

# Assessment of Personality in Inflammatory Bowel Disease by Using Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Questionnaire

Shohreh Shokrzadeh<sup>1</sup>, Kambiz Kamkari<sup>2</sup>, Farhad Zamani<sup>3</sup>, Mansooreh Maadi<sup>4,\*</sup>

<sup>1</sup> Associate Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Associate Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Islamshahr Branch, IslamicAzad University, Islamshahr, Iran

<sup>3</sup> Professor, Liver and Pancreatobiliary Diseases Research Center, Digestive Diseases Research Institute, Firoozgar Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>4</sup> M.Sc. of Psychology, Department of Psychology, Ayatollah Amoli Branch, IslamicAzad University, Iran

## ABSTRACT

### Background:

Inflammatory bowel diseases (IBDs), including ulcerative colitis and Crohn's disease, are chronic and debilitating conditions that their prevalence are growing. These diseases have association with psycho-cognitive factors. This study aimed to evaluate the personality traits of such patients by applying the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Questionnaire.

### Materials and Methods:

We included 100 patients with biopsy proven IBD in this case control study. 100 individuals (57 subjects of the patients' family members and 43 subjects of non-family members) were considered as controls. We applied MMPI-2RF to evaluate the personality traits of the participants. ANOVA was used to compare the mean scales between the three groups.

### Results:

Of this fifty scale-questionnaire, only the scales of emotional inadequacy (mean =  $59.83 \pm 10.42$ ,  $p = 0.047$ ), demoralization (mean =  $63.00 \pm 11.21$ ,  $p = 0.025$ ), malaise (mean =  $64.99 \pm 14.58$ ,  $p = 0.001$ ), cognitive complaints (mean =  $64.66 \pm 15.25$ ,  $p = 0.008$ ), self-doubt (mean =  $57.55 \pm 11.04$ ,  $p = 0.34$ ), and neuroticism (mean =  $61.43 \pm 11.94$ ,  $p = 0.048$ ) had a significant difference between the three groups.

### Conclusion:

The patients with IBD had a higher scales of emotional inadequacy, demoralization, malaise, cognitive complaints, self-doubt, and neuroticism than the controls of non-family and family members. However the differences were significant only between patients with IBD and their non-family controls. We suggest regular psychological and psychiatric counseling for patients with IBD.

**Keywords:** Personality, Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2Restructured Questionnaire Inflammatory bowel diseases.

*please cite this paper as:*

Shokrzadeh S, Kamkari K, Zamani F, Maadi M. Assessment of Personality in Inflammatory Bowel Disease by Using MMPI-2RF Questionnaire. *Govaresh* 2017;22:164-170.

### \*Corresponding author:

Mansooreh Maadi. M.Sc. of Psychology  
Department of Psychology, Ayatollah Amoli Branch,  
Islamic Azad University, Iran  
Telefax: + 98 11 44252013  
E-mail: Maadi\_Mansooreh@yahoo.com

Received: 17 Apr. 2017

Edited: 9 Sep. 2017

Accepted: 9 Sep. 2017

## بررسی ویژگی شخصیتی بیماران التهابی روده با فرم بازسازی شده پرسشنامه

### شخصیتی چند وجهی مینه سوتا - ۲

شهره شکرزاده<sup>۱</sup>، کامبیز کامکاری<sup>۲</sup>، فرهاد زمانی<sup>۳</sup>، منصوره معادی<sup>۴\*</sup>

<sup>۱</sup> استادیار، دکتری تخصصی روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران  
<sup>۲</sup> استادیار، دکتری تخصصی روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلام شهر، تهران، ایران  
<sup>۳</sup> استاد، فوق تخصص گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی ایران، پژوهشکده گوارش و کبد بیمارستان فیروزگر، تهران، ایران  
<sup>۴</sup> کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آیت الله آملی، آمل، ایران

### چکیده

#### زمینه و هدف:

بیماری التهابی روده<sup>۱</sup> شامل بیماری کرون<sup>۲</sup> و کولیت السروز<sup>۳</sup> از بیماری‌های مزمن ناتوان‌کننده که روبه افزایش و با عوامل روان شناختی مرتبط است. هدف این مطالعه بررسی ویژگی شخصیتی این بیماران با فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چند وجهی مینه سوتا - ۲ (MMPI-2RF)<sup>۴</sup> است.

#### روش بررسی:

تعداد ۱۰۰ بیمار مبتلا به بیماری التهابی روده (تشخیص داده شده با بیوپسی) و ۱۰۰ نفر کنترل (۵۷ نفر خانواده و ۴۳ نفر غیرخانواده) وارد مطالعه شدند. موارد و کنترل‌ها بوسیله ابزار اندازه‌گیری پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی چند وجهی مینه سوتا - ۲ (MMPI-2RF) موردسنجش روان شناختی قرار گرفتند. میانگین‌ها از نمرات کسب شده در سه گروه با استفاده از آزمون ANOVA مقایسه شدند.

#### یافته‌ها:

از میان مقیاس‌های پنجاه‌گانه، مقیاس‌های نارسانی هیجانی ( $Mean = 59/83 \pm 10/42, p = 0/047$ ) و ضعف روحیه ( $Mean = 63/ \pm 11/21, p = 0/025$ )، ناخوشی ( $Mean = 64/99 \pm 14/58, p = 0/001$ )، شکایات شناختی ( $Mean = 64/66 \pm 15/25, p = 0/008$ )، خودتردیدی ( $Mean = 57/55 \pm 11/04, p = 0/034$ ) و روان‌نژندی ( $Mean = 61/42 \pm 11/94, p = 0/048$ ) در بین سه گروه تفاوت معنی‌دار نشان دادند.

