

نگرشی به تشخیص و طبقه‌بندی اختلالات روانی ناشی از جنگ

دکتر سید علی احمدی ابهری*

A Categorical View toward Diagnosis and Classification of War-Related Psychiatric Disorders

Abstract

Documented war experiences have provided early descriptions of different group of psychiatric features. A combat soldier with palpitation and chest pains was felt to have a functional cardiac disturbance, called soldier's heart. Anxiety and other symptoms indicating increased arousal were called shell shock and were thought to be related to lesions in the central nervous system (CNS). Describing analytically war events could operate with an enormous emotional intensity breaking through the ego defences and flooding it with an uncontrollable anxiety.

Post traumatic stress disorder (PTSD) delineates a syndrome developing after a discrete traumatic event in a stress setting. Diagnostic conceptualization which tie PTSD to stress and trauma invariably involve two different approaches from two different theoretical bases: the concepts dealing with trauma on the one hand (which could effect on CNS) and those dealing with stress - response theory on the other.

Author emphasizes on veiwing the patients who complain of war psychiatric effects in three categories: (1) Non PTSD diagnoses that the patient ought to be treated accordingly (2) Traumatic neurosis which has overwhelming war stress related emotional aspects and is occurred in predisposed individuals. This category is suggested to be classified as post war stress disorder specifically, to be differentiated from other post traumatic psychiatric categories (3) Author also suggests the third category as post traumatic war stress syndrome which is thought to have organic origin. Symptoms such as hyperacusis, hyperirritability, tinnitus and particular type of head aches which are mostly refractory to treatment confirm the hypothesis.

مراجعه‌کنندگان روانپزشکی رزمی ریشه هیجانی دارند و بسیاری از بیماران واجد علائم جسمانی یا رفتارهای بیمارگونه‌اند. لذا گاه ممکنست در تشخیص راه افراط طی شود و احتمالاً پزشک از پیشداوری "bias" ذهنی خود در تشخیص پیروی کند یا به بسیاری از کسانی که در جنگ شرکت داشته و شکایات روانپزشکی دارند، برچسب موج‌گرفتگی و PTSD*

از دیرباز عوارض روانی ناشی از جنگ با عناوین تشخیصی گوناگونی خوانده شده و همواره سئوالاتی را درباره تشخیص و سبب‌شناسی مطرح کرده‌اند. از جمله اینکه آیا اختلالاتی که ذاتاً جنبه هیجانی دارند ولی گاه بعضی علائم پسیکوتیک و یا عضوی هم در آنها ردیابی می‌شوند، صرفاً در گروه نوروژها قرار می‌گیرند؟ (۱) البته اغلب علائم جسمانی

* اسنادیابار و مدیر گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

حاصل از آن قرار نمی‌گیرند، بلکه اغلب علل محیطی و در مواردی علل روانشناختی و وابسته به شخصیت داشته و گاه هم علت عضوی دارند (۷). بررسیهای متعدد دیگر نیز نشان می‌دهند که سربازانی که تشخیص اولیه‌شان نوروژ جنگ بوده در معاینات دقیقتر، تشخیصهای هیستری، حالات اضطرابی، افسردگی واکنشی و هیپوکندری را پیدا کرده و در مواردی هم علائم موجود با هیچیک از اختلالات نوروژیک، اختلالات سازگاری و اختلالات شخصیت مطابقت نداشته و علل ارگانیک در مورد آنها مطرح شده‌اند (۲).

