

بررسی همبستگی بین اضطراب، افسردگی و صفات شخصیتی با زیر گروه‌های ایمنی شناختی (پادتن‌های مرکزی و محیطی ضد سیتوپلاسم نوتروفیل) در کولیت اولسرو

حافظ فاخری^۱، مهران ضرغامی^۲، محسن شهسواری^۳، زهره باری^۴، جمشید یزدانی^۵

^۱ دانشیار، بیمارستان امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

^۲ استاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

^۳ روانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

^۴ متخصص داخلی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

^۵ استاد یار، مرکز آمار پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

چکیده

زمینه و هدف:

مطالعات بسیاری به بررسی تاثیر عوامل روانشناختی بر روی بیماری کولیت اولسرو پرداخته‌اند. اما مطالعاتی که به بررسی رابطه بین زیرگروه‌های ایمنی شناختی کولیت اولسرو و ویژگی‌های شخصیتی پرداخته‌اند بسیار اندک هستند. بر همین اساس ما مطالعه‌ای به منظور تعیین ارتباط بین دو نشانگر پادتن محیطی ضدسیتوپلاسم نوتروفیل (p-ANCA) و پادتن مرکزی ضد سیتوپلاسم نوتروفیل (c-ANCA) با افسردگی، اضطراب و صفات شخصیتی طراحی کردیم.

روش بررسی:

در ۱۰۸ بیمار سرپایی مبتلا به بیماری کولیت اولسرو ارتباط بین اضطراب و افسردگی و صفات شخصیتی با زیر گروه‌های ایمنی شناختی p-ANCA و c-ANCA ارزیابی شد.

c-ANCA و p-ANCA به روش الیزا^۱ و ایمونوفلورسنس و شدت بیماری نیز بر اساس معیارهای ترولو^۲ تعیین شد. علائم اضطراب و افسردگی و صفات شخصیتی به ترتیب با استفاده از پرسشنامه افسردگی مربوط به مرکز مطالعات همه گیرشناختی افسردگی (CES-D) و اضطراب - افسردگی بیمارستانی (HAD) و پرسشنامه بازبینی شده شخصیت آیزنک (EPQ-R) بررسی شد. در نهایت همبستگی پیرسون بین فعالیت بیماری و علائم افسردگی و اضطراب و صفات شخصیت محاسبه شد.

یافته‌ها:

بر اساس نتایج حاصل از مطالعه ۸۱/۵٪ از بیماران از اضطراب، ۴۳/۵٪ از افسردگی و ۷۵٪ از شخصیت درونگرا رنج می‌بردند. همه بیماران p-ANCA منفی بودند. ۱۶ بیمار c-ANCA مثبت و ۹۲ نفر c-ANCA منفی بودند. در گروه c-ANCA منفی اضطراب به طور معنی داری شایع تر بود ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری:

بر اساس نتایج ما تنها منفی بودن c-ANCA با اضطراب در ارتباط بود. با این وجود شیوع بالای اضطراب، افسردگی و شخصیت درونگرا در این بیماران و تاثیر آنها بر سیر بالینی بیماری بیانگر نیاز به مداخله روانپزشکی زودرس در این بیماران می‌باشد.

کلید واژه: کولیت اولسرو، پادتن ضد سیتوپلاسم نوتروفیل، اضطراب، افسردگی، صفات شخصیتی

گوارش / دوره ۱۶، شماره ۲ / تابستان ۱۳۹۰ / ۹۱-۹۷

1. Perinuclear anti-neutrophil cytoplasmic antibodies
2. Core anti-neutrophil cytoplasmic antibodies
3. Enzyme - linked immunosorbent assay
4. Truelove

نویسنده مسئول:

بیمارستان امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تلفن: ۰۱۵۱-۲۲۰۲۱۸۵

نمابر: ۰۱۵۱-۲۲۶۳۷۵۴

پست الکترونیک: fakher42@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۰/۴/۲۵

تاریخ اصلاح نهایی: ۹۰/۵/۲۸

تاریخ پذیرش: ۹۰/۵/۳۰

زمینه و هدف:

کولیت اولسرو نوعی بیماری مزمن و التهابی روده بزرگ است. سیر بالینی این بیماری به طور کامل قابل پیش بینی نیست، لیکن افزایش التهاب به علت استرس مزمن امری ثابت شده است. (۱)، بنابراین از علل محیطی موثر در سیر این بیماری می‌توان به عوامل روانی اشاره کرد که به خصوص ممکن است بر دوره بیماری نقش داشته باشند. (۲ و ۳)، نشان داده شده است که عوامل روانی و

