

راهنمای حمایت روان شناختی در بحران و ترومای جمعی

ویژه متخصصان سلامت روان

انجمن علمی روان‌پزشکان ایران

کمیته سلامت روان شهری

کمیته روان‌پزشکی تروما

ویراست اول

بهمن ۱۴۰۴

نظارت علمی

دکتر مریم رسولیان
دکتر مریم طباطبایی مطلق
دکتر امیر شعبانی
دکتر مروئه وامقی

گردآوری و تدوین

دکتر مریم طباطبایی مطلق
دکتر امیر شعبانی
دکتر مریم محقق
دکتر کیمیا کوگانی
دکتر ندا مسجدی
دکتر نیکا کشتکاران
دکتر آیدا باوند

فهرست عناوین

مقدمه.....	۴
بخش نخست: مبانی نظری و مفهومی.....	۵
بخش دوم: اصول مداخلات حمایتی در بحران و تروما.....	۹
بخش سوم: چارچوب پیشنهادی جلسات حمایتی فردی، گروهی و حمایت همتایان.....	۱۳
بخش چهارم: ارزیابی ایمنی و مراقبت تخصصی.....	۱۵
بخش پنجم: ملاحظات فرهنگی، حرفه‌ای و اخلاقی.....	۱۷
بخش ششم: خودمراقبتی متخصصان سلامت روان.....	۱۹
پیوست‌ها.....	۲۲
پیوست شماره یک: فرهنگ بحران.....	۲۳
پیوست شماره دو: راهنمای بالینی مدیریت سوگ.....	۲۴
پیوست شماره سه: کمک‌های اولیه روان‌شناختی.....	۲۷
پیوست شماره چهار: کمک‌های اولیه در استرس شغلی.....	۲۸
پیوست شماره پنج: مراقبت آگاه به تروما.....	۳۰
پیوست شماره شش: حمایت و مداخلات در تروما.....	۳۱
پیوست شماره هفت: بیش‌مصرف و سوءمصرف الکل، آرام‌بخش‌ها و سایر مواد پس از تروماهای جمعی.....	۳۴
پیوست شماره هشت: ساختار پیشنهادی برای اجرای حمایت فردی، گروهی و همتایان.....	۳۶
منابع.....	۴۰

مقدمه

در روزهای اخیر تجربه خشونت، بی‌ثباتی و ناامنی، جامعه را با بحرانی جدی درگیر کرده که تأثیری چشمگیر بر سلامت روان جامعه داشته است. سوگ جمعی، تروما، بی‌اعتمادی و اضطراب فراگیر در سطح فردی، گروهی، نهادی، و اجتماعی بحران ایجاد کرده است. علاوه بر شرایط عمومی، کارکنان نظام سلامت در جایگاهی دوگانه و گاه پرتنش قرار می‌گیرند. آنان از یک سو مسئولیت مراقبت از بیماران و حفظ استانداردهای حرفه‌ای را بر عهده دارند، و از سوی دیگر خود نیز در معرض همان تهدیدها، فقدان‌ها و فشارهای اجتماعی هستند. تجربه‌ای که در این بستر شکل می‌گیرد، صرفاً به فشار شغلی یا فرسودگی حرفه‌ای محدود نمی‌شود، بلکه آمیزه‌ای است از ترومای جمعی، تعارض‌های اخلاقی، سوگ عمومی و اضطراب ناشی از ناامنی. چنین شرایطی می‌تواند معنا، انسجام و هویت حرفه‌ای را نیز تحت تأثیر قرار دهد.

این راهنما با هدف ارائه چارچوبی نظری و عملی برای متخصصان سلامت روان تدوین شده است تا بتوانند در سطوح مختلف مداخله از جمله آموزش عموم، کار با مراجعان فردی، حمایت از گروه‌های سازمانی و حرفه‌ای، به‌ویژه کارکنان نظام سلامت نقش فعالی ایفا کنند. از طریق آموزش روان‌شناختی در بحران، تسهیل حمایت هم‌تایان، و مداخلات کوتاه‌مدت می‌توان فضایی امن و منعطف ایجاد کرد. تمرکز این متن بر تشبیت وضعیت روانی، تنظیم هیجانی، تقویت پیوندهای انسانی و بازسازی حس کارآمدی حرفه‌ای است. ورود به فرایندهای درمانی عمیق فردی یا مداخلات تخصصی بلندمدت هدف این نوع مداخلات نیست. هدف تمرکز بر مداخلاتی است که در شرایط بی‌ثبات نیز قابل اجرا باشند و به حفظ حداقلی از ثبات، معنا، و همبستگی کمک کنند.

بخش نخست

مبانی نظری و مفهومی

مبانی نظری و مفهومی

۱. فرهنگ بحران

بحران را نمی‌توان صرفاً رویدادی طبیعی یا سیاسی دانست، بلکه باید آن را پدیده‌ای فرهنگی-اجتماعی تلقی کرد که معنا، تجربه و شیوه مواجهه با آن در بستر فرهنگ شکل می‌گیرد. «فرهنگ بحران» مجموعه‌ای از ارزش‌ها، هنجارها، باورها و روایت‌هایی است که تعیین می‌کند یک جامعه چه چیزی را بحران می‌نامد، چگونه درباره آن سخن می‌گوید، چه واکنش‌هایی را مشروع یا نامشروع می‌داند و چگونه سوگواری، همبستگی یا بازسازی را سازمان می‌دهد. سطح آمادگی ذهنی و عملی افراد و نهادها، اعتماد اجتماعی، الگوهای بیان هیجان و روایت‌های جمعی از بحران‌های گذشته، همگی بر شدت آسیب روانی و کیفیت پاسخ جمعی اثر می‌گذارند. از این‌رو مداخلات حمایتی در بحران و تروما، لازم است با چارچوب‌های معنایی، زبان و حساسیت‌های فرهنگی جامعه همسو باشند تا هم احساس امنیت افزایش یابد و هم مشارکت و تاب‌آوری جمعی تقویت شود. در مورد فرهنگ بحران در پیوست شماره یک بیشتر بخوانید.

۲. ترومای جمعی و پیامدهای آن

ترومای جمعی به وضعیتی اطلاق می‌شود که در آن یک جامعه یا گروه بزرگ انسانی با رویدادهایی مواجه می‌شود که به‌صورت گسترده احساس امنیت، عدالت و پیش‌بینی‌پذیری را مختل می‌کند. در چنین شرایطی، آسیب صرفاً تجربه‌ای فردی نیست، بلکه به بافت اجتماعی نفوذ می‌کند و روابط، اعتماد و معنای مشترک را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پیامدهای ترومای جمعی اغلب در سطوح فردی، بین‌فردی و نهادی به‌طور هم‌زمان ظاهر شده و و هر یک بر دیگری تأثیر عمیقی دارد. کارکنان نظام سلامت در این بستر ممکن است:

- شاهد خشونت مستقیم یا پیامدهای جسمی و روانی آن باشند؛
- به‌طور مستمر با بیماران آسیب‌دیده و خانواده‌های سوگوار مواجه شوند؛
- در محیط کار خود احساس ناامنی، بی‌اعتمادی یا فشار ساختاری را تجربه کنند.

ترومای جمعی می‌تواند به‌تدریج اعتماد به نهادها، انسجام حرفه‌ای و حتی معنای خدمت درمانی ارائه شده را دگرگون کند. در چنین شرایطی، بازشناسی این پدیده و درک اثرات آن، گامی اساسی در طراحی مداخلات حمایتی مؤثر به شمار می‌آید.

۲. ترومای مشترک^۱

ترومای مشترک وضعیتی است که در آن درمانگر و مراجع به‌طور هم‌زمان در معرض یک رویداد آسیب‌زا قرار دارند و این هم‌زمانی می‌تواند بر فرایند درمان، مرزهای حرفه‌ای و تنظیم هیجانی تأثیر بگذارد. برخلاف ترومای نیابتی که از مواجهه با روایت آسیب دیگران شکل می‌گیرد، در ترومای مشترک خود درمانگر نیز مستقیماً در همان بستر ناامن زندگی می‌کند. این هم‌زمانی آسیب می‌تواند ظرفیت همدلی را افزایش دهد و درک عمیق‌تری از تجربه زیسته مراجعان فراهم آورد؛ اما در عین حال، خطر فرسودگی، درهم‌تنیدگی هیجانی و تضعیف مرزهای حرفه‌ای را نیز افزایش می‌دهد. از این رو، خودآگاهی مستمر درمانگر، توجه به وضعیت هیجانی شخصی و مراقبت از مرزهای حرفه‌ای، بخش جدایی‌ناپذیر کار حمایتی در چنین بسترهایی است.

^۱ Shared Trauma

۳. استرس ثانویه و ترومای نیابتی^۲

مواجهه مکرر با روایت‌های خشونت، آسیب جسمی، فقدان یا رنج شدید انسانی می‌تواند به شکل‌گیری واکنش‌هایی منجر شود که گاه با نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه هم‌پوشانی دارند. از جمله این واکنش‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- تصاویر مزاحم ذهنی
- بی‌حسی یا کرختی هیجانی
- تحریک‌پذیری و کاهش آستانه تحمل
- اختلال خواب
- کاهش تمرکز و کارآمدی

در بسیاری از موارد، این واکنش‌ها بیانگر پاسخ طبیعی سیستم عصبی به فشار روانی هستند و لزوماً نشانه آسیب روان‌پزشکی نیستند. نگاه غیرآسیب‌انگارانه و عادی‌سازی این تجربه‌ها، گام نخست در پیشگیری از تشدید علائم و تقویت ظرفیت تنظیم است. استرس ثانویه معمولاً به بروز علائم اضطرابی یا وابسته به تروما در اثر مواجهه مکرر با روایت‌های آسیب اشاره دارد، در حالی که ترومای نیابتی بیشتر به تغییر تدریجی در باورها، احساس امنیت و جهان‌بینی درمانگر مربوط می‌شود. بنابراین، برخلاف ترومای مشترک که ناشی از تجربه هم‌زمان یک بحران مشترک است، استرس ثانویه و ترومای نیابتی حتی در غیاب تجربه مستقیم رویداد نیز می‌توانند رخ دهند.

۴. آسیب اخلاقی^۳

آسیب اخلاقی زمانی شکل می‌گیرد که فرد احساس کند نتوانسته مطابق ارزش‌های حرفه‌ای یا انسانی خود عمل کند، یا شاهد اقداماتی بوده که با اصول بنیادین او در تعارض است. این وضعیت ممکن است در نتیجه اقدام، اجبار به اقدام، یا ناتوانی در جلوگیری از یک پیامد آسیب‌زا شکل گیرد. برخلاف اختلالات مبتنی بر ترس، هسته اصلی آسیب اخلاقی تجربه شرم، گناه یا احساس خیانت به ارزش‌های اساسی خود است. در محیط‌های درمانی با محدودیت منابع یا فشارهای ساختاری یا سیاسی، این تجربه می‌تواند پررنگ‌تر و پیچیده‌تر شود.

نشانه‌های رایج آسیب اخلاقی عبارت‌اند از:

- احساس شرم یا گناه پایدار
 - خشم نسبت به ساختارها یا تصمیم‌گیرندگان
 - حس درماندگی و بی‌اختیاری
 - تردید در هویت یا فرسایش معنای فعالیت حرفه‌ای
- پرداختن به آسیب اخلاقی نیازمند فضایی امن و غیرقضاوتی است که در آن فرد بتواند تعارض‌های درونی خود را بیان کند و میان مسئولیت شخصی و محدودیت‌های بیرونی تمایز قائل شود.

² Vicarious trauma

³ Moral injury

۵. تاب‌آوری^۴

تاب‌آوری توانایی حفظ پیوند، معنا و کارکرد حرفه‌ای در دل بی‌ثباتی است و به معنای سازگاری خلاقانه با شرایط تغییر یافته تعریف می‌شود. بر این اساس، تاب‌آوری به معنای بی‌تفاوتی، انکار رنج یا سازگاری منفعلانه نیست و از طرفی بازگشت به وضعیت پیشین محسوب نمی‌شود.

