

اصول رسیدگی به مشکلات روانی در مناطق جنگی

سید محمود میرزمانی^۱ Ph.D.

آدرس مکاتبه: دانشگاه علوم پزشکی بقیه... «ع» - دانشکده پزشکی - گروه روانشناسی - تهران - ایران

تاریخ اعلام وصول: ۱۳۸۳/۴/۱۳ تاریخ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۸۳/۷/۱۵ تاریخ اعلام قبولی مقاله: ۱۳۸۳/۸/۱۲

خلاصه

مقدمه: همواره درگیری نظامی و جنگ، مشکلات روان‌شناختی را به همراه داشته است. مفهوم مداخلات به موقع روان‌شناختی در زمان وقوع حوادث آسیب‌رسان (روان‌خراش) از جنگ جهانی اول مد نظر بوده است. لذا، هدف این مقاله مروری بررسی و ارزیابی اصول رسیدگی به مشکلات روانی در مناطق جنگی است.

روش‌ها: اقدامات پیشگیرانه روان‌شناختی به منظور کاهش شدت اختلالات روان‌شناختی پس از وقوع ضربه‌های روانی می‌تواند به سه دسته تقسیم شود: ۱- پیشگیری اولیه شامل گزینش، ایجاد آمادگی و آموزش افرادی که احتمالاً با حوادث آسیب‌رسان مواجه خواهند شد. ۲- پیشگیری ثانویه شامل تکنیک‌های متنوع روان‌شناختی است که بلافاصله یا با فاصله کوتاه پس از حادثه آسیب‌رسان ارائه می‌گردد که شناخته شده‌ترین آنها بازگویی شناختی (Psychological Debriefing) است. ۳- سومین نوع مداخله شامل درمان PTSD و دیگر اختلالات همراه آن است.

نتایج: بررسی اصول رسیدگی به مشکلات روانی در میادین جنگ نشان می‌دهد که در جنگ جهانی اول روان‌پزشکان تدابیری برای درمان موج انفجار (Shell Shock) پیشنهاد نمودند و امروزه نحوه مداخلات روان‌شناختی استاندارد برای واکنش‌های ناشی از استرس جنگ (Combat Stress Reaction) وجود دارد. این مداخلات بر پنج اصل اساسی استوار است.

بحث: مشخص شدن پایان مأموریت در واقع زمانی را نشان می‌داد که استرس فرد به پایان می‌رسید. اطلاع فرد از زمان پایان مأموریت خود و اتمام استرس‌های مربوط به آن ظاهراً باعث می‌شد؛ تحمل او را در مقابل موقعیت‌های خطرناک بالا ببرد. کلاً مأموریت یک‌ساله موجب کاهش مصدومین روانی ناشی از جنگ شد.

واژه‌های کلیدی: پیشگیری، مداخلات روان‌شناختی، جنگ

بهداشت روانی نیروها در مناطق جنگی

شده مبتلا شده باشند، بلکه ممکن است مجروحینی باشند با مشکلات جسمی جزئی که ریشه عصبی دارند و به همین دلیل ناتوان و از کار افتاده شده‌اند. فرآیند مصدوم شدن افراد حتی قبل از شروع واقعی نبرد آغاز می‌شود. انتظار کشیدن‌های قبل از شروع

مصدومین روانی ناشی از جنگ طبقه خاصی می‌باشند که بر اساس سبب‌شناسی (جنگ) و نه براساس علامت تعریف می‌شوند [۱]. این مصدومین افرادی نیستند که صرفاً به بیماری‌های روانی شناخته

۱- دانشیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه... «ع»

نبرد گاهی بیش از حد طولانی شده، اضطراب و ترس در افراد افزایش می‌یابد. با گذشت زمان افراد دچار مشکلاتی می‌شوند و احساس ناتوانی و ضعف می‌کنند؛ به حدی که نمی‌توانند طبق روال عادی به کار خود ادامه بدهند. تهوع، لرزش، تپش قلب، تعریق شدید، آشفتگی خواب، سردرد، کمر درد، ضعف، خستگی مفرط، عصبانی و ناراحت شدن، بی‌زاری از جنگ و از دست دادن ظرفیت و درک شوخی و لطیفه از واکنش‌های مرسوم در جنگ هستند که می‌توانند باعث ناتوانی فرد شوند.

