

### خصوصیات شخصیت افراد برحسب دردهای مختلف سینه بعد از انفارکتوس

دکتر لقمان دانشمند

در این زمینه Rose ۱۹۶۲ مقیاس برای تشخیص دردهای آنزینی در مطالعات اپیدمیولوژیکی پیشنهاد کرد و اخیراً با طبقه‌بندی دردهائی که بعد از انفارکتوس بوجود می‌آیند ارزش این سئوالات معلوم شده است.

دومین اشکال این است که قضاوت‌های کلینیکی در مورد عوامل روانی هم مثل تشخیص مبدأ دردها غیر قابل اطمینان هستند (Scheier, Cattell, Carstairs (1931) (1961)

معتقدند که تئوری و درمان در یک وضعیت مبهم هستند چون وقتی که از اضطراب یا نوزر صحبت می‌شود نمی‌توان مطمئن بود که منظور طرف چیست و برای این مشکل وسائلی در اختیار پزشک قرار می‌دهد که شامل تعیین شخصیت و متدهائی برای اندازه‌گیری واکنشهای فیزیولوژیکی و بیولوژیکی در مقابل عوامل استرسزا می‌باشد. اخیراً از این متد آخری در مطالعه عکس‌العمل ترشحات کاتکولامین‌ها و سیستم عصبی سمپاتیک بعد از تحریک با یک استاندارد عصبی در بیمارانی که انفارکتوس میو کارد داشته‌اند و برحسب نوع درد طبقه‌بندی شده‌اند شرح داده‌ایم و اکنون روشهائی که برای اندازه‌گیری خصوصیات شخصیتی در این بیماران بکاررفته شرح می‌دهیم.

#### روشهای بررسی

بیمارانی که مورد مطالعه قرار گرفته‌اند آنهائی بودند که راجع

خصوصیات شخصیت افراد برحسب دردهای مختلف سینه بعد از انفارکتوس میوکارد بیشتر افرادی که حمله حاد انفارکتوس داشته‌اند بعد از دردهای مختلفی در ناحیه سینه احساس می‌کنند. دردهای آنزینی شایعترین آنها است در درجه دوم دردهای ناحیه قدامی چپ سینه می‌باشد.

عواملی که سبب دردهای بعد از انفارکتوس می‌شوند خیلی مشخص نیست و مشاهدات بالینی نشان می‌دهد که اغلب علت روانی دارد.

دردهای آنزینی اغلب بعد از هیجانان بوجود می‌آید و دردهای جلوی قلبی ناحیه چپ در بیماران همیشه همراه با اضطراب بوده است.

اگر عوامل روانی که همراه با این دردهای بعد از انفارکتوس هستند مشخص شوند بهتر می‌توان به مکانیسم‌هائی که سبب ایجاد درد می‌گردند پی برد و شاید بشود از ایجاد بعضی از این دردها جلوگیری کرد.

اولین اشکال برای ارتباط عوامل روانی با دردهای سینه این است که قضاوت‌های کلینیکی در مورد تشخیص درد اغلب غیر قابل اطمینان هستند چنانچه بتوان مقیاسی برای تشخیص این دردها در نظر گرفت این مشکل حل خواهد شد و این مقیاس بایکاربردن سئوالات استاندارد که مانع نفوذ تعصبات و خواسته‌های بیمار می‌شود امکان‌پذیر است.

\* گروه روانپزشکی دانشکده پزشکی پهلوی دانشگاه تهران بیمارستان روزبه

عنوان کمی همراه سوالات و مصاحبه طبی بکار برده می شود. ۱۲ قسمت اول (A-L) علائم (سوماتیک) را نشان می دهد و ۶ قسمت آخر (M-R<sub>1</sub>) نماینده احساسات است. اگر اسکور M-R Score بالا باشد بیماران نوروتیک را از سالم متمایز می سازد (Culpa et al 1960) اسکورهای زیر در نظر گرفته شده است.

