

بررسی نقش فاکتورهای روانی - اجتماعی در بیماری لیکن پلان دهانی

دکتر لیلا فرهاد ملاحاهی*، دکتر کبری لشکری پور**، دکتر محمد ایوب ریگی لادیز***

دکتر ماریه هنرمند*، حسین انصاری****

* استادیار گروه بیماریهای دهان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، دانشکده دندانپزشکی
** استادیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، دانشکده پزشکی
*** استادیار گروه پریدانتیکس، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، دانشکده دندانپزشکی
**** مربی گروه اپیدمیولوژی و آمار، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، دانشکده بهداشت

تاریخ دریافت مقاله: ۸۷/۸/۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۸/۴/۱۰

چکیده

زمینه و هدف: لیکن پلان یک بیماری مزمن پوستی مخاطی است که اغلب حفره دهان را درگیر می کند. اگرچه پاتوژنز و علت دقیق آن ناشناخته است، گزارشاتی مبنی بر ارتباط آن با بیماری های ایمونولوژیک و فاکتورهای روانشناختی وجود دارد. نقش فاکتورهای روانی - اجتماعی به خصوص افسردگی و اضطراب در پاتوژنز بیماری لیکن پلان دهانی مورد بحث است. این مطالعه با هدف بررسی ارتباط این فاکتورها با لیکن پلان دهانی صورت گرفته است.

مواد و روش کار: این مطالعه توصیفی تحلیلی، در بخش بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی زاهدان از خرداد ۸۶ تا خرداد ۸۷ انجام گرفت. تعداد ۱۶۰ نفر در ۳ گروه مبتلا به لیکن پلان دهانی، گروه کنترل مثبت (شکایات دهانی بدون ضایعه مخاطی) و گروه کنترل منفی (افراد طبیعی) با استفاده از پرسشنامه های اضطراب بک (BAI)، افسردگی بک (BDI) و وقایع استرس زای زندگی بررسی شدند. سپس اطلاعات به دست آمده با استفاده از آزمون کروسکال والیس و من ویتنی و نرم افزار SPSS15 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و $P < 0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: براساس آزمون من ویتنی بیماران مبتلا به لیکن پلان و گروه کنترل مثبت سطح اضطراب، استرس و افسردگی بالاتری نسبت به گروه کنترل منفی داشتند ($P < 0/05$). اما براساس این آزمون تفاوت معنی داری بین سطح استرس، اضطراب و افسردگی گروه لیکن پلان و کنترل مثبت وجود نداشت ($P > 0/05$).

نتیجه گیری: به نظر می رسد فاکتورهای روانشناختی در سبب شناسی لیکن پلان دهانی موثر باشد. این فاکتورها می توانند شروع کننده واکنش های خود ایمنی مختلفی باشند که در پاتوژنز لیکن پلان نقش دارند. (مجله طبیب شرق، دوره ۱۱، شماره ۳، پائیز ۱۳۸۸، ص ۵۵ تا

۶۲)

کلیدواژه ها: لیکن پلان، اضطراب، افسردگی، وقایع استرس زای زندگی

مقدمه

پوستی هم مشاهده می شود که به صورت پاپول های وزیکوله صاف با سطحی پوسته دار نمایان می شود، بر خلاف ضایعات دهانی، این ضایعات خود محدود بوده و بعد از یک سال یا کمتر بهبود می یابند.^(۱)

لیکن پلان دهانی یک بیماری التهابی مزمن پوستی مخاطی است^(۱) که اغلب حفره دهان را نیز درگیر می کند و اغلب در افراد ۷۰-۳۰ ساله و در خانمها ایجاد می شود. شیوع آن در جمعیت های مختلف بین ۰/۵ تا ۲/۳ درصد گزارش گردیده است.^(۲) در ۲۸ درصد بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی ضایعات

سیستم ایمنی می شود و مشخص شده که کنار آمدن با یک عامل استرس زا ممکن است اثرات زیان آور آن را کاهش دهد و استرس های خفیف مانند بازداشتن بیمار از انجام کارهایی که به آن تمایل دارد سطح پلاسمایی بعضی از سیتو کائین ها مانند IL-6 را افزایش می دهد.^(۵،۶)

