จิตเวชศาสตร์ทหาร
Military Psychiatry

*พลโทวีระ เชื่องศิริกุล**

จิตเวชศาสตร์ทหาร หมายถึง จิตเวชศาสตร์ที่นำมาใช้กับทหารรวมถึงครอบครัว จิตเวชศาสตร์ทหารมุ่งความสนใจทางคลินิกไปที่การจำแนกผู้ป่วยและการป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยที่ทำให้ไม่สามารถทำการรบต่อไปได้ โดยเน้นที่การตอบสนองทางพฤติกรรมต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความกดดันทางอารมณ์ เหตุผลสำคัญที่สุดในความแตกต่างระหว่างจิตเวชศาสตร์ทหารและจิตเวชศาสตร์พลเรือนคือ จิตเวชศาสตร์ทหารทำหน้าที่ตามความต้องการของหน่วยทหาร ซึ่งมีลักษณะพิเศษเนื่องจากภารกิจทางทหารที่สำคัญคือสงคราม

สงคราม หมายถึง การกระทำทางการเมืองซึ่งโดยทั่วไปเกี่ยวข้องกับความรุนแรงเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของชาติหรือเพื่อปกป้องผลประโยชน์ทางธรรมชาติ สงครามเป็นวินาศภัยที่พบได้บ่อยทั่วโลก แต่ในช่วงหลายๆ ปีที่ผ่านมากิจการทางทหารทั่วโลกได้เพิ่มความเกี่ยวข้องในการช่วยเหลือทางมนุษยธรรมแก่ผู้ประสบภัยธรรมชาติ ความมั่นคงของรัฐบาลและการรักษาความสงบมากขึ้น

ในอดีตเชื่อกันว่าอาการทางอารมณ์ที่เป็นผลของสงครามมีสาเหตุจากการบันดาลของพระเจ้า แรงกระแทกของกระสุนปืนใหญ่ และจากอิทธิพลของธรรมชาติหรือเหนือธรรมชาติ ต่อมาในระหว่างปลายศตวรรษที่ 19 และ 20 ความรู้ในเรื่องวิทยาศาสตร์ทางประสาทวิทยาได้ถูกนำมาใช้ในเวชศาสตร์ทหารอธิบายสภาวะทางจิตประสาทที่ไม่สามารถตรวจพบพยาธิสภาพทางประสาทกายวิภาค

นักประวัติศาสตร์สงครามและแพทย์ทหารได้สังเกตพบว่า มีกลุ่มอาการทางกายต่างๆ ที่ไม่สามารถอธิบายเหตุผลได้เกิดขึ้นบ่อยซึ่งเป็นผลตามมาจากการรบ เช่น โรคหัวใจทหาร (Soldier's heart) ปวดข้อ ผื่นคัน และปวดแสบผิวหนัง เป็นต้น

ปลายศตวรรษที่ 17 ความเครียดจากการรบบางอย่างเริ่มได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ในทวีปยุโรป โดยถูกเรียกว่า นอสตาลเจีย (Nostalgia) ซึ่งก่อนหน้านั้นใช้คำว่า "โรคซาวสวิส (the Swiss disease)" ต่อมาในราวกลางศตวรรษที่ 18 สีโอโปลด์ ออยน์บรุกเกอร์ (Leopold Auenbrugger ค.ศ.1761) ได้ให้คำอธิบายความหมายทางการแพทย์ของคำนี้ไว้อย่างชัดเจน โดยบรรยายถึงชายหนุ่มที่ถูกบังคับให้เป็นทหารและถูกส่งไปรบเกิดอาการเศร้า ซึมเฉย ขาดความกระตือรือร้น ไม่สนใจทุกสิ่งทุกอย่างที่จำเป็นต่อการดำรงชีพ ซึ่งไม่ว่าทำอย่างไรก็ไม่ดีขึ้น

