

اصول و روش‌های مداخله روانی در بحران حوادث

خدابخش احمدی Ph.D.

آدرس مکاتبه: دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... "عج" - پژوهشکده طب رزمی - مرکز تحقیقات علوم رفتاری

خلاصه

بحران نوعی پاسخ به خطرناکی است که خود به صورت یک شرایط دردناک تجربه می‌شود، بحران می‌تواند به چند ساعت محدود شود و یا هفته‌ها طول بکشد. در بحران اقدامات گسترده‌ای برای کمک به فرد در کاهش ناراحتی به حرکت در می‌آید تا شخص را از نظر تعادل هیجانی به حالت با ثبات قبلی برگرداند. زمانی که شخص به تعادل هیجانی دست پیدا کرد، بحران رفع می‌شود. واکنش‌های سازگارانه نسبت به بحران، نیروهای بالقوه فرد را به حرکت درمی‌آورد و برعکس واکنش‌های ناسازگارانه باعث عمیق‌تر شدن بحران، انحطاط، واپس‌گرایی و بروز علائم اختلالات روانی می‌شود.

بحران انواع مختلفی دارد و براساس ملاک‌هایی چون شدت، نوع منبع ایجادکننده، ماهیت بحران و شیوه‌های مواجهه با آن طبقه‌بندی می‌شود. یکی از آن‌ها بحران‌های ناشی از حوادث طبیعی است. بحران‌ها علائمی از قبیل: جدایی، فقدان یا از دست‌رفتگی، عذاب درونی، مجروحیت، آسیب ناشی از استرس، از دست‌دادن دارایی، آوارگی، مهاجرت و غیره، از جمله علائمی هستند که بیشتر ناشی از بحران‌های حوادث طبیعی است. بحران‌ها از هر نوعی که باشند دارای علائم، مراحل و شیوه‌های مداخله‌ای تقریباً یکسانی دارند. در این مقاله سعی شده است با تکیه به منابع علمی و با استفاده از تجارب بالینی، مهم‌ترین و اساسی‌ترین اصول و روش‌های مداخله روان‌شناختی در بحران با تأکید بر شرایط بحران ناشی از حوادث ارائه شود. در تدوین مطالب سعی شده است، شیوه‌های مداخله‌ای با شرایط فرهنگی جامعه انطباق داده شود.

واژه‌های کلیدی: بحران، حوادث طبیعی، مداخله روان‌شناختی

ماهیت بحران

بحران ابعاد گوناگونی دارد و بر این اساس تعاریف متعددی از آن به عمل آمده است. در یک جا بر فرآیند شکل‌گیری بحران تأکید شده است. از این منظر بحران شدت و اوج استرس است، خاصیت تراکمی استرس موجب می‌شود که با گذشت زمان، استرس‌های متراکم شده تبدیل به بحران عمده شوند [۱]، از دیدگاهی دیگر بحران عبارتند از: نقطه اوج و برگشت، لحظه تصمیم‌گیری، زمان مشکل یا خطر. از این منظر بحران وضعیتی اضطراری، تهدید به خطر و نیاز به اقدام سریع را منعکس می‌کند [۲]. در جایی دیگر بحران به حالت و شرایطی گفته می‌شود که باعث نابسامانی در

اهداف و روال زندگی می‌گردد [۳]. در دیدگاهی دیگر، بحران ادامه طبیعی وضعیتی است که حل نشده و به نقطه‌ای رسیده است که بایستی یا از آن گذشت و یا از آن برگشت. گذر از بحران در گرو حل مسالمت‌آمیز بحران و برگشت به دنبال به کارگیری آخرین حربه‌های ناموفق است. مبتنی بر این دیدگاه است که بحران هم دارای آثار مثبت و هم آثار منفی است. بنابراین، در بحران دو نیرو درگیر هستند [۴]. نیروی اول در جهت رشد فرد و نیروی دوم به سوی سقوط و انحطاط می‌باشد. به خاطر همین شرایط است که عموماً افراد آسیب‌دیده از بحران دچار تعارض در اهداف و تصمیم‌گیری‌ها می‌باشند.

