

روانشناسی مرگ

پریسا قاسمی نیا^۱، نسرین السادات رنجبرقدیم^۲

۱. کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران

مجله پیشرفت های نوین در علوم رفتاری، دوره دوم، شماره نهم، تیر ماه ۱۳۹۶، صفحات ۶۳-۵۰

چکیده

مرگ به عنوان بزرگ‌ترین حادثه زندگی، مفهومی پیچیده دارد و میتواند با درد و رنج زیادی همراه باشد. نوع واکنشهای هیجانی افراد در مواجهه با مرگ و پذیرش آن، بستگی کامل به اعمال، رفتار، افکار، ساختار شخصیتی و توان مقابله ای او با مسائل و مشکلات گذشته در طول حیات دارد. روانشناسی، تلاش میکند یک مرگ خوب، بدون رنج، درد و فشار را ایجاد نماید. تعداد غیرقابل درک و زیادی از مطالعات مذهبی- تاریخی، فلسفی و روانشناسی در حوزه ی مرگ وجود دارد. میتوان با اطمینان گفت که آگاهی از مرگ به عنوان یک پدیده در فضای فرهنگی جهان معمولاً در ارتباط با یک موقعیت بحرانی (از دست دادن یک عزیز، مبتلا شدن به یک بیماری) یا پیر شدن بیان می شود که این پدیده ی مرگ نیز در موقعیت های مختلف، جالب می باشد. در نهایت، اقدامات زیادی را میتوان برای استفاده از مفاهیم و دانش تجربی پذیرش مرگ برای جمعیت های بالینی و کلینیکی انجام داد تا پذیرش با مرگ آسان گردد. این مسئله ی خاص، برخی تلاش های اولیه در راستای بهره بری از مرز جدید روانشناسی مثبت پذیرش مرگ را نشان می دهد.

کلیدواژه ها: روانشناسی مرگ، آگاهی مرگ، پذیرش، روانشناسی مثبت

مقدمه

از نظر روانشناسان، تمایل انسان به جاودانگی، فرد در حال مرگ را دچار آسیب‌های زیادی می‌کند. ترس از مرگ همراه با نشانگان جسمی و فیزیکی و نگرانی‌های روان‌شناختی، طی مراحل مرگ هست. زیرا مرگ، روبرو شدن با بزرگ‌ترین مشکل و حادثه زندگی و پذیرش اجباری آن است (کوبلر راس^۱، ۲۰۰۹). مرگ، توقف کامل و بی‌بازگشت اعمال حیات است (پور جواهری، ۱۳۸۳). بیماران درمان‌ناپذیری که در آستانه مرگ قرار دارند، هم‌زمان دو نوع درد را تجربه می‌کنند: درد اول ماهیتی جسمانی و درد دوم ماهیتی روان‌شناختی دارد. اولی را به‌اختصار درد و دومی رنج می‌نامند امروزه، دانش پزشکی در مواجهه با کاهش درد جسمانی این نوع بیماران به پیشرفته‌ای زیادی نائل آمده است، اما متأسفانه نوع مواجهه با رنج روان‌شناختی این قبیل بیماران، به دلیل ماهیت پیچیده آن هنوز در هاله‌ای از ابهام قرار دارد. رنج روان‌شناختی بیماران درمان‌ناپذیر در آستانه مرگ، ریشه در دو رنج وجودی دارد، یکی رنج احساس تنهایی و دیگری رنج احساس بی‌معنایی زندگی (کشفی، ۱۳۸۶). بل سکیتس از مرگ را افکار، ترس‌ها و هیجانات مرتبط به واقعه پایانی زندگی و فراتر از حالت طبیعی می‌داند. هارمون جونز، نیز آن را ترس آگاهانه و ناآگاهانه از مرگ یا مردن می‌داند. اضطراب مرگ، مفهومی پیچیده است که به سادگی قابل توضیح نیست و به طور کلی مشتمل بر مفاهیم ترس از مرگ خود و دیگران است. (جیر^۲، ۲۰۰۲) غیر قابل اجتناب بودن مرگ، تهدید به معنا و وجود است و نیز یک فرصت می‌باشد (تومیر^۳ و همکاران، ۲۰۰۸). افراد آگاهانه یا ناآگاهانه از بین شکل‌های متعدد مواجهه از طریق ممانعت از مرگ یا پذیرش مرگ، انتخاب می‌کنند. ممانعت از مرگ، نتیجه‌ی اضطراب مرگ است و پذیرش مرگ شاید زمانی واضح و مبرهن شود که فرد با بیمار، تصمیم به ایجاد تغییراتی قابل توجه در زندگی خود می‌گیرد (نیمیک و شولنبرگ^۴، ۲۰۱۱). برخی نظریه‌ها و رویکردهای روان‌درمانی در صدد بررسی مستقیم پذیرش مرگ بوده‌اند. درمان فرانکل^۵، از یافتن معنا، امید و چشم‌انداز مثبت در زمان‌های غیرقابل تحمل حمایت می‌کند (فرانکل، ۲۰۰۶). نظریه‌های رشد‌نشان می‌دهند بحران زندگی که افراد را به مواجهه با مرگ خود می‌کشاند می‌تواند منجر به تغییرات درونی مثبت شود (تیدیسچی و کالهن^۶، ۲۰۰۴). چشم‌انداز دیگر، نظریه‌ی مدیریت معنای پل وونگ است - یک نظریه‌ی روانشناسی جامع که فرایندهای مربوط به معنا را مشخص می‌کند- در آن سه فرایند اصلی لازم برای تسهیل در چشم‌انداز بهداشتی پذیرش مرگ وجود دارد: جستجو معنا، ساخت معنا و بازسازی معنا (ونگ^۷، ۲۰۰۸). مولفه اساسی هر یک، استقبال از زندگی به عنوان یک ابزار برای پذیرش مرگ می‌باشد. جستجوی معنا شامل تلاش و کشف معنا می‌باشد حاوی بهره‌بری از ارزش‌های خلاقانه، تجربی و نگرشی در طول یک سفر می‌باشد. ساخت معنا شامل ساخت معنا از طریق زبان، فرهنگ، داستان، تلاش برای کسب هدف و پیشرفت شخصی می‌باشد. بازسازی معنا شامل یکپارچگی رویدادهای ناخوشایند

