



معاونت دانشجویی و فرهنگی  
مرکز مشاوره دانشجویی



وزارت علوم، تحقیقات و فن آوری  
دفتر مرکزی مشاوره

# مداخله در بهران

کتابچه راهنمای کارشناسان  
مراکز مشاوره دانشگاه‌ها



سپهر



معاونت دانشجویی و فرهنگی  
مرکز مشاوره دانشجویی



وزارت علوم، تحقیقات و فن آوری  
دفتر مرکزی مشاوره

# مداخله در بحران

کتابچه راهنمای کارشناسان مراکز مشاوره دانشگاهها

مریم اصل ذاکر

کارشناس واحد بهداشت روان

مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران

## مداخله در بحران

تالیف: مریم اصل ذاکر

امور اجرایی: علی صیدی

گرافیسیت: حمیدرضا منتظری

تیراژ: ۴۰۰۰۰ نسخه

زیر نظر مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران

نشانی: تهران - خیابان ۱۶ آذر - خیابان ادوارد براون

پلاک ۱۵ - مرکز مشاوره دانشجویی

تلفن: ۶۶۴۱۹۵۰۴ فکس: ۶۶۴۱۶۱۳۰

وب سایت مرکز مشاوره دانشگاه تهران: <http://counseling.ut.ac.ir>

وب سایت دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم: [www.iransco.org](http://www.iransco.org)

## فهرست

- ۵ مقدمه
- ۷ مدیریت بیماران سایکوتیک و تحریک پذیر
- ۱۳ مدیریت رفتارهای خشونت آمیز
- ۱۷ مداخله در رفتارهای خودکشی (افکار و اقدام)
- ۲۲ نکات مهم در برخورد با مراجعین دچار افکار خودکشی
- راهکارهای اساسی در پیشگیری از تبدیل افکار خودکشی به اقدام
- ۲۵ مداخلات پس از اقدام ناموفق
- ۲۹ مداخلات پس از خودکشی موفق
- ۳۷ اطلاع رسانی خبر ناگوار



# مداخله در بجران

## مقدمه:

برای انسانهایی که در وضعیت مشابه قرار دارند، کلام واحدی وجود ندارد که مناسب گفتن به همهٔ آنان باشد. شما به بیمار و خانواده ای که با فوریت روانپزشکی یا روانشناختی مثل اقدام به خودکشی یا حملهٔ اسکیزوفرنی مواجه شده اند، چه می توانید بگویید؟ برای برخی ها توضیح در مورد علل ژنتیکی و زیستی کمک کننده است. اطلاعاتی در مورد اینکه بیماری جزء زیستی قدرتمندی دارد بعضی ها را راحت می کند، ولی برای برخی دیگر این رویکرد تأکیدی بر فقدان کنترل است و اضطراب و افسردگی آنها را بیشتر می کند؛ در چنین حالتی افراد احساس درماندگی می کنند چون نه بیمار و نه خانواده نمی توانند با تغییر رفتار احتمال عود را به حداقل برسانند. برای برخی ها توضیحات دینامیکی خانوادگی و فردی بیشتر مفید است و بالاخره عده ای هم فقط گوشی برای شنیدن می خواهند و به موقع خود به پذیرش می رسند. در وضعیت اضطراری همچون هر موقعیت دیگر روانپزشکی یا روانشناختی، وقتی درمانگر نمی داند چه بگوید، بهترین رویکرد آن است که فقط گوش بدهد. مردم در جریان بحران، نشان می دهند که تا چه حد به حمایت، انکار، برونریزی و واژه‌هایی برای مفهوم بخشیدن به معنای بحران خود و کشف راه حل‌های آن نیازمندند.

در محیط‌های دانشگاهی موقعیت‌های بحرانی شامل مشروط شدن یا اخراج دانشجوی، رفتارهای خودکشی (افکار و اقدام به خودکشی)، اختلالات شدید روانپزشکی (اختلالات سایکوتیک و اختلال خلقی دوقطبی)، و مانند آن می‌باشد. آنچه در همه این موقعیت‌ها مشترک و حائز اهمیت است، نحوهٔ برقراری ارتباط مؤثر و مدیریت هیجانات می باشد. در همین راستا کتابچه حاضر با هدف آماده سازی کارشناسان مراکز مشاوره برای موقعیت‌های بحرانی، تهیه و تنظیم شده است.



# مداخله در بهران

## مدیریت بیماران سایکوتیک و تحریک پذیر

مدیریت بیماران تحریک پذیر و سایکوتیک جزء مشکل ترین موقعیت‌های اورژانس روانپزشکی و روانشناختی است. این بیماران طیفی از علایم، از قبیل توهمات دیداری و شنیداری، پارانوایا، اختلال تفکر، هذیان بزرگ منشی و تحریک پذیری زیادی نشان می دهند. البته بیمارانی که این علائم را نشان می دهند لزوماً سایکوتیک نیستند. در واقع این علائم می تواند در سایر اختلالات نیز مشاهده شود، اختلالاتی نظیر اختلال خلقی یا اضطرابی، اختلالات طبی که مغز را تحت تأثیر قرار می دهند مانند دلیریوم، مسمومیت با الکل یا سایر مواد و آسیب مغزی.

آنچه در همهٔ این موقعیت‌ها اهمیت دارد و اولین گام محسوب می‌شود، آن است که با مقررات محل کار و موقعیت آشنا باشیم. برای مثال در برخی مراکز برای کنترل یا بستری کردن بیمار تحریک پذیر، از نیروی انتظامی و در برخی مراکز از اورژانس بیمارستان درخواست کمک می‌شود. پس در گام نخست برای انتقال بیمار به بیمارستان بر طبق مقررات از پیش تعیین شده عمل کنید. جهت تماس با اورژانس‌ها و مراکز مرتبط، باید از قبل فهرستی از شماره تلفن‌های ضروری را تهیه کنید.

### مهارت‌های برقراری ارتباط با مراجع تحریک پذیر:

در روابط انسانی نه تنها آنچه که گفته و بیان می‌شود بلکه حالات غیرکلامی نقش و اهمیت تعیین کننده‌ای دارند. ارتباطات غیرکلامی شامل موارد زیر است:

- تماس چشمی مناسب و نگاه کردن به طرف مقابل
- حالات بدنی



- حالات و ژست‌های صورت

- گوش کردن فعال

در ارتباطات کلامی و غیر کلامی با بیماران تحریک پذیر نکات زیر پیشنهاد می شود:

۱. **ارتباط چشمی:** اولین قدم در برقراری ارتباط با تماس چشمی شروع می شود. نکته مهم آن است که تماس چشمی و نگاه کردن به سوی مخاطب دارای معنی و مفهوم است و در بسیاری از موارد به معنی ارزش گذاشتن و اهمیت دادن به فرد مقابل است و برعکس نگاه نکردن به معنی اهمیت ندادن به طرف مقابل است که نهایتاً به احساس خشم، رنجش، آزرده‌گی و... می انجامد.

۲. **حالات و ژست‌های صورت** از قبیل رنگ پریدگی، سرخ شدن، عرق کردن، اشک ریختن، اجتناب از تماس چشمی و گاز گرفتن لب‌ها، در واقع مقاومت بیمار و احساسات وی مانند خشم و ترس را نشان می دهد.

۳. **نحوه رفتار شما به عنوان مشاور و روانشناس، روانپزشک یا مددکار، از اهمیت زیادی برخوردار است، در موقعیت‌های اورژانسی همواره باید آرامش خود را حفظ کنید و از حرکات و تکلم تند و سریع خودداری کنید.**

۴. **تماس چشمی با بیمار را حفظ کنید تا به شما اعتماد کند.** از نزدیک شدن و تماس جسمی با بیمار اجتناب کنید تا بیمار احساس نکند که به حریم خصوصی وی تجاوز کرده اید یا قصد حمله به او را دارید. همچنین تجمع افراد مختلف در اطراف بیمار باعث تنش و سوءظن بیشتر بیمار می گردد. این مسئله به ویژه در مورد بیماران پارانوئید از اهمیت زیادی برخوردار است.

۵. **در ارتباط کلامی با بیماران تحریک پذیر، از آنجایی که این**

بیماران نسبت به پیام‌های پیچیده و مبهم حساس می‌باشند، بهتر است فقط یک نفر مسؤول برقراری ارتباط کلامی باشد تا از انتقال پیام‌های دوسوگرا توسط افراد مختلف اجتناب گردد. برای کاهش احساس تهدید بیمار و ایجاد امنیت روانی، از کلمات ساده و عینی استفاده کنید و قبل از آنکه به عملی اقدام کنید، آن را برای بیمار توضیح دهید. برای مثال می‌توانید بگویید "من حالا می‌خواهم روی این صندلی بنشینم و با شما صحبت کنم" یا "من می‌خواهم یک لیوان آب برای شما بیاورم".

**۶. نکته مهم دیگر این است که به هیچ عنوان سعی نکنید تا بیمار را با هذیان‌اتش مواجه کنید، چرا که دوره تحریک پذیری زمان مناسبی برای این کار نیست.** اگر شما بخواهید بیمار را قانع کنید که دچار هذیان است، از آنجایی که هذیان، استدلال پذیر نیست، بدینی بیمار تشدید می‌شود و احساس می‌کند که شما علیه او توطئه کرده اید.

