

## خصوصیات شخصیت افراد بر حسب دردهای مختلف سینه بعد از انفارکتوس

دکتر لقمان داشمند

در این زمینه Rose مقیاس برای تشخیص دردهای آنژینی در مطالعات اپیدمیولوژیکی پیشنهاد کرد و اخیراً با طبقه‌بندی دردهایی که بعداز انفارکتوس بوجود می‌آیند ارزش این سوالات 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 1961) معتقدند که تنفسی و درمان در یک وضعیت میهم 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 متدهای برای اندازه‌گیری واکنش‌های فیزیولوژیکی و بیولوژیکی در مقابل عوامل استرسزا می‌باشد. اخیراً "از این متد آخری در مطالعه عکس العمل ترشحات کاتکولامین‌ها و سیستم عصبی سمیاتیک بعداز تحریک با یک استاندارد عصبی در بیمارانی که انفارکتوس می‌کارد داشته‌اند و بر حسب نوع درد طبقه-بندهای شده‌اند شرح داده‌ایم و اکنون روشهایی که برای اندازه-گیری خصوصیات شخصیتی در این بیماران بکار رفته شرح می‌دهیم.

### روشهای بررسی

بیمارانی که مورد مطالعه قرار گرفته آنهاگی بودند که راجع

خصوصیات شخصیت افراد بر حسب دردهای مختلف سینه بعداز انفارکتوس می‌کارد بیشتر افرادی که حمله حاد انفارکتوس داشته‌اند بعد از دردهای مختلفی در ناحیه سینه احساس می‌کنند. دردهای آنژینی شایع‌ترین آنها است در درجه دوم دردهای ناحیه قدامی چپ سینه می‌باشد. عواملی که سبب دردهای بعداز انفارکتوس می‌شوند خیلی مشخص نیست و مشاهدات بالینی نشان می‌دهد که اغلب علت روانی دارد.

دردهای جلوی قلبی ناحیه چپ در بیماران همیشه همراه با اضطراب بوده است. اگر عوامل روانی که همراه با این دردهای بعداز انفارکتوس هستند مشخص شوند بهتر می‌توان به مکانیسم‌هایی که سبب ایجاد درد می‌گردند بی 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 غیرقابل اطمینان هستند چنانچه بتوان مقیاسی برای تشخیص این دردها در نظر گرفت این مشکل حل خواهد شد و این مقیاس با بکار بردن سوالات استاندارد که مانع نفوذ تعصبات و خواسته‌های بیمار می‌شود امکان پذیر است.

\* گروه روا نیزشکی دانشکده پزشکی پهلوی دانشگاه تهران بیمارستان روزبه

عنوان کمکی 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 E.P.I (E. Score) Extro

۳- تعداد جوابهای مثبت در قسمتهای M-R Score (M-R Scors) به بیمارانی که به درمانگاه مراجعه می کردند فرمهای C.M.I, E.P.I. را باهم در پاکتهای تمپردار 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 ۱۵۵ بیمار باقی مانده ۹۷ نفر اوراق را پر کردند و از ۸ نفر دیگر ۶ نفر درد نداشتند و ۲ نفر در دسته آنژینی بودند.

چون ساختمان بدنی شخص هم در اندازه گیری حالت روانی او مؤثر است بدینجهت بیماران را از این لحاظ به گروه کوچکتری تقسیم کردند این گروه از گروه اصلی انتخاب شدند که مقایسه ای از نظر گروه های دردهای آنژینی تنهادرد طرف چپ و سایر دردها و بدون درد از 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 آنژینی 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 دنده های در فاصله دم و باز دم گرفته شد (توسط پلوبیمتر). از اندازه

به دردهایتان قبل "صحبت کرده ایم. (Verghese Shovell 1966) آنها متولد استرالیا یا انگلیس بودند و سن متوسطشان در حدود ۶۵ سال بود با انفارکتوس حاد میوکارد در بیمارستان بستری بوده اند این بیماران بعداز مرخص شدن از بیمارستان بعدت طولانی تحت درمان با آنتی کواگولانی قرار گرفتند.

