مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

سال پانزدهم، شماره ۲ و ۱ صفحه ۶۹

روان‌درمانی نظامی و آسیبهای ناشی از جنگ

دکتر باقر ثنایی*

خلاصه

در این نوشتار پس از اشاره‌ای به جنگ ایران و عراق بعنوان انگیزه تدوین مقاله، سابقهٔ کلی لطمه‌های روانی و اختلالات ناشی از جنگ عنوان شده است. واکنش ارتشهای جهان نسبت به درهم شکستگی روانی سربازان در زمان جنگ؛ روان‌درمانی نظامی؛ درمان پشت جبهه و تحولات آن طی جنگهای داخلی آمریکا؛ جنگ کریمه؛ جنگهای جهانی اول و دوم؛ و جنگهای کره و ویتنام بررسی شده است. و بالاخره، اختلال استرس بعد از ضربه روانخراش (PTSD)، نشانه‌های مرضی و روشهای تشخیصی آن و بعضاً اقدامات درمانی لازم، محتوای این مقاله را تشکیل می‌دهد.

نیروهای نظامی عراق درسی و یکم شهریور ۱۳۵۹ به ایران حمله‌ور شدند. بنا به اظهار منابع غربی هدف استراتژیک این حمله استان نفت خیز خوزستان بود. اما به زعم رهبران ایران هدف واقعی عراق، ضربه زدن به انقلاب اسلامی بود. زمان حمله طوری انتخاب شده بود که عراق انتظار داشت بسرعت به پیروزی دست یابد. هنگام حمله، ایران دومین سال انقلاب را می‌گذراند و در وضعی بود که بخاطر رقابتهای سیاسی داخلی و از هم پاشیدگی نسبی سازمان ارتش، در برابر حمله یک ارتش منظم، آسیب‌پذیر می‌نمود. عراق که بخاطر ایدئولوژی اسلامی ایران خود را در معرض خطر می‌دید، درصدد برآمد که به ایران حمله کند.

در اولین هفته‌های جنگ، مهاجمان عراقی پیروزیهایی داشتند که از آن جمله سقوط خرمشهر و محاصره آبادان بود. اما با فرارسیدن بهار ۱۳۶۰ ارتش و نیروهای انقلابی ایران موفق شدند که به طور کامل جلوی تجاوز عراق را بگیرند؛ و در ماههای بعد اکثر زمینهایی که در آغاز جنگ از دست رفته بود بازپس گرفته شد.

بحث از ریشه‌های این تعارض، علل جنگ ایران و عراق و سیر تحولات این جنگ تا به امروز که صحبت از صلح در میان است، خارج از موضوع ما می‌باشد.

رابین (Rubin) (۱) در گزارش جنگ ایران و عراق می‌نویسد: «جنگ ایران و عراق را می‌توان بعد از جنگ دوم جهانی خونین‌ترین درگیری بین‌المللی تلقی کرد.» بنا به گزارش ترنر (Turner) (۲) در اوائل جنگ تلفات انسانی طرفین به

* استادیار گروه مشاوران دانشکده تربیت معلم

۲۰۰۰۰۰ نفر و احتمالاً بیش از آن بالغ شد. بنابه آمار روزنامه وال - استریت در سال دوم جنگ بین ۶۰۰۰۰ تا ۱۲۰۰۰۰ نفر ایرانی و ۳۶۰۰۰ تا ۴۰۰۰۰ عراقی کشته شدند(۳). همین روزنامه روز بعد از قبول قطعنامه سازمان ملل توسط ایران نوشت که در این جنگ قریب به یک میلیون ایرانی و عراقی جان خود را از دست داده‌اند(۴). بنا به گزارش ۲۷ شهریور ۱۳۶۷ حجت‌الاسلام خاتمی معاون فرهنگی ستاد فرماندهی کل قوا و وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی، در جنگ هشت ساله ایران و عراق ۱۲۳۲۲۰۰ نفر در جبهه شهید شدند؛ حدود ۱۱ هزار نفر در اثر ترور، بمباران و موشک باران شهرها شهید گردیدند و ۶۰۷۱۱ نفر نیز مفقودالاثر شده‌اند که مجموعاً بر ۱۹۴۹۳۱ نفر بالغ می‌شود(۵). علاوه بر تلفات جانی باید به معلولیتهای جسمی و صدمات روانی رزمندگان دو طرف اشاره کرد. آوارگان و اسیران جنگی را هم باید به شمار اشخاص و خانواده‌هایی که به نوعی قربانی جنگ بوده‌اند، افزود. البته تمام این صدمات غیر از خرابیها و خسارات هنگفت مالی جنگ است که به مردم ستم کشیدهٔ کشور ما تحمیل شد.

اثر روانی این جنگ خانمانسوز بر فرد فرد رزمندگان و خانواده‌های آنان، انگیزه انجام این بررسی بوده است. امید است که این اثر با تمرکز بر زخمهای روانی جنگ، روانپزشکی نظامی و روشهای درمانی پشت جبهه، اختلال استرس بعد از ضربه روانخراش (Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD و بالاخره اشاراتی به روان‌درمانی این اختلال قدم کوچکی در این راه باشد. ارائه کامل روشهای درمانی موضوع مقاله دیگری خواهد بود.

زخمهای روانی جنگ

تاریخ نظامی نشان می‌دهد که هیچ انسانی از استرس جنگ ایمن نیست. هر سربازی در صحنهٔ نبرد پس از مدتی از نظر روانی بالاخره درهم خواهد شکست. در جنگ دوم جهانی ۵۰۴۰۰۰ سرباز آمریکایی در اثر فشار روانی از پا درآمدند. این شمار برای تشکیل پنجاه واحد نظامی نبرد کافی بود. در جنگ ۱۹۷۳ اعراب و اسرائیل، یک سوم تلفات نیروهای اسرائیلی ناشی از مشکلات روانی بود. تلفات مصری‌ها از این هم بیشتر بود. برآوردها نشان می‌دهد که شمار تلفات روانی شوروی و نیروهای ناتو طی یک جنگ سنتی در اروپا به ۴۰ تا ۵۰ درصد کل تلفات بالغ خواهد شد (۶). لذا موضوع بسیار جدی است. روانشناسی و روانپزشکی نظامی یک رشتهٔ در حال رشد می‌باشد و هنوز به کمال نزدیک نشده است. به قول گابریل، چون تجارب نظامی ارتشهای مختلف با هم مبادله نشده است، هنوز هم هیچ منبع جامعی - که بر اساس تجارب تاریخی به درمان عمیق شوک نبرد بپردازد - وجود ندارد.

