

آسیب‌شناسی روانی بیماریهای روان تنی پوست

دکتر محمد رادمش^۱، دکتر صدیقه شفیع^۲

۱- استادیار، گروه پوست، ۲- روانپزشک؛ دانشگاه علوم پزشکی اهواز

یافته مورد مصاحبه قرار گرفتند. علاوه از پرسشنامه‌های Taylor و Beck نیز برای بررسی وضعیت افسردگی و اضطراب در آنها استفاده شده و نتایج آن ثبت گردید.

یافته‌ها: از میان ۱۰۹ نفر بیمار بررسی شده، ۱۰۷ نفر از اختلالات خلقی مانند اضطراب و افسردگی و یا مجموعه‌ای از اینها رنج می‌بردند. هفده نفر از ۱۰۷ نفر دارای اختلال شخصیت و سه نفر دارای اختلال تفکر (افکار هذیانی) بودند.

نتیجه‌گیری: بیماران روان تنی پوست دارای یک و یا چند آسیب‌شناسی روانی می‌باشند. برای درمان موفقیت‌آمیز این بیماران، باید آسیب‌شناسی روانی آنها با کمک روش‌های روانپزشکی شناسایی و همزمان با درمان نشانه‌های پوستی تحت معالجه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: بیماری‌های روان تنی پوست، آسیب‌شناسی روانی، اختلالات خلقی، اختلالات شخصیت، اختلال تفکر

مقدمه: درصد بالایی از بیمارانی که به پزشکان متخصص پوست مراجعه می‌کنند از نشانه‌ها و علائمی شکایت دارند که یا خود ناخواسته آنها را ایجاد کرده‌اند، یا در ذهن خود تصویر نادرستی از سلامت و زیبایی اندام‌های خود دارند و یا اینکه از خارشها، دردها و سوزش‌هایی رنج می‌برند که همگی ریشه در روانشناسی آنها دارد.

هدف: شناسایی آسیب‌شناسی روانی بیماران پوستی با منشأ روانی مراجعه‌کننده به یک مطب تخصصی بیماریهای پوست.

روش اجرا: از میان بیماران روان تنی - پوستی که در طی ۶ ماه به یک مطب بیماریهای پوست در اهواز مراجعه کردند، ۱۰۹ نفر آمادگی خود را برای بررسی روانپزشکی اعلام نمودند. در مطب بیماریهای پوست تشخیص عمدتاً بالینی و برپایه مصاحبه و معاینه استوار بوده است. سپس بیماران در مطب روانپزشکی بر اساس سنجش‌های DSM-IV بصورتی نیمه ساخت

مقدمه

نقش بیماریهای روانی در ایجاد بیماریهای پوست و یا سهم روانشناسی بیماران در میزان شکایت آنها از بیماری خود، بسیار مهم و قابل توجه است. اما مدت زمانی که در دوران دسپاری، برای مطالعه و چگونگی رویکرد به این

بیماریها اختصاص داده می‌شود بسیار اندک و بنابراین دانسته‌های بیشتر متخصصین پوست از آنچه امروز با نام بیماریهای روان تنی پوست شناخته می‌شود ناچیز است. هر متخصص پوست در سال با دهها مورد از خارش‌های روانی، موکنی روانی، درماتیت‌های خود ساخته، ناخن‌خوری، سوزش‌ها، دردها و تحریکات پوستی ناسازگار با

مؤلف مسئول: دکتر محمد رادمش - اهواز، کبانه‌پارس، خیابان ۴ شرقی، شماره ۵۱

فیزیوپاتولوژی درد، سوزش و قوانین لامسه و یا با شکایات اغراق آمیز از آسیب‌شناسی‌های اندک مواجه می‌شود که همه ریشه در روانشناسی بیمار و اختلالات روانی وی دارد. مشکل بیماران دارای موکنی روانی با تجویز داروهای موضعی و یا چند قرص آهن‌دار و یا آرامبخش حل نمی‌شود. این بیماران به رویکردی در جهت درمان تعارضات روانی خود نیاز دارند. برای درمان تعارضات درونی باید اول نوع بیماری شناسایی و سپس در جهت درمان این بیماریها با کمک روانپزشک و روانشناس گام برداشت. امروزه در جهان، همکاری مشترک متخصصان پوست و روانپزشکان در یک درمانگاه و زیرعنوان "کلینیک‌های مشترک پوست و روانپزشکی" یا dermatology- psychiatry liaison clinic پدیده جاافتاده‌ایست. بیماران پوستی با منشأ روانی ممکن است از اختلالات خلقی مانند افسردگی یا اضطراب، اختلالات شخصیتی و یا اختلال در تفکر یا سایکوز رنج ببرند. کسانی که از بیماری درماتیت خودساخته رنج می‌برند ممکن است دارای یک اختلال روانی واحد نباشند. عده‌ای ممکن است از اختلال شخصیت رنج ببرند، عده دیگری ممکن است دارای اضطراب یا افسردگی باشند و در عده‌ای نیز سایکوز عامل ریشه‌ای باشد. بدیهی است درمانهای انتخابی برای این سه دسته از بیماریهای روانی یعنی اختلال شخصیتی، اختلالات خلقی و اختلال در تفکر یا سایکوز بسیار متفاوت است. نمی‌توان درمان یکسانی را برای همه بیماران با درماتیت خودساخته تجویز کرد و درمان هر کس باید به تناسب نوع آسیب‌شناسی روانی وی انتخاب گردد. بنابراین در آغاز باید نوع اختلال روانی بیماران روان تنی پوستی با کمک روانپزشک و روانشناس شناسایی و سپس راه درمان مناسب توسط آنها اعمال گردد. در این پژوهش کوشش شده تا ریشه‌های روانی پاره‌ای از بیماران روان تنی پوست شناسایی شود.

