

مشاوره و درمان سوگ
کتاب مرجع برای روان‌شناسان بالینی،
روان‌پزشکان و مشاوران

تألیف
ویلیام وردن

ترجمه
دکتر احمد رضا کیانی
عضو هیئت علمی دانشگاه محقق اردبیلی
فاطمه سبزواری



فهرست

پیشگفتار.....	۹
مقدمه.....	۱۱
ماهیت داغ‌دیدگی پیچیده چیست؟.....	۱۱
سوگ غیرمشروع.....	۱۲
پیوندهای ادامه‌دار.....	۱۳
معنابخشی.....	۱۴
تاب‌آوری.....	۱۵
ضربه روانی و سوگ.....	۱۷
فصل ۱ دل‌بستگی، فقدان، و تجربه سوگ.....	۲۳
نظریه دل‌بستگی.....	۲۳
آیا سوگ یک بیماری است؟.....	۲۶
سوگ بهنجار.....	۲۷
سوگ و افسردگی.....	۴۲
منابع.....	۴۵
فصل ۲ درک فرآیند سوگ.....	۴۹
تکالیف سوگواری.....	۵۱
مدل فرآیند دوگانه سوگواری.....	۶۶
منابع.....	۶۸
فصل ۳ فرآیند سوگواری: تعدیل گره‌های سوگواری.....	۷۱
تعدیل گر اول: شخص متوفی که بود؟.....	۷۱
تعدیل گر دوم: ماهیت دل‌بستگی.....	۷۳
تعدیل گر سوم: چگونگی مرگ شخص.....	۷۳
تعدیل گر چهارم: پیش‌آیندهای تاریخی.....	۷۸
تعدیل گر پنجم: متغیرهای شخصیتی.....	۷۸
تعدیل گر ششم: متغیرهای اجتماعی.....	۸۸
تعدیل گر هفتم: استرس‌های همزمان.....	۹۱
نکته مهم و هشدار.....	۹۱

۹۲	چه زمانی سوگواری تمام می‌شود؟
۹۴	منابع

فصل ۴ مشاوره سوگ: تسهیل سوگ غیرپیچیده ۹۹

۱۰۰	اهداف مشاوره سوگ
۱۰۳	شناسایی داغ‌دیده در معرض خطر
۱۰۶	اصول و روش‌های مشاوره
۱۲۲	تکنیک‌های مفید
۱۲۵	استفاده از مداخله‌های دارویی
۱۲۶	مشاوره سوگ در گروه‌ها
۱۳۶	تسهیل سوگ از طریق مراسم تشییع جنازه
۱۳۸	آیا مشاوره سوگ کارگر می‌افتد؟
۱۴۱	منابع

فصل ۵ واکنش‌های نابهنجار سوگ: سوگواری پیچیده ۱۴۵

۱۴۵	چرا مردم نمی‌توانند سوگواری کنند
۱۵۲	چگونه سوگ نادرست پیش می‌رود
۱۵۳	یک تشخیص نوظهور از سوگ پیچیده
۱۵۶	یک مدل موجود از سوگواری پیچیده
۱۶۵	تشخیص سوگواری پیچیده
۱۷۰	منابع

فصل ۶ درمان سوگ: حل و فصل سوگواری پیچیده ۱۷۳

۱۷۵	اهداف و محیط درمان سوگ
۱۷۶	رویه‌هایی برای درمان سوگ
۱۸۷	ملاحظات خاص برای درمان سوگ
۱۸۹	تکنیک‌ها و زمان‌بندی
۱۹۱	رؤیاها در مشاوره و درمان سوگ
۱۹۳	چندین ملاحظه
۱۹۴	ارزیابی نتایج
۱۹۶	منابع

فصل ۷ سوگواری برای فقدان‌های خاص ۱۹۹

۱۹۹	خودکشی
۲۰۸	مرگ ناگهانی
۲۱۳	سندرم مرگ ناگهانی نوزاد

۲۱۶	 سقط جنین
۲۱۹	 مرده‌زایی
۲۲۱	 سقط خودبخودی
۲۲۸	 آیدز
۲۳۴	 منابع

فصل ۸ سوگ و سیستم‌های خانواده ۲۳۹

۲۴۵	 مرگ فرزند
۲۵۵	 کودکانی که والدین‌شان می‌میرند
۲۶۱	 رویکردهای مداخلات خانواده
۲۶۵	 سوگ و افراد مسن
۲۷۱	 خانواده در برابر نیازهای فردی
۲۷۲	 منابع

فصل ۹ سوگ خود مشاور ۲۷۷

۲۸۰	 تاریخچه فقدان
۲۸۲	 استرس و فرسودگی شغلی
۲۸۷	 منابع

فصل ۱۰ آموزش مشاوره سوگ ۲۸۹

۲۹۲	 نمونه‌های موردی سوگ
-----	---------------------------

پیوست ۳۰۷

واژه‌نامه انگلیسی به فارسی ۳۰۹

واژه‌نامه فارسی به انگلیسی ۳۱۱

مقدمه

در طی بیست و پنج سال پیش، زمانی که اولین نسخه کتاب نوشته شد، یک سری مفاهیم جدید در زمینه سوگ، فقدان و داغ‌دیدگی مطرح شدند. قبل از اینکه وارد بحث نسخه چهارم شویم، قصد دارم برخی از این مفاهیم مهم را مورد توجه قرار دهم. تعدادی از این مفاهیم در ده سال گذشته پدیدار شده‌اند و برخی از آنها را با جزئیات بیشتری در این کتاب مورد بحث قرار می‌دهم. اگرچه وسوسه شدم تا این مفاهیم را مثل کانال ای در ۱۰ درجه به ترتیب اهمیت قرار دهم، اما صرفاً همه آنها را لیست خواهم کرد، چون همه آنها حائز اهمیت هستند.

ماهیت داغ‌دیدگی پیچیده چیست؟

برای سال‌ها اغلب کسانی که با سوگواری پیچیده و درمان سوگ کار می‌کنند، از عباراتی از قبیل «سوگ مزمن»، «سوگ به تعویق افتاده» و «سوگ اغراق‌آمیز» استفاده کرده‌اند تا بتوانند دست به تشخیص دقیق داغ‌دیدگی پیچیده و سوگواری پیچیده بزنند. در حقیقت، هنگامی که بورلی رافائل و وارویک میدلتون (۱۹۹۰) برای تعیین این که کدام اصطلاح اغلب اوقات توسط درمانگران پیش‌رو در این رشته استفاده می‌شده، دست به تحقیق زمینه‌یابی زدند، برخی از این مفاهیم با اجماع تعریف شد. اگرچه توافق جالب و عجیبی وجود داشت، اما مشکل این است که سوگ پیچیده در واقع جزو کد V در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM)^۱ است و تشخیص‌های کد V واجد شرایط پرداخت بیمه شخص ثالث نیستند.

1. V code in the DSM

این کد نشان‌دهنده شرایط است تا بیماری و آسیب و آنها الزاماً نوعی تشخیص اولیه نیستند و برای پرداخت‌های پزشکی اهمیت زیادی دارند (م).

مشکل دیگر، عدم تعریف دقیق این اصطلاحات بوده است که تحقیق دقیق در مورد آنها را دشوار می‌ساخت. آسان‌ترین راه‌حل، تحقیق با استفاده از شاخصه‌های آسیب‌شناسانه معروف و شناخته شده از قبیل افسردگی، اضطراب و نشانگان جسمانی بود که هر کدام از این شاخصه‌ها از مقیاس‌های استاندارد برخوردار بودند. اگرچه این شاخصه‌های بالینی ممکن است قسمتی از تجربه فرد سوگوار باشد، ولی به وضوح مقیاس‌های سنجش سوگ نیستند. تعدادی مقیاس سنجش سوگ مثل پرسشنامه تجدیدنظرشده سوگ تکزاس و چک‌لیست واکنش سوگ هوگان وجود داشتند، اما اغلب روی اجتماع بالینی هنجار شده بودند.

با آغاز کار «هالی پریگرسون» و «مردی هورویتس»، تلاشی بالغ بر ۱۰ سال برای ارائه تشخیصی از سوگ پیچیده که مورد پذیرش DSM-V باشد، انجام شد و بالاخره در سال ۲۰۱۰ آماده انتشار شد. چنین تشخیصی می‌توانست برای درمان بیماران مبتلا به این تشخیص، حق بیمه بگیرد و برای بررسی‌های بیشتر در مورد این نهاد بالینی بودجه پژوهش دریافت بدارد. برای جزئیات بیشتر در مورد این تشخیص و توسعه آن به فصل پنجم مراجعه نمایید.

سوگ غیرمشروع

این اصطلاح توسط کن دوکا ابداع و سپس توسط آتیگ (۲۰۰۴) توسعه یافت و یکی از اصطلاحات مهمی است که به این رشته اضافه شده است. اگرچه جلد اول کتاب دوکا در سال ۱۹۸۹ منتشر شد، ولی او در سال ۲۰۰۲ در جلد دوم کتاب، این مفهوم را به‌روز کرد. سوگ غیرمشروع به فقدان‌هایی در روابط زندگی فرد سوگوار برمی‌گردد که از نظر اجتماعی مشروع نیستند. مثل مرگ فردی که با شخص سوگوار رابطه عشقی داشته است. اگر این رابطه عشقی چندان آشکار نباشد، شرکت فرد سوگوار در مراسم تشییع جنازه چندان مورد قبول نخواهد بود و ممکن است حمایت اجتماعی‌ای که برای بسیاری از مردم پس از سوگ مفید است را دریافت نکند. سبک‌های زندگی جایگزین ممکن است مورد تأیید اجتماع نباشد و همچنین دوست یا معشوقه متوفی توسط خانواده متوفی طرد شود. مثال‌های رایج زیادی از سوگ غیرمشروع وجود دارد و پیشنهاداتی هم در این کتاب جهت مشروعیت بخشیدن به چنین فقدان‌هایی با هدف انطباق سوگوار با آن فقدان‌ها ارائه شده است.