پرسنل یگان رزمی اولین افرادی هستند که از اختلالات روانی و عاطفی هم‌رزمان خود مطلع می‌شوند و حتی‌المقدور سعی می‌کنند به طریقی به آنها کمک کنند و مشکلات آنان را تخفیف دهند. موفق‌ترین برنامه‌های درمانی تأکید زیادی بر آموزش افسران و فرماندهان به استفاده از طرق صحیح مواجهه با اختلالات روانی در خطوط مقدم جبهه دارد. معمولاً افراد آموزش دیده می‌توانند به مشکلات جزئی افراد در یگان رسیدگی کنند. فرماندهان با ترغیب افراد به خدمت، هدایت، مشاوره و کسب اعتماد افراد و در بعضی مواقع تغییر دادن کار آنها به پرسنل یگان آرامش بدهند.

مصدومین عصبی پس از اعزام به اورژانس خط (نزدیک‌ترین مراکز درمانی به خطوط مقدم) در واقع اولین کمک‌های درمانی رسمی را دریافت می‌دارند. بیشتر افرادی که به این مراکز درمانی اعزام می‌شوند، دارای حالات اضطرابی خفیف یا متوسط هستند، گاهی ممکن است با خستگی مفرط همراه باشد. بعضی از این افراد اغلب بعد از یک شب خواب خوب و راحت، آماده بازگشت به گروهان خود می‌شوند. روان درمانی در این مراکز (که در واقع مراکز کمکی هستند) با نوع بیماری فرق می‌کند ولی تقریباً همیشه سطحی است. در واقع نگرش پزشک اورژانس در چگونگی درمان بیماران نقش اساسی دارد. به‌رحال او باید یک ژست مطمئن و آرام داشته باشد. عزمی ثابت داشته باشد. به‌طوری‌که استنباط شود؛ نظرات او دقیق و قطعی است. گفتار و برخورد او حاکی از این است که بیمار پس از استراحت به سر خدمت خود باز می‌گردد و بنابراین، ضوابط پزشکی رعایت می‌شود. بسیاری از بیماران اعزام شده به مراکز نزدیک به

خط علایم و نشانه‌های جسمی و روانی افراطی و بیش از حد را از خود نشان می‌دهند. این افراد به دقت مورد معاینه و ارزیابی قرار می‌گیرند و به آنها اطمینان داده می‌شود که درمان خواهند شد.

بیماران دارای حالات اضطرابی خفیف تا متوسط همراه با خستگی مفرط با دادن مسکن و اقدامات دیگری برای رفع خستگی درمان می‌شوند. روش‌های کوتاه‌مدت و مختصر درمانی شامل بازتوانی فرد از طریق دوری کوتاه و موقتی از نبرد و انجام اقداماتی جهت تسکین گرسنگی، خستگی و رفع آسیب‌های عضوی است. روان‌درمانی شامل اطمینان بخشی، حمایت و ترغیب می‌باشد. به‌رحال بعد از ۲۴ ساعت، بسیاری از این بیماران احساس می‌کنند بهبود یافته‌اند و می‌شود آنها را به خدمت باز گردانید. افرادی که بهبودی لازم را کسب نمی‌کنند؛ جهت مراقبت‌های روان‌پزشکی به بیمارستان‌های پشت جبهه انتقال می‌یابند. به‌رحال، برای بعضی از بیماران در اورژانس‌ها و مراکز نزدیک به خطوط مقدم کار زیادی نمی‌توان انجام داد. زیرا افراد مبتلا به حالات اضطرابی شدید با پریشانی و حالات هیجانی هراس ناگهانی و نشانه‌های هیستری شدید و سایکوزهای (اختلالات فکری، توهمات...) شدید هستند [۲]. البته نباید از نظر دور داشت که علایم روان‌شناختی سال‌ها پس از جنگ ممکن است همچنان باقی بماند [۳].

