

کمک‌های اولیهٔ روان‌شناختی

دستورالعمل دانشگاه جانز هاپکینز

فهرست

مقدمه	۷
دیباچه چگونه به اینجا رسیدیم؟	۹
قدردانی	۱۷
فصل ۱ کمک‌های اولیه روان‌شناختی؛ تعریف و تاریخچه	۲۰
فصل ۲ پیامدهای روان‌شناختی آسیب؛ آنچه در صحنه با آن مواجه خواهید شد	۴۷
فصل ۳ وقتی فاجعه رخ داد - زمینه‌ای گسترده برای PFA	۷۱
فصل ۴ R- ایجاد ارتباط و گوش دادن بازتابی	۱۱۱
فصل ۵ A- ارزیابی؛ گوش دادن به ماجرا	۱۳۴
فصل ۶ P- تریاژ روان‌شناختی؛ اولویت‌بندی	۱۴۹
فصل ۷ I- تدابیر مداخله برای ایجاد ثبات و کاهش پریشانی حاد	۱۶۱
فصل ۸ D- تعیین وضعیت و تسهیل دسترسی به مراقبت مداوم	۱۹۰
فصل ۹ خودمراقبتی: مراقبت از دیگران با مراقبت از خود، آغاز (و تمام) می‌شود	۲۱۳
ضمیمه	۲۳۱
درباره نویسندگان	۲۳۳
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی	۲۳۷
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی	۲۳۹

مقدمه

فجایع و بلایا در کشور ما شیوع بالایی دارند، بنابراین آموزش نحوه مراقبت‌های اولیه از مصدومان اینگونه حوادث به پرسنل امدادی و درمانی جزو ضروریات است. از طرفی یکی از مهمترین آسیب‌هایی که هنگام بروز بلایا عارض می‌شوند، مشکلات روان‌شناختی هستند که به نسبت سایر جنبه‌های نیازمند امداد و درمان تا حد زیادی مغفول مانده‌اند. بنابراین ضرورت دارد تا کمک‌های اولیه در حوزه روان‌شناختی نیز به شکل مستند و اصولی، و برگرفته از متون علمی، به افرادی که تحت هر عنوان در صحنه کمک‌رسانی حاضر می‌شوند آموزش داده شود. این موضوع شامل حال مسئولانی که وظیفه تدبیر امور مربوطه و مدیریت بحران را بر عهده دارند نیز می‌شود.

کتاب راهنمای دانشگاه جازهاپکینز در مورد کمک‌های اولیه روان‌شناختی، منبعی مناسب برای این هدف می‌باشد که در دو بخش و نه فصل تدوین شده است. بخش اول با عنوان «کمک‌های اولیه روان‌شناختی - یک علم» به بیان تعریف، تاریخچه، پیامدها و معیارها می‌پردازد و بخش دوم با عنوان «کمک‌های اولیه روان‌شناختی - به کار بستن هنر» به تبیین نحوه ارتباط، ارزیابی، اولویت‌بندی، تعیین روش‌های مداخله و خودمراقبتی اختصاص دارد. راهکارهای این کتاب، مبتنی بر تئوری و شواهد بالینی است و حتی برای کسانی که دانش قبلی روان‌شناسی ندارند از جمله نیروهای هلال احمر، آتش‌نشانان، نیروهای نظامی، انتظامی و مذهبی نیز کارآمد است.

مرکز تحقیقات تروما و پژوهش‌های جراحی سینا با توجه به اهمیت موضوع و رسالت خود، ترجمه این کتاب ارزشمند را در دستور کار قرار داد که این مهم به همت سرکار خانم الهه‌سادات الوانی و جناب آقای دکتر مهدی شریف‌الحسینی محقق گردید. امید است که به نحو شایسته مورد استفاده قرار گیرد و بتواند از آلام پرشمار مصدومان بلایا بکاهد.

