

اختلال استرس پس از جنگ در ادبیات پژوهشی ایران

دکتر امیر شعبانی^۱

اقدام پی‌در پی به خودکشی و سوء مصرف مواد، گاه به اشتباه تشخیص اختلال شخصیت مرزی می‌گیرند [هرچند میزان همبودی هم‌زمان آنها نیز قابل توجه است].

۲- سوء مصرف مواد: سوء مصرف مواد مختلف در بیماران PTSD می‌تواند به پوشانده شدن نشانه‌های اصلی تشخیصی بیانجامد و یا حجم زیاد رفتارهای جوینده مواد به گمراه شدن پزشک از تشخیص PTSD که ممکن است زمینه‌ساز رفتارهای یادشده بوده باشد، منجر شود.

۳- نوسان خلقی: یکی از نشانه‌های مشترک میان اختلالات طیف دوقطبی، اختلال شخصیت مرزی و PTSD، نوسان خلقی است (شعبانی، ۱۳۸۸ الف). در PTSD و اختلال شخصیت مرزی، این نوسان معمولاً چند ساعت طول می‌کشد و اغلب به صورت دوره‌هایی با علائم شدید کج خلقی، تحریک پذیری و اضطراب واکنشی است (افتخار و شعبانی، ۱۳۸۸). در عمل، در بخشی از بیماران PTSD بدون اختلال دوقطبی تیپیک هم‌زمان، حتی خلق بالا و رفتارهای نشان‌دهنده آن به گونه‌ای نامتناسب با رفتار عادی فرد بدون ملاک‌های تشخیصی کامل اپیزود هایپومانیا از نظر تعداد علائم لازم، در دوره‌های چند دقیقه‌ای یا چند ساعته گاه به گاه دیده می‌شود. آگاهی یافتن به اهمیت بالینی این نشانه‌ها نیازمند مطالعات مرتبط در زمینه‌های بیولوژی، سیر اختلال، درمان و پیش‌آگهی است.

۴- تمارض^۲: تمارض در مواردی مطرح است که فرد نشانه‌های PTSD را در حالی که این اختلال وجود ندارند وانمود می‌کند. هر چند DSM-IV-TR^۳ (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) عبارت «grossly exaggerated physical or psychological symptoms» را نیز در میان تعریف تمارض به کار برده است، به نظر می‌رسد که ضروری است در بررسی

انتشار مقاله «هنجاریابی مقیاس اجرایی بالینی اختلال استرس پس از ضربه (CAPS 1) برای عوارض روانی ناشی از جنگ» (فیروزآبادی، اصغر نژاد فرید، میرزایی و شاره، ۱۳۸۸) در این شماره مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، بهانه‌ای شد تا به موضوع مهم جانبازان اعصاب و روان ایران و پژوهش‌های داخلی بر روی اختلال استرس پس از جنگ یا همان PTSD^۱ ناشی از حضور در جبهه جنگ هشت‌ساله عراق علیه ایران پردازم.

موارد زیادی از این اختلال را در میان جانبازان اعصاب و روان می‌بینیم که با توجه به شیوع بالا، ازمان، افت عملکرد شدید شغلی و ازکارافتادگی، پیامدهای اقتصادی، همبودی‌های پزشکی و روانی متعدد از جمله افسردگی و اعتیاد به مواد گوناگون، آسیب جدی به روابط خانوادگی و اجتماعی و آسیب دیدگی همسر و فرزندان، با جمعیتی از افراد مبتلا به بیماری چندوجهی، پیچیده و مقاوم به درمانی روبه‌رو هستیم که سزاوار دریافت حمایتی گسترده و خدمات درمانی و اجتماعی بسیار بیش از آنچه در اختیار دارند هستند. به مشکلات آنها باید موضوع انگ بیماری را نیز افزود که گاه با به کارگیری واژه‌های نامربوطی چون «بیمار موجی» و گاه با بروز پیامدهای ناگوار PTSD مانند اعتیاد، به چشم می‌آید.

