

## مداخلات ویژه‌ی سوگ برای کمک به کودکان داغ‌دیده

## Grief intervention for helping bereaved children

مریم جمشیدی سیانکی<sup>۱</sup>

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی از دانشگاه شهید بهشتی

دکتر محمدعلی مظاهری

استاد دانشگاه شهید بهشتی

دکتر علی زاده‌محمدی

دانشیار دانشگاه شهید بهشتی

**Maryam Jamshidi Sianaki**

MA in child and adolescent clinical psychology, Shahid Beheshti Universit

**Mohammad Ali Mazaheri**

PhD, Shahid Beheshti Universit

**Ali zadeh Mohammadi**

PhD, Shahid Beheshti Universit

پذیرش: فروردین ۹۵

دریافت: بهمن ۹۴

نوع مقاله، تحلیلی

<sup>۱</sup> Ma.jamshidi90@gmail.com

## Abstract

Grieving following the death of loved ones is a natural and necessary process. Many people experience it and grief symptoms of most people recover over time, but a group of people haven't skills and abilities that are needed to solve the mourning process, which could be source of many psychological problems. Bereaved children are vulnerable group and they are at risk of social and psychological damage. Although many symptoms that occur immediately after the death of loved person gradually reduce after 6 to 12 months, but the difficulties of some children continue, so these children require clinical intervention. This article presents diagnosis and treatment of prolonged grief symptoms in children. For this purpose the characteristics of normal and abnormal grief in childhood and factors that influence how children react to loss have been explained and then conducted interventions and research in this area have been indicated.

**Key words:** intervention, grief, loss, bereaved children.

## چکیده

سوگواری به دنبال مرگ عزیزان فرایندی طبیعی و لازم است. بسیاری از مردم آن را تجربه می‌کنند و در بیشتر افراد نشانه‌های مربوط به سوگ با گذشت زمان بهبود پیدا می‌کنند، اما گروهی مهارت‌ها و توانایی‌های لازم برای حل فرایند سوگ را ندارند، که خود می‌تواند منشاء بسیاری از مشکلات روان‌شناختی گردد. در این میان کودکان داغ‌دیده یک جمعیت آسیب‌پذیر و در معرض خطر آسیب اجتماعی و روانی می‌باشند. اگرچه بسیاری از نشانه‌هایی که بلافاصله پس از مرگ عزیزان پدید می‌آیند، ۶ تا ۱۲ ماه بعد به تدریج کاهش می‌یابند، ولی مشکلات برخی از کودکان ادامه می‌یابند که نیازمند مداخلات بالینی می‌باشد. این مقاله به تشخیص و درمان نشانگان سوگ طولانی در کودکان می‌پردازد. برای این منظور ویژگی‌های سوگ بهنجار و نابهنجار در دوران کودکی و عوامل تأثیرگذار بر نحوه‌ی واکنش کودکان به فقدان شرح داده می‌شود و سپس مداخلات و پژوهش‌های صورت گرفته در این حوزه معرفی می‌گردد.

**واژگان کلیدی:** مداخلات، سوگ، فقدان، کودکان داغ‌دیده.

## مقدمه

کودکان هنگامی که یکی از والدین، خواهر یا برادر، پدربزرگ یا مادربزرگ، دوست و یا حتی حیوان خانگی مورد علاقه خود را از دست می‌دهند، بسیاری از هیجانات مربوط به سوگ بزرگسالان مانند غمگینی، ناامیدی، خشم، دلتنگی و تنهایی را تجربه می‌کنند (اوپنهایمر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). اما آن‌ها در مقایسه با بزرگسالان به طرز متفاوتی فقدان را تفسیر و سوگ را تجربه می‌کنند (پاریس، کارتر، دای و آرمسورث<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). آن‌ها مرگ را بر حسب سطح تحول شناختی‌شان درک می‌کنند و در مراحل متوالی رشد به همان اندازه که توانایی‌های شناختی و زبانی‌شان رشد می‌کند، ادراکشان از مرگ نیز تغییر می‌کند و به همین علت در هر مرحله به نحو متفاوتی به سوگواری کردن ادامه خواهند داد؛ به بیان دیگر، هنگامی که کودکان در سطوح بعدی رشد پیش می‌روند و بینش عمیق‌تری درباره‌ی فقدان کسب می‌کنند، ممکن است برای یک مرگ دوباره سوگواری کنند و به طور متناوب سوگواری اتفاق بیفتد. در واقع در هر سطح رشدی جدید، کودک ویژگی‌های متفاوت و به تبع آن نیازهای متفاوتی دارد و در نتیجه برای کمک به کودکان داغ‌دیده می‌بایست سطح رشد شناختی و توانایی زبانی آن‌ها در نظر گرفته شوند (اسکرینر<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲).

در میان فقدان‌های متعددی که ممکن است کودکان تجربه کنند، بی‌تردید مرگ یکی از والدین ضربه‌ی فاجعه‌انگیزی برای کودکان است، زیرا آن‌ها برخلاف بزرگسالان که عشق خود را در روابط مهم زندگی‌شان تقسیم می‌کنند، تمام احساساتشان را روی والدین سرمایه‌گذاری می‌کنند (وب، ۲۰۰۲). اگر چه کودکان نمی‌توانند بر سوگشان غلبه کنند اما مانند بزرگسالان می‌آموزند با فقدان والدین، همشیر و یا سایر افراد مهم، زندگی کنند و با آن سازگار شوند. سوگواری یک فرایند مداوم است. سوگ سازگارانۀ کودکی شامل این ویژگی‌ها می‌شود: ۱- کودکان بتوانند

---

1 Oppenheimer

2. Paris, Carter, Day &Armstrong

3 Schreiner

رنج عمیقی که مربوط به از دست دادن فرد محبوبشان است را تجربه کنند؛ ۲- کودکان بزرگتر بتوانند دائمی بودن مرگ را درک کنند. بسیاری از کودکان کوچکتر ممکن است مکرراً پرسند کی او برمی‌گردد و لازم باشد به آن‌ها یادآوری شود که متوفی دیگر بر نخواهد گشت؛ ۳- کودکان قادر به تحمل خاطرات فرد متوفی باشند و نه صرفاً خاطرات خوب، بلکه کلیت فرد را به یاد بیاورند و غالباً در فکر کردن و حرف زدن در مورد متوفی احساس راحتی کنند؛ ۴- در طول زمان شکل رابطه از اینکه کودک فرد را ببیند و با او صحبت کند تغییر پیدا کند و به جای آن رابطه با متوفی در خاطرات شکل بگیرد و فرد با او در افکار و ذهن خود صحبت کند؛ ۵- کودکان بتوانند به آرامی خود را در روابط جدید متعهد سازند اگرچه که روابط جدید نمی‌توانند جایگزین فرد متوفی شوند ۶- کودکان در مسیر تحول سالم رو به جلو حرکت کنند به جای اینکه در یک سطح رشدی متوقف شوند و یا به سطح قبلی واپس‌روی کنند (کوهن و مانارینو، ۲۰۱۱)

بیشتر کودکان این ویژگی‌ها را بعد از یک دوره‌ی نسبتاً کوتاه نشان می‌دهند. البته این نکته قابل ذکر است که سوگواری سازگاران بسیار فردی است و تجربه‌ی سوگ هر کودک با بزرگسالان و با سایر کودکان تفاوت می‌کند و بستگی به سن و سطح تحول کودک دارد (اسوانک<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). حتی کودکانی که سوگواری سازگاران را در چارچوب زمانی خودشان تجربه می‌کنند بعد از گذشت ماه‌ها که به حالت طبیعی برگشته‌اند، ممکن است به صورت ادواری و غیردائمی به دوره‌ی سخت و دردناک سوگ و ناراحتی شدید آن برگردند. از آنجایی که سوگ برای هر فردی منحصر به خود اوست بزرگسالان نباید از کودکان انتظار داشته باشند در یک مدت زمان از قبل مشخص شده سوگواری کنند و بر آن فائق بیایند. کودکانی که ویژگی‌های بالا را نشان

---

1. Cohen & Mannarino

2. Swank

نمی‌دهند، شرایط متفاوتی را تجربه می‌کنند که به آن سوگ طولانی<sup>۱</sup> گفته می‌شود (کوهن و مانارینو، ۲۰۱۱).

### آثار داغ‌دیدی در کودکان

راتر<sup>۲</sup> (۱۹۶۶؛ نقل از اتکینسون و هورنبی<sup>۳</sup>، ۱۳۸۸) اولین کسی بود که به این واقعیت پی برد، کودکان به هنگام انطباق خود با مسئله‌ی داغ‌دیدی دچار مشکلات عاطفی و رفتاری می‌شوند. وی دریافت ۱۴ درصد از کودکانی که به درمانگاه راهنمایی کودکان مراجعه کرده‌اند، در گذشته‌ی اخیر خویشاوند نزدیکی را از دست داده بودند. او متوجه‌ی مشکلات مختلفی همچون رفتار ضداجتماعی، افسردگی و ترس و هراس‌های متفاوت در کودکان داغ‌دیده شد.

کودکانی که مرگ یکی از والدین را تجربه می‌کنند از راه‌های مختلفی سوگ را نشان می‌دهند. مطالعات متعدد در کشورهای مختلف بر روی داغ‌دیدی کودکان و به طور ویژه مرگ والدین، نشان می‌دهند کودکان در چنین موقعیتی، طیف وسیعی از نشانه‌های رفتاری، هیجانی، روان‌شناختی و جسمانی را تجربه می‌کنند و والدین غالباً تمایل دارند اختلال و نشانه‌های کمتری را در فرزندانشان گزارش دهند (پاتر<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰؛ تاجا<sup>۵</sup>، ۲۰۱۲؛ آکرمن و استاتام<sup>۶</sup>، ۲۰۱۱).

### آثار هیجانی سوگ: کودکان از لحاظ هیجانی به روش‌های مختلفی تحت

تأثیر سوگ قرار می‌گیرند. اغلب اوقات در نتیجه‌ی مرگ والدین، اضطراب کودکان بالا می‌رود. معمولاً این ترس‌ها متمرکز بر نگرانی وقوع فقدان‌های بیشتر، امنیت سایر اعضای خانواده و ترس از جدایی است. افسردگی خفیف نیز خیلی از اوقات تجربه

- 
1. Prolonged grief
  2. Rutter
  - 3 Atkinson & Hoernby
  4. Potter
  5. Tejada
  6. Akerman & Statham

می‌شود و ممکن است برای یک سال باقی بماند (آکرمن و استاتام، ۲۰۱۱). به طور کلی نشانه‌های هیجانی شامل افسردگی، اضطراب، گیجی، ترس و خشم و ... می‌شود این واکنش‌های هیجانی به عنوان سوگ درونی‌سازی شده و راهی برای درونی کردن سوگ در نظر گرفته می‌شوند. (آلوارز<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). برون<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۸) مطالعه‌ای بر روی ۱۳۲ کودک که تجربه‌ی سوگ یکی از والدین را داشتند انجام دادند. نتایج نشان داد که شرکت‌کنندگان در این پژوهش خشم را به عنوان اولین هیجان ناشی از مرگ والدین بیان می‌کردند. این کودکان سن مدرسه همچنین نشانه‌های افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه را در طول فرایند سوگواری نشان می‌دادند.

