

بررسی آسیب روانی مراجعین درمانگاه های پوست شهر ساری، سال 1383

رضاعلی

مهران ضرغامی*(M.D)**

زهرة حاج حیدری*(M.D)+

علی اکبرخواجہ***(M.D)

محمدپور***(Ph.D)

چکیده

سابقه و هدف : سلامت روانی از موضوعات مهم اجتماعی و علمی بوده که بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمی در معرض خطر جدی آن قرار دارند و در این میان بیماران پوستی به دلیل ارتباط مستقیم پوست با محیط خارج بیش از سایر بیماران در معرض اختلالات روانی هستند. این مطالعه با هدف بررسی اختلالات روانی بیماران پوستی مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های پوست شهر ساری انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها : در این پژوهش توصیفی تعداد 404 بیمار پوست شهر ساری با استفاده از پرسشنامه دو قسمتی؛ GHQ-28 و مشکک‌های دموگرافیک- پزشکی مورد ارزیابی قرار گرفتند. اطلاعات به دست آمده به صورت توصیفی و با کمک آزمون مربعات و نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها : میانگین سنی افراد مراجعه‌کننده به درمانگاه 28/72 سال بود که 39/4 درصد آنها مشکوک به اختلال روانی بودند. شیوع اختلالات روانی در گروه سنی 46-55 سال (52/6 درصد)، زنان (41/2 درصد)، مجردین (40/8 درصد)، ساکنین روستا (46/2 درصد)، نمونه‌های بی سواد و کم سواد (62/5 درصد)، بیکار (58/7 درصد)، نمونه‌های با سابقه مثبت بیماری اعصاب و روان (65/8 درصد) و با ضایعات منتشر پوستی (63/6 درصد) بیش از سایرگروه‌ها بود. از بین بیماری‌های پوستی آکنه (28/2 درصد)، اختلالات رنگدانه پوست (20 درصد)، آلوپسی آندروژنیک (7/4 درصد) و درماتیت‌ها (6/7 درصد) بیشترین شیوع را داشتند. مبتلایان به درماتیت (44/4 درصد) بیشترین اختلال روانی را شامل شدند، آکنه (43 درصد) و اختلالات رنگدانه پوست (42 درصد) در رتبه‌های بعدی قرار گرفتند. بین اختلال روانی با شغل، سطح تحصیلات، سابقه مثبت بیماری روانی ارتباط معنی‌داری وجود داشت. طول مدت بیماری پوستی، نوع بیماری پوستی، و محل ضایعات با اختلال روانی ارتباط نداشت.

استنتاج : موارد مشکوک به اختلال روانی در مقایسه با مطالعات انجام شده بر روی بیماران پوست در خارج از ایران و همچنین در مقایسه با بررسی‌های انجام شده پیرامون شیوع اختلال های روانپزشکی و وضعیت سلامت روان در افراد 15 ساله و بالاتر در ایران نیز از شیوع بالاتری برخوردار بود. نتایج این تحقیق ارتباط اختلالات روانی با بیماری‌های پوستی را بیش از پیش روشن می‌سازد و در نظر گرفتن عوامل روانی را در درمان موثر بیماری‌های پوستی برای متخصصین پوست متذکر می‌شود.

واژه‌های کلیدی : بیماری‌های پوستی، آسیب شناسی روانی، GHQ

* متخصص پوست و مو، عضو هیئت علمی (استادیار) گروه پوست دانشگاه علوم پزشکی مازندران
+ * ساری: بلوار پاسداران- مرکز آموزشی درمانی بوعلی سینا
** متخصص روانپزشکی، عضو هیأت علمی (استاد) گروه روانپزشکی و مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی مازندران
*** دکتری آمارحیاتی، عضو هیئت علمی (استادیار) دانشگاه علوم پزشکی مازندران
**** پزشک عمومی

E تاریخ دریافت : 83/11/3 تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : 84/1/14 تاریخ تصویب: 84/4/29

مقدمه

نمودند که 30 درصد از بیماران سرپایي پوست و 60 درصد بیماران بستري، نمره بالايي از پرسشنامه GHQ-30 را کسب کردند (10). Lewis و wessely نیز شیوع اختلالات رواني در بیماران پوست را 40 درصد گزارش نمودند (11).