¹ Kübler-Ross

²Gire

³Tomer

⁴Niemiec&Schulenberg

⁵Frankl

⁶Tedeschi& Calhoun

⁷Wong

و چالشی در یک دنیای منسجم و کاملاً متفاوت می باشد (نیمیک و شولنبرگ^۱، ۲۰۱۱). تئوری های مختلفی در مورد مرگ و مراحل آن از لحاظ هیجاناتی که بر فرد در حال مرگ وارد می شود، ارائه شده است که مهمترین آنها ارائه می شود.

مراحل مرگ از دیدگاه کوبلر راس

کوبلر راس در مصاحبه با بیماران رو به مرگ، یک توالی منظم و مشترکی از پاسخ های هیجانی را در بین آنها مشاهده کرد و معتقد شد که این تجربیات هیجانی جهانی می باشد و شامل پنج مرحله است که فرد در حال مرگ، به ترتیب از آن مراحل می گذرد که شامل: انکار و انزوا، خشم، معامله و چانه زدن، افسردگی و پذیرش می باشد. البته کوبلر راس یک پاسخ هیجانی ششمی را نیز در بیماران رو به مرگ تشخیص داد که در تمام پنج مرحله مردن، ظهور و وجود دارد و آن پاسخ هیجانی «امید» است. کوبلر راس معتقد است: «ضروری است که امید برای بیماران رو به مرگ به هر صورت و شکل حفظ شود، حتی اگر این امید به شکل خیال پردازی ها و تصورات یک مرگ با عظمت باشد، یعنی بیمار امید داشته باشد یا به او امید داده شود که یک مرگ با عظمت دارد و بعد از مرگ از او با عظمت و بزرگی یاد می کنند» (کاتر^۲، ۱۹۹۸). کوبلر راس، تأکید زیادی بر حساس کردن جامعه در برآورده کردن نیازهای هیجانی شخص در حال مرگ و مراقبت پزشکی داشت. اما محققان بعد از او اشکالات اساسی را در مراحل پنجگانه پاسخ های هیجانی بیماران رو به مرگ تشخیص دادند. (کر^۳، ۱۹۹۳) سه مورد از مهمترین اشکالات وارده بر نظریه کوبلر راس عبارتند از، اولاً: استفاده کوبلر راس از کلمه مرحله نامناسب می باشد؛ زیرا به عقیده محققان دیگر، فرآیند مردن به آسانی در سیستم مراحل قرار نمی گیرد. ثانیاً کوبلر راس، نوع بیماری را که تأثیرات متفاوتی بر هیجانات فرد در حال مرگ می گذارد نادیده گرفته است و سوماً: تفاوت های فردی زیادی در پاسخ های هیجانی افراد دیده می شود. در مجموع، تجربیات بیمار در حال مردن بسیار پیچیده تر از پنج مرحله مطرح شده توسط کوبلر راس است. همچنان که شنیدمن تأکید مین ماید، احتمالاً تعامل پیچیده های از هیجانات و تفکرات نوسان دار پذیرش و انکار مرگ که دائماً به یکی از طرفین پذیرش و انکار، میل می نماید وجود دارد. اما برای فهم اینکه کدام یک از جریان پذیرش یا انکار، هیجان مسلط بر بیمار رو به مرگ خواهد شد، بستگی به شخصیت قبلی فرد در زندگی، سبک های مقابله ای او در مقابل با وحشت و مشکلات، شرایط فردی و محیطی و گذشت زمان دارد. (سیگلمن^۴، ۱۹۹۹)

مدل سه مرحله فرآیند مرگ بکمن^۵

بکمن مدلی سه مرحله ای را از فرآیند مردن پیشنهاد کرده است. بکمن معتقد است؛ زمانی که افراد با تهدید مرگ قریب الوقوع روبرو می شوند، با توجه به ویژگی های شخصیتی شان و روشی که در گذشته با مشکلات روبرو می شدند و مقابله می کردند، واکنش نشان می دهند. از این رو، بیماران در حال مرگ فرآیند مرگ، را در مراحل قابل تشخیص و مجزا

1Niemiec&Schulenberg
2Cuttr
3Corr
4Sigelman
5Buckman

نشان نمی دهند. بنابراین، هیجانان بیمار را باید با ساختار شخصیتی و توان مقابله ای گذشته فرد بیمار مورد بررسی قرار داد. کلمن، معتقد است چنین هیجانانی به طور همزمان اتفاق می افتد، نه به صورت متوالی و منظم. همچنین هیجانان دیگری مثل ترس از مرگ، گناه، امید و ناامیدی و شوخ طبعی در هنگام مرگ رخ می دهد که در مدل کوبلر راس نادیده گرفته شده است. بکمن دو اصل اساسی را برای مدل سه مرحله ای خود بیان میکند. اصل اول: مجموع هیجانان و پاسخ های داده شده شخص در حال مرگ، ویژگی های شخصیتی او را به نمایش میگذارند که به شکل فرآیند و مراحل مرگ نیستند و اصل دوم: طی فرآیند مردن، پیشرفت فرد در طی کردن فرآیند مرگ، بستگی به تمیز هیجانان قابل حل و غیر قابل حل دارد. بکمن با در نظر گرفتن این دو اصل، سه مرحله اولیه، حاد و نهایی را در موقعیتهای بالینی مشخص می نماید. یازده هیجان را در مرحله اولیه قرار می دهد که با حل این هیجانان - با کمک یا بدون کمک دیگران - فرد در حال مرگ، وارد مرحله حاد می شود. البته ممکن است برای فردی، مرحله حاد رخ ندهد و ایجاد نشود و در همان مرحله اولی باقی بماند. در چنین صورتی، بکمن پیشنهاد می کند که متخصصان با چنین فردی ارتباط درمانی ایجاد کنند. در مرحله نهایی، هیجانان کمتر بیمار با پذیرش مرگ آشکار می شود. هر چند که ممکن است پذیرش مرگ به صورت قطعی رخ ندهد.

