

## پژوهشی در مورد بیماریهای روانی ناشی از جنگ

مجله نظام پزشکی  
سال هشتم، شماره ۵، صفحه ۲۹۳-۲۹۶، ۱۳۶۱

\*دکتر احمد جلیلی - دکتر هـ - داویدیان

### خلاصه:

کشور ما قرنها با همسایگان خود در صلح بسر برده و جز در گیریهای که منجر به ازدست رفتن استانهای شمالی و شرقی کشود شده، در قرنها اخیر در گیری خارجی قابل ذکر نداشته است. اشغال ایران در جنگ دوم جهانی، در جریان یک جنگ تمام عیار رخنداد. قیامها و انقلابهای یک قرن اخیر هم خصوصیات و ویژگیهای جداگانه ای داشتند، گرچه مراحل دشواری ازانقلاب مشروطیت به بعد، براین مردم گذشتولی محتوای فشارهای روانی و گسترده‌گی و طول زمان این جنگ با تمامی آنها متفاوت است. از سوی دیگر متخصصین بیماریهای عصبی 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 نوروز (روان نزندی) جنگ War Neurosis نامیده شده است و بوسیله دیگران در جنگهای اول و دوم جهانی، در جنگهای کره و یمن و انقلاب الجزایر تجربه شده است برای اولین بار در این عصر و زمان، بعلت جنگ ایران و عراق، برای متخصصین بیماریهای عصبی - روانی ایرانی مطرح گردیده است.

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

### نگاهی به نوشهای پژوهشی:

در اینجا مروری مختصر و کوتاه بر نوشهای روانپزشکی و تبایع بررسیهای مولفان برای آشنائی خواهند گان خواهد آمد.

۵۲ مورد از بیماران روانی ناشی از جنگ مورد معاینه و مصاحبه قرار گرفتند و پرسشنامه تشخیصی داویدیان برای آنها پرورد و اطلاعاتی در مورد وضع تأهل و تجربه وجود سابقه بیماری روانی در سابقه خود بیماران و خانواده آنها و مدت توقف در جهیه جمع آوری شد. پس از بررسی‌های لازم و محاسبات آماری، این تبایع بدست آمد که تأهل و تجربه وجود سابقه بیماری در خانواده و گذشته بیماران هیچیک نقش سببی مشخص و معینی در ایجاد واکنشهای روانی ناشی از جنگ بعده ندارد و هرچه مدت اقامت در جهیه بیشتر بطول انجامد از ظهور واکنش اضطرابی کاسته نمی‌شود و افسرده‌گی شیوع بیشتری پیدا نمی‌کند. بنظر میرسد که آمادگی جسمی کافی می‌تواند از بروز واکنشهای روانی ناشی از جنگ جلو گیری کند.

### مقدمه:

برای نخستین بار کشور ما در جنگی با سلاحهای امروزی در گیر شده است. با نگاهی به تاریخ، میتوان دریافت که بیش از چند قرن از آخرین در گیریهای بزرگی که برای کشور ما رخ داده است می‌گذرد و تجربه «جنگ بزرگ» را نسلهای اخیرما به فراموشی سپرده‌اند. این جنگ، هم از نظر وسعت و هم از لحاظ وجود عملیات جنگی در مرزی بطول ۸۵ کیلومتر و هم از نظر عظمت، به لحاظ کاربرد سلاحهای پیشرفته و مخرب و پرقدرت، در تاریخ عما ب سابقه است.

\* گروه روانپزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه تهران - بیمارستان روزبه.

هر فردی حد تحمل معینی دارد<sup>(۵)</sup>. دکتر استوارت بیکر<sup>(۶)</sup> که یافته های جنک کره و وینقام راهنم مورد بررسی قرار داده معتقد است که وجود استعداد قبلی شرط لازمی نیست و برای ابتلاء به اختلالات هیجانی جنکی وجود نارسانی در سازمان شخصیت شرط لازم و حتمی بشمار نمی آید.

#### تعریف و طبقه بندی :

همانطور که قبلاً اشاره شد توافقی بر سر اصطلاحی که باید برای واکنشهای روانی ناشی از جنک بکار رود وجود ندارد. نوروز جنک یا Traumatic War Neurosis یا War Neurosis یا Combat Neurosis اصطلاحی است با شمول بسیار وسیع که انواع مختلف واکنشهای روانی غیرعادی را، که به هنگام نبرد در میدانهای جنک نزد سربازان بروز میکند، دربر میگیرد. این عارضه گاهی عنوان یک اختلال شخصیت و بدلون سابقه قبلی است که بصورت واکنشی در برابر ایط غیرعادی بروز میکند، و زمانی تبعه شدید و پیچیده تر شدن اختلالهای هیجانی و شخصیتی قبلی در شرایط جنک است. برای این اختلالات اصطلاح نوروز جنک واژه رسانی نیست و تحت این عنوان در هیچیک از تقسیم بندیهای رایج و معتبر کثوفی مطلبی وجود ندارد. بعلت تنوع و فراتر رفتن علائم واکنشهای روانی ناشی از جنک، از تظر علامت شناسی، نوروز جنک اصطلاح رسانی نیست و از سوی دیگر از جهت پسیکوپاتولوژی این مجموع عالیم مطابقی با بیماریهایی که نوروز نامیده می شوند ندارد<sup>(۱)</sup>.

