

شماره ۷۵

دیده‌بان روان‌شناسی ایران

Iranian Monitor on Psychology

موضوع اختصاصی
«سلامت روان در پسا جنگ»

پایگاه خبری - تحلیلی و ترویجی
انجمن روان‌شناسی ایران

تابستان ۱۴۰۵





شماره ۷۵

دیده‌بان روان‌شناسی ایران

Iranian Monitor on Psychology

تابستان ۱۴۰۵ – Summer 2025

موضوع اختصاصی «سلامت روان در پسا جنگ»



این نشریه زیر نظر هیئت مدیره انجمن روان‌شناسی ایران و با بهره‌گیری از رهنمودهای صاحب‌نظران روان‌شناسی کشور منتشر می‌شود.

فصلنامه دیده‌بان روان‌شناسی ایران

پایگاه خبری - تحلیلی و ترویجی انجمن روان‌شناسی ایران

(نشریه داخلی)

شماره ۷۵، تابستان ۱۴۰۵

مدیر مسئول

دکتر حمید پورشریفی

سردبیر

دکتر ندا علی بیگی

معاون سردبیر

دکتر حمیرا ورمقانی

مدیر اجرایی

یاسمین صفا

انجمن روان‌شناسی ایران با هدف گسترش، پیشبرد و ارتقای علم روان‌شناسی تشکیل شده است و بالغ بر ۴۸۰۵۶ عضو دارد؛ از این تعداد ۱۱۰۴ نفر عضو پیوسته دارای مدرک دکتری تخصصی، ۱۳۸۱۷ نفر عضو پیوسته کارشناس ارشد، ۲۰۶۶۷ نفر عضو وابسته، ۱۲۴۴۲ نفر عضو دانشجویی و ۹ عضو مؤسساتی و ۷ نفر عضو افتخاری هستند.

آدرس انجمن روان‌شناسی ایران:

تهران، سید خندان، ابتدای سهروردی شمالی، کوچه سلطانی (قزاقول)، پلاک ۳۷، طبقه سوم

کدپستی: ۱۵۵۵۷۱۶۷۵۵

تلفن: ۸۶۱۲۰۲۶۴، فکس: ۸۶۱۲۰۲۶۴

وب سایت انجمن: www.iranpa.org، آدرس پست الکترونیک: iranpa@iranpa.org

کانال تلگرام انجمن روان‌شناسی ایران: [telegram.me/iranpsyasso](https://t.me/iranpsyasso)

صفحه اینستاگرام انجمن روان‌شناسی: <https://instagram.com/iranpsyasso>

کانال یوتیوب انجمن روان‌شناسی ایران: <https://youtube.com/@iranpsyasso>

کانال بله انجمن روان‌شناسی ایران: <https://bale.ir/iranpsyasso>

همکاران این شماره

یاسمن صفا

هانیه رسولی

مبینا قربانی

مسئولیت صحت مندرجات مقاله‌ها با نویسندگان است.



فهرست

• سخن نخست		
• بحث ویژه	○ بهداشت روان پساجنگ: مشکلات روان‌شناختی و راهبردهای مداخله موثر؛ دکتر نورمحمد بخشیانی ○ سلامت روان در پساجنگ؛ بازسازی روان جامعه، فراثر از پایان آتش‌بس؛ دکتر حمید یعقوبی	
• آشنایی با روان‌شناسان ایرانی	○ زنده یاد دکتر حسین شکرکن	
• یادداشت‌ها و تازه‌های علمی	○ از ترس تا ترمیم؛ مدل سه‌حلقه‌ای بازسازی سلامت روان خانواده‌های ایرانی در دوره پساجنگ ○ سلامت روان در پساجنگ؛ زخم‌هایی که با پایان جنگ از بین نمی‌روند ○ روان، جنگ و دیگر هیچ: مروری بر پیامدهای روان‌شناختی جنگ و پس از آن ○ سلامت در سایه جنگ: مروری بر چالش‌های نظام سلامت و پیامدهای روانی در دوران پساجنگ ○ رشد پس از سانحه: وقتی زخم، بدر تحول می‌شود ○ رد پای جنگ بر روان و رفاه: ارزیابی کیفیت زندگی ذهنی در جمعیت‌های جنگ‌زده ○ نقش میان‌جی اضطراب آینده و عدم تحمل ابهام در رابطه میان ترس از جنگ و سلامت روان جوانان ایتالیایی ○ زخم‌های نامرئی: ترومای نیابتی و پیامدهای روانی جنگ‌های مدرن ○ سلامت روان پساجنگ در جمعیت عمومی ایران: مروری روایتی بر تروما جمعی، تاب‌آوری و چالش‌های نظام سلامت روان ○ جنگ: ذهنی‌سازی و وضعیت ذهنی تمامیت خواه ○ مداخلات سلامت روان و حمایت‌های روانی-اجتماعی برای کودکان متأثر از درگیری‌های مسلحانه در کشورهای با درآمد کم و متوسط ○ رد پای تروما بر سلامت روان ○ سلامت روان در پساجنگ	
• سایر یادداشت‌ها	○ مروری بر روان‌شناسی فمی‌ساید: زن‌کشی، پدیده‌ای جهانی ○ زنان، دشواری‌ها و گذار از زبان نمادین ○ سوگ‌های نامرئی در زنان پس از چهل‌سالگی (مروری تحولی-بالینی بر فقدان‌های نادیده‌گرفته‌شده) ○ آیین یادبود و گرامیداشت زنده‌یاد دکتر حسین شکرکن	
• اخبار و اطلاعیه‌های انجمن روان‌شناسی ایران	○ تقدیر وزیر محترم علوم، تحقیقات و فناوری از انجمن روان‌شناسی ایران بابت اقدامات علمی و حرفه‌ای انجمن در جنگ اخیر ○ همایش توانمندسازی روان‌شناسان برای شرایط پساجنگ (به مناسبت روز روان‌شناس و مشاور) ○ فراخوان ثبت نام و ارسال چکیده مقاله یازدهمین کنگره ملی و اولین کنگره بین‌المللی انجمن روان‌شناسی ایران (با تأکید بر روان‌شناسی انتقادی) ○ دنیای پر تنش، والدگری پر مهر: مداخلات روان‌شناختی در جنگ با نگاهی به حوزه خانواده، کودک و نوجوان ○ بیستمین و یکمین جلسه ماهانه اعضای جامعه پیش‌کسوتان انجمن روان‌شناسی ایران برگزار شد	
• اخبار و گزارش‌های خبری حرفه روان‌شناسی	○ طرح ملی سنجش سلامت روان راه‌اندازی شد ○ فراخوان ارسال مقاله برای مجله International Journal of High Risk Behaviors and Addiction (IJHRBA)	
• گروه‌های تخصصی	○ گروه تخصصی پیشگیری از آسیب‌های روانی اجتماعی انجمن روان‌شناسی ایران راه‌اندازی شد	
• معرفی کتاب‌های جدید	○ معرفی ۴ کتاب جدید	
• مجله‌های انجمن روان‌شناسی ایران	○ معرفی ۵ مجله	
• برنامه شنبه شب‌ها و سخنرانی‌های ماهانه	○ رشد پس از سانحه جمعی: چیستی و دستاوردهای آن برای حرفه روان‌شناسی	
• کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی		
• چکیده پایان‌نامه دکتری		
• شرایط و تسهیلات عضویت در انجمن		
• تقدیرنامه‌های انجمن روان‌شناسی ایران		



سخن نخست

جنگ، صرفاً رویدادی سیاسی یا نظامی نیست؛ جنگ، تجربه‌ای روان‌شناختی است که در حافظه فردی و جمعی انسان‌ها ماندگار می‌شود. اگرچه آتش جنگ روزی خاموش می‌شود، اما پیامدهای آن در ذهن، هیجان، روابط و سبک زندگی انسان‌ها سال‌ها و گاه نسل‌ها باقی می‌ماند. از همین رو، مطالعه سلامت روان در دوران جنگ و پس از آن، نه یک انتخاب صرفاً علمی، بلکه ضرورتی انسانی و حرفه‌ای است.

شماره حاضر دیده‌بان روان‌شناسی ایران، با تمرکز بر «سلامت روان در پساجنگ» منتشر می‌شود؛ موضوعی که متأسفانه بار دیگر به مسئله‌ای ملموس برای ایران عزیزمان تبدیل شده است. استقبال چشمگیر شما همکاران روان‌شناس در همه مقاطع تحصیلی برای شرکت در فراخوان این شماره، فراتر از انتظار ما بود. تعداد قابل توجه مطالب ارسالی، علاوه بر نشان دادن ظرفیت دانش روان‌شناسی کشور، گواه آن است که دغدغه سلامت روان در شرایط بحران، به یکی از مهم‌ترین اولویت‌های جامعه روان‌شناسان تبدیل شده است.

جنگ، تنها آنان را که در میدان حضور دارند، درگیر نمی‌کند. کودکی که صدای انفجار را تجربه می‌کند، مادری که در انتظار پیدا کردن نشانه‌ای از عزیز از دست رفته‌اش روزها را سپری می‌کند، درمانگری که بار هیجانی مراجعان آسیب‌دیده را بر دوش می‌کشد، امدادگری که هر روز با رنج انسان‌ها مواجه است و حتی ایرانیانی که اخبار جنگ را از فاصله‌ای دور دنبال می‌کنند، هر یک به شیوه‌ای متفاوت در معرض آثار روان‌شناختی این پدیده قرار می‌گیرند. اضطراب، سوگ، احساس ناامنی، درماندگی، فرسودگی، اختلال استرس پس از سانحه، و حتی تغییر در نظام باورها، تنها بخشی از پیامدهای پیچیده‌ای هستند که نیازمند شناخت و مداخله علمی‌اند.

در عین حال، روان‌شناسی جنگ تنها مطالعه آسیب‌ها نیست. در دل بحران، ظرفیت‌های شگفت‌انگیز انسان برای تاب‌آوری، همبستگی اجتماعی، معناجویی، رشد پس از سانحه و بازسازی فردی و اجتماعی نیز آشکار می‌شود. پرداختن به سلامت روان در شرایط جنگ، نه صرفاً برای درمان آسیب‌های امروز، بلکه برای پیشگیری از انتقال زخم‌های روانی به نسل‌های آینده ضروری است. امیدواریم مطالب این شماره بتوانند پلی میان پژوهش، آموزش و عمل حرفه‌ای ایجاد کنند؛ پلی که از یک سو دانش نظری را غنا بخشد و از سوی دیگر، راهنمایی برای متخصصانی باشد که در خط مقدم حمایت روانی از افراد، خانواده‌ها و جوامع آسیب‌دیده فعالیت می‌کنند. همچنین وظیفه خود دیدیم که بر ضرورت سرمایه‌گذاری بر خدمات سلامت روان در شرایط بحران و پس از آن در این شماره بپردازیم. در پایان، از همه نویسندگان، همکاران ارجمند که با دانش، دقت و تعهد علمی خود در شکل‌گیری این شماره مشارکت داشتند، صمیمانه سپاسگزارم. باور داریم که علم، هرچند قادر به جلوگیری از وقوع جنگ نیست، اما می‌تواند در کاهش رنج انسان‌ها، ترمیم زخم‌های روانی و بازسازی امید، نقشی ماندگار ایفا کند. شاید رسالت مشترک ما نیز همین باشد؛ که در میان آسیب‌ها، از سلامت روان، کرامت انسانی و امید به آینده پاسداری کنیم.

دکتر ندا علی‌بیگی

سر دبیر



بحث ویژه

بهداشت روان پساجنگ: مشکلات روان‌شناختی و راهبردهای مداخله موثر

دکتر نورمحمد بخشانی

استاد روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

چکیده

جنگ به عنوان یکی از شدیدترین بحران‌های انسانی، از عوامل مهم تهدیدکننده سلامت جسمانی جامعه بشری است. علاوه بر خسارات جسمانی، اقتصادی-اجتماعی، پیامدهای گسترده و پایداری بر سلامت روان افراد به ویژه کودکان، نوجوانان، سالمندان و زنان جوامع بر جای می‌گذارد. در زمان جنگ و پس از آن افراد ممکن است علاوه بر مواجهه مستقیم با خشونت، مرگ و ناامنی، با مشکلات دیگری مثل از دست دادن عزیزان، تخریب منازل و زیرساخت‌ها، بیکاری، تورم، مهاجرت اجباری، فروپاشی روابط اجتماعی و کاهش حمایت‌های اجتماعی را تجربه کنند که می‌توانند زمینه‌ساز اختلالات روان‌شناختی متعددی از جمله اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی، اضطراب، اختلالات مصرف مواد، خشونت خانوادگی و اختلالات سازگاری شوند. در مقاله حاضر ضمن بررسی پیامدهای جنگ بر سلامت روان، راهبردهای ارتقای سلامت روان و حمایت‌های روانی-اجتماعی پس از جنگ، نقش سیاست‌گذاران، مدیران، نظام سلامت و نهادهای اجتماعی در بازسازی روانی جامعه پس از جنگ مورد بحث قرار گرفته‌اند.

مقدمه

جنگ یکی از پیچیده‌ترین و مخرب‌ترین پدیده‌های اجتماعی و انسانی است که آثار منفی آن به زمان جنگ و میدان نبرد محدود نمی‌شود، بلکه سطوح مختلف زندگی فردی و اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. معمولاً به دنبال جنگ ساختارهای اقتصادی، فرهنگی، خانوادگی و اجتماعی مختل و احساس امنیت و انسجام اجتماعی از بین می‌روند یا تضعیف می‌شوند. در بسیاری از جوامع، حتی سال‌ها پس از پایان جنگ، پیامدهای روان‌شناختی آن همچنان به صورت ناامیدی، خشونت، بی‌اعتمادی اجتماعی، اضطراب، افسردگی و سایر اختلالات روانی ادامه می‌یابند (۱)

همیشه سلامت روان در شرایط جنگی و پساجنگ به یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های نظام‌های سلامت و سیاست‌گذاران مطرح بوده ولی طی سال‌های اخیر نگرانی‌ها در این خصوص بیشتر شده است. طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت در مناطقی که درگیر جنگ و بحران‌های انسانی هستند، میزان اختلالات روانی به طور قابل توجهی بیشتر از جمعیت عمومی است و بخش مهمی از افراد درجاتی از مشکلات روان‌شناختی را تجربه می‌کنند (۲)

پیامدهای جنگ تنها محدود به جوامع و افرادی نیست که مستقیماً درگیر جنگ هستند و انفجار، خشونت یا جراحت را تجربه می‌کنند؛ بلکه بسیاری از پیامدهای ثانویه و پایدار آن مثل تخریب منازل، از دست دادن شغل، تورم، فقر، مهاجرت اجباری، از دست دادن حمایت و روابط اجتماعی، ناامنی و کاهش امید به آینده نیز می‌توانند فشارهای روانی مضاعف و پایداری ایجاد کنند. به طور



کلی این رویدادهای فشارزا نه تنها افراد مستقیماً آسیب دیده، بلکه خانواده‌ها، کودکان، زنان، سالمندان، نیروهای امدادی و کل جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

طی سال‌های اخیر، توجه به بهداشت روان پس‌جنگ افزایش یافته است و این مفهوم نه فقط شامل درمان اختلالات روانی بلکه دربرگیرنده بازسازی سرمایه‌های اجتماعی، افزایش تاب‌آوری، تقویت حمایت اجتماعی، ایجاد احساس امنیت و فراهم کردن زمینه بازگشت افراد به زندگی عادی است (۳).

پیامدهای جنگ بر سلامت روان

جنگ پیامدهای منفی مستقیم، غیرمستقیم و بین‌نسلی متعددی به دنبال دارد. مواجهه مستقیم با جنگ، خشونت، مرگ و مشاهده رنج دیگران می‌تواند واکنش‌های شدید روان‌شناختی ایجاد کند. بسیاری از افراد در روزها و هفته‌های اول پس از جنگ علائم اضطراب، کابوس، بی‌خوابی، گوش‌به‌زنگی، تحریک‌پذیری، احساس ناامنی، تجربه مجدد ذهنی رویداد فاجعه‌آمیز و تروماتیک را تجربه می‌کنند (۴) که از شناخته‌شده‌ترین پیامدهای روانی جنگ و علائم اختلال استرس پس از سانحه می‌باشند. در جوامع جنگ‌زده شیوع این اختلال و همچنین تغییرات شناختی و خلقی بالاتر از جمعیت عمومی گزارش شده است (۵). از دست دادن عزیزان، نابودی مشاغل، فقر و ناامیدی می‌توانند احساس اندوه، بی‌ارزشی، کاهش انگیزه و افکار ناامیدانه را تشدید کنند. همچنین، اختلالات اضطرابی، حملات پانیک، اختلالات خواب و مشکلات روان‌تنی در میان بازماندگان جنگ شایع هستند. مطالعات زیادی شیوع اختلال استرس پس از سانحه، اضطراب، اختلالات سازگاری، افسردگی، سوءمصرف مواد، سوگ پیچیده و مشکلات متعدد روانی-اجتماعی کودکان و نوجوانان را به عنوان مشکلات روان‌شناختی شایع در دوره پس‌جنگ گزارش کرده‌اند.

بخش دیگری از آسیب‌های روانی جنگ از عوامل غیرمستقیم و مزمن ناشی می‌شوند. تخریب زیرساخت‌ها، بیکاری، تورم، کاهش دسترسی به خدمات بهداشتی-درمانی، کمبود منابع مالی و مهاجرت اجباری می‌توانند استرس‌های طولانی‌مدتی را ایجاد کنند که در چنین شرایطی، افراد ممکن است احساس بی‌ثباتی، ناامنی و درماندگی را تجربه نمایند. از دست دادن خانه و کاشانه و جابه‌جایی‌های اجباری نیز تأثیرات عمیقی بر سلامت روان به جای می‌گذارند. خانه و محل سکونت تنها یک مکان فیزیکی نیستند، بلکه بخشی از هویت، خاطرات و احساس امنیت افراد محسوب می‌شوند. احتمالاً تخریب و از دست دادن خانه و محل سکونت می‌تواند احساس فقدان ریشه‌های هویتی و بی‌پناهی را افزایش دهد. همچنین فقر و ناامنی اقتصادی ناشی از جنگ می‌تواند خطر بروز افسردگی، خشونت خانگی، سوءمصرف مواد و فروپاشی خانواده را افزایش دهد. نتایج مطالعات نشان می‌دهند که استرس اقتصادی مزمن با افزایش اختلالات روانی و کاهش کیفیت زندگی ارتباط دارد (۶).

مطالعه فراتحلیل چارلسون و همکاران (۷) که مبنای برآوردهای جدید سازمان جهانی بهداشت است، نشان داد که حدود ۲۲ درصد افراد ساکن در مناطق جنگی حداقل از یک اختلال روانی قابل تشخیص رنج می‌برند. افسردگی، اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه شایع‌ترین اختلالات مشاهده‌شده در این جمعیت‌ها هستند. این میزان تقریباً دو تا سه برابر جمعیت عمومی در بسیاری از کشورها است.

با این حال، سازمان جهانی بهداشت تأکید می‌کند که اختلالات روانی تنها بخشی از بار واقعی جنگ را تشکیل می‌دهند و سلامت روان در شرایط پس‌جنگ فراتر از فقدان اختلالات روانی است. حتی پس از جنگ بسیاری از افراد با مشکلاتی مانند سوگ، ناامنی و ناامیدی، از دست دادن منابع معیشتی، نقل مکان‌های اجباری، اختلال در روابط خانوادگی، کاهش اعتماد اجتماعی و استرس مزمن



مواجه می‌شوند که لزوماً به معنای داشتن یک اختلال روان‌پزشکی نیست و نمی‌توان یک تشخیص را برایشان مطرح کرد اما نیازمند مداخله و دریافت خدمات روانی-اجتماعی و حمایتی می‌باشند. علاوه بر آن، پیامدهای منفی جنگ‌ها تنها محدود به نظامیان و حاضرین در میدان نبرد نیست بلکه باعث تضعیف روابط اجتماعی، اعتماد عمومی و انسجام اجتماعی، خشونت، افراطی‌گرایی و اضمحلال شبکه‌های حمایتی می‌شود. زنان، کودکان، نوجوانان و سالمندان از آسیب‌پذیرترین گروه‌های جمعیتی هستند. خصوصاً تجربه جنگ در دوران رشد کودکان می‌تواند تحول شناختی، هیجانی و اجتماعی را مختل کند. معمولاً کودکانی که شاهد خشونت، مرگ یا آوارگی بوده‌اند در معرض خطر اختلالات رفتاری، روانی و مشکلات تحصیلی بیشتری قرار دارند (۸)

راهبردهای ارتقای سلامت روان و حمایت‌های روانی-اجتماعی پس از جنگ

با توجه به اینکه پیامدهای روانی و اجتماعی جنگ ماهیتاً چندبعدی و مزمن هستند و گرچه شواهد تحقیقاتی نشان داده‌اند که اختلالات روانی در جمعیت‌هایی که در معرض جنگ بوده‌اند افزایش می‌یابد ولی بخش قابل توجهی از آسیب‌های جنگ به صورت مشکلات روانی-اجتماعی گسترده‌تری بروز می‌کنند. به همین دلیل متخصصین حوزه سلامت روان بر این باورند که محدود کردن مداخلات پساجنگ به درمان‌های روان‌پزشکی و روان‌شناختی کافی نبوده و متناسب با ماهیت غامض این پیامدها نیست. تجارب به دست آمده از کشورهای درگیر جنگ مثل لبنان، افغانستان و ... هم نشان داده است که کارآمدترین برنامه‌های سلامت روان پساجنگ آن دسته از برنامه‌هایی هستند که به صورت همزمان سطوح مختلف فردی، خانوادگی، اجتماعی و ساختاری را هدف قرار می‌دهند. در همین راستا سازمان جهانی بهداشت و سایر نهادهای بین‌المللی مثل کمیته دائمی بین‌سازمانی سازمان ملل، یونیسف و کمیساریای عالی پناهندگان با اتخاذ رویکرد سلامت روان و حمایت‌های روانی-اجتماعی، این رویکرد را به عنوان چارچوب اصلی مداخلات در شرایط بحران و پسابحران معرفی و بسته حداقل خدمات سلامت روان و حمایت‌های روانی اجتماعی را پیشنهاد کرده‌اند. گرچه برای اجرا در مناطق جغرافیایی و فرهنگی-اجتماعی مختلف لازم است با شرایط خاص متناسب‌سازی شود. این بسته بر مبنای مدل هرمی مداخلات کمیته دائمی بین‌بخشی سازمان ملل طراحی شده و مبتنی بر این فرض بنیادین است که افراد و گروه‌های مختلف به سطوح متفاوتی از خدمات و حمایت‌ها نیاز دارند و همگی نیازمند مداخلات تخصصی روان‌پزشکی و روان‌شناسی نیستند.

مدل هرمی، مداخلات سلامت روان و حمایت‌های روانی اجتماعی را در چهار سطح که مکمل همدیگر هستند سازمان‌دهی می‌کند به گونه‌ای که هر چقدر به سمت رأس هرم حرکت می‌کنیم از تعداد افراد نیازمند خدمات کاسته می‌شود ولی شدت و درجه تخصصی بودن مداخلات افزایش می‌یابد. این مدل چهار سطح ارائه خدمات را پیشنهاد کرده است:

۱- خدمات اولیه و امنیت: تأمین کردن امنیت و دسترسی به خدمات پایه‌ای مثل درمان، آموزش، مسکن و رفع نیازهای اقتصادی از اولین خدماتی هستند که باید ارائه شوند زیرا بی‌ثباتی اجتماعی و احساس ناامنی از عوامل تداوم‌بخش مشکلات روان‌شناختی پس از جنگ محسوب می‌شوند.

۲- حمایت اجتماعی و خانوادگی: تقویت شبکه‌های حمایتی، تقویت و پشتیبانی خانواده، نهادهای دینی و سازمان‌های مردم‌نهاد می‌توانند تاب‌آوری را افزایش و عوارض روانی بحران را کاهش دهند.



۳- حمایت‌های روان‌شناختی: برای آن دسته از افرادی که علائمی از پریشانی روان‌شناختی را دارند ولی تشخیص یک یا چند اختلال را دریافت نمی‌کنند، ارائه کمک‌های اولیه روان‌شناختی، آموزش مهارت‌ها به ویژه مدیریت استرس و مشاوره‌های حمایتی سودمند خواهد بود.

۴- ارائه خدمات تخصصی سلامت روان: افرادی که به افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه، اختلالات خلقی، اختلالات سایکوتیک مبتلا هستند و یا افراد دارای رفتارهای پرخطر، نیازمند دریافت خدمات تخصصی روان‌پزشکی و روان‌درمانی هستند.

پیشنهادهای راهبردی برای شرایط پسا جنگ:

با توجه به شرایط فرهنگی-اجتماعی، وجود سازمان‌های چندگانه مرتبط با سلامت روان در سراسر کشور و تعداد نسبتاً مناسب روان‌شناسان و روان‌پزشکان و دیگر رشته‌های مرتبط با سلامت در کشور، راهبردهای زیر برای مداخلات در شرایط پسا جنگ پیشنهاد می‌شوند:

- ۱- استقرار نظام ملی سلامت روان با همکاری وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، آموزش و پرورش و سایر نهادها.
- ۲- ادغام سلامت روان در مراقبت‌های اولیه با توجه به شبکه گسترده بهداشتی کشور تا سطح روستاها (خانه‌های بهداشت) که ظرفیت ارزشمندی برای شناسایی و مداخلات به‌هنگام را فراهم می‌کنند.
- ۳- تدوین و اجرای برنامه ملی سلامت روان ویژه کودکان و نوجوانان.
- ۴- تدوین و اجرای برنامه ملی مدیریت سوگ و راه‌اندازی کلینیک‌های سوگ.
- ۵- بازسازی سرمایه اجتماعی از طریق توسعه فعالیت‌های داوطلبانه و گسترش برنامه‌های فرهنگی، هنری و سایر فعالیت‌های اجتماع‌محور.
- ۶- تدوین و اجرای برنامه‌های حمایت روانی از کارکنان اعم از درمانی، امدادی و نیروهای عملیاتی.
- ۷- مدیریت رسانه و ارتباطات. از آنجایی که رسانه‌ها نقش مهمی در شکل‌گیری واکنش‌های روان‌شناختی و رفتارهای سالم و همچنین رفتارهای پرخطر دارند لازم است سیاست‌های مرتبط با اجتناب از انتشار تصاویر آسیب‌زا و اخبار مبهم طراحی و به کار گرفته شوند. همچنین همزمان با مقابله با شایعات و اطلاعات نادرست، آموزش همگانی مهارت‌های مقابله با استرس از طریق رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی سودمند خواهد بود.

وظایف مدیران و سیاست‌گذاران در سلامت روان پسا جنگ

مسئولیت سلامت روان پسا جنگ تنها بر عهده روان‌پزشکان و روان‌شناسان نیست، بلکه نیازمند سیاست‌گذاری کلان و مدیریت بین‌بخشی است. نقش مهم و شاید نقش اصلی در کاهش آسیب‌های روانی و بازسازی اجتماعی را مدیران و سیاست‌گذاران دارند. احساس امنیت یکی از پیش‌شرط‌های مهم سلامت روان است. حکمرانی باید به گونه‌ای اعمال شود که موجبات برقراری ثبات اجتماعی، کاهش خشونت، بازسازی زیرساخت‌ها و تأمین نیازهای اساسی و زمینه بازگشت احساس امنیت را فراهم کند. فقر، بیکاری و ناامنی اقتصادی از عوامل مهم تشدید مشکلات روانی هستند. سیاست‌گذاران باید برنامه‌هایی علمی و مبتنی بر شواهد برای کارآفرینی، حمایت از افراد و خانواده‌های آسیب‌دیده، کنترل تورم و کاهش نابرابری تدوین و اجرا کنند. توسعه خدمات و برنامه‌های جامعه‌محور سلامت روان، طراحی برنامه‌های حمایتی از گروه‌های آسیب‌پذیر به ویژه کودکان، زنان، سالمندان، خانواده‌های آسیب‌دیده و معلولین، آموزش همگانی سلامت روان، بازسازی سرمایه اجتماعی و تقویت اعتماد و همبستگی اجتماعی،



تقویت همکاری‌های بین‌بخشی، بهره‌مندی از تجارب و ظرفیت‌های بین‌المللی، و حمایت از تحقیقات اثرگذار توسط سیاست‌گذاران و مدیران اجرایی ستون اصلی بهداشت روان در زمان جنگ و پس از آن است. به طور خلاصه، براساس شواهد علمی، سلامت روان پساجنگ صرفاً یک مسئله درمانی نیست، بلکه موضوعی است چندبعدی و پیچیده. بنابراین مداخلات بایستی چندسطحی، جامع و منطبق با شرایط فرهنگی-اجتماعی باشند و علاوه بر اقدامات درمانی تخصصی، لازم است مداخلات بر بازسازی سرمایه‌های اجتماعی، امید و اعتماد عمومی متمرکز شوند. گرچه اجرای چنین مداخلاتی بدون حمایت مدیران سطوح مختلف مقدور نمی‌باشد ولی چنانچه برنامه‌ها بدون شواهد علمی و بدون مشارکت و نظارت متخصصین مربوطه طراحی و اجرا شوند نه فقط کمکی به سلامت روان نمی‌کنند بلکه خود منبع آسیب خواهند بود. تجربه کشورهای مختلف و توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت هم حاکی از آن است که موفقیت در کاهش پیامدهای روانی جنگ نیازمند رویکردی چندبخشی، جامعه‌محور و مبتنی بر شواهد است. ایران با بهره‌گیری از ظرفیت شبکه بهداشتی، نظام آموزشی، سازمان‌های اجتماعی و نهادهای فرهنگی می‌تواند برنامه‌ای جامع با مشارکت متخصصان حوزه‌های مختلف، برای ارتقای سلامت روان و حمایت‌های روانی-اجتماعی برای دوره پساجنگ طراحی و اجرا کند.

References

1. Murthy RS, Lakshminarayana R. Mental health consequences of war: a brief review of research findings. *World Psychiatry*. 2006;5(1):25-30.
2. World Health Organization. *Mental health in emergencies*. Geneva: WHO; 2019.
3. Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, Bryant RA, Brymer MJ, Friedman MJ, et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention. *Psychiatry*. 2007;70(4):283-315.
4. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement. *JAMA*. 2009;302(5):537-49.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington DC: APA; 2013.
6. Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA, et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries. *Soc Sci Med*. 2010;71(3):517-28.
7. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019;394(10194):240-248.
8. Betancourt TS, Khan KT. The mental health of children affected by armed conflict. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2008;17(3):200-2.
9. Inter-Agency Standing Committee (IASC). *Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Geneva: IASC; 2007.
10. World Health Organization. *Mental Health and Psychosocial Support Minimum Service Package (MHPSS MSP)*. Geneva: WHO; 2022.



سلامت روان در پساجنگ؛ بازسازی روان جامعه، فراتر از پایان آتش‌بس

دکتر حمید یعقوبی

دانشیار روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد

جنگ فقط ویرانی شهرها و زیرساخت‌ها نیست؛ جنگ، معماری روان انسان و بافت عاطفی جامعه را نیز دگرگون می‌کند. حتی زمانی که صدای انفجارها خاموش می‌شود و آتش‌بس برقرار می‌گردد، ذهن بسیاری از انسان‌ها همچنان در وضعیت هشدار باقی می‌ماند. بدن ممکن است از جنگ بیرون آمده باشد، اما روان معمولاً دیرتر صلح را باور می‌کند.

امروز، در حالی که کشور پس از هفته‌ها درگیری نظامی وارد مرحله آتش‌بس و احتمالاً حرکت به سمت توافق و پایان جنگ شده است، شاید مهم‌ترین پرسش این باشد که جامعه ایرانی از نظر روانی در چه وضعیتی قرار دارد و در ماه‌های آینده با چه مخاطراتی روبه‌رو خواهد شد؟ واقعیت آن است که «پساجنگ» صرفاً یک مفهوم سیاسی یا نظامی نیست؛ بلکه دوره‌ای پیچیده از بازسازی روانی، اجتماعی و فرهنگی جامعه است. تجربه بسیاری از کشورها نشان داده است که آسیب‌های روانی جنگ، اغلب دیرتر و ماندگارتر از خسارت‌های فیزیکی آشکار می‌شوند. اضطراب، افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، فرسودگی روانی، اختلال خواب، خشونت خانگی، احساس بی‌معنایی و افزایش رفتارهای خودآسیب‌رسان، بخشی از پیامدهای شناخته‌شده دوران پساجنگ هستند. اما آنچه کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد، تغییرات عمیق‌تر در روان جمعی جامعه است: کاهش اعتماد اجتماعی، عادی‌شدن خشونت، فرسایش همدلی و گسترش احساس ناامنی مزمن. در عین حال، جنگ تجربه‌ای یکنواخت برای همه مردم نیست. حتی در یک جامعه واحد، گروه‌های مختلف، جنگ را به شیوه‌های متفاوتی تجربه می‌کنند و همین تفاوت تجربه‌ها، مداخلات روان‌شناختی متفاوتی را ضروری می‌سازد.

نخست، خانواده‌های کشته‌شدگان، مجروحان و مفقودشدگان قرار دارند؛ خانواده‌هایی که با سوگ، اضطراب، ابهام و گاه احساس تنهایی اجتماعی روبه‌رو هستند. سوگ در شرایط جنگ، اغلب سوگی پیچیده و ناتمام است؛ زیرا فرد نه تنها عزیزی را از دست داده، بلکه احساس امنیت و تداوم زندگی نیز آسیب دیده است. این گروه، بیش از هر چیز به حمایت‌های بلندمدت روانی-اجتماعی و به رسمیت‌شناختن رنج خود نیاز دارند.

گروه دوم، افرادی هستند که خانه و محل زندگی خود را از دست داده‌اند و اکنون نوعی «بی‌جاشدگی» را تجربه می‌کنند. از دست دادن خانه، فقط از دست دادن یک مکان فیزیکی نیست؛ بلکه از دست دادن حس تعلق، ثبات و خاطره است. زندگی در اسکان‌های موقت، هتل‌ها یا شرایط نامطمئن، می‌تواند احساس بی‌ریشگی، افسردگی و فرسودگی روانی را در این افراد تشدید کند.

گروه سوم، بخش بزرگی از جامعه‌اند که اگرچه مستقیماً در معرض تخریب یا جراحت قرار نگرفته‌اند، اما ترومای ثانویه جنگ را تجربه کرده‌اند؛ مردمی که هفته‌ها با اخبار تهدیدکننده، نگرانی برای آینده، احساس ناامنی و اضطراب جمعی زندگی کرده‌اند. بسیاری از این افراد ممکن است در ظاهر به زندگی روزمره بازگشته باشند، اما همچنان دچار اختلال خواب، تحریک‌پذیری، اضطراب منتشر یا احساس ناامنی پایدار باشند.

اما در کنار این گروه‌ها، باید به بخشی از جامعه نیز توجه کرد که تحولات جنگ را با انتظارات سیاسی و اجتماعی خاصی دنبال می‌کردند و اکنون ممکن است با احساس‌هایی مانند یأس، خشم، سرخوردگی یا بی‌اعتمادی مواجه باشند. صرف‌نظر از نوع نگاه



سیاسی افراد، تجربه فروپاشی انتظارات جمعی خود می‌تواند منبعی از فشار روانی و احساس درماندگی باشد. نادیده گرفتن این هیجان‌ها، تنها به تعمیق شکاف‌های اجتماعی و فرسودگی روانی بیشتر منجر خواهد شد.

در چنین شرایطی، وظیفه نظام سلامت روان صرفاً درمان اختلالات فردی نیست؛ بلکه فهم پیچیدگی تجربه‌های انسانی در جامعه‌ای است که جنگ را پشت سر گذاشته است. جامعه پساجنگ، به مداخلاتی چندلایه نیاز دارد؛ از حمایت سوگ‌دیدگان و بازتوانی آسیب‌دیدگان مستقیم گرفته تا بازسازی احساس امنیت، اعتماد اجتماعی و امید جمعی.

یکی از مهم‌ترین چالش‌های دوران پساجنگ، مواجهه با «سوگ جمعی» است. در جنگ، فقط انسان‌ها از دست نمی‌روند؛ مردم احساس امنیت، آینده قابل پیش‌بینی، اعتماد و گاه بخشی از هویت جمعی خود را نیز از دست می‌دهند. جامعه‌ای که فرصت سوگواری سالم و گفت‌وگو درباره رنج‌های خود را نداشته باشد، ممکن است برای سال‌ها در چرخه خشم، انکار، بی‌حسی هیجانی یا فرسودگی مزمن باقی بماند.

در این میان، کودکان و نوجوانان جایگاهی ویژه دارند. نسلی که دوران رشد خود را در فضای تهدید، نااطمینانی و اضطراب سپری می‌کند، ممکن است جهان را ذاتاً خطرناک و غیرقابل اعتماد تجربه کند. حمایت از خانواده‌ها، بازگرداندن ثبات به مدارس و ایجاد فضاهای امن برای بازی، گفت‌وگو و بیان هیجان‌ها، بخشی اساسی از سرمایه‌گذاری برای آینده جامعه است.

اما شاید مهم‌ترین نکته‌ای که امروز باید مورد توجه سیاست‌گذاران و مسئولان قرار گیرد، این باشد که پیامدهای روانی جنگ معمولاً با تأخیر ظاهر می‌شوند. تجربه جهانی و پژوهش‌های پس از جنگ نشان می‌دهد که بسیاری از اختلالات روان‌شناختی، به‌ویژه افسردگی، PTSD، سوءمصرف مواد و رفتارهای خودآسیب‌رسان، در فاصله ۶ تا ۱۲ ماه پس از پایان درگیری‌ها افزایش پیدا می‌کنند. در روزهای جنگ، ذهن انسان اغلب در وضعیت «بقا» عمل می‌کند؛ اما هنگامی که التهاب اولیه فروکش می‌کند و جامعه به ظاهر به زندگی عادی بازمی‌گردد، بسیاری از واکنش‌های سرکوب‌شده روانی تازه مجال ظهور پیدا می‌کنند. به همین دلیل، پایان جنگ لزوماً به معنای پایان بحران سلامت روان نیست؛ بلکه در بسیاری موارد، آغاز مرحله پنهان‌تر و پیچیده‌تر بحران است.

اگر امروز برای این مرحله برنامه‌ریزی نکنیم، ممکن است در ماه‌های آینده با آنچه می‌توان «سونامی اختلالات روانی و اوج‌گیری اقدام به خودکشی‌ها» نامید روبه‌رو شویم؛ بحرانی خاموش که آثار آن شاید از بسیاری خسارت‌های فیزیکی جنگ ماندگارتر باشد. این هشدار، صرفاً یک نگرانی نظری نیست. نظام سلامت روان کشور — از وزارت بهداشت، سازمان نظام روان‌شناسی، انجمن‌های علمی، آموزش و پرورش، رسانه‌ها و نهادهای اجتماعی گرفته تا سازمان‌های حمایتی — باید از هم‌اکنون برای دوران پساجنگ آماده شود. جامعه به شبکه‌ای از مداخلات فعال، در دسترس و جامعه‌محور نیاز دارد: غربالگری زودهنگام اختلالات روانی، تقویت خدمات بحران، آموزش عمومی، حمایت از گروه‌های پرخطر، مداخلات مدرسه‌محور، توسعه خدمات پیشگیری از خودکشی و مراقبت از خانواده‌های آسیب‌دیده.

همچنین نباید فراموش کرد که سلامت روان ارائه‌دهندگان خدمات نیز در معرض تهدید است. روان‌شناسان، پزشکان، امدادگران، خبرنگاران و فعالان اجتماعی، خود حامل بار عظیمی از رنج جمعی می‌شوند. مراقبت از مراقبان، بخشی ضروری از هر برنامه ملی سلامت روان در شرایط پساجنگ است.



در عین حال، نباید جامعه را صرفاً مجموعه‌ای از قربانیان درمانده تصور کرد. انسان‌ها در کنار آسیب‌پذیری، ظرفیت چشمگیری برای تاب‌آوری، بازسازی معنا و رشد پس از سانحه دارند. بسیاری از جوامع پس از جنگ، در کنار رنج، تجربه‌هایی از همبستگی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی و بازتعریف ارزش‌های انسانی را نیز تجربه کرده‌اند.

سلامت روان در پساجنگ، فقط به معنای کاهش علائم بیماری نیست؛ بلکه به معنای بازگرداندن توانایی امید داشتن، اعتماد کردن، دوست داشتن و ساختن آینده است.

صلح واقعی، فقط نبود جنگ نیست؛ توانایی دوباره زندگی کردن است.

آشنایی با روان‌شناسان ایرانی

زنده یاد دکتر حسین شکرکن

از مؤسسان و اعضای هیئت مدیره انجمن روان‌شناسی ایران
استاد بازنشسته دانشگاه شهید چمران اهواز
سال‌های خدمت: ۱۳۵۲ - ۱۳۸۶

به نقل از نشریه شوق و خبرگزاری سیناپرس

دوران کودکی و نوجوانی را در شهر دزفول گذراندم و خودم را دزفولی می‌دانم. بعد از آن به اهواز آمدم و به دانشسرای مقدماتی که دانش‌آموزان را برای عهده‌دار شدن شغل آموزگاری تربیت می‌کرد، وارد شدم. من سال چهارم و پنجم دبیرستان را در این مؤسسه شبانه‌روزی که خوشبختانه همه چیز در آن برای درس خواندن فراهم بود، گذراندم. دانش‌آموزانی که دوره این دانشسرا را می‌گذراندند، پس از فراغت از تحصیل برای پنج سال متعهد به خدمت به عنوان آموزگار بودند. اما در عین حال، دو نفر ممتاز هر سال، ضمن معافیت از این تعهد، پس از اتمام سال ششم دبیرستان می‌توانستند برای تحصیل دانشگاهی به دانشسرای عالی تهران بروند.

خوشبختانه این فرصت برای من فراهم شد و در مهر سال ۱۳۳۹ به دانشسرای عالی وارد شدم که بعداً به دانشگاه تربیت معلم و بعد هم به دانشگاه خوارزمی تغییر نام یافت. من بنا به علاقه خودم در مقطع کارشناسی، رشته زبان انگلیسی را انتخاب کردم. در دوره تحصیل در رشته زبان انگلیسی، به این دلیل که قرار بود بعد از پایان آن به عنوان دبیر مشغول به کار شویم، باید چندین درس در زمینه‌های علوم تربیتی و روان‌شناسی می‌گذراندیم؛ در آنجا با روان‌شناسی آشنا و به آن علاقه‌مند شدم و با خودم قرار گذاشتم که اگر موفق به ادامه تحصیل در خارج از کشور بشوم، تحصیلاتم را در رشته روان‌شناسی ادامه دهم. این دوره را با توفیق الهی و با کسب رتبه شاگرد اولی به پایان رساندم و امتیاز گرفتن بورس تحصیلی خارج از کشور را به دست آوردم.

در سال ۱۳۴۲ به عنوان دبیر زبان انگلیسی در دبیرستان‌های دزفول مشغول به کار شدم و تا تیر ماه سال ۱۳۴۶ به این کار ادامه دادم. ضمناً در این دوره دو ساله، مقدمات گرفتن پذیرش تحصیلی از یک دانشگاه آمریکا را فراهم ساختم. با یاری یکی از استادان



دانشسرای عالی خود توانستم از چهار دانشگاه برجسته آمریکا پذیرش بگیرم و از میان آن‌ها، پذیرش مربوط به دانشگاه کالیفرنیا در برکلی را که یکی از چند دانشگاه ممتاز جهان است، انتخاب کردم. در آنجا قرار بر این شد که من واحدهایی را بگذرانم تا لیسانس دومی در رشته روان‌شناسی به من داده شود. همین کار را انجام دادم و طی این دوره که بیش از دو سال به درازا کشید، به دو زمینه روان‌شناسی اجتماعی و روان‌شناسی صنعتی و سازمانی علاقه‌مند شدم. این دو شاخه از روان‌شناسی ارتباط تنگاتنگی با هم دارند.

روان‌شناسی صنعتی و سازمانی مربوط به بهبود بخشیدن به وضعیت سازمان‌ها و نیروی انسانی آن‌ها، یعنی بهره‌وری سازمانی و کیفیت زندگی کاری کارکنان سازمان‌هاست. روان‌شناسی اجتماعی نیز اساس و شالوده روان‌شناسی سازمانی است و به عبارتی، روان‌شناسی سازمانی را می‌توان روان‌شناسی اجتماعی سازمان‌ها نامید. در دوره کارشناسی، هم دروس مربوط به روان‌شناسی صنعتی و سازمانی و هم دروسی در روان‌شناسی اجتماعی را دنبال کردم و با توجه به عمل‌گرایانه‌تر بودن روان‌شناسی صنعتی و سازمانی و استفاده‌ای که می‌شود از آن در سازمان‌ها و کمک به مسائل نیروی انسانی کرد، برای دوره دکترا درخواست پذیرش در روان‌شناسی صنعتی و سازمانی دادم که مورد پذیرش قرار گرفت. بدین ترتیب در سال ۱۳۴۷ خورشیدی (۱۹۶۸ میلادی) وارد دوره دکترای روان‌شناسی صنعتی و سازمانی در دانشگاه کالیفرنیا در شهر برکلی آمریکا شدم.

جذابیت روان‌شناسی به این جهت است که این رشته بیشتر مربوط به رفتار و افکار انسان است. این چیزی بود که با سلیقه من سازگاری داشت. البته علاوه بر جنبه نظری، جنبه کاربردی روان‌شناسی صنعتی و سازمانی را نیز در نظر داشتم. تقریباً از ابتدای دوره دکترا و در همان گروه روان‌شناسی دانشگاه کالیفرنیا به عنوان دستیار آموزشی استخدام شدم و پس از وارد شدن به دوره رساله دکترا، به عنوان همکار آموزشی به فعالیت آموزشی خود ادامه دادم. در آن زمان هر سال تحصیلی شامل سه ترم سه ماهه و دو ترم شش هفته‌ای تابستانی بود و من به مدت پنج سال در گروه روان‌شناسی دانشگاه کالیفرنیا به فعالیت آموزشی پرداختم. دروسی که در این مدت تدریس می‌کردم شامل روان‌شناسی اجتماعی، روان‌شناسی صنعتی و سازمانی و روش‌های تحقیق و آمار کاربردی در روان‌شناسی بود. یک سال نیز به عنوان روان‌شناسی پژوهشگر در یک مؤسسه پژوهشی وابسته به دانشگاه کالیفرنیا که به مسائل اجتماعی سیستم مترو تازه احداث در آن منطقه می‌پرداخت، مشغول به کار بودم.

در هر صورت، در اوایل ژانویه ۱۹۷۶ (اواسط دی ماه سال ۱۳۵۲)، چند روز پس از دریافت مدرک دکترا به ایران بازگشتم. در بازگشت به ایران نیز از میان دانشگاه شیراز و دانشگاه جندی‌شاپور اهواز (دانشگاه شهید چمران کنونی)، دانشگاه جندی‌شاپور را انتخاب کردم و از ابتدای بهمن ماه سال ۱۳۵۲ مشغول به کار شدم. در آن زمان دانشگاه جندی‌شاپور رشته روان‌شناسی نداشت و گروه‌های روان‌شناسی در کشور محدود به دانشگاه‌های تهران، اصفهان و شیراز بود. با ورود به دانشگاه جندی‌شاپور، برنامه‌ریزی برای دوره کارشناسی روان‌شناسی با گرایش صنعتی و سازمانی را انجام دادم و به تصویب رساندم. برای نخستین بار در کشور، در مهرماه سال ۱۳۵۳ دانشجویانی در این گرایش در گروه روان‌شناسی دانشگاه جندی‌شاپور پذیرفته شدند.