تئوری گلاسر و استراس^۱

گلاسر و استراس با رویکردی جامعه شناختی به تجزیه و تحلیل بافت آگاهی افراد در حال مرگ در موقعیت های بیمارستانی پرداختند. این دو محقق چهار بافت آگاهی را بین کارمندان و بیماران تشخیص دادند که شامل آگاهی محدود، آگاهی تردید، تظاهر متقابل و آگاهی گشوده می باشد که مرکز توجه این دیدگاه، تعامل و میزان آگاهی از مرگ و پذیرش آن در بین کارکنان بیمارستان و بیمار در حال مرگ بود.

تئوری پتیسن^۲

پتیسن مدلی را برای فهم بهتر مرگ پیشنهاد کرد. او معتقد بود که همه انسانها یک خط سیر بر اساس تجربیات و اعمال شان برای زندگی خود تصور می کنند. اما وقتی که یک بحران مثل بحران آگاهی از مرگ خود رخ می دهد، این خط سیر نیز تغییر می کند. بحران آگاهی از مرگ، از سه مرحله بحران حاد، مزمن و پایان عبور می کند. همچنین نظریه های دیگری نیز در مورد مواجه شدن با مرگ و پذیرش آن همانند رویکرد مبتنی بر تکلیف برای مقابله با مردن (کر، ۱۹۹۳) و تئوری آمادگی برای مرگ (کپ^۳، ۱۹۹۸) ارائه شده است که به جهت اختصار از ارائه آنها چشم پوشی می شود.

مدیریت خشم در بیماران در حال مرگ

کوبلر راس خشم را به عنوان بخش جدایی ناپذیر فرآیند مردن به حساب آورد. به این معنا که در موقعیت درمانی، همه انواع ارتباطات برای بیمار در حال مرگ، تیره و خسته کننده به نظر می رسد. در این زمان، پزشکان و متخصصان

^۱Glaser, B. G. & Strauss

^۲Pattison

^۳Copp

سلامت می توانند برای کاهش خشم بیماران رو به مرگ از ده قانون استفاده نمایند که نتیجه آن عبارت خواهد بود از کاهش درد و رنج بیمار، تا او تجربیات مثبتی از اتمام زندگی داشته باشد و بتواند پاسخ های نرمال و بهنجاری به پدیده ی مرگ بدهد. (هاستون^۱، ۱۹۹۹) ده قانون برای مهار خشم بیماران در حال مرگ پیشنهاد می کند: ۱. با بیمار تعامل داشته باشید، اما گرفتار و دربند و اسیر او نشوید. ۲. نوع ارتباطتان با بیمار، از نوع ارتباط بزرگسال با بزرگسال دیگر باشد. ۳. پرخاشگری بیمار را شخصی سازی نکنید و به خود نسبت ندهید. ۴. رویکرد بیمار محور داشته باشید. ۵. پرخاشگری بیمار را یک مکانیسم دفاعی مقابله ای توسط او بدانید. ۶. از ایجاد چیزهای با ارزش توسط بیمار برای خودش حمایت کنید. ۷. مراحل معامله، افسردگی و فقدان - از مراحل مرگ کوبلر راس- را در بیمار کشف کنید. ۸. به بیمار پیشنهاداتی بدهید و پیشنهادات و نظرات بیمار را قبول کنید. ۹. سیستم خانوادگی بیمار را بررسی نمایید. ۱۰. به دنبال نکات مثبت و کم کردن نکات منفی بیمار و زندگی خانوادگی او باشید.

روانشناسی مثبت و مدیریت اضطراب مرگ

روانشناسی مرگ، علم زندگی خوب، زندگی مشارکتی و زندگی معنادار می باشد (سلیگمن^۲، ۲۰۰۲). کمک اصلی این حوزه از روانشناسی مثبت، توصیف و شرح سیستماتیک نقاط قوت و فضیلت شخصیت ها، فرهنگ های سراسر دنیا، دولت ها و سیستم های اعتقادی می باشد (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۵؛ پترسون^۳ و سلیگمن، ۲۰۰۴). برای طرح کلی این دسته بندی ۶ فضیلت و ۲۴ نقطه قوت اشخاص به چشم می خورد. چندین مورد از ۲۴ نقطه قوت طبق این توپولوژی، در بهره بری و مواجهه با اضطراب مرگ، کارآمد می باشند، درحالی که استفاده ی مجاز از هر نقطه قوت دارای پتانسیلی برای کمک به مواجهه با اضطراب مرگ می باشد، برخی بطور خاص نقاط قوت میل و رغبت، خودگردانی، کنجکاوی، قدردانی و معنای معنوی، بسیار مناسب هستند (نیمیک و شولنبرگ^۴، ۲۰۱۱). نقطه قوت خودگردانی اشخاص، یک مکانیزم مهم در کاهش و مدیریت اضطراب مرگ می باشد. خودگردانی شامل لغو افکار، احساسات و رفتارها می باشد (نیمیک و شولنبرگ، ۲۰۱۱). جیلیوت^۵ و همکاران (۲۰۰۶) از ۹ بررسی نتیجه گیری و مشخص کردند افراد با خودگردانی پایین دارای اضطراب مرگ بالایی هستند و نسبت به افرادی با خودگردانی بالا، به مرگ فکر می کنند. بعلاوه، مواجهه تکراری با اندیشیدن به مرگ و میر منجر به خستگی در نقطه قوت خودگردانی می شود.