انجام مطالعه یک کلینیک مربوط به اختلالات دستگاه گوارش در شهرساری بود. بیماران به صورت تلفنی جهت مطالعه دعوت شدند و اهداف مطالعه به طرز شفاف برای ایشان تشریح شد. هر بیمار ۲ بار ملاقات شد؛ یک بار توسط متخصص گوارش جهت بررسی وضعیت بیماری گوارشی یک بار نیز برای تکمیل پرسشنامه های دموگرافیک، اضطراب، افسردگی و شخصیت. پرسشنامه های مذکور پس از توضیحات کافی در اختیار بیماران قرار گرفتند. پرسشنامه ها بدون نام و بیماران پس از کسب آگاهی از اهداف و محتوای تحقیق در صورت تمایل و با امضای رضایت نامه در این مطالعه شرکت کردند. پرسشنامه ها در حضور دستیار روانپزشکی توسط بیماران تکمیل شدند. اطلاعات فردی حاصل از پرسشنامه ها پس از تکمیل نیز کاملاً محرمانه باقی ماند.

جهت تعیین شدت بیماری کولیت اولسرو از معیارهای ترولو استفاده شد و بر این اساس شدت بیماری به سه گروه خفیف، متوسط و شدید تقسیم شد. (۱۳)، گروهی از بیماران که بیماری آنها با دارو در رمیشن بود بیماران کنترل شده در نظر گرفته شدند.

چهار پرسشنامه نیز توسط بیماران تکمیل شد، شامل: (۱) پرسشنامه دموگرافیک شامل متغیرهای سن، جنس، محل زندگی، میزان تحصیلات (۲) پرسشنامه HAD² که در این پرسشنامه بیماران به ۱۴ سوال پاسخ بله یا خیر دادند. (۱۴)، در این روش نمره برابر یا بالاتر از ۸ به عنوان اضطراب تلقی شد (۳) پرسشنامه CES-D³ که در آن نمره مساوی یا بالاتر از ۱۶ به عنوان افسردگی تلقی شده است. (۱۵)، در این پرسشنامه بیماران به ۲۰ سوال پاسخ دادند (۴) صفات شخصیتی بیماران با استفاده از پرسشنامه بازبینی شده آیزنک⁴ تعیین شد. (۱۶)، در این پرسشنامه بیماران به ۱۰۶ سوال پاسخ‌های بله یا خیر جواب دادند. در این پرسشنامه ۶ مقیاس یا سیمای صفات شخصیتی سنجیده شد. بر حسب پاسخ آزمودنی برای هر کدام از سیمای شخصیتی نمره ای بدست آمد که نشانگر نیمرخ سیمای صفت شخصیتی آن فرد است.

- ۱) ویژگی درون گرایی - برون گرایی: نمره بالا به مفهوم برون گرایی و نمره پایین به مفهوم درون گرایی است.
- ۲) ویژگی روان پریشی گرایی: نمره بالا معرف خود رای بودن، به دیگران توجه نکردن، یا هر جمعی سازگار نبودن، بی توجهی به خطر و خشن بودن و فاقد احساس همدلی بودن است. نمره پایین به مفهوم همدلی و اجتماعی بودن، حساس بودن و اهمیت دادن به دیگران می باشد.
- ۳) ویژگی روان نژندی گرایی: نمره بالا به مفهوم استعداد ابتلا به غم و افسردگی، خلق درنوسان، نگرانی و اضطراب می باشد. نمره پایین به مفهوم خلق ثابت، غیر نگران و آرام بودن و احساس کنترل بر رفتار خود داشتن است.
- ۴) ویژگی اعتیاد گرایی: نمره بالا معرف گرایش به رفتارهای اعتیادی می باشد.
- ۵) ویژگی جرم گرایی: نمره بالا معرف تمایل به انجام اعمال نابهنجار و خلاف

اجتماعی می توانند در تشدید بالینی علایم نقش داشته باشند. حوادث مهم زندگی مانند بیماری یا مرگ در خانواده، طلاق، جدایی، تعارض های بین فردی یا سایر فقدان های مهم با افزایش علایم این بیماری همراه هستند. حتی استرس حاد روزانه نیز می تواند علایم روده ای را تشدید کند. (۴) از عوامل روانی موثر در سبب شناسی، می توان به افسردگی و اضطراب اشاره کرد. اگرچه احتمالاً اختلال افسردگی در افرادی که به کولیت اولسرو مبتلا هستند شایع تر از افراد سالم نیست (۵ و ۶)، اما علایم افسردگی گزارش شده توسط بیماران در زمان فعالیت بیماری بیشتر است. (۷)، شواهدی هم وجود دارد که علایم افسردگی ممکن است پیش از عود فعالیت بیماری التهابی روده دیده شوند. (۵)، هم چنین کولیت اولسرو در شخصیت های خاصی از قبیل شخصیت های درون گرا¹ شایع تر است. (۸)، شواهد ناسازگاری هم در خصوص ارتباط عوامل روان شناختی با عود بیماری وجود دارند که برخی مطالعات از این نظریه حمایت و برخی آن را رد کرده اند. (۹-۱۱)، یک توضیح قابل قبول در خصوص این تناقض ها، تفاوت افراد مختلف در حساسیت به استرس می باشد. (۲ و ۵)، از طرف دیگر کولیت اولسرو سبب شناسی واحدی ندارد و این امر نیز ممکن است تبیین کننده این باشد که چرا برخی از بیماران تحت تاثیر عوامل روان شناختی هستند و برخی نیستند. (۱۲)