یک سال بعد با همکاری شادروان دکتر خسرو چهرزاد، رئیس وقت دانشکده که قبلاً رشته علوم تربیتی را ایجاد کرده بود، رشته مشاوره و راهنمایی را هم راه‌اندازی کردیم. از سال ۱۳۵۵ دوره‌های کارشناسی ارشد نیز اضافه شدند و توانستیم اساتید برجسته‌ای را که در خارج تحصیل کرده بودند، در گروه و دانشکده گرد هم آوریم. جالب است اشاره کنم که تا آن زمان همه دانشکده‌های مربوطه در کشور عنوان «علوم تربیتی» داشتند، اما پس از اینکه ما برای نخستین بار عنوان «علوم تربیتی و روان‌شناسی» را برای



دانشکده انتخاب کردیم، دیگر دانشکده‌های علوم تربیتی دانشگاه‌ها هم این کار را کردند و نام دانشکده‌ها به این عنوان تغییر یافت. در سال ۱۳۵۵ در دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه جندی‌شاپور سه رشته کارشناسی ارشد و در سال ۱۳۵۷ پنج رشته کارشناسی ارشد در گرایش‌های مختلف روان‌شناسی و علوم تربیتی ایجاد شده بود.

در پنجم فروردین ماه ۱۳۵۲ با خانم منصوره شعاعی که دبیر علوم انسانی آموزش و پرورش بود پیمان ازدواج بستیم. ثمره این ازدواج دو فرزند پسر است؛ یکی به نام فرهنگ متولد ۲۲ فروردین ۱۳۵۴ که اکنون یک دامپزشک است و دیگری فرشید متولد ۵ آبان ۱۳۵۶ که اکنون یک پزشک است.

پس از انقلاب اسلامی و بعد از تعطیلی سه ساله دانشگاه‌ها و در حالی که تغییراتی ایجاد شده بود، دو گرایش کارشناسی در روان‌شناسی و به‌تدریج چند دوره کارشناسی ارشد در روان‌شناسی تربیتی، روان‌شناسی بالینی و روان‌شناسی صنعتی و سازمانی در دانشکده راه‌اندازی شدند. در این دوره نیز دانشگاه شهید چمران اهواز نخستین دانشگاهی بود که کارشناسی ارشد روان‌شناسی صنعتی و سازمانی را در کشور راه‌انداخت. پس از آن نیز راه‌اندازی دوره دکترای روان‌شناسی را دنبال کردیم و به عنوان یکی از دو یا سه دانشگاه اول در کشور، مجوز تأسیس دوره دکترا را برای دکترای رشته روان‌شناسی دریافت کردیم که با سه گرایش تربیتی، بالینی و صنعتی و سازمانی ارائه می‌شد. روان‌شناسی تربیتی بعداً به همت همکاران به صورت دکترای تخصصی راه‌اندازی شد.

پس از آن، با تلاش‌ها و پیگیری‌های چندین ساله بنده، سرکار خانم دکتر ارشدی و همکاری دیگر اعضای کمیسیون روان‌شناسی صنعتی و سازمانی نظام روان‌شناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران که ریاست آن را بر عهده داشتم و تا اواخر سال ۱۳۹۸ نیز ادامه داشت، در اواخر اسفند ۱۳۹۵ دوره آموزشی دکترای تخصصی روان‌شناسی صنعتی و سازمانی نیز تصویب شد و نخستین دانشجویان این رشته در مهر ماه سال ۱۳۹۸ در گروه روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز مشغول به تحصیل شدند.

در دوران پس از انقلاب اسلامی، تا اول بهمن ماه ۱۳۸۲ که بازنشسته شدم، با جدیت هرچه تمام‌تر در فعالیت‌های آموزشی، پژوهشی و اجرایی گروه روان‌شناسی و دانشکده مشارکت داشتم. در واقع، ۳۶ سال تمام در دانشگاه شهید چمران اهواز به کار مشغول بودم و در تمام این مدت در زمینه‌های روان‌شناسی اجتماعی، روان‌شناسی صنعتی و سازمانی، روش تحقیق، آمار کاربردی روان‌شناسی و روان‌سنجی در مقاطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا تدریس کردم.

با توجه به اینکه تا پیش از انقلاب اسلامی بیشتر فعالیت‌های من تدریس بود، در زمینه‌های روان‌شناسی اجتماعی، روان‌شناسی صنعتی و سازمانی، نگرش‌های اجتماعی، نظریه‌های روان‌شناسی اجتماعی و روش‌های تحقیق در روان‌شناسی اجتماعی که تدریس می‌کردم، به ترجمه و تألیف جزوه‌ها و کتاب‌های درسی اهتمام ورزیدم. در این دوره علاوه بر تدریس در دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، درس روان‌شناسی اجتماعی را به دانشجویان دانشکده‌های علوم و ادبیات نیز تدریس می‌کردم. از آنجا که کتاب مناسبی در این زمینه در دسترس نبود، کتاب «روان‌شناسی اجتماعی» الیوت ارونسون را ترجمه کردم که چاپ اول آن در سال ۱۳۵۸ و چاپ‌های بعدی آن توسط انتشارات دانشگاه شهید چمران انتشار یافت. اندکی بعد، این کتاب به عنوان منبع اصلی درس روان‌شناسی اجتماعی کشور انتخاب گردید و سال‌ها در گروه‌های روان‌شناسی دانشگاه‌های کشور تدریس شد. در سال ۱۳۸۲ ویراست هشتم اصل این کتاب را دوباره ترجمه کردم که تا سال ۱۳۹۷ بارها توسط انتشارات رشد چاپ شده است.



در پیشگفتار این کتاب در نخستین چاپ ویراست هشتم، به ویژگی‌های آن که سبب اقبال گسترده از اصل و ترجمه آن شده است، پرداخته‌ام. یک ویژگی این کتاب این است که کلیه مباحثی که در آن بررسی شده‌اند، از پشتوانه محکم آزمایشی و تجربی برخوردارند. ویژگی دوم آن، تأکید بر تبیین بسیاری از رفتارهای اجتماعی بر اساس یک نظریه فراگیر یعنی نظریه ناهماهنگی شناختی است. سومین ویژگی مطلوب این کتاب، سبک نگارش ساده، روان و نغز آن است که نویسنده برای تفهیم مطالب آن به کار برده است. من نیز تلاش بسیار به عمل آوردم تا در حد توان، سبک و شیوه مؤلف را در ترجمه فارسی آن منعکس سازم. آخرین ویژگی مهم این کتاب این است که نویسنده بر اساس نظریه‌ها و یافته‌های روان‌شناسی اجتماعی، بسیاری از مسائل اجتماعی واقعی را که مبتلا به بسیاری از جوامع بشری هستند، مورد تحلیل و تبیین قرار داده است.

کتاب «روان‌شناسی صنعتی و سازمانی» در سال ۱۳۷۱ به عنوان کتاب سال دانشگاه‌های کشور در رشته روان‌شناسی انتخاب و به دریافت جایزه مفتخر گردید. کتاب‌های دیگری را هم که ترجمه کرده‌ام در زمینه‌های روان‌شناسی صنعتی و سازمانی، روان‌شناسی اجتماعی و روش تحقیق هستند.

در حالی که تمرکز من تا پیش از انقلاب بر ترجمه بود، پس از انقلاب و با ایجاد دوره‌های کارشناسی ارشد و دکترا به سمت پژوهش نیز رفتم و تاکنون بیش از ۸۰ مقاله پژوهشی در مجلات علمی-پژوهشی به فارسی و انگلیسی چاپ کرده‌ام. یکی از افتخاراتم این بوده که برای دوره ۲۰ ساله منتهی به سال ۱۳۸۳ در میان ۲۰ استاد پرتألیف کشور قرار گرفته‌ام. همچنین به عنوان استاد نمونه کشوری انتخاب شدم. علاوه بر این، ده‌ها طرح پژوهشی برای سازمان‌ها انجام داده‌ام که نزدیک به ۱۰ طرح از این میان، مربوط به دوره ۵ ساله همکاری من با شورای تحقیقات آموزش و پرورش استان خوزستان بوده است. علاوه بر این‌ها، همواره در زمینه ارائه مشاوره به شرکت‌های مختلف در خوزستان و سایر نقاط کشور فعالیت داشته‌ام. مسئولیت‌های مدیریتی مختلف شامل مدیر گروه روان‌شناسی، معاونت دانشکده و ریاست دانشکده را نیز در دوره‌های مختلف بر عهده داشته‌ام.

یکی از افتخارات دیگر من همکاری ۲۲ ساله‌ام از سال ۱۳۶۲ تا ۱۳۸۴ به عنوان سردبیر با مجله علمی-پژوهشی علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز بوده است. آغاز کار این مجله سال ۱۳۵۲ بود. مجلات علمی-پژوهشی اندکی در زمینه روان‌شناسی در کشور وجود دارند که چنین سابقه‌ای داشته باشند. همچنین اکنون سال‌هاست که سردبیری نشریه بین‌المللی انجمن روان‌شناسی ایران را که به زبان انگلیسی منتشر می‌شود، بر عهده دارم.

مقایسه وضعیت کنونی با گذشته نشان می‌دهد که در سال‌های ابتدایی، مقالاتی که نوشته می‌شد اکثراً پژوهشی نبودند. می‌توان گفت که از حدود سال ۱۳۷۰ با راه‌اندازی دوره‌های کارشناسی ارشد و دکترا بود که به تدریج مجلات علمی-پژوهشی جان گرفتند و پژوهش در میان اساتید روان‌شناسی هم اشاعه پیدا کرد. بنابراین، در رابطه با وضعیت پژوهش در روان‌شناسی می‌توان گفت که رشد خوبی از نظر کمی داشته‌ایم اما از لحاظ پیشرفت کیفی، همچنان باید مسیری طولانی پیموده شود.

یک چالش مهم دیگر روان‌شناسی این است که ما آزمایشگاه روان‌شناسی واقعی نداریم. ممکن است گفته شود که آزمایشگاه ایجاد کرده‌ایم، اما یک آزمایشگاه منحصر به چند دستگاه نیست؛ آزمایشگاه روان‌شناسی شرایط خاص خود را دارد. به همین دلیل پژوهش‌های ما اغلب مبتنی بر آزمایش‌های میدانی و پژوهش‌های توصیفی است و در آن‌ها از روش آزمایش آزمایشگاهی استفاده نشده است. این موضوع سبب شده است که کیفیت پژوهش‌های ما چندان بالا نباشد. بنابراین، تحول در این زمینه مستلزم پژوهش‌های آزمایشگاهی، تجربی و نظریه‌پردازی است و گام نهادن در این مسیر نیازمند فراهم شدن مقدمات ساختاری است.



روان‌شناسی رشته‌ای است که مددکار مردم در عرصه‌های مختلف زندگی خانوادگی، اجتماعی، علمی و عملی است و می‌تواند برای اقشار و گروه‌های مختلف جامعه از پیش از تولد تا مرگ یاری‌رسان باشد. بنابراین، هرگونه قضاوت درباره روان‌شناسی مستلزم آگاهی از ماهیت روان‌شناسی و خدماتی است که این شاخه از علم می‌تواند ارائه دهد. خوشبختانه در سال‌های اخیر فعالیت‌های خوبی در جهت توسعه روان‌شناسی انجام گرفته که نمونه آن تأسیس سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران است. اما هنوز رشته‌های تخصصی روان‌شناسی در ایران محدودند. روان‌شناسی بسیار گسترده‌تر از آن چیزی است که ما در ایران داریم و شاخه‌های موجود آن در ایران تمام چهره روان‌شناسی را نمی‌نمایانند. بنابراین، نه تنها در رشته‌هایی که هم‌اکنون داریم باید امکان فعالیت هرچه بیشتر روان‌شناسان فراهم شود، بلکه به دلیل رشد و توسعه همه‌جانبه جامعه، زمینه‌های دیگری از روان‌شناسی نیز که مورد نیازند، باید شناسایی و راه‌اندازی شوند. آنچه که می‌توان گفت این است که روان‌شناسی مورد نیاز جامعه است و به پیشرفت خود ادامه خواهد داد، لیکن باید در استفاده همه‌جانبه از این رشته تسریع شود تا بتواند در رفع آسیب‌های اجتماعی و اختلالات رفتاری جامعه که رشدی فزاینده داشته‌اند، زودتر نقش اساسی خود را ایفا کند.

درباره کتاب‌هایی که در ژانر موفقیت و مواردی از این دست تولید و جلساتی که در این زمینه‌ها برگزار می‌شود سوال شده بود که این‌ها به چه نسبتی می‌توانند در روان‌شناسی، دایره اثرگذاری آن و همچنین فضای آکادمیک این رشته مؤثر باشند؟ باید گفت که یک دسته از رشته‌های روان‌شناسی رشته‌هایی هستند که کاربرد بالینی دارند و وظیفه آن‌ها عموماً بازگرداندن افرادی که دچار مشکل یا ناهنجاری شده‌اند به وضعیت طبیعی است. اما اگر ما سلامت را فقط از جهت درمان در نظر بگیریم، بلکه بعد پیشگیری و ارتقای سلامت را که اتفاقاً بعد مهم‌تری است ببینیم، نیازمند اندیشیدن تدابیر متفاوتی هستیم که به واسطه آن‌ها افراد به جایی نرسند که دچار اختلال شوند و یا آسیب‌هایی مانند اعتیاد و طلاق و... که به سختی می‌توان آن‌ها را رفع کرد، در جامعه بروز نکنند. رشته‌های روان‌شناسی اجتماعی، روان‌شناسی صنعتی و سازمانی، روان‌شناسی تربیتی و روان‌شناسی ورزش در این دسته از رشته‌ها قرار می‌گیرند. ما برخی از رشته‌های این حوزه را داریم اما بسیاری از رشته‌های روان‌شناسی که در حال حاضر در کشور نداریم، دایره فعالیت‌شان در دنیا در بخش پیشگیری از اختلالات رفتاری، آسیب‌های اجتماعی و ارتقای سلامتی است. این‌ها رشته‌هایی هستند که پیشاپیش اجازه نمی‌دهند افراد دچار آسیب و اختلال شوند و یا می‌کوشند سطح سلامتی را از آنچه هست بالاتر ببرند.

در این میان، به دلیل نیاز جامعه و این که مردم نیاز به کمک دارند و روان‌شناسانی که بتوانند به این نیازها پاسخ بدهند به اندازه کافی وجود ندارند، عده‌ای غیرمتخصص ادعا می‌کنند که از عهده این کارها برمی‌آیند. آنچه که باید انجام بگیرد این است که این ادعاها با ملاک‌های سخت‌گیرانه علمی ارزیابی شوند. از لحاظ اخلاق حرفه‌ای نیز می‌توان گفت هیچ‌کس نباید در زمینه‌ای که تخصص ندارد، به‌خصوص در آنچه به زندگی، سرنوشت و رفتار مردم و جامعه مربوط می‌شود، وارد کار جدی شود. بنابراین، به نظر من این دست فعالیت‌ها باید زیر نظر پژوهشگران، ناظران و صاحب‌نظران روان‌شناسی باشند.

درباره جایگاه روان‌شناسی اجتماعی می‌توان گفت که اینک به صورت شاخه پیشرفته‌ای از روان‌شناسی درآمده است، مباحث متعددی را در بر دارد و نظریه‌ها و یافته‌های پژوهشی بسیاری را به وجود آورده است. در دهه‌های اخیر از نظریه‌ها، یافته‌های پژوهشی و ابزارهای روان‌شناسی اجتماعی در زمینه‌های مختلف زندگی اجتماعی استفاده شده است. برخی از این زمینه‌ها به اندازه‌ای توسعه یافته‌اند که به عنوان رشته‌های کاربردی مستقل روان‌شناسی اجتماعی مطرح شده‌اند. یکی از این زمینه‌ها، به نام‌های روان‌شناسی اجتماعی تربیتی (پرورشی)، روان‌شناسی اجتماعی آموزش و پرورش، و روان‌شناسی اجتماعی در تعلیم و تربیت



موسوم شده است. در واقع، نهاد آموزش و پرورش یک نظام یا سامانه اجتماعی است که در آن چند گروه با هم مناسبات اجتماعی دارند. به همین جهت، بسیاری از نظریه‌ها و یافته‌های روان‌شناسی اجتماعی در نظام اجتماعی آموزش و پرورش کاربرد مطلوب دارند.

برای نشان دادن تأثیر مطلوبی که روان‌شناسی اجتماعی تربیتی می‌تواند در عوامل آموزشی و پرورشی مربوط به محیط مدرسه بگذارد، تأثیر باورهای دانش‌آموزان درباره توانایی تحصیلی خود را مورد بررسی قرار می‌دهیم. آیا باورهای دانش‌آموزان درباره توانایی تحصیلی خود می‌توانند تغییر کنند؟ و آیا این تغییر می‌تواند به بهبود در دستاوردهای تحصیلی آنان منجر شود؟ روان‌شناسی اجتماعی بر اساس چند دهه پژوهش نشان داده است که چنین تغییراتی می‌تواند روی دهند. موضوعی که با گستردگی زیادی برای تبیین عملکرد دانش‌آموزان در محیط‌های آموزشی به کار رفته است، اسنادهای (علل ادراک‌شده رفتار) مختلفی است که درباره پدیده‌های مختلف آموزشی و پرورشی از موفقیت و شکست تحصیلی گرفته تا انتظارات از پیشرفت تحصیلی بعدی، به عمل می‌آیند. پژوهشگران همچنین به بررسی این موضوع پرداخته‌اند که چگونه این اسنادها می‌توانند تحت تأثیر افراد دیگری از قبیل همکلاسی‌ها، معلمان و والدین قرار بگیرند. بررسی چگونگی تأثیر این اسنادها در چیزهای دیگری مانند انتخاب رشته تحصیلی، تصمیم به ادامه تحصیل یا ترک آن و احساسات مربوط به ارزش خود نیز از اهمیت برخوردار است. در اینجا نشان می‌دهیم که چگونه یک نظریه کلی روان‌شناسی اجتماعی می‌تواند در نظام اجتماعی مدرسه کاربرد داشته باشد.

برنارد واینر (۱۹۸۲، ۲۰۰۱) نظریه‌ای سه بعدی را در زمینه ادراک اجتماعی، درباره اسنادهایی که مردم در ارتباط با نتایج رفتارهای خود به عمل می‌آورند، تدوین کرده است. نخستین بعد این نظریه مکان وقوع اسناد یا بعد درونی-بیرونی اسناد است؛ آیا فرد بر این باور است که تصمیم مربوط به رفتار منجر به یک نتیجه را خودش گرفته است یا کس دیگری این کار را کرده است؟ بعد دوم به ثبات یا دوام یک علت (ثبات در برابر بی‌ثباتی) اشاره دارد؛ آیا علت ادراک‌شده یک رویداد پایدار و باثبات است یا موقت و گذراست؟ بعد سوم مهارپذیری علت است و به درجه‌ای اطلاق می‌شود که فرد فکر می‌کند بر علل وقوع رویداد کنترل دارد، یعنی مهارپذیری در برابر مهارناپذیری علل رویدادها. واینر با کاربرد نظریه سه بعدی خود در قلمرو آموزش و پرورش، پیش‌بینی می‌کند که اگر در مدرسه دانش‌آموزی قبول نشدن خود در یک امتحان را به نداشتن مهارت‌های مطالعه (یک علت درونی)، به نداشتن هوش کافی (یک علت پایدار) و به سخت‌گیری معلم (یک علت مهارناپذیر) اسناد دهد، این انتظار را پیدا می‌کند که در امتحانات بعدی هم قبول نمی‌شود و در نتیجه از تلاش برای موفقیت در آینده باز می‌ماند. برعکس، اگر همان دانش‌آموز علت قبول نشدن خود را دشواری امتحان (یک علت بیرونی)، بدشانسی (یک علت موقت و گذرا) و عدم مطالعه کافی (یک علت مهارپذیر) بداند، به این نتیجه می‌رسد که قبول نشدن او رویدادی استثنایی است و به موفقیت خود در آینده امیدوار است و برای آن جد و جهد خواهد کرد. پژوهش‌های مربوطه بعدی، درستی پیش‌بینی واینر را مورد تأیید قرار دادند.

بر اساس نظریه سه بعدی، برای دانش‌آموزانی که درباره عملکرد تحصیلی خود چنین اسنادهایی به عمل می‌آورند چه می‌توان کرد؟ یاسوتیکه، برایان و دوهرن (۱۹۹۷) می‌خواستند ببینند که آیا می‌توان روی دانش‌آموزانی که چنین انگاره اسنادی ناسازگاری در محیط مدرسه دارند مداخله‌ای آزمایشی انجام داد که باورهای آنان را از عوامل مهارناپذیر (مثل توانایی) به عوامل مهارپذیر (مثل تلاش) تغییر دهد. این‌گونه مداخله آزمایشی به «آموزش اسنادی» معروف است و نشان داده است که در بازده‌های تحصیلی اثرهای مثبتی می‌گذارد. یاسوتیکه و همکارانش به‌ویژه علاقه‌مند به یاری به بچه‌هایی بودند که از لحاظ یادگیری ناتوانی داشتند. معلوم شده



است که معمولاً این‌گونه دانش‌آموزان انگاره‌های ناسازگاری از اسنادهای علی پیدا می‌کنند؛ موفقیت‌های تحصیلی خود را به علل بیرونی از قبیل تکالیف آسان و شکست‌های تحصیلی خود را به عوامل درونی از قبیل نداشتن توانایی نسبت می‌دهند. هماهنگ با نظریه واینر در این باره که چگونه اسنادها می‌توانند انتظارات دانش‌آموزان را درباره عملکرد تحصیلی خود تحت تأثیر قرار دهند، دانش‌آموزان واجد ناتوانی‌های یادگیری که به اسنادهای علی ناسازگار می‌پردازند، خودپنداره‌های ضعیفی پیدا می‌کنند و پشتکار کمتری در تکالیف تحصیلی از خود نشان می‌دهند.

در آموزش اسنادی ویژه‌ای که توسط یاسوتیکه و همکارانش (۱۹۹۷) به کار رفت، دانش‌آموزان دبستانی که یا به عنوان ناتوان در یادگیری و یا در خطر نیازمندی به آموزش ویژه شناسایی شده بودند، به عنوان معلم خصوصی برای بچه‌های کوچک‌تر تعیین شدند. کاربرد این روش مبتنی بر شواهدی بود که آموزش خصوصی توسط هم‌تایان به دانش‌آموزان دارای ناتوانی یادگیری، به بهبود تحصیلی هم برای آموزش‌دهندگان و هم برای آموزش‌بینندگان می‌انجامد. جفت‌های بچه‌ها (آموزش‌دهندگان و آموزش‌بینندگان) به طور تصادفی به یکی از دو روش آموزشی گمارده شدند و آموزش‌دهندگان برای دادن بازخورد در مورد تکالیف ریاضی و قرائت با استفاده از روشی که به آن گمارده شده بودند، آموزش دیدند.

روش‌های آموزشی عبارت بودند از (الف) حل مسئله به تنهایی که در آن آموزش‌دهندگان بیانات مثبت کلی را از قبیل «کارت خوبه» وقتی که آموزش‌بیننده جواب‌های درست می‌داد، و پیشنهاد راهبردهای حل مسئله را وقتی که پاسخ‌های نادرست داده می‌شد، به کار می‌بردند. (ب) آموزش اسنادی به اضافه حل مسئله که در آن آموزش‌دهندگان بیانات اسنادی درونی از قبیل «تو باهوشی» و «تو واقعاً سعی می‌کنی» را برای پاسخ‌های مثبت، و پیشنهاد راهبردهای حل مسئله را برای پاسخ‌های منفی به کار بردند.

نتایج نشان دادند که افزایش آموزش اسنادی اثرهای معنی‌داری در خودپنداره‌های دانش‌آموزان داشت. در پایان مداخله آزمایشی، هم آموزش‌دهندگان و هم آموزش‌بینندگانی که در حالت آزمایشی آموزش اسنادی قرار داشتند، خودپنداره‌های مطلوب‌تری نسبت به توانایی تحصیلی پیدا کردند تا هم‌تایان آنان در حالت آزمایشی حل مسئله به تنهایی. قابل توجه است که اثرهای مثبت به خودپنداره‌های مربوط به رفتار، توانایی تحصیلی و ظاهر بدنی نیز تسری داده شد.

به غیر از اسنادهای مربوط به موفقیت و شکست تحصیلی، روان‌شناسی اجتماعی روی مباحث بسیار مهم دیگری از قبیل نگرش‌ها و رفتار تحصیلی، سوگیری‌های خدمت به خود در کلاس درس، انگیزه درونی و پاداش‌های بیرونی، مقایسه کردن دانش‌آموزان با همدیگر، انتظارات معلمان از دانش‌آموزان و پیشرفت تحصیلی آنان، اثرهای تعامل دانش‌آموزان با یکدیگر، روش‌های یادگیری مبتنی بر همکاری، و مسائل اجتماعی عمومی‌تر از قبیل خشونت، پیش‌داوری و تبعیض، و رفتارهای مربوط به سلامتی در محیط مدرسه کار کرده است. بدین‌سان، می‌توان گفت که روان‌شناسی اجتماعی کاربرد گسترده‌ای در نظام آموزشی دارد و جا دارد که برای رفع مشکلات و بهبود وضع موجود، از خدمات روان‌شناسی اجتماعی در نظام آموزشی استفاده بهینه به عمل آید.

توصیه من این است که علاقه‌مندان با نیت خدمت به جامعه به این رشته وارد شوند. در واقع تن در دادن به مطالعات پیگیر، سخت و دشوار است و نیازمند علاقه‌ای است که تحمل این سختی‌ها را آسان کند. به نظر من آن چیزی که پذیرفتن سختی را ممکن می‌سازد، نیت فرد برای خدمت است. در غیر این صورت، میانه راه ممکن است سست شود.



یادداشت‌ها و تازه‌های علمی

از ترس تا ترمیم؛ مدل سه حلقه‌ای بازسازی سلامت روان خانواده‌های ایرانی در دوره پساجنگ

نازنین خادم

دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تربت جام

نوع اثر: مقاله تحلیلی - ترویجی

چکیده

سلامت روان در دوره پساجنگ فقط به درمان اختلالات شدید روان‌شناختی محدود نمی‌شود، بلکه بخشی از بازسازی انسانی، خانوادگی و اجتماعی پس از بحران است. پس از تجربه جنگ، بسیاری از افراد ممکن است دچار اضطراب، بی‌خوابی، گوش‌به‌زنگی، تحریک‌پذیری، ترس از صداها یا ناگهانی، نگرانی مداوم یا چک کردن پیوسته اخبار شوند. بخشی از این واکنش‌ها در روزها و هفته‌های نخست پس از بحران طبیعی و قابل فهم است، اما تداوم یا شدت آن‌ها می‌تواند نشانه نیاز به توجه تخصصی باشد. این مقاله با تکیه بر ادبیات بین‌المللی سلامت روان در بحران‌ها و برخی پژوهش‌های ایرانی درباره پیامدهای روان‌شناختی جنگ، مدل سه حلقه‌ای ترمیم روانی پساجنگ را پیشنهاد می‌کند. این مدل بر نقش خانواده، مدرسه و جامعه، و روان‌شناس و نظام ارجاع تخصصی تأکید دارد. هدف مقاله آن است که نشان دهد بازسازی پساجنگ فقط بازسازی ساختارهای بیرونی نیست، بلکه بازگرداندن احساس امنیت، خواب، رابطه، اعتماد و امید نیز بخش مهمی از ترمیم جامعه است.

کلیدواژه‌ها: سلامت روان، پساجنگ، خانواده، روان‌شناسی بحران، حمایت روانی-اجتماعی، اختلال استرس پس از سانحه، کمک‌های اولیه روان‌شناختی

۱. مقدمه

پایان جنگ همیشه به معنای پایان تجربه روانی جنگ نیست. گاهی صدای انفجار، هشدار، بی‌خبری، نگرانی برای عزیزان، اختلال در خواب و احساس ناامنی، حتی پس از توقف درگیری نیز در ذهن و بدن افراد ادامه پیدا می‌کند و به شکل اضطراب، گوش‌به‌زنگی، تحریک‌پذیری، خستگی، کاهش تمرکز، کابوس‌های شبانه یا نگرانی مداوم درباره آینده خود را نشان می‌دهد. در چنین شرایطی، جامعه فقط با پیامدهای بیرونی جنگ روبه‌رو نیست، بلکه با لایه‌ای پنهان‌تر از آسیب روانی و اجتماعی نیز مواجه می‌شود که اگر به موقع فهم و مدیریت نشود، می‌تواند به مشکلات پایدار فردی، خانوادگی و اجتماعی تبدیل شود. از این رو، سلامت روان در دوره پساجنگ را باید نه فقط به عنوان مسئله‌ای بالینی، بلکه به عنوان بخشی از بازسازی اجتماعی، خانوادگی و انسانی پس از بحران در نظر گرفت.

تجربه‌های جهانی نشان داده‌اند که افراد درگیر با جنگ و بحران‌های جمعی، الزاماً همگی دچار اختلال روانی نمی‌شوند، اما بسیاری از آنان درجاتی از پریشانی روان‌شناختی را تجربه می‌کنند. سازمان جهانی بهداشت تأکید می‌کند که اضطراب، غم، ناامیدی، مشکلات خواب، خستگی، تحریک‌پذیری، خشم و دردهای بدنی از واکنش‌های شایع پس از شرایط اضطراری هستند و در بسیاری از افراد با گذر زمان کاهش می‌یابند، اما بخشی از جمعیت در معرض اختلالات جدی‌تر قرار می‌گیرند (World Health



Organization, 2025) بر اساس یک مرور نظام‌مند و فراتحلیل درباره جمعیت‌های متأثر از تعارض، حدود ۲۲ درصد از افراد در این شرایط ممکن است با افسردگی، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال دوقطبی یا اسکیزوفرنی درگیر شوند (Charlson et al., 2019). این آمار نشان می‌دهد که سلامت روان پساجنگ نباید صرفاً به چند مورد شدید بالینی محدود شود، بلکه نیازمند نگاه جمعیتی، پیشگیرانه و مرحله‌بندی شده است.

در ایران نیز تجربه جنگ و پیامدهای روان‌شناختی آن سابقه پژوهشی دارد. نوربالا (۱۳۸۱) جنگ را پدیده‌ای ناخوشایند و استرس‌زا می‌داند که می‌تواند عامل آشکارکننده اختلالات روان‌پزشکی باشد. همچنین در مطالعه‌ای درباره افراد دارای تجربه جنگ تحمیلی عراق بر ایران در استان ایلام، شیوع اختلال استرس پس از سانحه در جمعیت مورد بررسی قابل توجه گزارش شد و پژوهشگران انجام برنامه‌های مداخله‌ای برای افراد دارای تجربه جنگی را توصیه کردند (زمانی و همکاران، ۱۳۹۷). این شواهد نشان می‌دهد که تجربه جنگ در حافظه روانی و اجتماعی جامعه باقی می‌ماند و اگر مداخلات حمایتی و پیشگیرانه به‌موقع طراحی نشود، پیامدهای آن می‌تواند سال‌ها بعد نیز در سطح فردی و خانوادگی ادامه پیدا کند.

در ایران پس از تجربه جنگی اخیر، توجه به سلامت روان پساجنگ از دو جهت اهمیت دارد. از یک سو، بخش قابل توجهی از واکنش‌های روانی مردم می‌تواند واکنش طبیعی به شرایط غیرطبیعی باشد و نباید با برچسب‌زنی، بیمارپنداری یا هراس‌افکنی همراه شود. از سوی دیگر، اگر نشانه‌هایی مانند بی‌خوابی طولانی، حملات اضطرابی، کناره‌گیری اجتماعی، پرخاشگری شدید، افت عملکرد، سوگ پیچیده، ترس مداوم یا ناتوانی در بازگشت به زندگی روزمره ادامه پیدا کند، نیاز به شناسایی و مداخله تخصصی وجود دارد. بنابراین یکی از چالش‌های اصلی روان‌شناسان در دوره پساجنگ، تمایز میان پریشانی طبیعی و آسیب روان‌شناختی پایدار است؛ تمایزی که هم از درمان‌زدگی غیرضروری پیشگیری می‌کند و هم مانع نادیده گرفتن افراد آسیب‌پذیر می‌شود.

ادبیات بین‌المللی در حوزه سلامت روان و حمایت روانی-اجتماعی در بحران‌ها، بر پاسخ‌های چندسطحی، هماهنگ و فرهنگی تأکید دارد. راهنماهای بین‌سازمانی سلامت روان در شرایط اضطراری، سلامت روان را فقط در قالب درمان فردی تعریف نمی‌کنند، بلکه آن را در پیوند با امنیت، حمایت اجتماعی، خانواده، جامعه، خدمات پایه و مراقبت تخصصی می‌بینند (Inter-Agency Standing Committee, 2007). همچنین رویکرد کمک‌های اولیه روان‌شناختی بر حمایت انسانی، گوش‌دادن بدون فشار، ارزیابی نیازهای فوری و پیوند دادن افراد با منابع حمایتی تأکید می‌کند (World Health Organization et al., 2011) در همین راستا، اصول مداخله پس از آسیب‌های جمعی نشان می‌دهد که بازگرداندن احساس امنیت، آرام‌سازی، تقویت کارآمدی فردی و جمعی، پیوند اجتماعی و امید، عناصر مهم ترمیم روانی در دوره پس از بحران هستند (Hobfoll et al., 2007).

با تکیه بر این دیدگاه‌ها، مقاله حاضر با هدف ارائه نگاهی کاربردی به سلامت روان در ایران پساجنگ نوشته می‌شود و تلاش دارد نشان دهد که بازسازی روانی جامعه، تنها از مسیر درمان اختلالات شدید عبور نمی‌کند، بلکه نیازمند توجه هم‌زمان به خانواده، مدرسه، جامعه، رسانه و نظام ارجاع تخصصی است. ایده اصلی مقاله آن است که در دوره پساجنگ، خانواده می‌تواند نخستین حلقه بازسازی احساس امنیت باشد، مدرسه و جامعه می‌توانند نقش تثبیت‌کننده و حمایتی داشته باشند، و روان‌شناسان می‌توانند با آموزش، غربالگری، مداخله کوتاه‌مدت و ارجاع تخصصی، مانع تبدیل ترس و پریشانی طبیعی به آسیب روانی پایدار شوند.



۲. پریشانی طبیعی یا آسیب پایدار؟ ضرورت تمایزگذاری در سلامت روان پساجنگ

یکی از خطاهای رایج در مواجهه با سلامت روان پس از جنگ، این است که همه واکنش‌های مردم به بحران به‌عنوان اختلال روانی تفسیر شود، در حالی که بخش مهمی از اضطراب، بی‌خوابی، گوش‌به‌زنگی، تحریک‌پذیری، کاهش تمرکز یا نگرانی مداوم، در روزها و هفته‌های نخست پس از بحران می‌تواند واکنش طبیعی بدن و ذهن به شرایطی غیرطبیعی باشد. انسان پس از تجربه تهدید، به‌طور طبیعی در وضعیت مراقبت و آماده‌باش باقی می‌ماند، زیرا نظام عصبی تلاش می‌کند از تکرار خطر پیشگیری کند. از این منظر، احساس ناامنی پس از جنگ را نباید بلافاصله بیماری دانست، بلکه باید آن را پاسخی روان‌زیستی به تجربه تهدید، بی‌ثباتی و فقدان کنترل در نظر گرفت.

با این حال، طبیعی بودن برخی واکنش‌ها به معنای نادیده گرفتن آن‌ها نیست. مسئله مهم در دوره پساجنگ، تشخیص مرز میان پریشانی قابل انتظار و نشانه‌های خطر است. زمانی که بی‌خوابی برای مدت طولانی ادامه پیدا می‌کند، فرد از فعالیت‌های روزمره کناره‌گیری می‌کند، ترس مداوم مانع کار، تحصیل یا ارتباط خانوادگی می‌شود، کودک دچار پسرقت رفتاری، کابوس‌های مکرر یا چسبندگی شدید به والدین می‌شود، یا فرد بزرگسال دچار حملات اضطرابی، پرخاشگری شدید، احساس گناه، ناامیدی یا افکار خودآسیبرسان می‌شود، دیگر نمی‌توان موضوع را فقط به عنوان واکنش گذرا به بحران در نظر گرفت. در چنین شرایطی، مداخله روان‌شناختی باید با دقت، آرامش و بدون برجسب‌زنی انجام شود تا هم فرد احساس بیمار بودن و طردشدگی نکند و هم نشانه‌های جدی پنهان نمانند.

در ادبیات روان‌شناسی تروما، تأکید می‌شود که پس از بحران‌های جمعی، مسیرهای پاسخ روانی در افراد یکسان نیست. برخی افراد پس از یک دوره کوتاه پریشانی به تدریج به عملکرد معمول خود بازمی‌گردند، برخی دیگر با حمایت خانوادگی و اجتماعی بهبود پیدا می‌کنند، و گروهی نیز به دلیل شدت مواجهه، فقدان حمایت، تجربه سوگ، آسیب‌پذیری پیشین یا قرار گرفتن مکرر در معرض اخبار و تصاویر تهدیدآمیز، در معرض مشکلات پایدار قرار می‌گیرند (Bonanno, 2004). بنابراین نگاه مناسب به سلامت روان پساجنگ، نگاه صفر و صدی نیست؛ یعنی نباید جامعه را یا کاملاً آسیب‌دیده و بیمار دانست، یا کاملاً مقاوم و بی‌نیاز از مراقبت. واقعیت روانی پس از جنگ در میانه این دو قرار دارد و نیازمند غربالگری، آموزش عمومی، حمایت خانوادگی و دسترسی به خدمات تخصصی است.

در این میان، نقش روان‌شناسان بسیار مهم است، زیرا روان‌شناس می‌تواند به جامعه کمک کند میان ترس طبیعی و ترس ناتوان‌کننده، میان غم طبیعی و افسردگی پایدار، و میان مراقبت سالم و گوش‌به‌زنگی فرساینده تفاوت بگذارد. این تمایزگذاری از دو جهت ارزشمند است. از یک سو، مانع آسیب‌زایی ثانویه می‌شود، زیرا وقتی واکنش‌های طبیعی مردم بیش از حد بیمارگونه تفسیر شود، اضطراب و شرم روانی افزایش پیدا می‌کند. از سوی دیگر، باعث می‌شود افرادی که واقعاً به مداخله نیاز دارند، در میان جمعیت عمومی گم نشوند. راهنماهای بین‌المللی سلامت روان در شرایط اضطراری نیز بر پاسخ‌های چندسطحی تأکید دارند؛ یعنی همه افراد به درمان تخصصی نیاز ندارند، اما همه افراد به درجاتی از امنیت، اطلاعات درست، حمایت اجتماعی و امکان ارجاع نیاز دارند (Inter-Agency Standing Committee, 2007).

بر این اساس، در ایران پساجنگ، یکی از نخستین وظایف روان‌شناسان، آموزش عمومی درباره واکنش‌های طبیعی پس از بحران است. مردم باید بدانند که ترس از صداهای ناگهانی، سبک شدن خواب، نگرانی برای آینده، حساسیت نسبت به اخبار، یا نیاز بیشتر به نزدیک بودن به خانواده، در بسیاری موارد نشانه ضعف یا از دست دادن کنترل روانی نیست، بلکه نشانه تلاش بدن برای بازگشت



به احساس امنیت است. هم‌زمان باید به خانواده‌ها آموزش داده شود که اگر این واکنش‌ها شدید، طولانی، تکرارشونده یا مختل‌کننده زندگی شدند، کمک گرفتن از متخصص ضروری است. این نگاه می‌تواند سلامت روان پساجنگ را از فضای ترس و شرم خارج کند و آن را به بخشی طبیعی از فرآیند بازسازی فردی و اجتماعی تبدیل کند.

۳. مدل سه حلقه‌ای ترمیم روانی پساجنگ

برای پاسخ به نیازهای روان‌شناختی جامعه در دوره پساجنگ، رویکردی لازم است که نه صرفاً درمان‌محور باشد و نه فقط به توصیه‌های عمومی و آرام‌سازی سطحی محدود شود. سلامت روان پساجنگ ماهیتی چندلایه دارد، زیرا فرد آسیب‌دیده یا نگران، فقط درون اتاق درمان زندگی نمی‌کند، بلکه در خانواده، مدرسه، محل کار، رسانه، شبکه‌های اجتماعی و فضای عمومی جامعه حضور دارد. به همین دلیل، مقاله حاضر مدل سه حلقه‌ای ترمیم روانی پساجنگ را پیشنهاد می‌کند. این مدل بر سه سطح به‌هم‌پیوسته تمرکز دارد: حلقه نخست خانواده، حلقه دوم مدرسه و جامعه، و حلقه سوم روان‌شناس و نظام ارجاع تخصصی. منطق اصلی این مدل آن است که بازسازی روانی پس از جنگ از نزدیک‌ترین محیط عاطفی فرد آغاز می‌شود، سپس در سطح اجتماعی تقویت می‌گردد و در صورت نیاز، به مداخله تخصصی پیوند می‌خورد.

۳.۱. حلقه نخست: خانواده

حلقه نخست این مدل، خانواده است. خانواده در دوره پساجنگ می‌تواند هم منبع امنیت باشد و هم در صورت نبود آگاهی، به‌طور ناخواسته اضطراب را تشدید کند. در بسیاری از خانواده‌ها، کودکان و نوجوانان بیشتر از آن‌که از خود حادثه آسیب ببینند، از واکنش‌های بزرگسالان، گفت‌وگوهای ترسناک، مصرف مداوم اخبار و فضای هیجانی خانه تأثیر می‌گیرند. بنابراین یکی از مهم‌ترین وظایف والدین، بازگرداندن تدریجی حس پیش‌بینی‌پذیری به خانه است. برنامه خواب، وعده‌های غذایی منظم، گفت‌وگوی آرام، کاهش اخبار در حضور کودکان، پاسخ دادن به پرسش‌ها در حد سن کودک و ایجاد فرصت برای بازی، نقاشی و بیان احساسات، از اقداماتی هستند که می‌توانند احساس امنیت را تقویت کنند. در ادبیات تاب‌آوری خانواده نیز تأکید می‌شود که خانواده‌های دارای ارتباط روشن، حمایت عاطفی و معناپردازی مشترک، توان بیشتری برای عبور از بحران دارند. (Walsh, 2016)

۳.۲. حلقه دوم: مدرسه و جامعه

حلقه دوم، مدرسه و جامعه است. پس از جنگ، مدرسه فقط محل آموزش درسی نیست، بلکه می‌تواند یکی از نخستین فضاهای بازگشت کودک و نوجوان به نظم، رابطه و احساس عادی بودن باشد. معلمان، مشاوران مدرسه و مدیران آموزشی می‌توانند با شناسایی تغییرات رفتاری مانند افت تحصیلی ناگهانی، گوشه‌گیری، پرخاشگری، اضطراب جدایی، کابوس یا کاهش تمرکز، نقش مهمی در ارجاع به‌موقع داشته باشند. در سطح جامعه نیز رسانه‌ها، مراکز فرهنگی، مراکز سلامت و شبکه‌های اجتماعی باید از بازتولید ترس، شایعه و تصاویر آسیب‌زا پرهیز کنند و به جای آن، پیام‌هایی درباره مراقبت، حمایت، امید واقع‌بینانه و دسترسی به کمک تخصصی منتشر کنند. این سطح از مداخله با اصول حمایت روانی-اجتماعی در بحران‌ها هماهنگ است، زیرا راهنماهای بین‌المللی تأکید می‌کنند که پاسخ به بحران باید فقط بر درمان فردی تمرکز نکند و باید امنیت، پیوند اجتماعی، اطلاعات درست و حمایت اجتماعی را نیز در بر گیرد. (Inter-Agency Standing Committee, 2007)



۳,۳. حلقه سوم: روان‌شناس و نظام ارجاع تخصصی

حلقه سوم، روان‌شناس و نظام ارجاع تخصصی است. روان‌شناسان در دوره پساجنگ فقط درمانگر اختلال استرس پس از سانحه نیستند، بلکه می‌توانند نقش آموزش‌دهنده، غربالگر، مشاور خانواده، تسهیل‌گر بازگشت به روتین و هماهنگ‌کننده ارجاع تخصصی را نیز بر عهده بگیرند. در این سطح، لازم است میان افرادی که به آموزش و حمایت کوتاه‌مدت نیاز دارند و افرادی که با نشانه‌های شدیدتر مانند حملات اضطرابی مکرر، بی‌خوابی طولانی، سوگ پیچیده، افسردگی شدید، افکار خودآسیب‌رسان یا ناتوانی عملکردی روبه‌رو هستند، تمایز گذاشته شود. کمک‌های اولیه روان‌شناختی بر همین نگاه تأکید دارد و پیشنهاد می‌کند که متخصصان و کمک‌رسانان به جای فشار آوردن برای بازگویی تجربه آسیب‌زا، ابتدا نیازهای فوری فرد را ارزیابی کنند، با آرامش گوش دهند و او را به منابع حمایتی مناسب پیوند دهند. (World Health Organization et al., 2011)

۳,۴. جمع‌بندی مدل سه حلقه‌ای

مزیت مدل سه حلقه‌ای این است که سلامت روان پساجنگ را به مسئولیت یک گروه خاص محدود نمی‌کند. اگر فقط خانواده را مسئول بدانیم، فشار بیش از حدی بر والدین وارد می‌شود. اگر فقط روان‌شناسان را مسئول بدانیم، بسیاری از نیازهای اولیه و اجتماعی افراد نادیده گرفته می‌شود. اگر فقط رسانه و جامعه را مسئول بدانیم، افراد دارای نشانه‌های جدی از مداخله تخصصی محروم می‌مانند. بنابراین، مدل پیشنهادی تلاش می‌کند میان مراقبت طبیعی، حمایت اجتماعی و درمان تخصصی تعادل برقرار کند. این نگاه به‌ویژه در شرایط پساجنگ اهمیت دارد، زیرا بخش زیادی از مردم ممکن است نیازمند گوش دادن، آموزش، نظم‌روزمه و حمایت خانوادگی باشند، در حالی که گروه کوچک‌تری به درمان تخصصی و پیگیری بالینی نیاز دارند. بر اساس این مدل، بازسازی روانی پساجنگ باید به صورت مرحله‌ای و پیوسته طراحی شود. در مرحله نخست، خانواده‌ها باید یاد بگیرند که چگونه فضای خانه را آرام‌تر و قابل پیش‌بینی‌تر کنند. در مرحله دوم، مدارس، رسانه‌ها و نهادهای اجتماعی باید پیام‌های امن، دقیق و غیرهراس‌آفرین تولید کنند. در مرحله سوم، روان‌شناسان باید با غربالگری، آموزش و مداخله کوتاه‌مدت، افراد پرخطر را شناسایی و به خدمات تخصصی ارجاع دهند. این سه مرحله از یکدیگر جدا نیستند، بلکه مانند حلقه‌هایی متصل عمل می‌کنند و هرچه هماهنگی میان آن‌ها بیشتر باشد، احتمال تبدیل اضطراب و ترس طبیعی به آسیب روانی پایدار کمتر می‌شود. از این رو، سلامت روان پساجنگ را باید نه فقط به عنوان درمان فردی، بلکه به عنوان فرآیند ترمیمی خانواده‌محور، جامعه‌محور و تخصص‌محور در نظر گرفت.

۴. نقش عملی روان‌شناسان در ایران پساجنگ

در دوره پساجنگ، نقش روان‌شناسان نباید فقط به درمان اختلالات شدید یا ارائه مداخله در اتاق درمان محدود شود. جامعه پس از جنگ با طیفی از نیازهای روانی روبه‌رو است؛ از افرادی که فقط به آموزش، اطمینان‌بخشی و بازگشت به نظم روزمره نیاز دارند تا کسانی که به دلیل شدت اضطراب، بی‌خوابی، سوگ، تجربه مستقیم خطر یا سابقه آسیب‌پذیری روانی، نیازمند ارزیابی و درمان تخصصی هستند. بنابراین روان‌شناس در چنین شرایطی باید هم نقش آموزشی داشته باشد، هم نقش پیشگیرانه، هم نقش غربالگر و هم نقش درمانگر. این نگاه با رویکردهای سلامت روان و حمایت روانی-اجتماعی در شرایط اضطراری هماهنگ است، زیرا در این رویکردها تأکید می‌شود که مداخله پس از بحران باید چندسطحی، انسانی، قابل دسترسی و متناسب با فرهنگ جامعه باشد (Inter-Agency Standing Committee, 2007).