بنابراین دور از انتظار نیست که نقش استرس به عنوان یک عامل مختل کننده عملکرد سیستم ایمنی در جهت تحریک تولید و آزاد سازی سیتوکائین ها و در نتیجه فعالیت تخریبی سلول های T سیتوتوکسیک مطرح شود. چرا که تجربیات بالینی محققان مختلف، در رابطه با ارتباط بین اختلالات روانی و ضایعات لیکن پلان موید این مطلب است که بیماران مبتلا به لیکن پلان در واقع به این شکل به فشارهای روانی پاسخ می دهند.^(۵،۶) روجو مورنو^(۷) و چادهاری^(۸) در تحقیقات خود به نقش استرس، اضطراب و افسردگی در ایجاد لیکن پلان دهانی تاکید کردند. در مقابل این تحقیقات که موید نقش مثبت استرس، اضطراب و افسردگی در ایجاد لیکن پلان بودند مطالعاتی نیز مثل مطالعه آلن^(۹) و تاناکان^(۲) تاثیر مشخص این عوامل را در ایجاد بیماری پیدا نکردند. ارتباط عوامل روانشناختی با بیماری های پوستی اثبات شده ولی نقش این عوامل در پاتوژنز لیکن پلان دهانی هنوز مورد سوال است.^(۸)

تداوم و تشدید ضایعات دهانی به دنبال حوادث استرس زای زندگی و بروز علائم بالینی شدیدتر در بیماران دارای اضطراب و استرس بیشتر^(۸) ما را بر آن داشت تا نقش فاکتورهای روانشناختی را در بیماری لیکن پلان دهانی مورد بررسی قرار دهیم.

روش کار

در این مطالعه توصیفی، تحلیلی ۸۰ نفر از مراجعین به بخش بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی زاهدان از خرداد ۸۶ تا خرداد ۸۷ و ۸۰ نفر از همراهان بیماران مذکور پس از معاینه بالینی و کسب رضایت وارد مطالعه گردیدند. شرکت کنندگان

ضایعات دهانی در هر ناحیه ای از مخاط دهان ممکن است ایجاد شود ولی مخاط باکال، سطح دورسال زبان و لثه شایع ترین نواحی ابتلا هستند. لیکن پلان معمولاً به صورت ضایعات متقارن و دو طرفه و با درگیری چند ناحیه ای در مخاط دهان دیده می شود.^(۳) این ضایعات از لحاظ تظاهر بالینی به انواع شبکه ای (رتیکولار)، پاپول، پلاک شکل، زخمی (اروزیو)، آتروفیک و تاوولی (بولوز) تقسیم می شود.^(۳،۴) سوزش دهان و درد معمولاً در انواع زخمی، آتروفیک و تاوولی دیده می شود.^(۴) بیماری ممکن است به صورت خطوط و یکپارچه، پاپول های سفید، پلاک سفید، اریتم و زخم و یا تاوول تظاهر یابد. نوع آتروفیک و اروزیو لیکن پلان که لثه را درگیر می کند سبب التهاب لثه و دسکومه شدن آن می شود.^(۱)

اگر چه اتیولوژی دقیق این بیماری مشخص نیست اما تغییر پاسخ ایمنی با واسطه سلولی نقش اصلی و اساسی را در پاتوژنز آن ایفا می کند.^(۳) از این رو هر عاملی که بتواند بر روی سیستم ایمنی اثر بگذارد می تواند در ایجاد بیماری نقش داشته باشد. در بین عوامل احتمالی موثر در ایجاد این بیماری، نقش اختلالات روانی به خصوص افسردگی و اضطراب در پاتوژنز بیماری مورد بحث است.^(۱) مطالعات به خوبی نشان داده اند که یک رابطه متقابل بین سیستم عصبی مرکزی و سیستم ایمنی وجود دارد و در نتیجه بروز استرس های مختلف، سیستم ایمنی و بیماریهای مرتبط با آن تحت تاثیر قرار می گیرد.^(۵) همچنین اثر استرس بر عملکرد سیستم ایمنی ممکن است مرتبط با وضعیت روانی میزبان باشد، به طوری که مشخص شده یافته ها و تغییرات سیستم ایمنی همراه با افسردگی ناهمگون و متغیر می باشد که عواملی چون تغذیه، خواب، همراهی افسردگی با اختلالات اضطرابی، مصرف الکل و سیگار، عوامل استرس زای مزمن زندگی و استرس های تحت حاد ناشی از بستری شدن در بروز این ناهمگونی نقش دارند.^(۶)

