

مداخله در بحران

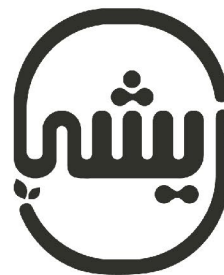
زندگی انسان سرشار از تجارب تلخ و ناگوار است. از فجایع طبیعی مانند زلزله و سیل گرفته تا سوانح رانندگی، جنگ‌ها و حوادث خشونت‌آمیز، هرکدام می‌توانند اثری عمیق و ماندگار بر روان فرد باقی بگذارند. در بسیاری از موارد، افرادی که بحران را تجربه می‌کنند، نه تنها از آسیب‌های جسمی بلکه از پیامدهای روان‌شناختی شدید و پایدار رنج می‌برند.

فصلنامه ریشه

انجمن علمی مشاوره

دانشگاه شهید بهشتی

اسفند ۱۴۰۳ - شماره هشتم





شناسنامه

فصلنامه علمی-دانشجویی ریشه

صاحب امتیاز: انجمن علمی مشاوره دانشگاه شهید بهشتی

سال دوم - شماره هشتم - اسفند ۱۴۰۳

مدیر مسئول: مطهره پورحسن

سر دبیر ارشد: فاطمه شریف زاده

سر دبیر: شادی صباری

اعضای تحریریه: فاطمه شریف زاده، مطهره پورحسن، امیر عجمی بختیاروند، سپیده کریمزاده، حسین اصفهانی، شادی صباری، مرضیه تمنایی، موژان حیدری، مریم کاظمی، زهرا کریمیان، پارسا اکبرزاده، علی کفیلیان یزدی، فاطمه شیخزاده، سبحان عائشی، امیر خواجه‌قلی، سنا سید حسینی، فاطمه اصغری بیرامی، الهه نوزاد

صفحه آرا: صبا کیائی

نقاشی روی جلد: اثر پابلو پیکاسو

ویراستار: فاطمه شریفزاده

نشانی: ولنجک، بلوار دانشجو، دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده علوم تربیتی و

روانشناسی

راه ارتباطی: moshaveresbu@gmail.com

۴ — سایه شوم بحران

مداخله در بحران در سراسر دنیا به عنوان یکی از شاخه های حائز اهمیت رشته روانشناسی و مشاوره در نظر گرفته شده است. با وجود رشد تمدن، مدرنیته و تصور آرمانی کاهش چشمگیر...

۵ — سیمای گروه در ترمیم روان

زندگی انسان سرشار از تجارب تلخ و ناگوار است. از فجایع طبیعی مانند زلزله و سیل گرفته تا سوانح رانندگی، جنگ ها و حوادث خشونت آمیز، هر کدام می توانند اثری عمیق و ماندگار...

۱۰ — مداخله در بحران: راهکارهای روان شناختی برای مدیریت و کاهش آسیب روانی

مداخله در بحران یکی از تخصصی ترین و حیاتی ترین حوزه های روان شناسی است که به افراد کمک می کند تا در شرایط دشوار و بحرانی، بتوانند از نظر روانی و عاطفی به تعادل برسند.

۱۵ — سواستفاده از کودکان

اهمیت دوران کودکی به این دلیل است که پایه های رشد و تکامل فرد را تشکیل می دهد. تربیت کودک از جمله مهم ترین وظایف والدین است. کیفیت زندگی در دوران کودکی می تواند...

۱۹ — سوگ عاطفی نغمه ای از رنج و رشد

با غم ترک شدن چه می توان کرد؟ روزی از خواب بلند می شویم و می بینیم کسی که بخش بزرگی از زندگی مان را با او سپیم بودیم، حالا دیگر نیست؛ رفته است.

۲۴ — لباس عروسی به رنگ جیوه

بحران قتل، به وضعیتی اطلاق می شود که در آن میزان قتل در یک جامعه به حدی افزایش می یابد که امنیت عمومی را تهدید کرده و نیازمند مداخله فوری و برنامه ریزی دقیق...

۲۹ — امید در جعبه باقی مانده است

مداخله در بحران به فرآیند کمک به فردی اطلاق می شود که در موقعیتی بحرانی قرار دارد و ممکن است قادر به تصمیم گیری صحیح نباشد. این نوع مداخله معمولاً شامل...

۳۴ — غلبه بر زخم پیمان شکنی زناشویی

گفتگو با دکتر موزیری | خیانت یکی از عمیق ترین ضربه های عاطفی در روابط زناشویی محسوب می شود که باعث بروز احساساتی همچون خشم، شرم، اضطراب و اندوه در فرد خیانت دیده می شود.

۳۸ — بررسی مداخلات اثر بخش برای کودکان قربانی آزار جنسی

در ایران، دفتر پیشگیری از آسیب های اجتماعی سازمان بهزیستی، میزان کودک آزاری جنسی را از ۸ تا ۱۵ درصد گزارش کرده است. سازمان بهداشت جهانی (WHO)...

۴۱ — آشیانه دلتنگی

حزن و اضطرابی که والدین هنگام رهسپاری فرزندانشان تجربه می کنند، اغلب «آشیانه خالی» نامیده می شود. فصلی از زندگی که والدین هیچانات زیادی را تجربه می کنند.

۴۳ — مشاوره در بحران از ضرورت تا غفلت

ایران جزو ده کشور بحران خیز جهان است و از نظر وقوع بلایای طبیعی مقام ششم جهان را دارد؛ ۹۰ درصد جمعیت کشور در معرض خطرات ناشی از بحران قرار دارند.

۴۷ — مردی که بار گناه به شانه داشت

منچستر کنار دریا، داستان سکوتی ست که از درد انباشته شده. داستان مردی که گذشته سایه وار به دنبالش می دود و او سرسختانه از آن می گریزد. کنت لونرگان، با دیدی رئالیستی...

۵۱ — بحران جنگ زیر درخت گردو

فیلم «درخت گردو»، محصول سال ۱۳۹۸ سینمای ایران، به کارگردانی محمدحسین مهدویان، کارگردان آثاری چون «لاتاری»، «ماجرای نیمروز»، «ایستاده در غبار» و «زخم کاری» است.

۵۵ — خودکشی ممنوع

خودکشی از جمله آسیب های اجتماعی است، که نه تنها فرد و خانواده را تحت تأثیر قرار می دهد، بلکه تأثیر مستقیمی روی نظام سلامت روانی و اجتماعی جامعه در تمام جهان دارد.

۵۸ — مدیریت و مقابله با بحران در محل کار

کار کردن و اشتغال یکی از پایه های مهم هر جامعه ای به حساب می آید که علاوه بر منافع مالی، می تواند باعث شود که افراد با داشتن فعالیت، احساس پویایی داشته باشند و خود را قسمتی از اجتماع بدانند.

۶۰ — آینه های شکسته

دنایای امروز با نام عصر ارتباطات شناخته می شود؛ دنیایی که رسانه به تمامی ابعاد زندگی انسان نفوذ کرده و به عنوان همراه همیشگی ما شناخته می شود. فقط کافی است تلویزیون را روشن کنید...

سخن
سردیر

سایه شوم بحران

مداخله در بحران در سراسر دنیا به عنوان یکی از شاخه های حائز اهمیت رشته روانشناسی و مشاوره در نظر گرفته شده است. با وجود رشد تمدن، مدرنیته و تصور آرمانی کاهش چشمگیر بحران ها، جوامع همچنان با طیف گسترده ای از بحران ها دست و پنجه نرم می کنند. جنگ، خشونت، خودکشی، طلاق، خیانت، تجاوز و انواع بلایای طبیعی از جمله موارد بحرانی هستند که نه تنها به سلامت روان فرد بلکه به کل ساختار خانواده و جامعه آسیب وارد می کنند. گستردگی بحران ها منجر به از کار افتادن مهارت های حل مسئله، عدم تعادل، نابسامانی و بازماندن از رشد می شود. در مجموع می توان به خسارت و نابودی امکانات، لطمه به وضعیت معیشتی و خسارت دیدن تأسیسات زیربنایی و سیستم های دولتی به عنوان اثرات عمومی ناشی از بحران اشاره کرد. خانواده نیز به عنوان یک سیستم، در اثر مواجهه با رویدادی غیرقابل پیش بینی و چالش برانگیز با تهدید مواجه شده و ناچار به بازنگری در ساختار خود و انطباق با شرایط جدید می شود. در این راستا مداخله در بحران با هدف زیربنایی بازگشت عملکرد بازماندگان به شرایط پیش از وقوع حادثه و ارتقای مهارت های مقابله ای افراد پا به عرصه می گذارد. روان شناسان، مشاوران و مددکاران اجتماعی به عنوان فعالان حوزه سلامت روان به هنگام مواجهه با بحران ها از طریق ارزیابی میزان و شدت آسیب روانی وارد شده بر بازماندگان و ارائه خدمات روانشناختی زود هنگام، سعی در کنترل نتایج بحران دارند.

اورژانس اجتماعی نیز با کد ۱۲۳ از جمله مراکز خدمات رسانی فعال به هنگام مواجهه با بحران است. بنابر گزارشات سازمان بهزیستی کشور، در ایران به طور میانگین سالانه ۱۲۵ هزار تماس تلفنی با اورژانس اجتماعی برقرار می شود که خشونت خانگی، کودک آزاری و خودکشی بیشترین میزان تماس را به خود اختصاص داده اند. خانه های امن برای زنان تحت خشونت و فرزندان شان نیز از جمله مراکز مداخله در بحران خشونت خانگی محسوب می شوند. با این وجود با توجه به گستردگی ابعاد بحران، نیاز مبرم به گسترش مراکز ارائه خدمات به هنگام مواجهه با شرایط بحرانی احساس می شود. از این رو پرداختن به این مسئله حیاتی و برنامه ریزی در جهت ارتقای زیرساخت ها و تربیت نیروی متخصص پیش از مواجهه با بحران، از الزامات یک جامعه است.

فاطمه شریف زاده



انر از اتودیکس

بررسی تأثیر درمان گروهی بر کاهش علائم PTSD در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه

امیر عجمی بختیاروند
دانشجوی کارشناسی مشاوره
دانشگاه اصفهان



زندگی انسان سرشار از تجارب تلخ و ناگوار است. از فجایع طبیعی مانند زلزله و سیل گرفته تا سوانح رانندگی، جنگ‌ها و حوادث خشونت‌آمیز، هرکدام می‌توانند اثری عمیق و ماندگار بر روان فرد باقی بگذارند. در بسیاری از موارد، افرادی که چنین رویدادهایی را تجربه می‌کنند، نه تنها از آسیب‌های جسمی بلکه از پیامدهای روان‌شناختی شدید و پایدار رنج می‌برند. یکی از رایج‌ترین این پیامدها، اختلال استرس پس از سانحه (Post-Traumatic Stress Disorder - PTSD) است که می‌تواند عملکرد فرد را در ابعاد مختلف زندگی مختل کند و در صورت عدم درمان، به مشکلاتی مانند افسردگی، اضطراب مزمن و حتی گرایش به خودکشی منجر شود.

PTSD که ابتدا در سربازان بازگشته از جنگ شناسایی شد، اکنون در طیف وسیعی از افراد مشاهده می‌شود؛ قربانیان خشونت خانگی، بازماندگان تجاوز، شاهدان فجایع طبیعی و حتی کادر درمانی که با مرگ و رنج بیماران مواجه‌اند همگی در معرض خطر ابتلا به این اختلال قرار دارند. علائم PTSD معمولاً شامل افکار مزاحم و بازگشتی، کابوس‌های شبانه، اجتناب از محرک‌های مرتبط با سانحه، تحریک‌پذیری شدید و مشکلات شناختی و هیجانی است. در طول دهه‌های اخیر، درمان‌های متعددی برای PTSD توسعه یافته‌اند که درمان‌های دارویی و شناختی-رفتاری تا روش‌های جدیدتر مانند EMDR (حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد) را شامل می‌شوند. با این حال، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بسیاری از مبتلایان به PTSD به‌ویژه افرادی که در محیط‌های اجتماعی دچار آسیب شده‌اند، نیاز به حمایت روانی-اجتماعی گسترده‌ای دارند که صرفاً در درمان‌های فردی قابل‌دستیابی نیست. در این میان، درمان گروهی به‌عنوان یک روش اثربخش و نویدبخش مطرح شده است که می‌تواند حس همدلی، حمایت

PTSD که ابتدا در سربازان بازگشته از جنگ شناسایی شد، اکنون در طیف وسیعی از افراد مشاهده می‌شود؛ قربانیان خشونت خانگی، بازماندگان تجاوز، شاهدان فجایع طبیعی و حتی کادر درمانی که با مرگ و رنج بیماران مواجه‌اند همگی در معرض خطر ابتلا به این اختلال قرار دارند.

متقابل، و بازسازی شناختی را در فضایی ایمن و ساختارمند فراهم کند؛ همچنین درمان گروهی، برخلاف درمان‌های فردی امکان تعامل بین افراد با تجربیات مشابه را فراهم می‌کند و این موضوع می‌تواند در کاهش احساس تنهایی، عادی‌سازی علائم، و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای نقش بسزایی داشته باشد.

استرس پس از سانحه (PTSD): تعریف و پیامدها

اختلال استرس پس از سانحه (Post-Traumatic Stress Disorder) یک اختلال روانی است که در پی تجربه یا مشاهده یک رویداد آسیب‌زا یا تهدیدکننده حیات، مانند جنگ، حوادث طبیعی، تصادفات شدید یا تجاوز بروز می‌کند (مرکز و همکاران، ۲۰۲۲). این اختلال بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) با علائمی مشخص می‌شود که پس از مواجهه با یک یا چند رویداد تروماتیک، به مدت بیش از یک ماه ادامه دارند و منجر به اختلال قابل‌توجه در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر حوزه‌های مهم زندگی فرد می‌شوند.

علائم و معیارهای تشخیصی بر اساس DSM-5

- معیار A (مواجهه با رویداد آسیب‌زا): تجربه‌ی مستقیم رویداد آسیب‌زا، مشاهده‌ی رویداد آسیب‌زایی که برای دیگران رخ داده است، مواجهه‌ی مکرر و افراطی با جزئیات ناخوشایند یک رویداد.
- معیار B (علائم مزاحم و آزاردهنده): خاطرات مزاحم و ناخواسته‌ی مرتبط با رویداد، کابوس‌های مکرر درباره‌ی سانحه، واکنش‌های تجدید تجربه مانند فلش‌بک‌ها، واکنش‌های هیجانی شدید به محرک‌هایی که یادآور سانحه هستند.
- معیار C (اجتناب از محرک‌های مرتبط با سانحه): اجتناب از یادآورهای مکان‌ها، افراد یا فعالیت‌های مرتبط با سانحه، تلاش برای سرکوب افکار یا احساسات مرتبط با سانحه.
- معیار D (تغییرات منفی در شناخت و خلق‌وخو): ناتوانی در یادآوری جزئیات مهم سانحه، باورهای منفی درباره‌ی خود، دیگران یا دنیا، سرزنش خود یا دیگران درباره‌ی علت سانحه، کاهش علاقه به فعالیت‌های لذت‌بخش، احساس بیگانگی از دیگران.
- معیار E (تغییرات در برانگیختگی و واکنش‌ها): تحریک‌پذیری و طغیان خشم، رفتارهای بی‌پروا و خودتخریب‌گرانه، واکنش‌های وحشت‌زده‌ی اغراق‌آمیز، مشکلات تمرکز.
- معیار F (مدت زمان): ماندگاری علائم در معیارهای B,

C, D, E برای بیش از یک ماه. معیار G (اختلال در عملکرد): شدت علائم و ایجاد اختلال در عملکرد فردی، اجتماعی، خانوادگی و یا شغلی. معیار H (حذف): مبتنی بر این اصل که این اختلال در اثر مصرف دارو، مصرف مواد و یا ابتلا به دیگر بیماری‌ها ایجاد نشده است.

انواع PTSD

استرس پس از سانحه حاد (Acute PTSD): این نوع از PTSD معمولاً در عرض سه ماه پس از تجربه‌ی یک رویداد آسیب‌زا ظاهر می‌شود و علائم آن کمتر از سه ماه ادامه می‌یابد. استرس پس از سانحه مزمن (Chronic PTSD): اگر علائم بیش از سه ماه ادامه داشته باشند، این نوع از PTSD تشخیص داده می‌شود. استرس پس از سانحه تأخیری (Delayed-Onset PTSD): در برخی موارد، علائم PTSD تا شش ماه یا بیشتر پس از وقوع رویداد آسیب‌زا ظاهر نمی‌شوند. این تأخیر در بروز علائم می‌تواند تشخیص و درمان را پیچیده‌تر کند. استرس پس از سانحه همراه با سایر اختلالات روانی: PTSD اغلب همراه با اختلالاتی مانند افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر یا سوءمصرف مواد مشاهده می‌شود که نیاز به درمان چندجانبه دارد.

عوامل خطر مؤثر در بروز PTSD

عوامل ژنتیکی و زیستی: مطالعات نشان داده‌اند که تفاوت‌های ساختاری در مغز، به‌ویژه در هیپوکامپ، می‌تواند خطر ابتلا به PTSD را افزایش دهد. افراد با کاهش حجم هیپوکامپ ممکن است واکنش‌های شدیدتری به استرس داشته باشند (گل محمدی و همکاران، ۱۳۹۹). تجربه‌ی مستقیم یا غیرمستقیم سانحه: قرار گرفتن در معرض جنگ، تصادفات شدید، حملات فیزیکی یا بلایای طبیعی می‌تواند منجر به PTSD شود. عدم حمایت اجتماعی پس از وقوع سانحه: عدم دسترسی به حمایت‌های اجتماعی مناسب پس از تجربه‌ی یک رویداد آسیب‌زا می‌تواند احتمال بروز PTSD را افزایش دهد. سابقه‌ی ابتلا به اختلالات روانی دیگر: افرادی که سابقه‌ی افسردگی، اضطراب یا سایر اختلالات روانی را دارند، بیشتر در معرض خطر PTSD قرار دارند.

شیوع PTSD در گروه‌های مختلف

- نظامیان: سربازانی که در جنگ‌ها شرکت داشته‌اند، به دلیل مواجهه مستقیم با صحنه‌های خشونت‌آمیز، در معرض خطر بالاتری برای ابتلا به PTSD قرار دارند.
- قربانیان حوادث طبیعی: بازماندگان بلایای طبیعی مانند زلزله، سیل یا طوفان ممکن است به دلیل از دست دادن عزیزان، اموال و تجربه ترس شدید، دچار PTSD شوند.
- قربانیان تجاوز: افرادی که تجربه تجاوز جنسی یا جسمی داشته‌اند، به‌ویژه در صورت عدم دریافت حمایت‌های روانی مناسب، در معرض خطر بالای این اختلال قرار دارند.
- نجات‌یافتگان بیماری‌های همه‌گیر: مطالعات اخیر نشان داده است که نجات‌یافتگان بیماری‌هایی مانند کووید-۱۹ نیز ممکن است به دلیل تجربه بستری شدن در بیمارستان و ترس از مرگ، علائم PTSD را تجربه کنند.

تأثیر درمان گروهی بر کاهش علائم PTSD

درمان گروهی به عنوان یکی از روش‌های مؤثر در کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) به شدت مورد توجه قرار گرفته است. این رویکرد درمانی، به ویژه برای افرادی که احساس تنهایی و انزوا می‌کنند، می‌تواند تأثیرات مثبتی در بهبود وضعیت روانی و اجتماعی آنها داشته باشد (شوارتز و همکاران، ۲۰۱۹). درمان گروهی برای مبتلایان به PTSD یکی از مهم‌ترین نتایج خود را در افزایش خودکارآمدی نشان می‌دهد. درمان گروهی با فراهم آوردن فضایی حمایتی و اشتراک‌گذاری تجربیات مشابه، به افراد کمک می‌کند تا احساس کنند قادر به مدیریت چالش‌ها و استرس‌های زندگی هستند (کوزاک و همکاران، ۲۰۱۹). درمان گروهی با فراهم آوردن فضایی برای اشتراک‌گذاری تجربیات مشابه، به بیماران این امکان را می‌دهد که از همدلی و حمایت متقابل دیگر اعضای گروه

درمان گروهی با فراهم آوردن فضایی حمایتی و اشتراک‌گذاری تجربیات مشابه، به افراد کمک می‌کند تا احساس کنند قادر به مدیریت چالش‌ها و استرس‌های زندگی هستند.

بهره‌مند شوند. در نتیجه، بسیاری از مبتلایان به PTSD در این محیط قادرند علائم اضطراب، افسردگی و سایر مشکلات روانی خود را کاهش دهند (ویلیامز و همکاران، ۲۰۱۴). مطالعات مختلف نشان می‌دهند که درمان گروهی می‌تواند:

- به کاهش احساس تنهایی و انزوا کمک کند.
 - فرصت‌هایی برای پردازش تجربیات به اشتراک گذاشته شده فراهم کند.
 - به افزایش تعاملات اجتماعی و بهبود روابط میان فردی بیماران کمک کند.
 - احساس همدلی و پشتیبانی از همسالان ایجاد کند.
 - مهارت‌های مقابله‌ای بیماران را تقویت کرده و آن‌ها را برای مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا آماده‌تر کند.
 - ایجاد احساس تعلق و مشارکت در جامعه را در بیماران تقویت نماید.
 - به افراد کمک کند تا احساس خودکارآمدی و توانمندی بیشتری پیدا کنند.
 - به کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب از طریق تبادل تجربه و حمایت متقابل کمک کند.
- برخی از مطالعات، اثربخشی درمان گروهی را در مقایسه با درمان فردی مورد بررسی قرار داده‌اند. در حالی که درمان فردی این امکان را می‌دهد که بیمار به‌طور خاص بر مشکلات شخصی خود متمرکز شود، درمان گروهی می‌تواند مزایای منحصر به فردی نیز ارائه دهد. به طور خاص، در درمان گروهی:
- افراد می‌توانند تجربیات مشترک خود را با دیگران به اشتراک بگذارند.
 - افراد از دیگران یاد می‌گیرند و احساس همدلی بیشتری پیدا می‌کنند.
 - برای برخی از بیماران، فضای گروهی ممکن است انگیزه و پشتیبانی بیشتری ایجاد کند.
- با این حال، درمان گروهی با چالش‌هایی نیز روبه‌رو است. یکی از مشکلات اصلی در درمان گروهی، هماهنگ‌سازی زمان جلسات است که ممکن است برای برخی بیماران مشکل‌ساز باشد. علاوه بر این، وجود تفاوت‌های فردی میان اعضای گروه، مانند شدت علائم PTSD یا تفاوت‌های شخصیتی، می‌تواند روند درمان را پیچیده کند. در نتیجه، مدیریت دقیق گروه و نظارت مستمر بر جلسات می‌تواند به حل این مشکلات کمک کند. در نهایت، درمان گروهی به عنوان رویکردی تکمیلی در درمان PTSD، می‌تواند نقشی مهم در کاهش علائم، بهبود وضعیت اجتماعی، و ارتقای مهارت‌های فردی داشته باشد. برای بهره‌مندی از این روش، انتخاب گروه درمانی

با استرس‌ها و مشکلات زندگی توانمندی بیشتری داشته باشند.

۳. نقش تسهیل‌گر گروه: تسهیل‌گر گروه، که معمولاً یک مشاور یا روان‌درمانگر است، نقش بسیار مهمی در هدایت فرآیند درمان دارد. تسهیل‌گر باید فضایی امن و حمایت‌گر برای اعضای گروه فراهم کند تا آن‌ها احساس راحتی در اشتراک‌گذاری تجربیات خود داشته باشند.

- ایجاد فضای حمایتی: تسهیل‌گر باید محیطی را ایجاد کند که اعضا بتوانند بدون ترس از قضاوت یا نادیده گرفتن احساسات‌شان، تجربیات خود را به اشتراک بگذارند. این فضا کمک می‌کند تا گروه به عنوان یک سیستم حمایتی عمل کند.
- راهنمایی و هدایت فرآیند درمان: تسهیل‌گر باید با استفاده از مهارت‌های درمانی مختلف، جلسات را هدایت کرده و به تطابق تکنیک‌های درمانی با نیازهای خاص اعضای گروه بپردازد. تسهیل‌گر باید قادر به ایجاد تعادل میان ارائه تکنیک‌های درمانی و حمایت از اعضا باشد.

چالش‌ها و محدودیت‌های درمان گروهی

در حالی که درمان گروهی برای افراد مبتلا به PTSD می‌تواند فواید زیادی داشته باشد، اما این نوع درمان نیز با چالش‌ها و محدودیت‌هایی همراه است که باید به دقت در نظر گرفته شوند. این چالش‌ها می‌توانند بر فرآیند درمان تأثیر بگذارند و نیاز به مدیریت ویژه دارند. در ادامه، سه چالش عمده در درمان گروهی بررسی می‌شود.

۱. مقاومت برخی از بیماران در شرکت در گروه: یکی از مهم‌ترین چالش‌ها در درمان گروهی PTSD، مقاومت برخی از بیماران از شرکت فعال در گروه است. بسیاری از افراد مبتلا به PTSD ممکن است از به اشتراک‌گذاری تجربیات آسیب‌زا با دیگران هراس داشته باشند و احساس ناراحتی در معرض دید گروه را تجربه کنند (اسلون و همکاران، ۲۰۱۲). این ترس از قضاوت شدن یا آشکار شدن جزئیات شخصی می‌تواند مانع از مشارکت کامل آن‌ها در جلسات شود. این مشکل ممکن است به‌ویژه در آغاز جلسات گروهی بیشتر نمایان شود، زیرا بیماران به دلیل احساس آسیب‌پذیری، تمایلی به نشان دادن نقاط ضعف خود ندارند.

۲. احتمال تحریک خاطرات و واکنش‌های شدید عاطفی: در طول جلسات درمان گروهی، صحبت کردن در مورد تجربیات آسیب‌زا می‌تواند خاطرات و احساسات شدیدی را در بیماران تحریک کند. این تحریک خاطرات ممکن است باعث بروز واکنش‌های عاطفی شدید مانند اضطراب،

مناسب و نظارت دقیق بر جلسات از اهمیت بالایی برخوردار است تا بیماران بتوانند به بهترین نحو از این روش درمانی بهره‌مند شوند.

عوامل مؤثر بر موفقیت درمان گروهی اختلال پس از سانحه

- ۱. ویژگی‌های گروه:** یکی از عوامل مهم در موفقیت درمان گروهی، ویژگی‌های خود گروه است. اندازه گروه، تنوع اعضا، و میزان همدلی و حمایت بین اعضای گروه می‌توانند تأثیرات زیادی بر فرآیند درمان داشته باشند.
- اندازه گروه: گروه‌های کوچک‌تر معمولاً فضای بیشتری برای تعامل و حمایت متقابل فراهم می‌آورند و اعضا می‌توانند احساس راحتی بیشتری در به اشتراک‌گذاری تجربیات خود داشته باشند. در مقابل، گروه‌های بزرگ‌تر ممکن است احساس فردی بودن و توجه ویژه به اعضا را کاهش دهند.
- تنوع اعضا: تنوع در گروه می‌تواند به تبادل تجربه و یادگیری از یکدیگر کمک کند. اعضای گروه با ویژگی‌ها و تجارب متفاوت می‌توانند به همدیگر در پردازش و فهم بهتر مشکلات کمک کنند.
- همدلی و حمایت: یکی از بزرگ‌ترین مزایای درمان گروهی، ایجاد احساس همدلی و پشتیبانی بین اعضا است. این حمایت‌ها می‌تواند به کاهش احساس انزوا و اضطراب فردی کمک کند و فرصتی برای تبادل تجربیات مشابه فراهم آورد.
- ۲. تکنیک‌های درمانی مؤثر:** در درمان گروهی، استفاده از تکنیک‌های درمانی متناسب با نیاز اعضای گروه یکی دیگر از عوامل مؤثر بر موفقیت درمان است. برخی از مهم‌ترین تکنیک‌ها عبارتند از:
 - بازسازی شناختی: این تکنیک به افراد کمک می‌کند تا الگوهای فکری منفی خود را شناسایی و آن‌ها را با افکار منطقی‌تر جایگزین کنند. بازسازی شناختی می‌تواند به کاهش افکار منفی و اضطراب مرتبط با PTSD کمک کند.
 - مواجهه تدریجی: این روش شامل مواجهه کنترل‌شده با موقعیت‌های آسیب‌زا است. این تکنیک به افراد کمک می‌کند تا اضطراب خود را نسبت به موقعیت‌های استرس‌زا کاهش دهند و یاد بگیرند که به‌طور تدریجی با این موقعیت‌ها روبه‌رو شوند (شوارتز و همکاران، ۲۰۱۹).
 - آموزش مهارت‌های مقابله‌ای: این آموزش‌ها شامل مهارت‌هایی همچون آرام‌سازی، حل مسئله، و تنظیم هیجانات است که به افراد کمک می‌کند تا در مواجهه

افسردگی یا حتی حملات پانیک شود. با توجه به اینکه افراد در یک محیط گروهی حضور دارند، این واکنش‌های شدید می‌توانند برای سایر اعضای گروه نیز استرس‌زا و چالش‌برانگیز باشند. بنابراین، تسهیل‌گر باید توانایی مدیریت این واکنش‌ها و فراهم کردن فضایی حمایتی برای اعضای گروه را داشته باشد.

۳. لزوم رعایت اصول اخلاقی در جلسات گروهی: در درمان گروهی PTSD، رعایت اصول اخلاقی بسیار حائز اهمیت است. این اصول شامل حفظ حریم خصوصی و محرمانگی اطلاعات اعضای گروه است. هرگونه نقض حریم خصوصی می‌تواند موجب از دست رفتن اعتماد میان اعضای گروه شود و اثرات منفی بر روند درمان داشته باشد. علاوه بر این، تسهیل‌گر باید مراقب باشد که به هیچ‌وجه هیچ‌کدام از اعضای گروه در موقعیت‌هایی قرار نگیرند که باعث احساس آسیب‌پذیری یا تهدید برای آن‌ها شود. به همین دلیل، تسهیل‌گر باید به دقت از اصول اخلاقی پیروی کرده و از هرگونه فشاری که می‌تواند باعث نقض حقوق فردی بیماران شود، جلوگیری نماید.

در نهایت، اختلال استرس پس از سانحه تأثیرات عمیقی بر زندگی افراد دارد و درمان گروهی می‌تواند به عنوان یک رویکرد مؤثر به کاهش این پیامدها کمک کند. درمان گروهی با فراهم کردن فضایی حمایتی و تعامل میان افراد با تجربیات مشابه، به کاهش احساس تنهایی و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای کمک می‌کند. اگرچه این درمان به تنهایی کافی نیست، اما می‌تواند به عنوان یک گزینه تکمیلی مؤثر در روند درمان PTSD نقش مهمی ایفا کند و به بهبود وضعیت روانی و اجتماعی افراد مبتلا کمک کند.

منابع:

- گل محمدی هفشجانی، ع.، و شریفی، ع.، و مظاهری، ی. (۱۳۹۹). بررسی میزان شیوع اختلال استرس پس از سانحه PTSD در پرستاران بیمارستان آیت الله کاشانی شهرستان شهرکرد، کنفرانس ملی پژوهش در روانشناسی، ساری.
- Cusack, S., Coleman, J., Rappaport, L., & Sheerin, C. (2019). Moderation of improvement in self-efficacy following group psychotherapy for PTSD. *Psychological Services*, 663-657, (4)16.
- Maercker, A., Cloitre, M., Bachem, R., Schlumpf, Y. R., Khoury, B., Hitchcock, C., & Bohus, M. (2022). Complex post-traumatic stress disorder. *The Lancet*, 72-60, (10345)400.
- Schwartz, D., Barkowski, S., Strauss, B., Knaevelsrud, C., & Rosendahl, J. (2019). Efficacy of group psychotherapy for posttraumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy Research*, 431-415, (4)29.
- Sloan, D., Bovin, M., & Schnurr, P. (2012). Review of group treatment for PTSD. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, -689, (5)49 701.
- Williams, W., Graham, D., McCurry, K., Sanders, A., Eiseman, J., Chiu, P., & King-Casas, B. (2014). Group psychotherapy's impact on trust in veterans with PTSD: A pilot study. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 348-335, (4)78.

یکی از بزرگترین مزایای درمان گروهی، ایجاد احساس همدلی و پشتیبانی بین اعضا است. این حمایت‌ها می‌تواند به کاهش احساس انزوا و اضطراب فردی کمک کند و فرصتی برای تبادل تجربیات مشابه فراهم آورد.



انرا از انودیکس



مداخله در بحران: راهکارهای روانشناختی برای مدیریت و کاهش آسیب‌های روانی

مداخله در بحران یکی از تخصصی‌ترین و حیاتی‌ترین حوزه‌های روان‌شناسی است که به افراد کمک می‌کند تا در شرایط دشوار و بحرانی، بتوانند از نظر روانی و عاطفی به تعادل برسند. بحران به‌طور کلی به شرایطی گفته می‌شود که فرد یا گروهی در مواجهه با رویدادی غیرمنتظره یا تهدیدآمیز قرار می‌گیرند و توانایی مواجهه مؤثر با آن وضعیت را از دست می‌دهند. این رویدادها می‌توانند شامل از دست دادن عزیزان، بحران‌های شغلی، بیماری‌های جدی، مشکلات خانوادگی یا حتی حوادث طبیعی باشند.