ویژگی‌های بحران ناشی از حوادث

بحران ناشی از حوادث دارای ویژگی‌های زیر هستند:

الف) انواع مختلف

حوادث شامل: سوانح^۱، بلایای طبیعی^۲ و جنگ^۳ است. بحران سوانح به مجموعه‌ای از علایم روان‌شناختی گفته می‌شود که به دنبال آسیب‌های بدنی و احتمال وقوع مرگ ایجاد می‌شود. بحران سوانح می‌تواند به سادگی سقوط از بلندی تا حادثه رانندگی منجر به آسیب‌ها و صدمات جسمانی شدید همچون شکستگی استخوان، آسیب مغزی و قطع نخاع باشد. قتل و جنایت نیز از جمله سوانح محسوب می‌شوند. بلایای طبیعی شامل: زلزله، طوفان، گردباد، آتشفشان، آتش‌سوزی، سیل، رانش زمین، سقوط سنگ آسمانی و رعد و برق می‌باشد. ویژگی اصلی بلایای طبیعی عدم توانایی کنترل از سوی شخص در معرض حادثه است. بنابراین، موجب فشار روانی شدید می‌شود. نوع سوم از حوادث جنگ است. جنگ موجب ترس و اضطراب صحنه جنگ، اسارت، مرگ دوست و هم‌رزم، جراحت، خستگی رزم^۴ و جدایی می‌شود. از دیگر حوادث جنگی را می‌توان آشوب‌های خیابانی یا آنچه که نتیجه عملکرد تروریسم است دانست [۵، ۶].

ب) فقدان^۵

فقدان، ویژگی اصلی بحران ناشی از حوادث است. از دست‌رفتگی، داغ‌دیدگی، بیکاری، فاجعه، زندانی‌شدن، مهاجرت، بستری‌شدن خود یا عزیز، خودکشی، از دست‌دادن سلامتی، از دست‌دادن عضوی از بدن و از دست‌دادن اموال و مایملک از جمله موارد فقدان در اثر حوادث است. عموماً فقدان یا از دست‌دادن‌ها موجبات یأس، ناامیدی و افسردگی می‌شود [۳، ۷].

ج) غافلگیری

عدم پیش‌بینی و ایجاد آمادگی در اغلب حوادث وجود دارد. ناتوانی فرد در کنترل حادثه موجب افزایش شدت استرس‌پذیری می‌شود. غافلگیری با زمان ارتباط دارد و می‌تواند یکی از ملاک‌های تشخیص شدت بحران باشد. بر اساس همین ویژگی است که

شیوه‌های مداخله‌ای در بحران ناشی از حوادث متفاوت با سایر بحران‌ها است [۴، ۸].

علایم روان‌شناختی افراد دچار بحران

تمامی کسانی که در معرض بحران آسیب‌زا (حادثه) قرار می‌گیرند به درجاتی از آن متأثر می‌شوند [۴]. تأثیرات ناشی از بحران حادثه در برخی از افراد به سرعت حل و فصل می‌شود و افراد دچار حوادث و مصائب سازگاری مجدد به دست می‌آورند و به‌طور معمول حداقل یک سوم آنان دچار حالاتی می‌شوند که اصطلاحاً سندرم بلا^۶ گفته می‌شود [۵]. مطالعات روان‌شناختی در خصوص افراد دچار حادثه که زنده مانده‌اند، نشان داده است که عموماً همه یا بعضی از علایم زیر در آن‌ها وجود داشته است [۲، ۵، ۸].

۱- علایم فشار روانی و فیزیولوژیکی از قبیل: ترس، هراس، تنش
۲- کرختی روان‌شناختی^۷ از قبیل: تجربه حالت از هم‌گسستگی و پریشانی، احساس بی‌کفایتی و درماندگی.