کنار آمدن با استرس باعث تغییر در نوع اثر استرس بر روی

از نظر سن، جنس و تحصیلات همگن شده و درسه گروه مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه مبتلا به لیکن پلان (۴۰ نفر): بیمارانی که تشخیص بالینی و هستیوپاتولوژیک ضایعه دهانی آنها لیکن پلان اروزیو بود و هیچ سابقه ای از مصرف داروهای روانپزشکی و بیماریهای اعصاب و روان نداشتند.

گروه کنترل مثبت (۴۰ نفر): بیماران مبتلا به سندرم سوزش دهان، دردهای آتپیک صورت و سندرم درد ناشی از اختلال عملکرد عضلات صورت که هیچ سابقه ای از مصرف داروهای روانپزشکی و بیماریهای اعصاب و روان نداشتند.

گروه کنترل منفی (۸۰ نفر): افراد سالمی که هیچ ضایعه و شکایت دهانی نداشتند و از میان همراهان بیماران انتخاب می شدند.

سپس پرسشنامه های مشخصات دموگرافیک، وقایع استرس آمیز زندگی، اضطراب و افسردگی بک در اختیار بیماران قرار داده شد و با راهنمایی مجری طرح تکمیل گردید.

پرسش نامه افسردگی بک در ایران توسط ابراهیم اخوت استاندارد شده و به عنوان یک آزمون غیر وابسته به فرهنگ به طور وسیعی برای سنجش افسردگی در اقشار مختلف اجتماعی قابل اجرا می باشد. در یک تحلیل سطح بالا از مطالعات مختلف برای تعیین همسانی درونی، ضرایب ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ به دست آمده است. این آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه های مختلف تشکیل می شود و هنگام اجرا از آزمودنی خواسته می شود شدت این نشانه ها را بر اساس یک مقیاس ۴ درجه ای از ۰-۳ درجه بندی کند. پرسش ها با زمینه های احساس ناتوانی، شکست، احساس گناه، تحریک پذیری، آشفتگی خواب و از دست دادن اشتها ارتباط دارد. این آزمون از نوع خودسنجی است و برای تکمیل آن ۱۰-۵ دقیقه زمان لازم است. در این پژوهش با توجه به دستورالعمل زیر نمره گذاری انجام شد:

۱۴- ۰ به عنوان افراد طبیعی

۱۵-۳۱ افراد با افسردگی خفیف

۴۷-۳۲ افراد با افسردگی متوسط

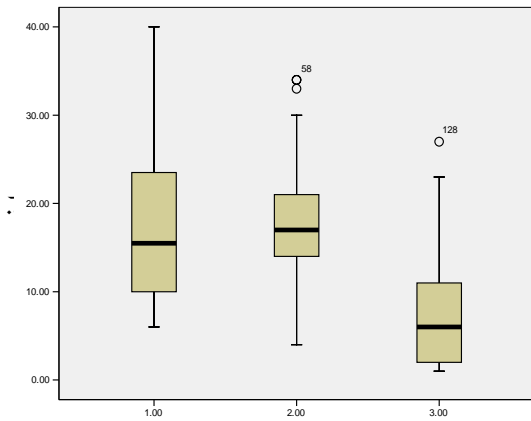
۶۳-۴۸ افراد با افسردگی شدید^(۱۰)

پرسشنامه وقایع زندگی (stress Life events questionnaire) شامل ۵۶ جزء توسط پیکل تنظیم شد و توسط مهاجر و همکارانش بر اساس شیوع بیشترین استرس ها در ایران اصلاح شد. بیشترین استرس ها در طی بررسی در ایران با محسوب کردن امتیاز بر حسب شدت تاثیر گذاری عبارتند از مرگ فرزند، جدایی همسر، زندانی شدن، مرگ یکی از اعضاء فامیل، ازدواج، حاملگی، خریدن منزل. بیماران در این پرسشنامه وقایع یک ماه اخیر را همراه با درج نمره شدت (صفر تا ۲۰) مشخص نمودند.^(۱۱،۱۲) این پرسشنامه میانگین استرس تحمل شده در ماه اخیر را نشان می دهد.

