

## مقایسه فعالیت نظامهای مغزی مهار کننده و فعال کننده رفتاری بیماران سندرم روده تحریک پذیر با گروه کنترل

حمید کلانتری (MD)<sup>۱</sup>، رضا باقریان سراوردی (PhD)<sup>۲\*</sup>، الناز بابایی پور (MD)<sup>۳</sup>

۱- گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۲- مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۳- دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

دریافت: ۹۰/۵/۲۵، اصلاح: ۹۰/۸/۱۸، پذیرش: ۹۰/۱۰/۱۱

### خلاصه

**سابقه و هدف:** شواهد بیانگر رابطه بین ویژگی‌های شخصیت و بیماری‌های روان-تنی از جمله سندرم روده تحریک پذیر می باشد. در طول سال‌های اخیر در یک رویکرد روانی-فیزیولوژیکی به شخصیت شامل سیستم فعال سازی رفتاری و سیستم بازداری رفتاری، رابطه بین اختلالات روانپزشکی و روان‌تنی و این دو سیستم مورد توجه قرار گرفته است. این مطالعه به منظور مقایسه فعالیت سیستم‌های مغزی/رفتاری افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر و افراد سالم انجام شد.

**مواد و روشها:** این مطالعه مورد شاهی بر روی ۸۰ بیمار با تشخیص قطعی سندرم روده تحریک پذیر مراجعه کننده به دو کلینیک گوارش در شهر اصفهان و ۸۰ فرد سالم که از نظر متغیرهای دموگرافیک با گروه مورد همسان شدند، انجام گردید. هر دو گروه پرسشنامه روانشناختی نظام‌های مغزی/رفتاری کارور و وایت را تکمیل کردند. سپس دو گروه از نظر فعالیت سیستم‌های مغزی-رفتاری مورد مقایسه قرار گرفتند.

**یافته ها:** نمرات سیستم مهار کننده رفتاری در گروه بیمار  $(22/34 \pm 0/329)$  به طور معنی داری بالاتر از گروه کنترل  $(20/98 \pm 0/329)$  بود  $(F= 8/419, p=0/004)$ . هیچ تفاوت معنی داری بین دو گروه در نمرات سیستم فعال کننده رفتاری وجود نداشت  $(F= 0/234, p=0/63)$ .

**نتیجه گیری:** نتایج مطالعه نشان داد که فعالیت سیستم مهار کننده در بیماران با سندرم روده تحریک پذیر افزایش دارد که بیانگر حساسیت بالای این بیماران به تنبیه و تهدید می باشد. این افزایش حساسیت می تواند موجب کاهش تجربه لذت و افزایش تجربه عواطف منفی شود.

**واژه های کلیدی:** سندرم روده تحریک پذیر، سیستمهای مغزی/رفتاری، سیستم فعال کننده رفتاری، سیستم مهار کننده رفتاری، شخصیت، اختلالات روان تنی.

### مقدمه

است (۵-۷). آنچه که مسلم است، همراهی بیماری با اختلالات روانپزشکی است بر اساس مطالعات انجام گرفته ۹۰-۵۰٪ از بیماران IBS در طول زندگی خود یک اختلال روانشناختی نظیر اختلالات اضطرابی خصوصاً اختلال اضطرابی منتشر، افسردگی و اختلالات سوماتوفرم را تجربه خواهند کرد (۸). ۵۶/۸٪ از بیماران IBS به طور همزمان از افسردگی (۵) و ۳۴٪ از اختلالات اضطرابی منتشر رنج می برند (۹) و این همراهی سبب افزایش شدت و فراوانی علائم و در نتیجه افزایش اختلال عملکردی بیماران می شود. اهمیت این همراهی تا آنجاست که بسیاری از پزشکان بر این باورند که تشخیص هر یک از این سه اختلال در فردی بیانگر لزوم غربالگری از نظر وجود دو اختلال دیگر است (۱۰). در طول دو

