

بررسی سیمایه های اضطراب (Anxiety Features). در رزمندگان
صتلا بسه اختلال استرس زاد پس از ضربه (PTSD)

دکتر محمد صنعتی* - دکتر مهران ضرغامی* - دکتر محمد کشوفی*

مقدمه:

واکنش نبرد (Combat Reaction)، از سال ۱۸۹۱ میلادی که داکوستا (Da Costa) قلب تحریک پذیر " (Irritable Heart) را شرح داد، تاکنون با تعاریف گوناگونی، به گونه گونی نامهایی که بدنبال خود پدک میکشیده است، شرح داده شده و در طبقه بندیهای متفاوت جایابی شده است. آخرین جایی که در DSM III به آن اختصاص میدادند تحت مقوله اختلالات اضطرابی، بعنوان یکی از انواع اختلال استرس زاد پس از ضربه PTSD بود و بد اشکال حاد و مزمن و ناء خیری تقسیم میشد، در DSM III-R همین جایگاه را برای خود حفظ می کند ولی از شکل حاد آن خبری نیست، و فقط به نو شکل شرح داده شده است که یکی شکلی است که در آن علائم حداقل بمدت یکماه ادامه داشته است و در شکل دیگران شروع علائم ۶ ماه پس از حدوث ضربه است (که به آن نوع تاخیری، می گویند). از نظر معیارهای تشخیصی چهار گروه سیمایه های بالینی (Clinical Features) در DSM III- R شرح داده شده است:

- ۱- وجود رویداد .
 - ۲- تجربه مجدد رویداد در خواب و بیداری .
 - ۳- کرختی احساسی به دیگر تجربه های زندگی یا دوری جوئی از محرکهای همراه با رویداد .
 - ۴- علائم مداوم افزایش برانگیختگی (Arousal)
- با این علائم ممکن است علائم انفکاکسی (Dissociative)، هول (Panic) فریفتار (Hallucinations) و توهمات (Illusions) و اختلالات شناختی دیده شود، و سیمایه های وابسته (Associated Features) بجز پرخاشگری و خشونت، ناتوانی در مهار کرد برجهمشا (Impulse Control) و اعتیاد، علائم افسردگی و اضطراب هستند که گاه به چنان شدتی میرسند که در DSM III-R در این موارد تشخیص اختلال اضطراب یا افسردگی را در کنار تشخیص PTSD جایز میشمارد . البته با اینکه علائم سوماتیک فراوان و بارز نیز همراه این واکنش در مجروحین جنگ ایران و عراق مشاهده میشود و در این عارضه در نقاط دیگر جهان نیز

در مطالعه خود روی سربازان مبتلا به PTSD در جنگ ویتنام این برخورد تشخیصی را دارای اهمیت درمانی دانستند. هرچند بلیچ و همکاران (Bleich et al 1986) در نمونه های اسرائیلی مورد مطالعه، چنین ارتباطی را تأکید نکردند اندریسن (N.C. Andreasen 1985) عقیده دارد که انواع خالص PTSD از این جهت با اختلالات، افسردگی عمده (Major Depression) اضطراب عمومی (Generalized Anxiety) و هراس (phobia) تفاوت دارد که در آن علائم افسردگی، اضطراب یا هراس تصویر غالب بالینی نیستند. ولی تشخیص PTSD با این تشخیص ها منافات ندارد، و وقتی معیارهای این بیماریها دیده شد، تشخیص این اختلالات میتواند علاوه بر تشخیص PTSD برای این بیماران در نظر گرفته شود.

این مقاله بخشی از نتایج بدست آمده از پژوهشی است که توسط مؤلفین از سال ۱۳۶۶ در امر علائم بالینی و آسیب شناسی احتمالی واکنش نبرد بر اساس معیارهای PTSD در DSM III - R بر روی رزمندگان گرفتار این عارضه در جنگ تحمیلی، در بیمارستان روزبه آغاز شد که کماکان ادامه دارد. بخشی از این پژوهش بررسی علائم افسردگی و علائم اضطرابی در واکنش نبرد بود، با این هدف که فراوانی این علائم و شدت آنها در رزمندگان مشخص گردد و نیز این مسئله که آیا میتوان علائم اضطراب یا افسردگی را جدا از این عارضه دانست و برچسب تشخیصی جداگانه ای برای آن قائل شد، و نیز آیا علائم اضطراب (یا افسردگی) در این اختلال آنقدر نادر و ناویژه است که بایستی بعنوان علائم وابسته از آنها نام برد و یا اینکه علائم اضطراب و افسردگی اجزاء یکپارچه PTSD هستند.

گزینش بیماران:

بیماران از درمانگاه روانپزشکی ۱۵ خرداد (مرکز خدمات درمانی مجروحین) و نیز درمانگاه مجروحین بیمارستان روزبه، بر اساس معیارهای DSM III - R برای تشخیص PTSD انتخاب شدند.

پس از تشخیص بالینی PTSD و تکمیل پرسشنامه ای بر مبنای معیارهای فوق، بیماران در جهت اهداف گسترده

بر این علائم تأکید داشته اند، ولی در معیار DSM III و DSM III-R ذکر آنها نشده است.

مروری بر مطالعات انجام شده در جنگهای جهانی اول و دوم و مقایسه آنها با یکدیگر نشان داده است که بیماران، در جنگ جهانی دوم، تظاهرات اضطرابی بیشتری را بصورت مستقیم بروز میدادند (Henry, P, Laughlin 1956) لواین این تظاهرات را حداقل در $\frac{3}{4}$ بیماران گزارش کرده است. ریبیلی و ولف (Ripley, Wolf) از بین ۲۵۰۰ بیمار بستری فقط ۲۱۵ مورد پیدا کردند که حالت اضطرابی (Anxiety State) داشتند.

