌ها مشاهده می‌کنند. حتی ممکن است همان بینندگان پس از مشاهده حادثه مدتی با مشکلات سازگاری رفتاری و عاطفی مواجه شوند. تا چه برسد به کسانی که در صحنه حادثه بودند و هستند. تمامی افراد حاضر در صحنه حادثه علائمی از استرس پس از حادثه را از خود نشان می‌دهند. بیشتر واکنش‌هایی که نسبت به استرس‌ورهای شدید هم‌چون بحران ارائه می‌شود واکنش‌های بهنجار تلقی می‌شوند. هرچند مواجهه با این استرس‌ورهای شدید و فشارآور ممکن است مفروضه‌ها و اعتقادات افراد را درباره زندگی تغییر دهد و نگرانی‌هایی برای آن‌ها ایجاد کند، اما شدت این نگرانی‌ها در گذر زمان کاهش یافته و فروکش می‌کند. متخصصان معتقدند مدت زمانی که لازم است تا بازماندگان حوادث بهبودی حاصل کنند بستگی دارد به این‌که چه نوع حادثه‌ای و با چه شدتی بر آن‌ها اتفاق افتاده است و آن‌ها چه معنا و مفهومی نسبت به بحران پیش‌آمده دارند.

بررسی‌های اپیدمیولوژی در مقیاس وسیع در جوامع دچار بحران صورت نگرفته است. هنوز هم بسیاری از نتایج حاصله وابسته به پژوهش‌های کوچک و مشاهدات فردی است. همین پژوهش‌ها و مطالعات نشان داده‌اند که بیشتر بازماندگان حوادث اختلالات عاطفی را حداقل در دوره کوتاهی تجربه می‌کنند. در هفته اول حادثه اضطراب عمومی شایع می‌شود، ترس، احساس گناه بویژه در آن‌هایی که اعضای خانواده خود را از دست داده‌اند رایج است. پس از ده روز که زندگی در پناهگاه‌ها شروع می‌شود و بازماندگان آرام می‌گیرند استرس زندگی در پناهگاه بر سایر استرس‌های ناشی از بحران اضافه می‌شود. اختلال خواب در این مدت شیوع بالایی دارد. هم‌چنین علائم اختلال افسردگی، اختلال استرسی حاد، علائم بازگشت و تجربه مجدد حادثه از سایر علائم شایع در بین بازماندگان است. تحقیقات پیگیری پس از بحران در بحران‌های طبیعی هم‌چون زلزله نشان داده است که با گذشت سه سال پس از زمین‌لرزه هنوز قربانیان از مشکلات روان‌شناختی رنج می‌برند، از زندگی کناره‌گیری کرده و در خانه‌های موقتی در انزوا به سر می‌برند. هم‌چنین دچار پیامدهای بدنی هم‌چون افزایش مصرف الکل و خطر بالایی از اختلالات کرونری و تنفسی بودند.

گروه‌هایی از بازماندگان بحران در درازمدت آسیب بیشتری می‌بینند و یا آسیب آن‌ها تداوم می‌یابد. این گروه‌ها عبارت‌اند از: کسانی که روابط اجتماعی خود را از دست داده و نتوانسته‌اند آن‌را مجدداً شکل دهند، خانواده‌های بدون پدر، کسانی که آسیب جدی جسمانی و یا روانی دیده‌اند، کسانی که علی‌رغم گذشت زمان هنوز خانه‌هایشان بازسازی نشده است، کسانی که در تأمین مایحتاج زندگی‌شان دچار مشکل هستند و کسانی که در کشورهای پیشرفته بوده‌اند.

حدود ۸۹ درصد از افراد در طول زندگی‌شان حداقل یک واقعه تروماتیک را تجربه کرده‌اند و میزان خطر و آسیب یک حادثه تروماتیک از بین مشاغل جامعه در بین برخی گروه‌های شغلی بیشتر است. شاغلین سازمان‌های نظامی، آتش‌نشانی و کارکنان اورژانس روانی و جسمانی آسیب‌پذیرترین افراد هستند که ناچاراً در اکثر بحران‌ها مداخله می‌کنند. هم‌چنین احتمال ابتلا به PTSD<sup>۱</sup> در پی یک بحران تروماتیک در بین جمعیت عادی حدود ۹ درصد و در بین کارکنان گروه‌های شغلی مذکور حدود ۱۰ الی ۳۰ درصد می‌باشد.

هم‌چنین در بحران ناشی از زمین‌لرزه اختلال استرس پس از حادثه در ۳۲ درصد تا ۶۰ درصد از بازماندگان بزرگسال و ۲۶ درصد تا ۹۵ درصد از بازماندگان کودک بروز پیدا می‌کند. زمین‌لرزه بیش از یک حادثه و پیشامد است. زمین‌لرزه به صورت حلقه‌وار یک‌سری از حوادثی را به دنبال می‌آورد که تمامی آن‌ها به زندگی روان‌شناختی مردم راه پیدا کرده و یک دوره طولانی زندگی عاطفی مردم را تحت تأثیر قرار می‌دهد. وضع عمومی، تخریب‌ها و شرایط رایج شهر تقریباً پس از ۱۲ ماه تثبیت می‌شود ولی واکنش‌های استرس پس از ضربه مدت‌های مدیدی تداوم می‌یابد. احتمال بیشتری وجود دارد که به دنبال قرارگرفتن در معرض بحران علائم روان‌شناختی دائمی شود. چنین افرادی از طریق بکارگیری مکانیسم کناره‌گیری، بااسترس انطباق پیدا می‌کنند. کناره‌گیری از موقعیت، انزواطلبی و تلاش در کناره‌گیری و پرهیز افراطی از عوامل استرس‌زا، از جمله موارد کناره‌گیری افراد می‌باشد. هرچند مکانیسم کناره‌گیری ممکن است به کاهش تنش فوری منجر شود ولی به تداوم استرس و بروز اختلال استرس پس از ضربه کمک می‌کند.

زلزلهٔ ارزروم ترکیه در ۱۳ مارس ۱۹۹۲ رخ داد. اندازه آن ۶/۸ در مقیاس ریشتر بود. در این زلزله تعداد ۵۴۱ نفر کشته و ۸۵۰ مجروح شدند، تعداد ۵۵۰۰ خانه به کلی تخریب شده یا آسیب جدی دیدند. یک پژوهش از بازماندگان حادثه در سال ۱۹۹۳ صورت گرفت. تحقیق نشان داد که اثرات عاطفی زمین‌لرزه تقریباً در تمامی ۴۶۱ مورد از بازماندگان مورد بررسی وجود داشت. علائم ترس و هراس بسیار رایج و شایع بودند. در حدود یک چهارم از نمونه‌های مورد مطالعه نگرانی از اعضای خانواده و غصه را تجربه کرده بودند. احساس‌هایی از این قبیل که زندگی فاقد معنا است، اندوه دربارهٔ مرگ و نگرانی از آسیب بدنی مجدد در بین آن‌ها شیوع بالاتری داشت. اکثر بازماندگان حالتی داشتند که انگار حتی پس از گذشت ۱۶ ماه مشکلات عاطفی هنوز نگران‌کننده بود.

در زلزلهٔ ۱۹۸۵ مکزیک، ۳۲ درصد از بازماندگان دچار PTSD، ۱۹ درصد اضطراب منتشره و ۱۳ درصد افسردگی داشتند.

یک مطالعه جامع از علائم اختلالات روان‌شناختی در زمین‌لرزه یونان بود. این زمین‌لرزه در ۶ نوامبر ۱۹۸۸ در اندازه ۷/۶ در مقیاس ریشتر اتفاق افتاد. میزان جراحت در یک‌سوم بازماندگان جدی و وخیم بود. این زمین‌لرزه در مجموع بیش از ۴۳۰/۰۰۰ نفر را تحت‌تأثیر قرارداد. در مناطقی که شدت تخریب زیاد بود میزان اختلالات و بیماری‌های روان‌پزشکی دوبرابر بود. مطابق بررسی‌های انجام شده در ۶ ماه پس از حادثه با استفاده از مقیاس ۲۸ سؤالی GHQ<sup>۱</sup> حدود ۶۰ درصد جمعیت در معرض حادثه دچار علائم اختلال بودند. یافته‌های مشابه نشان داد که ۱۲ ماه پس از آتش‌سوزی در استرالیا عمده علائم اختلالات، علائم بدنی شکل بود.

در بمباران آکلاهاما، از بین کسانی که در معرض حادثه قرار گرفته بودند نزدیک به ۵۰ درصد اختلال استرس پس از حادثه پیدا کردند و روی یک‌سوم آن‌ها تشخیص PTSD داده شد. افسردگی عمده اختلال رایج بود و مشاهده موارد سوءاستفاده از مواد تازگی نداشت. علائم PTSD در برخی افراد بلافاصله پس از حادثه، در برخی دیگر چندروز پس از حادثه و در گروهی نیز پس از اولین ماه دیده شد.

در یک مطالعه‌ای، تعداد ۱۷۷ مقاله با ۱۳۰ نمونه مجزا که مجموعاً تعداد ۵۰ هزار نفر

در ۸۰ بحران متفاوت بودند مورد بررسی و جمع‌بندی قرار گرفت. مشخصات بحران‌های مورد مطالعه به شرح زیر بود:

❖ از نظر نوع بحران: ۶۲ درصد بحران طبیعی، ۲۹ درصد بحران تکنولوژیکی و ۹ درصد بحران عمدی، تروریستی و جنگ بود.

❖ از نظر موقعیت جغرافیایی بحران: ۶۰ درصد آن‌ها از آمریکا، ۲۵ درصد از سایر کشورهای پیشرفته و ۱۵ درصد از کشورهای در حال توسعه بود.

❖ از نظر نوع نمونه‌ها: ۷۳ درصد بازماندگان بزرگسال، ۱۶ درصد جوانان و ۱۱ درصد کارکنان امداد و نجات بودند.

نتایج تحقیق در ابعاد مختلف مورد بررسی قرار گرفت. میزان آسیب و گستردگی آسیب دو بعد مورد بررسی در برآورد شیوع اثرات حوادث بحرانی در این تحقیق بود.

**الف) میزان آسیب بحران:** اثرات و آسیب‌های روان‌شناختی ناشی از حوادث بحرانی در حوزه‌های متعددی قابل بررسی است. این ابعاد و میزان اثرات به شرح زیر است:

۱- مشکلات اختصاصی: در بین ۷۴ درصد از نمونه‌های مورد بررسی مشکلات اختصاصی روان‌شناختی ملاحظه شد. از نظر نوع مشکلات ملاحظه شد که اختلال PTSD در ۷۵ درصد نمونه‌ها، اختلال افسردگی یا افسردگی عمده در ۳۷ درصد نمونه‌ها، اختلال اضطرابی منتشره در ۱۹ درصد نمونه‌ها و اختلال هراس و فوبیا در بین درصد کمی از نمونه‌ها وجود داشت.

۲- ناراحتی‌های غیراختصاصی: ارزیابی‌ها نشان داد که علائم روان‌شناختی و روان‌تنی که غیراختصاصی بودند در بین ۳۹ درصد از نمونه‌ها وجود داشت.

۳- مشکلات بهداشتی: وجود شکایات جسمانی، افزایش میزان ابتلاء به بیماری‌های جسمانی، افزایش شاخص‌های جسمانی یا استرس‌های بدنی، کاهش عملکرد ایمنی بدن، اختلال خواب، افزایش استفاده از مواد مخدر، بازگشت و عود بیماری‌های قبلی در ۲۵ درصد از نمونه‌های مورد بررسی شناسایی شد.

۴- مشکلات مزمن زندگی: مشکلات و بیماری‌های مزمن در ۱۰ درصد نمونه‌های مورد بررسی شناسایی شد. این نوع مشکلات، کمتر ملاک‌های طبقه‌بندی



تشخیصی را داشتند ولی عموماً در ارزیابی‌ها ملاحظه می‌شد. این مشکلات شامل اختلال در روابط بین فردی، فروپاشی روابط اجتماعی، تعارضات خانوادگی، اصرار و پافشاری افراطی در جلب حمایت‌های مالی و اجتماعی، استرس‌های شغلی، استرس‌های مالی و اقتصادی و وجود نگرانی‌هایی درباره‌ی سایر موقعیت‌ها و شرایط زندگی.

۵- از دست دادن منابع روانی: این نوع از مشکلات نسبت به سایر موارد از فراوانی کمتری برخوردار بود و تنها در بین کمتر از ۱۰ درصد نمونه‌ها پیدا شد. از جمله این مشکلات کاهش منابع حمایتی، کاهش احساس کفایت خود و گاهی وجود خوشبینی زیاد.

۶- مشکلات ویژه جوانان: در بین نوجوانان و جوانان بازمانده مشکلات رفتاری مختلف از جمله اضطراب جدایی، انحرافات و بزهکاری وجود داشت.

(ب) شدت آسیب ناشی از حوادث بحرانی: بررسی بازماندگان بحران‌ها نشان داد که وضعیت شیوع آسیب بر حسب شدت آسیب‌های روان‌شناختی به شرح زیر است:

۱- حداقل آسیب: در بین ۹ درصد از بازماندگان حداقل آسیب مشاهده شد که عمدتاً واکنش‌های استرسی زودگذر بود.

۲- آسیب متوسط: در بین ۲۵ درصد از بازماندگان میزان شدت آسیب در حد متوسط بود یعنی در این تعداد از نمونه‌ها نگرانی‌ها ادامه داشت ولی این نگرانی‌ها غیربالینی بود.

۳- آسیب شدید: حدود ۲۵ تا ۴۹ درصد از بازماندگان از آسیب روانی رنج می‌بردند. علائم آن‌ها براساس معیارهای طبقه‌بندی تشخیصی، اختلال دریافت کرده بود.

۴- آسیب خیلی شدید: میزان آسیب در بین ۱۶ درصد از بازماندگان جدی و خیلی شدید بود. این عده نیاز به مداخلات روان‌شناختی فوری و درازمدت داشتند.

در مجموع ملاحظه شد که در بین حدود ۷۵ درصد از بازماندگان کم و بیش علائمی از

آسیب وجود دارد. میزان آسیب در بین ۴۱ تا ۶۵ درصد از بازماندگان مطابق معیارهای تشخیصی اختلال روان‌شناختی بود.

## عوامل مرتبط با میزان آسیب روانی بحران

### ۱- بودن در معرض حادثه

در زمان حادثه تروماتیک برخی افراد به شدت احساس ترس می‌کنند، برخی دیگر احساس کمرختی یا از هم پاشیدگی دارند. بسیاری از بازماندگان تروما در هفته‌های اول پس از حادثه دچار آشفتگی و بهم‌ریختگی روانی می‌شوند اما تعداد قابل توجهی از آنها بدون درمان بهبودی پیدا می‌کنند. درصدی از بازماندگان بحران که مشکلاتشان ادامه می‌یابد و دچار اختلال استرس پس از ضربه می‌شوند، کسانی هستند که بیشتر در معرض آسیب قرار گرفته‌اند.

احتمال بروز PTSD و شدت و مزمن بودن علائم اختلال یک موضوع چندعاملی است و مهم‌ترین عامل، بودن در معرض حادثه تروماتیک است. مهم است توجه شود که حتی در بین افرادی که نسبت به PTSD آسیب‌پذیر هستند، این اختلال بدون اینکه آنها در معرض حادثه تروماتیک قرار گیرند، بروز پیدا نمی‌کند. سایر عواملی که به عنوان عوامل خطر ساز در ابتلاء به اختلال PTSD عمل می‌کنند شامل: بزرگی، طول مدت، نوع و چگونگی در معرض آسیب بودن، سن شروع اولین بار، آموزش پایین افراد، شدت واکنش اولیه، میزان آشفتگی اولیه (احساس کمرختی، احساس غیرواقعی در حین و زمان کوتاهی پس از بحران)، مشکلات رفتاری اولیه، مشکلات دوران کودکی، تاریخچه خانوادگی در زمینه اختلال روان‌پزشکی، حمایت اجتماعی ضعیف پس از تروما و ویژگی‌ها و خصوصیات شخصیتی (از قبیل حساسیت بالا، بدبینی و واکنش منفی نسبت به استرسورها) می‌باشد.

در مطالعه‌ای بر روی آسیب‌دیدگان طوفان پرتریکو در سال ۱۹۸۵ که با استفاده از سیاهه مصاحبه تشخیصی (نسخه اسپانیایی) انجام شد ملاحظه گردید که در بین ۹۱۲ نفر از بازماندگان بین سنین ۱۷ تا ۶۷ سال، اختلالات افسردگی، اضطراب عمومی و PTSD در بین کسانی که در معرض حادثه بودند نسبت به آن‌هایی که در معرض حادثه قرار نگرفته

بودند بیشتر است. هم‌چنین در مطالعه پیگیری دیگری که در آن از ۳۷۵ نفر قبل و بعد از حادثه مصاحبه به عمل آمده شد از بین کسانی که در معرض حادثه بودند تعداد ۱۳۹ نفر ملاک‌های تشخیص اختلال روان‌شناختی را دریافت کردند.

موقعیت‌هایی وجود دارد که در آن‌ها بازماندگان در معرض بیشتری برای ابتلاء به اختلالات قرار می‌گیرند. این موقعیت‌ها زمانی است که میزان تخریب حادثه بحرانی یا تعداد مرگ ناشی از آن بیشتر باشد، آلودگی و آفات به دنبال حادثه، مرگ ناگهانی یا مرگ سخت برای عزیزان و از دست دادن خانه و کاشانه وجود داشته باشد.

تداوم آسیب در بین کسانی که در معرض آسیب بودند با متغیرهایی در ارتباط است. در بررسی‌های گوناگون الگوهای در تداوم آسیب شناسایی شد، این الگوها عبارتند از:

۱- در اکثر پژوهش‌ها ملاحظه شد که بازماندگان آسیب‌دیده به مرور زمان بهبود یافتند. البته این موضوع همیشه دارای ارتباط خطی نیست.

۲- شدت علائم در مراحل اولیه پس از بحران، پیش‌بینی‌کننده خوبی برای تداوم آسیب در زمان‌های بعدی است.

۳- معمولاً علائم آسیب در سال اول حادثه در اوج قرار دارد و بعد از آن از میزان شیوع آن کاسته می‌شود و تنها اقلیتی از افراد جامعه آسیب‌دیده باقی می‌مانند. حضور برخی از عوامل در محیط بحرانی، واکنش‌های استرس را بدتر می‌کند. چنانچه این عوامل در شرایط حادثه وجود داشته باشد میزان آسیب در افرادی که در معرض حادثه قرار گرفته‌اند افزایش می‌یابد.

۱- ضعف یا فقدان حمایت‌های عاطفی و اجتماعی

۲- وجود عوامل استرس‌زای دیگر از قبیل خستگی، سرما، تشنگی، گرسنگی، ترس، بی‌ثباتی، از دست دادن، جابجایی و سایر تجارب استرس‌زای روانی.

۳- مشکلات موجود در محل وقوع حادثه هم‌چون دزدی، کمبود امنیت، بیماری‌های واگیر، بی‌نظمی و از این قبیل.

۴- فقدان خود‌کنترلی، ضعف روانی و فقدان درمان‌های روانی منظم.

۵- ضعف پیگیری‌های حمایتی در هفته‌های اول پس از حادثه.

## ۲- نوع بحران

بحران می‌تواند ناشی از عوامل طبیعی، تکنولوژیکی و یا دست‌ساز بشری باشد. شدت آسیب روانی در بین بازماندگان بحران‌های مختلف متفاوت است. تحقیقات نشان داده است که میزان شدت آسیب در بین بحران تروریستی و آشوب‌های شهری نسبت به سایر حوادث بیشتر است. در بین افراد در معرض حوادث تروریستی و بمباران ۶۷ درصد دچار آسیب جدی بودند درحالی که این میزان در حوادث تکنولوژیکی ۴۴ درصد و در بین بازماندگان حوادث طبیعی ۴۲ درصد بود.

پیامدهای روان‌شناختی بحران‌های طبیعی و بحران‌های مصنوعی (دست‌ساز بشری) تشابهاتی با هم دارند. علی‌رغم مشابهت‌های موجود، بین بحران‌های طبیعی و مصنوعی تفاوت‌هایی نیز وجود دارد. تحقیقات متعددی نشان داده است که اثرات بحران‌های مصنوعی طولانی‌تر از اثرات بحران‌های طبیعی است. اثرات بحران‌های مصنوعی هم شدیدتر و هم طولانی‌تر است. متغیرهایی هم‌چون میزان مرگ و میر، تخریب، وحشت، شوک، از دست دادن، جابجایی در تعیین میزان آسیب‌شناختی برای هر دو نوع از بحران اثر گذار هستند اما ممکن است تأثیر این متغیرها در بحران‌های مصنوعی پررنگ‌تر باشد.

تحقیقات نشان داده است که بازماندگان بحران‌های عمدی هم‌چون آشوب‌های شهری یا تروریسم در مقایسه با بحران‌های طبیعی و سوانح دچار آسیب‌های طولانی مدتی می‌شوند. بحران تروریسم هم پیامدهای فردی و هم پیامدهای اجتماعی طولانی مدتی دارد. زیرا ترور موجب وحشت، تخریب و آسیب جدی می‌شود. قربانیان ترور اغلب احساس ظلم و بی‌عدالتی می‌کنند که بر آن‌ها روا شده است و این موجب خشم، ناکامی، ناامیدی، ترس و تمایل به انتقام می‌شود. پس از اقدامات تروریستی جامعه نیاز به بازسازی مجدد در زمینه معنا و هدف دارد. بررسی حوادث تروریستی احتمال ارائه تعریف و طبقه‌بندی جدید از واکنش‌های افراد به این نوع حوادث را مطرح ساخته است. شرایط جامعه حاضر و افزایش اقدامات تروریستی و به‌ویژه وجود تروریسم دولتی هم‌چون رژیم اشغالگر قدس مطالعه در مورد این نوع حوادث را در آینده ضروری می‌کند.

اینکه از بین تمامی افراد در معرض حادثه چه درصدی ممکن است دچار PTSD و چه

درصدی ممکن است دچار ASD<sup>۱</sup> شوند به میزان زیادی بستگی به ماهیت حادثه بحرانی دارد.

در پژوهشی در زمینه میزان شیوع اختلالات PTSD در انواع بحران‌ها نتایج زیر به دست آمد: در بحران‌های طبیعی: ۴ تا ۵ درصد، در بمباران: ۳۴ درصد، در حادثه سقوط هواپیما: ۲۹ درصد، در گردباد: ۲۸ درصد.

### ۳- نوع جامعه

شدت آسیب روانی بحران براساس نوع جامعه متفاوت است. بررسی در بین بازماندگان حوادث بحرانی نشان داد که در بین بازماندگان بحران‌هایی که در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد حدود ۷۹ درصد دچار آسیب شدید می‌شوند، این میزان در کشور آمریکا ۲۷ درصد و در سایر کشورهای پیشرفته ۴۶ درصد است.

هم‌چنین نوع و موقعیت بحران با میزان آسیب ارتباط دارد. حوادث طبیعی در کشورهای در حال توسعه میزان آسیب بالایی به دنبال دارد. در کشورهای پیشرفته حوادث تکنولوژیکی پیش‌بینی کننده شدت بالای حادثه است. حوادث طبیعی در این کشورها آسیب‌زایی ایجاد نمی‌کند. بنابراین به‌طور منطقی می‌توان نتیجه گرفت که در کشورهای در حال توسعه، حوادث طبیعی و در کشورهای توسعه یافته حوادث تکنولوژیکی توان استرس‌زایی بالایی دارند. توجه به این نکته نیز مهم است که به هر حال حجم تخریب و آسیب در حوادث تکنولوژیکی محدودتر از حوادث طبیعی و تروریستی است. این وضع هم در کشورهای پیشرفته و هم در کشورهای در حال توسعه صدق می‌کند. در مجموع متغیرهای نوع حادثه، موقعیت و محل حادثه و نوع جامعه حدود ۳۰ درصد از واریانس شدت اختلال را پیش‌بینی می‌کنند.

### ۴- میزان حمایت

عوامل حمایتی که ممکن است اثرات منفی حادثه بحرانی را کاهش دهد عبارتند از:

---

1 - Acute Stress Disorder

- ۱- حمایت اجتماعی
- ۲- درآمد بالا
- ۳- آموزش بالا
- ۴- تسلط موفقیت‌آمیز بر بحران‌های قبلی
- ۵- کاهش مدت زمان قرار گرفتن در معرض حادثه.
- ۶- محدود کردن عواملی که موجب بدتر شدن می‌شود.
- ۷- جمع‌آوری اطلاعاتی درباره انتظارات بازماندگان و فراهم‌سازی خدمات بهبودی و مراقبت.
- ۸- فراهم‌سازی اقدامات منظم و مناسب اورژانسی.

نکته مهم اینکه واسطه‌های مرتبط با جامعه می‌تواند به کاهش و تسکین دردها کمک کند. جامعه با فراهم‌سازی و ایجاد تمهیدات لازم می‌تواند حمایت‌های لازم را برای بازماندگان فراهم سازد. برخی از آن‌ها می‌تواند این موارد باشد: مداخله سریع در حادثه پاسخ‌های اجتماعی مثبت و تخلیص در اسرع وقت. این حمایت‌ها کمک می‌کند که قربانیان حادثه احساس تنهایی نکنند. فقدان این حمایت‌ها موجب افزایش شدت آسیب روانی در بین بازماندگان می‌شود.

#### ۵- تجربه قبلی حادثه بحرانی

افزایش میزان آسیب‌پذیری ممکن است یکی از پیامدهای تجربه قبلی تروما باشد. تحقیقات نشان داده است که کنترل موفقیت‌آمیز و تسلط بر حوادث تروماتیک قبلی توسط فرد تأثیر آسیب‌زای حادثه بعدی را کاهش می‌دهد. هم‌چنین دیده شده است افرادی که سابقه مشکل بهداشت روانی دارند نسبت به سایرین بیشتر در معرض خطر ابتلا به اختلال استرس پس از ضربه هستند.

#### ۶- عوامل دموگرافیک

تحقیقات انجام شده در زمینه بحران نشان داده است که آسیب‌پذیری زنان در حوادث بحرانی بیشتر است. برای اینکه زنان بیشتر زندگی خانه‌نشینی دارند و پس از بحران نیز در

روابط اجتماعی محدودتری قرار می‌گیرند و بیشتر وقتشان در روابط محدودتری صرف می‌شود. بر همین اساس است که پیشنهاد می‌شود در جوامع سنتی که عمده زنان خانه‌دار هستند ویزیت در منزل روش مناسبی برای خدمات‌رسانی به زنان آسیب‌دیده است. همچنین ملاحظه شده است که زنان بالای ۶۰ سال بیشتر از زنان سایر گروه‌ها سنی دچار آسیب ناشی از بحران می‌شوند.

زنان نسبت به مردان برای ابتلاء به PTSD شانس بیشتری دارند. جدای از سطح استرسور، نوع در معرض حادثه بودن و سابقه افسردگی، میزان آسیب‌پذیری زنان برای بروز PTSD بیشتر است.

در حادثه سیل ۱۹۸۵ در پرتریکو ملاحظه شد که از بین ۹۱۲ نفر از بازماندگان مورد بررسی، تعداد ۱۵/۶ درصد علائم اختلال نشان دادند که بیشترین آن‌ها زنان، افراد مسن و افرادی بی‌سواد متأهل بودند.

هم‌چنین ملاحظه شد که: میزان اختلال در بین نوجوانان سن مدرسه ۶۲ درصد، میزان اختلال در بین بازماندگان بزرگسال ۳۹ درصد، و در بین کارکنان تخلیص و بهبودی ۷ درصد بود.

هم‌چنین در حوادث بحرانی دو گروه دیگر بیشتر در معرض آسیب‌روانی هستند، این دو گروه عبارتند از: ۱- کارکنان تخلیص ۲- اشخاصی که به‌دنبال بحران برای مدت طولانی دچار کرحتی، بی‌حسی و احساس تجزیه بین تجارت عاطفی و بدنی می‌شوند.

## ۷ - وضعیت اسکان

افراد ساکن در پناهگاه‌های عمومی یا پناهگاه‌های خصوصی نسبت به افرادی که در سایر مکان‌ها اقامت می‌گزینند، استرس شدیدی را تجربه می‌کنند. هم‌چنین بازماندگانی که منازلشان به‌طور کامل تخریب شده نسبت به آن‌هایی که خانه‌هایشان قابل مرمت است و به‌طور جزئی آسیب‌دیده، آسیب‌پذیری بالایی دارند. معمولاً از دست دادن خانه بار روانی سنگینی را به دنبال دارد.

## ۸- عوامل خانوادگی

تحقیقات نشان داده است که داشتن نقش‌های خانوادگی از قبیل نقش همسری و نقش والدینی میزان آسیب‌پذیری افراد را تعدیل می‌کند. آن دسته از بازماندگانی که خانواده نداشتند میزان بالایی از اختلالات سوء مصرف مواد و سایر علائم اختلال روان‌شناختی را نسبت به گروه دیگری که خانواده داشتند گزارش دادند. نتیجه این که وجود منابع حمایتی و به‌ویژه حمایت عاطفی از سوی خانواده در آسیب‌پذیری افراد نسبت به حادثه نقش دارد.

## ۹- عوامل ویژه هر بحران

هر نوع حادثه بحرانی ویژگی‌های خاصی دارد که می‌تواند به عنوان عامل تشدید یا تضعیف آسیب عمل کند. لازم است علاوه بر عوامل هشت‌گانه قبلی، عوامل خاص هر بحران نیز شناسایی شده و در برنامه‌ریزی‌های مدیریت بحران مورد توجه قرار گیرد. در اینجا به عنوان نمونه‌ای از عوامل ویژه به ویژگی‌های خاص زلزله بم و استرس رزم اشاره می‌کنیم. شناسایی این عوامل در مدیریت و کنترل بحران مهم است.

## عوامل خاص در زمین لرزه بم

با وجود اینکه زمین لرزه ۵ دی ماه ۱۳۸۲ بم در ایران خیلی شدید بود، تلاش‌های بازسازی می‌تواند مفید باشد. چنانچه اطلاعات بدست آمده از زمین لرزه‌های دیگر هم‌چون زمین لرزه ۳۱ خرداد ۱۳۶۸ رودبار مورد استفاده قرار گیرد میزان و سرعت ارائه کمک‌ها افزایش می‌یابد. روان‌پزشکان و روان‌شناسان میزان بالایی از واکنش‌های نوروتیک و افسردگی واکنشی را به‌دنبال زلزله رودبار گزارش داده‌اند. در زمین لرزه بم عوامل متعددی وجود داشت که احتمال بروز واکنش‌های استرس تروماتیک در بازماندگان را افزایش داد:

۱- **شدت زمین لرزه:** شدت زمین لرزه میزان آسیب و مرگ را افزایش داد. در این زمین لرزه حدود ۴۵ هزار نفر فوت و حدود ۲۰ هزار نفر مجروح شدند. معمولاً حوادثی که قربانی زیادی می‌گیرد نگرانی و استرس بالایی را در میان بازماندگان ایجاد می‌کند.



۲- **بی‌خانمانی:** در این زمین لرزه ۹۰ درصد منازل به کلی ویران شدند و بازماندگان در واقع همه چیز زندگی‌شان را از دست دادند.

۳- **بارش باران و وزش بادهای شدید:** بارش باران زمستانی و وزش بادهای شدید به راحتی چادرها را از جا می‌کند و احتمال آتش سوزی را افزایش می‌داد. این عوامل به عنوان استرس‌های ثانوی اثرات آسیب‌زایی را بر بازماندگان تحمیل می‌کرد.

۴- **خشم:** بسیاری از بازماندگان عصبانی و خشمگین بودند. برای اینکه آن‌ها احساس می‌کردند جریان اسکان موقت، آوار برداری و ساختمان سازی ضعیف است و به کندی پیش می‌رود. هم‌چنین مردم به این دلیل خشمگین بودند که آنان احساس می‌کردند دولت تلاش‌های جدی انجام نمی‌دهد، کمک‌های مردمی و کمک‌های سایر کشورها را به خوبی در اختیارشان قرار نمی‌دهد.

۵- **زمان زمین لرزه:** زمین لرزه در اوایل صبح اتفاق افتاد. اکثر مردم خواب بودند و یا از خواب بیدار می‌شدند. مردم غافلگیر شدند و میزان شوک ناشی از آن افزایش یافت.

۶- **احساس گناه:** بازماندگان به شدت احساس ناامیدی و احساس گناه داشتند برای اینکه آنان تا چندین ساعت صدای افراد و عزیزانشان را می‌شنیدند که زیر خاک دفن شده بودند و فریاد کمک و ناله سر می‌دادند اما آنان قادر نبودند این افراد را از زیر آوار تخلیص کنند.

۷- **اعتیاد:** میزان مصرف مواد مخدر در بین مردم شهر بم بیشتر بود. حادثه‌دیدگان در طول مدت بستری در بیمارستان‌های شهرهای دیگر علائم محرومیت را از خود نشان می‌دادند. علائم محرومیت در برخی از افراد موجب تأخیر در بروز سایر علائم روان‌شناختی ناشی از حادثه می‌گردید.

به این اساس و به‌خاطر شدت این حادثه برآورد شد که پیامدهای طولانی مدت این زلزله درصد بالایی از بازماندگان را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

## جمع‌بندی عوامل

در مجموع عوامل مرتبط با میزان آسیب‌پذیری بازماندگان را می‌توان مطابق الگوی زیر طبقه‌بندی کرد در این زمینه دو عامل اصلی یعنی چگونگی تجربه حادثه و آسیب‌پذیری شخصی مورد بررسی قرار می‌گیرد:

**الف - چگونگی تجربه بحران:** تجربه بحران که با میزان ترومای ناشی از آن ارتباط دارد عبارتند از:

۱- در معرض آسیب بودن<sup>۱</sup>: یعنی افراد نزدیک به حادثه بحرانی و آن‌هایی که مدت زمان بیشتری در معرض بحران بودند احتمال زیادی دارد که دچار آسیب روانی شوند.

۲- ارتباط با قربانیان<sup>۲</sup>: به این معنی که میزان و کیفیت رابطه افراد با قربانیان حادثه یکی از مهمترین عامل مرتبط با آسیب روانی است. کسانی که نزدیکان و عزیزان خود را از دست داده‌اند احتمال ابتلاء به ترومای حادثه را به میزان بیشتری دارند.

۳- شدت درماندگی: نوع پاسخ‌های فوری افراد نسبت به بحران بسیار مهم است. پاسخ‌های انطباقی می‌تواند از شدت آسیب روانی بکاهد و در عوض واکنش‌های شدید درماندگی، هراس<sup>۳</sup>، از هم‌پاشیدگی<sup>۴</sup> می‌تواند میزان آسیب را در فرد افزایش دهد.

۴- تهدید ادراک شده<sup>۵</sup>: به این معنی که فکر و عقیده ذهنی فرد در زمینه بحران می‌تواند بسیار مهم‌تر از خود بحران باشد. بنابراین افرادی که بحران را بسیار وحشتناک و فوق‌العاده خطرناک تصور می‌کنند احتمال بیشتری دارد که دچار آسیب روانی شوند. هراس کودکان به میزان وحشت و هراس اولیاء و

---

1. Trauma exposure  
2. Relationships with victims  
3. Panic  
4. Dissociate  
5. Perceived threat

مراقبان آنان وابسته است و چنانچه کودکان، بزرگان خود را آرام ببینند و یا هراس آنها را مشاهده نکنند احتمال دارد از بحران بوجود آمده آسیب روانی نبینند و یا میزان آسیب پذیری آنان ناچیز باشد.

**ب - آسیب‌پذیری شخصی:** آسیب‌پذیری شخصی هم شامل عوامل بیرونی از قبیل منابع خانوادگی و اجتماعی و هم عوامل روانی هم‌چون سلامت روانی و سطح رشدی است. در اینجا به هر کدام از این عوامل به‌طور مختصر اشاره می‌شود:

**۱- عوامل خانوادگی:** به این معنی که اعضای خانواده‌های هسته‌ای، خانواده ناکارآمد، افراد دارای تاریخچه خانوادگی ابتلاء به بیماری روانی به‌ویژه اختلالات ASD یا PTSD بیشتر احتمال دارد در شرایط بحرانی دچار آسیب روانی شوند.

**۲- عوامل اجتماعی:** کسانی که دوستان صمیمی خود را از دست داده‌اند، کسانی که منابع حمایت اجتماعی ندارند، و کسانی که به‌جای خانواده در مؤسسات اجتماعی از قبیل پرورشگاه‌ها، بیمارستان‌ها، آسایشگاه‌ها، زندان‌ها، و مؤسسات شبانه روزی زندگی می‌کنند احتمال بیشتری دارد در شرایط بحرانی دچار آسیب روانی شوند.

**۳- وضع بهداشت روانی:** کسانی که سابقه قبلی اختلال و بیماری روانی دارند احتمال بیشتری دارد که دچار ترومای روانی بحران، و درماندگی و اختلال ناشی از آن شوند.

**۴- سطح رشدی<sup>۱</sup>:** هر چند ناپختگی در رشد ذهنی و عقلی ممکن است از ابتلاء به اختلال آسیب روانی بحران پیشگیری کند آن‌چنان‌که در بین کودکان اینگونه است و آن‌ها به دلیل عدم درک هراس واقعی بحران، کمتر دچار آسیب می‌شوند، ولی وقتی یک حادثه بحرانی توسط افراد پخته و رشد یافته به عنوان یک مرحله گذر و عبور و یا یک امتحان زندگی تلقی می‌شود میزان شدت آسیب در بین آنان را کاهش می‌دهد.

## ملاک‌های تشخیص اختلالات وابسته به بحران

واکنش‌های بازماندگان نسبت به حوادث بحرانی وسیع و گسترده است. همان‌گونه که در فصل قبلی ملاحظه شد نوع واکنش‌ها به ماهیت بحران، ویژگی‌های فردی - اجتماعی بازمانده و مسایل اجتماعی و فرهنگی جامعه بستگی دارد. در یک گروه‌بندی کلی می‌توان انواع واکنش‌ها را به واکنش‌های طبیعی و واکنش‌های مشکل‌زا طبقه‌بندی کرد. واکنش‌های طبیعی جزو پاسخ‌های به‌هنگار نسبت به بحران بوده و به عنوان اختلال طبقه‌بندی نمی‌شود. این علائم به مرور و با گذشت زمان بهبود می‌یابند. در واقع واکنش‌های طبیعی مکانیسم‌های دفاعی طبیعی در مقابل از هم پاشیدگی روانی است. واکنش‌های غیر طبیعی یا مشکل‌زا واکنش‌هایی هستند که پیش‌گویی‌کننده اختلالات روانی ناشی از بحران می‌باشند. مشاهده این علائم هشدار می‌دهد برای ارائه خدمات مشاوره و روان‌درمانی به بازماندگان. در زیر هر یک از این واکنش‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرد.

### ۱- واکنش‌های طبیعی به موقعیت غیرطبیعی

بازماندگان حوادث بحرانی نیاز دارند تا با واکنش‌های طبیعی نسبت به استرس بحران آشنا شوند. آشنایی با واکنش‌های طبیعی برای متخصصان و گروه‌های مداخله‌کننده در بحران نیز ضروری است. شناخت اینکه چه علائمی نیاز به حمایت و درمان دارد و چه علائمی طبیعی بوده و با گذر زمان و در طی مدتی بر طرف می‌شود در فرایند مداخله در بحران ضروری است. در شرایط بحران و اندکی پس از وقوع حادثه واکنش‌های خفیف تا متوسط شیوع بالایی دارد. اگر چه واکنش‌های بازماندگان به بحران ممکن است شدید و افراطی به نظر برسد ولی عموماً بیشتر آن‌ها دچار مشکلات مزمن نمی‌شوند. بسیاری از بازماندگان در طول مدت ۶ تا ۱۶ ماه بهبودی مجدد پیدا می‌کنند.

در حقیقت، به‌دنبال تمامی حوادث بحرانی بازگشت مجدد یک امر طبیعی است. حتی باید توجه داشت که اثرات روان‌شناختی حوادث و بحران‌ها همیشه منفی نیست. هر چند عده‌ای از بازماندگان حوادث آسیب روانی می‌بینند، عده‌ای دیگر نتایج مثبتی را به‌دنبال حادثه تجربه می‌کنند. برای نمونه تحقیقات نشان داد که بازماندگان حوادث بحرانی، به‌دنبال حادثه اثرات مثبت زیر را تجربه کرده‌اند: آنان یاد گرفته بودند که می‌توانند به‌طور مؤثری

بحران‌ها را دستکاری کنند، احساس کرده بودند که برای مواجهه با این گونه حوادث وضع بهتری پیدا کرده‌اند. هم‌چنین تجاربی از قبیل افزایش توانایی انطباق و سازگاری، نوع‌دوستی، آرزوی خیر و راحتی برای دیگران و احساس غرور ناشی از زنده ماندن، افزایش احترام به خود، تغییر در شیوه نگرش به آینده، شناخت توانائی‌های فردی و رشد از طریق تجربه را گزارش داده‌اند. بحران‌ها اثرات مثبت اجتماعی نیز دارند. احتمال بیشتری وجود دارد که حوادث بحرانی، افراد جامعه را به هم نزدیک گرداند، مردم جامعه را به سوی رهبران دینی و افراد مقدس سوق دهد، اهداف یا ارزش‌های جدیدی را برای فرهنگ جامعه ایجاد کند.

در مقابل اثرات منفی بحران که اختلال استرسی پس از ضربه نامیده می‌شود برای اثرات مثبت بحران اصطلاح "رشد پس از ضربه" (PTG) 'یا "پاسخ سودمند پیشنهاد شده است.

**انواع واکنش‌های طبیعی به بحران:** کسانی که استرس تروماتیک را تجربه می‌کنند انواع واکنش‌هایی را از خود نشان می‌دهند. این واکنش‌ها ممکن است طبیعی و به‌هنگار یا غیر طبیعی و ناهنگار باشد. شماری از واکنش‌های به‌هنگار بازماندگان نسبت به استرس تروماتیک در زیر آمده است. لازم به ذکر است تمامی افراد در معرض حادثه کم و بیش این علائم را بروز می‌دهند. واکنش‌های زیر زمانی نابهنگار تلقی می‌شود و جزء اختلالات بحران به‌شمار می‌آید که شدید بوده و تداوم داشته باشد.

**۱- اثرات عاطفی:** از قبیل شوک، وحشت، تحریک پذیری، سرزنش، خشم، سوگ یا حُزن، کرختی و بی‌حسی عاطفی، ناامیدی، از دست دادن میل به فعالیت‌های لذت بخش، مشکل در احساس و ابزار خوشحالی و مشکل در تجربه احساسات عشق و محبت.

**۲- اثرات شناختی:** شامل اشکال در تمرکز فکر، کاهش توانایی تصمیم‌گیری، تخریب حافظه، از دست دادن اعتقادات، احساس گیجی، کاهش عزت نفس، کاهش کفایت خود، خود سرزنشی، اغتشاش در افکار و حافظه، غصه و خودخوری، تجربه خواب‌واره و احساس بودن در شرایط خلاء.

**۳- اثرات جسمانی:** هم‌چون خستگی و تحلیل رفتگی، بی‌خوابی، فشار به عروق قلبی،

لرزش اندام، بیش تحرکی، افزایش دردهای بدنی، کاهش پاسخ‌های ایمنی، سر درد، آشفته‌گی در عملکرد معده، کاهش اشتها، کاهش میل جنسی و افزایش آسیب‌پذیری نسبت به بیماری‌ها.

۴- تأثیرات بین فردی: مانند افزایش تعارض در روابط با دیگران، کناره‌گیری اجتماعی، کاهش صمیمیت روابط، احساس بیگانگی و الیناسیون، کاهش توانایی در انجام فعالیت‌های شغلی، کاهش توانایی در انجام تکالیف درسی، کاهش رضایت و خشنودی، بی‌اعتمادی، سرزنش دیگران، انتقاد از دیگران، احساس طرد شدگی و حمایت‌خواهی بیش از حد.

## ۲- واکنش‌های مشکل‌زا در بحران

واکنش‌های مشکل‌زا در مقابل بحران عمومیت ندارد. این واکنش‌ها نشان‌دهنده این است که فرد احتمالاً نیاز به حمایت و کمک پزشکی و یا روان‌شناختی دارد. این واکنش‌ها عبارتند از:

۱- تجزیه شدید: احساس بودن در دنیای غیر واقعی، احساس قطع ارتباط با بدن خود، از دست دادن احساس هویت یا گرفتن هویت جدید، از دست دادن حافظه و ابتلاء به فراموشی.

۲- باز تجربه آشفته‌گی: بازگشت مجدد و مکرر به شرایط بحران، خواب‌واره یا بازیابی خاطرات وحشت، پریشان‌خوابی و تکرار اتوماتیک صحنه‌ها.

۳- انزوای افراطی: ترس اجتماعی، علاقه به کناره‌گیری اجتماعی و شغلی و اجتناب و سواسی از دیگران.

۴- تحریک‌پذیری شدید: هول و هراس، وحشت زدگی، خواب‌های ترسناک، مشکل در کنترل تحریکات شدید و ناتوانی در تمرکز حواس.

۵- اضطراب: نشخوار غصه، تفکر نگران و غصه‌خوری، فوبیای شدید، وسواس، ترس از دست دادن کنترل، حرکت به سوی ضعف روانی و احساس دیوانگی.

۶- افسردگی شدید: کاهش لذت از زندگی، احساس بی‌ارزشی، خود سرزنشی،

وابستگی و بیداری‌های زود هنگام.

۷- مصرف موادمخدر: استفاده یا تشدید وابستگی به مواد مخدر و خود درمانی دارویی.

۸- علائم سایکوتیک: هذیان، توهم، افکار و تصورات عجیب و غریب.

در حوادث تروماتیک برخی از افراد در دراز مدت نسبت به سایرین بیشتر تأثیر می‌پذیرند. میزان تأثیر پذیری افراد نسبت به حادثه به ماهیت حادثه و طبیعت فردی بازماندگان بستگی دارد. در ادامه به دو اختلال عمده ناشی از بحران پرداخته می‌شود.

## اختلالات رایج در بحران

### ۱- اختلال استرس پس از ضربه (PTSD)

یکی از ناتوان کننده‌ترین اثرات استرس تروماتیک در دراز مدت PTSD است. ادبیات فعلی دربارهٔ تروما به ما می‌گوید که عوامل بسیاری در افزایش و کاهش خطر ابتلاء به PTSD نقش دارد. احتمال بروز PTSD و شدت و مزمن شدن علائم در اثر عملکرد بسیاری از متغیرها است. مهم‌ترین آن‌ها میزان و چگونگی قرار گرفتن در معرض حادثه آسیب‌زا است. بنابراین مهم است در نظر داشته باشیم که حتی در بین افراد آسیب پذیر، اختلال PTSD بدون اینکه فرد در معرض حادثه تروماتیک بوده باشد، نمی‌تواند به وجود آید.

اختلال استرس پس از ضربه، نوعی از اختلال روانی است که در نتیجهٔ قرار گرفتن در معرض استرس فوق‌العاده آسیب‌زا بوجود می‌آید. مطابق DSM نسخه چهارم (۱۹۹۴) ملاک‌های تشخیصی PTSD عبارتند از:

۱. قرار گرفتن در معرض استرس آسیب‌زا
۲. علائمی حاکی از باز تجربه ذهنی حادثه
۳. علائم انزوا و کرختی عاطفی
۴. علائم مربوط به برانگیختگی فیزیولوژیکی
۵. نگرانی و آسیب در عملکرد
۶. علائم حداقل یک ماه دوام داشته باشد.

**قرار گرفتن در معرض حادثه:** برای دریافت تشخیص PTSD فرد باید در معرض استرس تروماتیکی بوده باشد که در آن دو شرط برقرار باشد: ۱- فرد باید شاهد حادثه‌ای باشد که در آن خود یا اصرافیان با مرگ واقعی، تهدید به مرگ، آسیب جدی و یا نقص فیزیکی دست به گریبان است. ۲- پاسخ و واکنش فرد به تروما ترس، ناامیدی یا وحشت شدید باشد. در کودکان واکنش‌ها ممکن است به صورت بهم ریختگی و آشفتگی رفتاری مشاهده شود.

حوادث استرس‌زایی هم‌چون طلاق یا بحران مالی در زندگی روزمره وجود دارد که ممکن است موجب مشکلات سازگاری شود ولی ملاک‌های تشخیص مذکور را ندارند. بنابراین تجربه این حوادث برای دریافت تشخیص PTSD در محور A کافی نیست.

استرس‌هایی که علائم PTSD را فرا می‌خوانند باید موجب واکنش‌های عاطفی شدید شوند، مطابق<sup>۱</sup> DSM- IV عامل استرسی برای PTSD نه تنها باید وحشت‌زا باشد بلکه باید موجب پاسخی شود که با ترس، ناامیدی، یا وحشت شدید در آمیخته باشد در عین حال پاسخ برخی‌ها به استرس ممکن است خیلی شدید باشد. برخی افرادی که به شدت دچار تروما شده‌اند ممکن است دچار تجزیه شوند یا پاسخ‌های آن‌ها کاملاً تدافعی باشد هم‌چون کناره‌گیری، بی‌حسی و کرختی عاطفی.

**باز تجربه حادثه:** یکی از علائم PTSD درگیر شدن ذهنی و اصرار و پافشاری غیر ارادی بر تجربه مجدد حادثه تروماتیک (به‌طور ذهنی) به همان شکل یا به شکل‌های دیگر می‌باشد. خاطرات فرد از حادثه و آسیب به‌گونه‌ای یادآوری می‌شود که پاسخ‌های عاطفی فرد را هم‌چون یک حادثه واقعی فرا می‌خواند. واکنش‌های فرد به چنین بازگشتی، هم‌چون خود حادثه، افراطی است.

**انزوا و کرختی عاطفی:** یکی دیگر از علائم PTSD کناره‌گیری افراطی از محرکات

---

1. Diagnostic and Statistical Manual



تداعی کننده بحران یا آسیب تروما و همچنین کرختی در ارائه واکنش‌های معمول به آن محرکات است. در چنین شرایطی فرد از هر نوع یادآورنده تروما کناره‌گیری می‌کند. یادآورنده‌ها می‌تواند علت درونی داشته باشد مانند افکار و احساسات مرتبط با بحران و یا ممکن است به علت محرکات بیرونی باشد که در محیط قرار دارد و جرقه‌ای برای یادآوری خاطرات و احساسات ناخوشایند می‌شود. با توجه به اینکه در PTSD افراد به میزان زیاد و به صورت شدید از محرکات کناره‌گیری می‌کنند، این علائم از نظر حدود، وسعت و شدت با فوبیا متفاوت است. چرا که در PTSD فرد از هرگونه محرکی که نگرانی عاطفی، خشم و رنج برای آن‌ها فراهم می‌سازد دوری می‌گزیند. همچنین لازم به توجه است که علائم PTSD با علائم عمومی تروما هم‌چون بی‌حسی عاطفی منتشره، احساسات غیر معمول نسبت به دیگران و کاهش انتظارات و ضعف توجه به اهداف آینده مشابهت دارد.

**افزایش برانگیختگی و تحریک‌پذیری:** این علائم به صورت اصرار و ابرام بر تحریک و تحریک بیش از حد در مقابل محرکات است که این نوع واکنش‌ها در قبل از تروما دیده نمی‌شد. این علائم به صور گوناگون از قبیل انفجار و طغیان، بی‌خوابی، افزایش حساسیت، تندمزاجی یا خشم، مشکل تمرکز، گوش به زنگ بودن دائمی، پاییدن دائمی خود، واکنش شگفتی افراطی و از جا پریدن‌های شدید دیده می‌شود. کسانی که از PTSD رنج می‌برند حتی در زمانی که در حال استراحت هستند، ممکن است فعالیت و حرکات بدنی زیادی داشته باشند، منشأ این گونه حرکات بدنی معلوم است. آن‌ها واکنشی به استرس‌ورهایی است که به صورت مستقیم یا نمادین در سطح آگاهی بازیابی می‌شود. این نوع از علائم اغلب ( نه همیشه) با حادثه تروماتیک ارتباط حلقوی دارد. برای مثال: آشفتگی خواب ممکن است به دلیل کابوس باشد، پاییدن بیش از حد خود ممکن است با مشکل تمرکز ارتباط داشته باشد و یا نشان دهنده نگرانی فرد از عود ( بازگشت) مجدد آسیب باشد.

**مدت زمان تداوم علائم:** برای دریافت تشخیص PTSD تداوم علائم حداقل به مدت یک‌ماه ضروری است. از نظر بالینی علائم PTSD باید به‌طور معنی داری موجب نگرانی،

آسیب اجتماعی، آسیب شغلی و یا آسیب در سایر حوزه‌های عملکردی فرد شده باشد. ممکن است برخی از افراد بدون آسیب آشکار در وضعیت عملکرد روزانه و با میزان بالایی از ناراحتی ذهنی (درون روانی)، از علائم PTSD رنج ببرند. در حالی که ممکن است افراد دیگری که مبتلا به PTSD هستند در یک یا چندین حوزه عملکردی هم‌چون روابط اجتماعی، کفایت شغلی، توانایی درگیر شدن در فعالیت‌های تفریحی و اوقات فراغت لذت‌بخش آسیب آشکاری از خود نشان دهند.

**اختلال در عملکرد:** فرد دچار اختلال در عملکردهای شغلی، حرفه‌ای، تحصیلی و سایر فعالیت‌های شخصی، خانوادگی و اجتماعی به‌وضوح دچار مشکل و ناتوانی است.

## ۲- اختلال استرس حاد (ASD)

برخی از بازماندگان حوادث واکنش‌های استرسی حادی را از خود نشان می‌دهند که مطابق ملاک‌های DSM - IV در طبقه‌بندی "اختلال استرس حاد" قرار می‌گیرند. این علائم، علائم استرسی ویژه‌ای هستند که تقریباً هم‌زمان و به‌طور متصل پس از حادثه تروماتیک رخ می‌دهد. این علائم ممکن است پیش‌گویی‌کننده خوبی برای بروز PTSD باشد.

اختلالات ASD و PTSD مشابهت‌های زیادی با هم دارند. ملاک‌های تشخیص اختلال استرسی حاد شامل: تجزیه و گسستگی (کمرختی عاطفی، احساس غیر واقعی بودن و قطع ارتباط با عواطف درونی یا محیط)، پریشانی، کناره‌گیری، انزوا و علائم تحریک‌پذیری می‌باشد. برای دریافت تشخیص ASD علائم باید بین ۲ روز تا ۴ هفته پس از تجربه آسیب بروز پیدا کند. چنانچه علائم پس از گذشت این مدت بروز پیدا کند باید تشخیص PTSD ملاحظه شود.

افرادی که تجربه آسیب و ابتلاء به اختلالات ASD و PTSD را دارند به‌طور خاصی بیشتر در معرض خطر ابتلاء به سایر اختلالات روانی هستند. اختلالات روانی که معمولاً بازماندگان بحران نسبت به آن‌ها آسیب‌پذیر می‌شوند عبارتند از: افسردگی، مصرف مواد

مخدر، اختلال هواس، اختلال وسواس - اجبار، بدکارکردی جنسی و اختلال خوردن.

## تأثیر بحران بر کودکان

کودکان نیز از بحران متأثر می‌شوند. بسیاری از کودکان برآنچه که بر آنها اتفاق افتاده آگاهند. برخی از کودکان نگران فقدان اسباب بازی‌ها، از دست دادن اعضای خانواده، دوست عزیز و همبازی‌هایش می‌شوند. برخی از کودکان دچار اختلالات رفتاری می‌شوند. عمده اختلالات رفتاری کودکان به دنبال حوادث بحرانی عبارت است از: شب ادراری، انگشت مکیدن، از دست دادن کفایت خود نسبت به قبل از حادثه، گریه غیرقابل کنترل و درخواست‌های نامحدود از والدین. معمولاً و به سرعت ترس و اضطراب کودکان از بحران به چیزهای دیگر تعمیم داده می‌شود. ترس آنها از حادثه به ترس از باران، باد، تاریکی و حتی به محرکات غیر مرتبط با حادثه گسترش پیدا می‌کند.

جنگ یک عامل استرسی آسیب‌زا برای کودکان و خانواده‌ها است که ممکن است آنها را با فقدان عزیز، از دست دادن خانه و دارایی و تغییر مکان مواجه سازد. کودکان ممکن است در شرایط جنگ مورد تجاوز قرار گیرند. بسیاری دیگر از مشکلات، احساسات و آسیب‌هایی که به دنبال جنگ بر کودکان تحمیل می‌شود و همچنین شیوه‌های غلبه بر آنها مشابه بحران طبیعی و مصنوعی است.

از دست دادن اعتماد و اطمینان نسبت به توانایی والدین در کنترل حادثه پیش‌آمده، کودکان را از نظر عاطفی و در زمینه خطرات زندگی آسیب‌پذیر می‌سازد. کودکانی که در معرض حادثه بحرانی قرار می‌گیرند دچار مشکلات بهداشت روانی متعددی می‌شوند. نوع و شدت آن بستگی دارد به ماهیت و سطح گستردگی آسیب ناشی از حادثه، و میزان حمایتی که خانواده و اجتماع از آنها دارد. همچنین در این زمینه نباید تفاوت‌های بین فرهنگی را فراموش کرد. نکته دیگر این‌که کودکان وقتی خانه‌شان تخریب می‌شود بیشتر آسیب می‌بینند.