از ۱۲۱ بیماری که تحت این درمان بودند ۱۵۶ 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 سوالاتی که در گزارش قبلی ذکر شده (Verghese & Lovel 1966) این بیماران بر حسب دردهایی که به فاصله ۶ ماه تا ۳ سال بعداز انفارکتوس در آنها ایجاد شد تقسیم بندی شدند این تقسیم بندی عبارت بودند از:

دردهای آنژینی 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 سوال مطرح شد، Cornell Medical Index Heath Questionnaire, (E.P.I.) Eysenck Personality inventory (C.M.I.)

E.P.I شامل ۵۷ سوال است که دو بعد شخصیت را اندازه Neuroticism-Stability می کرد.  
Introversion-extroversion

بنابر عقیده Eysenck 1959 بعد نوروز ثبوت هیجانات ثبوت را اندازه گیری می کند. "نوروز عبارت است از قدرت هیجانی شخص - حساسیت شدید او به هیجانات 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 غیرقابل کنترل انجام دادن شخص تا درجه شدید Introvert بودن که شامل کمترین فعالیت اجتماعی شخص است نشان می دهد.  
C.M.I شامل ۱۹۵ سوال در ۱۸ قسمت است و به

داشتند و یا آنها که علاوه بر دردهای آنژینی دردهای دیگر هم داشتند در حد بالا قرار داشت. همینطور اسکور کسانی که فقط دردهای آنژینی 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 بیمارانی که درد طرف چپ سینه داشتند یا در آنژینی 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 انذکس Rees Eysenck بسته آند و یک Nomogram بکار برده شد. (Hamilton 1950) سه طرفی که برای ضخامت پوست بکار برده شد طرف چپ زیر کتف - عضله سه سرچب 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 آنجام شد. در زمان مصاحبه نوع درد بیمار و اسکور روانی او برای مصاحبه کننده معلوم شود 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 N و MR در بیمارانی که درد طرف چپ سینه

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

#### اسکورها

تعداد بیماران	تقسیم بندی درد	E.P.I			C.M.I
		E	N		
درد آنژینی تنها	۲۸	۹۰۶(۲/۴)	۱۵/۷(۵/۸)	۸/۹(۳/۲)	
درد یا بادردهای دیگر	۹	۸(۴/۳۱)	۱۴/۳(۴/۶)	۱۰/۴(۸/۲)	
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(۱۴/۲)	
بدون درد	۳۸	۱۰/۹(۴/۱)	۷/۶(۴/۲)	۴/۳(۴/۵)	

تابلو II

مشخصات	اختلاف بین	مقایسه	اسکورها
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 آنژینی - 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	
آنژین با دردهای دیگر - بدون درد	۶/۱	P 0.05	

آنژینی بیمارتر از گروههای دیگر بودند چون برای آنها دارو از نظر نارسائی قلب و فشار خون تجویز می‌شد. این اشکال وجود دارد که بالا بودن اسکور N و M-R آنژینی نتیجه‌نوع شدت و مدت علائم درد می‌باشد. یک اشکال دیگر در گروه آنژینی این است که در آنها قبل از آنفارکتوس 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 آنژین یا مزومورفیسم باشد.

با یافته‌های Ostfeld 1964 نشان داده که اندیس‌های شخصیت در اشخاصی که بعداً آنژین در آنها بوجود آمده از اشخاصی که بیماری کروم در آنها بصورت آنفارکتوس ظاهر شده فرق می‌کند و مشاهده نموده که در مردانیکه آنژین در آنها ایجاد شده اسکورهای بالایی از نظر Suggestibility Emotional Liability داشته‌اند.

#### اشکالات تعییری

مشکلاتی که از تعییر یافته‌ها در گروههای آنژینی تنها بوجود بیاید لازم می‌سازد 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 کروم برحسب دردهای مختلف و اشخاص مختلف در نظر گرفت. از نظر علمی به مواردی برخورده‌ایم که دردهای طرف چپ سینه سایر دردهای بعداز آنفارکتوس توأم با علیلی بوده است و معمولاً وقتی بیماران از اینگونه دردهاشکایت می‌کنند اغلب افسرده هم هستند.