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS15 و آزمون آنالیز من ویتنی و کروسکال والیس انجام شد و $P < 0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

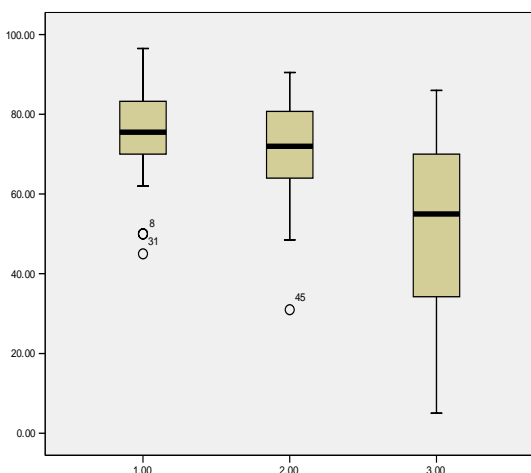
یافته ها

تعداد ۱۶۰ نفر در این مطالعه شرکت کرده و پرسشنامه ها را تکمیل نمودند که از این تعداد، ۴۰ نفر در گروه بیمار (۲۴ زن و ۱۶ مرد) با میانگین سنی ۴۳/۵ سال، ۴۰ نفر در گروه کنترل مثبت (۲۴ زن و ۱۶ مرد) با میانگین سنی ۴۰/۷ سال و ۸۰ نفر در گروه کنترل منفی (۴۱ زن و ۳۹ مرد) با میانگین سنی ۴۲/۵ سال قرار داشتند. میانگین نمرات اضطراب، افسردگی و میزان استرس ناشی از وقایع زندگی در ماه اخیر در سه گروه مورد مطالعه نشان داد که میزان اضطراب، افسردگی و استرس ناشی از وقایع زندگی در دو گروه مبتلایان به لیکن پلان و کنترل مثبت (گروه با شکایات دهانی بدون ضایعه مخاطی) نسبت به گروه کنترل منفی بالاتر می باشد. براساس نتایج به دست آمده از پرسشنامه اضطراب بک مشاهده شد که سطح اضطراب در گروه مبتلایان به لیکن پلان بالاتر از سطح اضطراب در گروه کنترل منفی و



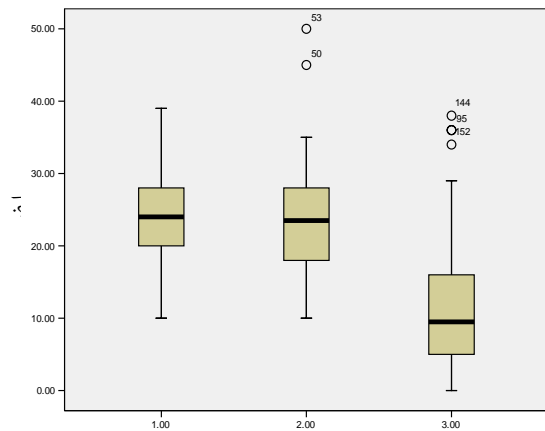
نمودار ۲ - مقایسه سطح افسردگی در ۳ گروه بیمار، کنترل مثبت و گروه کنترل منفی (ساله)

براساس نتایج به دست آمده از پرسشنامه وقایع استرس آمیز زندگی مشاهده شد که میزان استرس ناشی از وقایع ماه اخیر در گروه مبتلایان به لیکن پلان از میزان استرس ناشی از وقایع ماه اخیر در گروه کنترل منفی بالاتر بوده و با میزان استرس ناشی از وقایع ماه اخیر در گروه کنترل مثبت تقریباً برابر می باشد. پرسشنامه وقایع استرس زای زندگی نشان داد که در سه گروه مورد مطالعه میزان استرس در گروه بیمار در بالاترین حد و میزان استرس در گروه کنترل منفی در پایین ترین حد می باشد (نمودار ۳).



نمودار ۳ - مقایسه میزان استرس ناشی از وقایع زندگی در ۳ گروه بیمار، کنترل مثبت و گروه کنترل منفی (ساله)

تقریباً مساوی با سطح اضطراب گروه کنترل مثبت می باشد (نمودار ۱).



