

## Prevalence of Depression in Patients with Oral Lichen Planus Referred to Isfahan Dental School

Elham Faghihian<sup>1</sup>   
Laleh Amini<sup>2</sup>   
Maryam Rizaneh<sup>3</sup>   
Atefeh Esfandpour<sup>4</sup> 

1. Assistant Professor, Department of Oral Medicine, Dental Research Center, Dental Research Institute, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.  
2. Assistant Professor, Department of Oral Medicine, Dental Research Center, Dental Research Institute, School of Dentistry, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Lorestan, Iran.  
3. Dentist, School of Dentistry, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Lorestan, Iran.  
4. **Corresponding Author:** Graduate Student, Dental Student's Research Committee, School of dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.  
**Email:** at.esfandpure@yahoo.com

### Abstract

**Introduction:** Oral lichen planus is a relatively common chronic autoimmune and inflammatory disease in which altered cellular mediated immune response plays a major role in its pathogenesis. Among the possible factors influencing development of oral lichen planus, the role of mental disorders, especially depression and anxiety, has been discussed in pathogenesis of this disease. Therefore, the aim of this study was to investigate the prevalence of depression in patients with oral lichen planus referred to the dental clinic of Isfahan University in year 2018-2019.

**Materials & Methods:** In the present case-control study, 40 patients with oral lichen planus referred to the dental clinic of Isfahan University in 2018-2019 (case group) and 40 subjects without oral lichen planus (control group) were investigated. Next, the Beck Depression Inventory (BDI) was completed by all subjects. Finally, the obtained data were analyzed using statistical software.

**Results:** The obtained results indicated that the average age in case group (43.53 years) was lower than the control group (44.68 years). In addition, the mean for depression in case group (12.78) was higher than control group (9.5), however, this difference was not statistically significant ( $p$  value  $> 0.05$ ).

**Conclusion:** In general, this study indicated the role of depression in the pathogenesis of oral lichen planus. It was noted that high levels of depression can be an initiation point for various autoimmune reactions and oral lichen planus.

**Key words:** Depression, Prevalence, Oral lichen planus, Dentistry.

**Received:** 12.05.2022

**Revised:** 16.08.2022

**Accepted:** 13.09.2022

**How to cite:** Faghihian E, Amini L, Rizaneh M, Esfandpour A. Prevalence of Depression in Patients with Oral Lichen Planus Referred to Isfahan Dental School. J Isfahan Dent Sch 2022; 18(3): 303-12.

## شیوع افسردگی در مبتلایان لیکن پلان دهانی در مراجعین دانشکدهی دندان پزشکی اصفهان

۱. استادیار، گروه آموزشی بیماری‌های دهان، فک و صورت، مرکز تحقیقات دندان پزشکی، پژوهشکدهی علوم دندان پزشکی، دانشکدهی دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.  
 ۲. استادیار، گروه آموزشی بیماری‌های دهان، فک و صورت، مرکز تحقیقات دندان پزشکی، پژوهشکدهی علوم دندان پزشکی، دانشکدهی دندان پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد، لرستان، ایران.  
 ۳. دندان پزشک عمومی، دانشکدهی دندان پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد، لرستان، ایران.  
 ۴. نویسنده مسؤل: دانشجوی دکترای حرفه‌ای دندان پزشکی، کمیته‌ی پژوهش‌های دانشجویی، دانشکدهی دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.  
 Email: at.esfandpure@yahoo.com

الهام فقیهیان<sup>۱</sup> IDلاله امینی<sup>۲</sup> IDمریم ریزانه<sup>۳</sup> IDعاطفه اسفندپور<sup>۴</sup> ID

## چکیده

**مقدمه:** لیکن پلان دهانی، یک بیماری خودایمنی و التهابی مزمن نسبتاً شایع است که تغییر پاسخ ایمنی با واسطه‌ی سلولی، نقش اصلی را در پاتوژنز آن ایفا می‌کند. در میان عوامل احتمالی مؤثر در ایجاد این بیماری، نقش اختلالات روانی به خصوص افسردگی و اضطراب در پاتوژنز بیماری مورد بحث قرار گرفته است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی در بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۹۸-۱۳۹۷ بود.