دکتر محمدرضا ظفرقندی

استاد جراحی عروق و تروما

رئیس مرکز تحقیقات تروما و پژوهش‌های جراحی سینا

دانشگاه علوم پزشکی تهران

دیباچه

چگونه به اینجا رسیدیم؟

اهمیت حمایت از فردی که دچار یک پریشانی مبرم شده بدیهی است. خواه این حمایت در موقعیتی مانند حملات ۱۱ سپتامبر ۲۰۰۱ باشد یا در طوفان کاترینا در سال ۲۰۰۵، بیماری ابولا در تگزاس سال ۲۰۱۴، حملات تروریستی در سن برناردینو و پاریس سال ۲۰۱۵ یا بروکسل سال ۲۰۱۶، و یا پاسخی باشد به عواقب آتش‌سوزی یک خانه یا یک بحران پزشکی؛ به هر حال آنچه مسلم است لزوم کمک به افراد درگیر در این‌گونه رخدادها است. اما چیزی که ممکن است کمتر مشخص باشد چگونگی کمک به آنها است، به‌ویژه در مورد فشارهای روان‌شناختی. در این کتاب برای ارائه حمایت روان‌شناختی به افراد تحت فشارهای حاد، مدلی فراهم شده است که آن را کمک‌های اولیه روان‌شناختی^۱ (PFA) نامیده‌ایم. در نظر داشته باشید همان‌طور که کمک‌های اولیه جسمی یک اقدام پزشکی است، کمک‌های اولیه روان‌شناختی هم یک اقدام روان‌درمانی محسوب می‌شود. در این کتاب به مدل RAPID PFA از دانشگاه جانز هاپکینز پرداخته می‌شود که مدلی منحصر به فرد با مبنای نظری و مبتنی بر شواهد است.

بیایید با نگاهی کوتاه به گذشته شروع کنیم. همان‌طور که در فصل اول نیز خواهید دید ایجاد مدل حاضر دقیقاً با تاریخچه کلی PFA هم‌راستا نیست. بنابراین مختصراً توضیح خواهیم داد که چگونه به اینجا رسیدیم. تکامل این مدل به تجربیات ابداع‌کنندگان آن از جمله نویسنده اول همین کتاب بر می‌گردد. تجاربی که حاصل حضور نویسندگان در کویت بعد از جنگ ۹۱-۱۹۹۰ بود و ضرورتی که برای توجه بیشتر به مقوله تاب‌آوری اجتماعی و ایجاد رشته‌ای جدیدی در بهداشت روانی احساس شد (حدود ۱۹۹۲).

نخستین تلاش جدی ما برای ایجاد مدل‌های حمایت روان‌شناختی بحران-محور از همین جنگ شروع شد. کویت که در بخشی از شبه جزیره عربستان قرار گرفته است، صاحب یکی از دو بندرگاه مهم و طبیعی خلیج فارس است و به خاطر ساکنان فعال و امتیازاتی که به عنوان یک مرکز تجاری دارد از آوازه‌ای طولانی برخوردار است. این کشور از اواسط قرن هجدهم به عنوان یک قطب اقتصادی تأسیس شد و توسعه تجاری خود را عمدتاً با بازرگانی، صید مروارید و تبادل کالا ادامه داد تا قرن بیستم که نفت در خاورمیانه کشف شد. در سال ۱۹۳۸، یک میدان بزرگ نفتی در منطقه بورگان کویت کشف و در سال ۱۹۴۶ صادرات نفتی این کشور آغاز شد. در سال ۱۹۸۱ برای تسهیل همکاری میان کشورهای تولیدکننده نفت، شورای همکاری خلیج فارس متشکل از کویت، بحرین، عمان، قطر، عربستان سعودی و امارات متحده عربی تشکیل شد. به هر تقدیر نفت، عواید زیادی نصیب کویت کرد. تا اینکه در ۱۷ جولای ۱۹۹۰ صدام حسین، رئیس جمهور عراق - که کشورش به سبب جنگ طولانی با ایران از کاهش تولید نفت رنج می‌برد - کویت را متهم کرد که با افزایش تولید، باعث افت قیمت نفت شده است.