- ۱- اسکور نوروز E.P.I (N. Score)  
۲- اسکور Extro E.P.I (E. Score)

۳- تعداد جوابهای مثبت در قسمتهای M-R (M-R Score) C.M.I به بیمارانی که به درمانگاه مراجعه می کردند فرمهای E.P.I, C.M.I را باهم در پاکتهای تمردار آدرس دار می دادند. آنها می دانستند که این یک کار تحقیقاتی است و به آنها گفته شده بود که جوابشان سبب می شود که ما از بیماریشان بهتر آگاه شویم.

یکی از بیماران قبل از این مطالعه فوت نمود از ۱۰۵ بیمار باقی مانده ۹۷ نفر اوراق را پر کردند و از ۸ نفر دیگر ۶ نفر درد نداشتند و ۲ نفر در دسته آنژیینی بودند.

چون ساختمان بدنی شخص هم در اندازه گیری حالت روانی او مؤثر است بدینجهت بیماران را از این لحاظ به گروه کوچکتی تقسیم کردند این گروه از گروه اصلی انتخاب شدند که مقایسه ای از نظر گروههای آنژیینی تنها در طرف چپ و سایر دردها و بدون درد در ۱۵-۱۰ بیمار بود ۵۰ نفر از بیمارانی که در ناحیه چپ سینه داشتند موافقت کردند که در این مطالعه شرکت کنند و ۴ نفر از ۱۲ نفر بیماران با دردهای دیگر قبول نکردند.

از ۱۵ بیمار اولی که دردهای آنژیینی داشتند یکی قبول نکرد و دو نفر دیگر بعلت کبر سن که قادر نبودند استرس را قبول کنند کنار گذاشته شدند (Nestel et al 1971) از ۱۴ نفر اولی هم که در گروه بدون درد بودند یکی حاضر نشد و یکی هم بعلت پیری کنار گذاشته شد. بنابراین در گروه فرعی ۴۲ بیمار ماندند. شرایط بدنی که در نظر گرفته شد عبارت بودند از:

قد - اندازه عرضی سینه - وزن - کلفتی پوست در سه طرف. اندازه عرضی سینه در فضای چهارم بین دندهای در فاصله دم و باز دم گرفته شد (توسط پلویومتر). از اندازه

به دردهایشان قبلاً صحبت کرده ایم. (Verghese Shovell) (1966) آنها متولد استرالیا یا انگلیس بودند و سن متوسطشان در حدود ۵۶ سال بود با انفارکتوس حاد میوکارد در بیمارستان بستری بوده اند این بیماران بعد از مرخص شدن از بیمارستان بمدت طولانی تحت درمان با آنتی کواگولانی قرار گرفتند.

از ۱۳۱ بیماری که تحت این درمان بودند ۱۰۶ نفر انتخاب شدند ۳ نفر آنها قبل از درمان مردند. یکی دچار نقیصه عقلی شد و ۱۱ نفر بعلت اینکه بطور مرتب در جلسات شرکت نمی کردند از مطالعه حذف شدند.

با بکار بردن سئوالاتی که در گزارش قبلی ذکر شده (Verghese & Lovel 1966) این بیماران برحسب دردهائی که به فاصله ۶ ماه تا ۳ سال بعد از انفارکتوس در آنها ایجاد شد تقسیم بندی شدند این تقسیم بندی عبارت بودند از:

دردهای آنژیینی چه تنها و چه همراه دردهای دیگر - درد طرف چپ سینه - دردهای دیگر - بدون درد.

تمام این بیماران جهت اندازه گیری خصوصیات شخصیتی در نظر گرفته شدند و برای این منظور دو نوع سئوال مطرح شد، Cornell Medical Index Health Questionnaire, (E.P.I.) Eysenck Personality inventory (C.M.I.)

E.P.I شامل ۵۷ سئوال است که دو بعد شخصیت را اندازه می گیرد.

Neuroticism-Stability  
Introversion-extroversion

بنا به عقیده Eysenck 1959 بعد نوروز ثبوت هیجانانثبوت را اندازه گیری می کند. "نوروز عبارت است از قدرت هیجانی شخص - حساسیت شدید او به هیجانانث و مبتلا شدن به ناراحتی روانی تحت استری.