در این شرایط، فرد بحران‌زده معمولاً دچار اضطراب شدید، احساس بی‌کفایتی، یا حتی اختلالات روانی می‌شود که بر عملکرد روزمره و سلامت روان او تأثیرات منفی می‌گذارد. از این‌رو، مداخله در بحران به‌عنوان یک فرایند درمانی و حمایتی ضروری است و می‌تواند در کوتاه‌مدت یا بلندمدت به فرد کمک کند تا با بحران روبه‌رو شده و به زندگی عادی خود بازگردد.

بحران و ویژگی‌های آن

بحران، یک دوره حساس در زندگی فرد یا گروه است که در آن فرد نمی‌تواند با

روانی و اجتماعی شدیدتری به‌وجود آورند. بحران‌های روان‌شناختی: این بحران‌ها بیشتر مربوط به تغییرات درونی و روانی فرد هستند که ناشی از تعارضات درونی، اضطراب‌های شدید، یا بحران‌های هویتی می‌شوند. این نوع بحران‌ها می‌تواند به مشکلات روانی مزمن و اختلالات روان‌شناختی منجر شود.

عوامل مختلفی می‌تواند زمینه‌ساز بحران‌ها شوند، که برخی از مهم‌ترین آن‌ها عبارتند از: رویدادهای غیرمنتظره: تغییرات ناگهانی در زندگی، مانند فوت یک عزیز، تغییرات شغلی، یا بروز یک بیماری شدید، از عواملی هستند که می‌تواند بحران‌هایی شدید و ناگهانی ایجاد کنند.

پرسش‌های هویتی و اجتماعی: افراد گاهی اوقات در طول زندگی خود با بحران‌هایی روبه‌رو می‌شوند که به‌طور مستقیم به هویت و موقعیت اجتماعی آن‌ها مربوط می‌شود. بحران‌های هویتی در دوران نوجوانی، بحران میانسالی، یا بحران‌هایی که در پی تغییرات اجتماعی رخ می‌دهند، نمونه‌هایی از این نوع بحران‌ها هستند.

فشارهای روانی مزمن: افرادی که تحت فشارهای روانی طولانی‌مدت (مانند مشکلات اقتصادی یا خانوادگی) قرار دارند، بیشتر در معرض بحران‌های روانی قرار می‌گیرند. این فشارهای مداوم می‌تواند منجر به ایجاد اختلالات روانی روانی شود.

نقش روان‌شناسی در مداخله در بحران

روان‌شناسی به‌عنوان یک علم اجتماعی و روانی در مداخله در بحران‌ها نقشی کلیدی دارد. روان‌شناسان با استفاده از ابزارها و تکنیک‌های مختلف، به فرد یا گروه بحران‌زده کمک می‌کنند تا بحران را شناسایی، درک، و مدیریت کنند. آن‌ها همچنین با ارائه حمایت‌های عاطفی و روان‌شناختی، به فرد کمک می‌کنند تا از آسیب‌های روانی ناشی از بحران جلوگیری شود و به تدریج به تعادل برسد.

اولین قدم در مداخله بحران، شناسایی دقیق بحران است. روان‌شناسان باید نوع بحران، شدت آن و واکنش‌های فرد را شناسایی کنند تا بتوانند مداخله مؤثری انجام دهند.

منابع موجود خود، به‌طور مؤثر با رویدادهای ناگهانی یا تغییرات بزرگ مقابله کند. بحران‌ها معمولاً از وضعیت‌های تهدیدآمیز و استرس‌زا ناشی می‌شوند و می‌توانند به شدت به سلامت روان فرد آسیب بزنند. ویژگی‌های بحران عبارتند از:

ناگهانی بودن و غیرمنتظره بودن: بحران‌ها معمولاً به‌طور ناگهانی رخ می‌دهند و فرد نمی‌تواند پیش‌بینی کند که در آینده نزدیک با چنین رویدادی مواجه خواهد شد. این ویژگی باعث می‌شود که فرد در ابتدا دچار شوک و سردرگمی شود.

تنش و اضطراب شدید: یکی از ویژگی‌های اصلی بحران‌ها، افزایش میزان اضطراب و استرس در فرد است. فرد احساس می‌کند که توانایی مقابله با وضعیت را ندارد و ممکن است دچار ناتوانی در حل مشکلات شود.

محدودیت در منابع مقابله‌ای: در شرایط بحرانی، فرد به دلیل فشارهای روانی و تغییرات شدید در محیط زندگی‌اش، ممکن است دسترسی به منابع حمایتی یا توانایی‌های مقابله‌ای خود را از دست بدهد.

دوری از حالت عادی زندگی: بحران‌ها معمولاً باعث اختلال در عملکرد روزمره فرد می‌شوند. فرد ممکن است از انجام کارهای روزانه خود بازماند و حتی روابط اجتماعی و عاطفی‌اش تحت تأثیر قرار بگیرد.

انواع بحران‌ها و عوامل مؤثر در ایجاد بحران

بحران‌ها ممکن است در ابعاد فردی یا جمعی رخ دهند و عوامل متعددی در ایجاد آن‌ها دخیل هستند. انواع مختلف بحران‌ها و عوامل مؤثر بر آن به شرح زیر هستند:

- بحران‌های فردی: این بحران‌ها به شرایط شخصی فرد برمی‌گردند و به‌طور معمول بر اساس تغییرات عمده در زندگی فرد مانند طلاق، از دست دادن شغل، مشکلات سلامتی، یا تغییرات در روابط خانوادگی ایجاد می‌شوند. این نوع بحران‌ها معمولاً تأثیرات مستقیمی بر روی روحیه و سلامت روان فرد دارند.

- بحران‌های اجتماعی: بحران‌هایی که در سطح اجتماعی و جمعی رخ می‌دهند. این بحران‌ها شامل رویدادهایی مانند جنگ‌ها، بحران‌های اقتصادی، مشکلات سیاسی، و بلایای طبیعی می‌شوند. این نوع بحران‌ها می‌توانند تأثیرات گسترده‌تری بر جامعه داشته باشند و برای افرادی که در این جوامع زندگی می‌کنند، بحران‌های

نقش روان‌شناسی در مداخله در بحران شامل موارد زیر می‌شود:

شناسایی بحران و ارزیابی وضعیت فرد: اولین قدم در مداخله بحران، شناسایی دقیق بحران است. روان‌شناسان باید نوع بحران، شدت آن و واکنش‌های فرد را شناسایی کنند تا بتوانند مداخله مؤثری انجام دهند.

حمایت عاطفی: حمایت روان‌شناختی و عاطفی به فرد بحران‌زده کمک می‌کند تا احساس امنیت و آرامش پیدا کرده و بتواند احساسات خود را بیان کند. این حمایت می‌تواند از طریق مشاوره‌های فردی یا گروهی انجام شود.

تسهیل مهارت‌های مقابله‌ای: روان‌شناسان با استفاده از روش‌های مختلف، به افراد آموزش می‌دهند که چگونه با اضطراب، افسردگی و استرس ناشی از بحران مقابله کنند. این مهارت‌ها ممکن است شامل تنفس عمیق، آرام‌سازی، تکنیک‌های شناختی-رفتاری و... باشد.

پیشگیری از آسیب‌های طولانی‌مدت: در بسیاری از مواقع، بحران‌ها می‌توانند به مشکلات روانی و اجتماعی بلندمدتی منجر شوند. روان‌شناسان با مداخلات به‌موقع می‌توانند از بروز چنین مشکلاتی جلوگیری کنند.

مدل‌ها و تکنیک‌های مداخله در بحران

مداخله در بحران نه تنها به ارزیابی وضعیت فرد نیاز دارد، بلکه باید از روش‌ها و مدل‌های مؤثری استفاده شود تا کمک به فرد به‌طور مؤثر و سریع صورت گیرد. این مدل‌ها معمولاً مبتنی بر رویکردهای روان‌شناختی و بالینی مختلف هستند که به‌ویژه در شرایط بحرانی برای کمک به فرد طراحی شده‌اند.

مدل چهار مرحله‌ای مداخله در بحران:

مدل چهار مرحله‌ای یکی از ساده‌ترین و پرکاربردترین مدل‌ها برای مداخله در بحران است. این مدل به روان‌شناسان کمک می‌کند تا با استفاده از چهار مرحله‌ای اساسی، فرد بحران‌زده را یاری کنند. مراحل این مدل به شرح زیر هستند:

- **ارزیابی بحران:** در این مرحله، روان‌شناس باید وضعیت فرد بحران‌زده را دقیقاً بررسی کند. ارزیابی شامل شناسایی علائم و نشانه‌های بحران، شدت وضعیت روانی فرد، و بررسی شرایط محیطی او می‌شود. این مرحله بسیار مهم است، زیرا ارزیابی صحیح و دقیق می‌تواند تعیین‌کننده نوع مداخله و روش‌های درمانی بعدی باشد.
- **آرام‌سازی و کاهش اضطراب:** اولین واکنش در هنگام

مواجهه با بحران، اضطراب و نگرانی شدید است. در این مرحله، روان‌شناس باید فرد را آرام کرده و فضای امن و حمایتی ایجاد کند. این کار می‌تواند از طریق ارائه اطلاعات صحیح، صحبت کردن با فرد در مورد احساساتش، و استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی مانند تنفس عمیق یا تمرین‌های ذهنی انجام شود. هدف این مرحله، کمک به فرد برای دستیابی به یک حالت روانی آرام‌تر است تا بتواند برای حل بحران گام‌های بعدی را بردارد.

ارائه حمایت عاطفی و روان‌شناختی: در این مرحله، روان‌شناس باید به فرد کمک کند تا احساسات و نگرانی‌های خود را آزادانه بیان کند. این حمایت می‌تواند از طریق گوش دادن فعال، همدلی و ارائه بازخوردهای مثبت صورت گیرد. همچنین، روان‌شناس می‌تواند فرد را به منابع اجتماعی و حمایتی ارجاع دهد که در شرایط بحران می‌تواند مفید باشد.

• **برنامه‌ریزی برای بازگشت به زندگی عادی:** پس از کاهش اضطراب و درمان بحران اولیه، مرحله بعدی، برنامه‌ریزی برای بازگشت به وضعیت عادی زندگی است. این شامل آموزش مهارت‌های مقابله‌ای جدید، تعیین اهداف کوچک و تدریجی، و گام برداشتن به سوی بازسازی روابط اجتماعی و حرفه‌ای فرد می‌شود. در این مرحله، روان‌شناس کمک می‌کند تا فرد منابع حمایتی موجود را شناسایی کند و از آنها به‌طور مؤثر استفاده نماید.

مدل‌های دیگر مداخله در بحران:

علاوه بر مدل چهار مرحله‌ای، مدل‌ها و روش‌های دیگری نیز برای مداخله در بحران وجود دارد که به‌طور خاص به وضعیت‌ها و افراد مختلف می‌پردازند.

مدل گریکز و هایکسان: این مدل بر استفاده از مداخلات فوری و کوتاه‌مدت تأکید دارد. این مدل بر اساس واکنش‌های فرد در مواجهه با بحران طراحی شده است و به روان‌شناسان کمک می‌کند تا با ارزیابی و شناسایی نیازهای فوری فرد، مداخله مؤثری ارائه دهند. مدل گریکز و هایکسان، به‌ویژه در بحران‌های حاد و فوری (مانند پس از تصادفات یا بلایای طبیعی) کاربرد دارد.

مدل درمان شناختی-رفتاری (CBT): یکی از روش‌های بسیار مؤثر در مداخله در بحران، درمان شناختی-رفتاری است. در این مدل، روان‌شناس به فرد کمک می‌کند تا افکار منفی، ناسالم و نادرست خود را شناسایی کرده و آنها را با افکار منطقی و مثبت جایگزین کند. تکنیک‌هایی مانند شبیه‌سازی واقعیت، تغییر رفتارها و

رفتارهایی مانند تغییرات در
الگوهای خواب و خوراک،
عدم توانایی در انجام کارهای
روزمره، یا واکنش‌های
هیجانی شدید می‌توانند
نشانه‌هایی از شدت بحران
باشند.

تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی
و اقتصادی می‌توانند بر نحوه
واکنش فرد به بحران و تمایل او
به درخواست کمک تأثیر بگذارند.

تفکر مثبت، در کاهش اضطراب
و تنش‌ها کاربرد دارد. همچنین،
روان‌شناسان می‌توانند به افراد
مهارت‌های مقابله‌ای جدیدی
مانند مهارت‌های حل مسئله و
تنظیم هیجانی را آموزش دهند.
مدل انسان‌گرایانه: این مدل
بر اساس اصول انسان‌گرایی
و توجه به تجربیات فردی بنا
شده است. در این رویکرد،
روان‌شناس به فرد کمک
می‌کند تا درک عمیقی از خود
داشته باشد و با احساساتش
در بحران به‌طور مؤثری
روبه‌رو شود. این مدل بر
خودشناسی، رشد شخصی و
تلاش برای بهبود شرایط فردی
تأکید دارد.

روش‌های ارزیابی وضعیت در بحران

ارزیابی دقیق وضعیت فرد
بحران‌زده یکی از مهم‌ترین
مراحل در مداخله است.
روان‌شناسان برای انجام ارزیابی
به ابزارهای مختلفی متکی
هستند که به آن‌ها این امکان
را می‌دهد تا شدت بحران را
شناسایی کنند و به‌طور مؤثر
به فرد کمک کنند. برخی از
روش‌های ارزیابی عبارتند از:

- مصاحبه بالینی: یکی از
اولین و رایج‌ترین روش‌ها
برای ارزیابی وضعیت
بحران، انجام مصاحبه
بالینی با فرد است. در
این مصاحبه، روان‌شناس
به بررسی وضعیت عاطفی
و روانی فرد پرداخته و
سعی می‌کند به‌طور
مستقیم از فرد در مورد
تجربه‌هایش در بحران
و احساساتش اطلاعات

که در آنها روابط بین اعضای خانواده تحت تأثیر قرار می‌گیرد. این نوع بحران‌ها نیاز به مداخلات چندجانبه دارند که به‌طور همزمان به فرد و گروه‌های مرتبط کمک کند.

در نهایت می‌توان اذعان کرد که مداخله در بحران یکی از اساسی‌ترین و پیچیده‌ترین حوزه‌های روان‌شناسی است که نیازمند دانش و مهارت‌های ویژه‌ای است. این فرایند می‌تواند به فرد کمک کند تا با بحران‌ها و مشکلات بزرگ زندگی مواجه شود و از آسیب‌های روانی جلوگیری کند. با استفاده از مدل‌ها و تکنیک‌های مناسب، روان‌شناسان می‌توانند فرد بحران‌زده را به مرحله‌ای برسانند که توانایی مقابله با مشکلات آینده را پیدا کند. از سویی مداخله در بحران باید به‌گونه‌ای باشد که همزمان به نیازهای فوری فرد پرداخته و در عین حال، به ایجاد استراتژی‌های بلندمدت برای بهبود وضعیت روانی او کمک کند.

منابع:

- Kanel, K. (2019). A guide to crisis intervention (6th ed.). Belmont, CA: Cengage Learning.
- Roberts, A. R. (Ed.). (2005). Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research (3rd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- James, R. K., & Gilliland, B. E. (2016). Crisis intervention strategies (8th ed.). Boston, MA: Cengage Learning.
- Everly, G. S., & Lating, J. M. (2013). A clinical guide to the treatment of the human stress response (3rd ed.). New York, NY: Springer.
- Aguilera, D. C. (1998). Crisis intervention: Theory and methodology (8th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Caplan, G. (1964). Principles of preventive psychiatry. New York, NY: Basic Books.
- Flannery, R. B. (2015). Becoming a crisis counselor: A step-by-step guide to managing people in crisis. New York, NY: Routledge.
- Hoff, L. A., Hallisey, B. J., & Hoff, M. (2009). People in crisis: Clinical and diversity perspectives (6th ed.). New York, NY: Routledge.
- Myer, R. A. (2001). Assessment for crisis intervention: A triage assessment model. Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Slaikeu, K. A. (1990). Crisis intervention: A handbook for practice and research (2nd ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.

جمع‌آوری کند. در این فرایند، روان‌شناس باید به دقت به صحبت‌های فرد گوش دهد و نشانه‌های غیرکلامی او را نیز در نظر بگیرد.

- استفاده از پرسشنامه‌ها و مقیاس‌ها: گاهی اوقات برای ارزیابی دقیق‌تر وضعیت فرد، از پرسشنامه‌ها و مقیاس‌های استاندارد استفاده می‌شود. این ابزارها می‌توانند به روان‌شناسان کمک کنند تا سطح اضطراب، افسردگی، استرس و دیگر نشانه‌های روانی فرد را ارزیابی کنند. ابزارهایی مانند مقیاس اضطراب هم‌زمان، مقیاس افسردگی بک، یا مقیاس تنش‌های زندگی می‌توانند به ارائه اطلاعات دقیق‌تر از وضعیت فرد کمک کنند.
- مشاهده مستقیم: مشاهده رفتارهای فرد یکی دیگر از روش‌های ارزیابی وضعیت بحران است. رفتارهایی مانند تغییرات در الگوهای خواب و خوراک، عدم توانایی در انجام کارهای روزمره، یا واکنش‌های هیجانی شدید می‌توانند نشانه‌هایی از شدت بحران باشند. این نوع ارزیابی برای تشخیص و مدیریت بحران به‌ویژه در مواردی که فرد قادر به بیان احساساتش نیست، اهمیت دارد.

چالش‌ها و موانع مداخله در بحران

مداخله در بحران ممکن است با چالش‌ها و موانع مختلفی روبه‌رو شود که توانایی روان‌شناسان را در ارائه کمک مؤثر، محدود می‌کند. برخی از مهم‌ترین این چالش‌ها عبارتند از:

مقاومت فرد در پذیرش کمک: در برخی موارد، فرد بحران‌زده ممکن است به دلیل احساس شرم، انکار یا ترس از قضاوت اجتماعی، از پذیرش کمک خودداری کند. این مقاومت می‌تواند روند مداخله را پیچیده‌تر کند.

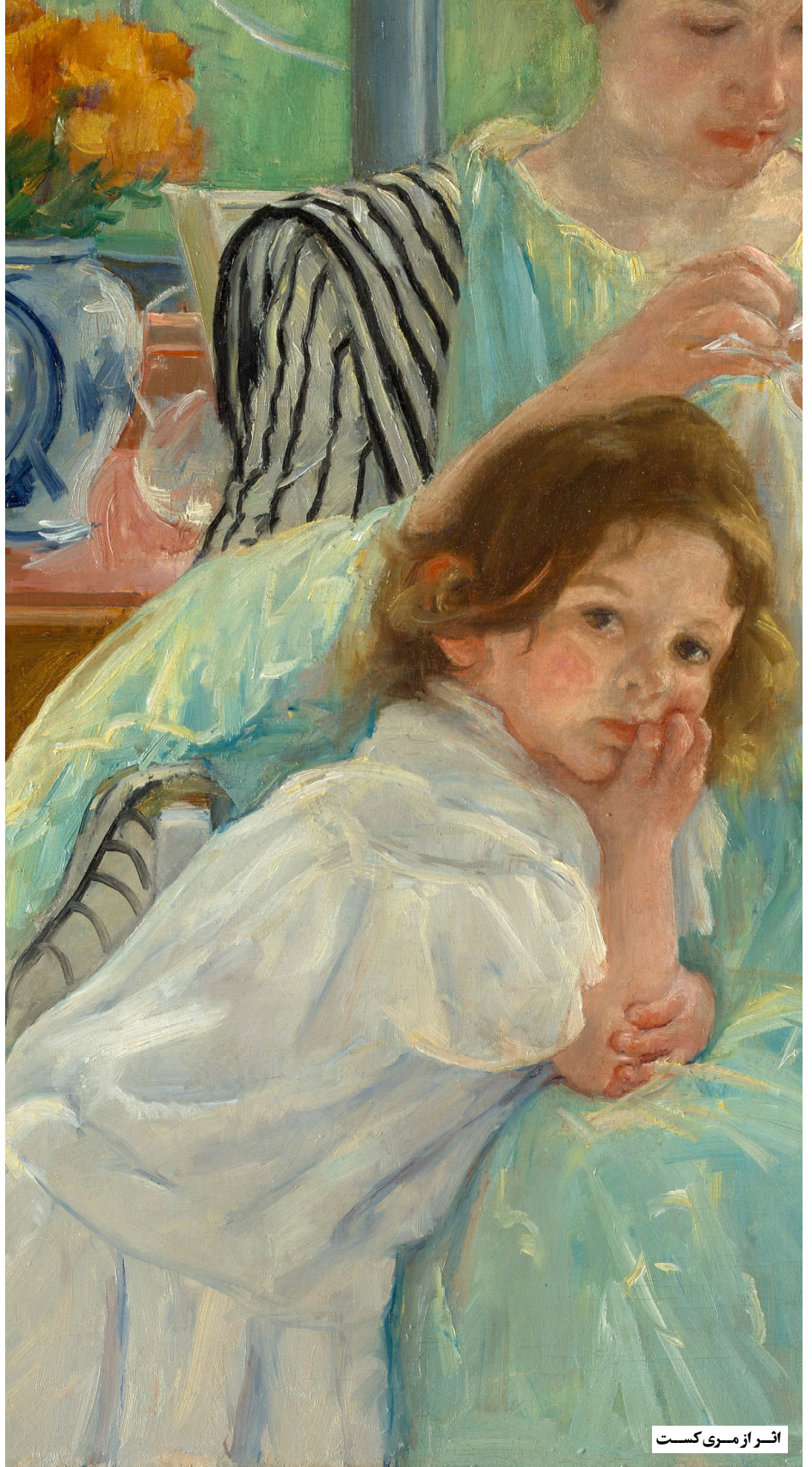
محدودیت منابع: در بحران‌های گسترده یا در شرایط اضطراری، منابع موجود برای مداخله، مانند مشاوران، مراکز درمانی یا خدمات روان‌شناختی، ممکن است محدود باشد. این کمبود منابع می‌تواند باعث کند شدن روند درمان شود.

چالش‌های فرهنگی و اجتماعی: هر فرد ممکن است به بحران‌ها به‌طور متفاوتی واکنش نشان دهد. تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی می‌توانند بر نحوه واکنش فرد به بحران و تمایل او به درخواست کمک تأثیر بگذارند.

بحران‌های پیچیده: برخی بحران‌ها می‌توانند به‌شدت پیچیده و چندوجهی باشند، مانند بحران‌های خانوادگی

اهمیت دوران کودکی به این دلیل است که پایه‌های رشد و تکامل فرد را تشکیل می‌دهد. تربیت کودک از جمله مهم‌ترین وظایف والدین است. کیفیت زندگی در دوران کودکی می‌تواند تضمین‌کننده انسانی توانمند با روانی سالم در دوران بعدی زندگی باشد. محیط خانواده بیش از هر محیط دیگری بر کودک اثر می‌گذارد؛ بنابراین، رشد جسمانی و روانی کودک در سال‌های ابتدایی زندگی نشئت‌گرفته از محیط خانواده و شرایط زندگی پدر و مادر است. کودکان به دلیل سن کم، مهارت‌های لازم برای محافظت از خود را ندارند. به همین علت، جزو آسیب‌پذیرترین اقشار جامعه محسوب می‌شوند و به حمایت والدین و مراقبین خود نیاز دارند؛ بنابراین، عدم کفایت و بی‌توجهی والدین باعث ایجاد مشکلات فراوانی برای کودک، از جمله

تحقیقات علمی بسیاری انجام شده و نتایج حاکی از آن است که بدرفتاری با کودکان تأثیر بلندمدتی بر سلامت روان آن‌ها دارد و تجربیات منفی می‌تواند بحران جبران‌ناپذیری را در بهداشت عمومی کودک ایجاد کند.



اثر از مری کست

سوءاستفاده از کودکان؛ بررسی مداخله در بحران و پیامدهای آن

مریم کاظمی

دکتری تخصصی مشاوره دانشگاه
آزاد خمینی‌شهر



نادیده گرفتن نیازهای اساسی افراد زیر ۱۸ سال می‌شود. این اقدامات معمولاً آگاهانه انجام می‌شود و تصادفی نیست.

پیشرفت‌های علمی در زمینه سوءرفتار با کودکان منجر به شناسایی چهار نوع اصلی کودک‌آزاری شده است: آزار جسمی، عاطفی، جنسی و غفلت. آزار جسمی یکی از آشکارترین روش‌های کودک‌آزاری است که می‌تواند در موارد شدید منجر به مرگ کودک شود. این نوع آزار شامل رفتارهایی مانند ضرب و شتم، مشت‌زدن، لگ‌زدن، گازگرفتن، خفه کردن و آسیب‌رساندن با اشیای مختلف است.

پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که عوامل گوناگونی در علت‌یابی کودک‌آزاری و غفلت نقش دارند که به سه دسته کلی تقسیم می‌شوند:

۱. **محیط:** شرایطی مانند فقر، نبود حمایت اجتماعی کافی و بیکاری از جمله عواملی هستند که می‌توانند زمینه‌ساز کودک‌آزاری شوند.

۲. **والدین و مراقبین:** عواملی مانند خشونت بین زوجین، ارتباطات منفی خانوادگی، مصرف دخانیات و مواد مخدر، سابقه آزار در والدین، نوجوان بودن والدین، اختلالات روانی و بحران‌های خانوادگی در شرایط پر استرس می‌تواند احتمال کودک‌آزاری را افزایش دهد.

۳. **ویژگی‌های کودک:** ویژگی‌هایی مانند خلق دشوار، ناتوانی، معلولیت ذهنی و جسمی، زندگی در مراکز شبانه‌روزی و سازمان بهزیستی یا وضعیت فرزندخواندگی، کودک را بیشتر در معرض خطر آزار قرار می‌دهد.

نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که مداخلات به‌موقع و سریع در مورد کودک‌آزاری می‌تواند عوارض ناشی از این اقدامات را کاهش دهد و پیامدهای روانی و اجتماعی کمتری برای کودک ایجاد کند. با این حال، عدم آگاهی و دانش کافی و کمبود متخصصین در این حوزه از چالش‌های اساسی به شمار می‌رود.

در شرایط بحرانی، اصطلاح «مداخله در بحران» به مجموعه‌ای از رویکردهای درمانی اشاره دارد که در موقعیت‌های اضطراری و تأثیرگذار بر افراد یا گروه‌ها به کار گرفته می‌شود. با وجود تفاوت‌هایی که در این مداخلات وجود دارد، همه آن‌ها دارای ویژگی‌هایی مشترک هستند، از جمله مدت‌زمان کوتاه و تمرکز بر ایجاد ثبات روانی در فرد یا گروه، به‌جای درمان بلندمدت اختلالات روانی. این مداخلات به طور خاص برای افرادی طراحی شده‌اند که به دلیل یک عامل استرس‌زا دچار واکنش‌های حاد شده‌اند.

پدیده کودک‌آزاری، می‌شود. از مهم‌ترین اتفاقاتی که در رشد طبیعی کودک اختلال ایجاد می‌کند، کودک‌آزاری است. تحقیقات علمی بسیاری انجام شده و نتایج حاکی از آن است که بدرفتاری با کودکان تأثیر بلندمدتی بر سلامت روان آن‌ها دارد و تجربیات منفی می‌تواند بحران جبران‌ناپذیری را در بهداشت عمومی کودک ایجاد کند. در تعریف‌های مختلف پزشکی، اجتماعی و قانونی از کودک‌آزاری، مفهوم مشترکی دیده می‌شود: نوعی رفتار از سوی والدین یا مراقبین اولیه که سلامت روانی و جسمی کودک را تهدید کرده یا به آن آسیب می‌رساند.

هرچه سن کودک کمتر باشد، میزان آسیب‌پذیری او در برابر کودک‌آزاری بیشتر خواهد بود. معمولاً آزار توسط مراقبینی مانند والدین، پرستار کودک، آشنایان یا خویشاوندان صورت می‌گیرد. در بسیاری از موارد، علت کودک‌آزاری، عدم دانش کافی در مورد نحوه برخورد صحیح با پیامدهای این اتفاق و همچنین نگرش و باورهای غلط والدین است که سبب می‌شود رفتارهای کودک‌آزاری درست جلوه کند.

کودکانی که مورد آزار قرار می‌گیرند، در جنبه‌های مختلف جسمی، جنسی، ذهنی، روانی و اجتماعی با مشکلات و چالش‌های فراوانی روبه‌رو خواهند شد. اکثر کودکانی که در دوران کودکی شاهد یا قربانی آزار و بدرفتاری بوده‌اند، در دوران بزرگسالی به آزار کودکان دیگر می‌پردازند و این بزرگ‌ترین آسیبی است که به کودک وارد می‌شود و تداوم دارد.

رویدادهای استرس‌زا در خانواده تأثیرات متفاوت و منحصربه‌فردی بر کودک دارد. با این حال، یکی از بدترین شدیدترین استرس‌های دوران کودکی، کودک‌آزاری است که به طور مستقیم بر زندگی روزمره کودک تأثیر می‌گذارد. این مسئله ممکن است دائمی و غیرقابل پیش‌بینی باشد و اغلب اوقات از سوی افرادی صورت می‌گیرد که کودک به آن‌ها اعتماد دارد یا به آن‌ها وابسته است.

کودک‌آزاری شامل هرگونه رفتار عمدی است که باعث آسیب جسمی، روانی، سوءاستفاده جنسی، بهره‌کشی یا

اکثر کودکانی که در دوران کودکی شاهد یا قربانی آزار و بدرفتاری بوده‌اند، در دوران بزرگسالی به آزار کودکان دیگر می‌پردازند و این بزرگ‌ترین آسیبی است که به کودک وارد می‌شود و تداوم دارد.

یکی از چارچوب‌های اساسی در این زمینه، مدل سه‌گانه بحران است. این مدل بحران را متشکل از سه عنصر اصلی می‌داند: ۱) وقوع یک رویداد تسریع‌کننده، ۲) ایجاد پریشانی شدید در فرد درگیر، و ۳) ناکارآمدی راهبردهای مقابله‌ای پیشین که در نتیجه آن، فرد در سطحی پایین‌تر از عملکرد معمول خود قرار می‌گیرد و با عامل استرس‌زا به‌درستی مواجه نمی‌شود.

بر این اساس، بحران را می‌توان به دو بعد اصلی تقسیم کرد: بعد ذهنی که شامل واکنش‌های روانی فرد، احساس درماندگی و کاهش موقت توانایی‌های مقابله‌ای است، و بعد عینی که به رویداد محرک و تسریع‌کننده بحران مربوط می‌شود.

استفاده سریع از روش‌های مداخله در بحران حائز اهمیت است و یکی از اصول کلیدی در یاری‌رسانی به کودکانی است که تحت‌تأثیر بحران‌های ناگهانی و آسیب‌های ناشی از آن مانند کودک‌آزاری قرار گرفته‌اند. این مداخلات که به طور قابل‌توجهی با روش‌های معمول متفاوت است، در زمان وقوع بحران می‌تواند به کاهش استرس روانی و بازگرداندن تعادل هیجانی کودک کمک کند. در شرایطی که هیجانات کنترل نشده به شدت بروز می‌کند، عدم مدیریت مؤثر ممکن است نه تنها سلامت روانی، بلکه روابط اجتماعی و حتی عملکرد جسمانی افراد را مختل کند. این عدم تعادل هیجانی می‌تواند به شکل‌گیری رفتارهای ناهنجار یا بروز اختلالات روانی عمیق منجر شود. مداخله در بحران به موقع و هدفمند می‌تواند نقش بسیار مهمی در کاهش آسیب‌های روانی داشته باشد و هدف آن کاهش شدت هیجانات ناشی از بحران‌های درونی و بیرونی است.

مداخلات بحران شامل حمایت‌های روان‌شناختی ابتدایی، بازگویی حوادث، درمان شناختی - رفتاری، تمرکز بر حوادث آسیب‌زا، تکنیک‌های حساسیت‌زدایی از حرکت چشم و پردازش مجدد و همچنین درمان دارویی است. این روش‌ها می‌تواند به کاهش استرس، اضطراب مزمن، حفظ ثبات هیجانی و تقویت توانایی انطباق کودک کمک کند. هدف از این مداخلات، برقراری تعادل روانی، تسکین علائم بحران و بازگشت عملکرد کودک به وضعیت قبل از بحران است.

مداخلاتی که در دوران بحران طراحی و اجرا می‌شود، شامل مجموعه اقداماتی است که به کودکان کمک می‌کند تا احساس ناراحتی خود را کاهش داده و به تعادل هیجانی و پایداری عاطفی دست یابد. اصول مرتبط با این مداخلات، فضای لازم برای اجرای مؤثر

مداخله در بحران به موقع و هدفمند می‌تواند نقش بسیار مهمی در کاهش آسیب‌های روانی داشته باشد و هدف آن کاهش شدت هیجانات ناشی از بحران‌های درونی و بیرونی است.