تمایل متداول براین است که درهم شکستگی روانی سربازان یک مشکل جدید است. اما تجزیه و تحلیل جنگهای گذشته نشان می‌دهد که درهم شکستگی روانی تعداد کثیری از سربازان همواره یکی از عوامل مهم کاهش قدرت رزمی ارتشها بوده است. تمایل رایج دیگری هم هست و آن غافل ماندن از شدت و شمار سربازانی است که مغلوب صدمات روانی می‌شوند. یک سوءتفاهم دیگر هم این است که درهم شکستگی روانی در جنگ یک مشکل موقتی است که به سرعت و سهولت رفع می‌شود، در صورتی که، ضربه روانی یا روانخراشیدگی (Trauma) نبرد، سرباز را گرفتار عذاب وحشتناکی می‌کند. عذابی که بسیاری از سربازان هرگز از آن رهایی نمی‌یابند.

شناخت اولیه فروپاشیدگی روانی در صحنه نبرد به دوهزار سال قبل و تجارب نظامی یونانیان بر می‌گردد. به نظر یونانیان، عملکرد سرباز، معلول سجایا (Characters) یا شخصیت اوست. قهرمان کسی است که می‌تواند ترس خود را کنترل کند. سجایای اخلاقی، آموزش نظامی، و دلاوری در جنگ مرتبط بهم تلقی می‌شدند. یونانیان از قبول و بکارگیری تکنولوژی برتر نظامی ابا داشتند، چون می‌ترسیدند که تکنولوژی برتر، تفاوت بین افراد ترسو و شجاع را از بین ببرد. اما تیر و کمانهای دوربرد ایرانیان، بزدل و قهرمان را به تساوی می‌کشت. مشابه کاری که موشکهای دوربرد و بمبهای شیمیایی عراق در جنگ اخیر باایرانیان کرد.

تلقی سجایای سرباز بعنوان مهم‌ترین عامل کارساز در جنگ، قرنها به قوت خود باقی ماند. در جنگ اول جهانی از سربازان فرانسوی انتظار می‌رفت که تنها با نیروی شهامت بر تکنولوژی نظامی برتر آلمانها غلبه کنند. در نتیجهٔ این انتظار نامعقول هزاران سرباز فرانسوی در مقابل مسلسلهای دشمن جان خود را از دست دادند. روز اول ژوئیه ۱۹۱۶ در نبرد سام (Somme) طی مدتی کمتر از چهار ساعت ۵۲۰۰۰ سرباز انگلیسی کشته و زخمی شدند؛ با این حال، اسطورهٔ سجایای روحی و اخلاقی سرباز بعنوان یک عامل تعیین کننده نبرد، هنوز هم پا برجاست.

روشهای متداول کنترل سربازان - از عهد باستان تا جنگ دوم جهانی - عبارت بوده است از: تشدید سختی و انضباط نظامی؛ استفاده از عزت نفس سرباز؛ تشکیل واحدهایی متشکل از همشهریان برای تقویت همبستگی؛ استفاده از مواد شیمیایی از جمله مواد مخدر؛ توسل به آیینهای مذهبی؛ استفاده از پلیس پشت جبهه برای دستگیری و تنبیه کسانی که از جبهه می‌گریختند؛ متقاعد کردن سربازان از ارزش والاتر رفتار صحیح؛ ایجاد ترس از افسران خودی؛ شلاق زدن، گرسنگی، توسل به خالکوبی و یا زدن داغ بزدلی بر تن رزمندگان؛ تهدید به اعدام و نیز اعدام در ملاء عام. اما هیچیک از این روشها موفق نبودند، زیرا خصلت سجایای سرباز ارتباط چندانی به قدرت او در مقابل فشار یا استرس روانی نبرد ندارد (۶).

آنچه که مآلاً در «راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی» انجمن روانپزشکی آمریکا در سال ۱۹۸۰ بعنوان «اختلال

استرس بعد از ضربه روانخراش» به رسمیت شناخته شد، دارای یک تاریخچهٔ طولانی است که قرنها بعنوان یک مشکل روانی متداول مورد بررسی بوده است. از جمله دیگر اصطلاحات مربوط به مسائل روانی نبرد می‌توان از شوک انفجار، نوروز جنگ، خستگی جنگ (Combat fatique)، کوفتگی نبرد، سندروم بعد از ویتنام (Post-Vietnam- syndrome) سندروم جان به دربردگان (Survivor syndrome)، عارضه استرس ناشی از جنگ (Combat-relates stress disorder) نام برد. رها کردن اصطلاح «شوک انفجار» و استفاده از اصطلاح علمی تر «نوروز جنگ» ۲۵ سال طول کشید. کاردینر (Kardiner) معتقد است که به رغم وجود منابع فراوان، هیچ زمینه‌ای در روانپزشکی تا این حد مغشوش نیست و هر نویسنده از دید خود به مسئله می‌نگرد.

موضوع مسائل روانی جنگ همواره در زمان جنگ مورد توجه فراوان بوده و به عکس در زمان صلح به طور کامل به دست فراموشی سپرده می‌شود. این نکته مهمی است که نباید از آن غافل باشیم و اجازه دهیم که تجارب جنگ اخیر ما با عراق مکتوم بماند و فراموش شود. از غندی (۸) می‌نویسد: «...تحقیقاتی که در زمینهٔ مسائل نظامی و جنگ انجام گرفته بیشتر توسط فرماندهی سپاه پاسداران و وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی بوده و بدین خاطر هیچ پیوندی با مراکز علمی - پژوهشی ندارد و از تجارب دانشگاهیان بی‌بهره است». بهر حال با توجه به اهمیت مسئله و ابعاد تلفات روانی جنگ، لازم است که تشکیلات مفروض روانپزشکی و روانـدرمانی ارتش، با استفاده از تجربه‌های سایر کشورها، در این زمینه مطالعات جدی و دامنه‌داری به عمل آورند و بویژه تجارت جنگ اخیر را مغتنم بشمارند.

