

ویژگیهای روانی-نمونه‌ای 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 :

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 وسیعی از بیمارگونه‌ها را نشان داده‌اند. علائمی نظیر خستگی، فشارها و تنش‌های عضلانی، ناراحتی‌های سرگردن، 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 نوروز جنگ (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 و انکس‌های تبدیلی به شکل فلج، اختلال حسی مانند کوری و کوری، بی‌صدائی و یا اختلال در کنش‌های کلامی و فراموشی نیز گزارش

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 گیره‌ستیم وجود و مشاهده تفاوت‌های معنی‌دار از لحاظ چگونگی بروز این علائم در رزمندگان ایرانی و سیمای متفاوت بالینی در این مورد پیش‌بینی می‌شد. 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 جبهه‌های 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

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

روانشناسی و روانپزشکی را احساس کرده بودند. از لحاظ وضع تحصیلی ۲۲ تن افسر و درجه دار دارای تحصیلات متوسطه و عالی و ۲۲ تن باتوانائی خواندن و نوشتن گزارش شده است. 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 شده است ، 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) ، ناظمیان (۱۳۵۷) ، یغمائی (۱۴۵۸) ، صلیحی (۱۳۵۹) و پورهدایتی (۱۳۵۹) ، انجام یافته روانی و ارزش تشخیصی آن مورد تأیید قرار گرفته است. پرسشنامه انتشار یافته اخوت که روی یک نمونه ۵۰۰ 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 ممکن میسازد:

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

کمال گرایی غیر منطقی آزمودنی را نشان میدهد. میزان F: شامل ۱۵ سؤال است که اغتشاش فکر ، عدم همکاری و عدم فهم سؤالات ، 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 بی علافگی 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 ، عصبانگری 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 بیمورد را مورد ارزشیابی قرار دهد .

میزان Sc: دارای ۲۰ سؤال است . نحوه پاسخ به این سؤالات نشان دهنده تخیلات و اوهام مرضی ، شکوه و شکایت از وضع خانوادگی ، انزوای طلبی و شک 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 او کنشهای 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	۴	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

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 یک از پاسخنامه‌های 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 یک 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 نتیجه گیری، 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 پیش بینی در مشکلاتی که به نام واکنش افسردگی (۲) پیشنهاد شده است بدانیم نه تلاش

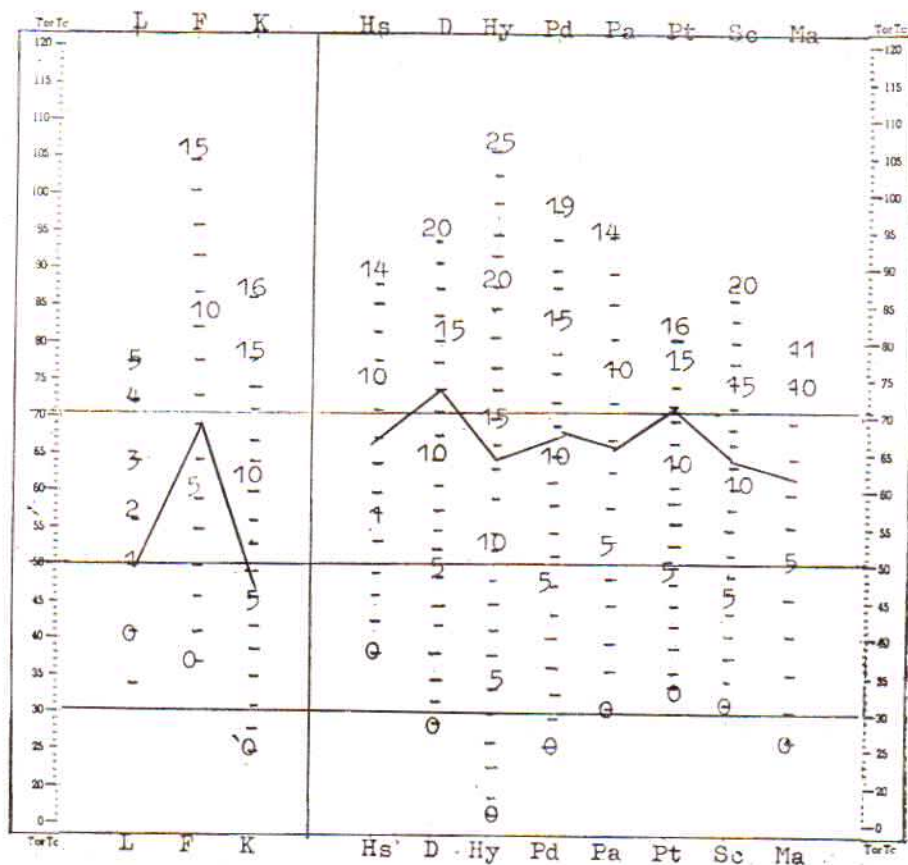
آگاه و یا ناخودآگاه برای تمارض به منظور فرار از مسئولیتهای مشکلات و مشاهدات بالینی روزمره و منظم در مرکز روانپزشکی خوزستان و نیز مقایسه این نمونه با نمونه ۱۲۱ نفری بعدی که وسیله اصغری مقدم (۱۳۶۰) مورد مطالعه قرار گرفته است و در نمودار شماره ۵ نشان داده شده است نیز عدم وجود این گرایش را نشان میدهد.