کودکان آسیب‌دیده نیاز دارند تا برای مقابله با مشکلاتی که پس از بحران به وجود می‌آید، آمادگی لازم را کسب کنند و شرایطی برای حفظ آرامش و بازگشت تدریجی آنان به زندگی عادی فراهم شود؛ بنابراین، ارائه مداخلات مناسب در این حوزه ضرورت دارد تا از بروز آسیب‌های روان‌شناختی پس از بحران جلوگیری شود.

منابع:

- Augarde, S., & Rydon-Grange, M. (2022). Female perpetrators of child sexual abuse: A review of the clinical and empirical literature-A 20-year update. *Aggression and violent behavior*, 101687, 62.
- Noll, J. G. (2021). Child sexual abuse as a unique risk factor for the development of psychopathology: The compounded convergence of mechanisms. *Annual review of clinical psychology*, 464-439, 17.
- Wismayanti, Y. F., O'Leary, P., Tilbury, C., & Tjoe, Y. (2021). The problematization of child sexual abuse in policy and law: The Indonesian example. *Child Abuse & Neglect*, 105157, 118.
- آهنگرانزایی، ا.، سلامت قراملکی، س.، فولادی، ا. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش روابط مادر - کودک بر کاهش کودک‌آزاری جسمی و عاطفی. زن و مطالعات خانواده، ۱۴(۵۲)، ۷-۱۸.
- حیدری، ع.، آسترکی، س.، منفرد، ط.، صالحی، م.ع. (۱۴۰۲). بررسی تأثیر کودک‌آزاری بر سلامت روان و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان. مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی (مؤسسه آموزش عالی نگاره)، ۱۰۰(۵)، ۶۸۱-۶۹۸.
- خلیلی زاد، م. (۱۴۰۲). تشخیص شکستگی‌ها در کودک‌آزاری جسمی: مطالعه مروری. تعالی بالینی، ۱۳(۱)، ۱۷-۳۳.
- دهقان منشادی، س.م.، فروزنده، ا.، زارع نیستانک، م. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی آموزش اختصاصی‌سازی حافظه سرگذشتی و مداخله در بحران بر نشخوارهای ذهنی در زنان خیانت دیده دارای علائم افسردگی شهر یزد در سال ۱۳۹۸. سلامت جامعه، ۱۵(۳)، ۳۴-۴۳.
- شیرعلی، ا. (۱۴۰۱). کاوشی در باب خشونت و کودک‌آزاری در تهران. بررسی مسائل اجتماعی ایران، ۱۳(۱)، ۱۹۹-۲۲۴.
- فولادی، ف.، فرهادی، ع.، گودرزی، ک. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی شناختی-رفتاری با واقعیت درمانی بر کودک‌آزاری مادران و کیفیت زندگی کودکان پیش دبستانی. فصلنامه تعالی مشاوره و روان درمانی، ۱۱(۴۴)، ۱-۱۱.
- محمدی نسیم، س.، صدری دمیرچی، ا.، شیخ الاسلامی، ع.، قمری گیوی، ح. (۱۴۰۱). اثربخشی برنامه مداخله در بحران بر راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان در افراد درگیر بحران بیماری کرونا. مجله علوم روانشناختی، ۲۱(۱۰۹)، ۱۲۲-۱۰۷.
- مرادی، م.، یوسفی، ز.، بهرامی پور، م. (۱۴۰۳). اثربخشی آموزش فرزند پروری مقابله با کودک‌آزاری بر استرس والدگری و مشکلات رفتاری کودکان مادران دارای سابقه کودک‌آزاری. خانواده و بهداشت، ۱۴(۱)، ۵۵-۶۸.

روش‌های مرتبط را فراهم می‌آورد. بی‌توجهی یا نبود چنین اصولی می‌تواند کارایی هرگونه اقدام را کاهش دهد یا حتی منجر به آسیب بیشتر شود.

در شرایط بحرانی که کودکان آسیب‌دیده حتی نسبت به کوچک‌ترین محرک‌ها واکنش‌های شدیدی نشان می‌دهند، استفاده از مداخلات تخصصی می‌تواند بسیار مؤثر باشد. این نوع مداخلات به‌عنوان یک رویکرد آموزشی فشرده عمل کرده و هدف آن‌ها کاهش شدت هیجانات ناشی از بحران است. به‌طورکلی، اهداف مداخله در بحران شامل بازگرداندن تعادل روانی، کاهش علائم بحران، کمک به کودک برای بازیابی عملکرد پیش از وقوع بحران، شناسایی عوامل مرتبط با بحران، ارائه راهبردهای جدید برای تفکر، درک بهتر احساسات شخص و توسعه پاسخ‌های مقابله‌ای یا سازگاران است. در نهایت، این فرایندها به توانمندسازی کودک برای مواجهه با بحران و مدیریت بهتر آن منجر می‌شود.

رویکردهای مداخله در بحران، به‌عنوان یک شیوه درمانی فوری، به کودکان کمک می‌کنند تا با بازگویی حوادث مرتبط با تروما، اضطراب خود را کاهش دهند. این روش از طریق حساسیت‌زدایی و پردازش مجدد، استرس کودک را کاهش داده و با تشویق به بیان احساسات و تقویت رابطه بین‌فردی، زمینه کاهش سرزنش خود و دیگران را فراهم می‌آورد. در نتیجه، کودک به راهبردهای سازگاران‌تری دست می‌یابد.

علاوه بر مداخله در بحران، یک درمان گروهی با رویکرد گشتالتی وجود دارد که برای کودکان آزاردیده جنسی استفاده می‌شود. این روش تأثیر زیادی در روند کاهش خشم و افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان آسیب‌دیده دارد. این رویکرد با تمرکز بر آگاه‌سازی کودکان نسبت به حالات درونی و بیرونی خود و بازخوردهای درونی، به آن‌ها کمک می‌کند تا با احساسات خود بهتر آشنا شوند و آن را به‌صورت مؤثر بیان کنند. علاوه بر این، رویکرد بازی درمانی گروهی با رویکرد گشتالتی باعث تقویت جرأت‌مندی، توانایی ابراز افکار، عقاید و احساسات، و بهبود مهارت‌های ارتباطی کودکان می‌شود که در نهایت، منجر به افزایش تعاملات اجتماعی و مدیریت عواطف آن‌ها می‌گردد.

به‌طورکلی، مداخله در بحران به توانمندسازی فرد برای مواجهه با بحران و مدیریت بهتر آن منجر می‌شود. این روش کودک را قادر می‌سازد تا مهارت‌های مقابله‌ای جدید را برای مشکلات فعلی و اتفاقات آینده کسب کند و در نهایت، شانس بازگشت تعادل روانی و بازیابی عملکرد فرد به سطح قبل از بحران افزایش یابد. با در نظر گرفتن تمام موارد مطرح‌شده، موضوع اصلی این است که



اثر از ادوارد مونک

سوگ عاطفی: نغمه‌ای از رنج و رشد در مسیر جدایی

موزان حیدری
کارشناسی ارشد مشاوره خانواده
دانشگاه شهید بهشتی



چگونه با ترک شدن کنار بیاییم

با غم ترک شدن چه می‌توان کرد؟ روزی از خواب بلند می‌شویم و می‌بینیم کسی که بخش بزرگی از زندگی‌مان را با او سهیم بودیم، حالا دیگر نیست؛ رفته است. حالا ما مانده‌ایم با حس عظیمی از فقدان در درونمان که نمی‌دانیم چگونه آن را پر کنیم. هزاران سؤال ریز و درشت ذهن‌مان را درگیر می‌کند؛ درباره اینکه چه شد؟ چرا رفت؟ چرا همه تلاش‌هایمان به بن‌بست خورد؟ آخر مگر قرار نبود آینده از آن ما باشد؟ و در پایان می‌رسیم به بزرگترین علامت سؤال در ذهنمان آیا من مقصر بودم؟ گاهی شاید برای چند ساعت به نظر برسد که با این موضوع کنار آمده‌ایم و می‌توانیم طرح زندگی‌ای بدون او را در سر پیورانیم. اما یاد او بر می‌گردد و دنیا را بر سرمان خراب می‌کند. گویی بخشی از وجودمان کنده شده و باید هر طور شده افسارمان را به دست بگیریم، خود را از نو یکپارچه کنیم و به سراغ فصلی نو برویم؛ فصلی بدون او. حالا که ترک شده‌ایم، بیش از هر وقت دیگری مایلیم بدانیم چرا؟ تمام گذشته را جست‌وجو می‌کنیم تا شاید پاسخی بیاییم. احتمالاً در جایی به این نتیجه می‌رسیم که مشکل از ماست. حتماً ظاهر جذابی نداریم یا شخصیت نامیدکننده‌ای داریم یا در کل، لقمه دندان‌گیری برایش به شمار نمی‌آیدیم. آزمایش معروفی در حوزه روانشناسی وجود دارد که نشان می‌دهد انسان‌ها تمایل به فرافکنی دارند، به این معنا که دوست دارند افکاری را که در ذهن‌شان ریشه دوانده به

انسان‌ها اغلب تمایل دارند تفاسیر خودشان را از یک واقعه غالب کنند، فارغ از اینکه حقیقت آن واقعه چه باشد.

روانشناسان ما را در این مسیر راهنمایی می‌کنند تا بهتر بتوانیم به واکاوی این آسیب بپردازیم. یکی از توصیه‌های روانشناسانه این است که علت شکست معمولاً ربطی به ما ندارد و معمولاً ربط اندکی به اقدامات پارتنر سابقمان در شرایط فعلی دارد. حتی ممکن است دلیل اینکه رابطه ما به جایی نرسید ریشه در دوران کودکی یارمان داشته باشد. رفتار انسان‌های بالغ در روابط عاشقانه‌شان به تجارب عاطفی آن‌ها در سال‌های اولیه زندگی‌شان بر می‌گردد.

به ویژه نحوه رفتار والدین با کودک بسیار در روابط آینده او در بزرگسالی اثرگذار است. آسیب‌های روانی در دوران کودکی منجر می‌شود که ما در روابط عاطفی بزرگسالی‌مان متضاد رفتار کنیم. ممکن است شریک زندگی‌تان بین آنچه می‌گوید و آنچه از شما انتظار دارد و در نهایت آنچه به لحاظ روانی می‌تواند بپذیرد.

دچار تضاد باشد؛ تضادی که شما ناخواسته قربانی‌اش می‌شوید.

شاید والدینی دارد که در کودکی نسبت به او بی‌توجه بوده‌اند یا اغلب او را تنها می‌گذاشته‌اند، حالا او در بزرگسالی جذب محبتی که نثارش می‌کنید شده است، با این حال این محبت می‌تواند برای او ناشناخته باشد و برای بخش‌هایی از شخصیت او بسیار تهدیدآمیز محسوب شود؛ به همین دلیل تصمیم گرفته تا از شما فاصله بگیرد و برایش آسان‌تر بوده که ما را به خاطر زیادی وابسته بودن سرزنش کند تا این‌که دلایل پیچیده این موضوع را در درون خود بررسی کند که چرا نیاز خودش این قدر برایش ترسناک است.

در حقیقت برای او تنها آن نسخه مردود و دردناک عشق که در کودکی از والدینش دیده است، شناخته شده است یا والدین یارمان آنقدر زودرنج و کم‌تحمّل بوده‌اند که او در کودکی آموخته که بسیار محتاط عمل کند و همیشه دیگران را راضی نگه دارد و منافع آن‌ها را به منافع خودش ترجیح دهد. او آنقدر آنچه واقعاً می‌خواهد را مخفی کرده است که حالا هجوم احساسات منفی تلبّار شده در او منجر شده از ما فاصله بگیرد.

آنچه افراد در کودکی‌شان تجربه می‌کنند اغلب شکل روابط آن‌ها در آینده را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد.

اما خوب است از خودمان بپرسیم چرا او را انتخاب کردیم؟ چرا جذب کسی شدیم که زندگی را به کاممان تلخ کرده؟ یک باور عمومی وجود دارد که می‌گوید انسان‌ها در عشق به دنبال خوشبختی می‌گردند. بسیار خب باید بگوییم سخت در اشتباهید! کاملاً محتمل است که ما عاشق کسانی نشویم که از قضا جفت خوب و مناسبی برای ما هستند.

مسائل ابهام‌زای بیرونی که برایشان جوابی ندارند تعمیم بدهند. مثلاً ممکن است ما همیشه در گوشه ذهن‌مان این نظر را درباره خودمان داشته باشیم که ظاهر جذابی نداریم و وقتی شریک زندگی‌مان از ما جدا می‌شود، بلافاصله نتیجه بگیریم که به خاطر ظاهرمان ترکمان کرد. در صورتی که این پاسخ در واقع چیزی است که ذهن‌مان برای این اتفاق تراشیده و ربطی به حقیقت ماجرا ندارد این آزمایش که به آزمایش TAT معروف است، به ما می‌گوید که انسان‌ها اغلب تمایل دارند تفاسیر خودشان را از یک واقعه غالب کنند، فارغ از اینکه حقیقت آن واقعه چه باشد. وقتی یک تصویر را مشاهده می‌کنیم بسیار محتمل است که تفسیر ما از آن تصویر با تفسیر دوستان متفاوت باشد؛ چون هر کدام پیشینه‌ها و تصورات ذهنی متفاوتی داریم که مایلیم به آن تصویر ربط بدهیم یا به عبارت دیگر ذهنیات خودمان را بر آن تصویر فرافکنی کنیم.

هر چقدر هم که شریک زندگی‌مان را خوب بشناسیم باز هم هیچ وقت نمی‌توانیم به هزارتوی ذهن او راه یابیم.

حتی ممکن است از خود او این سؤال را بپرسیم: چرا مرا ترک کردی؟ اما او فقط بخشی از چیزی که در ذهنش می‌گذرد را به زبان می‌آورد و انگیزه‌های عمیق‌تر او مخفی می‌مانند. بیایید ماجرا را پیچیده‌تر از این کنیم چه بسا شخص مقابل هم نداند واقعاً چرا رابطه برایش به بن‌بست خورده است. ما برای اینکه به آرامش برسیم می‌کوشیم برای این اتفاق معنایی بترسیم. اما مسئله اینجاست که معنایی که به این حقیقت می‌بخشیم برخاسته از واقعیت نیست، بلکه تا حد زیادی برآمده از درون خود ماست.

روانشناسی یار سابق

وقتی شریک زندگی‌تان از شما جدا می‌شود، نمی‌توانید احساسات جریحه‌دار شده خود را نادیده بگیرید. حتماً خشمگین می‌شوید و فکر می‌کنید چیزی از شما غارت شده است. اما متأسفانه وقتی صحبت از آسیب‌های روانی و عاطفی در میان است، هیچ نهاد اجتماعی نمی‌تواند از حقوق شما حمایت کند. خسارت عاطفی جبران‌پذیر نیست و ما برای ترمیم این آسیب تنها می‌توانیم به روانشناس مراجعه کنیم.

رفتار انسان‌های بالغ در روابط عاشقانه‌شان به تجارب عاطفی آن‌ها در سال‌های اولیه زندگی‌شان بر می‌گردد.



نکته جالب این است
که افراد خوددار و
مشتاق اغلب به سوی
یکدیگر جذب می‌شوند
با این حال ویژگی‌ها
و نیازهای عاطفی متضاد
و متفاوتشان باعث
می‌شود که رابطه‌شان
مشکل ساز شود.

ما بی‌اختیار تمایل داریم تجربه‌ای
که از عشق در کودکی داشته‌ایم را
مجدداً در بزرگسالی تکرار کنیم هر
چقدر هم که آن عشق ناکام و
آسیب‌زا بوده باشد.

اثر از ادوارد مونک

انگلیسی مطرح کرد. این نظریه انسان‌ها را طبق ظرفیتشان در روابط خود به سه دسته تقسیم می‌کند: نخست کسانی که دلبستگی ایمن دارند: این افراد در کودکی تجربه سالمی از عشق‌ورزی داشته‌اند و اکنون می‌توانند در بزرگسالی با دیگران همدلی کنند. آن‌ها درباره نیازهایشان با صراحت و صداقت گفت‌وگو می‌کنند. دسته دوم و سوم شامل افرادی می‌شوند که دو نوع ناهنجاری دارند این ناهنجاری‌ها حاصل ضربات روحی اولیه آن‌ها در رابطه‌شان با والدین در سال‌های کودکی است؛ الگوی اول دلبستگی مشتاق یا اضطرابی نام دارد و الگوی دوم دلبستگی خوددار یا اجتنابی. نکته جالب این است که افراد خوددار و مشتاق اغلب به سوی یکدیگر جذب می‌شوند با این حال ویژگی‌ها و نیازهای عاطفی متضاد و متفاوتشان باعث می‌شود که رابطه‌شان مشکل ساز شود.

شخصی که دارای دلبستگی اضطرابی است همواره در رابطه‌اش احساس می‌کند که شریکش قدر او را نمی‌داند و آن طور که باید به او محبت نمی‌ورزد. این فرد معتقد است به صمیمیت، مهربانی و نزدیکی جسمی خیلی بیشتری نیاز دارد با این حال در عمل او جذب کسی با الگوی دلبستگی اجتنابی می‌شود. این شخص برای فرد مشتاق به طرز زننده‌ای آزارنده و مستقل است و انگار به همان میزانی که محبت می‌بیند محبت نمی‌کند. فرد مشتاق به تدریج از این وضعیت خسته می‌شود. او احساس طردشدگی و بی‌ارزش بودن می‌کند و در نهایت نیز دچار احساس خشم و انتقام‌جویی می‌شود. اگر

به گذشته‌تان نگاهی بیندازید تا به حال چندبار دست رد به سینه کسانی زده‌اید که در درون می‌دانستید می‌توانند گزینه بسیار مناسبی برای شما باشند؟ ما بی‌اختیار تمایل داریم تجربه‌ای که از عشق در کودکی داشته‌ایم را مجدداً در بزرگسالی تکرار کنیم هر چقدر هم که آن عشق ناکام و آسیب‌زا بوده باشد. این گونه خود را در یک دور تکراری و معیوب می‌اندازیم. شاید چون این تنها شکلی از عشق است که می‌شناسیم شاید هم چون می‌خواهیم به خودمان ثابت کنیم که با تکرار این وضعیت آسیب‌زا بالاخره روزی می‌توانیم بر آن غلبه کنیم و از این رنج کهنه نجات یابیم. از دیدگاه روانشناسانه، ما شریک زندگی‌مان را آزادانه انتخاب نمی‌کنیم.

وقتی متوجه شویم کودکی‌مان چطور الگوهای نامناسبی برای عاشقی به ما داده است می‌توانیم خودمان را از نفوذ آن‌ها برهانیم و یاد بگیریم یاری را انتخاب کنیم که بتواند امیدها و آرزوهای ما برای خوشبختی و رضایت خاطر در بزرگسالی را بهتر برآورده کند.

الگوهای رایج دلبستگی

عوامل زیادی وجود دارند که منجر به شکست عاطفی می‌شوند اما یکی از مشکلات فراگیری که میان زوج‌ها وجود دارد و مورد توجه روانشناسی مدرن قرار گرفته است این است که یکی از طرفین در الگوهای دلبستگی خویش «خوددار» (اجتنابی) شناخته می‌شود و دیگری «مشتاق» (اضطرابی).

نظریه دلبستگی را نخستین بار جان بالبی روانشناس

دهید بهتر است هرچه زودتر این مسئله را با شریکتان در میان بگذارید به تعویق انداختن این مسئله به خاطر ضیافت یا سفری که در پیش دارید یا برنامه‌هایی که در کوتاه‌مدت باید عملی کنید کار درستی نیست.

(ب) اتهامات ثانویه: اگر قصد جدایی دارید نباید طرف دیگر را بیش از آنچه حقتش است گناهکار بدانید. یک یار عاقل فهرست دلایلش برای جدایی را محدود به مشکلات خاصی می‌کند که او را مجبور به قطع رابطه کرده نه بیشتر از این.

(پ) خوبی گمراه کننده: زیان‌بارترین معشوق‌ها آن‌هایی هستند که خیال می‌کنند به هنگام جدایی هم باید خوب باشند اما حقیقت این است که نیازی به تعارف و تملق نیست. آنچه طرف مقابل نیاز دارد صرفاً در میان گذاشتن اطلاعات اساسی است. بعد باید به او اجازه دهید که کمی خلوت کند و تنها باشد تا دوباره تجدید قوا کند. در چنین شرایطی، مهربانی و ادامه دادن به رفتار خوب فقط او را سردرگم می‌کند و باعث می‌شود عمیقاً آرزوی از سرگیری رابطه را داشته باشد.

(ت) طفره رفتن: گاهی هم شریک زندگی‌تان آن قدر از دادن خبر جدایی می‌ترسد که می‌کوشد آن را غیرمستقیم و تلویحی به شما بفهماند. مثلاً ممکن است شب‌ها دیر به خانه برگردد. این رفتار یکی از مضرترین روش‌ها برای جدایی است.

چگونه بالغانه از شریک زندگیمان جدا شویم؟

کارهای بسیاری هست که یک شریک بالغ می‌تواند با عمل به آن‌ها از درد و رنج جدایی برای طرف مقابل بکاهد. برخی از شیوه‌های صحیح جدایی عبارتند از:

(الف) رگ بودن: اگر قصد جدایی دارید رابطه را به ناگهان قطع کنید وقتی تصمیم گرفتید که به رابطه پایان دهید فوراً به دیگری اطلاع دهید و او را ترک کنید حقیقت این است که در جدایی جایی برای آشتی و مصالحه نیست. البته که رفتن ناگهانی دردناک است، اما نوعی محبت خردمندانه در این رفتار تند وجود دارد اینکه به یار‌تان امید واهی نمی‌دهید و خیلی زود تمامش می‌کنید.

(ب) دلایل مشخص: یار خوبی که قصد جدایی دارد می‌کوشد طرف مقابل را با دلایل کافی متقاعد کند که چرا رابطه به پایان رسیده است. او آنقدر باهوش هست که ما را با دلایل توهین‌آمیز نرنجاند بلکه تمام تلاشش این است که بگوید برای یکدیگر شریک زندگی خوبی نبوده‌اید. شاید در برخی از مسائل اساسی زندگی اختلاف نظرهای بنیادینی داشته‌اید اما این مسئله چندان ربطی

شریک زندگی چنین فردی در دسته افرادی با دلبستگی ایمن قرار داشته باشد می‌داند که چگونه وضعیت را آرام کند اما عاشق خوددار قطعاً این گونه نیست. اتفاقاً او به نگرانی و ترس عاشق مشتاق دامن می‌زند. فرد خوددار در چنین شرایط حساسی بی‌اعتنا تر از همیشه می‌شود و خودش را عقب می‌کشد؛ زیرا دوست ندارد که دیگران «کنترلش» کنند.

حال چگونه این مشکل را حل کنیم؟ کافی است آن را بشناسیم. خیلی فرق دارد که کسی از روی ناآگاهی به سمت غرایز اجتنابی یا اضطرابی متمایل باشد تا اینکه بر این غرایز آگاه باشد و درک کند منشأ این غرایز کجاست و بتواند برای دیگران هم توضیح بدهد که چرا چنین الگوی رفتاری ای دارد. هیچ چیز به معنای واقعی کلمه رمانتیک‌تر از این نیست که زوجها بیاموزند با ذکاوت و خونسردی به یکدیگر بگویند دچار حالات اضطرابی یا اجتنابی هستند اما هرکاری لازم باشد انجام می‌دهند تا بر این مسئله غلبه کنند.

آیا پای یک رقیب در میان است؟

همیشه این گونه نیست که شریک زندگیمان به خاطر مشکلات و آسیب‌های پیش‌آمده ما را رها کند؛ گاهی ممکن است علت رفتن او شخص دیگری باشد؛ یک رقیب. وقتی متوجه این موضوع شویم احتمالاً اولین سؤالی که به ذهنمان خطور می‌کند این است مگر او چه دارد که من ندارم؟ آیا من برایش کافی نبودم؟

علت رنج ما از این موضوع بر می‌گردد به یکی از ویژگی‌های روانشناختی بشر. ما خودمان را با جزئیات زیاد و به شکلی ناامیدکننده می‌شناسیم در حالی که دیگران را فقط از بیرون می‌شناسیم؛ از طریق نقاب‌های جذاب و دلربایی که برای خودشان ساخته‌اند تا این گونه دیده شوند. در نتیجه فکر می‌کنیم یارمان به این دلیل ترکمان کرده است که آن شخص دیگر از همه لحاظ بی‌عیب و نقص است. برای غلبه بر رنج وجود یک رقیب عشقی باید بدانیم که تقریباً همه انسان‌هایی که تاکنون پا به عرصه هستی گذاشته‌اند آدم‌های معمولی‌ای هستند که مثل ما عیب‌ها و نقص‌هایی دارند.

از سویی دل شکستگی ما فقط به این دلیل نیست که شریک زندگیمان ترکمان کرده است. اینکه چگونه ترکمان کرده است هم تا حد زیادی در اندوه ما مؤثر است. شیوه‌های نادرست قطع ارتباط منجر می‌شوند تا این مسئله بیش از حد ناخوشایند شود. برخی از شیوه‌های نادرست قطع ارتباط عبارتند از:

(الف) کش دادن: اگر تصمیم گرفته‌اید به رابطه پایان

انسان‌ها خاطراتی را که بار روانی بسیار سنگینی دارد فراموش می‌کنند. اگر قرار بود انسان‌ها همه اتفاقات گذشته را واضح و دقیق به یاد بیاورند آن وقت بار سنگین اضطراب و ناراحتی آن‌ها را از پای می‌انداخت. اگر با دیدن پیتزا فروشی سر خیابان به یاد بی‌شمار شب‌هایی می‌افتید که با یار سابق آنجا بوده‌اید پس باید لایه جدیدی از تجربیات را روی چیزهایی بکشید که با عشق ناکامتان مرتبط بوده‌اند؛ برای مثال می‌توانید با گروه جدیدی از دوستانتان به آن پیتزا فروشی بروید تا خاطرات جدید بسازید. درست است که دیگر دقیقاً کسی مثل یار سابق را پیدا نخواهید کرد اما ویژگی‌های خوب او به شکل‌های دیگری در اشخاص دیگر نیز یافت می‌شود. بر روی دوستی‌هایتان تمرکز کنید. ما هیچگاه نمی‌توانیم دوستی را جایگزین عشق کنیم اما اگر کمی موشکافانه‌تر به قضیه نگاه کنیم می‌بینیم که دوستی فضایل زیادی دارد که حتی عشق هم نمی‌تواند آن‌ها را داشته باشد.

در بخش آخر خوب است به مزایای دل‌شکستگی نیز اشاره‌ای بکنیم. اگرچه تجربه دل‌شکستگی بسیار دردناک و سنگین است و فکر می‌کردیم از این درد خواهیم مرد با این وجود حالا دیگر چیزهای خیلی بیشتری درباره خودمان فهمیده‌ایم؛ حاصل آن تنش‌ها و مجادلات در رابطه گذشته‌مان این حقیقت را روشن کرده است که ما هم تماماً بی‌گناه نبوده‌ایم و اشتباهات زیادی مرتکب شده‌ایم. این آگاهی منجر به رشد و بهبود ما در روابط آینده‌مان می‌شود. اگرچه عشق پیشینمان ما را ترک کرده است اما هنوز افراد زیادی هستند که می‌توانند به ما عشق بورزند و ما را حمایت کنند حالا دیگر قدر آن چیزهایی که برایمان باقی می‌ماند را بیشتر می‌دانیم و یاد گرفته‌ایم که انتظاراتمان را تعدیل کنیم.

منابع:

این مقاله ترجمه‌ای از A. de Botton. (۱۹۹۳). Essays in love. Hamish Hamilton است

به شخص شما ندارد. دلایل جدایی نباید صرفاً معطوف به عیوب شخصیت طرف مقابل باشد بلکه در اغلب موارد مسئله فقط این است که زوجها بر سر مسائل مهمی دچار اختلاف عقیده‌اند.

پ) صداقت درباره شخصیت دیگری: ما موظفیم بدون خشونت و بدجنسی به طرف مقابل توضیح دهیم که چرا کنار آمدن با او و زندگی در کنار او برایمان دشوار است. ما نمی‌خواهیم به طرف مقابل ثابت کنیم که آدم بدی است بلکه می‌خواهیم نشان دهیم که او شخصیت بسیار متفاوتی دارد. هرچه که هست برای ما چنین رفتاری قابل تحمل نیست شنیدن این سخنان حتماً سخت است اما مفید و سازنده است. از طعنه و اغراق پرهیز کنید و سعی کنید تصویر منصفانه‌ای از او به نمایش بگذارید.

ت) منفور بودن: طبیعی است که پس از جدایی طرف مقابلمان تا مدتی از ما متنفر شود. محبت را گدایی نکنید و در عوض با شهادت با این موضوع روبه‌رو شوید و آن را بپذیرید. رنج از دست دادن یار به اندازه کافی سخت و دشوار است.

راه‌های التیام

اما چگونه با غم از دست دادن یار کنار بیاییم؟

یکی از روش‌های التیام یافتن این است که همواره به خودمان یادآوری کنیم که دنیا به آخر نرسیده است و غم ما در دامنه گسترده غم‌ها آن قدرها هم کشنده نیست. وقتی این غم را در مقیاس وسیع‌تر غم‌های بشریت ببینیم آن وقت می‌فهمیم که دنیا پر است از دل‌شکستگی و همه انسان‌ها همیشه و همه جا با آن مواجه شده‌اند. تجربه دل‌شکستگی از یک منظر از ما موجوداتی پخته‌تر و دلسوزتر می‌سازد؛ زیرا ما را با این حقیقت پنهان آشنا می‌کند که زندگی یعنی رنج. اگر از این زاویه به دل‌شکستگی‌مان نگاه کنیم آن وقت دیگر اندوهمان صرفاً شخصی نیست بلکه گویی مرثیه‌ای است برای همه غم‌های بشریت.

یکی از کارکردهای مثبت حافظه ضعیف تسلی یافتن است. ثبت خاطرات و به یاد آوردن، همواره مقوله‌های مثبتی تلقی می‌شوند؛ اما برای زنده ماندن لازم است گاهی، آگاهانه فراموش کنیم. بخشی از این کار را مغز به صورت خودکار انجام می‌دهد.

برای زنده ماندن لازم است گاهی، آگاهانه

فراموش کنیم.

لباس عروسی به رنگ جیوه

براساس گزارش دفتر مقابله با جرم و مواد
مخدر سازمان ملل متحد (UNODC) در سال
۲۰۱۷، حدود ۴۶۴،۰۰۰ قتل در سراسر جهان به ثبت
رسیده است. از این تعداد، ۸۷،۰۰۰ مورد قتل زنان
بوده که در محیط خانوادگی رخ داده است.

سبحان عاشقی
دانشجوی کارشناسی مشاوره
دانشگاه شهید بهشتی



همسرکشی در جهان زنان هستند. اما در ایران ۶۰ درصد قربانیان مرد هستند. (خبرگزاری فارس) درحالی که همچنان آمار قتل‌های ناموسی و قربانیان زن بالاتر از قربانیان مرد است، اما ما با پدیده روبه‌رشد شوهرکشی و وارونگی خشونت خانگی روبه‌رو هستیم. پس نخست برای تبیین اهمیت پرداختن به این موضوع به ذکر چند پرونده می‌پردازیم:

یک فنجان قهوه تلخ جان‌سوز

وقتی که برگ‌های خزان ۱۴۰۱ زمین بومهن را پوشانده بودند جسد سوخته مردی به نام بابک پیدا می‌شود، همسر بابک اولین مضمون این پرونده شناخته شد، چرا که طبق تحقیقات پلیس آن‌ها مدت‌ها بود که باهم اختلافاتی داشتند. با ادامه پیدا کردن بازجویی‌ها، رابطه‌ی پنهانی همسر بابک با پسری به نام مهیار که در کافه مشغول به کار بود آشکار شد؛ بابک که از این رابطه با خبر شده بود به سراغ مهیار می‌رود و در یک درگیری، بابک با ضربات چاقو به قتل می‌رسد؛ با تکمیل تحقیقات، برای مهیار به اتهام قتل عمد و مشارکت در آتش زدن جسد و برای همسر مقتول به اتهام معاونت در جنایت کیفرخواست صادر و پرونده برای رسیدگی به شعبه ۸ دادگاه کیفری یک استان تهران فرستاده شد. اینجا نقطه‌ای است که ما به الگوی نخست شوهرکشی پی می‌بریم.

رانندگی در مستی

عاطفه گفت: «او سر هر مسئله کوچکی مرا تحقیر می‌کرد. از زندگی مشترک راضی نبودم، اما نمی‌توانستم از همسرم جدا شوم، چون هیچ پشتوانه‌ای نداشتیم و احسان (همسر) هم این را می‌دانست به همین خاطر من را اذیت می‌کرد.»

طی تحقیقات پلیس پیام و تماس‌های عاطفه با مردی به نام احمد آشکار شد، این مرد ناآشنا در پی گلایه‌های عاطفی از شریک زندگی خود، به آشنایی

آنهی جوان به درخت پیرو خشکی تکیه داده بود، سرمای هوا بس آزاردهنده بود اما دختر سردش نبود چرا که آتشی سرخ، به خوبی او را گرم می‌کرد. آنه ویلیامز در سال ۱۷۵۳ میلادی در گلاسترزنده‌زنده سوزانده شد؛ به جرم شوهرکشی.

