

حمایت های روانی - اجتماعی
در
بلایا و حوادث غیر مترقبه
متن آموزشی متخصصین بهداشت روان
روان پزشکان و روان شناسان بالینی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
اداره سلامت روان
زمستان ۱۳۹۰

عنوان و نام پدیدآور : حمایت های روانی- اجتماعی در بلایا و حوادث غیر مترقبه
(ویژه روانپزشکان و روانشناسان بالینی)
مؤلفین : شهرزاد علیزادگان ... (و دیگران).
بازبینی و اصلاح : احمد حاجبی ... (و دیگران).
مشخصات نشر : مشهد: انصار، ۱۳۹۱
مشخصات ظاهری : ۹۰ ص : مصور (رنگی).
شابک : ۹۷۸-۶۰۰-۵۴۸۳-۴۱-۳
وضعیت فهرست نویسی : فیپا
یادداشت : ویژه روانپزشکان و روانشناسان بالینی
موضوع : روانپزشکی
شناسه افزوده : علیزادگان، شهرزاد
رده بندی کنگره : ۸۱۳۸۵ ح ۳۷ ۴/۱۲۷۸۳
رده بندی دیویی : ۶۱/۰۹۱
شماره کتابشناسی ملی : ۱۳۵۰۹۰۲



حمایت های روانی- اجتماعی در بلایا و
حوادث غیر مترقبه
(ویژه روانپزشکان و روانشناسان بالینی)

مؤلف : گروه مؤلفین

ناشر : انصار

نوبت چاپ : اول - ۱۳۹۱

شمارگان : ۱۰۰۰ نسخه

چاپ: شرکت چاپ زرفام خراسان

شابک : ۹۷۸-۶۰۰-۵۴۸۳-۴۱-۳

حق چاپ محفوظ است

www.ketab.ir

نویسندگان:

دکتر شهرزاد علیزادگان

دکتر محمد تقی یاسمی

دکتر معصومه امین اسماعیلی

دکتر جواد محمودی قرائی

دکتر ستاره محسنی فر

دکتر شاهرخ سردارپور گودرزی

دکتر مهدی بینا

دکتر آرش میراب زاده

دکتر جمال شمس

بازبینی و اصلاح:

دکتر احمد حاجبی

دکتر مهدیه وارث وزیریان

دکتر سمانه کریمان

فهرست:

پیشگفتار

اهداف آموزشی

تاریخچه

مقدمه

فصل اول: واکنش های روانی به دنبال بحران

- مراحل پاسخ روانی به بحران

- واکنش ها و علائم شایع به دنبال فاجعه

- اختلالات روانی شایع به دنبال زلزله

- علائم و واکنش های روانی در کودکان

فصل دوم: اصول ارایه خدمات روانی اجتماعی در بلایا

فصل سوم: مداخلات روانی - اجتماعی پس از وقوع حوادث غیرمترقبه و زلزله

- نقش متخصصین بهداشت روان

- کمک های روانشناختی اولیه

- تشکیل گروه های حمایت روانی - اجتماعی

- مراحل و جلسات گروه های حمایت روانی - اجتماعی

- غربالگری

- بازگویی روان شناختی تعدیل شده + افکار مزاحم

- برانگیختگی هیجانی

- اجتناب

- آموزش روانشناختی

فصل چهارم: مداخله در سوگ

ضمیمه ۱- پژوهش در حوادث غیرمترقبه و زلزله

ضمیمه ۲- برنامه پیشگیری از خودکشی

ضمیمه ۳- پروتکل درمان سوء مصرف مواد در زلزله

ضمیمه ۴- درمان دارویی پس از حوادث غیرمترقبه و بلایا

ضمیمه ۵- فرسودگی شغلی و امدادگران

ضمیمه ۶- برنامه کشوری حمایت های روانی اجتماعی در بلایا و حوادث غیرمترقبه

پیشگفتار

ایران جزء ده کشور بلاخیز دنیا است. حوادثی مانند سیل، زلزله، رانش زمین، آتش سوزی های گسترده از رویدادهایی هستند که هر ساله منجر به مرگ و میر و آسیب های جسمی و روانی هزاران انسان می شوند. این حوادث می توانند تنش روانی قابل توجهی برای بازماندگان ایجاد کنند و عوارض روانی جدی و دیرپایی را باقی گذارند. این حوادث در مدت زمان کوتاهی ظاهر می شوند ولی تأثیری که بر روی زندگی افراد می گذارند طولانی مدت خواهد بود.

