مقاله تحقیقی

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره چهاردهم، شمارهٔ ۲، اسفند۱۳۹۰، صفحه ۸۱-۷۳

ارتباط بین عواطف منفی و شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر

رضا باقریان سراوردی(PhD)[۱]، حمید کلانتری(MD)[۲*]، حمید افشار(MD)[۳]، حامد دقاق زاده(MD)[۲]، فرزانه ابوطالبیان(MD)[۴]، ژاله فلاح(MD)[۴]، پیمان ادیبی(MD)[۲]

۱- مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
۲- گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
۳- مرکز تحقیقات اختلالات روان- تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
۴- دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

دریافت: ۹۰/۱/۲۶، اصلاح: ۹۰/۴/۸، پذیرش: ۹۰/۸/۱۸

خلاصه

سابقه و هدف: سندرم روده تحریک پذیر از اختلالات بسیار شایع دستگاه گوارش می باشد که به عنوان یک اختلال روان- تنی مورد توجه قرار گرفته است. شخصیت تیپ D که با دو ویژگی کلی عواطف منفی و بازداری اجتماعی مشخص می شود در اتیولوژی برخی بیماریهای روان-تنی مطرح بوده است. معهذا، نقش آن در شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر هنوز ناشناخته مانده است. این مطالعه به منظور بررسی ارتباط بین عواطف منفی و شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر انجام شد.

مواد و روشها: این مطالعه مقطعی بر روی ۱۹۴ بیمار با تشخیص قطعی سندرم روده تحریک پذیر از بیمارانی که از زمستان ۱۳۸۷ تا تابستان ۱۳۸۸ به درمانگاه روان تنی مرکز پزشکی نور اصفهان مراجعه نمودند، انجام شد. با استفاده از مقیاس شخصیتی تیپ D بیماران به دو گروه با تیپ شخصیت D (۷۹ بیمار) و بدون تیپ شخصیت D (۱۱۵ بیمار) تقسیم شدند. داده ها با استفاده از مقیاس شخصیت تیپ D و مقیاس شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر جمع آوری و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: یافته ها نشان داد که ۴۰/۷٪ بیماران دارای شخصیت تیپ D بودند. گرچه در تحلیل کواریانس تفاوت معنی داری در شدت سندرم روده تحریک پذیر (F= ۱/۳۹ و p=۰/۲۴) بین دو گروه بیماران با تیپ شخصیتی D و فاقد تیپ شخصیتیD مشاهده نشد. اما تحلیل رگرسیون نشان داد عواطف منفی (ß=۴/۰۳ و p=۰/۰۰۶) بعنوان یکی از ابعاد شخصیت D و طول مدت درمان (ß=۰/۴۲۸ و p=۰/۰۳۸) شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر را بطور معنی داری پیش بینی می کند.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد که تیپ شخصیتی D به عنوان یک عامل روانشناختی در شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر تاثیر ندارد اما احتمالا عواطف منفی به عنوان یکی از ابعاد شخصیت تیپ D در شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر نقش دارد.

واژه های کلیدی: شخصیت تیپ D، عواطف منفی، بازداری اجتماعی، سندرم روده تحریک پذیر، عوامل روانشناختی، اختلالات روان- تنی.

مقدمه

مطالعات بسیاری شیوع بین ۵۴ تا ۱۰۰ درصدی مشکلات روانشناختی نظیر اضطراب، افسردگی و ناهنجاریهای شخصیتی را در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر (Irritable Bowel Syndrome, IBS) را نشان داداند (۱). این موضوع نشان می دهد که علائم روانشناختی احتمالا" بخش اختصاصی و مکمل این سندرم می باشند (۴-۲). در چند سال اخیر نظریه تیپ شخصیتی D در زمینه بیماریهای قلبی و همچنین بیماریهای روان- تنی توسط Denollet مطرح گردید و ادعا شده است این تیپ شخصیتی عامل مهمی در تبیین تفاوتهای فردی در پاسخ به استرس، اختلالات روان تنی، پیش آگهی، پیامدها و عوارض روان شناختی می باشد (۵). تیپ شخصیتی D مبتنی بر دو ویژگی کلی و ثابت شخصیتی شامل عواطف منفی و بازداری اجتماعی است (۶). منظور از عواطف منفی تمایل فرد به تجربه احساسات منفی در اوقات و موقعیتهای مختلف است. در حالیکه بازداری اجتماعی به تمایل فرد به اجتناب از ابراز این هیجانات منفی در تعاملات اجتماعی اشاره دارد. نمره بالای فرد در هر دو ویژگی مذکور معرف وی به عنوان تیپ شخصیت D می باشد (۷و۸). هر دو ویژگی تیپ شخصیتی D (عواطف منفی و بازداری اجتماعی) با افزایش سطح واکنش کورتیزول در پاسخ به استرس همراه است (۱۱-۹). در برخی از افراد تیپ D نیز تغییراتی در محور

▣ این مقاله حاصل پایان نامه فرزانه طالبیان دانشجوی پزشکی و طرح تحقیقاتی به شماره ۳۸۷۲۹۷ دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می باشد.