نخستین نقش روان‌شناسان، آموزش عمومی و کاهش هراس روانی است. پس از جنگ، بسیاری از مردم ممکن است تصور کنند بی‌خوابی، ترس از صداها، بلند، دلشوره، گریه، تحریک‌پذیری یا چک کردن مداوم اخبار نشانه ضعف یا بیماری جدی است، در حالی که بخشی از این واکنش‌ها می‌تواند پاسخ طبیعی ذهن و بدن به تجربه تهدید باشد. روان‌شناسان می‌توانند با تولید پیام‌های کوتاه، حضور در رسانه‌ها، گفت‌وگو با خانواده‌ها و آموزش در مدارس، این پیام را منتقل کنند که ترس پس از بحران قابل فهم است، اما اگر شدید، طولانی یا مختل‌کننده شود، نیاز به کمک تخصصی دارد. چنین آموزشی از یک سو مانع برچسب‌زنی و شرم می‌شود و از سوی دیگر، حساسیت جامعه را نسبت به نشانه‌های خطر افزایش می‌دهد.

دومین نقش، حمایت از خانواده‌ها و والدین است. والدین در دوره پساجنگ ممکن است خودشان مضطرب باشند و هم‌زمان تلاش کنند کودکان را آرام کنند. اگر والدین ندانند چگونه با کودک درباره جنگ، ترس، اخبار یا مرگ صحبت کنند، ممکن است ناخواسته اضطراب کودک را تشدید کنند. روان‌شناسان می‌توانند به خانواده‌ها آموزش دهند که با کودکان در حد سن آنان صحبت کنند، از پنهان‌کاری کامل یا توضیح بیش از حد پرهیز کنند، مصرف اخبار را در خانه کنترل کنند، برنامه خواب و بازی را به تدریج بازگردانند و به کودک اجازه دهند احساسات خود را از طریق نقاشی، بازی، گفت‌وگو یا نوشتن بیان کند. پژوهش‌های مربوط به تاب‌آوری خانواده نشان می‌دهد که ارتباط روشن، حمایت عاطفی و معنا دادن مشترک به بحران می‌تواند توان خانواده را برای عبور از شرایط دشوار افزایش دهد. (Walsh, 2016)

سومین نقش، غربالگری و ارجاع به موقع است. همه افراد پس از جنگ به درمان تخصصی نیاز ندارند، اما برخی نشانه‌ها باید جدی گرفته شوند؛ از جمله بی‌خوابی مداوم، حملات اضطرابی، کابوس‌های تکراری، اجتناب شدید، افت عملکرد، کناره‌گیری اجتماعی، پرخاشگری غیرقابل کنترل، سوگ پیچیده، احساس ناامیدی یا افکار خودآسیب‌رسان. روان‌شناس می‌تواند در کلینیک‌ها، مدارس، مراکز سلامت و حتی از طریق مشاوره‌های کوتاه آنلاین، افراد پرخطر را شناسایی و به خدمات مناسب ارجاع دهد. در این مرحله، استفاده از کمک‌های اولیه روان‌شناختی اهمیت دارد، زیرا این رویکرد به جای فشار آوردن برای بازگویی تجربه آسیب‌زا، بر گوش دادن آرام، ارزیابی نیازهای فوری و پیوند دادن فرد با حمایت مناسب تأکید می‌کند. (World Health Organization et al., 2011).

چهارمین نقش، مراقبت از سلامت روان خود روان‌شناسان است. متخصصانی که در دوره پساجنگ با روایت‌های ترس، فقدان، سوگ و اضطراب مکرر روبه‌رو می‌شوند، خود نیز در معرض فرسودگی، خستگی همدلانه و فشار روانی ثانویه قرار دارند. بنابراین لازم است روان‌شناسان نیز برای خود نظارت حرفه‌ای، حمایت همکارانه، مرزبندی کاری، استراحت، و امکان گفت‌وگو درباره فشارهای شغلی داشته باشند. جامعه‌ای که از روان‌شناسان انتظار مراقبت دارد، باید به سلامت روان مراقبان نیز توجه کند. در غیر این صورت، کیفیت مداخله کاهش پیدا می‌کند و خود متخصصان نیز به بخشی از چرخه فرسودگی پساجنگ تبدیل می‌شوند.

بر این اساس، نقش روان‌شناس در ایران پساجنگ را می‌توان در چهار محور خلاصه کرد: آموزش عمومی، حمایت از خانواده، شناسایی افراد پرخطر و ارجاع تخصصی، و مراقبت از سلامت روان خود متخصصان. چنین نقشی کمک می‌کند که سلامت روان پساجنگ نه به یک موضوع صرفاً درمانگاهی، بلکه به یک مسئولیت اجتماعی و حرفه‌ای تبدیل شود. روان‌شناس در این مسیر فقط درمانگر زخم‌های پنهان نیست، بلکه می‌تواند راهنمای بازگشت تدریجی جامعه به احساس امنیت، رابطه، امید و زندگی روزمره باشد.



۵. نتیجه‌گیری

سلامت روان در دوره پساجنگ، مسئله‌ای محدود به اختلالات شدید روان‌پزشکی یا مداخلات تخصصی در اتاق درمان نیست، بلکه بخشی از فرآیند گسترده‌تر بازسازی انسانی، خانوادگی و اجتماعی پس از بحران است. پایان جنگ می‌تواند پایان تهدید بیرونی باشد، اما برای بسیاری از افراد، بدن و ذهن هنوز مدتی در حالت آماده‌باش باقی می‌ماند و این وضعیت می‌تواند خود را در قالب بی‌خوابی، دلشوره، تحریک‌پذیری، حساسیت به صداها یا ناگهانی، نگرانی مداوم، چک کردن اخبار یا احساس ناامنی نشان دهد. نگاه علمی به این وضعیت باید هم آرام‌کننده باشد و هم هشداردهنده؛ آرام‌کننده از این جهت که بسیاری از واکنش‌ها در روزها و هفته‌های نخست پس از بحران طبیعی و قابل فهم هستند، و هشداردهنده از این جهت که تداوم، شدت یا مختل‌کنندگی این نشانه‌ها می‌تواند نیاز به مداخله تخصصی را نشان دهد.

مقاله حاضر تلاش کرد نشان دهد که یکی از نیازهای مهم ایران در دوره پساجنگ، شکل‌گیری نگاهی مرحله‌ای و چندحلقه‌ای به سلامت روان است. مدل سه حلقه‌ای ترمیم روانی پساجنگ، با تأکید بر خانواده، مدرسه و جامعه، و روان‌شناس و نظام ارجاع تخصصی، پیشنهاد می‌کند که بازسازی روانی از نزدیک‌ترین روابط عاطفی فرد آغاز شود و سپس در سطح اجتماعی و تخصصی ادامه پیدا کند. خانواده می‌تواند نخستین فضای بازگشت احساس امنیت باشد، مدرسه و جامعه می‌توانند نظم، رابطه و امید واقع‌بینانه را تقویت کنند، و روان‌شناسان می‌توانند با آموزش، غربالگری، مداخله کوتاه‌مدت و ارجاع به‌موقع، از تبدیل پریشانی طبیعی به آسیب روانی پایدار پیشگیری کنند.

در چنین شرایطی، روان‌شناسان نقشی فراتر از درمانگر اختلالات دارند. آنان می‌توانند زبان علمی و انسانی لازم برای فهم ترس، سوگ، نگرانی و بی‌ثباتی روانی پساجنگ را در اختیار جامعه قرار دهند. این نقش زمانی مؤثرتر می‌شود که به جای برجسب‌زنی، هراس‌افکنی یا بیمارپنداری عمومی، بر آموزش، عادی‌سازی واکنش‌های قابل انتظار، شناسایی نشانه‌های خطر، حمایت از والدین، مراقبت از کودکان و نوجوانان، و هدایت افراد پرخطر به خدمات تخصصی تأکید شود. چنین رویکردی با اصول کمک‌های اولیه روان‌شناختی و حمایت روانی-اجتماعی در بحران‌ها همسو است، زیرا این اصول بر امنیت، آرام‌سازی، پیوند اجتماعی، امید و دسترسی به حمایت مناسب تأکید دارند (Hobfoll et al., 2007; World Health Organization et al., 2011).

از این منظر، بازسازی پساجنگ فقط بازسازی ساختمان‌ها، خیابان‌ها و خدمات عمومی نیست؛ بازسازی احساس امنیت، اعتماد، خواب، گفت‌وگو، رابطه و امید نیز بخشی از بازسازی جامعه است. اگر سلامت روان پساجنگ به‌موقع و با نگاهی خانواده‌محور، جامعه‌محور و تخصص‌محور مورد توجه قرار گیرد، می‌تواند از تبدیل تجربه بحران به آسیب پایدار پیشگیری کند و به جامعه کمک کند از وضعیت بقا به مسیر ترمیم و ادامه زندگی حرکت کند. بنابراین، مراقبت روان‌شناختی در دوره پساجنگ نه یک اقدام جانبی، بلکه ضرورتی انسانی و حرفه‌ای است که می‌تواند کیفیت بازگشت جامعه به زندگی روزمره را عمیقاً تحت تأثیر قرار دهد.

منابع

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20–28.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>



Charlson, F., van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H., & Saxena, S. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 394(10194), 240–248. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1)

Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., Friedman, M., Gersons, B. P. R., de Jong, J. T. V. M., Layne, C. M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A. E., Pynoos, R. S., Reissman, D., Ruzek, J. I., Shalev, A. Y., Solomon, Z., Steinberg, A. M., & Ursano, R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*, 70(4), 283–315. <https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283>

Inter-Agency Standing Committee. (2007). IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. Inter-Agency Standing Committee.

Walsh, F. (2016). Applying a family resilience framework in training, practice, and research: Mastering the art of the possible. *Family Process*, 55(4), 616–632. <https://doi.org/10.1111/famp.12260>

World Health Organization. (2025). Mental health in emergencies. World Health Organization.

World Health Organization, War Trauma Foundation, & World Vision International. (2011). Psychological first aid: Guide for field workers. World Health Organization.

زمانی، س.، ویسانی، ی.، محمدیان، ف.، و کیخاونی، س. (۱۳۹۷). بررسی شیوع اختلال استرس پس از سانحه در افراد با تجربه جنگ تحمیلی عراق بر ایران در استان ایلام در سال ۱۳۹۵: یک مطالعه مقطعی. *مجله طب نظامی*، ۲۰(۴)، ۴۱۲–۴۲۰.

نوربالا، ا. ع. (۱۳۸۱). اختلالات روان‌پزشکی ناشی از جنگ در ایران. *مجله طب نظامی*، ۴(۴)، ۲۵۷–۲۶۰.



سلامت روان در پساجنگ؛ زخم‌هایی که با پایان جنگ از بین نمی‌روند

ترجمه و تلخیص: مهسا فرازنده مهر

دانشجوی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی آزاد تهران

مقدمه

جنگ‌ها معمولاً با آمار تلفات، ویرانی زیرساخت‌ها و خسارت‌های اقتصادی شناخته می‌شوند، اما یکی از عمیق‌ترین پیامدهای آن‌ها در لایه‌ای پنهان‌تر از زندگی انسان‌ها رخ می‌دهد؛ جایی که احساس امنیت، امید به آینده و سلامت روان افراد آسیب می‌بیند. پایان جنگ می‌تواند به کاهش تهدیدهای مستقیم و بازگشت نسبی ثبات منجر شود، اما برای بسیاری از افراد، آثار روانی جنگ مدت‌ها پس از خاموش شدن سلاح‌ها ادامه پیدا می‌کند. از دست دادن عزیزان، آوارگی، فروپاشی شبکه‌های اجتماعی، مشکلات اقتصادی و تجربه مداوم ناامنی، می‌توانند سلامت روان را برای ماه‌ها و حتی سال‌ها تحت تأثیر قرار دهند. به همین دلیل، سلامت روان یکی از مهم‌ترین چالش‌های جوامع در دوران پساجنگ به شمار می‌رود.

در همین راستا، گروهی از پژوهشگران در سال ۲۰۲۲ با انتشار یک فراتحلیل در نشریه *Frontiers in Psychiatry* تلاش کردند تصویری جامع از وضعیت سلامت روان در مناطق درگیر جنگ و خشونت ارائه دهند. این مطالعه با بررسی ۷۰ پژوهش انجام‌شده در نقاط مختلف جهان، شیوع افسردگی، اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) را در میان غیرنظامیان، نظامیان، پناهندگان و اسرای جنگی مورد بررسی قرار داد.

شیوع اختلالات روانی در جوامع جنگ‌زده

نتایج این فراتحلیل نشان داد که مشکلات سلامت روان در جمعیت‌های درگیر جنگ به مراتب شایع‌تر از جمعیت عمومی است. بر اساس یافته‌های پژوهش، شیوع کلی افسردگی ۲۸۰۹ درصد، اضطراب ۳۰۰۷ درصد و اختلال استرس پس از سانحه ۲۳۰۵ درصد برآورد شد. به بیان دیگر، تقریباً از هر سه فردی که جنگ را تجربه کرده‌اند، یک نفر با نشانه‌های قابل توجه افسردگی یا اضطراب مواجه است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که جنگ صرفاً یک بحران سیاسی یا نظامی نیست، بلکه یک مسئله مهم بهداشت عمومی نیز محسوب می‌شود؛ مسئله‌ای که می‌تواند سال‌ها بر کیفیت زندگی افراد، روابط خانوادگی و عملکرد اجتماعی جوامع اثر بگذارد.

غیرنظامیان؛ آسیب‌پذیرتر از آنچه تصور می‌شود

یکی از یافته‌های قابل توجه پژوهش، تفاوت میان غیرنظامیان و نظامیان بود. میزان افسردگی در غیرنظامیان ۳۳۰۳ درصد و در نظامیان ۲۴ درصد گزارش شد. همچنین شیوع اضطراب در غیرنظامیان ۳۸۰۶ درصد و در نظامیان ۱۶۰۲ درصد بود. این تفاوت‌ها از نظر آماری معنادار بودند. پژوهشگران معتقدند آموزش‌های قبلی، آمادگی روانی بیشتر و دسترسی بهتر نظامیان به ساختارهای حمایتی و خدمات سلامت روان می‌تواند بخشی از این تفاوت را توضیح دهد. در مقابل، غیرنظامیان معمولاً بدون آمادگی قبلی در معرض خشونت، آوارگی، فقدان و ناامنی قرار می‌گیرند و منابع کمتری برای مقابله با این شرایط در اختیار دارند. با این حال، در مورد اختلال استرس پس از سانحه تفاوت معناداری میان دو گروه مشاهده نشد؛ موضوعی که نشان می‌دهد تجربه مستقیم یا غیرمستقیم جنگ می‌تواند آثار روانی عمیقی بر هر دو گروه بر جای بگذارد.

مهم‌ترین یافته پژوهش؛ سلامت روان در پساجنگ

مهم‌ترین نتیجه این پژوهش مقایسه وضعیت روانی افراد در دوران جنگ و پس از پایان آن است. نتایج پژوهش نشان داد که با پایان درگیری‌ها، میزان افسردگی و اضطراب کاهش می‌یابد، اما این کاهش به معنای بازگشت کامل سلامت روان نیست. اگرچه با برطرف شدن



تهدید مستقیم جنگ، بخشی از فشارهای روانی فروکش می‌کند، اما بخش قابل توجهی از افراد همچنان با پیامدهای روان‌شناختی پایدار مواجه هستند.

این یافته نشان می‌دهد که پایان جنگ لزوماً به معنای پایان رنج روانی نیست. بسیاری از بازماندگان همچنان با سوگ، خاطرات آسیب‌زا، احساس ناامنی و چالش‌های سازگاری با شرایط جدید زندگی دست‌وپنجه نرم می‌کنند. در واقع، برای بسیاری از افراد، پایان جنگ نه نقطه پایان مشکلات روانی، بلکه آغاز مرحله‌ای تازه از مواجهه و سازگاری با پیامدهای روانی، اجتماعی و اقتصادی آن است.

چه عواملی روند بهبودی را تسهیل می‌کنند؟

نویسندگان مقاله بر این باورند که پایان جنگ به تنهایی برای بازسازی روانی افراد کافی نیست. عواملی مانند حمایت اجتماعی، دریافت خدمات روان‌شناختی، ثبات سیاسی، امنیت اقتصادی، دسترسی به خدمات درمانی و حمایت‌های خانوادگی می‌توانند نقش مهمی در بهبود وضعیت روانی افراد ایفا کنند. در مقابل، فقر، آوارگی، تجربه مکرر رویدادهای آسیب‌زا، سطح تحصیلات پایین، مشکلات اجتماعی و اقتصادی و فشارهای ناشی از مهاجرت، خطر ابتلا به افسردگی و اضطراب را افزایش می‌دهند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که بازسازی روانی افراد تنها با مداخلات درمانی امکان‌پذیر نیست، بلکه به شرایط اجتماعی و اقتصادی جامعه نیز وابسته است.

سلامت روان؛ بخشی از بازسازی پس از جنگ

یکی از پیام‌های مهم این پژوهش آن است که سلامت روان نباید به حاشیه برنامه‌های بازسازی پس از جنگ رانده شود. همان‌گونه که بازسازی خانه‌ها، مدارس، بیمارستان‌ها و زیرساخت‌های اقتصادی اهمیت دارد، بازسازی روانی افراد و خانواده‌ها نیز بخش جدایی‌ناپذیر فرایند بازگشت جامعه به زندگی عادی است.

بسیاری از زخم‌های روانی جنگ، سال‌ها پس از پایان درگیری‌ها باقی می‌مانند و در صورت بی‌توجهی می‌توانند بر روابط خانوادگی، عملکرد شغلی، مشارکت اجتماعی و کیفیت زندگی افراد تأثیر بگذارند. از این رو، سرمایه‌گذاری در خدمات سلامت روان باید به عنوان بخشی از برنامه‌های بازسازی پس از جنگ در نظر گرفته شود.

جمع‌بندی

پیام اصلی این فراتحلیل روشن است: پایان جنگ لزوماً به معنای پایان رنج روانی نیست. افسردگی، اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه در بسیاری از افراد حتی پس از پایان درگیری‌ها نیز ادامه پیدا می‌کند و سلامت روان باید به عنوان یکی از ارکان اصلی بازسازی جوامع پس از جنگ مورد توجه قرار گیرد.

توجه به خدمات سلامت روان، حمایت از خانواده‌ها، تقویت شبکه‌های اجتماعی حمایت‌کننده و ایجاد احساس امنیت و ثبات، از مهم‌ترین اقداماتی است که می‌تواند به ترمیم زخم‌های پنهان جنگ و بازگشت تدریجی افراد به زندگی عادی کمک کند.

منبع

Lim ICZY, Tam WWS, Chudzicka-Czupala A, et al. (2022). Prevalence of Depression, Anxiety and Post-Traumatic Stress in War- and Conflict-Affected Areas: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 978703.



روان، جنگ و دیگر هیچ: مروری بر پیامدهای روان‌شناختی جنگ و پس از آن

زینب گل‌چهره رحیمی

دکتری روان‌شناسی

جنگ تنها شامل حوادثی نیست که در دنیای واقعی رخ می‌دهد. جنگ عمیق‌تر و ماندگارتر در درون افراد درمی‌گیرد. گاهی بازسازی بناهای تخریب‌شده و جبران خسارت‌های مادی، در مقایسه با بهبود و ترمیم زخم‌های فردی و جمعی دست‌یافتنی‌تر به نظر می‌رسد. از این منظر، پایان درگیری‌های نظامی لزوماً به معنای پایان جنگ در ورای ذهن و روان افراد نیست. این مقاله با رویکردی مفهومی-مروری به بررسی جنگ می‌پردازد، نه به عنوان رویدادی بیرونی، بلکه به مثابه یک کشمکش و درگیری درونی. به نظر می‌رسد برای شناسایی آسیب‌های جنگ، فراتر از آسیب‌های قابل مشاهده، توجه همزمان به ابعاد عصبی، روانی، هیجانی، ارتباطی و وجودی و معنایی افرادی که در معرض آسیب بوده‌اند، ضرورت دارد.

مقدمه

جنگ می‌تواند یکی از پیچیده‌ترین و ویرانگرترین تجربه‌های جمعی در تاریخ بشر باشد. پیامدهای آن معمولاً با تصاویر آشنایی همچون تخریب شهرها، کوچ و جابه‌جایی اجباری جمعیت، آسیب‌های جسمانی و اقتصادی شناخته می‌شود. با این حال بخش مهمی از تأثیرات جنگ در قلمرویی کمتر قابل مشاهده رخ می‌دهد؛ عمیق‌تر و ماندگارتر. اگرچه پایان یک جنگ ممکن است در اسناد سیاسی و توافقات رسمی ثبت و امضا شود، اما نبردهای نادیدنی برای سال‌ها و حتی نسل‌ها بعد از آن، در تجربه زیسته و روان انسان‌ها ادامه پیدا می‌کند.

تجربه جنگ، افراد را در معرض مجموعه‌ای از تهدیدهای مداوم قرار می‌دهد؛ از خطر مرگ و آسیب جسمانی خود و دیگران گرفته تا آوارگی، فروپاشی ساختارهای اجتماعی و از دست رفتن کنترل و پیش‌بینی‌پذیری حوادث روزمره. از این رو جنگ را نه تنها یک واقعه سیاسی یا نظامی، بلکه باید آن را تجربه‌ای روان‌شناختی دانست که در سطحی عمیق، حیات انسان را درگیر و متلاطم می‌کند. پژوهش‌های چند دهه اخیر نشان داده‌اند که مواجهه با جنگ با طیفی از پیامدهای روان‌شناختی از جمله اضطراب، افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه (Hoppen et al., 2021) همراه است. با این حال محدود کردن اثرات جنگ به مجموعه‌ای از علائم بالینی تصویر کاملی از اثرات جنگ بر روان انسان ارائه نمی‌دهد. جنگ علاوه بر دستکاری و تأثیر بر ساختار عصبی مغز، سایه خود را بر روی روابط انسان با خودش، با دیگران و با جهان هستی گسترده می‌کند. شاید بیراه نباشد که ادعا کنیم، جنگ کلیت زندگی را متأثر می‌کند.

بدن ثبت می‌کند

سوتلانا آلکسیویچ، در کتاب «جنگ چهره زنانه ندارد»، از قول یکی از زنانی که به عنوان سربازهای زن شوروی در جنگ جهانی دوم با آنها مصاحبه می‌کند، می‌نویسد: «یادآوری آن روزها ترسناک است، اما از آن ترسناک‌تر این است که آن روزها را به یاد نیآوری». تروماهای جنگ، پیش از آن که در بخش حافظه مغز ثبت شود، در بدن تجربه می‌شود. صداها، مهیب، مواجهه با مرگ، ناامنی مداوم، از دست دادن محل زندگی و آوارگی، تنها یک سری خاطرات ناخوشایند نیستند که ثبت می‌شوند، آن‌ها تجربه‌هایی هستند



که موضوع بقا را حداقل یک بار با خطر مواجه کرده‌اند. بنابراین می‌توانند باز هم فعال شوند، چنانکه واقعاً در حال رخ دادن هستند و می‌توانند بار دیگر سیستم عصبی را برای محافظت از بقا و پاسخگویی به خطر مجهز کنند. مدارهای هیجانی مغز ما به سرعت برق اطلاعات حسی ورودی را تفسیر می‌کنند. این اطلاعات بعد از یکپارچه شدن به آمیگدال (یکی از مراکز مهم مدار هیجان مغز) فرستاده می‌شوند تا درباره اهمیت هیجانی آنها تصمیم‌گیری شود. کارکرد اصلی آمیگدال، که می‌توان آن را دستگاه اعلام حریق مغز هم نامید، تعیین ارتباط یا عدم ارتباط اطلاعات ورودی با موضوع بقای ماست. اگر آمیگدال تهدیدی تشخیص دهد، فوراً پیامی به هیپوتالاموس و ساقه مغز می‌فرستد (مسیر اول) تا از طریق آنها تمام نیروهای بدن و مغز برای رویارویی با خطر به کار گرفته شوند. همچنین پیام‌های حامل وجود تهدید و خطر از مسیر دیگری، به قشر پیش‌پیشانی می‌روند (مسیر دوم)، تا این قسمت که به مغز منطقی معروف است، پیام‌ها را تحلیل کرده و تفسیرهای جزئی‌تر و آگاهانه‌تری در مورد وجود یا عدم وجود خطر واقعی ارائه دهد. در شرایط عادی، تصمیم‌گیری این بخش در مورد خطرناک بودن یا نبودن محرک، برای واکنش انسان در برابر محرک، حرف آخر را می‌زند.

اما گاهی این مسیر دوم به دلایلی (همچون قرار گرفتن در معرض صدای انفجار و اخبار ناگوار و ...) از کار می‌افتد و مسیر اول بدون هیچ فیلترینگ و مانعی کار خودش را می‌کند. در نتیجه محرک بی‌خطر هم، به عنوان یک خطر واقعی و حاد شناسایی می‌شود. در این صورت حتی ممکن است به محرک‌های کوچک بی‌خطر (مثل عبور خاطره تروماتیک از حافظه) واکنش‌های بیش از حد، همچون یک خطر واقعی نشان دهیم. تحت چنین شرایطی حالت گوش‌به‌زنگی بالا (hypervigilance) یا هوشیاری و مراقبت بیش از حد نسبت به نشانه‌های خطر شکل می‌گیرد و در نتیجه آن کنترل هیجانات و تکان‌ها بسیار دشوار می‌شود (Shin & Liberzon, 2010). انگار سیستم رادارهای هشدار مغز هنوز در وضعیت جنگی کار می‌کنند. بسیاری از مشکلات بعد از پایان گرفتن دوران آسیب و خطر، درست از همین نقطه آغاز می‌شوند.

روزمرگی زیر سایه تهدید

در کتاب تیستوی سبز انگشتی (پسری که می‌توانست هر گل و گیاهی را هر جا، حتی درون تفنگ‌ها و بمب‌افکن‌ها رشد دهد)، می‌خوانیم: «چیزی که تیستو از جنگ می‌فهمید این بود که جنگ چیز خوبی نیست. چون خیلی آهسته درباره‌اش حرف می‌زدند. حس کرده بود که جنگ باید چیز زشتی باشد و یا یک نوع بیماری مخصوص آدم‌بزرگ‌ها. بیماری‌ای شاید بدتر از مستی، وحشتناک‌تر از فقر و خطرناک‌تر از آدم‌کشی».

زندگی زیر سایه تهدید مداوم می‌تواند بسیاری از حیطه‌های سلامت فردی و اجتماعی را در معرض دگرگونی قرار دهد. فرایندهای زیستی بدن همچون چرخه‌های خواب (دشواری در به خواب رفتن، کابوس‌های مکرر، خواب سبک و ...) و غذا خوردن (زیاد شدن افراطی یا کم شدن اشتها) از اولین حیطه‌هایی است که دستخوش تغییر می‌شود. (Carpiniello, 2023) فعالیت‌های اجتماعی روزمره نیز در طول جنگ و بعد از آن دچار تحولاتی می‌شوند. خیلی از فعالیت‌ها به دلیل مخاطره‌آمیز بودن محدود می‌شود و فضاهای عمومی که قبل از این محل فعالیت‌های اجتماعی بوده‌اند، به فضاهایی خطرناک تبدیل می‌شوند. افراد از حضور در تجمع‌ها، مهمانی‌ها، ورزشگاه‌ها و حتی بازارها اجتناب می‌کنند. این «انزوای اجباری» باعث از دست رفتن منابع حمایتی شده و در نتیجه علائم افسردگی شیوع بیشتری پیدا می‌کند. شاید در طول دوران جنگ این تغییرات متناسب با شرایط به نظر برسد، اما بسیاری از آنها بعد از پایان جنگ نیز همچنان ادامه پیدا می‌کند. تحریک‌پذیری، زودرنجی یا خستگی روانی و کمرختی



عاطفی افراد، از نشانه‌هایی هستند که تغییرات در فعالیت‌های روزمره را به دوران بعد از پایان تروما نیز می‌کشاند (Khamis, 2017).

روابط

اریش ماریا رمارک، نویسنده آلمانی، کتابی با عنوان «در جبهه غرب خبری نیست» دارد. وی در این کتاب از قول راوی داستان که یک جوان حدوداً بیست ساله درگیر در جنگ جهانی اول است، می‌نویسد: «ما دیگر جوان نیستیم. ما دیگر جهانی نداریم. ما دیگر به کسی تعلق نداریم».

هنگامی که محیط اطراف ما به مکانی غیرقابل پیش‌بینی و ناامن بدل می‌شود، ممکن است اعتماد به دیگران و احساس تعلق و دلبستگی از این ناامنی تأثیر بگیرد و این فرضیه بنیادی قبلی که «انسان‌های دیگر قابل اعتمادند»، در این صورت فرد روی محافظت از حیات خودش متمرکز می‌شود و حالت گوش‌به‌زنگی و حساسیت بالا در شناسایی خطرات، زمینه‌ساز زودرنجی و کاهش خویشتن‌داری در روابط می‌شود. به عنوان مثال پژوهشی بر روی ساکنان اسرائیل که در معرض حملات موشکی بوده‌اند، نشان داده که قرار گرفتن در این شرایط با پیامدهای منفی در روابط بین‌فردی، از جمله افزایش پرخاشگری و آسیب بالقوه به خود و دیگران، مرتبط است. (Palgi, 2025)

بعضی افراد ترجیح می‌دهند از روابط اجتماعی و عاطفی اجتناب کنند و گوشه انزوا اختیار کنند. شاید به این خاطر وقتی محیط بیرونی بیش از حد تهدیدکننده می‌شود، سیستم روانی برای جلوگیری از فروپاشی کامل، ظرفیت احساسی را به حداقل می‌رساند. به این حالت «کرختی عاطفی (emotional numbing)» نیز گفته می‌شود. ابراهیم و حسن (۲۰۱۷) در پژوهش خود بیان می‌کنند که وقتی یک غیرنظامی سوری، با «بقا در جنگ (war survival)» دست‌وپنجه نرم می‌کند، احساسات در او خاموش می‌شوند. لو و همکاران او (۲۰۱۵)، با بررسی بازماندگان غیرنظامی جنگ‌های بالکان، به این نتیجه رسیدند که کرختی عاطفی در این افراد مانعی برای برقراری ارتباط سالم و همدلی شده و در نتیجه منجر به فروپاشی پیوندهای خانوادگی و عاطفی می‌گردد. حتی وقتی شرایط دوباره امن می‌شود، آن یخ عاطفی باز نمی‌شود و اجتناب همچنان ادامه پیدا می‌کند. هر چقدر ماندن در شرایط خطر و تهدید بیشتر به درازا بکشد، کرختی عاطفی عمیق‌تر شده و فرد را از نظر عاطفی سردتر و دور از دسترس‌تر می‌نماید. با این حال برخی افراد وقتی با تهدید روبرو می‌شوند، واکنش‌هایی حاکی از چسبندگی عاطفی نشان می‌دهند و به طور خودکار رفتارهای افراطی در راستای دریافت امنیت و حمایت و نزدیک شدن به دیگران و اطمینان‌جویی دائمی از سلامت دیگران و امنیت روابط به صورت افراطی نشان می‌دهند.

در هر حالت چنین به نظر می‌رسد که برخورداری از شبکه حمایتی خوب، قدرتمندترین مراقبت ممکن در درمان آسیب‌های ناشی از تروما به شمار می‌رود. بر اساس پژوهش‌هایی که آنا فروید و دوروتی برلینگهام در اواخر جنگ جهانی دوم در انگلستان انجام دادند، کودکان اهل لندن، که در حین بمباران برای حفظ جان‌شان از خانواده‌هایشان جدا و به مناطق روستایی انتقال داده شدند، نسبت به کودکانی که همراه والدینشان در پناهگاه‌ها مانده و تمام تصاویر و صداها می‌پسند جنگ را تحمل کرده بودند، حال روانی وخیم‌تری داشتند. (Midgley, 2007) شاید بتوان گفت پیوندها و دلبستگی‌ها بهترین ابزار مصونیت در برابر تهدیدها هستند.



در جستجوی معنای از دست‌رفته

اورینا فالاجی در کتاب «زندگی، جنگ و دیگر هیچ» می‌نویسد... : و ناگهان صدای جنگ گوش‌ها را پر کرد. همه جا می‌لرزید. خرابی‌ها به بار آمد. قلب‌ها سوراخ شد و در یک آن ضجه کودکان بی‌سرپرست و مادرانی که کودکانشان از دست رفته بود به گوش رسید. و من خیلی زود فهمیدم که در بهار، کسی دوباره زنده نمی‌شود... و به این فکر می‌کردم که در طرف دیگر دنیا، بحث بر سر این است که آیا می‌توان قلب بیماری را که فقط ده دقیقه از زندگی‌اش باقی است، به جای قلب بیمار دیگری گذاشت تا شفا یابد، در حالی که اینجا هیچ کس از خودش نمی‌پرسید که آیا صحیح است جان یک عده انسان پاک و سالم را بگیرند و...

تروماهای جنگ می‌توانند بنیان‌های زندگی را نیز از نظر معنایی متزلزل کنند. بسیاری افراد قبل از مواجهه با یک تهدید جدی یا تروما، جهان را مکانی نسبتاً قابل پیش‌بینی، تا حدودی منصفانه و معنادار تجربه می‌کنند. اما مواجهه با خشونت انسان‌ها در قبال یکدیگر تا سر حد آواره کردن، زخمی کردن و کشتن، می‌تواند این فرض‌های بنیادین را به چالش بکشد و پرسش‌هایی عمیق و بی‌پاسخ درباره خود و دیگران و جهان و عدالت و انصاف موجود در آن مطرح کند. این پرسش‌ها صرفاً دغدغه‌هایی فلسفی نیستند، بلکه بخشی از تجربه روان‌شناختی افرادی هستند که جنگ را از سر گذشته‌اند. پرسش‌هایی که گاه تا سال‌ها بی‌جواب می‌مانند. با این حال تاریخ و تجربه انسانی نشان می‌دهد که جستجوی معنا گاهی در دل دشوارترین شرایط نیز ادامه می‌یابد. بسیاری از افراد و جوامع می‌کوشند از خلال روایت‌سازی، یادآوری، سوگواری جمعی، بازسازی روابط و مشارکت اجتماعی، تاب‌آوری را افزایش داده و معنایی تازه برای ادامه زندگی بیابند.

از جنگ تا جنگ

داروین هیجانان را حالتی می‌داند که برای بازگرداندن ایمنی و تعادل به بدن، در صورت بروز خطر یا به هم خوردن تعادل، بر ما حاکم می‌شوند. همین هیجانان که لازمه سلامت ما هستند اگر به مدت طولانی یا نابجا بروز پیدا کنند، ما را در موضع ضعف قرار می‌دهند. چرا که انرژی‌مان صرف مبارزه با دشمن‌های دائمی و حتی ناموجود یا حذف‌شده می‌شود و برای رشد و مراقبت و عشق جای اندکی باقی می‌ماند.

نقطه پایان جنگ و شروع صلح می‌تواند آغازی برای یک جنگ درونی در فردی باشد که از جنگ جان سالم به در برده است. بسیاری از ساکنان مناطق درگیر در جنگ، بعد از پایان یافتن جنگ، دچار یک اختلال روانی و به خصوص PTSD می‌شوند. در واقع اختلال PTSD که به بروز نشانه‌های استرس حاد بعد از هر واقعه آسیب‌زا می‌پردازد، اولین بار در سربازان و بازماندگان جنگی مورد شناسایی قرار گرفت و قبل از این که این نام را به خودش اختصاص بدهد، عناوینی مرتبط با جنگ داشت: «شوک گلوله» (Shell shock)، خستگی نبرد (Battle fatigue) «و» «قلب سرباز» (Soldier's heart) تمام این عناوین و توصیفات ضمنی آنها به دورانی بعد از سپری شدن خطرات و ناامنی‌ها اشاره دارند. وقتی روان و بدنی که یک یا چند بار تا لبه پرتگاه ناامنی کامل رفته و دیگر نمی‌تواند، یا به سختی می‌تواند، شرایط قبل را فراموش کرده و دوباره چنان باشد که گویا اوضاع امن و امان است. این ادامه‌دار شدن ناامنی ذهنی چنان جدی است که حتی ممکن است به نسل بعدی که شاهد و تجربه‌کننده تروما نبوده‌اند، منتقل شده و آنان را نیز درگیر کند. از این مفهوم تحت عنوان ترومای ثانویه نام برده شده است. (Charlson et al., 2019) این جاست که بار دیگر می‌توان گفت، هیچ جنگی در نقطه پایان درگیری‌های قابل مشاهده تمام نمی‌شود.



بحث و نتیجه‌گیری

جنگ در ظاهر میان کشورها، گروه‌ها و ارتش‌ها رخ می‌دهد، اما ردپای آن تا عمیق‌ترین لایه‌های روان انسان برجا می‌ماند. انسان‌ها نه تنها با پیامدهای بیرونی جنگ، بلکه با نبردی درونی برای بازیابی امنیت، اعتماد، تعلق و معنا روبرو می‌شوند. در طول تاریخ جنگ‌های بی‌شماری ثبت شده، ولی با این حال سرگذشت بشر، تنها داستان‌های آسیب‌دیدگی نیست. تاریخ پر از داستان‌های ترمیم و بازسازی است. جنگ می‌تواند سلامت روان و پیوندهای فردی و اجتماعی را خدشه‌دار کند، اما امکان بازسازی این پیوندها نیز وجود دارد. فهم عمیق تأثیرات روان‌شناختی جنگ، نخستین گام در مسیر التیام است. مسیری که از شناخت رنج آغاز می‌شود و به سوی بازسازی معنا، احیای امید و تقویت تاب‌آوری فردی و جمعی ادامه می‌یابد. شاید بتوان گفت پایان جنگ، به معنای پایان پیامدهای آن نیست، اما می‌تواند آغاز فرآیند بهبود نیز باشد.

منابع

- Carpiniello, B. (2023). The Mental Health Costs of Armed Conflicts—A Review of Systematic Reviews Conducted on Refugees, Asylum-Seekers and People Living in War Zones. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 2840.
- Charlson, F., van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H., & Saxena, S. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 394(10194), 240–248.
- Hoppen, T. H., Priebe, S., Vetter, I., & Morina, N. (2021). Global burden of post-traumatic stress disorder and major depression in countries affected by war between 1989 and 2019: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Global*
- Ibrahim, H., & Hassan, C. (2017). The mental health of Syrian refugees: The role of torture, war survival, and emotional numbing. *BMC Psychology*.
- Khamis, V. (2015). Post-traumatic stress and psychiatric disorders among Palestinian adolescents following intifada-related trauma. *Social Science & Medicine*, 67(8), 1199–1207. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.06.019>
- Löw, A., Löwe, B., & others. (2015). Emotional numbing in posttraumatic stress disorder: Results from a large civilian trauma sample. *Journal of Affective Disorders*, 172, 275–281.
- Midgley, N. (2007). Anna Freud: The Hampstead War Nurseries and the role of the direct observation of children for psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 88(4), 939–959. <https://doi.org/10.1516/V28R-J334-6182-524H>.
- Palgi, Y. Greenblatt-Kimron, L. Shrira, A. (2025). Fifty years later: How ego integrity and despair affect psychological reactions of older adult war veterans to the Israel-Hamas war. *Journal of Affective Disorder*. 381. 16-21.
- Shin, L. M., & Liberzon, I. (2010). The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuro psychopharmacology*, 35(1), 169–191. <https://doi.org/10.1038/npp.2009.83>.



سلامت در سایه جنگ: مروری بر چالش‌های نظام سلامت و پیامدهای روانی در دوران پساجنگ

ترجمه و تلخیص: ستاره آرام‌منش

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی

عنوان مقاله اصلی

Health Management in War and Post-War Crises: A Systematic Review of Global Evidence for Future Research Priorities

مقدمه

جنگ تنها به ویرانی شهرها و زیرساخت‌ها محدود نمی‌شود؛ بلکه نظام سلامت، امنیت روانی و کیفیت زندگی انسان‌ها را نیز در سطوحی عمیق و ماندگار تحت تأثیر قرار می‌دهد. پیامدهای جنگ اغلب سال‌ها پس از پایان درگیری‌ها ادامه پیدا می‌کنند و جامعه را با موجی از آسیب‌های جسمی، روانی و اجتماعی مواجه می‌سازند. در چنین شرایطی، نظام سلامت نه تنها باید پاسخگوی مجروحان و بحران‌های فوری باشد، بلکه باید برای بازسازی سلامت روان، حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر و ترمیم ساختارهای فرسوده اجتماعی نیز آماده شود.

مقاله حاضر که در سال ۲۰۲۶ منتشر شده است یک مرور نظام‌مند از پژوهش‌های انجام‌شده بین سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۵ در کشورهای درگیر جنگ و بحران — از جمله سوریه، یمن، اوکراین، افغانستان، عراق، سومالی و کنگو — است. این پژوهش تلاش می‌کند تصویری جامع از چالش‌های سلامت در دوران جنگ و پساجنگ ارائه دهد و مهم‌ترین حوزه‌های نیازمند مداخله و پژوهش را مشخص کند. یافته‌ها نشان می‌دهد سلامت روان، تاب‌آوری اجتماعی و بازسازی نظام سلامت، از مهم‌ترین چالش‌های دوران پساجنگ هستند.

فروپاشی نظام سلامت در جنگ

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد یکی از نخستین پیامدهای جنگ، اختلال شدید در ساختارهای خدمات درمانی و مدیریتی است. تخریب بیمارستان‌ها، کمبود دارو، اختلال در زنجیره تأمین و مهاجرت نیروهای درمانی، موجب می‌شود حتی خدمات اولیه سلامت نیز با بحران روبه‌رو شوند. در برخی کشورها مانند سوریه و یمن، فروپاشی ساختارهای مدیریتی سلامت باعث شده دسترسی مردم به خدمات ضروری به شدت محدود شود.

مطالعات همچنین نشان می‌دهد در شرایط جنگی، بیماری‌های مزمن مانند دیابت، بیماری‌های قلبی و سرطان اغلب بدون درمان رها می‌شوند و واکسیناسیون کودکان و مراقبت‌های بهداشتی اولیه دچار اختلال گسترده می‌گردد. این وضعیت، بحران سلامت را حتی پس از پایان جنگ نیز ادامه‌دار می‌کند.

سلامت روان؛ زخمی که پس از جنگ باقی می‌ماند

یکی از مهم‌ترین یافته‌های این مرور، شیوع بالای مشکلات روان‌شناختی در میان بازماندگان جنگ، نیروهای نظامی و غیرنظامیان است. پژوهش‌ها افزایش چشمگیر PTSD، اضطراب، افسردگی و آشفتگی روانی را در جوامع درگیر جنگ گزارش کرده‌اند. این



مشکلات تنها محدود به دوران درگیری نیستند؛ بلکه در بسیاری از موارد سال‌ها پس از پایان جنگ ادامه پیدا می‌کنند و به بخشی از زندگی روزمره افراد تبدیل می‌شوند.

کودکان، زنان، سالمندان و افراد آواره از آسیب‌پذیرترین گروه‌ها معرفی شده‌اند. تجربه مداوم ناامنی، از دست دادن عزیزان، مهاجرت اجباری و فروپاشی حمایت اجتماعی، می‌تواند احساس بی‌ثباتی و درماندگی مزمن ایجاد کند. در کودکان، این آسیب‌ها گاهی به مشکلات پایدار هیجانی، اختلال در رشد اجتماعی و دشواری در تنظیم هیجان منجر می‌شود.

نقش حمایت روانی-اجتماعی و مداخلات جامعه‌محور

پژوهش‌ها نشان می‌دهد مداخلات کوتاه‌مدت روانی-اجتماعی و برنامه‌های جامعه‌محور می‌توانند در کاهش آسیب‌های روانی پساجنگ مؤثر باشند. حمایت اجتماعی، احساس تعلق، ارتباطات انسانی و بازسازی شبکه‌های حمایتی، نقش مهمی در افزایش تاب‌آوری افراد ایفا می‌کنند.

مطالعات همچنین به نقش روبه‌رشد خدمات آنلاین و دیجیتال در ارائه حمایت روانی اشاره کرده‌اند. مشاوره تلفنی، خدمات آنلاین سلامت روان و حتی فناوری‌هایی مانند واقعیت مجازی، در برخی کشورها برای کمک به کارکنان درمانی و افراد آسیب‌دیده استفاده شده‌اند. با این حال، پژوهشگران تأکید می‌کنند که پایداری و دسترسی برابر به این خدمات هنوز با چالش‌های جدی روبه‌رو است.

فرسودگی نیروهای درمانی و بحران منابع انسانی

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد کارکنان سلامت در شرایط جنگی، خود در معرض آسیب‌های شدید روانی قرار دارند. فرسودگی شغلی، مهاجرت نیروهای متخصص، فشار روانی مزمن و حتی حمله مستقیم به مراکز درمانی، باعث کاهش شدید ظرفیت نظام سلامت می‌شود. در بسیاری از مناطق جنگ‌زده، کمبود نیروی متخصص به بحرانی پایدار تبدیل شده است.

پژوهشگران بر ضرورت حمایت روانی از کارکنان درمانی و آموزش نیروهای خط مقدم تأکید می‌کنند؛ زیرا بدون حفظ سلامت روان کادر درمان، بازسازی نظام سلامت عملاً امکان‌پذیر نخواهد بود.

گروه‌های آسیب‌پذیر؛ قربانیان خاموش جنگ

مطالعات نشان می‌دهد زنان، کودکان و افراد دارای معلولیت بیشترین فشار را در دوران جنگ و پساجنگ تحمل می‌کنند. افزایش مرگ‌ومیر مادران و نوزادان، سوءتغذیه کودکان و کاهش پوشش واکسیناسیون، از مهم‌ترین پیامدهای بحران‌های طولانی‌مدت هستند.

همچنین قربانیان خشونت مبتنی بر جنسیت، با مشکلات روانی و جسمی پیچیده‌ای مواجه می‌شوند که اغلب در برنامه‌های حمایتی نادیده گرفته می‌شوند. پژوهشگران تأکید می‌کنند سلامت روان در دوران پساجنگ بدون توجه ویژه به گروه‌های آسیب‌پذیر قابل بازسازی نخواهد بود.

بازسازی سلامت؛ فراتر از ترمیم ساختمان‌ها

این مرور نظام‌مند نشان می‌دهد بازسازی پساجنگ تنها به معنای ساخت بیمارستان‌های جدید نیست؛ بلکه نیازمند بازسازی اعتماد اجتماعی، حمایت روانی، تقویت تاب‌آوری و ایجاد نظام‌های سلامت مقاوم است. پژوهشگران تأکید می‌کنند کشورهایی که پیش از بحران، نظام سلامت منسجم‌تر و زیرساخت‌های حمایتی قوی‌تری داشته‌اند، در دوران پساجنگ نیز تاب‌آوری بیشتری نشان داده‌اند.



جمع‌بندی و نکات کلیدی

جنگ پیامدهایی فراتر از آسیب‌های جسمی دارد و سلامت روان جامعه را برای سال‌ها تحت تأثیر قرار می‌دهد. PTSD، اضطراب، افسردگی و آشفتگی روانی از شایع‌ترین پیامدهای روانی در دوران پساجنگ هستند. کودکان، زنان، سالمندان و افراد آواره از آسیب‌پذیرترین گروه‌ها به شمار می‌روند. حمایت اجتماعی، مداخلات جامعه‌محور و خدمات سلامت روان، نقش مهمی در افزایش تاب‌آوری دارند. بازسازی سلامت در دوران پساجنگ نیازمند توجه همزمان به زیرساخت‌های درمانی و ترمیم روانی-اجتماعی جامعه است.

منبع

Mazhari, S. R., Najari, A., Sobhani, Z., Yarahmadi, A., & Latifi, M. (2026). Health management in war and post-war crises: A systematic review of global evidence for emerging priorities for applied research. *Iranian Journal of War and Public Health*, 18(1), 1001-1015.