سندرم روده تحریک پذیر (Irrational Bowl Syndrome, IBS) از اختلالات عملکردی شایع و مزمن بخش تحتانی دستگاه گوارش است که شیوع آن در جوامع غربی ۲۰٪ (۱)، در جوامع آسیایی ۷-۲۰٪ (۲ و ۳) و در ایران ۶٪ (۴) گزارش شده است. بیماری با درد یا ناراحتی شکمی همراه با اختلال در عادات روده‌ای مشخص می شود. تشخیص بیماری بر اساس علائم بالینی است و سالانه هزینه‌های زیادی برای تشخیص و کاهش علائم بیماری صرف می شود. علت اصلی بیماری هنوز مشخص نیست، اما تداخل عوامل مختلف نظیر افزایش حساسیت احشایی، اختلال حرکتی روده‌ای متعاقب عفونت، حساسیت بالا نسبت به استرسورها، عوامل شخصیتی و روانشناختی در اتیولوژی این بیماری تأیید شده

این مقاله حاصل پایان نامه الناز بابایی پور دانشجوی پزشکی و طرح تحقیقاتی به شماره ۳۹۰۰۶۷ دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می باشد.

\* مسئول مقاله:

آدرس: اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و مرکز تحقیقات علوم رفتاری، تلفن: ۰۳۱۱-۲۲۲۲۱۳۵

e-mail: bagherian@med.mui.ac.ir

کلینیک گوارشی بیمارستان الزهراء، اصفهان در یک کلینیک خصوصی و ۸۰ فرد سالم انجام شد. ابتدا یک مصاحبه گر (کارورز)، افراد هر دو گروه را در مورد اهداف مطالعه توجیه نمود و در صورت رضایت، از آنها رضایت‌نامه کتبی گرفته شد. افراد بر اساس معیارهای Rome III، و تایید تشخیصی IBS توسط فوق تخصص گوارش، به صورت پی‌درپی وارد گروه مورد شدند. گروه شاهد نیز از میان پرسنل دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انتخاب شدند و بر اساس سن، جنس و تحصیلات با گروه مورد، همسان شدند. گروه مورد در صورت تطابق با معیارهای ورود و خروج، پس از تشخیص قطعی ابتلا به IBS بر اساس معیارهای Rome III، سن بین ۱۸ تا ۶۵ سال، موافقت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه و داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن وارد مطالعه شدند.

بیماران دارای اختلالات گوارشی ارگانیک مانند بیماری التهابی روده، سلیاک، دیورتیکولیت، زخم اثنی عشر و بدخیمی، وجود اختلال عمده روانپزشکی در بیمار، وجود اختلال‌های شناختی یا ضعف در کارکرد شناختی بیمار و عدم توانایی صحبت کردن به فارسی به طوری که در انجام مصاحبه و تکمیل پرسشنامه‌ها ایجاد مشکل کند، از مطالعه خارج شدند.

#### ابزار جمع‌آوری اطلاعات

**الف) پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک:** این پرسشنامه، شامل سؤالاتی درباره اطلاعات جمعیت شناختی و اقتصادی - اجتماعی نظیر سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات بود.