**مواد و روش‌ها:** در پژوهش مورد-شاهدی حاضر، تعداد ۴۰ بیمار مبتلا به لیکن پلان دهانی مراجعه‌کننده به کلینیک ویژهی دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۹۸-۱۳۹۷ (گروه مورد) و تعداد ۴۰ فرد غیرمبتلا به بیماری لیکن پلان دهانی و کاملاً سالم (گروه شاهد) مورد بررسی قرار گرفت. سپس پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک (Beck Depression Inventory) BDI توسط افراد مورد مطالعه تکمیل گردید. در نهایت داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم‌افزارهای آماری تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** نتایج به دست آمده نشان داد که میانگین سنی گروه مورد (۴۳/۵۳ سال) کمتر از گروه شاهد (۴۴/۶۸ سال) می‌باشد. همچنین میانگین افسردگی در گروه مورد (۱۲/۷۸) بیشتر از گروه شاهد (۹/۵) بود، با این حال این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار نبود ( $p \text{ value} > 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** به طور کلی این مطالعه نشان‌دهندهی نقش افسردگی در پاتوژنز بیماری لیکن پلان دهانی بود. به طوری که سطح بالای افسردگی می‌تواند نقطه‌ی شروع واکنش‌های خودایمنی مختلف و ابتلا به لیکن پلان دهانی باشد.

**کلید واژه‌ها:** افسردگی، شیوع، لیکن پلان دهانی، دندان پزشکی.

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۲۲

تاریخ اصلاح: ۱۴۰۱/۰۵/۲۵

تاریخ ارسال: ۱۴۰۱/۰۲/۲۳

استناد به مقاله: فقیهیان الهام، امینی لاله، ریزانه مریم، اسفندپور عاطفه. شیوع افسردگی در مبتلایان لیکن پلان دهانی در مراجعین دانشکدهی دندان پزشکی اصفهان. مجله دانشکده دندان پزشکی اصفهان. ۱۴۰۱؛ ۱۸(۳): ۳۰۳-۳۰۴.

## مقدمه

لیکن پلان، یک بیماری التهابی مزمن پوستی مخاطی با علت ناشناخته است که اغلب حفره‌ی دهان را نیز درگیر می‌کند؛ علاوه بر مخاط دهان، غشاهای مخاطی دیگر (به عنوان مثال، مخاط ژنیتال در زنان، مری، ناحیه‌ی رکتال) و همچنین پوست سر و ناخن می‌توانند آسیب ببینند. شیوع این ضایعات در جمعیت‌های مختلف بین ۰/۵ تا ۲ درصد گزارش گردیده است. این ضایعه با نسبت ۲ به ۳ در زنان بیشتر از مردان است و در ۱۵-۱۰ درصد بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی، ضایعات پوستی هم مشاهده می‌شود که به صورت پاپول‌های وزیکوله صاف با سطحی پوسته‌دار نمایان می‌شود. برخلاف ضایعات دهانی، این ضایعات خودمحدود شونده بوده و بعد از یک سال یا کمتر، بهبود می‌یابند. این بیماری معمولاً در افراد بالای ۴۰ سال رخ می‌دهد و میانگین سنی شروع آن ۵۳ سال است و به ندرت در کودکان مشاهده می‌شود. ضایعات دهانی در هر ناحیه‌ای از مخاط دهان ممکن است ایجاد شود، ولی مخاط باکال، سطح دورسال زبان و لثه، شایع‌ترین نواحی ابتلا هستند. لیکن پلان معمولاً به صورت ضایعات متقارن و دو طرفه و با درگیری چند ناحیه‌ای در مخاط دهان دیده می‌شود (۱). اتیولوژی این بیماری هنوز به درستی مشخص نشده است، با این حال عامل اصلی بروز این ضایعات مربوط به واکنش‌های ایمنی است. در شرایط مختلف سیستمیک، بیماری‌های مختلف خود ایمنی، برخی عفونت‌ها، استفاده از برخی داروها و تماس با برخی مواد شیمیایی می‌تواند موجب ایجاد ضایعات لیکنوئیدی شود، ولی هنوز ارتباط دقیق بین همه این عوامل و ایجاد این ضایعات مشخص نشده است (۲).