مطالعات انجام شده در زمینه اثرات حوادث آسیب‌زا بر روی کودکان و نوجوانان نتایج عاطفی و روانی منفی را نشان داد که به درجات متعددی بود. با این حال ممکن است

کودکان آسیب‌های روانی قابل تشخیص و طبقه‌بندی را از خود بروز ندهند و علائم آسیب آن‌ها بارز نباشد. بیشتر کودکان نگرانی‌های عاطفی و علائم PTSD زیر سطح بالینی را نشان دهند. در آسیب‌شناسی حوادث در کودکان نکات زیر قابل توجه است: ۱- کودکان نسبت به اثرات تروما آسیب‌پذیری فوق‌العاده‌ای دارند.

۲- کودکان مکانیسم‌های انطباقی کمتری بلد هستند.

۳- کودکان به وقایع و اتفاقات محیطی کمتر کنترل دادند.

۴- کودکان در انعطاف‌پذیری برای انطباق با محیط و شرایط بوجود آمده محدودیت دارند.

۵- کودکان ممکن است تحت‌تأثیر حوادث تروماتیک، مرحله‌ی پیش‌عملیات ذهنی را حتی برای چند سال دیگر ادامه دهند.

۶- فقدان انطباق مؤثر به‌دنبال حوادث تروماتیک می‌تواند رشد روانی و شخصیتی کودک را تحت‌تأثیر قرار دهد.

مدل فعلی در زمینه عوامل مؤثر در توان کودکان برای انطباق با استرس پس از حادثه تروماتیک یک مدل سه‌بعدی و شامل: ویژگی‌های حادثه، کودک و محیط پس از حادثه است. براین اساس عوامل پیش‌بینی‌کننده در توان انطباقی اولیه در کودکان عبارتند از: در معرض حادثه تروماتیک بودن، ویژگی‌های قبلی کودکان، عوامل خانوادگی و عوامل عاطفی و شناختی کودکان.

جهت پیش‌بینی توان انطباقی کودکان در سه ماه اول پس از حادثه، سطح اولیه توانایی انطباقی کودکان به عنوان عامل اصلی در این مدل شناخته می‌شود.

## عوامل مؤثر بر تأثیر بحران در کودکان

**الف - در معرض حادثه بودن:** در معرض حادثه بودن برجسته‌ترین و ضروری‌ترین عامل برای بروز PTSD در کودکان است. در معرض حادثه تروماتیک بودن جرقه و ماشه شروع برای نیاز اولیه به انطباق است. میزان در معرض حادثه بودن در سطح علائم PTSD تأثیر دارد.

ب - ویژگی‌های قبلی کودک: متغیرهای میزان سن، نوع جنس و نوع قومیت در آسیب‌پذیری کودکان مؤثر است. در بین کودکان، جوانترها احتمال بیشتری دارد که علائم PTSD به دنبال حادثه را بروز دهند. کودکان در سنین قبل از مدرسه نسبت به کودکان بزرگتر سطح کمتری از نگرانی روانی را بروز می‌دهند. ظاهراً کودکان کوچکتر، از واکنش‌های مراقبان خود در مقابل حادثه تروماتیک بیشتر تأثیر می‌پذیرند تا خود حادثه. کودکان سن مدرسه علائم اولیه PTSD از قبیل ترس از آسیب، اضطراب، شکایت‌های بدنی، آشفتگی خواب و مشکلات مدرسه را از خود بروز می‌دهند. کودکان در سن مدرسه نسبت به کودکان قبل از مدرسه توانایی انطباق و بحث درباره استرس آسیب را دارند.

کودکان در سنین مختلف تأثیرات متفاوتی از بحران دریافت می‌کنند. در این زمینه‌ها دوره‌های کودکی را می‌توان به طفولیت، پیش‌دبستانی، دبستانی و نوجوانی تقسیم و مورد مطالعه قرار دارد. جدول ۲ انواع واکنش‌های کودکان را در مراحل مختلف سنی نشان می‌دهد. از نظر نوع جنس، عموماً دختران نسبت به پسران بیشتر علائم PTSD را بروز می‌دهند. از سویی دیگر نوع واکنش کودکان نسبت به بحران بستگی به نوع جنس آن‌ها دارد. عموماً پسران پس از بحران دچار اختلالات رفتار اجتماعی می‌شوند. آن‌ها ممکن است پرخاشگر شوند، رفتارهای ضداجتماعی و بزهکارانه داشته باشند. در صورتی که دختران پس از مواجهه با بحران بیشتر دچار نگرانی و آشفتگی می‌شوند، درباره هیجانانگشان بیشتر صحبت می‌کنند، بیشتر درباره شرایط سؤال می‌پرسند و وضع و اوضاع را جویا می‌شوند و درباره بحران بیشتر فکر می‌کنند.

جدول ۲- انواع واکنش‌های کودکان نسبت به بحران

| عوامل             | اطفال  | کودکان پیش‌دبستانی                                   | کودکان دبستانی   | نوجوانان  |
|-------------------|--|--|--|---|
| مراحل رشدی        | پیش‌عملیات<br>عینی، اعتماد<br>اساس                     | تفکر سحرآمیز،<br>خودمحورانه، فقدان بعد<br>زمانی      | تفکر منطقی، داشتن<br>مفهومی از زمان، تمایز<br>خود از دیگران              | فراهم‌سازی استقلال،<br>تفکر تجریدی و احساس<br>قدرت مطلق                         |
| اثرات بحران       | به هم ریختن<br>روال عادی<br>زندگی، از دست<br>دادن عزیز | به هم ریختن روان عادی<br>زندگی و از دست دادن<br>عزیز | به هم ریختن روال عادی<br>زندگی و از دست دادن<br>عزیز                     | از دست دادن شیوه<br>زندگی و از دست دادن<br>عزیز                                 |
| پیامدهای بحران    | بازگشت،<br>گسستگی                                      | بازی‌های پس از ضربه،<br>کناره‌گیری، بی‌عاطفگی        | مشکلات تحصیلی،<br>اضطراب، شکایات<br>جسمانی، خشم و<br>بازی‌های پس از ضربه | اقدامات خطرناک،<br>بدنی‌سازی علائم،<br>افسردگی، خشم،<br>خصومت نسبت به<br>دیگران |
| طرز نگرش به بحران | هیچ ادراکی از<br>بحران ندارد                           | بازگشت‌پذیری شرایط                                   | شناخت بحران به عنوان<br>نتیجه عملکرد                                     | بحران را کاملاً درک<br>می‌کند   |

در زمینه ارتباط بین نوع جنس و استرس تروماتیک یافته‌های پیچیده‌ای بدست آمده است. اینکه نوع جنس چگونه پیش‌بینی کننده رشد علائم PTSD و پیش‌بینی کننده توان انطباقی است در هاله‌ای از ابهام قرار دارد. این موضوع نیازمند بررسی بیشتری است. هم‌چنین تفاوت‌های قومی و نژادی در بین کودکان به میزان آسیب‌پذیری آن‌ها اثرگذار است.

### ج - عوامل خانوادگی: جو خانوادگی به پیش‌بینی شدت علائم PTSD کمک می‌کند.

وجود اختلاف بین والدین سطح استرس پس از ضربه را در کودکان افزایش می‌دهد. اغلب برای خانواده‌ها راحت‌تر است که قبل از درمان خودشان درصدد درمان کودک برآیند. اما گاهی والدین علائم کودک را به عنوان راهی برای ابراز علائم خودشان دنبال می‌کنند. سازگاری والدین با بحران عامل مهم در سازگاری کودکان است. چنانچه خانواده از قبل دچار تعارضاتی بوده و علائم آسیب‌شناختی داشته باشد، انطباق کودکان با تغییرات

پس از بحران دچار موانع و اشکالاتی می‌شود. چنانچه خانواده حمایت و مراقبت‌های زیادی از فرزندان داشته باشند کودکان آسیب کمتری از خود نشان می‌دهند. نوع واکنش والدین نسبت به رفتارهای کودک بسیار مهم است. طرز واکنش والدین نسبت به بحران کاملاً با طرز واکنش فرزندان ارتباط دارد. هم‌چنین ممکن است والدین آشفته باشند و از مشکلات کودکان خود غافل شوند. این موارد میزان آسیب را در کودکان افزایش می‌دهد.

**د - سبک شناختی و عاطفی:** رفتارهای انطباقی در مقابل حوادث دارای حصارهای شناختی و عاطفی هستند. تحقیقات نشان داده است که بین خطای حسی مثبت و رفتارهای انطباقی انکار و کناره‌گیری تمایز آشکاری وجود دارد. در مجموع واکنش‌های کودکان نسبت به بحران به عوامل زیر بستگی دارد:

- میزان نزدیکی به منطقه بحران
- میزان آگاهی از بحران
- آسیب بدنی
- میزان ناتوانی
- مشاهده جراحت یا مرگ عضوی از خانواده یا دوست
- ترس واقعی یا احساس ترس
- استمرار نابسامانی زندگی
- از دست دادن مایملک شخصی و خانوادگی
- واکنش والدین و وسعت فروپاشی خانواده
- شرایط قبل از بحران
- احتمال تکرار مجدد بحران

هم‌چنین نوع، میزان و شدت واکنش کودکان در برابر بحران به نوع فهم آن‌ها از بحران و میزان رشد جسمانی و شناختی‌شان بستگی دارد. آسیب‌های بحران روی خانواده که به نوعی کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد عبارتند از:

- ❖ مرگ یا جراحی فیزیکی عضوی از خانواده
- ❖ از دست دادن محل سکونت و دارایی‌های زندگی
- ❖ تغییر مکان و تغییر مدرسه
- ❖ از دست دادن شغل و درآمد اقتصادی خانواده
- ❖ بوجود آمدن بهم‌ریختگی و بدکارگیری در نقش والدین

وقتی کودکان با بحران یا فقدان مواجه می‌شوند واکنش‌های مختلفی را از خود نشان می‌دهند. پنج واکنش عمده آن‌ها عبارتست از:

- ۱- افزایش وابستگی به والدین یا مراقبان
- ۲- کابوس
- ۳- بازگشت به مراحل قبلی رشد
- ۴- ترس‌های اختصاصی از چیزهای یادآوری کننده (مثلاً کودکی که بازمانده سقوط هواپیما است از هواپیمای اسباب‌بازی خودش نیز می‌ترسد).
- ۵- تغییر و آسیب در بازی‌های پس از بحران.

هم‌چنین دیده شده است که افراد خوش‌بین در مقایسه با افراد بدبین احتمال زیادی دارد که برای انطباق با حوادث تلاش‌های فعال داشته باشند. هم‌چنین ملاحظه شد که عوامل شناختی و عاطفی با سطح اختلال اضطرابی، افسردگی و خود گفتگوی منفی ارتباط دارد.

هرچند ارزش کلام و تکلم در کار با آسیب‌های تروماتیک شناخته شده است، محدودیت کلامی کودکان، تجربه تروماتیک آن‌ها را دشوار و پیچیده می‌سازد. بر این اساس ماهیت ارتباط برای کودکان بازی است. کودکان از طریق بازی کمک می‌شوند تا حوادث پیش آمده را بپذیرند، نسبت به حادثه احساس کنترل داشته باشند و فعالیت‌های متناسب با نقش جنسی‌شان را از سرگیرند.



## داغدیدگی در بحران

همه افراد داغدیدگی<sup>۱</sup> را در مراحل مختلف زندگی‌شان به شکل‌های متفاوت تجربه می‌کنند. این تفکر واقعی و اجتناب‌ناپذیر است که داغدیدگی در زمره مشکل‌ترین و آسیب‌زاترین چالش‌های آدمی است. داغدیدگی از جنبه‌های عاطفی، روانی، جسمانی و اجتماعی قابل بحث است. در این جا سعی می‌شود موضوع داغدیدگی به عنوان پیامد بحران مورد بحث و بررسی قرار گیرد.

در شرایط بحرانی، از دست دادن و داغ عزیز ممکن است هم چگونگی واکنش به استرس تروماتیک و هم چگونگی داغدیدگی را تعیین کند. هرچند معمولاً بحث از فقدان بر مرگ عزیز یا اطرافیان نزدیک تمرکز دارد، ولی هر نوع از دست دادنی که ناشی از تجربه بحران باشد را شامل می‌شود. موارد فقدان<sup>۲</sup> بخصوص در شرایط بحران زیاد است. برخی از آن‌ها عبارتند از:

❖ از دست دادن عزیز، خانواده، دوستان.

❖ از بین رفتن و تخریب دارایی.

❖ از دست دادن سلامتی بدنی یا قابلیت‌های روانی.

در اوایل داغدیدگی، دوره کوتاهی از شوک، کرختی عاطفی، ناباوری و درجاتی از انکار وجود دارد. با وجود اینکه این دوره می‌تواند در صورت افزایش تماس روانی فرد با تروما طولانی‌تر شود ولی معمولاً کوتاه مدت است. وجود این علائم در دوره اولیه داغدیدگی معمولاً موجب کاهش ناراحتی، احساس جدایی یا اضطراب می‌شود.

فرد داغ‌دیده به شدت تحریک‌پذیر است، محیط اطراف خود را برای شخص از دست رفته جست‌وجو یا واری می‌کند، حتی آنان ممکن است محیط را بررسی و جست‌وجو کنند، علی‌الخصوص در زمانی که یقین نداشته باشند که آن فرد مرده است و یا بدن او را شناسایی نکرده باشند.

---

<sup>1</sup> - Bereavement

<sup>2</sup> - Loss

## عوامل مرتبط با داغدیدگی

عوامل خطر ساز در اختلال سوگ و داغدیدگی توسط برخی از محققان بررسی و شناسایی شده است. برخی از آن‌ها عبارتند از:

- ❖ فقدان حمایت اجتماعی یا دریافت حمایت اجتماعی ناچیز.
- ❖ هم‌زمانی سوگ با سایر بحران‌ها و نگرانی‌ها.
- ❖ فقدان ثبات در روابط فرد با متوفی
- ❖ وجود روابط به شدت وابسته.
- ❖ چگونگی پیشامد مرگ. در مواردی که مرگ غیرمنتظره، ناگهانی یا برابر تصادم بوده باشد میزان احتمال آسیب افزایش می‌یابد.

هم‌چنین عواملی مانند آسیب‌پذیری شخصی و وجود سابقه قبلی فقدان مساعدت‌کننده اختلال سوگ هستند. هم‌چنین نشان داده شده است که ندیدن جنازه متوفی به میزان خطر ابتلاء به آسیب سوگ کمک می‌کند، و نیز نبود فرصت وداع و خداحافظی با متوفی میزان احتمال داغدیدگی‌های تروماتیک را افزایش می‌دهد. مطالعاتی که درباره داغدیدگی‌های تروماتیک انجام شده نشان داده است که مرگ در اثر آسیب و غیرمنتظره بودن مرگ‌ها دو عامل افزایش دهنده اختلال سوگ هستند. معمولاً فقدان غیرمنتظره و نابهنگام بیشتر منتهی به علائم روانپزشکی و به‌ویژه اضطراب می‌شود.

مطالعات نشان داده است که فقدان‌های ناشی از سانحه و سایر موتوری بیشترین احتمال را برای داغدیدگی‌های تروماتیک ایجاد می‌کند. به‌ویژه زمانی که داغ‌دیده صاحب وسیله نقلیه نیز بوده باشد.

هم‌چنین دیده شده است که حتی ۴ تا ۷ سال پس از حادثه نیز زنانی که شوهرانشان را ازدست داده بودند به میزان بالایی علائم اضطراب فوبیا، اضطراب عمومی، اختلال بدنی‌شکل، حساسیت در روابط بین فردی، علائم وسواسی - اجباری و کاهش سلامت روانی از خود نشان می‌دادند. بیش از ۹۰ درصد آن‌ها به کرار خاطرات، افکار و یا تصاویر ذهنی از متوفی را یادآوری می‌کردند و بیش از نیمی از آن‌ها از یادآوری این خاطرات دچار غم و اندوه می‌شدند و از این وضع رنج می‌بردند.

در درون خانواده، واکنش نسبت به مرگ برحسب نوع روابط بین اعضای خانواده متفاوت است. در حالی که فقدان همسر کمتر از فقدان فرزند نیست ولی احتمالاً شرایط عاطفی و سازگاری اجتماعی متفاوتی را ایجاد می‌کند. هم‌چنین واکنش در برابر فقدان برادر و خواهر کاملاً متفاوت از واکنش به فقدان پدربزرگ و مادربزرگ می‌باشد. گرچه داغدیدگی یک احساس واحد برای اعضای خانواده است اما روابط خاص هر فرد با فرد متوفی نشان‌های از وضعیت سوگواری اوست.

### تأثیر نوع مرگ و داغدیدگی

شیوه‌های مرگ مشابه نیستند. مرگ ممکن است ناگهانی، فجیع، تدریجی و یا مبهم باشد. آشنایی با واکنش‌های متفاوت در مقابل انواع مرگ‌ها برای مشاوران و روان‌درمانگران حائز اهمیت است.

در مرگ ناگهانی (سانحه، قتل، خودکشی یا بیماری ناگهانی) همسر متوفی یا اعضای خانواده او برای سوگواری آمادگی ندارند. وقتی بازماندگان بدون آمادگی قبلی با فقدان عزیزشان روبرو می‌شوند دچار شوک شدید، افسردگی و ناامیدی می‌گردند.

مرگ‌های ناگهانی علاوه بر آسیب‌های هیجانی شدیدی که ایجاد می‌کند ممکن است استرس‌های دیگری را بر بازماندگان تحمیل کند. وجود یک کار ناتمام تجاری، نداشتن وصیت‌نامه و عدم تعیین صورت وضعیت مالی از جمله این امور است. این موارد ضمن اینکه باعث مشکلات خانوادگی می‌شود، پیامدهای قانونی نیز به دنبال دارد. مشاوران و درمانگرانی که با افراد داغ‌دیده کار می‌کنند لازم است سایر استرس‌های بوجود آمده ناشی از مرگ عزیز را مورد کاوش و توجه قرار دهند.

مرگ ممکن است نه تنها ناگهانی بلکه فجیع هم باشد. مرگ‌های ناشی از قتل، خودکشی و یا یک حادثه وحشتناک حتی می‌تواند موجب بروز علائم اختلال و ایجاد واکنش‌های هراس در اعضای خانواده شود. اگر خانواده مقتول براین باور باشد که کشته‌شدگان عزیزش نوعی جفا و ناعدالتی است و یا در شرایطی که مجرم یا قاتل دستگیر نشود و صرفاً قانون او را تحت پیگرد قرار دهد غم و اندوه بازماندگان طولانی‌تر می‌گردد.

خودکشی یکی از دردناکترین نوع مرگ است که بازماندگان تحمل می‌کنند. حال اگر اعضای خانواده خود را در مرگ عزیزشان مقصر بدانند یا به‌واقع مقصر باشند، این موضوع در آن‌ها احساس گناه و ایجاد خشم می‌کند. حتی فراتر از این ممکن است موجب گسستگی ازدواج و یا سستی روابط خانوادگی گردد.

ممکن است مرگ تدریجی و طولانی باشد مانند افرادی که به یک بیماری لاعلاج از قبیل سرطان مبتلا هستند یا مجروحین آسیب‌های شیمیایی جنگ، یا کسانی که در اثر سانحه یا سایر حوادث دچار اختلال شدید می‌شوند.

در مواردی که بیمار برای مدت طولانی در حالت اغماء باقی می‌ماند، همسر و یا اعضای خانواده او با تردید، سختی و تنگناهایی مواجه می‌شوند. در چنین مواردی موضوعاتی هم‌چون وجود دردهای مزمن، رعایت حقوق بیمار، مسائل اخلاق پزشکی، وجود اعتقادات مذهبی و از این قبیل برای اتخاذ تصمیمات جدی در زندگی، اعضای خانواده را دچار ابهام و سختی می‌کند حتی در مواقعی که خانواده برای تداوم زندگی نیاز به تصمیمات جدی دارد. بررسی چنین مسائلی که در خانواده‌های بیماران مزمن مطرح می‌شود بسیار بحث برانگیز است.

از سویی دیگر مرگ ممکن است مبهم و نامعلوم باشد. نمونه‌های آن مفقود شدن سرباز در جنگ و گم شدن طولانی مدت عضوی از خانواده است. مرگ‌های مبهم خانواده را در یک حالت بلا تکلیفی قرار می‌دهد. خانواده هم امیدوار است و هم دچار ترس و نگرانی. امیدواری خانواده را فعال و سرزنده نگه می‌دارد. چنانچه فقدان مدت زمان زیادی طول بکشد به تدریج خانواده از بازگشت عضو ناامید شده و یا ممکن است دچار ترس شوند. این شرایط توان خانواده را تضعیف می‌کند. تداوم این وضعیت اعضای خانواده را به‌سوی افسردگی سوق می‌دهد.

هم‌چنین ماهیت مرگ مهم است. اینکه مرگ در چه راهی اتفاق افتاده است مهم است. حتی در برخی فرهنگ‌ها زمان اتفاق مرگ نیز در نوع سوگ بازماندگان نقش پیدا می‌کند. معمولاً تحقیقات نشان داده است که تحمل مرگ‌هایی که در راه اهداف والا و ارزش‌های انسانی و دینی رخ داده است سهل‌تر است. براساس این پژوهش‌ها ملاحظه شده است که بین میزان آسیب در خانواده‌های شهدا و خانواده‌های متوفیان عادی تفاوت وجود دارد و

آسیب روانی در خانواده‌های شهدا کمتر از آسیب در خانواده‌های متوفیان است. وجود تفاوت بین میزان اختلالات در بین خانواده‌های شهدا و متوفیان عادی حکایت از وجود رابطه بین میزان و نوع گرایش به اختلالات با نوع خانواده است. براین اساس مشخص شد که خانواده‌های شهدا نسبت به خانواده‌های متوفیان دارای مشکلات کمتری هستند هرچند ممکن است خطاهای پیش‌بینی نشده هم‌چون شدت انتظارات خانواده‌های متوفیان در این امر دخالت کند ولی به هر حال این رابطه می‌توان نشانگر وجود توانمندی مواجهه با بحران در بین اعضای خانواده‌های شهدا باشد. عموماً خانواده‌های شهدا با بحران فقدان بهتر کنار می‌آیند زیرا شهادت نه یک نقص بلکه یک افتخار و ارزش والای معنوی - اجتماعی محسوب می‌شود.

## داغدیدگی در خانواده

در بررسی پدیده داغدیدگی در خانواده به بررسی دو گروه از اعضای خانواده یعنی فرزندان و والدین پرداخته می‌شود.

### ۱- داغدیدگی در کودکان

احتمالاً مرگ پدربزرگ یا مادربزرگ یکی از اولین تجارب یا حتی اولین تجربه‌ای است که کودک از مرگ در خانواده دارد. واکنش کودکان نسبت به فقدان براساس سن، میزان قرابت و نوع روابط عاطفی آن‌ها با متوفی متفاوت است. هم‌چنین چگونگی توضیح والدین درباره علت و ماهیت مرگ در واکنش‌های کودکان اثرگذار است. لازم به ذکر است که معمولاً ارتباط بین نوه‌ها و والدین بزرگ یک رابطه عمیق و دوستانه است که ناگهان با مرگ آن‌ها این رابطه قطع می‌شود. با این حال به نظر می‌رسد که ارتباط بین جوان و پیر بغرنج و پیچیده است و این به دلیل سن و نسل آن‌هاست. سوگواری کودکان در قبال مرگ پدربزرگ و مادربزرگ با توجه به نوع ارتباط آن‌ها (والدین بزرگ) با فرزندشان (پدرشان) قابل بررسی است. چنانچه والدین با والدین بزرگ جور نباشند و بین آن‌ها مشکل وجود داشته باشد این امر ممکن است منجر به یکی شدن و اتحاد بین پدربزرگ یا مادربزرگ با

نوه و کنار گذاشتن والدین گردد. این پدیده‌ای است که بوئن<sup>۱</sup> (۱۹۷۶) آن را تحت عنوان "مثلث سازی"<sup>۲</sup> مورد بحث قرار داده است.

گاهی ممکن است تأثیر فقدان یکی از والدین بر کودک از سوی سایر اعضای خانواده به فراموشی سپرده شود. واکنش فرزند نسبت به مرگ یکی از والدین بستگی به سن، جو عاطفی خانواده و نوع روابط بین کودک و والد از دست رفته دارد. اگر چنین فقدان در سن نوجوانی رخ دهد ممکن است ضربه فقدان با اضطراب و سردی عاطفی والد باقیمانده ترکیب شده و بر وخامت اوضاع بیفزاید.

آسیب دیدن از مرگ والدین مخصوص کودکان و نوجوانان نیست. گاهی بزرگسالانی هم که والدین خود را از دست می‌دهند صدمه زیادی می‌بینند. بخصوص ممکن است در روابط زناشویی خود دچار مشکل شوند.

در این رابطه یکی از مراجعان وضع خود را چنین بیان می‌کند:

«مشکل من با شوهرم همزمان با فوت مادرم شروع شد. در آن شرایط نمی‌دانستم چکار می‌کنم، چه می‌گویم، سرد شده بودم، غمگین بودم، زود عصبانی می‌شدم، رابطه‌ام در این مدت با شوهر و فرزندانم کم شد، و این وضع ادامه یافت و پس از چند جلسه مشاوره تصمیم گرفتم دوباره درباره زندگی‌ام تلاش کنم و ...»

هم‌چنین نوع واکنش به مرگ والدین بستگی به جنسیت فرزندان دارد. برای مثال عموماً دختران از والدین بیمار مراقبت می‌کنند. در حالی که پسران چندان کاری با والدین بیمار ندارند. حال پس از فوت والدین نقش دختران باید تغییر یابد در حالی که پسران می‌توانند فعالیت‌های قبلی خود را ادامه دهند بدون آنکه استرس تغییر را تحمل کنند.

از دست دادن خواهر و برادر ممکن است موجب سردرگمی نوجوان شود. چنانچه او نتواند حقیقت مرگ را درک کند ممکن است امید بازگشت او را انتظار بکشد. هم‌چنین اگر برادر یا خواهر فوت شده دچار بیماری سخت و طولانی مدتی باشد ممکن است تمام توجه والدین را به خود جلب کرده و امکان توجه والدین به نیازهای سایر فرزندان خانواده را کاهش دهد. هم‌چنین ممکن است این اتفاق پیش آید که پس از مرگ خواهر یا برادر

---

1 - Bowen

2 - Triangulation

میزان توجه و محبت والدین نسبت به فرزند دیگری که زنده است به صورت افراطی افزایش یابد و میزان مراقبتی که قبلاً برای دو فرزند ارائه می‌شد همه بر روی یک فرزند متمرکز گردد.

خواهر و برادر بزرگتر ممکن است در ارتباط با مرگ خواهر یا برادر از دست‌رفته دچار اندوه شود. این به سن او و میزان ارتباطش با متوفی بستگی دارد. چنانچه قبل از مرگ وی با یکدیگر درگیری و اختلاف داشته باشند ممکن است به دلیل اینکه نتوانسته‌اند اختلافشان را حل کنند دچار آزردهی و احساس گناه شوند. به عبارت دیگر مرگ قریب‌الوقوع می‌تواند خواهر و برادرهایی که با هم خوب نبوده‌اند را به هم نزدیک کند.

مرگ در بین دو قلوها یا چندقلوها در هر سنی که باشند دارای ویژگی تروماتیک خاصی می‌باشد. این باور وجود دارد که دوقلوها و سه قلوها بیشتر از خواهر و برادرهایی که از نظر سنی فاصله دارند از نظر احساس و عاطفی با هم مشترک هستند. آن‌ها احساس می‌کنند که نه تنها خواهر یا برادرشان بلکه بخشی از وجودشان را از دست داده‌اند.

تحقیقات نشان داده است که مرگ خواهر و برادر تا سال‌ها پس از آن هم می‌تواند غم‌انگیز باشد و ممکن است منجر به اختلال عملکردی در روابط خانواده شود. البته این موضوع باید به اندازه کافی مورد بررسی قرار گیرد.

## ۲- داغدیدگی در بزرگسالان

داغدیدگی در بزرگسالان متفاوت از کودکان است و تأثیرش در آن‌ها به شکل‌های مختلفی دیده می‌شود. مرگ یک خویشاوند نزدیک می‌تواند تأثیر شدیدی بر روابط زناشویی آن‌ها ایجاد کند. ناتوانی یا بی‌میلی در برقراری ارتباط زناشویی می‌تواند منجر به سردی روابط و نادیده گرفتن زوجین توسط یکدیگر گردد. این شرایط به گسستگی خانواده و ازدواج کمک می‌کند.

مرگ همسر فوق‌العاده آسیب‌زا است. پس از مرگ همسر، همسر بازمانده در زمینه پرورش بچه‌ها متحمل بار سنگینی می‌شود. چنانچه والدین در دوره آشپانه خالی باشند و یا فرزند نداشته باشند مرگ همسر می‌تواند شریک او را تنها، منزوی و افسرده سازد.

چنانچه فرزندان در سن نوجوانی بوده و در خانه باشند، همسر بازمانده باید علاوه بر نیازهای عاطفی فرزندان، مسائل مالی را نیز مورد توجه قرار دهد. ممکن است والد بازمانده نیاز به خلوت و تنهایی داشته باشد تا بتواند با همسر از دست رفته صحبت کند و غم ناشی از فقدان را تخلیه کند، ولی فرزندان با درخواست‌ها و اظهار نیازهای خود حواس والد بازمانده را از غم خود پرت می‌کنند. روشن است که هم کودکان و هم والد بازمانده انواع حمایت‌ها را نیاز دارند. مهم این است که تلاش‌های والد بازمانده در مراقبت از فرزندان نباید باعث نادیده گرفتن نیازهای خود او شود.

مرگ یک فرزند جوان در خانواده اغلب به شکل خاصی غم‌انگیز است و احتمالاً همراه با غم و غصه طولانی برای والدین می‌باشد. تحقیق راندو فشار سنگینی که این نوع مرگ‌ها بر روابط زناشویی تحمیل می‌کند را روشن ساخت و میزان طلاق در این خانواده‌ها را پس از فوت جوان ۸۰ درصد تخمین زد.

مرگ فرزند بزرگتر می‌تواند تأثیر طولانی و ماندگار بر روی والدین داشته باشد. آن‌ها ممکن است مرگ فرزندشان را نوعی بی‌رحمی و بی‌انصافی بدانند و به همین خاطر احساس خشم داشته باشند. در چنین مواقعی حمایت از آن‌ها مفید خواهد بود و نیز حضور صرف شخص دیگری می‌تواند در حمایت از والدین تسلی‌بخش باشد در چنین شرایطی توصیه و نصیحت کردن والدین به‌جای سودمندی، سد و مانع خواهد بود. اغلب مرگ فرزند در شرایط حادثه یا بیماری نیاز به درک عمیق‌تری دارد. این نوع مرگ بسیار غم‌انگیز است. بررسی‌ها درباره پدیده خواب‌مردگی (مرگ ناگهانی بچه سالم) روشن ساخت که حیرت، سردرگمی و شوک ناشی از آن بیشتر دیده می‌شود و آن بیشتر به دلیل معلوم نبودن علت مرگ است.

برای والدین کودکی که به دنبال یک دوره بیماری لاعلاج فوت می‌کند، فرایند مرگ کودک به تدریج با داغدیدگی آن‌ها تلفیق می‌گردد، به‌ویژه اگر مدت زمان بین تشخیص بیماری و مرگ کودک کوتاه باشد. این تجربه ممکن است منجر به ایجاد امید غیرواقعی نسبت به درمان کودک گردد و یا نگرانی از وخیم شدن اوضاع، کیفیت زندگی والدینی را تغییر داده و به شدت کاهش دهد. والدینی که نمی‌توانند مرگ کودک را تصور کنند دوست دارند از این موضوع غافل باشند، البته اگر از موضوع مطلع نباشند ترس از آن، آن‌ها را



آشفته می‌کند. خود کودک دچار بیماری لاعلاج از طریق مرادده با سایر بیماران از وضعیت خود مطلع می‌شود. آن‌ها هرچند دچار سردرگمی و پریشانی می‌شوند اما به ندرت دچار ضربه شدید یا طولانی می‌گردند. هم‌چنین آنان نشان دادند که ناتوانی بزرگسالان در پذیرش مرگ قریب‌الوقوع کودک‌شان موجب می‌شود که آنان نتوانند شرایط فرزندشان را با سایر فرزندان مطرح کنند و بنابراین ممکن است میزان ارتباط‌شان با سایر فرزندانشان کاهش یابد.

گرچه تحقیقات کمی درباره فقدان فرزند وجود دارد ولی می‌توان تصور کرد که پدربزرگ و مادربزرگ از مرگ نوه‌شان رنج زیادی خواهند کشید و بدون تردید به اندازه سایر اعضای خانواده دچار غم خواهند شد. البته این غم برای والدین کودک وخیم‌تر و عمیق‌تر می‌باشد. والدین علاوه بر غم، وظیفه مراقبت، نگهداری و پیگیری درمانی چنین کودکی را نیز برعهده دارند، درحالی که سایر اعضای خانواده صرفاً متأثر از غم هستند. البته پدربزرگ و مادربزرگ‌هایی که نقش والدینی را برای کودک دارند، ضربه ناشی از فقدان نوه کمتر از فقدان فرزند برای والدین نخواهد بود. والدین ممکن است فقدان فرزند خود را با تلاش برای داشتن یک بچه دیگر جایگزین کنند.

### ۳- سازگاری با داغدیدگی

بررسی‌های مردم‌شناسی نشان داده است که افراد در فرهنگ‌های مختلف به شیوه‌های متفاوتی نسبت به مرگ واکنش نشان می‌دهند. داغدیدگی یک شوک احساسی عمیق است. افراد داغدیده هم از صحبت درباره آنچه از دست داده‌اند ناتوانند و هم قادر به برقراری سازگاری لازم در زندگی‌شان نیستند. نوع واکنش‌های هیجانی افراد نسبت به مرگ عزیزان قابل پیش‌بینی نیست بنابراین متخصصان و تمامی کسانی که سعی در کمک و همدردی با آنان داشته باشند، لازم است اطلاع داشته باشند که عکس‌العمل افراد داغدیده هر چیزی ممکن است باشد. مشاوران و درمانگران باید این واکنش‌ها را از طریق همدلی کردن با شخص داغدیده تعادل بخشند و تلاش کنند تا شخص داغدیده واقعیت مرگ عزیزش را بپذیرد. در اغلب مواقع این امر به‌طور طبیعی اتفاق می‌افتد. اما در برخی موارد شخص

داغ‌دیده واکنش‌هایی را از خود نشان می‌دهد که به نظر می‌آید غیرطبیعی و نشان‌دهنده مشکل باشد.

به‌طور طبیعی در یک داغ‌دیدگی در طول ماه‌های اول، هم کاهش تدریجی نگرانی روانی و هم انطباق تدریجی در عملکرد دیده می‌شود. داغ‌دیدگی در برخی از افراد تبدیل به مشکلات پیچیده‌تر می‌شود. مشکلات ممکن است مرتبط با سلامت روانی و یا کاهش مصونیت جسمانی باشد و یا به صورت افسردگی، اختلال اضطرابی، اختلال در روابط بین فردی بروز پیدا کند. در مجموع دیده شده است که در حدود ۹ درصد از افراد داغ‌دیده ممکن است دچار سوگ<sup>۱</sup> مزمن شوند. زمانی سوگ نابهنجار است که نگرانی‌های حاد اولیه همراه با سایر تظاهرات علائم حداقل به مدت ۶ ماه تداوم داشته باشد. در برخی موارد علائم حتی برای چندین سال باقی می‌ماند.

در شرایط بحران، شخص داغ‌دیده ممکن است به‌خاطر جست‌وجوی عزیزش، حتی جان خود را به مخاطره اندازد. همچنین احتمال دارد که فرد دچار فقدان، دچار احساس خشم شود، اعتراض کند و حتی قهر شود. هرچند ممکن است این در نظر فرد داغ‌دار رفتار غیرمنطقی باشد ولی میزانی از خشم به سوی متوفی است که آن‌ها او را ترک کرده‌اند. همچنین بخشی از خشم داغ‌دیده به سوی کسانی است که فرد داغ‌دیده آن‌ها را به عنوان عامل مرگ عزیزش می‌داند یا آن‌ها را با مرگ عزیزش مرتبط می‌کند و یا ممکن است خشم به سوی کسانی باشد که دوستان و اطرافیان متوفی هستند و در غیاب متوفی هنوز زنده‌اند و زنده مانده‌اند.

با گذشت زمان واکنش‌های اولیه در فقدان به تدریج تخفیف پیدا کرده و مسیر سوگواری باز می‌شود. در مرحله سوگواری فرد به مرزهای روانی با متوفی توجه دارد. خاطرات ارتباط با او را مرور می‌کند، فقدان دردناک را یادآوری می‌کند و مرگ را به تدریج می‌پذیرد. هرچند که تمامی فرایندهای این مرحله با احساسات دل‌تنگی، حزن و فقدان همراه است. این واکنش‌ها از زمان شروع مرحله بهبودی شروع شده، به تدریج رقیق‌تر می‌شود تا حدی که شخص سوگوار بتواند با زندگی بدون متوفی انطباق پیدا کند، در این مرحله احساس‌هایی هم‌چون اضطراب، اعتراض، نگرانی، حزن، اندوه و خشم به سوگ

---

1 - Grief

برمی‌گردد. این مرحله معمولاً پس از گذشت چند هفته تا چند ماه پس از فقدان فروکش می‌کند. اما باید توجه داشت که ممکن است هیجانات، اشتغال ذهنی و پریشانی حواس بیش از یک‌سال یا سال‌ها به‌دنبال آن ادامه داشته باشد.

تحقیقات نشان داده است که سلامت روانی و سازگاری جمعی پس از فقدان در خانواده به چگونگی روابط در بین اعضای خانواده بستگی دارد. وجود روابط خوب در بین اعضای خانواده به تسهیل فرایند داغدیدگی کمک می‌کند در حالی که ضعف روابط ممکن است منجر به ناسازگاریهای دراز مدت شود.

متخصصان چهارچوبی را ارائه دادند که تأثیرات اعضای خانواده روی یکدیگر را در زمان واکنش به فقدان نشان می‌دهد. مطابق این مدل توانایی خانواده برای سازگاری با فقدان به میزان پذیرش فردی هر یک از افراد خانواده بستگی دارد. آن‌ها دو تکلیف خانوادگی برای کمک به خانواده‌های داغ‌دیده ارائه داده‌اند که انجام آن به سازگاری سریع و پایدار خانواده منجر می‌شود:

۱- افزایش آگاهی اعضای خانواده نسبت به حقیقت مرگ و ارائه تجاربی دربارهٔ فقدان.

۲- سازماندهی مجدد سیستم خانواده و بازسازی روابط بین اعضای خانواده و پیگیری برنامه‌های زندگی.

## فصل ۳

# اصول و روش‌های مداخله

## روش‌های مداخله در بحران

متخصصان، مداخله در بحران را اینگونه تعریف کرده‌اند: "مداخله در بحران یک رویکرد مسلّم برای کمک به کاهش شدت هیجان ناشی از بحران است". براین اساس اطمینان وجود دارد که خدمات روان‌شناختی و روان‌پزشکی نه تنها یکی از خدمات قابل ارائه در شرایط بحران است بلکه جزو ضروری‌ترین و مقدم‌ترین آن‌هاست. نویسنده کتاب جامع "راهنمای عملی در ارتباط با استرس حادثه" در این زمینه اظهار داشته که «استرس تروماتیک به خودی خود دلیل و برهان محکمی است بر این‌که خدمات روان‌شناختی به عنوان اولین کمک در مداخله بحران باشد و ضروری است تیم‌های درمانی و حمایتی از همان ابتدای یک حادثه تروماتیک تشکیل و شروع به عمل کند».

زمان شروع مداخله در حادثه مهم است چرا که زمان نقش حیاتی در مداخله‌های بحران دارد. سرعت مداخله یک عامل اساسی در موفقیت و نتیجه بخشی مداخله در بحران است. ثمربخشی خدمات روان‌شناختی در بحران در صورت نزدیکی زمانی و مکانی با حادثه تروماتیک افزایش می‌یابد. بنابراین اورژانسی بودن خدمات روان‌شناسی در حوادث و بحران‌ها امر مسلمی است. براین اساس باید در ساختار و سیستم مداخله در بحران، در امدادسانی به حادثه دیدگان و بالاخره در تمامی مسایل مرتبط با بحران و حوادث، خدمات روان‌شناختی نیز پیش‌بینی شده و مورد توجه قرار گیرد.

علاقه به بررسی اثربخشی مداخله روان‌شناختی در بحران پس از انتشار دو مورد پژوهش در استرالیا شروع شد. متأسفانه در هر دو از این مطالعات اصطلاح "Debriefing" به صورت مشابه برای بیماری‌های متعدد و شکلی از مداخله در بحران بکار می‌رفت اما آشکارا با بکارگیری مدیریت استرس بحران در تضاد بود. استرس پس از ضربه یک دوره طولانی از آسیب را دارد. یک جنبه از مطالعه او قابلیت پیش‌بینی استرس حاد پس از ضربه را نشان داد. براساس تحقیق او وجود متغیرهای زیر بهترین پیش‌بینی این اختلال است:

۱. فکر کردن درباره مشکلات
۲. از دست دادن دارایی
۳. بی‌توجهی به اشکال تعریف نشده از مداخلات روان‌شناختی در بحران.

بکارگیری عناصر موجود در روان‌درمانی از قبیل: فوریت، مجاورت و انتظار در مداخله موجب کاهش ابتلاء به بیماری‌های روان‌پزشکی می‌شود و هر یک از عوامل مداخله اولیه مداخله مجاورتی و انتظارات با نتایج مثبت ناشی از مداخله ارتباط دارند.

تحقیقات نشان داده است که حتی مداخلات نسبتاً مختصر (مثلاً ۴ تا ۵ جلسه) اما تخصصی می‌تواند به‌طور مؤثری در پیشگیری از بروز PTSD در برخی از بیماران آسیب دیده نقش داشته باشد. ارائه درمان‌های شناختی - رفتاری از قبیل آموزش، تعلیم تنفس، ریلاکسیشن، بازسازی تصور در معرض آسیب بودن و بازسازی شناختی به ویژه در هفته‌های اول پس از حادثه بحرانی می‌تواند از بروز PTSD در بیشتر بازماندگان پیشگیری نماید. همچنین مداخله برای درمان اختلال استرس حاد (ASD) نشان داد که درصد کمی از مبتلایان پس از طی جلسات درمانی دچار PTSD شده بودند. این در حالی است که حوزه درمان برای ASD هنوز خیلی جوان است. روش درمانی موجود برای اختلال استرس حاد شامل یک مداخله درمانی مختصر و مرکب از فنون شناختی و رفتاری به همراه ارزیابی‌های مکرر است.

در سال‌های توسعه بهداشت روانی جامعه نگر، تعداد ۱۵۶۵ مورد از مواردی که بر روی آن‌ها کار مددکاری اجتماعی انجام شده مورد مطالعه قرار گرفت. نتایج نشان داد که مداخلات مبتنی بر مدل بحران در کاهش بیماری‌های روان‌پزشکی و افزایش توانایی آن‌ها برای انطباق با استرس مؤثر بوده است. برای بررسی اثربخشی مداخله در بحران، در یک پژوهش تعداد ۳۰۰ بیمار روان‌پزشکی به‌طور تصادفی انتخاب شدند. سپس آن‌هایی که برای درمان مراجعه نکرده بودند و آن‌هایی که در گروه‌های مداخله با رویکرد خانواده درمانی در بحران شرکت داشتند مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج نشان داد، گروهی که تحت تأثیر مداخله در بحران قرار داشتند در طول ۶ تا ۱۸ ماه پس از حادثه نسبت به گروه دیگر کمتر به بیمارستان مراجعه داشته‌اند.

## رویکردهای مداخله در بحران

شرایط بحرانی، حوادث بحران‌زا و روش‌های مداخله در بحران بیش از نیم قرن است که مورد مطالعه قرار می‌گیرد. مطالعه در این زمینه توسط لیندامن (۱۹۴۴) شروع شد. تا کنون تئوری‌های متعددی برای مداخله در بحران ترسیم شده است. هر چند روش‌های مداخله در بحران به مدل تئوریک متحد تبدیل نشده است با این وجود موافقت عمومی وجود دارد که مداخله در بحران رویکردی مرجح در درمان بازماندگان حوادث می‌باشد.

لیندی و همکاران (۱۹۸۱) در زمینه روابط اجتماعی بازماندگان حوادث و ارائه خدمات حمایتی به آن‌ها تئوری " پرده‌تروما"<sup>۱</sup> را مطرح ساخته است. مطابق این دیدگاه قربانیان حوادث تروماتیک پس از حادثه، خود را در پشت پرده انزوا جویانه مخفی می‌کنند. با این‌که چنین اقدامی آن‌ها را از تعدی و تجاوز احتمالی محافظت می‌کند اما این پرده‌تروما باعث جدایی و فاصله قربانی‌ها از مردم و خدمات تسکین و التیام می‌شود. در زیر به چند مدل مطرح شده در زمینه مداخله در بحران اشاره می‌شود:

### ۱- مدل CISD

از نظر تاریخی در زمینه چگونگی مدیریت بحران‌ها و استراتژی‌های روان‌شناختی و در مجموع تئوری سازی سیستم، مشکلاتی مطرح و اشکالاتی وجود داشته است. در تئوری‌سازی مداخله روان‌شناختی در بحران اصطلاح استرس زدایی در بحران حوادث (CISD)<sup>۲</sup> به عنوان استراتژی چندگانه مداخله در بحران مطرح شده است. این تئوری شامل ۴ عنصر است:

۱. صحنه: فرد یا گروه در صحنه بحران حاضر شده و وظایفی را انجام می‌دهد.
۲. مهارسازی: ایجاد گروه‌های کوچک بحث و تبادل نظر، اندکی پس از واقعه تحت عنوان مهارسازی استرس. کارکرد این گروه‌ها تخلیه استرس است.
۳. CISD منسجم: کار با گروه‌های کوچک به صورت منسجم و شامل ۶ مرحله پس از واقعه که تحت عنوان استرس زدایی منسجم می‌باشد. در اینجا تاکید عمدتاً بر

---

1. Trauma membrane

2. Critical Incident Stress Debriefing

بازگویی روانی است.

۴. پیگیری: ارائه خدمات حمایت روان‌شناختی در طول چندین ماه پس از حادثه.

همان‌طوری که می‌توان تصور کرد استفاده از اصطلاح CISM بر دو امر دلالت دارد:

۱- به عنوان یک رویکرد جامع و استراتژیک مداخله در بحران، ۲- یک فرایند ۶ مرحله‌ای با استفاده از روش گروه‌های کوچک. چنین نگرشی برای مداخله در بحران یک سردرگمی در روان‌شناسی بحران ایجاد کرد که حتی امروز هم ادامه دارد. در تلاش برای برگرداندن این سردرگمی تلاش‌هایی برای بهبود این رویکرد صورت گرفت از جمله اضافه شدن یک مرحله به مراحل شش‌گانه بود. در این مرحله سعی می‌شد به جای جلسات گروهی کاوش‌های انفرادی در مسایل پس از واقعه صورت گیرد تا سطح بالایی از حمایت روانی برای افراد فراهم شود.

## ۲- مدل CISM

علی‌رغم تغییرات ایجاد شده، رویکرد CISM نمی‌توانست یک فرایند جامع و استاندارد باشد بر این اساس مدل مدیریت استرس در بحران حوادث (CISM)<sup>۱</sup> به عنوان یک مدل استراتژیکی و جامع مداخله در بحران مطرح شد. عناصر اصلی این مدل شامل ۱۰ محور می‌باشد:

۱- آماده‌سازی و آموزش پیش از حادثه: این بخش از سیستم مداخله در بحران شامل ایجاد آمادگی روانی و رفتاری در افراد جهت مواجهه و سازگاری به روش‌های مناسب با یک واقعه بحرانی یا حادثه تروماتیک قبل از وقوع واقعی حادثه می‌باشد.

۲- امداد و نجات: این مرحله در حقیقت فرصتی است برای گروه‌های بهداشت و سلامت و هم‌چنین کارکنان امداد و نجات تا در جهت کاستن میزان فشار روانی بعد از یک فاجعه بزرگ یا حادثه‌ای پرتلفات تلاش نمایند.

۳- استرس‌زدایی: این کار نشانگر "نشست‌های جمعی" است و کارکرد آن تسهیل



حمایت اجتماعی می‌باشد. در این جلسات که در یک زمان تعدادی بیش از ۳۰۰ نفر حضور دارند، اطلاعات صحیح و جامع دربارهٔ حوادث، بحران‌ها، فرایند گذر از بحران واکنش‌های کوتاه‌مدت و درازمدت و اثرات فردی و اجتماعی ارائه می‌شود. تلاش‌هایی صورت می‌گیرد تا آگاهی افراد را در جهت کنترل شایعات افزایش دهند. شرکت‌کنندگان در این نشست‌ها را شهروندانی تشکیل می‌دهد که قربانی حوادث فعلی یا قبلی هستند و شرکت‌کنندگان می‌توانند از بین بازماندگان انواع بحران‌ها هم‌چون بحران‌های طبیعی، سوانح، جنگ، خشونت و تروریسم باشند. این نوع مداخلات ممکن است در همان ساعات اولیه بحران انجام گیرد حتی ممکن است بعدها هر زمان که لازم باشد تکرار شود.

**۴- مهارسازی:** این بخش شامل مداخله در قالب گروه‌های کوچک است که به شیوهٔ بحث و تبادل نظرهای جمعی صورت می‌گیرد و شامل سه مرحله است. اعضای گروه‌ها که جزو بازماندگان حوادث بحرانی هستند به مدت ۲۰ الی ۳۰ دقیقه در ۱۲ ساعت اول حادثه بحرانی گرد هم می‌آیند. عمدهٔ اهداف این گروه‌ها تخلیه هیجانی به دنبال حادثه و تبادل تجارب، احساسات و اطلاعات است.

**۵- CISD:** در این بخش از مداخله، بحث و مذاکرات در قالب گروه‌های کوچک منسجم‌تر شده و شامل ۷ مرحله می‌باشد. هدف این اقدامات تخلیه و بازسازی روانی است. اقدامات CISD نوعاً از اولین روز حادثه تا روز چهاردهم انجام می‌گیرد و تعداد شرکت‌کنندگان در هر گروه بین ۳ نفر تا ۲۰ نفر می‌باشد.

**۶- مداخله خانوادگی:** پروتکل‌های CISM که متمرکز بر خانواده هستند جهت ارائه اطلاعات، بهنجارسازی واکنش‌ها و تخلیه هیجانی طراحی می‌شوند. در این پروتکل‌ها خانواده تقویت می‌شود تا بتواند واکنش‌های سازنده، مفید و مطابق با شرایط بحرانی ارائه دهد. هم‌چنین بازسازی مجدد خانواده جزء برنامه است.

**۷- مداخله فردی:** در این بخش، مداخلات پنج مرحله‌ای طراحی می‌شود تا به افرادی که در شرایط بحرانی حاد قرار داشته‌اند کمک شود. این بخش در سیستم مداخله‌ای CISM کاربرد فراوانی دارد.

**۸- مداخله روحانی:** در این بخش از مدیریت بحران تلاش می‌شود تا از منابع

اعتقادی و باورهای درونی افراد برای فراهم سازی حمایت‌های روانی استفاده شود. اقدامات این مرحله می‌تواند در حین حادثه و یا بلافاصله پس از حادثه بحرانی یا حادثه تروماتیک شروع شود.

**۹- سازماندهی مشاوران:** رایزنی، ارائه مشورت و انجام مشاوره‌ها می‌تواند در هر زمینه مورد نیاز بازماندگان باشد. تلاش می‌شود مشورت دهندگان در همه زمینه‌ها حضور داشته باشند و بنابراین تیم‌های CISM هر نوع مشورتی که مورد نیاز حادثه دیدگان باشد ارائه می‌دهند. مشورت‌ها می‌تواند در زمینه مسایل حقوقی، روان‌شناختی، جسمانی، معنوی، اعتقادی، مالی، شغلی و ... باشد و یا بر موضوعات ویژه‌ای متمرکز یابد. ارائه مشورت می‌تواند به صورت فردی یا در قالب گروه‌های کوچک باشد.

**۱۰- مداخلات پیگیری:** این مداخلات بر حسب نیاز و ضرورت صورت می‌گیرد و می‌تواند برای افراد، گروه‌ها و حتی جامعه باشد. مداخلات پیگیری بیشتر زمانی انجام می‌شود که فرد یا افراد حادثه دیده برای مداخلات سازمان یافته‌تر در زمینه‌های جسمانی یا روان‌شناختی ارجاع داده می‌شوند.

در مجموع مدل CISM یک رویکرد مداخله چند جانبه در بحران است. در مدل CISM پیامدهای تخلیه‌ای در مداخلات روان‌شناختی و ماهیت چندگانگی که بتواند مجموعه نیازهای شرایط بحرانی را پوشش دهد با هم ترکیب شده است تا بیشترین کارایی را برای بازماندگان داشته باشد.

### ۳- سایر مدل‌ها

رویکردهای مداخله در بحران در حال شکل‌گیری هستند. هنوز این رویکردها به بلوغ و تکامل نرسیده‌اند. امید می‌رود تحقیقات بنیادی و کاربردی در این زمینه افزایش یابد. رویکردها، تئوری پردازی شده و هر یک اصول و روش‌هایی را به صورت دقیق ارائه دهند. در اینجا به گروه‌بندی برخی دیگر از این رویکردها اشاره می‌شود.

۱- یک گروه از رویکردها بر فراهم سازی حمایت و بسیج حمایت‌های جامعه‌نگر توجه دارند. در این رویکردها تأکید بر این است که برای مداخله در بحران باید شبکه‌های

حمایتی شکل گرفته و سازماندهی شوند. عمده شبکه‌های حمایتی مورد نظر، شبکه‌های غیررسمی و غیر تخصصی است. در این زمینه نقش متخصصان، توسعه و جهت دادن به این شبکه‌های حمایتی است.

۲- رویکردهای دیگر بر آموزش و درمان روان‌شناختی تأکید دارند. مطابق این رویکردها مداخله در بحران یک کار تخصصی و وظیفه متخصصان است. متخصصان نقش درمانی دارند. آن‌ها به‌طور مستقیم با بازماندگان بحران تماس دارند. اصلی‌ترین وظیفه آن‌ها فراهم سازی و ارائه اطلاعات لازم به بازماندگان و ایجاد تسکین، کمک به کاهش تحریف‌های شناختی و پذیرش واقعیت، کمک به طی فرایند بحران و رسیدن به سازگاری مجدد است.

۳- رویکردهای دیگر، در مقابل رویکردهای گروه اول و دوم قرار دارد. این رویکردها کمتر تأکید بر درمان دارند. در کمک به بازماندگان حوادث بحرانی به‌جای منابع بیرونی بر منابع درونی خود بازماندگان تأکید دارد. در این رویکردها اعتقاد بر این است که توانمندی مراجعان فعال سازی شود و زمینه تقویت حوزه‌های قوت پیشین فراهم شود. در نتیجه این فعالیت‌ها انتظار می‌رود مکانیسم‌های انطباقی خود شخص درگیر و فعال شوند.

### استراتژی‌های مداخله در بحران

در این قسمت استراتژی‌های مداخله در بحران‌های ناشی از حوادث در چهار بخش که هر بخش به یک استراتژی اختصاص یافته آورده شده است. آمادگی، مدیریت زمان، تشخیص - جداسازی و مشاوره - درمان از جمله این استراتژی‌ها است:

#### استراتژی اول: آمادگی

غافلگیری ویژگی اصلی بحران‌های ناشی از حوادث است به نوعی که عبارت " حادثه خبر نمی‌کند" به عنوان ضرب المثل در بین عموم مردم مطرح است. غیر قابل پیش‌بینی بودن حوادث از یک سو موجب افزایش آسیب روانی در بازماندگان شده و از سویی دیگر فرصت و امکان برنامه‌ریزی و تدوین استراتژی مداخله‌ایی را از بین می‌برد. بنابراین لازم

است برنامه‌ریزی و شیوه‌های مدیریتی و مداخله روان‌شناختی در بحران از پیش تدوین و آماده شود. همان‌گونه که می‌دانیم و به‌طور معمول عمل می‌شود تشکیل "گروه بحران" یا اصطلاحاً "اتاق بحران" در مقابله با هر بحرانی اولین قدم است. این امر وسیله‌ای برای کنترل و حل بحران است.

گروه بحران می‌تواند شامل مداخلات روان‌شناختی نیز باشد. علاوه بر این، داشتن یک برنامه عملیاتی دقیق برای انواع بحران‌هایی که در حوزه فعالیت افراد رخ می‌دهد به همراه گروه‌های راهنمایی تاکتیکی و استراتژی می‌تواند اوضاع و شرایط بحران را بکلی تغییر دهد. این امر بهترین فرصت ممکن را برای مقابله سریع و قاطع با هر بحرانی که روی می‌دهد فراهم می‌آورد.

در تدوین برنامه مداخلات روان‌شناختی در بحران باید به نکات زیر توجه داشت:

۱. برنامه عملیات روانی در شرایط اضطراری بحران باید در راستای اهدافی باشد که با اهداف کلی جامعه و بهداشت روانی کشور منطبق باشد.
۲. در برنامه‌ها نه تنها مشاوران و روان‌شناسان متخصص بلکه نیمه حرفه‌ای‌هایی که آموزش دیده‌اند نیز جایگاهی داشته باشند.
۳. مسئولیت‌ها و وظایف تیم مداخله روان‌شناختی در بحران کاملاً مشخص و تعریف شده باشد.
۴. برنامه‌های مداخله روان‌شناختی در بحران باید با فرهنگ قومی، ارزش‌های فرهنگی منطقه و فرصت‌های شفا‌دهندگی جامعه سازگاری داشته باشد.