اهم عالمی که تحت عنوان نوروز جنک شرح داده شده عبارتست از انتش، فشارهای عصبی، لرزش، تکرانی و تشویش، گریه، افسردگی، احساس گناه، سرگیجه، صدای گوش، تکرر ادرار، کاهش بازدهی، اختلال خواب و اشتها و سیزه جوئی و درگیری با فرماندهان.

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

احتمالاً واکنش سازگاری Adjustment Reaction که در نهomin طبقه بندی بین المللی بیماریها<sup>(۷)</sup> آمده است برای این واکنشها عنوان مناسبتری است \*.

تاریخچه: عوارض روانی ناشی از جنک و شناخت آنها مسئله تازه‌ای نیست و در تاریخ روانپزشکی از آنها با اصطلاح Nostalgia (دردغیرمت) Fright Neurosis (نوروز هراسی) Effort Syndrome (سندرم تلاشی) Shock (شوك انججار) و اخیراً Traumatic War Neurosis (نوروز ناشی از ضربه) و جنک (War Neurosis) نام برده شده است<sup>(۱)</sup>.

آنچه از منابع علمی بر می‌آید این است که تا اوخر قرن ۱۸ و اوائل قرن نوزدهم پزشکانی که در جبهه‌ها وارتشهای بزرگ جهان خدمت میکردند، جراح و پزشک عمومی بودند، والبته این به آن معنی نیست که بمسئل 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 یشترین واکنش شناخته شده که احتمالاً سایر تشخیص‌هاراهم به اشتباه در بین میگرفته تمارمن بوده که با تنبیه و توبیخ، جسم و جدا کردن و آزار و اذیت از طرف فرماندهان روبرو میشده است<sup>(۲)</sup>.

جنگوای جهانگیر اول و دوم و جنگهای منطقه‌ای انگلیزه بسیاری از اکتشافات و اختراعات شد و در زمینه روانپزشکی نیز روش‌گردی هایی حاصل آمد و برای اولین بار روانپزشکان در جنک جهانی اول شرکت داشتند و هر تیپ ارتش کشورهای اروپائی موظف بود یک روانپزشک استخدام کند. پس از جنگ‌ها نیز تحقیقات و بررسیها ادامه یافت. هندرمن و جی لس پی<sup>(۳)</sup> برای نکته تاکید کرده‌اند که گرچه جنک جهانی اول موجب کشف بیماری روانی جدیدی نشد، اما این فرضیه را که عوامل روانی خالص میتواند بیماری روانی ایجاد کنند، مورد تاکید قرار داد. درست در همین جنک شمار کثیری از متخصلین علت نوعی واکنش نسبت به شرایط جنگی را که شوک ناشی از انججار (Shell Shock) نامیده میشود<sup>(۴)</sup> ضربه فیزیکی و تکان مغز و آسیب‌های تشریحی مغز می‌دانستند.

#### استعداد و آمادگی قبلی :

نظر روانپزشکان درمورد فرضیه استعداد و آمادگی قبلی برای مبتلا شدن به عوارض روانی ناشی از جنک متفاوت است. در جنک اول این فرضیه مورد تردید بود، اما جی لس پی و هندرمن، که هردو جنک جهانی را تجربه کرده‌اند، با تجربیات جنک جهانگیر دوم تردیدی برایشان باقی نماند که در اکثر موارد بیماریهای روانی ناشی از جنک، یک استعداد و آمادگی قبلی وجود دارد، مگر در فشارهای روانی شدید که هر کسی و اکنش نشان میدهد، زیرا بالاخره

\* در نهomin طبقه بندی اختلالات روانی سازمان جهانی بهداشت Acute Stress Reaction (308) آمده است : اختلالات بسیار گذرا به درجه و طبیعتی که افراد بدون وجود اختلال روانی واضحی، برای فشارهای روانی با جسمی استثنائی مثل فاجعه‌های ←