آرون لازار (۱۹۷۹) همکار سابق در بیمارستان عمومی ماساچوست، در مورد دو نوع

فقدان صحبت کرده است که به طور مستقیم به مفهوم سوگ غیرمشروع مربوط می‌شود. اول، فقدان‌هایی که از نظر اجتماعی نفی می‌شوند، که جامعه آنها را فقدان تلقی نمی‌کند. فقدان‌های دوران بارداری چه بی‌دلیل و چه بادلیل نمونه‌هایی از آن می‌باشد. دوم، فقدان‌های غیرقابل ابراز اجتماعی می‌باشد. فقدان‌های خاصی که سوگوار در ابراز آنها مشکل دارد. مثال‌های شایع آن مرگ ناشی از خودکشی و ایدز می‌باشد. هر دوی این فقدان‌ها در مقیاسی گسترده‌تر یک لکهٔ ننگ به حساب می‌آیند. مداخلهٔ سودمند برای افرادی که این نوع فقدان‌ها را تجربه می‌کنند، کمک به آنها برای صحبت کردن در مورد خودشان و کاوش در افکار و احساسات‌شان در مورد مرگ می‌باشد. برای جزئیات بیشتر در مورد شیوه‌های مشروعیت بخشیدن به این نوع فقدان‌ها به فصل هفتم مراجعه نمایید.

پیوندهای ادامه‌دار

اگر دلبستگی به متوفی به جای فراموش شدن، همچنان حفظ شود، این را «پیوندهای ادامه‌دار» نامیده‌اند و اساساً مفهوم جدیدی نیست. شاکتر و زیسوک (۱۹۸۸) در مطالعه‌ای مقدماتی که در سن دیاگو انجام دادند، پی بردند که زنان بیوه حس حضور محبوب‌شان را تا سال‌ها پس از مرگش حفظ می‌کنند. در مطالعهٔ سیلورمن، نیکمن و من (مؤلف کتاب) با کودکان داغ‌دیدهٔ هاروارد، ارتباط با پدر و مادر مرده در میان تعداد زیادی از این کودکان داغ‌دیده مشاهده شد، که برای اکثریت آنها تجربه‌ای مثبت و برای برخی این‌گونه نبود. کتاب کلس، سیلورمن و نیکمن با عنوان «پیوندهای ادامه‌دار: دریافت‌های جدید از سوگ» (۱۹۹۶) اطلاعاتی را از مطالعهٔ ما و دیگران جمع‌آوری کرده و این ایده را مطرح کردند که مردم ارتباط‌شان را با شخص متوفی حفظ می‌کنند، نه اینکه از نظر هیجانی کناره‌گیری کنند. همان‌طوری که فروید گفته بود.

این مفهوم جدید توسط خیلی‌ها پذیرفته نشد و به‌زودی سؤالاتی از این قبیل ایجاد شد: چطور پیوندهای ادامه‌دار می‌تواند برای برخی انطباقی و برای برخی دیگر غیرانطباقی باشد؟ آیا واقعاً پیوندهای ادامه‌دار ارتباطی با زندگی سالم رویه‌جلو دارند؟ بسیاری از این بحث‌ها به‌خاطر کمبود شواهد تحقیقی قوی در مورد کارایی پیوندهای ادامه‌دار می‌باشد. هرچه تحقیقات بیشتر می‌شود، برخی از این سؤالات پاسخ داده خواهد شد. اساساً چنین سؤالاتی حول پنج موضوع محوری می‌چرخد:

۱. چه نوع پیوندهایی در انطباق با فقدان‌ها سودمندترین می‌باشد؟ مثل نگهداری وسایل متوفی (اشیاء ارتباطی و تبادلی، یادگاری‌ها)، حس حضور متوفی، صحبت با او، درون‌فکنی اعتقادات و ارزش‌های او، درونی کردن ویژگی‌های او و از این قبیل.
 ۲. پیوندهای ادامه‌دار برای چه افرادی مفید و برای چه افرادی مفید نیست؟ این مورد، شناسایی زیرگروه‌هایی از سوگواران را ایجاب می‌کند. این مفهوم نباید در مورد هر شخصی استفاده شود. یک رویکرد مؤثر در این مورد، بررسی سبک دلبستگی سوگوار در رابطه با متوفی می‌باشد. در سبک دلبستگی اضطرابی که می‌تواند منجر به سوگ مزمن شود، چسبیدن به متوفی ممکن است چندان انطباقی نباشد. برخی از سوگواران به رها کردن و حذف متوفی نیاز دارند (استروبی، اسکات ۲۰۰۵).
 ۳. پیوندهای ادامه‌دار در کدام چارچوب زمانی بیشترین انطباق و چه زمانی کمترین انطباق را دارد- وقتی به فقدان نزدیک‌ترند یا وقتی از آن دورترند؟- (فیلد، گاوه، پادونا، ۲۰۰۵).
 ۴. تأثیر تفاوت‌های مذهبی و فرهنگی در حفظ پیوندهای سالم چیست؟ این مورد شامل اعتقادات و آیین‌هایی می‌شود که ارتباط و یادآوری متوفی را در اجتماعات مختلف بیشتر می‌کند.
- ارتباط بین حفظ پیوند ادامه‌دار با متوفی و جابجایی متوفی (که یکی از قسمت‌های مهم تکلیف چهارم وردن در مورد سوگواری می‌باشد) چیست؟ برای جزئیات بیشتر در مورد پیوندها به فصل دوم مراجعه نمایید.

معنابخشی

بازسازی معنا و معنابخشی مفاهیمی هستند که توسط رابرت نی‌میر معرفی و گسترش یافته و بالغ بر ۱۰ سال گذشته در این حیطه روی آن تأکید شده است. وی بازسازی معنی را فرایند محوری می‌داند که افراد داغ‌دیده با آن مواجه می‌شوند. این بازسازی در وهله اول با استفاده از روایات و یا داستان‌های زندگی انجام می‌شود. هنگامی که حوادث پیش‌بینی نشده و یا ناهمخوان همچون مرگ یک محبوب رخ می‌دهد، فرد نیاز به بازتعریف «خود» و بازآموزی راهی برای درگیر شدن با جهان بدون وجود متوفی دارد. چنین فردی نمی‌تواند به سطح عملکرد قبل از فقدان برگردد، ولی یاد می‌گیرد که چگونه یک زندگی معنادار را

بدون محبوب متوفی بسازد. این امر محور تکلیف سوم سوگواری من می‌باشد که در آن سوگوار باید سازگاری با دنیای بدون متوفی را یاد بگیرد. مرگ می‌تواند پیش‌فرض‌های بازمانده در مورد جهان (سازگاری‌های معنوی) و هویت شخصی بازمانده (سازگاری‌های درونی) را به چالش بکشد. افراد داغ‌دیده سؤالاتی جدی از این قبیل دارند: حالا زندگی من چگونه خواهد شد؟ مفهوم زندگی متوفی چه بود؟ چگونه می‌توانم در چنین دنیایی احساس امنیت کنم؟ و من چه کسی هستم، حالا که این مرگ رخ داده است؟ (نی‌میر، پریجرسون، دیویس، ۲۰۰۲)

با این حال، باید مد نظر داشت که برخی مرگ‌ها معنا بخشی شخصی را به شیوه‌ای اساسی به چالش نمی‌گیرند. دیویس و همکارانش (۲۰۰۰) تحقیقی را روی دو جمعیت داغ‌دیده متفاوت انجام دادند و فهمیدند که ۲۰ تا ۳۰ درصد از افراد داغ‌دیده بدون درگیر شدن در فرایند معنا بخشی عملکرد خوبی داشتند. از بین کسانی که در پی معنا بودند کمتر از نیمی از آنها، حتی بیش از یک سال پس از مرگ این معنی را پیدا کرده بودند. با این حال، آنهایی که معنا را پیدا کرده بودند، نسبت به کسانی که در پی آن بودند و نیافته بودند، بهتر خودشان را وفق دادند و جالب توجه اینکه برای بعضی‌ها جستجو برای درک، حتی بعد از معنایابی هم چنان ادامه داشت.

نی‌میر (۲۰۰۰) با اشاره به تحقیق دیویس متذکر شد که اکثریت افراد حاضر در مطالعاتش، درگیر معنا بخشی می‌شدند و باید به این افراد در این فرایند یاری رساند. اما او به مشاور نسبت به آغاز این فرایند هشدار می‌دهد و می‌گوید که این فرایند نباید به صورت غیرخودجوش رخ دهد. وی از حرفایش این‌گونه نتیجه می‌گیرد: معنا بخشی یک فرایند می‌باشد نه یک برآمد یا دستاورد. معانی مرتبط با فقدان مرگ به طور مداوم تجدیدنظر می‌شوند. ما این را به وضوح در کارمان با کودکان داغ‌دیده می‌بینیم؛ آنها وقتی رشد می‌کنند و مراحل رشدی جدیدی را در زندگی پشت سر می‌گذارند، می‌پرسند: چه می‌شد اگر والدینم الان زنده بودند؟ و اگر آنها زنده بودند رابطه‌مان چگونه بود، الان که از دانشگاه فارغ‌التحصیل شدم و ازدواج کرده‌ام و غیره؟ (وردن، ۱۹۹۶). برای جزئیات بیشتر در مورد معنا بخشی به عنوان تکلیف سوگواری به فصل دوم مراجعه نمایید.