سال‌ها پیش از آنکه حضرت مسیح متولد شود، حدود ۲۴۶ سال پیش از آن، پادشاه سلوکی توسط لائودیسه، همسرش، کشته شد. آخرین زنی هم که صد سال پیش در ایرلند اعدام شد؛ بی‌گناه نبود، او را پیش شوهرش فرستادند. روزی را نیز به یاد بیاورید که امپراطور روم توسط همسرش آگریپینا مسموم شد.

بحران قتل، به وضعیتی اطلاق می‌شود که در آن میزان قتل در یک جامعه به حدی افزایش می‌یابد که امنیت عمومی را تهدید کرده و نیازمند مداخله فوری و برنامه‌ریزی دقیق برای کنترل و کاهش آن است. این وضعیت می‌تواند ناشی از عوامل مختلفی مانند نابرابری‌های اجتماعی، فقر، بیکاری، دسترسی آسان به سلاح گرم، ضعف در سیستم قضایی و اجرایی، و یا تنش‌های قومی و مذهبی باشد. سالانه بیش‌تر از چهارصد هزار قتل در دنیا صورت می‌گیرد که این آمار حتی بیشتر از کشته‌شدگان جنگ در همان سال است، اگر بخواهیم کمی به موضوع خود نزدیک‌تر شویم؛ باید بدانیم که در خانواده اوضاع از چه قرار است؟

بر اساس گزارش دفتر مقابله با جرم و مواد مخدر سازمان ملل متحد (UNODC) در سال ۲۰۱۷، حدود ۴۶۴،۰۰۰ قتل در سراسر جهان به ثبت رسیده است. از این تعداد، ۸۷،۰۰۰ مورد قتل زنان بوده که در محیط خانوادگی رخ داده است؛ در نتیجه ۱۹ درصد از کل قتل‌ها در محیطی رخ می‌دهند که ما همیشه آن را مقدس، امن و دوست‌داشتنی می‌پنداشتیم.

حال بیاید از قبل هم نزدیک‌تر شویم؛ در ایران حدود ۳۳ درصد از قتل‌هایی که رخ می‌دهد بستری خانوادگی دارد که این عدد بسیار بالاتر از میانگین جهانی است؛ همچنین قتل‌های ناموسی که قربانیان آن زنان هستند، ۵۰ درصد از قتل‌های خانوادگی و ۲۰ درصد از کل قتل‌های سالانه کشورمان را تشکیل می‌دهند. اما حال تیت‌های خبری متفاوتی به گوش ما می‌خورد: - از هر ۱۰ پرونده قتل همسرکشی که در دادگاه کیفری تهران بررسی می‌شود شش پرونده آن مربوط به شوهرکشی است. (پنجمین کنگره ملی روان‌شناسی، دکتر ابراهیم سلامی - قاضی دادگاه کیفری یک استان تهران) - طبق آمار سازمان ملل ۸۲ درصد از قربانیان

سر هر مسئله کوچکی مرا تحقیر می‌کرد.
از زندگی مشترک راضی نبودم، اما
نمی‌توانستم از همسرم جدا شوم، چون
هیچ پشتوانه‌ای نداشتیم و احسان (همسر)
هم این را می‌دانست به همین خاطر من
را اذیت می‌کرد.

افغانستان است، بازگو کردم تا به من کمک کند. حدود یک ماه قبل از قتل بنا به درخواست اعظم، به در منزلشان در شهرک مهرگان رفتم و زنگ زد. زمانی که وحید در حیاط را باز کرد، یک ضربه چاقو به شکمش زد و فرار کردم ولی او زنده ماند تا این که شب یازدهم تیرماه با طرح نقشه‌ای دیگر، تصمیم به قتل گرفتیم ولی باز هم محمد به داخل خانه نیامد. آن شب اعظم با خوراندن قرص‌های خواب‌آور، شوهرش را بیهوش کرد و من هم او را خفه کردم و سپس جسدش را درون خودروی خودش گذاشتیم و به منطقه کوه پارک پردیس شاندیز آوردیم تا صحنه ساختگی واژگونی را ایجاد کنیم. من خودرو را به پایین انداختم و با بنزین آتش زدم.»

برایت پتو آورده‌ام عزیزم، بدنت یخ‌زده!

او به اجبار خانواده‌اش ازدواج کرد؛ بی‌توجه به پسری که بسیار دوستش داشت. سال‌ها گذشت و دختر با اصرار خانواده با مردی ازدواج کرد که راننده یک تاکسی بود؛ نارضایتی مزمن از زندگی زناشویی یکی از مهم‌ترین زنگ خطرهای شوهرکشی است؛ پس اینگونه شد که بار دیگر جنایتی رقم خورد: «چند روز قبل از قتل، خواستگار قدیمی‌ام را به طور اتفاقی در فضای مجازی پیدا کردم و وقتی حالم را پرسید گفتم خوب نیستم، شوهری دارم که کتکم می‌زند. این‌طور بود که ارتباط ما دوباره شروع شد و او به من دو قرص متادون داد. من هم قرص را به خورد شوهرم دادم و وقتی مطمئن شدم قلب شوهرم از کار ایستاده، آن پسر را در جریان گذاشتم. بعد از آن هم با کمک هم جسد را پتوییچ کردیم، به بیابان‌های اطراف قم بردیم و رها کردیم.»

جنس فروخته شده پس گرفته نمی‌شود!

زیبا می‌گوید: «اتهام قتل را قبول دارم اما متوجه نبودم چه کاری انجام می‌دهم. وقتی در افغانستان بودم عاشق پسری شدم و با او ارتباط داشتم. پدرم بدون اینکه به من بگوید شیربها گرفته و من را به رحمان داده بود. من این موضوع را نمی‌دانستم. پدرم مرا مجبور به این کار کرد. من را به زور به رحمان دادند و به ایران فرستادند. چند بار قهر کردم و به خانه خواهر و برادرم رفتم اما آن‌ها از من خواستند به خانه خودم بروم و مراقبتی از من نکردند. روز حادثه با همدستی پسری ایرانی به نام مهران شوهرم را کشتم، البته در قتل تنها بودم و او به من کمک کرد که جسد

بدل شده بود که متهم از او به عنوان ناجی یاد می‌کرد؛ ناجی در پرونده‌های شوهرکشی لقبی همیشه آشناست. بهتر است کمی هم به صحبت‌های احمد، قهرمان داستان گوش دهیم: «من و عاطفه نسبت فامیلی دور با هم داریم و یکدیگر را می‌شناختیم. چند سال قبل عاطفه با احسان ازدواج کرد، اما از زندگی با او راضی نبود تا اینکه ارتباطمان را پیامکی با هم شروع کردیم. او همیشه از بدرفتاری‌های شوهرش گلایه داشت، اما می‌گفت نمی‌خواهد از او جدا شود. آخرین بار در غیاب احسان، عاطفه همراه من و دو نفر از دوستانم برای تفریح به بیرون از شهر آمد. ما آنجا با هم مواد مخدر مصرف کردیم. متهم ادامه داد: آخر شب بود و حال عاطفه خوب نبود، به‌همین خاطر از من خواست تا او را به خانه‌اش برسانم. عاطفه حتی نمی‌توانست روی پاهایش بایستد. او را به خانه‌اش رساندم. من خودم هم حال طبیعی نداشتم که یک‌باره شوهر عاطفه سر رسید و با دیدن من در خانه شوکه شد؛ من ترسیده بودم و می‌خواستم فرار کنم، اما نشد و او را کشتم. سپس با کمک عاطفه جسدش را در ماشین گذاشتم و به حاشیه تهران بردم. ما جسد را نیمه‌شب دفن کردیم و به خانه برگشتیم.»

آینه سیاه، پشت پرده‌ای ترسناک از یک زندگی شیرین

و اما این‌بار ماجرا عمومیت بیشتری دارد، مخاطبان از دیدن زندگی زیبا و عاشقانه زن بلاگر و همسرش که یک مرد جوان دزفولی بود لذت می‌بردند؛ تا اینکه پس از خبر خودکشی شوهر، تمام محتوای صفحه بلاگر داغ‌دار به آه و افسوس از مرگ شوهر تبدیل می‌شود، درحالی که دیگران بی‌خبر بودند از قرص برنجی که خانم و مرد شماره سوم به خورد شوهر نگون بخت دادند؛ حال ما دوباره شاهد الگوی زن و معشوق در شوهرکشی هستیم.

شربتی با طعم دیازپام

اعظم، وحید و پسرخاله دوست‌داشتنی. شنیدن اظهارات قاتل کافیس: «دختر خاله‌ام با همسرش اختلاف داشت ولی وحید به طلاق رضایت نمی‌داد تا این که من و اعظم از عید نوروز امسال به یکدیگر علاقه‌مند شدیم و روابط عاطفی عمیقی بین ما شکل گرفت به گونه‌ای که تصمیم به ازدواج گرفتیم اما «وحید» همچنان مانع اصلی رسیدن ما به یکدیگر بود. به همین دلیل اعظم از من خواست تا او را از سر راهمان بردارم. من هم ماجرا را برای یکی از دوستانم که تبعه

را به داخل حمام ببرم و در آنجا خون‌ها را بشویم. قرار بود من در ازای کمک این پسر طلاهایم را به او بدهم که چون بازداشت شدم این کار انجام نشد.

در پرونده‌ای دیگر سرنوشتی مشابه زیبا را از زبان گلی، دخترکی افغان می‌شنویم: «هنگامی که ۱۴ سال داشتم عاشق پسری شدم. وقتی رحیم برای ازدواج با من انتخاب شد، پدرم از او پول گرفت. من گفتم کاری با رحیم ندارم. او را دوست ندارم و می‌خواهم با کس دیگری ازدواج کنم. پدرم به شدت من را کتک زد و گفت پولی که از رحیم گرفته خرج کرده و دیگر نمی‌تواند آن را پس بدهد و من هم باید با رحیم ازدواج کنم. او قرارش را با رحیم سال‌ها پیش گذاشته بود. پسری که دوستش داشتم به لندن رفت و من هم با اجبار پدرم با رحیم ازدواج کردم و به ایران آمدم. رحیم فکر می‌کرد من هنوز با آن پسر ارتباط دارم، به همین خاطر خیلی من را اذیت می‌کرد. تهمت می‌زد. تلفنم را چک می‌کرد. کتکم می‌زد. من و رحیم رابطه زناشویی با هم نداشتیم. از او بدم می‌آمد. وقتی به من دست می‌زد، می‌ترسیدم. چند بار فرار کردم و به خانه خواهر و برادرم رفتم ولی باز با کتک من را برگرداندند. من هیچ راهی بجز قتل رحیم نداشتتم. من حتی سواد ندارم. «پدرم زندگی من را سیاه کرد»

نارضایتی مزمن از
زندگی زناشویی یکی
از مهم‌ترین زنگ
خطرهای شوهرکشی
است.



اثر از کاراواجو

شوهر ندیده‌اند» «۷۱ درصد از زنان قاتل، در زمان ازدواج زیر ۲۰ سال بوده‌اند» طلاق دشوار و ازدواج زودهنگام موانع اجتماعی، اقتصادی و حقوقی بر سر راه طلاق وجود دارد: جدایی به خصوص در فرهنگ ما شوم و نادرست به شمار می‌آید؛ جملاتی چون «با لباس سفید آمدی و با لباس سفید هم می‌روی» می‌تواند به خوبی نمایانگر زشت بودن این پدیده در سطح جامعه باشد، چه بسا که طلاق در دین اسلام نیز منفورترین حلال الهی است. همچنین برخوردار نبودن برخی زنان از حمایت‌های مالی و ناتوانی و ناآگاهی آن‌ها در مشاغل مختلف طلاق را برایشان سخت‌تر می‌کند؛ شغل و استقلال مالی موضوعی است که اهمیت آن برای زنان کمتر حس می‌شود و آن را بیشتر در بخش‌های مدرن جامعه می‌بینیم. و در آخر پروسه سخت، طولانی و پر زبانی که طلاق برای زنان دارد؛ آن‌ها را به تدریج به سوی یک جنایت می‌کشاند.

پرونده‌های بی‌شمار دیگری ما را متوجه فشارهایی می‌کند که یک زن از سوی خانواده و شوهرش متحمل می‌شود؛ زن در روایات بسیاری از درد دل خود گفت؛ از اینکه کودک ناتوانی بود که والدینش او را مجبور به ازدواج کردند؛ از اینکه خواست واقعی او نادیده گرفته شد و به عقد کسی درآمد که هیچ‌گونه علاقه‌ای به او ندارد؛ زن می‌گفت که آسیب جسمی و روانی زیادی را از سوی شوهر خود دیده‌است اما کاری از دستش بر نمی‌آمده؛ زن بچه‌دار می‌شد تا شاید به گفته یک جامعه کوتاه‌فکر مشکلاتش حل شود اما تنها نامش به آمار بالای مادران شوهرکش افزوده می‌شد؛ زن نتوانسته بود سال‌ها کتک خوردن را با یک سیلی متقابل جبران کند، او همچنین نتوانست بی‌خیال عشق دوران جوانی‌اش بشود وقتی که دیگران بی‌خیال تمام زندگی‌اش شدند. زن در این میان حرف‌های ناگفته بسیاری داشت اما حال باید با دستمالی بر روی چشمانش منتظر افتادن چهارپایه باشد، چشمانی که چیزهای زیادی را دیده اما ما تنها توانستیم آن‌ها را بشنویم.

و اما پرونده‌های بسیار دیگری نیز وجود دارند که همگی از الگویی مشابه پیروی می‌کنند، که می‌توانیم از آن به عنوان الگوی نخست یاد کنیم: همیشه پای یک مرد در میان است! دکتر محدثی - جامعه‌شناس و نویسنده کتاب زن عشق جنایت - از میان ۵۳ زن شوهرکشی که با آنان مصاحبه کرده بود، متوجه شد که ۳۳ مورد با همکاری معشوق خود این جنایت را به ثمر رساندند؛ در بیشتر این موارد ما می‌توانیم چند شباهت حائز اهمیت را پیدا کنیم: آزار دیدن زن و ازدواج اجباری او، زندگی زناشویی ناموفق، ناتوانی در طلاق گرفتن و جدایی از شوهر، آشنایی با مردی که قهرمان داستان خواهد بود و در نهایت شوهرکشی.

این‌گونه جنایات را در یک سیر می‌توان مشاهده کرد؛ خلاء عاطفی آغاز ماجراست هنگامی که زن برای پر کردن جای خالی آن به سوی مردی غریبه کشیده می‌شود؛ داشتن یک معشوق تضادی روانی و اخلاقی را شکل می‌دهد همچنین نگرانی‌های اجتماعی از قبیل باخبر شدن خانواده و شوهر از این موضوع فشار زیادی را متحمل زن می‌کند که در نهایت او را به فکر طلاق می‌اندازد؛ حال چه می‌شود اگر موانع زیادی بر سر راه طلاق یک زن قرار گیرد؟ بن‌بست او در آخر به قتل منجر می‌شود.

می‌توانیم به عوامل مختلفی برای پدیده شوهرکشی اشاره کنیم مثل ازدواج زودهنگام و زوری، کودک همسری و یا دشوار بودن طلاق؛ چنانچه بنا به نظر دکتر نجفی - وکیل پایه یک دادگستری -: مراحل انجام طلاق آنقدر سخت و طولانی است که شوهر نیز با حق و حقوقی که قانون به او داده می‌تواند آنقدر همسرش را در این مسیر اذیت کند که متأسفانه زن راهی جز از میان برداشتن همسرش نبیند. در صورتی که اگر آنها به راحتی جدا شوند دیگر شاهد وقوع چنین جرایمی نخواهیم بود؛ معمولاً زن برای رهایی از اسارتگاه شوهر و رسیدن به محبت مرد بیگانه حاضر به انجام هر کاری است حال اگر در این میان شوهر حاضر به طلاق همسرش نباشد در واقع به قتل خود کمک کرده است.

دو آمار از خبرگزاری خبرآنلاین بیانگر دوتا از علل مهم شوهرکشی است: «۸۵ درصد زنان متهم به قتل همسر پس از دستگیری اعلام کرده‌اند که قصد متارکه داشته‌اند اما به دلایل مختلف چاره‌ای جز کشتن



اثر از دانتِه گابریل روزتی

امید در جبهه باقی مانده است

استراتژی‌های نوین و امیدبخش برای پیشگیری و مداخله در بحران‌های خودکشی

امیر خواجه‌قلی
دانشجوی کارشناسی علوم تربیتی
دانشگاه فرهنگیان تبریز



مداخله در بحران به فرآیند کمک به فردی اطلاق می‌شود که در موقعیتی بحرانی قرار دارد و ممکن است قادر به تصمیم‌گیری صحیح نباشد. این نوع مداخله معمولاً شامل ارزیابی وضعیت فرد، حمایت روانشناختی، ارجاع به متخصصان و یا حتی اقدامات حفاظتی است.

خودکشی، یکی از بحرانی‌ترین شرایط روانشناختی است که فرد در آن به مرحله‌ای از ناامیدی و یأس می‌رسد که دست از تلاش برای جستجوی معنای زندگی می‌کشد و بلیت زندگیش را پس می‌دهد. مداخله در بحران خودکشی به‌عنوان بخشی از پیشگیری از خودکشی، یک فرایند ساختاریافته، فوری، و مبتنی بر شواهد است که با هدف کاهش خطر اقدام به خودکشی، بهبود وضعیت روانی فرد، و تقویت عوامل محافظتی طراحی شده است. در این مقاله رویکردهای نوین علمی برای مداخله در بحران‌های خودکشی معرفی می‌شود.

مداخله در بحران خودکشی به‌عنوان بخشی از پیشگیری از خودکشی، یک فرایند ساختاریافته، فوری، و مبتنی بر شواهد است که با هدف کاهش خطر اقدام به خودکشی، بهبود وضعیت روانی فرد، و تقویت عوامل محافظتی طراحی شده است.

مداخله برنامه‌ریزی ایمنی (SPI: Safety planning intervention)

این طرح، شخصی و منحصر به فرد بوده و شامل شناسایی افکار، احساسات و تجربیاتی است که درست قبل از کاهش سلامت روان در فرد رخ می‌دهند و می‌تواند به عنوان علائمی برای هشدار دادن در مورد بحران قریب الوقوع خودکشی عمل کند. همچنین شامل اقدامات مفید و موثری است که فرد در زمان‌های پریشانی قبلی زندگی خود، آنها را کمک‌کننده یافته است. مراحل طرح ایمنی می‌تواند به صورت مکتوب یا در قالب

یکی از اپلیکیشن‌های متعدد موجود، ثبت شود.

این مداخله شامل موارد زیر است:

- شناسایی علائم هشداردهنده که نشان‌دهنده شکل‌گیری یک بحران خودکشی هستند.
- فعالیت‌ها و مکان‌های جایگزین که می‌توانند توجه فرد را از افکار خودکشی منحرف کنند.
- حمایت اجتماعی از طریق گفتگو با افرادی که فرد می‌تواند احساسات و افکار خود را با آن‌ها در میان بگذارد و حمایت عاطفی دریافت کند.
- دسترسی به متخصصان که آماده ارائه مشاوره و راهنمایی در مواقع بحرانی هستند.
- شماره‌های اضطراری مانند ۱۲۳ و ۱۴۸۰ برای دریافت کمک فوری.
- امیدها و انگیزه‌های فردی برای آینده که می‌توانند به عنوان دلایل ادامه زندگی تقویت شوند.

برنامه پاسخ به بحران (CRP: Crisis Response Plan)

در فرآیند برنامه ریزی پاسخ به بحران، فرد یک روایت شخصی مفصل درباره چگونگی رسیدن به رفتار خودکشی از نظر عوامل خطر، عوامل استرس‌زا، برنامه‌ها و آمادگی‌ها و همچنین ماهیت میل و ایده‌پردازی خودکشی خود ارائه می‌دهد. از طریق همکاری و همفکری متخصص و بیمار، مجموعه‌ای مکتوب از راهبردها به عنوان یادآور و ابزاری برای مدیریت و بقا در بحران‌های خودکشی تدوین می‌شود.

علائم هشداردهنده شخصی: افکار (این زندگی درست بشو نیست)، تصاویر ذهنی (خاطره مرگ فرزند)، هیجانات (شرم، حسادت، خشم)، رفتارها (گوشه‌گیری، خودزنی) و علائم بدنی (تپش قلب، تنگی نفس)

راهبردهای خودمدیریتی (مانند آرام‌سازی تنفسی، مراجعه به جعبه امید)

دلایل برای زندگی

حمایت‌های اجتماعی (شبکه حمایتی مانند دوستان)

کمک اضطراری از متخصص (روانپزشک، روانشناس بالینی، مشاور)

نمونه برنامه پاسخ به بحران:

۱. من از این برنامه پاسخ به بحران هنگامی استفاده خواهم کرد که:

احساس ناامیدی یا بی‌ارزشی شدید داشته باشم.

افکار خودکشی به سراغم بیایند.

احساس کنم که قادر به کنترل هیجاناتم نیستم.

۲. اقداماتی که به تنهایی انجام خواهم داد:

تغییر محیط (مثلاً رفتن به یک فضای آرام‌تر یا پیاده‌روی

کوتاه).

انجام فعالیت‌های آرامش‌بخش مانند تنفس عمیق، نوشتن

احساسات، یا گوش دادن به موسیقی.

یادآوری دلایل زندگی و اهدافم برای آینده.

۳. اگر آن راهکارها مؤثر واقع نشد، با این افراد ارتباط/ تماس خواهم گرفت:

(نام افراد مورد اعتماد)

دوستان یا اعضای خانواده که احساس می‌کنم می‌توانند حمایت کنند.

۴. چنانچه هنوز آشفته باشم، با این فرد/ افراد متخصص ارتباط/ تماس برقرار خواهم کرد:

(نام و شماره مشاور یا روان‌درمانگر)

شماره‌های اورژانس روانی مانند ۱۲۳ یا ۱۴۸۰

مشاوره محدودسازی امکانات و روشهای خودکشی (MRC: Means Restriction Counseling)

برای خودکشی، فرد باید وسایل لازم برای انجام این کار را داشته باشد. به همین دلیل ساده و غیرقابل انکار، محدود کردن دسترسی به وسایل خودکشی به عنوان یک استراتژی مدیریت ریسک اغلب توصیه می‌شود. این ارتباط قوی میان دسترسی به وسایل و رفتارهای خودکشی به وضوح به دلیل تغییرات شدید و سریع در نیت خودکشی و ماهیت تکانه‌ای آن است. طبیعت بسیار متغیر نیت خودکشی و جنبه‌های تکانه‌ای آن، می‌تواند به شکل قابل توجهی از قابلیت بالینی آن در ارزیابی و مدیریت ریسک خودکشی کاسته و محدود کند. بنابراین، افزودن مشاوره برای محدود کردن دسترسی به وسایل و روش‌های خودکشی می‌تواند یک استراتژی کلیدی بالینی باشد، به‌ویژه در اوایل مراحل درمان که تمایل به خودکشی معمولاً در بالاترین حد خود است و مداخلات هنوز زمانی برای تاثیر و کاهش قابل توجه این تمایل نداشته‌اند.

مشاوره برای کاهش دسترسی به ابزارهای بالقوه کشنده (LMC)

حذف یا ایمن‌سازی هر نوع ابزار کشنده از محیط خانه یا کار است که می‌تواند شامل مواردی مانند سلاح گرم، داروها (تجویز شده و بدون نسخه)، مواد سمی (مانند مواد شوینده) و اشیاء تیز باشد. لحظه بحران که فرد در خطر شدید اقدام به خودکشی قرار می‌گیرد، محدود کردن دسترسی او به ابزارهای کشنده‌ای که بر روی آنها تمرکز کرده است، ضروری است. در این لحظات، تفکر افراد اغلب کمتر انعطاف‌پذیر است و معمولاً به سرعت به روش دیگری متوسل نمی‌شوند و اگرهم تلاشی صورت گیرد، روش‌های دیگر به احتمال زیاد کمتر کشنده خواهند بود.

جعبه امید (Hope box)

جعبه امید که در چارچوب رویکردهای شناختی-رفتاری قابل تبیین است با نام‌های دیگری مانند جعبه بحران، جعبه اضطراری، جعبه خودآرام‌بخش یا جعبه شادی نیز شناخته می‌شود. ماهیت کاربردی این جعبه از افسانه جعبه پاندورا وام گرفته شده است. در اساطیر یونان باستان پاندورا جعبه‌ای از زئوس دریافت کرد تا به انسان‌ها هدیه دهد و سفارش کند که هرگز آن را نگشایند ولی پاندورا خود جعبه را گشود و بلاها و شوربختی‌ها از داخل آن سرریز شده و بر روی زمین پراکنده شد، تنها «امید» در جعبه باقی ماند تا تسلاي خاطر بشر باشد.

این تکنیک یک ابزار شخصی‌سازی شده برای مدیریت هیجانات منفی و مقابله با بحران‌های روانی مانند افکار خودکشی است. جعبه امید به عنوان یک منبع حمایتی در دسترس عمل کرده و به فرد کمک می‌کند تا در شرایط دشوار و بحرانی، به جای پاسخ‌های ناکارآمد (مانند خودآزاری)، از راهبردهای مقابله‌ای سالم و سازگارانه استفاده کند. محتوای جعبه امید کاملاً فردی و مبتنی بر ترجیحات و نیازهای شخص است. هدف اصلی، گردآوری مواردی است که به فرد کمک می‌کنند تا در زمان‌های پریشانی، احساس آرامش، امنیت و امیدواری بیشتری داشته باشد.

اجزای جعبه امید شامل لیست دستاوردها و نقاط قوت، عکس یادگاری یا دفترچه خاطرات یادآور خاطرات خوش، سوغاتی‌هایی از رویدادهای مهم، نامه‌های محبت‌آمیز عزیزان و عکس‌های خانوادگی، جوایز کسب شده برای تلاش‌های موفقیت‌آمیز، نقل قول‌های الهام بخش، آثار هنری مورد علاقه، موسیقی آرامش‌بخش، پادکست‌های انگیزشی، اهداف شخصی نوشته شده، برنامه‌ریزی مکتوب برای آینده و متون مقدس است.

فهرست دلایل برای زندگی (Reasons for living list)

در این تکنیک از بیمار خواسته می‌شود فهرستی از آنچه برای او دلیل ادامه دادن و زندگی است تهیه کند. البته اگر بیمار دلیلی برای ادامه زندگی ارائه ندهد یا جواب بدهد «دلیلی نمی‌بینم»، از او خواسته می‌شود فهرستی تهیه کند که چرا هنوز زنده است یا چرا هنوز نمرده است.

رایج‌ترین دلایلی که برای زندگی ارائه میشوند شامل خانواده، دوستان و حتی حیوانات خانگی هستند. پس از تهیه فهرست، مصاحبه حول و حوش فهرست گسترش می‌یابد تا درمانگر به جزئیات برسد. مثلاً اگر بیمار، دختر کوچک خود را به عنوان دلیل زندگی‌اش بداند، متخصص روانپزشک یا روانشناس یا مشاور از بیمار می‌خواهد در مورد

توضیح مفهوم «محدود کردن دسترسی به ابزار» و تمایز آن از «مشاوره محدود کردن ابزار» که به لحاظ زبانی مشابه ولی به لحاظ مفهومی متفاوت است، مهم است. محدود کردن دسترسی به ابزار شامل فرآیند واقعی محدود کردن یا برداشتن دسترسی به روش‌های بالقوه کشنده برای خودکشی یا خودآسیبی است (مانند قفل کردن داروها، برداشتن سلاح گرم از خانه). در مقابل، مشاوره محدود کردن ابزار، فرآیندی است که در آن یک درمانگر به بیماران و افراد حامی آنها در مورد خطرات مربوط به دسترسی آسان به ابزار آموزش می‌دهد؛ سپس درمانگر به طور مشترک به آنها در توسعه برنامه‌هایی برای محدود کردن دسترسی فرد خودکشی‌کننده به این ابزار کمک می‌کند. تمایز بین این دو مفهوم حیاتی است، زیرا مشاوره محدود کردن ابزار به خوبی در حوزه عمل بالینی قرار دارد اما عمل فیزیکی ایمن‌سازی ابزار کشنده بیمار (یعنی محدود کردن دسترسی به ابزار) در بیشتر موارد وجود ندارد.

کارت‌های مقابله (Coping cards)

کارت مقابله به عنوان یک تکنیک شناختی-رفتاری، یک ابزار عملی است که می‌تواند به فرد کمک کند تا یک برنامه عملی برای مقابله مؤثر با بحران عاطفی ایجاد کند تا از رفتار خودکشی جلوگیری کند چرا که افراد خودکشی‌کننده اغلب فکر می‌کنند که هیچ گزینه دیگری وجود ندارد و کارت مقابله می‌تواند به یادآوری گام‌های مختلفی که می‌توان برای مدیریت احساسات برداشت، کمک کند. این کارت می‌تواند به آنها کمک کند تا در هنگام تجربه استرس و در مواجهه با درد و رنج، مقاوم باشند و راه‌های مقابله را بیابند. برای تهیه و تنظیم کارت‌های مقابله، باورها و شکایات شایع و مشکل‌ساز بیمار مورد خطاب قرار می‌گیرد و در یک سوی کارت نوشته می‌شود. طرف دیگر این کارت به باورهای منطقی، امیدبخش و انگیزشی که نقیض باورهای مشکل‌آفرین بیمار هستند و با همکاری متخصص و همفکری بیمار تنظیم می‌شوند، اختصاص می‌یابد (برای نمونه به جدول شماره ۱ مراجعه شود).

افکار بیمار	گزینه جایگزین
دیگر تحمل اوضاع را ندارم. / دیگه نمیشه.	اوضاع گذراست و عوض خواهد شد.
من همیشه خراب می‌کنم.	خب برای هر کسی پیش میاد دیگه.
وقتی فکر خودکشی به سراغم میاد، کار دیگری نمی‌توانم انجام بدم.	بیست دقیقه کاری را انجام بده. (مثل آب دادن به گل‌دان‌ها)

دخترش و اینکه چرا او را دلیل ادامه زندگی می‌داند بیشتر توضیح دهد. در نهایت از بیمار خواسته می‌شود مرتب به لیست دلایل زندگی خود فکر کند.

فعالسازی رفتاری (Behavioral activation)

فعالسازی رفتاری یکی دیگر از تکنیک‌های شناختی-رفتاری است که به ما کمک می‌کند بفهمیم چگونه رفتارها بر احساسات تأثیر می‌گذارند. در این روش، یک سلسله‌مراتب فعالیت‌ی ایجاد می‌شود که در آن ۱۵ فعالیت، بر اساس راحت‌ترین تا دشوارترین، با همفکری بیمار رتبه‌بندی می‌شوند. این فرآیند تولید یک سلسله‌مراتب از رفتارهای سازگار را امکان‌پذیر می‌سازد که به‌منظور جایگزینی فعالیت‌ها و موقعیت‌هایی که به‌طور قابل‌اعتمادی رفتارهای خودآزاری یا خودکشی را تحریک می‌کنند، طراحی شده است. همچنین، این روش به تضعیف تقویت‌کننده‌های رفتارهای خودآزاری، خودآسیبی و خودکشی کمک می‌کند.

با استفاده از یک چک‌اوت رفتاری (فرم بررسی هفتگی رفتارهای بیمار) برای نظارت بر پیشرفت، بیمار به‌آرامی از درون سلسله‌مراتب حرکت می‌کند؛ از رفتارهای آسان‌تر به دشوارتر. برای هر فعالیت، درمانگر و بیمار به‌طور مشترک تعیین می‌کنند که هدف نهایی از نظر فراوانی و مدت زمان فعالیت در هفته چه خواهد بود. این اهداف در ثبت فعالیت اصلی که در اختیار درمانگر قرار دارد، ثبت می‌شود. اهداف هفتگی در فرم چک‌اوت رفتاری ثبت می‌شوند که بیمار هر هفته به جلسه درمان می‌آورد. در آغاز هر جلسه، فرم چک‌اوت رفتاری بررسی و مورد بحث قرار می‌گیرد و بر اساس موفقیت یا دشواری بیمار، اهداف هفتگی جدیدی تعیین می‌شود. همچنین، جویزی هفتگی نیز به‌عنوان انگیزه‌ای برای تکمیل چک‌اوت رفتاری در نظر گرفته می‌شود.

آرامسازی (Relaxation)

آرامسازی به عنوان ابزاری در کنار درمان‌های شناختی-رفتاری به عنوان تکنیکی برای تسهیل در مدیریت احساسات شدید و اضطراب‌های لحظه‌ای در نظر گرفته می‌شود. تکنیک‌های آرامسازی مانند تنفس عمیق، کشش عضلات، و تمرکز بر آرامش ذهنی با مدیتیشن به عنوان ابزارهایی برای کاهش اضطراب و استرس در افراد در معرض خودکشی معرفی می‌شود. تمرینات آرامسازی در این شرایط کمک می‌کند تا فرد بتواند وضعیت بحرانی خود را مدیریت کند و به صورت منطقی‌تر فکر کند.