مفهوم آگاهی از مرگ

عقاید مربوط به مرگ، یکی از حوزه های باقی مانده از سنن، غنی در روابط و منبع جالب پژوهش می باشد. موضوع مرگ، بین حوزه های گسترده ی بشریت وجود دارد. تعداد غیرقابل درک و زیادی از مطالعات مذهبی- تاریخی، فلسفی و روانشناسی در حوزه ی مرگ وجود دارد. میتوان با اطمینان گفت که آگاهی از مرگ به عنوان یک پدیده در فضای فرهنگی جهان معمولا در ارتباط با یک

¹Houston

²Seligman

³Peterson

⁴Niemiec&Schulenberg

⁵Gailliot

موقعیت بحرانی (از دست دادن یک عزیز، مبتلا شدن به یک بیماری) یا پیر شدن بیان می شود که این پدیده ی مرگ نیز در موقعیت های تنظیم ارزش، جالب می باشد (مور^۱، ۲۰۰۲).

درک تفکر مرگ

آگاهی انتزاعی از مرگ، به آگاهی پنهانی و واقعی تقسیم می شود. در مورد آگاهی پنهانی از مرگ، فرد آگاه است که همه می میرند اما دانش مستقیمی از مرگ خود ندارند. به ندرت به مرگ می اندیشد بویژه مرگ خود، چون اندیشیدن به آن، بیهوده یا حتی مضر تلقی می شود. اندیشیدن به مرگ، در کل پذیرفته شده است اما فرد درصدد نادیده گرفتن رویدادهایی است که این واقعیت ها را به وجود می آورند و در غیر این صورت، آنها را فراموش می کند. در فرهنگ مدرن اروپا، آگاهی اصولی از مرگ، نوع غالب آگاهی است و یکی از ویژگی های مشخص آن، این است که حقیقت مرگ، هیچ حسی را استنتاج نمی کند. تنها یک دانش انتزاعی است که در زندگی روزمره ما درک نمی شود (مور، ۲۰۰۲). زمانی که یک فرد، تاثیر مرگ خود بر زندگی خود را درک می کند، می توان از واقعیت بخشیدن به آگاهی از مرگ سخن بگوییم و این معمولا مربوط به موقعیت ها یا فرایندهای قطعی است. در ادامه، برخی از آنها ذکر شده است:

۱. سبک زندگی طبیعی، با واقعیت های طبیعت، یعنی آگاهی فرد از مرگ، هماهنگ است زیرا در این نوع سبک زندگی، فرد بطور مدام مرگ را اطراف خود می بیند، مرگ یک رویداد روزانه و طبیعی است. زندگی کردن به عنوان بخشی از طبیعت، فرد مرگ خود و طبیعی بودن آن را حس می کند. افراد دارای یک سبک زندگی طبیعی نسبت به سبک زندگی شهری، دارای آگاهی واقع بینانه تر از مرگ هستند.

۲. "طبیعی تر و معمولی تر"، واقعیت بخشیدن به آگاهی از مرگ در ارتباط با پیر شدن می باشد. معمولا با به اصطلاح بحران میانسالی شروع می شود که با مستقل شدن فرزندان و ترک خانه، کسب شغل به اوج می رسد که همراه با ترس از آینده می توان آنرا منحنی کرد که نقطه عطف مهم نیز بازنشستگی و حس بیهودگی و ناباروری است که اغلب همراه آن است (مور، ۲۰۰۲).

مرگ و ترس

شناخت مرگ، از نظر روانی برای انسان مشکل است زیرا به معنای ترس های اصلی است. طبق گفته ی رییمان^۲ نوع ترس وجود دارد: ترس از دست دادن هویت، ترس از تنهایی، ترس از تغییرات اجتناب ناپذیری. می توان شاهد ترس از مرگ به عنوان نوع ۴ ام بود جایکه ترس از تغییرات اساسا به عنوان ترس از مجهولات و اغلب همراه با ترس از درد شناخته می شود. موقعیت ها فوق شامل تمام این ترس های انسان می باشند (مور ۲۰۰۲).

¹Moor

²Riemann

ترس، حس ناخوشایندی افراد است، درصدد ممانعت از تماس با آن می باشند- از نظر روانی به یادآوردن مرگ فرد، دشوار است. بنابراین، واقعیت بخشیدن به آگاهی از مرگ، فشار ناشی از محیط پیرامون به شکل موقعیت های یادآور مرگ یا انگیزه ی ایدئولوژیکی قوی را فرض می کند. برای مثال، سامورایی بودن شامل اندیشیدن روزانه به مرگ است که به فرد در ایجاد تنظیم و ترتیب درونی و روشنی درونی کمک می کند. در آیین هند و بودا، آگاه از مرگ خود و دیگران، بسیار مهم تلقی می شود.

فشار ناشی از محیط پیرامون و انگیزه ی ایدئولوژیکی قوی به عنوان فعال کننده های آگاهی از مرگ غالباً دارای ارتباط درونی می باشند- اگر فشار ناشی از محیط، قوی باشد دانش مرگ معمولاً از نظر ایدئولوژیکی برانگیخته می شود. در مذاهب دولت های سنتی، از اهالی هند- امریکایی شمالی گرفته تا مناطق دیگر این امر صادق است (مور، ۲۰۰۲). واقعیت بخشیدن به آگاهی از مرگ فرض می کند. دورانی بعد از این رویداد وجود دارد که طی آن توجه فرد، به فعالیت های دیگر جلب نمی شود. زمانی که مرگ یکی از بستگان نزدیک در زندگی پر مشغله امروزی شکل می گیرد، واقعیت بخشی کنسل می شود. زمانی که این دوره ی تعمق برای مدت طولانی وجود نداشته باشد، آگاهی از مرگ، واقعی نمی شود و مرگ یک فرد نزدیک، به رویدادی تبدیل می شود که در ناخودگاه، سرکوب شده است. چنین رویداد سرکوب شده ای، حتی بعد از یک دوره ی طولانی، در خودآگاه انسان ظاهر می شود (مور، ۲۰۰۲).