مطالعات مختلفی نشان داده‌اند که اختلالات روانی، افسردگی، اضطراب و استرس از عوامل تعیین‌کننده در پاتوژنز بیماری لیکن پلان هستند (۳، ۴). در یک مطالعه توسط Önder و همکاران، نشان دادند که مشکلات پوستی مانند لیکن پلان در همراهی با استرس، به میزان بالاتری بروز کرده و عوامل عاطفی آن را تشدید می‌کنند (۵).

در مطالعه‌ی دیگری توسط Araya و همکاران، بر نقش استرس و اضطراب در ایجاد لیکن پلان تأکید شد (۶). در مقابل برخی از مطالعات، تأثیر مشخص عوامل ذهنی را در ایجاد لیکن پلان دهانی رد کرده و بر لزوم مطالعات بیشتر در این زمینه تأکید کردند (۷، ۸).

با وجود اینکه بر اساس مطالعات گذشته شیوع اختلالات افسردگی در مبتلایان به لیکن پلان دهانی بیشتر از افراد سالم است اما تاکنون در کشور ما مطالعات بسیار محدودی در رابطه با بروز اختلالات روانی و افسردگی در بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی صورت گرفته و نقش دقیق این عوامل بر روی این اختلالات ناشناخته باقی مانده است. بنابراین در مطالعه‌ی حاضر میزان شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی در بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک ویژه‌ی دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مورد بررسی قرار گرفت.

## مواد و روش‌ها

در مطالعه‌ی موردی-شاهدی حاضر، تعداد ۴۰ بیمار مبتلا به لیکن پلان دهانی و تعداد ۴۰ فرد سالم که از تاریخ فروردین ماه ۱۳۹۷ تا شهریور ماه ۱۳۹۸ به کلینیک دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مراجعه کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. پس از تشخیص قطعی لیکن پلان دهانی از طریق بررسی بالینی و هیستوپاتولوژیک، در میان بیمارانی که داروهای روانگردان مصرف نمی‌کردند و سواد خواندن و نوشتن داشتند در صورت تمایل بیماران برای شرکت در این مطالعه، فرم معاینه‌ی مجزا برای هر یک از آنان تکمیل گردید. بیمارانی که به دلایل هیستوپاتولوژی یا مصرف دارو و یا بیماری زمینه‌ای، احتمال واکنش لیکنوئید برای آنان مطرح بود، از مطالعه کنار گذاشته شدند. همچنین افراد مبتلا به بیماری‌های خودایمنی و بیماری‌های روانی شدید (با تأیید متخصص بیماری‌های اعصاب و روان)، افراد مصرف‌کننده‌ی داروهای ایجاد کننده‌ی لیکن پلان دهانی و زنان باردار یا شیرده از مطالعه خارج

جهت آنالیز آماری داده‌های به دست آمده از نرم‌افزارهای آماری SPSS نسخه‌ی ۲۴ (version 24, IBM Corporation, Armonk, NY) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو بخش توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی با استفاده از آزمون‌های آماری Mann-Whitney، Kruskal-Wallis و Spearman انجام شد. میزان خطا در مطالعه‌ی حاضر برابر با ۰/۰۵ لحاظ گردید ( $\alpha = 0/05$ ). سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

میانگین سنی افراد گروه مورد برابر با ۴۳/۵۳ سال و میانگین سنی افراد گروه شاهد برابر با ۴۴/۶۸ سال محاسبه گردید. همچنین مردان، ۴۱/۲۵ درصد و زنان، ۵۸/۷۵ درصد از افراد مورد مطالعه را تشکیل داده بودند. سطح افسردگی در گروه مورد به صورت خفیف (۲۰ درصد)، متوسط (۱۷/۵ درصد) و شدید (۱۰ درصد) مشاهده شد؛ در حالی که سطح افسردگی در گروه شاهد تنها به صورت خفیف (۳۲/۵ درصد) و متوسط (۵ درصد) مشاهده شد. سایر اطلاعات بالینی و دموگرافیک افراد مورد مطالعه در جدول ۱ نشان داده شده است.

شدند. همچنین در گروه شاهد، افراد با سابقه‌ی مصرف داروهای ضدافسردگی یا ابتلا به افسردگی در گذشته از مطالعه خارج گشتند. مشخصات فردی بیماران شامل سن، جنسیت، شغل، تاریخچه‌ی پزشکی و دارویی، مدت زمان ابتلا به بیماری، درمان‌های قبلی، سابقه و محل ضایعات پوستی (در صورت وجود) ثبت گردید. همچنین ضایعات دهانی از نظر نوع، میزان سوزش و گسترده‌ی مورد بررسی قرار گرفت. تمامی افراد گروه مورد و شاهد در مورد چگونگی مطالعه آگاه شده و قبل از انجام معاینات فرم رضایت نامه آگاهانه توسط آن‌ها امضا گردید. این مطالعه توسط کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تأیید و تصویب شده است (کد اخلاق: IRCT20200223046591N1).

**تعیین میزان افسردگی:** جهت تعیین میزان افسردگی، از پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک (Beck Depression Inventory) شامل ۲۱ ماده با طیف چهار گزینه‌ای، توسط همه‌ی افراد مورد مطالعه تکمیل گردید. با توجه به نمرات کسب شده توسط افراد مورد مطالعه، میزان افسردگی در چهار طیف شامل افسردگی خفیف (امتیازات ۰ تا ۱۳)، افسردگی کم (امتیازات ۱۴ تا ۱۹)، افسردگی متوسط (امتیازات ۲۰ تا ۲۸) و افسردگی شدید (امتیازات ۲۹ تا ۶۳) محاسبه گردید.

جدول ۱: اطلاعات بالینی و دموگرافیک افراد مورد مطالعه.

متغیرها	رده‌ها	گروه بیمار		گروه شاهد	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
جنسیت	زن	۲۶	۶۵	۲۱	۵۲/۵
	مرد	۱۴	۳۵	۱۹	۴۷/۵
وضعیت تأهل	مجرد	۱۱	۲۷/۵	۱۷	۴۲/۵
	متأهل	۲۹	۷۲/۵	۲۳	۵۷/۵
وضعیت شغلی	خانه‌دار	۲۵	۶۲/۵	۲۶	۶۵
	آزاد	۴	۱۰	۸	۲۰
	کارمند	۱۱	۲۷/۵	۶	۱۵
سطح افسردگی	خفیف	۲۱	۵۲/۵	۲۵	۶۲/۵
	کم	۸	۲۰	۱۳	۳۲/۵
	متوسط	۷	۱۷/۵	۲	۵
	شدید	۴	۱۰	۰	۰

جدول ۲: میزان افسردگی بر حسب ویژگی‌های بالینی افراد مورد مطالعه.

متغیرها	رده‌ها	میانگین	انحراف معیار	p value
گروه	مورد	۱۲/۷۸	۱۰/۴۶	۰/۶۵۴
	شاهد	۹/۵	۵/۸۶	
جنسیت	زن	۱۲/۱۳	۸/۲۷	۰/۱۴۸
	مرد	۹/۷۳	۸/۹۵	
وضعیت تأهل	مجرد	۸/۷۵	۶/۵۳	۰/۱۲۸
	متأهل	۱۲/۴۲	۹/۳۱	
وضعیت شغلی	خانه‌دار	۱۱/۳۵	۸/۴۸	۰/۸۸۴
	آزاد	۱۰/۰۸	۶/۷	
	کارمند	۱۱/۲۴	۱۰/۳۵	

مشکلات روانی وجود دارد (۹، ۱۰). در مطالعه‌ی مشابهی توسط Kalkur و همکاران در سال ۲۰۱۵ نیز سطح بالاتری از افسردگی در میان بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی نسبت به سایر افراد گزارش گردید (۱۱).

در مطالعه‌ی دیگری توسط Adamo و همکاران در سال ۲۰۱۵ گزارش شد که بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی دارای میزان افسردگی بیشتری نسبت به افراد سالم هستند (۷). مطالعه‌ی حاضر نیز تأییدکننده‌ی نتایج مطالعات مذکور بوده و نشانگر نقش مهم افسردگی و اختلالات روانی در ابتلا به لیکن پلان دهانی می‌باشد. همچنین در تأیید این یافته، می‌توان به مطالعات دیگری توسط Sawant و همکاران (۴)، Hirota و همکاران (۱۲)، Valter و همکاران (۱۳)، Xiao-hong و همکاران (۱۴) و Vallejo و همکاران (۱۵) اشاره کرد. همچنین نتایج مشابهی نیز در مطالعات بر روی جمعیت ایرانی گزارش شده است. در مطالعه‌ی ملاحی و همکاران (۱۶)، نقش فاکتورهای روانی و اجتماعی در بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی مورد بررسی قرار گرفت، آن‌ها عنوان کردند که بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی، سطح افسردگی بالاتری نسبت به سایر افراد سالم دارند.

در مطالعه‌ی مطلب نژاد و همکاران بر روی جمعیت ایرانی نیز میزان شیوع افسردگی در میان بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی بیشتر از سایر افراد گزارش شده بود (۱۷).

بررسی‌های آماری نشان داد که میانگین افسردگی گروه مورد (۱۲/۷۸ درصد) بالاتر از گروه شاهد (۹/۵ درصد) می‌باشد، اما این اختلاف از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. همچنین میانگین افسردگی در زنان و افراد متأهل بیشتر از مردان و افراد مجرد مشاهده گردید، اما این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. علاوه بر این، میانگین افسردگی در افراد خانه‌دار بیشتر از افرادی با مشاغل آزاد و کارمندی مشاهده شد، ولی این تفاوت نیز از لحاظ آماری معنی‌دار نبود ( $p \text{ value} > 0/05$ ) (جدول ۲).

## بحث

مطالعه‌ی مورد-شاهدی حاضر به منظور بررسی شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی مراجعه‌کننده به کلینیک دندان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۹۸-۱۳۹۷ انجام گرفت. در این مطالعه به مقایسه‌ی شیوع افسردگی در مبتلایان به لیکن پلان و گروه شاهد پرداخته شد و بر اساس نتایج به دست آمده نیز میزان افسردگی در افراد دارای لیکن پلان دهانی بیشتر از افراد سالم بود، ولی این تفاوت به لحاظ آماری معنی‌دار نبود. با وجودی که قبلاً نیز مطالعاتی در رابطه با نقش اختلالات و فشارهای روانی در بروز لیکن پلان صورت گرفته است، اما اختلاف نظر در رابطه با ارتباط این بیماری با

افسردگی استفاده و نتایج آن با نتایج این مطالعه مقایسه گردد. همچنین پیشنهاد می‌گردد که در مطالعات آینده شرایط روحی بیمار و افسردگی قبل از شروع بیماری با زمان بیماری و با زمان بهبودی مقایسه شود.

### نتیجه‌گیری

به طور کلی مطالعه‌ی حاضر نشان داد که میزان افسردگی در میان بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی بالا می‌باشد. نتایج این مطالعه بیانگر نقش مؤثر افسردگی در اتیولوژی و پاتوژنز بیماری لیکن پلان دهانی بوده و می‌توان گفت که سطح بالای افسردگی در این افراد می‌تواند نقطه شروع واکنش‌های خودایمنی مختلف در بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی باشد. با این حال جهت دستیابی به نتایج دقیق‌تر، انجام مطالعات بیشتر با حجم نمونه بزرگ‌تر بر روی سایر قومیت‌ها، نژادها و مناطق جغرافیایی ضروری به نظر می‌رسد.

### سپاسگزار

این مقاله منتج از پایان‌نامه‌ی دوره‌ی عمومی دندان پزشکی با کد IRCT20200223046591N1 می‌باشد و کلیه‌ی حمایت‌های مالی آن توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد انجام شده است.

در مقابل مطالعات اشاره شده که مؤید نقش مثبت افسردگی و سایر اختلالات روانی در ایجاد لیکن پلان دهانی بودند، برخی مطالعات تأثیر این اختلالات را در ایجاد بیماری لیکن پلان دهانی رد کرده‌اند (۱۸، ۱۹).

مطالعات به خوبی نشان داده‌اند که یک رابطه‌ی متقابل بین سیستم عصبی مرکزی و سیستم ایمنی وجود دارد که با تغییر در سیستم عصبی مرکزی، سیستم ایمنی و بیماری‌های مرتبط با آن تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۲۰). بنابراین دور از انتظار نیست که در مجموع نقش استرس را به عنوان یکی از عوامل در مختل‌کننده‌ی عملکرد سیستم ایمنی مطرح نماییم. چرا که تجربیات بالینی محققان مختلف در یافتن ارتباط بین اختلالات روانی و ضایعات لیکن پلان مؤید این مطلب است که بیماران مبتلا به لیکن پلان در واقع به این شکل به فشارهای روانی (افسردگی) پاسخ می‌دهند (۲۱).

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به حجم نمونه‌ی محدود آن اشاره کرد. جامعه‌ی آماری بزرگ‌تر ممکن است منجر به معنی‌دار شدن بعضی از تفاوت‌های مشاهده شده شود. به دلیل تأثیرگذاری جنسیت بر ظهور بیماری لیکن پلان، یکسان‌سازی افراد شرکت‌کننده در مطالعات بعدی برای حذف اثر جنسیت پیشنهاد می‌گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی از سایر مقیاس‌های سنجش

### References

1. Alajbeg I, Challacombe SJ, Holmstrup P, Jontell M. Red and white lesions of the oral mucosa. In: Glick M, Greenberg MS, Lockhart PB, Challacombe SJ, editors. *Burket's oral medicine*. 13<sup>th</sup> ed. New York, NY: John Wiley & Sons; 2021. p. 85-138.
2. Payeras MR, Cherubini K, Figueiredo MA, Salum FG. Oral lichen planus: focus on etiopathogenesis. *Arch Oral Biol* 2013; 58(9): 1057-69.
3. Liao H, Luo Y, Long L, Peng J, Qiu X, Yuan P, et al. Anxiety and oral lichen planus. *Oral Dis* 2021; 27(3): 506-14.
4. Sawant NS, Vanjari NA, Khopkar U, Adulkar S. A study of depression and quality of life in patients of lichen planus. *ScientificWorldJournal* 2015; 2015: 817481.
5. Önder M, Cosar B, Öztas MO, Candansayar S. Stress and skin diseases in musicians: evaluation of the beck depression scale, general psychologic profile (the brief symptom inventory [BSI]), beck anxiety scale and stressful life events in musicians. *Biomed Pharmacother* 2000; 54(5): 258-62.
6. Araya MS, Alcayaga GR, Esguep A. Association between psychological disorders and the presence of Oral lichen planus, burning mouth syndrome and recurrent aphthous stomatitis. *Med Oral* 2004; 9(1): 1-7.
7. Adamo D, Calabria E, Coppola N, Muzio LL, Giuliani M, Azzi L, et al. Assessment of sleep disturbance in oral lichen planus and validation of PSQI: a case-control multicenter study from the SIPMO (Italian Society of Oral Pathology and Medicine). *J Oral Pathol Med* 2022; 51(2): 194-205.

8. Vilar-Villanueva M, Gándara-Vila P, Blanco-Aguilera E, Otero-Rey EM, Rodríguez-Lado L, García-García A, et al. Psychological disorders and quality of life in oral lichen planus patients and a control group. *Oral Dis* 2019; 25(6): 1645-51.
9. Yuwanati M, Gondivkar Sh, Sarode SC, Gadbail A, Sarode GS, Patil Sh, et al. Impact of oral lichen planus on oral health-related quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Clin Pract* 2021; 11(2): 272-86.
10. Di Stasio D, Lauritano D, Gritti P, Migliozi R, Maio C, Minervini G, et al. Psychiatric disorders in oral lichen planus: a preliminary case control study. *J Biol Regul Homeost Agents* 2018; 32(2 Suppl 1): 97-100.
11. Kalkur C, Sattur AP, Guttal KS. Role of depression, anxiety and stress in patients with oral lichen planus: a pilot study. *Indian J Dermatol* 2015; 60(5): 445-9.
12. Hirota SK, Moreno RA, Dos Santos CH, Seo J, Migliari DA. Psychological profile (anxiety and depression) in patients with oral lichen planus: a controlled study. *Minerva Stomatol* 2013; 62(3): 51-6.
13. Valter K, Vučićević Boras V, Buljan D, Vidović Juras D, Sušić M, Gabrić Pandurić D, et al. The influence of psychological state on oral lichen planus. *Acta Clin Croat* 2013; 52(2): 145-9.
14. Xiao-hong W, Xu-dong H, Song-hong W, Hua X. Study of association between oral lichen planus and depression in female patients. *Shanghai Kou Qiang Yi Xue* 2011; 20(5): 548-52.
15. Vallejo MJ, Huerta G, Cerero R, Seoane JM. Anxiety and depression as risk factors for oral lichen planus. *Dermatology* 2001; 203(4): 303-7.
16. Mollashahi FL, Lashkaripour K, Rigi Ladiz MA, Honarmand M, Ansari H. The evaluation of psychosocial factors associated with oral lichen planus [in Persian]. *Zahedan J Res Med Sci* 2009; 11(3): 55-62.
17. Motallebnezhad M, Moosavi S, Khafri S, Baharvand M, Yarmand F, CHangiz S. Evaluation of mental health and oral health related quality of life in patients with oral lichen planus [in Persian]. *J Res Dent Sci* 2014; 10(4): 252-9.
18. Manczyk B, Gołda J, Biniak A, Reszelewska K, Mazur B, Zając K, et al. Evaluation of depression, anxiety and stress levels in patients with oral lichen planus. *J Oral Sci* 2019; 61(3): 391-7.
19. Alves MG, do Carmo Carvalho BF, Balducci I, Cabral LA, Nicodemo D, Almeida JD. Emotional assessment of patients with oral lichen planus. *Int J Dermatol* 2015; 54(1): 29-32.
20. Li K, He W, Hua H. Characteristics of the psychopathological status of oral lichen planus: a systematic review and meta-analysis. *Aust Dent J* 2022; 67(2): 113-24.
21. Abiko Y, Paudel D, Matsuoka H, Yamazaki Y, Koga C, Kitagawa Y, et al. Psychostomatology: The psychosomatic status and approaches for the management of patients with inflammatory oral mucosal diseases. *J Oral Maxillofac Surg Med Pathol* 2022; 34(2 Suppl 1): 200-8.



## ترجمه پرسش‌نامه افسردگی بک (Beck Depression Inventory)

تنها یک گزینه را در هر سؤال که نشان‌دهنده احساسات شما در دو هفته‌ی گذشته است، انتخاب فرمایید.

### سؤال شماره ۱

- ۱- غمگین نیستم  ۲- غمگین هستم  ۳- غم دست‌بردار نیست  ۴- تحملم را از دست داده‌ام

### سؤال شماره ۲

- ۱- به آینده امیدوارم  ۲- به آینده امیدی ندارم   
 ۳- احساس می‌کنم آینده‌ی امیدبخشی در انتظارم نیست  ۴- کم‌ترین روزنه امیدی ندارم

### سؤال شماره ۳

- ۱- ناکام نیستم  ۲- ناکام تر از دیگرانم   
 ۳- به زندگی گذشته‌ام که نگاه می‌کنم هر چه می‌بینم شکست و ناکامی است  ۴- آدم کاملاً شکست خورده‌ای هستم

### سؤال شماره ۴

- ۱- مثل گذشته از زندگی‌م راضی هستم  ۲- مثل سابق از زندگی لذت نمی‌برم   
 ۳- از زندگی رضایت واقعی ندارم  ۴- از هر کس و هر چیز که بگویم ناراضی هستم

### سؤال شماره ۵

- ۱- احساس تقصیر نمی‌کنم  ۲- گاهی اوقات احساس تقصیر می‌کنم   
 ۳- اغلب احساس تقصیر می‌کنم  ۴- همیشه احساس تقصیر می‌کنم

### سؤال شماره ۶

- ۱- انتظار مجازات ندارم  ۲- احساس می‌کنم ممکن است مجازات شوم   
 ۳- انتظار مجازات دارم  ۴- احساس می‌کنم مجازات می‌شوم

### سؤال شماره ۷

- ۱- از خود راضی هستم  ۲- از خود ناراضی هستم  ۳- از خود بدم می‌آید  ۴- از خود متنفرم