رشد پس از سانحه: وقتی زخم، بذر تحول می‌شود

ترجمه و تلخیص: پریسا کاملی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی

وقتی انسان خودش یا عزیزانش برای مدت طولانی در شرایط جنگی زندگی می‌کند که هر لحظه در معرض خطر آسیب جسمانی یا مرگ هستند، ذهن به تدریج وارد حالتی می‌شود که روان‌شناسان آن را «حالت بقا» می‌نامند. حالتی که در آن همه منابع شناختی و هیجانی معطوف به یک هدف ساده می‌شوند: زنده ماندن. این تجربه مسئله‌ای فراتر و عمیق‌تر از ترس موقت است. اما این فقط بخشی از ماجراست. در همین دوران، باورهای که سال‌ها ستون فقرات ذهنی ما بوده‌اند: باور به امنیت، اعتماد به اصول اخلاقی، احساس کنترل بر زندگی یکی پس از دیگری به چالش کشیده می‌شوند. وقتی دنیا دیگر پیش‌بینی‌پذیر نیست، این باورها فرومی‌ریزند. پرسش اینجاست: بعد از اینکه جنگ تمام شد، چه اتفاقی برای این آدم‌ها می‌افتد؟

رشد پس از سانحه چیست؟

روان‌شناسان ریچارد تدسکی و لارنس کالهن در دهه ۱۹۹۰ مفهوم «رشد پس از سانحه (Posttraumatic Growth یا PTG) را معرفی کردند. این مفهوم به تغییرات روان‌شناختی مثبتی اشاره دارد که برخی از بازماندگان رویدادهای سخت تجربه می‌کنند نه با وجود بحران، بلکه در نتیجه دست‌وپنجه نرم کردن با آن شرایط چالش‌برانگیز. مهم است این مفهوم را با «تاب‌آوری» اشتباه نگیریم. تاب‌آوری یعنی بازگشت به حالت قبل از بحران. اما رشد پس از سانحه چیز دیگری است: تحولی که بدون عبور از آن بحران اصلاً شکل نمی‌گرفت. در پژوهش مروری جدید تدسکی و همکارانش (۲۰۲۵)، این فرآیند چنین توصیف شده: همان فروپاشی باورهای بنیادین که در بالا به آن اشاره شده اگر فرد بتواند از پشش بربیاید، زمینه‌ساز بازسازی عمیق‌تر و محکم‌تر معنا می‌شود.



پنج حوزه‌ای که رشد در آن‌ها رخ می‌دهد

پژوهش‌ها نشان می‌دهند این رشد معمولاً در پنج حوزه ظاهر می‌شود: روابط انسانی عمیق‌تر: احساس نزدیکی بیشتر به دیگران و ارزش‌گذاری متفاوت به پیوندهای انسانی. کشف توانایی‌های پنهان: شناختن ظرفیت‌هایی که فرد پیش از بحران از وجود آن‌ها بی‌خبر بود. قدرت شخصی: احساس توانمندی بیشتر برای روبه‌رو شدن با چالش‌های پیش رو. قدردانی از زندگی: ارزش‌گذاری تازه به لحظه‌های ساده‌ای که قبلاً بدیهی به نظر می‌رسیدند. تغییر در فلسفه زندگی: بازنگری در اولویت‌ها، ارزش‌ها و معنای هستی.

یافته‌های نوین: بازماندگان جنگ

در مطالعه هاشمی و محمودزاده (۲۰۲۵) تجربه زیسته افرادی که در کودکی در جنگ ایران و عراق بوده‌اند، بررسی شد. یافته‌ها نشان داد بسیاری از این افراد در میانسالی نه‌تنها از پیامدهای روانی جنگ عبور کرده‌اند، بلکه در انعطاف‌پذیری هیجانی، عمق روابط و توانایی معناسازی رشد چشمگیری نیز داشته‌اند. نکته جالب دیگر اینکه در جوامعی که جنگ یک تجربه مشترک بوده نه صرفاً فردی، تروماهای «همگانی» بیشتر از تروماهای صرفاً شخصی با PTG همراه بوده‌اند. شاید به این دلیل که در تجربه مشترک، زمینه‌ای برای معناسازی جمعی هم وجود دارد.

از «حالت بقا» به «حالت رشد»: نقش حمایت

وقتی ذهن برای مدت طولانی در حالت بقا بوده، خروج از آن به خودی خود اتفاق نمی‌افتد. یکی از مهم‌ترین یافته‌های پژوهش‌های اخیر، نقش «همراه آگاه» در این گذار است. این همراه لزوماً یک روان‌پزشک نیست بلکه می‌تواند یک هم‌تا، یک مددکار اجتماعی آموزش‌دیده، یا حتی عضوی از خانواده باشد که بتواند فضایی امن، غیرقضاوتی و پذیرنده ایجاد کند. در این فضاست که فرد می‌تواند آنچه را گذرانده بازگو کند، از نو معنایش کند، و کم‌کم ساختار باورهایش را این بار محکم‌تر از قبل بازسازی کند.

در پایان

این پژوهش‌ها نمی‌گویند که جنگ چیز خوبی است، یا که رنج بازماندگان را باید به چشم «فرصت» دید. می‌گویند که انسان حتی پس از سخت‌ترین تجربه‌ها ظرفیتی برای تحول دارد که اگر شرایط مناسب باشد، شکوفا می‌شود. در جامعه‌ای که نسل‌هایی از آن جنگ را از نزدیک دیده‌اند، این پیام اهمیت عملی دارد: سرمایه‌گذاری بر حمایت اجتماعی، آموزش هم‌تایان، و ایجاد فضاهای امن برای روایت‌گری، می‌تواند زمینه رشد واقعی را برای بازماندگان فراهم کند.

منابع:

Tedeschi, R.G., Moore, B.A. & Greene, T.C. (2025). Posttraumatic Growth as a Pathway to Wellness for Individuals and Organizations. Behavioral Sciences, 15(12), 1653. <https://doi.org/10.3390/bs15121653>



Hashemi, M., & Mahmoudzadeh, M. (2025). The lived experiences of childhood trauma in war: has post-traumatic growth occurred? *European Journal of Psychotraumatology*, 16(1). <https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2468605>

رد پای جنگ بر روان و رفاه: ارزیابی کیفیت زندگی ذهنی در جمعیت‌های جنگ‌زده

مترجم: پریسا آیریا

کارشناس ارشد مشاوره

مقدمه: فراتر از نشانگان بالینی

مواجهه با رویدادهای آسیب‌زای (تروماتیک) جنگ، سایه سنگین خود را تا سال‌ها پس از پایان درگیری‌ها بر زندگی افراد باقی می‌گذارد. ادبیات پژوهشی روان‌شناسی تاکنون به طور گسترده‌ای بر شیوع اختلالات روانی مانند استرس پس از سانحه (PTSD) و افسردگی در میان جنگ‌زدگان تمرکز کرده است. با این حال، جنگ تنها به روان افراد آسیب نمی‌زند، بلکه با ایجاد فقر، بیکاری، ازهم‌گسیختگی شبکه‌های حمایتی و تغییر ساختار مسکن، بافت اجتماعی زندگی آنان را نیز دگرگون می‌کند. سازمان جهانی بهداشت (WHO) سلامت را به عنوان بهزیستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی تعریف می‌کند، نه صرفاً عدم وجود بیماری. بر همین اساس، در سال‌های اخیر مفهوم «کیفیت زندگی ذهنی» (SQOL) «به عنوان یک شاخص کلیدی و گزارش‌شده از سوی خود بیمار، اهمیت ویژه‌ای یافته است. این مقاله به بررسی یافته‌های یکی از بزرگترین مطالعات مقیاس‌بزرگ (پروژه CONNECT) می‌پردازد که وضعیت کیفیت زندگی ذهنی را در دو گروه مقایسه کرده است: افرادی که پس از جنگ در وطن خود (منطقه بالکان) ماندند و کسانی که به عنوان پناهنده به کشورهای اروپای غربی مهاجرت کردند.

روش‌شناسی پژوهش در یک نگاه

این پژوهش هشت سال پس از پایان جنگ‌های ویرانگر بالکان (فروپاشی یوگسلاوی سابق) انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های حضوری و ساختاریافته با ۳۳۱۳ نفر از ساکنان پنج کشور بالکان (شامل کرواسی، صربستان، بوسنی و هرزگوین، مقدونیه و کوزوو) و ۸۵۴ نفر از پناهندگان هموطن آن‌ها در سه کشور اروپای غربی (آلمان، ایتالیا و بریتانیا) جمع‌آوری گردید. تمام شرکت‌کنندگان حداقل یک رویداد تروماتیک مرتبط با جنگ را تجربه کرده بودند. در این مطالعه، برای سنجش کیفیت زندگی ذهنی از ابزار استاندارد) MANSA ارزیابی کوتاه‌منچستر) استفاده شد که رضایت از حوزه‌های مختلف زندگی را بر روی یک مقیاس ۷ درجه‌ای می‌سنجد.

یافته‌های کلیدی: رضایت و ناراضایتی در گذر زمان

- تحلیل داده‌ها پس از نزدیک به یک دهه از پایان جنگ، نتایج تأمل‌برانگیزی را نشان داد:
- نقاط روشن زندگی: در هر دو گروه (ساکنان بالکان و پناهندگان غرب)، میزان رضایت از روابط خانوادگی، اعضای خانوار، امنیت شخصی، دوستی‌ها و حتی سلامت جسمی و روانی در سطح نسبتاً خوبی قرار داشت.



- نقاط تاریک و صریح نارضایتی: شرکت‌کنندگان در هر دو نمونه، به طور کاملاً آشکاری از وضعیت مالی و وضعیت اشتغال خود ناراضی بودند.
 - تفاوت‌های دو گروه: ساکنان بالکان (افرادی که در وطن ماندند) در حوزه‌های دوستی، فعالیت‌های اوقات فراغت و سلامت جسمی و روانی، رضایت بیشتری نسبت به پناهندگان غربی داشتند. در مقابل، پناهندگان اسکان‌یافته در غرب، علی‌رغم چالش‌های مهاجرت، از وضعیت اشتغال و مالی خود رضایت بیشتری نسبت به هموطنان ساکن در بالکان گزارش کردند.
- تحلیل عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی ذهنی
- مدل‌های رگرسیونی به کار رفته در این پژوهش نشان دادند که کیفیت زندگی ذهنی تحت تأثیر دو بازوی مستقل قرار دارد: عوامل روانی (نشانگان بالینی) و عوامل محیطی (اجتماعی-اقتصادی).

۱. تأثیر پایداری علائم تروما

نشانگان استرس پس از سانحه (PTSD) در هر دو گروه، قوی‌ترین پیش‌بین منفی برای کیفیت زندگی ذهنی بود. این یافته تأیید می‌کند که آسیب‌های روانی جنگ حتی پس از هشت سال، به صورت مستقل و مستقیم توانایی فرد را برای لذت بردن از زندگی و ارزیابی مثبت از شرایط خود سرکوب می‌کنند. در نمونه بالکان، صرفاً تعداد رویدادهای آسیب‌زای تجربه‌شده نیز مستقیماً با کیفیت زندگی پایین‌تر مرتبط بود.

۲. قدرت تعیین‌کننده محیط پس از جنگ

نکته طلایی این پژوهش این است که پس از کنترل علائم بالینی (مانند تروما و افسردگی)، عوامل محیطی همچنان سهم عمده و مستقلی در تعیین کیفیت زندگی ذهنی داشتند:

- اشتغال و مسکن: در هر دو گروه، «بیکاری» به طرز شدیدی کیفیت زندگی ذهنی را کاهش می‌داد. همچنین در منطقه بالکان، زندگی در اقامتگاه‌های جمعی و موقت یک عامل فرساینده بزرگ بود.
- استرسورهای مهاجرت: برای پناهندگان در غرب، تعداد استرسورهای پس از مهاجرت (مانند چالش‌های قانونی اسکان، عدم صدور مجوز کار در حرفه تخصصی خود و موانع زبانی) رابطه مستقیمی با افت کیفیت زندگی داشت.
- عوامل محافظت‌کننده اجتماعی: در هر دو نمونه، «متأهل بودن» و «ملاقات اخیر با دوستان (در یک هفته گذشته)» به عنوان سپرهای حمایتی قدرتمند عمل کرده و کیفیت زندگی ذهنی را به طور معناداری افزایش دادند. این امر بر نقش حیاتی شبکه‌های اجتماعی در بازیابی روانی پناهجویان و آسیب‌دیدگان تأکید می‌کند.

دلالت‌های کاربردی برای جامعه روان‌شناختی ایران

یافته‌های این مطالعه بین‌المللی و مقیاس‌بزرگ، حامل پیام‌های راهبردی و کاربردی مهمی برای روان‌شناسان، مشاوران و سیاست‌گذاران حوزه سلامت روان در کشور ما است:

۱. **ضرورت عبور از مدل‌های صرفاً بالینی:** روان‌شناسان در مواجهه با افراد آسیب‌دیده از بحران‌ها (مانند جنگ‌زدگان، مهاجران، یا آسیب‌دیدگان از بلایای طبیعی) نباید تنها به پروتکل‌های درمانی کاهشی علائم تروما (مثل EMDR یا CBT) بسنده کنند. درمان تروما زمانی اثربخشی پایدار خواهد داشت که با مداخلات اجتماعی (مانند تسهیل اشتغال، بهبود شرایط مسکن و بازسازی شبکه‌های حمایتی) همراه شود.



۲. رویکردهای درمانی تلفیقی (روانی-اجتماعی): این پژوهش نشان می‌دهد که بهبود شرایط اقتصادی-اجتماعی مراجعان و کاهش استرس‌ورهای روزمره، نه تنها کیفیت زندگی آن‌ها را ارتقا می‌دهد، بلکه به طور متقابل به کاهش نشانگان شدید PTSD (مانند خوسه بیش‌انگیختگی) کمک می‌کند؛ علائمی که در حالت عادی به سختی به درمان‌های روان‌شناختی پاسخ می‌دهند.
۳. تقویت شبکه‌های حمایت اجتماعی: از آنجا که ارتباط با دوستان و داشتن پناهگاه خانوادگی به عنوان عوامل محافظت‌کننده قوی شناسایی شده‌اند، طراحی برنامه‌های گروه درمانی، ایجاد تشکلهای اجتماعی برای پناهندگان و مهاجران، و فعال‌سازی مجدد شبکه‌های دوستی می‌تواند به عنوان یک ابزار درمانی خط اول در نظر گرفته شود.

نتیجه‌گیری

پاسخ به این پرسش که برای یک فرد جنگ‌زده یا آسیب‌دیده، درمان روانی مهم‌تر است یا بهبود شرایط اجتماعی، در این پژوهش مشخص شد: هر دو به یک اندازه حیاتی هستند. یک دهه پس از بحران، علائم استرس پس از سانحه و جنبه‌های ساختاری بافت اجتماعی، به طور مستقل بر بهزیستی افراد اثر می‌گذارند. آینده خدمات سلامت روان در گروهی توسعه برنامه‌های جامع و تلفیقی است که در آن، روان‌درمانی بالینی و مددکاری اجتماعی فعال در کنار یکدیگر قرار گیرند.

Matanov, A., Giacco, D., Bogic, M., Ajdukovic, D., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., Kucukalic, A., Lecic-Tosevski, D., Morina, N., Popova, M., Schützwohl, M., & Priebe, S. (2013). Subjective quality of life in war-affected populations. *BMC Public Health*, 13(1), Article 624. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-624>

نقش میان‌جی اضطراب آینده و عدم تحمل ابهام در رابطه میان ترس از جنگ و سلامت روان جوانان ایتالیایی

ترجمه و تلخیص: فاطمه حیدری قرقشه

دانشجوی کارشناسی روان‌شناسی

جنگ روسیه و اوکراین و همچنین گسترش درگیری‌ها در خاورمیانه، نگرانی‌های گسترده‌ای را در سراسر جهان ایجاد کرده است. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که پیامدهای روان‌شناختی جنگ تنها به افرادی که مستقیماً در مناطق جنگی زندگی می‌کنند محدود نمی‌شود، بلکه می‌تواند سلامت روان افرادی را که در کشورهای دیگر زندگی می‌کنند نیز تحت تأثیر قرار دهد. جوانان به دلیل مواجهه مداوم با اخبار و تصاویر جنگ در رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی، از جمله گروه‌هایی هستند که ممکن است بیش از دیگران در معرض این تأثیرات قرار گیرند.

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر ترس از جنگ بر سلامت روان جوانان ایتالیایی و همچنین مطالعه نقش میان‌جی اضطراب آینده و عدم تحمل ابهام در این رابطه انجام شد. پژوهشگران تلاش کردند مشخص کنند که آیا ترس از جنگ می‌تواند استرس، اضطراب و افسردگی را در جوانان افزایش دهد و آیا اضطراب آینده و عدم تحمل ابهام در تشدید این پیامدها نقش دارند یا خیر.



در این مطالعه ۳۱۰ جوان ایتالیایی ۱۸ تا ۳۰ ساله شرکت کردند. داده‌ها از طریق پرسشنامه‌های خودگزارشی و به‌صورت آنلاین جمع‌آوری شد. برای سنجش متغیرهای پژوهش از مقیاس ترس از جنگ، مقیاس عدم تحمل ابهام، مقیاس اضطراب آینده و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس استفاده شد. پژوهشگران پس از انجام تحلیل‌های همبستگی، رگرسیون و مدل‌های میان‌جی موازی، روابط میان متغیرهای مورد مطالعه را بررسی کردند.

یافته‌ها نشان داد که ترس از جنگ با استرس، اضطراب و افسردگی رابطه مثبت و معناداری دارد؛ به این معنا که هرچه میزان ترس از جنگ بیشتر باشد، سطح مشکلات روان‌شناختی نیز افزایش می‌یابد. همچنین ترس از جنگ با افزایش اضطراب آینده و عدم تحمل ابهام همراه بود. نتایج تحلیل‌های میان‌جی نشان داد که هر دو متغیر اضطراب آینده و عدم تحمل ابهام بخشی از تأثیر ترس از جنگ بر استرس، اضطراب و افسردگی را توضیح می‌دهند و در تشدید این مشکلات نقش دارند. علاوه بر این، زنان در مقایسه با مردان سطوح بالاتری از ترس از جنگ، اضطراب آینده و آشفتگی روان‌شناختی را گزارش کردند.

پژوهشگران معتقدند قرار گرفتن مداوم در معرض اخبار و تصاویر جنگ، همراه با نگرانی درباره آینده و دشواری تحمل شرایط نامطمئن، می‌تواند آسیب‌پذیری روان‌شناختی جوانان را افزایش دهد. به همین دلیل، اضطراب آینده و عدم تحمل ابهام به‌عنوان عوامل خطر مهمی در سلامت روان جوانان مطرح می‌شوند.

با وجود اهمیت یافته‌ها، پژوهش حاضر محدودیت‌هایی نیز داشت. نمونه پژوهش به روش در دسترس انتخاب شد و بیشتر شرکت‌کنندگان را دانشجویان تشکیل می‌دادند؛ بنابراین تعمیم نتایج به همه جوانان ایتالیایی باید با احتیاط انجام شود. همچنین تمامی اطلاعات از طریق پرسشنامه‌های خودگزارشی جمع‌آوری شد که احتمال سوگیری پاسخ‌دهی را افزایش می‌دهد.

در مجموع، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که حتی در جوامعی که مستقیماً درگیر جنگ نیستند، ترس از جنگ می‌تواند سلامت روان جوانان را تحت تأثیر قرار دهد. یافته‌ها بر اهمیت طراحی برنامه‌های آموزشی و مداخلات روان‌شناختی برای کمک به جوانان در مدیریت نگرانی‌های مرتبط با آینده، افزایش تحمل ابهام و مقابله مؤثر با پیامدهای روانی رویدادهای جمعی آسیب‌زا تأکید می‌کنند.

منبع:

Regnoli, G. M., Tiano, G., & De Rosa, B. (2024). How Is the Fear of War Impacting Italian Young Adults' Mental Health? The Mediating Role of Future Anxiety and Intolerance of Uncertainty. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 14(4), 838-855. <https://doi.org/10.3390/ejihpe14040054>



زخم‌های نامرئی: ترومای نیابتی و پیامدهای روانی جنگ‌های مدرن^۱

ترجمه‌ی یک نامه به سردبیر: فاطمه امیری و بهار برجیان بروجنی

دانشجوی کارشناسی روان‌شناسی دانشگاه خوارزمی

درگیری‌های مسلحانه آسیب‌های روان‌شناختی عمیقی ایجاد می‌کنند که بسیار فراتر از میدان نبرد گسترش می‌یابند. پیامدهای روانی جنگ‌های مدرن نه تنها کسانی را که مستقیماً با خشونت روبه‌رو می‌شوند، بلکه کسانی را که با آن به صورت غیرمستقیم مواجه می‌گردند نیز دربرمی‌گیرد. بر اساس گزارش روندهای جهانی کمیساریای عالی پناهندگان سازمان ملل متحد در سال ۲۰۲۴، تا پایان این سال ۱۲۳٫۲ میلیون نفر در سراسر جهان به اجبار آواره شده‌اند؛ این آمار به معنای یک نفر از هر ۶۷ انسان ساکن زمین است، و سودان، سوریه، افغانستان و اوکراین بیش از یک‌سوم از کل آوارگان را به خود اختصاص داده‌اند. [۱] روان‌پزشکان، کارکنان امداد و جوامع دیاسپورا اغلب دچار **ترومای نیابتی**^۲ می‌شوند؛ حالتی که از طریق درگیری همدلانه با رنج دیگران پدید می‌آید. این مواجهه، احساسات، شناخت و جهان‌بینی فرد را دگرگون می‌سازد و در بلندمدت موجب پریشانی روان‌شناختی پایدار در کسانی می‌شود که مسئولیت ارائه مراقبت را بر عهده دارند. [۲]

ترومای نیابتی زمانی رخ می‌دهد که متخصصان بالینی یا مراقبان به طور مکرر تجربیات تروماتیک را می‌شنوند یا شاهد آن‌ها هستند. در طول زمان، این مواجهه‌ها باورهای آن‌ها درباره امنیت، عدالت و انسانیت را باز شکل می‌دهد. نشانه‌های این وضعیت اغلب شباهت زیادی به اختلال استرس پس از سانحه دارند و شامل خاطرات مزاحم، اجتناب و کرختی عاطفی می‌شوند. برای روان‌پزشکانی که اغلب با قربانیان جنگ و آوارگی کار می‌کنند، مواجهه مداوم با روایت‌های تروماتیک بیماران می‌تواند به آسیب اخلاقی (فرسایش اخلاقی)^۳ و از دست دادن همدلی منجر شود. بار روان‌شناختی این وضعیت در بسترهای متأثر از جنگ شدیدتر است؛ جایی که متخصصان همزمان با کمبود منابع، خشونت مداوم و معضلات اخلاقی درگیرند و در عین حال می‌کوشند بی‌طرفانه و دلسوزانه باقی بمانند. [۳]

^۱ Alagarsamy, S. (2025). Invisible wounds: vicarious trauma and the mental health fallout of modern wars. *The British Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1192/bjp.2025.XXX>

^۲ **Vicarious Trauma (VT)**: تغییرات تحولی در طرحواره‌های شناختی و دنیای درونی متخصصانی (نظیر درمانگران یا مددکاران) که به طور مستمر در معرض تجربیات تروماتیک دیگران قرار دارند. برخلاف «خستگی از شفقت»، VT بر تغییر پایدار در جهان‌بینی فرد، احساس امنیت و اعتماد تمرکز دارد و ناشی از درگیری همدلانه (Empathetic Engagement) با تروماهای دست‌دوم است. [الحاقی مترجم]

^۳ **moral exhaustion**: وضعیتی از تخلیه روانی که در نتیجه رویارویی مداوم با دوراهی‌های اخلاقی (Ethical Dilemmas) یا ناتوانی در انجام آنچه «درست» پنداشته می‌شود (به دلیل محدودیت‌های سازمانی یا بیرونی) پدید می‌آید. این حالت منجر به تحلیل رفتن ظرفیت قضاوت اخلاقی و بروز بی‌تفاوتی (Apathy) در فرد می‌شود و اغلب مقدمه‌ای بر «پریشانی اخلاقی» (Moral Distress) است. [الحاقی مترجم]



ترومای غیرمستقیم در میان افراد خارج از مناطق درگیری نیز شایع است. اعضای دیاسپورا^۱ و کسانی که از طریق اخبار یا رسانه‌های اجتماعی در معرض محتوای گرافیکی جنگ قرار می‌گیرند، نشانه‌های اضطراب و افسردگی نشان می‌دهند. در مطالعه‌ای روی دیاسپورای تیگرایی مقیم استرالیا، بیش از ۸۰٪ شرکت‌کنندگان علائم مرتبط با اختلال استرس پس از سانحه را گزارش دادند، با اینکه از منطقه درگیری دور بودند. [۴] این یافته‌ها نشان می‌دهند که شبکه‌های دیجیتالی می‌توانند سرایت هیجانی^۲ را منتقل کنند و شاهدی جمعی را به یک بار روان‌شناختی پایدار تبدیل نمایند. از این رو، روان‌پزشکان باید درک خود از تروما را گسترش دهند تا مواجهه غیرمستقیم واسطه‌شده از طریق فناوری و هویت مشترک را نیز دربرگیرد.

برای متخصصان سلامت روان فعال در بحران‌های بشردوستانه، مرزهای میان درمانگر و آسیب‌دیده اغلب مبهم می‌شود. متخصصان بالینی که با بازماندگان جنگ کار می‌کنند، اغلب در همان فضای ترس و بی‌ثباتی قرار دارند که به آن «واقعیت تروماتیک مشترک»^۳ گفته می‌شود. در چنین بسترهایی، روان‌پزشکان در معرض خطر ابتلا به **استرس تروماتیک ثانویه**^۴ قرار می‌گیرند که می‌تواند قضاوت، همدلی و خودکارآمدی آن‌ها را مختل سازد. بدون نظارت و حمایت سازمانی مناسب، قرارگیری مکرر در معرض ترومای بیماران می‌تواند به **فرسودگی دلسوزانه**^۵ و کناره‌گیری عاطفی منجر شود و اثربخشی درمان را به‌طور قابل توجهی کاهش دهد.

زنان به‌طور مداوم نرخ شیوع بالاتری از اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی و اضطراب پس از مواجهه با جنگ و بلایا نسبت به مردان نشان می‌دهند؛ الگویی که شواهد فراتحلیلی اخیر در بسترهای مختلف بلایا آن را به‌طور قوی تأیید کرده است. [۵] مستقل از جنسیت، مواجهه زودهنگام با خشونت مسلحانه در دوران کودکی و نوجوانی، آسیب‌پذیری روان‌پزشکی بلندمدت را بیشتر تشدید می‌کند، همان‌طور که مطالعات طولی در فلسطین و اوکراین نشان داده‌اند. [۶] روان‌پزشکانی که این گروه‌ها را درمان می‌کنند باید رویکردهای تحولی و ترومامحوری را به‌کار گیرند که تأثیر اختلال در مراقبت و ناامنی طولانی‌مدت را در نظر می‌گیرند. تروما

^۱ **Diaspora**: اصطلاحی در مطالعات اجتماعی و فرهنگی که به پراکندگی جمعیت یک قوم یا ملت از سرزمین مادری و استقرار آن‌ها در چندین جامعه^۶ می‌زبان اشاره دارد، در حالی که پیوندهای هویتی، فرهنگی، زبانی یا عاطفی با وطن تاریخی همچنان حفظ می‌شود. در ادبیات معاصر علوم اجتماعی، دیاسپورا صرفاً به «مهاجرت» محدود نیست، بلکه شبکه‌ای فراملی از روابط، حافظه‌ی جمعی، و احساس تعلق مشترک میان اعضای پراکنده یک جامعه را نیز دربر می‌گیرد.

^۲ **emotional contagion**: یک فرآیند عصبی-رفتاری خودکار که طی آن فرد به‌طور ناخودآگاه حالات عاطفی دیگری را از طریق تقلید (Mimicry) تغییرات چهره، وضعیت بدنی و تن صدا جذب می‌کند. این پدیده که زیربنای بیولوژیک آن به **نورون‌های آینه‌ای (Mirror Neurons)** بازمی‌گردد، لزوماً آگاهانه نیست و سریع‌ترین سطح انتقال هیجان میان انسان‌ها محسوب می‌شود. [الحاقی مترجم]

^۳ **shared traumatic reality**: وضعیتی که در آن متخصص (درمانگر، امدادگر) و مراجع، هر دو به‌طور هم‌زمان تحت تأثیر یک رویداد آسیب‌زای جمعی (مانند جنگ، پاندمی یا بلایای طبیعی) قرار دارند. در این حالت، مرزهای حرفه‌ای به دلیل تجربه‌ی استرس‌ورهای مشابه توسط هر دو طرف، دچار چالش شده و پدیده‌هایی نظیر «تقارن درونی» رخ می‌دهد که نیازمند مدیریت دقیق انتقال متقابل (Countertransference) است. [الحاقی مترجم]

^۴ **secondary traumatic stress**: مجموعه‌ای از علائم بالینی که شباهت زیادی به PTSD دارد، اما در اثر شنیدن شرح رویدادهای تکان‌دهنده از زبان دیگران (به‌جای تجربه‌ی مستقیم) ایجاد می‌شود. برخلاف «ترومای ثانویه» که تغییر در جهان‌بینی است، STS بر بروز ناگهانی علائم فیزیولوژیک و اضطرابی مشابه با تروما تمرکز دارد و به آن «**هزینه‌ی همدلی**» نیز می‌گویند. [الحاقی مترجم]

^۵ **compassion fatigue**: وضعیتی از فرسودگی هیجانی و فیزیکی که ظرفیت فرد را برای همدلی و شفقت‌ورزی نسبت به رنج دیگران کاهش می‌دهد. این پدیده اغلب ترکیبی از «استرس تروماتیک ثانویه» و «فرسودگی شغلی» (Burnout) است و به صورت کاهش توانایی در برقراری ارتباط عاطفی و احساس درماندگی در ایفای نقش یاری‌گر ظاهر می‌شود. [الحاقی مترجم]



همچنین خودِ مراقبان، به‌ویژه والدین و معلمان، را تحت تأثیر قرار می‌دهد و چرخه‌های بین‌نسلی پریشانی روان‌شناختی ایجاد می‌کند که فرآیندهای بهبود را پیچیده‌تر می‌سازد.

عوامل محافظ می‌توانند اثرات ترومای نیابتی و مستقیم را تعدیل کنند. حمایت اجتماعی، نظارت تأملی و سازوکارهای مقابله‌ای مذهبی یا فرهنگی، تاب‌آوری را هم در متخصصان بالینی و هم در بازماندگان تقویت می‌کنند. [۷] روان‌پزشکانی که از جلسات نظارت همتامحور ساختارمند و پردازش هیجانی بهره‌مند می‌شوند، علائم کمتری از استرس ثانویه نشان داده و مرزهای حرفه‌ای محکم‌تری حفظ می‌کنند. با این حال، این حمایت‌ها اغلب در مناطق درگیر با تعارض که نظام‌های بهداشتی آن‌ها آسیب‌دیده و کم‌بودجه‌اند، در دسترس نیستند. دسترسی محدود به نظارت یا مشاوره همتایان، روان‌پزشکان را منزوی می‌گذارد و آسیب‌پذیری آن‌ها در برابر فرسودگی شغلی و تزلزل در اعتماد به نفس حرفه‌ای را افزایش می‌دهد.

بافت فرهنگی به‌طور معناداری شکل بیان تروما و شیوه درمان آن را تعیین می‌کند. در بسیاری از جوامع جنگ‌زده، انگ اجتماعی پیرامون بیماری روانی، نقش‌های جنسیتی سخت‌گیرانه و مفاهیم جمعی از تحمل و شکیبایی، بر نحوه تفسیر افراد از پریشانی و تمایل آن‌ها به جستجوی کمک تأثیر می‌گذارند. برای روان‌پزشکان، شایستگی فرهنگی^۱ پیش‌شرط مداخله مؤثر است. گنجاندن شیوه‌های آشنای فرهنگی، باورهای معنوی و ساختارهای اجتماعی در فرآیند درمان، اعتماد و پایبندی به درمان را تقویت می‌کند. در جوامع دیاسپورا، مداخلات تروما با انطباق فرهنگی می‌توانند تعارضات هویتی را برطرف کرده و یکپارچگی روان‌شناختی پس از آوارگی را پرورش دهند.

در سطح نظام، روان‌پزشکان با چالش‌های سازمانی و اخلاقی جدی در پاسخ به بحران‌های سلامت روان ناشی از جنگ روبه‌رو هستند. بودجه ناکافی، حاکمیت ناپایدار و بلا تکلیفی حقوقی، تداوم مراقبت را محدود می‌کنند. پژوهش‌های انجام‌شده در مناطق پس از درگیری نشان می‌دهند که مداخلات زود هنگام تروما محور می‌توانند پریشانی حاد را کاهش دهند، اما در غیاب خدمات پیگیری، اثرات بلندمدت آن‌ها محدود خواهد بود. [۸] برای بهبود پیامدها، راهبردهای سلامت روان باید در دل نظام‌های بهداشت عمومی و بشردوستانه تعبیه شوند تا دسترسی پایدار به مراقبت و حمایت از متخصصان تضمین گردد. فراتر از بهبود فردی، شواهد حاصل از سوریه پس از جنگ نشان می‌دهد که درمان جمعی از طریق صلح‌سازی، احیای اعتماد اجتماعی و بازسازی روانی اجتماعی جامعه‌محور برای دستیابی به بهبود پایدار سلامت روان در جوامع جنگ‌زده محوری است. [۹]

علی‌رغم پیشرفت‌های حاصل‌شده، شکاف‌های پژوهشی قابل توجهی همچنان باقی‌اند. اکثر مطالعات مربوط به تروما نیابتی مقطعی هستند و بر داده‌های خودگزارشی تکیه دارند. پژوهش‌های طولی برای فهم چگونگی تأثیر قرارگیری مزمن در معرض تروما بر متخصصان بالینی در طول زمان، و برای شناسایی همبسته‌های زیستی یا عصبی‌شناختی استرس ضروری هستند. [۳] کارآزمایی‌های تصادفی‌شده کنترل‌دار اندکی اثربخشی مداخلات حمایتی حرفه‌ای را ارزیابی کرده‌اند و برنامه‌های فرهنگی تطبیق‌یافته همچنان توسعه‌نیافته باقی مانده‌اند. پژوهش‌های آینده باید بررسی کنند که چگونه پیشینه‌های تروماتیک شخصی، بسترهای حرفه‌ای و محیط‌های سازمانی با یکدیگر تعامل داشته و آسیب‌پذیری یا تاب‌آوری روان‌پزشکان را پیش‌بینی می‌کنند.

^۱ cultural competence : مجموعه‌ای از رفتارها، نگرش‌ها و سیاست‌ها که به متخصص اجازه می‌دهد در موقعیت‌های بین‌فرهنگی به‌طور مؤثر عمل کند. این شایستگی مستلزم چهار مؤلفه است: آگاهی از جهان‌بینی خود، نگرش مثبت نسبت به تفاوت‌های فرهنگی، دانش آداب و رسوم فرهنگی مختلف، و مهارت‌های میان‌فردی برای تعامل حساس به فرهنگ (Cul t ure-Sensi t i ve) جهت جلوگیری از سوءبرداشت در تشخیص و درمان.



در نتیجه، زخم‌های نامرئی جنگ هم قربانیان و هم درمانگران را دربرمی‌گیرند. برای روان‌پزشکان شاغل، تروما نیابتی یک خطر شغلی واقعی است که نیازمند شناسایی و پاسخ نظام‌مند است. نظارت ترومامحور، حساسیت فرهنگی و حمایت سازمانی برای حفظ بهزیستی متخصصان بالینی و تداوم کیفیت مراقبت ضروری‌اند. رسیدگی به این چالش‌ها مستلزم همکاری نهادهای روانپزشکی، سازمان‌های بشردوستانه و سیاست‌گذاران است تا پشتیبانی لازم برای کسانی که از دیگران مراقبت می‌کنند فراهم آید. آینده روانپزشکی در بسترهای جنگ و پس از جنگ باید نه تنها بهبود بازماندگان، بلکه سلامت روان کسانی که به آن‌ها خدمت می‌کنند را نیز در اولویت قرار دهد.

این مقاله از جنگ‌های دیگر می‌گوید؛ اما ما را می‌بیند [یادداشت مترجم]

آنچه در ماه‌های اخیر بر ایران گذشت — بمباران، تهدید، و آن هفته‌های بلند بی‌خوابی جمعی — نه تنها یک رویداد سیاسی، که یک رویداد روان‌شناختی اجتماعی بود. مفهوم «واقعیت تروماتیک مشترک» که این مقاله مطرح می‌کند، دقیقاً برای چنین لحظه‌ای ساخته شده: وضعیتی که در آن درمانگر و مراجع در یک دریای بی‌ثبات شناورند و مرز حرفه‌ای نه از بی‌توجهی، بلکه از ساختار واقعیت مشترک، محو می‌شود.

اما آنچه پساجحان را خطرناک‌تر از خود بحران می‌کند، این است: زخم‌ها نامرئی می‌مانند. جامعه «آرام» شده، اما جمعی از مردم — به‌ویژه کودکانی که در آن ماه‌ها رشد کردند، زنانی که بار مراقبت را تنها حمل کردند، و درمانگرانی که در همان بحران به دیگران گوش سپردند — حامل باری‌اند که هنوز نامیده نشده است. یافته‌های این مقاله سه الزام روشن برای این مرحله دارد:

اول، خودِ درمانگران را ببینید. نظارت همتامحور ساختارمند — نه به‌عنوان لطف، بلکه به‌عنوان استاندارد حرفه‌ای — باید از این پس در دستورکار انجمن‌های روان‌شناسی ایران باشد. درمانگری که تحت «واقعیت تروماتیک مشترک» کار کرده، بدون بازپردازش، در معرض آسیب اخلاقی و فرسودگی دلسوزانه است.

دوم، مداخله بدون پیگیری کافی نیست. شواهد مقاله اشاره دارند که مداخلات زود هنگام بدون ساختار پیگیری، اثر پایداری ندارند. طراحی خدمات روان‌شناختی در این مرحله باید با این واقعیت شروع کند، نه با خوش‌بینی.

سوم، بهبود از جامعه شروع می‌شود، نه از کلینیک. تجربه‌ی پس از جنگ در سوریه نشان می‌دهد که پیشرفت پایدار از مسیر «احیای اعتماد اجتماعی» و «بازسازی روانی اجتماعی جامعه‌محور» می‌گذرد — ساختارهایی که در بافت ایران، با همه‌ی سرمایه‌ی فرهنگی و انسجام اجتماعی‌اش، قابل احیاست.

منابع

[۱] کمیساریای عالی سازمان ملل متحد در امور پناهندگان. روندهای جهانی: آوارگی اجباری در سال ۲۰۲۴. UNHCR، ۲۰۲۵. <https://www.unrefugees.org.uk/wp-content/uploads/2025/06/Global-Trends-2024.pdf>

[2] Amsalem D, Haim-Nachum S, Lazarov A, Levi-Belz Y, Markowitz JC, Bergman M, et al. The effects of war-related experiences on mental health symptoms of individuals living in conflict zones: a longitudinal study. *Sci Rep* 2025; 15: 889.



- [3] Kalaitzaki A, Goodwin R, Kurapov A, Vintila M, Lazarescu G, Lytvyn S, et al. The mental health toll of the Russian-Ukraine war across 11 countries: cross-sectional data on war-related stressors, PTSD and CPTSD symptoms. *Psychiatry Res* 2024; 342: 116248.
- [4] Gesesew HA, Tesfamicael KG, Mwanri L, Atey TM, Gebremedhin A, Gebremariam K, et al. Prevalence of vicarious trauma, depression, anxiety, stress, post-traumatic stress disorder, and resilience among the Tigrayan diaspora in Australia: a cross-sectional study following the Tigray conflict. *J Affect Disord* 2025; 370: 34–44.
- [5] Nolting IKL, Morina N, Hoppen TH, Tam K-P, Kip A. A meta-analysis on gender differences in prevalence estimates of mental disorders following exposure to natural hazards. *Eur J Psychotraumatol* 2025; 16: 2476809.
- [6] Goto R, Pinchuk I, Kolodezhny O, Pimenova N, Kano Y, Skokauskas N. Mental health of adolescents exposed to the war in Ukraine. *JAMA Pediatr* 2024; 178: 480–8.
- [7] Hoppen TH, Priebe S, Vetter I, Morina N. Global burden of post-traumatic stress disorder and major depression in countries affected by war between 1989 and 2019: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Glob Health* 2021; 6: e006303.
- [8] Miller KE, Rasmussen A. War exposure, daily stressors, and mental health 15 years on: implications of an ecological framework for addressing the mental health of conflict-affected populations. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2024; 33: e78.
- [9] Churbaji D, Bryant R, Morina N. Towards collective healing: peacebuilding and mental health in Syria. *Lancet Psychiatry* 2025; 12: 401–2.



سلامت روان پساجنگ در جمعیت عمومی ایران: مروری روایتی بر تروما جمعی، تاب‌آوری و چالش‌های نظام

سلامت روان

Post-War Mental Health in Iranian Civilian Populations:

A Narrative Review of Collective Trauma, Resilience, and Mental Health System Challenges

نویسنده: دکتر محمد پورادبی (نیما)

روان‌شناس بالینی

چکیده

زمینه و هدف: جنگ و مخاصمات مسلحانه از مخرب‌ترین بحران‌های انسانی هستند که پیامدهای روانشناختی عمیق و ماندگاری بر جمعیت‌های غیرنظامی برجای می‌گذارند. درگیری اخیر میان ایران و اسرائیل (فروردین ۱۴۰۳) که منجر به بمباران هوایی چندین شهر ایران و بیش از ۱۰۷۰ کشته (۷۰ درصد غیرنظامیان) شد، ضرورت پرداختن فوری به پیامدهای سلامت روان ناشی از جنگ مدرن را آشکار ساخت. هدف مطالعه حاضر، مرور روایتی شواهد علمی موجود درباره پیامدهای سلامت روان پساجنگ در جمعیت عمومی ایران با تمرکز بر تروما جمعی، تاب‌آوری و چالش‌های نظام سلامت روان است.

روش: این مطالعه به‌صورت مرور روایتی انجام شد. جستجوی جامع منابع در پایگاه‌های داده Scopus, PsycINFO, PubMed, SID, Web of Science, Magiran و IranDoc با کلیدواژه‌های سلامت روان، پساجنگ، PTSD، افسردگی، اضطراب، تاب‌آوری و جمعیت غیرنظامی در بازه زمانی ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۶ صورت گرفت.

یافته‌ها: فراتحلیل ۵۷ مطالعه با ۶۴۵۹۶ شرکت‌کننده نشان داد نرخ شیوع تجمعی PTSD و افسردگی در میان غیرنظامیان مناطق درگیر مخاصمه به ترتیب ۲۳،۷۰ و ۲۵،۶۰ درصد است. پیامدهای روانشناختی جنگ صرفاً محدود به اختلالات فردی نیست، بلکه تروما جمعی از طریق فرسایش سرمایه اجتماعی و تخریب احساس امنیت روانی، ساختار جامعه را دگرگون می‌سازد. در بستر ایران، تداوم نشانه‌های تروما حتی دو دهه پس از جنگ تحمیلی و تعامل آن با تهدیدهای امنیتی و اقتصادی کنونی، بقای آسیب‌ها را تشدید کرده است. انسجام خانوادگی، معناجویی مذهبی-معنوی و مشارکت‌های محلی به عنوان مهم‌ترین عوامل محافظ عمل می‌کنند.

نتیجه‌گیری: نظام سلامت روان ایران با چالش‌هایی چون غلبه رویکرد درمان‌محور، کمبود توزیع عادلانه نیروی متخصص و انگ اجتماعی مواجه است. انتقال پارادایم از مداخلات فردمحور به مدل‌های چندسطحی، جامعه‌محور و فرهنگ‌محور یک ضرورت حیاتی است. سلامت روان پساجنگ کلید بازسازی پایدار اجتماعی و انسانی جامعه محسوب می‌شود.

کلیدواژه‌ها: سلامت روان پساجنگ، تروما جمعی، اختلال استرس پس از سانحه، تاب‌آوری، جمعیت عمومی، ایران

مقدمه

جنگ و مخاصمات مسلحانه از مهم‌ترین تهدیدهای سلامت عمومی در قرن حاضر محسوب می‌شوند. شواهد جهانی نشان می‌دهد که مواجهه با جنگ می‌تواند به افزایش چشمگیر اختلالات روانپزشکی از جمله اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، افسردگی،



اضطراب و اختلال در عملکرد اجتماعی منجر شود (Charlson et al., 2019; Hoppen & Morina, 2022). با این حال، بخش عمده‌ای از مطالعات اولیه عمدتاً بر تجربه فردی تروما و تشخیص‌های بالینی متمرکز بوده‌اند و کمتر به ابعاد جمعی و ساختاری آسیب روانی پرداخته‌اند.

در دهه‌های اخیر، پژوهشگران بر این نکته تأکید کرده‌اند که «پیامدهای روانشناختی جنگ تنها به اختلالات فردی محدود نمی‌شوند، بلکه می‌توانند ساختار روانی، اجتماعی و فرهنگی جامعه را در سطح جمعی دگرگون کنند» (Erikson, 1976; Kleinman et al., 1997). مفهوم «تروما جمعی» (Collective Trauma) فرایندی است که در آن آسیب روانی نه تنها افراد، بلکه شبکه‌های ارتباطی، اعتماد اجتماعی و انسجام فرهنگی جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از سوی دیگر، رویکرد «رنج اجتماعی» (Social Suffering) نشان می‌دهد که رنج روانشناختی ناشی از جنگ را نمی‌توان جدا از زمینه‌های سیاسی، اقتصادی، فرهنگی و تاریخی تحلیل کرد (Kleinman et al., 1997).

در بستر ایران، تجربه تاریخی جنگ ایران و عراق (۱۹۸۰-۱۹۸۸)، تحریم‌های طولانی‌مدت و فشارهای اقتصادی، زمینه‌ای پیچیده برای تحلیل سلامت روان جمعی ایجاد کرده است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بسیاری از نشانه‌های اضطراب، کابوس‌های مزمن و خاطرات آسیب‌زا، حتی دهه‌ها پس از پایان جنگ نیز تداوم یافته‌اند (Hashemian et al., 2006; Khaleghi et al., 2025). درگیری اخیر ایران و اسرائیل (فروردین ۱۴۰۳) که به بمباران هوایی چندین شهر و جابه‌جایی موقت بیش از ۳ میلیون نفر انجامید، ضرورت پرداختن فوری به پیامدهای سلامت روان را آشکار ساخت.

هدف این مطالعه، مرور روایتی شواهد علمی درباره پیامدهای سلامت روان پساجنگ در جمعیت عمومی ایران با تأکید بر تروما جمعی، عوامل خطر و محافظ، و چالش‌های نظام سلامت روان است.

روش‌شناسی

این مطالعه از نوع مرور روایتی است. جستجوی منابع در پایگاه‌های داده بین‌المللی PubMed، Scopus، PsycINFO، Web of Science و پایگاه‌های ملی Magiran، SID و IranDoc در بازه زمانی ژانویه ۲۰۰۰ تا مارس ۲۰۲۶ انجام شد.

کلیدواژه‌های جستجو شامل ترکیبی از واژگان فارسی و انگلیسی «سلامت روان پساجنگ»، «تروما جمعی»، «PTSD»، «افسردگی»، «اضطراب»، «تاب‌آوری» و «جمعیت غیرنظامی» با استفاده از عملگرهای Boolean بود.

معیارهای ورود: مقالات منتشرشده در مجلات علمی دارای داوری هم‌تا به زبان فارسی یا انگلیسی، تمرکز بر سلامت روان معیت‌های غیرنظامی درگیر جنگ، و مطالعات کمی، کیفی، مروری نظام‌مند و فراتحلیل.

معیارهای خروج: مقالات فاقد متن کامل، روش‌شناسی نامشخص، گزارش‌های غیرعلمی، و مطالعات متمرکز صرف بر جمعیت نظامی.

پس از جستجوی اولیه، مقالات از نظر عنوان، چکیده و ارتباط مفهومی بررسی شدند و منابع مرتبط به‌صورت کامل تحلیل شدند. یافته‌ها در چارچوب مفاهیم «تروما جمعی» و «رنج اجتماعی» تفسیر شدند.

یافته‌ها

شیوع اختلالات روانی



فرا تحلیل ۵۷ مطالعه با ۶۴,۵۹۶ شرکت‌کننده نشان داد نرخ شیوع تجمعی PTSD در غیرنظامیان ساکن مناطق درگیر مخاصمه ۲۳,۷۰ درصد (۹۵٪ CI: ۲۸,۴۰-۱۹,۵۰) و افسردگی ۲۵,۶۰ درصد (۹۵٪ CI: ۳۱,۱۰-۲۰,۷۰) است (Ahmed et al., 2024). فرا تحلیل دیگری نشان داد شیوع افسردگی، اضطراب و PTSD به ترتیب ۲۸,۹، ۳۰,۷ و ۲۳,۵ درصد است. شیوع افسردگی در غیرنظامیان (۳۴,۷٪) به‌طور معناداری بیشتر از نظامیان (۲۱,۱٪) بود (Hoppen & Morina, 2022).

جدول ۱: شیوع پیامدهای روانشناختی جنگ در جمعیت غیرنظامی

پیامدهای ساختاری و جمعی	اصلی‌ترین گروه‌های در معرض خطر	نرخ شیوع تقریبی (جهانی)	متغیر روان‌شناختی / حوزه آسیب
کرختی عاطفی جمعی، فلج شدن نیروی کار، گوش‌به‌زنگی مزمن	زنان، کودکان، شاهدان مستقیم عینی، مجروحان	۲۳٪ تا ۲۵٪	اختلال استرس پس از سانحه ((PTSD
ناامیدی آموخته‌شده، کاهش انگیزه مشارکت اجتماعی، انزوا	سالمندان، افراد با وضعیت اقتصادی ضعیف	۲۲٪ تا ۲۶٪	اختلال افسردگی اساسی و اضطراب
گسست در بافت خانواده، انتقال تروما به نسل‌های بعدی	خانواده‌های قربانیان حملات هوایی مستقیم	۱۵٪ تا ۱۸٪	سوگ پیچیده و پایدار ((Prolonged Grief
فرسایش شدید سرمایه اجتماعی، کاهش نرخ اعتماد عمومی و ناامنی	کل جمعیت عمومی به‌ویژه حاشیه‌نشینان	نامشخص (کیفی/سازه‌ای)	ترومای جمعی و رنج اجتماعی

عوامل خطر

عوامل خطر شامل جنسیت زن، مشکلات سلامت جسمی، مواجهه مستقیم با خشونت، وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین، ناامنی اقتصادی، فروپاشی شبکه‌های حمایتی و بی‌اعتمادی اجتماعی است (Farhood et al., 2007; Somasundaram & Sivayokan, 2013). پیمایش ملی سلامت روان ایران نشان داده است نزدیک به یک نفر از هر چهار ایرانی (۲۳,۶٪) از یک یا چند اختلال روانپزشکی رنج می‌برد، با این حال دو سوم بیماران از مداخلات بهره‌مند نشده‌اند (Tabatabaee et al., 2021).



عوامل محافظ و تاب‌آوری

خوش‌بینی، حضور معنا در زندگی و حمایت اجتماعی قوی‌ترین پیش‌بین‌های مثبت تاب‌آوری هستند. مشارکت اجتماعی، حفظ روتین‌های روزانه، تقویت روابط و فعالیت‌های مذهبی-معنوی به عنوان منابع معنا شناخته شده‌اند (Levi-Belz et al., 2025; Liu et al., 2024). در ایران، انسجام خانوادگی و ظرفیت‌های فرهنگی-مذهبی نقش مهمی به عنوان عوامل محافظ ایفا می‌کنند.

تروما جمعی در بستر ایران

تجربه جنگ ایران و عراق بخشی از حافظه جمعی و هویت تاریخی نسل‌های مختلف است. پیامدهای روانی جنگ را نمی‌توان محدود به دوره درگیری نظامی دانست، بلکه باید آن را بخشی از فرایند بلندمدت شکل‌گیری حافظه اجتماعی و تجربه زیسته جامعه تلقی کرد (Behrouzan, 2016). فشارهای اقتصادی و نااطمینانی مزن سال‌های اخیر، ظرفیت مقابله روانی جامعه را کاهش داده و آسیب‌پذیری را افزایش داده است.

چالش‌های نظام سلامت روان ایران

پنج چالش بنیادین در نظام سلامت روان ایران شناسایی شد (Salehi et al., 2025; Zarafshan & Shalbafan, 2025):

۱. غلبه رویکرد درمان‌محور بالینی به جای رویکردهای پیشگیرانه جامعه‌محور
۲. کمبود و نابرابری در توزیع نیروی متخصص (نسبت روانپزشک به جمعیت: ۲,۰۱۶ در مقابل ۱۰,۵۴ در آمریکا)
۳. محدودیت زیرساخت‌های جامعه‌محور و فقدان منابع پایدار برای مداخله در بحران
۴. انگ اجتماعی مرتبط با اختلالات روانی که مانع غربالگری زودهنگام می‌شود
۵. عدم ادغام بهینه خدمات تروما* در شبکه بهداشت اولیه (PHC)

بحث

یافته‌های این مرور تصویری نگران‌کننده از بار سلامت روان پساجنگ ارائه می‌دهد. شیوع بالای PTSD و افسردگی در جمعیت‌های غیرنظامی (۲۳-۲۶ درصد) در بستر ایران معنای خاصی می‌یابد. با احتساب پیامدهای مخاصمه اخیر که به جابه‌جایی میلیون‌ها نفر انجامید، جامعه ایران با پیامدهایی روبرو است که می‌تواند دهه‌ها تداوم یابد. شکاف عمیق میان نیاز بالینی و ظرفیت پاسخ‌گویی نظام سلامت ایران یکی از مهم‌ترین چالش‌هاست. چالش‌های اصلی شامل آگاهی محدود سیاست‌گذاران، تخصیص بودجه ناکافی، کمبود نیروی انسانی متخصص و نقص در فرآیندهای سیستم است (Bahrami et al., 2025). در شرایط پساجنگ که نیاز به خدمات به طور ناگهانی افزایش می‌یابد، این مسائل می‌تواند به بحرانی مضاعف منجر شود.

اثر بخشی مداخلات روانشناختی در جوامع پساجنگ به میزان هم‌سویی آن‌ها با ارزش‌های فرهنگی و مذهبی جامعه هدف بستگی دارد. برای ایران، برنامه‌های مدرسه‌محور، خدمات با حساسیت جنسیتی، و شبکه‌های اجتماعی جمعیت‌محور ضروری هستند (Khaleghi et al., 2025).

در کنار آسیب‌ها، ظرفیت‌های فرهنگی جامعه ایران نظیر انسجام خانوادگی، مشارکت اجتماعی و معنویت می‌توانند نقش مهمی در بازسازی روانی ایفا کنند. با این حال، بهره‌گیری مؤثر از این ظرفیت‌ها نیازمند رویکردی علمی، چندسطحی و فرهنگ‌محور است.



مدل مداخله‌ای پیشنهادی: رویکرد سه‌سطحی

برای مدیریت بهینه سلامت روان پساجنگ، مدل مداخله سه‌سطحی زیر پیشنهاد می‌شود:

جدول ۲: مدل مداخله سه‌سطحی سلامت روان پساجنگ در ایران

سطح	محدوده	اقدامات کلیدی	مسئولان اصلی
کلان (Macro)	سیاست‌گذاری و بازسازی ساختاری	شفافیت اطلاعاتی، کاهش اخبار اضطراب‌آور، مبهم، سرمایه‌گذاری بر امنیت اقتصادی، بازسازی سرمایه اجتماعی، ترویج همبستگی ملی	وزارت بهداشت، سازمان برنامه و بودجه، صداوسیما
میان (Meso)	ظرفیت‌های فرهنگی و جامعه‌محور	استفاده از نهاد خانواده به عنوان پناهگاه عاطفی، فعال‌سازی شبکه‌های حمایتی محلی و مذهبی، ترویج رویکردهای «معناجویی معنوی»، بهره‌گیری از آیین‌های سوگواری جمعی برای تخلیه هیجانی	بهریستی، سازمان‌های مردم نهاد، مساجد و کانون‌های مذهبی
خرد (Micro)	خدمات تخصصی بالینی و غربالگری	ادغام سیستم‌های غربالگری تروما در PHC، آموزش پروتکل‌های کمک‌های اولیه روانشناختی (PFA) به کادرهای خط مقدم، راه‌اندازی پلتفرم‌های آنلاین و تلفنی رایگان مشاوره سوگ و تروما	دانشگاه‌های علوم پزشکی، سازمان نظام روانشناسی، کلینیک‌های تخصصی

نتیجه‌گیری و پیامدها

سلامت روان پساجنگ صرفاً یک مسئله درمانی یا فردی نیست، بلکه بخشی اساسی از فرایند بازسازی اجتماعی، فرهنگی و انسانی جامعه محسوب می‌شود. غفلت از تروماهای جمعی می‌تواند به فرسایش سرمایه اجتماعی، کاهش بهره‌وری و انتقال بین‌نسلی آسیب‌ها منجر شود.

پیامدهای بالینی: آموزش پزشکان عمومی برای غربالگری زودهنگام PTSD و افسردگی، استفاده از درمان‌های مبتنی بر شواهد (EMDR، CPT، TF-CBT) با انطباق فرهنگی، و توسعه خدمات آنلاین سلامت روان.



پیامدهای سیاستگذاری: ادغام سلامت روان در سیاستگذاری بحران، تقویت زیرساخت‌ها و تربیت نیروی انسانی متخصص، کاهش انگ اجتماعی از طریق رسانه و نظام آموزشی، و بهره‌گیری از ظرفیت‌های فرهنگی و مذهبی جامعه. اتکا به مدل پیشنهادی این مقاله و تقویت زیرساخت‌های جامعه‌محور نظام سلامت، گامی حیاتی در جهت صیانت از پویایی روانی و افزایش تاب‌آوری ملت ایران در مواجهه با بحران‌های پیش‌رو خواهد بود.

محدودیت‌ها

این مطالعه از نوع مرور روایتی است و احتمال سوگیری در انتخاب منابع وجود دارد. بخش قابل‌توجهی از شواهد مربوط به کشورها و زمینه‌های فرهنگی متفاوت است و تعمیم‌پذیری مستقیم به ایران محدودیت دارد. همچنین کمبود مطالعات طولی و داده‌های جامع درباره وضعیت سلامت روان جمعیت عمومی ایران از چالش‌های اصلی است.

تقدیر و تشکر

اینجانب مراتب سپاسگزاری خود را از **انجمن روانشناسی ایران** ابراز می‌دارد. این انجمن در تمامی شرایط سخت، از جمله دوران پرچالش اخیر، با برگزاری جلسات مشاوره، ارائه راهنمایی‌های تخصصی و حضور پیوسته در کنار مردم، نقشی بی‌بدیل و ماندگار در ارتقای سلامت روان جامعه ایفا کرده است. انجمن روانشناسی ایران همواره در تمام صحنه‌ها حاضر بوده و با تمام توان آماده ارائه خدمات به هموطنان عزیز بوده است. این تعهد و حضور مستمر در دشوارترین لحظات، نمادی از شرافت حرفه‌ای و مسئولیت اجتماعی والای این انجمن است.

منابع

- Ahmed, S. H., et al. (2024). Prevalence of post-traumatic stress disorder and depressive symptoms among civilians residing in armed conflict-affected regions. **General Psychiatry**, 37(3), e101438.
- Bahrami, M., et al. (2025). Mental Health and Mental Health Care in Iran: Addressing Social Inequalities. **BMC Psychology**, 13, 51.
- Behrouzan, O. (2016). Medicalization as a Way of Life: The Iran-Iraq War and Considerations for Psychiatry and Anthropology. **Medical Anthropology Theory**.
- Charlson, F., et al. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings. **Lancet**, 394, 240-248.
- Erikson, K. (1976). **Everything in its path: Destruction of community in the Buffalo Creek flood**. Simon and Schuster.
- Farhood, L., et al. (2007). PTSD and depression construct: prevalence and predictors in a post-war population. **Community Mental Health Journal**.



- Hashemian, F., et al. (2006). Anxiety, depression, and posttraumatic stress in Iranian survivors of chemical warfare. **JAMA**, 296(5), 560-566.
- Hoppen, T. H., & Morina, N. (2022). Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress in war and conflict-afflicted areas. **Frontiers in Psychiatry**, 13, 978703.
- Khaleghi, A., et al. (2025). Mental Health Consequences of War: Lessons from Recent Conflicts. **Iranian Journal of Psychiatry.**
- Kleinman, A., Das, V., & Lock, M. M. (Eds.). (1997). **Social suffering**. University of California Press.
- Levi-Belz, Y., et al. (2025). Meaning and Resilience in War-Affected Populations. **Frontiers in Psychiatry.**
- Liu, Z., et al. (2024). Exploring the differential effects of psychological resilience and social support. **BJPsych Open.**
- Salehi, M., et al. (2025). Exploring implementation barriers of mental health programs in primary health care. **BMC Health Services Research.**
- Somasundaram, D., & Sivayokan, S. (2013). Rebuilding community resilience in a post-war context. **International Journal of Mental Health Systems**, 7(1), 3.
- Tabatabaee, M., et al. (2021). Challenges of implementing psychiatric rehabilitation services. **BJPsych International.**
- World Health Organization. (2019). **Mental health in emergencies**. WHO.
- Zarafshan, H., & Shalbafan, M. (2025). The Reform Process of Mental Health Services Within Iran's Primary Health Care System. **Journal of Iranian Medical Council**, 8(4), 880-882.



جنگ: ذهنی سازی و وضعیت ذهنی تمامیت خواه

ترجمه و تلخیص: ترانه قادری

دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی؛ دانشگاه علوم پزشکی آزاد تهران

جنگ، تجربه‌ای دگرگون‌کننده

جنگ برای غیرنظامیان تجربه‌ای نوظهور به شمار می‌رود. مردمانی که تا پیش از این تجربه زیستن در میانه جنگ را ندارند، نه می‌دانند که چگونه با چالش‌های ناشی از آن کنار بیایند و نه مهارت‌های لازم برای مقابله با تهدیدهای نظامی را در اختیار دارند. همچنین بسیاری از الگوهای ذهنی و مفاهیمی که پیش‌تر برای داشتن یک زندگی معنادار شکل گرفته بودند _ از جمله امنیت، اهداف، عشق، روابط و کار _ در شرایط جنگی اهمیت خود را از دست می‌دهند.

فقدان‌های بیرونی و درونی و ماندن در وضعیت ابهام، به احساس درماندگی و کاهش عاملیت خود منجر می‌شود؛ زیرا تجربه‌های تازه جنگی، مجموعه‌ای از عقده‌های حل‌نشده گذشته را به سطح آگاهی می‌آورند. مواجهه با چنین احساساتی می‌تواند بازگشت واپس‌گرایانه پرسونا را _ با هدف جلوگیری از تروما و ناامیدی بیشتر _ به همراه داشته باشد. در نتیجه فرد ممکن است در چرخه تروما و سوگ گرفتار گردد. با این حال، همین وضعیت می‌تواند به تفرد/فردیت‌یابی نیز منجر شود؛ فرآیندی که در آن الگوهای کهنه ذهنی می‌میرند، عقده‌های حل‌نشده پردازش می‌شوند و ایگو به بازسازماندهی و تحولات خلاقانه و رستاخیز روانی می‌پردازد.

زندگی در کشوری درگیر جنگ، مستلزم پذیرش الزامات جمعی تازه و تبعیت از محدودیت‌های بیرونی است. اساسی‌ترین مهارت‌هایی که در چنین شرایطی باید آموخته شوند، مهارت‌های حفظ بقا و امنیت هستند؛ مانند رفتن به پناهگاه بعد از شنیدن صدای آژیر، خاموش کردن چراغ‌ها، منع رفت‌وآمد و حتی تغییر در شیوه‌های آموزش مانند برگزاری کلاس‌های درسی در تاریکی و بدون اینترنت.

همچنین جنگ افراد را وادار می‌کند که ظرفیت ذهنی لازم برای پردازش طیف گسترده‌ای از تجربیات هیجانی و عاطفی و حسی را در خود پرورش دهند و در اولویت‌های شخصی خود درباره اینکه چه چیزهایی در زندگی واقعاً ارزشمند و معنادار هستند، بازنگری کنند. افراد با بسیاری از رویدادهایی مواجه می‌شوند که با الگوهای پیشین سازگار نیستند و هیجانات شدیدی را در آنان برمی‌انگیزانند؛ مانند حملات موشکی و بمباران، صدای انفجار و رد شدن جنگنده‌ها، آسیب‌های جسمی و به نوعی از دست دادن گذشته بر اثر تخریب مکان‌هایی مانند مدارس، خانه‌ها و خیابان‌ها که با خاطرات مثبت پیوند خورده بودند.

از منابع عاطفی دیگری که احساسات شدیدی را در افراد برمی‌انگیزاند، مفهومی به نام آسیب اخلاقی یا *moral injury* است. آسیب‌های اخلاقی، افراد را وادار می‌کنند تا دیدگاه‌های خود را در زمینه مواجهه با رفتارهای غیراخلاقی، ظالمانه و غیرانسانی مردم در زمان جنگ تغییر دهند. این رویدادها شامل مرگ افراد در نزدیکی شخص، کشتن افراد (به ویژه در سربازانی که تا پیش از جنگ، خودشان جزو غیرنظامیان بودند)، از دست دادن حلقه نزدیکان و عزیزان از لحاظ عاطفی، قلدری، سوءاستفاده و موارد دیگری از این دست هستند که منجر به احساس از دست دادن و تغییر در تصاویر پیشین ذهنی درباره چگونگی جهان، زندگی و روابط می‌گردند.



مدل‌های قدیمی ذهنی که هم اکنون ناکارآمد توصیف می‌شوند، باید «بمیرند و فروپاشند». فرد ممکن است این احساسات را به شکل مرگ توانمندی‌های کسب‌شده پیشین خود و به نوعی «نابودی گذشته» تجربه کند. در طی این بازسازی و بازتعریف، فرد نه تنها الگوهای گذشته بلکه رویاها و برنامه‌ریزی‌های قبلی خود را نیز مدفون می‌کند که به شکل نوعی «نابودی آینده» تجربه می‌شود. این تجربیات را می‌توان معادل با مرحله Nigredo یا تاریکی در خرد کیمیاگری یونگی Jungian alchemy و شکل‌گیری سنگ فلاسفه Philosopher's Stone در نظر گرفت.

بررسی موردی

تجربه یکی از مراجعان می‌تواند در توضیح بهتر این مسئله کمک‌کننده باشد:

O مردی ۴۰ ساله است که در کلینیک خصوصی خود به عنوان فیزیوتراپیست کار می‌کند. او پس از آغاز جنگ نسبت به رفتن به ارتش دچار احساسی دوگانه بود. از یک سو می‌ترسید کشته شود و از سویی دیگر احساس می‌کرد که باید به جنگ برود و به دلیل انجام ندادن آنچه وظیفه خود می‌دانست، احساس گناه می‌کرد. به همین دلیل تصمیم گرفت به صورت داوطلبانه در بیمارستان با سربازان مجروح کار کند. با این حال احساس گناه همچنان در او ادامه داشت و حتی از قضاوت سربازان درباره خود می‌ترسید. این وضعیت بر توانایی حرفه‌ای او اثر گذاشت و به تدریج تمام کارش تحت تأثیر این عقده فعال قرار گرفت. در جریان کار تحلیلی با او، به وضوح فرآیندهای Nigredo تجربه می‌شد.

روزی گفت‌وگویی میان O و یکی از سربازانی که به او مراجعه کرده بود، شکل گرفت که همان چیزی را فراهم کرد که یونگی‌ها آن را Calcination می‌نامند و به فرآیند حرارت شدیدی اشاره دارد که در طی آن مایع اضافی تبخیر می‌گردد و تنها عصاره و هسته معنا باقی می‌ماند. این گفت‌وگو مستقیماً او را با احساس گناه و ترس خود مواجه کرد، دفاع‌های روانی و میل به انتقام به دلیل شرم‌منده بودنش را فعال کرد و «عقده پدر» را در درونش برانگیخت؛ عقده‌ای که احساسات گناه، شرم، انزجار و نفرت را همزمان در خود دارد.

مدتی بعد O این‌گونه خواب دید: «من مانند قهرمانی بزرگ دارم از صخره‌ای در کوه بالا می‌روم و باید سنگ عظیمی را نگه دارم. کسی آرنج‌هایم را سوراخ کرده و نگه داشتن سنگ برایم دشوار شده است. دارم سر می‌خورم اما جراثیمی مرا دوباره بالا می‌کشد. حس می‌کنم بازوانم بسیار ضعیف‌اند، انگار از پنبه ساخته شده‌اند و هیچ استخوانی ندارند. سنگ از دستم لیز می‌خورد و من سقوط می‌کنم و به سمت کلیسایی با صلیبی در بالای آن پرتاب می‌شوم. صلیب مرا می‌شکافد و به نظرم می‌رسد که هرگز از این صلیب بیرون نخواهم آمد. اما صلیب نمی‌گذارد بمیرم؛ چون زخمی را که ایجاد کرده، خودش می‌بندد. اگر از صلیب پایین بیایم، خونریزی خواهم کرد. می‌فهمم که نمی‌توانم این کار را بکنم. فکر می‌کنم چه کار کنم و بیدار می‌شوم».

در خواب O گذار میان رنج بی‌معنا و رنج معنادار به خوبی نمادپردازی شده است. بخش نخست خواب مرا به یاد افسانه سیزیف انداخت و رنج بی‌معنای مراجع را نشان می‌داد. بخش دوم خواب _ تصویر مصلوب شدن _ اما فرآیند دگرگونی درونی او را نشان می‌داد؛ گذاری از «رنج سیزیفی» به «رنج مسیح‌گونه» که معنادار است. اندکی بعد همان سربازی که فرآیند calcination را در O برانگیخته بود، دوباره نزد او بازگشت و از او کمک حرفه‌ای خواست. آنها همکاری خود را آغاز کردند و O نسبت به کار با بیماران خود احساس اطمینان بیشتری پیدا کرد.



تروما: هیجان، احساسات، علوم اعصاب و کیمیاگری یونگی

روان مسئول بازنمایی فعال واقعیت بیرونی در قالب تصاویر ذهنی است و می‌تواند با واقعیت بیرونی در دو سطح تعامل داشته باشد: سطح بازتابی-واکنشی اولیه (که با حس‌ها و هیجانات پیوند دارد) و سطح بازتابی پیشرفته‌تر (که با احساسات، تصاویر و اندیشه‌ها مرتبط است).

از آنجا که روابط انسانی بسیار پیچیده و پویا هستند، سطح واکنشی برای درک آنها کافی نیست و نیاز به سطح پیشرفته‌تر نیز وجود دارد. ایجاد روابط سالم نیازمند نوعی توانایی ادراکی به نام ذهنی‌سازی Mentalization است که امکان ساخت بازنمایی‌های ذهنی از رابطه با دیگران را فراهم می‌کند و با این سطح مرتبط است.

در موقعیت‌هایی که فرد هیجان منفی شدیدی را تجربه می‌کند، این فرآیند مختل می‌شود؛ زیرا فرد برای حفظ جان و امنیت خود ناچار است فوراً واکنش نشان دهد. به همین دلیل در چنین موقعیت‌هایی فهم معنای رویداد و برخورد با روابط بین‌فردی آسان نیست. اگر رویدادی هیجان یا عاطفه شدیدی را فعال کند اما در اثر شدت هیجانات و تجربه‌های حسی، تصویر واقعیت را در روان شکل ندهد و بازنمایی ذهنی نداشته باشد، می‌تواند به شکل رویدادی آسیب‌زا و تروماتیک تلقی گردد.

عصب‌شناسان عملکرد آمیگدال را با ترس شدید در موقعیت‌های تهدیدآمیز، واکنش‌های غریزی و خودکار منفی، سطح بازتابی اولیه و نیز از دست دادن حس زمان و مکان مرتبط می‌دانند. آنها آمیگدال نیمکره راست را با تجربیات تروماتیک پیوند می‌دهند که هنوز به شکل روانی بازنمایی نشده‌اند. از این رو می‌توان عملکرد آمیگدال را با Nigredo مرتبط دانست. در این مرحله میل شدیدی برای حذف تهدید واقعی بیرونی از راه‌های خشونت‌آمیز مانند کشتن و ویران‌سازی به وجود می‌آید تا زندگی و خود، حفظ شود.

در جریان پردازش این هیجانات منفی شدید، روان باید از سطح واکنشی اولیه به سطح پیشرفته‌تر منتقل شود و برای یافتن معنا در رویداد تهدیدکننده‌ای که اکنون دیگر در گذشته قرار گرفته است، تلاش کند. نخستین گام این فرآیند، ساختن تصویر تهدید یعنی ایجاد بازنمایی ذهنی از رویداد تروماتیک یا رابطه با فردی آزارگر است. این مرحله با عملکرد هیپوکامپ در نیمکره چپ مرتبط است.

عملکرد هیپوکامپ در تصویرسازی ذهنی را می‌توان معادل مرحله Albedo یا پاکسازی یعنی دومین مرحله کیمیاگری یونگی در نظر گرفت. هدف از این مرحله کنار گذاشتن بخش‌های مرده و فرسوده گذشته است، در حالی که هسته اصلی متجلی می‌شود. در این مرحله یکی دیگر از ساختارهای مغز یعنی جسم پینه‌ای نیز نقش مهمی دارد؛ زیرا هیجانات منفی را با تصاویر مربوط به آنها یکپارچه کرده و پل ارتباطی بین آمیگدال راست و هیپوکامپ چپ به شمار می‌رود.

در شرایطی که هیجانات و ادراکات حسی نتوانند در قالب تصاویر ذهنی بازنمایی شوند، دفاع‌های تجزیه‌ای و گسست شکل می‌گیرد. در اثر این گسست، میان تجربه واقعی بدنی و تصویر ذهنی آن ارتباطی وجود نداشته و تصویر با واقعیت تطابق ندارد. در چنین وضعیتی ذهنی‌سازی رویدادهای تروماتیک متوقف می‌ماند. وضعیتی که آن را «مر دانسته‌نشده اندیشیده‌نشده» می‌نامیم.

به صورت استعاره‌ای، تجربیات بازنمایی‌نشده باعث می‌شوند روان در Nigredo گیر کند، نتواند به Albedo حرکت کند و به مرحله پاکسازی از طریق یافتن معنا برسد. تجربیات تروماتیک معمولاً در سطح نظام حسی دوباره تجربه می‌شوند؛ مثلاً در PTSD این تجربیات به شکل فلش‌بک، مزاحمت ذهنی، حمله پنیک و ... بازمی‌گردند. گویی روان تلاش می‌کند برای رویداد بازنمایی‌نشده و



روابط مرتبط با آن، تصویری ذهنی بسازد. بنابراین این میل روان برای ساختن تصویر از رویداد، نشانه میل روان برای حرکت به سمت آلود و پاکسازی خود از ابهام، مفهوم‌سازی تجربه و یافتن معنا است.

مرحله بعدی در پردازش تروما، ادغام تصاویر تروماتیک در خود زندگی‌نامه‌ای است. شکل‌گیری خود زندگی‌نامه‌ای Autographical Self با عملکرد قشر اوربیتوفرونتال مرتبط می‌باشد که مسئولیت تولید تصاویر خود و حافظه زندگی‌نامه‌ای است که در قالب روایت‌های زندگی فرد سازمان می‌یابد. زبان نیز که در نیمکره چپ قرار دارد در شکل‌گیری خود زندگی‌نامه‌ای نقش دارد و به توانایی فرد برای ساختن روایت شخصی پیوند خورده است. احتمالاً عملکرد هیپوکامپ بیشتر به ذهنی‌سازی تروماهای گذشته یا حال مرتبط است، در حالی که عملکرد اوربیتوفرونتال بیشتر با نمادپردازی، رویاپردازی و ساختن آینده ارتباط دارد.

ایجاد روایت‌های جنگ از طریق آثار هنری اهمیت به‌سزایی دارد؛ چرا که این روایت‌ها نه تنها برای ساختن ظرفیتی جمعی برای پردازش رویدادهای جنگ کمک‌کننده هستند، بلکه می‌توانند زمینه عقده‌های فرهنگی را نیز تغییر دهند و تاریخ تازه‌ای بسازند. ساختن خود زندگی‌نامه‌ای جمعی، به بالاترین سطح عاملیت خود اشاره دارد؛ چیزی که در مرحله نهایی کیمیاگری یونگی یعنی Rubedo یا سرخی و اتحاد نامیده می‌شود.

ذهنی‌سازی، تروما و گذار از واکنش‌گری به معنا

ذهنی‌سازی را می‌توان به عنوان توانایی فرد برای درک دنیای درونی ذهنی خود و دیگران و درک روابط انسانی بین‌فردی از طریق ظرفیت‌های تخیل روان تعریف کرد. ذهنی‌سازی تروما به فرآیندی اشاره دارد که در آن یک تهدید واقعی رابطه‌ای به تصویری ذهنی یا بازنمایی ذهنی از آن تهدید تبدیل می‌شود و برای معناسازی امری حیاتی به شمار می‌رود.

روان به واسطه تخیل می‌تواند قطعات از پیش شناخته‌شده جهان بیرونی رابطه با دیگری را به تصویر درونی یکپارچه تبدیل کند و از مرزهای زمان و مکان فراتر برود. این محتوای درونی امکان ادغام نوعی واقعیت درونی تازه را فراهم می‌آورد که نشانه فردیت و سوژگی انسان و نمادپردازی معطوف به آینده است. با این حال در موقعیت‌های تهدیدآمیزی مانند جنگ، بقای فرد در اولویت قرار می‌گیرد و روان بیشتر از سطوح اولیه واکنشی استفاده می‌کند تا هرچه سریع‌تر پاسخ دهد که با الگوهای کلاسیک جنگ/گریز/فریز همراه است.

چنین وضعیتی را می‌توان حالت‌های پیش‌ذهنی‌سازی شده Pre-mentalized states of mind نامید که به انسانی‌زدایی بیانجامد؛ یعنی حالتی که دیگری تهدیدکننده به مثابه ماده‌ای بی‌جان در نظر گرفته شود، زیرا همدلی با او می‌تواند بقا را تهدید کند. در این شرایط تحمل تفاوت‌ها مشکل شده، روان برای حفاظت از خود از کارکرد خلاقانه‌اش دست می‌کشد و سوژه‌مندی بیش از حد، معادل با ناامنی در نظر گرفته می‌شود. اگر از زاویه‌ای دیگر به حالت پیش‌ذهنی‌سازی شده نگاه کنیم، می‌توان آن را تمامیت‌خواه یا Totalitarian نامید که ناشی از ترس از دست رفتن انسجام خود و تلاش برای حفظ یکپارچگی است. این ترس باعث شکافته شدن واقعیت بیرونی و splitting جهان به دو دسته خوب‌ها و بد‌ها می‌شود. از این رو حالت‌های ذهنی مستبدانه تمامیت‌خواه، تفاوت‌ها را برنمی‌تابند و به آنها حمله‌ور شده و تمامی انرژی خلاقانه را به سوی محافظت از همین حالت ذهنی هدایت می‌کنند.



مدوسا، فرافکنی و همانندسازی فرافکنانه

مدوسا، در معبد آتنا الهه خرد و جنگ، به دست پوزئیدون مورد تجاوز قرار گرفت. آتنا به جای همدلی با او، او را به خاطر آلوده کردن معبد مجازات کرده و موهایش را به مارهایی زهرآگین تبدیل نمود؛ مارهایی که هر بیننده‌ای را به سنگ تبدیل می‌کردند. می‌توان گفت مدوسا ادراک انسان را از حالت زنده و جاندار به حالتی سنگی و بی‌جان تبدیل می‌کند و این دقیقاً مشابه بازگشت به وضعیت ذهنی تمامیت‌خواه و ذهنی‌سازی نشده است؛ حالتی که در آن تفاوت‌های فردی از جهان بیرونی حذف می‌شوند و همه چیز مرده و سنگ‌وار به نظر می‌رسد. حتی می‌توان گفت که آتنا در لحظه خشم، توانایی ذهنی‌سازی و همدلی با مدوسا در نقش قربانی را از دست داده بود. در مقابل قهرمان داستان یعنی پرسئوس، با راهنمایی آتنا، مدوسا را مستقیماً نگاه نمی‌کند؛ بلکه تصویر او را در آینه سپرش می‌بیند. این فاصله‌گذاری کمک می‌کند که از فرافکنی‌های مدوسا آلوده نشود و در عین حال بتواند برای او یک بازنمایی ذهنی بسازد. حالتی که آن را یافتن یک «موقعیت سوم» می‌نامیم؛ موضعی که در آن فرد نه کاملاً درگیر تهدید است و نه کاملاً از آن جداست، بلکه می‌تواند آن را در سطحی نمادین و ذهنی پردازش کند.

سپس پرسئوس سر مدوسا را به آتنا می‌دهد و آتنا آن را بر سپر خود نصب می‌کند، که به او امکان می‌دهد دشمنانش را به سنگ بدل سازد. اینجا جنبه تاریک آتنا آشکار می‌شود: حتی خرد و جنگ‌افروزی او نیز می‌تواند از نیروی مدوسا استفاده کند. با این حال آتنا از سر مدوسا برای دفاع از زندگی خود استفاده می‌کند و می‌کوشد ساحت شخصی و روانی خود را از وضعیت ذهنی تمامیت‌خواه مدوسا حفظ کند، در عین حال که بخش تاریکی را که معمولاً طرد می‌شود را در خود ادغام می‌کند. تأمل بر مدوسا و لایه‌های نمادین او می‌تواند کمکمان کند بفهمیم با نوعی «آلودگی تمامیت‌خواه» که دشمن وارد جهان ما می‌کند، چگونه روبه‌رو شویم.

تمامیت‌خواهی در سطح فرافکنی دشمن

در جنگ‌ها حق داشتن تاریخ، فرهنگ و زبان و سرزمین مستقل و جداگانه و در کل «دیگری بودن» زیر سؤال می‌رود. تفاوت‌های فرهنگی نه تنها به شکل نمادین، بلکه حتی به صورت واقعی و جسمانی و با حذف و کشتن انسان‌هایی که حامل این فرهنگ هستند و در نتیجه هدف قرار دادن خود فرهنگ صورت می‌گیرد.

همچنین، دیگری یا همان دشمن به صورت «شر مطلق» و خودی‌ها به صورت «خیر مطلق» معرفی می‌شوند (دوگانه خیر و شر). در حالی که تمامیت‌خواهی در تبلیغات خیر، همان وضعیت و حالت ذهنی تمامیت‌خواه در تبلیغات خیر را بازتولید می‌کند. در چنین شرایطی، سادیسم با عنوان «مبارزه‌ای برای خیر» توجیه می‌شود که نمونه‌ای از واژگونی اخلاق در سطح جمعی است. در نتیجه بدن کشته‌شدگان و خانه‌های ویران شده به سنگ تبدیل می‌شوند. این سنگ‌شدگی، نتیجه فرآیند فردیت‌یابی و سنگ فلاسفه نیست؛ بلکه حاصل تأثیر مدوساست. سنگ فلاسفه با عشق پیوند دارد اما تأثیر مدوسا با نفرت، حسادت و ترس مرتبط است. این مرحله پارانویدی، از ناتوانی در همانندسازی با تاریخ خود سرچشمه می‌گیرد.

همانندسازی فرافکنانه در درمان

O در اوایل جنگ به من گفت که اگر ارتش دشمن وارد شهر شود، حاضر است زبان آنها را یاد بگیرد و حتی به سربازان آنها به عنوان فیزیوتراپیست کمک کند تا جانش به خطر نیفتد. این حرف، خشم شدیدی را در من به عنوان درمانگر ایجاد کرد به طوری که دیگر نمی‌توانستم فکر کنم و حالت ذهنی تمامیت‌خواه من به خاطر ترسم فعال شده بود. پرسیدم که آیا در این جنگ کسی



نزدیک به خود را از دست داده است و او گفت همسایه‌ای را که در کودکی با او بازی می‌کرده، از دست داده است. سپس پرسیدم که آیا می‌خواهد به کسانی که آن شخص را کشته‌اند، کمک کند؟ که به گریه افتاد. می‌دانستم که حرف‌هایم تند و تهاجمی بوده‌اند اما در آن لحظه راه بهتری برای بازگرداندن او به تجربه شخصی‌اش و قطع رشته همانندسازی با جمع پیدا نکردم. وقتی به گریه افتاد، سکوت کردم اما کشمکشی ناشی از همانندسازی فرافکنانه در درونم جریان داشت. این وضعیت زمانی متوقف شد که توانستم بفهمم چه اتفاقی در حال رخ دادن است و به تجربه او در جهان درونی خودم دست بزنم. بعدها فهمیدم پدر O در کودکی‌اش به دلیل اپیزودهای روان‌پریشانه خود بستری شده بود و در زمان رشد فردیت، سوژگی و مردانگی او، رفتاری تمامیت‌خواه و تهاجمی داشته است و همچنین O در مدرسه مورد قلدری و زورگویی قرار گرفته بود. آن لحظه متوجه شدم که آنچه از او می‌شنوم، به نوعی همانندسازی با متجاوز است و فرآیندی که خود من در آن درگیر شده بودم، در سطح همانندسازی فرافکنانه قرار داشت. او می‌خواست شبیه کسانی شود که به او حمله کرده بودند، چون از بودن می‌ترسید. من نیز متقابلاً می‌خواستم متجاوز را با «کشتن شیوه فکر کردنش» نابود کنم. تنها زمانی که درون خودم فضایی پیدا کردم، توانستم جهان ذهنی‌اش و رنجی که در کودکی او را به این نوع دفاع سوق داده بود، بفهمم.

جمع، فردیت و خلاقیت

استعاره آتنا و سر مدوسا، دفاعی خردمندانه را در شرایط جنگ نشان می‌دهد. تصویر مدوسا نماد این ضرورت است که برای حفاظت از هویت ملی، زبان، ارزش‌های فرهنگی، میراث و سنت‌ها، تا حدی با قواعد و ارزش‌های جمعی همانندسازی کنیم. این همانندسازی نیازمند قربانی کردن برخی نیازها و ارزش‌های شخصی و ایجاد این حس است که «همه در یک کشتی هستیم» مانند لباس فرم نظامی همسان در ارتش که به همانندسازی با «خود جمعی» کمک می‌کند.

با این حال مهم است در فرآیند همانندسازی با محتوای جمعی جایی برای اهداف، نیازها و معناهای شخصی باقی بماند. ترکیب امر جمعی و امر فردی در وضعیت جنگی، کاری دشوار است اما برای ظرفیت ذهنی‌سازی و مقابله با ترومای ناشی از جنگ ضروری به شمار می‌رود.

در نهایت پیروزی در جنگ می‌تواند گشایش‌های تازه‌ای ایجاد کند؛ سطح عاملیت خود را افزایش دهد و امکان خروج از موضع پارانوئید و ورود به موضع افسرده‌وار را فراهم آورد. موقعیت افسرده در مرحله آلبو و پردازش فقدان‌ها، پیش‌شرط‌های نمادپردازی بعدی در مرحله روبودو هستند، و نمادپردازی شکلی از ورود به جهان فردی و فضای درونی انسان است.

از سر بریده مدوسا، پگاسوس زاده می‌شود. پگاسوس نماد پیوند ماده و روح، واقعیت و خیال است و این همان خیال است که پس از تروما، سرچشمه تولد جهان درونی می‌شود. خلاقیت و هنر را می‌توان راه خروج از تمامیت‌خواهی در نظر گرفت که فرد از طریق آن تفرد و سوژگی‌اش را آشکار کرده و ذهنی‌سازی و نمادسازی تروماهای جنگی را تسهیل می‌کند؛ راهی که انسان را قادر می‌سازد سنگ فلاسفه را بسازد، بی‌آنکه خود به سنگ بدل گردد.

منبع:

Semkiv, I. (2024). War: Mentalization and totalitarian state of mind. *Journal of Analytical Psychology*, 69(2), 1–17. <https://doi.org/10.1111/1468-5922.12987>



مداخلات سلامت روان و حمایت‌های روانی-اجتماعی برای کودکان متأثر از درگیری‌های مسلحانه در کشورهای با درآمد کم و متوسط

ترجمه و تلخیص: فاطمه سعیدبخش

دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی

اثرات مخرب بر سلامت روان و بهزیستی کودکان و نوجوانانی که در معرض جنگ، درگیری‌های مسلحانه و خشونت‌های سیاسی قرار دارند، از دیرباز به اثبات رسیده است و نهادهای بشردوستانه به‌طور فزاینده‌ای به این موضوع می‌پردازند. نرخ‌های شیوع بالاتری از اختلالات روان‌پزشکی در تعدادی از کشورها و مناطق گزارش شده است؛ اختلال استرس پس از سانحه^۱ (PTSD)، افسردگی و اضطراب به‌طور نامتناسبی بر کسانی که زندگی‌شان تحت تأثیر جنگ بوده یا هست تأثیر می‌گذارند، و مواجهه مستقیم با خشونت نیز اثرات مخرب ویژه‌ای به همراه دارد. درگیری‌های مسلحانه همچنان شمار زیادی از کودکان را در سراسر جهان، به‌ویژه در کشورهای با درآمد کم و متوسط^۲ (LMICs)، تهدید می‌کنند. تا اواسط سال ۲۰۲۲، ۱۰۳ میلیون نفر در سطح جهان به‌صورت اجباری آواره شده بودند که از این میان، ۳۶٫۵ میلیون نفر (۳۵٫۴٪) را کودکان زیر ۱۸ سال تشکیل می‌دادند. اکثریت آوارگان اجباری (۷۴٪) در کشورهای با درآمد کم یا متوسط می‌زیبانی می‌شوند؛ مناطقی که کیفیت و میزان دسترسی به خدمات پایه، از جمله آموزش و مراقبت‌های بهداشتی در آن‌ها ناکافی است. برنامه‌ریزی سلامت روان^۳ (MH) بر مدل درمان اختلالات روانی تمرکز دارد، در حالی که حمایت روانی-اجتماعی^۴ (PSS) بر پیشگیری از اختلالات و ارتقای بهزیستی از طریق کاهش عوامل خطر و تقویت تاب‌آوری و عوامل محافظتی تأکید می‌ورزد.

تعدادی از مداخلات سلامت روان و حمایت‌های روانی-اجتماعی^۵ (MHPSS) با هدف بهبود بهزیستی مراقبان و تقویت روابط و پیوندهای میان والدین و کودکان، بر تقویت بنیان خانواده متمرکز هستند. افزودن مؤلفه‌های مربوط به «بهزیستی مراقب» و «مهارت‌های فرزندپروری» این پتانسیل را دارد که اثربخشی مداخلات طراحی‌شده برای بهبود سلامت روان کودکان در شرایط درگیری مسلحانه و آوارگی را افزایش دهد. مدارس جزئی اساسی در ایجاد یک محیط محافظتی برای کودکان در طول درگیری یا جنگ محسوب می‌شوند. از طریق مداخلات مدرسه‌محور می‌توان به شکلی نسبتاً آسان به تعداد بیشتری از کودکان نیازمند حمایت دسترسی پیدا کرد. برنامه‌های مدرسه‌محور در درمان مشکلات مختلف سلامت روان و همچنین تقویت عوامل محافظتی در میان کودکان و نوجوانان پس از مواجهه با رویدادهای آسیب‌زای جنگ (تروما) مؤثر بوده‌اند. مدارس، معلمان و روان‌شناسان مدرسه می‌توانند روند بهبودی کودکان از تروما را تسهیل کنند. با این حال، دسترسی محدود به مدارس در مناطق درگیر، می‌تواند اجرای مداخلات مدرسه‌محور را با دشواری مواجه سازد. در مورد مداخلات سطح جامعه که می‌توانند از کودکان در مقابله با سختی‌های

^۱ Post-Traumatic Stress Disorder

^۲ Low- and Middle-Income Countries

^۳ Mental Health

^۴ Psychosocial Support

^۵ Mental Health and Psychosocial Support



جنگ یا درگیری محافظت و حمایت کنند، کمبود شواهد وجود دارد. محدود کارآزمایی‌های مداخله‌ای جامعه‌محور که در این مطالعه بررسی شدند، پیامدهای اجتماعی و اقتصادی مثبتی را در محیط‌های پس از درگیری ایجاد کرده‌اند که تأثیر مطلوبی بر سلامت روان خانواده‌ها و کودکان داشته است. از آنجایی که اکثر کودکان و خانواده‌ها در گروه‌ها یا جوامع زندگی می‌کنند، حمایت‌های سطح جامعه مانند حمایت فردبه‌فرد، گروه‌های همبستگی و گروه‌های گفتگو، پتانسیل دسترسی به تعداد زیادی از کودکان را دارند. با توجه به اینکه متخصصان سلامت روان در بسیاری از کشورهای با درآمد کم و متوسط (LMICs) که متأثر از جنگ هستند، حضور اندکی دارند، ضروری است که مداخلات سلامت روان و حمایت‌های روانی-اجتماعی، رویکردهای سطح جامعه را در مناطق جنگ‌زده بگنجانند. علاوه بر این، مداخلات جامعه‌محور در بسیاری از این کشورها ممکن است نسبت به مدل‌های درمانی که از غرب وارد می‌شوند، با فرهنگ بومی هماهنگ‌تر^۱ (Syntonic) و برای مخاطبان پذیرا و جذاب‌تر باشند.

مدل زیست‌بوم‌شناختی^۲ (برونفن‌برنر و سسی، ۱۹۹۴) که رویکردی کل‌نگر به مراقبت‌های روانی-اجتماعی و محافظت از کودکان است، این مدل بر اهمیت محیطی که کودکان در آن رشد می‌کنند تأکید دارد و تأثیرات محیطی را در سطوح مختلف و متداخل؛ برای مثال، سطح فردی^۳ (نظام تحول فردی یا هستی‌شناختی)، نظام میانی^۴، نظام بیرونی^۵ و نظام کلان^۶ بسته به میزان تعامل مستقیم کودک با این نظام‌های اجتماعی، مفهوم‌سازی می‌کند.

کاربردهای فعلی این مدل نظری برای کودکان در شرایط سخت، بر تعاملات میان عوامل خطر و عوامل محافظتی در سطوح مختلف اجتماعی-بوم‌شناختی؛ یعنی سطوح خانواده، همسالان، مدرسه و جامعه بزرگتر تمرکز یافته است (بتانکورت و خان، ۲۰۰۸). هنگامی که منابع در هر یک از این سطوح به مخاطره می‌افتند، خطر پیامدهای رشدی نامناسب و عدم انطباق سلامت روان افزایش می‌یابد؛ برای مثال، در میان کودکان و نوجوانان در معرض درگیری، پیامدهای نامطلوب سلامت روان که در اثر مواجهه با رویدادهای هولناک ایجاد شده‌اند، با آسیب‌های ناشی از جنگ به سیستم‌های حمایتی گسترده (خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، سیاسی) که معمولاً رشد سالم کودک را تقویت می‌کنند، تشدید می‌شوند (بتانکورت و خان، ۲۰۰۸؛ پنتر-بریک و همکاران، ۲۰۰۸). زمانی که منابع در سرتاسر بوم‌شناسی اجتماعی مستحکم‌تر باشند مانند پذیرش از سوی خانواده و جامعه، دسترسی به مدرسه، کودکان می‌توانند حتی در مواجهه با سختی‌های شدید، به پیامدهای مثبت‌تری دست یابند (ماستن، ۲۰۰۱). بر این اساس، لایه‌های حمایتی جامع، همراه با مداخلاتی که هدف آن‌ها بازسازی یا تقویت چنین منابعی است، پتانسیل بهبود ظرفیت تاب‌آوری کودکان و کاهش اثرات تجربیات ناشی از درگیری را دارا هستند (بتانکورت و خان، ۲۰۰۸؛ ماستن، ۲۰۰۱).