Mostoghipi و Johnson نیز گزارش کردند که 70 درصد بیماران سرپایي پوست اختلالات رواني دارند (12) در مطالعه اي ديگر بر روي بیماران پوستي، شیوع اختلالات رواني با استفاده از GHQ-12 7/6 درصد گزارش گردید (13). Picardi و همکاران معتقدند که اگرچه اختلالات رواني در بين بیماران پوستي شایع است ولي کمتر مورد توجه متخصصين پوست قرار ميگيرد (14). اين مطالعات نشان دهنده همراهي بين اختلالات رواني و پوستي ميباشد. بر اين اساس اين مطالعه جهت تعيين شیوع اختلالات رواني در بیماران سرپایي پوست شهر ساري و بررسي عوامل مؤثر بر آنها طراحي گردید.

مواد و روش ها

مطالعه به روش توصيفي با هدف تعيين فراواني آسیب رواني در بیماران مبتلا به بيماري پوستي طی مدت 6 ماه (از فروردین تا شهریور 1383) انجام شده است. جامعه مورد مطالعه کلیه بیماران بالای 15 سال مبتلا به بيماريهاي پوستي مراجعهکننده به درمانگاه های پوست (خصوصي، دولتي) شهر ساري بود. بر اين اساس 450 نفر وارد مطالعه شده که 46 نفر به علت عدم تکميل کامل پرسشنامه از نمونه ها حذف شد. پس از توضیح و توجیه نمونه ها

اختلالات رواني از مشکلات شایع در بیماران مبتلا به بيماريهاي جسمي ميباشد که ممکن است بر سير بيماري و مراقبتهاي بعدي از اين بیماران تأثیر به سزايي گذارد. چنانچه تحقیقات نشان ميدهد افسردگي متعاقب سکتة قلبی با افزایش مرگ و مير اين بیماران ارتباط دارد (1). از جمله بيماريهاي جسمي، که ارتباط نزديکي با اختلالات رواني دارند بيماريهاي پوستي ميباشد. از 2000 سال قبل بشر به رابطه پوست و روان در سلامتي و بيماري پي برده است. اختلالات رواني ممکن است نقش اوليه در ايجاد و يا عود مشکلات پوستي ايفاءکنند همانند تريکوتیلومانیا و يا بالعکس اختلالات رواني ثانويه به بيماريهاي پوستي که ناشي از تصوري که بیمار از مشکل خود دارد و آن را مایه شرمندگي مي داند ايجاد شود، همانند اکنه و هیرسوتیسم.

بسیاري از متخصصين معتقدند اختلالات رواني از جمله مشکلات شایع در بیماران پوستي بوده که باید به آن توجه شده و شدت و وسعت مشکل مشخص شود تا متخصص برآگهي خود در مورد آن اختلالات افزوده و بتواند مداخلات صحیح انجام دهد (2).

بررسيهاي انجام شده برروي بیماران، بیشتر در مورد بيماريهاي خاص همانند پسوریازيس (3)، اکنه (4)، ویتلیگو (5)، هرپس ژنیتالیا (6)، آلوپسی آرئاتا (7،8) هیرسوتیسم (9)، بوده است و گزارشاتکمي در مورد شیوع بيماريهاي رواني در مبتليان به بيماريهاي پوستي وجود دارد. Hughes و همکاران گزارش

تا 14 مربوط به اضطراب و بیخوابی و سؤال 15 تا 21 مربوط به اختلال در عملکرد اجتماعی و از سؤال 22 تا 28 مربوط به افسردگی می باشد (24 تا 26).

مبنای تشخیص موارد مثبت در این پرسشنامه، طبق راهنمای GHQ نقطه برش 23/24 می باشد (23). در این پژوهش افرادی به عنوان مشکوک به اختلال روانی تلقی می شدند که نمره آنها بیشتر از 24 بود. نمره گذاری پرسشنامه براساس شیوه لیکرت بود. بیماران مشکوک به اختلال روانی به روانپزشک ارجاع می شدند.