تمرین ذهن‌آگاهی (Mindfulness training)

ذهن‌آگاهی، توانایی بنیادی انسان است که به ما اجازه می‌دهد به‌طور کامل در لحظه حاضر باشیم، از جایی که هستیم و آنچه



این شرایط می‌تواند شدت افکار خودکشی را افزایش داده و مانع از اثربخشی درمان‌های معمول شوند.

اثر پاپاگنو

به ازای هریک نفری که به دلیل خودکشی جان خود را از دست می‌دهد، ۳۱۶ نفر به طور جدی به خودکشی فکر می‌کنند اما لزوماً اقدام به آن نمی‌کنند. داستان‌های امیدبخش و پایان خوش، قدرت این را دارند که به دیگران کمک کنند و انگ‌ها و افسانه‌های مربوط به خودکشی را از بین ببرند. یکی از عناصر این قدرت، اثر پاپاگنو است. اثر پاپاگنو به نام یکی از شخصیت‌های اپرای «فلوت سحرآمیز» موتسارت نامگذاری شده است. پاپاگنو شخصیتی است که در داستان، شاهزاده تامینو را همراهی می‌کند. او دلباخته‌ی دختری به نام «پاپاگنا» می‌شود. اما خیلی زود درمی‌یابد که هرگز نمی‌تواند به عشق خود برسد. پاپاگنو تمام امید خود را از دست داده، و سعی می‌کند با حلق‌آویز شدن، جان خود را بگیرد. با این حال، روح مهربان ۳ کودک در اثنای این کار بر وی تجلی یافته، و او را از انجام این کار باز می‌دارد. این شخصیت نماد اهمیت ارتباط و حمایت اجتماعی در زمان‌های بحران عاطفی است، مانند مواقعی که ممکن است فردی به فکر خودکشی بیفتد. مطالعات نشان داده‌اند که به اشتراک‌گذاری داستان‌های افرادی که راه‌حل‌های مثبت و جایگزین برای بحران‌ها پیدا کرده‌اند به جای اینکه زندگی خود را بگیرند، تأثیر مثبتی بر روی دیگران، به‌ویژه افرادی که در موقعیت‌های دشوار به سر می‌برند، دارد. این داستان‌ها امید را ارائه می‌دهند و ثابت می‌کنند که فرقی نمی‌کند شرایط چقدر دشوار باشد، زیرا کمک همواره در دسترس است. این چیزی است که به‌عنوان اثر پاپاگنو شناخته می‌شود. بنابراین، شناخت نویسندگان و آثاری که اثر پاپاگنو را ترویج می‌دهند نیز از روش‌های موثر مداخله در بحران‌های خودکشی معرفی می‌شود.

منابع:

- Smith, J. A. (2020). Managing suicide risk in primary care. Healthcare Press.
- Henden, J. (2017). Preventing suicide: The solution focused approach (2nd ed.). Wiley-Blackwell.
- Gold, L. H., & Frierson, R. L. (Eds.). (2023). The American Psychiatric Association publishing textbook of suicide risk assessment and management (3rd ed.). American Psychiatric Association Publishing.

که انجام می‌دهیم آگاه باشیم و از واکنش‌های بیش از حد یا احساس غرق شدن در آنچه در اطرافمان می‌گذرد، دور بمانیم. در حالی که ذهن آگاهی چیزی است که همه ما به‌طور طبیعی داریم، اما زمانی که به‌طور روزانه تمرین می‌کنیم، بیشتر در دسترس ما قرار می‌گیرد. ذهن آگاهی در هر لحظه در دسترس ماست، چه از طریق مدیتیشن‌ها و اسکن‌های بدنی، و چه از طریق تمرین‌های لحظه‌ای مانند اختصاص دادن زمانی برای توقف و نفس کشیدن وقتی تلفن زنگ می‌زند، به جای اینکه به سرعت به آن پاسخ دهیم. افرادی که به خودکشی فکر می‌کنند معمولاً در اهداف فوری و اجتناب‌محور گرفتار هستند و توانایی در نظر گرفتن اهداف بلندمدت یا ارزش‌های زندگی در آن‌ها محدود یا غایب است. ذهن آگاهی این پتانسیل را دارد که به مراجعان کمک کند تا از الگوهای عادت‌وار پاسخ‌دهی فاصله بگیرند و اجازه دهند که اهداف و ارزش‌های بلندمدت خود را در انتخاب‌های زندگی لحاظ کنند. علاوه بر این، شناسایی ارزش‌ها و امیدها برای زندگی می‌تواند زمینه‌ای فراهم کند که زحمت سخت‌کوشی در پذیرش و ذهن آگاهی را محترم بشمارد.

دارو درمانی

مطالعات نشان داده‌اند که آنتی‌دپرسانت‌ها، به‌ویژه مهارکننده‌های بازجذب سروتونین مانند فلوکستین و سرترالین، نقش مؤثری در کاهش افکار و رفتارهای خودکشی در افراد مبتلا به افسردگی اساسی دارند. تحقیقات بالینی نشان می‌دهند که این داروها با افزایش سطح سروتونین در مغز، علائم افسردگی، ناامیدی و افکار منفی را کاهش می‌دهند. با این حال، استفاده از آنتی‌دپرسانت‌ها نیازمند نظارت دقیق است، زیرا در برخی موارد، به‌ویژه در اوایل درمان یا در نوجوانان، خطر افزایش افکار خودکشی وجود دارد. بنابراین، ترکیب آنتی‌دپرسانت‌ها با مداخلات روان‌درمانی و پیگیری منظم ضروری است. آنچه در دارودرمانی افراد با نیت خودکشی حائز اهمیت خاصی است این نکته است که باید مراقب بود خود دارو به وسیله‌ای برای خودآسیبی و خودکشی تبدیل نشود.

درمان اختلالات روانشناختی همایند یا همبود با خودکشی

گاه فرد علاوه بر داشتن افکار یا رفتارهای خودکشی از مشکلات روانی دیگری همچون اختلالات شخصیت، افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلال دوقطبی یا سوء مصرف مواد نیز رنج می‌برد. بررسی و درمان این اختلالات در مداخله‌های بحران خودکشی اهمیت حیاتی دارد، زیرا

غلبه بر زخم پیمان شکنی زناشویی

خیانت یکی از عمیق‌ترین ضربه‌های عاطفی در روابط زناشویی محسوب می‌شود که باعث بروز احساساتی همچون خشم، شرم، اضطراب و اندوه در فرد خیانت‌دیده می‌شود. درمان هیجان‌مدار با تمرکز بر این هیجان‌ها، به افراد کمک می‌کند تا ضمن شناخت و پردازش احساسات خود، به شیوه‌ای سازگارانه‌تر با بحران پیش‌آمده مواجه شوند. در این راستا، همدلی درمانگر، استفاده از فنون تنظیم هیجان، و ایجاد فضایی امن برای ابراز احساسات از جمله عوامل کلیدی در اثربخشی این روش محسوب می‌شوند. علاوه بر این، EFT نه تنها به فرد خیانت‌دیده در عبور از بحران کمک می‌کند، بلکه می‌تواند در بازسازی رابطه و ایجاد الگوهای ارتباطی سالم‌تر میان زوجین نیز نقش داشته باشد. از این رو در باب همین موضوع با **دکتر عباس موزیری**، زوج درمانگر و رهرو حوزه هیجان‌مدار به گفت‌وگو نشستیم.

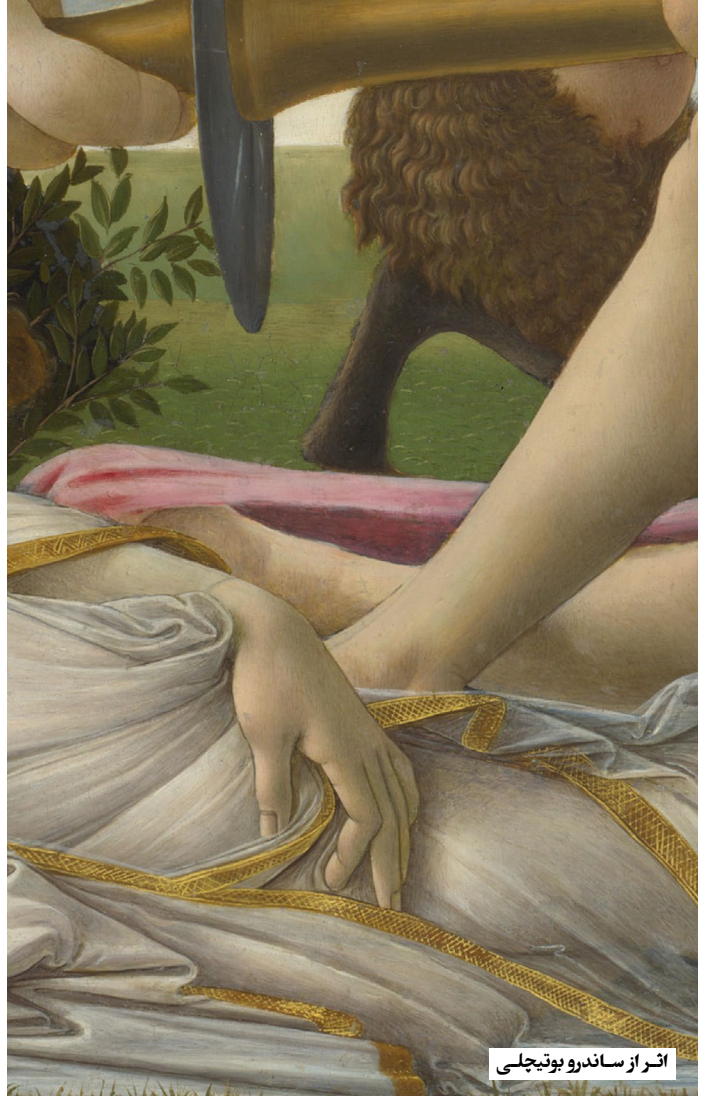
مرضیه تمنایی

دانشجوی کارشناسی مشاوره
دانشگاه شهید بهشتی



فاطمه شیخ‌زاده

دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره
مدرسه دانشگاه شهید بهشتی



اثر از ساندرو بوتیچلی

و پریشانی هیجانی شدیدی به وجود می‌آید. پس واکنش فرد خیانت‌دیده ترکیبی از هیجان‌هاست و فقط یک هیجان نیست و چنان فراگیر است که ابعاد زیادی از زندگی فرد را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و مختل می‌کند. آدمی معمولاً وقتی انقدر پریشان است که گاه برای رهایی از این حجم از آشفتگی به سمت برخی روش‌های غیرانطباقی می‌رود تا هیجان‌هایش را تخفیف دهد، مثلاً سیگار، الکل و مواد، پرخوابی، یا پرخوری و کمخوری. اما، متأسفانه این اقدام‌ها کمک که نمی‌کند هیچ، عمدتاً آشفتگی را تشدید می‌کند.

تمنایی: در راستای نکاتی که فرمودید، پس از شناسایی هیجان‌های فرد، برای مدیریت آنها باید چه اقداماتی انجام شود؟

موزیری: برای تنظیم هیجان سازکارهای آنی و طولی وجود دارد. سازکارهای طولی یعنی در مسیر

خیانت‌دیده مجموعه‌ای از احساس‌ها و هیجان‌ها را تجربه می‌کند که در رویکرد هیجان‌مدار گرینبرگی بر چهار هیجان متمرکز می‌شویم. این هیجان‌ها بسته به هر فرد و در هر لحظه بعد از افشای خیانت توالی‌های متفاوتی دارد. پرسش «به چه حقی این کار را کردی؟» بیانگر زیرپا گذاشتن مرزها و تجاوز به حریم خصوصیت که باعث خشم می‌شود و «چرا من؟» یا «من چه کم داشتم؟» تجربه هیجانی شرم و کافی نبودن ایجاد می‌کند. زخم خوردن از شریک عاطفی آدم را می‌ترساند و فرد با خود می‌گوید «چه دنیای ناامنی!» و حس فقدان اعتماد و رابطه و فروپاشی ارزش‌ها، فرد را اندوهگین می‌کند. البته فکرها و هیجان‌های دیگری هم هست، از یأس گرفته تا درماندگی. تلاطم هیجان‌های فرد بالا می‌رود و در زمان محدودی حجم و شدت زیادی از احساس‌ها را تجربه می‌کند و آشفتگی

شیخ‌زاده: جناب آقای دکتر موزیری ابتدا توضیحی درباره درمان هیجان‌مدار بدهید و بگویید چطور می‌تواند در موارد خیانت کارگر بیفتد؟

موزیری: درمان هیجان‌مدار به عواطف و هیجان‌هایی می‌پردازد که فرد پس از یا حین هر اتفاق تجربه می‌کند و به فرد کمک می‌کند با آگاهی از هیجان‌ها، به کلمه درآوردن و نمادسازی، تنظیم، تأمل درمورد آنها و معنا دادن به آن‌ها، نیازهای نهفته در پس آن‌ها را برآورده کند. نیاز نهفته در هر هیجان که پاسخ داده شود، فرد می‌تواند به رهایی و آرامش دست پیدا کند.

خیانت جزء تروماها محسوب می‌شود، و در اینجا عمده صحبت راجع به همسر خیانت‌دیده است. تروما یعنی آن دسته از اتفاق‌های دردناک با پیامدهای روانی و جسمی بسیار ویرانگر که زندگی فرد را به شدت دگرگون و آشفته می‌کند. فرد

درمان به فرد کمک می‌شود تا طرح‌های هیجانی مشکل‌ساز مزمن را اصلاح کند. این نوع درمان و مجموعه فنون عمدتاً رشد شخصیت را در پی دارد. مثلاً همدلی درمانگر، فنون صندلی مثل صندلی خالی برای تجربه خشمی که به همسرش تجربه می‌کند، دو صندلی برای سرزنش یا اضطراب، اینجاست که تنظیم هیجان رخ می‌دهد و اعتماد به نفس فرد باز می‌گردد. برای تنظیم هیجان آنی نیز سراغ روش های تنظیم هیجان مثل تنفس، لحظه (توجه) آگاهی یا mindfulness، فضاآگاهی یا grounding، تمرین‌های تصویری یا imagery می‌رویم. حتی نوشتن ابرازی هم خیلی مؤثر است.

شیخزاده: آقای دکتر، میان صحبت‌هایتان به همدلی اشاره کردید، نقش همدلی در بحران خیانت چگونه است؟

موزیری: همدلی هم نگرش است و هم فن. درمان هیجان‌مدار بر پایه همدلی استوار شده و آن را نگرش درمانگر می‌داند. وقتی ما فرد خیانت‌دیده را می‌بینیم احساس شفقت و درد می‌کنیم. همدلی درمانگر هیجان‌های مراجع را تنظیم

همدلی هم نگرش است و هم فن. درمان هیجان‌مدار بر پایه همدلی استوار شده و آن را نگرش درمانگر می‌داند. وقتی ما فرد خیانت‌دیده را می‌بینیم احساس شفقت و درد می‌کنیم. همدلی درمانگر هیجان‌های مراجع را تنظیم می‌کند و او احساس می‌کند درک و شنیده می‌شود، شرم را کاهش می‌دهد، حس تعلق را القا می‌کند، و به خشم اعتبار می‌بخشد.

می‌کند و او احساس می‌کند درک و شنیده می‌شود، شرم را کاهش می‌دهد، حس تعلق را القا می‌کند، و به خشم اعتبار می‌بخشد. و می‌توان گفت آثار تنظیم‌بخشی و درمانی دارد و اصلی‌ترین و مهم‌ترین ابزار درمانگر هیجان‌مدار است. اگر هدف بازسازی رابطه زناشویی و درگیرکردن همسر پیمان‌شکن در فرآیند درمان باشد، نگاه همدلانه به همسر پیمان‌شکن هم باید داشت. کار او را تأیید نمی‌کنیم، اما فشارهایی را که تجربه می‌کند اعتبار می‌بخشیم تا او هم برای تداوم درمان تابآورتر بشود.

تمنایی: به نظر شما سبک‌های دلبستگی و خیانت چه ارتباطی می‌توانند داشته باشند؟

موزیری: خیانت چنان سنبه پُرزوری دارد که می‌تواند سبک دلبستگی را تغییر دهد. مثلاً فردی که دلبستگی ایمن داشته بعد از خیانت مضطرب شود، یا اگر اضطرابی بوده است، اجتنابی بشود. الگوهایی که ظاهر می‌شود به شدت منحصربه‌فرد هستند. در باب زمینه‌سازی برای خیانت هم می‌توان گفت شاید فرد اجتنابی با پرهیز از رفتارهای صمیمانه چنان فضای عاطفی سردی را خلق کند که همسرش برای جبران آن خلأ، صمیمیت را به شیوه نادرستی در جای دیگری جستجو کند. یا همین فرد اضطرابی از بیم خیانت‌دیدن و تنها ماندن به غلط و بیمارگون برای خیانت کردن پیش‌دستی کند. از طرف دیگر، همین فرد اضطرابی ممکن است از شدت اضطراب و ترسی که دارد به کنترل‌گری روی بیاورد و حسی از خفگی و بی‌اعتمادی به رابطه بدهد. پس تفاوت زیادی در رفتارهای انسانی با توجه به سبک دلبستگی دیده می‌شود.

این در مواردی هست که اتفاق ناامن کننده‌ای در رابطه رخ نداده باشد و افراد با همان سبک دلبستگی قبل از ازدواج وارد رابطه شده‌اند. اگر در رابطه اتفاقی بیفتد، مثلاً پنهان‌کاری که حتی بی‌دلیل باشد، می‌تواند جرقه برخی رفتارهای اضطرابی و اجتنابی را فعال کند.

شیخزاده: درست است. سوالی که اینجا ممکن است برای مخاطبان ما مطرح شود این است که مداخله‌های هیجان‌مدار چگونه به ترمیم اعتماد ازدست‌رفته کمک می‌کند؟

موزیری: مهم‌ترین نتیجه خیانت ایجاد ناامنی است. درمان ناامنی و ترمیم اعتماد فرآیند زمان‌بر و سخت است. بخشش زودهنگام یکی از این اشتباهات است. اگر همسر آسیب‌رسان صبوری و بر شرمش غلبه کند و فشار محیط را تاب بیاورد و پاسخگویی مسئولانه به نیازهای همسر آسیب‌دیده را یاد بگیرد، و همسر آسیب‌دیده هم به کمک درمان هیجان‌هایش را تنظیم کند، درمان مؤثر خواهد بود. اما فراموش نکنید که درمان این زوجها فراز و نشیب زیادی دارد و حتی گاهی درمانگر هم ناامید، درمانده، خشمگین، و غمگین می‌شود.

تمنایی: چه راهکارهایی وجود دارد که ارتباط مخرب همسران جایگزین یک ارتباط سالم شود؟

موزیری: همیشه توصیه می‌کنم که زوجها منتظر نمانند که مشکلی در رابطه ایجاد شود و بعد برای زوج‌درمانی مراجعه کنند. فرد وقتی وارد رابطه می‌شود الگوهایی از کودکی، محیط خانواده، و والدین با خود آورده است، و باید آرام آرام یاد بگیرد الگوهای خودش را با همسرش متناسب کند و تطبیق

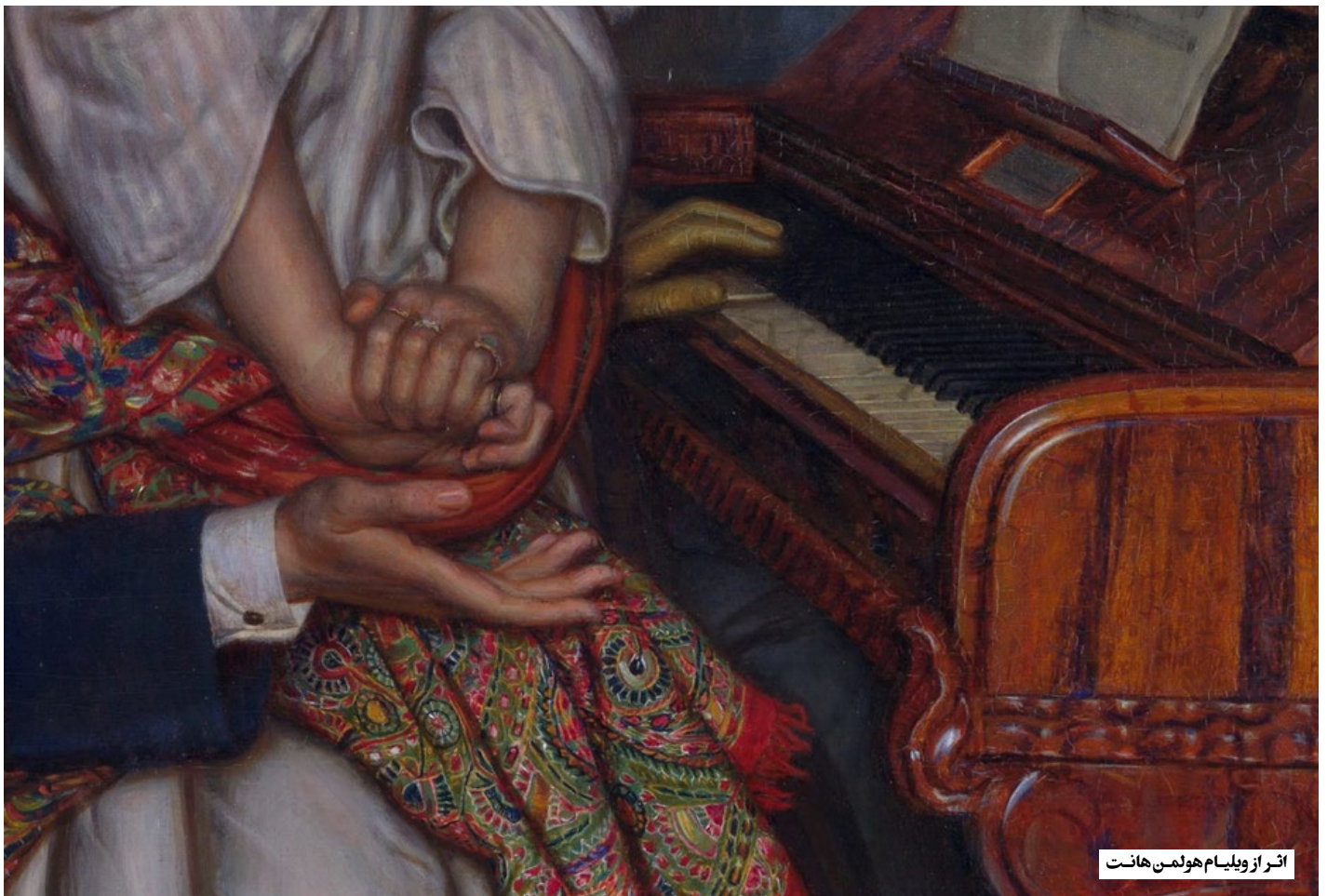
از خیانت یکی از متغیرهای مهمی است که بر اثربخشی درمان اثر می‌گذارد، اگر رابطه زناشویی قبل از خیانت قوی نبوده باشد فرد بعد از این اتفاق دیگر امیدی ندارد که بتواند به این رابطه برگردد و آن را از نو بسازد. اگر رابطه کیفیت خوبی داشته باشد یا امیدهایی باشد، بهتر می‌توان از خیانت عبور کرد. کتاب «محکم مرا در آغوش بگیر» خانم سوزان جانسون کتاب مناسبی است که زوج بتوانند درباره تجربه‌های حسی خود با یکدیگر صحبت کنند و گفت‌وگوهای عمیقی با هم داشته باشند. صحبت درباره تجربه‌های هیجانی باعث می‌شود زوج در رابطه عمیق‌تر شوند و خود را رهاتر کنند. کتاب‌های «نسخه عشق»، «هفت خان رابطه زناشویی کارآمد»، «هشت گفت‌وگو برای تجربه عشق پایدار» یا کتاب‌های

گفت‌وگو باعث می‌شود زوج عشق را تجربه کنند، و فقط داشتن موضوع مشترک نیست بلکه کنجکاوی برای ورود به دنیایی جدید و حرف‌زدن بدون اجبار و فشار ناشی از تصمیم‌گیری است. سه عنصر مهم که به فضای رابطه کمک می‌کند: اعتماد، تعهد و انصاف که آخری فضای رابطه را امن می‌کند و نیاز را برآورده می‌سازد.

گاتمن «حساب بانکی عاطفی» ما را می‌سازند که در بحران‌ها می‌توانیم از آن برداشت کنیم. دقیقاً آن لحظه که همسران حس همراهی را تجربه کنند، لحظه‌ای را ساخته‌اند که باعث می‌شود در مواقع بحرانی با هم بمانند و در کنار هم باشند. در زمینه خیانت، کیفیت رابطه قبل

دهد، پس منتظر دردرسرو و بحران نباشیم؛ باید برای غنی‌سازی و استحکام رابطه به زوج‌درمانگر مراجعه کنیم. آنچه به زوج کمک می‌کند، فعالیت‌های مشترک و به قول گاتمن غنی‌سازی نقشه عشق است. چقدر همسران یکدیگر را می‌شناسند و چه اشتراکاتی در دنیای ذهنی آنان وجود دارد؟ چقدر برای دانستن از دنیای ذهنی هم کنجکاوند؟ چقدر برای رابطه وقت می‌گذارند؟

قرار گذاشتن زوج در هفته و صحبت درباره خودشان خیلی کمک‌کننده است که در هفته چه اتفاقاتی افتاده و طرفین چه چیزهایی را تجربه کرده‌اند و درباره رابطه حرف بزنند. انجام فعالیت‌های مشترک مهم است، آشپزی، سفر و فعالیت‌های مشترک کوتاه مثل پیاده‌روی اهمیت دارند، و به قول



انتر از ویلیام هولمن هانت

آلن دوباتن که کارتهایی دارد که کمک می‌کند زوج راحت‌تر با هم صحبت کنند.

گفت‌وگو باعث می‌شود زوج عشق را تجربه کنند، و فقط داشتن موضوع مشترک نیست بلکه کنجکاوی برای ورود به دنیایی جدید و حرفزدن بدون اجبار و فشار ناشی از تصمیم‌گیری است. سه عنصر مهم که به فضای رابطه کمک می‌کند: اعتماد، تعهد و انصاف که آخری فضای رابطه را امن می‌کند و نیاز را برآورده می‌سازد.

شیخ‌زاده: گاهی همسر پیمان‌شکن هنوز درگیر رابطه با نفر سوم است و تردید دارد یا نمی‌خواهد آن رابطه موازی را قطع کند، در اینجا باید چه کرد؟

موزیری: زوج‌درمانی با تداوم رابطه پیمان‌شکنی قدغن است و در اولین قدم باید به زوج و به ویژه همسر پیمان‌شکن کمک کرد درباره معشوق تصمیم بگیرد و اگر خواهان حفظ رابطه زناشوییست، رابطه با نفر سوم را قطع کند. ممکن است برای همسر پیمان‌شکن سخت باشد یا او مردد باشد، یا نفر سوم مصر باشد و رها نکند. در نهایت باید در درمان فردی به فرد کمک کرد رابطه پیمان‌شکنی را قطع کند یا دست آخر تصمیم بگیرد در این دوراهی می‌خواهد دقیقاً چه تصمیمی بگیرد و تعارض حل شود. اتمام رابطه نیز شکل‌های مختلفی دارد و سخت است که مسائل قانونی و قضائی نیز در آن مطرح می‌شود یا حتی ممکن است تنها با یک پیام به اتمام برسد و همسران از هم فاصله بگیرند.

تمنایی: این باور که رابطه بعد از خیانت به حالت اولیه بر نمی‌گردد درست است؟

موزیری: این یکی از اسطوره‌های

رایج اما اشتباه است. البته که این هم درست نیست که بگوییم عمده طلاق‌ها به دلیل خیانت است. مطالعه باوکوم، اسنایدر، و گوردون نشان داده است که در بحران خیانت اگر درمان خوب دریافت شود، رابطه بعد از آن می‌تواند بهتر از رابطه قبل از آن شود.

شیخ‌زاده: بله اما با این وجود خیلی از زوجین پس از وقوع خیانت، جدایی را نقطه پایانی می‌بینند. به نظر شما چه عواملی باعث می‌شود درمان خیانت پذیرفته نشود یا افراد به آن مقاومت کنند؟

موزیری: کیفیت رابطه خیانت جنسی یا عاطفی فاکتور مهمی است. مردها به خیانت جنسی و زن‌ها به خیانت عاطفی واکنش شدیدتری نشان می‌دهند. داشتن فرزند، رابطه زناشویی باکیفیت، و اعتماد به نفس و عزت نفس همسر آسیب‌دیده می‌تواند از فروپاشی رابطه جلوگیری کند. هر چه افراد بیشتری از خیانت مطلع شوند و وجود اختلال‌های شخصیت احتمال موفقیت درمان را کاهش می‌دهد.

تمنایی: آیا تضمینی هست که بعدها فرد دوباره خیانت و پیمان‌شکنی نکند؟

موزیری: این وابسته به شخصیت فرد، نوع درمانی که دریافت می‌کند، کیفیت رابطه بعد از درمان است. اما نمی‌توانیم تضمین قطعی بدهیم و به نظر من آسیب‌پذیری را کمتر می‌کند. اینکه زن و شوهر درک می‌کنند چرا خیانت برایشان رخ داده است بینش خوبی ایجاد میکند تا بتوانند در آینده شرایط را مدیریت کنند.

شیخ‌زاده: به عنوان سوال پایانی، طبق تجربه‌تان برای درمانگران

تازه‌کاری که میلاند وارد حوزه خیانت شوند یا با رویکرد هیجان‌مدار کار کنند توصیه‌ای دارید؟

موزیری: توصیه می‌کنم وارد نشوید! (خنده). اولین تجربه من از خیانت به ماجرای خانمی برمی‌گردد که قریب به یک دهه قبل دیدم و به او خیانت شده بود. این خانم در بافتی زندگی می‌کرد که به شدت وابسته و آسیب‌پذیر بود. چنان آن تجربه سخت بود که همه ملاقات‌های بعدش را لغو کردم. لازم است قبل از ورود به بحران خیانت روی درمان فردی خود کار کنیم و روی تنظیم هیجان خود کار کنیم. از تعارض‌های خفیف‌تر آغاز کنیم و آرام آرام به سمت شرایط سخت‌تر مثل بحران خیانت برویم. تماشای فیلم خیلی می‌تواند کمک کند که در این موقعیت‌ها قرار بگیریم و رفتارهایی را ببینیم و احساساتمان را بررسی و تنظیم کنیم. دوره‌های آموزشی متعدد شرکت کنید و مکانیزم‌های تنظیم هیجان را برای خود و مراجعان یاد بگیرید.

تمنایی: آقای دکتر بابت زمانی که برای این گفت‌وگو اختصاص دادید و اطلاعات و تجربیات گران‌بهای که با ما به اشتراک گذاشتید، صمیمانه تشکر می‌کنم. این صحبت‌ها برای ما بسیار ارزشمند و مفید بود. امیدوارم همیشه در مسیر موفقیت و پیشرفت باشید و در آینده فرصتی دیگر برای همکاری با شما فراهم شود.

موزیری: برای من نیز این گفت‌وگو تجربه‌ای بسیار مثبت بود. موفقیت و پیشرفت شما را آرزو می‌کنم.



بررسی مداخلات اثربخش برای کودکان قربانی آزار جنسی از رویکرد شناختی - رفتاری تا اگزستانسیالیسم

در ایران، دفتر پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی سازمان بهزیستی، میزان کودک آزاری جنسی را از ۸ تا ۱۵ درصد گزارش کرده است. سازمان بهداشت جهانی (WHO) تنها در سال ۲۰۰۲ تخمین زده است که ۱۵۰ میلیون دختر و ۷۰ میلیون پسر زیر ۱۸ سال در جهان، به اشکال گوناگون مورد آزار جنسی قرار گرفته‌اند و میزان این رفتار نسبت به دختران بیشتر از پسران بوده است؛ به گونه‌ای که بطور میانگین دختران دو تا سه برابر بیشتر از پسران مورد سوءاستفاده جنسی قرار می‌گیرند. آزار یا سوءاستفاده جنسی از کودکان به عنوان برقراری هرگونه ارتباط یا رفتار جنسی میان یک کودک تا سن دوازده سالگی با یک فرد بزرگ‌تر تعریف شده است؛ به گونه‌ای که در بسیاری از کشورهای جهان، هرگونه رفتار جنسی با فردی که اصطلاحاً زیر سن رضایت باشد، جرم انگاشته می‌شود. این مقاله به بررسی آسیب‌شناسی کودکان در برابر آزار جنسی و ارائه مداخلاتی برای بهبود وضعیت کودکان می‌پردازد.