۳- اضطراب که جزء بنیادین بحران است

۴- اختلال در تفکر

۵- انزوا طلبی و اشتغال ذهنی

انکار واقعیات، اجتناب از تفکر یا تکلم درباره بحران، حقیقت‌گریزی، بی‌توجهی و بی‌قیدی نسبت به امورات شخصی و زندگی و پناه بردن به رویا و تخیل

۶- افسردگی

چنانچه بحران حل و فصل نشود واکنش‌های غصه، غم، ناکامی به اختلال افسردگی تبدیل می‌شود. اختلال خواب، اختلال خوردن، افکار مربوط به خودکشی، تجسم غیرارادی حادثه واقع شده یا وقوع مجدد آسیب، گریه‌های غیرارادی از جمله: علایم افسردگی

ناشی از بحران حوادث است

۷- تغییرات اساسی در زندگی

هر چند بحران‌هایی که به‌خوبی حل و فصل می‌شوند پتانسیل‌های بالقوه رشد را به حرکت درآورده و موجب پویایی و تغییر مثبت در زندگی می‌شوند، بحران‌های حل‌نشده آسیب‌دراز مدتی را

^۶ Disaster syndrom

^۷ Psychological numbing

^۱ Accident

^۲ Natural disasters

^۳ Military combat

^۴ Battle fatigue

^۵ Loss

به این معنی که فکر و عقیده ذهنی فرد در زمینه حادثه آسیب‌زا می‌تواند بسیار مهم‌تر از خود حادثه باشد.

ب) آسیب‌پذیری شخصی

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

۱- عوامل خانوادگی: به این معنی که اعضای خانواده‌ها، خانواده ناکارآمد، افراد دارای تاریخچه خانوادگی ابتلاء به بیماری روانی به‌ویژه اختلالات ASD ۱۱ یا PTSD ۱۲ بیشتر از سایرین قربانی آسیب روانی می‌شوند.

۲- عوامل اجتماعی: عواملی از قبیل از دست‌دادن دوستان نزدیک، نداشتن منابع حمایت اجتماعی، و کسانی که به‌جای خانواده در مؤسسات اجتماعی از قبیل: پرورشگاه‌ها، بیمارستان‌ها، آسایشگاه‌ها و زندان‌ها و مؤسسات شبانه‌روزی زندگی می‌کنند، بیشتر دچار آسیب روانی ناشی از حادثه می‌شوند

۳- وضع بهداشت روانی

کسانی که سابقه قبلی اختلال و بیماری روانی دارند احتمال بیشتری دارد که دچار ترومای روانی حادثه و درماندگی و اختلال ناشی از آن شوند

۴- سطح رشدی ۱۳

هر چند ناپختگی در رشد ذهنی و عقلی ممکن است از ابتلاء به اختلال آسیب روانی حادثه حفاظت و پیشگیری کند. آن چنان که در بین کودکان این‌گونه است و آن‌ها به‌دلیل عدم درک هراس واقعی حادثه کمتر دچار آسیب می‌شوند، ولی وقتی یک حادثه آسیب‌زا توسط افراد پخته و رشد یافته به‌عنوان یک مرحله گذر و عبور در زندگی قضاوت شود. میزان شدت آسیب در بین آنان را کاهش می‌دهد. در حوادث و خطرات بزرگ از جمله: زلزله، سیل، آتش‌نشانی و جنگ ممکن است میزان آسیب روانی بالایی در پی داشته باشند. در این موارد، بایستی افراد دچار آسیب روانی شناسایی شده و برای ارائه خدمات مشاوره و روان‌درمانی ارجاع

در رفتار فرد و زندگی آینده او ایجاد می‌کنند. افراد دچار بحران حوادث انزوای اجتماعی را در پیش می‌گیرند، فعالیت‌های لذت‌بخش را رها می‌سازند، ممکن است به مناطق جغرافیایی دیگر مهاجرت نمایند، کارآیی قبلی خود را از دست می‌دهند، به‌دنبال یافتن معنای زندگی و اهداف جدید برای زندگی‌شان می‌باشند و در مجموع روال عادی زندگی افراد تغییر می‌یابد.