مداخلات سطح فردی

^۱ Culturally Syntonic

^۲ Ecological Model

^۳ Individual Level

^۴ Meso-system

^۵ Exo-system

^۶ Macro-system



این مرور دو مداخله در سطح فردی را شناسایی کرد: کمک‌های اولیه روان‌شناختی^۱ (PFA) و درمان مواجهه‌ای روایتی^۲ (NET). کمک‌های اولیه روان‌شناختی شامل حمایت‌هایی است که توسط افراد غیرمتخصص در حین و بلافاصله پس از یک وضعیت اضطراری ارائه می‌شود؛ هدف این مداخله پیشگیری از بروز علائم سلامت روان از طریق کاهش علائم پریشانی اولیه پس از تروما (ضربه روانی) و حمایت از عملکرد انطباقی کوتاه‌مدت و بلندمدت در میان کودکان متأثر از درگیری است. از سوی دیگر، مداخله NET با هدف درمان اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) و پرخاشگری انجام شد.

کمک‌های اولیه روان‌شناختی (PFA):

پژوهشگران از PFA به‌عنوان یک مؤلفه اساسی در پاسخ‌های اضطراری خود پس از درگیری استفاده کردند تا از بروز اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) در میان کودکان و نوجوانان متأثر از درگیری پیشگیری کنند. کمک‌های اولیه روان‌شناختی (PFA) شامل مجموعه‌ای سیستماتیک از اقدامات کمکی یا روش‌های درمانی است که هدف آن کاهش پریشانی اولیه پس از تروما و حمایت از عملکرد انطباقی در کوتاه‌مدت و بلندمدت است.

درمان مواجهه‌ای روایتی (NET):

در یک کارآزمایی کنترل‌شده تصادفی در شرق جمهوری دموکراتیک کنگو (روبیانت و همکاران، ۲۰۱۹)، مشخص شد که روش NET برای درمان اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) و پرخاشگری در میان کودکان رزمنده سابق مؤثر است. در روش NET، جلسات درمانی اولیه شامل ترسیم یک خط زندگی^۳ است که طی آن، رویدادهای آسیب‌زا، اعمال خشونت‌آمیز ارتكابی، و لحظات و روابط مثبت با رعایت ترتیب زمانی مشخص می‌شوند؛ این موارد با ارجاع به دوره زمانی عمر فرد و همچنین زمینه‌های گسترده‌تر سیستمیک و اجتماعی-سیاسی آن زمان، در بافتار و زمینه^۴ خود قرار می‌گیرند. سپس درمانگر بر اساس تجربیات منحصربه‌فرد فرد و رویدادهای آسیب‌زا، یک برنامه درمانی تدوین می‌کند. در نهایت، درمانگر رویدادهای آسیب‌زا و اعمال خشونت‌آمیز ارتكابی را انتخاب کرده و آن‌ها را در جلسات مواجهه، به ترتیب زمان وقوع، بررسی و واکاوی می‌کند. PFA بر پایه هشت اقدام کلیدی بنا شده است:

۱. تماس و تعامل
۲. ایمنی و آسایش
۳. تثبیت (آرام‌سازی)
۴. جمع‌آوری اطلاعات (نیازها و نگرانی‌های فعلی)
۵. کمک‌های عملی
۶. اتصال به حمایت‌های اجتماعی
۷. ارائه اطلاعات درباره حمایت‌های مقابله‌ای

^۱ Psychological First Aid

^۲ Narrative Exposure Therapy

^۳ Lifeline

^۴ Context



مداخلات سطح خانواده

جلسات گروهی با والدین در زمینه مهارت‌های فرزندپروری، تکنیک‌های مدیریت استرس، مهارت‌های حل مسئله، دسترسی به حمایت‌های اجتماعی، خودمراقبتی و پیشگیری از عود، به‌طور غیرمستقیم از طریق بهبود بهزیستی والدین و به‌طور مستقیم با افزایش دانش و مهارت‌های مرتبط با فرزندپروری مثبت در شرایط دشوار، در بهبود سلامت روان و تاب‌آوری روانی-اجتماعی کودکان نقش داشتند.

مداخلات مدرسه‌محور

برنامه‌های مدرسه‌محور در کاهش علائم PTSD (اختلال استرس پس از سانحه)، افسردگی، اضطراب و اختلال در فعالیت‌های روزانه و همچنین تقویت عوامل محافظتی (حمایت اجتماعی، امید و مقابله) در میان کودکان و نوجوانان پس از مواجهه با رویدادهای آسیب‌زای جنگی مؤثر بوده‌اند.

پنج نوع مداخله مدرسه‌محور شناسایی شد که به شرح زیر است:

۱. **مداخله معلم-محور:** هدف از مداخله معلم-محور، تقویت ظرفیت معلمان برای ایجاد فضایی راحت و از نظر عاطفی ایمن در کلاس درس است تا از این طریق، حمایت روانی-اجتماعی و بهزیستی کودکان متأثر از درگیری جنگ تسهیل شود.
۲. **مداخله روان‌شناس مدرسه:** مشخص شد که برنامه‌های مشاوره حمایت روانی-اجتماعی که توسط مشاوران مدرسه، مددکاران اجتماعی و معلمان آموزش‌دیده هدایت می‌شوند، در کاهش علائم PTSD (اختلال استرس پس از سانحه) در میان کودکان و نوجوانانی که در معرض رویدادهای آسیب‌زای جنگی بوده‌اند، مؤثر است.
۳. **مداخله کلاس‌محور (CBI):** مداخله کلاس محور^۱، یک مداخله پیشگیرانه و انتخابی با هدف کاهش علائم پریشانی (PTSD)، افسردگی، اضطراب، اختلال در کارهای روزمره و تقویت عوامل محافظتی (حمایت اجتماعی، امید، روش‌های مقابله) بود. ساختار CBI بر مفاهیم بیان خلاق و درمان شناختی-رفتاری استوار بود.
۴. **برنامه یادگیری بهتر (BLP):** هدف برنامه یادگیری بهتر^۲ (BLP) بهبود عملکرد تحصیلی و کاهش سطح علائم مرتبط با استرس در میان نوجوانان متأثر از درگیری است.
۵. **آموزش روانی مبتنی بر تروما (TIPE):** آموزش روانی مبتنی بر تروما^۳ (TIPE)، که یک مداخله آموزش روانی هم‌تایان‌محور و متناسب با فرهنگ است، تأثیرات مثبتی بر علائم PTSD (کاهش معنادار علائم) و افزایش حمایت اجتماعی درک شده در میان پناهندگان سومالیایی در کنیا نشان داد (ایم و همکاران، ۲۰۱۸). ماژول‌های TIPE با بهره‌گیری از ماژول‌های آموزش روانی موجود برای ارتقای تاب‌آوری پناهندگان تدوین شده بود. جلسات آموزش روانی مبتنی بر تروما شامل آموزش در مورد تأثیرات چندوجهی تروما بر بدن، ذهن، روابط اجتماعی و معنویت بود که با آموزش شایستگی‌های روانی-اجتماعی مانند مقابله هیجانی و حل مسئله، سیستم‌های حمایتی و جامعه، و مهارت‌های مدیریت تعارض دنبال می‌شد.

^۱ Classroom-Based Intervention

^۲ Better Learning Program

^۳ Trauma-Informed Psychoeducation



BLP با هدف قرار دادن افت تحصیلی، از مؤلفه‌های درمان شناختی-رفتاری^۱ (CBT) استفاده می‌کند که شامل موارد زیر است:

- آموزش روانی و عادی‌سازی واکنش‌های استرس
- تکنیک‌های آرام‌سازی
- تقویت مهارت‌های مقابله‌ای
- جلب حمایت اجتماعی
- مشارکت والدین

BLP هدف تقویت اقدامات آموزشی زیر را دنبال می‌کند:

- بهبود مهارت‌های مطالعه پداگوژیک (آموزشی)
- بهبود خودکارآمدی تحصیلی و عمومی
- اصلاح نقش معلم از طریق ارائه ارزیابی‌های بیشتر و درک این موضوع

مداخلات سطح جامعه

مداخلات جامعه‌محور در محیط‌های پس از درگیری، پیامدهای اجتماعی و اقتصادی مثبتی ایجاد کرده‌اند که بر سلامت روان خانواده‌ها و کودکان تأثیرگذار بوده است. روش‌های مداخله‌ای شامل موارد زیر بود:

حمایت فردبه‌فرد توسط افراد غیرمتخصص، فرصت‌های درآمدزایی، صنایع دستی و هنر، آموزش مهارت‌های فنی و حرفه‌ای، تعاملات عاطفی و تعاملات میانجی‌گرانه.

چهار نوع مداخله شناسایی و به شرح زیر توصیف شدند:

اقدام جامعه‌محور توانمندی‌بنیاد (Strengths-based): تحقیقات و تجربیات فعلی نشان‌دهنده ارزش اقدامات جامعه‌محور مبتنی بر توانمندی است که از تاب‌آوری کودکان و ایجاد محیطی مثبت برای آن‌ها حمایت کرده و بر نقاط قوت موجود بنا می‌شود. وسلز (۲۰۱۶) تحلیل کرد که چگونه مکانیسم‌های جامعه‌محور حفاظت از کودکان، سنگ بنای تلاش‌های پیشگیرانه هستند. تحلیل وسلز نشان داد که چگونه برنامه‌ریزی و اقدام جمعی به نفع کودکان آسیب‌پذیر، سطوح بالایی از مالکیت جامعه و حمایت‌های مؤثر و پایدار برای کودکان ایجاد می‌کند. پیشنهاد مهم این پژوهشگر برای حوزه حفاظت از کودکان و همچنین حوزه گسترده‌تر سلامت روان این بود که باید تأکید بیشتری بر توانمندی‌های محلی و کارهایی که خود جوامع می‌توانند برای حمایت از بهزیستی کودکان انجام دهند، صورت گیرد.

گروه‌های همبستگی: هدف از گروه‌های همبستگی^۲، ایجاد شبکه‌های حمایت اجتماعی، درآمدزایی و مقابله با رویدادهای آسیب‌زای متعددی بود که زنان تجربه کرده بودند. یافته‌ها نشان می‌دهند که یک مداخله چندوجهی در جوامع خود زنان، پتانسیل بهبود جنبه‌های مختلف زندگی آن‌ها، از جمله سلامت روان را دارد.

^۱ Cognitive Behavioral Therapy

^۲ Solidarity groups



گروه‌های گفتگو: نوع دیگری از مداخلات جامعه‌محور، گروه‌های گفتگو^۱ است که هدف آن رسیدگی به گسست‌های اجتماعی در محیط‌های پس از درگیری است؛ مسائلی نظیر کاهش مشارکت مردان در خانواده، افزایش مسئولیت‌های زنان در خانه و خانواده، و افزایش رفتارهای خشونت‌آمیز در منازل. هدف مداخله گروه‌های گفتگو، دستیابی به عملکرد ارتقایافته در میان جوامع و خانوارها در بافتار پس از جنگ از طریق بهبود روابط بین زنان و مردان است.

مداخله گروه‌های گفتگو بر پایه نظریه توانمندسازی^۲ استوار است که دو پیش‌شرط ضروری را مفروض می‌داند: یک تسهیل‌گر (متخصص) با خودآگاهی بالا و فردی که مداخله را دریافت می‌کند و به دنبال توانمند شدن است. نقش تسهیل‌گر، ترویج تأمل، تفکر و حل مسئله در مورد تعاملات فرد-محیط است. در این رویکرد، توجه ویژه‌ای به عدم توازن قدرت و در دسترس بودن منابع در تمام سطوح و میان تمام سطوح سیستم زیست‌بوم‌شناختی، به‌ویژه سیستم‌های فردی، خرد، میانی، بیرونی و کلان در بوم‌شناسی اجتماعی می‌شود.

هم‌نوایی با استرس عمیق (PSA): رویکرد هم‌نوایی با استرس عمیق^۳ (PSA) یک برنامه مراقبتی روانی-اجتماعی، غیربالینی و جامعه‌محور است که با هدف برآوردن نیازهای روانی-اجتماعی کودکان در معرض خطر و بهبود تعاملات اجتماعی از طریق رویکردهای مشارکتی طراحی شده است.

PSA بر تمرین هم‌نوایی برای ایجاد فضاهای عاطفی امن، مدیریت عوامل استرس‌زا و برقراری روابط سالم است. اصول هم‌نوایی بر پایه هشت دستورالعمل برنامه بین‌المللی توسعه کودک^۴ (هونداید، ۲۰۱۳) استوار است که در آن، تعاملات عاطفی بر نمایش احساسات مثبت عشق و محبت، پاسخگویی به ابتکارات کودک، برقراری گفتگوی عاطفی کلامی و غیرکلامی، و تحسین و تأیید او تمرکز دارد؛ در حالی که تعاملات میانجی‌گرانه منجر به تمرکز مشترک بر فعالیت‌ها و بحث‌ها، توصیف هیجانات و چالش‌ها، تحریک هدف‌گذاری، تثبیت حافظه یا بیان خلاق، و تمرین تنظیمات مثبت مانند برنامه‌ریزی برای هدف و مسئولیت‌پذیری رفتاری می‌شود.

منبع:

Arega, N.T. Mental Health and Psychosocial Support Interventions for Children Affected by Armed Conflict in low-and middle-income Countries: A Systematic Review. *Child Youth Care Forum* 52, 1431–1456 (2023). <https://doi.org/10.1007/s10566-023-09741-0>.

^۱ Dialogue groups

^۲ Empowerment Theory (ET)

^۳ Prolonged Stress Attunement

^۴ International Child Development Program (ICDP)



رد پای تروما بر سلامت روان

ترجمه و تلخیص: هلنا خورشیدیان

دانشجوی کارشناسی روان‌شناسی

تصور کنید ذهن شما مانند یک خانه است. زمانی که همه چیز مرتب است، شما می‌توانید به راحتی در خانه حرکت کنید، پنجره‌ها را برای ورود ایده‌های جدید باز کنید و از آرامش یک فضای منظم لذت ببرید. اما هنگامی که حادثه ناگواری رخ می‌دهد (تصادف، سوءاستفاده عاطفی یا جسمی، از دست دادن عزیزان، کودکی پر از ناامنی) خانه ذهن شما توسط زلزله تکان می‌خورد. ممکن است دیوارهای عقاید شما ترک بخورند، وسایل خانه بیفتند و بعضی پنجره‌ها و درها مسدود بشوند. این مثال تأثیر رویدادهای تروماتیک بر ذهن را به بهترین نحو نشان می‌دهد.

در ادامه قرار است بیشتر در مورد این تأثیرات بر سلامت روان صحبت کنیم.

فرا تر از استرس:

وقتی از تروما (آسیب) روانی صحبت می‌کنیم، منظورمان صرفاً یک رویداد گذرا نیست که باعث شود چند روز یا چند هفته احساس بدی داشته باشیم. منظورمان تجربه‌هایی است که نحوه عملکرد روزانه ما، دیدگاهمان نسبت به دنیا و نحوه تعامل با آن را تغییر می‌دهند. طبق یک مطالعه اخیر (هاگ و همکاران، ۲۰۲۳)، قرار گرفتن در معرض هر نوع ترومای روانی، خطر ابتلا به اختلال روانی را سه برابر می‌کند. بله، درست خواندید: سه برابر.

اما نکته جالب اینجاست: تروما فقط با اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) مرتبط نیست. در واقع، این مسئله می‌تواند منجر به هفت دسته اصلی اختلالات روانی شود: از اضطراب گرفته تا افسردگی، اختلالات دوقطبی، وسواس فکری-عملی و حتی روان‌پریشی (سایکوز). به عبارت دیگر، تروما به عنوان یک عامل آسیب‌پذیری عمل می‌کند، به این معنی که بسته به عواملی مانند سن وقوع، نوع تروما و ویژگی‌های فردی هر شخص، می‌تواند راه را برای مشکلات مختلف باز کند.

• تأثیرات فیزیولوژیک تروما (در کودکی و بزرگسالی):

حالا به بچه‌ها فکر کنید. مغز آن‌ها هنوز در حال شکل‌گیری است، مانند ساختمانی که تازه پی‌ریزی آن شروع شده. تجربیات آسیب‌زای اولیه، مانند سوءاستفاده جسمی، عاطفی یا جنسی، یا حتی یک محیط خانوادگی ناپایدار، می‌تواند اثراتی عمیق و دشوار برای سلامت روان بر جای بگذارد. مطالعات نشان می‌دهند که این تجربیات به شدت با سطوح بالای استرس مزمن در مراحل بعدی زندگی مرتبط هستند. و اینجاست که مؤلفه بیولوژیکی وارد می‌شود: استرس مزمن نه تنها بر احساس شما تأثیر می‌گذارد، بلکه بر نحوه عملکرد مغزتان نیز اثر می‌گذارد.

به عنوان مثال، تحقیقات علوم اعصاب (موسکوسو، ۲۰۱۴) نشان داده‌اند که استرس طولانی‌مدت می‌تواند حجم هیپوکامپ، منطقه حیاتی برای حافظه و یادگیری، را کاهش دهد. همزمان، آمیگدال، مسئول پردازش احساساتی مانند ترس، تمایل به بزرگ شدن دارد.

این به چه معناست؟ یعنی فردی که دچار تروماهای شدیدی بوده، ممکن است در به خاطر سپردن چیزهای مهم دچار مشکل شود، در حالی که حساسیت او به اضطراب و ترس ممکن است به شدت افزایش یابد. به عبارت دیگر، مغز نه تنها تروما را ثبت می‌کند،



بلکه آن را به نوعی «حافظه بدنی» تبدیل می‌کند که بر نحوه تفسیر ما از جهان، مدت‌ها پس از پایان یافتن رویداد اصلی، تأثیر می‌گذارد.

• نوروپلاستیسیته (انعطاف‌پذیری عصبی): نوری در انتهای تونل:

با این حال، همه چیز ناامیدکننده نیست. اگرچه تروما (آسیب روانی) جای زخم بر جای می‌گذارد، ما همچنین می‌دانیم که مغز انسان ظرفیت فوق‌العاده‌ای به نام نوروپلاستیسیته (انعطاف‌پذیری عصبی) دارد. این قابلیت به شبکه‌های عصبی ما اجازه می‌دهد تا خود را بازسازی کرده و با شرایط جدید سازگار شوند، مثل این است که آن خانه‌ای که توسط زلزله آسیب دیده، کم‌کم قابل ترمیم باشد، هرچند بازسازی پایه‌های آن زمان و تلاش خواهد برد.

• نکته کلیدی، مداخله زودهنگام و مناسب است. مطالعه‌ای درباره توجه زودهنگام در کودکان (Ruiz) و همکاران، (۱۹۹۸) بر اهمیت تشخیص زودهنگام مشکلات مربوط به رشد تأکید می‌کند. اگر کودکی پس از تجربه‌ای تروماتیک، نشانه‌های اضطراب، رفتارهای غیرعادی یا تأخیرهای شناختی از خود نشان دهد، ارائه حمایت روانی و همکاری با مراقبان او می‌تواند تفاوت بزرگی ایجاد کند. این امر تضمین نمی‌کند که از مشکلات آینده جلوگیری خواهد شد، اما تأثیر بلندمدت آن را به طور قابل توجهی کاهش می‌دهد.

• فراتر از فرد:

ساده است که فکر کنیم تروما (آسیب روانی) چیزی خصوصی است، چیزی که فقط بر کسی که مستقیماً آن را تجربه می‌کند تأثیر می‌گذارد. اما حقیقت این است که پیامدهای اجتماعی عظیمی دارد. جامعه‌ای را تصور کنید که جنگ را تجربه کرده‌اند. این تجربه جمعی بار عاطفی مشترکی ایجاد می‌کند که می‌تواند چرخه نابرابری، خشونت و اختلالات روانی را تداوم بخشد. به همین دلیل، کارشناسان بر لزوم پرداختن به تروما نه فقط به عنوان یک مشکل فردی، بلکه به عنوان یک چالش بهداشت عمومی تأکید می‌کنند. ما به سیستم‌های آموزشی نیاز داریم که همدلی و تاب‌آوری را ترویج کنند، به سیاست‌های عمومی که از آسیب‌پذیرترین‌ها محافظت کنند، و به خدمات بهداشتی در دسترس برای کسانی که به کمک نیاز دارند. بدون این تغییرات ساختاری، همچنان شاهد گسترش تروما از نسلی به نسل دیگر خواهیم بود.

• راهکارهای تخصصی:

اگر شما کسی هستید که تجربه یک آسیب (تروما) را داشته‌اید، اولین چیزی که باید بدانید این است که تنها نیستید. بسیاری از افراد مسیرهای مشابهی را طی می‌کنند؛ و درخواست کمک نشانه ضعف نیست، بلکه نشانه شجاعت است. درمان‌هایی مانند «مواجهه تدریجی»، «درمان شناختی-رفتاری» (CBT) یا «ذهن‌آگاهی» برای مدیریت پیامدهای تروما مؤثر بوده‌اند. علاوه بر این، داشتن عادات‌های سالم، مانند حفظ یک روتین منظم، ورزش کردن و جستجوی حمایت اجتماعی، می‌تواند سلامت عاطفی را تقویت کند.

اگر کسی را می‌شناسید که دوران سختی را پشت سر گذاشته است، صبور باشید. گاهی اوقات، صرفاً گوش دادن بدون قضاوت، می‌تواند بهترین هدیه‌ای باشد که به او تقدیم می‌کنید. و اگر در حوزه‌هایی همچون آموزش، سلامت یا خدمات اجتماعی فعالیت می‌کنید، به یاد داشته باشید که اقدامات شما می‌تواند زندگی‌ها را تغییر دهد. داشتن یک دیدگاه آگاهانه نسبت به تروما، یعنی



درک این نکته که پشت هر رفتار مشکل‌ساز، و پشت هر جمله «دیگر نمی‌توانم»، داستانی نهفته است که شایسته شنیده شدن است.

• تأمل نهایی:

تروما (آسیب روانی) یک حکم حبس ابد نیست. بله، ممکن است زخم‌های عمیقی بر ما باقی بگذارد، اما در عین حال، فرصتی برای یادگیری، رشد و بازسازی دوباره خود نیز به ما می‌دهد. همان‌طور که لئونارد کوهن، شاعر بزرگ، می‌گفت: «این شکاف‌ها هستند که اجازه می‌دهند نور به درون بیاید.» شاید نتوانیم آنچه را که بر ما می‌گذرد کنترل کنیم، اما می‌توانیم انتخاب کنیم که چگونه به آن پاسخ دهیم و با آن تجربه‌ها چه کنیم.

در نهایت، مواجهه با تروما هم مستلزم شجاعت فردی است و هم همبستگی جمعی. تنها از این طریق است که می‌توانیم جامعه‌ای دلسوزتر بسازیم؛ جامعه‌ای که در آن هیچ‌کس مجبور نباشد بار درد را در تنهایی به دوش بکشد. زیرا در نهایت، همه ما بخشی از یک خانه واحد هستیم و در کنار هم، ترمیم شکاف‌های آن آسان‌تر خواهد بود.

منبع:

"La huella del trauma puede ser devastadora para la salud mental"
<https://psicopedia.org/21438/trauma-salud-mental/>

سلامت روان در پس‌جنگ

فاطمه سیدی نیاسر

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی

به یاد جمله‌ای در آخرین پاراگراف کتاب معروفی با این عنوان «مصیبت هیچ‌گاه به تنهایی نمی‌آید» می‌افتم. شاید بعضی ویرانی‌ها نیز از همین جنس باشند؛ نه صرفاً یک رخداد، بلکه تغییری در شیوه‌ی بودن ما در جهان. چیزی که از راه می‌رسد تنها آنچه بیرون از ماست را دگرگون نمی‌کند، بلکه نسبت ما را با زمان، با دیگری و با خودمان تغییر می‌دهد. آنچه باقی می‌ماند، همیشه خاطره‌ی روشن یک واقعه نیست؛ گاه فقط کیفیتی از زیستن است. حالتی که در آن، جهان همان جهان پیشین است، اما تجربه‌ی ما از آن دیگر همان نیست. در این بین آنچه روان را فرسوده می‌کند، همیشه خودِ فاجعه نیست؛ گاهی امتداد آن است. ماندن در وضعیتی که نه می‌توان آن را پشت سر گذاشت و نه می‌توان به تمامی در آن ساکن شد. گویی زمان از حرکت باز نمی‌ایستد، اما پیش هم نمی‌رود. روزها می‌گذرند، اما بخشی از روان هنوز در نقطه‌ای دیگر زندگی می‌کند؛ در جایی که واقعه به پایان رسیده، اما اثر آن هنوز به گذشته تبدیل نشده است.

روان در این شرایط برای دوام آوردن، بهای خود را می‌پردازد. گاهی نه با فراموش کردن، بلکه با کنار گذاشتنِ موقتِ بخشی از تجربه. آنچه تاب آوردنش دشوار است، به سکوت سپرده می‌شود؛ نه از میان می‌رود و نه به تمامی حضور دارد. در وضعیتی میان آگاهی و ناآگاهی باقی می‌ماند. به همین دلیل است که بعضی رنج‌ها در لحظه‌ی وقوعشان تجربه نمی‌شوند. آن‌ها دیرتر از راه می‌رسند؛ زمانی که دیگر ضرورتی برای بقا وجود ندارد و روان مجال پیدا می‌کند به آنچه پشت سر گذاشته، نزدیک شود.



شاید دشوارترین مواجهه نیز همین باشد؛ رویارویی با چیزی که پایان یافته اما تمام نشده است. فاصله‌ای میان آنچه رخ داده و آنچه توانسته‌ایم از آن بفهمیم. رنج، اغلب در همین فاصله اقامت می‌کند. آنجا که تجربه هنوز به بخشی از روایت زندگی تبدیل نشده و همچنان بیرون از معنا ایستاده است.

از همین‌رو، ترمیم را نمی‌توان بازگشت نامید. آنچه در شرایط بحران از دست رفته، باز نمی‌گردد و آنچه رخ داده، از حافظه‌ی روان پاک نمی‌شود. ترمیم شاید بیشتر به معنای دگرگون شدن نسبت ما با تجربه باشد؛ لحظه‌ای که واقعه دیگر تنها به شکل تکرار حضور ندارد و کم‌کم در تاریخ زندگی ما جای می‌گیرد.

شاید به همین دلیل، سلامت روان را نیز نمی‌توان صرفاً با فقدان نشانه‌های رنج تعریف کرد. سلامت روان آن لحظه‌ای نیست که دیگر هیچ زخمی از جنگ وجود ندارد؛ آن لحظه‌ای است که روان دیگر ناچار نیست همه‌ی نیروی خود را صرف نگه داشتن زخم‌ها کند. زمانی است که بخشی از انرژیِ درگیرِ بقاء، دوباره آزاد می‌شود؛ برای اندیشیدن، برای پیوند برقرار کردن، برای ساختن و برای معنا دادن.

ما اغلب زندگی را چیزی می‌دانیم که پس از بحران آغاز خواهد شد؛ حال این بحران هر بحرانی می‌تواند باشد. گویی جایی در آینده، زمانی خواهد رسید که همه‌چیز سرانجام در جای خود قرار بگیرد. اما تجربه‌ی انسانی کمتر چنین نظمی را می‌شناسد. آنچه زندگی می‌نامیم، بیشتر در فاصله‌ها رخ می‌دهد؛ میان آنچه از دست رفته و آنچه هنوز شکل نگرفته است.

شاید زندگی، بیش از آنکه عبور از بحران باشد، پل زدن میان بحران‌ها باشد. نه پلی به سوی امنیتی نهایی، بلکه تلاشی مداوم برای ساختن معنا در جهانی که بارها امکان فروپاشی خود را نشان داده است. و شاید سلامت روان، در عمیق‌ترین معنای خود، چیزی جز حفظ همین توانایی نباشد؛ توانایی ادامه دادن، بی‌آنکه آنچه بر ما گذشته است به تمامی آنچه هستیم تبدیل شود.

منابع:

- Caruth, C. (۱۹۹۶). *Unclaimed experience: Trauma, narrative, and history*. Johns Hopkins University Press.
- Frankl, V. E. (۱۹۵۹). *Man's search for meaning*. Beacon Press.
- Freud, S. (۱۹۲۰). *Beyond the pleasure principle*. (J. Strachey, Trans.). W. W. Norton & Company.
- International Committee of the Red Cross. (۲۰۲۱). *Mental health and psychosocial support in conflict and post-conflict humanitarian settings*. ICRC. <https://www.icrc.org/en/document/mental-health-psychosocial-support-conflict-post-conflict-humanitarian-settings>
- van der Kolk, B. A. (۲۰۱۴). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.
- Winnicott, D. W. (۱۹۷۴). *Fear of breakdown*. *International Review of Psycho-Analysis*, ۱(۱-۲), ۱۰۳-۱۰۷.
- World Health Organization. (۲۰۲۲). *Mental health in emergencies*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies>.



سایر یادداشت‌ها

مروری بر روان‌شناسی فمی‌ساید: زن‌کشی، پدیده‌ای جهانی

دکتر اکرم خمسه

مدیر گروه تخصصی روان‌شناسی زنان انجمن روان‌شناسی ایران

زن‌کشی (فمی‌ساید) معضل و بحرانی جهانی است که زنان و دختران را در هر کشور و قلمرویی تحت تأثیر قرار می‌دهد. شناخت جهانی مهمی از آن در دهه‌های اخیر حاصل شده است و به معنای مشکل جدی در حیطه حقوق بشر و بهداشت عمومی محسوب می‌شود.

زن‌کشی مسئله‌ای پیچیده و عمیقاً ریشه‌دار است که ابعاد حقوقی، اجتماعی، فرهنگی و روان‌شناختی دارد و به ندرت پدیده‌ای همگن و یک‌پارچه در نظر گرفته شده است. این مفهوم، نمادی از تظاهرات خشونت بسیار وحشیانه جنسیت‌محور است و شناخت از حیطه، علل، پاسخ و واکنش‌های مناسب به آن در دستور کار سازمان‌های حقوق بشری و جامعه دانشگاهی قرار دارد.

تعاریف

زن‌کشی اساساً به معنای کشتن زنان یا دختران، به‌ویژه به دلیل زن بودن آن‌هاست. این تعریف، زن‌کشی را از سایر قتل‌ها یا دیگرکشی (هوم‌ساید)، یعنی قتل‌هایی که در آن جنسیت قربانی جنبه فرعی دارد، متمایز می‌سازد. اگرچه هر قتل مصیبت‌بار و غم‌انگیز است، زن‌کشی به‌طور خاص به خشونت علیه زنان به عنوان گروهی اجتماعی اشاره دارد که قربانی شدن صرفاً به دلیل زن بودن، کلید اصلی تعریف آن به حساب می‌آید. درک این معضل به عنوان پدیده‌ای مجزا از سایر قتل‌ها که اساساً به دلیل جنسیت قربانی رخ می‌دهد، اولین گام برای مبارزه و پیش‌گیری از آن است. بنابراین، به منظور پیش‌گیری مؤثر از زن‌کشی، طبقه‌بندی دقیق آن اهمیت دارد، چرا که صور گوناگون آن مستلزم راهبردهای مداخله‌ای متفاوت است.

تعاریف بین‌المللی

نهادهای مختلف بین‌المللی برای فرمول‌بندی تعریف زن‌کشی فعالیت کرده‌اند. برای مثال، سازمان ملل از اصطلاح گسترده‌تر قتل جنسیتی استفاده می‌کند و آن را خشونتی می‌داند که ریشه در جنسیت دارد و هم در شرایط و حوزه‌های خصوصی و هم در محیط‌های عمومی رخ می‌دهد.

شورای اروپا، یکی از جامع‌ترین تعاریف قانونی را مطرح کرده است: خشونت علیه زنان به شکل هر نوع اقدام و عمل خشونت‌آمیز جنسیت‌محور که به مرگ منجر می‌شود و دولت‌ها را ملزم می‌کند که آن را جرم‌انگاری کرده و از تمامی اشکال آن، پیش‌گیری کنند.

در سایر تعاریف، زن‌کشی قتل عمدی با انگیزه جنسیتی است که از دیگرکشی متفاوت است.

زمینه‌های تاریخی

تاریخچه این پدیده از دوره‌های استعمار تا دوران مدرن را در برمی‌گیرد. اما این مفهوم در دهه ۱۹۷۰ توسط مارسلا لاگارد، جامعه‌شناس مکزیک، شناخته شد. او از اصطلاح اسپانیایی *Feminicidio* استفاده کرد که در تنفر از زنان و زن‌ستیزی ریشه



دارد. واژه زن‌کشی، همچنین، در دهه ۱۹۷۰ برای نخستین بار توسط دینا راسل در محافل برابری‌طلبانه مطرح شد تا بین قتل زنان و سایر اشکال قتل تمایز ایجاد شود. اما شناخت بیشتر آن در طی اواخر قرن بیستم و اوایل قرن بیست‌ویکم افزایش یافت و نهادهای بین‌المللی درگیر آن شدند؛ از جمله موضوع به اهداف رشد و توسعه پایدار سازمان ملل و چندین اجلاس منطقه‌ای پیوست که تأکید آن‌ها علاوه بر شناخت ماهیت مسئله و علل آن، بر اقدام‌های جدی و قانونی در سراسر جهان برای پیش‌گیری از زن‌کشی می‌باشد. در مجموع، خاستگاه تاریخی این پدیده در مالکیت و کنترل مردان بر زنان و نظام‌های حقوقی است که قتل همسر یا «ناموس» را توجیه می‌کند.

علل اصلی، زمینه‌های اجتماعی و انواع زن‌کشی

علل زن‌کشی، پیچیده و چندوجهی و ترکیبی از عوامل گوناگون هستند. در عین حال، این پدیده نشانه‌ای از ناتوانی و شکست اجتماعی عمیق و سازمان‌یافته مرتبط با عدم تعادل قدرت بین جنسیت‌هاست. پدرسالاری و نابرابری جنسیتی، عامل اصلی زن‌کشی است که مردان کنترل بر زنان و بدن آن‌ها را در اختیار دارند. زن‌کشی اغلب وقتی رخ می‌دهد که زن جنبه عاملیت به خود می‌گیرد، رابطه‌ای را ترک می‌کند، از رفتارهای جنسی یا پیشنهادهای جنسی سرباز می‌زند، خواهان استقلال اقتصادی است و وارد حیطه مرد سنتی می‌گردد. بنابراین، کشتن به عنوان مطالبه برحق مرد، سازوکاری است که نظم اجتماعی تصور شده را تداوم می‌بخشد. بی‌ارزش‌انگاری حیات و زیست نیز عامل دیگری است. جوامعی که زندگی زنان و حقوق آن‌ها را به‌طور سازمان‌یافته بی‌اعتبار می‌پندارند، فضایی ایجاد می‌کنند که با قتل زنان، با شدت کمتر از قتل مردان برخورد می‌شود. هنجارهای فرهنگی و اجتماعی یعنی باورهای فرهنگی که مردانگی را با خشونت و سلطه مرتبط می‌داند و بر مفاهیمی چون ناموس و حفظ آبروی مردانه تأکید دارد، زن‌کشی را افزایش می‌دهد. عوامل اقتصادی-اجتماعی نیز عامل مؤثر دیگری است. فقر، بیکاری، نابرابری و تبعیض، عدم دسترسی به آموزش و خدمات سلامت روان، زنان را در معرض آسیب‌پذیری بیشتر قرار می‌دهد. به عبارت دیگر، نمودار زن‌کشی از فصل مشترک جنسیت با محورهای به‌حاشیه‌رانده‌شدگی ترکیب می‌شود. این فصل مشترک، گروه‌های قومی و نژادی به‌حاشیه‌رانده‌شده را دربرمی‌گیرد. برای مثال، زنان بومی یا زنان رنگین‌پوست با سوگیری‌های نژادی مواجه هستند. طبقه و موقعیت اجتماعی نیز امکانات کمتری را برای گریز از روابط آزاردهنده فراهم می‌سازد. میزان خطر برای زنان به‌حاشیه‌رانده‌شده بیشتر است. شواهد موجود در کانادا و استرالیا نشان می‌دهد که زنان بومی بیشتر تحت تأثیر قتل‌های جنسیت‌محور قرار دارند؛ در هر ۱۰۰,۰۰۰ زن و دختر، ۴۰۳ نفر. میزان زن‌کشی در کانادا و در میان زنان بومی، ۵ برابر بیشتر از زنان غیربومی در سال ۲۰۲۱ گزارش شده است.

انواع زن‌کشی

این پدیده اغلب توسط شریک زندگی و فرد صمیمی و نزدیک به زن صورت می‌گیرد. حسادت شوهر به دلیل این که زن قصد طلاق یا جدایی دارد، رایج‌ترین مقوله گزارش شده است. قتل‌های ناموسی توسط اعضای دیگر خانواده و اغلب توسط مردان فامیل به دلیل تصور ننگ‌مایگی، بدنامی زن برای خانواده و گروه اجتماعی، انحراف تصویری زن از نقش‌های جنسیتی سنتی، انتخاب شریک زندگی برخلاف میل خانواده، بی‌بندوباری جنسی تصور شده، صورت می‌گیرد. این پدیده، توسط افرادی ناشناس برای قربانی نیز در بسیاری از فضاهای شخصی و عمومی مثلاً در خانه، در محل کار، در مراکز تحصیلی یا سایر شرایط محیطی اتفاق می‌افتد و با آزار و اذیت



جنسی، تجاوز، قطع عضو یا آسیب رساندن به اندام‌های جنسی زن، سقط جنین دختر و قتل نوزاد دختر همراه است. آمارهای سال ۲۰۲۴ نشان داده است که به‌طور متوسط ۱۳۷ زن یا دختر هر روز توسط فردی در خانواده‌شان کشته شده‌اند. به عبارت دیگر، ۶۰ درصد زن‌کشی‌ها توسط شریک زندگی یا سایر اعضای خانواده زن صورت گرفته است. همچنین، زن‌کشی با کشمکش‌های گروه‌های تبه‌کار، باندهای قاچاق انسان و سایر جرایم سازمان‌یافته نیز ارتباط دارد. به علاوه، شواهد زیادی در مورد فن‌آوری وجود دارد که ابزاری برای جستجو و تعقیب محسوب می‌شود. در مطالعه‌ای، ۳ نفر از هر چهار قربانی زن‌کشی، قبلاً توسط فرد مرتکب‌شونده نیز شبکه‌های مجازی و حضور آنلاین شناسایی و جستجو شده‌اند. برخی از گروه‌های زنان و دختران فعال در عرصه‌های اجتماعی نیز بیشتر در معرض خطر هستند. برای مثال، زنان مدافع حقوق بشر و زنان روزنامه‌نگار اغلب مورد هدف قرار می‌گیرند. یک نفر از هر سه زن نماینده مجلس بازمانده در آسیا و اقیانوسیه گزارش داده‌اند که تهدیدهای آنلاین را دریافت کرده‌اند. زنان مدافع محیط زیست، حداقل در یک چهارم تمامی کشمکش‌های اجتماعی تا سال ۲۰۲۲ دیده شده‌اند که ۸۱ مورد آن‌ها در این کشمکش‌ها به قتل رسیده‌اند.

وضعیت قانون‌گذاری

بسیاری از کشورهایی که زن‌کشی در آن‌ها رخ می‌دهد، این اقدامات را در مقوله دیگرکشی استاندارد قرار می‌دهند که به کاهش حساسیت نسبت به زن‌کشی و تحمل آن و عدم مجازات و بخشودگی فرد مرتکب‌شونده می‌انجامد. پژوهش‌هایی که به بررسی ویژگی‌های زن‌کشی پرداخته‌اند، حاکی از الگوهای رفتاری کنترل‌گرایانه، اختلال‌های شخصیتی مرتبط با سلطه‌طلبی و باورهای فرهنگی مربوط به مالکیت زن، در افراد مرتکب این قتل‌هاست. رسانه‌ها نیز در بازتولید کلیشه‌های جنسیتی و عادی‌سازی نقش به‌سزایی دارند.

شیوع جهانی

اگرچه زن‌کشی معضلی جهانی است، اما منطقه‌های خاصی وجود دارند که کانون‌های بحران محسوب می‌شوند. آمریکای لاتین و کارائیب، بالاترین آمار زن‌کشی را گزارش داده‌اند. کشورهایی مانند مکزیک، برزیل و السالوادور نیز بالاترین میزان زن‌کشی را نشان می‌دهند. براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، ۸۱ هزار زن در سال ۲۰۲۲ به قتل رسیده‌اند و در سال ۲۰۲۳، ۸۷۰۰۰۰ مورد زن‌کشی در سطح جهانی رخ داده است که تقریباً ۵۰۰۰۰۰ نفر یعنی بیش از نیمی از آن‌ها توسط شریک زندگی یا یکی از اعضای خانواده صورت گرفته است. در سال ۲۰۲۴ تقریباً ۵۰۰۰۰۰ زن و دختر در سراسر جهان توسط شریک زندگی یا اعضای خانواده (از جمله پدرها، مادرها، برادرها و عموها) کشته شده‌اند. گزارش‌های جدید در سال ۲۰۲۴ حاکی از این است که آفریقا بالاترین میزان را با برآورد ۲۲۶۰۰ قربانی به ثبت رسانده است. آمریکا و اقیانوسیه نیز میزان بالای زن‌کشی را در سال ۲۰۲۴ به ترتیب گزارش داده‌اند. این میزان در آسیا و اروپا کمتر شده است. اگرچه میزان واقعی زن‌کشی بسیار بالاتر است و آمارهای موجود، نوک کوه یخ را فقط نشان می‌دهند و میزان واقعی هرگز به ثبت نمی‌رسد.

براساس بررسی‌های دفتر سازمان ملل در امور مواد مخدر و جرایم و دختران و زنان سازمان ملل، اگرچه آگاهی بسیار زیاد و اعتراض‌های جهانی علیه این پدیده شکل گرفته است، اما هیچ نشانه‌ای از کاهش زن‌کشی تا سال ۲۰۲۴ مشاهده نشده است. آمارهای موجود صرفاً بخش کوچکی از واقعیت گزارش‌شده است و همه قربانیان را در برنمی‌گیرد. گردآوری داده‌های جامع در همه مناطق جهان ضروری است تا همه کشورها بیشتر بتوانند زنان و دختران در معرض خطر را تشخیص دهند و از سازوکارهای



محافظتی اطلاع حاصل کنند. نکته مهم این است که صرف نظر از آمار و فراسوی هر آماری، زن یا دختری است که زندگی او به دلیل خشونت و زن‌ستیزی به طرز وحشیانه‌ای به پایان می‌رسد.

راهبردهای پیشگیری

زن‌کشی قابل پیش‌گیری است و باید پیش‌گیری شود. سازمان‌های بین‌المللی از طریق تغییر سیاست‌گذاری‌ها نقش مهمی در پیش‌گیری دارند. پیش‌گیری کارآمد و مؤثر بر مداخله‌هایی در سطوح اجتماعی مختلف متکی است و در سه سطح مؤثر واقع می‌شود:

۱. **پیش‌گیری اولیه (تغییر هنجارها):** آموزش جامع مناسب سن و جنس و آموزش‌های جنسیتی در مدارس از سنین بسیار پایین به منظور به چالش کشاندن کلیشه‌های جنسیتی زیان‌آور، بسیار مؤثر است. مسئولیت‌پذیری رسانه‌ای نیز اهمیت دارد. تشویق دستورالعمل‌های رسانه‌ای به منظور اجتناب از روایت‌های مبتنی بر سرزنش قربانی در ارائه گزارش‌ها مفید است.

۲. **پیش‌گیری ثانویه (تشخیص عوامل خطر ساز و مداخله در آن):** آموزش‌های تخصصی برای نیروهای پلیس و کارگزاران در بخش‌های مربوط به امور قضایی و کارکنان بخش مراقبت از سلامت. این آموزش تشخیص کنترل‌های مستبدانه، پویایی‌های خشونت خانوادگی را در بر می‌گیرد و از ابزارهای معتبر برای ارزیابی خطر استفاده می‌کند (برای مثال، راهنمای ارزیابی خطر آزار و اذیت توسط شریک زندگی) تا افراد خطر ساز تشخیص داده شوند.

۳. **پیش‌گیری در سطح سوم:** پاسخ‌گویی و مسئولیت‌پذیری در برابر زن‌کشی؛ حمایت‌های اقتصادی برای ایجاد پناهگاه‌ها؛ تضمین دسترسی به اماکن امن و برنامه‌های توانمندسازی زنانی که در جستجوی ترک شرایط خشونت‌آمیز هستند.

نتیجه‌گیری

زن‌کشی نشان‌دهنده ناتوانی جهانی در محافظت از نیمی از جمعیت در برابر خشونت مرگ‌بار است. خبر خوب این است که از سال ۲۰۲۴ ملت‌های مختلف از آمریکای لاتین گرفته تا بخش‌هایی از اروپا و آفریقا و آسیا، قوانین اختصاصی زن‌کشی را تدوین کرده‌اند و معیارهای قانونی را برای متمایز کردن آن از سایر قتل‌ها مشخص کرده‌اند و بر اهمیت آمارهای دقیق که می‌تواند پایه و اساس سیاست‌گذاری‌های کارآمد باشد، و همچنین، مداخله‌های روان‌شناختی خانواده‌محور تأکید شده است. در عین حال، پژوهش‌های بیشتر ضروری است تا از آن چه باعث افزایش این پدیده می‌شود، شناخت بیشتر و بهتری حاصل شود.

References

1. Femicide: A global issue that demands action. WHO (2023).
2. Cultural and psychological determinants of femicide. Psychology of Violence. APA (2023).
3. Femicide in 2024: Global estimates of intimate partner, family member femicides: UNWomen (2025).



زنان، دشواژه‌ها و گذار از زبان نمادین

دکتر فاطمه شفیعی

عضو شورای گروه تخصصی روان‌شناسی زنان انجمن روان‌شناسی ایران

زبان، تنها، وسیله بیان تجربه‌های ما نیست؛ زبان چهارچوبی است پویا که در آن تجربه‌های خود را می‌فهمیم، احساس می‌کنیم و به دیگران منتقل می‌کنیم.

برگرفته از اندیشه‌های ادوارد ساپیر (Sapir, 1929, p. 209)

زبان آینه جامعه و یکی از مهم‌ترین عرصه‌های بازنمایی تجربه اجتماعی، هویت فردی و روابط قدرت در جامعه است. تغییر در الگوهای زبانی گروه‌های اجتماعی، به‌ویژه در میان زنان، می‌تواند نشانه‌ای از دگرگونی‌های عمیق‌تر در ساختارهای فرهنگی، هیجانی و ارتباطی باشد. یکی از تغییرات قابل مشاهده در سال‌های اخیر در فضای گفتاری فارسی‌زبانان، افزایش حضور دشواژه‌ها در گفتار و نوشتار برخی از زنان، به‌ویژه در محیط‌های مجازی، است؛ پدیده‌ای که از منظر زبان‌شناسی اجتماعی، علوم شناختی و مطالعات مربوط به جنسیت نیازمند تحلیل چندلایه است. یادداشت حاضر با اتخاذ رویکردی میان‌رشته‌ای می‌کوشد نشان دهد که دشواژه در زبان زنان معاصر صرفاً یک عنصر واژگانی نیست، بلکه بخشی از تحول در شیوه‌های بیان خشم، اعتراض، هویت و رابطه فرد با نظم اجتماعی است. بنابراین، تحلیل این پدیده نیازمند عبور از دوگانه ساده «زبان مؤدبانه/زبان خشن» و توجه به پیچیدگی‌های فرهنگی و شناختی تجربه زبانی زنان است.

۱. دشواژه و کارکردهای چندگانه آن

زبان همواره بیش از آن که صرفاً ابزاری برای انتقال پیام باشد، عرصه‌ای برای شکل‌گیری و بازنمایی تجربه انسانی بوده است. افراد از طریق زبان نه تنها اطلاعات را منتقل می‌کنند، بلکه احساسات، نگرش‌ها، هویت‌ها و موقعیت اجتماعی خود را نیز آشکار می‌سازند. از همین رو، زبان‌شناسان اجتماعی بر این باورند که الگوهای زبانی را نمی‌توان جدا از شرایط اجتماعی، فرهنگی و تاریخی سخنگویان بررسی کرد؛ زیرا زبان هم بازتاب‌دهنده جامعه است و هم در ساختن واقعیت اجتماعی نقش دارد (Eckert & McConnell-Ginet, 2013).

