



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

# مداخله روانشناختی برای بازماندگان افراد فوت شده به دنبال خودکشی

ویژه کارشناسان سلامت روان نظام مراقبت های بهداشتی اولیه

تدوین: دکتر فرهاد طارمیان

بهمن ماه ۱۳۹۸

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

## سخن آغازین:

گاهی اوقات، برخلاف مداخلات و مراقبت هایی که برای افراد در معرض خطر خودکشی انجام می‌دهیم، افراد به زندگی خود خاتمه می‌دهند، اما نقش شما به عنوان کارشناسان سلامت روان در اینجا تمام نمی‌شود، چراکه فردی که خودکشی می‌کند اطرافیان را در معرض مشکلات روانشناختی عدیده ای قرار می‌دهد و آن‌ها را نیازمند کمک می‌کند.

## بازماندگان خودکشی!

بازماندگان خودکشی، طبق تعریف، گستره ای از خانواده مرحوم، دوستان، همکاران، کارشناسان سلامت روان و هرکسی را در برمی‌گیرد که با متوفی ارتباطی بیش از یک ارتباط موقتی داشته‌اند و همچنین شامل افرادی است که شاهد خودکشی فرد بوده‌اند، از جمله کسانی که به شکل تصادفی در صحنه خودکشی حاضر بودند. رانندگانی که خودکشی از طریق تصادف عمدی متوفی با وسیله نقلیه آنها صورت گرفته<sup>۲</sup>، اما بیشترین سوگ و بیشترین آسیب روانی ناشی از خودکشی متوجه خانواده و شریک عاطفی متوفی است (۱). در این بسته آموزشی، منظور ما از بازماندگان خودکشی، افراد نزدیک به فرد از دست رفته بر اثر خودکشی می‌باشد.

مرگ یک دوست، یکی از اعضای خانواده و در کل کسی که دوستش داریم یکی از دردناک ترین تجارب زندگی است و اگر این مرگ بر اثر خودکشی باشد، پیامدهای نیز آن مخرب‌تر است. بازماندگان غالباً درگیر احساساتی چون تنهایی، انزوا، فرسودگی، رها شدگی می‌شوند و با سوالات بی جواب بسیاری در ذهن خود دست و پنجه نرم می‌کنند (۲). بازماندگان خودکشی همزمان با دست رفتن عزیزانشان با مرگی غیر منتظره و احتمالاً خسونت بار نیز مواجه می‌شوند. اگرچه بسیاری از کسانی که قصد خودکشی دارند از قبل نشانه‌هایی از جمله خداحافظی کردن، صحبت درباره مردن، وصیت کردن، صاف کردن بدهی‌ها، تغییر ناگهانی خلق و یا حتی بهبود ناگهانی در خلقشان! را دارند اما باز هم این اتفاق برای بازماندگان بسیار غیر منتظره است. همچنین اگر بازماندگان به طور مستقیم شاهد صحنه خودکشی بوده باشند یا پیکر متوفی را بعد از خودکشی ببینند یا از حاضران در صحنه، درباره اتفاق رخ داده جزئیاتی را شنیده باشند، معمولاً این اتفاقات برای مدتی طولانی در ذهنشان می‌ماند. البته هر چند به مرور زمان کمرنگ‌تر می‌شود اما هیچگاه به طور کامل پاک نمی‌شود. مرگ یک عضو خانواده بر اثر خودکشی، تعادل خانواده را برهم می‌زند. تاثیر قطعی خودکشی در خانواده بستگی به نقش متوفی در خانواده و نحوه پرکردن جای خالی او دارد. همچنین یکپارچگی عاطفی اعضای خانواده (به لحاظ روانی و عاطفی به یکدیگر نزدیک باشند) راهی را برای آنها به وجود می‌آورد تا راهبردهای مقابله‌ای سالمی به کار گیرند.

<sup>1</sup>- suicide survivors

<sup>۲</sup>گاهی برخی افراد به قصد خودکشی، خودشان را عمداً جلوی وسایل نقلیه در حال عبور پرتاب میکنند

روشی که فرد با آن اقدام به خودکشی می کند می تواند در نحوه پذیرش دوستان و خانواده اش نسبت به مرگ متوفی تفاوت ایجاد می کند. پذیرش مرگی ناگهانی و غیر منتظره، به خصوص اگر خشونت آمیز و غیرقابل پیش بینی باشد (برای مثال حلق آویز شدن)، بسیار دشوار است. هرچه روش انتخابی شده خشن تر باشد، موانع بیشتری برای حل سوگ وجود دارد، اما جهت و مسیر نهایی همه سوگ ها شبیه به هم است (۳). به طور خلاصه عوامل زیر می توانند در تعیین مرضی بودن و شدید تر بودن سوگ اثر گذار باشند:

۱. نوع دل بستگی فرد بازمانده و همچنین تجارب اولیه وی از فقدان و سوگ
۲. نسبت (خانوادگی، دوست، همکار و...)، و کیفیت ارتباط فرد با متوفی (ارتباطی وابسته یا آمیخته با خشونت)
۳. سن متوفی
۴. غیر منتظره بودن خودکشی متوفی
۵. استرس های قبل از فقدان
۶. نوع نگرش به فقدان و بیش برآورد فاجعه
۷. تاریخچه بیماری های روان پزشکی در خانواده
۸. فقدان شبکه های حمایتی اجتماعی برای بازمانده
۹. شدت سوگ در ماه های اولیه
۱۰. احساس گناه، شرم، تردید و پشیمانی شدید
۱۱. اتفاقات استرس زایی که بعد از حادثه رخ می دهد و فرایند انزوای بازماندگان را تقویت می کند.

## فرایند سوگ:

لیندمان واکنش سوگ حاد را به صورت نشانگانی (سندرم) متمایز و دارای نشانه های روانشناختی و جسمی توصیف نمود و خاطر نشان کرد که این نشانگان بلافاصله پس از بحران اتفاق می افتد. او در عین حال ادعان نمود که این نشانگان ممکن است طبیعی یا غیر طبیعی باشند. در بعضی افراد ممکن است تشدید شده باشد و در سایرین ممکن است به تاخیر بیفتد یا ظاهراً غایب باشد. او شکل غیر طبیعی سوگ را شکلی تحریف شده قلمداد کرد و نشان داد که با اقدامات روانشناختی مناسب می توان شکل تحریف شده را به سوگ هنجار تبدیل و آن را حل کرد. او در یک جمع بندی خاطر نشان کرد که واکنش فرد به مرگ یا در زمانی که فردی عزیز دچار صدمات شدید شود، ممکن است یکی از اشکال متعددی را که می تواند به قرار زیر خلاصه شوند، به خود بگیرد:

۱. سوگ بهنجار
۲. سوگ بیمارگونه: طولانی شدن بحران هیجانی که به علت رفتار ناسازگارانه برطرف نشده باشد.
۳. واکنش های پسرقتی نظیر پیدایش افسردگی شدید یا الگوی بیمارگونه پاسخ دهی نظیر خودکشی (۵)

## ویژگی های فرایند سوگواری بهنجار

به عقیده لیندمن، فرایند طبیعی سوگواری همراه با علائم زیر است :

**وجود احساس گناه و مشغله ذهنی با احساس گناه :** فرد داغدیده زمان پیش از مرگ را برای یافتن شواهدی از قصور خود در رابطه با متوفی جست و جو می کند. احساس گناه معمولاً از وجود رویکردی خصمانه به متوفی در زمان حیاتش ناشی می شود. در شروع سوگواری، احساس گناه ممکن است مغلوب کننده باشد و فرد سوگواری مدام از خودش سوال کند که چرا به جاهایی که متوفی از آنها خواست نرفتند؟ چرا دنبال مراقبت های پزشکی دیگر نرفتند؟ منبع دیگری که ممکن است احساس گناه را در بازماندگان ایجاد کند این است که ممکن است فرد از دست رفته را برای ایجاد این همه رنج سرزنش کنند.

**واکنش خشمگینانه و خصمانه:** خشم و واکنش خصمانه ممکن است متوجه متوفی شود که چرا مرده است. خاستگاه خشم ممکن است به عوامل متعددی بستگی داشته باشد. مرگ، رنج سوگواری را به بار می آورد و فرد سوگواری به دلیل رنج خود ممکن است نسبت به متوفی خشمگین شود. در بعضی موارد ممکن است به جابجایی خشم برخورد می کنیم. در اینجا دشمنی با متوفی به فرد دیگری جابجا می شود. این خشم ممکن است با کوچکترین تحریکی سر باز کند و به سمت هر کسی یا هر چیزی معطوف شود. فرد داغدیده ممکن است از دنیا خشمگین باشد یا خشم خود را متوجه هر چیزی بکند که به نوعی آن را در رابطه با مرگ متوفی مقصر بداند (مانند کادر پزشکی و...).

**ناتوانی:** این حالت به ناتوانی کامل فرد سوگواری در تحمل رنج فقدان و وضعیت رنج آور مرتبط است. خاستگاه دیگر ناتوانی آن است که فرد باید زندگی را بدون وجود متوفی ادامه دهد.

**انکار :** انکار ممکن است واکنش ابتدایی به مرگ باشد. این واکنش معمولاً به مدت کوتاهی طول می کشد و با فرایند سوگواری دنبال می شود. فرایند انکار یعنی اینکه فرد نمرده است و این واقعیت که او مرده است ممکن است برای مدتی نوسان پیدا کند و گاهی ممکن است تا مدت ها پس از فقدان، ادامه یابد. انکار ممکن است از مرزهای سوگواری بهنجار گذر کند و به عنوان سوگواری بیمارگون طبقه بندی شود. (۵)

**فقدان هیجانات :** تجربه فقدان ممکن است سازوکاری برای به تعویق انداختن عواطف رنج آور سوگواری به راه اندازد. در سوگواری بهنجار، این حالت معمولاً مدت کوتاهی طول می کشد (۵).

نشانه های دیگر هم وجود دارد که جزئی از چهره بالینی فرایند سوگواری بهنجار هستند. احساس ناراحتی جسمی ای که به صورت موجی، هر بار از ۲۰ دقیقه تا یک ساعت طول می کشد. تجربه برخی تغییرات نظیر: احساس سفتی در گلو،

خفگی یا تنگی نفس، تمایل چشمگیر برای آه کشیدن، احساس خالی بودن شکم، ناراحتی ذهنی شدیدی که فرد داغدار آن را به صورت تنش یا رنج روانی توصیف می‌کند، بی‌قراری و ناتوانی در یکجا نشستن به گونه‌ای که فرد ممکن است به صورت بی‌هدف دور بزند. همچنین بسیاری از داغدیدگان از فقدان قدرت و از دست دادن نیرو شکایت دارند(۶-۹). پنج نکته عمده به عنوان شاخص سوگ تایید می‌شود:

۱. ناراحتی جسمی
۲. اشتغال ذهنی با تصویر متوفی
۳. احساس گناه
۴. واکنش خصمانه
۵. از دست دادن الگوهای رفتاری متداول

ویژگی ششمی را هم می‌توان توصیف کرد: پیدایش صفات متوفی در رفتار فرد داغ‌دیده، به خصوص نشانه‌های ظاهر شده طی مراحل آخر، یا رفتاری که ممکن است در زمان واقعه ظاهر شده باشد. این ویژگی در افرادی که در مرز واکنش سوگ بیمارگون قرار دارند نیز پیدا می‌شود(۱۰).

فرایند سوگواری را به جای مراحل می‌توان به صورت یک رشته تکالیف نیز در نظر گرفت- اعمالی که باید انجام شوند تا فرد بهبود یابد و به زندگی خشنودکننده برگردد:

۱. پذیرفتن واقعیت فقدان
۲. پایان دادن به عذاب سوگ
۳. سازگار شدن با دنیای بدون فرد عزیز
۴. برقراری پیوند درونی با فرد متوفی و ادامه دادن زندگی(۱۱)

لازم است کارشناسان سلامت روانی که با افراد سوگوار کار می‌کنند توالی این مراحل را برای طی کردن فرایند سوگواری در افراد بدانند و مراجعین خود را در این مسیر یاری دهند :

**اجتناب:** فرد بازمانده بعد از شنیدن خبر دچار شوک و ناباوری می‌شود که ممکن است چندساعت تا چند هفته ادامه یابد. احساس بی‌تفاوتی عاطفی، وظیفه بیهوشی هیجانی را بر عهده دارد و این در حالی است که فرد اولین تکلیف سوگواری را آغاز می‌کند و به طور دردناکی از این فقدان آگاه می‌شود(۱۱).

**مواجهه:** وقتی فرد سوگوار با واقعیت مواجه می‌شود اندوه او بسیار شدید است. او اغلب دچار واکنش هیجانی شدید می‌شود که از جمله آن‌ها می‌توان به اضطراب، غم، اعتراض، خشم، درماندگی، ناکامی، دست کشیدن از فعالیت و حسرت کشیدن برای عزیز از دست رفته اشاره کرد. پاسخ‌های رایج عبارتند از: مرور جبری شرایط مرگ، پرسیدن از خود که چگونه ممکن بود از آن جلوگیری کرد و جست و جوی معنی در آن(۱۲). گرچه مواجهه دشوار است اما فرد سوگوار را

قادر می سازد تا با تکلیف دوم دست به گریبان شود؛ پایان دادن به عذاب سوگ، فشار اندوه ناشی از عدم امکان پیوستن دوباره به فرد متوفی، فرد سوگوار را به این واقعیت نزدیک تر می کند که عزیز وی برای همیشه از دست رفته است. بعد از صدها یا شاید هزاران لحظه دردناک از این نوع، فرد داغدیده درک می کند که رابطه با متوفی باید از نوع حضور جسمانی به بازنمایی ذهنی تبدیل شود. در نتیجه سوگواری به تکلیف سوم پیشرفت می کند؛ سازگاری با دنیایی که در آن فرد متوفی وجود ندارد (۱۳).