عوامل مرتبط با میزان آسیب روانی بحران

هر چند تمام افرادی که در معرض حوادث بحرانی قرار می‌گیرند به درجاتی از آن متأثر می‌شوند و به‌خاطر همین علائم اولیه بحران حوادث همچون سردرگمی، تنش، هراس و اضطراب همگانی است ولی همه آن‌ها دچار اختلال نمی‌شوند. بررسی‌ها نشان داده است که برخی افراد نسبت به برخی دیگر آسیب‌پذیر هستند. میزان آسیب‌پذیری به عواملی بستگی دارد که عمده‌ترین آن‌ها [۸] عبارتند از:

الف) چگونگی تجربه حادثه

تجربه حادثه که با میزان ترومای حادثه ارتباط دارد عبارتند از:

۱- در معرض آسیب بودن^۸

۲- یعنی افراد نزدیک به حادثه و نیز آن‌هایی که مدت زمان بیشتری در معرض حادثه بودند ممکن است دچار آسیب روانی شوند

۲- ارتباط با قربانیان حادثه

به این معنی که میزان و کیفیت رابطه افراد با قربانیان حادثه یکی از مهمترین عامل مرتبط با آسیب روانی است. کسانی که نزدیکان و عزیزان خود را از دست داده‌اند، احتمال ابتلاء به ترومای حادثه را به میزان بیشتری دارند.

۳- شدت درماندگی^۹

نوع پاسخ‌های فوری افراد نسبت به حادثه بسیار مهم است

۴- تهدید ادراک شده^{۱۰}

¹¹- Acute Stress Disorder

¹²- Post Traumatic Stress Disorder

¹³- Developmental level

⁸- Trauma exposure

⁹- Severity of acute distress

¹⁰- Perceived threat

شوند. غربالگری و طبقه‌بندی آسیب‌دیدگان، نحوه اعمال مداخلات روانی در بحران را تسهیل می‌کند.

اصول مداخله در بحران

اصول مداخله تأمین‌کننده فضای لازم برای انجام روش‌های مداخله است. نبود یا بی‌توجهی به اصول مداخله در بحران، به‌کارگیری هر فنونی را بی‌اثر و حتی آسیب‌زا می‌کند. در شرایط بحرانی که آسیب‌دیدگان نسبت به محرکات جزئی نیز حساس هستند، بی‌توجهی به اصول مداخله می‌تواند تلاش‌های متخصصان را هدر داده، یاوران را مأیوس و ناکام گذارد. بر این اساس اصول مداخله به شرح زیر مطرح می‌شود [۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲].

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

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

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

۳- مکانیسم‌های طبیعی بهبودی پس از حوادث بحرانی تلاش به‌منظور بازگشت به شرایط قبلی است نه تداوم آسیب‌شناختی روانی. با وجود این که علایم مرضی ترس، اضطراب، تجربه مجدد، اجتناب شدید و علایم تحریک‌پذیری شدید در بین عده زیادی از حادثه‌دیدگان ملاحظه می‌شود، ولی به‌تدریج و به‌مرور زمان این علایم کاهش می‌یابد.

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

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

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

۷- آسیب فعلی ممکن است، خاطراتی را تحریک کند و یا علایمی را تشدید نماید که با تجارب آسیب‌زای قبلی ارتباط دارد. در چنین شرایطی برخی از بازماندگان احساس خواهند کرد که زخم کهنه‌شان باز شده است. چنین شرایطی باید به‌تدریج تلقی شود. زیرا احتمال بیشتری وجود دارد که به‌مرور زمان کاهش یابد. در چنین شرایطی به‌ویژه وقتی علایم با گذشت زمان بهبود نیافت، می‌توان از افراد خواست و آن‌ها را تشویق کرد تا تدابیر مؤثری که در شرایط قبلی اتخاذ کرده بودند، مجدداً به‌کار گیرند.