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2554; 56(4): 339-344

* กรรมการกลาง ประธานราชวิทยาลัย จิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ระหว่างสงครามรัสเซีย-ญี่ปุ่น (ค.ศ.1904-1906) รัสเซียได้ใช้ผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชรักษาการเครียดจากการรบทั้งในแนวหน้าและเมื่อกลับสู่บ้านเกิด และใช้คำว่า "โรคประสาทสงคราม (War neurosis)" เป็นครั้งแรก อาการทางจิตเวชที่พบได้ทันทีในช่วงการรบได้แก่ อ่อนล้า ซึมเศร้า ไม่รับรู้สิ่งแวดล้อม ลืมตนเอง ประสาทหลอน ระแวง และการเรียนรู้ผิดปกติ

ต่อมาในระหว่างสงครามโลกครั้งที่ 1 (ค.ศ.1914-1918) การเจ็บป่วยทางจิตเวชจากการรบถูกเรียกว่า "การสะท้านจากระเบิด (Shell shock)" เนื่องจากเชื่อว่ามีสาเหตุจากกระสุนปืนใหญ่และวัตถุระเบิดต่างๆ ทำให้ระบบประสาทส่วนกลางกระทบกระเทือน โดยเชื่อว่าทหารจำนวนมากถูกแรงกระแทกของระเบิดหรือกระสุนปืนใหญ่จนเกิดอาการผิดปกติ และมีอาการคล้ายผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง บายลีย์ (Bailey) วิลเลียมส์ (Williams) และโกโมรา (Komora) ได้บรรยายลักษณะทหารเหล่านี้ไว้ว่า "พวกเขามีอาการถลึงตา ตัวสั่นอย่างรุนแรง ท่าทางหวาดกลัว แขนขาเย็นเฉียบ และอารมณ์เศร้า บางรายหูหนวก บางรายพูดไม่ได้ บางรายมองไม่เห็นหรือเป็นอัมพาต" ซึ่งต่อมาไม่นานจิตแพทย์อังกฤษและฝรั่งเศสก็พบว่าทหารที่เจ็บป่วยด้วยอาการดังกล่าวจะมีอาการชั่วคราว และมีสาเหตุจากความเครียด และพบความสำคัญของการรักษาในแนวหน้า (Forward treatment) ว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้นรวดเร็วกว่าการส่งกลับไปรักษาที่ฐานทัพ โดยการให้กำลังใจ ให้พักผ่อน และพูดจูงใจ และพบว่าการรักษาอย่างทันทีก็มีความสำคัญเช่นกัน

ในปี ค.ศ.1917 โธมัส แซลมอน (Thomas Salmon) เจ้ากรมแพทย์ทหารบกสหรัฐอเมริกาได้นำประสบการณ์ของอังกฤษและฝรั่งเศสมาประยุกต์ใช้เป็นโครงการป้องกันและรักษาผู้ป่วย "การสะท้านจากระเบิด" ซึ่งตั้งชื่อใหม่ว่า "โรคประสาทสงคราม (War neuroses)" ต่อมา อาร์ติสส์ (Artiss) ได้สรุปหลักการสำคัญของการรักษาไว้ 3 ประการ คือ ความใกล้ (*Proximity*) ความทันท่วงที (*Immediacy*) และความคาดหวัง (*Expectancy*)

การใช้หลักการรักษาในแนวหน้าอย่างเหมาะสม ทำให้ทหารที่เจ็บป่วยด้วยความเครียดจากการรบสามารถกลับไปทำการรบได้ในเวลาไม่กี่วันถึงร้อยละ 40-90 การรักษาในแนวหน้าประกอบด้วยการเข้าช่วยเหลือทันทีด้วยวิธีที่ง่ายและใช้เวลาไม่นาน (*ความทันท่วงที ความกระชับ ความง่าย*) เช่น ให้อาหารและให้พักในสถานที่ที่ปลอดภัยใกล้กับแนวรบมากที่สุด (*ความใกล้*) พร้อมกับบอกทหารด้วยข้อความที่ชัดเจนว่าเขาจะได้กลับไปร่วมรบกับเพื่อนของเขาในเวลาไม่นานนัก (*ความคาดหวัง*) มาตรการเหล่านี้จะทำให้ทหารรู้สึกว่าเขาเพียงทำหน้าที่ไม่ได้ชั่วขณะเท่านั้น และสร้างความคาดหวังว่าเขาจะกลับไปทำหน้าที่ได้อย่างรวดเร็ว ความคาดหวังนี้จะเพิ่มมากขึ้นเมื่อเพื่อนทหารในหน่วยสามารถมาเยี่ยมและบอกกับเขาว่าพวกเพื่อนๆ ต้องการและยินดีต้อนรับเขากลับสู่หน่วย การรักษาจะใช้วิธีง่ายๆ เพื่อสนับสนุนความคาดหวังนี้โดยบอกกับทหารว่าไม่มีความผิดปกติร้ายแรงใดๆ