**ب) پرسشنامه BIS/BAS:** این پرسشنامه، یک پرسشنامه ۲۴ سؤالی است که در سال ۱۹۹۴ توسط Carver و همکاران ساخته شده است (۲۳) و در حال حاضر رایج‌ترین پرسشنامه‌ای است که به منظور سنجش نظام‌های مغزی - رفتاری، مورد استفاده قرار می‌گیرد. از ۲۴ سؤال موجود، ۴ سؤال آن خنثی، ۷ سؤال مربوط به سیستم بازداری رفتاری، (BIS) و ۱۳ سؤال مربوط به سیستم فعال‌کننده رفتاری (BAS) با سه مقیاس فرعی پاسخ به پاداش (۵ سؤال)، کشاننده (۴ سؤال) و حرکت به سوی شادی (۴ سؤال) می‌باشد. جهت سهولت نتیجه‌گیری، در بسیاری از مطالعات و همچنین در مطالعه حاضر، هر ۱۳ سؤال بدون در نظر گرفتن مقیاس‌های فرعی جهت سنجش سیستم فعال‌کننده رفتاری (BAS)، مورد استفاده قرار گرفتند. هر سؤال، در یک طیف لیکرتی، بر یک مقیاس ۴ درجه‌ای، نمره‌گذاری شد که نمره ۱ (بسیار موافقم)، تا نمره ۴ (بسیار مخالفم) را شامل می‌شود. ضریب الفای کرونباخ BIS ۰/۷۴ و ضرایب الفای کرونباخ سه مقیاس فرعی BAS به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۶ و ۰/۶۶ گزارش شده است.

پس از جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز با استفاده از آزمون آنالیز کواریانس (ANOVA) تجزیه و تحلیل و  $p < ۰/۰۵$  معنی دار در نظر گرفته شد.

#### یافته‌ها

دو گروه مورد و شاهد از نظر سن نیز با هم تفاوت معنی داری داشتند ( $p = ۰/۰۴۴$ ) (جدول ۱). تحلیل آماری کواریانس نمرات BAS (با در نظر گرفتن متغیر سن به عنوان کواریانس)، تفاوتی را بین دو گروه نشان نمی‌دهد. ( $F = ۰/۲۴۳$ ،  $p = ۰/۶۳$ ) در حالیکه تحلیل کواریانس BIS تفاوت معنی داری را بین دو گروه نشان می‌دهد ( $F = ۸/۴۱۹$ ،  $p = ۰/۰۰۴$ ) (جدول ۲).

دهه اخیر، با مطرح شدن نظریه جفیری گری (۱۹۸۱-۱۹۸۷) بسیاری از اختلالات روانپزشکی در غالب دو سیستم گرایشی توضیح داده شد. این نظریه که با رویکردی روانی - فیزیولوژیکی به شخصیت می‌نگرد، در طول سال‌های اخیر که رابطه بین ویژگی‌های شخصیت و ابتلا به بیماری‌های طبی مورد توجه قرار گرفته است، از ره گشایترین نظریه‌ها در این زمینه محسوب می‌شود. گری پاسخ افراد به محرک‌های محیطی را بر اساس این دو سیستم گرایشی که دارای پایه نورولوژیک می‌باشند (۱۱) نسبت داد: سیستم فعال سازی رفتاری (Behavioral Activation System, BAS) و سیستم بازداری رفتاری (Behavioral Inhibition System, BIS). سیستم فعال سازی رفتاری مسئول رفتارهای گرایشی در پاسخ به پاداش (عاطفه مثبت) و سیستم بازداری رفتاری مسئول رفتارهای مهارتی در پاسخ به تهدید و تنبیه (عاطفه منفی) است. به بیانی دیگر BAS باعث می‌شود که فرد به پاداش‌ها، بالقوه حساس باشد و برای جستجوی این پاداش‌ها، انگیزش پیدا کند و BIS حساسیت فرد را نسبت به تنبیه تحت تاثیر قرار می‌دهد و باعث می‌شود، فرد نسبت به تنبیه، بالقوه حساس باشد و از آن اجتناب کند (۱۳ و ۱۲). افزایش، کاهش و یا اختلال تعادل در فعالیت این سیستم‌ها با اختلالات روانپزشکی و روان‌تنی متعددی همراه است. برای مثال در سوء مصرف مواد و رفتارهای ضد اجتماعی، افزایش فعالیت BAS (۱۴)، در اختلال اضطرابی منتشر افزایش فعالیت BIS (۱۵)، در ADHD کاهش فعالیت BIS (۱۶) و در افسردگی بیش فعالیت BIS و کم فعالی BAS دیده می‌شود (۱۷).