حوادث غیر مترقبه و طبیعی به میزان ۹۶۸۰۸۱ سال عمر مفید بر اساس مطالعه بار بیماری ها (DALYs) در سال ۱۳۸۲ از مردم ما ستانده است که از این میان، ۹۲۵۷۲۸ سال آن یعنی حدود ۹۶ درصد در نتیجه زلزله بم ایجاد شده است. با توجه به قرار داشتن کشور ما روی کمر بند زلزله و باوجود جاری شدن هر ساله سیلاب در بخشهایی از کشور و... برای مدتی که بدون زلزله ای مانند بم در سال ۱۳۸۲ و در سال ۱۳۸۳ سالیانه حدود ۴۰ تا ۶۰ هزار سال با ناوانی و یا مرگ از دست رفته است، که سهم بسیار زیادی از آن را مرگ (YLL) تشکیل می دهد. با توجه به موارد پیش گفت می توان به این نکته اشاره نمود که حوادث عمدی و غیر عمدی بالاترین نسبت DALYs را از بین مجموع بیماریها و آسیب های شناسایی شده به خود اختصاص داده است که این موضوع ضرورت توجه به بلایا و حوادث را بیش از پیش مطرح می کند. تحقیقات نشان داده است که DALYs ناشی از بلایا قابلیت کاهش و کنترل دارد. در این راستا برنامه هایی در وزارت بهداشت برای ایجاد آمادگی های لازم برای کاهش عوارض آن در دستور کار بوده است. براین اساس بازبینی متون آموزشی حمایت های روانی اجتماعی در بلایا به عنوان یکی از فعالیت های مربوط به برنامه حمایت های روانی اجتماعی در سال ۱۳۸۷ تعیین گردید.

در ابتدا بعد از رایزنی و هماهنگی با کارشناس محترم بهداشت روان و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان - قطب حمایت های روانی اجتماعی در بلایا - افراد

ذیصلاح در زمینه حمایت های روانی اجتماعی در بلایا در سطح دانشگاه های علوم پزشکی انتخاب شدند. متون مذکور جهت مطالعه و اظهار نظر اولیه از طریق پست به افراد منتخب ارسال گردید که از این گروه کمتر از نیمی از افراد نظرات خود را ارسال نمودند. از اینرو به منظور افزایش همکاری و جمع بندی نظرات، مقرر شد با برگزاری کارگاه مشورتی به این کار اقدام شود. کارگاه طبق برنامه ریزی و هماهنگی با تمامی اعضای شرکت کننده در آن در تاریخ ۴ تیرماه ۱۳۸۸ در محل معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان آغاز به کار نمود. بعد از دو روز تلاش مستمر و بررسی متون توسط چهار گروه تخصصی، نقاط قوت و ضعف متون موجود و تغییرات مورد نظر پیشنهاد گردید. در پایان دو روز کار گزارشی از نظرات و پیشنهادات اعضای تیم تهیه شد که در این جا لازم می دانم از تمامی شرکت کنندگان (آقای دکتر بوالهروی - آقای دکتر گودرزی - آقای دکتر جهانشاهی - آقای بهرام نژاد - آقای نادری - آقای علی اسدی - آقای زامیاد - آقای دکتر آزاد - آقای محمدی - خانم دکتر غفاری - خانم کاویانی - خانم دکتر مهدوی - خانم دکتر امین اسماعیلی - خانم دکتر علیزادگان - خانم باشتی - خانم ده باشتی - خانم دکتر وزیریان) تشکر نمایم.

