

فراوانی افسردگی در بیماران مبتلا به ویتیلیگو

دکتر ایرج اسفندیارپور^۱، پوران افشار زاده^۲

۱-استادیار، گروه پوست، ۲-کارشناس ارشد پرستاری؛ دانشگاه علوم پزشکی کرمان

مقدمه: برخی از بیماریهای جلدی منجر به ایجاد استرس شدید در زندگی افراد می شوند که با درمان این استرس، می توان کمک زیادی به درمان بیماری پوستی زمینه ای و نیز جلوگیری از شعله ور شدن آن نمود.

هدف: تعیین فراوانی افسردگی در بیماران مبتلا به ویتیلیگو.

روش اجرا: از میان بیماران مبتلا به ویتیلیگو که در طی یک و نیم سال در سال های ۸۱-۱۳۸۰، به مطب و درمانگاه تخصصی بیماریهای پوست در کرمان مراجعه کردند، ۱۲۰ نفر که آمادگی خود را برای بررسی افسردگی اعلام نمودند انتخاب شدند. تشخیص بیماری عمدتاً بالینی و بر پایه شرح حال و معاینه بود. بیماران بعد از پرکردن پرسشنامه به روانپزشک معرفی می شدند تا پرسشنامه هامیلتون جهت بررسی

افسردگی این افراد تکمیل گردد.

یافته ها: از ۱۲۰ بیمار مورد مطالعه، ۷۴ نفر (۶۱/۶٪) زن و ۴۶ نفر (۳۸/۴٪) مرد بودند و میانگین سنی آنها 23 ± 13 سال بود. ۳۷ بیمار (۳۰/۸۳٪) افسردگی اساسی داشتند، ۴۶ بیمار (۳۸/۳۴٪) دچار خلق افسرده بودند و ۳۷ بیمار (۳۰/۸۳٪) افسردگی نداشتند. از ۳۷ بیماری که افسردگی اساسی داشتند ۲۷ بیمار (۷۳٪) زن و ۱۰ نفر (۲۷٪) مرد بودند. شیوع افسردگی در زنها بیشتر از مردها بود و این اختلاف از نظر آماری بااهمیت بود ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: هر تدبیر بالینی که بتواند توسعه و ظاهر دیگمانتاسیون ویتیلیگو را کاهش دهد، از نظر روانی هم سودمند است. شناخت و درمان پیامدهای اجتماعی و روانی بیماری نیز بایستی مدنظر قرار گیرد.

واژه های کلیدی: ویتیلیگو، افسردگی، خلق افسرده

مقدمه

ویتیلیگو یک بیماری اکتسابی پوستی با علل ناشناخته است که با ماکول و لک های دیگمانته متعدد و یا منفرد با حاشیه مشخص در پوست و یا مخاط مشخص می شود. این بیماری تمایل به توسعه در طول زمان دارد. شیوع بیماری در دنیایک تا دو درصد است (۱-۴). علل زیادی از قبیل خودایمنی، توارث، انهدام خودبخودی ملانوسیت ها و علل

عصبی برای این بیماری مطرح می باشد، اما علت دقیق بیماری هنوز ناشناخته مانده است. ۳۰ تا ۴۰٪ بیماران تاریخچه فامیلی مثبت دارند و بدون شک وراثت در ایجاد بیماری دخیل می باشد (۵-۳). بیماری در پنجاه درصد موارد، از سن زیر ۲۰ سالگی شروع شده و شیوع آن با افزایش سن کاهش می یابد (۵-۱).

امروزه جنبه های اجتماعی، روحی و روانی انواع بیماریهای پوستی مورد توجه قرار گرفته است (۶). برخی از بیماری های جلدی منجر به ایجاد استرس شدید در زندگی افراد می شود و با درمان و حذف این

مؤلف مسئول: دکتر ایرج اسفندیارپور - کرمان، بلوار جهاد، بیمارستان شماره یک (کرمان درمان)، بخش پوست

استرسها می توان کمک زیادی به درمان بیماری پوستی زمینه ای و نیز جلوگیری از شعله ور شدن آن نمود. در این رابطه راههای زیادی برای بررسی ناتوانیهای روحی و روانی مرتبط با بیماریهای پوستی وجود دارد و مطالعاتی نیز در مورد بیماریهای پسوریازیس (۹-۶)، آکنه (۱۱، ۱۰) و ویتیلیگو (۱۳، ۱۲، ۹) انجام شده است.

سیستم ایمنی در بیماری زایی ویتیلیگو موثر است و استرسهای روحی در بعضی بیماران عامل مساعدکننده می باشد. پپتیدهای اوپوئیدی، بتاندورفین، مت انکفالین و α MSH (۱۴) به عنوان عوامل تعدیل کننده سیستم ایمنی (immunomodulator) عمل می کنند و ترشح آنها هنگام استرس افزایش می یابد. استرسهای روانی در تعدادی از بیماران باعث تشدید بیماری ویتیلیگو شده و از طرفی ویتیلیگو با علائم روانی منفی مثل تشویش، نگرانی و عدم اعتماد به نفس همراه است (۱۷-۱۵ و ۱). Wessely و Lewis در سال ۱۹۸۹ در مطالعه خود آمار بیماریهای روانی را ۴۲/۷٪ ذکر کردند (۱۸). در مطالعه Salzer و Schallreuter که در سال ۱۹۹۵ بر روی ۱۱۷ بیمار ویتیلیگو انجام شد، ۷۵٪ بیماران دچار ناراحتیهای روانی از جمله افسردگی بودند (۱۹). آگروال در سال ۱۹۹۸ شیوع افسردگی را در بیماران مقیم لندن مبتلا به ویتیلیگو ۲۰٪ ذکر نموده است (۲۰). شارما و همکارانش در مطالعه ای که در دهلی نو در سال ۲۰۰۱ انجام دادند شیوع افسردگی را در بیماران مبتلا به ویتیلیگو ۱۰٪ اعلام نمودند (۲۱) و در مطالعه دیگری توسط ماتو و همکاران که در سال ۲۰۰۱ در هندوستان روی ۱۱۳ بیمار مبتلا به ویتیلیگو و ۱۰۳ بیمار مبتلا به پسوریازیس انجام گردید شیوع افسردگی را در ویتیلیگو ۲۲٪ و در پسوریازیس ۲۹٪ بدست آوردند (۲۲). به علت سیر درمانی طولانی مدت و صعب العلاج بودن بیماری، عده زیادی از بیماران دچار مشکلات روحی از جمله افسردگی می شوند. تشخیص و درمان به موقع افسردگی

ممکن است از توسعه و تشدید بیماری جلوگیری نماید. با بررسی و تعیین شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به ویتیلیگو می توان به تشخیص مسائل روانی جدی در این بیماران کمک کرده و از تشدید آن جلوگیری نمود. همچنین می توان با آموزش مهارتهای تمدد اعصاب (relaxation) و روان درمانیهای مناسب، آنها را یاری نمود (۲۳).

روش اجرا

از میان بیماران مبتلا به ویتیلیگو که در طی یکسال و نیم در سال های ۸۱-۱۳۸۰، به مطب و درمانگاههای تخصصی بیماریهای پوست در کرمان مراجعه کردند، ۱۲۰ بیمار آمادگی خود را برای بررسی افسردگی اعلام نموده و انتخاب شدند. تشخیص، عمدتاً بالینی و بر اساس شرح حال و معاینه بوده است. بیماران با سابقه بستری در بیمارستان روانی و یا افسردگی شناخته شده قبل از بروز ویتیلیگو، از مطالعه حذف شدند. بعد از تکمیل پرسشنامه که شامل سن، جنس، شغل، زمان تشخیص بیماری، وضعیت تأهل و درگیری پوست بصورت رفتاری نواحی صورت، گردن، تنه، بازو، ساق پا و دست و پا بود، بیمار در صورت تمایل به روانپزشک معرفی می گردید تا پرسشنامه هامیلتون جهت بررسی افسردگی او تکمیل شود. حجم نمونه بر اساس ۷۵-۳۵٪ شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به ویتیلیگو (۱۸، ۱۹) و $\alpha = 5\%$ ، ۱۱۷ نفر محاسبه گردید.

تجزیه و تحلیل داده ها با روش های آمار توصیفی، تهیه جدول یا نمودار و محاسبه شاخصها انجام شد و برای آزمون فرضیه ها از آزمون X^2 و T test استفاده گردید.

یافته ها

از ۱۲۰ نفر بیمار مبتلا به ویتیلیگو، ۷۴ نفر (۶۱/۶٪) زن و ۴۶ نفر (۳۸/۳٪) مرد بودند. میانگین سنی بیماران 23 ± 13 سال و حداقل سن، ۵ سال و حداکثر سن ۶۸ سال بود. ۶۵٪

بیماران مجرد و ۳۵٪ متأهل بودند. ۱۰٪ (۱۲ نفر) بیماران سابقه افسردگی در فامیل داشتند و ۱۴٪ (۱۷ نفر) بیماران سابقه بیماری روانی شامل افسردگی را ذکر نمودند. شیوع افسردگی در زنان مبتلا به ویتیلیگو ۷۳٪ (۲۷ نفر) و در مردان ۲۷٪ (۱۰ نفر) بود ($P < 0/0001$). جدول شماره ۱۰ نتایج آزمون هامپلتون در ۱۲۰ بیمار مبتلا به ویتیلیگو را نشان می دهد.

۸۳ بیمار (۶۹٪) ماکول و یا لکه های متعدد، ۱۹ نفر (۱۶٪) ضایعات منتشر و ۱۸ نفر (۱۵٪) ضایعات محدود داشتند. از ۳۷ بیمار مبتلا به افسردگی ۹ نفر دچار ویتیلیگوی منتشر و ۲۴ نفر مبتلا به ضایعات متعدد و ۴ نفر دچار ضایعات محدود بودند. بین افسردگی و ابتلا به ویتیلیگوی منتشر و ضایعات متعدد، رابطه معنی داری دیده شد ($P < 0/001$).

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی افسردگی در ۱۲۰ بیمار مبتلا به ویتیلیگو مراجعه کننده به درمانگاه های پوست استان کرمان در سال های ۸۱-۱۳۸۰

اختلال افسردگی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی (%)
بدون افسردگی	۳۷	۳۰/۸۳
خلق افسرده	۴۶	۳۸/۳۴
افسردگی اساسی	۳۷	۳۰/۸۳
جمع	۱۲۰	۱۰۰

بحث

اثرات درمانی و اجتماعی بیماریهای پوستی در حال افزایش است. افرادی که مبتلا به بیماری پوستی هستند اندوه بیشتری را تجربه می کنند و با درمان موفقیت آمیز، اندوه و پریشانی آنها کاهش پیدا می کند (۲۰-۱۸). از آنجائیکه درمان ویتیلیگو طولانی مدت و مشکل است، تعداد زیادی از بیماران دچار مشکلات روحی از جمله افسردگی می شوند. بنابراین در بیماران مبتلا به ویتیلیگو که بیماری نه تنها غیرقابل درمان بلکه پیشرونده هم می باشد، بنظر می رسد شناخت و مبارزه با پیامدهای اجتماعی و روانی آن حائز اهمیت باشد. از آنجا که احتمالاً رابطه ای بین استرس و تشدید بالینی بیماری وجود دارد، بنابراین تدابیر درمانی مثل آموزش مهارت‌های تمدد اعصاب (relaxation) و سایر روان درمانیها می تواند مفید واقع شود (۲۳).

آقای Porter و همکاران در سال ۱۹۷۹، در بررسی واکنشهای عصبی در بیماریهای مزمن پوستی، متوجه شدند که تأثیر بیماریهای پوستی بر زندگی فرد مبتلا زیاد است. بخصوص افراد جوان و افراد با سطح اقتصادی پایین جامعه، بیماری را کمتر تحمل می کنند. مطالعه دیگری که توسط همین نویسنده در سال ۱۹۹۰ بر روی ۱۵۸ بیمار مبتلا به ویتیلیگو انجام گردید، حاکی از آن بود که $\frac{1}{4}$ تا $\frac{1}{3}$ مبتلایان به ویتیلیگو در ملاقات با یک فرد غریب، جنس مخالف و پوشیدن لباس برهنه نگرانی و اضطراب زیادی را تجربه کرده و در شروع یک ارتباط جنسی جدید دچار ناراحتی های روانی مثل افسردگی می گردند (۱۵). بیشتر آنها بر این باورند که قربانی اظهارنظرهای ناقص و غلط دیگران شده اند.

در مطالعه آقای Gerry Kents و همکارانش در سال ۱۹۹۶ که بر روی ۶۶۸ بیمار مبتلا به ویتیلیگو بعمل آمد، ۳۵

درصد پاسخ دهندگان افزایش بروز اثرات روانی و پتیلیگو را در زندگی عادی خود ذکر کردند (۲۳). در مطالعه Salzer و Schallreuter در سال ۱۹۹۵ بر روی ۱۱۷ بیمار ویتیلیگونی، ۷۵٪ بیماران دچار ناراحتی های روانی متوسط تا شدید بودند (۱۹). Lewis و Wessely در سال ۱۹۸۹ در مطالعه خود آمار بیماریهای روانی را ۴۲/۷٪ ذکر کرده اند. آگروال در سال ۱۹۹۸ شیوع افسردگی را در بیماران مقیم لندن مبتلا به ویتیلیگو ۲۰٪ ذکر نموده است (۲۰). شارما و همکارانش در مطالعه ای که در دهلی نو در سال ۲۰۰۱ انجام دادند شیوع افسردگی را در بیماران مبتلا به ویتیلیگو ۱۰٪ اعلام نمودند (۲۱) و در مطالعه دیگری که توسط ماتو و همکاران در سال ۲۰۰۱ در هندوستان روی ۱۱۳ بیمار مبتلا به ویتیلیگو و ۱۰۳ بیمار مبتلا به پسوریازیس انجام شد شیوع افسردگی را در ویتیلیگو ۲۲٪ و در پسوریازیس ۲۰٪ بدست آوردند (۲۲).

در مطالعه ما ۳۸/۳۴ درصد بیماران دارای خلق افسرده و ۳۰/۸۳ درصد آنها افسردگی اساسی داشتند. اکثر بیماران ما اثرات بیماری را در زندگی روزمره بطور واضح بیان می کردند. این اثرات اغلب بصورت انزوا، از کار افتادگی و سپس گوشه گیری و بطور کاملتر خلق افسرده و یا افسردگی اساسی بود. شیوع افسردگی در خانمها ۷۷٪ و در آقایان ۲۳٪ بود که از نظر آماری این اختلاف با اهمیت بود. علت شیوع بیشتر افسردگی در خانمها احتمالاً به دلایل ذیل می باشد: الف) خانمها بیشتر از آقایان از تغییرات رنگی پوست، افسرده خاطر می شوند. ب) اهمیت زیبایی پوست برای خانمها در مقایسه با آقایان. ج) عاطفی تر بودن خانمها نسبت به آقایان. در اکثر بیمارانی که دچار افسردگی اساسی بودند بیماری آنها بصورت منتشر یا ضایعات (ماکول و لک) متعدد دیده شد و کمتر بیماری آنها با ضایعات محدود همراه بود. بین بیماران مبتلا به ویتیلیگوی منتشر و ضایعات متعدد با افسردگی رابطه معنی داری دیده شد.

نتایج حاصله از این مطالعه با مطالعه آقای Gerry Kents، پورتر، آگروال و ماتو و همکاران کم و بیش همخوانی دارد (۲۳-۲۰، ۱۵). ولی با نتایج مطالعه Salzer و Schallreuter (۱۹) و مطالعه Wessely و Lewis و نیز شارما و همکاران (۱۸) اختلاف داشته است که علت این اختلاف شاید بعلت تعداد بیماران، نوع انتخاب بیماران، پوشش معمول مردم و روابط جنسی جدید کشورهای غربی باشد.

Gerry Kents در مطالعه خود از بیماران شناخته شده قدیمی (جمعیت ویتیلیگو) استفاده کرده است و پرسشنامه او شامل ۱۳ سؤال بوده است. مطالعه پورتر و همکاران بر روی ۱۵۸ بیمار مبتلا به ویتیلیگو انجام گرفته و حاوی ۴ سؤال اصلی است (۱۵). مطالعه Salzer و Schallreuter که بر روی ۱۱۷ بیمار انجام شده از ارزش آستانه ای کمتری نسبت به مطالعه Gerry Kents برخوردار است (یعنی بیماران با سطح کمتری از استرس وارد مطالعه شده اند) (۱۹). در مطالعه ما از بیماران جدید مبتلا به ویتیلیگو استفاده شده و مراجعه به روانپزشک با انتخاب خود آنها انجام می گردید (در صورت تمایل به روانپزشک معرفی می شدند). جهت بررسی وضعیت روحی روانی بیماران مطالعه ما، از پرسشنامه هامپلتون که شامل ۲۴ سؤال است استفاده گردید، بنابراین در مقایسه با مطالعات فوق الذکر بیماران با سطح بالاتری از استرس بخصوص در مقایسه با مطالعه های Salzer و Schallreuter و پورتر و همکاران، وارد مطالعه می شدند. از طرفی بیماران ما حجاب اسلامی داشته و درجه پوشیدگی آنها به مراتب بیشتر از بیماران مطالعات انجام شده در خارج است، همچنین روابط جنسی مردم ما که متأثر از فرهنگ اسلامی و ایرانی است با مردم دنیای خارج اختلاف اساسی دارد.

با توجه به شیوع نسبتاً بالای افسردگی در این بیماران و اثرات مخرب آن در زندگی آنها، هر تدبیر بالینی که توسعه

پیامدهای اجتماعی و روانی بیماری ممکن است مفید واقع شود.

و ظاهر بیماری را کاهش دهد، از نظر روانی هم سودمند است. مواردی مثل بیماری ویتیلیگو که بیماری نه تنها غیرقابل درمان بلکه پیشرونده هم هست، شناخت و درمان

منابع

- 1-Mosher DB, Fitzpatrick TB, Ortonne JP. Hypomelanosis and hypermelanosis. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, et al (eds). *Dermatology in general medicine*. New York: McGraw-Hill 1999: 945-1007.
- 2-Koranne RV, Derm D, Sachdeva KG. Vitiligo. *Int J Dermatol* 1988; 676-81.
- 3-Grimes Pearl E. Therapeutic trends for the treatment of vitiligo. *Cosm Dermatol* 2002; 5: 21-25.
- 4-Schallreuter KU. Pseudocatalase and the depigmentation disorder vitiligo. *Retinoids* 1998; 14: 57-59.
- 5-Kovacs Stephen O. Vitiligo. *J Am Acad Dermatol* 1998; 38: 647-66.
- 6-Finlay A, Close E. The effect of psoriasis on the quality of life of 369 patients. *Br J Dermatol* 1995; 132: 236-44.
- 7-Ginsburg I, Like B. Feelings of stigmatization in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 1989; 20: 53-63.
- 8-Jobling R. Psoriasis, a preliminary questionnaire study of sufferers' subjective experience. *Clin Exp Dermatol* 1976; 1: 233-36.
- 9-Porter J, Beuf A, Lerner A, et al. Psychosocial effects of vitiligo: A comparison of vitiligo patients with "normal" control subjects, with psoriasis patients, and with patients with other pigmentary disorders. *J Am Acad Dermatol* 1986; 15: 220-24.
- 10-Rubinow D, Peck G, Squillace K, et al. Reduced anxiety and depression in cystic acne patients after successful treatment with oral isotretinoin. *J Am Acad Dermatol* 1987; 17: 25-32.
- 11-Koo J. The psychosocial impact of acne: patients' perceptions. *J Am Acad Dermatol* 1995; 32: 26-30.
- 12-Porter J, Beuf A, Nordlund J, et al. Psychological reaction to chronic skin disorders: a study of patients with vitiligo. *Gen Hosp Psychi* 1979; 1: 73-77.
- 13-Weiss M, Doongaji D, Siddartha S, et al. The explanatory model interview catalogue (EMIC). *Br J Psychiatry* 1992; 160:819-30.
- 14-Moossanica N, Villa M, Foppa S, et al. Plasma α - melanocyte - stimulating hormone, β - endorphin, met - enkephalin, and natural killer cell activity in vitiligo. *J Am Acad Dermatol* 1992;26:693-700.
- 15-Porter J, Beuf A, Lerner A, et al. The effect of vitiligo on sexual relationships. *J Am Acad Dermatol* 1990;22:221-22.

- 16-Porter J, Beuf A, Lerner A, et al. Response to cosmetic disfigurement : patients with vitiligo. *Cutis* 1987;39:493-94.
- 17-Porter J, Beuf A. Response of older people to impaired appearance: the effect of age on disturbance by vitiligo. *J Aging Stud* 1988;2:167-81.
- 18- Wessely S, Lewis H. The classification of psychiatric morbidity in attenders at a dermatology clinic. *Br J Psychi* 1989; 155: 686-91.
- 19-Salzer B, Schallreuter K. Investigation of the personality structure in patients with vitiligo and a possible association with catecholamine metabolism. *Dermatology* 1995; 190: 109-15.
- 20-Agarwal G. Vitiligo : An under-estimated problem. *Fam Pract* 1998; 15: 19-23.
- 21-Sharma N, Koranne RV, Singh RK. Psychiatric morbidity in psoriasis and vitiligo: A comparative study. *J Dermatol* 2001; 28: 419-23.
- 22-Matto SK, Handa S, Kaur I, et al. Psychiatric in vitiligo and psoriasis: A comparative study from India. *J Dermatol* 2001; 28: 424-32.
- 23- Kents G, Al Abadie M. Psychologic effects of vitiligo :A critical incident analysis. *J Am Acad Dermatol* 1996; 35: 895-98.