تاب‌آوری

زمانی که من و فیلیس سیلورمن به مطالعه روی ۱۲۵ نفر از کودکان داغ‌دیده‌ای در یک دوره

دو ساله بعد از مرگ والدین‌شان پرداختیم، دریافتیم که هر کدام از این کودکان در یکی از سه گروه زیر قرار می‌گیرند: اولین گروه بچه‌هایی بودند که در طول دو سال بعد از مرگ عملکرد خوبی نداشتند (حدود ۲۰ درصد). از آنجایی که بودجه پژوهشی ما از NIMH (مؤسسه بهداشت روانی) تامین می‌شد، برای مطالعه‌ای که در آن قصد داشتیم کودکان سوگوار در معرض خطر را شناسایی کنیم و از پیامدهای این مشکل پیشگیری کنیم، این گروه اول تمرکز اصلی مطالعه ما شد. آیا ما به موقع می‌توانستیم کودکان در معرض خطر پس از آسیب مرگ را شناسایی کنیم تا مداخله مقتضی ارائه کنیم و از عوارض منفی آتی ناشی از مرگ جلوگیری کنیم؟ با این حال، هم‌چنین متوجه دومین گروه کوچک‌تری از کودکان شدیم که به نظر می‌رسید عملکرد خیلی خوبی داشته باشند و آنها را کودکان تاب‌آور نامیدیم. عملکرد تحصیلی، زندگی اجتماعی، گفتگو در مورد متوفی، خودارزشی، حس کنترل، همانندی‌سازی درست با والدین فوت شده، همه در سطح بالایی بودند. سومین و بزرگترین گروه، افرادی بودند که در پی یک «چاره موقت» در طول دو سال اول سوگواری بودند (سیلورمن، ۲۰۰۰، وردن، ۱۹۹۶).

با مد نظر داشتن کار جورج بونانو (۲۰۰۴)، شروع به بررسی افراد داغ‌دیده تاب‌آور کردیم. آنها افرادی بودند که به‌خوبی با فقدان انطباق داشتند و نیازی به مشاوره و درمان نداشتند. من فکر می‌کنم این تمرکز دیر شده است.

در آریزونا، آروین سندلر، شارلن ولچیک، و تایم آیزر (۲۰۰۸) در زمینه تاب‌آوری به تفکر ما پیوستند. آنها نیز مثل خودم، اصطلاح «انطباق» یا «بهبودی» را ترجیح می‌دهند. سوگوارانی که به صورت درست و مؤثری با فقدان انطباق می‌یابند، در حقیقت یک انطباق انعطاف‌پذیر ساخته‌اند. گروه سندلر هم عوامل حمایتی و هم عوامل خطر را در مطالعات‌شان در مورد کودکانی که داغ والد دیده‌اند و خانواده این کودکان که عامل انطباق مناسب (منعطف) و نامناسب نسبت به فقدان هستند، را مشخص کردند. یک رویکرد انعطاف‌پذیر با تمرکز روی پیامدهای مثبت در کنار پیامدهای منفی، خیلی فراتر از تمرکز محدود پاتولوژیکی پیش می‌رود. جالب آن‌جاست که فاکتورهای حمایتی و خطر در خانواده‌های آریزونا شبیه به یافته‌های من و سیلورمن در مطالعه هاروارد بودند. عوامل متعددی در هر دو سطح شخصی و محیط اجتماعی در اینجا تأثیر داشتند، بنابراین، گروه سندلر نظریه خود را «چارچوب بافتی در انطباق» نامیدند. افراد جزئی از خانواده هستند و خانواده نیز جزئی از جامعه و فرهنگ است. این پژوهش نسبتاً جدید و تفکر در مورد

تاب‌آوری در داغ‌دیدگی، نوید درک سوگ و فقدان را به ما می‌دهد. برای جزئیات بیشتر در این زمینه به فصل دوم مراجعه نمایید.

ضربه روانی و سوگ

همانند افسردگی و سوگ، ضربه روانی و سوگ نیز خصیصه‌های رفتاری یکسانی دارند. در شماری از مقالات شباهت و تفاوت آنها ذکر شده است. برخی مثل رندو، هورویتز و فیگلی کل سوگ را زیر عنوان ضربه روانی طبقه‌بندی کرده‌اند، اما من آن را یک روند می‌دانم. من مدل ارائه‌شده استروبی، اسکات و فین‌کناور (۲۰۰۱) که سه الگوی تشخیصی زیر را مطرح می‌کنند، ترجیح می‌دهم: اولین مورد، ضربه روانی بدون داغ‌دیدگی می‌باشد. در اینجا شخص حادثه ضربه‌زنده‌ای که باعث علائم ضربه روانی می‌شود را تجربه می‌کند و منجر به تشخیص اختلال استرس پس از ضربه یا اختلال استرس حاد می‌شود که اساساً بستگی به چارچوب زمانی دارد. علائم دیگر افسردگی و اضطراب، شاید به یک تشخیص اختلال همبود منجر شود. در این تمیز و تشخیص اولیه، رخداد ضربه‌زنده منجر به هیچ نوع مرگی نمی‌شود و شخص با یک یا چند تا از نشانگان کلاسیک ضربه روانی (نفوذ، اجتناب، بیش‌تحریکی) بدون داغ‌دیدگی مواجه می‌شود. داغ‌دیدگی بدون ضربه روانی دومین تشخیص می‌باشد. در اینجا شخص مرگ محبوب را تجربه کرده است، اما نشانگان ضربه مرتبط با رخداد را تجربه نمی‌کند. اگر عوارض بعد از فقدان وجود داشت، یکی از طبقه‌بندی‌های سوگواری پیچیده باید در این عارضه به‌کار گرفته شود. سومین دسته، داغ‌دیدگی ضربه‌زا نامیده می‌شود. در اینجا شخص مرگ و چیزی در مورد خود مرگ (اغلب مرگ‌های خشونت‌آمیز) یا چیزهایی در مورد تجارب شخصی مرگ (اغلب به دل‌بستگی نایمن یا روابط متعارض با متوفی برمی‌گردد) را تجربه می‌کند که علائم همراه با بحران را ایجاد می‌کنند.

در هر نوع بحثی از داغ‌دیدگی ضربه‌زا، دو سؤال مطرح می‌شود. اولین سؤال این است که کدام یک در تعریف داغ‌دیدگی ضربه‌زا بیشترین اهمیت را دارد: وقایع مرگ یا واکنش سواگوار؟ دومین سؤال این است که کدام نشانگان باید قبل از هر چیز شناسایی شوند- نشانگان ضربه یا نشانگان سوگ؟ استرس ضربه‌زا با سوگ در طی فقدان تداخل پیدا می‌کند و سوگ با تجربه ضربه تداخل پیدا می‌کند (رندو، ۲۰۰۳). بسیاری معتقدند که باید با نشانگان ضربه قبل از توجه به سوگ روبه‌رو شد.

همیشه افرادی وجود داشته‌اند که در معرض مرگ‌های خشونت‌آمیز قرار گرفته‌اند، اما به نظر می‌رسد تعداد این حوادث خشونت‌آمیز در طول ۱۰ سال گذشته افزایش یافته است. حادثه اخیر تیراندازی مدرسه همانند اتفاق ۱۱ سپتامبر سال ۲۰۰۱ شیوع خشونت را در جامعه ما (غرب) نشان می‌دهند. این چنین رخداد‌های خشونت‌آمیزی ادامه خواهند داشت تا مردم زیادی را با ضربه و داغ‌دیدگی مواجهه کنند. ما به پژوهش‌های بیشتری در زمینه سوگ و بحران نیازمندیم که مداخله‌های خیلی مؤثر را در بر داشته باشد. این روزها باید در رسانه‌ها آموزش دهیم که مداخلات صورت گرفته متعاقب حادثه تیراندازی مدرسه، مشاوره سوگ نیستند، بلکه مداخله در ضربه هستند و این دو در اهداف و روش کار تفاوت فاحشی با هم دارند.

بگذارید که مقدمه را با چیزی که باعث نگرانی من می‌باشد، تمام کنم: شکست درمانگران و پژوهش‌گران در تشخیص منحصر به فرد بودن تجربه سوگ. اگرچه تکالیف سوگواری در همه فقدان‌های مرگ کاربرد دارد، اما چگونگی قبول و انطباق این تکالیف در بین افراد کاملاً متفاوت است. یک الگوی واحد که همه رویکردها در سوگ یا درمان سوگ از آن استفاده کنند، خیلی محدود کننده است.

زمانی که دانشجوی هاروارد بودم، پروفیسور گوردون آلپورت بر تفکر من تأثیر زیادی داشت. آلپورت (سپتامبر ۱۹۵۷، یاداشت‌های سخنرانی) به دانشجویان می‌گفت «هر انسانی شبیه به همه هست و هر انسانی شبیه به برخی دیگر می‌باشد و هر انسانی شبیه هیچ فرد دیگری نیست». آلپورت در حال اثبات علاقه حرفه‌ای بلندمدتش در تفاوت‌های فردی بود - علاقه‌ای که منجر به همکاری وی با رابرت وایت در مطالعات موردی طولی انسان‌ها شد که آن را «زندگی‌های رویه جلو» نامید. (۱۹۵۲) این مطالعات، هم شباهت‌ها و هم تفاوت‌های هر شخص را تأیید می‌کند.