آسیب‌شناسی کودکان

کودکان در برابر آزار جنسی بدلیل نوع رفتار، شدت و زمینه خانوادگی متفاوتی که دارند، آسیب‌پذیری متفاوتی نیز از خود نشان می‌دهند؛ به گونه‌ای که تا یک سوم از این کودکان، علائم آشکاری پس از آزار جنسی از خود نشان نمی‌دهند، از این‌رو می‌توان تأثیرات و پیامدهای ناشی از آزار جنسی را به تأثیرات اولیه (که تا حدود دو سال پس از آن واقع رخ می‌دهد) و تأثیرات بلندمدت تقسیم کرد. برخی از این کودکان خود را بابت آن اتفاق مقصر دانسته و حتی احساس گناه می‌کنند و عزت نفس آن‌ها ضعیف می‌شود. برخی از کودکان آسیب دیده، رفتاری بیش‌فعاله از خود نشان داده و در کنترل تکانه‌هایشان مشکل دارند؛ بطوری که بدلیل خودتنظیمی پایین از بازی با همسالان نیز کناره می‌گیرند. اگر مداخله‌ای صورت نگیرد، وضعیت افسردگی و عزت نفس پایین در کودکان، معمولاً تا بزرگسالی ادامه می‌یابد و شدت بیشتری پیدا می‌کند. بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده است

سازمان بهداشت جهانی (WHO) تنها در سال ۲۰۰۲ تخمین زده است که ۱۵۰ میلیون دختر و ۷۰ میلیون پسر زیر ۱۸ سال در جهان، به اشکال گوناگون مورد آزار جنسی قرار گرفته‌اند.

۱- مرحله ایمنی و تثبیت: این مرحله شامل آموزش بهزیستی روان و مهارت‌های فرزندپروری، ایجاد آرامش و تنظیم هیجان و مقابله شناختی است.

۲- مرحله روایت و پردازش تروما: کودک تجربیات خود را درباره آن رویداد، بازگو می‌کند و آن را مورد ارزیابی قرار می‌دهد.

۳- مرحله تثبیت و ادغام: کودک با بهره‌گیری از مهارت‌های آرمیدگی، تلاش می‌کند تا با آن رویداد دوباره مواجه شود و آنرا مورد بازسازی شناختی قرار دهد.

مک‌دونالد و همکارانش در سال ۲۰۱۲ در بررسی نظام‌مند پژوهش‌های پیشین، بدین نتیجه رسیدند که قوی‌ترین شواهد برای اثرات مثبت رویکرد شناختی - رفتاری، در کاهش علائم PTSD و اضطراب در کودکان آزار دیده بوده است.

۲- رویکرد روان‌پویشی

در مداخلات روان‌پویشی برای کودکان آسیب‌دیده، جلسات درمانی، معمولاً انفرادی هستند، اما می‌توان آن را با خانواده یا به‌صورت گروهی انجام داد. جلسات معمولاً در یک زمان ثابت، یک یا دو بار در هفته انجام می‌شود و درمان بسته به سن و شدت بحران در کودک، می‌تواند از چند جلسه تا چند سال طول بکشد. ابتدا باید ایمنی کودک تضمین شود؛ بدین معنا که وی را از عاملی که دوباره ممکن است این رویداد را تکرار کند، دور نگه داشت. سپس درمانگر با کودک در مورد آن رویداد و احساسات او در آن لحظه و اکنون، صحبت می‌کند. بازی به عنوان راه اصلی کودکان برای برقراری ارتباط با تعارضات ناخودآگاه به حساب می‌آید. کودک خود را از طریق بازی‌های تخیلی و نمادین و نقاشی بیان می‌کند و این رفتار، درجه‌ای برای درک اضطراب‌ها، درگیری‌ها و مکانیزم‌های دفاعی کودک، در اختیار درمانگر قرار می‌دهد. کودکان همچنین در هنگام بازی صحبت می‌کنند که این عامل می‌تواند زمینه‌ای امن برای گفت‌وگو درباره موضوعاتی دردناک همانند آزار جنسی را فراهم کند. با وجود اینکه در روانکاوی کودکان دارای تروما، تفسیر بازی کودک مهم است، اما عامل اصلی تغییر «افزایش ظرفیت‌های نمادین، تخیلی و ذهنی کودک همسو با افزایش دامنه، عمق و غنای عاطفی بازی او» است. بنابراین

بازی به عنوان راه اصلی کودکان برای برقراری ارتباط با تعارضات ناخودآگاه به حساب می‌آید.

کودکانی که مورد آزار جنسی قرار گرفته‌اند، از راه بازی کردن، می‌توانند تضادهای درونی خود را در سطح رشدی بالغ‌تری بیان کنند و تصور می‌شود که این عامل، امر درمانی است.

افرادی که مورد سوءاستفاده جنسی در کودکی قرار گرفته‌اند، مشکلات بیشتری را در برقراری روابط عاطفی در بزرگسالی تجربه می‌کنند.

افرادی که مورد سوءاستفاده جنسی در کودکی قرار گرفته‌اند، مشکلات بیشتری را در برقراری روابط عاطفی در بزرگسالی تجربه می‌کنند و همچنین پیامدهای آزار جنسی در کودکی می‌تواند بر سازگاری و کیفیت رابطه زناشویی آینده فرد، اثر منفی بگذارد. سوءاستفاده جنسی کودکان همچنین می‌تواند زمینه‌ساز بروز اختلال اضطراب فراگیر، اختلال‌های خوردن همانند پرخوری یا کم‌خوری عصبی، اختلالات شخصیتی بویژه اختلال شخصیت مرزی و اختلالات سوماتیک یا تبدیلی شود. اشی و کاول در پژوهش خود (۲۰۱۶) نشان دادند، افرادی که سوءاستفاده جنسی را تجربه کرده بودند، زمینه بیشتری برای بروز اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، داشتند.

مداخلات روان‌درمانی

پیش از آغاز مداخله، چندین عامل مهم وجود دارد که درمانگر باید آن‌ها را در انتخاب رویکرد درمانی مد نظر قرار دهد، این عوامل عبارتند از:

- شدت بحران
- سن و شرایط کودک
- وضعیت خانوادگی
- نیازهای خاص فردی

حال به بررسی ۳ رویکرد درمانی متفاوت نسبت به سوءاستفاده جنسی در کودکان می‌پردازیم:

۱- رویکرد رفتاری - شناختی متمرکز بر تروما (TF-CBT)

در رویکرد رفتاری - شناختی، هر جلسه درمان حدود ۱ ساعت است و درمانگر ۳۰ دقیقه را با کودک و ۳۰ دقیقه را با والدین می‌گذراند. مهم‌ترین مولفه‌های مداخلات مبتنی بر CBT عبارتند از

- آموزش بهزیستی روان و مهارت‌های فرزندپروری
 - ایجاد آرامش
 - بیان و تنظیم عاطفی
 - مقابله شناختی
 - توسعه و پردازش روایت تروما
 - جلسات مشترک با والدین و کودک
 - افزایش ایمنی و توسعه آینده
 - بهره‌گیری از مواجهه درمانی (In Vivo)
- بطور کلی رویکرد شناختی - رفتاری مبتنی بر تروما، ۳ مرحله درمانی دارد:

۳- رویکردهای انسان‌گرایانه و اگزیستانسیال

شاید بتوان ویکتور فرانکل را به عنوان یکی از مشهورترین نمونه‌هایی معرفی کرد که با وجود قتل‌عام خانواده‌اش به‌دست رایش سوم و همچنین تجربه حضور و بیگاری در اردوگاه کار اجباری ترزینشتات، توانست با اتکا به معنایی که برای زندگی خود داشت، از بحران عبور کند. رویکردهای انسان‌گرایانه و اگزیستانسیال در برابر تروماهایی همانند آزار جنسی، نگاهی متفاوت نسبت به دیگر رویکردها دارند؛ بدین معنا که پرسش اساسی در این مداخلات این است که چه اتفاقی می‌افتد زمانی که ما آسیب می‌بینیم؟ در آسیب‌هایی همانند آزار جنسی، افزون بر آسیب‌های جسمی، عصبی و عاطفی، ما یک آسیب اساسی به حق زندگی و احساس ارزشمندی شخصی خود، تجربه می‌کنیم و به تعبیری وجودگرایانه، رابطه ما با خود هستی از هم می‌پاشد. فرایند درمان در این نوع رویکردها، ابتدا شامل کاوش در تجربه زیسته تروما، معنای آن و مفروضات وجودی گذشته است که در هم شکسته شده‌اند. همچنین مداخلات شامل ایجاد و پرورش آگاهی جدید از آنچه که هنوز برای یک فرد معنادار است، می‌شود. افزایش آگاهی وجودی، امکان کاوش در راه‌های جدید، متفاوت و معنادار را برای ارتباط با خود، دیگران و جهان فراهم می‌کند و منجر به افزایش احساس ارزش شخصی و پذیرش آسیب‌پذیری می‌شود. البته رویکردهای انسانگرایانه و وجودی برای بزرگسالانی که در کودکی مورد آزار جنسی قرار گرفته‌اند، در کنار دیگر مداخلات، پیشنهاد می‌شود.

آنچه که در این مقاله آمده مبتنی بر مداخلات روان‌درمانی آزار جنسی برای کودکان بوده است. بی‌شک نقش والدین، مددکاران اجتماعی و یا مشاوران در مدارس و ارجاع به موقع کودکان نزد متخصصان، به فرایند بهبود کودکان، سرعت بالایی می‌بخشد، به‌گونه‌ای که پژوهش علیرضایی و نجم‌آبادی (۱۳۹۸) نشان داد که آموزش‌های مبتنی بر مدرسه همانند ایفای نقش، کتاب‌های آموزشی و درک مفهوم مالکیت بدن، منجر به افزایش رفتارهای خود مراقبتی در کودکان در برابر بحران‌هایی این‌چنینی می‌شود و همچنین بر اساس پژوهش محمدی و همکارانش (۱۴۰۱)، روابط ضعیف و سخت‌گیری والدین نسبت به کودکان و همچنین نظارت پایین آن‌ها بر کودک می‌تواند زمینه‌ساز سوءاستفاده جنسی شود. بنابراین بسیار مهم است که والدین نسبت به وظایف خود در حق فرزندشان آگاه باشند و از انجام آن‌ها فروگذاری نکنند. با توجه به این مطالب، پیشگیری از وقوع چنین بحران‌هایی اولویت بالایی دارد و از این‌رو افزون بر موارد یاد شده، ایجاد قوانین حمایتی مناسب برای کودکان و توییح شدید فرد خاطی می‌تواند در کاهش این بحران، موثر باشد. امید است که با

روابط ضعیف و سخت‌گیری والدین نسبت به کودکان و همچنین نظارت پایین آن‌ها بر کودک می‌تواند زمینه‌ساز سوءاستفاده جنسی شود.

کار بست مطالب بالا بتوان درصد رخ دادن چنین بحران‌هایی را در ایران کاهش داد و در صورت وقوع بتوان آن را مدیریت کرد.

منابع:

- آزادی، اسما، سنجرائی، سعیده، بخشایش، علیرضا. (۱۴۰۲). تجربه زیسته دختران از سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی: مطالعه کیفی. روانشناسی بالینی و شخصیت، ۲۱(۲)، ۵۸-۴۹. doi: ۱۰.۲۲۰۷۰/۲۰۲۳/۱۵۷۸۹/۱۱۹۷.cpap
- علیرضایی سمیه، میرزایی نجم‌آبادی خدیجه. تأثیر برنامه‌های آموزشی مبتنی بر مدرسه در پیشگیری از سوءاستفاده جنسی از کودکان: مطالعه مروری نظام مند. فصلنامه سلامت روان کودک. ۱۳۹۸؛ ۶ (۳) ۳۱۹-۳۰۷
- محمدی، زهرا، گودرزی، محمود، احمدی، خدابخش، احمدیان، حمزه و صابری، سیدمهدی. (۱۴۰۱). عوامل فردی و خانوادگی زمینه‌ساز سوءاستفاده جنسی در تجارب کودکان و نوجوانان. مشاوره و روان درمانی خانواده، ۱۲(۱)، ۱۰۲-۶۲. doi: ۱۰.۲۲۰۳۴/۲۰۲۲/۶۲۳۴۷.fcp
- مفید، وحیده، فلاح چای، سیدرضا و سماوی، سید عبدالوهاب. (۱۴۰۱). پیامدهای سوء استفاده جنسی کودکی بر کیفیت رابطه زناشویی زنان و مردان: یک مطالعه کیفی. مشاوره کاربردی، ۱۲(۱)، ۳۰-۱. doi: ۱۰.۲۲۰۵۵/۱۰۲۲۰۵۵/jac/۱۰۲۲۰۵۵/۴۰۸۶۰/۱۸۸۴
- Ashby, B. D., & Kaul, P. (2016). Post-traumatic stress disorder after sexual abuse in adolescent girls. Journal of Pediatric and adolescent gynecology, 536-531, (6)29
- Macdonald G, Higgins JPT, Ramchandani P, Valentine JC, Bronger LP, Klein P, O'Daniel R, Pickering M, Rademaker B, Richardson G, Taylor M. Cognitive behavioural interventions for children who have been sexually abused. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5. Art. No.: CD001930. DOI: 14651858/10.1002.CD001930.pub3. Accessed 05 February 2025.
- Parker, B., & Turner, W. (2013). Psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for children and adolescents who have been sexually abused. Cochrane Database of Systematic Reviews, (7)
- Vachon, M., Bessette, P. C., & Goyette, C. (2016). "Growing from an Invisible Wound" A Humanistic-Existential Approach to PTSD. InTech. doi: 64290/10.5772



آشیانه دل‌تنگی

این مقاله ترجمه‌ای از مقاله how
to cope with an Empty nest است.

شادی صباری

دانشجوی کارشناسی مشاوره دانشگاه
شهید بهشتی



حسین اصفهانی

دانشجوی کارشناسی مشاوره دانشگاه
شهید بهشتی



حزن و اضطرابی که والدین هنگام رهسپاری فرزندانشان تجربه می‌کنند، اغلب «آشیانه خالی» نامیده می‌شود.

چگونه با آشیانه خالی کنار بیاییم؟

فصلی از زندگی که والدین هیجانات زیادی را تجربه می‌کنند.

طبیعی است که والدین با رسیدن فرزندشان به مرحله مهمی مانند ترک خانه، هیجانات متفاوتی را تجربه کنند.

حزن و اضطرابی که والدین هنگام رهسپاری فرزندانشان تجربه میکنند، اغلب «آشیانه خالی» نامیده می‌شود.

والدین می‌توانند از طریق فعالیت در جامعه و تعامل با دوستان در زمان آشیانه خالی، از خود مراقبت کنند.

هدف از تربیت فرزندان، تحویل بزرگسالانی کارآمد، شاد و سازگار به دنیا است اما دانستن این موضوع، حتی تلاش آگاهانه در جهت رشد آن نیز ما را برای تجربه سوگ و فقدان، هنگامی که فرزندانمان برای دانشگاه، کار یا دلایل دیگر خانه را ترک میکنند، آماده نمی‌کند. ما بابت از دست رفتن سبک زندگی و رابطه‌ای که بخشی از هویت و روزمرگی ما بود، غمگین هستیم.

علی رغم شادی، آزادی، غرور، هیجان و آسودگی‌ای که با ورود فرزندانمان به دنیای جدید احساس می‌کنیم، این زمان می‌تواند یک دوره سازگاری دشوار برای والدینی باشد که پس از سال‌ها اشتغال به تربیت فرزندان، احساس تنهایی، بی‌حوصلگی، اضطراب، بی‌قراری و غمگینی کرده و دلتنگ فرزندانانشان می‌شوند. از طرفی، دیدن ورود فرزندانمان به عنوان یک فرد مستقل به دنیا افتخارآمیز است و از سوی دیگر نمی‌توانیم نگران سلامتی آنها نباشیم؛ چراکه سالها زیر یک سقف نزدیکشان بوده‌ایم و با آنها زندگی کرده‌ایم. این تجربه به قدری رایج است که در گفتار عامیانه به آن «سندرم آشیانه خالی» می‌گویند.

تجربه چالش‌برانگیز «آشیانه خالی» بخشی عادی از زندگی بوده و برای والدین مهم است که به یاد داشته باشند، تنها نیستند. منابع زیادی برای کمک به والدین جهت کنار آمدن با این مرحله گذار وجود دارد از جمله گروه‌های پشتیبانی، مشاوره و منابع آنلاین. چندمورد که می‌توانند در این مرحله گذار کمک‌کننده باشند، بدین شرح هستند:

- به خودتان اجازه دهید که بابت نبود فرزندانانندوهگین باشید: احساس ناراحتی، تنهایی و عصبانیت آن هم وقتی که فرزندان خانه را ترک کرده است طبیعی است.
- در عین احترام به نیاز فرزندان برای استقلال، با او در ارتباط باشید: زمانی را برای صحبت تلفنی، ملاقات و ارسال نامه یا ایمیل برای آنها مشخص کنید.
- در جامعه خود دخیل و فعال باشید: به یک باشگاه بپیوندید، در کلاسی شرکت کرده یا برای انجام کاری داوطلب شوید.
- سرگرمی‌ها و علایق جدیدی را شروع کنید: حالا بهترین زمان برای امتحان کردن کارهایی است که همیشه علاقه‌مند بودید انجام دهید و سفر به جاهایی است که همیشه دوست داشتید از آنجا بازدید کنید.
- با همسر، شریک عاطفی یا دوستانتان وقت بگذرانید: این یک فرصت عالی برای ارتباط مجدد با یکدیگر است.
- از خودتان مراقبت کنید: از داشتن تغذیه سالم، خواب کافی و ورزش در زندگیتان اطمینان حاصل کنید.
- همچنین توجه به این موضوع مهم است که اغلب، این تجربه به یک اتفاق محدود نمی‌شود. ممکن است آن را هنگام فارغ التحصیلی فرزندان از دبیرستان احساس کرده و با ترک خانه توسط آنها، بازهم این حس را تجربه کنیم. ممکن است زمانی که از دانشگاه فارغ‌التحصیل شوند، ازدواج کنند یا به شهر دیگری بروند نیز دوباره ظاهر شود. این وقایع، نماد لحظات جدایی از ما و نوع دیگری از «ترک کردن» هستند و همگی سبب ظهور دوباره این احساسات می‌شوند.
- آشیانه خالی می‌تواند زمان دشواری باشد اما در عین حال یک فرصت است. والدین می‌توانند از این زمان برای تمرکز بر خود، افراد مهم در زندگی و علایق‌شان استفاده کنند. آنها همچنین می‌توانند از این فرصت برای ارتباط مجدد با جامعه خود، کاوش در فعالیت‌هایی که قادر به انجام آن نبوده‌اند و پیدا کردن دوستان جدید بهره ببرند.

منبع:

- <https://www.psychologytoday.com/us/blog/what-the-wild-things-are/202305/how-to-cope-with-empty-nest>



اثر از ونسان ون گوگ

مشاوره در بحران؛ از ضرورت تا غفلت

چالش‌های ناشی از بی‌توجهی به اهمیت مداخله در بحران در ایران

مطهره پورحسن
دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره
خانواده دانشگاه شهید بهشتی



ایران جزو ده کشور بحران‌خیز جهان است و از نظر وقوع بلایای طبیعی مقام ششم جهان را دارد؛ ۹۰ درصد جمعیت کشور در معرض خطرات ناشی از بحران قرار دارند (درودی و همکاران، ۱۳۹۶). ایران به‌عنوان کشوری که با انواع بحران‌های فردی و اجتماعی مواجه است، با چالش‌های جدی در زمینه سلامت روان روبه‌رو می‌باشد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که عواملی مانند نرخ بالای خودکشی، افزایش خشونت خانگی، شیوع اعتیاد، افزایش طلاق و تأثیرات گسترده بلایای طبیعی، تأثیر چشمگیری بر سلامت روان جامعه ایرانی دارند (حاجبی و همکاران، ۲۰۲۲). این بحران‌ها نه تنها مشکلات روان‌شناختی فردی ایجاد می‌کنند، بلکه می‌توانند منجر به اختلال در عملکرد اجتماعی، کاهش بهره‌وری نیروی کار و تشدید مشکلات اقتصادی و امنیتی کشور شوند. بدون مدیریت صحیح این بحران‌ها، سلامت روان جامعه به خطر افتاده و هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی جبران‌ناپذیری به بار خواهد آمد.

در حوزه سلامت روان، بحران به خودی خود یک رویداد آسیب‌زا نیست، بلکه واکنش فرد به آن است. ممکن است یک رویداد برای یک فرد ویران‌کننده باشد، در حالی که تأثیری بر فرد دیگر نداشته باشد. اصطلاحات «بحران» (Crisis) و «اتفاق آسیب‌زا» (Traumatic Event) گاهی به‌صورت مترادف استفاده می‌شوند یا در برخی منابع تعاریف متداخل دارند. آنچه حائز اهمیت است این است که همه افرادی که یک رویداد آسیب‌زا را تجربه می‌کنند، دچار بحران نمی‌شوند یا الزاماً آسیب‌دیده محسوب نمی‌شوند و واکنش افراد به یک رویداد آسیب‌زا می‌تواند بسیار متفاوت باشد.

همچنین، اصطلاح «بحران» در حوزه سلامت روان تعاریف مختلفی دارد. در ابتدایی‌ترین سطح،

کاپلان (۱۹۶۱) بیان می‌کند مردم زمانی در وضعیت بحران قرار می‌گیرند که با مانعی در برابر اهداف مهم زندگی مواجه شوند؛ مانعی که در آن زمان، با روش‌های معمول حل مسئله، غیرقابل عبور به نظر می‌رسد.

بهداشت روانی جایگاه مطلوبی ندارد و برنامه‌ریزی برای توسعه ساختارهای مرتبط با مداخله در بحران با ضعف‌های جدی مواجه است.

مداخله در بحران، به‌عنوان رویکردی کوتاه‌مدت و متمرکز بر حل‌وفصل فوری بحران‌های روان‌شناختی، نقشی متمایز از روان‌درمانی رایج را ایفا می‌کند. در حالی که روان‌درمانی به بررسی عمیق و بلندمدت مسائل روانی می‌پردازد، مداخله در بحران با هدف بازگرداندن تعادل روانی فرد در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا طراحی شده است. این نوع مداخله، با تمرکز بر تثبیت وضعیت روانی فرد، از تبدیل بحران به اختلالات مزمن جلوگیری می‌کند. بحران یک رویداد محدود به زمان است و معمولاً بین چهار تا شش هفته پایان می‌یابد، زیرا فرد نمی‌تواند تنش شدید و عدم تعادل روانی را برای مدت طولانی تحمل کند (کانل، ۲۰۰۳). مشاوره بحران فقط بر عواملی که مستقیماً با رویداد بحرانی مرتبط‌اند، تمرکز می‌کند و به سایر مسائل روان‌شناختی نمی‌پردازد در حالی که روان‌درمانی معمول بیشتر بر آسیب‌شناسی روانی تمرکز دارد، اما مداخله در بحران بر مدیریت و سازگاری با موقعیت تمرکز می‌کند. در روان‌درمانی معمول، درمانگر رفتارهای مراجع را تفسیر می‌کند، اما در مداخله در بحران، زمان کافی برای این تحلیل‌ها وجود ندارد. درواقع، مداخلات در بحران به‌دنبال بازگرداندن فرد به سطح عملکرد پیش از بحران هستند، نه اصلاح مشکلات دیرینه روان‌شناختی او.

با علم به تفاوت‌هایی که بین مشاوره در بحران و شکل معمول روان‌درمانی وجود دارد؛ انتظار می‌رود که این شکل از مشاوره در سیاست‌های کلان مدیریت بحران کشور جایگاهی داشته باشد. اما بررسی اسناد مدیریت بحران ایران نشان می‌دهد که تمرکز اصلی این سیاست‌ها، صرفاً بر روی مدیریت بلایای طبیعی و رفع خسارت‌های فیزیکی و زیرساختی است (با استناد بر داده‌های سازمان مدیریت بحران کشور). در این اسناد، بحران عمدتاً به زلزله، سیل، رانش زمین و سایر مخاطرات طبیعی محدود شده است و هیچ‌گونه برنامه مشخصی برای بحران‌های روان‌شناختی در نظر گرفته نشده است. به‌عنوان مثال، در «سند راهبرد ملی مدیریت بحران کشور» که توسط سازمان مدیریت بحران در سال ۱۳۹۹ منتشر شد، هیچ اشاره‌ای به برنامه‌های حمایت روانی پس از بحران‌های اجتماعی، فردی یا خانوادگی نشده است. حتی در معدود برنامه‌های مداخلات روانی پس از بلایای طبیعی، که توسط سازمان بهزیستی و برخی نهادهای غیردولتی اجرا می‌شوند، به مشکلاتی مانند کمبود نیروهای متخصص، ضعف در پوشش مناطق محروم، و عدم هماهنگی میان نهادها پرداخته شده است. برنامه‌هایی مانند «طرح محب» که به ارائه مداخلات حمایتی در بحران‌های اجتماعی

بحران به یک رویداد یا موقعیتی اشاره دارد که مدیریت آن بسیار دشوار است. کاپلان (۱۹۶۱) بیان می‌کند مردم زمانی در وضعیت بحران قرار می‌گیرند که با مانعی در برابر اهداف مهم زندگی مواجه شوند؛ مانعی که در آن زمان، با روش‌های معمول حل مسئله، غیرقابل عبور به نظر می‌رسد. این وضعیت منجر به دوره‌ای از بی‌سامانی و آشفتگی می‌شود، دوره‌ای که در آن بسیاری از تلاش‌های اولیه برای حل مسئله ناموفق هستند.

در تعریفی دیگر لیلبریچ و کلون (۱۹۷۸) معتقدند بحران یعنی به‌هم‌خوردن تعادل روانی فرد، هنگامی که روش‌های سنتی حل مسئله شکست می‌خورند و این امر منجر به بی‌نظمی، ناامیدی، غم، سردرگمی و وحشت می‌شود. همچنین در پژوهشی توسط کانل (۲۰۰۳) بحران واقعه‌ای سه‌مرحله‌ای قلمداد می‌شود: ابتدا رویداد آغازگر بحران (Precipitating Event) رخ می‌دهد. سپس برداشت فرد از رویداد منجر به ناراحتی ذهنی و عاطفی می‌شود و در مرحله پایانی روش‌های مقابله‌ای معمول فرد شکست می‌خورند، در نتیجه فرد در سطح پایین‌تری از نظر روان‌شناختی، عاطفی یا رفتاری عمل می‌کند.

بنابراین پس از یک رویداد آسیب‌زا، خدمات حمایتی برای افراد آسیب‌دیده و جامعه ضروری است و روش‌های مختلف مداخله در بحران برای افراد و گروه‌ها مورد نیاز است. «مداخله در بحران» به فرآیند ارزیابی و درمان افرادی که تحت تأثیر بحران قرار گرفته‌اند (یا آسیب دیده‌اند)، اشاره دارد. سطح درمان یا مداخلات به میزان عملکرد فرد، پس از تجربه رویداد آسیب‌زا بستگی دارد و با دو هدف ارائه حمایت فوری عاطفی و محیطی (کمک‌های اولیه روانی) و تقویت راهبردهای مقابله‌ای فرد از طریق راهنمایی‌های درمانی فوری در طول دوره بحران (پرراد و همکاران، ۱۹۹۹) برقرار می‌گردد.

در سطح جهانی، مداخلات در بحران به‌عنوان راهکارهایی اثربخش برای کاهش آسیب‌های روانی و اجتماعی شناخته شده‌اند. این مداخلات شامل حمایت‌های روان‌شناختی فوری، ارزیابی‌های بالینی سریع و مداخلات کوتاه‌مدت متمرکز بر حل بحران هستند که در بسیاری از کشورها، مانند ایالات متحده، کانادا و کشورهای اروپایی، به کاهش نرخ خودکشی و پیامدهای منفی بحران‌های روانی کمک کرده‌اند. بااین‌حال، در ایران، این حوزه همچنان در سیاست‌گذاری‌های

مداخلات در بحران به‌دنبال بازگرداندن فرد به سطح عملکرد پیش از بحران هستند، نه اصلاح مشکلات دیرینه روان‌شناختی او.

بحران‌ها فقط محدود به بلایای طبیعی نیستند؛ خودکشی، خشونت‌های خانوادگی، فروپاشی‌های اقتصادی، بحران‌های اجتماعی، مهاجرت‌های ناگهانی و فجایع انسانی نیز بحران‌های بزرگی هستند که نیازمند مداخله سریع می‌باشند.



اثر از پابلو پیکاسو

به بلایای طبیعی نیستند؛ خودکشی، خشونت‌های خانوادگی، فروپاشی‌های اقتصادی، بحران‌های اجتماعی، مهاجرت‌های ناگهانی و فجایع انسانی نیز بحران‌های بزرگی هستند که نیازمند مداخله سریع می‌باشند؛ اما در اسناد مدیریت بحران کشور، هیچ برنامه مشخصی برای مقابله با این نوع بحران‌ها وجود ندارد و این فقدان برنامه‌ریزی، باعث افزایش بار روانی بر جامعه و افزایش میزان اختلالات مرتبط با بحران می‌شود. یکی از چالش‌های اساسی در زمینه مداخلات بحران در ایران، کمبود نیروی متخصص آموزش‌دیده در این حوزه است. علاوه

و طبیعی می‌پردازد، هنوز به صورت یک سیاست ملی نهادینه نشده و صرفاً در برخی موارد اجرا می‌شود. این غفلت در سیاست‌گذاری، تبعات سنگینی برای سلامت روان جامعه دارد. بلایای طبیعی نه تنها خسارات فیزیکی ایجاد می‌کنند، بلکه تأثیرات عمیقی بر سلامت روان آسیب‌دیدگان دارند. مطالعات جهانی نشان داده‌اند که پس از بلایای طبیعی، میزان بروز اختلالات روانی مانند استرس پس از سانحه (PTSD)، افسردگی و اضطراب به شدت افزایش می‌یابد (نریا و همکاران، ۲۰۰۸). علاوه بر این، بحران‌ها فقط محدود

بر کمبود نیروی انسانی، ضعف در آموزش مداخلات بحران نیز یکی از مشکلات عمده این حوزه محسوب می‌شود. در حالی که در کشورهای توسعه‌یافته، مداخلات بحران به‌عنوان یک شاخه تخصصی در برنامه‌های درسی روان‌شناسی و مشاوره گنجانده شده است، در ایران این موضوع معمولاً به‌صورت گذرا و اختیاری در برخی دروس پوشش داده می‌شود، بدون آنکه دانشجویان مهارت‌های عملی لازم برای مدیریت بحران را کسب کنند. این ضعف آموزشی موجب شده که بسیاری از فارغ‌التحصیلان روان‌شناسی و مشاوره آمادگی لازم برای ارائه خدمات مداخله در بحران را نداشته باشند و در نتیجه، نیاز به تربیت نیروی متخصص در این زمینه بیش از پیش احساس می‌شود.

همچنین، ساختارهای حمایتی برای مداخله در بحران در ایران دچار ضعف جدی هستند. در حال حاضر، اورژانس اجتماعی (۱۲۳) یکی از محدود نهادهایی است که در مواقع بحران‌های فردی و اجتماعی مداخله می‌کند؛ اما محدودیت‌های منابع مالی، کمبود نیروی انسانی و ضعف در پوشش مناطق محروم، کارایی این سیستم را به شدت کاهش داده است. در موقعیتی ایده‌آل بایستی در این حوزه، مراکز بحران در بیمارستان‌ها، سیستم‌های پاسخگویی ۲۴ ساعته و خدمات مشاوره آنلاین برای مواقع اضطراری طراحی شود، اما در ایران، بسیاری از این امکانات یا وجود ندارند یا در دسترس عموم نیستند. این فقدان ساختاری منجر به افزایش نرخ مشکلات روانی مدیریت‌نشده، تشدید استرس‌های اجتماعی و افزایش هزینه‌های درمانی در درازمدت خواهد شد.

با تمام تفاسیری که بیان شد، روشن است که مداخله در بحران در ایران همچنان یک حوزه مغفول مانده است. در حالی که بسیاری از کشورها با درک اهمیت این حوزه، برنامه‌های ملی و ساختارهای حمایتی برای مداخله در بحران را تدوین کرده‌اند، ایران همچنان به مدیریت بحران از زاویه‌ای صرفاً فیزیکی و زیرساختی نگاه می‌کند و جنبه‌های روان‌شناختی بحران را نادیده می‌گیرد. این غفلت، تبعات سنگینی بر سلامت روان جامعه و افزایش بحران‌های فردی و اجتماعی دارد. برای بهبود وضعیت، لازم است که تغییرات اساسی در ساختار آموزش، سیاست‌گذاری و ارائه خدمات مداخله در بحران انجام شود. اولین گام، اصلاح نظام آموزشی در حوزه روان‌شناسی، مشاوره و مددکاری اجتماعی است تا دانشجویان و متخصصان این حوزه، مهارت‌های لازم را برای مداخلات بحران بیاموزند و در شرایط اضطراری بتوانند پاسخ‌های سریع و اثربخش ارائه دهند. دومین گام، بازنگری در سیاست‌های مدیریت بحران کشور است. این سیاست‌ها باید از تمرکز صرف بر بلایای طبیعی فراتر رفته و بحران‌های اجتماعی و

روان‌شناختی را نیز در بر گیرند. از سوی دیگر، ضرورت ایجاد مراکز بحران روان‌شناختی در کنار مراکز امدادی و خدماتی، راه‌اندازی سامانه‌های ۲۴ ساعته پاسخگویی به بحران‌های فردی، و تقویت اورژانس اجتماعی بیش از پیش احساس می‌شود. این مراکز می‌توانند نقش کلیدی در کاهش آسیب‌های روانی ناشی از بحران‌های فردی، اجتماعی و طبیعی ایفا کنند. همچنین، توسعه خدمات آنلاین و تلفنی مداخله در بحران می‌تواند به افراد در شرایط بحرانی کمک کند تا بدون نیاز به مراجعه حضوری، از حمایت‌های تخصصی بهره‌مند شوند.

