

نقش استرس در بروز پسوریازیس و شدت ضایعات آن

*دکتر الهام ابن احمدی، *پریچهر صعودی، ***دکتر یحیی دولتی

*متخصص پوست، ** فوق‌لیسانس روانشناسی، *** رئیس مرکز آموزش و پژوهش بیماریهای پوست و جدام،

دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه: از آنجا که تاکنون در کشور ما پژوهشی در خصوص اثر عوامل سایکوزنیک بر بیماری با اهمیت و با شیوع نسبتاً بالای پسوریازیس انجام نشده بود و به دلیل آنکه بررسی بیشتر عوامل تحریک‌کننده این بیماری از جمله عوامل سایکوزنیک و سعی در جهت رفع و پرهیز از برخورد با این عوامل به منظور طولانی‌تر شدن دوره بهبود بیماری و در نتیجه کاهش مخارج و مشکلات عدیده‌ای که گریبانگیر مبتلایان به این بیماری و همچنین مسئولین ضروری می‌نمود، این پژوهش با هدف تعیین ارتباط استرس با بروز پسوریازیس و شدت علائم آن انجام شد.

مواد و روشها: این پژوهش مطالعه‌ای از نوع مورد شاهدهی و آینده‌نگر می‌باشد که به روش نمونه‌گیری تصادفی بر روی ۹۵ فرد مراجعه‌کننده به بیمارستان رازی با سن بیش از ۱۸ سال، اجرا شده است. گروه مورد از میان بیماران مبتلا به پسوریازیس و گروه شاهد از میان افراد غیرمبتلا به پسوریازیس که اثر نداشتن بر بیماری آنها به اثبات رسیده است، انتخاب شدند. دو گروه از نظر سن و جنس با یکدیگر جور (match) شدند. استرس افراد مورد مطالعه از طریق فرم ارزیابی استرس Holmes and Rahe با تغییراتی در آن با تأیید متخصص سایکولوژی، مورد سنجش قرار گرفت. وسعت و شدت ضایعات پوستی مبتلایان به پسوریازیس نیز با فرم (Psoriasis Area And Severity Index) PASI مورد ارزیابی قرار گرفت. تجزیه و تحلیل اطلاعات به کمک نرم‌افزار آماری SPSSWIN(6) و با آزمونهای آماری ۱، لوجیستیک رگرسیون چند متغیره و همبستگی اسپیرمن انجام شد.

نتایج: میانگین شدت استرس در گروه مبتلایان به

پسوریازیس بطور معنی‌داری بیش از گروه شاهد بود ($p=0/021$)، به عبارت دیگر استرس با بروز پسوریازیس مرتبط بود، ولی شدت استرس با شدت و وسعت ضایعات مبتلایان به پسوریازیس ارتباط آماری معنی‌داری نداشت ($p=0/268$).

بحث: با توجه به تأثیر استرس در ظهور علائم پسوریازیس، پیشنهاد می‌شود علاوه بر درمانهای معمول این بیماری، از روشهای سایکولوژیک جهت کاهش استرسهای روحی و در نهایت کاهش دوره بیماری استفاده گردد.

واژه‌های کلیدی: استرس، پسوریازیس

مقدمه

پسوریازیس یک بیماری پوستی مزمن عودکننده از نوع پاپولواسکوامو می‌باشد که تاکنون درمانی قطعی برای آن یافت نشده است. از نظر شیوع این بیماری در کشورها و مناطق مختلف، آمارهای متفاوتی ذکر شده است. به عنوان مثال، در اروپای غربی و اسکانندیناوی شیوع آن بین ۱/۵٪ تا ۳٪ است (۱)؛ در مطالعه دیگر در نروژ شیوع آن ۴/۸٪ گزارش شده است (۲).

متأسفانه در کشور ما آمار دقیقی از شیوع آن در دست نیست ولی بطور تجربی مشاهده بیماران متعدد مراجعه‌کننده به درمانگاهها و مراکز پزشکی نشان می‌دهد که، شیوع آن در میان بیماریهای پوستی دیگر بسیار قابل توجه است. با توجه به اهمیت این بیماری، عدم علاج قطعی برای آن و این که این بیماری فرد مبتلا و همینطور دولت را جهت ارائه درمانهای مناسب، تأمین داروهای گرانبها، بستری در بخش‌های بیمارستانی به مدت طولانی، مراجعات مکرر به درمانگاه‌ها جهت پیگیری و صرف هزینه‌های زیاد، دچار مشکلات فراوانی

می‌کند، لزوم شناسائی و بررسی عوامل تشدید و تحریک‌کننده این بیماری و تلاش در جهت رفع آنها و پرهیز از برخورد با آنها که به طولانی شدن دوره بهبود بیماری کمک می‌نماید، روشن‌تر می‌گردد. عواملی که تاکنون به عنوان تحریک‌کننده حمله جدید این بیماری و یا تشدیدکننده آن مورد قبول واقع شده‌اند عبارتند از: تروما (فیزیکی، شیمیایی، الکتریکی و...)، عفونت، عوامل اندوکراین (بلوغ و یائسگی و...)، عوامل متابولیک (هیپوکلسمی و دیالیز)، داروها، مصرف الکل زیاد و غیره (۳).

یکی دیگر از عواملی که به عنوان تشدیدکننده این بیماری مطرح شده است، استرس و عوامل سایکوژنیک می‌باشد. از آنجا که با صنعتی شدن جوامع و افزایش جمعیت، روزبه‌روز بر میزان کشمکش‌های روحی و حالت یأس و استرس‌های ناشی از بهم پاشیدگی‌های خانوادگی، اخراج از کار یا تغییر کلی در شغل به دلیل ماشینیزه شدن کارخانجات، کاهش احتیاج به نیروی انسانی، بیکاری بعد از اتمام تحصیلات و مشکلاتی از این قبیل افزوده می‌شود و همچنین با ملاحظه این نکته که توجه به جسم بیمار جدا از مفاهیم روانشناختی او طبیب را از جامع‌نگری باز نگاه خواهد داشت، لزوم هر چه بیشتر توجه به عوامل سایکوژنیک و استرس در ارتباط با این بیماری احساس می‌شود.

شواهد بدست آمده از مطالعات قبلی نشان می‌دهد که شدت پسوریازیس ممکن است به استرس‌های قبلی فرد بستگی داشته باشد (۴، ۵، ۶)؛ ولی یافته‌های دو مطالعه از این عقیده حمایت نمی‌کند (۷، ۸). با توجه به تفاوت روش سنجش استرس و وقایع زندگی در مطالعات مختلف، عدم اجرای چنین مطالعه‌ای در کشورمان و امکان تأثیر شرایط نژادی و جغرافیایی در نتایج، ما را بر آن داشت تا مطالعه حاضر را جهت تعیین ارتباط استرس با بروز پسوریازیس و همچنین شدت علائم آن طراحی نمائیم.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه تحلیلی دو گروهی آینده‌نگر از نوع مورد - شاهد (Case-Control) می‌باشد. جمعیت مورد مطالعه افراد مراجعه‌کننده به بیمارستان رازی (بصورت سرپائی) یا سن بیش از ۱۸ سال بوده است. افراد مورد مطالعه در

بدو ورود به دو گروه مورد و شاهد تقسیم شدند. گروه مورد از بیماران مبتلا به پسوریازیس و گروه شاهد از میان بیماران غیرمبتلا به پسوریازیس که اثر نداشتن استرس بر بیماری آنها به اثبات رسیده است (افراد مراجعه‌کننده جهت برداشتن خال یا بیماران مبتلا به عفونتهای قارچی) انتخاب شدند. از میان گروه مورد، افرادی که اخیراً داروهای مصرفی خود را بطور ناگهانی قطع کرده بودند و یا داروهای تشدیدکننده بیماری (لیتیم، بتابلوک، کلونیدین، آمیودارون، دیگوکسین، ترفنادین، پنسیلین، ترازودون و داروهای ضد افسردگی، ضد مالاریا و هیپولیپیدمیک) مصرف کرده بودند یا دچار هیپوکلسمی و بیماری عفونی شده بودند و یا به علتی تحت دیالیز بوده‌اند، از مطالعه حذف شدند.