بعد Introversion-Extraversion اجتماعی بودن مردم را از یک درجه شدید Extrovert که شامل بیرون رفتن، کارهای غیر قابل کنترل انجام دادن شخص تا درجه شدید Introvert بودن که شامل کمترین فعالیت اجتماعی شخص است نشان می دهد.

C.M.I شامل ۱۹۵ سئوال در ۱۸ قسمت است و به

داشتند و یا آنهایی که علاوه بر دردهای آنژیینی دردهای ۷ دیگر هم داشتند در حد بالا قرار داشت. همینطور اسکور کسانی که بقط دردهای آنژیینی داشتند بیشتر از کسانی بود که از دردهای دیگر رنج می‌برند یا اصلاً دردی نداشتند. اختلافاتی که بین Means وجود دارند مشخصند در تابلو II نشان داده شده. اسکور افراد سالم کارگر و بیماران نوروتیک در تابلو III مقایسه شده‌اند. اسکور N در بیماران که درد طرف چپ سینه داشتند یا درد آنژیینی همراه دردهای دیگر دارند و بیماران نوروتیک مثل هم، بود در حالیکه اسکور N در اشخاصی که دردهای دیگر داشتند - درد نداشتند و افراد سالم خیلی شبیه هم بودند. این گروهها در اسکور N هم شبیه هم بودند.

عرضی سینه و قد اندکس Rees Eysenck بدست آمد و یک Nomogram بکار برده شد. (Hamilton 1950) سه طرفی که برای ضخامت پوست بکار برده شد طرف چپ زیر کتف - عضله سه سرچپ و طرف چپ نافی بود و از روی این تعداد کلی چربی بدن تخمین زده شد و فرمول Edeards & Whyte بکار برده شد. بالاخره در این ۴۲ نفر مصاحبه انجام شد. در زمان مصاحبه نوع درد بیمار و اسکور روانی او برای مصاحبه کننده معلوم نبود مصاحبه یک مصاحبه روانی ساده بود و اجازه داده می‌شود بیمار بدون وقفه صحبت کند. در روی یک کاغذ فقط یافته‌ها از نظر تقسیم بندی نوشته می‌شد. اسکور E بین گروههای مختلف تغییر چندانی نکرده است. اسکورهای M-R و N در بیماران که درد طرف چپ سینه

تابلو ۱ تعداد بیماران را بر حسب درد و اسکورهای Personality inventory نشان می‌دهد.

تقسیم بندی درد	تعداد بیماران	اسکورها		
		E.P.I		C.M.I
		E	N	
درد آنژیینی تنها	۲۸	۹۰۶ (۳/۴)	۱۵/۷ (۵/۸)	۸/۹ (۳/۳)
درد یا با دردهای دیگر	۹	۸ (۴/۳۱)	۱۴/۳ (۴/۶)	۱۰/۴ (۸/۳)
درد طرف چپ سینه	۱۰	۱۱/۶ (۵/۱)	۱۴/۲ (۵/۵)	۱۱/۳ (۱۱/۱)
دردهای دیگر	۱۲	۸/۸ (۳/۹۱)	۸/۸ (۴/۶)	۵/۱ (۱۴/۳)
بدون درد	۳۸	۱۰/۹ (۴/۱)	۷/۶ (۴/۲)	۴/۳ (۴/۵)

تابلو II

اسکورها	مقایسه	اختلاف بین	مشخصات
درد طرف چپ سینه - بدون درد		۶/۶	P 0.01
درد طرف چپ سینه - با دردهای دیگر		۵/۴	P 0.05
تنها درد آنژیینی - بدون درد		۳/۱	P 0.05
تنها دردهای دیگر - بدون درد		۶/۷	P 0.001
درد طرف چپ سینه - بدون درد		۷	P 0.05
آنژیینی یا دردهای دیگر - بدون درد		۶/۱	P 0.05

آنزینی بیمارتر از گروههای دیگر بودند چون برای آنها دارو از نظر نارسائی قلب و فشار خون تجویز می شد. این اشکال وجود دارد که بالا بودن اسکور N و M-R در گروه آنزینی نتیجه نوع شدت و مدت علائم درد می باشد. یک اشکال دیگر در گروه آنزینی این است که در آنها قبل از انفارکتوس Constitutional Neurotic شدید بوده و ساختمان بدنی که در گروه با درد طرف چپ سینه بوده است در اینها وجود ندارد که شاید بعلت همراهی آنزین یا مزومورفسم باشد.