## استراتژی دوم: مدیریت زمان

غافلگیری اولین عامل مخرب در بسیاری از بحران‌ها است. غافلگیر شدن یا احساس غافلگیر بودن و فقدان پیش‌بینی مدت تداوم بحران، تقریباً تمامی افراد دچار حادثه را از نظر روانی آسیب‌پذیر می‌کند. بنابراین ۲۴ ساعت اول بحران در پیشگیری و کاهش آسیب‌ها، ساعاتی تعیین کننده می‌باشد. اذهان عمومی، سبک‌های شناختی، تصورات قالبی درباره حادثه بسیار سریع شکل می‌گیرد و شایعات آسیب‌زا که رنج حادثه را ناگوار و تحمل آنرا دشوار می‌سازد به سرعت گسترش می‌یابد و پس از شکل‌گیری و گسترش

آن‌ها، ایجاد اصلاح و تغییر بسیار مشکل است. تمامی این‌ها در اولین روز بحران رخ می‌دهد.

از همان لحظه‌ای که حادثه رخ می‌دهد باید کار اتخاذ تصمیم و تصمیمات عمده و مهم شروع شود. تصمیمات باید از پیش تعیین شده، قاطع، منطقی و بدون تزلزل باشد. نوع، کیفیت و دقت این تصمیمات اثرات جانبی گسترده‌ای بر افراد دچار حادثه می‌گذارد. اولین کار در تصمیم‌گیری‌های صحیح در بحران‌ها دسته‌بندی حقایق و واقعیت‌هاست. این که چه چیزی رخ داده است، چه اقداماتی لازم است صورت گیرد و آینده چگونه خواهد بود.

### استراتژی سوم: تشخیص و جداسازی

هر چند تمامی کسانی که در معرض حوادث قرار دارند به درجاتی از آن متأثر می‌شوند و علائم اولیه بحران هم‌چون سردرگمی، تنش، هراس و اضطراب همگانی است ولی همه آن‌ها دچار اختلال نمی‌شوند. بررسی‌ها نشان داده است که عواملی از قبیل: نوع، چگونگی و روش‌های بکارگیری استراتژی‌های اول و دوم، به چگونگی تجربه حادثه<sup>۱</sup> و آسیب‌پذیری شخصی<sup>۲</sup> افراد بستگی دارد.

در حوادث و خطرات بزرگی هم‌چون زلزله، سیل، آتشفشانی و جنگ که ممکن است میزان آسیب روانی بالایی داشته باشند نیاز خواهد بود تا افراد دچار آسیب روانی شناسایی شده و برای بکارگیری روش‌های مشاوره و درمان مطابق اولویت جدا شوند. غربالگری و طبقه‌بندی افراد شیوه‌های اعمال مداخلات روانی در بحران را نیز تسهیل می‌کند. بازماندگان را می‌توان برحسب میزان شدت آسیب از خفیف تا خیلی شدید طبقه‌بندی کرد. جداسازی بازماندگان براساس میزان شدت آسیب آن‌ها، بهبودی آن‌ها را تسریع می‌کند.

### استراتژی چهارم: مشاوره و درمان

مداخله مشاوره‌ای و روان‌درمانی برای تمامی افراد در معرض بحران ضروری است. هم‌چنین تحقیقات متعددی، سودمندی این مداخلات را نشان داده است. علاوه بر این دیده

---

1. Individual trauma experiences

2. Personal vulnerability

شده است که هر چقدر زمان ارائه خدمات درمانی برای آسیب دیدگان نزدیک به زمان حادثه باشد (بلافاصله پس از حادثه ارائه شود) اثر گذاری آن بیشتر است. علی‌رغم نیاز تمامی بازماندگان بحران به خدمات مشاوره و روان‌درمانی، این نوع خدمات بیشتر برای افرادی که علائم اختلال نشان می‌دهند و برای دریافت خدمات تخصصی ارجاع می‌شوند در نظر گرفته می‌شود.

مراحل کلی مداخله روان‌شناختی به ترتیب عبارتست از:

- ۱- پذیرش افراد دچار حادثه
- ۲- جداسازی و طبقه‌بندی افراد (غربالگری)
- ۳- ارزیابی و سنجش میزان و شدت آسیب و خطر
- ۴- تشخیص نوع آسیب
- ۵- تدوین برنامه مداخله در بحران
- ۶- مشورت و رایزنی برای جایابی و جایگزینی افراد دچار آسیب
- ۷- مشاهد و ارزیابی میزان بهبودی و پیشرفت کار
- ۸- ارجاع به مراکز خدمات حمایتی و اجتماعی برای حمایت‌های شغلی، تحصیلی و خانوادگی
- ۹- اتمام درمان و پیگیری.

### مراکز مداخله در بحران

بحران باعث افزایش تنش، به تعلیق در آمدن اهداف بلند مدت و ظهور مجدد تعارض‌های گذشته می‌شود. بحران معمولاً به‌وسیله استرس شدت می‌یابد و در فرد یا خانواده‌ای که به شکل ویژه‌ای مستعد آنند اتفاق می‌افتد. نتیجه بحران غالباً ظهور مکانیزم برگشت و رشد نشانه‌های روان‌پریشی در یک یا غالب اعضای خانواده است. بنابراین امکان دارد از آسیب دیدگان و خانواده‌ها خواسته شود تا در بیمارستان بستری شوند. ممکن است وضعیت بحرانی به‌وسیله کوشش‌هایی که برای تسلط و یا دور ریختن استرس‌هایی که بحران را تسریع کرده است به شرایط عادی برگردد. بحران می‌تواند با

اقدام به برخی فعالیت‌هایی که منجر به تسلط یا رفع استرس می‌شود حل شود. هم‌چنین به‌وسیله تغییر در نقش‌ها، هدف‌ها و حتی تغییر در شیوه‌ای که خانواده در گذشته با آن شیوه زندگی می‌کرد شدت بحران کاهش می‌یابد. برخی خانواده‌ها از انجام تغییر پرهیز و افراد را سپر بلا می‌کنند و یا در صدد فروپاشی خانواده برمی‌آیند. ممکن است افزایش تنش و فشار به یکی از اعضای خانواده منتقل شود تا تغییر را غیر ممکن سازد. در این صورت عضو مستعد خانواده احتمال دارد بیمار شود و یا از طریق خودکشی برای خود، گریزی بیابد، روان‌پریش شده و یا در بیمارستان روانی بستری شود. درمان اصولاً تلاشی است برای ایجاد فضایی که در آن فضا به فرد و یا خانواده کمک شود تا تنش خود را آنقدر کاهش دهد که بحران فوری حل شود.

برای افرادی که در شرایط بحران قرار دارند، ملاقات فوری و حتی چند جانبه گروهی از متخصصان لازم است. هم‌چنین وقتی خطر خودکشی و یا دگرکشی مطرح باشد ضرورت دارد درمان‌های فوری و چندجانبه ارائه شود. در چنین مواردی حضور افراد دچار بحران در مراکز به نام مراکز حل بحران ضروری است. مراکز حل بحران مراکزی هستند که خدمات پزشکی و روان‌شناختی توسط یاوران حرفه‌ای و نیمه حرفه‌ای در کمترین فرصت در اختیار افراد بحران زده قرار داده می‌شود و در صورت ضرورت، افراد و خانواده بحران زده جهت حمایت و نگهداری (محافظة و مراقبت) به مرکز حل بحران منتقل می‌شوند. تصمیم به انتقال خانواده به بیمارستان، خانه‌های بین راه و یا منزل خودشان به عهده درمانگران و بر اساس شرایط بحران خواهد بود. کلینیک‌های بحران اعتیاد و مراکز جلوگیری از خودکشی از جمله این مراکز هستند. این مراکز دارای یک خط تلفن بحران هستند که افراد می‌توانند برای دریافت اطلاعات و یا کمک، با آن تماس حاصل نمایند. شماره تلفن این مراکز باید با اعداد کم و مشخص باشد.

از این طرح می‌توان در شرایط جنگ استفاده کرد و مراکزی با امکانات ویژه با حضور متخصصان حرفه‌ای در زمینه روان‌درمانی و مشاوره ایجاد کرد تا افراد بحران زده جنگ بتوانند کمک‌های فوری و ویژه در کمترین مدت دریافت نمایند.

در یک تحقیقی خانواده‌هایی که به‌خاطر اقدام به خودکشی عضوی از خانواده تحت استرس و بحران قرار گرفته و علائم اولیه روان‌پریشی را داشتند، ملاحظه شد آن‌هایی که از

طریق مراکز بحران به جای بستری شدن در بیمارستان درمان شده بودند احتمال بسیار کمتری وجود داشت که در آینده به بیمارستان روانی منتقل شوند. در حالی که این عده در کنترل بحران، اجتماعی شدن، نداشتن نشانگان بیماری روانی در سال‌های بعد مانند آن‌هایی که در بیمارستان بستری شدند عمل می‌کردند.

در این روش درمان معطوف به بحران و کوتاه مدت است. مراحل کمک به بحران در این مراکز را می‌توان در ۶ گام نام برد.

**کمک فوری:** وقتی خبر بحران به مرکز می‌رسد باید تیمی متشکل از پزشک و متخصصان روانی به ملاقات افراد بروند. زمان ملاقات می‌تواند در هر ساعتی از شبانه روز باشد. حمایت از افراد و کمک به آن‌ها از همان ارتباط و تماس اولیه شروع می‌شود و چنانچه لازم به ادامه کمک باشد افراد به مرکز حل بحران منتقل می‌شوند.

**تعریف مشکل:** چنانچه قرار باشد افراد در جلسات بعدی دیده شود باید جلسات پشت‌سر هم و مرتب تنظیم شود. لازم است افراد دعوت به جلسه شوند. در این جلسات بهتر است ملاقات‌ها گروهی باشد و از ملاقات‌های فردی حتی‌المقدور خودداری شود. مشکل باید به عنوان مشکل بحران تعریف شود و با هر تلاشی که افراد بحران را متوجه شخص یا عامل دیگری کنند مخالفت جدی به عمل آید.

**تمرکز به زمان حال:** باید حوادث تاریخی که منجر به بحران شده است مشخص شود و از آن صرفاً برای روشن شدن شرایط کنونی استفاده شود. می‌توان توانمندی‌های گذشته افراد را رو کرد. غیر از این تأکید جلسات به وضع فعلی است. شرایطی که در حال حاضر افراد در آن قرار گرفته است.

**کاهش تنش:** از طریق فنون حمایتی و اطمینان بخشیدن از مکانیزم افراطی برگشت ممانعت به عمل آورید. برای کاهش تنش می‌توان از داروهای مسکن به صورت موقتی استفاده کرد ولی این کار نباید تداوم داشته باشد. ممکن است افراد گرایش به مصرف مواد مخدر نمایند باید از این عمل به شدت خودداری نمود. بکارگیری فنون تسکین در این مرحله ضروری است.

**فعال‌سازی:** در جلسات بحران زدایی در مراکز، درمانگر نقش محوری دارد، عامل و



مجری جلسات و اداره کننده آن است. به جلسات خط می دهد و شیوه‌ای برای حل بحران بکار می‌گیرد. به مرور وظایفی به افراد دچار بحران محول می‌شود و به تدریج افراد را برای عهده‌داری مسئولیت‌های کنترل و ارزیابی آماده می‌سازد و امورات را به آن‌ها واگذار می‌کند. در این مورد قواعد و اهداف اساسی بازنگری می‌شود و ممکن است نقش‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی افراد تغییر داده شوند.

**پیشگیری از بحران‌های بعدی:** ملاقات‌های بحران زدایی در مراکز حل بحران معمولاً طولانی مدت و ممکن است مدت هر جلسه تا ۳ ساعت هم طول بکشد. از سوی دیگر ممکن است در یک روز دو جلسه، یکی قبل و یکی بعدازظهر تشکیل گردد. درمانگر ممکن است در بین جلسات نیز به‌طور غیر رسمی با افراد دچار بحران ملاقات داشته باشد ولی در این ملاقات‌ها چیزی بررسی نمی‌شود و صرفاً برخی حمایت‌ها و تشویق‌ها ارائه می‌گردد. در جلسات باید از سرزنش اجتناب کرده و حمایت مداوم ایجاد شود. به هر حال در جلسات رفع بحران باید به تقویت توانمندی‌های افراد تأکید شود. قابلیت‌های آن‌ها روشن سازی شده و سعی شود این قابلیت بروز داده شود.

مراکز کنترل و حل بحران بسیار گوناگون هستند. این مراکز از کنترل کامل اجتماعی در بیمارستان سنتی گرفته تا مراکز مراقبت روزانه کلینیک روانی جامعه و مراکز اسکان شبه خانه قابل ایجاد و راه اندازی است. مثلاً سینانان<sup>۱</sup> از جمله مراکز اسکان است که در آن تکیه به نوتوانی معتادان با تدارک انواع سبک‌های زندگی است تا به کسانی کمک شود که مایل هستند سبک زندگی خود را برای مقابله با فشار روحی، بدون استفاده از مواد مخدر تغییر دهند. نمونه دیگر اردوگاه یا مرزعه نوجوانانی است که نمی‌توانند با فشارهای روانی خانواده، و توقعات جامعه سازش نمایند. یعنی از این مراکز برای نوجوانانی که با قانون، مدرسه یا خانواده در تعارض قرار دارند و یا از خانواده می‌گریزند و ممکن است در راه فرار از خانواده در باندهای قاچاق و سوء استفاده و جنایت قرار گیرند، این مراکز پناهگاهی برای این عده از نوجوانان قرار می‌گیرد. در این مراکز از تقویت و حمایت برای شکل دادن رفتار استفاده می‌شود. با دور کردن موقت جوانان از محیط خانه یا مدرسه‌ای که

با آن درگیر هستند به آنان کمک می‌شود تا رفتار انطباقی تری کسب نمایند. ممکن است در این مدت خدماتی نیز به خانواده آنان و یا اعضای دیگر مدرسه ارائه شود تا پس از بازگشت نوجوانان، میزان تعارض و کشمکش بین آن‌ها کاهش یابد.

این مراکز می‌تواند خدمات خود را گسترش دهد و بجای عضوی از خانواده کل اعضا را تحت پوشش و نگهداری قرار دهد. حمایت‌های لازم برای اینگونه مراکز معروف به «استراتژی حمایتی تماس چند جانبه»<sup>۱</sup> می‌باشد. معمولاً در اجرای این استراتژی، چند گروه متخصص برای کمک و حمایت از خانواده در خدمت خانواده قرار می‌گیرد. که هر کدام از متخصصان در وقت مناسب تماس خود را با اعضای خانواده و خانواده به‌عنوان یک کل برقرار می‌کند. در این شیوه حمایت محیطی با رابطه حمایتی توأم می‌گردد. مثال آن خانواده دچار بحرانی است که به عوض مطب یا خانه در یک آسایشگاه یا مرکز خدمات خانواده برای لااقل چند شبانه روز به‌طور مداوم تحت مراقبت شدید قرار می‌گیرد، بدین طریق خانواده از مزیت یک محیط تازه و یابری در ابعاد طبی، روانی و اجتماعی آن و به صورت فردی و گروهی برخوردار می‌شوند. فرضیات زیر بنایی این استراتژی عبارتند از این‌که: روش‌های کمک صرفاً فردی بی‌اثر است و لذا باید خانواده دچار بحران را به صورت یک واحد مورد کمک قرار داد. کمک کلی در مراحل اولیه بحران خانواده مؤثرتر از کمک‌های پراکنده و پیشرونده بعدی است. از بحران می‌توان به‌عنوان تخته پرشی برای تحرک بخشیدن به منابع برای مقابله با بحران و رشد مراجع بهره گرفت. از این روش می‌توان در مواردی هم که بحران فردی است استفاده کرد.

اعضای تیم‌درمانی مورد استفاده در این مراکز می‌تواند از مشاور یا روان‌درمانگر، مددکار اجتماعی، روان‌پزشک، پزشک عمومی، روان‌پرستار و بر حسب شرایط لازم از سایر متخصصان ترکیب یافته باشد. معمولاً خانواده‌ای به مراکز کنترل هدایت می‌شود که خطر رها کردن خانواده شدیدتر است و یا خودکشی، خطر جانی برای دیگران، امکان پس‌رفت شدید خانواده مطرح باشد و خانواده محلی برای اسکان نداشته باشد، شبیه آن برای خانواده‌هایی است که در زیر بمباران یا موشک دشمن خانه و کاشانه خود را از دست

می‌دهند و اولین مرحله اسکان این خانواده‌ها مراکز کنترل بحران است تا پس از اطمینان از تداوم زندگی مستقل خانواده به توان آن‌ها را به مراکز دیگر از قبیل مراکز خانه‌های نیمه‌راه، آسایشگاه‌ها و یا محل اسکان دیگری سوق داد.

وظیفه خانه‌های نیمه‌راه تسهیل انتقال مراجع از مراکز بحران به زندگی عادی است. در این خانه‌ها «جو نیمه حمایتی» حاکم است تا مکانیسم‌های رویارویی و توانمندی‌های شخصیتی مراجع قبل از روبرو شدن با توقعات دنیای واقعی امکان رشد پیدا کند. خانه‌های بین راه یک تسهیل سکونتی است و مخصوصاً برای کمک به کسانی طراحی شده است که به لحاظ روانی، در توسعه و حفظ زندگی در جامعه غیر بیمارستانی دچار آسیب شده‌اند. در این خانه‌ها عمدتاً روی تکالیف انتقالی تأکید دارد.

این روش برای بسیاری از بحران‌هایی که مزمن بوده و بین فرد و واقعیت فاصله انداخته است کاربرد دارد. اسرایی که سال‌ها در اردوگاه‌های دشمن بسر برده‌اند و خانواده‌شان در فقدان آن‌ها سازمان جدیدی برقرار کرده، مأموریت جنگی که طولانی مدت بوده و آسیب‌های روانی برای فرد داشته است. جانبازی که مدت طولانی در آسایشگاه بسر برده و حال در شرایط بازگشت به خانواده قرار دارد همگی در بازگشت مستقیم به خانواده دچار مشکل خواهند شد و بنابراین لازمه پیشگیری بکارگیری خانه‌های نیمه‌راه است.

خانه‌های نیمه‌راه از سال ۱۹۱۷ و به ویژه پس از جنگ جهانی دوم به شدت رو به گسترش نهاده است. و در حال حاضر برای کمک به خانواده معتادانی که در باز پروری بوده‌اند و یا زندانیانی که مدت طولانی در زندان بوده‌اند استفاده می‌شود. خانه بین راه شکلی از درمان نیست، یک نوع ترتیب دادن زندگی است که به خاطر افزایش بهره‌مندی از زندگی و ایجاد ارتباط با جامعه معمولی طراحی شده است. در این فن به برقراری مجدد رابطه، کمک به حفظ و توسعه ارتباطات اجتماعی، تنظیم کردن وظایف روزمره، یافتن شغل، و حرکت به سوی یک زندگی مستقل تأکید می‌شود. کارمندان این خانه‌ها به جای پزشک از متخصصان مشاوره و روان درمانگران حرفه‌ای به‌ویژه مددکاران هستند. غالباً این خانه‌ها در بخشی بی‌نام از جامعه شهری است و در آن بر روی وسایل حمل و نقل عمومی و مغازه‌ها بسته است. بخشی از این خانه‌ها را می‌توان به صورت آپارتمانی ایجاد کرد. در محیط این خانه‌ها امکاناتی فراهم است از قبیل کشاورزی مزرعه، باغ یا

کارگاره‌های کوچک که به استقلال در زندگی و خود حمایت بخشی تأکید دارد. نوعاً ساکنان این خانه‌ها در مراقبت و نگهداری خانه، در تنظیم قوانین آن مشارکت می‌کنند و با اندکی راهنمایی، دکوراسیون خانه و طراحی برنامه غذایی، خرید و آشپزی توسط ساکنان صورت می‌گیرد. اعضای این خانه‌ها به‌طور مستمر و روزانه در ارتباط با یاوران حرفه‌ای و به ویژه مشاوران خانواده هستند. کار روی ارتباطات و تعامل بین اعضاء اساس برنامه جلسات را تشکیل می‌دهد. علاوه بر جلسات خانوادگی جلسات چندین خانواده به‌صورت گروهی نیز امکان‌پذیر است. اگر چه خانه بین راهی نوعی از درمان نیست اما هدف آن افزایش توانایی ساکنین برای ورود به جامعه است. کارکنان این خانه‌ها باید فنونی را برای ایجاد انگیزه ساکنین خانه برای توسعه شغلی و ارتباط اجتماعی ساکنین طراحی کنند. کار در این خانواده‌ها باید به عنوان تمهید فرصت‌هایی برای آموختن مهارت‌های کاری و توسعه تغییرات درون فردی و صمیمیت اجتماعی در نظر گرفته شود. بی‌شبهت به بیمارستان، فرصت‌هایی برای درگیر شدن و آزمودن نقش‌ها پرورانده می‌شوند. با وجود این، وقتی که کارکنان فاقد اهداف، حساسیت‌ها یا مهارت‌هایی هستند که برای غنی کردن تجارب زندگی خانواده‌ها و کمال آتی آنان و جامعه مورد نیاز است، آنگاه خانه بین راه اصالت خود را از دست داده و به یک شبانه روزی تبدیل می‌شود.

در مراکز حل بحران جلسات مشاوره و روان درمانی بازماندگان به صورت فردی، گروهی و خانوادگی برگزار می‌شود. طول مدت جلسات برحسب نیاز افراد از ۲۰ دقیقه الی یک ساعت است و حتی برای ملاقات اول می‌تواند بیش از یک‌ساعت باشد. جلسات مشاوره و روان‌درمانی برای آسیب دیدگان شدید به‌طور روزانه و حتی روزانه چند نوبت و برای آسیب دیدگان متوسط حداقل هفته‌ای دو جلسه برگزار می‌شود.

مراکز مشاوره و روان‌درمانی در شرایط بحرانی بین ۹ تا ۱۳ ساعت در طول روز کار می‌کنند. بهتر است تا سه هفته اول پس از حادثه کار مراکز به‌صورت تمام وقت، و بعد از آن پاره وقت باشد. بهتر است فعالیت‌های پاره وقت مراکز مشاوره حداقل تا ۲ ماه ادامه داشته باشد.

## خط بحران

خط بحران یک استراتژی نیمه ساختار برای مداخلات درمانی است. بدین معنی که تابع قوانینی مرتبط با اصول مصاحبه و شیوه‌های بالینی متعارف نیست. فعالیت خط بحران شبانه روزی و در کل سال می‌باشد. اکثر درمانگران این مراکز را حرفه‌ای‌ها و نیمه حرفه‌ای‌های آموزش دیده تشکیل می‌دهند. این افراد با استفاده از شیوه‌های مداخله در بحران به رفع مشکل و کاهش فشار روانی مراجع می‌پردازند. خط بحران، خط تلفنی است با شماره ساده و کوتاه که به مرکزی که در آن متخصصان آموزش دیده حضور دارند متصل است تا افراد در شرایط سخت و بحرانی بتوانند با یاوران حرفه‌ای مرتبط شوند. خط بحران نه تنها در شرایط بحران روانی بلکه در بحران‌های سیاسی، اجتماعی و شهری نیز کاربرد دارد. ولی عمدتاً یاوران آن‌ها به جای مشاور و روان‌درمانگر از افراد آشنا به مسائل امنیتی و سیاسی تشکیل شده است. در مراکز خط بحران، مداخله، حمایت و ارجاع افراد به مراکز ذیصلاح از وظایف عمده خط بحران است. سه اصل مهم و مورد توجه در مراکز خط بحران عبارتست از تربیت یاوران توانمند برای مداخله در بحران، ارتباط با سایر متخصصان بهداشت روانی و ارتباط با مراکز کمک‌رسانی و بیمارستانی از قبیل ارتباط با متخصصان به‌ویژه روان‌پزشکی، مغز و اعصاب، قلب و مراکز درمانی از قبیل بیمارستان‌های تخصصی و نیز مراکز چون نیروی انتظامی، آتش‌نشانی و ... که در شرایط خاص به توان از خدمات آن مرکز سود جست یا اعضای خانواده را به آن مراکز ارجاع داد.

خط بحران ویژگی‌هایی دارد که می‌تواند به عنوان امتیازات خاص آن تلقی شود. اول اینکه: دسترسی به متخصص و یاور حرفه‌ای را در کوتاه‌ترین زمان ممکن امکان‌پذیر می‌سازد. در شرایط بحران، فرد بحران‌زده یا عضوی از اعضای خانواده در اولین فرصت می‌تواند از خدمات یاوران حرفه‌ای از طریق تماس تلفنی بهره‌مند شوند. دوم اینکه: میزان عمومیت این روش بیشتر است. بسیاری از افراد و خانواده‌های بحران‌زده ممکن است توان یا امکان حضور در مراکز خدمات درمانی را نداشته باشند و یا باید با نوبت قبلی این کار صورت گیرد در حالی که همگان می‌توانند به راحتی به تلفن دسترسی پیدا کنند و بدون زحمت فراوان در اولین فرصت با یاور خود در ارتباط قرار گیرند. سوم این‌که: در بسیاری

از مواقع فرد یا خانواده بحران زده نمی‌توانند مشکل خود را حضوراً مطرح نمایند. مثلاً فرد با تصمیم قطعی برای خودکشی به‌عنوان راه نهایی می‌خواهد با مرکز تماس بگیرد. نوجوانی که از خانه فرار کرده از مواجهه با یاور و رودرو شدن با او هراس دارد یا احساس گناه و شرم و یا وجود جرم قانونی و ترس از مواجهه با قانون اجازه مراجعه حضوری را نمی‌دهد. در حالی که خط بحران می‌توانند پناهگاه خوبی برای این قبیل موارد باشد و فرد را کمک نماید. چهارم این‌که: خط بحران خط راهنما است. با کمک خط بحران می‌توان افراد بحران زده را با مراکز کمکی و درمانی مرتبط کرد. پنجم این‌که: در شرایط بحران ضرورت دریافت حمایت و نظر متخصص درباره تصمیم‌گیری بعضاً یک نیاز فوری و حیاتی است. در شرایط بحران ضرورت اتخاذ تصمیم دقیق و فوری مطرح است و خط بحران می‌تواند در اولین فرصت خدمات حمایتی و تصمیم‌گیری را برای فرد فراهم سازد. غالب فعالیت‌های تخصصی خطوط بحران در زمینه موضوعات مختلف و به‌ویژه در زمینه‌های خودکشی، فرار از منزل، دگرکشی، اعتیاد، صرع، ایدز، سوء استفاده جنسی، تجاوز، بیمار در حال مرگ، سوگ و فقدان، تحریک بیمار روانی، پرخاشگری، خشم و از این قبیل می‌باشد.

یاوران مراکز خط بحران باید علاوه بر تخصص علمی از ویژگی‌هایی هم‌چون توانایی کلامی قوی برای نگهداشتن و به تأخیر انداختن ارتباط تلفنی با مراجع، و برای انتقال احساس همدلی و درک و توجه نسبت به مراجع، نکته سنجی و ارائه واکنش‌های دقیق کلامی و هم‌چنین پخته بودن از نظر نداشتن هراس و نگرانی از شرایط مراجع و حفظ صلابت، استواری و آرامش در مکالمه با مراجعین برخوردار باشند. لازمه این امر بکارگیری شیوه‌های گزینشی مناسب و آموزش صحیح برای اینگونه یاوران است. توصیه جدی این است که بدون گزینش دقیق و آموزش صحیح هیچ یآوری به صرف داشتن مدرک تحصیلی خاص برای این مراکز انتخاب و بکارگیری نشوند.

مداخله تلفنی در بحران هم‌چون سایر مداخلات روان‌شناختی دارای مراحل خاصی است. هر چند براساس نوع بحران، شرایط بحرانی و وضعیت خانواده، نوع روش‌ها، مراحل متفاوتی را ایجاب می‌کند. هدف اصلی در مداخله تلفنی در بحران کاهش تنش و ایجاد آرامش نسبی در مراجع و مهیا ساختن خدمات ارجاع و خدمات کمکی است. در

واقع مداخلات تلفنی مداخلات درمانی نیست، بلکه هدف آن به تأخیراندازی، تسکین نسبی و ارجاع است. چنین شرایطی شبیه شمشیری دو لبه است که در عین این که می‌تواند بسیار مفید و مثمر باشد می‌تواند بسیار حاد و خطر آفرین نیز گردد. عدم بکارگیری یاوران آموزش دیده، عدم رعایت اصول مداخلات بحرانی می‌تواند خطر بحران را برای مراجع تشدید نماید. یاوران خط بحران در هنگام تماس فرد دچار بحران باید ضمن رعایت آرامش و اطمینان به محتوای گفتار، تن صدا، گفتار فوق کلامی از قبیل زیر و بمی صدا، سرعت کلام، بار عاطفی کلام و میزان استواری و صلابت کلام مراجع توجه و دقت زیاد داشته باشد. سپس مراحل مداخلات خود را به شرح زیر دنبال نماید:

**مرحله اول برقراری تماس روانی:** اولین تماس مراجع ممکن است آخرین تماس او در دنیای فعلی باشد و یا ممکن است این تماس برای کسان دیگری حیاتی باشد. سرعت در ایجاد رابطه پذیرنده‌ای که مراجع احساس کند تماس او بسیار خوب و به جا بوده است خیلی مهم است، هم‌چنین برقراری رابطه‌ای سریع و توجه‌آمیز همراه با همدلی با مراجع موجب جلب اعتماد او و تداوم رابطه تلفنی می‌گردد. یاور باید دارای توانایی واکنش روانی سریع باشد. مراجعان خط بحران افرادی خسته، فرسوده و از پا افتاده‌اند، باید با هشیاری تمام آن‌ها را در تداوم صحبت‌ها نگهداشت. ممکن است خط تلفن قطع شود و یا مراجع بیهوش گردد و یا به علل گوناگون ارتباط تلفنی که از سویی مراجع بوده قطع گردد. استفاده از دستگاه نشان‌دهنده شماره تلفن مراجع که آسیبی بر رابطه یاورانه نزند بسیار ضروری است. برای ایجاد رابطه روانی، گوش دادن فعال به همراه مهارت‌های پاسخ‌دهی بسیار مؤثر است. تحسین مراجع به خاطر تماس با مرکز خط بحران و تشویق او به این که تا حدی که می‌تواند موضوع را بیان نماید (برای تخلیه هیجانی) و هم‌چنین پرهیز از هرگونه توجیه و نصیحت‌های فوری که ممکن است به همدلی رابطه آسیب زند در این مرحله بسیار مهم و ضروری است.

**مرحله دوم اطمینان دادن به مراجع و تضمین امنیت او:** اگر همدلی حمایت کننده نبود می‌توانستیم بگوییم که تأمین امنیت مراجع بر هر نوع کاری در خط بحران رجحان دارد. تأمین امنیت مراجع یعنی کمک به مراجع در به حداقل رسانیدن آسیب یا خطرات

جسمانی و روانی است که ممکن است برای خود مراجع و یا برای سایرین باشد. اصلی‌ترین وظیفه یاور در خط بحران نیز همانا تأمین امنیت مراجع است. در واقع سلامت و حیات مراجع و یا اعضای خانواده بر هر چیزی تقدم دارد. حتی اگر مراجع آشکارا خطرات جانی را مطرح نساخته باشد، یاوران خط بحران باید حفظ سلامت مراجع را جزء جدایی‌ناپذیر رفتار و تفکر خود قلمداد نمایند. تأمین سلامت مراجع، نیازمند توجه یکسان، ارزیابی، گوش دادن و ارائه راهبردهای عملی است. یاور باید میزان خطر را در اولین تماس برآورد نماید. برای این کار می‌توان از سئوالات دقیق و مستقیم استفاده کرد. پس از برآورد احتمال خطر، در صورت وجود احتمال خطر روانی یا جانی باید واکنش‌ها و پاسخ‌های دقیق در جهت کمک به تصمیمات مراجع و یافتن راه‌حل‌های عملی ارائه داد.

**مرحله سوم مرحله حمایت است:** این مرحله اولین مرحله کمک عملی به مراجع است. تلاش بر این است که مراجع دریابد درمانگر به فکر اوست و به وی اهمیت می‌دهد. استفاده از شیوه‌ها و فنون تشویق، تحسین، توجه، احساس ارزشمندی و توانمندی برای مراجع مناسب خواهد بود. اشاره به برخی توانمندی‌های مراجع، این‌که توانسته تاکنون با شرایط سخت سر کند و این‌که می‌تواند شرایط بحران را پشت سر گذارد و این‌که شرایط بحرانی موقتی است می‌تواند احساس حمایت‌های لازم را در مراجع ایجاد نماید.

**در مرحله چهارم که به عنوان بکارگیری سایر آلترناتیوها است:** به مراجع کمک می‌شود که تنها یک شیوه و یک راه حل برای مشکل را دنبال نکند. روش‌ها و مراحل قبلی برای حمایت و کاهش تنش بود. ولی این مرحله به مراجع کمک می‌شود تا صرفاً متمرکز بر یک روش که عمدتاً غیرمنطقی است نشود. احتمال این‌که راه حل دیگری نیز باشد حتی اگر سخت و دشوار باشد نیز داده شود. می‌توان با ذکر موارد ساده شروع کرد. گفتن این‌که تماس او نشان می‌دهد که او نیز احتمال می‌دهد راه حل دیگری باشد، ذکر این‌که راه‌حل‌های جدید در شرایط آرامش حاصل می‌شود و این‌که یاور می‌تواند در یافتن حداقل یک راه‌حل دیگر همراه او باشد و این‌که او حداقل اجازه آزمایش یک راه حل را به خود بدهد می‌تواند مراجع را در پیگیری کسب راه‌حل‌های دیگر مصمم سازد. چنانچه مراجع تشویق به تفکر شد و یا درخواست راه حل جدید نمود می‌توان به‌طور مستقیم او را یاری



داد. می‌توان برای جلب اعتماد مراجع و تقویت اعتماد به نفس مراجع به او یادآور شد که خود اورا حل‌های مختلفی را از ذهن گذرانیده و در حال حاضر فکر می‌کند تنها راه حل نهایی را در اختیار دارد.

استفاده از حمایت‌های اجتماعی برای کسب حمایت، بکارگیری و تغییر شیوه‌های مقابله‌ای و توجه به الگوهای تفکر سازنده در این مرحله مفید خواهد بود. در این مرحله راه‌حل‌های کوتاه مدت که با کمترین تلاشی ممکن است حاصل شود و نتیجه دهد بررسی می‌شود و حداقل یک راه حل برای عمل انتخاب می‌شود. متعهد شدن مراجع برای عمل به برنامه و راه‌حل انتخاب شده و تضمین کمک و همراهی یاور برای گذر از بحران مراجع در این مرحله ضرورت دارد. رعایت احتیاط در این مرحله لازم است راه حل انتخاب شده باید ساده، قابل اجرا، مطمئن از نظر نتیجه بخشی، واضح، منطقی و کوتاه مدت بوده و نیاز به تلاش کمتری داشته باشد. این راه حل‌ها برای تسکین است و صرفاً برای نگهداری مراجع تا رسیدن خدمات کمکی و یا نیل به ارجاع است.

**مرحله نهایی ارجاع مراجع است:** ارجاع به دو صورت خواهد بود. شکل اول ارجاع، ارسال خدمات کمکی به سوی مراجع است. در این شیوه مراجع در منزل خود است و خدمات کمکی بسوی ایشان گسیل می‌شود تا پس از کمک‌های اولیه بتوانند در صورت لزوم وی را به منابع کمکی ارتباط دهند. نوع دیگر ارجاع کمک به مراجع برای حضور در مرکز یا مؤسسه خاص می‌باشد این مرکز می‌تواند مرکز بحران، خانه‌های نیمه‌راه، بیمارستان و یا سایر مراکز حمایتی باشد. ارجاع مراجع باید اطمینان بخش باشد. مناسب است مراجع در ارجاع همراهی شود و بهتر است یک یاور حرفه‌ای او را همراهی نماید. هماهنگی‌های لازم با مراکز یا مؤسسه‌ای که مراجع به آن‌ها ارجاع داده می‌شود ضروری است.

## اصول مداخله در بحران

اصول جامع‌تر و فراتر از فنون است. اصول مداخله تأمین‌کننده فضای لازم برای پیاده کردن فنون مداخله است. نبود یا بی‌توجهی به اصول مداخله در بحران، بکارگیری هر فنونی را بی‌اثر و حتی آسیب‌زا می‌کند. در شرایط بحرانی که آسیب‌دیدگان متأثر از هر محرکی حتی یک صدای ناآشنا و یا کم و زیاد شدن نور می‌باشند، بی‌توجهی به اصول مداخله می‌تواند تلاش‌های متخصصان را هدر داده، یاوران را مأیوس و ناکام گذارد. برای این اساس اصول مداخله در محورهای مختلف مطرح می‌شود. محور اول اصول عمومی مداخله در بحران است. هرچند تأمین محور اول برعهده متخصصان نیست ولی ضرورت بکارگیری آن قبل از اقدامات حرفه‌ای مطرح است. محور دوم به اصول مداخلات پیشگیرانه اختصاص دارد. این اصول هم قبل، هم حین و هم پس از بحران قابل پیگیری است. رعایت این اصول در جامعه ما در تمامی زمان‌ها و مکان‌ها لازم است. محور سوم به اصول مداخلات درمانی تمرکز دارد. توجه به این اصول ویژه درمانگران است. رعایت آن باعث اثربخشی مداخله است. محور چهارم به اصول اخلاقی اشاره دارد. اصول اخلاقی استانداردهای اخلاقی مداخله در بحران را مطرح ساخته است. این اصول بیش از آن‌که حرفه‌ای باشد، انسان‌مدارانه است و به رعایت حقوق، احترام، عزت و شرافت انسانی توجه دارد. و نهایتاً محور آخر به اصول مداخلات بین فرهنگی تمرکز دارد. رعایت اصول بین فرهنگی در جوامع دچار بحران مهم است چرا که بیشتر امدادگران و متخصصان مداخله در بحران از خرده‌فرهنگ‌های دیگری وارد محیط بحران می‌شوند.

هرچند موضوع اصلی مداخله در بحران نیازمند مباحث تئوریک است ولی برای رعایت اختصار صرفاً نکات کاربردی به صورت کد آورده شده است.

## اصول عمومی مداخله در بحران

آگاهی از این موضوع مهم است که نیازها و تقاضاهای بازماندگان از جامعه ممکن است خیلی وسیع و گسترده باشد بنابراین بکارگیری اصول زیر در مداخله‌های اولیه می‌تواند نتایج خوبی را بیار آورد:

۱- ممکن است به‌طور موقت لازم باشد که خدمات فوری در زمینه‌های غیر تخصصی باشد. به‌رحال بسیار مهم است که ارزیابی و برآورد نیازها، برنامه‌ریزی، طرح‌ریزی و ارائه خدمات به ترتیب (براساس اولویت‌ها) توسط افراد محلی و بومی صورت گیرد. هیچ وقت نباید کمک‌های بیرونی (خارجی) تحمیلی باشد. ارائه کمک‌ها باید مؤدبانه، محترمانه و با هماهنگی مراجع محلی صورت پذیرد.

۲- باید اختیارات لازم به مراجع محلی جهت پذیرفتن مسئولیت‌های بزرگ، مهم و دائمی داده شود تا بتوانند ارائه خدمات را سازماندهی کنند. این امر می‌تواند از طریق فراهم‌سازی آموزش‌های لازم در این حوزه در شروع مداخله صورت گیرد. در این زمینه کمک به افزایش اعتماد به نفس و کمک به افزایش سرعت در ارائه کمک‌های لازم، مورد نیاز است.

۳- لازم است توجه داشت که ممکن است افراد و مسئولین محلی که باید اقدامات حمایتی و کمکی در اختیار بازماندگان قرار دهند غرق در فاجعه بوده و یا آسیب دیده باشند. در چنین شرایطی رسیدگی و توجه به بهداشت روانی مسئولین محلی و حمایت‌های حرفه‌ای جامع و گسترده از آن‌ها باید در اولویت قرار گیرد.

۴- برآورده ساختن نیازهای اساسی و اولیه و فراهم ساختن راحتی بازماندگان از قبیل مایعات، غذا، پناهگاه، پوشش، گرمایش و سرمایش در اولویت قرار گیرد.

۵- کمک به بازماندگان در جهت نیل به آرامش، خواب و استراحت تا به‌دنبال خستگی ناشی از بحران تجدید قوا پیدا کنند.

۶- رعایت حریم خصوصی، محافظت از حیطة بین فردی و فضای شخصی بازماندگان مورد توجه قرار گیرد. از قبیل احترام به خلوت و تنهایی آن‌ها، ایجاد سکوت و آرامش برای آن‌ها و عدم دخالت در امورات شخصی آن‌ها.

۷- فراهم سازی تماس‌های اجتماعی به‌صورت مرتب مشروط به این‌که دخالت گرانه نباشد. از قبیل استمزاج غذا، استفاده از شوخی و طنز و گفتگوی خنده‌دار دربارهٔ حادثهٔ اخیر و حتی همراهی در سکوت.

۸- پیگیری مشکلات جسمانی حادث از حادثه یا بیماری‌های کهنهٔ تشدید شده.

۹- اطلاع رسانی به فرد بازمانده دربارهٔ مکان استقرار سایر اعضای خانواده و دوستان او

و راه تماس با آنها. در این مرحله بهتر است فرد بازمانده از سرنوشت تمامی اعضای خانواده و افراد صمیمی خود به‌طور واقعی اطلاع حاصل کند.

۱۰- برقراری تماس و ارتباط مجدد فرد بازمانده با اعضای خانواده، دوستان، افراد مورد علاقه و سایر افراد مورد وثوق او و کسانی که به‌طور روزانه فرد را مورد حمایت داشتند هم‌چون همکلاسی، معلم و همکاران.

۱۱- کمک به بازمانده تا بتواند گام‌های عملی را برای زندگی‌اش بردارد و زندگی روزانه‌اش را از سر گیرد.

۱۲- به بازماندگان کمک شود تا برای تسریع در حل مشکلات مبرم که در پی حادثه پیش آمده گام‌های عملی بردارند. مشکلاتی از قبیل از دست دادن وسیله نقلیه و ناتوانی در پرداخت هزینه‌های جاری.

۱۳- تسهیل در از سرگیری وظایف و نقش‌های خانوادگی، اجتماعی، تحصیلی و شغلی.

۱۴- فراهم سازی مراسم مناسب سوگواری برای از دست رفتگان.

۱۵- کمک به بازماندگان در کاستن تنش، اضطراب یا ناامیدی در حد قابل کنترل

۱۶- حمایت بازماندگان توسط یاوران بومی از طریق مشورت‌دهی و آموزش درباره واکنش‌های بهنجار و واکنش‌های رایج نسبت به استرس و فنون و روش‌های کنترل استرس.

### اصول در مداخله پیشگیرانه

پیشگیری اقداماتی فراتر از زمان و دارای آثار عظیمی در جلوگیری از آسیب‌ها و حتی تلفات و خسارات ناشی از بحران است. حداقل انتظار از پیشگیری، ممانعت از تبدیل بحران به فاجعه است. برای این‌که اقدامات پیشگیری اثربخشی بالایی داشته باشد لازم است اصول زیر مورد توجه قرار گیرد:

۱- در تمامی مداخله‌های بهداشت روانی حوادث هدف باید انسانی، شایسته و دلسوزانه باشد.

۲- باید تمامی تلاش‌ها در جهت پیشگیری از ابتلاء افراد به مشکلات مزمن هم‌چون

PTSD، افسردگی، سوء استفاده از مواد و مشکلات ارتباطی باشد.

۳- برای حصول نتایج مثبت در پیشگیری، شناسایی و جداسازی افراد مقاوم و افرادی که از حادثه آسیب دیده‌اند ضروری است.

۴- آموزش و ارائه اطلاعات به شناخت مردم کمک می‌کند. این امر بایستی جزء لازم سیستم حمایت و مراقبت باشد. این آموزش‌ها می‌تواند در زمینه‌های متعددی باشد: آماده‌سازی افراد در قبل از حوادث، ارائه اطلاعات دقیق و صحیح درباره آنچه اتفاق افتاده، آموزش در زمینه واکنش‌های طبیعی به چنین حوادثی و بالاخره آموزش در زمینه بهبود و بازیابی سلامت روانی از جمله مواردی از این آموزش‌ها است. این آموزش‌ها مخصوص عده خاصی نیست و لازم است برای تمامی افراد جامعه باشد.

۵- بیان تجارب، فرایند پیشگیری را تسهیل می‌کند. بسیاری از افراد در معرض حادثه برای کسب تأیید، برای برون‌ریزی، برای حصول به آرامش عاطفی و برای جلب حمایت دیگران نیاز به بیان داستانی از تجربه بحران دارند. این کار به صورت خود به خودی و از طریق گروه‌هایی از مردم عادی که پس از بحران دور آسیب دیده‌ها جمع می‌شوند اتفاق می‌افتد. علی‌رغم فوایدی که بیان تجارب و خاطرات دارند به هر حال هستند کسانی که از بیان خاطرات و تجربه حادثه امتناع می‌ورزید. آن‌ها احساس می‌کنند که آمادگی لازم را ندارند یا به دلایل دیگری این روش را انتخاب نمی‌کنند. اصرار بر این عده ممکن است تجربه عاطفی حادثه را تشدید سازد. همین عده از افراد شاید شنیدن را به گفتن ترجیح دهند.

۶- هم‌چنین برای کمک به پیشگیری وجود شبکه حمایتی ضروری است. شبکه حمایتی برای بازماندگان باید ابقاء، تقویت و بازسازی شود. این شبکه حمایتی به افراد حادثه دیده کمک می‌کند تا کمک‌های فکری و عملی را مبادله کنند، درباره حوادث، بلایا و نتایج آن گفتگو کنند و در نتیجه فرایند بهبودی را سریع‌تر طی کنند. می‌توان شکل‌گیری و گسترش گروه‌های اجتماعی را برای حمایت از آسیب دیدگان تشویق نمود.

## اصول در مداخله درمانی

مداخله درمانی عمدتاً در خدمت آسیب‌دیدگان روانی است. مداخله درمانی برای عده خاصی از افراد در معرض بحران بکار گرفته می‌شود. با توجه به آسیب‌پذیری و بی‌ثباتی در شرایط درون - روانی بازماندگان، بکارگیری مداخلات درمانی نیاز به حساسیت، ظرافت و دقت و توجه است، زیرا که بی‌توجهی به آن و یا بکارگیری اشتباه می‌تواند شدت آسیب را افزایش دهد و بازماندگان را با خطرات جدی مواجه سازد. براین اساس توجه به این اصول می‌تواند مداخلات درمانی را اطمینان‌بخش سازد.

۱- در برنامه‌ریزی برای مداخله در بحران‌ها توجه به سه عنصر فوریت، مجاورت و انتظارات مهم است. عنصر فوریت بر زمان تأکید دارد. هر چه مداخلات از نظر زمانی نزدیک به حادثه باشد اثربخشی بیشتری دارد. عنصر مجاورت ارائه خدمات در نزدیکی حادثه را مطرح می‌کند. بهتر است به جز موارد ضروری سایر بازماندگان در محل حادثه یا در مجاورت محل مورد رسیدگی قرار گیرد. عنصر انتظارات توجه به نیازها و لحاظ کردن اولویت‌های مورد انتظار بازماندگان را یادآوری می‌کند.

زمان شروع مداخله در حادثه خیلی مهم است. ثمربخشی خدمات روان‌شناختی در بحران در صورت نزدیکی زمانی و مکانی با حادثه تروماتیک افزایش می‌یابد. بنابراین اورژانسی تلقی شدن خدمات روان‌شناختی در حوادث بحرانی امر مسلمی است.

۲- مکانیسم‌های طبیعی بهبودی پس از حوادث تروماتیک قوی است. پیامدهای روانی جامعه ارتجاعیت و بازگشت به شرایط قبلی است نه تداوم آسیب شناختی روانی. با وجود این‌که علائم مرضی ترس، اضطراب، تجربه مجدد، اجتناب شدید و علائم تحریک‌پذیری شدید در بین عده زیادی از حادثه دیدگان ملاحظه می‌شود ولی به تدریج و به مرور زمان این علائم کاهش می‌یابد.

۳- افراد بازمانده باید به استفاده از مکانیسم حمایت‌های طبیعی تشویق شوند. آن‌ها باید تشویق شوند تا با کسانی که احساس راحتی می‌کنند هم‌چون دوستان، خانواده، همکاران و هم‌تاهای خودشان صحبت کنند و روش‌های غیر کلینیکی (حمایت‌های طبیعی) را بیشتر دنبال کنند.

۴- چنانچه کسانی از بازماندگان بخواهند برای دریافت نتیجه سریع در دوره زمان کوتاه با یک متخصص صحبت کنند مناسبترین پاسخ و واکنش متخصص باید این موارد باشد: گوش دادن فعال و حمایت آمیز، عدم واری جزئیات، ارائه پاسخهای عاطفی. هم چنین باید به فرد اجازه داد تا آنچه را که دوست دارد و گفتن آن موجب آرامش اوست بگوید. در این که چه مطلبی را چگونه بگوید بر او فشار وارد نسازید.

۵- نتایج مطالعات در زمینه واری و سؤال و جوابهای روانشناختی پیچیده است. روی هم رفته تأثیر و سودمندی مداخله یک جلسه‌ای بعد از تروما در کاهش آشفتگی روانی بیش از بهبودی طبیعی نبود. حتی برخی از تحقیقات نشان داده است که برگزاری تنها یک جلسه برای بازماندگان احتمال دارد بهبودی طبیعی را عقب بیاورد.

۶- چنانچه افرادی شناسایی شوند و یا خودشان ابراز کنند که نیاز به کمک متخصص دارند باید از ارتباط یک جلسه‌ای پرهیز کرد. در چنین مواردی افراد بازمانده باید در برنامه مداخله‌ای بیش از ۲ تا ۳ جلسه ملاقات در طول ۲ تا ۶ هفته قرار گیرند.

۷- تجارب تروماتیک فعلی ممکن است خاطراتی را تحریک کند و یا علائمی را تشدید نماید که با حوادث تروماتیک قبلی ارتباط دارد. در چنین شرایطی برخی از بازماندگان احساس خواهند کرد که زخم کهنه‌شان باز شده است. چنین شرایطی باید بهنجار تلقی شود زیرا احتمال بیشتری وجود دارد که به مرور زمان فرونشینی کند. در چنین شرایطی به‌ویژه وقتی علائم خود به‌خود فرونشینی نکرد مفید است که از افراد خواسته شود و آنها تشویق شوند تا تدابیر مؤثری که در شرایط آسیب قبلی اتخاذ کرده بودند مجدداً بکار گیرند.

۸- متخصصین نباید از آن نوع از پروتکل‌های درمانی حمایت کنند که از مداخله‌های گروهی در بحران اجتناب کرده و شیوه‌های فردی را دنبال می‌کنند. بدیهی است وقتی آن پروتکل روی یک بیمار اجرا می‌شود هیچ یک از عناصر درمان گروهی قابل دسترس نیست. چنین وضعیتی مشابه بکارگیری فنون گروه درمانی در درمان‌های فردی است.

۹- یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که نباید از فنون و تکنیک‌های مداخله در بحران خود محورانه (غیر استاندارد) استفاده کرد. باید از بکارگیری این فنون بر روی بیمارانی که حداقل آسیب را از بحران دارند احتیاط کرد و هم چنین باید از بکارگیری روی کسانی که

رنج جسمانی دارند نیز احتیاط کرد. روش‌های روان‌شناختی مداخله در بحران مناسب‌ترین روش‌هایی هستند که برای بحران‌های واقعی کاربرد دارند و این روش‌ها مطمئناً نمی‌تواند و نباید جایگزین روان‌درمانی، روان‌پزشکی و داروهای ضد درد یا توانبخشی روانی شوند.

۱۰- در تمامی مراحل مداخله باید به فرهنگ بازماندگان توجه و احترام لازم گذاشته شود. برای اطلاعات بیشتر در این زمینه به بخش مسایل فرهنگی مداخله در بحران در همین فصل مراجعه کنید.

۱۱- بازماندگانی که نگرانی‌های آن‌ها ادامه یافته است به‌گونه‌ای که با گذشت سه ماه از حادثه مانع و مزاحم عملکرد آن‌ها می‌شود، در معرض خطر بیشتری قرار دارند و احتمال تداوم درازمدت مشکلات آن‌ها وجود دارد. چنین افرادی باید برای درمان مناسب ارجاع شوند.

### اصول اخلاقی مداخله در بحران

درمان تروما، کمک حرفه‌ای برای افراد آسیب دیده از بحران در ابعاد پیشگیری، اصلاح بهبود و کاهش پیامدهای تروما است. افراد دچار تروما در تمامی ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی دچار تهدید شده‌اند و در تمامی این ابعاد آسیب‌پذیر هستند. براین اساس لازم است علاوه بر اصول علمی، اصول اخلاقی مداخله که فراتر از یافته‌های علمی است مورد توجه قرار گیرد. اساس اصول اخلاقی حقوق انسانی افراد است، ضمن این‌که این اصول حداقل معیارهای اخلاقی را مطرح می‌کند. کارکنان مداخله روانی در بحران باید جهت رعایت این اصول و حرکت به‌سوی استانداردهای اخلاقی بالاتر تلاش نمایند. اصول اخلاقی مداخله در بحران در محورهای ارتباط با مراجع، در ارتباط با همکاران، در ارتباط با جامعه، در ارتباط با خود و در ارتباط با پژوهش آمده است.

### الف- اصول اخلاقی در برقراری ارتباط با مراجع

- ۱- مواظب باشید به مراجع / بیمار آسیب نزنید.
- ۲- خیر و مصلحت مراجع بر همه چیز برتری و تقدم دارد. هرآنچه که به صلاح



مراجع است در اولویت قرار گیرد. آسیب‌پذیری خاصی که افراد دچار تروما دارند، در مقابل ارائه کمک نباید انتظار و توقع پاداش مالی، علمی، دانشگاهی و یا شخصی از آن‌ها داشت. انگیزه کمک به آسیب‌دیدگان باید با احتمال سود و زیاده‌های متعادل شود.

۳- همکاری و تشریک مساعی با مراجعین: تا آنجا که ممکن است در درمان تروما باید تشریک مساعی وجود داشته باشد و درمان در یک همکاری دوجانبه‌ای صورت گیرد. در چنین شرایطی مراجعان نسبت به فرایند درمان کنترل پیدا می‌کنند و قدرت و توانمندی کسب می‌کنند. وقتی مراجعان به جریان درمان مشرف می‌شوند منطقی است که همکاری نزدیک داشته باشند و درصدد تداوم برنامه درمانی باشند. اگر مراجعان اطلاعات لازم را از درمان نداشته باشند و یا نسبت به درمان موافقت و رضایت آگاهانه نداشته باشند، در چنین شرایطی هدف اولیه درمان باید کمک به آن‌ها در همین زمینه باشد تا بتوانند موافقت آگاهانه کسب کنند. برای افزایش همکاری باید نیازهای ویژه کودکان، افراد مسن، افراد بیمار و شرایط قومی و نژادی مراجعان مورد توجه و احترام قرار گیرد.

۴- رازداری: تمامی اطلاعات حرفه‌ای که در حین درمان اخذ می‌شود محرمانه است به جز مواردی که تهدید کننده زندگی مراجع یا دیگران بوده یا مربوط به مسائل حقوق‌جنایی است. هرگونه افشای اطلاعات باید با موافقت کتبی مراجع یا وکیل او صورت گیرد.

۵- طول مدت درمان: طول مدت درمان باید براساس مصلحت مراجعان بوده و از طریق گفتگو با مراجع تعیین شود. تا آنجا که ممکن است، طول درمان نباید به‌خاطر سود درمانگر و یا شخص ثالث کم و یا زیاد شود.

۶- حق‌الزحمه: میزان و نحوه پرداخت حق‌الزحمه مشاوره و درمان باید از طریق گفتگوی متقابل با مراجعان تنظیم شود. تا آنجا که مقدور است بابت جلسات درمان مراجعان دچار بحران حق‌الزحمه مستقیم دریافت نشود. در چنین مواردی روش‌های غیرمستقیم با استفاده از قراردادهای بیمه‌ای و یا کمک‌های مردمی توصیه می‌شود.

۷- شخص ثالث: حتی اگر حق‌الزحمه را شخص ثالث پرداخت کند باز هم باید مصلحت و رفاه مراجعان افضل بوده و تقدم داشته باشد. اگر انگیزه و تعهد سازمانی درمانگر با گرایش و علاقه او نسبت به مراجعان در تعارض باشد باید موضوع با مراجع در

میان گذاشته شود. چنانچه تحت چنین شرایطی درمان مورد موافقت مراجع نیست یا بهره مراجع از درمان کم است، درمان نباید صورت گیرد.

### ب- اصول اخلاقی در ارتباط با همکاران

۱- احترام به همکاران: باید به مهارت‌های همکاران احترام گذاشت. البته این نباید به قیمت بی‌احترامی، بی‌توجهی و توهین به مراجعان یا عموم مردم تمام شود.

۲- احترام به شبکه خدمات بحران: متخصصان نیاز دارند تا درباره شبکه کمک‌رسانی دولتی، غیر دولتی و قوانین موجود اطلاع داشته باشند و تا آنجایی که ممکن است با آنها همکاری و تشریک مساعی داشته باشند.

۳- توجه و همکاری: متخصصین اجازه می‌دهند تا دیگران فنون و مهارت‌های آنها را یاد بگیرند. البته این اجازه دادن نباید افراطی باشد. متخصص نباید در بیان مهارت‌های خود اغراق کند یا در این زمینه به سبک تجاری عمل کند. به‌طور مشابه فنون و مهارت‌های دیگرانی که در این حوزه کار می‌کنند محترم شمرده شود و نسبت به آنها توهین نشود. در هر حال مصلحت و سود مراجعین باید در اولویت مورد توجه قرار گیرد. مهارت‌ها، یاد گرفته‌ها، تجارب و منابع علمی حاصل از کار باید منتشر شود و مورد استفاده سایر حرفه‌ای‌ها قرار گیرد.