การระบุปฏิกิริยาปกติต่อการรบว่าเป็นความผิดปกติจะสามารถทำให้ทหารเกิดอาการทางจิตเวชขึ้นได้ ซึ่งจะกลายเป็นผู้ป่วย "กลุ่มอาการส่งกลับ (Evacuation syndrome)" และนำไปสู่การสูญเสียความสามารถอย่างแท้จริง

นอกจากนี้ในสงครามโลกครั้งที่ 1 ยังพบการแพร่ระบาดของการเจ็บป่วยในทหารที่ทำให้ถูกส่งกลับโดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ยังคลุมเครือ ซึ่ง เบเลนกี (Belenky) และโจนส์ (Jones) เรียกการเจ็บป่วยเหล่านี้ว่า "กลุ่มอาการส่งกลับ (Evacuation syndrome)"

ต่อมาหลังจากมีการใช้ก๊าซพิษอย่างแพร่หลาย ทหารจำนวนมากเกิดอาการผิดปกติของทางเดินหายใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการสำลักและหายใจเร็ว และถูกระบุว่าเป็น "โรคฮีสทีเรียจากก๊าซ (Gas hysteria)"

ภายหลังจากที่รู้ว่ากลุ่มอาการต่างๆ เกิดจากสาเหตุทางจิตใจ และนิยมใช้คำว่า "โรคประสาทสงคราม" ทหารจำนวนมากจะแสดงว่าตนมีอาการโรคดังกล่าว เพื่อที่จะไม่ต้องออกรบโดยถูกกฎหมาย บุคลากรทางการแพทย์จึงได้กำหนดนโยบายให้ใช้รหัสการวินิจฉัยว่า "เอ็น.วาย.ดี. (เนอร์ฝัส) [N.Y.D. (nervous)]" ซึ่งหมายถึง "ยังไม่วินิจฉัย (กระวนกระวาย)"

ก่อนศตวรรษที่ 20 เชื่อกันว่าทหารส่วนใหญ่ที่เจ็บป่วยทางจิตใจในการรบเกิดจากความขี้ขลาดหรืออ่อนแอ และได้ใช้นโยบายฆ่าทหารที่แสดงให้เห็นว่าไม่มีกำลังใจที่จะรบได้ถึงร้อยละ 10 ต่อมาเมื่อพบว่าอาการที่เกิดขึ้นเหล่านี้เป็นการเจ็บป่วยก็เชื่อว่าเป็นพยาธิสภาพทางกายภาพ ต่อมาภายหลังจึงรู้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถของทหารที่จะทนทานต่อความเครียดจากการรบได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ สังคม และจิตใจ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ให้ผลต่อความสามารถของทหารได้ทั้งทางบวกและทางลบ และแพทย์ได้เรียนรู้วิธีการรักษาและป้องกันการเจ็บป่วยจากการรบ ซึ่งถือได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของจิตเวชศาสตร์ทหาร