**رفتارهای مرتبط با سوگ:** پاسخ‌های هیجانی می‌توانند به صورت رفتارهای مشخصی نیز نشان داده شوند. این رفتارها می‌تواند همزمان با هیجان سردرگمی تجربه شوند (پاتر، ۲۰۱۰) کودکانی که با یک فقدان ناگهانی مانند مرگ در حال کنار آمدن هستند، ممکن است انگیزه‌ی انجام فعالیت‌ها مانند ورزش، شرکت در گروه‌های اجتماعی و یا تکالیف مدرسه را نداشته باشند و از لحاظ هیجانی فاصله بگیرند و یا حالت گوش به زنگی را نشان بدهند (توسی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳؛ آلوارز، ۲۰۱۱). بسیاری از کودکان نیز با برون‌ریزی رفتارها، قشقرق، رفتارهای دلبستگی مضطرب، و رفتارهای پرخاشگرانه به فقدان واکنش نشان می‌دهند (کلمنتس و برگس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲؛ کلمنتس، درانی‌ری، ویجیل و بناسوتی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴؛ هلند<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸). دانیگ<sup>۷</sup> (۲۰۰۶) استنباط کرد کودکانی که عضوی از خانواده‌شان بیماری علاج‌ناپذیری دارد و در تخریب اموال مانند شکستن آینه‌ها یا بریدن سیم از وسایل برقی درگیر هستند این رفتارهایشان به منزله‌ی تلاش‌هایی برای درگیر کردن والدین در زندگی‌شان است. از نظر آلوارز

- 
1. Alvarez
  2. Brown
  3. Tousi
  4. Clements & Burgess
  5. Clements, DeRanieri, Vigil & Benasutti
  6. Holland
  7. Dunning

(۲۰۱۱) واکنش‌های رفتاری به سوگ نشانه‌های برونی‌سازی‌شده‌ی کودکان ۷ تا ۱۱ ساله محسوب می‌شود. علاوه بر این، رفتارهای واپس‌رونده در برخی کودکان مشاهده می‌شود؛ برای مثال یک کودک دبستانی ممکن است مکیدن انگشت، شب‌اداری یا عدم توانایی بستن بند کفش را بعد از کسب مهارت در آن نشان بدهد (هلند، ۲۰۰۸).  
**آثار روانشناختی سوگ:** مطالعات نشان می‌دهد مرگ یک والد، کودک را در معرض خطر بزرگی برای گروهی از مشکلات مربوط به سلامت روان، مسائل مربوط به عزت‌نفس (هاین، آیرز، سندلر و ولچیک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸) و موفقیت تحصیلی (اندرسون، جیمرسون و ویپل<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵؛ کارل، فریستاد، وردوکی، والر و والر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶) قرار می‌دهد. پهرسون<sup>۴</sup> (۲۰۰۵) در مورد واکنش‌های بیشتر به داغ‌دیدی بحث کرده و اولین آن‌ها را واکنش تحصیلی به مرگ معرفی نموده است. از نظر او واکنش‌هایی که در محیط مدرسه معمولاً نشان داده می‌شوند عدم تمرکز، کاهش نمرات کلاسی، کاهش حافظه، خیالبافی‌های بیشتر از معمول و افزایش غیبت در مدرسه را دربرمی‌گیرد.

**آثار جسمانی سوگ:** پاسخ‌های جسمانی به علائم سوگ در هر کودک و نوجوان ممکن است متفاوت باشد. این نشانه‌ها به عنوان پیامد هم نشانه‌های درونی‌سازی و هم برونی‌سازی در نظر گرفته می‌شوند و شامل از دست دادن اشتها، افزایش و کاهش وزن، تجربه کابوس دیدن، کمبود انرژی، بیماری‌های متعدد، افزایش دل درد یا سر درد، تهوع و استفراغ و بی‌خوابی و پرخوابی می‌باشد (تجادا، ۲۰۱۲؛ آلوارز، ۲۰۱۱) می‌شود.

به طور کلی داغ‌دیدی در دوران کودکی مسئله‌ی مهمی است و درمانگران و مراقبین کودک باید نسبت به نشانه‌های افسردگی، ملالت و کسالت و مشکلات سلوک حساس باشند (کسل، گائو و پریجرسون<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱). البته این نکته حائز اهمیت است

---

1. Haine, Ayers, Sandler & Wolchik

2. Anderson, Jimerson & Whipple

3. Cerel, Fristad, Verducci Weller, R. A., & Weller, E. B

4. Pehrsson

5. Kacel, Gao & Prigerson,

که اغلب کودکان مشکلات جدی را تجربه نمی کنند (هاین و همکاران، ۲۰۰۸)، حتی اکثر کودکانی که والدینشان بر اثر خودکشی و یا سرطان فوت کرده اند، سطوح پایین پریشانی روانی را گزارش کرده اند که این به درجه‌ی مقاومت و انعطاف پذیری کودک اشاره دارد (راتنارجاه و اسکوفیلد<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). همچنین در داغدیدگی ناشی از وقایع آسیب‌زا نیز بالای ۵۰ درصد افراد مقاومت نشان دادند و بنابراین روان‌درمانی باید صرفاً به افرادی که نیاز واقعی دارند اختصاص پیدا کند (مانسینی و بونانو<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲).

### سوگ طولانی

نشانه‌های سوگ بغرنج شامل غم و اندوه شدید، احساس گناه، اشتیاق و حسرت عمیق در مورد متوفی، درگیری ذهنی با عزیز فوت شده و یا اتفاقات پیرامون مرگ، اجتناب از به یاد آوردن فقدان، تندخویی و به سختی اعتماد کردن یا مراقبت کردن از دیگران را شامل می‌شود (هال و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴) البته این نشانه‌ها باید بیشتر از مدت زمانی که انتظار داریم سوگ به پایان برسد ادامه پیدا کند (زتومر و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵). سازمان بهداشت جهانی<sup>۵</sup> در نسخه تجدیدنظر شده ICD-11 اختلال سوگ طولانی را به عنوان یک تشخیص جدید مطرح می‌کند و آن را به عنوان حسرت شدید و فراگیر در مورد متوفی و سایر نشانه‌هایی که در بالا ذکر شد تعریف می‌کند (ماکالوم و بریانت<sup>۶</sup>، ۲۰۱۳). همچنین انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۷</sup> معیارهای موقتی برای تشخیص سوگ بغرنج در پیوست DSM-V تحت عنوان «اختلال داغدیدگی بغرنج ماندگار<sup>۸</sup>» قرار داده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). این اختلال در بخش اختلالات مربوط به

---

1. Ratnarajah & Schofield

2. Mancini & Bonanno

3. Hall & et al

4. Zetumer & at al

5. World Health

6 Maccallum & Bryant

7 American Psychiatry Association (APA)

8. Persistent complex bereavement disorder (PCBD)

استرس در زیر گروه «سایر اختلال‌های ویژه مربوط به استرس و آسیب»<sup>۱</sup> و با ضابطه‌ی «نیاز به مطالعه‌ی بیشتر» مطرح شده است (بویی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین معیارهایی برای کودکان نیز عنوان شده‌اند که قبلاً معتبر نبوده‌اند و بنابراین مشخص نیست که آیا این معیارهای پیشنهاد شده در حال حاضر برای کودکان کاربردی هستند یا خیر (ملهم و همکاران، ۲۰۱۳).

معیارهای پیشنهاد داده شده DSM-V برای اختلال داغ‌دیدگی بغرنج ماندگار:

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

**معیار ب.** از زمان مرگ حداقل یک مورد از نشانه‌های زیر را در طول اکثر روزها و به میزان قابل توجهی تجربه شده باشد:

۱. حسرت مداوم و اشتیاق داشتن برای متوفی؛ در کودکان ممکن است اشتیاق در بازی و یا رفتارهایی مانند رفتار جدایی - پیوستگی مجدد با مراقبین ابراز شود.

۲. غم و اندوه شدید و درد هیجانی در واکنش به مرگ

۳. مشغولیت ذهنی با متوفی

۴. مشغولیت ذهنی با چگونگی مرگ؛ در کودکان این مشغولیت ذهنی ممکن است در زمینه‌ی بازی و رفتار بیان شود و ممکن است به مشغولیت ذهنی با احتمال مرگ دیگر افراد نزدیک گسترش بیابد.

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

اندوه واکنشی به مرگ:

---

1. Other Specified Trauma and Stressor-Related Disorders

2. Bui & et al

۱. پذیرفتن دشوار مرگ؛ در کودکان این مورد بستگی به توانایی کودک برای درک معنا و ثبات مرگ دارد.
۲. احساس شوکه شدن، گیجی و بی حسی هیجانی در مورد فقدان
۳. دشواری در به یاد آوردن مثبت متوفی
۴. تندخویی و یا خشم مرتبط با فقدان
۵. ارزیابی نابهنجار از خود در ارتباط با متوفی مانند سرزنش خود
۶. اجتناب مفرط از به یاد آورنده های فقدان مانند اجتناب از افراد، مکان ها و یا موقعیت هایی که با متوفی ارتباط داشتند؛ در کودکان ممکن است شامل اجتناب از افکار و احساسات مرتبط با متوفی باشد.
- درهم گسیختن هویتی/اجتماعی:
۷. تمایل به مردن و بودن با متوفی
۸. به سختی اعتماد کردن به دیگران از زمان مرگ به بعد
۹. احساس تنهایی و جدا بودن از دیگران از زمان مرگ به بعد
۱۰. احساس بی معنا بودن زندگی یا پوچی بدون متوفی و یا باور اینکه بدون متوفی نمیتواند کاری بکند.
۱۱. سردرگمی در مورد نقش فرد در زندگی و یا احساس نقصان هویت، مانند احساس اینکه بخشی از وجود فرد با متوفی مرده است.
۱۲. دشواری یا بی میلی در دنبال کردن علایق و یا برنامه ریزی برای آینده از زمان مرگ به بعد، مانند روابط دوستانه و فعالیت ها.
- معیار د.** اختلال منجر به رنج روانی معنی دار و یا آسیب به عملکرد فرد در مدرسه، شغل و یا سایر حوزه های مهم شده باشد.
- معیار ه.** واکنش داغدیدگی باید از نظر هنجارهای فرهنگی، مذهبی و سن نامتناسب و ناسازگار باشد.