پاسخ به آگاهی از مرگ

یکی از قدرتمندترین پاسخ ها به واقعی سازی آگاهی از مرگ، این ایده است که مرگ در واقعیت وجود ندارد. طبق گفته ی ماسینگ^۱، تاریخدان مذهبی استونی، مرگ، یک روان پریشی بشر است. به این باور اشاره دارد که افراد می میرند زیرا به وجود مرگ اعتقاد دارد؛ گرچه چنین واکنشی ممکن است در نگاه اول از دید ایدئولوژی، غیرمنطقی و حتی عجیب به نظر برسد اما طبیعی است. از یک طرف، افراد دارای تجربه ی واقعی از زنده بودن خود هستند- دارای بدن جنبشی برای فعالیت کردن هستند، احساس و افکار دارند و وجود خود را درک می کنند. همزمان، از مرگ خود آگاه هستند. با واقعی کردن آگاهی از مرگ، موقعیت فزونی بین دو قطب شکل می گیرد و این موقعیت، توسط انکار سرسختانه ی وجود مرگ، ظاهر و نشان داده می شود. گاهی نشانه های مشابه، در افرادی رخ می دهد که حس خوبی دارند اما همزمان می دانند بیماری علاج ناپذیری دارند (برای نمونه، اچ ای وی مثبت) اینکه کدام یک از این واکنش ها نشان داده می شوند و به چه ترتیبی در یک فرد خاص شکل می گیرد مبتنی بر گرایش درونی فرد و موقعیتی است که در آن فرد در لحظه ی آگاهی از واقعیت های مرگ قرار دارد. برای مثال، افرادی که به شدت به شغل شخصی گرایش دارند شغل های خود را مجدد ارزیابی می کنند و افرادی که دارای نیازهای پیشرفت زیاد هستند ممکن است حس محدودیت زمان را توسعه بدهند. افرادی که وابسته به خانواده و وابستگان خود هستند روابط انسانی را مجدد ارزیابی میکنند (مور، ۲۰۰۲).

تغییر گرایش در ارزش ها ناشی از واقعیت بخشی به آگاهی از مرگ ممکن است به عنوان فرایند سه مرحله ای توضیح داده شود. در مرحله ی اول، آگاهی از مرگ، واقعی نشده است و فرد به شدت دارای گرایش ارزش اجتماعی گسترده می باشد. در مرحله ی دوم، مرگ، واقعی می شود، دنیا، به روش خود محور درک می شود. ارتباط با گرایش ارزش اجتماعی، کاهش می یابد، و منافع

¹Masing

شخصی اغلب در مقابل منافع اجتماعی ظاهر می شوند. در مرحله ی آخر، منافع اجتماعی و شخصی تطبیق می یابند. درک نفس شخصی در موقعیتی قرار می گیرد که از بقیه بهره می برد. پژوهش ها برای تعادل بین منافع شخصی و اجتماعی، جهانی است و متعلق به آگاهی از مرگ نمی باشد بلکه متعلق به تمام موقعیت هایی است که در آن منافع شخصی به وضوح ظاهر می شود.

مرگ به عنوان یک فرایند

در مطالعات روانشناسی، چندین مرحله ی متفاوت از مرگ توضیح داده شده است. از لحاظ شباهت و سابقه، لیستی از آنها تهیه شده است. مرگ، تنها یک فرایند بیولوژیکی نیست، بلکه طبق گفته ی وایزمن^۱ (۱۹۶۱) دارای مراحل واپس روی زیست دینامیک، اجتماعی-دینامیکی و روانشناسی-دینامیکی می باشد. از نظر وایزمن (۱۹۶۱)، مرگ، جلو چشمان فرد در معنای غیرشخصی، اماری، درون فردی (اندیشیدن به نحوه ی تاثیرگذاری مرگ بر عایق) و بین فردی (درراستای حفظ هویت فرد حتی در مردن) قرار دارد. برای افراد مختلف، مرکز ثقل مردن، دارای مراحل متفاوت است.

در اینجا باید بطور خلاصه، بر سر احساساتی توقف کنیم که احتمالاً فرایند پذیرش مرگ فرد را طبقه بندی می کنند. در فرایند واقعی سازی، حقیقت مرگ فرد، منجر به ترس، حس گناه، و ناراحتی می شود. از طریق احساسات، یک فرد از انکار مرگ خود با پذیرش آن می رسد. بنابراین، اساساً یک فرایند سوگ و عزای معمول است با این تفاوت که شاهد سوگ و عزاداری یکی از عزیزان و وابستگان خود هستیم. واقعی سازی آگاهی از مرگ نیز ما را سوگواری می سازد تنها دلیل، مرگ خودمان است. در مورد سوگواری، ممکن است فرد به مراحل قطعی سوگ گیر دهد، همین مسئله در مورد سوگ و عزای ناشی از مرگ خودمان نیز صادق است. تجربه ی کامل از سوگواری منجر به پذیرش کامل این رویداد می شود که باعث غم و اندوه شده است. این مسئله، شناخت احساسات و مهارت های فرد و اعتماد به بیان احساسات فرد را در نظر می گیرد. وابستگی به مرحله ی ترس ناشی از اندیشیدن فرد به این مسئله است که باید شجاع و توانا باشم، ترس را تصدیق نکنم و نپذیرم، از یافتن راه حل برای آنها سخن نگویم. دلیل دیگر وابستگی به مرحله ی ترس این واقعیت است که ترس به عنوان یک حس اغلب ناخوشایند است و فرد خواستار تجربه کردن آن نیست. بنابراین، در برگزاری عزای، بیان احساسات متفاوت حتی بروز احساساتی که ناخوشایند تلقی می شوند حائز اهمیت می باشد. عزاداری که اغلب طولانی و طاقت فرسا و وابسته به مرحله ی سوگ می باشد، بخاطر تمایل انسان به تلاش برای احساسات خوب (لذت، خوشی، رضایت و ...) و ممانعت از احساسات بد (عصبانیت، ناراحتی، حسادت و ...) است. طبق این گرایش، احساسات خوب (لذت، خوب را میتوان اهداف فرد تلقی کرد. قابل بحث است که چنین برخوردی با احساسات، که از نظر روانشناسی سطحی و اشتباه است حتی در مشاوره ی روانشناسی و مطالعات جهتدار به سمت مخاطبین، گسترده است. بطور طبیعی، چنین گرایشی، به تعداد زیاد توسط کتب و فیلم های حوزه ی سرگرمی و تفریحی، بازتولید می شود (مور، ۲۰۰۲).