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

خستگی، احساس فشار در پشت سرو گردن، تنفس و انتباختهای عضلانی، تکان ولرزش عضلانی، بصورت مجسمه در آمدن بطریق موقت، عرق کردن مفرط، بی اشتیاهی، تهوع، ناراحتی های مبهم شکمی و اسهال و تکرر ادرار، طپش قلب و تنفس ضربان آن، دشواری تنفس و فشار روی قفسه سینه، سرگیجده وضعی عمومی و غش، بی خوابی، خوابهای آشفته، سبک بودن خواب و تحریک پذیری، خشم و عصبات نزد کسانی که در شرایط دشوار چنگی قرار دارند غیرطبیعی تلقی نمی شوند. گاهی واکنش در مقابل ترس، انکار خطر و تظاهر به نترسی و اقدامات متھورانه است. واکنشهای طبیعی منبوط به ترس های شدید با دور شدن از موقعیت دشوار و پر طرف شدن موضوع ترس ازین میزوند، اما چنانکه ادامه پیدا کند واکنشهای نوروتیک مطرح می شود.

#### واکنشهای نوروتیک:

حالات اضطرابی Anxiety States بسیار شایع است و ۷۵٪ واکنشهای حاد نوروتیک را تشکیل میدهد<sup>(۷)</sup>، فشار عصبی، لرزش، تشویش و نگرانی، گریه، افسردگی، احساس تقصیر و گناه، سرگیجه، صدای گوش، تکرر ادرار، بی خوابی، خوابهای آشفته از عالم این حالت است، نزد کسانی که شخصیت آنها قوام کافی نیافر است، فراموشی و اختلال تعادل و اختلالات حسی مختلف، کوری، کری و بند آمدن زبان و گاهی بی تفاوتی خاص هیستریک – La Belle indifference دیده می شود.

طبیعی یا جنک، از خود نشان دهنده، و بعد از چند ساعت یا چند روز فروکش کنند. این عنوان و تعریف را برای بسیاری از واکنشهای جبهه میتوان صادق دانست. در پانویس این عنوان، عنوانهایی که این تعریف را شامل می شوند به این شرح آمده است؛ *Combat fatigue* و *Catastrophic stress* این بشرطی است که واکنش سازگاری را بتوان در این هر دو کنار گذاشت که در هموطن طبقه بندی تعریف آنرا به این شرح می پینیم؛

– واکنش سازگاری Adjustment Reaction (309) : اختلال ملائم یا موقعي که بیش از واکنشهای حاد در برابر فشارهای روانی بطول انجامده و نزد افرادی بهتر من وسال بدون اختلال روانی واضح قبلی پیش آید. این اختلالات غالباً محدود Circumscribed به موقعیت های خاص و قابل برگشت هستند و اغلب چند ماهی طول می کشند. اینها اغلب ناشی از فشارهای روانی مثل داغدیدگی، مهاجرت و یا جدایی است. واکنش به استرس های قوی که بیش از چند روز طول می کشند نیز این عنوان را شامل می شوند، یکی از انواع واکنشهای سازگاری به این شرح است:

– واکنش افسردگی کوتاه مدت Brief Depressive Reaction: حالاتی از افسردگی که نمیتوان آنها را مانیاک - دپرسیو بحساب آورد، حالاتی نوروتیک یا پسیکوتیک گندها که در آنها عالم افسردگی معمولاً منبوط به زمان و محتوی رویدادهای پر فشار است. عنوان دیگری که به این حالت اطلاق می شود واکنش سوکواری (Grief Reaction) است - بعضی از کسانی که از جنک صدمه می بینند از این گروه هستند. واکنش افسردگی دراز مدت Rrolonged depressive reaction، حالات افسردگی که نمیتوان آنها را مانیاک دپرسیو بحساب آورد بلکه حالات نوروتیک یا پسیکوتیک است که معمولاً بطول می انجامد. این حالات در رویا روئی با شرایط پر استرس طولانی ظاهر می شود. بعضی از کسانی که از جنک صدمه می بینند از این گروه هستند.

این پر اکنده گی وابهام نمایانگر اینست که در تقسیم بندیهایی که بیشتر بر مبنای عالم صورت گرفته است جای مشخصی برای نوروژنک در نظر گرفته نشده و آنچه تاکنون از آن یاد شده بیشتر به لحاظ مشخص بودن علت آشکار ساز واکنش بوده است.

در طبقه بندی DSMIII عنوان – Post Traumatic Stress Reaetion پذیرفته شده است که شامل اشکال حاد، مزمون و اختلال اضطرابی غیرمعمول است<sup>(۸)</sup>.

