● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال اول، شمارهٔ ۳، صفحه ۵۷ الی ۶۲ ، تابستان ۱۳۷۸

اختلال تجزیه‌ای پایدار در یک جانباز جنگ تحمیلی

دکتر علیرضا غفاری نژاد [۱]، دکتر شاهرخ سردارپور گودرزی [۱]

خلاصه

سابقه و هدف: تجزیه شامل طیفی از علائم است که در گروهی از اختلالات روانی مشاهده می‌گردند. گاهی علائم تجزیه‌ای، هسته اصلی یک اختلال روانی را تشکیل می‌دهند. DSM IV نمود اصلی اختلالات تجزیه‌ای را گسسته شدن اعمال آگاهی، حافظه، هویت و ادراک محیط می‌داند که، در حالت طبیعی به صورت مرکب و ناگسسته وجود دارند.

معرفی بیمار: در این گزارش یک نفر بیمار مجروح جنگی معرفی گردیده است که علائم تجزیه‌ای پایدار را از ۹ سال پیش نشان داده و حداقل از ۲ سال گذشته به صورت پایدار در وضعیت تجزیه‌ای می‌باشد. ضمن بررسی علائم، ارتباط بین علائم وی و اختلال استرس پس از سانحه بررسی شده و شباهت مجموعه علائم با سندرم گنسر مورد بحث قرار میگیرد.

درمان: درمانهای مختلفی هنگام بستری در بیمارستان شهید بهشتی کرمان و چهار بستری قبلی در شهرهای دیگر نظیر داروهای ضد افسردگی، ضد اضطراب، ضد روان پریشی، ECT و هیپنوتراپی تجویز گردید که هیچکدام تأثیر قابل توجهی نداشت.

واژه‌های کلیدی: اختلال تجزیه‌ای، جانباز، جنگ تحمیلی، سندرم گنسر، استرس بعد از سانحه.

---

۱ ـ استادیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

[DOR: 20.1001.1.15614107.1378.1.3.9.8]

مقدمه

با توجه به تعریف اشپیگل و کاردنا تجزیه (Dissociation) عبارتست از جدایی سازمان یافته فرایندهای ذهنی نظیر تفکرات، هیجانات، اراده، حافظه و هویت که در حالت طبیعی مجزا از یکدیگر نیستند (۱). DSM IV نمود اصلی اختلالات تجزیه‌ای را گسسته شدن اعمال آگاهی، حافظه، هویت و ادراک محیط می‌داند که، در حالت طبیعی به صورت مرکب و ناگسسته وجود دارند (۲). علائم تجزیه‌ای اجزاء اصلی در اختلالات تجزیه‌ای منظور شده در DSM IV و علائم مهم و حائز اهمیتی در اختلال استرس پس از سانحه(PTSD) می‌باشند (۳و۲). اشتاین برگ و همکاران تعریف جامعی از تجزیه را در قالب پنج علامت اصلی توضیح دادند (۴). این علائم عبارت بودند از فراموشی (amnesia)، مسخ شخصیت (depersonalization)، مسخ واقعیت (derealization)، گیجی هویتی (Identity confusion) و تغییر هویت (Identity alteration). علائم دیگری به عنوان علائم فرعی تجزیه نیز توصیف شده است که عبارتند از تغییر سریع خلقی، پسگرایی سنی (Age regression) فلاش بک‌های مربوط به حادثه، توهمات و گفتگوی درونی پایدار (۳). پاره‌ای علائم دیگر مانند علائم روان پریشی نظیر توهمات بینایی، شنوایی و اختلالات شخصیتی نیز به عنوان علائم تجزیه‌ای توصیف شده‌اند(۳).