۸- متخصصین باید از طرح‌های درمانی که مبتنی بر مداخله‌های گروهی در بحران است، غافل نشود. سعی شود، بیشتر روش‌های درمانی به‌کارگرفته شده درمان‌های گروهی باشد

۹- یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که نباید از فنون و تکنیک‌های مداخله در بحران خود محورانه (غیر استاندارد) استفاده کرد. باید از به‌کارگیری این فنون بر روی بیمارانی که حداقل آسیب را از بحران دارند، احتیاط کرد. همچنین باید از به‌کارگیری روی کسانی که آسیب جسمانی دارند، نیز با احتیاط عمل کرد. روش‌های روان‌شناختی مداخله در بحران مناسب‌ترین روش‌هایی

می‌شود. در استفاده از فنون تسکین باید دقت شود و به‌کارگیری آن مطابق سن، جنس و ارزش‌های فرهنگی جوامع باشد [۱].

ب) حمایت

در این مرحله باید با توجه به شرایط و امکانات موجود درباره کمک‌های لازم تصمیم‌گیری شود. همچنین باید منابع موجود از قبیل: دوستان، حمایت‌های اجتماعی و توانمندی‌های خود مراجع بررسی و تقویت شوند [۴، ۱۳]. فنون مورد استفاده در این مرحله فنون حمایتی است. به‌کارگیری روش‌های خودشفا دهنده‌گی روحانی، کمک به طی شدن فرآیند سوگ و ماتم، حمایت غیرمستقیم، ایجاد امید و اطمینان‌دادن موجب می‌شود تا افراد دچار بحران تخلیه هیجانی شوند، احساس امنیت نمایند، قوت قلب بگیرند، از احساس تنهایی خارج شوند، فشارهای روانی را تحمل نمایند، تعادل روانی بدست آورند، روحیه‌شان افزایش یابد، نیروهای روانی و جسمانی‌شان فعال شود و نسبت به توانایی خود در گذر از بحران مطمئن شوند. لازم است حمایت‌ها غیرمستقیم باشد و باید مراقب بود که به مراجع امید واهی داده نشود. چنانچه این مرحله به‌خوبی عمل شود، بحران و استرس در فرد مهار شده و تحت کنترل درمی‌آید [۱۳، ۱۴].

ج) جهت‌دهی

این مرحله، مبادرت به‌عمل است. عمده اهداف این مرحله رهاسازی هیجانی، تسکین، فعال‌سازی و ارتقاء مهارت‌های سازگاری است. افراد بحران‌زده با مبادرت به‌عمل قدم در راه رفع حالت بحران و حصول مجدد تعادل برمی‌دارند. در اینجا درمان‌گر باید مهارت‌های سازگاری مراجع را برانگیزاند [۴، ۱۳]. افراد دچار بحران که با فقدان مواجه شده‌اند، ممکن است دچار اختلال در ادراک شده و احساس کنند که در بن‌بست قرار دارند و راهی جز روش‌های غیرمنطقی نیست. بنابراین، در این مرحله روش درمان کمک به افزایش راه‌های ممکن برای مراجع و پرهیز از به‌کارگیری راه‌حل‌های غیرمنطقی می‌باشد. آموزش روش‌های سازگاری و روابط اجتماعی و کمک به مراجع برای اشتغال و ادامه تحصیل و تدوین برنامه روزانه زندگی و شروع مجدد آن‌ها در این مرحله صورت می‌گیرد [۳، ۷].

هستند که برای بحران‌های واقعی کاربرد دارند و این روش‌ها مطمئناً نمی‌تواند و نباید جایگزین روان‌درمانی، روان‌پزشکی و داروهای ضددرد یا توان‌بخشی روانی شوند.

۱۰- در تمامی مراحل مداخله باید به فرهنگ بازماندگان توجه و احترام لازم گذاشته شود

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

مراحل و روش‌های مداخله روانی در بحران

مداخله روان‌شناختی تقریباً برای تمام افراد در معرض بحران لازم است. تحقیقات متعددی، سودمندی این مداخلات را نشان داده است. همچنین دیده شده است که هر چقدر رایه خدمات درمانی برای آسیب‌دیدگان مطابق زمان باشد. مراحل اثرگذاری آن بیشتر است [۸]. در مداخله و کمک به افراد دچار بحران حادثه می‌توان چهار مرحله کلی را شناسایی کرد. این مراحل به‌همراه روش‌های مداخله در آن‌ها به‌شرح زیر می‌باشد.