یکی از حوزه‌هایی که این پیوند میان زبان و جامعه را آشکارتر می‌سازد، مطالعه واژه‌های تابو و دشواژه‌ها^۱ است. به‌طور کلی، دشواژه به واژه‌هایی اطلاق می‌گردد که برای توهین و یا نفرین به کسی یا چیزی به کار برده می‌شوند و کاربرد آن‌ها با توجه به بافت و زمینه‌ای که در آن مورد استفاده قرار می‌گیرند، تغییر می‌کند. بر این اساس و به یک اعتبار می‌توان گفت دشواژه مفهومی است که در برابر مفهوم ادب قرار می‌گیرد (صبوری و همکاران، ۱۴۰۰). در نگاه کلاسیک، واژه‌های دشواژه یا تابو معمولاً به‌عنوان عناصری

^۱ taboo words



نامطلوب، غیراخلاقی یا نشانه‌ای از ضعف کنترل زبانی تلقی شده‌اند اما برخلاف این تصور رایج، پژوهش‌های جدید در زبان‌شناسی اجتماعی و روان‌شناسی زبان نشان داده‌اند که این واژه‌ها دارای کارکردهای ارتباطی پیچیده‌ای هستند و نمی‌توان آنها را صرفاً به عنوان خطاهای زبانی یا نشانه‌های فقدان ادب تحلیل کرد که ارزش ارتباطی ندارند. این واژه‌ها ممکن است برای بیان خشم، تخلیه هیجانی، ایجاد همبستگی گروهی، شوخی، اعتراض یا حتی بازتعریف هویت اجتماعی به کار روند (Jay, 2009). بنابراین، معنای دشواژه نه فقط در خود واژه، بلکه در موقعیت کاربرد، رابطه میان گویندگان و زمینه فرهنگی شکل می‌گیرد.

از دیدگاه بوردیو^۱ (۱۹۹۱) زبان یکی از عرصه‌های اعمال قدرت نمادین است. در این بین، دشواژه‌ها از جمله عناصر زبانی هستند که بیش از هر گروه واژگانی دیگر، رابطه میان زبان، فرهنگ و قدرت را آشکار می‌کنند. این تابوهای زبانی معمولاً در حوزه‌هایی شکل می‌گیرند که یک جامعه آن‌ها را از نظر فرهنگی، اخلاقی یا دینی حساس تلقی می‌کند. بدن، جنسیت، مرگ، مذهب و روابط خانوادگی از جمله حوزه‌هایی هستند که در بسیاری از فرهنگ‌ها منشأ تولید واژه‌های تابوشکن شده‌اند. با این حال، همان‌گونه که اشاره شد، آنچه یک واژه را به دشواژه تبدیل می‌کند، صرفاً معنای لغوی آن نیست، بلکه موقعیت اجتماعی استفاده از آن، رابطه میان گویندگان و انتظارات فرهنگی جامعه است. واژه‌ای که در یک موقعیت توهین‌آمیز تلقی می‌شود، ممکن است در موقعیتی دیگر نشانه صمیمیت، شوخی یا همبستگی گروهی باشد (Pinker, 2007).

از سوی دیگر، نگاه شناختی به دشواژه‌ها بر آن است که دشواژه‌ها ارتباط نزدیکی با تجربه هیجانی دارند. پژوهش‌های عصب‌شناختی نشان داده‌اند که برخی واژه‌های تابو نسبت به واژه‌های خنثی، واکنش‌های هیجانی شدیدتری در افراد ایجاد می‌کنند و پردازش آن‌ها با فعال شدن شبکه‌های مرتبط با هیجان و برانگیختگی همراه است (Jay & Janschewitz, 2008). به همین دلیل، استفاده از دشواژه‌ها در بسیاری از موقعیت‌ها صرفاً برای انتقال یک مفهوم به کار نمی‌رود و بلکه بیشتر، نوعی کنش هیجانی محسوب می‌گردد؛ یعنی فرد از طریق انتخاب این واژه‌ها می‌خواهد شدت احساس خود را به دیگری منتقل کند. این خاصیت زبان است که تنها بازتاب‌دهنده هیجان‌ها نیست، بلکه در ساخت، سازمان‌دهی و تنظیم آن نیز نقش دارد (Kövecses, 2000). در این معنا، می‌توان دشواژه‌ها را بخشی از نظام بیان هیجان‌ها به شمار آورد. فرد خشم، ناکامی، درد یا اعتراض خود را تنها از طریق جملات توصیفی بیان نمی‌کند، بلکه گاهی از عناصر زبانی دارای بار هیجانی بالا برای انتقال شدت تجربه درونی خود بهره می‌گیرد.

با وجود این کارکردهای چندگانه، استفاده از دشواژه‌ها همواره درون شبکه‌ای از روابط قدرت و هنجارهای اجتماعی قرار دارد. یک واژه ممکن است برای گروهی از افراد نشانه قدرت و اعتراض باشد، اما برای گروهی دیگر نشانه بی‌احترامی یا نقض نظم اخلاقی تلقی شود. بنابراین، تحلیل دشواژه‌ها نیازمند توجه به این پرسش است که چه کسانی، در چه موقعیتی و با چه هدفی از این واژه‌ها استفاده می‌کنند.

۲. زنان و به‌کارگیری دشواژه‌ها

در جوامع مختلف، قواعد مربوط به استفاده از دشواژه‌ها اغلب با جنسیت پیوند خورده‌اند. بسیاری از فرهنگ‌ها، گفتار زنان را به سمت کنترل بیشتر، ملایمت و پرهیز از بیان مستقیم خشم هدایت کرده‌اند. به همین دلیل، استفاده زنان از دشواژه‌ها در بسیاری

^۱ Bourdieu



از جوامع با واکنش‌های شدیدتری نسبت به استفاده مردان مواجه شده است (فیاض و رهبری، ۱۳۸۵). این تفاوت نشان می‌دهد که دشواژه‌ها فقط موضوعی زبانی نیستند، بلکه بخشی از سیاست‌های اجتماعی درباره بدن، احساس و رفتار مناسب زنان و مردان هستند. در جامعه ایرانی نیز واژه‌های مربوط به حوزه‌های جنسی و خانوادگی، جایگاه ویژه‌ای در نظام دشواژه‌ها دارند. بسیاری از دشواژه‌های رایج فارسی نه صرفاً به دلیل معنای لغوی، بلکه به دلیل بار فرهنگی و پیوند آن‌ها با مفاهیم آبرو، شرافت خانوادگی و کنترل بدن شکل گرفته‌اند. از این منظر، استفاده از چنین واژه‌هایی توسط زنان می‌تواند واجد معنایی فراتر از انتخاب یک واژه باشد و به چگونگی رابطه فرد با هنجارهای فرهنگی درباره زنانگی اشاره کند.

در بسیاری از فرهنگ‌ها، از جمله فرهنگ ایرانی، زبان زنان در طول تاریخ با مجموعه‌ای از قواعد نانوشته درباره «مناسب بودن» گفتار، کنترل خشم و رعایت ادب زبانی تعریف شده است. این قواعد بخشی از آن چیزی هستند که آرلی راسل هکشلد^۱ (۲۰۱۲) آن را قواعد احساسی می‌نامد؛ یعنی انتظارات اجتماعی درباره اینکه افراد چگونه باید احساسات خود را تجربه کنند و ابراز نمایند. در چنین چهارچوبی، زنان اغلب به دلیل انتظارات فرهنگی، اجتماعی و جنسیتی، ملزم به کنترل و تعدیل شیوه بیان هیجان‌های خود بوده‌اند و این امر، لزوماً به دلیل فقدان خشم نبوده است. با این حال، در سال‌های اخیر، به‌ویژه با گسترش شبکه‌های اجتماعی و تغییر فضای ارتباطی، نشانه‌هایی از تغییر و تحول در الگوهای گفتاری زنان ایرانی مشاهده می‌شود. حضور گسترده‌تر زنان در عرصه عمومی دیجیتال، کاهش فاصله میان گفتار خصوصی و عمومی، و تغییر در شیوه‌های بیان اعتراض و نارضایتی، موجب شده است برخی مرزهای پیشین گفتار زنانه دگرگون شوند و در برخی موارد با نوعی سقوط ادبی-اخلاقی نیز همراه گردند. یکی از نمودهای این دگرگونی، افزایش استفاده از دشواژه‌ها در برخی موقعیت‌های ارتباطی است؛ پدیده‌ای که البته نمی‌توان آن را صرفاً به کاهش ادب زبانی یا افزایش پرخاشگری تقلیل داد.

از منظر زبان‌شناسی جنسیت، رابطه زنان و زبان همواره رابطه‌ای پیچیده میان محدودیت و کنش‌گری بوده است. پژوهش‌های اولیه درباره زبان و جنسیت، مانند دیدگاه لیکاف^۲ (۱۹۷۵) بر وجود محدودیت‌های اجتماعی در گفتار زنان تأکید داشتند؛ اما پژوهش‌های بعدی نشان دادند که زنان کنش‌گرانی هستند که می‌توانند از زبان برای صحبت از هویت و جایگاه اجتماعی خود استفاده کنند و صرفاً پیروی‌کنندگان قواعد زبانی نیستند (Cameron, 2005). بر این اساس، تغییر در کاربرد دشواژه‌ها را می‌توان بخشی از فرایند بازتعریف رابطه زنان با زبان و قدرت دانست. از سوی دیگر، تحلیل این پدیده تنها در سطح جامعه‌شناختی کافی نیست. همان‌گونه که در بخش پیش بیان شد، زبان نقش مهمی در تنظیم هیجان دارد. پژوهش‌های علوم شناختی نشان داده‌اند که نام‌گذاری و صورت‌بندی زبانی احساسات می‌تواند شدت واکنش‌های هیجانی را کاهش دهد و به کنترل شناختی تجربه هیجانی-عاطفی کمک کند (Lieberman et al., 2007). هیجان‌ها اگرچه همواره تجربه‌هایی شخصی و درونی تلقی شده‌اند، پژوهش‌های علوم اجتماعی و شناختی نشان داده‌اند که احساسات در خلأ شکل نمی‌گیرند، بلکه تحت تأثیر قواعد فرهنگی، انتظارات اجتماعی و روابط قدرت سازمان‌دهی می‌شوند. افراد نه تنها یاد می‌گیرند چه احساسی را تجربه کنند، بلکه می‌آموزند کدام احساس را چگونه، در

^۱ Arlie Russell Hochschild

^۲ Lakoff



چه موقعیتی و با چه شدتی بیان کنند. این فرایند همان چیزی است که هُکشیلد (۲۰۱۲) از آن با عنوان کار هیجانی-عاطفی یاد می‌کند؛ یعنی تلاش آگاهانه یا ناخودآگاه افراد برای مدیریت احساسات خود مطابق با انتظارات اجتماعی.

در بسیاری از جوامع، زنان به درازنای تاریخ در معرض قواعد هیجانی-عاطفی خاصی قرار داشته‌اند. تصویری فرهنگی از زن مطلوب، اغلب با ویژگی‌هایی مانند صبوری، کنترل خشم، مدارا، لطافت گفتاری و پرهیز از رویارویی مستقیم پیوند خورده است. این ویژگی‌ها اگرچه ممکن است در برخی زمینه‌ها به عنوان ارزش‌های ارتباطی مثبت تلقی شوند، اما گاهی در سطح اجتماعی می‌توانند به معنای محدود شدن امکان بیان برخی هیجان‌ها، به‌ویژه خشم و اعتراض، نیز باشند. خشم یکی از هیجان‌های بنیادی انسانی است که نقش مهمی در تشخیص نقض مرزهای فردی، بی‌عدالتی و تهدیدهای اجتماعی دارد. بااین‌حال، در بسیاری از فرهنگ‌ها، ابراز خشم توسط زنان با محدودیت‌های بیش‌تری نسبت به مردان مواجه بوده است. زنی که خشم خود را آشکارا بیان می‌کند، ممکن است با برچسب‌هایی مانند بی‌ادب، پرخاش‌گر یا نامتعارف مواجه شود؛ درحالی‌که همان رفتار در مردان گاه به عنوان نشانه قاطعیت یا قدرت تعبیر می‌شود. این تفاوت نشان می‌دهد که هیجان‌ها نه فقط تجربه‌های روان‌شناختی، بلکه پدیده‌هایی اجتماعی و جنسیت‌مند هستند.

اما نکته‌ای که امروزه در بین برخی زنان ایرانی دیده می‌شود، فقط بیان خشم و رهایی از محدودیت‌های پیشین نیست، بلکه شیوه این ابرازگری است که محلّ سؤال و تأمل است. در تحلیل کاربرد دشواژه‌ها در میان زنان ایرانی، باید به یک دوگانگی مهم توجه کرد. ازیک‌سو، ورود دشواژه‌ها به گفتار زنان می‌تواند نشانه شکستن محدودیت‌های تاریخی درباره زبان مناسب زنانه باشد. هنگامی که زنی از واژگانی استفاده می‌کند که پیش‌تر در انحصار گفتار مردانه یا فضاهای خصوصی بوده است، ممکن است در حال بازتعریف جایگاه خود در فضای ارتباطی باشد. این امر می‌تواند نوعی بازپس‌گیری کنش‌گری زبانی تلقی شود؛ یعنی توانایی فرد برای انتخاب شیوه بیان خود خارج از چهارچوب‌های تحمیل‌شده. ازسوی دیگر، افزایش استفاده از دشواژه‌ها می‌تواند در ارتباط با تغییر شرایط اجتماعی و فشارهای هیجانی نیز بررسی کرد. اگر دشواژه به تنها یا اصلی‌ترین ابزار بیان خشم، ناکامی و اعتراض تبدیل شود، ممکن است نشان‌دهنده محدود شدن دیگر شیوه‌های نمادین و گفت‌وگومحور تنظیم تعارض باشد. در این حالت، مسئله نه خود دشواژه، بلکه کاهش تنوع راهبردهای زبانی برای مدیریت هیجان است. این تمایز اهمیت زیادی دارد؛ زیرا تحلیل اخلاقی دشواژه‌ها به عنوان خوب یا بد نمی‌تواند پیچیدگی اجتماعی آن‌ها را توضیح دهد. یک واژه واحد می‌تواند در یک موقعیت نشانه مقاومت، در موقعیتی دیگر نشانه صمیمیت و در موقعیتی دیگر نشانه خشونت باشد. معنای اجتماعی دشواژه وابسته به رابطه میان گوینده، مخاطب، موقعیت و زمینه فرهنگی است.

ازسوی دیگر، شبکه‌های اجتماعی نیز با کاهش فاصله میان حوزه فضای خصوصی و فضای عمومی، شرایطی ایجاد کرده‌اند که در آن تجربه‌های شخصی، خشم‌های اجتماعی و نارضایتی‌های روزمره سریع‌تر و مستقیم‌تر بیان می‌شوند. از منظر زبان‌شناسی اجتماعی، هر فضای ارتباطی مجموعه‌ای از هنجارهای خاص خود را ایجاد می‌کند. فضای رسمی معمولاً بر کنترل، نظم و رعایت قواعد تثبیت‌شده تأکید دارد، درحالی‌که فضاهای غیررسمی امکان تجربه و آزمودن سبک‌های جدید زبانی را افزایش می‌دهند. شبکه‌های اجتماعی، به دلیل ترکیب ویژگی‌های گفتاری و نوشتاری، محیطی جدید میان این دو حوزه ایجاد کرده‌اند که در آن کاربران می‌توانند زبان روزمره، هیجانی و حتی خصوصی را وارد حوزه عمومی کنند (Androutsopoulos, 2015). در این فضا،



زبان کمتر تابع قواعد رسمی گفتار عمومی می‌شود و کاربران، از جمله زنان، فرصت بیش‌تری برای آزمودن سبک‌های زبانی جدید پیدا می‌کنند. بنابراین، دشواژه‌ها در این محیط جدید گاهی به ابزاری برای بیان تجربه‌هایی تبدیل می‌شوند که پیش‌تر امکان طرح عمومی نداشتند. زبانی که زمانی به دلیل پیوند با بدن، جنسیت یا روابط خانوادگی حذف می‌شد، ممکن است اکنون برای بیان اعتراض یا نشان دادن شدت تجربه فردی مورد استفاده قرار گیرد. از این منظر، دشواژه می‌تواند بخشی از فرایند سیاسی شدن تجربه شخصی باشد؛ یعنی تبدیل احساس فردی به بیان اجتماعی.

باین‌حال، تحول نظم هیجانی-عاطفی همواره پیامدهای دوگانه‌ای با خود به همراه دارد. افزایش آزادی در بیان هیجان‌ها می‌تواند به افزایش دیده‌شدن تجربه‌های زنان و کاهش فشار ناشی از سرکوب هیجانی-عاطفی کمک کند، اما هم‌زمان ممکن است در شرایطی که گفت‌وگوی سازنده و مهارت‌های تنظیم هیجان تضعیف شده‌اند، به افزایش ارتباطات واکنشی و تعارض‌آمیز منجر شود.

بنابراین، به نظر می‌رسد کاربرد دشواژه در میان برخی زنان ایرانی معاصر نه نشانه ساده افول زبان باشد و نه صرفاً نشانه‌رهای زبانی به حساب آید. این پدیده بخشی از تحولی گسترده‌تر در رابطه میان زبان، هیجان و هویت اجتماعی است؛ تحولی که در آن زنان در حال صحبت دوباره درباره مرزهای گفتار، احساس و حضور خود در فضای عمومی هستند. برای زنان ایرانی، این تغییر اهمیت ویژه‌ای دارد؛ زیرا حضور در عرصه عمومی همواره با مجموعه‌ای از انتظارات درباره شیوه سخن گفتن، میزان ابراز احساسات و حدود رفتار همراه بوده است. در چنین شرایطی، فضای مجازی به یکی از معدود حوزه‌هایی تبدیل شده که زنان می‌توانند در آن سبک‌های زبانی متفاوتی را تجربه کنند و مرزهای پیشین گفتار زنانه را بازتعریف کنند.

برای نسل‌های جدید زنان، زبان می‌تواند ابزاری برای فاصله گرفتن از تصویر سنتی زن مؤدب و خاموش باشد. استفاده از واژگانی که پیش‌تر به دلیل جنسیت‌گراینده نامناسب تلقی می‌شدند، گاهی نوعی اعلام حضور است؛ یعنی فرد از طریق زبان نشان می‌دهد که خود را محدود به نقش‌های زبانی از پیش تعیین‌شده نمی‌داند. در این معنا، دشواژه می‌تواند بخشی از فرایند ساخت هویت باشد.

باین‌همه، باید میان بیان آزادانه و واکنش زبانی کنترل‌نشده نیز تمایز قائل شد. آزادی زبانی به معنای استفاده بی‌قید از هر شکل گفتاری نیست، بلکه به معنای توانایی انتخاب آگاهانه شیوه بیان متناسب با موقعیت است. اگر دشواژه‌ها جایگزین تمامی شکل‌های بیان خشم، استدلال یا گفت‌وگو شوند، مسئله دیگر صرفاً تغییر سبک زبانی نیست، بلکه به موضوع مهارت‌های تنظیم هیجان و ارتباط اجتماعی مربوط می‌شود. از این منظر، فضای مجازی را می‌توان هم‌زمان عرصه توانمندسازی و عرصه تشدید هیجان‌ها، توأمان، دانست. این فضا به زنان امکان داده است تجربه‌های شخصی و اجتماعی خود را با صدای بلندتری بیان کنند، اما در عین حال، ویژگی‌های ساختاری ارتباط آنلاین مانند ناشناس‌بودن، سرعت انتشار و کاهش نشانه‌های غیرکلامی می‌تواند به افزایش واکنش‌های شدید زبانی نیز منجر شود که در برخی از موارد نیز با افول اخلاق همراه می‌گردد.

۳. نتیجه

براساس آنچه بیان گشت، افزایش کاربرد دشواژه‌ها در میان برخی از زنان ایرانی را می‌توان نتیجه تعامل چند عامل دانست: تغییرات اجتماعی، گسترش فضای مجازی، افزایش حضور زنان در حوزه عمومی، تغییر الگوهای ارتباطی نسل‌های جدید و تحول در قواعد



بیان هیجان. این عوامل در کنار یک‌دیگر موجب شده‌اند مرزهای میان گفتار خصوصی و عمومی، زبان مؤدبانه و زبان هیجانی، و سکوت و اعتراض دوباره تعریف شوند. از این‌رو، پرسش دربارهٔ دشواژه‌ها نباید به این امر محدود شود که آیا استفادهٔ زنان از دشواژه خوب است یا بد؟ پرسش دقیق‌تر آن است که این واژه‌ها در چه زمینه‌ای، با چه هدفی و با چه پیامد ارتباطی به کار می‌روند. همان واژه‌ای که در یک موقعیت می‌تواند نشانهٔ تحقیر باشد، در موقعیتی دیگر ممکن است ابزار بیان صمیمیت، مقاومت یا تخلیهٔ هیجانی باشد. در این زمینه استدلال باتلر^۱ (۲۰۲۱) نیز جالب توجه است. او اشاره می‌کند که گفتار فقط بیان قدرت نیست، بلکه واکنش به بی‌قدرتی نیز به شمار می‌آید. زمانی که سوژه احساس می‌کند از مسیرهای نهادی قادر به اثرگذاری نیست، زبان می‌تواند به صحنه‌ای برای بازپس‌گیری کنش‌گری تبدیل شود. در این چهارچوب، استفاده از زبان خشن توسط زنان را می‌توان تلاشی برای بازنویسی موقعیت سوژگی دانست. زبانی که پیش‌تر برای حفظ رابطه استفاده می‌شد، اکنون برای اعلام گسست استفاده می‌شود. از نظر باتلر این تغییر، پیش از آن‌که نشانهٔ افزایش خشونت باشد، می‌تواند نشانه‌ای از تغییر در رابطهٔ فرد با نظم اجتماعی محسوب شود.

براین‌اساس، کاربرد دشواژه در زبان زنان ایرانی معاصر را می‌توان نشانه‌ای از یک مرحلهٔ گذار در نظم زبانی و هیجانی-عاطفی جامعه دانست. این پدیده از یک‌سو بیان‌گر افزایش امکان حضور و صداییابی زنانی است که می‌خواهند تجربه‌های خود را بدون محدودیت‌های پیشین بیان کنند و از سوی دیگر، نشان‌دهندهٔ ضرورت توجه بیش‌تر به شیوه‌های متنوع تنظیم هیجان و گفت‌وگوی اجتماعی است. در این راستا باید توجه داشت که دشواژه‌ها به‌تنهایی نشانه و دلیلی ساده بر فروپاشی زبان و اخلاق نیستند؛ همان‌گونه که نمی‌توانند نماد آزادی و مقاومت باشند. آن‌ها بخشی از واقعیت پیچیدهٔ زبان انسانی‌اند؛ واقعیتی که در آن واژه‌ها به‌طورهم‌زمان حامل هیجان، قدرت، فرهنگ و تجربهٔ زیسته افراد هستند و نیاز به تحقیق و تحلیل و بررسی بیش‌تری دارند.

۴. منابع

- صبوری، ف.، راسخ‌مهند، م.، و ایزدی، الف. (۱۴۰۰). جامعه در آینهٔ زبان؛ بررسی سیر خشونت، ادب، غم و شادی در جامعهٔ فارسی‌زبان. *زبان و زبان‌شناسی*، ۳۴ (د)، ۸۷-۱۱۲.
- فیاض، الف.، و رهبری، ز. (۱۳۸۵). صدای زنانه در ادبیات معاصر ایران. پژوهش زنان، ۴ (۴)، ۲۳-۵۰.
- Androutsopoulos, J. (2015). Networked multilingualism: Some language practices on Facebook and their implications. *International Journal of Bilingualism*, 19(2), 185–205.
- Bourdieu, P. (1991). *Language and symbolic power*. Harvard University Press.
- Butler, J. (1997). *Excitable speech: A politics of the performative*. Routledge.
- Cameron, D. (2005). Language, gender, and sexuality: Current issues and new directions. *Applied Linguistics*, 26(4), 482–502.

¹ Butler



- Eckert, P., & McConnell-Ginet, S. (2013). *Language and gender* (2nd ed.). Cambridge University Press.
- Hochschild, A. R. (2012). *The managed heart: Commercialization of human feeling* (3rd ed.). University of California Press.
- Jay, T. (2009). The utility and ubiquity of taboo words. *Perspectives on Psychological Science*, 4(2), 153–161.
- Jay, T., & Janschewitz, K. (2008). The pragmatics of swearing. *Journal of Politeness Research*, 4(2), 267–288.
- Kövecses, Z. (2000). *Metaphor and emotion: Language, culture, and body in human feeling*. Cambridge University Press.
- Lakoff, R. (1975). *Language and woman's place*. Harper & Row.
- Lieberman, M. D., Eisenberger, N. I., Crockett, M. J., Tom, S. M., Pfeifer, J. H., & Way, B. M. (2007). Putting feelings into words: Affect labeling disrupts amygdala activity in response to affective stimuli. *Psychological Science*, 18(5), 421–428.
- Pinker, S. (2007). *The stuff of thought: Language as a window into human nature*. Viking.
- Sapir, E. (1929). The Status of Linguistics as a Science. *Language*, 5(4), 207–214. <https://doi.org/10.2307/409588>



سوگ‌های نامرئی در زنان پس از چهل سالگی (مروری تحولی-بالینی بر فقدان‌های نادیده‌گرفته‌شده)

دنیا تهران‌فر

عضو گروه تخصصی روان‌شناسی زنان انجمن روان‌شناسی ایران

چکیده

دوره پس از چهل سالگی در زندگی زنان با تغییرات هم‌زمان زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی همراه است که می‌تواند به تجربه فقدان‌هایی منجر شود که فاقد رویداد عینی آشکار بوده و در نتیجه، در سطح فردی و اجتماعی به‌عنوان سوگ به رسمیت شناخته نمی‌شوند. این فقدان‌ها که در ادبیات روان‌شناسی با عنوان «سوگ‌های نامرئی» شناخته می‌شوند، نقش مهمی در شکل‌گیری رنج روان‌شناختی زنان میانسال ایفا می‌کنند. مقاله حاضر با رویکردی تحلیلی-بالینی، به تبیین ماهیت سوگ‌های نامرئی در زنان پس از چهل سالگی می‌پردازد و نشان می‌دهد که نادیده‌گرفتن این تجربه‌ها می‌تواند به بروز نشانه‌هایی مانند افسردگی خفیف، اضطراب مزمن و بحران هویت منجر شود.

واژگان کلیدی: سوگ‌های نامرئی، زنان میانسال، فقدان‌های تحولی، سلامت روان

مقدمه

میانسالی در زنان اغلب به‌عنوان مرحله‌ای طبیعی از چرخه زندگی تلقی می‌شود، اما شواهد بالینی نشان می‌دهد که این دوره با تجربه فقدان‌هایی همراه است که امکان سوگواری آشکار برای آن‌ها وجود ندارد. این فقدان‌ها معمولاً به‌صورت نشانه‌های هیجانی و شناختی بروز می‌یابند و بدون نام باقی می‌مانند. مفهوم سوگ‌های نامرئی چارچوبی مفهومی برای فهم این تجربه‌ها فراهم می‌آورد.

چارچوب نظری

مفهوم سوگ‌های نامرئی توسط **Kenneth J. Doka** مطرح شد و به فقدان‌هایی اشاره دارد که از مشروعیت اجتماعی برای سوگواری برخوردار نیستند. از منظر تحولی، بر اساس نظریه **Erik H. Erikson**، میانسالی مرحله مواجهه با تعارض زاینده‌گی در برابر رکود است. همچنین، از دیدگاه معنادرمانی **Viktor E. Frankl**، فقدان‌های پردازش‌نشده می‌توانند به رنج وجودی منجر شوند.

انواع سوگ‌های نامرئی در زنان پس از چهل سالگی

سوگ‌های نامرئی در این دوره اغلب به‌صورت هم‌پوشان تجربه می‌شوند و شامل موارد زیر هستند: سوگ بر توان باروری و مادری بالقوه، سوگ بر بدن پیشین و تصویر بدنی، سوگ بر نقش‌ها و هویت‌های از دست‌رفته، سوگ بر فرصت‌های محقق‌نشده زندگی، سوگ بر کاهش دیده‌شدن اجتماعی و جنسی و سوگ بر فاصله با خود پیشین. این فقدان‌ها معمولاً بدون نام باقی می‌مانند و به‌جای سوگواری آشکار، در قالب نشانه‌هایی مانند افسردگی خفیف، اضطراب مزمن و احساس پوچی بروز می‌یابند.



دلالت‌های بالینی

مشاهدات بالینی نشان می‌دهد تمرکز صرف بر نشانه‌ها، بدون توجه به زمینه سوگ‌محور تجربه زنان میانسال، می‌تواند به مداخلات سطحی منجر شود. شناسایی و نام‌گذاری سوگ‌های نامرئی امکان تفسیر عمیق‌تر نشانه‌ها و به‌کارگیری رویکردهای معنامحور و روایت‌درمانی را فراهم می‌کند.

نتیجه‌گیری و پیشنهادات

سوگ‌های نامرئی در زنان پس از چهل‌سالگی پدیده‌ای تحولی و چندبعدی هستند که در صورت نادیده‌ماندن، می‌توانند به تضعیف انسجام هویتی و مزمن‌شدن مشکلات روان‌شناختی منجر شوند. ادغام این مفهوم در ارزیابی بالینی و آموزش درمانگران، همراه با انجام پژوهش‌های کیفی و طولی، می‌تواند به ارتقای سلامت روان زنان میانسال کمک کند.

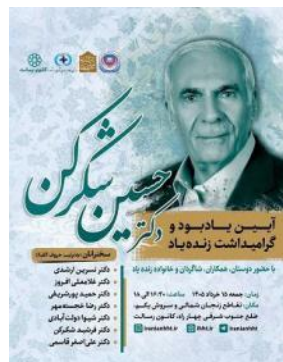
منابع منتخب

- Doka, K. J. (2002). *Disenfranchised grief*. Research Press.
- Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed*. Norton.
- Frankl, V. E. (1963). *Man's search for meaning*. Beacon Press.

اخبار و اطلاعیه‌های انجمن روان‌شناسی ایران

آیین یادبود و گرامیداشت زنده‌یاد دکتر حسین شکرکن

آیین یادبود و گرامیداشت زنده‌یاد دکتر حسین شکرکن با همکاری انجمن روان‌شناسی ایران، سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره، کانون رسالت، خانه اندیشمندان علوم انسانی در تاریخ ۱۵ خرداد برگزار شد.





تقدیر وزیر محترم علوم، تحقیقات و فناوری از انجمن روان‌شناسی ایران بابت اقدامات علمی و حرفه‌ای انجمن در جنگ اخیر

تاریخ: ۱۴۰۵/۰۴/۱۱
شماره: ۷۶۳۳۸
تحت: _____

بسم‌ تعالی


 جمهوری اسلامی ایران
 وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
 وزیر

جناب آقای دکتر حمیدپورشریفی
رئیس محترم هیئت مدیره انجمن روانشناسی ایران

با سلام و احترام.

علم و آگاهی همواره مسئولیتی سنگین بر عهده متخصصان و صاحب‌نظران می‌گذارد. وفاداری به این مسئولیت علمی و انسانی، به‌ویژه در هنگام ضرورت، نه تنها پاسداشت نهادهای علمی از ساحت دانش و دانشمندی به‌شمار می‌رود بلکه بازتاب مسئولیت‌پذیری اجتماعی و تقویت همبستگی ملی است.

با کمال افتخار و به‌مثابه فردی که خدمت‌گزار نظام علمی کشور است از اقدام خردمندانه هیئت‌مدیره و اعضای آن انجمن در جریان جنگ رمضان که نشانه فهم عمیق و دقیق از وضعیت پرخطر کشور، به‌ویژه هم‌زمان با مشکلات تعطیلی دانشگاه‌ها و قطعی اینترنت بود سپاسگزارم.

امیدوارم با عنایت پروردگار و تلاش‌های شما عزیزان، شاهد سربلندی و پیشرفت روزافزون جامعه علمی ایران باشیم.

تندرستی و توفیق روزافزون جناب‌عالی و همکاران محترم را از درگاه خداوند منان خواستارم.

حسین سیمایی



شماره پیگیری
۱۱۶۹۰۹۷۰



نشانی:
تهران شهرک قدس
میدان صنعت، خیابان
خوردین، خیابان هرمزان
نیش خیابان پیروزان جنوبی
کد پستی: ۱۶۶۶-۶۸۸۱
شماره تلفن: ۸۲۲۳۱۰۰۰
صندوق پستی:
تهران ۱۵۱۳-۱۶۶۵
Website: www.msrt.ir
Email: info@msrt.ir



همایش توانمندسازی روان‌شناسان برای شرایط پساجنگ (به مناسبت روز روان‌شناس و مشاور)

همایش در تاریخ ۱۰ اردیبهشت ۱۴۰۵ از ساعت ۹ الی ۱۳ برگزار گردید.
برگزارکنندگان: انجمن روان‌شناسی ایران با همکاری هتل بین‌المللی لاله تهران و اداره کل سلامت شهرداری تهران حامی مالی همایش: شرکت پارسه صنعت اندیشه اهورایی | برند تام – بتوان
این همایش به صورت حضوری و آنلاین و رایگان برگزار شد.

جهت مشاهده فیلم سخنرانی و سمپوزیوم همایش توانمندسازی روان‌شناسان برای شرایط پساجنگ به مناسبت روز روان‌شناس و مشاور کلیک کنید.





فراخوان ثبت نام و ارسال چکیده مقاله یازدهمین کنگره ملی و اولین کنگره بین‌المللی انجمن روان‌شناسی ایران (با تأکید بر روان‌شناسی انتقادی)

تاریخ برگزاری: ۲۹ الی ۳۱ اردیبهشت ۱۴۰۶ محل برگزاری: مرکز همایش‌های رازی

مهلت ارسال چکیده مقالات: ۳۱ شهریور ۱۴۰۵

بدین‌وسیله به اطلاع می‌رسد که پیش‌تر تاریخ دیگری برای برگزاری کنگره اعلام شده بود که با توجه به شرایط کشور و به منظور برگزاری هرچه مطلوب‌تر این رویداد علمی، زمان برگزاری بازنگری و تاریخ جدید جایگزین اعلام می‌شود.

جهت ثبت‌نام، کسب اطلاعات بیشتر و اطلاع‌رسانی رویداد:

congress11.iranpa.org

ایمیل: congress11@iranpa.org

کانال تلگرام کنگره: <https://t.me/congress11ipa>

گروه تلگرام اختصاصی کنگره: <https://t.me/+EA4L-JYZSl00Tk0>



دنیای پر تنش، والدگری پر مهر: مداخلات روان‌شناختی در جنگ با نگاهی به حوزه خانواده، کودک و نوجوان

گروه روان‌شناسی خانه اندیشمندان علوم انسانی و انجمن روان‌شناسی ایران برگزار کردند:

سخنرانان و اعضای پنل:

دکتر شیوا دولت‌آبادی

دکتر حمید یعقوبی

دکتر منصوره سادات صادقی

دکتر جواد محمودی قرایی

دکتر الهام ده‌یادگاری

زمان برگزاری: پنجشنبه ۲۴ اردیبهشت ۱۴۰۵ ساعت ۱۰ صبح



بیستمین و یکمین جلسهٔ ماهانهٔ اعضای جامعهٔ پیش‌کسوتان انجمن روان‌شناسی ایران برگزار شد

بیست و یکمین جلسهٔ ماهانهٔ «جامعهٔ پیش‌کسوتان انجمن روان‌شناسی ایران» روز جمعه اول خرداد ۱۴۰۵ در محل انجمن روان‌شناسی ایران با دبیری دکتر شیوا دولت‌آبادی و حضور (به‌ترتیب الفبا) دکتر بهروز بیرشک، دکتر شهلا پزشکی، دکتر فرهاد جمهری، دکتر محمد خدایاری‌فرد، دکتر عصمت دانش، دکتر مهدی درویش، دکتر حسین شکرکن، دکتر حسن عشایری، دکتر شهین علیایی زند، دکتر فرنگیس کاظمی، دکتر علیرضا کیامنش، دکتر پروانه محمدخانی و دکتر امیر هوشنگ مهریار برگزار شد. در این جلسه، رئیس انجمن، دکتر حمید پورشریفی و خانم دکتر نسترن شریفی، دختر ارجمند زنده‌یاد دکتر حسن‌پاشا شریفی حضور داشتند و علاوه بر دیدارها و صحبت در مورد مسائل روز، شرکت‌کنندگان یاد استاد فقید، دکتر حسن‌پاشا شریفی را گرامی داشتند.

اخبار و گزارش‌های خبری حرفه روان‌شناسی

طرح ملی سنجش سلامت روان راه‌اندازی شد

سازمان بهزیستی کشور با راه‌اندازی سامانه‌ای آنلاین، امکان ارزیابی سلامت روان پس از بحران را برای تمامی افراد بالای ۱۸ سال فراهم کرده است. رئیس انجمن روان‌شناسی ایران نیز در مراسم رونمایی این طرح حضور یافته و بر ضرورت اجرای چنین برنامه‌ای تأکید کرد. بر اساس خبر منتشرشده در لینک زیر، در شرایطی که پیامدهای روانی جنگ و سایر بحران‌ها می‌تواند سال‌ها بر زندگی فردی و خانوادگی افراد تأثیر بگذارد، سازمان بهزیستی کشور با طراحی «طرح ملی سنجش سلامت روان» تلاش دارد از طریق شناسایی سریع افراد در معرض خطر، از تبدیل استرس‌های اولیه به اختلالات مزمن روان‌شناختی پیشگیری کند. این برنامه ملی که از سوی معاونت سلامت اجتماعی و دفتر مشاوره و امور روان‌شناختی تدوین شده است، بر محورهای غربالگری آنلاین، طبقه‌بندی سطح خطر، ارجاع تخصصی و پیگیری فعال استوار است.



فراخوان ارسال مقاله برای مجله **International Journal of High Risk Behaviors and Addiction (IJHRBA)**

مجله **International Journal of High Risk Behaviors and Addiction (IJHRBA)** آمادگی دارد مقالات پژوهشگران، اعضای هیئت علمی و دانشجویان تحصیلات تکمیلی را در حوزه رفتارهای پرخطر، اعتیاد و موضوعات مرتبط، در قالب مقالات پژوهشی، مروری، متاآنالیز و نامه به سردبیر، در فرایند داوری تخصصی و انتشار سریع قرار دهد. از پژوهشگران گرامی دعوت می‌شود آثار علمی خود را جهت انتشار در این مجله که در نمایه‌های معتبر ملی و بین‌المللی از جمله Scopus و ISC نمایه شده است، ارسال نمایند.

گروه‌های تخصصی

گروه تخصصی پیشگیری از آسیب‌های روانی اجتماعی انجمن روان‌شناسی ایران راه‌اندازی شد

اعضای شورای گروه تخصصی پیشگیری از آسیب‌های روانی اجتماعی

— دکتر ناصر صبحی قراملکی، دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی، مدیر گروه تخصصی

— دکتر سعید پور عبدل، دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، استادیار دانشگاه ارومیه، دبیر گروه تخصصی

— دکتر جلیل باباپور خیرالدین، دکتری تخصصی روان‌شناسی، استاد دانشگاه تبریز، عضو شورای گروه تخصصی



— دکتر جواد خلعتبری، دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی، عضو شورای گروه تخصصی

— دکتر داریوش مهر افزون، دکتری تخصصی روان‌شناسی تربیتی، استادیار دانشگاه آزاد تهران مرکزی، عضو شورای گروه تخصصی

— مهرداد فیض اللهی، دانشجوی دکتری تخصصی روان‌سنجی، عضو شورای گروه تخصصی

معرفی اعضای شورا، اخبار و مطالب در صفحه اختصاصی گروه تخصصی پیشگیری از آسیب‌های روانی - اجتماعی

رسانه‌های گروه تخصصی پیشگیری از آسیب‌های روانی - اجتماعی انجمن روان‌شناسی ایران

تلگرام: t.me/division_prevention

بله: ble.ir/division_prevention

صفحه اختصاصی گروه تخصصی در سایت انجمن روان‌شناسی ایران

https://iranpa.org/division_prevention

روش‌های پیشگیری و مقابله با پیامدهای جنگ در میان دانشگاهیان

دفتر مشاوره بانوان و خانواده دانشگاه ارومیه با همکاری گروه تخصصی پیشگیری از آسیب‌های روانی - اجتماعی انجمن روان‌شناسی ایران برگزار کردند:

سخنران:

دکتر جلیل باباپور خیرالدین، استاد روانشناسی دانشگاه تبریز

عضو گروه تخصصی پیشگیری از آسیب‌های روانی - اجتماعی انجمن روان‌شناسی ایران

دبیر جلسه:

دکتر سعید پور عبدل، استادیار روانشناسی بالینی دانشگاه ارومیه

دبیر گروه تخصصی پیشگیری از آسیب‌های روانی - اجتماعی انجمن روان‌شناسی ایران

تاریخ برگزاری: چهارشنبه ۱۰ تیرماه ۱۴۰۵



روش‌های تاب آوری و ارتقای سلامت روان دانشگاهیان در مقابله با آسیب‌های روانی - اجتماعی جنگ

دفتر مشاوره بانوان و خانواده دانشگاه ارومیه با همکاری گروه تخصصی پیشگیری از آسیب‌های روانی-اجتماعی انجمن روان‌شناسی ایران برگزار کردند:

سخنران:

دکتر ناصر صبحی قراملکی، دانشیار روانشناسی دانشگاه علامه طباطبائی

رئیس انجمن روانشناسی سلامت ایران

مدیر گروه تخصصی پیشگیری از آسیب‌های روانی-اجتماعی انجمن روان‌شناسی ایران

دبیر جلسه:

دکتر سعید پورعبدل، استادیار روانشناسی بالینی دانشگاه ارومیه

دبیر گروه تخصصی پیشگیری از آسیب‌های روانی-اجتماعی انجمن روانشناسی ایران

تاریخ برگزاری: دوشنبه ۸ تیرماه ۱۴۰۵



معرفی کتاب‌های جدید

روانشناسی مغز نوجوان

نویسنده: دکتر جان کلمن

مترجم: دکتر مژگان سام

ناشر: انتشارات نسل روشن

سال نشر: ۱۴۰۴

معرفی کتاب:

دوران نوجوانی فراتر از یک مرحله گذار، مرحله‌ای حیاتی از بازسازی ساختارهای عصبی و سازماندهی مجدد عملکرد مغز است که زیربنای اصلی تحولات رفتاری در سال‌های بلوغ محسوب می‌شود.

کتاب «روانشناسی مغز نوجوان» اثر پروفیسور جان کاتمن، با رویکردی مبتنی بر پژوهش‌های

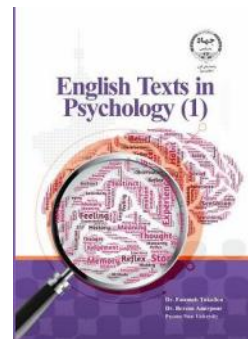
علمی در حوزه عصب روانشناسی، به تحلیل دقیق این موضوع می‌پردازد که چگونه تغییرات عمیق در شبکه‌های عصبی، فرآیندهای تصمیم‌گیری، یادگیری و نوسانات هیجانی نوجوانان را جهت‌دهی می‌کنند.

این اثر با بیانی تخصصی و در عین حال کاربردی، به والدین و مربیان کمک می‌کند تا با درک مکانیسم‌های رشد مغزی، تعاملات خود را بر پایه آگاهی علمی استوار کرده و این دوره حساس تحول را به شکلی موثر مدیریت نمایند.



متون انگلیسی در روان‌شناسی (۱)**مؤلفین:** دکتر برزو امیرپور/ دکتر فاطمه تکلو**ناشر:** انتشارات دانشگاه پیام نور**معرفی کتاب:**

کتاب *متون انگلیسی در روان‌شناسی (۱)* با هدف تقویت همزمان دانش تخصصی روان‌شناسی و مهارت درک متون علمی انگلیسی تألیف شده است. این اثر با بهره‌گیری از متون روزآمد و معتبر حوزه روان‌شناسی، تلاش می‌کند دانشجویان را با مفاهیم بنیادین این علم آشنا کرده و توانایی آنان را در مطالعه و تحلیل منابع انگلیسی‌زبان ارتقا دهد.



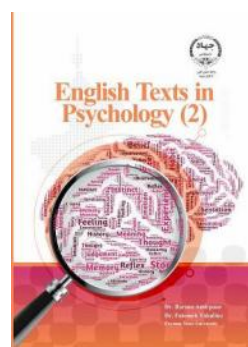
محتوای کتاب به گونه‌ای طراحی شده است که ضمن ارائه متون تخصصی روان‌شناسی با زبانی روان و قابل فهم، دانشجویان را به تدریج با واژگان کلیدی، اصطلاحات تخصصی و ساختارهای رایج در متون علمی این رشته آشنا می‌سازد. وجود واژه‌نامه‌های آموزشی، تمرین‌های متنوع، پرسش‌های درک مطلب و فعالیت‌های تعاملی در پایان هر درس، به تقویت مهارت‌های خواندن، تحلیل و تفکر انتقادی دانشجویان کمک می‌کند.

از ویژگی‌های برجسته این کتاب، پیوند مؤثر میان آموزش زبان انگلیسی و محتوای تخصصی روان‌شناسی است؛ رویکردی که آن را به منبعی مناسب برای تدریس درس «متون تخصصی روان‌شناسی» در مقطع کارشناسی تمامی دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی کشور تبدیل کرده است. همچنین انتخاب دقیق متون و پوشش واژگان و مفاهیم پرکاربرد روان‌شناسی، این اثر را به منبعی ارزشمند برای داوطلبان آزمون کارشناسی ارشد روان‌شناسی تبدیل کرده است؛ به‌ویژه برای دانشجویانی که درصدد تقویت مهارت درک مطلب و تسلط بر متون تخصصی انگلیسی هستند.

این کتاب برای دانشجویان روان‌شناسی، مشاوره، علوم تربیتی و سایر رشته‌های علوم رفتاری، فرصتی فراهم می‌آورد تا ضمن ارتقای توانایی‌های زبانی خود، آمادگی بیشتری برای مطالعه منابع علمی بین‌المللی، ادامه تحصیل در مقاطع بالاتر و حضور مؤثر در فضای علمی و پژوهشی امروز کسب کنند.

متون انگلیسی در روان‌شناسی (۲)**مؤلفین:** دکتر برزو امیرپور/ دکتر فاطمه تکلو**ناشر:** انتشارات دانشگاه پیام نور**معرفی کتاب:**

کتاب *متون انگلیسی در روان‌شناسی (۲)* در ادامه‌ی مسیر آموزشی جلد نخست، با هدف ارتقای توانایی دانشجویان در مطالعه و تحلیل متون تخصصی روان‌شناسی به زبان انگلیسی تألیف شده است. این اثر با بهره‌گیری از متون علمی منتخب و روزآمد، دانشجویان را با مباحث عمیق‌تر و تخصصی‌تر روان‌شناسی آشنا می‌سازد و زمینه را برای ورود مؤثرتر آنان به ادبیات علمی بین‌المللی این رشته فراهم می‌کند.



محتوای کتاب در قالب ده درس تنظیم شده و هر درس به یکی از موضوعات مهم و کاربردی روان‌شناسی اختصاص دارد. متون ارائه‌شده به گونه‌ای انتخاب و بازنویسی شده‌اند که ضمن حفظ اعتبار علمی، برای دانشجویان دوره کارشناسی قابل فهم و آموزشی باشند. تمرکز کتاب بر توسعه مهارت‌های درک مطلب، گسترش دامنه واژگان تخصصی، آشنایی با ساختارهای رایج متون علمی و تقویت توانایی تحلیل و تفسیر مطالب تخصصی است.

