

# بیماریهای روان-تنی پوست و جایگاه آنها در پوست پزشکی

دکتر محمد رادمنش

پوست پزشک و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اهواز

دکتر صدیقه شفیعی

روان‌پزشک، بخش روان‌پزشکی، بیمارستان گلستان اهواز

## مقدمه

۳۰-۴۰ درصد بیماری‌هایی که به درمانگاهها و مطب‌های پوست مراجعه می‌کنند دارای مشکلات روانی هستند (۱ و ۲) که به دلیل ناآشنایی با خدمات روان‌پزشکی و یا بی‌میلی نسبت به مراجعه به روان‌پزشک و یا روان‌شناس به پوست پزشکان مراجعه می‌نمایند. از این بیماران فقط درصد کمی و توسط پزشکان متخصص پوست به مطب‌ها و یا کلینیک‌های روان‌پزشکی معرفی و بقیه دور از دسترس روان‌پزشکان و محروم از خدمات روان‌پزشکی باقی می‌مانند.

دخالت مسائل روانی در ایجاد بیماریهای پوستی چون Trichotillomania و یا Onychophagia به راحتی توسط پوست پزشکان، خود بیمار و یا حتی خانواده وی قابل تشخیص و پذیرش است. ولی از آنجا که بسیاری از بیماران مبتلا به بیماریهایی چون خود خراشی روانی.

(Neurotic Excoriation) و یا لیکن سیمپلکس مزمن (Lichen simplex chronicus) تنها با نشانه‌های پوستی مثل خارش مراجعه می‌کنند که می‌توانند بیماریهای جسمی چون اکزماها را تقلید نمایند، از اینرو تشخیص دخالت مسائل روانی در ایجاد این علائم ممکن است بسیار به تأخیر افتد و یا اینکه هرگز صورت نگیرد. از آنجا که این بیماران تنها از جنبه شکایات پوستی مورد بررسی و درمان قرار می‌گیرند معمولاً از درمانهای رایج چندان سودی نمی‌برند و از اینرو علاوه بر آنکه سالها درگیر مشکلات و آلام خویش هستند، هزینه سنگینی را به دلیل دفعات بسیار مراجعه به پزشکان و انجام آزمایشهای فراوان

## چکیده

زمینه: ۳۰-۴۰ درصد مراجعه‌کنندگان به مطب‌ها و درمانگاههای پوست دارای مشکلات روانی هستند. از این بیماران بخشی دارای بیماریهای پوستی مرتبط با مسائل روانی هستند که شامل بیماریهای پوست - روان‌پزشکی اولیه و اختلالات حسی مزمن پوست می‌باشد و بخشی نیز اختلالات روانی پدید آمده بدنیاال مبتلا به بیماریهای پوستی مزمن بوده و بخش سوم نیز بیماریهای فیزیولوژیکی هستند که در پی تنش‌های روانی شدت پیدا کرده‌اند.

اهداف: در این نوشتار کوشش شده تا اهمیت بیماریهای روان‌تنی پوست آشکار و توجه پوست پزشکان و روان‌پزشکان را به اهمیت موضوع جلب نماید. مشکلات بیماران برشمرده شود و چگونگی رویکرد به مشکلات این بیماران تشریح گردد.

روش: مشکلات بیماران و رویکردهای کنونی پزشکان به بیماریهای روان‌تنی پوست بحث شده و بیماریهای روان‌تنی پوست و اختلالات روانی زمینه‌ساز آنها به صورت طبقه‌بندی بیان شده‌اند.

نتیجه: پوست پزشکان باید به تناسب آن سی درصد از بیماران خود که به شکلی از مشکلات روانی رنج می‌برند از بیماریهای روان‌تنی پوست آگاه باشند. رویکرد روان‌پزشکان نیز نباید محدود به اختلالات روانی زمینه‌ساز بیماریهای پوستی این بیماران باشد و هر دو گروه پزشکان باید به شیوه‌های صحیح درمان و برخورد با این بیماران آشنا باشند. برای این منظور راهاندازی درمانگاههای مشترک پزشکان پوست و روان‌پزشکی و برگزاری همایش‌های پوست و روان پیشنهاد می‌گردد.

غیر ضروری به خود و جامعه خویش تحمیل می نمایند.