کلوزنیک (Kluznick) و همکاران در مطالعه ۱۸۸ زندانی جنگ جهانی دوم رویهم قرار گرفتن علائم PTSD را با اضطراب عمومی (Generalized Anxiety) شرح دادند و رابطه آنها را از نظر آماری معنی دار گزارش کردند، ولی تننت و همکاران (Tennant et al. 1986) در مطالعه ای بر روی نجات یافتگان از زندانهای جنگ مشاهده کردند که علائم اضطراب در این زندانیان بیش از گروه شاهد نبود و نتیجه گرفتند که PTSD مزمن ممکن است همیشه با اضطراب علامتی همراه نباشد.

در مورد علائم اضطراب در رزمندگان جنگ ایران و عراق مطالعات محدودی صورت گرفته است. دکتر احمد جلیلی و دکتر هاراطون داویدیان (۱۳۶۱) تنها در ۱۵/۹٪ از ۴۴ بیمار مورد مطالعه واکنش اضطرابی پیدا کردند که آنرا با مدت توقف در جبهه در ارتباط مستقیم دانستند. دکتر مهاجر و دکتر متقی پور (۱۳۶۳) در مطالعه ۱۰۰ پرونده بیماران مبتلا به PTSD حالت اضطراب و بیخوابی مفرط را در ۳۷٪ ذکر میکنند. دکتر داویدیان و دکتر صنعتی (۱۳۶۵) در مطالعه در ۳۸ مورد PTSD حاد علائم اضطرابی را در $\frac{3}{4}$ موارد گزارش کردند و از نظر تشخیص بالینی ۲۰ مورد (۵۵٪) حالت اضطراب، ۸ مورد (۲۱٪) اضطراب و افسردگی و ۴ مورد (۱۰٪) اختلال افسردگی گزارش شد، همراه بودن PTSD با معیارهای تشخیصی دیگر برخی از محققان را بران داشت تا بر اهمیت سایر برچسب ها همراه با PTSD در این موارد از واکنش نبرد تأکید کنند.

سیرلز و همکاران (Sierles et al 1983)

وضعیت تحصیلی - ۱۲/۸٪ از بیماران بیسواد، ۲۱/۲٪ تحصیلات ابتدائی، ۲۳/۴٪ تحصیلات راهنمایی، ۳۶/۲٪ تحصیلات دبیرستانی، و ۶/۴٪ تحصیلات دانشگاهی داشته‌اند. میزان هامیلتون سیماپه های اضطراب رادر دو قسمت علائم روانی و علائم جسمی در ۱۳ ITEM بررسی میکند و شدت علائم از صفر تا ۴ درجه بندی شده است. در این بررسی میانگین نمره کل بدست آمده در بیماران ۲۴/۸ بوده که میانگین نمره کل علائم روانی ۱۲/۲ و میانگین نمره کل علائم جسمی ۱۰/۶ بوده است.

فراوانی علائم:

فراوان ترین علائم در این تحقیق تنش (۱۰۰٪) و اختلال خواب (۱۰۰٪) گزارش شده است و دیگر علائم به ترتیب کاهشی فراوانی عبارت بودند از علائم اتونومیک (۹۸٪)، علائم سوماتیک عضلانی (۹۶/۱٪) خلق مضطرب (۹۲/۲٪)، خلق افسرده (۹۴/۱٪) علائم شناختی (۹۲/۲٪) علائم گوارشی (۹۲/۲٪) علائم قلبی عروقی (۸۴/۳٪) علائم تنفسی (۸۲/۴٪) علائم ادراری تناسلی (۷۴/۵٪) ترس (۶۶/۷٪) و اختلال رفتاری در زمان مصاحبه (۶۶/۷٪) بود.

شدت علائم:

علائمی که بسیار شدید و عاجز کننده (درجه چهار) گزارش شدند، به ترتیب شیوع عبارت بودند از اختلال خواب (۱۱/۸ نفر) خلق مضطرب (۹/۸) خلق افسرده (۳/۹) و تنش، ترس، علائم شناختی و نشانه های ادراری تناسلی هر کدام در دو نفر مشاهده شد. بقیه علائم بیشتر متوسط و شدید گزارش شدند.

همبستگی با متغیرها:

سن - در بررسی ضریب همبستگی سن بیماران با علائم، خلق مضطرب ($r = 0.31$) شکایات قلبی عروقی ($r = 0.27$) شکایات گزارشی ($r = 0.29$) شکایات ادراری تناسلی ($r = 0.50$) نمره کل ($r = 0.28$) و نمره کل قسمت جسمی ($r = 0.32$) ضریب همبستگی معنی داری با سن بیمار نشان داده‌اند ($P < 0.05$).

این تحقیق، مورد معاینه کامل نورولوژیک قرار میگرفتند. انجام EEG و CT Scan، پرسشنامه ای جهت بررسی سطح هوشیاری، برای تمامی بیماران بررسی نورولوژیک را کامل میکرد. علاوه براین از پرسشنامه دیگر در مورد اطلاعات دموگرافیک، وضعیت جنگ، شیوه سازگاری فرد قبل از عارضه، MMPI، و نیز دو پرسشنامه ماکس ها میلتنون برای افسردگی و اضطراب استفاده میشد. پس از تکمیل پرسشنامه ها و حذف موارد نامعلوم محاسبات، اماری درجهاد دانشگاهی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران توسط کامپیوتر انجام میشد. اطلاعات بدست آمده توسط نرم افزار + D BASE III کامپیوتریزه شده و توسط نرم افزار آماری + SPSS/PC محاسبات اماری مربوطه، مشتمل بر T. Test و Chi Square و ضریب همبستگی انجام میشد. نمودارها توسط برنامه M-S-Chart رسم گردیده است.

