

پژوهشی در مورد بیماریهای روانی ناشی از جنگ

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

دکتر احمد جلیلی - دکتر ۵ - داویدیان *

خلاصه:

۵۴ مورد از بیماران روانی ناشی از جنگ مورد معاینه و مصاحبه قرار گرفتند و پرسشنامه تشخیصی داویدیان برای آنها پر شد و اطلاعاتی در مورد وضع تأهل و مجرد و وجود سابقه بیماری روانی در سابقه خود بیماران و خانواده آنها و مدت توقف در جبهه جمع آوری شد. پس از بررسی‌های لازم و محاسبات آماری، این نتایج بدست آمد که تأهل و مجرد و وجود سابقه بیماری در خانواده و گذشته بیماران هیچکدام نقش سببی مشخص و معینی در ایجاد واکنشهای روانی ناشی از جنگ نماند و هر چه مدت اقامت در جبهه بیشتر بطول انجامد از ظهور واکنش اضطرابی کاسته میشود و افسردگی شیوع بیشتری پیدا میکند. بنظر میرسد که آمادگی جسمی کافی میتواند از بروز واکنشهای روانی ناشی از جنگ جلوگیری کند.

مقدمه:

برای نخستین بار کشور ما در جنگی با سلاحهای امروزی درگیر شده است. با نگاهی به تاریخ، میتوان دریافت که بیش از چند قرن از آخرین درگیریهای بزرگی که برای کشور ما رخ داده است میگذرد و تجربه جنگ بزرگ را نسلهای اخیر ما به فراموشی سپرده‌اند. این جنگ، هم از نظر وسعت و هم از لحاظ وجود عملیات جنگی در مرزی بطول ۸۵۰ کیلومتر و هم از نظر عظمت، به لحاظ کاربرد سلاحهای پیشرفته و مخرب و پر قدرت، در تاریخ ما بی سابقه است.

کشور ما قرن‌ها با همسایگان خود در صلح بسر برده و جز درگیریهای که منجر به ازدست رفتن استانهای شمالی و شرقی کشور شده، در قریب‌ترین اواخر درگیری خارجی قابل ذکر نداشته است. اشغال ایران در جنگ دوم جهانی، در جریان یک جنگ تمام عیار رخ نداد. قیامها و انقلابهای یک قرن اخیر هم خصوصیات و ویژگیهای جداگانه‌ای داشتند، گرچه مراحل دشواری از انقلاب مشروطیت به بعد، بر این مردم گذشته‌ولی محتوای فشارهای روانی و گستردگی و طول زمان این جنگ با تمامی آنها متفاوت است. از سوی دیگر متخصصین بیماریهای عصبی و روانی ما برای نخستین بار فشارهای عصبی ناشی از جنگ را مشاهده میکنند، با این توصیف، مسائل روانی ناشی از جنگ و بخصوص آنچه که نوروژ (روان نژندی) جنگ War Neurosis نامیده شده است و بوسیله دیگران در جنگهای اول و دوم جهانی، در جنگهای کره و ویتنام و انقلاب الجزایر تجربه شده است برای اولین بار در این عصر و زمان، بعلمت جنگ ایران و عراق، برای متخصصین بیماریهای عصبی - روانی ایرانی مطرح گردیده است.

از کنار تجربه‌ای این چنین نادر، بی تفاوت نمیتوان گذشت. با این باور سعی شد در سفر کوتاهی به خوزستان که بمنظور عرضه خدمات درمانی به رزمندگان جنوب پیش آمد، در این جهت قدمی برداشته شود و آنچه که در این مقاله میخوانید حاصل بررسی روی معدود رزمندگانی است که از جنگ صدمه دیده بودند.

نگاهی به نوشته‌های پزشکی:

در اینجا مروری مختصر و کوتاه بر نوشته‌های روانپزشکی و نتایج بررسیهای مولفان برای آشنائی خوانندگان خواهد آمد.

* گروه روانپزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه تهران - بیمارستان روزبه.

هر فردی حد تحمل معینی دارد (۵). دکتر استوارت بیکر (۶) که یافته‌های جنگ کره و ویتنام را هم مورد بررسی قرار داده معتقد است که وجود استعداد قبلی شرط لازمی نیست و برای ابتلای به اختلالات هیجانی جنگی وجود نارسایی در سازمان شخصیت شرط لازم و حتمی بشمار نمی‌آید.

تعریف و طبقه‌بندی:

همانطور که قبلاً اشاره شد توافقی بر سر اصطلاحی که باید برای واکنشهای روانی ناشی از جنگ بکار رود وجود ندارد. نوروژنک یا Combat Neurosis یا War Neurosis یا Traumatic War Neurosis اصطلاحی است با شمول بسیار وسیع که انواع مختلف واکنشهای روانی غیر عادی را، که به هنگام نبرد در میدانهای جنگ نزد سربازان بروز میکند، دربر میگیرد. این عارضه گاهی بعنوان یک اختلال شخصیتی و بدون سابقه قبلی است که بصورت واکنشی در برابر شرایط غیر عادی بروز میکند، و زمانی نتیجه تشدید و پیچیده تر شدن اختلالهای هیجانی و شخصیتی قبلی در شرایط جنگ است. برای این اختلالات اصطلاح نوروژنک واژه رسائی نیست و تحت این عنوان در هیچیک از تقسیم بندیهای رایج و معتبر کنونی مطلبی وجود ندارد. بعلمت تنوع و فراتر رفتن علائم واکنشهای روانی ناشی از جنگ، از نظر علامت شناسی، نوروژنک اصطلاح رسائی نیست و از سوی دیگر از جهت پسیکوپاتولوژی این مجموع علائم مطابقتی با بیماریهایی که نوروژنک نامیده میشوند ندارد (۱). اهم علائمی که تحت عنوان نوروژنک شرح داده شده عبارتست از تنش، فشارهای عصبی، لرزش، نگرانی و تشویش، گریه، افسردگی، احساس گناه، سرگیجه، صدای گوش، تکرر ادرار، کاهش بازدهی، اختلال خواب و اشتها و ستیزه‌جویی و درگیری با فرماندهان.