۴- محدودیت در رفتار غیر حرفه‌ای: چنانچه متخصصی متوجه شود که سایرین به شیوه غیر اخلاقی و به سبک خطرناک عمل می‌کنند باید تلاش کند تا آنها را آموزش دهد و رویه آنها را اصلاح کند تا حداقل استانداردهای اخلاقی رعایت شود. در این شرایط حمایت و محافظت متخصص از مراجعان لازم است.

### ج- اصول اخلاقی در ارتباط با جامعه

۱- پیشگیری از آسیب: متخصصان باید آموزش‌های لازم را درباره موارد آسیب‌پذیری نسبت به تروما، نحوه پیشگیری از آن و شیوه‌های آماده‌سازی در مواجهه با تروما به

افراد جامعه ارائه دهند و آنها را آگاه سازند.

۲- آموزش: جامعه باید دربارهٔ تروما، درمان تروما، فنون و روش‌های درمانی و موضوعات اخلاقی در این زمینه آموزش‌های لازم را ببینند. آموزش‌های درمانگران باید منطبق با آموخته‌ها و رشته تخصصی‌شان باشد.

۳- آموزش در زمینهٔ مسائل اخلاقی: باید تلاش شود تا جامعه نسبت به بلا تکلیف بودن درمان تروما توجیه شود و موضوع در جامعه جا بیافتد. باید از بین متخصصان مداخله در بحران کمیته‌ای به عنوان کمیتهٔ اخلاقی تشکیل شود. این کمیته مؤظف می‌شود تا ملاک‌ها و معیارهای اخلاقی را تدوین و تنظیم کند، مسائل اخلاقی را به حرفه‌ای‌ها آموزش دهد و مسائل و موضوعات اخلاقی را منطبق با دانش روز بکند.

#### د- اصول اخلاقی در ارتباط با خود

۱- شناسایی مهارت‌های خود در درمان تروما: متخصصان به این موضوع اعتراف دارند که درمان تروما مستلزم دانش و مهارت‌های ویژه‌ای است که صرف داشتن مدرک تحصیلی در حوزهٔ بهداشت روانی برای این کار، کافی نیست. متخصصان تا آنجا که ممکن است باید برای تحصیل چنین دانش و مهارت‌هایی تلاش کنند.

۲- کسب فنون و مهارت‌های مرتبط با نوع درمان تروما: باید توجه داشت که نوع موقعیت‌های بحرانی و نوع درمان متعددند. روش‌ها و فنون مداخله در بحران برای تمامی موقعیت‌های بحرانی قابل تعمیم نیست. متخصص باید مناسب‌ترین و قابل دسترس‌ترین فنونی را که در موقعیت‌های خاص بحرانی قابل اعمال است را کسب کند.

۳- محدودیت‌های فنون و ارجاع: زمانی که متخصصان در موقعیت کمکی خوب جای گرفتند، آنان مجبورند طبق آن شرایط عمل کنند علی‌رغم این، محدودیت‌هایی از سوی آنها بیان می‌شود. تحت شرایط چنین محدودیت‌هایی، آنان باید مراجعان را نسبت به وجود سایر گزینه‌ها آگاه سازند و هماهنگی لازم را برای ارجاع مراجعان به منابع موجود انجام داده و از آنها بخواهند تا به مراجع کمک کنند.

۴- اعلام مهارت‌ها و فنون از طریق شبکهٔ حرفه‌ای: متخصصان باید مهارت‌های خود را

از طریق شبکه حرفه‌ای که در موقعیت بحران مستقر است اعلام نمایند. به‌صورتی که شبکه حرفه‌ای بتواند در موقعیت‌ها و فرصت‌های مناسب از آن‌ها کمک بگیرد.

۵- حفظ و نگهداری مهارت‌ها و شایستگی‌های حرفه‌ای: برای متخصصان واجب است که از علم و دانش خود به نحوی حفاظت کنند. اطمینان حاصل کنند که استانداردهای علمی را رعایت می‌کنند و همچنین بهداشت روانی‌شان به‌طور مناسب حفظ و رعایت می‌شود. جهت رعایت این موضوع، متخصصان باید در جلسات آموزش گروهی و جلسات کارگاهی همکاران شرکت کنند، تحت نظر سوپروایزر کار کنند، در جلسات پرسش و پاسخ حضور داشته باشند و از تروماهای احتمالی خود به‌خوبی آگاهی داشته باشند.

## ه- اصول اخلاقی در ارتباط با پژوهش

۱- عدم آسیب: افراد دچار بحران فوق‌العاده آسیب‌پذیر هستند و در شرایطی قرار دارند که کوچک‌ترین محرک‌های استرس‌زا ممکن است آن‌ها را دچار آشفتگی روانی سازد. بدین لحاظ اگر آن‌ها ابزار انتفاع دیگران قرار گیرند آسیب خواهند دید. خیر، رفاه و مصلحت آسیب‌دیدگان بحران همیشه باید نسبت به علایق متخصصان اولویت و تقدم داشته باشد. تحقیق در بحران به هیچ وجه نباید به التیام بازماندگان لطمه وارد سازد.

۲- اهداف پژوهش: هدف تحقیق در بحران باید حصول آگاهی و انسجام بخشیدن به علم و دانشی است که بتواند به نسل‌های آینده قربانیان خدمت نماید. هدف پژوهش نباید حمایت و طرفداری از نوعی خاص از درمان، نوعی ویژه از دارو، نوعی از روش و یا طرفداری از شخص یا گروه خاصی باشد. در ترسیم طرح پژوهش باید فقدان سودمندی، اثرات و عوارض جانبی و اثرات منفی پژوهش هم‌چون اثرات مثبت آن به‌خوبی ثبت و گزارش شود. هم‌چنین باید سوگیری‌های احتمالی و بالقوه هم‌چون تعلقات گروهی، تعلقات مؤسسه‌ای و یا مسایل سرمایه‌ای مورد توجه قرار گرفته و به‌خوبی گزارش شود.

۳- رضایت: در انجام پژوهش همیشه باید رضایت و موافقت مراجع یا قیم او کسب شود. قبل از دریافت موافقت باید ماهیت، اهداف، فواید و خطرات احتمالی پژوهش به‌طور کافی به آزمودنی‌ها گفته شود.

- ۴- استفاده از نتایج: با توجه به این که تحقیق همیشه انرژی بیمار را کاهش می‌دهد و آزمودنی‌ها در شرایط آشفته پاسخگوی سوالات هستند، باید اطلاعات و دانش بدست آمده از چنین پژوهش‌هایی مورد ارزیابی مجدد قرار گیرد. تکرار تحقیقات قبلی از یک سو و توجه به اصول پژوهش از سویی دیگر می‌تواند در این زمینه مفید باشد.
- ۵- رازداری: هویت افراد شرکت‌کننده در پژوهش باید قابل شناسایی نباشد. این شرایط به‌ویژه برای کسانی که در شرایط خاصی بوده‌اند ضروری است.

### مسائل بین فرهنگی در کار با بحران

اولین کمک‌هایی که به آسیب دیدگان حوادث بحرانی ارائه می‌شود معمولاً از سوی کسانی است که بومی بوده و از ساکنین منطقه هستند. وقتی منابع قابل دسترس محلی غیر کافی باشد یا وسعت بحران حادثه فوق‌العاده وسیع باشد، معمولاً کمک‌های بیرون از منطقه فراخوانده می‌شود. برخی از مناطق خارج از حوزه بحران نیز به دلایل حس انسان‌دوستی و وحدت ملی سعی می‌کنند حمایت‌های لازم را از طریق پاسخ‌های ملی تأمین کنند. وقتی کارکنان بحران از سایر مناطق کشور و یا از کشورهای دیگر می‌آیند تا به بازماندگان کمک‌رسانی کنند، ضروری است که آن‌ها با هنجارهای فرهنگی، ارزش‌های قومی، آداب و رسوم، سنن، شیوه زندگی، گرایش‌های مذهبی و دینی و چگونگی روابط اجتماعی و هم‌چنین از انتظارات بازماندگانی که درصدد کمک به آن‌ها هستند آگاهی و شناخت داشته باشند.

در کار با بازماندگان حوادث و بلایا حساسیت بین فرهنگی اهمیت دارد. موضوعات بین فرهنگی هم در بررسی میزان آسیب‌شناختی بازماندگان، هم در آموزش آن‌ها در زمینه افزایش توانمندی مواجهه با استرس و هم در درمان بازماندگان و شیوه‌ای که متخصصان به آن‌ها کمک می‌کنند تأثیر دارد.

طرز تلقی بازماندگان نسبت به حادثه و نوع تلقی آن‌ها از ارتباط بین مسایل مذهبی و حادثه، در آسیب‌پذیری بازماندگان و شیوه‌های درمانی نقش دارد. بعضی از مردم حادثه را به کار شیطان نسبت می‌دهند، برخی دیگر اعتقاد دارند که خواست خدا بوده، بعضی‌ها آن‌را

کفاره گناهان می‌دانند که به این وسیله خدا خواسته آن‌ها را مجازات کند، عده‌ای دیگر بحران را شانس و اقبال خود تلقی می‌کنند، بعضی‌ها آن را سرنوشت خود می‌دانند، بعضی‌ها دولت را مقصر می‌دانند و بعضی دیگر خودشان را.

هم‌چنین کارکنان خدمات رسانی در بحران‌ها باید اطلاعات زیر را در زمینه بازماندگان داشته باشند: مردم منطقه چگونه با استرس کنار می‌آیند، چگونه درباره استرس بحث می‌کنند و یا در برابر استرس واکنش نشان می‌دهند، از انواع کمک‌ها به چه نوع کمک‌هایی نیاز و تمایل بیشتری دارند، سیستم انگیزشی آن‌ها چگونه است، نگرش و احساس آن‌ها نسبت به احترام، آبرو و غرور چگونه است، جهت‌گیری و باورهای مذهبی‌شان چیست، شیوه عمل‌شان در شرایط سوگ و فقدان چگونه است. تمامی موارد فوق متغیرهایی هستند که از تفاوت‌های فرهنگی متأثر می‌شوند. به‌طور کلی مشاوران و درمانگران باید درباره فرهنگی که در آن کار می‌کنند به عنوان بخشی از تخصص و صلاحیت خود آگاهی داشته باشند.

یکی دیگر از متغیرهای مورد بحث در تفاوت‌های فرهنگی موضوع "ارتباط" است. نوع، شیوه و ماهیت ارتباط در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است. علاوه بر این محتوای ارتباط از قبیل بکارگیری کلمات خاص، تعابیر، شعارها، ضرب‌المثل‌ها، ترکیب‌های محاوره‌ای، طنز و شوخی جزو تفاوت‌های فرهنگی است. آشنایی و توجه کارکنان خدمات‌رسانی در بحران به این موضوعات مهم و ضروری است. زیرا که تلاش‌های اولیه کمک بدون توجه به تفاوت‌های فرهنگی در زمینه ارتباطات ممکن است به سادگی در معرض خطر سوء تفاهمات قرار گرفته و رد شود. بر همین اساس ممکن است بازماندگان کمک‌ها و خدمات دیگران را نوعی فضولی، دخالت بیجا، نوعی تلاش سیاسی فرد یا گروه، و یا حتی نوعی تسلط یا کنترل دیگران بر آن‌ها تلقی کنند.

واکنش قربانیان حوادث در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است. با این‌که خطرات و آسیب‌های روان‌شناختی حوادث بحرانی عموماً در بین فرهنگ‌ها مشابه است. واکنش‌های روان‌شناختی بازماندگان نسبت به حوادث تروماتیک، فقدان و استرس در بین فرهنگ‌ها متفاوت است. به همین دلیل است که میزان شیوع اختلالات روان‌شناختی به دنبال حوادث

بحرانی در جوامع مختلف آمارهای متفاوت دارد.

در مشاوره بین فرهنگی باید به نکاتی توجه داشت. به طور سنتی و تاریخی، هدف ضمنی مشاوره و روان درمانی کمک به مراجعین است تا آنها بتوانند هماهنگی و انطباق بیشتری با هنجارهای مسلط جامعه داشته باشند. بخشی از ملاک‌های تشخیص اختلالات روان‌شناختی نیز مبتنی بر نرم‌های مسلط جامعه است. در شرایط عادی زندگی وقتی فردی نمی‌تواند با نرم‌های جامعه هماهنگ باشد در جست و جوی خدمات مشاوره و روان‌درمانی برمی‌آید. این در حالی است که در شرایط بحرانی، محرکات موجود در صحنه حادثه نه تنها افراد بلکه محیط و جامعه را تغییر داده و دچار دگرگونی کرده است. در شرایط بحرانی هدف ارائه خدمات مشاوره و روان‌درمانی به راحتی قابل تعریف نیست و تعیین اهداف با پیچیدگی‌هایی مواجه است. در این شرایط هم فرد و هم جامعه با تمام هنجارها و ارزش‌ها دچار آسیب شده است.

مشاوران و درمانگران بین فرهنگی وقتی در شرایط بحرانی کار می‌کنند با یک انتخاب مواجه‌اند. او هم می‌تواند ترجیح دهد که موانع موجود در محیط را تغییر دهد و هم می‌تواند مراجع را برای برقراری سازش و انصاف بیشتر با ساختار فعلی جامعه تجهیز کند. گزینه محیطی او عموماً توسط گروه‌های دیگر قابل اجرا است. در گزینه فردی توجه به گروه‌های قومی، فرهنگی و گسترش روابط فرد با آنها ضروری است.

عواملی وجود دارد که بعضی از متخصصان بهداشت روانی را وادار می‌کند تا به ارائه خدمات به افراد آسیب دیده خارج از جغرافیا و فرهنگ خود بپردازد. این عوامل می‌تواند، جامع‌نگری، حس وحدت فرهنگی، حس نועدوستی و ویژگی‌های شخصیتی متخصص باشد. علی‌رغم این موضوع، درمانگری که در محیط‌های بین فرهنگی کار می‌کند باید حداکثر خودآگاهی را داشته باشد. هم‌چنین از میزان بالایی از "باز بودن"<sup>۱</sup> برخوردار باشد تا بتواند به راحتی درباره عوارض، ناکارآمدی‌های درمان و رابطه‌های سخت و دشوار درمانی با همکاران خود گفتگو و بحث کند. چرا که کار با آسیب دیدگان فرهنگ‌های متفاوت دارای استرس مضاعفی است.

باید توجه داشت که حوادث بحرانی، تغییرات فرهنگی به دنبال دارد. توجه به مسائلی

همچون مهاجرت، اسکان موقت و اقامت ناخواسته نیز جزو کار متخصصان بهداشت روانی با جهت‌گیری فرهنگی است. برای این گروه از بازماندگان حوادث اصطلاح "مجروحین بی‌ثباتی فرهنگی"<sup>۱</sup> بکار می‌رود. مجروحین بی‌ثباتی فرهنگی می‌تواند شامل گروه‌های دیگر هم‌چون دانشجویان، مهاجرین آواره، نجات یافتگان آواره و بی‌پناه و حتی گروه تخلیص باشد که از جاهای دیگر به منطقه حادثه آمده‌اند. تمامی این گروه‌ها تحت استرس هستند. برای سازمان‌ها و مؤسساتی که برای کمک به آسیب دیدگان حوادث در سایر فرهنگ‌ها متخصص می‌فرستند اقداماتی برای راحتی و تسکین این متخصصان لازم است تدارک شود. انجام این موارد در کاهش آسیب‌پذیری کارکنان و خانواده آن‌ها مؤثر است.

۱. تظاهرات احتمالی مشکل آسیب دیدگان آن فرهنگ را تعریف و مشخص کنید.
۲. افراد را در زمینه‌های تخصصی آماده سازید و نیازهای حمایتی آن‌ها را برآورد و پیش‌بینی کنید.
۳. پیامدهای کار با حادثه دیدگان را مورد بحث قرار دهید.
۴. تجارب افراد دیگری که در حوادث بحرانی پژوهش انجام دادند، یا خدمات تخلیص ارائه دادند و یا کمک‌های بهداشت روانی کرده‌اند را جمع‌آوری و مورد مطالعه قرار دهید.
۵. موضوعات سازماندهی و مدیریت تیم‌هایی که اعزام می‌شود را مورد بحث قرار داده و مشخص کنید.
۶. جو سیاسی موجود در آن محیط را ترسیم و به بحث بگذارید.
۷. تأثیر پذیری شخصی از کار با حادثه دیده‌ها را مورد بحث قرار دهید.
۸. پیامدهایی که کار با آسیب دیدگان بر روی خانواده کارکنان می‌گذارد را بررسی کنید.

## مراحل مداخله در بحران

در ارائه خدمات بهداشت روانی، مشاوره و روان‌درمانی برای بازماندگان حوادث



بحرانی توجه به مراحل مهم است. هر چند مرحله‌بندی اقدامات مداخله‌ای به شیوه‌های گوناگون صورت می‌گیرد و الگوی واحدی ندارد در اینجا سعی شده است با استفاده از تجارب و پژوهش‌های متعدد این مراحل تدوین شود. مراحل مطرح شده در اینجا بر اساس رعایت اولویت در نیازهای بازماندگان صورت گرفته است که می‌تواند در بسیاری از حوادث بحرانی کاربرد داشته باشد.

## مرحلهٔ تماس<sup>۱</sup>

این مرحله، مرحله‌ای اضطراری بوده و همزمان با حادثه می‌باشد. بیشتر مردم در حین اصابت حادثه و رخداد بحران واکنش مقتضی ارائه می‌دهند. واکنش‌های افراد در این مرحله به منظور محافظت از زندگی خود و زندگی دیگران است. صیانت ذات، حفظ بقاء و نجات جان‌ها اصل اساسی در این مرحله است. این واکنش‌ها در این مرحله هم طبیعی و هم ضروری است، هر چند در این مرحله نیز بازماندگان نیاز دارند تا نسبت به مرحلهٔ پس‌از حادثه شناخت داشته باشند. پس‌از اتمام مرحلهٔ اصابت که مرحلهٔ حین حادثه است افراد بازمانده ممکن است اعمال و رفتارهای خود را در حین حادثه مورد ارزیابی و قضاوت قرار دهند.

در طی مرحلهٔ تماس یا ضربه، برخی از افراد واکنش‌های آشفته، مختل و غیر سازمان یافته نشان می‌دهند. آن‌ها ممکن است قادر نباشند تا واکنشی را نشان دهند که بتواند از آن‌ها محافظت کند. چنین رفتارهای مختل و فاقد عاطفه ممکن است زودگذر باشد و یا ممکن است به مرحلهٔ پس از حادثه منتقل شود. در چنین صورتی افراد ممکن است احساس آوارگی، ناامیدی و تخریب روانی نمایند. این واکنش‌ها ممکن است به تحریف شناختی در پاسخ به استرسورهای شدید منجر شود و یا در بعضی‌ها سطحی از فروپاشی (تجزیه) را به بار آورد.

اتفاقات استرس‌زای متعددی ممکن است در این مرحله رخ دهد که می‌تواند بعدها پیامدهایی برای بازماندگان داشته باشد. این استرسورها عبارتند از:

- تهدید زندگی و مواجهه با مرگ.

- احساس ضعف و ناامیدی.
- از دست دادن (عزیز، خانه، دارایی)
- جدایی و جابجایی (جدایی از عزیز، خانه، محیط آشنا، همسایه‌ها، اقوام و جامعه)

- برعهده‌گرفتن مسئولیت (وجود این فکر که او می‌توانست بیش از این کاری بکند)

- احساس وحشت غیرقابل اجتناب.
- بدبینی نسبت به انسان (عموماً در مواقعی رایج است که حادثه عمده و دست‌ساز بشری بوده باشد)

مرحله تماس، مرحله کوتاهی است. این مرحله در بسیاری از حوادث بیش از چند دقیقه طول نمی‌کشد و از زمان شروع بحران تا شروع امداد رسانی و مرحله تخلیص ادامه دارد. هر چند مرحله تماس فاقد هر گونه امداد رسانی است ولی شناخت آن برای اقدامات مداخله‌ای در مراحل بعدی مهم است. شدت بحران و مدت زمانی که مرحله تماس تداوم داشته میزان آسیب‌های روان‌شناختی را پیش‌گویی می‌کند. در برخی شرایط مرحله تماس به بیش از چند ساعت نیز می‌رسد. رزمنده مجروحی که در صحنه جنگ قرار دارد و امکان تخلیص وجود ندارد یا زلزله‌ای که تقریباً تمام شهر را تخریب کرده و باید کمک‌رسانی از سایر مناطق کسب شود هم‌چون زلزله بم در دی‌ماه ۱۳۸۲ نمونه‌هایی از مواردی است که در آن طول مدت تماس افزایش یافته و احتمال میزان و شدت آسیب را بیشتر می‌کند.

## مرحله تخلیص<sup>۱</sup>

این مرحله، مرحله اولیه پس از مواجهه با بحران است و از آغاز اولین کمک‌ها و امدادها شروع شده و حداکثر تا حدود ۸ الی ۱۲ هفته پس از آن ادامه می‌یابد. این مرحله، مرحله‌ای است که در آن بازماندگان از تماس با حادثه خارج می‌شوند و فعالیت‌های اولیه برای تخلیص شروع می‌شود و کسانی که در زیرآوار یا در صحنه بحران مانده‌اند خارج

---

1. Rescue phase

می‌شوند. مجروحین، مصدومین و فوت شدگان به مراکز مربوطه انتقال داده می‌شود. در این مرحله افراد ممکن است حالات گیجی و بی‌حسی نشان دهند یا سطح بالایی از اضطراب را از خود بروز دهند. واکنش‌های عاطفی افراد متغیر است. نوع واکنش‌های افراد در این مرحله بستگی دارد به چگونگی ادراک آن‌ها از بحران و نوع عناصری از استرسور که در مرحله اول (تماس و ضربه) تجربه کرده بودند. نوع، چگونگی و سرعت اقدامات در این مرحله ممکن است واکنش‌های بازماندگان را به تأخیر بیندازد و یا باعث شود که بازماندگان فرایند بهبودی را سریع‌تر طی کنند. در این مرحله واکنش‌های افرادی که اقدامات بهبودی بیشتری را می‌طلبند عبارتند از:

- کرختی و بی‌حسی عاطفی
- انکار یا شوک
- بازگشت و کابوس
- واکنش‌های سوگ نسبت به فقدان
- خشم
- یأس
- حزن و اندوه
- ناامیدی

تسکینی که بازماندگان در این مرحله احساس می‌کنند ممکن است آن‌ها را به‌سوی احساس غرور ناشی از بقا و زنده ماندن از بحران سوق دهد. پذیرش چنین احساسی در مواجهه با تخریب، ویرانی و فقدان عزیزان مشکل است و ممکن است آشکارا ابراز نشود و حتی سرکوب گردد.

در درمان آسیب دیدگان بحران به مفهوم سازی مجدد از درمان و ایجاد ساختار متفاوت برای فرایند درمان نیاز است. مرحله بندی درمان در بحران به میزان زیادی وابسته به شرایط حاکم، وضعیت و موقعیت بحران دارد. در زمانی که افراد حادثه دیده هنوز درگیر آسیب هستند به امدادهای اورژانس روانی بیشتر نیاز دارند تا درمان‌های روان‌شناختی کلاسیک. در شرایط حاد پس از بحران درمان‌های روان‌شناختی از ویژگی‌های زیر برخوردارند:

۱- امداد روانی مقدم بر روان درمانی رایج است.

- ۲- منابع فعلی استرس باید به همراه علائم، مورد ارزیابی بالینی قرار گیرد. زیرا منابع فعلی استرس که به دنبال حادثه ایجاد شده‌اند می‌توانند به اندازه خود بحران آسیب‌زا باشند.
- ۳- تلاش برای ایجاد هماهنگی و برقراری ثبات ضروری است. زیرا وضعیت‌های روانی و فیزیکی که به دنبال بحران تروماتیک مطرح می‌شود بی‌نهایت پیچیده، بی‌ثبات و متغیر هستند. ادراک حادثه ممکن است از فردی به فرد دیگر متفاوت باشد. افرادی ممکن است واکنش‌های غیر معمول داشته باشند. پاسخ‌های افراد می‌تواند از بی‌نهایت عاطفی تا بی‌نهایت منطقی در نوسان باشد، چنین شرایطی زمینه را برای رشد شایعات فراهم می‌سازد. اطلاع‌رسانی دقیق صحیح و به‌موقع در این وضع کمک‌کننده است.
- ۴- ابراز نگرانی در چنین شرایطی مناسب است. باید شرایط لازم برای چنین ابرازی فراهم گردد. ابراز نگرانی‌ها در شرایط حاد نمی‌تواند جزو علائم مرضی طبقه‌بندی شود. در چنین شرایطی ملاک تشخیص اختلال شدت واکنش افراد است.
- ۵ - در شرایط بحران و در حین تلاش‌های امداد و نجات، نقش حرفه‌ای‌ها و غیر حرفه‌ای‌ها تا حدودی مشابه است. هر دو گروه تلاش دارند تا بازماندگان تسکین پیدا کرده و احساس آرامش و راحتی کنند، آگاهی‌شان جهت داده شود و نسبت به بهبود وضعیت در آینده اطمینان حاصل کنند.

**اقدامات لازم در مرحله تخلیص:** هدف اقدامات در این مرحله تأمین سلامتی جسمانی و بهداشت روانی اولیه برای بازماندگان است. موارد مهم این اقدامات به شرح زیر می‌باشد:

۱- محافظت:<sup>۱</sup> پیدا کردن راه‌هایی برای محافظت از بازماندگان، دور ساختن آن‌ها از قرار گرفتن مجدد در معرض آسیب و محرکات آسیب‌زا و حتی‌المقدور ایجاد یک پناهگاه یا جای سالم برای آن‌ها. کسانی که در معرض آسیب قرار گرفته‌اند هر چقدر کمتر در معرض محرکات بینایی، شنیداری، بویایی، چشایی و لامسه مرتبط با حادثه قرار گیرند احساس راحتی می‌کنند. هم‌چنین اگر کمتر در معرض تماشاگران حضوری و یا رسانه‌های گروهی باشند برایشان بهتر است.

۲- جهت‌دهی<sup>۱</sup>: هر نوع هدایت و راهنمایی مشفقانه، محکم، استوار و دقیق مورد نیاز بازماندگان است. راهنمایی‌ها و جهت‌دهی‌های بازماندگان باید مستقیم، مشخص، جهت‌دار و عملیاتی باشد. ممکن است بازماندگان گیج و در حالت شوک باشند یا درجاتی از آشفتگی روانی را داشته باشند و بنابراین انتظار تصمیم‌گیری توسط آن‌ها بیهوده است. می‌توان اقدامات جهت‌دهی بازماندگان را در ابعاد زیر تصمیم‌گیری کرد:

- دور کردن از محل ویرانی‌ها
- دور کردن آن‌ها از بازماندگانی که آسیب‌های جدی دیده‌اند
- دور کردن آن‌ها از خطرات بعدی که ممکن است به دنبال حادثه اولیه تداوم داشته باشد.

۳- تماس<sup>۲</sup>: معمولاً بازماندگانی که شما در صحنه بحران با آن‌ها مواجه می‌شوید، تماس‌هایشان را با دنیای واقعی قطع کرده‌اند. برقراری تماس و ارتباط با آن‌ها، حمایت دلسوزانه و بدور از قضاوت و مبادله کلامی و غیر کلامی با آن‌ها می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا مجدداً با اجتماع تماس برقرار کنند، به انسان‌های دیگر توجه کرده و ارزش قائل شوند و شادمانی را دوباره تجربه کنند. این تماس‌ها برای شروع فرایند بهبودی و بازیافت سازگاری آن‌ها از عناصر مهمی تلقی می‌شود. این تماس‌ها در ابعاد زیر به بازماندگان کمک می‌کند:

- آن‌ها احساس کنند فرد دیگری آن‌ها را دوست دارد
- منابع اطلاعات صحیح و مناسب در اختیار آن‌ها قرار داده می‌شود
- آن‌ها را قادر می‌سازد تا حمایت‌های تخصصی و اجتماعی را به‌خوبی دریافت کنند.

۴- اولویت‌بندی نیازها<sup>۳</sup>: واکنش‌های اکثر بازماندگان بحران بهنجار است. هر چند ممکن است بعضی‌ها نیازمند مداخله فوری در بحران باشند تا بتوانند شدت احساسات هراس یا سوگ را کنترل کنند. نشانه‌های هراس که نیاز به چنین مداخله‌هایی دارد عبارتند از: لرزیدن، آشفتگی فکری، بی‌قراری، حرافی و پریشانی. هم‌چنین نشانه‌های تشدید شده سوگ

---

1. Direct  
2. Connect  
3. Triage

می‌تواند شیون بلند، غیظ و رفتارهای کاتاتونیا باشد. در چنین مواردی تلاش برای برقراری سریع رابطه درمانی، تأمین و تضمین سلامت بازمانده، شناخت و تأیید تجربه و احساس بازمانده و عرضه‌ی همدلی ضروری است. در صورتی که خدمات پزشکی و علی‌الخصوص خدمات روانپزشکی (دارو درمانی) در دسترس باشد ممکن است این خدمات مناسب و لازم باشد.

۵- کمک به غیرحرفه‌ای‌ها: غیرحرفه‌ای‌هایی که در شرایط بحران فعالیت می‌کنند گروه‌های وسیعی هستند. آن‌ها شامل حامیان طبیعی بازماندگان (منسویین، همسایگان، همسالان) و سایر اعضای جامعه (پرستاران، داوطلبان، مدیران حوزه بحران) می‌باشند. حامیان و امدادگران ممکن است به شدت درگیر باشند و تحت فشار کاری قرار گیرند. یکی از وظایف اصلی متخصصان بهداشت روانی در این مرحله حمایت از حامیان و امدادگران و راهنمایی و آموزش آن‌هاست.

## مرحله تسکین<sup>۱</sup>

مرحله تسکین، بهبودی یا احیاء یک دوره طولانی است. این مرحله با اجرا و تکمیل برنامه‌های مشاوره و روان‌درمانی دراز مدت شناخته می‌شود و عموماً از ۸ الی ۱۲ هفته پس از حادثه شروع می‌شود. این دوره، دوره سازگاری یا بازگشت به تعادلی است که افراد و جامعه باید تماماً به‌سوی آن حرکت کنند و از زمانی آغاز می‌شود که کار تخلیص به پایان رسیده است. در این مرحله افراد و جامعه با این وظیفه روبرو هستند که زندگی روزمره و فعالیت‌هایشان را به وضع طبیعی برگردانند. این بیشتر بستگی دارد به وسعت ویرانی و خرابی‌هایی که ایجاد شده، آسیب‌های روانی که از مراحل قبل بوده و ادامه داشته و زنده ماندن و پیدا شدن گمشدگان.

این دوره تداعی‌کننده "ماه غسل" است که ناشی از نوع دوستی و واکنش‌های درمان‌گرانه جامعه‌ای است که بالفور به دنبال حادثه بوده و درصدد کمک به بازماندگان می‌باشند. وقتی طولی نمی‌کشد که حادثه در صدر خبرهای رادیو و تلویزیون و صفحات اول روزنامه‌ها

قرار می‌گیرد، سیل حمایت‌های سازمان یافته شروع می‌شود. به دنبال حمایت‌های سازمان یافته ممکن است مرحله از شیفتگی (شوک) درآمدن بزودی مشاهده شود. در این مرحله باید با استرس‌هایی که ناشی از دیوان سالاری و کاغذ بازی و یا فقدان انسجام در مدیریت امداد رسانی است به شدت مقابله شده و چنین مسائلی حل شود.

در موارد خطر حاد، تقدم با سلامت اولیه بازماندگان است. در این مرحله بعضی‌ها در امنیت و آرامش نسبی هستند، دیگران نیاز به بیرون آمدن از آوار و کمک‌های جسمانی و روانی جدی دارند، برخی دیگر نیازمند اطلاع از وضعیت سلامتی اطرافیان خود هستند. همه اینها باید کمک شوند تا ناکامی را رها ساخته و برای مدت نسبتاً طولانی ارضاء شوند. عمده‌ترین موضوعات لازم برای برنامه‌های پیگیری در مرحله تسکین عبارتند از: آموزش، غربالگری، ارجاع و درمان.

**۱- آموزش بازمانده و خانواده‌اش:** این آموزش‌ها می‌تواند در این موضوعات باشد: واکنش رایج و بهنجار به تروما، روش‌های بهبود پاسخ‌های انطباقی، افزایش مراقبت از خود، تسهیل در تشخیص مشکلات مهم، ارائه اطلاعات درباره انواع خدمات ارائه شده در محیط بحران. این آموزش‌ها می‌تواند مطابق مراحل زیر باشد:

اول: آموزش بازماندگان و خانواده‌ها درباره واکنش‌های بهنجار در مقابل تروما، ارائه اطلاعاتی درباره اشکال مشکل‌زا و شیوه‌های انطباق با آنها و نیز ارائه اطلاعات درباره منابع حمایت اجتماعی و مدیریت استرس. دوم: فراهم سازی فرصت‌هایی برای بحث و گفتگو درباره نگرانی‌های عاطفی در افراد و خانواده‌ها. نشست‌های گروهی می‌تواند بازماندگان را در زمینه نوع و چگونگی واکنش نسبت به حادثه توانمند سازد. سوم: آموزش در زمینه ملاک‌های تشخیص علائم اختلالات حاد از قبیل علائم PTSD، اضطراب، افسردگی، اختلال سوء مصرف مواد و سایر مشکلات حاد، چهارم: سرانجام بازماندگان به اطلاعاتی در زمینه مسایل اقتصادی، بهداشت روانی، توانبخشی، مسایل حقوقی و سایر خدمات قابل دسترس و هم‌چنین آموزش درباره موانع رایج در راه استفاده از خدمات نیازمند هستند.

**۲- غربالگری:** شناسایی اولیه و فوری افرادی که در معرض خطر پیامدهای منفی تروما

هستند می‌تواند فرایند پیشگیری، ارجاع و درمان را تسهیل کند. غربالگری برای آسیب‌شناسی روانی موجود و شناخت عوامل خطر ساز برای آسیب‌های بعدی لازم است. آن می‌تواند از طریق مصاحبه‌های مختصر و نیمه ساختار و پرسشنامه‌های استاندارد انجام شود. اقدامات غربالگری باید مشکلات روان‌پزشکی، سوء مصرف مواد در گذشته و حال، داشتن تجربه قبلی تروما، وجود آسیب‌هایی قبلی، استرس‌های روانی - اجتماعی و میزان حمایت‌های اجتماعی ممکن را شناسایی و تعیین کند. هم‌چنین پیرو غربالگری باید عوامل خطر را ارزیابی کرد. موارد خطر ناشی از حوادث عبارتند از: بودن در معرض خطر جانی (مرگ)، ادراک تهدید زندگی و تجزیه روانی و به‌ویژه سطوح شدید علائم استرس که تعیین‌کننده مشکلات مزمن است. برای مثال بیش از سه‌چهارم کسانی که دچار اختلال استرسی حاد (ASD) هستند در ۶ ماه پس از آسیب دچار PTSD مزمن می‌شوند.

**۳- ارجاع:** یکی از اهداف اصلی در اقدامات غربالگری ارجاع بازماندگان به خدمات بهداشت روانی مناسب و مورد نیاز است. اقدامات غربالگری بهترین مرجعی است که تعیین می‌کند چه کسی نیاز به ارجاع دارد. بدون تردید حتی اگر کسانی که نیاز به اقدامات بهداشت روانی دارند به‌قدر کافی آشکار و شناخته شده باشند باز وجود سیستم ارجاع ضروری است. زیرا ممکن است وجود عواملی از قبیل پریشانی، دستپاچگی، ترس از آبرو ریزی و نرم‌های فرهنگی - اجتماعی جامعه موجب شود که افراد بازمانده به‌خودی خود دریافت کمک یا اقدامات ارجاعی را پیگیری نکنند.

### نگرانی‌های احتمالی در مرحله تسکین

- ۱- ارزیابی PTSD و ارتباط آن با ویژگی‌های آسیب‌شناختی و سایر تشخیص‌ها.
- ۲- جنبه‌های منحصر بفرد حوادث.
- ۳- متمایز ساختن اثرات حاد حادثه و اثرات تأخیری و درازمدت آن
- ۴- کمبود تعداد روان‌پزشکان و روان‌شناسانی که تمام وقت کار کنند
- ۵- فقدان دریافت مجوزهای لازم
- ۶- عدم وجود منابع انطباقی مناسب و کافی برای حوادث ناگهانی که بتواند تسکین و راحتی آسیب‌دیدگان را فراهم سازد. هم‌چنین فراهم سازی مداخله بهداشت روانی.



۷- پنهان‌سازی واکنش‌ها در بین بازماندگان. لازم به‌ذکر است که به‌دنبال حوادث تروماتیک بسیاری از کسانی که در مجاورت حادثه قرار دارند باور نمی‌کنند که احتیاج به کمک دارند و بنابراین علی‌رغم این‌که آسیب‌های عاطفی گزارش می‌دهد به‌دنبال دریافت کمک روان‌شناختی نمی‌روند. دلایلی برای این مسأله وجود دارد. برخی از این دلایل عبارتند از:

۱- وجود این احساس که وضع او بهتر از کسانی است که آسیب جدی دیده‌اند و یا به‌شدت زخمی شده‌اند و بنابراین وضع آن‌ها چندان آشفته نیست. آن‌ها دریافت کمک و حمایت را با وخیم بودن آسیب مرتبط می‌دانند.

۲- داشتن غرور یا وجود این احساس که ابراز آسیب و دریافت کمک به نوعی ابراز ضعف است.

۳- ممکن است برخی از افراد سرویس‌های ارائه دهنده حمایت‌های بهداشت روانی را نشناسند. به‌ویژه اگر این نوع خدمات طی سخنرانی‌ها، وعظ و خطابه‌ها، بحث‌ها و مراسم عبادت جمعی و دستجات سوگواری معرفی نشده باشند.

۴- بسیاری از افراد علاقمندند تا حمایت‌های غیررسمی را دریافت‌کنند تا حمایت‌های علمی و رسمی. حمایت‌های غیررسمی از طریق خانواده و دوستان قابل دریافت است. هرچند این نوع حمایت‌ها مهم، مؤثر و لازم است ولی برای پیشگیری از عوارض دراز مدت در برخی افراد کافی نیست.

## فصل ٤

### فنون مداخله در بحران

**واکنش‌های کلی افراد نسبت به بحران مشابه است. وجود این تشابهات فرایندی را در مواجهه با بحران نشان می‌دهد که می‌تواند مراحل درمانی را در هر مرحله نشان دهد. هر چند نوع بحران در واکنش‌های افراد تفاوت ایجاد می‌کند ولی عموماً این فرایندها در هر بحرانی قابل مشاهده است.**

اولین واکنش به بحران ناباوری است. در این مرحله فشار عصبی ناشی از درگیر شدن در بحران می‌تواند برای فردی که آمادگی کنترل وقایع و واکنش‌های هیجانی خود را ندارد فاجعه‌آمیز باشد. در این مرحله افراد بحران زده از مکانیسم انکار به‌عنوان واکنش دفاعی استفاده می‌کنند.

دومین مرحله در واکنش به بحران قبول بحران و پذیرفتن شرایط بحرانی است. در این مرحله افراد ممکن است به این نتیجه برسند که دیگر همه چیز تمام شده است. آن‌ها واپس روی پیدا می‌کنند و خود را درمانده و عاجز می‌پندارند. از محیط بیرونی قطع ارتباط کرده و با کسی حرف نمی‌زنند. چنانچه در مرحله اول کمک‌های حمایتی و خود شفافبخشی به جریان نیافتد فرد با واقعیت فاصله گرفته و احتمالاً به هذیان‌های دفاعی پناه می‌برد و چنانچه در مرحله دوم کمک‌های حرفه‌ای و یاورانه فراهم نشود افراد ممکن است به افسردگی‌های عمیق سوق پیدا کنند.

سومین مرحله واکنش به بحران که به دنبال حمایت، واکنش‌های خود شفادهی درونی و بیرونی فرد ایجاد می‌شود، واکنش وحشت‌زدگی است. این مرحله مواجهه جدی با بحران است. فرد می‌پذیرد که چه اتفاقی برایش افتاده است. فقدان‌ها را ارزیابی می‌کند و از شدت آن عذاب می‌کشد. افراد در این مرحله با هراس به این طرف و آن طرف می‌روند و احساس می‌کنند که باید فوراً اقداماتی را صورت دهند. مشکل اصلی در این مرحله زمانی پیش می‌آید که فرد تغذیه فکری نشود. او نیاز جدی برای تصمیم و عمل دارد. بنابراین ممکن است با اولین فکری که به ذهن‌اش خطور نماید عمل کند و این ممکن است به تصمیم ناقص و یا غلط منجر شود. در این مرحله چنانچه خدمات عملی و تخصصی یاورانه به سراغ فرد نیاید، فرد ممکن است به اقداماتی غیرمنطقی دست زند و رفتارهای بدون فکر انجام دهد. بدون این که بداند چه کار می‌کند، به کجا می‌رود و چه می‌خواهد داشته باشند. مشکل مهم تعارض و جنگ روی ارزش‌ها است که ممکن است در این

مرحله پیش آید. در این مرحله ضروری تر از همه چیز بقای شخص است. هم‌چنین باید توجه داشت هرگونه اطلاعاتی که در این مرحله به فرد ارائه می‌شود ممکن است رنگ هیجانی به‌خود بگیرد. این مرحله بحرانی‌ترین مرحله بحران است و خطر خودکشی بشدت جدی است. در این مرحله ارائه کمک‌های عملی ضروری است.

چهارمین مرحله از واکنش به بحران در شرایط کمک و حمایت ایجاد می‌شود و آن تغییر و انتقال از مقصر دانستن خویش به مقصر دانستن شرایط و دیگران و سپس انتقال به تلاش برای بازسازی و رشد است. در این مرحله بحران تبدیل به فرصت می‌شود. بحران زدایی و تسکین دادن اشخاص در شرایطی که اتفاقات و حوادث خارج از کنترل باشد کار ساده‌ای نیست زیرا:

**اولاً:** نوع و شدت پاسخ‌های افراد در مقابل بحران علی‌رغم مشابهت‌هایی که با هم دارند متفاوت است. نوع پاسخ‌های فرد در مقابل حوادث به دو نوع ارزیابی بستگی دارد. در ارزیابی اولیه، فرد میزان خطرساز بودن حادثه را بررسی می‌کند و در ارزیابی ثانویه میزان قابلیت و توانایی خودش را در مقابله و یا مواجهه با آن مورد سنجش قرار می‌دهد. بر این اساس میزان، نوع و شدت واکنش‌ها و پاسخ‌های فرد در دو محور هیجان مدار و مسئله مدار شکل می‌گیرد. شیوه‌های مداخله‌ای برای هرکدام از آن‌ها متفاوت است.

**ثانیاً:** در شرایط بحران پای اهمیت و معنی وجود انسان در میان است. فرد بحران‌زده اهداف خود را برباد رفته می‌بیند. احساس شکست، یأس و ناامیدی، خطرات وجودی را بر بازماندگان بحران محتمل می‌کند. بنابر این کمک به فرد بحران زده در حقیقت احیای وجودی است.

با وجود تفاوت‌های بسیاری که در انواع بحران‌ها وجود دارد برخی از فنون روان‌درمانی در مورد انواع بحران‌ها صدق می‌کند از جمله حمایت عاطفی، تماس نزدیک، اطمینان دادن، گوش دادن، توجه به احساسات، درک و همدلی، تغییر محیط، بردن خانواده به محل امن و آرام.

در مداخله و کمک روان‌شناختی به افراد آسیب‌دیده از بحران می‌توان چهار مرحله کلی را شناسایی و برشمرد:

**مرحله اول:** سنجش و برآورد شدت بحران، شرایط کمک، امکانات موجود برای تغییر، انواع کمک‌های ممکن و بالاخره ارزیابی احتمال خطرات ممکن از قبیل خودکشی، علائم سایکوتیک، فرار و واپس روی.

**مرحله دوم:** در این مرحله با توجه به شرایط درمانی و امکانات موجود باید درباره کمک‌های لازم تصمیم‌گیری شود و اقدامات و احتمالات به‌طور دقیق طراحی شود. در این‌جا باید منابع موجود مانند دوستان، حمایت‌های اجتماعی و نیز توانمندی خود مراجع را در نظر گرفت.

**مرحله سوم:** این مرحله مبادرت به عمل است. عمده اهداف این مرحله رهاسازی هیجانی، حمایت، تسکین، فعال‌سازی مکانیسم‌های سازگاری و شروع جهت‌گیری جدید در زندگی است. افراد بحران زده با مبادرت به عمل، قدم در راه رفع حالت بحران و حصول مجدد تعادل برمی‌دارند. یاور یا درمان‌گر باید مهارت‌های سازگاری مراجع را برانگیزد و اهداف زندگی مراجعین را بازبینی و شیوه‌های نیل به اهداف جدید را تدبیر کند. در این مرحله عمل اصلی رجعت دادن مراجع به وضع قبل از بحران است نه تغییر شخصیت یا رشد و شکوفایی بیشتر. رشد، استقلال، اعتماد به نفس در صورتی مطرح است که رابطه یاورانه تداوم داشته باشد.

با وجود فنون متعدد و گوناگونی که برای مشاوره و روان‌درمانی آسیب دیدگان بحران وجود دارد، با توجه به این‌که درج همه این فنون امکان‌پذیر نیست.

## فنون تسکین

در مرحله اول، روش‌های مشاوره و روان‌درمانی متمرکز بر شیوه‌های تسکین است. تماس جسمانی، انبساط عضلانی و تنفس عمیق از جمله فنون تسکین است. این روش‌ها موجب آرمیدگی و کاهش فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک و افزایش فعالیت سیستم عصبی پاراسمپاتیک و به دنبال آن کاهش علائم نفس نفس زدن، ضربان قلب، فشارخون، فعالیت غدد تعریق، تغییر الگوی امواج مغزی و کاهش علائم هراس می‌شود. تکرار ذکر، تنفس عمیق، تنفس و تنفس مجدد و درازکشیدن نیز از روش‌های رایج در بکارگیری فنون

تسکین است. در بکارگیری فنون تسکین باید دقت شود و از آن براساس سن، جنس و ارزش‌های فرهنگی افراد استفاده شود.

عمده فعالیت‌های تسکین افراد دچار بحران در یک رابطه رو در رو صورت می‌گیرد. این رابطه رویارویی مشاوره خوانده می‌شود. یک رابطه مشاوره‌ای با مصاحبه و پرداختن به علل مراجعه شروع می‌شود و سپس اهداف و مسئولیت‌های متقابل طرفین مشاوره تعیین می‌شود. در مرحله سوم اقداماتی که برای حصول اهداف است طراحی و اجرا می‌شود و بالاخره پس از برگزاری جلسات پیگیری، رابطه درمانی به پایان می‌رسد. روند مشاوره به مفروضات مشاور، تخصص او، شدت و میزان مشکلات بستگی دارد.

در مشاوره و روان‌درمانی شیوه‌های مختلفی وجود دارد. یکی از آن‌ها فنون تسکین است، صحبت از مهارت‌های مخصوص تسکین دادن کار دشواری است. تسکین تا حد زیادی بستگی به ویژگی‌های شخصی درمانگر است. صرف حضور و توجه به مراجع در هنگام بحران آرام‌بخش است. تسکین دادن اولین گام در درمان افراد دچار بحران است. بکارگیری صحیح این فنون موجب کاهش فوق‌العاده در میزان تنش، اضطراب و هراس بازماندگان می‌شود. برای فنون تسکین روش‌های زیادی مطرح شده است. مهم‌ترین آن‌ها به‌ویژه در کاربرد برای بازماندگان حوادث بحرانی تماس جسمی و انبساط عضلانی است. تجارب گذشته همه ما با خانواده و دوستان نشان می‌دهد که تماس جسمانی یک ابزار قوی برای تسکین است. در این مورد بین اختلاف نظر وجود دارد، بسیاری از درمانگران یا والدین صحیح نمی‌دانند که مثلاً معلمی به‌عنوان حمایت دست روی شانه شاگرد خود بگذارد. میزان مجاز بودن تماس بدنی در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است. گرچه اهمیت تماس در ایجاد آرامش مورد تأیید درمانگران حرفه‌ای است، با این حال انجام آن به شرایط و عوامل محیطی و فرهنگی حاکم بر روابط بستگی دارد. تماس بدنی در روابط غیررسمی مانند روابط خانوادگی و رابطه دوستی مقبول‌تر و طبیعی‌تر است. بی‌مناسبت نیست که در مراسم عزاداری به‌خاطر فقدان عزیز، اطرافیان به‌طور مکرر و به‌هزنوع ممکن با صاحبان عزا تماس جسمی و بدنی برقرار می‌سازند. بارها با آن‌ها دست می‌دهند و روبوسی می‌کنند.

در استفاده از تماس بدنی باید به ملاحظات اجتماعی و فرهنگی، خط مشی مؤسسه

درمانی، سن و جنسیت مراجع توجه داشت. گرفتن دست مراجع یا گذاشتن دست روی بازو و یا شانه مراجعی که گرفتار درد و عذاب و ناراحتی است به آرامش او و تسهیل گفتگوهای بعدی کمک می‌کند. ولی در هر حال تا همین حد هم تنها در صورتی می‌توان به این کار اقدام کرد که با هیچ یک از ملاحظات فرهنگی، مذهبی، اخلاقی و منشور اخلاقی حرفه مشاوره و روان‌درمانی مغایرت نداشته باشد.

استفاده از آرمیدگی و شیوه انبساط عضلانی به‌عنوان ابزاری برای مقابله با اضطراب و فشار روانی پدیده جدیدی نیست. قرن‌ها است که بسیاری از مذاهب شرقی از شیوه‌هایی چون یوگا<sup>۱</sup> و مراقبه<sup>۲</sup> برای این هدف استفاده کرده‌اند. آرمیدگی ماهیتاً دارای اثرهای فیزیولوژیکی ضد فشارهای روانی حادث از بحران است و به‌طور خاص آرمیدگی در فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک کندی ایجاد می‌کند و سبب افزایش فعالیت سیستم عصبی پاراسمپاتیک می‌گردد. بنابراین آرمیدگی باعث کاهش ضربان قلب، فشار خون، فعالیت غدد تعریق، تغییر الگوی امواج مغزی و کاهش فعالیت حرکتی - جسمانی می‌گردد. آموزش آرمیدگی نوعی مهارت و پاسخ اکتسابی است که مراجع می‌تواند جهت مقابله با فشار روانی و احساسات اضطرابی مورد استفاده قرار دهد. وقتی گروهی از عضلات را منقبض می‌کنید، خون حاوی اکسیژن به‌طور خاص به این حوزه از عضلات پمپ می‌شود. در رهاسازی عضلات میزان بالای انقباض می‌تواند به دشوار شدن کنترل ارادی منجر شود. بدین معنی که بعضی از افراد وقتی آرام شدن را یاد می‌گیرند می‌ترسند که بیش از حد در تمرین آرامش غرق شوند و بنابراین کنترل‌شان را از دست بدهند. البته پس از آرامش و رهاسازی احتمال عدم کنترل کاهش می‌یابد.

چون معمولاً استرس با تنش فیزیکی همراه است، یکی از بدیهی‌ترین راه‌های آرامش کار مستقیم روی عضلانی است. روش‌های گوناگونی برای القاء انبساط عضلانی از طریق تلقین وجود دارد. یکی از آن‌ها شیوه منظم انقباض و رها کردن عضلات درشت است. بسیاری از متخصصین روش کار خود را روی نوار صوتی ضبط و از آن‌ها استفاده می‌کنند. القاء انبساط عضلانی، مهارت نسبتاً ساده و بی‌خطر است، برای ممانعت از خواب

---

1- Yoga

2- Meditation

هیپنوتیکی مراجع، کافی است به او بگوییم که وقتی تا مثلاً ۵ شمردیم او بیدار خواهد شد. یکی دیگر از طرق القاء انبساط عضلانی تمرکز روی تنفس عمیق و درون کشیدن و خارج ساختن هوا از قفسه سینه و شمارش آن‌هاست. یکی از محدودیت‌های این روش دچار شدن بعضی از مراجعان به حالت تصفیه زیاد<sup>۱</sup> است. که نوعی گیجی موقت یا سستی ناشی از تنفس عمیق است. انجام بعضی از حالات و ژست‌های جسمانی مانند یوگا هم ایجاد انبساط عضلانی می‌کند. ادای اصواتی مثل عبارات موزون، آه کشیدن‌های عمیق و تکرار اصوات یکنواخت هم به بعضی از اشخاص کمک می‌کند. حالات آگاهی، "ذن بودائیت‌ها" هم آرامش و انبساط فیزیکی را افزایش می‌دهد. حمام گرم و جریان سریع آب گرم هم قرن‌ها برای ایجاد آرامش مورد استفاده بوده و هست.

مهارت‌های انبساط عضلانی را می‌توان به‌عنوان روش اصلی برای تسکین مراجع و رهاساختن او از تنش بکار برد. غالباً استفاده از این روش باعث می‌شود، اطمینان مراجع نسبت به توان متخصص افزایش یابد. استفاده از این کار می‌تواند به منظور کاهش تنش و تسهیل ارتباط کلامی صورت گیرد. ضمناً مهارت‌های انبساط عضلانی بخشی از روش حساسیت زدایی منظم<sup>۲</sup> است که خود از روش‌های تغییر رفتار محسوب می‌شود.

یکی از علائمی که افراد دچار بحران‌های حاد از خود بروز می‌دهند نفس‌نفس زدن و یا بی‌نظمی در تنفس آن‌ها است. بی‌نظمی در تنفس عبارتست از احساس ناگهانی تنگی در گلو، تنفس بریده بریده، سطحی، سریع و احساس ضعف و گیجی. مشکل تنفسی معمولاً در لحظاتی وجود دارد که سطح اضطراب بالا است. این وضع معمولاً در مرحله پذیرش بحران اتفاق می‌افتد. در عین حال، برای افراد دیگری ممکن است این حالت آهسته‌تر و ظریف‌تر بروز کند و توأم با خمیازه و آه کشیدن مداوم و مشکل در تنفس باشد که هر یک از این علائم ممکن است ناشی از کاهش سطح دی‌اکسید کربن در ریه‌ها باشد. این مشکل ممکن است طیف وسیعی از علائم جسمانی را ایجاد کند، از جمله بی‌حسی یا خارش در پنجه‌های پا و انگشتان، وزوز و صدای زنگ گوش، سردرد و دردهای شدید در قفسه سینه. بدین ترتیب بی‌نظمی در تنفس می‌تواند تقلید واقعی از تمامی علائمی باشد که به اضطراب

---

1- Hyperventilation

2- systematic Desensitization



و فشار روانی مزمن اسناد داده می‌شود.

برای کنترل نفس‌نفس زدن حاد دو روش: توقف تنفس بیش از حد سریع و پرکردن مجدد ریه‌ها از دی‌اکسید کربن. در ابتدا مراجع را از الگوی تنفسی خود آگاه کنید و ضمن مراقبت از علائم خطر تنفس بیش از حد، تمرین آرامش عضلانی را با او شروع نمایید. اگر علائم بعد از چند دقیقه‌ای برطرف نشدند این احتمال وجود دارد که روش فوق به‌دقت انجام نشده است. در چنین صورتی لازم است از روش تنفس مجدد<sup>۱</sup> استفاده کنید. این شیوه مستلزم تنفس مجدد از هوای بازدم است. هوای بازدم حاوی دی‌اکسید کربن بیشتری است و بنابراین دی‌اکسید کربنی که بیرون داده شده است دوباره ذخیره می‌شود. برای تنفس مجدد باید دست‌ها یا دستمال تمیزی جلوی دهان و بینی قرار گیرد و تنفس تداوم یابد. در این روش هنگام بازدم مقداری از هوای خارج شده را در فضای درون دست‌هایتان حبس می‌کنید و دوباره آن به داخل کشیده می‌شود. اگر یک پاکت کاغذی (نه پلاستیکی) در اختیار باشد می‌توان از آن به جای دست‌ها استفاده کرد و این مناسب‌تر است. این عمل را هر یک دقیقه به تعداد ۵ مرتبه تکرار کنید (نه بیشتر).

درمانگر باید در زمان مواجهه با افراد دچار بحران سعی کند شوکه نشود و آرامش خود را در این شرایط حفظ نماید. اطمینان درمان‌گر از توانایی کمک به مراجعین بسیار اثربخش است. با مراجعین و افراد بحران‌زده با آهنگی آرام صحبت نمایید. صحبت‌ها با صلابت و لیکن آرام باشد. تماس جسمانی با مراجع و کمک به او تا بتواند راحت دراز بکشد. حتی دست زیر سر و گردن او قرار دادن مؤثر خواهد بود. در صحبت با افراد بحران‌زده فقط جمله‌هایی را بر زبان آورید که وی را تشویق به آرامش نماید، می‌توانید از جملات زیر برای آرامش آن‌ها استفاده کنید: فقط هوایی را که بیرون می‌دهی استنشاق کن... خوب خواهی شد... خوب، شانه‌هایت را رها کن... آرام باش... از این وضع رها خواهی شد... این شرایط دائمی نیست...

در شرایطی می‌توان از استراحت و نوشیدنی‌های شیرین نیز برای افراد استفاده کرد.

