



راهنمای کوتاه و ساده آموزشی

آنچه روان‌شناسان در شرایط جنگی باید بدانند

تهیه و تدوین: علی اسدی

به درخواست دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

خرداد ۱۴۰۴

❖ مقدمه

جنگ یکی از شدیدترین بحران‌های انسانی است که نه تنها ساختارهای فیزیکی، بلکه ساختار ذهنی افراد را نیز دگرگون می‌سازد. روان‌شناسان به‌عنوان نیروهای کلیدی در حفظ سلامت روانی جامعه، باید آمادگی و آگاهی کامل برای مداخلات اثربخش داشته باشند. زیرا روان‌شناسان بواسطه دانش و قدرت درک و همدلی که دارند سهم و نقش زیادی در کاهش رنج انسانی دارند. آنان می‌توانند با تکیه بر تخصص بالینی و مهارت‌های بین‌فردی خود درک عمیقی از روان انسان داشته باشند و در شرایط بحران در کنار مردم بایستند.

۱. شناخت مهمترین تبعات روان شناختی جنگ

◆ اختلالات رایج روانی:

- اختلال استرس حاد: (ASD) معمولاً طی ۳ روز تا ۴ هفته پس از مواجهه با واقعه تروماتیک بروز می‌کند که علائم آن از چند دقیقه تا چند ساعت ممکن است ادامه داشته باشد.

- اختلال استرس پس از سانحه: (PTSD) اگر علائم استرس حاد بیش از یک ماه ادامه یابند. ممکن است تبدیل به اختلال PTSD شود که در چنین شرایطی معمولاً به علت شدت علائم الویت مداخله درمان دارویی است.
- اختلالات افسردگی و اضطرابی، واکنش‌های روان‌تنی و ترومای پیچیده مثل سوگ
- سوگ پیچیده: (Complicated Grief) ناشی از مرگ ناگهانی عزیزان و از دست دادن جمعی

۲. گام به گام مداخله در بحران

◆ گام اول

- کسب اطلاع از شرایط منطقه آسیب دیده با هدف بررسی و ارزیابی اولیه واکنش‌های عمومی نسبت به حادثه پس از هماهنگی‌های لازم سازمانی

◆ گام دوم

- مداخلات اولیه:

• Psychological First Aid (PFA):

- استفاده از روش‌ها و تکنیک‌های کمک‌های اولیه روانشناختی به عنوان یک روش استاندارد معرفی شده توسط سازمان جهانی بهداشت، برای کمک فوری به آسیب دیدگان و بازماندگان جنگ در ساعات و روزهای اولیه توصیه می‌شود.
- مهمترین روش‌های کمک‌های اولیه روانشناختی:
 - ارتباط موثر با افراد آسیب دیده
 - همدلی کردن با آنها
 - گوش دادن فعال
 - قضاوت نکردن
 - تسهیل‌گری
 - خود مراقبتی
 - ایجاد احساس امنیت
 - دادن اطلاعات اولیه و مورد نیاز به افراد (اطلاع رسانی)

- حفظ اصول رازداری تا زمانی که خطر جدی مثل مرگ، فرد را تهدید نمی کند.
- ارتباط با منابع حمایت اجتماعی با هدف کمک به افراد آسیب دیده
- ارجاع به مراکز تخصصی در صورت نیاز

◆ گام سوم

- غربالگری اولیه جمعیت تحت تاثیر حادثه مطابق با پروتکل و دستورالعمل های ابلاغی در صورت نیاز

گام چهارم

- تقسیم بندی گروه های سنی و جنسی برای تشکیل گروه های آسیب دیده (غربال مثبت) جهت برگزاری مداخلات گروهی مطابق با پروتکل و دستورالعمل های ابلاغی

◆ گام پنجم

- تشکیل جلسات مداخلات گروهی برای افراد انتخاب شده با در نظر گرفتن معیارهای سنی و جنسی

توضیح: این جلسات حداقل ۳ و حداکثر ۵ جلسه می باشد که هر جلسه ۱.۵ الی ۲ ساعت زمان می برد. با فاصله زمانی بین جلسات ۳ الی ۵ روز در هفته است. این جلسات توسط تیم سلامت روان در یک مکان امن برای افراد گروه برگزار می گردد.

در صورتیکه برخی از افرادی که در گروه شرکت می کنند همچنان دچار علایم و نشانه های استرس و بی قراری کنترل نشده و اختلال خواب یا عملکرد روزمره زندگی هستند به متخصص روانپزشکی یا در صورت در دسترس نبودن پزشک دوره دیده ارجاع داده شوند

◆ گام ششم

- تهیه گزارش عملکرد اقدامات و ارسال آن بصورت روزانه و هفتگی به مسئول بالاتر

◆ گام هفتم

خروج از منطقه و سپردن افراد نیازمند تداوم مداخله و درمان به تیم های جایگزین

❖ رویکردهای درمان انفرادی مناسب برای افرادی که در جلسات گروهی شرکت نمی کنند و یا شرکت کرده اند اما علایم و نشانه های آنها کنترل نشده است به ترتیب الویت:

- روان درمانی حمایتی کوتاه مدت
- CBT برای ترومای جنگی (TF-CBT)
- روان درمانی بر مبنای بازسازی حس تعلق

توضیح: این بخش از رویکردهای درمانی که در بالا به آنها اشاره شده است، جز پروتکل و دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت نیست و لازم نیست توسط کارشناسان سلامت روان انجام شود. این مدل های درمانی در کلینیک ها بیشتر کاربرد دارند.

۳. تاب آوری روانی در جنگ

◆ منابع تاب آوری:

- تمرکز بر باورهای مذهبی و معنوی متناسب با فرهنگ و قومیت
- تمرکز بر شبکه های اجتماعی حمایت گر
- امید به آینده و معناجویی در رنج (رویکردهای معنا درمانی)

۴. مراقبت از خود (Self-Care)

◆ فرسودگی و ترومای روانی:

- تجربه مکرر داستان های دردناک
- همدلی بیش از حد
- سندرم «نجات دهنده» بودن (قهرمان شدن)

◆ راهکارها:

- گرفتن سوپرویزن حرفه‌ای
- استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی (Mindfulness)
- حفظ مرز بین کار و زندگی شخصی

۵. حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر

نیازهای روانی خاص	گروه هدف
احساس ناایمنی، مشکلات خواب، شب‌ادراری / بازی درمانی برای این گروه سنی ضروری است	کودکان و نوجوانان
حمایت هیجانی، مراقبت از اضطراب با استفاده از جلسات فردی و گروهی	زنان باردار / مادران
احساس بی‌پناهی، نیاز به معنا / توجه ویژه به مدیریت سوگ	سالمندان
پیوستگی درمان و حمایت بین‌رشته‌ای	معلولان / بیماران روانی مزمن

۶. اخلاق حرفه‌ای در موقعیت جنگی

- رازداری بیماران
- حفظ کرامت انسانی مراجعان
- پرهیز از اعمال مداخله بدون رضایت
- هماهنگی با تیم‌های بین‌رشته‌ای و همکار بدون افشای اطلاعات محرمانه

۷. ملاحظات میدانی

◆ روان‌شناسی در اردوگاه‌ها، مناطق بمباران‌شده و پناهگاه‌ها:

- تعیین اولویت‌ها بر اساس شدت نیاز
- کار تیمی با امدادگران، مددکاران اجتماعی و سازمان‌های مرتبط

- آموزش مهارت‌های مقابله‌ای به جمعیت عمومی (مانند روش‌های آرام‌سازی تنفس دیافراگمی، مدیریت هیجان، پرهیز از دنبال کردن مکرر اخبار جنگ، توجه به روتین زندگی، حفظ ارتباط با افراد و گروه‌ها، انجام فعالیت‌های لذت‌بخش، توجه به سلامت جسمی، فعالیت ورزشی/تحرک، مشارکت کردن در فعالیت‌های جمعی و....)

۸. مداخلات پس از جنگ

- طراحی برنامه‌های بازتوانی جمعی
- کمک به بازسازی هویت و انسجام اجتماعی
- استفاده از روایت‌درمانی (Narrative Therapy) برای پردازش خاطرات جنگ

منابع:

1. American Psychiatric Association. (2022). *DSM-5-TR*.
2. World Health Organization. (2011). *Psychological First Aid*.
3. Bisson, J., & Andrew, M. (2007). *PTSD Treatment Review*, Cochrane.
4. Bonanno, G. A. (2004). *American Psychologist*, 59(1).
5. Figley, C. R. (1995). *Compassion Fatigue*.
6. Herman, J. (1997). *Trauma and Recovery*.
7. IFRC. *Code of Conduct for Psychosocial Workers*.
8. UNICEF. *Child Protection in Emergencies*.