کولب (۴) بجای اصطلاح نوروژنک از عنوان واکنش در برابر فشارهای شدید Gross stress reaction استفاده کرده است و استوارت بیکر (۶) این اختلالات را تحت عنوان اختلالهای گذرا در برابر شرایط محیطی - Transient Situational Disturbances آورده است که در اینجا بیشتر عنایت و توجه به علت یا عامل آشکار ساز بیماری است نه تا بلو بالینی و علامتها.

احتمالاً واکنش ساز گاری Adjustment Reaction که در نهمین طبقه بندی بین المللی بیماریها (۷) آمده است برای این واکنشها عنوان مناسبتری است*.

تاریخچه: عوارض روانی ناشی از جنگ و شناخت آنها مسئله تازه‌ای نیست و در تاریخ روانپزشکی از آنها با اصطلاح Nostalgia (درد غربت) Fright Neurosis (نوروژراس) و Effort Syndrome (سندرم تلاش) Shell Shock (شوک انفجار) و اخیراً - Traumatic Neurosis (نوروژنای از ضرب) و War Neurosis (نوروژنک) نام برده شده است (۱).

آنچه از منابع علمی بر میآید این است که تا اواخر قرن ۱۸ و اوایل قرن نوزدهم پزشکیانی که در جبهه‌ها و ارتشهای بزرگ جهان خدمت میکردند، جراح و پزشک عمومی بودند، و البته این به آن معنی نیست که به مسائل روانی توجه نمیشده است، بلکه هنوز تخصص روان پزشکی به شکل امروز بوجود نیامده بود. مسائل روانی همواره مورد توجه پزشکان و بخصوص فرماندهان قرار داشت و بیشترین واکنش شناخته شده که احتمالاً سایر تشخیص‌ها را هم به اشتباه دربر میگرفته تمارض بوده که با تشبیه و توئیخ، حبس و جدا کردن و آزار و اذیت از طرف فرماندهان روبرو میشده است (۲).

جنگهای جهانیگیر اول و دوم و جنگهای منطقه‌ای انگیزه بسیاری از اکتشافات و اختراعات شد و در زمینه روانپزشکی نیز روشنگری‌هایی حاصل آمد و برای اولین بار روانپزشکان در جنگ جهانی اول شرکت داشتند و هر تپ ارتش کشورهای اروپائی موظف بود یک روانپزشک استخدام کند. پس از جنگها نیز تحقیقات و بررسیها ادامه یافت. هندرسن و جی‌لس‌پی (۳) بر این نکته تاکید کرده‌اند که گرچه جنگ جهانی اول موجب کشف بیماری روانی جدیدی نشد، اما این فرضیه را که عوامل روانی خالص میتوانند بیماری روانی ایجاد کنند، مورد تاکید قرار داد. درست در همین جنگ شمار کثیری از متخصصین علت نوعی واکنش نسبت به شرایط جنگی را که شوک ناشی از انفجار (Shell Shock) نامیده میشود (۴) ضربه فیزیکی و تکان مغز و آسیب‌های تشریحی مغز می‌دانستند.

استعداد و آمادگی قبلی:

نظر روانپزشکان در مورد فرضیه استعداد و آمادگی قبلی برای ابتلا شدن به عوارض روانی ناشی از جنگ متفاوت است. در جنگ اول این فرضیه مورد تردید بود، اما جی‌لس‌پی و هندرسن، که هر دو جنگ جهانی را تجربه کرده‌اند، با تجربیات جنگ جهانیگیر دوم تردیدی برایشان باقی نماند که در اکثر موارد بیماریهای روانی ناشی از جنگ، یک استعداد و آمادگی قبلی وجود دارد، مگر در فشارهای روانی شدید که هر کسی واکنش نشان میدهد، زیرا بالاخره

* در نهمین طبقه بندی اختلالات روانی سازمان جهانی بهداشت 1. C. D. 9 تحت عنوان واکنش حاد در برابر فشار روانی - Acute Reaction to Stress (308) آمده است.

اختلالات بسیار گذرا به درجه و طبیعتی که افراد، بدون وجود اختلال روانی واضحی، برابر فشارهای روانی با جسمی استثنائی مثل فاجعه‌های

در طبقه بندی DSMIII عنوان Post Traumatic Stress Reaction پذیرفته شده است که شامل اشکال حاد، مزمن و اختلال اضطرابی غیر معمول است (۸).

اشکال بالینی:

تجربیات ناخوش آیند و ترسهای شدید و متوالی و مداوم میدان جنگ، خستگی مفرط، اشکال در خواب و خوراک و دوری از یار و دیار، بی حرکت و گوش بزنگ بودن های طولانی، سکوت های دراز مدت و در پی آنها انفجارهای پیاپی و شدید و مرگ بار و همه شرایط خاص جنگی علائمی با طیف گسترده، شامل علائم اضطرابی و نوروتیک و افسردگی و روان تنی و گاه واکنش های پس کوز مانند را شامل میشود و به گفته دکتر بیکر (۶): «سیمای بالینی شرح داده شده، آن چیزی است که در هیچیک از سندرومهای شناخته شده روان پزشکی نمی گنجد».

واکنشهای طبیعی میدان جنگ:

بسیاری از واکنشهای میدان جنگ، طبیعی بحساب می آیند. شرایطی که به آنها اشاره شد، بی تردید واکنشهایی را در پی دارد که نمیتوان آنها را غیر طبیعی دانست چه اگر علائم، غیر طبیعی و دور از انتظار است، شرایط هم بسیار از اوضاع طبیعی و عادی بدور است. ژنرال ویلیام سننر میگوید که «روانپزشکان در جنگ، واکنشهای طبیعی افراد در قبال یک موقعیت غیر طبیعی را درمان میکنند» (۶).

ترس طبیعی در میدان جنگ شامل سه جزء است (۴):

- ۱- ترس از مرگ و ترس از زخمی و ناقص شدن.
- ۲- ترس از صدمه دیدن و عاجز و ناتوان شدن و بازماندن از فعالیت.