สหรัฐอเมริกาเข้าสู่สงครามโลกครั้งที่ 2 ในปี ค.ศ. 1941 ซึ่งในระยะแรกบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้เตรียมการนำโครงการรักษาทางจิตเวชในแนวหน้ามาใช้ ซึ่งเชื่อว่าสามารถลดการเกิดการเจ็บป่วยทางจิตเวชได้ด้วยการคัดเลือกกำลังพลโดยไม่คัดเลือกบุคคลที่มีประวัติความผิดปกติทางจิตเวชโดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการวิตกกังวล ผลของการกระทำดังกล่าวทำให้เกิดการสูญเสียกำลังพลจำนวนมากจาก "กลุ่มอาการส่งกลับ" และอัตราการส่งกลับด้วยโรคทางจิตเวชกลับสูงกว่าในสงครามโลกครั้งที่ 1 สหรัฐอเมริกาจึงนำรูปแบบการรักษาในแนวหน้าในสงครามโลกครั้งที่ 1 กลับมาใช้ในปี ค.ศ.1943 ซึ่งปรากฏว่าได้ผลดีกว่ามาก และพลเอกโอมาร์ แบรดลีย์ (Omar Bradley) โดยคำแนะนำของคณะแพทย์ได้กำหนดให้ทำการรักษาผู้ป่วยจิตเวชในแนวหน้าเป็นเวลา 7 วัน และให้วินิจฉัยว่า "ไร้เรี่ยวแรง (Exhaustion)" ทุกรายเพื่อให้เข้าใจว่าเป็นความผิดปกติทางจิตใจน้อยที่สุด

ในระยะแรกที่สหรัฐอเมริกาเข้าร่วมในสงครามโลกครั้งที่ 2 บุคลากรทางการแพทย์ใช้คำว่า "โรคจิตประสาท (Psychoneuroses)" ซึ่งทหารส่วนใหญ่ไม่คุ้นเคยกับคำศัพท์นี้และเข้าใจว่าหมายถึง "โรคจิต (Psycho)" ทหารที่มีอาการทางด้านจิตใจมักแสดงอาการแปลกๆ และถดถอยคล้ายผู้ป่วยโรคจิต ต่อมาเมื่อแฮนสัน (Hanson) ได้นำหลักการรักษาที่ได้ผลกลับมาใช้ในอาฟริกาเหนือ การเจ็บป่วยทางจิตเวชจึงเป็นที่ยอมรับว่าเป็นผลตามมาของสภาพการรบ และใช้คำว่า "ไร้เรี่ยวแรง" แทน ซึ่งก็พบว่าทหารมีอาการแปลกๆ ลดลงและพบอาการอ่อนล้ามากขึ้น การใช้คำใหม่นี้น่าจะเหมาะสมมากกว่า เนื่องจากสื่อว่าการเจ็บป่วยนี้เป็นอยู่ชั่วขณะ เกิดขึ้นตามสภาวการณ์ซึ่งต้องการเพียงการพักผ่อนเพื่อให้กลับมาทำหน้าที่ได้ตามเดิม และบ่งว่าเป็นการตอบสนองที่ปกติต่อสภาพการรบที่กดดันอย่างรุนแรงต่อจิตใจและอารมณ์ ทุกรายควรได้รับการรักษาทันทีในแนวหน้าโดยที่ไม่รบกวนภารกิจการรบ การรักษาที่ประสบผลสำเร็จจะป้องกันการส่งกลับโดยไม่จำเป็น เนื่องจากการรักษาที่ยาวนานหรือการส่งกลับสู่แนวหลังอาจทำให้การรักษาไม่ได้ผลหรือหายช้า

ในสงครามโลกครั้งที่ 2 จิตแพทย์ได้เรียนรู้เกี่ยวกับระบาดวิทยาของความผิดปกติของความเครียดจากการรบและความสำคัญของความยึดเหนี่ยว (Cohesion) ในหน่วยทหารในการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตเวชและการเพิ่มประสิทธิภาพการรบ สตูฟเฟอร์ (Stouffer) และคณะได้ศึกษาพบว่าหน่วยทหารที่มีผู้นำดีและขวัญกำลังใจดีมีทหารเจ็บป่วยทางจิตเวชในการรบน้อยกว่าหน่วยอื่นๆ

ความซื่อสัตย์และสัมพันธภาพที่เหนียวแน่นระหว่างสมาชิกในหน่วยทหารที่อาจทำให้เกิดการ