#### اشکال بالینی :

تجربیات ناخوش آیند و ترسهای شدید و متواالی و مداوم میدان جنک، خستگی مفرط، اشکال در خواب و خوارک و دوری از یارو دیار، بی حرکت و گوش بزنگ بودن های طولانی، سکوت های دراز مدت و در پی آنها انفجارهای پیاپی و شدید و مرگبار و همه شرایط خاص جنکی علامتی با طیف گسترده، شامل علائم اضطرابی و نوروتیک و افسردگی و روان تنی و گاه واکنش های پسیکوز مانند را شامل می شود و به گفته دکتر بیکر<sup>(۶)</sup>: «سیمای بالینی شرح داده شده، آنچهایی است که در هیچیک از سندرمهای شناخته شده روانپزشکی نمی گنجد».

#### واکنشهای طبیعی میدان جنک :

بسیاری از واکنشهای میدان جنک، طبیعی بحساب می آیند. شرایطی که به آنها اشاره شد، بی تردید واکنشهایی را در پی دارد که نمیتوان آنها را غیرطبیعی دانست چه اگر عالم، غیرطبیعی و دور از انتظار است، شرایط هم بسیار از اوضاع طبیعی و عادی بدوراست. ژنرالوبیلام مننگر میگوید که «روانپزشکان در جنک، واکنشهای طبیعی افراد در قبال یک موقعیت غیرطبیعی را درمان میکنند»<sup>(۶)</sup>.

ترس طبیعی در میدان جنک شامل سه جزء است<sup>(۶)</sup>:

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

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

### روش تحقیق

#### شرايط تحقیق:

بمنظور عرضه خدمات کاملتر و بهتر تصمیم بر این شده بود که در پشت‌جهه بفاصله‌ای نه‌چندان دور، مرکزی برای بیماران روانی ناشی از جنک تحمیلی ایجاد شود، یکی از این مرکز، مرکزیست تخت‌خوابهای بود که با همکاری ارشت، شرکت نفت و گروه روانپزشکی دانشگاه تهران در یکی از نقاط خوزستان پیش‌بینی شده بود که مصادف با اعزام اولین تیم از گروه روانپزشکی، کارخود را آغاز میکرد یک روانپزشکی و روانشناس بالینی از می‌ام بهمن ۱۳۵۹ کارخود را در آنجا آغاز کردند، قبل از آن یک روانپزشک از شرکت ملی نفت (دکتر فهمیان) مقدمات ایجاد این مرکز را فراهم آورد و دویک روانشناس بالینی نیز از تهران در ازشیابی بیماران اورایاری میداد. موقعیت جغرافیائی بیمارستان «تریبی» بود که با جاده اسفلاته ۵۰/۱ ساعت طول میکشد 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 بالفاصله مورد معاينه و مصاحبه روانپزشکی و ارزشیابی قرار میگرفتند. تعدادی از بیماران پس از معاينه و دستور سپاهی برای بازگشت به مرکز بهداری نیروهای مسلح آماده میشدند که چون در ساعات شب اینکار با شکالتی مواجه بود یکشب را در بیمارستان توقف کرده و فردا سبع اعزام میشدند که یا به‌جهه بازگردند، یا پس از استراحت کوتاه مدت به واحد خود ملحق شوند، و یا برای تعیین تکلیف خدمتی و یا مناقب‌های درمانی در ازمان‌دست و یا کاملتر به تهران اعزام کردند. معمولاً بیمارانی بستری میشدند که نیاز به چند روز درمان و باررسی بیشتر برای تشخیص قطعی و تعیین تکلیف و خطم‌شی درمانی داشتند. بیست تختخواب داخل‌سالنی تعبیه شده بود که بوسیله پاراوان تقسیم شده و جایگاه پرستاری بر قسم‌های مختلف آن نظرات داشت. در جنب‌سالن اطاقی بود که برای مصاحبه و معاينه بیماران اختصاص داشت. این بررسی تا پانزدهم اسفند ۱۳۵۹ ادامه یافت و در این مدت ۵۴ بیمار معاينه 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 معاينه 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 انصباط‌سازمانی شخصیت بهم ریخته و شخص بطور موقت کنترل تفکر خود را از دست میدهد. هر اس، گاه رزمینه را در موقع بمباران و آتش شدید از پناهگاه بی‌هدف بخارج کشانیده و در معرض بمباران و ترکش گلوله قرار میدهد (۴).

آلانیها گز اوش کرده‌اند که تابلو 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 - علامت جسمی اضطراب و افسردگی بصور مختلف و گوناگون از ناراحتیهای شایع زمان جنک هستند، شاید نیازی نباشد که اینها را تحت عنوان روان‌تنی بیاوریم بلکه جزو واکنشهای نوروتیک بحساب می‌آیند. گاهی ناراحتیها، در اندازی ظاهر میشود که قبل بیمار و ناراحت بوده است.

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

شیوه پسیکوزها در زمان مسلح و جنک گاهی یکسان و در زمان جنک گاهی کمتر است.