اگر اصول آلپورت را به رشته داغ‌دیدگی برگردانیم، باید بگوییم که: «سوگ هر شخصی شبیه به سوگ همه است؛ سوگ هر شخصی شبیه به سوگ برخی از اشخاص دیگر است؛ و سوگ هر شخصی شبیه به سوگ هیچ شخص دیگری نیست». در طول ۲۵ سال گذشته، ما تمایل داشتیم یگانگی و منحصر به فرد بودن تجربه سوگ را در کار پژوهشی و درمانی مان نادیده بگیریم. من همیشه ایده آلان ول‌فلت در مورد «همراهی» با افراد داغ‌دیده را دوست داشتم. در این رویکرد مشاور به کنار سوگوار می‌آید و آنها در تجارب‌شان به روشی که برای هر دو مفید باشد، سهیم می‌شوند. نگرانم که عجله ما در

فرمول‌بندی تشخیصی DSM برای سوگ پیچیده (ضربه‌زا) باعث شود که بر این نکته که «سوگ هر شخصی شبیه به سوگ شخصی دیگر می‌باشد» خیلی زیاد تمرکز کنیم و دید منحصر به فرد بودن سوگ و این حقیقت که «سوگ هر شخصی شبیه سوگ اشخاص دیگر نیست» را از دست بدهیم. من در هر ویراست این کتاب تاکید کرده‌ام که تجربه سوگ هر شخصی منحصر به اوست و به تجارب مردم نباید برچسب «سوگ نابهنجار» زد. من اصطلاح «سوگواری پیچیده» را بیشتر ترجیح می‌دهم، چون که به انواع مشقت‌ها و دشواری‌ها در فرآیند سوگواری تاکید می‌کند که توجه فرد را به سوی کارکنان سلامت روان معطوف می‌دارد.

تأیید منحصر به فرد بودن سوگ مسئله جدیدی در زمینه داغ‌دیدگی نیست. کالین پارکس (۲۰۰۲) گفته که «از همان آغاز، من و بالبی دریافتیم که تفاوت‌های فردی زیادی در پاسخ‌دهی به داغ‌دیدگی وجود دارد و همه افراد تمام این مراحل را با یک روش و یا با یک سرعت پیش نمی‌برند» (ص ۳۸۰).

مطالعه سوگ FMRI^۱ توسط گاندل، اوکتر، لیت‌ترل، فورت و لن (۲۰۰۳) تأیید جالبی بر کیفیت ذهنی و منحصر به فرد بودن سوگ بوده است. آنها پس از بررسی تجربه سوگ در مغز هشت زن، به این نتیجه رسیدند که سوگ با تعدیل‌گری یک شبکه عصبی منتشر عمل می‌کند که به تعدادی از فرآیندهای عصبی مؤثر بر بخش‌های مختلف مغز و عملکردشان کمک می‌کند؛ از جمله پردازش عاطفه، طرز فکر، بازیابی حافظه، تصورات دیداری و تنظیم خودکار. این شبکه عصبی شاید منحصر به فرد بودن و کیفیت ذهنی سوگ را توجیه کند و این یافته، نتایج جدیدی در جستجوی ما برای درک پیامد سالم سوگ و عصب‌زیست‌شناسی دلبستگی فراهم می‌کند.

من معتقدم که تعدیل‌گرهای سوگواری که جزئیات آن در فصل ۳ مطرح شده، کلید درک تفاوت‌های فردی در تجربه سوگ - انطباق با فقدان حاصل از مرگ - را با خود دارند. من در اولین ویراست کتاب در ۲۵ سال پیش ذکر کردم که معتقد به ایجاد یک تخصص جدید به نام مشاوران سوگ نیستم. هنوز به حرف دی.ام. ریلی (۱۹۷۸) مددکار اجتماعی اعتقاد دارم که «ما لزوماً به یک حرفه کاملاً جدید مشاوران داغ‌دیدگی نیاز نداریم».

1. Functional Magnetic Resonance Imaging

تصویرسازی تشدید مغناطیسی کارکردی: در این روش تصاویری متناوب از مغز در حال فعالیت و سپس در حال استراحت گرفته می‌شود و از یکدیگر بطور دیجیتالی تفریق می‌گردند، که حاصل این پردازش عملکرد مغزی در اثر تغییرات جریان خونی در مغز را از لحاظ فیزیولوژیکی نشان می‌دهد (م)

ما واقعاً نیاز به تفکر، حساسیت و فعالیت بیشتر برای پیوند دادن این مبحث با گروه‌های حرفه‌ای موجود مثل: روحانیون، بانیان کفن و دفن، خانواده‌درمانگرها، پرستاران، مددکاران اجتماعی و پزشکان داریم (ص ۴۹). ال لویید (۱۹۹۲) نیز اضافه کرده که «برای متخصصانی که لزوماً مشاوران متخصص نیستند، مهارت‌ها در کار با سوگ و فقدان ابزارهای ضروری و محوری می‌باشند» (ص ۱۵۱) و من با این موافقم. آنچه که در این کتاب قصد دارم مطرح کنم، خطاب قرار دادن آن دسته از شما در این حرفه‌های سنتی است که در موقعیتی هستید که به توسعه مراقبت در سوگ می‌پردازید، و اطلاعات و مهارت‌های مورد نیاز در انجام مداخله مؤثر و در برخی موارد پیشگیری برای سلامت روان را دارید.

- Attig, T. (2004). Disenfranchised grief revisited: Discounting hope and love. *Omega*, 49, 197–215.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience. *American Psychologist*, 59, 20–28.
- Davis, C., Wortman, C., Lehman, D., & Silver, R. (2000). Searching for meaning in loss: Are clinical assumptions correct? *Death Studies*, 24, 497–540.
- Doka, K. (Ed.). (1989). *Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Doka, K. (2002). *Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice*. Champaign, IL: Research Press.
- Field, N. P., Gao, B. I., & Paderna, L. (2005). Continuing bonds in bereavement: An attachment theory based perspective. *Death Studies*, 29, 277–299.
- Gundel, H., O'Connor, M. F., Littrell, L., Fort, C., & Lane, R. D. (2003). Functional neuroanatomy of grief: An fMRI study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1946–1953.
- Klass, D., Silverman, P., & Nickman, S. (Eds.). (1996). *Continuing bonds: New understandings of grief*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Lazare, A. (1979). *Outpatient psychiatry: Diagnosis and treatment*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Lloyd, M. (1992). Tools for many trades: Reaffirming the use of grief counseling by health, welfare and pastoral workers. *British Journal of Guidance and Counselling*, 20, 150–163.
- Neimeyer, R. (2000). Searching for the searching of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, 24, 541–558.
- Neimeyer, R., Prigerson, H. G., & Davies, B. (2002). Mourning and meaning. *American Behavioral Scientist*, 46, 235–251.
- Parkes, C. M. (2002). Grief: Lessons from the past, visions for the future. *Death Studies*, 26, 367–385.
- Rando, T. A. (2003). Public tragedy and complicated mourning. In M. Lattanzi-Licht & K. Doka (Eds.), *Living with grief: Coping with public tragedy* (pp. 263–274). New York: Brunner-Routledge.
- Raphael, B., & Middleton, W. (1990). What is pathologic grief? *Psychiatric Annals*, 20, 304–307.
- Reilly, D. M. (1978). Death propensity, dying, and bereavement: A family systems perspective. *Family Therapy*, 5, 35–55.
- Sandler, I., Wolchik, S., & Ayers, T. (2008). Resilience rather than recovery: A contextual framework on adaptation following bereavement. *Death Studies*, 32, 59–73.

- Shuchter, S. R., & Zisook, S. (1988). Widowhood: The continuing relationship with the dead spouse. *Bulletin Menninger Clinic*, 52, 269–279.
- Silverman, P. R. (2000). *Never too young to know: Death in children's lives*. New York: Oxford University Press.
- Stroebe, M. S., & Schut, H. (2005). To continue or relinquish bonds: A review of consequences for the bereaved. *Death Studies*, 29, 477–494.
- Stroebe, M. S., Schut, H., & Finkenauer, C. (2001). The traumatization of grief: A conceptual framework for understanding the trauma-bereavement interface. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38, 185–201.
- White, R. W. (1952). *Lives in progress*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Worden, J. W. (1996). *Children & grief: When a parent dies*. New York: Guilford Press.

دلبستگی، فقدان، و تجربه سوگ

نظریه دلبستگی

قبل از این که بتوان تأثیر فقدان و رفتار انسانی مرتبط با آن را به طور کامل درک کرد، باید به درکی از معنای دلبستگی رسید. نوشته‌های قابل توجهی در ادبیات روان‌شناسی و روان‌پزشکی در مورد ماهیت دلبستگی-چیستی و چگونگی رشد آن- وجود دارد. یکی از چهره‌های کلیدی و متفکران اولیه در این حوزه، روان‌پزشک بریتانیایی اخیر جان بالبی است. او بیشتر زندگی حرفه‌ای خود را به حوزه دلبستگی و فقدان اختصاص داده و چندین جلد کتاب ارزشمند و مقاله مرتبط با این موضوع نوشته است.