สนับสนุนกันทันท่วงทีในระหว่างการรบและภายหลังการรบเป็นปัจจัยป้องกันการอ่อนล้าจากการรบและความเครียดจากการปฏิบัติการรบ ผู้นำหน่วยทหารที่เข้มแข็งสามารถสร้างและสนับสนุนให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อความซื่อสัตย์ ความไว้วางใจ และความเคารพกันและกัน ซึ่งจะทำให้ทหารแต่ละนายเต็มใจปฏิบัติหน้าที่ร่วมกันอันเป็นสิ่งที่จำเป็นในการบรรลุภารกิจการรบ

ฮาลโลแรน (Halloran) และฟาร์เรลล์ (Farrell) และโคเฮน (Cohen) ได้สร้างโครงการให้คำปรึกษาสุขอนามัยทางจิตใจที่ศูนย์ฝึกกำลังทดแทนในปีแรกที่สหรัฐอเมริกาเข้าสู่สงครามโลกครั้งที่ 2 ในระยะแรก โครงการเหล่านี้เป็นเพียงให้การปฐมนิเทศน์และ “พูดปลุกความห้าวหาญ” แก่ทหารที่กำลังจะถูกส่งไปรบนอกประเทศ และพบว่าการสร้างขวัญกำลังใจเช่นนี้ทำให้ลดความสูญเสียทางจิตเวชลงได้ ต่อมาจึงกระจายโครงการเหล่านี้ไปยังหน่วยอื่นๆ และเมื่อสงครามสิ้นสุดลงโครงการเหล่านี้ก็ได้รับการบรรจุเป็นโครงการสุขภาพจิตของกองทัพบกสหรัฐอเมริกา

สิ่งสำคัญในการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตเวชในการรบ คือการยึดเหนี่ยวในหมู่ทหารเล็กๆ ที่ต้องปฏิบัติภารกิจร่วมกัน ซึ่งการยึดเหนี่ยวจะเกิดขึ้นได้ต้องมีผู้นำที่ดี และหมู่ทหารต้องได้รับการฝึกใช้ชีวิต และเผชิญกับความเครียดร่วมกัน ทหารเป็นสมาชิกของกลุ่มที่ผูกพัน พึ่งพากันและกัน ดังนั้นความสามารถในการเข้ากลุ่มประกอบกับประสิทธิภาพและท่าทีของกลุ่มจึงมีผลอย่างมากต่อความสามารถของทหารที่จะทนทานต่อการบาดเจ็บที่พวกเขาต้องเผชิญ ความล้มเหลวในการเป็นสมาชิกของกลุ่มอาจเป็นผลให้เกิดอาการเจ็บป่วยได้

ส่วนปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตเวชได้แก่ ผู้นำไม่ดี การฝึกและการยึดเหนี่ยวในหน่วยไม่ดี การสนับสนุนจากสังคมไม่เพียงพอ ความอ่อนล้า และความรุนแรงของการรบ การตายของเพื่อนทหารในหมู่เป็นตัวกระตุ้นที่พบบ่อยมากสุดที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตเวช

หน่วยสนับสนุนการรบในแนวหลังก็มีปัญหาทางจิตเวชเกิดขึ้นได้ แม้ว่าหน่วยทหารเหล่านี้ไม่ได้อยู่ในสถานการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ความเครียดทางจิตใจของทหารเหล่านี้มักเกี่ยวข้องกับการจากบ้านและเพื่อน ขาดสังคม และความเบื่อหน่าย จึงมักหาทางผ่อนคลายโดยการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดและการกระตุ้นทางเพศ มักเป็นผลให้กระทำผิดวินัย ซึ่งถูกเรียกว่า “การสูญเสียกำลังพลในค่ายทหาร (Garrison casualty)”