ورود اطلاعات و غربالگری داده ها با استفاده از Epi Info و استخراج نتایج و مقایسه آماری با استفاده از آزمون مربعیات کای دو و نرم افزار SPSS انجام گرفت.

یافته ها

از میان 404 بیماری که پرسشنامه را به طور کامل تکمیل کرده بودند، 325 نفر (80/4 درصد) زن و 79 نفر (19/6 درصد) مرد بودند (جدول شماره 1). میانگین امتیازات کسب شده پرسشنامه GHQ-28، 23 و انحراف معیار 12/49 و حداقل 4 و حداکثر 73 بود. از مجموع 404 بیمار مورد مطالعه 254 نفر (60/6 درصد) نمره 23 و کمتر را کسب کردند و دارای سلامت روانی و 159 نفر (39/4 درصد) نمره 24 و بالاتر داشتند که مشکوک به اختلال روانی بودند.

توسط دانشجویان پزشکی که آموزش های لازم را در مورد تحقیق دیده بودند، بیماران مبادرت به پرکردن داوطلبانه پرسشنامه نمودند. سپس بیماران توسط پزشک متخصص پوست ویزیت شده و بعد از اخذ شرح حال و معاینه فیزیکی بیماری پوستی تشخیص و نوع بیماری، شدت، و محل ضایعات تعیین گردید.

ابزار اندازه گیری، آزمون استاندارد شده GHQ-28 به همراه پرسشنامه دموگرافیک شامل متغیرهای زمینه ای سن، جنس، وضعیت تأهل، محل سکونت، میزان تحصیلات، شغل، سابقه بیماری اعصاب و روان، طسول

مدت بیماری پوستی و نوبت مراجعه بود. پرسشنامه GHQ-28 یک پرسشنامه استاندارد روانپزشکی می باشد که برای غربالگری سلامت روانی به کار می رود و دارای روایی و کارایی بالایی است (15، 16، 17). در مطالعات مختلفی که در ایران انجام شده، حساسیت این آزمون بین 83 تا 88 درصد، ویژگی آن بین 69 تا 93/8 درصد، کارایی آن 76 درصد، ضریب پایایی و آلفای کرونباخ 88 تا 92 درصد و میزان اشتباه کلی طبقه بندی 8/2 تا 19 درصد گزارش شده است (18 تا 23). هدف اصلی این پرسشنامه تمایز بین بیماری روانی و سلامت روانی است و تشخیص قطعی و خاص بیماری روانی با آن میسر نیست. این پرسشنامه شامل 4 مقیاس فرعی نشانه های جسمانی، اضطراب و بیخوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی می باشد. سئوالات هر مقیاس به ترتیب متوالی است به صورتی که از سؤال 1 تا 7 مربوط به مقیاس نشانه های جسمانی، سؤال 8

بود ($p < 0/004$). ارتباط معني داري بين نمرات آزمون و وضعيت تاهل، گروه هاي سني و محل سکونت وجود نداشت.

شايع ترين بيماري پوستي در اين مطالعه آکنه، اختلالات پيگمانتاسيون، آلوپسي آندروژنيک و درماتيت بود و 196 بيمار (5/48 درصد) اولين بار به درمانگاه پوست مراجعه نموده بودند.

53 بيمار (1/13 درصد) ضايعه بر روي اسکالپ، 229 مورد (7/56 درصد) برروي صورت، 36 مورد (9/8 درصد) برروي تنه و اندام فوقاني، 23 مورد (6/5 درصد) اندام تحتاني، 8 مورد (2 درصد) بر روي ناحيه تناسلي، 6 مورد (5/1 درصد) روي ناخن و در 11 نفر (7/2 درصد) ضايعات منتشر بود. طول مدت بيماري 60 نمونه (9/14 درصد) کمتر از يك ماه و 344 نفر (85 درصد) بيش از يك ماه بود.

65/8 درصد بيماران با سابقه قبلي بيماري اعصاب و روان، مشکوک به اختلال رواني و 36/6 درصد بيماران بدون سابقه بيماري اعصاب روان مشکوک به اختلال رواني بودند که تفاوت از نظر آماري معني دار بود ($p < 0/01$). اما بين اختلالات رواني و نوع بيماري پوستي، محل ضايعه، شدت و طول مدت بيماري پوستي تفاوت معني داري وجود نداشت. شيوع اختلالات رواني براساس نوع بيماري پوستي در جدول شماره 2 بيان گرديد.