روش اجرا

از میان بیماران پوستی با منشأ روانپزشکی که در طی شش ماه به یک مطب بیماریهای پوست در اهواز مراجعه کردند، ۱۰۹ نفر آمادگی خود را برای مراجعه به روانپزشک و بررسی‌های روانپزشکی اعلام کردند. تشخیص بیماری در مطب بیماریهای پوست تنها بر پایه مصاحبه و معاینه استوار بوده و هر جا لازم بود برای رد کردن سایر بیماریها از آزمایشهای پاراکلینیک و آسیب‌شناسی نیز کمک گرفته شده است. در کلینیک روانپزشکی اساس بررسی بر پایه مصاحبه تشخیصی نیمه ساخت یافته و بر طبق معیارهای DSM-IV و همچنین استفاده از پرسشنامه‌های Taylor و Beck برای بررسی حالات افسردگی و اضطراب بوده است.

یافته‌ها

از ۱۰۹ بیمار مطالعه شده، ۱۰۷ نفر دارای اختلالات خلقی یعنی افسردگی و اضطراب و یا مجموعه‌ای از این دو بودند. از دو نفر باقی‌مانده یکی دارای بیماری attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) بود که با لب لیبی و ناخن‌خوری مراجعه کرده بود. دیگری مبتلا به درماتیت خودساخته (dermatitis artefacta) بود که بررسی روانپزشکی ما نتوانست تشخیص روشنی روی آن بگذارد و بنابراین زیر عنوان no proved psychiatric diagnosis طبقه بندی شد. از این ۱۰۷ نفر با اختلالات خلقی، ۱۷ نفر دارای اختلال شخصیت و ۳ نفر دارای افکار هذیانی بودند که هر سه نفر هذیان دار، بطور همزمان از major depressive disorder (MDD) رنج می‌بردند که می‌تواند بخشی از طیف بیماری آنها هم باشد.

۸۱ بیمار دارای انواع افسردگی بودند که از این ۸۱ نفر ۱۴ نفر مبتلا به MDD، ۵۹ نفر مبتلا به dysthymia و ۸ نفر مبتلا به not otherwise specified (NOSD) بودند.

دارای شخصیت مرزی و یک نفر نیز دارای شخصیت جامعه ستیز بودند. بیماران با هذیان آلودگی به انگل و هذیان تک نشانه‌ای نیز دارای اختلال تفکر بودند و همزمان از MDD رنج می‌بردند.

انواع بیماری، فراوانی آنها، نسبت جنسی و میانگین سن بیماران در جدول شماره ۱ آمده است.

depression بودند. از ۶۸ بیمار اضطراب‌دار ۳۶ نفر به obsessive-compulsive disorder (OCD)، ۲۲ نفر به general anxiety disorder (GAD)، ۷ نفر به فوبیا و ۳ نفر به پانیک مبتلا بودند.

از ۱۷ نفر با اختلال شخصیت ۹ نفر دارای شخصیت وسواسی، ۳ نفر هیستریونیک، ۳ نفر پارانوئید، یک نفر

جدول شماره ۱: تعداد، نسبت جنسی، متوسط سن و آسیب‌شناسی روانی ۱۰۷ بیمار پوستی با منشأ روانی مراجعه‌کننده به یک مطب بیماریهای پوستی در اهواز