اما با وجود مطرح بودن ارتباط بین شخصیت و بیماری، مطالعاتی که به بررسی رابطه بین زیرگروه های ایمنی شناختی کولیت اولسرو و ویژگی های شخصیت پرداخته اند نیز اندک هستند. (۱۲)، هنوز هیچ نشانگر بیولوژیکی به طور قطع با افزایش خطر اختلالات روانی در مبتلایان به کولیت اولسرو شناخته نشده است. اگر بین التهاب روده و عوامل روان شناختی در گروهی از مبتلایان به کولیت اولسرو رابطه مهمی وجود داشته باشد، در این صورت نشانگرهای زیست شناختی آن گروه از مبتلایان به کولیت اولسرو در مراقبت از بیماران و امور پژوهشی نقش مهمی خواهند داشت. به عنوان مثال می توان تعیین کرد که کدام گروه از بیماران بر اساس نشانگرهای زیست شناختی نیاز بیشتری به مداخلات روان شناختی دارند تا مدت طولانی تری فروکش کنند. (۲)

تنها مطالعه ای که طی سالهای اخیر در خصوص زیرگروه های سایکوبیولوژیک کولیت اولسرو و ارتباط آن با ANCA صورت گرفته است نتیجه گیری کرده که ارتباطی متوسط تا قوی بین فعالیت بیماری کولیت اولسرو و اختلالات سایکولوژیک در بیماران p-ANCA منفی وجود دارد. (۱۲)، لیکن با توجه به این که در مطالعه ای که پیش تر از ایران منتشر شده ۵۸٪ از مبتلایان به کولیت اولسرو ANCA مثبت بوده اند، که ۷۰٪ آن از نوع c-ANCA بوده است، از این رو در طراحی این مطالعه که به منظور تعیین ارتباط بین زیر گروه های روان شناختی کولیت اولسرو با ANCA صورت گرفته علاوه بر p-ANCA، پادتن مرکزی ضد سیتوپلاسم نوتروفیل (c-ANCA) نیز مورد مطالعه قرار گرفته است.

روش بررسی:

تعداد ۱۴۰ بیمار وارد مطالعه شدند. نوع مطالعه همگروهی تاریخی و محل
1. Introvert

2. Hospital Anxiety Depression
3. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale7
4. Revised Eysenck Personality Questionnaire

جدول ۱: ارتباط بین فعالیت کولیت اولسرو با افسردگی و یا اضطراب

فعالیت کولیت اولسرو	(%) تعداد	افسردگی* (%) تعداد	اضطراب* (%) تعداد
بیماری فعال	۷۶ (۷۰/۳)	۳۶ (۴۷/۴)	۶۴ (۸۴)
- خفیف	۴۶ (۴۲/۶)	۱۹ (۴۱/۳)	۳۶ (۷۸)
- متوسط	۱۲ (۱۱)	۶ (۵۰)	۱۱ (۹۱)
- شدید	۱۸ (۱۶/۶)	۱۱ (۶۱)	۱۷ (۹۴)
بیماری کنترل شده	۳۲ (۳۰)	۱۱ (۳۴)	۲۴ (۷۵)

*p-value معنی دار نیست

از لحاظ عامل ایمنی شناختی c-ANCA به روش الیزا، در ۸۶ بیمار منفی، در ۱۶ بیمار مثبت و در ۶ بیمار بینابین بود. صحت تمامی موارد مثبت و یا مبهم مجدداً توسط روش ایمونوفلورسانس غیر مستقیم بررسی شد که بر اساس آن تمامی مواردی که توسط روش الیزا مثبت گزارش شده بودند با روش ایمونوفلورسانس غیر مستقیم نیز مثبت گزارش شدند و نتایج مربوط به ۶ بیماری که نتیجه آزمایش بینابین داشتند منفی گزارش شد. بدین ترتیب ۱۶ (۱۴/۸) بیمار c-ANCA مثبت و ۹۲ (۸۵/۲) بیمار c-ANCA منفی بودند اما p-ANCA در تمامی بیماران منفی بود.

