

مقایسه شاخص های پریدونتال در افراد با اختلالات افسردگی و بدون افسردگی

نیلوفر جنابیان^۱(DDS,MS)، صادق علی تازیکی^۲(MD)، سیدرضی حسینی^۳، امیر کیاکجوری^۳(DDS)،

حدیث احسانی^۳(DDS)*

۱- گروه پریدنتولوژی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

۲- گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان

۳- دانشگاه علوم پزشکی مازندران

دریافت: ۹۱/۱۲/۱۲، اصلاح: ۹۱/۱۲/۱۶، پذیرش: ۹۲/۲/۱۱

خلاصه

سابقه و هدف: افسردگی بعنوان یکی از دستاوردهای مهم صنعتی شدن و شهرنشینی می تواند ارتباط زیادی با وضعیت بهداشت دهان و دندان و بویژه شاخص های پریدونتال که نمادی از وضعیت سلامت دندان و بافت های اطراف آن می باشند، داشته باشد. هدف از این مطالعه مقایسه شاخص های پریدونتال در افراد با اختلالات افسردگی و بدون افسردگی می باشد.

مواد و روشها: این مطالعه به صورت پرسشنامه، معاینه و ثبت در فرم اطلاعاتی انجام گرفت. افراد مورد مطالعه در دو گروه شامل ۵۰ نفر در گروه مبتلا به افسردگی که در درمانگاه و بخش اعصاب و روان بیمارستان ۵ آذر گرگان بستری بودند و ۵۰ نفر گروه شاهد (کنترل) از بین بیمارانی که جهت معاینه به بخش تشخیص بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی بابل مراجعه کرده بودند و یا از همراهان بیمار که بنا به اظهارات خود هیچگونه سابقه ابتلا به افسردگی نداشتند، انتخاب گردیدند. شاخص های پریدونتال شامل: ایندکس پلاک دندان (Plaque Index) Silness&Loe، شاخص لثه ای (Gingival Index) Loe، بررسی عمق پاکت (Pocket depth) و خونریزی در اثر پروب کردن (Bleeding on probing) مربوط به هر بیمار در فرم ثبت گردید و سپس دو گروه مورد مقایسه قرار گرفت.

یافته ها: در این مطالعه میانگین عمق پروبینگ پاکت در گروه شاهد و مورد به ترتیب (۱/۵۲۸۵±۰/۷۷۶۳، ۱/۲۵۹۳±۰/۵۲۵۷) بود. اختلاف GI و BOP بین دو گروه معنی دار نبوده و همچنین میانگین تمامی شاخص های مورد بررسی با افزایش شدت افسردگی رابطه معنی داری نداشت.

نتیجه گیری: نتایج حاصل از این مطالعه بیانگر رابطه مشخص بین عمق پروبینگ پاکت و بیماری افسردگی بود ولی هیچیک از شاخص های پریدونتال با شدت افسردگی رابطه مشخصی را نشان نداد.

واژه های کلیدی: افسردگی، شاخص های پریدونتال، بیماری پریدونتال، هیپوتالاموس، هیپوفیز، آدرنال.

مقدمه

پریدونتیت شایع ترین نوع بیماری پریدونتال است و بر اثر گسترش فرآیند التهابی لثه به نسوج نگهدارنده پریدونتال به وجود می آید (۱). اثرات زیان آور اختلالات روانی بر کنترل ارگانیک بافت ها تحت عنوان اختلالات روان - تنی (سایکوسوماتیک) شناخته می شوند که از طریق ایجاد عادات مخرب برای انساج پریدونشیوم و اثر مستقیم عصبی روی تعادل فیزیولوژیک (۲) بر پریدونشیوم و حفره دهان تاثیر می گذارند. از نظر روانی حفره دهان مستقیماً یا به طور سمبولیک در رابطه با غریزه و احساسات اصلی انسان می باشد. در بالغین چنین رابطه ای تحت تاثیر آموزش و محیط تضعیف شده و به وسیله مسیرهای دیگر و یا ارگان های مناسب تری جایگزین شده است به هر حال تحت شرایط جبری عقلی و احساسی، دهان می تواند به طور ناخودآگاه یک مسیر بروز برای لذت ها و