#### هدف تحقیق :

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

۱- آیا جنک و شرایط جنکی، مثل خراب شدن خانه و بمباران را میتوان عامل اختصاصی Specific برای بروز و ظهور اختلالات روانی به حساب آورد و یا مثل هر استرس دیگری عمل میکند؟ روانی به مسئولیت‌دوری از خانواده تأهل و تجرد 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 جنک چگونه بوده است.

\* این پرسشنامه بمنظور دنبال کردن خطمشی شخص برای معاينه بیماران ایرانی، بس از تحقیق و تجربه بسیار حاصل شده است. وكلاء سی مجموعه علامت و نشانهای بیماریهای روانی را دربر میگیرد که تعداد این علامت و نشانهای بدویست عدد میرسد و فقط بوسیله روانپزشک مهتواند مورد استفاده قرار گیرد.

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

**سوابق روانشناسی:** مسئله‌ی یکری که میتوانست مورد سوال و بررسی قرار گیرد، اینکه توارث در بروز واکنشها و بیماریها در جنک چه نتشی داشته است. برای اینکار بیمارانی که سابقه خانوادگی مثبت داشتند و یا نداشتند، بر حسب تشخیص و بر حسب وضع تأهل و تجرد تقسیم‌بندی کردند محاسبات آماری انجام دادیم (بنانبور بررسی نقش تأهل و تجرد در بروز واکنشها<sup>۴۴</sup> مورد را با گروه شاهد مقایسه کردیم).

مدت آوقت در جبهه و انطباق: مشاهده شد که بعضی از زمان‌گان با افاضه نزدیک و برخی با فاصله دورتر به واکنش با بیماری دچار شده‌اند. برای اینکار برای هر فرد فاصله زمانی ورود به منطقه جنکی تا بیمار شدن محاسبه و بر حسب تشخیص‌های مختلف، جدول بندی شد و نمودار فراوانی وقوع واکنشها و بیماری‌های مختلف بر حسب زمان آوقت در منطقه جنکی 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 نوشهای روانپزشکی اشاره شد شال دونوع واکنش افسردگی کوتاه مدت و واکنش افسردگی درازمدت است که بعلت آوقت کوتاه مادرمنطقه و آوقت کوتاه بیماران در بیمارستان و عدم امکان پی‌گیری زمانی کافی، تعیین این دو گروه میسر نشد بنابراین مجموع آنها را تحت عنوان واکنش افسردگی مورد بررسی قراردادیم.

#### یافته‌ها:

میانگین سنی گروههای تحت مطالعه: از ۴۴ نفر کسانی که پس از ورود به منطقه جنکی بیمار شده‌اند و در موقع ورود سالم بودند، ۲۳ نفر در زندگی خود سابقه ابتلای به بیماری داشته و ۲۱ نفر سابقه بیماری عصبی- روانی نداشتند، میان این ۲۳ نفر جوانترین فرد ۱۹ ساله و مسن ترین آنها ۴۳ ساله بود. که میانگین سنی آنها است و انحراف معیار  $15/1$  است. از ۲۱ نفر که سابقه قبلی نداشته‌اند، جوانترین آنها ۱۹ ساله و مسن ترین آنها ۳۶ ساله بودند. میانگین سنی آنها  $26/14$  و انحراف معیار  $6/21$  است (جدول ۱).

با اعمال مصاحبه در چهار چوب چنین ضوابطی، میتوان گفت که نکته‌ای فراموش نشده، و از کنار عالمتی بی‌توجه نگذشته‌ایم. پس از انجام این مصاحبه دو تشخیص گذاشته میشود. یکی تشخیص آزادی که بمنظور روانپزشک میرسید و دیگری، تشخیص در چهار چوب ضوابط نهمن طبقه‌بندی یعنی *المللی* 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 بدرست بعضی از این اقدامات برای صحیح فرد ایمیاند پس اطلاعات جمع آوری شده و تشخیص‌ها، بررسی و هوارد مورد اختلاف تشخیصی مورد بحث قرار گرفت و احياناً یادداشت میشود تا فردا مجدداً کنترل شود. صبح روز بعد جلسات درمانی برای بیماران تازه پذیرفته شده و بستری از قبل بسورت جلسات دوفقره پنج نفره تشکیل میشود و درمانهای دارویی که از لحظه و رو بسته به نیاز بیمار شروع شده بود ادامه مییافت و تغییرات لازم صورت میگرفت و تشخیص‌ها نیز کنترل میشود. علاوه بر اطلاعاتی که با پرسشنامه دکتر داویدیان بدست میامد، اطلاعات اضافی از قبیل درجه نظامی، وضع تأهل، طول مدت در گیری در منطقه رزمی و منطقه استقرار از جهت در گیری مستقیم و یا غیره اضافه میشود. مجموعاً ۵۴ سرباز، در جهاد و افسری که به بیمارستان روانپزشکی در طول مدت بررسی اعزام شده بودند مورد پرسش و تحقیق قرار گرفتند.