بایافته های Ostfeld 1964 نشان داده که اندیس های شخصیت در اشخاصی که بعداً آنزین در آنها بوجود آمده از اشخاصی که بیماری کروز در آنها بصورت انفارکتوس ظاهر شده فرق می کند و مشاهده نموده که در مردانیکه آنزین در آنها ایجاد شده اسکورهای بالائی از نظریه Suggestibility Emotional Liability داشته اند.

#### اشکالات تعبیری

مشکلاتی که از تعبیر یافته ها در گروههای آنزینی تنها بوجود بیاید لازم می سازد که بیماران ارزیابی بیشتری به خصوص از نظر خصوصیات شخصیتی شوند. اما بهر طریقی که این امر انجام شود باید عوامل روانی را در بیماری کروز بر حسب دردهای مختلف و اشخاص مختلف در نظر گرفت. از نظر علمی به مواردی برخوردیم که دردهای طرف چپ سینه سایر دردهای بعد از انفارکتوس توام با علیلی بوده است و معمولاً وقتی بیماران از اینگونه دردها شکایت می کنند اغلب افسرده هم هستند.

یافته ها نشان داده که بهتر است بیمارانی که خیلی نورویتیک هستند و از این دردها شکایت می کنند در اوایل دوره بهبودی تشخیص داده شوند و اگر پزشک زود متوجه شود از بروز این دردها تا حد زیادی می توان جلوگیری کرد و یا اقلاً زودتر تشخیص داده شود.

#### خلاصه

۹۷ بیماری که انفارکتوس میوکارد داشته اند بر حسب نوع درد تقسیم بندی شدند:

بررسی های ما نشان داده است در بیمارانی که بعد از انفارکتوس میوکارد درد طرف چپ سینه دارند و یا دردهای آنزینی همراه با دردهای دیگر داشته اند بالاترین اسکور را از نظر نورویتسم نشان داده اند. اسکور آنها بهمین زیادی است که در بیماران نورویتیک دیده می شود و Eysenck & Eysenck 1964

(Knaules & Kreitman 1951)

پیدایش این اسکورهای زیاد در گروه با درد طرف چپ سینه مطابقت می کرد با یافته هایی که در ضمن مصاحبه در بیماران نورویتیک دیده می شد و همینطور مشاهده می شود که بیمارانی که با اینگونه دردها به پزشک مراجعه می کنند اغلب نورویتیک هستند در حقیقت در گروهی که دردهای طرف چپ سینه دارند و ساختمان بدنی آنها شبیه اشخاص نورویتیک است Parnell 1957, Ress 1944 حدس زده می شود که این خصوصیات روانی در آنها قبل از ایجاد انفارکتوس حاد داشته است. از خصوصیات و اشکال بدنی بیمارانی که دردهای آنزینی همراه با سایر دردها دارند بی اطلاعیم ولی اسکور خیلی بالای M-R-M نشان می دهد که آنها هم در همین طبقه بندی قرار می گیرند.

تغییر یافته ها در بیمارانی که تنها در آنها درد آنزینی بوده است خیلی مشکل است. اسکور آنها از نظر نورویتسم گرچه باندازه گروهها دردهای طرف چپ سینه و دردهای آنزینی همراه با دردهای دیگر نیست ولی بالاتر از گروه بدون درد است. بهر حال آنها از نظر نورویتسم خیلی با گروه بدون درد تفاوتی نداشتند و از نظر ساختمان بدنی هم بیشتر نسبت به قدشان چاق تر و سنگین تر بودند. چون اسکور M-R N در گروه یا سایر دردها گروه بدون درد متفاوت نبود این نشان می داد که داشتن درد سینه ملزم به بالارفتن این اسکورها نیست. — ۸

بهر حال بعضی یافته ها نشان می دهد که ممکن است این اسکورها بر حسب مدت درد و تکرار درد تحت تأثیر قرار گیرند در گروه آنزینی صدی در آنهاست که درد قبل از انفارکتوس ایجاد شده بود اسکور M-R, N بیشتر از آنهاست بود که درد بعد از انفارکتوس بوجود آمده بود.