نظریه دلبستگی بالبی دریچه‌ای به روی ما می‌گشاید تا تمایل موجودات انسانی به خلق پیوندهای عاطفی قوی با دیگران را مفهوم‌سازی کرده و باعث می‌شود واکنش‌های هیجانی قوی که هنگام تهدید یا قطع پیوند ایجاد می‌شود را نیز درک کنیم. بالبی برای گسترش نظریاتش شبکه عظیمی را تشکیل داد که داده‌هایی از رفتارشناسی، نظریه کنترل، روان‌شناسی شناختی، فیزیولوژی اعصاب و زیست‌شناسی تکاملی را شامل می‌شد. او با نظر افرادی که معتقد بودند پیوندهای دلبستگی بین افراد فقط به منظور ارضاء سائق‌های زیستی از قبیل انگیزه به غذا و رابطه جنسی می‌باشد، مخالفت کرد. بالبی (۱۹۷۷الف) با استناد به آزمایش لورنز با حیوانات و کار هارلو با میمون‌های جوان به این حقیقت اشاره کرد که دلبستگی در غیاب تقویت این نیازهای اولیه موجود زنده هم وجود دارد. عقیده بالبی (۱۹۷۷ب) این است که این دلبستگی‌ها ریشه در نیاز به امنیت و آرامش

دارند، که در اوایل زندگی رشد می‌یابند و معمولاً جهت‌شان به سمت اشخاص خاصی است و در سرتاسر چرخه زندگی پایدار می‌ماند. شکل دادن دلبستگی‌ها با افراد مهم، نه تنها برای کودک بلکه برای بزرگسالان نیز به عنوان رفتاری طبیعی به حساب می‌آید. بالبی با استناد به وقوع این رفتار در تمام گونه‌های تقریباً جوان پستانداران استدلال می‌کند که رفتارهای دلبستگی ارزش بقا دارند. اما او رفتارهای دلبستگی را از تغذیه و رفتار جنسی متمایز می‌بیند.

رفتار دلبستگی به بهترین نحو در کودکان و میمون‌های جوان خود را نشان می‌دهد؛ کسانی که همگام با رشدشان، نماد اولیه دلبستگی را برای مدتی طولانی و طولانی‌تر رها می‌کنند تا دامنه گسترده‌تری از محیط‌شان را جستجو کنند. اما آنها همیشه برای حمایت و امنیت به سوی نماد دلبستگی برمی‌گردند. زمانی که نماد دلبستگی ناپدید شود یا مورد تهدید قرار بگیرد، پاسخ، نوعی اضطراب شدید و اعتراض هیجانی شدید است. بالبی عقیده دارد که والدین کودکان پایگاهی عملی امن برای کاوش فراهم می‌کنند. این رابطه، ظرفیت کودک برای ایجاد پیوندهای عاطفی در مراحل بعدی زندگی را مشخص می‌کند. این تعریف شبیه مفهوم اعتماد اساسی اریک اریکسون (۱۹۵۰) می‌باشد: به دلیل سبک والدینی خوب که فرد در هنگام بروز مشکل، هم خود را به عنوان فرد کمک‌رسان به خود و هم به عنوان فردی که ارزش کمک گرفتن دارد، می‌بیند، مشکلات بروز می‌کنند. انحرافات آسیب‌شناسانه آشکاری می‌تواند در این مدل رشد کند. سبک والدینی بی‌کفایت می‌تواند باعث شکل‌گیری دلبستگی اضطرابی و یا دلبستگی‌های شکننده شود (وینیکات، ۱۹۵۳). انواع سبک‌های دلبستگی در فصل سوم آمده است.

اگر هدف رفتار دلبستگی حفظ پیوند عاطفی باشد، پس موقعیت‌هایی که این پیوند را به خطر بیندازند، موجب برخی واکنش‌های خیلی خاص می‌شود. هرچه پتانسیل برای فقدان بیشتر باشد، این واکنش‌ها شدیدتر و متنوع‌تر خواهند بود. در چنین شرایطی، قوی‌ترین اشکال رفتارهای دلبستگی فعال می‌شود- چسبیدن، گریه، و شاید تهدید خشونت‌آمیز. . . - زمانی که این رفتارها موفق‌آمیزند، پیوند ترمیم می‌شود، فعالیت‌ها متوقف می‌شوند و حالت استرس و پریشانی کم می‌شود. (بالبی، ۱۹۷۷، الف، ص ۴۲۹).

اگر خطر همچنان موجود باشد، کناره‌گیری، بی‌تفاوتی، و ناامیدی به دنبال آن می‌آید.

حیوانات نیز همانند انسان‌ها این رفتار را نشان می‌دهند. چارلز داروین (۱۸۷۲) در کتاب «نمود احساسات در انسان و حیوانات»، نوشته شده در نیمه دوم قرن ۱۹، شیوه‌ای

که حیوانات و کودکان و انسان بالغ غم و اندوه خود را نشان می‌دهند را شرح داد. کنراد لورنز، کردارشناس (۱۹۶۳) این رفتار سوگ‌مانند را در جدایی یک غاز خاکستری از جفت خود توصیف کرده است:

پاسخ اولیه به ناپدید شدن جفت شامل تلاش مضطربانه برای دوباره پیدا کردن او می‌باشد. غاز ناآرام روز و شب حرکت می‌کند، مسافت زیادی را پرواز می‌کند و مکان‌هایی که شاید جفتش را پیدا کند را جستجو می‌کند، بلندتر از هر زمانی صدایش به فواصل دور نفوذ می‌کند. دامنه جستجو دورتر و دورتر می‌شود و اغلب یا خود جستجوگر گم می‌شود و یا بر اثر یک تصادف از پای در می‌آید. . . . همه ویژگی‌های عینی قابل مشاهده رفتار غاز در فقدان جفت خود، تقریباً با سوگ انسان مشترک است (لورنز، ۱۹۶۳، نقل از پارکر، ۲۰۰۱، ص ۴۴).

مثال‌های زیاد دیگری در مورد غم و اندوه در دنیای حیوانات وجود دارد. سال‌ها پیش تحقیقی جالب در مورد دلفین‌های باغ وحش مونت‌ریل انجام شد. پس از مرگ یکی از دلفین‌ها، جفتش غذا نمی‌خورد و برای نگهبان باغ‌وحش، وظیفه نگهداری دلفین بازمانده اگر نگوییم غیرممکن، اما مشکل شده بود. دلفین با نخوردن، جلوه‌هایی از سوگ و افسردگی را شبیه به رفتار فقدان انسانی به نمایش گذاشته بود.

جورج انجل روان‌پزشک، در طی یک سخنرانی در زمینه روان‌پزشکی در بیمارستان عمومی ماساچوست، موردی از سوگ را با جزئیات زیادی توصیف کرد. واکنش‌های این مورد قطعاً نوعی از انواع واکنش‌هایی خواهد بود که شما ممکن است بعداً در صحبت‌های کسی که همسرش را از دست داده است، ببینید. بعد از خواندن گزارش بلند این فقدان در روزنامه، انجل گفت که در حال شرح رفتار یک شترمرغ بوده که جفتش را از دست داده بود! [در حالی که همه فکر می‌کردند دارد در مورد سوگ یک انسان صحبت می‌کند].

به دلیل نمونه‌های زیاد در دنیای حیوانات، بالبی نتیجه گرفت که دلایل بیولوژیکی مناسبی در هر جدایی که به شیوه‌ای خودکار و غریزی با رفتار پرخاشگرانه پاسخ داده می‌شود، وجود دارد. او همچنین می‌گوید که فقدان بازنیافتنی مد نظر نیست، چون در روند تکامل، نیروهای غریزی حول این واقعیت می‌چرخند که فقدان‌ها بازنیافتنی هستند و پاسخ‌های رفتاری که بخشی از فرایند سوگواری هستند، به سوی برقراری مجدد رابطه با شیء از دست رفته در حرکتند (بالبی، ۱۹۸۰). این نظریه بیولوژیکی سوگ در تفکر اشخاص زیادی همچون روان‌پزشک بریتانیایی کولین مورای پارکز تأثیر داشته است

(پارکز، ۱۹۷۲، پارکز و استون سون-هیند، ۱۹۸۲، پارکز و ویز، ۱۹۸۳). دیگر نظریه پردازان برجسته دلبستگی شامل ماری آینثورث (۱۹۷۸) و ماری مین (مین و حس، ۱۹۹۰) می شود. واکنش های سوگواری حیوانات، فرایندهای زیستی اولیه ای که در انسان وارد عمل می شود را نشان می دهد. با این حال، بعضی از خصوصیات سوگواری مختص انسان است و این واکنش های طبیعی سوگ در همین فصل توضیح داده شده است.

شواهدی وجود دارد که همه انسان ها در برابر فقدان به میزان مختلف و متفاوتی سوگوار می شوند. انسان شناسانی که جوامع دیگر، فرهنگ آنها و واکنش های شان را نسبت به فقدان محبوب مطالعه کرده اند، گزارش می کنند که هر جامعه ای در هر جایی از جهان، تلاش تقریباً همگانی ای برای به دست آوردن مجدد ابژه محبوب از دست رفته می کنند، و/یا به زندگی پس از مرگ اعتقاد دارند که در آن می تواند به محبوب بپیوندد. با این حال، به نظر می رسد که در جوامع غیرمتمدن آسیب شناسی داغ دیدگی نسبت به جوامع متمدن تر کمتر رواج داشته باشد. (پارکز، لون گانی، یونگ، ۱۹۹۷، روزنبلت، والش، جکسون، ۱۹۷۶).