شکل کلی نمودار، بدانگونه که در شماره ۱ منعکس شده است، احساس اندوه، کاهش سطح انرژیها، کاهش میزان کارآئی، اختلال خواب و در بعضی موارد کم اشتها 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 واکنشی بدانیم، بهتر است با توجه به یافته‌های این پژوهش واژه واکنش افسردگی (۱) را به جای افسردگی و واکنشی (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 شک 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 ویژگیهایی 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 مینتی باشد.

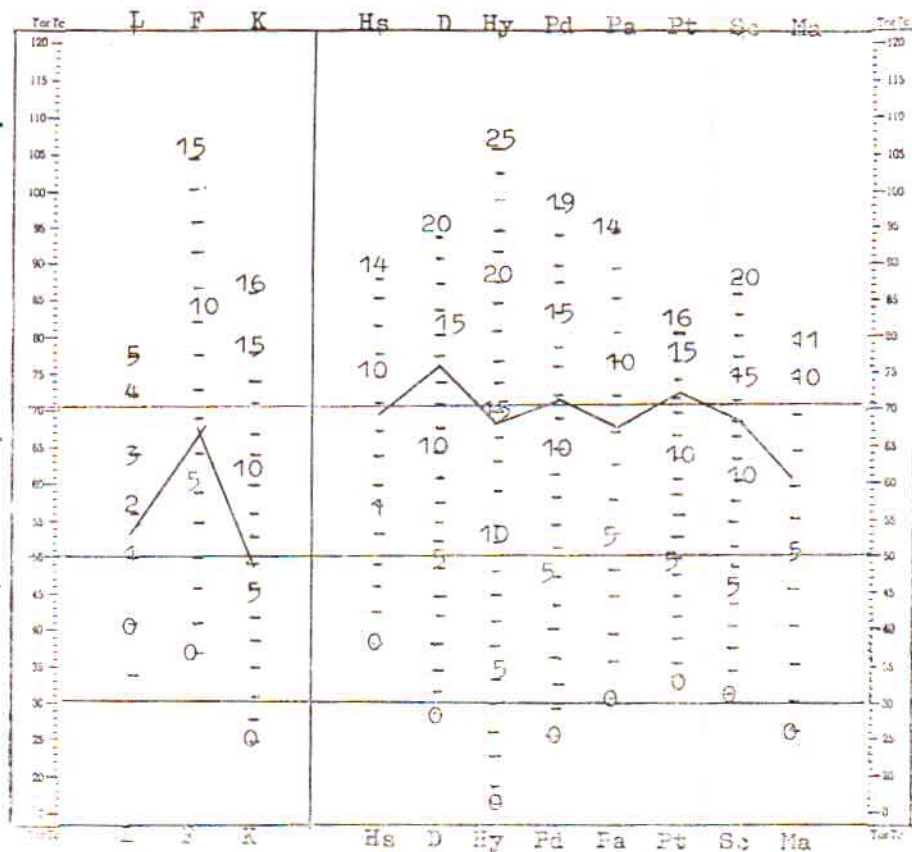
الگوی کلی واکنش افسردگی را در گروه ۱۲۱ نفری اصغری که در نمودار شماره ۵ مشاهده میکنیم نیز تأیید میشود، در برابر عدم وجود یا حداکثر چند مورد حالت اضطراب این نکته را به ذهن می‌آورد که در نمونه‌های مورد مطالعه تلاش برای برقراری رابطه با دیگران، سعی در تحکیم و حفظ پیوندهای گروهی، ویژگی‌های روانپزشکی که ناشی 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 نوز جنگ 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 کوواری (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