**ترمیم:** بر طبق دیدگاهی جدید به نام مدل فرایند دوگانه مقابله با فقدان، مقابله موثر ایجاب می کند، افراد بین پرداختن به پیامدهای هیجانی فقدان و توجه به تغییرات زندگی نوسان کنند (۱۴-۱۶). وقتی این کار به صورت موفقیت آمیز انجام شود، اثر ترمیم کننده و شفافبخش دارد چرا که این پس و پیش رفتن و نوسان، موقتاً موجب حواس پرتی و رهایی از رنج هیجانی می شود. مواجهه با سوگ بدون این رهایی های موقتی موجب عوارض جبران ناپذیری برای سلامتی می شود. (۱۷)

**برقراری پیوندی نمادین با متوفی:** وقتی اندوه فروکش می کند انرژی هیجانی به طور فزاینده ای به سمت تکلیف چهارم هدایت می شود؛ برقراری پیوندی نمادی با متوفی، و ادامه دادن زندگی به وسیله انجام مسئولیت های روزمره، پرداختن به فعالیت ها و هدف های جدید، نیرومند کردن پیوندهای قدیمی و برقراری روابط جدید. در روزهای خاصی مانند جشن های خانوادگی یا سالگرد مرگ، واکنش های سوگ آشکار می شوند و به توجه نیاز دارند اما رویکرد سالم و مثبت به زندگی را مختل نمی کنند (۱۳).

## مرگ های ناگهانی و غیر منتظره در برابر مرگ های طولانی و مورد انتظار

در موارد مرگ ناگهانی و غیر منتظره، نظیر مرگ بر اثر قتل، خودکشی، جنگ، تصادف، یا بلایای طبیعی، اجتناب ممکن است خیلی شدید و مواجهه بسیار آسیب زا باشد، زیرا شوک و ناباوری شدید هستند (۱۳). در صورتی که بازماندگان دلایل مرگ را درک کنند سازگاری با آن راحت تر است. بدون توجیهات معنی دار، افراد داغدیده اغلب مضطرب و سردرگم می مانند. این نوع مرگ که بی معنی به نظر می رسد، اندوه پس از خودکشی ها، حملات تروریستی، مرگ در اثر شلیک گلوله و بلایای طبیعی را نیز پیچیده می کند. مرگی که ناگهانی و غیر منتظره است می تواند باورهای فرد درباره عادلانه بودن دنیا را با تردید مواجه کند (۲) تحمل کردن خودکشی به ویژه خودکشی جوانان بسیار سخت است. افرادی که به خاطر خودکشی فردی عزیز سوگواری در مقایسه با بازماندگان مرگ های ناگهانی دیگر، به احتمال بیشتری نتیجه می گیرند که می توانستند به فرد متوفی کمک کرده و مانع از خودکشی وی شوند. به واقع آنها دچار خودسرزنی عمیقی می شوند که احساسات شرم و گناه شدیدی را در آن ها به وجود می آورد. این واکنش ها زمانی خیلی شدید و مستمر هستند که فرهنگ یا مذهب فرد داغدیده خودکشی را به عنوان عملی غیر اخلاقی محکوم کند (۱۹). تحقیقات نشان

می‌دهد بازماندگان فردی که خودکشی کرده است معمولاً از کسانی که انواع دیگر فقدان را تجربه کرده‌اند، در احساس گناه و شرم، احساس طرد توسط فرد متوفی و میل به پنهان کردن علت مرگ نمره بالاتری می‌گیرند (۲۰). معمولاً بهبودی از سوگ بعد از خودکشی طولانیست (۲۱). برای ارزیابی و درمان دقیق‌تر افرادی که دچار فقدان شده‌اند لازم است تا بین سه واژه سوگ یکپارچه شده<sup>۳</sup>، سوگ پیچیده<sup>۴</sup> و افسردگی عمده تمایز قایل شویم.

در **سوگواری یکپارچه شده** افراد دوره سوگواری را بدون نیاز به مداخله خاصی به صورت موفقیت آمیزی طی می‌کنند. در روزها و ماه‌های ابتدایی بعد از فقدان، شدت سوگ حاد بر اساس میزان رابطه و نزدیکی با متوفی نوسان پیدا می‌کند و فرد در نهایت با کاهش شدت سوگواری و شروع زندگی تازه بدون متوفی و یافتن معنا در زندگی جدید، به دوران سوگواری خود خاتمه می‌دهد (۲۲). محققان در مطالعات بلند مدت معمولاً دوره زمانی ۶ تا ۱۲ ماه را به عنوان زمان مورد نیاز برای گذر از مرحله سوگ حاد و رسیدن به یک سوگواری یکپارچه شده پیشنهاد می‌کنند (۲۳، ۲۴) که در آن واقعیت و معنای مرگ در ادامه زندگی توسط بازماندگان جذب می‌شود. در سوگ یکپارچه فرد متوفی فراموش نمی‌شود و همچنان احساسات اندوه باقی می‌مانند اما این احساسات شدت کمتری دارند و بیشتر در مواقعی مانند سالگرد فوت، تعطیلات و هر واقعه‌ای که یاد متوفی را زنده کند تجربه می‌شوند. همچنین در این نوع سوگواری، توانایی لذت‌بردن و بازگشت به روابط گذشته و برقراری ارتباطات جدید حفظ می‌شود (۲۲).

**سوگواری پیچیده:** در این نوع سوگواری، به مدت طولانی افکار مزاحم فراوانی درباره شرایط اتفاق افتاده قبل از مرگ متوفی وجود دارند، اجتناب شدیدی از هر چیزی که باعث به یاد آوردن متوفی شود مشاهده می‌شود و فرایندهای تنظیم هیجان به شدت مختل می‌شوند.

---

<sup>3</sup>Integrated grief

<sup>4</sup> Complicated grief

## معیارهای نسخه پنجم DSM برای اختلال سوگ بیمارگون (پیچیده) ماندگار<sup>۵</sup>:

**معیار الف.** فرد مرگ یک عضو نزدیک خانواده و یا یک دوست صمیمی را حداقل ۱۲ ماه پیش تجربه کرده باشد، در مورد کودکان حداقل ۶ ماه پیش مرگ اتفاق افتاده باشد.

- معیار ب.** از زمان مرگ حداقل یک مورد از نشانه‌های زیر را در طول اکثر روزها و به میزان قابلتوجهی تجربه کرده باشد:
۱. حسرت مداوم و داشتن اشتیاق برای پیوستن به متوفی؛ در کودکان ممکن است اشتیاق در بازی و یا رفتارهایی مانند رفتار کناره‌گیری-پیوستگی مجدد با مراقبین ابراز شود.
  ۲. غم و اندوه شدید و درد هیجانی در واکنش به مرگ
  ۳. مشغولیت ذهنی با متوفی.
  ۴. مشغولیت ذهنی با چگونگی مرگ؛ در کودکان این مشغولیت ذهنی ممکن است در زمینه‌ی بازی و رفتار بیان شود و ممکن است به مشغولیت ذهنی با احتمال مرگ دیگر افراد نزدیک گسترش یابد.

**معیار ج.** از زمان مرگ حداقل ۶ مورد از نشانه‌های زیر را در اکثر روزها و در حد معنی داری تجربه کرده باشد.

اندوه واکنشی به مرگ:

۱. پذیرفتن دشوار مرگ؛ در کودکان این مورد بستگی به توانایی کودک برای درک معنا و ثبات مرگ دارد. ۲. احساس شوکه شدن، گیجی و بی‌حسی هیجانی در مورد فقدان
  ۳. دشواری در به یاد آوردن مثبت متوفی
  ۴. تندخویی و یا خشم مرتبط با فقدان
  ۵. ارزیابی ناپه‌نجان از خود در ارتباط با متوفی مانند سرزنش خود
  ۶. اجتناب مفرط از به مواردی که تجربیات مرتبط با فقدان را برای فرد به یاد می‌آوردند. مانند اجتناب از افراد، مکان‌ها و یاموقعیتهایی که با متوفی ارتباط داشتند؛ در کودکان ممکن است شامل اجتناب از افکار و احساسات مرتبط با متوفی باشد.
- درهم گسیختن هویتی/اجتماعی:
۷. تمایل به مردن و بودن با متوفی.
  ۸. به سختی اعتماد کردن به دیگران از زمان مرگ به بعد
  ۹. احساس تنهایی و جدا بودن از دیگران از زمان مرگ به بعد
  ۱۰. احساس بی‌معنا بودن زندگی یا پوچی بدون متوفی و یا باور به این که بدون متوفی نمی‌تواند کاری بکند.
  ۱۱. سردرگمی در مورد نقش فرد در زندگی و یا احساس نقصان هویت، مانند احساس اینکه بخشی از وجود فرد با متوفی مرده است.
  ۱۲. دشواری یا بی‌میلی در دنبال کردن فعالیت‌های مورد علاقه و روابط دوستانه و یا برنامه‌ریزی برای آینده از بعد از تجربه فقدان.

**معیار د.** اختلال منجر به رنج روانی معنی دار و یا آسیب به عملکرد فرد در مدرسه، شغل و یا سایر حوزه‌های مهم شده باشد.

**معیار هـ.** واکنش داغدیدگی باید از نظر هنجارهای فرهنگی، مذهبی و سن نامتناسب و ناسازگار باشد (۲۵).

<sup>5</sup> Persistent Complex Bereavement Disorder



## معیارهای نسخه یازدهم طبقه بندی بین المللی بیماری ها (ICD-11)

### برای اختلال سوگ ادامه دار<sup>۶</sup>:

#### ویژگی های اساسی:

۱. داغدیدگی بعد از فقدان شریک عاطفی، والدین، فرزند یا هر شخص مهم دیگر.
۲. واکنش سوگ ادامه دار و فراگیر که با ویژگی هایی نظیر اشتغال ذهنی مکرر با متوفی که با هیجانات دردناک شدید همراه می شود (احساس غم، احساس گناه، خشم، انکار، سرزنش، دشواری در پذیرش مرگ، احساس اینکه بخشی از وجود فرد از دست رفته است، ناتوانی در داشتن احساس خوب، کرختی عاطفی<sup>۷</sup>، دشواری در مشارکت دوباره در اجتماع و فعالیت ها).
۳. واکنش سوگ برای مدتی طولانی که در محدوده نرمال جای نمی گیرد ادامه می یابد و به شکلی فاحش از هنجارهای اجتماعی، فرهنگی و دینی، تخطی می کند. این طبقه تشخیصی، واکنش سوگی را که تا شش ماه بعد از مرگ طول می کشد و در بعضی فرهنگها وجود دارد شامل نمی شود.
۴. این آشفتگی، باعث آسیب های معنادار از لحاظ بالینی در حیطه های عملکرد شخصی، خانوادگی، شغلی و سایر حیطه های می شود؛ اگر عملکرد فرد صرفاً از طریق تلاش بیشتر حفظ شود یا اگر در مقایسه با عملکرد قبلی وی یا در مقایسه با انتظاری که از او می رود، بسیار آسیب تر دیده باشد، در نتیجه فرد دچار این آسیب شده است (۲، ۳).

#### عوامل موثر بر ایجاد سوگ بیمارگون شامل سه دسته می شوند:

- الف) عوامل قبل از وقوع فقدان:** جنسیت مونث، دلبستگی نایمن، وجود اختلالات خلقی و اضطرابی، نوع ارتباط با متوفی، سابقه قبلی فقدان (۲۶-۲۹)
- ب) عوامل مرتبط با فقدان:** نوع ارتباط با متوفی: همسر، مادر یا مراقبت کننده از متوفی (در مواردی که به طور مثال متوفی مبتلا به یک بیماری سخت بوده است)، نوع مرگ: خشن، ناگهانی، مرگ در اثر خودکشی (۲۶-۳۲)
- ج) عوامل بعد از وقوع فقدان:** حمایت های ضعیف اجتماعی از افراد بازمانده، محیط اجتماعی طرد کننده، نداشتن اطلاعات کافی و ماندن در ابهام درباره علت مرگ، وجود فرایندهای مخل سیر طبیعی سوگ از قبیل عدم امکان سوگواری مطابق رسوم اجتماعی و مصرف مواد و مشروبات الکلی (۳۳-۳۸)