اختلال دو قطبی نیز در حقیقت نمودی از عدم تعادل این دو سیستم می‌باشد، به طوری که ظهور دوره‌های مانیا، به دنبال افزایش فعالیت BAS و ظهور دوره‌های افسردگی، با افزایش فعالیت BIS همراه است (۱۸). این دو سیستم در پاره‌ای از اختلالات طبی نیز مورد بررسی قرار گرفته‌اند. در مطالعه Moazen و همکاران مشخص شد که در مردان مبتلا به بیماری کرونر قلب، فعالیت BAS نسبت به افراد سالم، بالاتر است، در حالیکه فعالیت BIS با گروه سالم، تفاوتی نداشت (۱۹).

Shadkam و همکاران نیز افزایش فعالیت BIS را در بیماران برگشت محتویات معده به مری نشان دادند (۲۰). هاپیرتانسیون (۲۱) و آرتریت روماتوئید نیز با افزایش فعالیت BIS همراه بوده‌است (۲۲).

به نظر می‌رسد، بررسی سیستم BAS و BIS می‌تواند برخی از جنبه‌های شخصیتی را در بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی روشن نماید. تاکنون مطالعه‌ای در مورد نظام‌های مغزی - رفتاری، در بیماران IBS انجام نشده است و با توجه به ماهیت روان‌تنی این اختلال و همراهی آن با برخی مشکلات روانشناختی، رابطه سیستم‌های BAS و BIS و سندرم روده تحریک پذیر نامشخص است. این مطالعه به منظور مقایسه نظام‌های مغزی - رفتاری در افراد مبتلا به IBS و افراد سالم انجام شد.

#### مواد و روشها

این مطالعه مورد - شاهده‌ای پس از تایید در شورای پژوهشی مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، که پروتکل آن، هیچ گونه تضادی با موازین کمیته اخلاقی پژوهش نداشت، بر روی ۸۰ فرد بیمار مراجعه کننده به

افراد سالم بود. از آنجاییکه تحقیقاتی در مورد چگونگی فعالیت نظامهای مغزی/ رفتاری در بیماران IBS وجود ندارد و همانطور که در مقدمه نیز گفته شد یکی از بیشترین میزان همراهی ها (Co morbidity) در بیماری سندرم روده تحریک پذیر با اختلال اضطرابی منتشر دیده شده است (۹) و مفید واقع شدن داروهای SSRI هم در GAD و هم در (Irrational Bowl Syndrome, IBS) تأییدی بر خاستگاه مشترک این دو اختلال است (۲۴).

در مقایسه یافته ها مطالعات مربوط به اضطراب مد نظر قرار گرفت. یافته های این مطالعه بطور کلی با نتایج مطالعاتی که نشان داده اند اضطراب با سطوح بالای فعالیت BIS همراه است، همسو می باشد (۱۵). با توجه به اینکه که در صورت همراهی IBS با اضطراب علائم روده ای بیماران و ناتوانی ناشی از آن بسیار چشمگیر تر است. مطالعات مختلفی این دیدگاه را که افراد مبتلا به IBS عواطف منفی بیشتری در مقایسه با افراد سالم از خود نشان می دهند را تأیید کرده اند. به عنوان مثال Farnam و همکاران نشان دادند که نمرات بعد شخصیتی نوروتیزم در بیماران مبتلا به IBS بالاتر از سایر ابعاد شخصیتی است (۶). از طرف دیگر Eysenck نیز ادعا نمود که نمره بالا در بعد شخصیتی نوروتیزم موجب حساسیت بیشتر افراد نسبت به محرکهای محیطی شده و باعث می شود افراد با نمره بالا در این بعد از نظر عاطفی نامتعادل باشند و عاطفه منفی بیشتری را نسبت به سایرین تجربه نمایند (۲۵).