* مسئول مقاله:
آدرس: اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، گروه داخلی، تلفن: ۰۳۱۱-۷۹۲۲۴۳۵
e-mail: kalantari@med.mui.ac

[DOR: 20.1001.1.15614107.1390.14.2.10.4]

هیپوتالاموس- هیپوفیز- آدرنال مشاهده شده است. این محور بر متابولیسم انرژی، عملکرد سیستم ایمنی و خلق تاثیر میگذارد (۱۲). در حال حاضر تصور می شود عملکرد محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال در افراد با تیپ شخصیتی D با سایر تیپ های شخصیتی متفاوت است. به علاوه شواهد ابتدائی بیانگر تغییرات سیستم ایمنی در افراد با تیپ شخصیتی D می باشد (۱۲و۹). فعالیت سایتوکاینهای التهابی ممکن است مسئول اثرات مشخص شخصیت تیپ D بر بیماریهای روان تنی نظیر بیماریهای قلبی باشد (۱۳).

از طرف دیگر پژوهشها در مورد اثرات متقابل مغز- روده و اختلال عملکرد این محور در دهه گذشته افزایش یافته است و موضوعات جدیدی نظیر "استرس" و "شخصیت" که در قرن گذشته در متون روان-تنی بیماریهای گوارشی مطرح شده را نیز به موضوعات کلاسیک این حوزه اضافه نموده است (۱۵و۱۴). حالات هیجانی و ویژگیهای شخصیتی ممکن است فیزیولوژی روده را تحت تاثیر قرار دهند و بر چگونگی تجربه و تفسیر علایم نقش داشته باشند (۱۵و۴). حتی امروزه ادعا می شود تکنیکهای روانشناختی از مسیر اصلاح خلق و هیجان می تواند سبب بهبود علائم روده ای شود و این روشها به بیماران با اختلالات ارگانیک گوارشی نیز کمک می کند (۱۷و۱۶). مغز از طریق سیستم عصبی اتونوم با روده در ارتباط است. عصب واگ و اعصاب لگنی اطلاعات مربوط به حرکت عضلات و محتویات روده را به مغز می فرستند. از سوی دیگر، مغز نیز سیگنال هائی را از طریق سیستم عصبی اتونوم به روده می فرستد و یک ارتباط دوطرفه بین مغز و روده وجود دارد. همچنین مغز می تواند از راه های دیگر، فعالیت روده را تنظیم کند. برای مثال، هورمون کورتیکوتروپین که هنگام استرس از مغز آزاد می شود می تواند فعالیت روده را تغییر دهد (۱۹و۱۸). به علاوه ارتباط IBS با فعالیت بیش از حد محور هیپوتالاموس- هیپوفیز- آدرنال و افزایش سیتوکینهای پیش التهابی مشخص است (۲۳-۲۰و۱). این مکانیزمها خود شواهدی است که نشان می دهد IBS به شدت تحت تاثیر عوامل روانشناختی قرار می گیرد (۲۷-۲۴). Farnam و همکاران در مطالعه خود تفاوتهائی بین مبتلایان به IBS و افراد سالم در ۵ عامل بزرگ شخصیتی نشان دادند (۲۸). این محقیقن بین مبتلایان به انواع IBS، تفاوتهای شخصیتی نیز مشاهده نمودند (۱۵). گرچه ارتباط IBS با برخی از ویژگیهای شخصیتی همچون نوروتیسیزم مطرح شده است، اما اطلاعات کافی در مورد ارتباط نوع خاصی از تیپ شخصیتی با IBS وجود ندارد (۲۹و۴و۱). به نظر می رسد تیپ D نه تنها می تواند در رابطه با بیماریهای قلبی مورد توجه خاص قرار گیرد بلکه در مورد سایر بیماریهای روان-تنی نیز قابل بررسی می باشد. به عنوان مثال تیپ شخصیتی D به عنوان یکی از عوامل موثر بر میزان پاسخگویی به درمان دارویی در بیماران مبتلا به سوء هاضمه عملکردی مطرح شده است (۳۰).

در یک مطالعه ارتباط بین تیپ شخصیتی D و شدت علایم در بیماران مبتلا به بیماریهای عملکردی روده مشاهده شد (۳۱). با این وجود تاکنون نیز مطالعه ای در مورد ارتباط بین تیپ شخصیتی D و شدت علائم در بیماران مبتلا به IBS انجام نشده است. ارتباط بین تیپ شخصیتی D و شدت علایم در بیماران مبتلا به IBS (چه با در نظر گرفتن مکانیسمهای بیولوژیک و چه از نظر اختلالات روانشناختی همراه در افراد با تیپ شخصیتی D) به نظر محتمل می باشد، لذا این مطالعه به منظور بررسی ارتباط بین عواطف منفی و شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر انجام شد.