به همه موارد بالا، باید این موضوع مهم را نیز افزود: ممکن است پیچیدگی تابلوی بالینی موارد زیادی از PTSD ناشی از جنگ، روانپزشک را به سمت تشخیص‌های نامتناسبی هدایت کند که خود می‌تواند باز هم بر مشکلات جانبازان بیافزاید. نمونه‌هایی از مشکلات تشخیصی را بر اساس ادبیات موجود و تجارب خود می‌آورم:

۱- اختلال شخصیت مرزی: بیماران مبتلا به PTSD، بر پایه نشانه‌هایی مانند تکانشگری، نوسانات خلقی، خودزنی،

^۱ روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران. گروه پژوهشی اختلالات دوقطبی، مرکز تحقیقات بهداشت روان. تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیاپیش،

خیابان شهید منصوری، انستیتو روانپزشکی تهران. دورنگار: ۶۸۹۹-۶۶۵۰۲۱ (نویسنده مسئول). E-mail: ashabani@iums.ac.ir

1- Posttraumatic Stress Disorder

2- malingering

3- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision

بر دشواری‌های تشخیصی موجود، باید اثر تفاوت‌های فرهنگی را نیز افزود. برای نمونه، در مطالعه‌ای جسمانی کردن^{۱۵} به‌عنوان تظاهر اصلی PTSD در نژاد آسیایی مطرح شده است (بارت^{۱۶}، ۲۰۰۶). هم‌چنین، برخی از نشانه‌های PTSD ممکن است در همه فرهنگ‌ها آن‌چنان ناراحت‌کننده نباشند یا در فرهنگ‌های گوناگون دارای ارزش و معنایی متفاوت باشند (جانسون^{۱۷} و تامپسون^{۱۸}، ۲۰۰۸). به‌عنوان نمونه، تجارب بالینی با جانبازان اعصاب و روان مبتلا به PTSD درازمدت، گویای فراوانی کمتر معیار «اجتناب از یادآورهای خاطرات تروماتیک» نسبت به دو مورد دیگر سه‌گانه تشخیصی این اختلال است که البته در برخی از بررسی‌های انجام‌شده بر روی نمونه‌های ایرانی نیز نشان داده شده است (میرزایی و کرمی، ۱۳۸۶). شاید تبیین معنایی این تروما - به‌ویژه در مورد مبتلایانی که داوطلبانه به جبهه رفته‌اند و کمتر به دوری از این خاطرات رضایت دارند - توضیحی برای یافته یادشده باشد که البته ارزیابی آن نیازمند پژوهش است.

بنابراین با دانش اندکی که در ادبیات پژوهشی PTSD در فرهنگ ایرانی^{۱۹} بازتاب یافته و از آن‌جا که در ارزیابی PTSD، به‌کارگیری معیارهای بومی شده برای تشخیص اختلال و برای ساخت ابزارهای پژوهشی متناسب با هنجارهای فرهنگی ضروری است، نیاز به مطالعات زیادی در راستای رفع دشواری‌های تشخیصی PTSD وجود دارد. این دشواری‌ها شامل دشواری‌های رایج در سایر تشخیص‌های روانپزشکی [مشکل شناسایی، پایایی و روایی (شعبانی، ۱۳۸۸)] نیز می‌باشد.

۶- بیش تشخیصی^{۱۹}: با توجه به پیامدهای مالی ابتلا به این اختلال و دریافت غرامت توسط مبتلایان، موارد تمارض به بیماری نیز وجود دارد که باید مورد توجه پزشک قرار گیرد. از سویی، در هر صورت، موارد مثبت کاذب این تشخیص روی می‌دهد، چرا که سه‌گانه تشخیصی PTSD، نشانه‌هایی کاملاً اختصاصی نیستند و می‌توانند در بیماران بدون ابتلا به

و تشخیص این موارد، آنها را نه‌تنها از «روان‌نژندی غرامت^۱» بلکه از «اغراق بیمار در نشان‌دادن شکایات^۲» نیز جدا نمود. اولی به نشانه‌های روان‌نژندی اشاره دارد که به‌گونه‌ای ناخودآگاه در بیماران PTSD در پی رسیدن به (یا حفظ) غرامت ابتلا به این اختلال بروز می‌کند. دومی مربوط به بیمارانی است که از نشانه‌های این اختلال رنج می‌برند ولی در ابراز آنها افراط می‌کنند (تمارض نسبی^۳). افراد گروه اخیر ممکن است چنین رفتاری را برای دریافت غرامت بیشتر پیشه کرده باشند، ولی باید هوشیار بود که این رفتار اغراق‌آمیز، مانع از درنظرگرفتن تشخیص اصلی نشود تا بیمار از حقوق خود محروم نگردد. روشن است هر دودسته اخیر شامل بیماران PTSD نیازمند درمان و خدمات است. نگاه بدبینانه به این گروه‌ها، می‌تواند تشخیص تمارض و کنار گذاشتن نابه‌جای تشخیص PTSD را در پی داشته باشد. همین نگاه ممکن است در تشخیص همبودی‌های شایع بیماران PTSD اختلال ایجاد کرده، به تشخیص‌هایی مانند اختلال دیس‌تایمیک^۴ یا اختلال اضطراب و افسردگی مختلط^۵ به‌جای تشخیص اختلال افسردگی اساسی^۶ و یابسه تشخیص سایکوپاتی به‌جای تشخیص‌های مرتبط محور یک DSM-IV-TR (همان‌جا) بیانجامد.