بی‌توجهی به بحران‌های روانی، هزینه‌های سنگینی برای جامعه به همراه خواهد داشت؛ هزینه‌هایی که نه تنها در قالب افزایش اختلالات روانی و کاهش تاب‌آوری اجتماعی، بلکه در قالب افزایش آسیب‌های اجتماعی مانند خشونت و خودکشی خود را نشان خواهد داد. اکنون بیش از هر زمان دیگری، ضرورت دارد که سیاست‌گذاران، دانشگاه‌ها، سازمان‌های حمایتی و متخصصان حوزه سلامت روان، دست به دست هم دهند و مداخله در بحران را به‌عنوان یک بخش اساسی در نظام سلامت و مدیریت بحران کشور نهادینه کنند. این تغییر، نه فقط یک اقدام اصلاحی، بلکه یک ضرورت حیاتی برای تضمین سلامت روانی و اجتماعی جامعه است.

منابع:

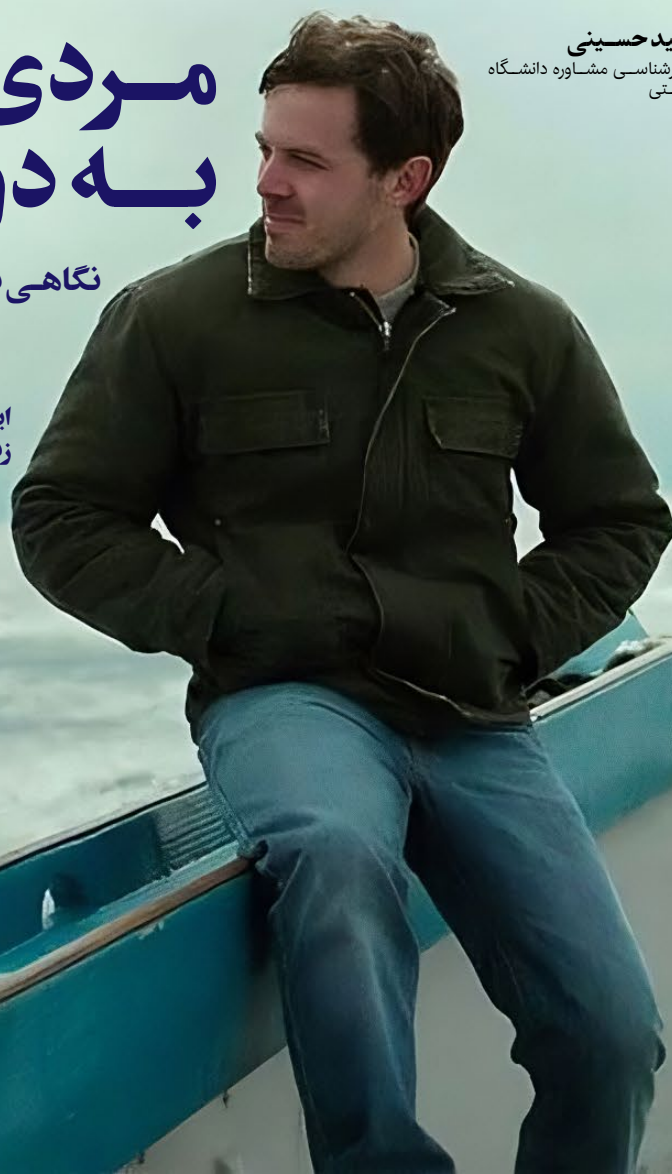
- درودی، فرس، حسن. ارزیابی مدیریت بحران در ایران بر مبنای مدل لیتل جان (با بررسی موردی سیل فروردین ۱۳۹۸ لرستان، مازندران و زلزله آبان ۱۳۹۶ کرمانشاه. فصلنامه علمی-ترویجی دانش پیشگیری و مدیریت بحران. ۲۰۱۹؛ ۹(۴): ۳۹۳-۴۰۲
- Hajebi, A., Hashemian, S. S., Abolhassani, N., Hajebi, F., Alizadeh, S., Rahnejat, A., Khademi, M., & Taghva, A. (2022). Assessing the impact of stigma reduction interventions in Iran: A qualitative study from the perspective of mental health stakeholders. *Frontiers in Public Health*, 10, Article 1027002.
- Kaplan, L. J. (1961). *Crisis intervention: A handbook for practice and research*. Behavioral Publications.
- Lillibridge, J., & Klukken, G. (1978). *Crisis intervention: Theory and methodology*. Academic Press.
- Kanel, K. (2003). *A guide to crisis intervention*. Cengage Learning
- Neria, Y., Nandi, A., & Galea, S. (2008). Post-traumatic stress disorder following disasters: A systematic review. *Psychological Medicine*, 480-467, (4)38

مردی که بار گناه به دوش می کشید

نگاهی به سوگ و فقدان در فیلم منچستر کنار دریا

این فیلم درباره غلبه بر اندوه نیست بلکه درباره
زیستن با زخمی است که هیچگاه بسته نخواهد شد.

سناسید حسینی
دانشجو کارشناسی مشاوره دانشگاه
شهید بهشتی



«من مردی هستم که چیزهای زیادی دیده‌ام، و بسیاری از آنها را نمی‌توانم فراموش کنم. اما همه آن‌ها چیزهایی هستند که نمی‌توانم درباره‌شان صحبت کنم.»
ارنست همینگوی، وداع با اسلحه

منچستر کنار دریا، داستان سکوتی‌ست که از درد انباشته شده. داستان مردی که گذشته سایه‌وار به دنبالش می‌دود و او سرسختانه از آن می‌گریزد. کنت لونرگان، با دیدی رئالیستی، آرام و بی‌طرف، مخاطب را به درون داستانی برده که زندگی روزمره آدم‌ها را نشان می‌دهد. این فیلم درباره غلبه بر اندوه نیست بلکه درباره زیستن با زخمی‌ست که هیچگاه بسته نخواهد شد.

کارگردان، هوشمندانه فرم را در خدمت روایت قرار داده که تجربه سوگ و فقدان را به شکلی ملموس و عمیق به تصویر می‌کشد. او با استفاده از فلاش‌بک‌های قوی و درست مخاطب را به ذهن «لی چندلر» برده و داستان را از دید او تعریف می‌کند. فلاش‌بک‌ها به موقع و صحیح در فیلم قرار داده شده‌اند به گونه‌ای که مخاطب زمان را هنگام تماشای فیلم گم نمی‌کند. درست مانند ذهن یک انسان که با یک واقعه به خاطره‌ای دور پرت می‌شود. و اینگونه روایت تا پایان فیلم مخاطب را با هر فلاش‌بک شگفت‌زده می‌کند.

در فیلم از لانگ‌شات‌های ثابت و طولانی استفاده شده که حس سکون و انزوای شخصیت را منتقل می‌کند. نما و نورهای طبیعی، رنگ‌های سرد و لانگ‌شات‌هایی از شهر و بندر، در کنار موسیقی ملایم، احساس واقعی بودن را به تماشاگر می‌دهند به گونه‌ای که فضا باورپذیرتر و منطبق با وقایع روزمره زندگی آدم‌هاست. این ویژگی‌ها در خدمت هدفیست که کارگردان دارد؛ یعنی نشان دادن اینکه شخصیت‌های داستان و آدم‌ها همه جزئی از این دنیا هستند و با تمام مشکلات و حوادث، زندگی روال خود را طی می‌کند، چه با آن سازگار شویم یا نشویم.

کیسی افلک، پیچیدگی‌های نقش لی چندلر سوگوار را با ظرافت و شخصی‌سازی بی‌نظیری اجرا می‌کند. از لحن آرام و بی‌رمق صحبت کردن گرفته تا نگاه‌های خیره و خشم فروخورده‌ای که گاه‌به‌گاه طغیان می‌کند. لی مردیست که در سکوت رنج برده و احساس گناهش آرام‌آرام او را به ورطه ویرانی می‌کشاند. او در نهایت برای بازی در این نقش، برنده اسکار بهترین بازیگر مرد، در سال ۲۰۱۷ شد.

فیلم به طور کلی همانند شخصیت اصلی داستان، از اضافه‌گویی پرهیز می‌کند. به جای ابراز هیجانات اغراق شده سعی کرده تا رنج آدمی را با سکوت‌های معنی‌دار و

حالات صورت و رفتارها، خارج از زبان بیان کند. ژاک لکان روانکاو، در یکی از سمینارهای خود به این اشاره می‌کند که زبان نمی‌تواند تمام ابعاد تروما را بیان کند و رنج آدمی در کلام نمی‌گنجد. در مجموع، منچستر کنار دریا فیلمی کم‌حرف، اما معنادار است که تجارب واقعی انسان را در مواجهه با فقدان و درد نمایان می‌سازد.

سکانس اول، با یک موسیقی آرام و ملایم و صدای بازی عمو و برادرزاده شروع می‌شود. حال و هوای آن، بهاری، دلپذیر و شاد است. و از همه مهم‌تر عنصر اصلی فیلم، رابطه لی و پاتریک را نشان می‌دهد. در سکانس بعد ناگهان از آن حال و هوای دل‌انگیز و آرام به زمستانی سرد، بی‌روح و خشن که بی‌شباهت به روزگار لی نیست، پرت می‌شویم. آن عمووی خوشحال و خوش اخلاق حالا تبدیل به مردی تنها، خسته و خشمگین شده که به دنبال این است تا هر لحظه خشم خود را معطوف به اطرافیانش بکند. لی قبل از آن حادثه تلخ که خانه و فرزندان را از دست داد، آدمی شاد و اجتماعی بود و در کنار خانواده، زندگی آرامی داشت. اما دیگر از آن آدم قبلی خبری نیست. او در ابتدا برای مخاطب غیرقابل درک است. کم‌کم فلاش‌بک‌ها، داستان لی چندلر را نمایان و گره از شخصیت پیچیده او باز می‌کنند.

فلاش‌بک‌ها از نقطه‌ای آغاز می‌شوند که او مجدداً دچار فقدان شده و احساسات دردناک دوباره گریبان‌ش را می‌گیرند. احساساتی که سال‌ها انکار و سرکوب شده بودند، دوباره به سمت او حمله‌ور می‌شوند. او گویی جز فرار از آن‌ها راه دیگری ندارد. لی در یک بی‌حسی قرار گرفته و با هیجانات و بدن خود قهر است. واکنش او به سوگ برادرش جو کاملاً این را نشان می‌دهد. همچنین او به یکی از رایج‌ترین سرکوب‌کننده‌ها، الکل، پناه می‌برد. اینچنین او احساساتش را هرچه تمام‌تر می‌فشارد و در موقعیت‌های حساس، این فشرده شده با شدت بیشترها می‌شود. مانند سکانس‌های دعوا با صاحب خانه‌ای که در آن کار می‌کرد و مردانی که با آن‌ها درگیر شد.

لی درون فقدان‌هایش دفن شده و آن را به عنوان بخشی از هویت خود پذیرفته است. او از درون تهی شده و احساس گناه برای مرگ فرزندان و جدایی همسرش تمام وجود او را در برگرفته است. زیگموند فروید در مقاله ماتم و مالیخولیا به این امر اشاره کرده‌است که در فرد مالیخولیایی دارای احساس گناه، سوپرایگو بر علیه فرد شده و این خودسرزنشگری و احساس گناه رفته‌رفته فرد را ناخودآگاه به سمت غریزه مرگ می‌کشاند. چنانچه در سکانسی از فیلم در اداره پلیس زمانی که لی داستان آتش‌سوزی را تعریف می‌کند، شانه‌هایش زیر



زبان نمی‌تواند تمام ابعاد
تروما را بیان کند و رنج آدمی
در کلام نمی‌گنجد.

هیجان‌ات سرکوب شده‌ای که
اکنون سربرآوردند، اجازه به
کلام آوردن خود را نمی‌دهند.

نوزاد تازه متولد شده او برخورد می‌کند. مکالمه‌ای که بین آن‌ها شکل می‌گیرد، هر دو را به گذشته می‌فرستد. جملات ناتمامی که پشت سر هم می‌آمدند برای هرکدامشان احساساتی سرکوب شده در طی سالیان را نمایان می‌ساخت. قلب‌هایی که شکستند و شکسته خواهند ماند. گذشته‌ای که فراموش نمی‌شود و رد زخم‌ها و چه بسا خود زخم‌هایش هنوز تازه‌اند. لی به وضوح نشان می‌دهد که همچنان خود را مقصر حادثه می‌داند. او با نگاه‌های خیره و لحن سرد سعی بر آن دارد تا فاصله احساسی خود را حفظ کند. اما رندی می‌داند علی‌رغم اینکه دیگر هیچ چیز بین آنها نیست، هنوز هم هر دو همدیگر را دوست دارند اما دیگر راهی برای عشق نمانده. فقدان هردو آنقدر عظیم بوده که کلمات قدرت پرکردن آن را نداشتند. مکالمه آن‌ها پر از تردید، جملات ناتمام و سکوت بود. هیجان‌ات سرکوب شده‌ای که اکنون سر برآوردند، اجازه به کلام آوردن خود را نمی‌دهند. رندی تلاش کرده تا با ابراز احساسات و بخشش، فضای آشتی و عشق را در دل لی باز کند اما نفرت، رنج و ویرانی سراسر وجود او را گرفته و عملاً راهی به قلبش نگذاشته است. گذشته برای هیچ کدام تمام نشده؛ نه برای لی که در بیمارستان هنوز هم رندی را همسر خود می‌داند و دیلان را همانطور

بار احساس گناه خم شده است. همچنین در پایان از رئیس پلیس توقع مجازات دارد و زمانی که به او اجازه رفتن داده می‌شود، با تعجب می‌پرسد: «فقط همین؟». زمانی که قانون جرمش را اثبات نکرده او به خودش حکم اعدام می‌دهد و با اسلحه پلیس اقدام به خودکشی می‌کند. میل به ویرانگری در نتیجه احساس گناه، تا سال‌ها درون او باقی می‌ماند. همچنین لی خود را از داشتن یک رابطه سالم با برادرزاده‌اش که قیم اوست محروم کرده، چرا که شاید می‌ترسد به او نیز آسیب بزند و همچنان فرار از شروع یک زندگی دوباره را انتخاب می‌کند.

برخلاف فیلم‌های دیگر، لی با سوگش کنار نمی‌آید و همچنان از آن فرار می‌کند. شاید مخاطب تا پایان منتظر آن باشد که لی در کنار پاتریک بماند. اما او رفتن را انتخاب کرده و شهری را که تمام هیجان‌ات متضادش را در او بالا می‌آورد، ترک می‌کند. سوگ، فقدان و رنج دیگر بخشی از هویت او شده و شاید بدون آن‌ها فرو می‌پاشد. در نهایت فیلم نشان می‌دهد که التیام سوگ همیشگی نیست و فرد قرار نیست که همیشه از آن عبور کند. شاید بعضی زخم‌ها درمانی نداشته باشند.

سکانس کلیدی فیلم که تصمیم لی را برای رفتن قطعی می‌کند، سکانسی است که او با همسر سابقش رندی و

پاتریک سعی داشت مرگ پدرش را عادی جلوه دهد و هیجانات واقعی خود را پنهان کند. او با شوخ طبعی و بی تفاوتی درباره فقدانش صحبت می کرد اما زمانی که مرغ یخ زده را در فریزر دید، به یاد جسد پدرش در سردخانه افتاد و دچار حمله عصبی شد. او تلاش می کند تا احساساتش را جابه جا کند. برای مثال عشق و علاقه ای که به پدرش داشت را به قایق یادگاری او منتقل کرده و به شدت نسبت به آن حساسیت پیدا می کند. حتی سعی می کند آینده خود را نیز با کار در همان قایق بسازد. در نهایت لی گذشته را یک فاجعه دردناک می بیند که باید آن را رها کند اما پاتریک گذشته را جزوی از هویت خود می داند که باید آن را حفظ کند.

در پایان شاید تمام هدف فیلم را بتوان در سکاسی خلاصه کرد که لی خانه پیرمردی را تعمیر می کرد که او را می شناخت. او داستان مرگ پدرش را بازگو کرد که یک روز برای ماهیگیری به دریا می رود و دیگر باز نمی گردد. سپس چهار لانگ شات از یک زمین بازی، پرندگان در آسمان و دریا می بینیم. شاید فیلم می خواهد این مفهوم را به مخاطب برساند که آدمها در این دنیا می آیند و می روند، هیچ کس نمی داند که زندگی اش چطور تمام خواهد شد اما می داند که چطور زندگی اش را بگذراند. منچستر کنار دریا، برخلاف روایت های دیگر سینمایی به مخاطب امید کاذب نمی دهد. لی قرار نیست اندوهش را از بین ببرد و در کنار پاتریک زندگی کند. فقدان برای همیشه با او می ماند. فیلم برشی از واقعیت است، بی ادعا، کم حرف و سرشار از رنج های ناگفته و خاموش. داستان به ما می گوید بعضی زخمها درمانی ندارند و زندگی بی اعتنا به اندوه آدمها، همچنان ادامه دارد.

صدا زد که پسر کوچک خود را صدا می زد و نه برای رندی که عذاب وجدان حرفهایی که زده در قلبش سنگینی می کند و هنوز هم لی را دوست دارد. این مکالمه چنان برای لی دردناک بود که پس از آن سرپرستی پاتریک را به دیگر آشنایان سپرد و متوجه شد که دیگر در آن شهر جایی ندارد.

رابطه لی و پاتریک رکن اساسی داستان فیلم است. فیلم با نمایش این ارتباط شروع و مجدداً با نمایش آن پایان می یابد. ارتباطی که طی سالیان دستخوش تغییرات بزرگی می شود. پاتریکی که از کودکی گذر کرده و در اواسط نوجوانی است و لی که دیگر آن عموی شاد و پرانرژی نیست. واکنشی که هر کدام به فقدان می دهند، با هم تفاوت دارد.

تفاوت لی از این جهت است که او به طور کامل زندگی خود را تغییر داده و احساس گناهش را با خود حمل کرده و به شهر دیگری می برد. او از هرگونه دلبستگی جدید اعم از یک رابطه دوستانه یا عاشقانه پرهیز کرده و اگر رابطه ای در حال شکل گیری باشد، او ناخودآگاه آن را خراب می کند. او باور دارد که مستحق خوشبختی نیست و عامدانه یک زندگی پرمشقت را برای خود می سازد. حتی در رابطه با پاتریک هم زمانی که رابطه شان به خوبی پیش می رود ناخودآگاه سعی بر خراب کردن آن دارد، زیرا خود را لایق آن نمی داند. تفاوت های شخصیتی لی و پاتریک نیز نحوه سوگواریشان را تحت تاثیر قرار می دهد. لی، در هنگام سوگواری خود را از دیگران جدا کرده و میل به انزوا و اجتناب از موقعیت دارد و در سکاس های متعدد، او هر

لی گذشته را یک فاجعه دردناک می بیند که باید آن را رها کند اما پاتریک گذشته را جزوی از هویت خود می داند که باید آن را حفظ کند.

گونه ارتباط با دیگران را رد می کند. در نهایت می شود دید که او میان مسئولیت پذیری و ترس از رویارویی با گذشته اش گیر افتاده است.

برخلاف لی که در سوگ خود غرق شده و زندگی خود را رها کرده، پاتریک سعی دارد زندگی روزمره خود را حفظ کند. او پس از مرگ جو همچنان به مدرسه می رود، در تیم های ورزشی باقی می ماند و مثل قبل با دوستانش وقت می گذراند. اما با این حال شاید وجه اشتراک مهم این عمو و برادرزاده، احساساتیست که سرکوب کرده اند.

بحران جنگ زیر درخت گردو

نگاهی بر فیلم سینمایی «درخت گردو» از منظر مشاوره در بحران

شادی صباری

دانشجوی کارشناسی مشاوره دانشگاه
شهید بهشتی



سپیده کریمزاده

دانشجوی کارشناسی مشاوره دانشگاه
شهید بهشتی



«تاریخ، بیشتر اوقات موفقیت‌های درخشان و شکست‌های چشمگیر نیروهای متخاصم را ثبت می‌کند تا تاثیر جنگ بر زندگی مردم عادی»

کابل میلرد

فیلم «درخت گردو»، محصول سال ۱۳۹۸ سینمای ایران، به کارگردانی محمدحسین مهدویان، کارگردان آثاری چون «لاتاری»، «ماجرای نیمروز»، «ایستاده در غبار» و «زخم کاری» است. فیلم‌نامه این فیلم توسط ابراهیم امینی و حسین حسینی نگاشته شده و پیمان معادی، مینو شریفی، مینا ساداتی و مهران مدیری در آن به ایفای نقش پرداخته‌اند. «درخت گردو» ازجمله فیلم‌های راه‌یافته به سی و هشتمین جشنواره فیلم فجر بود که سیمرغ بلورین بهترین کارگردانی و بهترین بازیگر نقش اول مرد با بازی پیمان معادی را کسب کرد. همچنین مینو شریفی نیز نامزد سیمرغ بلورین بهترین بازیگر نقش مکمل زن گردید.

سال ۱۳۵۹ صدام حسین، دیکتاتور سابق عراق، با هدف گسترش مرزهایش به خاک ایران، حمله کرد. او تصور می‌کرد در مدت کوتاهی برنده این جنگ خواهد بود، اما این طور نشد. صدام حسین که از طولانی شدن جنگ به ستوه آمده بود، تصمیم گرفت با استفاده از سلاح‌های غیرمتعارف جنگ را به پایان برساند. فیلم «درخت گردو» بر اساس داستانی واقعی پیش رفته و روایتی از ماجرای زندگی قادر مولان‌پور با همسر باردارش مریم، دخترش شهین و دو پسرش ناصر و مال‌مال در روستای رش هرمه سردشت ارائه می‌دهد. در بعدازظهر هفتم تیرماه سال شصت و شش، چهار بمب شیمیایی، از اضافات بمب‌های شیمیایی که بر شهر سردشت فرو ریخته شده بود، به این روستا اصابت کرد و همینجا بود که بانگ بحران در زندگی قادر و خانوادهاش شنیده شد.

بحران، مانعی بسیار دشوار است که در زمان مشخصی اتفاق می‌افتد و توان حل مسئله فرد را از بین می‌برد. بحران به طور ناگهانی تعادل روان‌شناختی فرد را به هم

می‌ریزد، مکانیسم‌های مقابله‌ای و همیشگی او را با شکست روبرو کرده و نهایتاً منجر به تخریب عملکرد و باقی ماندن ناراحتی قابل ملاحظه در وی می‌شود. بحران‌ها از نظر علت به دو دسته بحران طبیعی و بحران مصنوعی تقسیم می‌شوند. بحران جنگ از بحران‌های مصنوعی است که به علت خطای انسانی و بدکارکردی تکنولوژی رخ می‌دهد. در این بحران، انسان به طور مشخص، مقصر است.

هنگام بروز بحران، یکی از عواملی که شدت بحران را مشخص می‌کند، میزان عدم آمادگی و غافلگیری فرد است. هر چه فرد کمتر برای رخداد، آمادگی داشته باشد و اتفاق به صورت ناگهانی تری رخ دهد، شدت بحران برای او بیشتر خواهد بود. همین موضوع پیش‌بینی‌ناپذیری است که شیوه‌های مداخله در بحران را از سایر مداخلات روانشناختی متمایز می‌کند. رابطه افراد با کسانی که از دست رفته‌اند، عامل مهمی در سلامت روانی افراد بازمانده است. با توجه به این موارد، می‌توان گفت شدت بحرانی که شخصیت اصلی داستان با آن دست و پنجه نرم می‌کند بسیار بالا و قابل توجه است.

در ابتدای فیلم، زمانی که هنوز از انتشار گاز شیمیایی در روستا زمان زیادی نگذشته است، قادر در میان هیاهوی مردم روستا ایستاده و همان طور که به افراد اطرافش کمک می‌کند، با چشم به دنبال خانواده‌اش می‌گردد و هنگامی که آن‌ها را می‌بیند، لحظاتی با بهت به آن‌ها نگاه می‌کند. در این لحظات، به تعبیر روان‌شناختی، قادر در «شوک و ناباوری» به سر می‌برد. در این لحظات، درک و پذیرش واقعیت و بحرانی که اتفاق افتاده برای فرد امکان‌پذیر نیست و این موضوع را می‌توان در تلاش مضطربانه و بی‌وقفه قادر برای انتقال خانواده‌اش به شهری دیگر و بازگرداندن آن‌ها به نقطه امن اولیه مشاهده کرد. در این مرحله از بحران، بهتر است به فرد اجازه دهیم تا لحظاتی را با خود بگذراند و به تحلیل بحرانی که اتفاق افتاده پردازد تا از نظر ذهنی و روانی در شرایط آرام‌تر و متعادل‌تری قرار گیرد. در لحظات اولیه پس از بحران بهتر است افراد را با گفتن جملاتی مثل: «قوی باش»، «اتفاقی نیفتاده» و «به خودت مسلط باش» تحت فشار قرار ندهیم و تلاش نکنیم تا تنها با گفتن چند جمله فرد را از بحرانی که برایش اتفاق افتاده منحرف کنیم و او را به شرایط عادی بازگردانیم.

همچنین بهت و ناباوری قادر را در سکانس‌های متعدد دیگری در فیلم نیز مشاهده می‌کنیم. زمانی که قادر فرزندش ناصر را از دست می‌دهد و از شب تا صبح مقابل آمبولانسی که فرزندش در آن است میایستد. یا در جایی

در بعدازظهر هفتم تیرماه سال شصت و شش، چهار بمب شیمیایی، از اضافات بمب‌های شیمیایی که بر شهر سردشت فرو ریخته شده بود، به این روستا اصابت کرد و همینجا بود که بانگ بحران در زندگی قادر و خانوادهاش شنیده شد.

که آیا فرزند دیگری هم دارد، قادر درباره‌ی فرزند از دست داده‌اش صحبتی نمی‌کند. پیرمرد غذایی به قادر تعارف می‌کند و می‌گوید اگر این طور ادامه بدهد از پا در می‌آید اما قادر فقط نگران همسرش است. قادر پس از مرگ سه فرزندش، شبی را در روستایشان می‌گذراند و علی‌رغم حرف اهالی روستا که به او گفتند آن محل خطرناک است و بهتر است شب را در خانه بگذراند، قادر شب را همان‌جا، کنار مزار سه فرزندش می‌گذراند. پس از مرگ مریم، هنگامی که آقای دکتر زیر درخت گردو پیش او می‌آید، قادر درباره‌ی رنجی که تحمل می‌کند حرفی نمی‌زند. همچنین در اوایل داستان، هنگامی که بچه‌های قادر در بیمارستان بی‌تابی می‌کردند، قادر با وجود این که می‌دانست اثرات گازهای شیمیایی واگیردار است، نزد فرزندانش رفت و ماسک و لباس پلاستیکی‌اش را درآورد و بچه‌هایش را در آغوش گرفت. در اتوبوس و هنگامی که از سردشت در حال رفتن به بیمارستان تبریز بودند نیز ناصر گونه‌ی پدرش را بوسید و در آن لحظه نیز اثرات گازهای شیمیایی برایش مهم نبود. همچنین قادر در راه بازگشت به روستایشان، هنگامی که سوار جیپ مرد جوانی بود، به خواب رفت و در خیالش دید که با همسرش و فرزند تازه به دنیا آمده‌شان به خانه می‌روند و سه فرزند

دیگر، در سردخانه بدن‌های بی‌جان دو فرزند دیگرش مالمال و شهین را می‌بیند و در آن لحظه حتی به سختی می‌تواند بنشیند. در سکانس‌های متعدد دیگری از فیلم نیز با قادر و نابوری او همراه می‌شویم. در کامیون، در اتوبوس، پشت وانت و حتی هنگامی که قادر و خانواده‌اش به امید پناه بردن به جایی امن‌تر، به سردشت رفتند و آن‌جا هم با صحنه‌هایی مشابه با روستای خودشان روبرو شدند این حالت بهت قابل مشاهده است. در این مرحله و در این لحظات، ارائه توصیه‌های کلیشه‌ای راه به جایی نمی‌برد.

افرادی که با بحران‌های شدید مواجه شده‌اند همچنین ممکن است واقعیت را انکار کنند، از تفکر یا تکلم درباره‌ی اتفاقی که برایشان افتاده اجتناب کنند، نسبت به کارها و زندگی شخصی خود بی‌توجه باشند و برای گریز از واقعیت، به رویا و تخیل پناه ببرند. چند مورد از موارد بالا در رفتار قادر نیز مشاهده می‌شود. قادر درباره‌ی اتفاقی که برایش رخ داده صحبت نمی‌کند. هنگامی که اولین فرزندش را از دست می‌دهد با همسر آقای دکتر که در آن زمان کنارش بود، صحبتی نمی‌کند. بعد از فوت دو فرزند دیگرش، حتی هنگامی که پیرمرد مسئول سردخانه او را به اتاقش می‌برد و سر صحبت را با قادر باز می‌کند و از او می‌پرسد



اگر زمان برای ارائه مشاوره به فرد آسیب‌دیده محدود است، مناسب‌ترین پاسخ و واکنش، گوش دادن فعال به گفته‌های فرد، عدم بررسی جزئیات گفته‌ها و ارائه پاسخ‌های عاطفی است.

دیگرش با خوشحالی در خانه بازی می‌کنند و به دنبال هم می‌دوند.

موضوعی که در رابطه با بحران جنگ وجود دارد و آن را در فیلم نیز به صورت پررنگی مشاهده می‌کنیم، این است که در هنگام جنگ اتفاقات ناگوار و بحران‌های بسیاری یکی پس از دیگری رخ می‌دهند. در زندگی قادر نیز سختی‌ها بصورت پیاپی اتفاق می‌افتند و شرایط زندگی را برایش دشوارتر می‌کنند. اصابت بمب‌های شیمیایی به روستا و ناامنی خانه‌ها برای ساکنین روستا، صدمه دیدن افراد خانواده، آشنایان، دوستان و هم‌شهریان، از دست دادن افراد خانواده و نزدیکان، نبود امکانات درمانی مناسب و کافی به دلیل هجوم ناگهانی مردم به بیمارستان‌ها برای درمان، واگیردار بودن اثرات گازهای شیمیایی و ترس مردم حاضر در بیمارستان از افراد شیمیایی شده، مفقود شدن آخرین فرزند قادر به دلیل فوت مادر و انتقال او به بخش نوزادان نارس و از آن‌جا به بهزیستی و... همگی نمودی از بلایای ناشی از جنگ هستند.

سه اصل فوریت، مجاورت و انتظارات در رابطه با مداخله در بحران بسیار مهم هستند. فوریت بر نزدیکی زمان مداخله با زمان وقوع بحران و مجاورت با ارائه خدمات مداخله‌ای در نزدیکی محل وقوع بحران ارتباط دارد. اگر مداخله در بحران در ۲۴ ساعت اولیه و در محل وقوع بحران صورت گیرد، موثرتر و به صرفه‌تر واقع می‌شود. همچنین منظور از انتظارات، توجه به نیاز افراد و در نظر گرفتن اولویت‌های مورد انتظار آسیب‌دیدگان را شامل می‌شود. اگر زمان برای ارائه مشاوره به فرد آسیب‌دیده محدود است، مناسب‌ترین پاسخ و واکنش، گوش دادن فعال به گفته‌های فرد، عدم بررسی جزئیات گفته‌ها و ارائه پاسخ‌های عاطفی است. باید به فرد اجازه داد تا هر چه دوست دارد بگوید و نباید در این زمینه او را تحت فشار قرار داد.