**ضرورت آشنائی متخصصین پوست با مسائل روان‌تنی**  
بیماریهای روان‌تنی امروزه جایگاه ویژه‌ای را در روان‌پزشکی پیدا کرده و هر روز که می‌گذرد رابطه بسیاری از بیماریهای جسمانی با روان و روان‌پزشکی آشکارتر می‌شود. با آنکه رشته پوست در میان رشته‌های بالینی دارای بیشترین درصد بیماریهای روان‌تنی می‌باشد ولی باید اقرار کرد که بخش روان-تنی پوست همچنان بعنوان بخشی ناشناخته در حاشیه مانده و توجه چندانی تاکنون بدان مبذول نشده است.<sup>۱</sup> بدیهی است بدین ترتیب به کیفیت درمان در این رشته پریبیمار و با مراجعین بسیار آسیب خواهد زد. اگر ۳۰-۴۰ درصد بیماران مراجعین درمانگاهها و مطب‌های پوستی بشکلی متأثر از مسائل روانی هستند، ناآگاهی بر مسائل روانی یعنی درمان ناقص حداقل یک سوم بیماران این رشته. حدود ۲-۱ درصد افراد جامعه مبتلا به Vitiligo و همین نسبت و یا کمی بیش از این نیز به بیماری سوریا سیس مبتلا هستند. در سراسر جهان هزاران کارشناس در هزاران مرکز هم‌اکنون مشغول کار، تلاش و پژوهش بر روی این بیماریها می‌باشند. در صورتی که برای این ۳۰-۴۰ درصد بیماریهای روان-تنی پوستی نه تنها مرکزی وجود ندارد بلکه شمار افراد علاقمند و پژوهشگر نیز انگشت شمارند. عمده‌ترین دلیل آن ناآگاهی عمومی از مسئله است. وقتی مسئله‌ای شناخته شده نیست و اهمیت آن بر همگان همچنان ناشناخته مانده است بی‌شک برای حل آن نیز کوششی نخواهد شد. بیماران روان-تنی پرخرج‌ترین بیماران جامعه هستند.

اگر بیماری آنها به موقع شناسائی و درمان نشود، آنها به پزشکان و مراکز مختلف مراجعه، آزمایشهای متعدد، بسیار گران و بی‌فایده‌ای را انجام و هزینه سنگینی را به خود و جامعه خویش تحمیل می‌کنند.

وظیفه پزشک است که هم برای بیمار و هم برای امکانات کشور خود دل بسوزاند و از هدر رفتن این امکانات و تلخ شدن تدریجی زندگی بیمار و خانواده وی جلوگیری نماید. برای انجام این مهم راهی نیست جز آنکه مشکل بیمار بطور اصولی حل شود و حل این مشکل امکان‌پذیر نیست جز آنکه ما آن مشکل را ببینیم و بشناسیم. اگر در سراسر جهان مراکز و کارشناسان بسیار برای بیماریهای پسی و سوریا سیس وجود دارند برای آن است که هم پزشک و هم بیمار هر دو می‌دانند که مشکلی هست و باید برای آن مشکل چاره‌اندیشی کرد. در مورد بیماریهای روان-تنی پوستی متأسفانه هم پزشک و هم بیمار هر دو فقط علامت را می‌بینند و بر نوع مسئله آگاهی کافی ندارند. برای

رهائی از این وضع باید پیش از همه پزشکان بر آگاهی و دانش خود در این زمینه بیفزایند. برای آغاز کار تشکیل همایشهای مشترک پوست و روان‌پزشکی و یا تشکیل درمانگاههای مشترک می‌تواند گام اول باشد.