پزشک نظامی بایستی با افرادی که تمارض می‌کنند، قاطعانه برخورد کند. او بعد از معاینه دقیق پزشکی به تمارض می‌فهماند که ناراحتی او ناچیز است و به حدی نیست که موجب ترخیص او از خدمت شود. این معمولاً کافی است تا فرد به خدمت بازگردد. ولی اگر او به ادامه تمارض اصرار ورزید و از رفتن به سر خدمت خودداری کرد، معمولاً تذکر عواقب این‌گونه اعمال او را از ادامه تمارض باز می‌دارد. تمارض‌کنندگان معمولاً سربازانی هستند که نمی‌توانند مثل دیگران خود را با شرایط وفق دهند یا دستورات را نمی‌فهمند، لذا با عذرهایی که می‌آورند سعی می‌کنند از شرکت در حمله در شرف انجام یا قریب‌الوقوع بگریزند. بهترین تدابیر آن است که امکانات بازگشت سریع این‌گونه افراد (از قبیل وسیله نقلیه، راننده و راهنما) به خطوط مقدم و شرکت در عملیات فراهم باشد.

با این تدابیر آنها متوجه می‌شوند که طفره رفتن از شرکت در عملیات بی‌فایده است و تنها باعث مشکلات اضافی و بالا رفتن میزان بروز خطرات دیگری می‌شود (از جمله: امکان مورد هدف قرار گرفتن در هنگام عبور از مسیرهای خطرناک مناطق جنگی جهت اعزام به اورژانس و بازگشت به منطقه، بی‌خبری از توجیهات ضروری در زمان عملیات و از دست رفتن ملزومات انفرادی). البته گاهی فقدان امکانات بازگشت مورد استقبال افراد متمارض قرار می‌گیرد و موجب تکرار تمارض مجدد آنها در عملیات بعدی می‌شود. آنها یاد می‌گیرند که در این‌گونه مواقع تنها کافی است که آنها به بهانه‌ای خود را به یکی از مراکز درمانی انتقال دهند و تا اتمام عملیات خود را از خطوط مقدم دور نگه‌دارند [۴].

علایم و نشانه‌های رفتاری و روان‌تنی مصدومین ناشی از جنگ در افراد و حالات مختلف متفاوت است. مصدومین روانی ناشی از جنگ ممکن است علایم فلج هیستری، اضطراب فوق‌العاده شدید، گسستگی، یا مشکلات جسمی از خود نشان بدهند. روان‌پریشی به ندرت دیده می‌شود. در جنگ جهانی دوم بعضی از پرسنل پرواز در آفریقای شمالی دچار فلج حرکات ظریف دست شدند که آنها را از انجام امور مربوط به پرواز عاجز می‌ساخت. رزمندگان (پیاده نظام) در همین محور دچار لرزش در قسمت فوقانی بدن شدند و لذا قادر به دست گرفتن تفنگ نبودند. در زمستان سرد کره در سال ۱۹۵۱ میلادی، پای مصدومین روانی ناشی از جنگ کم حس شده و نشانه‌هایی حاکی از سرماخوردگی از خود نشان می‌دادند. در ویتنام، علایم مشاهده شده شامل نفس زدن بود. تنها ویژگی مشترک تمام این حالات فراهم آوردن امکان دور شدن فرد از جنگ بود. بدین ترتیب می‌توان این‌ها را نشانه‌هایی برای تخلیه و انتقال به پشت جبهه تلقی کرد. گاهی بعضی از نظامیان میل دارند که از منطقه جنگی دور شوند و در عین حال علاقه دارند که در کنار هم‌رزمان و دوستان خود در یگان باشند. به عبارت دیگر کسب نفع ثانویه (دور شدن از مناطق جنگی) با بروز دادن علایم فوق حاصل می‌شود و در واقع فرد انتقال به پشت جبهه و دور شدن از منطقه جنگی را علی‌رغم احساس گناه در ترک رفقاییش ترجیح می‌دهد