۵- کم تشخیصی^۷: بسیاری از بیماران مبتلا به PTSD که سال‌ها از شروع بیماری‌شان گذشته است، هنوز نشانه‌های شدید تکانشگری^۸ و بیش‌برانگیختگی^۹ را نشان می‌دهند. از آنجا که ممکن است در گذر سال‌ها، دیگر نشانه تکرار تجربه تروماتیک^{۱۰} یا اجتناب از یادآورهای آن تجربه بارز نباشد، کامل‌نبودن معیارهای تشخیصی PTSD ممکن است پزشک را به کنار گذاشتن این تشخیص هدایت کند، در حالی که تشخیص PTSD نیازمند یک ارزیابی هم‌جانبه نشانه‌های آن از زمان بروز سانحه تا حال است تا بتوان به تشخیص درست «همه عمر^{۱۱}» دست یافت. با توجه به مزمن‌بودن موارد مورد بحث، ندیدن معیارهای کامل تشخیصی در گذشته و بقایای جدی و مرتبط کنونی اختلال، به محروم‌شدن بیمار از تشخیص درست و در نتیجه بهره‌مندشدن او از درمان متناسب و نیز از مزایای قانونی این تشخیص خواهد انجامید.

از سایر مواردی که به غفلت تشخیصی از PTSD می‌انجامد، می‌توان به وجود همبودی‌های روانپزشکی مانند اختلال شخصیت ضداجتماعی و همبودی‌های طبی مانند درد مزمن یا صدمه تروماتیک مغز اشاره کرد (برونت^{۱۲}، اکریب^{۱۳} و بیرمس^{۱۴}، ۲۰۰۷).

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------|
| 1- compensation neurosis | 2- exaggeration |
| 3- partial malingering | 4- dysthymic disorder |
| 5- mixed anxiety-depressive disorder | |
| 6- major depressive disorder | 7- underdiagnosis |
| 8- impulsivity | 9- hyperarousal |
| 10- reexperience | 11- lifetime |
| 12- Brunet | 13- Akerib |
| 14- Birnes | 15- somatization |
| 16- Barrett | 17- Johnson |
| 18- Thompson | 19- overdiagnosis |

علم‌سنجی با بررسی مقاله‌های مرتبط با عوارض روانی ناشی از جنگ عراق علیه ایران که در پایگاه‌های اطلاع‌رسانی ایرانی ایران‌سایک، ایران‌مدکس و SID، و نیز در پایگاه‌های PubMed، Medline و ISI web of knowledge منتشر شده بودند، نشان داد که از سال ۱۳۶۱ تا ۱۳۸۶، مقاله‌های یادشده شامل ۶۸ مورد (پنج درصد مقاله‌های بهداشت روان) است: - ۹۶٪ در نشریات داخلی و ۴٪ در نشریات خارجی منتشر شده بودند.

- تنها سه مقاله در پایگاه‌های اطلاع‌رسانی معتبر جهانی نمایه شده بودند.

- موضوع عمده بیشتر مقاله‌ها بررسی اختلالات (به‌ویژه PTSD) در رزمندگان، جانبازان و آزادگان بود.

- بیشتر پژوهش‌ها به بررسی شیوع پرداخته و در زمینه روانشناسی بالینی بودند؛ تنها هفت مطالعه در ارتباط با بررسی نوعی مداخله درمانی بودند؛ هیچ‌یک در گروه پژوهش‌های خدمات بهداشتی نبود؛ هیچ پژوهشی که به‌طور اختصاصی سوءمصرف مواد را در افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی پس از جنگ ارزیابی کرده باشد یافت نشد؛ روش بخش بزرگی از پژوهش‌ها از نوع توصیفی و مقطعی بود و هیچ مطالعه طولی درازمدتی وجود نداشت.