จากประสบการณ์ในสงครามโลกครั้งที่ 2 ไวน์สไตน์ (Weinstein) และเดรเยอร์ (Drayer) ได้จำแนกลักษณะเฉพาะของโรควิตกกังวลจากการรบ (Combat anxiety) ไว้ดังนี้ (1) มีปัจจัยกระตุ้นที่มากกว่าปกติในสภาพแวดล้อมการรบที่ยากลำบากและอันตราย (2) อาการเปลี่ยนแปลงได้มาก (3) มีความเกลียดชังและความรู้สึกผิดเกิดขึ้นทันทีทันใด และ (4) ส่วนใหญ่เป็นปรากฏการณ์กลุ่มประสบการณ์จากสงครามโลกครั้งที่ 1 เป็นต้นมาทำให้จำแนกปัญหาทางจิตเวชได้หลายอย่างที่เกิดขึ้นกับทหารในสถานการณ์การรบและบริเวณใกล้การรบ ปัญหาแรกๆ ได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล ความเศร้า อาการคอนเวอร์ชัน (Conversion) และอาการดิสโสซิเอชัน (Dissociation) ที่พบในกองกำลังรบ และพบว่าทหารกลุ่มใหญ่ที่ไร้ประสิทธิภาพเป็นทหารในหน่วยสนับสนุนการรบที่อยู่แนวหลังซึ่งมีปัญหาทางเพศ ใช้สุราและยาเสพติด และพฤติกรรมต่อต้านสังคม ซึ่งกลายเป็นปัญหาใหญ่ที่สุดของความสูญเสียของสหรัฐอเมริกาในการรบที่เวียดนาม

ความเครียดจากการรบมีหลายมิติ ได้แก่ การบาดเจ็บ การเจ็บป่วย การอ่อนล้าทางกายและ

จิตใจ ความกลัวต่อความตาย ความพิการ ความกลัวว่าจะแสดงความขี้ขลาดและแนวโน้มที่จะปลดปล่อยความก้าวร้าวของตน แรงกดดันในสภาวะสงครามรวมถึงการพบศพ ชิ้นส่วนอวัยวะ การคุกคามต่อชีวิต การสูญเสียบุคคลที่รัก และการบาดเจ็บทางร่างกายหรือถูกทรมาน จะเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในภายหลัง การเผชิญกับการรบที่รุนแรงและยาวนานเพิ่มการสูญเสียกำลังพลจากอาการทางจิตเวช ตารางการสับเปลี่ยนกำลังพล การได้รับการยอมรับหรือสิ่งตอบแทนการปฏิบัติหน้าที่ และความเชื่อมั่นในภารกิจ ล้วนมีผลกระทบต่ออัตราการเกิดและความรุนแรงของโรคทางจิตเวช ระดับความบกพร่องในการทำหน้าที่ซึ่งเป็นผลตามมาของการรบมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ก่อนการรบ บุคคลที่มีปัญหาในการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมและอาชีพการงานมาก่อนการรบมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ภายหลังการรบ

หลักการสำคัญของจิตเวชศาสตร์การรบได้ถูกเริ่มพัฒนาในระหว่างการรบที่มีความรุนแรงปานกลางในสงครามโลกครั้งที่ 1 และถูกปรับปรุงให้ดีขึ้นในระหว่างสงครามโลกครั้งที่ 2 และความขัดแย้งในคาบสมุทรเกาหลี ซึ่งทำให้การรักษาได้ผลดีน่าพอใจ ความล้มเหลวในการรักษาส่วนใหญ่เกิดขึ้นเนื่องจากไม่ได้นำหลักการรักษานี้ไปใช้ ต่อมาสหรัฐอเมริกาจึงได้ตระหนักว่า “การสูญเสียกำลังพลในค่ายทหาร” เป็นสาเหตุร้ายแรงที่ทำให้กองกำลังของสหรัฐอเมริกาขาดประสิทธิภาพในการรบในเวียดนาม