مواد و روشها

این مطالعه مقطعی از آذر ۱۳۸۷ تا مرداد ۱۳۸۸ در درمانگاه روان تنی مرکز پزشکی نور اصفهان انجام شد. این مطالعه در شورای پژوهشی مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مورد تصویب قرار گرفت و هیچ گونه تضادی با موازین کمیته اخلاق پژوهش نداشت. همچنین موافقت کتبی و آگاهانه از هر کدام از بیماران شرکت کننده در این پروژه اخذ گردید.

۱۹۴ نفر از مراجعه کنندگان به مرکز پزشکی مذکور به روش نمونه گیری در دسترس با تشخیص قطعی IBS، توسط فوق تخصص گوارش بر اساس Rome III به صورت پی در پی وارد مطالعه شدند. افراد با سن بین ۱۸ تا ۶۵ سال، موافقت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه و داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن جهت تکمیل پرسشنامه ها وارد مطالعه شدند. بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی ارگانیک (بیماری التهابی روده، سلیاک، دیورتیکویت، زخم اثنی عشر و بدخیمی)، وجود بیماری طبی جدی دیگری که موجب کاهش امید به زندگی شود، وجود اختلال عمده روان پزشکی در بیمار و وجود اختلالهای شناختی یا ضعف در کارکرد شناختی بیمار و عدم توانائی صحبت کردن به فارسی سلیس به طوری که در انجام مصاحبه و تکمیل پرسشنامه ها ایجاد مشکل کند. از مطالعه خارج شدند. در اجرای این تحقیق یک مصاحبه گر (کارورز) بیماران را در مورد اهداف مطالعه توجیه نمود و در صورت رضایت، از وی رضایت نامه کتبی گرفته شد.

ابزار جمع آوری اطلاعات:

مقیاس شخصیتی تیپ (DS-14): این مقیاس (که از طریق بررسی بر روی بیماران قلبی در بلژیک ساخته شده است) به طور اختصاصی برای ارزیابی عواطف منفی (روان نژندخوئی)، بازداری اجتماعی (درونگرائی) و نهایتا ارزیابی تیپ شخصیتی D در یک روش با ثبات، استاندارد و راحت برای بیماران جسمی ساخته شده است. این مقیاس دارای دو خرده مقیاس تحت عنوان عواطف منفی (Negative Affectivity, NA) و بازداری اجتماعی (Social Inhibition, SI) برای ارزیابی صفات شخصیتی کلی (روانژندخوئی و برونگرائی) تیپ D می باشد. تیپ شخصیتی D با استفاده از نقطه برش ۱۰ در هر دو بعد عواطف منفی و بازداری اجتماعی تعیین می شود (۷). از لحاظ نظری و مفهومی آیتمهای مقیاسهای NA و SI بترتیب همان سازه های روان نژندخوئی و برونگرائی را مورد ارزیابی قرار می دهد. هر خرده مقیاس از هفت آیتم تشکیل شده که هر آیتم بر اساس مقیاس طیف لیکرتی از صفر (غلط) تا چهار (صحیح) درجه بندی شده است (۷). Bagherian و همکاران نسخه فارسی این مقیاس را تهیه و بعد از تایید نسخه فارسی این مقیاس، کیفیات روانسنجی آن روی نمونه های ایرانی مورد بررسی جداگانه قرار گرفت (۳۲). آلفای کرونباخ در نمونه ۱۷۶ نفری از بیماران سکته قلبی ایرانی برای خرده مقیاس NA، ۰/۸۴ و برای خرده آزمون SI، ۰/۸۶ بدست آمد. همچنین پایائی بازآزمائی این مقیاسها در یک نمونه ایرانی ۷۱ نفری از افراد سالم به فاصله یک ماه برای خرده مقیاس NA، ۰/۸۶ و برای خرده مقیاس SI، ۰/۷۷ بدست آمد. اعتبار محتوی این مقیاس از طریق اظهار نظر ۱۵ نفر از روانشناسان و روان پزشکان با استفاده از طیف لیکرتی شش درجه ای برای آیتمها و ده درجه ای برای کل مقیاس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج استخراج شده بیانگر اعتبار بالا و رضایت بخش این مقیاس بود.

مقیاس شدت علائم IBS: برای سنجش شدت علائم در بیماران مبتلا به IBS از مقیاس تصویری (Visual Analogue Scale, VAS)

[DOR: 20.1001.1.15614107.1390.14.2.10.4]

استفاده شد (۳۳). مقیاس شدت علائم گوارشی IBS شامل ۵ سوال است که بیمار در پاسخ به هر سوال روی یک خط افقی از ۰ تا ۱۰۰ علامت میگذارد. در این مقیاس، نمره ۰ نمایانگر کمترین شدت و نمره ۱۰۰ نمایانگر شدید ترین علائم در بیماران است. دامنه نمرات بین ۰ تا ۵۰۰ می باشد. بر اساس نمرات بدست آمده، شدت علائم در بیماران در سه مقوله خفیف، متوسط و شدید طبقه بندی می شوند. خفیف: بین ۷۵ الی ۱۷۵، متوسط: بین ۱۷۵ الی ۳۰۰ و شدید: بین ۳۰۰ الی ۵۰۰ می باشد(۳۳).