نتایج حاصل از مطالعه حاضر نیز نشان داد که با توجه به بالا بودن BIS، این بیماران نسبت به محرکهای محیطی جدید حساسند و از محرکهای ترس آور ذاتی و موقعیتهای تهدید آمیزی که ممکن است تنبیهی به دنبال داشته باشند یا با فقدان پاداش همراه باشند، دوری می جویند. احتمالاً بالا بودن بعد شخصیتی نوروتیزم در بیماران مبتلا به IBS در نتیجه بیش فعالی سیستم لیمبیک و امیگدال می باشد (۲۵). De Bellis و همکارانش نشان دادند که GAD امیگدال در بیماران مبتلا به اختلال اضطرابی منتشر نسبت به گروه کنترل بزرگتر است (۲۶). همچنین یک مطالعه نشان داد که نمره BIS با حجم امیگدال ارتباط مستقیم دارد (۲۷). بیش فعالی BIS باعث میشود که این افراد به علت حساسیت بالا نسبت به تنبیه و تهدید، احساس امید و لذت کمتری را تجربه کنند و شانس بروز افسردگی در آنها افزایش یابد، این یافته با یافته هایی که افسردگی را با شیوع بالایی در بیماران مبتلا به IBS گزارش می کنند، هماهنگی دارد (۱۸ و ۱۷ و ۵).

در مطالعه حاضر مشخص شد که اگرچه میانگین نمره افراد بیمار در سیستم فعال کننده رفتاری پایین تر از گروه سالم است اما این تفاوت معنی دار نیست. افسردگی با سطوح پایین BAS در ارتباط است و همراهی افسردگی با IBS محرز است. با این وجود مطالعه ما از این یافته ها حمایت نکرد. تفاوت یافته ها در این زمینه می تواند ناشی از تفاوت در حجم نمونه و ابزار مورد استفاده باشد. لذا پیشنهاد می گردد مطالعات آتی با حجم نمونه بزرگتری انجام گیرد.

این مطالعه همچون سایر مطالعات دارای محدودیتهایی است. در این مطالعه شدت بیماری به عنوان یک متغیر جداگانه در نظر گرفته نشد، همچنین در این مطالعه وجود اختلالات خلقی همزمان مورد توجه قرار نگرفت. لذا این موضوع می تواند به عنوان یک عامل مخدوش کننده مطرح باشد. همچنین در این مطالعه خرده مقیاس های سیستم فعال کننده رفتاری مد نظر قرار نگرفت. لذا پیشنهاد می شود در مطالعات آینده به نقش این عوامل توجه شود. در سالهای اخیر که

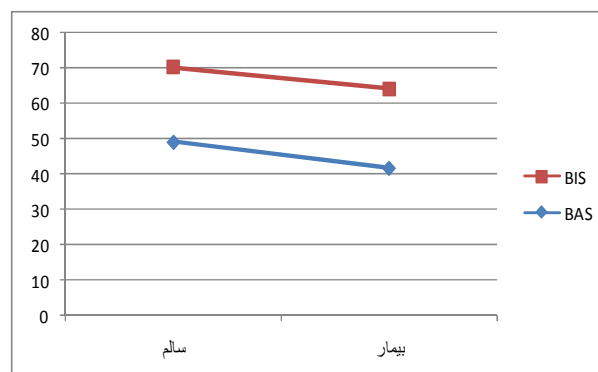
میانگین نمرات سیستم مهار کننده رفتاری در گروه مورد (۲۲/۳۴±۰/۳۲۹) بطور معنی داری بالاتر از گروه کنترل (۲۰/۹۸±۰/۳۲۹) بود (p=۰/۰۰۴). هیچ تفاوت معنی داری بین دو گروه در نمرات سیستم فعال کننده رفتاری وجود نداشت (به ترتیب ۴۱/۷۷±۴/۶۳ و ۴۹/۰۹±۴/۶۴) (نمودار ۱).