مطالعات اولیه، شیوع سوگ بغرنج را در جمعیت عمومی بین ۴ تا ۵ درصد و در میان افراد داغ‌دیده ۷ تا ۲۵ درصد تخمین زده‌اند (نیوسن، بولن، هک و تیمیر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱؛ کرس‌تینگ، براه‌لر و گلاسمر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱). مجموعه‌ای از پژوهش‌ها درباره‌ی انواع مختلف فقدان نشان داده‌اند که عدم موفقیت در یافتن معنا به دنبال فقدان مخصوصاً معنادمی به مرگ، با سطوح بالای نشانه‌های سوگ بغرنج در ارتباط است. فقدان‌های غیرمنتظره و نابهنگام مانند مرگ یک کودک معمولاً با جست‌وجوهای زیاد و طولانی برای یافتن معنا همراه هستند و نشخوار ذهنی پیرامون فقدان نشان‌دهنده‌ی افسردگی، اضطراب، خشم و سوگ طولانی‌مدت است. عدم موفقیت در یافتن معنا به دنبال خودکشی، قتل و تصادفات مهلک در مقایسه با مرگ‌های مورد انتظار و طبیعی مانند سرطان و حتی مرگ‌های طبیعی ناگهانی مانند سکته قلبی به عنوان علل بالا بودن میزان نشانه‌های سوگ پیچیده در نظر گرفته می‌شود (هال و همکاران، ۲۰۱۴). به طور کلی نرخ بالای سوگ بغرنج در خویشاوندان داغ‌دیده‌ی بیماران ICU، بیماران مبتلا به سرطان، جمعیت‌های مراقبت تسکینی، افرادی که در اثر سانحه سوگواری شده‌اند، والدینی که فرزند خود را از دست داده‌اند، افراد داغ‌دیده‌ای که ناتوانی‌های ذهنی دارند، بیماران روانپزشکی داغ‌دیده، بیماران دوقطبی، بازمانده‌های قتل و خودکشی و کودکان و نوجوانان داغ‌دیده دارای سند و مدرک پژوهشی می‌باشد (شیر و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱).

### پیش‌بینی‌کننده‌های پیامدهای داغ‌دیدی

کودکان و نوجوانانی که مرگ پدر یا مادر، خواهر یا برادر، خویشاوند و یا یک دوست را تجربه می‌کنند در معرض خطر افزایش آسیب‌های تحولی قرار می‌گیرند، البته همه‌ی کودکان و نوجوانان دچار مشکلات روانپزشکی بعد از داغ‌دیدی نمی‌شوند (آکرمین و استاتام، ۲۰۱۱). به طور کلی عوامل زیادی وجود دارند که خطر مشکلات و

- 
1. Newson, Hek& Tiemeier
  2. Kersting , Brahler & Glaesmer
  3. Shear & et al

اختلال‌های آتی کودکان داغ‌دیده را تعیین می‌کنند. به عبارت دیگر در مسیر داغ‌دیدگی این عوامل جهت، شدت و نشانه‌های آسیب‌شناسی سوگ را تحت تأثیر قرار می‌دهند (جدول ۱). در مجموع می‌توان بیان کرد متغیرهای مربوط به کودک، خانواده، والد فوت شده، والد بازمانده و ماهیت مرگ ماهیت، شدت و مدت پیامدهای سوگ را در کودکان پیش‌بینی می‌کنند (داپ و کین<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲). در این قسمت برای شناسایی داغ‌دیده‌هایی که در بالاترین خطر قرار دارند، پیش‌بینی‌کننده‌های پیامدهای داغ‌دیدگی در کودکان و نوجوانان شرح داده می‌شوند.

### عوامل فردی:

باید توجه داشت که یک واقعه‌ی یکسان کودکان را به نحو متفاوتی تحت تأثیر خود قرار می‌دهد و یک متغیر به تنهایی نمی‌تواند واکنش کودک به مرگ را تعیین کند. از نظر تالوار، هریس و اسلیفر<sup>۲</sup> (۲۰۱۱) کودکان به مرگ بر اساس عواملی مانند سن، سطح رشدی، ماهیت ارتباط با متوفی، احساس ایمنی کودک در روابط فعلی، تجارب زندگی، عوامل شخصیتی‌شان واکنش نشان می‌دهند. مطالعه‌ی راویس، سیگل و کاروس<sup>۳</sup> (۱۹۹۹؛ نقل از آمار<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳) نشان داد که دختران و کودکان کم سن و سال‌تر نسبت به پسرها و کودکان بزرگتر در پی از دست دادن یک والد دچار مشکلات سازگاری بیشتری می‌شوند. همچنین پسران گرایش به برونی‌سازی و تجربه‌ی مشکلات رفتاری در محیط‌های مختلف و مشکلات تحصیلی دارند در حالیکه دختران به سمت مشکلات درونی‌سازی و تجربه‌ی اضطراب، افسردگی و نشانه‌های جسمانی متمایل هستند. سندلر، ولچیک، آیرس، تین و لوکن<sup>۵</sup> (۲۰۰۳) دریافتند ارزیابی‌های خطر، ترس از طرد، عزت‌نفس پایین و کارآمدی فردی کمتر برای کنار آمدن با سطوح بالاتر مشکلات درونی‌سازی در کودکان داغ‌دیده ارتباط دارد. جرگا، شاور و

---

1. Dopp & Cain

2. Talwar, Harris & Schleifer

3. Raveis, Siegel & Karus

4. Amar

5. Sandler, Wolchik, Ayers, Tein & Luecken

ویلیکینسون<sup>۱</sup> (۲۰۱۱) نیز نقش احساس ایمنی کودک در روابط را نشان داده‌اند، آن‌ها عنوان کردند که دلبستگی ناایمن یک عامل خطر برای واکنش‌های شدید سوگ می‌باشد و دلبستگی اجتنابی و اضطرابی به طور معناداری با نشانه‌های سوگ طولانی ارتباط دارد.

### عوامل خانوادگی:

از میان ادبیات پژوهشی موجود، عملکرد مراقب به عنوان یک پیش‌بینی‌کننده‌ی مهم برای بهزیستی کودکان در پی داغ‌دیدی گزارش شده است (آکرمَن و استاتام، ۲۰۱۱). والدگری مثبت، گرمی و انضباط مراقب با مشکلات کمتر بهداشت روانی کودک مرتبط است. همچنین سابقه‌ی هرگونه اختلال روانپزشکی در نسل، سابقه‌ی اختلال دوقطبی در والد فوت شده و سابقه‌ی خانوادگی PTSD پیش‌بینی‌کننده‌ی PTSD در پی مرگ والدین می‌باشد. سابقه‌ی قبلی افسردگی و افزایش اتفاقات منفی زندگی به دنبال داغ‌دیدی به نوبه‌ی خود خطر افسردگی را افزایش می‌دهد. گزارش شده است که سابقه‌ی خانوادگی افسردگی با افزایش نشانه‌های افسردگی در کودکان داغ‌دیده ارتباط دارد (ملهم و برنت<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱).

سطوح بالاتر مشکلات درونی‌سازی‌شده در کودکانی که والدین خود را از دست داده‌اند با محرک‌های تنش‌زا قبل از مرگ و با ضعیف شدن طولانی‌مدت فعالیت کورتیزول وابسته است. افزایش یا کاهش فعالیت کورتیزول منعکس‌کننده‌ی بدتنظیمی محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-فوق کلیه<sup>۳</sup> در پاسخ به استرس می‌باشد. محیط خانوادگی آشفته، اختلاف زناشویی، جدایی طولانی‌مدت، تجربه‌ی قبلی مرگ در خانواده و فشارهای مالی در پی مرگ برخی از محرک‌های تنش‌زا است که با پیامدهای بدتر در کودکان داغ‌دیده مرتبط می‌باشد. بنابراین داغ‌دیدی به خودی خود پاسخ کورتیزول را تغییر نمی‌دهد و کیفیت محیط خانوادگی بعدی حائز اهمیت است (ملهم

---

1. Jerga, Shaver & Wilkinson

2. Melhem & Brent

3. Hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA)

و برنت، ۲۰۱۱). سندلر و همکاران (۲۰۰۳) نشان دادند که مداخله برای بهبود والدگری مثبت و کنار آمدن سازگارانه برای کودکانی که پدر یا مادر خود را از دست داده‌اند، به نحو مؤثری بر پیامدها اثر می‌گذارد.

### عوامل مربوط به مرگ:

برخی عوامل مربوط به مرگ نیز بر داغیدگی کودکان اثر می‌گذارد. در این حوزه اولین عامل تأثیرگذار رابطه با متوفی است. به عنوان مثال مرگ والدین و در مرتبه‌ی بعدی مرگ همشیران بیشترین تأثیر را روی کودکان دارد. در واقع روابط نزدیک‌تر احساسات فقدان بیشتری به همراه دارد (وب<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). سوگ بغرنج در کودکانی که داغ والدین دیده‌اند با افسردگی دو سال بعد از مرگ مرتبط می‌باشد (ملهم و برنت، ۲۰۱۱). عامل تأثیرگذار بعدی میزان ارتباط کودک با متوفی است. آیا کودک در مراسم تشیع جنازه شرکت کرده است؟ آیا کودک جسد را دیده است؟ آیا کودک فرصت خداحافظی کردن با متوفی را داشته است؟ علاوه بر این، نوع مرگ نیز عامل تعیین‌کننده‌ای است. مرگ ممکن است ناگهانی و غیرمنتظره و یا پیش‌بینی‌شده، آسیب‌زا و یا بر اثر علل طبیعی، قابل جلوگیری و یا غیرقابل اجتناب باشد. همین‌طور مرگ می‌تواند با درد مزمن، حاد و یا بدون درد اتفاق بیفتد. علت مرگ می‌تواند از نظر اجتماعی پذیرفته شده باشد و یا با یک برچسب اجتماعی مانند خودکشی و ایذر همراه باشد (وب، ۲۰۱۱). محققان ذکر کرده‌اند که هنگامی که مرگ والدین ناگهانی و غیرطبیعی باشد، کودکان تجربه‌ی دشوارتری خواهند داشت. برای مثال هنگامی یک والد مستقیماً توسط یک عمل انسانی مانند قتل می‌میرد، این کودک نسبت به کودکی که والدش بر اثر علل طبیعی فوت کرده، مشکلات باثبات، طولانی‌تر و شدیدتری را تجربه می‌کند (فرر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). عوامل فرهنگی هم ممکن است تأثیرگذار باشد و باید در نظر گرفته شوند. برای مثال در فرهنگ‌هایی که اعضای خانواده‌های گسترده نقش مهمی را در

<sup>1</sup>. Webb

<sup>2</sup>. Ferre

زندگی کودک ایفا می‌کنند، مرگ خویشاوندی که نسبت درجه یک با کودک ندارد هم می‌تواند تأثیر عمیقی رو او بگذارد (سالوم<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸).