تاب‌آوری صرفاً مسئولیت فردی نیست و در سطح سازمانی نیز نیازمند فرهنگ حمایتی، توزیع عادلانه بار کاری و به رسمیت شناختن رنج کارکنان است. بنابراین تاب‌آوری فرآیندی پویا و اغلب جمعی است که در بستر روابط تقویت می‌شود.

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که عوامل زیر در تقویت تاب‌آوری نقش اساسی دارند:

- ارتباط اجتماعی معنادار و حمایت
- امکان روایت‌گری و معنا دادن به تجربه‌ها
- احساس کارآمدی و تأثیرگذاری حرفه‌ای
- آیین‌های جمعی و مناسک کوچک در محیط کار
- تنظیم آگاهانه و مستمر سیستم عصبی خودکار یا خودتنظیمی هیجانی (تنفس عمیق، ذهن آگاهی و ...)

تقویت این عوامل نه تنها از فرسودگی پیشگیری می‌کند، بلکه زمینه بازسازی اعتماد و انسجام حرفه‌ای را نیز فراهم می‌آورد.

⁴ Resilience

بخش دوم

اصول مداخلات حمایتی در
بحران و تراوما

اصول مداخلات حمایتی در بحران و تروما

در شرایطی که جامعه با بحران، ناامنی و بی‌ثباتی مستمر مواجه است، اغلب افراد، و مراجعان در معرض فشار روانی مزمن، فقدان‌های مکرر، تهدیدهای واقعی یا ادراک‌شده و ابهام نسبت به آینده قرار دارند. کارکنان نظام سلامت علاوه بر این هم‌زمان باید نقش حرفه‌ای خود را حفظ کنند و با اضطراب‌ها و تعارض‌های شخصی کنار بیایند. در چنین شرایطی، رویکرد مداخله‌ای باید واقع‌بینانه، متناسب با موقعیت و مبتنی بر حمایت باشد. بنابراین اصل اساسی نه ورود به فرایندهای روان‌درمانی عمیق و بلندمدت، بلکه ارائه حمایت روان‌شناختی، تثبیت نسبی وضعیت هیجانی و تقویت ارتباطات انسانی و حمایت هم‌تایان است.

آنچه در اولویت قرار می‌گیرد، ایجاد فضایی امن برای بیان تجربه‌ها، عادی‌سازی واکنش‌های طبیعی به تنش، آموزش مهارت‌های ساده تنظیم هیجانی و فعال‌سازی منابع حمایتی درون‌سازمانی است. مداخلات این بخش بر همین مبنا طراحی شده‌اند: کوتاه‌مدت، عملی، غیرآسیب‌انگازانه و متناسب با شرایطی که همچنان ممکن است با ابهام و بی‌ثباتی همراه باشد.

۱. آموزش روان‌شناختی سوگ و بحران

آموزش روان‌شناختی سوگ و بحران به مجموعه‌ای از مداخلات آموزشی کوتاه‌مدت و هدفمند گفته می‌شود که با هدف افزایش درک افراد از واکنش‌های طبیعی به فقدان و بحران طراحی می‌گردد. در این رویکرد، تمرکز نه بر درمان فردی، بلکه بر ارتقای آگاهی، عادی‌سازی تجربه‌ها و تقویت مهارت‌های سازگارانه است. این آموزش‌ها معمولاً شامل معرفی طیف پاسخ‌های هیجانی، جسمی و شناختی به سوگ و بحران، تمایز میان واکنش‌های طبیعی و نشانه‌های نیازمند ارجاع تخصصی، ارائه راهبردهای ساده برای تنظیم هیجان و حمایت متقابل می‌شوند. چنین مداخلاتی به کاهش انگ، برچسب‌زنی، و قضاوت پیرامون تجربه سوگ، پیشگیری از آسیب‌انگاری شتاب‌زده و تقویت انسجام در تیم‌های درمانی کمک می‌کند.

این نوع آموزش به‌ویژه برای کادر درمان اهمیت دارد، زیرا آنان غالباً به‌طور هم‌زمان با فقدان بیماران، فشار کاری و ناامنی اجتماعی مواجه‌اند و ممکن است فرصت یا زبان مشترکی برای بیان تجربه‌های خود نداشته باشند. انتظار می‌رود متخصصان سلامت روان، در صورت نیاز، این آموزش‌ها را برای گروه‌های مختلف کارکنان — از جمله نیروهای پشتیبانی و اجرایی — برگزار کنند تا آنان بتوانند در مواجهه با سوگ جمعی و موقعیت‌های بحرانی، از همکاران خود حمایت‌دهنده‌تر و مؤثرتری به عمل آورند. اصول کلی آموزش سوگ در پیوست شماره دو ارائه شده و می‌تواند مبنای آموزش و حمایت در محیط‌های درمانی قرار گیرد.

۲. کمک‌های اولیه روان‌شناختی^۵

کمک‌های اولیه روان‌شناختی رویکردی کوتاه‌مدت، عملی و مبتنی بر شواهد برای حمایت از افرادی است که در معرض بحران، خشونت یا فشار شدید روانی قرار گرفته‌اند. این مداخله بر سه اصل اساسی «دیدن، شنیدن، برقراری ارتباط» استوار است: نخست مشاهده و شناسایی نشانه‌های آشفتگی یا نیاز فوری، سپس گوش دادن فعال و بدون قضاوت، و در نهایت تسهیل ارتباط فرد با منابع حمایتی، دادن اطلاعات درست و دقیق و شبکه‌های خدماتی ایمن. هدف کمک‌های اولیه روان‌شناختی درمان یا تحلیل عمیق تجربه آسیب نیست، بلکه تثبیت نسبی وضعیت روانی، کاهش احساس تنهایی و تقویت احساس امنیت و کارآمدی در کوتاه‌مدت است. این رویکرد به‌ویژه در شرایط ناامنی و فشار جمعی، ابزاری عملی و قابل اجرا برای محیط‌های درمانی به شمار می‌آید.

انتظار می‌رود متخصصان سلامت روان، در صورت لزوم، این مهارت‌ها را به گروه‌هایی از کارکنان مراکز درمانی - از جمله نیروهای پشتیبانی، اجرایی و کارکنان غیردرمانی - آموزش دهند تا آنان بتوانند در چارچوبی ساده و ایمن از هم‌تایان خود حمایت کنند. آموزش این اصول به تقویت شبکه‌های درونی حمایت، کاهش انزوای هیجانی و افزایش حس همبستگی حرفه‌ای کمک می‌کند و وابستگی به مداخلات تخصصی را در موقعیت‌های غیرحاد کاهش می‌دهد. راهنمای عملی و ساختار آموزشی کمک‌های اولیه روان‌شناختی در پیوست شماره سه آمده است و می‌تواند به عنوان چارچوبی برای آموزش‌های کوتاه‌مدت در محیط کار مورد استفاده قرار گیرد.

۳. کمک‌های اولیه در استرس شغلی^۶

کمک‌های اولیه در استرس شغلی چارچوبی عملی، ساختاریافته و مرحله‌ای برای شناسایی و مدیریت واکنش‌های ناشی از فشارهای مداوم شغلی است که به‌طور ویژه برای محیط‌های پر تنش، از جمله نظام سلامت، طراحی شده است. این رویکرد بر این اصل استوار است که واکنش به استرس در یک طیف قرار دارد و هدف مداخله، پیشگیری از تشدید فشار، حمایت به موقع و بازگرداندن فرد به سطح کارکرد مطلوب است. مؤلفه‌های اصلی این چارچوب شامل «بررسی»، «هماهنگی»، «حفاظت»، «آرام‌سازی»، «ارتباط»، «کارآمدی» و «اطمینان» است. تمرکز آن بر تنظیم تدریجی، تقویت ارتباط و حمایت هم‌تایان و بازسازی حس توانمندی حرفه‌ای است، نه بر درمان بالینی یا تحلیل عمیق تجربه‌های فردی.

این چارچوب به‌طور خاص برای کادر درمان و محیط‌های مراقبتی تدوین شده و با واقعیت‌های کار بالینی، شیفت‌های طولانی، مواجهه مکرر با رنج انسانی و فشارهای ساختاری سازگار است. انتظار می‌رود متخصصان سلامت روان این اصول را به اعضای تیم‌های درمانی - از جمله پزشکان، پرستاران، و سایر کارکنان درمانی - آموزش دهند تا آنان بتوانند در بستر کار روزمره از یکدیگر حمایت کنند. تقویت این مهارت‌ها به افزایش انسجام تیمی، کاهش فرسودگی و حفظ کارآمدی حرفه‌ای در شرایط بی‌ثباتی کمک می‌کند. راهنمای عملی اجرای این چارچوب در پیوست شماره چهار ارائه شده و می‌تواند مبنای آموزش‌های کوتاه‌مدت در محیط کار قرار گیرد.

⁵ Psychological first aid

⁶ Stress First Aid

۴. مراقبت و مداخلات آگاه به تروما^۷

«مراقبت آگاه به تروما» بر این پیش‌فرض استوار است که بسیاری از مراجعان، حتی اگر تجربه‌های آسیب‌زا را به‌صراحت بیان نکنند، ممکن است در معرض تهدید یا فقدان قرار گرفته باشند. از این‌رو، محیط بالینی و شیوه تعامل حرفه‌ای باید به‌گونه‌ای باشد که احتمال بازتجربه‌ی احساس ناایمنی، تحقیر یا بی‌اختیاری را کاهش دهد. تمامی مداخلات باید بر سه اصل بنیادین استوار باشند: امنیت، احترام و کرامت. این اصول تأکید می‌کنند که فرد در هر مرحله از دریافت خدمات باید احساس امنیت نسبی داشته باشد، بدون قضاوت شنیده شود، و شأن و کرامت انسانی او در تمامی تعاملات حفظ شود. این سه اصل نه صرفاً ارزش‌های اخلاقی، بلکه پیش‌شرط‌های مداخله مؤثر در شرایط بحران‌اند.

این رویکرد، یک درمان تخصصی برای تروما محسوب نمی‌شود. از طرفی، هدف آن ورود مستقیم به خاطرات آسیب‌زا یا پردازش آنها نیست، بلکه فراهم کردن بستری است که در آن فرد بتواند با احساس نسبی امنیت، احترام و امکان انتخاب حضور یابد. در شرایطی که بحران همچنان فعال یا منابع محدود است، چنین رویکردی می‌تواند مقدمه‌ای ضروری برای هر مداخله درمانی عمیق‌تر باشد (پیوست شماره پنج).

مداخله و مراقبت مبتنی بر رویکرد آگاه به تروما، در بستر ناامنی و بحران‌های مداوم، مستلزم بازتعریف هدف درمان است: از پردازش عمیق تروما به ایجاد ایمنی نسبی و پیشگیری از آسیب بیشتر. در این رویکرد، درمانگر می‌پذیرد که خود او نیز همچون مراجع در معرض فشار مزمن قرار دارد و انتظار بازگشت سریع به حالت عادی واقع‌بینانه نیست. تمرکز مراقبت بر شناخت تأثیر تروما بر سیستم عصبی، عادی‌سازی واکنش‌های طبیعی به شرایط غیرعادی، تنظیم تدریجی برانگیختگی، محدود نگه‌داشتن دامنه مداخله، و پرهیز از بازفعال‌سازی ناخواسته خاطرات است. در این چارچوب، هدف جلسه نه مواجهه مستقیم با گذشته، بلکه تقویت احساس امنیت نسبی، افزایش ظرفیت تحمل هیجان، حفظ کارکرد حداقلی و فراهم کردن حضوری باثبات، محترمانه و غیرقضاوت‌گرانه است. راهنمای عملی اجرای مداخلات مبتنی بر تروما در پیوست شماره شش ارائه شده است.