روان‌درمانی در منطقه نبرد

روانپزشکی نظامی به دنبال پیداکردن راه حلهای شیمیایی و یافتن داروهایی است که هدف آنها جلوگیری یا به تعویق انداختن بروز نشانه‌های مرضی شوک نبرد می‌باشد. راه حلهای شیمیایی دارای پیشینهٔ تاریخی طولانی است. وایکینگ‌ها در قرن نهم از یک محرک شیمیایی استفاده می‌کردند که از ادرار آهو ساخته می‌شد. سرخپوستان آمریکا قبل از جنگ مواد مخدر مصرف می‌کردند. به سربازان انگلیسی همیشه قبل از نبرد، قدری عرق نیشکر می‌دادند. سربازان آمریکا در ویتنام از ماری جوانا، هروئین و یا تریاک استفاده می‌کردند. به سربازان شوروی هم در جنگ دوم برای تسکین اعصاب مواد مخدر داده می‌شد.

وجود مستمر واکنشهای ضربه روانخراش نبرد در طول تاریخ و خلاقیت ذهن انسان برای یافتن راههای نجات خود از خطرات نبرد، شگفت‌انگیز است. انواع گوناگون نشانه‌های مرضی و رفتارهای نابهنجار برای نجات سربازان از وحشت صحنهٔ نبرد پدید آمده است. هر گونه شرایط تازه منجر به پیدایش نشانه‌های مرضی جدید شده است. نکتهٔ اصلی این است که تراکم فشار روانی، صرفنظر از هر اقدام پیشگیرانه، خود را به نوعی نشان خواهد داد؛ بنابراین، اگر استرس شدیدصحنه نبرد بخوبی درمان نشود بالاخره خود را به شکلهای گوناگون از قبیل زخم زدن به خویشتن یا خودزنی، صدمات جسمانی تصادفی، سردردهای شدید و حتی بیماریهای مقاربتی نشان خواهد داد. با افزایش قدرت کشتار سلاحها، شمار سربازانی که از نشانه‌های مرضی شوک نبرد رنج می‌برند نیز افزایش خواهد یافت.

در دنباله مطلب، به مرور روان‌درمانی نظامی طی جنگ داخلی آمریکا، جنگ‌های بین‌الملل و نهایتاً جنگهای کره و ویتنام می‌پردازیم. تعداد سربازان کشته و زخمی شدهٔ آمریکا در جنگ داخلی از هر جنگ دیگری در تاریخ این کشور بیشتر است. روانپزشکی در آن زمان هنوز دروهٔ نوپایی خود را می‌گذراند، اما روانپزشکان از اثرات فلج کننده نیروهای عاطفی آگاه بودند. در آن زمان، بیشتر به ارتباط فیزیولوژی مغز با اختلالات رفتاری تأکید می‌شد. هیچیک از بیمارستانهای روانی آمریکا به مشکلات عاطفی نظامیان اختصاص داده نشده بود. درمان انسانگرانهٔ پینل (Pinel) در فرانسه راه خود را تازه آغاز کرده بود. ارتش حتی یک روانپزشک نداشت. دید غالب این بود که فقط ترسوها از نظر روانی از پا در می‌آیند. هنوز از داروهای بیحسی و بیهوشی خبری نبود و عفونت را جزیی از درمان می‌پنداشتند. جراحان ارتش در گتیسبرگ - چون ناگزیر بودند که اعضای بدن بسیاری از سربازان را در حالت هوشیاری قطع کنند - از پا در می‌آمدند. بهر حال، بنظر می‌رسد که نبودن روانپزشک یکی از مشکلات عمده جنگ داخلی آمریکا بود.

جنگ داخلی با سلاحهای جدید و بسیار مخرب پدر جنگهای مدرن محسوب می‌شود. نتیجه تکنولوژی جدید جنگ، افزایش شدید تعداد کشته‌شدگان، زخمی‌ها و نیز تلفات روانی بود. چون وزارت جنگ به مشکلات روانی بی‌اعتنا بود، بناچار جراحان، درگیر درمان مشکلات عاطفی بودند. در آمریکا در سال ۱۹۶۳ اولین بیمارستان نظامی برای درمان عوارض روانی جنگ داخلی تأسیس شد. ۵۹ درصد از سربازان بخاطر بیماری عصبی مرخص می‌شدند که بروز آن به شکل صرع و فلج بود که در واقع نوعی واکنش تبدیلی یا هیستریک است. شش درصد سربازان با عنوان کلی دیوانگی ناشی از جنگ مرخص شدند. رواج نشانه‌های روانی باعث شد که اولین برنامه ارزیابی روانی احضارشدگان ارتش اتحادیه ارائه گردد. اوائل، سربازانی که سلامت روانی خود را از دست می‌دادند فوراً از خدمت منفصل می‌شدند. برخی از آنان که در مناطق روستایی رها می‌شدند از گرسنگی می‌مردند. تعداد سربازان شوکه شده ارتش اتحادیه که در سراسر کشور سرگردان

بودند به چندین هزار نفر بالغ گردید. بالاخره در ۱۸۶۳ موضوع باعث اعتراض همگانی شد، تا اینکه ارتش اخراج سربازان روانی را ممنوع کرد. سالها بعد از جنگ یک مقاله یا کتابی راجع به درهم شکستگی روانی سربازان منتشر نشد. بیمارستان روانی ارتش هم بسته شد و دولت برای آسیب‌دیدگان روانی هیچ کاری نکرد. استفاده نکردن از این تجارب در جنگ اول جهانی دامن ارتش آمریکا را گرفت.

در جنگ کریمه که در سالهای ۵۶-۱۸۵۳ بین روس و عثمانی در گرفت، پزشکان ارتش روسیه - برخلاف انگلیسی‌ها و آمریکایی‌ها - در جنگ داخلی، به مسئله شوک انفجار، هنگام و بعد از این جنگ توجه کردند. در نتیجه، هنگام جنگ ۵-۱۹۰۴ روس و ژاپن، روسها آمادهٔ پرداختن به این مسئله به شیوه‌ای جدید و پیشرفته بودند که می‌توان آن را تولد روانپزشکی نظامی تلقی کرد. ارتش روسیه در ۱۹۰۵، اولین ارتش جهان بود که درصدد جلوگیری و درمان سقوط روانی سربازان خود برآمد.