علت اینکه پرسشنامه های ماکس ها میلتنون برای بررسی علائم افسردگی و اضطراب انتخاب شدند این بود که حدس زده میشد عده ای از بیماران از تحصیلات کافی جهت تکمیل پرسشنامه های به روش خود سنجی (Self-Rating) برخوردار نباشند، و پرسشنامه های مذکور که براساس مصاحبه بالینی توسط پزشک تکمیل میشوند مناسب تر تشخیص داده شد. علاوه براین، پرسشنامه های هامیلتون وفور و شدت هر کدام از علائم را نشان میدهند، از این رو این پرسشنامه ترجمه و پس از تأیید اتکاپذیری (Reliability) برای بیماران ایرانی، مورد استفاده قرار گرفتند.

نتایج:

در این مقاله تنها نتایج بدست آمده از میزان هامیلتون برای اضطراب در ۵۱ بیمار مبتلا به PTSD و ارتباط آن با اطلاعات مربوط به چند عامل دموگرافیک مثل سن، وضعیت تاهل، شغل و وضعیت تحصیلی بررسی شده است. سن - ۵۱٪ بیماران از ۱۶ سال تا ۴۹ سال یا میانگین ۲۵/۲ و نمای ۱۹ بوده‌اند.

وضعیت تاهل - ۵۱٪ بیماران مجرد، ۴۷/۱٪ متاهل، و ۲٪ نامعلوم بوده‌اند.

شغل - ۳۳/۳٪ بیکار و ۶۲/۷٪ از بیماران به کار اشتغال داشتند.

قربانیان آتش سوزی و سیل تا اسرای جنگی و گرفتار آمدگان در حوادث شهری، تا برسیم به رزمندگان جبهه جنگ. آن زمان که توجه فقط به جنگ بود، اختلاف نظر وجود داشت اکنون که چنین حوادث و شرائط متفاوتی را در برمیگیرد، طبیعی است که اختلافات بیشتر باشد.

در این مقاله البته توجه ما به هماین جنبه هانیت، بلکه به علائم اضطرابی همراه با PTSD و تنها اشاره ای به افسردگی که همراه با همین بررسی انجام شد تا ببینیم آیا میتوان برچسب دیگری را در بعضی موارد به این بیماران زد.

همانطور که قبلاً اشاره شد بخصوص در جنگ جهانی دوم، بیماران علائم اضطرابی، بیشتری داشتند. اولین و همکارانش حداقل در $\frac{3}{4}$ بیماران علائم اضطرابی را گزارش کردند. ریپلی و ولف در کمتر از ۱۰٪ بیماران، در ایران دکتر جلیلی و دکتر داویدیان، ۱۵/۹٪ و دکتر مهاجر و دکتر متقی پور حدود ۳۷٪ و دکتر داویدیان و دکتر صنعتی در موارد کمتر از یکماه آن در بیش از ۷۵٪ بیماران علائم اضطراب را گزارش کردند، و از نظر تشخیص بالینی ۵۵٪ حالت اضطراب (Anxiety State) داشتند و ۲۱٪ دیگر اضطراب و افسردگی توأم تشخیص داده شده، و در بررسی اخیر، ۹۴/۱٪ بیماران بیش از ۶ علامت اضطراب را داشتند با شدت کافی که برای تشخیص اختلال اضطراب عمومی مناسب بودند و بقیه ۵/۹ درصد کمتر از ۶ علامت داشتند. اکنون که چنین است، آیا میتوان تشخیص اختلال اضطراب عمومی را به آنها داد؟، بنظر ما نمیتوان. یکی به این دلیل که عامل زمانی یعنی وجود علائم برای مدت ۶ ماه یا بیشتر در همه آنها وجود ندارد. دوم اینکه سیمایه های اضطرابی علائم و نشانه های غالب نیستند، زیرا دیگر علائم نیز اگر نه با فور و شدت بیشتر، بلکه در همین حدود در این بیماران مشاهده میشود.

در بخش دیگری از این تحقیق که بررسی علائم افسردگی با پرسشنامه هامیلتون برای افسردگی صورت گرفت نشان داد که ۹۲/۲٪ همین بیماران معیارهای لازم برای تشخیص افسردگی عمده (Major depression) را بر مبنای معیارهای DSM III - R داشتند، و در برخی از آنها علائم آنچنان شدید بود که ۷۱/۶٪ از این بیماران علائم تیپ ملانکولیک افسردگی عمده را دارا بودند، و اگر

وضعیت تا هل - در T. Test انجام شده میانگین نمرات مربوط به تنش، بیخوابی، اختلالات شناختی، شکایات گوارشی و ادراری تناسلی در بیماران متاهل به نحو معنی - داری بیشتر بوده است (p 05) میانگین نمره کل، نمره کل قسمت روانی و نمره کل قسمت جسمی نیز در افراد متاهل به نحو معنی داری بیشتر از افراد مجرد (p 05) بوده است.

وضعیت اشتغال - میانگین نمرات پرسشنامه مربوط به خلق مضطرب تنش، شکایات قلبی عروقی و شکایات ادراری تناسلی در شاغلین بیشتر بود (P 05) میانگین نمرات کل در دو گروه، شاغل و بیکار تفاوت معنی داری نداشته است.