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

خستگی، احساس فشار در پشت سر و گردن، تنش و انقباضهای عضلانی، تکان و لرزش عضلانی، بصورت مجسمه درآمدن بطور موقت، عرق کردن مفرط، بی اشتها، تهوع، ناراحتی های مبهم شکمی و اسهال و تکرر ادرار، طپش قلب و تندى ضربان آن، دشواری تنفس و فشار روی قفسه سینه، سر گیجه و ضعف عمومی و غش، بی خوابی، خوابهای آشفتنه، سبک بودن خواب و تحریک پذیری، خشم و عصبانیت نزد کسانی که در شرایط دشوار جنگی قرار دارند غیر طبیعی تلقی میشوند. گاهی واکنش در قبال ترس، انکار خطر و تظاهر به ترسی و اقدامات متهورانه است. واکنشهای طبیعی مربوط به ترسهای شدید با دور شدن از موقعیت دشوار و بر طرف شدن موضوع ترس از بین میروند، اما چنانکه ادامه پیدا کند واکنشهای نوروتیک مطرح میشود.

واکنشهای نوروتیک:

حالات اضطرابی Anxiety States بسیار شایع است و ۷۵٪ واکنشهای حاد نوروتیک را تشکیل میدهد (۷)، فشار عصبی، لرزش، تشویش و نگرانی، گریه، افسردگی، احساس تقصیر و گناه، سر گیجه، صدای گوش، تکرر ادرار، بی خوابی، خوابهای آشفتنه از علائم این حالت است، نزد کسانی که شخصیت آنها قوام کافی نیافته است Poor Integration نوروژ بصورت، انواعی از هیستری تبدیلی، فراموشی و اختلال تعادل و اختلالات حسی مختلف، کوری، کرمی و بند آمدن زبان و گاهی بی تفاوتی خاص هیستریک - La Belle indifference دیده میشود.

طبیعی یا جنگ، از خود نشان دهند و بمدت چند ساعت یا چند روز فروکش کنند. این عنوان و تعریف را برای بسیاری از واکنشهای جهه میتوان صادق دانست. در پانویس این عنوان، عنوانهایی که این تعریف را شامل میشوند به این شرح آمده است: Combat fatigue و Exhaustion delirium این بشرطی است که واکنش سازگاری را بتوان در این مورد کنار گذاشت که در همین طبقه بندی تعریف آنرا به این شرح می بینیم:

– واکنش سازگاری Adjustment Reaction (309): اختلال ملایم یا موقتی که بیش از واکنشهای حاد در برابر فشارهای روانی بطول انجامد و نزد افرادی بهر سن و سال بدون اختلال روانی واضح قبلی پیش آید. این اختلالات غالباً محدود Circumseribed یا منحصر به موقعیت های خاص و قابل برگشت هستند و اغلب چند ماهی طول میکشند. اینها اغلب ناشی از فشارهای روانی مثل داغدیدگی، مهاجرت و یا جدائی است. واکنش به استرهای قوی که بیش از چند روز طول میکشند نیز این عنوان را شامل میشوند، یکی از انواع واکنشهای سازگاری به این شرح است:

– واکنش افسردگی کوتاه مدت Brief Depressive Reaction: حالانی از افسردگی که نمیتوان آنها را مانیاک - دپرسیو بحساب آورد، حالانی نوروتیک یا پس کوزیک گذرا که در آنها علائم افسردگی معمولاً مربوط به زمان و محتوی رویدادهای پرفشار است. عنوان دیگری که به این حالت اطلاق میشود واکنش سو کواری (Grief Reaction) است - بعضی از کسانی که از جنگ صدمه می بینند از این گروه هستند. – واکنش افسردگی دراز مدت Prolonged depressive reaction، حالات افسردگی که نمیتوان آنها را مانیاک دپرسیو بحساب آورد بلکه حالات نوروتیک یا پس کوزیک است که معمولاً بطول می انجامد. این حالات در رویا روئی با شرایط پر استرس طولانی ظاهر میشود. بعضی از کسانی که از جنگ صدمه می بینند از این گروه هستند.

این پراکنندگی و ابهام نمایانگر اینست که در تقسیم بندی هایی که بیشتر بر مبنای علائم صورت گرفته است جای مشخصی برای نوروژ جنگ در نظر گرفته نشده و آنچه تا کنون از آن یاد شده بیشتر به لحاظ مشخص بودن علت آشکار ساز واکنش بوده است.

در اینجا سعی خواهیم کرد به سوال اول و دوم پاسخ دهیم و در پاسخ سوال سوم مقاله‌ای دیگر تهیه خواهد شد.

روش تحقیق

شرایط تحقیق:

بمنظور عرضه خدمات کاملتر و بهتر تصمیم بر این شده بود که در پشت جبهه بفاصله‌ای نه چندان دور، مراکزی برای بیماران روانی ناشی از جنگ تحمیلی ایجاد شود، یکی از این مراکز، مرکز بیست تخت خوابه‌ای بود که با همکاری ارتش، شرکت نفت و گروه روانپزشکی دانشگاه تهران در یکی از نقاط خوزستان پیش‌بینی شده بود که مصادف با اعزام اولین تیم از گروه روانپزشکی، کار خود را آغاز میکرد یک روانپزشک و یک روانشناس بالینی از سی‌ام بهمن ۱۳۵۹ کار خود را در آنجا آغاز کردند، قبل از آن یک روانپزشک از شرکت ملی نفت (دکتر فهمیان) مقدمات ایجاد این مرکز را فراهم آورده و یک روانشناس بالینی نیز از تهران در ارزشیابی بیماران اوراپاری میداد. موقعیت جغرافیایی بیمارستان به تریبی بود که با جاده اسفالت ۵/۱ ساعت طول میکشید که بیماران با آمبولانس به آن منطقه برسند. ساعت اعزام بیماران معمولاً بعد از ظهرها بود. بیماران پس از اعزام از بهداری نیروهای مسلح، حوالی ساعت ۴ بعد از ظهر به بیمارستان میرسیدند که بلافاصله مورد معاینه و مصاحبه روانپزشکی و ارزشیابی قرار میگرفتند. تعدادی از بیماران پس از معاینه و دستور سرپائی برای بازگشت به مرکز بهداری نیروهای مسلح آماده میشدند که چون در ساعات شب اینکار با اشکالاتی مواجه بود یکشب را در بیمارستان توقف کرده و فردا صبح اعزام میشدند که یا به جبهه بازگردند، یا پس از استراحتی کوتاه مدت به واحد خود ملحق شوند، و یا برای تعیین تکلیف خدمتی و یا مراقبت‌های درمانی درازمدت و یا کاملتر به تهران اعزام گردند. معمولاً بیماران بستری میشدند که نیاز به چند روز درمان و یا بررسی بیشتر برای تشخیص قطعی و تعیین تکلیف و خط‌مشی درمانی داشتند. بیست تخت خواب داخل‌سالنی تعبیه شده بود که بوسیله پاروان تقسیم شده و جایگاه پرستاری بر قسمتهای مختلف آن نظارت داشت. در جنب‌سالن اطاقی بود که برای مصاحبه و معاینه بیماران اختصاص داشت. این بررسی تا پانزدهم اسفند ۱۳۵۹ ادامه یافت و در این مدت ۵۴ بیمار معاینه و مورد بررسی، تشخیص، درمان، اعزام و اقدامات لازم قرار گرفتند.