اکنون بجاست به گذشته باز گردیم و به برجسب‌های تشخیصی که در طول تاریخ به واکنشهای روانی ناشی از حضور در جنگ زده شده نظری بیفکنیم. به ۳ دسته از این عناوین قدیمی اشاره می‌کنیم:

acute situational stress	دسته اول:
gross stress reaction	
battle exhaustion	
combat neurosis	دسته دوم:
combat hysteria	
soldiers heart	
blast syndrome	دسته سوم:
concussion syndrome	
shell shock	

نگاهی به این عناوین تشخیصی که هر یک با دیدگاهی خاص ارائه شده‌اند، نشان می‌دهد که توافقی همگانی در تشخیص اختلالات روانی ناشی از جنگ وجود نداشته، چرا که این عدم توافق در رابطه با علل ایجاد کننده اختلال بوده است، همانطور که قبلاً نوروژ تروماتیک از دیدگاه دینامیک مورد بحث قرار گرفته بود (۱) و سپس در تظاهر اختلال با شکایات گوناگون جسمانی مسئله دستاورد مطرح شد و بالاخره shell shock با این فکر که در اثر تروما ضایعاتی در مغز ایجاد می‌شود، عنوان گردید (۸). به این ترتیب علل روانشناختی، محیطی و عضوی در بروز بیماری مطرح گردیده‌اند.

بطور کلی تردیدی نیست که بیشترین موارد روانپزشکی رزمی مربوط به جنبه‌های هیجانی است و قطعاً شخصیت قبلی، عوامل زمینه‌ساز و آشکارساز و شرایط محیطی نقش اساسی در ابتلاء به کسالت‌های ناشی از جنگ دارند (۹)، اما مسلم است که

زده شود و یا بالعکس به آنان با دید تمارض بدنیاال دستاورد (gain) برای جبران و استفاده یا سوء استفاده از امتیاز شرکت در جنگ نگریسته شود (۲). گاه بیمار بخاطر تشنج‌های هیستریک و یا بصرف آنکه خود از "تشنج" شکایت می‌کند و بعبارت صحیح‌تر از آن برای بیان بعضی علائم نوروژیک خود استفاده می‌کند، مدتها با انواع داروهای ضد تشنج درمان می‌شود و گاه بالعکس به تشنج‌های ارگانیک بیمار که بدنیاال وقایع تروماتیک زمان رزم حاصل شده به دید تمارض یا هیستری تبدیلی نگاه می‌شود.

بنابراین نه تکلیف PTSD روشن است و نه سایر تشخیصهای روانپزشکی و در نهایت نه شیوه درمانی روشی مطلوب است و نه بهبودی بیمار مورد انتظار.

روانپزشکانی که در طول سالهای جنگ و هم اکنون با این گروه از بیماران سر و کار داشته و دارند این تجربه را کسب کرده و این استنباط را دارند که مسلماً بیماری همه مبتلایان به اختلالات اولیه ناشی از جنگ PTSD نیست و در عین حال فقط تمارض و هیستری هم نیست (۳). هدف از ارائه این مقاله این است که با بررسی تشخیصهای روانپزشکی بیمارانی که با شکایات ناشی از حضور در جنگ به پزشکان مراجعه می‌نمایند، هویت «نوروژ جنگ» و افتراق آن از سایر اختلالات روانپزشکی مشخص گردد. بنابراین لازم است تاکید شود که نوروژ جنگ علیرغم آنکه به روال معمول در بیماران روانپزشکی شرکت کننده در جنگ متأسفانه بگونه‌ای گسترده تشخیص داده می‌شود، قابل تعمیم نیست (۴) و مسلماً تعمیم نابجا، عوارضی نامطلوب را بدنیاال دارد. البته گاه علائم، همپوشانی (تداخل) دارند. بعنوان مثال، در گروهی از بررسیها از جمله در یک مطالعه گسترده گروهی از علائمی را که بعنوان معیارهای وابسته تشخیصی PTSD براساس DSM III^۱ در سربازان بستری شده با تشخیص PTSD مشاهده کرده‌اند، در سربازان غیر رزمی که هیچگاه در جنگ شرکت نداشته و تشخیص مذکور را نداشته‌اند نیز ملاحظه نموده‌اند (۵). این علائم شامل افسردگی، اضطراب، تحریک پذیری، حالات انفجاری و تهاجمی غیر قابل پیش‌بینی و رفتارهای نکانه‌ای (impulsive)، اختلال در عملکرد شغلی و ارتباطات اجتماعی بوده‌اند. روانپزشکان این علائم را مکرراً در بسیاری از مراجعین خود که سابقه شرکت در جنگ داشته‌اند مشاهده کرده‌اند. (۶) طبیعی است بصرف وجود این علائم اطلاق PTSD را بر آن درست نمی‌دانند. اینگونه علائم جنبه اختصاصی نداشته و لزوماً در ارتباط مستقیم با جنگ و ترومای