تأثیر مذهب بر بیماران در حال مرگ از دیدگاه روانشناسی

^۱Weisman

تحقیقات به ارتباط مثبت بین کاهش درد و رنج مرگ با میزان مذهبی بودن فرد، اشاره دارند. جوامعی که اعمال مذهبی بیشتری انجام می دهند، اضطراب به مرگ کمتری دارند (دافو هونگ^۱، ۱۹۹۵) افرادی که انگیزه مذهبی درونی دارند، اضطراب مرگ کمتری دارند (تورسون^۲ و همکاران، ۱۹۹۳) اعتقاد قویتر به دنیای پس از مرگ نیز با شدت اضطراب مرگ ارتباط منفی دارد. اضطراب مرگ با افسردگی، اضطراب منتشر و افکار خودکشی همراه است که همه این موارد منجر به کاهش عملکرد در یک فرد می شود. (مسعودزاده و همکاران، ۱۳۷۸)

روان درمانی بیماران در حال مرگ

اشتراکات زیادی بین رویکردهای مختلف رواندرمانی در مواجهه با بیماران در حال مرگ وجود دارد. ویژگی های منحصر به فرد بیماران در حال مرگ، شرایط و مشکلات خاصی را برای متخصصان سلامت روان ایجاد می کند. همه این بیماران در زمان محدودی خواهند مرد و درمان نیز باید در این محدودیت زمانی انجام شود. دادن عنوان «در حال مرگ» به یک فرد او را در زمره طبقه خاصی از انسانها قرار می دهد که نیاز شدیدی به درمان های هیجانی، اجتماعی و روحی دارند. فرد در حال مرگ، امیدی به بهبودی ندارد، از این رو، نگرش ها، راهبردهای رواندرمانی، اهداف ساختار و فرآیند درمان با توجه به نیازها و شرایط بیمار رو به مرگ باید تغییر نماید (کوکین^۳، ۲۰۰۲). در رواندرمانی بیماران در حال مرگ، درمانگر با محدودیت زمانی، اهداف درمانی کوچکتر و محدودتر و شرایط خاص دیگر مثل نیاز به مراقبت های پزشکی، درگیر می باشد.

رویکرد روانکاو

رویکرد روانکاو بر روی تعارضات هیجانی و مکانیسم های دفاعی افراد تمرکز می نماید. تعارضات و دفاع های خاصی در افراد در حال مرگ به وجود می آید. مرگ، بزرگترین بحران زندگی فرد است. اریکسون آخرین مرحله رشد من (Ego) را یکپارچگی من در برابر ناامیدی نامید. ناامیدی، بحرانی است که در مقابله با مرگ ایجاد می شود. شکست اتحاد و یکپارچگی قبلی من، می تواند ترس از مرگ را شدت ببخشد و یک نگرش شکست و ناامیدی را جایگزین نماید (اریکسون^۴، ۱۹۵۹). هدف اصلی درمان های روانکاو با بیماران در حال مرگ، بازشناسی تعارضات و جایگزینی دفاع هایی است که بتواند نگرش های هیجانی سالمی را نسبت به مرگ ایجاد نماید. در فرآیند درمان ممکن است نیاز شود بر روی بعضی از مشکلات و تعارضات قدیمی و تثبیت شده که با بحران مرگ تشدید شده، کار شود. هدف درمان روان پویایی با بیماران در حال مرگ ایجاد بینش نمی باشد؛ زیرا به دلیل محدودیت زمانی، تغییرات شخصیتی بزرگ، نمی تواند هدف درمان باشد. درمانگر با قبول وضعیت دفاعی بیمار، برای غلبه بر نتایج خود شکننده (defeating-Self) این مکانیسم ها تلاش می کند.

رویکرد انسان گرایی

¹Duff,R,&. Hong

²Thorson

³Culkin

⁴Erickson

مرگ، در رویکرد انسان‌گرایی، نقشی ضروری و مهم را بازی می‌کند. در فلسفه وجودگرایان هستی و مرگ از جایگاه خاصی برخوردار است. آگاهی از مرگ به انسان کمک می‌کند تا ارزشها و اهدافش را در زندگی مشخص کند و به هستی انسان کمال و معنا بخشد. مرگ تهدید کننده مطلق وجود انسان است. مرگ باعث می‌شود تا قدر زندگی محدود خود را بهتر بدانیم و برای نیستی آماده شویم. (کستنباوم^۱، ۱۹۹۸) هدف درمان انسان‌گرایی در روبرو شدن با مرگ، کمک به تکامل انسان تا حد ممکن است. البته این رویکرد درمانی به دنبال دادن امیدهای واهی و خوشبینی نمی‌باشد. تلاش درمانگر در بسیج کردن میل بیمار برای زندگی، تشویق و تلاش برای بیان خود، رشد خود و تسهیل خودشکوفایی است. لیشن یکی از طرفداران این رویکرد، دیدگاهش را در باره درمان انسان‌گرایی در یک جمله چنین بیان می‌دارد. «هدف واقعی درمان، کمک برای چگونه زندگی کردن است، نه چگونه مردن» (لیشن^۲، ۱۹۶۹).