**۷. به حالت امری و دستوری با بیمار صحبت نکنید.** برای مثال جمله "تو باید در بیمارستان بستری شوی" باعث می‌شود بیمار حالت دفاعی به خود بگیرد و سعی کند تا به شما بفهماند که اشتباه می‌کنید. به جای آن می‌توانید بگویید: "به نظر می‌رسد که تو احتیاج به کمک داری، من می‌توانم کمکت کنم".

**۸. با بیماران تحریک پذیر، نباید با شوخی برخورد کرد.** بیمار ممکن است فکر کند شما او را به تمسخر گرفته اید یا حرف‌هایش را باور نمی‌کنید. بنابراین تمام انرژی شما صرف جلب اعتماد بیمار می‌شود. برای جلب اعتماد بیمار می‌توانید در مورد وضعیت فعلی وی سؤال کنید، برای مثال: "من چه کاری می‌توانم انجام دهم تا شما احساس راحتی بیشتری داشته باشید؟"، "جایی از بدنتان احساس درد می‌کنید؟"

## نکات مهمی که باید در ارزیابی بیماران تحریک پذیر در نظر

بگیرید:

۱. مهم ترین نکته این است که سعی کنید مداخله ای که انجام می دهید، تا جای ممکن در محیطی امن و آرام باشد. قبل از اینکه به بیمار سایکوتیک و تحریک پذیر نزدیک شوید، نخست به احساس امنیت بیمار، همکاری و خودتان توجه کنید. برای این کار باید سریعاً سطح تحریک پذیری بیمار و محیط اطراف خود را ارزیابی کنید. این سؤالات را از خود بپرسید:

- بیمار در چه وضعیتی قرار دارد؟ آیا تحت درمان دارویی است؟  
- محیط و موقعیت تعامل بین شما و بیمار چگونه است؟ اتاقی بزرگ یا راهروی باریک؟

- چه کسی به جز شما حضور دارد؟

- چه ابزار و وسایلی در اطراف بیمار هستند؟ چاقو؟ شیشه؟

۲. برای اطمینان از امنیت خود و بیمار، همه اشیای خطرناک از قبیل چاقو، شیشه و هر شیئی که بیمار بتواند توسط آن به خود یا دیگری آسیب برساند، از دسترس خارج کنید. اگر در راهروی باریک، نزدیک آسانسور، راه پله یا هر فضای کوچک و بسته ای هستید، بیمار را به اتاق بزرگتری راهنمایی کنید. این کار احتمال آسیب شما و بیمار را کاهش می دهد و به مهار و کنترل بیمار کمک می کند.

۳. بعد از جلب اعتماد بیمار، باید ارزیابی کنید که آیا بیمار از مشکل طبی رنج می برد یا اینکه مشکلات رفتاری دارد؟ آیا وی قصد آسیب زدن به خود یا دیگری را دارد؟ و اینکه آیا این بیمار جزء مواردی است که نیاز به بستری دارد یا نه؟

۴. به هنگام ارزیابی موقعیت، به یاد داشته باشید که وضعیت روانی بیمار ممکن است تغییر یابد. بیمار آرام ممکن است به یکباره به فردی خشن و خارج از کنترل تبدیل شود. در صورتی که این اتفاق رخ دهد، محیط را ترک کنید و فوراً به اورژانس اطلاع دهید. برای آنکه به محیط احاطه داشته باشید و در مواقع بحرانی بتوانید به راحتی از اتاق خارج شوید، سعی کنید نزدیک در خروجی باشید و هیچگاه اجازه ندهید تا بیمار بین شما و در خروجی قرار گیرد.

### خلاصه نکات در برخورد با بیماران سایکوتیک و تحریک پذیر:

- به تماس چشمی، حالات و ژست‌های صورت بیمار توجه کنید. تماس چشمی با بیمار را حفظ کنید تا به شما اعتماد کند.
- از کلمات ساده و عینی استفاده کنید و قبل از آنکه به عملی اقدام کنید، آن را برای بیمار توضیح دهید.
- سعی نکنید تا بیمار را با هذیان‌اتش مواجه کنید.
- به حالت امری و دستوری با بیمار صحبت نکنید.
- با بیماران تحریک پذیر شوخی نکنید.
- برای بیمار، خودتان و همکارانتان محیط امنی فراهم کنید. همه اشیای خطرناک از قبیل چاقو، شیشه و هر شیئی که بیمار بتواند توسط آن به خود یا دیگری آسیب برساند، از دسترس خارج کنید.



# مداخله در بجران

## مدیریت رفتارهای خشونت آمیز

یکی دیگر از فوریت‌های روانشناسی یا روانپزشکی، مواجهه با بیمارانی است که رفتار خشونت آمیز نشان می‌دهند. در صورت عدم آمادگی لازم، احساس ترس به سرعت در بین کادر درمانی پخش می‌شود و اوضاع بیش از پیش از کنترل خارج می‌گردد. هدف اصلی در چنین موقعیتی حفاظت از جان بیمار، افراد منتظر در اتاق پذیرش و همچنین پرسنل درمانی است. مدیریت نامناسب رفتار خشونت آمیز در مراکز درمانی، ممکن است به آسیب جسمانی سایر مراجعین در اتاق انتظار منجر شود. **حفظ آرامش، کلید اداره موقعیت‌های بحرانی است.** در برخورد با رفتارهای خشونت آمیز به نکات زیر توجه کنید:

۱. **نخستین کار در ارزیابی رفتار خشن تعیین علت آن است.** علت، مسیر مداخله را مشخص می‌کند. بزرگترین اشتباه احتمالی، نادیده انگاشتن یک بیماری عضوی به عنوان علت اختلال هیجانی است. ضربه مغزی، بیماری‌های طبعی، سوء مصرف مواد (از جمله الکل)، بیماری‌های عروق مغزی و داروها ممکن است سبب بروز رفتار خشونت آمیز شوند. در این مواد بستری کردن بیمار، اولین و بهترین مداخله است.

۲. **چنانچه مطمئن شدید رفتار خشن بیمار، علت طبعی ندارد، با بیمار صحبت کنید و به او اطمینان دهید.** برای جلب اطمینان او به این نکته اشاره کنید که همه تلاش شما در جهت این است که هیچ آسیبی به او نرسد.

۳. **اگر وضعیت بیمار حاد است، (در صورت حضور پزشک)**

می‌توانید از دارو استفاده کنید. برای اینکه بیمار با شما همکاری کند، به او اطمینان دهید که این دارو علائم ناراحت‌کننده او را کاهش می‌دهد و باعث آرام شدن او می‌شود.

**۴. در مواردی که بیمار دچار ترس پارانوئیدی (داشتن هذیان‌هایی با ماهیت گزند و آسیب) یا دچار سایکوز حاد بوده و حمله فیزیکی محتمل است، به بیمار بگویید که خشونت قابل قبول نیست و در صورت لزوم از مهار فیزیکی استفاده خواهد شد. کار مهار فیزیکی را به افرادی واگذار کنید که از لحاظ جسمی توانایی انجام این کار را داشته باشند. برای کنترل کردن خشونت فیزیکی، می‌توانید تدریجاً بیمار را به سمت گوشه اتاق هدایت کنید تا بر اوضاع مسلط شوید.**

**۵. بیماران خشن و ستیزه‌جو را با تجویز یک داروی رختزا یا آنتی‌سایکوتیک مناسب، به طور مؤثر می‌توان مهار کرد. بدین منظور باید از پرسنل پزشکی و پرستار کمک گرفت. پزشک می‌تواند دیازپام (والیوم) ۵ تا ۱۰ گرم یا لورازپام (Ativan) ۲ تا ۴ میلی‌گرم را ظرف دو دقیقه به آرامی داخل ورید تزریق کند. تجویز داروهای وریدی باید با احتیاط زیاد انجام شود تا وقفه تنفسی ایجاد نشود. بیمارانی را که نیازمند تجویز عضلانی هستند می‌توان با ۵ تا ۱۰ میلی‌گرم هالوپریدول یا ۲۵ میلی‌گرم کلرپرومازین (تورازین) عضلانی آرام نمود. اگر تحریک ناشی از مصرف الكل یا حالت اختلال روانی - حرکتی متعاقب تشنج باشد، خواب ناشی از مقادیر نسبتاً کم داروهای وریدی ممکن است ساعت‌ها طول بکشد. این بیماران پس از بیدار شدن اغلب کاملاً هوشیار و منطقی بوده و نوعاً دوره خشونت را فراموش کرده‌اند. اگر آشفتگی بخشی از فرایند سایکوتیک**

موجود باشد و پس از رفع تأثیر داروی داخل وریدی عود کند، ادامه درمان دارویی ضرورت دارد. گاهی بهتر است هر نیم تا یک ساعت از مقادیر کم عضلانی یا خوراکی دارو استفاده شود (مثلاً هالوپریدول ۲ تا ۵ میلی گرم یا دیازپام ۲۰ میلی گرم) تا زمانی که بیمار کنترل شود و این روش بهتر از تجویز مقادیر زیاد دارو در ابتدا و قطع آن در حالی است که بیمار نیاز به مقادیر بیش از حد دارو قرار دارد. با تحت کنترل درآمدن رفتار آشفتۀ بیمار باید از دوزهای پایین تر با فواصل بیشتر استفاده شود. در مراحل مقدماتی فشار خون و سایر علائم حیاتی بیمار باید به دقت کنترل شود.