الف) تسکین

در این مرحله شدت بحران، شرایط حمایت و کمک، امکانات و فرصت‌های تغییر، انواع روش‌های درمانی و احتمال خطرات ممکن برای مراجع بررسی و ارزیابی می‌شوند [۴، ۱۳]. در این مرحله روش‌های مشاوره و روان‌درمانی متمرکز بر فنون تسکین است. تماس جسمانی، انبساط عضلانی و تنفس عمیق از جمله فنون تسکین است. تکرار ذکر، تنفس عمیق، تنفس و تنفس مجدد و درازکشیدن نیز از روش‌های رایج در به‌کارگیری فنون تسکین است. این روش‌ها موجب آرامیدگی و کاهش فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک و افزایش فعالیت سیستم عصبی پاراسمپاتیک و به‌دنبال آن کاهش علائم نفس‌زدن، ضربان قلب، فشار خون، تعریق، تغییر الگوی امواج مغزی و کاهش علائم هراس

د) جهت‌گیری مجدد

در این مرحله اهداف زندگی مراجعین بازبینی، اهداف جدید ترسیم و شیوه‌های نیل به آن‌ها تعیین می‌شود. در این مرحله هدف درمان، به حرکت درآوردن نیروی بالقوه بحران برای رشد و پویایی مراجع است. این مرحله شروع جهت‌گیری جدید در زندگی است. ارزش بحران وقتی آشکار می‌شود که شخص آماده رسیدن به مراحل بالاتر خودشکوفایی و تعادل باشد. این آماده‌سازی با استفاده از روش‌های امیدوارسازی، شناخت و اعتقاد به تحمل رنج و اعتقاد و پیوند ارتباط با خالق و سرنوشت و بالاخره پیدا کردن یک معنا برای ادامه حیات امکان‌پذیر می‌شود [۵]. روش‌های قابل استفاده در این مرحله به روش‌های نوسازی و رشد معروفاند. فنون مرکزیت‌دادن، تحلیل توانمندی، بمباران نقاط قوت، مرور تجارب رشد در این روش مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این مرحله از فنون دیگری همچون فنون مواجهه، آگاهی حسی، گشتالت درمانی، معنا درمانی، تعلیم ارتباط، هنرهای خلاق، افزایش تجارب جدید و تقویت معنوی نیز استفاده می‌شود. به کارگیری این فنون موجب رهاسازی توانمندی‌ها و قابلیت‌های فرد، تسهیل خودآگاهی، افزایش خودشناسی و جهت‌گیری جدید مذهبی و معنوی می‌شود [۳].

بحث و نتیجه‌گیری

بحران‌های ناشی از حوادث از یک سوی مستعد ایجاد آسیب‌های روانی و از سوی دیگر نیروی بالقوه رشد را به همراه دارند. در یک بحران مداخله مناسب از یک سو بر پیشگیری از علایم فوری یا درازمدت اختلالات روانی منجر می‌شود و از سویی دیگر موجبات شکوفایی و رشد فردی را فراهم می‌آورد. به دلایلی چند ضرورت دارد روش‌ها و فنون روان‌شناختی مداخله در بحران‌های ناشی از حوادث تدوین و ارایه شود؛ اولاً کشور ما (ایران) به دلایلی یکی از کشورهای حادثه‌خیز است، جنگ، زلزله و سیل چند نمونه از حوادثی است که تمامی مردم ایران با آن‌ها آشنا هستند و همه ساله افراد زیادی تحت تأثیر این حوادث دچار آسیب و به‌ویژه آسیب روانی می‌شوند که نیاز به مداخلات روان‌شناختی دارند. ثانیاً حل بحران در صحنه حادثه و در ۲۴ ساعت اول حادثه هم سهل و