نمودار ۱ - مقایسه سطح اضطراب در ۳ گروه بیمار، کنترل مثبت و گروه کنترل منفی (ساله)

طبق آزمون کروسکال والیس تفاوت معنی داری بین سطح اضطراب سه گروه مطالعه وجود داشت ($P < 0.05$). براساس نتایج حاصل از آنالیز من ویتنی تفاوت معنی داری بین سطح اضطراب گروه کنترل مثبت و منفی ($P < 0.05$) و همچنین بین گروه مبتلا به لیکن پلان و کنترل منفی یافت شد ($P < 0.05$). اما تفاوت معنی داری بین سطح اضطراب گروه مبتلا به لیکن پلان و گروه کنترل مثبت مشاهده نشد ($P > 0.05$). لازم به ذکر است که در استفاده از آزمون من ویتنی مقدار α تقسیم بر تعداد مقایسه ها شده است. برطبق آزمون کروسکال والیس تفاوت معنی داری بین میزان افسردگی سه گروه مطالعه وجود داشت ($P < 0.05$). براساس نتایج حاصل از آنالیز من ویتنی تفاوت معنی داری بین میزان افسردگی گروه کنترل مثبت و منفی ($P < 0.05$) و همچنین گروه مبتلا به لیکن پلان و گروه کنترل منفی یافت شد ($P < 0.05$). اما تفاوت معنی داری بین سطح افسردگی گروه مبتلا به لیکن پلان و کنترل مثبت مشاهده نشد ($P > 0.05$). براساس نتایج به دست آمده از پرسشنامه افسردگی بک مشاهده شد که سطح افسردگی در گروه مبتلایان به لیکن پلان بالاتر از سطح افسردگی در گروه کنترل منفی می باشد (نمودار ۲).

در شروع لیکن پلان دهانی در ۵۱ درصد بیماران نشان دادند.^(۱۴) چپایی و همکاران^(۱۵) در بیش از ۵۰ درصد بیماران لیکن پلان دهانی سطح بالایی از استرس را قبل از شروع و تشدید ضایعات نشان دادند که این یافته ها با نتایج مطالعه ما هماهنگ بود. تفاوت سطح اضطراب گروه لیکن پلان دهانی و کنترل مثبت معنی دار نبود ولی تفاوت معنی داری بین گروه کنترل مثبت و گروه لیکن پلان دهانی با گروه کنترل منفی مشاهده شد. میانگین نمره افسردگی در بیماران لیکن پلان دهانی از دو گروه کنترل بالاتر بود و تفاوت آماری معنی داری بین گروه لیکن پلان و گروه کنترل منفی وجود داشت.

نکته قابل توجه دیگر در این مطالعه بالا بودن سطح استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران گروه کنترل مثبت (بیماران سندرم سوزش دهان، درد آتیبیک صورت و سندرم درد اختلال عملکرد عضلات صورت) نسبت به گروه کنترل منفی (افراد سالم) بود که نمایانگر ارتباط این بیماری ها با عوامل روانشناختی می باشد. در همین راستا سوتوآرایا در سال ۲۰۰۴ در مطالعه ای مشخص کرد که میزان افسردگی در بیمارانی که از سندرم سوزش دهان رنج می‌برند نیز بالاتر از افراد سالم است.^(۱۶)

در مطالعه چادهاری نیز بیماران مبتلا به سندرم سوزش دهان (BMS)، سندرم درد اختلال عملکرد عضلات صورت (MPDS) و درد آتیبیک صورت (AFP) سطح اضطراب، استرس و افسردگی بالاتری نسبت به افراد سالم داشتند.^(۸) در مطالعه دلیر ثانی و همکاران نیز وقوع همزمان بیماری لیکن پلان دهانی با این بیماریها، نشان داده شده است.^(۶)

مطالعات مختلف به خوبی نشان داده‌اند که یک رابطه متقابل بین سیستم عصبی مرکزی و سیستم ایمنی وجود دارد و در نتیجه بروز استرس های مختلف، سیستم ایمنی و بیماری های مرتبط با آن تحت تأثیر قرار می گیرد. بنابراین دور از انتظار نیست که در مجموع نقش استرس را به عنوان یکی از عوامل در مختل کننده عملکرد سیستم ایمنی مطرح نماییم. چرا که تجربیات بالینی