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و طبی: اطلاعات جمعیت شناختی و طبی توسط پرسشنامه جداگانه ای جمع آوری شد. به منظور مقایسه دو گروه با تیپ شخصیتیD و بدون تیپ شخصیتیD از نظر ویژگیهای جمعیت شناختی و طبی از آزمون کای اسکوار برای متغیرهای کیفی و از آزمون t برای متغیرهای کمی استفاده شد. در تحلیل اصلی داده ها از مدل آماری کوواریانس و سپس تحلیل رگرسیون چند گانه استفاده شد و $p<0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه ۱۹۴ بیمار مبتلا به IBS بین سن ۱۸ تا ۶۵ سال و با میانگین سنی ۱۱/۵±۳۵/۶ سال مورد بررسی قرار گرفتند. تعداد ۱۲۶ نفر (۶۵٪) مونث و ۱۴۲ نفر (۷۳٪) نفر متاهل (۹۱٪) بودند. با در نظر گرفتن نقطه برش ۱۰ برای هر یک از ابعاد عواطف منفی و بازداری اجتماعی تعداد ۷۹ بیمار (۴۰/۷٪) دارای تیپ شخصیتی D و ۱۱۵ نفر (۵۹/۳٪) فاقد تیپ شخصیتی D بودند (جدول ۱).

تحلیل رگرسیون چند گانه نشان داد از بین متغیرهای جنس، سن، میزان تحصیلات، طول مدت بیماری، طول مدت درمان، تیپ شخصیتی D، عواطف منفی و بازداری اجتماعی تنها متغیرهای عواطف منفی (p=۰/۰۰۶) و طول مدت درمان (p=۰/۰۳۸) به طور مستقل با شدت علایم IBS ارتباط معنی دار داشتند (جدول ۲). با این وجود ارتباط معنی داری بین شدت علایم IBS با تیپ شخصیتی D مشاهده نشد (p=۰/۶۴۲) (جدول ۳).

جدول ۱. مقایسه ویژگیهای جمعیت شناختی دو گروه دارای تیپ شخصیتی D و بدون تیپ شخصیتی D

مشخصات	افراد با تیپ شخصیتی D n= ۷۹	افراد بدون تیپ شخصیتی D n= ۱۱۵	pvalue
سن (mean±SD)	۳۶/۰۷ ± ۱۱/۹۷	۳۵/۲۲ ± ۱۱/۸۸	۰/۶۳
جنسیت- مؤنث	۴۹ (۶۲٪)	۷۹ (۶۶/۱٪)	۰/۲۵
وضعیت تاهل- متاهل	۵۷ (۷۲/۱٪)	۸۴ (۷۳٪)	۰/۳۴
میزان تحصیلات(mean±SD)	۱۰/۶۳ ±۴/۷۵	۱۱/۳۴±۳/۹۹	۰/۰۲۸

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل کواریانس نمرات شدت علایم IBS در مقایسه دو گروه با تیپ شخصیتی D و فاقد تیپ شخصیتی D

متغیر	F	d.f	P
تیپ شخصیتی D	۱/۳۹	۱	۰/۲۴
جنسیت	۰/۰۰۷	۱	۰/۹۳
مدت زمان شروع علایم	۱/۷۱	۱	۰/۱۹
مدت زمان استفاده از درمان	۰/۸۸	۱	۰ /۳۴

جدول ۲. خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه متغیرهای دموگرافیک، طبی و روانشناختی در پیش بینی شدت علائم IBS

متغیر	ضریب رگرسیون	انحراف معیار ضریب رگرسیون	Wald-test	P-value
جنس	-۴/۴۸	۱۵/۰۳	-۲۹	۰/۷۶۶
سن	-./۶۱۲	۰/۷۳۲	-۰/۸۳	۰/۴۰۴
میزان تحصیلات	-۱/۵۳	۱/۹۳	-۰/۷۹	۰/۴۲۷
طول مدت علایم	۰/۱۶۸	۰/۱۵۷	۱/۰۷	./۲۸۵
طول مدت درمان	-۰/۴۲۸	۰/۲۰۵	-۲/۰۸	۰/۰۳۸
تیپ شخصیتیD	۱۱/۲	۲۴/۰۵	۰/۴۶	۰/۶۴۲
عواطف منفی	۴/۰۳	۱/۴۴	۲/۸	۰/۰۰۶
بازداری اجتماعی	-۱/۱۵	۱/۹۹	-۰/۵۸	۰/۵۶۱

[DOR: 20.1001.1.15614107.1390.14.2.10.4]