راحت بوده و هم از نظر وقت و هزینه باصرفه‌تر است. بنابراین، شناخت و تدوین استراتژی‌ها و روش‌هایی که بتواند در صحنه بحران به کنترل و رفع بحران بپردازد، مهم و اساسی است. ثالثاً علی‌رغم اثرات درازمدت و بسیار نامطلوب بحران بر وضعیت روانی افراد دچار حوادث، هنوز ضرورت مداخلات روان‌شناختی در حوادث برای جامعه ما شناخته شده نیست. هنوز مداخله در حوادث صرفاً به امداد و نجات فیزیکی و رفع نیازهای فیزیولوژیکی محدود است به گونه‌ای که در جامعه ما امداد مساوی و هم‌معنی کمک مالی و رفع نیازهای جسمانی تلقی می‌شود و امدادهای روانی کمتر مورد توجه بوده است. براساس آنچه ذکر شد، نکات زیر پیشنهاد می‌شود.

۱- ایجاد مراکز حل بحران

برای گسترش خدمات روانی در بحران‌ها لازم است در ساختار مدیریت‌های حوادث غیرمترقبه کشور کمیته امداد روانی وجود داشته باشد. علاوه بر این لازم است مراکز حل بحران‌های روانی راه‌اندازی و تأسیس شود. زیرا برای افرادی که در شرایط بحران قرار دارند، مداخلات فوری و چند جانبه گروهی از یاوران متخصص لازم است. مراکز حل بحران روانی مراکزی هستند که خدمات مشاوره‌ای و روان‌شناختی توسط یاوران حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای در کمترین فرصت در اختیار افراد بحران‌زده قرار می‌گیرد. این مراکز دارای امکانات وسیع هستند. بهتر است در صورت امکان، تمامی افراد دچار حادثه و در صورت عدم امکان، افراد دچار آسیب روانی حداقل به مدت ۴۸ ساعت از محل آسیب به این مراکز انتقال و در آنجا نگهداری شوند و علاوه بر امکانات نگهداری، تغذیه و استراحت، خدمات مشاوره و روان‌شناختی به آن‌ها ارایه شود [۱۵].

۲- پیگیری

داشتن برنامه‌های منظم پیگیری، مدت‌ها پس از اتمام بحران ضروری است. وقتی جهت‌گیری امداد رسانی به آسیب‌دیدگان حادثه، روان‌شناختی باشد، پیگیری بخشی از برنامه خواهد بود. زیرا برخی از علایم آسیب روانی ناشی از حادثه ممکن است مدت‌ها پس از گذشت زمان و به صورت تدریجی ظاهر شود. بنابراین، لازم است هم برای تشخیص و درمان آن‌ها و هم برای تداوم درمان

۴- آموزش کارکنان بحران

تمامی افرادی که به‌عنوان یاور، امدادگر، مدیران امدادی، پلیس، پزشک، پرستار و از این قبیل: در زمان حوادث وارد عمل می‌شوند، باید دربارهٔ امدادهای روانی آموزش‌هایی ببینند. زیرا هر نوع واکنش اطرافیان می‌تواند برای افراد دچار حادثه مفید و یا آسیب‌زا باشد.

۵- پژوهش

همچنین پیشنهاد می‌شود که مطالعات روان‌شناختی در حوادث و بحران‌ها افزایش یابد. زیرا افراد جامعه ما بیش از همه عوامل قربانی حوادث می‌شوند.