روش جمع‌آوری اطلاعات - همانطور که اشاره شد، بیماران معمولاً در ساعات بعد از ظهر به بیمارستان میرسیدند. ابتدا یک مصاحبه روانپزشکی از بیماران بعمل می‌آمد و پرونده‌ای خلاصه برای بیماران تنظیم میشد سپس یک مصاحبه و معاینه روانپزشکی هدایت شده بر مبنای پرسشنامه دکتر داویدیان بعمل می‌آمد*

تحریک پذیری شدید، لرزش و در موارد شدید حالت پانیک (ترس شدید) مستولی میشود که در اینجا نظم و انضباط سازمانی شخصیت بهم ریخته و شخص بطور موقت کنترل تفکر خود را از دست میدهد. هراس، گاه رزمنده را در موقع بمباران و آتش شدید از پناهگاه بی‌هدف بخارج کشانیده و در معرض بمباران و ترکش گلوله قرار میدهد (۴).

آلماتیها گزارش کرده‌اند که تا بلو بیماری در بسیاری از موارد افسردگی بوده، قیافه ثابت و ماسک مانند و حرکات کند است و شخص از خود ابراز تنفر کرده، احساس گناه و تقصیر دارد (۶).

علائم جسمی - علائم جسمی اضطراب و افسردگی بصور مختلف و گوناگون از ناراحتیهای شایع زمان جنگ هستند، شاید نیازی نباشد که اینها را تحت عنوان روان تنی بیاوریم بلکه جزو واکنشهای نوروتیک بحساب می‌آیند. گاهی ناراحتیها، در اندامی ظاهر میشود که قبلاً بیمار و ناراحت بوده است.

حالات پس‌کوزی کاذب، گذشته از حالات پانیک که شرح داده شد، ممکنست دیده شود که حالتی است شبیه به کاتاتونی و یا تحریکات کاتاتونی. شروع آنها ناگهانی است و رفتار خلاف انتظار Bizarre است و تماس با واقعیت قطع شده است و تا بلوی بالینی اسکیزوفرنی را تداعی میکند. بسیاری از بیماران اختلال جهت‌یابی و آشفتگی روانی دارند و قادر نیستند به سوالات ساده پاسخ گویند، این واکنشها کوتاه مدت هستند و به مجرد خارج شدن از موقعیت پر فشار بر طرف میشوند.

شیوع پس‌کوزها در زمان صلح و جنگ گاهی یکسان و در زمان جنگ گاهی کمتر است.

هدف تحقیق:

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

۱- آیا جنگ و شرایط جنگی، مثل خراب شدن خانه و بمباران را میتوان عامل اختصاصی Specific برای بروز و ظهور اختلالات روانی به حساب آورد و یا مثل هراس ترس دیگری عمل میکند؟ (مسئولیت و دوری از خانواده تاهل و مجرد در اینجا مورد نظر است).

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

۳- سیمای بالینی بیماران مبتلا به اختلالات روانی در این جنگ چگونه بوده است.

* این پرسشنامه بمنظور دنبال کردن خط‌مشی مشخص برای معاینه بیماران ایرانی، بس از تحقیق و تجارب بسیار حاصل شده است. و کلاً سی مجموعه علائم و نشانه‌های بیماریهای روانی را در بر میگیرد که تعداد این علائم و نشانه‌ها به دوست عدد میرسد و فقط بوسیله روانپزشک میتواند مورد استفاده قرار گیرد.

شده، سپس بیمار شده بودند، دو گروه متفاوت بدست می‌آمد که ۲۳ تن در زندگی خود سابقه ابتلای به ناراحتی‌های روانی را ذکر کرده‌اند و ۲۱ تن هیچ‌گونه سابقه‌ای نداشته‌اند، بنابراین برای پاره‌ای محاسبات، داشتن یا نداشتن سابقه قبلی ملاک تقسیم‌بندی قرار گرفت.

سوابق روانشناسی: مسئله دیگری که می‌توانست مورد سؤال و بررسی قرار گیرد، اینکه توارث در بروز واکنشها و بیماریها در جنگ چه نقشی داشته است. برای اینکار بیمارانی که سابقه خانوادگی مثبت داشتند و یا نداشتند، بر حسب تشخیص و بر حسب وضع تأهل و مجرد تقسیم‌بندی کرده محاسبات آماری انجام دادیم (بمنظور بررسی نقش تأهل و مجرد در بروز واکنشها ۴۴ مورد را با گروه شاهد مقایسه کردیم).

مدت توقف در جبهه و انطباق: مشاهده شد که بعضی از رزمندگان با فاصله نزدیک و برخی با فاصله دورتر به واکنش با بیماری دچار شده‌اند. برای اینکار برای هر فرد فاصله زمانی ورود به منطقه جنگی تا بیمار شدن محاسبه و بر حسب تشخیصهای مختلف، جدول بندی شد و نمودار فراوانی وقوع واکنشها و بیماریهای مختلف بر حسب زمان توقف در منطقه جنگی نسبت به کل وقوع موارد در هر ماه بدست آمد و نموداری رسم شد.

تشخیصها: اغلب بیماران ما مبتلا به واکنش افسردگی بودند، همانطور که در مبحث مروری بر نوشته‌های روانپزشکی اشاره شد شامل دو نوع واکنش افسردگی کوتاه مدت و واکنش افسردگی دراز مدت است که بعلمت توقف کوتاه ما در منطقه و توقف کوتاه بیماران در بیمارستان وعدم امکان پی‌گیری زمانی کافی، تمیز بین این دو گروه میسر نشد بناچار مجموع آنها را تحت عنوان واکنش افسردگی مورد بررسی قرار دادیم.