اختلال پس از استرس جنگ* بنامیم، چرا که این نوروژ ابعادی خاص دارد که مختص جنگ هستند (۱۱). نوروژ جنگ که در آن جنبه‌های هیجانی (emotional) در زمینه شخصیت، فرهنگ و محیط زندگی بیمار بدنیاال ترومای جنگ ماهوی شکل می‌گیرد (۲)، خود تشخیصی مستقل است و معمولاً با اضطراب و علائم خلقی همراه است، اما وجود این علائم لزوماً به مفهوم وجود بیماری مستقل خلقی یا اضطرابی نیست.

گرچه ممکن است هر تشخیص دیگری در صورتیکه معیارهای لازم را داشته باشد در کنار PTSD جای گیرد و دو تشخیص توأم داده شوند (۱۲) به‌رحال هسته اصلی اضطراب است. بیمار اغلب تلقین‌پذیر است و دستاورد به‌مراه او است و شاید همین دستاورد است که تخلیه هیجانی (abreaction) را بدنیاال داشته و علائم نوروژیک را ظاهر می‌سازد. گرچه بیمار تحریک‌پذیر بوده و به صدا حساسیت دارد، این علائم اغلب موقعیتی است و برحسب شرایط محیطی شکل می‌گیرد. انتظار می‌رود که این گروه از بیماران به روان‌درمانی از جمله اشکال روانکاوانه پاسخ مثبت دهند (۱۳) اصولاً مبتلایان به نوروژ جنگ به درمان بشرط آنکه همه جانبه و صحیح باشد، پاسخ می‌دهند و معمولاً سیر ازمان طی نمی‌شود (البته در مواردی ممکنست فعال شدن مجدد کسالت بدنیاال استرسهای بعدی رخ دهد) (۱۴).

۲ - اختلالات روانی دیگر در کسانی که در جنگ شرکت داشته‌اند: همانگونه که در معاینه روانی بیماری که بعنوان "موج گرفتگی" به روانپزشک مراجعه می‌کند و یا او را با این عنوان وسیع ارجاع می‌دهند، گاه شیزوفرنی، اختلالات عمده خلقی و سایر پسیکوزها، افسردگی نوروژیک، اختلالات شخصیتی و اختلالات سازگاری تشخیص داده می‌شوند، اختلالات سوماتوفرم، نوروژ جبرانی، اختلالات پسیکوسوماتیک تشخیصهای شایع و اختلالات کاذب (factitious) از جمله PTSD کاذب و تمارض تشخیصهای مطرح دیگر هستند (۲). این تشخیصها در اغلب موارد مستقل بوده و لزوماً توأم با نوروژ جنگ نیستند. نوروژ جنگ هم عاری از این تشخیص هانست و لذا بایستی آنها را بوضوح و براساس ملاکهای تشخیصی هر یک تفکیک کرد و مسلماً این امر با کمی صرف وقت و توجه میسر بوده و از بسیاری مشکلات و عوارض نامطلوب ناشی از تشخیصهای نابجای PTSD جلوگیری خواهد کرد. اینگونه بیماران نیز به درمان خاص خود پاسخ می‌دهند و پیش‌آگهی و سایر مشخصه‌های خاص خود را دارند (۱۵). باید توجه داشت