در پی تجربه تروماهای فردی یا جمعی، افزایش مصرف الکل، داروهای آرام‌بخش و سایر مواد به‌عنوان شکلی از «خوددرمانی» پدیده‌ای شایع و قابل پیش‌بینی است. این مصرف‌ها اغلب با هدف کاهش اضطراب، بی‌خوابی یا افکار مزاحم آغاز می‌شود، اما می‌تواند در صورت تداوم به وابستگی و تشدید علائم روانی بینجامد. بررسی جامع‌تر این موضوع و راهنمای مداخله بالینی در پیوست شماره هفت ارائه شده است.

⁷ Trauma-informed care

بخش سوم

چارچوب پیشنهادی جلسات
حمایتی فردی، گروهی و حمایت
همتایان

چارچوب پیشنهادی جلسات حمایتی فردی، گروهی و حمایت همتایان

حمایت روان‌شناختی در شرایط بحران می‌تواند در سه سطح فردی، گروهی و حمایت همتایان سازمان‌دهی شود.

در سطح فردی، تمرکز بر ایجاد فضایی امن و قابل‌اعتماد برای بیان تجربه، و تثبیت وضعیت هیجانی است. این نوع حمایت معمولاً کوتاه‌مدت، هدفمند و مبتنی بر کاهش شدت برانگیختگی و حفظ کارکرد روزمره است.

در سطح گروهی، هدف اصلی کاهش احساس انزوا، عادی‌سازی واکنش‌ها و بازسازی حس انسجام حرفه‌ای است. گروه می‌تواند فضایی فراهم کند که افراد دریابند در تجربه فشار و ابهام تنها نیستند و از طریق شنیدن روایت‌های مشابه، ظرفیت تحمل و معنا دادن به تجربه افزایش یابد.

حمایت همتایان مکمل این دو سطح است و بر فعال‌سازی شبکه‌های درون سازمانی تکیه دارد. در این رویکرد، کارکنان با آموزش‌های کوتاه و ساختارمند می‌آموزند چگونه به شیوه‌ای ایمن، محترمانه و غیرقضاوتی از یکدیگر حمایت کنند. این نوع حمایت، وابستگی به مداخلات تخصصی را کاهش داده و انسجام تیمی را تقویت می‌کند.

ساختار پیشنهادی برای اجرای حمایت فردی، گروهی و همتایان در پیوست شماره هشت ارائه شده و می‌تواند مبنای طراحی و اجرای برنامه‌های حمایتی در محیط‌های درمانی قرار گیرد.

بخش چهارم

ارزیابی ایمنی و مراقبت
تخصصی

ارزیابی ایمنی و مراقبت تخصصی

در مواردی که شدت علائم (سوک، تروما، سایر مشکلات سلامت روان) یا سطح خطر به گونه‌ای است که مداخله حمایتی به تنهایی کفایت نمی‌کند، انجام یا ارجاع به خدمات تخصصی ضروری است. تشخیص به موقع این موقعیت‌ها بخشی از مسئولیت حرفه‌ای متخصصان سلامت روان است و به معنای ناکارآمدی مداخله حمایتی نیست.

موارد زیر نیازمند توجه فوری و بررسی دقیق‌تر هستند:

- افکار آسیب‌به‌خود یا خودکشی
- سایکوز حاد
- تشدید پیشرونده علائم اضطرابی یا افسردگی، یا سوگ پیچیده
- ناتوانی شدید و پایدار در عملکرد
- بیماری زمینه‌ای روان‌پزشکی

در مواجهه با این نشانه‌ها:

- ارزیابی خطر انجام شود؛ شامل پرسش مستقیم درباره افکار خودآسیب‌رسان، وجود برنامه، دسترسی به ابزار و میزان حمایت در دسترس.
- حفظ ایمنی فوری در اولویت قرار گیرد؛ در صورت وجود خطر جدی، فرد نباید تنها رها شود و باید به خدمات تخصصی یا اورژانسی ارجاع گردد.
- معرفی منابع درمانی ایمن و در دسترس انجام شود؛ شامل مراکز درمانی، همکاران متخصص، یا خطوط بحران معتبر.
- مستندسازی حداقلی و ایمن صورت گیرد؛ از ثبت یا نگهداری اطلاعات حساس در بسترهای ناامن خودداری شود و محرمانگی در چارچوب قانون و ایمنی رعایت گردد.
- در صورت نیاز، مشورت با همکار ارشد انجام شود.

بخش پنجم

ملاحظات فرهنگی، حرفه‌ای و
اخلاقی

ملاحظات فرهنگی، حرفه‌ای و اخلاقی

انطباق فرهنگی

در بافت متنوع فرهنگی ایران، لازم است متخصصان سلامت روان تنوع تجربه و ابراز سوگ و تروما را در نظر داشته باشند. مداخلات حمایتی باید با این زمینه فرهنگی همخوان باشد و از زبان ساده، محترمانه و قابل فهم استفاده کند. توجه به حساسیت‌های فرهنگی می‌تواند به افزایش پذیرش و اثربخشی مداخله کمک کند.

حفظ محرمانگی و مرزبندی حرفه‌ای

محرمانگی یکی از ارکان اعتماد در رابطه حمایتی است، اما محرمانگی مطلق امکان پذیر نیست. لازم است در آغاز تعامل، به روشنی توضیح داده شود که در صورت وجود خطر جدی برای خود فرد یا دیگران، اطلاعات ضروری در چارچوب حرفه‌ای با تیم درمانی در میان گذاشته خواهد شد. رعایت مرزهای حرفه‌ای، و پرهیز از نقش‌های دوگانه از اصول بنیادین اخلاق حرفه‌ای در این شرایط است.

بی‌طرفی و پرهیز از سوگیری

در ارائه حمایت روان‌شناختی، درمانگر یا تسهیلگر باید از قضاوت، جانبداری سیاسی یا تحمیل دیدگاه‌های شخصی پرهیز کند. تمرکز مداخله باید بر ارزش‌های مشترک و انسانی مانند همدلی، احترام، مسئولیت‌پذیری و حفظ کرامت باشد. بی‌طرفی به معنای بی‌تفاوتی نیست، بلکه به معنای حفظ فضای امنی است که در آن افراد با دیدگاه‌های متفاوت بتوانند بدون ترس از قضاوت سخن بگویند. تمامی مداخلات باید بر پایه شواهد علمی، اصول حرفه‌ای و نیازهای واقعی فرد یا گروه طراحی و اجرا شوند.

بخش ششم

خودمراقبتی متخصصان سلامت
روان

خودمراقبتی متخصصان سلامت روان

حمایت از کارکنان نظام سلامت در شرایط خشونت و بی‌ثباتی اجتماعی، نیازمند حضوری حرفه‌ای، و مبتنی بر ظرفیت هیجانی پایدار است. متخصصان سلامت روان که در چنین بستری فعالیت می‌کنند، خود نیز در معرض ترومای مشترک، استرس ثانویه و تعارض‌های اخلاقی قرار دارند. از این رو، خودمراقبتی نه امری شخصی و تجملی، بلکه بخشی از مسئولیت حرفه‌ای و پیش‌شرط حفظ کیفیت مداخله است. نادیده گرفتن فشارهای شخصی می‌تواند به فرسودگی، و کاهش همدلی منجر شود و در نهایت بر مراجعان و همکاران اثر منفی بگذارد.

خودمراقبتی در این چارچوب به معنای کناره‌گیری نیست، بلکه به معنای حفظ ظرفیت برای ادامه کار حرفه‌ای در شرایط دشوار است و زمانی اثربخش است که به بخشی پایدار از سبک کار حرفه‌ای تبدیل شود، نه تنها زمانی که نشانه‌های فرسودگی ظاهر شده‌اند. در ادامه مروری بر روش‌های موثر در این روند شده است:

۱. مشارکت در سوپرویزن حرفه‌ای

حضور منظم در سوپرویزن فردی یا گروهی، یکی از مهم‌ترین ابزارهای مراقبت حرفه‌ای است. سوپرویزن به متخصص امکان می‌دهد:

- تجربه‌های دشوار و برانگیزاننده را پردازش کند؛
- مرزهای حرفه‌ای خود را بازبینی و تقویت نماید؛
- واکنش‌های هیجانی شخصی را شناسایی و تنظیم کند؛
- فضایی امن برای بازاندیشی حرفه‌ای فراهم کند.

۲. مشارکت در گروه‌های مشورتی همکاران^۸

گروه‌های گفت‌وگوی حرفه‌ای با همکاران هم‌سطح، امکان تبادل تجربه و کاهش احساس انزوا را فراهم می‌کنند. این فضاها فرصتی هستند برای:

- دریافت بازخورد غیرقضاوتی؛
- همفکری درباره چالش‌های بالینی؛
- بازسازی حس همبستگی حرفه‌ای

⁸ Peer Consultation

۳. پایش مستمر وضعیت شخصی

خودآگاهی نسبت به نشانه‌های فرسودگی یا فشار مزمن مانند خستگی مفرط، کاهش آستانه تحمل، گامی اساسی در پیشگیری از آسیب حرفه‌ای است. شناسایی زودهنگام این نشانه‌ها امکان مداخله به‌موقع، کاهش بار کاری یا درخواست حمایت را فراهم می‌کند.

۴. تنظیم مرزهای حرفه‌ای

در شرایط ترومای مشترک، احتمال گسترش بیش از حد نقش حرفه‌ای افزایش می‌یابد. ضروری است که متخصص:

- حدود زمانی و هیجانی خود را به‌روشنی مشخص کند؛
 - از در دسترس بودن مداوم و پاسخ‌گویی بی‌وقفه پرهیز نماید؛
 - مسئولیت بحران‌های ساختاری یا تصمیم‌های کلان را بر عهده نگیرد.
- حفظ مرزها نشانه بی‌تفاوتی نیست، بلکه شرط تداوم حضور حرفه‌ای و پایدار است.

پیوست‌ها

پیوست شماره یک: فرهنگ بحران

بحران‌ها رویدادهایی صرفاً طبیعی یا اجتماعی نیستند، بلکه باید آنها را پدیده‌هایی فرهنگی-اجتماعی دانست که معنا، تجربه و پاسخ به آنها در بستر فرهنگ شکل می‌گیرد. فرهنگ بحران، مجموعه ارزش‌ها، هنجارها، باورها و روایت‌هایی است که تجربه فردی و جمعی از فجایع را تعیین می‌کند و رفتارهای اجتماعی و پاسخ‌های رسمی و حاکمیتی را سازمان‌دهی می‌نماید. این دیدگاه مفهومی، فضای نظری مداخلات بالینی و روان‌شناختی را شکل می‌دهد و امکان هم‌سویی فرهنگی در طراحی مداخلات پیشگیرانه و واکنشی و نیز بازسازی اجتماعی را افزایش می‌دهد.

آمادگی ذهنی و عملی

یکی از مفاهیم کلیدی فرهنگ بحران، آمادگی ذهنی و عملی مردم و مسئولان است. در برخی موارد، افراد و سازمان‌ها بحران را انکار می‌کنند، کم‌اهمیت جلوه می‌دهند و به شکل واکنش نمایشی یا شعارگونه با آن مواجه می‌شوند. اما برخی جوامع و نهادها دارای تجربه، آموزش و منابع کافی برای واکنش مؤثر هستند. سطح آمادگی ذهنی و عملی، تعیین‌کننده سرعت و اثربخشی پاسخ، مدیریت هیجانات جمعی و کاهش آسیب روانی است.

بنابراین، برای هر مرکز یا سازمان، باید ارزیابی شود که مردم و کارکنان تا چه حد:

۱. اطلاعات و مهارت لازم برای مواجهه با بحران دارند،
۲. از نظر روانی آماده پذیرش واقعیت‌های تهدیدآمیز هستند،
۳. از منابع و امکانات کافی برای واکنش سریع برخوردارند.