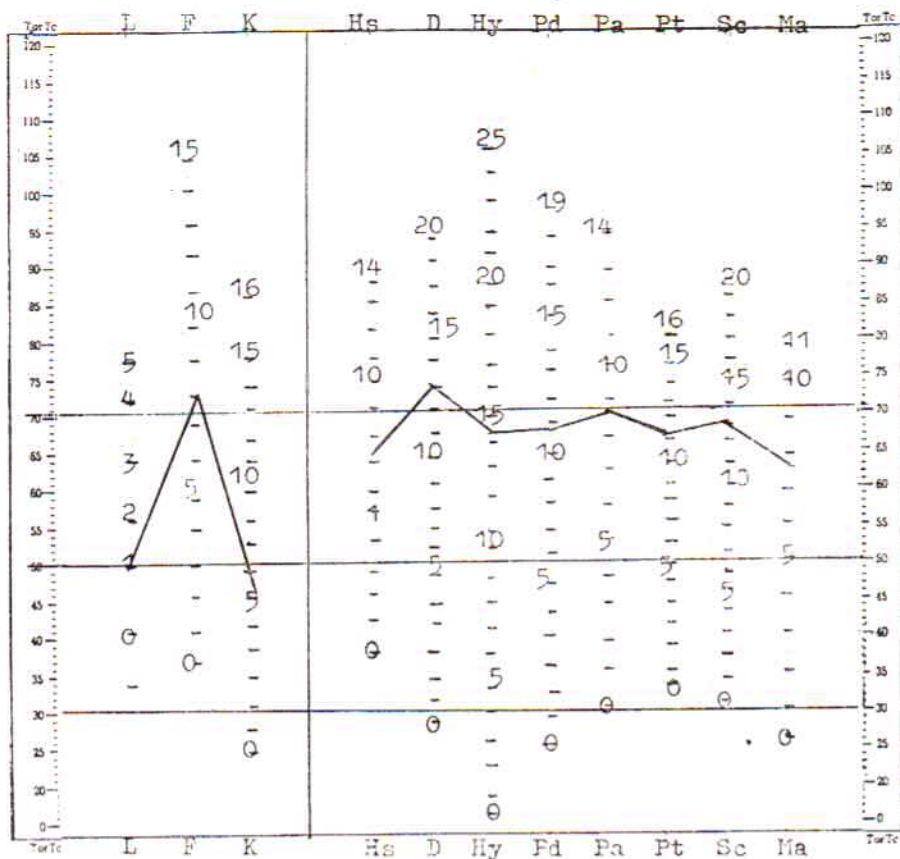
ام . ام . پی . آی .
دکتر اخوت ۱۳۵۷

نمودار شماره ۲ - منظره بالینی
افرادی که با سابقه بیماری در جبهه
نیز ناهنجاریها را نشان داده‌اند .