جدول ۱: متغیرهایی که پیامدهای داغ‌دیدگی کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهند (اقتباس از داپ و کین، ۲۰۱۲، صفحه‌ی ۴۴)

| متغیرها                                                                                                                     | مقوله        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| سن<br>جنس<br>ترتیب تولد<br>درک مرگ<br>سازگاری قبل داغ‌دیدگی<br>توانایی‌های رشدی                                             | کودک         |
| تعداد افراد خانواده<br>یکپارچگی<br>سبک‌های مقابله‌ای<br>وضعیت اقتصادی و اجتماعی<br>زمینه‌ی فرهنگی و قومی<br>تعاملات همشیران | خانواده      |
| جنس<br>ماهیت سازگاری قبل از مرگ<br>ماهیت پیوند حفظ شده با متوفی                                                             | والد فوت شده |
| جنس                                                                                                                         |              |

|           |                                                                                                                                           |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| والد زنده | سطح آسیب پذیری<br>اختلاف ادراک شده بین کودک و والد<br>ثبات و پایداری محیط بعد از مرگ<br>گشودگی روابط والد کودک                            |
| سطح حمایت | نوع حمایتی که دریافت می شود<br>منبع حمایت<br>ادراک حمایت<br>تناسب بین حمایت دریافت شده و حمایت مورد انتظار،<br>حمایت مطلوب<br>کیفیت حمایت |
| ماهیت مرگ | قابل پیش بینی بودن<br>نوع مرگ<br>واکنش والد بازمانده<br>عوامل آسیب زا<br>خدمات مراسم تشییع جنازه و یادبود                                 |

### آگاهی کودکان از مفهوم مرگ

یکی از عوامل مهمی که درجات سوگ کودک و نوع واکنش او به فقدان را تعیین می کند، سن تقویمی و سطح تحولی او می باشد. هم سن تقویمی هم سطح تحولی توانایی مفهوم پردازی مرگ توسط کودک و پاسخ او به فرایندهای مربوط به سوگواری تحت تأثیر قرار می دهد (بکمن و کوین<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲؛ پومری و گارسیا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱). این فرض که کودکان مرگ را به طور کامل نمی فهمند، به تحقیقات مرتبط با نظریه ی رشد شناختی پیازه برمی گردد. کودکان در مرحله ی پیش عملیاتی (یعنی تقریباً در ۲ تا ۶ سالگی)

1. Beckman & Coyne

2. Pomeroy & Garcia

خودمحور هستند، همان چیزی را که در لحظه تجربه می‌کنند می‌فهمند و نمی‌توانند دیدگاه دیگران را در نظر بگیرند. شواهد نشان می‌دهد کودکان در این مرحله، فهم ناقصی از چهار مؤلفه‌ی اصلی مرگ دارند. این چهار مؤلفه عبارت‌اند از: (۱) برگشت‌ناپذیری مرگ (یعنی نمی‌دانند جسم متوفی دیگر زنده نمی‌شود)؛ (۲) همگانی بودن مرگ (یعنی نمی‌فهمند هر موجود زنده‌ای می‌میرد)؛ (۳) نمی‌فهمند بعد از مرگ تمام علائم حیاتی شخص قطع می‌شود (یعنی نمی‌فهمند که متوفی دیگر نمی‌تواند غذا بخورد، احساس کند، بفهمد و ...؛ (۴) مرگ ناشی از رویداد خاصی (مثل بیماری، کهنوت، سانحه و ...) است. در ضمن چون خردسالان دنیا را بر اساس تجارب ذهنی خود معنا می‌کنند، مرگ را با تعبیری مثل خواب، جدایی و مصدومیت که تجارب شایع پیش‌دبستانی‌ها هستند، توجیه می‌کنند. در ضمن در این مرحله مرگ را به علل بیرونی (مثل بیماری، مصدومیت و جراحت) ربط می‌دهند نه به علل زیست‌شناختی (شرودر و گوردون<sup>۱</sup>، ۱۳۸۴) کودکان در مرحله‌ی عملیات عینی (یعنی بین ۷ تا ۱۰ سالگی) رفته رفته به همیشگی بودن مرگ پی می‌برند ولی برای خودشان مرگی متصور نمی‌شوند، یعنی فکر می‌کنند فقط آدم‌های پیر می‌میرند (وب، ۲۰۱۱). در واقع مشاهدات سازمان‌یافته نشان می‌دهند که کودکان در این سن قطعیت، جهان‌شمولی، عدم فعالیت و علی بودن مرگ را درک می‌کنند (بارت و بهن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵، اسلووتر و لیونس<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳، اسپیس و برنت<sup>۴</sup>، ۱۹۸۴). در نوجوانی و با آغاز عملیات صوری، درک کودکان از مرگ کامل می‌شود و نظرات دینی انتزاعی هم در برداشت‌های آنان جای می‌گیرد (شرودر و گوردون، ۱۳۸۴).

همانطور که گفته شد در دهه‌های پیش، خیلی از افراد (مانند پیازه) اعتقاد داشتند که کودکان در اواسط دبستان یعنی در حدود ده تا دوازده سالگی به درستی مرگ را درک می‌کنند اما اخیراً پژوهشگران و درمانگران مطرح کردند که مفهوم مرگ

- 
1. Schroeder & Gordon
  2. Barrett & Behne
  3. Slaughter & Lyons
  4. Speece & Brent

مانند سایر مفاهیم به تدریج و در سن‌های مختلف کسب می‌شود. امروزه بر اساس پژوهش‌ها مشخص شده است که کودکان پنج ساله و یا حتی کوچکتر می‌توانند درک دقیقی از مرگ داشته باشند و برخی از کودکان تا دوازده سالگی هم امکان دارد به این درک دقیق دست نیابند. این محدوده‌ی سنی وسیع بیانگر وجود عوامل مختلفی است که می‌تواند درک کودکان از مرگ را تحت تأثیر خود قرار بدهد (هاتر و اسمیت<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸، ماهون<sup>۲</sup>، ۱۹۹۳). برای برخی کودکان سن نشان‌دهنده‌ی سن تحول و درک آن‌ها از مرگ است، اما برای برخی سطح تحول پیش‌بینی‌کننده‌ی دقیق آگاهی از این مفهوم است. درک درست کودکان از مفهوم مرگ به معنی واکنش شدید نشان دادن به مرگ نیست، بلکه درک درست و نادرست مرگ به معنای واکنش نشان دادن متفاوت به مرگ است. پژوهش‌ها اشاره می‌کنند که بیماری، فقدان، مشاهده‌ی مستقیم مردن و زندگی در محیط خشونت‌آمیز بر تحول آگاهی از مرگ تأثیرگذار است. شواهد درباره‌ی تأثیر مخاطرات زندگی دارای ابهاماتی است و به نظر می‌رسد تجربه‌ی فقدان والدین در بدست آوردن مفهوم رشدیافته‌ی مرگ دخالت نداشته باشد (تالوار، هریس و اسشلیفر<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱).

### ضرورت کمک حرفه‌ای برای کودکان

مرگ بخشی از زندگی است که همه انسان‌ها دیر یا زود آن را تجربه خواهند کرد. ویژگی اجتناب‌ناپذیری<sup>۴</sup> و عمومیت<sup>۵</sup> مرگ ممکن است به این نتیجه منجر شود که کمک حرفه‌ای برای یاری افرادی که در اصل در مسیر طبیعی زندگیشان قرار دارند ضروری نیست. این گفته تا حد زیادی درست است و در واقع حمایت خانواده، دوستان و جامعه کمک مناسبی برای بسیاری از افراد داغ‌دیده فراهم می‌آورد. اما

- 
1. Hunter & Smith
  2. Mahon
  - 3 Talwar, Harris, & Schleifer
  4. inevitability
  5. universality

وضعیت کودکان داغ‌دیده متفاوت است. بسیاری از بزرگسالان از اینکه با کودکان درباری مرگ صحبت کنند احساس ناراحتی می‌کنند. یون<sup>۱</sup> (۲۰۰۲)؛ نقل از روتاپت و بکر<sup>۲</sup>، (۲۰۰۷) بیان می‌کند که «در میان تمام موضوعات ممنوع و تابو مرگ فرمانده است» این تابو گاهی خود را به عنوان قانون حرف نزدن نشان می‌دهد و اثر آن بر خانواده می‌تواند ویران‌کننده باشد. نگرانی از این تابو در مدل داغ‌دیدگی و عزاداری خانواده والش و مک گلدریچ<sup>۳</sup> (۲۰۰۴)؛ نقل از روتاپت و بکر، (۲۰۰۷) منعکس شده است. مدل والش و مک گلدریچ (۲۰۰۴) چهار تکلیف سازشی را بدون در نظر گرفتن مراحل ثابت یا آسیب شمردن تجارب سوگ منحصر به فرد انسان‌ها، برای خانواده‌ها پیشنهاد می‌دهد. این مدل سازمان‌یافته به جنبه‌های ارتباطی داغ‌دیدگی توجه می‌کند. والش و مک گلدریچ ارتباطات گشوده و بی‌آلایش، به اشتراک گذاشتن تجربه‌ی سوگ، درگیر شدن خانواده با آداب و رسوم مربوط به عزاداری و تدفین و ابراز احساسات را به خانواده‌های داغ‌دیده توصیه می‌کنند. کودکان و نوجوانان نیاز دارند که شنیده شوند و تشویق شوند که افکار خود را در مورد اینکه چگونه جهان اطرافشان را بعد از یک رویداد آسیب‌زا مانند مرگ یک فرد موردعلاقه می‌بینند، با دیگران به اشتراک بگذارند (تجادا، ۲۰۱۲). این در حالی است که بزرگسالان ترجیح می‌دهند کودکان را از شناخت این واقعیت هولناک زندگی مصون بدارند. بسیاری از بزرگسالان از روی خوش نیتی می‌خواهند کودکان را از مواجهه با مرگ محافظت کنند و بنابراین از بحث با آن‌ها پیرامون مرگ خودداری می‌کنند (تالوار و همکاران، ۲۰۱۱). عامل دیگری که در اکراه بزرگسالان نسبت به بحث درباره‌ی مرگ دخیل است دوسره بودن<sup>۴</sup> تجربه‌ی فقدان می‌تواند باشد. غالباً هنگامی که کودکان داغ‌دیده‌اند، بزرگسالان نیز سوگواری همان فقدان هستند. این بدان معناست که بزرگسالان کمتر برای تسلی دادن کودکان در دسترس قرار دارند، چون خودشان در فرایند سوگواری غرق هستند (وب، ۲۰۰۲)

---

1. Bowen

2 Rothaupt & Becker

3. Walsh & McGoldrich

4. mutuality

همچنین اغلب کودکان به خوبی می‌دانند که والدینشان از مرگ عزیزی آشفته و ناراحت است؛ لذا مشکل درونی که دارند نشان نمی‌دهند تا بر غم و اندوه والدین خود نیفزایند. علاوه بر این کودکان معمولاً احساساتشان را آزادانه ابراز نمی‌کنند و این مسئله ممکن است به اعضای خانواده این را القا کند که «حال کودک خوب است»، در نتیجه به این علت و همچنین به خاطر دلمشغولی والدین با درد و عذاب خود اغلب به نیازهای فرزندان توجهی نمی‌گردد (اتکینسون و هورنبی، ۱۳۸۸).