[۱]. برخلاف آنچه که تصور می‌شود، پس از انتقال مصدوم به پشت جبهه (کسب نفع ثانویه) معمولاً نشانه‌ها و علایم حاکی از ناراحتی و ناتوانی قوی‌تر و ثابت‌تر می‌شوند. شدت و طول مدت در معرض جنگ بودن احتمالاً از مهم‌ترین عوامل در شیوع اختلالات روانی ناشی از جنگ است. همبستگی بین شدت رزم در جنگ جهانی دوم و تعداد مصدومین روانی ناشی از جنگ ۷ تا ۹ درصد بود. شیوع اختلالات روانی ناشی از جنگ در یگان‌هایی که همبستگی و روحیه خوبی در بین افراد وجود دارد کمتر است. در طول جنگ جهانی دوم، در بهترین یگان‌ها مصدومین عصبی روانی هرگز بیش از ۵/۶ درصد از همه مصدومین نبود، درحالی که به‌طور متوسط تقریباً از هر پنج مصدوم جنگ جهانی دوم یک نفر (۲۰ درصد) عصبی روانی بود. یگان‌های منظم و منضبط و دارای رهبری خوب مصدومین روانی کمتری دارند. یگان‌هایی که مسئولیت پشتیبانی را بر عهده دارند و محل مأموریت آنان بین حضور در مناطق امن و به دور از رزم همراه با انتظارهای کسل‌کننده تا حضور در خطوط مقدم جبهه و شرکت در عملیات رزمی شدید در نوسان است، بیشتر در معرض خطر هستند و میزان شیوع اختلالات روانی در آنها بالاتر است. یگان‌هایی که به سرعت پیشرفت می‌کنند یا در جنگ و گریز هستند مصدوم روانی کمتری دارند. از طرف دیگر افرادی که از خانواده‌های با ثبات هستند و از سطح تحصیلی بالایی برخوردارند و از طبقه متوسط جامعه هستند، سریع‌تر بهبود می‌یابند. احتمال فروپاشی نظامیان مسن‌تر و غیر متخصص بیشتر است. به نظر نمی‌رسد که اختلالات شخصیتی بر میزان اختلالات روانی ناشی از جنگ بی‌فایده ولی اگر افرادی که دارای اختلالات شخصیتی هستند دچار عوارض روانی ناشی از جنگ بشوند، پیش‌آگهی بدتری برای بهبودی دارند. تخلیه و انتقال بی‌رویه مصدومین روانی ناشی از جنگ باعث افزایش بیشتر این عوارض در آنها می‌شود. بر اساس ویژگی‌های فردی به‌طور دقیق نمی‌توان پیش‌بینی کرد که چه کسی دچار اختلالات روانی ناشی از جنگ خواهد شد. حتی بعضی از افراد قادرند از این محیط مملو از فشار روانی برای سازماندهی به زندگی خود و تجدید نظر در آمل و آرزوها و اهداف خود استفاده

کنند [۱].

مداخلات روان‌شناختی به منظور کاهش شدت اختلالات روان‌شناختی پس از وقوع ضربه‌های روانی می‌تواند به سه دسته [۵] تقسیم شود:

۱- پیشگیری اولیه شامل گزینش، ایجاد آمادگی و آموزش افرادی که احتمالاً با حوادث آسیب‌رسان (روان‌خراش) مواجه خواهند شد. البته در این رابطه، ارائه خدمات مشاوره در مناطق نظامی می‌تواند نقش پیشگیری از بروز مشکلات (عاطفی، روانی، اجتماعی و شغلی) در کارکنان داشته و شرایطی مناسب از نظر بهداشت روانی برای آنها فراهم کند [۶].

۲- پیشگیری ثانویه شامل تکنیک‌های متنوع روان‌شناختی است که بلافاصله یا با فاصله کوتاه پس از حادثه آسیب‌رسان ارائه می‌گردد که شناخته شده‌ترین آنها بازگویی شناختی (Psychological Debriefing) است.

۳- سومین نوع مداخله شامل درمان PTSD و دیگر اختلالات همراه آن است [۵].

نحوه رسیدگی به مشکلات روانی در مناطق جنگی

روش‌های مداخله در بحران در مناطق جنگی باید دارای یک سیستم منسجم و منظم باشد [۷]. نحوه رسیدگی به مشکلات روانی در محورهای مختلف منطقه جنگی بستگی به میزان احتمال بروز خطر و نوع منبع تهدید در هر منطقه دارد ولی به‌طور کلی سعی می‌شود به‌جای تخلیه بیماران روانی به پشت جبهه و اعزام آنان به مراکز درمانی، حتی‌المقدور خدمات درمانی را نزد مصدومین روانی ببرند. به‌هرحال از روش‌های درمانی کوتاه و مختصر استفاده می‌شود. این روش‌ها را روان‌پزشکان نظامی به‌طور تجربی آموخته‌اند.