جدول شماره 2: شيوع اختلال رواني براساس نوع بيماري پوستي در بيماران پوستي شهر ساري سال 1383

نام بيماري	اختلال رواني	جمع
	دارد	ندارد

جدول شماره 1: توزيع فراواني نمونه هاي مورد پژوهش برحسب برخي از متغيرها و وضعيت رواني در مراجعين به درمانگاه هاي پوست شهر ساري، سال 1383

مشکوک به اختلال رواني (جمع)	وضعيت رواني		متغير
	مشکوک به اختلال رواني (درصد)	سلامت رواني (درصد)	
(80/4)	(41/2)	(58/8)	جنس
325	134	191	زن
79(19/6)	25(31/6)	54(68/4)	مرد
(43/1)	71(40/8)	(92/2)	وضعيت محل
174	103	103	مجرد
(56/9)	88(38/3)	(61/7)	متاهل
230	142	210	محل سکونت
(83/9)	(38/1)	210	شهر
339	129	35	روستا
65(16/1)	30(46/2)	35	سن
(47/5)	84(43/8)	(56/3)	15-25
192	108	108	به سال
(30/2)	42(34/4)	80(65/6)	26-35
122	122	43(69/4)	36-45
62(15/3)	19(30/4)	10(52/6)	46-55
19(4/7)	10(52/6)	9(47/4)	56-65
9(2/2)	4(44/4)	5(55/6)	تحصيلات
16(4)	10(62/5)	6(37/5)	بيسواد تا کم سواد
50(12/4)	21(42)	29(58)	راهنمايي و دبيران
(44/1)	85(47/8)	93(52/2)	ديپلم
178	43(30/1)	(69/9)	فوق ديپلم و ليسانس
(35/4)	143	100	فوق ليسانس و دکتری
17(4/2)	17(100)	17(100)	شغل
63(15/6)	37(58/7)	26(41/3)	بيکار
92(22/8)	37(40/2)	55(59/8)	درحال تحصيل
(28/5)	52(45/2)	63(54/8)	خانه دار
115	25(25/5)	73(74/5)	کارمند
98(24/3)	7(35)	13(65)	آزاد
20(5)	1(6/3)	15(93/8)	ساير مشاغل

بالاترين نمرات در جمعيت مورد مطالعه به ترتيب نمرات اختلال در عملکرد اجتماعي، اضطراب و بيخوابي بود. 41/2 درصد زنان و 31/6 درصد مردان مشکوک به اختلال رواني بودند که از نظر آماري تفاوت معني دار نبود. هم چنين بيش ترين نمره آزمون مربوط به گروه بي سواد و کم سواد (5/62 درصد) و کم ترين مربوط به گروه فوق ليسانس و دکتری بود که از نظر آماري تفاوت معني دار بود ($p < 0/001$) و نيز بالاترين نمره آزمون مربوط به بيکاران (7/58 درصد)

از دلایل شیوع بالای اختلالات روانی در این مطالعه، وضعیت نا به هنجار جامعه از نظر فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی است زیرا در ایران به بهداشت روانی جامعه اهمیت چندانی داده نشده و افراد جامعه در رویارویی با مسائل و مشکلات متعدد اجتماعی و خانوادگی، توان مقابله با فشارهای روحی روانی و استرس‌های شدید روانی را ندارند. همچنین توجه به ظاهر زیبا و اهمیت آن در روابط متقابل و امتیاز ویژه ظاهر در به دست آوردن امکانات و شرایط بهتر مخصوصاً در جوانان و زنان را نباید از نظر دور داشت.

افسردگی ممکن است اولیه یا ثانویه بر مشکلات پوستی باشد و می‌تواند سبب احساس خارش حتی در مشکلات پوستی غیر روان زاد شود (27). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که مشکلات روانی در بیماران پوستی شایع است چنان چه ارتباط مستقیم و واضحی بین خارش شدید و علائم افسردگی شدید در پسوریازیس، درماتیت آتوپیک و کهیر مزمن ایدیوپاتیک مشاهده شده است (3) ولی هیچ فاکتوری که عامل اختصاصی و مشخص مشکلات روانی در بیماران پوستی باشد تا به حال یافت نشده است که ممکن است به دلیل مقطعی و توصیفی بودن مطالعات و تفاوت در جمعیت‌های مورد مطالعه، تعداد نمونه‌ها و روش و ابزار انجام کار باشد.