#### جدول ۱. مقایسه دو گروه مورد و شاهد از نظر متغیرهای جمعیتی

| متغیرها          | گروه بیمار<br>n=۳۳ | گروه سالم<br>n=۳۶ | P-value |
|------------------|--------------------|-------------------|---------|
| سن               | ۳۳/۴±۰/۵۸          | ۳۶/۵۷±۹/۲۲        | ۰/۰۴۴   |
| جنس              |                    |                   |         |
| مرد              | ۳۶(۵۶٪)            | ۲۸(۴۴٪)           | ۰/۳۸۲   |
| زن               | ۴۴(۴۶٪)            | ۵۲(۵۴٪)           | ۰/۴۷۵   |
| تحصیلات          |                    |                   |         |
| دیپلم و پایین تر | ۳۲(۵۸٪)            | ۲۳(۴۲٪)           | ۰/۲۸    |
| بالاتر از دیپلم  | ۴۸(۴۶٪)            | ۵۷(۵۴٪)           | ۰/۴۳۵   |

#### جدول ۲. خلاصه نتایج تحلیل کواریانس نمرات BAS و BIS در

| شاخص                          | آماره | ازمون F | درجه ازادی | میانگین <sup>۲</sup> | pvalue |
|-------------------------------|-------|---------|------------|----------------------|--------|
| سیستم فعال کننده رفتاری (BAS) |       |         |            |                      |        |
| گروه                          | ۰/۲۳۴ | ۱       | ۳/۹۴۷      | ۰/۶۳                 |        |
| سن                            | ۳/۸۸۸ | ۱       | ۶۶/۰۶۴     | ۰/۰۵۰                |        |
| سیستم مهار کننده رفتاری (BIS) |       |         |            |                      |        |
| گروه                          | ۸/۴۱۹ | ۱       | ۷۲/۰۳۰     | ۰/۰۰۴                |        |
| سن                            | ۰/۳۹۴ | ۱       | ۳/۳۶۷      | ۰/۵۳۱                |        |



نمودار ۱. میانگین نمرات BAS و BIS افراد بیمار و سالم

#### بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه حاکی از افزایش میزان فعالیت سیستم مهار کننده (BIS) و به عبارت گویاتر حساسیت بیشتر به تنبیه و تهدید در بیماران IBS در مقایسه با

این بیماران مورد تاکید قرار می دهد.

### تقدیر و تشکر

بدینوسیله از حمایت های معاونت پژوهشی دانشکده پزشکی و کارشناسان مرکز تحقیقات علوم رفتاری و دانشگاه های علوم پزشکی اصفهان که در جهت پیشبرد این تحقیق نهایت همکاری را داشتند، تشکر و قدردانی می گردد.

بیماریهای روان تنی یکی از دلایل عمده تأثیر گذار بر کیفیت زندگی افراد است، شناخت رگه های شخصیتی خطر ساز می تواند نقش مؤثری در پیشگیری و تسریع درمان این بیماران داشته باشد و هزینه های ناشی از آن را به حداقل برساند، چرا که امروزه درمان IBS بر اساس اختلال روانشناختی زمینه ای و ویژگیهای شخصیتی این بیماران پایه گذاری شده است و استفاده از درمانهای روانشناختی در کنار درمانهای دارویی با نتایج بهتری همراه بوده اند (۶). این امر اهمیت توجه به عوامل روانشناختی زمینه ای و همچنین عوامل شخصیتی را در

## Comparison Study of Behavioral Activation System and Behavioral Inhibition System in Irritable Bowel Syndrome Patients and Normal Individuals

H. Kalantari (MD)<sup>1</sup>, R. Bagherian-Sararoudi (PhD)<sup>\*2</sup>, E. Babaeipour (MD)<sup>3</sup>

1. Department of Internal Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2. Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3. School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

---

J Babol Univ Med Sci; 14(2); Mar 2012; pp: 59-65

Received: Aug 16<sup>th</sup> 2011, Revised: Nov 9<sup>th</sup> 2010, Accepted: Jan 1<sup>st</sup> 2012.