این عوامل در کلیه اختلالات روانی می‌توانند نقش داشته باشند نه منحصرأ در نوروژ جنگ. در جریان یافتن معیارهایی برای تشخیص در سال ۱۹۵۲ میلادی DSM I عنوان gross Stress reaction را انتخاب کرد و ICD نیز آنرا پذیرفت. هم DSM I و هم DSM II این اختلالات را حاد و یا محدودیت زمانی عنوان کرده و بر کاهش علائم در طول زمان بشرط فقدان آسیب‌شناسی مشخص تاکید داشتند. DSM III نقش سبب شناختی حوادث تروماتیک را مربوط به شکل پس از ضربه (post-traumatic) آن دانست و لذا اصطلاح PTSD را برای اولین بار در گروه اختلالات اضطرابی قرار داد و به آن بجز جنگ به سایر حوادث تروماتیک نیز شمول داد و تعریف زیر برای آن بکار برده شد:

«اختلالی است اضطرابی که بدنیاال یک حادثه تروماتیک روانی که خارج از تجربه معمول انسان است، حاصل می‌شود و سیمایه‌های اصلی آن دوباره تجربه کردن حادثه در خواب یا بیداری (reexperience)، کمرختی در پاسخ به محرکهای خارجی یا اجتناب از آنچه که یادآور حادثه تروماتیک است، توأم با برانگیختگی، اختلالات سیستم عصبی خودکار، خلقی و شناختی (۱۰). در DSM - III - R استرسورهای ایجادکننده حادثه تروماتیک به این شرح ذکر شده‌اند: تهدید جدی نسبت به حیات و تمامیت وجودی شخص، فرزندان، همسر، بستگان یا دوستان نزدیک و یا مشاهده مرگ و صدمات جسمی دیگران همراه با تداوم علائم به مدت یکماه.

در ICD - 9 معادل PTSD، واکنش حاد به استرس بعنوان کیفیتی گذرا در اثر استرسی فیزیکی یا روانی مانند جنگ در افراد سالم ذکر شده که معمولاً پس از مدت کوتاهی بهبود می‌یابد. علاوه بر اینها DSM III در طبقه‌بندی اختلالات روانی عضوی عنوان «mixed organic brain syndrome» را مطرح ساخته که در آن براساس شرح حال یا معاینه بدنی یا پاراکلینیکی، علائم روانی عضوی تشخیص داده می‌شوند که از نظر سبب شناسی منسوب به علتی ارگانیک است بدون آنکه بتوان سندرم ارگانیک خاصی را مشخص نمود.

اکنون با توجه به سیر تاریخی و دیدگاهها و طبقه‌بندی‌هایی که ذکر شد، عملاً در مشاهدات بالینی مراجعین روانپزشکی جنگ با چه مواردی روبرو هستیم؟ به توضیح این موارد در سه گروه می‌پردازیم:

۱ - اختلال نوروژیک ناشی از جنگ، که با قبول ملاکهای DSM III یا DSM - III - R بهتر است آنرا اختصاصاً

عصبی ارگانیک و نیز یافته قابل توجه پاراکلینیکی نیابند، قویاً این احساس بالینی را دارند که با موردی از اختلال روانی عضوی سر و کار دارند و سؤال قدیمی احتمال وجود ضایعات ملکولی و سلولی مغز ناشی از shell shock در ذهنشان شکل می‌گیرد. در اینجا به جنبه‌هایی از شواهد بالینی در این زمینه اشاره می‌کنیم: تحریک‌پذیری (irritability) در اینگونه بیماران بسیار شدید است و سیری مزمن دارد. برخلاف بسیاری مبتلایان به PTSD و بیماران نوروتیک دیگر، تحریک‌پذیری در اینان به جهت آنکه خواسته‌هایشان برآورده نمی‌شود و یا بصرف نارسائی شخصیت یا وجود دستاورد ثانوی نیست، بلکه آستانه تحریک‌پذیری نسبت به هر گونه محرک افت می‌کند و لذا بیمار بصورت طولانی مدت بشدت کم حوصله می‌شود (۹). حساسیت شدید به صدا (hyperacusis) بسیار جدی و ناراحت کننده است. بیمار بدنبال مکانی خلوت و سکوتی مطلق است و از هر گونه محرک محیطی پرهیز می‌کند. وزوز و سوت گوش شایع است. سردردها مزمن و مکرر یا مداوم است. تشنج‌های عضوی در مقایسه با گروه‌های دیگر بیشتر دیده می‌شوند. عده‌ای سابقه بیهوشی را بدنبال حادثه بدست می‌دهند و فقط زمانی را بیاد دارند که خود را در بیمارستان یافته‌اند. بعضی می‌گویند برای چند روز پس از بھوش آمدن خود را قادر به راه رفتن نمی‌دیده‌اند و در اولین شروع به حرکت، احساس لرزش شدید در اندامهای تحتانی داشته‌اند، بعدها نیز هر نوع شروع به حرکت را توأم با لرزش در تمامی بدن یا اندام مربوطه احساس می‌کنند. شیوه راه رفتن با احساس لرزشی که در اندامها دارند کاملاً طبیعی نیست، گوئی «فلج اسپاستیک» پیدا کرده‌اند، احساس ضعف و سستی در اندامها دارند و غیره.