در این مطالعه همسو با نتایج دیگر مطالعات شیوع اختلالات روانی در زنان و افراد مجرد بیشتر است. علت شیوع بیشتر اختلالات روانی در زنان می‌تواند ناشی از حساس بودن خانم‌ها نسبت به ظاهر خود، روح لطیف زنان، شکنندگی بیشتر زنان در مواجهه با

تعداد (د)	تعداد (د)	تعداد (د)
(رصد)	(رصد)	(رصد)
29	11(37/9)	62(1)
7	2(28/6)	5(71/4)
9	3(33/3)	6(66/7)
27	12(44/4)	15(55/6)
6	1(16/7)	5(83/3)
2	2(100)	0(0)
8	2(25)	6(75)
3	1(33/3)	2(66/7)
114	49(43)	65(57)
30	10(33/3)	7
8	0(0)	20(66/7)
6	16/7 1	8(100)
1	1(100)	5(83/3)
81	34(42)	0(0)
9	5(55/6)	47(58)
2	1(50)	4(44/4)
13	8(61/5)	1(50)
22	7(31/8)	5(38/5)
8	3(37/5)	15(68/2)
3	1(33/3)	5(62/5)
2	1(50)	2(66/7)
14	4(28/6)	1(50)
404	(39/4)	10(71/4)
	245	60(6)
	159	

بحث

نتایج نشان داد که 39/4 درصد بیماران مبتلا به بیماری پوستی براساس پرسشنامه GHQ₂₈ دچار آسیب روانی هستند. بر اساس پرسشنامه GHQ₁₂، شیوع آسیب روانی در مطالعه picardi و همکاران در ایتالیا 25/2 درصد و در ترکیه 33/4 درصد گزارش شد (201).

بر اساس پرسشنامه GHQ₃₀ که توسط Hughes و همکاران بر روی بیماران بستری و سرپایی پوست انجام شد 30 درصد بیماران سرپایی و 60 درصد بیماران بستری نمره بالایی کسب نمودند (10).

حمله پسوریازیس، لیکن سیمپلکس مزمن، راش‌هایی دارویی، هیپرهیدروز و گال با مشکلات روانی ارتباط دارند (12). در مطالعه Hughes و همکاران نیز بیماران مبتلا به اکنه، اکزما و پسوریازیس که تمایل به مزمن شدن دارند و به راحتی قابل دید هستند نسبت به بیماران با ضایعات لوکالیزه کوچک که ضایعات قابل رویت نداشتند نمره بالایی را در GHQ کسب کردند (10).

سایر مطالعات نیز اضطراب، آرزوی مرگ و افکار خودکشی را در افراد مبتلا به اکنه گزارش کرده‌اند (29). در این مطالعه بیماری‌های پوستی که در آنها اختلالات روانی شایع‌تر بود به ترتیب شامل: درماتیت، اکنه، اختلالات رنگدانه پوست، عفونت‌های قارچی سطحی و آلوپسی آندروژنتیک بود. که مشابه نتایج دیگر مطالعات می‌باشد (1). برخلاف نتایج این مطالعه بیماری‌های پوستی که نواحی قابل رویت را درگیر می‌نماید و منجر به بد شکلی در فرد می‌گردند همراه با اختلالات روانی بیش‌تری می‌باشند.

توجه به بیماری روانی همراه و درمان آن منجر به کاهش استرس بیمار و احساس خوب بودن و بهبود کیفیت زندگی و یا حتی بهتر شدن وضعیت بیماری پوستی فرد می‌گردد. در این موارد، مشاوره و یا روان درمانی در بیماران مضطرب یا افسرده بسیار موثر است، هرچند که این‌ها علائم واکنشی باشد اما متأسفانه مطالعات نشان می‌دهد که یافتن اختلالات روانی توسط متخصصین پوست با موفقیت انجام نمی‌شود (2).