شمار تلفات روانی که به پشت جبهه تخلیه و فرستاده شدند، اولین نمونهٔ جدید سندرم تخلیه (Evacuation syndrome) را بهمراه داشت. یعنی، شمار سربازانی که برای فرار از وحشت جبهه دچار نشانه‌های مرضی می‌شدند، بشدت افزایش یافت. مشکل دستاورد ثانوی (Secondary gain) را روسها تشخیص دادند. طبق این مشکل، هر قدر سربازی که دچار شوک انفجار است از خط مقدم دورتر شود، بخاطر تداوم ناخودآگاه نشانه‌های مرضی، احتمال بهبودی او کمتر می‌شود. با وجود این یافته‌ها، تلفات روانی ارتشهای متفقین - حتی در جنگ دوم جهانی - به هزاران سپاهی بالغ می‌شد: چون آنان این گونه مصدومان را به پشت جبهه - که با جبهه فاصله زیادی داشت - انتقال می‌دادند. بنابراین، می‌توان گفت که روانپزشکان ارتش روسیه نخستین روانپزشکانی بودند که نزدیک خط مقدم مستقر شدند. اکثر این روانپزشکان از بیمارستانهای روانی غیر نظامی آمده بودند و در زمینهٔ مشکلات روانی ارتش آموزش لازم را ندیده بودند. تا جنگ اول جهانی هنوز چیزی تحت عنوان «روانپزشکی نظامی» وجود نداشت. در جنگ ۱۹۰۵ واحدهای روانپزشکی ارتش روسیه شامل یک روانپزشک یا نورولوژیست، یک دستیار پزشک، و سه پزشک بود. روسها همچنین اولین بیمارستان روانی را در هاربین (Harbin) منچوری بلافاصله پشت خط مقدم بنیاد نهادند. در این بیمارستان روزانه به ۴۳ تا ۹۰ نفر پذیرش داده می‌شد. ارتش روسیه اولین ارتشی است که طبقه بندی مشکلات روانی ناشی از فشار روانی یا تشویش نبرد را تعیین کرده است. آنان در تدوین اولین نظریه تشویش نبرد هم پیشگام بودند. تا سال ۱۹۱۷ هیچیک از ارتشهای غربی تا به این حد سازمان یافته نبودند.

اصل «نزدیکی» و «فوریت» در روانپزشکی نظامی را روسها بنیان نهادند(۶). در تمام ارتشهای دنیا این دو اصل به اضافهٔ اصل «انتظار» هنوز هم زیربنای روانپزشکی نظامی را تشکیل می‌دهند. معنی این سه اصل که درمان آسیبهای روانی جنگ متکی به آنها می‌باشد، این است که «فرد باید بلافاصله بعد از بروز نشانه‌های مرضی فلج کننده، در اسرع وقت ممکن درمان شود. محل درمان او بایستی تا حد امکان به واحد و همقطارانش نزدیک باشد؛ این انتظار در او قوت گیرد که بهبود می‌یابد و به خدمت باز می‌گردد»(۹). این اصول توسط آمریکائیان در جنگ کره و ویتنام با موفقیت قابل توجهی به کار گرفته شدند. همین اصول یا به اصطلاح «درمان پیش» (Forward treatment) را متخصصان اسرائیلی فراگرفتند و بعد از جنگ ۱۹۷۳ اعراب و اسرائیل آن را بکار بردند.

علی‌رغم تجاربی که روسها در زمینهٔ تلفات روانی جنگ، ده سال قبل از جنگ اول جهانی کسب کرده بودند، شمار عظیم تلفات روانی جنگ اول، تشکیلات پزشکی غرب را به این اندیشه واداشته بود که آنها با یک پدیدهٔ کاملاً تازه مواجه‌اند. بدین معنی که «جنگ جاری اولین جنگی است که در آن بیماریهای کنشی اعصاب یک مشکل عمده پزشکی - نظامی به بار آورده است»(۱۰). عقیده بر این بود که اکثر موارد ناشی از سلاحهای جدید، خصوصاً توپخانه کالیبر بزرگ است که باعث اغتشاش در فیزیولوژی مغز می‌شود.

تلفات روانی ارتشهای انگلیس و فرانسه طی سال اول جنگ تا مسافت دوری به پشت جبهه تخلیه می‌شدند. یعنی به جایی که شمار کوچکی از آنها بهبود می‌یافتند و تقریباً هیچکدام به منطقه نبرد باز نمی‌گردیدند. در فرانسه مخالفت با جنگ، دولت را بر آن داشت که در ۱۹۱۷ تخلیه تلفات را به بیمارستانهای غیر نظامی متوقف کند. در این هنگام، هم انگلیسیها و هم فرانسویها نزدیک به جبهه به درمان آسیبهای روانی می‌پرداختند. وقتی داستانهای مربوط به تلفات روانی به آمریکا رسید، وزارت جنگ آمریکا درست قبل از ورود به جنگ در ۱۹۱۷ نظر خود را به تلفات روانی جنگ معطوف کرد. دکتر توماس سلمون (Salmon) برای فراگیری طرز برخورد انگلیسیها و فرانسویان با این مشکل از انگلیس دیدن کرد. «درمان جلو» برای آسیبهای روانی را آمریکائیان پس از روسها و آلمانها شروع کردند.

اصل مهم «انتظار» شناخته شد. طبق این اصل، کارکنان درمانی به سرباز می‌گفتند که از او انتظار می‌رود به محض بهبودی به واحد خود برگردد. به او گفته می‌شد که جدایی از واحد برای خود او و رفقایش که خواستار بازگشت او هستند، مضّر است. این اصل در جنگ دوم جهانی اهمیت خود را برای جلوگیری از بروز مسئله «دستاورد ثانوی» ثابت کرد.