یافته‌ها:

میانگین سنی گروههای تحت مطالعه: از ۴۴ نفر کسانی که پس از ورود به منطقه جنگی بیمار شده‌اند و در موقوع ورود سالم بودند، ۲۳ نفر در زندگی خود سابقه ابتلای به بیماری داشته و ۲۱ نفر سابقه بیماری عصبی-روانی نداشتند، بین این ۲۳ نفر جوانترین فرد ۱۹ ساله و مسن‌ترین آنها ۴۳ ساله بود. که میانگین سنی آنها ۲۶ است و انحراف معیار ۶/۱۵ است. از ۲۱ نفر که سابقه قبلی نداشته‌اند، جوانترین آنها ۱۹ ساله و مسن‌ترین آنها ۳۶ ساله بودند. میانگین سنی آنها ۲۶/۱۴ و انحراف معیار ۶/۲۱ است (جدول ۱).

با اعمال مصاحبه در چهارچوب چنین ضوابطی، میتوان گفت که نکته‌ای فراموش نشده، و از کنار علامتی بی‌توجه نگذشته‌ایم. پس از انجام این مصاحبه دو تشخیص گذاشته میشد. یکی تشخیص آزادی که بنظر روانپزشک میرسید و دیگر، تشخیص در چهارچوب ضوابط نهمین طبقه بندی 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 معمولاً تا ساعت ۸ بعد از ظهر و گاهی بیشتر بطول می‌انجامید و بندرت بعضی از این اقدامات برای صبح فردا میماند سپس اطلاعات جمع‌آوری شده و تشخیصها، بررسی و موارد مورد اختلاف تشخیصی مورد بحث قرار میگرفت و احیاناً یادداشت میشد تا فردا مجدداً کنترل شود. صبح روز بعد جلسات درمانی برای بیماران تازه پذیرفته شده و بستری از قبل بصورت جلسات دوفره و پنج‌فره تشکیل میشد و درمانهای دارویی که از لحظه ورود بسته به نیاز بیمار شروع شده بود ادامه مییافت و تغییرات لازم صورت میگرفت و تشخیصها نیز کنترل میشد. علاوه بر اطلاعاتی که با پرسشنامه دکتر داویدیان بدست می‌آمد، اطلاعات اضافی از قبیل درجه نظامی، وضع تأهل، طول مدت درگیری در منطقه رزمی و منطقه استقرار از جهت درگیری مستقیم و یا غیره اضافه میشد. مجموعاً ۵۴ سرباز، درجه‌دار و افسری که به بیمارستان روانپزشکی در طول مدت بررسی اعزام شده بودند مورد پرسش و تحقیق قرار گرفتند.

گروه شاهد: معمولاً در چنین بررسیهایی لازم است که گروه شاهدی داشته باشیم که از نظر سنی و شغلی و موقعیت زندگی و شرایط زیستی و غیره شباهت‌ها و وجه تشابهی باهم داشته باشند که در این بررسی فاقد این گروه شاهد بودیم، برای داشتن گروه شاهد دست به یک گروه بندی زدیم، به این ترتیب که اطلاعات اضافی نشان میداد که از ۵۴ بیمار مورد بررسی ۴۴ نفر در موقوع ورود به منطقه جنگی سالم بوده‌اند و پس از ورود به منطقه به فواصل متفاوت بیمار شده‌اند که در یک گروه قرار گرفتند و ده تن از کل مراجعین که بیمار و به منطقه آمده بوده‌اند از کل بیماران خارج شده و از آنها بعنوان گروه شاهد استفاده شد که البته تعداد کمی است و پیداست که بسیاری از مسائل را با این تعداد کم نمی‌توانیم حل کنیم.

سابقه قبلی بیماری: از ۴۴ نفر کسانی که سلامت وارد منطقه جنگی

* حاصل این بررسیها بصورت دو پژوهش منتشر شده است ۱- دکتر اخوت - دکتر جلیلی: ویژگیهای روانی نمونه‌ای از رزمندگان جبهه جنوب جنگ ایران و عراق، مجله نظام پزشکی سال هشتم شماره ۴. ۲- رضوی مقدم: شناخت مقدماتی برخی ویژگیهای روانی نمونه‌ای از بیماران جنگی در جبهه‌های خوزستان. رساله پایان تحصیلات فوق لیسانس (۱۳۶۰).

جدول ۱- میانگین سنی کسانی که مورد بررسی قرار گرفتند

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

جدول ۲- توزیع بیماران بر حسب درجه نظامی و سابقه قبلی بیماری

جمع	سرباز	سر و درجه دار	سابقه
۲۳	۱۰	۱۳	با سابقه قبلی بیماری
۲۱	۱۳	۸	بی سابقه قبلی بیماری
۴۴	۲۳	۲۱	جمع

گروه نشان میدهد که اختلاف تعداد افراد متأهل و مجرد از نظر آماری معنی دار نیست ($X^2=0.882, N.S.$) جدول ۳.

جدول ۳- اختلاف توزیع بیماران جنگ بر حسب تاهل و مجرد در مقایسه با گروه شاهد

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

سابقه قبلی بیماری و تاهل و مجرد :

از ۴۴ نفر، ۲۹ نفر متأهل و ۱۵ تن مجرد و از ۲۳ نفر کسانی که سابقه قبلی داشتند ۱۶ نفر متأهل و ۷ تن مجرد بودند و این ارقام برای کسانی که سابقه قبلی نداشتند به ترتیب ۱۳ و ۸ نفر بود، اختلاف توزیع بیماران جنگ بر حسب تاهل و مجرد در کسانی که سابقه قبلی داشته یا نداشته اند معنی دار نیست (جدول ۴).