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه شیوع تیپ شخصیتی D در بیماران IBS، ۴۶/۳۹٪ بود. شیوع تیپ شخصیتی D در جمعیت عادی در کشورهای اروپایی بین۹/۴٪ تا ۳۸/۵٪ گزارش شده است (۳۴) در حالیکه در بین بیماران قلبی ۵۳-۱۸٪ گزارش شده است (۳۰). گرچه تا به حال در مورد شیوع تیپ شخصیتی D در جمعیت عمومی ایران مطالعه ای انجام نگرفته است اما یک مطالعه اخیر شیوع تیپ شخصیتی D در بیماران سکته قلبی در ایران را ۳۶٪ گزارش نموده است (۳۲). این مطالعه شدت علایم در بیماران مبتلا بهIBS با تیپ شخصیتی D و بیماران بدون تیپ شخصیتی D را متفاوت نشان نداد. در حالیکه یافته های مطالعات مختلف در مورد تاثیر تیپ شخصیتی D بر بیماریهای قلبی (۳۷-۳۴)، درد مزمن (۳۸)، وزوز مزمن گوش (۳۹)، ولوو واژنیت مزمن کاندیدایی (۴۰)، ملانوم (۴۱) و سندرم پای دیابتی(۴۲) حاکی از مشکلات طبی بیشتر در بیماران با تیپ شخصیتی D بوده است. در یک مطالعه توسط Mols که برای بررسی وضعیت سلامت در افراد مبتلا به تیپ شخصیتیD در جمعیت عمومی انجام گرفت، نتایج نشان داد تیپ شخصیتی D یک عامل مستعد کننده به آشفتگی روانشناختی می باشد که سلامت جسمی و روانی را تحت تاثیر قرار می دهد و با مکانیسم های پیشرفت بیماری مرتبط است (۳۴). تفاوت یافته های این مطالعه با یافته های پژوهشهای قبلی مورد اشاره خیلی دور از انتظار نیست. زیرا تفاوتهای قابل توجهی در جمعیت مورد مطالعه، نوع بیماری، شاخصهای مورد ارزیابی در بررسی رابطه تیپ شخصیتی D با شاخصهای سلامتی و ابزارهای مورد استفاده در جمع آوری داده ها وجود دارد. همچنین اختلاف نتایج این مطالعه با مطالعات قبلی می تواند ناشی از تفاوت در مکانیسم واسطه ای پاتوفیزیولوژی IBS و سایر بیماریهای باشد. شایان توجه است که تنها در مطالعه Hansel و همکاران شدت علایم در بیماران با تیپ شخصیتی D در تمام زیر مقیاسها بیشتر از بیماران بدون تیپ شخصیتی D بوده است (۳۱). معهذا نمونه مورد بررسی در این مطالعه، بیماران مراجعه کننده به یک مرکز ارجاع جهت انجام تست هیدروژن تنفسی بودند. شاید اختلاف بین نتایج پژوهش حاضر و مطالعه مورد اشاره حاصل تفاوت نمونه های مورد مطالعه و ابزار مورد استفاده در ارزیابی شدت علائم گوارشی باشد.

با این وجود نتایج این مطالعه ارتباط بین عواطف منفی به عنوان یکی از ابعاد اصلی تیپ شخصیتی D را با شدت علایم IBS نشان داد. به نظر می رسد بیماران با نمره بالاتر عواطف منفی، علایم گوارشی شدیدتری را تجربه می کنند. احتمالا این بعد از تیپ شخصیتی D بیشتر با فرآیندهای فیزیوپاتولوژیکی بیماری شامل فرآیندهای واسطه ای بین استرس و هیجانات و علائم گوارشی نظیر تحریک محور هیپوتالاموس- هیپوفیز- آدرنال، محور مغز- روده و تغییرات سیستم ایمنی ارتباط دارد. عواطف منفی ارتباط تنگاتنگی با روان نژند خویی در نظریه های شخصیت دارد (۱۳). مدل پنج عامل بزرگ شخصیت، شامل ابعاد روان نژند خویی، برون گرایی، تجربه پذیری، همسازی و باوجدان بودن می شود. عواطف منفی با روان نژند خویی در مدل مذکور همبستگی مثبت دارد. تاکنون در مطالعات زیادی ارتباط بین روان نژندخویی و IBS مورد مطالعه قرار گرفته است. Farnam و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که بیماران مبتلا به IBS نمره بیشتری در ابعاد روان نژندخویی و با وجدان بودن و نمره کمتری در ابعاد تجربه پذیری و همسازی نسبت به جمعیت عمومی داشتند (۲۸). همچنین آنها در مطالعه ای دیگر نشان دادند نه تنها ویژگیهای شخصیتی در بیماران مبتلا به IBS، با جمعیت عمومی متفاوت است، بلکه مبتلایان به زیرگروههای مختلف IBS تفاوتهایی از نظر این ویژگیها با یکدیگر دارند. به عنوان مثال بیماران با یبوست بارز نمره بیشتری در ابعاد روان نژندخویی و با وجدان بودن نسبت به بیماران با اسهال بارز و یا فرم متناوب بیماری داشتند. بنابراین ممکن است زیر گروههای مختلف IBS از مداخلات روانشناختی متفاوتی سود ببرند (۱۵). نتایج این مطالعه به نوعی می تواند بیانگر اثرات فیزیولوژیک شخصیت باشد. Nater و همکاران در یک مطالعه با اندازه گیری سطح کورتیزول خون هنگام برخاستن از خواب و ۳ ساعت بعد در یک دوره ۶ روزه که به بررسی تاثیر شخصیت بر محور هیپوتالاموس- هیپوفیز- آدرنال پرداختند. نشان دادند که روان نژند خویی با سطح کورتیزول خون رابطه مستقیم دارد (۴۳).