از نظر کاپلان، فریدمن و سادوک اصول مهم در سازماندهی تشکیلات رسیدگی به مشکلات روانی در خطوط مقدم جبهه عبارتند از: فوریت، مجاورت، مرکزیت و سادگی [۸]. اصول فوریت

و مجاورت ایجاب می‌کند که به مصدومین روانی ناشی از جنگ به سرعت و نزدیک به میدان نبرد رسیدگی شود، تا مصدوم بتواند هر چه زودتر به یگان خود مراجعت کند، بدون این‌که احساس شکست (یا تنها گذاشتن رفقاییش را) بکند. با اجرای آزمون‌های روان‌شناختی می‌توان افرادی را که دارای اختلالات روانی یا عاطفی هستند، مشخص و طبقه‌بندی کرد. بسیاری از این افراد علاوه بر مشکلات روانی، جراحی یا بیماری دیگری هم دارند. با درک شرایط جنگی می‌توان به درمان افراد کمک زیادی کرد.

سومین اصل سازماندهی (مرکزیت) در رابطه با کنترل متمرکز راه‌های تخلیه مصدومین، بررسی و نظارت متمرکز بر بیماران در حال تخلیه و اجرای تست‌های لازم و شناسایی متمرکز مشکلاتی است که احتمالاً نیاز به رسیدگی فوری دارد. در یک لشکر، این امور توسط روان‌پزشک و همکاران او انجام می‌شود. در این صورت می‌توان یگان‌هایی را که میزان تخلیه بالایی دارند را شناسایی کرد (به دلیل این‌که احتمالاً مدت طولانی در خط نگه‌داشته شده‌اند یا این‌که نیاز به تغییر فرمانده یا پرسنل مراقبت‌های بهداشتی و اعزام مسئول بهداشت با تجربه‌تری دارند). اصل مرکزیت همچنین امکان تدوین برنامه‌ای جهت رویارویی با موقعیت‌های پرمخاطره‌ای مانند حمله دشمن را فراهم می‌سازد. اصل سادگی (چهارمین اصل سازماندهی) مؤید این مطلب است که روش‌های تشخیصی و درمانی رایج در بیمارستان‌های عادی، در مناطق جنگی قابل اجرا نیست. کمبود امکانات و بالا بودن تعداد مصدومین، روان‌پزشکان و متخصصین مربوط را از انجام معاینات لازم، طبقه‌بندی افراد و تشخیص دقیق باز می‌دارد. در این شرایط درمان‌های پیچیده غیر ممکن است. درمان‌هایی که مانع از تحرک بیمار می‌شود به‌طور کلی صلاح نیست.

در منطقه عملیاتی دو اصل درمانی عمده وجود دارد:

توقع (Expectancy) و تأمین فرجه (Provision of respite) [۲]. بیشتر مصدومین روانی ناشی از جنگ فقط نیازمند فرجه (فرصت)