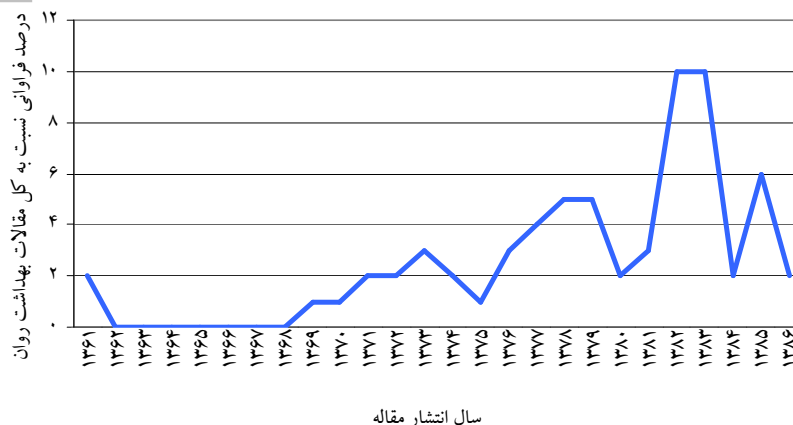
همین بررسی نشان داد که در سال‌های اخیر نسبت انتشار مقالات بهداشت روان جنگ رو به کاهش بوده، در حالی که انتشار مقالات بهداشت روان کشور، افزایش چشم‌گیری یافته است (شکل ۱).

این اختلال دیده شوند (اسکات و استرادی‌نگ، ۱۹۹۴). با این حال، به باور نگارنده، از دست‌دادن تشخیص موارد واقعی ابتلا به اختلال استرس پس از جنگ تبعات بسیار وخیم‌تری نسبت به «فریب‌خوردن از مراجع متمرکز، گذاشتن تشخیص اشتباه PTSD در فرد سالم و برقرارشدن مستمری برای او» خواهد داشت! به این ترتیب، داشتن رویکرد «جلوگیری از تشخیص‌های منفی کاذب» نسبت به «پرهیز از تشخیص مثبت کاذب» از اهمیت بیشتری برخوردار است و به سود جمعیت زیادی از بیماران خواهد شد؛ هرچند ممکن است گروهی با تشخیص کاذب PTSD، به‌ظاهر بار مالی اضافی بر سیستم تحمیل کنند. به هر روی، روشن شدن موضوع نیاز به انجام پژوهش‌هایی در این زمینه دارد.

پیشینه پژوهشی در ایران

در سال‌های اخیر شمار مقالات پژوهشگران ایرانی در مجله‌های معتبر علمی ایرانی و خارجی رو به افزایش بوده و این افزایش در حوزه‌های بهداشت روان (شریفی و همکاران، ۱۳۸۲) و روانپزشکی (فرهودیان و همکاران، ۱۳۸۵) و در این حوزه‌ها نیز در موارد ویژه‌ای مانند اعتیاد (رحیمی موقر، ۱۳۸۴) و اختلال‌های خلقی (امین‌اسماعیلی و سردارپور گودرزی، ۱۳۸۸) نشان داده شده است.

مطالعه فرهودیان و همکاران (۱۳۸۵) در ارزیابی مقاله‌های روانپزشکی ایرانی که در فاصله ۱۳۵۲ تا ۱۳۸۱ منتشر شده‌اند نشان‌دهنده انتشار ۳۱ مقاله در ارتباط با اختلال استرس پس از تروما است. شریفی (۱۳۸۶) نیز در یک مطالعه



شکل ۱- توزیع درصد فراوانی مقالات مرتبط با عوارض روانی ناشی از جنگ عراق علیه ایران نسبت به کل مقالات بهداشت روان کشور بر حسب سال انتشار [این تصویر از اسلایدهای سخنرانی آقای دکتر ونداد شریفی (۱۳۸۶) در چهارمین سمپوزیوم پیشگیری و درمان عوارض عصبی‌روانی ناشی از جنگ می‌باشد و برای انتشار از ایشان اجازه گرفته شده است].