همچنین Paine و همکاران در یک مطالعه با بررسی تاثیر اتساع یک بالون داخل مری (درد احشایی) بر سیستم اتونوم نشان دادند بیماران با روان نژندخویی بیشتر و برون گرایی کمتر در حجم کمتری از بالون تحمل درد داشتند (۴۴). دو ویژگی مذکور همان دو صفت کلی تشکیل دهنده تیپ شخصیتی D می باشد. به طور کلی یافته های حاصل از این مطالعه و نتایج سایر مطالعات می تواند تاییدی بر نقش واسطه ای روان نژند خویی (یا عواطف منفی در نظریه تیپ شخصیتی D) بر تغییرات سمپاتیک ناشی از درد احشایی باشد (۴۵). لذا با توجه به مشترک بودن این مسیرهای بیولوژیک و پاتوفیزیولوژی احتمالی IBS، نقش روان نژند خویی بر علایم IBS می تواند مورد انتظار باشد.

این مطالعه همچون سایر مطالعات خالی از اشکال نبود و به طور اجتناب ناپذیر انجام آن با *محدودیت هایی* روبرو شد که تفسیر یافته ها را در بستر آن محدودیت ها ضروری می سازد. به‌دلیل محدودیت زمانی، معیارهای انتخاب آزمودنی‌ها و محدودیتهایی در امکانات تا حدی حجم نمونه نیز محدود گردید. بنابراین در تعمیم یافته‌ها باید جانب احتیاط را رعایت نمود. با توجه به اینکه بیماران به درمانگاه روان تنی مراجعه نموده بودند و در حال دریافت خدمات روانپزشکی نیز بودند. لذا فقدان اطلاعات دقیق از داروهای روانپزشکی مورد استفاده آنان و میزان مصرف آنها طی جمع آوری داده ها نتیجه‌گیری قاطع از یافته‌های پژوهش را با محدودیت روبرو می‌سازد. همچنین بیماران مورد مطالعه از درمانگاه روان تنی مرکز پزشکی نور به عنوان یک مرکز دولتی انتخاب گردیدند. بنابر این پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی با افزایش حجم نمونه و انتخاب بیماران از مراکز متفاوت و کنترل نقش داروهای مصرفی رابطه ویژگیهای شخصیتی با شدت علائم IBS مورد مطالعه دقیق تر قرار گیرد. از محدودیتهای دیگر این پژوهش می توان به دامنه سنی بین ۱۸ تا ۶۵ سال اشاره نمود. باید توجه داشت که تاثیر ویژگیهای شخصیتی تیپ D با گذشت زمان خود را در شرایط جسمی متجلی می سازد.

پیشنهاد می شود در مطالعات آینده ارتباط تیپ شخصیتی D با هر یک از زیر گروههای IBS نیز مورد بررسی قرار گیرد. همچنین انجام مطالعاتی با استفاده از ابزار مناسب و انتخاب بیماران از مراکز مختلف در بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گوارش توصیه می شود.

بر اساس یافته های این مطالعه می توان ادعا نمود که گرچه به نظر می رسد تیپ شخصیتی D به عنوان یک ریسک فاکتور روانشناختی در شدت علائم IBS تاثیر ندارد اما شواهد موجود نشان می دهد عواطف منفی به عنوان یکی از ابعاد شخصیت تیپ D در شدت علائم IBS نقش دارد

[DOR: 20.1001.1.15614107.1390.14.2.10.4]

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از مرکز تحقیقات علوم رفتاری و معاونت پژوهشی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان جهت حمایت و تخصیص بودجه به این طرح و همچنین از همکاران عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در رشته فوق تخصص گوارش بخاطر همکاری صمیمانه آنان در معرفی بیماران تشکر و قدردانی می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1390.14.2.10.4]

Relationship between Negative Affectivity and Severity of Irritable Bowel Syndrome (IBS) Symptoms

R. Bagherian-Sararoudi (PhD) [1], H. Kalantari (MD) [*2], H. Afshar (MD) [3], H. Daghaghzadeh (MD) [2], F. Abotalebian (MD) [4], J. Falah (MD) [4], P. Adibi (MD) [2]

1. Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2. Department of Internal Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3. Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
4. School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

J Babol Univ Med Sci; 14(2); Mar 2012; pp: 73-81

Received: Apr 15th 2011, Revised: Jun 29th 2011, Accepted: Nov 9th 2011.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Irritable bowel syndrome (IBS) is one of the common gastrointestinal disorders considered as a psychosomatic disorder. Type D personality characterized by both global traits including negative affectivity and social inhibition has been proposed to be related to etiology of psychosomatic disorders. However, the role of this personality type in severity of IBS symptoms remains unclear. The purpose of this study was to examine the role of type D personality in severity of IBS symptoms.

METHODS: In a cross sectional study 194 consecutive patients with IBS referred to the psychosomatic clinics at Noor hospital, Isfahan were selected from Winter 2009 to Summer 2009. The patients were divided into two groups with (79 patients) and without (115 patients) type D personality by using DS-14. The patients completed type D personality Scale (DS-14) and the IB Severity Scoring System (IBS-SSS). Then the data was analyzed.