رویکرد رفتارگرایی

رفتارگرایان در درمان بیماران در حال مرگ بر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مناسبتر و کمک بهتر در مواجهه با این بحران تأکید می‌کنند. مرگ قریب الوقوع یک موقعیت استرس‌زای وحشتناک است که نهایت واکنش‌های هیجانی، اضطراب و افسردگی را ایجاد می‌کند و باعث می‌شود باقی مانده عمر فرد نیز به سختی و عدم رضایت بگذرد. نشانگان بیماران در حال مرگ از طریق بعضی از تکنیک‌های رفتاردرمانی قابل مدیریت است. مثلاً آرامش‌آموزی و حساسیت‌زدایی در کمک به تسکین ترس و تنش، فوق‌العاده کمک‌کننده می‌باشد. همچنین مهارت‌های خودمدیریتی، پس‌خوراند زیستی و خوددهینوتیزمی در کنترل آشفتگی هیجانی بیماران مفید هستند. هدف اساسی درمان از دیدگاه رفتارگرایی، فراهم کردن بعضی از مهارت‌های مقابله‌ای است که بیمار در حال مرگ بتواند کنترل بیشتری بر روی زندگیش داشته باشد و عدم رضایت او را کاهش دهد. اکتساب مهارت‌های مقابله‌ای نه تنها احساسات منفی را کاهش می‌دهد بلکه در بهبود عزت‌نفس، شایستگی و خودکارآمدی بیمار در حال مرگ موثر است.

رویکرد خانواده

در رویکرد خانواده‌درمانی ممکن است از انواع روش‌های درمانی استفاده شود. بیماران در حال مرگ، اغلب یک نیاز برای نزدیکی و ارتباط و حمایت از دیگران دارند. خانواده‌درمانی میتواند ارتباطات موثرتر و گشوده‌تری را ایجاد کند. مکانیسم‌های دفاعی اعضای خانواده می‌تواند مشکلات بیشتری همچون انکار حقیقت و ایجاد خشم را برای بیمار در حال مرگ ایجاد نماید. خانواده‌درمانی می‌تواند در قبول حقیقت مرگ، همکاری و ارتباط بیمار با دیگران و بالا بردن کیفیت زندگی شخص در حال مرگ کمک‌کننده باشد. خانواده‌ها، عموماً دامنه‌ای از هیجانات شدید مثل خشم، ترس، گناه و افسردگی را تجربه می‌کنند. اعضای در خانواده‌درمانی، برای فهم، بیان و پیش‌بینی مرگ عزیزان‌شان تشویق می‌شوند.

^۱Kastenbaum

^۲LeShan

نتیجه گیری

در کل تاریخ، انسان به معنای مرگ و میر، اندیشه و مکانیزم های دفاعی در برابر ترس از مرگ را در سطوح فردی و فرهنگی تشریح کرده است. اکنون دارای مطالعات زیادی در حوزه ی انکار مرگ و مدیریت ترس هستیم (پیژینسکی^۱ و همکاران، ۲۰۰۲). مسئله ی مربوط به انکار مرگ این است مهم نیست چقدر سخت برای سرکوب و فرو نشانیدن آگاهی از مرگ تلاش کنیم، اضطراب ما از مرگ، در نشانه های متنوعی از قبیل نگرانی، افسردگی، تنش و چالش بروز می کند (یالوم^۲، ۲۰۰۸). مسئله دیگر مربوط به انکار مرگ این است که محکوم به شکست است. دیر یا زود، رویدادهای متعددی در زندگی از قبیل بیماری یا مرگ معشوق، ما را در مقابل واقعیت سرسختانه ی مرگ و میر قرار می دهد. یالوم (۲۰۰۸) بیان کرد نگرانی مخفی و آگاهانه از مرگ اگر به اندازه ی کافی بررسی نشود ممکن است رفاه ما را تحلیل ببرد و مانع مشارکت کامل ما در زندگی شود. مشغله ی زندگی پیدا کردن و آزرده شدن از ترس از مرگ می تواند مانع زندگی کردن ما شود و چون، انرژی بسیار زیادی صرف انکار یا ممانعت از مرگ می شود. تاحدی به نگرانی از مرگ ادامه می دهیم که آزادانه زندگی نمی کنیم. ممکن است جهت ممانعت از درد جدایی، عاشق نشویم. یالوم (۲۰۰۸) اشاره کرد که برخی، وام زندگی را برای ممانعت از بدهی مرگ، تکذیب می کنند. از دید هستی، جهت کامل و شاد زندگی کردن، به درگیری و مشغول شدن به آنچه از ش می ترسیم نیاز داریم (ونگ و تومیر^۳، ۲۰۱۱).

با در نظر گرفتن موارد فوق، تمرکز بر فرایند پذیرش مرگ، برای روانشناسان زمان زیادی می برد. دلایل زیادی برای بهره بری مثبت از مسائل تیره و مبهم وجود دارد. شامل شناخت کاملتر معنای زندگی و آماده شدن بهتر برای زندگی و مرگ خوب داشتن می باشند. پژوهش در حوزه ی مرگ خوب متشکل از مرز جدیدی از جنبش روانشناسی مثبت می باشد. به یادگیری درباره ی نحوه سخن گفتن از مرگ به روشی نیاز داریم که آزادانه، انسانی و ارتقا دهنده ی زندگی باشد. با شناخت فزونی پذیرش مرگ ممکن است رفتار با یکدیگر را برحسب احترام و شفقت فرا بگیریم (ونگ و تومیر، ۲۰۱۱) بنابراین گرچه این احتمال وجود دارد که وجود بارز مرگ حتی چند سال بعد از درمان ادامه داشته باشد (لیتلی و سایرین^۴، ۲۰۰۴). اما برخی متغیرهای بین فردی در سطح تغییر پذیرش مرگ طی گذر زمان وجود دارد. به نظر می رسد در نهایت، اقدامات زیادی را می توان برای استفاده از مفاهیم و دانش تجربی پذیرش مرگ برای جمعیت های بالینی و کلینیکی انجام داد تا پذیرش با مرگ آسان گردد. این مسئله ی خاص، برخی تلاش های اولیه در راستای بهره بری از مرز جدید روانشناسی مثبت پذیرش مرگ را نشان می دهد.