## فنون حمایتی

درمان حمایتی شکل خاصی از روان درمانی است که در آن تلاش برای حمایت مراجع بخش اصلی درمان را تشکیل می‌دهد. براساس ریشه این اصطلاح در واقع درمانگر بیمار را حمل می‌کند، او را یاری می‌کند و او را از افتادن یا غرق شدن در هیجانات عاطفی آسیب‌زا نجات می‌دهد. بکارگیری این فنون به‌ویژه برای مراجعانی مفید است که به شدت اسیر شرایط روانی خود شده‌اند و نیازمند نوعی از کمک روانی برای «بقای» خویش هستند. براین اساس می‌توان گفت که روان درمانی حمایتی به عنوان شیوه‌ای از درمان است که درمانگر آن را بکار می‌گیرد تا زمانی که مراجع نمی‌تواند زندگی خود را مستقلاً اداره کند او را محافظت نماید. ناتوانی در مقابله با مشکلات، ممکن است موقتی یا دائمی باشد. موقعیت‌های پرسترس و بحرانی هم‌چون داغدیدگی، طلاق یا تغییر شغل به درجه‌ای از نابسامانی عاطفی می‌انجامد که فرد قادر نیست با نیروی خودش با آن مقابله کند. در این شرایط باید به گونه‌ای او را یاری کرد و در این شرایط از درمان حمایتی برای مداخله در بحران استفاده نمود.

درمان‌های حمایتی هم برای بحران‌های حاد و هم برای بحران‌های مزمن کاربرد دارد. ولی مداخلات حمایتی برای بحران‌های مزمن کاربرد بیشتری دارد. درباره بحران‌های مزمن می‌توان گفت که چنانچه فرایند بحران به نحوی طی نشود و عواقب آن کاهش پیدا نکند بحران می‌تواند عوارض مزمن ایجاد نماید. وضعیت بحرانی مزمن می‌تواند ماه‌ها و گاهی حتی سال‌ها طول بکشد. هرچقدر مدت تداوم عوارض بحران زیادتر باشد تغییر دادن وضعیت نیز مشکل‌تر می‌شود. در چنین شرایطی با شیوه‌هایی که مطرح می‌شود تا حدودی بحران مزمن به بحران حاد تبدیل شده تا فرد از وضعیت بن‌بست رها شود.

درمان حمایتی علاوه بر درمان‌های بحران برای بیماران روان‌پریشی، روان رنجوری، بیماران بستری در بیمارستان‌ها، پانسیون‌ها و آسایشگاه‌ها نیز قابل کاربرد است. این نوع از درمان اهداف مشترک و عمومی زیر را دنبال می‌کند:

۱- تقویت کارکرد روانی - اجتماعی مراجع از طریق بازپروری و تقویت

توانایی‌های او برای اداره زندگی‌اش.

۲- تقویت خودباوری و اعتماد و اطمینان به توانمندی‌ها و قابلیت‌های خویش.

۳- آگاه نمودن مراجع نسبت به محدودیت‌های واقعی و آنچه دست یافتنی و دست نیافتنی است (مانند محدودیت‌های شخصی خود و محدودیت‌های درمان).

۴- توانا ساختن مراجع تا بتواند از پسرفت و بازگشت مجدد به شرایط روانی قبلی پیشگیری نموده و بتواند منابع حمایتی خود را از متخصص به سایرین از قبیل خانواده، دوستان و همکاران گسترش دهد و بالاخره بتواند مستقلانه زندگی جدید خود را در پیش گیرد.

تشخیص این‌که آیا مراجعین برای درمان حمایتی مناسب هستند یا نه، غالباً دشوار نیست. مراجعینی به این نوع درمان نیازمند هستند که:

اولاً: دوستان و بستگانی که بتوانند منبع حمایتی برای آن‌ها باشند یا در دسترس نیستند و یا نمی‌توانند از عهده نیازهای فراوان مراجع برآیند.

ثانیاً: افرادی هستند که نمی‌توانند به شیوه لازم و درست درخواست کمک نمایند، یا نمی‌توانند از کمکی که بعضاً به آن‌ها می‌شود استفاده کنند، از بیان عاطفی نارضایتی و ناراحتی خود حتی به‌طور نسبی عاجزند و برای بیان نارضایتی خود از زبان غیرکلامی استفاده می‌کنند.

ثالثاً: افرادی که به‌طور عادی توانایی مقابله با مشکلات و مسائل خود را به خاطر واقع شدن در شرایط بحرانی ندارند.

در این مرحله باید با توجه به شرایط و امکانات موجود درباره کمک‌های لازم به مراجعان دچار بحران تصمیم‌گیری شود. همچنین باید منابع موجود از قبیل دوستان، حمایت‌های اجتماعی و توانمندی‌های خود مراجع بررسی و تقویت شوند. فنون مورد استفاده در این مرحله فنون حمایتی است. بکارگیری روش‌های خود شفا دهندگی روحانی، کمک به طی شدن فرایند سوگ، حمایت غیرمستقیم، ایجاد امید و اطمینان دادن موجب می‌شود تا افراد دچار بحران تخلیه هیجانی شوند، احساس امنیت نمایند، قوت قلب بگیرند، از احساس تنهای وحشتناکی که به دنبال بحران بوده خارج شوند، فشارهای روانی را تحمل نمایند، تعادل روانی بدست آورند، روحیه‌شان افزایش یابد، نیروهای روانی و

جسمانی‌شان فعال شود، نسبت به توانایی خود در گذر از بحران مطمئن شوند. در بکارگیری فنون حمایتی و تسلی باید به رعایت دو نکته توجه داشت: اول این‌که لازم است حمایت‌ها غیر مستقیم باشد و دوم اینکه باید مراقب بود که به مراجع امید واهی داده نشود. چنانچه این مرحله به‌خوبی عمل شود بحران و استرس در فرد مهار شده و تحت کنترل در می‌آید.

به زبان ساده‌تر فنون حمایتی همان شیوه سنتی و مرسوم معنوی و روحانی است. بر اساس این استراتژی، مکانیسم خود شفا‌دهندگی روحانی در فرد فعال می‌شود، این فرایند شروع جریان عزاداری است. بکارگیری این فنون جریان عزاداری و فرایند سوگ را تسهیل می‌کند.

پس از بکارگیری این فنون بین هیجان‌ات دوسوگرایانه افراد بحران‌زده و حمایت‌های هیجانی اطرافیان پیوند برقرار می‌شود. این شیوه یک روش حمایتی قوی برای کسانی است که به مناسک مذهبی و نیروی الهی ایمان دارند. این نوع حمایت‌ها چیزی بیش از مشاوره و روان درمانی تخصصی است. برای اشخاص با ایمان، صرف حضور یک نفر روحانی در شرایط بحران و اضطراب مایه تسلی است. نکته مهم این‌که این نوع روش‌هایی که با مذهب و معنویت ارتباط دارد برای برخی از خانواده‌های بحران‌زده تنها وسیله تسلی و تنها راه کسب نیرو و رشد است. می‌توان در مراکز درمانی که امکان مواجه شدن خانواده با بحران سوگ مطرح است محلی را برای تجمع اعضای خانواده و اقوام دچار بحران ایجاد کرد و در آن از حضور روحانی، افراد مؤمن و مقدس و به‌ویژه از پنخس مواد صوتی و تصویری مذهبی استفاده کرد تا خانواده در شرایط شوک سوگ بتوانند آزادانه و بدون احساس شرم و گناه که معمولاً با تماشای افراد بیگانه در شرایط باز ایجاد می‌شود هیجان‌ات خود را شروع به ابراز نمایند و اولین گام در طی فرایند سوگ بدون بازداری هیجانی اتفاق افتد و حضور افراد مذهبی حمایت‌بخشی لازم را داشته باشد. یا می‌توان در مراکز ایثارگران نیروهای نظامی در شرایطی که سوگ، فقدان، مرگ، شهادت و ... به خانواده‌ها اطلاع داده می‌شود این اطلاع با حضور یک فرد روحانی صورت گیرد.

نکته بسیار مهم این است که باید درمان حمایتی به‌طور کوتاه مدت اعمال شده و درمانگر تلاش نماید تا از وابسته کردن مراجع به درمان و متخصص پرهیز نماید. معمولاً

درمان حمایتی برای برای آن دسته از مراجعانی اعمال می‌شود که در حفظ و نگهداری روابط صمیمانه با دیگران با مشکل روبرو هستند. بنابراین به‌طور کلی نمی‌توانند از رابطه صمیمانه و صادقانه مبتنی بر اعتماد طرفین که تقریباً مبنا و اصل هر روان‌درمانی‌ها و ارتباطات اجتماعی است سود ببرند. از سویی دیگر چنین مراجعینی از شرایط مزمن در رنج‌اند و بعضاً برای دوره‌های طولانی یا تمام عمر نیاز به حمایت و کمک دارند. بنابراین و بر همین اساس باید در بکارگیری این روش به نکات زیر توجه نمود:

۱- یک رابطه شخصی خوب و جدی که دربرگیرنده نزدیکی و اعتماد است ممکن است برای بیمار یک تهدید به شمار آید. این افراد ممکن است به شدت به دنبال دریافت داروهایی باشند که درگیری عاطفی آن‌ها را با درمانگر دور نگه دارد، بنابراین درمانگر ضمن پرهیز از تجویز دارو (به استثنای شرایط خاص) باید ورود عاطفی به حوزه ادراک مراجع و ایجاد صمیمیت عاطفی با وی را به‌طور تدریجی انجام دهد.

۲- درمانگر باید میزان نزدیکی خود را با مراجع و میزان حمایت از او را در سطح متعادلی حفظ نماید. چنانچه میزان وابستگی مراجع شدت بگیرد با پرداختن به موضوعات عینی و خارجی و انجام روان‌درمانی‌های فاصله‌دار به کاهش وابستگی مراجع کمک نماید.

۳- نیاز مراجع برای حمایت دائمی است. درمانگر باید سعی کند نیاز حمایتی مراجعین را جهت دهد و منابع حمایتی او را درگام اول به خود درمانگر در گام دوم به سوی اقوام و دوستان و در گام سوم به خودشان سوق دهد.

۴- جدای از مسئله صمیمیت، خصیصه دیگری که در روابط بین درمانگر و مراجع وجود دارد نقش هدایتگر درمانگر است. در این نوع درمان‌ها درمانگر مسئولیتی را در خود احساس می‌کند که در اکثر رویکردهای دیگر روان‌درمانی چندان نیست. زیرا مراجع به میزان زیادی نیاز به مراقبت دارد.

به‌طور خلاصه می‌توان گفت که ایجاد یک سیستم حمایتی که تأمین‌کننده نیاز مراجع به تشویق، محبت و امنیت باشد لازم است. سیستم حمایتی در مراحل بعدی می‌تواند برای مراجع یک منبع غنی بازخورد و واقعیت‌آزمایی باشد. از جمله گروه‌های حمایتی عبارت

است از: خانواده، کلوپ، انجمن، گروهی از همسایگان نزدیک، سازمان‌های مذهبی و گروهی از دوستان. وجود خانواده و اقوام صمیمی شاید بهترین آن‌ها باشد. فرد دچار بحران سخت محتاج رشد، فرصت واقعیت‌آزمایی و به حرکت درآوردن منابع و نیروهای خویش است. متأسفانه بسیاری از گروه‌های حمایتی در مقابل حمایت خود از مراجع انتظار همسازی او با ارزش‌های گروه خود را دارند. یاور باید برای کمک به بهره‌مندی مراجعین از منابع حمایتی، از منابع خدماتی جامعه و سیستم‌های حمایتی آگاهی داشته باشد. در این جا به برخی از فنون یا عناصر درمان حمایتی اشاره می‌شود:

### ۱- ایجاد رابطه حمایتی

حمایت وضعیتی است که در آن فرد بحران‌زده، احساس امنیت و آسایش روانی می‌کند. حمایت شامل احساس راحتی و ارضا شدن «عطش محبت» است. حمایت از سه منبع سرچشمه می‌گیرد. ۱- رابطه افراد بحران‌زده با متخصص، ۲- دریافت کمک مستقیم به صورت تأمین اطمینان یا حمایت محیطی، ۳- احساس این‌که درمانگر برای کاهش فشار (استرس) با وسیله قرار دادن خود، مسئولیت اصلی رابطه را پذیرفته است. بر سر این‌که آیا حمایت از افراد بحران‌زده باید عملاً اعمال شود یا نه اختلاف نظر وجود دارد. برخی معتقدند برای افرادی که در وضع بحرانی قرار دارند حمایت مستقیم لازم است. فرد بحران‌زده محتاج امنیت و راحتی است تا بتواند تمدد اعصاب پیدا کند. بعضی دیگر هم معتقدند که «حمایت» فرصت رشد را از مراجع می‌گیرد. آن‌ها مدعی‌اند که اگر بحران با داغدیدگی همراه است فرد بحران‌زده باید از تکان ذهنی برای یافتن راه‌های جدید، قبول ریسک‌های جدید، تلاش برای رفع غصه و طرح نقشه‌های تازه استفاده کند. کمک‌های اولیه درمانی باید توأم با حضور حامیانه توجه و دلسوزی باشد. یکی از ارزش‌های حمایت مستقیم تخفیف اضطراب و آسایش روانی متعاقب آن است. یک درمانگر حامی در اوج بحران یا در قعر آزرده‌گی به مراجعینی که احساس نارسایی، بی‌ارزشی، غم‌زدگی، تنهایی یا ترس دارد کمک می‌کند تا بتواند نیروی خود را برای تداوم مسیر منسجم نماید. انسان غم‌زده در رابطه حامیانه احساس می‌کند که تنها نیست. دیگران

او را درک می‌کنند و او می‌تواند صدمات و رنج‌های خود را با دیگران درمیان بگذارد. فرد بحران‌زده در چنین رابطه یاورانه‌ایی احساس می‌کند که می‌تواند احساس درماندگی خود را بدون ناکامی بیشتر ابراز نماید. علاوه بر این بازماندگان احساس اطمینان، قابلیت، ارزش و توان طرح‌ریزی پیدا می‌کنند. مثلاً احساس این‌که می‌توان یک ازدواج را نجات داد به مراجع شهادت می‌دهد تا به تلاش برای یافتن راه حل ادامه بدهد و دست به اقدامات سریع و نسنجیده نزنند.

از جمله محدودیت‌های رابطه حمایتی، ایجاد وابستگی و احساس رنجش یا گناه در مراجع است. نکته دیگر این است که مراجع ممکن است تلاش‌های حمایتی را تصنعی و عاری از صمیمیت تلقی نماید. دادن اطمینان بیش از حد به افراد بحران دیده باعث می‌شود که به نظر او متخصص عمیق جلوه نکند، زیرا مراجع حتی در بدترین شرایط و با وجود میل به خوش خیالی می‌داند که معجزه‌ای نمی‌شود و معلوم نیست که همه چیز درست شود و با حلوا، حلوا کردن دهن شیرین نمی‌شود. لذا بهتر است فرد بحران دیده برای ارزیابی بازخوردهای دریافتی کمک شود تا از این طریق بتواند وضع خود را به‌طور عینی برآورد نماید و قضاوت‌ها را به تناسب اعتبار آن‌ها بپذیرد.

## ۲- ایجاد امید

این اصطلاح به‌خاطر نقشی که در ایجاد تعادل، مهار استرس (فشار روانی) و جلوگیری از بحران‌های بعدی دارد از اهمیت خاص برخوردار است. امید یکی از روش‌های مقابله و یکی از وسایل جلوگیری از بحران و طرق حصول سلامت روانی است. عده‌ای معتقدند که امید فشار روانی را قابل تحمل می‌سازد ولی به امید واهی دل بستن یا به امید، از عمل مسئولانه در زمان حال فرار کردن، غیرمنطقی است. به هر حال به عقیده صاحب‌نظران، امید واهی جز خوش خیالی نیست و برای حل مسائل شخصی نمی‌توان به آن متکی بود.

نقطه مقابل امید، ناامیدی و یأس است. رنج و عذاب یأس برای همه مشخص است، یأس بدین معنی است که شخص تسلیم شده است و از تلاش برای دگرگون کردن ریشه‌های مشکل دست کشیده است، احساس دل شکستگی می‌کند و عواقب خوفناک و

اجتناب‌ناپذیر را پذیرفته است. امید یقین مفروض ایجاد می‌کند، مبنی بر این‌که واقعه خوفناک رخ نخواهد داد و یأس ایجاد نخواهد شد. علت توسل به این امید مفروض، اهمیت اساسی آن در زندگی است. وقتی مراجع به این مفروضات وقوف پیدا کند آن‌ها را وسیله دلیل‌تراشی برای پوشش یأس و یا وسیله دلخوشی قرار نمی‌دهد. امید توأم با انتظاراتی است که آن‌را از آرزو متمایز می‌سازد.

از جمله اثرات حمایتی امید، احساس آرامش‌آنی و خلاصی از رنج است. امید نیروهای ذخیره را برای رویارویی با سرچشمه‌های فعلی و آنی فشار (استرس) فعال می‌کند. افسانه‌های عامیانه پر از نمونه‌هایی است حاکی از این‌که امید باعث تسهیل در بهبود بیمارانی شده است که غیرقابل علاج تلقی می‌شده‌اند.

از جمله محدودیت‌های امید که درمانگر باید بداند و توجه داشته باشد این است که انسان آماده است تا امید را وسیله فرار از مسئولیت‌ها یا واقعیات نامطلوب قرار دهد، یا امید به آسانی تبدیل به آرزوهای تصنعی و غیرواقعی می‌شود. عواقب رها کردن آرزوها، به وخامت از دست دادن امید نیست. رها کردن آرزو ممکن است نامطلوب باشد، اما با از دست رفتن امید، فرد در معرض تردید، یأس، ناامنی، درماندگی و عجز قرار می‌گیرد.

ناامیدی، یأس و افسردگی از عوارض معمولی بحران است. امید ضد یأس و منبع رهایی از تنش و ناکامی است. انسان، محتاج امید است و برای حفظ آن تلاش می‌کند. انسان در هنگام بحران، به‌خاطر حفظ امیدواری، دست به بافتن «زنجیره منطقی‌سازی»<sup>۱</sup> می‌زند که عبارت است از بهم بافتن اجزاء واقعیت به کمک منطق و استدلال. کورنر<sup>۲</sup> معتقد است بین «منابع خارجی فشارهای روانی» و توان مقابله «ایمان و منطقی‌سازی امید» یک شرایط تعادل یا «معادله امید» برقرار است. پس از پی بردن به توانمندی‌های مراجع و واکنش او نسبت به بحران می‌توان این استراتژی را برای افزایش امید به موقع عمل گذاشت: ۱- بروز دادن احساسات، ۲- جمع‌بندی شناختی، ۳- به حرکت درآوردن منابع.

۴- اقدام به عمل: هدف این استراتژی این است که مراجع به حداقل اقدامات دست بزند لذا قدم اول این است که مراجع راجع به احساسات و امیدهای خود صحبت کند. مثلاً

---

1 - Rationalizing

2 - Kornor



اگر مراجع پکر و درمانده است، بگذارید درباره‌اش حرف بزند. اگر بحران ملایم‌تر باشد می‌توان خیلی سریع‌تر وارد مراحل بعدی شد و بالاخره به اقدامات عملی دست زد. اگر بحران خیلی شدید و توأم با احساس شدید ناامیدی و درماندگی باشد، ممکن است این استراتژی مؤثر نباشد.

الیس<sup>1</sup> با روش شناختی خود می‌کوشد منطق خود فریبانه و فاجعه‌آمیز مراجع را بررسی کند او به پیام‌های (بیانات) مراجع نقادانه نظر می‌کند. اکثر کمک‌های اولیه برای بازسازی امید در مراجع به عوض منطق یا احساسات به عمل مبتنی است. در این مرحله، تشویق به فعالیت احساس درماندگی مراجع را تخفیف می‌دهد و به بهبود جسمی و روانی او کمک می‌کند. از «فنون تسلی» می‌توان برای ایجاد احساس حمایت عاطفی در مراجع استفاده کرد. اگر این اقدامات اولیه نتواند وضع مراجع را تغییر دهد و یا اگر وضع با بروز اختلالات فکری و عاطفی رو به وخامت باشد اقدامات اورژانسی برای ارجاع ضرورت پیدا می‌کند.

تحقیقاتی که در مراکز بحران صورت گرفته نشان می‌دهد که «راهنمایی مستقیم» از گوش دادن و «توجه توأم با هم‌فهمی» مؤثرتر است و مراجع را بیشتر راضی می‌کند. لذا درمانگر باید خود را در شرایط بحران برای دادن «پیشنهادات مستقیم» آماده کند.

وقتی که مراجع از حالت درماندگی و رفتار منفعل خارج شد می‌توان با استفاده از «تفاهم» به «ایمان از دست رفته» یا خلاءهای «زنجیره منطقی سازی» پرداخت و از هر فرصتی برای تقویت «امید باز یافته» استفاده کرد. البته باید از اغراق هم پرهیز نمود. انتخاب جهت، در هر حال با مراجع است و درمانگر باید صرفاً تلاش‌های مراجع را برای بازسازی امید تقویت کند.

به هر حال، مراجع هر راهی را که در این مرحله در پیش می‌گیرد، محتاج تفاهم حمایت‌آمیز است. مراجع نیازمند آن است که تلاش‌های او برای رسیدن به تعادل و سازگاری و همچنین اقدامات مسئولانه او حتی‌المقدور مورد تشویق قرار گیرد. وقتی مراجع به مرحله غلبه بر بحران رسید، در مقام مبادرت به نوسازی قرار می‌گیرد. یکی از عوامل مهم برای حفظ امیدواری مراجع، این است که مرتباً به او خاطر نشان کنیم که از جمله نتایجی که بحران به همراه دارد رشد تازه و فرصت نوسازی است.

### ۳- اطمینان دادن

اطمینان یک روش کلامی است که مراجع را از عواقب اعمال و احساسات خود مطمئن می‌سازد. این عمل باعث کاهش فشار روحی و قوت قلب می‌شود و انتظارات آینده را بهبود می‌بخشد. لذا می‌توان آن را نوعی تقویت تلقی کرد. عبارات اطمینان‌بخش عموماً از این قبیل هستند: «تو توانایی آن را داری»، «تو می‌توانی منطقی باشی»، «تو می‌توانی مشکلاتت را حل کنی»، «تو می‌توانی بر احساسات خود غلبه کنی»، «تو می‌توانی وضع روحی بهتری داشته باشی».

هدف از اطمینان دادن بالا بردن روحیه مراجع، فعال ساختن نیروهای او، کاهش اضطراب تا حد کارآیی مطلوب یا تقویت رفتار دلخواه است.

اطمینان‌بخشی از دو راه حاصل می‌شود. اول از طریق رفع سوء تفاهم‌ها و تردیدهایی که ممکن است مراجع داشته باشد و دوم از طریق خاطر نشان ساختن توانایی‌ها و پتانسیل‌های بالقوه مراجع. اطمینان‌بخشی نوعی امیدوار ساختن مراجع است.

یکی از مهارت‌های اطمینان دادن، تأیید اظهارات مراجع است، از این قبیل: «این فکر بسیار خوبی است». این کار، اظهارات مراجع را تقویت می‌کند، فکر او را تثبیت می‌کند و احتمال تغییر فکر یا رفتار مورد نظر را کاهش می‌دهد.

دومین مهارت در اطمینان دادن پیش‌بینی پیامدها است. نمونه آن اینگونه است «درگذشت همسر دشوار و مستلزم سازگاری مجدد و تازه است، این دشواری ممکن است مدتی ادامه پیدا کند اما تو می‌توانی از عهده آن برآیی». روش دیگر در این فنون، مطمئن ساختن مراجع از واقعیت ممکن است. اظهار این که مشکلات او قابل حل است و یا بسیاری از مردم مشابه این مشکل را داشته‌اند، یا این که آثار ناراحتی فعلی پس از مدت زمان محدودی محو خواهد شد، باعث می‌شود که مراجع بتواند فشارهای جاری را تحمل کند.

در مواردی می‌توان مراحل شناخته شده و قابل پیش‌بینی مثلاً در طرح‌ریزی شغلی یا بهبود وضع درسی را عنوان کرد. در استفاده از اطمینان دادن باید به محدودیت‌های آن

توجه داشت، این محدودیت‌ها عبارتند از:

۱) چون استفاده از این مهارت آسان است، باید از وسوسه زیاده‌روی در آن پرهیز کرد.  
۲) اگر مراجع احساس کند که ماهیت واقعی موضوع کتمان یا کوچک شده است باعث خصومت او می‌شود.

۳) گاه اطمینان دادن هم‌دردی غیرصمیمانه تلقی می‌شود و کل رابطه یاورانه را به خطر می‌اندازد.

۴) اطمینان دادن گاهی باعث اتکاء مراجع به مشاور می‌شود.

۵) اگر اطمینان دادن نوعی موافقت تلقی شود، مراجع را در دام افکار و اعمال حاضر خود اسیر می‌کند.

به‌طور خلاصه، در استفاده از فنون حمایتی باید به این نکته توجه شود: که اطمینان دادن عموماً به کیفیت رابطه بین متخصصین (مشاور) و افراد بحران‌زده وابسته است نه به شکل کلامی ابراز آن. هم‌چنین سعی کنید از این مهارت بیشتر برای کاهش ناراحتی و عذاب نفس و برای تقویت رفتارهای مثبت مراجع استفاده کنید.

### **فنون راهنمایی و جهت‌دهی**

درمان حمایتی گاهی متضمن هدایت مراجع در شرایط گوناگون و اکثراً از طریق توصیه‌های مستقیم است. در اینجا هدایت مراجع در مسائل عملی زندگی نظیر مکان سکونت، چگونگی درمان، مسائل دخل و خرج، بهداشت شخصی، خواب و تغذیه و از این قبیل است. ممکن است در مورد مسائل دیگری چون کار و چگونگی کنار آمدن با شرایط ویژه‌ای که پیش می‌آید نیز توصیه‌هایی لازم باشد. شرایط ویژه از قبیل: تغییر شغل، چگونگی برخورد با مسئولین بالاتر به هنگام درخواست تقاضای معقول‌تر، تغییر روابط، تغییر دوستی‌ها، تغییر نحوه گذران اوقات فراغت و نحوه پیوستن به گروه‌های اجتماعی که فعالیت‌های اجتماعی، سیاسی و فرهنگی دارند، مشغول شدن با سرگرمی‌های خاص و یا توصیه به ایشان درباره نحوه شناخت و کنترل فشارهای روزمره زندگی، مهارت‌های تصمیم‌گیری و نحوه کمک طلبیدن از جمله موارد هدایت و جهت‌دهی است. عمده

تصمیم‌گیری‌ها در این زمینه‌ها توسط متخصص انجام می‌گیرد، هر چند مراجع کاملاً منفعل نیست. توصیه‌ها باید با ترغیب و انگیزه‌سازی همراه باشد تا مراجع بتواند با تعهد و جدیت انجام آن را پیگیری نماید. باید توجه شود که هدایت مراجعین باید منطبق با شرایط زندگی و توانمندی‌ها و امکانات مراجع باشد نه فقط گویای خواست‌های مراجع یا درمانگر. در واقع این مرحله، مرحلهٔ مبادرت به عمل است. عمدهٔ اهداف این مرحله رهاسازی هیجانی، تسکین، فعال‌سازی مکانیسم‌ها و ارتقاء مهارت‌های سازگاری است. افراد بحران‌زده با مبادرت به عمل قدم در راه رفع حالت بحران و حصول مجدد تعادل برمی‌دارند. در اینجا درمانگر باید مهارت‌های سازگاری مراجع را برانگیزاند. افراد دچار بحران که با فقدان نیز مواجه شده‌اند ممکن است دچار اختلال در ادراک شده و آلترناتیوهای عمل نداشته باشند و احساس کنند که در بن‌بست قرار دارند و راهی جز روش‌های غیرمنطقی نیست. بنابراین یک روش درمانی در این مرحله کمک به افزایش آلترناتیوهای مراجع، روش دیگر کمک به افراد برای پرهیز از بکارگیری راه‌حل‌های عقیم و غیرمنطقی و روش سوم ارجاع است. آموزش روش‌های سازگاری، آموزش روابط اجتماعی، کمک به اشتغال و ادامه تحصیل، تدوین برنامه روزانه زندگی و شروع مجدد آن‌ها نیز در این مرحله صورت می‌گیرد.

### ۱- یافتن راه‌حل و اقدام عملی

یکی از مشخصه‌های اشخاص دچار بحران، محدود شدن ادراک است. بدین معنا که برای رفع بحران راه‌حل‌های چندانی به‌نظرشان نمی‌رسد. مثلاً شخصی می‌گوید: «چاره‌ای جز خودکشی ندارم». در این قبیل مواقع باید مراجع را با پیشنهاد راه‌های ممکن و محتمل یا تشویق به تدبیر راه‌حل کمک کرد. هدف، تسهیل دستیابی به یک دید واقع‌بینانه از بحران، حمایت عاطفی برای دست یافتن به تعادل و آرامش است. بنابر نظریه تعادل، اشخاص نیازمند تعادل عاطفی بین مشکلات و راه‌حل‌های خود هستند. وقتی مهارت‌های مقابله‌ای آنان نارسا باشد یا اقدامات عملی جواب‌گو نباشد، تنش و عذاب درونی آن‌ها را دربرمی‌گیرد. تنش و عذابی که در صورت حاد بودن، بحران روانی دیگری را بوجود

می‌آورد. وظیفه یاور آن است که به مراجع برای پرهیز از راه‌حل‌های عقیم در هنگام بحران کمک کند. تا اینکه او بتواند مکانیسم‌های مقابله‌ای خود را بازیابد.

## ۲- بینش

هدف این روش ترغیب و افزایش بینش و بصیرت مراجع است. در مداخله در بحران هدف درمان نیل به عمیق‌ترین سطح شخصیت و کاوش در ناخودآگاه، تحلیل انتقال و مقاومت‌های عمیق مراجع نیست، بلکه کمک به سطحی‌ترین شرایط و وضعیت روزمره زندگی مراجع است. بنابراین در این روش سعی می‌شود بینش مراجع نسبت به واقعیات موجود افزایش یابد. واقعیات موجود برای فرد بحران‌زده که از این استراتژی استفاده می‌شود عبارتست از: نوع نیازهای حمایتی، منابع حمایتی موجود، نحوه ارتباط با منابع حمایتی، شیوه تنظیم برنامه روزانه، شیوه مواجهه با واقعیات‌های روزمره، تنظیم مجدد ارتباطات دوستانه و برنامه‌های کار، فعالیت، تفریح و اوقات فراغت.

## ۳- فنون نفوذی

بکارگیری فنون نفوذی هم اثربخشی بالایی دارد و هم ریسک‌پذیر است. فنون نفوذی به فونونی تأثیرگذار اطلاق می‌شود که با استفاده از تکنیک‌های تصریح، تلقین، بازخورد، مواجهه، تعبیر و تفسیر و طرح‌ریزی سعی می‌شود مراجعین به سمت رفتارها و تغییرات مورد نظر حرکت کنند و در واقع انگیزش‌های درونی بیمار به غلیان درآید. این شرایط می‌تواند در مراحل بعدی توسط خود مراجع انجام گیرد و مراجع با انگیزش‌های درونی و بدون حضور این فنون به تداوم رفتار و تغییر پردازد. بکارگیری فنون نفوذی باید در زمان وجود مقاومت‌های سخت بیمار و یا ناتوانی‌های او برای حرکت به سوی تغییر بکار گرفته شود. توصیه می‌شود این فنون به‌عنوان یک شیوه اولیه مورد استفاده قرار نگیرد.

## ۴- تشویق

استفاده از تشویق زمانی مؤثر است که درمانگر می‌داند برای دستیابی به چه هدفی تلاش می‌کند. اکثر مراجعین نیاز دارند به‌طور منظم «جرات ورزی» بیاموزند و یا احساس

اطمینان نمایند. اما این کار در صورتی به بهترین نحو عملی می‌گردد که در ارتباط با موقعیت خاصی از زندگی یا فرایند درمان آن‌ها باشد. درمانگر به جای بکارگیری عبارات مبهم و کلی بایستی از تکنیک درمان در چهارچوب مشخصی استفاده نمایند. این زمینه‌ها از بیماری به بیمار دیگر تفاوت بسیاری دارد. آنچه در اغلب مراجعان می‌تواند ثابت باشد تشویق در این زمینه‌ها است: احساس کهنتری، تعالی و احترام به خویش و ترغیب فرد به پذیرفتن شیوه‌های رفتاری که در مورد آن‌ها شک و واهمه وجود دارد. لازم به ذکر است که تشویق و تهییج مراجع باید مناسب، متناسب، مفید و مؤثر باشد.

## ۵- تغییر در محیط مراجع

مراجعان بحران‌زده در مسائل گوناگون محیطی دچار مشکل هستند. آنان توان کاری خود را از دست داده‌اند و تداوم اشتغال برای آن‌ها دشوار است. محیط خانوادگی آن‌ها ممکن است خصمانه و دشوار باشد، از نظر مالی و اقتصادی دچار تزلزل عمده‌ای شوند، از نظر روابط اجتماعی انزوا را پذیرفته باشند و بالاخره این‌که تحت فشار روابط اجتماعی باشند. تمامی این عوامل تغییرات محیطی است که به دنبال بحران ایجاد می‌شود و لازم است روی این تغییرات کار شود. ممکن است محل سکونت، محل اشتغال، نوع شغل، نوع منابع درآمد و ... نیاز به تغییر داشته باشد. تغییرات محیطی مثبت همانند افزودن چیزی به قلمرو دنیای مراجع درست به اندازه حذف عوامل استرس‌زا اهمیت زیادی دارد. در این جهت می‌توان در جلسات مشاوره تصمیماتی اتخاذ کرد. برای برخی از تصمیماتی که نیازمند کمک همراهان، اعضای فامیل و ... است می‌توان رایزنی‌هایی نیز با آن‌ها داشت و بالاخره پس از اتخاذ تصمیمات می‌توان پیگیری آن‌ها را برحسب توانمندی‌های افراد به خود مراجعان، سایر اعضای خانواده، اقوام، دوستان، آشنایان و مراکز حمایتی مثل بیمه و ... واگذار کرد. این عمل موجب افزایش احساس حمایت‌شدگی از سوی مراجع می‌شود و مراجع را با منابع حمایتی درگیر می‌کند.

بخشی از تغییرات ممکن است تغییر محل سکونت باشد. مهاجرت به محل و منطقه‌ای که منابع حمایتی در آن وجود دارد، رفتن به آسایشگاه، بستری شدن در بیمارستان، ارجاع

به خانه‌های بین راه از این قبیل هستند. درمانگر باید عواقب این تغییرات را برآورده نماید و منابع حمایتی بعدی را فراهم سازد و تا آن زمان ارتباط خود را با مراجع قطع نکند. تغییرات اساسی در محیط سکونت در شرایط حاد استرس است، زمانی که امکان ارائه خدمات بحران‌زدایی برای فرد امکان‌پذیر نیست و یا ادامه وضع موجود اوضاع را وخیم‌تر می‌سازد. در برخی از شرایط بحرانی درمانگر بایستی به جای مراجع تصمیم بگیرد و این زمانی است که مراجع از خودآگاهی لازم برخوردار نیست و بینش کافی برای اتخاذ تصمیم را ندارد.

در بکارگیری شیوه‌های حمایتی - محیطی درمان‌های تیمی مؤثرتر خواهند بود. حداقل حضور یک مشاور یا روان‌درمانگر به همراه یک مددکار اجتماعی ضروری است. البته چنانچه حداقل یک پزشک عمومی یا متخصص روانپزشکی به همراه روان پرستار در تیم باشد اثربخشی این روش افزایش پیدا می‌کند.

## ۶- فنون ارجاع

حتی متکی به نفس‌ترین و مجرب‌ترین یاوران هم گاه ناکامی و شکست خود را در کمک به اشخاص دچار بحران می‌پذیرند. ارجاع برای مراجع یک آغاز تازه است. ارجاع مراجعان بحران‌زده برای یاور تازه‌کار عادی است. با این‌که ارجاع کار ساده‌ای به نظر می‌رسد اما رعایت نکات زیر بر تأثیر آن می‌افزاید:

۱) در مراجع برای ارجاع آمادگی ایجاد کنید، این آمادگی از طریق ابراز تمایل او برای مراجعه به متخصص دیگر و یا نگرانی او نسبت به ارائه خدمات یاورانه جاری آشکار می‌شود.

۲) آشنایی با مراکز و منابع خدماتی گوناگون جامعه

۳) در ابراز محدودیت‌های کار خود و مشاهدات خود از وضع مراجع که باعث پیشنهاد ارجاع شده است، صادق و صریح باشید. دقت کنید که پیشنهاد شما باعث این نشود که مراجع احساس کند وضع او بسیار وخیم است و از شما مطلقاً کاری ساخته نیست.

- ۴) بهتر است که احتمال ارجاع قبلاً با درمانگر یا مؤسسه مورد ارجاع مطرح شده و هماهنگی لازم صورت گیرد.
- ۵) قبل از هر پیشنهادی، با کسانی که قبلاً با مراجع تماس داشته‌اند، تبادل نظر کنید.
- ۶) در مورد مراجع کودک بهتر است رضایت و همکاری والدین برای اقدامات بعدی جلب شود.
- ۷) در توصیف خدمات مؤسسه مورد ارجاع مبالغه نکنید، امکانات و محدودیت‌های احتمالی آنجا را عنوان کنید.
- ۸) به خود مراجع یا والدین او این امکان را بدهید که خودشان برای خدمات تازه پیش‌قدم شوند، اگر چه خدمات حمایتی مانند دراختیار گذاردن وسیله نقلیه کار را تسهیل می‌کند.
- ۹) بدون اجازه کتبی مراجع یا والدین او هیچگونه اطلاعاتی را در اختیار منبع ارجاع قرار ندهید.
- ۱۰) اگر شما درمانگر اصلی مراجع هستید، اخلاقاً بهتر است رابطه‌ی یاورانه خود را تا به اتمام رسیدن کار ارجاع و برقراری رابطه‌ی جدید همچنان ادامه دهید.

## فنون نوسازی و رشد

در این مرحله اهداف زندگی مراجعین بازبینی، اهداف جدید ترسیم و شیوه‌های نیل به اهداف جدید تعیین می‌شود. در این مرحله کمک اصلی، به حرکت درآوردن پتانسیل بالقوه بحران برای رشد و پویایی مراجع است. این مرحله شروع یک جهت‌گیری جدید در زندگی است. ارزش بحران وقتی آشکار می‌شود که شخص آماده رسیدن به مراحل بالاتر خودشکوفایی و تعادل باشد. این آماده‌سازی با استفاده از روش‌های امیدوارسازی، شناخت و اعتقاد به تحمل رنج، اعتقاد و پیوند ارتباط با خالق و سرنوشت و بالاخره پیدا کردن یک معنا برای ادامه حیات امکان‌پذیر می‌شود. روش‌های قابل استفاده در این مرحله به روش‌های نوسازی و رشد معرف هستند. ففونی هم‌چون مهارت‌های مرکزیت دادن، تحلیل توانمندی، بمباران نقاط قوت، مرور تجارب رشد در این روش مورد استفاده قرار می‌گیرد.



سایر فنون مورد استفاده در این محور مواجهه، آگاهی حسی، گشتالت درمانی، تعلیم ارتباط، هنرهای خلاق، افزایش تجارب جدید و تقویت معنوی است. بکارگیری این روش‌ها موجب رهاسازی توانمندی‌ها و قابلیت‌های فرد، تسهیل خودآگاهی، افزایش خودشناسی و جهت‌گیری جدید مذهبی و معنوی می‌شود.

فنون نوسازی و رشد عمدتاً معطوف به تشخیص توانمندی‌های اشخاص، کمک به آن‌ها برای وقوف به این توانمندی‌ها و سپس کمک به ایشان جهت آزادسازی و رهاسازی توانمندی‌ها و قابلیت‌های رشد است. این فنون برای کسانی که هنوز در حالت بحران بسر می‌برند کاربرد ندارد. زیرا بهره‌گیری از این فنون منوط به داشتن آگاهی و وجود تعادلی است که مقدمه رشد است. پس از اجرای مهارت‌های تسکین می‌توان از این فنون استفاده کرد. هم‌چنین بکارگیری این فنون مستلزم مهارت تحلیل توانمندی و کارآیی در تسهیل خودآگاهی است.

استفاده از فنون مواجهه، آگاهی حسی، گشتالت درمانی، افزایش معنویات، تعلیم ارتباط، هنرهای خلاق و امثال آن موجب دوری افراد از فشارهای زندگی روزانه و تسهیل کسب مهارت‌ها و تجارب جدید می‌شود. بازخوردهای دریافتی مراجع در شرایط امن توأم با اعتماد گروه، کمک شایانی به رشد افراد می‌کند. فنون نوسازی و رشد به علت همراه بودن آن با مخاطرات شخصی جزو مهارت‌های اولیه یاوری محسوب نمی‌شود. شرکت در این گروه‌ها به کسانی پیشنهاد می‌شود که بحران را از سر گذرانیده‌اند و در مرحله بازسازی و تقویت امیدها و توانمندی‌ها قرار دارند.

این فنون مبتنی بر این دیدگاه است که بحران‌ها گاهی اوقات فرصت‌هایی با خود به همراه دارند. یک بحران می‌تواند دیدگاه‌های قدیمی و نادرست را از بین ببرد، وظایف کنار گذاشته شده را مجدداً فرا بخواند، تغییرات لازم را که باید در روند جاری ایجاد شود را شتاب بخشد، باعث ظهور جهان‌بینی نوین گردد، استعدادهای غیرمنتظره‌ای بروز کند و قهرمانان متولد شوند. مدیریت خوب بحران می‌تواند یک احساس هم‌بستگی در میان اعضاء ایجاد کند، مدیریت خوب بحران می‌تواند اثرات منفی بحران را به حداقل برساند و فقدان مدیریت خوب می‌تواند به سرعت وضعیت را از آنچه که هست، بدتر کند.

برخی از فنون نوسازی و رشد در زیر شرح داده می‌شود:

## ۱- مرکزیت دادن

در این روش فرض بر این است که ارتباط با مرکز یا هسته وجود هر انسان منجر به آرامش، توازن، یکپارچگی و نیرو می‌شود. شخصیت انسان چیزی ورای اجزا آن تلقی می‌شود. لذا منظور از مرکز همانا کل وجود یا خویشتن خویش است. «مرکز» حیطة احساس‌ها و تجربه‌های خصوصی است. درمانگر می‌کوشد فرد را از قید تأکید بیش از حد تنها بر یکی از تجلیات وجودی خود مثلاً «تفکر» آزاد کند. یکی از راه‌های انجام این مهم خودآگاهی دادن به فرد است. بدین طریق که درمانگر از فرد می‌خواهد که چشمان خود را ببندد و راحت باشد و آهسته نفس عمیق بکشد. سپس با القاء کلامی او را به طرف «مرکز وجود» خود هدایت می‌کند. مثلاً می‌گوید: تن تو جزیی از توست، اما تو بیش از بدنت هستی، تو احساس داری و احساسات تو جزئی از توست نه تمام تو. تو می‌اندیشی، عقایدی داری، اما نظرات تو تمام وجود تو نیست. در وجود تو مرکزی هست که تمام اجزای درون آن بهم می‌رسند. مرکزی که در آن احساس آرامش، یکپارچگی و توانمندی می‌کنی. این مرکز جز مهمی از توست.

بسیاری از اشخاص دارای وجودی انباشته از تناقض‌اند. هر بخشی از وجود آن‌ها به راهی می‌رود و یک ساز جدا می‌زند. توجه آن‌ها بیشتر متوجه یک قسمت از وجودشان است و سایر بخش‌ها را نفی می‌کنند. مثلاً ممکن است تمام وجودشان را تن‌شان یا عضلاتشان، یا افکارشان و یا این‌که احساساتشان قبضه کرده باشد. در این حالت نفی سایر ابعاد وجود و تضاد درونی ناشی از آن تمام انرژی آن‌ها را به هدر می‌دهد. کمک به این اشخاص برای کشف مجدد «مرکز وجود خود» و توجه به سایر ابعاد وجودی و شخصیت خویش با احساس آرامش و توان همراه است.

در دیدگاه انسان‌گرایان صحبت از دو نوع بودن است: حاشیه‌ای و مرکزی. انسانی که در حاشیه زندگی می‌کند نظر به عمل و تغییر جهان فیزیکی دارد. انسان مرکزگرا بیشتر توجه به حالت درونی و شخصی از قبیل احساسات، آرزوها و اشراق دارد. زبان حال چنین انسانی همان است که می‌گوید:

ما درون را بنگریم و حال را  
نی برون را بنگریم و قال را

مرکز وجودی هر فرد مکان آرامش اوست. یک شکل کلیدی حیات ایجاد تعادل بین این دو مرکز وجود است. یکی از این راه‌های کمک، هدایت فرد برای تحلیل ارزش‌های ناشی از حیات حاشیه‌ای و تمرکز بخشیدن به «وجود» است. در این مورد می‌توان با استفاده از مهارت‌های خودشناسی و مهارت‌های ارتباطی به مراجع کمک کرد (برای آگاهی بیشتر در زمینه فنون خودشناسی می‌توانید به کتاب خودشناسی در روان‌شناسی نوشته مؤلف مراجعه کنید).

## ۲- تحلیل توانمندی

تحلیل توانمندی یکی از طرق مرکزیت دادن است. این روش را می‌توان هم در مواقع عادی و هم در مواقع بحران بکار برد. شیوه بکارگیری این روش عبارت از تمرکز دادن مراجع به نقاط قوت خود است. درمانگر با کمک مراجع توانمندی‌های فهرست شده مراجع را با صدای بلند قنطار می‌کند. این کار موجب توجه بیشتر مراجع به بخش‌های فراموش شده خودش می‌شود. این نکته قابل توجه است که معمولاً انسان در مواقع فشار ضعف‌ها و خصوصیات منفی خود را بزرگ می‌کند و در عوض توانمندی‌های خود را فراموش می‌کند.

خود درگیری و انتقاد از خود مشخصه افراد دچار بحران است. لذا تکیه بر نقاط قوت فرد حتی اگر محدود هم باشد برای بخود آوردن مراجع و توجه دادن او به جهات مثبت وجود خویش کافی است. نقاط قوت را خود مراجع می‌تواند فهرست کند و یا به‌طور مشترک توسط درمانگر و مراجع و یا اگر اعضای گروه باشد با کمک آن‌ها فهرست می‌شود. در صورتی که این فن در جلسات گروهی بکارگیری شود بهتر است هر یک از اعضا به‌نوبت در مرکز جلسه قرار گیرند و سایر اعضا به‌ترتیب و با کمی سرعت توانمندی‌های فهرست شده از فرد را با صدای بلند بخوانند. بکارگیری این فن به‌صورت گروهی بمباران نقاط قوت نیز گفته می‌شود.

طریق دیگر در روش تحلیل توانمندی مرور تجارب رشد است. تمرکز دادن مراجع به

تجارب مطلوب یا نامطلوب و حتی الامکان تجارب متأخر باعث رشد مثبت و سازنده فرد است. نکته مهم و قابل توجه این که حتی وقایع فاجعه‌بار گذشته نیز بعدها به صورت تجارب گرانبها در می‌آید. به همین قیاس، کمک درمانگر برای تمرکز بر وقایع گذشته احساس قابلیت مراجع را برای مقابله با فشار و بحران جاری افزایش می‌دهد. مرور تجارب اوج نیز دارای اثری مشابه پرداختن به تجارب رشد است. تجربه اوج تجربه نسبتاً کوتاه مدتی است که طی آن فرد لذت، شوق، شغف و فعلیت یافتن یا ارضا شدید را احساس می‌کند. یادآوری این قبیل تجارب هم سودمند است و هم می‌تواند باعث رضا و راحتی گردد.

### ۳- معنادرمانی

این روش درمانی مبتنی بر این اصل است که «کسی که چرایی در زندگی‌اش دارد با هر چگونگی خواهد ساخت». بحران ممکن است سبب شود که بازماندگان اتکانش را به زندگی از دست بدهد و همه هدف‌های زندگی‌اش را از کف رفته بپندارد. معنادرمانی<sup>۱</sup> کمک می‌کند تا بازماندگان بر شرایط موجود چیره شوند و از آن‌ها فراتر گذارند. انسان به‌طور بالقوه این توانمندی را دارد. می‌توان این نیروی انسانی را دریافت و بازماندگان را برانگیخت تا مسئولیت زندگی‌اش را بهتر از پیش در دست گیرد و هر نوع سختی را تحمل کند و برای فراتر از بقا تلاش کند.

تجارب فرانکل نشان داد که افراد در شرایط بسیار سخت و بحرانی، سراپا در هراس بسر می‌برند، قدم به قدم زندگی‌شان مملو از هراس است، خسته و گرسنه می‌شوند، ممکن است جایی امن برای چمپاتمه‌زدن نیز نداشته باشند، نمی‌دانند عاقبت این حادثه به کجا ختم می‌شود، ممکن است لباس کافی نداشته باشند، حتی ممکن است لخت باشند، احساس می‌کنند تاب و تحمل هیچ چیزی را ندارند، اگر خوابشان ببرد با کوچکترین صدایی از خواب می‌پرند، خیال خودکشی حتی به مدت کوتاهی هم که شده به سر خیلی‌ها می‌افتد، نمی‌توانند راست راست راه بروند، احساس بی‌دردی، بی‌حسی و

خونسردی می‌کنند و به مرحله‌ای از مرگ احساسات می‌رسند. هر ضربه بعدی تأثیری سوزان‌تر از ضربه اصلی دارد، نیاز شدید به درد دل دارند، احساس می‌کنند در مسیر قهقرای روحی حرکت می‌کنند، دچار کابوس‌های وحشتناک می‌شوند، زندگی‌شان حالت بدوی پیدا می‌کند، شرایط طوری می‌شود که انگار سال‌هاست افراد اینگونه‌اند، مسایل فرهنگی رو به خمودی می‌رود، احساس پوچی آشکار می‌شود. شایعات ضد و نقیض آزار می‌دهد، خطر شیوع بیماری‌ها دلخراش می‌شود، افراد ممکن است بخواهند حرفی بزنند، دعایی بخوانند در حالی که ممکن است هیچ کلمه‌ای به یادشان نیاید، از ترس کابوس ترجیح می‌دهند شب را نخوابند، اگر غذایی به آن‌ها برسد اندک و مورد علاقه‌شان نیست، ممکن است همه ارزش‌های اخلاقی برایشان بی‌معنی جلوه دهد، احساس می‌کنند همه اراده‌شان از آن‌ها سلب شده است، گاهی حتی برای چند لحظه یا چند دقیقه میل مقاومت ناپذیری برای تنها بودن پیدا می‌کنند، احساس می‌کنند جان انسان خیلی بی‌ارزش است، بی‌حوصلگی یکی از مشخصات آن‌هاست، افراد گرفتار عقده حقارت می‌شوند، هر لحظه منتظر فاجعه‌ای هستند، اتکاءشان را به زندگی از دست می‌دهند و در مجموع در نظرشان همه چیز بی‌معنی می‌شود و...

اما آنچه سازنده وضع روحی، شخصیت و خوددرونی افراد در رنج می‌شود وابسته به معنایابی آن‌هاست. وضع بسیار دشوار به آدمی فرصت می‌دهد تا از لحاظ روحانی به حدی برسد که بالاتر از قدرت و توان اوست. انسان این فرصت را پیدا می‌کند که در زندگی و حتی در مرگ بزرگ شود و به فیضی برسد که در شرایط معمولی هرگز به آن دسترسی نبود. انسان می‌تواند از این موقعیت‌ها فاتح بیرون آید و زندگی پر از درد و رنج را به فتح درونی تبدیل کند.

درمان بازماندگان باید بر این اصل استوار باشد که نیروی نهانی آن‌ها را با نشان دادن هدف‌های آتی و غایی برانگیزاند و چون اینگونه شد دیگر رنجی در میان نخواهد بود. بنابراین هر تلاشی برای آسیب‌دیدگان باید مبتنی بر برانگیختن نیروی درونی او در جهت هدفی برای آینده باشد. چیزی که واقعاً برای آسیب‌دیدگان لازم است اینکه تغییری اساسی در طرز فکر او ایجاد شود. بنابراین درمانگر باید اول خود این طرز فکر را بیاموزد و چنین فکر کند.

معنادرمانی می‌تواند به‌طور گروهی و دسته‌جمعی و یا به‌صورت فردی انجام شود. درمان فردی تلاشی است مهربانانه برای نجات آسیب‌دیدگان و جلوگیری از خودکشی آنان. از سویی دیگر برای درمان دسته‌جمعی آسیب‌دیدگان موقعیت و فرصت زیادی وجود دارد و نباید این فرصت‌ها را از دست داد.

در روش معنادرمانی مراجع ممکن است به چیزهایی گوش کند که گاهی شنیدنش بسیار دشوار است. این روش به جای واپس‌نگری و درون‌بینی، به آینده، وظیفه و معنایی توجه دارد که باید توسط مراجع انجام گیرد و در نتیجه خود میان‌بینی در مراجعان بجای تقویت دائم، بی‌اثر می‌شود. بنابراین اصول معنادرمانی تلاش برای جستن معنایی در زندگی است. این معنا در زندگی او اولین نیروی محرکه و برانگیزاننده است. پس در این روش معناخواهی پایه کار درمانگر است. شیوه‌های درمانی این روش طبق چهارچوب زیر است:

**۱- معناخواهی:** تلاش برای یافتن معنایی در زندگی نیروی اولیه حیات فرد است. این معنا برای هر فردی منحصر و یکتاست و فقط خود اوست که باید برای بدست آوردن آن تلاش کند و فقط در چنین صورتی است که این نیرو او را راضی خواهد کرد. زیرا که انسان می‌تواند به‌خاطر آرمان‌ها و ارزش‌هایش زنده بماند و حتی به‌خاطر آن‌ها با رضایت بمیرد. آسیب‌دیدگان ممکن است به شبه ارزش‌ها علاقه پیدا کنند و این پوشش برای پنهان‌سازی اضطراب‌های آن‌ها باشد. در این موارد باید کوشید که علل نهانی چنین علایقی که چیزی جز تعصب نیست برملا شود. درمانگر تلاش کند این فکر را در مراجعان آسیب‌دیده ایجاد کند که انسان سازنده خود است، یعنی سازنده آنچه هست، آنچه خواهد بود و آنچه باید باشد. او معنای وجود خود را خودش نساخته است بلکه وظیفه‌اش این است که آن‌را دریابد و به آن پی ببرد. بنابراین وظیفه درمانگر این است که به مراجع آسیب‌دیده کمک کند تا او معنایی در زندگی خود بیابد. این معنا در وجود مراجع و زندگی او نهفته است. این معنایی گشتن به‌دنبال حقایق روحانی حیات و زندگی است. آرزویی است که در ژرفای وجود او هست.

معنایی می‌تواند از چیزهای کوچک و کم‌اهمیت زندگی شروع شود. حتی اندیشیدن به

عشق و محبوب خویش می‌تواند شروع خوبی باشد. اندیشیدن به محبوب می‌تواند در مراحل بعدی درمان گسترش داده شود و به ارزش‌های فراتر از من و فرامن برسد. البته باید دانست که تلاش فرد برای معنایابی و یافتن ارزش یا ارزش‌های والای زندگی ممکن است به‌جای تعادل، هیجانی در او ایجاد کند ولی باید به مراجع یاد داد که همین هیجان است که یکی از ابزار سلامت روانی است. باید به مراجع کمک کرد تا به این ایمان داشته باشد که معنایی در حیات او موجود است و این چرایی حیات را درک کند زیرا، کسی که چرایی در زندگی دارد با هر چگونگی خواهد ساخت. مواردی از این قبیل می‌تواند به مراجع برای شروع معنایابی کمک کند: این‌که وظیفه سنگینی درآینده درانتظار آنهاست، راز زنده ماندن آنها انجام چنین تکلیف بزرگی است، این‌که تجارب آنها در شرایط بحرانی باید توسط خودشان ثبت و مورد استفاده آیندگان قرار گیرد، این‌که او باید تصمیم‌های مهمی را که با سرنوشت دیگران گره خورده اتخاذ کند، این‌که از توان بالقوه‌ای که فرصت بیداری پیدا کرده بهره گیرد، این‌که دیگر اسیر فرصت فراغت سرگردانی که خیلی‌ها را در ناراحتی عمیقی نگه می‌دارد و زندانی نقاب‌های زندگی هم‌چون پول‌پرستی و جلوه‌های ظاهری نخواهد بود، این‌که او از این به بعد با نوروز اندیشه‌ها روبرو است و هر روز او روزی نو، همراه با تصمیمات بدیع و پراز پویایی خواهد بود و هر موقعیت زندگی آینده فرصتی است یکتا که در هر فرصت گرهی از او گشاده خواهد شد و...

**۲- پذیرش مسئولیت:** پذیرش مسئولیت در کل معنادرمانی مستتر است. مراجع آسیب‌دیده حتی در معنایابی حیات‌اش باید مسئولیت را خود برعهده گیرد. پس سؤال درباره معنای زندگی را باید از خود مراجع پرسید. درمانگر نباید بگوید که معنای زندگی او چیست. بلکه باید بداند که خود مراجع مورد سؤال است. پس به مراجع باید کمک کرد که بداند و ایمان پیدا کند که هر فرد خود جوابگوی زندگی‌اش است. تلاش درمانگر این است که مراجع آزادانه انتخاب کند، انتخاب آزادانه مسئولیت ایجاد می‌کند. باید مراجع را آزاد گذاشت تا خود را در هر مورد مسئول هرکس و هرچیزی که می‌خواهد بداند. این برعهده مراجع است که تصمیم بگیرد در برابر وظیفه‌ای که از این به بعد زندگی برعهده او گذاشته است مسئول کیست. باید در درک این موضوع به مراجع کمک کرد که وجود انسان فراتر

از خود اوست.