### ABSTRACT

**BACKGROUND AND OBJECTIVE:** The evidence confirms the link between personality traits and psychosomatic diseases including irritable bowel syndrome. In recent years, a psychophysiological approach of personality has focused on behavioral activation system and behavioral inhibition system. The purpose of this study was to compare these behavioral systems between normal people and the patients with Irritable Bowel Syndrome.

**METHODS:** In a case-control study, 80 consecutive patients with established IBS referred to two gastroenterology clinics in city of Isfahan, Iran; and 80 healthy people matched regarding demographic variables were selected. They filled out brain/behavioral questionnaires of Carver and White. Then two groups were compared regarding brain/behavioral systems activities.

**FINDINGS:** The results of ANCOVA showed that the scores of behavioral inhibition system in patients ( $22.34 \pm 0.329$ ) were significantly higher than normal people ( $20.98 \pm 0.329$ ) ( $F=8.419$ ,  $p=0.004$ ). However, there was no significant difference between two groups in behavioral activation scores ( $F=0.234$ ,  $p=0.63$ ).

**CONCLUSION:** The finding support increased activity of inhibition system in patients with irritable bowel disease. It means increased sensitivity of IBS patients to punishment and threatening events. This condition may cause decreased pleasure experience and increased negative affects in IBS patients.

**KEY WORDS:** Irritable bowel syndrome, Brain/behavioral systems, Behavioral activation system, Behavioral inhibition system, Personality, Psychosomatic disorders.

---

---

<sup>\*</sup>Corresponding Author;

Address: Department of Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Tel: +98 311 2222135