### همکاری پزشکان متخصص پوست و روان

همکاری پزشکان متخصص پوست و یا هر رشته دیگری با روان‌پزشکان تاکنون چندان پر بار و مفید نبوده است. وقتی کسی با بیماری روان‌تنی به پزشکان پوست مراجعه و آنها درمی‌یابند که مشکل بیمار روانی است، بیمار را به روان‌پزشک معرفی و خود را مسئول پیگیری بیمار نمی‌دانند. روان‌پزشکان نیز به مشکل بالینی بیمار توجه نکرده و پس از آنکه مصاحبه و معاینه لازم انجام شد به تناسب تشخیص بالینی خود دارویی برای بیمار تجویز و بیمار را فقط برای مثال برای درمان افسردگی و یا اضطراب که بیمار بدان مبتلا است پیگیری ولی به مسئله‌ای که بیمار به خاطر آن به متخصص پوست مراجعه و توسط وی به روان‌پزشک معرفی شده کار ندارند. بیمار هم پس از مدتی چون می‌بیند که بیماری اولیه مثلاً خارش پوستی وی درمان نشده، از درمان ناامید و سرخورده گشته و از ادامه درمان خودداری می‌کند. در صورتی که کوشش و همکاری متخصصین پوست و اعصاب و روان باید به گونه‌ای تنظیم شود که همزمان ضمن آنکه مسائل روانی بیمار شناسایی و درمان می‌شوند مسائل پوستی وی نیز پیگیری و درمان شوند. پوست پزشک باید با فواصل تنظیم شده و کوتاه و با رعایت این اصل که بیمار روانی نباید از لحاظ مادی تحت فشار قرار گیرد بیمار را دیدار و روان‌پزشک نیز همزمان با پیگیری مسائل روانی از شکایات پوستی بیمار غافل نماند و رابطه مشکلات پوستی با مسائل روانی بیمار را برای وی بازگو و روشن سازد. نکته‌ای که نباید از یاد برد آن است که کلمه عصبی بودن برای مردم دارای مفهومی کلی است. به صرف پرسیدن اینکه آیا عصبی هستید چیزی روشن نمی‌شود. برداشت بخشی از مردم از عصبی بودن یعنی درگیری با مردم و پرخاشگری. به همین دلیل گاهی در پاسخ به ما می‌گویند که: نه عصبی نیستم و همیشه توی خودم هستم، با کسی هم کار ندارم. در صورتی که اگر بیمار به‌طور غیرمستقیم مورد سؤال قرار گیرد می‌توان از لابلای همین توی خودم بودن‌ها مسائلی نظیر افسردگی را شناسائی و کشف کرد. پس باید دقیقاً مفهوم عصبی بودن و برداشت ما از عصبی بودن برای بیمار روشن و سوالات اختصاصی در جهت وجود اضطراب، افسردگی، وسواسی-جبری و یا مسائل مورد نظر دیگر از بیمار پرسیده شود. اگر بیمار به هر علت مایل نباشد به روان‌پزشک مراجعه کند بهتر است تا پیش از ایجاد آمادگی تحت فشار قرار نگیرد و

بیماری گروه اول در جدول شماره ۱ نام برد (جدول شماره ۱)

### بیماریهای پوست - روان پزشکی ثانویه

#### (Secondary Psychiatric Disorders)

به آن دسته از بیماران پوستی گفته می‌شود که شخص در پی ابتلا به آنها دچار مشکلات روانی گشته است. یک اسکار سوختگی، پیسی و یا هر بیماری مزمن دیگر که تمامیت سالم پوست را برهم زده و منجر به تغییر چهره و ظاهر شخص شود می‌تواند بیماران را دچار اضطراب، افسردگی و یا حتی روان‌پریشی نماید. بیماریهای گروه (ج) نیز می‌توانند در این دسته جای گیرند.

### بیماریهای روانی - فیزیولوژیک

#### (Psychophysiologic)

در این دسته باید از بیماریهایی چون آکنه، سوریا سیس، درماتیت سبوریه و اختلالات تعرق و یا حتی درماتیت آتوپی نام برد که استعداد آنها به‌طور ذاتی و سرشتی وجود دارد ولی بدن‌بال تنش‌ها و فشارهای روانی عود کرده و یا تشدید می‌شوند.

### اختلالات حسی مزمن پوست

#### (Chronic Cutaneous Sensory Disorders)

به مواردی اطلاق می‌شود که بیمار از تحریکات ناخوشایند پوستی که معمولاً همراه با بیماریهای پوستی دیده می‌شوند شکایت دارد بی‌آنکه ضایعه و یا بیماری پوستی و جسمی وجود داشته باشد و یا بی‌آنکه بتوان از لحاظ آزمایشگاهی به نکته مثبتی دست یافت. احساساتی که بیماران از آنها شکایت دارند عبارتند از حس سوزش، خارش، درد، مورمور و احساس عبور حشرات از روی پوست. بعضی از این احساسات غیرطبیعی و در بعضی جاها دارای نام خاصی هستند مانند Glossopyrosis Glossodynia، برای سوزش و درد زبان؛ Stomatodynia، Stomatopyrosis برای درد و سوزش دهان و یا Vulvodinia برای درد و سوزش وولو. ولی برای بیشتر جاها نام خاصی در نظر گرفته نشده است.