۳- تغییر: درمانگر برای تغییر به مراجع آسیب‌دیده کمک می‌کند، زیرا معنای حیات انسان همیشه در تغییر است نه سکون و آرامش. درمانگر این تغییر را به چند روش دنبال می‌کند:

❖ مراجع تشویق به انجام کاری شایسته می‌شود. کار شایسته می‌تواند برای زندگی خود و زندگی دیگران باشد.

❖ به مراجع آسیب‌دیده کمک می‌شود تا ارزش روحی خود را درک کند. علایق مذهبی عمیق به‌خودی خود در آسیب‌دیدگان تجلی پیدا می‌کند. درمانگر این علایق و رفتارهای مذهبی را تشویق می‌کند. حتی داشتن یک نوشته مذهبی، دعاهای مذهبی یا آیاتی از قرآن به همراه مراجع که همواره همراهش باشد و هر وقت بخواهد آن‌را بخواند بسیار اثربخش است. کمک به تجلی و اعتلای عشق ارزش فراوانی دارد. به‌وسیله این عمل روحانی عشق، مراجع خواهد توانست صفات شخصی، الگوی رفتار شایسته و توان بالقوه خود را دریابد، درک کند و با آن جان تازه بگیرد.

❖ مراجع در پذیرش رنج کمک می‌شود. مراجع کمک می‌شود درک کند که وقتی انسان با وضعی غیرقابل اجتناب روبرو شد و وقتی با سرنوشتی مواجه گردید که نمی‌شد آن‌را تغییر داد، در واقع فرصتی یافته است که بهترین ارزش خود را نشان دهد و عمیق‌ترین معنای حیات یعنی معنای رنج را آشکار سازد. زیرا مهم‌تر و بالاتر از تمام آنچه اهمیت دارد گرایش است که افراد در برابر رنج می‌گزینند و طرز فکری است که از طریق آن رنج را می‌پذیرند. مثلاً این سؤال اساسی از بازمانده‌ای که زن یا فرزندانش را از دست داده است شروع این مسیر است و آن این‌که می‌توان از او پرسید: اگر شما مرده بودید و زن‌تان زنده می‌ماند چه می‌شد؟ وقتی مراجع می‌گوید بد می‌شد و او رنج می‌کشید در پاسخ درمانگر می‌گوید: پس می‌بینید که رنج به او نرسید و شما بودید که رنج او را به جان خریدید و اکنون باید آن‌را بپذیرید و به‌جای او زنده بمانید.



کمک به تحمل رنج بیشتر رنگ و بوی مفاهیم فلسفی دارد تا مسایل عاطفی و هیجانی، غنی بودن درمانگر و درک بالای او از این مفاهیم مهم‌تر و ضروری است. هم‌چنین درمانگر این روش باید این اعتقاد را داشته باشد که حتی آسیب‌دیده‌ترین بیمار روانی نیز کمی آزادی دارد و می‌تواند تصمیماتی را برای زندگی خویش اتخاذ کند. ایمان قوی به اختیار انسان داشته باشد و مراجع را باید انسانی در پشت پردهٔ بیماری ببیند و نهایتاً این‌که درمانگر متخصصی روان‌شناس شده نیست بلکه روان‌شناسی انسان شده است.

در پایان اشاره به این حکایت خالی از لطف نیست که:

نظام‌الدین غازانی، مشهور به نظام شامی (اوایل قرن نهم) در کتاب ظفرنامه خود و در شرح یک فاجعه که برای یکی از بزرگان روزگار وی پیش آمده بود می‌نویسد:

... چون آن خبر هائل رسانیدند ... با آنکه از آن خبر، شربت‌های تلخ نوشید، اما لباس صبر و شکیب پوشید و دانست که با قضای الهی، چاره‌ای نیست و جزع و فرع، در نواب، فایده‌ای ندارد و با خود گفت:

ای دل ناآزموده، وقت جزع نیست      با ستم روزگار تن زن و خو کن

#### ۴- دعا و نیایش

هرچند نمی‌توان گفت که با دعا و نیایش اختلالات شدید روانی هم‌چون یک سایکوز قابل درمان است ولی آن بهداشت روانی مستحکمی را در برابر عوامل استرس‌زا فراهم می‌آورد. نیایش باعث لطافت روحی شده و یک انسان ضعیف را به برترین و کامل‌ترین قدرت‌ها پیوند می‌دهد. نیایش خصائل خویش را با اطلاعات بسیار مشخص و منحصر به فردی نشان می‌دهد: صفای نگاه، متانت رفتار، انبساط و شادی بی‌دغدغه، چهرهٔ پر از یقین، استعداد استقبال از حوادث به سادگی در آغوش گرفتن مرگ توسط یک شهید از این قبیل هستند. از راه دعا انسان آرامش واقعی بدست می‌آورد. دعا دواي دردها و یاد خدا شفای رنجوری‌ها است. با نیایش انسان حس می‌کند تنها نیست. نیرویی لایتناهی هست که همیشه یاور اوست، دعا به انسان قوت قلب و امید می‌بخشد، از شدت اضطراب او می‌کاهد، نیایش از شدت اثرات بلایا می‌کاهد، بحران‌ها را قابل تحمل می‌سازد، شدائد و مصائب را

نه فاجعه بلکه به یک امتحان الهی تبدیل می‌کند، نگرش انسان را نسبت به بلا یا تغییر می‌دهد و فرد مرگ را بازگشت به بهتر تلقی می‌کند.

دعای افراد درمانده زودتر مستجاب می‌شود. آسیب‌دیدگان بحران خلوص بیشتری در دعا دارند، ارتباط آن‌ها با همه‌کس و همه‌چیز قطع است، اتصال آن‌ها به نیروی الهی به توسط دعا و نیایش به عنوان تنها پناهگاه زندگی‌شان میزان پذیرش دعا را افزایش می‌دهد. آسیب‌دیدگان بحران هم می‌توانند برای خود و هم برای دیگران دعا کنند. کسانی که در مصائب به خدا پناه می‌برند و تنها پناهگاهشان خدا می‌شود نه ترس و نه غم بر آن‌ها غلبه می‌کند. دعا و نیایش باعث می‌شود از مرگ نهراسند. نسبت به مرگ اطرافیان خود واقع بینانه بنگرند چون می‌داند که هر انسانی اجل معینی دارد و آنگاه که اجلش فرا رسد هیچ کس و هیچ چیزی یارای تأخیر آن نیست و این‌که همه مرگ را می‌بینند. دعا باعث می‌شود که فرد از حوادث ناگوار و وقوع فاجعه باکی نداشته باشد زیرا می‌داند حوادث چه ظاهراً خوب یا چه ظاهراً بد، آزمایشی از سوی خداوند است و بالاخره این‌که دعا و نیایش باعث می‌شود که فرد به هنگام بحران بجای جزع و فزع، توان تحمل و صبر خود را به حداکثر برساند و سرفراز از بحران خارج شود و ...

بر این اساس چنانچه آسیب‌دیدگان بحران زمینه‌های مذهبی و باورهای دینی خود را با کمک درمانگران تقویت نمایند به سرعت اوج می‌گیرند. تمامی بازماندگان بحران کم و بیش با تقویت باورهای مذهبی خود مواجه می‌شوند. تقویت این باورهای مذهبی می‌تواند آن‌ها را به فراسوی دنیای مادی ببرد و باعث شود یک شبه ره صد ساله را طی کنند.

تقویت باورهای مذهبی به طرق گوناگون امکان‌پذیر است برخی از آن‌ها عبارتند از:

- ❖ حضور افراد مقدس در بین آسیب‌دیدگان به مدت طولانی
- ❖ برگزاری برنامه‌های دعا و نیایش دسته جمعی
- ❖ وجود برنامه‌های زیارت اماکن متبرکه
- ❖ پخش تلاوت آیات قرآن در مراکز استقرار بازماندگان
- ❖ دادن کتاب‌های دعا و قرآن (در اندازه‌های جیبی) به آسیب‌دیدگان
- ❖ ایجاد فرصت‌های تنهایی و خلوت کردن برای آسیب‌دیدگان
- ❖ ارائه یک دستگاه رادیوی تک موج به هریک از بازماندگان که بتوانند

برنامه‌های آموزشی و مذهبی را از آن طریق دنبال کنند.

❖ اجرای برنامه‌های نیایش گروهی همراه با حرکات بدنی به تخلیه هیجانی نیز کمک می‌کند.

❖ آموزش تکرار ذکر در طول روز به صورتی که ذکرهایی با عبارات کوتاه و مناسب انتخاب و در اختیار بازماندگان قرار گیرد.

در استفاده از روش دعا و نیایش باید به نکاتی توجه داشت. بی‌توجهی به این موارد علاوه بر کاهش اثربخشی آن ممکن است آثار سوء برگرایشات مذهبی بازماندگان بگذارد:

۱- برنامه‌های مذهبی بسیار کوتاه مدت و به تعداد دفعات در طول شبانه‌روز باشد. بازماندگان و آسیب‌دیدگان توان تحمل یک سخنرانی و آن‌هم به مدت زیاد را ندارند.

۲- تقویت‌های مذهبی به روش غیرمستقیم اثربخش‌تر از روش‌های مستقیم است.

۳- تقویت‌های مذهبی توسط افرادی مقدس که مورد وثوق آسیب‌دیدگان است اثربخشی آنرا افزایش می‌دهد. زیرا این احتمال وجود دارد که آسیب‌دیدگان تلاش مجریان غیرمعمد را فعالیت‌های سیاسی، گروهی، حزبی و ... تعبیر نمایند.

۴- آسیب‌دیدگان باید برای حضور در برنامه‌های مذهبی و یا مدت حضور کاملاً مختار باشند.

۵- مشاوران مذهبی در چنین شرایطی علاوه بر توان بالای حرفه‌ای باید دارای درجاتی از کمالات و معارف نیز باشند.

# فصل ۵

## بحران خودکشی

خودکشی یکی از معضلات اجتماعی است که امروزه با توجه به پیچیده‌تر شدن تعاملات و ارتباطات در بیشتر جوامع رو به افزایش است. اگر چاره‌ای برای اقدامات پیشگیرانه و کاهش آن اندیشیده نشود؛ آثار سوء آن علاوه بر شخص اقدام کننده، بر اطرافیان وی و جامعه نیز اثرگذار خواهد بود. نابسامانی‌های اجتماعی؛ ناملايمات زندگی و عدم توانایی یا عدم آموزش مقابله با مشکلات، آدمی را در معرض بسیاری از آسیب‌ها قرار می‌دهد، به شکلی که بسیاری از افراد قدرت مقابله یا سازگاری با شرایط سخت زندگی را نداشته و مرگ را تنها راه نجات خود تلقی می‌کنند. تحقیقات نشان می‌دهد که بزرگترین موج خودکشی بعد از جنگ جهانی در جوامع صنعتی به دلایلی هم‌چون بیکاری و ناکامی ناشی از آن کاهش اعتقادات مذهبی، اثر طلاق روی کودکان، و افراط و تفریط‌های تربیتی بین جوانان به وقوع پیوسته است. هم‌چنین اشباع شدن جوانان از هر جهت به طوری که دیگر هیچگونه کمبودی در اطراف خود احساس نکنند نیز از موجبات خودکشی در دنیای متمدن امروز است. به گفته کارشناسان عمده‌ترین علل خودکشی در ایران شامل اختلافات زناشویی، ناراحتی‌های روانی، مشکلات در مسایل عشقی، عدم تعادل شخصیت، فقر، بیکاری، اعتیاد، شرایط نامساعد اقتصادی، شرایط خاص زندگی شهری به‌ویژه در شهرهای بزرگ، و از هم پاشیدگی و جدایی گروه‌های اجتماعی است. در میان انگیزه‌های مختلف خودکشی اختلافات خانوادگی عمده‌ترین انگیزه، و در میان روش‌های خودکشی، مردان بیشتر از روش حلق آویز کردن و زنان از طریق خودسوزی اقدام به خودکشی می‌کنند.

به نظر می‌رسد خودکشی با فراوانی نسبی در تمام سطوح جامعه صورت می‌گیرد، هرچند که در میان اقوام متمدن بیشتر مشاهده می‌شود. در جوامع رو به زوال که پیوندهای عاطفی سست هستند هر کس خود را مالک مطلق زندگی می‌داند و براین باور است که

حق دارد هر طور دلش می‌خواهد به حیات خویش پایان دهد. بنابراین در چنین جوامعی خودکشی رواج بیشتری داشته و کمتر جنبهٔ بدنامی و ننگ دارد. این دیدگاه در امپراتوری روم به‌ویژه در طبقات بالای جامعه وجود داشت. مشابه این دیدگاه نیز در اواخر سده نوزدهم وجود داشت. در زمان حکومت مسیحیت بر اروپا خودکشی یک گناه کبیره بود و در نتیجه به ندرت کسی مرتکب آن می‌شد. در تمدن‌های بزرگ مشرق زمین تعلق داشتن به یک گروه و یا نژادی که خودکشی را بد نمی‌دانند خودکشی بیشتر مشاهده می‌شود. به هر حال خودکشی اقدامی است که اکثر جوامع آنرا منع می‌کنند. بسیاری از مذاهب آنرا گناه می‌دانند و حتی در برخی جاها خودکشی جرم محسوب می‌شود.

در فرهنگ لغت خودکشی به معنی خاتمه دادن فرد به زندگی خود است. کلمه Suicide ریشه لاتین دارد، Sui به معنای خود و cide به معنی کشتن می‌باشد، به عبارت دیگر خودکشی مرگی است که عمداً به دست خود شخص حاصل می‌شود. از آنجا که واژه خودکشی در محاوره به صورت یکنواخت و ثابتی به کار می‌رود ممکن است تصور گردد که تعریف آن زائد بوده و نیازی به تعریف دقیق ندارد. در واقع کلماتی که در زبان عامه استعمال می‌شود، دارای معانی مختلف می‌باشند و با استعمال علمی و تخصصی آن‌ها در معنای رایج و بدون ارائه تعریف مشخص، ممکن است برداشت‌های مختلفی از آن گردد. دست یافتن به تعریفی مانع و جامع برای خودکشی کار ساده‌ای نیست. ملاک کار اکثر کسانی که از خودکشی تعریف کرده‌اند، بر اساس «تعریف دورکیم» بوده است. دورکیم در سال ۱۸۹۷ تعریف زیر را ارائه داد: «خودکشی به هر حالتی از مرگ اطلاق می‌شود که نتیجه مستقیم یا غیرمستقیم عملی باشد که شخص قربانی آنرا انجام داده، از نتیجه عملش آگاه بوده است.»

این تعریف نه تنها موارد معمول خودکشی، بلکه موارد مشابه دیگری را هم در بر می‌گیرد؛

به عبارت دیگر تمام موارد مرگ اختیاری، که در هاله‌ای از قهرمانی و افتخار پیچیده شده و در نگاه نخست به نظر نمی‌رسند خودکشی باشد، مرگ عشاق نوید، بانکداران ورشکسته، شرایط ناهنجار اقتصادی، جنایتکار دستگیر شده و مانند این‌ها که گاه خبر یا تفسیر آن در ستون حوادث روزنامه‌ها می‌آید همه باید جزء خودکشی شمرده شود.

می‌دانیم که خودکشی می‌تواند حالات دیگری هم پیدا کند: خودکشی ناموفق، تظاهر به خودکشی، ادعای خودکشی به منظور بهره‌گیری، و خودکشی اضطراری. باید میان خودکشی و اقدام به خودکشی فرق قائل شد. اقدام به خودکشی، بخصوص اگر با اظهار قبلی به اطرافیان همراه باشد، علامتی برای جلب توجه و محبت و اعلام خطر تلقی می‌شود. بدیهی می‌نماید که قصد اساسی در اقدام به خودکشی تنها مرگ نیست، بلکه نوعی موضع‌گیری در رابطه با گروه نیز محسوب می‌شود. با این حال در زمینه سنجش میزان اقدام به خودکشی و احتمالاً در نظر گرفتن نسبت آن در رابطه با خودکشی قطعی همواره چند مشکل وجود داشته است که عبارتند از: تعریف اقدام به خودکشی، شناخت و بالاخره ثبت این موارد.

بنابراین مروری مختصر بر تعاریف خودکشی ضروری به نظر می‌رسد.

*ارسطو* خودکشی را معدوم ساختن خود بدون داشتن جنبه فداکارانه برای دیگران، می‌داند. *دلما* معتقد است اگر نابودسازی شخص به دست خودش از نظر اخلاقی مطرود باشد، خودکشی خواهد بود. *دورکیم* نیز هر نوع نابودسازی خود که، قربانی پیشاپیش از نتیجه عمل خودش آگاه باشد را، خودکشی می‌داند. اشنایدمن خودکشی را چنین تعریف می‌کند: عمل آگاهانه نابودسازی بدست خود که در بهترین مفهوم آن‌را یک ناراحتی چند بعدی در انسان نیازمندی می‌توان دانست که برای او این عمل بهترین راه حل تصور می‌شود. خودکشی یک عمل اتفاقی و بی‌معنی نیست. برعکس راهی برای رهایی از یک

مسأله یا بحران است که بدون استثناء شخص را شدیداً رنج می‌دهد. خودکشی با احساس یأس و درماندگی، تعارض‌هایی بین مرگ و زندگی، استرس‌های غیرقابل تحمل، و نیاز برای فرار از استرس رابطه دارد.

بنابراین خودکشی از موضوعات مشترک مورد توجه بین جامعه‌شناسان، روان‌پزشکان و روان‌شناسان است. و هر کدام از نظرگاه خود به آن می‌نگرند. وجه مشترک بین این گروه‌ها در رابطه با خودکشی توجه به این موضوع به عنوان یک پاتولوژی یا یک ناهنجاری می‌باشد. بنابر تعاریف ارائه شده خودکشی یک امر تصادفی نیست. بلکه با هدف و نقشه قبلی است و لذا افراد تحت شرایط خاصی اقدام به خودکشی می‌کنند. خودکشی حالات مختلفی چون خودکشی ناموفق، تظاهر به خودکشی، ادعای به خودکشی به منظور بهره‌گیری، یا خودکشی اضطراری دارد. دورکیم با توجه به بررسی هم‌بستگی‌های مذهبی، زناشویی، خانوادگی در جامعه‌های سیاسی و ملی، خودکشی را به انواع مختلف تقسیم می‌کند.

«دورکیم می‌گوید که انسان بدون در انسجام و نظم افراد جامعه، دستخوش هرج و مرج خواهد شد و در واقع او پیشنهاد می‌کند که بعضی روندهای آسیب‌شناسانه یا انحرافی در جامعه نوین (همانند روند رو به رشد نرخ خودکشی) برحسب فقدان انسجام و نظم افراد، توسط جامعه باید تبیین شود. دورکیم چهار نوع خودکشی در رابطه با مفهوم نظم اجتماعی و اخلاقی ابراز داشته است.

خودکشی خودخواهانه و دگرخواهانه ناشی از افراط و تفریط انسجام اجتماعی، خودکشی ناشی از نابسامانی اجتماعی (آنومی) و خودکشی قهری که ناشی از افراط و تفریط در نظم می‌باشد.



شکل ۱-۱. مفهوم دورکیم از نظر اجتماعی و انواع خودکشی

| نظم اجتماعی | شکل هنجاری                | شکل آسیب‌شناسانه | انواع خودکشی |
|-------------|---------------------------|------------------|--------------|
| انسجام      | موقعی که تعادل برقرار است | فقدان انسجام     | خودخواهانه   |
|             |                           | افراط انسجام     | دگرخواهانه   |
| نظم         | فرد مصون از خودکشی است    | فقدان نظم        | آنومی        |
|             |                           | افراط نظم        | قهبری        |

### الف) خودکشی خودخواهانه

خودکشی خودخواهانه وقتی به وقوع می‌پیوندد که فرد رابطه ضعیفی با نظام اجتماعی خود داشته باشد. این امر می‌تواند حاصل احساس تنهایی، درون‌گرایانه، انزوا، یا نوعی اختلال روانی باشد. براساس بررسی‌های انجام شده، میزان خودکشی در جوامع پروتستان به‌علت فرد‌گرایی بالاتر است. زیرا مرام پروتستان‌ها جان را برای فرد تبیین می‌کند. اما پیوندهای او را با گروه می‌گسلد. در این مذهب احساس گناه به وسیله اعتراف جبران نمی‌شود، بلکه مورد غضب خداوند و خشم دیگران قرار می‌گیرد. بدین ترتیب، شاید به‌توان گفت خودکشی در برخی از کشورها ناشی از اعتقادات مذهبی است. معمولاً در خودکشی خودخواهانه هم‌بستگی فرد با زندگی ناچیز است. زیرا هرچه اعضای خانواده به هم نزدیک باشند، ایمنی فرد نسبت به خودکشی بیشتر است. نرخ خودکشی بالایی در میان مجردها دیده می‌شود؛ تأیید خودکشی یاد شده در نتیجه روابط خانوادگی است.

ب) **خودکشی دیگرخواهانه:** خودکشی دیگرخواهانه، فرد خود را فدای جامعه یا دیگران می‌کند و منطق او این است که دافی فدای عالی شده است وقتی فردی به احساس هم‌بستگی و انسجام قوی نسبت به یک گروه فوق‌العاده یکپارچه و متحد مقید باشد، ارزش‌ها و هنجارهای گروه را از آن خود دانسته، بین منافع خود و گروه تمایزی قائل نمی‌شود و در عین حال احتمالاً در اندیشه خود به عنوان یک فرد، یکه و منحصر به فرد، با یک زندگی جدا و دور از زندگی گروهی، شناخته و تصویر نمی‌شود. در چنین شرایطی فرد در آرزوی فدا کردن زندگی خود به خاطر هدف‌های گروه خود خواهد بود. در جوامع ابتدایی که از هم‌بستگی گروهی نسبتاً برخوردارند، خودکشی دیگرخواهانه بیشتر رواج دارد و زندگی انفرادی را مجموعه‌ای از سنت‌ها و عادت‌های رایج به شدت کنترل می‌کند. این نوع خودکشی در جوامع نوین نیز گاه در ارتش، یعنی جایی که الگوهای کهن امر و نهی و اطاعت متداول است دیده می‌شود. در جریان جنگ‌ها و انقلاب‌ها نیز معمولاً مردم با فراموش کردن خود و مسائل و رنج‌هایشان، به سوی نوعی اتحاد برای کار و هدف مشترک جلب می‌شود و همین امر در مواقعی موجب افزایش خودکشی دیگرخواهانه می‌گردد، که به شیوه‌های مختلف خود نمایی می‌کند. از این رو، می‌توان گفت که خودکشی خودخواهانه و دیگرخواهانه نماینده پیوستگی فرد با جامعه است، اما در مورد نخست پیوستگی اجتماعی ضعیف و در مورد دوم نیرومندتر است.

ج) **خودکشی ناشی از نابسامانی اجتماعی (آنومی):** هرگاه شیرازه تنظیم‌های اجتماعی از هم گسیخته شود، نفوذ نظارت‌کننده‌های جامعه بر گرایش‌های فردی کارآیی خود را از دست می‌دهد و افراد تقریباً به حال خود رها می‌شوند. دورکیم چنین وضعیتی را

«بی‌هنجاری» می‌خواند. خودکشی ناشی از بی‌هنجاری درست در برابر خودکشی‌های سنتی که از نوع خودخواهانه است، قرار می‌گیرد. در این نوع خودکشی، فرد به حیاتش نه از آن‌رو پایان می‌دهد که هنجاری ناشی را شکسته، یا به قانون مورد پذیرش گردن نهد، بلکه بدین سبب دست به خودکشی می‌زند که بعد از تلاش بسیار زندگی از سراب، پیروزی‌ها را بی‌فرجام، و حیات را پوچ یافته است. وقتی که فرد در خطر روز افزون تحرک اجتماعی قبلی و جدید می‌شود، دستیابی به مقاصد و هدف‌های شخص با مشکلاتی مواجه می‌گردد و این مشکلات به نوبه خود به خودکشی منجر می‌شود. خودکشی نوع بی‌هنجاری به نظر دورکیم نمودار بارزترین خصیصه جامعه جدید است، زیرا از طریق هم‌بستگی موجود در میان فراوانی خودکشی و مراحل ادواری اقتصادی می‌توان به وجود آن پی برد. دورکیم چنین استدلال می‌کند که وفور اقتصادی که امیال انسان را برمی‌انگیزد، خطر وقوع بی‌هنجاری را نیز به همراه دارد. زیرا این وفور ما را می‌فریبد تا باور کنیم که تنها به خود وابسته‌ایم، حال آن‌که فقرا را در برابر خودکشی محافظت می‌کند، زیرا به خودی خود یک عامل بازدارنده است. از آنجا که تحقق امیال انسان بستگی به منابعی دارد که در دسترس او قرار می‌گیرد، بینوایان که منابع محدودتری در اختیار دارند، کمتر دچار بی‌هنجاری می‌شوند. یعنی هر چه شخص کمتر داشته باشد، کمتر وسوسه می‌شود که دامنه نیازهایش را به گونه‌ای نامحدود گسترش دهد. با این همه، اشاره وار باید گفت که همواره خودکشی ناشی از نابسامانی تنها در بحران‌های اقتصادی افزایش نمی‌یابد، بلکه میزان آن با روابط خانوادگی رابطه مستقیم دارد و مثلاً به موازات افزایش طلاق، بالا می‌رود.

**د) خودکشی قهری:** خودکشی قهری که نقطه مقابل آنومی است، ناشی از افراط نظم فردی می‌باشد. دورکیم ملاحظه کرد که این نوع خودکشی در جامعه معاصر اهمیت ناچیزی

داشته و او آن را به صورت حاشیه‌ای مورد توجه قرار داده است.

به طور کلی دورکیم یک تیپولوژی تحلیلی، ترکیبی از انواع خودکشی را به شرح ذیل ارائه می‌دهد:

| ویژگی اصلی   | ویژگی ثانوی                         |                        |   |
|--------------|-------------------------------------|------------------------|---|
| انواع خودکشی | (۱) خودکشی خودخواهانه               | بی تفاوتی، بی‌علاقگی   | افسردگی همراه                                   |
|              | (۲) خودکشی دیگر خواهانه             | نیروی نفسانی یا اشتیاق | بالز خودراضی بودن، بدبینی، خونسردی، هوشیاری     |
|              | (۳) خودکشی آنومیک                   | ناراحتی، تنفر، انزجار  | احساس وظیفه، اشتیاق مرموز عرفانی همراه با شهامت |
|              | (۴) خودکشی تقدیر گرایانه            |                        | اتهامات شدید علیه زندگی یا علیه یک فرد مشخص     |
| انواع ترکیبی | (۵) ترکیب دیگر خواهانه و بی‌هنجار   |                        | اختلاط هیجان و بی‌تفاوتی کنش و واکنش            |
|              | (۶) ترکیب دیگر خواهانه و بی‌هنجار   |                        | هیجان بسیار زیاد                                |
|              | (۷) ترکیب خودخواهانه و دیگر خواهانه |                        | افسردگی، تعدیل شده با ثبات و شهامت اخلاقی       |

### شیوع خودکشی در ایران و جهان

بدست آوردن آمار دقیقی از خودکشی مشکل است چرا که موارد مشکوک به خودکشی را بدون داشتن مدارک کافی نمی‌توان به حساب آورد. براساس برآورد سازمان

جهانی بهداشت، تعداد کسانی که در دنیا دست به خودکشی می‌زنند روزانه اندکی بیش از ۱۰۰۰ نفر است. بررسی در آمارهای مربوط به علل مرگ‌ومیر نشان می‌دهد که خودکشی در طی سال‌های اخیر اهمیتی بیش از پیش کسب کرده‌است و در سطح کشورهای اروپایی و آمریکای شمالی غالباً در ردیف پنجمین تا دهمین علت از طبقه‌بندی علل مرگ‌ومیر قرار دارد. آمادهایی که همه ساله توسط سازمان جهانی بهداشت در مورد میزان خودکشی منتشر می‌شود، تقریباً تنها منبع اصلی از نظر مقایسه بین‌المللی محسوب می‌شود. این آمارها غالباً فقط مربوط به حدود ۵۰ کشور است و تقریباً هیچ کشوری نیست که آمارهای قابل اعتمادی در مورد میزان اقدام به خودکشی ارائه نماید. بادی توجه داشت که در سطح کشورهای کم‌شماری خودکشی امری مسلم است و آمارهای موجود به هیچ وجه ارائه‌کننده جدول کاملی نیستند. اختلافی که در مورد میزان خودکشی در کشورهای مختلف وجود دارد، از حدود ۱۰۰ سال قبل که اطلاعات آن در دسترس است، همواره مشهود بوده است. این اختلاف به حدی است که در برخی از موارد میزان خودکشی در یک کشور ۵ برابر کشور دیگر است.

از آغاز قرن بیستم تاکنون میزان‌های سالانه خودکشی افزایش آرامی داشته است و میزان آن‌را در کشورهای اروپای غربی در حال حاضر ۱۰ نفر در صد هزار نفر جمعیت تخمین می‌زنند. افزایش میزان خودکشی در کشورهای کانادا، مجارستان و لهستان بیشتر بوده است. بر اثر روند رو به افزایش تعداد موارد خودکشی سالانه در سال ۱۹۸۵ به حدود ۱۲ هزار نفر رسیده است. در میان کشورهای اروپایی براساس آخرین گزارش‌های سازمان ملل متحد، میزان خودکشی در مجارستان در مرتبه اول قرار دارد، و پس از آن به ترتیب کشورهای اتریش، فنلاند، دانمارک، آلمان غربی، سوئد، سوئیس، فرانسه، بلژیک، لهستان کانادا، لوگزامبورگ، ایالات متحده آمریکا، اسکاتلند، نروژ، هلند و ایتالیا قرار می‌گیرند. در میان

سایر کشورهای غیر اروپایی، ژاپن در مرتبه اول قرار دارد که میزان آن ۲۲/۶ نفر در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت برآورد گردیده است.

سازمان بهداشت جهانی (WHO<sup>1</sup>) تخمین زده است در هر سال حدود یک میلیون انسان خودکشی می‌کنند، که در کل جهان ۱۶ نفر در هر صد هزار نفر است و به‌طور متوسط در هر ۴۰ ثانیه یک نفر خودکشی می‌کند. پیش‌بینی می‌گردد که این تعداد در سال ۲۰۲۰ به یک و نیم میلیون نفر برسد. آمار خودکشی ظرف ۵۰ سال گذشته به میزان ۶۰ درصد در سطح جهان افزایش داشته‌است. خودکشی‌های نافرجام حدود ۲۰ برابر تعداد خودکشی‌هایی هستند که به مرگ منجر می‌شوند. با وجود این‌که در گذشته خودکشی در افراد مسن در سطح بالاتری قرار داشت اما در سال‌های اخیر خودکشی در بین نوجوانان و جوانان رشد بسیار چشمگیری داشته است به طوری که این گروه سنی در کشورهای توسعه نیافته در بالاترین سطح خطر خودکشی قرار دارند. در کشورهای اروپایی تعداد کسانی که سالانه بر اثر خودکشی کشته می‌شوند بیشتر از کسانی است که در اثر تصادفات و حوادث رانندگی کشته می‌شوند.

بیشترین آمار گزارش شده از خودکشی مربوط به کشورهای شرق اروپاست. کمترین آمار مربوط به کشورهای آمریکای لاتین و کشورهای مسلمان و برخی کشورهای آسیایی است. در مورد تعداد خودکشی‌های انجام شده در اکثر کشورهای آفریقایی آماری در دست نیست. در کشور آمریکا مردان چهار برابر بیشتر از زنان بر اثر خودکشی می‌میرند، درحالی که تلاش زنان برای خودکشی بیشتر از مردان است این نسبت در کشور کانادا هم وجود دارد. براساس یک تحقیق که حدود بیست سال پیش در ده هزار دبیرستان کشور آمریکا انجام شد ۲۴/۱ درصد دانش آموزان به‌طور جدی به خودکشی فکر می‌کنند، ۱۷/۷

---

<sup>1</sup>- World Health Organization

درصد برای اقدام به خودکشی برنامه داشته و تصمیم گرفته‌اند، ۸/۷ درصد اقدام به خودکشی را تجربه کرده، و ۲/۸ درصد بر اثر خودکشی آسیب‌های جسمی یا روحی دیده‌اند و با این حال آمارها نشان می‌دهد که خودکشی در بین نوجوانان آمریکایی در طول دهه گذشته ۲۵ درصد کاهش داشته است. در جمعیت ۱/۳ میلیاردی چین سالانه حدود ۵ میلیون اقدام به خودکشی اتفاق می‌افتد که تنها بخشی از آن‌ها موفقیت‌آمیز است. خودکشی روزانه به‌طور میانگین ۶۸۵ نفر از جمعیت چین را کم می‌کند. هندی‌ها بیشترین خودکشی را در بین جوانان در سطح جهان دارند. محققان هندی میزان را از هر ۱۰۰ هزار زن جوان ۱۴۸ نفر و از هر ۱۰۰ هزار مرد جوان ۵۸ نفر ذکر می‌کنند، که ۱۴ درصد از کل جهان را شامل می‌شود. اختلافات خانوادگی، خشونت علیه همسران و بیماری‌های روانی در جنوب هند بیشترین عامل خودکشی در جوانان هندی است. در ژاپن خودکشی ششمین عامل مرگ و میر است و از هر یکصد هزار نفر در ژاپن ۲۷ نفر اقدام به خودکشی می‌کنند. مشکلات جسمانی و فشار اقتصادی علل اصلی خودکشی در ژاپن هستند. براساس فرهنگ ژاپنی خودکشی به عنوان یک شیوه افتخارآمیز قبول شکست شناخته می‌شود و به همین خاطر آمار خودکشی در این کشور نسبت به دیگر کشورها در سطح بالاتری قرار دارد.

در ایران به علل مختلف فرهنگی آمار دقیقی در مورد قربانیان خودکشی وجود ندارد. با آن‌که میزان خودکشی در ایران، در مقایسه با سایر کشورها به‌ویژه کشورهای صنعتی غربی - فاصله‌ای بسیار دارد و در حد کمتری است، اما با این حال در طی دو دهه اخیر روند رو به افزایش داشته است و مهم‌ترین عاملی که قضاوتی دقیق را درباره میزان خودکشی در ایران غیرعملی می‌سازد، فقدان آمارهایی است که بتواند تمامی نقاط کشور را در برگیرد. اطلاعاتی که از طریق سالنامه آماری کشور (مرکز آمار ایران) انتشار می‌یابد فقط مناطق شهری را شامل می‌شود و در مورد مناطق روستایی کشور می‌توان گفت که اطلاع دقیق و

کاملی وجود ندارد.

اطلاعاتی که سازمان پزشکی قانونی کشور (وزارت دادگستری) در مورد خودکشی انتشار می‌دهد؛ معمولاً محدود به شهر تهران است. علاوه بر این از طریق آمارهای سازمان‌های ذی‌ربط نمی‌توان به دقت از کل موارد خودکشی (منجر به مرگ یا نجات یافته) در طی سال‌های مختلف در کشور آگاهی یافت و بیشتر اطلاعات به موارد مرگ به علت خودکشی محدود می‌شود. در سال ۱۳۶۰، جمعاً در مناطق شهری کشور ۱۵۶ مورد و در شهر تهران ۶۱ مورد مرگ به علت خودکشی رخ داده است و از سال ۱۳۶۱ تا پایان سال ۱۳۶۳ مورد می‌رسد که بالاترین نسبت خودکشی مربوط به گروه سنی ۱۹-۱۵ ساله و ۲۴ - ۲۰ ساله است که به ترتیب ۲۴/۴٪ و ۲۳/۴٪ از خودکشی‌ها را شامل می‌گردد.

سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور در سال ۱۳۸۲ خودکشی ۲۴۸۶ زن و ۱۴۸۱ مرد را گزارش کرد. وزارت بهداشت از انجام حداقل ۱۳ مورد خودکشی در روز با میانگین سنی ۲۹ سال خبر می‌دهد. هر چند آمار خودکشی در ایران بسیاری از کشورها در پایین‌تر است، با وجود این مقایسه این ارقام با آمار ثبت شده در سال‌های گذشته رشد قابل توجهی را نشان می‌دهد. در مجموع عوامل وابسته به خودکشی عبارتند از:

## جنس

مطالعات همه‌گیرشناسی حاکی از آن است که خودکشی در بین همه طبقات و بخش‌های جمعیتی رخ می‌دهد و در هر دو جنس، در همه سنین، نژاد و اقلیت‌های اجتماعی شیوع دارد و خودکشی در زمره ده علت مرگ و میر است. در حالی که زنان دو تا سه برابر بیشتر از مردان اقدام به خودکشی می‌کنند اما مردان در اقدام‌هایشان بیشتر موفق هستند. در ایالات متحده نسبت خودکشی کودکان دختر به پسران بیشتر است، اما پس از



این سنین، میزان خودکشی پسران به سرعت افزایش می‌یابد به طوری که در گروه سنی ۱۵ تا ۱۹ نسبت پسران ۴/۵ برابر دختران و در گروه سنی ۲۰ تا ۲۴ این نسبت به ۶ برابر می‌رسد (مرکز ملی آمار بهداشتی، ۲۰۰۲). نحوه اقدام به خودکشی در مردان بیشتر به صورت حلق آویز کردن، پریدن از ارتفاع ولی در زنان به صورت مسمومیت با دارو و تصادفات عمدی می‌باشد.

با این‌که مطالعات علمی و نظام‌مدار معدودی در زمینه خودکشی در کشور ما انجام شده است، اما داده‌ها حاکی از یک روند افزایش خودکشی به ویژه در دختران و زنان است. پورشه‌باز و همکاران در مطالعه‌ای که در استان ایلام کشور بر روی جمعیت ۱۵-۲۴ ساله انجام دادند، ضمن تأیید روند افزایش میزان خودکشی، گزارش کردند که برخلاف الگوی جهانی که در آن مردان سه بار بیشتر از زنان خودکشی موفق می‌کنند، در این استان زنان بیشتر از مردان در اثر اقدام به خودکشی فوت می‌کنند به ویژه آنان که از روش خودسوزی بیش از سایر روش‌ها استفاده می‌کنند. هم‌چنین در مطالعه دیگری که توسط حیدری صورت گرفت نشان داد که آمار اقدام به خودکشی در استان همدان، در دختران نوجوان ۱۱ تا ۱۵ ساله تقریباً سه برابر پسران بوده است.

## سن

در میان مردها، خودکشی پس از ۴۵ سالگی اوج گرفته و دوام می‌یابد، در حالی که در میان زنها بیشترین تعداد خودکشی موفق پس از ۵۵ سالگی روی می‌دهد. در بین مردهای ۶۵ سال به بالا عیار خودکشی ۴۰ نفر در یکصد هزار نفر جمعیت است. میزان خودکشی در بین جوان‌ها به سرعت رو به فزونی است. بین سال‌های ۱۹۷۰ تا ۱۹۸۰ عیار خودکشی مردهای ۱۵ تا ۲۴ ساله ۴۰ درصد افزایش یافته و هنوز در حال افزایش می‌باشد. در سی و

پنج سال گذشته میزان خودکشی در جوانان تقریباً سه برابر شده است این میزان بین سنین ۲۰ تا ۲۴ سالگی و بالاتر است. هم‌چنین میزان خودکشی به طور چشمگیری در میانسالی و پیری افزایش می‌یابد. افسردگی، تنهایی، نقل مکان به محیطی غریب، از دست دادن نقش معنادر در خانواده و جامعه، و از دست دادن عزیزان می‌تواند علت‌های بالا بودن میزان خودکشی در افراد مسن باشد. در فرهنگ‌ها و جوامعی که به افراد مسن احترام می‌گذارند میزان خودکشی در افراد مسن نادرست.

## تفاوت‌های فرهنگی

خودکشی تقریباً در تمام فرهنگ‌ها حتی در میان فرهنگ‌های بدوی نیز روی می‌دهد. در حال حاضر کشورهای اروپای مرکزی و اروپای شمالی بالاترین درصد خودکشی را دارند. ایالات متحده در مقیاس جهانی از میزان متوسط خودکشی برخوردار است. سوئد دارای میزان متوسط بالای خودکشی است و به‌نظر می‌رسد اکثر موارد آن در بین کسانی است که خود را در برابر انتظارات والدین و هم‌قطاران شکست خورده می‌پندارند. در حالی‌که به‌نظر می‌رسد ارتکاب به خودکشی در نروژ پاسخی است به تعارض اخلاقی و فقدان رابطه وابستگی. در میان کشورهای اسکاندیناوی، نروژ کمترین میزان خودکشی را داراست که شاید به این دلیل است که در آنجا تأکید به رقابت کمتر بوده است و در نتیجه احساس گناه کمتر است.

نژاد، مذهب و ملیت به گونه‌ای در آسیب‌پذیری نسبت به خودکشی نقش دارند میزان خودکشی سفیدپوستان و سیاه‌پوستان در رده سنی جوانان تقریباً یکسان است، ولی در رده سنی بالاتر سیاه‌پوستان کمتر از سفیدپوستان دست به خودکشی می‌زنند. از نظر مذهب در طی تاریخ، ارقام خودکشی بین کاتولیک‌ها کمتر از پروتستان‌ها و یهودیان بوده است که در

این طبقه میزان اعتقاد و ایمان، بیشتر از وابستگی صرف به مذهبی خاص اهمیت داشته است. در مذهب مسیحیت زندگی مقدس است و مرگ در حقیقت گریز به سوی یک زندگی جدید است که ماهیت آنرا اعمال گذشته خود تشکیل می‌دهد لذا خودکشی گناه تلقی می‌شود. در مسیحیت خودکشی را محکوم و در برخی موارد آن را به عنوان جنایت برشمرده است که این تفکر بر روی عمل خودکشی تأثیر به‌سزایی داشته است. اسلام نیز قتل نفس را از گناهان بزرگ شمرده و انجام آنرا شدیداً محکوم کرده است؛ بنابراین در کشورهای مسلمان میزان خودکشی کم است.

## وضعیت تأهل

به نظر می‌رسد ازدواج و بچه‌دار شدن به‌طور قابل ملاحظه‌ای از خودکشی می‌کاهد. میزان خودکشی در بین افراد متأهل ۱۱ دریکصد هزار است. افراد مجرد تقریباً دو برابر بیشتر از افراد متأهل خودکشی می‌کنند. افرادی که قبلاً متأهل بوده و بعداً طلاق گرفته‌اند، عیار خودکشی بسیار بالاتر از کسانی که هرگز ازدواج نکرده‌اند نشان می‌دهند. ۲۴ نفر دریکصد هزار نفر از کسانی که همسرشان را از دست داده‌اند، و ۴۰ نفر دریکصد هزار از افرادی که با طلاق از هم جدا شده‌اند خودکشی می‌کنند. این رقم در مورد مردها ۶۹ دریکصد هزار و در زنهای طلاق گرفته فقط ۱۸ دریکصد هزار است. ضمن این‌که خودکشی در کسانی که سابقه اقدام به خودکشی یا خودکشی موفق در خانواده آن‌ها وجود داشته شایع‌تر است. بدون شک و با احتمال قریب به یقین اشخاص متأهل، در کل، بنیه و ساختار جسمانی و اخلاقی بهتری در مقایسه با مجردها دارند چرا که اجتماع خانوادگی مانند اجتماع مذهبی یک نیروی مصونیت بخش در برابر خودکشی است.

## شغل

نوع شغل، برحسب این‌که مستلزم چه مقدار از دانایی و معرفت است و چه طرز زندگی را ایجاد می‌کند در اقدام به خودکشی مؤثر است. در آمریکا عیار خودکشی در طبقات پایین اجتماعی اقتصادی بالاتر از همه است. درصد خودکشی در بین کارگران غیرماهر و دهقانان بیشتر از سایر گروه‌هاست. افراد متخصص و کارگران دارای مهارت‌های فنی بالا، عیار خودکشی کمتری نسبت به بقیه دارند. در بین افراد دارای موقعیت شغلی مهم در ارتباط با ریسک خودکشی پزشکان در مقام اول قرار دارند. در آمریکا در بین پزشکان ۳۸ مورد خودکشی در هر صد هزار نفر وجود دارد. در بین پزشکان، روان‌پزشکان در ریسک بالاتری هستند. و شاید علت آن افزایش و مزمن بودن برخورد با استرس‌های حرفه‌ای باشد. گروه‌های شغلی دیگر که در معرض خطر خودکشی می‌باشند شامل موسیقی‌دانان، دندان‌پزشکان، افراد پلیس، مجریان قانون، حقوقدانان و بیمه‌گران می‌باشند. البته میزان خودکشی در میان افراد بیکار شایع‌تر از افراد شاغل می‌باشد. با وجود این‌که خودکشی به طبقه اقتصادی و اجتماعی خاصی تعلق ندارد برخی مطالعات گروه‌های خاصی را از نظر شغلی و اقتصادی در معرض خطر شناسایی کرده‌اند و معتقدند افراد دارای مشاغل سنگین و با فشار روانی زیاد از جمله پزشکان و حقوقدانان بیشتر در معرض خودکشی هستند.

عموماً شغل یک عامل حفاظتی در قبال خودکشی است و مطابق با مطالعات در افراد بیکار میزان خودکشی بالاتر از افراد شاغل است. مطالعه بیکاری بسیار پیچیده و نیازمند کندکاوی عمیق در کل سیستم اقتصادی می‌باشد. وجود بیکاری و کم اشتغالی اصلی‌ترین عامل فقر و بدبختی در جوامع می‌باشد. همچنین نوسانات اوضاع اقتصادی از ویژگی‌های

جوامع نوین به شمار می‌رود و شامل نوسان‌های توسعه یا بحران اقتصادی است. در زمان بحران و کساد، فقر و بیکاری افزایش می‌یابد و از دلگرمی افراد کاسته می‌شود و روحیه آنان تضعیف می‌گردد. اعتقاد بر این است که کاهش میزان درآمد و بحران اقتصادی جامعه افزایش جرایم جوانان و پریشانی‌های روانی و در پی آن خودکشی را به دنبال دارد.

## تحصیلات

اکثر نوجوان‌هایی که دست به خودکشی می‌زنند به‌طور چشمگیری دارای سوابق تحصیلی ضعیف هستند. از هر پنج نفر که دست به خودکشی می‌زنند یک نفر حداقل یکبار مردود شده است و یک سوم آن‌ها یا ترک تحصیل می‌کنند یا دائم از مدرسه فراری هستند. یک سوم دیگر در مدرسه دچار مشکلات رفتاری هستند. البته همه نوجوان‌هایی که خودکشی می‌کنند با این توضیح مطابقت ندارند. هم‌چنین نیم‌رخ نوجوانانی که به خودکشی اقدام کرده بودند نشان داد که دارای هوش بالاتر از متوسط، کمال‌گرا، خود انتقادگر، آرام، و دیر آشنا بودند. این گروه در یک خصوصیت با افراد دارای سوابق تحصیلی ضعیف مشترک بودند و آن منزوی بودن دو گروه بود. در یک مطالعه نشان داده شد که افراد اقدام کننده به خودکشی که دارای سطح تحصیلات در مقطع راهنمایی بوده‌اند بالاترین درصد خودکشی را به خود اختصاص داده‌اند (۳۶ درصد) و پایین‌ترین درصد به مقطع تحصیلات دانشگاهی تعلق داشت. هم‌چنین این مطالعه نشان داد که مواردی که اقدام به خودکشی منجر به مرگ شده بود بیشترین گروه را بی‌سوادان تشکیل داده‌اند (۲۸/۷) در حالی که در بین افرادی که خودکشی ناموفق داشتند بیشترین درصد مربوط به افرادی بود که دارای تحصیلات راهنمایی بودند.

## سلامت جسمی و روانی

رابطه بین خودکشی و سلامت جسمانی بسیار مشخص است. سابقه بیماری‌های جسمی و مراقبت‌های پزشکی قبلی ارتباط نزدیکی با میزان خودکشی دارد. تحقیقات نشان داده است که ۳۲ درصد از خودکشی‌ها سابقه مراقبت‌های پزشکی در ۶ ماهه قبل از اقدام به خودکشی داشته‌اند. ۷۰ درصد قربانیان از یک یا چند بیماری در زمان مرگ رنج می‌برده‌اند. در زمینه اقدام به خودکشی مطالعات نشان داده‌اند که یک سوم افراد در هنگام اقدام به خودکشی بیماری حاد داشته و یا ناشی از بیماری بوده‌است. برخی بیماری‌های جسمی از قبیل صرع، صدمات جمجمه، حوادث عروقی مغز، کره، دمانس و ایدز جزء بیماری‌هایی هستند که وجود نشانه‌های خلقی در آن‌ها شناخته شده‌است. بیمارانی که دچار دردهای شدید، غیرقابل تحمل، و طولانی مدت و بدخیم هستند ممکن است برای رهایی از آن دست به خودکشی بزنند. بیماری‌های جسمی که منجر به اختلالات روحی از قبیل افسردگی و اضطراب می‌شوند عبارت هستند از تیروئید و غدد ترشح داخلی که می‌توانند منجر اقدام به خودکشی گردند. علاوه بر اثرات مستقیم بیماری‌ها، اثرات غیرمستقیم مانند از هم‌گسیختگی ارتباطات اجتماعی و از دست دادن شغل نیز از عوامل تعیین کننده می‌باشند. در یک مطالعه نشان داده‌شد که ۳۵ درصد از افراد اقدام کننده به خودکشی مبتلا به بیماری‌های جسمی و روانی بوده‌اند.

بیماری‌های عصبی می‌توانند به‌طور منطقی زمینه‌ساز خودکشی باشند زیرا اشخاص با ضعف اعصاب طبیعتاً آمادگی رنج و ناراحتی را دارند. و آستانه درد و رنج نزد اشخاص با ضعف اعصاب پایین‌تر است. در نتیجه هنگام مواجهه با استرس در معرض خطر عدم

تبادل قرار می‌گیرند. گستره وسیعی از اختلالات روانی در بروز خودکشی مؤثر هستند از جمله افسردگی، اضطراب، خود بیمار انگاری، تمایلات ضد اجتماعی، تمایلات اسکیزوفرنی، گرایش‌های هستی‌ریایی و تمایلات پارانوئیدی که آسیب‌پذیری فرد را تشدید می‌کنند و او را در هنگام مواجهه با موقعیت‌های تنش‌زا و فشارها به استفاده از سازوکارهای ناکارآمد از جمله خودکشی، قرار می‌دهند. مطالعات روان‌شناختی تأیید کرده‌است که وجود اختلال روان‌پزشکی ممکن است قوی‌ترین عامل خطر ساز خودکشی باشد. در مطالعه‌ای نقش متغیرهای روانی در تشدید خودکشی مورد توجه قرار گرفت. و نتایج نشان داد که میزان خطر خودکشی بیماران روانی سه تا دوازده برابر بیشتر از افراد غیر بیمار است. این درجه خطر حتی به سن، جنس، تشخیص بیماری، وضعیت سرپایی یا بستری بودن بیمار نیز بستگی داشت. همچنین خطر خودکشی بیماران روانی که سابقه یکبار بستری شدن داشته‌اند نسبت به افراد همسان، در جمعیت کل، پنج تا ده برابر بالاتر است. مطالعات نشان داده‌اند که اختلال خلقی شایع‌ترین تشخیص همراه خودکشی است. در یک مطالعه روی جمعیت عمومی در ایالات متحده ۴۵ درصد از قربانیان خودکشی تشخیص افسردگی اساسی را داشته‌اند. مطالعات پیگیری بیماران افسرده حاکی از آن است که حدود ۱ مورد از ۶ مورد آن‌ها در اثر اقدام بر خودکشی می‌میرند.

تفاوت‌هایی نیز بین قربانیان خودکشی میان افراد پیر و جوان هم از نظر تشخیص‌های روان‌پزشکی و هم عوامل استرس‌زای زمینه‌ساز وجود دارد. در مطالعه‌ای در سانتیاگو نشان داده‌شد که تشخیص‌های اختلال سوء مصرف مواد و اختلال شخصیت ضد اجتماعی در افراد زیر ۳۰ سال و تشخیص‌های اختلال خلقی و اختلال عضوی در افراد بالای ۳۰ سال فراوان بود. استرس‌های مربوط به خودکشی در زیر ۳۰ ساله‌ها به صورت جدائی، طرد شدن، بیکاری و مسائل قانونی بود و استرس‌های مربوط به بیماری در افراد بالای ۳۰ سال بیشتر

مشاهده گردید. به هر حال با توجه به مطالعات فوق و دیگر مطالعات عدم برخورداری از سلامت جسمانی و روانی بر روی اقدام به خودکشی تأثیر دارد.

## خانواده

خانواده یک نظام اجتماعی طبیعی است که دست کم سه نسل را دربرمی‌گیرد. خانواده الگوی دائمی از تبادلهای متوالی است و تمامی اعضا در آن نقش دارند. در چنین نظامی، افراد به وسیله علائق و دلبستگی‌های عاطفی و نیرومند، دیرپا و متقابل به یکدیگر متصل شده‌اند ممکن است از شدت وحدت این علائق و دلبستگی‌ها در طی زمان کاسته شود، لیکن باز هم علائق مزبور در سراسر زندگی خانوادگی به بقای خود ادامه خواهند داد. ویژگی عمده زندگی خانوادگی تداوم و تغییر در طول زمان است و ایجاد تغییرات ناپیوسته می‌تواند اثرات مخرب خاصی برجای گذارند. رفتار بیمارگونه در عضوی از خانواده نشانگر وجود مشکل در خانواده می‌باشد. خانواده با ساز و کارهای وحدت خانوادگی و مدیریت والدین ممکن است با تنظیم رفتار اعضای خانواده و به خصوص جوانان، آن‌ها را از خطر ارتکاب به خودکشی دور نگه دارد. وحدت خانوادگی در میزان خودکشی تأثیر دارد. جوانانی که با خانواده‌هایشان دارای وحدت بسیار قوی بودند کمتر تسلیم نابسامانی‌ها و عمل انتحاری می‌شدند.

اگر به زندگی افرادی که خودکشی کرده به طور عمیق‌تر نگاه کنیم آثاری از مواردی از قبیل طردشدن در دوران کودکی و نوجوانی، فاصله بین آرزوها و موفقیت‌ها، بی‌ثباتی پیش از دوره نوجوانی، محروم بودن از عشق پدری و مادری و اینگونه موارد که نشانگر مشکلات نهاد خانواده می‌باشد، دیده می‌شود.



## علل خودکشی

### ۱- علل فیزیولوژیک خودکشی

سالیان متمادی سعی بر این بوده است که تغییرات بیوشیمیایی در خودکشی مشخص شود، تا بدین وسیله این بیماران شناسائی و اقدامات لازم جهت درمان آنان به عمل آید. یکی از مسائل مهم در خودکشی احتمال وجود برخی یافته‌های اختصاصی بیولوژیک در بیمارانی است که مرتکب خودکشی می‌شوند. عوامل بیوشیمیایی متعدد همراه با خودکشی موجود بوده و یا در کالبد شکافی پیدا شده است. خودکشی می‌تواند علل زیست شیمی داشته باشد. تحقیقات نشان داد که در بین بیماران افسرده اقدامات خودکشی در افرادی فراوان‌تر بود که سطح سرتونین پایینی داشتند، و وقتی بیماران دارای سرتونین پایین دست به خودکشی می‌زدند، از شیوه‌های خشن‌تری استفاده می‌کردند. هم‌چنین تحقیقات نشان داد قربانیان خودکشی، در ساقه‌ی مغز و مایع مغزی- نخاعی، سرتونین کمتری داشته‌اند. استرس و مسائل بیوشیمیایی آن از جمله مسائل مهم و مؤثر در خودکشی می‌باشند. افزایش کورتیزول پلاسما در نتیجه عدم مهار کورتیزول کاهش اسید اوریک ادرار، و افزایش هیستامین در خون به وسیله برخی محققین در افراد اقدام کننده به خودکشی پیدا شده است. زیپورین در سال ۱۹۸۳ کاهش ملاتونین در مایع مغزی نخاعی را گزارش کرده است. در برخی مطالعات دیگر بزرگ شدن بطن‌های مغزی و نوار قلب غیرطبیعی در بعضی بیماران افسرده که اقدام به خودکشی داشته‌اند، دیده شده است برخی مطالعات نشان داده‌اند که در اسکیزوفرنیا و افسردگی سطح کلسیم در مایع مغز نخاعی بالاست: هم‌چنین

کاهش منیزیم در مایع مغزی نخاعی در بیماران افسرده و بیماران انطباقی با خلق افسرده دیده می‌شود، و در افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند سطح منیزیم مایع مغزی- نخاعی پایین است. بنابراین در بیمارانی که خودکشی می‌کنند سطح منیزیم و فعالیت سرتونین کاهش یافته‌است هم‌چنین ارتباط مستقیمی بین کلسیم مایع مغزی- نخاعی و شدت افسردگی وجود دارد، که بعد از بهبودی افسردگی کلسیم کاهش می‌یابد.

## ۲- دیدگاه جامعه‌شناسی دربارهٔ خودکشی

دورکیم جامعه‌شناس مشهور برای اولین بار خودکشی را از منظر جامعه‌شناسی مورد بررسی قرار داد. تئوری دورکیم مبتنی بر این استدلال جامعه‌شناختی است که اشخاص در زندگی اجتماعی خویش از طریق عوامل متعدد اجتماعی با یکدیگر هم‌بسته هستند. این هم‌بستگی‌های اجتماعی در شرایط عادی اجتماعی از درجه متناسب برخوردارند که در صورت تغییر در درجه این همبستگی اجتماعی، موجبات خودکشی آنان فراهم می‌شود. وی معتقد است اگر درجه همبستگی اجتماعی شخص با گروه اجتماعی یا جامعه اش به شدت تضعیف گردد به نحوی که فرد احساس همبستگی با اشخاص دیگر نکند، دست به خودکشی می‌زند. بنا بر نظر دورکیم، خودکشی محصول فرایند اجتماعی است که از ساخت اجتماعی ناشی می‌شود. دورکیم ثبات نسبی میزان خودکشی در جامعه را مویده این نکته میدانند که خودکشی یک پدیده اجتماعی است زیرا مطمئناً افرادی که در یکسال خودکشی می‌کنند مطمئناً همان‌هایی نخواهند بود که در سال دیگر در آمار خودکشی‌ها مشاهده می‌شوند.