برای بسیاری از کودکان داغ‌دیده حمایت دوستان نیز خوشایند نیست، زیرا داغ‌دیدی آن‌ها را از سایرین جدا و در آن‌ها احساس متفاوت بودن ایجاد می‌کند. برخلاف بزرگسالان که از همدردی و تسلیت دوستانشان قدردانی می‌کنند و به نحو مثبتی واکنش نشان می‌دهند، بسیاری از کودکان داغ‌دیده دوست ندارند دوستانشان درباره‌ی فقدانشان صحبت کنند. اغلب اوقات همسالان کودک هم در این موقعیت راحت نیستند و نمی‌دانند که چه باید بگویند. به این صورت یکی دیگر از منابع حمایتی بالقوه کودکان داغ‌دیده از بین می‌رود. بنابراین در بسیاری از موارد کودکان داغ‌دیده، خانواده و دوستان را برای تسلی دادن در کنار خود ندارند. حتی اگر کسی در دسترس باشد و بتواند به این مهم دست پیدا کند، دلداری دادن به کودک داغ‌دیده آسان نیست به این علت که کودک درباره‌ی احساساتش بسیار سردرگم و پریشان است، همچنین کودک داغ‌دیده ممکن است نتواند درد و رنج صحبت کردن درباره‌ی کسی که مرده است را تحمل کند (وب، ۲۰۰۲).

### مداخلات سوگ برای کودکان

هنگامی که کودک فقدان والدین و یا یکی دیگر از عزیزان را تجربه می‌کند، درک واقعیت مرگ برای او دشوار است. آن‌ها درباره‌ی علت مرگ او سردرگم هستند. ممکن است دچار احساس گناه شوند و تصور کنند عمل و یا افکار آن‌ها باعث مرگ او شده است. در قدم اول والدین یا معلم با در اختیار گذاشتن اطلاعات مناسب می‌توانند به کودک کمک کنند تا از سردرگمی پیرامون مرگ رها شود (وب، ۲۰۱۱). با

این وجود همانطور که قبلاً هم ذکر شد برای برخی کودکان ممکن است مداخلات حرفه‌ای ضروری باشد.

قبل از هر گونه کمک حرفه‌ای، لازم است به زمینه‌های فرهنگی کودک توجه خاصی شود و درمانگر ارزیابی دقیقی از شرایط کودک به عمل بیاورد (پهرسون، ۲۰۰۵). وب (۲۰۰۲) به سه عامل در ارزیابی کودک داغ‌دیده توجه می‌کند: ۱- عوامل فردی؛ مانند مزاج<sup>۱</sup>، مدرسه، حمایت اجتماعی، تجارب قبلی درباره مرگ؛ ۲- عوامل مرتبط با مرگ؛ مانند تصادفی یا قابل پیش‌بینی بودن و ارتباط کودک با متوفی؛ ۳- فرهنگ، مذهب و هنجارهای خانوادگی. از نظر وب (۲۰۰۲) فرهنگ، مذهب و هنجارهای خانواده در نحوه ابراز سوگ توسط کودک نقش مهمی را بازی می‌کند و درمانگران و مشاوران سوگ باید به این عوامل توجه ویژه‌ای داشته باشند. در هنگام کار کردن با کودکان داغ‌دیده و خانواده‌هایشان، حساس بودن نسبت به چگونگی تأثیر هویت نژادی و فرهنگی کودک، خانواده و جامعه بر نحوه‌ی ابراز هیجان کودک اهمیت زیادی دارد (اوپنهایمر، ۲۰۱۰).

پس از انجام ارزیابی‌های دقیق از وضعیت فرهنگی، خانوادگی و فردی کودک انتخاب درمانی که با سطح تحول شناختی و هیجانی کودک و زمینه‌ی خانودگی و فرهنگی او متناسب باشد، ضرورت دارد (داپ و کین، ۲۰۱۲). کلید اصلی درمان در مداخلات مربوط به سوگ صحبت کردن درباره‌ی مرگ متوفی و احساسات مربوط به آن است و ابراز این مسائل به عنوان یکی از موثرترین درمان‌ها در حوزه‌ی سوگ شناخته شده است (جاکوبی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). بنابراین کودکان و نوجوانان باید بتوانند در فرایند مشاوره آزادانه صحبت کنند. با توجه به بار هیجانی زیاد مسئله‌ی سوگ ممکن است آن‌ها در بیان رنج خود به بزرگسالان احساس ناراحتی نمایند و یا نتوانند احساسات خود را در قالب کلمات بیان کنند. به همین دلیل لازم است مهارت‌های کلامی و مشاوره‌ای به همراه راهبردهای دیگر به کار گرفته شوند و از فعالیت‌های

---

1. temperament

2. Jakoby

لذت بخش و مناسب نظیر داستان‌گویی<sup>۱</sup>، بازی، کولاژسازی<sup>۲</sup>، خاطره‌نویسی، نمایش<sup>۳</sup>، بازی نقش<sup>۴</sup>، کتاب‌درمانی<sup>۵</sup> و انواع فعالیت‌های غیرکلامی که بتوانند در تسهیل بیان احساسات و افکار به آن‌ها کمک نمایند، استفاده شود (هاسل و مارنوچا<sup>۶</sup>، ۱۳۸۳؛ لندرت<sup>۷</sup>، ۱۹۹۱).

مدل‌های مداخله برای کودکان داغ‌دیده سیستم‌های حمایتی طبیعی، مشاوره-ی خانوادگی و فردی و گروه‌های حمایتی همسالان را شامل می‌شود (اوپنهایمر، ۲۰۱۰). سوگ‌درمانی می‌تواند به وسیله متخصصین مختلف مانند مددکاران اجتماعی، روانشناسان و مشاوران انجام شود (اسکرینر، ۲۰۱۲). هدف این مداخلات کمک به کودکان و نوجوانان است تا بتوانند با فقدان کنار بیایند و با وجود رنج کشیدن از آن بتوانند به رشد و پیشرفت خود ادامه دهند. حتی در مواردی که کودکان از لحاظ بالینی دچار اختلال نشده‌اند، سردرگمی، انزوا و احساس متفاوت بودن که در نتیجه‌ی فقدان به وجود می‌آیند، تحمل کردن شرایط را برای کودکان دشوار می‌کنند. لازم است به کودکان کمک کنیم تا متوجه شوند کمک حرفه‌ای گرفتن نشان‌دهنده‌ی ضعف یا بیماری روانی آن‌ها نیست، بلکه نشانه‌ی قدرت آن‌ها در تشخیص دردها و شهادت برای حرکت رو به جلو در زندگی است (اوپنهایمر، ۲۰۱۰).

### سیستم‌های حمایتی طبیعی:

بسیاری از خانواده‌ها و کودکان به دنبال مداخلات بالینی نیستند و به جای آن حمایت و آرامش را از افراد پیرامونشان دریافت می‌کنند. سیستم‌های حمایتی طبیعی برای کودکان داغ‌دیده شامل خانواده، خویشاوندان، دوستان، مدرسه و اجتماع‌های فرهنگی و

- 
1. story-telling
  2. collage making
  3. drama
  4. role playing
  5. bibliotherapy
  6. Haasl & Marnocha
  7. Landreth

مذهبی می‌شوند. معمولاً چون والدین خود داغ‌دیده‌اند و کمتر از لحاظ هیجانی در دسترس کودکان هستند، توصیه می‌شود که در ابتدا والدین برای خودشان کمک بگیرند تا بتوانند از فرزندانشان حمایت کنند. سایر افرادی که در دنیای کودک حضور دارند مانند خویشاوندان، دوستان، مشاور مدرسه یا معلم می‌توانند تا زمانی که والدین با سوگ کنار بیایند از کودک حمایت کنند. مدرسه می‌تواند یک سیستم حمایتی مهم تلقی شود زیرا کودک زمان زیادی را در مدرسه می‌گذراند (اوپنهایمر، ۲۰۱۰). دوکا<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) راهنمایی‌هایی برای معلمان ارائه داده است تا بتوانند محیط حمایتی خوبی برای کودکان داغ‌دیده ایجاد کنند. برخی از این راهنمایی‌ها شامل این موارد می‌شود: احترام گذاشتن به احساسات و ترس‌های کودک، صبور بودن نسبت به بازگویی و تکرار، حساس بودن به احساس متفاوت بودن کودک، دادن حس کنترل به او، شناختن تأثیرات سوگ بر عملکرد مدرسه و توجه به بروز مشکلات و در صورت لزوم ارجاع کودک به روانشناس.