در ۲ آگوست ۱۹۹۰ ارتش عراق به کویت حمله کرد و شهر و تأسیسات مهم نفتی را به اشغال خود درآورد. در مقابل، جورج دبلیو بوش رئیس جمهور ایالات متحده برای آزادسازی کویت یک ائتلاف نظامی تشکیل داد. در ۱۶ ژانویه ۱۹۹۱ نیروهای متحد، نبرد هوایی را آغاز کردند و در پی آن یک عملیات زمینی برای بیرون راندن نیروهای عراقی از کویت انجام شد. ۲۶ فوریه همان سال، کویت به طور کامل از اشغال عراق درآمد.

در آوریل ۱۹۹۲ شیخ جابر الاحمد الصباح، امیر کویت به منظور ارائه «توان بخشی» روان‌شناختی به افرادی که از اشغال کویت آسیب دیده بودند، اداره توسعه اجتماعی را در دفتر خود پایه‌گذاری کرد. در سال ۱۹۹۲ به درخواست مدیران این اداره (دکتر برترام براون و دکتر الرشیدی) از نویسنده اول همین کتاب برای توسعه برنامه‌های آموزشی دعوت به عمل آمد و سپس به عنوان مشاور ارشد تحقیقات در دفتر امیر کویت منصوب شد.

در کویت دو مانع جدی پیش رو بود: اولاً درخواست خدمات بهداشت روانی، نوعی ننگ تلقی می‌شد؛ و دوماً با کمبود افراد آموزش‌دیده برای فوریت‌های بهداشت روانی و درمان آسیب‌های روان‌شناختی مواجه بودیم. اتخاذ یک رویکرد سستی آسیب-شناختی برای ارائه خدمات بهداشت روانی ممکن نبود، چرا که اختلال استرس پس از سانحه^۱ (PTSD) و نیز افسردگی پس از آسیب با شیوعی حدود ۱۸ تا ۴۰ درصد بین مردم کویت فراگیر شده بود. بنابراین تصمیم گرفتیم برای ارائه خدمات بهداشت روانی از یک رویکرد تاب‌آورانه استفاده کنیم.

هرچند تلاش‌های زیادی برای آموزش روان‌شناسان و پزشکان کویتی در تشخیص و درمان آسیب روانی انجام شد، اما جهت غلبه بر موانع یادشده لازم بود رویکردی متفاوت برای شناسایی و مداخله اتخاذ شود. رویکرد تاب‌آورانه مناسب به نظر می‌رسید، چرا که می‌توانست از طریق تسهیل سازگاری افراد با موقعیت چالشی پیش‌آمده، بیشتر از درمان آسیب‌شناسانه و رویکرد توان‌بخشی به آنها کمک کند تا این وضعیت مشقت‌بار را پشت سر بگذارند.

ما ابتدا به بررسی مطالعاتی پرداختیم که برای مداخلات روان‌شناختی در شرایط بحرانی، آن هم به وسیله افرادی خارج از حرفه بهداشت روانی، روش‌های مختلفی را پیشنهاد کرده بودند. این روش‌ها ممکن بود در شرایط فعلی مفید واقع شوند. البته هر مداخله حین بحران نباید درمان در نظر گرفته شود، بلکه باید به عنوان ابزاری برای تقویت تاب‌آوری قلمداد شود تا بتواند برای گذر از سختی‌ها به افراد کمک کند. شاید نخستین شواهد جامعی که نشان می‌دهد مدل بحران-محور، قابل استفاده است مربوط به تلاش‌های سالمون باشد. او مداخلات روان‌شناختی غیرسستی و جدیدی را برای کسانی که در طول جنگ جهانی اول دچار موج انفجار و اختلال عصبی شده بودند به کار برد و مشاهده کرد که مداخله در بحران نسبت به روان‌درمانگری سستی مؤثرتر است، یافته‌ای که پس از حملات تروریستی ۱۱ سپتامبر نیز تأیید شد. شواهد قابل توجه دیگری نیز پس از حادثه غم‌انگیز آتش‌سوزی کلوب شبانه بیسه نارگیل در سال ۱۹۴۲ از کار اریک لیندمن (۱۹۴۴) و جرالد کاپلان (۱۹۶۴) در روان‌پزشکی اجتماعی