بر اساس نتایج حاصل از بررسی پرسشنامه ها، ۸۸ نفر (۸۱/۵) دچار اضطراب و ۴۷ نفر (۴۳/۴) دچار افسردگی بودند.

جدول ۱ به بررسی ارتباط فعالیت یا خاموشی کولیت اولسرو بر مبنای معیارهای ترولو با افسردگی و یا اضطراب اشاره دارد. رابطه معنی داری بین اضطراب و کنترل بیماری دیده نشد ($p\text{-Value} > 0/12$) اما نسبت بخت ها برای عدم کنترل بیماری در افرادی که دارای اضطراب بودند نسبت به افرادی که دارای اضطراب نبودند دارای میانگین ۲/۱۸ و فاصله اطمینان ۹۵٪ (۵/۹، ۰/۸) بود. این فاصله اطمینان بالا اما غیر معنی دار است. به علاوه رابطه معنی داری بین افسردگی و کنترل بیماری دیده نشد ($p\text{-Value} > 0/11$) اما نسبت بخت ها برای عدم کنترل بیماری در افرادی که دارای افسردگی بودند نسبت به افرادی که دارای افسردگی نبودند دارای میانگین ۱/۹۸ و فاصله اطمینان ۹۵٪ (۴/۳۳، ۰/۸۵) بود. این فاصله اطمینان نیز بالا اما غیر معنی دار است.

جدول ۲ به بررسی ارتباط اضطراب و افسردگی در مبتلایان به کولیت اولسرو با c-ANCA پرداخته است که این ارتباط معنی دار نیست.

جدول ۳ به بررسی ارتباط بین فعالیت کولیت اولسرو و دیسترس سایکولوژیک در افراد c-ANCA منفی و c-ANCA مثبت پرداخته است که این ارتباط معنی دار نیست.

در مبتلایان به کولیت اولسرو متعلق به گروه c-ANCA منفی ۷۱ نفر از بیماران دچار اضطراب بودند و ۱۵ نفر دچار اضطراب نبودند. این بدان معناست که در مبتلایان به کولیت اولسرو اگر c-ANCA منفی باشد میزان اضطراب شایع تر است ($p < 0/001$).

در مبتلایان به کولیت اولسرو متعلق به گروه c-ANCA منفی ۳۸ نفر از

قانون می باشد. (۶) ویژگی تحریف گرایی: نمره پایین به این مفهوم است که آزمودنی آزمون را صادقانه پاسخ داده است.

در مورد مطابقت متن اصلی با ترجمه این پرسشنامه ها نظر اساتید گروه روان پزشکی و مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی مازندران اخذ شد، و روایی پرسشنامه مذکور مطلوب گزارش شد. تفسیر این پرسشنامه ها توسط روان شناس آموزش دیده انجام شد.

ANCA به روشی که قبلاً توصیف شده بررسی شد. (۱۲ و ۱۷ و ۱۸)، وجود p-ANCA و c-ANCA به روش الیزا با استفاده از کیت های AEFUCO ساخت آلمان بررسی شد. در تفسیر نتایج بدست آمده برای p-ANCA و c-ANCA مقادیر کمتر از ۱۲ ml/U طبیعی، بیشتر از ۱۸ ml/U مثبت و مقادیر ۱۲-۱۸ ml/U بینابین در نظر گرفته شد. جهت تایید نتایج مثبت و بینابینی از روش ایمونوفلورسانس غیر مستقیم استفاده شد.

نهایتاً به منظور تعیین ارتباط بین فعالیت کولیت اولسرو با افسردگی، اضطراب و صفات شخصیت و مارکرهای ایمونولوژیک با بهره گیری از آزمون آماری مربع کای اسکور و روش های آمار توصیفی در نرم افزار آماری SPSS آنالیز صورت گرفت و $p\text{-value} < 0/05$ معنی دار تلقی شد.

یافته ها:

از ۱۴۰ بیمار شرکت کننده در مطالعه ۱۰۸ نفر مطالعه را کامل کردند. از این تعداد ۵۴ نفر (۵۰٪) زن و ۵۴ نفر (۵۰٪) مرد بودند. حداقل سن شرکت کنندگان ۱۴ سال و حداکثر ۷۶ سال و متوسط سن ($37/94 \pm 12$) سال) بود. ۷۰ نفر (۶۴/۸٪) از بیماران بدون تحصیل یا تا زیر دیپلم بودند. ۳۴ نفر (۳۱/۵٪) تحصیلات کاردانی یا کارشناسی داشتند و ۴ نفر (۲/۷٪) تحصیلات کارشناسی ارشد و دکتری داشتند. ۲۳ نفر (۲۱/۳٪) ساکن روستا و ۸۵ نفر (۷۸/۷٪) در شهر زندگی می کردند. مدت ابتلاء به کولیت اولسرو $4/6 \pm 5/45$ (سال) بود.