تکرار درد در گروه آنزینی بیشتر از گروه با سایر دردها و درد طرف چپ سینه بود (۵ بار در هفته) و بعلاوه گروه

گروه دردهای آنژیینی، درد طرف چپ سینه، سایر دردها بدون درد  
 خصوصیات شخصیتی در آنها توسط E.P.I. از نظر  
 extroversion و قسمت M-R از C.M.I. از نظر  
 علائم نوروتیک اندازه گیری شدند. ساختمان بدنی ۴۲ نفر از  
 بیماران که مصاحبه روانی هم شده بودند اندازه گیری شد.  
 بیماران که درد طرف چپ سینه و یا آنهایی که دردهای  
 آنژیینی توام با سایر دردها داشتند اسکورشان از نظر نوروتیسم  
 خیلی بالا بود. آنهایی که درد طرف چپ سینه داشتند لاغر  
 بودند.

### Reference

1. AMA Committee on Alcoholism and Addiction: Drug dependence and other sedative drugs. JAMA 193: 673-677, 1965.
2. Black, S., Owents, K. L., & R. P. Wolff: Patterns of drug use: A study of 5482
3. Brill, N. Q., & others: The marijuana problem. Ann Int Med 73: 449-465, 1970.
4. Connell, P. H.: Clinical manifestations and treatment of amphetamine type of dependence. JAMA 196: 718-723, 1966.
5. Eddy, N. B., & others: Drug dependence: Its significance and Characteristics. Bull World Health Organ 32: 721-733, 1971.
6. Essig, C. F.: Addiction to nonbarbiturate sedative and tranquilizing drugs, Clin Pharmacol Theraps 5: 334-343, 1946.
7. Glaser, E. M.: Psychological Basis of Habituation Oxford Univ. Press, 1966.
8. Houston, B. K.: Review of the evidence and qualification regarding the effects of hallucinogenic drugs on chromosomes and embryos. Am. J. Psychiat 126: 251-253, 1969.
9. Leight, D., and Marley, E. (1956) J. Psychosom. Res., 1, 128.
10. Lovell, R. R. H., Denborough, M. A. Nestel, P. J., and Goble, A. J. (1964). Arch. Intern. Med., 113, 267.
11. McDonald, C., and Mowbray, R. M. (1967). Aust. N. Z. J. Psychiat. In Press.
12. McGuire, R. J., Mowbray, R. M., and Vallance, R. C. (1963). Brit. J. Psychol., 54, 157.
13. Nestel, P. J., Verghese, A. and Lovell, R. R. H. (1967). Amer. Heart J., 73, 227.
14. Ostfeld, A. M., Lebovits, B. Z., Shekelle, R. B., and Paul, O. (1964). J. Chron. Dis., 17, 265.
15. Parnell, R. W. (1957). Brit. Med. J., 1, 1485.
16. Pearson, M.M., & R. B. Little: The addictibe process in unusual addictions: A further elaboration of etiology. Am. J. Psychiat 125: 1166-1171, 1969.
17. Rawsley, K. (1966). J. Psychosom. Res., 10, 84.
18. Rees, W. L. (1944). Proc. Roy. Soc. Med., 37, 635.
19. Robbins, E. S., & others: College studnet drug use. Am. J. Psychiat 126: 1743-1751, 1971.
20. Rose, G. A. (1962). Bul. Wld Hlth Org., 27, 645.

21. Sainsbury, P. (1960). *J. Psychosom. Res.*, 4, 261.
22. Schnur, S. (1939). *Amer. Heart J.*, 18, 153.
23. Solomon, P: Medical management of drug dependence. *JAMA* 206: 1521-1526, 1968.
24. Verghese, A., and Lovell, R. R. H. (1966). *Brit. Med. J.* 2, 1102.
25. White, P. D. (1951). *Heart Disease*, 4th, ed. New York.
26. Wittkower, E. (1937). *Lancet*, 2, 865
27. Wood, P. (1956). *Disease of the Heart and Circulation*, 2nd ed. London.