**گروه شاهد:** معمولاً در چنین بررسیهای لازم است که گروه شاهدی داشته باشیم که از نظر سنی و شغلی و موقعیت زندگی و شرایط زیستی وغیره شباهت‌های اوجه تشا بهی باهم داشته باشند که در این بررسی فاقد این گروه شاهد بودیم، برای این‌اشتبه گروه شاهد دست به یک گروه بندی زدیم، به این ترتیب که اطلاعات اضافی نشان میداد که از ۴۵ بیمار مورد بررسی ۴۴ نفر در موقع ورود به منطقه جنکی سالم بودند و پس از ورود به منطقه به فوایدی متفاوت بیمار شده‌اند که در یک گروه قرار گرفتند وده تن از کل مراجعین که بیمار و به منطقه آمده بودند 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 بسلامت وارد منطقه جنکی

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

جدول ۳- توزیع بیماران بر حسب درجه نظامی و سابقه قبلی بیماری

جمع	سر باز	سر و درجهدار	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 متاهل و مجرد از نظر آماری معنی دار نیست ( $\chi^2 = 0.882$ , N. S.) جدول ۳.

جدول ۴- اختلاف توزیع بیماران جنگ بر حسب تأهل و تجرد در مقایسه با گروه شاهد

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

سابقه قبلی بیماری و تأهل و تجرد :

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

جدول ۵- اختلاف توزیع بیماران جنگ بر حسب تأهل و تجرد و سابقه قبلی

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

جدول ۶- میانگین سنی کسانی که مورد بررسی قرار گرفتند

انحراف معیار	میانگین	حد اکثر سن	حد قل 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

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 ۷/۴۳/۰/۳ است. برای کل بیماران (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 درجهدار و ۲۳ نفر سر باز بودند. ادغام افسران و درجهدارها بملت کم بودن تعداد نمونه و تزدیک بودن نوع مسئولیت ها (فرماندهی و داشتن اطلاعات بیشتر نظامی نسبت به سر بازان) بود. درین افسران و درجهداران ۳ تن سابقه قبلی داشته و ۸ تن بی سابقه قبلی بوده اند و این ارقام برای سر بازان به ترتیب ۱۰ و ۱۳ تن بود.

از نظر آماری اختلاف بین افسران و درجهداران با سر بازان بر حسب داشتن یا نداشتن سابقه قبلی، معنی دار نیست (جدول ۶).

تأهل و تجرد :

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

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

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

**جدول ۶- توزیع بیماران بر حسب تشخیص بالینی و بر حسب اینکه بیمارانی که پس از ورود به منطقه جنگی بیمار شده‌اند یا قبل از ورود به منطقه جنگی**

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

۳- شامل سمعوردهای مارمن، یک مورد سندرم گانسر، یک مورد هیستری.

۴- افسردگی و واکنشی Reactive depression شامل یک مورد دهیبوکندی.

۱- واکنش افسردگی Depressive reaction

۲- شامل یک مورد سردرد هصبه.

جدول ۸- توزیع بیماران بر حسب تشخیص بالینی و وضع ازدواج مقایسه واکنشها با سایر بیماریها بر حسب تاہل و تجرد N.G مقایسه بیماران باگروه شاهد بر حسب تاہل و تجرد N.G

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

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 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

سابقه قبلی		نداشته اند	داشته اند	جمع
انواع اختلالات				
واکنش افسردگی		۱۰	۱۴	۲۴
واکنش اضطراب		۵	۲	۷
سایر واکنشها (۱)		۳	۲	۵
سایر بیماریها (۲)		۲	۵	۸
جمع		۲۱	۲۲	۴۴

- ۱- تمازن - هیستری - گانسر  
۲- اسکیزوفرنی، مانی، اعتیاد، صرع، افسردگی آندوزن

توزیع بیماران بر حسب تشخیص بالینی و سابقه قبلی بیماریها: از ۴۴ بیمار ما، همانطور که قبلاً 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 بودند که به این ترتیب، همین ارقام برای آنها که سابقه بیماری داشته اند ۱۶ نفر بودند ۵، ۲، ۲، ۱۶ نفر بودند که محاسبات آماری نشان میدهد که بین واکنش افسردگی با سایر واکنشها و بیماریها در کسانی که سابقه بیماری داشته و نداشته اند