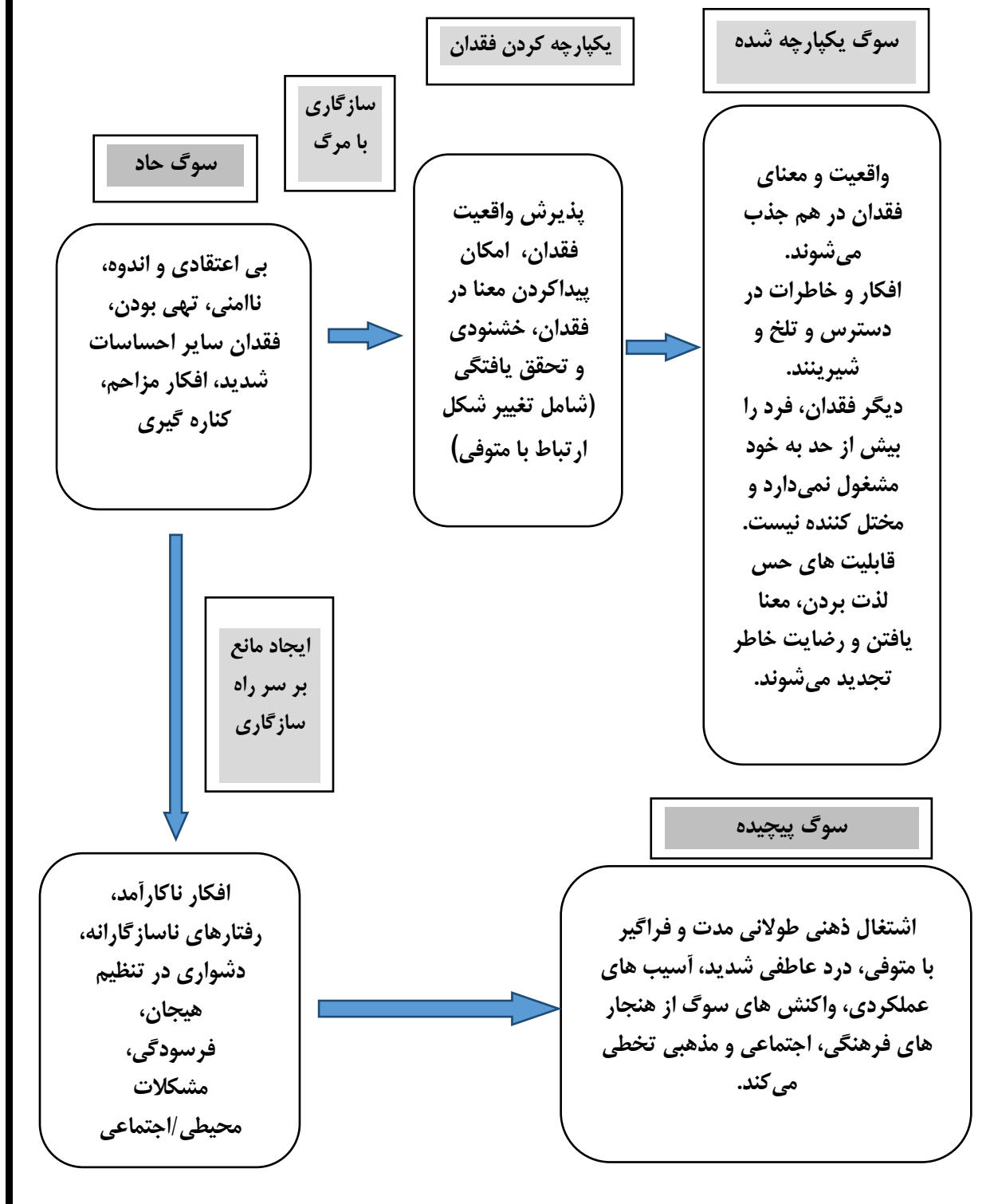
بعضی از واکنش های سوگ بیمارگون و بسیار طولانی شامل نشانه هایی است که با معیار های معمول DSM برای تشخیص اختلال افسردگی عمده تفاوت می کند (۳۹). کارشناسان سلامت روان همواره باید تفاوت واکنش های سوگ و اختلال افسردگی عمده را در نظر داشته باشند تا به اشتباه به افراد سوگوار برچسب افسرده نزنند و از طرف دیگر مراقب پیدایش افسردگی عمده در افراد سوگوار باشند. در اینجا به ذکر تفاوت های میان سوگواری و افسردگی عمده می پردازیم:

<sup>۶</sup>Prolonged grief disorder

<sup>۷</sup> emotional numbness

برای افتراق سوگ از دوره افسردگی اساسی بهتر است این نکته مد نظر باشد که عاطفه غالب در سوگ احساس تهی بودن و فقدان است، در حالیکه در افسردگی اساسی عاطفه غالب خلق افسرده مداوم است و فرد نمی تواند انتظار شادی یا لذت داشته باشد. شدت ملال ناشی از سوگ با گذشت روزها و هفته ها به تدریج رو به کاهش می گذارد و به صورت موجی بروز می کند. به همین جهت به نام موج غم های آنی سوگ معروف است. این موج ها معمولا در ارتباط با فکر و خاطرات فرد فوت شده بروز می کنند. خلق افسرده تدوام و ثبات بیشتری دارد و به افکار یا مشغولیت ذهنی خاصی مربوط نیست. گاهی ناراحتی موجود در سوگ با هیجانات مثبت و شوخ طبعی همراه است که با اندوه فراگیر و احساس فلاکت شدیدی که از مشخصات دوره افسردگی اساسی است تفاوت زیادی دارد. محتوای افکاری که در سوگ دیده می شود اغلب حول و حوش افکار و خاطرات فرد فوت شده سیر می کند و سرزنش خود یا نشخوار های ذهنی بدبینانه ای که در افسردگی اساسی دیده می شود در سوگ وجود ندارد. در سوگ، عزت نفس عموماً حفظ می شود در حالیکه در اپیزود افسردگی اساسی احساس بی ارزشی و تنفر از خود شایع است. اگر افکار خود سرزنشی در سوگ دیده شود به طور معمول مربوط به عدم رسیدگی کافی به فرد فوت شده (قبل از مرگ) است (مانند عدم ملاقات وی به حد کافی، عدم ابراز علاقه به وی). اگر افکاری مربوط به مرگ و میر به ذهن فرد عزادار خطور کند معمولا در باره شخص فوت شده ویا پیوستن به اوست، در حالی که در دوره افسردگی اساسی این گونه افکار به دلیل احساس بی ارزشی، نداشتن لیاقت زندگی یا عدم توانایی سازگاری بارنج ناشی از افسردگی به پایان دادن زندگی خود مراجع تمرکز می یابد (۴۰). در شکل زیر مسیرهای شکل گیری سوگ یکپارچه و بیمارگون مشاهده می شود:

### شکل ۱: مسیرهای سوگ یکپارچه شده و بیمارگون



## ویژگی های سوگ ناشی از خودکشی

به طور میانگین بعد از هر خودکشی کامل، با توجه به گستره ای که تعریف ما از بازماندگان خودکشی در بر می گیرد، حدود ۶ تا ۱۰ نفر مشمول تعریف بازماندگان خودکشی می شوند و دچار سوگ هستند و باید سلامت روانی آن‌ها مورد توجه جدی قرار گیرد (۴۱). برای افرادی که ما آنها را اصطلاحاً بازماندگان خودکشی می نامیم، سه منبع عمده رنج وجود دارد:

۱. سوگواری به دلیل اینکه فرد عزیزشان از دنیا رفته است.
۲. زمانی که متوجه می‌شوند این مرگ بر اثر خودکشی اتفاق افتاده است منجر به نوعی اختلال استرس پس از سانحه در آنها می‌شود
۳. به دلیل دیدگاه همراه با انگ در جوامع مختلف، بازمانده‌ها در بسیاری از مواقع نمی‌توانند درباره علت مرگ صحبت کنند و در نتیجه فرایند طبیعی سوگواری آنها طی نمی‌شود.

بازماندگان خودکشی‌ها نسبت به افرادی که به علل طبیعی‌دغدیده شده‌اند، بطور چشمگیری حمایت‌تعمافی کمی را برای احساس افسردگی و حزن و اندوه خود، دریافت می‌کنند. این نقص در سیستم حمایتی، اغلب بازماندگان را نسبت به جامعه منزوی می‌کند و آنها را با وجود وخامت حال و مشکلاتشان، تنها می‌گذارد. در طول تاریخ همواره در جوامع مختلف، به خانواده و بازماندگان فرد از دست رفته در اثر خودکشی، با یک انگ نگریسته شده و آن‌ها به خاطر اینکه یکی از اعضای خود را در اثر خودکشی از دست داده‌اند، مورد سرزنش قرار می‌گیرند. از این رو خودکشی می‌تواند برای خانواده متوفی، انگ، تحقیر و سرزنش را چه از طرف خود و چه از طرف جامعه به همراه داشته باشد. این موضوع می‌تواند منجر به انزوای اجتماعی شده و خانواده متوفی را از دسترسی به کمک و خدمات حرفه‌ای باز دارد (۴۲) - (۲). استرس های ناشی از خودکشی برای این افراد الزاماً از زمان وقوع حادثه منجر به فوت آغاز نمی‌شود. بسیاری از افراد بازمانده، مدتها قبل از آن که متوفی در اثر خودکشی فوت کند، و در واقع از اولین باری که متوفی در گذشته اقدام به خودکشی ناموفق کرده متحمل فشارهای روانی بسیاری می‌شوند (۲).

فرایند سوگ ناشی از خودکشی طولانی است. فرد ممکن است مدام از احساس گناه، خشم، رها شدگی و شرم رنج ببرد و از خود بپرسد که چرا آن شخص خودش را کشت. همچنین ممکن است بارها اتفاقات قبل از خودکشی را مرور کند و به دنبال دلیل این اتفاق بگردد. تلاش برای فهم دلیل خودکشی، یک واکنش شایع بین بازماندگان است. سوالی که ممکن است هیچ‌گاه جواب آن را پیدا نکنند (۲).

به طور کلی چهار موج از احساسات مختلف به دنبال خودکشی برای افراد بازمانده می‌تواند ایجاد شود. این چهار موج به صورت کلی از ترتیبی که در زیر می‌آیند تبعیت میکنند اما لزوماً در همه موارد این ترتیب وجود ندارد:

موج اول: سرگشتگی<sup>۸</sup>. افراد این حالت را با چنین جملاتی نشان میدهند:

نمی‌دانم به کجا پناه ببرم.

نمی‌دانم چه بلایی به سرم آمده است.

نمی‌توانم باور کنم.

نمی‌خواهم باور کنم.

او چگونه توانست مرا در چنین وضعی رها کند؟

غالباً در ابتدا فرد بازمانده گیج است و نمی‌داند چه بر سرش آمده است. او سعی می‌کند آن رخداد را انکار کند و حتی ممکن است بگوید که مرگ در اثر خودکشی اتفاق نیفتاده است. او احساس بی‌پناهی می‌کند و می‌گوید: باقی عمرم را چگونه بدون متوفی سپری کنم؟ چگونه زندگی را از سر بگیرم؟ فرد بازمانده برای چنین رخداد غیر منتظره‌ای آماده نبوده، فرصت خداحافظی با متوفی را نداشته و مانند بازمانده‌هایی که با مرگ‌های قابل‌انتظاراً در اثر بیماری مواجه‌اند، نمی‌تواند فرایند طبیعی سوگواری را طی کند. حتی اگر متوفی قبلاً هم سابقه خودکشی داشته باشد بازهم فوت او برای بازماندگان نوعی مرگ غیر منتظره به حساب می‌آید.

در این مرحله تعداد کمی از بازماندگان ممکن است واکنش‌هایی-رهایی<sup>۹</sup> نشان دهند. ممکن است از اینکه رنج‌های متوفی و جر و بحث‌های آنها با او به اتمام رسیده، راضی به نظر برسند. اما این واکنش موجب پدید آمدن احساس گناه در آنها می‌شود و خود را بابت این‌که از چنین رخدادی احساس‌هایی دارند سرزنش می‌کنند.

احساس طرد<sup>۱۰</sup> احساسی است که بعد از بهت<sup>۱۱</sup> و بی‌پناهی<sup>۱۲</sup> به آنها دست می‌دهد. آنها احساس می‌کنند متوفی به انتخاب خود آنها را پس زده است. افراد همچنین در این مرحله ممکن است دیگران را مقصر چنین اتفاقی بدانند و دست به سرزنش آنها بزنند. برای مثال ممکن است اعضای خانواده یکدیگر را به خاطر مراقبت از متوفی سرزنش کنند(۲). در نهایت ممکن است که این افراد خود را مقصر بدانند و از خود بپرسند شاید رفتار آنها اشتباه بوده است، یا این‌که می‌توانستند جلوی خودکشی را بگیرند. این دوره علائمی را شامل می‌شود که پیچیدگی‌های آینده‌های حزن و اندوه سوگ را افزایش می‌دهد (۴۳).

<sup>8</sup> stunned

<sup>9</sup> relief—relief

<sup>10</sup>rejection

<sup>11</sup> shock

<sup>12</sup> helplessness

موج دوم : خشم<sup>۱۳</sup>-گناه<sup>۱۴</sup>-شرم<sup>۱۵</sup>-اضطراب<sup>۱۶</sup>.خشمی که بازمانده ها به فرد متوفی دارند غالباً به وضوح بیان نمی‌شود و حتی در قالب احساس خشم نیز تجربه نمی‌شود چرا که احساس گناه شدیدی را در آنها به وجود می‌آورد. برای بازمانده ها بسیار دشوار است که نسبت به متوفی که برای آنها فردِ عزیز بوده است احساس خشم داشته باشند. به ویژه در این مورد که خشم می‌تواند تا زمان‌های طولانی ادامه داشته باشد. در نتیجه این احساس خشم به متوفی و احساس گناه، نوعی دوسوگرایی<sup>۱۷</sup> در افراد به وجود می‌آید که به موجب آن هم از متوفی خشمگین هستند هم به خودشان احساس بدی دارند. احساس گناه احساسی است که ممکن است تا مدت‌های زیادی در بازماندگان باقی بماند. آنها دلایل بسیار زیاد و پایان‌ناپذیری از مسئولیت خود در برابر مرگ متوفی می‌آورند. احساس گناه در قالب جمله‌های زیر خود را نشان می‌دهد:

چه کار می‌توانستم بکنم تا این اتفاق نیفتد؟

آیا به اندازه کافی خوب عمل کردم؟

آیا از متوفی غفلت کرده بودم؟

شاید نشانه‌های هشدار دهنده خودکشی را نادیده گرفتم.

باید پیش‌بینی می‌کردم که او ممکن بود به خودش آسیب برساند.

باید به این توجه می‌کردم که او به اختلال روانی مبتلا بود و خطر خودکشی در او زیاد بود.

باید او را در بیمارستان بستری می‌کردم.

اگر بیشتر مراقب بودم او الان زنده بود.

کودکان نیز نوع دیگری از احساس گناه را در خود نشان می‌دهند. آنها دچار نوعی تفکر جادویی می‌شوند و گمان می‌کنند که احساسات خصمانه آنها نسبت به متوفی در زمان حیاتش، عامل مرگ او بوده است.