روانپزشکان ارتش آمریکا دریافتند که صدمات عاطفی بیش از آسیبهای مغزی باعث بروز نشانه‌های مرضی - روانی می‌شود. از دیگر یافته‌های آنها این بود که بسیاری از نشانه‌های مرضی با حداکثر هفت

روز استراحت، تغذیه، تشویق، تلقین، ترغیب و دور بودن از نبرد از بین می‌رود(۱۱). هیپنوتیزم و درمانهای الکتروشوک که مورد استفاده سایر ارتشهاست، در ارتش آمریکا بندرت به کار رفته است. در نتیجهٔ درمان، حدود ۴۰ درصد از آسیب دیدگان به صحنه نبرد باز می‌گشتند، گرچه بسیاری از آنها مجدداً دچار صدمات روانی می‌شدند و باز هم از صحنه خارج می‌شدند. وقتی ارتش مجبور به جابجایی سریع، از یک محل به محل دیگر، باشد رعایت بویژه اصل «نزدیکی» دشوار می‌شود.

ارتش آمریکا به رغم دانشی که تا آن زمان کسب کرده بود، هنوز بر این باور بود که از پا در آمدن رزمندگان در میدان جنگ بخاطر ضعف شخصیت افراد بوده است؛ در صورتی که باید این درس را بخوبی می‌آموختند که تمام آدمها بعنوان یک واکنش طبیعی در برابر شرایط ناسالم جنگ، مقهور درهم شکستگی روانی‌اند. یک نتیجه گیری غلط این بود که اگر افراد «نامناسب» حذف شوند، مشکل از بین خواهد رفت. لذا سعی فراوانی صرف ساختن آزمونهای روانی برای شناخت و حذف اشخاصی شد که گمان می‌رفت مستعد از پا در آمدن بودند.

در جنگ جهانی دوّم، تلاش اصلی ارتش آمریکا، با استفاده از بهترین آزمونهای روانی موجود، جهت شناسایی سربازان برای جدا کردن افراد نامناسب، متمرکز بود. در نتیجه، ۱۸/۵ درصد داوطلبان حذف شدند. لذا انتظار می‌رفت که میزان درهم شکستگی روانی در پایینترین سطح باشد؛ اما، میزان سربازانی که در بیمارستانهای روانی پذیرفته شدند به اندازه جنگ اول جهانی بود: یعنی تلفات روانی بزرگترین قشر اشخاص از پا درآمده‌ای را تشکیل می‌داد که در جنگ دوم از خدمت مرخص شدند(۱۲). بعضی واحدها صددرصد تلفات روانی داشتند. به طور متوسط ۳۵٪ تلفات غیر جانی را تلفات روانی تشکیل می‌داد. تا زمان تأسیس یک واحد روانپزشکی در ارتش پنجم مستقر در شبه جزیره ایتالیا در سال ۱۹۴۳، امکانات درمان صدمات روانی در سطح نیروهای صحنه نبرد و یا در منطقه ارتباطی وجود نداشت(۱۱). روش معمول، تخلیه به پشت جبهه بود. بعدها، همان سلسله مراتب درمانی جنگ اول دوباره برقرار شد، اما عملکرد آن هرگز به پای جنگ اول نرسید. اطلاعات و تجارب مربوط به صدمات و تلفات روانی، بعد از جنگ توسط بخش پزشکی ارتش جمع‌آوری و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. درسی که این تجربه‌ها آموخت آن بود که تمام سربازان، صرفنظر از وقتی که در انتخاب یا گزینش آنان بکار رفته باشد، تابع درهم شکستگی روانی‌اند. دامنهٔ مشکل، گسترده‌تر از آن بود که غیرعادی یا نابهنجار تلقی شود. لذا «روان نژندی» به «کوفتگی نبرد» تغییر عنوان یافت. حتی کهنه رزم‌آورانی که به شهامت معروف بودند از پا در می‌آمدند؛ پدیده‌ای که به سندروم کهنه سرباز (Old soldier's syndrome) معروف شد. سوانک و مارچاند (Swank and Marchand) (۱۳) دریافتند که بعد از ۳۵ روز فشار روانی یا تشویش نبرد، ۹۸ درصد رزمندگان از خود نشانه‌های مرضی روانی بروز می‌دهند.

درس دیگر تجارب جنگ دوم این بود که ریشه‌های جلوگیری از شوک نبرد در «همبستگی» قوی گروه همگنان نهفته است. «همبستگی واحد، پاسخگوی تمایل طبیعی انسان سالم به تنها نبودن در هنگام فشار و تشویش است. علاوه بر این، نیاز شدید به با شهامت محسوب شدن، یا لااقل در چشم سایر هم رزمان «نترس بودن» را نیز همبستگی واحد ارضا می‌کند» (۶).

ارتش آمریکا با استفاده از تجارب دو جنگ جهانی، برای مقابله با تلاشی روانی جنگ کره در ۱۹۵۰ آمادگی کامل داشت. تلفات تا حدی از جنگ دوم کمتر بود. واکنشهای روانی به طور کلی ملایمتر بود و بیشتر رزمندگانی که آسیب روانی دیده بودند، بار دیگر به صحنه نبرد بازگشتند. در ظرف ۶ تا ۸ هفته بعد از آغاز جنگ کره، «درمان جلو» در سطوح گردان و هنگ با استفاده از روشها و عملکرد مؤثر روانپزشکی در نیمه دوم جنگ دوم، تأسیس شد. فنون ساده «درمان جلو» توسط افسری که طب عمومی را گذرانده و بخوبی توجیه شده بود، اجرا می‌شد. روانپزشک لشگر بیشتر نقش مشاور را ایفا می‌کرد تا درمان. او مرتباً از پستهای پشتیبانی بازدید می‌کرد تا روشهای روان درمانی نبرد را تعلیم دهد؛ و در صورتی که موارد حاد و مبهم روی دهد، همکاری لازم را بنماید. موارد خفیفتر در سطوح گردان و هنگ درمان می‌شد و به واحد روانی لشگر منتقل می‌شدند(۱۱). در اثر بکارگیری «درمان جلو» شمار بهبود یافتگان افزایش یافت؛ از اضطراب بیماران کاسته گردید؛ همبستگی عاطفی گروه نبرد حفظ شد و ابتلا به بیماریهای ناشی از تخلیه خنثی شد. درمانی که در سطوح گردان و هنگ صورت می‌گیرد، مناسب شرایط عقب نشینی یا سایر شرایط نامساعد نیست.