#### نتیجه‌گیری:

از آنجایی که بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده در مقیاس‌های نارسانی هیجانی، ضعف روحیه، ناخوشی و روان‌نژندی نسبت به گروه‌های کنترل نمرات بالاتری کسب کردند، جهت بهبود وضعیت این بیماران، ضرورت انجام مشاوره‌های روانشناسی و روانپزشکی با تأکید بر شناخت درمانی و روان‌درمانی در درمانگاه‌های گوارش محرز می‌شود.

**کلیدواژه:** فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چند وجهی مینه سوتا - ۲ (MMPI-2RF)، بیماران التهابی روده، ویژگی شخصیتی

گوارش/ دوره ۲۲، شماره ۳/ پاییز ۱۳۹۶/ ۱۶۴-۱۷۰

1. Inflammatory bowel disease (IBD)
2. Crohn's disease
3. Ulcerative colitis
4. Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Questionnaire

#### \*نویسنده مسئول: منصوره معادی

آمل، کیلومتر ۵ جاده قدیم آمل به بابل، فرعی دانشگاه-دانشگاه آزاد اسلامی

واحد آیت الله آملی، صندوق پستی: ۶۷۸، کد پستی: ۴۶۳۵۱-۴۳۳۵۸

تلفن: ۰۱۱-۴۴۲۵۲۰۱۳

نمابر: ۰۱۱-۴۴۲۵۲۰۱۳

پست الکترونیک: Maadi\_Mansoorh@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۶/۱/۲۸

تاریخ اصلاح نهایی: ۹۶/۶/۱۸

تاریخ پذیرش: ۹۶/۶/۱۸

#### زمینه و هدف:

بیماری التهابی روده (IBD) شامل بیماری کرون (CD) و کولیت السروز (UC) از بیماری‌های مزمن، ناتوان‌کننده با علت ناشناخته است که با علائمی چون اسهال خونی، تب، درد شکمی، کاهش وزن و غیره تظاهر می‌کند، عود بیماری در مبتلایان علی‌رغم جراحی شایع است (۱) عموماً در جوانی شروع و در طول زندگی ادامه دارد. (۲)  
 ژنتیک، ایمنی و عوامل محیطی در علت بیماری اثرگذار می‌باشد یکی از این عوامل محیطی، عوامل روانی به خصوص استرس‌های روانی است. استرس سبب تغییرات در حس، حرکت و عملکرد دستگاه گوارش و افزایش نفوذپذیری روده و تغییرات سیستم ایمنی می‌شود. (۳)

مینه‌سوتا برای بررسی بالینی در درمانگاه‌ها و برای تحقیق درزمینه شخصیت است که نسخه فارسی آن در دو گروه نمونه هنجاریابی شده و همسانی درونی، اعتبار بازآزمایی و روایی ملاک همگرایی این سیاهه با پرسشنامه آیزنگ، مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی و فهرست تجدیدنظر شده نشانگان ۹۰ روی جامعه آزمودنی ۸۰-۱۸ سال رضایت‌بخش بود و برای جامعه ایرانی دارای ویژگی روان‌سنجی رضایت‌بخش و ابزاری سریع برای تشخیص اختلالات روانی هست. (۱۱)

همچنین فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) در پنج قاره جهان منتشر شده و علاقه‌مندان فراوانی را در حیطه آسیب‌شناسی روانی به خود جذب کرده است. کاربردهای فراوان این پرسشنامه در حیطه‌های مشاوره و روان‌درمانی، گزینش و گمارش، پیشگیری و درمان و از همه مهم‌تر، مستندسازی اقدامات روانشناختی، باعث شده است تا اتفاق نظر جامعی در زمینه کاربردی بودن این آزمون در بین حرف‌یاری بخش و به خصوص روانپزشکان و روانشناسان به وجود آورد و موج عظیمی از تحقیقات را به جریان اندازد. (۱۲)

در ایران MMPI-2RF ترجمه و مورد انطباق یابی قرار گرفت، جامعه مورد بررسی عبارتند از: جامعه ورزشکاران تیم ملی، کارکنان سازمان‌های مختلف از جمله پلیس، شهرداری، ستاد مبارزه با مواد مخدر و غیره. دانشجویان، شهروندان ساکن در تهران و شهرستان‌های مختلف کشور، افراد دارای مشکلات بالینی از جمله اسکیزوفرنیا، وسواس، افسرده، مضطرب و غیره معلمان روان‌سازی و اعتباریابی شده است. ضرایب اعتبار برای مقیاس‌های بالینی (پنجاه خرده مقیاس) بالاتر از ۰/۸۰ بود، کامکاری و سُکرزاده. (۱۳)

از آنجایی که برای شناخت ویژگی‌های شخصیتی بیماران التهابی روده که شیوع آن رو به افزایش است تحقیقات اندکی صورت گرفت و از ابزار MMPI-2RF که دارای اعتبار و روایی مطلوب است و به نظر می‌رسد استفاده نشده است تا بواسطه آن ویژگی‌های شخصیتی این بیماران را شناخته و متعاقباً راهکارهایی جهت کاهش درخواست‌های مراقبت‌های بهداشتی و هزینه‌های درمانی ناشی از اضطراب و افسردگی و عود بیماری و بهبود کیفیت زندگی بیماران ارائه داد. از این رو محقق بر آن شد تا به بررسی ویژگی شخصیتی بیماران التهابی روده با استفاده از فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چند وجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) بپردازد.