گزارش مورد

بیمار مردی ۴۰ ساله، اهل جیرفت و ساکن کرمان، متأهل، دارای تحصیلات سیکل که قبلاً کاشیکار بوده و فعلاً بیکار است. در تاریخ ۷۵/۵/۲۷ برای نخستین بار به علت اختلالات رفتاری ، در بیمارستان روانپزشکی شهید بهشتی کرمان به مدت ده روز بستری گردید و تا تاریخ ۷۷/۵/۲۰ حداقل ۲۰ مرتبه دیگر به صورت سرپائی ویزیت گردید و شرح حال وی بر اساس محتویات پروندهٔ بیمارستانی، پروندهٔ بنیاد جانبازان و مشاهدات سرپائی جمع آوری گردید. نامبرده هیچگاه شکایت خاصی را مطرح ننموده و فقط گاهی از سردرد شکایت داشت و یا اظهار می‌داشت من ناراحتی ندارم. بلافاصله بعد از شروع صحبت بدون ارتباط با سئوال‌های مطرح شده حوادث جبهه را بیان می‌نمود، مرتباً اظهار می‌داشت : می‌خواهم بروم جبهه، می‌خواهم بروم نزد شهیدانم (واسامی دوستان شهیدش را بر زبان می‌آورد) و گاهی به صورت فلاش‌بک کل حادثه‌ای را تعریف مینمود. مثلاً عنوان میداشت آتش دشمن شدید است... ؛نمی‌توانم بزنم... در بعضی مواقع بلافاصله بعد از فلاش‌بک، حرکات و ژست‌های مربوط به اقدام جنگی را به نمایش می‌گذاشت (Reenactment). در حین بیان خاطرات و فلاش‌بک‌های مربوط به جبهه به شدت متاثر گردیده و به شدت اشک می‌ریخت و مشت گره کرده خود راتکان می‌داد. در خاتمه بعضی از جلسات در حالیکه اشک می‌ریخت روبوسی نموده و اظهار می‌داشت، دارم می‌روم جبهه؛ حلالم کنید. چند مرتبه از نامبرده پرسیده شد، مگر هنوز جنگ است؟ وی پاسخ داد، بله جنگه، جنگ شدیده. چند مرتبه در بخش دچار تشنج شده که کیفیت هیستریکال آنها بخوبی مشخص بود. توجه وی مکرراً از جریان مصاحبه منحرف شده، مکرراً مشاهده می‌گردید که زیر لب با خود صحبت می‌نماید و در پاسخ به این سئوال که با چه کسی صحبت می‌نماید ؛ اسم عده‌ای از همرزمانش را به زبان می‌آورد. رفتارهای آسیب زننده به خود مانند کوبیدن مکرر سر به دیوار، چند مرتبه مشاهده و گزارش گردید. در آخرین مصاحبه در تاریخ ۷۷/۵/۲۰ اظهار داشت دوباره ترکش خورده‌ام (چند روز قبل یک ترکش قدیمی از بازوی وی در آورده شده بود). تاریخچه قبلی، از بیماری خاصی ذکر نمی‌نمود، از نظر سابقه خانوادگی سه مرتبه ازدواج نموده که زن اول وی طلاق گرفته و دو زن و هشت فرزند تحت تکفل وی در دو منزل جداگانه زندگی می‌نمایند. تاریخچه مجروحیت وی به

[DOR: 20.1001.1.15614107.1378.1.3.9.8]

استناد گزارش ستاد سپاه پاسداران که در پرونده پزشکی بنیاد جانبازان ثبت می‌باشد به تاریخ ۱۳۶۲/۸/۱۵ وبه عملیات والفجر ۴ در تپه‌های کله قندی بر می‌گردد که از ناحیه بدن مجروح گردیده است. سابقه ضربه به سر ذکر نمی‌گردد. یک مرتبه در تاریخ ۱۳۶۵/۲/۷ در جلو منزل هدف تیراندازی مسلسل افراد ناشناسی قرار می‌گیرد واز ناحیه کتف و ران چپ مجروح می‌گردد و یک مرتبه در تاریخ ۱۳۶۵/۷/۴ در مانور مناطق جنگی دچار پارگی رگهای پا می‌گردد. بعد از آن دچار محدودیت حرکتی در دست و بازوی چپ بوده است، مطالعه الکترومیوگرام نشان داد عصب و عضلات مربوطه سالم است و مشکل اصلی جمود مفصلی (Flexon contructure) شانه، آرنج و انگشتان ناشی از بی حرکتی آنهاست .نخستین ویزیت‌های روانپزشک و نورولوژیست از سال ۱۳۶۸ در پرونده وی ثبت است و اظهار نظرهایی نظیر اختلال تبدیلی، اختلال رفتاری، تشنج هیستریک در پرونده نامبرده ثبت است. EEG و CT Scan مغزی انجام شده طبیعی بوده است .