امیل دورکیم برای توضیح الگوهای آماری، خودکشی را به سه طبقه اجتماعی تقسیم کرد:

خودخواهانه<sup>۲</sup> دیگرخواهانه<sup>۳</sup> و خودکشی ناشی از بی‌هنجاری<sup>۴</sup>.

## خودکشی خودخواهانه

خودکشی خودخواهانه زمانی رخ می‌دهد که شخص رابطه قوی و مستحکمی با هیچ گروه اجتماعی نداشته باشد. افراد متأهل به علت علاقمندی و رابطه با همسر و خانواده کمتر دست به خودکشی می‌زنند. ازدواج خطر خودکشی را به نصف کاهش می‌دهد و مصونیتی که افراد متأهل از آن برخوردار هستند می‌تواند ناشی از دو علت باشد، یا این مصونیت مربوط به تأثیر محیط خانوادگی است که در این صورت خانواده با نفوذ خودگرایش به خودکشی را خنثی می‌کند، و یا مربوط به داشتن فرزند، به طوری که زوج‌های صاحب فرزند از مصونیت نسبی نسبت به زوج‌های بدون فرزند در مقابل خودکشی برخوردارند. در مناطق روستایی وابستگی اجتماعی بیشتر است و به همین جهت میزان خودکشی در آن‌ها پایین‌تر است. پروتستان‌ها در مقایسه با کاتولیک‌ها از نظر مذهبی اتحاد کمتری دارند و به همین دلیل میزان خودکشی آن‌ها بالاتر از کاتولیک‌ها است علت این امر تنها وجود یک خصوصیت واقعی است که همه‌ی این گروه‌های اجتماعی با درجات متفاوت واجد آن هستند و آن وجود عنصر یکپارچگی و یگانگی است. به عبارت دیگر میزان خودکشی در جهت عکس میزان یکپارچگی گروه‌های اجتماعی که فرد جزئی از آنان است تغییر می‌کند، بنابراین خودکشی خودخواهانه ناشی از عدم هم‌بستگی با دیگران پدید می‌آید.

---

<sup>2</sup> - Egoist - Suicide

<sup>3</sup> - Altruistic - Suicide

<sup>4</sup> - Anomic - Suicide

## خودکشی دیگرخواهانه

چنانچه فردگرایی افراطی در نهایت به خودکشی منجر شود بی توجهی نسبت به خود نیز همان اثر را دارد. زمانی که فرد از جامعه خود گسسته می شود مقاومت کمتری در برابر خودکشی از خود بروز می دهد، به همان ترتیب زمانی که در وحدت کامل با جامعه اش قرار می گیرد نیز می تواند به آسانی خود را بکشد. خودکشی دیگرخواهانه مشخص کننده گروهی است که میل به خودکشی آن ها از وابستگی شدید اجتماعی ناشی می شود. در خودکشی دیگرخواهانه جامعه فرد را مؤظف و مجبور می کند که از زندگی دست بشوید. برای این که جامعه قادر به این کار باشد باید شخصیت فردی ارزش بسیار اندکی داشته باشد. فرد برای این که جایی در زندگی جمعی اشغال کند لازم است تقریباً به طور کامل در گروه جذب شود، در نتیجه فرد در زندگی جمعی باید کاملاً ادغام گردد. در واقع افراد باید به شکل توده ی بهم پیوسته و فشرده در آیند. در چنین جمعی همه به طور یکسان زندگی می کنند همه چیز مشترک است، نظارت جمعی به طور مداوم و در هر لحظه اعمال می شود و از بروز تمایلات میان آن ها جلوگیری می کند. در اینجا فرد به خودش تعلق ندارد، و محور زندگی رفتارش در بیرون از خود او یعنی در گروهی که به آن تعلق دارد قرار گرفته است به همین دلیل این نوع خودکشی را دیگرخواهانه می نامند یعنی خودکشی ناشی از دیگر دوستی.

## خودکشی ناشی از بی هنجاری

خودکشی ناشی از بی هنجاری یا آنومی را کسانی مرتکب می شوند که ارتباط آن ها با جامعه دچار آشفتگی شده و در نتیجه از معیارهای رفتاری مرسوم فاصله گرفته اند. این نوع

خودکشی اغلب در افراد طلاق گرفته و یا کسانی که دچار مشکلات اقتصادی شدید شده‌اند رخ می‌دهد. انومی به بی‌ثباتی اجتماعی همراه با گسیختگی معیارها و ارزش‌های اجتماعی نیز اطلاق می‌شود. به‌طورکلی عوامل اجتماعی که با خودکشی ارتباط دارند عبارتند از تنها زندگی کردن، فقدان حمایت خانوادگی، حوادث استرس‌زا و تبلیغ در مورد خودکشی. طردشدگی اجتماعی یک عامل رایج در میان افرادی است که بالاترین میزان خودکشی را دارند. خودکشی معمولاً با حوادث استرس‌زا از جمله داغدیدگی و فقدان‌های دیگر آشکار می‌شود عوامل اجتماعی ممکن است بر انتخاب خودکشی تأثیر بگذارند.

### ۳- علل روان‌شناختی خودکشی

خودکشی فاجعه‌آمیزترین پیامد افسردگی دوقطبی یا یک‌قطبی است. در واقع افسردگی پیش‌درآمد اکثر خودکشی‌هاست. اختلالات روانی دیگر به ندرت به طور مستقیم به مرگ منجر می‌شود. خودکشی می‌تواند در خانواده تداوم یابد و تا جایی که اختلال‌های افسردگی ارثی هستند، خودکشی نیز می‌تواند موروثی باشد. در واقع افسردگی عامل مستعدکننده نیرومندی برای خودکشی محسوب می‌گردد. روان‌شناسان دو انگیزش برای خودکشی در نظر می‌گیرند، انگیزش پایان دادن و انگیزش دستکاری کردن زندگی. گروهی که آرزوی پایان دارند صرفاً از زندگی دست کشیده‌اند. پریشانی هیجانی آن‌ها غیرقابل تحمل است و راه‌حل دیگری نمی‌یابند و پایان مشکلات خود را در مرگ می‌بینند. ۵۶ درصد از اقدامات خودکشی که در یک بررسی منظم مورد مطالعه قرار گرفتند، تحت عنوان افرادی که قصد پایان دادن داشتند طبقه‌بندی شدند.

این نوع خودکشی افسردگی و ناامیدی بیشتر را در برداشتند و از اقدامات خودکشی دیگر

مهلک‌تر بودند انگیزش دیگر برای خودکشی میل به دستکاری کردن می‌باشد. برخی افراد دوست دارند با مردن دنیایی را که باقی می‌ماند دستکاری کنند. آنچه بیشتر در این نوع خودکشی متداول است این است که فرد در نظر دارد زنده بماند، اما با نشان دادن جدی بودن مشکل خود، از کسانی که برای او اهمیت دارند تقاضای کمک می‌کند. سعی در جلوگیری از ترک فرد مورد علاقه، بستری شدن در بیمارستان و به منظور فراغت موقتی از مشکلات، و جلب توجه دیگران به‌طور جدی، همگی انگیزه‌های دستکاری برای خودکشی به قصد زندگی کردن هستند. در انواع خودکشی این صفت مشترک وجود دارد که فرد زندگی را بی‌ارزش می‌شمارد و برحسب مورد، این ناچیز شمردن زندگی کم‌وبیش می‌تواند آگاهانه باشد. به نظر می‌رسد به‌جز در مورد جنون ناگهانی، این امر یک ویژگی عمومی کسانی باشد که دست به خودکشی می‌زنند. در برخی افراد گزینه زندگی به قدری غالب و مسلط است که هیچ چیز آن‌ها را وادار به خودکشی نمی‌کند بنابراین سخت‌ترین رنج‌ها و مشکلات را تحمل می‌کنند تا به حیات خود ادامه دهند. ولی این گزینه در کسانی که دارای گرایش‌های خودکشی هستند، سرکوب شده است. برخی افراد به ویژه زنان مبتلا به اختلال عصبی یا افسردگی، از خودکشی به عنوان یک تهدید و برای گروکشی از دیگران استفاده می‌کنند و به هیچ عنوان نمی‌دانند که دارای انگیزه‌های مبهم و مشکوک هستند. آن‌ها یقین دارند که زندگی تحمل‌ناپذیر است و دیگران آن‌ها را درک نمی‌کنند این گروه همواره گرایش‌های پارانویا را نشان می‌دهند. این گروه در اعماق وجود خود تصمیم جدی برای این کار ندارند اما به‌طرزی مایوسانه می‌خواهند که جدی گرفته شوند. در واقع خودکشی به شیوه گروکشی شکل خاصی از تمایل برای تسلط بر دیگران می‌باشد. در هر صورت خودکشی به عنوان یک بحران روانی برای افراد در شرایط استرس‌زای زندگی اتفاق می‌افتد. معمولاً بحران‌ها در اثر مسائلی از قبیل مرگ عزیزان، طلاق، از دست دادن شغل، و

مسائل متعدد دیگر ایجاد می‌گردد.

هر یک از موقعیت‌های بحران‌زا منجر به ضربه روحی و استرس می‌گردد، در نتیجه باعث افزایش رفتارهایی می‌شود که یا به کنترل مسأله منتهی می‌شود یا این‌که بحران را تسریع می‌کند. *اگوییلرا* معتقد است وقتی مسائلی حل نشده باقی می‌مانند منجر به پیدایش بحران به‌ویژه برای افرادی می‌شود که تجربه قبلی توأم با عدم موفقیت داشته‌اند و ساختار شخصیتی آن‌ها دچار ضعف بوده و منابع سازگاریشان بیش از حد و فراتر از توان تحت فشار قرار گرفته است. به‌طورکلی زمانی که تلاش برای حل یک بحران ناموفق شود، اضطراب بالا رفته و تبدیل به حالات هراس و وحشت می‌شود، و در این شرایط فرد می‌تواند از دیگران کمک بگیرد و اگر این کمک‌ها در دسترس نباشد احساس تنهایی و می‌تواند به عنوان یک بحران روانی فرد را به سوی خودکشی سوق دهد.

خودکشی به طور کلی محصول و نتیجه درد روانی است و منبع اولیه این درد روانی نیازهای برآورده‌نشده روان‌شناختی است. اساس رفتارهای انسان به‌طور بدیهی مبتنی بر نیازهای زیست‌شناختی اساسی و بنیادی است. پس از رفع این نیازها، نیاز انسان به کاهش تنش‌های درونی پیش می‌آید که آن‌هم از رهگذر ارضای نیازهای روان‌شناختی تحقق می‌یابد، از جمله نیاز به پیشرفت، پیوند و رابطه، تسلط یافتن، سالم ماندن، خودمختاری، دوست داشته شدن و کمک و شناخت مسائل و بسیاری نیازهای دیگر. به‌طورکلی، ما بخش عمده‌ای از زندگی خود را برای رفع نیازهای روان‌شناختی خویش صرف می‌کنیم. وقتی فردی خودکشی می‌کند، در واقع می‌خواهد درد روانی خود را از بین ببرد، دردی که ناشی از ارضانشدن نیازهای حیاتی اوست.

مطالعاتی که فرآیندهای روان‌شناختی دخیل در رفتار خودکشی را در افراد اقدام‌کننده به خودکشی مورد بررسی قرار داده‌اند، نقایصی را در این افراد پیدا کرده‌اند، از جمله

ضعف در حل مسائل بین فردی، نومییدی نسبت به آینده، ناتوانی در مهار عواطف، عزت به نفس پایین و تحریف‌های شناختی، همچنین در جهت پیدا کردن فرآیندهای زیر ساختی نظیر بازیابی خاطرات شخصی و کاهش انتظار تجارب مثبت خاص برای این نقایص گام برداشته‌اند. در مطالعات روان‌شناختی و خودکشی اکثراً بر تبیین فردی آن متمرکز شده‌اند. به طور کلی عوامل مربوط به انگیزه‌ها در این نوع خودکشی مورد توجه می‌باشد. این نظریه‌ها معمولاً به نقش فرد در تصمیم به خودکشی تأکید دارند.

به نظر فروید خودکشی حاصل کشمکش‌های روانی است که در فرد بوجود می‌آید. طبق نظریه فروید خودکشی ناشی از افسردگی شدید است که به واسطه از دست دادن روابط لیبیدویی، در نتیجه مرگ، امتناع یا ناامیدی حاصل می‌شود. به عقیده فروید هنگامی که فرد از نظر عاطفی به دیگران دلبستگی پیدا می‌کند افراد موضوعات عشقی برای او می‌شوند و فرد بارها خود را با آن‌ها نزدیک و یکی می‌کند، در نتیجه وقتی فرد دچار شکست عشقی می‌شود احساس عشق او تبدیل به پرخاشگری معطوف به خود می‌شود و به خودکشی می‌انجامد.

مینگر معتقد است خودکشی برگردان یک جنایت است. دیگرکشی به علت عصبانیت فرد از شخص دیگر به صورت خودکشی در می‌آید و یا به عنوان دلیل موجه برای تنبیه بکار می‌رود. او نیز مانند فروید معتقد است که خودکشی راهی برای جبران افسردگی است، بسیاری از بیماران خودکشی را وسیله‌ای برای جدال با افسردگی غیرقابل تحمل می‌دانند. او به دنبال عامل روان‌شناختی ناخودآگاه است و ناخودآگاه مورد توجه مینگر همان چیزی است که فروید آن‌را غریزه زندگی و مرگ می‌نامد. او معتقد است هر عمل خودکشی گرایانه واقعی بایستی شامل سه عنصر باشد، میل به کشتن "تنفر"، میل به کشته شدن "احساس گناه"، و میل به مردن "ناامیدی".



یونگ معتقد است زندگی تابعی است از کل خود نه فقط من، هنگامی که خود به من تقلیل یابد ناخشنودی آغاز می‌شود و اگر به یأس کامل تقلیل یابد در واقع خودکشی صورت می‌گیرد. خودکشی ممکن است راهی برای بدست آوردن معنا از طریق تجدید حیات باشد یعنی تولدی دیگر، از نظر یونگ خودکشی‌ها ممکن است فعال یا منفعل، برنامه‌ریزی شده یا تکانشی، جلب توجه کننده یا صادقانه باشد. در خودکشی فعال فرد قربانی، مرگ خود را برنامه‌ریزی می‌کند، در خودکشی منفعل فرد خود را در مسیر مرگ قرار می‌دهد در خودکشی تکانشی اقدام بدون برنامه‌ریزی و به صورت لحظه‌ای رخ می‌دهد.

بوردلپو (۱۹۹۴) در تحقیقی مشخص نموده است که خودکشی دارای بار احساسی و عاطفی است و معمولاً با افسردگی و اختلالات شخصیتی همراه می‌باشد، و خودکشی راه حلی است که فرد برای حل مشکلات خود انتخاب نموده است، بنابراین افرادی که آگاهانه دست به خودکشی می‌زنند به طرف خدمات مشاوره و روان‌درمانی گرایش پیدا می‌کنند، و آن زمانی است که حس تنفر از خود کاهش یافته است.

### ویژگی‌های شخصیتی قربانیان خودکشی

مطالعات بالینی از افرادی که در سنین مختلف اقدام به خودکشی کرده‌اند، آنهایی که برای انجام آن مبادرت نموده‌ان، یا آنهایی که در مواجهه با مشکلات روزمره از خودکشی صحبت می‌کنند همگی دارای یک ویژگی مشترک هستند و همگی آنان ویژگی طرد خود را دارند. برخی مواقع اینگونه نگرش خودطردی از انباشته شدن شکست‌ها و اغلب شکست‌هایی که افراد خودشان را متقاعد کرده‌اند که حق‌شان است که هیچ وقت شکست نخورند و بعضی مواقع از تنهایی و دل‌تنگی که از انزوای محیطی ناشی نشده بلکه از انزوای

اجتماعی باشد ناشی می‌شود.

بدون ملاحظه علت نگرش خودطردی، الگوی شخصیتی مرتبط با آن به شکل اضطراب و افسردگی ملاحظه می‌شود. با احساسات بی‌لیاقتی زیاد و حقارت شدید با این باور که شرایط آن چنان ناامید کننده است که فرد به طور کامل برای سازگاری و انطباق با آن ناامید است. بوسیله باورهایی که او خود را قربانی متعصبانش می‌داند، از طریق این باور که اعضای گروه اجتماعی وی شد به عنوان فردی بی‌فایده و بی‌مصرف تلقی می‌کنند و او را به عنوان فردی دارای احساس گناه و خجالت نشان می‌دهد. اغلب افرادی که مستعد خودکشی هستند سابقه طولانی از دلتنگی، کناره‌گیری، انزوای اجتماعی و اضطراب هستند. آن‌ها سال‌های سال ضعف‌های شخصیتی که به طور افزایش یافته پیشرونده نگرش خورطردی را در آن‌ها ایجاد کرده است همراه داشته‌اند. یکی دیگر از خصوصیات شخصیتی مشترک در بین افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند داشتن این باور است که خودکشی تنها راه حل غلبه بر احساسات غیرقابل تحمل است. جذابیت خودکشی در این است که نهایتاً به اینگونه احساسات غیرقابل تحمل خاتمه می‌دهد. در تراژدی خودکشی، آشفتگی عاطفی و هیجانی به حدی شدید می‌شود که فرد را در یافتن راه‌های مختلف برای حل مشکل خود ناتوان می‌سازند در حالی که راه‌حل‌های دیگری نیز وجود دارند.

خودپنداری و عزت نفس پایین و شکست در زندگی: آمادگی برای خودکشی بیشتر در بین کسانی که خودشان را به عنوان افرادی شکست خورده و عاجز تلقی می‌کنند عمومیت دارد. حتی زمانی که یک شخص به طور واقعی موفق است. ممکن است عقیده بر این داشته باشد که او شکست خورده است. به این دلیل پیشرفت‌های او کوچکتر از آرمان‌ها و آرزوهایش است. آن‌هایی که به طور واقعی شکست خورده‌اند، هم‌چون شکست در مدرسه، دانشگاه یا تنزل موقعیت اجتماعی، بی‌ثباتی شغلی، مخصوصاً مستعد خودکشی هستند.

تیپ‌های شخصیتی: اشخاص درونگرا و افراد خود محور نسبت به کسانی که اجتماعی‌تر هستند بیشتر آمادگی برای خودکشی دارند. افرادی که ثبات ندارند در تمامی سنین بیش از افرادی که ثبات دارند مستعد خودکشی می‌باشند.

اختلالات روانی: در حالی که حدود ۹۰ درصد خودکشی‌ها شاید در قالب یکی از تشخیص‌های معین «راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌ها» می‌گنجد. شنایدمن (۱۹۸۷) خاطر نشان می‌شود که قسمت عمده‌ای از بیماران اسکیزوفرنیک و خلقی خودکشی نمی‌کنند و معتقد است که اغتشاش ذهنی که از نظر او ویژگی کلیدی خودکشی است، یک بیماری روانی نیست. به نظر می‌رسد گزارش‌های رسانه‌های جمعی درباره خودکشی موجب افزایش خودکشی می‌شود. تعارضات عاطفی، ارزش و اخلاقی نیز می‌تواند فرد را به سوی خودکشی سوق دهد. برای مثال تعارض در خانمی در جامعه و خانواده با مرد ارتباط نداشته و سپس با ورود به دانشگاه برای اولین بار با مردان در ارتباط نزدیک قرار می‌گیرد. وابستگی به الکل نیز خطر خودکشی را بالا می‌برد. این خطر به‌خصوص در بین مردان مسن‌تر با تاریخچه طولانی مدت در نوشیدن الکل، اختلال افسردگی و خود آسیبی عمدی قبلی و افرادی که به دلیل شکایات جسمانی، مشکلات زناشویی، مشکلات کاری یا جلوگیری از لغزش‌ها، عادت به نوشیدن الکل دارند، افزایش می‌یابد. فرد مبتلا به اسکیزوفرنیا خطر بالایی برای خودکشی دارند. این خطر به‌خصوص در بین بیماران جوان‌تری که بینش آن‌ها نسبت به عوارض جدی بیماری بر زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد بالاتر است. اکثر افرادی که از طریق خودکشی می‌میرند در زمان مرگ نوعی اختلال روانی دارند که اغلب اختلال افسردگی، میخوارگی یا وابستگی به دارو می‌باشد. البته در بین آن‌ها افراد دچار اختلال شخصیت و اسکیزوفرنی نیز گزارش شده است. سایرین دچار بیماری جسمانی مزمن و دردناکی بوده‌اند. میزان خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی

افزایش یافته و خطر آن در طی زندگی حدود ۱۵ درصد برای اختلالات شدید است. این بیماران از سایر بیماران افسرده متفاوتند زیرا اغلب مسن‌تر، تنهاتر، جداشده از همسر یا متارکه هستند و سابقه اقدام به خودکشی بیشتر داشته‌اند.

هم‌چنین عامل هوش در گرایش به خودکشی چندان مؤثر نیست. خودکشی در بین افراد با توانمندی‌های هوشی گوناگونی مشاهده می‌شود. این‌که افراد باهوش ممکن است در برخورد با مشکلات زندگی راه‌حل‌های مناسبی را دنبال کنند وجود دارد ولی از سویی دیگر معمولاً افراد باهوش‌تر روش‌های محکم‌تر، مطمئن‌تر و پیچیده‌تری را برای خودکشی انتخاب می‌کنند و همانند افراد سالمند اقدام آن‌ها به خودکشی معمولاً با موفقیت انجام می‌شود.

## جمع‌بندی عوامل

### الف) الگوهای طبقه‌بندی:

طبقه‌بندی‌هایی که در زمینه علل خودکشی به عمل آمده است متعدد می‌باشد و در زیر به دو نمونه از این طبقه‌بندی‌ها اشاره می‌شود.

۱) علل آسیب‌شناختی روانی - تنی شامل: بیماری‌های جسمی (دردها و معلولیت‌ها و..). و بیماری‌های روانی (افسردگی، الکلیسم و..).

۲) علل اقتصادی شامل: بیکاری و مشکلات مالی، اخراج از کار، ازدست دادن پایگاه اجتماعی، ترس از فقر، شکست اقتصادی و....

۳) علل عاطفی شامل: علل احساسی، عشق نافرجام، حسادت، از دست دادن و یا غیبت شخص مورد علاقه، سایر علل عاطفی ممکن است عبارت باشند از: مرگ یا بیماری خطرناک یکی از نزدیکان، اختلافات زناشویی، شکست در تحصیل، تحمل رنج و احساس اندوه (از خضونت، بدرفتاری، آزار و مانند آن)

مورون محقق فرانسوی عوامل خودکشی را به دو دسته کلی به شرح زیر طبقه بندی کرده است:

۱) عوامل مساعد کننده شامل: عوامل طبیعی (شرایط جوی، عوامل جمعیت جغرافیایی، عوامل بدنی)، عوامل روان‌شناختی (وراثت، ساخت ذهنی، تجربیات ناخوشایند) عوامل جامعه شناختی (خانواده، حرفه، مذهب، وقایع سیاسی و اقتصادی و اجتماعی و وسایل ارتباط جمعی).

۲) بیماری‌های روانی شامل: دپرسیون‌ها یا افسردگی‌ها (ملانکولی، دپرسیون‌های عکس‌العملی، دپرسیون‌های نورتیک)، اسکیزوفرنی، هزیان مزمن، صرع، نروزها، مسمومیت، عقب‌افتادگی ذهنی، و عوارض سیستم عصبی مرکزی.

ب) علل و انگیزه‌های خودکشی: تحقیقات علوم اجتماعی درباره علل خودکشی را می‌توان در پنج مقاله تبیینی عمده زیر طبقه‌بندی کرد:

۱) شخصیت و تجربه‌های مراحل اولیه کودکی:

برخی از خودکشی دوران بزرگسالی را می‌توان به تجربه‌های خانوادگی و بعضی ویژگی‌های شخصیتی چون ازدست دادن یکی از والدین، طرد عاطفی دراز مدت، فرزند ارشد بودن و اقدام به خودکشی بستگان نسبی مربوط دانست. از سوی دیگر، خصوصیات شخصیتی که اغلب منجر به خودکشی می‌شوند، عبارتند از: افسردگی، خود انگیختگی، بدبینی، خودپنداری منفی، انفعال، درونگرایی و تضاد فکری. روانشناسان مایلند این خصوصیات را به ضربه روانی مراحل اولیه کودکی ارتباط دهند، درحالی‌که جامعه‌شناسان به احتمال زیاد آن‌را به حوادث دروان بزرگسالی از جمله طلاق و بیکاری نیز مربوط می‌دانند.

## پیشگیری از خودکشی

اساساً روش‌های پیشگیری از خودکشی در دو مرحله تعریف می‌شوند: پیشگیری اولیه و ثانویه.

### الف) پیشگیری اولیه<sup>۱</sup>

این نوع پیشگیری یک اقدام ایده‌آل است و عمل آن جلوگیری از بروز فکر خودکشی می‌باشد. افرادی که می‌توانند این نوع پیشگیری روان‌پزشکان، روانشناسان، و روحانیون انجام می‌شود، در این نوع پیشگیری قبل از ایجاد علل، اقداماتی اتخاذ می‌گردد که مانع رشد و بروز آن‌ها می‌گردد. اقداماتی که رفتارهای سوء و غیراخلاقی موجود در خانواده‌ها را از بین می‌برد و در حقیقت راهی برای خشکاندن ریشه‌های این عامل نابودکننده خانواده و اجتماع یعنی خودکشی می‌باشد. بروز و مشاهده برخی علائم از قبیل انزوای، بی‌اشتهایی مرضی، عدم بهبودی کامل بیماری، عدم موفقیت مکرر در زندگی، کم‌خوابی یا بی‌خوابی، کاهش ارتباط مؤثر با دیگران، خشونت طلبی، افسردگی و ... نشان‌دهنده خطر و اقدام اولیه برای پیشگیری از خودکشی را ایجاد می‌کند.

### ب) پیشگیری ثانویه<sup>۲</sup>

بخش عمده فعالیت روان‌پزشکان و روانشناسان مربوط به پیشگیری از نوع دوم می‌باشد، در این مرحله بیان و ابراز رفتار خودانتحاری به صورت آشکار و یا تشخیص داده شده و دخالت را می‌طلبد. خط سیر و ابتدا و انتهای پیشگیری نوع دوم از زمان اولین جرقه‌های ذهنی در مورد خودکشی تا ابتدای اقدام عملی و ارتکاب به خودکشی می‌باشد.

---

<sup>۱</sup> - Primary Prevention

<sup>۲</sup> - Secondevy Prevention

تمامی دخالت‌های درمانی از قبیل گروه درمانی، روان‌درمانی، دارودرمانی، و خدمات مشاوره‌ای در این مرحله بکارگیری شود.

در فرآیند پیشگیری تشخیص سریع و کمک به افراد در معرض خطر و تغییر عوامل اجتماعی زمینه‌ساز، حمایت از فرد در معرض خطر، به کمک سازمان‌ها، کاهش روش‌های خودکشی، آموزش افراد درباره خطرات مصرف زیاد داروها و بالاخره سیاست‌های اقتصادی و اجتماعی عمومی حائز اهمیت می‌باشند.

## درمان در خودکشی

هر فردی که تهدید به خودکشی می‌نماید و یا اقدام به خودکشی داشته باید از تمامی خدمات درمانی مانند مداخله در بحران و یا درمان‌های روان‌پزشکی و روان‌شناختی بهره‌مند گردد. اصول اساسی درمان عبارتند از:

**جلوگیری از آسیب:** با بستری یا درمان در منزل به صورتی که اطرافیان بتوانند در صورت افزایش افکار خودکشی به سرعت به فرد کمک کنند. و در صورت داشتن بیماری روانی نیز باید به درمان آن نیز پرداخته شود.

**ایجاد امیدواری:** هر اندازه هم که فرد مصمم به خودکشی باشد، معمولاً مقداری امید به زندگی وجود دارد. این احساسات مثبت باید تقویت شوند. یکی از راه‌های این کار این است که نشان دهیم به مشکلات فرد توجه می‌کنیم.

**حل کردن مشکلات:** در صورتی که فرد بر اثر خودکشی مرد، اطرافیان فرد نیاز به کمک دارند تا بتوانند با احساس فقدان، احساس گناه یا عصبانیت کنار آیند. هم‌چنین درمان طبی به هنگامی که خطر مرگ مددجو را تهدید می‌نماید از الویت خاصی برخوردار است. باید

همواره به خاطر داشت که درمان طبی نخستین گام است و مسلماً چگونگی برخورد کارکنان بخش فوریت‌های روان‌پزشکی و یا سایر بخش‌ها در ایجاد اعتماد و انجام سایر اقدامات، بسیار مهم می‌باشد. نیاز به بستری نمودن بیمار، در زمانی که رها ساختن بیمار به حال خود یا خانواده امکان ناپذیر باشد، احساس می‌شود. تمام افرادی که دست به خودکشی می‌زنند باید فرصت و مجال این را داشته باشند که تحت مشاوره و روان‌درمانی قرارگیرند و این چنین درمانی معمولاً از طرف افراد ورزیده و متخصص مانند روان‌پزشکان و روانشناسان صورت می‌گیرد. مشاوره باید بر تجزیه و تحلیل مشکلات و تخلیه احساسات مددجو متمرکز شود. مشاور کمک می‌کند تا رفتارهایی که موجب رنج و ناراحتی در فرد می‌شود به رفتارهای مفید و سازنده تبدیل کند و بتواند افکار سرکوب شده و یا مورد انکار قرار گرفته را بازگویی نماید. همچنین تغییر و دگرگونی در جنبه‌های اصلی شخصیتی و الگوهای عمیق رفتاری را بوجود آورد.

در مورد عوامل مؤثر بر درمان کودکان و نوجوانان دارای رفتارهای خودکشی‌گرایانه، متخصصان و کلینیک‌ها در این زمینه می‌توانند نقش عمده‌ای داشته باشند در این مطالعه شیوه آموزش و یافتن علل و شیوه‌های پیشگیری از خودکشی مورد بررسی قرار گرفته است.

مطالعات نشان می‌دهد که مداخله‌های درمانی مناسب می‌تواند به میزان بسیار بالایی، خطر خودکشی نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی را قبل و بعد از اقدام به خودکشی کاهش دهد. با این حال هنوز درصد کمی از این افراد تحت درمان قرار می‌گیرند و همچنین به دلیل ماهیت خطرناک بودن درمان این افراد، تحقیقات کمی در مورد درمان‌های مناسب و مدون با چارچوب‌های کنترل شده برای کاهش خطر خودکشی در افراد خودکشی‌گرا، انجام شده است.



## برخی اقدامات اولیه در پیشگیری از خودکشی

- آموزش مسئولان: این نوع از برنامه که به طور مستقیم مربوط می‌شود به کارکنان به منظور کمک کردن به آنها برای شناختن دانش آموزان در ریسک خودکشی و ارجاع این گونه دانش آموزان برای کمک. این برنامه‌ها هم‌چنین به کارکنان می‌آموزد، چگونه به یک تراژدی مرگ و رویکرد داشته باشند. و یا دیگر موارد بحران در مدرسه.
- آموزش رابطین اجتماع: این برنامه شامل آموزش به اعضاء جامعه مانند روحانیون، پلیس، بازرگانان و کارکنان امور تفریحی می‌شود. این برنامه آموزشی برای کمک به شناختن جوانان در معرض خودکشی و ارجاع آنها برای گرفتن استمداد طراحی شده است.
- آموزش عمومی در رابطه با خودکشی: این برنامه‌ها این امکان را فراهم می‌کند. که چگونه با مسائل مربوط به خودکشی برخورد کنند و آنها را نسبت به علائم هشدار خودکشی آگاه می‌کند و برای آنها اطلاعات را فراهم می‌کند که چگونه طلب کمک برای خودشان یا دیگران کنند. این برنامه‌ها اغلب شامل ارتقاء فعالیت‌های مختلف خودباوری و ارتقاء صلاحیت‌های اجتماعی می‌باشد.
- غربالگیری شامل ابزار شناسایی جوانان در معرض خودکشی با ریسک بالا به منظور فراهم آوردن و ارزیابی بهتر و درما برای یک جمعیت هدف کوچک تر می‌باشد.
- برنامه‌های حمایتی دقیق: این برنامه‌ها به منظور ارتقاء دادن رابطه نزدیک، پیشرفت صلاحیت و مهارت‌های اجتماعی به عنوان یک روش به منظور جلوگیری از خودکشی در میان جوانان در معرض خطر.
- مراکز بحران و خطوط ویژه: این برنامه‌ها به طور اولیه مشاوره اورژانس برای افراد، با

افکار خودکشی را فراهم می‌نماید. خطوط ویژه معمولاً افراد دروه دیده اداره می‌شد. بعضی برنامه‌ها پیشنهاد یک مرکز بحران را دارند و بیماران را به سرویس‌های سنتی بهداشت روان ارجاع می‌دهند.

- **محدود کردن ابزار خودکشی:** این برنامه شامل برنامه‌های محدود کردن ابزارهای خودکشی مانند وسایل آتش‌سوزی و داروها و سایر ابزاری می‌باشد.

- **مداخله بعد از یکبار خودکشی:** این استراتژی‌ها برای مبارزه با بحران‌های بعدی خودکشی در جامعه طراحی شده‌اند آن‌ها برنامه‌هایی برای کمک و پیشگیری از خودکشی در افرادی که شانس خودکشی داشته‌اند و به مقصود مبارزه با احساس خودکشی بنا نهاده شده است. برنامه‌های بیشتر از خودکشی شامل مداخله در چند گروه از جمله دوستان و خویشاوندان قربانی است.

۱- استراتژی‌ها به منظور شناختن جوانان با افکار خودکشی و ارجاع آن‌ها به منابع روانی موجود

۲- استراتژی‌ها که طراحی شده‌اند، برای شناختن افراد مشکوک به خودکشی و عوامل خطر برای خودکشی جوانان.

- **استراتژی‌هایی به منظور ساختن و ارجاع افراد:** این دسته شامل استراتژی‌های فعال به منظور شناختن و ارجاع جوانان با افکار خودکشی می‌باشد (برنامه‌های غربالگری، جمعیت هدف غربالگری در جمعیت‌هایی که افکار خودکشی آشکار دارند) به همان اندازه استراتژی‌های غیرفعال که ارجاعات را زیاد می‌کنند (آموزش مسئولان مدرسه و اجتماع، آموزش عمومی درباره خودکشی جوانان، نهادینه کردن مراکز بحران و خطوط تلفن ویژه) مؤثر می‌باشند. بعضی از استراتژی‌های فعال طراحی شده‌اند برای طبقه پایین به منظور ارجاع توسط خود شخص برای افرادی که احساس خودکشی دارند. برنامه‌های دیگر طراحی

شده‌اند برای افزایش ارجاع توسط افرادی که از علائم خودکشی آگاهی دارند در افرادی که آن‌ها می‌شناسند.

- **استراتژی‌هایی که برای شناختن عوامل خطر مشکوک طراحی شده‌اند:** این مجموعه شامل مداخلات طراحی شده به‌منظور ارتقاء خودباوری و ارتقاء صلاحیت در مدیریت اضطراب می‌باشد. (آموزش عمومی در رابطه با خودکشی، برنامه‌های حمایتی با کنترل زیاد) و به‌منظور فراهم کردن مراکز مشاوره بحران یا به‌عبارت دیگر مشخص کردن وقایع استرسی که ریسک اقدام به خودکشی در میان جوانان مشکوک را زیاد می‌کنند (مراکز بحران و خطوط تلفن ویژه، مداخله‌ای جهت به حداقل رساندن سرایت افکار خودکشی در افراد این مجموعه) اگر چه محدود کردن آن‌ها امکان دسترسی به ابزار خودکشی در کاهش خطر اقدام به خودکشی جوانان می‌تواند مهم باشد ولی هیچکدام از برنامه‌هایی که مورد بررسی قرار داده‌ایم تأکید اصلی بر این روش ندارد.

- **بیشتر برنامه‌ها بر روی افراد جوان تمرکز دارند:** البته یک تأکید مختصری به خودکشی در میان بالغین نیز دارند. با تعداد کمی از استثنائات، بیشتر برنامه‌ها طراحی شده‌اند به‌منظور کاهش خودکشی در بین جوانان می‌باشد چون در این سنین افکار خودکشی به اوج خود می‌رسد. نرخ خودکشی به‌طور معمول دو برابر افراد ۲۴-۲۰ شایع‌تر می‌باشد. راه‌های پیشگیری بیشتر احتیاج دارد که در جهت هدف که جوانان در معرض خطر می‌باشند مورد توجه قرار گیرند. برنامه‌های موجود بعضی اوقات به‌صورت ناکافی با منابع موجود انجمن بهداشت روان رابطه پیدا می‌کنند. بعضی برنامه‌ها به‌صورت مشورتی به‌منظور هماهنگی بیشتر با منابع انجمن بهداشت روان به‌طور بسیار نزدیکی کار کرده‌اند. در تعداد زیادی از برنامه‌های دیگر رابطه با منابع موجود بهداشت روان تا حدودی ضعیف است.

ما اعتقاد داریم که تقویت این گروه‌ها به صورت زیاد تلاش‌ها را برای جلوگیری از برنامه‌های خودکشی را محکم می‌سازد.

## سایر پیشنهادات

اگر چه ما اطلاعات کافی جهت پیشنهاد یک استراتژی جلوگیری خودکشی نسبت به سایر استراتژی‌ها نداریم پیشنهادات زیر به نظر با اهمیت می‌رسند.

- مراقبت این نکته بودن برنامه‌ها پیشگیری از خودکشی موجود یا جدید در حد امکان ارتباط تنگاتنگی با منابع بهداشت روان حرفه‌ای در جامعه دارند. همان‌طور که مورد توجه قرار گرفت بسیاری از برنامه‌ها به منظور افزایش ارجاع افراد در معرض خودکشی تربیت کرده باشیم.

- اجتناب از اعتماد نسبت به یک استراتژی. بیشتر برنامه‌هایی که ما دوره کردیم شامل بعضی از این ۸ استراتژی که توصیف کردیم می‌شدند. به هر حال بعضی استراتژی‌ها با وجود مدارکی نشان می‌دهد کمتر مؤثرند نسبت به سایر استراتژی‌ها غالب شده‌اند.

- گنجاندن و داخل کرد امید بخشی استراتژی‌های مورد استفاده به برنامه‌های جاری در حد امکان محدود کردن ابزار خودکشی می‌تواند بهترین کاندید در میان این استراتژی‌ها باشد. حمایت نزدیک از افرادی که احساس خودکشی داشته‌اند یا تلاش برای خودکشی داشته‌اند نیز امیدبخش به نظر می‌رسد.

- گسترش دادن تلاش‌های پیشگیری خودکشی برای جوانان ۲۰-۲۴ چون در میان آن‌ها میزان خودکشی دو برابر دیگران است.

- گنجاندن فعالیت‌های ارزیابی در همه برنامه‌های جدید و موجود پیشگیری که ترجیحاً براساس اندازه‌گیری نتایج مانند بروز رفتار خودکشی بنا نهاده شده است یا اندازه‌گیری‌های دقیق که با بعضی پروژها همراهی دارد لازم می‌باشد. آگاه باشیم که شناختن بعضی نتایج که

باید اتفاق بیافتد طراحی شوند.

- مانند خیلی از برنامه‌های خودکشی برنامه‌های پیشگیری خودکشی که در این راهنما آورده شده است در حال شکل گرفتن می‌باشند. بنابراین خوانندگان باید تصور صحیح به منظور یافتن اطلاعات جاری در ضمیمه فعالیت‌ها با این برنامه‌ها تماس داشته باشند.

### معرفی و خلاصه‌ی زمینه

در طول سال‌های متمادی ما فهمیده‌ایم افرادی که از اختلالات روانی رنج ببرند به‌خصوص بیماری‌های فعال به‌طور مشخص در معرض افزایش در خودکشی می‌باشد. در دهه‌های گذشته بیشتر مردمی که از خودکشی می‌مردند مردان بودند که از افسردگی و اختلالات قابل درمان در زمان مرگشان رنج می‌برند. در نتیجه شناسایی و درمان این افراد (که دارای ریسک بالایی برای خودکشی هستند) نقش مهمی در برنامه پیشگیری خودکشی دارد. اختلالات روانی دلیل کافی برای خودکشی نمی‌باشد اگر چنین بود باید همه افراد با اختلالات روانی از خودکشی می‌مردند در حقیقت فاکتورهای دیگری که دخیل در خودکشی می‌باشند وجود دارد. این وجود شناخت و درمان افراد با اختلالات روانی مهمترین اقدام پیشگیری از خودکشی می‌باشد. در سال‌های اخیر مدارکی وجود دارد که نشان می‌دهند نرخ خودکشی رو به افزایش است و ما باید جهت تلاش‌های پیشگیری خودکشی به‌خصوص برای افراد جوان (۱۹۸۶)، در سال ۱۹۵۰ نرخ خودکشی در میان بالغین ۲۰۷ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر و در بین افراد بین ۲۴ تا ۲۰ سال ۶۰۲ در هر ۱۰۰۰۰۰ می‌باشد. تا سال ۱۹۶۰ نرخ خودکشی در بین بالغین و افراد جوان ۳ برابر شده و به ۸۰۵ و ۱۶۰۱ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت رسید. این هشدار در مورد افزایش نرخ خودکشی جوانان همراه با تحقیقات که نشان می‌دهند تنها یک سوم افراد دارای و قابل درمان خودکشی می‌باشند. در پاسخ به این یافته‌ها صاحب‌نظران بر این داشت تا برنامه‌های

مختلف را طراحی می‌کنند که آن‌ها را باور کنند شاید بتوان به‌منظور کاهش خودکشی جوانان کمکی کنند. خیلی از برنامه‌ها طراحی شدند تا توانایی مردم را جهت شناخت علائم خودکشی در خودشان با مردم را زیاد کنند و بتوانند افراد جوان و بالغ با اختلالات روانی را به مرکز بهداشتی موجود ارجاع دهند و برنامه‌های دیگری در شکستن زنجیره خودکشی در یک نقطه دارند. با تمرکز بر روی جامعه‌هایی که خودکشی در آن‌ها رواج دارد یا بر روی فاکتورهای هدف برای خودکشی مانند وقایع استرس‌زا یا از دست دادن عشق، برخلاف تلاش‌های انجام شده نرخ خودکشی همچنان بالا است. در سال ۱۹۸۸ نرخ خودکشی در بین جوانان ۱۱۰۳ در ۱۰۰۰۰۰ نفر بود. و در بین بالغین ۱۵ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر بود. این نکته از هر زمان دیگری ضروری‌تر می‌باشد که ما مشخص کنیم کدام یک از برنامه‌های جاری خودکشی مؤثرترند و کدام یک با توجه به قیمت آن‌ها سودمند می‌باشد. در طول سالیان دراز برنامه‌های گوناگون و بزرگی در مورد پیشگیری از خودکشی محقق شده است و استراتژی‌های گوناگونی در این کار وارد شده است.

برخلاف این تجربه هنوز چند نکته وجود دارد.

(۱) یک مدل آماده برای افرادی که می‌خواهند برنامه‌های گوناگون و خودکشی در جامعه‌شان را ارتقاء ببخشند وجود ندارد.

(۲) یک نظر اجمالی بر روی مؤثر بودن یک روش به‌خصوص وجود ندارد. در غیاب این اطلاعات مردمی که علاقه به جلوگیری از خودکشی دارند انتخابی نداشته‌اند. به‌منظور استخدام استراتژی‌هایی که به‌نظر می‌رسد بیشترین تقاضا را دارند آن‌ها اغلب احتیاج دارند که از اول در جامعه خودشان شروع به کار کنند و یا حداقل به‌طور بالقوه منتهی می‌سازد آن‌ها را به گسترش منابع پیشگیری کمیاب و نادر در استراتژی‌هایی که نامؤثرند یا به‌نظر کم تأثیرتر می‌رسند.

## منابع مؤسسه کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها برای جلوگیری از خودکشی جوانان

ما ارتقاء بخشیدن این منابع را به منظور مشخص کردن این دو احتیاج قصد و نیت کمک افرادی است که قصد دارند ارتقاء ببخشند یا برنامه‌های پیشگیری از خودکشی را به جامعه خودشان اضافه کنند. برای جمع‌آوری اطلاعات جامع برای راهنما ما با افراد صاحب‌نظر ارتباط برقرار کردیم و از آن‌ها خواستیم که سرمشق برنامه‌های پیشگیری از خودکشی جوانان را مشخص کنند (به منظور برنامه‌هایی که با قضاوت خود آن‌ها بهترین برنامه می‌باشد)

همان‌طور که قبلاً ذکر شد تشخیص و درمان اختلالات روانی به عنوان هسته اصلی برنامه‌های پیشگیری خودکشی شناخته شده است حداقل ۱ تا ۵ نفر از قربانیان خودکشی به نظر می‌رسد که از یک افسردگی کلینیکی رنج می‌برند هنگامی که آن‌ها اقدام به خودکشی می‌کنند و ۴ نفر از هر ۱۰ نفری که اقدام به خودکشی کرده‌اند سوء مصرف دارو که قابل تشخیص نیز بوده است را داشته‌اند. به علاوه مدارک واقعی وجود دارد که درمان رایج برای افسردگی بالینی و دیگر اختلالات بالینی مهم برای کاستن از دوره اختلالات روانی مؤثر است. اگر چه یک مدارک قابل مشاهده شگفت‌آوری وجود دارد که بیماران در حال درمان را اختلالات روانی نرخ خودکشی در آن‌ها واقعاً نسبت به جامعه‌شان پایین‌تر است. هیچ شکی وجود ندارد که ما باید تلاش‌های خودمان را به منظور تشخیص و درمان بیماران با اختلالات روانی به عنوان بخشی از تلاشمان برای پیشگیری از خودکشی ادامه دهیم. به‌علت این‌که روش برخورد با خودکشی به‌طور گسترده‌ای پذیرفته شده است. ما روش‌های سنتی مراکز بهداشت روانی را برای بررسی خودمان انحصار کرده‌ایم. هم‌چنین ما برنامه‌هایی که موجودند را برای تشخیص و افزایش ارجاعات زیاد کرده‌ایم.

## برنامه‌های پیشگیری از خودکشی

یک طیف وسیع از برنامه‌های پیشگیری جوانان از آموزش عمومی درباره خودکشی تا ایجاد خطوط ویژه بحران متفاوت است. استراتژی‌های متفاوت خودکشی برای جلوگیری از خودکشی در راه‌های متفاوت طراحی شده است. به‌عنوان مثال تربیت مراقبین و برنامه‌های غربالگری به‌منظور شناختن مردم در معرض خودکشی و ارجاع آن‌ها به مراکز بهداشت روانی طراحی شده‌اند. از طرفی خطوط ویژه تمایل به کمک به افرادی را دارند که تجربه یک بحران را دارند. این گزارش بر روی ۸ راه متفاوت برنامه فعالیت‌های خودکشی کرده. به هر حال برنامه‌های جلوگیری از خودکشی به‌طور مشخص کاملاً فراگیر هستند و چندین استراتژی‌ها را شامل می‌شوند. برای مثال آموزش عمومی خودکشی در مدرسه همواره با آموزش مسئولین و پرسنل همراه است. مانند خیلی از جوامع برنامه‌های پیشگیری خودکشی شامل چندین جزء فعالیت‌های آن‌ها می‌شود. و خیلی از افراد معتقدند که برنامه‌های فراگیر چندین جزء را پیشنهاد می‌کنند و تسهیل می‌کنند انواع هماهنگی و هم‌خوانی که موثرتر است از اجزاء هنوز در زمینه برنامه‌ریزی و ارزیابی تلاش‌های پیشگیری خودکشی ما احتیاج داریم که فکر کنیم درباره اجزاء برنامه‌های شخصی و استراتژی پیشگیری. اگرچه برنامه‌های پیشگیری خودکشی به‌طور مشخص جامع است. خیلی از مجریان برنامه‌ها پیشنهاد به تحقق بخشیدن یک جزء در یک زمان دارند. به‌منظور یک فعالیت کامل قبل از اینکه یک برنامه جدید شود. به علاوه انواع سؤالات ارزشیابی که نیاز است پرسیده شود. می‌توانند کاملاً متفاوت باشند برای انواع استراتژی‌های پیشگیری بنابراین گزارش بر اساس اجزاء مهم برنامه و استراتژی‌ها سازماندهی شده است. آموزش مراقبت مدرسه این نوع برنامه در کارمندان مدرسه (معلمان، مربیان،



مسئولان...) به منظور کمک آن‌ها در شناختن دانش‌آموزان در معرض خطر خودکشی و ارجاع آن‌ها بنا نهاده شده است. این برنامه‌ها هم‌چنین به معلمان آموزش می‌دهند چگونه به یک تراژدی مرگ یا سایر موارد بحرانی در مدرسه پاسخ دهند. آموزش مراقبت‌های اجتماعی. این نوع برنامه آموزشی اعضاء جامعه را در بر دارد. مانند روحانیون، بازرگانان و کارمندان امور تفریحی همانطور که پزشکان و پرستاران که جوانان را می‌بینند این آموزش به منظور کمک این مردم برای شناختن جوانان در معرض خودکشی و ارجاع مناسب آن‌ها بنا نهاده شده است. آموزش عمومی خودکشی این برنامه‌ها برای دانش‌آموزان حقایق خودکشی را بیان می‌کند آن‌ها را نسبت به علائم هشدار خودکشی آگاه می‌کند و اطلاعات فراهم می‌کند که چگونه کمک را برای خودشان یا دیگران فراهم کند. برنامه‌ها اغلب شامل خود باوری یا ارتقاء صلاحیت اجتماعی می‌شود.

### **برنامه‌های غربالگری**

غربالگری شامل پیدا کردن ابزار به منظور شناختن افراد در معرض خطر به منظور فراهم کردن ارزیابی بیشتر و درمان می‌باشد. تکرار اجرای ابزار غربالگری می‌تواند به منظور اندازه‌گیری تغییرات نگرشی با رفتار در طول زمان باشد. به منظور امتحان کردن مؤثر بودن یک استراتژی پیشگیری و به منظور بدست آوردن علائم هشدار یک رفتار بالقوه خودکشی برنامه‌های حمایتی دقیق، این برنامه‌ها که می‌تواند در الگوی مدرسه یا غیرمدرسه‌ای اجرا شوند به منظور تسهیل پیشگیری دقیق ارتقاء صلاحیت و مهارت‌های اجتماعی در میان جوانان در معرض خودکشی با آن‌ها است رفتار خودکشی دارند طراحی شده است.

مراکز بحران و خطوط ویژه در میان سایر دیگر است برنامه‌ها شامل فراهم کردن

خطوط ویژه تلفن برای افرادی که افکار خودکشی دارند می‌باشد. خطوط ویژه به‌وسیله داوطلبان آموزش دیده اداره می‌شود.

محدود کردن ابزار این پیشگیری شامل محدود کردن ابزار مانند دارو... می‌باشد مداخله‌ای بعد از خودکشی با استراتژی‌ها به منظور مقابله کردن با یک بحران خودکشی، بعد از یک یا چند اقدام به خودکشی طراحی شده است. پیشگیری بیشتر از خودکشی یکی از چند اهداف مداخله با دوستان و خویشاوندان قربانی خودکشی می‌باشد که به‌عنوان مثال نامیده می‌شود.

## راهنمای جامع برای پیشگیری و مداخله در خودکشی

### \* مفاهیم زمینه‌ای

- خودکشی یک اقدام فوری نیست بلکه در طی مراحل صورت می‌گیرد پس قابل پیش‌گیری است
- خودکشی یک اصلاح یا رفتار خنثی نیست
- کلمه خودکشی بدون توجه به نتیجه آن واکنش‌های عاطفی شدیدی را برمی‌انگیزاند
- خودکشی یک حادثه آسیب‌زا برای فرد و تمامی اشخاص است که با آن شخص ارتباط دارند.
- خودکشی واکنشی است به استرس‌سورهای چندگانه زندگی و چند عاملی است.
- حتی یک تهدید شوخی آمیز را باید جدی گرفت.
- همه از خودکشی متاثر می‌شوند
- سازمان بهداشت جهانی خودکشی را به عنوان یک حوزه بسیار مهم از سلامتی بهداشت ملی تعریف کرده است.

بنابراین اعضای دولت باید:

- ۱- مشکل را به عنان یک الویت در سلامت بهداشت ملی تلقی کنند
- ۲- برنامه‌های ملی پیشگیری ایجاد کنند
- ۳- کمیته‌های فرعی در سطح ملی ایجاد کنند

#### \* ویژگی‌های کسانی که مرتکب خودکشی می‌شوند:

- ۱- محرک رایج خودکشی یک رنج روانی غیرقابل تحمل است.
- ۲- استرسور عمومی در خودکشی نیازهای روانی ناکام شده است.
- ۳- هدف عمومی خودکشی جست و جوی راه حل است.
- ۴- مقصد خودکشی توقف و ایست خودآگاهی است.
- ۵- عاطفه رایج در خودکشی ناامیدی و بی پناهی است.
- ۶- نگرش درونی رایج به سوی خودکشی عدم تعادل عاطفی است.
- ۷- عمل بین مرزی رایج در خودکشی قصد و نیت ارتباط است.
- ۸- کنش (واکنش) رایج خودکشی خشم و پرخاشگری است.
- ۹- توافق کلی در خودکشی الگوی انطباقی در طول زندگی است.

#### \* علائم و نشانه‌های خودکشی

از نظر احساسی: احساس بیچارگی، ناامیدی، بی‌ارزشی که به صورت کلامی و غیرکلامی بیان می‌شود

از نظر رفتاری: کناره‌گیری، انزوا، ازدست دادن علایق و جدال و مبارزه

از نظر جسمانی: آشفتگی در اشتها، خواب، و وجود علائم روانی - تنی

از نظر شناختی: تغییر در فرایند شناختی، ضعف در استدلال و توان قضاوتی، ازدست دادن

توان تمرکز و توجه و احساس ازدست دادن آینده نگری  
از نظر عاطفی: افسردگی، بی‌عاطفگی، تندمزاجی، تحریک‌پذیری، نوسان خلق، یأس، ناامیدی  
و احساس بی‌کفایتی

### \* روش‌های مداخله قبل از بحران

#### ۱- آموزش مهارت‌های زندگی

- آموزش روش‌های انطباقی برای استرس‌های زندگی
- مهارت‌های برقراری ارتباط با دیگران، دوست داشتن دیگران، مهارت‌های عاشق شدن

- افزایش عزت نفس، افزایش ظرفیت و خود مراقبتی

- مراقبت از خود، مراقبت‌های سلامتی و بهداشتی

- آموزش روش حل مشکل

- افزایش موفقیت در زندگی و کاهش شکست و ناکامی

- متمایز شدن، مستقل شدن، جدایی عقلانی از عاطفی

#### ۲- شناسایی

- آزمون و تشخیص متخصص

- ترویج و آموزش علائم به عموم جامعه تا در صورت مشاهده و معرفی و ارجاع

#### ۳- حمایت

- جلوگیری از ناکامی

- افزایش روابط اجتماعی

- حمایت‌های مالی و اجتماعی (حمایت‌های زندگی)

- گسترش عدالت و...

## \* روش‌های مداخله در حین بحران

۱- اطمینان به خود: به خود اطمینان داشته باشید، خونسرد باشید، مطمئن، علاقمند به فرد، با حوصله، شوکه نشوید، وحشت نکنید.

## ۲- برآورد میزان خطر خودکشی

اعتقاد افسان‌های: اگر بپرسیم آیا شما درباره اقدام به خودکشی فکر می‌کنید فرد را به سوی خودکشی سوق می‌دهید. لازم است از سؤال مستقیم نهراسید، سؤال مستقیم بپرسید. چگونگی خودکشی، طرح، ابزار، زمان و برنامه و... پرسیدن آن‌ها هم‌چون خلع سلاح فرد است.

سؤال همراه با توجه باشد

## ۳- رابطه برقرار کنید.

- تا می‌توانید گوش کنید(مشتاقانه) سؤال پیچ یا نطق نرانید
- توجه نشان دهید
- نشان دهید که به او علاقه دارید و نگران او هستید
- برای تغییرات مثبت در آینده به او امید بدهید، امید کاذب ندهید، مثلاً امشب معشوقه را می‌آورم.
- به‌طور مستقیم درباره خودکشی صحبت کنید نه در حول و هوش موضوع
- به فرد اعتماد کنید
- از آنچه می‌شنوید شوکه نشوید و خود را متعجب و شگفت زده نشان ندهید

- او را نصیحت نکنید
- از اندرز، سرزنش و وعظ او بپرهیزید
- ارتباط کلامی و غیرکلامی خود را با او قطع نکنید
- رک باشید و صادق

#### ۴- همدلی / درک

- درک کنید
  - حمایت عاطفی کنید
  - فرد را نترسانید
  - انتقاد نکنید انتخاب، تصمیم و یا رفتارهای فرد را مورد قضاوت قرار ندهید
  - رفتار و افکار او را مورد قضاوت قرار ندهید، درست یا غلط بودن را بحث نکنید
  - افکار خودکشی مراجع را انکار نکنید تا او مجبور شود آن را به اثبات برساند
  - دست به تحلیل رفتاری نزنید. تحلیل رفتار او را گیج می‌کند
  - موضوع و شخص را در اولویت قرار دهید
  - احساسات او را بپذیرید
  - گفتن من نگران و دلواپس تو هستم امید و کمک را نشان می‌دهد، دو عنصر کلیدی در فرایند مداخله
  - مواظب باشید برای همدلی به اشتباه رفتارها و افکار خودکشی را تحسین نکنید.
- مثلاً عجب جرأتی دارد؟ ماشاء...یا...