بهره‌گیری از فرهنگ بحران

هنجارها و ارزش‌های فرهنگی، شیوه معمول بیان هیجان، سوگواری جمعی، مشارکت اجتماعی و اعتماد به نهادها را تعیین می‌کنند. به همین ترتیب، چارچوب‌های معنایی جامعه، تجربه بحران را قابل فهم و قابل پیش‌بینی می‌کنند و واکنش‌های ناهنجار را مانع می‌شوند.

بحران از نظر فرهنگی یک تجربه معناپرداز است. چیزی که یک جامعه آن را بحران می‌نامد، در بستر فرهنگی دیگر ممکن است امری عادی یا حتی فرصتی برای بازسازی تلقی شود. فرهنگ به ما نشان می‌دهد که چه چیزی بحران است، چگونه درباره آن سخن گفته شود، پیش از بحران چه نگاه و رفتاری قابل قبول است و پس از آن چه واکنش‌هایی متناسب یا نامناسب است. روایت‌های فرهنگی و داستان‌ها و نمادهای بحران‌های گذشته، حافظه و تجربه جمعی را می‌سازند و مسیر کنش‌ها و واکنش‌های آینده را تحت تأثیر قرار می‌دهند. آموزش، اطلاع‌رسانی و طراحی خدمات حمایتی و مداخله در بحران، باید با روایت‌های غالب جامعه همسو باشد تا احساس امنیت و مشارکت افزایش یابد.

جمع‌بندی

فرهنگ بحران به ما یادآوری می‌کند که بحران رویدادی صرفاً مربوط به دیگران تلقی نمی‌شود و ایجاد آمادگی برای آن باید بخشی از فرهنگ عمومی مردم باشد. از طرفی بحران صرفاً رویدادی آسیب‌زا نیست، بلکه تجربه‌ای معناپرداز و اجتماعی-فرهنگی است. برای طراحی مداخلات مؤثر باید:

۱. پیش از طراحی هر مداخله، الگوهای فرهنگی، ارزش‌ها و هنجارهای جامعه هدف شناسایی شوند.
۲. پیام‌ها و آموزش‌ها باید با زبان، نمادها و چارچوب‌های فرهنگی قابل فهم باشند.
۳. تمرین‌های شبیه‌سازی بحران، آموزش پاسخ سریع و سنسجش منابع موجود، باید در برنامه‌های رسمی قرار گیرد.
۴. از ظرفیت‌های خانواده، گروه‌های محلی و نهادهای اجتماعی برای تقویت تاب‌آوری جمعی استفاده شود.
۵. پس از هر بحران، برای بازسازی فرهنگی-اجتماعی اقدام و جهت ارتقای آمادگی آینده، تجربه‌ها و بازخوردها ثبت و تحلیل شود.

پیوست شماره دو: راهنمای بالینی مدیریت سوگ

این راهنمای بالینی بر اساس رویکردهای نوین تدوین شده است تا به درمانگران در مواجهه با سوگ‌های پیچیده و جمعی کمک کند. با این نگاه، سوگ نه یک بیماری است و نه نشانه شکست؛ بلکه بازتابی از دلبستگی انسانی است. سوگ صرفاً تجربه فقدان نیست، بلکه بحرانی عمیق در معنا و هویت فرد محسوب می‌شود.

هنگامی که فردی مهم را از دست می‌دهیم یا سوگ جمعی را تجربه می‌کنیم، جهان و زندگی ممکن است نامفهوم یا بی‌معنا به نظر برسند. در این چارچوب، درمانگر نقشی فعال در کمک به بازسازی معنا و ایجاد نظم ذهنی جدید برای مراجع دارد. هدف درمان پشت سر گذاشتن سوگ نیست، بلکه کمک به مراجع برای ادغام فقدان در زندگی است.

سوگ هر فرد مسیری شخصی، غیرخطی و انعطاف‌پذیر را طی می‌کند. شفقت، حمایت، پذیرش احساسات و خودمراقبتی پایه‌های اساسی طی این مسیر هستند.

سوگ جمعی

سوگ جمعی به واکنش‌های هیجانی، روانی و اجتماعی گفته می‌شود که در پی یک فقدان گسترده یا رویداد آسیب‌زای بزرگ، بخش وسیعی از یک جامعه یا گروه را به‌طور هم‌زمان تحت تأثیر قرار می‌دهد. این نوع سوگ با سوگ فردی تفاوت دارد، زیرا شامل تجربه مشترک رنج، اختلال در احساس امنیت جمعی و تزلزل در معناها و هویت اجتماعی است.

در سوگ جمعی، افراد ممکن است حتی بدون تجربه فقدان مستقیم، دچار غم، خشم، اضطراب، بی‌حسی هیجانی یا سردرگمی وجودی شوند. این واکنش‌ها اغلب ناشی از هم‌ذات‌پنداری با قربانیان، احساس تهدید مشترک و معنای نمادین رویداد برای جامعه است.

در این شرایط، درمانگران و مراجعان ممکن است هم‌زمان تحت تأثیر یک رویداد قرار گرفته باشند. در این وضعیت حفظ مرزهای حرفه‌ای_شخصی مشکل شده و بر فرایند درمان اثر می‌گذارد.

نقش متخصصان سلامت روان در مواجهه با سوگ جمعی

لازم است متخصصان سلامت روان در مواجهه با سوگ جمعی، اصول زیر را در تمامی مراحل مداخله مدنظر داشته باشند:

- درک این نکته که واکنش‌های شدید هیجانی، پاسخ‌های طبیعی به شرایط غیرعادی هستند.
- مرز گذاری بین واکنش‌های شدید اما طبیعی سوگ با بروز علائم جدی اختلال روان پزشکی که نیازمند توجه ویژه است.
- ایجاد و حفظ احساس امنیت روانی و عاطفی برای مراجعان.
- توجه به زمینه‌های فرهنگی، اجتماعی و آیین‌های سوگواری جامعه.
- ایجاد فرصت برای معنا سازی: کمک به فرد برای بازتعریف رابطه با فرد از دست‌رفته و بازسازی جهان معنا.
- تقویت احساس عاملیت، توانمندی، انتخاب و کنترل در مراجع، به‌جای برجسب‌زنی یا آسیب‌انگاری واکنش‌ها.
- فعال سازی شبکه‌های حمایت روانی-اجتماعی: ایجاد فضاهای امن برای گفت‌وگو، همدلی و تبادل منابع حمایتی.

در مراحل اولیه بحران، استفاده از کمک‌های اولیه روان‌شناختی به کاهش پریشانی حاد، حمایت عملی، ایجاد احساس ثبات و تقویت عملکرد روزمره کمک می‌کند. در این مرحله لازم است از وادار کردن افراد به بازگویی زود هنگام تجربه‌های دردناک پرهیز شود.

با گذر از مرحله حاد، مداخلات می‌توانند ساختارمندتر شوند:

- **مداخلات گروهی:** گروه‌های حمایتی یا درمانی می‌توانند احساس تنهایی را کاهش داده و تجربه مشترک سوگ را قابل تحمل‌تر کنند. شواهد نشان می‌دهد که این مداخلات می‌توانند شدت علائم سوگ پیچیده را کاهش دهند.
- **آیین‌ها و مناسک جمعی سوگواری:** حمایت از مراسم یادبود یا فعالیت‌های نمادین متناسب با فرهنگ جامعه، به پردازش سوگ کمک می‌کند.
- **آموزش روان‌شناختی:** توضیح فرایندهای سوگ، واکنش‌های شایع و راه‌های سازگاری سالم.
- **درمان تخصصی:** شناسایی افرادی که دچار سوگ پیچیده، اختلال استرس پس از سانحه یا مشکلات شدید روان‌پزشکی هستند و ارجاع آنان به درمان تخصصی.

مداخله در سوگ با رویکرد چهار مرحله‌ای

۱. پذیرش واقعیت فقدان

در این مرحله، مراجع تشویق می‌شود روایت دقیقی از واقعه ارائه دهد و با زبان مستقیم درباره فرد فوت شده صحبت کند (مانند «او فوت کرده است» به جای استعاره‌ها). هدف این است که مراجع بتواند از نظر شناختی و هیجانی بپذیرد که فقدان رخ داده است و طی فرایندی تدریجی به پذیرش واقعیت برسد. درمانگر با دقت صحبت‌های فرد را گوش داده و به انکار، بی‌حسی، اجتناب و فانتزی‌های بازگشت در جریان گفتگو می‌پردازد.

مداخلات رایج در این مرحله شامل مرور خاطرات آخرین تماس، دیدن عکس‌ها، صحبت درباره مراسم خاکسپاری و تشویق به نوشتن روایت مرگ فرد از دست‌رفته است.

۲. تسهیل تجربه رنج سوگ

هدف این مرحله آن است که مراجع، به جای سرکوب هیجانات، آن‌ها را تجربه و بیان کند. هیجانات شایع شامل غم، خشم، احساس گناه، اضطراب، پوچی و حس رهاشدگی است. درمانگر با عادی‌سازی واکنش‌ها، فضایی برای ابراز غم (گریه) و خشم فراهم می‌کند. کار با احساس گناه و تمایز سوگ طبیعی از افسردگی اساسی، به پردازش سالم هیجانات کمک می‌کند. مداخلات درمانی مانند گفت‌وگوی هیجانی هدایت‌شده که در آن درمانگر با پرسش‌های باز، مراجع را به تماس مستقیم با هیجان‌ها هدایت می‌کند و سطح تحمل هیجانی او را تنظیم می‌کند، یا نوشتن نامه به فرد از دست‌رفته با هدف، بیان حرف‌های ناگفته و کاهش فشار هیجانی مفید هستند.

۳. سازگاری با جهان جدید (بدون فرد از دست‌رفته)

سازگاری در سه سطح بررسی می‌شود:

- سطح بیرونی: نقش‌ها و مسئولیت‌هایی که پیش‌تر فرد از دست‌رفته انجام می‌داده است.
- سطح درونی: هویت، عزت‌نفس و احساس امنیت.
- سطح معنایی / وجودی: باورها درباره دنیا، عدالت، معنای زندگی و اعتقادات.

درمانگر به بازسازی نقش‌های جدید، تصویر خود و بحران‌های معنایی کمک می‌کند.

۴. ایجاد پیوند پایدار با فرد ازدست‌رفته

هدف فرایند سوگ «فراموش کردن» نیست، بلکه تبدیل پیوند بیرونی به پیوندی درونی و سالم است. درمانگر کمک می‌کند خاطره متوفی حفظ شود، بدون آنکه زندگی متوقف گردد. مداخلات شامل آیین‌های شخصی یادبود، نگاه‌داشتن اشیای نمادین و گفت‌وگو درباره ارزش‌هایی است که فرد ازدست‌رفته به زندگی مراجع داده است.

احساس گناه بازمانده

احساس گناه بازمانده تجربه‌ای شایع پس از فجایع، جنگ، سوگ جمعی، سوانح یا مرگ ناگهانی عزیزان است. فرد زنده می‌ماند اما دیگری نه، و ذهن به دنبال یافتن مسئولیت و معنای اخلاقی می‌گردد. افکار و احساساتی مانند «چرا من زنده‌ام؟»، «اگر کاری می‌کردم، شاید او هم زنده می‌ماند»، در این شرایط خودسرزنی شدید، نشخوار ذهنی، بی‌خوابی و اضطراب رایج هستند.

مداخلات درمانی در احساس گناه بازمانده

بازسازی باورهای غیرواقع‌بینانه درباره مسئولیت با استفاده از تکنیک‌های شناختی، تمرکز بر تفکیک مسئولیت واقعی از احساس کاذب «می‌توانستم جلوی او را بگیرم»، استفاده از پرسش‌های سقراطی و تمرین تفکیک نیت از پیامد می‌تواند مفید باشد. در موارد پایدار یا شدیدتر از تکنیک‌های درمان‌های مبتنی بر تروما، سوگ پیچیده یا معنادرمانی می‌توان استفاده کرد.