### خلاصه نکات در برخورد با رفتارهای خشونت آمیز:

- آرامش خود را حفظ کنید.
- علت رفتار خشن را بیابید. بیماریهای جسمانی و روانپزشکی را تفکیک کنید.
- اطمینان بیمار را جلب کنید.
- اگر وضعیت بیمار حاد است، در صورت حضور پزشک از دارو کمک بگیرید.
- کار مهار فیزیکی را به افرادی واگذار کنید که از لحاظ جسمی توانایی انجام این کار را داشته باشند. برای کنترل کردن خشونت فیزیکی، می‌توانید تدریجاً بیمار را به سمت گوشۀ اتاق هدایت کنید تا بر اوضاع مسلط شوید.





# مداخله در بجران

## مداخله در رفتارهای خودکشی (افکار و اقدام)

خودکشی در صورتی که موفقیت آمیز باشد، عمل مهلکی است که نمایانگر میل فرد به مردن است. با این حال بین تفکر در مورد خودکشی و اقدام به آن طیفی وجود دارد. برخی افراد افکاری در مورد خودکشی دارند اما هرگز این افکار را جامه عمل نمی پوشانند؛ برخی دیگر براساس عمل تکانشی و بدون قصد قبلی به زندگی خود خاتمه می دهند. ارزیابی احتمال خودکشی شامل مراحل زیر است:

(۱) اخذ شرح حال کامل روانپزشکی؛

(۲) معاینه کامل وضعیت روانی بیمار؛

(۳) پرسش در مورد نشانه‌های افسردگی، افکار، قصد و طراحی

خودکشی و اقدام به خودکشی.

فقدان نقشه برای آینده، بخشیدن وسایل شخصی، وصیت کردن و عدم تحمل فقدان اخیر، همگی تلویحاً نشانگر افزایش خطر خودکشی هستند. تصمیم گیری در مورد بستری کردن بیمار به نوع تشخیص، شدت افسردگی و افکار خودکشی، توانایی‌های بیمار و خانواده او برای کنار آمدن با مشکلات، وضعیت زندگی بیمار، فراهم بودن حمایت اجتماعی و وجود یا فقدان عوامل خودکشی بستگی دارد.

### نکات مهم در برخورد با مراجعین دچار افکار خودکشی:

۱. مهمترین تصمیم بالینی در مورد بیماران دارای افکار خودکشی بستری کردن یا نکردن آنها است. همه این بیماران نیازی به بستری

کردن ندارند و برخی از آنها را می توان به صورت سرپایی درمان نمود. ولی فقدان نظام حمایت اجتماعی قوی، سابقه رفتار تکانشی و نقشه انجام خودکشی از مواردی است که بستری کردن را ضروری می سازند. برای تعیین امکان درمان سرپایی از رویکرد بالینی صریح استفاده کنید. بدین منظور از بیماری که انتحاری تلقی می شود سؤال کنید آیا موافق است وقتی به مرحله ای رسید که دیگر اطمینانی به کنترل تکانه های خودکشی ندارد به شما تلفن کند؟ اگر بیمار بتواند به درمانگرش چنین تعهدی بسپارد می توان گفت از نیروی کافی برای کنترل این تکانه ها و یاری طلبیدن برخوردار است.

در مقابل تعهد بیمار، درمانگر نیز باید به طور ۲۴ ساعته قابل دسترس باشد. اگر بیماری که شدیداً انتحاری تلقی می شود نتواند چنین تعهدی بدهد، بستری فوری او ضروری است و این موضوع باید با خود بیمار و خانواده اش مطرح شود.

۲. اگر قرار است بیمار به صورت سرپایی درمان شود، درمانگر باید برای موارد ضروری شماره تلفن منزل و محل کار بیمار را یادداشت کند. گاهی بیمار به طور غیرمنتظره نیمه شب تلفن می زند و پس از آن ناگهان ارتباط را قطع می کند و یا فقط اسم خود را به سرویس پاسخگو می دهد. اگر بیمار از بستری شدن امتناع کند، خانواده باید مسئولیت مراقبت ۲۴ ساعته از او را به عهده بگیرند.

برای شروع ارتباط با فردی که دچار افکار خودکشی است، ابتدا باید با ویژگی های رفتار خودکشی آشنا شوید. پنج ویژگی عمده برای رفتارهای خودکشی در نظر گرفته می شود و ارزیابی رفتار خودکشی از طریق سؤال در مورد این ویژگیها انجام می گیرد. در ادامه به این ویژگی ها و سؤال های

مرتبط با آنها می پردازیم:

۱. خودکشی به عنوان یک راه حل است، راه حل برای مشکل یا درد عاطفی شدید که به نظر فرد به هیچ طریق دیگری جز خودکشی، قابل حل نیست. با **جملات ساده و واضح** از مراجع بپرسید: «تو زندگی چطوری می گذره که فکر می کنی خودکشی بهترین راه رهایی از آن است؟». در مورد اتفاقاتی که باعث شده فرد به فکر خودکشی بیافتد، سؤال کنید. پاسخ این سؤال به درک بیشتر موقعیت بحرانی کمک می کند. در مورد افرادی که حالت سردرگمی هیجانی یا شناختی دارند و قادر به بیان مشکل خود نیستند، سئوالات باید مستقیم تر و جزئی تر باشد. با وجود اینکه سرانجام خودکشی، مرگ است اما سؤال در مورد اینکه چرا فرد می خواهد بمیرد، سؤال مناسبی نیست. هدف اصلی خودکشی از بین بردن درد است. به عبارتی فرد صرفاً می خواهد زنده باشد چون زندگی را توأم با درد حس می کند. بنابراین در پی متوقف ساختن زندگی و به تبع آن رهایی از درد است. به یاد داشته باشید که سؤال در مورد مرگ، باعث گمراهی مراجع و درمانگر می شود. پس **سئوالات خود را بر خودکشی و نه مرگ، متمرکز کنید.**

۲. فردی که به فکر خودکشی است، دچار بحران است. یکی از راههای کاهش اضطراب ناشی از این بحران، **آگاه شدن از احساسات مراجع و تشویق نمودن او به بیان این احساسات** است. این کار باعث تخلیه هیجان فرد شده و برای او فرصتی فراهم می کند تا به راه حل های سازگارانه تر بیندیشد. صرف زمان کافی برای گوش کردن به احساس درماندگی و ناامیدی مراجع، نه تنها از شدت این احساسات می کاهد بلکه همچنین احساس انزوا و تنهایی مراجع را کاهش می دهد.

۳. اغلب افرادی که به فکر خودکشی می افتند، دچار دو سوگرایی هستند، و بسیاری از این مسئله آگاهند که دو احساس متضاد همزمان وجود دارد: آرزوی زندگی کردن در مقابل آرزوی مردن یا فرار کردن. یادآوری به این افراد در خصوص اینکه احساس و تفکر دوسوگرا در این شرایط طبیعی است، یکی از مداخلات حساس در زمینه خودکشی است. در واقع بخشی از فرد می خواهد زنده بماند و بخش دیگر در تضاد با آن می خواهد خودکشی کند. در این مرحله هدف عمده، تقویت بخش زنده گرا (بخشی که تمایل به زندگی دارد) و تضعیف بخش خودکشی گراست. این کار باید با ظرافت خاصی صورت گیرد به گونه ای که مراجع احساس نکند که شما رفتار او را مورد قضاوت اخلاقی قرار داده اید. یکی از فنون تأکید بر بخش زنده گرا، تشویق مراجع به گفتگو در مورد دلایل زنده ماندن است.

۴. افرادی که به خودکشی فکر می کنند، در مورد آثار آن، تخیلات خاص خود را دارند. سؤال کردن در مورد این تخیلات به درک بهتر علت خودکشی کمک می کند. به عبارتی فرد با اقدام به خودکشی به چه هدفی می رسد. بعد از کنکاش در این زمینه، بدون تأیید یا رد این تخیلات و باورها، مجدداً بحث را به سمت دلایل زنده ماندن متمرکز می کنیم. برای مثال فرد ممکن است به قصد انتقام اقدام به خودکشی کند و تصور کند با از بین بردن خود، باعث رنج طرف مقابل شده و از او انتقام می گیرد. در این شرایط می توان فرد را به این سمت هدایت کرد که مقاومت کردن و بهبود شرایط زندگی، در مقایسه با از بین بردن خود، راه حل سازگارانه تری است.

۵. خودکشی نوعی روش برقراری ارتباط است. در واقع فرد می‌خواهد بدین وسیله درد روانی خود را بیان کند. سؤال ساده‌ای که در این موقعیت می‌توان پرسید، این است که: «با خودکشی می‌خواهی به چه کسی پیغام بدهی؟ این پیغام چیست؟» با این سؤال می‌توان پی برد که چه کسانی در بافت خودکشی فرد حضور دارند، در مقابل آشفتگی و ناراحتی فرد چه واکنشی نشان داده‌اند و اینکه مراجع انتظار دارد با اقدام به خودکشی، اطرافیان چه واکنشی نشان دهند.

### سئوالات زیر در برخورد با فردی که دچار افکار خودکشی است، کمک‌کننده خواهد بود:

- آیا احساس امنیت می‌کنی؟
- آیا احساس تنهایی و انزوا می‌کنی؟
- آیا احساس می‌کنی درمانده، ناامید و کم ارزش هستی؟
- آیا برنامه‌ای برای این کار داری؟ چه موقع؟ کجا؟ آیا به ابراز آن دسترسی داری؟
- آیا قبلاً افکار، برنامه و یا اقدام به خودکشی داشته‌ای؟
- آیا کسی را می‌شناسی که از تو حمایت کند؟
- آیا چیزی هست که هنوز از آن لذت ببری؟ (دوستان، سرگرمی و ...)
- آیا خواب و اشتهایت تغییر کرده است؟
- آیا احساس می‌کنی کنترل هیجانات (ترس، خشم، گریه و ...) کار دشواری است؟
- آیا احساس می‌کنی انرژی ات کم شده است؟
- چه مدت است که دچار این حالت شده‌ای؟

● می‌توانی متعهد شوی که برای مدت زمان خاصی به خودت صدمه نزنی؟

## راهکارهای اساسی در پیشگیری از تبدیل افکار خودکشی به اقدام:

۱. ابزار خطر ساز (از جمله داروها و هرگونه ابزاری که برای خودکشی در نظر گرفته شده) را از مراجع دور کنید. احتمالاً این کار مستلزم تماس با افراد نزدیک بیمار است.