از نظر وسعت بیماری، در ۲۷ نفر (۲۵٪) درگیری وسیع روده بزرگ (extensive colitis) و در ۲۵ نفر (۲۳/۱٪) درگیری سمت چپ روده بزرگ (left sided) و در ۲۹ نفر (۲۶/۹٪) درگیری انتهای روده بزرگ (distal colitis) و در ۲۷ نفر (۲۵٪) درگیری ناحیه رکتوم (proctitis) داشتند.

جدول ۲: بررسی ارتباط اضطراب و افسردگی در مبتلایان به کولیت اولسروز با c-ANCA

دیسترس سایکولوژیک	تعداد (%)	c-ANCA منفی* تعداد (%)	c-ANCA مثبت* تعداد (%)
اضطراب			
- دارند	۸۸ (۸۱/۵)	۷۶ (۷۰/۴)	۱۲ (۱۱/۱)
- ندارند	۲۰ (۱۸/۵)	۱۶ (۱۴/۸)	۴ (۳/۷)
افسردگی			
- دارند	۴۷ (۴۳/۵)	۳۹ (۳۶/۱)	۸ (۷/۹)
- ندارند	۶۱ (۵۶/۶)	۵۳ (۴۹/۱)	۸ (۷/۴)

*P-value: معنی دار نیست

جدول ۳: رابطه فعالیت کولیت اولسروز و دیسترس سایکولوژیک در افراد c-ANCA منفی و c-ANCA مثبت

دیسترس سایکولوژیک	c-ANCA منفی* تعداد (%)	c-ANCA مثبت* تعداد (%)
اضطراب در کولیت اولسروز کنترل شده	۲۱ (۲۳/۹)	۳ (۳/۴)
اضطراب در کولیت اولسروز کنترل نشده	۵۵ (۶۲/۵)	۹ (۱۰/۳)
افسردگی در کولیت اولسروز کنترل شده	۱۰ (۲۱/۳)	۱ (۲/۱)
افسردگی در کولیت اولسروز کنترل نشده	۲۹ (۶۱/۷)	۷ (۱۴/۹)

*p-value: معنی دار نیست

در این مطالعه ارتباط معنی داری بین اضطراب و c-ANCA یافت نشد ولی یکی از نتایج این مطالعه این بوده است که در مبتلایان به کولیت اولسروز اگر c-ANCA منفی باشد بروز اضطراب شایع تر است ($p < 0.001$). این موضوع ممکن است زیر گروه بیولوژیکی از مبتلایان به کولیت اولسروز را مشخص کند که از مداخلات روانپزشکی بهره ی بیشتری خواهند برد.

از نظر متغیر افسردگی ۴۳/۵٪ بیماران افسردگی داشتند که نشانگر سطوح افزایش یافته افسردگی در این جمعیت به نسبت جمعیت عمومی است. شیوع اختلالات افسردگی در جمعیت عمومی ۲۰ تا ۲۵٪ می باشد (۲۱)، این یافته مطالعه ی ما در مغایرت با نتیجه حاصله از دانشگاه ساوتهمپتون می باشد که میزان افسردگی را در این دسته از بیماران معادل با گروه کنترل گزارش کرده است (۸)، نتایج مطالعه ما رابطه معنی داری بین مارکر بیولوژیک c-ANCA و افسردگی را نشان نمی دهد.

میزان بالای اضطراب و افسردگی نه تنها در مبتلایان به کولیت اولسروز فعال وجود داشت بلکه در مبتلایانی که کولیت اولسروز آنها با دارو تحت کنترل بوده و بر روی درمان نگهدارنده بودند نیز وجود داشت. ممکن است میزان بالای اضطراب و افسردگی در مبتلایان به این بیماری ناشی از طبیعت مزمن و عود کننده این بیماری باشد.

بیماران دچار افسردگی و ۴۸ نفر افسردگی نداشتند ($p=0.1$). از نظر همبستگی بین صفات شخصیتی و مثبت یا منفی بودن c-ANCA، این همبستگی برای هیچ یک از صفات شخصیتی به لحاظ آماری معنی دار نبود (جدول ۴).