یافته‌ها نشان داده که بهتر است بیمارانی که خیلی نوروتیک هستند و از این دردها شکایت می‌کنند در اوایل دوره بهبودی تشخیص داده شوند و اگر پزشک زود متوجه شود از بروز این دردها تا حد زیادی می‌توان جلوگیری کرد و یا اقلایاً زودتر تشخیص داده شود.

#### خلاصه

۹۷ بیماری که آنفارکتوس میوکارد داشته‌اند برحسب نوع درد تقسیم بندی شدند:

بررسی‌های ما نشان داده است در بیمارانی که بعداز آنفارکتوس میوکارد در درطرف چپ سینه دارند و یا دردهای آنژینی همراه با دردهای دیگر داشته‌اند بالاترین اسکور را از نظر نوروتیسم نشان داده‌اند. اسکور آنها بهمان زیادی است که در بیماران نوروتیک دیده می‌شود و Eysenck & Eysenck 1964 پیدایش این اسکورهای زیاد در گروه با درد طرف چپ سینه مطابقت می‌کرد با یافته‌هایی که در ضمن مصاحبه در بیماران نوروتیک دیده می‌شد و همینطور مشاهده می‌شود که بیمارانی که با اینگونه دردها به پزشک مراجعه می‌کنند اغلب نوروتیک هستند در حقیقت در گروهی که دردهای طرف چپ سینه دارند و ساختمان بدنی آنها شبیه اشخاص نوروتیک است Parnell 1944 Ress 1944. این خصوصیات روانی در آنها قبل از ایجاد آنفارکتوس حاد داشته‌است. از خصوصیات و اشکال بدنی بیمارانی که دردهای آنژینی همراه با سایر دردها دارند بی اطلاعیم ولی اسکور خیلی بالای M-R-M نشان می‌دهد که آنها هم در هین طبقه‌بندی قرار می‌گیرند.

تعییر یافته‌ها در بیمارانی که تنها درد آنها درد آنژینی بوده است خیلی مشکل است. اسکور آنها از نظر نوروتیسم گرچه باندازه گروه‌ها دردهای طرف چپ سینه و دردهای آنژینی همراه با دردهای دیگر نیست ولی بالاتر از گروه بدون درد است. به حال آنها از نظر نوروتیسم خیلی با گروه بدون درد تفاوتی نداشتند و از نظر ساختمان بدنی هم بیشتر نسبت به قدشان چاق‌تر و سنگین‌تر بودند. چون اسکور M-R N در گروه یا سایر دردها گروه بدون درد متفاوت نبود این نشان می‌داد که داشتن درد سینه ملزم به بالارفتن این اسکورها نیست. — ۸

به حال بعضی یافته‌ها نشان می‌دهد که ممکن است این اسکورها برحسب مدت درد و تکرار درد تحت تأثیر قرار گیرند در گروه آنژینی صدری در آنهاستی که درد قبل از آنفارکتوس ایجاد شده بود اسکور M-R,N بیشتر از آنها می‌شود که درد بعداز آنفارکتوس بوجود آمده بود.

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

بیماران که مصاحبه روانی هم شده بودند اندازهگیری شد. بیمارانی که درد طرف چپ سینه و یا آنهائی که دردهای آنزینی توان با سایر دردهای داشتند اسکورشان از نظر نورتیسم خیلی بالا بود. آنهائی که درد طرف چپ سینه داشتند لاغر بودند.

گروه دردهای آنزینی، درد طرف چپ سینه، سایر دردها بدون درد خصوصیات شخصیتی در آنها توسط E.P.I. از نظر سوروتیسم extroversion و قسمت C.M.I. از M-R از نظر علائم نورتیک اندازهگیری شدند. ساختمان بدنی ۴۲ نفر از

### 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 addictive process in unusual addictions: A further elaboration of etiology. Am. J. Psychiat 125: 1166-1171, 1969.
17. Rawnsley, 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.