Sandor Frenzi (۸) با بیان علائم اخیر در مقاله خود تحت عنوان «دو نوع نوروز جنگ» که گزارش بر صدها مورد از مبتلایان است که در بیمارستانی تحت بررسی و مطالعه داشته، می‌نویسد: برخی از بیماران لرزشی نوسانی در سر بدنبال انقباضهای مکرر و ریتمیک عضلات گردن نشان می‌دهند و عده‌ای دیگر نوعی انقباض مداوم در بازوها توأم با کاهش حس در سطح پوست داشته و در مواردی دیگر لرزش عمومی بدن و اختلال واضح در راه رفتن نشان می‌دهند، به گونه‌ای که گاه بیمار قادر به حفظ تعادل خود نیست. اغلب اختلال شناختی مشهود است. حافظه، توجه، تمرکز و قدرت یادگیری بطور دراز مدت

که بیمارانی که رفتارهای بیمارگونه نابهنجار (۱۶) (abnormal illness behavior) داشته و ملاکهای بارز نوروز جنگ را ندارند آگاهانه یا ناخود آگاهانه از پوشش یا عنوان موج‌گرفتنی استفاده می‌کنند.

در جنبه‌های تمارضی و PTSD کاذب ممکنست مواردی مطرح شوند که از نظر پزشکی قانونی در رابطه با جرائم بسیار اهمیت دارند، چراکه علائم نوروتیک نوروز جنگ اغلب ذهنی (subjective)، غیر اختصاصی و قابل تقلیدند و می‌توانند بعنوان مغری برای فرار از جرائم استفاده شوند (۱۷). حتی در بعضی بررسیها نتایج تست تشخیصی MMPI^۵ در مبتلایان به PTSD واقعی و کاذب هر دو یکسان بوده‌اند (۱۸). بنابراین بجز جنبه‌های انفکاک‌ی (dissociative) و بعضی اشکال ارگانیک، در سایر موارد فرد مجرم باید مسئول اعمال خود بحساب آید (۱۹) اما این سؤال را هم باید مطرح نمود که آیا وجود توهم که علامتی از پس‌یکوز است و در بعضی مبتلایان به اختلال پس از استرس جنگ وجود دارد، بیمار را به نوعی «پس‌یکوز» نزدیک نمی‌کند؟ و در اینصورت آیا از لحاظ پزشکی قانونی می‌توان بیمار را کاملاً مسئول اعمال خود تلقی کرد؟