آیا سوگ یک بیماری است؟

جورج انجل (۱۹۶۱) این سؤال جالب را در یک مقاله تحریک فکر که در طب روان تنی چاپ شد، مطرح کرد. ایده آنجل این بود: به اندازه ای که سوختگی و زخم شدید یک آسیب فیزیولوژیکی هستند، فقدان شخص محبوب نیز یک آسیب روان شناسی به حساب می آید. وی گفته که سوگ نمایان گر انحراف از حالت سلامت و بهزیستی است و از آنجا که در حیطه فیزیولوژیکی به منظور بازگرداندن بدن به حالت تعادل قبلی، درمان ضرورت دارد، به همین منوال یک دوره زمانی نیز برای بازگشت به حالتی مشابه تعادل روانی ضروری است. بنابراین، انجل فرایند سوگواری را شبیه به فرایند درمان می دانست. همان گونه که در درمان نیز رخ می دهد عملکردی کامل یا تقریبی قابل بازیابی می باشد، اما نمودهای عملکرد معیوب و بهبود ناکافی نیز وجود دارد. آنجل استدلال کرد که اصطلاح «سلامت» و «آسیب شناسی» همان طور که در دوره های مختلف فرایند درمان فیزیولوژیکی به کار می روند، ممکن است همین اصطلاحات در سیر فرایند سوگواری نیز استفاده شود. او سوگواری را مسیری می دانست که تا وقتی طول می کشد که بازیابی عملکرد اتفاق افتد. اینکه اختلال عملکردی چقدر باشد، مسئله میزان و درجه است (انجل، ۱۹۶۱). من به جای استفاده از اصطلاحاتی مثل «بازگشت» یا «بهبودی» استفاده از اصطلاح «انطباق» را ترجیح

می‌دهم، چون‌که برخی از مردم انطباق بهتری با فقدان و برخی دیگر انطباق کمتری با آن دارند. در فصل ۵ خواهیم دید که در سوگواری پیچیده، افراد انطباق مناسبی با فقدان ایجاد نمی‌کنند.

پیش از آنکه ویژگی‌های سوگ بهنجار را بررسی کنیم، بهتر است سه اصطلاحی که اغلب به جای یکدیگر استفاده می‌شوند را بشناسیم: سوگ، سوگواری، داغ‌دیدگی. برای اینکه درک مشترکی از این کتاب داشته باشید، باید بگویم از اصطلاح «سوگ» برای نشان دادن تجربه شخصی که محبوبش مرده است، استفاده می‌کنم. سوگ اصطلاحی است که می‌تواند برای فقدان‌های دیگر هم استفاده شود، اما در این کتاب در درجه اول به فقدان‌های ناشی از مرگ خطاب می‌شود. «سوگواری» به فرآیندی اشاره دارد که شخص در وفق یافتن با مرگ یک نفر طی می‌کند. «داغ‌دیدگی» نیز فقدان‌هایی که شخص در وفق یافتن با آن تلاش می‌کند، را تعریف می‌کند.

سوگ بهنجار

سوگ بهنجار نیز به سوگ غیریپچیده برمی‌گردد و شامل طیف وسیعی از احساسات و رفتارهایی می‌باشد که بعد از فقدان متداول هستند. یکی از اولین کوشش‌های منظم در بررسی واکنش‌های سوگ بهنجار، توسط اریک لیندمن (۱۹۴۴) صورت گرفت در زمانی که رئیس بخش روان‌پزشکی در بیمارستان عمومی ماساچوست بود.

در منطقه بوستون دو کالج کاتولیک وجود داشت که به‌خاطر رقابت‌های فوتبال خود به خوبی شناخته شده بودند. در پاییز ۱۹۴۲ آنها برای اجرای مراسم سنتی شنبه باهم رقابت کردند. صلیب مقدس، کالج بوستون را شکست داد و بعد از بازی بسیاری از مردم به باشگاه شبانه محلی کاکنات گراو^۱ رفتند تا جشن بگیرند. در طول مراسم جشن، پیش‌خدمت برای عوض کردن لامپ کبریت را روشن کرد و به طور اتفاقی یک درخت نخل تزیینی آتش گرفت. بلافاصله، کل کلپ شبانه که بیش از ظرفیت قانونی خود پر شده بود، در شعله‌های آتش سوخت و نزدیک به ۵۰۰ نفر زندگی خود را در این واقعه غم‌انگیز از دست دادند.

بعد از آن، لیندمن و همکارانش با اعضای خانواده‌هایی که محبوبی را در آن مصیبت

نام مکانی است در همسایگی میامی در آمریکا (م) Coconut Grove 1.

از دست داده بودند، کار کردند و از این اطلاعات و اطلاعات دیگر، مقاله‌ای کلاسیک با عنوان «نشانه‌شناسی و مدیریت سوگ حاد» (۱۹۴۴) نوشتند. لیندمن از مشاهده ۱۰۱ بیمار اخیراً داغ‌دیده، الگوهای مشابهی را کشف کرد که ویژگی‌های خاص سوگ بهنجار و حاد را شرح می‌داد:

۱. ناراحتی‌های بدنی یا جسمی برخی تیپ‌ها
۲. اشتغال ذهنی با تصویر متوفی
۳. احساس گناه در رابطه با متوفی یا موقعیت مرگ
۴. واکنش‌های خصومت‌آمیز
۵. ناتوانی در عملکردی مشابه عملکرد قبل از فقدان

به نظر می‌رسید که علاوه بر این پنج مورد، او ویژگی ششمی که در بسیاری از بیماران دیده شده را بیان می‌کند: آنها صفاتی از متوفی را در رفتار خودشان توسعه می‌دهند. محدودیت‌های زیادی در مطالعه لیندمن وجود دارد. برخی از آنها که توسط پارکز (۲۰۰۱) ذکر شده‌اند، نشان می‌دهد که لیندمن ارقامی را برای نشان دادن فراوانی نسبی سندرم‌های ارائه شده مشخص نکرده است. همچنین، لیندمن ذکر میزان مصاحبه‌ای که با بیماران انجام داد و مقدار زمان صرف شده بین مصاحبه و تاریخ فقدان را نادیده گرفته است. با این حال، این مطالعه به عنوان مطالعه‌ای مهم و شایان ذکر باقی مانده است. آنچه از اهمیت خاصی برای من برخوردار است، این است که داغ‌دیدگی‌ای که ما امروزه در بیمارستان عمومی ماساچوست می‌بینیم، نشان‌دهنده رفتارهایی بسیار مشابه رفتارهایی است که توسط لیندمن بیش از ۶۰ سال قبل شرح داده شد. در تعداد زیادی از مردمی که واکنش سوگ حاد نشان می‌دادند، برخی یا بسیاری از پدیده‌های زیر مشاهده شد. به دلیل اینکه فهرست رفتارهای سوگ بهنجار خیلی گسترده و متنوع می‌باشد، من آنها را در ۴ طبقه رایج قرار داده‌ام: احساسات، حواس فیزیکی، شناخت‌ها و رفتارها. هر شخصی که با فرد داغ‌دیده مشاوره می‌کند، نیازمند آشنایی با طیف گسترده‌ای از رفتارهایی است که تحت عنوان سوگ بهنجار قرار می‌گیرند.

احساسات

۱. غمگینی

غمگینی شایعترین احساس مشاهده شده در داغ‌دیده می‌باشد که واقعاً نیاز به مقداری بحث دارد. این احساس ضرورتاً با رفتاری مثل گریه آشکار نمی‌شود، اما اغلب با گریه همراه است. پارکز و ویس (۱۹۸۳) می‌گویند که گریه علامتی است برای فراخواندن همدلی و حمایت دیگران و ایجاد یک موقعیت اجتماعی که در آن قوانین نرمال رفتار رقابتی معلق می‌شوند. برخی از سوگواران، ترس از غم و به خصوص ترس از شدت آن دارند (تیلور و راجمن، ۱۹۹۱). شنیدن این جمله که «در مراسم خاک‌سپاری، آن را از دست دادم» غیرعادی نیست. هنور افرادی سعی می‌کنند از طریق فعالیت بیش از حد از غم جلوگیری کنند و فقط می‌خواهند که غم شب‌ها به سراغشان بیاید. جلوگیری از تجربه غم، چه با گریه و چه بدون آن، می‌تواند منجر به سوگواری پیچیده شود (فصل ۵ را مشاهده فرمایید).

۲. خشم

خشم اغلب پس از یک فقدان تجربه می‌شود. خشم می‌تواند یکی از گیج‌کننده‌ترین احساسات برای بازمانده و همچنین ریشه بسیاری از مشکلات در روند سوگواری باشد. خانمی که همسرش بر اثر سرطان مرده بود به من گفت که: «چرا می‌تونم عصبانی باشم؟ او نمی‌خواست که بمیرد.» حقیقت این است که او خیلی از همسرش به خاطر مردن و ترک وی خشمگین بود. اگر خشم به اندازه کافی به رسمیت شناخته نشود، می‌تواند به یک سوگواری پیچیده منجر شود.