### برنامه‌های خانوادگی داغ‌دیدی:

برنامه‌های خانوادگی داغ‌دیدی بر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مثبت متمرکز هستند و گفتگوی ساختارمند پیرامون سوگ را هدایت می‌کنند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این برنامه‌ها در کاهش واکنش‌های سوگ کودکان و نوجوانانی که والدینشان فوت کرده‌اند، تأثیر داشته‌اند (سندلر و همکاران، ۲۰۱۰). خانواده‌درمانی سوگ بر انعطاف‌پذیری خانواده در پاسخگویی به چالش‌ها تأکید می‌کند و هدف آن توانا کردن خانواده به منظور کاهش نشانه‌های تنیدگی است (شاپیرو<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). خانواده‌درمانی بر آموزش بهبود کیفیت رابطه‌ی والد - کودک و افزایش تعاملات خانوادگی به والدین کودکان و نوجوانان تأکید می‌کند (هاین و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین والدین می‌توانند با تقویت فرزندپروری مثبت مانند گرمی روابط، تعاملات آزاد و انضباط مؤثر نقش مهمی در

<sup>۱</sup>. Doka

<sup>۲</sup>. Shapiro

سازگاری هیجانی کودکان و نوجوانان داشته باشند (اسکرینر، ۲۰۱۲). سندلر و همکاران (۲۰۰۳) اثر بخشی برنامه‌ی خانوادگی داغدیدگی را در ۱۵۶ خانواده طی ۱۲ هفته بررسی کرد. پژوهشگران دریافتند خانواده‌های شرکت‌کننده، پس از اجرای برنامه-ی درمانی در حوزه‌های عوامل خطر و حمایتی پیشرفت کرده‌اند. پیگیری بعد از ۱۱ ماه، بهبودی را تنها بین دخترها و خانواده‌هایشان نشان داد و همچنین در مرحله‌ی پیگیری مشکلات سلامتی این گروه از نمره‌های خط پایه پایین‌تر بود. آن‌ها همچنین بیان کردند نیاز به بررسی مداخلات دیگری که در پسرها و خانواده‌هایشان بهبودی طولانی‌مدت به همراه داشته باشد، وجود دارد. سندلر، ولچیک، آیرس، تین و لوکن (۲۰۱۳) نیز آثار بلندمدت برنامه‌های خانوادگی داغدیدگی بر کودکان و مراقبین آن‌ها را پس از گذشت ۶ سال گزارش داده‌اند.

### درمان فردی:

درمان فردی سوگ کودکان و نوجوانان بر مهارت‌های مقابله‌ای مثبت و عزت‌نفس تمرکز دارد. کودکانی که والدینشان فوت شده‌اند، اغلب اوقات سطح پایین عزت‌نفس را نشان می‌دهند و این مسئله آن‌ها را در معرض خطر مشکلات سلامت روانی بزرگتر قرار می‌دهد. بنابراین درمان فردی کودکان در تمام سنین باید در جهت افزایش عزت-نفس از طریق جانشینی عبارات و افکار منفی با خودگویی‌های مثبت عمل کنند (هاین و همکاران، ۲۰۰۸). به علاوه آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مثبت و تشویق توانایی‌های کودکان و نوجوانان برای پرداختن به مشکلات و هیجان‌هایشان، آن‌ها را در هدف-گذاری و تحقق اهداف شخصی‌شان قدرتمند می‌کند و در نتیجه عزت‌نفس و مقاومت آن‌ها را افزایش می‌دهد (اسکرینر، ۲۰۱۲).

### گروه‌های حمایتی سوگ:

گروه‌های حمایتی برای کودکان و نوجوانانی که با انواع مختلف فقدان مواجهه هستند قابل استفاده هستند. فلسفه‌ی گروه‌های حمایتی فراهم کردن مکان امنی برای کودکان و

نوجوانان است که در آن بهتر سوگ خود را بشناسند، ابراز کنند و با آن کنار بیایند (مورگان و رابرت<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). گروه همسالان کمک می‌کند تا اطلاعات نادرست درباره‌ی مرگ و سوگ تصحیح شوند و به کودکان و نوجوانان نشان می‌دهند که واکنش‌ها به سوگ طبیعی هستند (اوپنهایمر، ۲۰۱۰). برای نوجوانانی که غالباً احساس انزوا می‌کنند، گروه‌های حمایتی مکانی را برای بیان دردها، ترس‌ها و اضطراب‌هایشان با همسالانی که مانند او هستند فراهم می‌آورد (اسکرینر، ۲۰۱۲). عناصر عاطفی و روابط در گروه-درمانی و همچنین تأکید بر پیش‌بینی‌پذیری، محبت و پشتیبانی احساس ایمنی، راحتی و دوست داشتنی بودن را در کودک ایجاد می‌کند و این کلید اثربخشی گروه‌درمانی است (پری و پولارد<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸).

پژوهشگران زیادی اثربخشی مشاوره و گروه‌های حمایتی را برای کودکان سوگووار مورد بررسی قرار داده‌اند. گلدبرگ و لیندن<sup>۳</sup> (۱۹۹۸) ادراک اثربخشی ۷ هفته گروه‌درمانی را برای ۸ کودک بررسی کردند. در پژوهش آن‌ها کودکان احساس تنهایی کمتری را بعد از شرکت در این گروه عنوان کردند، علاوه بر این والدین سه کودک تغییر مثبت و معلمین پنج کودک هم پیشرفت را گزارش دادند؛ بنابراین ادراک کودکان، والدینشان و معلمین از استفاده‌ی گروه‌درمانی برای کودکانی که تجربه مرگ یکی از عزیزانشان را دارند، حمایت می‌کند. تونکینس و لمبرت<sup>۴</sup> (۱۹۹۹) اثربخشی گروه‌درمانی سوگ را در ۱۶ کودک مورد ارزیابی قرار دادند، نتایج این پژوهش نشان داد که نشانه‌های سوگ (افسردگی، هیجان‌های احساس گناه، اضطراب و احساس تنهایی و رفتارهای مخرب) کاهش یافتند. بنابراین حمایت‌های ابتدایی از اثربخشی مداخلات گروهی با کودکان سوگووار وجود دارد. هاس و ریچی<sup>۵</sup> (۱۹۹۹) به بررسی اثربخشی گروه‌های حمایتی برای ۱۷ کودک سوگووار پرداختند. اگرچه شرکت‌کننده‌ها گزارش

- 
1. Morgan & Roberts
  2. Perry & pollard
  3. Goldberg & Lynden
  4. Tonkins & Lambert
  5. Huss & Ritchie

دادند گروه برایشان مفید بوده و با عادی‌سازی وضعیتشان موجب شده احساس تشابه بیشتری با دیگران بکنند، اما هیچگونه تغییر معنی‌داری در عزت‌نفس، افسردگی و کنار آمدن آن‌ها حاصل نشد.

پژوهشگران همچنین برای کشف اثربخشی مداخلات گروهی سوگ کودکان پژوهش‌های کیفی نیز انجام داده‌اند. دیویس، کولینز، استیل، کوک، دیستلر و برنر<sup>۱</sup> (۲۰۰۶) ادراک ۲۱ خانواده را که در گروه‌درمانی سوگ شرکت کرده بودند، بررسی کرد. کودکان گزارش کردند که فرصت برای بیان احساسات و درک آن‌ها، به اشتراک گذاشتن تجارب و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای برایشان مفید بوده است. آن‌ها همچنین از اینکه دیگران نیز احساسات مشابه آن‌ها را تجربه کرده‌اند، احساس راحتی و آرامش می‌کردند. علاوه بر این کودکان بیان کردند که با شنیدن تجارب دیگران نسبت به خودشان بینش بدست آوردند. والدین نیز مطرح کردند که گروه با پرداختن به احساس تنهایی و در عین حال فراهم کردن محیط امن و پرنشاط برای بیان افکار و احساسات و پرورش مهارت‌های مقابله‌ای به فرزندانشان کمک کرده است. در ادامه پژوهش‌های انجام شده در حوزه‌ی مداخلات سوگ برای کودکان، بر اساس فراتحلیل انجام شده در سال ۲۰۱۰ توسط روسنر، کروسه و هاگل<sup>۲</sup> در جدول ۱-۲ آورده شده است.

<sup>1</sup>. Davies, Collins, Steele, Cook, Distler & Brenner

<sup>2</sup>. Rosner, Kruse & Hagl

جدول ۲: پژوهش‌های انجام شده در حوزه‌ی مداخلات سوگ برای کودکان (اقتباس از روسنر، کروسه و هاگل، ۲۰۱۰، صفحه‌ی ۱۱۳-۱۰۶).

| مطالعه                            | نسبت با متوفی                              | نوع مداخله | سن    | وضعیت | مداخله                                                             | گروه کنترل                | حجم نمونه |
|-----------------------------------|--------------------------------------------|------------|-------|-------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------|
| ریان <sup>۱</sup> ، ۱۹۸۲          | عضو درجه یک خانواده و پدر بزرگ و مادر بزرگ | پیشگیری    | ۱۷-۷  | گروه  | گروه حمایتی: عادی-سازی، صحبت کردن درباره‌ی مرگ، ابراز هیجان        | تصادفی، لیست درحال انتظار | ۲۱        |
| اپیه <sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۲ | عضو خانواده                                | پیشگیری    | ۱۵-۹  | گروه  | بحث گروهی پیرامون فقدان، ادراک و احساسات فرد و مهارت‌های مقابله‌ای | ندارد                     | ۸         |
| کوآرمبی <sup>۳</sup> ، ۱۹۹۳       | والد                                       | پیشگیری    | ۱۵-۱۲ | گروه  | مشاوره                                                             | ندارد                     | ۶         |
| آدامز <sup>۴</sup> ، ۱۹۹۵         | عضو خانواده و دوست                         | پیشگیری    | ۱۱-۵  | گروه  | صحبت کردن درباره‌ی خاطرات خوب و بد و آموزش                         | تصادفی، لیست درحال انتظار | ۶<br>۹    |

- 
1. Ryan
  2. Opie
  3. Quarmby
  4. Adams

|   |   | مهارت‌ها                             |                                                                                                                |                                         |           |                                                                                 |                                                                                    |
|---|---|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| ۲ | ۰ | غیرتصادفی -<br>لیست در حال<br>انتظار | موسیقی درمانی بر<br>مبنای<br>تکالیف<br>سوگواری                                                                 | گروه                                    | ۱۲-<br>۱۸ | پیشگیری<br>عضو<br>خانواده<br>و یا<br>دوست                                       | دالتون و<br>کروت <sup>۱</sup><br>۲۰۰۵                                              |
| ۶ | ۴ | غیرتصادفی، بدون<br>درمان             | آموزش روانی،<br>مواجهه، کارکردن روی<br>شناخت‌های<br>ناسازگارانه، مدیریت<br>سوگ و ادامه دادن<br>پیشرفت‌های رشدی | فرد و گروه                              | ۱۰-<br>۱۳ | روان-<br>درمانی                                                                 | گونجیان<br>و <sup>۲</sup><br>همکاران<br>/۱۹۹۷<br>گونجیان<br>و<br>همکاران<br>، ۲۰۰۵ |
| ۶ | ۱ | تصادفی، لیست<br>در حال انتظار        | عادی سازی داغدیدگی<br>و شرکت داشتن<br>اجتماعی                                                                  | کمپ داغدیدگی و<br>جلسه با والدین و<br>۲ | ۱۰-<br>۱۷ | پیشگیری<br>عضو<br>درجه<br>یک<br>خانواده<br>و<br>پدر بزرگ<br>و<br>مادر بزرگ<br>گ | لوی <sup>۳</sup> ،<br>۲۰۰۰                                                         |