۳ - سندرم پس از ضربه جنگ: روانپزشکان با گروهی دیگر از بیماران که در جنگ حضور داشته‌اند نیز برخورد می‌کنند که متفاوت از تشخیصهای فوق هستند، یعنی گروهی که بیشتر سیمایه‌های ارگانیک در آنان توسط پزشک استنباط و ردیابی می‌شوند. علائم بالینی این بیماران در جهاتی بسیار متفاوت است. فرد مبتلا بنحو جدی بیمار (seriously ill) می‌باشد، سیر ازمان را طی کرده و به درمان‌های دارویی و روان درمانی پاسخ مورد انتظار را نمی‌دهد. ممکنست ترومای فیزیکی یا احساس ارتعاش را بخاطر داشته باشد و در مواردی بیهوشی را ذکر کند. بسیاری از بیماران اظهار میدارند که ناراحتی‌هایشان پس از انفجاری در نزدیکی آنان پیدا شده است، احساس نوعی ارتعاش را کرده‌اند، گوئی که در آب سرد فرو رفته و سپس در معرض هوای سرد قرار گرفته‌اند. صحبت از احساس فشار هوا (air pressure) را در زمان انفجار می‌کنند که منجر به زمین خوردن آنان شده و عده‌ای هم از مدفون شدن زیر انبوهی از غبار حاصل از انفجار حکایت می‌کنند (۸). روانپزشکان با تجربه ضمن معاینه عصبی روانی و بررسی این دست از بیماران گرچه ممکنست علامت واضح نورولوژیک دال بر وجود ضایعات

مختل می‌شوند. در گروهی از این بیماران حتی در مصاحبه و معاینه بالینی، علائم بارزی دال بر کشمکش‌های درونی یا خاطراتی که به مسایل موجود بیمار ارتباط یابد، بدست نمی‌آید و یا اگر هم مشکل هیجانی وجود دارد، با شدت علائم بخصوص علائم فیزیکی همخوانی ندارد و علائم اخیر حتی پس از بهبود مشکلات هیجانی بیمار باقی می‌مانند. به عبارت دیگر، همانطور که گفته شد، فرد مبتلا واقعاً بیمار است نه متمارض یا «هیستریک». البته این علائم را می‌توان با یافته‌های بدست آمده از ابزارهای جدید همچون MRI^۶، PET^۷، EP^۸ همچنین نتایج آزمونهای نوروپسیکولوژیک و ارزیابی علائم ظریف (soft) نورولوژیک تطبیق داد، شواهد بیشتری بدست آورد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که به مجموعه علائمی که ذکر شد جایگاهی خاص در طبقه‌بندی اختلالات روانی عضوی با عنوان «سندرم پس از ضربه جنگ» داده شود تا از «اختلال پس از استرس جنگ» (از گروه نوروژها) متمایز گردد. لازم به ذکر است که با پیشرفت روزافزونی که در جنبه‌های علمی روانپزشکی مشاهده می‌شود، اهمیت عملکرد مغز در جریان رویارویی با استرس‌ها مکانیسم‌های زیست‌شناختی و روانشناختی مطرح شده، ارزش توجه بیشتری می‌یابد. به اشاره می‌توان تغییرات بیولوژیکی قشر مغز در برابر استرس (۱۸) از جمله تغییر در برتری جانبی (laterality) و از جهت شناختی تغییرات پردازشی اطلاعات را

در پایان باید تاکید نمود، همانطور که نباید دستاوردهای گروه نوریتیک را تقویت نمود (بلکه با درمان صحیح و نوتوانی آنان را به زندگی فعال اجتماعی بازگرداند) باید به مسایل گروه اخیر (مبتلایان به سندرم پس از ضربه جنگ) توجه کرده و به آنان مساعدتهای لازم بشود، چرا که در مواردی واقعاً قادر به بازگشت به عملکرد اولیه نیستند و چه بسا افرادی با شخصیت متعالی و آبرومند بوده و رویکرد غلط براساس ذهنیت عدم تقویت دستاورد ثانوی در آنان موجب شکسته شدن درخت عزت نفس این عزیزان بشود که علاوه بر اختلال در امر درمان، خود گناهی نابخشودنی خواهد بود. گاه خود شاهد بوده‌ایم، زمانی که عده‌ای در برابر جنبه‌هایی از استرس جنگ بسرعت از لحاظ روانی شکسته می‌شدند (۱۳) عده‌ای دیگر با قدرتی شگفت، استرس‌های بسیار شدید را تحمل میکردند (کانهیم بنیان مرصوص*) ولی گاه همین گروه مقاوم و صبور را دیده‌ایم که علیرغم شخصیتی قوی و نگرشی قابل تحسین که نسبت به استرسها و کاستی‌ها و مشکلات محیطی داشته و طالب بهره‌برداری هم نبوده و نیستند علائم بحث شده اخیر را پیدا کرده‌اند که همانطور که ذکر شد مسئله‌شان بجز آنکه به تغییرات آناتومیک فیزیولوژیک مغز یا یک آسیب ارگانیک فکر شود، توجیه دیگری را بعید می‌سازد.