اختلال شخصیت (%)	اضطراب (%)	افسردگی (%)	سن متوسط (سال)	نسبت زن به مرد	تعداد	بیماری پوستی با منشأ روانی
۱۴	۴۱/۸۵	۸۱/۴	۲۹/۱۴	۲/۱	۴۳	LSC
۲۰/۶	۶۲/۵۰	۷۹/۱۶	۲۷/۳۳	۵/۱	۲۴	NE
۲۲/۲	۲۲/۲	۱۰۰	۳۲/۴۴	۳، ۵/۱	۹	PP
۱۱/۱۱	۱۰۰	۶۶/۶	۲۲/۵۶	۸/۱	۹	TM
۲۰	۴۰	۶۰	۱۸/۴	۱/۴	۵	DA
۱۶/۶	۶۶/۶	۶۶/۶	۱۷/۸۳	۵/۱	۶	OTM
۰	۳۳/۳	۳۳/۳	۹/۶۶	۲/۱	۳	LLE
۰	۳۳/۳	۱۰۰	۲۱	۲/۰	۲	ARC
۳۳/۳	۱۰۰	۳۳/۳	۲۸/۲۶	۱/۲	۳	BDD
۰	۰	۱۰۰	۶۵	۱/۰	۱	DOP
۰	۰	۱۰۰	۲۹	۱/۰	۱	MSDD
۰	۰	۱۰۰	۳۵	۱/۰	۱	PN
۰	۰	۱۰۰	۵۱	۱/۰	۱	Glossodynia
۰	۰	۱۰۰	۴۳	۰/۱	۱	PPD

LSC=lichen simplex chronicus, NE=neurotic excoriation, PP=psychogenic localized or generalized, non lichenified and nonexcoriated pruritus, TM=trichotillomania, DA=dermatitis artefacta, OTM=onychotillomania, LLE=lip lick eczema, ARC=artifact cheilitis, BDD= body dysmorphic disorder, DOP=delusion of parasitosis, MSDD=monosymptomatic delusional disorder, PN=prurigo nodularis, PPD=psychogenic pain disorder

درصد متغیر و بالایی از افراد جامعه از افسردگی، اضطراب و اختلال وسواسی - جبری رنج می‌برند. در میان آن‌بوه این بیماران تنها بخش اندکی مشکلات سوماتیزه دارند. چرا فقط بخشی از این بیماران مشکلات خود را سوماتیزه می‌کنند؟ پاسخ این پرسش در اهمیت تکاملی پوست نهفته است. در روزها و هفته‌های آغازین زندگی بسیاری از کارکردهای حیاتی فیزیولوژیک و روان شیرخواران از راه تماس فیزیکی با مادر تنظیم می‌شود و مهمترین راه ارتباطی در این دوره پوست می‌باشد.

دهان، بخش فوقانی دستگاه گوارش، چشم‌ها، گوش‌ها و حس بویایی راه‌های ارتباطی دیگری هستند که از اهمیت درجه دوم برخوردارند (۱). Brackbill در سال ۱۹۷۱ ثابت نمود که تحریک مستمر لامسه و proprioception بوسیله قن‌دق، اثرات تنظیم‌کننده روی اعمال فیزیولوژیک نوزاد انسان دارد که به مراتب مؤثرتر از تحریکات مستمر شنوایی و حرارتی است. قن‌دق پیچی باعث کاهش ضربان قلب، کاهش تنفس نامنظم، کاهش فعالیت‌های موتوری زمخت و باعث افزایش خواب آرام می‌شود (۲). تحریک پوست نوزادان نارس باعث می‌شود که در مقایسه با گروه شاهد زودتر چاق شوند، خوش‌خوراک‌تر و در مجموع از لحاظ جسمی و روانی فعال‌تر و باهوش‌تر باشند (۳). این مثالها نشانگر این واقعیت هستند که بازی و تعامل هم‌آهنگ مادر-نوزاد باعث تنظیم اعمال حیاتی و تکامل عاطفی و فیزیولوژیک نوزاد انسان و کاهش اضطراب وی مخصوصاً قبل از آغاز تکلم می‌شود. محروم ساختن کودک از این نیاز عاطفی و فیزیکی یعنی عدم تماس کافی با مادر و دایه و کم‌بهره بودن از آغوش گرم و پرمهر آنها باعث می‌شود تا این نیاز بصورت خفته در روان ناخودآگاه آنها باقی بماند و بعدها این اشخاص برای جبران نیازهای ارضاء نشده و