احساس ناراحتی در بالغین باشد (۳). Cohen-Cole و همکاران پیشنهاد نمودند که اختلالات روان پزشکی (مانند اضطراب، افسردگی) و اثرات اتفاقات منفی زندگی (استرس) ممکن است منجر به فعال شدن محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال شود که نتیجه آن افزایش سطح کورتیزون سرم و ادرار است که با کاهش عملکرد لنفوسیت ها و PMN ها که ممکن است فرد را مستعد به NUG کنند، در ارتباط است (۴). افسردگی شایع ترین ناهنجاری عاطفی است و هر شخصی را در هر سنی می تواند مبتلا کند. افسردگی عمدتاً نوعی اختلال خلق یا اختلال عاطفی در نظر گرفته می شود و عبارت از یک احساس غمگینی و بدبختی است که معمولاً با کاهش اعتماد به نفس توأم می شود. افسردگی محدود به زمان و مکان خاصی نیست بلکه واکنشی در مقابل استرس است. افسردگی

این مقاله حاصل پایان نامه سیدرضی حسینی دانشجو دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل می باشد.

* مسئول مقاله:

آدرس: ساری، دانشگاه علوم مازندران، گروه پریدنتولوژی، تلفن: ۰۱۵۱-۲۲۹۳۶۸۰

کرده بودند و یا از همراهان بیمار که بنا به اظهارات خود هیچگونه سابقه ابتلا به افسردگی نداشتند، انتخاب گردیدند. تعداد بیماران مبتلا به افسردگی هر دو گروه ۵۰ نفر (۳۰ زن و ۲۰ مرد) بودند (افرادی که در تست بک به آنها عدد ۹-۰ تعلق گرفت، از نظر سن و جنس با افراد افسرده همسان‌سازی شده بودند). جهت شناسایی بیماران افسرده و شدت افسردگی از تست بک (Beck depression inventory) استفاده شد که شامل ۲۱ سوال چهار گزینه ای بود و بیمار با خواندن هر قسمت، جمله ای را که به بهترین وجه احساسش را توصیف می کرد، انتخاب و با علامت (X) درجولی آن مشخص می نمود. اگر در هر قسمت بیش از یک جمله شامل حال بیمار می شد آنها را نیز علامت می زد. برای سنجش این پرسشنامه که در برگزیده کلیه علائم افسردگی است، براساس نمره ای که برای هر سوال در نظر گرفته می شد و جمع عددهای بدست آمده میزان افسردگی فرد به صورت زیر تعیین می گردید: ۹-۰ عدم افسردگی، ۱۴-۱۰ افسردگی مرزی، ۲۰-۱۵ افسردگی خفیف، ۳۰-۲۱ افسردگی متوسط، ۴۰-۳۱ افسردگی شدید، ۴۳-۴۱ افسردگی بسیار شدید (۱۰ و ۱۱).

بررسی وضعیت پریدونتال در گروه مبتلا به بیماری افسردگی و فاقد آن شامل: چارت دندان، بررسی درصد پلاک دندان، بررسی عمق پاکت و خونریزی در اثر پراب کردن مربوط به هر بیمار در فرم ثبت گردید. برای اندازه گیری عمق پاکت (PPD) از پرپوب ویلیامز استفاده شد. همچنین خونریزی حین پروبینگ (BOP)، شاخص پلاک (PI)، شاخص لثه ای (GI) نیز بررسی شدند. در این تحقیق به منظور آنالیز داده ها از آزمون من ویت نی و T-Test برای مقایسه میانگین ها و در بیش از دو گروه از آزمون ANOVA استفاده شد و $p < 0.05$ معنی دار تلقی گردید.

یافته‌ها

در گروه مبتلا به افسردگی ۲۰ مرد (۴۰٪) و ۳۰ زن (۶۰٪) با میانگین سنی $27/825 \pm 1/165$ سال و در گروه سالم ۵۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. در گروه مبتلا به افسردگی ۲۱ نفر (۴۲٪) افسردگی خفیف، ۱۶ نفر (۳۲٪) افسردگی متوسط و ۱۳ نفر (۲۶٪) افسردگی شدید داشتند. میانگین تمامی ایندکس‌های پریدونتال در گروه افسرده بیشتر از افراد گروه طبیعی بود و تنها در مورد عمق پروبینگ پاکت این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود (جدول ۱) ($p = 0.009$). با افزایش شدت افسردگی بتدریج بر میانگین تمامی ایندکس‌های پریدونتال افزوده شد اما این اختلاف در هیچ یک از این شاخص‌ها از نظر آماری معنی دار نبود (جدول ۲).