* ان الله يحب الذين يقاتلون في سبيله صفا كانهيم بنیان مرصوص - سورة صف (۶۱)، آیه (۴).

بدرستی که خداوند کسانی را که در راه او همچون ستونی استوار بصف ایستاده و می‌جنگند، دوست دارد.

6. Magnetic resonance imaging

7. Positron emission tomography

8. evoked potential

References

- 1) Bleich A, Garb R, Kottler M ; treatment of prolonged combat reaction. Brit J psychiatry, 148 : 493 - 496.
- 2) Laughlin H.P. : The neuroses in clinical practice. Philadelphia, W.B. Saunders, 660 - 686 ,1956.
- 3) Solomon Z, Oppenheimer B, Noys : Subsequent military adjustment of combat stress reactions casualties - A nine year follow up study milit Med, 151 : 8 - 11
- 4) Grunker RR, Spiegel J.P : Men under stress. J and A Churchill. London : 82 - 85, 1945.
- 5) Bruce Boman M.B : Combat stress, post traumatic stress disorder, and associated psychiatric disturbance, psychosomat, 27 : 567 - 573, 1986,
- 6) Laufer RS, Brett E, Gallops MS: symptom patterns associated with post - traumatic stress disorder among vietnames veterans exposed to war trauma. Amer J psychiat, 142 : 1304 - 1310, 1985.
- 7) Escobar JI, Randolph Et, puente G etal : Post - traumatic stress disorder in Hispanic vietnam veterans, clinical phenomenology, and sociocultural characteristics. J nerv ment dis, 177 : 585 - 595 , 1983.

- 8) Frenzi, S: two types of war neurosis theory and techniques of psychoanalysis. the hogarth press : 124 : 141 - 1969.
- 9) Mc farlane AC : the actiology of post - traumatic morbidity : predisposing, precipitate, and perpetuating factors Brit J psychiatry. 154 : 221 - 228 , 1989.
- 10) Horwitz MJ, wilner N, kattreider N etal : signs and symptoms of post - traumatic stress disorder, Arch Gen psychiatry 37: 85 - 89 , 1980.
- 11) Grinker RR. spiegel J.P : Men under stress . J and A. Churchil london : PP. 208 - 223 , 1945.
- 12) Nace E.P : Depression in veterans two years after vietnam war. Am J Psychiatry 13 : 2 , 167 - 170, 1977.
- 13) Horowitz Mj : stress response syndromes : character style and brief psychotherapy. Arch Gen Psychiat 31 : 768 - 773 , 1974.
- 14) Solomon Z, Grab R, Bleich A etal : Reactivation of combat related post - traumatic stress disorder Am J psychiat 144 : 1 , 51 - 55.
- 15) Bleich A , siegel B, Grab R etal : Post - traumatic stress disorder following combat exposure : clinical features and psychopharmacological treatment Brit J psychiatry 149 : 365 - 369 , 1986.
- 16) pilowsky I : Abnormal illness behavior. Br J. med psychol 42 : 347 - 351 , 1969.
- 17) Sparal, pankratz LD : Factitious post - traumatic stress disorder AM J psychiatry 140 : 1016 - 1019, 1983.
- 18) percote S.T. Goreczny A.J : Failure to detect fabricated PTSD with the use of MMPI in a clinical population. Am J psychiatry 147 : 1057 - 1060 , 1990.
- 19) Sparr, LF, Atkinson RM : Post - traumatic stress disorder as an insanity defense medicolegal quicksan. Am J psychiatry 143 : 608 - 613 , 1986.