FINDINGS: The findings indicated that 40.7% were the type D personality. Although the results of ANCOVA showed no significant difference between two groups, with and without type D, in severity of IBS symptoms (F=1.39, p= 0.24), multiple stepwise regression analysis indicated negative affectivity, as one of the type D dimensions (ß= 4.03, p= 0.006) and treatment duration (ß= 0.428, p= 0.038) were the significant predictors for severity of IBS symptoms.

CONCLUSION: Although, it seems that type D personality as a psychological factor does not effect on IBS symptom severity, the evidence confirms possible role of negative affectivity as one of the type D dimensions in severity of IBS symptoms.

KEY WORDS: *Type D Personality, Negative Affectivity, Social Inhibition, Irritable bowel syndrome, Psychological factor, Psychosomatic Disorders.*

[*] **Corresponding Author;**
Address: Department of Internal Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
Tel: +98 311 7922435
E-mail: kalantari@med.mui.ac.ir

[DOR: 20.1001.1.15614107.1390.14.2.10.4]

References

1.Tosic-Golubovic S, Miljkovic S, Nagorni A, Lazarevic D, Nikolic G. Irritable bowel syndrome, anxiety, depression and personality characteristics. Psychiatr Danub 2010;22(3):418-24.

2.Walker EA, Katon WJ, Jemelka RP, Roy Bryne PP. Comorbidity of gastrointestinal complaints, depression, and anxiety in the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. Am J Med 1992;92(1A):26S-30S.

3.Creed F, Guthrle E. Psychological factors in the irritable bowel syndrome. Gut 1987;28(10):1307-18.

4.Choung RS, Locke GR 3rd, Zinsmeister AR, Schleck CD, Talley NJ. Psychosocial distress and somatic symptoms in community subjects with irritable bowel syndrome: a psychological component is the rule. Am J Gastroenterol 2009;104(7):1772-9.

5.Denollet J. Type D personality. A potential risk factor refined. J Psychosom Res 2000; 49(4):255-66.

6.Denollet J. Bio-behavioural research on coronary heart disease: where is the person? J Behav Med 1993;16(2):115-41.

7.Denollet J. DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and type D personality. Psychosom Med 2005;67(1):89-97.

8.Pedersen SS, Denollet J. Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2003; 10(4):241-8

9.Sher L. Type D personality: the heart, stress, and cortisol. QJM 2005;98(5):323-9.

10.Denollet J, Kupper N. Type-D personality, depression, and cardiac prognosis: cortisol dysregulation as a mediating mechanism. J Psychosom Res 2007;62(6):607-9.

11.Habra ME, Linden W, Anderson JC, Weinberg J. Type D personality is related to cardiovascular and neuroendocrine reactivity to acute stress. J Psychosom Res 2003;55(3):235-45.

12.Denollet J, Conraads VM, Brutsaert DL, De Clerck LS, Stevens WJ, Vrints CJ. Cytokines and immune activation in systolic heart failure: the role of Type D personality. Brain Behav Immun 2003;17(4):304-9.

13.Bagherian Sararoodi R. Type D Personality. J Res Behav Sci 2009;7(1):75-87.

14.O'Malley D, Dinan TG, Cryan JF. Altered expression and secretion of colonic interleukin-6 in a stress-sensitive animal model of brain-gut axis dysfunction. J Neuroimmunol 2011;235(1-2):48-55.

15.Farnam A, Somi MH, Sarami F, Farhang S, Yasrebinia S. Personality factors and profiles in variants of irritable bowel syndrome. World J Gastroenterol 2007;13(47):6414-8.

16.Jones M, Koloski N, Boyce P, Talley NJ. Pathways connecting cognitive behavioral therapy and change in bowel symptoms of IBS. J Psychosom Res 2011;70(3):278-85.

17.Prasko J, Jelenova D, Mihal V. Psychological aspects and psychotherapy of inflammatory bowel diseases and irritable bowel syndrome in children. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub 2010;154(4):307-14.

18.Talley NJ. Irritable bowel syndrome. Intern Med J 2006;36(11):724-8.

19.Enck P, Martens U, Klosterhalfen S. The psyche and the gut. World J Gastroenterol 2007;13(25):3405-8.

20.Deary V, Chalder T, Sharpe M. The cognitive behavioral model of medically unexplained symptoms: A theoretical and empirical review. Clin Psychol Rev 2007;27(2):781-97.

21.Dinan TG, Quigley EM, Ahmed SM, et al. Hypothalamic-pituitary-gut axis dysregulation in irritable bowel syndrome: plasma cytokines as a potential biomarker? Gastroenterology 2006;130(2):304-11.

22.Karling P, Norrback KF, Adolfsson R, Danielsson A. Gastrointestinal symptoms are associated with hypothalamic-pituitary-adrenal axis suppression in healthy individuals. Scand J Gastroenterol 2007;42(11):1294-301.