مقایسه با معیارهای تشخیصی اختلال اضطراب عمومی (Generalized Anxiety Disorder)

از آنجا که بارها این سوال مطرح شده است که آیا میتوان برچسب های تشخیصی دیگری را برای این بیماران در نظر گرفت، در اینجا مقایسه ای با معیارهای تشخیصی اختلال اضطراب عمومی بر مبنای DSM III - R صورت گرفت، که در آنجا علاوه بر خلق مضطرب (البته بدون در نظر گرفتن طول مدت بیماری) ۶ علامت از فهرست علائم اضطرابی برای این تشخیص لازم است و ۹۴/۱٪ (۴۸ نفر) از بیماران مورد مطالعه ما بیش از ۶ علامت داشتند، یعنی بدون در نظر گرفتن سایر علائم، برچسب اختلال اضطراب عمومی برای آنها روا بود.

بحث و نتیجه گیری

واکنش نبرد، از دیرباز چنان سیمایه های گوناگونی داشته است که در هر زمان و هر کجا که به تابلوی اندک متفاوتی از آن برخوردند، نامی تازه برای آن برگزیدند. یک زمان به علائم عضوی توجه داشتند و خستگی، و زمانی دیگر به علائم تبدیلی، و آنگاه که توجه محققین به حوادث و شرائط استرس زا معطوف میشد، به آندسته از علائم مرکزیت دادند که گرد محور حادثه و استرس میگشت. و از آنجا پای واژه اختلال استرس زاد پس از ضربه Post Traumatic Stress disorder به میان آمد، که واژه ای عام است و هر نوع استرس، هر نوع حادثه و هر، شرائط ضربه زننده ای را در هر زمان و مکان (اگرچه متفاوت) در برمیگیرد، از

COMPARISON OF ANXIETY IN EMPLOYED AND UNEMPLOYED PTSD PATIENTS

ITEM :	MEAN OF SCORE	
	UNEMPLOY.	EMPLOYED
ANXIOUS MOOD.....	1.9	2.6 *
TENSION.....	1.9	2.4 *
FEARS.....	1.6	1.0
INSOMNIA.....	2.5	2.6
INTELECTUAL(cognitive).....	2.0	2.0
DEPRESSED MOOD.....	1.9	2.3
SOMATIC(muscular).....	1.8	1.9
CARDIOVASCULAR SYMPTOMS.....	1.0	1.7 **
RESPIRATORY SYMPTOMS.....	1.4	1.3
GASTROINTESTINAL SYMPTOMS..	1.5	1.6
GENITOURINARY SYMPTOMS.....	0.9	1.7 *
AUTONOMIC SYMPTOMS.....	2.1	2.3
BEHAVIOUR AT INTERVIEW.....	1.1	1.9
TOTAL.....	21.5	24.2
PSYCHIC.....	11.8	12.8
SOMATIC.....	9.6	11.4