روش نمونه‌گیری در گروه مورد شاهد به صورت تصادفی ساده (Simple Random Sampling) و تعداد افراد در گروه مبتلا به پسوریازیس (مورد) ۴۹ نفر و در گروه شاهد ۴۶ نفر (جمعاً ۹۵ نفر) بود.

روش جمع‌آوری داده‌ها از طریق تکمیل فرم جمع‌آوری اطلاعات حاوی سن، جنس، سطح تحصیلات و فرم Holmes and Rahe و PASI (Psoriasis Area and Severity Index) بوده است.

استرس افراد مورد مطالعه از طریق فرم ارزیابی استرس Holmes and Rahe (همراه با تغییراتی در آن با تأیید و نظر متخصص سایکولوژی) مورد سنجش قرار گرفت (۹). این فرم حاوی ۴۳ رویداد یا تغییرات زندگی بود که به هر کدام امتیاز مشخصی تعلق می‌گرفت؛ به عنوان مثال بیشترین امتیاز به مرگ همسر و کمترین امتیاز به تخلف‌های کوچک یا جزئی قانونی (جرایم رانندگی، مزاحمت و...) داده می‌شد (جدول ۱). این فرم توسط افراد مورد مطالعه تکمیل می‌گردید.

وسعت و شدت ضایعات پوستی در افراد مبتلا به پسوریازیس نیز توسط پزشک محقق و با استفاده از فرم PASI (۱۰) که شاخصی برای تعیین وسعت و شدت بیماری پسوریازیس است، مورد ارزیابی قرار گرفت. در این فرم برحسب شدت انفیلتراسیون، اریتم، پوسته‌ریزی و درصد گرفتاری پوستی در هر کدام از قسمت‌های سر، تنه، اندام فوقانی و تحتانی، امتیازی که نشان‌دهنده شدت و وسعت ضایعات

پوستی است، به فرد داده می‌شود.

پسوریازیس مورد مطالعه با فرم PASI، حداقل شدت ضایعه پوستی ۰/۶ و حداکثر آن ۶۰ امتیاز محاسبه شد. میانگین شدت و وسعت ضایعات نیز $19/02 \pm 21/75$ امتیاز بود.

آزمون همبستگی اسپیرمن ارتباط آماری معنی‌داری را بین شدت استرس با شدت ضایعات مبتلایان به پسوریازیس نشان نداد ($P = 0/268$)؛ ضریب همبستگی $= 0/16$ با فاصله اطمینان « $0/46$ ، $0/14$ ».

بحث

در طب بالینی، ارزیابی اثر استرس در بیماریهای مختلف امری مشکل می‌باشد ولی به هر حال در مورد رابطه استرس با شروع بیماری پسوریازیس و علائم آن، مطالعات متعدد با طراحی‌های گوناگون و متدهای مختلف ارزیابی استرس (پرسشنامه‌های استاندارد و غیراستاندارد) انجام شده است. شواهد بالینی متعددی در مورد نقش استرس به عنوان عامل مساعدکننده و تشدیدکننده این بیماری به دست آمده است که هر کدام عوامل استرس‌زای خاص را در بروز و ظهور علائم پسوریازیس مؤثر می‌دانند (۱۱). Gaston و همکارانش ارتباط مثبتی را میان استرس روانی و شدت علائم پسوریازیس یافته‌اند (۵)؛ نتیجه مطالعه او با تحقیق رتروسپکتیو Sobe و Baughman که استرس را به روش SRRS (Social Readjustment Rating Scale) سنجیده‌اند، همخوانی دارد (۴). Ingram نیز معتقد است که استرس روحی قویترین عامل مساعدکننده در پسوریازیس است (۱۲). همچنین Polenghi و همکارانش که برای سنجش استرس در مطالعه خود از «paykel scale» استفاده کرده‌اند، نشان داده‌اند که ۷۲٪ از بیماران مورد مطالعه آنها در حدود ۱ ماه قبل از ظهور علائم پسوریازیس، رویدادهای استرس‌زای قابل توجهی را تجربه کرده‌اند. (۱۰) و بالاخره، مطالعه Duran و همکارانش بیانگر آن است که تعداد متوسط وقایع استرس‌زا در اشکال شدیدتر پسوریازیس بیش از اشکال ملایم این بیماری بوده است (۱۳).

هر چند این مطالعات حاکی از آنند که بروز و شدت علائم پسوریازیس می‌تواند بستگی به استرس‌های پیشین فرد داشته باشد ولی مطالعات «Payne و Rewland» (۷) و «Harrison (۸) از این نظریه حمایت نمی‌کنند. از یافته‌های مطالعه مقایسه‌ای مورد - شاهد Harrison بر روی ۵۷ بیمار مبتلا به

متغیر مستقل در این مطالعه شدت استرس و متغیر وابسته بروز یا عدم بروز پسوریازیس و نیز شدت ضایعات پوستی در افراد مبتلا بود. سن و جنس و سطح تحصیلات به عنوان متغیرهای مخدوش‌کننده فرض شدند. جهت کنترل اثر مخدوش‌کنندگی سن و جنس، دو گروه مورد و شاهد از نظر این دو، با یکدیگر جور (match) شدند.

تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از آزمون‌های آماری زیر، با حدود اطمینان ۹۵٪ و به کمک نرم‌افزارهای آماری SPSSWIN(6) انجام شدند:

آزمون لوجستیک رگرسیون چند متغیره جهت تعیین ارتباط شدت استرس با پسوریازیس (با کنترل اثر مخدوش‌کنندگی احتمالی سطح تحصیلات)، آزمون t در دو گروه مستقل جهت مقایسه میانگین شدت استرس در دو گروه مورد و شاهد و آزمون همبستگی Spearman جهت تعیین ارتباط شدت استرس با شدت ضایعات پوستی در مبتلایان به کار رفتند.

یافته‌ها

از ۹۵ فرد مورد مطالعه ۶۲٪ آنها مرد و ۳۸٪ آنها زن بودند. توزیع فراوانی افراد مورد و شاهد برحسب جنس در جدول ۲ خلاصه شده است. میانگین سنی افراد مورد مطالعه در دو گروه مورد و شاهد مشابه بود و اختلاف آماری معنی‌داری نداشت ($P > 0/5$)؛ به این ترتیب که در گروه مورد، $2/25 \pm 38/42$ (انحراف معیار \pm میانگین) و در گروه شاهد $13/51 \pm 38/56$ سال بود.

میانگین شدت استرس در گروه مورد $15/57 \pm 121$ و در گروه شاهد $8/25 \pm 79/54$ امتیاز بود. مقایسه شدت استرس در دو گروه، اختلاف آماری معنی‌داری را نشان می‌دهد ($P = 0/021$)؛ بطوری که میانگین شدت استرس در گروه مورد بطور معنی‌داری بیش از گروه شاهد است.

آزمون آماری لوجیستیک رگرسیون چند متغیره نیز نشان می‌دهد که شدت استرس یا بروز پسوریازیس ارتباط آماری معنی‌داری دارد ($P = 0/018$). در حالی که در این آزمون سطح تحصیلات که به عنوان متغیری مخدوش‌کننده فرض شده بود، ارتباط آماری معنی‌داری با بروز این بیماری نشان نمی‌دهد ($P = 0/132$).

در بررسی شدت و وسعت ضایعات پوستی مبتلایان به

فاصله ۰/۴۶ و ۰/۱۴-) و تعداد محدود مبتلایان به پسوریازیس مورد مطالعه (۴۹ نفر)، به نظر می‌رسد که معنی‌دار نبودن این ارتباط ناشی از حجم محدود افراد مورد مطالعه باشد و احتمالاً در صورت تکرار مطالعه در حجمی وسیعتر، وجود رابطه، میان شدت استرس و شدت و وسعت ضایعات پوستی نیز در آنها تأیید خواهد شد.

شواهد حاصل از این مطالعه و مطالعات دیگر مبین آن است که عواملی همچون استرس‌های روحی در ظهور بالینی پسوریازیس مؤثرند، بنابراین پیشنهاد می‌شود علاوه بر درمان‌های استاندارد در دسترس، از روش‌های سایکولوژیک و سایکوفارماکولوژی نیز در درمان این بیماران استفاده گردد و همچنین مراکز تعبیه گردد تا بتوان این اقدامات و مداخلات را به مرحله اجرا در آورد. از جمله این روش‌های درمانی که در پژوهش‌های دیگر اثربخشی آنها نشان داده شده است عبارتند از: relaxation، هیپنوتیزم (۱۴)، آموزش بیوفیدبک (۱۵) و meditation (۱۶).

منابع

- 1 - Champion R H, Burton JL, Ebling FJG. (eds) Text book of dermatology. London: Black well Scientific Publications, 1992: 1391.
- 2 - Kavil G, Stenvold SE, Vanbakk O. Low prevalence of psoriasis in Norwegian Lapps. Acta Derm Venerol 1985; 65: 262-3.
- 3 - Champion RH, Burton JL, Ebling FJG. Text book of dermatology. London: Blackwell Scientific publication 1992: 1394-5.
- 4 - Baughman R, Sobel R. Psoriasis, stress and strain. Arch Dermatol 1971; 103: 599-605.
- 5 - Gaston L, Lasonde M, Bernier - Buzzanga J, et al. Psoriasis and stress: a prospective study. J Am Acad Dermatol 1987; 17: 82-6.
- 6 - Seille RH. Psoriasis and stress. BrJ Dermatol 1977; 97: 279-302.

پسوریازیس مزمن (به عنوان گروه مورد) و ۵۱ بیمار مبتلا به تومورهای پوستی خوش خیم و بدخیم (به عنوان گروه شاهد)، این‌گونه بر می‌آید که بیماران مبتلا به پسوریازیس رویدادهای استرس‌زای بیشتری را نسبت به افراد دیگر تجربه نکرده‌اند ولی خودشان تصور می‌کنند که این رویدادها استرس‌زاتر بوده‌اند. او معتقد است که این مسئله به دلیل احساس افسردگی یا اضطراب بیشتر آنهاست.

در مقابل، پژوهش حاضر نشان داد که شدت استرس با بروز پسوریازیس ارتباط دارد، به گونه‌ای که میانگین شدت استرس در گروه مبتلا به پسوریازیس بیش از گروه شاهد بود ($P < 0/05$). این مطالعه نشان داد که ارتباط استرس با پسوریازیس تنها ناشی از تصور غلط این بیماران از استرس‌زاتر بودن وقایع روزانه نیست بلکه میان استرس و این بیماری ارتباطی واقعی وجود دارد. همچنین، هر چند در گروه مبتلا به پسوریازیس، ارتباط معنی‌داری میان شدت استرس با شدت ضایعات پوستی آنها بدست نیامده است ($P > 0/05$) ولی با توجه به فاصله اطمینان وسیع همبستگی (ضریب همبستگی در

- 7 - Payne RA, Rowland Payne CME, Marks R. Stress does not psoriasis? A controlled study of 32 patients. Clin Exp Dermatol 1985; 10: 230-45.
- 8 - Harrison PV, Moore - Fitzgerald L. Psoriasis, stressful life events and coping skills. BrJ Dermatol 1994; 130 (6): 798.
- 9 - Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. J Psychosom Res 1967; 11:213-18.
- 10 - Polenghi MM, Molinari E, Gala C, et al. Experience with psoriasis in a psychosomatic dermatology clinic. Acta Derm Venerol 1994; 186: 65-6.
- 11 - Nyfros A, Lemholt K. Psoriasis in children: a short review and survey of 245 cases. BrJ Dermatol. 1975; 92: 437-442.
- 12 - Ingram JT. The significance and

management of psoriasis. Br Med J 1954; 823-8.

- 13 - Duran V, Jovanovic M, Mistic Pavkov G, et al. The effect of stress and personality structure on the onset and severity of the clinical picture of psoriasis. Med Pregl 1993; 46 (3-4): 120-3.
- 14 - Frankel FH, Misch RC. Hypnosis in a case of longstanding psoriasis in a person with

character problems. Int J Clin Exp Hypn 1973; 21: 121-30.

- 15 - Huhes HH, England R, Goldsmith DA. Biofeedback and psychotherapeutic treatment of psoriasis : a brief report. Psychol Rep 1981; 48: 99-102.
- 16 - Farber EM, Nall L. Psoriasis: a stress - related disease. Cutis 1993; 51(5): 322-6.

جدول ۱ - رده‌بندی رویدادهای استرس‌زای موجود در فرم ارزیابی مورد استفاده برحسب امتیاز هر رویداد

شماره	رویداد یا تغییر زندگی	امتیاز
۲۳	رفتن پسر یا دختر از خانه	۲۹
۲۴	درگیری با قانون	۲۹
۲۵	پیشرفت برجسته شخصی	۲۸
۲۶	شروع بکار یا ترک شغل همسر	۲۶
۲۷	شروع یا پایان تحصیلات رسمی	۲۶
۲۸	تغییر عمده در شرایط زندگی (ساختن خانه جدید، تخریب خانه و...)	۲۵
۲۹	تجدیدنظر در عادات شخصی	۲۴
۳۰	مسئله با کارفرما یا رئیس	۲۳
۳۱	تغییر عمده در ساعات یا شرایط کار	۲۰
۳۲	تغییر محل سکونت	۲۰
۳۳	تغییر دادن مدرسه	۲۰
۳۴	تغییر عمده در میزان یا نوع تفریحات	۱۹
۳۵	تغییر در فعالیت‌های مربوط به مسجد	۱۹
۳۶	تغییر در فعالیت‌های اجتماعی (باشگاه، سینماها و ملاقاتها و غیره)	۱۸
۳۷	وام یا رهن کمتر از ۲۰۰۰۰۰۰ تومان	۱۷
۳۸	تغییر عمده در عادات خواب	۱۶
۳۹	تغییر در تعداد جلسات خانوادگی	۱۵
۴۰	تغییر عمده در عادات غذا خوردن	۱۵
۴۱	تعطیلات	۱۳
۴۲	عید	۱۲
۴۳	تغییرهای کوچک یا جزئی قانونی (جرایم، زندگانی، مزاحمت و غیره)	۲۱

شماره	رویداد یا تغییر زندگی	امتیاز
۱	مرگ همسر	۱۰۰
۲	طلاق	۷۳
۳	جدایی از همسر	۶۵
۴	بازداشت در زندان یا سایر مؤسسات	۶۳
۵	مرگ عضو نزدیک خانواده	۶۳
۶	بیماری یا صدمه شدید شخصی	۵۳
۷	ازدواج	۵۰
۸	اخراج از کار	۴۷
۹	پیوند دوباره با همسر	۴۵
۱۰	بازنشستگی از کار	۴۵
۱۱	تغییر عمده در تدریس یا رفتار عضو نزدیک خانواده	۴۴
۱۲	حاملگی	۴۰
۱۳	مشکلات جنسی	۳۹
۱۴	پیوستن عضو جدید به خانواده	۳۹
۱۵	سازگاری مجدد شغلی عمده	۳۹
۱۶	تغییر عمده در وضع مالی	۳۸
۱۷	مرگ دوست نزدیک	۳۷
۱۸	تغییر شغل	۳۶
۱۹	تغییر عمده در تعداد مباحثات با همسر	۳۵
۲۰	رهن بیش از ۲۰۰۰۰۰۰ تومان	۳۱
۲۱	بسته‌شدن اعتبار رهن یا وام	۳۰
۲۲	تغییرات عمده در مسئولیت‌های شغلی	۲۹

جدول ۲ - توزیع فراوانی افراد مبتلا به پسوریازیس (مورد) و شاهد برحسب جنس

انفراد مورد مطالعه	جنس	مرد	زن	جمع
مبتلا به پسوریازیس		۳۴	۱۵	۴۹
شاهد		۲۵	۲۱	۴۶
جمع		۵۹	۳۶	۹۵

(* مقایسه فراوانی نسبی جنس در دو گروه بیمار و شاهد، اختلاف آماری معنی داری را نشان نمی دهد (P=۰/۱۳۱).