در مرحله بعدی تیم کوچکتری به جمع بندی پیشنهادات ارائه شده در کارگاه و مرور منابع، مستندات و شواهد موجود در دنیا پرداخت. در نهایت کتاب های آموزشی به هفت گروه هدف (گروه متخصصین سلامت روان، پزشکان عمومی، کارکنان بهداشتی، معلمان و مشاوران، بهورزان و رابطین بهداشتی، مدیران بهداشتی و مددکاران) تقلیل یافت.

با سپاس مجدد از همه همکاران و اساتید ارجمند متون حاضر تقدیم حضور می گردد. به یاری خداوند منان مورد بهره گیری قرار گیرد.

پیشاپیش از همه عزیزانی که با نقد و راهنمایی ما را در ادامه کار یاری می رسانند صمیمانه سپاسگزاری می شود.

دکتر عباسعلی ناصحی

دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

اهداف آموزشی

با مطالعه این متن فراگیران مطالب زیر را فرا خواهند گرفت:

- بحران و بلایا
- واکنش های روانی در حوادث غیرمترقبه و بلایا
- نحوه مدیریت واکنش ها در بلایا و حوادث غیرمترقبه
- آشنایی با انواع تکنیک های بهبودی
- سوگ و نحوه مدیریت آن
- مدیریت سوء مصرف مواد

تاریخچه

ها اجرا می شد. نیاز به بازی در کودکان نکته مهمی بود که مورد غفلت قرار گرفته بود. امدادگران هلال احمر آشنایی ناکافی با مسایل بهداشت روان داشتند. بخصوص امدادگران جوان نیازمند آموزش و کسب مهارت بیشتری بودند.

براین اساس و با توجه به تجربیات زلزله اردبیل و قائن و بر اساس نیاز سنجی انجام شده توسط آقای دکتر یاسمی و همکاران اولین پیش نویس برنامه آمادگی در بحران در سال ۱۳۷۶ تهیه گردید و همان سال تهیه متون و آموزش نیروی انسانی از طریق آموزش مربیان هلال احمر به وسیله تیم فوق الذکر و نیز آموزش تعدادی روان پزشکان و روان شناسان آغاز شد. دومین پیش نویس برنامه براساس نتایج مطالعه آزمایشی متعاقب زلزله استان قزوین در سال ۱۳۸۱ تهیه شد. متون آموزشی برای سه سطح متخصصین، امدادگران و مدیران و پمفلت هایی برای مردم عادی تهیه شد. کلیه روان پزشکان و روان شناسان شبکه بهداشت و درمان کشور طی دو کارگاه تخصصی «حمایت های روانی اجتماعی در شرایط اضطراری» آموزش دیده دریافت کردند. تا قبل از زلزله بم ۶۰ متخصص بهداشت روان آموزش های لازم را در ارتباط با مداخلات مذکور دریافت کرده بودند. به منظور ارتقاء کمی و کیفی و سرعت بخشی به ارائه خدمات روانی - اجتماعی ادامه آموزش نیروها و منابع انسانی ضروری می نمود.

تیرماه ۱۳۸۱ زلزله ۶ ریشتری در روستاهای اطراف قزوین باعث مرگ ۲۳۵ تن و برجای ماندن هزاران زخمی شد. اداره سلامت روان با همکاری هلال احمر تصمیم به اجرای طرح مداخلات روانی اجتماعی در بلایا طبیعی گرفت. مداخلات آغاز گشت. نتایج ارزیابی قبل و بعد از مداخله نشان دهنده کاهش سایکوپاتولوژی در بالغین و کودکان بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله بود.

