

ویژگیهای روانی نمونه‌های از رزمندگان جبهه جنوب جنگ ایران و عراق

مجله نظام پزشکی

سال هشتم ، شماره ۴ ، صفحه ۲۰۷ ، ۱۳۶۱

دکتر ولی‌اله اخوت - دکتر احمد جلیلی *

مقدمه :

شده است (ابراهام ۱۹۷۰، اندرسن ۱۹۸۰، اخوت سال ۱۳۵۶، بطحائی و جلیلی سال ۱۳۵۲).
با توجه به تفاوت‌های فاحش فرهنگی و با توجه به جنگی که با ماهیت
و هدفی کاملاً متفاوت در گیر هستیم وجود و مشاهده تفاوت‌های معنی‌دار
از لحاظ چگونگی بروز این علائم در رزمندگان ایرانی و سیمای
متفاوت بالینی در این مورد پیش‌بینی می‌شود. شروع فعالیت‌های تشخیصی
و درمانی در مرکز روانپزشکی خوزستان، بررسی و گردآوری
داده‌ها و آزمون‌های لازم، این تفاوت‌ها را نشان داد.

هدف :

شناخت مقدماتی ویژگیهای روانی نمونه‌ای از رزمندگان جبهه-
های جنوب و بررسی اجمالی ناهنجاریهای مشهود در سربازان،
درجه‌داران و افسران معرفی شده به مرکز خوزستان.

روش :

نمونه مورد مطالعه : نمونه مورد مطالعه در این پژوهش شامل
۵۴ تن از بیماران بستری در مرکز روانپزشکی خوزستان بودند
که در نیمه اول اسفند ماه سال ۱۳۵۹ معرفی شده بودند، دامنه
سنی نمونه مورد مطالعه ۱۹ تا ۴۳ سال با میانگین ۲۵/۹۸ بود،
۳۴ تن از افراد گروه مورد مطالعه متأهل و ۲۰ تن مجرد بودند.
۴۴ تن از افراد مورد مطالعه پس از اعزام به جبهه نیاز به خدمات

تا کنون مناظر بالینی متفاوتی برای اختلال‌های روانی مشهود در
جبهه‌های جنگ ارائه شده است (فروید (۱) سال ۱۹۵۹، ابراهام (۲)
سال ۱۹۷۰، زارکن (۳) و همکارانش سال ۱۹۷۱ و اندرسن (۴)
سال ۱۹۸۰). این مناظر بی‌آنکه بیماری و یا اختلال مشخص و
جدا از گروه‌های تشخیصی متداول را پیشنهاد و تبیین کنند طیف
وسعی از بیمارگونه‌ها را نشان داده‌اند. علائمی نظیر خستگی،
فشارها و تنش‌های عضلانی، ناراحتی‌های سر و گردن، بی‌اشتهایی،
طپش قلب، تنگی نفس و احساس غش وضعف، زودرنجی، بی‌زاری
و تعرق و اسهال که همه می‌توانند در حالت اضطراب (۵) متجلی
شوند گزارش شده است. این علائم در نوروژنک (۶) با ترس از
جنگ و مرگ، کاهش کارآئی جسمانی، قدرت ستیزی و قانون
شکنی، اعتراض، پرخاشگری و تخاصم، حساسیت، عدم اطمینان
و احساس ناایمنی رنگ می‌گیرند در مواردی که بی‌ثباتی‌هایی به
عنوان آمادگی برای ظهور این ناهنجاریها وجود داشته باشند
واکنش‌های تبدیلی به شکل فلج، اختلال حسی مانند کوری و کوری،
بی‌صدائی و یا اختلال در کنش‌های کلامی و فراموشی نیز گزارش

۱- Freud ۲- Abraham ۳- Zarcone
۴- Anderson ۵- Anxiety State ۶- Combat Neurosis

* تهران - بیمارستان روزه .

روانشناسی و روانپزشکی را احساس کرده بودند. از لحاظ وضع تحصیلی ۲۲ تن افسر و درجه‌دار دارای تحصیلات متوسطه و عالی به و ۲۲ تن باتوانائی خواندن و نوشتن گزارش شده‌است. از لحاظ مدت توقف در جبهه ، ۱۷ تن از این ۴۴ مورد تا یکماه ، ۵ تن تا ۲ ماه ، ۷ تن تا ۳ ماه ، ۵ تن بین ۳ تا ۴ ماه و ۷ تن بین ۴ تا ۵ ماه گزارش شده‌است ، مدت توقف ۳ تن نامشخص ماند.

وسائل :

در این پژوهش از مشاهده مستقیم ، مصاحبه منظم بر اساس پرسشنامه بیماریابی پیشنهادی داویدیان و فرم فارسی مینی مالت (اخوت ، براهنی و همکارانش ۱۳۵۳) و پرسشنامه تهیه شده وسیله اخوت (۱۳۵۷) استفاده شد.

شرایط انجام مشاهده و مصاحبه و اجرای فرم فارسی مینی مالت بر اساس شرایط و ملاکهای لازم برای انجام این قبیل فعالیتهای بالینی بود.

الف: پرسشنامه بیماریابی که وسیله داویدیان تدوین و پیشنهاد شده است ارزیابی موارد بالینی و دموگرافیک زیر را تسهیل مینماید : وضع عمومی ، وضع سلامت جسمانی ، معادلهای فیزیولوژیک ، حالات روانی ، اختلال هوشیاری ، اختلال حواس ، اختلال عواطف ، اختلال فکر ، افکار و اعمال و سواسی ، عقاید اشتباه ، افکار هذیانی ، اختلال حافظه ، اختلال هوش ، اختلال تکلم و نگارش ، اختلال حرکتی و اراده ، توجه به خود ، روابط خانوادگی ، وضع تحصیلی ، وضع شغلی ، اعتقادات مذهبی ، وضع جنسی ، وضع اجتماعی ، اختلال رفتار ، اعتیاد ، بصیرت ، بیماریهای نورولوژیک ، سوابق بیماری ، علل ظاهر ساز و سیر بیماری.

ب - پرسشنامه فارسی مینی مالت: فرم فارسی مینی مالت که شامل ۷۱ سؤال میباشد با توجه به شرایط فرهنگی ، ارزشهای قومی و ملی ، سوابق تجربی افراد ایرانی و یادگیریهای اجتماعی (اخوت ، براهنی و همکاران) (۱۳۵۳) اقتباس شده سپس با پژوهشهایی که وسیله اخوت (۱۳۵۳) ، راجی (۱۳۵۵) ، خاچونی (۱۳۵۷) ، رحیمیان (۱۳۵۷) ، ناظمان (۱۳۵۷) ، یغمائی (۱۴۵۸) ، هسلجی (۱۳۵۹) و پورهدایتی (۱۳۵۹) ، انجام یافته روانی و ارزش تشخیصی آن مورد تأیید قرار گرفته است. پرسشنامه انتشار یافته اخوت که روی یک نمونه ۵۰۰۰ تنی از دانش آموزان و دانشجویان دختر و پسر کشور تهیه شده است ، ارزشیابی ویژگیهای شخصیتی افراد ایرانی را بر اساس سه میزان روانی L (۱) ، F (۲) و K (۳) و هشت میزان بالینی Hs (۴) ، D (۵) ، Hy (۶) ، Pd (۷) ، Pa (۸) ، Pt (۹) ، Sc (۱۰) و Ma (۱۱) به شرح زیر میسازد :

میزان L : این میزان شامل ۵ سؤال است که خشکی و تجر و

کمال گرائی غیر منطقی آزمودنی را نشان میدهد. میزان F : شامل ۱۵ سؤال است که اغتشاش فکر ، عدم همکاری و عدم فهم سئوالات ، گوشه گیری و مردم گریزی را مورد ارزیابی قرار میدهد.

میزان K : ۱۶ سؤال این میزان ، احساس ناایمنی ، اشکال در کنشهای متقابل و دفاعی بودن شخص مورد آزمایش را نشان میدهد .

میزان Hs : دارای ۱۴ سؤال است که اندیشناکی در مورد وضع جسمانی را مورد ارزیابی قرار میدهد.

میزان D : ۲۰ سؤال این میزان قادر است ناامیدی ، بدبینی ، عدم اعتماد به نفس و بی‌علاقگی را مورد سنجش قرار میدهد ،

میزان Hy : این میزان شامل ۲۵ سؤال است ، توقع و انتظار حمایت از دیگران درجه بینش نسبت به ناراحتیها و رفتارهای جنسی پر خاشکرا نه را میتوان وسیله این میزان مورد ارزیابی قرارداد.

میزان Pd : ۱۹ سؤال این میزان قادر است ناسازگاریهای اجتماعی ، درجه رضایت از وضع خانوادگی ، قدرت استفاده از تجربیات ، عصیانگری و اجتماع ستیزی را مورد ارزیابی قرار دهد.

میزان Pa : دارای ۱۴ سؤال مربوط به سوء تعبیر رفتار و گفتار دیگران ، بدبینی و حساسیت در داد و ستدهای اجتماعی میباشد .

میزان Pt : ۱۶ سؤال این میزان میتواند اضطراب . ترس و دلهره بيمورد را مورد ارزشیابی قرار دهد .

میزان Sc : دارای ۲۰ سؤال است . نحوه پاسخ به این سئوالات نشان دهنده تخیلات و اوهام مرضی ، شکوه و شکایت از وضع خانوادگی ، انزوای طلبی و شك و تردید در هویت شخص میباشد.

میزان Ma : ۱۱ سؤال این میزان تغییرات سریع در رفتار ، افکار و حالات عاطفی را مورد ارزشیابی قرار میدهد و درجه تسلط و کنترل آدمی را بر واکنشهای خود در برابر محرکها نشان میدهد (اخوت و دانشمندان ۱۳۵۵) .

نحوه اجرا :

پرسشنامه بیماریابی داویدیان طی مصاحبه بالینی پس از پذیرش

- ۱- Lie Scale ۲- Faking ۳- Correction Score
 ۴- Hypochondriasis ۵ - Depression ۶- Hysteria
 ۷- Psychopathic Deviation ۸- Paranoia
 ۹- Psychasthenia ۱۰- Schizophrenia ۱۱- Mania

جدول شماره ۱ - نمرات و میانگین گروه نمونه در میزانهای یازده گانه فرم فارسی مینی مالت

L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Pa	Pt	Sc	Ma
۱	۴	۴	۱۰	۱۵	۱۶	۸	۷	۱۵	۱۲	۶
۰	۱۳	۵	۱۳	۱۷	۱۹	۱۴	۱۱	۱۶	۱۴	۹
۱	۷	۳	۱۱	۱۴	۱۴	۹	۸	۱۱	۱۵	۸
۱	۷	۷	۹	۱۲	۱۵	۱۲	۹	۱۳	۱۲	۷
۳	۴	۱۱	۶	۶	۱۱	۷	۴	۷	۵	۳
۱	۱	۵	۱۳	۱۸	۱۹	۱۲	۱۰	۱۵	۱۵	۹
۲	۱۲	۲	۱۱	۱۷	۱۴	۱۴	۱۰	۱۵	۱۵	۸
۱	۸	۵	۸	۱۴	۱۴	۱۲	۹	۱۱	۱۳	۱۰
۱	۱۱	۴	۷	۱۲	۱۲	۱۴	۹	۱۱	۱۳	۹
۱	۱۰	۲	۸	۱۴	۱۲	۱۱	۸	۱۴	۱۲	۷
۰	۸	۸	۸	۱۲	۱۲	۱۴	۷	۱۵	۱۵	۸
۲	۹	۳	۷	۱۱	۱۲	۹	۶	۱۰	۱۰	۱۰
۲	۲	۹	۱۰	۹	۱۷	۷	۷	۹	۹	۳
۱	۸	۲	۹	۱۴	۱۶	۱۰	۶	۱۴	۱۲	۸
۲	۴	۱۰	۸	۱۳	۱۷	۱۲	۹	۱۳	۱۳	۶
۲	۹	۱۲	۱۰	۱۴	۲۰	۱۹	۱۲	۱۴	۱۵	۸
۲	۳	۱۲	۶	۱۳	۱۷	۹	۵	۸	۸	۳
۱	۶	۴	۴	۱۱	۸	۷	۸	۱۳	۱۰	۷
۲	۹	۶	۸	۱۴	۱۵	۱۱	۱۱	۱۴	۱۳	۸
۴	۴	۱۱	۶	۱۱	۱۱	۸	۳	۵	۷	۲
۱	۸	۰	۹	۱۳	۱۲	۸	۱۴	۱۳	۰	۸
۱	۷	۸	۷	۱۴	۱۷	۱۳	۱۰	۱۴	۱۱	۷
۰	۸	۶	۸	۱۳	۱۴	۱۳	۱۰	۱۳	۱۳	۱۰
۲	۳	۸	۱۱	۱۴	۱۸	۹	۵	۱۰	۹	۶
۱	۷	۳	۸	۱۵	۱۰	۱۱	۷	۱۰	۱۳	۷
۲	۲	۴	۶	۷	۱۰	۴	۵	۸	۶	۶
۲	۷	۱۰	۱۱	۱۳	۱۹	۹	۱۰	۱۰	۱۰	۶
۲	۵	۱۰	۹	۱۲	۱۵	۱۱	۸	۱۰	۱۳	۷
۲	۳	۳	۷	۱۲	۱۰	۸	۸	۱۲	۷	۴
۲	۶	۶	۸	۱۱	۱۳	۶	۷	۱۲	۱۲	۶
۱	۷	۲	۷	۱۲	۱۱	۱۰	۸	۱۳	۱۱	۷
۱	۷	۱۰	۱۳	۱۸	۲۰	۱۳	۹	۱۳	۱۱	۵
۱	۸	۳	۳	۱۱	۱۲	۹	۷	۱۰	۱۱	۶
۱	۱۱	۵	۷	۱۰	۱۱	۱۰	۱۲	۱۲	۱۴	۸
۰	۸	۵	۸	۱۵	۱۴	۹	۱۲	۱۴	۱۴	۶
۴۹	۲۲۶	۲۰۹	۲۹۶	۴۵۰	۴۹۳	۳۶۱	۲۹۱	۴۱۷	۲۹۳	۲۳۸
۱/۴	۶/۵	۶	۸/۵	۱۳	۱۴	۱۰/۳	۸/۵	۱۲	۱۱	۶/۸

آگاه و یا ناخودآگاه برای تمارض به منظور فرار از مسئولیتها و مشکلات و مشاهدات بالینی روزمره و منظم در مرکز روانپزشکی خوزستان و نیز مقایسه این نمونه با نمونه ۱۲۱ نفری بعدی که وسیله اصغری مقدم (۱۳۶۰) مورد مطالعه قرار گرفته است و در نمودار شماره ۵ نشان داده شده است نیز عدم وجود این گرایش را نشان میدهد.

شکل کلی نمودار، بدانگونه که در شماره ۱ منعکس شده است، احساس از دوه، کاهش سطح انرژیها، کاهش میزان کارآئی، اختلال خواب و در بعضی موارد کم اشتهائی و کاهش میل جنسی را نشان میدهد، این نشانه‌ها را بر اساس ملاکها و ضوابط تشخیصی که آشنا با آن هستیم نمیتوانیم از علائم افسردگی و کنشی بدانیم، بهتر است با توجه به یافته‌های این پژوهش واژه و کنش افسردگی (۱) را به جای افسردگی و کنشی (۲) برای این منظره بالینی پیشنهاد کنیم.

نمره میزان Pt که بعد از D بالاترین برآمدگیها را در نیمرخ روانی تشکیل داده است بیانگر وجود شك و دودلی، خستگی مفرط، احساس ضعف و بیحالی و تلاش در برقراری رابطه با دیگران بوده است و زیربنای واکنش افسردگی را تشکیل میدهد. Pt ویژگیهای را مورد ارزشیابی قرار میدهد که در رابطه با دیگران و در کنشهای متقابل مطرح است نه خصوصیتی که بر خود مداری، خودشیفتگی، نفرد و حفظ منافع فردی و فرار از خطرها مبنی باشد.

الگوی کلی واکنش افسردگی را در گروه ۱۲۱ نفری اصغری که در نمودار شماره ۵ مشاهده میکنیم نیز تأیید میشود، در برابر عدم وجود یا حداکثر چند مورد حالت اضطراب این نکته را به ذهن می‌آورد که در نمونه‌های مورد مطالعه تلاش برای برقراری رابطه با دیگران، سعی در تحکیم و حفظ پیوندهای گروهی، ویژگیهای که ناشی از انتظار و یا مشاهده سستی در این پیوندها هستند متجلی بوده است نه تلاش برای حفظ خود، تأمین منافع فردی و احراز نفرد در موقعیت‌های نامطلوب، شرایطی که نوروزجنگ و یا حالت اضطراب را در گروههای غربی باعث گشته‌اند. (آبراهام ۱۹۷۰، اندرسن ۱۹۸۰، بورن (۳) ۱۹۶۹، بوستن (۴) و کارلوس (۵) ۱۹۸۰ و زارکن، اسکات (۶) و کووار (۷) ۱۹۷۷).

در منظره بالینی این دو گروه وابستگی شدید به خانواده و گروه‌های وابسته دیده شده است. این وابستگی به عنوان یکی از ملاکهای

بیمار و بطور انفرادی مطابق دستورالعمل وسیله روانپزشک اعزامی از تهران اجرا گردید.

پرسشنامه فارسی مینی‌مالت نیز بطور انفرادی پس از جلب همکاری بیمار، با راهنماییهای لازم و در شرایط مناسب برای اجرای آزمونهای روانی وسیله روانشناس مقیم مرکز اجرا شد. هر يك از پاسخننامه‌های فرم فارسی مینی‌مالت با ۱۱ کلید موجود برای سه میزان روانی و ۸ میزان بالینی نمره گذاری و نمودارهای لازم برای ضبط در پرونده به کمک جدول فرم تهیه گردید. ۳۵ نمودار از ۵۴ نمودار موجود که با تشخیص روانپزشکی به کمک پرسشنامه داویدیان توافق کامل داشت برای کاربرد روشهای آماری لازم مورد استفاده قرار گرفت.

تفسیر نتایج:

جدول شماره ۱ نمرات ۳۵ تن از افراد گروه نمونه را در ۱۱ میزان پرسشنامه فارسی مینی‌مالت نشان میدهد، میانگین نمرات در هر يك از ۳ میزان روانی و ۸ میزان بالینی نیز در جدول منعکس شده است.

نمودار شماره ۱ نیمرخ Profile روانی ۳۱ تن از افراد گروه نمونه را که پس از اعزام به جبهه ناهنجاریهایی را تجربه کرده‌اند، نشان میدهد.

نمودار شماره ۲ نیمرخ روانی ۱۷ تن از مراجعینی که قبل از اعزام به جبهه ناهنجاریهایی داشته و پس از ورود به جبهه نیز بیمار شده‌اند نشان میدهد.

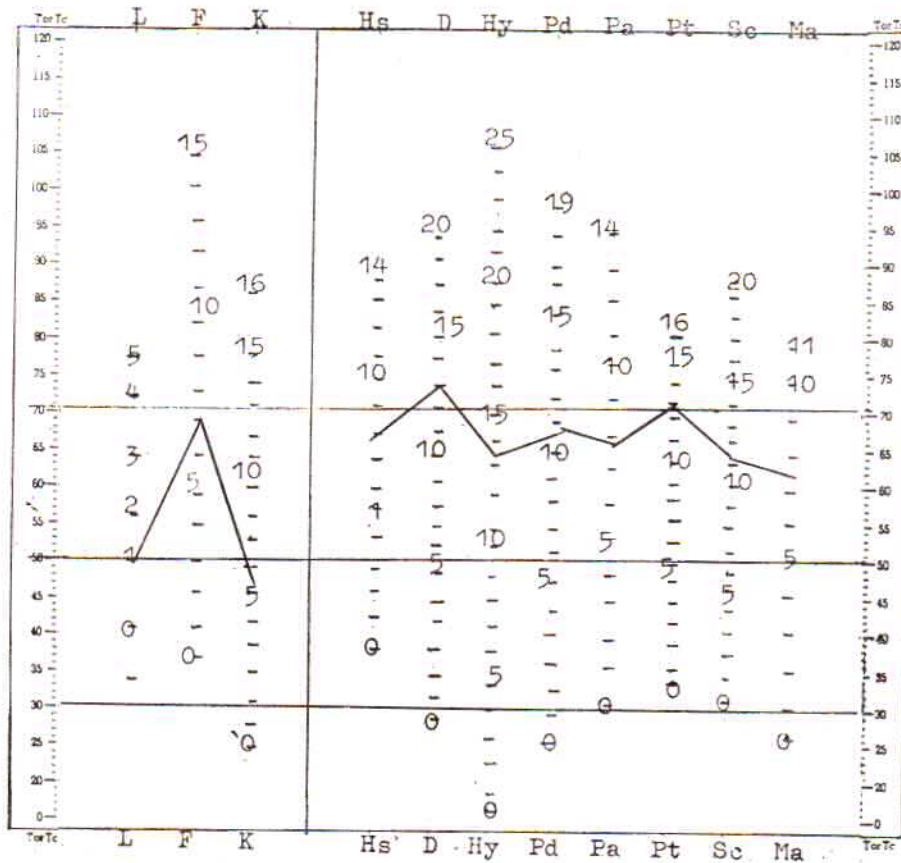
نمودار شماره ۳ منظره بالینی افرادی را نشان میدهد که برای نخستین بار در جبهه بیمار شده‌اند.

نمودار شماره ۴ منظره بالینی ۴۴ تن از افراد گروه نمونه که پس از ورود به جبهه بیمار شده‌اند نشان میدهد و بیانگر این واقعیت است که تجربیات جنگ در بروز این حالات دخیل بوده است.

بطوریکه در نمودار شماره ۱ نشان داده شده است میزانهای روانی در دامنه بهنجار (Normal) قرار دارد، میتوان گفت که بطور کلی نه گروه نمونه سعی در بهتر جلوه دادن خود داشته‌اند و نه در جهت بدتر نشان دادن خود تمارض نموده و یا دروغ گفته‌اند و اولین نتیجه‌گیری، با توجه به ارزش تشخیصی میزانهای روانی (ناظران ۱۳۵۷) آنست که رفتاری در جهت دروغگوئی برای فرار از جبهه و بالاخره تمارض (۱) به معنایی که در کتابهای روانشناسی و روانپزشکی مطرح است جز در یکی دو مورد مشکوک که از نمونه مورد مطالعه حذف شدند دیده نشده است. اندکی تمایل در جهت بدتر نشان دادن خود را آنهم در دامنه بهنجار، یعنی بین باند ۳۰ تا ۷۰ باید و واکنش قابل انتظار و قابل پیش‌بینی در مشکلاتی که به نام واکنش افسردگی (۲) پیشنهاد شده است بدانیم نه تلاش

- | | |
|------------------------|------------------------|
| ۱- Depressive Reaction | ۲- Reactive Depression |
| ۳- Bourne | ۴- Boystun |
| ۵- Carlos | ۶- Scott |
| ۷- Kauvar | |

- ۱- Malingering ۲- Depressive Reaction



ام . ام . پی . آی .

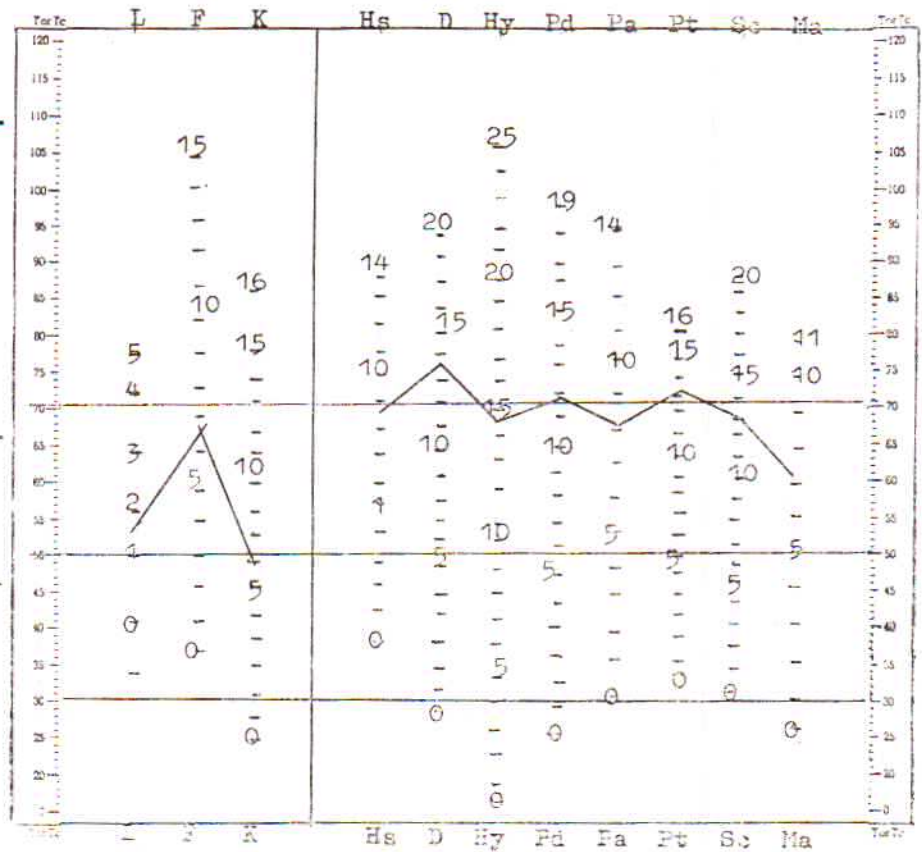
دکتر اخوت ۱۳۵۷

نمودار شماره ۱ - منظره بالینی ۳۱ نفر
از افراد گروه نمونه که پس از ورود
به جبهه ، بیمار شده‌اند.

ام . ام . پی . آی .

دکتر اخوت ۱۳۵۷

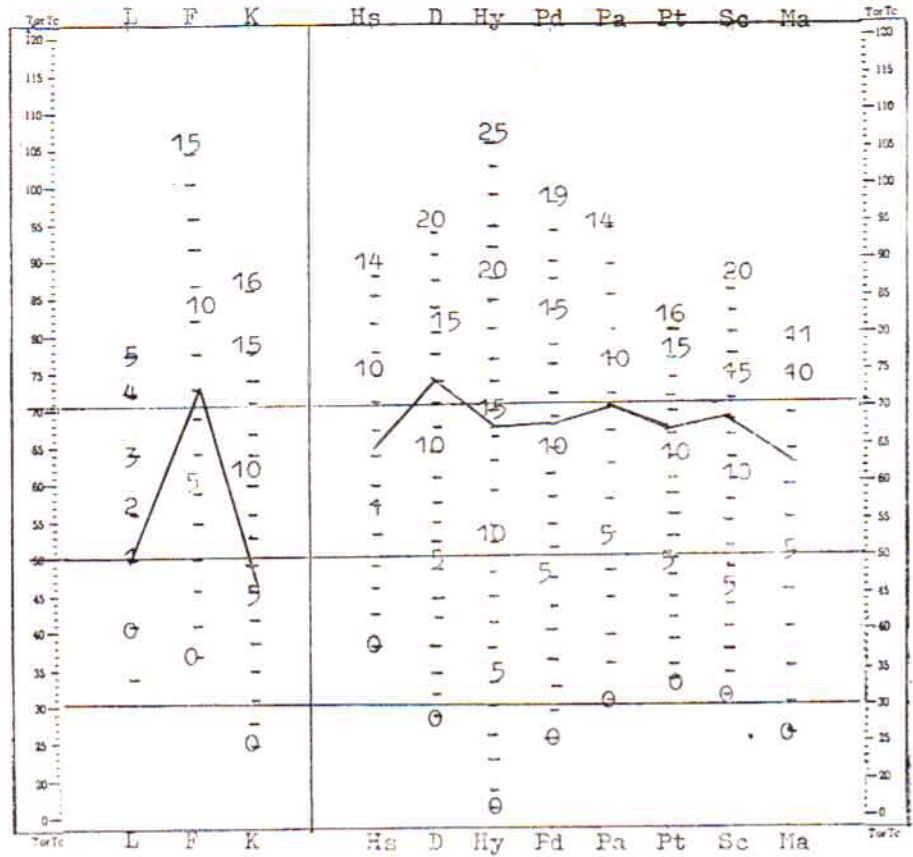
نمودار شماره ۳ - منظره بالینی
افرادی که با سابقه بیماری در جبهه
نیز ناهنجاریها را نشان داده‌اند .



ام . ام . پی . آی .

دکتر اخوت ۱۳۵۷

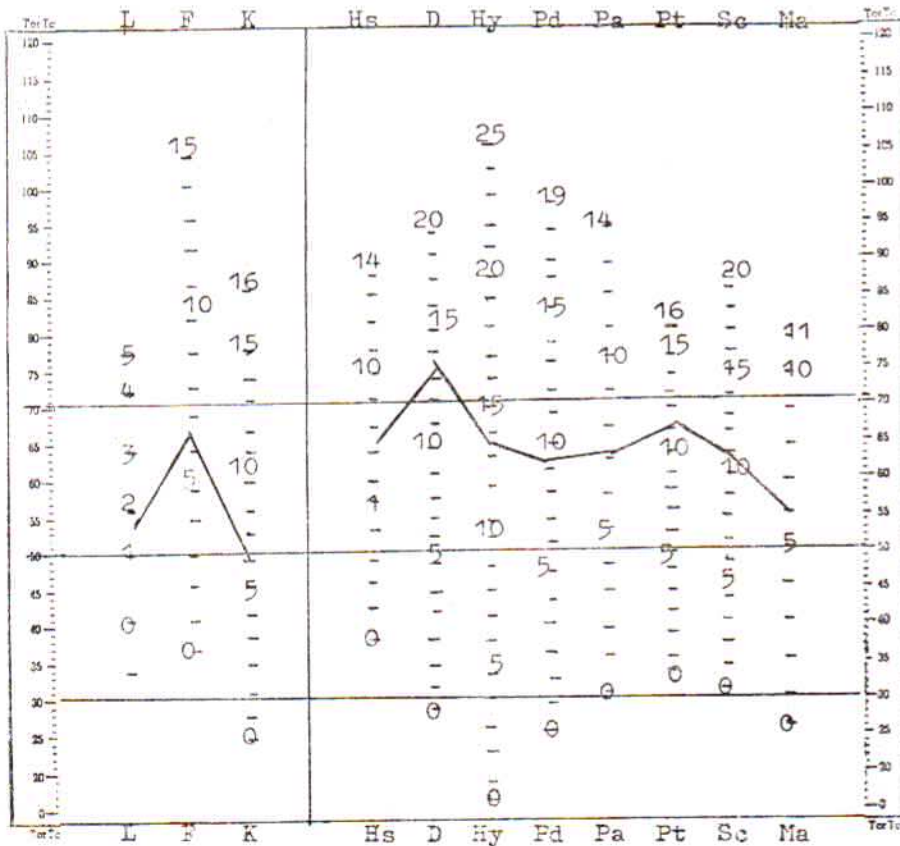
نمودار شماره ۳- منظره بالینی
افرادی که برای نخستین بار
در جبهه بیمار شده‌اند



ام . ام . پی . آی .

دکتر اخوت ۱۳۵۷

نمودار شماره ۴- منظره بالینی
۴۴ نفری که بعد از ورود
به جبهه بیمار شده‌اند .



قابل توجه پزشکان محترم :

=====

بدین وسیله با اطلاع میرساند، لازم است بدلائل زیر اندیکاسیون آسم برونشیا ل از ردیف موارد استعمال سیناکتن دیپو حذف گردد.

آسم برونشیا ل تنها بیماری آلرژیکی است که هنوز در راهنمای تجویز داخل جعبه ها بعنوان یکی از موارد استعمال سیناکتن دیپو ذکر شده است هرچند محدودیت های مربوط به تجویز آن شدید می باشد.

این محدودیت ها همراه با اخطار در مورد بیماران آلرژیک، از سال ۱۹۷۸ بعد در راهنمای تجویز داخل جعبه های دارو بیجا پ رسیده است، زیرا نشان داده شده احتمال وقوع شوک انافیلاکتیک در بیماران دچار آسم و دیگر بیماریهای آلرژیک بیشتر است.

پی گیری دائمی ما در باره بی خطر بودن داروها نشان داده است که با وجود محدودیت های توصیه شده در سال ۱۹۷۸ هنوز مواردنا در لیکن شدید از واکنشهای انافیلاکتیک که در بعضی موارد گذشته نیز بوده است گزارش میشود، بویژه در بیماران آسمی یا بیماران مبتلا به آلرژیهای دیگر که با سیناکتن دیپو تحت درمان بوده اند.

میدانیم که بیماران مبتلا به اختلالات آلرژیک، بخصوص آسم بیشتر از آنچه پیش بینی میشد در معرض واکنشهای انافیلاکتیک قرار میگیرند، بدین جهت در این موارد باید خطرات احتمالی ناشی از تجویز دارو را مورد توجه قرار داد.

بنابراین سیناکتن دیپو را نباید در درمان آسم و دیگر بیماریهای آلرژیک مورد استفاده قرار داد و هم چنین در درمان بیماریهای دیگری که جزو موارد استعمال سیناکتن دیپو می باشند باید مراقب بود که بیماران را از زمینه اختلالات آلرژیک نبا شد، تجویز دارو را به گونه ای که بیماران باید با احتیاط و مراقبتهای مخصوص انجام گیرد.

با تقدیم احترام

سیاگایگی ایران (شرکت سهامی خاص)

بخش داروئیسی

جدول شماره ۲- تفاوت میانگین نمرات گروه‌های مورد مطالعه در این پژوهش و پژوهش اصغری مقدم درمیزانهای یازده‌گانه مینی‌مالت

میزانهای مینی‌مالت												
اخوت - جلیلی		۴۹	۲۲۶	۲۰۹	۲۹۶	۴۵۰	۴۹۳	۳۶۱	۲۹۱	۴۱۷	۲۹۳	۲۳۸
		۱/۴	۶/۵	۶	۸/۵	۱۳	۱۴	۱۰/۳	۸/۵	۱۲	۱۱	۶/۸
اصغری مقدم		۴۸۶	۵۱۹	۶۲۹	۱۰۴۵	۱۱۴۵	۷۴۶	۶۰۶	۹۱۷	۸۳۹	۵۰۷	۱۰۱۲
		۱/۵	۶/۵۱	۵/۸	۷/۳	۱۲/۳۶	۱۳/۲۶	۹/۶	۷/۵۶	۱۱/۱۹	۱۱/۱۰	۶/۶۹
		۱/۴۳	۰/۶۸۲	۰/۴۸۳	۱/۹۶	۰/۶۳۱	۰/۳۲	۲/۰۸	۲/۴۰	۱/۷۲	۱/۵۳	۱/۱۷

داویدیان وهم در مشاهده مستمر مراجع در طول درمان تأیید شده است. این وابستگی را نباید بمنوان یکی از ملاحظات عدم بلوغ و یا نارسائی و ناقصی شخصیت بدانیم، برعکس باید آن را یکی از مبانی پیوند بین افراد در جهت تحقیق هدف به شمار آوریم. الگوهای پیچیده عاطفی و پیوندهای گروهی آنچنان، خاص فرهنگ بسته و بفرنج هستند که بهیچوجه نمیتوان آنرا بالگوها وملاکهای پیشنهادی مکاتب خارجی ارزشیابی نمود.

۴- در رابطه با آنچه در نمودار شماره ۳ یادآور شدیم وبخصوص باتوجه به اهمیت پیوندهای گروهی در فرهنگ ما، باید در پی شناخت آن دسته از روشهای درمانی باشیم که بتواند همگن وتناسب بالینی با این ویژگی داشته باشد ودر پشت جبهه ومراکز درمانی، نیازهای موجود را پاسخ گوید، کارآئی چشمگیر گروه درمانی وجلسات مصاحبه دسته جمعی به وسیله متخصصانی که از گروه روانپزشکی دانشگاه تهران به جبهه اعزام شدند میتواند تناسب وبمورد بودن این روشها را نشان دهد.

۵- با توجه به آنچه از این پیش پژوهش می آموزیم باید واکنشهای مشهود نسبت به شرایط موجود در جبهه های جنگ را واکنش های فرهنگ بسته بدانیم که از طریق فراگیریهای اجتماعی به شکلی خاص وتعریف شده ودر چهارچوب مشخص ومعینی متجلی میشوند. براساس همین برداشت که نباید در واکنش های روانی رزمندگان ایرانی وحتى در رفتارهای رزمی آنها انتظار بروز وتجلی علائم وآثاری را داشته باشیم که در جوامع دیگر بیشتر به صورت یک ملت

آموخته است که افسردگی واکنشی است که بعد از تلاش های اضطرابی آدمیان در برابر رنجها تجلی می کند. شناخت این مرحله از زندگی رزمندگان قبل از بروز حالاتی شبیه افسردگی از جمله اقداماتی است که میتواند از لحاظ علمی وعملی واجد ارزش فراوان باشد.

۲- بالا بودن میزان Pt در نمودار نیز موید همین نکته است: بهمان اندازه که میزانهای نظیر Pt, Hy, Hs, Ma و Pd بیانگر ویژگیهای فردی و خاص ارزشیابی تلاشهای آدمی در جهت حفظ خود وتثبیت هویت واحراز تفرداست، میزانهای نظیر D و Pt معیاری برای بررسی وشناخت رابطه آدمی با پدیده های محیطی و آدمیان وگروههایی است که وی بدان تعلق دارد وبآنها همانند سازی نموده است. بالا بودن نمره در این دومیزان نیز موید آنچه در شماره یک عنوان شد نیز میباشد، بدین معنی افرادی که به عنوان نمونه در این بررسی، در مرکز روانپزشکی خوزستان، در آن فصل ودر آن مرحله از جنگ ایران و عراق به وسیله فرم فارسی مینی مالت وپرسشنامه بیماریابی داویدیان مورد مطالعه قرار گرفته. رزمندگانی بوده اند که رنجهای ناشی از تهدید جان وامنیت خود را تحمل کرده وزمانی بهم مرکز مراجعه کرده اند که با مرحله بعدی دردمندی یعنی واکنش افسردگی مواجه بوده اند.

۳- وابستگی عمیق در افراد گروه نمونه، هم در مصاحبه های انفرادی وجمعی هم در فرم فارسی مینی مالت، هم در پرسشنامه بیماریابی

نام ژنژیک و نام اختصاصی فرآورده های سیباگایگی ایران
که در لیست ژنژیک منظور شده است

نام ژنژیک	نام اختصاصی
Acenocoumarol	SINTROM - Geigy
Amantadine	SYMMETREL - Geigy
Carbamazepine	TEGRETOL - Geigy
Chlorthalidone	HYGROTON - Geigy
Crotamiton	EURAX - Geigy
Deferoxamine	DESFERAL - Ciba
Guanethidine	ISMELIN - Ciba
Hydralazine	APRESOLIN - Ciba
Hydrochlorothiazide	ESIDREX - Ciba
Imipramine	TOFRANIL - Geigy
Iodochlorohydroxyquin	ENTERO-VIOFORM - Ciba
Methylphenidate	RITALIN - Ciba
Oxyphenbutazone	TANDERIL - Geigy
Phentolamine	REGITIN - Ciba
Reserpine	SERPASIL - Ciba
Rifampin	RIMACTAN - Ciba
Tetracosactide	SYNACTHEN-RETARD - Ciba

از یاد نبریم که ما واکنش‌های گروه‌های را مورد مطالعه قرار داده‌ایم که جنگی را بر آنها تحمیل کرده‌اند نه واکنش شهود در قومه‌های متجاوز و مهاجم. شناخت بیشتر این واکنش‌های فرهنگ بسته و ارزشیابی الگوهای شناختی و عقیدتی که بر رفتارهای رزمی ایرانیان تسلط دارد می‌تواند ما را در پیشنهاد روشهای موثر درمانی یاری دهد.

مهاجم نشان داده شده است. در واقع به علت عدم وجود جنگجویی، پر خاشکری و تخاصم و تهاجم و به علت عدم وجود فراگیرهای فرهنگ بسته اجتماعی در این مورد و به علت عدم آشنائی با ماشین جنگی، نمیتوانیم واکنش‌های مشابه با آنچه در جوامع غربی گزارش شده است در نمونه‌های مورد مطالعه انتظار داشته باشیم. به فرض آنکه تفاوت‌های مسلم و فاحش فرهنگی و دید و برداشت خاص ایرانی را از جنگ نادیده بگیریم باز هم باید این واقعیت را

مآخذ:

- ۱- اخوت - ولی‌الله: پژوهشی در ارزش تشخیصی فرم کوتاه پرسشنامه شخصیت چند جنبه‌ای مینستونتا، تازه‌های روان پزشکی، شماره دوم، سال دوم ۱۳۵۳
- ۲- اخوت - ولی‌الله: اختلالات روانی، انستیتو علوم بیمارستانی، تهران سال ۱۳۵۶.
- ۳- اخوت - ولی‌الله و دانشمند - لقمان: ارزشیابی شخصیت، انتشارات دانشگاه تهران سال ۱۳۵۵.
- ۴- اصغری مقدم - محمدعلی: شناخت مقدماتی برخی ویژگیهای روانی نمونه‌های از بیماران جنگی در جبهه‌های خوزستان، رساله پایان تحصیلات فوق لیسانس روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران سال ۱۳۶۰.
- ۵- بطحائی - حسن و جلیلی - احمد: روان پزشکی روزمره، انتشارات رز، تهران، سال ۱۳۵۲.
- ۶- خاچونی - کلاریس: بررسی ارزش افتراقی میزان Se فرم فارسی مینی‌مالت، پایان نامه تحصیلات فوق لیسانس روانشناسی بالینی دانشگاه تهران، سال ۱۳۵۷.
- ۷- خیره‌زاده - بی‌بی‌هل: بررسی تغییرات شخصیتی ناشی از مشاوره گروهی نوجوانان، پایان نامه تحصیلات فوق لیسانس مشاوره و راهنمایی، مدرسه عالی پارس، تهران سال ۱۳۵۷.
- ۸- رحیمیان - حوریه: بررسی ارزش تشخیصی میزان pd فرم فارسی مینی‌مالت، پایان نامه تحصیلات فوق لیسانس مشاوره و راهنمایی، مدرسه عالی پارس، تهران سال ۱۳۵۷.
- ۹- مهتاب پورهدایتی - اردشیر: هنجاریابی فرم فارسی مینی‌مالت برای نمونه‌های از دانشجویان ایرانی، پایان نامه تحصیلات فوق لیسانس روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران سال ۱۳۵۹.
- ۱۰- ناظمان - منیژه: پژوهشی در روانی میزان دروغ سنج فرم فارسی مینی‌مالت، پایان نامه تحصیلات فوق لیسانس روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران سال ۱۳۵۷.

REFERENCES:

- 1- Abraham, Harry, S.: Psychological Aspects of Stress, Chrls C. Thomas, Springfield 1970.
- 2- Anderson, Nancy, C.: Post-traumatic Stress Disorders, in Kaplan, H. I., Freedman, A. M. and Sadock, B. J., Comprehensive Textbook of Psychiatry, Vol. 1, The Williams & Wilkins Co. Baltimore, London. 1980.
- 3- Bourne, Peter, G.: The Psychology and Physiology of Stress, with reference to special studies of the Vietnam War, Academic Press, New York. 1969.
- 4- Boystun, Jane, A., and Carlos, J., Military Psychiatry, in Kaplan, H. I., Freedman, A. M. and Sadock B. J.: Comprehensive Textbook of Psychiatry, Vol. 2, The Williams & Wilkins Co. Baltimore, London. 1980.
- 5- Freud, Sigmund.: Psychoanalysis and War Neurosis, in Sigmund Freud Collected Papers, Basic Books Inc. Publishers, New York. 1959.
- 6- Kipper, David, A.: Behavior Therapy for Fear Brought on by War Experiences, J. of Consulting and Clinical. Psychol. Vol. 45, No. 2, 1977.
- 7- Okhowat, Vali.: A Study on The Applicability of The MMPI Short - form In Iran, International Symposium on Epidemiological Studies in Psychiatry, WHO, Teheran 1974.
- 8- Rones, A.: Clinical Background Variables Signifivant to The Development of Psychiatric Disorders During Military Service, Behavior Neuro - Psychiatry, Vol. 8, No. 1. 1967.
- 9- Zarcone, Vincent, P., Scott, Neil, R. and Kauvar, Kenneth, B., Psychiatric Problems of Vietnam Veterans Clinical Study of Hospital Patients, Comprehensive Psychiatry. Vol. 1, 18. 1977.