در معاینه وضعیت روانی، ظاهری آراسته و مطابق قواعد اجتماعی بوده است. در بسیاری از مواقع تماس چشمی وی قطع شده و به نقطه‌ای خیره می‌شد و حالت حیرانی (Preplexity) داشت.

خلق بیمار با توجه به طلب مکرر مرگ از خداوند، ریزش مرتب اشک، دارای نوسان و افسرده گزارش گردید. عاطفه، بارز و کاملاً متناسب و واکنش‌پذیر به حالات خلقی و محتویات فکری بوده از نظر ادراک، توهمات بینایی و شنوایی در خصوص حوادث جبهه به صورت فلاش‌بک داشت. توهمات بینایی غیر جنگی در دوره‌هایی از بیماری و به صورت دیدن زن سیاهپوش وآدم کوتوله‌هایی که وی را اذیت می‌کردند، موهایش را می‌کشیدند و توی گوشش موسیقی می‌گذاشتند (توهمات لی‌لی پوت) گزارش گردید (در تفکر مشغولیت فکری با حوادث جبهه داشته هذیان خاصی مشاهده نگردید).

صحبت کردن وی گاهی نامفهوم (incoherent) و بازمان واکنش طولانی و اکثراً نامربوط (irrelevent) بوده و مشکل در تلفظ و کاربرد بعضی از حروف داشت، حروف « چ - ح - ر - ص - س » را به درستی تلفظ ننموده و گاهی بجای " ک " از " ت " استفاده می‌نمود. کلمات را بیشتر از حد معمول می‌کشید، (با در نظر گرفتن گویش محلی) به صورتی که کیفیتی کاملاً کودکانه به گفتارش می‌داد. به سئوالات بدیهی به سختی و با تردید و تکان دادن سر جواب می‌داد. سن خود را ۶۰ سال عنوان می‌کرد. روزهای هفته را به ترتیب نمی‌توانست نام ببرد و فقط به دوشنبه و پنجشنبه اشاره می‌کرد و می‌افزود پنجشنبه‌ها را دوست دارم، می‌خواهم بروم پهلوی دوست هایم. از ۱ تا ۱۰ رااینگونه شمرد ۱-۴-۳-۸. در خصوص پدر و مادرش اظهار می‌داشت، من هیچ چیز بیاد نمی‌آورم، من پدر و مادر ندارم. فقط شهیدان را بیاد می‌آورم. گاهی رنگها را اشتباه می‌گفت، رنگ آسمان را سیاه و درختان را سرخ می‌گفت. اما در بیان رنگ کفشهایش که سیاه بود گفت: ظلمت است. پاسخ ۲+۲ را هشت و تعداد پایه‌های صندلی را ۱۰ تا ۱۲ تا گفت.

وقتی اسکناس‌های رایج کشور به وی نشان داده شد ۵۰ تومانی را ۵ تومانی و ۱۰۰ تومانی را ۱۰ تومانی، نامید. در پاسخ تعدادی سئوال ساده و بدیهی دیگر اظهار داشت: نمی‌دانم، می‌روم می‌پرسم و بعداً می‌گویم. گاهی جای گوشها، دهان و چشمانش را در مصاحبه اشتباه نشان می‌داد. به سئوالاتی که برای جهت یابی زمان، مکان و شخص انجام شد، درست پاسخ نمی‌داد، به عنوان مثال روز هفته را پنجشنبه می‌گفت (در حالیکه مصاحبه در سه شنبه انجام شده بود) و ساعت مصاحبه را حتی بعد از نگاه‌کردن به پنجره بجای ۹ صبح، ۹ شب ارزیابی کرد. سال را بجای ۱۳۷۷ یکبار ۱۳۶۰ و یکبار با تردید ۶۳-۶۲ اعلام نمود. وقتی از هویت مصاحبه کننده (که از آن آگاهی داشت) سئوال شد، پرسید کدامیک از شما دو نفر واسم دو نفر منجمله اسم صحیح و یکی از همرزمانش را به زبان می آورد. در خصوص مکان میدانست که در کشور ایران و شهر کرمان است اما محل

[DOR: 20.1001.1.15614107.1378.1.3.9.8]

مصاحبه را بجای بیمارستان، جنگل ذکر گردید.