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار شاخص های GI، PI، PD و BOP در گروه افسرده و طبیعی

P-Value	گروه مطالعه		شاخص‌ها
	افسرده Mean±SD	طبیعی Mean±SD	
۰/۰۵۰	۱/۴۶۱۵±۰/۵۱۸۹	۱/۲۵۹۲±۰/۵۲۵۷	PI
۰/۰۶۹	۱/۵۳۸۵±۰/۷۷۶۳	۱/۳۷۰۴±۰/۶۲۹۳	GI
۰/۰۸۶	۰/۷۶۹۲±۰/۴۳۸۵	۰/۷۰۳۷±۰/۴۶۵۳	BOP
۰/۰۰۹	۲/۷۶۹۲±۰/۵۹۹۱	۲/۲۹۱۷±۰/۴۶۴۳	PD

یک واکنش روانی زیستی (سایکوبیولوژیک) عادی در مقابل استرس است (۵). منشأ افسردگی عدم تنظیم تعادل سروتونین در مغز است و برخی از علل آن عبارت از علل دارویی، عفونی، اندوکراین، علل مرتبط با بیماری سیستمیک، علل نورولوژیک و علل تغذیه‌ای افسردگی یا در معرض مواد استرس‌زا قرار گرفتن، است، می‌تواند پاسخ ایمنی بدن را تغییر داده و فرد را مستعد به وضعیت‌های پاتولوژیک مختلف کند که تأثیر روی سلامت پریدونتالی فرد می‌تواند از جمله این موارد باشد (۶).

از طرف دیگر فرد در معرض استرس بالا و مبتلا به افسردگی رفتارهای مضر برای سلامت پریدونتالی خود انجام می‌دهند مانند غفلت از رعایت بهداشت دهان، استفاده از دخانیات و تغییر رژیم غذایی که می‌تواند بر روی سیستم ایمنولوژیکی فرد مؤثر باشد. طبق مطالعات انجام شده توسط Genco و همکاران و Dinzer و همکاران مشخص شد که استرس‌های روانی-اجتماعی موجب غفلت و کوتاهی در رعایت بهداشت دهان می‌گردد (۷و۸). در واقع عدم رعایت بهداشت دهان و دندان می‌تواند ناشی از کاهش علاقه و یا توانایی مراقبت از خود و بی‌توجهی به آراستگی ظاهری در بیماران افسرده باشد. همچنین گلوکوکورتیکوئیدهای آزاد شده از کورتکس غده فوق کلیوی می‌تواند باعث کاهش ترشح سایتوکاین‌های پیش‌التهابی (اینترلوکین، پروستاگلاندین، فاکتور نکروز کننده تومور) شود و از جانب دیگر کاتکولامین‌ها (اپی‌نفرین و نوراپی‌نفرین) دارای اثر متضاد بوده و باعث تخریب تشکیل پروستاگلاندین‌ها و آنزیم‌های پروتئولیتیک می‌شود که به طور غیر مستقیم می‌تواند تخریب بافتی را تحریک کند (۷). در مطالعه‌ای که توسط Rosania و همکارانش انجام گرفت یافته‌ها نشان می‌دهد که استرس و افسردگی می‌تواند مرتبط با تخریب پریدونتال از طریق مکانیسم‌های فیزیولوژیکال و رفتاری باشد و فاکتورهای فیزیولوژیک مانند افسردگی می‌تواند اثر مهمی بر روی فرآیندهای پیشگیرانه پریدونتال داشته باشد (۹). یکی از روش‌های بررسی وضعیت پریدونتال استفاده از سیستم ایندکس برای درجه‌بندی پارامترهای مختلف است از جمله این ایندکس‌ها می‌توان به ایندکس لثه‌ای، ایندکس پلاک و ایندکس خونریزی اشاره کرد. افسردگی به عنوان یکی از دستاوردهای مهم صنعتی شدن و شهرنشینی می‌تواند در وضعیت رعایت بهداشت دهان اثر گذاشته و از آنجا منجر به بروز مشکلات پریدونتال شود و وضعیت سلامت دهان و دندان را به مخاطره بیندازد. باتوجه به مطالعات کمی که در مورد ارتباط افسردگی با بیماری پریدونتال انجام گرفته هدف از این مطالعه مقایسه شاخص‌های پریدونتال در افراد با اختلالات افسردگی و بدون افسردگی است.