### روش بررسی:

بیماران التهابی روده که در سال ۱۳۹۴ به تشخیص فوق تخصص گوارش با استناد به روش‌های تشخیصی و معاینات پزشکی به کلینیک گوارش هراز بیمارستان ۱۷ شهریور آمل مراجعه کرده‌اند به عنوان جامعه هدف نامحدود در نظر گرفته شد. لازم به ذکر است به علت این که فهرست دقیقی برای اعضای جامعه ی فوق وجود ندارد، باید اصطلاح جامعه محدود را بکار برد و با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند با پیروی از روش نمونه‌گیری تمام شماری، همه بیماران التهابی روده درمانگاه گوارش هراز بیمارستان ۱۷ شهریور آمل که تنها درمانگاه این شهرستان برای رسیدگی به این بیماران بوده و کلیه متخصصین، بیماران التهابی روده را به این مرکز

حتی باور بعضی از بیماران این است که تیپ شخصیتی ایشان در ایجاد بیماری مؤثر است. (۴)

بروز این بیماری در سراسر جهان رو به افزایش است، و همچنان غیرقابل درمان است. در غرب طی ۵۰ سال گذشته به ترتیب: کرون از ۱۵/۱۰۰۰۰۰-۶ نفر به ۲۰۰/۱۰۰۰۰۰-۵۰ و کولیت السروز از ۱۴/۱۰۰۰۰۰-۸ نفر به ۲۰۰/۱۰۰۰۰۰-۱۲۰ رسیده است. (۵) میزان بروز سالانه این بیماری بسیار مختلف است، بالاترین میزان بروز کرون در شمال آمریکا ۲۰/۲/۱۰۰۰۰۰ نفر در مقابل ۵/۱۰۰۰۰۰ در آسیا و شرق میانی است که طبق مطالعه‌ای در ایران (کرمان) میزان بروز ۰/۸ نفر در ۱۰۰۰۰۰ گزارش شد، بالاترین میزان بروز کولیت السروز در اروپا ۲۴/۳/۱۰۰۰۰۰ در مقابل ۶/۳/۱۰۰۰۰۰ نفر ۱۰۰۰۰۰ در آسیا و شرق میانی و در ایران (کرمان) ۴/۹۸/۱۰۰۰۰۰ گزارش شد. (۲)

باور این که بیماری التهابی روده با عوامل روانشناختی مرتبط است سخن جدیدی نیست. (۳) همچنین اختلالات روانشناختی مانند: اضطراب و افسردگی که در بیماران التهابی روده بسیار شایع است به دلیل دسترس‌های روانی، نگرانی، ترس‌ها و ضعف راهبردهای مقابله با بیماری که منتج به کاهش کیفیت زندگی این بیماران می‌شود و نیز درمان‌های دارویی مانند کورتیکواستروئیدها که سبب اختلالات خلقی می‌شود لزوم مداخلات درمان‌های روانی را محرز می‌کند. (۶)

در مطالعه ای با عنوان «نشانه‌های افسردگی در بیماری کرون: رابطه آن با ایمنی فعال و در دسترس بودن تریپتوفان» نشان دادند که بیماری کرون (CD) با فعالیت دستگاه ایمنی و نشانه‌های افسردگی ارتباط دارد. (۷)

در یک مطالعه مروری با عنوان «جنبه‌های روانی و روان‌درمانی در بیماران التهابی روده و سندرم روده تحریک پذیر در زمینه اطفال» آورده اند که نمرات بالای روان‌نژندی، افسردگی، مهار، و بی‌ثباتی عاطفی، به طور معمول برای بسیاری از بیماران با بیماری‌های مزمن مطرح است و خاص اختلالات مزمن گوارشی نمی‌باشد. (۸)

ویژگی‌های شخصیتی بیماران التهابی روده به خصوص نوروزگرایی و اضطراب با افراد سالم تفاوت دارد در ایران تحقیقات اندکی در مورد ویژگی شخصیتی این بیماران انجام شد، در مطالعه‌ای که سنجش سلامت روان را با پرسشنامه فهرست تجدیدنظر شده نشانگان ۹۰ (SCL-90-R)، در سه گروه از بیماران IBD، بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS) و افراد غیر مبتلا انجام شد، نشان داد که سطح سلامت روان از نظر جنبه‌های اضطراب، شکایت جسمانی، ترس و روان‌پریشی نسبت به افراد غیر مبتلا تفاوت معنادار دارد. (۹) مک‌گری و کاستا برای سنجش سلامت روان بیماران IBD و IBS از الگوی پنج عاملی شخصیت (نوروزگرایی، برون‌گردی، گشودگی، توافق، با وجدان بودن) استفاده کردند و نشان دادند این بیماران نسبت به افراد غیر مبتلا دارای نوروزگرایی بیشتر و برون‌گرایی و وظیفه‌شناسایی کمتری دارند. (۱۰)