در مداخله در بحران به صورت کلی چهار مرحله وجود دارد. اولین مرحله «تسکین» است که در لحظات اولیه بحران و از طریق تماس جسمانی و تنفس عمیق صورت می‌گیرد. انجام این کارها منجر به آرامش فرد بحران دیده می‌شود. در فیلم، در لحظات اولیه پس از اصابت

بمب شیمیایی به روستا، قادر فرزندانش را پیدا می‌کند و آن‌ها را در آغوش می‌گیرد تا آن‌ها را تسکین دهد. دومین مرحله مداخله در بحران، «حمایت» از افراد آسیب‌دیده است. قادر با تنها نگذاشتن فرزندانش در بیمارستان و در آغوش گرفتن و بوسیدن آن‌ها و گفتن «خوب می‌شی بابا. خوب می‌شی.» تلاش می‌کند تا به صورت غیر مستقیم از فرزندانش حمایت کند و به آن‌ها امید و اطمینان و قوت قلب دهد تا آن‌ها روحیه خود را حفظ کنند و بهتر بتوانند با بحرانی که برایشان پیش آمده کنار بیایند. مرحله بعدی «جهت‌دهی» است که در این مرحله مهارت‌های سازگاری مراجع برانگیخته می‌شوند. در این مرحله امکان دارد که افراد در ادراک خود دچار اختلال شوند و به صورت غیرمنطقی عمل کنند. برای کمک به افراد آسیب‌دیده در این مرحله می‌توان به آن‌ها راه‌های ممکن و منطقی را نشان داد. در آخرین مرحله که «جهت‌گیری مجدد» نام دارد افراد آسیب‌دیده اهداف خود را بازبینی و دوباره ترسیم می‌کنند. در طول فیلم قادر پس از هر بحران و هر فقدان، دوباره جهت‌گیری کرد و هدفی جدید برای خود مشخص کرد. او پس از فوت ناصر به روستایشان بازگشت تا او را به خاک بسپارد و بعد به سردشت رفت تا همسرش را ببیند و بعد به تبریز رفت تا حال فرزندانش را جویا شود. پس از فوت مالمال و شهین، قادر دوباره سری به همسرش زد و دوباره به روستایشان بازگشت تا دو فرزند دیگرش را به خاک بسپارد. نهایتاً بعد از فوت همسرش بود که قادر در هم شکست و نیازی نمی‌دید که خود را در برابر دیگران محکم نشان دهد و جهت‌گیری بعدی او با تاخیر انجام شد. بعد از گذشت چند روز قادر به دنبال فرزند تازه به دنیا آمده‌اش به بهزیستی‌های چندین شهر سرزد و نهایتاً بعد از گذشت مدتی، مجدداً برای دادخواهی خانواده‌اش و دفاع از قربانیان و مظلومیت جان‌باختگان سردشت اقدام کرد. او پس از حدود ۲۰ سال موفق شد در دادگاه لاهه در هلند، صدای خود و تمامی قربانیان را به گوش دیگران برساند.



انرا از ادوارد مانه

خودکشی ممنوع!

مروری بر راهکارهای پیشگیری و مداخله در خودکشی

زهرا کریمیان
دانشجوی کارشناسی روانشناسی
دانشگاه علوم تحقیقات



خودکشی از جمله آسیب‌های اجتماعی است، که نه تنها فرد و خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه تأثیر مستقیمی روی نظام سلامت روانی و اجتماعی جامعه در تمام جهان دارد. هدف از این تحقیق بررسی راه‌های مداخله در خودکشی برای کاهش آسیب این اختلال روانی در سطح جامعه است.

تغییرات سریع و پیچیدگی‌های جهان امروز به همراه افزایش فشارهای مختلف، اثرات مستقیم و غیرمستقیمی بر زندگی مردم می‌گذارد. این فشارها می‌تواند زمینه‌ساز بروز اختلالات مختلف روانی و اجتماعی شود. خودکشی به عنوان یکی از آسیب‌های اجتماعی پرهزینه و ناسازگار با معیارهای ارزشی و فرهنگ جامعه و به مثابه یک زیان اجتماعی، شخصی و خانوادگی، یکی از مسائل مرتبط با سلامت اجتماعی به حساب می‌آید. نگرش به خودکشی در نوجوانان یکی از مشکلات عمده سلامت روان محسوب می‌شود، به این معنی که درک چگونگی رفتار خودکشی، پیش‌بینی و پیشگیری از وقوع آن یکی از چالش‌های اساسی حوزه بهداشت روانی است.

آمارهای سازمان بهداشت جهانی نشان‌دهنده آن است که سالانه تقریباً یک میلیون نفر در جهان به علت خودکشی جان خود را از دست می‌دهند. در چند سال اخیر (۵۰ سال اخیر) خودکشی، رشد ۵۰ تا ۶۰ درصدی داشته است؛ از سوی دیگر تعداد کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند، حدود ۲۰ برابر آمارهای فوق گزارش شده است. به نظر می‌رسد شیوع خودکشی در ایران نسبت به آمار جهانی پایین‌تر باشد و نسبت جنسیتی اقدام به خودکشی در زنان ایرانی دو برابر مردان ایرانی است. با مقایسه نرخ خودکشی در استان‌های مختلف ایران نیز شاهد تفاوت‌هایی هستیم و در برخی استان‌های غربی نرخ خودکشی بیشتر است. مطالعات مختلف نشان داده است عواملی نظیر محرومیت، موضوعات فرهنگی و مشکلات اقتصادی در این زمینه دخیل بوده‌اند. بسیاری از نظریه‌پردازان در پی تبیین خودکشی آرای متفاوتی را ارائه کرده‌اند؛ اشنیدمن، خودکشی

آمارهای سازمان
بهداشت جهانی
نشان‌دهنده
آن است که
سالانه تقریباً
یک میلیون
نفر در جهان
به علت
خودکشی جان
خود را از دست
می‌دهند.

ناراحت کننده‌ای رخ خواهد داد. ناامیدی با افسردگی، افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی، روابط اجتماعی ضعیف و فقدان عزت نفس همبستگی دارد. از سویی بد تنظیمی هیجانی یکی از مواردی است که با نگرش به خودکشی در ارتباط است.

نظم‌جویی هیجان، فرایندی است که افراد از طریق آن هیجانات خود را به صورت هوشیار و ناهوشیار تعدیل می‌کنند. هیجانات نقش مهمی در جنبه‌های مختلف زندگی، نظیر سازگاری با تغییرات و رویدادها ایفا می‌کنند و چنانچه بد تنظیم شوند، می‌توانند باعث مختل شدن زندگی فرد شوند. از این‌رو مدیریت هیجان، فرایندی درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف او بر عهده دارد. یکی از متداول‌ترین روش‌ها برای تنظیم هیجانات، استفاده از راهبردهای شناختی است. راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان، فرایندهای شناختی هستند که افراد برای مدیریت اطلاعات هیجان‌آور و برانگیزاننده به کار می‌گیرند و بر جنبه شناختی مقابله تأکید دارند. این راهبردها به افراد کمک می‌کنند تا برانگیختگی‌ها و هیجان‌های منفی را تنظیم نمایند. این شیوه تنظیم با رشد و پیشرفت یا بروز اختلال‌های روانی رابطه مستقیم دارد.

آموزش پیشگیری از خودکشی برواکنش‌پذیری شناختی

یکی از مداخلات مهم در زمینه کاهش نرخ خودکشی و جلوگیری از اقدام مجدد به خودکشی، برنامه آموزش پیشگیری از خودکشی است. این برنامه آموزشی توسط کنراد در سال ۲۰۱۵ برای کسانی که با افراد اقدام‌کننده به خودکشی کار درمانی می‌کردند، تدوین شد. در این روش، درگیر شدن در فرایند درمان، مشارکت فعال در رابطه توأم با همکاری بین بیمار و درمانگر توصیه می‌شود. در این روش درمانی، به خودکشی به‌عنوان جایگزینی برای اهداف مهم زندگی نگریسته می‌شود.

تحقیقات در این زمینه نشان داده است که آموزش برنامه پیشگیری از خودکشی می‌تواند بر افکار خودکشی و کاهش مشکلات اجتماعی اقدام‌کنندگان به خودکشی موثر باشد (نعیمی، اسدی و حامدی (۲۰۲۰) نشان دادند که عوامل خانوادگی موثر در اقدام به خودکشی، شامل چهار دسته عامل نقشی، عامل ناشی از خانواده همسر، عامل ارتباطی و عامل خشونت خانوادگی هستند. بنابراین با آموزش و پرداختن بیشتر به مسائل با محوریت خانواده می‌توان تا حدی از بروز خودکشی کاست.

را نوعی پاسخ به درد ویران‌کننده می‌داند. دورکیم بر نقش انزوای اجتماعی در خودکشی تأکید داشت و بامیستر، خودکشی را نوعی فرار از وضعیت ذهنی آزاردهنده می‌دانست. بررسی مطالعات مربوط به مداخلات پیشگیری از خودکشی نشان می‌دهد که استراتژی‌هایی مثل دستیابی به حمایت اجتماعی، جستجوی معنویت، بسیج کل خانواده برای رفع مشکل، کمک گرفتن از دوستان، همسایگان و خویشاوندان می‌تواند اثربخشی بیشتری داشته باشد. از سوی دیگر مطالعات مختلف نشان داده‌اند مداخلات درمانی روانشناختی می‌تواند در مداخله در بحران خودکشی موثر باشد.

انواع مداخلات درمانی روانشناختی:

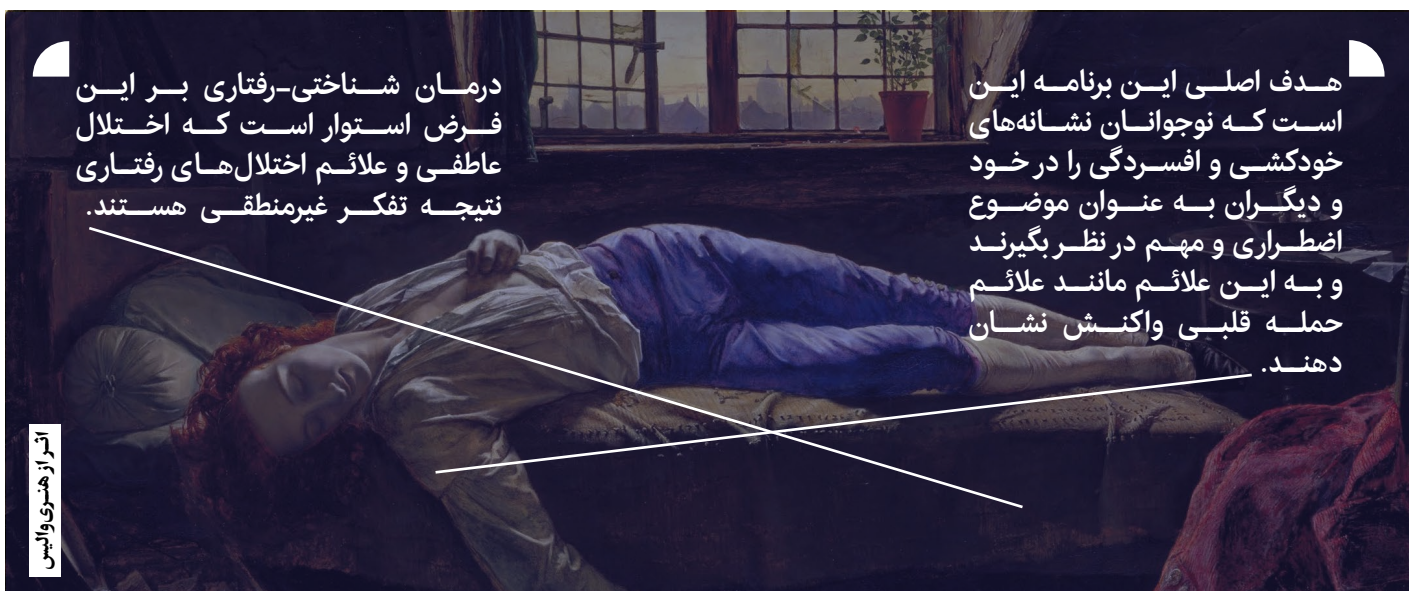
مداخله مددکاران اجتماعی با آموزش مبتنی بر حل مسئله

یکی از مهم‌ترین عوامل خطر شناسایی شده در زمینه اقدام به خودکشی، ناتوانی در حل مسئله و استفاده از سبک‌های مقابله‌ای مبتنی بر هیجان در افراد است. یکی از رویکردهایی که در مددکاری اجتماعی می‌تواند برای پیشگیری و مداخله در بحران خودکشی استفاده شود، روش مبتنی بر حل مسئله است که تلاش می‌کند به مراجعانی که با مشکلات پیچیده مواجه هستند، خدمات مورد نیازشان را به موقع و به شیوه مناسب برساند. این رویکرد بر این فرضیه استوار است که بازگشت به وضعیت سلامت، به عواملی در حوزه جسمی، روانی و اجتماعی بستگی دارد که ممکن است بر توانایی بیمار در دستیابی به بهبودی تأثیرگذار باشد.

با توجه به مهارت‌های مددکاران اجتماعی و به‌خصوص از طریق مداخلات گروهی، این رویکرد در کار با افرادی که مستعد خودکشی هستند، جایگاه ویژه‌ای دارد. در مطالعه‌ای که چویی با هدف بررسی اثربخشی درمان مسئله‌مدار بر افسردگی بزرگسالان با افکار خودکشی و ناامیدی انجام داد، درمان مبتنی بر حل مسئله تلفیقی، همراه با پیگیری از طریق تماس تلفنی در مقایسه با درمان حل مسئله به تنهایی اثربخش‌تر بوده که نشان از تأثیر عمیق پیگیری در درمان مبتنی بر حل مسئله دارد.

مداخله یکپارچه‌نگر در بدتنظیمی هیجانی

عوامل متعددی در گرایش افراد به خودکشی دخیل هستند، ناامیدی یکی از مهم‌ترین این عوامل است که با افکار خودکشی در ارتباط است و در واقع اتصال بین افسردگی و خودکشی می‌باشد. ناامیدی عبارت است از انتظار اینکه اتفاقات مطلوب اتفاق نخواهد افتاد و پیامدهای بسیار



درمان شناختی-رفتاری بر این فرض استوار است که اختلال عاطفی و علائم اختلال‌های رفتاری نتیجه تفکر غیرمنطقی هستند.

هدف اصلی این برنامه این است که نوجوانان نشانه‌های خودکشی و افسردگی را در خود و دیگران به عنوان موضوع اضطراری و مهم در نظر بگیرند و به این علائم مانند علائم حمله قلبی واکنش نشان دهند.

آراز هنری والیس

مداخله مبتنی بر درمان شناختی رفتاری

گردد. هدف اصلی این برنامه این است که نوجوانان نشانه‌های خودکشی و افسردگی را در خود و دیگران به عنوان موضوع اضطراری و مهم در نظر بگیرند و به این علائم مانند علائم حمله قلبی واکنش نشان دهند. هدف اصلی این برنامه افزایش آگاهی و تشخیص سریع‌تر علائم افسردگی و خودکشی است.

در مجموع می‌توان گفت که خودکشی به عنوان مسئله‌ای پیچیده با عوامل مختلفی مانند افسردگی، ناامیدی، و بدتنظیمی هیجانی مرتبط است و روش‌های درمانی مذکور هر یک از طریق افزایش آگاهی، بازنگری شناختی، افزایش حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی و آموزش فنون حل مسئله در راستای کنترل و پیشگیری این پدیده دخیل هستند.

منابع:

- ورمقانی، پری، ۱۳۹۸، مداخله مددکاری گروهی با رویکرد حل مسئله بر افکار خودکشی، مرکز تحقیقات مدیریت رفاه
- سلیمان نژاد، حمیرا، ۱۳۹۸، مداخله در ناامیدی و بدتنظیمی هیجانی، مقاله پژوهشی سلامت جامعه
- برومند، نرمین، ۱۴۰۱، آموزش پیشگیری از خودکشی بر واکنش پذیری شناختی، نشریه پژوهش پرستاری
- چلمردی، احمدرضا، ۱۳۹۹، ساختار سه مرحله ای خودکشی، فصلنامه علمی پژوهش‌های انجمن مشاوره ایران
- فیض الهی، علی، ۱۴۰۰، فراترکیب مطالعات خودکشی، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی
- قریشی، ابوالفضل، ۱۳۸۷، مرور سیستماتیک در زمینه خودکشی در ایران، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران شماره ۲
- شمس، مهرداد، ۱۴۰۲، افکار خودکشی در زنان، فصلنامه پویایی روانشناختی در اختلالات خلقی دوره دوم
- حسینی، اعظم، ۱۳۹۸، افکار خودکشی و افسردگی دختران، مجله پرستاری و مامایی ارومیه دوره هفتم

یکی از درمان‌هایی که باعث بهبود تمایز یافتگی و کاهش افکار خودکشی در زنان اقدام‌کننده به خودکشی شده است، درمان شناختی رفتاری می‌باشد. درمان شناختی-رفتاری بر این فرض استوار است که اختلال عاطفی و علائم اختلال‌های رفتاری نتیجه تفکر غیرمنطقی هستند. بر اساس درمان شناختی-رفتاری، تجارب افراد به تشکیل طرحواره‌هایی درباره خویشتن و جهان می‌انجامد که بر سازمان‌بندی ادراکی و کنترل و ارزیابی رفتار تاثیر می‌گذارد. درمان شناختی-رفتاری مراجعان را به حل فعالانه مسائل و درگیری جرأت‌مندانه در محیط، تشویق و بر توانایی فرد جهت تفسیر و تغییر رویدادها تاکید می‌نماید.

در واقع درمان شناختی-رفتاری برای مراجعان به صورت یک درمان کیفی منظم است که در آن اثرات متقابل شناخت‌ها، رفتارها و هیجانات مراجعان بررسی می‌شود و به منظور بهبود تمایز یافتگی و کاهش افکار خودکشی موارد مشکل آفرین هدف تغییر قرار می‌گیرد. هدف از این روش آن است که به فرد کمک شود تا بتواند حداقل یک بار در هفته برای انجام فعالیت‌های لذت بخش برنامه‌ریزی کند تا بتواند تغییر عمده‌ای در کیفیت خلق و زندگی فرد ایجاد نماید.

مداخله مبتنی بر درمان SOS

یکی از برنامه‌های پیشگیری جهانی مبتنی بر آموزش روانی برای محدود کردن رفتار خودکشی، برنامه اس او اس است. این برنامه شامل اقداماتی نظیر آموزش با هدف بالا بردن آگاهی از خودکشی است. آموزش روانی می‌تواند با کمک به فهم و شناخت علائم خودکشی در فرد و دیگران و با افزایش نگرش‌های انطباقی نسبت به خودکشی و افسردگی، به کاهش رفتار خودکشی منجر



انرا از ادوارد هاپر

مدیریت و مقابله با بحران در محل کار

فاطمه اصغری بیرامی
دانشجوی کارشناسی روانشناسی
دانشگاه الزهرا



کار کردن و اشتغال یکی از پایه‌های مهم هر جامعه‌ای به حساب می‌آید که علاوه بر منافع مالی، می‌تواند باعث شود که افراد با داشتن فعالیت، احساس پویایی داشته باشند و خود را قسمتی از اجتماع بدانند؛ این احساس روی عزت به نفس افراد تاثیرگذار است پس می‌توان نتیجه گرفت که داشتن شغل و مشغولیت به حرفه‌ای چقدر می‌تواند برای افراد سودآور و کمک‌کننده باشد. کار کردن مانند دیگر مفاهیم انسانی، بعدی دیگر نیز دارد. برای مثال فردی که در محیطی که رقابت به جای سازنده بودن، فرسایشی و دور از عدالت باشد و یا وی تحت آزار کلامی باشد کار می‌کند اما مجبور به حفظ شغل خود است، کار کردن می‌تواند ضربه‌ی سنگینی به روان او وارد سازد و از این رو بحث بحران در محیط کاری مطرح می‌شود تا کارفرمایان و کارمندان با شناسایی این بحران‌ها و راه‌حلی مناسب بتوانند به خوبی با هم تعامل کنند و سازمان نیز بتواند به اهداف خود برسد و بهره‌وری لازم را داشته باشد. کارکنانی که در محیط کار نامناسب به فعالیت می‌پردازند، بعد از مدتی ممکن است نسبت به شغل خود دلسرد شوند و علاوه بر رضایت شغلی پایین، رضایت آنها از زندگی نیز کاهش پیدا کند و به همین ترتیب، کیفیت زندگی آنها پایین آمده و دچار مشکلات روحی جدی نیز شوند. بنابراین با شناخت بهتر بحران‌ها می‌توان به گونه‌ای از آنها پیشگیری کرد تا این چرخه‌ی معیوب دوباره تکرار نشود.

از بحران‌های قابل توجه در محیط کار در ابتدا می‌توان به بحران مالی و اقتصادی توجه کرد. در این مدل از بحران، سازمان با مشکلات مالی دست و پنجه نرم می‌کند و ممکن است در لبه‌ی پرتگاه ورشکستگی باشد؛ به این صورت شرکت درآمد خود را از دست می‌دهد و با افزایش بدهی، مجبور به تعدیل نیرو می‌شود. تعدیل نیرو و اخراج را می‌توان یکی از کابوس‌های کارکنان هر سازمانی دانست، فردی که شغل خود را از دست می‌دهد وارد فضای استرس‌آور و فشار پیدا کردن شغل می‌شود تا بتواند به امرار معاش خود ادامه دهد و استقلال خود را حفظ کند. گاهی، ضربه‌ی خروج از یک سازمان و ورشکستگی برای کارکنان آنقدر سنگین است که ممکن است مدت‌ها درگیر علائم افسردگی و اضطراب بمانند و زندگی روزمره‌ی آنها مختل شود. برای جلوگیری از این اختلال، مهم است که افراد بتوانند استرس خود را در کنار باقی ابعاد زندگی، مدیریت کنند تا بتوانند با موفقیت از آن گذر کنند. این موفقیت لزوماً به این معنا نیست که فرد هزینه‌ای را متحمل نشود و یا چیزی را از دست ندهد بلکه به این معنا است که بتواند خود را بعد از این سانحه بازیابد و بتواند در سطحی سلامت به زندگی خود ادامه دهد. برای

در بحران منابع انسانی، کارکنان ممکن است به دلایل مختلف دست به اعتصاب زده باشند و یا کارمندی دچار بیماری سنگین و یا فوت شده باشد. در این صورت، سازمان نیروی کاری خود را از دست می‌دهد.

به کاهش احتمال درگیری با این بحران، بستن قراردادهای قانونی و توجه به جزئیات آنهاست تا در آینده مشکلی ایجاد نشود. برای این کار بهتر است که هم کارکنان و هم سازمان به صورت اختصاصی از مشاورین حقوقی در این زمینه بهره ببرند. مسائل قانونی بسیار با مسائل اخلاقی و انسانی گره خورده‌اند و سازمان‌ها و کارمندان زیر مجموعه‌ی آن‌ها بهتر است برای همکاری مفیدتر به منشور اخلاقیات کاری حرفه‌ی خود پایبند باشند.

سه بحران دیگر از میان بحران‌های شغلی و سازمانی را می‌توان به ترتیب بحران عملیاتی، بحران استراتژیک و بحران محیطی نامید. در بحران عملیاتی، در فرایند روزانه و اصلی سازمان اختلال به وجود می‌آید. برای مثال حوادث کاری و نقص فنی زیرمجموعه‌ی این بحران هستند. استفاده از فناوری، برنامه‌ریزی موثر در اندازه‌گیری استهلاک دستگاه‌ها و تهیه لیست تامین برای آینده از راه‌حل‌های توصیه‌شده برای مقابله با این بحران هستند. بحران استراتژیک نیز به این معناست که استراتژی‌های شرکت دیگر کارساز نیستند و نابودی کاربرد در راه‌حل‌های یک سازمان ممکن است به دلایلی نظیر تغییرات بازار، تشدید رقابت، تغییرات قانونی و نوآوری‌های تکنولوژی رخ دهد. در نتیجه سازمان باید بازار را تحلیل کرده تا از خروج سرمایه و از دست دادن فرصت‌ها جلوگیری کند. همچنین استفاده از نیروی کار ماهر و جوان نیز برای نوآوری و تنوع بخشی لازم است.

در آخر، بحران محیطی مربوط به بلایای طبیعی می‌باشد. این بلایا می‌تواند شامل خطرات طبیعی مانند زلزله و سیل و یا آلودگی محیط مثل آلودگی هوا و تغییرات آب‌وهوایی باشد. ارتقای زیرساخت‌هایی که با محیط زیست سازگار باشند، الزامی است. برای مثال، در ژاپن، ساختمان‌ها به گونه‌ای طراحی می‌شوند که در برابر زلزله از خود مقاومت نشان دهند. این مقاومت نه تنها باعث جلوگیری از خسارت مالی می‌شود بلکه می‌تواند به سازمان کمک کند که همچنان به فعالیت خود ادامه دهد.

منابع:

- Milenova, E. 6. (2025) Real-Life Crisis Management Examples to Learn From in 2025. Mention.
- Rubin, C. B., & Cutter, S. L. (2024). U.S. Emergency Management in the 21st Century. Routledge.
- عباسی، مریم. و کمالی، سعید. (۱۴۰۱). تأثیر مدیریت منابع انسانی بر کاهش بحران‌های سازمانی. مجله تحقیقات مدیریت، ۸ (۳).
- احمدی، حسین. و ملکی، سارا. (۱۴۰۲). تأثیر عوامل محیطی بر مدیریت بحران در سازمان‌های تولیدی. مجله پژوهش‌های محیطی، ۶ (۲).

مدیریت بحران مالی این نکته نیز مهم است که سازمان برنامه‌ریزی دقیق مالی داشته باشد، بتواند هزینه‌های غیرضروری را کاهش دهد و فرصت‌های جدید درآمدزایی را شناسایی و منابع سرمایه‌گذاری را جذب کند. البته مبحث حائز اهمیت در اینجا شرایط اقتصادی جامعه نیز می‌باشد؛ گاهی سازمان‌ها مجبور به تحمل ضرر به دلیل سیاست‌گذاری‌های اشتباه در سطح کلان هستند. این نوع از بحران نیازمند بررسی جداگانه‌ای می‌باشد تا سازمان‌ها برای ادامه‌ی حیات، خود را با شرایط تطبیق بدهند.

از دیگر بحران‌های مربوط به محیط شغلی، بحران منابع انسانی است. در بحران منابع انسانی، کارکنان ممکن است به دلایل مختلف دست به اعتصاب زده باشند و یا کارمندی دچار بیماری سنگین و یا فوت شده باشد. در این صورت، سازمان نیروی کاری خود را از دست می‌دهد. در اینجا کمک‌های حاصل از بیمه و خدمات مشاوره‌ای و روان‌درمانی می‌تواند التیامی بر درد سوگواری و بیماری باشد تا کارمندان با اعتماد بیشتری دست به انجام فعالیت بزنند. همچنین، شرکت برای کاهش هزینه‌های حاصل از این بحران باید بتواند سهم خود و امتیازهای کارکنان خود را به رسمیت بشناسد، شرایط کاری را ارتقا ببخشد و برنامه‌های آموزشی جهت فرهنگ‌سازی روابط بین‌فردی و مهارت‌های جدید ارائه دهد تا افراد با یادگیری موقعیت‌های جدید بتوانند امنیت شغلی بیشتری را تجربه کنند.

بحران بعدی مربوط به حوزه‌ی روابط عمومی است. اختلال و تخریب تصویر عمومی یک سازمان باعث می‌شود تا شرکت شرکا و مشتریان خود را از دست بدهد، این بحران می‌تواند به دلیل مشکل در کیفیت محصولات شرکت، مسائل اخلاقی و فسادهای مالی پیش بیاید بنابراین نکته‌ی حائز اهمیت در اصلاح و پیشگیری از این بحران، روابط شفاف و مسئولیت‌پذیری است، افراد باید بتوانند مسئولیت اشتباه‌های خود را بپذیرند و در جهت جبران خسارت تلاش کنند.

در دسته‌بندی بحران‌های محل کار همچنین می‌توان به بحران قانونی اشاره کرد. در این وضعیت، سازمان در موقعیتی قرار می‌گیرد که با مسائل حقوقی و قانونی جدی روبه‌رو است و هرچه سریع‌تر باید آن‌ها را حل کند. یکی از موارد کمک‌کننده

You are
not
yourself

آینه‌های شکسته

الهه نوزاد

کارشناسی روانشناسی، دانشگاه علوم و تحقیقات تهران



بر اساس پژوهشی، ۶۵ درصد دختران زیر ۲۵ سال از ظاهر خود راضی نیستند و بسیاری از آن‌ها به جراحی زیبایی روی می‌آورند.

بر اساس پژوهشی، ۶۵ درصد دختران زیر ۲۵ سال از ظاهر خود راضی نیستند و بسیاری از آن‌ها به جراحی زیبایی روی می‌آورند. بر اساس نظریه مقایسه اجتماعی وقتی زنان و دختران تصاویر مدل‌های جذاب و خوش‌اندام که فاقد هرگونه نقصی در ظاهرشان هستند را می‌بینند دست به مقایسه اجتماعی می‌زنند و این مقایسه باعث از دست دادن عزت نفس، افسردگی و پایین آمدن نمره تصویر بدنی می‌شود.

بر اساس طرحواره ظاهر (الگوهای فکری و احساسی ما درباره خود و دیگران)، زنان و دختران در این حین دست به نوعی تعمیم شناختی می‌زنند که بر اساس آن تمام رویدادهای زندگی خود را بر اساس ظاهر فیزیکی خود و دیگران تفسیر و ارزیابی می‌کنند. این نوع طرحواره می‌تواند تأثیر عمیقی بر روی نگرش‌ها، رفتارها و تصمیمات فردی و اجتماعی بگذارد. رسانه‌ها نقش مهمی در تأثیرگذاری بر تصویر بدنی و خودپذیری افراد ایفا می‌کنند. استفاده ناآگاهانه از رسانه و فضای مجازی می‌تواند به نارضایتی از خود، بحران روانشناختی، مشکلات روانی و از همه مهم‌تر باعث محدود کردن زیبایی در حصار الگوهای نادرست شود. آگاهی از تأثیر رسانه‌ها و تلاش برای خودپذیری می‌تواند به بهبود تصویر بدنی و افزایش عزت نفس افراد کمک می‌کند.

منابع:

- کاظمی، فروغ و کیانپور، مسعود و قاسمی، وحید. تبیین جامعه شناختی تأثیر تصاویر رسانه ای بر تصویر بدن و عزت نفس با تاکید بر نقش خودطرحواره ظاهر
- حیدری چروده، مجید و کرمانی، مهدی. (۱۳۸۹). رابطه باورهای زیباشناختی با تصویر ذهنی از بدن و نحوه مدیریت ظاهر در جوانان مختاری، مریم و عنایت، حلیمه (۱۳۹۰). نقش نگرش‌های جنسیتی در پیدایش تصویر بدنی زنان
- قادرزاده، امید و قادرزاده، هیرش و حسن پناه، حسین. تأثیر مصرف رسانه های جمعی بر مدیریت بدن
- محمودیان، حسین و کوچانی اصفهانی، مسعود و مقدسی، سعید. مصرف رسانه، مدیریت بدن و رفتار باروری
- ذکایی، محمد سعید. فرهنگ مطالعات جوانان، تهران نشر آگاه
- Marks, hazel. (self-schemata and processing in formation about the self). journal of personality and social psychology
- Locher, p. (a first glance accessibility if the physical attractiveness stereotype)

دنیای امروز با نام عصر ارتباطات شناخته می‌شود؛ دنیایی که رسانه به تمامی ابعاد زندگی انسان نفوذ کرده و به عنوان همراه همیشگی ما شناخته می‌شود. فقط کافی است تلویزیون را روشن کنید یا گوشی خود را چک کنید تا با سیلی از اخبار، تبلیغات و برنامه‌های مختلف روبه‌رو شوید. رسانه‌ها همانطور که می‌توانند منبع اطلاعات و سرگرمی باشند، می‌توانند تأثیرات عمیقی بر افکار، نگرش و خودپذیری افراد داشته باشند. پیشرفت تکنولوژی از یک سو به گسترش تبادل اطلاعات و از سوی دیگر به اعمال تغییر بدن منجر شده است. استفاده بیش از حد از رسانه‌ها باعث می‌شود تحت تأثیر تصاویر و ایده‌ال‌های غیرواقعی قرار بگیریم و احساس نارضایتی از خود و بدنمان داشته باشیم. این تصاویر با واقعیت فاصله زیادی دارند و ممکن است ما را به تغییرات غیرضروری در خودمان ترغیب کنند، اما قسمت جالب ماجرا اینجاست؛ در مواجهه با رسانه همه ما کمی عجیب و غریب هستیم! و همین عجیب بودن ما است که ما را منحصربه‌فرد و زیبا می‌کند. در گذر زمان، زیبایی از چیزی طبیعی به چیزی قابل دستیابی تبدیل شده است. یکی از روش‌های دستیابی به این زیبایی، مدیریت بدن و ظاهر است. در این فرایند، افراد به دنبال بهبود شکل ظاهری خود و نزدیک کردن آن به استانداردهای اجتماعی هستند. یکی از عواملی که به تغییر بدن منجر می‌شود، نگرش هر فرد به ظاهر و بدن خود است؛ که به عنوان تصویر بدن شناخته می‌شود. تصویر بدن به تصور ذهنی ما از بدن خود اشاره دارد و تحت تأثیر اعتقادات، گرایش‌ها و ایده‌ال‌های اجتماعی است. رسانه و تصاویر رسانه‌ای می‌توانند تأثیر زیادی بر این تصور داشته باشند. تصاویر رسانه‌ای، تبلیغات محصولات زیبایی، مجله‌های مد، فیلم‌های هالیوود و... می‌توانند باورهای زیباشناختی ما را تغییر دهند و تأثیر عمیقی بر درک و تصور افراد از بدن و خودپذیری آن‌ها بگذارند و افراد را به تغییر در بدن خود و هماهنگی با این الگوها ترغیب کنند. صنایع مد و زیبایی با ارائه تصاویر جذاب، به نارضایتی از بدن و تمایل به داشتن ظاهری مطابق با این الگوها می‌شود. این نارضایتی‌ها مشکلات زیادی مانند جراحی‌های زیبایی، رژیم‌های سخت غذایی، بی‌نظمی تغذیه و لاغری بیش از حد برای زنان و دختران جوان ایجاد می‌کند.