بر اساس آزمون کروسکال والیس تفاوت معنی داری بین میزان استرس سه گروه مطالعه مشاهده گردید ($P < 0/05$) بر اساس نتایج حاصل از آزمون من ویتنی تفاوت معنی داری بین میزان استرس ناشی از وقایع زندگی در گروه کنترل مثبت با گروه کنترل منفی ($P < 0/05$) و همچنین بین گروه مبتلا به لیکن پلان با گروه کنترل منفی مشاهده گردید ($P < 0/05$). اما تفاوت معنی داری بین میزان استرس گروه مبتلا به لیکن پلان و کنترل مثبت مشاهده نشد ($P > 0/05$).

بحث

نتایج این تحقیق، سطح بالای استرس، اضطراب و افسردگی را در بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی نشان داد که می تواند موید نقش موثر این اختلالات در بروز بیماری لیکن پلان باشد. مک کارتن با استفاده از پرسشنامه هامیلتون سطح بالای اضطراب را در ۵۰ درصد بیماران مبتلا به لیکن پلان نشان داده است.^(۱۳) روجو مورنو و همکاران در مطالعه ای بر روی ۱۰۰ بیمار مبتلا به لیکن پلان دهانی با استفاده از تستهای مختلف سایکومتریک سطح بالای اضطراب و افسردگی را در این بیماران نسبت به گروه کنترل نشان دادند.^(۷)

چادهاری نیز در مطالعه اش با استفاده پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) و ایندکس اضطراب و افسردگی بیمارستان سطح بالاتری از استرس، اضطراب و افسردگی را در بیماران لیکن پلان دهانی در مقایسه با گروه کنترل نشان داد.^(۸) اما آلن و همکاران تفاوت معنی داری را از نظر میزان اضطراب بین بیماران لیکن پلان دهانی و گروه کنترل مشاهده نکردند.^(۹)

همین طور تاناکان نیز هیچ ارتباطی بین بیماری لیکن پلان دهانی و افسردگی و دیگر اختلالات روانپزشکی مشاهده نکرد.^(۲) در مطالعه حاضر تفاوت آماری معنی داری از نظر میزان استرس ناشی از وقایع زندگی بین گروه کنترل مثبت و گروه مبتلا به لیکن پلان دهانی با گروه کنترل منفی (افراد سالم) مشاهده شد. بورخارت و همکاران نیز نقش حوادث استرس زا را

عوامل می تواند نقطه شروع واکنش های اتو ایمنی مختلفی باشد که نقش آنها در پاتوژنز بیماری لیکن پلان مشخص شده است.

سیاسگزارى

در پایان از زحمات خانم دکتر مریم فروزان مهر که در مراحل مختلف این تحقیق ما را یاری نمودند تشکر می نمایم.

محققان مختلف در یافتن ارتباط بین اختلالات روانی و ضایعات لیکن پلان موید این مطلب است که بیماران مبتلا به لیکن پلان در واقع به این شکل به فشارهای روانی (استرس) پاسخ می دهند.^(۶)

نتایج این مطالعه بیانگر نقش موثر فاکتورهای روانشناختی در سبب شناسی بیماری لیکن پلان دهان است و می توان گفت که سطح بالای اضطراب، استرس و افسردگی در این افراد این

References

1. Martin S, Greenberg M. Burket's oral medicine. 10th ed. Spain: BC Decker Inc; 2003:107.
2. Thanakun S, Musikasukont P. Psychological profile in a group of Thai patient with oral lichen planus. J Mahidol Dent. 2006; 26:219-26.
3. Sumairi B, Satish KS, Kumar RB. Oral lichen planus and lichenoid reactions: etiopathogenesis, diagnosis, management and malignant transformation. J Oral Sci. 2007; 49(2):89-106.
4. Seoane S, Romero M. Oral lichen planus: A clinical and morphometric study of oral lesions in relation to clinical presentation. J Braz Dent. 2004; 15(1):9-12.
5. Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia: Williams and Wikins CO; 2005:137-61 & 2169-2180.
6. Dalirsani Z, Delavariyan Z, Javadzadeh A, et al. [Frequency of psychiatric disorders in patients with oral lichen planus referred to oral medicine department of Mashhad dental school] Persian. J Mashhad Dent Sch. 2008; 31(4):279-84.
7. Rojo-Moreno JL, Bagan JV, Rojo-Moreno J, et al. Psychological factors and oral lichen planus: psychometric evaluation of 100 cases. Oral Surg Oral Med Pathol Oral Radiol Endod. 1998; 86: 687-91.
8. Chaudhary S. Psychological stressors in oral lichen planus. J Australian Dent. 2004; 49 (4): 192-195
9. Allen CM, Beck FM, Rossie KM, et al. Relation of stress and anxiety to oral lichen planus. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1986; 63:429- 32.
10. Groth Marnat G. [Handbook of psychological assessment] Persian. 4th ed. Tehran: Roshed; 1997:1373-74.