## ۵- مراقبت و حمایت

- حمایت‌های عاطفی فرد را برانگیزانید. از عواملی که برای فرد مهم است استفاده کنید، مثلاً در صورت مرگ تو وضع دخترت چه می‌شود؟
- دائم در دسترس باشید
- واکنش‌های مثبت مراجع را تقویت کنید، وقتی به پرسش‌های شما پاسخ می‌دهد او را تشویق کنید، تا حدی که بتواند اولین پیشنهاد شما را بپذیرد، اولین پیشنهاد شما ساده است مثلاً چند دقیقه صحبت
- از دیگران کمک بگیرید، حتی اگر به قیمت ازدست دادن اعتماد باشد
- برای راز داری قسم نخورید، خطر خودکشی را به عنوان یک راز نگه ندارید و خود را اسیر موضوع رازداری نکنید. به او بگویید ممکن است از دیگران کمک بگیرید تا بهترین خدمت ممکن را فراهم سازید.
- درباره منابع موجود دریافت کمک گفتگو کنید
- فرد را تنها نگذارید، در طول مدت بحران یک نفر به طور دائم در کنارش باشد، دوست صمیمی و فرد صمیمی مناسب‌تر است
- برای او مسئول تأمین جانی پیدا کنید. اگر نبود بستری کنید
- پیگیری را فراموش نکنید. بهبودی فرد به معنای تمام شدن خطر نیست. به‌ویژه ۹۰۱ روز پس از بهبودی خطر باز جدی است پس این‌که مراجع به شما گفت خطر از سر گذشت گمراه نشوید و به غلط نیافتید
- شماره تلفن اضطراری به فرد داده شود

## ۶- مبادرت به عمل

- اقدام به عمل کنید، البته سعی نکنید قهرمان بازی درآورید
- به محل وارد شوید، تا زمانی که فرد هوشیاراست سعی نکنید به زور وارد خانه شوید، با احترام با او صحبت کنید و برای ورود به اتاق از او اجازه بگیرید
- محیط را خالی از تماشاگر یا خبرنگار کنید
- در صورت بیهوش بودن فرد فوریت‌های درمانی را فراهم کنید و فرد را سریعاً به بیمارستان انتقال دهید.
- با عجله کار نکنید، آرامش خود را حفظ کنید.
- آلترناتیوهای قابل دسترس را فراهم سازید
- فرد را در زمینه خودکشی متعهد کنید و با او پیمان شفاهی و کتبی ببندید

## ۷- ارجاع

- همراهی تا مرکز یا مؤسسه مورد ارجاع
- هماهنگی با مرکز یا مؤسسه

### \* روش‌های مداخله پس از بحران

روان‌درمانی و رفع مشکلات جدی و تهدید کننده فرد از قبیل: افسردگی، اعتیاد به مواد مخدر، الکل، سایر اختلالات روان‌شناختی، ناکامی، بحران زندگی هم‌چون فقدان و ورشکستگی اقتصادی

معنادرمانی، معنا خواهی، پذیرش مسئولیت، پذیرش رنج، درک ارزش روحی خود، پیروز شدن بر رنج، خودش سازنده خود باشد



مذهب درمانی: مذهب درمانی مشکلات را قابل تحمل می‌سازد، امید می‌دهد، قوت قلب پیدا می‌کند، آرامش پیدا می‌کند، احساس تنهایی نکند.

خانواده درمانی: حمایت خانواده، افزایش ارتباط باز، توزیع مسئولیت، ازسرگیری نقش خانوایی، همراهی و توجه به شکست عشق و یا تحصیل و...

گروه درمانی: اگر افراد خودکشی جمع بشوند احتمال دارد رفتار خودکشی همدیگر را تقویت کنند. راه حل: چند نفر از افراد بهبود یافته در داخل آنها باشد.

### درمان‌های محیطی از قبیل

- افزایش حمایت‌های همسالان، والدین، دوستان و متخصصان
- حمایت سایر نهادهای مذهبی، غنی‌سازی فرهنگی، گردش‌ها و اردوها
- بهبود محیط حتی اگر شده با تغییر محیط
- آموزش حرفه و افزایش مهارت‌های حرفه‌ای
- افزایش مهارت‌های ارتباطی
- آموزش جامعه برای حمایت‌های لازم از جوانان
- آموزش جامعه برای شناسایی و پیشگیری از خودکشی و ارجاع آنها
- ایجاد مراکز بحران خودکشی یا خط تلفنی بحران، وجود تیم‌های مداخله‌کننده و...
- ایجاد گروه‌های حمایتی از قبیل (NGO) ۹۳ درصد قبل از والدین و... شرایط بحرانی خود را با دوستان در میان گذاشته‌اند.

## \* حمایت از بازماندگان خودکشی

### ۱- ارزیابی وضعیت روان‌شناختی

وقتی کسی خودکشی می‌کند، والدین، اعضای خانواده، همسالان، هم‌کلاسی‌ها و دوستان او میزانی از تروما را تجربه می‌کنند. کار با این افراد لازم است.

آشنایی با این علائم مناسب است:

احساس ترک شدگی

ناباوری

گیجی

خشم از شخص و خود

رنجش خاطر

اضطراب

سرگشتگی و گم‌گشتگی

ترس

رعایت و احترام

فقدان نبودن حزن و اندوه

تصور خیال‌پردازی از شخص

احساس قصور چه کاری می‌توانستم انجام دهم

سزنش: من باید قادر می‌شدم

احساس گناه: آن تقصیر من است که نبودم

احساس حقارت

استرسورهای فعلی که ناگهان خود را درگیر آن می‌بینید ترک ناگهانی، نگرش اجتماع،

مسائل حقوقی و قانونی، فقدان وصیت نامه، فقدان و ناتمام گذاشتن کار تجارت و مسائل مالی ناتمام

## ۲- ارائه خدمات مشاوره‌ای

- باید از بزرگنمایی، باعظمت خواندن قربانی پرهیز کرد
- اشخاص در معرض خطر بالا را شناسایی کنید. منسویین، دوست پسرها، دوست دخترها، دوستان صمیمی، و کسانی که از اطرافیان فرد سابقه اقدام به خودکشی داشته‌اند و ارجاع آن‌ها به مشاوره.
- عوامل محیطی که ممکن است احتمال خودکشی را در آینده افزایش دهد شناسایی و تغییر داده شوند.
- وسایل خودکشی که توسط قربانی استفاده شده است باید تخریب شود.
- موضوعات دراز مدت برای پیشگیری هم‌چون سایر برنامه‌های پیشگیری انجام شود.

## \* نکات قابل توجه

- ۱- وجود برخی نگرانی‌های عمده در مداخله در خودکشی
- فقدان مؤسسات مداخله در خودکشی در تمامی ۲۴ ساعته
- فقدان بودجه در موارد مداخله در خودکشی. مراجعات عادی به مراکز هزینه دارد
- و...
- فقدان مراکز نگهداری روزانه و حمایت از مراجعات و خانواده‌های خودکشی

## فصل ۶

# استرس در کارکنان بحران

هرچند این بحث برای مشاوران و روان‌درمانگران مداخله‌کننده در بحران تدوین شده است، ولی به‌طور کامل به سایر افرادی که در بحران مداخله می‌کنند قابل انطباق است.

### ماهیت استرس درمانگران

در دهه‌های اخیر بحث راجع به استرس به وفور مطرح شده است و عمده مطرح‌کنندگان این مباحث، مشاوران و روان‌درمانگران بوده‌اند. اما بحث راجع به استرس در حرفه‌های خاص و به ویژه حرفه‌های یاورانه موضوع جدیدی است.

اغلب درمانگران با کمترین اطلاعات راجع به آنچه به‌طور واقعی با آن روبرو خواهند شد حرفه خود را شروع می‌کنند و بنابراین برای بسیاری از نقش‌های مشکلی که انتظار می‌رود در آینده بازی کنند خود را آماده نمی‌کنند. برای مثال آنان اغلب نمی‌دانند که برخی از جنبه‌های حرفه‌شان آن‌ها را دچار استرس خواهد کرد، چنانچه دچار استرس شدند چه کار باید بکنند؟ چه روشی بکار گیرند. آنگاه پس از ورود به حرفه مشاوره متوجه سطوح بالایی از استرس، میزانی از ناتوانی، ضعف و شکست خود می‌شوند و به دنبال آن برای اینکه بتوانند بخوبی عمل کنند فشارهای زیادی را تحمل می‌کنند و بعضاً سلامتی عاطفی خود را به مخاطره می‌اندازند. هرچند که هر مشاور در ابتدای کار عملی خود احتمالاً با اضطراب مواجه می‌شود و چنین استرسی لزوماً منفی نیست ولی آگاهی مشاوران و روان‌درمانگران هم از استرس‌های طبیعی و هم از استرس‌هایی که اثرات منفی بر او خواهد داشت می‌تواند برای رشد حرفه‌ای او مفید باشد. برای شناخت دینامیسم‌های استرس، درمانگران باید ماهیت حرفه خود را درک کنند. آن‌ها باید هم واقعیات بیرونی که زمینه استرس را فراهم می‌سازد و هم مساعدت‌هایی که به‌واسطه نوع شخصیت فردی مشاور برای ایجاد استرس صورت می‌پذیرد را بشناسند. از سویی دیگر شناخت فرایند سندرم انطباق عمومی سلیه (مرحله اختطار، مقاومت و فرسودگی) می‌تواند از طریق مراقبت از مشاوران، آن‌ها را از گرفتار شدن در مراحل استرس باز دارد.

استرس در مشاوران، فشارهای وارده بر مشاوران و نیاز آن‌ها به یافتن شیوه‌هایی برای کنترل آن فشارها را مطرح می‌کند. تمامی حرفه‌های یاورانه از قبیل مشاوره و روان

درمانگری عملاً در یک رابطه‌ای همراه با صمیمیت عاطفی و تماس روانی با مراجع قرار دارند. از سویی دیگر هر جلسه مشاوره با عناصر گوناگونی هم‌چون: مشکل مراجع، انتظارات مراجع، ارزیابی مشاور از نیاز مراجع، پاسخ به نیازهای مراجع و شخصیت مشاور شکل می‌گیرد. حتی در شرایط عادی نیز تمامی عناصر تشکیل دهنده جلسه مشاوره می‌تواند تعادل روانی مشاور را ظریف‌تر و حساس‌تر سازد. این وضع همان چیزی است که به آن استرس مشاوره می‌گویند که تداوم این وضع باعث ایجاد فرسودگی<sup>۱</sup> شغلی می‌شود. شاغلین حرفه مشاوره و روان‌درمانگری باید تشویق شوند تا درباره استرس‌های احتمالی و چگونگی اثرات آن‌ها بر عملکرد حرفه‌ای، شخصی و خانوادگی‌شان بیاندیشند و هم‌چنین ضمن توجه نمودن به اثرات عوامل مختلف بر میزان استرس‌پذیری مشاوران به خودنگری و خودشناسی بیشتر دست‌یافته و در جهت ارتقاء سطح سلامت روانی خود بکوشند.

مشاوران علاوه بر استرس‌های عمومی هم‌چون سایر افراد جامعه، به‌خاطر درگیر شدن با غم و نگرانی مراجعان، علی‌الخصوص بازماندگان حوادث بحرانی دچار استرس مضاعفی می‌شوند. بنابراین شاغلین حرفه مشاوره، نسبت به سایر افراد استرس بیشتری را تجربه می‌کنند، زیرا آن‌ها به‌طور روزانه هم با افرادی که تحت استرس قرار دارند برخورد می‌کنند و هم درباره عوامل استرس‌زا بحث می‌کنند. یک دلیل دیگر دراینباره که شاغلین حرفه مشاوره استرس بیشتری را تجربه می‌کنند این است که موضوعات و مباحث این حرفه واقعاً پیچیده است. این پیچیدگی به‌خاطر حوزه وسیع و رویکردهای گوناگون در خدمات مشاوره‌ای است به نوعی که شمار مکاتب روان‌درمانی و مشاوره متجاوز از صد مکتب است و هر منبع تازه منتشر شده در حدود هزار صفحه، کمتر از شصت رویکرد را بیان نکرده است.

منابع استرسی که مشاوران با آن مواجه هستند باعث می‌شود تا مشاوران نتوانند در جلسات مشاوره به‌طور مؤثر عمل کنند، آن‌ها را از ایجاد روابط خودبه‌خودی و راحت با دوستان بازمی‌دارد و تماس عاطفی آن‌ها را با خانواده، دوستان و اقوام کاهش می‌دهد.

زمانی که استرس‌ها منجر به انطباق<sup>۱</sup> مؤثر نمی‌شود، نهایتاً می‌تواند منجر به فرسودگی شود. فرسودگی از جمله مشکلات وخیم برای حرفه‌های یاورانه است. فرسودگی نتیجه استرس‌های شدید، طولانی مدت و کنترل نشده است. افراد در بسیاری از حرفه‌های گوناگون فرسودگی را تجربه می‌کنند اما مشاوران آسیب‌پذیری خاصی نسبت به فرسودگی دارند زیرا که آنان درگیر مشکلات و نیازهای مراجعان می‌شوند. آسیب‌پذیری در متخصصانی که با بازماندگان حوادث کار می‌کنند بیشتر است.

دلیل دیگری که مشاوران در مقابل استرس آسیب‌پذیر هستند این است که آن‌ها به‌واسطه ماهیت شغلی‌شان وجودشان را به دیگران (مراجعان) تسری می‌دهند و به‌طور روزانه برای رشد مراجعان و حمایت از آن‌ها خودشان را واسطه قرار می‌دهند. مشاوران در جلسات مشاوره‌ای با واقعیت ناگواری از مشکلات مراجعان مواجه می‌شوند و به‌خاطر همین محیط حرفه‌ای است که آن‌ها دستخوش استرس می‌شوند.

فرسودگی شغلی به عنوان یک حالت خستگی فیزیکی، عاطفی و ذهنی هم‌چون سندرم خستگی هیجانی و یک احساس کاهش توانمندی و مهارت شخصی بیان شده است. فرسودگی عموماً به‌دنبال استرس وابسته به شغل می‌آید. مشاور شاغل می‌تواند حالات فرسودگی را در خود شناسایی کرده و به‌دنبال رفع آن برآید. نتیجه نهایی فرسودگی حل نشده در معرض خطر قرار گرفتن سلامت روانی مشاور است.

به‌دنبال یک حادثه بحرانی، بسیاری از اقشار مردم هم‌چون آوار برداران، امدادگران بهداشتی و درمانی، خبرنگاران و سایر داوطلبان و علی‌الخصوص روان‌شناسان در تماس با بازماندگان حادثه قرار می‌گیرند. برخی از این افراد با بازماندگانی کار می‌کنند که به وضوح علائم آسیب را از خود نشان می‌دهند. امدادگران روانی هفته‌ها، ماه‌ها و حتی سال‌ها پس از حادثه با چنین بازماندگانی کار می‌کنند. در مجموع کار با آسیب‌دیدگان حادثه، استرس‌زا است. بنابراین برای آن‌هایی که با بازماندگان حادثه کار می‌کنند ضروری است که درباره استرس آسیب‌زا شناخت و آگاهی داشته باشند. افزایش آگاهی آن‌ها در این زمینه موجب افزایش توان کمکی، کاهش شانس آسیب و افزایش خود مراقبتی می‌شود.

## تأثیر ویژگی‌های شخصیتی درمانگر در میزان استرس‌پذیری آن‌ها

گفته شد که روان‌درمانگران در ارائه کمک به دیگران وجودشان را به مراجعان خود تسری می‌دهند. بر همین مبنا، گفته شده است که شخصیت درمانگر به عنوان یکی از متغیرهای مداخله‌کننده در درمان. بنابراین در اینجا نگاهی تحلیلی بر شخصیت درمانگر می‌اندازیم:

بررسی‌ها بر روی درمانگران موفق نشان داده است که بخشی از موفقیت درمانگران وابسته به شخصیت آن‌هاست. برخی از ویژگی‌های شخصیتی درمانگران موفق را اینگونه شمرده‌اند: ۱- افرادی مثبت و خوش‌بین هستند. ۲- قادر به ایجاد روابط اجتماعی مطلوب هستند. ۳- ترکیب کاملی از تخصص و هنراند. ۴- دارای استقلال درونی‌اند. ۵- وابستگی نسبی به این حوزه دارند. هم‌چنین ویژگی‌های شخصیتی برای مشاور اعتقاد به ارزش‌های انسانی، خودشناسی، تعهدات حرفه‌ای و جهان‌شناسی بیان داشته‌اند. راجرز، این ویژگی‌ها را توانایی در ایجاد همدلی، توجه مثبت غیرمشروط و هم‌خوانی و خلوص نام برده است.

هم‌چنین کارخوف ویژگی‌های مشاور مؤثر را باز بودن، احترام و خلوص، عینی و محسوس بودن، فوریت و مواجهه می‌داند. براساس آنچه در قسمت بحث آمده است تمامی این ویژگی‌ها مانع از آسیب‌پذیری مشاور و درمانگر در مقابل استرس است و ایجاد و رشد این ویژگی‌ها درمانگران را از ابتلا به استرس‌های حل نشده بازمی‌دارد.

بخشی از منابع استرس‌زا برای درمانگران عامل درونی داشته و وابسته به شخصیت آن‌ها است. منابع استرس‌زا به دو دسته محیطی و شخصی طبقه‌بندی می‌شوند و عواملی که ریشه درونی در مشاور داشته و توسط خود مشاور ایجاد می‌شود به شرح زیر هستند:

۱- احساسات کمال‌گرایانه.

۲- مشغولیت فکری دربارهٔ مراجعان.

۳- نیاز به تأیید.

۴- تردید به خود.



۵- تحلیل روی و خستگی بدنی.

۶- سبک زندگی ناسالم.

۷- تحلیل و خستگی هیجانی.

۸- تقبل مسؤلیت‌های فوق‌العاده زیاد برای مراجع.

وی در این مبحث نتیجه می‌گیرد که هم استرس‌هایی که خود ایجاد می‌کند و هم شیوه‌های مواجهه‌ای در برابر استرس‌های محیطی وابسته به شخصیت مشاور است. استراتژی‌های مواجهه‌ای در برابر استرس‌ها از قبیل استراتژی تغییر و اصلاح و افزایش منابع انطباقی در برابر استرس تماماً وابسته به شخصیت مشاوران است. میزان استرس در حرفه مشاوره و روان‌درمانگری با متغیرهایی در ارتباط است، این متغیرها عبارتند از:

۱- محل کار و نوع مراجعانی که مشاور انتخاب کرده است و به‌ویژه شدت اختلال روانی در مراجع.

۲- میزان ارتباط درمانی که مشاور با مراجع برقرار می‌سازد.

۳- مدل مشاوره‌ای که مشاور با آن کار می‌کند.

۴- شبکه حمایتی از قبیل استاد، همکار یا اعضای خانواده و دوستان که مشاور برای خود دارد.

۵- میزان باز بودن مشاور در طرح و حل مشکلات شخصیتی و حرفه‌ای خود.

۶- مشکلات شخصی مشاور.

۷- میزان و حجم کاری که مشاور به‌عهده می‌گیرد.

۸- میزان خود پنداری و عزت نفس مشاور.

از نظر او کنترل تمامی عوامل فوق‌الذکر که وابسته به شخصیت مشاور است توسط خود او امکان‌پذیر است.

## انواع آسیب‌های ناشی از کار با بحران

پژوهش‌هایی که در این زمینه صورت گرفته‌است جدید است. بنابراین محققان اصطلاحات محدودی را برای توصیف آسیب‌های ناشی از کار با تروما ساخته‌اند. بخشی از این اصطلاحات بشرح زیر آمده است. ممکن است این اثرات را شاغلین در خود یا در اطرافیان خود مشاهده کنند. چنین مواردی نیاز به اقدامات خاصی برای پیشگیری و درمان دارد.

### ۱- فرسودگی شغلی:

عبارت "فرسودگی" وقتی در حرفه‌های یاورانه بکار می‌رود به معنای خستگی روانی انباشته شده ناشی از کار به همراه سایر عوامل استرس‌زا می‌باشد. فرسودگی شغلی به تدریج و به‌مرور زمان به شکل خستگی و بی‌زاری بروز پیدا می‌کند.

الف) عوامل مستعد کننده فرسودگی عبارتند از:

- انزوای حرفه‌ای
- تهی شدن عاطفی
- مراجعین دارای مشکلات شدید
- کاهش منابع حمایتی
- عدم اطمینان از موفقیت شغلی
- عدم تعادل در تعامل عاطفی
- شکست در زندگی

ب) علائم بالینی فرسودگی عبارتند از:

- افسردگی
- بدبینی و بدگمانی
- ملال
- از دست دادن دلسوزی و شفقت
- یأس، ناکامی و دلسردی

## ۲- استرس تروماتیک ثانوی

اصطلاح "استرس آسیب زای ثانوی"<sup>۱</sup> برای بیان نشانه‌های آسیب در بین کارکنان کلینیکی و مشاوره‌ای بکار می‌رود. نشانه‌های این نوع آسیب مشابه PTSD است که از سوی مراجعان، دوستان یا اعضای خانواده‌ای که آسیب دیده‌اند سرایت می‌کند. با وجود اینکه این پدیده از طریق استانداردهای روان‌پزشکی موجود شناخته شده نیست. ولی بسیاری از متخصصان معتقدند، آن‌هایی که استرس تروماتیک را در اطرافیان خود مشاهده می‌کنند ممکن است علائم مشابه PTSD از خود بروز دهند.

این علائم عبارتند از:

- ❖ تحریک پذیری بالا (واکنش شدید، از جا پریدن، تپش قلب و ضربان بالا)
- ❖ علائم پریشانی
- ❖ افسردگی
- ❖ کناره‌گیری اجتماعی و کرختی عاطفی
- ❖ اضطراب

## ۳- استرس ترحم و دلسوزی

اصطلاح "استرس دلسوزی" اصطلاحی غیرکلینیکی و غیرآسیب شناختی بوده و به عنوان استرس کمک یا خواستار کمک به بازمانده تروما توصیف می‌شود. استرس دلسوزی به عنوان نتیجه طبیعی آگاهی فرد نسبت به ترومای تجربه شده توسط مراجع، دوستان یا اعضای خانواده است تا فرایند پاتولوژیک. استرس دلسوزی نشانه‌های زیر را به دنبال دارد:

- ناامیدی
- گنجی
- انزوا
- علائم استرس تروماتیک ثانوی

---

1. Secondary traumatic stress

2. Compassion stress

## ۴- خستگی دلسوزی

خستگی دلسوزی به عنوان نمونه شدیدتری از استرس دلسوزی است. خستگی دلسوزی نتیجه قرار گرفتن طولانی مدت در معرض استرس است. این وضع موجب تهی شدن، تحلیل رفتن و بدکارکردی بیولوژیکی، روان‌شناختی و عاطفی می‌شود.

## ۵- آسیب نیابی

اصطلاح "آسیب نیابی"<sup>۱</sup> برای توصیف استحاله دائمی و تغییرات اجتناب ناپذیر بکار می‌رود که در نتیجه کار با بازماندگان تروما ایجاد می‌شود. پیرمن و همکاران او در پژوهش‌های متعددی ملاحظه کردند که آن دسته از کارکنان بهداشت روانی که با بازماندگان حادثه کار می‌کردند، دچار تغییراتی شده و دارای علائم مشترکی هستند. این علائم همانند علائم استرس تروماتیک ثانویه پاتولوژیک نبودند و بیشتر تغییرات شناختی - عاطفی محسوب می‌شدند. تغییرات معمولاً به‌مرور زمان در کارکنان بهداشت روانی بروز کرده و بیشتر در بین کسانی دیده می‌شود که با بازماندگانی کار می‌کنند که دچار آسیب جدی هستند. این تغییرات شناختی و عاطفی به زندگی شخصی کارکنان بهداشت روانی نفوذ می‌کند چنین آسیبهایی اغلب در بین کسانی دیده می‌شود که دارای شرایط زیر باشند:

- ❖ افراد با همدلی بالا
- ❖ کسانی که سابقه قبلی آسیب دارند.
- ❖ افراد حساس
- ❖ درمانگر تازه کار

متغیرهای تعیین کننده آسیب نیابی بشرح زیر هستند. داشتن ویژگی‌های زیر می‌تواند میزان آسیب پذیری فرد را کاهش دهد و بر عکس کمبود یا فقدان آن ویژگی‌ها میزان خطر را برای آسیب افزایش خواهد داد.

- امیدواری و داشتن معنای زندگی
- توانایی رفع نیازهای روانی
- هوش و توان ذهنی
- توانمندی روانی
- شوخ طبعی
- توانایی حمایت و محافظت دیگران
- احساس انسان دوستی و توان بالا برای برقراری ارتباط با دیگران
- خود توانبخشی (شامل):

- توانایی تحمل یک احساس یکنواخت

- توان تحمل واکنش‌های عاطفی خود و دیگران

- احساس تماس نزدیک‌تر با دیگران

- احساس ارزشمندی

- احساس هدفدار بودن

در نتیجه آسیب نیابی تغییرات شناختی، عاطفی و رفتاری در فرد ایجاد می‌شود. برای تشخیص و شناسایی آن لازم است درمانگران با علائم آسیب آشنا شوند. بنابراین وجود تعدادی از نشانه‌های زیر احتمال ابتلا به آسیب نیابی را نشان می‌دهد:

- ۱- قاضی دیگران شدن و مورد قضاوت قرار دادن دیگران.
- ۲- خارج شدن از نقش حرفه‌ای خود.
- ۳- کاهش دادن تماس و ارتباط صمیمی با هم دوره‌ای‌های خود.
- ۴- بدگمانی، انتقاد، عصبانی شدن، از دست دادن امید و معنای زندگی.
- ۵- هجوم تخیلات پراکنده به ذهن و درگیری و اغتشاش فکری، درگیر شدن بیش از حد به مشکلات دیگران و برعهده گرفتن مشکلات دیگران.
- ۶- سخت شدن مرزهای فردی و بین فردی.
- ۷- حمایت طلبی زیاد به عنوان نتیجه کاهش دوست داشتن دیگران.
- ۸- اجتناب از تماس‌های اجتماعی.
- ۹- اجتناب از تماس‌های شغلی.

چنانچه شما چنین تغییراتی را در خودتان دیدید توصیه می‌شود که گام‌هایی را در جهت خود مراقبتی بردارید و شیوه زندگی خودتان را تعادل بخشید. چنانچه علائم همراه

با نشانه‌های مرضی فرسودگی، استرس ثانویه یا ترومای جانشینی است آنگاه باید فرایند خود مراقبتی پس از بحران طی شود. مداخله در چنین شرایطی هم‌چون مداخله در بازماندگان است.

## ۶- رضایت و خشنودی دلسوزانه

در کار با بازماندگان حوادث این احتمال وجود دارد که کارکنان بهداشت روانی یک احساسی حاکی از رضایت و خشنودی بدست آورند. چنین احساسی با عبارت "رضایت دلسوزانه" نام‌گذاری شده است. رضایت دلسوزانه فرایندی است که در طول زمان با درگیر شدن فرد در کار با بازماندگان بحران رشد می‌کند. در نتیجه چنین رضایتی احساس‌هایی از این قبیل در فرد ایجاد می‌شود:

۱- احساس نیرومندی

۲- احساس رشد دانش

۳- اطمینان، قوت قلب و اعتماد به خود

۴- احساس معنی‌داری

۵- تقویت روحی - معنوی

۶- احترام به شکوفایی و بالندگی انسان

کسانی که مدت زیادی با بازماندگان بحران کار می‌کنند. پس از مدتی احساس می‌کنند که اثرات منفی دریافت‌کرده‌اند، بخصوص زمانی که به‌شدت درگیر هستند دچار استرس می‌شوند. علی‌رغم این، تعداد قابل توجهی از کسانی که با آسیب دیدگان تروما کار می‌کنند. ملاحظه می‌کنند که به‌دنبال کار با تروما معنای زیادی به زندگی‌شان آورده‌اند، احساس‌شان نسبت به هدف زندگی بهبود و ارتقاء یافته و تماس و ارتباط‌شان با دیگران بیشتر شده است. چنین افرادی اغلب زمانی احساس شکست می‌کنند که علائمی از اثرات منفی کار با تروما را در خود مشاهده کنند و آنگاه باید در جست‌وجوی کمک از دیگران باشند یا خود مراقبتی را افزایش دهند. متخصصان بهداشت روانی که با آسیب دیدگان بحران کار می‌کنند قادر هستند پس از طی دوره مشورت و خود مراقبتی کارشان را از سرگیرند و احساس

کاهش استرس داشته باشند و در نهایت یک ابراز قدردانی نسبت به کارشان احساس نمایند.

### شیوه‌های پیشگیری و بازتوانی مشاوران

به هر حال مشاوران و روان‌درمانگران با استرس مواجه می‌شوند. مهم برای درمانگر مقاومت در برابر استرس، بکارگیری استراتژی‌های مؤثر و بالاخره پیشگیری از ابتلاء به فرسودگی است. استراتژی‌های مواجهه‌ای مؤثر را در سه طبقه می‌توان مطرح ساخت:

طبقه اول: استراتژی‌های پرهیز از استرس است از قبیل تغییر محیط کار، قطع روابط مشکل‌زا، دنبال کردن کیس‌های فاقد استرس شدید، کار کردن با مراجع به صورت تیمی، تغییر یا کاهش ساعات کاری، تنوع دادن به نوع و روش کار و نوع مراجعان، پرهیز از اجرای پشت سر هم برنامه‌های پیچیده.

طبقه دوم: استراتژی‌های تغییر و اصلاح رفتارهای کاهش دهنده استرس است مانند: کاهش رفتار تیپ A هم‌چون رقابت افراطی، تداوم شتاب کاری و خصومت، کنترل باورها و عقایدی که تعیین کننده میزان استرس پذیری است، و تغییر افکار خود تخریبی به سوی افکار سازنده.

طبقه سوم: رشد و توسعه روش‌های انطباقی است از قبیل: احساس سلامتی جسمی که وابسته به عادات غذایی، ورزش‌های بدنی منظم، استراحت کافی و مشابه آن می‌باشد. هم‌چنین کسب امکانات روان‌شناختی هم‌چون احساس کنترل نسبت به خود، خودباوری و اطمینان، از دیگر منابع انطباقی هستند. بدست آوردن توانمندی‌های شناختی و به‌ویژه قابلیت‌های علمی هم‌چون آشنایی با فنون و بکارگیری عملی و مناسب آن‌ها جزو روش‌های انطباقی می‌باشد. از سایر موارد مطرح در این طبقه می‌توان به برقراری منابع حمایت اجتماعی و یادگیری مهارت‌های ویژه از جمله جرأت آموزی، مدیریت زمان و ریلکسیشن اشاره کرد.

باز بودن نسبت به تغییرات، لازمه رشد حرفه‌ای مشاور است و موجب کاهش آسیب‌پذیری او در برابر استرس می‌شود. در اینجا است که ویژگی‌های شخصیتی بوضوح در استرس‌زدایی مشاوران دخالت می‌کند. از یک سوی مشاوران و روان‌درمانگران باید از محدودیت‌های فردی خود در مشاوره آگاه باشند و از سویی دیگر در صورت بروز هرگونه تردید یا مشکل به مشورت با استاد یا سوپروایزر بپردازند.

همانگونه که در بخش‌های قبلی مطرح شد، مشاوران ممکن است هم به‌خاطر آسیب‌های قبلی زندگی خود و هم به‌خاطر استرس‌های حرفه‌ای بعدی دچار مشکلاتی شوند. متأسفانه روان‌درمانگران نوعاً از درخواست کمک خوشحال نیستند و در شرایط نیاز به کمک، در خواست کمک نمی‌کنند. برای بسیاری از آن‌ها درونی شده است که فقط به دیگران فکر کنند و نمی‌توانند بپذیرند، خودشان نیز نیازهایی دارند و ممکن است با مشکل مواجه شوند. به‌خاطر همین است که روان‌درمانگران ممکن است زودتر از سایرین دچار فرسودگی شغلی شوند. حتی اگر روان‌درمانگر مشکلات شخصیتی قبلی نداشته باشد برخی تجارب و رویدادهایی از قبیل: پرخاشگری، خصومت یا خودکشی مراجع ممکن است او را دچار نگرانی کرده و مشورت با سایرین و از جمله سوپروایزر را ضروری سازد.

به‌طور طبیعی یکی از مکانیسم‌های جلوگیری از استرس که آشکارا در زندگی روزانه ما وجود دارد کناره‌گیری از عامل استرسی و یا انکار وجود آن است. چون امکان کناره‌گیری از عامل استرسی برای روان‌درمانگران محدود است عمدتاً با انکار وجود استرس یا مشکل، سعی در مخفی نگه‌داشتن مشکل برمی‌آیند و همین امر موجب افزایش تأثیر استرس می‌شود. مشاوران و روان‌درمانگران برای کنترل استرس خود به کنجکاوی، علاقمندی نسبت به مردم، توانایی همدلی، صلابت و استواری به همراه میزانی از انعطاف‌پذیری، واقعیت‌گرایی، شوخ‌طبعی و بالاخره خوش‌بینی نسبت به زندگی نیاز دارند. زیرا که برای روان‌درمانگر مسئله این است که آن‌ها نه تنها باید استرس خودشان را کنترل کنند، بلکه باید استرس سایر مراجعین خود را نیز کاهش دهند.

علاوه‌بر موارد فوق‌الذکر، ممکن است مشاور نتواند از عهده استرس برآید یا از اثرات ناشی از استرس بی‌اطلاع باشد، و یا اینکه شیوه‌های انطباقی مؤثر را بکار نگیرد، در هر حال نتیجه، بروز فرسودگی است. آشنایی با علائم فرسودگی به مشاوران کمک می‌کند تا



حداقل قبل از بروز آسیب‌های عاطفی اقدامات سازنده را پیش‌گیرند. برخی از علائم فرسودگی شغلی مشاوران در بخش قبل‌ی مطرح شد، در اینجا به بعضی دیگر اشاره می‌شود. مشاوران و روان‌درمانگران در صورت ملاحظه نشانه‌های زیر باید با استاد، سوپروایزر یا همکار خود مشورت نمایند، لازمهٔ این، آن است که طبق یک چک‌لیستی، مشاور و روان‌درمانگر هر ماه وضعیت خود را ارزیابی و نتیجه‌گیری نماید.

برخی نشانه‌های فرسودگی شغلی روان‌درمانگران عبارتند از:

- ۱- وقتی نوبت مراجع یا مراجعاتی لغو می‌شود با اشتیاق تمام از آن استقبال می‌کنید.
  - ۲- جلسات مشاورهٔ شما هیجان و خودبه‌خودی بودن خود را از دست می‌دهد.
  - ۳- سعی می‌کنید سرتان را با کارهای اداری گرم نگه دارید.
  - ۴- زندگی خانوادگی و روابط اجتماعی شما آسیب می‌بیند.
  - ۵- گرایش به انطباق دائمی با استرس از طریق مصرف دخانیات یا مواد مخدر دارید.
  - ۶- نمی‌توانید تغذیه و استراحت کافی داشته باشید.
  - ۷- شاد بودن و رضایت از زندگی را از دست می‌دهید.
  - ۸- نسبت به مردم، اعضای خانواده و آینده خوشبینی خود را از دست می‌دهید.
- در صورتی که مواردی از علائم فوق را دارا هستید، بدانید که نیاز ضروری برای مشورت با اساتید و یا همکاران خود دارید.

نکته پایانی اینکه نمی‌توان روان‌درمانگران خوب را قبل از شروع دوره آموزشی به‌خوبی شناسایی کرد و حتی اگر امکان آن‌هم بود مقررات موجود در گزینش دانشجویان این فرصت را به‌طور کامل در اختیار قرار نمی‌دهد و شاید در این حد لازم هم نباشد زیرا چه بسیار افرادی که در مصاحبهٔ گزینشی تصور می‌رود از قابلیت درمانگری برخوردار نیستند، ولی در طی دوره دانشجویی به رشد خوبی می‌رسند و بعداً تبدیل به روان‌درمانگران موفق می‌شوند و یا برعکس. بر این اساس چنانچه تأکید بر این باشد که طی دوران دانشجویی دوره‌هایی به عنوان خودشناسی، حل مشکلات شخصی یا رشد ویژگی‌های شخصیتی برای دانشجویان برگزار شود، هم موجب حل مشکلات قبلی آن‌ها می‌شود و هم تمرینی می‌شود تا در آینده در صورت مواجهه با مشکل به مشاور مراجعه نمایند.

در این قسمت به برخی از روش‌های پیشگیری کارکنان از آسیب بحران اشاره می‌شود.

روش‌های پیشگیری در سه قسمت الف) شوخی، ب) آشنایی با بحران و ج) سایر اقدامات به عنوان توصیه‌های لازم آورده شده است:

### شوخی به عنوان روشی برای کاهش استرس کارکنان مداخله در بحران

نوشته‌ها و تحقیقات متعددی تأیید کرده‌اند که کار در شرایط بحران می‌تواند پر درد سر باشد. اما در سال‌های اخیر دیدگاهی مطرح شده تا جنبه‌های جالب، جذاب و مثبت کار در بحران را نشان دهد. رفتار همراه با شوخی به عنوان استراتژی انطباقی شناسایی شده است که جهت سازگاری با فشارهای روانی به کارکنان بحران کمک می‌کند. چنین نگرشی در کار با بحران، وضعیت‌های سخت، مخاطره‌آمیز و خستگی را خنثی می‌کند. مکانیسم عمل آن از طریق حذف قالب‌های فکری است که معمولاً در اثر کار با بحران در خاطرات مداخله‌کنندگان بحران شکل می‌گیرد. هر چند صحنه بحران تنش‌زا و همراه با ناهماهنگی‌های غیر منتظره است، قالب‌های فکری به صورت اغراق و مبالغه‌گویی همواره در افراد حاضر در بحران به چشم می‌خورد.

شوخی می‌تواند اشکالی از تخلیه و رهایی از تنش را فراهم آورد و تفسیر جدید از وضعیت یا حادثه را تسهیل کند. رهایی از تنش ناشی از فشارروانی فوق‌العاده شدید، تحریک‌کننده مکانیسم شوخی هم‌چون ساختن یک جوک است. وجود رفتارهای طنز و شوخی را به‌وفور در دوران هشت سال دفاع مقدس در بین رزمندگان (حتی در شب‌های عملیات) ملاحظه کرده‌ایم و با مطالعه خاطرات چاپ شده رزمندگان می‌توان به این موضوع به‌خوبی پی‌برد و حتی می‌توان نوع شوخی‌ها را برحسب شرایط حاکم مورد بررسی و مطالعه قرار داد.

شوخی به عنوان یک ویژگی جسمانی - اجتماعی نگاه می‌شود. از نظر او شوخی و استرس با یکدیگر ناهماهنگ هستند و شوخی موجب جلب لذت می‌شود. جنبه دیگری از شوخی این است که می‌تواند زمینه‌های رهایی از خشم را فراهم سازد. هر چند تردیدهایی وجود دارد در اینکه آیا اگر شوخی خشمگینانه باشد باز هم میزان خشم را کاهش می‌دهد یا نه؟ البته در کار با بحران اگر شوخی خشمگینانه رخ دهد بیشتر احتمال دارد به سمت

سازمان باشد تا شرایط بحران. شوخی از نظر ساختاری دارای سه بُعد احساس شوخی، استقبال از شوخی و ایجاد شوخی است.

یک نمونه از طنز خشم آلود در زلزله بم در زمستان ۸۲ به دنبال بازرسی‌های مسئولین از بم و قول و وعده‌های بدون عمل آنان به این صورت شکل گرفت: می‌گویند در بین کامیون‌های حامل کمک‌های مردی یک کامیون بار خطکش وجود داشت. از راننده می‌پرسند این همه خطکش را برای چی آوردید می‌گوید: هر مسئولی به بم می‌آید و برمی‌گردد می‌گوید عمق فاجعه خیلی عمیق است ما خطکش آوردیم تا عمق فاجعه را به‌طور دقیق اندازه بگیریم.

مطالعه بر روی کارکنان پلیس و کارکنان بیمارستان روانی نشان داد که آنان شوخی را معمولاً زمانی برای انطباق با احساسات خشم استفاده می‌کردند که امکان یا شرایط بیان و بروز خشم وجود نداشت. تحقیقات انجام شده شوخی را از نظر اثربخشی به دو گروه شوخی‌های تنش‌زدا و شوخی‌های تنش‌زا طبقه‌بندی کرده‌است. شوخی‌هایی هم وجود دارد که ممکن است در برخی شرایط هم چون موقعیت‌های مزمن بی‌اثر باشد.

نوعی از شوخی که در موقعیت‌های بحرانی رایج است، شوخی سیاه یا چوبه‌دار نامیده می‌شود. این نوع از شوخی برگرفته از مرد محکوم به اعلام یا قربانی ناامید است و اغلب توسط خود قربانیان حادثه ساخته می‌شود. این نوع از شوخی‌ها قدرت انطباقی قوی دارد و مکانسیم انطباق با زندگی در شرایط خشن و محیطی آشفته را فعال می‌کند. شوخی چوبه‌دار احساسات منفی فراهم می‌آورد. احساسات منفی می‌تواند پذیرش مثبت را رشد دهد.

مواردی از شوخی‌های چوبه‌دار در زیر آمده است:

یکی از شوخی‌های رزمندگان در شب قبل از عملیات بازی و قرعه کشی در بین اعضای گروه و تعیین اسیر، شهید، جانباز، و فرد سالم پس از عملیات بود. این بازی می‌توانست ساعت‌ها اعضای گروه را مشغول نگه‌دارد و در برخی موارد یک فرد در چند نوبت قرعه اسیر، شهید یا مجروح را می‌آورد.

از شوخی‌های بازماندگان زلزله بم به‌ویژه در دو هفته اول زلزله این بود که وقتی

می‌پرسیدی آقا چه خبر، چی شد؟ می‌گفت بادمجان بم آفت زد. و به دنبال آن می‌خندید و می‌گفت اصلاً بم بادمجان ندارد که آفت بزند.

## آگاهی از بحران

آگاهی از ویژگی‌ها، علائم، آسیب‌ها و روش‌های مداخله‌ای در بحران برای کارکنان بحران کمک کننده است و از میزان ابتلاء آن‌ها به آسیب‌های ناشی از بحران جلوگیری می‌کند، کارکنان را در عملکرد حرفه‌ای تقویت کرده و میزان استرس پذیری آن‌ها را کاهش می‌دهد. در زیر به برخی از اثرات این آگاهی پرداخته می‌شود.

۱- افزایش توان کمکی: چنانچه کارکنان حوادث بحرانی از ماهیت بحران، اثرات و پیامدهای آن آگاهی داشته باشند، در کار با بازماندگان موفق‌تر عمل می‌کنند. برای نمونه حتی اگر یک خبرنگار حاضر در صحنه بحران درباره استرس آسیب‌زا اطلاعات خوبی داشته باشد به نیازهای واقعی بازماندگان حادثه در زمینه احساس احترام و انسان دوستی حساس‌تر می‌شود. زیرا که بازماندگان حادثه پس از یک تجربه بی‌رحمی (خشم طبیعت، خیانت، آدمکشی و ...) به احترام، محبت و انسان‌دوستی به شدت احساس نیاز می‌کند. ضمن اینکه داشتن اطلاعات درباره حوادث می‌تواند در زمینه‌های زیر مفید باشد:

❖ پاسخگویی به سؤالات بازماندگان درباره آنچه که ممکن است آن‌ها تجربه کنند.

❖ آموزش بازماندگان درباره نگرانی‌های طبیعی آن‌ها. بازماندگان باید بدانند که آنچه را که احساس می‌کنند و تجربه می‌کنند طبیعی است.

❖ کمک به بازماندگان تا استراتژی‌های انطباقی مؤثر را یاد بگیرند

❖ کمک به بازماندگان تا با علائم و شرایط احتمالی که ممکن است نیازمند

کمک باشد آشنا شوند

❖ تعدیل ادراک بازماندگان در رابطه با حساسیتی که نسبت به یاوران دارند.

❖ ارائه تجارب مثبت به بازماندگان و تشویق آن‌ها برای پیگیری کمک‌های لازم

۲- کاهش شانس آسیب: به یاد داشته باشید که بحث از حادثه آسیب‌زا بلافاصله پس از حادثه در برخی افراد دچار آسیب اثر تعیین‌کننده دارد. برخی از بازماندگان به‌خودی‌خود ترجیح می‌دهند که تجربه آسیب‌زای خود را بیان کنند در حالی‌که برخی دیگر برای این کار بی‌میلی نشان می‌دهند. گروه دوم برای این کار نیاز به گذر زمان دارند، آن‌ها به‌خاطر رنج ناشی از صحنه حادثه از بازسازی ذهنی تروما اجتناب می‌کنند و علاقه به تداعی مجدد شکل اولیه تروما ندارند علی‌الخصوص وقتی داغدیدگی مطرح است. ممکن است یادآوری صحنه حادثه در برخی افراد با افزایش خطر ابتلاء به PTSD مرتبط شود، این مورد بیشتر در آن‌هایی صحت دارد که دارای آسیب شدید جسمانی هستند.

۳- افزایش خود مراقبتی: دلیل دیگر در زمینه ضرورت آگاهی کارکنان بحران درباره استرس‌های تروماتیک این است که، متخصصان و کارکنان با داشتن چنین اطلاعاتی می‌توانند این دانش را درباره خودشان بکار بندند. با وجود اینکه بسیاری از کارکنان بحران احساس عمیقی از معنای زندگی، عزت‌نفس و احترام نسبت به دیگران دارند و روابط انسانی خوبی برقرار می‌کنند، برخی از کارکنان در کار با بازماندگان حادثه ممکن است تحت شرایط خاصی دچار اثرات منفی (آسیب) شوند و علائمی از اختلال استرس را از خود بروز دهند. علائمی که ممکن است کارکنان بحران از خود نشان دهند می‌تواند در دامنه وسیعی از مشکل خواب تا علائم مرضی PTSD هم‌چون اغتشاش فکری، کناره‌گیری اجتماعی و واکنش‌های شدید تحریک‌پذیری باشد.

### سایر اقدامات

مرکز ملی PTSD برای کلیه مداخله‌کنندگان در حوادث توصیه‌هایی را به‌صورت مکتوب ارائه می‌دهد. این توصیه‌ها شامل آشنایی با مشکلات روان‌شناختی بازماندگان بحران، آشنایی با علائم استرس شدید ناشی از حوادث و آشنایی با علائم خطر در کسانی است که دچار استرس شدید هستند و نهایتاً توصیه‌ای برای بهداشت روانی کارکنان بحران می‌باشد. توصیه‌های ارائه شده برای کارکنان در سه محور حین بحران، پس از بحران و پس

از بازگشت به خانه آورده شده است.

برای حین بحران به کارکنان توصیه شده است که:

- ۱- یک سیستم حمایتی با همکارانتان ایجاد کنید.
- ۲- همکارانتان را تشویق و حمایت کنید.
- ۳- از طریق تمرین منظم و تغذیه کم و خوب از جسمتان مراقبت کنید.
- ۴- در مواقعی که احساس خستگی، کاهش تحمل و طاقت کردید استراحت کنید.

۵- به‌طور مرتب با اعضای خانواده و دوستانتان در تماس باشید.

۶- هرگاه که احساس مشکل کردید و یا پس از هر شیفت کاری کمی نوشیدنی

گرم مصرف کنید.

برای پس از اتمام کار در شرایط بحران و حادثه توصیه می‌شود که:

۱- ۲ تا ۵ روز پس از برگشت و ترک صحنه رنج‌هایی را که توجه داشتید و دیدید کنار بگذارید.

۲- دربارهٔ احساساتی که پیدا کرده‌اید صحبت کنید و مستمع خوبی برای همکارانتان باشید.

۳- خشم را در خود نگه ندارید، خشم اغلب به‌صورت ناکامی، احساس گناه، و یا غصه اظهار می‌شود.

۴- همکارانتان را به‌خاطر کاری که کرده‌اند تأیید کرده و از آن‌ها قدردانی کنید.

۵- خوب بخورید و سعی کنید به اندازهٔ کافی بخوابید.

۶- طبیعی باشید و تا آنجا که ممکن است به نظم قبلی زندگی‌تان برگردید.

۷- چند روزی را برای تخلیه و تغییر شرایط (به‌طور تدریجی) به خودتان فرصت دهید.

هم‌چنین برای دورهٔ مراجعت کارکنان بحران به خانه‌هایشان چنین توصیه‌هایی شده است:

۱- استراحت خود را جبران کنید این ممکن است چند روزی طول بکشد.

۲- به زندگی روزانه طبیعی‌تان بازگردید.

- ۳- لازم است بدانید که در این موقع صحبت یا عدم صحبت دربارهٔ حادثه تقریباً یکی است باید توجه کرد که معمولاً میزان علاقه کارکنان به شنیدن کم است.
- ۴- انتظار داشته باشید که گاهی احساس ناامیدی، ناکامی و تعارض به سوی شما خواهد آمد ولی دوام نخواهند داشت.
- ۵- توجه شما به آن چیزهایی که برایتان مهم است و توجه به روابطتان شما را از تعارض عمده باز می‌دارد.
- ۶- اگر در خلقتان نوسان دیدید نهراسید این شرایط به تدریج با گذر زمان رفع می‌شود.
- ۷- کودکانتان را با چیزهایی که از حادثه دیدید و تجربه کردید درگیر نکنید.
- ۸- چنانچه در صحبت و یا گفتگو دربارهٔ حادثه احساس طبیعی نمی‌کنید سایر اشکال اظهار، بیان و تخلیه استرس هم‌چون نوشتن در روزنامه، دنبال کردن تفریحات مورد دلخواه و ورزش را در پیش بگیرید.
- ۹- بر آنچه که امروز برای شما و خانواده‌تان بسیار مهم است تمرکز کنید.
- ۱۰- به آنچه که شما و اطرافیان شما از این حادثه یاد گرفته‌اید نگاه کنید و گوش فرا دهید.
- ۱۱- شخصاً تلاش کنید معنایی که از این تجربه بحران بدست آورده‌اید را درک کنید، به صورتی که بتوانید این معنا را در زندگی و رشد شخصی‌تان تحقق بخشید.

## منابع:

قرآن کریم.

آزاد، حسین (۱۳۷۵) آسیب‌شناسی روانی، نشر بعثت.

احمدی، خدابخش (۱۳۸۱) "روانشناسی بحران"، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌ا... (عج).

احمدی، خدابخش (۱۳۸۱) استراتژی‌های روان‌شناختی مداخله در بحران، کتاب مقالات همایش همایش مدیریت امداد و نجات هلال احمر ۱۳۸۱

احمدی، خدابخش (۱۳۸۳) اصول و روش‌های مداخله روانی در بحران، مجله طب نظامی.

تن‌برگ، دیو رونیه (۱۳۷۳) "مدیریت بحران" ترجمه محمدعلی ذوالفقاری اصل، نشر حدیث.

تیلور، استیو، مترجمان: رسول ربانی، ابراهیم انصاری، مجید کارشناس، تهران ۱۳۷۹: جامعه شناسی خودکشی. انتشارات آوای نور.

دورکیم، امیل، مترجم: نادر سالارزاده امیری، تهران ۱۳۷۸، خودکشی، انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی، چاپ اول.

ستوده، هدایت‌اله، ۱۳۷۳، مقدمه‌ای بر آسیب‌شناسی اجتماعی، انتشارات آوای نور.

شاملو، سعید (۱۳۶۹)، بهداشت روانی، انتشارات رشد، تهران.

شفیع‌آبادی، عبدالله. و ناصری، غلامرضا (۱۳۸۰). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی. تهران: انتشارات مرکز نشر دانشگاهی.

شیفر، مارتین (۱۳۷۰)، فشار روانی، ترجمه پروین بلورچی، چاپ اول، انتشارات پاژنگ.

فتحی آشتیانی، علی؛ احمدی، خدابخش؛ کاتب، زهرا؛ آزاد، اسفندیار؛ انیسی، جعفر؛ رنجبر شایان، حسین؛ امیری، ماندانا؛ ثابتی، زهرا؛ فراهانی، مجتبی (۱۳۸۶) بررسی علائم اولیه اختلالات روانی مجروحین زلزله بم، مجله علوم رفتاری.

گان پیرلو و هنری لو (۱۳۷۱) «استرس دائمی» ترجمه عباس قریب، انتشارات رشد.



گلنيس، پاری (۱۳۷۳) "مقابله با بحران"، ترجمه حمید مقدس، نشر بشری.  
محسنی، منوچهر ف ۱۳۶۶، انحراف اجتماعی، چاپ اول، (انگیزه‌ها و علل خودکشی)،  
انتشارات مروی.  
نوروزی، سعید (۱۳۷۸)، مداخله تلفنی در بحران، کتابچه آموزشی سازمان بهزیستی  
کشور

- Aguilera, D.C. (1998) "Crisis intervention, theory and methodology (8<sup>th</sup>ed), Sosby/pub.
- Aguilera, D. C. & Messick, J. M. (1974). Crisis intervention: theory and Methodology (2<sup>nd</sup>ed). St. Louis. MO: Mosby.
- Alexander, D. A. & Wells, W. (1991). Reactions of police officers to body – handling after a major disaster: a before and after comparison. *British Journal of Psychiatry*, 159, 547 – 555.
- American psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup>ed)* Washington DC: APA.
- A National center for PTSD fact sheet (2004) Effects of traumatic stress in a disaster situation. Retrieved from World Wide Web: <http://www.nswiop.nsw.edu.au/>.
- Andersen, H. S., Christensen A. K., & Petersen. G. O. (1991). Post traumatic stress reaction amongst rescue workers after a major rail accident. *Journal of Anxiety Research*, 4, 245-251.
- Aptekar, L. & Boore, J.A. (1990). The emotional effects of disaster on children: A review of the literature. *International Journal of Mental Health*, 19: 77-90.
- Australian Emergency Management Institute (2004) psychological services in Disasters. Retrived, World Wide Web. [http://www.istss-org/terrorism psychological/zo services% 20 in%20Disasters, pdf](http://www.istss-org/terrorism%20psychological/zo%20services%20in%20Disasters.pdf)
- Bisson. J.I.; Mcfarlane, A.;Rose. S. (2000). Psychological debriefing. In:Foa .E, Mcfarlane E, friedman, M, eds. *Effective Treatments for PTSD*. New yourk: Guildford press.
- Bizi, S., keinan, G., & Beit – Hallahmi, B. (1988). Humor and coping with stress: a test under real – life conditions. *Journal of Personality and Individual Differences*, 9 (6) 951-956.
- Brock, S. E. (2004) Identifying psychological trauma victims. In

S.E. Brock, P.J. Lazarus, & S. R. Jimerson (Eds). Best practices in school crisis prevention and intervention. Betesda, M.D; National Association of school psychologist. Available :<http://www.nasponline.org/NEAT/crisis/0911.html>.

Fuente, R. (1990) The mental health consequences of The 1985 earthquakes in Mexico, *International Journal of Mental health*, 19, 21-29.

Gilliand. B.E. & James. R.K. (1993) *Crisis intervention strategies* (2th ed). Cole/pub.

Janosik, E.H. (1984). *Crisis counseling, a contemporary approach*. Monterey, CA: Wads Worth Health Sciences Division.

Karanci, N.A. & Rustemli, A. (1995). Psychological consequences of the 1992 Erzincan (Tuvkey) Earthquake. *Journal of Disasters*, 19 (1), 8-18.

Laungani. P; Roach, F, (1997) "Counseling, Death and Breavement" edited by palmer, Stephan, Mc Mahon, Gladeana in hand book counseling, second, London, Rutledge pub.

Lindeman, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of psychiatry*, 101, 141-148.

Lindy, J.; Grace. M.; Green. B., (1981), Survivors: out reach to a reluctant population. *American Journal of Orthopsychiatry*. 51: 465-478.

Mitchell, J.T, and Everly, G (1997), *Critical incident stress debriefing*. Ellicott City, MD: Chevron.

Mitchell. J.T., (1983) When disaster strikes: the critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*. 8: 36-39.

Moran, C.C., & Colless, E. (1995). Positive reactions following emergency and disaster responses.*Journal of Disaster Prevention and Management*, 4 (1), 55-60.

Norris, F. (1992) The epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 60, 409-418.

North Shore Veterance, Counseling Services, Inc Copyright (2002), Retrieved 2003. From the World Wide Web <http://www.Northshoreveterans.com/default.htm>.

Pearlman, L.A., & sakvitne, K.W. (1995). *Trauma and the therapist: Counter transference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York: Norton.

Pearlman, L.A., & Mac Ian, P.S. (1995). *Vicarious traumatization:*

An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional psychology: Research and practice*, 26 (6), 558-565.

Shelby, J.S. & Tredinnick, M. G. (1995) Crisis intervention with survivors of natural disaster: *Journal of Counseling and Development*, May/June. Vol. 73.

Slaikue, K.A. (1984) *Crisis intervention*. Boston:Alley & Bacon.Pub.

Stamm,B.H.(1995) *Secondary traumatic stress: self- care issue for children traumatic , researchers, and educators*.Cutherville, Maryland:Sidran Press.

Walsh,F. and Mc Goldrick,M.(1995) *Living beyond loss: Death in the family*,New York:Norton.

Yule, W. (1994). Posttraumatic stress disorder. In T.H. Ollendick,; N.J. King; & W.Yule(Eds).*International Handbook of phobic and Anxiety Disorders in children and Adolescents* (pp.223-240) New York: Plenum Press.

Yule W.(1993) *Technology-related disasters*. In: Saylor CF. ed., *children and disasters*. New York, Ny: plenum press; chap 6.