E-mail: Bagherian@med.mui.ac.ir

## References

1. Gwee KA. Irritable bowel syndrome in developing countries—a disorder of civilization or colonization? *Neurogastroenterol Motil* 2005;17(3):317-24.
2. Ho KY, Kang JY, Seow A. Prevalence of gastrointestinal symptoms in a multiracial Asian population, with particular reference to reflux-type symptoms. *Am J Gastroenterol* 1998;93(10):1816-22.
3. Kumano H, Kaiya H, Yoshiuchi K, Yamanaka G, Sasaki T, Kuboki T. Comorbidity of irritable bowel syndrome, panic disorder and agoraphobia in a Japanese representative sample. *Am J Gastroenterol* 2004;99(2):370-6.
4. Kheir Abadi Gh, Bagherian R, Nemati K, Daghighzadeh H, Maracy MR, Gholamrezaie A. The effectiveness of coping strategies training on symptom severity, quality of life and psychological symptoms among patients with irritable bowel syndrome. *J Isfahan Med Sch* 2005;28(110):225-34. [in Persian]
5. Ladep NG, Obindo TJ, Audu MD, Okeke EN, Malu AO. Depression in patients with irritable bowel syndrome in Jos, Nigeria. *World J Gastroenterol* 2006;12(48):7844-7.
6. Farnam A, Somi M, Sarami F, Farhang S, Yasrebinia S. Personality factors and profiles in variants of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol* 2007;13(47):6414-8.
7. Muscatello MR, Bruno A, Pandolfo G, et al. Depression, anxiety and anger in subtypes of irritable bowel syndrome patients. *J Clin Psychol Med Settings* 2010;17(1):64-70.
8. Lydiard RB, Falsetti SA. Experience with anxiety and depression treatment studies: implications for designing irritable bowel syndrome clinical trials. *Am J Med* 1999;107(5A):65S-73S.
9. Lee S, Wu J, Ma YL, Tsang A, Guo WJ, Sung J. Irritable bowel syndrome is strongly associated with generalized anxiety disorder: a community study. *Aliment Pharmacol Ther* 2009;30(6):643-51.
10. Gros DF, Antony MM, McCabe RE, Swinson RP. Frequency and severity of the symptoms of irritable bowel syndrome across the anxiety disorders and depression. *J Anxiety Disord* 2009;23(2):290-6.
11. Zisseron RN, Palfai TP. Behavioral activation system (BAS) sensitivity and reactivity to alcohol cues among hazardous drinkers. *Addict Behav* 2007;32(10):2178-86.
12. Caseras FX, Fullana MA, Riba J, Barbanoj MJ, Aluja A, Torrubia R. Influence of individual differences in the Behavioral Inhibition System and stimulus content (fear versus blood-disgust) on affective startle reflex modulation. *Biol Psychol* 2006;72(3):251-6.
13. Erdle S, Rushton JP. The general factor of personality, BIS–BAS, expectancies of reward and punishment, self-esteem, and positive and negative affect. *Pers Individ Dif* 2010;48:762-6.
14. Newman JP, MacCoon DG, Vaughn LJ, Sadeh N. Validating a distinction between primary and secondary psychopathy with measures of gray's BIS and BAS constructs. *J Abnorm Psychol* 2005;114(2):319-23.
15. Fowles DC. The three arousal model: implications of gray's two factor learning theory for heart rate, electrodermal activity, and psychopathy. *Psychophysiology* 1980;17(2):87-104.
16. Mitchell J, Nelson Gray R. Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in adults: relationship to gray's behavioral approach system. *Pers Individ Dif* 2006;40(4):749-60.
17. McFarland BR, Shankman SA, Tenke CE, Bruder GE, Klein DN. Behavioral activation system deficits predict the six-month course of depression. *J Affect Disord* 2006;91(2-3):229-34.
18. Alloy LB, Abramson LY, Walshaw PD, et al. Behavioral approach system and behavioral inhibition system sensitivities and bipolar spectrum disorders: prospective prediction of bipolar mood episodes. *Bipolar Disord* 2008;10(2):310-22.
19. Moazen S, Azad-Fallah P, Safi M. Comparison of brain/behavioral systems activity and dimensions of perfectionism in coronary heart disease and normal subjects. *J Behav Sci* 2009;3(2):113-19. [in Persian]

20. Shadkam MS, Azad Fallah P, Khedmat H. Comparison of brain/behavioral systems activity in patients with gastroesophageal reflux disease and healthy people. *J Behav Sci* 2010;4(2):83-9. [in Persian]
21. Alipoor A, Bahramkhani M. Comparing the activity systems of brain/behavioral in hypertensive patients with and without medication use and normal individuals. *J Clin Psychol* 2010;1(4):31-42. [in Persian]
22. Forousesh Yekta F, Azad Falah P, Najafizadeh SR. Activity of the brain/behavioral systems and introversion/extraversion in women with reumatoid arthritis. *J Psychol* 2003;6(4):375-91.
23. Carver CS, White TL. Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: the BIS/BAS Scales. *J Pers Soc Psychol* 1994;67(2):319-33.
24. Creed F, Tomenson B, Guthrie E, et al. The relationship between somatisation and outcome in patients with severe irritable bowel syndrome. *J Psychosom Res* 2008;64(6):613-20.
25. Eysenck HJ, Eysenck SB. The orthogonality of psychoticism and neuroticism: a factorial study. *Percept Mot Skills* 1971;33(2):461-2.
26. De Bellis MD, Casey BJ, Dahl RE, et al. A pilot study of amygdala volumes in pediatric generalized anxiety disorder. *Biol Psychiatry* 2000;48(1):51-7.
27. Barrós-Loscertales A, Meseguer VA, Sanjuán A, et al. Behavioral inhibition system activity is associated with increased amygdala and hippocampal gray matter volume: a voxel-based morphometry study. *NeuroImage* 2006;33(3):1011-5.