از نظر درصد جانبازی نخستین بار در تاریخ ۶۵/۴/۲۳، ۲۰٪ جانبازی به وی تعلق گرفته که در اثر پیگیری و اعتراض در تاریخ ۷۶/۳/۲۴ به ۳۵٪ نهایی تغییر یافت. از مسئولین بنیاد و همسر وی در رابطه با رفتار وی سئوال شد که رفتار مشابهی را گزارش دادند. گوشه‌ای از نامه یکی از همسران وی که در پرونده بنیاد ضبط بود بدین شرح است " او شبها تا صبح عذاب می‌کشد، گریه می‌کند و سر خود را به دیوار می‌کوبد، در خواب و بیداری با خودش حرف می‌زند، همیشه در همان عملیات جبهه است... "

درمانهای مختلفی هنگام بستری در بیمارستان شهید بهشتی کرمان و چهار بستری قبلی در شهرهای دیگر نظیر تجویز داروهای ضد افسردگی، ضد اضطراب، ضد روان پریشی، ECT و هیپنوتراپی انجام گردید که هیچکدام تأثیر قابل توجهی نداشت.

بحث

علائم بارزی از تجزیه در این بیمار به چشم می‌خورد. فراموشی (amnesia) و عدم توانایی بخاطر آوردن قسمتی از خاطرات گذشته وجود دارد. عدم درک واقعی محیط، احساس دوگانه بودن مصاحبه کننده، اختلال در حس زمان و مکان و بخاطر نیاوردن افراد مهم زندگی و بکاربردن ظلمت بجای سیاه همگی نشان دهندهٔ مسخ واقعیت (Derealization) در بیمار می‌باشد. رفتار آسیب زننده به خود که برای بدست آوردن حس زنده بودن مجدد است، نمودی از مسخ شخصیت (Depersonalization) می‌باشد (۳). تغییرات سریع خلقی، فلاش‌بک‌های متعدد و رفتار و محتویات ذهنی و عواطف مربوط، گویی که در زمان گذشته و در صحنه جنگ است و یادآوری سالهای جنگ، بجای سالی که در حال حاضر در آن زندگی می‌کند، همگی نمایانگر پسگرایی سنی است که جزء علائم تجزیه‌ای به شمار می‌روند. به علاوه توهمات بینایی، شنوایی و گفتگوی پایدار علائم دیگر تجزیه‌ای بودند که در بیمار وجود داشت (۳). به رغم آنکه به نظر می‌رسد بیمار آگاهی کاملی نسبت به محیط اطراف و حوادث مربوطه ندارد، معهذا به راحتی به هر محلی که می‌خواهد می‌رود، آدرس‌ها را اشتباه نمی‌کند و توانایی عملکرد کافی برای سروسامان دهی زندگی خود را دارد و توانایی بیاد آوردن قرارهای ملاقات با پزشک مربوطه و مراجعه به مطب را دارد و لذا به نظر می‌رسد توانایی ثبت در حافظه (Registration) را داشته که بر خلاف اختلالات ارگانیک مغزی می‌باشد (۵).تابلو بیماری شباهتی با اختلالات تجزیه‌ای طبقه‌بندی شده در DSM IV شامل اختلال فراموشی، فرار (Fuge) و اختلالات چند هویتی ندارد (۲). اما شباهتهای عمده‌ای بین این بیمار و توصیفی که از سندرم گنسر (Ganser) شده است و در اختلالات تجزیه‌ای جای دیگر طبقه‌بندی نشده در DSM IV آمده است، وجود دارد.