حال آنکه پرکاربردترین پرسشنامه شخصیتی، سیاهه شخصیتی

1. Distress
2. Symptom checklist 90-R.
3. Distress

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک گروه بیمار، گروه کنترل خانواده و گروه کنترل غیر خانواده

p-value	گروه کنترل غیر خانواده (تعداد و درصد) تعداد = ۴۳	گروه کنترل خانواده (تعداد و درصد) تعداد = ۵۷	گروه بیمار (تعداد و درصد) تعداد = ۱۰۰		
/۰۰۰	۲۰ (۴۶.۵٪)	۲۹ (۵۰.۵٪)	۴۷ (۴۷٪)	زن	جنس
	۲۳ (۵۰.۵٪)	۱۶ (۴۹.۵٪)	۵۳ (۳۲٪)	مرد	
	۸ (۱۸٪)	۱۶ (۲۸٪)	۲۶ (۲۶٪)	زیر دیپلم	
/۰۰۰	۱۳ (۳۰٪)	۱۴ (۲۴.۵٪)	۸ (۸٪)	دیپلم	میزان تحصیلات
	۲ (۵٪)	۱۰ (۱۷.۵٪)	۲۵ (۲۵٪)	فوق دیپلم	
	۱۷ (۴۰٪)	۱۳ (۲۳٪)	۲۵ (۲۵٪)	لیسانس	
/۰۰۰	۳ (۷٪)	۴ (۷٪)	۹ (۹٪)	فوق لیسانس و بالاتر	موقعیت
	۲۷ (۶۳٪)	۴۳ (۷۵٪)	۶۶ (۶۶٪)	شهر	
	۱۶ (۳۷٪)	۱۴ (۲۵٪)	۳۴ (۳۴٪)	روستا	
J۴۷۹	۳۳/۰۳ ± ۱۱/۴۳	۴۱/۰ ± ۱۱/۷۴	۳۳/۱۸ ± ۱۲/۱۵	سن (SD ± میانگین)	

مقیاس هایی که با ستاره \* مشخص شد اختلاف معنادار بین گروه بیمار و گروه کنترل ۲ (غیرخانواده) مشاهده شد  $p\text{-value} \leq 0.05$

به معرفی می کنند، موردسنجش قرار گرفت، ۲۳۳ بیمار توسط محقق جهت مشارکت در طرح، فراخوان شدند، با توجه به این که این بیماران سال ها تحت پوشش درمانی این مرکز قرار داشته و دارای پرونده پزشکی اند، ۲۱۰ نفر (۹۰٪) جهت مشارکت پاسخ مثبت دادند. اما بر اساس معیار ورود بیماران التهابی روده برای مطالعه، بیماران کولیت اولسروزوی بود که بیماریشان شدید<sup>۱</sup> و یا مقاوم به درمان نبوده و نیز بیماران کرون که درگیری روده کوچک نداشته و فقط روده بزرگ درگیر بوده است<sup>۲</sup>. همه بیماران بیش از ۳ سال مبتلا به بیماری بوده اند<sup>۳</sup> و نیز به درمان پاسخ نسبی یا خوب داده بودند. تعداد ۱۰۷ بیمار انتخاب شدند. معیار ورود گروه کنترل که از همراهان بیمار انتخاب شدند، بدین ترتیب بود که محقق طی فراخوان بیماران، از نیمی از آنها خواسته یکی از اعضاء خانواده خود را همراه داشته باشد تا گروه کنترل خانواده را به دلیل تشابه ژنتیکی که دارند انتخاب کنند، با این شرط که اگر بیمار زن بود اولویت اول با خواهری که در گروه سنی بیمار بود، در غیر این صورت مادر انتخاب می شد و اگر بیمار مرد بود اولویت اول با برادری که در گروه سنی بیمار بود و اگر برادر نداشت پدر انتخاب می شد و از نیمی دیگر از بیماران خواسته شد جهت انتخاب گروه کنترل غیرخانواده (به دلیل عدم تشابه ژنتیکی جهت بررسی نتایج تحقیق) یک عضو غیر فامیل (همسایه و یا دوست) که در گروه سنی و جنسی شبیه بیماران بوده اند معرفی نمایند. با اخذ رضایت آگاهانه از همه مشارکت کنندگان، پرسشنامه طی جلسه ای طبق هماهنگی انجام شده، در بین آنها توزیع و مورد سنجش روانشناختی قرار گرفت. لازم به ذکر است پس از حذف پرسشنامه های مخدوش، ۱۰۰ نفر بیمار به عنوان گروه مورد و ۱۰۰ نفر گروه کنترل (به ترتیب ۵۷ نفر گروه کنترل خانواده و ۴۳ نفر گروه کنترل غیر خانواده) جهت تطابق دو گروه بیمار و کنترل

تعداد ۱۰۰ نفر از هر کدام، در مجموع ۲۰۰ نفر به عنوان حجم نمونه مورد بررسی قرار گرفتند. در این تحقیق، پرسشنامه، ویژگی های شخصیتی (MMPI-2RF) مورد استفاده قرار گرفت که در ایران ترجمه و انطباق یابی شده است و ضرایب اعتباری آن برای مقیاس های بالینی (پنجاه خرده مقیاس) بالاتر از ۰/۸۰ بود. (۱۴ و ۱۳)