از ویژگی‌های ارزشمند این کتاب، تلفیق آموزش زبان انگلیسی با محتوای تخصصی روان‌شناسی در سطحی پیشرفته‌تر است. وجود تمرین‌های هدفمند، فعالیت‌های آموزشی و پرسش‌های کاربردی در پایان هر درس، امکان یادگیری فعال و خودراهن را برای دانشجویان فراهم می‌کند و آنان را برای استفاده مستقل از منابع علمی انگلیسی‌زبان آماده می‌سازد.

این کتاب می‌تواند به عنوان یکی از منابع مناسب برای تدریس درس «متون تخصصی روان‌شناسی» در مقطع کارشناسی دانشگاه‌ها مورد استفاده قرار گیرد. همچنین به دلیل پوشش گسترده واژگان و مفاهیم تخصصی روان‌شناسی و تأکید بر مهارت درک و تحلیل متون علمی، منبعی سودمند برای داوطلبان آزمون کارشناسی ارشد روان‌شناسی به شمار می‌آید و می‌تواند نقش مؤثری در آمادگی آنان برای بخش زبان تخصصی و مطالعه منابع علمی ایفا کند.

کتاب *متون انگلیسی در روان‌شناسی (۲)* برای دانشجویان، پژوهشگران و علاقه‌مندان حوزه علوم رفتاری فرصتی فراهم می‌آورد تا ضمن تقویت مهارت‌های زبان تخصصی، درک عمیق‌تری از مفاهیم و نظریه‌های روان‌شناسی به دست آورند و آمادگی بیشتری برای فعالیت‌های علمی، پژوهشی و تحصیلات تکمیلی کسب کنند.

صلاحیت‌های بالینی اصلی در مشاوره و روان‌درمانی

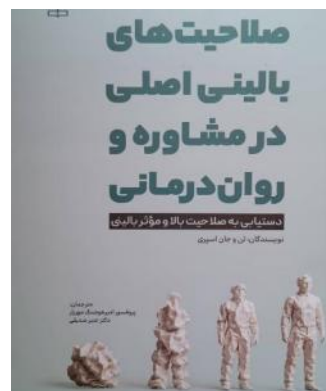
نویسندگان: لن و جان اسپری

مترجمان: پروفسور امیر هوشنگ مهریار / دکتر عنبر صدیقی

انتشارات: رشد

معرفی کتاب:

کتاب «صلاحیت‌های بالینی اصلی در مشاوره و روان‌درمانی» تألیف دو استاد برجسته‌ی روان‌شناسی، **لن و جان اسپری** (اساتید دانشگاه فلوریدا)، با هدف تبیین مهم‌ترین توانمندی‌هایی که یک مشاور یا روان‌درمانگر حرفه‌ای باید از آن برخوردار باشد، تدوین شده است. این اثر با ترجمه **پروفسور مهریار و عنبر صدیقی** توسط «انتشارات معتبر رشد» منتشر



شده است و تلاش می‌کند پلی میان دانش نظری و مهارت‌های عملی در حوزه مشاوره و روان‌درمانی ایجاد کند. در این کتاب، صلاحیت‌های اساسی درمانگران از جنبه‌های مختلف مورد بررسی قرار می‌گیرد؛ از مهارت‌های ارتباطی و رابطه درمانی گرفته تا ارزیابی بالینی، تصمیم‌گیری حرفه‌ای، ملاحظات اخلاقی و کاربرد رویکردهای درمانی مبتنی بر شواهد. لن و جان اسپری با نگاهی نظام‌مند نشان می‌دهند که چگونه مجموعه‌ای از دانش، مهارت و نگرش حرفه‌ای می‌تواند به شکل‌گیری یک درمانگر توانمند و مسئولیت‌پذیر کمک کند. این کتاب می‌تواند منبعی ارزشمند برای دانشجویان رشته‌های مشاوره و روان‌شناسی، درمانگران تازه‌کار، و همچنین متخصصانی باشد که به دنبال تقویت و بازاندیشی در صلاحیت‌های حرفه‌ای خود هستند. امید است انتشار این ترجمه بتواند گامی در جهت ارتقای کیفیت آموزش و عمل حرفه‌ای در حوزه مشاوره و روان‌درمانی در ایران باشد.

مجله‌های منتشر شده

سی و نهمین شماره دو فصلنامه «نشریه روان‌شناسی معاصر»

در سی و نهمین شماره دو فصلنامه نشریه روان‌شناسی معاصر مقاله‌های زیر به چاپ رسیده است:

مقاله پژوهشی با رویکرد کمی

- مقایسه تاثیر مشاوره گروهی بر اساس دو رویکرد واقعیت‌درمانی و طرحواره‌درمانی بر احساس خودارزشمندی در زنان با ویژگی‌های شخصیتی وابسته
- تاثیر آموزش ذهن‌آگاهی با رویکرد ذهنی‌سازی بر شفقت به خود، ارتباط موثر و انعطاف‌پذیری شناختی در زنان
- رابطه سبک‌های فرزندپروری، عزت نفس، تاب‌آوری و پدیده وانمودگرایی در دانش‌آموزان



مقطع متوسطه

- مدل سرزندگی تحصیلی دانشجویان: نقش شایستگی اجتماعی-هیجانی با میانجی‌گری خوش‌بینی تحصیلی و بهزیستی هیجانی
- رابطه بین ناگویی هیجانی و رفتارهای ضداجتماعی در دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه دوم: نقش واسطه‌ای شناخت اجتماعی
- ارتباط ساختاری نشانگان اختلال وسواسی-جبری، کنجکاوی بیمارگونه، کنترل شناختی و سایبرکندریا در یک نمونه غیربالینی از دانشجویان
- رابطه برآورده‌شدن نیازهای روان‌شناختی بنیادی و کیفیت رابطه زناشویی با رضایت زناشویی: نقش میانجی شکوفایی زوجی
- تعارض کار-خانواده به‌عنوان میانجی مقاومت زنان شاغل در برابر ارتقای شغلی و تاثیر آموزش تاب‌آوری مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش این مقاومت

مقاله پژوهشی با رویکرد کیفی

- طراحی، تدوین و روایی‌یابی برنامه توانمندسازی حرفه‌ای برای مشاوران برخط

مقاله کوتاه: ابزارهای روان‌شناختی

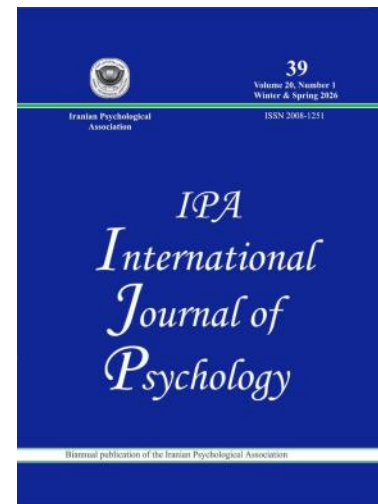
- بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه کوتاه پرخاشگری در نمونه‌ای از دانشجویان



سی و نهمین شماره دو فصلنامه «نشریه بین‌المللی روان‌شناسی»

در سی و نهمین شماره دو فصلنامه نشریه بین‌المللی روان‌شناسی مقاله‌های زیر به چاپ رسیده است:

- Examining the Effectiveness of Cognitive-Motor Rehabilitation on the Motivation of Elementary School Students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder
- A Comparison of Two Instructional Approaches: Flipped and Self Determination -Based Methods in Enhancing Students' Self – Regulation
- The Effectiveness of Group Acceptance and Commitment Therapy along with Group Complicated Grief Therapy on Hypertension in Bereaved Survivors of Cancer Patients
- The Predictive Roles of Parent-Child Interaction Quality and Inferiority Complex in Adolescent Self-Harm Behaviors: A Correlational Study
- The Effect of Computerized Cognitive Training Program on Working Memory, Cognitive Flexibility, and Inhibitory control as Executive Functions in managers of National Iranian Oil Company
- Examining the Relationship between Rumination and Job Involvement, Organizational Citizenship Behavior, with the Mediating Role of Grit

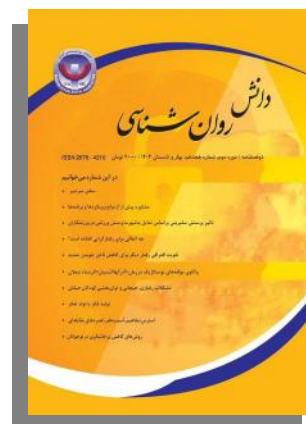


نوزدهمین شماره دو فصلنامه «نشریه دانش روان‌شناسی»

در نوزدهمین شماره دو فصلنامه علمی - ترویجی نشریه دانش روان‌شناسی مقاله‌های زیر

به چاپ رسیده است:

- در این شماره می‌خوانیم
- سخن سردبیر
- فریب سراب / نگاهی اجمالی به خدمات روان‌شناختی در ایران با التفات به برگردان‌های پارسی گرایش‌های پرطرفدار رشته روان‌شناسی
- اثربخشی لورتانوروفیدیک در اختلال کمبود توجه بیش‌فعالی
- تاثیر خودشفقت‌ورزی بر آشفتگی روان‌شناختی با مداخله‌گر سبک‌های دلبستگی
- مطالعه آینده‌نگر هاروارد: بررسی عوامل دستیابی به عمری شاد، سالم و با کیفیت در بزرگسالی و پیری



- شبکه‌های اجتماعی و تداخل هویتی
- رابطه "فابینگ والدین" و درگیری تحصیلی و مکانیسم‌های مرتبط با آن
- نقد کتاب "نوروسایکولوژی و سایکوفیزیولوژی"
- ارتباط ایدئولوژی سیاسی با ساختار مغز
- معرفی الگوی سه مرحله‌ای کرونولوژیک در تاریخچه تشخیص اختلال شخصیت مرزی

اولین فصلنامه‌ی روان‌شناسی سلامت بالینی

در اولین شماره فصلنامه روان‌شناسی سلامت بالینی مقاله‌های زیر به چاپ رسیده است:

- نامه به سردبیر در توصیف دانش موجود و مسیرهای پژوهشی "روان‌شناسی سلامت بالینی"
- پیش‌بینی بازگشت‌پذیری مصرف مواد بر اساس ناگویی هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده
- بررسی و مقایسه تیپ شخصیت D و کیفیت خواب در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس، بیماران قلبی عروقی و افراد عادی
- ساخت، استانداردسازی و هنجاریابی پرسشنامه کارکرد شخصیت بر اساس DSM-5
- اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب ناشی از کرونا در سالمندان
- تدوین مقدماتی بسته درمان فراتشخیصی مبتنی بر درمان تعهد و پذیرش و درمان



فرانشناختی و تعیین اثربخشی آن بر فرانگرانی بیماران مبتلا به سرطان پستان

- مقایسه اثربخشی روان‌درمانگری مثبت‌نگر و روان‌نمایشگری بر امید در بیماران مبتلا به سرطان پستان

چهل و نهمین شماره دو فصلنامه «نشریه پژوهشهای روان‌شناختی»

در چهل و نهمین شماره دو فصلنامه نشریه پژوهشهای روان‌شناختی مطالب زیر به چاپ رسیده است:

- رابطه ادراک حمایت اجتماعی و خطر خودکشی در افراد افسردگی
- رابطه بین سبک‌های دلبستگی با رفتارهای پرخطر نوجوانان: نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان
- الگوی ساختاری روابط بین‌فردی با اشتیاق و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان دوره متوسطه با نقش میانجی عواطف مثبت
- پیامدهای سوءاستفاده جنسی در کودکی: تجربه زیسته زنان ایرانی
- اثربخشی آموزش راهبردهای کمک‌خواهی بر انگیزش بیرونی، انگیزش درونی، و بی‌انگیزگی تحصیلی دانش‌آموزان



- تحلیل مؤلفه‌های تأثیرگذار بر بازداری از بخشودگی خیانت در مردان و زنان آسیب‌دیده
- اثربخشی برنامه فلوریتایم بر نشانگان اتیسم کودکان دارای اختلال‌های طیف اتیسم
- اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر بهبود نشانه‌ها، کیفیت خواب، و کارکردهای شناختی افراد مبتلا به بی‌خوابی مزمن

گزارش و خبر

معرفی کتاب و مجله

اطلاعیه‌ها



برنامه شنبه‌شب‌ها و سخنرانی‌های انجمن روان‌شناسی ایران

پنجمین برنامه از سومین دوره نشست‌های «شنبه‌شب‌ها» با موضوع «پنجمین برنامه از سومین دوره نشست‌های «شنبه‌شب‌ها» با موضوع «رشد پس از سانحه جمعی: چిستی و دستاوردهای آن برای حرفه روان‌شناسی»

پنجمین برنامه از سومین دوره نشست‌های «شنبه‌شب‌ها» با موضوع «رشد پس از سانحه جمعی: چيستی و دستاوردهای آن برای حرفه روان‌شناسی» در تاریخ ۲۷ تیر ۱۴۰۵ توسط انجمن روان‌شناسی ایران برگزار می‌شود.

میهمان برنامه:

دکتر حمید پورشریفی، رئیس انجمن روان‌شناسی ایران و دانشیار دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

میزبان:

دکتر فریبا زرانی، روان‌شناس سلامت و دانشیار دانشگاه شهید بهشتی



زمان برگزاری:

شنبه، ۲۷ تیر ۱۴۰۵، ساعت ۲۱:۰۰

محیط برگزاری:

پلتفرم اسکای‌روم

برای شرکت در این نشست، لازم است از طریق لینک زیر ثبت‌نام کنید. لینک ورود به جلسه ۴۵ دقیقه پیش از شروع برنامه از طریق ایمیل یا پیامک برای شما ارسال خواهد شد:

لینک ثبت‌نام:

<https://m0h.ir/3xjkm3>

هزینه شرکت:

- حضور در نشست (بدون گواهی): رایگان (با ثبت‌نام قبلی)
 - حضور در نشست (همراه با دریافت گواهی از انجمن): ۱۵۰,۰۰۰ تومان (با ثبت‌نام قبلی)
- علاقه‌مندان می‌توانند ویدئوهای قبلی برنامه‌ها را از [کانال یوتیوب انجمن](#) و همچنین سایت انجمن، بخش [شنبه‌شب‌ها](#) مشاهده بفرمایند.



کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی انجمن روان‌شناسی ایران

وبینارها، دوره‌های آموزشی و سخنرانی‌های انجمن روان‌شناسی ایران

همانگونه که مستحضر هستید در حال حاضر سخنرانی‌ها، کارگاه‌ها و دوره‌های انجمن غیرحضوری و به صورت آنلاین برگزار می‌شود. کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی انجمن روان‌شناسی ایران که تاکنون نهایی شده است به شرح زیر اعلام می‌شود و بزودی کارگاه و دوره‌های جدید از طریق وبسایت، تلگرام و اینستاگرام انجمن به آگاهی خواهد رسید.

اطلاعیه مهم:

به اطلاع شرکت‌کنندگان محترم می‌رساند که پس از پایان کارگاه و تأیید نهایی توسط کارشناس دوره آموزشی، فرآیند صدور گواهی آغاز خواهد شد. گواهی الکترونیکی هر کارگاه به صورت رایگان در پروفایل شخصی شما قرار خواهد گرفت. در صورت تمایل به دریافت نسخه چاپی و ارسال پستی گواهی، هزینه آن مبلغ ۳۵۰ هزار تومان می‌باشد. جهت پرداخت هزینه، کارشناس مربوطه راهنمایی‌های لازم را به صورت کامل برای شما ارسال خواهند کرد.

قوانین شرکت در دوره:

برای دریافت گواهی، حضور آنلاین در چهار پنجم از جلسات اجباری است

پس از مطالعه کامل توضیحات مربوط به هر کارگاه، چنانچه در روند ثبت نام کارگاه با مشکلی مواجه شدید می‌توانید در ساعات اداری (شنبه تا چهارشنبه ساعت ۹ الی ۱۴) در پیام‌رسان بله با آیدی پشتیبان: **@Poshtiban_IPA** پیام داده و سؤالات خود را بپرسید.

کانال کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی انجمن روان‌شناسی ایران در پیام‌رسان بله:

@ipaworkshop

درمان شناختی رفتاری کوتاه مدت مبتنی بر تروما

انجمن روان‌شناسی ایران برگزار می‌کند:

با ارائه گواهی نامه معتبر از انجمن روان‌شناسی ایران (دارای مجوز از وزارت

علوم، تحقیقات و فناوری)

به صورت حضوری و آنلاین (وب کنفرانس)

مدرس: دکتر حمید پورشریفی (دانشیار دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی)

تاریخ برگزاری: ۶، ۲۰، ۲۷ مرداد

ساعت برگزاری: ساعت ۱۵ الی ۲۰

طول دوره: ۱۵ ساعت

هزینه دوره آنلاین: ۲,۷۰۰,۰۰۰ تومان

هزینه دوره حضوری: ۳,۴۸۷,۵۰۰ تومان



The poster is titled "انجمن روان‌شناسی ایران برگزار می‌کند" (Iranian Psychological Association Organizes) and "با ارائه گواهی نامه معتبر از انجمن روان‌شناسی ایران (دارای مجوز از وزارت علوم، تحقیقات و فناوری)" (With a valid certificate from the Iranian Psychological Association (authorized by the Ministry of Science, Research and Technology)). The main title is "درمان شناختی رفتاری کوتاه مدت مبتنی بر تروما" (Trauma-based Short-term Cognitive Behavioral Therapy). It lists the instructor as "دکتر حمید پورشریفی" (Dr. Hamid Poursharif) and mentions the workshop is for 15 sessions, 15 hours, from 3 PM to 6 PM. It also lists the topics: 1- Basic concepts of CBT and trauma, 2- Assessment and diagnosis, 3- Formulation, 4- Treatment planning, 5- Implementation, 6- Evaluation. The poster includes contact information for the Iranian Psychological Association (www.irapna.org, @ipaworkshop) and the location: "مکان برگزاری: دفتر انجمن روان‌شناسی ایران، تهران، سیدخندان، ابتدای سهروردی شمالی، کوچه سلطانی (قرقاول)، پلاک ۳۷".

۱۰ درصد تخفیف به اعضای انجمن روان‌شناسی ایران تعلق می‌گیرد

امکان پرداخت هزینه دوره بصورت اقساط نیز وجود دارد که طی دو قسط، قبل از شروع دوره باید تسویه شود

شرایط شرکت کنندگان: دانش‌آموختگان و دانشجویان تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی و مشاوره، درمانگران حوزه سلامت روان

سرفصل دوره:

- ۱- مبانی روان‌شناسی تروما و منطق درمان
- ۲- تثبیت روان‌شناختی و تنظیم هیجان
- ۳- آموزش مدل شناختی بازسازی افکار تروما محور
- ۴- مواجهه تدریجی و روایت کنترل شده تروما
- ۵- خطاهای رایج و ملاحظات بالینی
- ۶- آموزش عملی و تمرین مهارتها

امکان بازپخش فیلم کارگاه به صورت آفلاین

امکان پرسش و پاسخ و شرکت فعال در کارگاه (متن، صوتی، تصویری)

مکان برگزاری: دفتر انجمن روان‌شناسی ایران (تهران، سیدخندان، ابتدای سهروردی شمالی، کوچه سلطانی (قرقاول)، پلاک ۳۷)

روان‌شناسی پساجنگ و ترمیم جامعه: از تروما تا بازسازی اجتماعی

انجمن روان‌شناسی ایران برگزار می‌کند:

با ارائه گواهی‌نامه معتبر از انجمن روان‌شناسی ایران (دارای مجوز از وزارت

علوم، تحقیقات و فناوری)

به صورت آنلاین (وب کنفرانس)

مدرس: دکتر ناصر صبحی قراملکی؛ دکترای تخصصی روان‌شناسی؛ دانشیار دانشگاه

علامه طباطبایی

تاریخ برگزاری: ۵ مرداد ۱۴۰۵

ساعت برگزاری: ساعت ۱۶ الی ۲۰

مدت آموزش: ۴ ساعت

هزینه آموزش: ۷۲۰,۰۰۰ تومان

۱۰ درصد تخفیف به اعضای انجمن روان‌شناسی ایران تعلق می‌گیرد



The poster contains the following information:

- انجمن روان‌شناسی ایران برگزار می‌کند** (The Iranian Psychological Association is organizing)
- روان‌شناسی پساجنگ و ترمیم جامعه: از تروما تا بازسازی اجتماعی** (Post-war Psychology and Community Repair: From Trauma to Social Reconstruction)
- مدت آموزش: ۴ ساعت** (Duration: 4 hours)
- به صورت آنلاین (وب کنفرانس)** (Online format)
- دکتر ناصر صبحی قراملکی** (Dr. Nasser Vahabi Karamlki)
- دکترای تخصصی روان‌شناسی** (PhD in Psychology)
- دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی** (Associate Professor at Alameh Tabatabaee University)
- شرایط شرکت کنندگان:** (Conditions for participants)
 - افراد مبتلا به اختلالات روان‌شناختی و عاطفی (Individuals with psychological and emotional disorders)
 - افراد دارای علاقه به یادگیری و افزایش آگاهی (Individuals interested in learning and increasing awareness)
 - افراد دارای علاقه به مشارکت در کارهای اجتماعی (Individuals interested in participating in social activities)
- موضوعات آموزشی:** (Educational topics)
 - ماهیت و انواع تروما (Nature and types of trauma)
 - عوامل خطر و عوامل محافظ (Risk and protective factors)
 - عوارض روان‌شناختی و عاطفی (Psychological and emotional consequences)
 - روش‌های ارزیابی و تشخیص (Assessment and diagnosis methods)
 - مداخلات درمانی (Therapeutic interventions)
 - تاب‌آوری و پیشگیری (Resilience and prevention)
- تاریخ برگزاری:** ۵ مرداد ۱۴۰۵ (Date: 5 Mordad 1405)
- ساعت برگزاری:** ساعت ۱۶ الی ۲۰ (Time: 16:00 to 20:00)
- مکان برگزاری:** آنلاین (Online location)
- مدرس:** دکتر ناصر صبحی قراملکی (Instructor: Dr. Nasser Vahabi Karamlki)
- هزینه آموزش:** ۷۲۰,۰۰۰ تومان (Fee: 720,000 Tomans)
- محتوای آموزشی:** (Educational content)
 - ماهیت و انواع تروما (Nature and types of trauma)
 - عوامل خطر و عوامل محافظ (Risk and protective factors)
 - عوارض روان‌شناختی و عاطفی (Psychological and emotional consequences)
 - روش‌های ارزیابی و تشخیص (Assessment and diagnosis methods)
 - مداخلات درمانی (Therapeutic interventions)
 - تاب‌آوری و پیشگیری (Resilience and prevention)
- مکان برگزاری:** آنلاین (Online location)
- مدرس:** دکتر ناصر صبحی قراملکی (Instructor: Dr. Nasser Vahabi Karamlki)
- هزینه آموزش:** ۷۲۰,۰۰۰ تومان (Fee: 720,000 Tomans)
- محتوای آموزشی:** (Educational content)
 - ماهیت و انواع تروما (Nature and types of trauma)
 - عوامل خطر و عوامل محافظ (Risk and protective factors)
 - عوارض روان‌شناختی و عاطفی (Psychological and emotional consequences)
 - روش‌های ارزیابی و تشخیص (Assessment and diagnosis methods)
 - مداخلات درمانی (Therapeutic interventions)
 - تاب‌آوری و پیشگیری (Resilience and prevention)

شرایط شرکت کنندگان:

اولویت ۱: دانشجویان و دانش‌آموختگان روانشناسی، مشاوره، روانپزشکی و پزشکی

اولویت ۲: دانشجویان و دانش‌آموختگان روان پرستاری مددکاری اجتماعی و سایر علوم یاورانه

اولویت ۳: فعالان و علاقمندان حمایت‌های روانی اجتماعی

سرفصل دوره:

۱) مبانی و اصول (ماهیت و انواع تروما، مدل‌های آسیب‌پذیری، ماهیت ترمیم، محتوا و سطوح ترمیم...)/تمرین عملی

۲) انواع و علایم پیامدهای روانی پساجنگ (PTSD، CPTSD، افسردگی، اضطراب سوگ پیچیده و...)/تمرین عملی

۳) روش‌های ارزیابی پیامدهای روانی پساجنگ و ترمیم جامعه/تمرین عملی

۴) مداخلات درمانی پساجنگ و بازسازی اجتماعی/تمرین عملی

۵) تاب‌آوری و پیشگیری/تمرین عملی (طراحی یک مداخله کوتاه برای یک بیمار فرضی)

امکان بازپخش فیلم کارگاه به صورت آنلاین

امکان پرسش و پاسخ و شرکت فعال در کارگاه (متن، صوتی، تصویری)

کاربرد آزمون‌های کامپیوتری شناختی در ارزیابی بالینی

انجمن روان‌شناسی ایران برگزار می‌کند:

با ارائه گواهی‌نامه معتبر از انجمن روان‌شناسی ایران (دارای مجوز از وزارت علوم، تحقیقات و فناوری)
به صورت آنلاین (وب کنفرانس)

مدرس: دکتر محمد علی نظری؛ دکتری تخصصی علوم اعصاب شناختی استاد گروه علوم اعصاب دانشگاه علوم پزشکی ایران
تاریخ برگزاری: ۲۵ و ۲۶ تیر ۱۴۰۵
ساعت برگزاری: ساعت ۹ الی ۱۳
مدت آموزش: ۸ ساعت
هزینه آموزش آنلاین: ۱,۴۴۰,۰۰۰ تومان
۱۰ درصد تخفیف به اعضای انجمن روان‌شناسی ایران تعلق می‌گیرد



شرایط شرکت کنندگان: دانشجویان و فارغ التحصیلان رشته روانشناسی و سایر رشته‌های علوم رفتاری و بالینی
سرفصل دوره:

- مقدمه و اهمیت ارزیابی شناختی
- مرور کارکردهای شناختی کلیدی
- مزایای آزمون‌های کامپیوتری
- ساختار مشترک همه آزمون‌های کامپیوتری
- معرفی آزمون‌های کامپیوتری پرکاربرد
- تفسیر داده‌ها و یکپارچه‌سازی نتایج با یافته‌های بالینی
- کاربرد آزمون‌ها در اختلالات روانپزشکی

امکان بازپخش فیلم کارگاه به صورت آنلاین

امکان پرسش و پاسخ و شرکت فعال در کارگاه (متن، صوتی، تصویری)



مدیریت تعارض با خانواده همسر و درمان الگوی رابطه

انجمن روان‌شناسی ایران برگزار می‌کند:

با ارائه گواهی‌نامه معتبر از انجمن روان‌شناسی ایران (دارای مجوز از وزارت

علوم، تحقیقات و فناوری)

به صورت آنلاین (وب کنفرانس)

مدرس: دکتر منصوره السادات صادقی؛ متخصص زوج و خانواده دانشگاه شهید

بهشتی، پژوهشکده خانواده

تاریخ برگزاری: ۶ شهریور ۱۴۰۵

ساعت برگزاری: ساعت ۸:۳۰ الی ۱۲:۳۰

مدت آموزش: ۶ ساعت

هزینه آموزش آنلاین: ۱,۰۸۰,۰۰۰ تومان

انجمن روان‌شناسی ایران برگزار می‌کند
با ارائه گواهی‌نامه معتبر از انجمن روان‌شناسی ایران (دارای مجوز از وزارت علوم، تحقیقات و فناوری)

مدیریت تعارض با خانواده همسر و درمان الگوی رابطه

مدت آموزش: ۶ ساعت
به صورت آنلاین (وب کنفرانس)

دکتر منصوره السادات صادقی
متخصص زوج و روابط برکاتال
دانشیار دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشکده خانواده

شرایط شرکت کنندگان: دانشجویان کارشناسی ارشد رشته‌های روان‌شناسی و مشاوره و سطوح بالاتر

موضوع‌های آموزشی:

- آشنایی با مدل خانواده ایرانی
- ارزیابی رابطه ازبانی فردی و مفهوم پردازی رابطه زوجین براساس مشکل
- توجه به دیدگاه ۳ گانه رابطه زوجین: رابطه با خانواده خود و رابطه با خانواده همسر
- آموزش مدل رابطه خانواده ایرانی
- سیستم ۳ گانه رابطه و بررسی موقعیت‌ها و چرخه تعارض در مدل رابطه
- تکنیک‌های مناسب برای هر مرحله مشکل در رابطه
- مرزبندی و رابطه با خانواده خود و همسر

تاریخ برگزاری:
۶ شهریور ۱۴۰۵

ساعت برگزاری:
ساعت ۸:۳۰ الی ۱۲:۳۰

✓ تعداد: به تعداد انجمن روان‌شناسی ایران
✓ امکان پرداخت کرد
✓ امکان پرسش و پاسخ و شرکت فعال در کارگاه
✓ امکان بازپخش فیلم کارگاه به صورت آنلاین
✓ فقط برای آید نام به سایت انجمن روان‌شناسی ایران
✓ قسمت کارگاه و دوره‌های آموزشی مراجعه نمایید

www.irapna.org
@ipaworkshop

۱۰ درصد تخفیف به اعضای انجمن روان‌شناسی ایران تعلق می‌گیرد

شرایط شرکت کنندگان: دانشجویان کارشناسی ارشد رشته‌های روان‌شناسی و مشاوره و سطوح بالاتر
سرفصل دوره:

- __ آشنایی با مدل خانواده ایرانی
- __ ارزیابی رابطه، ارزیابی فردی و مفهوم پردازی رابطه زوجین براساس مشکل
- __ توجه به سیستم ۳ گانه رابطه (رابطه زوجین، رابطه با خانواده خود و رابطه با خانواده همسر)
- __ آموزش مدل رابطه خانواده ایرانی
- __ سیستم ۳ گانه رابطه و بررسی موقعیت‌ها و چرخه تعارض در مدل رابطه
- __ تکنیک‌های مناسب برای هر مرحله مشکل در رابطه
- __ مرزبندی و رابطه با خانواده خود و همسر

امکان بازپخش فیلم کارگاه به صورت آنلاین

امکان پرسش و پاسخ و شرکت فعال در کارگاه (متن، صوتی، تصویری)



خودمراقبتی روان‌درمانگران در مواجهه با تروماهای جمعی

انجمن روان‌شناسی ایران برگزار می‌کند:
با ارائه گواهی‌نامه معتبر از انجمن روان‌شناسی ایران (دارای مجوز از وزارت
علوم، تحقیقات و فناوری)
به صورت آنلاین (وب کنفرانس)

مدرس: دکتر فریبا زرانی؛ دکترای روان‌شناسی سلامت‌دانشیار دانشگاه شهید بهشتی

تاریخ برگزاری: ۳۱ تیر ۱۴۰۵

ساعت برگزاری: ساعت ۹ الی ۱۳

طول دوره: ۴ ساعت

هزینه دوره: ۷۲۰,۰۰۰ تومان

۱۰ درصد تخفیف به اعضای انجمن روان‌شناسی ایران تعلق می‌گیرد

انجمن روان‌شناسی ایران برگزار می‌کند
با ارائه گواهی‌نامه معتبر از انجمن روان‌شناسی ایران (دارای مجوز از وزارت علوم، تحقیقات و فناوری)

خودمراقبتی روان‌درمانگران در مواجهه با تروماهای جمعی

طول دوره: ۴ ساعت
به صورت آنلاین (وب کنفرانس)
دکتر فریبا زرانی، دانشیار روان‌شناسی سلامت دانشگاه شهید بهشتی

شرایط شرکت کنندگان: روان‌شناسان و مشاورانی که به مراجعین خدمات روان‌شناختی ارائه می‌دهند.

سرفصل‌های دوره:

- فرسودگی شغلی روان‌درمانگران آسیب‌شناسی و ارزیابی
- بحران‌های جمعی: چالش‌ها و راهبردها
- خودمراقبتی: الزامات صلاحیت حرفه‌ای و مداخلات

تاریخ برگزاری:
۳۱ تیر ۱۴۰۵

ساعت برگزاری:
ساعت ۹ الی ۱۳

تخفیف به اعضای انجمن روان‌شناسی ایران
تعلق خواهد گرفت

امکان پرسش و پاسخ و شرکت فعال در کارگاه
امکان بازپخش فیلم کارگاه به صورت آنلاین
لظاف برای ثبت نام به سایت انجمن روان‌شناسی ایران
قسمت کارگاهها و دوره‌های آموزشی مراجعه نمایید

www.iranpa.org
@ipaworkshop

شرایط شرکت کنندگان: روان‌شناسان و مشاورانی که به مراجعین خدمات روانشناختی ارائه می‌دهند.

سرفصل دوره:

۱. فرسودگی شغلی روان‌درمانگران: آسیب‌شناسی و ارزیابی
۲. بحران‌های جمعی: چالش‌ها و راهبردها
۳. خودمراقبتی: الزامات صلاحیت حرفه‌ای و مداخلات

امکان بازپخش فیلم کارگاه به صورت آنلاین

امکان پرسش و پاسخ و شرکت فعال در کارگاه (متن، صوتی، تصویری)

پیشگیری و مداخله در بحران خودکشی

انجمن روان‌شناسی ایران برگزار می‌کند:
با ارائه گواهی نامه معتبر از انجمن روان‌شناسی ایران (دارای مجوز از وزارت
علوم، تحقیقات و فناوری)
به صورت آنلاین (وب کنفرانس)

مدرس: دکتر حمید یعقوبی؛ روان‌شناس بالینی و دانشیار دانشگاه شاهد
تاریخ برگزاری: ۲۴ و ۳۱ تیر ۱۴۰۵
ساعت برگزاری: ساعت ۱۵ الی ۲۰
مدت آموزش: ۱۰ ساعت
هزینه آموزش: ۱,۸۰۰,۰۰۰ تومان
۱۰ درصد تخفیف به اعضای انجمن روان‌شناسی ایران تعلق می‌گیرد



شرایط شرکت کنندگان: فارغ‌التحصیلان کارشناسی رشته‌های روان‌شناسی و مشاوره و سطوح بالاتر

سرفصل دوره:

- (۱) تعریف بحران
- (۲) تعریف و سطح بندی خودکشی
- (۳) نظریه و عوامل خطر خودکشی
- (۴) باور های نادرست و واقعیت ها درباره خودکشی
- (۵) اصول مداخله در بحران و ارزیابی خودکشی
- (۶) برنامه های کوتاه مدت مداخله در خودکشی
- (۷) پیشگیری از خودکشی: برنامه بتا

امکان بازپخش فیلم کارگاه به صورت آفلاین
امکان پرسش و پاسخ و شرکت فعال در کارگاه (متن، صوتی، تصویری)



پنجمین دوره آشنایی با سایکوفارماکولوژی برای روان‌شناسان

انجمن روان‌شناسی ایران برگزار می‌کند:

با ارائه گواهی‌نامه معتبر از انجمن روان‌شناسی ایران (دارای مجوز از وزارت

علوم، تحقیقات و فناوری)

به صورت آنلاین (وب کنفرانس)

مدرس: دکتر غلامرضا ترابی‌پاریزی؛ روانپزشک و روان‌درمانگر (متخصص اعصاب و روان)

تاریخ برگزاری: ۷، ۸ و ۹ مرداد ۱۴۰۵

ساعت برگزاری: ساعت ۹ الی ۱۳

طول دوره: ۱۲ ساعت

توجه:

— برنامه و هدف این دوره آموزش و توانمندسازی شرکت‌کنندگان برای تجویز دارو نیست

— در این کارگاه پاورپوینت به شرکت‌کنندگان ارائه نمی‌شود

هزینه دوره: ۲,۱۶۰,۰۰۰ تومان

۱۰ درصد تخفیف به اعضای انجمن روان‌شناسی ایران تعلق می‌گیرد

شرایط شرکت کنندگان: دانشجویان و فارغ‌التحصیلان مقطع کارشناسی‌ارشد و دکتری رشته‌های روان‌شناسی و مشاوره

سرفصل دوره:

• جلسه اول:

- دارو چیست؟

- فارماکودینامیک و فارماکوکینتیک

- اثربخشی داروها

- مبانی پژوهش‌های دارویی

- تاریخچه‌ی سایکوفارماکولوژی

- دسته‌بندی در سایکوفارماکولوژی

- مکانیسم اثر انواع دسته‌های دارویی



• جلسه‌ی دوم:

- عوارض دارویی و مدیریت روان‌شناسی آن‌ها
- کار با بیماران متمایل به خودکشی و ملاحظات مهم در مورد داروها
- مشاوره ازدواج، طلاق، حضانت فرزندان و ملاحظات مهم در مورد داروها
- پاسخ به نگرانی‌های زوجین در خصوص بارداری و دوران شیردهی در مورد مصرف داروها
- کار با ترس مراجعین در مورد وابستگی به داروها
- آشنایی با تداخلات دارویی مهم
- تغییر درمان
- آشنایی با مفهوم مقاومت به داروها

• جلسه‌ی سوم:

- تداخل دارو و روان‌درمانی
- تعامل روان‌پزشکان و روان‌شناسان در درمان بیمار
- نقشه‌ی درمانی چیست؟
- اتمام درمان
- قطع دارو
- اخلاق حرفه‌ای و داروها

امکان بازپخش فیلم کارگاه به صورت آفلاین

امکان پرسش و پاسخ و شرکت فعال در کارگاه (متن، صوتی، تصویری)



چکیده پایان‌نامه دکتری

دست‌اندرکاران خبرنامه‌ی انجمن روان‌شناسی ایران، آمادگی خود را برای انعکاس اخبار دفاع و نیز چکیده‌ی پایان‌نامه‌ی دانش‌آموختگان دکترای گرایش‌های مختلف روان‌شناسی و رشته‌های مرتبط اعلام می‌دارند.

چکیده پایان‌نامه دکتر رحیم رابط دانش‌آموخته دکتری روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی / دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی / گروه مشاوره

دکتر رحیم رابط پایان‌نامه دکتری تخصصی خود تحت عنوان "تدوین بسته روانی- آموزشی مهارت‌های زناشویی مبتنی بر رویکرد التقاطنگری و تعیین اثربخشی آن بر کنترل‌گری زناشویی، الگوهای ارتباطی و راهبردهای حل تعارض در زوج‌های متعارض" را در سال ۱۴۰۴ به اتمام رساند.

پایان‌نامه ایشان توسط دکتر علی رضایی‌شریف (استاد راهنما) و دکتر حسین قمری‌کیوی (استاد مشاور) هدایت شده است.

چکیده

هدف: تدوین و اعتباریابی بسته روانی- آموزشی مهارت‌های زناشویی بر مبنای التقاطنگری به‌منظور بهبود کنترل‌گری زناشویی، الگوهای ارتباطی و راهبردهای حل تعارض همسران متعارض بود.

روش‌شناسی پژوهش: روش تحقیق از نوع آمیخته بود که بخش کیفی به‌روش مرور سیستماتیک و روش دلفی و بخش کمی آن یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و مرحله پیگیری دوماهه بود که در سال ۱۴۰۳ انجام شد. جامعه پژوهش در بخش کیفی کلیه متخصصان در زمینه مشاوره ازدواج و خانواده بود که ۳۰ نفر به‌روش نمونه‌گیری هدفمند حاضر به همکاری شدند. در بخش کمی نیز کلیه زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر زنجان بود که از بین آن‌ها ۵۰ زوج که نمرات‌شان در پرسشنامه رفتارهای کنترل‌گریانه کوان و آرچر (۲۰۰۳)، پرسشنامه الگوهای ارتباطی کریستنسن و سالوی (۱۹۸۴) و پرسشنامه سبک‌های حل تعارض رحیم (۱۹۸۳) بالاتر از نقطه برش بود به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه ۲۵ نفره آزمایش و کنترل به‌صورت تصادفی جایگزین شدند. گروه آزمایش طی دوازده جلسه دوساعته تحت آموزش بر اساس پروتکل بسته تدوین‌شده قرار گرفت؛ درحالی‌که گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. در بخش کیفی داده‌ها با استفاده از ضریب توافق کندال (W) و در بخش کمی با آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه تحلیل شدند.

یافته‌ها: روایی محتوایی بسته تدوین‌شده مطلوب بود و پانل تخصصی در دور چهارم دلفی به توافق نهایی و قوی در مورد آن رسیدند. در بخش کمی نیز یافته‌ها حاکی از آن بود که بسته تدوین‌شده توانسته کنترل‌گری زناشویی، الگوهای ارتباطی و راهبردهای حل تعارض زوج‌های متعارض گروه آزمایش را در مقایسه با گروه کنترل بهبود بخشد ($p < 0.05$) که این تفاوت در مرحله پیگیری دوماهه نیز معنی‌دار بود. **نتیجه‌گیری:** نتایج حاکی از آن است که می‌توان بسته تدوین‌شده حاضر را در بهبود کنترل‌گری زناشویی، الگوهای ارتباطی و راهبردهای حل تعارض همسران متعارض به‌کار برد.

واژه‌های کلیدی: اعتباریابی، بسته روانی- آموزشی، الگوهای ارتباطی، راهبردهای حل تعارض، روش دلفی، رویکرد التقاطنگری، کنترل‌گری زناشویی.



شرایط و تسهیلات عضویت در انجمن روان‌شناسی ایران

مزایای عضویت در انجمن

دریافت کارت عضویت انجمن روان‌شناسی ایران
دریافت خبرنامه بصورت الکترونیک برای تمام اعضا
تمامی اعضای انجمن با رمز عبوری که در اختیار آنها قرار خواهد گرفت، به مجله «روان‌شناسی معاصر»، «روان‌شناسی سلامت بالینی» و «پژوهش‌های روانشناختی» و اعضای پیوسته به مجله «بین‌المللی روان‌شناسی» انجمن روان‌شناسی ایران به‌صورت الکترونیک، دسترسی خواهند داشت.
حق رأی برای اعضای پیوسته
برخورداری از تخفیف ۱۰٪ برای شرکت در دوره‌ها و کارگاه‌های آموزشی

انواع و شرایط عضویت

عضویت پیوسته

مؤسسان انجمن و کلیه افرادی که حداقل دارای درجه کارشناسی ارشد در رشته روان‌شناسی و مشاوره و رشته‌های وابسته باشند می‌توانند به عضویت پیوسته انجمن درآیند.

عضویت وابسته

کلیه کسانی که دارای درجه کارشناسی در رشته روان‌شناسی مشاوره و رشته‌های وابسته باشند می‌توانند به عضویت وابسته انجمن درآیند.

عضویت دانشجویی

کلیه دانشجویانی که در یکی از رشته‌های روان‌شناسی مشاوره و رشته‌های مرتبط اشتغال به تحصیل دارند می‌توانند به عضویت انجمن درآیند.

عضویت حقوقی

سازمان‌هایی که در زمینه‌های علمی و پژوهشی مربوط فعالیت دارند.

عضویت افتخاری

شخصیت‌های ایرانی و خارجی که مقام علمی آنان در زمینه‌های روان‌شناسی و علوم تربیتی و علوم رفتاری و روانپزشکی و سایر علوم حائز اهمیت خاص باشد و یا در پیشبرد اهداف انجمن کمک‌های مؤثر و ارزنده‌ای نموده باشند.
لازم به ذکر است کسانی که مدرک تحصیلی یا اشتغال به تحصیل در رشته‌های زیر دارند تنها قادر به دریافت عضویت دانشجویی و وابسته هستند و عضویت پیوسته به آنها تعلق نخواهد گرفت



علوم تربیتی گرایش آموزش و پرورش پیش‌دبستانی و دبستانی
 علوم تربیتی گرایش آموزش و پرورش کودکان استثنایی
 علوم تربیتی گرایش مدیریت و برنامه ریزی آموزشی
 علوم تربیتی گرایش تکنولوژی آموزشی
 علوم تربیتی گرایش آموزش و پرورش کودکان عقب مانده ذهنی
 مددکاری اجتماعی
 مطالعات خانواده
 فلسفه تعلیم و تربیت
 و سایر رشته های مرتبط

در تدوین و توزیع خبرنامه انجمن مشارکت کنیم

پیام‌های الکترونیکی و بازخوردهای حضوری گویای این است که خبرنامه انجمن روان‌شناسی ایران، جایگاه نسبتاً خوبی را در اطلاع‌رسانی رویدادهای روان‌شناختی پیدا کرده است و به وسیله‌ای مؤثر در تبادل اخبار رویدادهای روان‌شناختی میان روان‌شناسان کشورمان تبدیل شده است. شما همکار گرامی، استاد گران‌قدر و دانشجوی عزیز می‌توانید با اظهارنظر در خصوص محتوای خبرنامه، از طریق ارسال مطالب و خبر به خبرنامه، و با ارسال خبرنامه به روان‌شناسانی که ایمیل آن‌ها را در اختیار دارید در به اشتراک گذاشتن اخبار و دیدگاه‌ها میان روان‌شناسان کشورمان سهیم شوید. بدیهی است، مطالب با ذکر نام فرد ارسال‌کننده در خبرنامه درج خواهد شد. همچنین از عزیزی که به هر طریقی با خبرنامه همکاری داشته باشند با ذکر نام تشکر به عمل خواهد آمد.

همکار ارجمند، عضو محترم انجمن روان‌شناسی ایران

مایه‌ی مسرت و خوشحالی است که با احساس مسئولیت علمی و حرفه‌ای خود در انتشار خبرنامه انجمن مشارکت می‌نمایید. اگرچه ارسال خبرنامه‌ی حاضر به فهرست دوستانتان که ایمیل آن‌ها را در صندوق پست الکترونیکی خود دارید ممکن است زمان و انرژی بالایی از شما صرف نکند، و هرچند شما تأثیر این گامتان را در توسعه‌ی علمی رشته روان‌شناسی کوچک ارزیابی نمایید، اما مطمئن باشید همین

مجموعه تلاش‌ها راهی بسیار مؤثر در تحقق اهداف انجمن روان‌شناسی ایران یعنی

گسترش، پیشبرد و ارتقاء علم روان‌شناسی؛ توسعه‌ی کمی و کیفی نیروهای تخصصی؛ و بهبود بخشیدن به امور آموزشی و پژوهشی حوزه

روان‌شناسی خواهد بود.

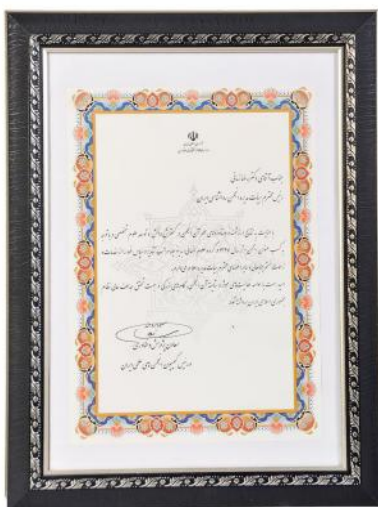
تقدیرنامه‌های انجمن روان‌شناسی ایران



انجمن برتر در سال ۱۳۹۹



انجمن برتر در سال ۱۳۹۹



انجمن برتر در سال ۱۳۹۷



انجمن برتر در سال ۱۳۹۸



انجمن برتر در سال ۱۳۹۵



انجمن برتر در سال ۱۳۹۶



انجمن برتر در چهارمین جشنواره بین‌المللی فارابی در سال ۱۳۸۹



انجمن برتر در سال ۱۳۹۰



انجمن برتر در چهارمین جشنواره بین‌المللی فارابی در سال ۱۳۸۹



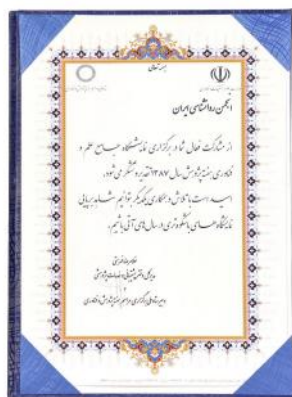
انجمن برتر در چهارمین جشنواره بین‌المللی فارابی در سال ۱۳۸۹



نمایشگاه دستاوردهای پژوهشی و فناوری سال ۱۳۸۸



انجمن برتر در چهارمین جشنواره بین‌المللی فارابی در سال ۱۳۸۹



نمایشگاه جامع علم و فناوری هفته پژوهش در سال ۱۳۸۷



کسب رتبه ممتاز در سال ۱۳۸۷