برای رفع اضطراب خود دست به انجام اعمال جبری از نوع خودخراشی، موکنی و یا خارش‌های انفجاری موضعی و یا فراگیر بزنند تا به شکل مسخ‌شده تماس‌های پوستی محروم مانده از آنها را بازسازی و از آن لذت ببرند. این گونه افراد معمولاً تصویر نادرستی از خویش دارند، اعتماد و احترام به نفسشان پایین است و از لحاظ عاطفی نیز ممکن است افرادی وابسته و شکننده بار آیند. اما چرا آنهایی که دارای سایکوپاتولوژی یکسانی هستند به چند شکل سوماتیزه می‌کنند؟ برای مثال چرا افسردگی در یکی بصورت نورودرماتیت و در دیگری بصورت خودخراشی روانی تظاهر می‌کند؟ و چرا بیماری وسواسی - جبری در یکی منجر به موکنی روانی، در یکی ناخن‌خوری و در دیگری باعث کندن و دستکاری آکنه‌ها می‌شود؟ سن بیمار، شرایط محیطی و خانوادگی، آموخته‌های فرهنگی و مذهبی و قوانین اخلاقی همگی در ایجاد نوع رفتار می‌توانند دخالت داشته باشند. گفته شده که وسواس آلودگی نواحی مقعد و اندام تناسلی می‌تواند در بعضی نشان‌دهنده مورد سوء استفاده قرار گرفتن جنسی در دوران کودکی باشد. بدیهی است بروز چنین حالتی در جامعه‌ای که روابط جنسی نامشروع گناه بزرگی حساب می‌شود قابل پیش‌بینی خواهد بود. نورودرماتیت اندام جنسی مثل پوست بیضه‌ها و وولو نیز می‌تواند واکنشی به محرومیت‌های جنسی و یا نوعی خودارضایی جنسی باشد. یادگیری این رفتارها از محیط نیز جایگاه ویژه‌ای دارد. مادر یا پدری که برای رهایی از تعارضات درونی خود را می‌خاراند این روش دفاعی را به فرزندان خود می‌آموزد که در پی تنش‌های روانی از خارش به عنوان راه فرار و یا درمان استفاده کنند. پدری که همیشه موهای سبیل خود را می‌کند به فرزندان خود موکنی را می‌آموزد و فح این کار را در خانواده کمرنگ می‌سازد. بیمار روان‌تنی پوست معمولاً به ریشه‌های روانی بیماری خود کمتر فکر کرده و رابطه مشکلات کنونی خود را با

تمرین بدان دست یابد. روانپزشکان نیز می‌بایست مهارت و توانایی خود را در حل مسایل روان‌تنی بالا ببرند. اکتفا کردن به نوشتن یک یا چند داروی روانگردان آن هم در زمان کوتاه مشکل این بیماران را حل نمی‌کند. بیماران باید با کمک روانکاوی ریشه‌های روانی بیماری خود را بشناسند. روان‌درمانی از جمله شناخت درمانی، رفتار درمانی و گاهی خانواده درمانی می‌تواند به حل تدریجی تعارضات درونی بیماران کمک کند. دارودرمانی نه به تنهایی بلکه در کنار روانکاوی و روان‌درمانی سودمند می‌باشد.

آنسوی بیماری‌های روان‌تنی با شکایات جسمی، اختلالات روانی پنهان است. این اختلالات ممکن است اختلالات خلقی یا شخصیتی و یا تفکر و یا مجموعه‌ای از این چند اختلال باشد. برای رویکرد درست به این بیماران باید اول اختلالات روانی آنها با کمک روش‌های روانپزشکی و روانشناسی شناسایی و سپس بطور همزمان با درمان نشانه‌های پوستی مطابق با اصول روانپزشکی درمان گردد.

منابع

- 1- Koblenzer CS. A neglected but crucial aspect of skin function. *Int J Dermatol* 1990; 29(3): 185-86.
- 2- Brackbill Y. Effects of continuous stimulation on arousal level in infants.

تجربیات گذشته نمی‌دانند. اگر چه ممکن است در آغاز ارتباط مسایل کنونی را با ریشه‌های روانشناختی انکار کنند ولی اگر این ارتباط به شیوه‌ای منطقی و سنگین برای بیمار شکافته شود ممکن است رابطه را بپذیرد و همکاری کند. میزان پذیرش و همکاری بیماران مبتلا به بیماری‌های مختلف روان‌تنی متفاوت است. بیماران مبتلا به درمانیت خودساخته و به نسبت کمتر بیمارانی که دارای موکنی روانی هستند، بیش از سایر بیماران روان‌تنی انکارگر و همکاری آنها نیز کمتر است. مشکل دیگر این دو گروه آن است که خانواده‌های آنها نیز همراه خود بیمار دخالت بیمار را در ایجاد بیماری به شدت انکار می‌کنند و از بیان و مطرح شدن آن دچار اضطراب و حتی پرخاش می‌شوند و این می‌تواند مشکلات پزشک را در رویکرد و درمان درست بیماری بیشتر و دوره درمان را نیز طولانی‌تر نماید. رویکرد پزشکان پوست به این بیماری‌ها باید همراه با صمیمیت، بردباری و بصیرت باشد تا بتواند با راهنمایی‌های سنجیده بیمار را به مسیر درست هدایت و وی را آماده مشورت با روانپزشک سازد. این بصیرت و توانایی پزشک ذاتی و مادرزادی نیست بلکه باید با آموزش، مطالعه و

Child Dev 1971; 42: 17-26.

- 3- White JL, Labarba RC. The effects of tactile and kinesthetic stimulation on neonatal development in the premature infant. *Dev Psychobiol* 1976; 9:569-77.