پیوست شماره سه: کمک های اولیه روان شناختی

کمک های اولیه روان شناختی رویکردی کوتاه مدت، عملی و مبتنی بر شواهد است که برای حمایت از افرادی طراحی شده که در معرض بحران، خشونت یا فشار شدید روانی قرار گرفته اند. این رویکرد درمان تخصصی نیست و جایگزین روان درمانی نمی شود؛ بلکه هدف آن تثبیت نسبی وضعیت روانی، کاهش احساس تنهایی و تقویت حس امنیت و کارآمدی در کوتاه مدت است.

متخصصان سلامت روان می توانند این مهارت ها را در قالب آموزش های کوتاه به نیروهای پشتیبانی، اجرایی و سایر کارکنان غیردرمانی منتقل کنند تا آنان بتوانند از یکدیگر حمایت کنند. تقویت این مهارت های ساده، انسجام تیمی را افزایش می دهد و از گسترش فشار روانی در محیط کار جلوگیری می کند.

این چارچوب بر سه اصل ساده استوار است: دیدن، گوش دادن و برقراری ارتباط.

۱. دیدن

منظور از دیدن توجه به تغییرات رفتاری، نشانه های آشفتگی، انزوا، گریه مکرر، تحریک پذیری یا سردرگمی است. هدف، مشاهده حمایتی است نه قضاوت یا برچسب زدن.

۲. گوش دادن

اگر فرد تمایل به صحبت دارد، با حضور کامل و بدون قضاوت گوش دهید. نیازی به تحلیل، نصیحت یا پیدا کردن راه حل فوری نیست. جملاتی مانند «می فهمم این شرایط سخت است» یا «خوشحالم گفتم» می تواند حمایتگرانه باشد.

۳. برقراری ارتباط

در صورت نیاز، پس از خوب گوش دادن به فرد، در صورت نیاز او را به منابع حمایتی متصل کنید؛ مانند سرپرست، همکار مورد اعتماد، مشاور سازمان یا خدمات تخصصی. همچنین اطلاعات را شفاف، دقیق و قابل اعتماد منتقل کنید تا از شایعات و ایجاد اضطراب غیرضروری کاسته شود.

نکات مهم

- هدف کاهش فشار در لحظه است نه حل کامل مشکل.
- شنونده خوبی باشید اما فرد را مجبور به صحبت درباره تجربه های دردناک نکنید.
- محرمانگی را رعایت کنید، مگر در موارد خطر جدی.
- در صورت مشاهده نشانه های شدید مانند افکار خودکشی، فرد را به خدمات تخصصی ارجاع دهید.

پیوست شماره چهار: کمک‌های اولیه در استرس شغلی

در شرایطی که نظام سلامت با فشارهای مزمن، کمبود منابع، شیفت‌های طولانی، مواجهه مکرر با رنج انسانی و ناامنی اجتماعی روبه‌روست، استرس شغلی به یک واقعیت روزمره تبدیل می‌شود. در چنین بستری، هدف حمایت از کارکنان درمانی نه حذف کامل استرس، بلکه پیشگیری از تشدید آن، مداخله به‌موقع و بازگرداندن فرد به سطح کارکرد حرفه‌ای مطلوب است.

کمک‌های اولیه در استرس شغلی چارچوبی عملی، مرحله‌ای و ساختاریافته برای پاسخ به این نیاز است. این رویکرد بر این اصل استوار است که واکنش به استرس در یک طیف قرار دارد؛ از فشار طبیعی و قابل تحمل تا فرسودگی و اختلال در عملکرد. مداخله زودهنگام، از مزمن شدن آسیب جلوگیری می‌کند. این چارچوب به‌طور خاص برای محیط‌های درمانی طراحی شده و تمرکز آن بر تقویت حمایت هم‌تایان و بازسازی حس کارآمدی حرفه‌ای است؛ نه درمان بالینی عمیق.

اصول بنیادین کمک‌های اولیه استرس شغلی

- استرس واکنشی طبیعی به شرایط غیرعادی است.
- مداخله باید زودهنگام، کوتاه و عملی باشد.
- حمایت هم‌تایان خط اول مراقبت است.
- هدف، بازگرداندن عملکرد است، نه تحلیل عمیق تجربه‌ها.
- امنیت روانی تیم، مقدم بر مداخلات پیچیده است.

طیف واکنش به استرس

در کمک‌های اولیه استرس شغلی، می‌توان واکنش‌ها را در یک طیف رنگی سبز، زرد، نارنجی و قرمز در نظر گرفت. در سطح سبز، فرد با وجود فشار، عملکرد خود را حفظ کرده است. در مرحله زرد، نشانه‌هایی مانند خستگی و کاهش تمرکز ظاهر می‌شود، اما با حمایت هم‌تایان قابل مدیریت است. در سطح نارنجی، افت عملکرد و بی‌خوابی مداوم دیده می‌شود و نیاز به مداخله جدی‌تر یا مشاوره مطرح است. در مرحله قرمز، علائمی مانند افکار خودآسیب‌رسان یا فروپاشی عملکرد نیازمند ارجاع فوری برای درمان تخصصی است. هدف این طیف، تشخیص به‌موقع و اقدام مسئولانه است. ورود به محدوده نارنجی و قرمز نشان می‌دهد که حمایت معمول کافی نیست و ارجاع به خدمات تخصصی بخشی از مراقبت حرفه‌ای محسوب می‌شود.

مؤلفه‌های اصلی چارچوب کمک‌های اولیه استرس شغلی

این چارچوب شامل هفت مرحله عملی است:

۱. بررسی^۹

هدف این مرحله مشاهده و ارزیابی غیرقضاوتی است. مدیران، سرپرستان یا همکاران لازم است تغییرات رفتاری، نشانه‌های فرسودگی یا افت عملکرد را شناسایی کنند. بررسی به معنای بازجویی یا آسیب‌شناسی نیست، بلکه توجه انسانی و حرفه‌ای است. پرسش‌های ساده مانند «این روزها حالت چطور است؟» یا «فشار کار چقدر روی اثر گذاشته؟» می‌تواند آغازگر یک گفتگوی حمایتی باشد.

^۹ Check

۲. هماهنگی^{۱۰}

در این مرحله، منابع حمایت موجود فعال می‌شود که ممکن است شامل تنظیم شیفت، کاهش موقت بار کاری، جابه‌جایی وظایف یا ارجاع به مشاور سازمانی باشد. هماهنگی به معنای استفاده از ظرفیت تیمی برای پیشگیری از فرسودگی فردی است.

۳. حفاظت^{۱۱}

حفاظت به معنای ایجاد حداقل شرایط ایمن برای ادامه کار است. اگر فرد بیش از حد تحت فشار است، ادامه فعالیت در همان شرایط ممکن است آسیب‌زا باشد. گاهی یک استراحت کوتاه، یک شیفت سبک‌تر یا حمایت عملی از سوی همکاران می‌تواند نقش حفاظتی ایفا کند.

۴. آرام‌سازی^{۱۲}

در محیط‌های پرتنش، سیستم عصبی در حالت برانگیختگی مزمن باقی می‌ماند. آرام‌سازی شامل تکنیک‌های کوتاه و عملی تنظیم بدن است، مانند تنفس آهسته و عمیق، مکث‌های کوتاه میان فعالیت‌ها، توجه به تماس‌های حسی، یا کاهش سرعت گفتار. این مداخلات باید کوتاه، ساده و قابل اجرا در محیط کار باشند.

۵. ارتباط^{۱۳}

انزوا یکی از عوامل تشدیدکننده فرسودگی است. ارتباط هم‌تایان، گفت‌وگوی کوتاه پایان شیفت، و فضای امن برای بیان تجربه‌ها نقش مهمی در تنظیم جمعی دارد. حمایت هم‌تایان، اغلب مؤثرتر از مداخله رسمی است.

۶. کارآمدی^{۱۴}

استرس مزمن می‌تواند حس توانمندی حرفه‌ای را تضعیف کند. در این مرحله باید بر نقاط قوت، مهارت‌های موجود و موفقیت‌های کوچک تأکید شود. یادآوری نقش حرفه‌ای و ارزش کار انجام‌شده به بازسازی اعتماد به نفس کمک می‌کند.

۷. اطمینان^{۱۵}

به معنای اطمینان به توان بازگشت به تعادل است. هدف این مرحله تقویت باور به این نکته است که استرس قابل مدیریت است و فرد تنها نیست. ایجاد فرهنگ سازمانی حمایت‌گر، عنصر کلیدی این بخش است.

اجرای عملی در محیط کار

متخصصان سلامت روان وظیفه دارند این چارچوب را به اعضای تیم‌های درمانی آموزش دهند. این آموزش می‌تواند در قالب کارگاه‌های کوتاه، جلسات تیمی یا آموزش‌های درون‌سازمانی انجام شود. هدف از آموزش این است که پزشکان، پرستاران و سایر کارکنان درمانی بتوانند در بستر کار روزمره از یکدیگر حمایت کنند، نشانه‌های هشدار را بشناسند و پیش از تشدید فرسودگی مداخله کنند. برای اجرای مؤثر این چارچوب می‌توان جلسات کوتاه ۱۰ تا ۱۵ دقیقه‌ای تنظیمی در پایان شیفت برگزار کرد. ارائه آموزش‌های فشرده مرتبط و ایجاد محیط کار حمایتی و دسترسی به فضای استراحت مؤثر است.

¹⁰ Coordinate

¹¹ Cover

¹² Calm

¹³ Connect

¹⁴ Competence

¹⁵ Confidence

پیوست شماره پنج: مراقبت آگاه به تروما

در بحران‌ها و تروماهای جمعی، کیفیت خدمات حمایتی تنها به نوع مداخله بالینی وابسته نیست، بلکه به فضایی که در آن خدمت ارائه می‌شود نیز ارتباط دارد. «مراقبت آگاه به تروما» بر این پیش‌فرض استوار است که بسیاری از مراجعان، حتی اگر تجربه‌های آسیب‌زا را به‌صراحت بیان نکنند، ممکن است در معرض تهدید یا فقدان قرار گرفته باشند. از این‌رو، محیط بالینی و شیوه تعامل حرفه‌ای باید به‌گونه‌ای باشد که احتمال بازتجربه‌ی احساس ناایمنی، تحقیر یا بی‌اختیاری را کاهش دهد.

این رویکرد، یک درمان تخصصی برای تروما محسوب نمی‌شود. از طرفی، هدف آن ورود مستقیم به خاطرات آسیب‌زا یا پردازش آنها نیست، بلکه فراهم کردن بستری است که در آن فرد بتواند با احساس نسبی امنیت، احترام و امکان انتخاب حضور یابد. در شرایطی که بحران همچنان فعال یا منابع محدود است، چنین رویکردی می‌تواند مقدمه‌ای ضروری برای هر مداخله درمانی عمیق‌تر باشد.

در این چارچوب، «امنیت» مفهومی محوری است؛ امنیت نه فقط به معنای نبود خطر عینی، بلکه به‌عنوان تجربه‌ای درونی از پیش‌بینی‌پذیری، وضوح و عدم قضاوت. توضیح روشن درباره هدف جلسات، حدود محرمانگی، نقش درمانگر و روند کار، می‌تواند از شدت ابهام بکاهد و به کاهش تنش و برانگیختگی کمک کند. در فضای بحران، که بی‌ثباتی و اخبار متناقض فراوان است، همین میزان از شفافیت کارکردی آرامش‌بخش دارد.

توجه به «انتخاب فرد» نیز اهمیت دارد. تجربه‌های آسیب‌زا غالباً با احساس از دست رفتن کنترل همراهند. فراهم آوردن امکان مکث، تغییر موضوع، یا به تعویق انداختن پرداختن به برخی موضوعات، می‌تواند به بازسازی حس اختیار کمک کند. در جلسات گروهی نیز تأکید بر داوطلبانه بودن مشارکت و پرهیز از فشار برای بیان تجربه‌های شخصی، از افزایش ناخواسته تنش جلوگیری می‌کند.