اصل دیگری که در جنگ کره و جنگهای جهانی مورد توجه قرار گرفت این بود که «با انتقال روانپزشکان از پشت جبهه به منطقهٔ نبرد، اطمینان آنان در رسیدگی به بیماران افزایش یافت» (۱۱). برای روانپزشک، قضاوت بالینی فرسنگها پشت جبهه - به علت همانند سازی با نیازها و خواسته‌های بیمار و احساس گناه و احساس مسؤولیت فرستادن بیمار به منطقه پرخطر جبهه - دشوار بود، اما، در جبهه می‌توانست به عوض نیازها و خواسته‌های فرد بیمار با مصلحت کل گروه همانندسازی کند.

اصول فوریت، نزدیکی و انتظار طی تجربه‌های بالینی جنگ دوم و جنگ کره پالایش شد. در نتیجه، شمار سنگین آسیبهای روانی منطقهٔ نبرد در جنگ ویتنام فوق‌العاده کاهش یافت، که مطمئناً یکی از دلایل آن، حضور تیم‌های روانپزشکی بود. دلایل دیگر آن بشرح زیر بود:

ویتنام جنگ محدودتری بود؛ شمار و مدت درگیریهای وسیع کمتر بود (حداکثر چند روز)؛ طرف مقابل بخاطر فقدان نیروی

هوایی و محدودیت توپخانه از وارد آوردن تلفات سنگین عاجز بود؛ جنگ ویتنام، جنگ اردوگاهها بود (یعنی چند روز جستجوی دشمن در بیشه‌ها و سپس بازگشت به اردوهای امن و راحت در پایگاه)؛ برای اکثر سربازان استرس نبرد ناچیز بود و یا وجود نداشت؛ ارتش در پشت جبهه دارای نیروهای پشتیبانی متعدد (شش برابر شمار رزمندگان خط مقدم) بود؛ مدت خدمت فقط یک سال بود؛ بعلاوه عوامل دیگری - از قبیل مواد مخدر، موسیقی، تلفن به خانه و غیره - وجود داشت که همگی در کاهش تنش تأثیر داشتند. با این حال، در موارد اوج درگیری نظامی، شمار تلفات روانی به سطح جنگ دوم و جنگ کره نزدیک می‌شد.

اداره و رسیدگی به تلفات روانی منطقهٔ نبرد ویتنام به صورت زیر بود: هر لشکر توپخانهٔ ارتش دارای یک روانپزشک بود که مشاور پزشکان عمومی لشکر بود. یک افسر مددکار اجتماعی و شش تا هشت پزشک که کارآموزی روانی دیده بودند، با او همکاری می‌کردند. محل استقرار روانپزشک و افسران مددکار در اردوی پایگاه لشکر بود، اما پزشکان به منطقهٔ نبرد نزدیکتر بودند.

وقتی سرباز رزمنده یا غیر رزمنده از نظر روانی در هم می‌شکست و یا دچار نشانه‌های مرضی می‌شد، به نزدیکترین قرارگاه انتقال می‌یافت. بلاک (Bloch) (۹) عملکرد پزشک دوره دیده را این گونه توصیف می‌کند: «پزشک او را به محل ساکتی می‌برد؛ وی را به بیان یا مرور وقایع روانخراش تشویق می‌کند؛ به او اطمینان می‌دهد؛ بعد از یک غذای گرم به او اجازه می‌دهد که تمام شب را بخوابد؛ در صورت لزوم به پزشک عمومی دستور دارو می‌دهد و سپس صبح روز بعد او را به محل خدمت باز می‌گرداند».

موارد حادتر یا در قرارگاه نگهداری می‌شدند تا روانپزشک از آنان دیدن کند و یا آنها را با هلی‌کوپتر به اردوگاه لشکر منتقل می‌کردند تا روانپزشک آنان را معاینه کند. روانپزشک، بیمار را تا یک هفته برای بررسی یا درمان مختصر بستری می‌کرد. کسانی که نشانه‌های مرضی صعب‌العلاج داشتند برای درمان بیشتر به یکی از دو تیم درمانی «روانپزشکی اعصاب (Neuropsychiatric)» مستقر در ویتنام فرستاده می‌شدند. این تیمها را سه تا پنج روانپزشک، یک عصب شناس، یک روانشناس بالینی، دو افسر مددکار اجتماعی، یک پرستار روانپزشکی و ۲۰ تا ۳۰ عضو ساده تعلیم دیده تشکیل می‌دادند.

بهر حال، با اینکه در جنگ ویتنام به شمار تلفات روانی تخلیه شده به پشت جبهه از هر جنگ دیگر آمریکا در قرن حاضر کمتر بوده است، «بسیاری از سربازان این جنگ به تعدادی بیش از هر جنگ دیگر، با نشانه‌های مرضی روانی متعدد و بدون جلب توجه مقامات پزشکی ارتش، صحنه نبرد را ترک کردند و بعد از بازگشت به وطن نشانه‌های شدید مرضی آنان بروز کرد... شمار سربازانی که از، عارضه تشویش پس از ضربه روانخراش، در رنج بودند بین ۵۰۰۰۰۰ تا ۱۵۰۰۰۰۰ نفر تخمین زده شد. اگر این ارقام صحیح باشد، در تاریخ آمریکا ویتنام بیش از هر جنگ دیگری تلفات روانی به بار آورده است» (۶).

اختلال استرس پس از ضربه روانخراش

بروز نشانه‌های ذهنی بیمار گونه پس از تصادف، یک مشکل قدیمی و شناخته شده است. بعد از وقایع فاجعه آمیز و از جمله حوادث طبیعی، این قبیل نشانه‌های مرضی دامنگیر اشخاص می‌شود. دو عامل مهمی که باعث شد «اختلال بعد از ضربه روانخراش» مورد توجه قرار گیرد، عبارتند از اول جنگ، خصوصاً جنگ داخلی آمریکا؛ و دیگر تدوین قوانین غرامت برای صدماتی که هنگام انجام وظیفه به اشخاص وارد می‌شود.