بعد از خودکشی ارتباط میان اعضای خانواده با دشواری روبرو می‌شود و اعضای خانواده تمایل کمتری به صحبت کردن درباره این اتفاق دارند، حتی ممکن است یک عضو ارتباط خود را به کل با سایر اعضا قطع کند. اگرچه تشویق اعضای خانواده به انجام این کار سخت است، ولی ضرورت دارد تا این کار انجام شود زیرا باعث به اشتراک گذاردن احساسات و ایجاد حس همدردی و تنها نبودن بین اعضای خانواده می‌شود.

همانطور که گفته شد ممکن است تفاوت‌هایی در میان اعضای خانواده در فرایند سوگواری دیده شود که می‌تواند مشکل ساز شود. مثلاً ممکن است یکی از اعضای خانواده از انکار بیشتری استفاده کند و این موجب خشم سایر اعضای

<sup>13</sup>anger

<sup>14</sup>guilt

<sup>15</sup>shame

<sup>16</sup>anxiety

<sup>17</sup>ambivalence

خانواده شود چرا که فکر می کنند او به اندازه دیگران از اتفاق پیش آمده ناراحت نیست. باید بدانیم که اصلی ترین عامل تفاوت در سوگواری ها جنسیت است. مردان، تمایل به برون ریزی کمتر احساسات خود دارند و برای اجتناب از این احساسات، سعی در درگیر کردن خود با فعالیت های مختلف و ایجاد حواس پرتیمی کنند. همین واکنش در زنان، ممکن است باعث سو تعبیر در مورد اهمیت این اتفاق برای آنها بشود. از طرفی زن ها احساسات خود را بیشتر ابراز می کنند و با دیگران درباره آن حرف می زنند.

## مداخله درمانی برای بازماندگان

تحقیقات انجام شده، راه های مختلفی را برای کمک به بازماندگان در سطوح فردی، خانوادگی و گروهی پیشنهاد نشان می دهد. این مداخلات می تواند از طریق متخصصان، کارشناسان سلامت روان، یا حتی افراد نزدیک به بازماندگان انجام شود. نکته ی مشترک در همه آنها این است که در قدم اول باید به بازماندگان کمک شود تا مراحل سوگ را آسان تر طی کنند، احساسات خود را بشناسند، بپذیرند و بیان کنند. همچنین باید دلایل رایج خودکشی (افسردگی) برای آنها توضیح داده و تفهیم شود که خودکشی یکی از نزدیکان آنها هم احتمالاً به یکی از همین دلایل رخ داده است. فهم تاثیر گذاری این مولفه ی روانی خودکشی از سوی بازماندگان، به آنها کمک می کند تا تصمیم فرد متوفی را بیشتر درک کنند و خود را مورد سرزنش کمتری قرار دهند. وقتی که درمان فردی و گروهی بازماندگان آغاز می شود باید به آنها فرصت داده شود تا خودشان را معرفی کنند و دلیل خود را که در صدد کمک برآمده اند توضیح دهند. بسیار مهم است که هنگام صحبت افراد، به دقت هیجانناشان را زیر نظر داشته باشیم، به محتوای صحبت هایشان توجه کنیم و همچنین توجه کنیم که ارتباط فرد بازمانده با متوفی چگونه بوده است.

باید به فرد بازمانده، زمان و فضای کافی داده شود تا درباره خودکشی به تفصیل صحبت کند. اینکه بیکر چگونه پیدا شده، چه کسی آن را پیدا کرده، به ویژه اگر خودکشی خیلی خشونت آمیز بوده باشد احتمال این که فردی که شاهد صحنه بوده، دچار ضربه روانی شده باشد زیاد است. در این موارد تصویر بدن به شدت آسیب دیده متوفی ممکن است تا مدتها در خاطر بازمانده بماند و مدام تجارب باز تجربه (فلش بک) داشته باشد.

علی رغم وجود ویژگی های مشترک بین افراد، سوگ پس از خودکشی برای هر فرد منحصر به فرد است. یکی ممکن است با کشیدن نفس های عمیق خودش را آرام کند، دیگری ممکن است شدیداً گریه کند، یکی ممکن است هیچ واکنش فاحشی از خود نشان ندهد ولی دیگری ممکن است انگشت اتهام را به سمت دیگران یا خود بگیرد و به آنها پرخاش نشان دهد. هر فرد با توجه به عواملی نظیر میزان رابطه با فرد مرحوم، ویژگی های شخصیتی، سن فرد مرحوم، روش خودکشی، میزان حمایت اجتماعی و... واکنش های متفاوتی را با شدت های مختلف بروز می دهد. همچنین ابراز سوگ نیز در هر فرد از عواملی همچون مذهب، خانواده، فرهنگ، شخصیت، تجارب گذشته و... تاثیر می پذیرد.

یکی از عواملی که به استرس خانواده بعد از خودکشی اضافه می کند همین تفاوت‌های فردی در سوگواری است که ممکن است باعث تفسیرهای غلط از جانب اعضای خانواده شود. در فرایند درمانی باید بر این تفاوت‌های فردی تأکید شود و درباره منحصر به فرد بودن فرایند سوگواری توضیحاتی داده شود.

بازماندگان خودکشی ممکن است مسیرهای متفاوتی را در اثر سوگشان طی کنند. بعضی از آنها برای مدتی مراحل طبیعی سوگ را طی می کنند و رفته رفته به زندگی طبیعی باز می گردند اما بعضی دیگر دچار سوگ پیچیده ای که در بالا توضیح داده شد می شوند که به آسانی رفع نشده و فرد را در معرض خطر ابتلا به اختلالاتی همچون اختلالات خلقی و افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلال استرس پس از حادثه، مصرف مواد و حتی اختلالات جسمانی و خودکشی قرار می دهد.

## ما به عنوان کارشناسان سلامت روان چه کاری باید انجام دهیم؟

**اصول کلی:** خودکشی به هر شیوه ای که انجام شده باشد، بازماندگان دچار حالت شوک می شوند. در روزهای بعد از خودکشی، بازماندگان با افراد غریبه زیادی از جمله پلیس و همسایگان و خویشاوندان رو به رو می شوند. اگرچه ممکن است این افراد حمایت‌هایی برای بازماندگان انجام دهند اما وظیفه اصلی آنها حمایت نیست. بازماندگان باید حتماً در بهترین زمان مناسب با توجه به شرایط، اولین کمک‌های روانشناختی را دریافت کنند. این کمک‌ها می تواند شامل کارهایی باشد که به موجب آنها فرد بازمانده احساسات منفی و آسیب زای خودش را کاهش کند و بشناسد.

دقت داشته باشید، در مجموع، فرد به هرنحوی که سوگ خود را نشان دهد، نمی توانیم برای پایان مراحل سوگش زمان قطعی در نظر بگیریم. بنابراین، با توجه به شرایط روحی حاد این افراد، باید حمایت‌های اجتماعی و مشاوره و روان‌درمانی تخصصی را در دستور کار قرار دهیم. افرادی که بعد از چنین داغی از طرف دوستان و اعضای خانواده و سایر افراد حمایت اجتماعی دریافت می کنند به احتمال کمتری احساسات طرد، افسردگی و اضطراب را تجربه می کنند.

تفاوت‌های فردی در این امر بسیار شایان توجه اند. بعضی افراد از نیروی درونی و شبکه اجتماعی خوبی برای غلبه بر مشکل خود برخوردارند اما بعضی دیگر کل روند زندگی‌شان با مشکل مواجه می شود، ارتباطشان با اطرافیان از بین می رود، در کار و تحصیل خود با مشکل مواجه می شوند و نمی توانند از پس انتظارات و مسئولیت‌هایی که بر دوشان است برآیند. اما این کاملاً طبیعی است و دلیلی برای سرزنش این افراد به خاطر برهم خوردن نظم زندگی‌شان وجود ندارد.



در نظر گرفتن یک دوره کوتاه **مشاوره حمایتی**<sup>۱۸</sup> (یک یا دو ملاقات) که به موجب آن بازماندگان بتوانند درباره حادثه خودکشی صحبت کرده و سوگ خود را ابراز کنند، می تواند کارگشا باشد. به عبارت دیگر، **بهترین روش برای کمک به این افراد، فراهم کردن شرایطی است که در آن به حرف ها و درددل‌هایشان گوش داده شود** چرا که انگار افراد داغیده احساس می کنند باید درباره فرد متوفی مکرراً صحبت کنند. هرچه بیشتر در باره فرد متوفی و حادثه رخ داده برای او صحبت می کنند، حقیقت فقدان، ملموس تر می شود و آن ها یک قدم بیشتر از انکار فاصله می گیرند. به عبارت دیگر باز گویی مکرر داستان، تجربه را از زمان حال به گذشته می برد و به فرد امکان می دهد تا گذشته را پشت سر گذارده و رو به جلو حرکت کند.

همچنین باید برای زندگی بعدی افراد بازمانده نیز در جلسات مشاوره ای برنامه ریزی و تصمیم گیری شود. مثلاً اگر زن یا مرد سالمندی، مراقبت کننده اصلی خود را بر اثر خودکشی از دست داده باشد بعد از او چه کسی مسئولیت کمک به وی را بر عهده خواهد داشت؟. مثلاً اگر کودکی، مادر خود را بر اثر خودکشی از دست بدهد، چه برنامه ای برای مراقبت از او وجود خواهد داشت؟. به یاد داشته باشیم به ویژه کودکان نیازمند به مراقبت و توجه بیشتری هستند. بعضی از بازماندگان نیاز خود به حمایت اجتماعی را در چهارچوب خانواده و دوستان برآورده می کنند اما بعضی دیگر برای ارضای این نیاز به متخصصان مراجعه می کنند (بدیهی که موارد فوق از مهم ترین موضوعاتی هستند که کارشناس سلامت روان باید درباره آنها با بازمانده صحبت کند و نظرات او را بشنود، با این حال ممکن است نتواند کمک مشخصی ارائه دهد).

همچنین گروه درمانی نیز می تواند برای بازماندگان مداخله موثری باشد. گروه درمانی درمانی است که به موجب آن افرادی که دارای مشکلات مشابهی هستند (تجربه سوگ ناشی از خودکشی)، به صلاحدید روانشناس انتخاب می شوند و در جلسات هفتگی منظم دور هم گرد می آیند و درباره مشکل خود صحبت کرده و کمک تخصصی دریافت می کنند. در عین حال توسط افرادی که مشکل مشابه با آنها دارند حمایت اجتماعی خوبی دریافت می کنند.

## مدیریت بازمانده خودکشی

در این قسمت فهرستی از مهم ترین نکاتی که باید در درمان انفرادی یا گروهی بازماندگان مد نظر قرار گیرد ارائه می شود:

۱. حمایت و اطمینان بخشی کنید. برای مثال به نشان دهید که حال او را درک می کنید و جملاتی نظیر شرایط " فکر می کنم می توانم درکت کنم " " واقعا خیلی سخته " یا من " آماده ام تا به حرف‌هایت گوش کنم " " تالاس میکنیم با هم این روزها را طی کنیم " استفاده کنید تا بازمانده متوجه شود کسی را در کنار خود دارد که بخاطر احساساتی که تجربه می کند قضاوتش نمی کند

<sup>18</sup>-supporting counseling

۲. این عقیده را که خودکشی تقصیر آن‌ها نیست تقویت کنید.
۳. به آن‌ها درباره فرایند سوگواری آموزش دهید.
۴. در حوزه مسایلی که فرد بازمانده با آن‌ها دست و پنجه نرم می‌کند با او همفکری کنید و مهارت حل مساله را به او آموزش دهید. برای مثال از او بپرسید که نگرانی‌های او الان درباره چیست. آیا به تنها ماندن فکر می‌کند یا خود را مقصر می‌داند یا نگران است که در فقدان همسرش با مشکلات مالی روبرو شود.
۵. آن‌ها را تشویق کنید درباره احساساتشان صحبت کنند اما اگر برای این کار آمادگی نداشتند، آن‌ها را تحت فشار قرار ندهید.
۶. آن‌ها را تشویق کنید تا تجارب مثبت را به یاد آورند.
۷. آن‌ها را تشویق کنید تا با شبکه حمایتی و دوستانشان ارتباط برقرار کنند.
۸. آن‌ها را تشویق به از سرگیری فعالیت‌های روزمره کنید.
۹. خودمراقبتی را در آن‌ها تقویت کنید. به این ترتیب که درباره نشانه‌ها و علائم مشکلات روانی شایع صحبت کنید و مسیری را که قرار است در این دوره سوگواری طی کند برایش مجسم کنید. تاکید کنید که توجه به سلامت روان و سلامت جسمی در این دوران بسیار کم می‌شود و ممکن است او را با مشکلات جدیدی روبرو کند. درباره سوگ بیمارگون و نشانه‌های آن توضیح دهید و بگویید چگونه باید با آن مواجه شود.
۱۰. آن‌ها را به تعیین اهداف واقع بینانه در زندگی رهنمون کنید. در طی جلسات درمان یکی از مهم‌ترین اقدامات تعیین اهداف جدید در غیاب فرد متوفی و حرکت به سمت آن‌هاست.
۱۱. اگر اضطراب و بیقراری آنها زیاد و در خوابیدن دچار مشکل شده‌اند، از آنها بخواهید برای کاهش اضطراب به روانپزشک مراجعه کنند. اما مراقب باشید که دارو را جایگزین فرایند مشاوره و روان‌درمانی و کلامی سازی<sup>۱۹</sup> تجارب مراجعین نکنید (به معنای بیان کلامی و صحبت کردن درباره اتفاق و احساسات مرتبط با آن).
۱۲. مطمئن شوید فرد بازمانده احساس راحتی می‌کند و در امنیت است.
۱۳. به احساسات آن‌ها اهمیت دهید و آن‌ها را به رسمیت بشناسید.
۱۴. به آن‌ها نگوئیم که عصبانی نباشند یا گریه نکنند.
۱۵. به آن‌ها نگوئیم که باید چه احساسی داشته باشند.
۱۶. به آن‌ها فرصت و فضای کافی بدهیم تا درباره تجربه فقدانشان صحبت کنند و تجربه‌شان را درک کنید.
۱۷. درباره فرهنگ، مذهب، خانواده و انتظار آن‌ها از فرایند سوگواری اطلاعات به دست آورید.
۱۸. درباره محیط زندگی آن‌ها در زمان سوگواری اطلاعات کسب کنید.
۱۹. درباره معنای فقدان در دنیای مراجع اطلاعات کسب کنید.
۲۰. درباره شبکه‌های اجتماعی در دسترس بازماندگان اطلاعات کسب کنید.
۲۱. مراقب نشانه‌هایی که بخشی از یک سوگ نرمال به حساب نمی‌آیند، باشید.
۲۲. احتمال **خودکشی** را ارزیابی کنید. در صورت وجود افکار خودکشی به پزشک مرکز ارجاع دهید.