- یک بررسی علم‌سنجی. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، سال پنجم، شماره ۳، ۱۵-۱.
- شعبانی، امیر (۱۳۸۸ الف). راهکارهای کاهش تشخیص‌های منفی و مثبت کاذب اختلالات دوقطبی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال پانزدهم، شماره ۲، ۹۹-۱۲۷.
- شعبانی، امیر (۱۳۸۸ ب). ضعف رویکرد توصیفی در تشخیص اختلال دوقطبی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال پانزدهم، شماره ۲، ۹۵-۹۸.
- میرزایی، جعفر؛ کرمی، غلامرضا (۱۳۸۶). *راهنمای جامع نظری و عملی در اختلال استرس پس از ضربه*. تهران: پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان. ۱۱۴-۱۰۶.
- فروزدیان، علی؛ رادگودرزی، رضا؛ رحیمی موقر، آفرین؛ شریفی، ونداد؛ محمدی، محمدرضا؛ سهیمی ایزدیان، الهه؛ نجاتی صفا، علی‌اکبر؛ منصور، نغمه (۱۳۸۵). روند پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه اختلال‌های روانپزشکی در ایران. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال دوازدهم، شماره ۴، ۳۲۷-۳۳۶.
- فیروزآبادی، عباس؛ اصغرزاد فرید، علی‌اصغر؛ میرزایی، جعفر؛ شاره، حسین (۱۳۸۸). هنجاریابی مقیاس اجرایی بالینی اختلال استرس پس از ضربه (CAPS-1) برای عوارض روانی ناشی از جنگ. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال پانزدهم، شماره ۴، ۳۳۴-۳۳۴.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition, text revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barrett, S. (2006). Interviewing techniques for the Asian-American population. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 44 (5), 29-34.
- Brunet, A., Akerib, V., & Birmes, P. (2007). Don't throw out the baby with the bathwater (PTSD is not overdiagnosed). *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 501-502.
- Johnson, H., & Thompson, A. (2008). The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: A review. *Clinical Psychology Review*, 28, 36-47.
- Scott, M. J., & Strading, S. G. (1994). Post-traumatic stress disorder without the trauma. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 71-74.

اختلال استرس پس از جنگ چه از نظر فراوانی مراجعه برای دریافت خدمات درمانی، چه از نظر حجم زیاد دشواری‌هایی که پیش روی مبتلایان قرار می‌دهد و چه با در نظر گرفتن دینی که جامعه در قبال خدمات آنان بر عهده دارد، بی‌گمان از مسائل مهم کنونی روانپزشکی کشور است. با این حال، همان‌گونه که آمد، کمیت ادبیات پژوهشی ایران در این زمینه نشان‌دهنده توجه کافی پژوهشگران به آن نمی‌باشد، هرچند ارزیابی کیفی همین میزان انتشارات نیاز به بررسی جداگانه‌ای دارد. این حجم ناکافی پژوهش و به‌ویژه روند رو به کاهش نسبت آن، ناهم‌سویا حمایت ویژه‌ای است که برای ارائه به بیماران جانباز انتظار می‌رود. ایجاد بستری برای تسهیل و افزایش مشارکت دانشگاه‌ها و مراکز پژوهشی کشور و نیز پژوهشگران کارآزموده، و برنامه‌ریزی دوباره و با نگاهی تازه در این راستا، ممکن است به پیامد بهتری بیانجامد.

منابع

- امین‌اسماعیلی، معصومه؛ سردارپورگودرزی، شاهرخ (۱۳۸۸). تحلیل کتاب‌سنجی پژوهش در زمینه اختلال‌های خلقی در ایران. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال پانزدهم، شماره ۲، ۱۶۷-۱۵۹.
- افتخار، مهرداد؛ شعبانی، امیر (۱۳۸۸). اختلال شخصیت مرزی نوعی از اختلال دوقطبی نیست. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال پانزدهم، شماره ۲، ۱۵۸-۱۴۷.
- رحیمی موقر، آفرین؛ شریفی، ونداد؛ محمدی، محمدرضا؛ فروزدیان، علی؛ سهیمی ایزدیان، الهه؛ رادگودرزی، رضا؛ نجاتی صفا، علی‌اکبر؛ منصور، نغمه (۱۳۸۴). بررسی سه دهه مقالات پژوهشی کشور در زمینه اعتیاد. *حکیم*، سال هشتم، شماره ۴، ۳۷-۴۴.
- شریفی، ونداد (۱۳۸۶). *بررسی وضعیت پژوهش‌های کشور در زمینه عوارض روانی ناشی از جنگ: یک مطالعه علم‌سنجی*. چهارمین سمپوزیوم پیشگیری و درمان عوارض عصبی روانی ناشی از جنگ. تهران: اسفند ۱۳۸۶.
- شریفی، ونداد؛ رحیمی موقر، آفرین؛ محمدی، محمدرضا؛ رادگودرزی، رضا؛ سهیمی ایزدیان، الهه؛ فروزدیان، علی؛ منصور، نغمه؛ نجاتی صفا، علی‌اکبر (۱۳۸۲). سه دهه پژوهش‌های بهداشت روان کشور: