پژوهشی در مورد بیماریهای روانی
ناشی از جنگ

مجله نظام پزشکی
سال هشتم ، شماره ۵ ، صفحه ۲۹۳ ، ۱۳۶۱

دکتر احمد جلیلی - دکتر ه. داویدیان *

خلاصه :

۵۲ مورد از بیماران روانی ناشی ازجنگ مورد معاینه ومصاحبه قرار گرفتند وپرسشنامه تشخیصی داویدیان برای آنها پرشد و اطلاعاتی درمورد وضع تأهل وتجرد ووجود سابقه بیماری‌روانی درسابقه خود بیماران و خانواده آنها و مدت توقف در جبهه جمع‌آوری‌شد . پس از بررسی‌های لازم و محاسبات آماری، این نتایج بدست‌آمدکه تأهل وتجرد ووجود سابقه بیماری‌درخانواده وگذشته بیماران هیچیك نقش سببی مشخص و معینی درایجاد واکنشهای روانی ناشی ازجنك بعهده ندارد وهرچه مدت اقامت درجبهه بیشتر بطول انجامد ازظهوروا کنش اضطرابی‌کاسته‌میشود وافسردگی شیوع بیشتری پیدا میکند. بنظرمیرسدکه آمادگی جسمی‌کافی‌میتواند ازبروزواکنشهای‌روانی‌ناشی‌ازجنك‌جلوگیری کند .

مقدمه :

برای نخستین‌بارکشور ما درجنگی با سلاحهای امروزی درگیر شده است . با نگاهی به‌تاریخ، میتوان دریافت که بیش‌ازچندقرن از آخرین درگیریهای بزرگی‌که برای‌کشور ما رخ داده است میگذرد و تجربه «جنك بزرگ» را نسلهای اخیرما به فراموشی سپرده‌اند. این‌جنگ، هم ازنظروسعت وهم ازلحاظ وجودعملیات جنگی درمرزی بطول ۸۵۰ کیلومتروهم از نظر عظمت، به لحاظ کاربردسلاحهای پیشرفته ومخرب وپرقدرت، درتاریخ‌ما بی‌سابقه است.

کشورما قرنها باهمسایگان‌خود درصلح بسر برده‌وجزدر گیریهائی که منجر به ازدست رفتن‌استانهای شمالی وشرقی‌کشورشده ، در قرنهای اخیر درگیری خارجی قابل ذکری نداشته است .

اشغال ایران درجنك دوم جهانی، در جریان یك جنك تمام عیار رخ‌نداد. قیامها وانقلابهای‌یك‌قرن‌اخیرهم‌خصوصیات‌وویژگیهای جداگانه‌ای داشتند ، گرچه مراحل دشواری ازانقلاب‌مشروطیت به‌بعد، براین‌مردم گذشته‌ولی محتوای‌فشارهای‌روانی‌وگستردگی وطول زمان این جنك با تمامی آنها متفاوت است. ازسوی‌دیگر متخصصین بیماریهای عصبی وروانی ما برای نخستین‌بارفشارهای عصبی‌ناشی‌ازجنك را مشاهده میکنند ، بااین‌توصیف، مسائل‌روانی ناشی ازجنك و بخصوص‌آنچه‌که نوروز (روان نژندی) جنك War Neurosis نامیده شده است و بوسیله دیگران در جنگهای اول‌ودوم‌جهانی، درجنك‌های کره وویتنام‌وانقلاب الجزایرتجربه شده است برای اولین‌بار دراین عصروزمان ، بعلت جنك ایران وعراق، برای متخصصین بیماریهای عصبی ـ روانی ایرانی‌مطرح گردیده است.

از کنار تجربه‌ای این چنین نادر ، بی‌تفاوت نمیتوان گذشت. با این باور سعی شد در سفر کوتاهی بخوزستان که بمنظور عرضه خدمات درمانی به رزمندگان جنوب پیش‌آمد، دراین‌جهت قدمی برداشته شود وآنچه‌که دراین‌مقاله میخوانید حاصل‌بررسی روی معدود رزمندگانی است که ازجنك صدمه دیده بودند.

نگاهی به نوشته‌های پزشکی :

دراینجا مروری مختصروکوتاه برنوشته‌های روانپزشکی ونتایج بررسیهای مولفان برای آشنائی‌خوانندگان خواهدآمد.

* گروه روانپزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه تهران ـ بیمارستان روزبه.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

تاریخچه : عوارض روانی ناشی از جنك و شناخت آنها مسئله تازه‌ای نیست ودرتاریخ روانپزشکی‌ازآنها بااصطلاح Nostalgia (دردغربت) Fright Neurosis (نوروزهراس) و Effort Syndroma (سندرم تلاش) Shell Shock (شوك انفجار) واخیراً Traumatic Neuroris (نوروزناشی ازضربه) و War Neurosis (نوروز جنك) نام برده شده است (۱).

آنچه ازمنابع علمی برمیآید این‌است که تا اواخرقرن۱۸واوائل قرن‌نوزدهم پزشکانی که درجبهه‌ها وارتشهای بزرگ‌جهان‌خدمت میکردند ، جراح وپزشك عمومی بودند ، والبته این به‌آن‌معنی نیست که به‌مسائل روانی‌توجه نمیشده‌است، بلکه هنوزتخصص‌روان پزشکی به شکل امروز بوجود نیامده بود . مسائل‌روانی‌همواره مورد توجه پزشکان و بخصوص فرماندهان قرارداشت و بیشترین واکنش شناخته شده که احتمالا سایرتشخیص‌هاراهم به اشتباه‌دربر میگرفته تمارض بوده که با تنبیه و توبیخ ، حبس و جداکردن و آزارواذیت ازطرف فرماندهان روبرومیشده است(۲).

جنگهای جهانگیر اول ودوم وجنگهای منطقه‌ای انگیزه بسیاری ازاکتشافات‌واختراعات شد ودرزمینه روانپزشکی‌نیزروشنگری‌هائی حاصل‌آمد وبرای اولین‌بار روانپزشکان درجنك جهانی‌اول شرکت داشتند وهرتیپ ارتش کشورهای اروپائی موظف بود یك روانپزشك استخدام کند . پس ازجنگ‌ها نیز تحقیقات و بررسیها ادامه یافت. هندرسن وجی‌لس‌پی (۳) براین‌نکته تاکیدکرده‌اند که گرچه جنك جهانی‌اول‌موجب کشف بیماری‌روانی‌جدیدی نشد، اما این‌فرضیه راکه عوامل روانی خالص میتوانند بیماری‌روانی ایجادکنند ، مورد تاکید قرار داد . درست در همین جنك شمار کثیری ازمتخصصین علت نوعی واکنش‌نسبت به‌شرایط‌جنگی‌راکه شوك ناشی ازانفجار (Shell Shock) نامیده میشود (۴) ضربه فیزیکی وتکان مغز وآسیب‌های تشریحی مغز می‌دانستند.

استعداد و آمادگی قبلی :

نظرروانپزشکان درمورد فرضیه استعداد وآمادگی قبلی‌برای‌مبتلا شدن به عوارض روانی ناشی ازجنك متفاوت است. درجنك اول این فرضیه مورد تردید بود ، اما جی‌لس‌پی وهندرسن، که هردو جنك جهانی‌را تجربه کرده‌اند ، با تجربیات جنك جهانگیر دوم تردیدی برایشان باقی نماندکه دراکثر موارد بیماریهای روانی ناشی‌ازجنك ، یك استعداد وآمادگی قبلی وجود دارد ، مگر در فشارهای‌روانی‌شدیدکه‌هرکسی‌واکنش‌نشان‌میدهد، زیرا بالاخره هرفردی حدتحمل معینی دارد(۵). دکتراستوارت بیکر(۶) که یافته‌های‌جنك‌کره ووینئام راهم‌مورد بررسی‌قرارداده معتقد است که‌وجوداستعداد قبلی‌شرط‌لازمی‌نیست وبرای‌ابتلای به‌اختلالات هیجانی جنگی وجود نارسائی در سازمان شخصیت شرط لازم و حتمی بشمار نمیآید .

تعریف وطبقه‌بندی :

همانطور که قبلا اشاره شد توافقی برسراصطلاحی که باید برای واکنشهای روانی‌ناشی‌ازجنك بکاررود وجودندارد. نوروزجنك‌یا War Neuroris یا Combat Neurosis یا Traumatic War_ Neurosis اصطلاحی‌است با شمول بسیار وسیع که انواع مختلف واکنشهای روانی‌غیرعادی‌را، که به‌هنگام نبرد درمیدانهای جنك نزد سربازان بروز میکند ، دربر میگیرد . این عارضه گاهی بعنوان یك اختلال شخصیتی وبدون سابقه قبلی است که بصورت واکنشی‌دربرابرشرایط غیرعادی بروزمیکند،وزمانی‌نتیجه تشدید وپیچیده‌ترشدن اختلالهای هیجانی وشخصیتی قبلی‌درشرایط جنك است. برای این‌اختلالات اصطلاح نوروزجنك واژه رسائی‌نیست وتحت این‌عنوان درهیچیك از تقسیم بندیهای رایج ومعتبر کنونی مطلبی وجود ندارد . بعلت تنوع و فراتر رفتن علائم واکنشهای روانی‌ناشی ازجنك ، ازنظرعلامت شناسی، نوروز جنك اصطلاح رسائی‌نیست وازسوی دیگرازجهت پسیکوپاتولوژی این مجموع علائم مطابقتی با بیماریهائی‌که نوروز نامیده میشوند ندارد(۱).

اهم علائمی که تحت عنوان نوروز جنك شرح داده شده عبارتست ازتنش،فشارهای‌عصبی، لرزش، نگرانی‌وتشویش، گریه،افسردگی، احساس‌گناه ، سرگیجه، صدای‌گوش،تکرر ادرار،کاهش‌بازدهی، اختلال‌خواب واشتها وستیزه‌جوئی ودرگیری با فرماندهان.

کولب (۴) بجای‌اصطلاح نوروز جنك ازعنوان واکنش‌دربرابر فشارهای شدید Gross stress reaction استفاده کرده است و استوارت‌بیکر(۶) این اختلالات‌را تحت عنوان اختلالهای‌گذرا در برابر شرایط محیطی - Transient Situational Disturbances آورده‌است که دراینجا بیشترعنایت وتوجه به‌علت یا عامل آشکارساز بیماری است نه تابلو بالینی وعلامتها .

احتمالاواکنش‌سازگاری Adjustment Reaction که درنهمین طبقه بندی بین‌المللی بیماریها (۷) آمده است برای این‌واکنشها عنوان مناسبتری است *.

* در نهمین طبقه بندی اختلالات روانی سازمان جهانی بهداشت .I. C. D. 9 تحت عنوان واکنش حاد در برابر فشار روانی ـ Acute Reaction to Stress (308) آمده است :

اختلالات بسیارگذرا بهردرجه وطبیعتی‌که افراد، بدون وجود اختلال روانی‌واضحی، برابرفشارهای روانی‌باجسمی‌استثنائی‌مثل‌فاجعه‌های←

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

در طبقه بندی DSMIII عنوان Post Traumatic Stress – Reaetion پذیرفته شده است که شامل اشکال حاد ، مزمن واختلال اضطرابی غیرمعمول است (۸).

اشکال بالینی :

تجربیات ناخوش‌آیند و ترسهای شدید و متوالی و مداوم میدان جنك ، خستگی مفرط ، اشکال درخواب وخوراك ودوری ازیارو دیار، بی‌حرکت‌وگوش‌بزنگ بودن‌های طولانی، سکوتهای‌دراز مدت ودرپی‌آنها انفجارهای پیاپی‌وشدید ومرگ‌بار وهمه شرایط خاص جنگی علائمی بـا طیف گسترده ، شامل عـلائم اضطرابی و نوروتیك و افسردگـی و روان تنی وگاه واکنش‌هـای پسیکوز مانند را شامل‌میشود وبه‌گفته دکتربیکر(۶): «سیمای‌بالینی‌شرح داده شده ، آن‌چیزی است‌که درهیچیك ازسندرومهای‌شناخته شده روانپزشکی نمی‌گنجد».

واکنشهای طبیعی میدان جنگ :

بسیاری از واکنشهای میدان‌جنك، طبیعی‌بحساب میآیند.شرایطی که به‌آنها اشاره شد، بی‌تردیدواکنشهائی‌را درپی‌دارد که‌نمیتوان آنهاراغیرطبیعی‌دانست چه‌اگرعلائم، غیرطبیعی‌ودورازانتظاراست، شرایط هم بسیار ازاوضاع طبیعی وعادی بدوراست. ژنرال‌ویلیام منتگرمیگوید که «روانپزشکان‌درجنك، واکنشهای‌طبیعی افراد در قبال یك موقعیت غیرطبیعی‌را درمان میکنند»(۶).

ترس طبیعی درمیدان جنك شامل سه جزء است (۴) :

۱– ترس ازمرگ وترس اززخمی وناقص‌شدن .

۲– ترس از صدمه دیدن وعاجز و ناتوان شدن و بازمانـدن از فعالیت .

۳– ترس از نشان دادن ترس و در نتیجه از دست دادن وجهه و موقعیت در میان گروه .

خستگی، احساس‌فشار درپشت‌سروگردن،تنش‌وانقباضهای‌عضلانی، تکان ولرزش‌عضلانی، بصورت مجسمه درآمدن بطورموقت ، عرق کردن مفرط ، بی‌اشتهائی، تهوع ، ناراحتی‌هـای مبهم شکمی و اسهال و تکرر ادرار ، طپش قلب و تندی ضربان آن ، دشواری تنفس‌وفشارروی‌قفسه‌سینه، سرگیجه‌وضعف عمومی‌وغش، بیخوابی، خوابهای آشفته ، سبك بودن خـواب و تحریك‌پذیری ، خشم و عصبانیت‌نزدکسانی‌که درشرایط دشوارجنگی‌قراردارند غیرطبیعی تلقی نمیشوند . گاهی واکنش در قبال ترس، انکار خطر و تظاهر به نترسی واقدامات متهورانه است . واکنشهای‌طبیعی مربوط به ترس‌های‌شدید با دورشدن ازموقعیت دشواروبرطرف‌شدن‌موضوع ترس‌ازبین‌میروند، اما چنانکه ادامه پیدا کند واکنشهای نوروتیك مطرح میشود .

واکنشهای نوروتیك :

حالات اضطـرابی Anxiety States بسیار شایـع است و ۷۵٪ واکنشهای‌حاد نوروتیك‌را تشکیل میدهد(۷)، فشارعصبی، لرزش، تشویش‌ونگرانی، گریه، افسردگی،احساس‌تقصیروگناه،سرگیجه، صدای‌گوش، تکررادرار، بیخوابی، خوابهای‌آشفته ازعلائم این حالت است ، نزدکسانی‌کـه شخصیت آنهـا قوام‌کافی نیافته است Poor Integration نوروز بصورت، انواعی ازهیستری تبدیلی ، فراموشی واختلال تعادل واختلالات حسی‌مختلف، کوری، کری و بند آمدن زبـان و گاهی بی‌تفاوتی خاص‌هیستریك – La Belle indifference دیده میشود .

طبیعی یا جنگ ، از خود نشان دهند وبمدت چند ساعت یا چند روز فروکش‌کنند . این عنوان وتعریف را برای بسیاری ازواکنشهای جبهه میتوان صادق دانست . دربانویس این عنوان ، عنوانهائی‌که این تعریف را شامل میشوند به این شرح آمده است ، : Combat fatigue و Catastrophic stress و Exhausion delirium این‌بشرطی‌است‌که واکنش‌سازگاری را بتوان دراین‌مورد کنارگذاشت‌که درهمین‌طبقه‌بندی تعریف آنرا به این شرح می‌بینیم ،

– واکنش سازگاری Adjustment Reaction (309) : اختلال ملایم یا موقتی‌که بیش از واکنش‌هـای حاد در برابر فشارهای روانی بطول انجامد و نزد افرادی بهرسن وسال بدون اختلال روانی واضح قبلی پیش‌آید. این اختلالات غالباً محدود Circumseribed یامنحصر به موقعیت‌های خاص وقابل برگشت هستند و اغلب چند ماهی طول میکشند . اینها اغلب ناشی از فشارهای روانی مثل داغدیدگی، مهاجرت ویا جدائی است . واکنش به استرسهای قوی که بیش از چند روز طول میکشند نیز این عنوان را شامل میشوند ، یکی از انواع واکنشهای سازگاری به این‌شرح است :

– واکنش‌افسردگی کوتاه مدت Brief Depressive Reaction : حالاتی از افسردگی‌که نمیتوان آنها را مانیاك - دپرسیو بحساب‌آورد ، حالاتی نوروتیك یا پسیکوتیك‌گذرا که در آنها علائم افسردگی معمولا مربوط به زمان و محتوی رویدادهای پرفشار است . عنوان دیگری که به این حالت اطلاق میشود واکنش سوگواری (Grief Reaction) است - بعضی ازکسانی‌که ازجنك صدمه می‌بینند ازاین‌گروه‌هستند.

– واکنش افسردگی درازمدت Rrolonged depressive reaction ، حالات افسردگی‌که نمیتوان‌آنهارا مانیاك دپرسیو بحساب‌آورد بلکه حالات نوروتیك یا پسیکوتیك است که معمولا بطول می‌انجامد . این حالات در رویا روئی با شرایط پراسترس طولانی‌ظاهرمیشود . بعضی از کسانی‌که‌ازجنك صدمه می‌بینند ازاین‌گروه‌هستند.

این پراکندگی وابهام نمایانگر اینست‌که درتقسیم بندیهائی‌که بیشتر برمبنای علائم صورت‌گرفته است جای‌مشخصی برای نوروزجنك‌درنظر گرفته نشده وآنچه تاکنون ازآن یاد شده بیشتر به لحاظ مشخص بودن علت‌آشکارساز واکنش بوده است .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

تحریك پذیری شدید ، لرزش ودرموارد شدید حالت پانیك (ترس شدید) مستولی میشود که در اینجا نظم وانضباط سازمانی شخصیت بهم ریخته وشخص بطورموقت کنترل تفکر خود را ازدست میدهد. هراس ، گاه رزمنده را درموقع بمباران و آتش شدید از پناهگاه بی‌هدف بخارج کشانیده و درمعرض بمباران وترکش گلوله قرار میدهد (۴).

آلمانیها گزارش کرده‌اند که تابلو بیماری در بسیاری از موارد افسردگی بوده ، قیافه ثابت و ماسك مانند و حرکات کند است وشخص از خود ابراز تنفر کرده ، احساس گناه و تقصیر دارد (۶).

علائم جسمی- علائم جسمی اضطراب و افسردگی بصورمختلف و گوناگون ازناراحتیهای شایع زمان جنك هستند، شاید نیازی نباشد که اینها را تحت عنوان روان‌تنی بیاوریم بلکه جزو واکنشهای نوروتیك بحساب می آیند . گاهی ناراحتیها، دراندامی ظاهر میشود که قبلا بیمار و ناراحت بوده است.

حالات پسیکوزی کاذب، گذشته ازحالات پانیك که شرح داده شد، ممکنست دیده شود که حالاتی است شبیه بهت کاتاتونی ویاتحریکات کاتاتونی. شروع آنها ناگهانی است رفتارخلاف انتظار Bizarre است وتماس باواقعیت قطع شده است وتابلوی بالینی اسکیزوفرنی را تداعی میکند. بسیاری ازبیماران اختلال جهت یابی وآشفتگی روانی دارند وقادر نیستند به سؤالات ساده پاسخ گویند ، این واکنش‌ها کوتاه مدت هستند و به مجرد خارج شدن از موقعیت پرفشار برطرف میشوند.

شیوع پسیکوزها درزمان صلح وجنك گاهی یکسان ودرزمان جنك گاهی کمتر است .

هدف تحقیق :

آنچه که امید است این بررسی تا حدود امکان آنرا روشن کند پاسخ به این سؤالهاست.

۱ـ آیا جنك وشرایط جنگی، مثل خراب شدن خانه وبمباران را میتوان عامل اختصاصی Specific برای بروز وظهور اختلالات روانی به حساب آورد و یا مثل هراسترس دیگری عمل میکند ؟ (مسئولیت ودوری ازخانواده تاهل وتجرد دراینجا موردنظراست).

۲ـ آیا کسانی که واکنش بیماری نشان میدهند از نظر آمادگی قبلی Predisposition وضع خاصی داشته‌اند یا نه ؟.

۳ـ سیمای بالینی بیماران مبتلا به اختلالات روانی دراین جنك چگونه بوده است.

دراینجا سعی خواهیم کرد به سوال اول ودوم پاسخ دهیم ودرپاسخ سؤال سوم مقاله‌ای دیگر تهیه خواهد شد.

روش تحقیق

شرایط تحقیق:

بمنظور عرضه خدمات کاملتر وبهتر تصمیم براین شده بودکه در پشت‌جبهه بفاصله‌ای نه‌چندان دور، مراکزی برای بیماران روانی ناشی ازجنگ تحمیلی ایجاد شود ، یکی ازاین مراکز، مرکز بیست تختخوابه‌ای بود کـه باهمـکاری ارتش ، شرکت نفت و گروه روانپزشکی دانشگاه تهران دریکی ازنقاط خـوزستان پیش‌بینی شده بودکه‌مصادف بااعزام اولین تیم ازگروه روانپزشکی، کارخود راآغاز میکرد یك روانپزشك ویك روانشناس بالینی ازسی ام بهمن ۱۳۵۹ کارخودرا درآنجا آغازکردند ، قبل ازآن یك روانپزشك ازشرکت ملی نفت (دکترفهیمیان) مقدمات ایجاد این مرکز را فراهم آورده ویك روانشناس بالینی نیز ازتهران درارزشیابی بیماران اورایاری میداد. موقعیت جغرافیائی بیمارستان به‌ترتیبی بودکه باجاده اسفالته ۵ / ۱ ساعت طول میکشید که بیماران باآمبولانس به‌آن منطقه برسند. ساعت اعزام بیماران معمولا بعدازظهرها بود. بیماران پس ازاعزام ازبهداری نیروهای مسلح ، حوالی ساعت ۴ بعدازظهر بـه بیمارستان میرسیدند کـه بلافاصله مورد معاینـه و مصاحبـه روانپزشکی و ارزشیابی قرار میگرفتند . تعدادی ازبیماران پس ازمعاینه ودستورسرپائی برای بازگشت به‌مرکز بهداری نیروهای مسلح آماده میشدند که‌چون درساعات شب اینکار بااشکالاتی مواجه بود یکشب را دربیمارستان توقف کرده وفردا صبح اعزام میشدند که یابه‌جبهه بازگردند ، یاپس ازاستراحتی کوتاه مدت به‌واحد خود ملحق شوند، ویابرای تعیین تکلیف خدمتی ویا مراقبت‌های درمانی درازمدت ویاکاملتر به‌تهران اعزام گردند. معمولا بیمارانی بستری میشدند که نیاز به‌چندروز درمان ویابـررسی بیشتر برای تشخیص قطعی وتعیین تکلیف و خـط‌مشی درمانی داشتند . بیست تختخواب داخل سالنی تعبیه‌شده بودکه بوسیله پاراوان تقسیم‌شده و جایگاه پـرستاری برقسمتهای مختلف آن نظارت داشت . در جنب‌سالن اطاقی بودکه برای مصاحبه ومعاینه بیماران اختصاص داشت . این بررسی تا پانزدهـم اسفند ۱۳۵۹ ادامه یافت و در این مدت ۵۴ بیمار معاینه ومورد بـررسی ، تشخیص ، درمان ، اعزام واقدامات لازم قرارگرفتند.

روش جمع آوری اطلاعات ـ همانطورکـه اشاره شد ، بیماران معمولا درساعات بعدازظهر به بیمارستان میرسیدند. ابتدا یـك مصاحبه روانپزشکی از بیماران بعمل میآمد و پرونده‌ای خلاصه برای بیماران تنظیم میشد سپس یك مصاحبه و معاینه روانپزشکی هدایت شده برمبنای پرسشنامه دکتر داویدیان بعمل میآمد*

* این پرسشنامه بمنظور دنبال کردن خط‌مشی مشخص برای معاینه بیماران ایرانی ، پس ازتحقیق وتجارب بسیار حاصل شده است. وکلاً سی مجموعه علائم و نشانه‌های بیماریهای روانی را دربر میگیرد که تعداد این علائم ونشانه‌ها به دویست عدد میرسد و فقط بوسیله روانپزشك میتواند مورد استفاده قرارگیرد .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

بااعمال مصاحبه درچهارچوب چنین ضوابطی ، میتوان گفت که نکته‌ای فراموش نشده ، واز کنار علامتی بی‌توجه نگذشته‌ایم. پس ازانجام این مصاحبه دوتشخیص گذاشته میشد . یکی تشخیص آزادی که بنظر روانپزشك میرسید ودیگر، تشخیص درچهارچوب ضوابط نهمین طبقه‌بندی بین‌المللی بیماریها (I.C.D.9) بود . همزمان با انجام این مصاحبه روانشناس گروه (آقای اصغری) آزمون M.M.P.I را برای بیماران انجام میداد و روانشناس بالینی گروه (آقای دکتر اخوت) مصاحبه بالینی بعمل میآورد* این بررسیها معمولا تا ساعت ۸ بعدازظهر و گاهی بیشتر بطول می‌انجامید و بندرت بعضی ازاین اقدامات برای صبح‌فردامیماند سپس اطلاعات‌جمع‌آوری شده وتشخیصها ، بررسی و مواردمورد اختلاف تشخیصی‌مورد بحث قرارمیگرفت و احیاناً یادداشت‌میشد تافردا مجدداً کنترل شود . صبح روزبعد جلسات درمانی برای بیماران تازه پذیرفته شده و بستری ازقبل بصورت جلسات‌دونفره وپنج‌نفره تشکیل میشد و درمانهای داروئی که ازلحظه ورودبسته به‌نیاز بیمار شروع شده بود ادامه مییافت وتغییرات‌لازم صورت میگرفت وتشخیص‌ها نیز کنترل میشد . علاوه براطلاعاتی که با پرسشنامه دکتر داویدیان بدست میآمد ، اطلاعات اضافی ازقبیل درجه نظامی، وضع تأهل، طول مدت درگیری درمنطقه رزمی و منطقه استقرار ازجهت درگیری مستقیم و یا غیره اضافه میشد . مجموعاً ۵۴ سرباز، درجه‌دار وافسری که به‌بیمارستان‌روانپزشکی درطول مدت بررسی اعزام شده بودند مورد پرسش و تحقیق قرار گرفتند .

گروه شاهد : معمولا درچنین بررسیهائی لازم است که گروه شاهدی داشته باشیم که ازنظر سنی وشغلی وموقعیت زندگی و شرایط زیستی وغیره شباهت‌هاووجه تشابهی باهم داشته باشند که دراین بررسی فاقد این گروه شاهد بودیم ، برای‌داشتن گروه شاهددست به‌یك گروه‌بندی‌زدیم، به‌این ترتیب که اطلاعات‌اضافی نشان میداد که از۵۴ بیمار مورد بررسی ۴۴ نفر درموقع ورود به‌منطقه جنگی سالم بوده‌اند و پس ازورود به‌منطقه به فواصلی متفاوت بیمار شده‌اند که دریك گروه قرار گرفتند وده تن ازکل مراجعین که بیمار وبه منطقه آمده بوده‌اند ازکل بیماران‌خارج شده و ازآنها بعنوان گروه شاهد استفاده شد که البته تعداد کمی است و پیداست که بسیاری ازمسائل را بااین تعداد کم نمی‌توانیم حل کنیم .

سابقه قبلی بیماری: از۴۴نفر کسانی که‌بسلامت واردمنطقه‌جنگی شده ، سپس بیمار شده بودند ، دوگروه متفاوت بدست میآمد که ۲۳ تن در زندگی خود سابقه ابتلای به‌ناراحتی‌های روانی را ذکر کرده‌اند و ۲۱ تن هیچگونه سابقه‌ای نداشته‌اند، بنابراین برای پاره‌ای محاسبات ، داشتن یانداشتن سابقه قبلی ملاك‌تقسیم‌بندی قرار گرفت .

سوابق‌روانشناسی: مسئله‌دیگری که میتوانست‌موردسؤال‌وبررسی قرارگیرد ، اینکه توارث دربروز واکنشها وبیماریها در جنگ چه‌نقشی داشته است . برای‌اینکار بیمارانی که سابقه خانوادگی مثبت داشتند ویا نداشتند ، برحسب تشخیص و برحسب وضع‌تأهل و تجرد تقسیم‌بندی‌کرده محاسبات آماری انجام دادیم (بمنظور بررسی نقش تأهل و تجرد دربروز واکنشها ۴۴مورد را باگروه شاهد مقایسه کردیم).

مدت توقف درجبهه و انطباق : مشاهده‌شد که‌بعضی ازرزمندگان بافاصله نزدیك و برخی با فاصله دورتر به‌واکنش با بیماری دچار شده‌اند . برای اینکار برای هرفرد فاصله زمانی ورود به منطقه جنگی تا بیمار شدن محاسبه و برحسب تشخیصهای‌مختلف، جدول بندی شد و نمودار فراوانی وقوع واکنشها و بیماریهای مختلف برحسب زمان توقف در منطقه جنگی نسبت به‌کل وقوع موارد درهرماه بدست‌آمد ونموداری رسم شد.

تشخیصها : اغلب بیماران ما مبتلا به واکنش افسردگی بودند ، همانطور که درمبحث مروری بر نوشته‌های روانپزشکی اشاره شد شامل دونوع واکنش افسردگی کوتاه مدت و واکنش افسردگی درازمدت است که بعلت توقف کوتاه ما درمنطقه وتوقف کوتاه بیماران دربیمارستان وعدم امکان پی‌گیری زمانی کافی، تمیز بین این دوگروه میسر نشد بناچار مجموع آنها راتحت‌عنوان‌واکنش افسردگی مورد بررسی قراردادیم .

یافته‌ها :

میانگین سنی گروههای تحت مطالعه : از ۴۴ نفر کسانی که پس از ورود به‌منطقه‌جنگی بیمار شده‌اند و درموقع ورودسالم‌بودند، ۲۳ نفر در زندگی خود سابقه ابتلای به بیماری داشته و۲۱ نفر سابقه‌بیماری‌عصبی- روانی نداشتند ، بین این ۲۳ نفرجوانترین فرد ۱۹ ساله ومسن‌ترین‌آنها ۴۳ ساله بود. که میانگین سنی آنها۲۶است وانحراف معیار۶/۱۵ است. از۲۱ نفر که‌سابقه‌قبلی نداشته‌اند ، جوانترین آنها ۱۹ ساله ومسن‌ترین‌آنها ۳۶ ساله بودند. میانگین سنی‌آنها ۲۶/۱۴ وانحراف معیار ۶/۲۱ است (جدول ۱) .

* حاصل این بررسی‌ها بصورت دو پژوهش منتشر شده است ۱- دکتر اخوت - دکتر جلیلی : ویژگیهای روانی نمونه‌ای از رزمندگان جبهه جنوب جنگ ایران وعراق ، مجله نظام‌پزشکی سال‌هشتم شماره ۴. ۲- رضوی مقدم : شناخت مقدماتی برخی ویژگیهای روانی نمونه‌ای از بیماران جنگی درجبهه‌های خوزستان. رساله پایان‌تحصیلات فوق‌لیسانس(۱۳۶۰).

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

جدول۱- میانگین سنی کسانی‌که مورد بررسی قرارگرفتند

سابقه	بیماران	حد قل سن	حد اکثر سن	میانگین	انحراف معیار
باسابقه قبلی بیماری	۲۳	۱۹	۴۳	۲۶	۶/۱۵
بی‌سابقه قبلی بیماری	۲۱	۱۹	۳۶	۲۶/۱۴	۶/۲۱
جمع	۴۴	۱۹	۴۳	۲۶/۰۶	۶/۱۱
گروه شاهد	۱۰	۲۰	۴۲	۲۵/۶	۷/۴۳
جمع کل	۵۴	۱۹	۴۳	۲۵/۹۸	۶/۳۰

برای ۴۴ نفر، جوانترین آنها ۱۹ ومسن‌ترین۴۳ ساله، میانگین ۲۶/۰۶ و انحراف معیار۶/۱۱ است . درگروه شاهد(ده نفر) یعنی کسانی‌که بیمار بوده ووارد منطقه شده‌اند، جوانترین فرد ۲۰ ساله و مسن‌ترین آنها ۴۲ ساله و میانگین سنی ۲۵/۹۸ و انحراف معیار۷/۴۳است. برای کل بیماران (۵۴نفر)جوانترین ۱۹ ومسن‌ترین‌آنها ۴۳ ساله بوده ومیانگین ۲۵/۹۸ وانحراف معیار ۶/۳۰ بوده است.

مقایسه آماری ارقام بدست آمده از۴۴ بیمار باگروه‌شاهد نشان میدهدکه ازنظر گروه سنی میتوان آنها را مشابه دانست، مقایسه ۲۳ بیمار با سابقه قبلی و۲۱نفر بی سابقه قبلی نیز نشان میدهد که اختلاف سنی بین این دوگروه نیز قابل توجه نیست.

سابقه قبلی بیماری باتوجه به‌درجه نظامی در چهل‌وچهار فرد مورد مطالعه :

۲۳ تن سابقه قبلی بیماری داشته و۲۱ تن سابقه‌ای نداشته‌اند. از نظر درجه نظامی ۲۱ نفر افسر و درجه‌دار و ۲۳ نفر سرباز بودند . ادغام افسران ودرجه‌دارها بعلت کم بودن تعداد نمونه و نزدیك بودن نوع مسئولیت‌ها (فرماندهی‌وداشتن‌اطلاعات بیشتر نظامی نسبت به سربازان) بود. دربین افسران و درجه‌داران ۳ تن سابقه قبلی داشته و ۸ تن بی سابقه قبلی بوده‌اند و این ارقام برای سربازان به ترتیب ۱۰ و۱۳ تن بود.

از نظر آماری اختلاف بین افسران و درجه‌داران با سربازان برحسب داشتن یا نداشتن سابقه قبلی، معنی‌دارنیست (جدول۲).

تاهل وتجرد :

از ۴۴ نفر ، ۲۹ تن متأهل و ۱۵ تن مجرد و ازگروه شاهد (ده تن) ۵ نفر مجرد و ۵ نفر متاهل بودند ، مقایسه بین ایندو

جدول۲- توزیع بیماران برحسب درجه‌نظامی و سابقه قبلی بیماری

سابقه	سر و درجه‌دار	سرباز	جمع
با سابقه قبلی بیماری	۱۳	۱۰	۲۳
بی‌سابقه قبلی بیماری	۸	۱۳	۲۱
جمع	۲۱	۲۳	۴۴

گروه نشان میدهدکه اختلاف تعداد افراد متأهل ومجرد ازنظر آماری‌معنی‌دارنیست ($X^2=O.\ 882,\ N.\ S.$) جدول۳.

جدول ۳- اختلاف توزیع بیماران جنگ برحسب تاهل وتجرد درمقایسه باگروه شاهد

	جمع	مجرد	متأهل
گروه بیمار	۴۴	۱۵	۲۹
گروه شاهد	۱۰	۵	۵
جمع کل	۵۴	۲۰	۳۴

سابقه قبلی بیماری وتأهل وتجرد :

از ۴۴ نفر ، ۲۹ نفر متاهل و ۱۵ تن مجرد و از ۲۳ نفر کسانی که سابقه قبلی داشتند ۱۶ نفر متاهل و ۷ تن مجرد بودند و این ارقام برای کسانی‌که سابقه قبلی نداشتند به ترتیب ۱۳ و ۸ نفر بود ، اختلاف توزیع بیماران جنگ برحسب تأهل وتجرد درکسانی‌که سابقه قبلی داشته یا نداشته‌اند معنی‌دارنیست (جدول۴).

جدول ۴- اختلاف توزیع بیماران‌جنگ برحسب تاهل وتجرد و سابقه قبلی

وضع تاهل / سابقه	متأهل	مجرد	جمع
با سابقه قبلی	۱۶	۷	۲۳
بی‌سابقه قبلی	۱۳	۸	۲۱
مجموع	۲۹	۱۵	۴۴

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

تشخیص بالینی وسابقه خانوادگی :

از ۴۴ بیمارمورد بررسی، ۲۶ نفر سابقه فامیلی مثبت نداشتند و در برابر ۱۸ نفر سابقه مثبت فامیلی داشتند ، اختلاف بین بیمارانی که سابقه فامیلی مثبت داشته یا نداشتند از نظر آماری معنی‌دار نیست (جدول ۵) دراین جدول توزیع بیماران برحسب تشخیصهای مختلف وسابقه خانوادگی‌دیده میشود .

توزیع بیماران درتشخیصهای مختلف :

از ۵۴ مورد، ۴۴ مورد (۸۱/۵٪) دچارنوعی واکنشهای روانی (واکنش افسردگی‌واضطراب وسایر واکنشها) وبقیه(۱۸/۲٪) دچار یکی‌ازاختلالات روانی (اسکیزوفرنی، پسیکوپاتی، اعتیاد) شده‌اند . تمامی ده نفر کسانی که بیمار وارد منطقه شده‌اند یکی از اختلالات روانی مطابق آنچه‌که درجدول ۶ مشاهده میشود داشته‌اند .

از۴۴ نفر، ۳۶ نفر دچارنوعی واکنش شده‌اندکه به ترتیب ۲۴ مورد (۵۴/۵٪کل و۶۶٪ واکنشها) ، واکنش افسردگی‌و۷ مورد یعنی ۱۵/۹٪ واکنش اضطرابی و ۵ مورد (۱۱/۴٪) سایر واکنشها بوده که می‌بینیم افسردگی شایع‌ترین نوع واکنشها است و به این‌ترتیب که ازبین‌واکنشها افسردگی ۶۶٪ وسایرواکنشها ۳۴٪ بوده است (جدول ۷).

جدول ۵- توزیع بیماران برحسب تشخیص بالینی و سوابق خانوادگی واختلاف بین واکنش افسردگی وبقیه واکنش‌ها

تشخیص	بیماران‌جنگ		گروه شاهد	
	سابقه خانوادگی نداشته‌اند	سابقه خانوادگی داشته‌اند	سابقه خانوادگی نداشته‌اند	سابقه خانوادگی داشته‌اند
واکنش افسردگی	۱۲	۱۲	–	–
واکنش اضطراب	۴	۳	–	–
سایر واکنشها	۵	–	–	–
سایر بیماریها	۵	۳	۴	۶
جمع	۲۶	۱۸	۴	۶
جمع کل	۴۴		۱۰	

جدول ۶ــ توزیع بیماران برحسب تشخیص بالینی وبرحسب اینکه بیمارانی‌که پس از ورود به منطقه جنگی بیمار شده‌اند یاقبلا بیمار بوده‌اند

تشخیص	تعداد	درصد	تعداد	درصد	جمع	درصد
واکنش افسردگی (۱)	۲۴	۵۴/۵	–	–	۲۴	۴۴/۴
واکنش اضطرابی (۲)	۷	۱۵/۹	–	–	۷	۱۲/۹
سایر واکنشها (۳)	۵	۱۱/۴	–	–	۵	۹/۳
اسکیزوفرنی	۲	۴/۵	–	–	۲	۳/۷
پسیکوپاتی واعتیاد	۳	۶/۹	۱	۱۰	۴	۷/۴
افسردگی‌واکنشی (۴)	–	–	۴	۴۰	۴	۷/۴
صرع	۱	۲/۳	۲	۲۰	۳	۵/۶
بیماریهای خلقی	۲	۴/۵	۳	۳۰	۵	۹/۳
جمع	۴۴	۱۰۰	۱۰	۱۰۰	۵۴	۱۰۰

۱ــ واکنش‌افسردگی Depressivee reaction .

۲ــ شامل یك مورد سردرد عصبی.

۳ــ شامل سه‌مورد تمارض، یك مورد سندرم گانسر، یك مورد هیستری.

۴ــ افسردگی‌واکنشی Reactive depression شامل‌یك‌موردهیپوکندری.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

جدول ۷- توزیع بیماران برحسب تشخیص بالینی وسابقه قبلی بیماری در بیمارانی که اولین بار درمنطقه بیمارشده‌اند و کسانی که سابقه بیماری داشته‌اند

سابقه قبلی / انواع اختلالات	نداشته‌اند	داشته‌اند	جمع
واکنش افسردگی	۱۰	۱۴	۲۴
واکنش اضطراب	۵	۲	۷
سایر واکنشها (۱)	۳	۲	۵
سایر بیماریها (۲)	۳	۵	۸
جمع	۲۱	۲۳	۲۴

۱- تمارض - هیستری - گانسر
۲- اسکیزوفرنی ، مانی ، اعتیاد ، صرع ، افسردگی آندوژن

توزیع بیماران برحسب تشخیص بالینی وسابقه قبلی بیماریها : از ۴۴ بیمار ما ، همانطور که قبلاگفته شد ۲۱ نفر سابقه قبلی نداشته‌اند و۲۳ نفر داشته‌اند ، از دسته اول ۱۰ نفر به واکنش افسردگی، ۵ نفر به واکنش اضطراب و۳ نفر به سایرواکنشها و۳ نفر به بیماریهای دیگردچار بوده‌اند که به این‌ترتیب، همین ارقام برای آنهاکه سابقه بیماری داشته‌اند ۵،۲،۲،۱۴ نفر بوده که محاسبات آماری نشان‌میدهدکه بین واکنش افسردگی با سایر واکنشها وبیماریها درکسانی‌که سابقه بیماری داشته و نداشته‌اند اختلاف معنی‌داری وجود ندارد (جدول ۷) و نیزاگر واکنش افسردگی‌را با سایر واکنشها مقایسه‌کنیم اختلاف معنی‌داری‌بین گروهی‌که سابقه بیماری داشته ونداشته‌اند موجود نیست.

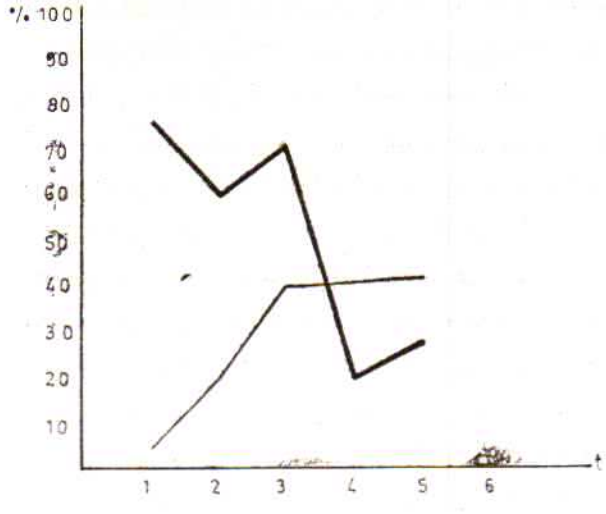
جدول ۸- توزیع بیماران برحسب‌تشخیص بالینی ووضع‌ازدواج مقایسه واکنشها با سایر بیماریها برحسب تاهل‌وتجرد .N.S مقایسه بیماران باگروه شاهد برحسب تاهل وتجرد .N.S

تشخیص بالینی	بیماران		شاهد	
	متاهل	مجرد	متاهل	مجرد
واکنش افسروگی	۱۶	۸	-	-
واکنش اضطراب	۶	۱	-	-
سایر واکنشها	۳	۲	-	-
سایر بیماریها	۴	۴	-	-
جمع	۲۹	۱۵	۵	۵
جمع کل	۴۴		۱۰	

جدول ۹- ظهور واکنش یا بیماری برحسب زمان توقف درمنطقه جنگی برای تشخیصهای مختلف

زمان برحسب‌ماه / انواع اختلالات	۰-۱	۲-	۳-	۴-	۵-	۶-	جمع
واکنش افسردگی	۱۳	۳	۵	۱	۲	-	۲۴
واکنش اضطراب	۱	۱	-	۲	۳	-	۷
سایر واکنشها	-	۱	۱	-	۱	۲	۵
سایر بیماریها	۳	-	۱	۲	۱	۱	۸
جمع	۱۷	۵	۷	۵	۷	۳	۴۴

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]



نمودارجدول ۹- میزان ظهور واکنش اضطراب وافسردگی برحسب مدت توقف درجبهه

تشخیص بالینی ووضع تاهل و تجرد :

از ۴۴ بیمار ما ۲۹ نفر متأهل و۱۵ نفر مجرد بودند ، گرچه بظاهر تعداد افراد متأهل تقریباً دوبرابر افراد مجرد است ولی محاسبات آماری نشان‌میدهد که این‌اختلاف‌معنی‌دار نیست(جدول ۸) چنانچه بیمارانی که دچار واکنش افسردگی‌بوده‌اند با سایر واکنشها و بیماریهـا درارتباط با تأهل و تجرد آنها مقایسه کنیم اختلاف معنی‌داری بین آنها وجود ندارد .

توقف درجبهه وظهورواکنشها :

هرچه برطول‌مدت اقامت افراد بیماردرجبهه افزوده شود،درصد مبتلایان به واکنش افسردگی‌کاهش میابد وبه عکس‌درصدواکنش اضطرابی رو به افزایش میگذارد این‌مطلب در نمودار جدول ۹ نیز نشان داده شده است.

بحث :

بیمارانی‌که دراین بررسی مورد مطالعه قرارگرفتند، به مقتضای شرایط خاص درسنین جوانی بودندکه در۴۴ نفرمیانگین سنی‌در حدود۲۶ ودرگروه شاهد درحدود۲۵ سال‌بودواین‌مسئله‌تعدادی از بیماریهـای روانی را در بحث منتفی و برخی بیماریهـا کـه شیوع‌آنهادراین‌سنین‌بیشتراست مطرح میکند، وباتوجه به‌شرایط جنگی بعنوان یك عامل پراسترس، بیماریهائی متظاهرمیشوندکه واکنشهای بیمارگونه وبیماریهای روانی واکنشی‌هستند .

از بین۵۴ نفر، ۴۴ نفر پس ازورود دچارنوعی ازحالات روانی در منطقه عملیات شده بودنـد . برای بررسی آمادگی قبلـی ، وجود سابقه قبلی بیماری و سابقه خانوادگی مورد مطالعه قرار گرفت. جمعاً ۲۳ نفر(۵۲/۲٪) سابقه بیماری‌قبلی داشتند و۲۱ نفر(۴۷/۸٪) سابقه‌ای نداشتند (جدول۷) و ازاین عده ۱۸ نفر (۴۰/۲٪) سابقه خانوادگی قبلی داشته‌اند و ۲۶ نفر (۵۹/۸٪) ازاین‌جهت سابقه‌ای‌نداشتند واین رقم برای‌گروه شاهدبه‌ترتیب ۶و۴ است(جدول ۵) که‌نتیجه مقایسه معنی‌دارنیست، به‌این‌ترتیب میتوان اظهارنظرکردکه :

ازلحاظ سوابق‌خانوادگی یا به بیان دیگرعوامل ارثی‌بین‌گروه بیمار و شاهد تفاوت محسوسی وجود ندارد یعنی تقریباً نیمی از هردوگروه چه‌آنهاکه بیماری‌آنهاارتباطی‌باورود به‌منطقه‌جنگی نداشته یا پس از ورود بـه آن منطقه بیمـارشده‌اند بار موروثی نداشته‌اند . پس از این لحاظ دخالت وراثت درگـروه بیماران عامل بیماری‌زای مهمی بحساب نمیآید اما ازلحاظ سایر عواملی که زمینه ساز ابتلای به بیماری هستند ، مانند سابقه بیماری قبلی (جزعامل ارثی) ۵۲/۲٪ دارای‌چنین عواملی بوده‌اندو۴۷/۸٪ آنها فاقد چنین‌عواملی میباشندکه چون‌درمقابل این‌اعداد نسبتهای مشابه‌درگروه شاهدمعین نیست، اظهارنظرقطعی‌امکان‌پذیر نمیباشد.

ولی بهرصورت قدرمسلم اینست کـه اگر چنین عواملی در بروز اختلالات روانی درگروه بیمارموثرقلمداد شود فقط‌درموردنیمی ازآنها صادق است و بـا توجه به عدم دخالت سوابق خانوادگی بطورکلی‌میتوان چنین‌اظهارنظرکردکه عوامل‌زمینه‌ساز، دخالت مستقیم ومشخصی نمی‌تواند داشته باشند .

برای پاسخ به‌این سئوال کـه بودن شخص در منطقه جنگی عامل اختصاصی شمرده میشود یانه، وابنکه باتوجه به‌خطرات‌جنك‌وقطع نسبی‌روابط بابستگان‌وخانواده‌آیااین‌امر یك‌استرس‌روانی میتواند بحساب‌آید ؟ محاسبه‌ای دیگرلازم‌است. اگرچنین‌استرسی‌کارساز باشد ، قاعدتاً بایستی دربین‌افرادی‌که قبل ازورودبه‌منطقه‌جنگی مسئولیت اداره خانواده‌ای را بعهده داشته‌اند بیمار بیشتری داشته باشیم . با توجه به‌این امر بیماران را برحسب تأهل‌وتجرد مورد بررسی‌قراردادیم. ازبین گروه بیماران ۱۵ نفر(۳۴/۱۰٪)مجرد بودند و۲۹ نفر(۶۵/۹۰٪) متأهل درحالیکه این نسبت درگروه شاهد ۵ (۵۰٪) و ۵ (۵۰٪) بوده است که در محاسبات آماری اختلاف معنی‌دار نیست.

داشتن‌مسئولیت بیشتردرمنطقه جنگی‌خود ممکن‌است عامل‌موثری در بروز اختلالات بحساب آید و اگر این فرض درست بـاشد باید آنانکـه دارای مسئولیت بیشتری هستند ماننـد افسران و درجه‌داران بیشتر درمعرض ابتلای به ناراحتیها قراربگیرند. در گروه بیماران ما ۲۱ نفر (۷/۷۲٪) افسر و درجه‌دار و۲۳ نفر

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

(۵۲/۲۷٪) سربازساده بودند ودرگروه شاهد این ارقام به ترتیب ۵ (۵۰٪) و۵ (۵۰٪) است که اختلاف معنی‌دار نیست به‌این ترتیب درجه مسئولیت نیز نقش مهمی در بروز ناراحتیهای روانی نداشته است. قابل توجه است کـه در هردسته ازبیماران متاهل و مجرد (افسرودرجه‌دار) تقریباً نیمی ازافراد دارای سابقه قبلی بیماری ونیمی دیگر فاقد این سابقه بوده‌اند (جدول ۴) داشتن سابقـه قبلی بیماری و یا در معرض استرسهائی چون دوری از خانواده بودن ویا داشتن مسئولیت سنگین، عامل مؤثری در بروز اختلالات بحساب نمیآید .

درصورتیکه بیمـاران را برحسب تشخیص بالینی طبقه‌بندی کنیم ۲۴ نفر (۵۴/۵۴٪) از ۴۴ نفر به واکنش افسردگی و ۷ نفر (۱۵/۹٪) به واکنش اضطراب و ۵ نفـر (۱۱/۳۶) به سایـر واکنش‌ها و۸نفر به‌بیماریهای دیگردچاربوده‌اند (۱۸/۱۸٪). اگرنسبت بروز واکنش‌های فوقرا برحسب زمان‌توقف درمنطقه بسنجیم‌ملاحظه میشود که۱۳ نفر(۵۴/۱۸) از کل‌مواردافسردگی ویك‌نفر(۱۴/۲۸٪) ازکل موارد اضطراب در ماه اول توقف در جبهه واکنش نشان داده‌اند و چنانچه از جدول ۹ و نمودار آن برمیآید نوع واکنش افسردگی با مدت توقف نسبت معکوس و وقوع واکنش اضطرابی با مدت توقف نسبت مستقیم دارد.

با توجه به علائم بارزی‌که بیماران‌افسرده نشان داده‌اند، ازقبیل افسردگی وبیخوابی‌وخستگی و.....وبا توجه به اینکه این‌علائم درظرف‌چند روزبهبود یافته ودربرخی که متأسفانه امکان‌پی گیری وجود نـداشت طول‌میکشیده ، تشخیص این بیمـاران را میتوان Brief depression یاافسردگی کوتاه مدت ولذا نوعی واکنش سازگاری Adjustment Reaction بحساب‌آوردواین‌نکته موید آنست که‌چرا اکثر بیماران دربدو ورود دچاراین‌ناراحتی‌شده‌اند ولی‌ازطرفی با افزایش طول مدت اقامت درجبهه واحتمالامواجه شدن‌باخطرات و ناملایمات منطقه واکنشهای‌اضطرابی‌وسایرانواع واکنشهای غیرافسردگی افزایش میابد (واین‌همان چیزی‌است که دراین تحقیق‌هم مشخص شده است) این نکته نیزقابل تأمل است که با توجه به اینکه عوامل‌ارثی‌وسابقه بیماری وفشارهای‌روانی نقش‌عمده‌ای دربروزاختلالهای ناشی‌ازجنك ، من‌جمله افسردگی نداشته‌اند ، میتوان احتمال داد کـه توانائی فیزیکی این افراد برای مقابله با ضروریات شرایط جنگی‌کافی نمیباشد . شکایت از خستگی دراین بیماران بعنوان یکی‌ازعلائم بارزمیتواندموید نظر فوق باشدکه بررسی بیشتر در سابقه این بیماران ازلحاظ نیروی جسمانی‌ومقاومت ، وضع تغذیه ، تمرینهای‌کافی آمادگی وغیره‌را ایجاب میکند.

درگروه اول، افسردگی، تظاهر یك خستگی‌جسمی‌است که بدون آمادگی جسمی دراین محیط قرارگرفته‌اند . برای اثبات این نظرلازم خواهد بود بیمارانی که دچار واکنش افسردگی‌شده‌اند تجدید معاینـه‌ای بشوند تا سوابق کار وآمادگـی و دوره‌هائی که دیده‌اند ونیز وضع جسمی وتغذیه آنها مشخص گردد که‌برای ما روشن‌نیست (بطورکلی‌استقامت جسمی وروانی‌وآمادگی‌های آنها برای ما مشخص‌نیست) وحدس براین‌است که این‌استقامت کمتر بوده است . پی‌بردن به این عامل ازاین نظر مهم است که کمبودهای احتمالی که سبب بروز واکنش‌هائی در جبهه خواهد شد قابل پیش‌بینی ورفع است .

REFERENCES :

۱ـ دکتر وهاب زاده ، عظیم ، نوروز (روان نژندی)جنگ ، مجله بازتاب، شماره چهارم. سال اول، صفحه ۱۱ـ۲۵ ، زمستان ۱۳۵۹.

۲ـ دکتر عشایری ، حسن ، نکاتی درباره بیماریهای روانی ناشی از جنگ ، بازتاب، شماره ۴، سال اول، صفحه ۱۰۶ـ۱۲۰ ، زمستان ۱۳۵۹.

3_ Henderson & Gillespie's Textbook of Psychiatry 1962. Psychosis And Psychoneurosis in WAR, P. 466.

4- KOLB. L. C. M.D.: Modern Clinical Psychiatry, 1977, Saunders Company. P. 534 - 545.

5- Vietnam Prisoner of war, Stress and Personality Resilienary. Am. J. Psych. 138:3 manch 1981.

6- S.L. Boker, Js. M. D. Traumatic War Neurosis, in Freedman, A. M., Kaplan, H. I. and Sadock, B. J. (E.D.S.) Comprehensive Textbook of Psychiatry. Vol. 2, Baltimore Williams and Wilkins Company 1975.

7- Ninth Revision of The International Classification of Diseases, WHO 1978.

8- Transient Situational Disturbance Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disoraers (DSM-III) A.P.A. 1981, P.299 - 300

۹ـ دکتر بهرامی ، غلامرضا، روانپزشکی وجنگ ، سخنرانی‌ایراد شده درسمپوزیوم‌بیماریهای روانی ناشی ازجنگ، بیمارستان روزبه اردیبهشت ۱۳۶۰ .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]