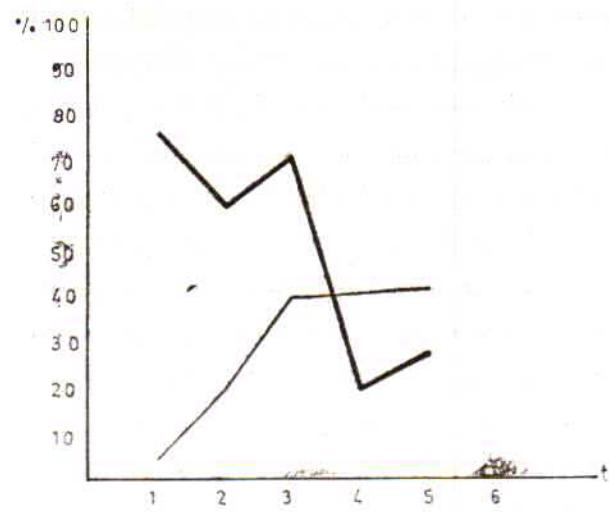
جدول ۹- ظهور واکنش یا بیماری بر حسب زمان توقف در منطقه جنگی برای تشخیص‌های مختلف

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

وجود سابقه قبلی بیماری و سابقه خانوادگی مورد مطالعه قرار گرفت. جمعاً ۲۳ نفر (۵۲٪) سابقه بیماری قبلی داشتند و ۲۱ نفر (۴۷٪) سابقه ای نداشتند (جدول ۷) و از این عده ۱۸ نفر (۴۰٪) سابقه خانوادگی قبلی داشتند و ۲۶ نفر (۵۹٪) از این جهت سابقه ای نداشتند و این رقم برای گروه شاهد به ترتیب ۴۶ است (جدول ۵) که تیجه مقایسه معنی دار نیست، به این ترتیب میتوان اظهار نظر کرد که به از لحاظ سوابق خانوادگی یا به بیان دیگر عوامل ارثی بین گروه بیمار و شاهد تفاوت محضوی وجود ندارد یعنی تقریباً نیمی از هر دو گروه چه آنها که بیماری آنها ارتباطی باورود به منطقه جنکی نداشته یا پس از ورود به آن منطقه بیمار شده‌اند، با مرور زمان نداشته‌اند. پس از این لحاظ دخالت و رات در گروه بیماران عامل بیماری‌زاگ اینکه بحساب نمی‌آید اما از لحاظ سایر عواملی که زمینه‌ساز ابتلای به بیماری هستند، مانند سابقه بیماری قبلی (جز عامل ارثی) ۵۲٪ دارای چنین عواملی بوده‌اند و ۲۷٪ از آنها فاقد چنین عواملی می‌باشند که چون در مقابل این اعداد نسبتها مشابه در گروه شاهد می‌باشند، اظهار نظر قطعی امکان پذیر نمی‌باشد. ولی به صورت قدر مسلم اینست که اگر چنین عواملی در بروز اختلالات روانی در گروه بیمار موثر قلمداد شود فقط در مردم نیمی از آنها صادق است و با توجه به عدم دخالت سوابق خانوادگی بطور کلی میتوان چنین اظهار نظر نظر کرد که عوامل زمینه‌ساز، دخالت مستقیم و مشخصی نمی‌تواند داشته باشد.

برای پاسخ به این سوال که بودن شخص در منطقه جنکی عامل اختصاصی شمرده می‌شود یا نه، وابنکه با توجه به خطرات جنک و قطع نسبی روابط باستگان و خانواده آیا این امر یک استرس روانی می‌تواند بحساب آید؟ محاسبه‌ای دیگر لازم است. اگر چنین استرسی کار می‌باشد، قاعده‌تاً بایستی درین افرادی که قبل از ورود به منطقه جنکی مسئولیت اداره خانواده‌ای را بهده داشته‌اند بیمار بیشتری داشته باشیم. با توجه به این امر بیماران را بر حسب تأهیل و تجرد مورد بررسی قراردادیم. از این گروه بیماران ۱۵ نفر (۳۴٪) مجرد بودند و ۲۹ نفر (۶۵٪) متأهیل در حالیکه این نسبت در گروه شاهد ۵ (۵٪) و ۵ (۵٪) بوده است که در محاسبات آماری اختلاف معنی دار نیست.

داشتن مسئولیت بیشتر در منطقه جنکی خود ممکن است عامل موثری در بروز اختلالات بحساب آید و اگر این فرض درست باشد باید آنکه دارای مسئولیت بیشتری هستند مانند افسران و درجداران بیشتر در معرض ابتلای به تاراحتیها قرار بگیرند. در گروه بیماران ما ۲۱ نفر (۷۷٪) افسر و درجدار و ۲۳ نفر



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

##### تشخیص بالینی و وضع تأهیل و تجرد:

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

##### توقف در جبهه و ظهور واکنشها:

هر چه بروطول مدت افاقت افراد بیمار در جبهه افزوده شود، درصد مبتلایان به واکنش افسردگی کاهش می‌آید و به عکس درصد واکنش اضطرابی رو به افزایش می‌گذارد این مطلب در نمودار جدول ۹ نیز نشان داده شده است.