منابع

¹Pyszczynski

²Yalom

³Wong, P. T., & Tomer

⁴Little, M., & Sayers

- پورجوهری، علی (۱۳۸۳). پیوند اعضا و مرگ مغزی در آینه فقه، چاپ اول. تهران، دانشگاه امام صادق (ع)، صفحات ۱۲۰. ۱۳۰.
- کشفی، عبدالرسول (۱۳۸۶). تحلیلی فلسفی از رنج روانشناختی بیماران در استانه مرگ و جایگاه آن در اخلاق پزشکی، مجله دیابت و لیپید ایران، ویژه نامه اخلاق پزشکی، ص، ۳۷-۴۵.
- مسعودزاده، عباس، ستاره، جواد. محمدپور، رضاعلی (۱۳۷۸). مدانلو کردی، منا شیوع اضطراب مرگ بین کارکنان یک بیمارستان دولتی شهر ری. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره هجدهم، شماره ۶۷، ۸۴-۹۰.
- Buckman, R. (1993). Communication in palliative care: a practical guide. In oxford textbook of palliative medicine (doyle, D. Hanks. G. W. C& Macdonald, N. (eds). Oxford medical publications. Oxford.
- Copp, g. (1998). A review of current theories of death and dying. Journal of advanced nursing, 28 (2).
- Corr, C, A. (1993). Coping with dying: lessons that we should and should not learn from the work of Elisabeth Cubler- Ross. death studies. 17.
- Culkin, J. (2002). Psychotherapy with the Dying Patient. Pecrino, P. (Ed.). Perspectives on death and dying, 5th Ed. New York: Gin Press.
- Cuttr, J. (1998). On death and dying. The stat- journal register.
- Duff, R, & Hong, L. (1995). Age density, religiosity, and death anxiety in retirement communities. 37.
- Erickson, E. (1959). Identity and the life cycle. New York: Norton.
- Frankl, V. E. (2006). Man's search for meaning. Boston, MA: Beacon Press.
- Gailliot, M. T., Schmeichel, B. J., & Baumeister, R. F. (2006). Self-regulatory processes defend against the threat of death: Effects of self-control depletion and trait self-control on thoughts and fears of dying. Journal of Personality and Social Psychology, 91, 49-62.
- Gire, J (2002). How death imitates life: Cultural influences on conceptions of death and dying. In: W. J. Lonner, D. L. Dinnel, S. A. Hayes, & D. N. Sattler (Eds.). Online Readings in Psychology and Culture; Unit 14, Chapter 2.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1965). Awareness of dying. Aldine. New York.
- Houston, R. (1999). The angry dying patient. Primary care companion j clin psychiatry, 1.
- Kastenbaum, R. G. (1998). Death society. And human experience (6th ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Kübler-Ross, E. (2009). On death and dying: What the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families. Taylor & Francis.

- LeShan, L. (1969). Psychotherapy and the dying patient. In L. Pearson (Ed.), *Death and dying: Current issues in the treatment of the dying person*. Cleveland: Case Western Reserve University.
- Little, M., & Sayers, E. J. (2004). The skull beneath the skin: Cancer survival and awareness of death. *Psycho-Oncology*, 13, 190-198.
- Moor, A. (2002). Awareness of Death: A Controllable Process or a Traumatic Experience?. *Folklore: Electronic Journal of Folklore*, (20-22), 92-114.
- Niemiec, R. M., & Schulenberg, S. E. (2011). Understanding death attitudes: The integration of movies, positive psychology, and meaning management. *Death studies*, 35(5), 387-407.
- Pattison E. M. (1977). *The experience of dying*. Simon and Schuster, New York.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. New York, NY: Oxford University Press.
- Pyszczynski, T., Greenberg, J., & Solomon, S. (2002). *In the wake of 9=11: The psychology of terror*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York, NY: Free Press.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410–421.
- Sigelman, C. k. (1999). *Life- span human development*. col publishing company a division of international Thomason publishing Inc.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1–18.
- Thorson, J. A. Powell, F. C. (1993). Development and validation of a multidimensional sense of Humor scale. *J Clin Psycho*; 49 (1).
- Tomer, A., Eliason, G. T., & Wong, P. T. P. (2008). *Existential and spiritual issues in death attitudes*. New York, NY: Lawrence Erlbaum Associates.
- Weisman, Avrey D. 1961. Predilection to death: Death and Dying as a Psychiatric Problem. *Psychosomatic Medicine*, 23.
- Wong, P. T. P. (2008). Meaning management theory and death acceptance. In A.
- Wong, P. T., & Tomer, A. (2011). *Beyond terror and denial: The positive psychology of death acceptance*.
- Yalom, I. D. (2008). *Staring at the sun: Overcoming the terror of death*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Psychology of Death

Abstract

Death as the greatest incident of life has a complex concept and can be accompanied by a lot of pain and suffering. The type of emotional reactions of individuals in the face of death and accepting it entirely depend on actions, behaviors, thoughts, personality and individual's coping ability with previous issues and problems during life. Psychology tries to create a desirable death without suffering, pain and pressure. There are a lot of religious-historical, philosophical and psychological studies in the field of death. Certainly, it can be said that awareness of death as a phenomenon in the cultural space of the world is usually expressed in relation to a critical situation (losing a loved one, being afflicted with a disease) or aging that this phenomenon of death is also interesting in different situations. Finally, many measures can be applied to use concepts and experimental knowledge of accepting death for clinical populations in order to make easier death acceptance. This particular issue shows some early attempts to take advantage of the new boundary of positive psychology of death acceptance.

Key Words: Psychology of Death, Awareness of Death, Acceptance, Positive Psychology