* P < 0.05
** P < 0.01

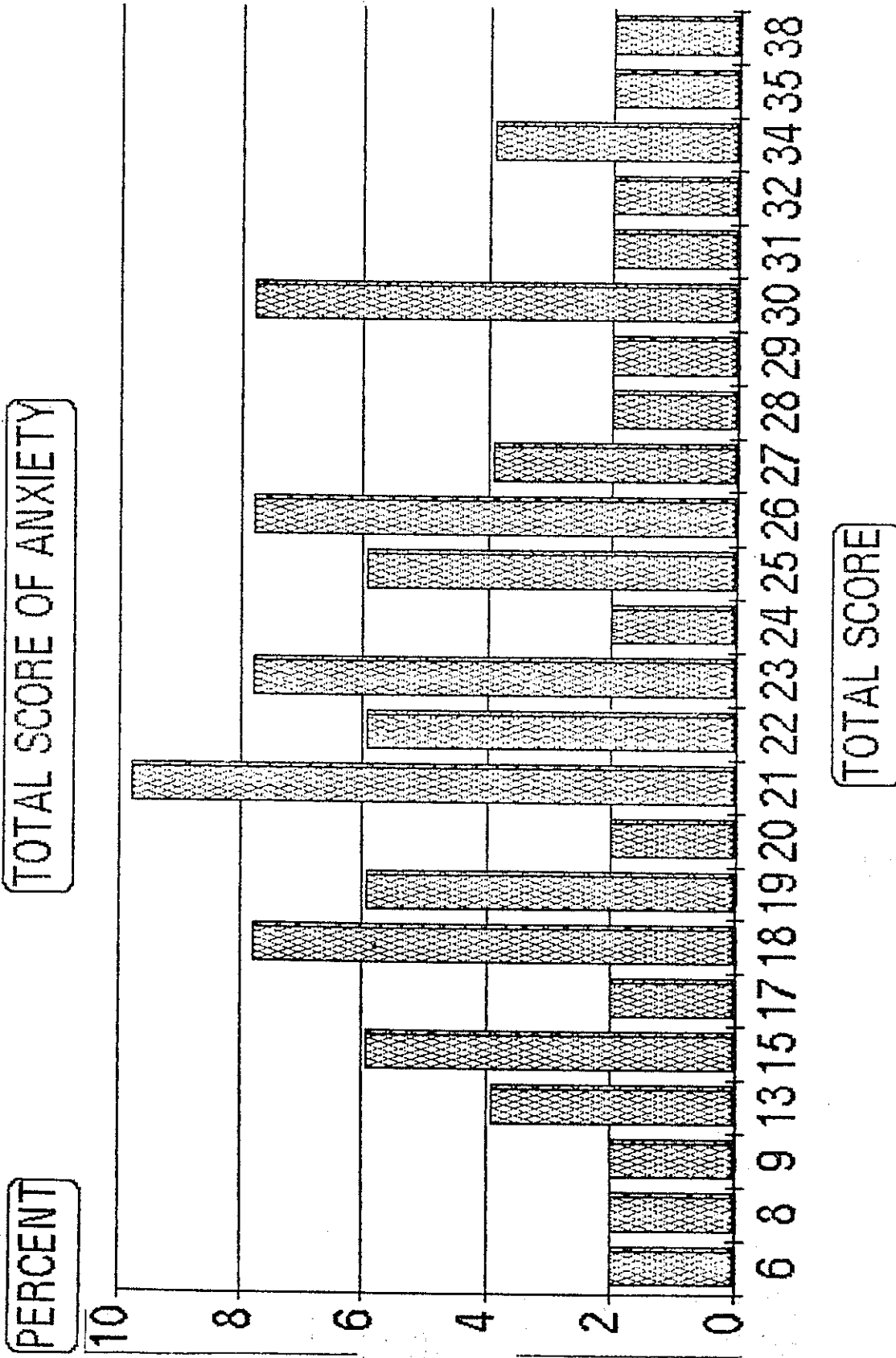
COMPARISON OF ANXIETY IN SINGLE AND MARRIED PTSD PATIENTS

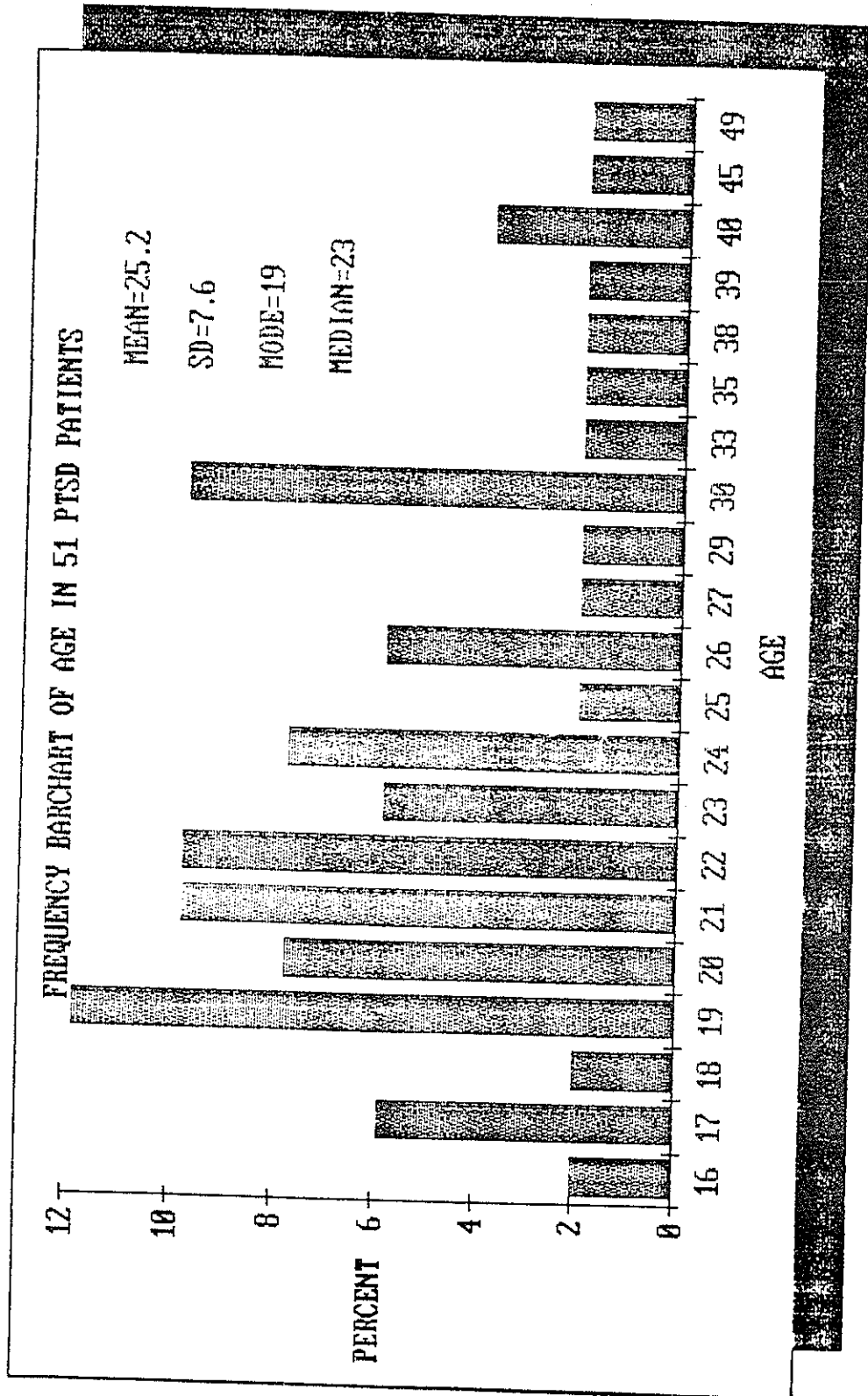
ITEM :	MEAN OF SCORE	
	SINGLE	MARRIED
ANXIOUS MOOD.....	2.1	2.5
TENSION.....	1.9	2.5 *
FEARS.....	1.1	1.3
INSOMNIA.....	2.2	2.8 *
INTELECTUAL(cognitive).....	1.7	2.3 *
DEPRESSED MOOD.....	2.0	2.2
SOMATIC(muscular).....	1.8	2.0
CARDIOVASCULAR SYMPTOMS.....	1.2	2.7
RESPIRATORY SYMPTOMS.....	1.2	1.5
GASTROINTESTINAL SYMPTOMS..	1.3	1.8 *
GENITOURINARY SYMPTOMS.....	1.0	1.8 *
AUTONOMIC SYMPTOMS.....	2.0	2.4
BEHAVIOUR AT INTERVIEW.....	0.9	1.0
TOTAL.....	20.5	22.5 *
PSYCHIC.....	11.1	13.5 *
SOMATIC.....	9.4	12.0 *