اصطلاح «شوک انفجار» را مات (Mott) در ۱۹۱۹ برای وضعیتی بکار برد که در اثر منواکسید کربن یا تغییراتمسفر به مغز آسیب رسد (۱۴). اصطلاح «شوک انفجار» بعدها به شوک ضربه مغزی (Concussion shock) و شوک انفجار تقسیم شد. در مورد دومی فرض بر این بود که این شوک، به علل روانی بستگی دارد. رویکرد روانشناختی به علت شناسی و درمان شوک انفجار مورد قبول عصب شناسان قرار گرفت و از هیپنوتیزم بعنوان یک فن درمانی استفاده شد. تشخیص اینکه شوک انفجار اختلال روانی است و نه اختلال فیزیولوژیک، دو سوم قرن به درازا کشید.

پس از جنگهای کره و ویتنام نظر عموم به مسئله نوروز جنگ معطوف شد. بویژه پیامد جنگ ویتنام درباره نشانه‌های مرضی استرس درازمدت، مزمن، و توأم با تأخیر گزارشهای زیادی منتشر شد. شکل‌گیری مفهوم اختلال استرس بعد از ضربه روانخراش بصورتی که در «راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی - شماره III» آمده، از یک زمینه و گذشتهٔ طولانی برخواسته است. پالایش این مفهوم برای روانپزشکان آمریکایی بیش از ۶۰ سال وقت گرفت. اختلال استرس بعد از ضربه روانخراش دلالت می‌کند بر بروز نشانه‌های مرضی خصلتی (Characteristic symptoms) متعاقب خراشیدگی روانی ناشی از حادثه‌ای که خارج از دامنه تجارب انسانی است، ظاهر می‌شود (۱۵).

نشانه‌های اختلال استرس بعد از ضربهٔ روانخراش هنگام بروز حادثهٔ عامل روانخراشیدگی بندرت دیده می‌شود. این نشانه‌ها در صحنه نبرد که مردان خسته، کوفته و وحشتزده هستند، بروز نمی‌کند. شروع نشانه‌ها شاید با تأخیر همراه باشد، اما وقتی ظاهر شد ممکن است تا مدت زیادی به درازا انجامد. مطالعهٔ موارد جنگ دوم نشان می‌دهد که واکنش شدید استرس یا تشویش نبرد حتی تا ۳۰ سال در فرد باقیمانده است.

نشانه‌های مرضی و واکنش اختلال استرس بعد از ضربه روانخراش

مشخصهٔ اساسی اختلال استرس بعد از ضربهٔ روانخراش عبارتست از بروز نشانه‌های مرضی خصلتی، پیامد یک واقعه روان - پریش که خارج از دامنه تجارب متعارف انسان است» (۱۶). این اختلال معمولاً با تجربه کردن بلا، ترس و وحشت، درماندگی و استیصال همراه است. از شاخصهای اختلال تشویش پس از ضربه روانخراش، وجود عامل تشویش یا استرس بسیار شدیدی است که تقریباً در هر کسی نشانه‌های بارز پریشانی ظاهر می‌کند؛ این نشانه‌ها عبارتند از تجربه مکرر روانخراش یا ضربهٔ روانی از طریق یادآوری فاجعه، افکار مخل، تضعیف واکنش یا ارتباط با جهان بیرون، و دیگر نشانه‌های خاص از قبیل اختلال خواب، گناه بدون جزا، حساسیت مفرط، نقص حافظه و الا آخر (۱۵). کاردینر (۷) می‌نویسد «وضعیت زمان جنگ چنان پیچیده است که هیچ وجهی از شخصیت انسان نیست که دچار شدیدترین استرس هانشود».

نشانه‌های استرس بعد از ضربه روانخراش، از یک سو معلول ماهیت روانخراشیدگی یا ضربه روانی جنگ می‌باشد، و از سوی دیگر معلول شرایط روانی-اجتماعی، قبل و بعد از آن، و همچنین ویژگیهای خود شخص است.

واکنشهای معمول نسبت به روانخراشیدگی عبارتند از نفی و کرختی، و افکار و خاطرات مخل و تکراری که خود بخود بیمارگونه نیستند(۱۷). اختلالات خواب، کابوسهای وحشتناک، یادآوریهای منفی روانخراشیدگی، اوج گیری مکرر هیجانات دردناک و اجتناب از یادآوری فاجعهٔ روانخراش تا حدی متداول است.

در تفکیک روند بهبودی تشویش «طبیعی» از تشویش ناشی از «اختلال»، دو عامل را باید در نظر گرفت: ۱) میزان کنترل بر افکار مخل و تکراری؛ و ۲) شدت اثر نشانه‌ها بر عملکرد اجتماعی رزمندگان.

کراپنیک (Krupnik) و هورویتز، و بسیاری دیگر نشانه‌ها و واکنشهای پس از روانخراشیدگی را چنین برشمرده‌اند: ۱) ترس از تکرار واقعی فاجعهٔ روانخراش یا افکار مخل؛ ۲) ترس از صدمه دیدن همچون قربانیان فاجعه؛ ۳) ترس از رفتار و سائق‌های پرخاشگرانه؛ ۴) عذاب ناشی از عجز و ممانعت از بروز فاجعهٔ روانخراش و عواقب و آثار آن؛ ۵) خشم نسبت به منشاء فاجعه، یا هر شخصی که با فاجعه روانخراش تداعی می‌شود؛ ۶) ناراحت بودن از سائق‌های پرخاشگرانه نسبت به اشخاصی که با ناکامیهای شخصی ناشی از فاجعهٔ روانخراش تداعی می‌شوند؛ ۷) خشم نسبت به کسانی که از فاجعه روانخراش و یا صدمه معاف بوده‌اند؛ ۸) احساس گناه بخاطر مانع نشدن از وقوع فاجعه؛ ۹) گناه کردن بدون جزا دیدن؛ ۱۰) غصه بخاطر از دست دادن دیگران و وجوه از دست رفتهٔ وجود خود، مانند معصوم بودن، و غیرو؛ ۱۱) انزوا، از خودبیگانگی و بدگمانی نسبت به مراجع قدرت؛ ۱۲) اختلالات اعتیاد، خطر کردن و قمار بازی؛ ۱۳) شکایت از ناراحتیهای روان تنی از قبیل میگرن، سندروم ناحیه پایین پشت (Lowback Syndrome)، فشار خون یا تنش زیاد، و غیرو؛ ۱۴) تغییرات سبک زندگی یا سردرگمی در مورد ارزشها و معنای زندگی، از جمله کمکاری، رفتار ضداجتماعی، و غیرو.