เราอาจสรุปได้ว่าสามารถทำนายได้แน่นอนระดับหนึ่งถึงจำนวนและชนิดของการเจ็บป่วยจากความเครียดของการรบ ถ้าเรารู้ความรุนแรงของการสงครามและการสนธิกำลังของกำลังพลทหาร (หน่วยรบและหน่วยสนับสนุนการรบ) กล่าวคือ ในสถานการณ์การรบที่มีความรุนแรงปานกลางและมากกำลังพลทหารจะเกิดการเจ็บป่วยจากการรบ แต่ในสถานการณ์การรบที่มีความรุนแรงต่ำหรือไม่มีการรบจะพบ “การสูญเสียกำลังพลในค่ายทหาร” มากกว่า จิตเวชศาสตร์ทหารจึงต้องใช้ความยืดหยุ่นในการตอบสนองต่อสภาวการณ์ที่แตกต่างกันและต่อสภาพสงครามที่มีโอกาสใช้ระเบิดนิวเคลียร์ เชื้อโรค และสารเคมีด้วย

ด้วยความไม่แน่นอนของสภาพแวดล้อมของการรบในอนาคต บุคลากรทางการแพทย์และผู้นำหน่วยทหารทุกนายจึงควรทำความคุ้นเคยกับหลักการรักษานี้ และเตรียมพร้อมที่จะปรับปรุงหลักการนี้ในสถานการณ์การรบที่พัฒนาไปซึ่งอาจลุกลามจากความรุนแรงต่ำไปสู่ความรุนแรงสูง

ผลตามมาของสงครามอาจทำให้เกิดโรคทางจิตเวช เช่น โรคความเครียดภายหลังเผชิญอุบัติภัย [Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)] หรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง วิตกกังวล หรือซึมเศร้า มีปัจจัยหลายประการที่ทำให้การประเมินและการรักษากลุ่มอาการดังกล่าวยุ่งยากมากขึ้น เทคโนโลยีใหม่ๆ ในการรบทำให้ต้องมีการปรับปรุงวิธีการคัดเลือกและรักษากำลังพลที่มีอาการทางจิตเวชไปตามสถานการณ์การรบที่เปลี่ยนไป เนื่องจากอาวุธที่ใช้มีอำนาจทำลายล้างมากขึ้นเป็นเหตุให้การช่วยเหลือทันท่วงทีและการนำทหารที่ได้รับบาดเจ็บออกจากพื้นที่ทำได้ยากขึ้น

การพัฒนาการรบโดยใช้เทคโนโลยีที่ก้าวหน้าทำให้หน่วยรบเคลื่อนที่ได้เร็วและกระจายกันออกไปทั่วสนามรบ จะทำให้โอกาสสับเปลี่ยนกำลังจากพื้นที่ส่วนหลังลดลง ทำให้กำลังรบในแนวหน้าที่อ่อนล้าอาจไม่ได้พักผ่อนเพียงพอ หน่วยแพทย์ขนาดเล็กจะไม่สามารถปฏิบัติการได้ในสถานการณ์เช่นนี้ การให้การรักษาแก่กำลังพลในแนวหน้าอาจอาศัยการตัดสินใจและการวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในแนวหลังผ่านการสื่อสารที่ทันสมัย

ส่วนการดูแลสุขภาพจิตของทหารและครอบครัวในยามสงบก็คล้ายกับการปฏิบัติของพลเรือนในหลายๆ ด้าน ซึ่งจิตเวชศาสตร์ทหารเน้นการให้บริการกับกำลังพลและครอบครัวทั้งด้านจิตเวชและสุขภาพจิตด้วย ทั้งนี้ต้องพิจารณาถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ สังคม และจิตใจ ซึ่งอาจแตกต่างจากสภาพพลเรือน

บรรณานุกรม

1. Benedek DM, Ursano RJ, Holloway HC. Military and Disaster Psychiatry. In: Kaplan SI, Sadock BJ, eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 10th ed. Baltimore. William and Wilkins; 2010: 2615-25.
2. Jones FD, War Psychiatry. In: Textbook of Military Medicine. Part I. Warfare, weaponry, and the casualty. Washington DC: Office of the Surgeon General at TMM Publication; 1995.
3. Jones FD, Military Psychiatry, Preparing in Peace for War. In: Textbook of Military Medicine. Part I. Warfare, weaponry, and the casualty. Washington DC: Office of the Surgeon General at TMM Publication; 1994.