۲۳. به دنبال نشانه های بالینی افسردگی و اضطراب باشید. در صورت شناسایی این نشانه ها ضمن انجام مداخلات روانشناختی به پزشک ارجاع دهید. به دنبال نشانه های مصرف مواد و مشروبات الکلی باشید. در صورت شناسایی این نشانه ها غربالگری تکمیلی را انجام دهید.

تعطیلات، روزهای تولد و سالگرد خودکشی اغلب دشوار است. به طور کلی، سال اول، با تمام "اولین بودن" آن سخت خواهد بود، اما این رویدادها ممکن است همیشه برای بازمانده ها سخت باشد بنابراین به آنها بگویید که در این ایام ممکن است با مشکلات روانشناختی خاصی روبرو شوند که در صورت تمایل می توانند نزد شما یا کارشناس سلامت روان دیگری برگردند.

همانطور که زندگی به طور طبیعی به جلو حرکت می کند، هر نقطه عطف جدیدی مانند عروسی، تولد، یا یک موفقیت شغلی ممکن است در بازمانده با احساسات جدیدی از گناه و غم همراه باشد. هر چند این حوادث به فرد یادآوری می کنند که زندگی در حال پیشرفت است - حتی بدون حضور فرد از دست رفته، ولی ممکن است این حالت در مواردی رنگ و بوی خیانت داشته باشد، به این معنی که حس کنند انگار دارند متوفی را از زندگی خود دور می کنند. توجه کنید که باید به این افراد یادآوری کنید که باید خودشان را به یاد داشته باشند که انتخاب کرده اند، زندگی کنند و این خیانت نیست. به درستی می توان گفت که اگر شکافی بین آنها و فرد از دست رفته افتاده است، آنها مقصر نبوده اند - بلکه این فرد متوفی است که این انتخاب را انجام داده است. البته بیان این نکته باید با دقت زیاد، غیر مستقیم و به دور از مقصر دانستن متوفی باشد. شما به عنوان کارشناسان سلامت روان دقت کنید که خطر وقوع خودکشی در افرادی که در خانواده آنها خودکشی اتفاق افتاده است بسیار بالاتر از سایر افراد است. این ممکن است به دلیل این واقعیت باشد که مرگ عزیز آنها باعث شده است که خودکشی در زندگی شان بسیار واقعی تر به نظر برسد و در نتیجه برای افراد بازمانده بسیار معمول است که فکر خودکشی داشته باشند. با این حال، شما باید این مساله را به آنها گوشزد کنید که معمولاً ترس خود را با در نظر گرفتن اینکه اکثر خودکشی ها را می توان با یک سابقه افسردگی قبلی پیش بینی کرد، مدیریت کنند. در این گونه موارد تاکید می شود که بیمار را جهت ارزیابی بیشتر به پزشک مرکز ارجاع دهید (۴۳).

## اصول مداخله روان شناختی:

بدیهی است که اگر سوگ روند طبیعی خود را طی کند و پاسخی انطباقی به فقدان باشد، درمان خاصی ضرورت ندارد، اما اگر سوگ پیچیده و بیمارگون باشد و همراه با احساسات خشم، سرزنش، گناه، شرم و همچنین وجود افکار خودکشی و انگ اجتماعی باشد، مداخله ضرورت دارد. مطالعات کمی درباره درمان های صورت گرفته روی بازماندگان انجام شده اما با این حال اکثر متخصصان بر سر نکاتی که در زیر به آنها اشاره می شود اتفاق نظر دارند:

۱. توجه اولیه باید بر حادثه استرس زا متمرکز شود.

۲. افرادی که مشکلات شدیدی بعد از داغدیدگی نشان می‌دهند باید هر دو درمان روانشناختی و دارویی برایشان در نظر گرفته شود.

اگرچه تعداد کمی از افراد سوگوار درصدد این نوع کمک‌های حرفه‌ای بر می‌آیند ولی این نوع کمک‌ها از اهمیت بالایی برخوردار است و با مجموعه‌ی در هم پیچیده‌ی از احساسات و افکار مرتبط با سوگ ناشی از خودکشی سر و کار دارد. کارشناسان سلامت روان باید این نکته را در نظر داشته باشند که فرد داغ‌دیده برایش بسیار سخت است که درباره این اتفاق صحبت کند و دنبال کمک بگردد. پس همین که به شما مراجعه کرده (یا شما از آن‌ها دعوت کرده اید که به ملاقات شما بیایند)، اهمیت بالایی دارد و گام بزرگی برداشته‌اید. در ابتدا باید اجازه دهید تا بازمانده درباره احساساتش آزادانه صحبت کند (لطفاً به هنگام بیان آزادانه احساسات، از نظر دادن یا تسلی بخشیدن و یا اظهاراتی از قبیل "بتدریج به همه چیز عادت می‌کنید" خودداری کنید) و در نظر داشته باشد که مهم‌ترین نکته در کار با این افراد گوش دادن به رنج‌های آنان است.

شما باید در نظر داشته باشید که بازمانده با احساس گناه و سرزنش خود مواجه است و نمی‌تواند این احساسات را زیاد با خانواده و اطرافیان در میان بگذارد چرا که ممکن است مورد سرزنش بیشتر و مورد قضاوت قرار بگیرد. در نتیجه شما باید فضایی را فراهم کنید که او بتواند در یک جو غیر قضاوتی، درباره معنی احساس گناه خود بیندیشد و شدت واکنش خود و میزان مبتنی بودن آن بر واقعیت را بسنجد. از طرفی از آنجایی که بعد از خودکشی ارتباط میان اعضای خانواده مختل می‌شود، کارشناس سلامت روان می‌تواند در بهبود این ارتباط نقش موثری داشته باشد. بدین ترتیب که احساس گناه و انگشت اتهام را از روی اعضای خانواده بردارد و به آن‌ها کمک کند تا بفهمند تصمیم خودکشی، انتخاب خود متوفی بوده نه هیچیک از اعضای خانواده.

## نکات عملی در اتاق درمان:

تجزیه و تحلیل فرآیند سوگ نشان می‌دهد که کارشناسان سلامت روان در فرایند کار با بازماندگان خودکشی دارای وظایف خاصی به شرح زیر هستند:

۱. ایجاد، نگهداری و نظارت بر اتحاد کارشناسان سلامت روان با بازمانده و نزدیکان او
۲. انجام ارزیابی‌های مناسب آغاز درمان و همچنین در طول درمان به منظور پایش پیشرفت یا پسرفت مراجع در طول فرایند درمانی، ارزیابی نقاط قوت و انعطاف‌پذیری روانی مراجع (برای مثال برخورداری از دوستان یا خانواده حمایت‌کننده، هوش بالا، سابقه مقابله با موقعیت‌های دشوار در گذشته) جهت اتکا بر آنها در طول فرایند درمان، ارزیابی عوامل خطر و محافظ در محیط زندگی مراجع برای پایه‌ریزی درمان بر اساس آنها و ارزیابی اختلالات روانی همراه.

۳. به اعتقادات مذهبی و رسومات فرهنگی مراجع در رابطه با سوگ و سوگواری توجه کنید تا درباره بهنجار یا ناهنجار بودن سوگواری او، تصویر روشن تری به دست آورید.
۴. اطمینان از ایمنی مراجع - بررسی افکار خودکشی و میل به آسیب به خود و نیازهای خود مراقبتی و حضور هر گونه عواملی که در امر درمان دخالت می کنند را بررسی کنید و این کار را به صورت مداوم انجام دهید
۵. انگیزه مراجع را برای شرکت مداوم در جلسات درمانی افزایش دهید. این کار را با مشارکت دادن افراد نزدیک او در مداخله نیز می توانید انجام دهید. همچنین می توانید مراجع را در تنظیم هدف مشترکی که امید را پرورش می دهد، درگیر کنید. به او کمک کنید برنامه هایی برای زندگی ترسیم کنید که مشخص، قابل سنجش و قابل دستیابی باشد. به مراجعان کمک کنید تا اهداف و فعالیت های جدید را شناسایی و در جهت دستیابی به آنها اقدام کند. مراجع را تشویق کنید که در فعالیت های لذت بخش و تأییدکننده با دیگران مشارکت کند. (به دنبال مصاحبت های جدید بروید). برای مثال، از فعال سازی رفتاری (تمرین) با دیگران استفاده کنید.
۶. از آموزش روانی استفاده کنید. به احساسات خشم و غم مراجع اعتبار ببخشید و آنها را بهبود بخشید. چرخه تفکر، احساس و رفتار و نحوه تاثیر و راه اندازی آنها را برای مراجع توضیح دهید. به مراجع آموزش دهید، چگونه ممکن است به طور ناخواسته و نارادی در این شرایط بد روحی خود نقش داشته باشد و در این زمان به او نحوه تنظیم هیجان و حل مساله را آموزش دهید. به او کمک کنید تا درک کند، نحوه ای که او داستان خود را بیان می کند می تواند بر احساسات و تفکر او تاثیر گذار باشد.
۷. مراجع را در تنظیم هدف مشترکی که امید را پرورش می دهد، درگیر کنید (برای مثال تماس با دوستان و یا ملاقات آنها، حضور در کلاس درس، کمک به خواهر یا برادر کوچکتر در امور تحصیلی، کمک به اعضای خانواده در امور منزل، ادامه تحصیل، شروع به کار کردن، مطالعه تدریجی کتاب داستان، تماشای فیلم با موضوع موفقیت و مقابله با سختی ها. بدیهی است این اهداف باید در ابتدا باید کوچک و دست یافتنی باشند و بعد به تدریج اهداف بزرگتر و بلند مدت). به او کمک کنید برنامه هایی برای رسیدن به آن اهداف به گونه ای مشخص، قابل سنجش، قابل دستیابی، مرتبط و موقتی ایجاد کنید. به مراجعان کمک کنید تا اهداف و فعالیت های جدید را شناسایی و در جهت آنها اقدام کند.
۸. مراجع را تشویق کنید در فعالیت های لذت بخش و تأییدکننده با دیگران مشارکت کند برای مثال، از فعال سازی رفتاری (تمرین) با دیگران استفاده کنید (در مواردی با تنظیم اهداف در بند ۷ همپوشانی دارد)
۹. او را تشویق کنید تا با دیگران در ارتباط باشد و از تنها و منزوی ماندن خوداری کند.
۱۰. آموزش تنظیم هیجان و مهارت های رفتاری را به منظور ارتقاء خودکارآمدی ( توانایی از عهده بر آمدن و موثر بودن) و به عنوان راهی برای افزایش حمایت اجتماعی (ساختن شبکه اجتماعی) انجام دهید. راهنماهای عمومی برای تقویت هرگونه فعالیت های که انعطاف پذیری او را بالا می برد تشکیل دهید. مثل آموزش خود-اسناد
۱۱. از روش های تجدید ساختار شناختی استفاده کنید تا به مراجعان کمک کند تا به شناسایی و اصلاح هرگونه سوء تفاهم نامناسب، افکار ناکارآمد و رفتارهای همراهان ها بپردازد ( برای مثال اگر بازمانده می گوید که دیگر امیدي ندارد و زندگی برایش معنا ندارد ضمن ابراز همدلی با او به نقش تفکرات منفی و تحریف شده اشاره کنید که تا چه حد بر

عواطف منفی تاثیر می‌گذارند، سپس درباره افکار جایگزین و مثبت تاکید کنید که چگونه قادرند خلق او را تغییر دهند برای مثال فکری مثل "الان دو ماه از فوت او گذشته و من سرکار می‌روم"، یا "در کلاس‌ها شرکت می‌کنم" یا "نسبت به دو ماه پیش حالم بهتر است"، یا "تصمیمی بوده که او گرفته و من تا آنجا که می‌دونستم و امکانش بود تلاشمو کردم"، یا "با دوستانم که بودم، اوقات خوشی داشتم"

۱۲. به مراجعان کمک کنید تا به تمرینات باز تعریفی و تجدید شامل موارد زیر بپردازد:

- بازتعریف مکرر ذهنی واقعه که باعث پذیرش و پردازش عاطفی واقعیت از دست دادن می‌شود. بازمانده با چشم بسته، به نواری از روایت خود گوش دهند.

- از روش صندلی خالی گشتالت (قرار دادن یک صندلی خالی روبروی خود، تجسم متوفی و بیان افکار و احساسات خود به او)، روش‌های ابراز هنری و بریدن روزنامه استفاده کنید (برون ریزی عواطف دردناک با استفاده از عکس‌ها یا نوشته‌هایی که بیان درد و ناراحتی بازمانده است)، از خاطرات مثبت و منفی فرد فوت شده بنویسد.