این خشم از دو منبع ناشی می‌شود: ۱. حس سرخوردگی که برای ممانعت از مرگ هیچ کاری نمی‌شد کرد و ۲. یک نوع تجربه بازگشت که بعد از فقدان برخی از افراد نزدیک رخ می‌دهد. شاید این نوع تجربه بازگشت را در کودکی هنگام خرید با مادران داشته باشید. وقتی در یک فروشگاه بودید و متوجه شدید که مادر ناپدید شده است، تا زمانی که مادران برنگردند احساس وحشت و اضطراب می‌کنید و در هنگام بازگشت به جای ابراز واکنشی توأم با عشق، او را هل داده و به ساق پایش لگد می‌زنید. این رفتار که بالبی به عنوان قسمتی از میراث ژنتیکی ما می‌داند، سمبلی از این پیغام هست که: «دوباره مرا ترک نکن!».

در فقدان هر شخص مهمی، نوعی تمایل به بازگشت، احساس درماندگی، احساس

ناتوانی در زندگی بدون متوفی و سپس تجربه خشم وجود دارد که با این احساسات اضطرابی همراه می‌شود. خشمی که شخص داغ‌دیده تجربه می‌کند باید شناسایی شود و به طور مناسبی به سمت متوفی هدف‌گذاری شود تا انطباق درستی صورت بگیرد. با این حال، خشم اغلب با روش‌های کمتر مؤثر مثل جابجایی یا هدایت آن به سمت دیگران و اغلب سرزنش کردن متوفی به‌خاطر مردنش مدیریت می‌شود. استدلال منطقی این است که اگر کسی مورد سرزنش قرار می‌گیرد، پس آن شخص مسئول می‌باشد، بنابراین، می‌توان از فقدان جلوگیری کرد. اشخاص ممکن است پزشک، بانی خاک‌سپاری، اعضای خانواده، یک دوست بی‌عاطفه، و اغلب خدا را سرزنش کنند. مثل سرزنش کردن یک زن بیوه که می‌گفت: «من احساس می‌کنم فریب خورده‌ام، اما گیج شده‌ام که چه کسی مرا فریب داد. خداوند چیز خیلی گرانبهایی را به من نشان داد و بعد آن را گرفت. آیا این عادلانه است؟». یکی از خطرناک‌ترین نوع انطباق نادرست با خشم، تبدیل آن به خشمی درونی نسبت به خود می‌باشد. در حالت خشم شدید معطوف به خود، شخص ممکن است در خودش فرو رود و به سمت افسردگی شدید و رفتار خودکشی پیش رود. تفسیر روان‌کاوانه در خشم معطوف به خود، توسط ملانی کلین ارائه شد (۱۹۴۰). او پیشنهاد داد که «غلبه» بر مرده باعث می‌شود شخص داغ‌دیده خشمش را به سوی خودش یا نسبت به افرادی دیگر در نزدیکی خود هدایت کند.

۳. گناه و ملامت نفس

گناه و ملامت نفس- هرچه فرد کمتر مهربان باشد، دیگری را دیرتر به بیمارستان می‌رساند و از این قبیل- تجارب عادی در بازماندگان می‌باشند. معمولاً گناه در مورد چیزی که اتفاق افتاده یا چیزی که در زمان مرگ نادیده گرفته شده است، یا چیزی که می‌توانست مانع فقدان شود، خود را نشان می‌دهد. در بیشتر اوقات، گناه غیرمنطقی است و با «آزمون واقعیت» تسکین داده می‌شود. البته حس گناه واقعی هم وجود دارد، آنجایی که شخص به طور عمد کارهایی انجام داده تا باعث مرگ کسی شده است. در این موارد نیاز به مداخلاتی غیر از آزمون واقعیت می‌باشد.

۴. اضطراب

دامنه اضطراب در بازمانده می‌تواند از حس خفیف ناامنی گرفته تا یک حملهٔ پانیک

شدید باشد و هرچه اضطراب شدیدتر و ماندگارتر باشد، باعث واکنش سوگ نابهنجارتری می‌شود. اضطراب ابتداً از دو منبع ریشه می‌گیرد: ۱. ترس بازمانده از اینکه نتواند از خودش محافظت کند و اغلب می‌گوید که «من نخواهم توانست بدون او زندگی کنم»، و ۲. اضطراب مربوط به حس آگاهی از مرگ شخصی- آگاهی از فناپذیری خودش با مرگ محبوب تشدید می‌شود- (وردن، ۱۹۷۶). این اضطراب در حالت افراطی می‌تواند به یک فوبی تمام‌عیار توسعه یابد. نویسنده معروف سی. اس. لوئیس (۱۹۶۱) این اضطراب را می‌شناخت و بعد از مرگ همسرش گفت: «کسی به من نگفت که سوگ خیلی شبیه به ترس است. من ترسو نیستم ولی حسی شبیه به ترس است. همان آشفتگی معده، بی‌قراری، خمیازه کشیدن و من مرتب آن را بلغور می‌کردم» (ص ۳۸).

۵. تنهایی

تنهایی احساسی است که اغلب توسط بازماندگان، به ویژه کسانی که همسرشان یا فردی صمیمی را از دست داده‌اند، ابراز می‌شود. با وجود تنهایی شدید، تعداد زیادی از بیوه‌ها از خانه بیرون نخواهند رفت، زیرا در منزل بیشتر احساس امنیت می‌کنند. یک زن بیوه که ۵۲ سال ازدواج کرده بود، گفته بود «خیلی احساس تنهایی می‌کنم» و ده ماه بعد از مرگ همسرش به من گفت: «احساس می‌کنم که دنیا به آخر رسیده است».

استروبی، استروبی، آباکومکین و اسکات (۱۹۹۶) بین دو نوع تنهایی تمیز قائل شده‌اند: تنهایی اجتماعی و تنهایی عاطفی. حمایت‌های اجتماعی می‌تواند به تنهایی اجتماعی کمک کند، اما در مقابل، تنهایی عاطفی که نتیجه دلبستگی گسسته است را تسکین نمی‌دهد. تنهایی عاطفی فقط می‌تواند با ادغام دلبستگی‌های دیگر رفع شود (استروبی، اسکات، استروبی، ۲۰۰۵). گاهی اوقات نیاز به متاثر شدن، با تنهایی همبستگی دارد، این امر به ویژه در موارد داغدیدگی زناشویی مصداق دارد (ون بارسن، ون دویجن، اسمیت، اسنچ درس، کانپشر، ۲۰۰۱).

۶. خستگی

بیماران لیندمن خستگی را گزارش دادند و به کرات آن را در بازماندگان می‌بینیم. خستگی گاهی ممکن است به صورت بی‌حسی یا بی‌میلی نیز تجربه شود. برای شخصی که معمولاً بسیار فعال است، این سطح بالایی خستگی می‌تواند هم تعجب‌آور و هم ناراحت‌کننده

باشد. زنی بیوه می گفت: «من نمی توانم صبح از رختخواب بیرون بیایم». «من به وضعیت خانه رسیدگی نمی کنم، چون که همیشه خسته هستم». خستگی معمولاً باعث محدود کردن خود می شود. اگر این گونه نباشد، ممکن است علامت بالینی افسردگی باشد.

۷. درماندگی

حس درماندگی یکی از عواملی است که حادثه مرگ را شدیداً آسترس زا می سازد. خستگی که همبستگی نزدیک با اضطراب دارد، اغلب در مراحل اولیه فقدان موجود است. به ویژه بیوه ها اغلب احساس درماندگی شدیدی می کنند. یک بیوه جوان که با کودکی ۷ هفته ای تنها مانده بود، می گفت: «خانواده ام آمدند و ۵ ماه اول را با من زندگی کردند. ترسیده بودم که دلم می مزاج شوم و نتوانم از کودکم نگهداری کنم».

۸. شوک

شوک اغلب با مرگ ناگهانی رخ می دهد. شخص تلفن را برمی دارد و می فهمد که شخص محبوب یا دوستی مرده است. حتی زمانی که مرگ به دنبال یک بیماری وخیم پیشرونده قابل انتظار باشد، باز هم تماس تلفنی می تواند در بازمانده تجربه شوک ایجاد کند.

۹. حسرت

حسرت برای متوفی همان چیزی است که بریتانیایی ها به آن «قفل شدگی» می گویند. پارکر (۲۰۰۱) گفته که قفل شدگی تجربه ای رایج برای بازمانده می باشد، به ویژه در بین زنان بیوه ای که مورد مطالعه وی بوده اند. حسرت نوعی پاسخ بهنجارانه به فقدان است و زمانی که کاهش یابد شاید علامتی حاکی از در حال اتمام بودن سوگواری باشد. زمانی که به پایان نرسد ممکن است شاخص بالینی سوگ ضربه زار باشد. (جاکوبس، ۱۹۹۹). در فصل ۵ سوگ ضربه زار به عنوان یکی از سوگواری های پیچیده بحث شده است و در مورد نقش حسرت در تشخیص آن گفته شده است.

۱۰. آزادی

آزادی می تواند احساسی مثبت پس از مرگ کسی باشد. من با زن جوانی کار می کردم که پدرش مثل یک فرمانروای واقعی، دیکتاتوری زورگو و خشک بالای سر این دختر بود.

بعد از اینکه پدر بر اثر حمله قلبی ناگهانی فوت شد، دختر یک سوگ بهنجار را گذراند. همچنین از احساس آزادی صحبت می‌کرد، چون که دیگر مجبور نبود تحت ظلم و زیر یوغ پدر زندگی کند. در ابتدا با این احساس راحت نبود، اما بعداً توانست آن را به عنوان واکنشی بهنجارانه به وضعیت تغییر یافته‌اش بپذیرد.