مطالعات پایلوت در زلزله قزوین نشان داد که برنامه کشوری اجرایی می باشد و مداخلات روانی - اجتماعی

به دنبال نام گذاری دهه ۱۹۹۰ به عنوان دهه بین المللی کاهش بلایا توسط سازمان ملل متحد، قانون تشکیل کمیته ملی کاهش اثرات و بلایا طبیعی در مرداد ۱۳۷۰ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید. واقعه اسفبار زلزله رودبار در سال ۱۳۶۹ تاثیر بسزایی در آغاز چنین حرکتی داشت. این کمیته از ۹ کمیته فرعی تخصصی به مسوولیت وزراء و یا معاونین آن ها در سازمان های دیربخت تشکیل می شد که یکی از آن ها کمیته فرعی بهداشت و درمان بود و تامین خدمات بهداشت روان یکی از وظایف این کمیته محسوب می گردید. این کمیته در سال ۱۳۶۶ شروع به برنامه ریزی برای تهیه طرح «تجارب خدمت به آسیب دیدگان ناشی از بلایای طبیعی» نمود. یکی از آنجایی که دانش اندکی در این زمینه در سطح بین المللی وجود داشت و از طرفی کاربرد همان دانش در ایران با توجه به تفاوت های فرهنگی و بومی امکان پذیر نبود، برنامه ریزی با رویکرد پژوهش نگر آغاز شد. این وظیفه به عهده اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با همکاری تعدادی از اساتید و کارشناسان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دانشکده پزشکی بیرجند و منطقه قائنات و اردبیل به انجام رسید.

نیازهای اعلام شده مردم آسیب دیده اطلاعات جالبی به همراه داشت. از لحظات بعد از حادثه نیاز به دریافت اطلاعات بخصوص در مورد وضعیت سلامت خانواده و بستگان اهمیت فوق العاده ای داشت. بیش از ۷۵ درصد از آسیب دیدگان نیاز به دریافت اطلاعات در مورد وضعیت سلامت اعضا خانواده خود داشتند و این در حالی بود که هیچگونه سیستم منظمی در این رابطه وجود نداشت و حتی در برخی از موارد امدادگران به غلط رفتار می کردند. پس از حادثه اکثر افراد نیاز به مشاوره و درد دل را در سطح بالایی حس می کردند ولی دوستان و آشنایان مهم ترین منبع در دسترس آسیب دیدگان بودند که در اغلب موارد این اقدامات به روش نادرست از سوی آن



داد. لازم به ذکر است که تهیه و تدوین این مجموعه آموزشی برای اولین بار در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در حالی صورت گرفته است که به عنوان اولین تجربه مستند در زمان بحران اقدامی بسیار بجا و درخشان بوده است، لذا می‌تواند به پیشکسوتان فعال در این عرصه تشکر به عمل آید. به منظور تحقق هدف فوق و تسهیل در روند انجام طرح، کارگاه بازبینی متون آموزشی در تاریخ ۴ و ۵ تیرماه ۱۳۸۸ و با همکاری دانشگاه علوم پزشکی کرمان برگزار گردید. در این نشست شرکت کنندگان به بحث و بررسی متون موجود پرداخته، راه کارهایی جهت ارتقا کیفی مطالب موجود ارائه دادند. جمع بندی نهایی توسط گروهی از کارشناسان سلامت روان دانشگاه های علوم پزشکی و اداره سلامت روان براساس نتایج بدست آمده از کارگاه مذکور و مروری بر مستندات موجود در زمینه حمایت های روانی اجتماعی در سطح دنیا در طی چندین جلسه مشترک در اداره سلامت روان به پایان رسید.

عملی و موثر است. برنامه پس از زلزله قزوین در سال ۱۳۸۱ بازبینی و تصحیح شد. در زلزله بم نیز با توجه وسعت حادثه و بر جای ماندن تعداد زیادی از آسیب دیدگان روانی این برنامه مورد بهره برداری و اجرا قرار گرفت تا این که منطبق بر شرایط موجود در بم برنامه به شیوه عملیاتی نهایی تبدیل شد و مورد بهره برداری و اجرا قرار گرفت. بازبینی چهارم برنامه در سال ۱۳۸۸ و براساس نیاز مشاهده شده به دنبال حادثه آتش سوزی منطقه بازنه اراک و زلزله بندرعباس از سوی جمعی از صاحب نظران در این زمینه، زیر نظر اداره سلامت روان صورت پذیرفت.