منابع

- ۱- تروررجی، پاول سیمونجی و انزایت. فشار روانی، اضطراب و راه‌های مقابله با آن، ترجمهٔ عباس بخشی‌پور و حسن صبوری مقدم، انتشارات آستان قدس رضوی، ۱۳۷۷، صفحات: ۱۳۷ - ۱۶۲.
- ۲- گلنسیس پاری. مقابله با بحران، ترجمه حمید مقدس، نشر بشری، ۱۳۷۳، صفحات: ۳ - ۲۰.
- 3- Brock SE, (in press) Identifying psychological trauma victims. In SE, Brock PJ, Lazarus & SR. Jimerson (Eds), Best practices in school Crisis prevention and intervention, Bethesda, M.D. National Association of school psychologist Retrieved World Wide Web[on-line] Available: <http://www.nasponline.org/NEAT/Crisis0911.html>, P: 2 - 6. access at 2004.
- ۴- تن برگ، دیو رونیه. مدیریت بحران ترجمه محمدعلی ذوالفقاری اصل، نشر حدیث، ۱۳۷۳، صفحات: ۲۲ - ۴۴.
- ۵- آزاد حسین. آسیب‌شناسی روانی، نشر بعثت، ۱۳۷۵، صفحات: ۹۲ - ۹۹.
- ۶- احمدی خدابخش (۱۳۸۱) آشنایی با بحران‌های روان‌شناختی ناشی از جنگ، خلاصه مقالات کنگره سراسری طب‌نظامی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... «عج»، ۱۳۸۱، صفحات: ۴۲۱ - ۴۲۲.
- 7- Saigh PA, Yasik AE, Sack, WH, & Kop lewicz HS. Child-Adolescent post traumatic stress disorder: pervalence risk factors and comorbidity. In P.A. saigh & J.D. Bremner [Eds], Post traumatic stress disorder: A comprehensive text, Boston: Allyn & Bacon. 1999; P: 18 - 43.
- 8- Tschacher W and Jaco bshagewn N. Analysis of Crisis intervention

افراد آسیب‌دیدهٔ قبلی، برنامهٔ پیگیری تا مدت‌ها پس از گذشت حادثه ادامه یابد[۱۶].

۳- ایجاد دوره‌های روان‌شناسی بحران

ضروری است با توجه به میزان حادثه‌خیزی جامعهٔ ما، دوره‌های عالی روان‌شناسی بحران ایجاد شود و همچنین برای سایر دوره‌هایی که به نوعی می‌تواند در شرایط بحرانی مفید باشد از قبیل: مشاوره، مددکاری، روان‌شناسی بالینی، روان‌پزشکی و روان‌پرستاری دروسی تحت عنوان روان‌شناسی بحران اضافه شود.

processes Crisis. 2002; 23: 59 - 67.

- 9- Bisson JI, Jenkins PL, Alexander J and Bannister C. Randomized Controlled trial of psychological debriefing for victims of Acute bum trauma Br J Psychiatry. 1997; 171: 78 - 81.
- 10- Maier G J, Berstein MJ and Musholt EA. Personal coping for prison Clinicians: Toward transformation. Journal of Prison and Jail Health. 1989; 1: 29 - 39.
- 11- Raphael B. Disaster Mental health Response, Handbook, NSW. Health pub. 2000; P: 135 - 147.
- 12- Turnbull G, Busuttill. W and Pittman S. Psychological debriefing for victims of Acute burn trauma. Br J of psychiatry. 1997; 171: 582.
- 13- Laungani P, Roach F Counseling, Death and Breavement edited by palmer, stephan, MC Mahon; Gladeana in hand book counseling (seconded), Rutledge Pub. 1997; P: 63 - 78.
- ۱۴- مکتبی غلامحسین و تقی‌پور، منوچهر. نقش حمایت‌های روانی، اجتماعی در تأمین بهداشت روانی نیروهای نظامی، خلاصه مقالات همایش مسایل روان‌شناختی در نیروهای نظامی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... «عج»، ۱۳۷۸، صفحات: ۵۰ - ۵۱.
- ۱۵- جمعی از نویسندگان. آشنایی با ۳۹ فن روان‌درمانی، ترجمهٔ احمد اعتمادی و مصطفی تبریزی، انتشارات فراروان، ۱۳۷۶، صفحات: ۷۵ - ۷۹.
- 16- Aguilera DC. Crisis Intervention, Theory and Methodology (8th ed), moshy/pub. 1998; P: 174 - 188.