بحث:

شیوع اختلالات اضطرابی در جمعیت عمومی در طول عمر حدود ۲۵٪ است (۱۹) در حالی که یافته های حاصل از این مطالعه نشان می دهد که ۸۱/۵٪ از مبتلایان به کولیت اولسروز دچار اضطراب بودند. این بدین معناست که بیماران مبتلا به کولیت اولسروز ویژگی های اضطرابی بسیار بالایی داشتند. این یافته مطالعه ما با مطالعه انجام شده در دانشگاه رم که به بررسی عوامل روان شناختی و عوامل خانوادگی در بیماران مبتلا به کولیت اولسروز پرداخته است هم خوانی دارد (۲۰)، در عین حال این یافته با نتایج مطالعه انجام شده در دانشگاه ساوتهمپتون که رابطه بین شخصیت و وضعیت عاطفی را در بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده بررسی کرده و نتیجه گرفته که سطوح بالای اضطراب و افسردگی در این بیماران ناشی است هم خوانی ندارد (۸).

جدول ۴: رابطه بین صفات شخصیتی و c-ANCA

صفت شخصیتی	c-ANCA مثبت		منفی c-ANCA	
	نمره بالا تعداد (%)	نمره بالا تعداد (%)	نمره بالا تعداد (%)	نمره پائین تعداد (%)
روان پریشی گرایی	۲ (۱۲/۵)	۱۴ (۸۷/۵)	۰ (۱۲/۳)	۷۱ (۸۷/۷)
روان نژندی گرایی	۷ (۴۳/۸)	۹ (۵۶/۲)	۳۹ (۴۷)	۴۴ (۵۳/۷)
اعتیاد گرایی	۵ (۳۳/۳)	۱۰ (۶۶/۷)	۲۲ (۲۸/۹)	۵۴ (۷۱/۱)
جرم گرایی	۷ (۴۳/۸)	۹ (۵۶/۲)	۲۸ (۳۶/۸)	۴۸ (۶۳/۲)
تحریف گرایی	۴ (۲۵)	۹ (۷۵)	۳۴ (۴۴/۲)	۴۳ (۵۵/۸)
برون گرایی - درون گرایی	۴ (۲۵)	۱۲ (۷۵)	۱۶ (۱۹/۸)	۷۰ (۸۰/۲)

در هیچ کدام از زیر گروه ها p-value معنی دار نبود

داری بین متغیرهای مذکور و بیماری کولیت اولسرو پیدا نکرده اند (۲۱) از طرف دیگر مطالعاتی که به بررسی رابطه بین زیر گروه های ایمنی شناختی کولیت اولسرو و ویژگی های شخصیت پرداخته اند نیز اندک هستند. مطالعه ای که ماندر^۵ و همکاران در سال ۲۰۰۶ در کانادا بر روی ۱۴۸ بیمار مبتلا به کولیت اولسرو به عمل آوردند ارتباطی متوسط تا قوی بین فعالیت بیماری کولیت اولسرو و دیسترس سابکولوژیک در بیماران p-ANCA منفی بدست آوردند (۱۲) لیکن در مطالعه ما بین منفی بودن عامل ایمنی شناختی c-ANCA و متغیر اضطراب همبستگی معنی دار آماری بدست آمده است.

در حال حاضر دو روش سنجش ANCA در دسترس است: روش ایمونوفلورسانس که روشی بسیار حساس است و روش ELISA که روشی بسیار اختصاصی است. در مطالعه ما مشابه برخی مطالعات دیگر، ابتدا از روش الیزا جهت سنجش مثبت یا منفی بودن ANCA استفاده شد و سپس از روش ایمونوفلورسانس غیر مستقیم جهت تایید یا بررسی موارد مثبت یا مبهم استفاده گشت (۱۷ و ۱۸). از محدودیت های مطالعه ما عدم تعیین شدت افسردگی یا اضطراب می باشد. می توان در مطالعات دیگر شدت این اختلالات را نیز تفکیک کرد و ارتباط آن را با شدت بیماری و سایر متغیرها بدست آورد.

نتیجه گیری:

در نهایت با توجه به شیوع بیشتر ویژگی های افسردگی و اضطراب و صفت شخصیتی درون گرایی در این بیماران، صرف نظر از زیر گروه ایمنی شناختی آنها این مساله از همان ابتدا نیاز به توجه دارد و با توجه به تاثیر کلیدی این ویژگی ها در تظاهرات و پیچیدگی اختلال و سیر و عاقبت بیماری، توصیه می شود که این متغیرها مورد بررسی قرار گرفته و اقدامات درمانی در صورت لزوم انجام شوند.

در این مطالعه رابطه معنی داری بین اضطراب و افسردگی با کنترل کولیت اولسرو دیده نشد اما نسبت بخت ها برای عدم کنترل کولیت اولسرو در افرادی که دارای اضطراب و افسردگی بودند نسبت به افرادی که دارای اضطراب و افسردگی نبودند قدری بیشتر بود اما معنی دار نبود. این موضوع به علت محدودیت تعداد نمونه ها، یکی از محدودیت های مطالعه است.