از این رو، براساس نیاز مشاهده شده در دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد، اداره سلامت روان برآن گردید تا به بازبینی متون آموزشی حمایت های روانی اجتماعی در بلایا و حوادث غیر مترقبه اقدام نماید تا با استفاده از مطالب و مستندات علمی موجود در سطح دنیا بتوان دانش و مهارت های کافی را در اختیار دانش آموختگان در این حیطه قرار

مقدمه

میزان ۲۳ درصد مبتلا به PTSD و ۲۱ درصد مبتلا به افسردگی اساسی بودند. هر چند به طور معمول در سال دوم پس از سانحه اختلالات روانی کاهش می یابد، ولی در مواردی عوارض به صورت مزمن و پایدار باقی می ماند. همراهی چند بیماری روانی در یک زمان شدت آسیب روانی را می افزاید. مساله مهم دیگر آسیب پذیری خود افراد و احتمال وجود اختلالات قبلی در این افراد است که مسلماً به بروز واکنش هایی شدیدتر می انجامد. اختلالی که به طور شایع تر پس از زلزله با آن سر و کار داریم، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) است، هر چند که در موارد بسیاری این اختلال را همراه با سایر اختلالات می یابیم. شایع ترین اختلالات همراه عبارتند از افسردگی اساسی، اختلال هراس و اختلال فوبیا. در واقع بیماری های روانی پس از سانحه نظیر جراحات

چند گانه فرد را مورد تهاجم قرار می دهند. هر چند پژوهش های انجام شده در رابطه با اختلالات روانی متعاقب زلزله در ایران اندک هستند، نتایج آن ها دور نمایی از آسیب های شایع و نیازهای بازماندگان به ما می دهند. در پژوهش دژکام و همکاران در رابطه با اختلالات روانی در بین بازماندگان زلزله رودبار در سال ۱۳۶۹، ۶۸ درصد افراد مورد مطالعه مبتلا به افسردگی اساسی بودند که از این میان ۳۸ درصد از افسردگی شدید رنج می بردند. در پژوهش کرمی در سال ۱۳۷۱ که پس از ۳ سال بر روی کودکان منطقه زلزله زده رود بارانجام شد، میزان اختلالات رفتاری در بین کودکان ۶۰ درصد برآورد شد که حدوداً ۲/۵ برابر گروه شاهد بود. هم چنین ۵۱/۷ درصد این کودکان که در سنین ۹-۱۶ سال قرار داشتند مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بودند. در پژوهش احمدی همه کودکان در چند هفته اول دچار مشکلات مهم خواب بودند و ترس از تاریکی و تنهایی و افکار مزاحم هنگام استراحت و رویاهای وحشتناک داشتند. همگی آن ها

بلایای طبیعی سالانه منجر به مرگ، معلولیت جسمی و روانی و تغییر روند و مسیر زندگی میلیون ها نفر و صدمات مالی شدید برای افراد و دولت ها می گردند. کمک ها و امدادها از سایر نقاط کشور و سایر نقاط دنیا به دنبال وقوع زلزله به سرعت به منطقه آسیب دیده ارسال می گردد. کمک های بهداشتی یکی از مهم ترین و اولین امدادهایی است که به مناطق فاجعه زده می رسد. تا سال های اخیر سیاست گذاران بهداشتی در برابر وقایع آسیب زا کمتر به عوارض روان شناختی می پرداختند، طی سال های اخیر اهمیت رسیدگی سریع و به هنگام به واکنش های روانی افراد آسیب دیده در طی زلزله بر متولیان بهداشت محرز شده و به همین دلیل پرداختن به واکنش های روانی بازماندگان با هدف عادی سازی واکنش ها و جلوگیری از بروز عوارض دیر پا که منجر به افت کیفیت زندگی و کاهش کار آیی افراد می گردد، از اهم اهداف فعالیت های متخصصین و کارشناسان بهداشت روان اعزامی به مناطق آسیب دیده محسوب می گردد.