---

1. Dalton & Krout

2. Goenjian

3. Loy

|         |                                      |                                                                                                     |                                            |           |                 |                                           |                                                                          |
|---------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------|-----------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| ۱<br>۱  | ندارد                                | گروه حمایتی                                                                                         | گروه حمایتی و<br>گروه والدین               | ۱۲-۶      | پیشگیری         | تعریف<br>نشده                             | کاور <sup>۱</sup> ،<br>۲۰۰۰                                              |
| ۱<br>۸  | غیر تصادفی،<br>لیست در حال<br>انتظار | موسیقی درمانی شناختی<br>رفتاری: شرح مرگ،<br>عادی سازی، آموزش و<br>ابراز سوگ و خشم                   | گروه                                       | ۱۱-۶      | روان-<br>درمانی | کسی که<br>به او<br>علاقه<br>داشته<br>است. | هیلارد <sup>۲</sup> ،<br>۲۰۰۱                                            |
| ۲<br>۶  | ندارد                                | آموزش روانی،<br>مواجهه، کار کردن<br>روی شناخت‌های<br>ناسازگار، مدیریت<br>سوگ، مهارت‌های حل<br>مسئله | گروه                                       | ۱۱-<br>۱۴ | روان-<br>درمانی | عضو<br>خانواده<br>و<br>دوست               | سالتزمن<br>,<br>پینوس،<br>لاینه،<br>استینبر<br>گ و<br>آیسنبرگ<br>۳، ۲۰۰۱ |
| ۴<br>۱  | غیر تصادفی، بدون<br>درمان            | نظریه دلبستگی،<br>پاسخ به فقدان حاصل<br>از خودکشی، مهارت-<br>های مقابله‌ای                          | گروه برای کودک<br>و والدین به ط<br>جداگانه | ۱۵-۶      | پیشگیری         | عضو<br>درجه<br>یک<br>خانواده              | پ<br>ففر،<br>جیانگ،<br>کاکوما،<br>هوانگ و<br>متسج <sup>۴</sup> ،<br>۲۰۰۲ |
| ۲<br>۳۰ | تصادفی، درمان<br>جانشینی: برنامه     | بهبود روابط مراقب-<br>مهارت‌های کودک،                                                               | گروه برای کودک<br>و والدین                 | ۱۶-۸      | پیشگیری         | والد یا<br>مراقب                          | سندلر و<br>همکاران                                                       |

1. Carver

2. Hilliard

3. Saltzman, Pynoos, Layne, Steinberg &amp; Aisenberg

4. Pfeffer, Jiang, Kakuma, Hwang &amp; Metsch

|   |   |       |                           |                                                                                                  |            |                                                        |
|---|---|-------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------|
|   |   |       | به علاوه جلسا<br>خانوادگی | کنار آمدن و حل مسئله                                                                             | مطالهی خود | ۲۰۰۳،                                                  |
| ۱ | ۸ | ندارد | گروه                      | هنردرمانی بیانگر                                                                                 | ندارد      | وب-<br>فربه <sup>۱</sup> ،<br>۲۰۰۳                     |
| ۲ | ۲ | ندارد | خانواده و فرد             | آموزش روانی، تن-<br>آرامی، مهارت‌های<br>مقابله‌ای، شرح داستان<br>آسیب، به یادآورنده-<br>های آسیب | ندارد      | کوهن،<br>مانارینو<br>و<br>کنادسن <sup>۲</sup><br>۲۰۰۴، |
| ۵ |   | ندارد | گروه                      | آگاهی هیجانی، بحث<br>پیرامون هیجان‌ها،<br>داستان، تفکر مسئله<br>مدار و آینده‌گرا                 | ندارد      | راس و<br>هایس <sup>۳</sup> ،<br>۲۰۰۴                   |
| ۱ | ۰ | ندارد | گروه، فرد،<br>خانواده     | آموزش روانی، تن-<br>آرامی، تکنیک‌های<br>هنردرمانی، کنار آمدن                                     | ندارد      | موهلن <sup>۴</sup> ،<br>۲۰۰۵                           |

### نتیجه‌گیری

کودکان گروه آسیب‌پذیری در برابر فقدان هستند و توجه به آن‌ها امری ضروری است چرا که ممکن است به نیازهای متعدد کودکان داغ‌دیده در محیط خانواده به خوبی پاسخ داده نشود. بنابراین برخی از کودکان با مشکلات قابل توجهی مواجه می‌شوند و مربیان و کارکنان بهداشت روانی با چالش بزرگی برای کمک به کودکان در جهت کنار

- 
1. Webb-Ferebee
  2. Cohen, Mannarino & Knudsen
  3. Ross & Hayes
  4. Mohlen

آمدن با نه فقط فقدان والدین بلکه مقابله با طیف وسیعی از مشکلات هیجانی، روانشناختی و تحصیلی کودکان رو به رو هستند (آمار، ۲۰۱۳).

برای کمک به کودکان داغ‌دیده نخست لازم است نشانگان بهنجار از نابهنجار تشخیص داده شوند و وضعیت کودک به ویژه عوامل خطر و حمایتی که می‌تواند بر پیامدهای داغ‌دیدی تأثیرگذار باشد مورد ارزیابی قرار بگیرد. بدیهی است که هر چه عوامل حمایت‌کننده نظیر رابطه‌ی گرم و صمیمی با والد، ثبات شرایط زندگی پس از فقدان، انسجام خانوادگی، دریافت حمایت‌های مناسب از سوی اطرافیان و... برای کودک فراهم باشد و عوامل خطر کمتری وجود داشته باشد پیش‌آگهی بهتر خواهد بود. به همین سبب در این مقاله نشانگان سوگ طولانی در کودکان و پیش‌بینی‌کننده‌های پیامدهای داغ‌دیدی شرح داده شد. علاوه بر این مقاله‌ی حاضر به مداخلات حرفه‌ای برای کاهش نشانگان سوگ طولانی پرداخته است مداخلات متمرکز بر سوگ کودکان می‌تواند به صورت خانوادگی، فردی و گروهی صورت بگیرد. مدل‌های علمی سوگ و کسانی که مشاوره‌ی سوگ و مراقبت داغ‌دیدی را ارائه می‌دهند، معمولاً بر اهمیت صحبت کردن پیرامون فرد از دست داده شده و احساسات سوگ تأکید می‌کنند. صحبت کردن با دیگران فرصتی برای دریافت دیدگاه‌های مختلف، سهم کردن دیگران در خاطرات و ارزیابی احساسات از طریق کلامی کردن آن‌ها فراهم می‌کند. همچنین صحبت کردن از طریق به اشتراک گذاشتن داستان‌های افراد داغ‌دیده در محیط اجتماعی به آنها کمک می‌کند تا به تجربیاتشان معنا ببخشند (جاکوبی، ۲۰۱۴). همانطور که اشاره شد استفاده از روش‌های خلاقانه مانند هنردرمانی، بازی درمانی، نمایش درمانی و... می‌تواند در درمان کودکان داغ‌دیده بسیار مؤثرتر باشد و ابراز هیجانات مرتبط با سوگ را تسهیل نماید.

در این مقاله پژوهش‌های متعددی که به بررسی کارآمدی مداخلات برای کودکان داغ‌دیده پرداخته‌اند اشاره شد. متأسفانه در کشور ما مداخلات سوگ درمانی برای کودکان نیاز به توجه بیشتری دارد. همانطور که در مقاله‌ی حاضر بیان شد، پژوهشگران بسیاری (داپ و کین، ۲۰۱۲؛ پهرسون، ۲۰۰۵ و وب، ۲۰۰۲) بر نقش

فرهنگ در نحوه‌ی واکنش کودکان به سوگ تأکید کرده‌اند. با این وجود در کشور ما مطالعات محدودی به منظور ارزیابی مداخلات داغدیدگی برای کمک به کودکان و نوجوانان انجام شده است. از این میان می‌توان به بررسی اثربخشی بازی‌درمانی برای کاهش نشانه‌های مرتبط با سوگ و آسیب ناشی از واقعه زلزله در کودکان ۳ تا ۶ ساله بم (محمودی قرائی، بینا، یاسمی، امامی و نادری ۱۳۸۵)، اثربخشی هنردرمانی بر کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان داغ‌دیده (جمشیدی، مظاهری و زاده-محمدی، ۱۳۹۳) و بررسی اثربخشی فیلم‌درمانی (مولایی، عابدین و حیدری، ۲۰۱۰)، شن‌بازی‌درمانی (روبن‌زاده، عابدین و حیدری، ۲۰۱۲)، درمان شناختی رفتاری (فرامرزی، عسگری و تقوی، ۱۳۹۱) برای نوجوانان داغ‌دیده اشاره کرد. بنابراین در کشور ما نیاز جلدی برای بررسی مداخلات سوگ درمانی متمرکز بر کودکان احساس می‌شود و لازم است درمان‌های گوناگون مورد بررسی و ارزیابی قرار گیرند، تا میزان کارآمدی آنان در نمونه ایرانی مشخص شود. در واقع این حوزه می‌تواند یک زمینه‌ی مناسب برای پژوهش‌های آتی باشد.

### منابع

- اتکینسون، م. و هورنبی، گ (۱۳۸۸). *بهداشت روانی در مدارس*. ترجمه ا. رهنما و م. فریدی. تهران: آبیژ (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۰).
- جمشیدی سیانکی، م.، مظاهری، م. ع. و زاده‌محمدی، ع. (۱۳۹۳). اثربخشی هنردرمانی بر کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان دارای تجربه‌ی سوگ پدر. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد. دانشگاه شهید بهشتی.
- شرودر، ک. و گوردون، ب. (۱۳۸۴). *سنجش و درمان مشکلات دوران کودکی: راهنمای روانشناسی بالینی و روانپزشکان*. ترجمه م. فیروزبخت. تهران: دائره (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۲)
- فرامرزی، س.، عسگری، ک. و تقوی، ف. (۱۳۹۱). تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر میزان سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی مبتلا به سوگ نابهنجار. *مجله تحقیقات علوم رفتار*، ۱۰ (۵)، ۳۷۳-۳۸۲.