مواد و روشها

این مطالعه به صورت مشاهده ای توسط پرسشنامه، معاینه و ثبت در فرم اطلاعاتی پس از تایید و تصویب در کمیته اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل انجام شد. در این تحقیق گروه بیمار شامل افراد مبتلا به افسردگی که در درمانگاه و بخش اعصاب و روان بیمارستان ۵ آذر گرگان بستری بودند، انتخاب شدند و در صورت موافقت با اجرای طرح، به عنوان داوطلب در گروه مورد، قرار گرفتند و گروه شاهد (کنترل) هم از بین بیمارانی که جهت معاینه به بخش تشخیص بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی بابل مراجعه

جدول ۲. مقایسه شاخص های GI، PI، PD و BOP در گروه مورد بر حسب شدت افسردگی

شاخص ها	شدت افسردگی	خفیف Mean±SD	متوسط Mean±SD	شدید Mean±SD	Pvalue
PI	۱/۲۴۹۱±۰/۵۸۷۹	۱/۳۰۷۷±۰/۴۸۰۴	۱/۴±۰/۵۱۶۴	۰/۸۷۷	
GI	۱/۴۱۱۸±۰/۶۱۸۳	۱/۳۰۷۷±۰/۶۳۰۴	۱/۶±۰/۸۴۳۳	۰/۵۹۷	
BOP	۰/۶۴۷±۰/۴۹۲۶	۰/۶۱۵۴±۰/۵۰۶۴	۱±۰	۰/۰۷۲	
PD	۲/۲۹۴۱±۰/۴۶۹۷	۲/۴۶۱۵±۰/۵۱۸۹	۲/۷±۰/۶۷۴۹	۰/۰۶۹	

بحث و نتیجه گیری

براساس یافته‌های این مطالعه میانگین تمامی ایندکس‌های پریدنتال در گروه بیماران افسرده بیشتر از افراد سالم بود که تنها در مورد عمق پروبینگ پاکت این اختلافات از نظر آماری معنی‌دار بدست آمد و ایندکس پلاک به دلیل اینکه در حد مرز بود، نشان دهنده رابطه ضعیف بین ایندکس پریدنتال و سطح افسردگی است که احتمالاً بدلیل کاهش میزان رعایت بهداشت دهان و دندان بوده است. در مطالعه Hugoson مشخص شده که استرس‌های روانی موجب غفلت در رعایت بهداشت و در نتیجه افزایش تجمع پلاک می‌گردد و رویدادهای منفی از جمله افسردگی در ایجاد بیماری پریدنتال مؤثر هستند (۱۲) که یافته‌های وی با نتایج این مطالعه همخوانی دارد. یافته‌های مشابهی توسط Klages و همکارانش گزارش شد که بر طبق آن بیماران با نشانه‌های افسردگی شدید، خونریزی از سالکوس لثه بیشتری داشتند همچنین افسردگی باعث کاهش جریان بزاق شده و به همین دلیل استعداد ابتلا به بیماری‌های دهان را افزایش می‌دهد (۱۳). بر طبق یافته‌های اخیر بیماران افسرده تغییراتی در هر دو پاسخ ایمنی سلولی و هومورال نیز نشان می‌دهند که باعث ایجاد اختلال در مکانیسم دفاعی بدن و تقویت تجمع پرپوپاتوزن‌ها می‌شود (۱۶-۱۴). در بررسی Banihashem Rad و همکارانش نیز، که به مقایسه دو گروه شاهد (سالم) و مورد (افسرده) از نظر پارامترهای CAL و PD و اندکس‌های GI، PI و BOP پرداخته شد، یافته‌ها نشان می‌دهد که بین PI (همانند مطالعه حاضر) و BOP گروه‌های شاهد و مورد اختلاف معنی‌دار وجود دارد ولی از لحاظ عمق پاکت پرپوب شده، شاخص پلاک و از دست دادن چسبندگی در دو گروه اختلاف معنی‌دار نبود و بین شدت افسردگی گروه مورد و شاخص‌های پریدنتال اختلاف معنی‌داری وجود نداشت (۱۷). در حالیکه در مطالعه دیگری که توسط Persson و همکاران صورت گرفت، ارتباط معنی‌داری بین وجود افسردگی در افراد مسن با ایجاد و پیشرفت پریدنت به دست نیاموردند (۱۸)، که این اختلاف در مقایسه با نتایج مطالعه حاضر می‌تواند ناشی از محدوده سنی نمونه‌های مورد مطالعه باشد چرا که در این محدوده سنی روند افزایش سن تأثیرات بیشتری را بر ایجاد مشکلات پریدنتال خواهد گذاشت. بیماری افسردگی در زنان بویژه در دوران میانسالی (دهه سوم و چهارم زندگی) شایع‌تر و جدی‌تر است (۱۹).