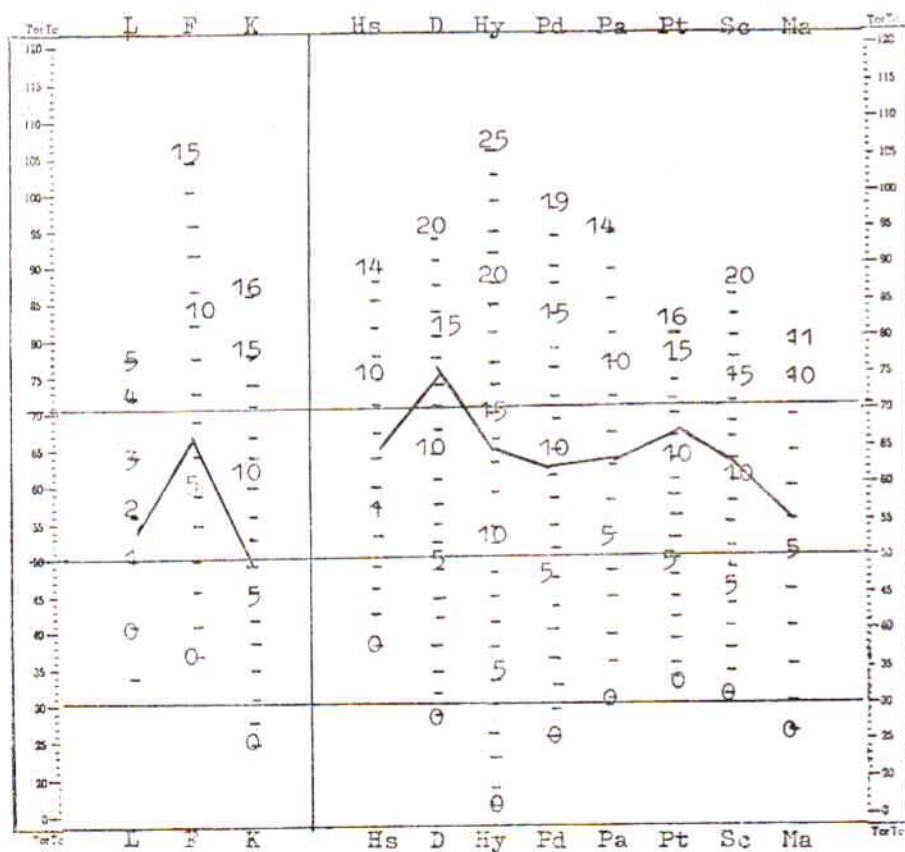
دکتر اخوت ۱۳۵۷

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



دکتر اخوت ۱۳۵۷

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

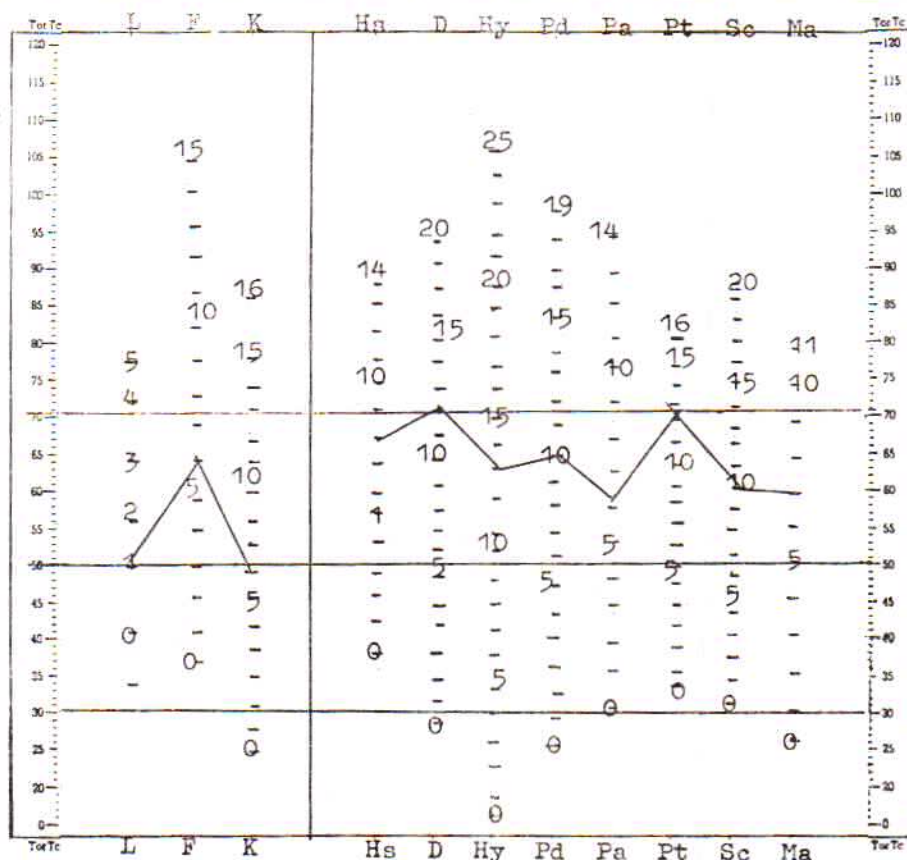


م. ا. پی. آ. آی.