محمودی قرائی، ج.، بینا، م.، یاسمی، م. ت.، امامی، آ. و نادری، ف. (۱۳۸۵). اثر بازی‌درمانی بر نشانه‌های مرتبط با سوگ و آسیب ناشی از واقعه زلزله در کودکان ۳ تا ۶ سال بم. *مجله‌ی بیماری‌های کودکان ایران*، ۱۶ (۲)، ۱۴۲-۱۳۷.

هاصل، ب. و مانوچا، ج. (۱۳۸۳). *مشاوره گروهی با کودکان داغ‌دیده*، ترجمه ن. ادیب‌راد. تهران: انتشارات رشد (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۰).

- Akerman, R., & Statham, J. (2011). Childhood Bereavement: a rapid literature review. *London: Child Wellbeing Research Centre.*
- Alvarez, C. (2011). *A bereavement camp and support program for Latino children coping with the loss of a parent: A grant proposal* (Doctoral dissertation, California State university, Long Beach).
- Amar, s. (2013). Attachment, Parentally Bereaved Adolescents, and High School Outcomes in a Large Inner-City High School. (doctoral dissertation, Walden University).
- American Psychiatric Association. (2013). Persistent Complex Bereavement Disorder, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5, 5th ed. American Psychiatric Publishing, Washington, D. C., pp. 789-792.
- Anderson, G. E., Jimerson, S. R., & Whipple, A. D. (2005). Student ratings of stressful experiences at home and school: Loss of a parent and grade retention as superlative stressors. *Journal of Applied School Psychology*, 27(1), 1-20.
- Barrett, H. C., & Behne, T. (2005). Children's understanding of death as the cessation of agency: a test using sleep versus death. *Cognition*, 96(2), 93-108.
- Beckman, T. O., & Coyne, R. (2012). Loss of a parent by death: determining student impact. *Tarptautinis psichologijos žurnalas: Biopsichosocialinis požiūris*, (10), 109-123.
- Brown, E. J., Amaya-Jackson, L., Cohen, J., Handel, S., Bocanegra, H. T. D., Zatta, E., ... & Mannarino, A. (2008). Childhood traumatic grief: A multi-site empirical examination of the construct and its correlates. *Death Studies*, 32(10), 899-923.
- Bui, E., Horenstein, A., Shah, R., Skritskaya, N. A., Mauro, C., Wang, Y., et al. (2015). Grief-related panic symptoms in Complicated Grief. *Journal of affective disorders*, 170, 213-216.
- Clements, P. T., & Burgess, A. W. (2002). Children's responses to family member homicide. *Family & community health*, 25(1), 32-42.
- Clements, P. T., DeRanieri, J. T., Vigil, G. J., & Benasutti, K. M. (2004). Life after death: Grief therapy after the sudden traumatic death of a family member. *Perspectives in Psychiatric Care*, 40(4), 149-154.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2011). Supporting children with traumatic grief: What educators need to know. *School Psychology International*, 32(2), 117-131.

- Davies, B., Collins, J., Steele, R., Cook, K., Distler, V., & Brenner, A. (2006). Parents' and children's perspectives of a children's hospice bereavement program. *Journal of palliative care*, 23(1), 14-23.
- Doka, K. (1989). *Disenfranchised Grief: Recognising Hidden Sorrow*. Lexington, New York.
- Dopp, A. R., & Cain, A. C. (2012). The role of peer relationships in parental bereavement during childhood and adolescence. *Death studies*, 36(1), 41-60.
- Dunning, S. (2006). As a young child's parent dies: Conceptualizing and constructing preventive interventions. *Clinical Social Work Journal*, 34(4), 499-514.
- Ferrer, G. (2010). *Meaning Through Narrative: A Personal Narrative Discussing Grief And Coping*. (Master dissertation, California State University).
- Goldberg, F. R., & Leyden, H. D. (1998). Left and Left Out: Teaching Children to Grieve through a Rehabilitation Curriculum. *Professional School Counseling*, 2(2), 123-27
- Tonkins, S. A. M., & Lambert, M. J. (1996). A treatment outcome study of bereavement groups for children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 13(1), 3-21.
- Hall, C. A., Reynolds, C. F., Butters, M., Zisook, S., Simon, N., Corey-Bloom, J., et al (2014). Cognitive functioning in complicated grief. *Journal of psychiatric research*, 58, 20-25.
- Holland, J. (2008). How schools can support children who experience loss and death. *British Journal of Guidance & Counseling*, 36(4), 411-424.
- Hunter, S. B., & Smith, D. E. (2008). Predictors of children's understandings of death: Age, cognitive ability, death experience and maternal communicative competence. *Journal of Death and Dying*, 57(2), 143-162.
- Huss, S. N., & Ritchie, M. (1999). Effectiveness of a group for parentally bereaved children. *Journal for specialists in Group Work*, 24(2), 186-196.
- Jakoby, N. R. (2014). Talking about grief: conversational partners sought by bereaved people. *Bereavement Care*, 33(1), 13-18.
- Jerga, A.M., Shaver, P. R., & Wilkinson. R. B (2011). Attachment insecurities and identification of at-risk individuals following the death of a loved one. *Journal of Social and Personal Relationships*, 28(7), 891-914.
- Kacel, E., Gao, X., & Prigerson, H. G. (2011). Understanding bereavement: What every oncology practitioner should know. *The journal of supportive oncology*, 9(5), 172.
- Kersting, A., Brahler, E., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of affective disorders*, 131(1), 339-343.
- Landreth, G.L. (1991). *Play therapy: the art of the relationship*. Muncie, IN: Accelerated Development.
- Maccallum, F., & Bryant, R. A. (2013). A Cognitive Attachment Model of prolonged grief: Integrating attachments, memory, and identity. *Clinical psychology review*, 33(6), 713-727.

- Mahon, M. M. (1993). Children's concept of death and sibling death from trauma. *Journal of Pediatric Nursing*, 8(5), 335-344.
- Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2012). The persistence of attachment: Complicated grief, threat, and reaction times to the deceased's name. *Journal of affective disorders*, 139(3), 256-263.
- Melhem, n. m., & Brent, Dd. A. (2011). Bereavement. *Encyclopedia of Adolescence*, 3, 69-75.
- Molaie, A., Abedin, A., & Heidari, M. (2010). Comparing the effectiveness of group movie therapy (GMT) versus supportive group therapy (SGT) for improvement of mental health in grieving adolescent girls in Tehran. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 832-837.
- Morgan, J. P., & Roberts, J. E. (2010). Helping bereaved children and adolescents: Strategies and implications for counselors. *Journal of Mental Health Counseling*, 32(3), 206-217.
- Newson, R. S., Boelen, P. A., Hek, K., Hofman, A., & Tiemeier, H. (2011). The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *Journal of affective disorders*, 132(1), 231-238.
- Oppenheimer, C. (2010). Use of bibliotherapy as an adjunctive therapy with bereaved children: A grant proposal (Doctoral dissertation, California State Univesity, Long Beach).
- Paris, M. M., Carter, B. L., Day, S. X., & Armsworth, M. W. (2009). Grief and trauma in children after the death of a sibling. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 2(2), 71-80.
- Pehrsson, D. E. (2005). Fictive Bibliotherapy and Therapeutic Storytelling with Children Who Hurt. *Journal of Creativity in Mental Health*, 1, 273-286.
- Perry, B. D., & Pollard, R. (1998). Homeostasis, stress, trauma, and adaptation: A neurodevelopmental view of childhood trauma. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*.
- Pomeroy, E. C., & Garcia, R. B. (2011). *Children and loss: A practical handbook for professionals*. Chicago, IL: Lyceum Books.
- Potter, D. (2010). Psychosocial Well-Being and the Relationship Between Divorce and Children's Academic Achievement. *Journal of Marriage and Family*, 72(4), 933-946.
- Ratnarajah, D., & Schofield, M. J. (2007). Parental suicide and its aftermath: A review. *Journal of Family Studies*, 13(1), 78-93.
- Rothaupt, J. W., & Becker, K. (2007). A literature review of Western bereavement theory: From decathecting to continuing bonds. *The Family Journal*, 15(1), 6-15.
- Roubenzadeh, S., Abedin, A., & Heydari, M. (2012). Effectiveness of Sand Tray Short Term Group Therapy with Grieving Youth. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 69, 2131-2136.
- Salloum, A. (2008). Group Therapy for Children After Homicide and Violence: A Pilot Study. *Research on Social Work Practice*, 18(3), 198-211.

- Sandler, I. N., Wolchik, S. A., Ayers, T. S., Tein, J. Y., & Luecken, L. (2013). Family bereavement program (FBP) approach to promoting resilience following the death of a parent. *Family science*, 4(1), 87-94.
- Schreiner, C. (2012). *Utilizing bibliotherapy and grief resources to promote positive coping among bereaved children and families: A grant proposal* (Doctoral dissertation, CALIFORNIA STATE UNIVERSITY, LONG BEACH).
- Shapiro, E. R. (2007). Whose recovery, of what? Relationships and environments promoting grief and growth. *Death Studies*, 32(1), 40-58.
- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., et al (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and anxiety*, 28(2), 103-117.
- Slaughter, V., & Lyons, M. (2003). Learning about life and death in early childhood. *Cognitive psychology*, 46(1), 1-30.
- Speece, M. W., & Brent, S. B. (1984). Children's understanding of death: A review of three components of a death concept. *Child development*, 55, 1671-1686.
- Swank, J. M. (2013). Obstacles of Grief: The Experiences of Children Processing Grief on the Ropes Course. *Journal of Creativity in Mental Health*, 8(3), 235-248.
- Talwar, V., Harris, P. L., & Schleifer, M. (Eds.). (2011). *Children's understanding of death: From biological to religious conceptions*. Cambridge University Press.
- Talwar, V., Harris, P. L., & Schleifer, M. (Eds.). (2011). *Children's understanding of death: From biological to religious conceptions*. Cambridge University Press.
- Tejada, B. O. (2012). Bereavement support for school children and adolescents. (*Master dissertation*, California State University).
- Tousi, S. (2013). Psycho-Educational grief support groups for grandparent caregivers and their grandchildren. (*Master dissertation*, California State University).
- Webb, N. (2002). *Helping bereaved children: A handbook for practitioners*. The Gilford press.
- Webb, N. B. (2011). Play therapy for bereaved children: Adapting strategies to community, school, and home settings. *School Psychology International*, 32(2), 132-143.
- Zetumer, S., Young, I., Shear, M. K., Skritskaya, N., Lebowitz, B., Simon, N., et al (2015). The impact of losing a child on the clinical presentation of complicated grief. *Journal of affective disorders*, 170, 15-21.