در این مطالعه نیز بیشترین تعداد گروه بیماران افسرده (۶۰٪) را زنان تشکیل می‌دادند. مطالعات نشان می‌دهد که عواملی نظیر نگرانی مالی، مشکلات جدی با همسر، والدین و یا فرزندان می‌تواند عمده‌ترین دلایل افسردگی در بین زنان باشد. همچنین براساس یافته‌ها با افزایش شدت افسردگی بتدریج بر میانگین تمامی ایندکس‌های پریدنتال افزوده می‌شود اما این اختلاف در هیچ یک از این ایندکس‌ها از نظر آماری معنی‌دار نمی‌باشد. عبارت دیگر با افزایش شدت بیماری افسردگی از سطح خفیف تا سطح شدید، بتدریج تمایل و انگیزه فرد برای رعایت اصول بهداشت فردی بویژه انجام فعالیت‌های بهداشتی دهان و دندان در کنار سستی در انجام سایر فعالیت‌های شخصی کاهش می‌یابد و این امر در درجه اول با افزایش میزان پلاک در محیط دهان و بر روی سطوح دندان‌ها زمینه‌ساز ایجاد و یا تشدید بیماری‌های التهابی نسج پریدنتال و افزایش میانگین ایندکس‌های پریدنتال می‌گردد. در نهایت می‌توان گفت که دلایل علمی بر وجود رابطه بین بیماری‌های روانی (از جمله افسردگی) و بیماری‌های پریدنتال وجود دارد. اما برای تعیین مکانیسم دقیق این تأثیر و نیز شدت اثر آن به تفکیک جوامع مختلف و مناطق جغرافیایی که شاخص‌های فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی گوناگونی را دارا می‌باشند، نیاز به مطالعات دقیق‌تر می‌باشد که کشف تداخل اثر عوامل مختلف مستعدکننده و تشدیدکننده و نیز همسویی اثر این عوامل در بروز و پیشرفت بیماری‌های پریدنتال را مشخص سازد. نتایج مطالعه نشان داد، اگر چه شاخص‌هایی از قبیل شاخص پلاک، خونریزی حین پروبینگ و شاخص لثه‌ای در هر دو گروه اختلاف قابل توجهی نداشت و همچنین هیچیک از شاخص‌های پریدنتال با شدت افسردگی رابطه مشخصی را نشان نداد، اما میزان عمق پروبینگ پاکت در گروه شاهد بیشتر از گروه مورد بود.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از تمامی پرسنل و پرستاران محترم بخش اعصاب و روان بیمارستان ۵ آذر گرگان و اساتید و پرستاران محترم بخش تشخیص دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

Comparison of Periodontal Indexes in Individuals with and without Depression Disorders

N. Jenabian (DDS, MS)¹, S.A. Taziki (MD)², R. Hosseini³, A. Kiakojoury (DDS)³, H. Ehsani (DDS)^{4*}

1. Department of Periodontology, Dental School, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

2. Department of Psychology, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

3. Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

4. Department of Periodontology, Dental School, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

J Babol Univ Med Sci; 15(6); Nov 2013; pp: 90-94

Received:, Revised:, Accepted:

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: As an important achievement in industrialization and urbanization, depression can be much related to the oral hygiene especially periodontal indexes which are a symbol of tooth and oral hygiene and their surrounding tissues. The purpose of this study was to compare the periodontal indexes in individuals with and without depression disorders.

METHODS: The present study was carried out in the form of a questionnaire, examination, and recording in the information form. The subjects were divided into two groups of 50; a group included the patients suffering from depression who hospitalized in Neuropsychology ward of Panje Azar hospital in Gorgan, Iran and the control group included either the patients who referred to department of oral medicine and diagnosis of Babol dental school or the people accompanying the patients who had claimed to have no history of depression. The periodontal indexes of the study included: Silness and Loe plaque index, Loe gingival index, pocket depth analysis, as well as bleeding on probing. The information related to each patient was recorded in the form and then two groups were compared.

FINDINGS: In the present study, the pocket probing were 2.7692 ± 0.5991 and 2.2917 ± 0.4643 in the control and case groups, respectively ($p = 0.009$). The Plaque Index means were 1.5385 ± 0.1 and 7763.2593 ± 0.5257 in the control and case groups, respectively. Furthermore, the GI and BOP difference between the two groups were not significant. Moreover, there was no significant relationship between the mean of all the analyzed indexes and the increase of depression.

CONCLUSION: The results of the present study indicate a vivid relationship between the depth of pocket probing and depression. Nevertheless, none of the periodontal indexes were obviously related to the degree of depression.

KEY WORDS: *Depression, Periodontal indexes, Periodontal disease, Hypothalamus, Hypophyse, adrenal.*

*Corresponding Author;

Address: Department of Periodontology, Dental School, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

Tel: +98 151 2293680

E-mail: hodis_ehsani@yahoo.com

References

1. Berkow R, Fletcher A. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy. 16th ed. New Jersey: Merck & Co Inc, Whitehouse Station 1996-1997; p: 26.
2. Sheiham A, Nicolau B. Evaluation of social and psychological factors in periodontal disease. *J Periodontology* 2000. 2005;39(2):118-31.
3. Newman MG, Takei HH, Carranza FA. Carranza's clinical periodontology. 10th ed. Philadelphia: W.B. Saunders CO 2006; pp: 2, 17, 223, 302.
4. Cohen-Cole SA, Cogen RB, Stevens AW Jr, et al Psychiatric, psychosocial and endocrine correlates of acute necrotizing ulcerative gingivitis (trench mouth). *Psychiatr Med* 1983;1(2):215-25.
5. Axelsson P, Karlstrand. Diagnosis and risk prediction of periodontitis. 1st ed. Chicago: Quintessence 2000; pp: 5, 7, 91, 253.
6. Wilson JD, Braunwald E, Martin JB, et al. Harrison's principles of internal medicine, 14th ed. USA: MC Graw Hill Inc 1997; pp: 397, 2124-728.
7. Genco RJ, Grossi SG, Dunford RG, Tedesco LA. Relationship of stress, distress and inadequate coping behaviors to periodontal disease. *J Periodontol* 1999;70(7):711-23.
8. Deinzer R, Hilpert D, Bach K, Schowacht M, Herforth A. Effects of academic stress on oral hygiene, a potential link between stress and plaque associated disease. *J Clin Periodontol* 2001;28(5):459-64.
9. Rosania AE, Low KG, McCormick CM, Rosania DA. Stress, depression, cortisol and periodontal disease. *J Periodontol* 2009;80(2):260-6.
10. Giltran B. Overcoming social Anxiety. Translated by: Karimi Tari K. 1st ed. Tehran: Nasl Andish Co 1998; p: 6. [in Persian]
11. Sadock B. Behavioral science/clinical psychiatry. Translated by: Porafkari N. 1st ed. Tehran: Azadeh Publisher Co 2001; p: 119. [in Persian]
12. Hugoson A, Lyungquist B, Breivik T. The relationship of some negative events and psychological factors to periodontal disease in an adult Swedish population 50 to 80 years of age. *J Clin Periodontol* 2002;29(3):242-53.
13. Klages U, Weber AG, Wehrbein H. Approximal plaque and gingival sulcus bleeding in routine dental care patients: relations to life stress, somatization and depression. *J Clin Periodontol* 2005;32(6):575-82.
14. Herbert TB, Cohen S. Stress and immunity in humans: a meta-analytic review. *Psychosom Med* 1993;55(4):364-79.
15. Maes M, Meltzer HY, Stevens W, Calabrese J, Cosyns P. Natural killer cell activity in major depression: relation to circulating natural killer cells, cellular indices of the immune response, and depressive phenomenology. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1994;18(4):717-30.
16. Maes M. Evidence for an immune response in major depression. a review and hypothesis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1995;19(1):11-38.
17. Banihashemrad SA, Saghafi Sh, Tabatabai M. Evaluation of periodontal parameters in patients with depressive disorders. *J Mashhad Dent Sch* 2008;32(3):189-94. [in Persian]
18. Persson GR, Persson RE, MacEntee CI, Wyatt CC, Hollender LG, Kiyak HA. Periodontitis and perceived risk for periodontitis in elders with evidence of depression. *J Clin Periodontol* 2003;30(8):691-6.
19. Johannsen A, Rydmark I, Söder B, Asberg M. Gingival inflammation, increased periodontal pocket depth and elevated interleukin-6 in gingival crevicular fluid of depressed women on long-term sick leave. *J Periodontal Res* 2007;42(6):546-52.