دکتر اخوت ۱۳۵۲

نمودار شماره ۵ - الگوی کلی

نمونه ۱۲۱ نفری اصغری مقدم



درد آور معلول آنرا احساس، تجربه و تحمل کرده‌اند، مکانیزمهای لازم را به منظور تجهیز خود در برابر تهدیدها و خطر هادردامنه بهنجار به کار گرفته‌اند، بی آنکه نیاز مبرم به خدماتی نظیر آنچه در روانشناسی و روانپزشکی ارائه می‌گردد احساس و بیان دارند. در گروههای مورد مطالعه با افرادی سروکار داشته‌ایم که تهدید موجودیت و سلامت آنها، خطر مرگ، ناپیمنی‌های مداوم و ناشناخته جبهه جنگ، ازدست دادن موفقیت‌ها و امکانات زندگی عادی، اعتبار بالینی و بیماری‌زائی خود را در مورد آنها فاقد گشته‌اند، واکنش ناشی از این فشارها که بر طبق گزارشها، برای مردم جوامع دیگر غیر قابل تحمل بوده است برای گروههای مورد مطالعه در این پژوهش برای مدتها تحمل پذیر بوده است. افراد گروه نمونه قبل از آنکه به علت افسردگی و رهائی از درگیریها و رکود و جمود انرژی‌های حیاتی برای درمان داوطلب گردند، در طول دوران تلخ تحمل اضطراب خود، تمامی نیروها را برای حفظ تعادل روانی خویش به کار گرفته‌اند، سپس بر اثر واکنشی بصورت افسردگی آنهم نه در اولین مرحله بلکه در مراحل که شکل عمیق تر و رنج آورتری را احساس کرده‌اند، تقاضای مراجعه به مرکز روانپزشکی را داشته‌اند.

پسیکوپاتولوژی یا آسیب‌شناسی روانی در مکاتب گوناگون به ما

عدم رشد و بلوغ عاطفی-اجتماعی همراه با ویژگی‌هایی که الگوی شخصیت‌های نافع و نارسا را به ذهن می‌آورد، بر اساس ملاکها و ضوابط رایج در روانشناسی و روانپزشکی غرب زمانی به عنوان یکی از انواع اختلال‌های تشخیصی مطرح بود، فرآیندی که درست برعکس آنچه در آثار غربی می‌بینیم می‌تواند به عنوان یک گرایش بهنجار ضمن بهداشت روانی افراد در جامعه ما باشد.

جدول شماره ۲، تی محاسبه شده بین دو گروه مورد مطالعه را نشان می‌دهد، بطوریکه می‌بینیم تی محاسبه شده برای هیچکدام از میزانهای یازده گانه از لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشد و این یافته را به ذهن می‌آورد که گروه ۱۲۱ نفری مورد مطالعه اصغری مقدم که از مراجعان بعدی و در طول زمان بیشتری مورد مطالعه بوده‌اند نیز ویژگی‌هایی مشابه با گروه اول را نشان داده‌اند.

از مطالعه یافته‌های فرم فارسی مینی‌مالت و پرسشنامه بیماریابی داویدیان که در این پژوهش به کار گرفته شده است، نتایج زیر را میتوان پیشنهاد نمود:

۱- الگوی کلی آنچه به نام واکنش افسردگی باز شناخته شده و درسد ناچیز حالت اضطراب شاید بیانگر این واقعیت باشد که گروهها و یا افراد مورد مطالعه تمام بحرانها و مشکلات روانی عاطفی ناشی از فشارها و شرایط نامساعد در جبهه و واکنش‌های

قابل توجه پزشکان محترم :

=====

بدین وسیله با اطلاع میرساند، لازم است بدلائل زیر اندیکا سیون آسم برونشیا ل از ردیف موارد استعمال سینا کتن دیو حذف گردد .

آسم برونشیا ل تنها بیماری آلرژیکی است که هنوز در راهنمای تجویز داخل جعبه ها بعنوان یکی از موارد استعمال سینا کتن دیو ذکر شده است هر چند محدودیت های مربوط به تجویز آن شدید می باشد .

این محدودیت ها همراه با اخطار در مورد بیماری آلرژیک ، از سال ۱۹۷۸ بعد در راهنمای تجویز داخل جعبه های دارو بجا پ رسیده است ، زیرا نشان داده شده احتمال وقوع شوک انا فیلاکتیک 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 انا فیلاکتیک که در بعضی موارد گذشته نیز بوده است گزارش میشود ، بویژه در بیماران آسمی یا بیماران مبتلا به آلرژیهای دیگر که با سینا کتن دیو تحت درمان بوده اند .