۱۱. آسودگی

بسیاری از مردم پس از مرگ شخص محبوب احساس آسودگی دارند، به خصوص اگر آن شخص محبوب دچار بیماری طولانی و یا به ویژه دردناک بوده باشد. یک بیوه مسن می‌گفت: «آگاهی از رنج کشیدن جسمی و روحی او به من خیلی کمک کرد که از عهده این فقدان برآیم». همچنین این حالت زمانی که متوفی و سوگوار اغلب در طول زندگی روابط مشکل‌داری داشته‌اند نیز رخ می‌دهد. گاهی اوقات آسودگی واکنشی است که به دنبال خودکشی می‌آید. با این حال، اغلب همراه با این حس آسودگی احساس گناه وجود دارد.

۱۲. بی‌حسی

همچنین مهم است گفته شود که برخی از مردم فقدان احساسات را هم گزارش می‌دهند. بعد از فقدان آنها احساس بی‌حسی می‌کنند. این بی‌حسی نیز اغلب در اوایل فرایند سوگواری تجربه می‌شود، معمولاً درست بعد از اینکه شخص از مرگ آگاه می‌شود. احتمالاً این حس به این علت رخ می‌دهد که فرد احساسات زیادی دارد که باید بتواند با آنها روبه‌رو شود، و اگر بخواهد به همه این احساسات مجال جولان دهد، مضمحل می‌شود، بنابراین شخص بی‌حسی را به عنوان سپری در برابر طغیان این احساسات برمی‌گزیند. پارکر و ویس (۱۹۸۳) در مورد بی‌حسی گفته‌اند که «ما هیچ مدرکی دال بر اینکه بی‌حسی، واکنشی ناسالم باشد پیدا نکرده‌ایم. مسدود کردن حواس به عنوان نوعی دفاع در مقابل درد طاقت‌فرسا خیلی هم بهنجارانه به نظر می‌رسد.» (ص ۵۵).

همان‌طور که این فهرست را مرور می‌کنید، به خاطر داشته باشید که هر کدام از این موارد، نمایانگر احساسات سوگ بهنجار هستند و هیچ مورد آسیب‌شناسانه‌ای درباره‌ی هیچ کدام از آنها وجود ندارد. با این حال، اگر احساساتی به صورتی نابهنجار برای مدت طولانی و در شدت بیش از حد وجود داشته باشند، ممکن است حاکی از یک واکنش سوگ

پیچیده باشد. این مبحث در فصل ۵ بیان شده است.

حواس فیزیکی

یک مورد جالب در یادداشت‌های لیندمن، این است که او نه تنها هیجاناتی که مردم تجربه می‌کردند را شرح داده، بلکه حواس فیزیکی مرتبط با واکنش‌های سوگ حاد را نیز بیان کرده است. این حواس اغلب نادیده گرفته می‌شوند، در حالی که نقشی مهمی در فرآیند سوگواری بازی می‌کنند. در زیر فهرستی از رایج‌ترین حواس گزارش شده توسط افراد مراجعه کننده برای مشاوره سوگ آمده است:

- ۱- خالی شدن معده
- ۲- تنگی در قفسه سینه
- ۳- گرفتگی گلو
- ۴- حساسیت به سر و صدا
- ۵- احساس مسخ شخصیت: «من در خیابان قدم می‌زنم و به نظرم هیچ چیز واقعی نیست، از جمله خودم.»
- ۶- تنگی نفس، احساس تنگی نفس
- ۷- ضعف در عضلات
- ۸- فقدان انرژی
- ۹- خشکی دهان

بیشتر مواقع این حواس فیزیکی برای بازمانده حائز اهمیت هستند و او برای معاینه نزد پزشک خواهد رفت. پزشکان نیز باید در مورد مرگ‌ها و فقدان‌ها پرس‌وجو کنند.

شناخت‌ها

تعداد زیادی الگوهای فکری متفاوت وجود دارد که تجربه سوگ را نشان می‌دهد. افکار معینی در مراحل اولیه سوگ رایج هستند و معمولاً بعد از مدت کوتاهی ناپدید می‌شوند. اما گاهی اوقات این افکار ماندگار می‌شوند و احساسات را برمی‌انگیزند که منجر به استرس و اضطراب می‌شود.

۱. ناباوری

«اتفاقی نیفتاده است. حتماً اشتباهی رخ داده است. من نمی‌توانم این اتفاق را باور کنم. من نمی‌خواهم این اتفاق را باور کنم.» اینها اغلب اولین افکاری هستند که بعد از شنیدن خبر مرگ به ذهن متبادر می‌شوند، به ویژه اگر مرگ، ناگهانی هم اتفاق افتاده باشد. بیهوشی جوان به من می‌گفت: «من منتظر بودم که شخصی مرا بیدار کند و بگوید که در خواب هستم.» دیگری می‌گفت: «اگرچه همسرم زمان زیادی بیمار بود، اما رفتنش مثل یک شوک بود. آدمی هیچ‌وقت برای شنیدن این خبر آمادگی کامل ندارد».

۲. گیجی

بسیاری از مردم تازه‌داغ‌دیده می‌گویند که افکارشان خیلی مغشوش است، به نظر می‌رسد که نمی‌توانند افکار خود را سروسامان بدهند، آنها به سختی تمرکز می‌کنند یا امور را فراموش می‌کنند. یک روز برای شرکت در یک دور همی شبانه در بستون بیرون رفتم. تاکسی گرفتم. در حالیکه تاکسی به سمت پایین جاده پیش می‌رفت، من به راننده مقصدم را گفتم و عقب نشستم. کمی بعد دوباره از من پرسید که کجا می‌خواهی بروی. فکر کردم که شاید راننده جدیدی باشد و شهر را نمی‌شناسد، اما او به من گفت که در ذهنش ملغمه‌ای از افکار است. کمی بعد دوباره پرسید، عذرخواهی کرد و گفت که خیلی احساس گیجی می‌کند. این اتفاق چندین بار رخ داد به طوری که سرانجام ضرری نداشت از او بپرسم که چه در ذهن او می‌گذرد و او گفت که فرزندش هفته گذشته در تصادفی کشته شده است.

۳. مشغولیت ذهنی

مشغولیت‌ها می‌توانند افکاری وسواسی دربارهٔ متوفی باشند و اغلب شامل افکار وسواسی دربارهٔ چگونگی برگرداندن شخص متوفی می‌شوند. گاهی اوقات این مشغله به شکل افکار مزاحم یا تصور رنجش یا احتضار متوفی می‌باشد. در مطالعهٔ ما بر روی سوگ در کودکان هاروارد، والدینی که بالاترین سطوح افکار مزاحم را داشتند، کسانی بودند که به‌طور غیرمنتظره‌ای همسری که با آنها روابط خیلی متعارض داشته را از دست داده بودند (وردن، ۱۹۹۶). نشخوار ذهنی نیز نوع دیگری از مشغولیت می‌باشد. افرادی که درگیر مقابلهٔ نشخوارگرانه هستند، مدام و مکرر در مورد نوع احساس بدشان و نیز در مورد رویدادهایی

که احساساتشان را تسریع می‌کند، فکر می‌کنند. (نولن- هواکسما، ۲۰۰۱).

۴. حس حضور

حس حضور، همتای شناختی تجربه حسرت است. شخص سوگوار ممکن است فکر کند که متوفی به هر طریقی هنوز در شرایط فعلی زمان و مکان می‌باشد. این حس به ویژه در زمان کوتاهی پس از مرگ ایجاد می‌شود. در مطالعه ما روی کودکان سوگ، ۸۱ درصد از آنها تا ۴ ماه پس از مرگ احساس می‌کردند که توسط والدین فوت شده مشاهده می‌شوند و این تجربه برای بسیاری از کودکان (۶۶٪) تا دو سال بعد از مرگ تداوم داشت. برخی حس حضور را آرامش‌بخش می‌دانند، اما برخی دیگر چنین نظری ندارند و از آن می‌ترسند (وردن، ۱۹۹۶).

۵. توهمات

توهمات در هر دو نوع بصری و شنوایی در فهرست رفتارهای بهنجار قرار دارند، زیرا توهم تجربه‌ای مکرر در فرد داغ‌دیده می‌باشد. توهمات معمولاً تجارب غیرواقعی و گذرای هستند که اغلب در چند هفته بعد از فقدان رخ می‌دهند و به طور کلی حاکی از تجارب سوگواری پیچیده نمی‌باشند. اگرچه این تجارب برای بعضی‌ها کمی نگران‌کننده هستند، اما افراد زیادی آن را مفید می‌دانند. با تمام علایق جدیدی که در زمینه معنویت و عرفان وجود دارد، گمان بردن به اینکه آیا این موارد توهماتی واقعی هستند یا پدیده‌های متافیزیکی، مورد توجه قرار گرفته‌اند.

رابطه آشکاری بین تفکر و احساس وجود دارد که گرایش‌های اخیر در روانشناسی شناختی و شناخت‌درمانی به آن اهمیت داده است. ارون بک و همکارانش (۱۹۷۹) در دانشگاه پنسیلوانیا دریافتند که تجربه افسردگی مکرراً توسط الگوهای فکری افسرده‌برانگیز می‌شود. در داغ‌دیده افکار معینی از ذهن عبور خواهد کرد، از قبیل «نمی‌توانم بدون او زندگی کنم» یا «من هرگز مجدداً عاشق نخواهم شد». این افکار می‌توانند احساساتی شدید اما بهنجاری مانند غمگینی و/یا اضطراب را برانگیزند.