۲. به بیمار بفهمانید که احساس ناامیدی و افسردگی، کاملاً طبیعی است. می‌توانید از این جمله استفاده کنید. «وقتی شرایط زندگی و اتفاقاتی را که برایت پیش آمده را در نظر می‌گیرم، به نظرم کاملاً طبیعی است که احساس افسردگی کنی». این کار به بیمار کمک می‌کند تا بفهمد احساسات وی طبیعی هستند و به علت شرایط خاص ایجاد شده‌اند و لزوماً تا آخر عمر باقی نمی‌مانند و با تغییر شرایط می‌توان این احساسات را تغییر داد.

۳. به تدریج به او بفهمانید که خودکشی یک راه حل است اما تنها و بهترین راه حل نیست.

۴. دربارهٔ مهارت‌های مسئله‌گشایی با او صحبت کنید.

۵. از بیمار بخواهید تا تصور کند بعد از خودکشی وی چه اتفاقی می‌افتد. برای مثال «خانواده ام از دست من راحت خواهند شد». سپس با این تصورات چالش کنید و به او کمک کنید تا آگاه شود این تصور از کجا ناشی می‌شود.

## خلاصه نکات در برخورد با مراجع دارای افکار خودکشی:

- بعد از ارزیابی احتمال خودکشی، در مورد بستری کردن او تصمیم بگیرید.
- از خانواده و افراد مورد اطمینان بیمار برای تحت نظر داشتن او کمک بگیرید.
- از ویژگی‌های رفتارهای خودکشی آگاه باشید و سؤالات را براساس آنها تنظیم کنید.
- برای پیشگیری از تبدیل افکار به اقدام، ابزار خطرناک را از مراجع دور کنید. به او بفهمانید که احساس ناامیدی و افسردگی، طبیعی هستند، به علت شرایط خاص او ایجاد شده اند و قابل تغییر هستند.
- او را متوجه این مسئله کنید که گرچه خودکشی از نظر او یک راه حل است اما تنها و بهترین راه نیست. درباره مهارت‌های مسئله‌گشایی و تخیلات مراجع در مورد خودکشی صحبت کنید.





# مداخله در بجران

## مداخلات پس از اقدام ناموفق خودکشی:

افرادی که بعد از اقدام به خودکشی، تحت پیگیری مناسب قرار نمی‌گیرند، در معرض خطر بالاتر خودکشی در آینده هستند. باید به یاد داشته باشید که گرچه اقدام ناموفق بوده و در این مرحله خطر رفع شده است. اما خطر خودکشی هنوز از میان نرفته است. بعد از اقدام ناموفق، باید علل محتمل اقدام به خودکشی مورد بررسی قرار گیرد. خانواده فرد باید در جریان امر قرار گیرند و برای انجام اقدامات لازم با مراقبین و متخصصین همکاری کنند. فردی که اقدام به خودکشی کرده باید احساس کند که مورد محبت، مراقبت، و حمایت اطرافیان است. برای این کار به موارد زیر توجه کنید:

**۱ - نیازهای اساسی فرد** - توجه کنید که آیا محیط زندگی فرد از امنیت لازم برخوردار است؟ آیا فرد هنوز تحت سوء استفاده جنسی، جسمی یا عاطفی است؟ در صورت لزوم فرد را به جای امن تری منتقل کنید و از مشاور و روانشناس برای وی وقت بگیرید.

**۲ - مسائل ارتباطی** - آیا فرد در ارتباط با مدرسه، خانواده یا همسالان دچار استرس است؟ اطمینان حاصل کنید که مراجع با فرد بزرگسالی که حمایت کننده بوده و مشکلات وی را درک می‌کند، در ارتباط باشد.

**۳ - انزوا و گوشه‌گیری** - آیا فرد به علت شرایط محل سکونت (زندگی در خوابگاه وضعیت نظام وظیفه و ...) احساس می‌کند که تنها و منزوی شده است؟ موقعیت‌هایی را ترتیب دهید که فرد وارد تعامل با دیگران شود. بهبود مهارت‌های ارتباطی فرد نیز کمک کننده خواهد بود.

**۴ - بیماری روانپزشکی یا سوء مصرف مواد** - آیا بیماری روانپزشکی یا سوء مصرف مواد تحت درمان است؟ ارزیابی جامع وضعیت

روانی فردی که اقدام به خودکشی کرده از اهمیت زیادی برخوردار است. در مداخلات رفتارهای خودکشی، درمان هر گونه اختلال روانپزشکی و وابستگی به مواد، در اولویت قرار می گیرد.

## خانواده و دوستان چگونه می توانند به فردی که اقدام به خودکشی داشته کمک کنند؟

فردی که اقدام به خودکشی کرده است، بعد از نجات یافتن دچار افکار و احساسات خاصی می شود. آشنایی با این احساسات و افکار می تواند در نحوه برخورد با فرد مورد نظر به اطرافیان کمک کند. اقدام کنندگان به خودکشی، هیجانات و احساسات مختلفی را تجربه می کنند. برخی از آنها از اینکه زنده مانده اند، احساس تعجب و سپاسگزاری دارند و برخی دیگر از اینکه موفق به خودکشی نشده اند، احساس شکست می کنند. برخی از احساساتی که فرد بعد از اقدام به خودکشی تجربه می کند، عبارتند از: احساس شرم و خجالت، پشیمانی، افسردگی، فراموشی، خطر کار بودن، دوسوگرایی، گيجی و خشم.

## به عنوان عضوی از خانواده یا دوست فردی که اقدام به خودکشی کرده است می توانید :

- او را از این مسئله آگاه کنید که دوستش دارید و به او علاقه مندید؛
- او را از این مسئله آگاه کنید که از زنده بودن او خوشحالی؛
- او را از این مسئله آگاه کنید که از او حمایت می کنید.
- در کنار او باشید. با وجود اینکه بلافاصله بعد از اقدام، فرد تمایلی به صحبت کردن با دیگران ندارد، اما حضور شما در کنار وی الزامی است؛
- حمایت‌های فرهنگی و معنوی برای او فراهم کنید؛

- فرصتی فراهم کنید تا فرد آزادانه در مورد اقدام به خودکشی و رویدادهایی که باعث آن شده بود، صحبت کند؛
- فرد را از این مسئله آگاه کنید که اگر مجدداً افکار خودکشی به ذهنش خطور کرده، بدون شرم و ناراحتی راجع به آن صحبت کند؛
- شماره تلفن مرکز مشاوره یا مرکز اورژانس را در اختیار وی بگذارید تا در صورت لزوم تماس بگیرد؛
- از او بخواهید تا تماس خود را با افراد حمایت کننده حفظ کند.

### خلاصه نکات در برخورد با فردی که در اقدام به خودکشی ناموفق بوده است:

- خانواده فرد را در جریان بگذارید و به آنها توصیه کنید که از سرزنش وی اجتناب کنند، او را تنها نگذارید و از گفتن جملاتی مانند “این چه احساسی است که تو داری؛ چرا این کار را کردی” اجتناب کنند.
- علل محتمل خودکشی را مورد بررسی قرار دهید.
- برای اینکه فرد احساس کند مورد محبت و حمایت است، به نیازهای اساسی فرد (محیط امن)، مسائل ارتباطی (انزوا و گوشه گیری) و شرایط استرس زای محیط زندگی او توجه کنید.
- بیماری‌های روانپزشکی و سوءمصرف مواد را ارزیابی کنید و درمان آن را در اولویت قرار دهید.
- فرد را از این مسئله آگاه کنید که اگر مجدداً افکار خودکشی به ذهنش خطور کرده، بدون شرم و ناراحتی راجع به آن صحبت کند.
- شماره تلفن مرکز مشاوره یا مرکز اورژانس را در اختیار وی بگذارید تا در صورت لزوم تماس بگیرد.



# مداخله در بجران

## مداخلات پس از خودکشی موفق:

پس از خودکشی موفق، اقدامات لازم عبارت اند از: انتقال فوری جسد به بیمارستان، اطلاع دادن خبر خودکشی به خانواده متوفی به شیوه ای صحیح و حرفه ای، حمایت از دوستان (در صورتی که دانشجو ساکن خوابگاه بوده، به هم اتاقی‌ها باید توجه خاصی مبذول داشت) و خانواده فرد جهت برون ریزی هیجانات و پیشگیری از خودکشی در بین نزدیکان فرد متوفی، حمایت از خانواده متوفی برای انجام مراحل پزشکی و مراجع قانونی.