- برای کمک به مراجعان از تمرینات مواجهه تدریجی با افراد، مکان‌ها و حوادثی که از آنها اجتناب کرده است، استفاده کنید. از مواجهه‌های رفتاری و ذهنی استفاده کنید.

۱۳. مشارکت در فعالیت‌های معنایی، از جمله استفاده مراجع از ایمان و معنویت خود، مثل شرکت در مراسم و تشریفات معنوی، به عنوان بخشی از فرآیند سوگ.

۱۴. برای مسائل مربوط به رویدادهای "سالگرد"، یادآوری‌های محرک از دست دادن فرد، مشکلات قانونی و پزشکی و غیره از پیش برنامه‌ریزی کنید و راهبردهای پیشگیری از عود را در نظر داشته باشید (۴۴)

در خصوص دارو درمانی، همه طبقات داروهای ضد افسردگی می‌توانند موثر واقع شوند ولی باید دارو به تناسب شرایط هر فرد و با توجه به در نظر گرفتن عوارض جانبی آن تجویز شود. داروهای ضد افسردگی مانند مهارکننده‌های بازجذب سروتونین پاسخگویی به درمان سوگ بیمارگون را بهبود می‌بخشد. در نظر گرفتن سوگ بیمارگون به عنوان یک وضعیت استرس- پاسخ اگرچه موجب می‌شود بین علائم سوگ بیمارگون با اختلال افسردگی عمده و اختلال استرس پس از سانحه همپوشانی قابل شویم. استفاده از داروهای ضد افسردگی با خطر کم توصیه می‌شود.<sup>۲۰</sup> بهتر است در صورت مشاهده نشانه‌های افسردگی عمده، درمان‌های دارویی به عنوان مکمل روان‌درمانی‌های انفرادی و گروهی به کار روند (۴۷).

علاوه بر درمان رایج شناختی-رفتاری و همچنین دارو درمانی، درمان دیگری که برای سوگ پیشنهاد می‌شود. درمان کوتاه مدت سوگ پیچیده<sup>۲۱</sup> است که شامل ترکیبی از روان‌درمانی بین فردی، مواجهه، درمان گشتالتی و مصاحبه انگیزشی است (فصل بعد). اصل زیر بنایی این رویکرد آن است که سوگواری حاد و شدید اگر پیچیدگی‌های سوگ در نظر گرفته شود و فرایند سوگواری طبیعی حمایت شود، به طور خودبخودی به یک سوگ یکپارچه تبدیل می‌شود. هر جلسه شامل

فعالیت‌هایی متمرکز بر سوگ است؛ تمرکز بر سوگ فقدان، با هدف کمک به بازمانده در جهت پذیرش سوگ، صحبت درباره حادثه رخ داده و مسایل پیرامون آن، ایجاد آسودگی خاطر و راحتی از به یاد آوردن فرد متوفی و ایجاد یک احساس اتصال عمیق به فرد متوفی. از تمرین‌های تصویر سازی و تکنیک‌های مواجهه‌ای همراه با بازسازی شناختی در این مداخله استفاده می‌شود. همچنین در این نوع درمان، جهت‌گیری و هدف‌گزینی درمانجو ترمیم می‌شود و دوباره به سمت پیگیری اهداف شخصی در زندگی پیش می‌رود. این درمان همچنین احساس‌های مرتبط با سوگ ناشی از خودکشی از جمله احساس گناه، خشم، طرد و همچنین انگ اجتماعی را مورد توجه قرار می‌دهد. همچنین فرد درگیر روابط معنی‌دار با دیگران می‌شود و لذت و رضایت را تجربه می‌کند. مطالعات اثر بخشی این درمان را حتی در سوگ‌های شدید و طولانی به اثبات رسانده‌اند.

## درمان سوگ بیمارگون در بازماندگان خودکشی

در درمان سوگ بیمارگون، برای انطباق با مرگ فرد متوفی و مولفه اهمیت زیادی دارند: یکی تمرکز بر پذیرش واقعیت فقدان و دیگری مقابله با فشارهای روانی مرتبط با سوگواری. درمان سوگ بیمارگون<sup>۲۲</sup> یک رویکرد کوتاه مدت است که هر دو مولفه را تسهیل می‌کند، و موانعی را که بر سر راه بهبودی است از میان برمی‌دارد. بدیهی است، فراهم کردن فضایی برای مراجعان تا بتوانند افکار و احساساتشان را در میان بگذارند، سنگ بنای هر نوع روان‌درمانی موثر است. آنها باید ما را قابل اطمینان و اصیل بدانند نیز باید تخصص لازم و توانایی کافی برای فهم مشکلات و محیط زندگیان‌ها را داشته باشیم. باید دردهای عمیق مراجع را بدون دست کم گرفتن آنها تایید کنیم. باید به سمت پایه گذاری یک رابطه دربرگیرنده<sup>۲۳</sup> حرکت کنیم که به موجب آن شخص داغ‌دیده احساس مورد قضاوت قرار گرفتن نداشته باشد.

### جلسه اول: برقراری ارتباط و معرفی

<sup>22</sup>Complicated grief therapy

<sup>23</sup> container

پیشنهاد شده است که در جلسه اول کارشناسان سلامت روان به جای آن که در صحبت کردن با بازمانده، فرد "از دست رفته" را با الفاظی نظیر همسر، خواهرت، برادرت و... صدا کند، نام او را بپرسند و با الفاظ صمیمانه‌تر و گرم‌تری به او اشاره کند. هم‌چنین توصیه می‌شود کارشناسان سلامت روان نام متوفی را در پرونده مراجع ثبت کنند تا در ملاقات‌های بعدی آن را بهتر به یاد بیاورند. بر اساس تجربیات بالینی بی‌شمار با افرادی که متحمل چنین سوگ‌هایی شده‌اند، پیشنهاد شده است که:

۱. مراجع را تشویق کنید تا درباره ارتباط خود با متوفی صحبت کند تا بدین وسیله بتوانید اطلاعات بیشتری درباره کیفیت این ارتباط به دست آورید.
۲. فضای امن، قابل اطمینان و غیرقضاوتی‌ای در اختیار مراجع قرار دهید تا بتواند همان‌گونه که درباره نکات مثبت این رابطه صحبت می‌کند، مشکلاتی را که نیز در رابطه‌اش با متوفی تجربه کرده فاش کند.
۳. مراجعان را تشویق کنید که نحوه و داستان مرگ متوفی را برای شما تعریف کنند.
۴. به این دقت کنید که زندگی بازمانده پس از خودکشی متوفی، چگونه شده است، به نشانه‌های سوگ و اثربخش بودن حمایت‌های اجتماعی موجود توجه کنید. چه کسی برای کمک به درمانجو در دسترس است؟ آیا مراجع با کسی رابطه امنی دارد که بتواند احساسات و افکار دردناکش را با او در میان بگذارد؟ آیا خانواده، دوستان یا منابع حمایتی دیگر دور و بر مراجع وجود دارد تا از او حمایت کنند؟

اگر زمان کافی برای بررسی این موارد ندارید، دست‌کم، اطمینان حاصل کنید که همدردی خالصانه‌ای را ابراز می‌کنید، نام متوفی را در خاطر داشته باشید و از مراجع بپرسید که چگونه روزگار می‌گذراند. بدیهی است در چنین مواردی، باید با هماهنگی با ریس مرکز، وقت بیشتری را به بازماندگان اختصاص دهید و ملاقات‌های پیگیری را هرچه زودتر ترتیب دهید تا با آنها درباره فقدان بیشتر صحبت کنید. فرد داغ‌دیده هرگز متوفی را فراموش نمی‌کند و او را همواره دوست خواهد داشت. به همین دلیل سوگ شدید می‌تواند در زمان‌های خطرناک‌انگیزی مانند سالگرد تولد، تعطیلات، سالگردهای دیگر، دیگر فقدان‌ها، یا هنگام هر نوع اتفاق مهم یا استرس‌زا در زندگی، دوباره تجربه شود اما باید بدانیم این تجربه مجدد خلل عمده‌ای در فرایند بهبود بعد از سوگ و شروع زندگی تازه و سربرآوردن حس رضایت خاطر وارد نمی‌کند. دو عنصر مهم در جلسه اول عبارتند از:

## **۱. فراهم کردن اطلاعات برای کمک به مراجع در درک و پذیرش سوگ:**



درمان سوگ بیمارگون یک رویکرد مشارکتی است که در آن اطلاعات به صورت تعاملی با مراجع به اشتراک گذاشته می شود. مراجعان تشویق می شوند، همزمان با توضیحات ما درباره سوگ و تطابق<sup>۲۴</sup> (سازگاری)، اظهارنظر کرده و سؤال کنند. بنابراین می توان ساختار را به تدریج در ذهن آشفته‌ان‌ها جای داد. در این مقدمه، توضیحاتی ارائه می شود که سوگ آنها را طبیعی جلوه می دهد، با این عقیده که آنها تنها هستند، مقابله می کند و به فرد داغدیده این امید را می دهد که درمان موثر وجود دارد. اطلاعات کلیدی که باید بر آن تاکید شود شامل این است که چرا افراد سوگواری می کنند، نمونه‌هایی از علائم و تغییرپذیری "سوگ طبیعی و سازگارانه" ارائه شود، بیان شود که سازگار شدن با فقدان عموماً چه چیزی را در بردارد، عواملی که ممکن است سوگ "را بیمارگون" کند و مانع بهبودی آن شود کدامند، سوگ بیمارگون چیست و برنامه درمانی چرا و چگونه اجرا می شود. اغلب، برای مراجعین تشخیص سوگ بیمارگون، به ویژه هنگامی که با یک برنامه درمانی ترکیب می شود، تسکین دهنده و امیدبخش است. گوش دادن فعال و رویکرد مشارکتی در طول درمان استفاده می شود. تبیین علائم مراجع به گونه ای که دیدگاه آنها را نیز در بردارد می تواند به مراجعان در انتخاب راه‌های حل مسئله برای غلبه بر موانع سازگاری کمک کند(۱).

## ۲. مدیریت رنج عاطفی و پایش علائم:

به مراجعان توصیه می شود سوگ خود را به عنوان پاسخی طبیعی برای فقدانی که با آن روبرو شده‌اند، بپذیرند. پذیرش سوگ همچنین به معنای پذیرش و مدیریت هیجانات همراه با آن است. به عنوان راهی برای کمک، به مراجعان آموزش داده می شود برای فهم بیشتر و پذیرش سوگشان آن را زیر نظر بگیرند. با این روش آنها می توانند نوسانات طبیعی که در مواجهه با احساسات دردناکشان و تلاش در کنار گذاشتن آنها را دچارش می شوند، درک کنند.

در درمان سوگ بیمارگون، از بازمانده می‌خواهیم در پایان هر روز ۵ دقیقه وقت بگذارند تا در مورد آن روز خود فکر کنند، زمانی را شناسایی کنند که سوگ آنها در بالاترین حد خود قرار داشته، شدت آن را در مقیاس ۱-۱۰ ارزیابی کنند و در مورد آنچه در آن زمان اتفاق افتاد یادداشت برداری کنند. این کار برای کمترین میزان سوگ در روز نیز تکرار می شود و از مراجعان خواسته می شود که برای کل روز یک ارزیابی انجام دهند. در جلسه بعد، مراجع و کارشناس سلامت روان فقط مختصراً یک روز را که سوگ در بالاترین میزان خود در هفته قرار داشت و یک روز در هفته را که سوگ در پایین ترین زمان بود مورد بحث قرار می دهند. این فرایند پایش، اغلب کاملاً مفید است و به حداقل زمان و مباحثه نیاز دارد(۱).

همان طور که گفته شد، در این جلسه تمرکز اصلی روی جمع آوری اطلاعات، ارزیابی شدت و ابعاد مشکل و ایجاد احساس همدلی و حمایت است. پس از شروع جلسه درمانی و برقراری ارتباط اولیه، گام بعد جمع آوری اطلاعات در مورد ابعاد مختلف مشکلات است. در ارزیابی اولیه، از چک لیستی که شامل حوزه های زیر است استفاده کنید:

<sup>24</sup> adaptation

- ماهیت و شدت تجربه ی اندوه و سوگفرد: در این قسمت بایدفرد بازمانده را که از صحبت در مورد واقعه دیدن صحنه خودکشی خودداری می کنند به تدریج تشویق کنید تا در مورد تجربه خود صحبت کند. اما هرگز از اونخواهید جزئیات بسیار ریز رویداد را برای شما بازگو کند ، زیرااین کار به احتمال بسیار زیاد باعث تشدید هیجانانگیزدردناکوی در جلسه خواهد شد و روال جلسه را بر هم می زند
- بررسی احساس گناه و شرمساری شدید در خصوص فرد از دست رفته: این احساسات بسیار دردناک هستند و صحبت راجع به آن ها نیز برای افراد دشواراست. در این قسمت سعی کنید با این احساسات همدلی کنید. "من شدت ناراحتی و اندوه شما را درک می کنم. واقعا سخته می دونم". " مطمئن هستم که سخت ترین روزهای زندگی شماست"
- بررسی افکار آسیب زدن به خود یا دیگران: برای بررسی این حوزه بهتر است اینگونه سوال پرسید: چنین وقایعی به قدریدردناک و خارج از تحمل است که بعضی از افراد به فکر آسیب زدن به خود یا دیگران می افتند. "آیا شما تابحال چنینافکاری داشته اید؟"، " آیا تا کنون به عمد به خودتان آسیب زده اید؟"
- سابقه تجربه رویدادهای آسیب رسان قبلی: افرادی که قبلاً تجربه وقایع مشابه را داشته اند به احتمال زیادتری واکنش هایشدید و طولانی به رویداد نشان می دهند. "آیا شما در گذشته چنین تجربه ای داشته اید؟ لطفا بیشتر توضیح دهید".
- بررسی نظام های حمایتی فرد: برخورداری از خانواده، دوستان و یا شبکه حمایت اجتماعی که در این شرایط بتوانند به فرد کمک کنندبسیار حائز اهمیت است. " آیا احساس تنهایی می کنید؟"، " کسی را دارید که حال شما را درک کند و درباره احساسات و افکارتان با او صحبت کنید؟"

سوالات غربالگری در تشخیص سوگ بیمارگون اهمیت بالایی دارند. پرسشنامه مختصر سوگ<sup>۲۵</sup>، یک پرسشنامه خودگزارشی مختصر است(۱). با امتیاز پنج یا بیشتر، نتیجه غربالگری مثبت است. پرسشنامه سوگ بیمارگون<sup>۲۶</sup> یک پرسشنامه ۱۹ ماده ای است که احساسات، افکار و رفتارهای مرتبط با فقدان یک فرد مهم را می سنجد. هر آیتیم از ۰ (هرگز) تا ۴ (همیشه) نمره می گیرد. نمره برش ۲۵ به بالا نشانگر وجود سوگ بیمارگون است. پیشنهاد می کنیم به دنبال مثبت بودن جواب غربالگری های اولیه در هر یک از این دو پرسشنامه، بیمار حتما جهت ارزیابی بالینی بیشتر به پزشک نیز ارجاع داده شود (۱).

تشخیص سوگ بیمارگون دربرگیرنده شکل متفاوتی از تشخیص اختلال افسردگی عمده و اختلال استرس پس از سانحه است. برخلاف اختلال افسردگی عمده و اختلال استرس پس از سانحه، تمام علائم سوگ بیمارگون حتی آنهایی که با افسردگی عمده و استرس پس از سانحه همپوشانی دارند، حول از دست رفتن فرد عزیز می گردند. بیادآوردن

<sup>25</sup> The Brief Grief Questionnaire (BGQ)

<sup>26</sup> inventory of complicated grief (ICG)

مداخله روانشناختی برای بازماندگان افراد فوت شده به دنبال خودکشی ویژه کارشناسان سلامت روان

خاطرات تلخ و شیرین در سوگ بیمارگون و اشتغال ذهنی بیش از حد با متوفی و دشواری در پذیرش واقعیت دردناک مرگ به طور معمول در اختلال افسردگی عمده و اختلال استرس پس از سانحه دیده نمی‌شود(۱).

### پرسشنامه مختصر سوگ:

۱. چه میزان در پذیرش مرگ (نام متوفی) با مشکل مواجه هستید؟
۲. سوگ غمگینی شما چه قدر در زندگی‌تان تداخل ایجاد کرده است؟
۳. از زمان مرگ (نام متوفی) چه میزان تصاویر ذهنی یا افکار شما در مورد ایشان یا سایر افکار در مورد مرگ، آزارتان می‌دهد؟
۴. آیا کارهایی هستند که وقتی که قبلاً (نام متوفی) زنده بود انجام می‌دادید و اکنون دیگر نمی‌خواهید آن‌ها را انجام دهید و از آن اجتناب می‌کنید؟ مثلاً رفتن به جایی که شما قبلاً با او می‌رفتید یا انجام کاری که قبلاً با او از آن لذت می‌بردید؟ یا اجتناب از نگاه کردن به عکس‌ها یا صحبت درباره او؟ چه میزان از این موارد اجتناب می‌کنید؟
۵. از زمانی که (نام متوفی) فوت شده است، چه میزان احساس فاصله و دوری از دیگر دارید، حتی با افرادی که از قبل با شما نزدیک بوده‌اند نظیر خانواده و دوستان؟

نمره گذاری: + = اصلاً      ۱ = گاهی اوقات      ۲ = بسیار

امتیاز ۵ یا بیشتر بیانگر وجود نشانگان سوگ بیمارگون است  
اما لازم است تا ارزیابی‌های بیشتری به منظور رسیدن به یک تشخیص دقیق انجام شود.

آموزش روانی: از توضیحات زیر برای آشنا ساختن مراجع با مفهوم سوگ استفاده کنید

توضیحات در خصوص سوگ باعث افزایش آگاهی، روشن سازی ذهن افراد و توانمندسازی آنها در برخورد با مشکلات فعلی و آتی می شود. این آموزش ها باعث می شود که افراد احساس سردرگمی کمتری در درمان کنند و مشارکت آنها در درمان بیشتر شود. هرچقدر اطلاعات مراجع درباره مشکل خود بیشتر شود، کنترل او بر مشکل بیشتر خواهد شد. آموزش روانی در حیطه های زیرانجام می شود:

## توصیف سوگ و داغیدگی و علائم آن

سوگ، پاسخ غریزی روانشناختی به مرگ است که در آن انواع مختلف افکار، احساسات و رفتارها، هرچند در یک الگو و شدت که با گذشت زمان متفاوت و تکامل می یابند، رخ می دهد. غم و اندوه معمولاً در تظاهرات، شدت و البته دوره آن غیر قابل پیش بینی است. در طول این دوره، غم و اندوه حاد، شدیداً دردناک و غالب، به نوعی در تجارب زندگی فرد یکپارچه و کم کم در پس زمینه ذهنی فرد رفته و خاموش می شود. سوگ پیچیده زمانی اتفاق می افتد که این تحول رخ نمی دهد. عوارض سوگ ممکن است به از دست دادن تمرکز یا مشکلات جسمی باشد که ابعاد عاطفی، رفتاری، فلسفیه اجتماعی دارد. سوگ یکی از عوامل ایجاد غم نیز می باشد. گریه از بخش های طبیعی سوگ است که نتیجه تحریک عواطف است که اگر بیش از اندازه باشد موجب مشکلات جسمی و روحی می شود.

## مراحل دوران سوگ

دکتر الیزابت کوبلر در ۱۹۶۹ برای دوران سوگ مراحل را عنوان کرد. این تقسیم بندی بر مبنای تجارب وی با بیماران سرطانی بوده که به نظر بسیاری از کارشناسان سلامت روان در خصوص افراد سوگوار نیز مصداق دارد. این مراحل عبارتند از:

۱. انکار و دوری گزینی: فرد در ابتدا ممکن است وقوع چنین فاجعه ای را انکار کند. این مرحله ممکن است بسیار کوتاه یا طولانی باشد. در این مرحله، فرد اغلب گوشه گیر شده و خود را از روابط اجتماعی کناری می کشد. (مثلاً وقتی به شخص خبر می رسد که یکی از اعضای خانواده فوت کرده، برایش بسیار مشکل است که این موضوع را باور کند)
۲. خشم: در این مرحله فرد مصیبت دیده نسبت به خود، فرد از دست رفته، یا همه ی جهان احساس خشم و عصبانیت می کند (چرا این اتفاق پیش آمد؟ چرا من باید عضو خانواده خود را از دست بدهم؟)
۳. چانه زنی: و میل به دیدار یا جستجوی فرد از دست رفته. از دیدگاه جان بالبی این مرحله با اشتغال ذهنی درباره فرد از دست رفته و جستجو و یادآوری خاطرات وی همراه است. (اگر پدر/ برادر/ زنم/ دوستم زنده می بود، از او بهتر نگهداری می کنم، دوست بهتری می شوم، از او معذرت خواهی می کنم. خدایایک شانس دیگر برایم بده!)
۴. افسردگی: در این مرحله اندوه و مصیبت ممکن است به صورت احساس افسردگی، بی تفاوتی، و بی حسی (کرحتی) در فرد ظاهر شود (زندگی بی حاصل است، کاش زنده نمی بودم و این روزها را نمی دیدم).

۵. پذیرش/قبول: زمانی است که از ماتم، خشم و اندوه فرد بتدریج کاسته می‌شود و او شروع به پذیرش واقعیت موجود می‌کند (همه‌ی ما می‌میریم. مرگ جزئی از زندگی ماست. عزیز ما از دست رفت، ولی امیدوارم در دنیای دیگر آرام باشد).

## سوگواری و استرس

تجربه احساسات پیچیده نظیر خشم، غم، تنهایی، رنج، شر، و گناه نزد افراد سوگوار امری شایع است که می‌تواند فشار روانی فراوانی را موجب شود. نکته اینجاست که انکار این احساسات و اجتناب از دیدن آنها به مراتب استرس بیشتری را نسبت به رویارویی با آنها به جسم و ذهن تحمیل می‌کند. توصیه مثبت اندیشی و فراموش کردن یا نادیده گرفتن احساسات منفی به فرد مصیبت دیده ممکن است به تلاش وی برای پنهان کردن یا انکار این عواطف منجر شود و فرآیند طبیعی التیام را به تعویق‌اندازد (به عبارت دیگر، نیازی نیست که به فرد سوگوار بسیار تاکید کنیم که مثبت بیاندیشد و غم و ناراحتی خود را پنهان کند، چون این خود می‌تواند دوران سوگواری را طولانی‌تر کند). در جریان از دست دادن فردی که به او علاقمندیم، عواطف و احساسات بسیاری برانگیخته می‌شوند. آگاهی از اینکه ما نیز ممکن است در چنین شرایطی، دچار برخی از این عواطف بشویم و اذعان به اینکه کنترل کامل این تجربه خارج از توان ماست، شاید بتواند تا حدودی گذر از این دوران دشوار را تسهیل کند.

**تمرین فضای تنفس**

در پایان جلسه اول، می‌توانید برای بازماندگان که احساس بی‌قراری دارند و از نشانه‌های اضطراب شکایت می‌کنند، تمرین زیر را انجام دهید:

راحت روی صندلی بنشینید:

بگذارید بدن‌تان در وضعیتی که نشانگر هوشیاری و آگاهی است قرار گیرد. پشت و گردن خود را بدون تنش غیر ضروری صاف نگه دارید و توجه کنید به اینکه چطور صندلی تکیه‌گاه پشت شماست. همینطور به پاهایتان که بر روی کف زمین قرار گرفته است، توجه کنید.

اگر احساس راحتی می‌کنید چشمان خود را ببندید.

بخش اول: حالا همه توجه‌تان را به زمان حال معطوف کنید، بر اینجا و اکنون تمرکز کنید و نسبت به آنچه که تجربه و ادراک می‌کنید، کنجکاو باشید.

به چه چیزی در بدن‌تان توجه می‌کنید؟ مجبور نیستید در پی چیز خاصی باشید. این تجربه می‌تواند احساس سردی یا گرمی، حرکت یا سکون باشد. یا شاید هیچ حسی وجود ندارد، پس این چیزی است که شما متوجه آن هستید. حالا به هیجان‌ها و خلق خود توجه کنید. فقط به حالت هیجانی خود توجه کنید بدون اینکه آن را تجزیه و تحلیل کنید یا سعی کنید چرایی آن را متوجه شوید.

چه افکاری از سرتان می‌گذرد؟ نیاز نیست با آنها بحث کنید یا آنها را کنار بزنید. فقط به افکاری که در سرتان می‌گذرد توجه کنید.

فقط چیزی که شما باید انجام دهید این است که وضعیت ذهن‌تان را ثبت کنید به همان صورتی که الان است بدون در نظر گرفتن اینکه آیا آن وضعیت خوشایند یا ناخوشایند است.

بخش دوم: حالا توجه‌تان را به تنفس خود تغییر دهید. به هر تنفسی که انجام می‌دهید توجه داشته باشید. توجه کنید به اینکه چطور دم و بازدم انجام می‌دهید. شاید متوجه ورود هوا به معده، قفسه سینه یا بینی‌های خود شوید. یکی از این نواحی را انتخاب کنید و در هر زمانی که ذهن‌تان منحرف می‌شود توجه خود را به این ناحیه برگردانید.

بخش سوم: حالا اجازه دهید تا توجه‌تان همراه با تنفس گسترش یابد. با کل بدن و همه‌ی حس‌ها، افکار و احساس‌هایی که در حال حاضر وجود دارند، ارتباط برقرار کنید. نسبت به هر چیزی که تجربه می‌کنید بدون در نظر گرفتن اینکه آیا آن احساس راحتی یا ناراحتی است، کنجکاو و پذیرا باشید.

فقط برای به پایان رساندن مراقبه ... شاید بتوانید تصمیم بگیرید تا سطحی مشابه از توجه و آگاهی را به موقعیت‌های دیگر زندگی‌تان اختصاص دهید... به صورتی که به این شیوه می‌توانید از خودتان و اطرافیان خود مرقت کنید.

وقتی احساس آمادگی می‌کنید چشمان خود را باز کنید و توجه‌تان را به اتاق برگردانید.

## جلسه دوم:

### ۳. تفکر در مورد آینده

واقعیت آن است که افراد مبتلا به سوگ بیمارگون در سوگِ حادی "گیر کرده اند" و در تصور کردن یک "آینده امیدبخش" مشکل دارند. در درمان سوگ بیمارگون، موضوع تفکر در مورد آینده بسیار اهمیت دارد. این کار با استفاده از روش تغییر اهداف شخصی و با استفاده از "مصاحبه انگیزشی" انجام می‌شود. به این گونه که از مراجعان خواسته می‌شود تصور کنند سوگ آنها در وضعیت کنترل پذیری است و فکر کنند که حالا چه چیزی برای خود می‌خواهند؟ اگر مراجع پاسخ این پرسش را نداند، از او خواسته می‌شود درباره این سوال در طول هفته فکر کنند. زمانی که آنها پاسخی داشتند، از او می‌خواهیم مراحل دستیابی به این اهداف را تدوین کنند. از او سؤال می‌شود چقدر نسبت به این برنامه‌ها متعهد است، چه موانعی را پیش بینی می‌کند و چه کسی می‌تواند به او کمک کند.