مطالعات بیش‌تری نیاز است تا نشان دهد تا کدام روش روان درمانی یا دارو درمانی

حوادث و رویدادهای زندگی و تأثیر پذیری زیاد آنان از استرس‌های جامعه باشد.

نتایج نشان داد که شیوع اختلال روانی در افراد بی‌سواد و کم‌سواد بیش‌تر از سایر گروه‌ها می‌باشد و از 67 بیمار مراجعه کننده با مدرک فوق لیسانس یا دکترا هیچ کدام مشکوک به اختلال روانی نبودند. این یافته با یافته‌های سایر پژوهش‌های انجام گرفته در ایران هماهنگی دارد (28).

محدودیت‌های اجتماعی، فرهنگی و ناتوانی در استفاده از روش‌های مناسب مواجهه با استرس در افراد بی‌سواد یا کم‌سواد و بهره‌مندی نامناسب از محیط اطراف به دلیل کم‌سوادی می‌تواند دلیل بالاتر بودن شیوع اختلال در این افراد باشد.

مقایسه سلامت روانی بیماران براساس شغل نشان می‌داد که اختلال روانی در بیکاران از شیوع بالاتری برخوردار است و از نظر آماری ارتباط معنی‌داری بین شغل و سلامت روانی وجود دارد. داشتن شغل از چند نظر حائز اهمیت است، کسب درآمد، ایجاد تنوع و برقراری تماس‌های اجتماعی، کسب جایگاه و هویت در جامعه و انجام فعالیت‌های فیزیکی. بنابراین فرد بیکار با از دست دادن این مزایا استرس‌های او افزایش می‌یابد.

نتایج نشان داد ارتباط آماری معنی‌داری بین مدت زمان، شدت، محل ضایعات و نوع بیماری پوستی با اختلالات روانی وجود ندارد که با نتایج مطالعه Aktan هم‌خوانی دارد (1). اما Johnson و Mostaghimi گزارش کردند که بیماری‌های مزمن پوستی مشکلات روانی را افزایش نمی‌دهند اما برخی بیماری‌ها از

4) سرانجام برخی از داروهای مصرف شده در درمان بیماری‌های پوستی مثل کورتیکواستروئیدها ممکن است نشانه های روانی را تشدید کنند و برعکس برخی داروهای مصرفی در روانپزشکی مثل لیتیوم و یا آنتی‌سایکوتیک‌ها دارای عوارض جانبی پوستی هستند.

درکل پیشنهاد می‌شود مطالعات دیگری جهت تعیین نوع بیماری روانی در بیماران پوستی انجام شود و از بیماران پوستی مشکوک به اختلال روانی مشاوره روانپزشکی صورت گیرد تا نوع اختلال روانی دقیق مشخص و در صورت لزوم درمان شود. همچنین با توجه به این‌که بهبود سلامت پوست، عوارض روانی بیمار را کاهش می‌دهد و بالعکس، پیشنهاد می‌گردد در موارد مزمن که بیماری‌های پوستی به درمان جواب نمی‌دهند مشکلات روانی را مد نظر داشت و بعد از بررسی بر اساس GHQ در صورت وجود اختلال، بیمار را به روانپزشک ارجاع داد.

سپاسگزاری

از زحمات جناب آقای دکتر مرتضی ادبی و جناب آقای دکتر حسامی رستمی متخصصین پوست و سرکار خانم خانی به جهت همکاری صمیمانه تقدیر و تشکر می‌شود.

موجب بهبود حال بیماران شده و کدام یک از بیماران بیشتر از مداخلات روانی سود برده و کدام ساختار درمانی موثرتر است.

همان‌طور که متخصص پوست طیف وسیعی از بیماری‌هایی پوستی را درمان می‌کند باید بتواند اختلالات روانی همراه را نیز به خوبی ارزیابی کند تا موجب کاهش موربیدیتی و مورتالیتی شود.

در مجموع می‌توان گفت دلایل متعددی برای وجود اختلال روانی در بیماران پوستی وجود دارد:

1) اختلالات روانی می‌توانند یکی از عوارض بیماری‌های پوستی باشند در پاسخ به بدشکلی که به علت انگ اجتماعی یا تغییرات در کیفیت سطح زندگی به علت بیماری پوستی ایجاد می‌شود.