### طبقه‌بندی بیماریهای روانی زمینه‌ساز

#### بیماریهای پوست - روان پزشکی

تقریباً همه صاحب‌نظران معتقدند که بیماران پوستی با منشأ روانی دارای یک و یا چند تا از اختلالات روانی زیر هستند این اختلالات عبارتند از:

۱. اضطراب
۲. افسردگی
۳. اختلالات وسواسی - جبری

پوست پزشک هم نباید در درمان بیمار اظهار عجز و ناتوانی کند و یا با پرخاش به وی بگوید که «برو پیش روان‌پزشک، بیماری شما به من مربوط نیست». کمی آگاهی از مسائل روانی و ایجاد رابطه سالم و صمیمانه با بیمار می‌تواند کمکهای شایانی به بیمار بکند. بیمار باید با فواصل کوتاه دیده شود، درمانهای پوستی لازم برای کاهش آلام بیمار تجویز و هر بار از میزان بهبودی و پیشرفت وی در مهار بیماری سؤال و از همکاری بیمار و توانایی وی در جهت مهار بیماری و پرهیز از انجام رفتارهای تکراری و جبری که منجر به ایجاد بعضی ضایعات پوستی شده قدردانی شود. بیمارانی هم که برای مراجعه به روان‌پزشک آمادگی دارند به هیچ‌وجه نباید معطل شوند. درست است که با درمانهای پوستی می‌توان مشکلات بیمار را به‌طور موقت کاهش داد ولی قدر مسلم مسائل و یا شکایات پوستی فقط پوسته‌ای ظاهری از یک آسیب‌شناسی روانی مزمن است. درمان موقت علائم پوستی بدون حل مسائل ریشه‌ای روانی فقط یک درمان موقت و سطحی است و دیری نخواهد پایید که مشکل بیمار به همان شکل و یا اشکال دیگری بروز خواهد کرد.

### طبقه‌بندی بیماریهای پوستی - روانی

#### (Psychodermatology)

به دلیل جوان بودن مبحث بیماریهای روانی - پوستی و محدود بودن مطالعات گسترده در این زمینه تاکنون طبقه‌بندی پایدار و جامعی صورت نگرفته و طبقه‌بندیهای موجود نیز به دلیل آنکه هر روز نکات تازه‌ای کشف می‌شوند که دانسته‌های پیشین ما را دگرگون می‌سازند همیشه دستخوش تغییر و بازنگری هستند. تغییرات پی‌درپی در طبقه‌بندی بیماریهای روانی - پوستی ضمن آنکه تا حدودی برای دانش‌پژوهان و دانشجویان گیج‌کننده می‌باشد ولی خود نشان‌دهنده پیشرفت و تکامل در این زمینه هم هست. می‌توان برای سهولت بیماریهای روانی - پوستی را به دو گروه عمده تقسیم کرد.<sup>۲</sup> الف: بیماریهای پوستی مرتبط با مسائل روانی که شامل بیماریهای پوست - روان پزشکی اولیه و اختلالات حسی مزمن پوست می‌شود. ب: بیماریهای روانی مرتبط با مسائل پوستی شامل بیماریهای پوست روان پزشکی ثانویه و بیماریهای روانی - فیزیولوژیک.<sup>۳</sup>

### بیماریهای پوست - روان پزشکی اولیه

#### (Primary Psychiatric Disorders)

این گروه شامل بیماریهای پوستی می‌باشند که بدن‌بال اختلالات روانی ایجاد و یا حس می‌شوند. بنابراین بیماریهای روانی اولیه و مشکلات پوستی ثانویه هستند. در زیر این گروه می‌توان از

#### ۴. اختلالات شخصیتی

۵. هذیان (به صورت علامتی منفرد و یا جزئی از یک سایکوز) بیماران مبتلا به بیماریهای روان تنی پوستی ممکن است دارای بیش از یکی از اختلالات روانی بالا باشند. برای مثال کسی که مبتلا به خود خراشی روانی است ممکن است همزمان از افسردگی و اضطراب و یا اختلال وسواسی - جبری رنج ببرد بنابراین نمی توان به سادگی و بر اساس اختلال روانی نوع بیماری پوستی - روانی را پیش بینی کرد یعنی نمی توان گفت که اگر کسی مبتلا به افسردگی است نوع بیماری پوستی وی لزوماً Neurotic Excoriation است.<sup>۲</sup>