امروزه بر پایه مطالعات به انجام رسیده در زمینه مسایل روانشناختی و رفتاری ناشی از فجایع طبیعی، اطلاعات گسترده ای در این زمینه وجود دارد. در پژوهش دیوید و همکاران میزان اختلالات روانی در بین بازماندگان گردباد اندرو ۵۱ درصد تخمین زده شده است. ۳۶ درصد این افراد مبتلا به PTSD (اختلال استرس پس از سانحه)، ۳۰ درصد دچار افسردگی اساسی و ۲۰ درصد مبتلا به اختلالات اضطرابی بودند. نتایج یک پژوهش طولی بر روی بازماندگان گردباد در سری لانکا نشان داد که تا ۵۰ درصد بازماندگان تا یکسال پس از وقوع گردباد دچار اختلالات روانی بوده اند. در مطالعه ای که به دنبال وقوع زلزله ای مخرب در هندوستان در سال ۱۹۹۶ صورت پذیرفت، ۵۹ درصد بازماندگان مبتلا به اختلالات روانی قلمداد شدند که از این

(براساس GHQ و Rutter) از مشکلات روان شناختی رنج می بردند. درصد افراد بزرگسالی که براساس مقیاس واتسون دچار PTSD بودند ۶۵ درصد، و درصد کودکان دچار PTSD براساس مقیاس PTSD کودکان ۷۸ درصد بود.

با نگاهی به مطالب فوق ضرورت اقدامات بهداشت روان در بین امدادهای ارسالی به مناطق فاجعه زده مشخص می گردد. نتایج حاصل از اقدامات مشاوره گروهی به دنبال سوانح در سایر کشورها، کاهش عوارض بعدی ناشی از فاجعه را نشان می دهد. چنین اقداماتی نه تنها به ارتقا سلامت روان بازماندگان کمک می نماید بلکه از همین طریق نقشی مثبت در کاهش مشکلات جسمانی و سایکو سوماتیک که در دوران پس از سانحه افزایش می یابند دارند.

نسبت به خوابیدن در محل های سرپوشیده و استفاده از انواع وسایل حمل و نقل احساس خطر می کردند. فراوانی بیماری روانی تا سال ها پس از فاجعه در اطفال از شیوعی نظیر بزرگسالان بر خوردار است.

در پژوهش یاسمی و همکاران در سال های ۷۷ - ۱۳۷۶ آسیب شناسی روانی در منطقه جنوب خراسان و اردبیل با گروه کنترل مقایسه شد. سایکوپاتولوژی به طور عموم در بین بزرگسالان حدود ۳ برابر و در خرد سالان حدود ۲ برابر گروه کنترل بود. ۴۷/۳ درصد خردسالان و ۷۶/۵ درصد بزرگسالان یک سال پس از زلزله دچار اختلال PTSD با شدت متوسط تا شدید بودند.

دربرسی به عمل آمده در زلزله بم نیز ۸۲ درصد بزرگسالان و ۸۴ درصد کودکان



فصل اول

واکنش های روانی به دنبال بحران

الف - مراحل پاسخ روانی به بحران

به طور معمول به دنبال بحران هایی همچون سیل و زلزله، افراد از مراحل مختلفی عبور می کنند که عبارتند از:

۱- اثر یا ضربه: این مرحله طی چند دقیقه اول پس از سانحه رخ می دهد. طی این دقایق افراد دچار رعب و وحشت می شوند، گاه نیز حالت های همچون بهت زدگی و درماندگی مشاهده می گردد. در این مرحله افراد قدرت انجام هیچ کاری را ندارند. این حالت معمولاً گذرا و کوتاه مدت است و در اکثر موارد قبل از رسیدن نیروهای کمکی پایان می یابد. باقی ماندن در این مرحله، نیازمند مداخله فوری است.