از جنگ وجود دارد که معمولاً پس از مدت بسیار کوتاهی و تجدید قوا فوراً به منطقه جنگی باز خواهند گشت. مصدومین روانی ناشی از جنگ که به این طریق به یگان‌های خود باز می‌گردند، تقریباً هیچکدام مجدداً در منطقه دچار عارضه روانی نمی‌شوند. در زمان صلح، معمولاً این سؤال مطرح می‌شود که آیا یگان‌های رزمی مجدداً این مصدومین روانی را خواهند پذیرفت؟. در دوران جنگ بازگشت آنها به عنوان بازگشت یک رفیق تلقی می‌گردد. اما وقتی که این افراد به یگان دیگری که در آنجا «تازه وارد» تلقی می‌شوند، اعزام شوند وضعیت ممکن است تیره‌تر باشد. احتمال بروز عوارض روانی ناشی از جنگ در نیروهای تازه وارد در یک یگان رزمی بیشتر است، خواه قبلاً مصدوم روانی بوده باشند یا نباشند. به‌رحال افرادی که مدت‌های طولانی در جبهه بوده‌اند، ممکن است در شرایط سخت اقدام به رفتارهای مرگ طلبانه با آرزوی ناآگاهانه‌ای جهت فرار از جبهه و جنگ و در کنار آن فرار از احساس گناه زنده ماندن بنمایند. این سندرم (کهنه سرباز) نیازمند بررسی و ارزیابی است. هر چه مصدوم روانی از خطوط مقدم جبهه به سمت عقب برود پیچیدگی‌های مراقبت‌های پزشکی و روان‌پزشکی بیشتر می‌شود. در آخر این زنجیره، انتقال به بخش روانی در یک بیمارستان است. در عقب منطقه جنگی، مشکلات روان‌پزشکان نظامی بیشتر مربوط به پادگان‌ها است. دوران بیکاری کسل کننده و متناوب باعث سختی شرایط کار در پادگان‌ها می‌شود. حضور در بین یک جمعیت غیر رزمنده و سست شدن ضوابط و مقررات نظامی حاکم بر ارتش، همگی به بروز مشکلات رفتاری کمک خواهد کرد. نکته قابل توجه دیگر این است که مسئول تیم روان‌پزشکی بر برنامه‌های شیفت کاری روان‌پزشکان نظارت داشته باشد تا به نوبت روان‌پزشکان در جایگاه‌های مختلف به‌خصوص در مناطق جنگی خدمت نمایند. زیرا از این طریق است که می‌توان مطمئن شد که همه روان‌پزشکان نظامی درکی کامل و صحیح از سلسله مشکلات روان‌پزشکی و عملی که نیروهای رزمنده را احاطه کرده است به‌دست خواهند آورد و از طرفی از ابتلا خود روان‌پزشکان (شاغل در خط مقدم) به عوارض روانی جلوگیری خواهد شد [۲]. البته

کوتاهی جهت تجدید قوا در جوی با تفاهم در طول نبرد هستند ولی با توقع (انتظار) بازگشت به منطقه عملیاتی. تأمین فرجه به معنی تأمین محلی برای استراحت، غذا و همدلی می‌باشد. لباس فرم نظامی مصدوم از او گرفته نمی‌شود و به محض این که قادر باشد، برای ارایه خدمات به دیگران از او کمک می‌گیرند. دارو درمانی به استفاده از آرام‌بخش‌های سریع‌العمل (Short - acting) برای کمک به خوابیدن افراد محدود می‌شود. استفاده از داروهای مسدود کننده «دوپامین» (Dopamine) ضدسایکوز توصیه نشده است، مگر زمانی که برای جلوگیری از رفتار خطرناکی لازم شود. استفاده از «باربیتورات» (Barbiturate) تزریقی یا دیگر عوامل برای احیای واکنش لازم نیست و ناتوان کننده است. استفاده از هیپنوتیزم مفید است ولی به‌نظر نمی‌رسد که در دراز مدت مفید باشد. شاید، به این دلیل که حس کنترل شخص را کاهش می‌دهد. به هر حال، روش‌های آرامش‌دهی (Relaxation) و بعضی روش‌های خودگردانی (Self-control) هر چند ممکن است برای تأمین فرجه مفید باشند ولی در بهبودی دخالت نمی‌کنند. شدت آن چه که فرد در منطقه عملیاتی با آن مواجه شده است و تأثیرات روانی آن مهم است، ولی با طرح برچسب‌های تشخیصی نظیر فرسودگی (به‌طور ضمنی به این مطلب اشاره دارند که فرد با استراحت بهبود می‌یابد) بهبودی سریع را تقویت می‌کنند. روان‌پزشکان نظامی رژیم اشغال‌گر قدس به‌طور غیررسمی متوجه شده‌اند که تقریباً نیمی از مصدومین روانی که در سطح گردان‌ها شناسایی شده‌اند، مصدومین «سوپ جوجه» (Chicken Soup) بوده‌اند. این مصدومین قادر بودند طی ۱۲ ساعت با صرف مایعات و جبران مایعات از دست رفته بدن و استراحت کوتاهی به خدمت خود بازگردند. تجربیات حاصل از بکارگیری این روش حاکی از آن است که ۸۰ تا ۹۰ درصد از این مصدومین را می‌توان حداکثر ظرف ۷۲ ساعت بعد از استراحت و توان‌بخشی (در کنار انتظار افراد برای بازگشت سریع به محل خدمت) به منطقه باز گردانید [۲].