2) پزشک ممکن است با اختلالاتی مثل: تریکوتیلومانیا، دیس مورفوفوبیا، هذیان پارازیتی و اختلالات خود ساخته مواجه شود که اختلالات روانی اولیه ای هستند که با تظاهرات پوستی همراهند.

3) همچنین ضایعات پوستی و نشانه‌های روانی هر دو ممکن است در برخی از بیماری‌های سیستمیک وجود داشته باشند مثل لوپوس سیستمیک یا پورفیری.

فهرست منابع

1. Aktan S, ozmen E, sanli B. Psychiatric disorders in patients attending dermatology outpatient clinic. *Dermatology*. 1998; 197: 230-4.
2. Picardi A, Abeni O, Mel chi CF, Puddu P, pasqvini. P. psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. *British Journal of Dermatology*. 2000, 143:983-991
3. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, Alopecia areata, atopic

- dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatology*. 1998; 139: 846-50.
4. Van der meeren HL, Van der schaar ww, vander Hurk CM. The psychological impact of sever acne.*cutis*.1985; 36: 84-6.
 5. Kent G, Alubadie MS. psychologic effect of vitiligo: a critical incident analysis. *JAM Acad Dermatol* 1996; 35: 895-8.
 6. Carney O, Ross E, Bunkerc. A prospective study of the psychological impact on patients with a first episode of genital herpes. *Genitourin Med*. 1994, 70: 40-5.
 7. Colon EA, Pokin MK, callies AL. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in patiens with alopecia areata. *comper psychiatry* 1991; 32: 245-51.
 8. Koojy, shellow WV, Hallman CP, E dwards JE. Alopecia areata and increased. Prevalence of psychiatric disorders. *Int J Dermatol* 1994; 33: 849-50.
 9. Barth JH, Catalan J, Cherry CA, Day A. Psychological morbidity in women referred for treatment of hirsutism. *J Psychosom Res* 1993; 37: 615-19.
 10. Hughes JE, Barraclough BM, Hamblin LG, white JE. Psychiatric symptoms in dermatology patients. *Br J Psychiatry* 1983; 143: 51-4.
 11. Wessely SC, Lewis GH. The classification of dermatology clinic. *Br J psychiatry* 1989; 155: 686-91.
 12. Attah Johnson FY. Mostaghimi H. co-morbidity between dermatologic diseases and psychiatric disorders in papua New Guinea. *Int J Dermatol* 1995, 34: 244 - 8.
 13. Picardi A, Aberi D, Renzi C, Braga M, Melchi CF, Pasquini P. Treatment outcome and incidence of psychiatric disorde. in dermatological out patients. *Br J Dermato*. 2003; 148(5): 989-95.
 14. Picardi A, Amerio P, Baliva G, Barbieri C, Teofol P, Bolli S, et al. Recognition of depressive and anxiety disorders in dermatological out pations. *Psychosom Med*. 2004; 66(4): 620-4
 15. نوریالا، احمدعلی؛ محمد، کاظم؛ باقری یزدی، سید عباس؛ یاسی، محمد تقی: $\text{ā ū ā} \quad \text{ā ū} \quad \text{ā ū}$ نشرات مولف. 1380.
 16. Goldberg D, Williams, P. A user's Guide to the General Health Questionnaire. NEFER: Windsor.
 17. Sriram T.G, Chandrshekar C.R, Isac M.K, Shanmugham V. The version General Health Questionnaire (GHQ): Comparison of the english and a translated Indian version. *Social psychiatry and psychiatric. Epidemiology*. 1989; 24: 317-320.
 18. یعقوبی، نورالله. نصر، مهدی. شاه محمدی؛ داوود. بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه سرا (گیلان 1374). $\text{ā ū} \quad \text{ā ū}$ سال اول، شماره 4، بهار 1374 صفحه 55-65
 19. پالاهنگ، حسن؛ نصر، مهدی؛ براهنی، محمدنقی؛ شاه محمدی، داوود. بررسی