۲- قهرمان گرایی: در ساعات اولیه رخ می دهد. مردم سعی می کنند به کمک هم کاری انجام دهند، افراد احساس مسوولیت می کنند و به طور داوطلبانه در امداد رسانی شرکت می نمایند. به این ترتیب تا قبل از رسیدن نیروهای کمکی بسیاری از کارها را خود افراد بازمانده انجام می دهند. نکته مهم در مورد این مرحله این است که تحریک پذیری افراد طی این مرحله بسیار بالاست و در عین حال درجات بالایی از گذشت و فداکاری را از خود نشان می دهند. مساله دیگر نیاز به ایجاد هماهنگی و رهبری با هدف افزایش تأثیر فعالیت های داوطلبانه است.

۳- امیدواری و فراموشی غم: یک هفته تا چند ماه پس از حادثه بروز می کند. این مرحله با رسیدن نیروهای کمکی و آغاز توزیع کمک ها آغاز می گردد. توزیع کمک ها در پیدایش تعادل روانی، کاهش اختلالات شدید عاطفی و حس خشم و انتقام جویی موثر هستند.

۴- روبه رویی با واقعیت ها: این مرحله حدود ۲ تا ۳ ماه بعد از وقوع فاجعه آغاز می شود، یعنی زمانی

که اکثر نیروهای امداد از منطقه خارج می شوند. در این مرحله، بازماندگان متوجه عمق خسارت ها و جبران ناپذیری بخش بزرگی از خسارات می گردند. در این مرحله باز ماندگان نیازمند حمایت های روانی بیشتری هستند. چرا که مجدداً روحیه خود را از دست می دهند، افسرده و مضطرب می گردند و احساس تنهایی شدیدی می کنند. ایجاد روحیه امید و اعتماد و دقت در توزیع عادلانه هر گونه امکانات در این مرحله از اهمیت بسیاری برخوردار است.

۵ - تجدید سازمان: بین ۶ ماه تا یکسال پس از فاجعه رخ می دهد. بازماندگان شروع به بازسازی روانی و از سر گرفتن زندگی روز مره خود می کنند. افراد به این نتیجه می رسند که بازسازی زندگی با اتکا بر توانایی های خود آن ها امکان پذیر است.

آگاهی از این واکنش ها کمک می کند تا عکس العمل های روانی آسیب دیدگان را بشناسید و نحوه برخورد با آن ها را دریابید. این حالت ها از هم جدا نیستند و الزاماً به ترتیب نیز رخ نمی دهند. در برخی از زلزله ها، بعضی از این مراحل برجسته نیستند (به عنوان مثال زلزله بم مرحله سوم تقریباً وجود نداشت). اقدام مناسب هنگام مواجهه با این حالت ها مردم را منسجم کرده و به این انگیزه می دهد تا با حوادث دست و پنجه نرم کنند. هدف نهائی ما رسیدن هرچه سریع تر بازماندگان به مرحله تجدید سازمان است.

ب - واکنش ها و علائم شاخص به دنبال فاجعه

به دنبال بروز استرس شدید روانی ناشی از فاجعه، دسته ای از علائم و اختلالات در افراد به وجود می آیند که می تواند تأثیر معکوسی روی عملکرد آن ها داشته باشند. در برخی افراد تنها با یک تک علامت مواجه هستیم و در برخی دیگر ترکیبی از علائم را که در صورت عدم رسیدگی می توانند به اختلالات روانی مزمن منجر گردند. میزان تأثیر افراد از وقایع اطراف، تا حد زیادی تابعی از میزان آسیب پذیری قبلی، وسعت فاجعه و میزان تخریب و فقدان و هم