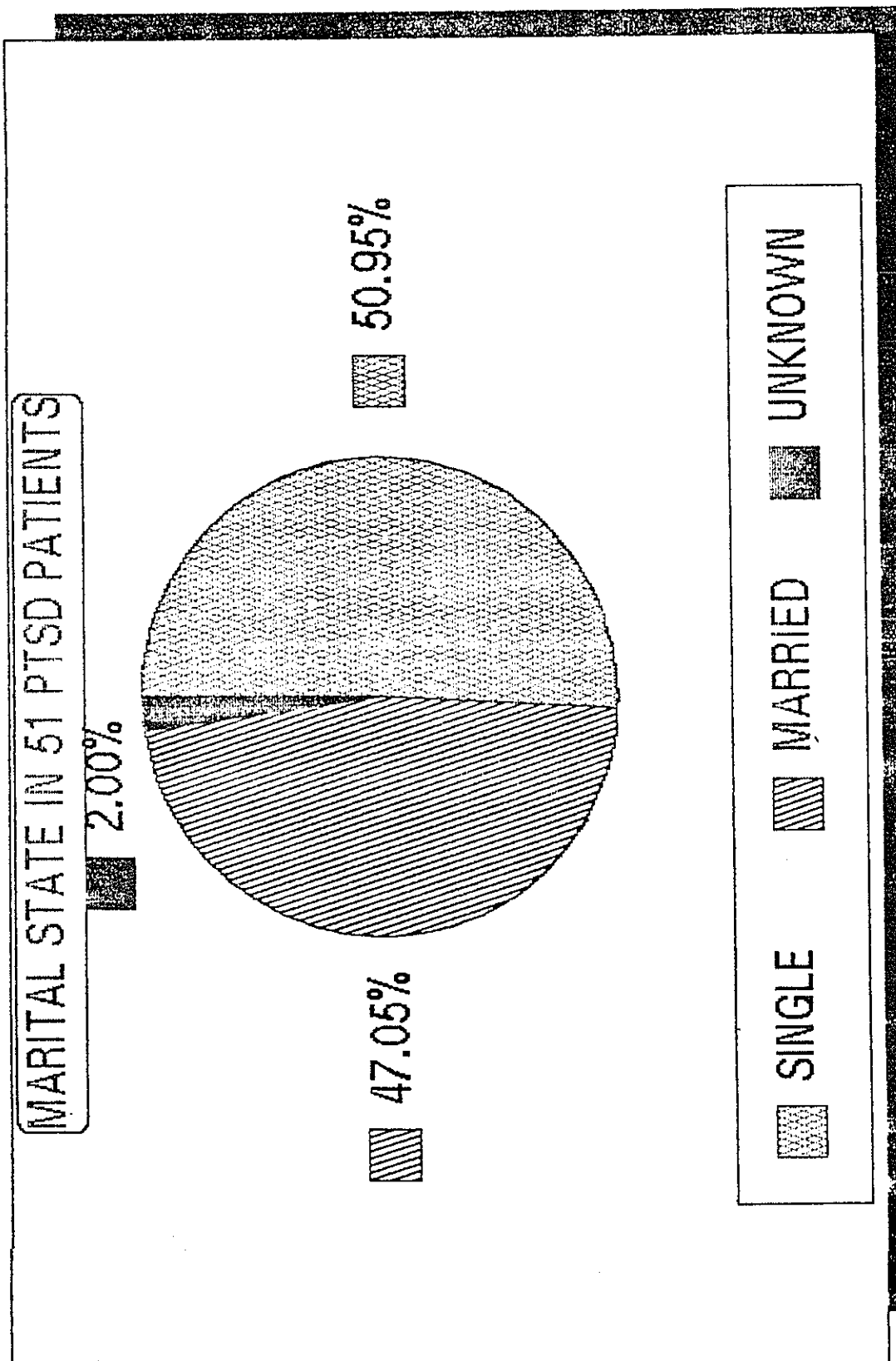
* P < 0.05

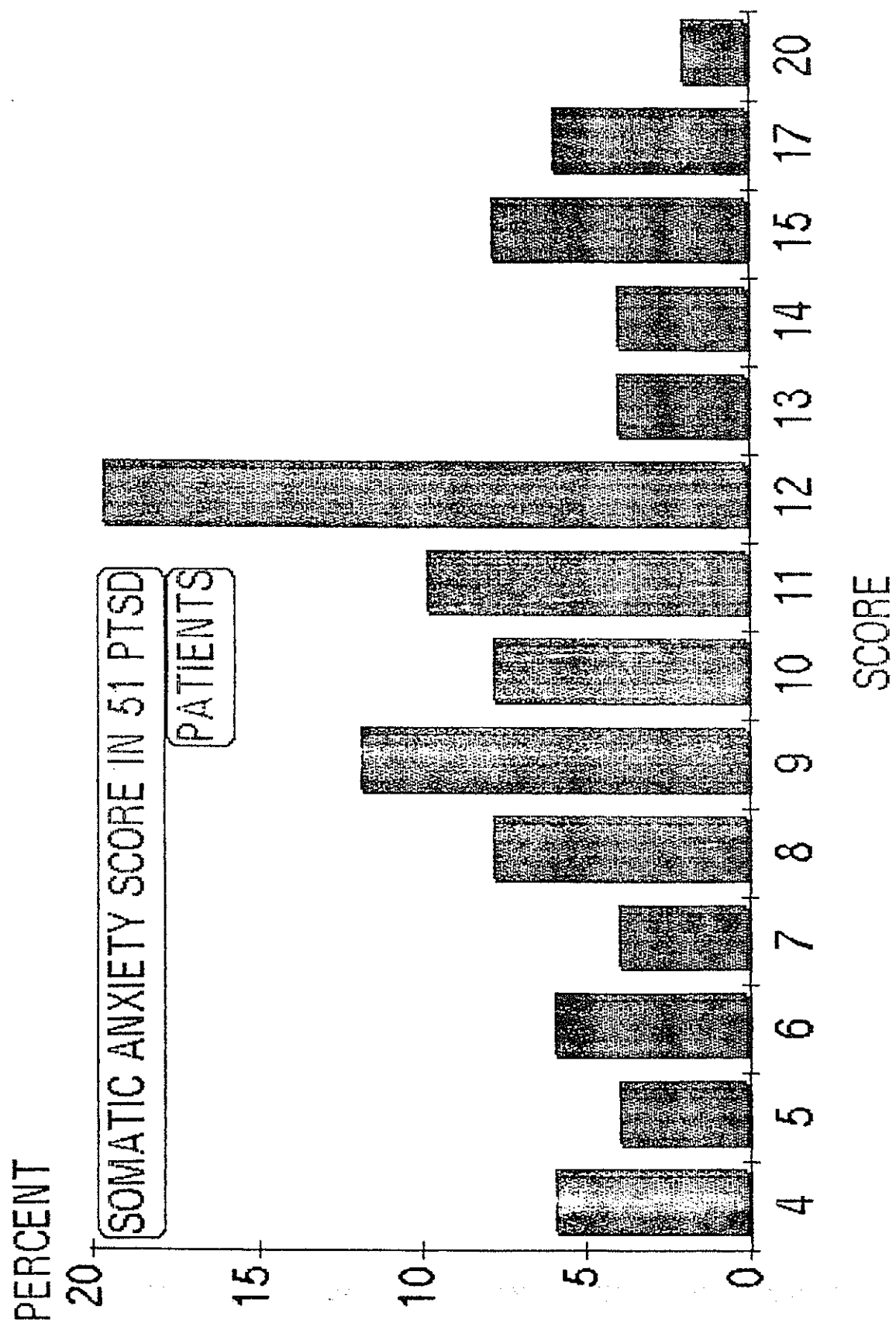
ITEMS OF HAMILTON ANXIETY SCALE IN DECREASING ORDER OF FREQUENCY IN 51 PTSD PATIENTS

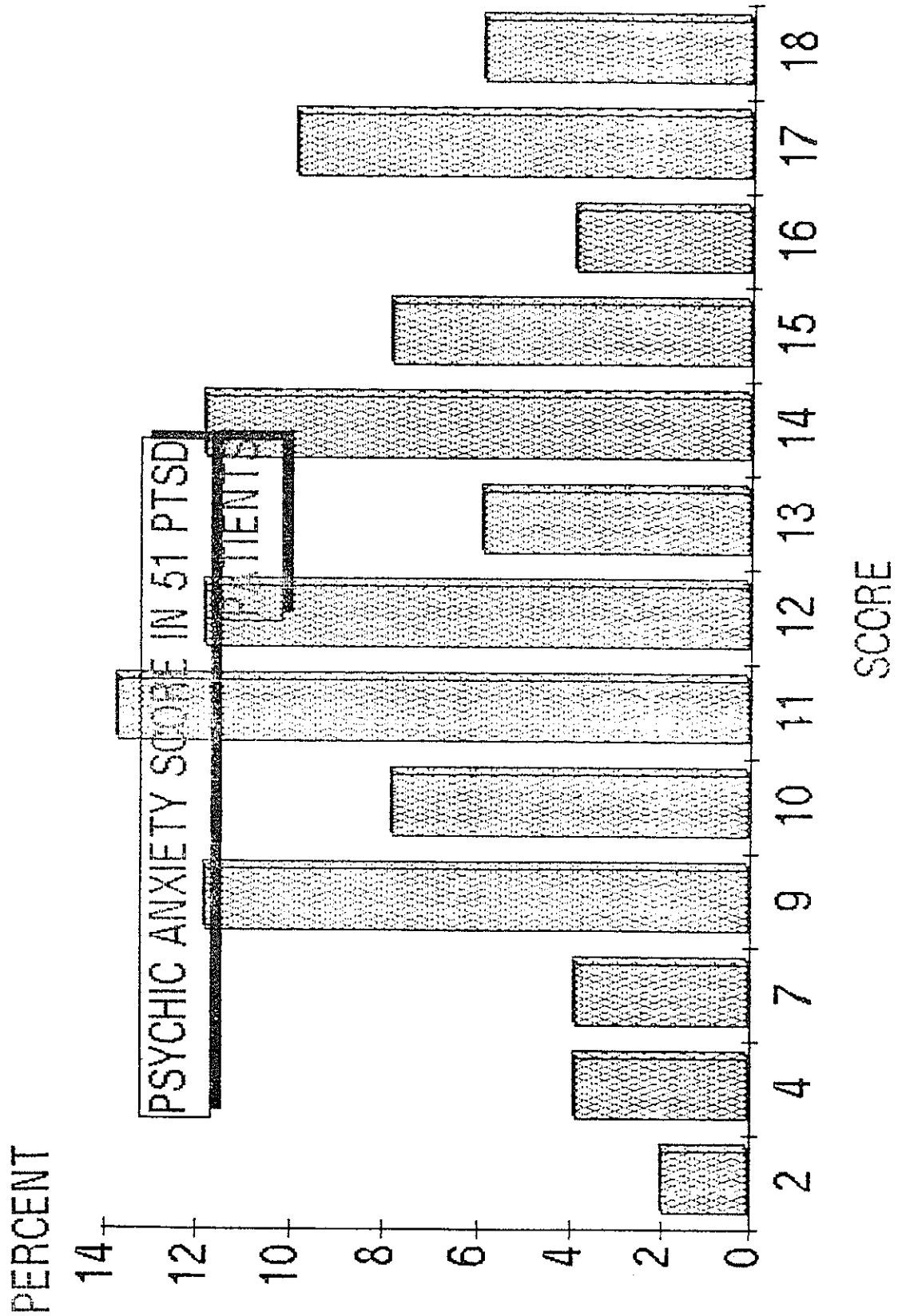
ITEMS:	FREQ. IN 51 CASES % (CASES)
TENSION.....	100.0 (51)
INSOMNIA.....	100.0 (51)
AUTONOMIC SYMPTOMS.....	98.0 (50)
SOMATIC(muscular).....	96.1 (49)
ANXIOUS MOOD.....	94.1 (48)
DEPRESSED MOOD.....	94.1 (48)
INTELECTUAL(cognitive).....	92.2 (47)
GASTROINTESTINAL SYMPTOMS..	92.2 (47)
CARDIOVASCULAR SYMPTOMS.....	84.3 (43)
RESPIRATORY SYMPTOMS.....	82.4 (42)
GENITOURINARY SYMPTOMS.....	74.5 (38)
FEARS.....	66.7 (34)
BEHAVIOUR AT INTERVIEW.....	66.7 (34)