پایه های بیولوژیک بیماریهای روان تنی و تئوریهای آن: در چهاردهم اخیر پیشرفتهای زیادی در زمینه شناخت بیولوژیک بیماریهای روان تنی و دارو درمانی آنها به دست آمده است. رسم بر این بوده و هست که بین روان و جسم انسان جدائی قائل

باشند و آنها را مجزا از هم بدانند. امروزه با شناخت واسطه های عصبی و نقش آنها در شیوه های رفتاری و تفکر مثل نقش سروتونین و نوراپی نفرین در اختلالات افسردگی و وسواسی - جبری و نقش دوپامین در اختلالات روان پریشی دیگر آن جدائی سنتی بین تن و روان جایگاهی ندارد. مغز مانند هر دستگاه دیگری تحت تأثیر سایر دستگاهها قرار می گیرد. هر نوع اختلال در کار دستگاه عصبی می تواند بر کار سایر اندامها اثر بگذارد. کار دستگاه عصبی و از آن جمله شناخت، تفکر، و عواطف می تواند به طور متقابل تحت تأثیر تغییرات محیطی و بدکاری سایر اعضا قرار گیرند. آیا یک فرد گرسنه، تشنه، خسته و بیمار می تواند به خوبی لحظاتی که شاداب و تندرست است توان یادگیری داشته باشد؟ اگر نه چرا؟ آیا کسی که به پرکاری تیروئید دچار است همانگونه رفتار می کند که موقع بهبودی؟ همه این واکنشها از طریق آزاد شدن واسطه هایی که گاهی بین مغز و سایر دستگاهها مثل پوست مشترک هستند امکان پذیر است.

#### جدول شماره ۱: طبقه بندی بیماریهای پوست - روان پزشکی:

(Pruritus ani and pruritus vulvae)	گروه اول: بیماریهایی که صرفاً روانی هستند ولی با نشانه های پوستی تظاهر می کنند. شامل بیماریهای روانی اولیه و اختلالات حسی پوست
۱۰. خارش و سوزش دهن و زبان (Glossodynia and Glossopyrosis, Stomatodynia and stomatopyrosis)	۱. انواع هذیانها و توهمات مثل هذیانهای آلودگی به انگل، هذیان خود زشت پنداری و توهمات حسی لامسه بویائی و غیره.
۱۱. پروریگو نادولر (Prurigo Nodularis)	۲. درماتیت خود ساخته (Dermatitis Artefacta)
۱۲. خارش و سوزش کف پا (Plantar burning and dysesthesia)	۳. خودخراشی روانی (Neurotic excoriation)
گروه دوم: بیماریهای اساساً فیزیولوژیک که به دنبال حوادث روانی تظاهر و یا تشدید می شوند.	۴. لیکن سیمپلکس مزمن (Lichen simplex chronicus)
۱. سوریا سیس (Psoriasis)	۵. موکنی روانی (Trichotillomania)
۲. اگزمای آتوپی (Atopic Dermatitis)	۶. ناخن خوری و ناخن کنی
۳. آکنه (Acne)	(Onychotillomania, Onychophagia)
۴. درماتیت سبورره (Seborrheic Dermatitis)	۷. لب لیس های تکراری و بدنبال آن خشکی و ترک لب و تیرگی اطراف لب (Lip lick eczema, Artefact Cheilitis)
۵. تاسی منطقه ای (Alopecia areata)	۸. خارشهای عصبی محدود یا فراگیر
۶. رزاسه (Rosacea)	(Psychogenic pruritus)
۷. پورپوراهای عصبی (Psychogenic Purpura)	۹. خارش مقعد و خارش وولو
۸. ملاسما (Melasma)	
۹. پیسی (Vitiligo)	

Wilkins. 1995:1528-38

3. Koo J. Psychodermatology: a practical manual for clinicians. Curr Probl Dermatol 1995;7:199-234

4. Gupta Ma. Gupta AK. Psychodermatology: An update. JAm Acad Dermatol 1996;34(6):1030-46

#### References:

1. Gupta MA; Voorhees, JJ. Psychosomatic Dermatology, Arch of Dermatol 1990; 126:90-93

2. Koo J. Skin disorders in: Kaplan Hi, Sadock, BJ. Editors. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore: Williams and