به دست آمد. و دست آخر هم، تعطیلی بیمارستان‌های خاص روان‌پزشکی بود که به ظهور جنبش سلامت روانی اجتماعی در دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ انجامید. در آن مقطع بسیاری از مراکز بهداشت روانی، متکی به جمع‌های داوطلبانه‌ای شد که به طور اختصاصی در مورد مداخله روان‌شناختی در بحران، آموزش می‌دیدند.

نگارنده اول این کتاب پس از مدتی متوجه شد داوطلبانی که پیش‌تر حتی در مدیریت بازرگانی یا حسابداری تحصیل کرده بودند، پس از کسب آموزش لازم در عرصه بهداشت روانی، فعالیتی کاملاً مؤثر پیدا می‌کردند. بنابراین، تصمیم گرفته شد یک برنامه آموزش توسعه اجتماعی ایجاد شود و به چهره‌های متفرد اجتماعی، مربیان، نیروهای درمانی و افسران پلیس کویت، آموزش لازم برای ارائه خدمات اولیه روان‌شناختی در کلینیک‌های عمومی یا از طریق تلفن داده شود. اینها افرادی بودند که با زبان محلی، جغرافیا، فرهنگ و ماهیت فاجعه آشنایی کامل داشتند. هرچند در این برنامه آموزشی به عنوان «کمک‌های اولیه روان‌شناختی» اشاره‌ای نشد اما در واقعیت همین برنامه به مقدمه‌ای برای برنامه آموزشی کمک‌های اولیه روان‌شناختی مدل RAPID در دانشگاه جانز هاپکینز و عناصر اصلی آن شامل ایجاد ارتباط، ارزیابی، تریاژ، کاهش عوارض و پیگیری تبدیل شد. شاید مهمترین جنبه برنامه یادشده این بود که حتی به کسانی که قبلاً آموزشی در خصوص روان‌پزشکی یا روان‌شناسی ندیده بودند یاد می‌داد چطور بتوانند با وجود موانع فرهنگی و لجستیکی به افراد آسیب دیده، مراقبت‌های روان‌شناختی عرضه کنند.

کتاب حاضر نتیجه اصلاحات و تحقیقات زیادی است که روی این مدل انجام شد. به هر تقدیر خاستگاه مدل RAPID جانز هاپکینز به همان اندازه که به جنبش اجتماعی سلامت روان دهه ۱۹۶۰ تعلق دارد، به برنامه اجراشده در شبه جزیره عربستان نیز مدیون است.

مأموریت در کویت در آوریل ۲۰۰۱ به پایان رسید. در ۱۱ سپتامبر همان سال حملات تروریستی به پنتاگون در نزدیکی واشنگتن دی سی و برج‌های تجارت جهانی در نیویورک رخ داد؛ حملاتی که کل دنیا را به طرق مختلف تحت تأثیر قرار داد و فرصتی برای توسعه مدل نوظهور PFA شد. گروه ما چند روز پس از حملات جهت