سندرم گنسر برای نخستین بار در سال ۱۸۹۸ در زندانیان شرح داده شد و مهمترین خصوصیت آن دادن پاسخ‌های نزدیک به پاسخ‌های اصلی می‌باشد. عدم توانایی فهم مطلب، اضطراب و حیرانی، توهمات و تظاهرات حسی و حرکتی هیستریکی ازدیگر علائم آن می‌باشند (۶). سندرم گنسر، نادر بوده و در مطالعه‌ای که در سال ۱۹۸۷ توسط کارنی صورت گرفته و ادبیات پزشکی تا آن سال تنها ۵۰ مورد کلاسیک از این سندرم گزارش شده است. در عین حال کارنی نتیجه گرفت این سندرم تنها در زندانیان مشاهده نمی‌شود (۷). بیمار معرفی شده هر چند شباهت‌های عمده‌ای با سندرم گنسر دارد اما با توجه به اینکه پاسخ‌های نامربوط وی اغلب نزدیک به پاسخ‌های اصلی نبوده و بدور از آن است، نمی‌توان بیمار را یک مورد کلاسیک سندرم گنسر دانست. از طرفی سندرم گنسر کوتاه مدت است و معمولاً بعد از مدتی کوتاه بیمار به وضعیت عادی برگشته و راجع به علائم خوددچار فراموشی می‌شود. هر چند که دوره‌های طولانی‌تر وگاه چندهفته‌ای نیز گزارش شده است (۹و۸). سئوال دیگر افتراق بیماری با تمارض است. ما به چند دلیل وجود تمارض را در بیمار مطرح نمی‌دانیم. نخست آنکه بهره‌ای (gain) که بیمار در اختلالات تجزیه‌ای

[DOR: 20.1001.1.15614107.1378.1.3.9.8]

می‌برد از نوع اولیه و کاهش تنش‌ها و رهایی از کشمکش‌های درونی است، در حالیکه بهره بیمار در تمارض بدست آوردن امتیازهای بارز اجتماعی و اقتصادی است. در این بیمار به نظر می‌رسد بهره اصلی از نوع اولیه باشد و نه ثانویه. ضمناً در تمارض با بدست آوردن تمامی یا قسمتی از بهره مورد نظر علائم تخفیف می‌یابد، در حالیکه در این بیمار حتی بعد از دستیابی به درصد جانبازی بالاتر، علائم تغییری نکرده‌اند و حتی اگر وی تمایل به دستیابی به حداکثر درصد جانبازی را داشته باشد و به آن نیز نائل شود، این بهره آنقدر نیست که از نظر عقلانی بتواند جبران خسارتی ناشی از سالها بیماری را جبران نماید (در هنگام نوشتن مقاله حداقل ۹سال است که علائم وی شروع شده هرچند که تاریخ دقیق شروع تابلو بالینی فعلی مشخص نیست و نامبرده قادر به انجام هیچگونه کار مفیدی نمی‌باشد). همچنین وجود علائم صادقانه و آشکار (genuine) تجزیه مانند تغییرات خلقی، فلاش‌بک‌های متعدد، توهمات و... است و بدین صورت نمی‌تواند در تمارض پیدا شود، فرد متمارض با دقت دروغ می‌گوید و کمتر در تله تناقض پاسخ می‌افتد در این بیمار عدم پاسخ صحیح و ارائه پاسخ‌های متناقض و سرگشتگی هنگام پاسخ نمود اختلال تجزیه می‌باشد تا تمارض (۸).