منظور از انتظار بازگشت سریع این است که رزمندگان از قبل بدانند که چنین روالی در سیستم درمانی و بازتوانی مصدومین روانی ناشی

حمایت‌های اجتماعی برای کسانی که به اختلال‌های روانی مبتلا می‌شوند ضروری است [۹].

از نظر جونز (Jones) و وزلی (Wessely) این مداخلات بر سه اصل اساسی استوار است:

۱- مجاورت (Proximity to battle).

۲- فوریت (Immediacy)

۳- انتظار بهبودی (Expectation of Recovery) (PIE) [۱۰]

کلاً یکی از مشخصات جنگ جهانی دوم بالا بودن مصدومین روانی ناشی از جنگ بود. تنها بیش از نیم میلیون نفر بیمار روانی در خارج از ایالات متحده پذیرش شدند. ۲۳ درصد از کل افرادی که به پشت جبهه تخلیه شده بودند اختلالات روانی داشتند. این با ده درصد از کل تخلیه شدگان از جنگ کره و یا هفت درصد تخلیه شده از جنگ ویتنام تفاوت زیادی دارد [۲].

در جنگ جهانی اول، سرهنگ توماس سالمون (Thomas Salmon)، پزشک ارتش آمریکا، اصول درمان فوری علایم روانی جنگ را طرح کرده است [۱۱]. این اصول درمانی با انتظار بازگشت به خدمت همراه بود. وقتی که این اصول در جنگ جهانی دوم مورد استفاده قرار گرفت، آمار تخلیه بیماران روانی در مجموع تقلیل یافت. البته کشف این اصول توسط سرهنگ سالمون و توسعه آن تا حد زیادی مدیون سرهنگ آلبرت ج. گلاس (Albert J. Glass)، پزشک ارتش آمریکا می‌باشد [۱۱]. گلاس اهمیت اصول سالمون را کاملاً درک نمود و آنها را در جنگ کره به کار گرفت. جنگ کره دارای وجهه ملی نبود. در جنگ کره هم مانند جنگ ویتنام طول مدت مأموریت رزمندگان ثابت و یک‌ساله بود. رزمندگان مجموعه علایم کوتاه‌مدت از خود نشان دادند، که شامل حالت‌های اضطرابی شدید همراه با ترس از مرگ و سرنوشت (به‌خصوص در اواخر دوره مأموریت) بود. در طول مدت مأموریت، عملکرد آنان مکرراً مختل می‌شد. مجموعه علایم کوتاه‌مدت نه تنها در شرایط جنگی بلکه در مأموریت‌های بدون همراه نیز رخ می‌دهد. هدف از طرح چرخشی یک‌ساله این بود که هر فرد

یک‌سال مأموریت خود را بگذرانند و ضمن این که همه افراد در جنگ مشارکت داشته باشند، احتمال صدمه روانی به دلیل حضور در مناطق جنگی و مأموریت‌های طولانی مدت کاهش یابد. در واقع در هنگام اعزام رزمنده به جبهه یک حکم مأموریت مدت‌دار (Date of Expected Return from Overseas- DEROS) (یک‌ساله) به او داده می‌شد که تاریخ بازگشت او از منطقه جنگی در آن دقیقاً قید شده بود. این تاریخ که مورد احترام ارتش بود دقیقاً اجرا می‌شد و در تاریخ تعیین شده رزمنده از منطقه برمی‌گشت.

نتیجه‌گیری

مداخلات روان‌شناختی در زمان بروز سوانح شدید و بحران‌های جدی، از زمان وقوع جنگ جهانی اول مورد توجه قرار گرفته و اخیراً توجه بیشتری را به خود جلب کرده است. تحقیقات اخیر تأکید دارند که در این‌گونه مواقع باید تخصص‌های مختلف را در جهت مقابله با عوارض روانی جنگ و سوانح مشابه به کار گرفت [۶]. در صورت عدم رسیدگی صحیح به مشکلات روان‌شناختی رزمندگان و دیگر افرادی که به نوعی تحت تأثیر وقایع جنگ قرار می‌گیرند می‌تواند سلامت روانی آنها را حتی در سال‌های پس از جنگ تحت تأثیر قرار دهد. لذا رسیدگی به این مشکلات باید تحت چهارچوب مشخصی دنبال شود. در این رابطه نباید از تجارب حاصله در جنگ‌های پیشین غافل بود.

در مجموع با در نظر گرفتن تمام موارد فوق می‌توان نتیجه گرفت که اقدامات پیشگیرانه روان‌شناختی به‌منظور کاهش شدت اختلالات روان‌شناختی پس از وقوع ضربه‌های روانی می‌تواند به سه دسته تقسیم شود:

- ۱- پیشگیری اولیه شامل گزینش، ایجاد آمادگی و آموزش افرادی که احتمالاً با حوادث آسیب‌رسان مواجه خواهند شد.
- ۲- پیشگیری ثانویه شامل تکنیک‌های متنوع روان‌شناختی است که بلافاصله یا با فاصله کوتاه پس از حادثه آسیب‌رسان ارایه می‌گردد که شناخته شده‌ترین آنها بازگویی شناختی (Psychological Debriefing) است.

(Combat Stress Reaction) وجود دارد. این مداخلات بر پنج اصل اساسی استوار است. ۱- مجاورت، ۲- فوریت، ۳- مرکزیت، ۴- سادگی و ۵- انتظار بهبودی.

۳- سومین نوع مداخله شامل درمان PTSD و دیگر اختلالات همراه آن است. امروزه نحوه مداخلات روان‌شناختی استاندارد برای واکنش‌های ناشی از استرس جنگ

منابع

- نظامی. مجله طب نظامی ۱۳۸۱؛ شماره ۴(۳): صفحات: ۱۰۸-۱۰۳.
- 7- Everly GS Jr. Thoughts on early intervention. *Int J Emerg Ment Health* 2001;3(4): 207-10.
- 8- Kaplan HI, Freedman AM and Sadock BJ. *Comprehensive Textbook of Psychiatry/ IV*. Baltimore, London: Williams & Wilkins; 1985. p. 1901-1909.
- 9- Kozaric-Kovacic D, Kocijan-Hercigonja D and Jambrosic A. Psychiatric help to psychotraumatized persons during and after war in Croatia. *Croat Med J* 2002;43(2): 221-8.
- 10- Jones E and Wessely S. Forward psychiatry in the military: its origins and effectiveness. *J Trauma Stress* 2003;16(4): 411-9.
- 11- Bourne PG. *The Vietnam veteran in contemporary society*. Veterans Administration. Washington.DC; 1972. p. 224.

- ۱- میرزمانی سید محمود. کاربرد روانشناسی در نیروهای نظامی. دانشگاه علوم پزشکی بقیه... «عج». چاپ اول، ۱۳۷۸. صفحات: ۴۱-۴۰.
- ۲- میرزمانی سید محمود. (ویراستار: محمد رضا محمدی). روانپزشکی کاربردی در نیروهای نظامی. دانشگاه علوم پزشکی بقیه... «عج». چاپ اول، ۱۳۸۰. صفحات: ۲۹-۲۴.
- 3- Fernandez WG, Galea S, Ahern J, Sisco S, Waldman RJ, Koci B and Vlahov D. Mental health status among ethnic Albanians seeking medical care in an emergency department two years after the war in Kosovo: a pilot project. *Ann Emerg Med* 2004 Feb;43(2):E1-8.
- ۴- میرزمانی سید محمود. تمارض. مجله طب نظامی ۱۳۸۱؛ شماره ۴(۱): صفحات: ۳۷-۴۱.
- 5- Everly GS Jr. Early psychological intervention: a word of caution. *Int J Emerg Ment Health* 2003;5(4):179-84.
- ۶- انبسی جعفر و میرزمانی سید محمود. بهداشت روانی و مشاوره در نیروهای