جدول ۴- اختلاف توزیع بیماران جنگ بر حسب تاهل و مجرد و سابقه قبلی

وضع تاهل سابقه	متاهل	مجرد	جمع
با سابقه قبلی	۱۶	۷	۲۳
بی سابقه قبلی	۱۳	۸	۲۱
مجموع	۲۹	۱۵	۴۴

برای ۴۴ نفر، جوانترین آنها ۱۹ و مسن ترین ۴۳ ساله، میانگین ۲۶/۰۶ و انحراف معیار ۶/۱۱ است. در گروه شاهد (ده نفر) یعنی کسانی که بیمار بوده و وارد منطقه شده اند، جوانترین فرد ۲۰ ساله و مسن ترین آنها ۴۲ ساله و میانگین سنی ۲۵/۹۸ و انحراف معیار ۷/۴۳ است. برای کل بیماران (۵۴ نفر) جوانترین ۱۹ و مسن ترین آنها ۴۳ ساله بوده و میانگین ۲۵/۹۸ و انحراف معیار ۶/۳۰ بوده است.

مقایسه آماری ارقام بدست آمده از ۴۴ بیمار با گروه شاهد نشان میدهد که از نظر گروه سنی میتوان آنها را مشابه دانست، مقایسه ۲۳ بیمار با سابقه قبلی و ۲۱ نفر بی سابقه قبلی نیز نشان میدهد که اختلاف سنی بین این دو گروه نیز قابل توجه نیست.

سابقه قبلی بیماری با توجه به درجه نظامی در چهل و چهار فرد مورد مطالعه :

۲۳ تن سابقه قبلی بیماری داشته و ۲۱ تن سابقه ای نداشته اند. از نظر درجه نظامی ۲۱ نفر افسر و درجه دار و ۲۳ نفر سرباز بودند. ادغام افسران و درجه دارها بعلت کم بودن تعداد نمونه و نزدیک بودن نوع مسئولیتها (فرماندهی و داشتن اطلاعات بیشتر نظامی نسبت به سربازان) بود. در بین افسران و درجه داران ۱۳ تن سابقه قبلی داشته و ۸ تن بی سابقه قبلی بوده اند و این ارقام برای سربازان به ترتیب ۱۰ و ۱۳ تن بود.

از نظر آماری اختلاف بین افسران و درجه داران با سربازان بر حسب داشتن یا نداشتن سابقه قبلی، معنی دار نیست (جدول ۲).

تاهل و مجرد :

از ۴۴ نفر، ۲۹ تن متأهل و ۱۵ تن مجرد و از گروه شاهد (ده تن) ۵ نفر مجرد و ۵ نفر متأهل بودند، مقایسه بین این دو

جدول ۵- توزیع بیماران بر حسب تشخیص بالینی و سوابق خانوادگی و اختلاف بین واکنش افسردگی و بقیه واکنشها

تشخیص	بیماران جنگ		گروه شاهد	
	سابقه خانوادگی نداشته اند	سابقه خانوادگی داشته اند	سابقه خانوادگی نداشته اند	سابقه خانوادگی داشته اند
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	

تشخیص بالینی و سابقه خانوادگی:

از ۴۴ بیمار مورد 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 معنی دار نیست (جدول ۵) در این جدول توزیع بیماران بر حسب تشخیصهای مختلف و سابقه خانوادگی دیده میشود.

توزیع بیماران در تشخیصهای مختلف:

از ۵۴ مورد، ۴۴ مورد (۸۱/۵٪) دچار نوعی واکنشهای روانی (واکنش افسردگی و اضطراب و سایر واکنشها) و بقیه (۱۸/۲٪) دچار یکی از اختلالات روانی (اسکیزوفرنی، پسکوپاتی، اعتیاد) شده اند. تمامی ده نفر کسانی که بیمار وارد منطقه شده اند یکی از اختلالات روانی مطابق آنچه که در جدول ۶ مشاهده میشود داشته اند.

از ۴۴ نفر، ۲۶ نفر دچار نوعی واکنش شده اند که به ترتیب ۲۴ مورد (۵۴/۵٪ کل و ۶۶٪ واکنشها)، واکنش افسردگی و ۷ مورد یعنی ۱۵/۹٪ واکنش اضطرابی و ۵ مورد (۱۱/۴٪) سایر واکنشها بوده که می بینیم افسردگی شایع ترین نوع واکنشها است و به این ترتیب که از بین واکنشها افسردگی ۶۶٪ و سایر واکنشها ۳۴٪ بوده است (جدول ۶).

جدول ۶- توزیع بیماران بر حسب تشخیص بالینی و بر حسب اینکه بیمارانی که پس از ورود به منطقه جنگی بیمار شده اند یا قبلاً بیمار بوده اند

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
پسکوپاتی و اعتیاد	۳	۶/۹	۱	۱۰	۴	۷/۴
افسردگی واکنشی (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

۳- شامل سه مورد تمارض، یک مورد سندرم گانسر، یک مورد هیستری.
۴- افسردگی واکنشی Reactive depression شامل یک مورد هیپوکندری.

۱- واکنش افسردگی Depressive reaction.
۲- شامل یک مورد سردرد صبی.

جدول ۷- توزیع بیماران بر حسب تشخیص بالینی و سابقه قبلی بیماری در بیمارانی که اولین بار در منطقه بیمار شده اند و کسانی که سابقه بیماری داشته اند

جدول ۸- توزیع بیماران بر حسب تشخیص بالینی و وضع ازدواج مقایسه واکنشها با سایر بیمارها بر حسب تاهل و مجرد N.S. مقایسه بیماران با گروه شاهد بر حسب تاهل و مجرد N.S.

سابقه قبلی انواع اختلالات	نداشته اند	داشته اند	جمع	
			جمع	جمع
واکنش افسردگی	۱۰	۱۴	۲۴	
واکنش اضطراب	۵	۲	۷	
سایر واکنشها (۱)	۳	۲	۵	
سایر بیمارها (۲)	۳	۵	۸	
جمع	۲۱	۲۳	۲۴	

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

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

توزیع بیماران بر حسب تشخیص بالینی و سابقه قبلی بیمارها :
 از ۴۴ بیمار ما ، همانطور که قبلا گفته شد ۲۱ نفر سابقه قبلی نداشته اند و ۲۳ نفر داشته اند ، از دسته اول ۱۰ نفر به واکنش افسردگی ، ۵ نفر به واکنش اضطراب و ۳ نفر به سایر واکنشها و ۳ نفر به بیماریهای دیگر دچار بوده اند که به این ترتیب ، همین ارقام برای آنها که سابقه بیماری داشته اند ۱۴ ، ۲ ، ۲ ، ۵ نفر بوده که محاسبات آماری نشان میدهد که بین واکنش افسردگی با سایر واکنشها و بیمارها در کسانی که سابقه بیماری داشته و نداشته اند

اختلاف معنی داری وجود ندارد (جدول ۷) و نیز اگر واکنش افسردگی را با سایر واکنشها مقایسه کنیم اختلاف معنی داری بین گروهی که سابقه بیماری داشته و نداشته اند موجود نیست .