11. Malakooti K, Bakhshani NM, Babae GH, et al. [Rating of stressful events and their relationship with mental disorders in zahedan general population] Persian. Iran J Psych Clinic Psych (Andeesheh-Va Raftar).1997;11(3):17-27.
12. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of psychiatry: behavioral sciences/ clinical psychiatry.9th ed. Lippincott Williams and Wilkins; 2003: 822-26.
13. McCartan BE. Psychological factor associated with oral lichen planus. J Pathol Med. 1995; 24:273-5.
14. Burkhart NW, Burker EJ, Wolf L .Assessing the characteristic of patients with oral lichen planus. J AM Dent Assoc. 1996;127(5):648- 656.
15. Chiappelli F, Cajulis OS. Psychobiologic views on stress-related oral ulcers. Quintessence Int. 2004; 35(3):223-7.
16. Soto-Araya, Rojas-Alcayaga G, Esguep A .Association between psychological disorders and the presence of oral lichen planus, burning mouth syndrome and recurrent aphthous stomatitis. Med Oral. 2004; 9: 1-7.

Archive of SID

The Evaluation of Psychosocial Factors Associated with Oral Lichen Planus

Farhad Mollashahi Leila, MD*; Lashkaripour Kobra, MD**; Rigi Ladiz Mohammad Ayoub, MD***;
Honarmand Marie, MD*; Ansari Hossein, MSc****

Received: 27/Oct /2008

Accepted: 1/Jul /2009

Background: Lichen planus is a chronic mucocutaneous disease that often affects the oral mucosa. However, the exact etiology and pathogenesis remain unclear, there are reports about the association between Oral Lichen Plans (OLP) and immunological disorders and psychological factors. The role of psychosocial factors especially depression and anxiety in oral lichen planus is debated. This study was done to determine the association of these factors in oral lichen planus.

Materials and Methods: This descriptive study was done in department of oral medicine of Zahedan University of Dentistry from May 2007 to May 2008. One hundred and sixty patients were evaluated in three groups of OLP, negative control and positive control using Beck Anxiety (BAI), Beck Depression (BDI) and Stress Life Event Questionnaires. Data were analyzed using Kruskal Wallis and Mann-Whitney tests. P value < 0.05 was considered statistically significant.

Results: Mann-Whitney showed that oral lichen planus patients and positive controls had significantly higher stress, anxiety and depression levels than the negative controls ($P < 0.05$). However, no statistically significant difference was found in stress, anxiety and depression level between the oral lichen planus and positive control population ($P > 0.05$).

Conclusions: It seems that psychosocial factors may have role in the causation of oral lichen planus. These factors may form a starting point for initiation of various autoimmune reactions, which have been shown to be contributory to the pathogenesis of oral lichen planus.

KEY WORDS: Oral Lichen Planus (OLP), Depression, Anxiety, Stressfull Life events

*Assistant Prof, Dept of Oral Medicine, Faculty of Dentistry, Zahedan University of Medical Sciences and Health Services, Zahedan, Iran.

** Assistant Prof, Dept of Psychiatry and Psychology, Faculty of Medicine, Zahedan University of Medical Sciences and Health Services, Zahedan, Iran.

*** Assistant Prof, Dept of Periodontics, Faculty of Dentistry, Zahedan University of Medical Sciences and Health Services, Zahedan, Iran.

**** Instructor, Dept of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Health, Zahedan University of Medical Sciences and Health Services, Zahedan, Iran