23.Kilkens TO, Honig A, Fekkes D, Brummer RJ. The effects of an acute serotonergic challenge on brain-gut responses in irritable bowel syndrome patients and controls. Aliment Pharmacol Ther 2005;22(9):865-74.

24.Faresjo A, Gordzinsky E, Johansson S, Wallander MA, Timpka T, Akerlind I. Psychosocial factors at work and in

[DOR: 20.1001.1.15614107.1390.14.2.10.4]

every day life are associated with irritable bowel syndrome. Eur J Epidemiol 2007;22(7):473-80.
25.Koloski MA, Boyce PM, Talley NJ. Somatization an independent psychosocial risk factor for irritable bowel syndrome but not dyspepsia: a population based study. Eur J Gastroenterol Hepatol 2006;18(10):1101-9.
26.Lea R, Whorwell PJ. Psychosocial influences on the irritable bowel syndrome. J Minerva Med 2004;95(5):443-50.
27.Nozu T, Okumura T. Visceral sensation and irritable bowel syndrome; with special reference to comparison with functional abdominal pain syndrome. J Gastroenterol Hepatol 2011;26(Suppl 3):122-7.
28.Farnam A, Somi MH, Sarami F, Farhang S. Five personality dimensions in patients with irritable bowel syndrome. Neuropsychiatr Dis Treat 2008;4(5):959-62.
29.Han M, Duan LP, Huang YQ, Ge Y, Hao JX, Wang K. Personality traits in patients referred for functional dyspepsia. Zhonghua Nei Ke Za Zhi 2010;49(12):997-1001.
30.Holman G, Kutscher SU, Haag S, et al. Clinical presentation and personality factors are predictors of the response to treatment in patients with functional dyspepsia; a randomized, double-blind placebo-controlled crossover study. Dig Dis Sci 2004;49(4):672-9.
31.Hansel SL, Umar SB, Lunsford TN, Harris LA, Dibaise JK, Crowell MD. Personality traits and impaired health-related quality of life in patients with functional gastrointestinal disorders. Clin Gastroenterol Hepatol 2010;8(2):220-2.
32.Bagherian R, Bahrami Ehsan H. Psychometric properties of the Persian version of type D personality scale (DS14). Iran J Psychiatry Behav Sci 2011;5(2):12-17.
33.Francis CY, Morris J, Whorwell PJ. The irritable bowel severity scoring system: A simple method of monitoring irritable bowel syndrome and its progress. Aliment Pharmacol Ther 1997;11(2):395-402.
34.Mols F, Denollet J. Type D personality in the general population: A systematic review of health status, mechanisms of disease, and work-related problems. Health Qual Life Outcomes 2010;8:9.
35.Kanazawa M, Endo Y, Whitehead WE, Kano M, Hongo M, Fukudo S. Patients and nonconsulters with irritable bowel syndrome reporting a parental history of bowel problems have more impaired psychological distress. Dig Dis Sci 2004;49(6):1046-53.
36.Smith OR, Pedersen SS, van Domburg RT, Denollet J. Symptoms of fatigue and depression in ischemic heart disease are driven by personality characteristics rather than disease stage: a comparison of CAD and CHF patients. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2008;15(5):583-8.
37.Denollet J, Vaes J, Brutsaert DL. Inadequate response to treatment in coronary heart disease: adverse effects of type D personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life. Circulation 2000;102(6):630-5.
38.Barnett MD, Ledoux T, Garcini LM, Baker J. Type D personality and chronic pain: construct and concurrent validity of the DS14. J Clin Psychol Med Settings 2009;16(2):194-9.
39.Bartels H, Pedersen SS, van der Laan BF, Staal MJ, Albers FW, Middel B. The impact of Type D personality on health-related quality of life in tinnitus patients is mainly mediated by anxiety and depression. Otol Neurotol 2010;31(1):11-18.
40.Ehrstrom S, Kornfeld D, Rylander E. Perceived stress in women with recurrent vulvovaginal candidiasis. J Psychosom Obstet Gynaecol 2007;28(3):169-76..
41.Mols F, Holterhues C, Nijsten T, Van de Poll-Franse LV. Personality is associated with health status and impact of cancer among melanoma survivors. Eur J Cancer 2010;46(3):573-80.
42.Simson U, Nawarotzky U, Porck W, Friese G, et al. Depression, anxiety, quality of life and Type D pattern among inpatients suffering from diabetic foot syndrome. Psychother Psychosom Med Psychol 2008;58(2):44-50.
43.Nater U, Hoppmann C, Klumb P. Neuroticism and conscientiousness are associated with cortisol diurnal profiles in adults: Role of positive and negative affect. Psychoneuroendocrinology 2010;35(10):1573-7.
44.Paine P, Kishor J, Worthen SF, Gregory LJ, Aziz Q. Exploring relationships for visceral and somatic pain with

[DOR: 20.1001.1.15614107.1390.14.2.10.4]

autonomic control and personality Pain 2009;144(3):236-44.

45.Mardaga S, Hansenne M. Autonomic aspect of emotional response in depressed patients: Relationships with personality. Neurophysiol Clin 2009;39(4-5):209-16.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1390.14.2.10.4]