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

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

با تقدیم احترام

سیما گایگی ایران (شرکت سهامی خاص)

بخش داروئیسی

جدول شماره ۲- تفاوت میانگین نمرات گروههای مورد مطالعه در این پژوهش و پژوهش اصغری مقدم درمیزانهای یازده ساله مینی مالت

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

داویدیان و هم در مشاهده مستمر مراجع در طول درمان تأیید شده است. این وابستگی را نباید به عنوان یکی از ملاکهای عدم بلوغ و یا نارسائی و نافرمانی 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 با الگوها و ملاکهای پیشنهادی مکاتب خارجی ارزشیابی نمود.

۴- در رابطه با آنچه در نمودار شماره ۳ یادآور شدیم و بخصوص با توجه به اهمیت پیوندهای گروهی در فرهنگ ما، باید در پی شناخت آن دسته از روشهای درمانی باشیم که بتواند همگن و تناسب بالینی با این ویژگی داشته باشد و در پشت جبهه و مراکز درمانی، نیازهای موجود را پاسخ گوید، کارآئی چشمگیر گروه درمانی و جلسات مصاحبه دسته جمعی به وسیله متخصصانی که از گروه روانپزشکی دانشگاه تهران به جبهه اعزام شدند میتواند تناسب و مورد 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 واکنشهای فرهنگ بسته بدانیم که از طریق فراگیریهای اجتماعی به شکلی خاص و تعریف شده و در چهارچوب مشخص و معینی متجلی میشوند. بر اساس همین برداشت که نباید در واکنشهای روانی رزمندگان ایرانی حتی در رفتارهای رزمی آنها انتظار بروز و تجلی علائم و آثاری را داشته باشیم که در جوامع دیگر بیشتر به صورت یک ملت

آموخته است که افسردگی و واکنشی است که بعد از تلاشهای 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 و عملی واجد ارزش فراوان باشد.

۲- بالا بودن میزان Pt در نمودار نیز موید همین نکته است: بهمان اندازه که میزانهای نظیر Pt، Hy، Hs و Ma بیانگر ویژگیهای فردی و خاص ارزشیابی تلاشهای آدمی در جهت حفظ خود و تثبیت هویت و احراز تفرداست، میزانهای نظیر D و Pt معیاری برای بررسی و شناخت رابطه آدمی با پدیده های محیطی و آدمیان و گروههایی است که وی بدان تعلق دارد و با آنها همانند سازی نموده است. بالا بودن نمره در این دو میزان 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 و در آن مرحله از جنگ ایران و عراق به وسیله فرم فارسی مینی مالت و پرسشنامه بیماریابی داویدیان مورد مطالعه قرار گرفته، رزمندگانی بوده اند که رنجهای ناشی از تهدید جان و امنیت خود را تحمل کرده و زمانی به 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 و جمعی 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 گروهی را مورد مطالعه قرار داده‌ایم که جنگی را بر آنها تحمیل کرده‌اند نه واکنش‌های در قوه‌های 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، پرخاشگری 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 - ولی الله: پژوهشی در ارزش تشخیصی فرم کوتاه پرسشنامه شخصیت چند جنبه‌ای مینسوتا، تازه‌های روان پزشکی، شماره دوم، سال دوم ۱۳۵۳
- ۲- اخوت - ولی الله: اختلالات روانی، انستیتو علوم بیمارستانی، تهران سال ۱۳۵۶.
- ۳- اخوت - ولی الله و دانشمند - لقمان: ارزشیابی شخصیت، انتشارات دانشگاه تهران سال ۱۳۵۵.
- ۴- اصغری مقدم - محمد علی: شناخت مقدماتی برخی ویژگیهای روانی نمونه‌ای 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 افترقی میزان Se فرم فارسی مینی مالت، پایان نامه تحصیلات فوق لیسانس روانشناسی بالینی دانشگاه تهران، سال ۱۳۵۷.
- ۷- خبزه زاده - بی بی هل: 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 مینی مالت، پایان نامه تحصیلات فوق لیسانس مشاوره و راهنمایی، مدرسه عالی پارس، تهران سال ۱۳۵۷.
- ۹- مهتاب پورهدایتی - اردشیر: هنجاریابی فرم فارسی مینی مالت برای نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی، پایان نامه تحصیلات فوق لیسانس روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران سال ۱۳۵۹.
- ۱۰- ناظمیان - منیژه: پژوهشی در روانی میزان دروغ سنج فرم فارسی مینی مالت، 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.