از نظر صفت شخصیتی درون گرایی - برون گرایی ۷۵٪ درون گرا بودند و این یافته همخوان با مطالعه ساوتهمپتون (۲) و نیز مطالعه انجام شده در دانشگاه رم (۲۰) است که در هر دو مطالعه میزان درون گرایی در این بیماران رابلاتر گزارش کرده اند.

از طرفی بر اساس نتایج حاصل از مطالعه حاضر به نظر می رسد که در مبتلایان به کولیت اولسروز در این منطقه از کشور میزان مثبت بودن عامل ایمونولوژیک c-ANCA بیشتر از عامل ایمونولوژیک p-ANCA بوده است که این یافته با نتایج حاصله از برخی از مطالعات قبلی در مبتلایان به کولیت اولسروز در ایران هم خوانی دارد (۲۲)، در عین حال در مطالعه حاضر هیچ مورد p-ANCA مثبت گزارش نشد، که این یافته با مطالعه مورد اشاره در بالا که ۳۰٪ موارد را p-ANCA مثبت گزارش کرده است و نیز با متون گزارش شده از دیگر کشور ها که در آنها ۷۰-۶۰٪ موارد بیماران کولیت اولسروز از نظر p-ANCA مثبت می باشند هم خوانی ندارد. (۴) ممکن است فراوانی بیشتر c-ANCA در مقایسه با p-ANCA در مبتلایان به کولیت اولسروز در این منطقه به گونه ای در ارتباط با زمینه های ژنتیکی مردم این منطقه باشد

مطالعات قابل توجهی جهت بررسی ارتباط بین عوامل روان شناختی با بیماری کولیت اولسرو ترتیب داده شده است. مروری بر این مطالعات نشان می دهد اشکالاتی در نحوه طراحی آنها وجود دارد؛ مثل روش های غیر اختصاصی جمع آوری اطلاعات، نبود گروه کنترل و نقایصی در مولفه های تشخیصی استاندارد. برخی مطالعات بدون گروه کنترل بر ارتباط بیماری با وقایع زندگی، شخصیت ناپهنجار و اختلالات روانی اشاره دارند. لیکن مطالعاتی که محدودیت ها و اشکالات اجرایی کمتری داشتند، ارتباط معنی

REFERENCES

- Mawdsley J, Rampton D. Psychological stressing in IBD: new insight into pathogenic and therapeutic implication. *Gut* 2006;55:1053-54.
- Levenstein S. Stress and ulcerative colitis: convincing the doubting Thomases. *Am J Gastroenterol* 2003;98:2112-5.
- Levenstein S, Prantera C, Varvo V, Scribano ML, Andreoli A, Luzi C, et al. Stress and exacerbation in ulcerative colitis: A prospective study of patients enrolled in remission. *Am J Gastroenterol* 2000;95:1213-20.
- Friedman S, Blumberg S. Inflammatory bowel dis. In: Fauci A, Braunwald E, Hausper D, Longo S, Jameson J. Principles of Harrison's Internal Medicine. Mc graw hill; 2008: 1886-99.
- Walker EA, Roy-Byrne PP, Katon WJ, Li L, Amos D, Jiranek G. Psychiatric illness and irritable bowel syndrome: A comparison with inflammatory bowel disease. *Am J Psychiatry* 1990;147:1656-61.
- Helzer JE, Sstillng WA, Chammas S, John E, Norland C.C, Alpers D.H. A controlled study of the association between ulcerative colitis and psychiatric diagnosis. *Dig Dis Sci* 1982;27:513-18.
- Porcelli P, Zaka S, Centonze S, Sisto G. Psychological distress and levels of disease activity in inflammatory bowel disease. *Ital J Gastroenterol* 1994;26:111-5.
- Robertson DA, Ray J, Diamond I, Edwards JG. Personality profile and affective state of patients with inflammatory bowel disease. *Gut* 1989;30:623-6.
- Maunder RG. Evidence that stress contributes to inflammatory bowel disease: evaluation, synthesis, and future directions. *Inflamm Bowel Dis* 2005;11:600-8.
- North CS, Clouse RE, Spitznagel EL, Alpers DH. The relation of ulcerative colitis to psychiatric factors: A review of findings and methods. *Am J Psychiatry* 1990;147:974-81.
- Mittermaier C, Dejacó C, Waldhoer T, Oefflerbauer-Ernst A, Miehsler W, Beier M, et al. Impact of depressive mood on relapse in patient with inflammatory bowel disease: A prospective 18-month follow-up study. *Psychozom Med* 2004;66:79-84.
- Maunder RG, Greenberg GR, Hunter JJ, Lancee WJ, Steinhart AH, Silverberg MS. Psychobiological subtype of ulcerative colitis: p-ANCA status moderates the relationship between disease activity and psychological distress. *Am J Gastroenterol* 2006;101:2546-51.
- Truelove SC, Wittis LJ. Cortisone in ulcerative colitis; final report on a therapeutic trial. *Br Med J* 1955;2:1041-8.
- Radloff LS. The CES-D scale: a self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1977;1:385-401.
- Pilowsky, I. Manual for the Illness Behaviour Questionnaire (IBQ): Recent Normative Data on General Hospital Psychiatric Inpatients and Pain Clinic Patients. Adelaide: University of Adelaide; 1992.
- Eysenck SBG, Eysenck HJ, Barrett P. A revised version of the psychoticism scale. *Pers Individ Diff* 1985; 6:21-9.
- Ruemmele FM, Targan SR, Levy G, Dubinsky M, Braun J, Seidman EG. Diagnostic accuracy of serological assays in pediatric inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 1998;115:822-9.
- Mokrowiecka A, Gasiorowska A, Malecka-Panas E. P-ANCA and ASCA in the diagnosis of different subtypes of inflammatory bowel disease. *Hepatogastroenterology* 2007;54:1443-8.
- Charney DS. Anxiety disorders: introduction and overview. In: Sadock BJ and Sadock VA. Editors; Kaplan and Sadocks comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia; Lippincott Williams and Wilkins 2005.vol.2: 1559-15.
- Tocchi A, Lepre L, Liotta G, Mazzoni G, Costa G, Taborra L, et al. Familial and psychological risk factors of ulcerative colitis. *Ital J Gastroenterol Hepatal* 1997;29:395-8.
- Depression and bipolar disorders. In: sadock BJ and Sadock VA, editors. Kaplan and Sadocks Synopsis of psychiatry. Philadelphia. Wolters Kluwer and Lippincott: Williams and Wilkins; 2007.vol.1.p.527-62.
- Vodjgani M, vatakhah K, Hajati J, Fakheri H. Antineutrophil cytoplasmic autoantibodies in ulcerative colitis. *Iran Acta Medica* 2000;38:187-9.