مراقبت آگاه به تروما همچنین بر «کیفیت رابطه حرفه‌ای» تأکید دارد. رابطه‌ای که در آن گفت‌وگو شفاف، نقش‌ها روشن، و همراه با احترام متقابل است، کمتر احتمال دارد یادآور الگوهای قدرت نابرابر یا تجربه‌های آسیب‌زا باشد. تمرکز بر ظرفیت‌ها و منابع فرد که حتی در شرایط دشوار نیز باقی مانده است، می‌تواند از تثبیت احساس درماندگی پیشگیری کند.

این رویکرد تنها به سطح تعامل فردی محدود نمی‌شود. در سطح مرکز درمانی یا سازمان ارائه‌دهنده خدمت نیز، نحوه پذیرش مراجع، زبان به‌کاررفته در فرم‌ها، چگونگی اطلاع‌رسانی، و شیوه مدیریت تعارض‌ها می‌تواند تجربه‌ای حمایت‌کننده یا برعکس، تنش‌زا ایجاد کند. آموزش کارکنان درباره واکنش‌های طبیعی به تروما، توجه به فرسودگی حرفه‌ای و ایجاد سازوکارهای حمایتی برای تیم درمان، بخشی از تحقق عملی این رویکرد است. محیطی که برای کارکنان بی‌ثبات یا فرساینده باشد، به‌سختی می‌تواند برای مراجعان فضایی امن فراهم آورد.

در عمل، نشانه‌هایی مانند افزایش ناگهانی تنش بدنی، سکوت طولانی، آشفتگی آشکار یا کناره‌گیری شدید می‌تواند حاکی از فعال شدن احساس تهدید باشد. در چنین مواقعی، اولویت با کاهش تنش و بازگرداندن احساس ثبات است، نه ادامه اصرار بر محتوا یا پیشبرد برنامه‌ای از پیش تعیین‌شده.

در مجموع، مراقبت آگاه به تروما چارچوبی است که پیشگیری از بازآسیب‌رسانی، حفظ کرامت انسانی و ایجاد حداقلی از ثبات و پیش‌بینی‌پذیری را در کانون توجه قرار می‌دهد. در شرایط بحران‌های جمعی، چنین رویکردی نه‌افزوده‌ای تجملی، بلکه بخشی از مسئولیت حرفه‌ای در ارائه حمایت روان‌شناختی محسوب می‌شود.

پیوست شماره شش: حمایت و مداخلات در تروما

زمانی که جامعه ناامن است و یا بحرانی فراگیر و ادامه‌دار ایجاد شده، آینده مبهم است و درمانگر و مراجع هر دو در معرض فشار روانی مزمن قرار دارند، بسیاری از درمانگران احساس می‌کنند آنچه آموخته‌اند دیگر کارآمد نیست، رنج مراجعان «درمان‌پذیر» به نظر نمی‌رسد و خودشان نیز خسته، عصبانی، کرخت یا نگران‌اند. پیش از هر چیز لازم است تأکید شود که این تجربه‌ها طبیعی‌اند و نشانه ناتوانی حرفه‌ای محسوب نمی‌شوند. هدف این راهنما این است که درمانگر بداند در شرایط ناامن چه اقداماتی ایمن و مفید است، چه مداخلاتی ممکن است ناخواسته آسیب‌زا باشد و چگونه می‌توان بدون ورود به پردازش عمیق تروما، کمک مؤثر و مسئولانه ارائه داد.

تروما چیست؟

تروما تجربه‌ای جسمی-روانی است که ظرفیت فرد برای تنظیم هیجان، احساس امنیت و معنا دادن به تجربه را مختل می‌کند. تروما زمانی رخ می‌دهد که فرد احساس کند در خطر است، کنترلی ندارد و آینده قابل پیش‌بینی نیست. شدت رویداد به‌تنهایی تعیین‌کننده نیست؛ آنچه تعیین‌کننده است تجربه درونی درماندگی و ناامنی است.

در بحران‌های جمعی، تروما پایان مشخصی ندارد، بارها فعال می‌شود و اغلب فرصت پردازش پیدا نمی‌کند. در نتیجه، سیستم عصبی در حالت هشدار باقی می‌ماند و انتظار بازگشت سریع به وضعیت عادی واقع‌بینانه نیست. درمانگر نیز در همین بستر زندگی می‌کند. کاهش تمرکز، تحریک‌پذیری، خستگی یا بی‌حسی هیجانی در درمانگر نشانه ضعف نیست، بلکه واکنشی طبیعی به شرایطی غیرطبیعی است.

رویکردها و مداخلات کاربردی در تروما

• آمادگی درمانگر برای کار با تروما

کار با مراجعان آسیب‌دیده در بحران نیازمند خودآگاهی مستمر درمانگر است. پیش از پذیرش یا ادامه کار با چنین مراجعانی، لازم است درمانگر از خود بپرسد آیا می‌تواند بدون عجله گوش دهد، آیا قادر است هیجان شدید را تحمل کند بدون اینکه فوراً بخواهد آن را اصلاح کند، و آیا شرایط ذهنی و جسمی‌اش به‌گونه‌ای است که بتواند جلسه را اداره کند. اگر روایت‌های مراجع موجب بازفعال شدن تروماهای درمانگر می‌شود، یا خشم، وحشت و بی‌خوابی تمرکز او را مختل کرده است، کاهش تعداد مراجعان، وقفه موقت، ارجاع یا دریافت سوپرویزن تصمیمی حرفه‌ای و اخلاقی است.

• هدف جلسه در شرایط ناامن

در بحران فعال، هدف جلسه درمانی پردازش عمیق خاطرات تروماتیک، مواجهه مستقیم با گذشته یا معنا دادن کامل به رنج نیست. در این شرایط، هدف اصلی ایجاد حس نسبی امنیت، کاهش شدت برانگیختگی، پیشگیری از تشدید علائم و کمک به حفظ کارکرد حداقلی است. تثبیت شرایط روانی مراجع مقدم بر پردازش تروما است.

• حفظ روزمرگی

در بحران، ذهن به لنگر نیاز دارد. این لنگرها اغلب در قالب برنامه‌های روزمره ساده روزانه شکل می‌گیرند؛ مانند تنظیم زمان خواب و بیداری، تعریف یک تا سه کار کوچک و قابل انجام در روز، یا انجام فعالیت‌های دستی ساده مانند آشپزی، نوشتن یا تمیزکاری. این برنامه‌ها نباید سنگین یا تنبیهی باشند؛ بلکه باید ساده، قابل انجام و کم‌انرژی باشند تا حس تداوم و کنترل نسبی را تقویت کنند.

• نگرانی و اضطراب

نگرانی در بحران واکنشی طبیعی است. هدف درمان حذف نگرانی نیست، بلکه جلوگیری از گسترش آن به همه حوزه‌های زندگی است. هنگامی که اضطراب فعال می‌شود، درگیر کردن بدن از طریق فعالیت‌های دستی، تمرکز بر محرک‌های حسی، افزایش ارتباطات انسانی و در میان گذاشتن تجربه با فردی امن می‌تواند به تنظیم هیجان منفی کمک کند.

در صورت بروز حمله پانیک، بازگرداندن توجه به محیط، انجام تنفس شمارشی و توضیح ماهیت گذرای این تجربه ضروری است. مراجع باید بداند که پانیک گرچه بسیار ناراحت‌کننده است، اما معمولاً خطر جسمی فوری ایجاد نمی‌کند.

• بی‌حسی و آپاتی

بی‌حسی هیجانی اغلب واکنش محافظتی سیستم عصبی در برابر فشار بیش‌ازحد است. در این حالت، تمرکز بر فعال‌سازی تدریجی و ملایم، مفیدتر از تلاش برای ایجاد هیجان شدید است. نوشتن روزانه، ثبت تجربه‌های ساده، افزایش تماس اجتماعی هر چند محدود، و تمرکز بر تجربه‌های حسی می‌تواند به خروج تدریجی از حالت خاموشی کمک کند.

• اصول درمان شناختی رفتاری در بحران

واقعیت‌محوری به جای اطمینان‌بخشی

در درمان شناختی-رفتاری، به‌ویژه در شرایط بحران، تمرکز بر ارزیابی واقع‌بینانه است، نه آرام‌سازی سطحی یا امیدبخشی کلی. در چنین موقعیتی درمانگر باید به مراجع کمک کند میان واقعیت، شایعه و فاجعه‌سازی تمایز بگذارد. استفاده از جملاتی مانند «همه‌چیز درست می‌شود» یا «نگران نباش» معمولاً کارکرد درمانی ندارد و حتی می‌تواند موجب بی‌اعتمادی به درمانگر شود. آنچه مفیدتر است، صحبت درباره مواردی است که واقعاً می‌دانیم، تفکیک آن موارد از حدس و گمان، و کاهش بزرگ‌نمایی فاجعه‌آمیز است.

بهداشت شناختی

در بحران، ذهن در معرض حجم بالایی از اطلاعات قرار می‌گیرد. بسیاری از محتواهای خبری حتا اگر بر مبنای واقعیت باشند به شکلی ارائه می‌شوند که بیش از اطلاع‌رسانی، خشم یا وحشت را فعال کنند. از این‌رو لازم است مفهوم بهداشت شناختی به مراجع آموزش داده شود؛ به این معنا که دریافت اخبار از منابع محدود و معتبر انجام شود، بررسی اخبار در زمان‌های مشخص صورت گیرد و از گشتن مداوم در شبکه‌های اجتماعی پرهیز شود. بار شناختی بالا، سیستم عصبی را در حالت برانگیختگی مزمن نگه می‌دارد و مانع تنظیم هیجانی می‌شود.

خطاهای شناختی در بحران

در شرایط بحران، برخی خطاهای شناختی شدت می‌گیرند. تعمیم افراطی باعث می‌شود فرد نتیجه بگیرد «همه‌چیز در حال فروپاشی است». هم‌آمیزی زمانی موجب می‌شود وضعیت فعلی به صورت «همیشگی» تجربه شود. بزرگ‌نمایی یا کوچک‌نمایی می‌تواند به این باور بینجامد که «هیچ کاری فایده ندارد». استدلال هیجانی فرد را به این نتیجه می‌رساند که چون حالش بد است، پس واقعیت نیز کاملاً بد است. همچنین نادیده گرفتن جنبه‌های مثبت باعث می‌شود هر تجربه خوشایند به‌عنوان امری نامناسب یا گناه‌آلود تلقی شود.

در چنین شرایطی هدف درمانگر اصلاح کامل این باورها نیست، بلکه ایجاد فاصله شناختی ملایم و کمک به واقعیت‌سنجی تدریجی است.

• اصول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۱۶} به‌عنوان ابزار بحران

در بحران، تکنیک‌ها و اصول «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» به‌منظور بهتر کردن فوری حال مراجع به کار نمی‌رود، بلکه برای افزایش انعطاف‌پذیری روانی و ظرفیت ادامه زندگی با حال بد استفاده می‌شود.

پذیرش

پذیرش یعنی توقف جنگ بی‌ثمر با تجربه درونی؛ نه دوست داشتن آن و نه تسلیم شدن.

«اگر اضطراب هست، آیا می‌توانیم بدون جنگیدن با آن، کمی فضا ایجاد کنیم؟»

فاصله‌سازی شناختی

از محتوای فکر به فرآیند آن بروید. هدف، قانع‌سازی نیست؛ فاصله‌سازی است.

«من دارم فکر می‌کنم که...»

تماس با لحظه حال

با تمرکز حسی ساده، کوتاه، اختیاری، غیرمدیته‌شده محور است و به خروج از غرق‌شدگی ذهنی کمک می‌کند.

تمرکز بر ارزش‌ها در شرایط عدم قطعیت

تمرکز بر ارزش‌ها، به‌ویژه در زمانی که آینده مبهم است، فرآیندها و جهت‌گیری را مشخص می‌کند. هدف‌ها ممکن است از بین بروند اما ارزش‌ها باقی می‌مانند.

«در این شرایط سخت، می‌خواهی چه جور انسانی باشی؟»

اقدام متعهدانه

به شکل گام‌های کوچک و واقعی برای امروز تعریف می‌شود، نه تغییرات بزرگ و آینده‌محور.

• آنچه درمان مبتنی بر تروما نیست

درمان در بحران به معنای انکار واقعیت، مثبت‌گرایی افراطی، اجبار به تمرکز بر جنبه‌های مثبت یا استفاده افراطی از حواس‌پرتی برای اجتناب نیست. همچنین واکنش‌های طبیعی به شرایط غیرطبیعی نباید به‌سرعت اختلال تلقی شوند. رنج جمعی را نباید صرفاً به ویژگی‌های فردی تقلیل داد.

¹⁶ Acceptance commitment therapy

پیوست شماره هفت: بیش مصرف و سوء مصرف الکل، آرامبخش‌ها و سایر مواد پس از تروماهای جمعی

افزایش مصرف الکل، سیگار، داروها (به‌ویژه بنزودیازپین‌ها) و سایر مواد پس از تروماهای جمعی پدیده‌ای شناخته شده است. در جریان رویدادهای تهدیدکننده گسترده مانند جنگ، ناامنی اجتماعی، خشونت جمعی یا بلایای طبیعی، هم افرادی که سابقه مصرف داشته‌اند و هم کسانی که پیش‌تر مصرف نداشته‌اند، در معرض شروع یا افزایش مصرف قرار می‌گیرند.

چرا پس از تروما میل به مصرف افزایش می‌یابد؟

تروما با مجموعه‌ای از تجربه‌های روانی و جسمی همراه است، از جمله برانگیختگی مفرط، اضطراب منتشر، گوش‌به‌زنگی دائمی، بی‌خوابی و کابوس، افکار مزاحم و فلش‌بک، احساس ناتوانی و فقدان کنترل، بی‌حسی هیجانی یا نوسان شدید خلق.

در چنین شرایطی، مصرف الکل و داروهای آرام‌بخش - به‌ویژه بنزودیازپین‌ها - اغلب در قالب «خوددرمانی» شکل می‌گیرد. این مواد در کوتاه‌مدت تنش، اضطراب و بی‌خوابی را کاهش می‌دهند. نیکوتین نیز می‌تواند تنش ادراک شده را موقتاً کم کند. این تسکین فوری، در بستر استرس حاد و مزمن، رفتار مصرف را تقویت کرده و احتمال تکرار آن را افزایش می‌دهد.

وضعیت در کادر درمان

کادر درمان علاوه بر تجربه تهدید شخصی، در معرض تروما ثانویه، مواجهه مکرر با رنج انسانی و فشارهای اخلاقی قرار دارند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد بین ۱۵ تا ۲۵ درصد کارکنان حوزه سلامت پس از تروماهای گسترده، افزایش مصرف الکل یا داروهای خواب‌آور و آرام‌بخش را گزارش می‌کنند. این افزایش معمولاً در ماه‌های نخست پس از بحران رخ می‌دهد و در بسیاری از موارد با کاهش فشار فروکش می‌کند؛ با این حال، در حدود ۵ تا ۱۵ درصد موارد، الگوی مصرف پایدار می‌شود.

شدت علائم اختلال استرس پس از سانحه، بی‌خوابی مزمن و فرسودگی شغلی از پیش‌بینی‌کننده‌های اصلی افزایش مصرف در این گروه هستند. شیفت‌های طولانی، دسترسی آسان‌تر به دارو، فرهنگ حرفه‌ای مبتنی بر انکار آسیب‌پذیری، نگرانی از انگ و پیامدهای شغلی و «تاب‌آوری اجباری» از عوامل تشدیدکننده این روند محسوب می‌شوند.

رویکرد بالینی یکپارچه: درک کارکرد مصرف، کاهش انگ و مداخله زودهنگام

در مواجهه با افزایش مصرف مواد در بستر تروما، تمرکز صرف بر برجسب «سوء مصرف» کافی نیست. پرسش بالینی محوری این است: فرد با مصرف، در حال تنظیم چه تجربه‌ای است؟ آیا هدف کاهش اضطراب حاد است؟ بهبود خواب؟ خاموش کردن افکار مزاحم؟ یا مقابله با بی‌حسی هیجانی؟

در عمل مشاهده می‌شود اضطراب حاد اغلب با بنزودیازپین‌ها خوددرمانی می‌شود، بی‌خوابی با الکل یا داروهای خواب‌آور مدیریت می‌شود، بی‌حسی هیجانی با مصرف الکل کاهش می‌یابد و اضطراب مزمن با مصرف مکرر سیگار تسکین داده می‌شود. این نگاه کارکردی، رویکرد درمانی را از قضاوت به فهم بالینی تغییر می‌دهد.

در عین حال، باید به موانع دریافت کمک در میان کادر درمان توجه داشت. انگ اجتماعی، ترس از آسیب به موقعیت شغلی، نگرانی از ثبت رسمی مشکلات و محدودیت زمانی از مهم‌ترین موانع هستند. بنابراین ایجاد فضای امن، تأکید بر محرمانگی و کاهش رویکرد تنبیهی اهمیت اساسی دارد.

از منظر بالینی، مصرف الکل و بنزودیازپین‌ها اگرچه در کوتاه‌مدت علائم را کاهش می‌دهد، اما در میان‌مدت و بلندمدت می‌تواند با تشدید علائم تروما، اختلال خواب پایدار و افزایش خطر وابستگی همراه باشد. به همین دلیل، مداخله باید زودهنگام، حمایتی و ساختاریافته باشد.

مداخلات اولیه شامل آموزش بهداشت خواب و پرهیز از تجویز طولانی‌مدت بنزودیازپین‌هاست؛ در صورت ضرورت، مصرف باید کوتاه‌مدت و همراه با برنامه مشخص قطع باشد. در موارد مناسب، استفاده از داروهایی با خطر وابستگی کمتر می‌تواند مدنظر قرار گیرد. درمان‌های مبتنی بر تروما، آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان و تکنیک‌های آرام‌سازی غیر دارویی نیز نقش مهمی دارند. علاوه بر این، مداخلات کوتاه‌مدت مبتنی بر مصاحبه انگیزشی، تعیین حدود مصرف و بازبینی منظم می‌تواند از تثبیت الگوی مصرف جلوگیری کند.

در تروماهای جمعی، افزایش مصرف مواد می‌تواند به موج ثانویه‌ای از آسیب منجر شود. رویکردی که بر درک رنج زیربنایی، کاهش انگ، شناسایی زودهنگام و مداخله پیشگیرانه استوار باشد، بخش جدایی‌ناپذیر مراقبت جامع سلامت روان در بحران محسوب می‌شود.

پیوست شماره هشت: ساختار پیشنهادی برای اجرای حمایت فردی، گروهی و همتایان

اهمیت و اثربخشی حمایت همتایان

حمایت همتایان به معنای حمایت روانی و اجتماعی است که توسط افرادی با تجربه‌های مشابه ارائه می‌شود. این نوع حمایت بر درک متقابل، همدلی، پذیرش و معنا سازی در زمان تجربه‌های دشوار استوار است. در شرایط تروما یا سوگ جمعی، زمانی که شمار زیادی از افراد هم‌زمان در معرض فشار روانی قرار دارند، چنین ساختاری می‌تواند نقش مؤثری در بازتوانی روانی فردی و جمعی ایفا کند.

در بحران‌های گسترده، فشار روانی کادر درمان صرفاً ناشی از مواجهه با بیماران نیست، بلکه از هم‌زمانی نقش حرفه‌ای و تجربه شخصی درگیری با تروما نیز سرچشمه می‌گیرد. در این وضعیت، خطر فرسودگی هیجانی، ترومای ثانویه و آسیب اخلاقی افزایش می‌یابد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی یکی از قوی‌ترین عوامل محافظتی در برابر ایجاد اختلال استرس پس از سانحه و سوگ پیچیده است. برای کادر درمان، این حمایت زمانی بیشترین اثربخشی را دارد که از سوی همکاران با تجربه مشترک ارائه شود؛ افرادی که زبان مشترک، زمینه کاری مشابه و تجربه زیسته قابل درک دارند.

حمایت همتایان یک مداخله درمانی رسمی نیست، بلکه سازوکاری ساختارمند برای حمایت متقابل است که هدف آن تقویت تنظیم هیجانی، کاهش انزوای حرفه‌ای و افزایش تاب‌آوری فردی و سازمانی است. برنامه‌های حمایت همتایان می‌توانند به صورت رسمی و تسهیل‌شده یا در قالب گروه‌های خودگردان اجرا شوند. تفاوت اصلی این دو در میزان ساختار و حضور تسهیل‌گر آموزش‌دیده است. در هر دو مدل، سه عنصر «محرمانگی»، «اعتماد» و «تجربه زیسته مشترک» به‌عنوان ارکان اصلی اثربخشی شناخته شده‌اند.

پژوهش‌ها حاکی از آن است که این برنامه‌ها به عادی‌سازی تجربه‌های روانی، کاهش انگ، افزایش امید، تسهیل بیان هیجانی و تقویت شبکه‌های حمایت اجتماعی کمک می‌کنند. در برخی مطالعات، حتی مشاهده شده است که افرادی که پیش‌تر از خدمات تخصصی سلامت روان استفاده نمی‌کردند، پس از مشارکت در چنین فضاهایی به درمان حرفه‌ای نیز متصل شده‌اند. همچنین، این نوع مداخلات می‌توانند شکاف میان نیاز و استفاده از خدمات سلامت روان را کاهش دهند.

در سطح فردی، حمایت همتایان اگرچه اختلال استرس پس از سانحه را درمان نمی‌کند، سوگ را حذف نمی‌کند و بحران بیرونی را تغییر نمی‌دهد، اما می‌تواند احساس تنهایی و بی‌پناهی را کاهش دهد، تنظیم هیجانی را تسهیل کند، احتمال فرسودگی مزمن را کم کند، حس معنا و امید را تقویت کند و مهارت‌های سازگاران و انعطاف روانی را افزایش دهد. در سطح سازمانی، چنین ساختاری می‌تواند با تقویت حس همبستگی حرفه‌ای، کاهش ترک کار و کاهش غیبت‌های ناشی از فرسودگی، به حفظ ظرفیت عملکرد سیستم درمانی کمک کند.

در مجموع، در شرایط تروما و سوگ جمعی که کادر درمان خود بخشی از جمع آسیب‌دیده‌اند، حمایت همتایان یک مداخله کم‌هزینه، قابل اجرا در مقیاس گسترده و مبتنی بر سرمایه اجتماعی حرفه‌ای است. کلید موفقیت آن نه در پیچیدگی ساختار، بلکه در سادگی، داوطلبانه بودن، محرمانگی، اعتماد و تداوم اجرای آن نهفته است.

چارچوب عملی و ساختار پیشنهادی اجرای جلسات حمایتی

هدف از این چارچوب، طراحی مدلی ساده، قابل اجرا و منعطف برای حمایت فردی، و گروهی همتایان در شرایط بحران است. در این رویکرد، تأکید بر سادگی، داوطلبانه بودن، محرمانگی و تداوم است. این چارچوب به‌گونه‌ای طراحی شده است که حتی در شرایط محدودیت منابع، فشار کاری بالا یا ناامنی اجتماعی نیز قابل اجرا باشد. هدف، ایجاد ساختارهای پیچیده نیست؛ بلکه فراهم کردن فضایی ایمن، پایدار و قابل دسترس برای حمایت متقابل است.

ساختار پیشنهادی جلسات گروهی حمایتی

۱. آغاز جلسه

جلسه با بیانی کوتاه و روشن آغاز می‌شود:

«هدف این جلسه ایجاد فضایی برای حمایت حرفه‌ای و انسانی است. مشارکت کاملاً داوطلبانه است و هیچ‌کس ملزم به بیان تجربه‌های شخصی نیست. تمرکز ما بر مدیریت تنش و حمایت از یکدیگر است.»

در ابتدای جلسه لازم است قوانین پایه توضیح داده شود:

- محرمانگی، عدم ثبت اطلاعات، و ممنوعیت ضبط جلسه
- عدم قضاوت
- تمرکز بر تجربه شخصی، نه تحلیل سیاسی یا حرفه‌ای
- داوطلبانه بودن مشارکت
- یادآوری خطرات احتمالی ارتباط دیجیتال (در صورت برگزاری آنلاین)

۲. گفتگوی هدایت‌شده

«هدف این گفت‌وگو تسهیل فهم تجربه، تنظیم هیجانی و کاهش احساس تنهایی است، نه تحلیل نظری یا بحث سیاسی.»

نمونه پرسش‌ها برای هدایت گفتگو:

- این روزها کدام تجربه برای شما دشوارتر بوده است؟
- فشار را بیشتر در چه سطحی احساس می‌کنید: جسمی، هیجانی یا حرفه‌ای؟
- چه چیزی به شما کمک کرده در نقش خود باقی بمانید؟
- آیا میان وظیفه حرفه‌ای و شرایط بیرونی تعارضی احساس کرده‌اید؟
- چه چیزی در اختیار شما بوده و چه چیزی خارج از کنترل شما؟

۳. جمع‌بندی و آیین پایانی

در پایان جلسه می‌توان از شرکت‌کنندگان خواست:

- یک کلمه درباره وضعیت فعلی خود بیان کنند؛
- یک اقدام کوچک مراقبتی برای هفته آینده مشخص کنند.

جلسه باید زمان‌مند باشد و پایان مشخص داشته باشد. آیین‌های کوتاه پایانی به انسجام گروهی کمک می‌کند.

اجرای عملی در سه سطح

۱. مدل دوتایی^{۱۷}

ساده‌ترین و کم‌هزینه‌ترین نقطه آغاز، استفاده از مدل دوتایی حمایت‌همتایان است. در این مدل، دو همکار با توافق متقابل با یکدیگر همراه می‌شوند و به‌صورت منظم، روزانه یا هفتگی بسته به شرایط، گفت‌وگویی کوتاه در حدود ۱۵ تا ۲۰ دقیقه برقرار می‌کنند. محور این گفت‌وگو تمرکز بر حال شخصی هر یک در مواجهه با شرایط بحران است، نه صرفاً مسائل حرفه‌ای یا بالینی. هدف، ایجاد فضایی امن برای بیان تجربه، بازتاب متقابل و کاهش احساس انزواست. در صورتی که یکی از دو نفر نشانه‌های نگران‌کننده‌ای از فرسودگی شدید، اختلال عملکرد یا آسیب جدی مشاهده کند، مسئولیت دارد همتای خود را به دریافت کمک حرفه‌ای هدایت کند. این مدل به‌دلیل سادگی، انعطاف‌پذیری و نیاز حداقلی به منابع، برای محیط‌های پرسترس و کم‌امکانات گزینه‌ای بسیار مناسب و عملی است.

۲. حلقه‌های کوچک همتایان

در صورت فراهم بودن شرایط، می‌توان گروه‌های کوچکی متشکل از ۴ تا ۸ نفر تشکیل داد که هر هفته یا با فاصله بیشتر بسته به شرایط، جلسه‌ای ۳۰ تا ۴۵ دقیقه‌ای برگزار کنند. این جلسات بهتر است ساختاری روشن داشته باشند. به‌عنوان نمونه، هر نفر می‌تواند حدود ۳ تا ۵ دقیقه درباره وضعیت فعلی خود و تجربه‌اش در مواجهه با فشارهای اخیر صحبت کند و سایر اعضا بدون ورود به تحلیل یا ارائه توصیه، تنها بازتابی کوتاه و همدلانه ارائه دهند. تأکید می‌شود که این جلسات درمان گروهی نیستند و وارد تحلیل عمیق روان‌شناختی یا مداخلات تخصصی نمی‌شوند، بلکه هدف آن‌ها ایجاد فضایی ایمن برای حمایت متقابل و تقویت پیوند حرفه‌ای است.

۳. حمایت غیررسمی هدایت‌شده

در برخی مراکز، ایجاد یک کانال امن و محدود مثلاً در پیام‌رسان‌ها به صورت مجازی می‌تواند نقش حمایتی داشته باشد. حضور یک یا دو تسهیل‌گر برای حفظ چارچوب گفتگو و حمایت توصیه می‌شود.

چالش‌ها و موانع اجرای برنامه‌های حمایت‌همتایان

اجرای برنامه‌های حمایت‌همتایان و جلسات حمایتی، هرچند از نظر ساختاری ساده به نظر می‌رسد، در عمل با چالش‌هایی همراه است. در سطح فردی، برخی کارکنان ممکن است به دلیل شرم، نگرانی از قضاوت، خستگی مفرط یا علائم افسردگی و بی‌حسی هیجانی تمایل یا آمادگی مشارکت نداشته باشند. تفاوت‌های شخصیتی، سبک‌های سازگاری متفاوت و تعارض‌های پنهان میان همکاران نیز می‌تواند بر کیفیت گفت‌وگو اثر بگذارد. در سطح محیطی، فشار کاری بالا، کمبود زمان، نبود فضای خصوصی و نگرانی‌های امنیتی از جمله موانع رایج هستند. افزون بر این، ابهام در حدود حرفه‌ای، یا ترس از افشای ناخواسته اطلاعات ممکن است مشارکت را کاهش دهد. مهم است که این چالش‌ها از قبل پیش‌بینی شوند و برنامه با انعطاف و واقع‌بینی طراحی شود، نه با انتظار مشارکت کامل و بی‌نقص از ابتدا.

همچنین ممکن است برخی افراد نقش این جلسات را با روان‌درمانی اشتباه بگیرند یا انتظار مداخله تخصصی داشته باشند، در حالی که هدف اصلی این ساختار، حمایت متقابل و تنظیم هیجانی اولیه است. اگر مرزها روشن نباشد، خطر ارائه توصیه‌های درمانی نامتناسب، فعال‌شدن تعارض‌های قدیمی یا حتی بازفعال‌سازی هیجانی بدون حمایت کافی وجود دارد. بنابراین شفافیت در هدف، چارچوب و حدود مداخله، پیش‌شرط موفقیت برنامه است.

در برخی شرایط، حضور یک تسهیل‌گر می‌تواند به حفظ ساختار، مدیریت زمان، تنظیم تعارض‌ها و اطمینان از مشارکت متوازن اعضای گروه کمک کند. تسهیل‌گر لزوماً نقش درمانگر را ایفا نمی‌کند، بلکه مسئول حفظ چارچوب ایمن گفت‌وگو است. متخصصان سلامت روانی که این نقش را بر عهده می‌گیرند، باید آمادگی لازم برای گوش‌دادن فعال، مدیریت پویایی‌های گروهی، تنظیم برانگیختگی هیجانی و تعیین مرزهای روشن را داشته باشند. آشنایی با اصول حمایت مبتنی بر تروما، توانایی مداخله حداقلی در تعارض‌ها و تشخیص موقعیت‌هایی که نیازمند ارجاع تخصصی هستند، از مهارت‌های ضروری در این نقش محسوب می‌شود.

American Psychological Association. (n.d.). *Disasters and mental health*. <https://www.apa.org/topics/disasters-response>

Bujarski, S., Norberg, M. M., & Copeland, J. (2012). The association between traumatic experiences and alcohol use disorder: A review of the literature. *Addictive Behaviors*, 37(6), 605–614.

Center for Community Health and Development, University of Kansas. (n.d.). *Starting a support group*. Community Tool Box. <https://ctb.ku.edu>

Chidiebere, N. O., Omole, O., & Adebayo, A. (2023). Effectiveness of peer support in mental health: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 4536. <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/5/4536>

Flory, K., Hankin, B. L., Kloos, B., Cheely, C., & Turecki, G. (2009). Alcohol and cigarette use and misuse among Hurricane Katrina survivors: Psychosocial risk and protective factors. *Substance Use & Misuse*, 44(12), 1711–1724.

Frontiers in Public Health. (2025). Barriers and facilitators to implementing peer support roles in mental health services: A systematic review. *Frontiers in Public Health*, 13, 1737709.

Gillard, S., Foster, R., Gibson, S., Goldsmith, L., Marks, J., & White, S. (2021). Describing a principles-based approach to developing and evaluating peer worker roles as peer support moves into mainstream mental health services. *BMC Psychiatry*, 21, 315. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03321-z>

Goldmann, E., & Galea, S. (2014). Mental health consequences of disasters. *Annual Review of Public Health*, 35, 169–183.

Goldstein, E., et al. (2024). Trauma-informed care implementation in health care systems: A systematic review and realist synthesis. *Psychological Services*, 21(4), 849–862. <https://doi.org/10.1037/ser0000737>

Inter-Agency Standing Committee. (2007). *Guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/iasc-guidelines-for-mental-health-and-psychosocial-support-in-emergency-settings>

Jackson, E. R., Shanafelt, T. D., Hasan, O., Satele, D. V., & Dyrbye, L. N. (2016). Burnout and alcohol abuse/dependence among U.S. medical students. *Academic Medicine*, 91(9), 1251–1256.

Lyons, N., Cooper, C., & Lloyd-Evans, B. (2021). A systematic review and meta-analysis of group peer support interventions for people experiencing mental health conditions. *BMC Psychiatry*, 21, 315. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03321-z>

McCabe, S. E., West, B. T., Teter, C. J., & Boyd, C. J. (2014). Medical and nonmedical use of prescription benzodiazepine anxiolytics among U.S. adults. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(1), 40–46.

Neimeyer, R. A. (n.d.). *Meaning reconstruction in grief*.

NHS England. (2022). *Peer support: Supporting implementation in health and care*. <https://www.england.nhs.uk/long-read/peer-support/>

O'Connor, D., & Smith, K. (2023). Peer support in mental health services: Challenges and facilitators. *PubMed*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37702192/>

Oreskovich, M. R., Kaups, K. L., Balch, C. M., et al. (2012). Prevalence of alcohol use disorders among American surgeons. *Archives of Surgery, 147*(2), 168–174.

Patel, V., & Kumar, S. (2024). Peer-delivered interventions in mental health services: Evidence from a systematic review. *BMC Medicine, 22*, 3260. <https://doi.org/10.1186/s12916-024-03260-y>

Smith, J., & Jones, L. (2025). Peer support programs for healthcare workers: Barriers and benefits. *Social Science & Medicine, 180*, 1184.

Trinkoff, A. M., Zhou, Q., Storr, C. L., & Soeken, K. L. (2000). Workplace access, negative proscriptions, job strain, and substance use in registered nurses. *Nursing Research, 49*(2), 83–90.

Vujanovic, A. A., Lebeaut, A., & Leonard, S. (2018). PTSD symptom severity, dissociation, and substance use among trauma-exposed adults. *Journal of Dual Diagnosis, 14*(3), 197–206.

Williams, R., & Thompson, P. (2025). Group peer support in trauma care: Implementation and outcomes. *The Lancet Regional Health – Europe, 9*, 69–86.

World Health Organization. (2016). *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings (Version 2.0)*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790>

World Health Organization, War Trauma Foundation, & World Vision International. (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. World Health Organization.

ر. فرامرزی، مترجم). تهران: کمک‌های اولیه روان‌شناختی: راهنمای میدانی برای کارکنان. (اسنایدر، ل.، ون آمرن، م.، و شیفر، آ. (۱۳۹۲). انتشارات اندیشمند