با توجه به این که در تحقیق حاضر به بررسی ویژگی شخصیتی بیماران التهابی روده با فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه-سوتا-۲ (MMPI-2RF) پرداخته از این رو، ابتدا به ارائه شاخص های آمار توصیفی از جمله شاخص های گرایش مرکزی (نما، میانه و میانگین) شاخص های پراکندگی (دامنه تغییرات، واریانس و انحراف معیار) و شاخص های توزیع (خطای معیار، ضریب کجی و ضریب کشیدگی)، با استفاده از چهار روش به روایی تشخیصی مقیاس های نارسایی های سه گانه، بالینی، مشکلات ویژه و آسیب شناسی شخصیتی با استفاده از آزمون t تک گروهی و مقایسه میانگین های تجربی حاصله از ابزار با میانگین نظری (۶۵-۵۰) در حال بیمار شدن، (نقطه بُرش ۶۵-۶۵) به عنوان شروع بیماری (۸۰-۶۵) اختلال با برافراشتگی خفیف،  $\geq 80$  با برافراشتگی شدید، در نظر گرفته شد. (۱۵) همچنین جهت مقایسه میانگین بین گروه ها از تست ANOVA یک طرفه استفاده شد. نرم افزار spss نسخه ۲۰ به عنوان شیوه های تحلیل های آماری داده های تجربی در حیطه روان سنجی استفاده شد.

#### یافته ها:

۱۰۰ نفر از بیماران التهابی روده و ۱۰۰ نفر از همراهان (در دو گروه کنترل یک و دو به ترتیب ۵۷ نفر خانواده و ۴۳ نفر غیرخانواده) که در گروه سنی ۶۶-۱۸ سال (جدول ۱). به پرسشنامه ویژگی های شخصیتی (MMPI-2RF) خود ایفا پاسخ دادند. از نتایج مشخص شد، از میان نارسایی سه گانه (هیجانی، تفکر و رفتاری) نارسایی هیجانی

1. Sever colitis & Entero colitis
2. Crohn's colitis
3. Chronic

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار مقیاس های «آسیب شناسی» در جمعیت مورد مطالعه

مقیاس	گروه	SD ± میانگین	p-value
پرخاشگری درونی شده	بیمار	۴۸/۱۱ ± ۹/۰۵	۰/۳۰۳
	کنترل ۱ (خانواده)	۴۷/۷۵ ± ۸/۶۸	
	کنترل ۲ (غیرخانواده)	۴۵/۷۲ ± ۸/۷۸	
روان پریشی	بیمار	۶۶/۴۰ ± ۱۵/۲۲	۰/۳۳۳
	کنترل ۱ (خانواده)	۶۲/۶۴ ± ۱۵/۳۸	
	کنترل ۲ (غیرخانواده)	۶۵/۸۷ ± ۱۵/۱۰	
بی مسئولیتی	بیمار	۴۶/۷۲ ± ۷/۸۲	۰/۵۷۲
	کنترل ۱ (خانواده)	۴۸/۰۵ ± ۷/۷۴	
	کنترل ۲ (غیرخانواده)	۴۶/۷۲ ± ۰/۱۰	
روان نژندی*	بیمار	۶۱/۴۲ ± ۱۱/۹۴	۰/۰۴۸
	کنترل ۱ (خانواده)	۵۹/۸۱ ± ۱۲/۰۱	
	کنترل ۲ (غیرخانواده)	۵۶/۳۱ ± ۱۰/۴۶	
درون گرایی	بیمار	۷۴/۰۰ ± ۸/۴۰	۰/۰۶۱
	کنترل ۱ (خانواده)	۵۶/۵۰ ± ۱۱/۲۲	
	کنترل ۲ (غیرخانواده)	۵۳/۲۳ ± ۱۰/۳۶	

مقیاس هایی که با ستاره \* مشخص شد اختلاف معنادار بین گروه بیمار و گروه کنترل ۲ (غیرخانواده) مشاهده شد  $p\text{-value} \leq 0/05$

### بحث:

نتایج مطالعه حاضر بر تفاوت معنی دار بارمهای کسب شده در ابعاد نارسایی هیجانی (از مقیاسهای نارسایی سه گانه)، ضعف روحیه (از مقیاسهای بالینی)، ناخوشی، شکایت شناختی و خودتردیدی (از مقیاسهای جسمانی/شناختی و درونی سازی) و در نهایت روان نژندی (از مقیاس آسیب شناسی شخصیت) در بین سه گروه بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده، کنترل ها از خانواده و کنترل ها از غیر خانواده حکایت دارد.

در بعد نارسایی هیجانی اگرچه بیماران، بارمهای بالاتری نسبت به دو گروه کنترل خانواده و کنترل غیر خانواده کسب کردند ولی این تفاوت فقط در بین بیماران و گروه کنترل غیر خانواده معنی دار بود. در همین راستا، در بعد ضعف روحیه نیز بیماران، بارمهای بالاتری نسبت به دو گروه کنترل خانواده و کنترل غیر خانواده کسب کردند ولی این تفاوت فقط بین بیماران و گروه کنترل غیر خانواده معنی دار بود. با این حال افراد خانواده بیماران، بارمهای بالاتری را نسبت به افراد غیر خانواده کسب کردند. این امر می تواند به تأثیر عوامل محیطی و ژنتیکی مشترک در بین بیماران و افراد فامیل اشاره داشته باشد که با مطالعاتی که نقش ژنتیک و محیط را در ایجاد بیماری مؤثر می دانند همخوانی دارد. (۵) ضعف روحیه به عنوان یکی از مقیاسهای افسردگی بر عدم رضایت از زندگی و غمگین بودن حکایت دارد که در نتیجه فرد انگیزه زیادی جهت انجام امور روزمره از خود بروز نمی دهد. در واقع بیانگر عدم رضایت فرد از خود و زندگی خود می باشد. (۱۶ و ۱۵) با کسب بارمهای بالاتر از این بعد،

( $Mean = 59/83 \pm 10/42, p = 0/047$ ) بین گروه بیمار و دو گروه کنترل (خانواده و غیرخانواده) اختلاف معنادار مشاهده شد. از میان مقیاس های نه گانه بالینی (ضعف روحیه، شکایات جسمانی، هیجانات مثبت پایین، بدبینی، رفتار ضداجتماعی، عقاید گزند و آزار، هیجانات منفی مختل کننده، تجارب عجیب و غریب، فعالیت گرای هیپومانیک)، مقیاس ضعف روحیه ( $Mean = 63/ \pm 11/21, p = 0/025$ ) بین گروه بیمار و دو گروه کنترل (خانواده و غیرخانواده) اختلاف معنادار مشاهده شد. و از میان مقیاس های چهارده گانه جسمانی/شناختی و درونی سازی (ناخوشی، شکایات گوارشی، شکایات سردرد، شکایات عصب شناختی، شکایات شناختی، عقاید مرگ و خودکشی، درماندگی- ناامیدی، خودتردیدی، ناکارآمدی، فشار روانی-نگرانی، اضطراب، استعداد خشم، ترس های محدودکننده رفتار، ترس های چندگانه مشخص، مشکلات سلوکی نوجوانی، سوء مصرف مواد، پرخاشگری، هیجان پذیری، مشکلات خانوادگی، منفعل گرایی بین فردی، اجتناب اجتماعی، کمرویی، عدم پیوندگرایی، علایق ادبی/زیباشناسی، علایق مکانیکی/جسمانی ناخوشی ( $Mean = 64/99 \pm 14/58, p = 0/001$ ))، شکایت های شناختی ( $Mean = 64/66 \pm 15/25, p = 0/008$ ) و خودتردیدی ( $Mean = 57/55 \pm 11/04, p = 0/034$ ) بین گروه بیمار و دو گروه کنترل (خانواده و غیرخانواده) اختلاف معنادار مشاهده شد. و از میان مقیاس های پنجگانه شخصیتی، روان نژندی ( $p = 0/048$ )، ( $Mean = 61/42 \pm 11/94$ ) بین گروه بیمار و دو گروه کنترل (خانواده و غیرخانواده) اختلاف معنادار مشاهده شد (جدول ۲).

می دانند (۱۸) و شیوع اختلالات اضطرابی در این بیماران را بالا برآورد می کنند، همخوانی دارد. (۱) مک گری نشان داد بیماران IBD نسبت به افراد غیر مبتلا دارای نوروگرائی بیشتر برون گرائی و وظیفه شناسایی کمتری دارند.

نتایج ما همچنین نشان داد بیماران مورد مطالعه از شکایات جسمانی، عقاید گزند و آزار، هیجانات منفی مختل کننده، تجارب عجیب و غریب، شکایات گوارشی، ترس های محدودکننده رفتار، عدم پیوندگرایی و روان پریشی نیز رنج می برند با این حال تفاوت معنی داری در بین سه گروه از نظر این ابعاد مورد بررسی وجود نداشت. این یافته ها نشان می دهند که نه تنها بیماران و یا خانواده های آنها بلکه کل جامعه از این اختلالات روان رنج برده و اما نکته قابل توجه کسب نمرات بالاتر از نقطه ۶۵ بیمار مبتلا به بیماری های التهابی است. در این میان باید توجه داشت عقاید گزند و آزار که به عنوان یکی از بارزترین نشانه های تفکر و هذیان پارانوئیدی محسوب می شود (از یک سو بیان کننده توهم و از سویی دیگر بیان کننده هذیان است) و نشان دهنده عدم سازماندهی تفکر و روان پریشی است، به عنوان مؤلفه ای مهم در تشخیص شخصیت پارانوئید واسکیزوییدی محسوب می شود. از طرف دیگر، تفکر عجیب و غریب به عنوان مؤلفه مهم در تشخیص اسکیزوتایپال و عدم پیوند گرایی به عنوان مؤلفه مهم در شخصیت اجتنابی در نظر گرفته می شوند. (۱۳، ۱۶ و ۱۷) این یافته ها با مطالعه ای که بیان کرده است ۶۱ درصد از بیماران مبتلا به اختلال عملکرد جسمانی<sup>۲</sup> حداقل یک اختلال شخصیت دارند که شایع ترین آن، اختلال شخصیت اجتنابی، پارانوئیدی، اسکیزوییدی و سواس فکری و عملی بود، مطابقت داده و در نتیجه می توان بیان کرد که این بیماران، طبق تعریف DSM5 از دسته اختلال عملکرد جسمانی قرار می گیرد (۲۰ و ۲۱) و باید توجه داشت، علائم جسمانی ممکن است وسیله ای برای بیان ناراحتی از طرف بیمار باشد بخصوص وقتی نتواند احساسات خود را بشناسد و در غالب کلمات آنها را به راحتی توصیف کند (آلکسی تایمیا). از طرف دیگر برخی بیماران به منظور پرهیز از انگ بیماری های روانی در سطح جامعه، ممکن است با علائم جسمانی به پزشک مراجعه نمایند. (۱۶ و ۱۷ و ۱۹) با این حال همانطور که اشاره شد، عدم وجود یک تفاوت معنی دار در بین سه گروه از لحاظ مواردی که در سطوح فوق بر شمرده شد را می توان به شیوع بالای این گونه اختلالات در سطح جامعه نسبت داد. باید توجه داشت جامعه ما علاوه بر تجربه گذارهای دموگرافیک و اپیدمیولوژیک به نوعی در حال تجربه یک گذار فرهنگی نیز می باشد. این امر شاید منجر به یک دوگانگی فرهنگی در سطح جامعه شده باشد. ورود فرهنگ غربی با تأکید بر فردگرایی، کاهش ارتباطات و بسنده کردن جامعه به ارتباطات مجازی، کاهش حس اعتماد، رشد قانون گریزی می تواند منجر به حاشیه رانده شدن حس پیوند و تعامل با دیگران در فرد شده و در نتیجه ابزار اصلی انگیزش های اجتماعی از دست رفته و منجر به تشدید اضطراب و دامن زدن به عدم پیوندگرایی شود. با تشدید این