جدول ۹- ظهور واکنش یا بیماری بر حسب زمان توقف در منطقه جنگی برای تشخیصهای مختلف

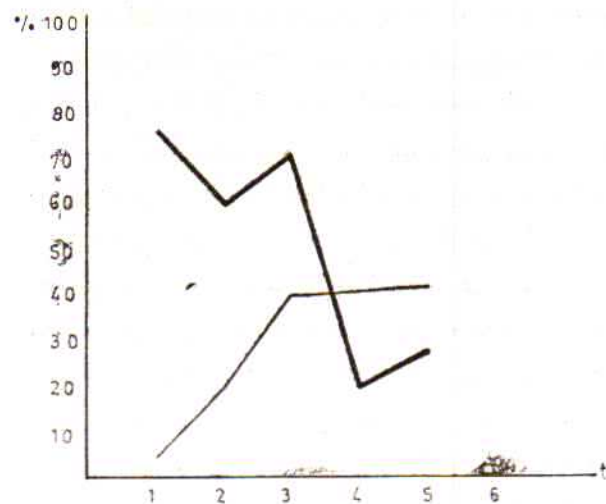
زمان بر حسب ماه	۱-۰	۲-	۳-	۴-	۵-	۶-	جمع
واکنش افسردگی	۱۳	۳	۵	۱	۲	-	۲۴
واکنش اضطراب	۱	۱	-	۲	۳	-	۷
سایر واکنشها	-	۱	۱	-	۱	۲	۵
سایر بیمارها	۳	-	۱	۲	۱	۱	۸
جمع	۱۷	۵	۷	۵	۷	۳	۴۴

وجود سابقه قبلی بیماری و سابقه خانوادگی مورد مطالعه قرار گرفت. جمعاً ۲۳ نفر (۵۲/۲٪) سابقه بیماری قبلی داشتند و ۲۱ نفر (۴۷/۸٪) سابقه ای نداشتند (جدول ۷) و از این عده ۱۸ نفر (۴۰/۲٪) سابقه خانوادگی قبلی داشته‌اند و ۲۶ نفر (۵۹/۸٪) از این جهت سابقه ای نداشتند و این رقم برای گروه شاهد به ترتیب ۴ و ۶ است (جدول ۵) که نتیجه مقایسه معنی داریست، به این ترتیب میتوان اظهار نظر کرد که:

از لحاظ سوابق خانوادگی یا به بیان دیگر عوامل ارثی بین گروه بیمار و شاهد تفاوت محسوسی وجود ندارد یعنی تقریباً نیمی از هر دو گروه چه آنها که بیماری آنها ارتباطی با ورود به منطقه جنگی نداشته یا پس از ورود به آن منطقه بیمار شده‌اند، بار موروثی نداشته‌اند. پس از این لحاظ دخالت وراثت در گروه بیماران عامل بیماری‌زای مهمی بحساب نمی‌آید اما از لحاظ سایر عواملی که زمینه ساز ابتلای به بیماری هستند، مانند سابقه بیماری قبلی (جز عامل ارثی) ۵۲/۲٪ دارای چنین عواملی بوده‌اند و ۴۷/۸٪ آنها فاقد چنین عواملی می‌باشند که چون در مقابل این اعداد نسبت‌های مشابه در گروه شاهد معین نیست، اظهار نظر قطعی امکان پذیر نمی‌باشد. ولی بهر صورت قدر مسلم اینست که اگر چنین عواملی در بروز اختلالات روانی در گروه بیمار موثر قلمداد شود فقط در مورد نیمی از آنها صادق است و با توجه به عدم دخالت سوابق خانوادگی بطور کلی میتوان چنین اظهار نظر کرد که عوامل زمینه ساز، دخالت مستقیم و مشخصی نمی‌تواند داشته باشند.

برای پاسخ به این سؤال که بودن شخص در منطقه جنگی عامل اختصاصی شمرده میشود یا نه، و اینکه با توجه به خطرات جنگ و قطع نسبی روابط با بستگان و خانواده آیا این امر یک استرس روانی میتواند بحساب آید؟ محاسبه ای دیگر لازم است. اگر چنین استرسی کار ساز باشد، قاعدتاً بایستی در بین افرادی که قبل از ورود به منطقه جنگی مسئولیت اداره خانواده ای را به عهده داشته‌اند بیمار بیشتری داشته باشیم. با توجه به این امر بیماران را بر حسب تأهل و مجرد مورد بررسی قرار دادیم. از بین گروه بیماران ۱۵ نفر (۳۴/۱۰٪) مجرد بودند و ۲۹ نفر (۶۵/۹۰٪) متأهل در حالیکه این نسبت در گروه شاهد ۵ (۵۰٪) و ۵ (۵۰٪) بوده است که در محاسبات آماری اختلاف معنی دار نیست.

داشتن مسئولیت بیشتر در منطقه جنگی خود ممکن است عامل موثری در بروز اختلالات بحساب آید و اگر این فرض درست باشد باید آنانکه دارای مسئولیت بیشتری هستند مانند افسران و درجه داران بیشتر در معرض ابتلای به ناراحتیها قرار بگیرند. در گروه بیماران ما ۲۱ نفر (۷۷/۲٪) افسر و درجه دار و ۲۳ نفر



نمودار جدول ۹- میزان ظهور واکنش اضطراب و افسردگی بر حسب مدت توقف در جبهه

تشخیص بالینی و وضع تأهل و مجرد:

از ۴۴ بیمار ما ۲۹ نفر متأهل و ۱۵ نفر مجرد بودند، گرچه بظاهر تعداد افراد متأهل تقریباً دو برابر افراد مجرد است ولی محاسبات آماری نشان میدهد که این اختلاف معنی دار نیست (جدول ۸) چنانچه بیمارانی که دچار واکنش افسردگی بوده‌اند با سایر واکنشها و بیماریها در ارتباط با تأهل و مجرد آنها مقایسه کنیم اختلاف معنی داری بین آنها وجود ندارد.