دیگر روانخراشیدگیهای قبل یا بعد از فاجعهٔ روانخراش جنگ وضع را بدتر می‌کند: مثلاً مرگ نابهنگام یک عزیز می‌تواند به داغدیدگی و سایر نشانه‌های مرضی آن منجر شود.

بعضی از مطالعات مربوط به رزمندگان جنگ ویتنام نشاندهندهٔ رابطهٔ عوامل پیش از خدمت نظام و بروز اختلال استرس بعد از ضربه روانخراش است. از سوی دیگر، مطالعات مربوط به بلاهای طبیعی، بین عوامل پیش از روانخراشیدگی و نشانه‌های بعد از آن، یا رابطه‌ای نشان نمی‌دهد و یا رابطه ناچیز است.

تجارب بالینی نشان می‌دهد که چندین نوع اختلال و ترس بعد از ضربه روانخراش توأم با تأخیر وجود دارد: شروع فوری نشانه‌های مرضی؛ یک دوره طولانی فاقد نشانه و بروز مجدد نشانه‌ها؛ بدتر شدن تدریجی طی چندین سال و بالاخره یک دوره زندگی طولانی بدون نشانه و سپس بروز نشانه‌های تحریک شده اختلال.

در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی -شماره III ، اختلال تشویش بعد از ضربه روانخراش به دو نوع حاد و مزمن (یا توأم با تأخیر) طبقه بندی شده بود (۱۵). اما در ویرایش جدید این راهنما این دو نوع بعنوان دو طبقه مجزا حذف شده است (۱۶).

هر چه درمان اختلال استرس بعد از ضربه روانخراش بیشتر به تأخیر افتد، بیشتر جایگزین می‌شود و جنبه ناسازگاری آن نیز زیادتر می‌شود. مقابله ناسازگارانه و الگوهای انکار، از قبیل خشم، رفتار انفجاری و ضداجتماعی، امیال تلافی جویانه و پارانویا در حالتهای مزمن و حاد این اختلال می‌تواند به مرحله‌ای برسد که، همپای درمان اختلال روانخراش، به درمان خاص این حالات هم نیاز باشد.

ارزیابی بیشتر برای تشخیص

علاوه بر واکنشها و نشانه‌های مرضی یاد شده، برای تشخیص جامع این اختلال باید لااقل چهار عامل را در مراحل قبل از وقوع روانخراشیدگی، هنگام وقوع، و پس از آن در نظر گرفت:

۱) ارزیابی مربوط به قبل از وقوع «روانخراشیدگی» بایستی در برگیرندهٔ رابطه بیمار با مراجع قدرت و همسالان، الگوهای رفتاری در خانه، مدرسه، محل کار و زندگی اجتماعی، و همچنین عوامل اقتصادی - اجتماعی باشد. اعتیاد یا مشکلاتی که فرد با مراجع قدرت و نهادهادارد دال بر اختلالات شخصیت است، نه خود اختلال

استرس پس از ضربهٔ روانخراش. با اینکه تفکیک بین اختلالات شخصیت و اختلال استرس بعد از ضربه روانخراش می‌تواند دشوار باشد، در عین حال این دو اختلال ممکن است ملازم یکدیگر باشند. یک ویژگی تفکیک کننده این دو اختلال این است که در اختلال

مراجع

1) Rubin B: The Iran-Iraq War. in: Escalation and intervention: Multilateral security and its Alternatives. A R Day & M W Dyle (eds), Boulder Co, Westview

Oxford Medical Publicans, 1919

15) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-III. Washington D.C., 1980

16) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder, DSM-III-R, Washington D.C., 1987

17) Horowitz M, Wilner N, & Alvarez W: Impact of event scale. A measure of subjective stress. psychosomatic Medicine 41 (3): 209-218, 1979

18) Krupnick J & Horowitz M: Stress response syndromes. Archives of General Psychiatry 38: 428-435, 1981

19) Scurfield R M: Post-traumatic stress assessment and treatment. Overview and formulations. In: Trauma and its wake. The study and treatment of post-traumatic stress disorder. C R Figley (Ed.), New York: Brunner/Mazel, Publishers, 1985

20) Arnold A: Diagnosis of post-traumatic stress disorder. In: The trauma of war. Stress and recovery in Vietnam Veterans. S Sonneberg, A Blank & Talbott (Eds.), Washington D.C., American Psychiatris Press 1985, pp 99-123

21) Figley C: Catastrophes: An overview of family reaction. In: Stress and family, C Figley & H McCubbin (Eds.), Vol. II: Coping With catastrophe. New York, Brunner/Mazel, 1983

Human Cryptosporidiosis in Urummie

Nouri M, , Moghaddam AA
Dopartment of Medicine,
college of veterinary Medicine. Urummie, Iran

Summary

Cryptosporidiosis is a disease caused by the protozoan of the genus cryptosporidium and is characterized by gastroenteritis and respiratory symptoms in humans. In an investigation on 140 human faecal samples from urummie town of west Azarbyejan area, the role of cryptosporidium in causing diarrhea in adults and children has been demonstrated and the results discussed.

Millitary Psychotherapy and Psychological wounds of war

Sanaei B

SUMMARY

After a short reference to Iran-Iraq war as a motivating factor for the present study, the issues of battle stress and psychological wounds of war ar discussed. Reactions of the world armies to psychological breakdown of soldiers, military psychotherapy, therapy in combat zone and its developmental process through Civil war, Crimean war, first and Second world wars, Korean and Vietnam wars are reviewed. The final issue discussed is "Post-traumatic stress disorder" (PTSD), its symptoms and diagnostic methods, as well as some therapeutic interventions.