آموزش و کمک به اجرای برنامه‌های مداخله روان‌شناختی در بحران دعوت به همکاری شد. تلاش ما در وهله اول، آموزش و اجرای مداخلات بحران برای پرسنل انتظامی بود که از حملات تأثیر منفی گرفته بودند. بنابر این کار آموزش به این افراد حتی اگر آشنایی قبلی با مقولات روان‌شناسی نداشتند، آغاز شد به نحوی که بتوانند در میان همکارانشان نیز نقش حمایتی ایفا کنند. در ادامه دریافتیم که آموزش‌ها باید خلاصه و هدف‌محور باشند، طوری که برای یک مداخله معمولی ۱۵ تا ۲۰ دقیقه هم کفایت کند. تجربه سه سال کار با نیروهای امنیتی و پلیس در نیویورک و نیوجرسی، برنامه مداخله در بحران دانشگاه رانگرز، و ... به ارائه فرم نهایی مدل جانز هاپکینز انجامید که با حمایت و مشارکت دانشکده بهداشت عمومی جانز هاپکینز بلومبرگ و مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌های آمریکا اجرایی شد. این همه حاصل راهنمایی، حمایت و مشارکت مدیر ارشد مرکز کنترل بیماری‌ها دکتر جان لینکز و همراهی دکتر سیندی پارکر، دکتر ا. لی مک‌کب، دکتر دانیل بارنت، ناتالی سیمون و کارول بی. تامپسون بود. همچنین کاتورا بلاند در اجرای برنامه‌های آموزشی به ما یاری رساند و آندریا اورلی برای ارتقای مطالعات موردی که در کتاب استفاده شده، نظرات خلاقانه و به‌روزی مطرح کرد.

مدل RAPID PFA به عنوان محور اصلی این کتاب، آخرین نسخه از فرایند مداخله‌ای است که بر اساس مشورت و اجماع خبرگان و فعالیت‌های میدانی مداوم اصلاح شده و مشخصاً فراتر از مدل اولیه حمایتی عرضه شده توسط مرکز کنترل بیماری‌هاست. طی این فرآیند ساده به آسانی می‌آموزید که چگونه از طریق گوش دادن بازتابی بتوانید با افراد ارتباط برقرار کنید، میزان اضطراب فعلی آنها را ارزیابی نمایید، اولویت پاسخ‌هایی که باید داد و فوریت‌شان را بشناسید، برای ایجاد ثبات و کاهش فشار روانی تکنیک‌های ساده‌ای به کار بگیرید و در نهایت بدانید چه موقع لازم است دسترسی به مراقبت در سطوح بالاتر را فراهم کنید. همچنین در مورد اهمیت مراقبت از خودتان به عنوان کسی که کمک‌ها را ارائه می‌دهد نکاتی را فرا می‌گیرید.

PFA نه روان‌درمانی است و نه جایگزین آن، ضمن آن که متضمن تشخیص یا درمان هم نیست. PFA به‌ویژه در مناطقی که با فقر بهداشتی یا محدودیت

دسترسی به مراقبت‌های اورژانسی مواجه‌اند یک مداخله مفید در جهت سلامت عمومی محسوب می‌شود، همچنین در جاهایی که به دنبال رخدادهایی مثل بلایای طبیعی و خشونت‌های اجتماعی یا پرخاشگری‌های مربوط به محیط کار دچار ناملایمات شده‌اند ظرفیت عمومی را به مقدار قابل ملاحظه‌ای بالا می‌برد. به نظر می‌رسد این روش بتواند با استفاده از افرادی که با فضا و فرهنگ بومی آشنا هستند و از طریق بالا بردن ظرفیت عمومی، در افزایش تاب‌آوری همگانی مؤثر باشد. و بالاخره اینکه این روش می‌تواند ابزاری برای ارتقای سلامت رفتاری جامعه تلقی گردد.

ساختار این کتاب با توصیه لئوناردو داوینچی مطابقت دارد که می‌گوید ابتدا باید علم را آموخت، و سپس هنر متولد شده از آن را به کار گرفت. کتاب دارای دو بخش اصلی است: ابتدا «کمک‌های اولیه روان‌شناختی: یک علم» و سپس «کمک‌های اولیه روان‌شناختی: به کار بستن هنر». بخش نخست به تعاریف، مفاهیم و تاریخچه PFA، و مرور عواقب روانی آسیب و بلایا می‌پردازد. همچنین واکنش‌های رایج و قابل انتظاری را که ممکن است در صحنه حادثه با آن مواجه شوید بررسی می‌کند. بدین ترتیب این مرور می‌تواند مبنای تجربی توسعه و اجرای برنامه‌های PFA باشد.