به طور کلی علائم تجزیه‌ای ممکن است در هر نوع بیماری روانی آشکار گردد در یک مطالعه مشخص گردید ۶۱٪ از بیماران مبتلا به اختلالات اسکیزوفرنیا، اسکیزوفرنی فرم، اسکیزو افکتیو و اختلال هذیانی متعاقب استرس بزرگی، دچار علائم اختلال استرس پس از سانحه شده بود و علائم شبه جسمی (somatoform) و تجزیه‌ای کاملاً شایع بوده است (۱۰). علائم تجزیه‌ای نظیر مسخ شخصیت، مسخ واقعیت و فراموشی علائمی شایع در اختلال استرس پس از سانحه می‌باشند (۱). چنین بیمارانی مبتلا به اپیزودهایی می‌گردند که رفتار و هویت آنها درست مانند زمانی است که در آن موقع متحمل استرس شده‌اند و علائمی نظیر پسگرایی سنی و فلاش بک از خود نشان می‌دهند (۳). هر چه استرس بزرگتر باشد علائم تجزیه‌ای بیشتری بوجود می‌آید (۱۱). در اختلال استرس پس از سانحه که استرس اصلی جنگ است، علائم تجزیه‌ای ممکن است با نوع جنگ و شرایط آن فرق نماید. به عنوان مثال سربازان آمریکایی بعد از جنگ ویتنام علائم تجزیه‌ای بیشتری در مقایسه با سربازان جنگ جهانی دوم نشان می‌دادند (۱۲). فلاش بک‌های متعدد و علائم تجزیه‌ای در بیمار معرفی شده می‌تواند با وجود اختلال استرس پس از سانحه در بیمار ارتباط داشته باشد اما نمی‌تواند تنها با ضوابط PTSD توجیه گردد. زیرا علائم تجزیه در PTSD در مقاطع محدود زمانی پدیدار می‌گردند و علائم تجزیه‌ای نظیر مسخ شخصیت و مسخ واقعیت بدین صورت شدید و پایدار که به صورت ظاهری آگاهی فرد را از محیط اطراف مختل نماید، هویت شخصی راتغییر داده و محور اساسی علامت‌شناسی شده و در طی زمان ثابت بماند، مشاهده نمی‌گردد. تداوم علائم تجزیه‌ای در این بیمار شایان توجه است. حداقل مدت دو سال است که نامبرده در این حالت توسط نویسندگان پیگیری می‌گردد و حداقل از ۷ سال قبل از آن علائم شروع شده که مشخص نیست شدت علائم تجزیه‌ای به چه صورت بوده است که با بررسی سوابق نامبرده به نظر می‌رسد که تا آخرین تاریخ مجروحیت از نظر عملکرد آسیبی ندیده بود و پس از آن است که عملکرد اجتماعی خود را از دست داده است.

نتیجه گیری

با توجه به مروری که بر ادبیات پزشکی در خصوص اختلالات جنگی صورت گرفته است تاکنون چنین موردی گزارش نشده است و امید است با تحقیقات بیشتری که صورت می‌گیرد در خصوص ارتباط اختلالات تجزیه‌ای و جنگ اطلاعات بیشتری بدست آید.

****

[DOR: 20.1001.1.15614107.1378.1.3.9.8]

References

1. Spiegel D, Cardena E. Disintegrated experience, the dissociative disorders revised. J Abnorm Psychol 1991; 100:366-378.

2. American psychiatic association. Diagnostic and statistical manual of mental disorfers, 4 th ed. Washington DC, APA 1994;

3. Steinberg M. Systematizing dissociation: symptomatology and diagnostic body. First ed, Americal psychiatric association 1994; 59-88.

4. Steinberg M, Rounsauille BJ, Cicchetti DV. The structured clinical interview for DSM II-R dissociative disorders: preliminary peport on a new diagnostic instrument. Am J Psychiatr 1990; 167: 76-82.

5. Lishman WA. Organic psychiatry: the psychological consequences of cerebral disorder. third ed. Blackwell Science 1998; 480-483.

6. Enoch MD, Trethowan W. Uncommon psychiatric syndromes. third ed. Butter worth & Heinemann 1991; 75-91.

7. Carney MWP. Ganser syndrome and its managenent. B J Psychiatr 1987; 151: 697-700.

8. Cartwright DS. Ganser syndrome, in: Wolman BB; international encyclopedia of psychiatry. Psychol Psychoanal & Neurol 1977; 5(1): 157-58.

9. Miller P, Bramble D, Buzton N. Gase study: Ganser syndrome in children and adolescents. J AM Acad Child Adolesc Psychiatr 1997; 36(1): 112-5.

10. Darves- Bornoz JM, Benhamou A, Degio- vanni A, Lepine JP, Gaillard P. Psychological trauma and mental disorders. AnnMed Psychol Paris 1995;153(1): 77- 80.

11. Zatzick DF, Marmar CR, Weiss G, Metzler T. Dose trauma-linked dissociation vary across ethnic groups ?. J Neru Ment Dis 1994; 182(10): 576-82.

12. Davidson JR, kudler HS, Saunders WB, Smith RD. Symptoms and xomorbidity patterns in world war II and Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. Compr Pshchiatr 1990; 31(2): 162-70.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1378.1.3.9.8]