### واکنشهای معمول بعد از خودکشی یکی از نزدیکان:

بعد از خودکشی موفق، ممکن است فرد به یک باره با جسد فرد متوفی رو به رو شود یا اینکه خبر خودکشی را از شخص دیگری بشنود. در هر صورت اولین واکنش شوک و ناباوری است. به عنوان مشاور باید:

۱. **مداخله را در صحنه بحران شروع کنید.** این صحنه در بسیاری از موارد بیمارستان است - کمک را فعالانه ارائه دهید. افرادی که دچار گنگی هستند همیشه نمی توانند تقاضای کمک کنند و اگر مداخله گر بپرسد: "آیا نیازی به کمک دارید؟" ممکن است پاسخ منفی دهند. بهتر است به افراد مورد نظر بگویید: "من برای کمک به شما اینجا هستم".

۲. **یکی دیگر از مداخلات اولیه این است که به بازماندگان کمک کنید تا فقدان را بالفعل نمایند.** برای این کار راه‌های تسهیل و بالفعل کردن سوگ، مشاهده جسد متوفی است. به بازماندگان اجازه دهید تا جسد را ببینند. در صورت نقص عضو یا هرگونه صحنه خشونت بار، خانواده باید قبل از دیدن متوفی از این موضوع باخبر شوند.

۳. از واکنش‌های اطرافیان آگاه باشید. پذیرش مرگ همواره کار دشواری است، به ویژه اینکه مرگ به صورت خودکشی باشد. خودکشی یکی از عزیزان تجربه دردناکی است که شاید هیچگاه نتوان آن را فراموش کرد. فقدان ناشی از خودکشی احساسات پیچیده‌ای را در بازماندگان ایجاد می‌کند.

در ادامه به واکنش‌های اطرافیان بعد از شنیدن خبر خودکشی می‌پردازیم:

### بزرگترین سؤال: چرا؟

یکی از اولین سؤال‌هایی که بازماندگان از خود می‌پرسند این است که "چرا این کار را کرد؟" احتمالاً فرد هرگز نمی‌تواند به جواب قطعی برسد. حتی اگر فرد متوفی یادداشتی از خود به جا گذاشته باشد، این یادداشت ممکن است پاسخ تمامی سؤالات شما نباشد. این یادداشت معمولاً زمانی نوشته شده که فرد متوفی تحت شرایط پرفشار بوده و احتمالاً نتوانسته است احساسات خود را به خوبی بیان کند. به ناچار، افراد سعی خواهند کرد تا توجیهی برای این کار پیدا کنند، برای مثال:

- خیلی افسرده بود، از دیگران درخواست کمک نمی‌کرد چون هیچ امیدی به آینده نداشت.

- نمی‌توانست اتفاقات اخیر (مثل مشکلات مالی، مشکلات ارتباطی و ...)
- را تحمل کند.
- بیماری صعب‌العلاجی داشت و بیش از این نمی‌توانست و نمی‌خواست درد را تحمل کند.

مهم‌ترین نکته همین جاست که به بازماندگان بگویید: "ممکن است ذهن‌ت درگیر پیدا کردن علت خودکشی باشد، و می‌دانم پذیرش

این مسئله دشوار است که شاید هرگز نتوانی جواب و علت قطعی برای خودکشی ... (نام فرد متوفی) پیدا کنی."

### انگ زنی و شرم:

زمانی که نزدیکان می خواهند خبر مرگ را به دیگران اطلاع دهند، با این مسئله درگیر می شوند که به دیگران چه بگویند. آیا به دیگران بگویند که علت مرگ، خودکشی بوده است؟ از آنجا که خودکشی در بسیاری از فرهنگ‌ها به عنوان لکه ننگی محسوب می شود و این مسئله افرادی را که دچار فقدان ناشی از خودکشی شده اند، با مشکلات بیشتری مواجه می سازد. در این موارد توصیه عمده برای بازماندگان بدین صورت خواهد بود: "شما می توانید فقط به دوستان صمیمی و کسانی که ضرورت ایجاد می کند، خبر خودکشی را اطلاع دهید و یا اینکه بالعکس به همه اعلام کنید. نهایتاً این شما هستید که تصمیم می گیرید علت مرگ را پنهان کنید و بار فقدان را به تنهایی تحمل کنید و یا اینکه دیگران را در آن سهیم کنید و با برچسب‌ها و نظرات منفی دیگران کنار بیایید. واقعاً تصمیم دشواری است. یکی دیگر از مشکلات بازماندگان، درگیری با مراجع قانونی است که صحت خودکشی را بررسی می کنند. به آنها یادآور شوید که "پزشکان و مأموران پلیس وظیفه خود را انجام می دهند. می فهمم که ممکن است نسبت به آنها احساس خشم داشته باشی، آرام باش، کارشان به زودی تمام می شود."

### احساس گناه:

احساس گناه پس از هر نوع مرگی، طبیعی است، اما در مورد مرگ ناشی از خودکشی، این احساس شدیدتر و پیچیده تر می شود. گاهی



اوقات اطرافیان خواسته یا ناخواسته، با حرف‌هایشان (مثلاً: "چطور متوجه نشدین که اخیراً حالتش تغییر کرده" یا "اگر کمی زودتر به بیمارستان رسانده بودین، احتمالاً حالا زنده بود"، "کاش اون موقع پیشش بودین") باعث ناراحتی بازماندگان شده و در آنها احساس گناه ایجاد می‌کنند. در این موقعیت‌ها به بازماندگان بگویید که: می‌فهمم که حرف‌های دیگران چقدر باعث رنجش و احساس گناه شما می‌شود، سعی کنید با این احساسات مقابله کنید و اجازه ندهید گفته‌های دیگران، ذهن شما را مشغول کند. شما به اندازه کافی مشکل دارید. شما باید به خودتان کمک کنید. آرام باشید".

علاوه بر احساس گناهی که به واسطه گفته‌های دیگران ایجاد می‌شود، فرد ممکن است از درون خود را سرزنش کند. فرد بازمانده غالباً مسئولیت عمل متوفی را بر عهده گرفته و دچار این احساس آزارنده می‌شود که برای پیشگیری از مرگ وی باید کاری انجام می‌داد یا اینکه شاید آنها کاری انجام داده اند یا حرفی گفته اند که او را تحت فشار گذاشته اند، و بنابراین خود را مقصر می‌دانند. این احساس گناه خصوصاً زمانی اوج می‌گیرد که فرد بازمانده با فرد متوفی دچار تعارض بوده است. در این موارد می‌توانید به آنها بگویید که: "اغلب اوقات حدس زدن در مورد اینکه کسی نقشه خودکشی در سر دارد، کار دشواری است به ویژه اینکه فردی که به خودکشی فکر می‌کند، مدت طولانی این افکار را از عزیزانش پنهان می‌کند. واقعیت این است که شما در آن برهه زمانی خاص، آنچه را فکر می‌کردید مناسب است، انجام دادید؛ و این همان چیزی است که از شما انتظار می‌رود. شما نه می‌توانید به طور کامل مسئولیت زندگی دیگران را به عهده بگیرید و نه می‌توانید بدانید که دیگران دقیقاً چه افکار و احساسی دارند".

## احساس خشم:

کسانی که عزیزی را بر اثر مرگ طبیعی از دست داده اند، علی رغم اینکه مرگ نه دلخواه متوفی بوده و نه توسط وی صورت گرفته، احساس طرد می کنند. اما احساس طرد در مورد مرگ ناشی از خودکشی شدیدتر است. بازماندگان معمولاً دچار احساس خشم شدیدی می باشند و گمان می کنند که متوفی به قدر کافی به فکر آنها نبوده است در غیر این صورت دست به خودکشی نمی زد. آنها مدام این جمله را تکرار می کنند: "چطور توانست این کار و با من بکنه". گاهی اوقات خشم ناشی از احساس گناه است. به عبارتی فرد با سرزنش دیگران، احساس مقصر بودن خود را کنترل می کند. در چنین مواردی به بازماندگان کمک کنید که به جای سرزنش خود و یا دیگران، حامی همدیگر باشند و در این شرایط بحرانی اعضای خانواده را به هم نزدیک کنید.

## راهکارهایی برای کمک به دوستان، هم اتاقی‌ها و هم کلاسی‌های فرد متوفی:

متن زیر برای کمک به این گروه، تهیه شده و شما به عنوان کارشناس مرکز مشاوره، می توانید به صورت بروشور از آن استفاده کنید.

## مرگ ناگهانی دوست، هم اتاقی یا هم کلاسی؛ پیامی برای دانشجویان

بیشتر افراد زمانی که خبر مرگ یکی از هم کلاسی‌هایشان را می شنوند، متعجب، سردرگم، عصبانی، یا غمگین می شوند. خبر این واقعه ممکن است تا چندین روز دانشجویان را آشفته و مضطرب سازد. اگر شخص مرحوم جزء دوستان نزدیک باشد، تأثیر آن طولانی مدت تر خواهد بود.

اغلب احساسات و افکار ناراحت کننده به مرور زمان از بین می روند. این مراحل زمانی سریعتر طی می شوند که افراد به خودشان اجازه دهند غمگین باشند، گریه کنند، به راحتی در مورد واقعه صحبت کنند، و از حمایت دیگران بهره بگیرند.

همیشه فکر می کنیم مرگ چیزی نیست که برای خودمان یا برای کسی که او را می شناسیم، اتفاق بیافتد. به همین دلیل زمانی که یکی از همسن و سال های ما فوت می شود، دچار شوک و ناباوری می شویم. زمانی که این اتفاق می افتد، این واقعیت را به یاد می آوریم که زندگی امری نیست که ما بتوانیم ادامه آن را تضمین کنیم. برخی از ما ممکن است بیشتر آسیب پذیر باشیم. طبیعی است که احساسات ناراحت کننده ای داشته باشیم. ممکن است بیشتر محتاط باشیم، و از موقعیتهای و چیزهایی که واقعه مرگ را به ما یادآوری می کنند، اجتناب کنیم.

**توجه:** ممکن است برخی افراد برای فراموشی این واقعه و مقابله با احساسات ناراحت کننده، به مصرف خودسرانه دارو و یا مشروبات الکلی یا سایر مواد پناه ببرید، در صورتی که این گزینه به ذهنتان خطور کرد، مسئله جدی است و باید از کمک حرفه ای بهره بگیرید.

اغلب ما بعد از مدتی به فعالیت های معمول روزمره برمی گردیم و البته چندین هفته، ماه و سالها بعد، این واقعه را به خاطر داریم. در ادامه برای افرادی که در مورد مرگ احساس غمگینی و ناراحتی می کنند و نمی دانند که چگونه به خود و دوستانشان کمک کنند، پیشنهادهای ارائه می شوند:

۱. گریه کنید. همان طور که به هنگام تشنگی و گرسنگی نیازمند آب و غذا هستید، به هنگام غمگینی و سوگواری بیش از هر چیز نیازمند گریه هستیم.

۲. در مجلس ترحیم دوستان شرکت کنید.

۳. گاهی با خود خلوت کنید، قدم بزنید و احساساتتان را مرور کنید.
۴. شعر بخوانید، طراحی کنید یا در مورد احساساتتان بنویسید.
۵. در مورد احساس غم و ناراحتی خود با دوستان، اعضای خانواده یا مشاور صحبت کنید.

### خلاصه نکات در مداخله پس از خودکشی موفق:

- جسد متوفی را فوراً به بیمارستان منتقل کنید.
- با فنون خاص اطلاع رسانی خبر ناگوار آشنا باشید و خبر خودکشی را به شیوه ای صحیح و حرفه ای، به خانواده فرد اطلاع دهید.
- از خانواده و دوستان (به ویژه هم اتاقی‌ها) متوفی، برای انجام مراحل پزشکی قانونی حمایت کنید.
- از واکنشهای معمول بازماندگان خودکشی (احساس شرم و گناه، احساس خشم و ...) آگاه باشید.
- فرآیند سوگ را تسهیل کنید.



# مداخله در بجران

## اطلاع رسانی خبر ناگوار

اطلاع دادن خبر ناگوار، یکی از دشوارترین مسؤولیت‌هایی است که هر فردی ممکن است با آن مواجه شود. "خبر ناگوار" اینگونه تعریف شده است: "هر گونه اطلاعاتی که به طور جدی، بر دیدگاه فرد نسبت به آینده تأثیر منفی می‌گذارد". با این تعریف، موقعیت‌هایی که خبر ناگواری را اطلاع می‌دهیم، مختلف و متنوع‌اند؛ از قبیل: تشخیص بیماری ناعلاج یا معلولیت مادام‌العمر جسمی یا ذهنی، اطلاع دادن خبر مرگ بیمار، خبر تصادف و مرگ ناگهانی، خودکشی و غیره. آنچه در همه این موقعیت‌ها مشترک بوده و حائز اهمیت است، نحوه برقراری ارتباط مؤثر می‌باشد.

از موقعیت‌هایی که در آن اطلاع دادن خبر ناگوار اهمیت زیادی می‌یابد؛ در میان گذاشتن مشکلات دانشجو با والدین است. کارشناسان مراکز مشاوره دانشگاهها، همانطور که حرفه‌شان ایجاب می‌کند، گاهی مجبورند اخبار ناگواری را به والدین اطلاع دهند؛ فرایندی که برای هر مشاور و مسئولی استرس‌زا می‌باشد. با وجود اینکه هر والدی واکنش خاصی نسبت به شنیدن خبر بروز می‌دهد، اما تحقیقات نشان می‌دهد که بسیاری از والدین بعد از شنیدن خبر ناگوار اظهار می‌دارند که اطلاعات به نحو مناسبی ارائه نشده و بنابراین احساس نارضایتی می‌کنند.

خبر ناگوار در محیط‌های دانشگاهی معمولاً شامل مواردی است از قبیل: مشروط شدن دانشجو، اخراج از دانشگاه، رفتار خشونت‌آمیز با دیگران، تصادفات، اقدام به خودکشی، تشخیص اختلالات شدید روانپزشکی، فوت و غیره. در میان گذاشتن این گونه خبرها با والدین، معمولاً مسؤولیتی پراسترس و ناخوشایند است. والدین بعد از قبولی فرزندشان در کنکور، انتظار دارند تا خبر خوبی راجع به موفقیت‌ها و پیشرفت‌های تحصیلی

آنها دریافت کنند. طبیعی است که والدین بعد از شنیدن خبر ناخوشایند، احتمالاً در مقابل پذیرش آن مقاومت کنند و به صحت آن اطمینان نداشته باشند و شنیدن خبر ناخوشایند در مورد فرزند، باعث آشفتگی هیجانی و مشکلات جسمانی والدین می‌گردد. ماهیت دشوار تعامل بین والدین (دریافت کننده خبر) و کارشناس مرکز مشاوره (اطلاع دهنده خبر) ممکن است در هر دو طرف، به رفتارها و واکنش‌هایی منجر گردد که باعث تخریب ارتباط مؤثر شده و پذیرش خبر ناگوار را برای والدین دشوارتر سازد. بنابراین آشنایی با واکنش‌های معمول خانواده در مقابل شنیدن خبر ناگوار، یکی از ضروری‌ترین مسائلی است که کارشناسان مراکز مشاوره باید به آن توجه داشته باشند. مقاله حاضر به تأثیر دریافت خبر ناگوار بر روی والدین پرداخته و در ادامه، دستورالعمل‌هایی ارائه می‌دهد تا کارشناسان مراکز مشاوره بتوانند با رعایت آنها به هنگام انتقال خبر ناگوار، تعامل مؤثری با والدین دانشجو داشته باشند.

### تحقیق در زمینه فرایند اطلاع رسانی خبر ناگوار

در زمینه بررسی فرایندی که بین شخص دریافت کننده خبر و انتقال دهنده خبر (معمولاً متخصص یا مشاور) اتفاق می‌افتد، تحقیقات در دو بخش مجزا صورت گرفته‌اند. یکی از بخش‌های تحقیقاتی در حیطه پزشکی است؛ حوزه‌ای که پزشکان و سایر متخصصین سلامت گاهاً باید اخبار ناگواری را به اطلاع بیمار یا اطرافیان برسانند. بخش دیگر تحقیقات مرتبط با کارشناسانی است که در مدارس و دانشگاه‌ها فعالیت می‌کنند و مسؤلیت مطلع ساختن والدین از مشکلات فرزندان شان را بر عهده دارند. مطالعات انجام شده در زمینه پزشکی نشان داده‌اند که بین انتقال مؤثر خبر ناگوار و پیامدهای مطلوب برای بیمار ارتباط وجود دارد. مطرح

ساختند که مهارتهای ارتباطی در انتقال خبر ناگوار، تأثیر معنی داری بر میزان رضایت بیمار و سازگاری نسبت به درمان دارند. به علاوه توجه به نیازهای بیمار در رابطه با دریافت اطلاعات (برای مثال فراهم نمودن حجم مناسبی از اطلاعات)، می تواند خطر ابتلا به اختلالات خلقی و اضطرابی را بعد از دریافت خبر کاهش دهد.

انتقال خبر ناگوار از سوی پزشک به بیمار برای هر دو طرف دشوار و پراسترس می باشد. برخی بیماران اظهار می دارند که پزشک معالج آنها، خبر ناگوار را در قالب اطلاعاتی ناقص، با لحنی سرد و غیر همدلانه، اطلاع داده است. بالعکس، بسیاری از پزشکان نیز گزارش می کنند که به هنگام دادن خبر ناگوار به بیماران، بنا به دلایلی مانند ترس از واکنش منفی بیمار یا اترفیان وی و همچنین احساس عدم کفایت ناشی از ناتوانی در ارائه درمان مناسب، احساس اضطراب قابل ملاحظه ای دارند. به علاوه پزشکان گزارش می کنند که استرس همراه با اطلاع دادن خبر ناگوار، ساعتها یا روزها بعد از این تعامل ادامه می یابد.

تحقیقات در زمینه موقعیت‌هایی که متخصص یا کارشناس باید تشخیص مشکل جسمی یا ناتوانی ذهنی کودک را به اطلاع والدین برساند، آشکارا نشان داده است که متخصصین بین فراهم آوردن اطلاعات دقیق و واقع بینانه از طرفی و حساس بودن و اجتناب از گفتن مسائل ناخوشایند از سوی دیگر، خود را تحت فشار حس می کنند. این وضعیت را می توان به عنوان کشمکش بین واقع بینی و امیدواری توصیف کرد. واقع بین بودن، مطرح ساختن تشخیص و توصیف بیماری است. در امیدوار ساختن بیمار، تشخیص همراه با دلسوزی مطرح می شود و بیش از آنکه بر محدودیتها تأکید شود، تمرکز بر راه حل‌ها و درمانهای بالقوه است.

در ادامه، راهبردهایی معرفی می شوند که می توانند به کارشناسان



مراکز مشاوره مدارس و دانشگاهها و همچنین متخصصان بهداشت، در جهت مطرح نمودن خبر ناگوار کمک کنند.

### مراحل ارائه خبر ناگوار:

ارائه خبر دشوار و ناخوشایند، در چهار مرحله صورت می گیرد: (۱) آماده سازی (۲) گفتن خبر (۳) ارائه راه حل های موجود و ارائه مشاوره (۴) پیگیری.

### مرحله اول: آماده سازی

این مرحله، در واقع هموار ساختن مسیر ارتباط مؤثر است. موضوع مهم و اساسی در مرحله نخست این است که چه میزان اطلاعات و به چه نحوی با طرف مقابل (والدین دانش آموز یا دانشجو، بیمار، بازماندگان متوفی و ...) در میان گذاشته شود. باید توجه داشت چنانچه تلفنی از طرف مقابل دعوت می شود تا در مدرسه، دانشگاه یا بیمارستان حضور یابد، بهتر است اطلاعات به صورت کلی بیان شوند. برای مثال می توان خبر مشروطی دانشجو را اینگونه مطرح ساخت: می خواستم به صورت حضوری جلسه ای داشته باشیم تا در مورد مشکل تحصیلی فرزندتان صحبت کنیم در صورتی که والدین (یا اطرافیان بیمار و ...) بخواهند جزئیات بیشتری بدانند، بهتر است برای آنها توضیح داد که نمی توان به صورت تلفنی این مسئله را مطرح نمود و ادامه بحث را باید به جلسه حضوری موکول کرد. چنانچه طرف مقابل مضطرب شده و بر دریافت اطلاعات جزئی تر تأکید می کند، باید او را آرام نمود و موارد ضروری را به وی گزارش کرد. در هر صورت در این مرحله سعی بر جلب رضایت والدین است. انتخاب این شخص به کارشناس مراکز مشاوره بستگی دارد. در صورت امکان بهتر

است هر دو والد حضور داشته باشند. در این خصوص علی رغم پیامهای فرهنگ و جامعه مبنی بر اینکه عمدتاً مادران را درگیر مشکلات فرزند می‌سازد، مشاور باید هر دو والد را در جریان قرار دهد. چنانچه دانشجو با یکی از والدین زندگی می‌کند، می‌توان به پدر یا مادر پیشنهاد داد که یکی از اطرافیان حمایت‌کننده نیز که با دانشجو ارتباط نسبتاً خوبی دارد، در جلسه حضور داشته باشد. حضور سایر اساتید یا مسوولین باعث احساس عدم امنیت والدین شده و ممکن است ارتباط مشاور و والدین را تخریب سازد. در مواردی که اطلاعات باید از طریق چندین نفر دریافت شود، برای مثال روانشناس، روانپزشک و مددکار که هر کدام مسوؤل گزارش بخشی از اطلاعات می‌باشند، تیم مطرح‌کننده خبر، باید از اطلاعاتی که همکارشان به خانواده ارائه داده، آگاه باشند.

اتاق جلسه حضوری را باید به گونه‌ای ترتیب داد که والدین در آن احساس امنیت و راحتی کنند. دستمال کاغذی روی میز قرار داده شود. بهتر است اندازه میز کوچک باشد تا بین مشاور و طرف مقابل فاصله زیادی ایجاد نشود. همچنین بسیار حائز اهمیت است که زمان کافی برای جلسه حضوری در نظر گرفته شود. چنانچه جلسه به نحوی ترتیب داده شود که والدین زمان کافی برای سؤال کردن داشته باشند، بعد از اتمام جلسه، والدین احساس رضایت بیشتری را گزارش می‌کنند. در محیط بیمارستان که موقعیت‌ها عمدتاً شامل اطلاع دادن خبر مرگ، اقدام به خودکشی یا تشخیص بیماری صعب‌العلاج می‌باشد، پزشک قبل از گفتن خبر، بهتر است آن را به صورت ذهنی یا با صدای بلند تمرین کند و از لحاظ هیجانی خود را آماده سازد. همچنین در صورت لزوم باید اطلاعات خود را در مورد بیماری مرور کند.

## مرحله دوم: گزارش خبر ناگوار

در این مرحله باید تخمین زد که طرف مقابل (والدین، بیمار و اطرافیان بیمار) در مورد موقعیت موجود چه اطلاعاتی دارد، چه میزان اطلاعات از متخصص می خواهد و اینکه چه انتظاری از کارشناس مشاور یا متخصص دارد. سؤالاتی مانند "شما تا چه حد از وضعیت تحصیلی (یا وضعیت روحی و روانی و ...) فرزندتان مطلع هستید؟"، "در مورد مسائلی که امروز می خواهیم صحبت کنیم، چه فکر می کنید؟"، به مشاور یا متخصص کمک می کند تا از میزان اطلاعات طرف مقابل مطلع شود. گام بعدی این است که سؤال کنید طرف مقابل چه میزان اطلاعات نیاز دارد؛ آیا جزئیات کامل می خواهد یا اینکه گزارش کلی را ترجیح می دهد. برای مثال می توان پرسید: "می خواهید از نمرات کلیه دروس مطلع شوید یا اینکه عملکرد تحصیلی را به طور کلی توضیح دهم؟". اگر خبر ناگوار در مورد فوت دانشجو باشد، استنباط کنید که خانواده تا چه حد می خواهند در مورد نحوه فوت یا خودکشی اطلاعات جزئی بگیرند. در مورد بیماری روانپزشکی نیز برآورد کنید که خانواده بیمار چه میزان اطلاعات نیاز دارند، آیا مصر هستند که علت دقیق آن را شناسایی کنند یا اینکه منکر آن بیماری هستند.

چنانچه در جایگاه پزشک متخصص یا جزء تیم درمانی هستید، ابتدا باید تخمین بزنید که بیمار و همراهان وی تا چه حد می خواهند از ماهیت بیماری، سیر و پیش آگهی آن مطلع شوند. سعی کنید بر بخشی از اطلاعاتی که طرف مقابل بیان می کند و مرتبط با موضوع مورد بحث می باشد، تأکید کنید. این تکنیک را به عنوان تکنیک تطابق اطلاعات توصیف شده است. این تکنیک باعث می شود طرف مقابل احساس کند که شما به خوبی به صحبت های وی گوش داده اید

و به دیدگاه او احترام گذاشته اید.

چنانچه حجم اطلاعات زیاد باشد، بهتر است آن را به صورت تدریجی و در بخش‌های مختلف ارائه داد. با این کار، به طرف مقابل اجازه می‌دهید تا زمان کافی برای هضم و پردازش خبر ناگوار داشته باشد و همچنین احتمال شنیدن و یادآوری دقیق اطلاعات را افزایش می‌دهید. تحقیقات در زمینه موقعیت‌های پزشکی نشان می‌دهد که طرف دریافت‌کننده خبر (بیمار یا همراهان وی) معمولاً نیمی از اطلاعات ناگوار ارائه شده را به خاطر نمی‌آورند و بنابراین متخصصین باید در نظر داشته باشند که طرف مقابل با شنیدن خبر ناگوار در وهله نخست، اطلاعات را به طور کامل دریافت نمی‌کند و اطلاعات کلیدی و مهم باید مجدداً تکرار و تأکید شوند.

اطمینان حاصل کنید که طرف مقابل (والدین، بیمار و اطرافیان وی) یا بازماندگان فرد متوفی، اطلاعات را درست دریافت کرده و منظور شما را دقیقاً متوجه شده است. وی را ترغیب کنید تا از شما سؤال کند. عباراتی مانند "هرجا موردی بود که متوجه نشدید، بگویید تا دوباره تکرار کنم، مواردی را که تا اینجا گفتم، واضح بود؟"، "هر سؤالی دارید، من در خدمت هستم"؛ باعث می‌شود تا طرف مقابل احساس نکند که شما از موضع بالا با وی برخورد می‌کنید.

از کلمات واضح و مصطلح که برای عموم قابل فهم هستند، استفاده کنید. کلماتی مانند مشروطی، افت تحصیلی، خودکشی، سرطان یا مرگ کلمات مناسبی هستند چرا که شنونده خبر را با واقعیت مواجه می‌سازد. به یاد داشته باشید که از به کار بردن کلمات نامفهوم و اصطلاحات اختصاری اجتناب کنید. ضمن اینکه اطلاعات را به صورت دقیق و واضح ارائه می‌دهید، لحن همدلانه و ملایم را فراموش نکنید.

## مرحله سوم: ارائه مشاوره (مواجهه با واکنش‌های دریافت کننده خبر):

واکنش‌های هیجانی از قبیل انکار، سرزنش، ناپاوری و عدم پذیرش، از واکنش‌های شایع در مقابل شنیدن خبر ناگوار می‌باشند. در چنین موقعیتی سعی کنید همدل باشید و تأسف خود را نسبت به موقعیت پیش آمده اعلام کنید. معنای این خبر را در بافت خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی فرد درک کنید. ضمن بیان واقعیت‌ها به فرد امید دهید و او را تشویق کنید تا راهکارهای موجود (در حیطه پزشکی، درمانهای جدید و قابل دسترس) را دنبال نماید.

همانطور که اشاره شد، شنیدن خبر ناگوار، واکنش‌های منفی زیادی را در فرد برمی‌انگیزد. واکنش‌های اولیه معمولاً شامل خشم، شوک و ناپاوری، سرزنش خود و گریه کردن می‌باشد. ضمن اینکه این نوع واکنش‌های شدید منفی نسبت به دریافت خبر ناگوار، معمول و مشترک هستند، هر فرد (والد، بیمار، بازمانده و ...) واکنش خاص خود را نیز دارد. برخی والدین ممکن است بعد از شنیدن خبری که بسیار ناگوار به نظر می‌رسد، خویشتن دار و خونسرد رفتار کنند. برخی دیگر ممکن است مشکل فرزندشان را به عنوان استرسی بزرگ تلقی می‌کنند؛ یا بالعکس منطقی آن را بپذیرند. بسیاری از والدین برای کاهش استرس ناشی از خبر ناگوار، به دوستان و سایر اعضای خانواده روی می‌آورند. واکنش دوستان و اطرافیان همواره حمایت کننده نیست به طوری که گروهی از والدین گزارش کرده اند که ۲۸ درصد اطرافیان بعد از شنیدن مشکل به وجود آمده، با حالت شوک و تأسف واکنش نشان داده‌اند. در نتیجه، دوستان و سایر اعضای خانواده ممکن است واکنش‌های سوگ را طی کنند که این مسئله نه تنها تنش والدین را کاهش نمی‌دهد بلکه استرس مضاعفی را بر

آنها تحمیل می‌کند.

گام نخست در مواجهه با واکنش‌های طرف مقابل، تشویق او به بیان احساسات در مورد خبر ناگوار است. سوآلی مانند نگرانی عمده شما مربوط به چیست؟ می‌تواند ترس‌های طرف مقابل را برای مشاور آشکار سازد. در حالی که مشاور باید در چنین موقعیتی، همدلی کند، باید در این مورد محتاط باشد که اطمینان بی‌موقع و نابجا ایجاد نکند. عباراتی مانند "همانطور که چهره شما نشان می‌دهد، شنیدن این خبر برای شما دشوار و پرتنش است و در مورد وضعیت فرزندتان نگران هستید"، می‌تواند کمک‌کننده باشد.

**مواجهه با واکنش خشم یا تحریک‌پذیری:** گام نخست در مدیریت یک موقعیت دشوار، مدیریت هیجانات است. کارشناس یا متخصصی که با خشم طرف مقابل روبرو می‌شود، باید تلاش کند تا آرام و خونسرد باشد و به جای تمرکز بر هیجانات خود، هیجانات طرف مقابل را در نظر بگیرد. در واقع واکنش خشم، نقابی برای پوشاندن احساس ترس و اضطراب می‌باشد. بهترین و ساده‌ترین کار در چنین موقعیتی، گوش دادن است. گوش دادن، دو مزیت عمده دارد. نخست اینکه، به طرف مقابل اجازه می‌دهد تا احساساتش را ابراز کند. دوم اینکه، ممکن است مشاور و متخصص به این نتیجه برسد که احساس خشم تا حدی ناشی از سوءبرداشت طرف مقابل از اطلاعات ارائه شده است و بنابراین می‌تواند اطلاعات را شفاف‌سازی کند. استفاده از عبارات همدلانه نیز کمک‌کننده خواهد بود؛ عباراتی مانند: "متأسفم، می‌دانم شنیدن چنین خبری تا چه حد ناراحت‌کننده است".

**مواجهه با واکنش ناباوری:** زمانی که طرف مقابل اظهار می‌دارد که نمی‌تواند چنین خبری را باور کند، پاسخ همدلانه بهترین گزینه است. عباراتی مانند "تصور اینکه فرزند شما دچار این مشکل شده (مشروط شده،

اقدام به خودکشی کرده یا ...) ، واقعاً دشوار است، شما اصلاً فکر نمی‌کردید چنین اتفاقی بیفتد" ؛ برای چنین موقعیتهایی مناسب خواهد بود.

**مواجهه با واکنش شوک:** شوک در واقع هیجان نیست بلکه عدم وجود هیجان است که بازتابی از ناتوانی فرد برای درک خبر (و به تبع آن عدم احساس هیجان) می‌باشد. افرادی که خبر ناگواری دریافت می‌کنند اغلب آنچه را که به عنوان "سنگینی و کند شدن ذهن" توصیف می‌شود، به صورت ناتوانی در تفکر و احساس ضعف در به یادآوردن اطلاعات، تجربه می‌کنند. آنچه در اینجا اهمیت می‌یابد، آگاه ساختن طرف مقابل از این نکته است که حالت شوک، در چنین موقعیتی طبیعی بوده و شنیدن خبر ناگوار ممکن است یادآوری اطلاعات را با مشکل مواجه سازد. عبارت همدلانه می‌تواند بدین صورت باشد: "شنیدن این خبر باید واقعاً دردناک و آزاردهنده باشد، شما به زمان نیاز دارید تا بتوانید در مورد آن فکر کنید، چند دقیقه راحت باشید، بعد دوباره در موردش صحبت می‌کنیم".

**مواجهه با واکنش آشفتگی و گریه کردن:** به احتمال زیاد، طرف دریافت کننده خبر ناگوار، بعد از شنیدن خبر می‌خواهد گریه کند و اشک بریزد به خصوص اگر مشاور یا متخصص، محیطی گرم، پذیرا و امن فراهم کرده باشد. در چنین موقعیتی، قضاوت مشاور یا متخصص درباره جو حاکم بر جلسه، می‌تواند راهکار بعدی را تعیین کند. راهکارهایی که می‌توان ارائه داد، متنوع اند، برخی از آنها عبارت اند از: تعارف کردن دستمال کاغذی، نزدیکتر شدن به طرف مقابل (مسائل فرهنگی و اخلاقی باید در نظر گرفته شوند)، تشویق به صحبت کردن در مورد احساسات و غیره. مشاور یا متخصص باید تا زمانیکه طرف مقابل آرام تر شود، حتی اگر وقت جلسه به پایان رسیده، در جلسه حضور داشته باشد.

## مرحله ۴: راهبردهای پیگیری

وظیفه مشاور یا متخصص، با انتقال اطلاعات و دادن خبر ناگوار به پایان نمی‌رسد. طرف دریافت‌کننده خبر نیازمند آن است که مورد راهنمایی و حمایت قرار گیرد. چنانچه در جایگاه پزشک متخصص هستید، در مورد روشهای درمان بیماری صحبت کنید و در صورت لزوم فرد را به سیستم‌های حمایتی قابل دسترس ارجاع دهید. در جایگاه کارشناس مرکز مشاوره، باید والدین را تشویق نمایید تا برای بهبود وضعیت فرزندشان با شما همکاری کنند. می‌توانید پیشنهاد دهید تا بعد از مدتی (برای مثال یک هفته بعد) جلسه پیگیری ترتیب داده شود تا چنانچه طرف مقابل، در مورد اطلاعات ارائه شده، سؤال و ابهامی دارد، برطرف گردد. در صورتی که ملاقات حضوری ممکن نباشد، می‌توان کار پیگیری را به صورت تلفنی انجام داد.

## خلاصه نکات در اطلاع‌رسانی خبر ناگوار:

- با مخاطب خبر ارتباط مؤثر برقرار کنید.
- ابتدا اطلاعات به صورت کلی بیان شوند تا طرف مقابل آمادگی لازم را برای شنیدن جزئیات پیدا کند.
- برآورد کنید که مخاطب، چه میزان اطلاعات نیاز دارد و از شما به عنوان یک متخصص چه انتظاری دارد.
- اطلاعات را به صورت تدریجی و در بخش‌های مختلف ارائه دهید تا مخاطب آشفته نگردد.
- از واکنش‌های پس از دریافت خبر ناگوار آگاه باشید و برخورد مناسب پیشه کنید.
- کار پیگیری (روشهای درمانی، حمایتی و ...) را به صورت حضوری یا تلفنی انجام دهید.



## منابع:

- ۱- خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری-روانپزشکی بالینی / ویرجینا سادوک، بنیامین سادوک؛ ترجمه حسن رفیعی، خسرو سبحانیان. تهران: انتشارات ارجمند-۱۳۸۲.
- ۲- مشاوره و درمان سوگ / جی. ویلیام. وردن، ترجمه مهرداد فیروزبخت، خشایار بیگی. تهران: انتشارات ایجد-۱۳۷۴.
- 3-After a suicide attempt (2007). Department of Nursing, University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority.
- 4-After a suicide attempt (2005 - 2007). Center for Suicide Prevention, Calgary, Alberta.
- 5-Auger, Richard W. (2006). Delivering difficult news to parents: guidelines for school counselors. The Free Library, Professional school counseling.
- 6-Bartolo, P.A. (2002). Communicating a diagnosis of developmental disability to parents: Multiprofessional negotiations frameworks. Child: Care, Health and Development, 28, 65-71.
- 7-Buckman, R. (1992). How to break bad news: A guide for health care professionals. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- 8-Dickson, David (2002). Health professional's perceptions of breaking bad news. International Journal of Health Care Quality Assurance, Volum 15. Num 7, 324-336
- 9-Fallowfield, L., & Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. The Lancet, 363, 312-319.
- 10-Heiman, T. (2002). Parents of children with disabilities: Resilience, coping, and future expectations. Journal of Developmental and Physical Disabilities, 14, 159-171.
- 11-Lau W. K, Kung Y. T. (1983). The management of a violent patient. The Hong Kong Practioner, p 493-498.
- 12-Lipton L. (2008). Managing agitated psychotic patients. Cygnus Interactive, a Division of Business Media.
- 13-McDougall Sandra (2004). After a suicide. Scottish Association for Mental Health (SAMH).
- 14-Preventing suicide: What to say, What not to say. Questions to ask (2004-2006). Suicide and Mental Health Association International (SMHAI).
- 15-Thomas Attig (2000).The heart of grief, Oxford University Press Inc. New York.
- 16-Vandekieft, Gregg, K. (2001). Breaking bad news. American Academy of family physicians, Volum 64, Num 12, 1975-1978 .