در بخش دوم به کار بستن PFA را شرح می‌دهیم و برای آموزش مدل RAPID PFA جانز هاپکینز یک رویکرد گام به گام ارائه می‌کنیم. در ساختار هر فصل به تعریف مؤلفه‌ها، بررسی مسیر شکل‌گیری، و تفهیم مکانیسم‌های مورد بحث می‌پردازیم و سپس راهکارهای اجرایی را مطرح می‌کنیم. سپس عوامل مؤثر هر بخش از مداخله بر اساس یک مطالعه موردی تبیین می‌شود و در نهایت فصل را با مرور نکات کلیدی به پایان می‌بریم.

به هر حال مداخلات روان‌شناختی در بحران و سلامت روانی در بلایا، و نیز خود PFA که می‌تواند جزء اصلی آنها محسوب شود همچنان به تکامل خود ادامه می‌دهند، چرا که تجربیات جدید باعث تغییر درک و نحوه اجرا می‌شوند. دکتر برترام براون، مدیر سابق مؤسسه ملی روان‌شناسی سلامت، مدعی است در این حیطه استاندارد کاملی وجود ندارد و آنچه هست مورد اختلاف است. طبعاً پیگیری یک مسئله چالشی با سختی بیشتری مواجه خواهد بود. امید است کتاب پیش رو در این زمینه و ابهامات

مربوطه روشننگر باشد.

منابع

- Caplan, G. (1964). Principles of preventive psychiatry. New York, NY: Basic Books.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. American Journal of Psychiatry, 101, 141–148 . <http://dx.doi.org/10.1177/ajp.101.2.141>.
- Salmon, T. (1919). War neuroses and their lesson. New York Medical Journal ,108, 993–994.

قدردانی

این کتاب حاصل چهار دهه تجربه است، بنابراین افراد بی‌شماری در شکل‌گیری آن نقش داشته‌اند، از جمله تربیت‌کنندگان فکری من در دانشگاه هاروارد، دکتر میلون و دکتر مک کلند؛ دکتر میچل که به من آموخت چگونه بر بی‌نظمی فایق شوم؛ دکتر پارکر، دکتر بارنت و ناتالی سیمون در دانشکده بهداشت عمومی جانز هاپکینز بلومبرگ که به من کمک کردند از درمان‌گر به پژوهش‌گر تبدیل شوم؛ و نیز دکتر لینکز که همیشه مدیون او هستم چرا که باعث رنسانس حرفه‌ای من شد. از همهٔ ایشان سپاسگزارم. (جورج اورلی)

از دکتر بونو، برای بیست و پنج سال مربی‌گری و دوستی سپاسگزار هستم. همچنین از دکتر پریچ، مدیر (بازنشسته) ارزیابی کارمندان سنای آمریکا تشکر می‌کنم. از مارک دنزیک، دفتر امنیت دیپلماتیک وزارت امور خارجه آمریکا؛ و آلن مک‌دگال، مدیر و هماهنگ‌کننده تیم واکنش اضطراری در مجتمع فولادسازی بابت تشویق، دلسوزی و ایستادگی‌اش در پیشبرد استفاده از کمک‌های اولیهٔ روان‌شناختی ممنون‌ام و اینکه به من اجازه داد در جمع آنها باشم. و از همه مهم‌تر، ممنون خانواده‌ام هستم که برایم آسایش، حمایت و جایی به نام خانه را فراهم کردند. (جفری لتینگ)