2. Somatic Symptom and Related Disorder

افراد مضطرب تر بوده و نوعی درماندگی و بدبینی نسبت به آینده احساس می کنند. این نوع نگاه به زندگی و آینده برای یک بیماری جسمی مزمن خیلی دور از انتظار نیست. بیماری های التهابی روده با درگیری مزمن دستگاه گوارشی و حملات متناوب، معمولاً مشکلات عدیده ای را برای بیماران پدید می آورند که نیاز به درمان های طولانی مدت را در بیماران الزامی می سازد. این یافته با نتایج مطالعه تریبیک<sup>۱</sup> و همکاران از استرالیا مطابقت دارد که اضطراب عمومی را به عنوان رایج ترین نوع اضطراب و اختلال افسردگی بزرگ (عودکننده) را به عنوان شایع ترین نوع افسردگی در این بیماران معرفی می کند. (۱۷) همچنین مطالعات از ایران (۳) و اروپا (۱۸) نشان دادند اضطراب و افسردگی در شروع و شیوع این بیماری مؤثر است. ضمن آنکه معنادار نشدن مقیاسهای فوق با کنترل خانواده بیماران نیز قابل توجیه است زیرا در فرآیند مزمن این بیماری، اعضای خانواده و اطرافیان می توانند درگیر مشکلات روانشناختی بیمارانشان شوند و این امر می تواند سبب تغییر در خلق و خوی اعضای خانواده اگرچه با سطوح پایین تری از درگیری گردد.

بیماران همچنین مشکلات شناختی بیشتری نسبت به گروه کنترل نشان دادند. مشکلات شناختی به وضعیت حافظه و نحوه پردازش اطلاعات، تمرکز حواس و میزان تحمل در مقابل فشارهای روانی اشاره دارد. (۱۵) درگیری افراد در فرآیند مزمن و گاه ناتوان کننده بیماری می تواند بر چگونگی تمرکز بر موضوعات و محرک های محیطی و حتی پردازش صحیح اطلاعات اثر بگذارد ضمن آنکه بخش زیادی از دغدغه ها و دل مشغولی های بیماران معطوف به روند بیماری و پیامدهای ناشی از آن خواهد شد که خود اساساً بر چگونگی تعامل فرد با داده ها و اطلاعات از محیط می تواند تأثیر بگذارد.

روان نژندی از جمله اختلالاتی بود که در این مطالعه در بین سه گروه مطالعه از نظر بارمهای کسب شده تفاوت معنی داری نشان داد. اگرچه بیماران بالاترین بارمها را از این حیث کسب کردند، با این حال تفاوت معنی دار فقط در بین دو گروه بیماران و کنترل های غیرخانواده مشاهده شد. کسب امتیاز بالا از این مقیاس می تواند دلالت بر اضطراب، نگرانی و ناامنی داشته باشد. مهمترین ویژگی این افراد اضطراب است به طوری که به میزان زیادی خود انتقادی دارند. قوه قضاوت این بیماران درگیر نبوده و بر خلاف مبتلایان به روان پریشی بینش درست و شناخت مناسبی از عوارض، نشانه ها یا اختلالات خود داشته و می توانند اثرات آنها را بر زندگی خود شرح دهند. اضطراب نیز از جمله اختلالاتی است که می تواند در بین افراد مبتلا به بیماری مزمن که درمان های علاج کننده برای آنها وجود ندارد، شیوع بالایی داشته باشد. سیر مزمن بیماری، عدم درمان قطعی، رخداد عوارض، دسترسی بیشتر به اطلاعات از طریق اینترنت و شبکه های اجتماعی در مورد بیماری و پیامدهای آن می تواند بر دامنه اضطراب ناشی از بیماری بیافزاید. (۱۹ و ۲۰) این نتیجه با مطالعاتی که شایع ترین صفت شخصیتی این بیماران را روان رنجوری و کمال گرایی

1. Tribbick

مشاوره های روانشناسی و روانپزشکی با تأکید بر شناخت درمانی و روان درمانی در درمانگاه گوارش محرز می نمایاند.

#### سپاسگزاری:

از همکاران درمانگاه گوارش هراز آمل که صمیمانه در انجام این مطالعه مساعدت کردند، کمال تشکر را داریم.

فرآیند به تدریج افراد درگیر تجارب عجیب و غریب، عقاید گزند و آزار و حتی روان پریشی خواهند شد. این نتایج در صورت تأیید، بسیار نگران کننده بنظر می رسد و بر این امر تأکید دارد که باید مطالعات وسیع تر و حتی در سطح ملی هدایت شده تا ضمن تعیین وضعیت موجود راهکارها و مداخلات مبتنی بر جامعه در جهت مقابله با این وضعیت نگران کننده از طرف تصمیم سازان در سطح کلان در نظر گرفته شود.

#### نتیجه گیری:

با توجه به میانگین نمرات مقیاسها به نظر می رسد، این بیماران دارای اختلالات اضطرابی، افسردگی، شناختی و روان نژندی اند که لزوم

#### REFERENCES:

- Mikocka-Walus A, Bampton P, Hetzel D, Hughes P, Esterman A, Andrews JM. Cognitive-behavioural therapy has no effect on disease activity but improves quality of life in subgroups of patients with inflammatory bowel disease: a pilot randomised controlled trial. *BMC Gastroenterol* 2015;15:54.
- Zahedi MJ, Darvish Moghadam S, Hayat Bakhsh Abbasi M, Dehghani M, Shafiei Pour S, Zydabady Nejad H, et al. The incidence rate of inflammatory bowel disease in an urban area of iran: a developing country. *Middle East J Dig Dis* 2014;6:32-6.
- Sajadinejad MS, Asgari K, Molavi H, Kalantari M, Adibi P. Psychological issues in inflammatory bowel disease: an overview. *Gastroenterol Res Pract* 2012;2012:106502.
- Robertson DA, Ray J, Diamond I, Edwards JG. Personality profile and affective state of patients with inflammatory bowel disease. *Gut* 1989;30:623-6.
- Cosnes J, Gower-Rousseau C, Seksik P, Cortot A. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 2011;140:1785-94.
- Graff LA, Walker JR, Bernstein CN. Depression and anxiety in inflammatory bowel disease: a review of comorbidity and management. *Inflamm Bowel Dis* 2009;15:1105-18.
- Guloksuz S, Wichers M, Kenis G, Russel MG, Wauters A, Verkerk R, et al. Depressive symptoms in Crohn's disease: relationship with immune activation and tryptophan availability. *PLoS One* 2013;8:e60435.
- 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;154:307-14.
- Besharat MA, Zarpour S, Bahrami-Ehsan H, Rostami R, Mirdamadi MJ. Comparison of personality characteristics of individuals with irritable bowel syndrome and healthy individuals. *J Clin Psychol* 2010;2:9-16.
- Dehghani M, Ashori A, Habibi Askarabad M, Khatibi M. Standardization and Psychometric Properties of Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2). *J Psychol* 2010;14:299-318.
- Kamkary K, Shokrzadeh S. Scale standardization tendency to addiction (with emphasis on MMPI-ARF) secondary school students and pre-university. *Euro J Experiment Biol* 2012;2:1868-79.
- Kamkary K, Shokrzadeh S. The psychometric properties of MMPI-2RF in national team athletes. *Scientific Journal of the Iranian Association* (Abstracts submitted for Iranian 3th congress of psychology in Shahidbehshiy University) 2008;2:1868.
- Shahintab M, Kamkary K, Shokrzadeh S, Behrouz AM. The effects of psychological intervention on elite basketball player's emotional intelligence. *J Exercise Movement Sport* 2010;42:165.
- Ben-Porath YS, Tellegen A. MMPI-2-RF: Manual for administration, scoring and interpretation. *University of Minnesota Press* 2008.
- Kamkary K, Shokrzadeh S, Kamqari. Assessment of personality traits, Tehran University Press 2016 (in print).
- Nemiah JC. A reconsideration of psychological specificity in psychosomatic disorders. *Psychother Psychosom* 1982;38:39-45.
- Tribbick D, Salzberg M, Ftanou M, Connell WR, Macrae F, Kamm MA, et al. Prevalence of mental health disorders in inflammatory bowel disease: an Australian outpatient cohort. *Clin Exp Gastroenterol* 2015;8:197-204.
- Boye B, Lundin KE, Leganger S, Mogleby K, Jantschek G, Jantschek I, et al. The INSPIRE study: do personality traits predict general quality of life (short form-36) in distressed patients with ulcerative colitis and Crohn's disease? *Scand J Gastroenterol* 2008;43:1505-13.
- Goh KL, Hamid S, Khan AG, LeMair AW. World Gastroenterology Organization Practice Guidelines for the diagnosis and management of IBD.
- Hasin D, Katz H. Somatoform and substance use disorders. *Psychosom Med* 2007;69:870-5.
- Rezaee F, Fakhraee SA, Ferman A, Niloufari A, Hashemi A, Shamlu F. Diagnostic and Statistical Manual of DSM-Psychiatric Disorder. *Am psychiat Assoc*.