Evaluation of the Correlation between Anxiety, Depression and Personality Traits with Immunologic Markers (ANCA) in Ulcerative Colitis

Fakheri H¹, Zarghami M², Shahsavari M³, Bari Z⁴, Yazdani J⁵

¹Associated Professor, Emam Khomeini Hospital, Mazandran University of Medical Sciences, Sari, Iran

²Professor, Mazandran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³Psychiatrist, Mazandran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁴Internist, Mazandran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁵Assistant Professor, Medical Statistical Center, Mazandran University of Medical Sciences, Sari, Iran

ABSTRACT

Background :

Many studies have investigated the effects of psychological factors on disease activity in patients with ulcerative colitis (UC). However, the number of studies that have assessed the correlation between immunologic markers of UC and psychological distress are few. Therefore, we designed a study to determine the association between two immuno-biological markers, peripheral/central anti-neutrophilic cytoplasmic antibodies (c-ANCA and p-ANCA), and depressive symptoms, healthy anxiety and personality traits.

Materials and Methods:

A total of 108 patients with UC entered the study. p-ANCA and c-ANCA were determined by enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) and reconfirmed by indirect immunofluorescence. Severity of UC was classified based on Truelove criteria. Depressive symptoms were measured by the Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) Scale, anxiety symptoms by the Hospital Anxiety Depression (HAD) Scale and personality traits were assessed by the Revised Eysenck Personality Questionnaire. Pearson correlation was used to assess the relationship between p-ANCA/c-ANCA and psychological distress.

Results :

Our results showed that 81.5% of the patients suffered from anxiety, 43.5% suffered from depression and 75% suffered from introvert personality. No patient was positive for p-ANCA. There were 16 patients (14.8%) who tested positive for c-ANCA; 85.2% were negative for c-ANCA. Anxiety was significantly higher in the c-ANCA negative patients.

Conclusion :

According to our results, only testing negative for c-ANCA correlated with anxiety. However, the high prevalence of anxiety, depression and introversion and their roles in the clinical course and outcomes of the UC shows the need for early psychological intervention in those patients.

Keywords: Ulcerative colitis, Antineutrophilic cytoplasmic antibody; Anxiety; Depression; Personality Traits

Govaresh/ Vol.16, No.2, Summer 2011; 91-97

Corresponding author:

Emam Khomeini Hospital, Mazandran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

Tel: + 98 151 2202185

Fax : + 98 151 2263754

Email: fakher42@yahoo.com

Received : 16 Jul. 2011

Edited : 19 Aug. 2011

Accepted : 21 Aug.2011