##### بحث:

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

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

سازگاری Adjustment Reaction بحساب آوردواین نکته ممید آنست که جراحتی بیماران در بد و ورود دچار این ناراحتی شده‌اند ولی از طرفی با افزایش طول مدت اقامت در جبهه و احتمالاً مواجه شدن با خطرات و ناممایی‌های منطقه واکنش‌های اضطرابی و سایر انواع واکنش‌های غیر افسردگی افزایش می‌باد (واین همان چیزی است که در این تحقیق هم مشخص شده است) این نکته نیز قابل تأمل است که با توجه به اینکه عوامل ارنی و سابقه بیماری و فشارهای روانی نقش عمده‌ای در بروز اختلال‌های ناشی از جنگ، منجمله افسردگی واکنش‌ها داشته‌اند، میتوان احتمال داد که توانایی فیزیکی این افراد برای مقابله با ضروریات شرایط جنگی کافی نمی‌باشد. شکایت از خستگی در این بیماران مبنوان یکی از علائم بارز می‌تواند ممودینظر فوق باشد که بررسی بیشتر در سابقه این بیماران از لحاظ نیروی جسمانی و مقاومت، وضع تقدیمه، تمرينهای کافی آمادگی وغیره را ایجاد می‌کند.

در گروه اول، افسردگی، ظاهر یک خستگی جسمی است که بدون آمادگی جسمی در این محیط قرار گرفته‌اند. برای اثبات این نظر لازم خواهد بود بیمارانی که دچار واکنش افسردگی شده‌اند تجدید معاینه‌ای بشوند تا سوابق کار و آمادگی و دوره‌هایی که دیده‌اند و نیز وضع جسمی و تقدیمه آنها مشخص گردد که برای ما روشن نیست (بطور کلی استقامت جسمی و روانی و آمادگی‌های آنها برای ما مشخص نیست) و حدس براین است که این استقامت کمتر بوده است. پی‌بردن به این عامل از این نظر مهم است که کمبودهای احتمالی که سبب بروز واکنش‌هایی در جبهه خواهد شد قابل پیش‌بینی و رفع است.

(۵۰%) و (۵۰%) سر بازساده بودند و در گروه شاهد این ارقام به ترتیب (۵۰%) و (۵۰%) است که اختلاف معنی‌دار نیست به‌این‌ترتیب درجه مسئولیت نیز نقش مهمی در بروز ناراحتی‌های روانی نداشته است. قابل توجه است که در هر دسته از بیماران متاح و مجرد (افسر و درج‌دار) تقریباً نیمی از افراد دارای سابقه قبلی بیماری 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 طبقه‌بندی کنیم ۲۴ نفر (۵۴%) از ۴۴ نفر به واکنش افسردگی و ۷ نفر (۱۵%) به واکنش اضطراب و ۵ نفر (۱۱٪) به سایر واکنش‌ها و ۸ نفر به بیماری‌های دیگر دچار بوده‌اند (۱۸٪). اگر نسبت بروز واکنش‌های فوق را بر حسب زمان توقف در منطقه بسته‌بینی ملاحظه می‌شود که ۱۳ نفر (۵۴٪) از کل موارد افسردگی و یک نفر (۱٪) از کل موارد اضطراب در ماه اول توقف در جبهه واکنش نشان داده‌اند و چنانچه از جدول ۹ و نمودار آن بر می‌آید نوع واکنش افسردگی با مدت توقف نسبت معکوس و وجود واکنش اضطرابی با مدت توقف نسبت مستقیم دارد.

با توجه به علائم بارزی که بیماران افسرده نشان داده‌اند، از قبیل افسردگی و بیخوابی و خستگی و... و با توجه به اینکه این علائم در ظرف چند روز بیهود یافته و در برخی که متأسفانه امکان‌بندی گیری وجود نداشت طول می‌کشیده، تشخیص این بیماران را می‌توان Brief depression یا افسردگی کوتاه مدت ولذا نوعی واکنش

## REFERENCES :

- ۱- دکتر وهاب زاده، عظیم، نوروز (روان نزندی) جنگ، مجله بازتاب، شماره چهارم. سال اول، صفحه ۲۵-۱۱، زمستان ۱۳۵۹.
- ۲- دکتر عشايري، 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 Resiliency. 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، سخت‌رانی ایجاد شده در سپاه پیغمبر اسلام بیماریهای روانی ناشی از جنگ، بیمارستان روزبه اردیبهشت ۱۳۶۰.