توقف در جبهه و ظهور واکنشها:

هر چه بر طول مدت اقامت افراد بیمار در جبهه افزوده شود، درصد مبتلایان به واکنش افسردگی کاهش مییابد و به عکس در صد واکنش اضطرابی رو به افزایش میکند این مطلب در نمودار جدول ۹ نیز نشان داده شده است.

بحث:

بیمارانی که در این بررسی مورد مطالعه قرار گرفتند، به مقتضای شرایط خاص در سنین جوانی بودند که در ۴۴ نفر میانگین سنی در حدود ۲۶ و در گروه شاهد در حدود ۲۵ سال بود و این مسئله تعدادی از بیماریهای روانی را در بحث منتفی و برخی بیماریها که شیوع آنها در این سنین بیشتر است مطرح میکند، و با توجه به شرایط جنگی بعنوان یک عامل پر استرس، بیماریهای متظاهر میشوند که واکنشهای بیمارگونه و بیماریهای روانی واکنشی هستند.

از بین ۵۴ نفر، ۴۴ نفر پس از ورود دچار نوعی از حالات روانی در منطقه عملیات شده بودند. برای بررسی آمادگی قبلی،

(۵۲/۲۷٪) سر باز ساده بودند و در گروه شاهد این ارقام به ترتیب ۵ (۵۰٪) و ۵ (۵۰٪) است که اختلاف معنی دار نیست به این ترتیب درجه مسئولیت نیز نقش مهمی در بروز ناراحتیهای روانی نداشته است. قابل توجه است که در هر دسته از بیماران متاهل و مجرد (افسر و درجه دار) تقریباً نیمی از افراد دارای سابقه قبلی بیماری ونیمی دیگر فاقد این سابقه بوده اند (جدول ۴) داشتن سابقه قبلی بیماری و یا در معرض استرسهایی چون دوری از خانواده بودن و یا داشتن مسئولیت سنگین، عامل مؤثری در بروز اختلالات بحساب نمیآید.

در صورتیکه بیماران را بر حسب تشخیص بالینی طبقه بندی کنیم ۲۴ نفر (۵۴/۵۴٪) از ۴۴ نفر به واکنش افسردگی و ۷ نفر (۱۵/۹٪) به واکنش اضطراب و ۵ نفر (۱۱/۳۶٪) به سایر واکنشها و ۸ نفر به بیماریهای دیگر دچار بوده اند (۱۸/۱۸٪). اگر نسبت بروز واکنشهای فوق را بر حسب زمان توقف در منطقه بسنجیم ملاحظه میشود که ۱۳ نفر (۵۴/۱۸٪) از کل موارد افسردگی و یک نفر (۱۴/۲۸٪) از کل موارد اضطراب در ماه اول توقف در جبهه واکنش نشان داده اند 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 بارزی که بیماران افسرده نشان داده اند، از قبیل افسردگی و بیخوابی و خستگی و... و با توجه به اینکه این علائم در ظرف چند روز بهبود یافته و در برخی که متأسفانه امکان پی گیری وجود نداشت طول میکشیده، تشخیص این بیماران را میتوان Brief depression یا افسردگی کوتاه مدت و لذا نوعی واکنش

سازگاری Adjustment Reaction بحساب آورد این نکته موید آنست که چرا اکثر بیماران در بدو ورود دچار این ناراحتی شده اند ولی از طرفی با افزایش طول مدت اقامت در جبهه و احتمالاً مواجه شدن با خطرات و ناملايمات منطقه و واکنشهای اضطرابی و سایر انواع واکنشهای غیر افسردگی افزایش مییابد (و این همان چیزی است که در این تحقیق هم مشخص شده است) این نکته نیز قابل تأمل است که با توجه به اینکه عوامل ارثی و سابقه بیماری و فشارهای روانی نقش عمده ای در بروز اختلالهای ناشی از جنگ، من جمله افسردگی نداشته اند، میتوان احتمال داد که توانائی فیزیکی این افراد برای مقابله با ضروریات شرایط جنگی کافی نمیباشد. شکایت از خستگی در این بیماران بمنوان یکی از علائم بارز میتوانم موید نظر فوق باشد که بررسی بیشتر در سابقه این بیماران از لحاظ نیروی جسمانی و مقاومت، وضع تغذیه، تمرینهای کافی آمادگی و غیره را ایجاب میکند.

در گروه اول، افسردگی، تظاهر يك خستگی جسمی است که بدون آمادگی جسمی در این محیط قرار گرفته اند. برای اثبات این نظر لازم خواهد بود بیمارانی که دچار واکنش افسردگی شده اند تجدید معاینه ای بشوند تا سوابق کار و آمادگی و دوره هایی که دیده اند و نیز وضع جسمی و تغذیه آنها مشخص گردد که برای ما روشن نیست (بطور کلی استقامت جسمی و روانی و آمادگی های آنها برای ما مشخص نیست) و حدس بر این است که این استقامت کمتر بوده است. پی بردن به این عامل از این نظر مهم است که کمبودهای احتمالی که سبب بروز واکنشهایی در جبهه خواهد شد قابل پیش بینی و رفع است.

REFERENCES :

- ۱- دکتر وهاب زاده، عظیم، نوروز (روان نژندی) جنگ، مجله بازتاب، شماره چهارم. سال اول، صفحه ۱۱-۲۵، زمستان ۱۳۵۹.
- ۲- دکتر عشایری، حسن، نکاتی درباره بیماریهای روانی ناشی از جنگ، بازتاب، شماره ۴، سال اول، صفحه ۱۰۶-۱۲۰، 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 Resilientary. Am. J. Psych. 138:3 march 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 Disorders (DSM-III) A.P.A. 1981, P.299 - 300
- ۹- دکتر بهرامی، غلامرضا، روانپزشکی و جنگ، سخنرانی ایراد شده در سمپوزیوم بیماریهای روانی ناشی از جنگ، بیمارستان روزبه اردیبهشت ۱۳۶۰.