از ا. لی مک‌کیب در دانشکدهٔ پزشکی جانز هاپکینز که یکی از حرفه‌ای‌ترین و تأثیرگذارترین افرادی است که تا به حال شناخته‌ایم تشکر می‌کنیم. همچنین از دکتر مایکل جی کِلگ، رئیس دانشکدهٔ بهداشت عمومی جانز هاپکینز بلومبرگ برای حمایت‌هایی که منجر به ایجاد مدل RAPID PFA و این کتاب شد، سپاسگزار هستیم. از آندریا اورلی به سبب خلاقیتش در ارتقای مطالعات موردی استفاده شده در کتاب قدردانی می‌کنیم. از جنیفر هوت برای کمک در تدوین، از رابین دبلیو کلمن، جولیانا مک‌کارتی، آندره بارت، هیلاری ژاکمن، ایزلا همیلتون و انتشارات دانشگاه جانز هاپکینز برای به‌روزرسانی متن، ویراستاری، صبر و شکیبایی در طول پروژه، و کمک به بازاریابی تشکر می‌کنیم. در نهایت، به خاطر سازمان‌دهی و مهارت‌های فنی در کمک به تکمیل این پروژه، قدردان تریسی مارتینو هستیم.

بخش اول
کمک‌های اولیه روان‌شناختی
یک علم

فصل ۱

کمک‌های اولیه روان‌شناختی

تعریف و تاریخچه

بیشتر خوانندگان این کتاب مستقیماً شاهد این بوده‌اند که فرد دیگری مانند یک دوست، یکی از اعضای خانواده، یک همکار یا حتی یک غریبه زیر فشار روانی قرار گرفته باشد. به همین ترتیب هر کدام از ما وقتی با نگرانی کسی روبرو شده‌ایم معمولاً در صدد حمایت از او برآمده‌ایم تا رنجش را کمتر کنیم. تلاش ما گاهی مؤثر بوده است و گاهی نه. حتی بعضاً با وجود سعی ما، مشکل حادث‌تر شده و پریشانی را تشدید کرده است. در چنین وضعیتی تأسف خورده‌ایم که چرا یک جادوی روان‌شناسی یا چه بسا دعایی وجود ندارد تا درد و غم را بی‌درنگ تمام کند و بشود این نوید را داد که «همه چیز روبه‌راه می‌شود». در مجله روان‌پزشکی آمریکا همسو با شواهد ما اظهار شده «آنچه بلافاصله بعد از هر رویداد آسیب‌زا مهم است حمایت روان‌شناختی عملی و واقع‌بینانه همراه با همدلی است» (بیسون و همکاران، ۲۰۰۷، ص. ۱۰۱۷). اگرچه متأسفانه چیزی مثل جادوی روان‌شناختی یا یک کلام مقدس در کار نیست، اما تجربه صد ساله‌ای تحت عنوان کمک‌های اولیه روان‌شناختی (Psychological First Aid: PFA) وجود دارد که امروز به آن استناد می‌کنیم.

تعریف کمک‌های اولیه روان‌شناختی

شاید بهترین راه برای بیان مفهوم PFA آن است که بگوییم این کمک‌ها معادل همان کمک‌های اولیه جسمی هستند منتها برای سلامت روانی. PFA را می‌توان به طور ساده

حضور همدلانه و حمایت‌گرانه‌ای دانست که برای ایجاد ثبات و کاهش فشار حاد و نیز تسهیل دسترسی به مراقبت مداوم طرح‌ریزی شده است. PFA متضمن تشخیص یا درمان نیست. این کمک‌ها حاصل تکامل صدساله همهٔ مداخله‌های روان‌شناختی در بحران است. در این کتاب، به مدل RAPID PFA دانشگاه جانز هاپکینز می‌پردازیم. اهداف این مدل عبارت‌اند از:

۱. رفع نیازهای اولیه؛
 ۲. به ثبات رساندن واکنش‌های حاد روان‌شناختی و یا رفتاری؛
 ۳. کاهش فشار حاد و اختلال عملکرد فرد برای رسیدن به قابلیت‌های سازگاری (تاب‌آوری)؛
 ۴. تقویت مقابلهٔ طبیعی و مکانیسم‌های تاب‌آوری؛ و
 ۵. در صورت نیاز، تسهیل دسترسی به حمایت مداوم یا مراقبت‌های سطح بالاتر.
- مدل RAPID PFA برای تحقق اهداف یادشده، به پنج گام جداگانه متکی است. RAPID ترکیب حروف اول این گام‌ها است:

R—Rapport and reflective listening

ارتباط و گوش دادن بازتابی - مداخلهٔ روان‌شناختی مؤثر، مبتنی بر برقراری ارتباط با افراد تحت فشار است. این ارتباط به مثابه یک رابطهٔ بین‌فردی، زیربنای سایر جنبه‌های مدل خواهد بود.

A—Assessment

ارزیابی - واژهٔ ارزیابی که از این پس زیاد استفاده خواهد شد به غربال‌گری و برآورد اشاره دارد. غربال‌گری یعنی آیا شواهدی وجود دارد که نشان دهد به PFA و یا سایر مداخلات نیاز هست و برآورد یعنی شدت یا میزان نیاز چقدر است؟ این اطلاعات نه از طریق مصاحبهٔ روان‌شناختی یا آزمون‌های روانی، که با گوش دادن به داستان شخص پریشان به‌دست می‌آیند. داستان شامل اتفاقی است که افتاده (رویداد استرس‌زا) و واکنش فرد در پاسخ به آن (نشانه‌ها و علائم).

P—Prioritization

اولویت‌بندی - باید همزمان با شنیدن داستان، نیاز به مداخله و ضرورت آن را تعیین کرد. این کار، یک تمرین تریاژ روان‌شناسی است.

I—Intervention

مداخله - حین شنیدن داستان و واکنش‌های مرتبط با آن، انجام برخی اقدامات برای ایجاد ثبات و کاهش واکنش‌های ناگوار توصیه می‌شود. در ادامه، تکنیک‌های کاربردی و متعددی برای مداخله بیان خواهد شد.

D—Disposition

تعیین وضعیت - هنگام گوش دادن به داستان فرد و انجام مداخله مناسب، باید اقدام بعدی را مشخص کرد. از خودتان یا فردی که کمکش می‌کنید پرسید «بعد از اینجا کجا باید رفت؟» چه در شرایط بهبود چه در صورتی که نیاز به ارجاع باشد، باید برای پیامدهای رفتاری راهکار مناسب در نظر داشت.

مدل RAPID PFA جانز هاپکینز، منحصر به فرد است چرا که برآمده از یک نظریه است، مبتنی بر شواهد است و به طور تجربی اعتباریابی شده است.

گسترش مفهوم PFA

جورج سانتایانا، فیلسوف و مورخ می‌گوید: کسانی که تاریخ را نخوانند محکوم به تکرار آن هستند، یا اینکه در موقعیت مشابه مجبورند کاری را دوباره انجام دهند! پس بیایید یکبار دیگر به طور اجمالی در تاریخچه PFA دقیق شویم. PFA بر دو پایه مفهومی و عملی بنا شده است: مداخله روان‌شناختی در بحران و کمک‌های اولیه پزشکی.

به گفته یکی از نویسندگان پیشگام در زمینه مداخلات روان‌شناختی بحران، «یک کمک کوچک، هدایت منطقی و تمرکز هدفمند در زمان مناسب، از کمک گسترده در دوره‌ای که هیجان فروکش کرده اثربخش‌تر است» (راپاپورت، ۱۹۶۵). بعدها، سوانسون و کربن (۱۹۸۹) در قالب گزارش کار گروهی انجمن روان‌پزشکی آمریکا برای درمان اختلالات روان‌پزشکی، اظهار داشتند که: «مداخله در بحران، برای کمک به رنجوری