حالت ایده آل این است که هدف شخصی چیزی باشد که واقعاً جالب و بالقوه رضایت بخش است. اگر مراجع با این مساله مشکل داشته باشد، گزینه جایگزین می‌تواند این باشد که از مراجع بپرسیم فکر کند که اگر آن مرحوم هنوز زنده بود، چه می‌خواست. قابل توجه است که این سوال می‌تواند برای یک مراجع دارای سوگ بیمارگون چالش برانگیز باشد. راه دیگر شروع با یک فعالیت پاداش دهنده و ساده است. به عنوان مثال، مراقبت بیشتر از سلامتی خود، یادگیری کارکردن با یک اپلیکیشن ساده، یا حتی پیاده روی در پارک. در طی هر جلسه درمان، چند دقیقه برای بحث در مورد این موضوع اختصاص داده شده می‌شود (۱).

### ۴. برقرار کردن مجدد روابط با دیگران:

علاوه بر برنامه ریزی برای انجام فعالیت‌های لذت بخش، کارشناسان سلامت روان باید درباره ارتباطات اجتماعی چنین مراجعانی صحبت کنند. در واقع آن‌ها تشویق می‌شوند تا حداقل یک نفر قابل اعتماد را پیدا کنند و همچنین هر موقع که آماده بودند در فعالیت‌های مختلف اجتماعی دوباره شرکت کنند. کارشناسان سلامت روان جنبه اجتماعی انطباق درمانجویان را همواره در ذهن دارند و در هر جلسه در مورد این که چه کسی می‌تواند به آنها کمک کند صحبت می‌کنند.

## ۵. گفتن داستانی / صحبت کردن درباره نحوه مرگ متوفی:

تعریف کردن داستانی درباره نحوه مرگ متوفی یک راه برای کمک به بازماندگان است تا واقعیت فقدان را بپذیرند. در اغلب فرهنگ ها و آیین‌های سوگواری (از جمله فرهنگ ما ایرانیان) در روزهای ابتدایی پس از فوت یک عزیز، اقوام، دوستان و یا همسایگان ضمن شرکت در مراسم خاکسپاری یا مراسم سوم و... با حضور در خانه متوفی، درباره اتفاق رخ داده شده صحبت می‌کنند. این باعث می‌شود داستان‌هایی درباره متوفی بازگو شود و حس اتصالی و پیوندی که همه به او داشته‌اند در میان گذاشته شود. به تدریج دوستان و خویشاوندان احساس می‌کنند که صحبت‌هایشان درباره متوفی باید به سمت موضوعات دیگر هدایت شود، به این دلیل که آنها گمان می‌کنند صحبت درباره متوفی سازنده نیست و تاکید زیاد آنها بر صحبت درباره متوفی باعث اذیت شدن بازماندگان می‌شود حتی در مواردی که بازماندگان توصیه می‌کنند درباره متوفی و خاطرات بجا مانده از او کمتر صحبت کنند. در نتیجه بسیاری از افراد با سوگ بیمارگون ترجیح می‌دهند از چنین بحث‌هایی اجتناب می‌کنند و به این فکر می‌کنند که یادآوری خاطرات متوفی فقط درد بیشتری را ایجاد می‌کند. در درمان سوگ بیمارگون بسیار موثر است که از مراجعان دعوت کنیم در طول جلسات بارها درباره مرگ متوفی بارها صحبت کنند (۴، ۵).

در درمان سوگ مراجع تشویق می‌شود تا داستان نحوه مطلع شدن از مرگ متوفی را برای ۵ دقیقه تجسم کند (مواجهه). گفتن داستان با این روش به تنظیم هیجانی مراجع می‌انجامد. در واقع از فرد سوگوار دعوت می‌شود تا توضیح دهد در اولین دقایق اطلاع او از مرگ چه اتفاقی افتاد. برای مدتی آن‌ها درباره داستان‌شان تامل می‌کنند، سپس آن را به کناری می‌نهند و شروع به برنامه ریزی برای فعالیت‌های پاداش دهنده می‌کنند. این کار چندبار تکرار می‌شود و در نهایت به بازمانده کمک میکند تا با بیادآوردن جزئیات و عواطف مرتبط بر روایت‌های دردناکشان مسلط شوند. هدف این است که به مراجع کمک شود تا واقعیت دردناک را بپذیرد. در نهایت در طول چندبار تکرار این روش، مراجع می‌تواند تا با داستانها با اجتناب کمتر، واکنش هیجانی کمتر و احساس انسجام بیشتر مواجه شود (۱).



## جلسه سوم:

### ۶. یادگیری ارتباط با یادآورها

بسیاری از افراد با سوگ بیمارگون معتقدند که اجتناب از رویدادهای مختلف، افکار، مکان‌ها و فعالیت‌هایی که مرتبط با متوفی هستند، بهترین راه برای مدیریت دردهای هیجانی است (۶)، اگرچه با چنین راهبردی، زندگی آنها تا حدودی محدود می‌شود. ولی ما باید از آنها از بخواهیم که سوگشان را به عنوان یک بخش طبیعی نه چیزی که باید از آن اجتناب شود، بپذیرند. استفاده بیش از حد از راهبردهای اجتنابی با فرایند سازگار شدن با فقدان تداخل ایجاد می‌کند. برای بعضی از مراجعان، تشویق ساده در جهت روی آوردن به یادآورها کفایت تا چنین کاری را شروع کنند. اغلب زمانی که بازمانده مواجهه با یادآورها را آغاز می‌کند تشخیص می‌دهد که خاطراتی که به یاد آورده می‌شوند مجموعه‌ای از احساسات تلخ و شیرین را همراه خود دارند و به مانند درد همراه با آن، منفعتی همراه خود دارد. آنها شروع به احساس رهایی میکنند و آزادانه گام بر می‌دارند. در درمان سوگ بیمارگون از فرایندی که به آن بازنگری موقعیتی<sup>۲۷</sup> می‌گویند استفاده می‌شود تا مراجعان را تشویق کند به جای اجتناب از یادآورها، همراه آنها زندگی کنند. یک راه برای انجام چنین کاری این است که از آنها بخواهیم فهرستی از فعالیت‌ها و جاهایی که از آنها اجتناب می‌کنند به ترتیب دشواری در مواجهه شدن با آنها تهیه کنند. سپس از مواردی که تحمل آنها برای بازمانده سخت است اما در حال حاضر قابل انجام است شروع می‌کنیم و تشویقشان می‌کنیم برخلاف دشواریشان، با آنها مواجه شوند. اگر مراجع بخواهد می‌تواند یک دوست قابل اعتماد را در زمان این فعالیت با خود همراه کند. از مراجع خواسته می‌شود تا خود و سوگشان و همچنین هرگونه افکار و احساساتی را قبل، در حین انجام و بعد از مواجهه، نظارت کند و در جلسه بعد گزارشی درباره آنها به شما بدهد. (۱)

<sup>27</sup> situational revisiting

## منابع:

1. Cerel J, Maple M, Aldrich R, van de Venne JJC. Exposure to suicide and identification as survivor. 2013.
2. Seiden HM, Shatan C. Silent grief: living in the wake of suicide: Jessica Kingsley; 2007.
3. Jordan JR, McIntosh JL. Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors: Routledge; 2011.
4. Freud S. Mourning and melancholia. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works 1957. p. 237-58.
5. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. 1944;101(2):141-8.
6. Hardison HG, Neimeyer RA, Lichstein KL. Insomnia and complicated grief symptoms in bereaved college students. 2005;3(2):99-111.
7. Zisook S, Devaul RA, Click MA. Measuring symptoms of grief and bereavement. 1982.
8. Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, Reynolds CF, Shear MK, Day N, et al. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. 1997;154:616-23.
9. Scocco P, Preti A, Totaro S, Corrigan P, Castriotta C. Stigma, grief and depressive symptoms in help-seeking people bereaved through suicide. 2019;244:223-30.
10. Hill O, Price J. Childhood bereavement and adult depression. 1967;113(500):743-51.
11. Worden JW. Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner: Springer Publishing Company; 2018.
12. Neimeyer RA. The language of loss: Grief therapy as a process of meaning reconstruction. 2001.
13. Berk L. Development through the lifespan: Pearson Education India; 2010.
14. Schut MS, Henk J. Death studies. The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. 1999;23(3):197-224.
15. Stroebe M, Schut H. Dying. The dual process model of coping with bereavement: A decade on. 2010;61(4):273-89.
16. Hansson R, Stroebe M. Adaptation, influences. The dual process model of coping with bereavement and development of an integrative risk factor framework. 2007:41-60.
17. Corr CA, Corr DM. Historical and contemporary perspectives on loss, grief, and mourning. Handbook of thanatology: Routledge; 2013. p. 163-76.
18. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. 1998;55(7):626-32.
19. Dunne-Maxim E. Working with families in the aftermath of suicide. 2004:272.
20. Sveen C-A, Walby FA. Suicide survivors' mental health and grief reactions: A systematic review of controlled studies. 2008;38(1):13-29.
21. De Leo D, Cimitan A, Dyregrow K, Grad O, Andriessen K. Bereavement after traumatic death: Helping the survivors: Hogrefe Publishing; 2013.
22. Simon NM. Treating complicated grief. 2013;310(4):416-23.
23. Bonanno GA, Wortman CB, Lehman DR, Tweed RG, Haring M, Sonnega J, et al. Resilience to loss and chronic grief: a prospective study from preloss to 18-months postloss. 2002;83(5):1150.
24. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, Goodkin K, et al. Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. 2009;6(8).
25. Publishing D-APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 2013.
26. Shear MK, Simon N, Wall M, Zisook S, Neimeyer R, Duan N, et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. 2011;28(2):103-17.
27. Kersting A, Brähler E, Glaesmer H, Wagner B. Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. 2011;131(1-3):339-43.
28. Newson RS, Boelen PA, Hek K, Hofman A, Tiemeier H. The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. 2011;132(1-2):231-8.
29. Fujisawa D, Miyashita M, Nakajima S, Ito M, Kato M, Kim Y. Prevalence and determinants of complicated grief in general population. 2010;127(1-3):352-8.

30. Young IT, Iglewicz A, Glorioso D, Lanouette N, Seay K, Ilapakurti M, et al. Suicide bereavement and complicated grief. 2012;14(2):177.
31. Dyregrov K, Nordanger D, Dyregrov AJDs. Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. 2003;27(2):143-65.
32. Neria Y, Gross R, Litz B, Maguen S, Insel B, Seirmarco G, et al. Prevalence and psychological correlates of complicated grief among bereaved adults 2.5–3.5 years after September 11th attacks. 2007;20(3):251-62.
33. Mutabaruka J, Séjourné N, Bui E, Birmes P, Chabrol HJS, Health. Traumatic grief and traumatic stress in survivors 12 years after the genocide in Rwanda. 2012;28(4):289-96.
34. Hargrave PA, Leathem JM, Long NRJJots. Peritraumatic distress: Its relationship to posttraumatic stress and complicated grief symptoms in sudden death survivors. 2012;25(3):344-7.
35. Bui E, Simon NM, Robinaugh DJ, LeBlanc NJ, Wang Y, Skritskaya NA, et al. Perilous dissociation, symptom severity, and treatment response in complicated grief. 2013;30(2):123-8.
36. Boelen PA, Keijsers L, van den Hout MAJTJon, disease m. Peritraumatic dissociation after loss: latent structure and associations with psychopathology. 2012;200(4):362-4.
37. Mancini AD, Robinaugh D, Shear K, Bonanno GAJJocp. Does attachment avoidance help people cope with loss? The moderating effects of relationship quality. 2009;65(10):1127-36.
38. Gupta S, Bonanno GAJJJoap. Complicated grief and deficits in emotional expressive flexibility. 2011;120(3):635.
39. Horowitz MJ, Siegel B, Holen A, Bonanno GA, Milbrath C, Stinson CHJF. Diagnostic criteria for complicated grief disorder. 2003;1(3):290-8.
40. Association AP. Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5®: American Psychiatric Pub; 2014.
41. E. Clark S, D. Goldney RJTihos, suicide a. The impact of suicide on relatives and friends. 2000:467-84.
42. Stengel E. Suicide and attempted suicide. 1964.
43. Jackson J. SOS: A handbook for survivors of suicide: American Association of Suicidology Washington, DC; 2003.
44. Meichenbaum D. TREATMENT of INDIVIDUALS WITH PROLONGED and COMPLICATED GRIEF AND TRAUMATIC BEREAVEMENT.
45. Iglewicz A, Shear MK, Reynolds III CF, Simon N, Lebowitz B, Zisook SJD, et al. Complicated grief therapy for clinicians: An evidence- based protocol for mental health practice. 2020;37(1):90-8.
46. Ito M, Nakajima S, Fujisawa D, Miyashita M, Kim Y, Shear MK, et al. Brief measure for screening complicated grief: reliability and discriminant validity. 2012;7(2).
47. Monk TH, Houck PR, Katherine Shear MJDS. The daily life of complicated grief patients—What gets missed, what gets added? 2006;30(1):77-85.
48. Saindon C, Rheingold AA, Baddeley J, Wallace MM, Brown C, Rynearson EKJDs. Restorative retelling for violent loss: An open clinical trial. 2014;38(4):251-8.
49. Rheingold AA, Baddeley JL, Williams JL, Brown C, Wallace MM, Correa F, et al. Restorative retelling for violent death: An investigation of treatment effectiveness, influencing factors, and durability. 2015;20(6):541-55.
50. Baker AW, Keshaviah A, Horenstein A, Goetter EM, Mauro C, Reynolds III CF, et al. The role of avoidance in complicated grief: a detailed examination of the grief-related avoidance questionnaire (GRAQ) in a large sample of individuals with complicated grief. 2016;21(6):533-47.