### سؤال شماره ۸

- ۱- بدتر از سایرین نیستم  ۲- از خودم به خاطر خطاهایم انتقاد می‌کنم   
 ۳- همیشه خودم را به خاطر خطاهایم سرزنش می‌کنم  ۴- برای هر اتفاق بدی خود را سرزنش می‌کنم



## سؤال شماره ۹

- ۱- هرگز به فکر خودکشی نمی‌افتم  ۲- فکر خودکشی به سرم زده اما اقدامی نکرده‌ام
- ۳- به فکر خودکشی هستم  ۴- اگر بتوانم خودکشی می‌کنم

## سؤال شماره ۱۰

- ۱- بیش از حد معمول گریه نمی‌کنم  ۲- بیش از گذشته گریه می‌کنم
- ۳- همیشه گریانم  ۴- قبلاً گریه می‌کردم اما حالا با اینکه دلم هم می‌خواهد نمی‌توانم گریه کنم

## سؤال شماره ۱۱

- ۱- کم حوصله‌تر از گذشته نیستم  ۲- کم حوصله‌تر از گذشته هستم
- ۳- اغلب کم حوصله هستم  ۴- همیشه کم حوصله هستم

## سؤال شماره ۱۲

- ۱- مثل همیشه مردم را دوست دارم  ۲- به نسبت گذشته کمتر از مردم خوشم می‌آید
- ۳- تا حدود زیادی علاقه‌ام را به مردم از دست داده‌ام  ۴- از مردم قطع امید کرده‌ام، به آن‌ها علاقه‌ای ندارم

## سؤال شماره ۱۳

- ۱- مانند گذشته تصمیم می‌گیرم  ۲- کمتر از گذشته تصمیم می‌گیرم
- ۳- نسبت به گذشته تصمیم‌گیری برایم دشوارتر شده است  ۴- قدرت تصمیم‌گیری را از دست داده‌ام

## سؤال شماره ۱۴

- ۱- جذابیت گذشته‌ها را ندارم  ۲- نگران هستم که جذابیتم را از دست بدهم
- ۳- احساس می‌کنم هر روز که می‌گذرد جذابیتم را بیشتر از دست می‌دهم  ۴- زشت هستم

## سؤال شماره ۱۵

- ۱- به خوبی گذشته کار می‌کنم  ۲- به خوبی گذشته کار نمی‌کنم
- ۳- برای اینکه کاری بکنم به خودم فشار زیادی می‌آورم  ۴- دستم به هیچ کاری نمی‌رود

## سؤال شماره ۱۶

- ۱- مثل همیشه خوب می‌خوابم  ۲- مثل گذشته خوابم نمی‌برد
- ۳- یکی دوساعتی زودتر از معمول از خواب بیدار می‌شوم خوابیدن دوباره برایم مشکل است
- ۴- چند ساعت زودتر از معمول از خواب بیدار می‌شوم و دیگر خوابم نمی‌برد

## سؤال شماره ۱۷

- ۱- بیشتر از گذشته خسته نمی شوم
- ۲- بیش از گذشته خسته می شوم
- ۳- انجام هر کاری خسته ام می کند
- ۴- از شدت خستگی هیچ کاری از عهده ام ساخته نیست

## سؤال شماره ۱۸

- ۱- اشتهایم تغییری نکرده است
- ۲- اشتهایم به خوبی گذشته نیست
- ۳- اشتهایم خیلی کم شده است
- ۴- به هیچ چیز اشتها ندارم

## سؤال شماره ۱۹

- ۱- اخیراً وزن کم نکرده ام
- ۲- بیش از دو کیلو و نیم وزن کم نکرده ام
- ۳- بیش از پنج کیلو از وزن بدنم کم شده است
- ۴- بیش از هفت کیلو وزن کم کرده ام

## سؤال شماره ۲۰

- ۱- بیش از گذشته بیمار نمی شوم
- ۲- از سر درد و دل درد و یبوست کمی ناراحتم
- ۳- به شدت نگران سلامتی خود هستم
- ۴- آنقدر نگران سلامتی خود هستم که دستم به هیچ کاری نمی رود

## سؤال شماره ۲۱

- ۱- میل جنسی ام تغییری نکرده است
- ۲- میل جنسی ام کمتر شده است
- ۳- میل جنسی ام خیلی کم شده است
- ۴- کم ترین میل جنسی در من نیست