میرسد، که در مورد بیماران ایرانی جنگ تحمیلی نیز ارزنده و اتکاء پذیر است، هرچند که ممکنست بیماران از نظر وفور و شدت علائم با نمونه های مورد مطالعه در سایر نقاط جهان، با هم تفاوت داشته باشند. فقط سوال در آن مواردی مطرح میشود که تجربه مجدد حادثه بعنوان علامت ضروری برای تشخیص وجود ندارد، که مؤلفین این مقاله در ۷۳ بیمار این بررسی را انجام داده اند، و اگر پرسشی هست ما فکر میکنیم در آنجاست که اگر تجربه مجدد وجود نداشت نمیتوان تشخیص PTSD گذاشت؟

توجه ما به علائم سوماتیک باشد ۹۲/۲٪ علائم سوماتیک عمومی ۷۸/۴٪ هیپوکندریانیس ۶۲/۷٪ علائم سوماتیک دستگاه گوارش علاوه بر علائم سوماتیک اضطراب و افسردگی را دارا بودند از اینرو با اینکه علائم مربوط به تشخیص های دیگر در این عارضه دیده میشود، ولی بعلت اینکه مجموعه ای از علائم مختلف از اختلالات متنوع را دربردارد، افسردگی و اضطراب و علائم سوماتیک را باید جزء یکپارچه این عارضه تلقی کرد که علائم اختصاصی آن که گرد محور حادثه میگردد در آن مرکزیت دارند.

واژه PTSD و معیارهای تشخیصی DSM III-R برای این عارضه مناسبتر از سایر تعاریف و معیارها بنظر

مؤلفین:

دکتر محمد صنعتی

دکتر مهران ضرغامی

دکتر محمد کشفی

کلیه محاسبات در مرکز کامپیوتر جهاد دانشگاهی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گرفته است.

واژه های پیشنهادی

Anxiety Features	سیمایه های اضطراب
Arousal	برانگیختگی
Control	مهار کرد
Dissociative	انفکاکای
Illusion	فریقتار
Impulse	برجهش
Panic	هول
Phobia	هراس
Post Traumatic Stress Disorder	اختلال استرس زادپس از ضربه
Reliability	اتکاء پذیری
Self-Rating	خود سنجی

REFERENCES:

- 1- Andreasen N.C.: " Post-traumatic Stress Disorder"-Comprehensive textbook of Psychiatry IV - Kaplan ,I.Sadaock B.J. Williams and Wilkins. 1985.
- 2- Bleich A. et al., "Post-traumatic Stress Disorder following combat exposure: Clinical features and psychopharmacological treatment"
- 3- Brit, J. Psychiatry, 149, 365-362, 1986.
- ۳- داویدیان ه. صنعتی م. " سیمایه های ارگانیک در اختلال حاد نبرد ". ارائه شده در اولین کنگره پژوهش‌های روانپزشکی و روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۶۵
- 4- DSM III, American Psychiatric Association, Diaghnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (3rd Edit) 1980
- 5- DSM III-R, American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (3rd Edit-Revised) 1987
- ۶- جلیلی ا. داویدیان، ه. " پژوهشی در مورد بیماریهای روانی ناشی از جنگ " مجله نظام پزشکی ایران، سال هشتم، شماره ۵، ۱۳۶۱.
- 7- Kluznik J.C., Speed, N., et al.' Am, J. Psychiatry 143:ii, 1986.
- 8- Laughlin H.P , : "the neurosis in Clinical Practice" W.B. Saunders Co. 661-687, 1956
- ۹- مهاجر، م. متقی پوری . " پژوهشی در مورد ارزیابی درمان و پی گیری بیماران مبتلا به نوروز جنگ در یک کلینیک روانپزشکی " انتشارات جهاد دانشگاهی، دانشگاه شهید بهشتی ، ۱۳۶۳.
- 10- Ripley, H.S. and wolf, S.: "Studies in Psychopathology " J. Nerv and ment Dis , 114:234 1941(in "the Neurosis

in clinical Practice". Laughlin P.)

- 11- Sieries F.S. Chen, J.MC Fariand, R.E. et al.
"Post-traumatic stress disorder and concurrent
American. J. Psychiatry 140: 1177-1179, 1983
- 12- Tennant C.C.et al: " The Psychological
Effects of Being a prisoner of War: Forty years after release" Am.
J. Psychiatry 143:5 1986.